



كلية التربية  
المجلة التربوية



جامعة سوهاج

## فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين

### إعداد

أ. / سعاد حسنى سالم على

باحثة دكتوراه فى الصحة النفسية

مدير مرحلة التربية الخاصة بإدارة

المستقبل التعليمية - القاهرة

تاريخ الاستلام : ٢٠ مايو ٢٠٢٠ - تاريخ القبول : ٢٨ مايو ٢٠٢٠

DOI:

### مستخلص البحث

هدف البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى خفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين، ، تكونت عينة الدراسة من (٥٠) مدمناً متعافياً، من منزل منتصف الطريق بمركز نهار للصحة النفسية وعلاج الادمان ، تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٢٥) عاماً، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى على عينة البحث ثم إعادة تطبيق مقياس مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج لقياس مدى فاعليته فى تحسين وخفض مستوى القلق، وقد استخدمت الباحثة أدوات الدراسة التالية (مقياس ذكاء ستانفورد بينيه الصورة الخامسة، ترجمة صفوت فرج) مقياس القلق . (إعداد الباحثة)، برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين (إعداد الباحثة)، وقد أسفر البحث عن أنه "يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي علي مقياس القلق لصالح القياس القبلي".

يتضح من النتائج الإحصائية أن قيمة ت المحسوبة بلغت (19.495)، وهي قيمة دالة إحصائياً، الأمر الذي يشير إلى وجود تأثير للبرنامج الإرشادى، وبالرجوع للمتوسطات نجد أن الفرق كان لصالح القياس القبلي؛ حيث انخفض مستوي القلق لدى أفراد عينة البحث، كذلك بلغت قيمة مربع إيتا (حجم الأثر) 89. وهي قيمة كبيرة تشير إلى تأثير البرنامج بشكل كبير، يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن اضطراب القلق يسيطر بدرجة كبيرة وملحوظة على الجانب النفسى والاجتماعى ومعظم سلوكيات المدمن المتعافى، مما يعيق تكيفه، ويهدد استمرار تعافيه.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج المعرفى السلوكى، القلق، المدمن.

## The effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program to reducing anxiety for a sample of recovering addicts

The aim of the research is identify the effectiveness of a cognitive and behavioral counseling program in reducing anxiety among a sample of recovering addicts, The study sample consisted of (50) recovering addicts, from the halfway house of the (Nahar Center) for Mental Health and Addiction Treatment, their ages ranged between (18-25) years, The cognitive-behavioral counseling program was applied to the research sample and then re-applied the anxiety level measure after applying the program to measure its effectiveness in improving and reducing the level of anxiety, and the researcher used the following study tools (Stanford-Binet Intelligence Scale, Fifth Image, translated by Safwat Farag), Anxiety Scale (BY the researcher), a cognitive behavioral counseling program to reduce anxiety among a sample of recovering addicts (the researcher's preparation). The research resulted in that "there is a statistically significant difference between the mean scores of the experimental group in the pre and post measures on the anxiety ÷.scale in favor of the pre-measurement

T is evident from the statistical results that the calculated value of t reached (19.495), which is a statistically significant value, which indicates the existence of an effect of the indicative program, and by referring to the averages, we find that the difference was in favor of the pre-measurement. As the level of anxiety decreased among the members of the research sample, the value of the ETA square (the size of the effect) was 89, which is a great value indicating the effect of the

**Key words:** program significantly the recovering addict  
cognitive behavioral therapy, anxiety, addiction

**مقدمة:**

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات سواء كانت على المستوى الشخصى أو المستوى الاجتماعى من أخطر المشكلات التى تهدد سلامة المجتمع والأفراد على حد سواء، كما انها تعيق ازدهار المجتمع ونموه الانتاجى، حيث تستنفذ الكثير من موارد المجتمع وتقضى على الكثير من طاقاته، وتعطل مسيرته، وتحد من قدرات أفكاره (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ٢٧).

وقد أعطيت ظاهرة المخدرات أبعاداً ذات أهمية فهى ظاهرة انسانية عامة، وقديمة أيضاً، ولا تقتصر على مجتمع بعينه ولا شريحة اجتماعية محددة، شأنها شأن العديد من الظواهر التى تتطلب الفهم والتفسير للحد من انتشارها ووجودها (محمد النابلسى، ١٩٩١، ٢٥).

ويذكر "روسلىنى وآخرون" Rosellini, et al. 1990, 5، أن تلك المخاوف وأعظمها عند المعتمدين على المخدرات هى التعافى نفسياً بعد العلاج، إذ أن التعافى ليس بنعمة بقدر ما هو خطر يهدده، فالتعافى يعنى التغيير، ومواجهة المجهول الذى يسبب القلق لمعظم المدمنين المتعافين (محمد حسن غانم، ٢٠١٥، ٣٠٢).

وقد تتغير عزيمة مريض الإدمان لتقبل العلاج النفسى بتغير ظروف الحياة، مثل الظروف العائلية، وشدة وتعقيدات تغيير الاعتمادية، ومن الأهمية أيضاً اكتشاف أى اضطرابات مصاحبة للإدمان مثل القلق، والتفكير البارانونيدى، والإكتئاب، والمخاوف المرضية، وكذلك من الضرورى معرفة أنواع المواد النفسية ومعرفة آثارها النفسية (علاء فرغلى، ٢٠٠٨، ١٨٦).

وفى مجال الإدمان أسهم اتجاهان فى تطور العلاج المعرفى السلوكى للمدمنين، وقد تم ذلك عن طريق اتباع وتبنى منظور التحكم أو الضبط الذاتى، ويتم ذلك عن طريق معالجي الإدمان الذين ينحدرون من مدرسة سلوكية، ونجاح المعالجات المعرفية مثل طرق (بيك، ميكنبوم، إليس)، مع المرضى المدمنين المترددين على العيادات.

إن العلاج المعرفى علاج بالغ الأهمية، لا يقتصر فقط على مساعدة المسترشدين للعمل على تحقيق هدف نهائى وهو العزوف عن تناول المواد النفسية الضارة والمسببة للإدمان فقط، ولكن ليتعلموا أيضاً مهارات جديدة يستطيعون بها تطوير مهاراتهم الحياتية (روبرت ليهى، ترجمة جمعة يوسف - نجيب الصبوة، ٢٠٠٦، ٣١٣).

**مشكلة البحث:**

أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وامنها وتقدمها، وتظهر هذه الخطورة بعد اجتياح وتفاقم وباء الإدمان، وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى، سببت للعديد من المجتمعات المشكلات الصحية، والاجتماعية، والأمنية، والإقتصادية الخطيرة، وقد وصل الإنتاج العالمى من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة (محمد غانم، ٢٠٠٥، ١٧).

وقد أشارت معظم الدراسات إلى أن من بين كل ثلاثة مرضى مصابين باضطرابات نفسية، يوجد مريض يعانى من مشكلة الاعتماد على المخدرات (محمود رشاد، ١٩٩٧، ١٦٠).

وقد أهتمت الباحثة بهذا المجال وإعداد هذا البحث، نظراً لما تجده من أهمية لهذه القضية، وأثناء عمل الباحثة منذ سنوات فى مصحة علاجية للأمراض النفسية والإدمان، فهى تقوم ضمن فريق علاجى متكامل بتأهيل المدمنين الآخذين فى التعافى والتي تسمى "بيوت منتصف الطريق"، حتى يستطيعوا مواجهة أعباء الحياة، ويستطيعوا مقاومة الضغوط النفسية لاستكمال التعافى، وقد لاحظت الباحثة أن معظم المتعافين أو من هم فى طريقهم للتعافى، يمتلكهم إحساس بالقلق المستمر، خوفاً من مواجهة الحياة الاجتماعية التي تعتبر مجهولة بالنسبة لهم، والتي انفصلوا عنها وقتاً طويلاً أثناء رحلة التعافى الشاقة المرهقة، وأنهم دائماً يخافون الإخفاق فيها والعودة إلى الإدمان مرة أخرى، أو تضغط عليهم الحياة بمشاكلها فيعودوا إلى ما كانوا عليه قبل التعافى، مما يسبب لهم الإحباط، والخوف، والقلق ولذا قررت الباحثة أن تعد هذه الدراسة، وأن تقوم بتطبيق برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض القلق لدى المدمنين المتعافين، وتأهيلهم لتقليل هذا القلق والوقوف على أسبابه، والعمل على التخفيف من حدته، والتقليل من مشاعر القلق و الخوف الدائم، والعزلة والإكتئاب.

وقد قدم محمد حمدى الحجار (١٤١٢)، نموذجاً يمكن أن تسهم به مدارس علم النفس فى علاج الإدمان، وكذلك قدم آرون بيك ١٩٩٣ امكانية اسهام العلاج المعرفى السلوكى فى التعامل مع المدمنين، حيث أوضحت هذه الدراسات أهمية هذا النوع من العلاج فى تغيير اتجاهات المريض المدمن، وطريقة تفكيره، لتكون جنباً إلى جنب مع العلاج الطبى، لمواجهة مرض الإدمان.

ويمكن صياغة مشكلة الدراسة فى السؤال الرئيسى الآتى:

ما أثر الإرشاد المعرفى السلوكى فى خفض القلق لدى المدمنين المتعافين؟  
١- هل هناك تأثير ايجابى يظهر فى تحسين وخفض درجة القلق لدى هؤلاء المدمنين المتعافين المطبق عليهم البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى؟

### أهداف الدراسة؛ -

هدفت الدراسة إلى التخفيف من حدة أعراض القلق لدى المدمنين المتعافين، وتدريبهم على بعض مهارات العلاج المعرفى السلوكى، والتي سيتلقاها من خلال البرنامج الإرشادى المعد لمواجهة الأفكار السلبية التي تتمثل فى المخاوف، ومشاعر القلق.

### أهمية الدراسة؛

للدراسة أهمية نظرية وتطبيقية.

#### ١- الأهمية النظرية:

تتضح أهمية الدراسة فى الموضوع الذى نتصدى له وهو خفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين، وتحسين مستوى التفاعل من خلال برنامج إرشادى معرفى السلوكى، فبعد أن تتبع الباحث الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى ودوره فى علاج الإدمان لاحظت الباحثة مايلى:-

١- ندرة الدراسات العربية التي تناولت مشاعر القلق لدى المدمنين المتعافين، مقارنة بالدراسات التي تناولت مرض الإدمان نفسه.

٢- كما لاحظت الباحثة عدم وجود دراسات عربية هدفت إلى تصميم برنامج إرشادى أو علاجى معرفى سلوكى موجه إلى المدمنين المتعافين الذين يعانون من خطر الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر القلق.

