

خفض أعراض القلق الإجتماعي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدي مدمني
المخدرات

إعداد

رياب عادل عبد العظيم محمد
باحثة ماجستير- تخصص علم النفس كلية البنات
جامعة عين شمس

د/سحر محمد فتحى

مدرس علم النفس
كلية البنات

أ.م.د/ماري عبدالله حبيب

الشعراوي

أستاذ علم النفس المساعد
كلية البنات

مستخلص البحث : هدف البحث إلي خفض أعراض القلق الإجتماعي بإستخدام العلاج المعرفي السلوكي لدي مدمني المخدرات، تكونت العينة (ن=١٠) من مدمني المخدرات تراوحت اعمارهم (٣٠-٤٠) سنة من الذكور غير المتزوجين ، واستخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة) ، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي، وتمثل عدد جلساته (١٨) جلسة بواقع جلستين في الإسبوع ومدة كل جلسة تتراوح من (٦٠-٩٠) دقيقة ، وأسفرت النتائج عن انخفاض مستوي القلق الإجتماعي ، كما استمر إنخفاض مستوي القلق الإجتماعي في القياس التتبعي وجميعها قيم داله إحصائياً عند مستوي 0,01.

الكلمات المفتاحية : القلق الإجتماعي – فنيات العلاج المعرفي السلوكي – مدمني المخدرات

Abstract

The current research aimed to reduce social anxiety symptoms by using cognitive behavioral therapy among drug addicts. The sample consisted of (n = 10) drug addicts, age ranged between (30-40 years) from unmarried males. The research used the social anxiety scale (prepared by the researcher), and cognitive behavioral therapy program, consisted of (18) sessions, two sessions per week, and the duration of each session ranged from (60-90) minutes. The results showed a low level of social anxiety in post-measurement, and a continuous decrease in social anxiety in follow-up measurement.

Key Words:

Social Anxiety –Techniques of Cognitive Behavioral Therapy – Drug Addicts

مقدمة البحث: القلق الاجتماعي Social Anxiety أحد أهم الاضطرابات التي لها تأثير على حياة الفرد وعلى نموه الاجتماعي، والصفة المميزة له تتمثل في الخوف من المواقف التي تؤدي الى التقييم السلبي من قبل الآخرين فهو نموذج للاستثارة النفسية التي تكونت من خلال مثل هذه المواقف، والتي تقود الفرد الى درجة عالية من المعوقات التي تعوق حياته (Detweiler,2005,2).

والقلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية التي تظهر في مرحلة مبكرة من العمر من ستة أعوام إلي اثنتي عشر عاماً ويؤكد ذلك دراسة (Lverach & Rapee, 2014)؛ (Ahrens.Eipper&Hoyer,2007)، ويستمر تفاقم هذا المرض وتطوره أثناء مرحلة المراهقة وبدايات سن الشباب إذا لم يتم علاجه مبكراً، وقد أشار كلاً من (Charmin,Lisa,Phillis&Shorpita,2008) الي أن ظهور اضطراب القلق الاجتماعي من بداية الطفولة والمراهقة يترتب عليه فيما بعد ضعف الوظائف الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين في مرحلة الرشد، وعلي الرغم من أن بداية المعاناة من هذا الاضطراب تكون في الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة فإن الغالبية العظمى منهم لا يتم تشخيصهم الا بعد سنوات عديدة، وربما لا يبدأون ممارسة العلاج النفسي بجدية إلا في مرحلة الشباب (Mancini&Watson,et al.,2005).

وأكدت (Faytout M,Swendsen J, 2009) أن مرضي القلق الاجتماعي عادة ما يعبرون عن خوفهم من العلاقة مع الآخر، وهذا ما يؤدي إلى تجنب الدخول في علاقات اجتماعية، ولكن في المقابل يخبرون بسعادة وحالة انفعالية جيدة في وجود الآخرين المقربين منهم كالأصدقاء، والعائلة.

ويري (Sanna&Rachel, et al.,2009) أن المظاهر الدالة علي هذا الاضطراب من أهمها الخوف من الاحراج في المواقف الاجتماعية، تجنب المناسبات والاجتماعات العامة والشعور بالتوتر أثناء التواجد فيها وقد حدد القلق الاجتماعي في أحدث التعريفات بأنه اضطراب أكثر ما يميزه الخوف من ملاحظة الآخرين، والتي تدرك بأنها سلبية، حيث يعيش الفرد القلق من التصرف، أو التكلم أمام الآخر خوفاً من الانتقادات السلبية والتي تمثل العرض الإكلينيكي البارز في الاضطراب (Cottrausc J,2009:209).

وقد أكد (Véra & coll, 2002, 79) أن (١٦%:٣٦%) من مرضي القلق الاجتماعي سجلوا تعاطياً أو اعتماداً على الكحول والمواد المخدرة وهو ما جعل الأبحاث في علاج التعاطي والإدمان تخلص إلى الحث على العلاج المبكر للمخاوف الاجتماعية أولاً، كإجراء نوعي لمحاربة الإدمان.

وأشارت الدراسات السابقة إلي علاقة إدمان المخدرات بالقلق الاجتماعي، وتوصلت النتائج الي ان العلاقة بينهما قوية كدراسة (سامية ابريم: ٢٠١٣) هدفت للكشف عن العلاقة القائمة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات، ودراسة (Book,et,al 2012) هدفت الي التعرف علي شدة القلق الاجتماعي لدي المرضي المصابين بالقلق الاجتماعي ومصابي القلق الاجتماعي من المدمنين وشملت عينه علي مجموعتين (٣٨) شخصاً من مدمني الهيروين، (٤١) مريضاً بالقلق الاجتماعي وأثبتت النتائج أن الافراد متعاطي المواد المخدرة أكثر قلقاً اجتماعياً من المرضي الغير متعاطي أي نوع من انواع المواد المخدرة، ودراسة (Grégoire et.al.,2004) حيث نسبه انتشار القلق الاجتماعي لدي عينه الاكلينيكيه من مدمني المخدرات (ن=٧٥) ان نسبه (٢٠%) يعانون من القلق الاجتماعي المعمم و نسبه (٤٢,٦%) يعانون من القلق الاجتماعي الخاص .

العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من اكثر انواع العلاج الذي تم دراسة فاعليته في خفض القلق الاجتماعي لدي مدمني المخدرات، لان جوهر القلق الاجتماعي هو ضعف ثقة الشخص بقدرته علي تقديم انطباع ايجابي عن نفسه للآخرين، والتفكير بجهوده بطريقة كارثية في حال الفشل، لذلك قد يتضمن العلاج الجمع بين اعادة البناء المعرفي للمعتقدات والأفكار الخاطئة،بالإضافة إلي التعريض للمواقف الاجتماعية المثيرة للقلق (Rodebauay&Heimberg,2004).

ومن هنا تري الباحثة أهمية تحقيق اهداف البحث من خلال تصميم برنامج يساعد علي خفض القلق الاجتماعي لديهم، مما قد يؤدي بدوره إلي خفض اللجوء للتعاطي، وتفيد الدراسات الثقافية المقارنة بأن الوظيفة والدلالة الرئيسية للمواد المخدرة في كل المجتمعات هي التقليل من التوتر المصاحب للقلق،

الذي عادة ما يرتبط بالاستقرار والقلق الاجتماعي ومع الاختلال الوظيفي، أو مع التغيير الذي يحدث في كل زاوية من زوايا حياة الفرد.

مشكلة البحث وأسئلتها: عوامل الخطر لتعاطي المخدرات لا يمكن ان تنحصر في الاسباب الاجتماعية والاقتصادية والثقافية فقط، وإلا كيف نفسر وجود نسبة معينة من المدمنين في المجتمع بأكمله، في حين ان كل افراده معرضين الي نفس الظروف وحتى علي مستوى العائلة الواحدة نجد الإخوة معرضين الي نفس الوضع الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، لكن قد يتعاطي أحد أفرادها المخدرات في حين لا يتورط الآخر، مما يوضح أن تعاطي المخدرات مرتبط بالبنية النفسية للفرد وبما يعترضه من إضطرابات.

ومن هذا المنطلق نجد ان بعض الاضطرابات النفسية والسمات الشخصية يمكن ان ينظر لها كأسباب للإدمان علي المخدرات كاضطراب القلق الاجتماعي، فالإدمان يرجع الي اضطراب كامن في شخصية الفرد، والعوامل الاجتماعية ما هي إلا عوامل مهينة أو مساعدة لظهور الإضطرابات الكامنة علي شكل سلوك مضطرب.

فبعض اضطرابات الشخصية من الممكن ان تحرض تعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها، إما بسبب أن شخصية الفرد تكون أكثر قابلية لتعاطي المخدرات، او لأن هذه الشخصية تجد في المواد المخدرة سبيلاً لتغيير الحالة المزاجية.

وبما أن العلاج الطبي وحده لا يقوم بإشباع إحتياجات المدمن النفسية الداخلية فإنه لا بد من إدراج العلاج النفسي ضمن دائرة المعالجة النفسية المتكاملة، إذ أصبحت الحاجة تدعو إلي إجراء دراسات ووضع برامج علاجية نفسية حديثة للوصول إلي مرحلة الشفاء التام.

ومن خلال استقراء الباحثة للدراسات السابقة والأطر النظرية وجدت الباحثة ندرة واضحة في تناول متغيرات القلق الاجتماعي للمدمنين في الثقافة العربية وهناك عدة دراسات تناولت فقط القلق الاجتماعي إما في مكوناته أو في علاقته مع بعض المتغيرات الأخرى، أما بالنسبة للبرامج العلاجية هناك دراسات تناولت استخدام هذا الأسلوب لكن مع عينات أخرى، أما الدراسة الحالية تتناول استخدام العلاج المعرفي السلوكي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لمدمني المخدرات وهي مساهمة في المجال لان هناك حاجة كبيرة للدراسة العربية للاهتمام بالقلق الاجتماعي ودراسة جوانبه المختلفة وطريقة علاج، كذلك تقديم برنامج علاجي لمدمني المخدرات نظراً لكثرة انتشار نسبة هؤلاء في المجتمع؛ وبالتالي هي مساهمة في المعرفة العلمية من خلال النتائج التي يتم التوصل إليها، علاوة علي أنه تم إجراء دراسة استطلاعية هدفت استقراء الواقع، وتقصي الحقائق للوقوف علي أهم ما يعانيه المدمنين من مشكلات ذات صلة بمتغيرات الدراسة، حيث أجريت مقابلة لعينة من المدمنين. وقد أفضت هذه الدراسة إلي بعض المؤشرات التي تؤكد علي كون هذه الفئة عرضة لخطر زياده نسبه القلق الاجتماعي لديهم حيث يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أنواع العلاج التي تم دراسة فاعليتها في خفض القلق الاجتماعي.

