

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف -2-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

أطروحة

مقدمة بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

لنيل شهادة

دكتوراه

من طرف الطالبة:

رتاب وسيلة

الموضوع:

فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنسكاسة لدى المدمنين على المخدرات

رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د/ قماز فريدة
مشرفا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د/ تيغليت صلاح الدين
ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذة محاضرة - أ -	د/ واكلي/آيت مجبر بديعة
ممتحنا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	أ.د/ أمزيان لونس
ممتحنا	جامعة باتنة	أستاذ التعليم العالي	أ.د/ بوقصة عمر
ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذة محاضرة - أ -	د/ بوعود أسماء

شكر وتقدير

الحمد لله الذي علم بالقلم، علم الانسان ما لم يعلم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وقدوة العالمين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأزكى التسليم

وبعد

أتقدم بخالص الشكر إلى من تقصر كل كلمات الشكر وعبارات الثناء عن الوفاء بحقه إلى أستاذي الفاضل البروفيسور صلاح الدين تغليت، حيث كان بتوفيق الله المشرف العلمي لهذه الدراسة، وانني هنا أقدم شكري وامتناني واعترافي بالفضل الذي أحاطه الباحث بكرم أخلاقه وسعة علمه وتوجيهاته القيمة في جميع مراحل الدراسة، فله مني الشكر ومن الله الثواب على ما قدم.

كما يسرني أن أشكر الأساتذة الكرام الذين كانوا عوناً لي ولم يبخلوا علي بنصائحهم وتوجيهاتهم وعلى رأسهم الأستاذ أواميلي حميد، بوثلة مختار، بكار بوبكر، والأستاذتين الكريمتين قماز فريدة و زكراوي حسينة.

ولا يفوتني أن أسجل عظيم شكري و عرفاني لكل الأخصائيين بمصلحة مكافحة وعلاج الإدمان بالبليدة وعلى رأسهم الدكتور عبد الرحمان حبيباش.

كما أسجل عظيم امتناني لكل زميلاتي وزملائي بالقسم على رأسهم جنيديفايزة ولبداني ياسمين ومنال ورشدة وكذلك أخص بالشكر: دعيش أمين وبن نويوة سليم ولعازقة حمزة.

وإلى كل من أعانني في إنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد فشكراً
شكراً جزيلاً.

شكر وتقدير

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

أ

مقدمة

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

أولاً: الإطار العام للدراسة

- | | |
|---|-----------------------------|
| 2 | 1- الإشكالية |
| 8 | 2- فرضيات الدراسة |
| 8 | 3- أهداف الدراسة |
| 9 | 4- أهمية الدراسة |
| 9 | 5- التعريف بمصطلحات الدراسة |

ثانياً: البحوث والدراسات السابقة ومدى إفادة البحث الحالي منها

- | | |
|----|--|
| 18 | المحور الأول: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث موضوع الإدمان |
| 19 | المحور الثاني: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان |
| 30 | المحور الثالث: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث علاج الإدمان والإنتكاسة |

الفصل الأول: الإدمان على المخدرات

- | | |
|----|---|
| 55 | تمهيد |
| 56 | 1- لمحة تاريخية عن المخدرات وأنواعها |
| 67 | 2- تعريف المخدرات |
| 69 | 3- تصنيف المخدرات |
| 72 | 4- طرق تعاطي المخدرات |
| 73 | 5- أنماط تعاطي المخدرات |
| 74 | 6- تعريف الإدمان |
| 77 | 7- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان |
| 81 | 8- تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي للأمراض العقلية |
| 82 | 9- مراحل الإدمان |

83	10- النظريات المفسرة للإدمان
102	11- البروفيل النفسي للمدمن
104	خلاصة
الفصل الثاني: الإنتكاسة	
106	تمهيد
107	1- تعريف الإنتكاسة
109	2- بعض المفاهيم المرتبطة بالإنتكاسة
110	3- تصنيفات وأشكال الإنتكاسة
112	4- المؤشرات أو العلامات المنذرة بحدوث الإنتكاسة
114	5- مظاهر وأعراض الإنتكاسة
114	6- بروفييل المدمن المنتكس
115	7- أسباب الإنتكاسة
120	8- مراحل الإنتكاسة
121	9- النظريات المفسرة لحدوث الإنتكاسة
127	10- علاج الإنتكاسة
128	11- منع الإنتكاسة بعد علاج الإدمان
130	خلاصة
الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي	
132	تمهيد
133	1- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي
136	2- تعريف العلاج النفسي الجماعي
138	3- الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي
140	4- حالات إستخدام العلاج النفسي الجماعي وفوائده
141	5- مجالات العلاج الجماعي
141	6- الاعداد للعلاج النفسي الجماعي
142	7- الأساليب اللازمة لتعزيز العوامل العلاجية في العمل الجماعي
146	8- أساليب العلاج النفسي الجماعي
147	9- فنيات وتقنيات العلاج النفسي الجماعي

153	10- النظريات المستخدمة للعلاج النفسي الجماعي
159	11- مبادئ ومسلمات العلاج العقلاني الإنفعالي
161	12- تقنيات العلاج العقلاني الإنفعالي
164	13- دور الإرشاد الجمعي في علاج الإدمان
165	14- مراحل العلاج عند المدمنين
165	15- تقنية حل المشكلات
168	خلاصة
الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة - الطريقة والإجراءات	
171	1- الدراسة الإستطلاعية
171	1-1- أهداف الدراسة الإستطلاعية
172	1-2- وصف عينة الدراسة الإستطلاعية
176	1-3- وصف أداة القياس المستخدمة في الدراسة
194	2- الدراسة الأساسية
194	2-1- مجالات تطبيق الدراسة الأساسية
194	2-1-1- المجال المكاني للدراسة الأساسية
194	2-1-2- المجال الزمني للدراسة الأساسية
194	2-2- عينة الدراسة الأساسية
195	3- التصميم التجريبي المستخدم
195	3-1- نوعه
195	3-2- إجراءاته
196	3-3- مبرراته
197	4- أدوات الدراسة الأساسية
197	4-1- المقابلة
199	4-2- البرنامج العلاجي
236	5- الأساليب الإحصائية المستعملة
الفصل الخامس: الإطار الميراني - التوصيات والمقترحات	
239	مقدمة
240	أولا: عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
241	ثانيا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة

262	- توصيات الدراسة
262	- مقترحات الدراسة
263	- الإستنتاج العام للدراسة
266	- خاتمة
268	- المراجع
278	- الملاحق
	- ملخص الدراسة

الصفحة	العنوان	الرقم
66	يوضح أنواع المخدرات وأمثلة عليها وتأثيراتها	01
172	يوضح مواصفات العينة الإستطلاعية حسب العمر الزمني	02
173	يوضح المواصفات العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي	03
174	يوضح مواصفات العينة الإستطلاعية حسب نوع المخدر	04
175	يوضح مواصفات العينة الإستطلاعية حسب مدة الإدمان	05
176	يوضح مواصفات العينة الإستطلاعية حسب عدد مرات الدخول إلى المستشفى	06
178	يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص مدى وضوح التعليمية	07
179	يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص كفاية البدائل وملائمتها	08
179	يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص صياغة الفقرة ومدى إنتمائها للبعد	09
180	يوضح يمثل عينة لبعض الفقرات المحذوفة والمعدلة	10
181	يوضح معامل الارتباط بين كل بند من بنود بعد الإنتكاسة والدرجة الكلية للبعد	11
182	يوضح معامل الارتباط بين كل بند من بنود بعد الذكاء الوجداني والدرجة الكلية للبعد	12
183	يوضح معامل الارتباط بين كل بند من بنود بعد اللهفة والدرجة الكلية للبعد	13
184	يوضح معامل الارتباط بين كل بند من بنود بعد وجهة الضبط والدرجة الكلية للبعد	14
184	يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد الإنتكاسة	15
185	يوضح نتائج إختبار T TEST لبعد الإنتكاسة	16
187	يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد الذكاء الوجداني	17
187	يوضح نتائج إختبار T TEST لبعد الذكاء الوجداني	18
189	يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد اللهفة	19
189	يوضح نتائج إختبار T TEST لبعد اللهفة	20
190	يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد وجهة ضبط	21
190	يوضح نتائج إختبار T TEST لبعد وجهة ضبط	22
193	يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد الإنتكاسة	23
193	يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد الذكاء الوجداني	24
193	يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد اللهفة	25
193	يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد وجهة الضبط	26
194	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب بعض الخصائص السوسيو ديموغرافية	27

195	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع المخدر ومدة الإدمان	28
195	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب عدد الإنتكاسات ومدة التوقف	29
202	يوضح نسب إتفاق السادة المحكمين حول محتوى البرنامج العلاجي المقترح	30
231	يلخص محتوى جلسات البرنامج العلاجي الجماعي	31
241	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الأولى	32
241	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الأولى	33
245	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الثانية	34
245	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الثانية	35
247	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الثالثة	36
247	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الثالثة	37
250	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الرابعة	38
250	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الرابعة	39
253	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الخامسة	40
253	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الخامسة	41
254	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية السادسة	42
254	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية السادسة	43
256	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية السابعة	44
256	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية السابعة	45
257	يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيكسون للفرضية الثامنة	46
257	يوضح نتائج إختبار ولكيكسون للفرضية الثامنة	47
فهرس الأشكال		
93	يوضح سيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات	01
96	يوضح سيرورة الديناميكية لنموذج التحمل المنخفض للإمتناع	02
112	يوضح أشكال الإنتكاسة	03
196	يوضح التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة	04

□ مقرفة



أثرت وتيرة التطور التي يمر بها العالم في مختلف المجالات الاقتصادية منها والإجتماعية على أساليب عيش الإنسان ويسرت الإتصال بين دول العالم وصاحب هذا التطور عدة مشاكل ألحقت أضرارًا بالأفراد والمجتمعات ومن أهم هذه المشكلات تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

تعد مشكلة الإدمان على المخدرات من المشاكل المعقدة التي تواجه العالم دون استثناء، فهي تمس الدول النامية والدول المتقدمة ذلك لما تكتنفه من أخطار وإنعكاسات على مستقبل هذه الدول. "فهي في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وإنجلترا لا تقل تعقُّدًا عنها في نيجيريا أو الزائير أو تايلاند"¹.

زيادة عن ذلك كونها ظاهرة تتعلق بفئة حساسة في المجتمع وهي فئة الشباب الذي يمثل أساس التنمية البشرية، ولا تقتصر آثارها على الفرد فقط والتي قد تؤدي به إلى التشرذم أو الإجرام أو الإصابة بالأمراض العقلية أو الوفاة، بل تمتدُّ لتمس الإستقرار الأمني والسياسي والإقتصادي للمجتمع.

يرجع تعقُّد هذه الظاهرة إلى تعدد وتشابك العوامل المؤدية إليها فأسبابها لا تنحصر في الأسباب الإجتماعية أو الاقتصادية أو الثقافية "وإلا كيف نفسر وجود نسبة من المدمنين في مجتمع يعيش الظروف نفسها وحتى على مستوى الأسر والعائلات نجد نسبة من المدمنين رغم تعرض أفراد الأسرة نفسها للأساليب التربوية والظروف الإجتماعية والإقتصادية نفسها، وهذا ما يبين إرتباط الظاهرة بالبنية النفسية للفرد وما تعثره من إضطرابات"².

فالإدمان هو سبب ونتيجة لمشاكل نفسية كثيرة تتراوح بين الإجهاد العادي البسيط وصولاً إلى حالات ذهانية خطيرة، مروراً بحالات العصاب والتوترات على مختلف أنواعها.

يظهر جلياً أن معدل إنتشار ظاهرة الإدمان في إرتفاع عالمي حيث أشارت التقارير والإحصائيات العالمية إلى إجتياح المخدرات والعقاقير النفسية معظم دول العالم عن طريق إستخدام أساليب علمية مبتكرة في التصنيع والتهريب وساعد في ذلك التطور الحاصل في وسائل الإتصالات عبر جميع أنحاء العالم، حيث أوضح تقرير الأمم المتحدة لعام 2003 بأنه بلغ عدد المدمنين في العالم 185 مليون شخص وبينت إحصائية منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإبتكاسة على المخدرات عالمياً تصل إلى 90%³.

¹ مصطفى سوييف، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2001، ص15.

² فاطمة صادقي، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 12، 2014، ص192.

³ صالح بن سعد الشهراني، دور منازل منتصف الطريق بمستشفيات الأمل في تأهيل مرضى الإدمان، رسالة ماجستير، قسم العلوم الإجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2011، ص2.

أما عام 2009 وحسب التقرير نفسه، فقد قدر عدد المتعاطين بـ 272 مليون فردًا حول العالم وبنسبة تمثل 3,3% من إجمالي سكان العالم، أو 6,1 من إجمالي الأفراد في المرحلة العمرية ما بين (15 - 64) سنة، وأوضح التقرير أن النصف الثاني من القرن العشرين شهد إنتشارًا كبيراً لتعاطي المخدرات والعقاقير غير القانونية وأن الأرقام العالمية أوضحت أن حوالي 200 ألفا فرد توفوا في عام 2000 بسبب تعاطي المخدرات وهو ما يمثل 0,4% من إجمالي الوفيات في العالم¹.

هذا ما دفع بجميع الدول جاهدة إلى محاربة ظاهرة الإدمان والتصدي لها بشتى الطرق فسنت قوانين خاصة تحكمها، وبنيت مصحات ومستشفيات تعمل على معالجة مستخدميها، ووضعت آيماً تحسيسية للتوعية والوقاية، لأنها "تكلف البشرية فاقداً يفوق ما تفنقهه أثناء الحروب المدمرة حيث تخلق المشاكل الجسمية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية والتي تحتاج إلى جهود محلية ودولية لمعالجتها"².

كذلك الأمر بالنسبة للإنتكاسة فهي لا تقل أهمية عن الإدمان كونها تحول دون إمكانية تحقيق العلاج لأهدافه المرجوة، فنجاح هذا الأخير مرهوناً بعدم إنتكاس المدمن وعودته إلى التعاطي مجدداً بعد إنتهاء فترة العلاج الشيء الذي يتطلب تضافر الجهود بين العلماء والباحثين والأخصائيين النفسانيين والإجتماعيين والأطباء وغيرهم من الفاعلين في الميدان.

لذا حاولنا من خلال هذه الدراسة بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

ولالإلمام بهذا الموضوع فقد قسمنا الدراسة إلى خمسة فصول بيانها كالاتي:

الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة.

الفصل الأول: الإدمان على المخدرات.

الفصل الثاني: الإنتكاسة.

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي.

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة الطريقة والإجراءات.

الفصل الخامس: نتائج تنفيذ البرنامج التوصيات والمقترحات.

¹World Drug, Raport, uniatd nation, new york, 2011, p13.

www.ahewar.org/debat/shon.art.asp.

² صالح بن سفير بن محمد الخثعمي، وجهة الضبط والإندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين الهيروين، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2008، ص10.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للدراسة

والدراسات السابقة

أولاً: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. فروض الدراسة
3. أهداف الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. التعريف بمصطلحات الدراسة.

ثانياً: البحوث والدراسات السابقة ومدى إفادة البحث الحالي منها

- ✓ المحور الأول: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث موضوع الإدمان.
- ✓ المحور الثاني: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث انتكاسة الإدمان.
- ✓ المحور الثالث: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث علاج الإدمان والانتكاسة.

1- الإشكالية:

تعتبر مشكلة تعاطي المواد المتعددة للمخدرات من المشكلات النفسية والإجتماعية الخطيرة فهي تؤثر على المجتمع بصفة عامة والفرد بصفة خاصة وتكمن خطورتها في كونها تنتشر بقدر كبير لدى فئة الشباب الذي يمثل قوة المجتمع فهي تمس جوانب عديدة من الإنسان حيث تتسبب في تعقيدات صحية وإجتماعية وإقتصادية وثقافية خطيرة، فتضعف سلامة عقله وقوة بدنه وأخلاقه وقيمه وتخلق آثاراً سلبية وآفات إجتماعية تنتهي في غالبيتها إلى التفكك الأسري أو الجريمة أو التشرد أو الوهن والموت.

لقد دلت الإحصائيات على تزايد وتفاقم هذه الظاهرة على المستوى العالمي والمستوى المحلي سواء بالنسبة للإستهلاك أو المتاجرة، فنجد في بريطانيا إرتفاع عدد المدمنين على المخدرات عام 1980 إلى 60 747 مدمنا بينما سبق وأن قُدر عام 1955 بـ 3425 مدمنا وفي أمريكا عام 1955 بلغ عدد المدمنين 10 882 مدمنا ليصل إلى 60 000 مدمنا عام 1980.

وفيما يخص عدد المتعاطين للحشيش فقد أكد تقرير المرصد الجيوسياسي للمخدرات أنه وصل عددهم سنة 2000 إلى حوالي 50 مليون متعاطي للحشيش في العالم.

أما على المستوى العربي فنجد أن المساحة المخصصة لزراعة الحشيش بالمملكة المغربية قد قُدرت عام 1988 بـ 30 000 هكتار وقد إرتفعت هذه المساحة إلى 70 000 هكتار سنة 1996 حيث تسمح هذه المساحة بإنتاج حوالي 2000 طن من الحشيش.

أما على الصعيد المحلي: الجزائر وفيما يخص تعاطي وترويج المخدرات فقد سجلت المديرية العامة للأمن الوطني خلال السداسي الأول لسنة 2008 التعامل مع حوالي 2253 حالة تورط من خلالها حوالي 3322 شخص، أما عن كمية المخدرات المحجوزة فقد أكدت مديرية الأمن الوطني عن حجز 150,700 طن من المخدرات مقسمة إلى أنواع منها: 110,800 طن من معجون القنب الهندي و33,600 طن من الكوكايين في حين قدرت كمية الهيروين بـ 6,30 كغ وقد وصلت كمية الكراك المضبوطة إلى 53,9 غ وكانت كمية العقاقير النفسية التي تم حجزها 143,500¹.

أما إستنادا لحصيلة 2013 والمتعلقة بالكميات المحجوزة من المخدرات والمؤثرات العقلية للديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، تم حجز 211512,773 كغ من رانتج القنب Résine de cannabis، 36,3 غ

¹ قماز فريدة، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2009، ص1-2.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

من بذور القنب، 3790,487 غ من الكوكايين، 868,299 غ من الهيروين، 500 غ من بذور الأفيون و974 1175 من المؤثرات العقلية وكذا إتلاف 4831 نبتة من شجيرات القنب، و2721 نبتة من شجيرات الأفيون، ترتفع أغلبية النسب من سنة إلى أخرى وهذا ما يدل على إستمرار إنتشار الظاهرة حسب إحصائيات الديوان منذ سنة 2004 إلى يومنا هذا وفي السياق نفسه يشير التقرير ذاته إلى تسجيل 13 989 قضية سنة 2013 تتعلق بتهريب المخدرات والمتاجرة بها وحيازتها وإستهلاكها، تم توقيف 19 167 شخصًا، ويشير في حصيلة التسعة أشهر الأولى لسنة 2013 والمتعلقة بإنتداب وعلاج المدمنين بأن أغليبتهم شباب عزاب بنسبة 82,63% وذكر بنسبة 95,75% تتراوح أعمارهم ما بين 16 و25 سنة بنسبة 40,26% منهم 4,33% طلاب جامعيين، ويلجأ أغليبتهم إلى التعاطي المتعدد للمخدرات بنسبة 49,24%¹.

تؤكد هذه الإحصائيات إنتشار ظاهرة تعاطي المخدرات من جهة وزيادة المتاجرة بمختلف أنواعها من جهة أخرى، حيث أصبح توفرها عامل مهم في زيادة الطلب عليها، فهي بذلك مشكلة إقتصادية زيادة عن كونها مشكلة نفسية إستحوذت على شبابنا وشاباتنا وإنتشرت بين الكبار والصغار، الأغنياء والفقراء، وبين طلاب المدارس والجامعات، ودفعت بمستهلكيها إلى الإدمان عليها والسعي الجاد والمستمر للحصول عليها بأي طريقة أو وسيلة كانت لما لها من تبعية نفسية وجسمية تجعل المدمن خاضعا لها بشكل مستمر.

ولا تقتصر مضاعفات الإدمان على الصحة الجسمية فقط بل تتعداها إلى إختلال في الجانب النفسي والعقلي والإجتماعي للمدمن، ومن أبرز الأعراض جسميا إضطراب الجهاز العصبي، تسمم الجهاز التنفسي، فقدان الشهية وقلة النشاط وعقليا أعراض ذهانية مرضية كجنون العظمة والإضطهاد وأخرى نفسية كإضطرابات القلق والإكتئاب².

حيث جاء في دراسة عيد والمشعان 2003 والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تقدير الذات والقلق والإكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد في دولة الكويت أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات حيث أظهر المتعاطون إنخفاضًا واضحًا في تقدير الذات مقارنة بغير المتعاطين وفروق دالة إحصائيا بين المتعاطين وغير المتعاطين في القلق والإكتئاب حيث أظهر المتعاطون إرتفاعا في القلق والإكتئاب.

¹ سايل حدة وحيدة، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، ط1، دار التنوير، الجزائر، 2015، ص13-14.

² طلحي فريدة، فعالية برنامج عقلائي، إنفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف-2، الجزائر، 2016، ص36-37.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

كذلك دراسة بروكس Brooks 2002 والتي أظهرت نتائجها أن هناك علاقة إيجابية بين السلوك المشكل والإكتئاب وتعاطي المخدرات وأن هناك علاقة سالبة بين مفهوم الذات وتعاطي المخدرات أي إذا تدنى مفهوم الذات يزداد سلوك التعاطي وكلما زاد الإكتئاب إزداد تعاطي المخدرات.

كذلك تسجل أضرار إجتماعية بالغة في كثير من الحالات، يتسم فيها المدمن بالعزلة والإنطواء، ويفضل البقاء أسيراً لنفسه ولمخدره ضارباً بعرض الحائط جميع واجباته الإجتماعية التي تترتب عليه إتجاه أسرته وحتى إتجاه نفسه مما يجعله يعيش في حلقة مغلقة¹.

وفي كل مرة يحاول فيها المدمن الخروج من هذه الحلقة المغلقة إلا أن محاولاته تبوء بالفشل، فيقع فيما يسمى بالإنكاسة وهي العودة مرة أخرى للإدمان بعد الإنقطاع عنه ولقد كشفت العديد من الدراسات والاحصائيات عن تدني نسب التعافي الكامل لدى المدمنين، بل أصبح من المعتاد لدى العديد من المتعافين التعرض للإنكاسة أو العود لتعاطي المخدرات بعد فترة وجيزة من إنتهاء العلاج، واللافت للأمر هو أن إرتفاع نسبة الإنكاسة يظهر عند الحالات التي خضعت لعلاج طبي غير مقترن بتكفل نفسي.

لقد بلغت معدلات الإنكاسة نسباً مرتفعة لتصل خلال العام الأول من إنقضاء فترة العلاج إلى 95% من المعتمدين الذين تم علاجهم منها 50% من معدلات الإنكاسة تحدث خلال الثلاثة شهور الأولى، في حين 70% تحدث خلال الشهور الستة الأولى بعد العلاج².

وقد أشارت إحصائية محلية غير منشورة عن مجمع الأمل الطبي للصحة النفسية بالرياض، بأن نسبة المنتكسين الذين عادوا إلى الإدمان عام 1995 بلغت (62%) وعام 1996 بلغت (64%)، كما بلغت عام 2000 (51%) فيما بلغت عام 2002 (53%) وبلغ عدد المنتكسين الذين عادوا للإدمان بعد العلاج 9352 من أصل 16 403، تلقوا العلاج بمجمع الأمل بالرياض ما بين عام 1995 وعام 2002 أي بنسبة (57%) من مجموع المتعالجين³.

¹ محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان، الأردن، 2007، ص 42-43.

² السليم محمد، علاقة مستوى التدين والمساندة الإجتماعية بالإنكاسة من المدمنين بمجمع الأمل، الرياض، رسالة ماجستير، قسم علم النفس جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 2007، ص 2.

³ عبد الودود خربوش، التجربة المغربية في علاج الإنكاسة لدى المدمنين على المخدرات، ندوة مراكش، جامعة القاضي عياض مراكش المغرب، 2012، ص 01-02.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

فالمدمن إذا إنتكس وعاد إلى ممارسة سلوكيات التعاطي مرة أخرى ظنا منه أنه سيحسن من حالته النفسية أو هروبا منه عن المشكلات والضغوطات فإنه سرعان ما يعود إلى المعاناة النفسية بعد إنتهاء تأثير العقار وبالتالي تزداد حالته سوءاً، وبما أنه يفقد إلى المهارات الإجتماعية وإستراتيجيات التعامل مع الضغوط، كما أثبتت ذلك دراسة ماجدة حسين محمود 1991م حين أسفرت نتائجها على أن المدمن العائد يتميز بإضطرابات القلق والشعور بالذنب كما أنه يواجه في حياته قدراً كبيراً من التوتر وقدرة ضئيلة على حل المشكلات فإن ذلك يرفع من إحتمالية إنتكاسته.

ويتميز كذلك المدمن المنتكس بالعصابية والغضب والقلق والإكتئاب كما جاء ذلك في دراسة ليزا وبيفري 1998م حيث ترتفع نسبة العصابية وتنخفض يقظة الضمير لدى المنتكسين على الكحول والمواد المتعددة ودراسة عيدو المشعان 2003 حيث بينت أن المعتمدين أكثر قلقاً وإكتئاباً وإنخفاضاً في تقدير الذات مقارنة بغير المعتمدين ودراسة Strik التي أثبتت وجود إرتباط قوي بين تعاطي الحشيش والقلق.

إضافة إلى ذلك فإن المدمن المنتكس يتسم بوجهة ضبط خارجية يلقي من خلالها باللوم على الظروف الخارجية والآخرين كما جاء في دراسات شيلينج وكارمن، جونسون، حسين والعقباوي حيث إتفقت على أن المدمنين يميلون إلى الإعتقاد في الضبط الخارجي، وأنه بالإمكان التنبؤ بالإنتكاسة من خلال مؤشر الضبط. زيادة على ذلك فإن عدم قدرة المدمن على السيطرة على إنفعالاته وعدم فهمه لمشاعر الآخرين وإنخفاض الدافعية وفشل علاقاته الإجتماعية تؤكد تدني مستوى ذكائه الإنفعالي وهذا ما ورد في دراسة كل من هانزي 2006 والتي بينت أن المنتكسين على مادة الكوكايين ليس لديهم القدرة على فهم المشاعر الإنفعالية وإداراتها والسيطرة عليها، وكذا دراسة يوسف بن سطاتم العنزي التي أظهر من خلال نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الإنفعالي بين المنتكسين وغير المنتكسين لصالح المنتكسين، وأن أهم المتغيرات التي تتنبؤ بالإنتكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة الإنفعالات، وكانت من بين توصيات الدراسة بناء برامج تدعم وجهة الضبط الداخلية للمنتكسين وتكسبهم مهارات علاجية لتوظيف الذكاء الإنفعالي وتحقيق التعافي.

كذلك يعتبر الشعور باللهفة أو الإشتياق من أهم العوامل المحدثة للإنتكاسة فهو موجود طوال الوقت بسيط وخافت إلا أنه يعلو في مواقف معينة ويظهر على شكل نوبات ويدفع بالمدمن المتوقف إلى الإنتكاس وهذا ما أكدته دراسة تيايبية عبد الغاني 2015.

وإثر كل هذا يبقى المدمن بحاجة إلى تدخل علاجي بعدما باتت ظاهرة إنتكاسه تشكل خطراً على صحته بشكل عام، حيث أن جهود مؤسسات العلاج والتأهيل والمصحات والمستشفيات المتخصصة وحجم

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

التكاليف المادية أصبح لا جدوى منها في غياب تحكم دقيق وفعال في الظاهرة ذلك أن قضية العود إلى الإدمان تتطلب بحثاً مكثفاً وإستراتيجيات علمية للتعامل معها من خلال برامج علاجية تطبق على مستوى مؤسسات المتابعة والرعاية اللاحقة.

هذا ما دفع بالباحثين والأخصائيين والنفسانيين والأطباء إلى بناء برامج علاجية مختلفة، فهناك العلاج الدوائي الذي يهدف إلى إزالة التسمم وعلاج أعراض الإنسحاب كالقلق والأرق وآلام العظام والإكتئاب وغيرها و"تبقى فيه نسبة الإبتكاس تقارب 90%¹.

وهناك العلاج النفسي بما فيه العلاجات المعرفية السلوكية وكذا العلاجات الفردية والعلاجات الجماعية تهدف في مجملها إلى مساعدة الأشخاص المدمنين على المحافظة على السلوك المرغوب والإستمرار بإمتثال هذا السلوك، كما يشير Ramo 2007 إلى أنها مساعدة المدمنين ممن هم في الطريق إلى الشفاء على المحافظة والإستمرار في عملية الشفاء والحوار دون حدوث الإبتكاس لهم².

ومن هذا المنطلق حاولت الدراسة الحالية بناء برنامج علاجي جماعي يخفف من أعراض الإبتكاس لدى المدمنين على المخدرات يحتوي على عدة تقنيات تمس الجانب المعرفي للإنسان والجانب الإنفعالي وكذا الجانب السلوكي مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الإنفعالي. حيث يعد العلاج العقلاني الإنفعالي أنسب الأساليب للتعامل مع المدمن وكذا في إستخدام تقنياته في العلاج النفسي الجمعي³.

فالعلاج النفسي الجماعي كما وصفه كارل روجرس يُعدُّ أعظم إنجاز إجتماعي تم التوصل إليه ومن أهم مميزاته العامل الإقتصادي، فإذا كان المعالج يستطيع أن يعالج خمسة أو ستة أفراد في نفس الفترة المخصصة لمريض واحد فهو يحقق توفيراً للمال والجهد، بما أنه يعطي فرصة للتدريب والتهديب الإجتماعي وتعلم وممارسة أنواع جديدة من السلوك في إطار يشبه بدرجة كبيرة عالم العلاقات الطبيعية بين الأشخاص، يمكن أن يقدم العلاج النفسي الجماعي فرصة الحصول على التغذية الراجعة من الأقران، وقد جاءت معظم الدراسات متفقة على أن العلاج النفسي الجماعي يمكن إستخدامه في علاج بعض المشكلات النفسية التي قد

¹ بوخاري سهام، فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة الجزائر -2-، 2011، ص9.

² عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، مؤسسات المجتمع المدني ودورها في الحد من العود لتعاطي المخدرات، الندوة العلمية "عوامل الإبتكاس لدى مدمني المخدرات، جامعة الملك سعود، 2012، ص3.

³ محمد حسن غانم، العلاج النفسي الجماعي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، 2003، ص233.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

تنتج عن إدمان المخدرات علاوة على كون مشكلة المخدرات من أكثر المشاكل التي تواجه البشرية في العصر الحديث حيث إستنزفت الطاقات الإجتماعية والإقتصادية¹.

وفي هذا الصدد نذكر على سبيل المثال لا الحصر دراسات أثبتت فاعلية العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من بعض اضطرابات الإدمان كدراسة عبد الله أحمد الوائلي 2003، دراسة المشاقبة 2003، دراسة عبد الحميد أبو زيد، دراسة كوبر ومكرات 1992.

وبالتالي سنحاول من خلال هذا البرنامج تغيير وجهة ضبط المدمن من خارجية إلى داخلية كخطوة أولى للإستبصار بالمشكلة وتحسيس المدمن المنتكس بالمسؤولية الشخصية ودحض أفكاره اللاعقلانية وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية والرفع من درجة نكائه الإنفعالي ويتأتى ذلك بتدعيم وتعزيز أبعاده الخمسة وهي الوعي بالذات وإدارة الإنفعالات والدافعية والتقمص الوجداني والمهارات الإجتماعية.

وكذا خفض من شدة اللهفة والإشتياق للمخدر بإستعمال تقنيات عديدة كالتخيل الإيجابي وتشثيت الفكر والإسترخاء في مواقف التوتر وغيرها.

ومما سبق تتحدد إشكالية دراستنا في التساؤل الرئيسي التالي:

- هل البرنامج العلاجي الجماعي يتمتع بقدر كاف من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات؟

ويتفرع عن هذا السؤال أسئلة فرعية هي كالاتي:

- هل البرنامج العلاجي الجماعي فعال في تغيير وجهة ضبط المدمن من خارجية إلى داخلية؟
- هل البرنامج العلاجي الجماعي فعال في التخفيف من شدة اللهفة عند المدمن؟
- هل البرنامج العلاجي الجماعي فعال في الرفع من درجة الذكاء الإنفعالي للمدمن؟

¹ عبد الله بن أحمد الوائلي، فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2003، ص17.

2- فرضيات الدراسة:

2-1- الفرضية العامة:

- البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كافٍ من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

2-2- الفرضيات الإجرائية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

3- أهداف الدراسة:

يدور موضوع الدراسة الحالية حول إنتكاسة المدمنين على المخدرات ويسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

3-1- أهداف نظرية متمثلة في:

- مسح للأبحاث النظرية التي تناولت موضوع إنتكاسة المدمنين على المخدرات للمساهمة في فهم أعمق وتفسير أدق والتعرف على مختلف المتغيرات المرتبطة به.

3-2- أهداف تطبيقية متمثلة في:

- التعرف على بعض خصائص وصفات المدمن المنتكس والعمل على تحسينها وتمييزها لدى عينة الدراسة.
- إعداد وبناء مقياس لتحديد درجة الصفات المراد تنميتها.
- بناء وإقترح برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.
- تقديم بعض التوصيات والمقترحات المتعلقة بدراستنا.

4- أهمية الدراسة:

- تستمد الدراسة الحالية أهميتها من أهمية الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها وتتحدد في:
- مساهمة في دراسة الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.
 - تناول جوانب أساسية من الجوانب الشخصية والمعرفية السلوكية للمدمن المنتكس.
 - معرفة مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى مدمني المخدرات.
 - الإسهام ببعض التوضيحات الخاصة بالمشكل المطروح ووضعها في متناول الدارسين والمشتغلين بالعلاج النفسي للإدمان.
 - تحفيز الباحثين والدارسين للقيام بدراسات أخرى تتعلق بمتغيرات البحث الحالي لتحقيق الثراء العلمي للجوانب المعرفية المرتبطة به.

زيادة على أن الدراسة تقوم بتطبيق برنامج علاجي جماعي يتم من خلال عدة جلسات علاجية مبنية على الأهداف السابقة الذكر، حيث تختص كل جلسة علاجية على هدف معين يساعد في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى مدمنين المخدرات.

ومما يضيف على هذه الدراسة أهمية أنه في حالة نجاح العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من أعراض الإبتكاسة، فإن ذلك يفتح المجال لتطبيقه ضمن البرامج العلاجية وكذا الوقائية.

5- التعريف بمصطلحات الدراسة:

5-1- الفاعلية:

5-1-1- التعريف الإصطلاحي:

- يعرف على عام 1997 الفاعلية بأنها "مدى الأثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية بإعتبارها متغيراً مستقلاً في أحد المتغيرات التابعة¹.

¹ إبتسام بنت عبد الله بن الزعبي، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات رسالة دكتوراه، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، السعودية، 2010، ص 17.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

- عُرفت كذلك الفاعلية بأنها عبارة عن "القدرة على تحقيق النتيجة الإيجابية المقصودة حسب المعايير المحددة مسبقاً، حيث ترتفع درجة الكفاية عندما يتم تحقيق النتيجة بشكل كامل"¹.

5-1-2- التعريف الإجرائي:

هي قدرة البرنامج العلاجي الجماعي على التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات تظهر من خلال المقياس المطبق في الدراسة.

5-2- البرنامج العلاجي:

5-2-1- التعريف الإصطلاحي:

- البرنامج هو مفهوم أو مدرك يتضمن العلاقات والخبرات والأنشطة والتفاعلات التي تصمم أو توضع لتقابل إحتياجات النزلاء في المستشفيات الإصلاحية أو خارجها والبرنامج في العمل مع الجماعات هو ذلك المفهوم أو المدرك أو الفكرة المجردة التي تتضمن العلاقات والتفاعلات والخبرات والأنشطة².

- البرنامج العلاجي هو مجموعة الخطوات العلمية التي تسيّر وفق تسلسل منطقي، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض وتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج³.

- البرنامج هو مجموعة من الأنشطة التي تعتمد على بعضها البعض وموجهة لتحقيق غرض والبرنامج في الخدمة الإجتماعية هو الإستجابة الإجرائية والعلمية للمشكلة أو الخطة المنهجية المنظمة لتحقيق مجموعة من الأغراض⁴.

5-2-2- التعريف الإجرائي:

برنامج يعمل على دمج فنيات معرفية وسلوكية من خلال عدد من الجلسات بهدف إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك للتحقق من فاعليته في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات والذي يقاس أثره بالمقياس المستخدم في الدراسة.

¹ عبد الله بن أحمد الوائلي، مرجع سابق، ص 24.

² إبراهيم خليفة بن ثاني، دور البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العود لتعاطي وإدمان المواد المخدرة، رسالة ماجستير، المعهد العالي للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإجتماعية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، 1985، ص 10.

³ طلحي فريدة، مرجع سابق، ص 8.

⁴ عبد الله بن سعد الرشود، تقويم البرامج في مجال علاج حالات الإدمان على تعاطي المخدرات ورقة مقدمة ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات"، جامعة القاضي عياض، مراكش، المملكة المغربية، 2012، ص 7.

5-3- الإنتكاسة:

5-3-1- التعريف الإصطلاحي:

- الإنتكاسة يمكن أن تحدث لأي مرض عضوي أو نفسي وهي عموماً عودة أعراض المرض بعد الشفاء¹.
- يعرف Marlatt et Gordan عام 1985 الإنتكاسة بأنها "القطيعة أو التراجع عند محاولة شخص تعديل سلوك ما"².
- الإنتكاسة حسب الغريب 2006: تعني إنتكاسة المريض بشكل عام وهي عودة أعراض المرض مرة أخرى بعد الشفاء، أي أن الإنتكاسة تعتمد أساساً على تلقي العلاج قبل حدوثها أو تصبح آثاراً للتعاطي³.
- يشير كارسون وزملاؤه عام 1996 Carson, Butcher et Mineka إلى أن الإنتكاسة هي عودة أعراض الإضطراب بعد نوبة تحسن قصيرة أي العودة إلى المرض بعد العلاج، بينما يذكر شونج وليبز Chonh 2010 et Lopez أن الإنتكاسة تعرف علمياً على أنها استخدام للكحول أو المخدرات خلال 30 يوماً بعد تنفيذ الخطة العلاجية⁴.

5-3-2- التعريف الإجرائي:

هي عودة المدمن الذي إنقطع عن تعاطي المواد المخدرة لفترة من الزمن للتعاطي من جديد، وهي ما يقيسه مقياس الإنتكاسة المستخدم في هذه الدراسة.

الإدمان:

5-3-3- التعريف الإصطلاحي:

- يعرف الإدمان (Addiction) بأنه النتيجة الحتمية والنهائية للتعاطي المستمر للمخدرات، وينشأ بسبب التعاطي المتكرر والمستمر للمخدر الطبيعي أو الصناعي وقديماً كان يطلق على الإدمان مصطلح (Addiction) ولكن عام 1964، استبدلت منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان بمصطلح الاعتماد (Dépendance) واتخذ المصطلح الجديد خصائص المصطلح القديم.

تعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه: "مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات وتتضمن رغبة قوية في الحصول على المخدر، وبالتالي يواجه الفرد صعوبة في

¹ يوسف بن سطات العنزي، الذكاء الإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2010، ص10.

² عبد الودود خربوش، مرجع سابق، ص2.

³ عفاف عبد الكريم، درجة الإنتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين، 2010، ص7.

⁴ سليمان بن عبد الرازق، دون سنة، الإنتكاسة للمتعافين المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطي، ص3.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

السيطرة على التعاطي ويُصر على الإستمرار في التعاطي بالرغم من الأذى المتواصل ويعطي الأولوية لتعاطي المخدر أكثر من أي نشاط آخر، وأكثر من إلتزاماته الشخصية ويصبح هناك زيادة في التحمل¹.

• يُعرف أيضا بأنه: "حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو الإعتماد عليه ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية العضوية لتجنب الآثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج عن عدم توفره وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة والأنواع التي تحدث إدمانا هي الكحوليات والمخدرات مثل الأفيون، ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير المختلفة المنشطة والمنومة².

5-3-4- التعريف الإجرائي:

هو الحالة التي يصل إليها الشخص المتعاطي للمادة المخدرة بقوة قهرية دافعة لتعاطيه، ويظهر لديه الميل إلى زيادة الجرعات لأن الكمية التي يتعاطاها لم تعد تعطيه التأثير المرغوب، وإذا إنقطع عنها يضغُب عليه تحمل الآلام النفسية أو الجسدية أو معًا، ويفقد نشاطاته اليومية المهنية والاجتماعية ويقوم بنشاطات إضطرارية للحصول على المادة رغم علمه بالمشاكل الصحية الناتجة عن التعاطي.

5-4-4- المخدرات:

5-4-1- التعريف الإصطلاحي:

يعرف المخدر بأنه كل ما يشوش العقل أو يثبطه أو يخدره ويغير في تفكير وشخصية الفرد حيث هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وهي ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يُخدرُ أو يجعله مخدرا³.

• ويعرفها قاموس أكسفورد المختصر بأنها "المواد الأصلية البسيطة الطبية والعضوية منها وغير العضوية التي تستخدم وحدها كمادة فعالة⁴.

¹ محمد أحمد خدام المشاقبة، مرجع سابق، ص22.

² رقية عزاق، الإدمان على المخدرات والسلوك الإجرامي لدى الشباب الجزائري مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 20، جامعة لونيس علي، البليلة، الجزائر، 2015، ص71.

³ خالد حمد المهدي، المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات، 2013، ص23.

⁴ جابر بن سالم، عبد الرحمن وآخرون، المعدم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، ط2، جامعة نايف العربية، الرياض، 2005، ص9.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

• كذلك نعني بالمخدرات كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من الإستعداد أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسماً ونفسياً وكذا بالمجتمع¹.

5-4-2- التعريف الإجرائي:

كل مادة طبيعية أو مصنعة إحتوت على تأثيرات منبهة أو منشطة أو مثبطة أو مهلوسة، أدخلت للجسم بطرق مختلفة وأثرت في وظائف الجهاز العصبي وألحقت أضراراً نفسية أو صحية أو إجتماعية أو إقتصادية على مستوى الفرد وأسرته، كما أنها مصنفة على أساس مواد محرمة دينياً وممنوعة قانونياً أدت بالمتعاطي إلى دخول مصحة العلاج.

5-5- وجهه الضبط:

5-5-1- التعريف الإصطلاحي:

• لقد تعددت المصطلحات لمفهوم وجهه الضبط في البيئة العربية ومنها: مركز التحكم، مصدر التحكم، مصدر الضبط، مركز الضبط، وموضع الضبط وقد إشتق هذا المفهوم أصلاً من نظرية التعلم الإجتماعي لجوليان روتر.

• عرف روتر 1966 Rotter وجهة الضبط بالجهة التي يعزى إليها السبب في السلوك فقد أشار أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الداخلي يعتقدون أن التدييمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية أو عوامل تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء أو المهارة، أو سمات الشخصية المميزة له، في حين أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الخارجي يعتقدون أن التدييمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة يرتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص، المصادفات وتأثير الآخرين، هي من أهم العوامل التي تلعب دوراً كبيراً في حياتهم².

¹ الحيايلى وليد ناجي، قياس التكاليف المالية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد 15، العدد 29، 2004، ص 49.

² صالح بن سفير الخثعمي، وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهروين رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2008، ص 25-26.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

ويرى ليفكورت Lefcourt أن وجهة الضبط تعد بُعْدًا من أبعاد الشخصية وتؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن الإعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره الخاصة والعامة، يسمح له بالإستمرار على قيد الحياة، دون ضغوط ويتمتع بحياته، ومن ثم يمكنه التوافق في البيئة التي يعيش فيها¹.

قسم روتر وجهة الضبط إلى وجهة ضبط داخلية ووجهة ضبط خارجية وحدد سمات الأفراد في فئتي الضبط كما يلي:

• الفرد الذي لديه إعتقاد قوي بأنه يستطيع أن يسيطر على البيئة ويتحكم في مصيره له ضبط داخلي ويتميز ب:

✓ يكون أكثر حذرا وإنتباها لتلك النواحي المختلفة من البيئة والتي تزوده بمعلومات ذات فائدة بالنسبة لسلوكه الحالي والمستقبلي.

✓ يتخذ خطوات جادة وفعالة تمكنه من تحسين أوضاعه وأوضاع بيئته.

✓ يضع قيمة كبيرة لتعزيز المهارة والأداء ويكون أكثر إهتماما بقدراته وبفشله أيضا.

✓ يقاوم المحاولات المغرية للتأثير عليه.

• الفرد الذي يعتقد في القوى الخارجية كالحظ والصدفة والآخرين الأقوياء لديه ضبط خارجي ويتميز ب:

✓ تكون له سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج.

✓ تتخفف لديه درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة.

✓ يرجع الحوادث الإيجابية أو السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي بالإضافة إلى إنتقاره إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الحوادث².

5-2-5- التعريف الإجرائي:

هي تفسير المدمن المنتكس لحالة الإدمان التي آل إليها بأسباب خارجية بيئية وإجتماعية أو ظروف أو أصدقاء السوء أو الصدفة أو الحظ أو القدر وهي ما يقيسه المقياس المستخدم في الدراسة.

¹ إبتسام بن هادي بن أحمد العفاري، العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية قسم علم النفس، المملكة العربية السعودية، 2011، ص15.

² بشير معمري، مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الإتجاه المعرفي السلوكي، دراسة ميدانية، المكتبة العصرية، المنصورة، 2009، ص19.

5-6- لهفة الإدمان

5-6-1- التعريف الإصطلاحي:

لقد تعددت تعريفات اللهفة على الإدمان وسنوجز بعضها فيما يلي:

اللهفة سلوك: يقرر كل من كاري جونسون وكيم فروم أن اللهفة سلوك متعلم ومكتسب من خبرات تعاطي العقاقير.

اللهفة عرض: يقرر اريكسون وآخرون 1990، أن اللهفة عرض من أهم أعراض الإدمان العقاقيري وقد أكد ذلك كرسطين وماكدونالد حينما عرفا اللهفة بأنها عرض من زملة أعراض الإنسحاب.

اللهفة رغبة: هي رغبة ملحة ومكدره، تمتد عبر عتبة ذاتية من الشدة ويعرفها بابور Babor.t.f 1993، بأنها "عبارة عن رغبة عارمة لمادة أو عقار ذي تأثير نفسي أو مزاجي أو هي الرغبة في الحصول على التأثيرات السمية للعقار النشوية أو الممتعة"¹.

• عرفت اللهفة كذلك من حيث خصائصها:

- أنها شديدة وملحة وقوية ومؤثرة وفعالة وذات مغزى.
- أنها ذات طبيعة وسواسية وقهرية وجبرية ونمطية.
- أنها نسبية وتختلف باختلاف الشخص وبإختلاف العقار.
- أنها توجد لدى الجنسين حيث توصل روز نبلوث مع آخرين 1978 أن الذكور أكثر لهفة على الكحول مقارنة بالإناث.
- أنها ترتبط بالأعراض الإنسحابية عموماً، وتظهر أكثر لدى فئات إعتماضية معينة عن غيرها، فهي أشد وطأة لدى مدمني الهيروين مقارنة بمدمني الكحول.
- أنها مثير قوي للإرتكاس وذات إرتباط وثيق به وتعد مؤشراً مهماً للإرتكاس.
- أنها تتطور وتختلف باختلاف مراحل الإدمان والإعتماضية العقاقير ومراحل التشافي².

5-6-2- التعريف الإجرائي:

هي شدة الشوق والرغبة الملحة في تكرار سلوك تعاطي المخدر، تظهر على شكل أعراض جسدية أو نفسية أو سلوكية، تظهر درجتها من خلال المقياس المستخدم في الدراسة.

¹ مدحت عبد الحميد أبوزيد، لهفة الإدمان "تشخيصها وعلاجها" دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2003، ص33-34.

² مدحت عبد الحميد أبوزيد، الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، الجزء الثاني، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2011، ص52-58.

5-7- الذكاء الإنفعالي (الوجداني):

5-7-1- التعريف الإصطلاحي:

يعرف جولمان الذكاء الوجداني بأنه: "مجموعة من القدرات المتنوعة التي يمتلكها الأفراد واللازمة للنجاح في جوانب الحياة المختلفة، والتي يمكن تعلمها وتحسينها وتشمل المعرفة الإنفعالية وإدارة الإنفعالات والحماس والمثابرة وحفز النفس وإدراك إنفعالات الآخرين وإدراك العلاقات الإجتماعية¹.

• عرفه بار-أون بأنه: "مجموعة من القدرات غير المعرفية والمهارات التي تؤثر على قدرة الفرد في التكيف مع المتطلبات البيئية وضغوطها².

• يعرف سالوفي وماير 1990 الذكاء الوجداني على أنه: "القدرة على مراقبة الفرد لإنفعالاته وإنفعالات الآخرين والتمييز بينهما وإستخدام المعلومات لتوجيه تفكير وتصرفات الفرد³.

• ويعرفانه كذلك بأنه: "القدرة على معرفة الشخص مشاعره وإنفعالاته الخاصة كما تحدث بالضبط ومعرفته بمشاعر الآخرين وقدرته على ضبط مشاعره وتعاطفه مع الآخرين والإحساس بهم وتحفيز ذاته ليصنع قرارات ذكية"⁴.

• أبعاد الذكاء الإنفعالي:

يشير جولمان إلى خمسة أبعاد أساسية تتكامل وتتحد فيما بينها مكونة الذكاء الإنفعالي:

أولاً: الوعي بالذات:

(المعرفة الإنفعالية) وهو معرفة الحالات الداخلية الإنفعالية للفرد ويتضمن الكفايات التالية:

أ- الوعي الإنفعالي: ويقصد به معرفة الفرد لإنفعالاته وتأثيراتها.

ب- التقييم الدقيق للذات: ويعني معرفة نقاط القوة والضعف لدى الفرد.

ت- الثقة بالنفس: يقصد بها الإحساس القوي بقيمة الذات وقدراتها⁵.

¹Goleman, D, comment transformer ses émotions en intelligence ? La ffont, paris, 1997, p40.

² محمد بن راشد الحجري، الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى العاملين في الوظائف الدينية بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة نزوى، ص19.

³Taylor, G. Bagby R, An overvien of the Alexrthymiaconstruct, In. R Baron j p Parker (Eds) the hand book of Emdional Intelligence 40-67 Sanfransco-jossey-Bass, 2000, p45.

⁴ السمدوني إبراهيم، الذكاء الوجداني، أسسه وتطبيقاته وتنميته، ط1، دار الفكر، عمان، 2007، ص41.

⁵ فتحي عبد الرحمن جروان وآخرون، دون سنة، أثر برنامج إرشاد جمعي مستند إلى نظرية جولمان في الذكاء الإنفعالي في خفض السلوكيات العدوانية والإتجاهات السلبية نحو المدرسة لدى طلبة المرحلة المتوسطة في الأردن، مجلة الطفولة العربية، العدد 37، ص13.

ثانيا: إدارة الإنفعالات:

(التنظيم الذاتي) وتشير إلى القدرة على التحكم في الإنفعالات السلبية، وكسب الوقت للتحكم فيها وتحويلها إلى إنفعالات إيجابية وهزيمة القلق والإكتئاب وممارسة الحياة بفعالية¹.

ثالثا: الدافعية:

(تحفيز الذات) هي النزعات الإنفعالية التي تقود الفرد نحو الأهداف أو تسهل عليه تحقيقها وتتضمن:

أ- دافع الإنجاز: ويقصد به الكفاح لتحقيق مستوى عالٍ من التفوق.

ب- الإلتزام: ويعني الميل نحو أهداف المجموعة أو المؤسسة.

ت- المبادرة: وتعني الإستعداد لإستغلال الفرص.

ث- التفاؤل: يقصد به الإصرار على متابعة الأهداف على الرغم من العقاقيل².

رابعا: النقص الوجداني (التعاطف):

ويشير إلى القدرة على إدراك إنفعالات الآخرين والتوحد معهم إنفعاليا وفهم مشاعرهم وإنفعالاتهم والتناغم معهم والإلتصال بهم بمعنى معرفة عواطف الآخرين والإهتمام بإتجاهاتهم والشعور بإحتياجاتهم وتحسينها.

خامسا: التواصل (المهارات الإجتماعية):

ويشير إلى التأثير الإيجابي والقوي في الآخرين عن طريق إدراك إنفعالاتهم ومشاعرهم ومعرفة أثرها في الآخرين والتصرف بطريقة لائقة³.

ويتضمن الكفاءة الإجتماعية والتي تشمل المهارات الإجتماعية والقدرة على التفاعل الإيجابي مع الآخر في مختلف المواقف الإجتماعية⁴.

5-7-2- التعريف الإجرائي:

هو مجموعة القدرات الإنفعالية الموضحة في الأبعاد الخمسة للذكاء الوجداني، الوعي بالذات إدارة الإنفعالات، الدافعية، النقص الوجداني والمهارات الإجتماعية والتي تقاس درجاتها بالمقياس المستخدم في الدراسة.

¹ محمود مسلم الطالعة، تحري الخصائص السيكومترية لمقياس الذكاء الإنفعالي وإيجاد علاقته بالقلق لدى طلبة جامعة مؤتة، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة، 2007، ص 22.

² فتحي عبد الرحمن جروان وآخرون، مرجع سابق، ص 13.

³ محمود مسلم الطالعة، مرجع سابق، ص 23.

⁴ هشام إبراهيم عبد الله، الذكاء الوجداني وعلاقته بفعالية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة علم النفس والعلوم الإنسانية، كلية الآداب، جامعة المنية، 2009، ص 9.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

ثانيا: البحوث والدراسات السابقة ومدى إفادة البحث الحالي منها:

- المحور الأول: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث موضوع الإدمان

1- دراسات عربية.

2- دراسات محلية.

3- دراسات أجنبية.

- التعليق على الدراسات التي تناولت بالبحث موضوع الإدمان.

- المحور الثاني: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان

1- دراسات عربية.

2- دراسات أجنبية.

- التعليق على الدراسات التي تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان

- المحور الثالث: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث علاج الإدمان والإنتكاسة

1- دراسات عربية.

2- دراسات محلية.

3- دراسات أجنبية.

- التعليق على الدراسات التي تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان.