### الأهمية التطبيقية؛

تتضح أهمية الدراسة فى تصميم برنامج معرفى سلوكى لخفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين، وتحسين مستوى التفاعل، وتقليل المشاعر السلبية، مما يدل على اننا بحاجة إلى المزيد من البرامج العلاجية، مما يفيد العاملين فى مجال الإدمان.

**مصطلحات الدراسة:****فاعلية. Effectiveness.**

القدرة على تحقيق النتيجة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً، وتزداد الكفاءة كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً (أحمد بدوى ١٩٧٧، ١٢٧).

وتعرف الفاعلية فى هذه الدراسة على أنها مدى قدرة البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى فى تخفيض درجة القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين.

**البرنامج الإرشادى. Counseling Program.**

هو برنامج مخطط منظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً وجماعياً لجميع من تشملهم المؤسسة، بهدف مساعدتهم فى تحقيق النمو السوى، والقيام بالاختيار الواعى المتعقل، ولتحقيق التوافق النفسى داخل المؤسسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين (حامد زهران، ٢٠٠٢، ٤٩٩).

**الإرشاد المعرفى السلوكى. Cognitive Behavior counseling.**

طريقة مركبة بنائية، محددة الوقت، توجيهية، فعالة يتم استخدامها فى علاج بعض الاضطرابات مثل (القلق-الغضب- العدوان... الخ)، ويستند على أساس منطقى نظرى مؤداه أن سلوك ووجدان الفرد يحددان بشكل كبير الطريقة التى يتنبأ بها العالم من معارف مختلفة (Beck, 1979,33).

**العلاج المعرفى السلوكى. Cognitive Behavior Therapy.****القلق. Anxiety.**

يعد القلق واحداً من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأفراد، ويحتل القلق المنزلة الثالثة بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً وانتشاراً فى الولايات المتحدة بعد الإكتئاب والإدمان، وتمثل الاضطرابات النفسية مشكلة جسيمة، فالتوقعات المستقبلية تشير إلى احتمال زيادة الاضطرابات النفسية فى القرن الحادى والعشرين، وخاصة القلق، والاكتئاب (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣، ٧٢).

## الإدمان. Addedction.

هو اضطراب تعاطى المخدرات (المواد النفسية)، أو الاعتماد على المواد المخدرة (روبرت ليهي، ٢٠٠٥، ١١٣)، وذكر Blum1984 أنه أيضاً الرغبة الملحة القهرية من قبل شخصفى الحصول على المخدر بأية طريقة كانت، وأن الشخص يجد نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه، ولديه نزعة قوية للإنتكاسة (مركز الدراسات الاستراتيجية والسياسية، ٢٠٠٣).

### حدود الدراسة:

### تحدد الدراسة الحالية بالحدود التالية:

المنهج المستخدم: هو المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) الذى يختبر فعالية برنامج إرشادى معرفى سلوكى (متغير مستقل) فى خفض مشاعر القلق (متغير تابع)، لدى عينة من المدمنين المتعافين.

### عينة الدراسة:

تتألف عينة الدراسة من (٥٠) مدمن متعافى، وقد تم اختيارهم من مركز تأهيل المدمنين المتعافين (بيت منتصف الطريق)، التابع لمركز نهار للصحة النفسية وعلاج الإدمان، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٢٥) سنة، تم تطبيق مقياس القلق على العينة قبل بداية البرنامج، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى على أفراد العينة لمعرفة فاعليته فى خفض القلق لديهم، ثم تطبيق نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج على نفس المجموعة. الحدود المكانية: مركز نهار للصحة النفسية وعلاج الإدمان بزهاء المعادى. الحدود الزمنية: شهر أبريل، مايو، منتصف يونيو ٢٠١٦.

### الأدوات التى تم تطبيقها على العينة:

- ١- مقياس ذكاء ستانفورد بينيه الصورة الخامسة (ترجمة صفوت فرج).
- ٢- مقياس القلق . (إعداد الباحثة).
- ٣- برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين (إعداد الباحثة).



**الإطار النظري :****أولاً: العلاج المعرفي السلوكي.**

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً، ويرى "بيك" أن المنهج المعرفي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض، وجعله ينظر إلى اضطرابه باعتباره ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مر بمثلها في حياته السابقة، وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين تنكشف له المغالطة الكامنة في الموقف، (Aroon Beek, 2000, 233).

وقد استمدت فكرة العلاج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي والعلاج السلوكي والعلاج التحليلي، وكان من رواد العلاج المعرفي السوكي (Albert Ellis) وهو من أشهر المحللين النفسيين في ذلك الوقت في نيويورك، وقد وجد أن التحليل النفسي يستغرق وقت طویل وتناجه غير مؤكدة، لذا ابتكر علاج أكثر نشاطاً وتوجيهاً، وأطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي (Rational-Emotive therapy)، والذي يرمز له "RET" ويهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية، مما يؤدي أيضاً إلى معظم الاضطرابات النفسية، وفي نفس الوقت توصل بيك (Aroon Beek) من بنسلفانيا إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من (١٩٦٠-١٩٦٥)، حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات وقواعد علمية للتحليل النفسي، ولكنه انتهى بوضع أساسيات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها "ألبرت اليس"، بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حل المشكلات، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التكيف، ومهارات السيطرة على الذات (علاء فرغلي، ٢٠١٣، ٥٠).

إن نموذج "بيك" Beek المعرفي للاضطرابات النفسية لم يكن قاصراً على فئة تشخيصية بعينها، (Persons, J. B. (1998).

وقد امتد "بيك" و"فريمان" Freeman, Beek بالنموذج التخطيطي للاضطرابات الوجدانية، واضطرابات القلق لفحص اضطرابات الشخصية باعتبار كل اضطراب في الشخصية يتميز بمحتوى تخطيطي محدد، وأساليب معينة للمواجهة خاصة به (Beek, A. T., 1990).

## المبادئ العامة للعلاج المعرفى السلوكى:

وقد اجتمع كل من "روبرت ليهى"، ترجمة: "جمعة سيد يوسف- نجيب الصبوة" (٢٠٠٦)، بيرنى كورين، بيتر رودل، ستيفن بالمر، ترجمة: محمود عيد مصطفى (٢٠٠٧) على أن العلاج المعرفى السلوكى يستند على عدة مبادئ هامة وهى:

\* اعتماد العلاج المعرفى السلوكى فى صياغة مشكلة المريض على تحديد الأفكار الحالية للمريض، والأفكار التى تساهم فى استمرار الوضع الانفعالى للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها، والأسلوب المعرفى الذى يفسر به المريض المواقف التى يتعرض لها.

- يتطلب العلاج المعرفى السلوكى وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق فى المعالج.
- يشدد المعالج المعرفى السلوكى على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك فى وضع جداول عمل الجلسات، وفى إعداد الواجبات المنزلية التى يقوم بها المريض بين الجلسات.
- يسعى المعالج إلى أهداف معينة لحل مشكلات معينة.
- يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التى تثير القلق والاكتئاب لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضى إذا تطلب الأمر.
- العلاج المعرفى علاج تعليمى يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض (الانتكاس).
- تتم الجلسات فى العلاج المعرفى السلوكى وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع.
- يقوم العلاج المعرفى السلوكى بتدريب المريض على كيفية التعرف على الآثار النفسية، والاعتقادات غير الفعالة، ومتى يقومها أويستجيب لها.
- يستخدم العلاج المعرفى السلوكى فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير فى التفكير، والمزاج، والسلوك.

**ثانيا : أهداف العلاج المعرفى السلوكى :**

وقد أوضح كل من "Richard A. Rawson 2007 Petrson G 2000, and" أهداف

العلاج المعرفى السلوكى وهى:

- تحديد وإختيار السلوك المضطرب والأفكار الآلية الخاطئة .
- زيادة إهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العقلانى المنطقى.
- مساعدة المريض على التخلص من الأفكار السلبية عن طريق إيجاد أفكار بديلة صحيحة.
- التدريب على الإستجابات المعرفية السلوكية الجديدة .
- تغيير طريقة التفكير السلبى (الإجراء المعرفى الخاطىء) بتفكير أكثر ملائمة ونضج :

تفكير سلبى خاطىء	←	تفكير ناضج
تفكير من زاوية واحدة	←	زوايا متعددة
تفكير مطلق	←	نسبى
تفكير متجمد	←	متغير ومرن
تفكير إنفعالى	←	واقعى

**ثالثا : استخدامات العلاج المعرفى السلوكى :**

١- حالات الإكتئاب، أثبتت الدراسات أن ٧٠ - ٨٠ % من مرضى الإكتئاب يتحسنون على هذا العلاج لمدة لا تقل عن سنتين، وهذا معدل يفوق إستعمال مضادات الإكتئاب، يفضل تجنب هذا العلاج فى حالات الإكتئاب المصاحبة للفصام - الخرف الشديد أو الهوس

الحاد (Scott, J.1988)

- ٢- حالات العصاب (القلق - الخوف - الهلع - الهستيريا - الوسواس القهرى - الكرب).
- ٣- الإضطرابات السلوكية والإنحرافات الإجتماعية .
- ٤- حلات البارنويا وبعض حالات الفصام المستقرة .
- ٥- الإضطرابات الجنسية والإضطرابات النفسجسدية .
- ٦- علاج الإدمان والتدخين .
- ٧- اضطرابات الأكل.
- ٨- الإضطرابات النفسية عند الأطفال.

٩- بعض اضطرابات الشخصية خاصة البيئية Borderline P.d (عادل المدنى، دت).

### رابعاً: فنيات العلاج المعرفى السلوكى:

العلاج المعرفى السلوكى هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفى للإضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسى وما يشعر به الفرد من ضيق و كرب، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ٥٤)، وهناك يوجد العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم خلال الإتجاه المعرفى السلوكى منها:

### ١ - فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها. The Technique Of

Detain Identefying Automatic Ideas And Correcting Them.

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الفكر التي تسبق مباشرة أى إنفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً وبدون أن يلاحظها الشخص، وهى أفكار غير معقولة، وتكون السبب فى الانفعال غير الصحيح لحدث معين "قتيبة الجبلى، فهد اليحيى" ( ١٩٩٦ )، ويرى أرون بيك (٢٠٠٠) Arron Beek أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوبه، وشعوره، ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشئ من التدريب أن يزيد إدراكه لهذا الأفكار، ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفى هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامى.

### ٢ - فنية المراقبة الذاتية: The technique of self monitoring

يقصد بالمراقبة الذاتية فى العلاج المعرفى السلوكى قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به فى المفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض، ويحرص المعالج على البدء فى استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكى يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة لمشكلة المريض، والاستمرار فى استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدى فى الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه المفكرة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي

تسجل القلق والخوف والأعراض الجسدية والأفكار التى صاحبتة (كريستين هيرون، ٢٠٠٥، ١٧٥).