وتتلور مشكله الدراسة حول الاسئلة التالية:

- ما الإختلاف في القلق الاجتماعي في القياس البعدي لدي مجموعة مدمني المخدرات؟
- ما الفروق في درجة القلق الاجتماعي بإختلاف القياسين البعدي والتتبعي؟

أهداف البحث:

- تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي بهدف خفض اعراض القلق الاجتماعي لدي المدمنين علي المخدرات لتحسين التواصل الاجتماعي لديهم.
- بناء مقياس لتقدير القلق الاجتماعي لدي المدمنين علي المخدرات.
- إختبار مدي فاعلية وإستمرارية البرنامج العلاجي المستخدم.

أهمية البحث: تتمثل أهمية البحث الحالي في جانبين أحدهما نظري والآخر تطبيقي وذلك علي النحو التالي:

(أ) الأهمية النظرية:

١- تعد الاولي في البيئه المصريه حيث انه لا توجد دراسه تناولت فاعليه العلاج المعرفي سلوكي لخفض القلق الاجتماعي لدي عينه من مدمني المخدرات ، وذلك في حدود اطلاع الباحثه، وبهذا يمكن لهذه الدراسه أن تضيف اطاراً نظرياً خاص بالعلاج المعرفي السلوكي من أجل خفض القلق الاجتماعي لدي فئه المدمنين علي المخدرات.

٢- تحاول الاهتمام بفئه مدمني المخدرات المصابين باضطراب القلق الاجتماعي حيث أوضحت بعض الدراسات أن هناك علاقه واضحه بين القلق الاجتماعي، وما يسببه من مشكلات سوء التوافق النفسي والاجتماعي التي تؤدي بالشخص إلي تعاطي المواد المخدره لخفض القلق الذي يشعر به، والشعور بالتماسك اثناء الحديث امام الاخرين.

(ب) الأهمية التطبيقية:

١- تقدم برنامج معرفي سلوكي يساعد مدمني المخدرات علي التخلص من القلق الاجتماعي وهذا بدوره يؤدي إلي خفض الاقبال علي تعاطي المخدر وتخطي العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية الخاصة بهم.

٢- الخروج ببعض التوصيات والمقترحات التي قد تفيد العاملين والباحثين في مجال الادمان والصحة النفسيه.

٣- الأهمية السيكومترية من خلال بناء مقياس لتشخيص القلق الاجتماعي لدي مدمني المخدرات.

مصطلحات البحث :

أولاً: مفهوم القلق الاجتماعي Social Anxiety : يعرف إجرائياً بأنه حاله من الخوف تظهر استجابة معرفية، وسلوكية، وانفعالية وفسولوجية لدي الفرد عند التعرض للمواقف الاجتماعية أو التفكير فيها مما يؤدي الي تجنب المواقف الاجتماعية ، ويظهر ذلك عبر الدرجه التي يحصل عليها المفحوص علي مقياس القلق الاجتماعي "إعداد الباحثة".

ثانياً: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy : يعرف إجرائياً بأنه وسيله من وسائل العلاج النفسي الحديث وهو سلسلة من الخطوات المتتابعة علي هيئة جلسات تجمع بين المعالج ومدمني المخدرات في ضوء المنظور المعرفي السلوكي من خلال إستخدام العديد من الفنيات العلاجية لخفض اضطراب الإلتزام الاجتماعي.

ثالثاً: مدمني المخدرات Drugs addicts : يعرف إجرائياً بأنهم الأشخاص الذين تركزت حياتهم علي تعاطي المخدرات بمختلف انواعها (الترامادول، الهيروين، الحشيش) ، وذلك في الحصول عليها وتعاطيها للتغلب علي أعراض القلق الاجتماعي وتتراوح أعمارهم من (٤٠:٣٠) سنة من الذكور غير المتزوجين.

الإطار النظري للبحث:**المحور الأول: القلق الاجتماعي Social Anxiety**

يعرف أهغار القلق الاجتماعي بأنه "يعبر عن استجابة معرفية، وسلوكية، وانفعالية لموقف اجتماعي معين لدى الفرد، حيث يتضمن مشاعر الضيق الاجتماعي، والتجنب الاجتماعي، والخوف من التقييم السلبي له من قبل الآخرين، وظهور أعراض فسيولوجية مثل: احمرار الوجه، وسرعة ضربات القلب، والدوخة، والعرق الغزير، وارتجاف اليدين والقدمين، والشعور بالغثيان (Ahghar, 2014: 109).

وعرفه كلاً من بيلنج وويلسون وآخرون (Pilling, Wilson, E, Taylorm&et al., 2014:65) بأنه اضطراب مزمن ومعتل للحياة الإجتماعية، وتظهر أعراض فسيولوجية علي الفرد مثل إحمرار الوجه ويقوم الفرد بتجنب المواقف خوفاً من ظهور أعراض القلق عليه .
أما رابي ولفراتش (Iverach&Rapee, 2014:23) يصف القلق الإجتماعي بأنه اضطراب مزمن يتميز بخوف كبير من الحرج والاذلال والتقييم السلبي في الاوضاع الاجتماعية المختلفة أو في مواقف الأداء.

مكونات القلق الإجتماعي :

أولاً : المكون الوجداني : يتضمن مشاعر الارتباك والتوتر والعصبيه ونقص الثقة بالنفس ،ويؤدي ذلك إلي شعوره بأنه أقل قيمة من الآخرين فالأشخاص يمكن أن يواجهوا القلق الاجتماعي عندما يتخون المواقف الاجتماعية مثلما يحدث معهم في الواقع تماماً (Endersons, 2006:12).

ثانياً : المكون المعرفي : يري بوجليس ودايست (Bogles& Voncken, 2008:390; Diaset, et al., 2001:42) أن هذا المكون يشير الي الاعتقادات والافكار السلبية والافتراضات والتوقعات غير التوافقية لدي الفرد ، فالنشاط المعرفي يعتبر وسيطاً بين مثير القلق والسلوكيات الداله عليه. وتنجلي أهم هذه المظاهر فيما يلي :

- ١- شدة مراقبة الذات وبما أن القلق هنا يستحوذ علي الذات لذلك لا يعطي الفرد الانتباه الكافي للآخرين.
- ٢- وجود معتقدات غير منطقية حول مدي جودة أدائه الاجتماعي كيف يجب أن يكون؟ وكيف يمكن أن يلقي الاستحسان من قبل الآخرين .
- ٣- التفكير فيما يريده هذا الموقف منه أكثر من كيفية أن أكون في هذا الموقف والتركيز علي الخبرات السلبية المتصلة بالذات أكثر من التركيز علي الخبرات الايجابية.
- ٤- لوم الذات علي الفشل الاجتماعي وعزو النجاح لعوامل خارجية.
- ٥- إدراك مفهوم الذات بشكل سلبي.

ثالثاً : المكون السلوكي: يري كلاً من (حياة خليل البناء، أحمد عبد الخالق، مراد، ٢٠٠٦: ٢٩٤) ان القلق الاجتماعي يتجلي في السلوك الهروبي من المواقف الاجتماعية المختلفة وتجنبها كعدم تلبية الدعوات الاجتماعية والتقليل من الاتصالات الاجتماعية وغيرها ، ويقصد بالجانب السلوكي (السلوكيات اللفظية وغير اللفظية) التي تظهر نتيجة الشعور بالقلق والضيق والانزعاج في المواقف الاجتماعية متشابه لدي الافراد ولكن السلوكيات الداله علي تلك المشاعر تختلف من فرد الي آخر.

رابعاً : المكون الفسيولوجي : يري (Gilbert, 2011:111) المكون يتمثل في الاعراض الفسيولوجية التي تظهر علي الشخص القلق اجتماعياً كالتعرق الشديد ، احمرار الوجه وارتعاش الايدي والأرجل وتكون هذه الأعراض شديده لمن يعاني من القلق الاجتماعي وتظهر هذه الأعراض في المواقف الاجتماعية الحقيقيه او المتخيله، ويخشي الفرد القلق اجتماعياً من ظهور هذه الأعراض عليه وملاحظه الآخرين لها ويحاول الانسحاب من المواقف الاجتماعية .

ترتبط هذه الابعاد مع بعضها بشكل وظيفي فتوقع التقييم السلبي لسلوك الشخص نفسه يقوده الي تنشيط وزيادة في انتباه الذات يتجلي هذا من خلال تكثيف ملاحظه الذات، والاشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي ينشغلون دائماً بإدراك إشارات الأخطاء الممكنه والفشل والفضيحة وغيرها في سلوكهم ويقود الإدراك هنا الي ظهور أعراض القلق بوصفها دليلاً علي التقييم السلبي من قبل الآخرين وهذا بدوره يؤدي الي ارتفاع حدة الآثار الجسديه واعراض القلق والتي يتم عزوها الي التقييمات الاجتماعية.

المحور الثاني: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

عرفه كيمبرلي بأنه أسلوب إرشادي يستند علي اساس الافكار و المشاعر بشكل عام ويتعلم العميل مراقبة أفكاره وتحديد الأفكار التي تحفز المشاعر والافعال من حيث تعلم مهارات التأقلم وطرق جديدة لمنع الانتكاسة (Kimberly,2011:305).

تعريف هاريسون بانه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدي العميل ، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب علي مهارات مواجهة التحكم في الفلق ، التحصين ضد الضغوط ، اسلوب صورة الذات المثالية ، وقف الافكار (Harrison,2009:352). وعرفه كلاً من ستون وجارلاندي بأنه اسلوب للعلاج النفسي يقوم علي تغيير المدركات المريضة التي تحمل أفكار الإحباط الذاتي وسوء التكيف من خلال تزويد المريض بالمهارات العملية التي تجعله اكثر إنتاجاً وتكيف (Ston&Garland,2008:55).

