

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- مقدمة.
- عينة الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- إجراءات التطبيق.
- الأسلوب الإحصائي.

مقدمة :

يهدف البحث الحالي إلى دراسة فعالية العلاج النفسي العقلاني الانفعالي ، والعلاج النفسي المتمركز على العميل في علاج بعض حالات العودة إلى التعاطي بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة ، كما يهدف إلى التعرف على الأسباب التي تؤدي إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر بعد فترة من الانقطاع والعلاج التام في المصححات النفسية والمستشفيات.

وللتحقق من صحة أو بطلان الفروض التي وضعتها الباحثة - وسبق عرضها في الفصل الثالث - فقد قامت باختيار عينة الدراسة وإعداد أدوات البحث والإجراءات الميدانية ، ثم تطبيق البرنامجين العلاجيين وتقييمهما ، وذلك إلى جانب استخدام الأسلوب الإحصائي لمعالجة البيانات .

وستعرض الباحثة لكل من هذه الأمور بشيء من التفصيل .

أولاً: عينة الدراسة :

تضم عينة البحث (٩) أفراد من المدمنين الذكور ، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية بواقع (٣) أفراد في المجموعة التجريبية الأولى ، و (٣) أفراد في المجموعة التجريبية الثانية ، و (٣) أفراد في المجموعة الضابطة .

وقد روعي تجانس أفراد المجموعات الثلاث من حيث : العمر الزمني ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ونوع المخدر المستخدم ، وطريقة التعاطي ، وعدد مرات الانتكاس .

وتتراوح الأعمار الزمنية لأفراد المجموعة الكلية ما بين (٢٢-٢٩) عاماً. أما بالنسبة لمصدر العينة فقد تم اختيارها من مركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة.

واستخدمت الباحثة تحليل كروسكال والاس للتحقق من تجانس أفراد المجموعات الثلاث من حيث متغير الطمأنينة الانفعالية.

وفيما يلي جدول رقم (٢) يوضح ما توصلت إليه الباحثة في هذا الصدد.

جدول (٢)

الفروق بين درجات أفراد المجموعات الثلاث
على مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية وأبعاده الفرعية الثلاثة
في القياس القبلي

الأبعاد	المجموعات	القياس القبلي				
		متوسط الرتب	عدد الأفراد	معامل كروسكال والاس (٢٥)	درجة الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية
الشعور بالتقبل	المجموعة التجريبية الأولى	٦,١٧	٣			
	المجموعة التجريبية الثانية	٤,٠٠	٣	٠,٩٧٢	٢	٠,٦١٥
	المجموعة الضابطة	٤,٨٣	٣			غير دالة
الشعور بالانتماء	المجموعة التجريبية الأولى	٦,٣٣	٣			
	المجموعة التجريبية الثانية	٤,٨٣	٣	١,٣٢٢	٢	٠,٥١٦
	المجموعة الضابطة	٣,٨٣	٣			غير دالة
الشعور بالأمن	المجموعة التجريبية الأولى	٧,٣٣	٣			
	المجموعة التجريبية الثانية	٤,٦٧	٣	٠,١٤٨	٢	٠,١٤٨
	المجموعة الضابطة	٣,٠٠	٣			غير دالة
الدرجة الكلية	المجموعة التجريبية الأولى	٧,٣٣	٣			
	المجموعة التجريبية الثانية	٤,٦٧	٣	٣,٨٢٢	٢	٠,١٤٨
	المجموعة الضابطة	٣,٠٠	٣			غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية في القياس القبلي ، بين أفراد المجموعات الثلاث في الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية والدرجة الكلية على هذا المقياس ، حيث بلغ مستوى الدلالة بالنسبة للبعد الأول (الشعور بالتقبل) ٠,٦١٥ ، وبالنسبة للبعد الثاني (الشعور بالانتماء) فقد بلغ ٠,٥١٦ .

أما بالنسبة للبعد الثالث (الشعور بالأمن) فقد بلغ مستوى الدلالة ٠,١٤٨ ، وكذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس (الشعور بالطمأنينة الانفعالية) مما يعني تجانس أفراد

المجموعات الثلاث من حيث الأبعاد الثلاث المتضمنة في مقياس الطمأنينة الانفعالية.

ثانيًا : أدوات الدراسة :

يتضمن البحث الحالي عدة أدوات تم إجراؤها على أفراد العينة ، وهي أدوات قامت الباحثة بتصميم معظمها بهدف استخدامها في البحث الحالي .. وهي كالآتي:

١- استمارة المقابلة الشخصية. إعداد / الباحثة

٢- استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات.

(من وجهة نظر المدمن) إعداد / الباحثة

٣- مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية. تعريب / أحمد عبد العزيز سلامة

٤- اختبار تفهم الموضوع. إعداد / هنري موري

٥- البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي. إعداد / الباحثة

٦- البرنامج العلاجي المتمركز على العميل. إعداد / الباحثة

وستتناول الباحثة كل من هذه الأدوات بشيء من التفصيل فيما يلي :

١- استمارة المقابلة الشخصية :

قامت الباحثة بإعداد هذه الاستمارة بهدف الحصول على معلومات وصفية وتفصيلية ودقيقة عن تاريخ الحالة ، وخلق جو ودي بين الباحثة والمفحوصين ، بالإضافة إلى تشجيعهم على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بحرية .

وقد أعدت هذه الاستمارة في ضوء الاطلاع على أدوات مماثلة جرى استخدامها في عديد من الدراسات والبحوث العربية التي أجريت في هذا المجال كالآتي : (فاروق عبد السلام ، ١٩٧٧ ؛ عبد المنعم نور ، ١٩٨٧ ؛ سويف ، ١٩٨٨ . صفية نور ، ١٩٩٣ . السيد العشماوي ، ١٤١٤ . حمدان فضة ، ١٩٩٥ . علي النعيمي وآخرون ، ١٩٩٧ . موزة غباش ، ١٩٩٧ . هاشم سرحان ، د.ت) .

وتشمل الاستمارة تسعة مجالات تضم الآتي : بيانات أولية ، ومجال الطفولة ، والحوادث والأمراض ، والاضطرابات النفسية ، وسنوات التعليم ، والعادات والتقاليد ، وبيانات عن الأسرة ، وبيانات متعلقة بالمشكلة ، وبيانات متعلقة بالعقار .

وفي ضوء ما تجمع لدى الباحثة من بيانات خاصة بمشكلة الإدمان ، قامت بتصميم هذه الأداة .(ملحق رقم ٢)

٢- استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات:

(من وجهة نظر المدمن)

قامت الباحثة بإعداد هذا الاستبيان بهدف التعرف على أسباب ودوافع العودة لتعاطي المخدرات وذلك من وجهة نظر المدمن ، ويتضمن الاستبيان أربعة أبعاد تتضمن أسباب ذاتية خاصة بشخصية المتعاطي ؛ أسباب أسرية ، أسباب اجتماعية اقتصادية ، أسباب ثقافية دينية ، واتبعت الباحثة في بنائها لهذه الأداة عدة خطوات تتضمن :

أ- الاطلاع على بعض الدراسات العربية والمصادر العربية التي تناولت مشكلة الإدمان على المخدرات وهي (جبر محمد جبر ، ١٩٨٥ . إيمان محمد صبري ، ١٩٩٠ . محمد عيسى السويدي وعبد الله محمد بوشهاب ، ١٩٩٠ . رشاد أحمد عبد اللطيف ، ١٤١٢ . سلطنة عثمان ، ١٩٩٣ . سليمان الحقييل ، ١٩٩٣ . عبد الرحمن عيسوي ، ١٩٩٣ . عادل عبد الفتاح ويوسف شراب ، ١٩٩٧ . عبد الحليم محمود ، ١٩٩٧) .

ب- مقابلة عدد من الأفراد المدمنين والمتعاطين للمخدرات في عدد من مستشفيات لدولة ومركز تأهيل المدمنين وعلاجهم ، وذلك للتحدث معهم حول مشكلة التعاطي ، ووضع نتائج هذه المناقشات في الحسبان عند بناء المقياس .

ج- إعداد صورة مبدئية من استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات (من وجهة نظر المدمن) بحيث يتضمن أربعة أبعاد ، بواقع (١٠) إلى (١٢) عبارة لكل بعد ، وكان الاستبيان في صورته الأولية يتضمن (٥٣) عبارة .

د- عرض الاستبيان على مجموعة من المحكمين -وهم أساتذة متخصصين في علم النفس- وذلك لمعرفة آرائهم ومقترحاتهم الخاصة بالاستبيان ، والحكم على مدى ملاءمة العبارات ووضوحها ، وكذلك تقسيم الأبعاد وما تحتويه من عبارات .

هـ- إعادة النظر في الصورة المبدئية للاستبيان في ضوء نتائج التحكيم، وإجراء التعديلات المقترحة مما أدى إلى أن أصبح الاستبيان في صورته الأخيرة مكونا من (٤٠) عبارة ، ويتضمن أربعة أبعاد تم تقسيمهم كالاتي :

- الأسباب الشخصية ، وتتكون من الأسئلة أرقام : ١ ، ٢ ، ١٠ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢٨ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٩ ، ٤٠ .
- الأسباب الأسرية ، وتتكون من الأسئلة أرقام : ٣ ، ٤ ، ١١ ، ١٢ ، ١٩ ، ٢٧ ، ٣٦ ، ٣٧ ، ٣٨ .
- الأسباب الاجتماعية والاقتصادية ، وتتكون من الأسئلة أرقام : ٥ ، ٦ ، ٩ ، ١٣ ، ١٤ ، ١٦ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٢٩ .
- الأسباب الثقافية والدينية ، وتتكون من الأسئلة أرقام : ٧ ، ٨ ، ١٥ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٣٠ ، ٣١ ، ٣٢ .

و- صياغة التعليمات الخاصة بتطبيق الاستبيان حيث كانت هذه التعليمات تتضمن:

- قراءة الاستبيان جيدا ، ووضع علامة (✓) أمام العبارة التي تنطبق عليك تماما ، أو تنطبق عليك إلى حد ما ، أو بين بين ، أو لا تنطبق عليك ، أو لا تنطبق عليك أبدا .
- التأكد من وضع علامة واحدة فقط أمام كل عبارة مع تحري الدقة والأمانة في الإجابة ، والتنبيه إلى سرية الاستجابات حيث إنها لا تستخدم سوى في أغراض البحث العلمي.

ز- إجراء الاستبيان على عينة استطلاعية قوامها (٥٠) مفحوصا من متعاطي المخدرات ؛ وذلك بهدف التعرف على مدى فهم المفحوصين لتعليمات المقياس ومفرداته .

ح- في ضوء ما سبق ؛ تبين أن تعليمات الاستبيان ومفرداته كانت واضحة ومفهومة بالنسبة للأفراد من متعاطي المخدرات ، باستثناء بعض العبارات التي كانت غامضة بالنسبة إليهم ، مما حدا بالباحثة بإعادة صياغتها وحذف البعض الآخر .

ط- إعداد مفتاح تصحيح للاستبيان كالآتي :

- يحصل المفحوص على ٥ درجات إذا كانت العبارة تنطبق عليه تماما .
- ويحصل على ٤ درجات إذا كانت العبارة تنطبق عليه .
- ويحصل على ٣ درجات إذا اختار البند بين وبين .
- ويحصل على درجتين إذا كانت العبارة لا تنطبق عليه .
- ويحصل على درجة واحدة إذا كانت العبارة لا تنطبق عليه مطلقا .

ي- إجراء الاستبيان على عينة قوامها (٥٠) فردا من متعاطي المخدرات ؛
بهدف التحقق من صدق وثبات الاستبيان ..وبيان ذلك كالاتي :

صدق استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات :

استخدمت الباحثة عدة إجراءات في سعيها للتحقق من صدق استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات ، حيث كانت هذه الإجراءات تتضمن الصدق الظاهري والصدق التلازمي، وبيان ذلك تفصيلا فيما يلي :

فيما يتعلق بالصدق الظاهري :

تم عرض الاستبيان على خمسة محكمين من أساتذة علم النفس بجامعة الإمارات العربية المتحدة ، لإبداء رأيهم في مفردات الاستبيان ، ومدى ملاءمتها ووضوحها ، ومدى ملاءمة كل عبارة للبعد الذي تقيسه .

وقد أجرت الباحثة التعديلات المطلوبة الخاصة بصياغة بعض المفردات .

فيما يتعلق بالصدق التلازمي :

هو يوضح مدى ارتباط استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات بأحد المحكات ، أو بأحد المقاييس التي ثبت صدقها وثباتها في قياس المتغير نفسه (أسباب التعاطي) .. والمحك المستخدم هنا هو استبيان أسباب تعاطي المخدرات إعداد عبد الله السيد عسكر ، وقد قامت الباحثة بحساب معاملات ارتباط درجات الأفراد في استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات بدرجاتهم في استبيان أسباب تعاطي المخدرات (المحك) ، وذلك على عينة ضمت ٥٠ مفحوصا من المدمنين على المخدرات . ويوضح الجدول (٣) نتائج ذلك .