### ٣ - فنية المتصل المعرفى cognitive continuum technique

وفى هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من المريض الذى لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس يعرف على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و ١٠٠% (فعال جداً)، وهى فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد فى التعامل مع التفكير الثنائى كل شئ أو لا شئ (ناصر المحارب، ٢٠٠٠، ٩٠).

### ٤ - فنية الجدل المباشر: Direct dialogue technique

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفى يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لآراء المريض، إلا أنه فى بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون لدى المريض شعور بالانتحار فبالتالى يجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة فى المواقف التى يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع. (Freeman D, et; al. 1993).

### ٥ - فنية التعريض: Exposure technique

هو مكون رئيسى فى العلاج المعرفى السلوكى وكذلك فى العلاج السلوكى لاضطرابات القلق، وهو يتضمن تعريض الفرد للموقف أو المواقف التى تسبب له القلق، والتعريض له عدة أشكال يتخذها منها "التعريض التخيلى"، و"التعريض المتدرج"، و"التعريض فى الحى أو (الواقع)"، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض، كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذى يسبب القلق بطريقة مباشرة (Thomas H, et; al. 1994)، الهدف من هذه الفنية التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذى هو معزز للقلق من ناحية أخرى.

## ٦ - فنية التخيل : Imagine Technique

لقد بدأت تظهر هذه الطريقة أو الفنية فى المجال العيادى فى بداية الستينيات من القرن العشرين وكان أول من وصفها توماس ستامفل "Stampfl Thoma" وقد اعتمد فى تطويره لهذا الإجراء على نظرية العاملين لمورر (mowrer) والتي تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما:

- ١- يكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكى .
- ٢- يولد القلق السلوك التجنبى والذى يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق.. ويرى (مورر) أن المثيرات التى تقترن بالألم أو الحرمان تحدث ردود فعل انفعالية سلبية، وهذه الانفعالات بدورها تؤدى إلى استجابات تجنبية دفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التى تؤدى إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطى الذى يبعث الخوف أو القلق بنجاح، واعتماداً على ذلك يطلب فى هذا الإجراء من المريض تخيل المواقف التى تبعث على الخوف لديه وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجى والذى يشتمل على الانتقال بالمريض تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة، ومثال على ذلك "معالج يطلب من المريض تخيل موقف يخاف منه وهذا الموقف هو خوفه من الأماكن المرتفعة بحيث يقول المعالج للمريض تخيل أنك تقف على سطح بناية عالية جداً وتنظر إلى الشارع وقدماك على ممر ضيق ويداك تمسكان بسور حديدى وتنظر إلى الأسفل فتلاحظ كم تبدو الأشياء صغيرة فتشعر بالرعب وتشعر بنبضات قلبك تتسارع وكيف أنك لم تعد باستطاعتك التقاط أنفاسك كما تشعر أن يداك قد تجمدتا من الخوف ويتصبب العرق من جسمك وتحس أنك لم يعد بمقدورك الإمساك بالسور" ... إلخ" (Wilfley DE. 2005).

## ٧ - فنية الواجبات المنزلية : Homework Technique

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً فى كل العلاجات النفسية ولها دور خاص فى زيادة فعالية العلاج المعرفى، حيث أنها الفنية الوحيدة التى يبدأ ويختتم بها المعالج كل جلسة علاجية وتساهم فى تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض يزدادان أو

ينقصان، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها برود الأفعال (بشير معمرية، ٢٠٠٩، ١٠٣).

## ٨ - فنية صرف الانتباه : Distraction Technique

تستخدم فنية صرف الانتباه فى العلاج المعرفى السلوكى لأهداف محددة وقصيرة المدى، ومثال ذلك أن يطلب من المريض الذي يعانى من القلق القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التى يشعر، بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوء "أرون بيك" (ترجمة عادل مصطفى، ٢٠٠٠، ٨٩).

## فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإدمان.

تحدد الفلسفة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى فى الإدمان بوصفه أحد أنماط السلوك المتعلم أكثر من كونه مرضاً فقط، فمتعاطى المواد النفسية يتعلم استعمالها عبر مجموعة من العمليات لا تقتصر فقط عليهم، ولكنها مشتركة وعامة عبر معظم عمليات الحياة (علاء فرغلى، ٢٠٠٨، ١٨٨).

## خطوات العلاج المعرفى السلوكى لمرض الإدمان والتعاطى:

أولاً: التغيير الذاتى الموجه. Guided self- change

١- الاستراتيجيات والإجراءات التحفيزية أو التحريكية.

٢- اختيار الشخص للأهداف العلاجية (أشرف عبده، ٢٠٠٣، ١٣٣).

ثانياً: استراتيجيات الوقاية من الانتكاس: Relapse Prevention Strategies

ثالثاً: تحديد وتفعيل المهارات التكيفية: وتتكون بدورها من الآتى:

١- استراتيجيات التكيف فى المراحل الأولى Early Coping Strategies

٢- التكيف مع التعطش للمادة المخدرة Coping With Craving

٣- تفعيل دور المحيطين بالشخص Increasing Social Support

٤- رفض المشروب أو المادة المخدرة Refusal of Drugs

٥- مهارات مواجهة المشاكل بشكل علمى Problem Solving

التكيف مع المتاعب الجسمية Dealing With Physical Discomfort (ابراهيم الفقى،

٢٠٠٠، ٨٧).

**ثانياً: القلق :**

يعرف سبيلبيرجر " القلق بأنه حالة انفعالية مؤقتة ويشعر بها الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته فينشط جهازه العصبي اللا إرادي ويشعر بالتوتر ويستعد لمواجهة هذا التهديد (Spielberg, 1992, 23)، ويعرفه هال Hall بأنه خبرة عنيفة من الخوف والتوجس يدركها الفرد كشئ ينبعث من داخله، ولا يمت بصلة إلى موقف تهديد خارجي واقعي ( Basowitz, 1955, 20 ).

كما يعرفه عكاشة بأنه شعور غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفيز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة النشاط العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد (أحمد عكاشة، ١٩٨٩، ٣٨) .

فالقلق ليس مجرد واحد من الاضطرابات النفسية التي يعاني منها كثير من الناس على مستوى العالم، بل تشير الدراسات إلى أن نسبة مرض القلق تمثل ١١:٢٠% من مجموع المرضى، وهو القاسم المشترك في العديد من الامراض والاضطرابات النفسية، ويتمثل في أعراض متعددة أهمها، الترقب والحذر ( الترقب العالي)، واستشعار خطر وشيك الحدوث (حسين قائد محمد، ٢٠٠٥، ١٢٢).

وقد تم وصف اضطراب القلق في الطبعة الرابعة والخامسة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية "١٩٩٤-٢٠٠٠" DSM- IV، على انه انزعاج معرفي يعاني منه المريض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ويدور حول عدد من الأحداث والمواقف أو النشاطات التي تحدث لهم في حياتهم اليومية مثل (العمل- الآداء المدرسي أو الجامعي)، ويواجه صاحبه صعوبات كثيرة في السيطرة على القلق أو الانزعاج، ويعاني من أعراض إضافية للقلق مثل ( الشد العضلي، صوية التركيز، شدة الهياج، التقلب المزاجي، واضطراب النوم). (Riskind, J., Wheler, D(2000).

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي فصاغت أكثر تعريفات القلق شيوعاً فوصفته بأنه خوف أو توتر أو ضيق، ينبع من توقع خطر ما يكون مصدره مجهولاً إلى درجة كبيرة كما يعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كلاً من القلق والخوف عدد من التغيرات الفسيولوجية (American psychiatric association, 1994, 129).



**أنواع القلق:**

يصنف أكثر الباحثون والمهتمين في مجال علم النفس الصحة النفسية للقلق إلى:

**١ - القلق الواقعي. Reality anxiety**

وهو قلق شعور موضوعي أو حقيقي أقرب ما يكون لمفهوم الخوف العادي إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجي في بيئته يهدده وربما يكون هذا المصدر واقعيًا فعليًا أو محتملاً، ومن أمثله القلق الذي يعترى الفرد بشأن نتيجة إختبار يمر به، أو مسابقة اشترك فيها.

**القلق العصبي. Neurotic anxiety**

هو قلق داخلي المصدر وأسبابه لا شعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر لها، ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه، ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك السوي. (عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١، ١٠١-١٠٢).

**٢ - القلق الخلقى. Moral anxiety**

يكمن القلق الخلقى في داخل الفرد وهو الأنا الأعلى أو الضمير الخلقى الذي تمثله القوانين والأعراف الإجتماعية ، ويتبدى القلق الخلقى عندما تنجح بعض الذكريات المستكربة والغرائز المحرمة لدى الفرد إلى الإنطلاق والإشباع، أو عندما يأتي الفرد فعلاً آثماً خارجاً عن المثل والأخلاقيات التي تمثلها واستدمجها (أمثال الحويله، ٢٠١٠، ٣١).

**أعراض القلق:**

يرى عكاشة (٢٠٠٠) أن هناك العديد من الأعراض الميزة للقلق النفسي والتي تتضح فيما يلي:

أولاً: القلق الحاد:

**ويتمثل في الأعراض التالية :****حالة الخوف أو الهلع.**

حيث تضطرب الحالة الإنفعالية للمريض ويبدو عليه الهلع والخوف الشديد والتوتر الحاد وتضطرب حركاته العضلية، ويصعب عليه السكون وترتجف أطرافه وقد تتسع حدقة العين ويشحب الجلد والوجه.

**حالة الرعب الحاد.**

وفيها يزداد التوتر الحركى والإرتجاف ويتصبب المريض عرقاً بارداً، ويمتنع عن الكلام وقد يسيطر عليه الفزع والرعب الشديد، مما يجعله يهرب من المكان الذى يتواجد فيه فيندفع جرياً دون هدف محدد.

**ج - إعياء القلق الحاد.**

وهو إعياء القلق وينتج من كثرة معاناة المريض من خلال النوبات السابقة التى مر بها، وتستمر نوبة الإعياء عدة أيام حيث يشعر المصاب بإرهاق عام وبرود فى التعبير، وتبدل فى العواطف، وبطء فى التفكير والسلوك .

ثانيا : القلق المزمن:

- ولهذا القلق أعراض نفسية وأخرى جسمية.
- خوف مبهم ليس له مصدر معروف .
- صداع وتوتر أو الصداع المتوتر ويشمل مؤخرة الرأس وأعلى الرقبة وقد يصاحب ذلك شعور بالدوار وعدم الإتزان .
- حساسية سريعة من الأصوات والأضواء مع سرعة إستثارة لأتفه الأسباب .
- ضيق الصدر وشعور بالإختناق وسرعة فى التنفس.
- إرتفاع فى ضغط الدم والذى يؤدى إلى صداع وخفقان .
- شحوب فى الوجه وتعرق وبرودة فى اليدين .
- إضطراب فى الهضم وأحياناً صعوبة فى البلع أو إسهال معوى .
- زيادة عدد مرات التبول وظهور السكر فى البول.