أهداف العلاج المعرفي السلوكي: The Goals of Cognitive Behavioral Therapy:

يري (طارق النجار ، ٢٠٠٥: ١٦٠) ان العلاج المعرفي السلوكي يهدف الي المعرفي - تعليم الأفراد فحص وتحديد وتقييم أفكارهم وإتجاهاتهم .
- تعليم الأفراد إستراتيجية سلوكية تساعدهم علي التخلص من المشكلات .
- مساعدة الأفراد علي زيادة الدافعية للأداء وزيادة وعيهم بذواتهم وتنمية مهاراتهم .
ويذكر (سيكوت وآخرون، ٢٠٠٢: ١٧٦) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف الي مساعدة المريض علي التوافق مع مشكلات الحياة ، والتركيز علي التحكم في نوعية الحياة في مواقف قد يكون الكم فيها متغيراً لا يمكن التنبؤ به لأجل اعطاء المرضى نظرة اكثر واقعية وزيادة أنشطتهم اليومية وتحسين توافقهم مع الاضطراب .

المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي The Basic Pinciples Of Cognitive Behavioral Therapy

يري نايل (Neil A,2010:2) المبدأ الاساسي يتمثل في كون ان السلوك المضطرب ناتج عن المعارف والتفكير الخاطيء ، وان سبب الاضطرابات النفسية مرتبط بخلل في طريقة التفكير المبناه من طرف الفرد إزاء المواقف التي تعترضه خلال حياته اليومية ، حيث ان مانشعر به مرتبط بتصوراتنا للمواقف وليست بحقيقة هذه المواقف .

ويؤكد تيسمان (Tesman,et al.,2008:125) أن هناك عدداً من المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في أنه يركز علي التغيير الذي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي إلي نجاح العلاج والتركيز علي فهم الفرد للجانب المراد تعديله .

هذا ويعتبر هذا المنحي العلاجي العلاقة الثلاثية المتبادلة بين الافكار والوجدان والسلوك مكونات لنظام واحد عنصره الاساسي الافكار التي لها الدور الاساسي في توجيه السلوك والانفعال (بيرني كورين، بيتر رول، استيفن بالمر، ٢٠١٦: ٢٩).

ويوضح كروين أن المبدأ الاساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو ان الافكار والانفعالات والسلوكيات يعتبر كل منها جانباً من نظام موحد بحيث أن التغيير الحادث في أي جانب منها يكون مصحوباً بتغيرات في الجوانب الأخرى (Crwen,2000:8).

• مراحل وخطوات العلاج المعرفي السلوكي : Stages and Steps of Cognitive Behavior Therapy

المرحلة الأولى : مساعدة المريض علي تحديد مشكلته ، بحيث يصبح واعياً لأفكاره ، ولكي يستطيع تغيير سلوكه اللاتوافقي يجب عليه ان يهتم بملاحظة حدوثه ثم يسعي لمقاطعته، وأنواع المشاعر والأفكار التي تتعلق بالمشكلة قبها وبعدها .

المرحلة الثانية: يهتم بتطوير السلوكيات والأفكار التكيفية.

المرحلة الثالثة : مساعدة المريض علي ان يستمر في إحداث تغيير سلوكي إيجابي، وتجنب الانتكاسة (هبة عبد البصير بسيوني، ٢٠١٧: ١٨).

المحور الثالث : المخدرات Drugs:

هناك تعريفات كثيرة للمخدرات ، وكل تعريف ينظر الي المخدرات من زاوية معينة ، حيث أن بعض التعريفات لا تعدو أن تكون حصراً أو تصنيفاً لتلك المواد مع ذكر آثارها وكيفية تعاطيها ، غير أن هناك تعبيرات شاملة تكاد تغطي كثيراً من الجوانب المتعلقة بالمخدرات.

- التعريف اللغوي للمخدرات :

المخدرات لغة أنت من اللفظ "خدر" ويعني لغوياً كل ما يؤدي الي الخدر وهو الفتور والاسترخاء والكسل ويمنع الألم قليلاً كان أو كثيراً (أحمد مطر، ٢٠٠٨: ٥٥) ، ومصدره "التخدير" ويعني " ستر" (زبدي مصطفى كامل، ٢٠٠٤: ١٩).

- التعريف الاصطلاحي للمخدرات : يستخدم مصطلح المخدرات للدلالة علي المواد الكيميائية التي يؤدي إستخدامها إلي تغيير في المزاج والإدراك والشعور، ويساء إستخدامها حتي تلحق الضرر بالفرد الذي يستخدمها ، وبالمجتمع الذي يعيش فيه (أحمد الأصفر، ٢٠١٢).

- التعريف الطبي للمخدرات هي مواد طبيعية ذات أصل حيواني أو نباتي أو مركبات كيميائية او مصنعة قادرة علي إحداث تغيير في نشاط العقل وتعديل في سلوك الإنسان الذي يتعاطاها وتحدث لديه تبعية للمادة (أمزيان وناس، ٢٠٠٧: ١٤٦).

- التعريف العلمي للمخدرات هي مادة طبيعية أو مصنعة تدخل في جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه، وينتج من تكرار هذه المادة نتائج خطيرة علي الصحة الجسدية والعقلية (زين العابدين محمد علي رجب، ٢٠٠٤: ٣٩).

- أما المخدر من الناحية النفسية فيقصد به أي مادة تؤدي الي الاعتماد النفسي او العضوي التي تساعد المتعاطي علي تنمية الاستعداد لدية للإصابة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية (أم العز يوسف، ٢٠١٤).

الوضع الحالي في مصر:

١- الاستعمال الترويحي والتجربي: ٦,٦% أي حوالي ٣ ملايين وثلاثمائة ألف نسمة.

٢- سوء الاستعمال (التعاطي): ٤% أي مليون نسمة.

٣- الإدمان (الاعتماد): ١,٩% أي حوالي مليون نسمة.

ومن حيث أنواع المخدرات المستخدمة: الحشيش والبانجو هم أكثر المواد انتشاراً لدي المستخدمين (٧٧%)، والكحوليات (٢٨,٦%)، والأفيونات (متضمنة الترامادول) (٢٣,٤%) ، والعقاقير الصيدلانية (١٤,٦%).

وبعمل خريطة لتوزيع المخدرات علي محافظات جمهورية مصر العربية ، تم تقسيم المحافظات الي أربعة أقسام طبقاً لمعدلات الاستخدام :

- استعمال منخفض: المنوفية ، شمال سيناء، الفيوم ، الغربية (أقل معدل ٤,١%)

- استعمال متوسط: بني سويف، الأقصر ، الاسماعيلية.

- استعمال مرتفع : البحر الأحمر، المنيا، مطروح، الاسكندرية ، السويس، الشرقية ،قنا .
 - إستعمال أعلي : محافظة القاهرة (أعلي نسبة ٣٠%)، تليها أسوان وسوهاج.
 - وبدراسة التدخين لكونه المدخل الرئيسي لتعاطي المخدرات كانت نسبته (٣٢,٤%) .
 - من حيث طرق استخدام المخدرات : فهناك التناول عن طريق التدخين (٥٥%) ، والتناول عن طريق الأنف (٧,٦%) ، والتناول عن طريق الفم (٤٥,٥%) ، والتناول عن طريق الحقن (٢,١%) ، اما الوسائل الاخري (٠,٩%) .
 - من حيث نسبة انتشار المخدرات : ففي الوجه البحري وشمال الصعيد (٩,٦%) ، ووسط وجنوب الصعيد (٢٢,٤%) ، والقاهرة (٣٠%) ، والمحافظات الساحلية الحدودية (١٥%)
- **علاج الادمان :**

- لا نحتاج حالات العلاج بالمستشفى (١-٣%) إلا لمن يعانون من تدهور جسدي ونفسي وأخلاقي ، أما الباقي فيمكن علاجهم بالعيادات الخارجية .
- لا نحتاج العلاج الي في حالات الادمان وهي تمثل (١,٩%) أي حوالي مليون نسمة .
- أشار التقرير إلي إحصائيات وزارة الصحة والسكان المصرية التي كشفت عن نسبة تعاطي المخدرات في القاهرة تصل الي (٧%) من سكانها أي حوالي ١٨ مليون مواطن ، وتزايدت نسبة استعمال المخدرات في مصر خلال السنوات الخمس الأخيرة بشكل مطرد حيث قفز مؤشر استخدام المخدرات لمرة واحدة في الفئة العمرية فوق ١٥ سنة من (٦,٤%) : (٣٠%) .

● **تبريرات الاستخدام :**

- يري البعض أنها تساعدهم علي التغلب علي الاكتئاب (٣٤,٨%) .
- يري (٣٦,٤%) أن المخدرات تؤدي إلي " خفة الظل " .
- يعتقد (٧,٢٩%) أنها تساعدهم علي الجرأة .
- ويرى بعض المدمنين ان تناول المخدرات تساعدهم علي الابداع في العمل (٢٦,٢%) .
- يعتقد (٣٦,٦%) انها تؤدي إلي نسيان الهموم .
- بينما يري البعض (٣٠,٦%) من المتعاطين انها تؤدي الي زيادة القدرة البدنية والعمل لفترات أطول .

وكشفت التقارير أن (٢٩,٤٥%) لا توجد لديهم موانع من تجربة المخدرات من دون الدخول في دائرة الادمان ، في حين يعتقد (٣٧,٨%) أن التجربة لا تسبب ضرراً ، بينما رأي (٣٣%) أنه لا مانع من مصادقة أحد المدمنين .

● **العوامل المؤدية للإدمان :**

أ- **العوامل الشخصية :** كوجود إضطرابات في الشخصية تساعد علي أن يتجه الفرد الي تعاطي المخدر ومن هذه العوامل :

- اضطرابات الحب والإشباع في المراحل الطفيلية الأولى .
- ضعف الذات .
- فكرة اللذة وحب الاستطلاع (David,1997;Mc.Mahon&Peters,1996) .
- ب- **العوامل الأسرية :** يري (Schafer,2011:36) أن القدوة السيئة من قبل الوالدين نتيجة إدمانهم للمخدرات حيث يعتبر من اهم العوامل التي تدفع الشباب للتعاطي ، فعندما يظهر الوالدين امام ابنائهم بصورة غير المألوفة لهم اثناء تعاطي المخدرات فيسبب للأبناء صدمة نفسية عنيفة تدفعهم فيما بعد الي محاولة تقليدهم في ما يقومون به من تصرفات سيئة ، وفقدان المثل العليا واختلال

المعايير الاجتماعية داخل جدران المنزل يجعل الحياة داخل الأسرة مجردة من معاني الفضيلة والسلوك الطيب ويصبح فيها الجريمة والانحراف والادمان امراً عادياً ، وذكر (أحمد الجنزاري، ٢٠١٢: ٥٦) أن تجمع عدد من المتعاطين في بيئة المتعاطي والسهر لآخر الليل مما يولد لدي الأسرة التشويق لتعاطي المخدرات.