• الدراسات المرتبطة:

يتميز العلم بطابعه التراكمي، فكل بحث يبدأ من حيث إنتهى البحث السابق، لذا يجب على كل باحث الإطلاع على ما توصل إليه العلم في مجال بحثه، فالدراسات السابقة تمثل إطارا علميا يوجه الباحث ويساعده على إلقاء الضوء على المفاهيم والأسس والمعارف والمعلومات التي تمت بصلة مباشرة أو غير مباشرة بمشكلة أو موضوع الدراسة وسوف نتناول في هذا الجزء من الفصل عدداً من الدراسات العربية والمحلية والأجنبية نرى أنها ترتبط بصورة أو بأخرى بموضوع الدراسة الحالية، مقسمة على النحو التالي:

- المحور الأول: بحوث ودراسات تناولت بالبحث موضوع الإدمان.
- المحور الثاني: بحوث ودراسات تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان.
- المحور الثالث: بحوث ودراسات تناولت بالبحث علاج الإدمان والإنتكاسة.

وعلى ضوء ما يتضمنه كل محور من بحوث ودراسات ترصد الباحثة أهم ما توصلت إليه الدراسات ومدى إستفادة البحث الحالي منها وفيما يلي تناول لهذه المحاور:

• المحور الأول: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث موضوع الإدمان.

1- الدراسات العربية:

1-1- دراسة حسين 1995:

هدفت دراسة حسين إلى التعرف على الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في كل من مفهوم الذات وتقدير الذات ووجهة الضبط، تكونت عينة الدراسة من 40 متعاطياً للكحوليات تتراوح أعمارهم ما بين (21، 24 سنة) و40 غير متعاطياً بنفس مواصفات المجموعة الأولى، استخدمت الدراسة إختبار تنسي لمفهوم الذات، مقياس تقدير الذات لحسين الدريني، مقياس روتر للضبط الداخلي الخارجي، أشارت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق جوهرية بين متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين في مفاهيم أبعاد الذات وتقدير الذات لفئة غير المتعاطين وكذلك وجود فروق جوهرية بين متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين في وجهة الضبط الخارجية لفئة متعاطي الكحوليات.

1-2- دراسة العقباوي 1999:

جاءت دراسة العقباوي للكشف عن وجهة الضبط لدى المدمنين على الهيروين مقارنة بأشقائهم غير المدمنين، تكونت عينة الدراسة من 10 مدمنين على الهيروين من أحد مراكز علاج الإدمان في المجتمع الخليجي، وعينة ضابطة تقدر بـ 100 شخص من غير المدمنين تم اختيارهم من بين أشقاء المدمنين المتقاربين

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

من حيث السن والظروف الحياتية، وتم تطبيق مقياس وجهة الضبط لعلاء الدين كفاقي (1982م) لمجموعتي المدمنين وأشقايمهم غير المدمنين، وأخيراً أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين وأشقايمهم غير المدمنين بالنسبة لوجهة الضبط، حيث يميل المدمنون إلى الإعتقاد في الضبط الخارجي.

1-3- دراسة محمود 2001:

جاءت دراسة "محمود" بهدف التعرف على طبيعة العلاقة بين الإغتراب وضعف الأنا، ووجهة الضبط وبيان التشابه والإختلاف على بعض المتغيرات لدى مدمني الهيروين، وتكونت العينة من 60 من مدمني الهيروين، ومتعاطي العقاقير المخدرة، من الذكور من مراجعي العيادات النفسية والمنومين بمستشفى الصحة النفسية الأمل بالرياض، تراوحت أعمارهم ما بين 18-30 سنة وينتمون إلى مستويات تعليمية وإقتصادية مختلفة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الإغتراب ومقياس ضعف الأنا ومقياس وجهة الضبط وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المدمنين على الهيروين ومتعاطي العقاقير يحصلون على درجات مرتفعة على الإغتراب مقارنة بالأسوياء كما أنهم يتميزون بضعف الأنا وبوجهة ضبط خارجية فيما وجدت الدراسة إختلاف في السمات المميزة لكل من مدمني الهيروين ومتعاطي العقاقير النفسية من حيث ضعف الأنا والإغتراب.

1-4- دراسة عيد والمشعان 2003:

في الكويت أجرى عيد والمشعان دراسة هدفت إلى التعرف على الإرتباط بين تقدير الذات وكل من القلق والاكتئاب، استخدم الباحث مقياس إختبار القلق وإختبار بيك للإكتئاب، تكونت العينة من 46 معتمداً و45 من غير المعتمدين واستخدم المنهج الوصفي، بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، حيث كان المعتمدون أكثر قلقاً وإكتئاباً وإنخفاصاً في تقدير الذات مقارنة بغير المعتمدين.

1-5- دراسة عمر 2004:

أجرى عمر دراسة لبعض المتغيرات النفسية والإجتماعية ذات العلاقة بتعاطي المخدرات، هدف من خلالها إلى التعرف على الفروق في المتغيرات النفسية (ضبط الذات العام، ومقاومة الذات للإجباط اليأس، والإحساس بالوحدة النفسية) بين المتعاطين وغير المتعاطين، وبين المتعاطين المترددين على المستشفى للعلاج والمتعاطين المسجونين وبين المتعاطين لأنواع المختلفة من المخدرات، والتعرف على مدى التباين في كل المستوى الإقتصادي والمستوى التعليمي وعدد أفراد الأسرة والترتيب الميلادي وسن بدء التعاطي داخل فئة المتعاطين والكشف عن إغراءات ودوافع وأسباب التعاطي للمخدرات.

تكونت عينة الدراسة في 58 متعاطياً منهم متعاطون يتلقون العلاج بمستشفى الصحة النفسية بمحافظة "بيشة" البعض مقيم والبعض الآخر يتردد على العيادة الخارجية، 32 متعاطياً في سجل "بيشة" حيث تراوحت

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

أعمارهم ما بين (18-48 سنة) أما عينة غير المتعاطين فقد تكونت من 52 فردًا تراوحت أعمارهم ما بين (22-49 سنة).

تمثلت أدوات الدراسة في مقياس التحكم الذاتي، مقياس الإحساس بالوحدة النفسية وإستمارة جمع المعلومات، لقد خلصت الدراسة إلى نتائج: تتميز شخصية المتعاطي بسوء التوافق وفقدان القدرة على ضبط الذات وعدم القدرة على مقاومة الإحباطات والشعور العميق بالوحدة والإغتراب والإنسحاب من المجتمع، تميز المحور البيئي الإجتماعي بإنخفاض مستوى الدخل وتدني مستوى التعليم ومجاراة الأصدقاء ووقت الفراغ، أما عن المحور الأسري فيتمثل في ضعف الإشراف والرقابة الأبوية وتعاطي الأب للمخدرات والتفكك الأسري. أظهرت الدراسة كذلك أن غير المتعاطين يتمتعون بتحكم الذات ومقاومتها للإحباط بينما المتعاطين ظهرت لديهم مشاعر الإحساس بالوحدة النفسية أعلى من غير المتعاطين.

علما أن الدراسة أظهرت أيضا أن غالبية المتعاطين للمخدرات بدأوا التعاطي في سن (20-29 سنة) وقد بلغت نسبتهم 36,21% بينما الذين بدأوا بعد سن الثلاثين فقد بلغت النسبة 10,34% من أفراد العينة.

1-6- دراسة حسين 2004:

في مصر أجرى حسين دراسة هدفت إلى ربط مفهوم نوعية الحياة بسمات الشخصية ومحاولة توضيح العلاقة بين كل منهما، ومحاولة الكشف عن نوعية الحياة لدى مدمني الهيروين، من خلال عينة بلغت (87) فردًا من مدمني الهيروين، تراوحت أعمارهم ما بين (20-35 سنة) واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وأدوات ك: مقياس الرضا عن الحياة من إعداد دسوقي (1999)، ومقياس إختبار مستوى نوعية الطموح من إعداد عريضة (2000) ومقياس بار-أون لقوة الأنا من إعداد كفاقي (1986) ومقياس الإنحراف السيكوباتي (MMPI) وكشفت النتائج على وجود علاقة إرتباطية سالبة بين الرضا عن الحياة والسيكوباتية بمعامل إرتباط 0.304 وبدلالة إحصائية عند المستوى 0.01، كما كشفت عن وجود إرتباط موجب بين قوة الأنا ومستوى التعليم وأيضا سن المهنة وبداية سن التعاطي.

1-7- دراسة الخلف 2007:

في السعودية أجرى الخلف دراسة مقارنة هدفت إلى معرفة مستوى التوافق الإنفعالي والإجتماعي لدى المتعاطين وغير المتعاطين وحسب نوع المخدر تشكلت العينة من 80 متعاطي و80 من غير المتعاطين، استخدم الباحث مقياس دانيال اوفر "Daniel Offer" للتوافق الإنفعالي والإجتماعي، مستخدما كذلك المنهج الوصفي، من بين النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التوافق الإجتماعي والإنفعالي تبعا لسلوك تعاطي المخدرات ونوع المخدر بمعنى أن المتعاطي يكون أقل توافقا إجتماعيا وإنفعاليا مقارنة بغير المتعاطين.

1-8- دراسة صالح بن سفير 2008:

أجرى صالح بن سفير بن محمد الخثعمي دراسة تحت عنوان "وجهة الضبط والإنذافية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهيروين" هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين من جهة في وجهة الضبط ومن جهة أخرى معرفة الفروق بين العينتين في أسلوب "الإنذاف - التروي" وكذا التعرف على الفروق بين المندفعين والمتروين في وجهة الضبط لدى العينة الكلية وكلا من عينة المتعاطين وغير المتعاطين للهيروين اعتمد الباحث على المنهج المقارن، تكونت عينة الدراسة الكلية من 60 فردًا قسمت إلى المجموعة الأولى مكونة من 30 متعاطيا للهيروين، والمجموعة الثانية مكونة من 30 موظفا وقد تم إختيار المجموعتين بالطريقة العمدية، بناءً على توافر محكات ومعايير خاصة، تراوحت أعمار أفراد العينة من 25-45 سنة وجميعهم ذكور، استخدمت الدراسة أدوات: مقياس وجهة الضبط لروتر ترجمة وتقنين كفاقي، وإختبار تراوح الأشكال المألوفة لكاجان ترجمة وتقنين الفرماوي، أسفرت الدراسة على عدة نتائج:

1- توجد فروق دالة إحصائيا بين المتعاطين للهيروين وغير المتعاطين في وجهة الضبط الخارجية لصالح المتعاطين للهيروين.

2- توجد فروق دالة إحصائيا بين المتعاطين للهيروين وغير المتعاطين في (الإنذاف-التروي).

3- توجد فروق دالة إحصائيا بين المندفعين والمتروين في وجهة الضبط لدى العينة الكلية وعينة المتعاطين للهيروين وذلك لصالح المندفعين، فيما لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المندفعين والمتروين في وجهة الضبط لدى عينة غير المتعاطين.

1-9- دراسة السبيعي 2011:

في الرياض أجرى السبيعي دراسة هدفت إلى معرفة الفروق في قوة الأنا لدى مدمني المخدرات وغير المدمنين، تألفت العينة من 80 مدمن و103 من غير المدمنين، استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، واستخدم مقياس قوة الأنا، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا لدى أفراد مجتمع الدراسة بإختلاف نوع المخدر ومتغير مدة التعاطي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا بين المدمنين وغير المدمنين تبعًا للمستوى التعليمي.

1-10- دراسة المشعان 2011:

في الكويت أجرى المشعان دراسة هدفت إلى بيان علاقة المساندة الإجتماعية بالعصابية والإكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين وغير المتعاطين، تكونت العينة من 553 طالبا و296 طالبة و36 متعاطيا، استخدم الباحث أسلوب التحليل الوصفي المقارن، وكذا أدوات كمقياس بيك، اختبار إيزيك للشخصية ومقياس المساندة الإجتماعية، توصلت الدراسة إلى وجود علاقة سالبة بين المساندة الإجتماعية والعصابية والإكتئاب والعدوانية،

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

بينما توجد علاقة موجبة بين العصابية والإكتئاب والعدوانية، مع وجود فروق ذات دلالة، إحصائية بين الذكور والإناث في المتغيرات الثلاث السابقة الذكر، حيث نجد متوسط درجات العصابية والإكتئاب إتجاه الإناث والعدوانية إتجاه الذكور ووجود فروق جوهرية في الإكتئاب والعصابية بين المتعاطين وغير المتعاطين.

1-11- دراسة الفهدي 2013:

قدم الفهدي دراسة هدفت إلى التعرف على الخبرات النفسية والاجتماعية للمدمنين وإكتشاف العلاقة بين سلوكهم الإدماني والمتغيرات الشخصية والأسرية لديهم، واستخدم الباحث المنهج الكمي والكيفي، وفي الجانب الكمي جمعت البيانات من عينة قوامها (131) من الذكور المدمنين على المخدرات والذين يتلقون حاليًا العلاج بمستشفى تخصصي بمحافظة مسقط، تراوحت أعمارهم بين (15-55 سنة) وهم من حملة المؤهلات العلمية الدنيا، واستخدم الباحث إختبار بيرسون لتحديد العلاقة الإرتباطية بين متغيرات الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة: أن أكثر العوامل الشخصية تأثيرا بسلوك المدمنين في المجتمع العماني هو عامل العصابية وهي تعتبر درجة مرتفعة بينما أقل درجات عوامل الشخصية هو عامل الذهان، وأظهرت نتيجة التحليل الإحصائي أن العلاقة الإرتباطية (إختبار بيرسون) بين الأبعاد الشخصية والمتغيرات الأسرية ضعيفة وعكسية في بعض المحاور ولكنها متدنية من حيث الحدة، هذا يعني وجود علاقة سلبية بين عوامل الشخصية والمتغيرات الأسرية، ويكشف التأثير السلبي للإدمان على الإستقرار الأسري ومن ثم على الشخصية.

2- دراسات محلية جزائرية:

1-2- دراسة عزوز 2005:

دراسة عزوز عبد الناصر الهاشمي تحت عنوان "التنشئة الإجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتر فانون البلدية، الجزائر"، هدفت إلى معرفة بعض الخصائص البنائية والوظيفية لأسر مدمني المخدرات ودراسة متغيرات التفكك الأسري، أساليب التنشئة الإجتماعية، طبيعة العلاقات الوالدية، النموذج الوالدي، كشفت الدراسة عن سمات أسر المدمنين: وهي فقدان أحد الوالدين الطلاق، الهجر، الانفصال.

2-2- دراسة نويبات 2006:

أجرى نويبات قدور دراسة تحت عنوان "إتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات" دراسة إستكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة، هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة إتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات، التعرف على الإختلاف في الإتجاه نحو تعاطي المخدرات بين البطالين حسب متغيرات الجنس، السن، التأهيل، التدخين، إعداد مقياس لدراسة إتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات ملائما لبيئتنا،

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

إشتملت العينة على 358 شابًا بطلاً، إعتمدت الدراسة المنهج الوصفي واستخدمت كأداة إستبيان إتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات من إعداد الباحث، دلت النتائج على وجود إتجاهات إيجابية لدى الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات، ووجود فرق دال إحصائياً في إتجاهاتهم بإختلاف الجنس والتدخين، وعدم وجود فرق دال بإختلاف شهادة التأهيل والسن.

2-3- دراسة فوزية 2010:

أجرت بن عبد الله فوزية دراسة تحت عنوان دراسة شخصية المدمن على المخدرات كإستجابة للصدمة النفسية، هدفت إلى معرفة مميزات شخصية المدمن على المخدرات كإستجابة للصدمة النفسية تكونت عينة الدراسة من 3 أشخاص ذكور، تراوحت أعمارهم ما بين 24 إلى 35 سنة، تم إستخدام المنهج العيادي بأدوات كالمقابلة نصف الموجهة، الإختبار الإسقاطي لتقهم الموضوع TAT، أسفرت الدراسة على نتائج أهمها:
تحديد السمات المشتركة بين المدمنين في النقاط التالية:

- قلق وخوف من فقدان الموضوع.
- وجود علاقة إتكالية مع الأم.
- عدم النضج الوجداني.
- الغياب الوجداني للأب.
- الحاجة إلى السند.
- صعوبة في التقمص وبناء علاقات مع الآخرين.
- الشعور بالذنب.
- ميل إلى الجنسية المثلية.
- عدم تقدير الذات.
- إضطرابات في الهوية.
- سيكوباتية وعدم كفاية الأنا الأعلى.

2-4- دراسة زيوش 2014:

أجرى سعيد زيوش دراسة تحت عنوان "تأثير المخدرات على العلاقات الإجتماعية عند المراهق" دراسة ميدانية بمركز علاج المدمنين "أبو بكر بلقايد" البويرة، هدفت الدراسة للكشف عن آثار تعاطي المخدرات على العلاقات الإجتماعية عند المراهق من خلال الإجابة على عدة تساؤلات:

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

هل الإدمان عند المراهق يؤدي إلى التفكك الأسري؟، ما هي الأسباب والعوامل المؤدية إلى ظاهرة تعاطي المخدرات؟ هل هناك علاقة بين التفكك الأسري وإدمان المراهق للمخدرات؟ بلغت عينة الدراسة 50 فردًا وهم جميع الموجودين بالمركز طبقت الدراسة المنهج المسحي، اعتمدت الباحثة على أدوات كالإستمارة ثم أسفرت الدراسة على نتائج أهمها:

- أن الآثار التي تخلفها الأسرة على المتعاطي عدم الإهتمام وعدم الرعاية مما يؤدي إلى التعاطي بسبب المشاكل الأسرية.
- عدم الإحساس بالإطمئنان للمتعاطي من طرف أسرته.
- إن حاجة المدمن إلى المخدر تدفعه إلى ارتكاب العديد من الجرائم والمشاكل كالسرقة والقتل بسبب الظروف الإقتصادية السيئة.
- مكان العيش، الأصدقاء، توفر المخدرات، أوقات الفراغ كلها عوامل تؤثر على إدمان الشخص.

2-5- دراسة عزاق:

أجرت رقية عزاق (دون سنة) دراسة تحت عنوان "الإدمان على المخدرات والسلوك الإجرامي لدى الشباب الجزائري"، هدفت من خلالها إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين الإدمان على المخدرات وقيام الشاب الجزائري بنوع من أنواع السلوك الإجرامي، أي مدى العلاقة بين المخدر والجريمة وسط الشباب الجزائري، تكونت عينة الدراسة من 4 حالات تراوحت أعمارهم ما بين (23-25 سنة) ذكور مدمنين بمستشفى فرانتز فانون مصلحة الإدمان "البليدة"، اعتمدت الباحثة المنهج الإكلينيكي مستخدمة عدة أدوات كالمقابلة نصف الموجهة إختبار الروشاخ وإختبار TAT وفي الأخير خلصت الدراسة إلى أن الحالات المدروسة تقوم بسلوكات إجرامية مثل السرقة والإعتداء على الآخرين من أجل الحصول على المخدرات.

3- الدراسات الأجنبية:

3-1- دراسة بيتر سرجانيان 1992:

أجرى بيتر سرجانيان وآخرون Peter Sergnian & Others دراسة بعنوان "مدى الإختلاف الموجود لدى مدمني الكحوليات والمواد المخدرة عند دخولهم للعملية العلاجية" وبدأت هذه الدراسة بالإشارة إلى الإنتشار المرضي لتعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية، وأنه على الرغم من إستمرار إنتشار تعاطي المواد الكحولية إلا أن إنتشار تعاطي المواد المخدرة الأخرى ينتشر ويتزايد بصورة أكثر شدة، وقد أكد الباحثون أنه على الرغم من وجود سمات وخصائص عامة لدى الأفراد المتعاطين، إلا أنه يوجد كثير من الإختلاف في العديد من العوامل والمتغيرات الديموغرافية والنفسية المعرفية التي تميز بين مدمني الكحوليات ومتعاطي

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

المخدرات لذا قام الباحثون بدراسة عينة من المدمنين للكحوليات ومتعاطي المواد المخدرة بلغت 208 مفحوصا من المرضى الراشدين الملتحقين بالعلاج وقام الباحثون بتقسيم المفحوصين إلى عدة مجموعات طبقا للعمر الزمني ونوع الإدمان أو التعاطي، وقد كشفت نتائج الدراسة عن تعرض المفحوصين في المجموعات المختلفة لخبرات قاسية وما بين حادة في حياتهم الشخصية وخبراتهم الأسرية، كما تبين أن المجموعات العمرية الأكبر سنًا كانت تميل إلى تعاطي المواد الكحولية أكثر من المواد المخدرة وأن المجموعات التي كانت تتناول المواد المخدرة سواءً بمفردها أو تتناولها مع المواد الكحولية كانت تتسم بالإحساس بالتشاؤم والإكراه والتعاطي القهري للمخدرات كما أنهم أظهروا قدرًا أكبر من السلوكيات العدوانية من متعاطي المواد الكحولية فقط.

3-2- دراسة أندراو وآخرون 1999:

في نيويورك أجرى Andnew et Skodol et John et Oldha et Peggy et Gallaher دراسة هدفت إلى تحديد مدى الإضطرابات المرضية لدى متعاطي المخدرات لدى المرضى المحولين للعلاج من إضطرابات الشخصية، بلغت العينة 200 مدمن، استخدم الباحثون المنهج الوصفي، حيث استخدمت الدراسة مقياس الإضطرابات الشخصية الحدية (DSM-III-R) ومقياس الإضطرابات الطبية (SCID-P)، كشفت النتائج عن وجود إضطرابات في الشخصية الحدية مرتبطة بالعمر من (24-35 سنة) وأكثرها إرتفاعا القلق، إضطراب حدة الأكل حيث تختلف إضطرابات الشخصية في حدتها حسب نوع المخدر.

3-3- دراسة لوكاش 2000:

Lukas حاول من خلالها دراسة العلاقة بين الشخصية والإدمان من جهة وبين إدمان الآباء الراشدين والأبناء المراهقين من جهة أخرى بينت نتائج الدراسة وجود علاقة بين إدمان الآباء وإدمان الأبناء، كما أظهرت الدراسة أيضا وجود علاقة بين الشخصية والدافع لتناول الكحول، إذ بينت أن الأشخاص العصابين وغير المقبولين وأبناء الآباء المدمنين هم أكثر عرضة للإدمان، وأقل قدرة للإقلاع عنه، حيث ارتبطت الدافعية العالية بمستوى متدنٍ على الإدمان في حين أن الدافعية المتدنية ارتبطت بالإدمان بشكل أكبر.

3-4- دراسة Strike & Urbanoski & Rush 2003:

هدفت إلى التعرف على المشاكل التي يعاني منها مدمنو الحشيش في إحدى المراكز العلاجية، استخدم الباحثون المقابلات العشوائية وتكونت العينة من 42 فردًا، طبقت عليهم المعايير التشخيصية لمنظمة الصحة العالمية، حيث توصل الباحثون إلى أن 80% من أفراد العينة هم ذكور و77% منهم غير متزوجين، كما توصلت إلى وجود إرتباط قوي بين تعاطي الحشيش وإضطرابات القلق بوجه عام.

3-5- دراسة بروك وألن 2003:

في كاليفورنيا أجرى بروك وألن Bruch & Allen دراسة هدفت إلى معرفة العوامل الخمس الكبرى التي لها تأثير في الإدمان وعلاقتها بإختيار المادة وتعدد مواد الإستخدام، بلغت عينة الدراسة 325 مدمن، 44% ذكور، من الذين يتلقون العلاج من الإدمان على الهيروين والكوكايين أو الكحول وإشتملت التدابير المقابلة السريرية المنظمة (DSM-III-R) ومقياس إدمان الكحول (MAC) ومقياس العوامل الخمس الكبرى، وكانت أهم النتائج هي أن الأفراد الذين يعانون من إضطرابات الإدمان ظهر لديهم سمات شخصية مشتركة وهي إرتفاع عامل العصابية وإنخفاض عامل يقظة الضمير والمقبولية والإنتحاح على الخبرة، وقد ارتبطت الدرجة المنخفضة على هذا العامل بالشخصية المضادة للمجتمع وبالسلوك الإجرامي.

3-6- دراسة آروند 2004:

وفي الدنمارك أجرى Arendt & Muuk دراسة هدفت إلى معرفة الإضطرابات النفسية لدى مدمني الحشيش ومدمني مستخدمي المواد الأخرى، تكونت عينة الدراسة من 1439 مدمنا ذكراً، و9122 مستخدمي المواد الأخرى، باستخدام المنهج الوصفي المقارن، من بين نتائج الدراسة هي أن مدمني الحشيش أقل سنًا مع مستخدمي المواد الأخرى، و27% من متعاطي الحشيش لا يملكون البرامج العلاجية المقررة داخل المصحات، وهم يعانون من درجات عالية من الإكتئاب.

3-7- دراسة هينجن وزملاؤه "Hengon et la 2004"

استخدمت الدراسة بيانات المسح القومي الأمريكي حالات الكحول لعام 2001-2002 لعينة ممثلة للسكان في سن 18 سنة فأكثر، اعتمدت الدراسة المقابلات الشخصية التي تشمل على معايير تشخيص الإفراط في الكحول وإدمانه كما وردت في DSM IV هدفت لمعرفة إذا كان التعاطي المبكر للكحول يؤثر على الدماغ في طور النمو ويجعله أكثر عرضة للإدمان أم لا؟ وبينت نتائج هذه الدراسة أنه من بين الأفراد الذين بدأوا التعاطي قبل 14 سنة أصبح 47% منهم مدمنين لاحقاً، مقابل 9% أصبحوا مدمنين بعد أن بدأوا التعاطي في سن 21 سنة فما فوق.

وبالتالي استنتج الباحثون كلما كان التعاطي في سن مبكرة كلما زادت العوامل المرجحة للإصابة بالإدمان لاحقاً، بالإضافة إلى أن المدمنين الذين بدأوا التعاطي مبكراً قد شهدوا فترات إدمان أطول وبنطاق أوسع من الأعراض مقارنة بمن لم يبدأوا التعاطي مبكراً وكان غالبية المتعاطين ذوو الدخل المتدني، ويفتقرون إلى التعليم والمهارات الحياتية.

3-8- دراسة ماتهاو 2010:

دراسة Matthew ركزت على معرفة الأسباب الدافعة بالشباب الأمريكي إلى تعاطي المواد المخدرة، وتوصلت إلى أهم هذه الأسباب هي الضجر، الإحباط، عدم التقبل من خلال الآخرين، إضافة إلى بعض العوامل الإجتماعية كالطلاق، سوء المعاملة الوالدية، حيث تناول الباحث مختلف أنواع المخدرات وآثارها السلبية كسرعة التنفس، الإحباط، تغير المزاج والوفاة أحياناً.

3-9- دراسة شيلينج وكارمن:

قدم كل من شيلينج وكارمن "دراسة هدفت إلى التأكيد على مدى العلاقة القائمة بين وجهة الضبط وسلوك تعاطي الكحول وشملت الدراسة 199 من طلاب المدارس العليا المتعاطين للكحول وقد استخدم الباحثان مقياساً لوجهة الضبط وكذلك إستبياناً خاصاً بسلوك التعاطي من حيث الكمية وعدد المرات والدوافع والمشكلات الناجمة عن التعاطي. وأشارت النتائج إلى أن ذوي وجهة الضبط الخارجية لديهم دوافع شخصية للتعاطي أكبر من ذوي وجهة الضبط الداخلية، كما تبين أيضاً زيادة المشكلات الإجتماعية الناجمة عن التعاطي لدى ذوي وجهة الضبط الخارجية مقارنة بذوي وجهات الضبط الداخلية.

- التعليق على دراسات المحور الأول:

يتضح من خلال العرض السابق أن ظاهرة الإدمان كانت مركز إهتمام الكثير من الباحثين في شتى أقطار العالم، حيث تم تناولها على الصعيد العربي والمحلي وكذا الأجنبي، وبما أن هذه الأخيرة مست الفرد في العديد من الجوانب النفسية والإجتماعية والإقتصادية كان لها أكثر من تناول. نجد بعض الدراسات تطرقت إلى الإدمان من ناحية نفسية وأخرى من ناحية إجتماعية ودراسات شملت الناحيتين. من بين الدراسات التي ركزت على البحث والكشف في المتغيرات النفسية لشخصية المدمن نجد دراسة حسين 1995م والتي هدفت إلى مقارنة فئة المتعاطين وغير المتعاطين في متغيرات مفهوم الذات، تقدير الذات، ووجهة الضبط وكذا دراسة العقباوي 1999م للكشف عن وجهة ضبط المدمنين مقارنة بغير المدمنين، بينما نجد دراسة محمود 2001م قد تناولت متغير وجهة الضبط وهدفت إلى الكشف عن علاقته بالإغتراب وضعف الأنا لدى فئة المدمنين ودراسة السبيعي 2011م التي قصدت معرفة الفروق في قوة الأنا لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين وتأتي دراسة صالح بن سفير 2008م لتكشف عن وجهة الضبط والإندفاعية لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين ودراسة شيلينج وكارمن للتأكيد على مدى العلاقة القائمة بين وجهة الضبط وسلوك تعاطي الكحول.

أما دراسة عيد والمشعان 2003م فتناولت متغير تقدير الذات وكل من القلق والإكتئاب لدى المدمنين وفي نفس السياق جاءت دراسة Strike 2003م للتعرف على المشاكل التي يعاني منها مدمنو الحشيش ودراسة

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

Andrew 1999 لتحديد مدى الإضطرابات المرضية لدى متعاطي المخدرات (إضطرابات شخصية وأخرى طبية).

كما نجد دراسة Arend 2004 والتي كشفت على مختلف الإضطرابات النفسية لدى مدمني الحشيش ومستخدمي المواد الأخرى.

وجاءت دراسة حسن 2004 لتبين العلاقة بين مفهوم نوعية الحياة وسمات الشخصية لدى المدمنين أما بروك وألن 2003 فعملت على تحديد العوامل الخمس الكبرى للشخصية وعلاقتها باختيار المادة الإدمانية، وكذا دراسة بن عبد الله فوزية 2010 لتتعرف على مميزات شخصية المدمن كاستجابة لصدمة نفسية، دراسة لوكاش 2000 تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين الشخصية والإدمان وأخيراً نجد دراسة نوبيات قدور 2006 التي بحثت في اتجاهات الشباب البطل نحو المخدرات.

أما البحوث والدراسات التي ركزت على الجانب الإجتماعي لظاهرة الإدمان فنجد دراسة عبد الناصر الهاشمي 2005 التي تناولت العلاقة بين التنشئة الإجتماعية والأسرية والإدمان، وكذا دراسة سعيد زيوش 2014 لمعرفة تأثير المخدرات على العلاقات الإجتماعية عند المراهق. ودراسة رقية عزاق للبحث في الإدمان على المخدرات وعلاقته بالسلوك الإجرامي لدى الشباب الجزائري.

وبما أن ظاهرة الإدمان تمس الفرد الذي هو مزيج بين جوانب نفسية وأخرى إجتماعية فإننا نجد بعض الدراسات التي تناولت الظاهرة من هاته الجوانب كدراسة عمر 2004 والتي هدفت إلى التعرف على بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية ذات العلاقة بالإدمان والتعاطي (متغيرات نفسية كضبط الذات مقاومة الإحباط واليأس، الوحدة النفسية و متغيرات إجتماعية كالمستوى الإقتصادي التعليمي، عدد أفراد الأسرة...).

ودراسة بيتر سرجانيان 1992 للتعرف على الإختلاف الموجود لدى مدمني الكحول ومدمني المواد المخدرة فيما يخص العوامل الديموغرافية والنفسية والمعرفية، ودراسة هينجن 2004 للكشف عن العلاقة بين سن بدء التعاطي والإدمان، كذلك دراسة الفهدي 2013 للتعرف على الخبرات النفسية والإجتماعية للمدمنين، ودراسة الخلف 2007 للتعرف على مستوى التوافق الإنفعالي والإجتماعي لدى المتعاطين وغير المتعاطين دراسة مقارنة.

في حين نجد دراسة المشعان 2011 تتناول العلاقة بين المساندة الإجتماعية والعصابية والإكتئاب بين فئة المدمنين وغير المدمنين.

وأخيراً دراسة Matthew 2010 للبحث في الأسباب الدافعة بالشباب الأمريكي إلى تعاطي الكحول.

وكخلاصة يمكننا التركيز على النقاط التالية:

- جل الدراسات السابقة هدفت للكشف عن متغيرات وعلاقة متغيرات بأخرى لدى فئة المدمنين.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

- تم تناول ظاهرة الإدمان بأكثر من جانب.
- كشفت الدراسات على السمات النفسية للمدمنين واتفقت على النقاط التالية:
 - ✓ تميز المدمنين بوجهة ضبط خارجية.
 - ✓ إرتفاع درجة الإغتراب والوحدة النفسية لدى فئة المدمنين.
 - ✓ اتسم المعتمدون بأعلى درجة للقلق والإكتئاب وإنخفاض في تقدير الذات.
 - ✓ سوء التوافق الإنفعالي والإجتماعي وفقدان القدرة على ضبط الذات وعدم القدرة على مقاومة الإحباطات.
 - ✓ إنخفاض عامل يقظة الضمير والإنتفاح على الخبرة.
 - ✓ السيكوباتية والسلوك الإجرامي.
 - ✓ الإحساس بالتشاؤم والإكراه والتعاطي القهري.
- ألقت الضوء على عوامل إجتماعية مسببة لظاهرة الإدمان:
 - ✓ إنخفاض مستوى الدخل.
 - ✓ ضعف الرقابة الوالدية.
 - ✓ التفكك الأسري (طلاق، هجر، إنفصال...).
 - ✓ سوء المعاملة الوالدية.
 - ✓ أصدقاء السوء.
 - ✓ أوقات الفراغ.

المحور الثاني: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث إنتكاسة الإدمان.

1- الدراسات العربية:

1-1- دراسة أبو شهبة 1990:

دراسة أبو شهبة بعنوان "علاقة بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية بإنتكاسة الإدمان"، وتهدف هذه الدراسة التعرف على العوامل النفسية والإجتماعية التي تدفع إلى الإنتكاسة على الهيروين، وكانت عينة الدراسة مقسمة إلى ثلاث أقسام (30) شخصًا منتكسًا على الهيروين و(30) من غير المنتكسين و(30) شخصًا من غير المدمنين، واستخدمت الدراسة أداة المقابلة وكانت أهم نتائج الدراسة: بأن أسباب تعاطي وإدمان الهيروين هو حب الإستطلاع والرغبة في التجربة، ومجاراة الأصدقاء، إنفصال الوالدين، قسوة الوالدين، أما عن أسباب الإنتكاسة على الهيروين ضعف الإرادة، الرجوع لأصدقاء السوء، سوء العلاقة بين المنتكس وأسرته.

1-2- دراسة محمود 1991:

أجرى محمود دراسة هدف من خلالها إلى معرفة الأسباب والدوافع النفسية والاجتماعية المؤدية إلى الإبتكاسة من وجهة نظر المدمنين وأسرههم والفريق المعالج، تكونت العينة من 60 مدمن تراوحت أعمارهم ما بين (20-30 سنة) استخدمت الدراسة اختبار الشخصية "لبرنرويتز" وإستمارات لإجراء المقابلات موجهة للمدمن والأخصائي النفسي وكذا الفريق العلاجي من بين نتائج الدراسة اتضح أن المنتكسون يتميزون بعدم إستقرار إنفعالي إنعدام الطمأنينة، الشعور بالذنب، إنخفاض تقدير الذات، والعدوانية.

1-3- دراسة ماجدة حسين 1991:

دراسة ماجدة حسين محمود بعنوان "سيكولوجية المدمن العائد دراسة نفسية إجتماعية". هدفت الدراسة إلى الوقوف على الأسباب والدوافع التي أدت إلى العودة مرة أخرى للتعاطي من وجهة نظر المدمن العائد، والفريق العلاجي وأفراد أسرة المدمن العائد، تكونت عينة البحث من (60) حالة من الشباب العائد لأول مرة لإدمان الهيروين، والذين يطلبون العلاج لأول مرة في بعض مستشفيات مصر تراوحت أعمار أفراد العينة من (20-30 سنة) مع إختلاف مستوياتهم الإقتصادية والاجتماعية واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: إستمارة مقابلة خاصة بأفراد العينة، إستمارة مقابلة خاصة بالفريق الطبي، إستمارة مقابلة خاصة بالأخصائيين النفسانيين، إختبار الشخصية "لبرنرويتز".

وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- يبدو على المدمنين العائدين للإدمان مرة أخرى القلق، إنعدام الطمأنينة الشعور بالذنب وعدم الإستقرار الإنفعالي، إنخفاض تقدير الذات، كما أنهم يواجهون في حياتهم قدراً كبيراً من التوتر، وقدراً أقل من الإشباع وقدرة ضئيلة على حل المشكلات، والغالبية يتسمون بالعدوان، ويميلون لتدمير ذواتهم، وعدم شعورهم بالآخرين بشكل سوي.

ومن بين الأسباب كذلك الرفقة، الفراغ الذي يعيشه وعدم قدرة المدمن على تحمل العلاج لفترة طويلة.

1-4- دراسة عبد العزيز 1992:

دراسة عبد العزيز تحت عنوان "العود إلى تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية" فقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن حجم الإبتكاسة، والتعرف على الخصائص الديموغرافية للمنتكسين، وقد كان عدد عينة الدراسة 235 من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض، وقد استخدمت الإستبانة كأداة للدراسة وكانت أهم نتائج الدراسة: أن نسبة الإبتكاسة قد بلغت 38.5% كما أن 84,7% من المبحوثين تقل أعمارهم عن ثلاثين سنة،

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

69,4% من المبحوثين يتعاطون الهيروين وأن 48% من المبحوثين أفادوا بأن علاقتهم الأسرية ضعيفة، كما أن ضعف الوازع الديني وإدمان الهيروين أحد المتغيرات التي يمكن التنبؤ بارتباطها بالإنكاسة.

1-5- دراسة الريس 1995:

دراسة الريس بعنوان "العوامل الإجتماعية المرتبطة بظاهرة العود للمخدرات" وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل الإجتماعية وتأثيرها على العود للتعاطي، وقد تكونت العينة من 399 مدمناً، من الذين يتلقون العلاج في مستشفى الأمل بالرياض وقد استخدمت الدراسة المقابلة الفردية كأداة للدراسة، وكذلك مقياس التوافق الإجتماعي وكانت أهم نتائج الدراسة: بأن لأصدقاء السوء دور في الإنكاسة على المخدرات. وبأن البطالة عن العمل من أسباب الإنكاسة، وكذلك النظرة السلبية من قبل المجتمع للعائدين للإدمان.

1-6- دراسة أبوزيد 1998:

دراسة أبوزيد بعنوان "الإنكاس العقاقيري لدى عينة من معتمدي الهيروين" هدفت هذه الدراسة المقارنة بين ذوي الإنكاسات المرتفعة وذوي الإنكاسات المنخفضة، تكونت العينة من 120 منتكسا على مادة الهيروين من الذكور من مستشفى الأمل بجدة، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الإتجاه نحو الإنكاس، مقياس الإتجاه نحو العقار البديل ومقياس قلق الإنكاس، وقائمة مثيرات الإنكاس، قائمة مواقف الإنكاسة، وكانت أهم نتائج هذه الدراسة، إرتفاع القلق لدى المنتكسين، عدم قدرة المنتكس على ضبط إنفعالاته والتواصل مع الآخرين وضعف الوازع الديني لدى المنتكسين.

1-7- دراسة السليم 2006:

دراسة السليم بعنوان "علاقة مستوى التدين والمساندة الإجتماعية بالإنكاسة من المنومين بمجمع الأمل بالرياض" هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين مستوى التدين والمساندة الإجتماعية والإنكاسة وقد تكونت العينة من (200) منتكس من المنومين. وقد طبقت الدراسة الأدوات التالية: مقياس التدين، مقياس المساندة الإجتماعية، وكانت أهم نتائج الدراسة: بأنه توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدين والإنكاسة على المخدرات، توجد علاقة إرتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين درجة المساندة الإجتماعية والإنكاسة على المخدرات، توجد علاقة إرتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدين ودرجة المساندة الإجتماعية لدى المنتكسين.

1-8- دراسة علي الغريب 2006:

أجرى عبد العزيز بن علي الغريب دراسة تحت عنوان "ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي" هدفت إلى التعرف على حجم ظاهرة العود للتعاطي في بعض الدول العربية، وكذا الكشف عن: الخصائص الإجتماعية

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

والإقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان، أهم العوامل المؤثرة على العود للإدمان، التعرف على سبل مواجهة ظاهرة العود للإدمان من خلال آراء المسؤولين بمراكز العلاج، استخدم الباحث المنهج الوصفي تكونت العينة من 22 مؤسسة في مختلف الدول العربية كالسعودية، سوريا، لبنان، السودان، قطر، البحرين، الأردن، سلطنة عمان استخدم الباحث إستبيان من تصميمه يتطرق لحجم الظاهرة وكذا خصائص العائدين للإدمان وأخيراً خلصت الدراسة إلى أن هناك إرتفاع في أعداد المدمنين في المؤسسات العلاجية مقارنة بالسنوات السابقة، كما أن أكثر المواد الإدمانية عودة للإدمان كانت الهيروين، ثم الحشيش علما أن عدد مرات العود للإدمان جاء في المرتبة الأولى هم من عاودوا من (3 إلى 4) مرات، وفي المرتبة الثانية من عاودوا خمس مرات وكانت عودتهم خلال الثلاثة أشهر الأولى بعد إنهاء العملية العلاجية في المرتبة الأولى بينما من عاودوا في الستة أشهر الأولى بعد العملية العلاجية كانوا في المرتبة الثانية، ومن عاودوا في السنة الأولى كانوا في المرتبة الثالثة.

أما عن خصائص العائدين حسب السن فكانوا كالتالي:

- المرتبة الأولى من 30 إلى 40 سنة.
- المرتبة الثانية 40 إلى 50 سنة.
- المرتبة الثالثة أقل من 20 سنة.
- المرتبة الرابعة أكثر من 50 سنة.

أما حسب المستوى التعليمي فإن ذوي التعليم المتدني هم في المرتبة الأولى، وحسب الوضع الإجتماعي فقد كان العزاب والعاطلين عن العمل في المرتبة الأولى وحسب الوضع الإقتصادي فإن ذوي الدخل المنخفض هم أعلى نسبة من العائدين أما من حيث الجنس فاحتل الذكور أعلى نسبة للعود مقارنة بالإناث.

أما بالنسبة لظروف العود إلى الإدمان، فكان لمدة الإقامة تأثير حيث أن المنتكسون هم الذين يقيمون لفترة أقل، كذلك الدافعية للعلاج حيث أن الذين حضروا بطلب من الأسرة كانت نسبة عودتهم أعلى، أما فيما يخص عوامل العودة فتمثلت في:

- عدم الإلتزام ببرامج الرعاية اللاحقة، وقت الفراغ، البطالة.

كما أن السمات الشخصية للعائدين كانت من بين العوامل المؤدية للعود بنسبة 91,7% وخلصت الدراسة بتوصيات أهمها: ضرورة تطوير برامج وقائية من الإدمان لفئة الشباب، الاهتمام ببرامج الرعاية اللاحقة والمتابعة، كذلك تبني برامج فعالة تعمل على إعادة إشراك المدمن في المجتمع بشكل فعال.

1-9- دراسة السبيعي 2006:

دراسة السبيعي 2006 تحت عنوان "دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود لتعاطي المخدرات" هي دراسة مسحية على الأشخاص المستفيدين من العلاج بمستشفى الأمل في الدمام وقد هدفت إلى التعرف على أهم برامج الرعاية اللاحقة ودورها في الحد من العود إلى تعاطي المخدرات، وكذا توضيح الفروق الإحصائية بين أفراد الدراسة إتجاه دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود لتعاطي المخدرات حسب متغيراتهم الشخصية والتعرف على المشكلات التي تواجه هذه البرامج وصولاً إلى إقتراحات من وجهة نظر المدمنين لمواجهة المشكلات التي تعيق دور البرامج المستخدمة للحد من العود إلى التعاطي مرة أخرى. تكونت العينة من 225 متعاطي متعالج.

واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وكذا إستبانة من تصميمه وأخيراً خلصت الدراسة إلى نتائج منها:

- ✓ أهم برامج الرعاية اللاحقة بالترتيب: البرنامج الطبي ثم البرنامج النفسي ثم البرنامج الديني ثم البرنامج الرياضي ثم البرنامج الإجتماعي.
- ✓ تدني مستوى الخدمات الإجتماعية المرتبطة بالمتعاطي وأسرته حيث أظهرت الدراسة أن العامل الإجتماعي له تأثير في العودة إلى التعاطي من جديد.
- ✓ أهم المشكلات التي تواجه برامج الرعاية اللاحقة هي عدم مراعاة البرامج لأسر المتعاطي أثناء فترة العلاج، وكذا عدم تعاطف الجهاز الإداري مع المتعالجين، قلة الكفاءات المتخصصة في العلاج الطبي والنفسي.
- ✓ ومن بين مقترحات المبحوثين لتفعيل البرامج ما يلي:
- ✓ مراعاة البرنامج لأسر المبحوثين أثناء العلاج، تأهيل الكوادر الطبية والإجتماعية المتخصصة في علاج المتعاطي.

1-10- دراسة يوسف العنزي 2010:

أجرى يوسف بن سطاتم العنزي دراسة بعنوان "الذكاء الإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات" هدفت من خلالها إلى التعرف على الفروق في الذكاء الإنفعالي (بأبعاده المختلفة) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية في وجهة الضبط (الداخلية-الخارجية) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات. وكذا التعرف على أهم المتغيرات في الذكاء الإنفعالي وسمات الشخصية التي تنتبأ بالإنتكاسة على المخدرات، تكونت عينة الدراسة من 121 مدمن منتكس، و52 فرد من المدمنين غير المنتكسين المتوقعين عن التعاطي لمدة ثلاثة أشهر فأكثر استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن واستعان بأدوات: مقياس الذكاء الإنفعالي لفاروق السيد عثمان ومحمد عبد السميع عام 2002 م، مقياس وجهة الضبط لروتر، مقياس أيزنك، أسفرت الدراسة على نتائج أهمها:

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الإنفعالي بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح المنتكسين.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجهة الضبط (الداخلية، الخارجية) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح غير المنتكسين ذوي وجهة ضبط داخلية.

- أهم المتغيرات التي تتبى بالإنكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة الإنفعالات ومن بين توصيات الدراسة تقديم برامج تدعم وجهة الضبط الداخلية للمنتكسين وإكسابهم مهارات علاجية لتوظيف الذكاء الإنفعالي لتحقيق التعافي من تعاطي المخدرات.

1-11- دراسة عفاف عبد الكريم 2010:

أجرت عفاف عبد الكريم مرشد ربيع دراسة تحت عنوان "درجة الإنكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات" دراسة مقارنة هدفت إلى معرفة درجة الإنكاسة والعوائد لتعاطي المخدرات وكذا معرفة أكثر العوامل الدافعة للإنكاسة على عينة قدرت بـ 109 مدمناً متعالجاً بمركز علاج داخلي بفلسطين، و53 مدمناً متعافياً منذ عامين وعلى علاقة مع برامج المتابعة، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وقامت بمقارنة في أسباب الإنكاسة والعودة إلى تعاطي المخدرات بين المدمنين المتعالجين والمتعافين في ضوء بعض المتغيرات، مستخدمة أداة تمثلت في إستبيان مواقف الإنكاسة لعسكر وآخرون (2005) ومن بين النتائج المتوصل إليها أن المتغيرات التي تتبى بالإنكاسة عند فئة المدمنين المتعالجين والمتعافين هي تدخين النرجيلة، تعاطي حبوب النشوة، فترة السجن، إضافة إلى عدم وجود فروق في درجة الإنكاسة عند المتعالجين والمتعافين في الأبعاد الثمانية للإنكاسة (الإشتياق وتلميحات العقار، إختبار القدرة على السيطرة على الضغوط، رفاق التعاطي، المشاعر السارة وغير السارة، اضطراب العلاقات الإجتماعية، المشكلات الأسرية والآلام النفسية والبدنية والوهن).

• عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الإنكاسة تعزى للتفاعل بين الوضع (متعالج ومتعافي) والحالة الإجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق) كما ظهرت الإنكاسة أعلى على بعد المشكلات الأسرية والآلام النفسية والوهن مع حالة المطلقين عند المدمنين المتعالجين والمتعافين.

• لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة الإنكاسة تعزى للتفاعل بين الوضع (متعالج ومتعافي) والمستوى التعليمي للعينتين.

• إن المدمنين المتعالجين لديهم رضى أعلى من المتعافين حيث أصبح المتعافون أكثر نضجا وإدراكا لإحتياجاتهم من البرامج العلاجية خاصة بعد مواجهة تحديات الواقع التي ما زال المتعالج بعيدا عنها.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

- أن المتعافين لديهم فترة علاجية أطول من المدمنين المتعالجين وهذا يدل على أهمية إطالة فترة العلاج مع تزويد المدمن المتعالج بالتحصين النفسي للوقاية من الانتكاسة مستقبلاً.

2- الدراسات الأجنبية:

1-2- دراسة جونسون وآخرون 1991:

أجرى جونسون وآخرون Jonson et all دراسة بعنوان "معايير وجهة الضبط للتنبؤ بالانتكاسة لدى مجموعة من الكحوليين" وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف ما إذا كان بالإمكان التنبؤ بالانتكاسة من خلال وجهة ضبط الكحوليين. وكانت عينة الدراسة مكونة من (64) من متعاطي الكحول و(64) من غير المتعاطين، وكانت أهم نتائج الدراسة أن المتعاطين على الكحول يميلون نحو وجهة الضبط الخارجية، وأنه بالإمكان التنبؤ بالانتكاسة من خلال مؤشر وجهة الضبط.

2-2- دراسة بال وآخرون 1993:

أجريت دراسة في ولاية تكساس الأمريكية في بحث علمي عن عوامل الانتكاسة من طرف أربعة باحثين (Bell. C. Davic) و (Mark williams) و (Robin, Nelson) و (Richard. T. Spence) أعضاء الجمعية الأمريكية للتصدي للمخدرات والكحول، تحت عنوان "تأثير العلاقات على الإستمرار في البرامج العلاجية"، هدفت إلى التعرف على عوامل عدم إستمرار بعض مرضى إدمان المخدرات في البرامج العلاجية، وبالتحديد التركيز على تأثير مصادر العلاقات الشخصية على إتجاهات وميول الأفراد المدمنين المنخرطين في البرامج العلاجية، من حيث الإستمرار في العلاج لكامل المدة المخصصة له وهي 28 يوم، تكونت عينة الدراسة من 366 مدمناً منوماً في مصحة علاج الإدمان، منهم 65 مدمنين كحول و279 مدمنين مواد مخدرة، إعتمدت الدراسة على مقياس "القياس الذاتي" المعد من طرف الجماعة المسيحية بتكساس توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها:

- المدمنين الذين كانت لهم علاقات شخصية قوية مع آخرين هم الذين استمروا في العلاج بالمقارنة مع الذين كانت لديهم علاقات شخصية ضعيفة.
- اتضح أن المرضى الذين لديهم علاقات قوية مع أشخاص من غير المدمنين، هم الذين استمروا في العلاج أكثر من الذين كانت لديهم علاقات قوية مع أفراد من المدمنين.
- توفر العوامل الثلاثة: الرغبة في الحصول على المساعدة، الإستعداد لدخول البرنامج العلاجي، القدرة على إتخاذ القرار يزيد من درجة الإستمرار في البرنامج العلاجي.
- الدعم النفسي والإنفعالي العاطفي من الأقارب له بالغ الأثر في عملية الإستمرار في البرنامج العلاجي.

إضافة إلى إكساب المدمن المهارات الإجتماعية والرغبة والدافعية.

2-3- دراسة ليزاو بيفري 1998:

قامت ليزاو بيفري Befrry بدراسة تحت عنوان "علاقة العوامل الخمس الكبرى بالإنتكاسة على المخدرات والكحول"، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل الخمس الكبرى (العصابية، الإنبساطية، يقظة الضمير، الإنفتاح على الخبرة) وعلاقتها بالإنتكاسة على المخدرات والكحول وتكونت عينة الدراسة من (108) مقسمة إلى ثلاثة أقسام (35) منتكسًا على الكحول و(45) من المنتكسين على مواد متعددة و(28) عينة ضابطة من أفراد المجتمع، وقد استخدمت هذه الدراسة مقياس العوامل الخمس الكبرى الشخصية كأداة للدراسة، وكانت أبرز نتائج الدراسة هو إرتفاع سمة العصابية وإنخفاض يقظة الضمير لدى المنتكسين على الكحول والمواد المتعددة.

2-4- دراسة هانري 2006:

دراسة هانري "Hanry" بعنوان: "الإنفعالات وعلاقتها بالإنتكاسة على الكوكايين"، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الصعوبات الإنفعالية التي يواجهها منتكسون الكوكايين، وقد تكونت العينة من 60 منتكسًا على الكوكايين و50 فرد من المجتمع كمجموعة ضابطة، وطبقت مقياس مهارات الضبط الإنفعالي كأداة للدراسة، وكانت أهم نتائج الدراسة: بأن المنتكسين على مادة الكوكايين ليس لديهم القدرة على فهم المشاعر الإنفعالية وإدارتها والسيطرة عليها، وقد أوضحت بأن الإنفعالات مؤشر لحدوث الإنتكاسة وقد أوصت الدراسة على أن يكون أحد أوجه العلاج إكساب المدمنين والممنتكسين مهارات ضبط الإنفعالات والسيطرة عليها.

- التعليق على دراسات المحور الثاني:

تناولت هذه البحوث بالدراسة موضوع الإنتكاسة أو العودة لتعاطي المخدرات مرة أخرى، وذلك من طرف باحثين عرب وأجانب، ركزت أغلبها على الأسباب والدوافع والعوامل المؤدية إلى الإنتكاسة كدراسة أبو شهبة 1990، التي كشفت عن بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية معرفة الأسباب والدوافع النفسية والإجتماعية المؤدية إلى الإنتكاسة من وجهة نظر المدمنين وأسرههم والفريق المعالج، وهذا ما هدفت إلى تحقيقه دراسة ماجدة حسين 1991 من خلال الوقوف على الأسباب والدوافع التي أدت إلى العودة مرة أخرى لتعاطي من وجهة نظر المدمن العائد كذلك دراسة عفاف عبد الكريم 2011 التي كشفت عن درجة الإنتكاسة وأكثر العوامل الدافعة للعود مرة أخرى.

بينما توجد دراسات اختصت في معرفة العلاقة بين متغيرات مختلفة والإنتكاسة كدراسة العنزي 2010 حيث ربطت بين الذكاء الإنفعالي بأبعاده المختلفة والإنتكاسة من جهة وبين وجهة الضبط والإنتكاسة من جهة أخرى كذلك ودراسة جونسون وآخرون 1991 هدفت إلى معرفة مدى تأثير وجهة الضبط على إنتكاسة المدمنين.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

أما دراسة ليزاو بيفري 1998 فربطت العوامل الخمس الكبرى للشخصية بالإنتكاسة على المخدرات والكحول، بينما كشفت دراسة هانري 2006 على الصعوبات الإنفعالية التي يواجهها المنتكسون على الكوكايين. من جهة أخرى أتت دراسة السليم 2006 للتعرف على علاقة مستوى التدين والمساندة الإجتماعية بالإنتكاسة. فيما جاءت دراسة السبيعي 2006 للتعرف على أهم برامج الرعاية اللاحقة للحد من العود لتعاطي المخدرات. بينما نجد أن دراستي عبد العزيز 1992 و 2006 فقد ركزت على الكشف عن حجم الإنتكاسة والتعرف على الخصائص الإجتماعية والإقتصادية والبيئية للعائدين للإدمان، وكذا أهم العوامل المؤدية للعود والتعرف على سُبُل المواجهة.