**ثالثاً: أعراض القلق العام :****- الأعراض الجسمية :**

وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية، وتوتر العضلات والحركات العصبية والعشوائية غير الهادفة، والصداع المستمر والذى لا تسكنه المهدئات ولا المسكنات، العرق الغزير وخاصة الكفين، وإرتعاش الأطراف، وشحوب الوجه، وسرعة النبض والخفقان، وآلام فى

الصدر وارتفاع فى ضغط الدم، وضيق التنفس والدوار والغثيان وأحياناً القئ والتجشؤ المتكرر، وإضطراب الأمعاء (الانتفاخ) وعسر الهضم وجفاف الفم والحلق وفقد الشهية ونقص الوزن.

- الأعراض النفسية والإنفعالية :

وتشمل العصبية المفرطة والتوتر العام وعدم الإستقرار والتملل، وسهولة الإستشارة والهيـاج لأتفه الأسباب، والشعور بعدم الراحة والخوف على الصحة وتوهم المرض، والتشاؤم من المستقبل والإحساس بالهم والإرتباك فى المواقف التى لا تستدعى ذلك والتردد الشديد ( بارلو - ترجمة صفوت فرج، ٢٠٠٢، ١١٤-١١٦ ) .

### - فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق لدى المدمنين.

أشار آرون بيك وآخرون (١٩٩٣) Arron Beck، إلى إمكانية تطويع فنيات العلاج المعرفى السلوكى فى التعامل مع المدمنين، وأن العلاج النفسى الصحيح هو الذى يأخذ فى اعتباره كيفية التعامل مع مشاعر المريض خاصة تلك المتعلقة بالمدمنين القلقين (Jelly, 2002).

وأوضح (مارك ووردن، ١٩٩٤)، أن العلاج المعرفى السلوكى يساعد المدمن من التخلص من مشاعر الاكتئاب، وهو الشعور الشائع لدى مريض الإدمان.

ويتعامل نفس هذا النوع من العلاج مع ميكانيزم الإنكار (Kimberly, Horn, Jerome R; 2000)، وأوضح العديد من الدراسات مثل دراسة (Leukefeld, G. Carl, 2002)، ودراسة (Merith, Cosden; Risk, 2001)، أن العلاج المعرفى السلوكى يعطى أساليب وطرق التعامل مع القلق، ومشاعر الذنب والخجل والغضب، وأيضاً نوبات الانفعال والتسرع وتقلب المشاعر وعدم القدرة على توكيد الذات، والدونية المفرطة، وتدريب المدمن فى التعامل مع عيوبه وتقبلها لحين السيطرة عليها والتعامل معها.

### ثالثاً: الإدمان؛ Substance Abuse

إن الاعتماد على المخدر "Drug dependence" تعتبر حالة نفسية وأحياناً تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة فى أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دورى وذلك بقصد أن يخبر آثارها النفسية، وأحياناً لكى يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها وأحياناً قد يصحبها تحمل أو لا يصحبها، وقد يعتمد الشخص

على مادة واحدة أو أكثر، وتستخدم أحياناً عبارة (زملة أعراض الاعتماد)، (مصطفى سوييف، ١٩٩٦، ١٨-٢٠).

#### رابعاً: من هو المدمن؟

شخص محبط ومكتئب، ويتميز بالعجز والسلبية تجاه العالم، وقد أكد تشارلز ونيك ((Charles Winick, 1980))، أن مدمنى المخدرات بصفة عامة يميلون إلى التبرير "Rationalisation" و فقدان الدور الفعال فى صنع ما يجرى داخل المجتمع، ولذا فإن الإدمان ما هو إلا عملية هروبية تعنى تدمير جانب من الموضوعات، وجانب من المشاعر ومن الآنا الذى يحيى هذه المشاعر، أى تزوير الواقع النفسى وإنكاره (فرج أحمد، ١٩٦٤، ٤٢٢).

#### نظريات تفسير الاعتماد على العقاقير:

هناك العديد من النظريات التى سعت إلى تفسير الاعتماد على العقاقير، ومنها نظرية التحليل النفسى، والنظرية السلوكية، والنظرية النفسية الاجتماعية.

#### نظرية التحليل النفسى .

وتفسر هذه النظرية الاعتماد على العقاقير فى ضوء القهر، وفى ضوء الاضطرابات التى تحدث فى مرحلة الطفولة المبكرة، وتشمل هذه الاضطرابات عمليات الإشباع العضوية فى المرحلة الفمية، وعملية النمو الجنىسى من المرحلة الفمية حتى المرحلة القضيبية، والتى يحتل فيها نضج الآنا، وتظهر فيها مخاوف عديدة مثل: الخوف من عدم الإشباع، والخوف من الخصاص، ومن الاستمنااء الطفلى وما يصاحب ذلك من مشاعر الإثم، فضلاً عن اضطراب علاقات الحب بين المدمن ووالديه، وظهور ثنائية العواطف، وتحول موضوع الحب الاصلى إلى موضوع حب العقار (منى درويش، ١٩٩٦، ١٠٣).

#### النظرية السلوكية.

وتفسر هذه النظرية الاعتماد العقاقيرى بوصفه عادة شرطية، وأنه نوع من الإثابة المدعمة المرتبطة باستخدام عقار ما، وأن هذا التدعيم الإيجابى قادر على خلق عادة قوية هى اشتهااء العقار، (عبد الصبور محمد، ٢٠٠١، ٦٥).

## النظرية النفسية الاجتماعية.

يقوم تعاطى العقاقير وفق المنظور النفسى الاجتماعى بعدة وظائف مثل تخفيف التوتر، والإمتاع، وتحسين التفاعل الاجتماعى، وإشباع الحاجة للشعور بالقوة، ونسيان الذكريات المؤلمة ( فيصل الزراد- عادل أبو مغيص، ٢٠٠١، ٢٣).

## الدراسات السابقة:

### أولاً: دراسات تناولت فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإدمان:

لقد أجرى محمود عبد الرحمن (٢٠١٠) دراسة بمستشفى الأمل بجدة، من واقع مراجعة جميع ملفات المرضى الذين التحقوا ببرنامج وحدة تعديل السلوك (ج)، والتي يتعرضون فيها لبرنامج معرفى سلوكى، مقارنة بالوحدة (ب)، والتي يتعرضون فيها المرضى (المدمنين)، لازالة السموم فقط، وقد تم هذا من واقع الملف العلاجى، أوضحت النتائج أن متوسط التوقف عن التعاطى كان لدى الوحدة (ج)، يزيد خمسة أضعاف مقارنة بالمجموعة الأخرى، وقد توقف حوالى ثلث المرضى بالوحدة (ج)، عن التعاطى لفترة تتراوح حتى (٩٠) يوم، مقارنة بـ (١١.٧%) لدى العينة المقارنة، كذلك توقف ما نسبته (٣٣.٩%) من مرضى (مدمنى) الوحدة (ج)، لفترة تتراوح من (٩٠-٣٩٥) يوم، مقارنة بـ (١.٤%) فقط لدى العينة المقارنة، مع وجود توقف لأكثر من عام عند من التحقو ببرنامج العلاج المعرفى السلوكى، يقابله فشل فى التوقف الطويل لدى العينة المقارنة.

وقد أجرى سيذرذان وكافا وساير (٢٠١١) Kavaa, Saeer، دراسة فى مدينة سيدنى فى استراليا، وذلك على عينة مكونة من (١٢١) مدمناً كحولياً وغيرها بهدف معرفة أثر العلاج المعرفى السلوكى فى خفض مستوى الإدمان، حيث شمل البرنامج تعليم مهارات معرفية سلوكية، وتدخلات علاجية جديدة لخفض مستوى الإدمان، ودلت النتائج على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى خلال (٦) أشهر، وخلال (١٢) شهر أثناء المتابعة، أن هناك انخفاضاً ملحوظاً فى الإدمان على الكحول.

وقد قام حازم محمد صالح قواقنة (٢٠٠٧)، بدراسة لمعرفة أثر برنامج إرشادى فى علاج الإدمان لدى الطلبة المدمنين، وأثر برنامج معد للطلبة ولأولياء أمورهم فى نفس الوقت وكان الهدف من الدراسة مساعدة الطلبة فى التخلّى عن السلوكيات الإدمانية، والاندماج فى

الحياة بصورة طبيعية، وتكونت عينة الدراسة من (١٨) طالباً من المرحلة الثانوية، المتطوعين والتابعين للعلاج الطبى فى مدينة بور سعيد المصرية، وقد تم تقسيم العينة إلى (٣) مجموعات، تتكون كل مجموعة من (٦) طلاب، حيث كانت المجموعة الاولى تتلقى العلاج الطبى فقط، والمجموعة الثانية تتعرض للبرنامج الإرشادى، والمجموعة الثالثة تتلقى العلاج الطبى، والارشادى، وإرشاد الآباء، وأظهرت الدراسة الفروق لصالح المجموعة الثالثة.

أيضاً قام مارك كيلي (١٩٩٤) Mark Keely, al, et بدراسة بعنوان العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الإدمان على المخدرات، وطبقت على عينة قوامها (٨١١) طالباً باستخدام أدوات استبيان مكون من ٤٠ سؤالاً، يتضمن البيانات الأولية ومراحل اكتساب عادة استخدام الكحول والسجائر والماريجوانا، ودلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث تقدم المجموعة الأولى فى برنامج اكتساب عادة التوقف عن المريجوانا والتبغ.

وهناك أيضاً دراسة قام بها آزين وآخرون (١٩٩٤) Azeen, al, et ، بعنوان إعداد برنامج تريبوى للوقاية من تعاطى المخدرات، وطبق البرنامج على عينة قوامها (٢٨) مدمناً على الكوكايين والماريجوانا، ومن بين الأدوات المستخدمة قائمة بيك للاكتتاب، ودلت النتائج على حدوث تحسن كبير نتيجة العلاج السلوكى وذلك فى مقياس الاكتتاب.

وقد أشارت كل من حفيظة بن عثمان ، فطيمة وقطمان (٢٠١٢) فى دراسة بعنوان فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية مهارات تأكيد الذات وخفض مستوى الإدمان لدى المدمنين على التدخين، تم اختيار العينة بطريقة تشخيصية مقصودة، وتكونت من (٢٠) مدمناً، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة قوامها (١٠) أفراد، والثانية تجريبية وقوامها (١٠) أفراد أيضاً، تعرضت المجموعة التجريبية لبرنامج معرفى سلوكى مكون من (١١) جلسة علاجية، تراوحت مدة الجلسة بين (٤٠-٦٠) دقيقة، أظهرت متوسطات إجابة العينة التجريبية تطوراً فى تأكيد الذات، وانخفاضاً فى متوسط الإدمان عن المتوسطات السابقة لتطبيق البرنامج وبشكل دال إحصائياً عن متوسطات المجموعة الضابطة.

