

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي  
في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية  
لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً<sup>(١)</sup>

إعداد

أ. عزة أحمد خيرى / أ. د. طه أحمد المستكاوي  
أخصائية نفسية بمستشفى الصحة النفسية بأسسيوط / أستاذ علم النفس  
كلية الآداب - جامعة أسسيوط

تاريخ الاستلام : ٢٠٢١/٥/٩م

تاريخ القبول : ٢٠٢١/٥/٢١م

(١) بحث مستل من رسالة الدكتوراه، للباحثة "عزة أحمد خيرى" بعنوان: فعالية برنامج علاج معرفي سلوكي في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية وخفض درجة القلق لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً"، بكلية الآداب جامعة أسسيوط.



## ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي، لتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية، لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) من الذكور المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، من المترددين على قسم الإدمان بمستشفى الصحة النفسية بأسسيوط، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ - ٤٥) سنة، بمتوسط قدره (٣٥,٣٠) سنة، وانحراف معياري (٤,٨٦). وقسمت العينة إلى مجموعتين، تجريبية (ن=١٥)، وضابطة (ن=١٥)، طبق على المجموعتين مقياس الأفكار اللاعقلانية "إعداد معتز سيد، محمد السيد" (القياس القبلي)، ثم خضعت المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي "إعداد عزة خيرى"، وبعد انتهاء البرنامج، تم تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية على المجموعتين (القياس البعدي)، كما تم إجراء (القياس التتبعي) للأفكار اللاعقلانية على المجموعة التجريبية بعد توقف تقديم البرنامج بشهرين. وتوصلت الدراسة إلى أن للبرنامج فعالية في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية، وأن هناك استمرارية لهذه الفعالية لدى المجموعة التجريبية بعد توقف تقديم البرنامج بشهرين. وفسرت النتائج في إطار نظرية "ألبيرت أليس" لتفسير الأفكار اللاعقلانية، وتم تقديم بعض التوصيات والبحوث العلمية المقترحة بناء على نتائج الدراسة.

الكلمات المفتاحية: العلاج "المعرفي السلوكي" - الأفكار اللاعقلانية - الإدمان - الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً.

### **Abstract:**

The aim of this study is to verify the effectiveness of behavioral cognitive program in reducing anxiety and modify some of irrational thoughts for persons has problem with drugs substance use, the application has done on a sample of males (n =15 male) whose ages ranged from 20-40 years from among visitors of addiction department therapy at Assiut Mental Health Hospital. Abdulfattah Ghreib anxiety Test was applied, irrational thoughts of Moataz Sayed and El Sayed Mohammed as well as a form of gathering data.

Results: There are significant differences between the mean scores of the experimental group and those of the control one following applying irrational thoughts and anxiety scales in favor of the experimental. There are significant differences the mean scores of the experimental before applying the program and those of the same group after applying the program on anxiety and irrational thoughts scales in favor of the post measurement. There are no significant differences between the mean scores of the experimental group after applying the program and those of the same group after the follow-up period on anxiety and irrational thoughts scales. There are no significant differences between the mean scores the control group in the pre-measurement and those of the same group in the post - measurement on anxiety and irrational thoughts scales.

## مقدمة:

يعد إدمان المواد المؤثرة نفسياً، من المشكلات التي تهدد كيان الفرد والمجتمع، وهي ظاهرة مرضية كفيفة بأن تقوّض أركان أمة بأسرها، إذا ما انتشرت، فيها لأنها أسرع انتشاراً بين الشباب.. عذّة اليوم ومستقبل الغد، وبذلك فهي تشكل خطراً ملحوظاً على أهم مصدر من مصادر التنمية، ألا وهو التنمية البشرية. فضلاً عما تحمله من خطورة تتعلق بالتنمية الصحية، والاقتصادية، والاجتماعية، فهي ظاهرة وبائية متعددة التأثير. (مايسة النيال، ١٩٩٨، ٦٦). وقد أشار تقرير صادر عن مركز الأمم المتحدة للإعلام بالقاهرة في ٢٦ يونيو عام ٢٠١٩م، أن البحوث والبيانات الأكثر دقة، انتهت إلى أن العواقب الصحية الوخيمة الناجمة عن تعاطي المخدرات قد باتت أكثر حدة وشيوعاً مما كان يُعتقد سابقاً. فبحسب النسخة الأحدث لتقرير المخدرات العالمي الصادر عام ٢٠١٩ عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، أن حوالي (٣٥) مليون شخص حول العالم، يعانون من اضطرابات متصلة بتعاطي المخدرات، ويحتاجون إلى خدمات العلاج. (مركز الأمم المتحدة للإعلام بالقاهرة، ٢٠١٩م).

ويذكر "عبد المعطي"، أن أعداد مدمني المواد المؤثرة نفسياً في العالم، أخذت في الزيادة إذا لم نواجه البلاء بكل الوسائل والطرق ونحد من انتشاره، لأن المشكلة الآن ليست في وجود المواد المؤثرة نفسياً بل في انتشارها السريع، واقتناع بعض الشباب والمراهقين باستخدامها. ولقد تفاقمت مشكلة إدمان المواد المؤثرة في السنوات الأخيرة، وأصبحت مشكلة عالمية، تشغل بال المسؤولين والأجهزة المعنية محلياً ودولياً. والمعضل في الأمر، أن المخدرات تسببت في مشاكل أخرى مثل الفقر والتسول والزنا واللواط وأنواع الجريمة المختلفة، مما يؤدي إلى تفكك الأسر، والمجتمعات، وانتشار ظواهر الانحراف بصوره المختلفة. (عبد المعطي، ٢٠٠٦، ١١٨).

بل وصل الأمر إلى أن خطر الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً - المخدرات - لم يقتصر فقط على فئة الشباب وحدها، بل امتد ليشمل حتى صغار السن؛ فقد أشار

"بيكمان"، إلى أن الاعتماد امتد ليشمل من هم في سن ١٢ عاماً. كما أشار "بيكمان" إلى نقطة خطيرة، وهي أن الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً، منتشر في جميع أنحاء العالم، ولا تستثنى دولة واحدة من ذلك (العتيبي، ١٩٤١ هـ). وتعد مصر من أوائل دول العالم الثالث، التي اهتمت بمكافحة المخدرات، وقد تمثل ذلك في إنشاء لجنة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات منذ عام ١٩٥٧ تحت مظلة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، واستمراراً لجهود الدولة في مواجهة مشكلة إدمان المواد المؤثرة نفسياً، صدر القرار الجمهوري بتشكيل المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، وكذلك صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ٢٩).

ونظراً لوجود علاقة بين ما يعتقده الفرد من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية، وبين الاضطرابات النفسية - كما يرى ألبرت أليس - فإن الدراسة الحالية تهتم بدراسة فعالية برنامج علاج "معرفي - سلوكي" في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي.

### مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يمكن القول، أن إحساس الباحث بوجود مشكلة، وأهمية دراستها، هي بمثابة الدافع الرئيس لاختيار مشكلة الدراسة، وفي ذلك فإن الباحثين لديهما إحساس مبدئي بأهمية دراسة المتغيرات التي لها علاقة بإدمان المواد ذات التأثير النفسي، خاصة لدى الشباب، الذين يمثلون مستقبل هذا الوطن. ومن خلال عمل الباحث الأول (عزة خيري) كاختصاصي نفسي بأحد المستشفيات التي تقدم خدمات علاج الإدمان بمدينة أسيوط، وما لاحظته بأن للأفكار اللاعقلانية التي يعاني منها مرضى الإدمان، دوراً رئيساً في اللجوء إلى المخدر كوسيلة لحل مشكلاتهم على حد زعمهم، فكان ذلك أحد دوافع القيام بهذه الدراسة؛ فلا شك أن محاولة التدخل العلاجي بتقليل الآثار السلبية لمثل هذه الأفكار، سيقبل من حجم مشكلة التعاطي، بما يؤدي في النهاية إلى مزيد من التنمية الاجتماعية والاقتصادية للفرد والأسرة والمجتمع.

إضافة لما سبق، فإن مشكلة إدمان المواد المؤثرة نفسياً، أصبحت من المشكلات التي تحتاج إلى مزيد من الاهتمام البحثي والدراسة، وبناء برامج نفسية علاجية، للوقوف على أنجح طرق العلاج والوقاية الفعالة، بهدف الحد من انتشارها، خاصة إن الإحصاءات تشير إلى أن أعداد المدمنين على المخدرات قد تزايدت في مصر، ويمثلون نسبة ١٠% من إجمالي عدد السكان، معظمهم من الذكور (بنسبة ١٥ % من إجمالي عدد الذكور، و ٥% من إجمالي عدد الإناث، كما بلغ عدد الوفيات الذين توفوا - حسب آخر إحصائية لعام ٢٠١٧ - متأثرين نتيجة الجرعات الزائدة، ٣٩٠٠ شخصاً (صندوق مكافحة وتعاطي المخدرات، ٢٠١٧).

وبمراجعة الجهود العلمية السابقة التي تناولت دراسة الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، كان من نتائج هذه الدراسات، أن المعتمدين على المواد النفسية لديهم أفكاراً لا عقلانية، أعلى مما لدى غير المعتمدين، كما في دراسة (Aminpoor & Zadeh, 2011) ودراسة (صالح المهيمزي، ٢٠١٢)، ودراسة (فيليب سهيل، ٢٠١٥)، ودراسة (جولي و جولسيرين، ٢٠١٩)، ورغماً عن هذه النتيجة، فقد توصلت دراسة (Hojjat, et al., 2013) إلى نتيجة مختلفة؛ حيث لا توجد فروق دالة في الأفكار اللاعقلانية بين المعتمدين على الأفيون، وبين المعتمدين على الأمفيتامين.

وتظهر نتائج دراسات سابقة، أن لبرامج العلاج المعرفي السلوكي، آثاراً إيجابية في تحسن حالة المعتمدين على المواد النفسية؛ فقد أوضحت دراسة (مي رمزي، ٢٠١١)، أن لهذه البرامج العلاجية فعالية في تعديل الأفكار السلبية، وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لديهم، كما توصلت دراسة (حازم قواقنة، ٢٠١٢)، أن لبرامج العلاج المعرفي السلوكي، فعالية في تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض حدة أعراض القلق والاكتئاب لدى المعتمدين على المواد النفسية، وتوصلت دراستي (فاطمة خليفة، ٢٠١٧؛ عبد المالك شيهان، ٢٠١٨)، أن لبرامج العلاج المعرفي السلوكي فعالية في

رفع معدل الصلابة النفسية، وخفض معدلات الانتكاسة لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً. وهناك دراسات أيضاً، توصلت إلى أن هذه البرامج العلاجية لها فعالية في تحسن مستوى جودة الحياة (أحمد محمود، ٢٠١٩)، وتحسن مستوى الدعم الاجتماعي لديهم (محمد عبيد، ٢٠٢٠). وعلى الرغم من ذلك، فإن الدراسات التي اهتمت بقياس فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، كانت قليلة، ولم يعثر على أي من هذه الدراسات في البيئة المصرية، في حدود علم الباحثين. وعلى ذلك، يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الإجابة على هذه التساؤلات.

#### تساؤلات الدراسة:

تتلخص مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الإجابة عن التساؤل الرئيس الآتي:  
"هل توجد فعالية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً؟"، ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس التساؤلات الفرعية الثلاثة التالية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أفراد كل مجموعة من المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية في القياس البعدي؟.
- ٢- هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية في القياسين القبلي والبعدي؟.
- ٣- هل توجد فروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الأفكار اللاعقلانية في القياسين البعدي والتتبعي؟.

#### أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، وذلك من خلال:



(١) الكشف عن مدى تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، نتيجة تعرضها للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك بمقارنة نتائجها في "القياس البعدي"، بنتائج المجموعة الضابطة التي لم تتعرض للبرنامج العلاجي.