أما دراسة الرئيس 1995م فاقترحت على معرفة تأثير العوامل الإجتماعية على العود لتعاطي. وفي الأخير نجد دراسة عبد الحميد أبوزيد تقارن بين ذوي الإرتكاسات المرتفعة وذوي الإرتكاسات المنخفضة لدى عينة من متعمدي الهيروين.

أما الدراسات المحلية الجزائرية في موضوع الإدمان والإنتكاسة فلم تتوفر لدى الباحثة نستخلص مما سبق أن دراسات وبحوث هذا المحور أبرزت عنصرين أساسيين تمثلا في أسباب الإنتكاسة وسمات ومميزات المدمن المنتكس نتناولها على هذا النحو:

• أسباب ودوافع الإنتكاسة:

- 3- ضعف الإرادة.
- 4- ضعف الوازع الديني.
- 5- اللجوء إلى أصدقاء السوء.
- 6- سوء علاقة المنتكس بأسرته.
- 7- الدخل المنخفض.
- 8- البطالة.
- 9- النظرة السلبية من قبل المجتمع للعائد للإدمان.
- 10- أوقات الفراغ.

• سمات ومميزات المدمن المنتكس:

- 11- عدم الإستقرار الإنفعالي.
- 12- إنعدام الطمأنينة.
- 13- الشعور بالذنب.
- 14- إنخفاض تقدير الذات.

- 15- العدوانية، القلق والتوتر.
- 16- قدرة ضئيلة على حلّ المشكلات.
- 17- عدم القدرة على ضبط وإدارة الإنفعالات وكذا ضعف التواصل مع الآخرين.
- 18- وجهة الضبط الخارجية.
- 19- إرتفاع سمة العصابية وإنخفاض يقظة الضمير.

المحور الثالث: البحوث والدراسات التي تناولت بالبحث علاج الإدمان والإنتكاسة.

1- الدراسات العربية:

1-1- دراسة العتيبي 1998:

دراسة عبد الله العتيبي بعنوان "دور التدريب على السلوك التوكيدي في التقليل من احتمالية الإنتكاسة بعد العلاج، لدى عينة من معتمدي الكحول، وهدفت إلى تبيان دور التدريب التوكيدي في رفع مستوى السلوك التوكيدي لدى عينة من الكحوليين ودوره في التقليل من معدلات الإنتكاسة لديهم وقد صاغ الباحث فروض الدراسة على النحو التالي: هناك تحسن دال إحصائيا في السلوك التوكيدي لدى المجموعة التجريبية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة، بعد البرنامج مباشرة وهناك إنخفاض في معدل الإنتكاسة بعد العلاج لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة بعد ثلاثة أشهر متابعة، في البداية تكونت عينة الدراسة من (11) من معتمدي الكحول منخفضي التوكيد الذين إختارهم الباحث بالطريقة العمدية، وتناقص العدد ليصبح قبل فترة تطبيق البرنامج أربعة فقط وفي المقابل تكونت المجموعة الضابطة من أربعة ليسوا منخفضي التوكيد لعدم توفرهم، وقام الباحث بعد ذلك بإجراءات إحصائية للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين قبل التطبيق، وثبت وجود فروق لصالح المجموعة الضابطة، وقد استخدم الباحث في دراسته كل من: مقياس السلوك التوكيدي لراثوس (1973م) وقام بتعديله ليلائم الدراسة، وبرنامج التدريب على السلوك التوكيدي الذي أعده الباحث، ويتضمن 9 جلسات، مدة الجلسة (60-90 د) بواقع 3 جلسات أسبوعيا.

كشفت نتائج الدراسة على إرتفاع مستوى السلوك التوكيدي للمجموعة التجريبية بعد البرنامج حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين، التجريبية علما أن الضابطة كانت من مرتفعي التوكيد. وبذلك يتحقق الفرض الأول، فيما إتضح أن جميع من تمت متابعتهم حدثت لهم إنتكاسة، وبالتالي يمكن القول أن الفرض الثاني لم يتحقق، أي أن التدريب على السلوك التوكيدي لم يكن ذا دور في التقليل من احتمالية الإنتكاسة لدى معتمدي الكحول، ويعلل الباحث ذلك بقلة عدد العينة المتابعة وهم إثنان فقط، ولوجود عوامل أخرى شخصية وخارجية مؤثرة أدت إلى الإنتكاسة.

1-2- دراسة الجوهري 1998:

أجرى الجوهري دراسة تحت عنوان "أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين، وقد هدفت الدراسة إلى بيان مدى فاعلية برنامج التدريب على خفض القلق من خلال برنامج سلوكي فعال يهدف إلى خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين المنومين بمستشفى الأمل بالدمام "السعودية" بلغت عينة الدراسة 30 مدمناً مقسمة بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد إعتد الباحث المنهج التجريبي مستخدماً أدوات:

- برنامج التدريب على التعامل مع القلق، قائمة قلق الحالة وقلق السمة.
- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والإعتماد على العقاقير والكحول وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده لصالح الإختبار القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق السمة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده لصالح الإختبار القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى قلق السمة قبل التعرض للبرنامج العلاجي وبعده لصالح الإختبار البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في إختبار قلق الحالة البعدي ما بين المجموعة التجريبية والضابطة لصالح المجموعة الضابطة. وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة سمة القلق بين المجموعة التجريبية والضابطة في الإختبار البعدي لصالح المجموعة الضابطة.

1-3- دراسة منى علي العامري 2000:

أجرت العامري دراسة تناولت فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل لعلاج حالات الإدمان، تكونت العينة من تسعة مدمنين قُسموا إلى ثلاث مجموعات بالتساوي، (تجريبية أولى، تجريبية ثانية، ضابطة) علماً أن العينة متجانسة من حيث السن والمستويين الإجتماعي والإقتصادي ونوع المخدر وكذا طريقة التعاطي وعدد مرات الإبتكاسة.

اعتمدت الباحثة عدّة أدوات منها إستمارة المقابلة الشخصية، إستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات، مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية، إختبار تفهم الموضوع البرنامج العلاجي، تم تطبيق البرنامج بواقع 2 إلى 3 جلسات في الأسبوع.

ولقد أسفرت الدراسة على: - وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة، وذلك بعد تطبيق البرنامج النتائج نفسها في المجموعة التجريبية الثانية بعد تطبيق العلاج المتمركز

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

حول العميل وهذا ما دل على فعالية البرنامجين، وتعد الأسباب الشخصية من أهم الأسباب المؤدية للعود إلى التعاطي تليها أسباب أخرى.

1-4- دراسة الوائلي 2003:

أجرى عبد الله بن أحمد الوائلي دراسة تحت عنوان "فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات" هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات للإسهام في العلاج، وكذلك بيان مفهوم المخدرات والإدمان ومناقشة المنطلقات النظرية لتفسير الإدمان، وتعريف القلق والتطرق إلى الأدبيات المتعلقة به وأخيرا بيان مفهوم العلاج النفسي الجماعي من خلال تناول أساليبه وفنياته، تكونت عينة الدراسة من 71 مدمن مخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض، استخدام الباحث المنهج التجريبي وأدوات كمقياس القلق للدكتور فهد الدليم وآخرون، برنامج العلاج النفسي الجماعي، ثم توصلت الدراسة إلى نتائج أهمها: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسط درجة القلق على كل مجموعة من مجموعات الدراسة (التجريبية، الضابطة، الضابطة الحقيقية). عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفراد العينة التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفراد العينة.

2- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة القلق بين المجموعات التجريبية والضابطة الحقيقية ترجع للمتغيرات (المهنة نوع التعاطي، الحالة الاجتماعية).

وقد أرجع الباحث أسباب عدم وجود فرق دال إحصائية في متوسط درجة القلق للمجموعة التجريبية إلى:

3- عدم إختيار العينة من ذوي القلق المرتفع.

4- عدم التجانس بين أفراد العينة من حيث نوع الإدمان.

5- عدم إحتواء البرنامج على أساليب وتقنيات عملية وتدريبية وإكتفائه بالمحاضرات النظرية فقط.

1-5- دراسة المشاقبة 2003:

أجريت الدراسة على 20 مدمنا، متواجدا بمركز التأهيل الوطني للمدمنين بالأردن وقد قسمت العينة إلى مجموعتين هما:

المجموعة التجريبية وتتكون من 10 مدمنين، حيث تلقت البرنامج العلاجي لمدة ستة أسابيع بمعدل جلستين في كل أسبوع، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (20-42 سنة) ومجموعة ضابطة تكونت من 10 مدمنين، لم يتلقوا البرنامج الإرشادي وقد تراوحت أعمارهم ما بين (23-45 سنة) اعتمد الباحث في دراسته على عدة أدوات

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

تقييمية وهي مقياس سلوك الإدمان، مقياس مفهوم الذات ومقياس المهارات الإجتماعية كما اعتمد في تطبيق برنامجه الإرشادي على تقنيات الإرشاد الجمعي القائم على مفهوم الذات والتدريب على المهارات الإجتماعية. خلصت الدراسة إلى أن تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي أدى إلى تحسين مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية لدى أفراد المجموعة التجريبية إذ ارتفعت متوسطات أدائهم في الإختبار البعدي عن أداء أقرانهم في المجموعة الضابطة.

1-6- دراسة علي مفتاح 2003:

هدفت إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان على المخدرات حيث تكونت عينة الدراسة من 37 مدمناً للهيروين بمستشفى أمل الدمام بالمملكة العربية السعودية وعمرهم ما بين (18-48 سنة). اعتمد على أدوات تمثلت في مقياس الإعتقادات الخاصة بتعاطي المخدرات ومقياس معتقدات الشوق، ومقياس التنبؤ بإحتمالية الإنتكاسة، ويتكون هذا الأخير من فرعين:

- مقياس قوة الرغبة في التعاطي.
 - مقياس إحتمالية التعاطي.
- إضافة إلى النموذج المعرفي السلوكي.

ولقد دام تطبيق البرنامج العلاجي حوالي 15 شهر، وأظهرت النتائج أن هناك تغير في المعتقدات الإدمانية ومعتقدات الشوق في الإتجاه الإيجابي وأن قوة الرغبة في التعاطي وإحتمالية التعاطي بدأت تضعف.

1-7- دراسة ناصر بن عبد العزيز الصقهان 2006:

تحت عنوان: "تقييم فعالية الإرشاد العقلائي الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات"، هدفت إلى معرفة مدى فاعلية الإرشاد العقلائي الإنفعالي في التخفيف من حدة القلق وكذا مدى فاعليته في خفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات، تكونت عينة الدراسة من 20 فرد من نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بلقصيم، تراوحت أعمارهم ما بين (28-45 سنة) تم إختبار أفراد العينة بالإعتماد على التشخيص السيكاتري (الطبي) بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس القلق المستخدم في هذه الدراسة، وكذا مستوى درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية، ثم تم إختيار المرضى الحاصلين على درجات مرتفعة في مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية وفقاً لمعايير الإختبار. استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي معتمداً على أدوات كمقياس القلق، مقياس الأفكار اللاعقلانية، والبرنامج الإرشادي العقلائي الإنفعالي من إعداد الباحث.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

لقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القلق للقياس القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، وكذا وجود فروق دالة إحصائية بين درجات الأفكار اللاعقلانية للقياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، مما يُعدُّ مؤشراً على فعالية البرنامج في خفض اضطراب القلق لدى أفراد العينة.

1-8- دراسة نورة إبراهيم 2007:

أجرت نورة إبراهيم عبد الله آل خليفة دراسة بعنوان "فاعلية علاج المدمنين على المخدرات في مملكة البحرين" هدفت الدراسة إلى التعرف على حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات وإنتشارها، والتعرف على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والإقتصادية للمدمنين وكذا الآثار النفسية والجسدية لتعاطي المخدرات والتعرف على برامج وطرق العلاج والتأهيل والوقوف على مدى فعاليتها في دمج المدمنين وإعادة تأهيلهم بعد فترة العلاج.

تكونت العينة من 90 حالة إختيرت بطريقة عشوائية من مركز "المؤيد" بالبحرين، اعتمدت الباحثة منهج المسح الإجتماعي وتمثلت الأدوات في أسلوب المقابلة الشخصية للفئة المستهدفة للحصول على المعلومات والحقائق ووجهات النظر المختلفة، وكذا الإستبيان خلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- إرتفاع نسبة المدمنين لدى الذكور، العزاب، الأميين، وذو المستوى التعليمي المتوسط، والذين يمتنون الأعمال الحرة.
- من أهم أسباب اللجوء إلى الإدمان رفاق السوء.
- إحتلت طريقة البديل عن المخدر الترتيب الأول للعلاج المقدم أوصت الدراسة العناية بالعلاج النفسي للمدمنين على المخدرات.

1-9- دراسة عبد الحميد أبوزيد:

أجرى مدحت عبد الحميد أبوزيد دراسة تحت عنوان "فاعلية برنامج علاجي نفسي جماعي معرفي سلوكي بإستراتيجيات ضبط الذات في خفض إندفاعية جماعة علاجية من معتمدي العقاقير"، دراسة تدخلية. هدفت الدراسة إلى إختبار مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض إندفاعية الجماعة العلاجية التي تم إنتخابها من عينة من معتمدي العقاقير، تكونت العينة من 5 أفراد من مستشفى الأمل بجدة، تم إختيارهم وفقاً لإرتفاع مستوى الإندفاعية ودافعية العلاج بضبط الذات.

تمثلت أدوات الدراسة في: مقياس تقويم ضبط الذات، مقياس الإندفاعية البرنامج العلاجي المقترح، وأخيراً توصلت النتائج إلى أن وسيط فعالية البرنامج العلاجي يبلغ القيمة (36,24%) أي أن النسبة العامة

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

لفعالية هذا البرنامج تقدر بحوالي (42,74%) أي (43%) تقريبا وهي نسبة تقترب من النصف وتعد مقبولة جدا في مجال العلاج النفسي بصفة عامة.

1-1- دراسات محلية جزائرية:

1-2- دراسة أمزيان الوناس 2006:

أجرى الباحث أمزيان الوناس دراسة تحت عنوان "إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك" هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج النفسي في التقليل والتخلي عن تعاطي المخدرات، تكونت العينة من 25 فردًا مدمنًا، لا يتجاوز سن المجموعة 35 سنة، إختيرت بطريقة قصدية، من مركز إعادة التأهيل، حيث تحقق شرط سلامة أفراد العينة من الأمراض المستعصية مثل الصرع والأمراض العقلية وأن تكون المدة الباقية من العقوبة أكبر أو تساوي سنة ونصف، على أن يكون كل فرد من أفراد العينة مدمنا على المخدرات منذ أكثر من خمس سنوات. اتبع الباحث المنهج الإكلينيكي مستخدما الأدوات: الملاحظة، المقابلة، المحاضرة، المقاييس النفسية، قائمة المكونات المعرفية، شبكة الملاحظة، إختبار تقدير الذات، قائمة حالة التعلق، مقياس حدة اللهفة نحو الإدمان، بالإضافة إلى الأساليب العلاجية المتمثلة في الإسترخاء، إستعمال أقراص مضغوطة تحسيسية للإدمان، القرآن الكريم لإقناع المدمنين بضرورة التوقف عن الإدمان وأيضا تعزيز تعديل السلوك توصل في الختام إلى نتائج: تمثلت في التحقق الإيجابي لفرضيات الدراسة حيث أن إستراتيجية العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي قد ساعدت عينة من المساجين على التخلي أو التقليل من التعاطي من خلال تصحيح أفكارهم الخاطئة ومن ثم تعديل سلوكهم إتجاه المخدرات.

2-2- دراسة سايل حدة 2008:

أجرت الباحثة سايل حدة وحيدة، دراسة تحت عنوان "التدريب على حل المشكلات وعلى الإسترخاء لدى المدمنين على المخدرات في طور العلاج - فعالية التدريب"، هدفت إلى معرفة فاعلية التدريب على حل المشكلات وعلى الإسترخاء لدى المدمنين على المخدرات تكونت العينة من 8 أفراد تم إختيارهم من بين 25 مدمن على المخدرات في طور العلاج استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بأدوات: كإستبيان المعلومات العامة التحليل الوظيفي، إختبار تصنيف سوء إستعمال المخدرات، مقياس مواقف الحياة الضاغطة، مقياس حل المشكلة الإجتماعية (SPDI-R (the Social. Problem – Solving InveTory Revisited) ولتطبيق البرنامج العلاجي استخدمت الباحثة تقنية التدريب على حل المشكلة الإجتماعية لـ D'Zurilla تقنية الإسترخاء لـ Schultz وفي الأخير بينت الدراسة وجود فرقا دالا بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي الخاصة بكل فرضيات البحث وبالتالي لوحظ تحسن في درجات الإستراتيجيات البناءة لحل المشكل، كما لوحظ أيضا إنخفاض في

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

درجات الإستراتيجيات التي تعيق حل المشكل، كما ساهم الإسترخاء على التخفيض من درجة التأثر بالمواقف الضاغطة. وأوصت الدراسة بإستعمال التقنيتين لتحسين آدائهم في حل مشكلات الحياة اليومية وللوقاية من الإبتكاسة.

2-3- دراسة بوخاري سهام 2011:

دراسة بوخاري سهام تحت عنوان "فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للإدمان على المخدرات هدفت الدراسة إلى معرفة مدى نجاح وفعالية العلاج النفسي في مساعدة المدمن على إستعادة توازنه والتخفيف من بعض الإضطرابات المصاحبة لإدمانه من خلال تطوير مهاراتهم على إستخدام إجراءات معرفية وسلوكية وإنفعالية في التعامل مع أفكارهم ومعتقداتهم اللاعقلانية، إزاء تعاطي المخدرات وهذا ما هدف إلى تحقيقه البرنامج العلاجي، تكونت عينة الدراسة من 7 أفراد من المدمنين المقيمين بمركز مكافحة وعلاج الإدمان بالبلدية أما عن خصائص العينة من حيث الجنس فكلهم ذكور أما السن فتراوحت أعمارهم ما بين (23-36 سنة)، أما المستوى التعليمي فكان ما بين متوسط وثانوي بالإضافة إلى أنهم من مناطق مختلفة ويتناولون عدة أنواع من المخدرات، تمثلت أدوات البحث في إستمارة معلومات وإجابة من إعداد فيصل خير الزراد، مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية، مقياس قلق الإنزعاج، التحليل الوظيفي حسب شبكة سيكا، والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثة اتبعت الباحثة لتحقيق أهدافها المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة وأخيراً أسفرت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي في كل من مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية ومقياس قلق الإنزعاج مما يدل على فعالية استعمال أسلوب العلاج العقلاني الإنفعالي مع المدمنين.

2-4- دراسة بوخنوفة 2011:

أجرت الباحثة بوخنوفة نهى دراسة بعنوان "الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع إقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي" هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى وجود أفكار معرفية خاطئة كعامل أساسي لتمسك المدمن بالمخدرات، وعن مدى فاعلية تقنية تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار في مساعدة المدمن في التخلص من الإدمان تكونت عينة الدراسة من 4 حالات، تم إختيارها بطريقة قصدية من عيادة الصحة النفسية للعلاج النفسي باتنة "الجزائر"، تراوحت أعمارهم من 18 إلى 32 سنة على إختلاف مستواهم الإجتماعي، اتبعت الباحثة المنهج الإكلينيكي مع أدوات بحثية تمثلت في المقابلة العيادية والإستبيان، وأخيراً أسفرت نتائج الدراسة بعد تطبيق التقنية العلاجية على وجود أفكار تعمل بشكل أوتوماتيكي لدى المدمن على المخدرات تتحكم في السلوك الإدماني وتعمل على تحديده، وبعد دحضها واستبدالها بأفكار بديلة إيجابية ساعدته في تعديل السلوك الإدماني والتخلص من التبعية للمادة المخدرة وإكتساب سلوك توافقي.

2-5- دراسة موبيان علي 2014:

تحت عنوان "مساهمة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات لدى مدمني المخدرات". هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى مساهمة العلاج المعرفي السلوكي في تنمية مفهوم الذات لدى مدمني المخدرات، تكونت العينة من 4 حالات عيادية من مركز الصحة الجوارية لبلدية الركنية ولاية قالمة، طبقت الدراسة المنهج العيادي واعتمدت على أدوات الملاحظة، المقابلة العيادية، مقياس مفهوم الذات "لتنسي" البرنامج العلاجي، أظهرت النتائج أن درجات العيّنات المتحصل عليها في كل من القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس تنسي لمفهوم الذات تظهر تحسن في مفهوم الذات لصالح القياس البعدي وهذا يعني أن البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة أدى إلى تحسن في مفهوم الذات لدى أفراد العينة.

2-6- دراسة تيايبية 2015:

أجرى تيايبية عبد الغاني دراسة تحت عنوان "مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات" هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي يتبنى الإرشاد العقلاني الإنفعالي المقترح لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات في ضوء لهفة الإدمان، تكونت عينة الدراسة من 15 مدمناً على المخدرات، تم إختيارها بطريقة قصدية من المترددين لمستشفى فرانتز فانون بالبلدية، اعتمد الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة، مستخدماً القياس القبلي والبعدي والتتبعي. استعمل عدة مقاييس كمقياس شدة أعراض لهفة الإدمان، مقياس اللهفة نحو نوع المخدر، مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر، مقياس اللهفة نحو الموقف الخبيري، والبرنامج الإرشادي وتوصلت الدراسة إلى نتائج أهمها:

- مساهمة البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال مما يلي:

- التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان.
- التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.
- التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.
- التخفيف من درجات المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبيري.

2-7- دراسة طلحي فريدة 2016:

أجرت الباحثة طلحي فريدة دراسة تحت عنوان "فعالية برنامج علاجي عقلاي - إنفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات" هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي يستند للنظرية المعرفية العقلانية لألبرت إليس بهدف تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات وكذا التحقق من

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

فاعلية برنامج علاجي عقلائي، إنفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى عينة من المدمنين على المخدرات تكونت عينة البحث من 3 حالات إختيرت بطريقة قصدية من بين المفحوصين المدمنين المترددين على المستشفى النهاري ابن زهر " بمدينة قالمة، طلبا للعلاج الطبي والنفسي، أو الموجهين من خارج المستشفى على أن لا تقل مدة إدمانهم عن السنتين بغض النظر عن المادة المتعاطاة مع السلامة من أي مرض عقلي أو عضوي خلال فترة خضوعهم للعلاج وأن لا يتعدى السن 40 سنة، اعتمدت الباحثة المنهج الإكلينيكي مع مجموعة من الأدوات كالملاحظة الإكلينيكية المنظمة، المقابلة العيادية، سلم الإعتقادات لألبيرت إليس، البرنامج العلاجي، وبعد إجراء الدراسة الأساسية النظرية والتطبيقية وبعد التحليل والمناقشة توصلت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي العقلائي الإنفعالي ساهم في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات وتعديل سلوكهم إتجاه الإدمان.

3- دراسات أجنبية:

3-1- دراسة شيفر Chiffre 1988:

بعنوان "العلاج النفسي الناجح" تكونت عينة الدراسة من 9 مدمنين (8 ذكور وبنات) تراوح متوسط أعمارهم ما بين (25-37 سنة)، استخدم الباحث أدوات: إختبار بيك Beck للاكتئاب، إستبيان التقرير الذاتي للتكيف الإجتماعي، كما تم استخدام عدة تقنيات علاجية، هدفت إلى مساعدة المدمنين على التخلص من تبعيتهم للكوكايين حيث تم استعمال العلاج النفسي الفردي والجماعي، وفنيات التكيف مع الضغوط بالإضافة إلى العلاج الأسري والتحدث مع الموظفين بصفة يومية.

أوضحت نتائج الدراسة أن إثنين من المفحوصين قد إنتكسوا بعد خروجهم من المستشفى بأشهر قليلة، إلا أنهم إلتحقوا مرة ثانية بالعلاج، وقد تم الإقلاع عن التعاطي لمدة تزيد عن ثلاثة سنوات، بينما حافظ السبعة الآخرون على الإمتناع عن التعاطي منذ خضوعهم للبرنامج، كما لوحظ إنخفاض في درجات الأفراد على جميع المقاييس.

3-2- دراسة نافارو وآخرون Navarro et autres 1992:

تحت عنوان "تطوير برامج لتعديل السلوك لمدمني المخدرات"، تكونت عينة الدراسة من 223 حالة من مدمني الكوكايين، إعتد الباحث على عدة أدوات وهي:

أ- برنامج العلاج والتأهيل وتضمن سبعة مجالات هي:

1- إستخدام المخدر.

2- السلوك خلال وقت الفراغ.

3- السلوك أثناء العمل والسلوك الإجتماعي.

4- سلوك الإدارة الذاتية.

5- سلوك حل المشكل.

6- سلوك إتخاذ القرار.

7- التعرف على المعتقدات اللاعقلانية وتعديلها.

ب- مقياس لتقييم الأهداف العلاجية للبرنامج، حيث تم إعداد مجموعة من الإستجابات لكل مجال من المجالات السبعة التي تضمنها البرنامج.

ت- فحص البول: للتأكد من خلو بول المفحوص من الكوكايين والماريخوانا.

ث- التاريخ الإكلينيكي للحالة.

وبهذا عمل البرنامج العلاجي المطبق على الرفع من درجات أفراد العينة في المجالات السلوكية السبعة المذكورة سابقا التي تضمنها البرنامج حيث إمتنع 160 مدمنا عن التعاطي في حين أوقف 93 مدمنا العلاج بينما إنتكس 24 مدمنا.

3-3- دراسة كوبر ومكرمات 1992 :Coopre et Mccramat

بعنوان "أثر العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات النفسية لدى مجموعة من المراهقين من متعاطي الكحول" وقد هدفت الدراسة إلى تخفيف المشكلات المصاحبة لمتعاطي الكحول كالأحاساس بالوحدة النفسية والقلق والعدوان والإحباط وذلك من خلال جلسات العلاج النفسي الجماعي، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية من المراهقين بلغت (24 مراهق) ممن يتعاطون الكحول، وقد طبق عليهم برنامج علاجي يحتوي على بعض الفنيات السلوكية، وقد أظهرت النتائج تغيرا للأحسن وسلوكا إجتماعيا أفضل، كما انخفض لديهم الإحساس بالعزلة والوحدة النفسية.

3-4- دراسة بادين 1992:

أجرت كاثرين بادين Badin. Catherine دراسة هدفت من خلالها إلى إختبار كفاءة عدة تدخلات علاجية لشحذ فعالية الذات وصيانة سلوكيات الإمتناع عن التعاطي، وذلك لدى عينة بلغ قوامها (78) من معتمدي الكوكايين الذكور حيث قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات كانت على النحو التالي :

- المجموعة الأولى: تلقت تدريباً علاجياً معرفياً سلوكياً محتوياً على تعلم مهارات التأقلم لشحذ فعالية الذات والوقاية من الإرتكاس.

- المجموعة الثانية: تلقت تدخلاً علاجياً تقليدياً محتوياً على فنيات المناقشة والحوار فقط.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

• المجموعة الثالثة: لم تتلق أي تدخل علاجي وإنما تركت على حالها بوصفها ضابطة وقد جاءت النتائج مؤكدة أن أفضل المجموعات الثلاث هي المجموعة الأولى في صيانة سلوكيات التوقف عن التعاطي، فضلاً عن ارتفاع معدلات فعالية الذات لدى أفرادها مقارنة بالمجموعتين الآخرين.

3-5- دراسة بيجي كانترل وآخرون 1993:

والتي أجريت على عينة قوامها (43) مدمنا للكحول بهدف دراسة العلاقة بين فاعلية الذات والإرتكاس الكحولي. وذلك من خلال برنامج علاجي وقائي من الإرتكاس لمدة 3 أسابيع، واستخدم الباحثون إستبانة الثقة الموقفية لقياس فعالية الذات في المواقف ذات الخطورة العالية للإرتكاس الكحولي وذلك قبل بدء العلاج وبعده ولقد أسفرت النتائج عن زيادة معدل الكفاءة الذاتية وفعاليتها بعد تلقي العلاج، ولقد ظهر ذلك في شعور المرضى بزيادة معدل الثقة في أنفسهم وثمة إعتقاد قد نما لديهم بأنهم يمكنهم أن يتفاعلوا ويتصرفوا بكفاءة ويستجيبوا بفعالية في أية موقف خطورة ولقد أسفرت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة عام عن استمرار تلك الفعالية الذاتية لديهم، وما أكد ذلك هو عدم إرتكاسهم حتى بعد عام من العلاج كما أن نشاطاتهم الخارجية قد زادت بشكل إيجابي وأن قلة قليلة منهم فقط قد تورطت في بعض مواقف التعاطي نظراً لعوامل مثل الإنفعالات غير السارة، الإحباطات، المحفزات الملحة، وتوصي الدراسة بأهمية البرامج في الوقاية من الإرتكاس الكحولي والتركيز على عامل الفعالية الذاتية.

3-6- دراسة ليون ديكيرسون 1994 Dicherson Leon:

بعنوان "دراسة لفنيات تعديل المعرفة والسلوك خلال فترة قصيرة الأمد لما بعد الرعاية للعلاج الجماعي لمدمني الكوكايين، وأثر ذلك في الوقاية من الإبتكاسة، طبقت الدراسة على 60 فرداً من المتعافين من الإدمان على المخدرات، حيث تم إستخدام البرنامج التدريبي التعليمي وخلصت النتائج إلى أن الفهم الأفضل للجوانب النفسية للإدمان يؤدي إلى إنخفاض معدل الإبتكاس داخل أفراد العينة التي خضعت للبرنامج التدريبي التعليمي.

3-7- دراسة ويلز وآخرون 1994 Wells et al:

عنون الدراسة علاج المرضى الخارجين من الإدمان على الكوكايين للوقاية من الإبتكاس طبقت الدراسة على 100 حالة من المتقدمين للعلاج من الإدمان على الكوكايين طبق الباحثون، برنامج علاجي تربوي، برنامج قائم على العلاج السلوكي المعرفي المداخل 12 خطوة، توصلت الدراسة إلى وجود تأثير دال للبرنامج التربوي في إرتفاع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر، إنخفاض تعاطي أفراد العينة للكوكايين في مرحلة ما بعد العلاج.

3-8- دراسة كاتالانو وآخرون 1997:

والتي هدفت إلى دراسة أهمية متغير فعالية الذات ضمن برنامج تدريبي تجريبي مكثف للعلاج الوالدين المدمنين للأفيونات وخصوصًا الهيروين، وذلك لخفض الأضرار الناجمة عن ذلك على الأبناء خصوصًا في مرحلة الطفولة، ولقد إحتوى هذا البرنامج على معالجة عقاقيرية بالميثادون "Méthadone" وجلسات تدريبية على تعلم مهارات المواجهة وخدمات التدبر العلاجي التي يمكن إتباعها حتى في المنزل ذلك تجنبًا لإرتكاس الوالدين أو تعاطي الأبناء. هذا ولقد بلغ قوام عينة الدراسة (144) من الوالدين مع أطفالهم الذين تراوحت أعمارهم ما بين (3-14 سنة) ولقد تم إخضاع مجموعة من تلك العينة إلى ذلك البرنامج في حين خضعت المجموعة الأخرى الضابطة للمعالجة التقليدية المعيارية للميثادون فقط، وقد إشمطت الدراسة بذلك على المتغيرات التالية التواصل الأسري، الترابط بين الأطفال وأوليائهم، الصراع الأسري، معدل تعاطي الوالدين، مهارات الوالدين، فعالية الذات لتجنب أو مواجهة مواقف الإرتكاس ذات الخطورة العالية، ولقد أسفرت النتائج على أن المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج التدريبي قد أظهر فيها الوالدان رغبة أكثر في الإهتمام بالأسرة، وأكثر إستعدادًا لعقد اللقاءات الأسرية وأكثر ترابطًا عن ذي قبل كما كانوا أكثر إظهارًا لمهارات التأقلم والمواجهة لمواقف الإرتكاس وكذلك أكثر إظهارًا لفعالية الذات مقارنة بالمجموعة الضابطة.

- التعليق على دراسات المحور الثالث:

في ضوء العرض السابق اتضح أن الجزء الأول من الدراسات السابقة تناولت بالبحث علاج الإدمان بشكل عام كدراسة علي مفتاح 2003 والتي هدفت إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان على المخدرات، ودراسة أمزيان الوناس 2006 بعنوان إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك وكذلك دراسة سايل حدة وحيدة 2008 والتي عملت على إختبار فعالية التدريب على حل المشكلات وعلى الإسترخاء لدى المدمنين ودراسة بوخاري سهام 2011 وفعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للإدمان على المخدرات والتي هدفت إلى مساعدة المدمن على إستعادة توازنه والتخفيف من معاناته فيما جاءت دراسة تيايبية عبد الغاني 2015 كمساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات ودراسة شيفر 1988 للعلاج النفسي الناجح ودراسة نافارو وآخرون 1992 لتطوير برامج لتعديل السلوك لمدمني المخدرات، ودراسة العامري 2000 لمعرفة مدى فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل لعلاج حالات الإدمان أما دراسة آل خليفة 2007 فعمدت إلى تقييم فعالية علاج المدمنين على المخدرات.

الفصل التمهيدي _____ الإطار العام للدراسة والدراسات السابقة

بينما الجزء الثاني من الدراسات ألفت الضوء على بعض الخصائص والصفات التي تميز المدمن وعملت على تحسينها كدراسة المشاقبة 2003 والتي هدفت لتحسين مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية لدى المدمنين على المخدرات ودراسة نويبات 2014 كذلك كمساهمة في تحسين مفهوم الذات لدى المدمنين على المخدرات. ودراسة كاتلانو وآخرون 1997 لتبيان أهمية متغير فعالية الذات لعلاج الإدمان على الأفيون عند الأباء وخفض الأضرار الناجمة على الأبناء. ودراسات أخرى عملت على التخفيف والخفض من بعض الخصائص كدراسة الجوهرى 1998 لإختيار برنامج التدريب على التعامل لخفض القلق لدى معتمدي الهيروين ودراسة عبد الله الوائلي 2003 لخفض درجة القلق كذلك عند المدمنين، ودراسة الصقهان 2006 لخفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات.

ودراسة عبد الحميد أبوزيد لمعرفة فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي معرفي سلوكي بإستراتيجيات ضبط الذات في خفض الإندفاعية لدى معتمدي العقاقير. ودراسة كوبر ومكورمات 1992 للتخفيف من الوحدة النفسية وعدد من المشكلات النفسية لدى المراهقين المتعاطين للكحول ودراسات أخرى عملت على تغيير الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لدى المدمن كدراسة بوخنوفة نهى 2011 ودراسة طلحي فريدة 2016.

أما الجزء الثالث فاختصت دراساته بعلاج إنتكاسة المدمنين على المخدرات كدراسة عبد الله العتيبي 1998 لمعرفة دور التدريب على السلوك التوكيدي في التقليل من إحتمالية الإنتكاسة بعد العلاج ودراسة كاثرين بادين 1992 والمتمثلة في إختبار كفاءة عدة تدخلات علاجية لشحذ فعالية الذات وصيانة سلوكيات الإمتناع عن التعاطي ودراسة بيجي كانترل 1993 التي تقدم برنامج علاجي وقائي من الإرتكاس من خلال دراسة العلاقة بين فاعلية الذات والإرتكاس الكحولي أما دراسة ليون ديكيرسون 1994 فههدفت لدراسة فنيات تعديل المعرفة والسلوك خلال فترة قصيرة الأمد لما بعد الرعاية للعلاج الجماعي لمدمنين الكوكايين وأثر ذلك في الوقاية من الإنتكاسة، وأخيراً دراسة ويلز 1994 لعلاج المرضى الخارجين من الإدمان على الكوكايين للوقاية من الإنتكاس.

خلاصة:

يمكن من خلال ما سبق التركيز على عدة نقاط:

- جُلّ الدراسات تناولت بالبحث علاج الإدمان.
- ظهر تباين في أساليب وفتيات علاج كل دراسة كذلك في طريقة التطبيق فهناك دراسات فردية وأخرى جماعية وهناك من دمج بين الطريقتين.
- وفقت أغلب الدراسات في تحقيق أهدافها وإبراز فعالية برامجها الإرشادية والعلاجية المطبقة على فئة المدمنين نذكر على سبيل المثال لا الحصر النتائج التالية:
 - إنخفاض في درجة القلق لدى المدمنين.
 - مساهمة العلاج في تحسين مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية.
 - رفع مستوى السلوك التوكيدي.
 - تغيير الأفكار الخاطئة واللاعقلانية لدى المدمنين ومن ثم تعديل سلوكهم إتجاه المخدرات.
 - الرفع من مستوى الفعالية الذاتية يخفف معدل الإنتكاسة.
- **إفادة الباحثة من الدراسات السابقة:**

بما أن محور إهتمام الدراسة الحالية هو بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات وإختبار فعالية هذا البرنامج، فإن الباحثة قد استأنست ببعض الدراسات السابقة والتي تناولت جوانب عديدة للإدمان والإنتكاسة مستفيدة منها فيما يلي:

 - رَصد أهم أسباب الإنتكاسة منها النفسية والإجتماعية.
 - الوقوف على أبرز سمات شخصية المدمن المنتكس.
 - الإستفادة من بعض البرامج والإستراتيجيات العلاجية وكذا الوقائية في مجال الإنتكاسة.
 - الإستفادة من الأسس التي قدمتها بعض الدراسات والإرتكاز عليها لبناء البرنامج الحالي.
 - التعرف على الخطوات المنهجية لبناء البرامج.
 - التعرف على أهم المقاييس والأدوات المستخدمة وكذا المناهج وكيفية التطبيق الإجرائي.
 - الإستعانة بنتائج الدراسات السابقة في تفسير ومناقشة نتائج الدراسة الحالية.

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول:

الإيمان على المخدرات

تمهيد:

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها مشكلة بالغة الأهمية، كما أنها على درجة عالية من التعقيد بالنسبة للفرد من جهة والمجتمع من جهة أخرى، فهي تمس حياة الفرد النفسية والاجتماعية في جميع جوانبها، علاقته بنفسه، صورته في نظر نفسه، تحدد له أهدافه وتحصر إهتماماته، وكذا صلته بينه وبين عائلته، صورته أمام زوجته وأبنائه ونوع الأثر الذي يتركه فيهم وكذا علاقته بالقانون وبالتالي تمس حاضره وتحدد مستقبله.

أما من جهة المجتمع فالتعاطي أو التهريب أو الإتجار كلها تعتبر إعتداء على أمن المجتمع، بالإضافة إلى الجانب الإقتصادي من حيث التكاليف والنفقات المخصصة لهذا المجال.

وبهذا إن مشكلة إدمان المخدرات تمثل مكان الصدارة بين المشكلات النفسية والطبية وتعتبر ظاهرة تعاطي المواد المخدرة بأنواعها المتعددة من الظواهر الخطيرة التي تجتاح العالم في عصرنا الحالي، كما تكمن خطورتها في إنتشارها الواسع لدى فئة الشباب التي تمثل قوة بشرية هامة في المجتمع¹.

¹ محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2007، ص13.

1- لمحة تاريخية عن المخدرات وأنواعها:

إن الإنسان منذ أقدم العصور وهو يسعى إلى البحث عن طرق عيش يحقق من خلالها الراحة واللذة، ولا شك أن هذه الدوافع للبحث والنشاط في هذا المجال حققت للإنسان أساليب عديدة تريحه وتخدم أغراضه وتشبع حاجاته المختلفة، لكن بالرغم من هذه الإمتيازات إلا أنها فتحت أمامه باب الدخول إلى عالم العقاقير والمخدرات.

لقد ورد في الحضارات القديمة ما يدل على أن الإنسان عرف المواد المخدرة منذ زمن بعيد، حيث وجدت آثارها على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي في الحضارة المصرية القديمة، أو كأساطير تناقلتها الأجيال فيما بينها¹.

فالهندوس على سبيل المثال كانوا يعتقدون أن الإله (شيفا) هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط، ثم تستخرج منه باقي الآلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي ويقصدون به الحشيش، ونقش الإغريق صوراً لنبات الخشخاش على جدران المقابر والمعابد، واختلف المدلول الرمزي لهذه النقوش حسب الآلهة التي تمسكوا بها ففي يد الآلهة (هيرا) تعني الأمومة، والآلهة (ديميتر) تعني خصوبة الأرض، والإله (بلوتو) تعني الموت أو النوم الأبدي، أما قبائل الإنديز فقد إنتشرت بينهم أسطورة تقول بأن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس، وتجلب لهم نومًا لذيذًا، وتحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا². وفيما يلي عرض لأشهر أنواع المخدرات وتاريخها:

1-1- الحشيش (القنب): عرفت الشعوب القديمة الحشيش وصنعوا من أليافه الحبال والأقمشة، وأسماء الصينيون واهب السعادة، وأطلق عليه الهندوس إسم مخفف الأحزان، أما كلمة القنب فهي كلمة لاتينية معناها ضوضاء، وقد سمي الحشيش بهذا الإسم لأن متعاطيه يحدث ضوضاء بعد وصول المادة المخدرة إلى ذروة مفعولها، ومن المادة الفعالة في نبات القنب هذا يصنع الحشيش و معناه في اللغة العربية العشب أو النبات البري، ويرى بعض الباحثين أن كلمة حشيش مشتقة من الكلمة العبرية "شيش" التي تعني الفرح إنطلاقاً مما يشعر به المتعاطي من نشوة وفرح عند تعاطيه الحشيش.

وفي القرن السابع قبل الميلاد إستعمله الآشوريون في حفلاتهم الدينية وسموه نبتة "كونوبو" واشتق العالم النباتي ليناوس سنة 1753 م من هذه التسمية كلمة "كنابيس" Cannabis³.

¹ خالد حمد المهندي، المخدرات وآثارها النفسية والإجتماعية والإقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات، الدوحة، قطر، 2013، ص19.

² مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، القاهرة، 1995، ص27.

³ زين العابدين مبارك، الحشيش، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1986، ص17.

فالحشيش يستخرج من نبات القنب الهندي Cannabis ويعد من ضمن المواد المهلوسة إذ يحتوي على مادة جد فعالة فيه هي (9 Tetrahydrocannabinol) وتحدد نسبة هذه المادة وفعاليتها على طبيعة النباتات المستخلصة منه ويرجع إستخدامها إلى آلاف السنين¹.

أما عن تأثير الحشيش فيعود الفضل إلى الطبيب الفرنسي مورودي تور، الذي كان يعمل طبيبياً نفسياً في مستشفى "بيسيتر"، لعلاج الأمراض العقلية، فقد أجرى أول دراسة علمية حول الحشيش كعلاج للمرض العقلي سنة 1840، ثم كتب عنه كتاباً وتعاطاه شخصياً فوصف الهلاوس والخدع والسعادة والإنبهار الذي شعر به.

وقد تحدث العالم النفسي وليام جيمس عن الحشيش قائلاً: "إن الحشيش بالنسبة لعالم النفس كالميكروسكوب بالنسبة لعالم الأحياء" ولعل جيمس أراد بذلك أن يبين تأثير الحشيش على الحواس والإدراك الذي يمكنه من تفهم هذه الظواهر والوظائف النفسية بصورة أفضل².

إعتبر الحشيش من المخدرات الأكثر إستهلاكاً في العالم، ومن أول المخدرات تجريباً من طرف المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية، إن التعاطي المتكرر لمادة الحشيش يؤدي إلى التبعية النفسية ولا يؤدي إلى التبعية، الجسمية ولكن سجلت بعض أعراض الإنقطاع مثل القلق المصحوب ببعض الإضطرابات الفيزيولوجية مثل الإرتعاش، التعرق، الغثيان وإضطرابات الأكل والنوم خاصة عند تعاطي جرعات كبيرة (ولكن هذه الأعراض ليس لها دلالة عيادية).

يمر متعاطي الحشيش بعدة مراحل عند تعاطيه لهذه المادة أهمها:

- الشعور بالراحة Bienêtre.
- ظهور أعراض تشمل: ضحك غير مبرر، أفكار غير عقلانية، إضطراب في الذاكرة، الشعور بالعظمة.
- صعوبة في إنجاز مهمات معقدة، في مرحلة قصيرة المدى.
- إضطراب في الإدراك الحسي، إضطراب في الحكم.
- الشعور بأن الوقت يمر ببطء واضطراب في الأداء الحركي، هذا الإضطراب يكون مصحوباً في بعض الأحيان بحالة قلق كما يعاني من حالة عزلة وانطواء، كما تظهر على المتعاطي بعض الأعراض الجسمية حوالي ساعتين بعد التعاطي وهي:

¹Alain Morel et al, soigner les toxicomanes, Edition dunod, paris, 2003, p22.

² عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد 56، 1982، ص 139-140.

- ✓ الزيادة في الشهية، جفاف الفم، الزيادة في ضربات القلب، ظهور بعض الأمراض العقلية، تظهر هذه الأعراض بعد تعاطي الحشيش بدقائق خاصة إذا تم تعاطيه عن طريق التدخين.
- ✓ أما آثار الحشيش فقد تبقى حوالي 3 إلى 4 ساعات وقد تصبح المدة أطول إذا تم تعاطيه عن طريق الفم وقد تستمر هذه الآثار وتظهر من جديد من 12 ساعة إلى 24 ساعة.
- ✓ إن تعاطي الحشيش يؤدي إلى تبعية نفسية ولكن لا يؤدي إلى تبعية جسمية¹.

1-2- الأفيون: (الخشخاش)

اكتشف لأول مرة من طرف سكان وسط إفريقيا سنة 7000 قبل الميلاد، ومن ثم إنتشر إلى مناطق العالم المختلفة، أما في الحضارة المصرية فعرفه القدماء سنة 4000 قبل الميلاد وكانوا يستخدمونه لعلاج الأوجاع، أما السومريون والبابليون فكانوا يزرعون الخشخاش إعتقاداً منهم أنه نبات السعادة، ثم إنتقل إلى اليونان والرومان لكنهم أسأؤوا إستعماله فأدمنوه، أما عند العرب فقد عرف الأفيون منذ القرن الثامن ميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج إلتهاب غشاء الرئة المسمى آنذاك "داء ذات الجنب" وبعض أنواع المغص، وفي الهند عرف نبات الخشخاش والأفيون منذ القرن السادس ميلادي وظلت الهند تستخدمه في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين.

فشجرة الخشخاش هي المصدر الذي يؤخذ منه الأفيون وله ثمرة على هيئة كبسولة ذات إستدارة غير منتظمة، يتراوح حجمها بين حجمي البرتقالة والبندقية، ويتم إستخراج الأفيون عن طريق تشريط الكبسولة أفقياً أو رأسياً فيخرج منها مادة لزجة ذات رائحة نفاذة بيضاء اللون سرعان ما يتحول لونها إلى البني عند تعرضها للهواء، ويحتوي الأفيون على أكثر من 35 مركبا كيميائيا من القلويدات، تشكل حوالي 25% من وزن الأفيون أهمها المورفين، الكوداين، الثيابين، البابافرين الفوسكاين².

وتسمية الأفيون إشتقت من الكلمة اليونانية Opium وتعني العصارة أو العصير، والأفيون عبارة عن عصير متجمد يستخرج من ثمار نبتة الخشخاش قبل نضجها التام، موطنه الأصلي أسيا الصغرى، ثم إيران وتركيا والعراق وباكستان وأفغانستان ثم إنتقل إلى كافة أنحاء العالم.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص 40-41.

² محمد سلامة غباري، الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه "دراسة ميدانية"، ط2، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص13.

من بين آثاره على المدمن إحساس عابر ومؤقت بالنشوة والإشراح واللذة ويعتبر الأفيون من أعلى المخدرات ثمنا وأخطرها على حياة الإنسان وهو يستعمل عن طريق الإستنشاق بالأنف أو المص أو الإستحلاب أو الشرب أو تدخيننا عن طريق البايب أو سيجارة التبغ وأخيرا عبر الوريد حقنا¹.

1-3- المورفين:

هو أحد مشتقات الأفيون والمادة الفعالة فيه، إستطاع العالم الألماني سيرتونز عام 1806م فصلها عن الأفيون وأطلق عليها هذا الإسم نسبة إلى الإله "مورفيوس" إله الأحلام عند الإغريق، وقد ساعد الإستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي إندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1861م على إنتشار هذا المخدر ومنذ إختراع الإبرة الطبية عام 1870م أصبح إستخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد، ويكثر إستخدامه عن طريق الشم ويتم التعود عليه بعد أسبوع، فإدمانه أمر يتم بسرعة². يوجد المورفين على شكل أملاح سلفات المورفين، وكلوريدات المورفين ونترات المورفين والأملاح الثلاثة ليست لها رائحة، وتكون على شكل مسحوق أبيض بلوري، كما يمكن أن تكون على شكل أقراص أو محاليل للحقن، ويندرج لون مسحوق المورفين من الأبيض إلى الأصفر البني تبعا لدرجة نقاوته وهو مر المذاق³.

ويتعاطى معظم مدمني المخدرات مادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل ونادرا ما يتعاطونه عن طريق البلع، لأنه إذا استعمل بهذه الطريقة يلزم تعاطي كميات كبيرة منه، وهو ما يحتاج إلى تكاليف باهظة ويلجأ المدمن في حالات الإدمان المتقدم إلى الحقن في الوريد مباشرة حيث تكون فاعليته أسرع من الحقن تحت الجلد⁴.

¹ جعفر حشان، المخدرات والتدخين ومضارهما، ط1، دار الحرف العربي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2002، ص 198-190.

² متعب بن مصلح الرشيدي، اتجاهات مرضى إدمان المخدرات نحو دور الأخصائي الإجتماعي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2004، ص52.

³ محمد سلامة غباري، مرجع سابق، ص15.

⁴ Jermone. H. Jaffe... Drug Dependence, opioids, psychoactive Substances Disorder, shepter, 13, 1992, p64.

1-4- الهيروين:

وهو أيضا أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، إكتشف عام 1898م وأنتجته شركة "باير" للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة، ويباع كمسحوق أبيض أو أسمر ويتميز هيروين الشوارع بأنه مختلط بأدوية نفسية، وقوته اليوم أكثر من قوته في الستينات من القرن الماضي¹.

ويشير كل من جيروم وجافي 1992 Jerom H. &Jaffe بقولهم: "يعتبر الحصول على الهيروين من الأفيون ويحصلون عليه بتجفيف العصير البني" الذي تفرزه أكياس زهرة نبات الخشخاش عند قطعها، ويستخدم الفرد الهيروين بالحقن، وقد لا يكون مذاقه لذيذ على الإطلاق، كما أن الإعتماد القوي على المخدر لا ينشأ بعد التعاطي، إلا أن هذا لا يعني أن المدمن لا يستمد لذة كبيرة من تعاطي المخدر بل هو يستمد لذة قد تماثل اللذات الحسية ومن المحتمل أن شدة المتعة واللذة تفوق أي لذة معروفة لغير المدمن ويبدوا أن المخدر قد يستعمل كبديل للجنس، فكثيرا ما سمعنا من المدمنين وصفا لأثار حقنهم بالمخدر بعبارات جنسية².

ويعتبر الهيروين أكثر المخدرات المسببة للإدمان المعروفة كسبب في فقدان الحواس والنوم مثل سائر أنواع المخدرات، فقد عرف الهيروين في البداية كدواء ولا يزال يستعمل حتى اليوم تحت رقابة طبية لتسكين الآلام التي لا يمكن إحتمالها وشكله الطبيعي هو المسحوق الأبيض وفي بعض الأحيان يخلط قبل البيع فيتغير لونه³.

لقد أدى إستخراج الهيروين من قاعدة المورفين بطرق كيميائية مختلفة إلى وجود شوائب عديدة في المادة المحضرة، وهذا ما أدى بدوره إلى وجود أنواع متباينة منه هي:

- **الهيروين رقم 1:** ويسمى الهيروين الأسمر لعدم تنقيته، ويتكون من قطع كبيرة صلبة ذات رائحة قوية نتيجة الخل الذي دخل في تركيبها.

- **الهيروين رقم 2:** يدعى قاعدة الهيروين الجافة وهي مادة صلبة يمكن تحويلها إلى مسحوق بتنقيتها بين الأصابع، ويتراوح لونها بين الرمادي الشاحب والبني الغامق أو الرمادي الغامق.

¹ محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007، ص51.

² أشرف علي السيد عبده، البروفيل النفسي لمدمني الهيروين، كلية الآداب جامعة أسيوط، القاهرة، 2003، ص17.

³ سعيد بن أحمد بن الغداني، عوامل الشخصية الكبرى لدى مدمني المخدرات في ضوء بعض المتغيرات بسلطنة عمان، رسالة ماجستير، قسم التربية والدراسات الإنسانية، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، عمان، الأردن، 2014، ص51.

- **الهيروين رقم 3:** يكون على شكل حبيبات ويخفف المسحوق بالكافيين، وتتراوح كمية الهيروين في هذا المسحوق (من 25-40%) ويضاف إليه مادة الأستركتين والكينين والسكوبالامين، ويطلق على هذا النوع من الهيروين أسماء عامية مثل السكر البني والهيروين الصيني، ولؤلؤة التين الأبيض، والبازوكا.
- **الهيروين رقم 4:** مسحوق دقيق أبيض منقى بدرجة كبيرة لا يحتوي إلا على القليل من الشوائب، ولكن تجار المخدرات يقومون بتجفيفه بإضافة مواد أخرى إليه مثل اللاكتور وفي مصر يتم خلط هذا النوع بمواد كثيرة مثل السكر وغيره¹.

1-5- الكوكايين:

يستخرج الكوكايين من نبات الكوكا في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من 2000 عام وانتشر استخدامه لدى هنود الأنكا وفي عام 1860م، عزل العالم "ألفرد نيمان" المادة الفعالة في نبات الكوكا ومن ثم انتشر عالمياً وبدأ إستعماله في صناعة الأدوية نظراً لمفعوله المنشط للجهاز العصبي المركزي، ومن ثم استخدم بكثرة في المشروبات الترويحية كالكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام 1903م، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعايات التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد على القهوة والشاي ومن أشهر الأطباء المروجون لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي "أنجلو مريان" A. Marienan واستخدمته تلك الشركات بأكثر من 15 منتجاً من منتجاتها².