جدول (٣)

**المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل الارتباط بين
استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات ، واستبيان تعاطي المخدرات**

الاستبيان	م	ع	ر
أسباب العودة لتعاطي المخدرات.	١٠٩,٤	١٦,٩٨	٠,٢٩٠
أسباب تعاطي المخدرات.	١٤,٨٨	٧,٩٦	

يتضح من جدول (٣) أن معامل الارتباط مرتفع بين المقياسين ، حيث بلغ قدره ٠,٢٩٠ ، وهو معامل موجب ودال عند مستوى ٠,٠٥ ، مما يشير إلى صدق استبيان أسباب

العودة إلى تعاطي المخدرات .

ثبات استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات :

قامت الباحثة في سبيل التحقق من ثبات استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات ، باستخدام الأساليب التالية :

أ- التجزئة النصفية :

وللتحقق من الثبات بتلك الطريقة استخدمت الباحثة معادلة سبيرمان - براون ومعادلة جيتمان ، وذلك على عينة شملت ٥٠ مفحوصا من المدمنين على المخدرات بمركز التأهيل الخاص.

ويوضح جدول (٤) معامل التجزئة النصفية لاستبيان أسباب العودة إلى تعاطي المخدرات .

جدول (٤)

معامل ثبات التجزئة النصفية

لاستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات

(سبيرمان - براون ، جيتمان)

معامل الثبات		ر	معامل ألفا	صورة الاستبيان
جيتمان	سبيرمان - براون			
٠,٧٦٣٧	٠,٧٦٦٣	٠,٦٢١١	٠,٦٨٦٠	النصف الأول.
			٠,٧١٤٩	النصف الثاني.

يتضح من الجدول (٤) أن قيمة معامل ثبات استبيان العودة إلى تعاطي المخدرات يبلغ ٠,٦٢١١ وهو معامل ثبات مرتفع للاستبيان .

ب- ثبات معامل ألفا :

قامت الباحثة بحساب معامل ثبات ألفا للتحقق من ثبات الاستبيان ، وذلك لكل من الدرجة الكلية للاستبيان والأبعاد الفرعية له ، والتي تتمثل في الآتي :

(الأسباب الشخصية ، الأسباب الأسرية ، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية ،
الأسباب الثقافية والدينية) .

ويوضح الجدول (٥) ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد :

جدول (٥)

معامل ثبات ألفا

للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

للاستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات

الأبعاد الفرعية	قيمة ألفا	عدد العبارات	العينة
الشخصية	٠,٥٥٧	١١	٥٠
الأسرية	٠,٥٦٨	٩	
الاجتماعية والاقتصادية	٠,٥٤٧	١١	
الثقافية والدينية	٠,٦٤٥	٩	
الدرجة الكلية	٠,٨١٤	٤٠	

يتضح من الجدول السابق رقم (٥) أن معاملات ثبات ألفا لكل من الأبعاد الفرعية للاستبيان ، هي معاملات مرتفعة ، حيث بلغ معامل الثبات للأسباب الشخصية (٠,٥٥٧) ، والأسباب الأسرية (٠,٥٦٨) ، والأسباب الاجتماعية والاقتصادية (٠,٥٤٧) ، والأسباب الثقافية والدينية (٠,٦٤٥) ، بينما بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية (٠,٨١٤) ، مما يدل على أن هذه الأبعاد تتميز بدرجة مرتفعة من الثبات ، وأن الدرجة الكلية للاستبيان تتصف بدرجة مرتفعة من الثبات في قياس أسباب تعاطي المخدرات.

ج- الاتساق الداخلي :

للتحقق من ذلك قامت الباحثة بفحص الاتساق الداخلي لأبعاد القائمة بعضها ببعض ، وقد أظهرت النتائج ما يلي :

جدول (٦)

الاتساق الداخلي لأبعاد استبيان أسباب العودة

لتعاطي المخدرات

الأبعاد	الأسباب المعرفية	الأسباب الثقافية والدينية	الأسباب الانفعالية	الأسباب الأسرية	الأسباب الشخصية	الأسباب البدنية	الأسباب الاجتماعية
الأسباب المعرفية	-	٠,٠٥٨	٠,٦٥٣**	٠,١٥٠	٠,٣١٣*	٠,٥٨٦**	٠,١٧٣
الأسباب الثقافية والدينية	-	-	٠,٠٣٠-	٠,٥٤٤**	٠,٥٦٨**	٠,١٢٠	٠,٢٥١
الأسباب الانفعالية	-	-	-	٠,٠٥٢	٠,٣٢١*	٠,٦٩٦**	٠,٢٤٩
الأسباب الأسرية	-	-	-	-	٠,٤٦٢**	٠,١٠٥	٠,٢٧٤
الأسباب الشخصية	-	-	-	-	-	٠,٥٢٤**	٠,٤٩٥**
الأسباب البدنية	-	-	-	-	-	-	٠,١٦٩
الأسباب الاجتماعية	-	-	-	-	-	-	-

يتضح من الجدول رقم (٦) أن نصف معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة ذات دلالة، مما يدل على ارتفاع الاتساق الداخلي بين أبعاد القائمة وكذلك القائمة ككل.

٣- مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية :

يذكر فاروق عبد السلام (١٩٧٧) أن ماسلو Maslow قام بإعداد هذه الأداة كي تستخدم في قياس الأمن النفسي أو الطمأنينة الانفعالية ، وهي جملة أعراض لها ثلاثة أبعاد

تعد الأساسية والأولية ، وهي :

١- شعور الفرد بأنه غير محبوب ، وأنه يعمل بدون مودة ، أو أنه مكروه ومحتقر (الشعور بالنبذ) . ويقابل ذلك بالنسبة لمن تتوافر لديهم مشاعر الطمأنينة الانفعالية، شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه ، وأنهم ينظرون إليه ويعاملونه في دفاء ومودة (الشعور بالتقبل) .

٢- شعور الفرد بالعزلة والانفعال والتوحد (الشعور بالانعزال) ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي الشعور بالانتماء وإحساس الفرد بأن له مكاناً في الجماعة (الشعور بالانتماء) .

٣- الشعور الدائم لدى الفرد بالخطر أو الشعور القلق (الشعور بالتهديد) ، ويقابل ذلك الشعور بالسلامة وندرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق (الشعور بالأمن) .

وينتج عن هذه الأبعاد الثلاثة الأساسية (١١) بعداً ثانوياً بحيث يمكن أن تعد كنتائج مترتبة على الأبعاد الأولى في نشأة الفرد وتطوره عبر الزمن ، ويرى ماسلو أن السلامة والانتماء والحب عوامل أساسية ، تقابلها حاجات أساسية عند الفرد ، يؤدي إشباعها -خلال سنواتها المبكرة في حياة الفرد- إلى الأمن والطمأنينة النفسية في مرحلة الرشد.

كما أن ما تلقاه هذه الحاجات من إحباط لا يؤدي فقط إلى ظهور الأعراض السابقة ولكن يؤدي - بالإضافة إلى ذلك - إلى الأعراض التالية :

١- إدراك الفرد للعالم والحياة بوصفها خطراً أو بأنها معادية أو متحدية . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي إدراك الفرد للعالم وللحياة بوصفها مكاناً ساراً دافئاً ودياً ، يميل الناس فيه جميعاً إلى التأخي.

٢- إدراك الفرد لغيره من الناس بوصفهم أشراراً أنانيين ، ينطوون على جانب كبير من العدوان والتحدي . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي إدراك الفرد للآخرين بوصفهم ودودين أحياناً.

٣- شعور الفرد إزاء الآخرين بانعدام الثقة أو الحسد والغيرة . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي الثقة بالآخرين ، وقلة الكراهية ، والتسامح مع الغير.

٤- الميل إلى التوقع الأسوأ . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي الميل إلى توقع حصول الخير، أو التفاؤل العام.

- ٥- ميل الفرد إلى أن يكون غير سعيد ، وغير راضٍ . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي شعور الفرد بالسعادة والرضا.
- ٦- الشعور بالتوتر والإجهاد أو الصراع ، بالإضافة إلى النتائج المختلفة للتوتر ، وانعدام الثبات الانفعالي . ويقابل ذلك الشعور بالهدوء والارتياح ، والخلو من الصراعات، والاستقرار الانفعالي.
- ٧- الميل إلى تأمل الذات تأملاً قهرياً ، والتخرج الشديد الحاد ، وفحص الذات بصورة مرضية شاذة . ويقابل ذلك الميل إلى الانطلاق والتحرر، وقدرة الفرد على أن يدور بفكره حول العالم والأشياء والمشاكل بدلاً من تركيز فكره حول نفسه أو ذاته.
- ٨- الشعور بالإثم والميل إلى الانتحار . ويقابل ذلك تقبل الذات والتسامح معها.
- ٩- الاضطرابات التي تطرأ على مختلف جوانب الشعور المركب لتقدير الذات ؛ من قبيل اشتهاؤ القوة والمكانة ، والطموح القهري ، والعدوان المبالغ فيه ، والخنوع الزائد، ومشاعر الدونية ، ومشاعر الضعف والعجز . ويقابل كل هذه الأعراض في الطرف الإيجابي رغبة الفرد في الكفاءة والقدرة على مواجهة المشاكل لا في الاقتدار والسيطرة على الآخرين ، والشعور بتقدير الذات شعوراً قوياً إيجابياً وعلى أساس سليم.
- ١٠- التعطش إلى الأمن والسلامة والسعي المتواصل إلى بلوغها ، والاتجاهات العصابية المختلفة ؛ مثل الكف والتزام جانب الدفاع والميول الهروبية والأهداف الزائفة .. إلخ . ويقابل ذلك في الطرف الآخر الخلو النسبي من الميول العصابية أو الذهانية ، والمواجهة الواقعية للأمور.
- ١١- الميول الفردية الأنانية التي تتصف بالتمركز حول الذات . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي التمرکز حول الجماعة أو المجتمع. (ص: ١٢٥ - ١٢٧)
- ويتكون المقياس من ٧٤ عبارة تدور حول ما تم ذكره سابقاً.
- وقد قامت الباحثة بتقسيم عبارات المقياس إلى ثلاثة أبعاد فرعية هي:
- البعد الأول : يتمثل في شعور الفرد بأنه غير محبوب ومكروه ومحتقر ، وبأنه يعمل بدون مودة (الشعور بالنبذ) . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه ، وبأنهم ينظرون إليه ببود ويعاملونه بألفة (الشعور بالتقبل) . ويتكون من الأسئلة أرقام: ٤ ، ٦ ، ٧ ، ١٣ ، ١٥ ، ٢٤ ، ٢٦ ، ٤٧ ،

٥٤ ، ٥٨ ، ٦٢ ، ٦٥ ، ٦٧ ، ٦٨ ، ٧٠ ، ٧٤ .

- البعد الثاني : يتمثل في شعور الفرد بالعزلة والانفراد والتوحد (الشعور

بالانعزال) ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي إحساس الفرد بأن له مكاناً في الجماعة (الشعور بالانتماء) . ويتكون من الأسئلة أرقام: ١ ، ٢ ، ٣ ، ٨ ، ٩ ، ١١ ، ٢١ ، ٢٥ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٥ ، ٣٧ ، ٤٣ ، ٤٩ ، ٥١ ، ٥٧ ، ٥٩ ، ٦٤ .

- البعد الثالث : يتمثل في الشعور الدائم لدى الفرد بالخطر أو الشعور بالقلق

(الشعور بالتهديد) . مقابل الشعور بالسلامة ، وندرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق (الشعور بالأمن) . ويتكون من الأسئلة أرقام: ٥ ، ١٠ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨ ، ١٩ ، ٢٠ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٦ ، ٢٩ ، ٣٠ ، ٣٦ ، ٣٨ ، ٣٩ ، ٤٠ ، ٤١ ، ٤٤ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٤٨ ، ٥٠ ، ٥٢ ، ٥٣ ، ٥٥ ، ٥٦ ، ٦٠ ، ٦١ ، ٦٣ ، ٦٦ ، ٦٩ ، ٧١ ، ٧٢ ، ٧٣ .

طريقة تصحيح المقياس :

أعدت الباحثة مفتاحاً لتصحيح المقياس كالاتي :

يحصل المفحوص على ٣ درجات إذا أجاب بنعم .

يحصل المفحوص على درجتين إذا أجاب بأنه غير متيقن .

يحصل المفحوص على درجة واحدة إذا أجاب بلا .