(٢) الكشف عن مدى تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، نتيجة تعرضها للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وذلك بمقارنة نتائجها في القياسين "القبلي - البعدي".

(٣) تعرف مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج بفترة زمنية تقدر بشهرين، وذلك بمقارنة نتائجها في القياسين "البعدي - التتبعي".

#### أهمية الدراسة:

يمكن النظر إلى هذه الدراسة على أنها من الدراسات العربية الرائدة التي اهتمت بتصميم برنامج علاج معرفي سلوكي، لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، وهي إلى جانب ذلك إضافة للبحوث الأجنبية التي اهتمت بتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً.

وهناك إلى جانب ما سبق، أهمية تطبيقية لهذه الدراسة، تتمثل في تزويد الباحثين والاختصاصيين النفسيين بالمستشفيات، بأداة صالحة يمكن تطبيقها بهدف تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً. كما أنه في ضوء نتائج الدراسة التي أظهرت وجود فعالية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية، فإنه يمكن الاستفادة منه في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من هذه المشكلة، سواء لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، أو لدى العاديين الذين يعانون من وجود بعض الأفكار اللاعقلانية، وصولاً بهم إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية.

## الإطار النظري لمفاهيم الدراسة:

يمكن حصر المفاهيم الرئيسية بهذه الدراسة، في المفاهيم الثلاثة التالية: (١) العلاج المعرفي السلوكي، و(٢) الأفكار اللاعقلانية، و(٣) إدمان المواد المؤثرة نفسياً.

### أولاً: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

يعد العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً، وقد نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكي حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والانفعال السلوكي. وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية، ارتبط كله منها باسم صاحبه، ومن هذه النماذج كان نموذج "العلاج المعرفي السلوكي"، والذي ارتبط باسم العالم آرون بيك A. Beck (عادل عبد الله، ١٩٩٩: ١٩).

ويقوم هذا النموذج العلاجي على فكرة، تتمثل في أن ما يفكر فيه الفرد، وما يقوله حول نفسه، وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله، تعد جميعاً بمثابة أمور مهمة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، كما أن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات، ومفاهيم، وأشكال للتعامل، يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي تعترض حياته. ويعتقد "بيك"، أن الإنسان يقوم بتشويه المعلومات، كما أنه يدرك الأشياء بطريقة خاطئة، الأمر الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير منطقي. كما يرى "بيك"، أن الاضطرابات النفسية، تنشأ نتيجة لعدم الاتساق بين نظام الفرد المعرفي الداخلي، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها هذا الفرد وتحليلها وتفسيرها، عن طريق النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة، انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها. (Beck, 2011, 28).

ويمكن القول بأن "بيك" قام بتطبيق منهجه في العلاج المعرفي السلوكي في البداية، بهدف علاج الاكتئاب، ولكن في السنوات التالية، اهتم بتطبيق العلاج المعرفي

السلوكي، مجالات أخرى من الاضطرابات، مثل القلق، وتعاطي المخدرات، واضطرابات الشخصية، والاضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الأكل. Neenan, (2005: 7).

### مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

يشير مصطلح معرفي Cognitive إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط من تذكر، وإدراك، واستدلال، وحكم، ووعي بالعالم الخارجي، وتداول المعلومات وتخطيط به وأنشطة العقل البشري ..، وغير ذلك. ويشتمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات، والتي يظل لكثير منها خصوصية ذاتية. (أحمد عبدالخالق، ٢٠٠٦، ١١٢). كما يُعرف العلاج المعرفي السلوكي، بأنه أحد طرق العلاج النفسي، الذي يستخدم في الكثير من الأمراض النفسية مثل الاكتئاب، والقلق، واضطراب المزاج ثنائي القطب، وغيرها، بهدف مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، وتغييرها إلى أفكار إيجابية أكثر واقعية، ويمكن أن يستخدم متزامناً مع الأدوية المستعملة في علاج الاضطراب (Beck, 2011, 22).

وفي العلاج المعرفي السلوكي، فإن البنين المعرفي أو المخططات، عبارة عن خطط عقلية مجردة، تنظم المعلومات، ولها دور كبير في توجيه سلوك الإنسان؛ فهي تمثل أنماطاً من التفكير ثابتة، وطويلة الأمد، كما تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابقة، وهي عملية تنظيم لمعلومات قديمة لها علاقة بالموقف الحالي، وتسهل عملية معالجة المعلومات الجديدة المتعلقة بالموقف، حيث تلفت الانتباه إلى هذه المعلومات اختياريًا، أو تحدد نوعاً معيناً من التصورات الخاصة بموقف معين، وبناءً على ذلك فالمخططات تحدد الطريقة التي من خلالها يتم اختيار المعلومات المدركة، وأيضاً يتم تخزينها ومعالجتها وتذكرها أو استدعائها (مصطفى محمود، ٢٠٠٩، ٦٤). وعلى ذلك فلكل منا أفكاره الثابتة ومعلوماته المختزنة التي ترشد وتحدد بنية تفكيرنا، وقد حدد "مايكنباوم" البنين المعرفي، على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم

ويوجه استراتيجية ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة "مشغل تنفيذي" يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. ويتضمن البنيان المعرفي، ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة، ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة، مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلي للشخص ذاته. (لويس مليكة، ١٩٩٤، ١٢١).

وهكذا يمكن القول أن العلاج المعرفي - السلوكي هو نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا مهما في الاضطرابات الانفعالية. وتفترض النظرية المعرفية - السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبه الصحي والمرضي، هي: الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية، والجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى "بماذا أشعر الآن"، والبناء المعرفي للخبرة "كيف أدرك الموقف وأفسره"، (عبد الستار إبراهيم، ٢٠٠٨: ٩٢).

#### **مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:**

تذكر "باطة"، أن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي، هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي، بداية من التعليم النفسي للمريض، وإقناعه بمنطق العلاج، ومسؤوليته فيه، مع توضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية من جانب، وبين ما يعانيه من اضطراب، ويتم ذلك في إطار علاقة تعاونية مهنية، تنظمها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ منحى العلاج "المعرفي - السلوكي"، وهي:

أ - يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.

ب - أن تعلم معظم جوانب السلوك لدى الإنسان، يكون من خلال الجانب المعرفي.

ج - إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية، هي محاور مهمة في فهم الفرد لسلوكه والتنبؤ به، من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.

د - التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.

هـ - يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.

و- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثير من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين، من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. (آمال باظة، ١٩٩٠، ٢٧٣).

### ثانياً: الأفكار اللاعقلانية Irrational thoughts تعريف الأفكار اللاعقلانية:

يعرف (العقاد، ٢٠٠١، ١٩٢)، الأفكار اللاعقلانية بأنها تلك الأفكار السالبة غير المنطقية، وغير الواقعية، والتي تتأثر بالأهواء الشخصية والبعد عن الموضوعية، وتعتمد على التوقعات اللامعقولة والتعميمات الخاطئة، والظن والاحتمالية والمبالغة والتهويل، ولا تلائم إمكانيات الفرد الواقعية. ويضيف "جودة" (٢٠٠٦، ٢٦)، أن الأفكار اللاعقلانية عبارة عن مجموعة معارف ومعتقدات غير موضوعية، يتبناها الفرد في تفاعلاته الحياتية، سواء مع ذاته أو مع الآخرين، كما يتخذها أسلوب حياة، علماً بأنها لا تتناسب مع عقلية الفرد، أو تفكيره، وتؤدي به إلى سوء التكيف.

أما "ليري" (Leary, 2007, 3) فيرى أن الأفكار اللاعقلانية، عبارة عن أفكار غير منطقية، غير مرنة، وينقصها الأدلة. كما تعرف الأفكار الخاطئة وغير الواقعية المكتسبة من الأسرة والمجتمع ووسائل الإعلام، والتي تتصف بعدم الموضوعية وغير منطقية، والتي تعيق الفرد عن التوافق النفسي (الزهراني، ٢٠١٠، ٩).

كما يعرف إبراهيم (٢٠١١، ٢٢٦)، الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية بأنها عبارة عن مجموعة وجهات النظر والأفكار، التي يتبناها الفرد عن نفسه والآخرين، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب إلى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات، والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث

الحياة. في حين يذكر "سيد" (٢٠١٢، ١٠)، أن الأفكار اللاعقلانية هي تلك الأفكار التي تؤدي إلى الاختلال الوظيفي والتي لا تتفق مع الواقع.

كما يفرق (Digiuseppe, et al., 2014: 31) بين الأفكار اللاعقلانية وهي الأفكار التي تؤدي إلى خلل في العواطف (المشاعر)، وتتضمن الاكتئاب والقلق، والخجل، والشعور بالذنب، والغضب، والانزعاج، والأفكار العقلانية وهي أفكار تؤدي إلى توازن في العواطف (المشاعر)، وتتضمن الأمل والسعادة والراحة النفسية.

كما يشير (Grohol, 2018) إلى أن الأفكار اللاعقلانية، هي جوهر فهمنا للمرض النفسي، ووفقًا لنظرية العلاج المعرفي السلوكي CBT فإن الأفكار اللاعقلانية عبارة عن المشاكل الشائعة في الصحة العقلية، ومنها الاكتئاب، وسببها واستمراريتها - في جزء كبير منها - تكمن في الأفكار غير المنطقية، التي تتطير في أذهاننا، وتسبب لنا القلق والاكتئاب، وعلى سبيل المثال، الفكرة الخاطئة التي قد تسيطر على فرد ما، وتدفعه للاعتقاد بما يلي: "لقد تسببت في فشل هذا المشروع، لذلك فأنا شخص غبي لا قيمة له"، أو "لقد جادلت مع صديقي، وأشعر بالفزع لأنه سوف يتركني الآن".

ويضيف كل من "بردجز" و"هارنش"، إلى أن الأفكار اللاعقلانية - وهي فكرة مركزية في النظرية المعرفية، وفي منحنى العلاج المعرفي - لها دور أساسي في عدد من الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب والقلق، وأنه بسبب هذه الأفكار والمعتقدات، يقوم الأشخاص المصابون بالقلق - بشكل منهجي - بتشويه معنى الأحداث التي يمرون بها، لتفسير تجاربهم بطريقة مستمرة، بصورة سلبية، بما يوصف بأنها هزيمة للذات. (Bridges & Harnish, 2010)

### أشكال من الأفكار اللاعقلانية:

يشير "جروهول" إلى أن هناك عدة أشكال للأفكار اللاعقلانية، يمكن عرض بعضها في النقاط التالية (Grohol, 2018) :

- ١- التصفية Filtration وفي هذا الشكل فإن الشخص يهتم بالتفاصيل السلبية للموقف الذي يعيشه، ويضخمها، مع إهمال الجوانب الإيجابية لذات الموقف. أي أن هذا الشخص لا يدرك من الموقف سوى كل ما هو سلبي مع تجاهل كل ما إيجابي.
- ٢- التفكير المستقطب أو "إما أسود أو أبيض": في هذا النوع من التفكير، فإن تفكير الشخص يكون متطرفاً؛ وفيه تكون كل الحلول إما سوداء أو بيضاء، إما أن يحصل على كل شيء أو يفقد كل شيء، ولا توجد حلول وسط بين الاتجاهين.
- ٣- التعميم: في تعميم الأفكار يقوم الشخص بتعميم موقف حدث له، على جميع المواقف المشابهة في حياته، فإذا مر بخبرة سيئة وغير سارة، فإنه يعمم هذه الخبرة غير السارة على جميع المواقف في المستقبل.
- ٤- القفز إلى الاستنتاجات: وهو بمعنى التحيز في النتيجة، وغالباً ما يتم اختصاره كـ JTC ، وهو قريب من لفظ الاستنباط، وفي هذا النوع من التفكير، فإن الشخص يقوم بالحكم على شيء ما، دون أن يحصل على معلومات كافية، تبرر وصوله إلى استنتاجاته، وقد يؤدي ذلك إلى اتخاذ قرارات متسارعة، قد تسبب له أضراراً خطيرة.
- ٥- الشخصنة: وتعني حكم شخص على الأفكار أو الأحداث من خلال الشخص المنسوبة إليه، لا من خلال مضمون الفكرة أو طبيعة الحدث وظروفه. ويقصد بالشخص هنا الشخص الحقيقي أو الشخص المعنوي (جماعة، أو فرقة، أو طائفة، أو حزب، أو مذهب). وقد يكون الشخص حياً أو راحلاً. وجميع مظاهر وسلوكيات التعصب للرأي والعنصرية والتمييز بسبب اللون أو المذهب أو الدين أو العرق أو الجنس أو الجنسية هي أشكال مختلفة من الشخصنة. (وائل عزيز، ٢٠١٠). وهي نوع من تشويه في الأفكار، حيث يعتقد الشخص أن ما يفعله أو يقوله الآخرون، هو نوع من رد الفعل المباشر والشخصي تجاهه هو.