أما الأم فنتيجة للضغوط الملقاه علي عاتقها وعصبية الأب تجاهها تجعلها تفقد الكثير من أدوارها في رعاية أبنائها بالإضافة الي تركها للمنزل فترات طويلة نتيجة للمشاكل التي تحدث بينها وبين الأب او الانفصال في بعض الأحيان (Hussarts,2010:55).

جـ العوامل الاقتصادية : حيث تعتبر من أهم الأسباب التي تساعد علي انتشار الإدمان فظروف المعيشة والعمل الغير مستقرة تؤدي الي حدوث الاحباط وفقدان الأمل في تحسين الأوضاع الخاصة بهم فيلجأون الي تعاطي المواد المخدرة (Dawe&Harnet&Dadds,2000:11). تري الباحثة انه لا يمكن إغفال عامل من العوامل السابقة ، حيث أنها ترتبط مع بعضها البعض وتؤدي الي الادمان.

الدراسات السابقة وتناولها عبر المحاور التالية:

أولاً : دراسات تناولت القلق الاجتماعي :

دراسة قام بها (Courtney&Amir,2010) كان هدفها اختبار مسلمة أساسية وهي أن النماذج المعرفية للقلق الاجتماعي تنبأت بتوسط انحياز التفسير للعلاقة بين مستويات القلق الاجتماعي لطلاب مرحلة البكالوريوس، وأجريت الدراسة علي عينة قوامها (٦٧) فرد من مرتفعي القلق الاجتماعي، واستخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي وانحياز التفسير من خلال أدوات تقرير ذاتي، وكشفت النتائج عن صحة المسلمة التي افترضها الباحثون حيث توسط الانحياز للتفسير السلبي تأثير القلق الاجتماعي وكانت هذه العلاقة محددة بالتفسير السلبي للمواقف الاجتماعية الغامضة .

دراسة (Shand,Degen,et al.,2010) كان هدفها الكشف عن عوامل التنبؤ بالقلق الاجتماعي لدي عينة من طلبة جامعة نيوساوث ويلز الاسترالية، وأجريت الدراسة علي عينة قوامها ١٣٨٥ طالباً، وأستخدمت الدراسة مقياس ليبونيز للرهاب الاجتماعي، وكشفت النتائج إلي ان الرفض الاجتماعي في أثناء فترة الطفولة وخاصة من الوالدين من اهم العوامل التي تنبأ بوجود القلق الاجتماعي لدي طلبة الجامعة في الرشد.

ودراسة (Shimzu,2011) كان هدفها الكشف عن الفروق بين الجنسين أثناء التعرض للمواقف الاجتماعية الممرجة، وأجريت الدراسة علي عينة بلغ قوامها ٢٤٨ فرداً بواقع (١٨٣) ذكور و(١٥١) إناث ، وقام الباحث باستخدام سيناريو أعد خصيصاً لإثارة الشعور بالقلق الاجتماعي في ٩ مواقف ممرجة يتعرض لها المفحوص ويلاحظ كيفية استجابته في استمارة خاصة، وكشفت النتائج وجود فروق بين الجنسين في طبيعة الاستجابة للقلق الاجتماعي حيث تلجأ الإناث الي التبرير والدفاع اللفظي عن الذكور.

وفي دراسة (Tina S.&Kazarian,2015) كان هدفها التعرف علي أعراض القلق الاجتماعي والعلاقة بينه وبين العوامل الديموغرافية (السن، الجنس) لدي مجموعة من طلبة الكليات اللبنانية، وأجريت الدراسة علي عينة بلغ قوامها ٣٠٠ طالب جامعي (٩٠% إناث)، واستخدمت مقياس القلق الاجتماعي لـ (Caballo, etal.,2010) ومقياس الخجل، وكشفت النتائج إلي أن الأعراض التي ظهرت لدي العينة كانت تتضمن (الخوف من تناول الطعام أمام العامة، الخوف عند مقابلة الأشخاص ، الخوف أثناء المحاضرة عن سؤال ما ، ظهور الأعراض الفسيولوجية التي تتمثل في التعرق ، إحمرار الوجه)، وأوضحت النتائج أيضاً أن القلق الاجتماعي لا علاقة له بالسن والجنس. ودراسة قام بها (علياء القرني ، أسامه موسي وآخرون ، ٢٠١٧) كان هدفها التعرف علي

انتشار الرهاب الاجتماعي بين طلاب كلية الطب السعوديين بجامعة الملك خالد ، حيث أجريت الدراسة علي عينة بلغ قوامها ٣٦٨ من الطلاب ذكوراً وإناثاً من جامعة الملك خالد ، و استخدمت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي من إعداد الباحثين ، وقائمة بك للاكتئاب وتم التطبيق علي عينة الدراسة وذلك في عام (٢٠١٥-٢٠١٦) ، وكشفت النتائج عن انتشار الرهاب الاجتماعي (٦٠%) ، وكان أكثر شيوعاً بين الذكور من الاناث ، ووجد ان الطلاب الذين يعانون من رهاب اجتماعي مرتفع يعانون من أداء دراسي منخفض ومن أعراض الاكتئاب.

ثانياً : دراسات تناولت القلق الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات:

دراسة قام بها (Gergoire, et al.,2004) كان هدفها التعرف علي نسبة إنتشار القلق الاجتماعي لدي عينة إكلينيكية من مدمني المخدرات ، وأجريت الدراسة علي عينة بلغ قوامها (٧٥) مدمناً يتلقون علاجاً داخلياً (إقامة في مستشفى) ، وتم الاعتماد علي محكات الاعتماد علي المخدر وفق الدليل التشخيصي و الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ، وإستخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي بهدف تشخيص القلق الاجتماعي ، وكشفت النتائج إلي ان (٢٠%) يعانون من القلق الاجتماعي المعمم ، وأن (٤٢,٦%) يعانون من القلق الاجتماعي الخاص.

وفي دراسة أجراها (Morris,Stewart&Ham,2005) كان هدفها معرفة العلاقة بين اضطراب القلق الاجتماعي واضطرابات تعاطي الكحول، واستخدمت الدراسة عينة بلغ قوامها ٨٧ فرداً ، وتم إختيار العينة من عيادة الأمراض النفسية يعانون من القلق الاجتماعي وتم تقسيمهم إلي مجموعتين المجموعة الأولى تتعاطي الكحوليات والمجموعة الثانية لا تتعاطي الكحوليات ، واستخدمت الدراسة مقياس القلق الاجتماعي علي كلا منهما، وكشفت النتائج ان هناك إرتفاع في نسبة القلق الاجتماعي لدي المجموعة المصابة بالقلق الاجتماعي وتتعاطي الكحول مقارنة بالمصابين بالقلق الاجتماعي ولا يتعاطون الكحول.

و دراسة قام بها (Book ,et al.,2012) كان هدفها معرفة شدة القلق الاجتماعي لدي مرضي اضطراب القلق الاجتماعي من مدمني المخدرات والكحول ، وأجريت الدراسة علي عينة بلغ قوامها ٧٩ مدمناً علي المخدرات، و تقارن هذه الدراسة القلق الاجتماعي بين الافراد في مجموعتين المجموعة الأولى (٤١ شخصاً) لطلب علاج القلق الاجتماعي ، والمجموعة الثانية (٣٨ شخصاً) لطلب علاج الادمان، وكشفت النتائج أن نسبة القلق في المجموعة الأولى كانت نسبته أعلى مقارنة بالمجموعة الثانية ، وان الأطباء يجب أن يركزوا علي المرضي مصابي القلق الاجتماعي الذين يتعاطون المخدرات لانهم أكثر شدة من مضطربي القلق الاجتماعي فقط.

و دراسة (سامية إبراهيم، ٢٠١٣) كان هدفها الكشف عن العلاقة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات (دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين) ومعرفة الفروق في درجة الرهاب الاجتماعي لدي مدمني المخدرات نتيجة لاختلاف العمر الزمني، واستخدمت الدراسة عينة بلغ قوامها ٢١٦ فرداً ، تم تقسيم عينة الدراسة إلي مجموعتين حيث مجموعة تتضمن مدمني المخدرات (٦٢) فرداً تم إختيارهم قصدياً من المركز الوسيط لعلاج الادمان بوخضرة ، ومجموعة من غير المدمنين (١٥٤) فرداً تم إختيارهم قصدياً من المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني ، واستخدمت الدراسة مقياس الرهاب الاجتماعي لمجدي

الدسوقي ومقياس المخدرات لمصري عبد الحميد حنورة، وكشفت النتائج عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين ادمان المخدرات والرهاب الاجتماعي ، وأنه توجد فروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب حيث كانت لصالح مدمني المخدرات ، وأشارت النتائج أيضاً إلي أنه لا يوجد إختلاف في درجة الرهاب الاجتماعي لدي مدمني المخدرات باختلاف العمر الزمني.

ثالثاً : دراسات تناولت التدخلات العلاجية لاضطراب القلق الإجتماعي لدي مدمني المخدرات :

قام (Johnson,2007) بإجراء دراسة هدفت إلي معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدي مدمني الكحول ، واستخدمت الدراسة عينة قوامها (١٤) فرداً ممن يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي ويصنفون بأنهم متعاطي الكحول بكثرة، وتم تطبيق مقياس القلق الاجتماعي علي العينة ، ثم تم تقسيمها الي مجموعتين كل مجموعة (٧) أفراد تلقت مجموعة منهم البرنامج العلاجي (المجموعة التجريبية) بينما لم يتم إدخال البرنامج العلاجي علي المجموعة الأخرى (المجموعة الضابطة) ، ويتكون من (٨) جلسات ومدة كل جلسة (٩٠) دقيقة وتشمل (إعادة البناء المعرفي، لعب الأدوار ، التثقيف الفني ، الدحض والإقناع ، الاسترخاء) ، وكشفت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق الاجتماعي وخفض تعاطي الكحول لصالح المجموعة التجريبية مما يدل علي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي

وفي دراسة أجراها (Bunker,Julia D&, et al.,2008) بدراسه كان هدفها معرفة تأثير الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التحفيزي (تعزيز الدافعية MET) لخفض اضطراب القلق الاجتماعي لدي مدمني الكحول ، واستخدمت الدراسة عينة قوامها (١٢) فرداً متوسط أعمارهم ٣٣ سنة ولديهم تاريخ طويل من اضطراب القلق الاجتماعي بجانب تعاطي الكحول ، يتكون البرنامج من (١٦) جلسة علاجية ومدة كل جلسة (٩٠) دقيقة ، وتم إدخال أسلوب العلاج علي عينة الدراسة ، وكشفت النتائج فعالية أسلوب العلاج المستخدم وهما المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق الاجتماعي وفعالية العلاج التحفيزي (تعزيز الدافعية MET) في علاج اضطرابات الكحول وإستمرت فاعلية البرنامج بعد (٦) أشهر من المتابعة مما يدل علي فعالية البرنامج المستخدم.