وبما أن المقياس يتكون من ثلاثة أبعاد ، وكل بعد يشمل عدداً معيناً من العبارات ،

فإن كل بعد يتضمن سقفاً وأرضية لدرجاته كالاتي:

يتضمن البعد الأول (الشعور بالتقبل) (١٦) عبارة والدرجة الكلية له تبلغ (٤٨)

درجة حيث [٣ × ١٦ (أعلى درجة) = ٤٨ درجة] ؛ بينما أقل درجة يمكن أن يحصل عليها

المفحوص هي (١٦) درجة حيث [١ × ١٦ (أقل درجة) = ١٦ درجة] .

أما بالنسبة للبعد الثاني (الشعور بالانتماء) فهو يتضمن (٢٢) عبارة ، وتبلغ

درجته الكلية (٦٦) درجة وأقل درجة له هي (٢٢) درجة .

وكذلك بالنسبة للبعد الثالث (الشعور بالأمن) الذي يحتوي على (٣٦) عبارة

فإن درجته الكلية تبلغ (١٠٨) درجة ؛ بينما أقل درجة له هي (٣٦) درجة .

وهكذا فإن سقف المقياس ككل هو (٢٢٢) درجة ، وأرضيته تبلغ (٧٤) درجة .

ويشير ارتفاع درجة الفرد على المقياس زيادة شعوره بالطمأنينة الانفعالية .

فيما يتعلق بصدق المقياس :

للتحقق من صدق مقياس الطمأنينة الانفعالية قامت الباحثة بإعادة صياغة بعض مفردات المقياس بما يتناسب مع بيئة الإمارات العربية المتحدة ، وحصلت عبارات المقياس في صورتها المعدلة على موافقة مجموعة من المحكمين تتألف من (٥) ممن يحملون درجة الدكتوراه الفلسفة في علم النفس والإرشاد النفسي .

وقد قام الباحثان أحمد حافظ ومجدي محمود بحساب ثبات وصدق الاستفتاء ، حيث تم حساب الصدق التمييزي للاستفتاء وذلك بحساب مستوى دلالة الفرق بين متوسطي درجات مجموعة من طلاب الجامعة من الجنسين من بين المترددين على العيادة النفسية بكلية الآداب جامعة عين شمس (ن:٣٠) ومجموعة ضابطة من بين طلاب الجامعة من الجنسين (ن:٣٠) تضاهي المجموعة الأولى في المدى العمري والجنس والتعليم ولم يسبق لأي منهم التردد على عيادات نفسية أو تلقى علاجات نفسية .

وقد أوضحت النتائج أن الاستفتاء له صدق تمييزي بشكل جوهري حيث بلغت قيمة ت ٥,١٩ وهي دالة عند ٠,٠٠١ . كما أوضحت نتائج دراسة الباحثين السابقين أنه توجد ارتباطات جوهريّة موجبة بين انعدام الطمأنينة الانفعالية والشعور بالذنب ، حيث بلغ معامل الارتباط (٠,٦٢) وهو دال عند مستوى ٠,٠١ ، ووجود ارتباطات جوهريّة سالبة بين تقدير الذات وانعدام الطمأنينة الانفعالية حيث بلغ معامل الارتباط (-٠,٧٢) ، وهي دالة عند مستوى ٠,٠١ . (أحمد حافظ ومجدي محمود ، ١٩٩٠ ، ص ٩٠-٩١)

فيما يتعلق بثبات المقياس :

للتحقق من ثبات وصدق الأداة استخدمت الباحثة عينة عشوائية من متعاطي المخدرات يبلغ عدد أفرادها (٤٠) مفحوصًا ، وجميعهم ذكور . وقد استخدمت الباحثة في سبيل التحقق من ثبات المقياس الأساليب التالية :

١- التجزئة النصفية :

للتحقق من ثبات المقياس قامت الباحثة باستخراج معامل ثبات سبيرمان - براون وجيتمان بطريقة التجزئة النصفية ، واستخدمت الباحثة لذلك عينة شملت ٤٠ فردا من المدمنين على المخدرات بمركز التأهيل الخاص . ويوضح الجدول (٧) نتائج ذلك .

جدول (٧)

معامل ثبات التجزئة النصفية
لمقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية
(سبيرمان - براون ، جيتمان)

صورة الاستبيان	معامل ألفا	ر	معامل الثبات	
			سبيرمان - براون	جيتمان
النصف الأول	٠,٨٥٥٨	٠,٨٦٠٥	٠,٩٢٥	٠,٩١٩٠
النصف الثاني	٠,٨٩٠٢			

يتضح من الجدول السابق (٧) أن معامل ثبات التجزئة النصفية لمقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية يبلغ (٠,٨٦٠٥) ، وهو معامل ثبات مرتفع .

ب- ثبات معامل ألفا :

قامت الباحثة بحساب معامل ثبات ألفا للتحقق من ثبات المقياس ، وذلك لكل من الأبعاد الفرعية الثلاثة للمقياس والدرجة الكلية له . ويوضح الجدول (٨) ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في هذا الصدد .

جدول (٨)

معامل ثبات ألفا

للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

لمقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية

الأبعاد الفرعية	قيمة ألفا	عدد العبارات	العينة
الشعور بالتقبل	٠,٧٧	١٦	٤٠
الشعور بالانتماء .	٠,٧٥	٢٢	
الشعور بالأمن	٠,٨٩	٣٦	
الدرجة الكلية	٠,٩٣	٧٤	

يتضح من الجدول السابق (٨) أن معاملات ثبات ألفا لكل من الأبعاد الفرعية للمقياس ، هي معاملات مرتفعة ، حيث بلغ معامل الثبات للبعد الأول (الشعور بالتقبل) ٠,٧٧ ، ومعامل الثبات للبعد الثاني (الشعور بالانتماء) ٠,٧٥ ، وبلغ معامل الثبات للبعد الثالث (الشعور بالأمن) ٠,٨٩ .

وتدل معاملات الثبات هذه على أن أبعاد المقياس تتميز بدرجة مرتفعة من الثبات ، كما تتصف الدرجة الكلية للمقياس بدرجة مرتفعة من الثبات في قياسه للشعور بالطمأنينة الانفعالية حيث بلغ معامل الثبات ٠,٩٣ .

٤- اختبار تفهم الموضوع (TAT) Thematic Apperception Test:

يعتبر اختبار تفهم الموضوع (التات) في مقدمة الاختبارات الإسقاطية للشخصية، وهو يهدف إلى الكشف عن الدوافع والانفعالات وأنواع الصراع لدى المفحوص ، وبخاصة النزعات المكفوفة التي لا يرغب المفحوص في الكشف عنها ، أو النزعات المكبوتة التي لا يكون واعيًا شعوريًا بها.

ويتكون الاختبار من سلسلة من الصور، تتراوح في درجة غموضها أو تحديد بنيانها، تعرض على المفحوص واحدة بعد الأخرى ، ويطلب منه أن يستجيب لها بذكر القصة التي تخطر له عند رؤية الصورة.

وتعد الطريقة التي يستجيب بها المفحوص للصور هي إسقاطات Projections، أو نسبة مشاعر وعواطف وحاجات ودوافع المفحوص إلى الأشخاص، وإلى الموضوعات في العالم الخارجي ، وهو في هذه الحالة يتمثل في الصور.

مواد الاختبار :

يتكون الاختبار من (٣١) بطاقة ، طبعت على كل منها (عدا بطاقة واحدة) صورة على ورق أبيض مقوى ، وتركت بطاقة واحدة بيضاء خالية من الصور، وقد أعطيت كل بطاقة رمزًا ينتمي إلى إحدى الفئات التالية :

أ- رقم فقط وذلك في البطاقات التي يمكن استخدامها مع الجنسين ، ومع كل من الصغار (تحت سن ١٤) والراشدين (فوق سن ١٤) ، وعدد هذه البطاقات (١١) بما فيها البطاقة البيضاء رقم (١٦).

ب- رقم يتبعه حرف B للصبيان (تحت سن ١٤).

ج- رقم يتبعه حرف G للفتيات (تحت سن ١٤).

د- رقم يتبعه حرف M للرجال (فوق سن ١٤).

هـ- رقم يتبعه حرف F للنساء (فوق سن ١٤).

و- رقم يتبعه الحرفان MF للرجال و النساء (فوق سن ١٤).

ز- رقم يتبعه الحرفان MB للصبيان والرجال.

ح- رقم يتبعه الحرفان GF للفتيات والنساء .

وقد يكتفي الأخصائي بتطبيق بعض البطاقات التي يراها ملائمة للكشف عن ديناميات حالة معينة ، والأغلب أن يكتفي بعشر بطاقات يختارها في ضوء معرفته بحالة عميله.(لويس كامل مليكة ، ١٩٨٠ ، ص ٤٢٩-٤٣١)

وصف موريي للصور :

1. ولد صغير ينظر إلى الكمان ويستند على المائدة التي أمامه.
2. منظر ريفي في مقدمته امرأة صغيرة تحمل كتبًا في يدها ، وفي المؤخرة رجل يعمل في الحقل ، وامرأة أكبر سنًا تتطلع .

BM 3 . ولد يجلس على الأرض ويستند برأسه وذراعه الأيمن على كنبه ويوجد مسدس بجواره على الأرض .

GF 3 . امرأة شابة تقف منكسة الرأس ، تغطي وجهها بيدها اليمنى ، ويمتد ذراعها الأيسر إلى الأمام مستندة إلى باب خشبي .

4 . امرأة تتعلق بكتفي رجل يناه بوجهه وجسمه بعيدا عنها كما لو كان يحاول الابتعاد .

5 . امرأة متوسطة العمر تطل على الحجرة من باب نصف مفتوح .

BM 6 . امرأة عجوزة قصيرة ، تقف مولية ظهرها نحو رجل طويل وصغير السن وهو ينظر إلى الأرض نظرة تتسم بالحيرة والاضطراب .

GF 6 . امرأة شابة تجلس على حافة أريكة تنتظر خلفها إلى رجل أكبر منها في السن يدخن غليوناً ، ويبدو أنه يخاطبها .

BM 7 . رجل أبيض الشعر ينظر إلى شاب يتأمل في الفضاء .

GF 7 . امرأة متقدمة في السن تجلس على أريكة بجوار فتاة تحادثها أو تقرأ لها . وتمسك الفتاة في يدها لعبة أو دمية في حجرها وتتنظر بعيداً .

BM 8 . مراهق ينظر بعيداً ، وتبدو ماسورة بندقية في جانب ، وفي المؤخرة منظر عملية جراحية تبدو كما لو كانت كابوساً أو حلمًا أو خيالاً .

GF 8 . امرأة شابة تجلس مستندة على يدها وتتنظر إلى الفضاء .

BM 9 . أربعة رجال في " أوفرول " مسترخين على الحشيش .

GF 9 . امرأة شابة تمسك بيدها مجلة وكيس وتتنظر من خلف شجرة إلى امرأة أخرى في ملابس حفلة وتجري على شاطئ البحر .

10 . امرأة شابة تستند برأسها إلى كتف رجل .

11 . طريق على حافة منخفض عميق يقع بين مرتفعين عاليين . على

الطريق عن بعد ، توجد مخلوقات غامضة ، ويبرز من الحائط الصخري على أحد الجانبين رأس وعنق طويلين لتنين .

12 M . شاب صغير يرقد على كنبه وعيناه مغلقتان ، وينحني عليه رجل عجوز يده ممتدة فوق وجه الشاب .

12 F . امرأة شابة في المؤخرة ، وصورة امرأة عجوز تغطي رأسها بشال هي عابسة تنتظر نظرة متفحصة ويبدو عليها الإرهاق .

12 BG . قارب تجديف مسحوب إلى شاطئ مجرى ماء صغير في غابة . ولا توجد نماذج بشرية في الصورة .

13 MF . شاب واقف يخفي رأسه المنكسة بذراعه ، وفي الخلف صورة امرأة راكدة في فراش .

13 B . طفل صغير يجلس على عتبة منزل خشبي .

13 G . طفلة صغيرة تصعد سلما حلزونيا بسرعة .

14 . شخص مستند إلى فتحة بيضاء لنافذة ، والصورة كلها سوداء .

15 . رجل نحيل يضم يديه الواحدة في مواجهة الأخرى ، وهو واقف بين المقابر .

16 . بطاقة بيضاء .

17 BM . رجل عاري الجسم متعلق بحبل ، وهو إما أن يكون متسلقا له أو نازلا من عليه .

17 GF . كوبري فوق مجرى ماء ، وأنثى تستند إلى سور كوبري ، وفي المؤخرة أبنية مرتفعة ونماذج صغيرة لرجال .

18 BM . رجل تمسك به ثلاث أيادي من الخلف ، إلا أن الممسكين به غير ظاهرين في الصورة .

18 GF . امرأة تمسك بخناق امرأة أخرى ، ويبدو أنها تدفعها إلى سور السلم .

19 . صورة غامضة مكونة من تجمعات سحب فوق كشك مغطى بالثلوج في الخلاء .