٦- التفكير العاطف: التفكير العاطفي، نوع من الأفكار المشوهة، فالشخص الذي يعتمد في اتخاذ قراراته على عاطفته، دون الاستناد إلى المعلومات والحقائق، قد يسبب له ذلك الوقوع في أخطاء في قراراته، ومن أمثلة هذا النوع من التفكير، إذا قام شخص باتخاذ قرار مصيري في حياته، مع تبرير ذلك بأن قلبه مستريح لهذا القرار.

### نظرية ألبرت إليس لتفسير الأفكار اللاعقلانية:

وفقا لنظرية "ألبرت إليس" Ellis، فإن الفرد في حياته، غالبا ما يواجه أحداثا غير مرغوب فيها، وهذه الأحداث تولد مجموعة من الأفكار أو المعتقدات، فإذا كانت هذه الأفكار عقلانية، فإنها تسهم في زيادة مستوى التكيف للفرد مع تلك الأحداث، أما إذا كانت هذه الأفكار أو المعتقدات غير عقلانية، فإنها تؤدي بالفرد إلى عواقب سيئة عاطفية وسلوكية ومعرفية، مما يسهم في زيادة فرص عدم التكيف، وتؤدي بالتالي إلى خلل وظيفي (Danien, David, 2010, 18).

وقد حدد "ألبرت إليس"، في كتابه "علاج السلوك الانفعالي العقلاني"، عدداً من المعتقدات اللاعقلانية، التي يعتنقها الناس غالباً. ومنها:

- ١- من الضرورة الملحة أن يكون الشخص محبوب من كل الناس.
- ٢- يجب أن يكون المرء مؤهلاً وملائماً ومنجراً من جميع النواحي المهمة وإلا سيكون شخصاً غير لائق وعديم القيمة.
- ٣- يجب على الناس بكل تأكيد أن يتصرفوا بتأنٍ وعدل، وسيكونون أشراراً ملعونين إذا لم يفعلوا ذلك.
- ٤- إنه أمر مروع وفضيع عندما لا تكون الأمور على النحو الذي يرغب فيه المرء كثيراً.



- ٥- يحدث الاضطراب العاطفي بشكل أساسي من الخارج ويكون لدى الأشخاص قدرة قليلة أو معدومة على زيادة أو تقليل مشاعرهم وسلوكياتهم المختلفة.
- ٦- إذا كان هناك شيء ما أو يمكن أن يكون خطيراً أو مخيفاً، فيجب على المرء أن يكون قلقاً دائماً ومفرداً بشأنه ويجب أن يستمر في التفكير في إمكانية حدوثه.
- ٧- لا يمكن ولا يجب على المرء أن يواجه مسؤوليات الحياة وصعوباتها ومن الأسهل تجنبها.
- ٨- يجب أن يعتمد المرء تماماً على الآخرين ويحتاجهم ولا يمكنك إدارة حياته بشكل أساسي.
- ٩- يعد التاريخ الماضي للفرد محددًا بالغ الأهمية لسلوك المرء الحالي ولأن شيئاً ما كان يؤثر بقوة في حياته، يجب أن يكون له تأثير مماثل إلى أجل غير مسمى.
- ١٠- اضطرابات الآخرين مروعة ويجب على المرء أن يشعر بالضيق حيالها.
- ١١- هناك دائماً حل صحيح ودقيق ومثالي لمشاكل الإنسان وسيكون أمراً مروعاً إذا لم يتم العثور على هذا الحل الأمثل. (Ellis, 1994, 18)

### ثالثاً: إدمان المواد المؤثرة نفسياً:

إدمان المخدرات، آفة اجتماعية خطيرة، رافقت المجتمعات البشرية منذ القدم، وقد تطورت بتطورها، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة؛ فاجتاحت وانتشرت بين جميع فئات المجتمع، ومما يزيد من خطورته، كون أغلب المدمنين من فئة الشباب التي تعد أساس الإنتاج وعماد التنمية في أي مجتمع، مما دفع بالعديد من الباحثين إلى إجراء البحوث، والدراسات النفسية، والاجتماعية، والطبية، بغية دراسة مشكلة الإدمان من جوانب عديدة، والتعرف إلى العوامل المرتبطة به والعمل على التحكم والتنبؤ بها (خالد المدني، ٢٠١٧: ٢).

## تعريف الإدمان: Addiction:

تعرف جمعية الطب النفسي الأمريكية APA الإدمان، على أنه الاعتماد على مادة كيميائية إلى الحد الذي تنشأ معه حاجة فسيولوجية أو نفسية أو كليهما، ويظهر ذلك في تجمع من زملة من الأعراض التالية: التحمل، والانشغال بالحصول على مادة العقار/المخدر وبتعاطيها، وتعاطي المادة رغم توقع حدوث عواقب ضارة محتملة، والجهود المتكررة للتوقف عن التعاطي أو للتحكم فيه، ونشوء أعراض الانسحاب حينما لا تكون مادة العقار المخدر متيسرة، أو حينما لا يتعاطاها الفرد. Lawson et al., (2000: 37)

وقد قدم مصطلح الإدمان، على أنه مرادف أو بديل لمصطلح "الاعتماد"، ويتمثل ذلك خاصة فيما قدمته "منظمة الصحة العالمية" WHO من تعريف حددته لجنة من الخبراء الدوليين لمصطلح "الاعتماد" في عام ١٩٧٤م، أن ثمة محاولة في هذا الشأن للتمييز بين المكونات الجسمية والمكونات النفسية والاعتماد. (Gossop, 2001: 366)، لذا عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه: "حالة نفسية وفي بعض الأحيان عضوية ناتجة عن التفاعل الذي يحدث بين الفرد والمخدر، وتتصف باستجابات سلوكية عادة ما تتضمن دافعا عنيفا لتناول المخدر بشكل دائم أو بين فترة وأخرى للحصول على آثاره النفسية، وأحيانا من أجل نقادي أو تجنب الآثار المزعجة من تعاسة وقلقل والتي تنتج في حالة الامتناع.

والإدمان لفظ شامل يركز على اتباع المادة الكيميائية، ومصطلح التبعية الكيميائية أدق من مصطلح سوء الاستخدام، حيث أن سوء الاستخدام تصف الحالة التي تسبق تحول الفرد لمدمن، وتتضمن المواد الإدمانية على الكحول، وأي مادة أخرى مغيرة للحالة العقلية (Graw, 2008: 221). كما عرفه "مورس" و "فلافين" (Morse & Flavin, 1992) بأنه الاستخدام المستمر للمواد التي تغير الحالة المزاجية مثل الكحول والمواد المخدرة، وله أصول وراثية وتؤثر على تطور مظاهره العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية (Kathy & Daniel, 2011: 31).

ويعرفه "ميلر" وآخرون، بأنه الحالة التي يكون فيها الشخص بحكم العادة أو الإجبار محتلاً أو متعلقاً بشئ معين. (Miller et al, 2011: 10)، والإدمان يقصد به التعاطي القهري المتكرر، والمتصل بمادة نفسية أو أكثر من مادة، سواء بطريقة متتابعة أو متزامنة، بحيث يظهر الفرد انشغال شديد بالتعاطي، والرغبة القهرية في الحصول على مادة التعاطي بأية وسيلة (إبراهيم المغربي، ٢٠١٣: ١٥). كما يعرف الإدمان بأنه مرض دماغي مزمن، يتصف بالتعاطي القهري للمواد المخدرة، رغم العواقب الضارة. وهو يعتبر مرض يصيب الدماغ نظراً للتغيرات التي يحدثها المخدر في الدماغ، والتي يمكن أن تكون طويلة الأمد، وتؤدي إلى سلوكيات غريبة وقهرية، تظهر لدى المتعاطي (Nora, 2014: 5).

أما لفظ تعاطي المخدرات Drugs abuse فإنه يستخدم في اللغة العربية، للإشارة إلى تناول عقار خارج مجال التداوي أو العلاج الطبي؛ فالتعاطي يشير إلى تناول أي مادة من المواد المسببة للإدمان، بصورة متكررة خارج النطاق الطبي، كذلك يشار إلى التعاطي على أنه التعلق بتناول بعض المواد المؤثرة في الأعصاب (إبراهيم المغربي، ٢٠١٣: ١٦).

أما المواد ذات التأثير النفسي، فهي عبارة عن كل مادة طبيعية أو صناعية، تدخل جسم الإنسان متعاطي المخدرات، إما عن طريق البلع أو الاستنشاق أو الحقن، وتؤثر عليه؛ فتغير إحساسه وبعض وظائفه البيولوجية والفسولوجية، وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة، نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثيرها على البيئة والمجتمع، وقد يؤدي تكرار الاستعمال إلى الاعتماد عليها، وعند التوقف يتعرض لأعراض الانسحاب (حسين الغول، ٢٠١١: ٧٨). كما يعرفها "إبراهيم المغربي" (٢٠١٣: ٢٧) بأنها كل ما يغيب العقل والحواس، دون أن يعقب ذلك نشوة وسرور، أما إذا صاحب ذلك نشوة وسرور فهو مسكر، كما يطلق على المواد التي تسبب الإدمان ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل ولا يتم تداولها إلا بواسطة من يرخص له بذلك (إبراهيم المغربي، ٢٠١٣: ٢٧).

## السلوك الإدماني في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM5)

حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) علامات تشخيص السلوك الإدماني، في مجموعة متلازمة من الأعراض الملازمة لتعاطي المواد المخدرة، وتنقسم لأربع مجموعات فرعية كما يلي:

### ١- فقدان السيطرة:

- أ- استخدام الشخص لكمية أكبر أو لفترة أطول مما هو مخطط له أو أكثر من المعتاد.
- ب- أن يعبر الشخص عن رغبته في الامتناع أو تنظيم استخدامه للمادة، مع الاستخدام القهري ومحاولات فاشلة في الامتناع.
- ج- الوقت الكبير المستهلك في الحصول على المخدر، وتعاطي المادة، ثم التعافي من آثار المخدر.
- د- الشعوذة: مع التعاطي الشديد فإن كل شيء في الحياة اليومية يدور حول المخدر، والشعوذة هي رغبة قوية وملحة للمادة.

### ٢- الإعاقة الاجتماعية:

- أ- التعاطي المتكرر للمخدرات أدى إلى الفشل في الإيفاء بالالتزامات تجاه العمل، الدراسة أو المنزل.
- ب- الاستمرار في التعاطي برغم المشاكل الاجتماعية المتكررة والتي تؤدي الي تدمير العلاقات بسبب تأثير المخدر.
- ج- التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية والابداعية الهامة بسبب المخدر، فقد ينسحب الشخص من المشاركة في نشاط عائلي هام (زواج أو وفاة) لكي يتعاطي المخدر.