وقد قام أيضاً كل من هال، اليكس، بارسونس، جيفرى (٢٠٠١) Hall, Alex S; Parsons, Jeffrey بدراسة عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج مدمنى الكحول المترددين على العيادات الخارجية، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة مجموعة من المرضى

المتريدين على العيادات الخارجية بإحدى مراكز الإدمان، طبق عليهم برنامج معرفي سلوكي ساعدهم على إتمام عملية التعافي، وتكونت المجموعة التجريبية من (١٣١)، مدمناً للكحول كمجموعة تجريبية، و(١٣١) مدمناً للكحول كمجموعة ضابطة، وقد طبق البرنامج المعرفي السلوكي على المجموعة الضابطة، واحتوى البرنامج على فترة تدريب استغرقت (٥٠) يوماً متتالياً، وتمت المتابعة عن طريق الجداول الخاصة بذلك، وقد اشتمل البرنامج الجلسات الفردية والجماعية، وأظهرت النتائج على المقياس التبعي أن نسبة الرجوع إلى استخدام المخدر والانتكاسة قد قلت جداً مقارنة بالمجموعة الضابطة، وقد تغيرت طريقة تفكير المجموعة التجريبية، وأظهرت المجموعة الضابطة حالات انتكاس عديدة، وأيضاً أظهرت المجموعة التجريبية تحسن في مستوى التعامل مع المواقف الضاغطة.

وقد هدفت دراسة كل من كيمبرلي، يانج (٢٠٠٧) Kimberly S. Young إلى توضيح أهمية ودور العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة إدمان استخدام الانترنت، وقد أوضحت النتائج خطورة هذا النوع من الإدمان، وقد أعتمدت الدراسة على استخدام العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من حدة هذا النوع من الإدمان، تكونت عينة الدراسة من (١١٤) ممن هم في متوسط العمر، ممن يعانون من إدمان الانترنت، وتم وضع برنامج يركز على جميع أنشطة الحياة اليومية دون استخدام للإنترنت، وقد اشتملت العينة على الذكور والإناث، واستمر البرنامج لمدة (٦) أشهر متتالية، بواقع جلستين أسبوعياً، وأظهرت النتائج تحسن ملحوظ في مستوى الوظائف الجنسية، والأنشطة اليومية، وتحسن في مستوى العلاقات الاجتماعية.

## ثانياً: دراسات تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى المدمنين المتعافين.

أوضحت العديد من الدراسات فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي ودوره في خفض مشاعر القلق والاكتئاب، مثل دراسة حازم محمد صالح (٢٠٠٦) والتي كان موضوعها تنمية المهارات الاجتماعية وخفض مشاعر القلق والاكتئاب لدى عينة من مدمني المخدرات، تكونت عينة الدراسة من (٣٠) مدمن، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، تكونت كل مجموعة من (١٥) مدمن، وتكونت جلسات البرنامج من (١٦) جلسة بواقع جلستين

اسبوعياً، زمن الجلسة الواحدة (٩٠) دقيقة، وقام الباحث بتطبيق المقاييس الخاصة بالدراسة، وأشارت النتائج إلى تغير واضح فى مستوى القلق والاكتئاب، وتغير العديد من السلوكيات الادمانية، وتعديل المشاعر والأفكار التى يمكن أن تؤدى إلى الانتكاسة.

وقد قام تراكك (٢٠٠٢) Trakek بدراسة للحصول على درجة الدكتوراه بعنوان العلاج الجمعى السلوكى المعرفى المتنوع الأساليب للأعراض الانفعالية دراسة تجريبية مضبوطة، هدفت الدراسة إلى مقارنة الارشاد الجمعى السلوكى المعرفى المتنوع الاساليب مع الإرشاد عبر الهاتف المنزلى، للمدمنين الذين يعانون اضطرابات انفعالية مثل القلق والاكتئاب، وقد تم اختيار العينة عشوائياً، بعد أن تم تشخيصهم على مقياس القلق، والاكتئاب، ومقياس الرضا الحياة، وتم أخذ المقياس القبلى والبعدى، واستمر البرنامج لمدة (١٠) جلسات، احتوت على خفض القلق والاكتئاب، وقد أشارت النتائج إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق والاكتئاب لدى مدمنى المخدرات.

وقد أوضحت دراسة قام بها كل من نوكى، يوشيانج، فومايو، اوهاشين (٢٠١٣) Naoki Yoshinaga, Fumiyo; Ohshima, et بدراسة فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق الاجتماعى فى المراحل التمهيديّة للتعافى، وتقوم هذه الدراسة على العلاج الفردى والجلسات الفردية، وركزت الدراسة على أهمية العلاج المعرفى السلوكى، ودوره الواضح والمؤثر فى علاج الادمان، استغرق تطبيق البرنامج (١٤) اسبوعاً، واستخدم مقياس القلق الاجتماعى لقياس مستوى القلق، قامت الدراسة على فنية دحض الأفكار السلبية والواجبات المنزلية، واستخدام فنية الجدل لإثبات عكس الأفكار المشوهة، تكونت عينة الدراسة من (١٩) مدمن متعافى، تم تطبيق مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج ووضحت النتائج تحسن فى مستوى التفاعل الاجتماعى، وخفض مستوى القلق، ومن توصيات هذه الدراسة استخدام هذا النوع من العلاج فى حالات الادمان.

### التعليق على الدراسات السابقة:

بالنسبة للعينة:

أوضحت الدراسات تنوع أعمار واعداد افراد العينة، ففى دراسة حازم محمد صالح قواقنة (٢٠٠٧) كانت العينة مكونة من (١٨) طالب ممن هم فى عمر المراهقة وقسمت إلى ثلاث مجموعات، ودراسة (Hall, Alex S; Parsons, Jeffrey (2001) وتكونت العينة فى



هذه الدراسة من (١٣١) مدمناً ممن هم فى منتصف العمر، ودراسة محمود عبد الرحمن(٢٠١٠)، التى اجريت على وحدتين كاملتين فى مستشفى الأمل بجدة كمجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، ودراسة Kavaa, saeer (2011)، دراسة فى مدينة سيدنى فى استراليا، وذلك على عينة مكونة من (١٢١)، وتنوعت فيها أعمار العينة، أيضاً دراسة مارك كيلي (١٩٩٤) Mark Keely, al, et التى تكونت من عينة قوامها (٨١١) مدمناً، ودراسة (1994) Azeen, al, et التى اجريت الدراسة على عينة قوامها (٢٨) مدمناً للكوكايين، وتوضح الدراسات أن الفئة المستهدفة هى الأشخاص المصابين بالإدمان وليس فئة عمرية بعينها.

بالنسبة للهدف:

أختلفت الدراسات السابقة فى اهدافها، ولكنها ركزت على مناحى محددة تتمثل فى فحص مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإدمان مثل دراسة كيمبرلى، يانج (٢٠٠٧) Kimberly S. Young والتى هدفت إلى خفض درجة إدمان استخدام الانترنت، ودراسة هال، اليكس، بارسونس، جيفرى(٢٠٠١) Hall, Alex S; Parsons, Jeffrey والتى هدفت إلى التقليل من إدمان الكحوليات عن طريق برنامج معرفى سلوكى، ودراسة محمود عبد الرحمن (٢٠١٠)، ودراسة سيدرذان وكافا وسائر (٢٠١١) Kavaa, Saeer، آزين وآخرون (١٩٩٤) Azeen, al, et، ودراسة حفيظة بن عثمان ، فطيمة وقطمان (٢٠١٢) والتى هدفت إلى التقليل من مستوى إدمان التدخين، وتأكيد مهارات الذات لدى المدخنين، حيث هدفت هذه الدراسات ونتائجها إلى توضيح أهمية دور العلاج المعرفى السلوكى فى خفض السلوكيات الإدمانية والحفاظ على فترات تعافى ممتدة الأثر، وقد هدفت دراسة تراك (٢٠٠٢) Trakek إلى تقليل أعراض القلق والاكتئاب لدى مدمنى المخدرات، ودراسة حازم محمد صالح (٢٠٠٦)، والتى هدفت أيضاً إلى تقليل مستوى القلق لدى المدمنين، ودراسة نوكى، يوشيانج، فومايو، أوهاشين(٢٠١٣) Naoki Yoshinaga, Fumiyo; Ohshima, et التى هدفت إلى خفض مستوى القلق وزيادة التفاعل الاجتماعى لدى عينة المدمنين المتعافين.

بالنسبة للنتائج:

أشارت نتائج الدراسات السابقة إلى فاعلية الإرشاد المعرفى السلوكى فى علاج الإدمان بشكل عام وقد ظهر ذلك فى دراسة كل من كيمبرلى، يانج (٢٠٠٧) Kimberly S. Young إلى توضيح أهمية ودور العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من حدة إدمان استخدام الانترنت، وقد أوضحت النتائج تحسن ملحوظ فى القيام بالأنشطة الحياتية البعيدة عن الانترنت، وكذلك دراسة من حفيفة بن عثمان ، فطيمة وقطمان (٢٠١٢) فى دراسة بعنوان فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية مهارات تأكيد الذات وخفض مستوى الإدمان لدى المدمنين على التدخين، حيث أشارت النتائج إلى وصول الدراسة إلى ماهدفت إليه من تحسن فى مستوى مهارات تأكيد الذات، وتعديل الأفكار السلبية الخاصة بالتدخين، وأوضحت أيضاً دراسة قام بها آزين وآخرون (١٩٩٤) Azeen, al, et ، بعنوان إعداد برنامج تربويعرفى سلوكى للوقاية من تعاطى المخدرات، حيث أوضحت الدراسة دور العلاج المعرفى السلوكى كبرنامج وقائى تحصينى، وهناك بعض الدراسات التى أشارت نتائجها إلى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق لدى المدمنين المتعافين، مثل دراسة نوكى، يوشيانج، فومايو، اوهاشين (٢٠١٣) Naoki Yoshinaga, Fumiyo; Ohshima, et بعنوان فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق الاجتماعى فى المراحل التمهيديّة للتعافى، حيث أظهرت النتائج تحسن ملحوظ فى مستوى القلق، وأيضاً دراسة تراك (٢٠٠٢) Trakek التى هدفت إلى إعداد برنامج إرشادى معرفى سلوكى لخفض القلق لدى المدمنين عن طريق الهاتف، وقد حققت نتائج المتابعة التليفونية تفاعل جيد بين معدى البرنامج والمدمنين، وقد أظهرت دراسة حازم محمد صالح (٢٠٠٦) والتى كان موضوعها تنمية المهارات الاجتماعية وخفض مشاعر القلق والاكتئاب لدى عينة من مدمنى المخدرات، نتائج جيدة حيث قامت الدراسة على تنمية المهارات الاجتماعية عن طريق برنامج معرفى سلوكى، وحققت النتائج المرجوة، ومن العرض السابق يتضح أن استخدامات العلاج المعرفى السلوكى عديدة ومتنوعة حيث يناسب هذا النوع من العلاج معظم البرامج العلاجية والحالات الخاصة بالإدمان، سواء كانت علاجية أو إرشادية.