20 . صورة شخص (رجل أو امرأة) مستندة إلى عمود مصباح ، أو الإضاءة خافتة (في الظلام الدامس) . (لويس مليكة ، ١٩٨٠ ، ص ٤٥٨ - ٤٧٣)

21 M . رسم معتم لرجل مسن ممسك في يده بشيء مستطيل الشكل ، وهو يحاول إعطائه لشاب صغير السن ، وأمامهما منضدة عليها وعاء يحتوي على شيء غير واضح . وفي مؤخرة الصورة شكل مبهم لرجل مسن يرفع يده إلى القرب من فمه . (هنري موراي ، تعديل وإعداد محمد عثمان نجاتي والنقيب أنور حمدي ، د.ت ، ص ٣٣ - ٣٥)

تطبيق صور مختارة من اختبار التات :

قامت الباحثة بتطبيق بعض الصور على حالات الدراسة الست . وتتناول الباحثة شرحاً تفصيلياً (بالفصل السادس) البطاقات التي استخدمتها عند إجراء الاختبار .

٥- البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي :

يعد العلاج العقلاني الانفعالي شكلاً من أشكال العلاج النفسي التوجيهي والنشط ، بحيث يقوم المعالج النفسي بدور فعال في توجيه عملائه لتحديد المصادر الفلسفية لمشكلاتهم النفسية ، وتعريفهم بكيفية مناهضة تقييمهم اللاعقلاني وتغييره .

ويمكن القول أن العلاج العقلاني الانفعالي هو شكل تربوي من أشكال العلاج ، يشجع من خلاله المعالجون عملاءهم أن يكونوا معالجين لأنفسهم فيما بعد بنهاية فترة علاجهم . (اليس ، ١٩٨٧ ، ص ٢٨) .

ويعد الإرشاد التوجيهي مدخلاً يعتمد إلى الاستفادة من أسلوب تقديم النصيحة الفعال ، وفي اتجاه العملية العلاجية عبر خطوط تعتبر ذات صلة وثيقة بالحالة كما يرى المعالج . كما يعتمد الإرشاد التوجيهي على افتراض أن التدريب الممتاز والخبرة تزود المرشد بالقدرة على التحكم في العملية العلاجية ، وعلى توجيه سلوك المريض بفاعلية . (جابر عبد الحميد وعلاء كفاي ، ١٩٩٠ ، ص ٩٧٣) .

حيث يقوم المرشد في العلاج الموجه بدور إيجابي نشط في كشف الصراعات ، وتفسير المعلومات ، وتوجيه العميل نحو السلوك الموجه المخطط ، يؤدي إلى التأثير المباشر

في تغيير الشخصية والسلوك ، وفيه يتحمل المرشد مسؤولية أكبر من تلك التي يتحملها العميل. (حامد زهران ، ١٩٨٠ ، ص ٣١١).

وفي ضوء ذلك قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي ، وهو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة الفردية، بهدف علاج أفراد العينة المستخدمة من إيمانهم المخدرات. (حامد زهران ، مرجع سابق ، ص ٤٣٩).

إعداد البرنامج :

قامت الباحثة بإعداد البرنامج حسب الخطوات التالية :

١- حضور دورة تدريبية للتدريب على فنيات الإرشاد النفسي ، تحت إشراف الأستاذ الدكتور علي سليمان.

٢- الاطلاع على بعض المراجع والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة الشائعة تجاه كل من الذات ، والمخدرات ، والانزعاج الانفعالي وما يقابلها من معتقدات بديلة مناهضة. (اليس Ellis (١٩٧٣) ، س . هـ — باترسون ترجمة حامد الفقي (١٩٨١) ، باروث وهوبر Huber&Baruth (١٩٨٥) ، اليس ودرين Ellis & Dryden (١٩٨٧) ، عماد محمد أحمد (١٩٩٠) ، وارن شيبلس Warren Shibles (١٩٩١) ، محمد حمدي حجار (١٩٩٢) هيل ودرين & Dryden Hill (١٩٩٣) ، اليس Ellis (١٩٩٤) .

٣- إعداد نماذج لهذه المعتقدات الخطأ وما يقابلها من معتقدات بديلة مناهضة، بالإضافة إلى إعداد نماذج للوظائف البيئية التي يكلف بها أفراد المجموعة العلاجية.

٤- الاستعانة ببعض المراجع والكتب العلمية التي تناولت المخدرات ، ومشكلات الشباب ، والصحة النفسية مثل دراسة محمد عودة وكمال إبراهيم (١٩٨٦) ، محمد عباس (١٩٨٩) ، عبد الرحمن العيسوي (١٩٩٠) ، محمد المطوع (١٩٩٠) ، رشاد عبد اللطيف (١٤١٢) ، محمد حمدي حجار (١٩٩٢) ، كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٥) ، حامد زهران (١٩٩٧) ، محمد عثمان نجاتي (١٩٩٧) ، والواجبات المنزلية للمفحوصين ؛ وذلك بهدف جمع مادة علمية لمناقشتها مع أفراد المجموعة العلاجية "المدمنين" ، وذلك لدحض أفكارهم ومعتقداتهم الخطأ تجاه المخدرات.

٥- القيام بدراسة استطلاعية لتحديد أفراد العينة العلاجية ، والاتفاق مع مديري المستشفيات أو المراكز على تحديد مواعيد الجلسات العلاجية ، وتهيئة المكان المناسب لها.

الحدود الإجرائية للبرنامج :

أ- الحدود الزمانية : تم تنفيذ البرنامج على مدى شهرين ، بواقع ٢-٣ جلسات في الأسبوع لكل عضو ، ولكون الباحثة تتناول العلاج الفردي ، فإن مجموع الجلسات العلاجية كان بواقع ست - تسع جلسات في الأسبوع ، وتستغرق الجلسة مدة زمنية قدرها ساعة ، وقد تمتد إلى ساعة ونصف حسب مضمون كل جلسة وأهدافها وأساليبها.

ب- الحدود المكانية : تم تنفيذ البرنامج في مركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة.

ج- الحدود البشرية : تتضمن المجموعة التجريبية الأولى ٣ حالات إدمان ، يطبق عليهم فنيات العلاج العقلاني الانفعالي.

الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي :

أولاً : الفنيات المعرفية : وتتضمن هذه الفنيات ما يلي :

١- الوسائل التي تعتمد على الألفاظ الدلالية والتي تستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي ، حيث يتم استخدام وسائل محددة بهدف مساعدة العميل على استخدام لغة تقلل من إحباط الذات ، مثال على ذلك تشجيع العميل على استخدام عبارة "لم أشرع بعد .." بدلاً من استخدام "لا يمكن ، ولا أستطيع".

٢- الوسائل المرجعية ، حيث يتم تشجيع العميل على كتابة بعض الملاحظات التي تتضمن النقاط الموجبة والنقاط السالبة لمفهوم معين مثل "التدخين"، وتستخدم هذه الطريقة للتعامل مع العملاء الذين يميلون إلى التركيز على الجوانب الإيجابية لعادة ما سيئة مع تجاهل جوانبها وآثارها الضارة.

٣- الوسائل التصويرية ، وهي ما يطلق عليها التصور العقلاني الانفعالي ، حيث يكتسب العميل الخبرة في كيفية تغيير مشاعره السلبية غير السوية إلى مشاعر سوية (C) ، مع الاحتفاظ بتصور حي للحدث السلبي (A) ، وبذلك يتعلم كيفية تغيير مشاعر إحباط الذات بداخله من خلال تغيير معتقداته الداخلية (B).

٤- فنية تصور وقائع زمنية في العلاج العقلاني الانفعالي (إليس Ellis ، ١٩٧٨ ، ص ٤٥ - ٤٧) ، حيث يقوم العميل بسرد حدث معين يرى أنه سيكون شيئاً لو حدث ، وفي هذه الحالة لا يقوم المعالج بمقاومة هذا المعتقد اللاعقلاني ، وإنما عليه في هذه المرحلة أن يوافق العميل على تصوره ، ولكن يجب أن يساعده على تصور ما الذي يمكن حدوثه في الحياة لو أن هذا الحدث "السيئ" وقع بالفعل.

وبهذه الطريقة فإن العميل تتم مساعدته بشكل غير مباشر على تغيير معتقداته اللاعقلانية ، حيث يرى العميل أن الحياة تمضي بعد وقوع هذا الحدث السيئ ، وأنه قادر على تخطيه والخروج من المحنة ، حتى لو وقع أسوأ الاحتمالات التي يتوقعها ، فإنه قادر على الاستمرار في تحقيق أهدافه الرئيسية أو وضع أهداف جديدة. إن مثل هذه المعرفة والإدراك يشجع الفرد على إعادة تقييم معتقداته اللاعقلانية. (إليس Ellis ، مرجع سابق ، ص ٥٤).

ثانياً : الفنيات العاطفية Emotive Techniques :

ترى النظرية العقلانية الانفعالية أن المدمنين للكحول والمواد المخدرة المختلفة يتمسكون بمعتقداتهم الخاطئة المطلقة ، بتعصب وانفعال شديد وإلحاح. كما أن هؤلاء سبق وأن عززوا هذه المعتقدات تعزيزاً قوياً من خلال اجترارها والمران عليها ، وخبروا الانفعالات والاضطرابات التي نجمت عن هذه المعتقدات لفترة من الوقت ، وغالباً ما يعود ذلك إلى زمن الطفولة المبكرة ؛ لذا فإن علاج هؤلاء المدمنين يحتاج إلى تقنيات دراماتيكية فعالة قوية انفعالية مستمرة من أجل اجتثاث جذور إيمانهم.

ومن هنا يمكن القول إن العلاج العقلاني الانفعالي هو علاج متكامل يتضمن العديد من الطرق المصححة للانفعال والعواطف السلبية بحيث يمكن للمعالج أن يدرّب مريضه على كيفية استخدام هذه الطرق، وهي كالتالي :

١ - التخيل العقلاني الانفعالي Rational - Emotive Imagery :

إن التمرين الموجه للمشاعر بواسطة التخيل العقلاني الانفعالي هو من ابتداء ماكسي مولستبي Maxie Maulstby. وقد تم تعديله ليكون أكثر تعبيراً وملاءمة للعلاج العقلاني الانفعالي (محمد حمدي حجار، ١٩٩٢ ، ص ١٨٤).

وهنا يتخيل الفرد أحد أسوأ الأمور التي يمكن أن تصيبه ، ثم يقوم بالتفجير الداخلي لمشاعره غير الملائمة ؛ كالرعب والفرع والاكنتاب والغضب ، ثم يعمل على أن يشعر بالأسف وخيبة الأمل والإحباط بصورة ملائمة. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢١).

٢- الأحاديث الذاتية الإيجابية التفاعلية Forceful Coping Statements :

حيث يتم توجيه المريض للقيام بإعداد أحاديث ذاتية واقعية وفلسفية وعقلانية، وإرشاده إلى كيفية غرسها بقوة في ذهنه وقلبه ، إلى أن يؤمن بها ويقتنع بها. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢٠).

ويرى مبتدعو العلاج العقلاني الانفعالي أن الأحاديث مع الذات التفاعلية العقلانية، تبدو فعالة عندما يكررها المدمن أو أي مريض يعاني من اضطراب نفسي. (محمد حمدي حجار ، ١٩٩٢ ، ص ١٨٧).

٣- الحوار مع الذات الفعال Forceful Self - Dialogues :

خلال تطبيق المعالج للعلاج العقلاني الانفعالي ، يمكن تدريب المتعالجين المدمنين على خلق حوار مع الذات فعال جداً، بحيث إن الأصوات الداخلية اللاعقلانية تناقش مناقشة فعالة بأصوات داخلية وحوارات منطقية صائبة.

وهذه العبارات القائمة بين الضدين (وعادة تكون مدتها بين ٣-٤ دقائق) يمكن تسجيلها على شريط صوتي ، ومن ثم يسمعها المعالج ، ليس بغرض معرفة مدى عقلانياتها وصوابها فقط ولكن أيضاً مستوى فاعليتها وزخمها ونفوذها وقوتها الإيحائية الإقناعية. (محمد حمدي حجار ، ١٩٩٢ ، ص ١٨٨).

٤- القبول غير المشروط للذات :

ونعني به قبول شخصيات المدمنين ، وليس قبول سلوكهم الإدماني؛ فالسلوك الإدماني هو المرفوض، وهو ما يسعى المعالج إلى تغييره بإرشاد المريض وعلاجه. والقبول ينطلق من مبدأ إنساني هو أن الإنسان منذ أن يولد وهو مفطور على الخطيئة ، غير معصوم من الخطأ ، وليس بالضرورة أن يكون المريض محبوباً أو مرغوباً في علاجه من قبل المعالج.

وعندما يتعامل المعالج -مع العملية العلاجية- وفقاً لهذا المبدأ ، فإنه يبرهن للمدمن على أنه مقبول عنده قبولاً غير مشروط. ويعطي مثلاً واقعياً على مثاليته وإنسانيته وسمو

نفسيته ؛ مما يجعل المتعالج المدمن يقبل علاجه ويأخذ بإرشاداته، وهذا يعني القبول المتبادل الذي يضيف على العلاج صفة التفاعل والإيجابية ، وهو شرط مهم من شروط نجاح العلاج أيًا كان نوعه.