### ٣- الاستخدام الخطر:

- أ- الاستخدام المتكرر للمخدرات في مواقف لها خطورة جسدية عالية
- ب- الاستمرار في التعاطي رغم معرفة الشخص بوجود عواقب نفسية أو جسدية، متكررة أو دائمة نتيجة لتعاطيه المخدرات.

#### ٤- خواص دوائية:

أ- التحمل: هو احتياج الشخص لجرعة أكبر من المخدر للحصول على نفس المفعول السابق، او نقص المفعول عند استخدام نفس الجرعة المعتادة من المادة.

ب- أعراض الانسحاب: هي أعراض تنتج عن نقص مستوى المادة في الدم والأنسجة، مما يجبر الشخص على إعادة التعاطي لتلافي أعراض الانسحاب، وتختلف أعراض الانسحاب بحسب المواد والاشخاص.

ويتم تحديد شدة الحالة الإدمانية، كما يلي: الاستخدام البسيط: ويحدد بوجود اثنين أو ثلاثة من الأعراض، والاستخدام المتوسط: ويحدد بوجود أربعة أو خمسة من الأعراض، أما الاستخدام الشديد: فيكون عند وجود ستة أعراض أو أكثر. ( APA, 2013)

أما تشخيص السلوك الإدماني في الإصدار العاشر للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-10)، فيكون بتوافر ثلاثة أو أكثر من الشكاوى الآتية: (أ) رغبة عارمة او نزعة قهريّة لتعاطي المادة، و (ب) صعوبة السيطرة علي التعاطي (متى أبدأ أو أتوقف أو عند أى مستوى)، و(ج) أعراض السحب الفسيولوجي، و(د) علامات التحمل، و (هـ) زيادة الإهمال وترك الاهتمامات لحساب التعاطي والحصول علي المادة، و (و) استمرار التعاطي رغم الضرر الذي يسببه التعاطي وازدياد الأضرار. (وائل منصور أحمد، ٢٠١٠:٧).

#### مراحل إدمان المخدرات:

١- مرحلة التحمل **Tolerance** وهي مرحلة تجربة التعاطي، وفيها يقوم الفرد بتناول المخدر بشكل متكرر أكثر من المعتاد، فيبدأ الاعتياد على المخدر، وبالتالي يقل تأثيره، فيزداد تعاطي الفرد للمخدر وجرعاته ليحصل على التأثير المطلوب.

٢- مرحلة التعود **Habituation** وهذه المرحلة تعد إنذاراً بالإدمان، فهي تدق ناقوس

الخطر لتخبر الفرد أنه ينزلق نحو الإدمان، و فيها يكون الفرد قد اعتاد على تعاطي المخدر بانتظام واستمرار، في الأوقات المهمة وقبل المناسبات وفي مواقف الضغط والتوتر، ليصبح الفرد معتمد نفسيا على المخدر، و يتعاطي المخدر رغم المقاومة الشديدة، وهنا يحدث فقدان السيطرة.

٣- **مرحلة الاعتماد Dependence** وفي هذه المرحلة يصعب التوقف عن التعاطي والسيطرة على السلوك الإدماني؛ حيث يصبح الاعتماد جسميا ونفسيا على المخدر، وتفقد القدرة على التحكم في الجرعات المتعاطاة.

٤- **مرحلة الاستمرار في الإدمان Continues addiction** وفي هذه المرحلة يتحول الإدمان إلى إدمان مزمن مصاحب بأعراض نفسية وجسدية واجتماعية، ولا يستطيع المدمن التوقف عن التعاطي رغم كل الاضطرابات والمشكلات المحيطة به. (Hussein, 2009:14).

واستكمالاً لما سبق، فإن الباحثان يفترضان وجود عوامل كثيرة تؤثر في إدمان المواد المؤثرة نفسياً، منها - إلى جانب ما سبق ذكره - بعض سمات الشخصية، وبعض العوامل المرسبة والعوامل المفجرة، ومن العوامل التي يفترض الباحثان أنها تؤدي إلى إدمان المواد المؤثرة نفسياً، يمكن ذكر الأفكار اللاعقلانية، التي يكون لها دور رئيسي في تشكيل أفكار الشخص عن نفسه وقدراته وتحليله للمواقف بشكل غير عقلائي، بما يؤدي به إلى اتباع سلوكيات غير صحية تؤثر عليه بشكل كبير.

#### دراسات سابقة:

فيما يلي بعض الدراسات السابقة، التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية، ويتم عرضها في محورين، الأول يشتمل على دراسات تتناول الأفكار اللاعقلانية كمتغير له علاقة بالاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً، والثاني يتناول بعض الدراسات التي اهتمت ببناء أو استخدام برامج في العلاج المعرفي السلوكي، خاصة في علاج جوانب نفسية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً.

## ١ - دراسات الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد النفسية:

من الدراسات التي اهتمت ببحث الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد النفسية، دراسة (Aminpoor, & Zadeh, 2011) والتي هدفت إلى تعرف الفروق في المعتقدات اللاعقلانية بين المعتمدين على المواد المخدرة وبين العاديين، وتكونت العينة من (١٢٠) فرداً؛ منهم (٦٠) من المعتمدين على المواد المخدرة، و (٦٠) من العاديين، طبق عليهم مقياس المعتقدات اللاعقلانية. وتوصلت النتائج إلى أن مجموعة المعتمدين على المواد المخدرة، أكثر تمسكاً بالمعتقدات اللاعقلانية، وذلك بمقارنتهم بمجموعة العاديين.

كما هدفت دراسة (صالح المهيمزي، ٢٠١٢) إلى تعرف علاقة الأفكار اللاعقلانية بالقلق لدى كل من مدمني المخدرات وغير المدمنين في المجتمع السعودي، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ الأولى تم سحبهم من المعتمدين على مخدر الحشيش والكحول بمستشفى الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، ومجموعة من العاديين من غير المعتمدين على مواد مخدرة من مدينة الرياض أيضاً، طبق على المجموعتين مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية (للريحاني)، ومقياس القلق (للدليم). وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها، أن مجموعة المعتمدين على الحشيش والكحوليات، أكثر قلقاً، وأكثر تمسكاً بالأفكار اللاعقلانية، وذلك بمقارنتهم بمجموعة العاديين.

وهدف دراسة (Hojjat, et al., 2013) إلى مقارنة سمات الشخصية والمعتقدات اللاعقلانية بين النساء المعتمدات على المواد الأفيونية، والمتعاطيات للأمفيتامينات، وتكونت العينة من (١١٩) امرأة مدمنة؛ منهن (٥٩) من المعتمدات على الأفيون، و(٦٠) من المعتمدات على الأمفيتامين، طبق عليهن مقياس شخصية، واستبيان "جونز" للمعتقدات اللاعقلانية. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين، على الدرجة الكلية للاعتقاد غير العقلاني.

إضافة لما سبق، فإن دراسة (فيليب سهيل، ٢٠١٥)، هدفت إلى تعرف الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين ومقارنتها مع غير المدمنين، في ضوء عدد من المتغيرات الديموجرافية كالجنس والعمر والمستوى التعليمي، وتكونت العينة من (١١٦) من المدمنين والمدمنات بناء التشخيص الطبي، و (٥٠) من العاديين غير المدمنين. طبق عليهم جميعا مقياس الأفكار اللاعقلانية. وتوصلت النتائج إلى أن الأفكار اللاعقلانية أكثر انتشارا عند مجموعة المدمنين، منها لدى مجموعة العاديين، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية، تعزى لأي متغير من متغيري العمر والجنس، وأنه توجد فروق تعزى لاختلاف المستوى التعليمي، حيث الأفكار اللاعقلانية أكثر انتشار لدى ذوي التعليم المنخفض.

هدفت دراسة (مهند عادل، ٢٠١٧)، إلى تعرف علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتهاب لدى المدمنين بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم في السودان، والفروق في الأفكار اللاعقلانية، وفقاً لاختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية. وتكونت عينة الدراسة من (٩٠) من المدمنين، طبق عليهم مقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس الاكتهاب. ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين كل من الأفكار اللاعقلانية والاكتهاب لدى المدمنين، وأن مستوى الأفكار العقلانية مرتفعا لديهم. وأنه لا توجد فروق في الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، باختلاف متغيرات المستوى الاقتصادي، والمستوى التعليمي، ونوع المادة المخدرة، والعمر.

وفي دراسة (جولى و جولسيرين ٢٠١٩)، كان الهدف تعرف العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية وطرق التعامل مع الإجهاد لدى مدمني المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من (٥١) من مدمني الكحول والمخدرات في إحدى المستشفيات الحكومية في تركيا، ومن النتائج التي توصلت إليها الدراسة، أن متوسط المعتقدات اللاعقلانية كان مرتفعا لدى عينة الدراسة من المدمنين على الكحول والمخدرات.



## ٢ - دراسات العلاج المعرفي السلوكي للمعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً:

أما الدراسات التي اهتمت بتطبيق برامج في العلاج المعرفي السلوكي للمعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، فمنها دراسة (مي رمزي، ٢٠١١)، والتي هدفت إلى تعرف مدى فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في تعديل الأفكار السلبية لدى عينة من المدمنين، وتغيير حالتهم المزاجية وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لديهم، وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها وجود فعالية للبرنامج في تعديل الأفكار السلبية، وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لدى المدمنين.

وأيضاً دراسة (حازم قواقنة، ٢٠١٢)، والتي كان هدفها تعرف مدى فاعلية برنامج في العلاج المعرفي السلوكي، لتنمية المهارات الاجتماعية وخفض حدة أعراض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) مدمناً، تم تقسيمها إلى مجموعتين؛ المجموعة التجريبية وعددها (١٥)، والمجموعة الضابطة وعددها (١٥)، وخضعت المجموعة التجريبية لجلسات لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وعددها (١٦) جلسة، مدة كل منها (٩٠) دقيقة. وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية، وانخفاض في حدة أعراض كل من القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية من مدمني المخدرات.

كما هدفت دراسة (سهام بوخاري، ٢٠١٦) إلى تعرف أهم الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي يحملها المدمنون على المخدرات، وذلك من خلال معرفة أهم الأسباب والعوامل المؤدية والمعززة لسلوك التعاطي، إضافة إلى معرفة أهم العوامل المساعدة على الانتكاسة، وتعرف مدى فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي في تخفيض مستوى الأفكار اللاعقلانية التي يحملها المدمن، والتي تعتبر من بين الأسباب والعوامل المؤدية والمساعدة على تعاطي المخدرات، والمعززة للانتكاسة. إضافة إلى فعاليته في التخفيف من قلق الانزعاج الناتج عن الحرمان من المخدرات والإدمان عليها. وتوصلت

الدراسة إلى نتائج منها أنه توجد فعالية للبرنامج العلاجي في التخفيف من قلق الانزعاج والتخفيض من درجة الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات (القياس البعدي)، وأن هناك استمرارية لفعالية البرنامج بعد انتهاء تطبيق البرنامج بفترة زمنية (القياس التتبعي).

وهدفنا دراسة (فاطمة خليفة، ٢٠١٧)، إلى التحقق من فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين بمدينة جدة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية عددها (١٠) من مرضى الإدمان، طبق عليهم مقياس الصلابة النفسية، ومقياس مواقف الانتكاسة (رشا الديدي، ورأفت عسكر)، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (فاطمة خليفة). وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها أن البرنامج الذي تعرضت له المجموعة التجريبية، قد أدى إلى زيادة الصلابة النفسية، وخفض معدل الانتكاسة لديهم.