لقد أثرى مريان من بيعه لمنتجات الكوكا ثراءً كبيراً، وخلق عليه البابا وساماً تقديراً له على صنعه هذا النبيذ وأقبل الأمراء وكبار القوم على تعاطيه بعد أن منعت شركة كوكاكولا من إضافة الكوكايين إلى مستحضراتها، تبع ذلك تشريع سنة 1906 في الولايات المتحدة الأمريكية الذي ينص على كتابة محتويات المستحضرات على الزجاجاة. ثم قانون هاريسون سنة 1917 الذي نص على عدم السماح بصرف الكوكايين ومستحضراته إلا بوصفة طبية واعتبره من العقاقير الخطرة، وقد أدى ذلك كله إلى تقلص عدد متعاطي الكوكايين وفي أوائل الثلاثينات حلت منشطات الأمفيتامين مكان الكوكايين أما في الولايات المتحدة الأمريكية فينتشر نوع من الكوكايين يسمى الكراك³ (Crack) وهو عبارة عن Alcoloide الكوكايين، مستخرج من كلوريدات مسحوق يتم خلطه بكاربونات الصودا مجفف للكوكايين لأنه سريع التبخر آثاره تظهر بسرعة وهي شبيهة بأعراض الأمفيتامينات إلى جانب ضعف عضلي وتظهر على مدمن الكوكايين صعوبة في التنفس، آلام صدرية إضطرابات في نبضات القلب وحالة إرتباك وتشنج وعسر الحركة وتوتر وقد تصل للإنعاش على الرغم من أن

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص 51-52.

² Musto. D. F. Opium. Cocaine and marihuana in American history, Scientific, Amer, 1991, p27.

³ عادل الدمرداش، مرجع سابق، ص 116.

مدة تأثير الكوكايين قصيرة ولكن أثارها سريعة وقوية على الجهاز العصبي المركزي، خاصة إذا تم تعاطيها عن طريق الوريد أو تدخن على شكل "كراك" تؤدي مباشرة إلى شعور بالراحة، الثقة وحالة إنشراح تظهر بعض التغيرات السلوكية، كلام غير منسجم، آلام في الرأس مباشرة بعد التعاطي وأفكار إنتقالية وطنين في الأذن والشعور بالإضطهاد وهلاوس سمعية ولمسية، كما قد يؤدي إلى ذهان التسمم، غضب شديد مع التهديد أو المرور للفعل مع إمكانية القيام بسلوكيات عدوانية، تغيرات في المزاج مثل الإكتئاب، أفكار إنتحارية، إضطرابات في التركيز تحدث أثناء الإنقطاع¹.

1-6- الكحوليات:

تعد الكحوليات من بين أقدم المواد المخدرة التي تعاطاها الإنسان حيث كانت الصين السبابة لمعرفة مختلف طرائق التخمير الطبيعية للعديد من الأطعمة فلقد صنع الصينيون الخمر من الأرز والبطاطا والقمح والشعير، وتعاطوا أنواع من المشروبات كان يطلق عليها آنذاك "جيو jiu" أو النبيذ وبعد العلاقات الصينية الرومانية، إنتقل نبيذ العنب إلى الصينيين في حوالي 200 سنة قبل الميلاد، واقترن تقديم المشروبات الكحولية في الصين القديمة بعدد من المناسبات وهذا الأمر شبيه بما كان يقام في حضارات أخرى كالحضارة المصرية والهندية والرومانية واليونانية².

من جهة أخرى إن الكحول اعتبر من أقدم المواد التي تستخدم عمليا في مداواة بعض الأمراض، وله تاريخ طويل في إفريقيا، فقد كانت البيرة تشرب في مصر عام 4241 ق.م، وأثناء عصور الحكم الوراثي كان المصريون الأثرياء يشربون عدة أنواع من البيرة والخمر، إلا أن حدوث الغزوات الإسلامية ونشر الإسلام أدى إلى منع الكحول³.

ويعرف الكحول على أنه عقار كيميائي ناتج في الأصل عن عمليات تخمير أنواع مختلفة من الطعام، عرف منذ القدم خاصة في الصين، ينتمي إلى فئة المهبطات والمنومات. يظهر الكحول في عدة أنواع أشهرها ما يلي:

▪ الكحول الإيثيلي: Ethyl Alcohol

- وهو النوع الشائع الإحتساء لدى معتمديه، ويرمز له بالرمز (ETOH) ويتوفر في البيرة والخمر بأنواعها المختلفة.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص36.

²Whqng. Feipeng Drinking in chinqm Surveyor 1982m p15.

³ فايد حسين علي، سيكولوجية الإدمان، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، 2005، ص15.

▪ الكحول الميثيلي: Methyl Alcohol

- وهو نوع من الكحول ناتج عن خشب الأشجار، ويمكن أن يصنع منه خمر الخشب.

▪ الأزوبروبيل: Isopropyl

- وهو نوع من الكحول الذي يستخدم في المجالات الطبية مثل الكحول في المصحات الطبية ولأغراض التطهير والتعقيم.... إلخ¹.

1-7- القات:

القات شجرة دائمة الخضرة وأول من أسماها بإسمها العلمي ووصفها وصفا دقيقا هو عالم النبات السويدي "بيرو فورسكال" Per Forsskal أما الإسم العلمي لها فهو Catha ويتراوح طول شجرة القات بين خمسة وعشرة أمتار وأوراق الشجرة بيضاوية مدببة.

ويرى بعض المؤرخين أن القات وجد لأول مرة في منطقة تركستان أو أفغانستان وهذا اعتمادا على ما ذكره البيروني في الفترة ما بين سنتي 973 و1051م.

ويبدو في حدود الوثائق التاريخية أن عادة مضغ أوراق القات شاعت في منطقة جنوب البحر الأحمر (اليمن والحبشة) في حوالي القرن الرابع عشر ميلادي، وقد دل على ذلك ما ورد في وثيقة تاريخية حبشية عام 1330م، كذلك في كتاب ابن فضل الله العمري سنتي 1342م - 1349م ويشهد المقريزي عن وجود شجرة القات بأرض الحبشة من 1364-1442م وتشير دراسات كثيرة حول التاريخ الإجتماعي لتعاطي القات في اليمن أنه مر بمرحلة في بداية تاريخية خلال القرنين الثالث عشر والرابع عشر كان مقتصرًا على الشرائح الفقيرة ثم اتجه تدريجيا إلى الشرائح الغنية ذات النفوذ².

أما عن طريقة استعماله فيمضغ المتعاطي أوراق النبتة، حيث يتم وضعها بين الخد والفكين (وتسمى التخزين) رغم أن بعض المجتمعات مثل اليمن يعتبرون القات مادة أساسية في الحياة الإجتماعية إلا أن هيئة الصحة العالمية أدرجته ضمن قائمة المخدرات سنة 1973م.

يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى

المادة قات نوريسودو ايفيدرين Khat Norpseudo Ephedrine .

¹ مدحت عبد الحميد أبوزيد، لهفة الإدمان "تشخيصها وعلاجها"، دار المعرفة الجامعية، 2003، ص12-13.

² خالد حمد المهدي، مرجع سابق، ص38.

أوكاتين، حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه لا يشعر بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم بالإضافة إلى الإضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والإكتئاب¹.

1-8- الأمفيتامينات:

هي مستحضرات كيميائية منشطة على شكل أقراص أو كبسولات متعددة الألوان، لها تأثير مشابه للأدرينالين والكيماويات العصبية مثل النوربنفرين Norepinephrine في الجهاز العصبي السمبثاوي وتم إنتاج أول أمفيتامين في عام 1927 باسم بنزدرين Benzedrine وشاع الإستخدام تجاريا عام 1932م وكانت الأغراض الأولى لإستخدام الأمفيتامينات في المجال الطبي لعلاج حالات الربو والبرد ورشح الأنف، وما شابه ذلك، ثم شاع إستخدامها في الحرب العالمية الثانية لمساعدة الجنود على مقاومة التعب ومقاومة الجوع².

فما أن الأمفيتامينات مثيرات جسدية ونفسية فهي تعمل على إزالة الإحساس بالتعب والشعور بالنقطة في النفس، يمكن أن ينتج عن إستهلاكه أزمات من القلق وحالات إكتئابية، فقدان النوم، هذيان، الشعور بالشك والخوف، عدوان، تبعية جسدية، إرتفاع معدل التنفس زيادة ضربات القلب³.

1-9- الأدوية النفسية:

تنقسم الأدوية النفسية إلى الفئات التالية:

- **مهدئات عظمى:** تستخدم في علاج الأمراض العقلية كالفصام واضطرابات أخرى وهي لا تسبب الإدمان مثل اللارجاكتيل.

- **مضادات الإكتئاب:** التي تستعمل لعلاج مرض الإكتئاب وهي لا تسبب الإدمان أيضا مثل التريپتازول والتوفرانيل.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص37.

² مدحت عبد الحميد أبوزيد، الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان بحوث في الشخصية الإدمانية، الجزء الثاني، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية 2011، ص30.

³ بن عبد الله فوزية، دراسة شخصية المدمن على المخدرات كإستجابة للصدمة النفسية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية الآداب والعلوم الإجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف الجزائر، 2010، ص61.

- **المهدئات الصغرى:** التي تسبب الهدوء وتزيل القلق النفسي والتوتر دون أن تسبب النعاس في جرعات صغيرة مثل مركبات البنزوديازيبين Benzodiazepine.

- **كالفاليوم والليبريوم:** وهي تسبب الإدمان وقد أدرجت من قبل هيئة الصحة العالمية مع الخمر والمنومات في مجموعة واحدة.

- **المنومات:** وهي أدوية تسبب النعاس والنوم في جرعات بسيطة وقابليتها لإحداث الإدمان عالية وهي نوعين:

1- **مشتقات حامض الباربيتوريك:** وتنقسم من حيث المفعول إلى مركبات مفعولها قصير للغاية بين نصف ساعة واحدة مثل الثيوبنتون، تستعمل لإحداث التخدير العام قبل إجراء العمليات الجراحية، والنوع الثاني قصير المفعول ويستمر بين 2 إلى 6 ساعات مثل: النميوبوتال Nemubutal ومركبات متوسطة المفعول يستمر تأثيرها بين 6 إلى 8 ساعات مثل الأميثال Amytal ومركبات طويلة المفعول يستمر تأثيرها بين 8 إلى 16 ساعة مثل اللومينال Luminal الذي يستخدم في علاج مرض الصرع ويؤدي استعمالها المفرط أو المستمر إلى الإدمان.

2- **منومات ليست من مشتقات حامض الباربيتوريك:** مثل الكلورال والبارلدهايد والماندراكس والدوريدن والهيمينيفرين والموجادون وكان المعتقد أنها أقل ضرراً من الباربيتورات في البداية ولكن ثبت مؤخراً أنها تؤدي للإدمان¹.

- **المهلوسات:** وهي أنواع مختلفة من العقاقير مثل حبوب الهلوسة LSD ومع أنه ليس لبعضها تأثير إدماني كبير إلا أنها تؤثر على نفسية المتعاطي وسلوكه وتؤدي إلى إدراك خيالي لبعض الظواهر والموضوعات وأشياء غير موجودة في الواقع، ومصدر هذه المهلوسات من الميكالين، فطر البتول، القنب الهندي وفطر الأمانيت².

¹ عادل الدمرداش، مرجع سابق، ص ص 85-86.

² عبد الإله عبد الله المشرف، رياض بن علي الجوادي، المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2011، ص 31.

جدول رقم 1: أنواع المخدرات وأمثلة عليها وتأثيراتها¹

التأثير Effect	أمثلة Examples	نوع المخدر Type of Substance
الخمول، الشعور بالسعادة والإسترخاء- Pleasant Relaxation Disinhibition ,Drowsiness,	الكحول، الباربيتورات، المسكنات، المنومات، ,Sedative,Alcohol Barbiturates Sleeping tablets	المهبطات Depressants
تسكين الألم، الشعور بالسعادة والسرور والبهجة والإنتعاش والإستقلالية Relief of Pain,Pleasant, De-tached, Dreamyeuphoria	مورفين، ميثادون، Morphine, Methadone	الأفيونات Opiates
تخفف الشعور بالجوع والإجهاد، الإبتهاج والإنتعاش Exhilaration, Reduced fatigue and hunger	كوكايين، امفيتامينات Co-caine ,Amfetamines	المنشطات Stimulants
تشويهه في الإدراك الحسي، عدم الإهتمام بالآخرين Other- Perceptuql distortions, Worldliness	الداي أثيل حمض اللسيرجيل، مسكالين، بيوت LSD Mescaline,Peyote	المهلوسات Hallucinogenics
الشعور بالإسترخاء، هلوسات- Relaxation ,Hallucinogenic effects	الماريجوانا، القنب الهندي Marijuana,Bhang,Ganja	الحشيش Cannabis
مسكن، منبه Sedation and Stim-ulation	توباكو Tobacco	النيكوتين Nicotine
خمول، إسترخاء، إضطرابات في الإدراك الحسي Drowsiness, re-laxation, perceptualdisturbances	غراء، الأصباغ السائلة المرققة للدهان، ورنيش- Glues, Lac- quers, Paintthinners	المواد الطيارة Inhalant Volatile

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص 56-57.

2- تعريف المخدرات:

2-1- التعريف اللغوي:

المخدر إسم فاعل من الفعل "خدر" بمعنى "استتر" واشتق منها، أطلق عليه عدة معاني كالستر والتحيز والفتور والإسترخاء¹.

• يقال كذلك:

"تخدر واختر" أي استتر والخادر هو الفاتر الكسلان، والخدر هو تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة، وعليه فإن المخدر والمسكر والخمر هو التغطية والستر والتظلم والتعتيم والغموض والفتور والكسل². أما في اللغة الفرنسية فكلمة Drouge تعني شيئاً ذو نوعية سيئة أو شيء قليل الفائدة، فهي كلمة كثيرة التداول، قد تعني لعبة الورق التي كان يلعبها الجنود والملاحون، كما قد تعني كذلك الشيء الذي يؤدي إلى التسمم.

إذن كلمة Drouge ترتبط بكل ما هو سيء وغير صالح كما لا يوحى بالثقة وفي القرن العشرين أصبحت كلمة Drougue تعني المواد السامة والمخدرات³.

2-2- التعريف العلمي:

عرفت المخدرات في المنجد الكبير لعلم النفس كالتالي:

- المخدر مادة إذا ما أدخلت في جسم الإنسان تغير وظيفته أو أكثر من وظائفه، وبدقة أكثر تشير هذه الكلمة إلى مواد نفسية بإمكانها أن تحدث التبعية، فهي تولد الإدمان والتسمم" ويتفق هذا التعريف مع تعريف منظمة الصحة العالمية OMS لعام 1982 " المخدر هو أي وحدة أو مزيج من الوحدات الكيميائية باستثناء تلك الضرورية للحفاظ على الصحة العادية والتي إذا تم تناولها تحدث تغيير في النشاط البيولوجي أو من المحتمل أن تغير من تركيبه"⁴

وهناك تعريف يطلق فيه المخدر على أي مادة يتعاطاها الناس بهدف تغيير الطريقة التي يشعرون بها أو يفكرون أو يتصرفون، ويشمل هذا الوصف الكحول والتبغ كما يشمل المخدرات الأخرى الطبيعية

¹ فايد. ح، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص57.

² ناصر عبد العزيز الصقهان، تقييم فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2005، ص56-57.

³ قماز فريدة، مرجع سابق، ص14-15.

⁴ سايل حدة وحيدة، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، الطبعة الأولى، دار التنوير، الجزائر، 2015، ص 16.

أو المصنوعة، وفي الماضي كانت معظم المخدرات المستعملة تصنع من نباتات تزرع ثم تحول إلى مخدرات مثل الكوكايين والهيروين والقنب (الماريخوانا) وفي القرن العشرين اكتشف الناس كيف يصنعون المخدرات من الكيمياويات وهي تعرف بأي مخدر من صنع الإنسان أو مخدرات تركيبية¹.

المخدر هو مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان، فتغير في إحساساته وتصرفاته وفي بعض وظائفه لتكرار استعمال هذه المادة، ولها نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذ على البيئة والمجتمع².

لقد عرفت لجنة المخدرات بالأمم المتحدة المواد المخدرة بأنها: "كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من الإستعداد أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسمانيا ونفسيا وبالمجتمع"³.

2-3- التعريف الطبي:

يجهد التعريف الطبي ليكون أكثر موضوعية مميزا المخدرات بمجموعة محددة من الظواهر النفسية والجسدية المشتركة عند استعمالها، إن المخدرات مواد منشطة نفسيا بإمكانها إحداث آثار نفسية تعاش إيجابيا كتقوية وتنمية حالة من التبعية النفسانية أو الجسدية، فالتبعية النفسية تتجلى في الرغبة الملحة في تكرار إستهلاك السم للشعور بحالة عقلية لذيذة أو لطرد شعور بالضيق، أما التبعية الجسدية فتعبر عن حالة من التكيف الجسدي مع المخدر، مطبوعة بنمو تسامح أو إحتمال معين وظهور أعراض جسدية للقطام، يبرز التسامح من خلال ضرورة زيادة تدريجية للجرعات للحصول على الأثر المرغوب وتتميز عوارض القطام الجسدية بحصول أعراض جسدية بعد وقف أو تخفيض المخدر الذي كان استعماله منتظما، بعض المخدرات لا تؤدي إلى تبعية جسدية.

هناك مواد مشروعة ومواد غير مشروعة ينطبق عليها هذا التعريف مبررا تصنيفها في فئة مشتركة وهي: التبغ والمشروبات الكحولية والمهدئات التي بإمكانها أن تصبح ذات إستعمال إدماني.

إن أهمية تماثلها مع المخدرات ضرورية لأنها المواد المنشطة نفسيا الأكثر إستعمالا من قبل المراهقين حيث يسبق إستعمالها ويسهل إستعمال المخدرات غير المشروعة، إن التبغ والكحول والمهدئات ترد كمخدرات

¹ عبد الإله عبد الله المشرف، مرجع سابق، ص 25.

² البستاني أل المخدرات والمسكرات والمهدئات، مدخل عام إلى الإدمان والعلاج والتأهيل، دار النهار، بيروت، 2003، ص 14.

³ الحياي وليد ناجي، قياس التكاليف المالية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد رقم 15، العدد 29، 2004، ص 49.

الفصل الأول — الإدمان على المخدرات

في مجلد وإحصاء الإضطرابات العقلية *DSM-III، حيث تأتي بين فئات المواد السامة والتصنيف العالمي للأمراض، في منظمة الصحة العالمية (CIM) يدخل أيضا التبغ والكحول والمهدئات في الفئات التشخيصية حول الإسراف في المخدر والتبعية¹.

2-4- التعريف القانوني:

المخدرات مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تناولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك².

وتشمل: الأفيون ومشتقاته والحشيش وعقاقير الهلوسة والكوكايين والمنشطات، ولكن لا تصنف الخمر والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أضرارها وقابليتها لإحداث الإدمان³.

3- تصنيف المخدرات:

ليست المخدرات من نوع واحد ولا من مصدر واحد أو لها تأثير واحد على الفرد، بل هناك أنواع كثيرة متباينة قليلا أو كثيرا في مصدرها وصفتها وتأثيرها، ولقد صنف حسين فايد العقاقير المخدرة وفقا لنوع وطبيعة تأثير هذه العقاقير المخدرة على الجهاز العصبي المركزي وعلى السلوك والخبرة حيث أورد تصنيفين هما:

3-1- تصنيف أورم (Orme 1984): حدد العقاقير التي تؤثر في الخبرة والسلوك ضمن ثلاث فئات أساسية هي:

- **المهبطات:** وتضم الأفيون والمورفين، الهيروين والمسكنات المحصورة في الأسبرين والباربيتور والمطمئات والكحول.

- **المنشطات:** وهي الأمفيتامين والكافيين والنيكوتين والكوكايين والبنزدرين، الريتالينو الميثدرين.

- **المهلوسات:** وتشمل على الميسكالين و L.S.D البسيلوكسيبينو الفنيسكليدين.

3-2- تصنيف قسم العدالة الأمريكية (U.S.D.J): مقسم إلى خمس فئات هي:

3-2-1- المخدرات المسكنة: وتشمل الأفيون، المورفين، الكودايين، الهيروين الهيدروموفون، البيثيدين، الميثادون وغيرها من المخدرات المسكنة.

3-2-2- المهبطات: وتضم الكلورهدرات، الباربيتورات، البنزوديازيبيناميثاكوالون والكحول وغير ذلك من المثبطات.

* الطبعة الثالثة، رابطة الطب العقلي الأمريكية 1980

¹ هنري شابول ترجمة فؤاد شاهين، الإدمان في سن المراهقة، عويدات للنشر الطباعة، بيروت، لبنان، 2001، ص 9-10.

² خالد حمد المهدي، مرجع سابق، ص 23.

³ عادل الدمرداش، مرجع سابق، ص 11.

- 3-2-3- المنشطات: وهي الكوكايين، الأمفيتامين، الفنمترازين، الميثيلفينيدات، ومنشطات أخرى.
- 3-2-4- المهلوسات: وتشمل L.S.D والمسكالين، وبعض مشتقات الأمفيتامين والفينيسكليدين ومشابهات الفينيسكليدين ومهلوسات أخرى.
- 3-2-5- مجموعة القنب: (القنبيات) وتشمل على الماريجوانا، والحشيش وتتراهيدروكانبول وزيت الحشيش. ويظهر من خلال ما سبق أن التصنيفين متشابهان في المضمون ومختلفان في الشكل. إذ قام قسم العدالة الأمريكية بتصنيفها على أساس مصدرها خاصة في مجموعة المخدرات المسكنة ومجموعة القنب¹.
- وهناك تصنيف آخر اقترحه الصيدلي الألماني لفين Lewin والذي يعتمد على مبدأ تأثير المخدرات، ويشمل تصنيفه على خمسة مجموعات وحسب تأثيرها وهي كما يلي:
- المغبطات أو المبهجات (Euphorica).
 - المهلوسات. (Phantastica).
 - المسكرات (Inebriantia) ويشمل على المواد التي تؤدي إلى السكر، مثل الكحول، الإيثار (Ether).
 - المنومات (Hypnotica) وتشمل على المواد التي تؤدي إلى النعاس.
 - المثيرات (Excitantia) وتشمل المواد التي تثير الجهاز العصبي مثل القهوة والقات².
- يمكن أن نصنف المخدرات أيضا حسب تأثيرها إلى ثلاث فئات:
- المنبهات: تعمل على إثارة الجهاز العصبي، نجد ضمن هذه الفئة التبغ، الكوكايين الكراك، الأمفيتامينات، وتعمل هذه المواد على خلق حالات من الإثارة واليقظة وتتبع بحالة من التعب والإكتئاب.
 - المسكنات: تعمل على تثبيط عمل الجهاز العصبي تعمل كمزيلات للألم ويندرج ضمنها الكحول، المورفين والهيروين، هذه المواد تعتبر كمثبطات تعطي الإحساس بالإسترخاء.
 - المهلوسات: وهي التي تؤدي إلى تغيير في عمل الجهاز العصبي نجد هنا القنب والمواد الطيارة، هذه المواد تعمل على تشويش الإدراك والواقع³.
- وهناك من يصنفها على أساس المشاكل الكثيرة التي تحدثها ويحددها في سبع أنواع هي:
- العقاقير الأفيونية: الأفيون، مشتقات الأفيون، المورفين، الهيروين، الكودين، الأفيونات التخليقية مثل الميثادون، المبيريدين.

¹ حسين الفايد، الإضطرابات السلوكية، تشخيصها-أسبابها-علاجها، مؤسسة طبية للنشر، الطبعة الاولى، القاهرة، 2001، ص208.

² قماز فريدة، مرجع سابق، ص29.

³ بن عبد الله فوزية، مرجع سابق، ص59.

الفصل الأول ————— الإدمان على المخدرات

- العقاقير المسكنة: الكحول (مثل البيرة، النبيذ، الخمر المقطرة) الحبوب المنومة، المهدئات خفيفة المفعول.
- العقاقير المنبهة: المنبهات التخليقية مثل الأمفيتامين، الدكسامفيتامين، الكوكايين.
- الحشيش: وهو يعرف بأسماء مختلفة في بقاع العالم المختلفة مثل البانجو، الحشيش، الشاي الأحمر... إلخ.
- عقاقير الهلوسة: داي أثيلاميد حمض الليسرجيك (ل، س، د) ميسكالين، فيسكلدين.
- المذيبات/ المستنشقات الطيارة: الغراء، الكيروسين، التولوين، المركبات البترولية، البويات (أبروسول).
- عقاقير أخرى: التبغ، بيتيل، القات، أوراق الكوكا... إلخ¹.
- تصنيف المخدرات من حيث طبيعتها: تنقسم المخدرات من حيث طبيعتها ومصدرها إلى ثلاثة أقسام هي:

أولاً: المخدرات الطبيعية:

هي مخدرات من أصل نباتي، وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة، أو نباتات تمت زراعتها منها: الحشيش، الأفيون، الكوكا، القات.

ثانياً: المخدرات التصنيعية:

وهي المخدرات المستخلصة من المواد والنباتات الطبيعية، ولكنها أقوى تركيزاً منها وأشد فتكاً بالإنسان مثل المورفين المستخلص من الأفيون ولكنه أشد قوة منه، والهيريون المشتق من المورفين وهو أيضاً أشد قوة من المورفين، ولعل هذه المواد المصنعة لها تأثير صحي بالغ الخطورة لما تسببه من فقدان للشهية، وزيادة في ضربات القلب، والقشعريرة وتوسيع حدقة العين، وقصور في وظائف الكلية، ولعل أشد هذه الأعراض هو مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز) الذي ينتقل عادة عن طريق تلوث الحقن التي يستخدمها المدمنون.

ثالثاً: المخدرات التخليقية:

هي المخدرات الناتجة من تفاعلات كيميائية، تمت جميع مراحل صنعها في المعامل من مواد كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية، وإن كانت تحدث آثاراً مشابهة للمخدرات الطبيعية، خاصة حالة الإدمان، ومنها المهلوسات، الأمفيتامينات، الباربيتوراتاالكبتاجون².

¹ مجدي أحمد عبد الله، السلوك الإجتماعي ودينامياته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، (د-ط) الإسكندرية، 2003، ص401.

² محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص ص 46-47.

وهناك تصنيف آخر للمواد المخدرة يعتمد على لون المخدر حيث قسمت المخدرات إلى:

- مخدرات بيضاء: وتضم المورفين، الهيروين، الكوكايين.

- مخدرات سوداء: وتشمل الحشيش، الأفيون.

إلا أن هذا التصنيف غير دقيق، إذ أن لون المخدرات يتأثر بدرجة نقائها ومناطق إنتاجها وطرق حفظها.

هناك أيضا تصنيف يعتمد على التبعية للمادة المخدرة، كما جاء في تصنيف فارن Varene عام 1971:

✓ التبعية الجسمية: الأفيون ومشتقاته، الباريتوريك، الكحول وبعض المسكنات.

✓ التبعية النفسية والجسمية: الأمفيتامينات. LSD ومهلوسات أخرى.

✓ التبعية النفسية: الكوكايين والقنب الهندي¹.

4- طرق تعاطي المخدرات:

نظرا لإنتشار المواد المخدرة تعددت وتتنوع أساليب تعاطيها فمنها ما يتم تعاطيه عن طريق التدخين إما مع السجائر أو الجوزة مثل الحشيش والأفيون، تلك المواد التي تباع في الأسواق على هيئة قطع صغيرة مغلقة بورق السوليفان، وقد يتناولها البعض عن طريق البلع أو إذابتها في قليل من القهوة أو تركها لتذوب في الفم، وأحيانا يذاب الأفيون الخام أو المورفين في قليل من الماء ثم يحقن تحت الجلد أو في الوريد، هذا ما قد يعرض مستعمليه بهذه الطريقة إلى أمراض عديدة كالتهاب الكبد الوبائي، والملاريا، والإيدز ففي إحصائية أخيرة أجريت بالولايات المتحدة على مرضى الإيدز وجد أنه من إثني عشر ألف حالة مصاب بالإيدز، 73% منهم من مدمني تعاطي العقاقير المخدرة عن طريق الحقن.

وهناك أيضا الأقراص المخدرة التي يتناولها المدمنون بكميات كبيرة مثل الريتالين، أما المواد المخدرة التي يتعاطها المدمن عن طريق الشم كالكوكايين والهيروين فلقد زاد استخدامها في الفترة الأخيرة بشكل واضح ويستخدم المدمن بودة الهيروين أو الكوكايين مخلوطة بسكر أبيض وحمض بوريك حتى يخفف تركيز المخدر في المسحوق المتعاطي إلى حوالي 7% من العقار إذ أن شمة واحدة نقية 100% من تلك المواد قد تؤدي بحياة الإنسان إلى الهلاك، وكثيرا ما يحدث الشم تقيحات شديدة في الأنف وثقوب بالحافز الأنفي للمدمن.

وجدير بالذكر أن تعاطي المخدرات عن طريق الفم يكون أقل خطورة في بادئ الأمر عنه في حالات الشم أو الحقن، فالمخدر المعطى بالفم يمر بالجهاز الهضمي حتى يصل إلى الكبد الذي يحاول التخلص من تلك المواد السامة لكي يحمي باقي خلايا الجسم من آثارها المدمرة، إلا أن خلايا الكبد نفسه تتلف بعد حين،

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص30.

ولكن في حالات التعاطي بالشم أو الحقن، فإن المخدر يصل إلى خلايا الجهاز العصبي مباشرة ويتلفها، وهنا تكمن الخطورة، فالخلية العصبية هي خلية الجسم الوحيدة التي لا يمكن تعويضها¹.

5- أنماط تعاطي المخدرات:

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمنا عليها من هذا المنطلق تم تقسيم المتعاطين للمخدرات إلى عدة أنماط هي:

5-1- التعاطي التجريبي أو الإستكشافي:

يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاطى فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاثة مرات في حياته، ودافعه غالبا ما تكون فضولية لإستكشاف أحوالها ويعتبر الإشهار القصدي أو غير القصدي، من طرف الأصدقاء وفي بعض الأحيان وسائل الإعلام أحد العوامل التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات².

وبالتالي يتجلى سبب التعاطي في هذه الحالة في الفضول والرغبة في معرفة التأثير والتجريب قد ينحصر في مادة واحدة أو عدة مواد لمدة قصيرة وبوتيرة متباعدة وعدد مرات قليلة لا تفوق العشر مرات، ويتم التجريب عادة في محيط يلعب فيه التشجيع والتقليد دوراً كبيراً.

5-2- التعاطي الإجتماعي الترفيهي:

يتم هذا التعاطي عادة بين الجماعة حيث تجمع أفرادها مشاركة متبادلة في تصور تجربة ممتعة وسارة وعادة لا ينقلب هذا التعاطي الجماعي إلى إدمان لأنه يتم في مناسبات متكررة كل أسبوع عادة³.

5-3- التعاطي العرضي أو الظرفي:

يعني أن الشخص يتعاطى المخدرات من وقت إلى آخر وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر، فلا يشعر بتبعية نحوها ولا يتعاطاها إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبراً وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الإجتماعية⁴.

¹ خالد حمد المهندي، مرجع سابق، ص 44-45.

² قماز فريدة، مرجع سابق، ص 28.

³ بن يونس محمد محمود، الأسس الفيزيولوجية للسلوك، دار الشروق، ط1، 2008، ص 439.

⁴ قماز فريدة، مرجع سابق، ص 28.

4-5- التعاطي المكثف:

هو إستعمال يومي وراءه حاجة وأهمية وقناعة أن المخدر يسعف المدمن، ويخفف معاناته إزاء مشكلاته غير المحلولة وصراعاته النفسية، ويكون مثل هذا النوع من الإدمان فيه تعزيز إشرطي لأن التوقع بكون المخدر يخفف المعاناة من شأن ذلك أن يعزز التعاطي.

5-5- التعاطي الوسواسي القهري:

وهو تعاطي المخدر بكميات وبتكرار كثير لمدة طويلة فيصبح المدمن مرتبطين إرتباطا جبريا بالمخدر أو المسكر، وبزيادة الجرعة للوصول إلى الحالة النفسية المنشودة والتأثير المطلوب، ونجد عادة مثل هذا السلوك الجبري في الأفيونات ومشتقاتها بفعل التعود النفسي والبدني¹.

وهناك تقسيم آخر للفئات المتعاملة مع المخدرات إلى ثلاث فئات هي:

- **المدمن:** هو الذي يستهلك المادة بصفة منتظمة، ويعد مرتبطين لها إما نفسيا أو بدنيا ويكون الإرتهان البدني عند تعاطي مستحضرات الأفيون والباربيتوريت.

- **المستهلك العارض:** الذي يستهلك المادة على سبيل الترويح، اللهو من حين إلى آخر.

- **المجرب:** الذي يتناول على سبيل التجربة مرة واحدة، أو بسبب الفضول والمعرفة لمرة واحدة أو أكثر².

6- تعريف الإدمان:

لقد حضي مفهوم الإدمان بأكثر من تعريف كل حسب إتجاهه ونظرياته فهناك تعاريف من الناحية النفسية وأخرى من الناحية الطبية وتعاريف من الناحية السيكاثرية ناهيك عن تعاريف المعاجم والقواميس وسنذكر أبرزها فيما يلي:

6-1- تعاريف المعاجم:

- يعرف Parrot et Doron: 2005 في معجم علم النفس الإدمان على أنه اضطراب سلوكي يتصف برغبة ملحّة للحصول على مادة سامّة، وعلى تأثيراتها الإيجابية بضرورة التخلص من التأثيرات الجسميّة للإنسحاب ونجد التبعية وفي أغلب الأحيان التحمل نتيجة الإستعمال المستمر للمخدرات³.

¹ بن يونس محمد محمود، مرجع سابق، ص440.

² الخزاعلة، عبد العزيز، الجوانب الإجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن 3دراسة ميدانية3 أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والإجتماعية 2003، ص159.

³Doron, R & Parrot. F. Dictionnaire de psychologie paris, 2005, p.724.

- تعريف DENIS, R ET ALL : الإدمان هو سلوك تبعية بالنسبة لوادة أو عدة مواد نفسية منشطة¹.

6-2- تعاريف طبية:

- يعرف الإدمان بأنه حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وتنتج من تكرار تعاطي عقار طبيعي أو مصنع².

- يعرف كذلك بأنه يتميز بالتبعية الجسمية بشكل خاص، ومن بين نتائج إستعمال المادة المدمن عليها، حالات التحمل، الإنسحاب والرغبة الكبيرة في تخفيض الأعراض المزعجة³.

6-3- تعاريف نفسية:

- تعريف هانري Henrie Ey 1978: عرف الإدمان على أنه "حالة شاذة تتمثل في النكوص إلى الشكل البدائي بحثاً عن اللذة كما هي في صورتها الأولية عند الرضيع، بعد الحصول على هذه اللذة، تعقبها مباشرة حالة المعاناة الشديدة والتعب الأمر الذي يجعل المدمن يبحث عن اللذة من جديد"⁴.

- تعني حالة الإدمان الخضوع والحاجة المستمرة إلى المواد المخدرة بحيث لا يمكن الإستغناء عنها ويجعل الشخص يتعاطى بصورة مستمرة بلا انقطاع ولا تحكم حتى يصل إلى المرحلة أين يصبح الفرد غير قادر على التخلص من هذه المادة المخدرة⁵.

6-4- تعاريف سيكاترية:

إن كلمة إدمان غير متوفرة في الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) ولا في التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) إذ يتناول كلا التصنيفين مفهوم التبعية الذي عوض مفهوم الإدمان وسنذكر فيما يلي معايير التشخيص التي تبناها كلا التصنيفين:

- (DSM-IV) : يعرف الإدمان بوجود ثلاثة أو أكثر من المعايير السبعة التالية والتي يجب أن تحدث معا لمدة اثني عشر شهراً متتالية، حيث يعتبر الشخص مدمناً على المخدرات وهذه المعايير هي :

¹Denis.R ET ALL.Dictionnaire des dependances paris.larousse.Bordas.2005, p584.

² سعد المغربي، ظاهرة تعاطي الحشيش، دراسة نفسية إجتماعية، دار المعارف بمصر، 1963، ص206.

³ وحيدة حدة سايل، مرجع سابق، ص22.

⁴ بن عبد الله فوزية، مرجع سابق، ص 55.

⁵ سعد كريم الفقي، المخدرات والإدمان الظاهرة والعلاج، مركز الإسكندرية للكتاب 2005، ص9.

- التحمل (Tolerance) ويعرف من خلال:

- حاجة الفرد إلى زيادة واضحة في كمية المخدر، حتى يحصل على نفس التأثير المرغوب الذي كان يحصل عليه سابقاً.

- يصبح هناك ضعف واضح في التأثير عند استخدام الكمية نفسها من المخدر.

- الإنسحاب (Withdrawal): وأعراض الإنسحاب تظهر عند سحب المادة المخدرة من الجسم، ويبدأ الإنسحاب بالظهور عندما يبدأ المدمن باستخدام المخدر نفسه للتخلص من أعراض الإنسحاب وهي الأعراض التي تظهر على المدمن نتيجة تركه للمخدر.

✓ أخذ المخدرات بكميات أكبر أو لمرات أكثر مما كانت عليه في البداية.

✓ إستمرار الرغبة، أو عدم النجاح في السيطرة على تعاطي المخدر.

✓ يقضي معظم الوقت منهك القوى في النشاطات الضرورية للحصول على المخدر أو تعاطيه ليتخلص من هذا التأثير (الشعور بالإرهاك).

✓ يتخلى عن النشاطات الإجتماعية والمهنية بسبب تعاطي المخدرات.

✓ يستمر في تعاطي المخدرات بالرغم من معرفته بأنها تسبب مشاكل نفسية وجسدية¹.

- CIM-10 :

يعرض التصنيف الدولي للأمراض (ICD.10.1992) تصنيفاً للإضطرابات المرتبطة باستعمال مادة ما والإضطرابات الناتجة عن المادة، ويعرف تناذر التبعية على أنه مجموعة من الظواهر الفيزيولوجية والسلوكية والمعرفية التي يتخذ فيها تعاطي مادة أو صنف ما من المواد أسبقية لدى فرد معين، أعلى بكثير من السلوكات التي كانت لها في يوم ما قيمة أعلى الميزة الرئيسية لتناذر التبعية هي الرغبة (القوية غالباً والجارفة أحياناً) في تعاطي المواد النفسانية التأثير (الموصوفة أو غير الموصوفة طبيياً) أو معاقرة الكحول أو استعمال التبغ. ومن بين الدلائل التشخيصية إذا أظهر المريض ثلاثاً أو أكثر من الظواهر التالية في أي وقت خلال السنة الماضية.

• رغبة قوية أو شعور قوي بالإضطرار إلى تعاطي مادة نفسانية التأثير.

• صعوبة التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير، سواء من حيث الشروع فيه أو الإنصراف عنه أو مستويات التعاطي.

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص 22.23.

• حدوث حالة الإمتناع الفيزيولوجية عند التوقف عن استعمال المادة أو إنقاص كميتها، وقد يكون تعاطي المادة نفسها أو مادة مماثلة بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الإمتناع دليلاً على بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كأن تستعمل جرعات كبيرة من المادة نفسانية التأثير، لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها، جرعات أقل قبل ذلك.

• الإنصراف بدرجة متزايدة عن وسائل المتعة أو الإهتمامات البديلة وبسبب تعاطي المادة نفسانية التأثير، أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها أو تعاطيها أو الشفاء من آثار تعاطيها.

• الأضرار الناتجة عن تعاطي المادة النفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة، كالأضرار بالكبد بسبب إفراط الأفراد في الشرب أو كحالات المزاج الإكتئابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في تعاطي المواد نفسانية التأثير، أو خلل في الوظائف المعرفية المتعلقة بتعاطي مادة ما ويجب بذل الجهود لتحديد ما إذا كان المتعاطي يدرك بالفعل، أو يمكن توقع أنه يدرك طبيعة ومدى هذا الضرر¹.

7- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان:

لقد ارتبط مفهوم الإدمان بعدة مفاهيم اعتبرت أساسية لدراسته نذكر منها:

7-1- التعاطي:

7-1-1. لغة: لقد ورد في لسان العرب لابن منظور ما نصه: "التعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله" وبناء "على ذلك نقول تناول فلان الدواء ولكنه تعاطى المخدر².

7-1-2. إصطلاحاً: هو الحالة التي يتم فيها إستخدام المواد المخدرة أو المسكرة بحيث أنها تصل إلى مرحلة الإعتماد ويحدث فيها قصور إجتماعي، ويظهر تكرار الإستخدام رغم المخاطر الجسدية ونشوء المشاكل القانونية ومواصلة الإستخدام رغم المشكلات الشخصية ويكون ذلك بشكل متكرر خلال فترة إثنى عشر شهراً³.

7-2- الإعتماد: Dépendance

يقصد بالإعتماد على المخدر Drug Dépendance الحاجة النفسية أو الجسدية أو الإثنين معا للعقار المخدر، ولقد أوصت منظمة الصحة العالمية WHO التابعة للأمم المتحدة في تقريرها رقم 287 الصادر في سنة 1964 باستخدام مصطلح الإعتماد على العقاقير بدلاً من مصطلحي الإدمان والتعود أو الإعتماد

¹ وحيدة حدة سايل، مرجع سابق، ص25-26.

² مصطفى سوييف، مرجع سابق، ص24.

³DSM-IV-TR, Washington, American psychiatrie Association 2000, p182.

Habituation على أن يقرن دائما كلمة الإعتاد الإشارة إلى نوع المخدر المقصود وهو نوعان إعتاد نفسي وإعتاد عضوي¹.

7-2-1. الإعتاد العضوي: Dépendance Physiologique

تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه حالة فيزيولوجية معدلة أي تكيف فيزيائي مع العقار، ناشئة عن طول فترة استخدام العقار وتتميز بظهور أعراض الإنسحاب عند التوقف المفاجئ عن استخدامه وهذا التوقف من شأنه أن يؤدي إلى ظهور صور من الأعراض النفسية والجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير².

7-2-2. الإعتاد النفسي: Dépendance Psychique

هي حالة ناتجة عن تعاطي العقار تسبب الشعور بالإرتياح والإشباع وتولد دافعا نفسيا لتناول العقار بصورة مستمرة لتفادي القلق أو لتحقيق اللذة.

وتكون التبعية النفسية على أساس تكرار ثلاثة على الأقل من التظاهرات التالية ولمدة طويلة:

- إتخاذ المخدر بشكل كبير في مدة أطول من حياة الفرد.
- الرغبة المستمرة في التعاطي مع فشل محاولات الإنقاص من الكمية أو التحكم فيها.
- قضاء وقت طويل في سبيل الحصول على المخدر.
- التعاطي في وضعيات مختلفة كالعمل، الدراسة، المنزل.
- إهمال الأنشطة اليومية أو التقليل منها.
- الإصرار على مواصلة التعاطي رغم الأضرار الناجمة عنه.
- تحمل ظاهر وبارز.
- وجود أعراض الإنسحاب³.

ولقد أدرجت مفاهيم أخرى لها علاقة بالإدمان في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المراجع 2004

DSM-IV-TR كما يلي:

¹خالد حمد المهندي، مرجع سابق، ص52.

²DSM.IV.TR, P108.

³Besancon, G, Manuel psychopathologie, 2eme edition, Dunod, paris, 2005, p225.

هو نمط إستعمال غير متكيف لمادة يؤدي إلى إضطراب وظيفي أو ألم بارز إكلنيكيًا يتميز بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية في أي وقت خلال فترة 12 شهرًا:

- 1- التحمل والذي يتحدد بأحد الأعراض التالية:
 - أ- الحاجة إلى كميات أكبر من المادة للحصول على تسمم أو التأثير المرغوب فيه.
 - ب- تأثير منخفض في حالة استعمال مستمر لنفس الكمية من المادة.
- 2- الإنسحاب ويتميز بأحد المظاهر التالية:
 - أ- تناذر الإنسحاب المتميز من المادة.
 - ب- تستعمل نفس المادة (أو مادة أخرى أقرب إليها) للتخفيف أو تجنب أعراض الإنسحاب.
- 3- تناول المادة بكميات كبيرة غالبًا أو لفترة أطول مما يقصده الفرد.
- 4- وجود رغبة ملحة ووجود محاولات فاشلة بغرض تخفيض أو التحكم في إستخدام المادة.
- 5- قضاء وقت طويل في أنشطة ضرورية للحصول على المادة أو تناولها أو التخلص من آثارها.
- 6- التوقف عن الأنشطة الإجتماعية أو المهنية أو الإبداعية الهامة، أو نقصها نتيجة لإستخدام المادة.
- 7- الإستمرار في إستخدام المادة على الرغم من معرفة الأضرار الإجتماعية النفسية والجسمية التي تنشأ أو تزيد بإستخدام المادة.

في حالة توفر البند 1 والبند 2 فإنه توجد تبعية جسمية، ولقد صنفت التبعية من حيث الشدة إلى خمس مستويات هي:

- 1- **التبعية الخفيفة:** وتكون فيها الأعراض قليلة ولا تؤدي إلا إلى إضطراب طفيف في الوظيفة المهنية أو في الأنشطة الإجتماعية المعتادة أو في العلاقات بالآخرين.
 - 2- **التبعية المتوسطة:** هي حالة وسط بين التبعية الخفيفة والتبعية الشديدة.
 - 3- **التبعية الشديدة:** وفيها توجد مجموعة من الأعراض تزيد عن تلك المطلوبة للتشخيص، وتؤثر هذه الأعراض بشكل واضح على الأداء أو على الأنشطة الإجتماعية أو على العلاقات بالآخرين.
 - 4- **التوقف الجزئي:** يكون فيه بعض الإستخدام للمادة خلال الستة أشهر الماضية مع بعض أعراض التبعية.
 - 5- **التوقف النهائي:** وفيه لا يكون هناك أي إستخدام للمادة لمدة ستة أشهر مع عدم وجود أعراض التبعية.
- وقد تكون التبعية للمواد:

- 1- **تبعية نفسية:** تعني الشعور بالإرتياح واللذة نتيجة تناول المادة مع الرغبة الملحة سواء بشكل متصل أو متقطع في تناول المادة للحصول على هذه المشاعر.
- 2- **تبعية جسمية:** تعني تعوّد وظائف الجسم على كميات معينة من المادة، وعند التقليل من كميتها أو التوقف عنها، تظهر بعض الأعراض الجسمية بشكل مزعج وهي الأعراض التي تسمى بأعراض الإنسحاب، والتي سرعان ما تختفي بمجرد تناول الفرد للمادة التي اعتاد عليها، وهناك بعض المواد تسبب التبعية النفسية فقط كالحشيش والكوكايين والمنشطات، بينما يسبب بعضها التبعية النفسية والجسمية معاً مثل الأفيون والمهدئات والمنومات.

7-4- سوء إستعمال المادة:

- أ- يُعرف سوء إستخدام المخدر على أنه نمط استعمال غير متكيف لمادة يؤدي إلى الإضطراب الوظيفي أو إلى ألم واضح إكلينيكيًا، يتميز بظهور على الأقل مظهر من المظاهر التالية خلال فترة 12 شهرًا.
- 1- الإستعمال المتكرر للمادة الذي يؤدي إلى فقدان القدرة على أداء الواجبات الأساسية في العمل أو في المدرسة أو في المنزل.
- 2- الإستعمال المتكرر للمادة في المواقف التي يحتمل فيها حدوث مخاطر بدنية (كالقيادة تحت تأثير المادة).
- 3- مشاكل قانونية متكررة مرتبطة باستعمال المادة (كالتوقيف من قبل الشرطة بسبب سلوك غير عادي له علاقة بتعاطي المادة).
- 4- إستعمال المادة رغم المشاكل العلائقية والإجتماعية المتواصلة أو المتكررة الناتجة عن تأثيرات المادة (كالشجار مع الزوجة بسبب عواقب التسمم).
- ب- لا تتطابق هذه الخصائص مع محكات التبعية للمادة.

7-5- التسمم بالمادة:

- أ- تطور تناذر انعكاسي خاص بمادة ما، راجع لتناول حديث للمادة.
- ب- تغيرات سلوكية أو نفسية غير متكيفة راجعة لتأثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي (مثل العدوانية، تقلب المزاج، إضطرابات معرفية وإضطرابات الحكم وإضطراب الأداء المهني أو الإجتماعي) والتي تتطور أثناء أو بعد إستعمال المادة لفترة قصيرة.
- ت- لا تتطابق هذه الأعراض مع مرض عضوي ولا مع إضطراب عقلي.

6-7- الإنسحاب:

أ- ظهور مجموعة من الأعراض عند التوقف عن تعاطي المادة أو تخفيض الكمية المعتادة منها لدى فرد اعتاد استخدام المادة بشكل مستمر ومكثف.

ب- يسبب التناذر بالمادة ألما أو اضطراب الوظيفة الإجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى غاية في الأهمية.

ت- لا ترجع هذه الأعراض إلى مرض عضوي ولا إلى اضطراب عقلي¹.

8- تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي للأمراض العقلية النسخة الرابعة مراجعة

DSM-IV-R

يعتمد الدليل التشخيصي DSM-IV-R على نظام المحاور المتعددة حيث يشير كل محور إلى مجال معين يشمل مجموعة من المعلومات الخاصة بالمجال التي قد تساعد الأخصائي الإكلينيكي على التخطيط للعلاج والتنبؤ بنتائج الخدمات النفسية المقدمة ويحدد التصنيف متعدد المحاور Classification Multiaxiale في خمسة محاور يمكن تقديمها على شكل تقرير هي:

المحور الأول: الإضطرابات الإكلينيكية: حالات أخرى قد تكون موضوع فحص إكلينيكي.

المحور الثاني: إضطرابات الشخصية تأخر عقلي.

المحور الثالث: حالات طبية عامة.

أ- تناذر الفطام الخاص بالمادة المتعاطاة.

ب- تعاطي نفس المادة (أو مادة قريبة جدا) للتخفيف أو لتجنب أعراض الفطام Sevrage.

1- يتم تعاطي المادة بكميات أكبر وأثناء مدة أطول مما معمول به.

2- رغبة دائمة أو جهود مضمّنية للتخفيض أو في استعمال المادة.

3- قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة، أو إستهلاك المادة أو بالتخلص من تأثير التعاطي.

4- الإنسحاب أو التقليل من النشاطات الإجتماعية، المهنية، أو الترفيهية بسبب إستهلاك المخدرات.

5- الإستمرار في تعاطي المخدرات رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية والجسمية التي تسببها له هذه المادة.

7- مع تبعية جسمية: وجود التحمل (الإطاقة) Tolerance أو الإنقطاع (فطام) Sevrage.

8- بدون تبعية جسمية: غياب وجود التحمل (الإطاقة) Tolerance أو الإنقطاع (الفطام) Sevrage.

¹ وحيدة حدة سايل، مرجع سابق، ص. ص. 27-28-29.

المحور الرابع: مشكلات نفسية إجتماعية – وبيئية

- مشكلات مع جماعة السند الأساسية.
- مشكلات مرتبطة بالمحيط الإجتماعي.
- مشكلات تربوية.
- مشكلات مهنية.
- مشكل السكن.
- مشكلات التعامل مع الخدمات الصحية.
- مشكلات مع المؤسسات القانونية / العقابية.
- مشكلات نفسية إجتماعية وبيئية أخرى.

المحور الخامس: التقدير الشامل لتوظيف إمكانات الفرد

يوفر لنا نظام المتعدد المحاور نموذجاً شاملاً وهاماً يساعد في عمليات التقويم الشامل والمنظم وإجراءاته علاوة على أنه يدفع على تطبيق النموذج السيكولوجي النفسي الإجتماعي ويرتقي به في المجالات الإكلينيكية والتعليمية والبحثية¹.

9- مراحل الإدمان: يمكن تحديد مراحل الإدمان على النحو التالي:

9-1- المرحلة الأولى: حب الإستطلاع والمغامرة والتجريب مع الأقران أي هي المرة الأولى أو الرغبة في التجربة ولعلها أهم المراحل، وتكون في البداية مجرد حب إستطلاع أو تقليد صديق أو قريب سواء في حفلة أو رحلة أو في غيرها.

9-2- المرحلة الثانية: مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الإستغناء عنها، بل أن الشخص المدمن غالباً ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة ما يسمى باحتماله لدرجة أن أي انقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة وخطيرة.

9-3- المرحلة الثالثة: مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيراً للمادة المخدرة وهي مرحلة الطريق إلى الضياع، فالتعاطي يصبح جزءاً أساسياً في حياته وأي محاولة لإبعاده عن العقار تواجه مقاومة، إذ يستمر في الحصول على العقار وتعاطيه.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص ص 25-26-27.

9-4- المرحلة الرابعة: مرحلة ظهور الآثار السلبية (سواء أكانت جسدية أو نفسية أو عقلية أو إجتماعية أو إقتصادية أو أمنية) لمشكلة الإدمان إذن في هذه المرحلة يستمر المدمن في التعاطي رغم الأضرار الناجمة عن ذلك ورغم تهديده بالسجن أو الفصل من الوظيفة مثلاً¹.

كما يمكن كذلك تحديد مراحل الإدمان بثلاث مراحل هي:

- **أولاً: التحمل (Tolérance):** هو حاجة المدمن لزيادة كمية العقار يوم بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، وعملية الحصول على العقار بأي طريقة يعني السلوك الذي يستتبع كل شيء للوصول إلى العقار فمن الكذب إلى الغش والتزوير والخداع إلى السرقة قد ينتهي للجريمة من أجل الحصول على المادة المخدرة².

- **ثانياً: الإيعتماد النفسي (Dépendance Psychique):** يعني ذلك وجود رغبة قوية في تكرار الجرعة بل وزيادتها بانتظام، فالتوقف المفاجئ عن المواد المسببة للإيعتماد النفسي تسبب في الغالب قلقاً وتوتراً وعدم القدرة على التركيز، وشيئاً من الكآبة والضيق، وقد تصل إلى الأرق، ومن بين المواد المسببة للإيعتماد النفسي هي الكافيين الموجود في القهوة والشاي والكولا وكذا الكوكايين.

- **ثالثاً: الإيعتماد الجسدي (Dépendance Physiologique):** يعتبر أشد خطورة من الإيعتماد النفسي، إذ أن التوقف المفاجئ عن تعاطي العقار المسبب للإيعتماد، يؤدي إلى ظهور علامات سحب العقار الخطيرة، والتي قد تؤدي إلى وفاة، وهو شديد في الهيروين، حيث بعد توقف المدمن عن تعاطي المخدر لعدة ساعات تظهر عليه أعراض الإنسحاب تبدأ بتثاوب شديد ومتكرر وقيء، لا يكاد يتوقف مع حالة من الرعب تمتلك المدمن وآلام شديدة في الساقين...³.