وقام (Heideman,2008) بإجراء دراسة هدفت إلي معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماع لخفض مشكلات التعاطي لدي عينة من طلاب الكليات الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، واستخدمت الدراسة عينة بلغ قوامها (١٤) طالباً يتعاطون المخدرات بكثرة، وتم تحديد (٨) طلاب كمجموعة ضابطة و (٦) طلاب كمجموعة تجريبية حيث تلقت العلاج المعرفي السلوكي بجانب مراقبة التعاطي ، وكشفت النتائج إلي أن المشاركين في البرنامج العلاجي أظهروا إنخفاض كبير في مستوى القلق الاجتماعي مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أشارت إلي إنخفاض التعاطي لدي المجموعة التجريبية خاصة في الكم وتكرار التعاطي .

ودراسة قام بها (Bunkner,Ledley,&et al.,2008) هدفت إلي معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض إدمان الكحول وتعزيز الدافعية لدي مريض يعاني من اضطراب القلق الاجتماعي، واستخدمت الدراسة مريض يبلغ عمره (٣٣) عاماً مصاباً بإضطراب القلق

الإجتماعي، و تم تطبيق مقياس ليبيتيز والخوف من التقييم السلبي وتحديد اضطرابات استعمال الكحول، ويتكون البرنامج العلاجي من (١٩) جلسة شملت التنقيف النفسي لاضطراب القلق الاجتماعي وعلاقته بإدمان الكحول، حيث كانت الجلسات الأولى الأربعة مخصصة لتعزيز الدافعية من أجل تغيير السلوكيات المرتبطة بالادمان، أما الجلسات من الخامسة إلى التاسعة عشر كانت متضمنة العلاج المعرفي السلوكي، وكشفت النتائج إنخفاض أعراض القلق الاجتماعي والمشاكل المرتبطة بإدمان الكحول، كما إستمر الانخفاض بعد مرور (٦) أشهر من المتابعة.

و دراسة قام بها (Kushner&Matt,2013) كان هدفها الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالتدريب علي الاسترخاء لخفض اضطراب القلق الاجتماعي والدافع لتعاطي الكحول، واستخدمت الدراسة عينة قوامها (٢٧٤) فرداً ممن يقبلون علي تعاطي الكحول، وتم تقسيم عينة الدراسة إلي مجموعتين بالتساوي،(ن=١٣٧) فرداً استخدمت العلاج المعرفي السلوكي، (ن=١٣٧) فرداً استخدمت اسلوب الاسترخاء، وكشفت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالتدريب علي أسلوب الاسترخاء حتي بعد ٤ شهور من إنتهاء العلاج إستمرت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي علي الرغم من فاعلية كلا منهما معاً في خفض القلق الاجتماعي إلا أن العلاج المعرفي السلوكي كان أفضل في نتائجه من التدريب علي الاسترخاء بمفرده في خفض الدافع للإقبال علي تعاطي الكحول.

الدراسات السابقة وقضايا مستخلصة :

- ١- اعراض القلق الاجتماعي تتضمن (الخوف من تناول الطعام امام العامة ، الخوف عند مقابلة الأشخاص الجدد، الخوف أثناء السؤال في محاضرة ما ،ظهور الأعراض الفسيولوجية).
- ٢- البعض يلجأ إلى التبرير والدفاع اللفظي عند التعرض للقلق الإجتماعي.
- ٣- أن نسب انتشار القلق الاجتماعي تختلف من مجتمع لآخر وهذه النسب تم تناولها في ضوء عدد محدود من المتغيرات الديموغرافية كالجنس والمستوي الاقتصادي.
- ٤- وجود علاقة ارتباطية بين القلق الاجتماعي وادمان المخدرات حيث أجمعت الدراسات علي وجود علاقة دالة احصائياً بين الاقبال علي التعاطي والقلق الاجتماعي.
- ٥- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض من حدة القلق الإجتماعي وهذا بدوره يؤدي الي خفض الاقبال علي التعاطي.

أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

- ١- بالنسبة للعينة: ركزت هذه الدراسة في اختبار فروضها علي عينة من مدمني المخدرات ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٣٠-٤٠) سنة وذلك بما يتفق مع أهداف البحث .
- ٢- بالنسبة للمتغيرات: تم اختيار متغيرات البحث للتأكد مما أشارت اليه الدراسات السابقة كدراسة (Kushner&Matt,2013) ، (Bunker,Julia D&, et al.,2008)، (Heideman,2008)، (Johnson,2007)، (Bunkner,Ledley,&et al.,2008)
- ٣- بالنسبة للأدوات: تطلع هذه الدراسة إلي إعداد مقياس لقياس القلق الإجتماعي وتم الاعتماد علي دراسة (بندر عبدالله الشريف،٢٠١٤)، (Topham&Russell,2009) ، (Ingles,et al.,2010)، (أيمن غريب ناصر،٢٠٠١)، (محمد إبراهيم عيد،٢٠٠٠)، (Mattie,et al.,1987)(Safren,et al.,1998) الجديد الذي ستضيفه الدراسة وتتمثل فيما يلي:

أ- بناء مقياس لقياس القلق الإجتماعي لدي مدمني المخدرات.
ب- بناء برنامج علاجي يساعد المدمنين علي المخدرات في خفض القلق الإجتماعي وبدوره يساعد علي خفض التعاطي.

فروض الدراسة وتتمثل فيما يأتي:

- ١- تختلف متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي علي مقياس القلق الاجتماعي وذلك لصالح القياس البعدي.
- ٢- لا تختلف متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي علي مقياس القلق الاجتماعي .

منهج وإجراءات البحث : أولاً منهج منهج البحث: اعتمدت هذه الدراسة علي المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة (القبلي والبعدي).

ثانياً إجراءات البحث وتضمن ما يلي : عينة البحث :

- ١- **العينة الإستطلاعية :** تم تطبيق المقياس علي عينة إستطلاعية ، تكونت من (٢٠=ن) من مدمني المخدرات وروعي تجانسها مع العينة الأساسية للدراسة .
- ٢- **العينة التشخيصية (السيكومترية) :** تكونت من (٥١=ن) من مدمني المخدرات للتأكد من الكفاءة السيكومترية لمقياس الدراسة، وتتراوح أعمارهم من (٢٠ : ٤٠) عام من الذكور .
- ٣- **عينة تجريبية:** (ن=١٠) حيث تم اختيار الافراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي من مدمني المخدرات بطريقة قصدية ، وقد تم تشخيصهم من قبل المستشفى أنهم يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي من الذكور غير المتزوجين، وتتراوح أعمارهم من (٣٠ : ٤٠) سنة، ثم تطبيق البرنامج العلاجي لخفض القلق الاجتماعي وإجراء القياس البعدي والتتبعي .

أدوات الدراسة ونوضحها فيما يلي:

- ١- مقياس القلق الاجتماعي (إعداد الباحثة).
- ٢- برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض اعراض القلق الاجتماعي لدي مدمني المخدرات (إعداد الباحثة).

وفيما يلي تتناول الباحثة عرض هذه الأدوات بشيء من التفصيل.

الأداة الأولى: مقياس القلق الاجتماعي: تطلب تصميم المقياس عدد من الخطوات يمكن ايضاحها على النحو التالي:

المرحلة الأولى: الاطلاع على البحوث والدراسات السابقة.

المرحلة الثانية: الاطلاع على المقاييس السابقة: في هذه المرحلة تم البحث عن المقاييس المعنية بتشخيص القلق الاجتماعي والمقاييس كانت تخص القلق الاجتماعي، من اعداد (علاء حجازي، ٢٠١٣)، (علي دبابيش، ٢٠١١)، (مروة عبد الشافي، ٢٠١٥)، (Edwin, b, 2014) .

المرحلة الثالثة: الاستفادة من الخبراء والمتخصصين في علم النفس: وتم ذلك بطرح مقياس القلق الاجتماعي، أصبح من اليسير استخلاص مكونات وبنود مقياس مكونات القلق الاجتماعي، والتي روعى عند صياغتها أن تكون مستمدة من الأسس والمقاييس والاستبانات التي تم تحليلها مسبقاً، ومن تصنيف القائمة الى عدة مكونات أساسية، وهذه المكونات هي: (المكون المعرفي- المكون الفسيولوجي- المكون السلوكي- المكون الانفعالي).