واهتمت دراسة (عبد المالك شيهان، ٢٠١٨)، إلى تعرف مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عند المراهقات المتعاطيات للحبوب المهلوسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية عددها (٣) من المراهقات المتعاطيات للحبوب المهلوسة، من المترددات على مركز علاج الإدمان بولاية الشلف في الجزائر. طبق عليهن قائمة تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام من DSM IV قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي. وتكون البرنامج من (٦) جلسات، بواقع جلسة واحدة كل أسبوع، ومدة الجلسة (٩٠) دقيقة، وبعد انتهاء البرنامج وإجراء القياس البعدي، بمدتها شهر كامل، تم إجراء القياس التتبعي للمتغير التابع. وأظهرت النتائج أن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي فعالية في الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الأعراض الإدمانية والانسحابية وتجنب الوقوع في الانتكاسة بعد العلاج (القياس البعدي)، وأن هناك استمرارية في فعالية البرنامج بعد انتهاء جلسات البرنامج (القياس التتبعي).

وفي دراسة (أحمد محمود، ٢٠١٩)، والتي كان هدفها إعداد برنامج علاج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ تجريبية وضابطة من المراهقين المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، طبق عليهم مقياس لقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (محمد سعفان، دعاء خطاب)، ومقياس جودة الحياة (زينب شقير)، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (أحمد محمود)، وتم تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية وحدها، وتوصلت الدراسة إلى نتائج منها وجود فاعلية للبرنامج في تحسين جودة الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج وجود استمرارية لفعالية البرنامج في تحسين جودة الحياة بعد انتهاء تعرض المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج كما ظهرت في القياس التتبعي.

إضافة لما سبق، فقد هدفت دراسة (محمد عبيد، ٢٠٢٠)، إلى التعرف إلى فعالية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات بمدينة أسوان، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) من مرضى الإدمان بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة أسوان، تم تقسيمهم إلى مجموعتين؛ تجريبية عددها (١٠)، وضابطة عددها (١٠)، وطبق على المجموعتين مقياس الدعم الاجتماعي (القياس القبلي)، وخضعت المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج دون المجموعة الضابطة، كما تم قياس المتغير التابع "الدعم الاجتماعي" للمجموعتين بعد انتهاء جلسات البرنامج (القياس البعدي)، كما تم قياس الدعم الاجتماعي للمجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج بفترة زمنية (القياس التتبعي). وأظهرت النتائج تحسن الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية نتيجة لأثر البرنامج (القياس البعدي)، واستمرار التحسن في الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية نتيجة لاستمرار تأثير البرنامج العلاجي (القياس التتبعي). على حين لم يحدث تحسن في الدعم الاجتماعي لدى المجموعة الضابطة في القياس البعدي، نتيجة عدم تعرضها لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

## تعقيب على الدراسات السابقة:

بمراجعة الدراسات السابقة، التي عرض لها في الجزء السابق، يمكن الخروج بما يلي:

١- على الرغم من وجود دراسات توصلت إلى أن المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، لديهم أفكار لاعتقالية، أعلى من غير المعتمدين، كدراسات كل من (Aminpoor & Zadeh, 2011) و (صالح المهيمزي، ٢٠١٢)، و (فيليب سهيل، ٢٠١٥)، و (جولي و جولسيرين، ٢٠١٩)، إلا أن هناك دراسات أخرى قد توصلت إلى نتيجة مختلفة؛ منها دراسة (Hojjat, et al., 2013) التي أشارت نتائجها أنه لا توجد فروق دالة في الأفكار اللااعتقالية بين المعتمدين على الأفيون، وبين المعتمدين على الأمفيتامين.

٢- تشير نتائج دراسات سابقة أن برنامج العلاج المعرفي السلوكي، له آثار إيجابية في تحسن حالة المعتمدين على المواد النفسية؛ حيث تؤدي هذه البرامج العلاجية إلى تعديل الأفكار السلبية، وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لديهم (مي رمزي، ٠١١)، وتنمية المهارات الاجتماعية وخفض حدة أعراض القلق والاكتئاب (حازم قواقنة، ٢٠١٢)، ورفع معدل الصلابة النفسية مع خفض معدلات الانتكاسة لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً (فاطمة خليفة، ٢٠١٧؛ عبد المالك شيهان، ٢٠١٨)، وتحسن مستوى جودة الحياة (أحمد محمود، ٢٠١٩)، وتحسن مستوى الدعم الاجتماعي لديهم (محمد عبيد، ٢٠٢٠). وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات التي اهتمت بقياس فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل الأفكار اللااعتقالية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، كانت قليلة ولم يعثر على أي من هذه الدراسات في البيئة المصرية، سوى دراسة (سهام بوخاري، ٢٠١٦)، والتي اهتمت بتعرف فعالية برنامج علاجي معرفي انفعالي (وليس برنامج علاجي معرفي سلوكي) في تعديل الأفكار اللااعتقالية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً.

#### رابعاً: فروض الدراسة:

يوجد فرض عام، ومنه تنفرع أربعة فروض، كما يلي:  
الفرض العام: "توجد فعالية للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي - المستخدم في هذه الدراسة - في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المخدرة".

#### أما الفروض الثلاثة الفرعية، فهي:

الفرض الأول: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس الأفكار اللاعقلانية بأبعاده في القياس البعدي، في اتجاه المجموعة التجريبية".

الفرض الثاني: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي، في اتجاه القياس البعدي".

الفرض الثالث: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياسين البعدي والتتبعي".

#### منهج الدراسة وإجراءاتها:

##### ١ - منهج الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة المنهج التجريبي، بتصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، ويمثل برنامج العلاج المعرفي السلوكي المتغير المستقل، على حين تمثل الأفكار اللاعقلانية (الدرجة الكلية والأبعاد) المتغيرات التابعة، وقد تم التحقق من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة على عدد من المتغيرات مثل الجنس (فجميعهم من الذكور)، والسن، والأفكار اللاعقلانية، والاعتماد النفسي على المخدر، ماعدا المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، الذي تم إدخاله على المجموعة التجريبية وحدها، دون المجموعة الضابطة. وقد تم قياس الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعتين التجريبية والضابطة (القياس القبلي)، ثم تم تعريض المجموعة التجريبية

وحدها لجلسات البرنامج العلاجي، وتم قياس الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعتين التجريبية والضابطة (القياس البعدى)، وبعد انتهاء تعريض المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي بشهرين، تم قياس الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية وحدها، لتعرف مدى استمرار أثر البرنامج العلاجي بعد توقف البرنامج (القياس التتبعي).

## ٢ - عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية، من (٦٠) من المعتمدين نفسياً على المواد المخدرة، من المترددين على مستشفى أسيوط للصحة النفسية، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠ إلى ٤٠) عامًا، بمتوسط (30.35) وانحراف معياري (5.2426) بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، وجميعهم من الذكور.

أما عينة الدراسة الأساسية، فتكونت من (٣٠) من الذكور المعتمدين على المواد المخدرة، وقد تم اختيارهم من عينة الدراسة الاستطلاعية، بعد التحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الأفكار اللاعقلانية، وممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الأفكار اللاعقلانية، ولديهم استعداد لحضور جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي، وأيضاً من ذوي المستوى التعليمي المتوسط. وقسمت عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعتين: تجريبية وعددها (١٥)، وضابطة وعددها (١٥) بمتوسط سن قدره (٣٠,٣٥)، وانحراف معياري قدره (٤,٨٦). والجدول (١) يوضح الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة على متغير السن.

جدول (١) الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطي سن المجموعتين

التجريبية والضابطة.

المجموعة	متوسط السن	انحراف معياري	قيمة (ت)	الدلالة
١- التجريبية	٣١,٩٣	٣,٩٩	١,٦٢	غير دالة
٢- الضابطة	٢٩,١٣	٥,٣٨		

ويتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي سن المجموعتين التجريبية والضابطة.

### ٣- أدوات الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة، مقياس الأفكار اللاعقلانية (إعداد معترز سيد عبد الله، ومحمد السيد عبد الرحمن، ٢٠٠٢)، إلى جانب برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل الأفكار اللاعقلانية (إعداد عزة خيرى، ٢٠٢١)، وفيما يلي عرض كل أداة من الأدوات.

#### ١- مقياس الأفكار اللاعقلانية:

أعد المقياس كل من "معترز سيد عبد الله"، و"محمد السيد عبد الرحمن"، عام (٢٠٠٢)، في ضوء الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر التي وضعها "أليس"، وعلى ذلك يتكون المقياس من (١١) بعداً، هي: طلب الاستحسان، وابتغاء الكمال الشخصي، واللوم القاسي للذات والآخرين، وتوقع الكوارث، والتهور الانفعالي، والقلق الزائد، وتجنب المشكلات، والاعتمادية، والشعور بالعجز "قلة الحيلة"، والانزعاج لمشاكل الآخرين، وابتغاء الحلول الكاملة. ويتكون المقياس - في صورته الأصلية - من (٤٤) فقرة، بواقع (٤) فقرات لكل بعد، وأمام كل فقرة تدرج متصل من خمسة بدائل، وتتراوح الدرجات على هذه البدائل ما بين الدرجة (١) إلى الدرجة (٥). وعلى ذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين الدرجة (٤٤) إلى الدرجة (٢٢٠)، وتشير الدرجة الأعلى إلى ارتفاع مستوى الأفكار اللاعقلانية عند الفرد.

وفي الدراسة الحالية، تم استبعاد (٤) فقرات، بواقع فقرة واحدة من كل بعد من الأبعاد الأربعة التالية: الاعتمادية، والشعور بالعجز، والانزعاج لمشاكل الآخرين، وابتغاء الحلول الكاملة (راجع جدول ٢)، وذلك لعدم مناسبتها لعينة الدراسة الحالية. وعلى ذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس الذي استخدم في الدراسة الحالية ما بين الدرجة (٤٠) والدرجة (٢٠٠).

## الخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار اللاعقلانية

## ١ - ثبات المقياس:

يتمتع المقياس بمعاملات ثبات مرتفعة، سواء تلك التي قام بها معدا المقياس، أو التي قام بها الباحثين في الدراسة الحالية، وبالنسبة لحساب معاملات ثبات المقياس الأصلي، فقد قام "معترز سيد عبد الله، و محمد السيد عبد الرحمن" (٢٠٠٢)، بالتحقق من قيم الثبات باستخدام ثلاث طرق، هي: ثبات إعادة التطبيق، والثبات بألفا كرونباخ، وثبات التجزئة النصفية مع تعديل الطول باستخدام معادلة "سبيرمان - براون"، وكانت معاملات الثبات في كل طريقة منها مرتفعة.

كما تم في الدراسة الحالية، التحقق من ثبات المقياس وكل بعد من أبعاده وعددها (١١) بعدا، باستخدام معامل ألفا كرونباخ، والجدول (٢) يوضح هذه النتائج.