10- النظريات المفسرة للإدمان:

يعتبر موضوع أسباب إدمان المخدرات والكحول موضوعاً شائكاً، يتضمن إفتراضات متداخلة لا حصر لها، حيث لم يتمكن الباحثون من تفسير الإدمان في ضوء عامل واحد بيولوجي أو سيكولوجي أو إجتماعي بل أرجعوا ذلك إلى ارتباط عوامل متداخلة تمس خصائص المخدر وتأثيراته على العضوية وعلى المدمن وعلى البيئة الإجتماعية إلى جانب عوامل أخرى.

¹ خالد حمد المهندي، مرجع سابق، ص53.

² جلال علي الجزائري وأحمد حسن الحراشنة، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج دار حامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2012، ص78.

³ محمد علي البار، مشكلة المسكرات والمخدرات، نظرة إلى الجذور واستشراف للكحول، دار القلم، دمشق، 2001، ص23-25.

حيث توجد العديد من النظريات المفسرة للإدمان ونشر معهد NIDA (National Institute of Drug Abuse) في واشنطن عدة تصنيفات وأشار إلى أربعين نظرية للإدمان وفي تحليل حديث للأدبيات الأنجلوسكسونية تبين أنه في الفترة الممتدة ما بين 1972-2000 ظهرت 44 نظرية حول بناء تصوري للإدمان بشكل عام، ركزت 23 منها على المنبهات الإدمانية (الإجتماعية، المحيطية والبيولوجية) و14 أخرى ركزت على الإستعدادات الفردية للممارسات الإدمانية و114 منها على العوامل البيئية الوقائية والإستعداد للإدمان و45 منها على العوامل العلاجية والإنتكاسية¹.

وفيما يلي سيتم التطرق لأهم النظريات:

10-1- النظرية الوراثية:

تفسر هذه النظرية فكرة الإدمان على أساس وراثي، أي أن خاصية الإدمان تنتقل من الآباء إلى الأبناء كما هو الحال بالنسبة للصفات الوراثية الأخرى وقد استمدت أدلتها انطلاقاً من دراسة الحيوانات في المختبر، ودراسة التاريخ العائلي ودراسة التوائم، ودراسة التبني، ودراسة السمات السلوكية والنفصعية، وتؤكد هذه النظرية أنه تم التمكن من ملاحظة أن الفران التي تعلم أباًؤها إدمان المخدرات، كانت تدمن أيضاً هذه المواد بدون تدريب وهو ما أوضحتها دراسة (ولكر Walker)، كما أكد ولكر أن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من آباء لا يتعاطون المخدرات تتراوح بين (13-17) أمثال نسبة حدوث ذلك من أبناء لآباء لا يتعاطون المخدرات². ومن بين الدراسات التي أثبتت دور عامل التاريخ العائلي في ظهور الإدمان دراسة أجراها باحثون من معهد NIDA (National Institute of Drug Abuse) في جامعة Yela بـ New haven وجامعة Lausanne وجامعة Geneva على العائلات، أن نسب متعاطي المخدرات الذين ينحدرون من أسر تعاني مشاكل المخدرات، تفوق ثمانية مرات في تعاطي المخدرات من نسب الأفراد الذين ينحدرون من أسر لا تتعاطى المخدرات، وتشير هذه النتائج أن تاريخ العائلة في تعاطي المخدرات يشكل عامل خطر قوي لتعاطي المخدرات لدى الأبناء³. أما دراسات التوائم التي أجريت على التوائم « Murray » عام 1991، فقد أسفرت نتائجها عن تشابه الشقيقين التوأمين في عاداتهما لتناول الكحول أكثر من الشقيقين غير التوأمين.

¹ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 79-80.

² عفاف عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، (د.ط)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 79.

³ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 83-84.

كما أوضحت نتائج الدراسات التي اهتمت بالتبني لـ Robert Dupont 1989 أن الأطفال الذين يولدون لوالدين مدمنين على الكحول، ويتبنون من قبل آباء غير المدمنين، فإن معدلات الإدمان تزيد بأربع إلى خمس مرات عند الأطفال المولودين لوالدين غير مدمنين¹.

كذلك وجد باحثون من معهد NIDA في جامعة Iowa، في دراسة أجريت على أفراد ذكور تبنتهم أسر، نتائج مهمة تشير إلى أن الأفراد ذوي والدين بيولوجيين متعاطين للمخدرات هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات مقارنة بالأفراد ذوي والدين بيولوجيين غير متعاطين للمخدرات، هذا دليل على أن للمورثات دوراً كبيراً في نمو سلوك تعاطي المخدرات عند هؤلاء².

يعتبر كاسل Kessel (1962) من أوائل الباحثين المهتمين بدور الوراثة في حدوث الكحولية، حيث توصل إلى تحديد دور الإستعداد البيولوجي الخلقي عند الكحولي، فحسب أن الكحولين يولدون كحوليين، وهناك من يتساءل إذا كانت الكحولية مرض أم لا ؟ لأن بعض ملاحظاتهم بينت أن الكحوليين يتميزون ببعض الخصائص الفيزيائية التي لا نجدها عند غير الكحوليين.

وقد أكدت دراسات بوهمان (1978) وكودين (1976) على العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية خاصة³. من خلال هذه النظرية تبين وجود تأثير وراثي يفسر عملية الإدمان، وإن كان تحديد الميكانيزمات المسؤولة بشكل مباشر على كيفية حدوث عملية التأثير يبقى غير واضح، إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون إدمان الأبناء للمخدرات هو نتيجة للتقليد وليس للوراثة، مما يفتح المجال للبحث في وجهات نظر أخرى لتفسير السلوك الإدماني.

10-2- النظرية البيولوجية:

ركزت الأبحاث والدراسات المهمة بوجهة النظر البيولوجية للإدمان على ثلاث نظريات هي النظرية العصبية البيولوجية والتي تركز على العمليات الأولية والدور الذي تلعبه هذه العمليات في التسبب في استخدام المخدرات ويلعب الإستعداد الوراثي دوراً كبيراً في هذه النظرية وثانياً النظرية العصبية السلوكية والتي ساهمت في تفسير مشكلة المخدرات من خلال الربط بين الإضطرابات السلوكية الرئيسية والنظام العصبي الوظيفي،

¹ حسين علي فايد، مرجع سابق، ص 97.

² سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص 86.

³ قمار فريدة، مرجع سابق، ص 49.

ويلعب الإستعداد الوراثي فيها دوراً هاماً، وثالثا النظرية الجنسية التي تؤكد على الوراثة وعلى الصفات الوراثية وعلى قابلية الأفراد للوقوع في الإدمان في تفسيرها لتطور إضطرابات الإدمان¹.

لقد اهتمت النظرية البيولوجية بمعرفة مواضع المستقبلات لمواد العقاقير والمخدرات في الدماغ Receptor Sites Theories، حيث ارتبطت هذه النظريات بما أحرزته البحوث من تقدم في اكتشاف مواقع مستقبلات الأفيون الطبيعي (Opiate Receptor Sites) في الجهاز العصبي وما يحدث نتيجة لذلك من تغيرات كيميائية فيه.

فقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت في كل من السويد والولايات المتحدة في عام 1972 أن المواد المخدرة ترتبط بأماكن معينة على أسطح الخلية العصبية، سميت بمواضع الإرتباط أو أماكن الإستقبال².

وفيما يلي عرض لطريقة عمل النواقل العصبية في حالة الإدمان على المخدرات تتأثر عدة نواقل عصبية بتعاطي المواد المخدرة ويعتبر الدوبامين dopamine الناقل العصبي الأساسي في العمل الدماغي، ففي الحالات الطبيعية تنبه المكافئات الطبيعية كالأكل والشرب والوظيفة الجنسية وأغلبية المخدرات الإدمانية تحرير الدوبامين بواسطة نورونات مساحة جزء من الدماغ المتوسط الأمامي Tegmentum في نواة Accumbens .

أما في حالة تعاطي المخدر يكون تحرير الأدرينالين طويلا مقارنة بتأثير المكافئات الطبيعية وكلما تكرر التعاطي للمخدر تتحرر الدوبامين، كما يسبب تعاطي الكوكايين والمواد المنشطة زيادة في تحرير وعمل الدوبامين، هكذا تلعب الدوبامين في العمليات الإدمانية دوراً أساسياً في ظواهر تجسيد تأثيرات المكافئة وفي الإنسحاب وهناك نواقل عصبية أخرى تقوم بتعديل النشاط الدبامينجي، توجد النورونات التي تعمل بالدوبامين في المساحة الأمامية في الدماغ المتوسط Tegmentum وهو عمل تتحكم فيه وسائط كيميائية تدعى Acid Gamma Aminobutyrique Gaba وتزود هذه الاخيرة الأفيونات المخية (الأنكفاليينات - بمستقبلات U، كما تزود المستقبلات U القنية Cannabinoides الداخلية بمستقبلات CB1 ومنه فتنبيه مستقبلات U بالأنفيكاليينات و CB1 بالقنيات يكف العمل الإرسالي لـ GABA وينتج عن ذلك إزالة الكف على النورونات الدبامنرجية وزيادة في تكرار تفريغها، ويمكن للمخدرات كالأفيونات (المورفين وما شابهها) والحشيش (D9THC) إزالة كف هذه النورونات، فتصبح تعمل بطريقة غير عادية.

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص 60.

² قماز فريدة، مرجع سابق، ص 46.

كما تزيد النيكوتين (الأستيل كولين الداخلية) من تكرار التعرّيج الدبامينجي وتؤثر على المستقبلات النيكوتينية الكولينية، وتزيد المنشطات كالكوكايين والأمفيتامينات من الإرسال العصبي للنظام الدبامينجي في كل النهايات المرسله فتوقف نواقل الدوبامين ونواقل السيروتونين والنوادرينالين.

واستناداً لـ Reymand (1999) يتدخل في السلوكات الإدمانية جهازين للإنتقال العصبي الداخلي هما النواقل العصبية الكلاسيكية خاصة الدوبامين والنواقل الببتيدية (أ) وعليه تسلك ميكانيزمات التبعية طريقتين مشتركين في التعزيز، إذ يمكن لكل المواد التي بإمكانها إحداث التبعية أن تنشط الدارات الدبامينجية للجهاز الحاجز وتزيد من تركيز الدوبامين في أنويته، كما تنشط التبعية جهاز الأفيونات Système Opoicde، لأنه بإمكان المواد المخدرة التي تحدث التبعية أن تؤثر على الدارات الأفيونية التي تنشط بدورها دارة الدوبامين في الجهاز الحاجز وفي الهيوتلاموس Hypothalamus والغدة النخامية L'hypobhyse.

تلعب أفيونات المخ دوراً تخديرياً على مستوى الجهاز العصبي، تساعد الإنسان على تحمل الألم نفسياً كان أم جسدياً، مثلما تفعله الأفيونات التي اكتشفها الإنسان في الطبيعة والأفيونات التي يفرزها المخ أو الغدة النخامية نوعان هي الأندروفينات Endorphines والأنكفالينات Enkephalines وتوجد في مراكز الألم والخوف والإنفعال مثل النخاع الشوكي والمهاد واللوزة وتدعى مستقبلاتها: مستقبلات الأفيون¹.

10-3- النظرية التحليلية:

وفيما يلي سيتم عرض بعض التفسيرات التحليلية للإدمان على المخدر بدأ بفرويد ثم أتباعه الجدد.

لقد إهتم التحليل النفسي بمشكلات تعاطي المواد المؤثرة نفسياً وبالمشكلات الإدمانية الأخرى منذ بداياته الأولى، منذ أن كتب "فرويد" لـ "فليس" عام 1897 موضحاً أن الإستمناء يعتبر أول وأضخم عادة يمكن إدمانها وأسماها "الإدمان الأولي" حيث رأى فرويد أن إدمان المخدرات هو بديل لعادة الإستمناء ومع تقدم وتطور الفهم التحليلي النفسي للمراحل الأولى للنمو، ظهرت محاولات لفهم تعاطي العقار بوصفه عادة ناتجة عن الصراعات اللببديية الفمية الأولية الدفاعية والعدوانية².

إذ أن المدمنين هم أشخاص لديهم إستعداد للإستجابة لتأثير المخدرات نتيجة التثبيت عند المرحلة الفمية الأولية والحاجة إلى الأمن والحاجة إلى البقاء. وهكذا فإن نشأة الإدمان وطبيعته لا يحددها التأثير الكيميائي للمخدر بل البيئة السيكولوجية للمريض وبالتالي فإن أصحاب هذه النظرية يؤكدون أن مدمني

¹ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 94-95-96.

² طلحي فريدة، فعالية برنامج علاجي عقلاي - إنفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2016، ص44.

المخدرات ذوو شخصيات فمية نرجسية سلبية إستقبالية، مما أدى إلى وجود إحباط فمي في الطفولة وبالتالي تشيبتات فمية أرسدت التبعية اتجاه الموضوعات كمورد لإمدادات نرجسية¹.

أجمع أنصار نظرية التحليل النفسي على عدم وجود شخصية إدمانية موحدة، حيث يرى باجوري 1981 Bergeret وألفنستاتين 1991 Olivenstien أن مشكل الإدمان يخص كل البنات النفسية الذهانية والعصابية والحالات الحدية.

ولذا تفسر ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الإضطرابات التي تعترى المدمن في طفولته الأولى، ومن هنا فإن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى إضطراب العلاقات الحبيبة بين المدمن ووالديه، إضطرابا يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت، هذه العلاقة المزدوجة تنقل للمخدر الذي يصبح رمز موضوع الحب الأصلي.

علاوة على ذلك فإن المدمن يقبل على المخدر بحثا عن التوازن بينه وبين واقعه، فالعقار هنا هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لاشعورية، فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في الفم، وعندما يكبر تظهر شخصيته صفات التثبيت منها: السلبية والإتكالية، عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والإحباط².

أما عن فرنكزي Ferenczi فقد أولى أهمية كبيرة في أعماله من أجل دراسة مسألة اللجوء إلى المسمات وخاصة الكحول والذي اعتبره كتسم للرقابة الفكرية والأخلاقية، فقد درس فرنكزي (1911) الإدمان على الكحول كعرض عصابي وأن اللجوء إلى الكحول ليس سبب بل نتيجة الشفاء الذاتي Autoguération فتعاطي الكحول باعتباره حدث نفسي لاشعوري ما هو إلا عبارة عن تظاهرات نزوية للأعراض Manifestation pulsionnelle symptomatique³.

ويمكن التفصيل أكثر في وجهة النظر التحليلية من خلال التطرق إلى تفسير الإدمان من الناحية الموقعية، والناحية الديناميكية والناحية الإقتصادية بشكل مختصر:

- **الناحية الموقعية:** بما أن Lacane تحدث عن مرحلة مهمة في حياة الطفل يفصل فيما بينه وبين أمه وهي المرآة Stade de miroir، ومن خلالها تتشكل هوية ذلك الطفل، فمدمن المخدرات حسب 1991

¹ عبد الله بن أحمد الوائلي، فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، قسم العلوم الإجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003، ص34.

² فاطمة صادقي، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 12، الجزائر، 2014، ص195.

³ بن عبد الله فوزية، مرجع سابق، ص64.

Olivenstien يحدث له شيء وسيط بين مرحلة مرآة ناجحة ومرحلة مرآة مستحيلة الإكمال، وهذا هو الوقت الذي يجب أن يكون فيه الطفل أنا مختلف عن الأنا الملتحم مع أمه، ليجد نفسه وجهاً لوجه مع المرآة وهنا يكتشف أنه ينكسر فالمرآة تعكس له صورة منكسرة وغير مكتملة للذات، وعليه يلجأ إلى حقن المادة المخدرة لإعادة بناء ما كُسرَ كالإسمنت الذي يرمم الجدران فرمزيًا يظن المدمن أنه وجد نفسه المكتملة ويحاول إلغاء ما كُسر¹.

- **الناحية الديناميكية:** لقد أشار Olivenstien أن الإنكسار في المرحلة الأولى من حياة الطفل يكون للأمر دور كبير في حدوثه، فالإنكسار يحدث في نظام أم طفل حين لا يعمل تماما في الإقتصاد الليبيدي، وهو ناتج عن تعرض الطفل لصدمة أو صدمات متكررة، وقد نجد أولاً نكساراً مكاناً للأب الذي قد يتخل سلبيًا، وقد يلعب دور الأم، يدركه الطفل ضعيفًا، ومن المحتمل إجتماع هذه المجموعة الديناميكية وتبقى نزوات المدمن مجهولة، تميل بين العدوانية والعنف اتجاه الآخرين ثم موجهة للذات المدركة كموضوع لا يستحق الحب.

ويعكس ألم المدمن جرحًا نرجسيًا سببه الحرمان أو الحنان المفرط أثناء الطفولة وقد يكون الحرمان إهمالًا، وسوء معاملة أو صدمة تجرد الطفل من المعالم وتمنعه من تجسيد الحدود، وفي حالة الإفراط في توفير أدنى حاجات الطفل دون وضع إعتبار لرغبته يحدث شعور بالفراغ رغم تحقيق الإشباع، ثم ملء وإشباع مطلب مالمكن ليس بالموضوع المناسب، حيث نجد المدمنون يتكلمون عن الوالدين بصفة إيجابية وتربيتهم المثالية، ورغم هذا فهم يشعرون بفراغ داخلي وهو رمزي يبحثون عن ملئه بأية وسيلة.

تأخذ الإستجابة الإدمانية قيمة تسوية وليس عرض عصابي، بل هو سلوك يهدف إلى التأكد من حقيقة الإرتباط العلائقي غير المتأكد منه على المستوى الداخلي، فالإشكالية لديه لا تدور حول صراع بل حول الإحتفاظ بالهوية ويحقق له الإدمان إيجاد علاقة بمواضيع التعلق المفضلة وهي علاقة تبعية تشير إلى ما كان يربطه بالمواضيع الداخلية وما يمثلها في الخارج، فهو يجهل هذا النوع من العلاقة، ويطور هوام التحكم في هذا الموضوع الجديد، الذي أصبح موضوع تبعية من نوع إدماني².

- **الناحية الإقتصادية:** إن السلوك الإدماني من هذه الناحية هو محاولة مميزة لحل صراع داخلي بين متطلبات متناقضة لحاجات لا يمكن تمثيلها أو حلها عقليا وبين عدم القدرة على إرضاء الذات دون السلوك الإدماني، وتجد عند المدمن رغبة تنحصر في الطلب فقط، وذلك نتيجة للإحباطات التي تلقاها في حياته المبكرة وإلى القدرة الهوامية التي تبقى جد بدائية فنجده يستعمل ذاته كموضوع جنسي تعويضا عن الموضوع الخارجي

¹Olivenstien. C Lavie du toxicomane, paris, Puf, 1991, P.20.

²سائل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 101، 102.

بالإضافة إلى كثرة حاجاته العدوانية مقارنة بحاجاته الجنسية ولذا يتميز بعدوانية متكررة موجهة للذات إلا أنه لا يحقق الرضى النرجسي الكافي¹.

وتعتبر نظرية التحليل النفسي أن الإدمان لا ينتظم حسب منطق العرض، ولكنه يظهر خصائص إقتصادية للمرور للفعل لعدة أسباب: فالعمل الإدماني ليس تكوين للاشعور بل هو نتاج إحساسات جسدية يبحث عنها بخسارة الإنفعالات والوجود المباشر تقريبا للموت، لهذا أشار Valleur و Charles-Nicolas (1982-1981) إلى مظهر التعذيب Aspect Ordalique لبعض السلوكيات الإدمانية، الذي يعرف على أنه البحث في التجديد، ويمكن فهمه من خلال إلتزام الفرد بطريقة متكررة في أعمال قد تؤدي للموت كالسلوكيات الإدمانية.

وأضاف Bergeret (1990) أن الإلتقاء بالمادة السامة، مهما كان نوعها، لا يعني الإستمرار في تعاطيها والتمسك بها إلا بتوفر شروط، تتمثل في عوامل الخطر، من بينها العنف أو العدوانية الطبيعية البدائية غير المسيرة الطليقة ولا يبحث المتعاطي حين يستعمل المخدر في تجاربه الأولى عن تحقيق رغبة في استعماله، فالتجربة الأولى تثيرها الحاجة الملحة للتعبير عن عدوانية أو عنف تجاه المحيط، فهي محاولة إنذار تهدف لعزله وجعله ضعيفا ومذنبا (أي المحيط) بإرضاء نزوة العنف هذه، تجعل الفرد يحقق نجاحا نرجسياً، تعذر عليه تحقيقه من قبل وتصبح هذه التجربة مبرمجة في خيال المدمن وتجعله سعيداً لهذا يطمح إلى تجديدها، وهنا تبدأ بوادر التبعية في الظهور.

وكلما تعذر على المدمن تكرار التجربة شعر بالنقص، ليس نقصاً ناتجاً عن التوقف عن التعاطي وإنما نقص من إمكانية تكرار التجربة الآن وبأي طريقة، تدريجياً يأخذ المخدر مكان الخيال العدوانية البدائي، ولذلك يستحيل التخلي عنه، وهنا فقط يمكننا أن نتكلم عن التبعية الفارماكولوجية².

10-4- النظرية السلوكية:

هناك عوامل متعددة وفقاً للنظرية السلوكية خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المخدرات منها الأماكن التي تثير رغبة الشرب، المناسبات التي تلعب دور عوامل إشرطية، الظروف العائلية والمهنية

¹ بوخاري سهام، فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة الجزائر-2، 2011، ص 64.

² سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 104-105.

المرتبطة بالتعاطي، العوامل الإنفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كإنخفاض تقدير الذات، فكلها مميزات قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والضرر¹.

فتفسير هذه المدرسة للإعتماد العقائري يعتمد على وصفه عادة شرطية وأنه نوع من الإثابة المدعمة المرتبطة بإستخدام عقار ما، وأن هذا التدعيم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي إشتهاء العقار وتصبح هذه العادة نمطاً سلوكياً متكرراً².

إضافة إلى إشتهاء العقار، هناك عامل آخر أكثر قوة بالنسبة إلى المهدئات والأفيونات وهو الخوف الفعلي من الإمتناع عن العقار أو ما يتوقعه الفرد من آثار الإمتناع بحيث أن الفرد إذا خبر الإمتناع عدة مرات تكون لديه نمط من إستجابة التجنب الشرطية، فإذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم فإنه في الغالب تتكون لديه عادة الإدمان بوصفها نمطاً سلوكياً دائماً يستعصي التغير في أغلب الأحيان³.

لقد اهتمت المدرسة السلوكية اهتماماً بالغاً بسببية تعاطي المخدرات، قصد وضع تقنيات علاجية متعددة تعتمد على مسلمات سلوكية، وهو أن سلوك الشخص سواء أكان سلوكاً سوياً، أو سلوكاً مشكلاً فهو نتيجة التعلم، أما بالنسبة لسلوك تعاطي المخدرات فإن المبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها، وقد طبق منظرو التعلم المبدأ على إستخدام وسوء استخدام العقاقير⁴.

حيث حدد أنصار هذه النظرية وجود ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدماني وهي:

- 1- **التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي:** تنطبق ميكانيزمات الإشراف الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل إشتهاء المخدر والتحمل، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:
 - 1-1 **نموذج إستجابة الإشراف التعويضي:** ووضعه Seigle عام 1978، حيث يرى إرتباط المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدر تقترن بآثار المخدر في الجسم لإنتاج إستجابة شرطية مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار، وهذه الإستجابة التعويضية صُممت لحفظ التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد إستجابة التوازن الحيوي الإشرافي مع إستمرار تعاطي العقار.

¹ فاطمة صادقي، مرجع سابق، ص 194.

² عبد الحميد عبد العظيم رجيلة، الندوة العلمية، المخدرات والأمن الإجتماعي مركز الدراسات والبحوث، قسم الندوات واللقاءات العلمية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مصر، 2009، ص 4.

³ عبد الإله بن عبد الله المشرف، مرجع سابق، ص 69.

⁴ قماز فريدة، مرجع سابق، ص 56.

1-2 نموذج دافعية الإشتهاء الإشرطي للمخدر: Stewartetal عام 1984 تبعا لهذا النموذج فإن المثبرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار كرائحة العقار، أو الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه التعاطي للخمر أو الحقن بالهيروين، يمكن أن تصبح قادرة على إستدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار وإستخدامه.

2- التعلّم عن طريق الإشرط الإجرائي: يهتم الإشرط الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك، والفواصل الزمني الذي يفصل بين السلوك وآثاره، فمن المعروف أن تعاطي المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة، ولا تأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الإمتناع عن المخدر، وهو ما يدفع المدمن إلى الإستمرار في التعاطي أو العودة بعد الإقلاع.

3- النمذجة: تفترض نظرية التعلّم الإجتماعي أن كل صور إستخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلّم بما في ذلك العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم إتجاها إيجابيا نحو إساءة إستخدام العقاقير، لذلك يرى باندورا Bandurd أن السلوك ليس دائما في حاجة إلى تعزيز وأغلب ما يتعلمه الإنسان يكون عن طريق الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين، وما يترتب عن هذا السلوك من إثابة وعقاب حيث أن التعرض للعقاقير غالبًا ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج مثل خفض التوتر أو خفض الإنضغاط لذا يمكن تفسير الإدمان وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة¹.

ويؤكد ستولرمان Stolerman عام 1991 أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن عقاقير إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود، وتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبيا بتأثيرها في الإبقاء على سلوك إستخدام العقار².

كما أكدت دراسات كثيرة على دور المثبرات الخارجية في التعاطي، فوجود المدمن في أماكن ترتبط بتعاطي سابق، يزيد من رغبته في التعاطي وبالتالي فإن المكافئات الإيجابية النفسية ليست وحدها سببًا كافيًا، بل هناك مكافئات إجتماعية تتمثل في القبول الذي يتلقاه المدمن من قبل جماعة المدمنين، والذي يفتقده من جماعته الأصلية من غير المدمنين.

كما توصل O'brien Childress 1986,1984 إلى توضيح العلاقة بين مرونة الحالة الميزاجية الداخلية (الإكتئاب، القلق، الشعور بالغبطة) والإشرط والإشتهاء، إلى جانب أعراض الإمتناع لدى 7 مدمنين على الأفيون تحت العلاج بالمبيتادون وذلك بإستعمال الصور الخيالية إلى جانب تقنية التنويم الذاتي وتوصلوا إلى

¹ فاطمة صادقي، مرجع سابق، ص194.

² حسين فايد، علم النفس المرضي السيكوباتولوجي، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة، 2004، ص359.

أن الإكتئاب والقلق خاصة، يلعبان دور المثير الشرطي لأعراض الإمتناع وإشتهاء المخدرات بالنسبة للمدمنين، أما الشعور بالغبطة والصور الخيالية فإنها تؤدي إلى تخفيض أعراض الإمتناع وتجارب الإشتهاء وكذلك الحالة المزاجية الناتجة عن التنويم الذاتي فإنها تسهل أعراض الإمتناع عند المدمنين على الأفيون، وخالصة القول أن الحالة المزاجية الداخلية لها أهمية في إطفاء الإستجابة الشرطية¹.

10-5- النظرية المعرفية:

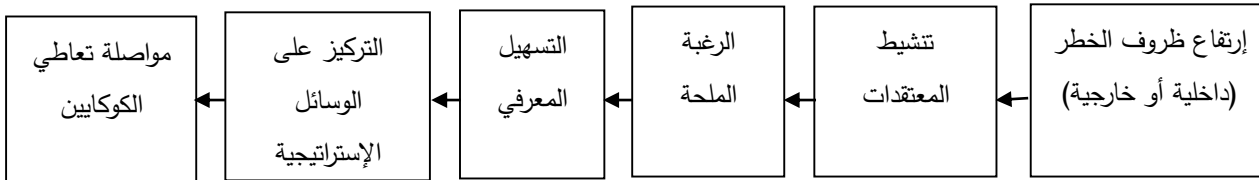
ظهر أول المعرفيين في سنوات الستينات، من روادهم نجد Albert Ellis (1958-1962) و Aaron Beck (1970) اللذان أبرزوا البعد الفكري واهتما بالمتغيرات الوسيطة بين المثير والإستجابة، وهي ما يعرف بالعمليات المعرفية².

حيث أكد بيك وأليس على أهمية العامل المعرفي ودوره في إحداث سلوكيات غير ملائمة ناجمة عن أفكار ومعتقدات خاطئة متعلقة بتعاطي المخدرات، سوف نتطرق إلى ذلك من خلال طرح التناولين كما يلي:

- التناول المعرفي لـ بيك Beck:

لقد حاول بيك (Beck) وآخرون عام 1993، تطوير نموذج علاج الإدمان على المخدرات حيث افترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم ومعتقدات الإباحة، فقد يقبل بعض الأفراد الذين لديهم إستعداد، إستناداً لهذا النموذج على تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات أطلق عليها غوردان ومارلات (gordon, Marlat 1985) إسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الإنتكاسة³.

ويقترح بيك نموذجاً، يمثل فيه سيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات في الظروف ذات الخطر المرتفع.



شكل رقم(1): يوضح سيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات⁴

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص ص 57، 58.

² سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص 111.

³ فاطمة صادقي، مرجع سابق، ص 193.

⁴ قماز فريدة، مرجع سابق، ص 60.

من خلال الشكل رقم (1) يتضح أن المدمن يملك إعتقادات مميزة تنشط تحت ظروف داخلية تتمثل في الإنفعالات (كالحصر، الإكتئاب، الضجر، الغضب والوحدة) وأحاسيس جسدية (كالألم، التعب، الجوع، الإنسحاب) أو ظروف خارجية وهي مؤشرات تحدث في المحيط، تشمل (الصراعات مع الآخرين وسهولة الحصول على المخدرات المفضلة، وإنجاز المهمة كاستعمال المخدرات للاحتفال بالمناسبات)، بالإضافة إلى تأثير الأقران المتعاطين للمخدرات والإلتصال بتجار المخدرات أو الإلتصال ببعض المناطق من المدينة. وبوجود الرغبة الملحة يحدث ما يسمى بالتسهيل المعرفي وهو معتقد يحمل الموافقة على تعاطي المخدرات، وبعدها يبحث المدمن على الوسائل التنفيذية لتوفير المخدر ومن ثمة مواصلة التعاطي.

وفيما يلي أمثلة عن المعتقدات التي أدرجها بيك Beck في النموذج المعرفي حسبه.

- **معتقدات التوقع: Croyances Anticipatoires (A)** تتضمن إنتظار إيجابي مرتبط بالمخدرات مثال، إن تعاطي المخدرات سيجعلني أكثر إيجابية. إذ يعتقد المدمن هنا أن المخدر قادر على تغيير حياته من السلبية إلى الإيجابية ومن العزلة والوحدة إلى الإجتماعية، كما أنها قادرة أن تجعل منه إنساناً متفوقاً، يشعر بذاته وبأنه موجود وأنه قادر...، كل هذه المعتقدات الإيجابية سوف تنشط الرغبة في تعاطي المخدرات.

- **معتقدات موجّهة للتخفيف: Croyances de Soulagement (S)** والتي تتطابق مع إنتظار خفض الإنزعاج والتوتر مثال: الشرب والتدخين يجعلني في حالة إسترخاء، أو يمكنني أن أصبح في غاية التوتر إذا لم أشرب أو لم أدخن.

- **معتقدات الإباحة: Croyances Permissives** وهي أساليب معرفية تبيح إستعمال مادة خطيرة أو المخدرات تشمل التقليل من خطورة النتائج المترتبة والتبرير، كما تشمل تشوهات معرفية تدفع المتعاطي إلى تجاهل التأثيرات السلبية للتعاطي مثال أستحق الشرب، فالقليل لن يخرني... لن يحدث شيء إذا دخنت¹.

إضافة إلى ما سبق فقد لاحظ بيك Beck أن بعض المدمنين على الكوكايين يملكون إعتقاداً مميزاً أسماه معتقد توجيه المساعدة Relief Oriented Belief يعني أن متعاطي الكوكايين يشعر بحاجة ماسة للكوكايين وأن حياته كلها تتوقف على هذه المادة كأن يقول أنا بحاجة إلى الكوكايين حتى أستطيع القيام بوظائفي ويعتقد كذلك أن المخدرات تمتلك قدرة كبيرة على مساعدته من الخروج من حالة القلق والإكتئاب وبالتالي من الصعب حسبه تحمل أعراض الإمتناع يبدو واضحاً أن ما يميز المتعاطين للكوكايين وغيرها من المواد المخدرة هو الشرطية مثل - إذا تعاطيت المخدرات ← أستطيع القيام بوظائفي.

¹ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 115-116-117.

والقطيعة أو اللزومية مثل: لا بد من المخدرات ← حتى أقوم بواجباتي¹.

من خلال ما سبق يظهر أن للمدمن إعتقادات خاصة، تنشطها ظروف معينة وهي بدورها تنشط الرغبة الملحة في التعاطي وتدرجياً تتشوه المعتقدات وتصبح أكثر تعقيداً.

- التناول الإنفعالي - العقلاني لألبيرت أليس Ellis:

تعتبر هذه النظرية العنصر المعرفي العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد فعل إنفعالي، على هذا فإن الإضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي، ويعبر الفرد حسب أنصار هذه النظرية عن الإضطراب بعدة طرق، فقد يصاب بالقلق أو الإكتئاب أو قد يدمن على المخدرات.

وإمتداداً لهذه الأفكار يشير إليس "Ellis" وآخرون عام 1988 إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على إستمراره هي: التحمل المنخفض للإحباط تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتبقيه، وهي الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيراً نموذج الحاجة إلى الإثارة².

فحسب هذه النظرية يلعب المعتقد أو التفكير في ظهور الإضطرابات الإنفعالية والإضطرابات السلوكية دوراً كبيراً، فنظرية إليس أولت إهتماماً بالغاً بظاهرة التعاطي وقد قدم نماذج تفسيرية استقت من خلالها برامج علاجية أثبتت فعاليتها وفيما يلي عرض للنماذج التفسيرية التي اقترحتها النظرية الإنفعالية العقلانية:

- التحمل المنخفض للإحباط:

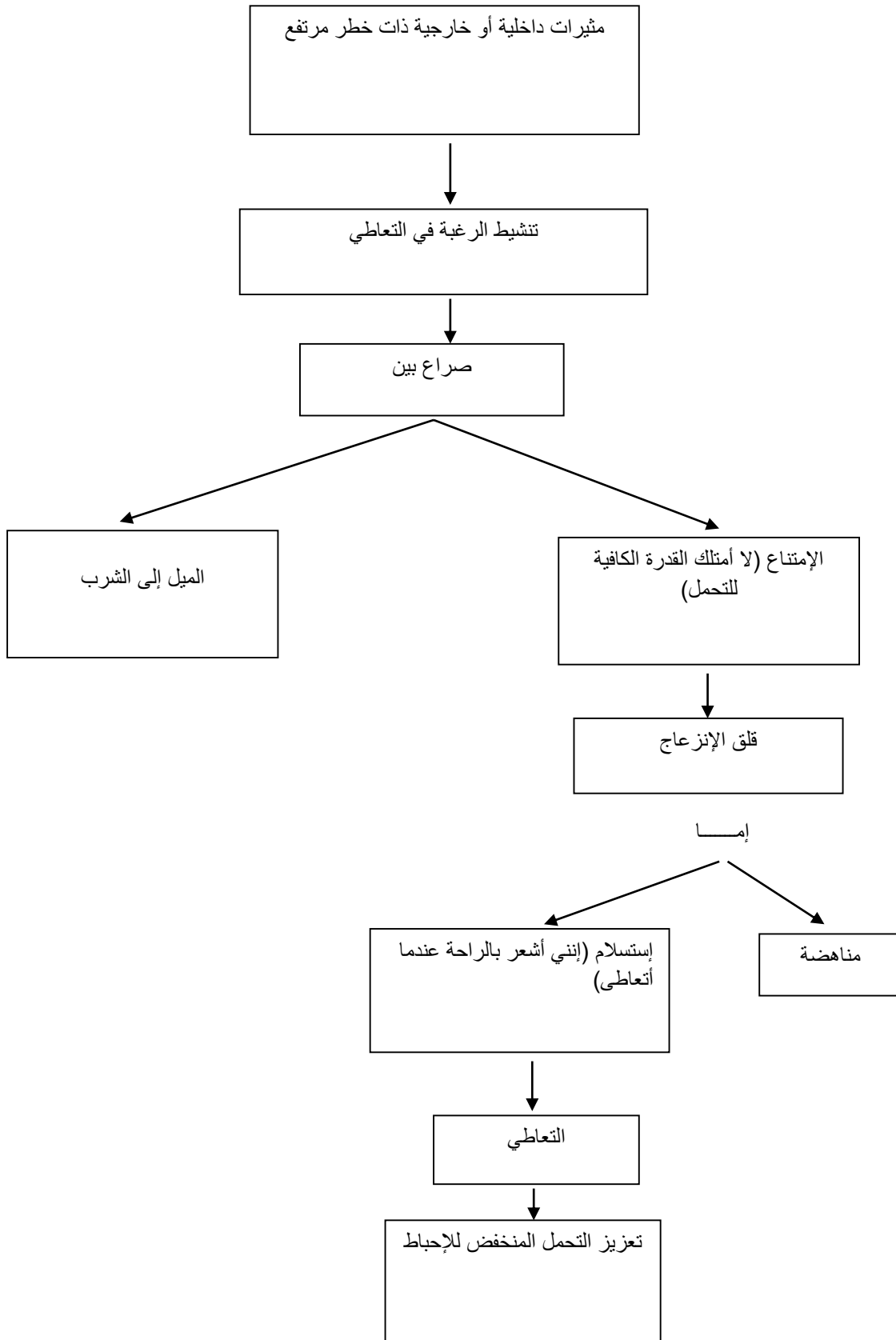
مفاده أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، تخفض هذه المعتقدات من عتبة التحمل لدى المدمن فيحدث ما أسماه إليس Ellis بقلق الإنزعاج Discomfort Anxiety ، والذي يصف فيه الحالة النفسية للمدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه، وهذا القلق نتيجة الإمتناع أو عدم تعاطي المخدر أو الكحول، فيعتقد أنه ليس بإمكانه تحمل هذه الحالة المزعجة، التي سببها له عدم التعاطي وأسماء Ellis نموذج التحمل المنخفض للكف أو الإمتناع ويعتبره Ellis من بين الديناميكيات المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان والإستمرار فيه³.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص59.

² فاطمة صادقي، مرجع سابق، ص193.

³ قماز فريدة، مرجع سابق، ص93.

شكل رقم (2): يوضح السيورة الديناميكية لنموذج التحمل المنخفض للإمتناع¹



¹ شكل توضيحي رقم -2- من إعداد الباحثة.

- الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة:

في هذا النموذج تظهر ديناميكية معرفية شائعة هي لجوء المدمن إلى تعاطي مادة الإدمان من أجل الهروب من المتاعب التي تواجهه، وأن هناك سلوك يقوده إلى الإنسمام بالمادة المخدرة أو المسكرة كأسلوب في التعامل مع مواجهة المصاعب¹.

تعتمد هذه الديناميكية على تأثير المثيرات الخارجية كروية إعلان عن الخمر، المرور أمام حانة، رؤية أشخاص يتعاطون أو الرغبة أو الميل إلى تعاطي المخدرات أو الكحول تولد لديه إعتقادات خاطئة، كأن يقول "المخدرات أو الكحول تجعلني أكثر راحة وإسترخاء"، فيحدث الصراع بين الميل إلى التعاطي أو الإمتناع، وبالتالي يحدث القلق ويحاول المدمن جاهداً التخلص من هذا القلق أو إضعافه، فيما أن يناهض الأفكار اللاعقلانية الأولية، أو أنه يشعر بعدم قدرته على التحمل كأن يقول: "أنا لا أستطيع التعامل مع مشكلتي، أنا ضعيف" وهنا ينشط المعتقد الخاطيء كأن يقول "لابد من التخلص من هذا القلق" إن التعاطي سوف يبعدني عن مشاكلي" وبالتالي يسهل بعدها التعاطي كتخفيف مؤقت للقلق، فتتعزيز لدى المدمن فكرة أن المخدر أو الكحول قادرة على تحمل الإنزعاج الإنفعالي وكأن يقول: "بإمكان المخدرات أن تحل مشاكلي". وهكذا يصبح غير قادر على تعلم استراتيجيات فعالة يتصدى من خلالها لمختلف مشاكله.

- الإنسمام الكحولي يساوي فقدان الذات والحقارة:

يتضح ذلك من خلال شعور المدمنين بتبعية نحو المواد التي يتعاطونها وأنهم غير قادرين على التخلص منها، وبالتالي ينخفض معدل تقديرهم لذواتهم وتصبغ عليهم صبغة احتقار الذات كل ذلك لأنهم عاجزين عن وضع حد لتعاطيهم وهذا ما يخلق لديهم مشاعر الإثم والإكتئاب²، وهنا تحدث Ellis عن التفكير الثنائي "أنا شارب لذلك لا أستطيع الإقلاع عن الشرب" وبالتالي إما مناهضة الأفكار اللاعقلانية حول تعاطي المخدرات فيتبدل الإكتئاب بانزعاج وخيبة فيتخذ الفرد القرار بعدم الشرب، وإما إلى فقدان مهارات مناهضة الأفكار الخاطئة فيحدث إضطراب إنفعالي متزايد ينشط معتقدات التوقع أن الكحول تزيل الإضطراب وبالتالي تزيد الرغبة في إزالة هذا الإضطراب بسرعة فيعود للشرب وهكذا يفقد الإعتبار الذاتي³.

¹ الحجار محمد حمدي، العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض السعودية، 1992، ص66.

² قماز فريدة، مرجع سابق، ص ص 64-65.

³ الحجار محمد حمدي، مرجع سابق، ص75.

لقد توصل مارلات وغوردن 1985 Marlatt et Gordon إلى أن التفكير الثنائي يزيد من الإحتمال من أية عثرة أو إنتكاس إلى شرب الكحول أو تعاطي المخدرات، يترتب عنها الإنتكاس الكامل Total Relapse وقد سمي Ellis هذه الظاهرة الإنتكاسية بـ " تأثير خرق الإمتناع " Abstinance Violation Effect.

- نموذج الحاجة إلى الإثارة:

مفاده أن العديد من الباحثين (Gluek. M. Ccord) لاحظوا وجود علاقة بين الكحولية والسيكوباتية واختلفوا فيما إذا كانت السيكوباتية تقود إلى الكحولية أو الكحولية هي التي تقود إلى السيكوباتية، أمام هذا الجدل قدم Shukitt رأي وسط مفاده أن هذه التفسيرات غير قاطعة، حيث يمكن إيجاد أشخاص متعاطين للكحول والمخدرات لكن لا تظهر لديهم السيكوباتية، كما يمكن أن نجد بعض السيكوباتيين يتعاطون الكحول أو المخدرات. ويضيف Ellis أن ارتباط السيكوباتية بسيطرة الأفكار اللاعقلانية المضعفة للتحمل والمقاومة تجاه الحياة السلبية الخالية من الإثارة، هو الذي ينتج لدى المدمن قلق الإنزعاج عندما تكون الإثارة في نقطتها الدنيا ويعاني من ضعف تحمل الملل والرقابة في العيش، ويضاف إلى ذلك توقع هذا السيكوباتي أن الخمر من شأنه إضعاف هذه المشاعر السلبية، إذن يلجأ لتعاطي المخدرات بحثاً عن الإثارة¹.

10-6- نظرية التعلم الإجتماعية:

لقد اهتمت نظرية التعلم الإجتماعي بموضوع تعاطي المخدرات وفسرت ذلك على أساس مبدأين هما الملاحظة المباشرة والتقليد.

إذ يقر Bandura أن كل ظواهر التعلم بالتجربة المباشرة تحدث بالملاحظة، جاء في هذه النظرية أن السلوك الإنساني لا يفسر على أساس الإشرط الكلاسيكي والإجرائي فقط بل هناك دور كبير للمحددات المعرفية. وحسب Bandura، الإنسان لا يستجيب فقط للمثيرات الخارجية بل هو قادر على توليدها بواسطة أفكاره ومعتقداته، يصنفها حسب تقييمه لها وحسب التعزيزات الذاتية التي يتوقعها والتي تعلمها بالملاحظة، مثال: شاب رأى شخص في حالة قلق حاد ولكن بمجرد أن تعاطى كمية من المخدرات زال قلقه تماماً وأصبح فرحاً مبهتجاً. وهنا يتعلم الشاب أن تعاطي المخدرات يزيل القلق.

فبمجرد شعور هذا الشاب بالقلق فإنه ودون حضور المثير يمكن أن يولد الوضعية السابقة وهذا ما يسمى بالتوليد الذاتي فحسب Bandura (1980) الآثار المتوقعة نتيجة التصورات الرمزية تلعب دور الدافع للقيام بسلوك ما.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص66.

إن نظرية التعلم الاجتماعي تعتمد في تفسيرها للظواهر على مفاهيم تفاعلية بين المحددات المعرفية السلوكية والبيئية، ومن الظواهر التي ساهمت في تفسيرها تعاطي المخدرات والإنتكاس وذلك من خلال مرحلتين الأولى ترى فيها هذه النظرية أن تعاطي المخدرات ما هو إلى نتيجة تعلم عن طريق الملاحظة والتقليد والثانية أدرج فيها Bandura مفهوم "فعالية الذات" "Self Efficacy" وتوقع النتائج "Outcome Expectation" حيث يرى أن الإقدام على تعاطي الكحول أو المخدرات يرجع إلى فعالية الذات وإلى نتيجة التوقعات، فالشخص الذي يعتقد أنه قادر على مقاومة المشاكل وتجاوزها وأن المخدرات لا تعتبر حلاً لمشاكله وإنما تزيد المشكلة تعقيداً. وبالتالي يجد لنفسه استراتيجيات مقاومة أكثر تكيفاً، بينما إذا كان يعتقد أنه إنسان ضعيف وأن الظروف أقوى منه فلا يستطيع تجاوز المشكلة وأن تعاطيه هو الحل الأنسب للتخفيف من ثقل مشكلته وأن للمخدرات قدرة عالية على إشعاره بالسعادة ولو لمدة قصيرة.

وقد توصلت البحوث الحديثة إلى وجود علاقة بين البنيات المعرفية مثل: توقع النتائج الإيجابية لتعاطي المخدرات وإنخفاض فعالية الذات والإنتكاس إلى تعاطي الكحول أو المخدرات، أي كلما كان توقع الشخص إيجابياً نحو التعاطي واعتقد أنه غير قادر على مقاومة مشاكله (انخفاض فعالية الذات) كلما اتجه إلى المخدرات للحد من المشكلة إذا كان من غير المتعاطين أو إنتكس إذا كان من الأشخاص الذين انقطعوا عن المخدرات أو الكحول لفترة.

كذلك توصلت الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين نوع التوقع والرغبة في التعاطي مثال ذلك كلما توقع الفرد إيجابياً نحو قدرة الكحول في إبراز وتطوير المهارات وزيادة الطاقة كلما كانت الرغبة شديدة نحو التعاطي.

أما Gillespie 1987 وآخرون فقد أكدوا الفكرة الأساسية التي انطلقت منها نظرية التعلم الاجتماعي، والتي تتمثل في أن التوقعات الإيجابية نحو الكحول عند عينة من الكحوليين كانت مرتفعة في حين كانت فعالية الذات منخفضة.

إن نظرية التعلم الاجتماعي تقدم تفسيراً مهماً لسوء استخدام العقاقير والمخدرات فقد تبين من بعض البحوث التجريبية أن كمية تعاطي الأشخاص ترجع إلى كمية تعاطي النموذج الملاحظ، فالأشخاص الذين يتعاطون بدرجة خفيفة إنما يزيدون من كثافة تعاطيهم بعد ملاحظتهم لنموذج من التعاطي الكثيف وفي كل ذلك أيضاً تؤدي المعايير الشخصية دوراً في تشكيل سلوكيات التعاطي والإدمان¹.

¹ قماز فريدة، مرجع سابق، ص 72.

10-7- النظرية الإجتماعية:

لقد اهتم علماء الاجتماع إهتماماً بالغاً بظاهرة الإدمان واعتبروها سلوكاً إنحرافياً يتخذ الفرد تعبيراً عن رفض الإمتثالية والمسايرة للمعايير والقيم السائدة في المجتمع.

فالتعاطي هو سلوك سلبي يظهره الفرد ويرجع إلى الإغتراب والتباعد القوي عن المجتمع، ورفض كل ثقافة أخرى، فهو بذلك - الفرد - يتبنى ثقافة فرعية خاصة به، وأصبحت هدفا ذاتيا، ويرجع بذلك الإدمان إلى التغير في تركيب الأسرة ووظيفتها، وضعف القيم الروحية والإتجاه نحو المادية التي تفقد الشخص ثقته بالمجتمع، فيتمرد عليه بالتعاطي الذي يشعره بأنه فرد فعال له قيمته الإجتماعية وحقيقة هذه سلوكيات انحرافية وخطيرة على حياته¹.

وبالتالي تركز هذه النظريات على دور الأسرة والبيئة والثقافة والعوامل الإجتماعية الأخرى في تطور وتفسير سلوك الإدمان ومن بينها:

10-7-1- نظرية الأسرة Family Theory:

حيث تعارض هذه النظرية أن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة الإدمان، وترتكز على إسهامات الأسرة في سلوك الإدمان وكيف تؤثر المشاكل الأسرية على كل عضو، وما هو تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة، وتفترض أن الأسرة تلجأ إلى الإدمان لتلبية حاجات الحياة وتحدياتها، أي هو وسيلة تكيف مع الظروف وكذلك هو نتيجة الطقوس والقوانين التي تفرضها الأسرة، كذلك الإتصال غير الفعال والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الأسرة هي صفات وخصائص الأسر التي تعاني من الإدمان، وإن تفاعلات الآباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع إلى سلوك الإدمان كما أن السلبية والإهمال والغضب هي من مسببات الإدمان.

10-7-2- نظرية الأنظمة: System Theory

تؤكد هذه النظرية على التفاعل والإعتماد المتبادل وتكامل أو إنسجام الأعضاء في النظام، وبناء عليه فإن كل الأعضاء الذين يعيشون معاً هم عبارة عن أنظمة مفتوحة، والنظام المفتوح (Open System) يحافظ على الإستمرارية ومرتبطة مع البيئة، والنظام المفتوح أكثر تميزاً واختلافاً وسيطرة، في حين أن النظام المغلق (Close System) مستقل عن البيئة ويتحرك باتجاه زيادة الإضطراب، وتصف هذه النظرية الأفراد بأنهم إجتماعيون أكثر من إهتمامها بالناحية النفسية أو البيولوجية والتفاعل بين البيئة والأفراد أمر مهم وحساس في

¹Bergeret. J. La Toxicomanie, Encyclopédie medico, chirurgicl, psychiatrie, paris 1982, p3.

هذه النظرية، فعلى سبيل المثال إزالة السمية من شخص مدمن في المركز العلاجي تكون معالجة ضعيفة إذا كان لدى الشخص رغبة في العودة إلى بيئة الإدمان.

10-8- نظرية الأنثروبولوجيا: Anthropologie Theory

تؤكد على القيم والإتجاهات والمعتقدات والمعايير التي يحملها الأفراد نحو تعاطي المخدرات وسلوك الإدمان، وقد عرفت المجتمعات البدائية واستخدمت العديد من أنواع المخدرات ومع ذلك فإن الإدمان بصورته الحالية لم يكن معروفا مثل الآن، وتؤكد الأبحاث عبر الثقافية Cross Cultural (researchis) أن الوظيفة الأولى للمخدرات والكحول في كل المجتمعات هي خفض التوتر، ويوجد هذا غالبا في المجتمعات غير المستقرة والمختلة وظيفيا والمتغيرة¹.

10-9- النظرية البيو-نفسية-إجتماعية:

يحاول أصحاب هذه النظرية تفسير أسباب تعاطي الكحول والمخدرات والإدمان في إطار نظرة شاملة، تتضمن عوامل خطر بيولوجية، نفسية وإجتماعية تنبئ بحدوث السلوك الإدماني.

ويعتبر تعاطي المخدرات حسب هذه النظرية نتيجة لتفاعلات بيولوجية فردية، علائقية وسوسيو-ثقافية، وتشكل هذه المجالات في ديناميكيتهما وحين تكون مجتمعة أنماط سلوك الفرد، بما في ذلك تعاطي المخدرات، استناداً إلى وجهة النظر التطورية، من بين العوامل العضوية والوراثية التي تؤدي إلى تعاطي المراهقين للمخدرات نجد: المورثات، تغير الإفرازات عند البلوغ، إدمان الأم الحامل المرتبط بالإدمان الولادي عند الطفل أو الأخطاء الفطرية المختلفة للإستقلاب.

وحين نلنقت إلى الزاوية الإجتماعية الثقافية والنفسية، نجد أن هناك بحوثا كثيرة تضمنت نتائجها عوامل الخطر المرتبطة بالتعاطي عند المراهقين نقص الممارسات والروابط الدينية، بداية التعاطي في سن مبكرة، التقدير السلبي للذات، السيكوباتولوجيا، فقر العلاقات مع الوالدين، فقدان المعايير الإجتماعية الميل إلى البحث عن الإثارة، وإدراك أن استعمال المخدرات محبذ كثيراً بين الأقران والراشدين.

ويبين كذلك Hankins و Catalano (1987) أن العوامل التي ترفع من احتمال تورط المراهقين في تعاطي المخدرات، تشمل تاريخ العائلة في تعاطي الكحول والمخدرات، ممارسات عائلية فقيرة في التسيير، ظهور سلوك مبكر مضاد للمجتمع، فشل مدرسي مبكر، إختلال عقلي عام، التمرد وإقامة علاقة مع أقران يتعاطون المخدرات.

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص ص 64-65.

ويمكن إستناداً لما توصل إليه Galizio و Maisto (1985) للعوامل الثقافية أن تمارس تأثيرها في إتخاذ القرار الأول لتجربة إستعمال مادة معينة، يمكن للعوامل البيولوجية أن تفسر الإختلاف (بين الأفراد) في تحديد الإستمرار في التعاطي المفرط وهنا تكمن الفروق الوراثية التي بإمكانها إبراز الإستعداد الوراثي واستقلاب هذه المواد في العضوية وظهور التحمل أو لا وظاهرة الإمتناع كما يمكن لخصائص المخدر أن تلعب دوراً حاسماً في تحديد التأثير البيولوجي وأخيراً يمكن للعوامل النفسية الإجتماعية والثقافية أن تحسم التوقف عن التعاطي أو الإنكاسة¹.

يظهر من خلال العرض السابق أن ظاهرة الإدمان نالت إهتماماً بارزاً لدى مختلف النظريات، حاول أصحاب كل نظرية تقديم أسباب ونماذج تفسيرية لسلوك الإدمان أفادتنا بمعلومات قيمة حول أكبر عدد من الأسباب والدوافع وعوامل الخطر التي تجعل الفرد عرضة لتعاطي المخدرات كل نظرية حسب مرجعيتها في التفسير فهناك النظرية الوراثية والبيولوجية والنظريات النفسية والإجتماعية التي تدرس ظاهرة متعددة الأبعاد كما هو متفق عليه ويتطلب ذلك تدخل مختصين من جميع التخصصات الإنسانية.