ومن خلال قبول المرضى لذواتهم - بسبب أن المعالج لا يرفض شخصياتهم بل فقط سلوكهم وأفعالهم الإدمانية - فهم يؤكدون ذواتهم تأكيدًا ، على أساس أنهم يحظون بتقبل غير مشروط ، وأنهم جديرون بالحياة والبقاء والتمتع بالحياة ، وهذا ما ينعكس عليهم بالشعور بالقيمة الذاتية.

وهكذا فإن فن العلاج في العلاج العقلاني الانفعالي يشجع على الشعور بقبول المريض وإظهار هذا القبول له ، في الوقت الذي يعلمه ويدربه على كيفية قبول ذاته. (محمد حمدي حجار ، ١٩٩٢ ، ص ١٩٠ - ١٩١).

٥- لعب الدور في العلاج العقلاني الانفعالي RET Role Playing :

من المعروف أن تقنية لعب الدور واستثمارها في العلاج السلوكي ابتدعها السيكولوجي مورينو (١٩٦٥) ، وهي تقنية ذات نفع علاجي فعال في التعبير عن المشاعر وكشفها وإظهارها وتفريغها ، ويمكن استخدامها بفاعلية في العلاج العقلاني الانفعالي.

إن لعب الدور المعدل في العلاج العقلاني الانفعالي يلح على أن المعتقدات الخاطئة عند المريض هي المسؤولة عن انفعالاته المضطربة المرضية ؛ لذا فإن لعب الدور يتناول هذه المعتقدات ويصححها ، كما أنه يساعد المريض على التصرف تصرفاً أكثر فاعلية في الحياة الواقعية بتكرار تلك الأدوار لترسيخ السلوك التكيفي المطلوب المرغوب. (محمد حمدي حجار، ١٩٩٢ ، ص ٩٣ - ٩٤).

وفي فنية لعب الدور يؤدي المرضى أدوارهم مع المعالج ومع أفراد المجموعة أو الأصدقاء ، ويتوقفون عندما تبدو عليهم علامات القلق أو الغضب أو الاكتئاب ؛ والهدف من ذلك أن يتعرف المرضى على ما يقولونه لأنفسهم مما يؤدي إلى سواء مشاعرهم المضطربة. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢٢).

٦- عكس لعب الدور Reverse Role Playing :

وفيه يقوم ممارس العلاج العقلاني الانفعالي أو أحد أصدقاء المريض بأداء دور المريض والتمسك بقوة بمعتقداته غير العقلانية ، إلى أن يتمكن المريض من إقناع المتحدث

بخطأ أفكاره المختلة وظيفيًا. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill، ١٩٩٣، ص ٢٢).

٧- العلاقات البينشخصية Interpersonal Relationships :

يؤكد العلاج العقلاني الانفعالي منذ البداية على العلاقات البينشخصية والعائلية؛ لأن معظم المرضى لديهم مشاكل في هذه المجالات. ويتعامل المعالج العقلاني الانفعالي بفاعلية مع الآخرين ولكنه يبين لهم كيف يترابطون معًا ، ويتعاونون بصورة أفضل مع الآخرين خلال مجريات العلاج الفردي والجماعي وفي جلسات العلاج المكثف، وبالتالي فهو يعد أحد أهم أنواع العلاج الذي يستند على العلاقات البينشخصية. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢٢).

٨- استخدام العمليات والتدريبات الجماعية Use of Group Processes and :

: Exercises

بدأ إيليس Ellis في تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي على تدريبات العلاج الجماعي اعتباراً من أواخر الخمسينات ، نظراً لاكتشافه أن المرضى يحصلون على الدعم والتعزيز من الآخرين الذين يتعلمون العلاج العقلاني الانفعالي ويستخدمونه مع أنفسهم ، وعلى هذا الأساس فإنهم عند مناقشتهم لمعتقدات الآخرين غير المنطقية ، سيكونون أكثر مهارة واهتماماً عند مناقشة معتقداتهم غير العقلانية. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢١).

٩- بعض الفنيات العاطفية الأخرى Other Emotive Techniques :

يتضمن العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الأساليب العاطفية والانفعالية الموجبة؛ مثل استخدام المعالج للقصص ، والتشجيع القوي ، والنقاش المقنع ، والإقضاء بمكنونات الذات ، وغير ذلك من الأساليب. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill، ١٩٩٣، ص ٢٢).

ثالثاً : الفنيات السلوكية Behavioral Techniques :

يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الطرق والأساليب السلوكية بشكل مكثف ، ولذلك فإنه يعد رائداً في مجال العلاج السلوكي المعرفي . (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Larry Hill ، ١٩٩٣ ، ص ٢٣).

وهذه الطرق السلوكية لا تقدم فقط العون والمساعدة للمدمنين لكي يقلعوا عن إدمانهم وشفائهم منه ، ولكنها أيضاً تضعف - إلى حد كبير - منطقهم وتفكيرهم اللاعقلاني غير الصحيح ، وما يصاحبه - عادة - من انفعالات وعواطف منافية.

وفيما يلي بعض الفنيات العلاجية السلوكية التي يمكن أن يأخذ بها المعالج الذي يتبع أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي في ميدان علاج الإدمان بأشكاله المختلفة :

١- منع حدوث الاستجابة :

يشجع العلاج العقلاني الانفعالي تطبيق هذه الفنية ، وبخاصة إذا ما فشلت الفنيات الأخرى في منع المريض من التوقف عن تعاطي المخدر ، وذلك بالسيطرة على المدمن لفترة من الزمن ، بحيث يجد أنه من المستحيل أن يتعامل مع جديد مع المخدرات.

وتطبق فنية منع حدوث الاستجابة بأن يوافق المريض على إدخاله المستشفى ، حيث يراقب مراقبة شديدة لكي لا تصل إليه أية مواد مخدرة ، وحتى إذا ما طبقت هذه الفنية في داره ، فإنه يوضع تحت المراقبة الشديدة فلا يستطيع الحصول على مطلبه من المخدر.

وتكون المراقبة إما من قبل أفراد أسرته أو الهيئة المشرفة على علاجه لعدة أيام أو أسابيع ، وعندما يخضع لهذا النوع من الحرمان المراقب الفعال ، فإنه قد يصبح قادراً على الكف عن التعاطي من خلال مراقبة ذاتية. (محمد حمدي حجار ، ١٩٩٢ ، ص ٢٠٧-٢٠٨).

٢- منع حدوث الانتكاس :

إن منع حدوث الانتكاس جزء مهم من العلاج العقلاني الانفعالي في برنامج المضاد للإدمان على المخدرات. ومن المعروف أن مسألة منع حدوث الانتكاس مسألة معرفية ، انفعالية وسلوكية.

فعلى المستوى المعرفي يتعين على المعالج تعليم المدمن وإعداده مسبقاً لإمكانية مواجهة الانتكاسات ، وذلك بمعاينة أفكاره اللاعقلانية التي هي سبب الانتكاس ، ورصد هذه الأفكار ومناهضة المعتقد الخاطئ بما يدحضه.

أما على المستوى الانفعالي فعلى المعالج دفع مريضه إلى استخدام الأحاديث مع الذات التفاعلية المنطقية تعاملاً فعالاً ، مثال على ذلك : "بسهولة أنتكس فأعود إلى الإدمان إذا لم أكن محترساً دوماً وبصورة مستمرة ".

أما على المستوى السلوكي ، فإن المعالج يشجع المريض على استخدام العديد من الفنيات التالية :

أ- ضبط المنبهات والمحرضات : الابتعاد عن أصدقاء المخدرات وعدم مصاحبتهم ومجالستهم ، وأيضاً هجر الحانات وأماكن بيع المخدرات نهائياً.

ب- اللجوء إلى التعزيز : السماح بممارسة بعض المسرات كوسائل تعزيز لمنع الانتكاس.

ج- فرض العقوبات : اللجوء إلى إنزال عقوبات قاسية بالمريض المدمن في كل مرة ينتكس فيشرب أو يتعاطى المخدر.

د- إيجاد البدائل : خلق وسائل ومنافذ تسلية لتحويل دون التفكير في المخدر.

هـ- استخدام التشتيتات البدنية : جعل المدمن يمارس الاسترخاء ، وتمارين التنفس الاسترخائية ، والرياضة .. إلى غير ذلك من النشاطات البدنية التي تبعده وتشتت ذهنه عن تناول المخدر ، كما أن هذه النشاطات تحول انتباه المدمن عن مراقبة قلق الأنا ، وقلق الانزعاج وعن تقرير الذات وإدانتها بسبب تعاطي المخدر.

و- تناول الدواء النفسي : على المعالج أن ينصح المريض - إذا لزم الأمر - بتناول الأدوية المضادة للقلق والاكتئاب التي تساعد على التخفيف من الميل إلى الانتكاس وذلك تحت مراقبة طبية ولفترة عابرة.(محمد حمدي حجار ، ١٩٩٢ ، ص ٢٠٨ - ٢١٠).

٣- التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات :

عني العلاج العقلاني الانفعالي -منذ بدء ظهوره كعلاج حديث - بالأخذ بفنيات التدريب على اكتساب المهارات وبخاصة المهارات الاجتماعية في سياق مراحل علاج مرضى النفوس أو ضحايا المخدرات ؛ والسبب في ذلك يعود إلى أن هذا النوع من العلاج لا يعنى فقط عناية شاملة بتبديل معتقدات المريض اللاعقلانية ونتائجه الوظيفية السيئة السلوكية والانفعالية ، ولكن يهتم أيضاً بالمواقف المحرصة الباعثة على الأفكار اللامنطقية ، أي الحوادث المنشطة الخارجية ، وتدريب المريض على تبديل هذه المحرضات أو الحوادث المنشطة.

ثم إن العلاج غالباً ما يعلم مرضى الإدمان اكتساب مهارات التفاعل والاتصال مع الغير ، وتأكيد الذات ، والمهارات الاجتماعية والوالدية وغير ذلك من التدريبات التأهيلية.

إضافة إلى ذلك يتعين على المعالج تدريب المريض المدمن على أسلوب حل المشكلة واتخاذ القرار؛ فمثلا كيف يمكنه الاحتفاظ بعمله ، واختيار المهنة الملائمة الجيدة له ؟ إلى غير ذلك من مشكلات أخرى تعترض حياته ، ويستوجب حلها باتخاذ القرار الملائم . (محمد حمدي حجار، ١٩٩٢ ، ص ٢١٠).

محتويات البرنامج :

يتضمن برنامج العلاج العقلاني الانفعالي الذي استخدمته الدراسة الحالية (١٥) خمسة عشرة جلسة . وفيما يلي جدول (٩) يوضح أرقام الجلسات ، وموضوع كل جلسة ، والأهداف التي تسعى لتحقيقها ، والأساليب الإرشادية المستخدمة لتحقيق تلك الأهداف .

جدول (٩)

محتوى البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
الجلسة الأولى	تمهيد وتعارف	- التعرف على المفحوص والترحيب به. - الاتفاق مع المفحوص على تحديد مواعيد الجلسات. - إيجاد جو من الثقة المتبادلة بين الباحث والمفحوص ، والتأكيد على مبدأ السرية. - تعريف المفحوص بالبرنامج وأهدافه وأساليبه. - إتاحة الفرصة للمفحوص بالتحدث عن نفسه وفكرياته بحرية وصراحة.	- استبيان المقابلة الشخصية. - ورقة مطبوعة مدون بها تعريف العلاج العقلاني الانفعالي، وأهميته ، وأهدافه، ومحور عمل المعالج العقلاني.
الجلسة الثانية	- أسباب ودوافع تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي	- التعرف على أسباب تعاطي المخدرات. - تحديد طبيعة مشكلة المفحوص ، وما يتصل بها	- تطبيق استبيان أسباب ودوافع تعاطي المخدرات من وجهة نظر المدمن. - تطبيق فنية منع حدوث

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
تابع/ الجلسة الثانية		من أحداث. - مساعدة المفحوص على الإقلاع عن إيمانه ، والإبقاء على هذا الكف بصورة مستمرة. - إرشاد المفحوص لممارسة بعض الأساليب العقلانية ، مثل ممارسة بعض الأنشطة الرياضية وممارسة بعض الهوايات المفيدة. - تشجيع المفحوص على الحديث عن نفسه ومشكلاته بحرية وصراحة تامة.	الانتكاس. - تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة الثالثة	المعتقدات الخطأ الشائعة حول المخدرات وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة.	مناقشة المفحوص حول الأفكار والمعتقدات الخطأ المتعلقة بالمخدرات. إرشاد المفحوص ومساعدته على مناهضة هذه المعتقدات الخطأ ، واعتناق معتقدات صائبة بديلة. شرح نظرية (ABC) للمفحوص ، وتوضيح الارتباط القائم بين الأفكار والمشاعر والسلوك	ورقة خاصة مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخطأ الشائعة حول المخدرات ، وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة. ورقة مطبوعة توضح مفهوم نظرية (ABC). تكليف المفحوص بواجبات منزلية.