جدول (٢) معامل ألفا كرونباخ لأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية بعد استبعاد (٤) فقرات من المقياس الأصلي (ن = ٦٠)

أبعاد مقياس الأفكار اللاعقلانية	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
١ - طلب الاستحسان	٤	٠,٧٩
٢ - ابتغاء الكمال الشخصي	٤	٠,٧٠
٣ - اللوم القاسي للذات والآخرين	٤	٠,٧٦
٤ - توقع الكوارث	٤	٠,٧١
٥ - التهور الانفعالي	٤	٠,٦٩
٦ - القلق الزائد	٤	٠,٨٠
٧ - تجنب المشكلات	٤	٠,٧٩
٨ - الاعتمادية	٣	٠,٧٨
٩ - الشعور بالعجز	٣	٠,٧١
١٠ - الانزعاج لمشاكل الآخرين	٣	٠,٨١
١١ - ابتغاء الحلول الكاملة	٣	٠,٧٢
١٢ - الدرجة الكلية للمقياس	٤٠	٠,٨٢



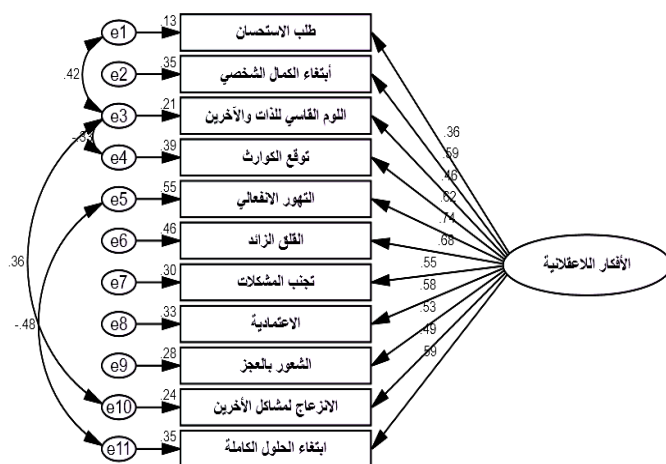
فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية  
لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً

وتشير نتائج الجدول (٢) أن جميع قيم ثبات معامل ألفا لكرونباخ مرتفعة، وتراوحت معاملات ألفا كرونباخ ما بين (٠,٦٩) لبعده "التهور الانفعالي"، وبين (٠,٨٢) للدرجة الكلية للمقياس، وجميعها لها دلالة عند مستوى (٠,٠٠١)، مما يشير إلى تمتع المقياس وأبعاده بمعاملات ثبات مرتفعة ومطمئنة.

٢ - صدق المقياس:

يتمتع مقياس الأفكار اللاعقلانية أيضاً بمعاملات صدق مرتفعة، سواء تلك التي قام بها معدا المقياس، أو التي قام بها الباحثين في الدراسة الحالية، وبالنسبة لحساب معاملات صدق المقياس الأصلي، فقد قام "معتز سيد عبد الله، و محمد السيد عبد الرحمن" (٢٠٠٢)، بالتحقق من الصدق باستخدام مؤشرين من مؤشرات صدق التكوين، الأول هو الاتساق الداخلي والثاني الصدق العملي، ووجد أن جميع معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمكونها الفرعي لدى مجموعات الدراسة الثلاث تعدى مستوى دلالة ٠,٠١، وهذا يدعم الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين. كما تحقق معدا المقياس أيضاً من صدقه باستخدام التحليل العملي.

أما صدق المقياس في الدراسة الحالية، فقد تم استخدام التحليل العملي التوكيدي، للتأكد من صدق المقياس وأبعاده، والشكل (١)، والجدول (٣) يوضح هذه النتائج. شكل (١). نموذج التحليل العملي التوكيدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لدى (ن = ٦٠).



جدول (٢). مؤشرات حسن المطابقة لنموذج مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى (ن=٦٠).

مؤشرات حسن المطابقة	القيمة والتفسير	المدى المثالي للمؤشرات
الاختبار الإحصائي كا <sup>٢</sup> مستوى دلالة كا <sup>٢</sup>	٥٢,٢٨ غير دالة ٠,٠٩	أن تكون قيمة كا <sup>٢</sup> غير دالة
درجة الحرية df	٤٠	-
النسبة بين كا <sup>٢</sup> إلى درجة حريتها	١,٣١ (ممتاز)	صفر إلى أقل من ٥
مؤشر المطابقة المقارن	٠,٩٣ (ممتاز)	من ٠,٩٠ إلى ١
مؤشر جذر متوسط مربع خطأ الاقتراب	٠,٠٧ (ممتاز)	من صفر إلى أقل من ٠,٠٨
مؤشر المطابقة التزايدى (IFI)	٠,٩٤ (ممتاز)	من ٠,٩٠ إلى ١
مؤشر تاكر لويس (TLI)	٠,٩٠ (ممتاز)	من ٠,٩٠ إلى ١
مؤشر جودة المطابقة (GFI)	٠,٩١ (ممتاز)	من ٠,٩٠ إلى ١

يتضح من خلال شكل (١)، وجدول (٣) أن نتائج التحليل العاملي التوكيدي، تشير إلى أن المقياس يتمتع بنموذج قياسي ممتاز، وهذا ما أكدته مؤشرات حسن المطابقة، والتي كانت في مداها المثالي، كما أن جميع العوامل تشبعت بالعامل الكامن، كما كانت جميع التشعبات دالة إحصائياً؛ مما يمكن معه الاطمئنان لصلاحية وملائمة النموذج الحالي، في قياس الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المخدرة في الدراسة الحالية.

## ٢ - برنامج العلاج المعرفي السلوكي (إعداد عزة خيرى):

قام الباحث الأول "عزة خيرى"، بإعداد برنامج علاج "معرفي سلوكي"، يعتمد بشكل رئيسي على النظرية المعرفية والسلوكية، وذلك من أجل استخدامه مع المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، والتي ترتفع درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية، وقد تم الاستعانة بمجموعه من الفنيات التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي، والتي تتنوع بين فنيات معرفية وسلوكية، وقد قامت الباحثة بعرض البرنامج العلاجي قبل التطبيق، على مجموعة من الأساتذة في مجال علم النفس بصفه عامة، وأطباء واستشاريين في مستشفيات علاج الإدمان، والذين حكموا البرنامج، فيما يعرف بصق المحكمين.

أ- خطوات إعداد البرنامج:

ج- أهداف البرنامج:

(١) - الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي المتمثلة في: الاحتفاظ بدفتر يوميات لتسجيل الانفعالات والسلوك، وإعادة الصياغة (التكوين)، وإعادة التكوين التخطيطي التتابعي، واصطياد الأفكار الأوتوماتيكية، والواجب المنزلي، والتعزيز المعنوي، ولعب الدور، والنمذجة، والاسترخاء.

(٢) - الأهداف الفرعية للبرنامج:

يتفرع من الهدف العام للبرنامج مجموعة من الأهداف الفرعية هي:

- تزويد أفراد المجموعة التجريبية بمعنى العلاج المعرفي السلوكي، وأهدافه، وفنياته من خلال فنيات التعليم النفسي "المحاضرة، والمناقشة والحوار"، والواجب المنزلي، والتعزيز المعنوي.

- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على التعرف إلى ماهية الأفكار اللاعقلانية وأنواعها وتدريبهم على تنمية القدرة على كيفية الإمساك بها والتعرف إليها قبل أن تدخل حيز الأفكار الحقيقية والتعامل معها من خلال فنيات التعليم النفسي "المحاضرة، والمناقشة والحوار"، والواجب المنزلي والنمذجة.

- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على التعرف إلى أنواع المشاعر والتعبير عنها بشكل سليم نفسياً من خلال فنيات "المحاضرة، والمناقشة والحوار"، والواجب المنزلي، ولعب الدور.

(٣) - الهدف الإجرائي للبرنامج:

تحسين درجات أفراد المجموعة التجريبية من المعتمدين على المخدرات، على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي عليهم.

#### د- الفنيات المستخدمة في البرنامج:

تم الاعتماد عند بناء جلسات البرنامج على عدد من الفنيات المعرفية السلوكية التي يقوم عليها العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب بعض الفنيات المساعدة وهي: فنيات التعليم النفسي، ولعب الدور، والتعزيز المعنوي، والنمذجة، والمرح والدعابة، والاسترخاء، وأسلوب حل المشكلات، والواجب المنزلي، والتي تسهل توصيل المفاهيم، أو تعرض الأفكار الواردة في البرنامج، وتجسد السلوكيات المطلوب تعديلها، ومنها ما يلي: تسجيل الانفعالات والسلوك في دفتر يوميات، وإعادة الصياغة (التكوين)، وإعادة الهيكلة المعرفية، والمحاضرة، والمناقشة والحوار، وفنية تقييم الأداء، والواجب المنزلي، والتعزيز المعنوي، والنمذجة، وأسلوب حل المشكلات، ولعب الأدوار، ولعب السيناريو حتى النهاية، واسترخاء العضلات التدريجي، واسترخاء التنفس.

#### و- المدى الزمني للجلسات:

تم تطبيق البرنامج وجلساته خلال (١٥) أسبوع بواقع جلستين في الأسبوع، وتتراوح مدة الجلسة الواحدة من ساعة إلى ساعة ونصف؛ وذلك وفقاً لمحتوى الجلسة وما تتضمنه من أنشطته، ويتخلل كل جلسه فترة راحة، قدرها ٥-١٠ دقائق، وذلك وفقاً لزمان الجلسة.

#### ز- المجموعتين التجريبية والضابطة:

بلغ عدد كل مجموعة من المجموعتين الضابطة والتجريبية (١٥) من المعتمدين الذكور على المواد المؤثرة نفسياً، وتم اختيارهم من بين أفراد العينة الاستطلاعية للدراسة، كما تم مراعاة بعض الاعتبارات عند اختيار أفراد كل مجموعة من المجموعتين، منها:

١- عدم وجود فروق دالة إحصائية على متغير السن (جدول ١) . وقد تراوحت أعمار كل مجموعة ما بين (٢٠ إلى ٤٠) سنة.

٢- عدم وجود اضطراب نفسي آخر لدى أفراد المجموعتين يستدعي العلاج الدوائي.

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية  
لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً

٣- أن يكون جميع أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المترددين على العيادة الخارجية، ومتوقف لديهم العلاج الدوائي.

٤- حصول كل مجموعة على درجة منخفضة على مقياس الأفكار اللاعقلانية، وذلك يضمن أن العينة المختارة تعاني من صعوبة في التعامل مع أفكارهم اللاعقلانية، وعدم القدرة على حل المشكلات، وتحقيق الأهداف، والافتقار للمرونة لديهم، والجدول (٤) يوضح المقارنة بين المجموعتين على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية، وجميع أبعاده.

جدول (٤) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية (ن = ١٥) والضابطة (ن = ١٥) على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده قبل تطبيق البرنامج باستخدام اختبار "مان- ويتني" للأزواج المستقلة.

الدلالة	قيمة بي المحسوبة	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
لا توجد	٠,٢٨	٢٣٨,٥	١٥,٩	٢٢٦,٥	١٥,١	١- طلب الاستحسان
لا توجد	٠,٥٣	٢٢١,٠	١٤,٧	٢٤٤,٠	١٦,٣	٢- ابتغاء الكمال الشخصي
لا توجد	٠,٣٣	٢٢٥,٥	١٥,٠	٢٣٩,٥	١٥,٩	٣- اللوم القاسي للذات والآخرين
لا توجد	٠,٣١	٢٣٩,٥	١٥,٩	٢٢٥,٥	١٥,٠	٤- توقع الكوارث
لا توجد	٠,٣٤	٢٤٠,٠	١٦,٠	٢٢٥,٠	١٥,٠	٥- التهور الانفعالي
لا توجد	٠,٠٢	٢٣٢,٠	١٥,٥	٢٣٣,٠	١٥,٥	٦- القلق الزائد
لا توجد	٠,٢٢	٢٣٧,٠	١٥,٨	٢٢٨,٠	١٥,٢	٧- تجنب المشكلات
لا توجد	٠,١٩	٢٣٧,٠	١٥,٨	٢٢٨,٠	١٥,٢	٨- الاعتمادية
لا توجد	٠,٦٨	٢١٧,٠	١٤,٥	٢٤٨,٠	١٦,٥	٩- الشعور بالعجز

الدلالة	قيمة ي المحسوبه	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
لا توجد	١,٤٦	٢٠٢.٥	١٣.٥	٢٦٢.٥	١٧.٥	١٠- الانزعاج لمشاعر الآخرين
لا توجد	٠,٠٠	٢٣٢.٥	١٥.٥	٢٣٢.٥	١٥.٥	١١- ابتغاء الحلول الكاملة
لا توجد	٠,٧٩	٢١٤.٠	١٤.٣	٢٥١.٠	١٦.٧	١٢- الدرجة الكلية للمقياس

وتشير نتائج الجدول (٤) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي في الدرجة على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الإحدى عشر، وهذه النتيجة دليل على تكافؤ المجموعتين في المتغير التابع (الأفكار اللاعقلانية)، قبل إدخال المتغير المستقل (برنامج العلاج المعرفي السلوكي)، على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.