المرحلة الرابعة: صياغة البنود وتحديد بدائل الاستجابة وتكون المقياس في صورته الأولية من (٣٧) بنداً ، أما عن تحديد بدائل الاستجابة قد أُختيرت الصيغة الثلاثية (أوافق _ الى حد ما _ لا أوافق) باعتبارها أكثر الصيغ مناسبة

المرحلة الخامسة صدق وثبات المقياس :

القدرة على التمييز: وتعد أحد مؤشرات صدق المقياس في قياس الظاهرة موضوع الدراسة، ويقصد بها مقارنة مجموع الدرجات فوق الوسيط بمثلثتها تحت الوسيط في المقياس، وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين، فإذا كان هناك دلالة إحصائية يمكن القول أن المقياس صادقاً. ويوضح الجدول التالي نتائج حساب قيمة (ت) لدلالة الفرق بين المتوسطين:

جدول (١) يوضح قيم (ت) لدلالة الفرق بين متوسطات المجموعات الطرفية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	مكونات المقياس
.00 دالة	5.036	2.366	22.60	10	تحت الوسيط	البعد المعرفي
		2.285	16.90	10	فوق الوسيط	
.00 دالة	5.821	2.415	23.50	10	تحت الوسيط	البعد الفسيولوجي
		3.743	15.30	10	فوق الوسيط	
.00 دالة	5.899	1.509	25.50	10	تحت الوسيط	البعد السلوكي
		3.259	18.80	10	فوق الوسيط	
.00 دالة	5.362	2.003	25.30	10	تحت الوسيط	البعد الانفعالي
		3.406	18.60	10	فوق الوسيط	
.00 دالة	7.587	6.008	96.90	10	تحت الوسيط	الدرجة الكلية للمقياس
		9.663	69.60	10	فوق الوسيط	

ويلاحظ من قيم جدول (١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (> 0.05) بين مرتفعي الدرجات ومنخفضي الدرجات، فإذا كانت القيمة أقل من تكون دالة وأكثر من ذلك تكون غير دالة فهي جميعها دالة مما يعني أن المقياس قادر على التمييز بين المجموعات الطرفية. ثبات المقياس: تم حساب الثبات بأكثر من طريقة، حيث أن الثبات مفهوم معقد وحساب القيمة بأكثر من طريقة للوفاء بتعريفاته المختلفة ونوضح ذلك في الجدول التالي:

جدول (٢) يوضح ثبات مقياس القلق الإجتماعي بطريقة ألفا لكرونباخ

ألفا لكرونباخ	مكونات المقياس
.817	البعد المعرفي
.777	البعد الفسيولوجي
.799	البعد السلوكي
.801	البعد الانفعالي
.920	المقياس ككل

دالة عند مستوى (٠.٠١)*

جدول (٣) يوضح ثبات مقياس القلق الاجتماعي بطريقة التجزئة النصفية

التجزئة النصفية	مكونات المقياس
.783	البعد المعرفي
.771	البعد الفسيولوجي
.777	البعد السلوكي
.779	البعد الانفعالي
.875	المقياس ككل

دالة عند مستوى (٠.٠١)*

أولاً: الاتساق بين المفردات والمقياس:

جدول (٤) يوضح معاملات الارتباط بين المفردات لمقياس القلق الاجتماعي

البعد الانفعالي		البعد السلوكي		البعد الفسيولوجي		البعد المعرفي	
معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة
.313*	4	.844**	3	.524**	2	.692*	1
.281*	8	.686**	7	.836**	6	.442*	5
.826**	12	.573**	11	.888**	10	.338*	9
.861**	16	.292*	15	.341*	14	.383*	13
.442**	20	.436**	19	.853**	18	.315*	17
معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة	معامل الاتساق	رقم العبارة
.418**	24	.627**	23	.844**	22	.499*	21
.374**	28	.367**	27	.332*	26	.638*	25
.677**	32	.306*	31	.429**	30	.553*	29
.481**	35	.360**	34	.463**	33		

ثانياً: الاتساق بين المكون والمقياس ككل:

جدول (٥) معاملات الارتباط بين مكونات مقياس القلق الاجتماعي والدرجة الكلية للمقياس

الاتساق الداخلي	مكونات المقياس
.858**	البعد المعرفي
.936**	البعد الفسيولوجي
.899**	البعد السلوكي
.908**	البعد الانفعالي

دالة عند مستوى (٠.٠١)*

وثبتين الجداول السابقة معاملات الثبات لمقياس نصررة الذات على (ن = ٥١) من المدمنين، وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ بين (٨١٧. - ٨٠١)، في حين تراوحت معاملات ثبات المقياس عن طريقة التجزئة النصفية بين (٧٨٣. - ٧٧٩)، فيما انحصرت معاملات الارتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل ما بين (٨٥٨. - ٨٩٩) وهي دالة عند مستوى ٠.٠١، مما يشير إلى أن هناك اتساقاً بين جميع مكونات المقياس.

- صدق المقياس: تم التحقق من صدق المقياس بعدة طرق، ومنطق ذلك أن كل طريقة من طرق الصدق لا تعالج كل الصدق وإنما تعالج أحد جوانبه، ومن ثم جاءت ضرورة التكامل بين هذه الطرق وبعضها من أجل تحقيق المعنى الشامل للصدق، وعموماً يمكن بيان ذلك على النحو التالي:

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين): تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين، تم اختيارهم ضمن أساتذة علم النفس، وبناء على ما ورد من ملاحظات وتعديلات أخذت جميعها بعين الاعتبار، ومن ثم فإن المقياس يصبح صادقاً من وجهة نظر المحكمين.

ب - صدق المحتوى (صدق البناء): ويقصد به حسن تمثيل المقياس للظاهرة التي يعمل على تشخيصها، وقد تم بناء وأعداد مقياس القلق الاجتماعي في ضوء الأطر النظرية المعنية بتوصيف مظاهر وأشكال مظاهر نصررة الذات من كتب علمية ودراسات سابقة ونظريات، والاستفادة من المقاييس السابقة، وتحليل نتائج التحكيم تم صياغة بنود المقياس، ليصبح صادقاً من حيث محتواه وبناءه.

وعليه فإن الهدف من المقياس: هو قياس القلق الاجتماعي لدى مدمني المخدرات.

ثانياً: برنامج العلاج المعرفي السلوكي: يتكون البرنامج العلاجي من (١٨) جلسة جماعية، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة بخلاف الجلسة الأولى والآخرى مدتهما (٦٠) دقيقة، تم تطبيق البرنامج العلاجي على عينه من الذكور (١٠) مدمني المخدرات وغير المتزوجين.

الأسلوب الإرشادي المستخدم: يعتمد هذا البرنامج على الأسلوب العلاجي الجماعي حيث يوفر ذلك لكل فرد من أفراد المجموعة فرصة التفاعل مع الآخرين من خلال المشاركة الوجدانية والشعور الواحد بالمشكلة.

جدول (٦) يوضح الجدول التالي ملخص جلسات البرنامج

رقم الجلسة	أهداف الجلسة	مدة الجلسة	الفيئات السلوكية	الفيئات المعرفية	الفيئات الانفعالية
الجلسة الأولى والتمهيدية	التعارف بين الباحثة وعينة الدراسة ، وتعارف العينة مع بعضهم البعض ، تقديم شرح مبسط عن البرنامج العلاجي وأهميته واهدافه وإدراكهم الفائدة التي تعود عليهم من المشاركة في البرنامج ، وأهمية الالتزام بعمل الواجبات المقدمة إليهم ، وتقديم نبذة مختصرة عن اضطراب القلق الاجتماعي .	٩٠ دقيقة		المحاضرة والمناقشة	
الجلسة الثانية	تطبيق مقياس القلق الاجتماعي بهدف تحقيق التطبيق القبلي، والرد علي أي استفسار من جانب العينة .	٦٠ دقيقة		الحوار والمناقشة	
الجلسة الثالثة	تعريف العينة علي ماهية اضطراب القلق الاجتماعي ، أسبابه ، وانتشاره وجوانبه الأربعة ، العلاقة بينه وبين الامان علي المخدرات، والكشف عن علاقه بين التفكير المختل وظيفياً بالقلق الاجتماعي ، إعطاء أفراد المجموعة واجب يقومون به يتضمن تسجيل المواقف الاجتماعية التي تثير فيهم مشاعر التوتر والقلق و مراقبة مكونات القلق الاجتماعي الخاص بهم وتسجيلها في جدول.	٩٠ دقيقة	الواجبات والانشطة	المحاضرة والمناقشة	
الجلسة الرابعة	مناقشة الواجب السابق ، شرح فنية إعادة البناء المعرفي، تحديد الأفكار التلقائية والمشاعر الناتجة عنها. وتحديد الأخطاء المعرفي الخاصة بالأفكار التلقائية وتبصيرهم بأنها هي السبب في ظهور الاضطراب ، والتدريب علي استبدالها بأفكار ايجابية ، إعطاء الأفراد واجب يقومون به من خلال ملء جدول تعديل الأفكار.	٩٠ دقيقة	الواجبات والانشطة	١- إعادة البناء المعرفي ٢- المناقشة والحوار	
الجلسة الخامسة والسادسة	مراجعة الواجبات والانشطة ، التأكد من قدرة أعضاء المجموعة علي رصد الافكار التلقائية ، التعريف بمفهوم الحوار الذاتي ، التدريب علي التوقف عن الحديث السلبي واستبداله بالحديث الايجابي ، ادراك العلاقة بين الحوار الذاتي الخاطيء وبين الاضطراب النفسي، تحديد الواجب.	٩٠ دقيقة	١- الواجبات والانشطة ٢- الحوار الذاتي ٣- مراقبة الذات	١- اعادة البناء المعرفي ٢- المناقشة والحوار	
الجلسة السابعة والثامنة والتاسعة	مراجعة الواجبات والانشطة، شرح الاسترخاء وضوح اهميته في خفض التوتر العضلي، تحديد الواجب.	٩٠ دقيقة	١- الواجبات والانشطة ٢- الاسترخاء	المناقشة والحوار	

لعاب الأدوار	١-الحوار والمناقشة ٢-إعادة البناء المعرفي	١-الواجبات والأنشطة ٢-التدريب علي المهارات الاجتماعية ٣-الاسترخاء ٤-التعريض ٥التخيل	٩٠ دقيقة	مراجعة الواجبات والانشطة ، ممارسة التدريب علي الاسترخاء التعريف بالمهارات الاجتماعية، التعريف ببنية لعب الأدوار ودورها في مراقبة استجابات الفرد في المواقف الاجتماعية، تحديد الواجب .	الجلسة العاشرة والحادية عشر والثانية عشر والثالثة عشر والرابعة عشر
	١-الحوار والمناقشة ٢- إعادة البناء المعرفي		٩٠ دقيقة	مراجعة الواجب السابق وشرح السبب المنطقي لاستخدام إعادة البناء المعرفي المتقدم.	الجلسة الخامسة عشر والسادسة عشر
الحوار والمناقشة			٩٠ دقيقة	مراجعة وتلخيص مدار بالجلسات السابقة للإطمئنان علي استيعاب العينة لكل ما ورد في جلسات البرنامج ، وتقييم البرنامج من وجهة نظرهم وذلك بتعبئة نموذج التقييم الخاص بالبرنامج، تطبيق مقياس القلق الاجتماعي للتعرف علي التحسن الذي طرأ علي العينة، تحديد موعد جلسة المتابعة .	الجلسة السابعة عشر
المناقشة والحوار			دقيقة ٦٠	الترحيب بالمجموعة ، إجراء التطبيق التتبعي ، وذلك بتطبيق مقياس القلق الاجتماعي وذلك بهدف التعرف علي اثر البرنامج بعد مرور فترة زمنية(٣شهور).	الجلسة الثامنة عشر

نتائج الدراسة:

الفرض الأول، ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية للقلق الاجتماعي بأختلاف القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي" و لاختبار صحة هذا الفرض عُولجت استجابات عينة الدراسة التجريبية

(ن=١٠) على مقياس القلق الاجتماعي، وذلك باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لعينات المرتبطة، لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي، ويمكن أن نوضح نتيجة هذا الاختبار على النحو التالي:

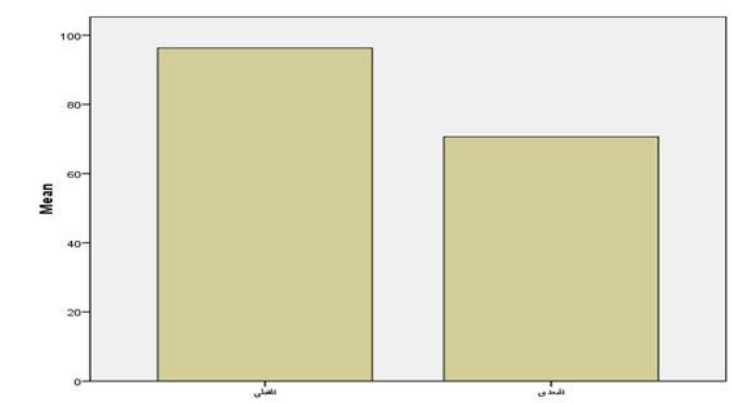
جدول (٧) نتيجة اختبار ويلكوكسون لحساب دلالة الفرق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين القبلي والبعدي لمقياس القلق الإجتماعي لمدمني المخدرات.