11- البروفيل النفسي للمدمن:

لقد توصل ونك Winck من خلال دراساته على المدمنين وجود بعض السمات المميزة لهذه الفئة وصنف الشخصية الإدمانية بالنحو التالي:

- 1- غير الناضج: وهو العاجز عن تكوين علاقات هادفة مع الآخرين ولا يمكنه الإعتماد على نفسه ولا الإستقلال عن والديه.
 - 2- المتفاني في ذاته: وهو الذي يحب الإشباع الفوري للرغبات ولا يستطيع تأجيلها.
 - 3- الضعيف جنسياً: هو الذي يعاني شذوذاً أو ضعفاً جنسياً خاصة الجنسية المثلية.
 - 4- المضطهد لذاته: وهو الذي يتسم بالقلق عند التعبير عن غضبه ويلجأ إلى الخمر أو المخدرات للتخفيف من هذا القلق أو للتعبير عنه بطريقة أكثر عنفاً أحياناً.
 - 5- الشخصية الإكتئابية: وهي شخصية قلقة ومتوترة تدفع بصاحبها إلى التعاطي لتسكين القلق ومن ثم يتكرر لديه التعاطي ليصبح إدماناً.
- إضافة إلى ذلك فقد أثبتت دراسات ونك Winck أن الشخصية الإدمانية تتميز بالإكتئابية والفصامية والسيكوباتية².

¹سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 118-121.

² Winck.C.Asociological Aspect of Drug Dependence Ohio CRC press 1974.pp.23-27.

أسفرت دراسة محمد حسن غانم "المدمنون وقضايا الإدمان" على وجود صفات تميز شخصية المدمن من وجهة نظر المدمنين أنفسهم أهمها سمة العصبية والضعف أمام المخدر والتهرب من المسؤولية واللامبالاة والأنانية الشديدة¹.

لقد أولى بارجوري Bergeret عناية كبيرة بدراسة شخصية المدمن حيث حدد ثلاثة أشكال لشخصيته ندرجها كما يلي:

- الشكل الأول لشخصية المدمن:

ويندرج فيه الأشخاص ذووا البنية الذهانية أين لم تؤسس العلاقة الثلاثية الأوديبيية (أب، أم، طفل) وتتميز بقلق التجزئة، قسمها بارجوري إلى نمطين الأول يبحث عن تجنب الدفاعات الهذيانية بفضل التظاهرات السلوكية الناتجة عن الإدمان، أما الثاني فيلجأ لإستخدام المادة السامة من أجل تبرير الهذيانات الموجودة من قبل كما قد ينتج هذا النمط عن النمط الأول، فإستخدام المخدر هنا يكون عبارة عن مستوى دفاعي سطحي.

- الشكل الثاني لشخصية المدمن:

هنا يتعلق الأمر بالبنية العصابية الأوديبيية، يمتاز مدمنوا هذه البنية بتعاطي مبكر والإدمان على المخدرات ذات الآثار الخطيرة تظهر لديهم تبعية فارماكولوجية وكذا اللامبالاة الإجتماعية، تكيف حسن مع معطيات الحياة العلائقية، مشاكل وجدانية متعلقة بحرمان خيالي، صعوبة توظيف التصورات الذهنية، حاجة للمرور إلى الفعل، تظهر من خلال سلوكيات تتصل بالجسد، المدمن هنا لا يتحمل العزل، ويميل إلى إستخدام المخدر لحاجته في الإنتماء إلى جماعة.

- الشكل الثالث لشخصية المدمن:

تظهر في هذا الشكل الشخصية الإكتئابية والتي ينتمي إليها جزء كبير من المدمنين تتسم بعدم النضج الوجداني، لذا فهو تابع للبنية الحدية لا البنية العصابية ولا البنية الذهانية، فيظهر لديه عدم القدرة على تجاوز أزمة المراهقة والتي قد تستمر معه طول عمره، فهو شخص له بنية سيئة التنظيم لا توجد لديه أحلام سعيدة ولا أفكار عقلانية ولا أصالة، يكون هنا المدمنون غير قابلين للتأثر السريع، وغير راضين عن العالم وليست لديهم هوية حقيقية ولا ذوق محدد، يعانون من قلق العزلة بسبب قلق داخلي عميق غير واثقين بأنفسهم².

¹ محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2007، ص.54.

² Cottenceau.H conduite addictive et troubles de la personnalité PES de psychiatrie, Paris.2006.p5.

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد، تمت دراستها بأكثر من تناول ذلك راجع إلى طبيعة السلوك الإدماني الإنساني، حيث أن هذا الأخير تتشابه فيه مجموعة معتبرة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ولم تقتصر هذه الظاهرة على تعاطي نوع واحد من المخدرات بل اشتملت على أصناف مختلفة لها تأثيراتها الخاصة، وكذا انتشرت لدى فئة الأطفال والمراهقين والراشدين، وبالتالي مست العمود الفقري للحياة الاجتماعية في شتى المجالات، حيث يتسم الإدمان على المخدرات بآثار سلبية على الصحة الجسدية والنفسية والعقلية تتطلب تدخل المختصين من ميادين مختلفة، أطباء الأعصاب والسيكاطريين وعلماء النفس وعلماء الاجتماع والباحثين في حقل البيولوجيا والوراثة من أجل التوصل إلى أنجع السبل لخفض الطلب على المخدرات للحد من النتائج السلبية للإدمان والمنعكسة على الفرد والمجتمع والتي تزيد من تدني المستوى الإقتصادي للدول.

الفصل الثاني:

الإنتكاسة

عادة ما يتداول الباحثون مصطلحات عدة كالعود والعودة والإنتكاسة بمعنى واحد، ويُعد العود أشهر تلك المصطلحات يليه مصطلح الإنتكاسة والذي يعد مصطلحا حديثاً نسبياً وإن كان مصطلح العود أكثر استخداماً في مختلف أنواع الانحراف والجرائم¹.

حيث استعمل مصطلح العود في بداياته الأولى في التراث الغربي في مجال السلوكيات الإجرامية والانحرافية، وظهر ذلك من خلال دراسة Glueck عام 1921، منذ ذلك الوقت والدراسات تتوالى لظاهرة العود للانحراف، بينما كانت بداية الإهتمام بدراسة العود للانحراف في التراث العربي عام 1965، من خلال دراسة الألفي تحت عنوان "العود إلى الجريمة والإعتياد على الإجرام"².

بينما اقتصر مفهوم الإنتكاسة على الانحراف في تعاطي وإدمان المخدرات وكل ما له صلة بعلاج الإعتياد، وفي هذا الفصل سيتم توضيح أهم الجوانب النظرية المتعلقة بمفهوم الإنتكاسة.

¹ عبد العزيز بن علي الغريب، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، ط1، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص 25.

² عبد العزيز بن علي الغريب، مرجع سابق، ص 89-90.

1- تعريف الإنتكاسة:

أ/ لغة:

1-1- الإنتكاسة: عرف الفيروز آبادي الإنتكاسة بأنها تعني "تكسه أي قلبه على رأسه، والنكس والنكاس، بضمهما: عودة المرض بعد النقاهاة"¹.

أما في اللغة الإنجليزية الإنتكاسة (Relapse) مشتقة في الأصل من المصطلح اللاتيني (Relapi) الذي يعني السقوط أو الإنزلاق².

1-2- العود: يقال إنه عاد لمّا فعل، أي أنه فعله مرة أخرى، ويكفي الرجوع للشيء مرة واحدة ليسمى الفعل عوداً³.

العود بفتح العين وسكون الواو من عاد يعود عوده وعودا بمعنى رجع وعاد فلان إلى الشيء، بمعنى رجع إليه، ويكفي الرجوع للشيء مرة واحدة ليسمى الفعل عودا ويسمى فاعله عائداً⁴.

ب/ إصطلاحا:

تعددت التعاريف وتنوعت بتعدد وتنوع الباحثين والدارسين لظاهرة الإدمان على المخدرات ومختلف السلوكيات الانحرافية، فهناك من ينظر إليها من جانب قانوني، وهناك من ينظر إليها من جانب إجتماعي، ونحن سنحاول التعرض لهذه الآراء والتوجهات مع التركيز على الإتجاه النفسي في دراسة وتحليل الإنتكاسة لدى المدمنين والمنحرفين والمدمنين على المخدرات بصفة خاصة. وسنعرضها في مايلي:

الإنتكاسة أو ما يطلق عليها كذلك في الأدبيات النفسية الإرتكاس هو تلك النوبات الدورية التي تتتاب المدمن المتوقع من حين لآخر العود لما كان عليه، كما يمكن تعريفها أنها إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك وليس فشلاً تاماً في تغيير السلوك، ولها مسميات في اللغات الأجنبية. فهي Relapse في الأدبيات النفسية الإنجليزية وRueckfall بالنسبة للناطقين باللغة الألمانية وRechute بالنسبة للغة الفرنسية. وكلها تعني الرجوع إلى الوراء⁵.

¹ يوسف بن سطات العنزي، الذكاء اللإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2010، ص 65.

² Marlatt and Gordon, Relapse prevention, Theoretical Rationale, overview of the model in New York, Guilford press, 1985.

³ عبد العزيز بن علي الغريب، مرجع سابق، ص 25.

⁴ إبراهيم خليفة بن ثاني، دور البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العود لتعاطي وإدمان المواد المخدرة، ماجستير، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، 1985، ص 50.

⁵ عبد الجليل أميم، برنامج RPT للوقاية من المخدرات، 2009، ص 03.

الإنتماسة أيضا هو الفشل في المحافظة على نمط التغير الذي طرأ على السلوك وعدم الإلتزام بقواعد التعاطي والجهل بمجموعة العلامات المنذرة التي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي سواء كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أو من بعض الإشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي¹.

فالإنتماسة هي عودة المعتمد على المواد المخدرة (المدمن) إلى إستعمال هذه المواد، بعد نجاحه في الإنقطاع عن إستعمالها لفترة محدودة، ينقطع المدمن عن إستعمال المواد المخدرة لأسباب متنوعة كأن يخضع للمعالجة أو يجبر على تركها نتيجة ظرف خارجي مثل أن ينتقل إلى بيئة جديدة لا تتوفر فيها المادة المخدرة.

كما عرفت الإنتماسة بأنها العودة إلى تعاطي المخدرات أو المسكرات بعد فترة انقطاع عنها، وأن أسبابها ودوافعها قد تختلف من مريض لآخر وفقا للظروف التي يمر بها المريض بعد علاجه وخروجه من المستشفى، لأن العلاج وحده قدرته محدودة في مساعدة المعتمدين على المواد المؤثرة نفسيا في الوصول لحالة التعافي التام من عبودية المخدر، بل هو خطوة مبكرة في عملية أطول.

ويعني الإرتكاس كذلك أنه عرض عام وشامل من أعراض الإدمان أو الإعتماد عموما والإدمان أو الإعتماد العقاقيري خصوصا، وهو عملية دينامية ومتطورة ومؤثرة وهو حدث مباشر أو غير مباشر وهو قرار بشكل أو بآخر، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة وهو هدف يسعى المدمن المتوقف أو المعتدل مع معالجه للنيل منه والوقاية منه².

الإرتكاس إذن يعني العودة إلى سلوكيات التعاطي من جديد بعد فترة من الإنقطاع والتوقف³. وتُعرف الإنتماسة على أنها إعادة ظهور أعراض مرض ما بعد فترة من الشفاء وبالأحرى تعدّ عملية تقليدية، وسلسلة من الأحداث التي يعقبها أو لا يعقبها عودة إلى المستويات الأولية للسلوك الهادف ومصطلح الإنتماسة في اللغة الإنجليزية (Relapse) مشتق من المصطلح اللاتيني (Relapi) الذي يعني السقوط أو الإنزلاق(Slide)⁴.

¹ مطاع بركات، أسباب الإنتماسة من وجهة نظر المدمنين، دراسة ميدانية في المرصد الوطني، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 33، العدد 5، 2011، ص 163.

²مدحت عبد الحميد أبو زيد، الإرتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص5.

³المرجع السابق، ص 1.

⁴Marlatt G. A (1985) Relapse prevention: (héareticalRationale et Overivn of the model In: marlatt J. R (Eds), Relapse prevention, New york: Guiljorpress, p 31.

كما تعني الإنتماسة العود إلى إستخدام المادة الإدمانية بعد التعافي بحيث يكون هذا الإستخدام بشكل منتظم، أما إذا كان العود لمدة محدودة وكان الإستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات فهو في هذه الحالة يعرف بالإنزلاق أو الإنتماسة الصغيرة.

ونعرف مصطلح العود بأنه حالة الشخص الذي يعود لتعاطي المخدرات بعد علاجه منها، ويكون العائد للإدمان هو الشخص الذي عاد للتعاطي مرّة بعد أخرى بعد علاجه من الإدمان قبلها وتم خروجه من مؤسسة علاجية بعد تلقيه برنامجًا علاجيًا¹.

الإنتماسة هي العودة إلى أنماط التعاطي السابقة، وعندما تحدث الإنتماسة فإنه من الضروري المرور مرة أخرى بمراحل التغيير منذ البداية، إلا أن بعض الباحثين في مجال الإدمان يعتبرون الإنتماسة أحد مراحل العلاج، لذا فحدوثها لا يجب أن يسبب اليأس والإحباط إذ هي مرحلة طبيعية يمر بها المدمن خلال فترات علاجه².

والجدير بالذكر أنه لا بد من التمييز بين التوقف عن التعاطي وبين التعافي حيث أن التوقف يعني إمتناع الشخص عن التعاطي بالصدفة أو لسبب معين وبالتالي غالبًا ما يكون محكوم بالفشل والنتيجة الحتمية هي العود مرة أخرى.

أما التعافي فيكون التوقف فيه مبرمجًا تحت إشراف معالج خبير ومتخصص، كما يفيد أيضا التعافي أن الشخص المدمن يجد تغييرًا في مناح حياته إلى الأفضل وذلك بإعداده لمرحلة يكون قادرًا فيها على التفاعل والتواصل مع محيطه من جديد³.

2- بعض المفاهيم المرتبطة بالإنتماسة:

هناك بعض المفاهيم التي لها علاقة وطيدة بالإنتماسة ك:

1-2- الهفوة: Lapse

هي عبارة عن نوبة أولية لتعاطي العقار بعد إنقطاع وتشافي أو إستخدام معتدل وتكرارها يعني الإرتكاس وتعني الكبوة أو الإنزلاق.

2-2- الكبوة الأمامية Prolapse

¹ عبد العزيز بن علي الغريب، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، ط1، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص 27.

² عبد العزيز عبد الله الدخيل، مؤسسات المجتمع المدني ودورها في الحد من العود لتعاطي المخدرات، الندوة العلمية، عوامل الإنتماسة لدى مدمني المخدرات، جامعة الملك سعود، 2012، ص 2-3.

³ عبد الودود خربوش، التجربة المغربية في علاج الإنتماسة لدى المدمنين على المخدرات، ندوة مراكش، جامعة القاضي عياض، مراكش المغرب، 2012، ص 04.

وهي مشتقة من الأصل اللاتيني (Prolabi) وتعني الإنزلاق إلى الأمام وهي مرحلة تعقب الهفوة وتتوسط الإرتكاس والتشافي ويمكن تجاوزها إلى مرحلة التشافي إذا استطاع الفرد إستجماع قواه مرة ثانية.

2-3- الإنهيار التام Collapse

ومشتق من الأصل اللاتيني (Collabi) ويعني السقوط التام، وتتميز بتكرار حدوث الإرتكاس وفقدان السيطرة وقد تؤدي إلى أمراض خطيرة أو الموت¹.

3- تصنيفات وأشكال الإنتكاسة:

للإنتكاسة أصناف عديدة وأشكال مختلفة، تتباين نسبياً فيما بينها وفقاً لإختلاف العوامل المحيطة بها، وفيما يلي بعض من هذه التصنيفات:

3-1- أشكال الإنتكاسة من حيث العائد: Outcome

3-1-1- الإنتكاسة المفيدة الصحية: (Health Relapse) ويعدّ هذا النوع مفيد نسبياً، قد ينعف المتعافي إذا كان في حاجة إلى تعلم شيء جديد عن ذاته واعتماده دون إلحاق ضررٍ ومن ثم تكون سبباً في تقوية وتدعيم الشفاء.

3-1-2- الإنتكاسة الضارة غير الصحية: Unhealthy Relapse وهي الأكثر ضرراً وشيوعاً، لأنه يمكن أن يلقي المتعافي حتفه جراء جرعة زائدة أو على الأقل يصاب بالإكتئاب، وفقدان الأمل في الشفاء وفقدان الثقة في الذات وإنخفاض دافعية مواصلة العلاج، والإستسلام للتعاطي من جديد كنوع من الإنتحار البطيء.

3-2- أشكال الإنتكاسة من حيث الشدة: (Severity)

3-2-1- إنتكاسة يمكن تجنبها: (Aviodable Relapse): وهي الإنتكاسة الأقل شدة والأقل كثافة، والتي يمكن تحاشيها بشيء من مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

3-2-2- إنتكاسة لا يمكن تجنبها: (Unaviodable Relapse): وهي الإنتكاسة المصحوبة برغبة عارمة، ومواقف خطيرة ومثيرات متعددة مع ضعف في الكفاءة الشخصية، وقصور في إستخدام مهارات التأقلم والمواجهة والتكيف.

3-3- أشكال الإنتكاسة من حيث الطبيعة: (Nature)

3-3-1- الإنتكاسة الفعلية: (Wet Relepse)

وتتعلق بالإعتياد الكيميائي، وتعني العودة إلى إستخدام العقار، فهي إنتكاسة عقاقيرية (Drug Relapse).

¹مدحت عبد الحميد أبو زيد، مرجع سابق، 1998، ص 6-7.

3-3-2- الإنعكاس الجافة: (Dry Relapse): تتعلق بالإعتياد الكيميائي لكنها تعني العودة إلى السلوكيات

الإعتيادية السابقة دون استخدام عقاقير وتسمى أحياناً الإنعكاس السلوكية. (Behavioral Relapse).¹

3-4- التصنيف من حيث التخطيط: (Planning)

3-4-1- إرتكاس مخطط مسبقاً: (Planned Relapse)

يكون بعد فترة من التوقف أو الاستخدام المعتدل بتخطيط مسبق له من حيث الموعد، المكان، إتخاذ التدابير اللازمة عن قصد وتعمد ورغبة.

3-4-2- إرتكاس غير مخطط: (Non Planned Relapse)

لا يكون فيه تخطيط مسبق وإنما قد يؤدي إرتفاع الإشتياق وتعرض الفرد لضغوط مختلفة مع ضعف لمقاومة الإرتكاس.

3-5- التصنيف من حيث التكرار: (Frequent Relapse)

يكون لدى الأفراد الذين يتعرضون لإرتكاسات كثيرة ومتكررة، وتقل الفترة الزمنية بين كل إرتكاس وآخر.²

3-6- أشكال الإنعكاس من حيث التعدد: (Grossing)

3-6-1- الإنعكاس الثابتة: (Fixed Relapse)

تعني معاودة تعاطي المادة الإعتيادية الأصلية المفضلة لفترات طويلة دون تغييرها والثبات عليها.

3-6-2- الإنعكاس المتعددة: (Gross Relapse)

وتعني معاودة التعاطي بإستخدام مادة إعتيادية أخرى شبيهة بالمادة الإعتيادية المعتادة.

3-7- أشكال الإنعكاس من حيث المضمون: (Content)

3-7-1- الإنعكاس الكلية: (Full Blown : Relapse)

أي تناول المتعافي للمادة الإعتيادية لمدة طويلة وبجرعات مثل المعتادة أو أكثر منها والإستمرار في ذلك.

3-7-2- الإنعكاس الجزئية: (Partial Relapse)

أي تناول المتعافي المتوقف المادة الإعتيادية لمدة يوم أو يومين عدة مرات، ثم التوقف لفترة طويلة جداً.³

¹ يوسف بن سطات العنزي، مرجع سابق، ص 68.

² مدحت عبد الحميد أبو زيد، مرجع سابق، ص 11.

³Young E, The role of Incest Issues in relapse journal of psychoactive drugs, vol20, 1990.



الشكل رقم (03): يوضح أشكال الإنتكاسة

المصدر: إعداد الباحثة

4- المؤشرات أو العلامات المنذرة بحدوث الإنتكاسة:

يرى أبو زيد 1998، أن هناك مؤشرات وعلامات منذرة تعتبر بمثابة ناقوس الخطر والإنذار بحدوث الإنتكاسة، وهي متعددة ومتباينة في الوقت ذاته وتظهر تلك المؤشرات في مراحل التعافي وخاصة المراحل المبكرة أو في مرحلة الإعتدال في التعاطي وسنسردها باختصار أهم تلك المؤشرات.

4-1- مؤشرات معرفية: تظهر على المجال المعرفي للمتعاقي وتتمثل في:

- ضعف القدرة على إتخاذ القرارات الإيجابية
- ضعف القدرة على التخطيط البناء
- ضعف القدرة على التفكير المنطقي
- أفكار إنهزامية، قلة التركيز والشروع والسروران
- ضعف القدرة على التنظيم ونقص القدرة على الحكم الإيجابي
- بالإضافة إلى سيطرة ذكريات التعاطي وتخيل نشوة العقار.

4-2- مؤشرات نفسية: تتضمن المؤشرات الإنفعالية، المزاجية، الوجدانية، ومنها:

- الشعور بالأسف الذاتي والميول والمشاعر الخاصة بالوحدة
- الإنفعال المصطنع وتجدد المعاناة النفسية
- تغيرات المزاج وأحلام اليقظة
- فقدان الرضا عن الحياة وفقدان الثقة بالنفس
- الشعور بالتوتر وعدم الإستقرار والعدوانية

- الإحساس بقوة خفية تدفع إلى معاودة التعاطي¹.

4-3- مؤشرات علاجية: تتمثل في :

- نقص الإعتناء بالذات ويظهر في إهمال المظهر الشخصي.
- انخفاض الدافعية للعلاج كقلة حضور إجتماعات برامج المتابعة أو إنقطاع عن الإجتماعات التدميمية أو الحضور غير المنتظم للحصص العلاجية.

- تناول عقاقير طبية للتأقلم كتناول بعض المهدئات أو الخمر.
 - فقدان متزايد أو تام للبناء اليومي أي يظهر لديه عجز في أداء وظائفه اليومية.
 - خلق الإشتياق الذاتي حيث يقوم المتوقف بخلق إشتياقه بنفسه ذهنياً أو حسياً وغيره.
- 4-4- مؤشرات جسمية/ فيزيقية:**

- غالباً ما تظهر على شكل تعب وإضطراب في شهية الطعام والنوم.
- مشكلات صحية.

- نقص الإهتمام بالنظافة الشخصية.

- إضطراب النشاط الجنسي.

- حالات تمارض لجلب إنتباه الآخرين.

4-5- مؤشرات سلوكية: تتمثل في:

- عودة أو زيادة السلوكيات القهرية وتكرار الشكوى.
- فقدان الإهتمام والميل نحو اللامبالاة.
- تكرار الغياب والتأخر والتعطل وإختلاق الأعذار لأي تقصير.
- إضطراب سلوكيات الإنفاق والإستهلاك وزيادة التورط المالي والسلوك الإهمالي².

4-6- مؤشرات إجتماعية:

- محاولات الإتصال مع أصدقاء قدامى لازلوا مدمنين.
- ضعف أداء الواجبات الإجتماعية.
- إثارة المشاكل كمشكلات العمل.

¹ يوسف بن سطات العنزي، الذكاء اللانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2010، ص 78-79

² يوسف بن سطات العنزي، المرجع السابق، ص 79.

- فشل في التواصل الإجتماعي¹.

5- مظاهر وأعراض الإنتكاسة:

تشتمل متلازمة أو تناذر (Syndrome) الإنتكاسة على:

5-1- سوء الوظيفة الداخلية: وفيها:

- ضعف فكري وإنفعالي.

- مشكلات ذاكرة، نوم وتآزر.

- إنعصاب / ضغط مرتفع.

5-2- سوء الوظيفة الخارجية: وفيها:

- عودة الإنكار، التحاشي والدفاعية.

- بناء أزمة، جمود وتشوش وإستجابات مبالغ فيها.

5-3- فقدان الضبط: وفيها:

- إكتئاب وفقدان السيطرة على السلوك.

- إدراك فقدان الضبط.

- قلة الإختيار ونوبة إرتكاس.

6- بروفييل المدمن المنتكس:

يحتوي بروفييل المدمن المنتكس على العديد من الخصائص والسمات الشخصية التي تميزه عن غيره نذكر منها:

- اللامبالاة بالعواقب، الأنانية المفرطة، الهروب من المسؤولية، السلبية، التعامل مع الواقع والحقيقة من خلال العقار، الإنهزامية، العدوانية، العدائية، وضعف كل من الإرادة والأنا... إلخ.

ولقد أجريت دراسات عديدة في هذا الصدد منها . على سبيل المثال لا الحصر. دراسة ميلر (1991)، وذلك للكشف عن سمات شخصية المنتكس، حيث أسفرت نتائجها على ما يلي:

- الإندفاعية والشخصية السيكوباتية.

- إضطرابات وجدانية ونقص التوجه نحو الهدف².

¹ تيايبية عبد الغاني، مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالة دكتوراه علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، الجزائر، 2015، ص 94.

² مدحت عبد الحميد أبو زيد، مرجع سابق، ص 13-14.

كذلك دراسة يوسف بن سطاتم العنزي 2010 حول الذكاء الإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين، وكان من بين نتائجها انخفاض معدّل الذكاء الإنفعالي لدى فئة المنتكسين بالإضافة إلى تميزهم بوجهة ضبط خارجية مقارنة بأقرانهم غير المنتكسين.

7- أسباب الإنتكاسة :

لقد اختلف العلماء في إعطاء أسباب موحدة وتفسيرات شاملة لظاهرة العود إلى الإدمان (الإنتكاسة) كل حسب مرجعيته نبينها فيما يلي:

7-1- جاء في دليل معلومات عن الإدمان: أن هناك العديد من العوامل التي قد تفجر الإنتكاسة، وهي تختلف من شخص إلى آخر، وسنعرض أهمها:

- حالة عاطفية سلبية، مثل الغضب، الحزن، صدمة أو ضغط نفسي.

- إرهاق أو وهن جسدي . فيزيقي . مثل أعراض الفطام (الإسحاب) وآلام جسدية.

- حالة عاطفية إيجابية.

- رغبة قوية، صراعات، وضغوط إجتماعية¹.

7-2- كذلك إتضح من خلال دراسة محمد حسن غانم " المدمنون وقضايا الإدمان " أن للإنتكاسات من وجهة نظر المدمنين أسباب عديدة نذكر بعضها:

- عدم السيطرة على الشوق، وعدم التغيير في الواقع الخارجي وإلحاح الأصدقاء المدمنين والفشل في حل المشكلات، مشاكل نفسية لا تحل إلا بالمخدر فقدان ثقة الأسرة، أو ثقة الأهل الزائدة وعدم الإقتناع بالكف عن الإدمان كلها بنسب متفاوتة.

إتضح كذلك " بأن عدم السيطرة على الشوق للمخدر يُعدّ من أهم الأسباب التي تقود إلى الإنتكاسة، إذ بلغت نسبته 18،52% يليه عدم التغيير في الواقع الخارجي وبلغت بنسبة بلغت 12،59% إلى أن نصل إلى عدم الإقتناع بنسبة 2،96%.²

7-3- لقد وجد "محمد السليم" 2007: أن هناك إتفاقاً واضحاً بين نتائج العديد من الدراسات على المستويين المحلي والعالمي، على أن أهم الأسباب الدافعة للتعاطي تتمثل في أصدقاء السوء، والتفكك الأسري ونقص المساندة الإجتماعية، ووفرة المال، وضعف الرقابة الأسرية، بالإضافة إلى ضعف الوازع الديني وغيرها³.

¹-Marilyn Herier et autres, Centre de toxicomanie et de santé mentale.LaToxicamanie guide d'information 2010, p41.

² محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2007، ص 46-47.

³ السليم محمد، علاقة مستوى التدين والمساندة الإجتماعية بالإنتكاسة من المدمنين بمجمع الأمل، الرياض، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 2007، ص 52.

وبمراجعة العديد من الدراسات مثل دراسة جوسوب وآخرون (gossop et al,1989، ودراسة برادلي وآخرون 1992، نجد أن أسباب الانتكاسة لا تختلف كثيرا عن أسباب التعاطي فلو كان هناك عشرة أسباب للتعاطي تمت معالجتها فإن سببا واحدا كفيل بحدوث الانتكاسة¹.

7-4- إتفقت العديد من الدراسات على إرجاع الانتكاسة إلى الأسباب التالية:

- عجز المدمن على التعامل مع الأزمات إذ أنه أثناء تعاطيه قد نسي الكثير من المهارات الأساسية في كيفية التعامل مع الأزمات إذ أن الحل الوحيد بالنسبة له هو تعاطي المخدرات.

- الإشتياق للمواد المخدرة في الفترات الأولى التي تتلو الإنقطاع لما لذلك من تغيرات فيزيولوجية حيوية على مستوى الخلايا العصبية.

- إعتقاد المدمن أن المخدرات هي علاج اضطراباته النفسية.
- إعتياد المدمن على مواجهة مشاكل الحياة وضغوطاتها باللجوء إلى المخدر.
- عجز المدمن على القيام بنشاطاته ووظائفه الإجتماعية والمهنية دون تأثير المخدر.
- الشعور بسعة الوقت والفراغ بعد الإنقطاع عن المخدر والإحساس بطول الساعات وثقل الوقت.
- رؤية الزملاء من المدمنين تحرك رغبته في التعاطي.
- النزاعات والمشاجرات خاصة الأسرية.

ويمكننا تلخيص الانتكاسة مع Wayne Skinner في الأبعاد التالية:

الإشتياق وتلميحات المخدر وإختيار القدرة على السيطرة على الرغبة بالتعاطي وضغوط رفاق التعاطي والمشاعر السارة وغير السارة وإضطراب العلاقات بالآخرين والمشكلات الأسرية والآلام النفسية والبدنية والوهن².

يظهر أن الانتكاسة من المشكلات المعقدة والمتعددة الأسباب وقد ذكر Mishra & Ressler أن هناك عدة دراسات أكدت على وجود عوامل مختلفة تؤدي إلى الانتكاسة نعرضها حسب Mishra & Ressler 2000 فيما يلي:

أ - مهارات شخصية:

- قصور في مهارات التعامل مع الضغوط الإجتماعية.
- إضطراب العلاقات مع الآخرين.
- إخفاء المشاعر السلبية.

¹ عبد الله الزهراني، العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى جدة، رسالة ماجستير جامعة أم القرى، السعودية، 2010.

² عبد الودود خربوش، مرجع سابق، ص 05.

- أفكار أو أعراض جسدية تثير الرغبة في التعاطي.
- قصور في مهارات التغيير في نظام الحياة.
- ضعف في مهارات التغيير في عادة التعاطي وعجز على التعرف على أصدقاء إيجابيين.
- عجز في التعلم.

ب - عوامل إجتماعية وثقافية:

- غياب السند والدعم.
- الإبتعاد عن الأصدقاء وقطع العلاقة معهم.
- تغيير المدرسة بإستمرار.
- عدم وجود قيم أخلاقية أو دينية.
- تكوين علاقات مع أصدقاء التعاطي.
- ضرورة التعاطي في المناسبات.
- وضع إقتصادي سيء.
- بيئة إجتماعية غير منظمة.

ج - عوامل أسرية:

- توتر العلاقة بين الأبناء والآباء.
- طلاق الوالدين.
- توفر المخدرات في البيت.
- عجز وظيفي في التركيبة الأسرية.
- أولياء مضطربين نفسيا.
- وفاة أو فقدان أحد أفراد الأسرة.
- العيش في محيط مليء بالإنحرافات.
- البطالة.
- الإهمال في مرحلة الطفولة.

د - عوامل شخصية:

- الشعور بالوحدة والعزلة.
- ضعف التحكم في الإنفعالات.
- ضغوط شخصية.

- عدم السيطرة على النفس أثناء القلق والغضب.
- تشويه الواقع وإخفاء المشاعر.
- الرغبة في البحث عن الإنتعاش.
- الشعور بالذنب عن التعاطي السابق.
- ثقة بالنفس زائدة¹.

كما يمكن الإشارة إلى بعض المواقف التي تدفع إلى الإنتكاسة والمتمثلة في:

1-المواقف المتعلقة بالحالة المزاجية:

تعد المواقف الخاصة بالحالات المزاجية ذات خطورة عالية بالنسبة إلى الإنتكاس ومنها حالات المزاج السالبة (الغضب، الحزن، الإكتئاب، الإحباط، الملل، اليأس، الشعور بالظلم والقهر، القلق) وحالات المزاج الإيجابية (الثقة الزائدة، الشعور بالسيادة، الفerd إذا تمكن من تخطي موقف إنتكاسة تراء له أنه يستطيع مجابهة مواقف التعاطي فيشعر أنه يستحق المكافئة بجرعة من المخدر المفضل)².

2-الإنهزامية وضعف تقدير الذات:

في هذه الحالة يظهر للمدمن أنه شخص مقهور لا قيمة له فيتدنى مستوى تقديره لذاته تدريجيا، مع الشعور بالألم حيال هذا الأمر، فيلجأ إلى المخدر ليخفف آلامه، خاصة إذا لم يتم إكساب المدمن مهارات التأقلم المناسبة وإفتقاده للخبرات الإيجابية وكذا عدم توفره على إهتمامات وهوايات فيجد نفسه في حالة ملل وضيق ومشاعر عدم تأكيد الذات، فإن مشاعر الضيق هذه سوف تتغلب عليه ولن يجد أمامه سوى العودة للمخدرات³.

3-مواقف الضغوط الإجتماعية:

وهو شعور الفرد بعوامل خارجية ضاغطة تولد له الإحساس بالتوتر وتفقد التوازن فيغير نمط سلوكه عما هو عليه الى نمط جديد، إذ أن تعامل الأفراد مع الضغوط يكون مختلف فهناك من يقابلها بطريقة علمية وموضوعية وهناك من ييضمها وينفعل إنفعالا زائدا إتجاهها فالمشكلة ليست في الضغوط بل في كيفية التعامل معها وطبيعة الإستعداد النفسي لها ومن هذا المنطلق نستطيع القول أن المدمن يتعرض للإنتكاسة في الظروف التالية:

- الخروج من إجهاد الضغوط بالتوجه مباشرة إلى المخدر.

¹ سليمان بن عبد الرزاق الغديان، دون سنة، الإنتكاسة للمتعافين المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطي، ص 04.

² تيايبية عبد الغاني، مرجع سابق، ص 85.

³MarlahG.A.Gordon, JR. Relapse prevention : Maintenance stratégies in the tratment of addictive behaviors, new york : guilfordpress 1985, p 40.

- تواجهه لسبب أو لآخر مع المدمنين الرفاق.
- توفر الظروف المثيرة لنشوة التعاطي مما يوقظ عند المدمن المتوقع لهفة الإدمان فيصعب عليه مقاومة هذا الضغط ويقع في الإنكاس.
- موقف الأسرة إتجاه المدمن من مراقبة له ولتصرفاته وتقييد لحرية والشك المستمر فيه وسوء معاملته ولومه وتعهد إخراج كل هذا من شأنه أن يوقع المدمن في قبضة الإنكاس.

4-مواقف ذات طبيعة علاجية: وتتمثل في:

- 4-1-الشعور المبكر بالشفاء: ويفتقد هذا الشفاء إلى النضج حيث يعتقد المدمن أنه شفي تماما، ويشعر به المريض بعد فترة وجيزة من التوقف عن التعاطي وبعد إزالة السمية وزوال الأعراض الإنسحابية، وهذا الشعور الكاذب يعد موقفا مؤثرا في توقع حدوث إنكاس قريب.
- 4-2-الإحساس بعدم جدوى العلاج: هو إحساس يعتري المريض قبل بداية العلاج أو بعد بدايته بفترة قد تطول وقد تقصر حسب دافعية المدمن وقد يعبر هذا الإحساس عن إنخفاض في الدافعية وإرتفاع في مقاومة العلاج، وإزدیاد إشتياقه لتناول المادة المخدرة مع شعور باليأس والضجر وهذا ما يدفع بالمدمن الى الإنكاس من جديد.

- 4-3-التقبل المشروط للعلاج: يعد هذا مؤشرا لحدوث إنكاسة حيث يفرض المدمن شروطه مثلا في مدة العلاج او البرنامج العلاجي وغيرها، وهذا من قبيل المقاومة ونقص الدافعية وبالتالي هو نذير لإنكاس قريب.
- 4-4-عدم إتباع الخطة العلاجية: ويعبر هذا الموقف - سواء كان عن قصد أو عن غير قصد - على تدني دافعية المدمن للعلاج ومقاومته وعدم وضوح الدور العلاجي الخاص به وقد يكون عن قصد عندما يرفض العلاج أو يرفض الدواء أو يتدخل في الأمور العلاجية التي يجهلها كل هذه التصرفات تنذر بإحتمالية حدوث الإنكاسة.

- 4-5-الإقامة غير المناسبة في المؤسسة العلاجية: ويقصد بها الإقامة القصيرة جدا أو الإقامة الطويلة جدا وكلاهما خطأ علاجي من المدمن أو المؤسسة العلاجية، فقصر المدة وعدم إكمال العلاج ينبيء بالإنكاسة وطول المدة كذلك حيث بينت دراسة برسيكو في إيطاليا أن مدمني الهيرويين ذوو الإقامة الطويلة في المستشفى كانوا أكثر تعرضا للإنكاس المبكر، ذلك لأنهم لم يعتادوا الواقع الخارجي بضغطاته المختلفة.¹

¹تيايبيبة عبد الغاني، مرجع سابق، ص 87-88.

5-المواقف المتعلقة بالمخدر:

5-1-توفر العقار المخدر: في محيط المدمن المتعالج وهذا يعني سهولة الحصول عليه، وقد توصل لانجوماكيو إلى إثبات فعالية مدى توفر المخدر في الشارع على إنتكاس المدمن¹.

5-2-الإشتياق أو الشعور باللهفة:

يعد الإشتياق من أهم العوامل المحدثة للإنتكاسة فهو موجود طوال الوقت بسيط وخافت إلا أنه يعلو ويرتفع في مواقف معينة، يظهر على شكل نوبات ويدفع بالمدمن إلى الإنتكاس، قد يفتعله المدمن المتوقف أي يسعى إلى خلق الإشتياق بنفسه فيظهر برغبة كإستذكار المواقف والأماكن المحرصة على الإدمان كما قد تكون الرغبة لتناول المخدر ولو لمرة واحدة هنا يحدث ما يسمى بإنتهاك الإمتناع عن تناول المخدرات ثم تتبع كل هذا حالة من الصراع والشعور بالذنب ولوم الذات وقد يشعر بالفشل في المحافظة على التوقف فيقع في الإنتكاس.²

8- مراحل الإنتكاسة:

إن الشخص الذي يرتد إلى تعاطي المخدر يتخذ سلسلة من التنازلات المتناهية الصغر والتي تبدو غير مترابطة، وهو يهون من شأنها، ويبدأ هذه المرحلة بالإنكار وتتعاظم لديه إغراءات التعاطي بشكل يصعب عليه مقاومتها وغالبا ما تسير عملية الإنتكاس بالخطوات الآتية:

- تراكم الضغوط: الأحداث والظروف سواء كانت سلبية أم إيجابية (ضغوط العمل، منازعات الأزواج والزوجات، الانفصال أو الطلاق، تغيير العمل، المشكلات المالية، مشكلات الوالدين، المشاعر أو الذكريات الأليمة).

- المبالغة العاطفية: يغلب على المدمن المبالغة في ردود الفعل إتجاه الأحداث والظروف وما ينجم عنها من مشاعر الخوف من الهجر والخوف من عدم الكفاية والغضب والثورة والوحدة.

- الإنكار: يتحرق المدمن إلى تخليص ذاته من المشاعر الأليمة، والمدمن إذا لم يكن قد تعلم بعد طريقة الحصول على العون والمساندة من الناس قد يبدأ في "الإغلاق عاطفيا" وذلك لخوفه من ضياع إستحسان الآخر له وحبه إياه إذا ما كشف ذاته أمامه.

- الإخفاق في الحصول على العون والمساندة: إن المشاعر السلبية مثل الإرتباك، الجمع بين النقيضين، تسبب الضيق والقلق وبخاصة إذا كان المدمن يتقنع بصورة إيجابية أمام الآخر، ويوقف الحديث عن ذاته.

- الكذب الصغير: يبدأ المدمن بممارسة الكذب على نفسه من ناحية وعلى الآخر من ناحية أخرى حتى لا يتابع علاجه.

¹Lange, WR, Mecume BA. Advanced Alcohol & substance Abuse, vol. N° (2) 1990 ; p 51.

²Marlatt, GA & Brette K. Relapse prevention American psychiatric press 1994 p.290.

- العزلة الزائدة: يبدأ المدمن بتجنب الناس أكثر فأكثر بسبب عدم صدقه وعدم أمانته وهنا تتزايد عزلته، مشاعره السلبية مثل: الإحساس بالذنب والخزي والوحدة، وقد يبدأ التفكير في الإتصال بشخص له علاقة بإدمانه.
 - إزدياد المشكلات سواء: تتحول المشكلات الرئيسية من سيء إلى أسوأ بسبب تحاشي المدمن لها وتجنبه إياها، كما تنشأ هنا مشكلات جديدة.
 - عودة اليأس وخيبة الأمل: يشعر المدمن بعجزه عن فعل أي شيء إزاء هذا الموقف، وهنا يبدأ يشعر من جديد بخيبة الأمل وقلة الحيلة التي كان يحسب أنه سيرميها وراء ظهره ويبدأ الإشفاق على الذات.
 - تخريب الذات: يجد المدمن نفسه في مواقف شديدة الخطورة فتعاوده أفكار للحصول على المخدر وعلى تعاطيه.
 - التعاطي: يبدأ المدمن بالتعاطي وهو يقول لنفسه: "هذه المرة فقط" وهنا تتم سلسلة الإرتداد إلى تعاطي المخدر.
 - رد الفعل الانهزامي: يشعر المدمن بمشاعر سلبية من قبيل (العار، الخزي، اليأس، الإحباط....).
 - وهي تعزز من دائرة الإرتداد إلى تعاطي المخدر أكثر من ذي قبل.
 - الإرتداد الكامل: عندما يستشعر المدمن بالفشل الذريع تبدأ رغباته الملحة بالتعاطي وتكاد لا تقاوم¹.
- 9- النظريات المفسرة لحدوث الإنتكاسة:**

تعددت الإتجاهات النظرية المفسرة لظاهرة الإدمان بشكل عام ولظاهرة الإنتكاسة بشكل خاص، ويمكن القول أن التفسيرات النظرية للإنتكاسة خرجت من الإتجاهات النظرية المفسرة لسلوك الإنحراف عموماً وسلوك الإدمان على وجه الخصوص، خاصة فيما يتعلق بالإتجاهات النفسية والإجتماعية².

ومن الواضح أنه هناك الكثير من التفسيرات يمكن تصنيفها ضمن إتجاهين رئيسيين وهما:

الإتجاه العصبي الفيزيولوجي والإتجاه السيكلوجي.

أولاً: الإتجاه العصبي الفيزيولوجي:

مفاده أن الإختلالات التي يعاني منها الفرد تعود إلى خلل أو عطب أصاب بعض أعضائه، قد يكون هذا العطب ناتج عن تلف بفعل الإصابة بمرض أو بفعل دخول سموم، كالكحوليات مما يدخل في مجال طب الأعصاب، حيث يعالج بالعقاقير والأدوية ويتضمن هذا الإتجاه عدّة نظريات تتمثل في:

1- نظرية العطب العصبي: Neurological Paimnet

إقترحها كل من جوزكي وميلر (Gorski & Miller)، حيث عرفا الإنتكاسة بأنها "عملية تحدث داخل المريض المعتمد، وتظهر من خلال نمط تطوري للسلوك الذي يسمح

¹ مطاع بركات، مرجع سابق، ص ص 164-165.

² عبد العزيز بن علي الغريب، مرجع سابق، ص 69.

لأعراض المرض بالظهور من جديد لدى شخص إستطاع في السابق أن يتخلص من تلك الأعراض"، حيث أن أعراض ما بعد الإنسحاب الحاد تؤثر على العمليات المعرفية، وتحدث تلفا في التفكير التجريدي والتركيز والذاكرة وتزيد من الإنفعالية أو ردود الأفعال المبالغ فيها والنتيجة العصبية هي التي تدفع الشخص إلى الإنكاسة.

واقترح كل منهما نمطا معروفا وشائعا للإنكاسة يتضمن خوفا داخليا وشعور بعدم الثقة وشعور عدم التأكد من مواصلة الإمتناع مع وجود إنكار وإحباط وعزلة وضغوط ومشكلات وإكتئاب وصداع وتوتر وغضب وأرق ثم في النهاية الإعتقاد بأنه لا مفر من أحد الثلاثة هي: التعاطي، الإنتحار، أو الجنون، ثم يختار أول الحلول لأنه اعتاد عليه من قبل، ويرجع السبب الفيزيولوجي إلى حدوث تلف في الجهاز العصبي المركزي بالإضافة إلى التوتر العصبي الشديد الذي يدفع بالمتعاطي للإنكاسة¹.

2- النظرية الكيميائية العصبية: (Neurochemical Theory)

تفسر الإنكاسة بشكل جزئي . في ضوء التغيرات الفيزيائية في مقاومة الأغشية العصبية في الدماغ والذي ينتج عنه التأثير الإكلينيكي لنقص الدوبامين ويظهر في صورة سيكولوجية هي الإشتياق والذي بدوره يؤدي إلى الإنكاسة².

حيث أن نقص الدوبامين في الخلايا العصبية في منطقة قرين أمون في الدماغ يمكن أن ينتج عنه زيادة الحساسية وشدها تلقائيا عند أدنى مستوى للإستثارة، وتحتوي هذه المنطقة بالجهاز الطرفي على وظيفة الذاكرة في حالات الإسترجاع وحالات الدافعية الموجودة في الجهاز الطرفي متعدد مثل الجنس، الجوع والمزاج فالإسترجاع مرتبط بالدوافع وتأثير العقاقير على الدوافع تصبح ذاكرة مختزنة تسترجع بسهولة نظرا لإرتباطها بالعقار.

ويمكن للإنكاسة أن تكون لها صلة ما بالإثارة التلقائية للخلايا العصبية الخاصة بالدوبامين وبذلك ينتج عنها إستدعاء حالات الحفز المرتبطة بالعقاقير وهكذا يترتب تعاطي المخدرات بالدوافع الأساسية مثل البقاء، الجنس، الطعام والمزاج.

وللعقاقير تأثيرات على المخ للتوصل إلى تعبير غير المكف للدوافع والحوافز خصوصا في الفص الجبهي من الجهاز الطرفي المتعلق بوظائف نفسية وسلوكية مختلفة كإصدار الأحكام، الدافعية والتخطيط وغيرها من الوظائف المتأثرة بتعاطي العقاقير، ومن الجانب النفسي والجانب الفيزيولوجي العصبي فإن هناك

¹Marlatt G.A.Gordon, JR. Relapse prevention Maintenance stratégies in the tratment of addictive bihaviors, new York : gwilfordpress 1985, p 356.

² يوسف بن سطات العنزي، مرجع سابق، ص 72.

إبطاء يحدث في تلك الوظائف المهمة وبالتالي يحدث نوعاً من عدم الكف والتحرر الكامل في التعبير عن الدوافع والمحفزات.

3- النظرية النفسحيوية: (Psychobio Logical)

وفيها يقترح "لودونج" Ludwing (1974)، أن الأساس في العود إلى الإدمان هو الإشتياق والإشتهاء للمادة المخدرة لما له من طبيعة نفسية ومعرفية وفيزيولوجية وسلوكية وعصبية متعددة الأبعاد، فضلاً عن الإعتماضية التي تعتبر من أبرز عوامل الإبتكاسة¹.

ثانياً: الإتجاه السيكلوجي:

اختلفت آراء ووجهات نظر السيكلوجيين في تفسير الإدمان والإبتكاسة وذلك وفق عدة توجهات نظرية أهمها:

1-نظرية التحليل النفسي: Psychoanalytical Theory

ترى أن الأصل في ظاهرة الإدمان هو تحقيق النشوة والسرور، عن طريق المخدر وللتخفيف من حالة الإكتئاب التي يعاني منها المدمن، وتفسره كذلك بأنه:

- تعويض عن إحباط شديد ينتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة، سلوك ناتج عن تنشئة إجتماعية خاضعة.

كما أورد عكاشة (1992)، بعض الأسباب النفسية الموجودة لدى المدمن منها وجود مرض نفسي، كالقلق، الإكتئاب، ضعف تكوين الشخصية، زيادة الإعتماضية والقابلية للإستهواء من طرف رفقاء السوء...²

2-نظرية الإشرط الكلاسيكي:

فسرت دافعية الإشتياق من حيث أن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة مثل: رائحة العقار، رؤية الكؤوس، أوراق التبغ، الإبر، أو صديق مستمر بالتعاطي، أو مكان التعاطي. وهي كلها قادرة على إستدعاء حالة الدافعية للتعاطي بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته. ويفسر هذا النموذج الصعوبة التي يجدها المعتمدون المتعافون في الإبتعاد عن التعاطي في بيئاتهم التي تطور فيها إعتمادهم للعقار³.

¹ يوسف بن سطاتم العنزي، مرجع سابق ص 72-73.

² عبد العزيز بن علي الغريب، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، الطبعة الأولى، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006، ص 71.

³ يوسف بن سطاتم العنزي، مرجع سابق، ص 74.

3- نظرية فستنجر : Festenger

حسب " فستنجر " فإن الإرتكاس يحدث نتيجة للتعزيز السلبي الذي يحدث عند المتوقف عن الإدمان الذي اعتاد أن يتغلب على صراعاته وشعوره بالذنب بالتعاطي، ففي حالة ما إذا واجه موقفاً يحتوي على صراعات جديدة وشعور بالذنب فإنه سرعان ما يرتكس لأن لديه تعزيزاً سلبياً سابقاً في التخلص من الصراعات والذنب بأن يتعاطى العقار من جديد¹.

4- النظرية السلوكية:

إن سلوك تعاطي المخدرات بالنسبة لها يقوم على مبدأ مؤكد مفاده أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون على تلك التي عوقبوا عليها وقد طبق مبدأ التعلم على إستخدام وسوء إستخدام العقاقير .

ويعتبر ويكلر Wikler أول من طبق مبادئ نظرية الإشرط الكلاسيكي لبافلوف لتفسير إكتساب سلوك تعاطي العقاقير والمخدرات وإستمراره وإنطفائه².

لاحظ ويكلر أن الأعراض الإنسحابية لدى معتمدي الهيروين تظهر من جديد بعد مرور عدة أشهر من زوال الأعراض الفيزيولوجية الإنسحابية، وهذه الأعراض تشجع المعتمد وتدفعه للتعاطي من جديد تخفيفاً للآلام هذه الأعراض، وقد إقترح نظريته ذات العاملين لتفسير الإنتكاسة في ضوء أن تكرار التعرض لمثير بيئي يمكن أن يصبح مثيراً شرطياً يتسبب في ظهور الأعراض الإنسحابية التي تؤدي نشاطاً إجرائياً لتعاطي العقار الذي سيخفف من آلام الأعراض، وبذلك تزداد احتمالية سلوك التعاطي وإستمراره في المستقبل من جديد³. كما أشار " ستولرمان " Stolerman (1991)، أن التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية في شكل مكافئات في تجارب شرطية⁴.

¹مدحت عبد الحميد أبو زيد، مرجع سابق، ص 15.

²قماز فريدة، مرجع سابق، ص 56.

³Corty and Coon, The extinction of Naturally occurring conditioned reactions in Psychoactive substance Users, Anaog studies, addictive behaviors, vo20, 1995.

⁴قماز فريدة، مرجع سابق، ص 56 . 57.

5-نظرية مارلت Marlatt المواقف الشديدة:

يُعَدُّ مارلت مؤسس النظرية العقلية المعرفية، ويرى أن العود للإدمان يتأثر بثلاثة عوامل هي: البيئة، الشخص العائد والمؤسسة، حيث قام بتطبيق برنامجًا قارن من خلاله بين ثلاث مجموعات من المدمنين، وتوصل إلى أن الضغوط الحياتية غير المتوقعة كحالات الوفاة والخلافات الزوجية، لها دور كبير في العود¹. كذلك يفسر مارلت Marlatt العود بالإدمان بأنه ناتج عن عوامل البيئية، الشخص العائد للمؤسسة وتقوم هذه النظرية على الفرضيات الآتية:

- 1/ المواقف الشديدة وإستجابة الأفراد لها تعد من أهم العوامل المحرصة على العود أو الإنتكاسة.
- 2/ عدم معرفة المدمن كيفية التعامل مع المواقف البيئية الطبيعية يزيد من إحتمالية العودة للإدمان.
- 3/ العودة للإدمان ناتج عن مواجهة المواقف الضاغطة في الحياة².

6-نظرية الكفاءة الذاتية: Self-Efficacy Theory

ويرجع أصلها إلى ألبرت باندورا Bandura,A. (1986)، والتي إشتقت أساسًا من منحى التعلم الإجتماعي المعرفي، ويدور فحواها حول الموقف ذي الخطورة العالية للإرتكاس أين يتم حدوث عملية معرفية خاصة بالخبرات السابقة والماضية والتي تتحول إلى حكم، أو توقع خاص بكفاءة المدمن المتوقف أو المعتدل، ومدى قدرته على مواجهة الموقف، والتأقلم معه. هذا الحكم الذاتي الشخصي هو الذي يحدد تناول العقار من جديد أي (الإرتكاس) أم لا³.

7- نظرية الحاجة إلى القوة:

تفسر هذه النظرية العودة للإدمان كنتيجة لمحاولات الشخص المتعاطي التعويض عن قوته الإجتماعية بقوة أخرى مصطنعة⁴.

8-نظرية التقويمات المعرفية:

إقترحه اكراج Craig وفسر الإنتكاسة على ضوءها حيث أن الإنتكاسة تحدث نتيجة التقييم المعرفي الخاطئ للموقف الذي يمر به المتوقف، فهو يقيم الموقف ويثمنه بشكل مبالغ فيه وفي الوقت نفسه يحط من قدر ذاته إتجاه ذلك الموقف والنتيجة هي الإنتكاسة⁵.

¹ عبد العزيز بن علي الغريب، مرجع سابق، ص 74.

² عبد الإله بن عبد الله المشرف، مرجع سابق، ص 193.

³ مدحت عبد الحميد أبو زيد، مرجع سابق، ص 24.

⁴ الدخيل عبد العزيز، إدمان الكحول المشكلات والحلول، الرياض، مؤسسة الملك خالد الخيرية 2005، ص 46.