وقد تم اتباع الخطوات الآتية لاستخراج نتائج الدراسة:

- (١) تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية (الذي يمثل المتغير التابع)، على أفراد المجموعة التجريبية (ن = ١٥) والمجموعة الضابطة (ن = ١٥)، وهو ما تم التحقق منه في الخطوة السابقة.
- (٢) تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (الذي يمثل المتغير المستقل) على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة.
- (٣) تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية (المتغير التابع) على أفراد المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة (القياس البعدي).
- (٤) تطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية (المتغير التابع) على أفراد المجموعة التجريبية فقط، بعد انتهاء جلسات البرنامج بشهرين كاملين (القياس التتبعي)، لمعرفة مدى استمرارية فعالية البرنامج بعد توقف جلسات البرنامج.

### خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية، للتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة، والتحقق من صحة الفروض، وهي:

١- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لوصف عينة الدراسة الاستطلاعية.

٢- التحليل العاملي الاستكشافي للكشف عن صدق مقياس الأفكار اللاعقلانية.

٣- معامل ارتباط بيرسون.

٤- اختبار مان- ويتني **Mann -Whitney Test** للأزواج المستقلة، واختبار

ويلكوكسون **Test Wellcoxon** للأزواج المرتبطة؛ لفحص دلالة الفرق بين

متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة كل على حدة، أو

المجموعتين التجريبية والضابطة معاً قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي

السلوكي؛ لمعرفة فاعلية البرنامج في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية.

### أولاً: نتائج الدراسة ومناقشتها

ينص الفرض الرئيس على أنه: "توجد فعالية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي

لتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية"، ويتفرع من هذا الفرض،

ثلاثة فروض، وفيما يلي عرض نتائج كل منها.

#### ١- نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب

درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس الأفكار

اللاعقلانية وأبعاده في القياس البعدي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب

الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس

الأفكار اللاعقلانية وأبعاده بعد تطبيق البرنامج، باستخدام اختبار "مان- ويتني **Test**

**Mann-Whitney**" للأزواج المستقلة، والجدول (٥) يوضح هذه النتائج.

جدول (٥) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية (ن = ١٥) والضابطة (ن = ١٥) على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده بعد تطبيق البرنامج باستخدام اختبار "مان- ويتني" للأزواج المستقلة.

الدلالة	قيمة ي المحسوبه	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الأفكار اللاعقلانية بأبعاده
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠,٠٠١	٤.٣٧	٣٣٣.٠	٢٢.٢	١٣٢.٠	٨.٨	١- طلب الاستحسان
٠,٠٠١	٤.٥٥	٢٢.٤	٢٢.٤	١٢٩.٠	٨.٦	٢- ابتغاء الكمال الشخصي
٠,٠٠١	٤.٧٥	٣٤٢.٥	٢٢.٨	١٢٢.٥	٨.٢	٣- اللوم القاسي للذات والآخرين
٠,٠٠١	٤.٣٤	٣٣٣.٠	٢٢.٢	١٣٢.٠	٨.٨	٤- توقع الكوارث
٠,٠٠١	٤.٦٦	٣٣٩.٠	٢٢.٦٠	١٢٦.٠	٨.٤٠	٥- التهور الانفعالي
٠,٠٠١	٤.١٤	٣٢٨.٠	٢١.٩	١٣٧.٠	٩.١	٦- القلق الزائد
٠,٠٠١	٤.٨٨	٣٤٥.٠	٢٣.٠	١٢٠.٠	٨.٠	٧- تجنب المشكلات
٠,٠٠١	٤.٦٧	٣٣٩.٠	٢٢.٦	١٢٦.٠	٨.٤	٨- الاعتمادية
٠,٠٠١	٤.١٣	٣٢٧.٠	٢١.٨	١٣٨.٠	٩.٢	٩- الشعور بالعجز
٠,٠٠١	٤.٦٤	٣٣٧.٥	٢٢.٥	١٢٧.٥	٨.٥	١٠- الانزعاج لمشاعر الآخرين
٠,٠٠١	٤.٥٩	٣٣٧.٥	٢٢.٥	١٢٧.٥	٨.٥	١١- ابتغاء الحلول الكاملة
٠,٠٠١	٤.٧٠	٣٤٥.٠	٢٣.٠	١٢٠.٠	٨.٠	١٢- الدرجة الكلية للمقياس

وتشير نتائج الجدول (٥) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في الدرجة على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الإحدى عشر، وذلك في اتجاه المجموعة التجريبية؛ مما يشير إلى فعالية برنامج العلاج المعرفى السلوكي، في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً. وتأتي هذه النتيجة في الاتجاه المؤيد لصحة الفرض الأول من الدراسة.



## ٢- نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياس القبلي والبعدي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب دلالة الفرق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياسين "القبلي والبعدي"، ويوضح جدول (٦) دلالة الفرق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده قبل وبعد تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي، باستخدام اختبار ويلكوكسون Welcoxon Test للأزواج المرتبطة.

جدول (٦) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياسين "القبلي والبعدي" باستخدام اختبار "ويلكوكسن" للأزواج المرتبطة "المتماثلة" (ن = ١٥).

الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب		متوسط الرتب		ع	م	القياس	مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده
		الإيجابية	السلبية	الإيجابية	السلبية				
٠,٠١	٣,٦٩	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	١,٣٣	٣,٣٣	القبلي	١ طلب الاستحسان
						٠,٤٩	٠,٦٢	البعدي	
٠,٠١	٣,٦٣	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٤	٣,١٣	القبلي	٢ ابتغاء الكمال الشخصي
						٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
٠,٠١	٣,٦٢	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٢	٣,٣٣	القبلي	٣ اللوم القاسي للذات والآخرين
						٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
٠,٠١	٣,٥٧	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٧٤	٣,١٣	القبلي	٤ توقع الكوارث
						٠,٤٦	١,٢٧	البعدي	
٠,٠١	٣,٣٧	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٨٣	٢,٨٧	القبلي	٥ التهور الانفعالي
						٠,٤١	١,٢٠	البعدي	
٠,٠١	٣,٦٢	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٢	٣,٣٣	القبلي	٦ القلق الزائد
						٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
٠,٠١	٣,٦٢	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٤	٣,١٣	القبلي	٧ تجنب المشكلات
						٠,٤٢	٢,٨٧	البعدي	
٠,٠١	٣,٥٢	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٨٥	٣,٠٠	القبلي	٨ الاعتمادية
						٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
٠,٠١	٣,٥٤	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٦	٣,٠٠	القبلي	٩ الشعور بالعجز
						٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
٠,٠١	٣,٥٨	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٧٩	٣,٠٧	القبلي	١٠ الانزعاج لمشاعر الآخرين
						٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
٠,٠١	٣,٢٦	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٠,٦٤	٣,٤٠	القبلي	١١ ابتغاء الحلول الكاملة
						٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
٠,٠١	٣,٤٣	٠,٠٠	١٢٠,٠	٠,٠٠	٨,٠	٢,٢٨	٣٤,٧٣	القبلي	١٢ الدرجة الكلية للمقياس
						١,٣٦	١٤,٥٣	البعدي	

وتشير نتائج الجدول (٦) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الإحدى عشر، في اتجاه القياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية. وتأتي هذه النتيجة في الاتجاه المؤيد لصحة الفرض الثاني من الدراسة.

### ٣. نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين "البعدي والتتبعي"، على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده الإحدى عشر، بعد مضي شهرين من انتهاء تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية بأبعاده، في القياسين البعدي والتتبعي، باستخدام "اختبار ويلكوكسون" **Welcoxon Test** للأزواج المرتبطة. والجدول (٧) يوضح هذه النتائج.

جدول (٧) دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده في القياسين "البعدي والتتبعي" باستخدام اختبار "ويلكوكسن" للأزواج المرتبطة "المتماثلة" (ن = ١٥).

الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		ع	م	القياس	مقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده
		الإيجابية	السلبية	الإيجابية	السلبية				
١- طلب الاستحسان	١,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	٠,٤٩	٠,٦٢	البعدي	
						٠,٣٧	٢,٧٣	التتبعي	
٢- ابتغاء الكمال الشخصي	١,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
						٠,٩٨	٣,٢٠	التتبعي	
٣- اللوم القاسي للذات والآخرين	١,٤١	٠,٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠	١,٥٠	٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
						٠,٣٩	٣,٠٠	التتبعي	
٤- توقع الكوارث	١,٤١	٠,٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠	١,٥٠	٠,٤٦	١,٢٧	البعدي	
						٠,٦٢	٠,١٩	التتبعي	
٥- التهور الانفعالي	١,٦٣	٠,٠٠	٦,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٠	٠,٤١	١,٢٠	البعدي	
						٠,٣٤	٢,٤٧	التتبعي	
٦- القلق الزائد	٢,٠٣	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
						١,٠١	٢,٨٠	التتبعي	
٧- تجنب المشكلات	١,٤١	٠,٠٠	٣,٠٠	٠,٠٠	١,٥٠	٠,٤١	٢,٨٧	البعدي	
						٠,١٨	٢,٨٧	التتبعي	
٨- الاعتمادية	١,٦٣	٠,٠٠	٦,٠٠	٠,٠٠	٢,٠٠	٠,٥١	١,٤٠	البعدي	
						٠,٢٧	٢,٢٧	التتبعي	
٩- الشعور بالعجز	١,٨٤	٠,٠٠	١٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٥٠	٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
						٠,١٦	٢,٤٠	التتبعي	
١٠- الانزعاج لمشاعر الآخرين	٢,٨٣	٠,٠٠	٢٨,٠٠	٠,٠٠	٤,٠٠	٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
						٠,١٨	١,٧٣	التتبعي	
١١- ابتغاء الحلول الكاملة	٢,٠٦	٠,٠٠	١٥,٠٠	٠,٠٠	٣,٠٠	٠,٤٩	١,٣٣	البعدي	
						٠,١٠	٢,١٣	التتبعي	
١٢- الدرجة الكلية للمقياس	٣,٣٠	٠,٠٠	١٠٥,٠	٠,٠٠	٧,٥٠	١,٣٦	١٤,٥٣	البعدي	
						٥,٣٤	٢٨,٢٠	التتبعي	

وتشير نتائج الجدول (٧) إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي، على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية وأبعاده، في اتجاه القياس التتبعي، مما يدل على استمرارية فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي، في تعديل الأفكار اللاعقلانية، بعد مضي شهرين من انتهاء تقديم البرنامج للمجموعة التجريبية.

أشارت نتائج هذا الفرض إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي له أثر واضح في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً؛ إذ إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائياً بين القياسين البعدي والتتبعي، وتفسر الباحثة تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية عند المجموعة التجريبية للعملية العلاجية، إذ جعلت العملية العلاجية في إطار البرنامج الحالي المريض يحصل على مجموعة كبيرة من المعارف والمهارات التي تقيدة في الوقت الحالي أو في المستقبل بعد انتهاء البرنامج العلاجي؛ وأنَّ تعليم المريض كيف يواجه الأفكار الآلية ويتصدى لها، أفضل من تعليمه كيفية التخلص منها نهائياً، إذ إنَّ تعليمه كيفية مواجهتها واكتشافها، وتعديلها يتم عبر عديد من الجلسات العلاجية؛ ما يؤدي إلى انتقال أثر التدريب والتعلم إلى المواقف والأحداث المشابهة أو الأفكار التي يكتشفها مستقبلاً بعد انتهاء العلاج لذلك يعد العلاج المعرفي - السلوكي علاجاً تعليمياً فعالاً.