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
الجلسة الرابعة	المعتقدات الخطأ الشائعة تجاه الانزعاج الانفعالي ، وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة ومناهضة.	- مناقشة الأفكار والمعتقدات الخطأ حول الانزعاج الانفعالي. - إرشاد المفحوص باعتناق أفكار عقلانية بديلة مناهضة. - مساعدة المفحوص على حل بعض مشكلاته الانفعالية. - مساعدة المفحوص على فهم مصادر اضطرابه ودوافع سلوكه في ضوء نظرية (ABCDEF).	- ورقة مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخطأ تجاه الانزعاج الانفعالي ، وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة. - عرض أمثلة حية من واقع الحياة. - تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة الخامسة	- مناهضة المعتقد الخطأ التالي "لا أستطيع تحمل ذلك" ، مناهضة الحتمية واليأس .	- مناقشة المفحوص حول بعض المعتقدات الخطأ المرتبطة بالعجز والدونية واليأس والحتميات. - توضيح موقف الإسلام من هذه المعتقدات ، واستخدام أساليب عقلانية مثل : قوة الإرادة ، التمسك بالأمل ، والإيمان بالقضاء والقدر وحكمة الله. - توضيح أهمية الإرشاد الديني في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.	- طرح الأسئلة العلمية على هذه المعتقدات والأفكار الخطأ لمناهضتها. - تطبيق فنية الأحاديث مع الذات والتعبير الإيجابية المنطقية. - معاينة الخيارات والبدائل. - تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة السادسة	- التركيز على مساعدة المفحوص على تغيير مشاعر القلق والاكتئاب	- مناقشة المفحوص حول المعتقدات والأفكار المرتبطة بتضخيم الحوادث وتهويلها.	- طرح الأسئلة العلمية على هذه المعتقدات والأفكار الخطأ لمناهضتها.

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
تابع/ الجلسة السادسة	والغضب إلى مشاعر مقبولة.	- توضيح موقف الإسلام من هذه الأفكار الخطأ ؛ وذلك بالاستعانة ببعض الآيات القرآنية والأحاديث الشريفة. - توضيح الآثار السيئة الناتجة عن التمسك بهذه المعتقدات والأفكار الخطأ. - تقييم البرنامج العلاجي للتحقق من مدى نجاحه في تحقيق أهدافه.	- تطبيق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية. - تطبيق استمارة تقييم البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي.
الجلسة السابعة	- الأفكار والمعتقدات الخطأ التي تتعلق بالسلبية واللامبالاة، وإهمال العمل والاعتمادية .	- مناقشة المفحوص حول هذه الأفكار اللاعقلانية. - توضيح عدم صحة هذه الأفكار ، وتبديلها بأفكار عقلانية منطقية. - تعليم المفحوص مفاهيم عقلانية جديدة: مثل تحمل المسؤولية ، ومواجهة المشكلات ، والاعتماد على النفس ، والحريية والاستقلالية ، والثقة بالنفس.	- معاينة الخيارات والبدائل. - تطبيق فنية الحوار مع الذات الفعال. - تطبيق فنية الأحاديث مع الذات الإيجابية. - تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة الثامنة	- الأفكار اللاعقلانية عن : الإحباط ، والفشل ، والقلق، والسهم ، والاضطراب الانفعالي.	- مناقشة المفحوص حول بعض الأفكار اللاعقلانية. - توضيح عدم صحة هذه الأفكار ، وتبديلها بأفكار عقلانية منطقية. - تعليم المفحوص مفاهيم	- تطبيق فنية إعادة تأطير التفكير أو المشكلة ، وذلك من خلال الآتي: - رؤية الشيء الجيد من خلال الشيء السيئ. - التعامل مع الأمور

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
تابع / الجلسة الثامنة		جديدة مثل : التنفيس الانفعالي ، وضبط الذات، السيطرة على انفعالاته وعواطفه ، والتسامح.	السيئة. - تطبيق فنية الحوار مع الذات الفعال.
الجلسة التاسعة	- المعتقدات الخطأ حول الذات ، وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة.	- مناقشة المفحوص حول المعتقدات الخطأ حول الذات. - مساعدة المفحوص على اعتناق معتقدات صائبة بديلة حول الذات. - تشجيع المفحوص على التحدث عن نفسه وتكرياته. - تغيير مشاعر الإحباط وخيبة الأمل لدى المفحوص إلى مشاعر مقبولة.	- ورقة مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخطأ حول الذات ، وما يقابلها من معتقدات صائبة. - تطبيق فنية قبول الذات غير المشروط. - تطبيق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية. - تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة العاشرة	- الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالناحية النفسية مثل : الشعور بعدم القيمة في الحياة ، وفكرة الانتحار.	- مناقشة المفحوص حول بعض هذه الأفكار اللاعقلانية. - توضيح عدم صحة هذه الأفكار ، وتبديلها بأفكار عقلانية منطقية. - تعليم المفحوص مفاهيم جديدة مثل : التركيز على احترام الذات ، وحسب الآخرين ، وفعل الأفضل للذات.	- تطبق فنية الموازنة بين المحاسن والمساوى. - تطبيق فنية إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها. - تطبيق فنية المساءلة عن الدليل والبرهان.
الجلسة الحادية عشر	- الاسترخاء .	- تشتيت ذهن المفحوص عن الدوافع نحو تعاطي المخدرات.	- تدريب المفحوص على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة.

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
الجلسة الثانية عشرة	- مشكلات الشباب .	- مساعدة المفحوص على إزالة أسباب هذه المشكلات، أو التخفيف من حدتها . - توجيه المفحوص إلى التعود على نسيان الإساءة بسرعة ، واستخدام العواطف بحكمة . - توجيه المفحوص ومساعدته على التفكير في مستقبله بجدية ، والتخطيط له. - توجيه المفحوص إلى ممارسة الشعائر الدينية ، وتعليمه المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية .	- النصيح والتوجيه . - التشجيع والمساندة .
الجلسة الثالثة عشرة	- تحديد الخطوات التي يجب اتباعها للوقاية من الانزعاج الانفعالي، والمشاعر غير المرغوبة.	- مساعدة المفحوص على تغيير انفعاله وسلوكه . - معرفة التغييرات العلاجية المترتبة التي قد تطرأ على المفحوص ، ومدى النمو النفسي الذي أحرزته .	- الواجبات المنزلية . - المناقشة .
الجلسة الرابعة عشرة	- متابعة مناقشة مشكلات الشباب.	- حث المفحوص على الاستفادة من وقت فراغه بطريقة مفيدة ومدرسة ، واستغلال ميوله وهواياته . - مساعدة المفحوص في تكوين فلسفة ناضجة للحياة ،	- النصيح والتوجيه . - التشجيع والمساندة .

الجلسات	الموضوع	الأهداف	الأساليب
تابع / الجلسة الرابعة عشر		تكوين فلسفة ناضجة للحياة ، والعمل على تحقيقها بمهارة؛ حتى يتحقق النجاح له في حياته . - حث المفحوص على إدراك الفرص المتاحة له في ميدان العمل والالتحاق بها . - تشجيع المفحوص على عرض نفسه للفحص الطبي الدوري ، وعلاج ما يحتاج إلى علاج أولاً بأول وفي الوقت المناسب .	
الجلسة الخامسة عشرة	- قياس بعدي . - إنهاء الجلسات بشكر المفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور الجلسات .	- التحقق من مدى نجاحه في تحقيق أهدافه.	- تطبيق استمارة تقييم البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي.

وسوف تعرض الباحثة تحليلاً موجزاً لمحتوى كل جلسة من هذه الجلسات كما يلي :

١ - الجلسة الأولى ، (تمهيد وتعارف) :

بدأت الباحثة الجلسة الأولى بالتعرف على أفراد المجموعة التجريبية ، والتعريف بنفسها ، ثم تعريف المفحوصين بالعلاج العقلاني الانفعالي وأهميته والهدف منه ، والتأكيد على أن العلاج العقلاني الانفعالي يرى أن السبب في متاعبنا النفسية هو تفسيرنا للمواقف، وليس المواقف نفسها التي نتعرض لها أو الحوادث الخارجية.

واتفقت الباحثة مع المفحوصين على تحديد مواعيد الجلسات ، وحثهم على أهمية هذه الجلسات بالنسبة لهم ، مع التأكيد على سرية هذه الجلسات ، ومحاولة تحقيق جو من الألفة

والطمأنينة والثقة بين الباحثة والمفحوصين.

٢- الجلسة الثانية :

قامت الباحثة بمناقشة أسباب تعاطي المخدرات لدى المفحوص بهدف التعرف على طبيعة مشكلته وتحديد لها ، ولذلك تطرقت الباحثة إلى العوامل الذاتية للإدمان التي تتعلق بشخصية المفحوص سواء كانت جسمية أو نفسية ، إلى جانب العوامل البيئية التي تتضمن الأسرة وأصدقاء السوء وظروف العمل ووسائل الإعلام ، ونقص التوجيه الديني ، بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية التي تعد من الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات ، حيث أنه من لا يملك المال يهرب إلى المخدرات كي ينسى همومه وآلامه ، ومن يملكه يهرب إليها بحثاً عن ملذاته.

٣- الجلسة الثالثة :

تناولت مناقشة المعتقدات الخطأ الشائعة حول المخدرات ، وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة مناهضة. ثم قامت الباحثة بشرح نظرية ABC للمفحوص ، وتوضيح الارتباط القائم بين الأفكار والمشاعر والسلوك ، بالإضافة إلى مناقشة المفحوص فيما يتعرض له من آثار سلبية نتيجة لذلك .

واستعانت ببعض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي مثل : الأحاديث مع الذات الإيجابية، وإعادة تأطير التفكير عن طريق (رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيئ، والتعامل مع الأمور السيئة) ، بالإضافة إلى طرح البدائل العقلانية والمنطقية التي تساعد على تحقيق النجاح وإثبات الذات.

٤- الجلسة الرابعة :

تتضمن مناقشة لبعض الأفكار اللاعقلانية التي تسبب القلق والاضطراب الانفعالي، وطرح الأفكار العقلانية البديلة ومناقشتها مع المفحوص. كما تشجع الباحثة المفحوص بين الحين والآخر على الصراحة والمناقشة والإقناع ؛ لأنها وسائل مفيدة للكشف عما بداخله من أفكار دون خوف أو خجل .

كما تطرقت الباحثة إلى مناقشة بعض المواقف الحياتية التي يتعرض لها المفحوص وتناولها في ضوء نظرية (ABCDEF).

٥ - الجلسة الخامسة :

تضمنت مناهضة المعتقدات " لا أستطيع تحمل ذلك " و"تعايير الإلزام والجبرية والمطالب " . وقد وضحت الباحثة للمفحوص أن الفرد عندما يضخم حجم الأمور فإنها تبدو غير واقعية ومبالغا فيها ، فتسد بالتالي في وجهه القدرة على التحمل وتؤدي به إلى اليأس والقنوط .

كما استعانت الباحثة ببعض المراجع الدينية التي تتناول القيم الدينية التي تفرض على الإنسان المسلم أن يؤدي واجباته نحو دينه ، والتي تتمثل في أداء الصلاة والزكاة والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر والصيام والأمانة ، وهي أمور لا يستطيع المدمن أن يلتزم بأدائها ؛ لأنه يكون تحت تأثير المخدر الذي يسلب إرادته ويشل تفكيره. كما أكدت الباحثة على أهمية الاقتداء بالقوة الحسنة وبالأخص رسول الله صلى الله عليه وسلم.

٦ - الجلسة السادسة :

ركزت على مساعدة المفحوص على تغيير مشاعر القلق والاكتئاب والغضب إلى مشاعر مقبولة كالشعور بالأسف أو خيبة الأمل ، وذلك من خلال تدريب المفحوص على فنية التخيل العقلاني الانفعالي ، وفنية إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها ، وإقناعه بأن لا بد من أن يعمل على تحسين فهمه ونظراته للأمور التي تسبب له الضيق.

٧ - الجلسة السابعة :

تناولت مناقشة الأفكار والمعتقدات الخطأ التي تتعلق بالسلبية واللامبالاة ، وتؤثر سلبيا على مجرى حياتهم . والتأكيد على أهمية تعلم أساليب جديدة تساعد المفحوص على مواجهة المواقف الصعبة ، وضبط النفس ، وتعديل سلوكه ؛ ليصبح مرغوبا فيه من قبل أفراد المجتمع.