المتغيرات	القيم الإحصائية	اتجاه الرتب	N	متوسط الرتب	الانحراف المعياري للرتب	قيمة Z	الدلالة
القياس القبلي للقلق الإجتماعي		الرتب السالبة	10	96.30	4.423	-2.807	.00 (دالة)
		الرتب الموجبة	0				
		المجموع	10				
القياس البعدي للقلق الإجتماعي		الرتب السالبة	10	70.60	8.22		
		الرتب الموجبة	0				
		المجموع	10				

ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية تمت المقارنة بين متوسط درجات المدمنين بين القياسين القبلي والبعدي، حيث بلغ متوسط درجات الاختبار القبلي = ٩٦.٣٠، في حين بلغ متوسط درجات الاختبار البعدي = ٧٠.٦٠، مما يدل أن الفروق في اتجاه القياس البعدي بصدد كل من (البعد المعرفي، البعد الفسيولوجي، البعد السلوكي، البعد الانفعالي) وذلك أثبت البرنامج فعاليته في خفض مستوى القلق الإجتماعي، وبذلك تحقق صحة الفرض.

وتأتى نتائج هذه الدراسة ضمن السياق الطبيعي لأغلب الدراسات التدخلية في علم النفس، والتي تشير لإمكانية خفض القلق الإجتماعي، بالتدخل ببرنامج معرفي سلوكي، فكتشفت نتائج دراسة (Hoffaart, b, 2012) على فاعلية البرنامج المعرفي المقدم في خفض مستوى القلق الإجتماعي بشكل دال إحصائياً، حيث جاءت النتائج لصالح القياس البعدي.

وأشارت أيضاً نتائج دراسة (منى روجي، ٢٠١٢) إلى انخفاض أعراض القلق الإجتماعي من خلال البرنامج المعرفي السلوكي العلاجي. كما أشارت نتائج دراسة (حامد الغامدي، ٢٠٠٩) إلى انخفاض الرهاب الإجتماعي لدى المجموعة التجريبية، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي، وأظهرت نتائج دراسة (وردة بلحسيني، ٢٠١١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وذلك على مقياس القلق الإجتماعي، وفي السياق ذاته أشارت دراسة (عبد الله الجوهي، ٢٠٠٨) إلى وجود فروق دالة إحصائية في التطبيق البعدي للمقياس بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، ووجود اثر النموذج المعرفي السلوكي، وبينت دراسة (Liao & Deng, 2010) أهمية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وفاعليته في خفض مستوى القلق الإجتماعي لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس القلق الإجتماعي.



شكل (١) يوضح دلالة الفرق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين القبلي والبعدي لمقياس القلق الإجتماعي لمدمني المخدرات

الفرض الثاني، ونصه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية للقلق الإجتماعي بأختلاف القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي "

جدول (٨) نتيجة اختبار Wilcoxon

لحساب دلالة الفرق بين متوسطي العينة التجريبية للقياسين البعدي والتتبعي للقلق الإجتماعي لمدمني المخدرات

القيم الاحصائية المتغيرات	اتجاه الرتب	N	متوسط الرتب	الانحراف المعياري للرتب	Zقيمة	الدلالة
القياس البعدي للقلق الإجتماعي	الرتب السالبة	0	70.60	8.221	-2.524	.01 (دالة)
	الرتب الموجبة	8				
	الرتب المتعادلة	2				
	المجموع	10				
القياس التتبعي للقلق الإجتماعي	الرتب السالبة	0	75.20	9.077	-2.524	.01 (دالة)
	الرتب الموجبة	8				
	الرتب المتعادلة	2				
	المجموع	10				

ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للعينة التجريبية تمت المقارنة بين متوسط درجات المدمنين بين القياسين البعدي والتتبعي، حيث بلغ متوسط درجات الاختبار البعدي = ٧٠.٦٠، في حين بلغ متوسط درجات الاختبار التتبعي = ٧٥.٢٠، مما يدل أن الفروق في اتجاه القياس التتبعي بصدد كل من (البعدي المعرفي، البعد الفسيولوجي، البعد السلوكي، البعد الانفعالي) وذلك أثبت البرنامج تأثيره على المدى البعيد على تلك المهارات المتضمنة في البرنامج.

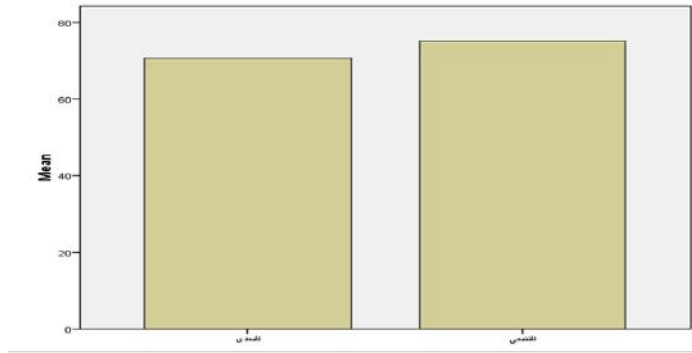
مناقشة الفرض: أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط الرتب للمجموعة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي، وذلك في اتجاه التطبيق التتبعي (بعد مرور ٣ شهور من تطبيق البرنامج)، وتعزى هذه النتيجة إلى أن البرامج التي تستهدف التدخل بالعلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق الإجتماعي لدى عينة من المدمنين علي المخدرات، وأن آثاره تعتبر طويلة الأمد، هذا فضلاً عن أن البرنامج المقدم في هذه الدراسة إنما يقوم على مبدأ التعلم الذاتي، بمعنى أنه يزيد من قدرة المتعلم على الاعتماد على نفسه، وممارسة حريته في البحث عن حلول جديدة، وهذا ما يمكن أن يفسر استمرار آثار البرنامج.

ومن خلال ماسبق نجد أن الدراسة قد حققت الهدف الذي طبقت من أجله، وأن الأدوات المستخدمة فعالة ضمن حدود الدراسة وخصائصها. حيث أثبتت نتائج دراسة (احمد غزو، وقاسم سموره، ٢٠١٥) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس التتبعي، حيث أظهرت النتائج استمرار فعالية البرنامج الإرشادي في فترة

المتابعة من بعد انتهاء تطبيق البرنامج ، كذلك أوضحت نتائج دراسة (Kushner & matt, 2013) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي حتى بعد ٤ شهور من انتهاء العلاج، حيث استمرت فعالية البرنامج في خفض معدل القلق الإجتماعي لدى المدمنين.

كما أشارت نتائج دراسة (Goldin, 2012) إلى زيادة معدل انخفاض القلق الإجتماعي لدى المجموعة التجريبية، كما استمر التحسن بعد فترة المتابعة، كما أوضحت دراسة كل من (Hope & ledley, 2009) (اماني عبد المقصود، ٢٠٠٦) (Ricchord,s, 2004) تحسن ملحوظ في مستوى القلق الإجتماعي لصالح المجموعة التجريبية، بعد فترة المتابعة التي استمرت ٣ شهور.

أما نتائج دراسة (Bunker, d, 2008) إلى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق الإجتماعي وفعالية العلاج التحفيزي لعلاج الإدمان، واستمرت فاعلية البرنامج بعد المتابعة و ٦ أشهر مما يدل على فعالية البرنامج، وفي السياق ذاته جاءت نتائج دراسة (Stangier, 2003) تشير إلى فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي الفردي، والعلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج اضطراب الرهاب الإجتماعي، حيث أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، أثبت نتائج أفضل خلال فترة المتابعة نظراً لتبادل الخبرات الحياتية لأفراد المجموعة.



شكل (٢) يوضح دلالة الفرق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي لمقياس القلق الإجتماعي لمدمني المخدرات

بحوث مقترحة:

- ١- العلاج المعرفي السلوكي والوصمة الاجتماعية للمدمنين علي المخدرات.
- ٢- العلاج المعرفي السلوكي وأساليب مواجهة الضغوط للمدمنين علي المخدرات.
- ٣- الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات للمدمنين علي المخدرات.
- ٤- نصرة الذات كمدخل لتحسين أساليب التواصل للمدمنين علي المخدرات.

توصيات الدراسة :

- تدريس بعض المناهج في المدارس لتعريف الطلاب بتأثير المخدرات السلبي وتصحيح المعتقدات الخاطئة حول المخدر من انه يجلب الراحة والسعادة، بطريقة تتناسب مع المرحلة الدراسية المستهدفة "مهارات الاتصال ، حل المشكلات ، ومهارات التعامل مع الجنس الآخر". حيث كان تم البدء في تطبيقه منذ ٢٠ سنة واستمر لمدة عامين أو ثلاثة فقط.
- مراعاة المشاهد التي يتم عرضها في السينما والتلفاز لا لها تأثير في تعاطي المواد المخدرة فقد أظهرت النتائج ان ما يقرب من ١١ الفاً و ٥٠٠ مشهد حرضوا علي تناول المخدرات والتدخين.
- ضرورة الاكتشاف المبكر لعلامات تعاطي المخدر مثل العيون المنتفخة وتدهور في المظهر الجسدي وعدم ترابط الكلام وتدني المستوي الدراسي ومطالبة الاهل بالاموال.