بالإضافة إلى أن الدراسة الرَّاهنة اهتمت بملاحظة تأثير وكفاءة البرنامج، من خلال سؤال القائمين بالرعاية عن تأثير البرنامج العلاجي، وأشارت نتائجهم إلى وجود فروق كبيرة بشكل ملحوظ بين سلوكياتهم، قبل تلقي الجلسات العلاجية وبعدها، واستمرار هذا التحسن؛ ما يدعم تأثير البرنامج العلاجي، وذلك من وجهة نظر المرضى أنفسهم.

ونجد أن العلاج المعرفي - السلوكي يعيد البناء المعرفي من خلال معالجة المعلومات، وتعمل معالجة المعلومات على تنظيم البناء؛ إذ إنَّ الشخص المعتمد على المواد المؤثرة نفسياً، ويعاني من بعض الأفكار اللاعقلانية، فهو يعطي معنى

للأحداث، ويفسرها في ضوء الأفكار الآلية السلبية والتشوية المعرفي، ووفقا للنظرية المعرفية فإنَّ ما يحدث لهؤلاء الأشخاص هو معالجة سلبية للمعلومات المتوفرة في ضوء المخططات السلبية والأفكار الآلية السلبية بشكل يؤدي إلى ظهور التشويهاات المعرفية، ومن ثمَّ فإنَّ ما يقوم به العلاج المعرفي-السلوكي هو إعادة البناء المعرفي عن طريق معالجة المعلومات بشكل إيجابي، وتعليم المعتمدين على المواد المؤثرة طرق اكتشاف الأفكار وتقنيدها وأساليب الاسترخاء العضلي العميق والتخيلي، ما يؤدي إلى تعديل الطريقة التي يفسروا بها الأحداث.

### توصيات البحث:

- ١- التوصية بأهمية وجود برامج علاجية داخل جميع المستشفيات، للتعامل مع الاضطرابات النفسية المصاحبة لإدمان المواد المؤثرة نفسياً.
- ٢- الحرص على تعليم المريض كيفية التعامل مع السلوكيات الإدمانية.
- ٣- ضرورة تعليم مرضى الاعتماد على المواد المؤثرة، مشاركة مشاعره مع المعالجين.
- ٤- على الأهل رعاية المرضى وفتح مجال الحديث والنقاش باستمرار وتقبل المرض، لكي يساعده ذلك عن الإفصاح المبكر وسرعة التدخل.
- ٥- تقليل الفرص لحدوث سلوكيات إدمانية واجراء تثقيف نفسي من خلال ندوات علمية داخل المدارس ومراكز الشباب.
- ٦- ضرورة تدريب الاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين في المدارس على نشر التوعية وطرق الوقاية بين الطلاب داخل المدارس.
- ٧- لا بُد من ذكر أهمية دور الدولة في ضرورة إدراج التربية النفسية الصحيحة ضمن مناهج الدراسة؛ حتى يتسنى لها نشر الوعي النفسي بين الطلاب.

### بحوث مقترحة

- ١- إجراء دراسات لاختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع أساليب علاجية أخرى في علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لإدمان المواد المؤثرة نفسياً.
- ٢- إجراء دراسات ببرامج وقائية هدفها تعليم الشباب كيفية مواجهة الأفكار والسلوكيات الإدمانية.

### قائمة المراجع

- إبراهيم احمد (2011). الأفكار العقلانية واللاعقلانية في علاقتها بتقدير الذات لدى عينة من البنين والبنات بجامعة قطر، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا.
- ابراهيم حامد المغربى (٢٠١٣) تعاطى وادمان مستحضرات الترامادول، المشكلة والعلاج دليل ارشادى لقائمين على برامج الوقاية وعلاج الإدمان، الإسكندرية: دار الايمان.
- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٦) الصدمة النفسية، دار إقرأ للنشر والتوزيع.
- أحمد محمد على محمود ( ٢٠١٩ ) فعالية برنامج معرفى سلوكى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، جامعة عين شمس - معهد الطفولة - الدراسات النفسية للاطفال
- أمال عبد السميع أباطة (٢٠٠٢) الصحة النفسية والعلاج النفسى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- جمعة يوسف سيد (٢٠٠١). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر
- حازم محمد صالح قوافته (٢٠١٢) فعالية العلاج المعرفى السلوكى في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمنى المخدرات، رسالة ماجستير، الجامعة الهاشمية، الأردن.
- حسين على خليفة الغول (٢٠١١). الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن، دراسة إكلينيكية، القاهرة: دار الفكر العربي.
- خالد محمد المدنى (٢٠١٧) دراسة مقارنة بين السمات الشخصية للمدمنين وغير المدمنين على المخدرات فى مدينة مصراتة، المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة مصراتة، ليبيا.
- سهام بوخاري (٢٠١٦). مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من قلق الانزعاج والتخفيض من درجة الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات. دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد ١٥، عدد (٣)، ص ص ٣٣٧ - ٣٥٢.
- صالح بن نافع المهيمزي (٢٠١٢). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالقلق لدى المدمنين على المخدرات وغير المدمنين بمدينة الرياض. رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية قسم العلوم الاجتماعية.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى (٢٠٠٨) دليل الاخصائى النفسى في الوقاية والعلاج من الإدمان، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى برئاسة مجلس الوزراء.



**فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تعديل بعض الأفكار اللاعقلانية  
لدى عينة من المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً**

- عادل عبد الله محمد (١٩٩٩) العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة: دار الرشد للطباعة والنشر.
- عبد الستار إبراهيم (٢٠٠٨) عين العقل ندليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني، دار الكاتب للطباعة والنشر، الطبعة الأولى.
- عبد المالك شيهان (٢٠١٨) دراسة حالات علاج معرفي سلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عند المراهقات، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة ووهان.
- عبد المعطى أحمد، مصطفى عبد الباقي (٢٠٠٦) دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للإنحراف وتعاطي المخدرات، مجلة علم النفس، العدد ٧١.
- فاطمة السيد خليفة (٢٠١٧) فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الإنتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين بجدة، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الدراسات والعلوم الإنسانية.
- فيليب سهيل (٢٠١٥) الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على الكحول والمخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية، جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم.
- لويس كامل مليكة (١٩٩٤). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة: دار النهضة العربية.
- مایسة أحمد النیال (١٩٩٨). بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيري في ريف مصر وحضرها، مجلة علم النفس، العدد ٤٨.
- محمد حسن غانم (٢٠٠٥) العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد حسن محمد عبید (٢٠٢٠). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد ٥٠.
- مراد على عيسى (٢٠١٢) العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- مركز الأمم المتحدة للإعلام في القاهرة (٢٠١٩). تقرير المخدرات العالمي ٢٠١٩: ٣٥ مليون شخص في جميع أنحاء يعانون من اضطرابات مرتبطة بتعاطي المخدرات  
<http://www.unic-eg.org>
- معتز سيد عبد الله، محمد عبد الرحمن (٢٠٠٢). مقياس الأفكار اللاعقلانية، مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

- مهند عادل الشيخ (٢٠١٧) الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المدمنين بأقسام الإدمان بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم، جامعة النيلين.
- مي مدحت محمد رمزي (٢٠١١). مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من المدمنين، جامعة الأسكندرية، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- وائل عزيز (٢٠١٠). الشخصية.

- <https://waelaziz2000.wordpress.com/2010/12/14/%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%AE%D8%B5%D9%86%D8%A9/>

- A Szentagotai (2006) Cognitions in cognitive-behavioral psychotherapies; toward an integrative model, Clinical psychology review, Volume 26, Issue 3, Pages 284-298.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Aminpoor, H., & Ahmad Zadeh, Y. (2011). The study and comparison of irrational beliefs in addicted and normal people. research on addiction, 5(17), 107-120.
- Ann O'Leary (2007). Effects on Sexual Risk Behavior and STD Rate of Brief HIV/STD Prevention Interventions for African American Women in Primary Care Settings, American Journal of Public Health.
- Back, S. E., & Brady, K. T. (2011). Anxiety disorders with comorbid substance use disorders: diagnostic and treatment considerations. Psychiatric annals, 38:41
- Daniel, David (2010). Rational and Irrational Beliefs in human feelings, Flückiger, Grosse Holtforth.
- David A. Lishner, C. Daniel Batson, Elizabeth Huss(2011) Personality and Social Psychology Bulletin, vol. 37, 5: pp. 614-625. , First Published April 12
- Diguseppe, Raymond A; Dryden, Windy; & Neenan, Michael (2014). A Primer on Rational Emotive Behavior Therapy, Edition, 2nd Publisher, Research Press.
- Ellis, A. (1994) Interview with Albert Ellis: the "Cognitive Revolution" in Psychotherapy. Romanian Journal of Cognitive and behavioral psychotherapies. 1. (1) 7-16.

- Ellis, A. (1994). Reason and emotion in psychotherapy, NY: Birsh lane press.
- Graw (2008). Examining the Efficacy of Rational-Emotive Behavior Therapy (REBT) on Irrational Beliefs and Anxiety in Elite Youth Cricketers, Journal of Applied Sport Psychology 25(1).
- Grohol John M., Psy.D.(2018) Answer your irrational thought,psychocentral.
- Grohol, John M.(2016). Answer your irrational thoughts, Scientific Advisory Board ,Psy.D.
- Hojjat, S. K., Vahidi, G., Hamidi, M., Akaberi, S. A., Kazemi, S., Shekari, S., & Mohammadi, F. (2013). Comparison of personality characteristic and irrational beliefs between females with opium dependency and female with methamphetamine dependency. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences, 5(2), 323-329.
- Hussain, Alizadeh (2009). Theory of mind disturbances in borderline personality disorder, Volume 270, Pages 143-153.
- Jerom,R. Gardner (2002). Cognitive behavior management; perceiving automatic thoughts,cognitive behavior.
- Joseph A. Himle, David P. Himle (2012) Relationships between Rational beliefs and anxiety, International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 9:257-263
- Joshua P. Smith, & Sarah W. Book, MD(2008) Anxiety and Substance Use Disorders, Psychiatr Times.; 25(10): 19–23.
- Kodal et al. (2017). Longterm effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 53, 58-67.
- Kouimtsidism christos, Martina Reynolds, Colin Drummond, Paul Davis and Nicholas Tarrier (2007): Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Addiction, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chi Chester, West Sussex PO19 8SQ, England.
- McCarthy, Paul Joseph (2001). Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), Irrational and Rational Beliefs, and the Mental Health of Athletes, Glasgow Caledonian University, UK.

- Michael Neenan & Stephen Palmer (2005): Cognitive Behavioural coaching, Stress News, 13, 3, 15-18
- Miller, W. R., Forchimes, A. A., & Zweben, A. (2011). Treating addiction: A guide for professionals. Guilford Publications.
- Mohammad Khaledian, Fatemeh Saghafi, Sohrab Hassan Pour, Omid Ali Moradian (2013) Investigating the Relationship of Irrational Beliefs with Anxiety in Iranian Collage Students, Journal of basic and applied, Appl. Sci. Res., 3(3)759-76.
- Morse & Flavin (1992) Risk Factors for Release in Nurses with Substance Use Disorder, South Dakota State University, pages 30-32
- National Institute of Drug Abuse (2018): Advancing addiction science, National Institute of Health.
- Nora, Amaury (2014). Cognitive and Psychosocial Factors Impacting Latina/o Students' Sense of Belonging, Journal of Research and Practice, Volume 57, Issue 4.
- Richard J. Harnish & K. Robert Bridges (2010) Compulsive Buying: The Role of Irrational Beliefs, Materialism, and Narcissism, Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy 33(1).
- Thomas Lawson, & Justin Barrett (2000) Cognitive Contributions to Judgments of Ritual Efficacy, Journal of Cognition and Culture, Volume 1, Pages 183-201.