كما تناولت الباحثة مناقشة القيم الاجتماعية التي تسود المجتمع ، والتي تتمثل في قيم التعاون والأخوة والتعاطف والترابط ، والتمسك بالأخلاق الحميدة مثل : الصدق ، والاستقامة، والدفاع عن الأسرة والمجتمع .

٨ - الجلسة الثامنة :

تناولت مناقشة بعض المشكلات الانفعالية والسلوكية ، وتشجيع المفحوص على التحدث عما يتعرض له من صعوبات بسبب هذه المشكلات بصراحة وحرية تامة ،

ومساعدته على كيفية السيطرة عليها ، والتعامل معها بأسلوب يحقق له الراحة النفسية .

وقد استعانت الباحثة بتطبيق الفنيات : إعادة تأطير التفكير أو المشكلة ، وفنية الحوار مع الذات الفعال والأحاديث الإيجابية مع الذات التي تحتوي على عبارات التحفيز والتشجيع على الاستمرار نحو الأفضل.

٩- الجلسة التاسعة :

تضمنت مناقشة المعتقدات الخطأ التي يؤمن بها المفحوص ، وإيجاد البدائل العقلانية الصائبة . وركزت الباحثة على ضرورة مراقبة هذه المعتقدات الخطأ التي يؤمن بها المفحوص ، وملاحظة تأثيرها على حياته سواء كان سلبيا أو إيجابيا.

١٠- الجلسة العاشرة :

مناقشة بعض الأفكار الخطأ التي يعتقها المفحوص والمرتبطة بالناحية النفسية وتسبب له الاضطراب والانعاج ، ومساعدته على إيجاد البدائل المنطقية العقلانية التي تحقق له الاطمئنان والصحة النفسية.

١١- الجلسة الحادية عشرة :

تدريب المفحوص على التخيل الاسترخائي.

١٢- الجلسة الثانية عشرة :

تضمنت مناقشة مشكلات الشباب ، والتأكيد على أهمية مرحلة الشباب ؛ وذلك بهدف إتاحة الفرصة للمفحوص للتعبير عن وجهة نظره وما يدور بداخله من صراعات وهموم حول العديد من المشكلات التي يواجهها .

ومن أهم المشكلات التي تم تناولها :

المشاكل الأسرية (والتي تتعلق بالعلاقات الداخلية في الأسرة وتفاعل المفحوص مع أفرادها) . والمشكلات الجنسية (والتركيز على ما يؤديه الإدمان من الإحساس بالنشوة الجنسية التي يحسها المدمن ، وهي نشوة وهمية يقابلها عجز جنسي يؤدي إليه استمرار الإدمان) . والمشاكل الانفعالية (كالقلق ، والشعور بالاكئاب النفسي ، وحالات العصبية ، وعدم الاستقرار) . والمشاكل المدرسية (وتعلق بالعلاقة بين المفحوص والمدرسة) ، والمشاكل المالية (سواء كانت إسرافا من العائلة في الانفاق أو الفقر) .

كما قامت الباحثة بتقديم النصح للمفحوص وارشاده وتوجيهه بهدف تدريبيه على كيفية التعامل مع المشكلات .

١٣ - الجلسة الثالثة عشرة :

قامت الباحثة بمراجعة أهم الموضوعات التي تمت مناقشتها في الجلسات السابقة مع المفحوص ، كما تناولت بالشرح تحديد الخطوات التي يجب عليه اتباعها للوقاية من الانزعاج الانفعالي والمشاعر غير المرغوبة مثل (الغضب ، والقلق ، والاكتئاب ، والشعور بالذنب، والشعور باليأس والإحباط .. الخ) .

كما قامت الباحثة بمساعدة المفحوص على تغيير انفعاله وسلوكه ، بالإضافة مع ملاحظة التغيرات العلاجية المتدرجة التي قد تطرأ عليه .

١٤ - الجلسة الرابعة عشرة :

تضمنت هذه الجلسة متابعة مناقشة مشكلات الشباب ؛ والتي من أهمها المشاكل الاجتماعية (كالشعور بالعزلة والنبذ والاغتراب) ، ومشاكل العمل (وأهمها عدم تكافؤ فرص العمل بين المواطنين ، وصعوبة الحصول على وظيفة ... الخ) ، ومشكلة وقت الفراغ ومناقشتها مع المفحوص بهدف معرفة رأيه في سبل القضاء عليها وكيفية استغلال طاقات الشباب ، وكذلك التطرق إلى المشاكل الصحية المرتبطة بتعاطيه للمخدرات والتدخين.

كما قامت الباحثة بإشعار المفحوص بمساندة الباحثة له وتشجيعه وحثه على الثقة بالنفس ، وضرورة تحمله المسؤولية .

١٥ - الجلسة الخامسة عشرة :

تضمنت هذه الجلسة الترحيب بالمفحوص ، وتطبيق مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية للشخصية كقياس بعدي . ثم تطبيق استمارة تقييم البرنامج العقلاني الانفعالي ومناقشة ما تم إنجازه في البرنامج مع المفحوص . وتنتهي الباحثة الجلسة بشكر المفحوص على تعاونه والتزامه بحضور جلسات البرنامج ، والدعاء له بالخير والصلاح .

تقييم البرنامج :

قامت الباحثة بتصميم استمارة لتقييم البرنامج ؛ وذلك بهدف تقدير أفراد المجموعة العلاجية لمدى استفادتهم من خدمات البرنامج ، ولإظهار مدى فعالية الفنيات المتبعة ، ومدى

نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه.

٦- البرنامج العلاجي المتمركز على العميل :

من أهم خصائص العلاج غير الموجه هو التمرکز على العميل الذي هو أعرف بنفسه وخير بطبيعته ، وهو مخير في سلوكه وله حق تقرير مصيره ، وأهم ما يقرر استخدام الإرشاد غير الموجه هو نضج العميل وتكامل شخصيته بدرجة تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته ، وأن يتحمل مسؤولية حلها بذكاء .

ويتم هذا تحت توجيه غير مباشر من جانب المرشد ، الذي يهتم بإخلاص بحالة العميل متقبلاً له مشجعاً إياه ، يستمع إليه جيداً ويشجعه ويفهم وجهات نظره ، في مناخ إرشادي صادق يسوده التفاؤل والبشاشة والتسامح ، لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المقيم للسلوك . كما أنه يكون بمثابة مرآة يعكس عليها العميل مشاعره بصدق ويسقط اتجاهاته بوضوح ويرى فيها المشاركة الانفعالية ، وبذلك تتضح رؤية العميل لصورة شخصيته ويزداد استبصاره بنفسه.

وهكذا يساعد المرشد العميل بطريقة غير مباشرة ، ويبدو محايداً وأقل نشاطاً من العميل ، ولكنه ليس سلبياً إذ إنه يهيئ كل ما يتيح للعميل قيامه بدوره الإيجابي النشط.

وتكون العلاقة الإرشادية بين المرشد والعميل في جو حيادي سمح خال من التهديد والرقابة ، يركز على السرية المطلقة وعلى تحديد مسؤوليات كل من المرشد والعميل وفهم أهمية التقارير الذاتية ، وإن أحسن أسلوب لفهم سلوك الفرد هو من وجهة نظره ومن داخل إطاره المرجعي ، ولذلك فعلى العميل تقع مسؤولية الكشف عن ذاته بمستوياتها المختلفة وعن محتوى مفهوم الذات الخاص ، وعن أسباب وأعراض مشكلاته حتى يمكن تحديدها بدقة وعلاجها. (حامد زهران ، ١٩٨٠ ، ص ٣١٥-٣١٦) .

وفي ضوء ذلك قامت الباحثة بإعداد البرنامج العلاجي المتمركز على العميل ، وهو برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية غير المباشرة الفردية؛ بهدف علاج أفراد العينة المستخدمة من إدمانهم المخدرات. (حامد زهران ، مرجع سابق، ص ٤٣٩).

وقد استعانت الباحثة في إعدادها للبرنامج العلاجي المتمركز على العميل بمحاضرات الدورة التدريبية للدكتور علي السيد سليمان ، والتي تناول فيها التدريب على

فنيات الإرشاد النفسي ، بالإضافة إلى الاطلاع على بعض المراجع والدراسات العربية والأجنبية مثل : بلوم وبالاتسكي Balinsky & Blum (١٩٥١) ، روجرز Rogers (١٩٤٢ ، ١٩٥١ ، ١٩٥٤ ، ١٩٦٧) ، حامد زهران (١٩٧٧) ، باربرا برودلي Barbara Brodley (١٩٩١ ، ١٩٩٥) محمد محروس الشناوي (١٩٩٦) .

الحدود الإجرائية للبرنامج :

- أ- الحدود الزمانية : تم تنفيذ البرنامج على مدى شهرين ، وذلك بواقع ٢ - ٣ جلسات في الأسبوع لكل عضو ، ولكون الباحثة تتناول العلاج الفردي ، فإن مجموع الجلسات العلاجية كان بواقع ست - تسع جلسات في الأسبوع ، وتستغرق الجلسة مدة زمنية قدرها ساعة ، وقد تمتد إلى ساعة ونصف حسب مضمون كل جلسة وأهدافها وأساليبها.
- ب- الحدود المكانية : تم تنفيذ البرنامج في مركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة.
- ج- الحدود البشرية : تتضمن المجموعة التجريبية الثانية ٣ حالات إدمان ، يطبق عليهم فنيات العلاج المتمركز على العميل.

محتويات البرنامج :

يضم برنامج العلاج المتمركز على العميل ١٥ جلسة ، وقد قامت الباحثة بتطبيق الإجراءات التنفيذية للبرنامج المتمركز على العميل بتحديد مضمون الجلسات وأهدافها كالآتي:

جدول رقم (١٠)

محتوى البرنامج العلاجي المتمركز على العميل

المقابلة	المحتوى	الأهداف
المقابلة الأولى	- تمهيد وتعارف . - واجب منزلي يتضمن مذكرات يومية لما يصادف المفحوص من مشاعر ضيق وقلق .	- التعرف على المفحوص والترحيب به . - الاتفاق مع المفحوص على تحديد مواعيد الجلسات . - إيجاد جو من الثقة المتبادلة بين الباحث والمفحوص ، والتأكيد على مبدأ السرية . - تعريف المفحوص بالبرنامج وأهدافه وأساليبه . - إتاحة الفرصة للمفحوص بالتحدث عن نفسه وذاكراته بحرية وصراحة .
من المقابلة الثانية إلى المقابلة الثانية عشرة	- تشجيع المفحوص على التعبير عن مشاعره المتعلقة بالمشكلة (الإيمان) ، وذلك من خلال التقبل التام للمفحوص ، وموقف الباحث تجاهه واهتمامها به . - مساعدة المفحوص على التعبير الحر عن هذه المشاعر السابقة جميعها . - تهيئة المناخ الملائم لمساعدة المفحوص على إدراك هذه المشاعر السلبية ، ومساعدته على تقبلها باعتبارها جزءا من ذاته لا أن يسقطها على الآخرين أو يخفيها خلف الميكانيزمات الدفاعية . - مساعدة المفحوص على توضيح الخيارات المختلفة التي يجب القيام بها ، وإدراك مشاعر الخوف والنقص والافتقاد إلى الشجاعة التي تؤدي إلى شقائه . - حث المفحوص على كتابة تقرير شخصي تجاه المقابلة والباحث . - إنهاء المقابلة بتكليف المفحوص بواجبات منزلية (المذكرات اليومية) .	- تنفيس انفعالي . - استبصار بالموقف . - تحسين مفهوم المفحوص عن ذاته وعن الآخرين .

المقابلة	المحتوى	الأهداف
المقابلتان الثالثة عشرة والرابعة عشرة	- الملاحظة الدقيقة للتغيرات العلاجية التي طرأت على المفحوص فيما يتعلق بردود فعله . - إخطار المفحوص بأن هاتين المقابلتين هما بمثابة إنهاء للمقابلات العلاجية . - إخطار المفحوص بأنه ستكون هناك مقابلة خاصة بالمتابعة ، وموعدها بعد شهر تقريبا .	- تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلات العلاجية . - تعريف المفحوص بأنه قادر على تجاوز ما يعتريه من مشكلات ، والوصول إلى حلول ملائمة وإيجابية .
المقابلة الخامسة عشرة	- قياس بعدي . - إنهاء المقابلة بشكر المفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور المقابلات .	- التحقق من مدى نجاح وفعالية العلاج المتمركز على العميل .

وسوف تعرض الباحثة تحليلا موجزا للمقابلات كما يلي :

المقابلة الأولى :

تبدأ المقابلة الأولى بالتعرف على المفحوص والترحيب به وشكره على قبوله التعاون مع الباحثة في حضور المقابلات ، ثم تعريف الباحثة لنفسها إلى المفحوص ، كما تتيح له الفرصة لتقديم نفسه ، ثم يتم تعريف المفحوص بالعلاج المتمركز على العميل وأهميته وأهدافه وأسلوبه. والتأكيد على مبدأ السرية التامة لكسب ثقة المفحوص واطمئنانه.