⁵ Marlatt G.A.Gordon, JR. Relapse prevention Maintenance stratégies in the tratment of addictive behaviors, new york : gwilfordpress 1985, p368.

9- نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي:

تفترض النظرية العقلانية الإنفعالية أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، حيث طرح أليس Ellis تعبيراً جديداً لتفسير الانتكاسة أسماه "قلق الإنزعاج" في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعترى المعتمد نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إعتماده، وبفعل عدم قدرته على تحمل الإحباط الناتج عن الإمتناع يتصف هذا القلق في توقع المعتمد بالألم والإنزعاج والكدر وهذه المشاعر كلها حصيلة المعتقد الخاطئ الذي يحمله المعتمد وهو عدم قدرته على تحمل الألم والإنزعاج.

ويتضح ذلك عندما يتعرض المعتمد إلى مثيرات تحرض عنده الميل إلى السلوك الإدماغي كروية أشخاص يتعاطون أو الجلوس مع شاربني الخمر فيحدث له صراع ما بين الميل وما بين الإمتناع، إذ أن فترة الحرمان المؤقت يتخللها شعور بتحمل منخفض للإحباط، إضافة إلى ما يدور في ذهن المعتمد من أفكار ومعتقدات نابذة عن غواية الخمر ومن أمثلة هذه المعتقدات ما يلي:

- أنا غير قادر على تحمل الإمتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر.
- لا أمتلك الإرادة الكافية والقوة للوقوف ضد غواية المخدر.
- تبدو الحياة صعبة جداً دون مخدر.
- عندما أكون متألماً متكدراً لأبد من إضعاف معاناتي بالخمر.
- سأكون إنساناً محروماً قاسياً دون خمر.

ويرى إليس Ellis بأن مثل هذه الأفكار الخاطئة التي يحملها المعتمد ويعتقد بها تكون مصدر إضطرابه النفسي، وبؤرة ضعف تحمله للكف عن تعاطي المشروب أو المخدر، وبالتالي معاناته القلق الإنزعاج، فتكون الانتكاسة في النهاية.

10- نظرية العوامل المعرفية السلوكية:

حيث قام مارلات Marlatt عام 1985 مع مساعديه بإقتراح نظرية فسر على ضوءها الانتكاسة مبينا فيها أن الانتكاسة تحدث نتيجة تفاعل العديد من العوامل المعرفية السلوكية مثل:

- القلق الإجتماعي.
- الغضب غير المتوقع.
- حالات المزاج السلبي.
- ضغط الأصدقاء.
- النموذج أو القدوة السيئة.
- مستوى الإحساس بالضبط.

- مستوى مهارات التأقلم.
- التشوهات المعرفية.
- إنخفاض الكفاءة الذاتية.
- العجز المتعلم.
- الهروب أو تجنب المشاعر غير السارة.
- تأثير إنتهاك قدسية الإقلاع عن العقار.

ويحتوي العامل الأخير على صورة الذات وتأثير التناظر المعرفي وتأثير الإنتساب الشخصي وأن الإنتكاسة تحدث في ضوء تفاعل هذه العوامل مع بعضها البعض¹.

10- علاج الإنتكاسة:

يثير علاج الأشخاص المدمنين على المخدرات العديد من الإستشكالات، فبالرغم من المجهودات المبذولة في سبيل ذلك لم يتمكن المختصين من إيجاد حل لمشكلة الإنتكاسة هذه المشكلة التي تظهر في مرحلة ما بعد العلاج، حيث أن معظم المدمنين المتعالجين يعودون إلى التعاطي من جديد بعد مرور فترة من التوقف، وهو ما خلق صعوبات جمة للمشتغلين بعلاج الإعتقاد على المواد المخدرة وللمنتكسين أنفسهم². لقد تعددت وتتنوعت الجهود والبرامج والخدمات المقدمة للمتعالجين من الإدمان والتي تهدف لمنع الإنتكاسة، فبينما يركز البعض على المريض المتعافي من خلال إكسابه لمهارات معينة بإستخدام العلاج المعرفي السلوكي نجد هناك من يستخدم العلاج الدوائي للحد من الإنتكاسة، كما يركز آخرون على علاج تعزيز الدوافع في الوقت الذي يرى فيه معالجون أن العلاج الجماعي هو علاج فعال للحد من الإنتكاسة.

أيضا نجد من يركز على بيئة المتعالج الإجتماعية وأهمية التدخل من خلالها للحد من العودة للتعاطي، وفي هذا الجانب إهتم البعض بجماعات الدعم الذاتي وجماعات متعاطي المخدرات، بينما إهتم آخرون بتحسين البيئة الإجتماعية للمتعافي مثل الظروف الأسرية والظروف المعيشية والتوظيف³. ومن أشهر العلاجات في هذا المجال نجد على سبيل المثال لا الحصر:

العلاج السلوكي المعرفي: بما أن المريض المدمن قد يصادفه النكس فيعود إلى تناول المخدر أو الكحول، فإن العلاج يعد المدمن سلفا إلى مواجهة هذا النكس والتصدي له والتفتيش عن أسبابه من خلال الأفكار الخاطئة

¹ يوسف بن سطاتم العنزي، مرجع سابق، ص 75، 76، 77.

² عبد الله بن أحمد الزهراني، العلاقة بين مواضع الإنتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمنين الكيتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأم بجدة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، 2010، ص 3.

³ Witkiewitz, Kand G.A Marlatt 2007, Therapist's guide to evidence-based relapse prevention Amsterdam, Boston, Elsevier-Academicpress.

المسؤولة عن ذلك، وتبديلها ومناهضتها وشد عزمته من جديد بتجاوز هذا النكس والعودة إلى الكف والإمتناع وهذا يكون بالتغلب على التفكير الثنائي القائم على المعتقد القائل إما الكف النهائي الذي لا نكس فيه ولا عودة إلى المخدر أو الكحول وإما الإنغماس فيه والتهالك عليه والإستمرار في تناوله وتعاطيه.

ثم إن العلاج السلوكي من خلال المتابعة العلاجية التي عادة ما تستمر لمدة سنتين بزيارات متباعدة واحدة كل ستة أشهر وإرتباط المريض المدمن بالمعالج خلال هذه الفترة لمتابعة إستمراريته على الكف وعلاج حالات النكس الطارئة، يقدم الخدمات التي تكفل تحرير المدمن من أسر الإدمان وإعادة تأهيله وإدخاله إلى المجتمع ثانية كعضو متعافي منتج¹.

11- منع الإنتكاس بعد علاج الإدمان : Relapse Prevention

الوقاية من الإنتكاسة هي مجموعة الإستراتيجيات والخدمات والبرامج والتقنيات والمهارات المقدمة للمتعالج بهدف مساعدة الأشخاص للمحافظة على السلوك المرغوب والإستمرار بإمثال هذا السلوك كما يشير Ramo 2007 إلى أنها مساعدة المدمنين ممن هم في الطريق إلى الشفاء وعلى المحافظة والإستمرار في عملية الشفاء والحول دون حدوث الإنتكاسة لهم².

وبما أن مدمن المخدرات معرض للإنتكاس والعود لإستخدامها مرة أخرى بعد المعالجة ولتجنب ذلك ينصح المختصون والخبراء إتباع الخطوات التالية:

- تجنب الحالات عالية الأخطار مثل عدم الذهاب مرة أخرى إلى الحيّ الذي تم إستخدامه للحصول على المخدرات والإبتعاد عن أصدقاء السوء.
- الحصول على الفور على مساعدة إذا تم إستخدام المخدرات مرة أخرى.
- الإلتزام بخطة العلاج³.

بالإضافة إلى مراعاة إحتياجات المدمن المتعافي إقترح Marlatt و Gordan نموذج الإنتكاسة وأشار إلى العوامل التي تثير العودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات تلك التي أطلق عليها Marlatt و Gordan إسم وضعية الخطر العالي Situation High-Risk التي تعرف أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على التحكم وتزيد من خطر الإنتكاسة.

¹ محمد حمدي حجار، العلاج النفسي الأمثل للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991، ص 104، 105.

² عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، مرجع سابق، ص 03.

³ سامي الرحيلي، علاج الإدمان، http.AR WIKIPEDIA.ORG.

من المؤكد أن مدمن المخدرات هو فرد يعاني من اضطرابات نفسية وحالة سلوكية تعود عليها ويسير بها حياته اليومية، وبعد إزالة التسمم يتطلب الأمر منه الصبر والمثابرة وممارسة التحكم في ميوله ومشاكله ومحيطه الاجتماعي لتفادي العودة إلى تعاطي المخدرات والإنتكاسة فبعد مغادرته لمركز علاج المدمنين أو بعد إستفادته من العلاج الطبي الخارجي، يعود للتفاعل مع هذا المحيط الذي يشكل مصدر ضغوط مختلفة، هي بمثابة مثيرات منشطة قد تدفع ببعض الأفراد الذين لديهم الإستعداد لتعاطي المخدرات.

عين Marlatt و Gordan 1985 الكثير من الدراسات والفحوص العيادية فاتضح لهما أن التفكير الثنائي أو الصفة التي يلصقها المدمن بنفسه يزيدان من إحتمال بأن أي هفوة أو زلة جديدة في العودة إلى الشرب أو تعاطي المخدر يترتب عنها الإنتكاسة الكاملة Total Relapse وقد سمى Ellis هذه الظاهرة الإنتكاسية تأثير خرق الإمتناع عن تعاطي المخدر.

وأشار نموذج الإنتكاسة لـ Marlatt إلى المثيرات الإجتماعية والإنفعالية التي تسهل الرجوع إلى تعاطي المخدرات، وهناك من الباحثين من أضاف عوامل خاصة بالوضعيات التي تشمل إطار ذكريات تأثير التعاطي السابق للمخدرات، قد يتعرض المدمن إلى مثيرات داخلية تتمثل في الإنفعالات (الحصر، الإكتئاب، الإحباط، الضجر، الغضب والوحدة) وأحاسيس جسدية (كالألم، التعب، الجوع، الإنسحاب) وكذا مثيرات خارجية تحدث في المحيط وتشمل الصراعات مع الآخرين وسهولة الحصول على المخدرات، بالإضافة إلى تأثير الأقران كلها عوامل تسرع من عودة المدمن للتعاطي من جديد¹.

وبناءً على ما سبق أشار كل من Witkiewitz & Marlatt 2007 لمنع الإنتكاسة فيما يلي:

- القدرة على حل المشكلات.
- القدرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة.
- الدعم الأسري.
- تحسين العلاقات الأسرية والإجتماعية.
- الشعور بتقدير الذات.
- التعامل مع الإشتياق للمخدر.
- التعامل مع إغراءات الأصدقاء للتعاطي.
- دعم الجماعات الذين يعانون من المشكلة نفسها.
- الدعم المالي والمهني².

¹ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص ص 127-128.

²Witkiewitz, Kand G.A Marlatt, Therapist's guide to evidence-based relapse prevention Amsterdam, Boston, Elsevier-Academicpress. 2007

يتضح من خلال ما سبق أن ظاهرة الإدمان تتسم بالتشعب والتعقيد والإضرار الفادح بالحياة من مختلف جوانبها الاجتماعية والإقتصادية والصحية، فهي آفة خطيرة تهدد حياة الأفراد بالتشرد والضياع والمجتمعات بالإنهيار والتلاشي والإضمحلال.

وإن كانت ظاهرة الإدمان قد نالت قدرًا وافيا من البحث والتقصي، تبقى ظاهرة الإنتكاسة بحاجة إلى مزيدا من الدراسات العلمية، كونها تشكل عقبة حقيقية تحول دون إمكانية تحقيق العلاج لأهدافه المرجوة، إذ يبقى نجاح هذا الأخير مرهونا بعدم إنتكاس المدمن وعودته إلى التعاطي مجددا بعد إنتهاء فترة العلاج، الشيء الذي يتطلب تضافر الجهود بين العلماء والباحثين والأخصائيين النفسانيين والإجتماعيين والأطباء وغيرهم من الفاعلين في الميدان، ولأجل تحقيق ذلك يستمر الممارسون في حقل علاج المدمنين إقتراح كل الطرق المناسبة لمساعدة المدمن على الإستمرار في الإمتناع عن التعاطي، وعدم التخلي عن مساعدته في وقت مبكر لكون الإنتكاسة عامل خطر يهدد المدمن في كل لحظة مثل أي مرض آخر وذلك طوال حياته.

الفصل الثالث:

العلاج النفسي الجماعي

تتزايد أهمية العلاج الجمعي بوصفه سياقاً لعلاج المشكلات بين الأشخاص والصراعات النفسية الداخلية. وفي هذه الأيام، نظراً لإرتفاع تكاليف العلاج الطبي وصعوبة توفير الموارد اللازمة له أصبح العلاج الجمعي بديلاً جذاباً. يُمكنُ العلاج الجمعي المرافق الخاصة بالصحة النفسية من تقديم علاج أقل تكلفة نسبياً لعدد كبير من الناس ولفترات أطول مما قد يتوافر عن طريق إستخدام الوسائل العلاجية الأخرى.

العلاج الجمعي مهم أيضاً لأسباب غير مالية، فهو يوفر للممارسين فرصة العمل في محيط يتصف بالتفاعلات المعقدة والمثيرات عالية الشدة، ويسمح لهم أيضاً بالتعامل بصورة مباشرة مع المشكلات بين الأشخاص أكثر مما يحدث عادة في العلاج الفردي. وبالنسبة للعملاء فالعلاج الجمعي يوفر لهم الفرصة لتعديل الأنماط غير المتكيفة التي جاءت بهم إلى العلاج الجمعي في العالم المصغر المتمثل في الجماعة.

1- لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي:

ليس من السهولة بمكان الإستناد إلى تاريخ محدد نستطيع من خلاله من أن نبدأ التأريخ لأي ظاهرة ما ونرى أن أي ظاهرة ما لا بد أن يكون لها تاريخ: تاريخ رسمي، تاريخ غير رسمي، فمثلا يؤرخ ببداية العلاج النفسي الجماعي إلى 1905 وتحديدا إلى جوزيف "هيرسي برات" (JOSEPH HERSEY PARTT)، بيد أننا نرى أنه لا يمكن الإستناد إلى هذا التاريخ ونقول نحن مطمئنون إلى أن العلاج النفسي الجماعي قد بدأ بداية تطبيقية عملية على يد هذا الرجل في نفس التوقيت.

ولعل الأقرب إلى الواقع أن نقول إنه لا يوجد تاريخ محدد يمكن الرجوع إليه بشأن متى بدأ العلاج النفسي الجماعي ومع ذلك فإننا نتفق مع ما أورده " كليف مان" (KAUF MAN) بأن أي فهم للتاريخ الذي بدأت فيه وسائل البحث لن يكون إلا تاريخ الممارسة المهنية لأي عمل.

لكن ذلك لا يمنعنا من إثارة تساؤل هام: ترى من الذي قام بمهمة علاج الأمراض النفسية خلال العصور السابقة (والتي سبقت 1905)؟ من الذي تصدى لعلاج الآلاف من البشر الذين عانوا من أمراض السيكوسوماتية أو العصابية أو الذهانية وغيرها من الأمراض والانحرافات السلوكية؟

لا شك أن كل جماعة إنسانية قد خلقت وأبدعت بل وابتكرت في ثقافتها العديد من الطرق والأساليب التي تكفل به حاجاتها ومواجهة إحتياج الآخرين في علاج هؤلاء الناس. ولذا ظهر العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة على مر العصور، وما زالوا حتى الآن يؤدون أعمالهم رغم الطفرة العلمية الهائلة. أنهم المعالجون النفسيون الشعبيون والذين يقومون بتلك المهمة بحثا عن الدعم والمساندة من قبل الثقافة الفرعية¹.

كما ظهرت في كل العقائد أفكار وأساليب مختلفة لعلاج هؤلاء الذين مسهم الجن أو تلبستهم الشياطين. لقد خلقت الجماعات والثقافات على مر العصور أساليب التدعيم والإطمئنان وعلاج اضطرابات السلوك الملائمة لظروفها وزمانها. وكان الحكماء وفلاسفة العصور القديمة علماء ومنجمون وأطباء وجغرافيون مداوين للنفوس والأجسام بإستخدام القانون والموسيقى وغير ذلك لأن مفهوم الثقافة حين ذلك كان مفهوما شاملا.

ولقد كان هؤلاء جميعا الأجداد والرواد والجزور التي إنبتقت منها العلاج النفسي المعاصر بكل صورته وأشكاله. وما المعالج النفسي إلا شخص يقدم في اللحظات الحرجة والمواقف العصبية العلاج الشافي الذي تؤمن به الثقافة المحيطة.

¹ أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1998، ص 27-13

ولسنا في حاجة إلى التأكيد على دور الثقافة المحيطة وإصابة الفرد بالعديد من الأمراض أو في دورها في كبت وكف العديد من السلوكيات، كما أنها تساهم أيضا في خلق إمكانيات علاجية هائلة لإشباع الرغبات العميقة لأعضائها، وكذا منحهم الشفاء أو الإضطرابات¹.

ولذا فإننا سوف نعتمد في عرضنا للأصول التاريخية للعلاج النفسي الجماعي على محورين هما:

المحور الأول: العلاج النفسي الجماعي/ الشعبي غير الرسمي.

المحور الثاني: العلاج النفسي الجماعي/ الرسمي.

المحور الأول: العلاج النفسي الجماعي/ الشعبي غير الرسمي:

إن جذور العلاج النفسي الجماعي يمكن تتبعها إلى آلاف السنين من المعالج هو كاهن أو عراف القبيلة، وكان هو المسؤول عن عودة الأرواح الهاربة أو المفقودة، وكذلك عن شفاء الأرواح المريضة وإستتصال الأرواح الشريرة التي تتلبس الجسم وشفاء الأجسام من المرض.

ومن أهم عناصر ممارسة الطقوس الكهنوتية هو إعادة تمثيل المأساة الأصلية التي تسببت في فقدان الروح أو تلبس الجسد بروح شريرة والتي عن طريقها نشأ المرض وكانت الطقوس المختلفة التي يقوم بها الكاهن داخل المجتمع تتخذ وضعا هاما في حياة المجتمعات البدائية. ولم يكن الكاهن يعمل وحده بل كان يساعده آخرون هؤلاء الذين يلعبون أدوار الجن والعمارة والأرواح الشريرة، بل وكذلك أدوار الآلهة أو من يمثلهم على الأرض والذين يعملون على طرد الشر وإعادة الروح الطيبة مرة أخرى إلى الجسد².

ومع ذلك فمع بداية الفصل بين دور الطبيب وبين دور الكاهن فإن هذا الفصل قد أثر أولا على المعالج فأصبح الكاهن هو الشخص الأقوى والأكثر إحتراما بينما كان الطبيب البدائي الأول معالجا مهنيا فقط أي لم يكن حاذقا أو ماهرا ولم يكن مبجلا ومحترما مثل الكاهن، كانت كفة الميزان راجحة دوما تجاه المعالج الروحي، ومن الطريف أن الطبيب لم يكن يمثل مهنة محترمة أو مبجلة حتى بدايات العصر الحديث.

ويمكن تتبع بدايات العلاج النفسي الجماعي عند الإغريق، إذ كانت مدارس الفلاسفة الإغريق القدماء مظهرا آخر من مظاهر التراث السيكدرامي، وكان كل عضو في المدرسة يقوم بعدة أدوار متنوعة، فاليوم كاتب وغدا طباح، وبعد غد نجار... ولا شك أن المرور بهذه الأدوار المتعددة يفيد في القيام بالدور لذا فإن بدايات العلاج النفسي السيكدرامي بدأت بهذه الأدوار³.

¹ لطفى فطيم، العلاج النفسي الجماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، 1994، ص. 39

² فرج محمد الهوني، تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية، ليبيا، الدار الجماهيرية، ص 197.

³ عبد الرحمن العيسوي، المخدرات وأخطارها، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2005، ص. 2.

كما كانت معابد الأحلام اليونانية نموذجا للتصورات العلاجية الأولى حيث كان تشخيص الأحاسيس الداخلية أحد الدعائم الأساسية للعلاج عند قدماء الإغريق، كما يقول س.م. ماير C.M.MEIER المحلل اليوناني الشهير " عندما يصبح الإحساس الداخلي بالأمراض عرضا ظاهريا ويعبر من نفسه في شكل ظواهر وأعراض مرضية هنا تبدأ العملية العلاجية". وكانت معابد الأحلام تقدم نموذجا لهذا التصور حيث كان التشخيص للأحاسيس الداخلية هو أحد الدعائم الأساسية للعلاج السيكوDRAMي أيضا.

ومع إضمحلال الحضارة اليونانية ثم الرومانية بدأت الديانة المسيحية في الظهور وكانت تدعو إلى تطهير الروح وعلاجها وإستعمال الإعتراف وقراءة التعاويذ كأدلة علاجية.

وكانت تطلب من الشخص أن يمثل أسباب المرض من أجل علاجه بأحد الأساليب العلاجية الشائعة بين قارئ التعاويذ في الكنائس، ومع أن قارئ التعاويذ لم يكن يساعده أحد عادة، فإنه كان يتصف بالإبداع والنشاط والتلقائية حيث كان يستطيع التعامل مباشرة مع الروح الشريرة كي يطردها وفي أحيان كثيرة كان يؤدي ويلعب دوره كقارئ للتعاويذ ثم يلعب دور الروح الشريرة وهكذا.

كما ظهر السحر وكان العلاج بالسحر منتشرا بين قراء التعاويذ وطاردوا الأرواح، وكان السحر نظاما موصوفا يمكن من خلاله إسقاط الكثير من مظاهر الحياة الإجتماعية وتضمينها في شكل واقعي ملموس حيث الساحر يعطي معاني للجملات " يكلم الكرسي مثلا ويدخل معه في حوار " والمائدة والأرض وكافة الجمادات المحيطة بالكائن الإنسان وكان يعبر عن معان حقيقية للحياة الإجتماعية، كان معناها النفسي واضحا.¹

أو كما يقول ستار Star - 1997 " لقد مارسوا المواقف الإجتماعية الصعبة في صور إسقاطيه ورمزية متعددة من خلال طقوسهم السحرية كما تمارس على خشبة المسرح الآن، والأمثلة كثيرة لهذه الممارسات العلاجية ولا تستخدم فنيات كثيرة وكانت تؤتي نتائجها حتى وإن لم تندرج تحت الإطار الرسمي للممارسات العلاجية وقت ذلك.

¹ محمد رياض، كتيب التعليمات لمقياس قلق الإنزعاج للمدمنين على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل، دمشق، 1998

لقد نشأ العلاج النفسي الجمعي في بدايته نشأة علمية تطبيقية. ففي أوائل القرن العشرين كان "برات" يعالج مرضى السل، وكان السل في ذلك الوقت يعتبر مرضاً جسدياً وإجتماعياً، وفي ربيع 1905 وُضعت خطة لمعالجة السل في بيوت المرضى الفقراء وأطلق على هذا التنظيم " فصول علاج السل".

وكانت فصول برات تتكون من خمسة عشر إلى عشرين عضواً يحمل كل عضو منهم كراسة يسجل فيها مختلف المؤشرات الحيوية. وكان "برات" يلقي المحاضرات في هذه الفصول عن أهمية فترات الراحة خلال اليوم متبعا طريقة تشجيعية وتدعيمية. لم تكن لبرات علاقة كبيرة بالأطباء النفسيين في أيامه، فقد كانوا مشغولين عنه بالحصول إلى الإعراف بتخصصهم ولقد درات حول " برات" وفصوله ومصادر تمويله نزاعات مختلفة نتيجة اتهام بعض الأطباء النفسيين في ذلك الوقت لها بأنها تعالج المرضى العقليين.

وقد بدأ بعض الأطباء النفسيين في الولايات المتحدة كل بمفرده في إستخدام الأسلوب الجمعي مع المرضى. ولم تنشر نتائج تلك التجارب إلا بعد الحرب العالمية الأولى في أوائل الثلاثينات. وكان " LAZELL " من أوائل الذين وصفوا تجربتهم في العلاج الجمعي مع الفصاميين. ولكن الذي ينسب إليه فضل الريادة في العلاج النفسي الجمعي هو " ألفريد أدلر" وكان تلميذ لفرويد وقد انسحب عن مجموعته واعتنق المذهب الإشتراكي وأنشأ بسبب إهتمامه بالطبقة العاملة مراكز للإرشاد تستخدم الأساليب الجمعية في علاج المرضى.¹

2- تعريف العلاج النفسي الجماعي:

لقد تعددت التعريفات التي تقدم لمفهوم العلاج النفسي الجمعي بتعدّد النظريات النفسية والسلوكية، لأن لكل منها منهجها الخاص وأصولها النظرية وأهدافها النوعية وطرقها المستخدمة في تنظيم تفاعل الجماعة وحركتها. ويُعرّف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه: " شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على علاج المريض داخل جماعة يختلف حول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج والهدف من العلاج ولكنه في جميع الأحوال يستحيل أن يقلّ عن إثنين".

كما يقول " شيلد ونكاشدان " (1984) أن العلاج الجماعي يتضمن تجمعا من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يجتمعون مرّة أو مرتين كلّ أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة، والجماعة التي تتألف في العادة من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة شهور وسنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من المدمنين أو الإكتئابيين) ويمكن أن تكون المجموعة غير

¹ محمد حسن غانم، العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، 2003، صص 14-19. www.kotobarabia.com

متجانسة، وأن ذلك يتوقف على طبيعة المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج، أو أن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية وأن دور المعالج النفسي هو التيسير.

2-1- تعريف موسوعة كورسيني 2001 للعلاج النفسي:

يرى (Connolly et Chriss Toph 2001) أن العلاج النفسي يهدف إلى حدوث تغيير في شخصية المريض أو المرضى من خلال فنيات وتكتيكات معينة تنشأ في الغالب بين معالج ومريض (في العلاج الفردي) ومعالج ومجموعة من (المرضى في العلاج النفسي الجماعي) وأن الهدف هو الوصول بأفراد الجماعة إلى حالة من الإستبصار والسيطرة على ما يحدث في ذاتهم وصولاً إلى حالة من السواء مع الذات والآخرين.¹

يعرف أيضاً بأنه إحدى الوسائل التي يعتمد عليها الإرشاد النفسي، والإرشاد إما أن يقدم لأفراد وينصبّ العلاج ويتركز في هذه الحالة على مجموعة كلها وليس على فرد واحد وهذا اللون من الإرشاد أوفر للجهد والوقت على المرشد، فبدلاً من أن يقدم المرشد خدماته الإرشادية لفرد واحد فإنه يقدمها لمجموعة واحدة قد يتراوح عدد أفرادها من 3-9 أشخاص وبذلك فهو أكثر إقتصادية من أسلوب دراسة الحالة أو المقابلة.

إن الإرشاد الجماعي يحاول أن يوفر للمجموعة جواً آمناً بعيداً عن التهديد والتوتر يتفاعل من خلاله أعضاء المجموعة مع بعضهم البعض بهدف حل مشكلاتهم لذلك يمكن إعتبره أسلوباً من أساليب حل مشكلات وفي هذا النوع من الإرشاد يتعلم الأفراد مهارات كثيرة مثل مهارة الإستماع وإنتظار الدور والنقاش والتفاعل والعصف الذهني وتلقي الأفكار وإعطائها والتحدث بتلقائية وبدون تصنع أو تكلف ومهارة التعبير عن الذات وغيرها من المهارات الأخرى.²

لقد ظهرت عبارة العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند Moreno 1932 ليعبر بها عن أسلوب علاجي يجمع بين تكتيك توزيع الأدوار أو المهام، وبين تكتيك العلاج التلقائي أو المباشر ورأى أنه يمكن تحسين الأحوال الإجتماعية تلقائياً نتيجة التفاعلات بين الجماعة.³

حيث أسماه مورينو بالسيكودراما Psychodrama وإعتبرها منهجاً من مناهج العلاج النفسي الجماعي، يعتمد فيه على ممارسة الأدوار وتمثيلها في داخل الجماعة من خلال تشجيع المرضى على ممارسة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب أو الإبن..... إلخ) بحيث يستطيع المريض أن يكشف عن مشكلاته الشخصية وأخطائه في عمليات التفاعل الحياتي اليومي مع الآخرين.⁴

¹ محمد حسن غانم، مرجع سابق، ص 45-48

² سعيد حسين العزة، الإرشاد الجماعي العلاجي، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص 17-16

³ فطيم لطفي، العلاج النفسي الجماعي، مكتبة الأنجلو المصرية، 1993، ص 41

⁴ محمد حسن غانم، مرجع سابق، ص 41.

ويمكن تعريفه بأنه علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد أي ما يقوم به أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبين المعالج أو (أكثر من معالج) يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم.

لقد أثارت الحرب العالمية الثانية بصفة خاصة وما نتج عنها من زيادة كبيرة في حالات الأمراض النفسية، أزمة في المعالجات النفسية وكان الحل هو اللجوء إلى العلاج النفسي الجماعي، وقد ساعد التشابه الكبير في مشكلات الجنود وأعراضهم المرضية وفي ظروفهم المعيشية في الحرب على تهيئة مناخ مثالي وعقل خصب للتجارب في العلاج النفسي الجماعي.¹

ويتم العلاج الجماعي عادة في صور غير مباشرة أو غير موجهة، بالرغم من أن بعض المعالجات يميلون إلى إتباع الأسلوب المباشر التوجيهي بدرجات متفاوتة.

3- الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس نفسية إجتماعية تحتم ضرورة الإستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الإجتماعي للمريض وتقويم إنحرافاته، فالإنسان كائن إجتماعي لديه حاجات نفسية إجتماعية لا بد من إشباعها في إطار إجتماعي، مثل الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى النجاح، والحاجة إلى الإعترااف والتقدير والمكانة، والحاجة إلى الشعور بالإنتماء والإحساس بالمسؤولية نحو الآخرين، والحاجة إلى الحب والمحبة، والحاجة إلى المطابقة أو المسايرة، والحاجة إلى تجنب اللوم، والحاجة إلى الإنقياد، والحاجة إلى السلطة والحاجة إلى الضبط والتوجيه...إلخ.

- يتحكم في سلوك الفرد المعايير الإجتماعية التي تحدد الأدوار الإجتماعية التي يقوم بها في المجتمع، ويخضع للضغوط الإجتماعية، ويرتبط بنمط العلاقات الإجتماعية والتفاعل السائد والجماعات التي ينتمي إليها.

- من أهم أهداف العلاج النفسي بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الإجتماعي بما يحقق سعادة الفرد في تفاعله الإجتماعي.

- تعتبر العزلة الإجتماعية سببا من أسباب المرض النفسي وعاملا من عوامل تدعيمه وتثبيتته.

- يؤثر التفاعل الإجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية مع كل واحد منهم بجعل كل منهم مرسلا ومستقبلا للتأثيرات العلاجية، فلا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده، بل يصبح المرضى الآخرون مصدرا من مصادر العلاج.

¹ حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتب القاهرة، 1995، ص 307-308

- تعتمد الحياة في عصرنا الحاضر على العمل في جماعات، ومن أجل ذلك لا يستطيع المواطن العادي أن يحيا حياة سعيدة، منتجة، ما لم يمارس أساليب التفاعل الإجتماعي السوي، وما لم يكتسب المهارات المهيئة للتعاون مع الجماعة.

وهناك قوى فعالة في العلاج النفسي الجماعي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- التخلص من الشعور بالإختلاف، حيث يؤدي وجود المريض بين المرضى الآخرين في جو الجماعة العلاجية إلى الإقتناع بأنه ليس وحده هو الشاذ.
- أن المشكلات النفسية تتضمن الصعوبات العامة التي تقابل الناس جميعا.
- التخوف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته التي قد لا يبوح بها أو يناقشها في جلسات العلاج الفردي، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات. ويستحسن هنا أن تبدأ المسألة بمناقشة عامة غير موجهة وغير شخصية، تتدرج - بعد إطمئنان المرضى إلى مشاركة أقرانهم لهم في مشكلاتهم- إلى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلاتهم الشخصية بالتفصيل.
- النشاط العملي والإجتماعي الإيجابي المتنوع، الذي يستشير التفاعل الإجتماعي الذي يشمل النشاط الإجتماعي، ويحقق ذلك عن طريق أوجه النشاط المختلفة مثل التمثيل الدرامي وغير ذلك من أساليب العلاج النفسي الجماعي التي تتيح الخبرات العملية المباشرة.
- التفريغ الإنفعالي وتكوين علاقات إجتماعية جديدة، حيث يجد المريض في المعالج وأعضاء الجماعة سندا وجدانيا ومجالا لتفريغ شحناته الإنفعالية، وحيث تهيب له الجماعة مجالاً لا تتأثر فيه نظرتة إلى الناس والمجتمع، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات إجتماعية جديدة مثمرة.
- التوافق الإجتماعي، حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة - حرصاً منه على إشباع جوعه الإجتماعي إلى أن يخفف من أنانيته وتمركزه حول ذاته، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير، يشبع حاجته إلى الإنتماء وعضوية الجماعة. وهنا تكفل الجماعة العلاجية إمداد الأعضاء بالخبرات التي تفيد في تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة في التوافق الإجتماعي- ويلاحظ أيضا أن كثيرا من المرضى الذين يعانون من الخجل والحرج في حضور الجنس الآخر يستفيدون علاجيا حين تتاح لهم فرصة المواجهة المباشرة والإختلاط والنشاط المشترك مع أفراد الجنس الآخر الذين تضمهم الجماعات العلاجية. ويساعد هذا على إكتساب الخبرات والمهارات الإجتماعية التي تفيد في التوافق في المجالات الإجتماعية المختلفة.
- الإستبصار الجديد، حيث تهيب الجماعات العلاجية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاته. إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره أيضا، فيرى من هم أسوأ حالا فيهدأ روعه ويخفف إحساسه بخطورة حالته، ويزداد عنده الأمل في الشفاء. كذلك فإن وجوده إلى جانب من هم أحسن منه حالا

يساعده على تقييم مشكلته ووضعها في موضعها الصحيح. وتؤدي المناقشات الجماعية إلى حدوث إستبصار جديد ورؤية جديدة أكثر وضوحاً تهز المفاهيم الخاطئة لدى المريض هزاً.

• إعادة تنظيم الشخصية، ولو جزئياً. ويتوقف ذلك على الأسلوب العلاجي الذي يتبع في الإطار الجماعي للعلاج وتشكيل الجماعة العلاجية والأهداف الموضوعية لها.¹

4- حالات إستخدام العلاج النفسي الجماعي وفوائده:

يستخدم العلاج النفسي الجماعي على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض العقلية وفي العيادات النفسية، وفي عيادات توجيه الأطفال، وفي بعض المؤسسات الإصلاحية. وأهم حالات إستخدامه وفوائده هي:

- علاج الأطفال والمراهقين والراشدين.
- توجيه آباء وأمهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو الآباء والأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال.
- علاج الأسرة بكاملها، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين تتعلق المشكلة بهم.
- علاج الكحولية، وأمراض الكلام، ومعظم الإنحرافات والجناح، والعصاب والذهان.
- علاج الإضطرابات النفسية والجسمية ومشكلات الحياة الأسرية والمهنية، كما يفيد في توثيق العلاقات الإجتماعية في ميادين الإنتاج المختلفة.
- تأهيل الجنود المسرحين وإعدادهم للحياة المدنية.
- علاج المرضى الذين يتصفون بالإنعزال والميل للوحدة والإنطواء والخجل وسوء التوافق الإجتماعي والإكتئاب، والشعور بالنقص لأسباب جسمية أو إجتماعية أو نفسية.
- التثبيت من تشخيص الأمراض النفسية وإستكمال هذا التشخيص أو تصحيحه حيث يسلك المريض في الإطار الإجتماعي على سجيته كما يسلك عادة في حياته اليومية المعتادة.
- المساعدة في فطام المريض نفسياً من علاقة التحويل التي تتكون بين المريض والمعالج في جلسات العلاج النفسي الفردي. ففي الجلسات الجماعية يتشعب التحويل إلى علاقة متعددة الأبعاد بدلاً من إتخاذ نمط علاقة ذات طرفين فقط، وذلك يسهل التخلص التدريجي من التحويل.
- أما الحالات التي يستحسن فيها عدم إستخدام العلاج النفسي الجماعي فأهمها الشخصية السيكوباتية، ومرضى الهذاء، وحالات الهوس الشديد المصاحب بالذعر، وحالات الجنسية المثلية، وحالات الضعف العقلي الشديد.²

¹ حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص ص 308-309-310.

² حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 310-311.

5- مجالات العلاج الجماعي:

إن هذا النوع من العلاج تمّ تطبيقه في المستشفيات العقلية والنفسية والعيادات الخارجية اليومية وفي الملاجئ والعيادات الخاصة ومؤسسات ومدارس ضعاف العقول كما تم إستخدامه في المستشفيات غير العقلية كعامل مساعدة للعلاج الطبي. وإستخدام أيضا في مجال التوجيه ورفع الروح المعنوية لأفراد القوات المسلحة لتدريب المرشدين والعاملين في المؤسسات المختلفة لأغراض التوجيه التربوي والتوجيه المهني ولمعالجة المشاكل السلوكية لدى الطلاب كالجنوح وإقامة علاقة إيجابية بين البيت والمدرسة. وللتعليم العلاجي كالقراءة والكتابة والكلام كذلك يستخدم العلاج الجماعي للإرشاد في الزواج وإرشاد الأطفال.

كما يفيد العلاج في شفاء جماعات معينة من المرضى ذوي المشكلات الخاصة مثل: (المرضى العقليون، مدمنوا المخدرات، مدمنوا الخمر، مرضى السمّنة، أصحاب الشذوذ الجنسي، المجرمون، الجانحون، المراهقون، الشيوخ والكبار، الأرامل والمطلقات).¹

6- الإعداد للعلاج النفسي الجماعي:

إن الإعداد والتخطيط للعلاج النفسي الجماعي معقد ويتطلب مدة طويلة غير أنه عملية حيوية، ويجب أن يحظى بأهمية لا تقل عن أهمية العلاج النفسي الجماعي.²

ويشتمل الإعداد للعلاج النفسي الجماعي عدة خطوات، كتحضير المكان المناسب وإعداد الجماعة وإعداد المعالج، ويمكن أن تحتوي الجماعة العلاجية على ثلاث إلى خمسة عشر مريضا، ويقول البعض أن العدد المثالي للجماعة يتراوح ما بين 7-10 أعضاء، ويمكن أن يزيد حتى يصل إلى 50 عضو في بعض الحالات الخاصة، مع وجوب تشابه أعضاء الجماعة في المشكلات والأعراض، حيث يعتبر التشابه أساس التماسك والترابط بين أعضاء المجموعة، حيث يبنى على الإهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية، ويشترط في الجماعة حسب رأي بعض المعالجين تجانس أعضاء المجموعة من حيث الجوانب العقلية والمعرفية والإجتماعية، ليسهل التعامل معهم بما يناسبهم إلا أن البعض الآخر أمثال سلافسون Slavson 1947، وغيره يرون ضرورة تنوع عناصر الجماعة من حيث الجنس والمستوى الإجتماعي والإقتصادي وكذلك الأعراض، فبعضهم يتسم بالعدوانية والبعض الآخر بالإيجابية والنشاط، وبعضهم بالإنسحاب وآخرين عاديين، والبعض الآخر يتميز سلوكهم بنمط إنفعالي مرغوب فيه، وهذا ما يحقق التوازن الإجتماعي في الجماعة، وغالبا ما يكون هدف العلاج هو المحدد لحجم الجماعة ونوع تشكيلها، قبل الجلسات الجماعية والتي تكون عادة أطول من

¹ سعيد حسين العزة، مرجع سابق، ص 30

² McGee,TF,Comprehensive Preparation for group psychotherapy,Amer,J,Psychiat,23,p303-312

الجلسات الفردية، وتتراوح مدتها ما بين ساعة والنصف ساعة مع لزوم القيام بمقابلات شخصية بغرض الفحص والتشخيص¹.

ويجب أن يراعي المعالج في إختيار أعضاء الجماعة أن يكون كل منهم مستعدا ومهيأ للإنخراط في الجماعة، وألا يكون هناك إعتبارات تجعل وجوده في الجماعة مثيرا للقلق والضيق والإنزعاج له وللآخرين، وألا تكون الحالة المرضية مما لا يفيد فيها العلاج الجماعي مثل حالات الشخصية السيكوباتية وحالات الجنسية المثلية وغيرها. وقد إستخدم مورينو Moreno مقياس العلاقات الإجتماعية (الإختبار السوسيومتري) في تنظيم الجماعة بما يحقق سلامة بنائها، ودراسة تأثير كل فرد في عملية التفاعل الإجتماعي، وحركة الأعضاء أثناء هذا التفاعل... إلخ. ويؤكد مورينو أن العلاج الجماعي يجب أن يستند إلى قياس العلاقات الإجتماعية يمكن، كما هو معروف، التعرف على "النجوم" الذين عن طريقهم يمكن التأثير على الآخرين وقيادتهم. وكذلك يمكن الإستدلال على "المعزولين" الذين يبذل معهم جهد خاص إما لتحسين وضعهم داخل الجماعة، أو لتحويلهم إلى جماعة أخرى يكونون فيها أكثر توافقا... وهكذا².

وقد لخص وولف Wolf 1967م مجموعة من الشروط الواجب أخذها بعين الإعتبار من طرف المعالج فيما يخص المريض قبل الإنضمام إلى الجماعة العلاجية.

- تحضير المريض وإعداده بقدر كاف لتحمل ضغط الجماعة العلاجية.
 - بث الثقة المتبادلة بين أعضاء الجماعة.
 - تحسيسه بأنه عضو مقبول بين أعضاء الجماعة.
 - التخفيف من مقاومته ليحقق العلاج أهدافه.
 - تبليغ المريض بأنه مختار في الإنضمام إلى المجموعة العلاجية وليس مجبرا، وأنه بإمكانه أن يترك المجموعة، أو يحول علاجه إلى جلسات فردية.
 - تعريفه بأهمية ومزايا العمل الجماعي من إفادة للآخرين أعضاء المجموعة والإستفادة منهم³.
- 7- الأساليب اللازمة لتعزيز العوامل العلاجية في العمل الجماعي:

إن معظم المعالجين الجمعيين وخصوصا في بداية الجلسات يفترضون أنه على أعضاء الجماعة أن يتحدث بعضهم مع بعض، وبالتحديد على العملاء أن يتحدثوا عن إنفعالاتهم، وأن يعبروا عنها. ولذلك يحاول المعالجون

¹ Slavson,SR (ED),The Practice Of group therapy,london,1947,The Pushkin Press,p313

²حامد عبد السلام زهران، علم النفس الإجتماعي، الطبعة الرابعة، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة، 1977، ص 77

³ Walker,S,psychiatric sings and symptoms due to medical problems,(1967), springfld3, charles thomas

مساعدة العميل على البوح بما يشعر وتفريغ إنفعالاته، لكي يشعر بالإرتياح ويزول الضيق الذي كان يعاني منه، أما القدر من التشجيع والتوجيه الذي يعطى للعميل لتغيير سلوكه، فيعتمد على النظرية التي يطبقها المعالج.

وأحيانا على شخصية المعالج وخبراته العلاجية، ولكن الإنكشاف الذاتي والتنفيس Catharsis ليس سوى عاملين إثنين من العوامل التي حددت كعوامل علاجية في العلاج الجماعي. حيث هناك خمس قوائم من العوامل العلاجية التي تم جمعها خلال السنوات الماضية. ومن بين أشهر هذه القوائم قائمة أعدها كل من " بلوك وكراوتش " عام 1985 Block and Crouch تحتوي على تسعة إلى إثني عشر عاملا هي:

- الإستبصار Insight

- التعلم من تفاعل العلاقات البينشخصية Learning from interpersonal interaction

- التقبل (التماسك) Acceptante (Cohesiveness)

- التنفيس Guidance

- العمومية Universalité

- الإيثار Altruisme

- التعلم بالعبرة Vicariaux Learning

- غرس (بث) الأمل Instillation of Hope

ومن الملاحظ أن بعض العوامل العلاجية تتعلق بالمعالج (التوجيه، بث الأمل) والبعض الآخر يتعلق بالعميل أكثر من غيره (الإنكشاف الذاتي، الإيثار، التنفيس) وهناك أمور تتعلق بالمجموعة (العمومية، التماسك) بالإضافة إلى ما يتعلق بالتفاعل داخل الجماعة (التعلم من التفاعل البينشخصي، والتعلم بالعبرة) حيث أن حل هذه العوامل متداخلة فيما بينها.

وفيما يلي شرح مختصر لأهم العوامل:

- **التوجيه:** وهو تقديم المعلومات Information Giving: ويكون مفيدا جدا خاصة في مقابلات الفرز، والجلسات الأولى من العلاج الجماعي، حيث تعطي العميل معلومات كافية عن كيفية العمل في الجماعة وما يتوقعه العميل من أعضاء الجماعة، والتعرف على وقت بداية الجلسات، عدم مقاطعة الآخرين، موضوع السرية وما شابه.

وبالتالي يستلزم على المعالج أن تكون لديه معرفة وخبرة في محتوى المواضيع التي ستتطرق لها الجماعة مثل الخواص البينشخصية للمراهقين أو مدمني الكحول أو صفات ضحايا الممارسات الجنسية الشاذة أو كيف تكون إيجابيا دون أن تكون عدوانيا.

لقد تطرق كراوتش وبلوك إلى إشكالية تقديم المعلومات للعميل وأظهروا تخوفهم من أن تعمل هذه التقنية-تقديم المعلومات على تشجيع العميل على الإعتماد غير المرغوب فيه على المعالج، وهذا أقرب للعلاج الفردي حيث يؤدي التوجيه إلى علاقة ديناميكية غير مرغوب فيها بين العميل والمعالج بحيث قد يتعود العميل على تلقي التوجيه وبالتالي يعتمد على المعالج في حل التوترات النفسية الداخلية لديه.

أما في العلاج الجماعي فيصعب تكوين هذه العلاقة، لأن وجود بقية الأعضاء يحول دون ذلك، في العلاج الجماعي ذي المنحى البيئشخصي يمثل التوجيه وبالذات تقديم المعلومات إحدى الطرق التي تجعل أعضاء الجماعة يستفيدون عند الحاجة من خبرات المعالج. إضافة إلى ذلك يساعد أسلوب تقديم المعلومات أعضاء الجماعة في تخفيف القلق من خلال إيضاح الأشياء التي قد تكون غامضة بالنسبة للجماعة.

- إسداء النصيحة Advicgivin:

هي إحدى عناصر التوجيه التي يتولاها في الغالب بقية أعضاء الجماعة أكثر من أن يتولاها المعالج. وهناك على الأقل ثلاثة أنواع من إعطاء النصائح:

1. التعليمات الخاصة ببعض أنواع السلوك مثل: " ما يجب عليك عمله هو... " أو " لو كنت مكانك.... لعلت.... "
2. طرح حلول بديلة مثل " هل حاولت أن...؟ "
3. تسهيل عملية تحديد المشكلات وحلها مثل " يبدو أن هذا سيكون عبئاً ثقيلاً على شخص واحد، قد تحتاج لبعض المساعدة ".

النوع الأول هو الأكثر شيوعاً. ولكن الثالث هو الأكثر فائدة لأعضاء الجماعة أما بالنسبة للنوع الثاني فاحتمال الإجابة بنعم فيه كبير وقد يكون المنصوح قد فكر في الحلول البديلة التي يطرحها أعضاء الجماعة.

- بث الأمل Instillation of Hope:

إن بث الأمل من وظائف المعالج بصورة أساسية في بداية العلاج الجماعي أو الجلسات الأولى بعد إلحاق عضو جديد، النقطتان الأساسيتان هنا هما أن يقبل المعالج شعور العميل ويرفض قبول إستنتاجاته السلبية حول النتائج النهائية، وعندما تتضح الجماعة ويرى الأعضاء تحسن أوضاع بعضهم تصبح عملية بث الأمل من مهام الجماعة.

- العمومية Universalité :

يعتبر هذا العامل العلاجي من أكثر العوامل إرتباطاً بالجماعة لأنه يعتمد على وجود عدد من الأفراد لديهم الإستعداد للإعتراف بأن لديهم خبرات أو مشاعر مشابهة لما يطرحه المتكلم، فهي بذلك إحدى التدخلات

التي يستطيع المعالجون تسهيل حدوثها مثل: هل لدى أي منكم مشكلات مشابهة؟ أو هل سبق وأن شعر أي منكم بمثل هذا الشعور؟ تعليقات مألوفة من قبل المعالجين في الجلسات العلاجية المبكرة على الإنكشاف الذاتي للعميل.

تتكون العمومية، كعامل علاجي من عنصرين الأول كما ذكره يالوم 1985 Yolom م، إذ هو شعور العميل بالتفرد بالمشكلة وهذا يعتبر مصدرا قويا للشعور بالإرتياح، والثاني هو الدور المهم الذي تلعبه العمومية في الحديث الإجتماعي الذي يسبق أو يمهد للحديث الذاتي وفي التطور المحتمل للشعور بالألفة.

- الإنكشاف الذاتي:

يعرف " بلوك وكراوتش " " البوح الذاتي " بقيام المريض بإيصال معلومات شخصية عن نفسه مباشرة إلى بقية أعضاء الجماعة.

ومن غير المحتمل أن يحدث البوح الذاتي في الجلسات الأولى للعلاج الجمعي، والتماسك مرتبط بالبوح الذاتي، فإذا كان مستوى تماسك الجماعة متدنيا. نظرا لإرتفاع مستوى العدوانية أو ندرة التفاعل، فإن احتمال حدوث البوح الذاتي العميق ضعيف أيضا.

ويمكن للمعالج أن يرفع مستوى البوح الذاتي الأول عن طريق القدوة، أي أن تبوح أنت بما في ذاتك حول موضوع معين وبعدها تدعوا أو تطلب من أعضاء الجماعة ممارسة البوح الذاتي.

- التنفيس Catharsis:

يقصد بذلك " التنفيس عن المشاعر " إيجابية كانت أو سلبية اتجاه حوادث حياتية معينة أو اتجاه بقية أعضاء الجماعة، الذي ينتج عنه قدر من الإنتاج ويحدث ذلك عندما يطلق المريض العنان لمشاعره، مما يؤدي إلى الشعور بالإرتياح داخل الجماعة سواء أكانت هذه المشاعر مرتبطة بالماضي أو بهنا والآن وتشتمل هذه المشاعر على الغضب، الحب، الحزن، الأمور التي وجد العميل في الماضي صعوبة أو إستحالة في تفريغها. التنفيس يستلزم الإنكشاف الذاتي ومعظم أساليب العلاج الجمعي مرتبطة به ويتكون على الأقل من عنصرين:

1. الخبرة بالإنفعال التي يتبعها.

2. الشعور بالإرتياح.¹

¹ ناصر المحارب، ترجمة فريدمان، ممارسة العلاج الجمعي، النشر العلمي والمطابع، المملكة العربية السعودية، 1997، ص

العلاج النفسي الجماعي

8- أساليب العلاج النفسي الجماعي: تتنوع أساليب العلاج النفسي الجماعي حسب المعايير التالية:

• أعضاء الجماعة ومشكلاتهم النفسية:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على مدى تشابه أو إختلاف أعضاء الجماعة العلاجية في مشكلاتهم النفسية والجنس والسن والمستوى الاجتماعي والإقتصادي.

• طريقة تشكيل الجماعة العلاجية:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على تشكيل الجماعة بطريقة عشوائية، أو إتباع القواعد وأصول السوسيومترية.

• مدى التركيز على شخص المعالج النفسي:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسها والنظر إليها ككل متفاعل وإلى كل عضو فيها على أنه مؤثر في علاج الآخرين، أو التركيز على العلاقة العلاجية بين المعالج وبين كل مريض على حدة، وعدم إستغلال دينامية الجماعة في العلاج.

• مدى الإهتمام بالموقف الأصلي والأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على إشراك الأشخاص الآخرين المرتبطين بمشكلة المريض في عملية العلاج، أو التركيز على علاج كل مريض في الجماعة العلاجية كوحدة مستقلة بغض النظر عن إرتباطاته خارج الجماعة.

• شكل التأثير السائد في الجماعة:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على التأثير الحر التلقائي النشط، أو التأثير في شكل تلقين ويقوم على إعداد سابق.

• نوع النظرية التي يتبعها المعالج النفسي:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على الإعتماد على صفات الجماعة ودينامياتها والقوى الفعالة فيها، أو الإلتزام بأصول العلاج الفردي أكثر من الإهتمام بما للجماعة من خصائص علاجية مميزة.

• المكان الذي يمارس فيه العلاج:

حيث يتوقف أسلوب العلاج على ممارسته في جهة التأثير الرئيسية على المريض مثل الأسرة أو مكان العمل، أو في مؤسسة علاجية خاصة، مثل مستشفى أو عيادة نفسية أو ناد علاجي.¹

¹ حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 314-320

9- فنيات وتقنيات العلاج النفسي الجماعي:

9-1- التخطيط Planning:

التخطيط من أهم المهارات التي يجب أن يتقنها القائد وتشمل بناء الجماعة وإختيار أعضائها ورصد توقعات أفرادها وإختيار مكانها وزمانها وعدد جلساتها وتحديد نشاطاتها بما يتفق مع تحقيق الأهداف التي تنشده الجماعة تحقيقها ولن يكون العمل داخل المجموعة ناجحاً بدون التخطيط المسبق لإنجاحه. ويتبع التخطيط الخطوات التالية:

1. التفكير بأساليب لتحسين بيئة المجموعة.
2. التعرف على التوقعات والمشاعر للأفراد الذين دخلوا المجموعة للمرة الأولى.
3. التعرف على أساليب المجموعة الممكن توقعها.
4. التعرف على توقعات الفرد وحاجاته والإهتمام بها.
5. التعرف على سلوك القيادة التي تستجيب لتوقعات ومشاعر أعضاء المجموعة والأساليب التي يمكن إتباعها داخل المجموعة لتوصل الأفراد إلى أهدافهم.¹

- البدء بالعملية الإرشادية Getting started:

إن على المرشد إيجاد جو مريح بعيد عن التوتر والقلق والتهديد ليضمن نجاحه في إدارة الجلسات وعلى القائد أن يزود أفراد المجموعة بالأعمال والمهام المطلوب منهم القيام بها لتكون البداية جيدة للبدء. وقد يقدم القائد ذلك عن طريق الأسئلة المفتوحة مثل ما هي الأفكار التي تراودك إزاء وجودك هنا؟ وما هي توقعاتك من عملية الإرشاد الجماعي؟ وقد يقوم المرشد بعملية إحماء للأعضاء بالطلب منهم التعرف على بعضهم البعض الأمر الذي قد يكون مشجعاً على البدء بالعملية الإرشادية.²

9-2- التعامل مع المقاومة Dealing With Résistance:

كل قائد فعال يحاول تفهم ضغوط الجماعة ويساعدهم في تحقيق أهدافهم فالأفراد الذين يدخلون لأول مرة في المجموعة ينتابهم شعور التنافر ويجدون أنفسهم بوضع لا يقدررون به التنبؤ بالأحداث القادمة لذلك يشعرون بالخوف فيقومون بالانسحاب ليتجنبوا المخاطر.