### وفى ضوء ما سبق، تم صياغة فرض البحث على النحو الآتى:

"يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدي علي مقياس القلق لصالح القياس القبلي."

## إجراءات الدراسة:

تتضمن إجراءات الدراسة التي قامت بها الباحثة لاختبار صحة فروض البحث، والتي تتضمن مايلي:

أولاً: منهج الدراسة.

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة)، باعتبار أن الهدف منه هو الكشف عن فعالية تطبيق البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى (المتغير المستقل) فى خفض القلق، والتقليل من مدى حدته (المتغير التابع) لدى عينة من المدمنين المتعافين.

## ثانياً: عينة الدراسة.

١- عينة الدراسة الاستطلاعية المتعلقة بأدوات الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٨٠) مدمناً متعافياً، والموجودين بمنزل منتصف الطريق أو "مركز تاهيل المدمنين الآخذين فى التعافى"، بمركز نهار للصحة النفسية وعلاج الادمان بزهران المعادى، وذلك بغرض تقنين أدوات البحث والتي تتضمن (مقياس تقدير القلق لدى المدمنين المتعافين)، بالإضافة إلى الوقوف على بعض الصعوبات التي يمكن تلفيها عند تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة الأساسية.

٢- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة من (٥٠) مدمناً متعافياً، من منزل منتصف الطريق لتأهيل المدمنين، تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٢٥) عاماً، وقد تم تطبيق البرنامج الإرشادى المعرفى السلوكى على عينة البحث ثم إعادة تطبيق مقياس مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج لقياس مدى فاعليته فى تحسين وخفض مستوى القلق.

## أدوات الدراسة:

١- مقياس تقدير القلق (إعداد الباحثة).

خطوات بناء مقياس القلق:

١- الاطلاع على التراث المتعلق بالقلق: قامت الباحثة بالاطلاع على الأطر النظرية التي تتعلق بالقلق.

٢- وصف الصورة الأولية للمقياس: قامت الباحثة ببناء المقياس انطلاقاً من المعايير التشخيصية لاضطراب أعراض القلق العام وفقاً للدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات النفسية والعقلية، (DSM-IV, 1994). وقد تكون المقياس من (٥٠) مفردة، تمثل المحاور الاساسية لأعراض القلق لدى المدمنين، وقد صيغت العبارات بشكل ايجابى وسلبى حتى لا يدرك أفراد العينة طبيعة التسلسل المنطقى للاستجابات، وتمت الاجابة على هذا المقياس من خلال اختيار المفحوص إجابة واحدة من خمسة إجابات على متصل، وفقاً لطريقة ليكرت فى المقياس (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً). ولتصحيح المقياس فقد أعطيت كل استجابة من هذه الاستجابات الخمسة وزناً بحيث تعطى الاستجابة (دائماً) خمس درجات، والاستجابة (غالباً) أربع درجات، والاستجابة (أحياناً) ثلاث درجات، والاستجابة (نادراً) درجتان، والاستجابة (أبداً) درجة واحدة، ولم تلتزم الباحثة بوضع كل عبارة تحت البعد الخاص بها، بل تم توزيع العبارات بصورة عشوائية، ثم قامت الباحثة بتصميم مفتاح لتصحيح المقياس، وحساب درجة كل بعد من أبعاده.

٣- عرض المقياس على السادة المحكمين: عرض المقياس فى صورته الأولية، على اثنى عشرة من المتخصصين فى مجال الصحة النفسية، والتربية الخاصة، لإبداء الرأى حول مدى ارتباط المفردات لما وضعت لقياسه، ومدى انتماها للبعد الذى تندرج ضمنه، واقتراح التعديل بما يروونه مناسباً، واقتراح التعديل سواء بالحذف، أو بالإضافة بالنسبة لمفردات المقياس، وأسفر هذا الإجراء عن تعديل صياغة بعض العبارات، وقد أبقت الباحثة على العبارات التى أتفق عليها السادة المحكمين بنسبة ٨٠% فأكثر، وفيما يلي نماذج من العبارات التى تم تعديل صياغتها:

## جدول (١)

## العبارات التي تم تعديل صياغتها

م	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل	العبارة المحذوفة
١	لا أستطيع العمل أمام مراقبة الآخرين	أستطيع العمل أمام مراقبة الآخرين	لا أحب نفسي
٢	أخاف من نقد الآخرين لسلوكياتي	أخاف من نقد الآخرين لتصرفاتي	أشعر اننى وحيد
٣	انا شخص عصبي ومندفع	أنا شخص متوتر جدا	أكره نفسي فى كثير من الأحيان
٤	لا أجد نفسي قلق على نشى ما	كثيرا ما أجد نفسي قلق على شئ ما	صورتى عن نفسي مشوهة وباهته
٥	أشعر أننى كثيرا غير مستقر	تمر بى فترات كثيرة من عدم الاستقرار	

٤- إعادة صياغة المفردات في ضوء توجيهات السادة المحكمين.

٥- إجراءات حساب الصدق والثبات للمقياس، كالتالي:

### الخصائص السيكومترية لمقياس القلق.

قامت الباحثة بالتحقق من توافر الشروط السيكومترية (الصدق - الثبات)، للاختبار، كالتالي:

أولاً: صدق المقياس : صدق التحليل العاملي: Factor Analysis Validity

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة بلغت ( ٣٠٠ )؛ وذلك بغرض إجراء التحليل العاملي للمقياس، ثم قام الباحث بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية Principle Component، والتي وضعها "هوتلنج" Hottelling عام ١٩٣٣، وتم استخدام محك كايرز في تقدير العامل المستخلص كمؤشر للتوقف أو الاستمرار في استخلاص العوامل التي تمثل البناء الأساسي، حيث يتم الإبقاء على العوامل التي تزيد جذورها الكامنة على الواحد الصحيح. ويقرر كاتل أن هذا المحك يتسم بالثبات والاستقرار في حالة المصفوفات التي تزيد متغيراتها عن (٢٠)، (فؤاد أبو حطب وآمال صادق، ٢٠١٠، ٦٢٢).

كما استخدمت الباحثة قيمة  $\pm 0.3$  كمحك للتشبع الجوهري للبند على العامل، ويمثل هذا الحد الأدنى للتشبع ، وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة:

جدول (٢) العامل المستخرج من التحليل العاملي

نسبة التباين التراكمية	نسبة التباين المفسرة	الجذر الكامن
15.870	15.870	7.300

جدول (٣) نتائج معاملات تشبعات المفردات علي البعد المستخرج

المفردات	البعد الأول
١	.443
٢	.339
٣	.383
٤	
٥	.389
٦	.453
٧	.529
٨	.438
٩	.382
١٠	.499
١١	.604
١٢	.416
١٣	.402
١٤	.350
١٥	.398
١٦	.411
١٧	.379
١٨	.309

المفردات	العدد الأول
١٩	.462
٢٠	.343
٢١	.303
٢٢	.476
٢٣	.452
٢٤	.392
٢٥	.329
٢٦	
٢٧	.562
٢٨	.456
٢٩	
٣٠	.458
٣١	.487
٣٢	.516
٣٣	.398
٣٤	.473
٣٥	
٣٦	.378
٣٧	
٣٨	.422
٣٩	
٤٠	
٤١	.302

المفردات	البعد الأول
٤٢	
٤٣	.534
٤٤	.373
٤٥	.357
٤٦	.378

المفردات التي تم حذفها هي (٤-٢٦-٢٩-٣٥-٣٧-٣٩-٤٠-٤٢)، وهي تلك المفردات التي انخفض معامل تشعبها عن ( $\pm 0.30$ )

### - التجانس الداخلي:

قامت الباحثة بعد استخراج العامل بحساب التجانس الداخلي للمقياس، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي البسيط لبيرسون بين درجات كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة:

### جدول (٤) التجانس الداخلي لمقياس القلق

رقم المفردة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس	رقم المفردة	معامل الارتباط بالدرجة الكلية للمقياس
١	.395 <sup>**</sup>	١٤	.416 <sup>**</sup>	٢٧	.492 <sup>**</sup>
٢	.389 <sup>**</sup>	١٥	.407 <sup>**</sup>	٢٨	.467 <sup>**</sup>
٣	.408 <sup>**</sup>	١٦	.358 <sup>**</sup>	٢٩	.476 <sup>**</sup>
٤	.414 <sup>**</sup>	١٧	.448 <sup>**</sup>	٣٠	.165 <sup>**</sup>
٥	.466 <sup>**</sup>	١٨	.362 <sup>**</sup>	٣١	.372 <sup>**</sup>
٦	.549 <sup>**</sup>	١٩	.457 <sup>**</sup>	٣٢	.232 <sup>**</sup>
٧	.442 <sup>**</sup>	٢٠	.319 <sup>**</sup>	٣٣	.388 <sup>**</sup>
٨	.402 <sup>**</sup>	٢١	.401 <sup>**</sup>	٣٤	.148 <sup>*</sup>
٩	.497 <sup>**</sup>	٢٢	.370 <sup>**</sup>	٣٥	.272 <sup>**</sup>
١٠	.523 <sup>**</sup>	٢٣	.473 <sup>**</sup>	٣٦	.390 <sup>**</sup>
١١	.414 <sup>**</sup>	٢٤	.458 <sup>**</sup>	٣٧	.479 <sup>**</sup>
١٢	.479 <sup>**</sup>	٢٥	.152 <sup>*</sup>	٣٨	.404 <sup>**</sup>
١٣	.305 <sup>**</sup>	٢٦	.445 <sup>**</sup>		



يتضح من نتائج جدول ( ٤ ) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً، الأمر الذي يشير إلي التجانس الداخلي لمقياس القلق.

٢- ثبات مقياس القلق:

حساب الثبات بعدة طرق تمثلت في حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية، والتي تقوم علي تجزئة المقياس إلي نصفين (فردى - زوجي) وحساب معامل الارتباط بينهما، وتطبيق معادلة تصحيح الطول (سبيرمان - براون)، وكذلك التجزئة النصفية بمعادلة "جوتمان"، وكذلك حساب الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ، وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة:

جدول ( ٥ ) نتائج معاملات ثبات مقياس القلق

البعد	عدد المفردات	معامل التجزئة "سبيرمان"	معامل التجزئة "جوتمان"	معامل ألفا - كرونباخ
المقياس ككل	٣٨	.751	.742	.816

يتضح من نتائج جدول ( ٥ ) أن جميع معاملات ثبات المقياس مرتفعة، وتشير تلك النتائج إلي صلاحية المقياس للاستخدام في البحث الحالي.