كما تقوم الباحثة بتحديد بعض الأمور بوضوح للمفحوص ؛ مثل الالتزام بالمواعيد المحددة ، وتحمل بعض الخطوات ، أو اتخاذ بعض القرارات . ثم تبدأ الباحثة المقابلة العلاجية باستخدام الفنية الرئيسية وهي مساعدة المفحوص على توضيح خبراته الشخصية بهدف الوصول إلى الاستفسار بذاته .

وفي نهاية المقابلة تطلب الباحثة من المبحوث كتابة تقرير شخصي عن هذه المقابلة، حيث يوضح المفحوص مشاعره واتجاهاته نحو المقابلة ونحو الباحثة بصراحة تامة دون خجل أو تردد . ويتم تكليف المفحوص بواجبات منزلية، حيث يطلب منه تدوين كل ما يلاحظه على نفسه في هذا اليوم من مشاعر قلق أو مشاعر ارتياح مع ذكر المواقف والحوادث التي ارتبطت بهذه المشاعر.

ثم تنتهي الباحثة المقابلة بشكر المفحوص وتذكيره بموعد المقابلة القادمة .

المقابلة الثانية إلى المقابلة الثانية عشرة:

يجري سير هذه المقابلات بالترحيب بالمفحوص وأخذ المذكرات اليومية منه. كما تعمل الباحثة على تشجيع المفحوص على التعبير عن مشاعره المتعلقة بالمشكلة (الإدمان)، وذلك من خلال التقبل التام للمفحوص وموقف الباحثة تجاهه واهتمامها به ، ومساعدة المفحوص على التعبير الحر عن هذه المشاعر السابقة جميعها.

كما تحرص الباحثة على تقبل المشاعر السلبية التي قد يبديها المفحوص ، وخلق المناخ الملائم لمساعدة المفحوص على إدراك هذه المشاعر السلبية ، ومساعدته على تقبلها باعتبارها جزءا من ذاته لا أن يسقطها على الآخرين أو يخفيها خلف الميكانزمات الدفاعية، بالإضافة إلى مساعدة المفحوص على توضيح الخيارات المختلفة التي يجب القيام بها ، وإدراك مشاعر الخوف والنقص والافتقاد إلى الشجاعة التي تؤدي إلى شقائه.

وتنتهي الباحثة المقابلة بحث المفحوص على كتابة تقرير شخصي تجاه المقابلة وتجاه الباحثة، وتكليفه بواجبات منزلية (المذكرات اليومية)، وشكره على التزامه بحضور المقابلة ، وتذكيره بموعد المقابلة اللاحقة . مرفق بالملحق رقم (١٤) نماذج لهذه المقابلات .

ملحوظة :

لا تقدم الباحثة أي تفسيرات أو توجيهات مباشرة للمفحوص، ولا توجه له النصح أو التأويل ، بل هي تخلق مناخا يتصف بالود لا يشعر فيه المفحوص بتهديد حتى يتمكن من فهم طريقته في التفكير أو التحقق من طبيعة مشاعره الذاتية .

كما تتمثل مهمة الباحثة في الإنصات إلى المفحوص ومساعدته على استيضاح مشاعره حتى يراها في صورة أوضح ، وتشجيعه على أن يتولى زمام أموره بنفسه، الأمر الذي يساعده على النمو وتكوين نظرة إيجابية لنفسه ، وذلك من خلال الفنيات التالية : فنية تقبل المشاعر، وفنية عكس المشاعر، وفنية توضيح المشاعر ، وفنية اللاتوجيهية.

المقابلتان الثالثة عشرة والرابعة عشرة:

تبدأ المقابلة بالترحيب بالمفحوص واستلام المذكرات اليومية منه ، ثم يجري سير هاتين المقابلتين بالطريقة نفسها التي جرت بها المقابلات السابقة ، بالإضافة إلى الآتي:الملاحظة الدقيقة للتغيرات العلاجية التي طرأت على المفحوص فيما يتعلق بردود فعله، وإخطاره بأن هاتين المقابلتين هما بمثابة إنهاء للمقابلات العلاجية ، وأنه ستكون هناك مقابلة

خاصة بالمتابعة وموعدها بعد شهر تقريبا.

المقابلة الخامسة عشرة:

تبدأ المقابلة بالترحيب بالمفحوص ، ثم يطبق عليه مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية، ثم تنهي الباحثة المقابلة بتوجيه الشكر للمفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور المقابلات العلاجية .

كما تتناول الباحثة الفنيات التي استخدمتها في البرنامج العلاجي المتمركز على العميل، و الهدف العلاجي لهذه الفنيات ، والخطوات التي اتبعتها الباحثة لتنفيذها ، ويوضح ذلك الجدول التالي رقم (١١) .

جدول رقم (١١)

الفنيات المستخدمة في العلاج المتمركز على العميل

الفنية	الهدف العلاجي	الخطوات التي تتبعها الباحثة لتنفيذ الفنية
١- توضيح المشاعر	- جعل الرسالة التي تصدر من المفحوص واضحة وصريحة (خالية من الغموض) . - تثبيت دقة إدراكات الباحثة حول الرسالة. - التحقق مما سمعته الباحثة من المفحوص.	- التعرف على المحتوى اللفظي وغير اللفظي لرسائل المفحوص. - التعرف على ما إذا كانت هناك أجزاء غامضة أو مبهمه أو مشوشة تحتاج إلى التعرف على دقتها. - تقرير بداية مناسبة للعبارة التي تستوضح بها (السؤال) ، مثل الآتي : هل يمكنك وصف ... هل يمكنك توضيح ... هل تقصد أن تقول ... - التعرف على مدى فعالية الباحثة في توضيح المشاعر بمراقبة استجابات المفحوص.
٢- إعادة الصياغة	- إخبار المفحوص بأن رسالته قد تم فهمها ، وإذا كان الفهم كاملا فإن المفحوص سيزيد من توسيع وتوضيحها .	- انتباه الباحثة إلى رسائل المفحوص واسترجاعها بإعادة قولها في نفسها سرا.

الخطوات التي تتبعها الباحثة لتنفيذ الفنية	الهدف العلاجي	الفنية
- التعرف على محتوى الرسالة بأن تسأل الباحثة نفسها ، ما هو الموقف (الشخصي ، الموضوع ، الفكرة) الذي تناقشه هذه الرسالة.	- تشجيع المفحوص على المضي نحو فكرة رئيسية وبشكل أعمق. - مساعدة المفحوص على التركيز على موقف أو فكرة أو سلوك معين ، والتوقف عن المضي في تكرار قصته. - مساعدة المفحوص على اتخاذ قراراته.	تابع / إعادة الصياغة
- إصغاء الباحثة لكلمات المشاعر أو الوجدان ، والتي تقع عادة في سبعة مجالات رئيسية هي : (الغضب والخوف ، وعدم التأكد ، والحزن والسعادة ، والقوة ، والضعف) ، والتعرف عليها مما يوسع من المفردات التي يمكن للباحثة أن تستخدمها لوصفها. - مراقبة السلوك غير اللفظي (التصرفات) ، والتي ترافق الرسالة اللفظية التي يواجهها المفحوص ؛ مثل تعبيرات الوجه ، والصوت ، ووضع الجسم ، وغيرها. - عكس المشاعر في صورة لفظية مرة أخرى للمفحوص باستخدام كلمات أخرى. - بدء عبارة الانعكاس ببداية مناسبة مثل (يظهر أنك غاضب الآن، تبدو كما لو كنت غاضبا الآن .. سمعتك تذكر أنك غاضب الآن). - إضافة الموقف الذي تحدث فيه المشاعر ، ويتم ذلك بإعادة صياغة مختصرة.	- مساعدة المفحوص على الشعور بأن الباحثة قد تفهمته. - تشجيع المفحوص على التعبير عن المزيد من مشاعره (سواء الموجبة أو السالبة) حول مواقف أو أشخاص معينين أو غيرها. - مساعدة المفحوص على التعامل مع المشاعر ، وهو أمر مهم في الانفعالات والمشاعر الشديدة مثل الخوف والغضب. - مساعدة المفحوص على التمييز بدقة بين المشاعر المختلفة.	٣- عكس المشاعر.

الخطوات التي تتبعها الباحثة لتنفيذ الفنية	الهدف العلاجي	الفنية
- التعرف على مدى فاعلية عكس مشاعر المفحوص من خلال ملاحظة استجاباته وردود فعله وتصرفاته.		تابع / عكس المشاعر.
- الانتباه إلى رسالة المفحوص واسترجاعها بإعادتها سرا في نفس الباحثة. - التعرف على الموضوعات أو العناصر العديدة في هذه الرسائل ، وماذا كرر العميل منها مرة تلو الأخرى. - تخير بداية مناسبة لعبارات التلخيص واستخدام ضمير المخاطب فيها (أنت) أو (يا فلان). - تخير الكلمات التي سوف تستخدمها الباحثة في الملخص. - ملاحظة موافقة المفحوص أو إنكاره لما تقوله الباحثة.	- الربط بين مجموعة من العناصر في رسائل العميل . - التعرف على موضوع مشترك يبدو واضحا من عدة رسائل. - مساعدة الباحثة على إيقاف استرسال المفحوص. - المساعدة على تهدئة الجلسة ، وإعطاء فرصة لالتقاط الأنفاس . - مراجعة التقدم الذي تم إحرازه في جلسة أو أكثر. - يعد وسيلة مهمة لإنهاء الجلسات وافتتاحها ، وكذلك عند انتهاء عملية الإرشاد كلها.	٤- التلخيص.

ثالثًا : إجراءات التطبيق :

قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية وهي:

- ١- جمع المادة العلمية قد تمثلت في الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت كلا من العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل، بالإضافة إلى الدراسات التي تناولت الإدمان على المخدرات. وقد أفادت الباحثة منها جميعا سواء في إعداد الإطار النظري للبحث أو الاستفادة منها في تحضير المادة العلمية للجلسات العلاجية.

٢. إعداد الأدوات اللازمة لتطبيق البحث.
٣. إعداد البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وما يتضمنه من نماذج للوظائف البيئية .
٤. إعداد البرنامج العلاجي المتمركز على العميل .
٥. قامت الباحثة بمقابلات مع بعض الحالات من المدمنين على المخدرات (لمدة ٣ شهور) وهم ممن يراجعون العيادة الخارجية بمركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة. وقد تعرفت على ما يعتقونه من معتقدات لا عقلانية نحو المخدر، ونحو الذات ، والمشكلات الانفعالية التي يواجهونها.
٦. قامت الباحثة بمقابلات بعض مدمني المخدرات الموجودين في السجن الشارقة المركزي وذلك لمدة شهرين متتاليين بهدف التعرف على المزيد من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي يعتقونها ، والتي تتعلق باتجاههم نحو المخدر وذواتهم ومشكلاتهم الانفعالية.
٧. بناءً على مقابلات الباحثة بالحالات التي تم ذكرها سابقاً (بالعيادة الخارجية والسجن المركزي) قامت الباحثة بإعداد قائمة بالمعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي يعتقها المدمنون تجاه المخدرات والذات والمشكلات الانفعالية . ملحق (١٠)
٨. اختيار أفراد عينة البحث ، وتصنيفهم إلى ثلاث مجموعات فرعية ، مجموعتين تجريبيتين ومجموعة ضابطة.
٩. التحقق من تجانس أفراد العينة من حيث بعض المتغيرات الوسيطة؛ مثل العمر الزمني ومستوى التعليم ، والخلفية الاجتماعية الاقتصادية ، والخبرات العلاجية السابقة .
١٠. التطبيق القبلي لمقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية على أفراد عينة البحث .
١١. تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي على أفراد المجموعة التجريبية الأولى ، بينما تم تطبيق البرنامج العلاجي المتمركز على العميل على أفراد المجموعة التجريبية الثانية ، وتسجيل جلساتها على أشرطة كاسيت ، بعد أن تم التنسيق مع المدير وأفراد العينة على مواعيد البرنامج ، وبناء عليه تم إعداد جدول زمني يوضح الوقت والمدة.
١٢. التطبيق البعدي لمقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي.
١٣. متابعة أثر كل من البرنامجين ؛ وذلك بتطبيق مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية مرة

أخرى على المجموعتين التجريبيتين.

١٤. تصحيح الأدوات وتفريغ أشرطة الكاسيت.

١٥. معالجة البيانات إحصائياً للتحقق من صحة فروض البحث ، وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

رابعاً : الأسلوب الإحصائي

استخدمت الباحثة الأسلوب الإحصائي الذي يتناسب مع طبيعة الدراسة الحالية .
وبالتالي ؛ فقد استخدمت اختبار كروسكال والاس Kroskal Walls للعينات الصغيرة إلى جانب معامل ألفا كرونباخ و ويلكوكسون Wilcoxon ومان ويتني Mann Whitney.