- التواصل مع وزارة الداخلية لاجراء حملات كشف مبكر عن الادمان والتعاطي خاصة بين فئة السائقين خاصة سائقي اتوبيسات المدراس فقد وصلت النسبة الي ٧% من المخدرات بينهم.
- إخضاع الأسر والمعلمين لبرامج توعية حول الإدمان والمتغيرات النفسية المصاحبة له، فضلاً عن تنمية بعض المفاهيم النفسية الايجابية.
- تشجيع الشباب علي التغلب علي مشكلاتهم ومقاومة ضغوط الحياة حتي لا يؤدي ذلك للوقوع بهم في دائرة الادمان.
- الاهتمام بالجانب النفسي في معالجة الادمان بدلاً من الاقتصار علي العلاج الطبي حيث انه يعالج فقط الاعراض .

المراجع : المراجع العربية:

- (١) أحمد حسن الجزائري، جلال علي والحراشة (٢٠١٢): إدمان المخدرات وأساليب العلاج ، دار الحامد، عمان.
- (٢) أحمد عبد العزيز الأصفر (٢٠١٢): أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي ، الرياض ، مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- (٣) أحمد محمد عبد الخالق ، حياة خليل البنا (٢٠٠٦): الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقته بالخوف الاجتماعي والتفكير السلبي التلقائي ، دراسات نفسية ، العدد (٤) ، المجلد (١٦) ، القاهرة رابطة الاخصائين النفسيين (رانم).
- (٤) أحمد مطهر العقبات (٢٠٠٨): طرق إنتاج برامج التوعية الإعلامية للوقاية من أضرار المخدرات ، الرياض ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- (٥) أم العز يوسف المبارك حاج أحمد (٢٠١٤): تعاطي المخدرات وسط طالبات الجامعة ، مركز دراسات المرأة.
- (٦) أمزيان وناس (٢٠٠٧): إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان علي المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك (دراسة ميدانية أجريت علي مساجين مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة) ، رسالة دكتوراة ، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية ، قسم علم النفس وعلوم التربية ، جلعة الاخوة منتوري ، الجزائر .
- (٧) أيمن غريب قطب ناصر (٢٠٠١): البنية العاملية لمكونات القلق الاجتماعي لدي عينات من الشباب المصري والسعودي ، مجلة علم النفس ، العدد (٥٧) الهيئة المصرية العامه للكتاب .
- (٨) بندرين عبدالله الشريف (٢٠١٤): بعض أبعاد القلق الاجتماعي المنبئة بالتحصيل الدراسي لدي طلبة جامعة طيبة ، رسالة ماجستير ، المجلة الدولية التربوية المتخصصة ، العدد (٣) ، المجلد (٣) ، ص (١:٢٢).
- (٩) بيرني كوريني ، بيتر رول ، استيفن بالمر (٢٠١٦): العلاج المعرفي السلوكي المختصر ، ترجمة محمود عيد مصطفى ، القاهرة ، دار ايتراك ، مكتبة الانجلو ، القاهرة .
- (١٠) زبدي مصطفى كامل (٢٠٠٤): المفاهيم والمصطلحات الخاصة بالمخدرات ، فعاليات الملتقى الوطني التكويني حول الوقاية من المخدرات في الوسط المدرسي من تنظيم مشترك بين الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وغدمانها ووزارة التربية وبمساهمة مخبر الوقاية والارغنوميا ، جامعة الجزائر ، مارس .
- (١١) زين العابدين محمد علي رجب (٢٠٠٤): الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة ، القاهرة ، مكتبة النهضة العربية .

- (١٢) سامية ابراهيم (٢٠١٣): الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات (دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين)، رسالة ماجستير، مجلة دراسات نفسية وتربوية، جامعة قاصدي مرباح، العدد ١١، المجلد ٧، الجزائر، ص ١٢٧: ١٠٩.
- (١٣) سكوت وآخرون (٢٠٠٢): الوسواس النفسي مرض نفسي ام احاديث شيطانية، السعودية: مؤسسة طيبة .
- (١٤) طارق محمد السيد النجار (٢٠٠٥): مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدي عينة من الاطفال الصم ، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- (١٥) محمد إبراهيم عيد (٢٠٠٠): دراسة للمظاهر الأساسية للقلق الاجتماعي وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص لدي عينة من الشباب ، رسالة دكتوراه ، مجلة كلية التربية، العدد (٢٤)، المجلد (٤) ، جامعة عين شمس ، ص (٣٥٧: ٣٧٩).
- (١٦) محمد سلامة غباري (٢٠٠٦): الادمان أسبابه ونتائجه وعلاجه ، دراسة ميدانية ، الاسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث.
- (١٧) هبة عبد البصير بسيوني برعي (٢٠١٧): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي قائم علي بعض القيم الأخلاقية لخفض حدة العدوانية لدي عينة من المراهقين ، رسالة ماجستير في التربية، قسم الصحة النفسية والارشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

المراجع الاجنبية:

1-Bogels .S;Voncken,M.(2008):Social Skills Training versus cognitive Therapy for social anxiety disorder characterized by fear of Blushing, Trembling,orsweating,international,Journal of cognitive therapy,1(2),380-400.

2-Book, Sarah W; Thomas, Suzanne E; Smith, Joshua P; Miller, Peter M.(2012) Severity of anxiety in mental health versus addiction treatment settings when social anxiety and substance abuse are comorbid. Addictive Behaviors.Vol.37(10), pp. 158-161.

3-Bucker.J.D,Ledley,D.R.Heimbrg.R.G.,&Schmidt,N.B.(2008). Treting.Comorbid Social Anxiety and alcohol use disorders:combining motivation enhancement therapy with cognitive behavioral therapy .Clinical case studies,7(3):208:233.

4-Buckner, Julia D; Ledley, Deborah Roth; Heimberg, Richard G; Schmidt, Norman B.(2008) :Treating comorbid social anxiety and alcohol use disorders: Combining motivation enhancement therapy with cognitive-behavioral therapy. Clinical Case Studies. Vol.7(3), pp. 208-223.

5-Courtney ,Beard;Amir,Nader.(2010)Negative interpretation bias mediates the effect of social anxiety on state anxiety.Cognitive Therapy and research,34,292-296..

6-Crwen,B(2008):Brief Cognitive Behavior Therapy , London ,GBR,Sage Publication Ltd.

7-David Allen Deans(1997):Drug addiction ,California state university,Northridge,California.

-8-Dawe,Sharon,Harnett,H-Paw Dass,Petra,S.M.(2000):Parent training Skills and Methadone maintenance clinical opportunities and challenges,Journal of Drug and Alcohol Depence,60.1.

9-Detweiler,Michael F.(2005).Para.Verbal Avoidance During Public Speaking:The Relationship between Self_Disclosure and Social Anxiety .The requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Psychology.Morgantown,West Verginia.

-10-Enderson's,A.(2016): Syness Social Anxiety,How does treatment for shyness/Social Anxiety work,Gronoweski clinic,Psychotherapy Assessments Research.

11-Faytout M, SwendsenJ(2009) :Phobie Sociale et Vie Quotidienne, Journal de Fears in adolescents.Behavior Research and Therapy,17,831-843.

12Harrison,A.,Sullivan,S.,Tchanturia,K.,Treasurexiane,J.,(2009):recognition and relation in anorexia nervosa .Clinical Psychology Psychotherapy .vol.1,348:356.

13-HussartsP.M(2010):Problem area reported by individual wit substance use disorder and their concerned significant others M A,Thesis, Faculty of social and behavioral,universitiesutrecht.

-14- Kanai, Yoshihiro; Saasaguwaa, Satoko.(2010): Interpretation bias for Ambiguous Social behavior among individuals with high and low level of social anxiety.Cognitive Therapy and research,34,229-240.

15-Leverach, L., & Rapee, R. (2014). Social Anxiety Disorder and Stuttering: Current Status and Future Directions. Journal of Fluency Disorders, (40), 69- 82..

16-Mattick,R.et al.(1987): Exposure&conjntive restricting fear social Behavior the therapy.

-17-Morris,Ericp.&Stewart,Sherry H.&Ham,Lindsays(2005) The relationship between social anxiety disorder and alcohol ues disorders:A critical review.Science Direct ,clinical psychology review,Vol.25.Iss(6),734:760.

-18-Neil A,Rector,(2010).PHD"Latherapie cognitive comportemental:guided'information",Centre de toxicomani et de santé,Canada.

19-Safren.S.A.,et al.(1998): Factor structure of the social interaction anxiety scale and the social phobia scale.J, Behaviour Research therapy,n5,v.11.

-20- Sahakian, Tina S(2015): Social Anxiety Symptoms and Their Relation to Anxiety Sensitivity, Shame and Intolerance of Uncertainty in

a Sample of Lebanese College Youth, The Arab journal of Psychiatry, The federation of psychiatrists, Jordan, vol 26, 1, 59:67.

21-Sanna, K; Rachel, P; Hanna, H;

Tuula, H; Lenna, T; Katia, J & Irma, M. (2009). Psychometric evaluation of Social Phobia and anxiety inventory for children (SPAT-C) and social anxiety Scale for children revised (SASC-R). *Eurchild Adolescent Psychiatry*, 178(2), 117:124.

22-Schafer, Gabriele (2011): Family Functioning in family with other drug alcohol and addiction, *Journal of social policy*, 37.

23-Shhand , F, Degenhardt, L., Nelson, E & Mattie, R (2010), Predictor of Social Anxiety in an opioid Dependent sample and a control sample, *Journal of Anxiety disorder*, 24, 49:54..

24-Heidman , Paul w. (2008): "combining cognitive behavioral therapy with therapy an alcohol intervention to reduce alcohol problems among socially anxious college students", *Dissertation of PH.D. University of Wisconsin Milwaukee. U.S.A. vol. 8(5), p 211:217..*

-25-Johnson, J. (2007). "A comparison of cognitive behavioral group therapy with and without an alcohol intervention to reduce socially anxious individuals' alcohol consumption" . *PHD Thesis . University of Wisconsin – Milwaukee. U.S.A. 20, p 266_275..*

26-Norman B. (2008) : Treating comorbid social anxiety and alcohol use disorders: Combining motivation enhancement therapy with cognitive-behavioral therapy. *Clinical Case Studies. Vol. 7(3), pp. 208-223.*