٦- وصف المقياس في صورته النهائية:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٨) عبارة تتراوح الإجابة عنها وفقاً لطريقة ليكرت في المقياس ( دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، ولتصحيح المقياس فقد أعطيت كل استجابة من هذه الاستجابات الخمسة وزناً بحيث تعطى الاستجابة (دائماً) خمس درجات، والاستجابة (غالباً) أربع درجات، والاستجابة (أحياناً) ثلاث درجات، والاستجابة (نادراً) درجتان، والاستجابة (أبداً) درجة واحدة، وبالتالي تتراوح الدرجة علي المقياس بين (٣٨- ١٩٠)، وتدل الدرجة المرتفعة علي وجود قلق مرتفع، بينما تدل الدرجة المنخفضة علي انخفاض القلق.

إجراءات التحقق من التجانس الداخلي لأفراد عينة البحث:

قامت الباحثة بالتحقق من التجانس الداخلي لأفراد عينة البحث علي متغيري الذكاء والعمر، وذلك باستخدام معادلة كولمجراف- سميرنوف؛ قد بلغت قيمة z بالنسبة للذكاء (1.240)،

كما بلغت (932). بالنسبة للعمر، وهي قيم غير دالة إحصائياً، ويشير ذلك إلى عدم وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة علي متغيري العمر والذكاء، ومن ثم تحقق التجانس الداخلي للمجموعة.

### البرنامج الإرشادي:

#### ١- الأسس العامة:

أهتمت الباحثة بالأسس الهامة التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي وهي قابلية السلوك للتعديل عن طريق التدريب.

#### ٢- الأسس الفلسفية:

اعتمدت الباحثة على الإطار النظري الاكلينيكي الذي قدمه Beck. A وزملائه وبعض البرامج العلاجية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي لبناء هذا البرنامج.

#### ٣- الأسس النفسية والاجتماعية:

يستند البرنامج على الأسس التالية:

- تغيير الأفكار السلبية لدى المدمنين المتعافين تجاه أنفسهم، والمجتمع المحيط بهم، والتقبل لمشكلات التعافي والتعامل معها، مما يؤدي إلى التواصل الناجح الإيجابي.
- إكساب هؤلاء المدمنين المتعافين المهارات اللازمة لمواجهة الحياة والتعامل معها.
- التدريب على التعامل مع المواقف الضاغطة، والتأقلم مع الظروف المحيطة.

#### أنشطة البرنامج:

يحتوي البرنامج على بعض الفنيات والأساليب السلوكية لخفض القلق، ومنها:

#### ١- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها . The Technique Of Detain

#### Identefying Automatic Ideas And Correcting Them.

الأفكار التلقائية هذه دائما ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حاله معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار، ومن ثم يسجل الواجبات اليومية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به (بيك، ٢٠٠٠، ١٨٩).

#### ٢- فنية المراقبة الذاتية : The technique of self monitoring

تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، وتعد هذه الوسيلة مقبولة تماماً فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها (ناصر المحارب، ٢٠٠٠، ١١٨).

### ٣- فنية صرف الانتباه: Distraction Technique

يستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحديد الأفكار السلبية التلقائية.

### ٤- فنية النمذجة: Modeling

يوضح كازدين (Kazdin, 2001) أسلوب النمذجة كاسلوب من أساليب تعديل السلوك، وهو يعنى تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة النموذج أو تقليده (فاروق الروسان، ٢٠١٠، ١٣٦).

### ١- فنية الواجبات المنزلية: Homework Technique

تعتبر جزء متمم لنتائج العلاج وتأخذ عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الأوتوماتيكية والاتجاهات المختلفة وظيفياً، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض (حامد الغامدي، ٢٠٠٥، ٢٣٤).

### الإجراءات التي قامت بها الباحثة لتطبيق البرنامج:

- ١- تعريف أفراد العينة بالبرنامج والهدف منه، فلا يمكن تطبيق البرنامج إلا بموافقة أفراد العينة، وتقبلهم للفكرة، وتوضيح أهمية البرنامج كجزء من برنامجهم التاهيلي.
- ٢- الاتفاق على الالتزام والاستمرار، وتأدية الواجب المنزلي.

### الزمن المحدد لتطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج بداية من شهر أبريل إلى منتصف شهر يونيو ٢٠١٦ (شهران ونصف)، حيث أستغرق تطبيق البرنامج (١٠) أسابيع، بواقع جلستين أسبوعياً.

مدة الجلسة: ٦٠ دقيقة، وهناك بعض الجلسات التي وصلت إلى ٩٠ دقيقة.  
مكان تطبيق الجلسات: الغرفة المخصصة للمحاضرات والاجتماعات بمبنى التأهيل.

فرض البحث:

"يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق لصالح القياس القبلي".

وللتحقق من صحة الفرض قامت الباحثة بإجراء اختبار "ت" لدلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وفيما يلي النتائج التي حصلت عليها الباحثة:

جدول (٦) نتائج اختبار ت لدلالة الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في

القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية	حجم الأثر
القلق	التجريبية قبلي	50	140.1400	24.43484	19.495	49	.01	.89
	التجريبية بعدي	50	67.8400	8.44758				

قيمة ت الجدولية عند مستوي دلالة 0.05 ودرجات حرية (49) = 1.671

قيمة ت الجدولية عند مستوي دلالة 0.01 ودرجات حرية (49) = 2.39

يتضح من نتائج جدول (٦) أن قيمة ت المحسوبة بلغت (19.495)، وهي قيمة دالة إحصائياً، الأمر الذي يشير إلى وجود تأثير للبرنامج الإرشادي، وبالرجوع للمتوسطات نجد أن الفرق كان لصالح القياس القبلي؛ حيث انخفض مستوي القلق لدى أفراد عينة البحث، كذلك بلغت قيمة مربع إيتا (حجم الأثر) 0.89. وهي قيمة كبيرة تشير إلى تأثير البرنامج بشكل كبير.

### تفسير النتائج:

يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن اضطراب القلق يسيطر بدرجة كبيرة وملحوظة على الجانب النفسي والاجتماعي ومعظم سلوكيات المدمن المتعافي، مما يعيق تكيفه، ويهدد

استمرار تعافيه، كما في دراسة قام بها كيمنجس وآخرون ١٩٨٠، Commings, et al أجريت على ٣١١ من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة، وجدت جماعات مارلات ثلاثة مواقف عالية الخطورة، فالمجالات الانفعالية السالبة مثل: القلق، الإحباط، أو الغضب، أو الاكتئاب مسئولة عن ٣٥% من حالات العودة للإدمان، وقد أوضحت الدراسة التي قام بها جريجوري وآخرون (٢٠٠٤) Gregoire et, al على عينة قوامها (٦٥) مدمناً تم تشخيصهم وفقاً للدلي الإحصائي الرابع، أن المدمنين يعانون من القلق والاكتئاب، والرهاب الاجتماعي، وأيضاً دراسة كتاب بن عقيلان العتيبي (٢٠٠٥)، والتي أشارت إلى علاقة إدمان الحشيش والمسكرات بالقلق وبعض متغيرات الشخصية.

وقد أشارت نتائج البحث أيضاً إلى فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى المدمنين، وقد أتفقت هذه النتائج مع العديد من الدراسات مثل دراسة تعاونية متعددة الرؤى نفذها المعهد القومي على تعاطي العقاقير Drugs لفحص كفاءة العلاجات النفسية الاجتماعية لتعاطي المواد النفسية، (Beck, et; 1993).

وقد قدم لطفى فطيم (١٩٩٤)، ومحمد حمدي الحجار (١٤١٢)، نموذجاً يمكن أن تسهم به مدارس علم النفس في علاج الإدمان، وكذا قدم آرون بيك ١٩٩٣ إمكانية تطوير العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المدمنين، حيث أوضحت هذه الدراسات أهمية هذا النوع من العلاج في تغيير اتجاهات المريض المدمن، وطريقة تفكيره.

وعلى غرار ذلك بداء الباحثون في تطوير برامج علاجية، وإرشادية، وتثقيفية لتكون جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي، لمواجهة مرض الإدمان، والعمل على إقناع المدمنين لتغيير اتجاهاتهم الإيجابية نحو المخدرات، وأن هناك علاقة كبيرة بين التعافي والقضاء على الاضطرابات النفسية، وتنمية المهارات الاجتماعية، والانخراط في المجتمع ومواجهته، وقد أشار إلى ذلك كل من (Robert, Nbila (1995), Dusenbury, Marthea(1996), Steven, et, al(2000); Rotherman-Borus et, (2001).

وقد أشار أيضاً كل من هالون، نيلسون، ستولت، ويلندر; Halldin, Nillson, Stolt; Willander( 2003) إلى أهمية برامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، ويعمل أيضاً هذا النوع من العلاج على خفض القلق، والاكتئاب، لدى مدمني المخدرات، وقد اعتمدت

الدراسات على إعداد برنامج علاجي يقوم على النظرية المعرفية السلوكية خاصة ما جاء به ميكنبوم.

وتتفق أيضاً هذه الدراسة مع دراسة كل من كارين، جيفرى، سيز، وود (٢٠٠٧)، Karen, Wood, Jeffrey; sze، فى إثبات فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق بصفة عامة. وقد استخدمت الباحثة فنية الاسترخاء فى الدراسة الحالية، وتتفق هذه الفنية مع دراسة Viacilli (2011).

وينضح مما سبق أهمية التدخل الإرشادى المعرفى السلوكى لخفض اضطراب القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين، وتعديل الأفكار المشوهة، فالقلق ينتج عن طريقة تفكير الفرد نفسه، وهذا ما يشير إليه العديد من العلماء.

### توصيات الدراسة:

من خلال النتائج التى توصلت إليها الدراسة يجب إتباع التوصيات التالية:

- ١- ضرورة الاهتمام بالتأهيل النفسى للمدمنين المتعافين لما يواجهوه من قلق وصعوبة تكيف مع البيئة المحيطة.
- ٢- ضرورة تنوع طرق الإرشاد والعلاج وعدم الإقتصار على علاج واحد.
- ٣- ضرورة تدريب المدمنين المتعافين على مهارات المواجهة والتكيف والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- ٤- تشجيع أسر المدمنين المتعافين على استكمال العلاج النفسى، وإرشادهم عن طبيعة مرض الإدمان وضرورة محاصرته.
- ٥- علاج الإدمان لا يقتصر على انتزاع المخدر من جسم المدمن، بل يمتد العلاج إلى التخلص من الأفكار والسلوكيات السلبية التى يمكن أن تؤدى إلى الانتكاسة.
- ٦- تقديم برامج إرشادية للمعالجين والقائمين على بيوت منتصف الطريق الخاصة بتأهيل المدمنين المتعافين.

**قائمة المراجع.**

- ١- إبراهيم الفقى (٢٠٠٠). قوة التحكم فى الذات، كندا: المركز الكندى للبرمجة اللغوية العصبية.
- ٢- أحمد بدوى (١٩٧٧). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت: مكتبة لبنان.
- ٣- أحمد عكاشة (١٩٨٩). الطب النفسى المعاصر، القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٤- أحمد عكاشة (٢٠٠٣). الطب النفسى المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥- آرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفى والاضطرابات الانفعالية، ترجمة عادل مصطفى، القاهرة: دار الآفاق العربية.
- ٦- أشرف عبده (٢٠٠٣). سيكولوجية الإدمان، القاهرة: مركز الدراسات النفسية.
- ٧- أمثال هادى الحويلة (٢٠١٠). القلق والاسترخاء العضلي، المفاهيم والنظريات والعلاج، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٨- بارلو (٢٠٠٢). مرجع اكلينيكي فى الاضطرابات النفسية- دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج وآخرين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٩- بشير معمريه (٢٠٠٩). "مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكى المعرفى"، جامعة الحاج لخضر باتنة، الزائر، القاهرة: المنصورة، المكتبة العربية للنشر والتوزيع.
- ١٠- بيرنى كورين- بيتر دول- ستيفن بالمر، ترجمة محمود عيد مصطفى (٢٠٠٨). العلاج المعرفى السلوكى المختصر، مراجعة: محمد نجيب الصبوة، سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- ١١- حامد زهران (٢٠٠٢). التوجيه والإرشاد النفسى، (ط٣)، القاهرة: عالم الكتب.
- ١٢- حسين قائد محمد المقطرة (٢٠٠٥). فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض القلق لدى عينة من شباب الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة.
- ١٣- حفيظة بن عثمان - فطيمة قمان (٢٠١٢). فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى تنمية تأكيد الذات وخفض مستوى الإدمان لدى المدمنين على التدخين، دراسة ميدانية تجريبية على عينة من طلبة جامعة ورقلة، جامعة الجزائر.

- ١٤ - روبرت ليهي- ترجمة: جمعة سيد يوسف- محمد نجيب أحمد الصبوة (٢٠٠٥). دليل عملى تفصيلى لممارسة العلاج النفسى المعرفى فى الأضطرابات النفسية، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع: القاهرة.
- ١٥ - عادل المدنى (د.ت). مدخل إلى العلاج النفسى وأشهر مدارس، القاهرة: الجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعى.
- ١٦ - عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفى السلوكى أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد.
- ١٧ - عبد الستار ابراهيم (٢٠٠٣). القلق قيود من الوهم، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ١٨ - عبد الصبور محمد (٢٠٠١). مدى فاعلية الإرشاد النفسى فى علاج الإدمان، مجلة كلية التربية بالمنصورة، العدد ٤٥، جامعة المنصورة.
- ١٩ - عبد المطلب القريطى (٢٠٠١). سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، ط٣، القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٢٠ - علاء الدين فرغلى (٢٠٠٨). مهارات العلاج المعرفى السلوكى، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- ٢١ - علاء فرغلى (٢٠١٣). مهارات العلاج النفسى الجماعى، دورة تدريبية، القاهرة: مركز فرغلى للطب النفسى.
- ٢٢ - فيصل الزراد (٢٠٠١). الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية، بيروت: اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
- ٢٣ - قتيبة سالم الحلبي، فهد سعود اليحيى (١٩٩٦). العلاج النفسى وتطبيقاته فى المجتمع العربى، الرياض: الشركة الإعلامية للطباعة والنشر.
- ٢٤ - كتاب بن عقيلان العتيبي (٢٠٠٥). الرهاب الاجتماعى لدى مدمنى المسكرات والحشيش وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف للعلوم الأمنية، السعودية.
- ٢٥ - كريستين هيرون (٢٠٠٥). "العلاج بالإسترخاء- الدليل العملى"، القاهرة: دار الفاروق للنشر والتوزيع.



- ٢٦- محمد أحمد النابسى (١٩٩١). مبادئ العلاج النفسى ومدارسه، بيروت: دار النهضة العربية.
- ٢٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٥). الإدمان، أضراره، نظرياته وتفسيره وعلاجه، القاهرة: دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- ٢٨- محمد حمدى الحجار (١٤١٢هـ). العلاج النفسى الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، الرياض: المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب.
- ٢٩- محمد صالح قواقنة (٢٠٠٧). فاعلية برنامج معرفى سلوكى فى تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمنى المخدرات، جامعة الجزائر.
- ٣٠- محمد غانم (١٩٩٨). كيف تتعامل مع الآخرين، كتاب اليوم الطبى، عدد ١٩٠، أخبار اليوم.
- ٣١- محمود رشاد (١٩٩٧). ديناميات العلاقة بين الإدمان والمرض النفسى، القاهرة: رسالة دكتوراه غير منشورة مقدمة لجامعة عين شمس.
- ٣٢- مركز الدراسات السياسية والاستراتيجية (٢٠٠٣). الاتجاهات الاقتصادية الاستراتيجية، القاهرة: مركز الدراسات الاستراتيجية والاقتصادية بالهرم.
- ٣٣- مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات من نظرة تكاملية، عالم المعرفة، العدد ٣٠٥، يناير، الكويت.
- ٣٤- منى درويش (١٩٩٦). تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الأفراد المتعاطين من نفس الأسرة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة مؤتة.
- ٣٥- ناصر المحارب (٢٠٠٠). المرشد فى العلاج الاستغراقى السلوكى، الرياض: دار الزهراء.

**المراجع الاجنبية :**

- 1- Ahmed Okasha(2008). Assuring long term stability and relapse prevention'- Local symposium- Luxor, Egypt.
- 2- American Psychiatric Association(1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. (IV ED) Washington.
- 3- Azeen, al ,et(1994). www. Cbt.com.
- 4- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology 61:194-198.
- 5- Beck, A. T; Freeman, A; and Associates (1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York: Guilford.
- 6- Beck, T. Aron(1979). Cognitive Therapy of depression, Guilford, New York.
- 7- Dusenburt, Linda; Mathea, Falco(1996). Keys to drug-abuse prevention. Education Digest, VOL. 61 Issue 9, p:36(1996).
- 8- Ellis, A. (1982). Rational-emotive family therapy. In Counseling and Therapy, ed. A.M. Home M. M. Ohlsen, pp. 302. Itasca, IL: Peacock.
- 9- Freeman, Arthur; Pretzer, James; Fleming, Barbara; Simon Karen; (1993). Clinical of Cognitive Therapy Plenum, Press, New York.
- 10- Glass, Shea(1986). Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety, In W. H. yans, Imcheak; S.R Briggs and Treatment, New York.
- 11-Glasser, D.(1981).Station of the Mind: New Directions for Reality Therapy, New York: Harper Collins.
- 12-Hall, Alex S; Parsons, Jeffrey(2001). Journal of Mental Health Counseling 23 .4(oct 2001): 312-327.
- 13-Jelly, Harvey Herny(2002). The effects of childhood trauma on drug and alcohol abuse in college student. Diss. Abst. Int. Fordham University (2002).
- 14-Karen M. Sze, Jeffrey J. Wood(2007). Cognitive Behavioral Treatment of comorbid Anxiety Disorders and social interaction Difficulties in children with High- Functioning Autism :A case Report. J contempt psychotherapy, 37:133-143.
- 15-Kelly(1994). www. Cbt.com.

- 16-Kimberly A, Horn, Jerome R, KOLBO; (2002). Using the cumulative strategies model for drug abuse prevention: A Small group analysis of choice program. American Journal of Health Studies, VOL. 16 Issue 1, P:7(2000).
- 17-Kimbery S. Young(2007). Center for online addiction Brad Ford, Penmsylvaning, VOL. 10: Issue. 5: pa671-679.
- 18-Leukefeld, G. Carl; Ted, Godlaski; James, Clark(2002). Substance abuse treatment. Health, social Work , VOL. 27 Issue3, p:213(2002).
- 19- Merith, Cosden(2001). Risk and resilience for substance abuse among adolescent and LD. Journal of Learning Disabilities, VOL. 34 Issue 4, p:352(2001).
- 20-Naoki Yoshinaga, Ohshima; Satoshima, Tomomi, Koba Yashi(2013). Department of CBT psychology, Chiba university Graduate school of medicine, Chue- Ku, 260-270, Japan.
- 21-Paterson G. (2000). 'The future of optimism' American psychologist, 55, 1.
- 22-Persons, J; and Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: reconciling negative evidence. Cognitive Therapy and Research 16:485-502.
- 23-Richard A. Rawson(2007). 'Cognitive behavior therapy, relapse prevention strategies'- ISAM intern. Congress- Cairo.
- 24-Riskind, J. H; Wheeler, D; and Pacerno, M.(in press). Effects of freeze imagery and loom imagery on obsessional fears of contamination Behavior Research and Therapy.
- 25-Rotheram-Borus, Mary; Barbara, Bickford(2001). Implementing A classroom- based social skills training program in middle childhood, Journal of education, psychological consultation, Vol. 12 Issue 2, P:91(2001).
- 26-Schilling, F. Robert, Nabila (1995). Skills training group of the social skills rating scales: Implication for test construction procedurs. Measurement, evaluation in counseling; development, VOL. 33 Issue 3, p:144(1995).
- 27-Scott, J. (1988). 'Cognitive therapy, depressed inpatients'. In: P. Trower and W. Dryden(eds) developments in cognitive psychotherapy, London: sage publication- Inc. press.

- 28- Steven, Evans, Jennifer L. Axrlrod; Jennifer K. Sapia(2000). Effective school based mental health intervention: advancing the social skills training paradigm Journal of school Health, VOL. 70 Issue 5, p:101(2000).
- 29- Tantam, D. (2003). The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 12, 143-163.
- 30- Vicili, M(2011). Effects of modified cognitive behavior therapy program to tract anxiety in children with autism spectrum, Master degree in psychology, York Unyversity, Toronto.
- 31- Wilfley DE(2005). Interpersonal psychotherapy- In Kaplan, Sadock: "Comprehensive text book of psychiatry, ed- vol-by Lippincott Williams; Wilkins- USA.
- 32- Willianms J.M.G.(1984). "The psychological treatment of depression: Aguide to theory and practice of cognitive therapy"- Bechkenham: crom Helm, and NY: Free press.
- 33- www. Adictionsearch.com
- 34- www.cognitive- behavior- therapy.org
- 35- www.healthpsych.net
- 36- www.shefa-online, net
- 37- www.socialpsychology.org