قد تظهر المقاومة متأخرة عندما يحاولون تجنب ما يزعجهم خلال الجلسات، وبذلك نجدهم يقاومون من خلال الانسحاب أو تغيير الموضوع، أو إظهار العداء للقائد وعلى القائد إدراك الأمر وملاحظته وإذا كانت

¹ مارفن شو، ديناميات الجماعة، دراسة سلوك الجماعات الصغيرة، ترجمة مصري صورة ومحي الدين أحمد حسين، دار المعارف، القاهرة، 1966، ص 77

² مارفن شو، المرجع السابق، ص 78-79

المقاومة من المجموعة فيجب على القائد أن يبين للمجموعة ما يجري في المكان والزمان here and now ويفسر الأحداث داخل المجموعة ليقول من عملية المقاومة لكن إذا استمرت المقاومة فقد يضطر القائد للتدخل في سلوك الأفراد الجاري. قد يتوقع القائد هل هناك شيء ما يدور هنا ولا أفهمه؟ يظهر بأن المجموعة تتجنب شيء ما وكأن المرشد يقول: يظهر بأننا نتجنب سبب وجودنا هنا وأنا أعلم ذلك، ولا أرى بأن علينا أن نسلك هذا السلوك بل يجب أن نتعرف على سبب قيامنا بهذا السلوك؟ وعلى أي حال يجب ألا تكون هناك مواجهة مباشرة للمقاومة. كما أن التوقيت ونوع التدخل هام جدا في نجاح المرشد لتخفيف المقاومة والقضاء عليها.

9-3- التعامل مع التحويل Dealing With Trasterence:

والتحويل هو إسقاط الخبرات المكبوتة للفرد على المرشد أو على عضو في الجماعة حيث أن الفرد يحول مشاعره وخبراته الماضية على المرشد فقد تكون مشاعر حزن أو غضب أو مشاعر سلبية وقد يفهم الآخرين بناء على خبراته السابقة الأمر الذي يعيق من فهمه للمشكلة ويعيق عملية العلاج وإذا ما اكتشف المرشد مصادر التحويل فإنه يجب أن يحيله للإرشاد الفردي للتعامل مع أسبابه.

9-4- التحويل المعاكس Counter Transterence:

في هذا النوع من التحويل يسقط المرشد مشاعره الماضية على المسترشد ويبدأ بالتصرف معه بغرابة وعدم تقبل الأمر الذي يشكل صعوبة في فهم المسترشد ولذلك فإن على المرشد أن يعي من حدوث ذلك لديه وأن يعبر عن مشاعر تجاه ذلك وأن يكشف عن ذاته بصورة حقيقية وشفافة لكي يفهمه الآخرين.¹

9-4- التوقيت Timing:

إن عامل الزمن عامل هام في إنجاح جلسات الإرشاد الجماعي لذلك فإن على المرشد معرفة ظروف كل فرد داخل المجموعة وإرتباطاته الشخصية وهل يعمل أو لا يعمل وما هي الصعوبات التي تواجهه في الحضور وعليه أن يراعي كل ذلك ويختار الوقت المناسب الذي يوافق عليه فرد داخل الجماعة لكي يضمن حضورهم ومشاركتهم في عملية التفاعل الاجتماعي داخل المجموعة سعيا لتحقيق أهدافها.

9-5- التغذية الراجعة FEED BACK:

التغذية الراجعة هي إحدى وسائل تعديل سلوك المسترشد وقد يقوم بها المرشد أو أي عضو داخل الجماعة وتتضمن إقتراحات أو وجهات نظر أو تعديلات أو إضافات على الموضوعات المطروحة وتشكل هذه التغذية عصب عملية التغيير لأنها تظهر السلوكات غير المرغوبة لدى الفرد والتي لا يشعر بها لذلك فهي تشمل

¹ مارفن شو، المرجع السابق، ص 80.

عملية تقييم الآخرين لسلوك العضو الأمر الذي يجعله يفهم مشاعر الآخرين نحوه وتعديل سلوكياته نحو الأفضل وقد تأخذ التغذية الراجعة شكل كلمات أو إشارات صادرة عن جسم الشخص الذي يقدمها.¹

- مظاهر التغذية الراجعة: تتمثل في ثلاث عوامل هي:

9-5-1- التوضيح:

إن عملية التوضيح مرتبطة بالإصغاء الفعال، وتصمم لتصحيح عدم الفهم في رسالة المرسل وتركز على توضيح الجانب الغامض فيها لكي لا يكون هناك تناقضا بين ما يسمعه المستقبل وما يشعر به.

9-5-2- التفسير:

شرح من قبل المرسل الذي يكون المرشد أو عضو الجماعة له أهداف عديدة قد يكون منها مدى تأثير سلوكه الماضي على سلوكه الحاضر وقد يستعمل المرشد التفسير ليشرح لهم أسباب سلوكهم غير التكيفي ولكن يجب أن يأخذ شكل التغذية الراجعة الإيجابية وليس شكل الهجوم على المرشد وقدراته وسلوكياته.

9-5-3- المواجهة:

إن الهدف من مواجهة المرشد لأفكار أو مشاعر أو سلوكيات المرشد هي إظهار التناقضات الموجودة فيها لكي لا تصبح سمة من سمات شخصية وهي لا تأخذ شكل الهجوم على المرشد بل تسعى لتقديم تغذية راجعة لديه لكي يستطيع تعديل سلوكياته بشكل أفضل.

9-6- التعزيز REINFORCEMENT:

وهو عبارة عن إستجابة قد تكون لفظية أو غير لفظية من المرشد للمرشد وهي بمثابة تغذية راجعة إيجابية، وقد يستعمل لبناء جو مناسب للجماعة، كما قد يستعمل بعد وضع الأهداف في عبارات يقولها المرشد عندما يشعر بتقديم المرشد نحو الأهداف ومن الأمثلة اللفظية (هذا رائع) (نعم) (لديك فكرة جيدة) ومنها غير لفظي مثل (الإبتسامة، الميل بالجسم نحو المتكلم).

والتعزيز يساعد في تثبيت وتقوية السلوك المرغوب في حدوثه لدى المرشد ويساعد أفراد المجموعة على قبول التغيير وقبول أنفسهم وعلى الإستمرار والإلتزام بالعمل مع الجماعة للوصول إلى الأهداف المرجوة.

9-7- النمذجة MODELING:

المبدأ هنا هو تقديم النماذج للمرشد التي يستطيع بها التعرف على النتائج السلوكية المرغوبة، وهي من أساليب تعليم المرشد سلوكيات جديدة وإيجابية وتعتمد النمذجة على مبدأ تحليل المهارات وعلى قدرة الفرد على التقليد والتذكر والإنتباه وعلى قدرته على توظيف ما تعلمه من خلالها في الواقع وتعتمد أيضا على قدرة

¹ محمد عبد الظاهر الطيب، تيارات جديدة في العلاج النفسي، الطلعة الأولى، دار المعارف، مصر، 1981، ص 79.

الفرد على الإيحاء ورغبته في التغيير وقد تكون النمذجة حية أي يقوم بها المرشد نفسه عن طريق قيامه بالسلوك المرغوب أو تكون مسجلة على أشرطة كاسيت أو فيديو يعرضها المرشد على المسترشد لكي يتعلم السلوك المطلوب من خلال مشاهدتها.

وتعد النمذجة أحد الأساليب الهامة التي من خلالها يتم تنشئة الأفراد الذين يمثلون نمذجة للآخرين أن يضعوا ذلك في إعتبارهم وأن يحرصوا على إصدار السلوك الإيجابي الذي يساعد على تنمية وإرتقاء الفرد نفسياً وعقلياً ويتحكمون في السلوك السلبي حتى لا يتعلم الفرد هذا السلوك السلبي عن طريق الإقتداء.¹

كما تعد أيضاً تكنيك من تكنيكات طريقة خدمة الجماعة، وذلك بإعتبار أن الأخصائي أحد النماذج التي يقتدى بها من قبل أعضاء الجماعة التي يعمل معها وذلك لما يتمتع به من خبرات ومهارات مهنية تمكنه من إكساب الجماعة السلوك الإيجابي.

كما يعتبر تكنيك النمذجة السلوكية هو تدعيم للسلوك الإيجابي ولكن بطريقة غير مباشرة لكي يتعلم المتدرب أو الملاحظ من النموذج.

وعلى هذا يعتبر تكنيك النمذجة السلوكية أسلوب من خلاله يمكن إعطاء القدوة أو النموذج أو إعادة وجود النموذج مرة أخرى لكي يرى الشباب المثل والطريقة التي يسير عليها النموذج فيقتدى به ويقلده في كل تصرفاته أو يتقرب إليه.

8-9- أساليب الدور ROLE TECHNIQUES:

عبارة عن أسلوب يعبر به الأعضاء عن مواقف ومشكلات من واقع الحياة حيث يؤدونه بشكل تلقائي ويستخدم كأسلوب تعليمي لإستكشاف عمليات التفاعل بين الأشخاص في مجتمع ما ومساعدة أعضاء الجماعة على فهم وإدراك أحاسيسهم ودوافع سلوكهم وكذا مشاعر الآخرين ودوافع سلوكهم في المواقف الإجتماعية ولزيادة قدرتهم على أداء السلوك المتوقع والتصرف في شؤون حياتهم بشكل أفضل خاصة إذا ما واجهتهم مشكلات أو إعتراضهم صعوبات في المستقبل.

ويأخذ المرشد دور المسترشد ليعلمه كيف يتصرف مع معلمه أو والده أو رفاقه ويعلمه كيف يسلك في المواقف الحياتية المختلفة بهدف أن يتعلم من المسترشد وقد يأخذ المسترشد دور المرشد لكي يصحح سلوكياته هو نفسه من خلال إفتراض نفسه مرشداً وهذا ما يسمى بلعب الدور المعاكس وقد يواجه المرشد بما يلي:

1. مناقشة المجموعة للموضوع بمصطلحات غامضة.

¹ سعيد حسين العزة، الإرشاد الجماعي العلاجي، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 81.

2. هناك فروق حادة في آراء الأفراد بالمجموعة.

3. تشدد الفرد برأيه ومقاومته للتغيير.

4. يدرك الأفراد الحاجة لسلوك جديد لكن يخافون تجريبه تحت الظروف الحقيقية.¹

9-8-1- السيكودراما:

وهي تمثيل وضع إجتماعي تم مناقشته، والتعرض لأسبابه وكيفية معالجته وهي تتيح للفرد فرصة للتنفيس عن مشاعره وتغيير مواقفه وأفكاره من خلال مشاهدته للتفاعل الذي يحصل من خلالها.

9-8-2- لعب الدور:

مثل السيكودراما إلا أن المرشد يزود الفرد بتفسير مختصر عن الدور الذي سيلعبه العضو في هذا الوضع. وتساعد الأدوار الأفراد على تفهم سلوكهم وسلوك الآخرين. وبالتمثيل يظهرون أنفسهم كما هم ويتم بعد ذلك مناقشة ما تم بعد لعب الدور.

9-8-3- عكس الدور:

كأن يمثل الطفل (الذي لا يتفهم دور والدته) دور والدته ويقوم القائد بتمثيل دوره كطفل. وقد يتجادل إثنين حول نقطة معينة فيعكس دورهم وكل منهم يتبنى وجهة نظر الآخر. وهذا يساعد على تفهم وجهات النظر المختلفة وفهم الإتصال فيما بين الأفراد.

9-8-4- تمرين على الدور ROLE REHEARSAL:

مثل أن يتمرن الشاب الخجول جدا على التحدث مع النساء، قد يساعده القائد بأن يجعله يتمرن على التحدث مع فتاة في المجموعة ثم يجعل الفتاة والأفراد يقدمون تجربتهم أو يقدمون تغذية راجعة عن سلوكه.²

9-10- المناقشة الجماعية:

حيث تعتبر من الأساليب التدريبية التي تعتمد عليها طريقة العمل مع الجماعات لإكساب أعضاء الجماعة مجموعة من المعارف والخبرات والمهارات الإجتماعية وتعتبر جزء أساسي في أي عمل أو برنامج وذلك على إعتبار أن البرنامج يجب أن يكون مسبقا بمناقشة لوضعه وتخطيطه ومنتهيا أيضا بمناقشة لما دار أثناء الإجتماع. ومن خلال هذه المناقشات يمكن التعرف على إمكانيات وقدرات الأعضاء التي يجب توظيفها لمصلحة الجماعة وتحقيق أهدافها.

وتتضمن المناقشة الجماعية:

¹ سعيد حسين العزة، المرجع السابق، ص 82-83

² سعيد حسين العزة، مرجع سابق، ص 82

- الإتصال: التحدث، الإنصات، تكوين علاقات.

- التدعيم: إستثارة الفاعل، التشجيع، توظيف الأفكار والمعلومات.¹

- المناقشة الجماعية أو الحوار:

يرى كامل (2005) أن المناقشة الجماعية تعمل على النقد المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع مما يساعد الفرد على إكتشاف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة كما تمكنه تعلم طرق جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لديه، وإكتشاف الطرق البديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية، مما يساعد الفرد على التعديل من سلوكه الإجتماعي والنفسي.

ويذكر حمزة 2001 م، أن هناك مزايا عديدة للمناقشة الجماعية نوجزها فيما يلي:

- تعتبر المناقشة الجماعية صلب عملية التفاعل والحوار المتبادل في الجماعة.
- تساعد الأعضاء على التفاهم والتكيف والجماعة على النمو والتقدم.
- تؤدي المناقشة الجماعية وظائف حيوية إيجابية متعددة تشمل حرية التعبير عن المشكلات العامة والخاصة، والمشاركة في المشكلات والمشاعر.
- أهم ما يميز المناقشة الجماعية هو الإتفاق في العناصر الأساسية المكونة لها وهي الموضوع أو المشكلة موضوع الإهتمام، والأعضاء المهتمون بها ووسيلة التخاطب وهي الكلام.
- أهم ما يميز المناقشة الجماعية هو كل فرد فيها يتساوى مع الآخرين من حيث فرص التحدث والإستماع.
- كما يوضح كامل 2005 م، أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية وضرورة التحاور مع الفرد بكل الطرق المنطقية الممكنة حتى يمكنه إستبدال فكرة بفكرة وحتى يتبين له الجانب الخاطئ من معتقداته.²

9-11- تقنية الواجب المنزلي:

تشير زينب شقير 2002 م إلى أهمية التدريب على أداء الواجبات المنزلية في البدايات الأولى لجلسات العلاج أو الإرشاد وأن تتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلى السلوك المركب على ألا يتم الإنتقال من نمط سلوكي معين سابق ولا بد من إختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج.

¹ أشرف محمد العربي عميرة، إستخدام أسلوب النمذجة السلوكية في طريقة العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007، ص 124.

² حسين ابن إدريس، فاعلية برنامج إرشادي عقلائي إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أم القرى، 2008، ص 258.

وترى رئيفة عوض (2001) أن الواجبات المنزلية تعطى لكي يتمكن العميل من تصميم التغييرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات، ولكي تساعد على أن ينقل تغييراته الجيدة إلى المواقف الحية، ولكي يقوم بدعم أفكاره أو معتقداته الصحيحة الجديدة ويتم تشجيعه وتوجيهه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية وتعد بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية.

10- النظريات المستخدمة للعلاج النفسي الجماعي: هناك أربع مجموعات رئيسية من نظريات العلاج الجماعي وهي:

10-1- النظرية النفسية التحليلية:

يتبنى المعالج التحليلي الجماعي مهمة فهم وتفسير الأحداث التي تحصل داخل الجماعة، ويتعد عن الحكم السريع لما يلاحظه في بادئ الأمر، ويعتبر وولف وشوارتز Wolf et Schwartz أن السلوك الملاحظ والتفاعل داخل الجماعة هي مظاهر تحويل Transfert مرتبطة بدوافع لا شعورية، بحيث يتمكن المعالج التحليلي من تمييز هذه الدوافع ومساعدة أعضاء الجماعة في إدراكها من خلال التقصي عن الأحداث الماضية لأفراد الجماعة.

وترتكز الجلسة التحليلية الجماعية على الموضوع الضمني الذي تشترك فيه الجماعة، دون تدخل المعالج، ويقتصر عمله على تشجيع الجماعة على تحمّل مسؤوليتها تجاه نفسها، بعيدا عن الإيحاء والتركيز لا يكون على السلوك الملاحظ بل يكون موجها على الموضوع المشترك بين أفراد الجماعة وعلى العلاقة التحويلية بين الجماعة والمعالج.

10-2- النظرية النفسية الديناميكية:

تتشارك النظرية النفسية الديناميكية في موضوع إهتمامها مع النظرية التحليلية فيما يتعلق بمفاهيم اللاشعور والنكوص ودفاع الأنا، ويكمن الاختلاف عن هذه الأخيرة في تركيزها على العلاقات البينشخصية داخل الجماعة.

10-3- نظرية ديناميكية الجماعة:

تختلف هذه النظرية عن النظرية التحليلية والنظرية الديناميكية، ويعود سبب قيام ركائزها إلى علم النفس الإجتماعي والصناعي، عن طريق جهود المتخصصين في هذين المجالين لفهم أثر الجماعة على سلوك الفرد، وفي الوقت نفسه أثر الفرد على الآخر من خلال عملية التغذية الراجعة.

وتتميّز هذه النظرية باختلاف توجه المعالج مقارنة بالمعالجين السابقين والذي يكون إهتمامه منصبا على الكيفية التي تعمل بها الجماعة.

10-4- النظرية البيئشخصية:

تركز هذه النظرية على العلاقات بين أفراد الجماعة لحظة حدوثها وفي مكانها (هنا والآن)، وعلى السلوكيات البيئشخصية الملاحظة بين أفراد الجماعة، كما تركز هذه النظرية أيضا على أمور خاصة بالجماعة وعلى الموضوع الضمني لها، حيث يرى "يالوم" أن العوامل العلاجية كميكانيزمات أساسية للتغيير، مستقلة عن النظرية ونابعة من العملية العلاجية نفسها.¹

10-5- نظرية ABC في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي:

يرى شامبون O.Chambon (1997) أنه أخيرا ظهر نموذج له أهمية ولا بد أن نأخذ به بعين الاعتبار ألا وهو نموذج ABC حيث تشير رموز النظرية إلى ما يلي:

A: Activating أي الحدث الذي يؤثر في الشخصية أو الخبرة المنشطة Experience or Event مثل وفاة، طلاق، رسوب والخبرة في حد ذاتها لا تحدث الإضطراب السلوكي .

B: Croyance= Belief أي المعتقدات بالمعنى الواسع أي الأفكار الأوتوماتيكية أو هي الفراغ Blank الكائن في ذهن المريض والذي يمكن حين يمليه أن يكونا بمثابة جسر يصل بين A و C وبذلك يصبح ملئ الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة الإعتقادية للمريض.²

C: Consequence أي النتائج وهي ليست وليدة الأحداث التي تسبقها (A) وإنما هي نتيجة نظام التفكير (B) وتسمى هذه العناصر الثلاثة بمرحلة التشخيص. أما مرحلة العلاج فتبدأ بالانتقال إلى المرحلة (D) أي تنفيذ ومواجهة وتحدي تلك الأفكار اللاعقلانية فالطالب الذي يحرم نفسه المتعة والنوم وحتى رؤية الآخرين لم يكن بسبب الإخفاق الذي حصل في الإمتحان ولكن بسبب ما يحمله من أفكار لاعقلانية ولا منطقية بشأن هذا وإلا كيف نفسر التباين في الإستجابة التي تحصل بين بقية الطلاب.

كما يرى إيليس Ellis أن أسباب الإضطراب الإنفعالي تجمع بين المصادر المعرفية والإنفعالية والسلوكية والتي تتبع من المعارف أو التفكير فحسب، ولكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضا، إلى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر ببيئتهم الإجتماعية والمادية.³

¹ناصر بن إبراهيم المحارب، ممارسة العلاج الجمعي، مكتبة الملك فهد للنشر، السعودية، 1997، ص 49-53.

² هشام محمد، أثر العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق، 2002، ص 201.

³ إبراهيم عبد الستار وإبراهيم رضوى، الحضارة والعلاج النفسي، خبرة سلوكية في إطار عربي، مجلة العلوم الإجتماعية، الكويت، عدد 3.

ويقوم العلاج المعرفي على مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الإضطرابات الإنفعالية، حيث تشتمل تلك المعارف على الإعتقادات، نظم الإعتقادات التفكير، التخيلات، وعلى ذلك يعد الفرد مسؤولاً بدرجة كبيرة عما يمر به إضطرابات إنفعالية.¹ إلا أنه لا بد من التغلب على هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية هذا ما يجعلنا نضيف إلى المعادلة السابقة الحرفين D و E .

وبذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي: A.B.C.D.E

فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي ويمكن ترجمته على الصورة التالية:

• لماذا أعتبر أنه أمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟

• لماذا يجب عليّ ألا ارتكبت هذه الخطيئة؟

• لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما عليّ أن أتهم نفسي بالحماسة وضعف العقل؟

أما الحرف E فهو يعد بؤرة ولب وجوهر الإرشاد العقلاني الإنفعالي إنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجبب فيها على كل الأسئلة المطروحة سابقاً وللتوضيح أكثر نستعين بالأمثلة التالية:

D : لما أعتبر أنه أمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E ، إنه لأمر غير مخيف وليس هو بالشيء المزعج ولا السبب للإحباط ذلك لأنه لا يرغب أي إنسان أن يرتكب أخطاءً، ولكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الإنسان معصوم من الخطأ وهذا الإرتكاب للخطأ هو إثم كبير؟ إن ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفاً ولكن لا يصل إلى درجة الأمر المخيف الكارثي.

D : لماذا يجب أن لا ارتكبت هذه الخطيئة؟

E : بالطبع فمن المفضل ألا ارتكبت خطيئة، ولكن لا يوجد أي قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ، لا ارتكبت أي خطأ، أو يتعين عليّ ألا أخطئ حتى في أبسط الأعمال، ولهذا فإن كلمة " يجب " اللاعقلانية هي مطلق تعني أنه يتعين عليّ أن أكون كاملاً أي ألا أفعل ما فعلته، أي إرتكاب الأخطاء.

D : لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما، عليّ أن أتهم نفسي بالحماسة وضعف العقل؟

E : إن ما أطلبه وأفرضه على نفسي من إتهامات هو شيء أختلقه من عقلي وهنا تكمن مشكلتي، الذي أعتقد أنني إذا ارتكبت خطأ فمعناه أنني إنسان ناقصاً أو أحمق أو ما شابه ذلك فلا شيء أفعله يجعلني إطلاقاً بالصورة التي أصف بها نفسي، فالخطيئة لا تجعلني أحمق، ثم إنني مادمت أعيش على أرض هذه المعمورة سأظل ارتكبت الخطأ بعد الخطأ وهذا جزء من خلق الإنسان في خلقه وتصور من تصوراته في إرتكاب

¹ أبو سعد أحمد عبد اللطيف، الإرشاد الجمعي، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديثة، 2009، ص 170.

الأخطاء، لذا عليّ أن أتألف وأتعود على سلوك الخطأ فلا يفزعني ولا يجعلني ألوم نفسي وأبالغ بوصف نفسي بأهمية وخطورة فالأفضل أن أستخدم كامل قدراتي النفسية الكامنة نحو تصحيح أخطائي، بل والإستفادة من الخطأ كخبرة إنسانية لأصحح أي خطأ مستقبلا إنطلاقا من تجربة الخطأ ذاتها¹.

10-6- النظرية السلوكية:

تذهب هذه النظرية إلى تطبيق قواعد التعلم المستخلصة من معامل علم النفس التجريبي في تغيير السلوك المختلّ أو المنحرف (الأمراض النفسية)، والمنحى الرئيسي لهذه النظرية يشتمل على تحديد الأنماط السلوكية التي يوافق كل من المعالج والعميل على ضرورة تعديلها، ويهتمّ المعالج هنا بالسلوك الملاحظ.

10-7- العلاج الجماعي المعرفي السلوكي:

يعتبر الإندماج بين النظرية السلوكية والمعرفية حديث نسبيا ويعود سبب قيام هذا التيار إلى الإندماج بين النظرية المعرفية "لأرون بيك" Beck (1976)، و"ألبرت أليس" Ellis (1962) وتتعامل هذه النظرية مع الأفكار غير المتكيفة والمضطربة وتحاول تعديلها وكذلك أنماط السلوك، وتشبه الفنيات المستخدمة في العلاج الجماعي المعرفي السلوكي تلك التي تستخدم في العلاج الجماعي السلوكي من حيث أنها منظمة وتشتمل على الواجبات المنزلية، والإحتفاظ بسجلات وافية من قبل أعضاء الجماعة ولعب الأدوار (التدريب على السلوك) والإختلاف بينهما يكمن في أن العلاج الجماعي المعرفي السلوكي يهتم بإعادة البناء المعرفي للعميل.

10-7-1- النموذج العلاجي لنظرية "بيك" Beck:

إن منهج بيك حسبه هو نسق علاجي يقوم على أساس نظري سيكوباتولوجي وجملة من الأسس والأساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الميدانية، كما أنه علاج نشط محدد البيان والتوقيت، يقوم أساسا على معرفة الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون فإذا فسّروا موقفا على أنه خطر، فإنهم يشعرون بالقلق ويريدون الهرب وتُستمد معارفهم من الإعتقادات والإتجاهات والإفتراضات، ويضيف "بيك" أنه قد صمّم منهجه العلاجي من خلال ما تأتي له من الإضطرابات السيكلوجية التي تتبع غالبا من أخطاء معينة في عادات التفكير، وتفسيرات خاطئة للمواقف أو قفز إلى نتائج خاطئة، أو عجز عن التخطيط الفعّال لمواجهة المشكلات الخارجية.²

¹حمدي الحجار، العلاج النفسي الذاتي، مؤسسة الرسالة العالمية، القاهرة، 2005، ص 22.

² Beck, AZ Wright, cognitive therapy substance abuse, new york, the guilford press, 1993, p 17.

وفي هذا السياق أشار "بيك" وأتباعه عام 1992 إلى أن متعاطي المخدرات يملك معتقدات خاصة تنشطها ظروف معينة، وهي معتقدات تنشط الرغبة الملحة على التعاطي تدريجيا فتنشوه المعتقدات وتصبح في غاية التعقيد.¹

فهو بذلك يركز على معارف ومعتقدات الفرد كسبب في اضطرابات الشخصية، كما أنه يستعين ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، ويرى "بيك" أنّ الشخصية تتكون من مخططات وأبنية معرفية Schémas تشمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والإفتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والمكتسبة خلال مراحل النمو ويسلم بأنّ الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة لدى المسترشد تكون نتاجا لمعارف مُحرفة ولا عقلانية، ويكون عقله مغمورا بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة، وينزع إلى الخبرات الخيالية المشوهة ويبرز الإنحراف الحادّ في البناء المعرفي في حالة الإضطراب النفسي.

ويرى "بيك" Beck أن الأبنية المعرفية تميّز الإضطرابات الإنفعالية، وتؤثر على الإدراكات والتفسيرات، ويتمّ إدراك الخبرات في ضوء علاقة الذاكرة بالأبنية المعرفية ومن المحتمل أن يتمّ تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية.

وهذا وينفعل الناس بالأحداث وفقا لمعانيها لديهم ، وتؤدي تفسيراتهم للأحداث إلى إستجابات إنفعالية مختلفة، وحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة يقوم البناء المعرفي لكلّ منها بتعبئة الفرد للإستجابة لها ويصدر عنها وجدانا يتفق معها سواء كان ذلك هو القلق أو الغضب أو غير ذلك وتصبح الحالة الإنفعالية أو الوجدانية هي نتيجة لتلك العمليات المعرفية أو لطريقة الفرد في رؤية نفسه وعالمه ويهتمّ "بيك" Beck بالأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية ويتمّ تصديق هذه الأفكار من قبل الفرد حتى لو كانت غير منطقية و ترتبط هذه الأفكار بالإنفعالات وتؤثر في سلوك الفرد ويتم النظر إلى السلوك والإنفعالات كنتيجة للعمليات المعرفية ويتم تغيير السلوك والإنفعالات اللاتوافقية من خلال تصحيح المعتقدات المضطربة.²

- علاج الإدمان حسب Beck:

طبق Beck و Emery عام (1977) منذ بداية مراحل تطور العلاج المعرفي، هذا النوع من العلاج على المدمنين على المخدرات، وأدمجت فيها تقنيات سلوكية ومعرفية حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى:

¹سائل حدة وحيدة، إستراتيجيات المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات. رسالة مقدمة لنيل الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر، 2001، ص11.

²محمدعلي عمارة، برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدواني لدى المراهقين، المكتب الجامعي الحديث، 2008، ص127

- ضرورة تنظيم وقت المرضى وكسر الروابط بين المتعاطين والأشخاص والأماكن أو الأشياء التي ترتبط بتعاطي المخدرات.

- تعزيز كَفِّ البحث عن المخدر، وتصحيح التشوهات المعرفية إلى جانب كسر الإرتباط بين الرغبة الملحة والقلق.

- يعتمد العلاج المعرفي على تحقيق الإمتناع الكلي كهدف لعلاج المدمنين فالأفراد ينجحون في العلاج ويمتنعون عن تعاطي المخدرات، يطورون معتقدات تحكم جديدة (يمكنني العيش دون مخدرات)، وإذا تعذر تحقيق هذا الهدف لدى بعض الأفراد يعمل العلاج على تخفيض تحقيق مستوى الإعتماد على المخدرات وفي كلتا الحالتين، يهدف العلاج المعرفي إلى العمل المستمر لمساعدة الأفراد على تجنب أكبر عدد ممكن من الأضرار التي قد تترتب عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها.¹

10-7-2- النموذج العلاجي " لإليس " Ellis:

لقد بدأ Ellis ممارسة العلاج العقلاني، الإنفعالي الجمعي عام 1959، وقد أشار بهذا الصدد أنه خلال الخمس والعشرين سنة الماضية، أجرى عدة دراسات حول العلاج العقلاني، الإنفعالي الجمعي وقد أظهرت نتائج مشجعة ويشتمل هذا النوع من العلاج على مجموعات متعددة منها، المجموعات المفتوحة الصغيرة ومجموعات ذات وقت محدد الأنواع من المشكلات ومجموعة مواجهة عقلانية من يوم إلى يومين ومجموعة كبيرة مكثفة لمدة 9 ساعات.

ويشير إليس إلى أن إستخدام هذا النوع من العلاج في بادئ الأمر كان بطريقة فردية ثم بعد ذلك امتد ليصبح جماعيا، ومن ثم توالى الدورات التدريبية العقلانية الإنفعالية المكثفة في معهد Ellis عام 1983 ودلت على نتائج مشجعة للغاية مما دعم فكرة تطوير هذا النوع من العلاج. حيث يرى Ellis أن العلاج الجمعي أوفر من ناحية الجهد والوقت ويمكن إستخدامه مع عينة تتراوح من 8 إلى 10 فرد ولمرة واحدة في الأسبوع، كما يمكن أن يطبق هذا العلاج على مجموعة كبيرة تتكون من 20 إلى 30 فرد، أو ورشة عمل مفتوحة أو دورة تدريبية سلوكية عقلانية إنفعالية مكثفة يحضرها أزيد من 200 شخص.

لقد لاحظ Ellis و Dryden عام 1997 أن هذا النوع من العلاج ذو تأثير على المجموعات العلاجية الصغيرة لذلك قرر أن يجربه مع مجموعات علاجية أكبر، فبادر بتشكيل أولى المجموعات والتي تكونت من سبعة أفراد وقد نجح هذا الأسلوب العلاجي مع تلك المجموعة نجاحا باهرا.²

¹سائل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص126.

²هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر، أثر برنامج علاجي عقلاني إنفعالي_ سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخرى، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، 2004، ص ص 104-106.

10-7-3- مزايا العلاج الجماعي حسب Ellis:

يقول إليس أن المجموعة لها تأثير فعال في مساعدة أعضائها لكي يقوموا بتغييرات سلوكية وشخصية بناءة، وأقرّ بوجود مزايا كثيرة للعلاج الجماعي منها:

1. يمكن لأعضاء المجموعة أن يقيموا علاقات إجتماعية تسودها الرغبة والقبول من أجل التغيير.
2. العلاج الجماعي بهذه الطريقة يؤكد على معالجة التفكير غير العقلي وبالتالي يكون للأعضاء دور فعال في وقف وتحدي تفكير الفرد الخاطيء.
3. يسهم أعضاء المجموعة بتقديم الإقتراحات والإفتراضات وتنفيذ الأفكار غير العقلية وتقبل الأفكار العقلية.
4. تعتبر الواجبات البيئية ذات النشاط الموجه جزءاً أساسياً من عملية الإرشاد الجماعي العلاجي لمناقشتها داخل المجموعة سيسمح بتلقي تغذية راجعة من كل فرد داخل المجموعة لإحداث التغيير.
5. تعتبر المجموعة نشاطاً فعالاً للإجراءات النشطة المباشرة المتنوعة مثل لعب الدور، والتمرين على السلوك، التدريب على مهارة توكيد الذات وضبطها وأسلوب حل المشكلات والنمذجة.
6. تعتبر المجموعة كالمختبر ففيها يتم ملاحظة السلوك مباشرة وتجري عملية تحليله وتعديله.
7. يستطيع أعضاء المجموعة أن يكتشفوا مشاكلهم من خلال المجموعة.
8. تقدم المجموعة التغذية الراجعة، فالمشاركين يبدؤون برؤية أنفسهم كما يراها الآخرون، ويلاحظوا سلوكياتهم بشكل واضح، كما يمكنهم إكتساب مهارات إجتماعية خلال الجلسات.
9. عندما يكون تفكير أحد أعضاء المجموعة خاطئاً، فالأعضاء الآخرين والقائد يلتفتوا فوراً من أجل تصويبه.
10. يقدم العلاج الجماعي فرصة لأعضاء الجماعة على التفكير في بدائل عديدة كحلول للمشكلات أكثر مما هو عليه الحال في العلاج الفردي.
11. يقدم العلاج الجماعي بهذه الطريقة إستراتيجيات محددة لأفراد المجموعة لحل مشكلاتهم.
12. يعتبر العلاج أكثر إقتصادية من العلاج الفردي.
13. معدل أمن الجلسة في العلاج الجماعي ليس طويلاً أو مملاً أو مرهقاً¹.

11- مبادئ ومسلمات العلاج العقلاني الإنفعالي:

وضع إليس Ellis (1973) عدداً من المبادئ والمسلمات المرتبطة بنظريته وقد أكد ذلك نيلسون (1982)، وهي كالتالي:

¹ سعيد حسين، العزة، الإرشاد الجماعي العلاجي، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2000، ص 194-195.

11-1- العقلانية:

إن الإنسان ولد ولديه نزعة قوية لتحقيق السعادة والتخلص من الآلام، كما لديه رغبة قوية في إختبار العقلانية أي إختبار طرق التفكير الملائمة والواقعية والتي تؤدي إلى تحقيق هدف الإنسان في السعادة، وعلى العكس منها اللاعقلانية لدى الإنسان وتشمل طرق التفكير السالبة التي تجلب التعاسة والشقاء، كما تتضمن العقلانية تحقيق التوازن في التفكير بين المدى القريب هنا والآن والمدى البعيد المستقبل وتنشيط العقل في الإختيار.

11-2- العقل والإنفعال:

يقرر إليس Ellis أن التفكير والإنفعال مرتبطان عن قرب في علاقة تبادلية وثيقة، فالتفكير قد يصبح سببا للإنفعال والعكس صحيح، وأن كلا من التفكير والإنفعال يأخذان شكل حادثه الذات عن الإنفعالات وطرق التفكير.

11-3- الإنفعالات الملائمة وغير الملائمة:

يقرر إليس Ellis أن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي لا يرفض الإنفعال ولكن يدعو إلى الإنفعال بشكل ملائم أو لائق، أما الإنفعالات غير الملائمة فهي تكون متداخلة مع تحقيق الإتزان المعقول بين المدى البعيد والقريب فالحذر عند القيام بالمهام ضروري للوقاية من القلق. كما يرى أن إنفعالات الفرد غير الملائمة تعتبر العامل الأساسي في التفكير غير العقلاني ويعرض عدد من الإنفعالات المتداخلة على السلوك المضطرب منها: العدائية وعدم الإرتياح فهما الأساس في الفعل غير العقلاني.

11-4- الميول البيولوجية:

يقرر إليس Ellis أن الإنسان يولد ولديه نزعة قوية لأن يكون عقلانيا أو غير عقلاني فالكائن العضوي لديه إستعداد طبيعي لأن يسلك بطرق عقلانية وأن يعدل ويستبعد بعض أنماط السلوك غير المرغوب فيها. واللاعقلانية لدى الإنسان لا ترتبط بالمستوى الثقافي أو الإجتماعي فقد تنشأ من إحساس الفرد بالفشل أو فقدان شيء عزيز وقد اعتبر إليس Ellis (1979) أن هناك مبدئين أساسيين من أسس الشخصية في نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي.

أ- الأسس الفيزيولوجية للشخصية:

حيث تشير النظرية العقلانية الإنفعالية في الشخصية إلا أن الكائن الإنساني يصنع إضطراباته الإنفعالية بنفسه وأنه يولد ولديه رغبة قوية للقيام بذلك وأنه يتعلم من خلال الإشارات الإجتماعي تدعيم وتعزيز تلك الرغبة غير العقلانية.

ب- الأسس الإجتماعية للشخصية:

كما ترى النظرية الإنفعالية العقلانية أن النضج الإنفعالي هو إتران دقيق بين إهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الإهتمام بها ذلك أنه إذا كان هذا الإهتمام كبير جدا أو قليلا فإن الفرد سوف يميل إلى أن يخفق في تحقيق مصلحته، وأن يسلك بطريقة إجتماعية عدوانية، ويجب على الفرد أن يتفهم حقيقة أنه من المرغوب فيه أن يكون علاقات طيبة مع الآخرين، ولكن ليس ضروريا فإنه سوف يميل إلا أن يشعر بالإتران الإنفعالي.¹

ج- الأسس السيكولوجية:

والمتمثلة في نظرية إليس Ellis المعروفة بالأحرف الramزة (ABC) والتي أكملها بعد ذلك بالأحرف D;E;F ويرى أن معظم النظريات السيكولوجية، والمناهج العلاجية اهتمت بالمتغيرين (A) و (C) بينما أهملت المتغير الوسيط أو المعتقد (B) فالمتغير (A) في نظر إليس Ellis ليس له في حد ذاته قيمة كبيرة ولكن المهم هو القناعات أو المعتقدات التي تدرك على أساسها المتغير (A).

12- تقنيات العلاج العقلاني الإنفعالي²:

رغم أن العلاج العقلاني الإنفعالي يتضمن إعادة بناء التفكير أو البنية المعرفية ومناهضة الأفكار، إلا أنه يتضمن عدة تقنيات معرفية، سلوكية وإنفعالية، وبمأننا في صدد دراسة موضوع الإدمان فأردنا أن نتطرق إلى أهم التقنيات المستعملة في علاج المدمنين على المخدرات، وهذا لا يعني أنه لا يمكن إستعمال هذه التقنيات مع الإضطرابات النفسية الأخرى، إلا أنه ونظرا لطبيعة الموضوع فرض علينا أن نركز على تلك التقنيات وهي:

12-1- التقنيات المعرفية:

12-1-1- مناهضة المعتقدات الخاطئة:

إن العلاج العقلاني الإنفعالي يركز بشدة على هذه التقنية حيث هناك عدة أنواع للمناهضة وهي:

- مناهضة تعابير الإلزام والجبرية والمطالب Must، Demands، حيث أن هذه المناهضة تكون بطرح عدة أسئلة لماذا يتحتم علينا كذا وكذا... .
- بالإضافة إلى تقديم الأدلة والبراهين على تلك الإجابات فيما بعد.
- مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها بإستخدام تعبيرات مخيف، مريع... .

¹ إبراهيم عبد الله هشام، العلاج العقلاني السلوكي، دار الكتاب الحديث، 2001، ص24

² كفاقي علاء الدين، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر العربي، 1998، ص325

- مناهضة الإعتقاد لا أستطيع تحمل ذلك.
- مناهضة تحقير الذات وتصغيرها.
- مناهضة الحتمية واليأس.

12-1-2- العلاج بالإستماع:

حيث يتم الإستعانة بشرائط كاسيت تتعلق بمحاضرات تتضمن العلاج العقلاني الإنفعالي، حيث نجد في الأسواق الأمريكية العديد من الأشرطة الصوتية العلاجية التي تساعد مدمني الكحول والمخدرات في التغلب على القلق والإكتئاب وتحملهم الضعيف للإحباط.

12-1-3- فتح سجل لرصد المشاعر من لذة أو ألم:

حيث يدرّب المعالج العملاء على كيف يسجلون ويرصدون في دفتر يومي الآلام والمعاناة عن إدمانهم والمسرات المتأتية من الإقلاع عن الإدمان، ومن ثم يطلب منهم أن يقرأوا تلك النقاط مرات عديدة في اليوم. تطبيق فنية تشتيت الفكر:

ولدينا في ذلك أسلوب جاكسون 1942م في الإسترخاء المتصاعد المترقي Progressive Relaxation والتأمل وتمارين التنفس حيث أن هذه الطريقة تعمل على تهدئة المدمن وتعيق من النزوع نحو ولعه الإدماني، وهي تتسم بالفعل المضعف للقلق والتوتر¹.

12-2- التقنيات العاطفية الإنفعالية:

12-2-1- تمارين وتدريبات الهجوم على مشاعر الخجل:

إن مشاعر الخجل والإنزعاج أو الضيق والتحقير هذه المشاعر السلبية هي جوهر إضطراب النفس البشرية وغالبا ما نجد البشر يندفعون وراء تعاطي المخدرات من أجل التخفيف المؤقت من تلك الإضطرابات. لذا فقد استعمل هذا النوع من العلاج تمارين تكون مناهضة لهذه المشاعر ويكون ذلك بمطالبة العميل بالتخيل.

12-2-2- التخيل العقلاني- الإنفعالي:

هو من إبتداع ماكسي مولستي Maxie Maulsty وقد تم تعديله ليكون أكثر تعبيرا وملائمة للعلاج العقلاني الإنفعالي ويكون التمرين على الشكل التالي:

" أغمض عينك وتخيل بحيوية أسوأ شيء يمكن أن يصيبك الإنتكاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر فتصبح مخمورا مدمنا على الكحول أو المخدر ثانية ويتعكر صفو حياتك فتضطرب حياتك ويسوء الوضع في عمك تخيل هذا الموقف الكارثي تخيلا".

¹حمدي الحجار، العلاج النفسي الحديث للمخدرات، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان 2005، ص 35 .

"الآن ما هي حقيقة مشاعرك؟" في هذه الحالة ينتظر المعالج حتى يصرح العميل بالمشاعر الذي انتابته مثل القلق، الكآبة الغضب، الشعور بالذنب أو تحقير الذات وذمها وفي هذه الحالة يطلب المعالج ثانية من العميل تفسير مشاعره وتحويلها لتكون مشاعر إنزعاج أو تأسف أو إحباط.¹

12-2-3- الأحاديث الإيجابية مع الذات:

إن الأحاديث الإيجابية مع الذات تبدو فعالة ومجدية عندما يكررها العميل مع نفسه عدة مرات، حيث يستطيع المعالج أن يدرب العميل على التالي:

"ابتدع بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية وكرر هذه المقولات الذاتية على ذاتك بقوة إيجابية قوية عدة مرات حتى تشعر وكأنها نقشت في ذهنك، وحفظها على ظهر قلب ولكن تمنع في كل كلمة تقولها".
كما قد يمكنك تفكيرك العقلاني من كسب قدرة على إحباط والمحافظة عليها.²

12-2-4- منع حدوث الإستجابة:

إن أفضل تقنية يمكن إتباعها مع المدمنين هي أسلوب منع حدوث الإستجابة فالعلاج العقلاني الإنفعالي يشجع على تطبيق هذه التقنية وخاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى وذلك يكون بموافقة المدمن الدخول إلى المستشفى حيث تكون المراقبة الشديدة والغرض منها هو الوصول به إلى المراقبة الذاتية.

12-2-5- التدريب على إكتساب المهارات وحل المشكلة:

وصف Gagne 1966 حل المشكلة كعملية تعلم أو كنشاط تعلم يتعلق بسلوك الفرد يتم من خلال ملاحظة الأحداث أثناء حل المشكلة الذي يسهل تفسير الكفاءة لدى الفرد وهو يضم إستجابات بديلة تكون على شكل إتخاذ أحسن قرار أو إختيار سلوك.³

12-2-6- إستخدام طرق الإلهاء:

في هذا الصدد يمكن إستعمال عدة طرق سلوكية وإنفعالية وإدراكية للإلهاء عن التفكير والشعور والتصرف السلبي المضر، وتضم هذه الطرق التأمل والإسترخاء تمارين التنفس واليوغا والنشاطات الرياضية وغيرها من تقنيات التركيز الجسدي والعقلي، إلا أنه وحسب إليس Ellis أن طرق الإلهاء عملية واقعية ولكنها تمكن فقط الشعور بالتحسن فهي ليست طرق عميقة أو لائقة للصحة العقلية ولكنها غالبا ما تعمل بشكل جيد على المدى القصير.

¹ العامري منى محمد صلاح، دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج الإدمان، رسالة دكتوراه، 2000، ص 33.

² إليس ألبرت، العلاج الذاتي المعمق لعواطفك، الطبعة الأولى، ترجمة مركز التعريب والترجمة، الدار العربية للعلوم، ص 60.

³ سايل حدة وحيدة، مرجع سابق، ص 224

12-2-7- الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية وإرشادية تساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج أو المرشد والمتعالج، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف الفرد بعمل الواجبات المنزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لإكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها الفرد حديثا.

وكما يقول Ellis إن أردت أن تتعلم أكثر كيفية التخلص من الإدمان الخطير أو أي اضطراب حاد في الشخصية، إن شككت بأنك مصاب بهما استعن بطرق الشعور بالتحسن وخاصة التحسن وهو يقصد استخدام الطرق أو التقنيات السابقة الذكر.¹

13- دور الإرشاد الجماعي في علاج الإدمان:

الإرشاد الجماعي هو إلتقاء المرشد النفسي مع عدد من الأشخاص الذين تتشابه قضاياهم ومشكلاتهم من خلال المجموعة الإرشادية بعد أن يتم تشكيلهم في مجموعات صغيرة، والإرشاد الجماعي أحد طرق الإرشاد النفسي التي تتضمن مساعدة مجموعة من الأشخاص تتشابه مشكلاتهم من خلال حديث كل فرد منهم عن مشكلته، ومناقشتها مع الآخرين، ويستطيع أفراد المجموعة مع المرشد النفسي التوصل إلى طرق وأساليب لمساعدة كل فرد على مواجهة المشكلات والوصول إلى حلول لها. ويعتبر الإرشاد الجماعي من القطاعات الإرشادية الهامة التي يعمل بها المرشد النفسي. والمجموعة الإرشادية هي المكان الآمن التي يتحدث فيها الأفراد عن صعوباتهم وأسرارهم في جو يتصف بالتقبل غير المشروط، يخلو من اللوم والإنقذار، مما يدفع الفرد للتعبير عن مشاعره وأفكاره، فيفهم ذاته ويتقبلها ويتعلم المهارات الإجتماعية، ويتمكن من تحديد الأهداف ووضع البدائل المناسبة المشتركة مع مجموعته، ثم يعمل معهم لتحقيق هذه الأهداف التي تتصف عموما بأنها أهداف تكيفية وإنفعالية وإجتماعية.

ويهدف الإرشاد الجماعي إلى مساعدة الفرد ليفهم نفسه وقدراته وميوله ونقاط القوة والضعف لديه، ومساعدته في التعبير عن نفسه، وإبداء رأيه في جو من الأمن والتقبل والراحة، وتزويده بالثقة حتى يستطيع مواجهة مشاكله، وتنمية القدرة على تحمل المسؤولية، ومساعدته للبحث في هويته وأهدافه في الحياة (Corey; 1996)

ويؤكد باتريشا وستيفن (Patricie & Steven; 1996) على دور الإرشاد الجماعي في البرامج العلاجية للإدمان، ويشيران إلى أن الإرشاد الجماعي يجب أن يكون بمعدل جلستين في الأسبوع، وفي كل جلسة تبدأ

¹ إليس ألبرت، مرجع سابق، ص185.

المجموعة بالمناقشات والدخول إلى الجلسة وبنائها ويستغرق ما بين (10-15) دقيقة، ومن ثم يعطى من (45-55) دقيقة للسماح للأفراد بممارسة أعمال الجلسة وتمارينها وتحقيق أهدافها، وآخر (10) دقائق تستخدم لإنهاء وتلخيص الجلسة، والإرشاد الجماعي يجعل الأعضاء يشعرون بأنهم عناصر أساسية وفعالة في المجتمع، وتعليم المهارات الإجتماعية وزيادة الثقة بالنفس والألفة تبدأ بالظهور في جو المجموعة.

وعند الشروع في بناء برنامج إرشادي للأفراد المدمنين على المخدرات، فإنه لا بد لهذا البرنامج من أن يغير في الأشخاص أنفسهم، ويعلمهم مهارات حياتية جديدة، ويعلمهم كيف يطورون من نظرتهم إلى أنفسهم، بحيث يصبح الفرد قادرا على معرفة ذاته وعلى ممارسة حياتية تكيفية جديدة.¹

14- مراحل العلاج (عند المدمنين): يمر العلاج من الإدمان بأربع مراحل:

أ- مرحلة التجاهل PRECONTEM PLATION أي عدم إدراك الشخص المدمن لأضرار الإدمان بالرغم من أن المحيطين به يعلمون الأضرار.

ب- مرحلة النية أو العزم CONTEM PLATION ويقصد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان وينوي أن يقلع ولكن لم يتخذ قراره بعد.

ج- مرحلة الفعل ACTION وهو الذهاب فعلا إلى العلاج.

د- مرحلة الإستمرارية في التعاطي MAITENANCE RECOVERY والبعد عن كل ما يثير الإنتكاس مرة أخرى.

15- تقنية حل المشكلات:

تكسب المدمن القدرة على حل ما يواجهه من مشكلات أو إتخاذ القرار حيث يرى (STONER WANKLER)، أن حل المشاكل وإتخاذ القرار عمليتان متلازمتان وتسيران وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هي :

- تحديد المشكلة.
- وضع أكبر قدر من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حل واحد نهائي ومنفق عليه لأي مشكلة).
- التقويم أو المفاضلة بين البدائل وإختيار الأفضل.
- الشروع في تنفيذ البديل المختار ومتابعة تنفيذه.

¹ محمد أحمد مشابقة، مرجع سابق، ص ص 114-115.

- خطوات إعداد البرنامج التأهيلي لمدمني المخدرات: إن أي برنامج تأهيلي لابد أن يشتمل على الخطوات الآتية:

1. المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

- لا بد أن تتوفر لدى القوائم بالبرنامج مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات تتمثل فيما يلي:
- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر إنتشارا.
- الأنماط السائدة للتعاطي في المجتمع.
- التكرار (كم مرة في وحدة زمنية معينة ولتكن أسبوعا مثلا).
- المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطي حتى الآن).
- دوافع العلاج وهل تم الإجبار أم بالإختيار؟
- الأسباب التي تؤدي إلى الإنتكاس عقب المرور بتجربة العلاج.
- تحديد الجمهور (العينة) المستهدفة من وراء هذا البرنامج.

2. الخلفية النظرية/ فرص التدريب اللازمة للقائمين على برنامج التأهيل:

تتمثل هذه الخلفية في توفر جملة من الخصائص للأشخاص المعالجين كالدراسات الأكاديمية، فرص التدريب، الإتجاه نحو الإدمان، درجة من الدافعية للعمل في برنامج التأهيل.

3. إعداد البرنامج:

ويتم ذلك من خلال الأخذ بعين الإعتبار ما يلي:

- هدف البرنامج ومحتواه: تأهيل المدمن والمحافظة على إستمرار تعافيه ومنع الإنتكاسة أو أي علاقات قد تقود إليها.
- بنية البرنامج: تحديد المدة وعدد الجلسات وطبيعة الفنيات أو العلاجات التي تستخدم، محتوى الجلسات وزمن كل جلسة ومكان التأهيل.

4. إجراءات تنفيذ البرنامج:

تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل ووضع تصور لكيفية التنفيذ التكنيك أو الفنية التي ستطبق كل جلسة.

5. تقويم البرنامج:

أ- القياس القبلي للمتغير التابع (الالهفة على الإدمان مثلا أو سلوكيات معينة كانت تضر بالشخص وتجعله يستمر في الإدمان) ، (قلق، اكتئاب، عدم توكيد الذات، خجل، مخاوف عدم القدرة على حل المشاكل وإتخاذ القرارات).

ب- القياس البعدي للمتغير التابع ومقارنة نتائج القياس القبلي بالبعدي، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات أو الإستمرار في البرنامج.

6. النتائج النهائية:

حيث يتم فيها تحليل نتائج التقييم النهائي للبرنامج وسوف يكون أمامنا محوران:
الأول: نتائج إيجابية: حيث أن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على إستمرار تعافيتهم، وأن هذا التعافي (أو التغيير في السلوك) قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الإجتماعية.
الثاني: نتائج سلبية: مثل حدوث سقطة LAPES أو إنتكاسة PESRELA وقد جعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر في محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانب التي تكون قد أغفلت عند التصميم الأول للبرنامج.¹

¹ محمد حسن غانم، المدمنون وقضايا الإدمان، دراسة نفسية إستطلاعية، مجلة علم النفس، ص 244-249

خلاصة:

يتضح من خلال عرضنا لهذا الفصل أن العلاج النفسي الجماعي زاد استخدامه واتسع نطاقه حيث شمل العديد من المجالات وإستخدم مع العديد من الفئات، كما تنوعت أساليب وفنيات تطبيقه وأصبح علاجاً قائماً بذاته يخضع إلى معايير وقواعد وشروط تحكم الجماعة العلاجية، وقد طبق بشكل واسع وأثبتت فعاليته مع فئة المدمنين على المخدرات، كونه علاج يتضمن مساعدة مجموعة من الأشخاص تتشابه مشكلاتهم ويسمح بإتاحة الفرصة لجميع الأعضاء بالحديث عن ذواتهم والتعبير عن رغباتهم والتنفيس عن إنفعالاتهم ومناقشة أفكارهم مع الآخرين، ويستطيع هؤلاء بتوجيه المعالج التوصل إلى طرق وأساليب تساعد على مواجهة المشكلات والوصول إلى حلول لها فهو يقدم بدائل عديدة أكثر مما هو عليه العلاج الفردي، ويشترط أن يسود جو المجموعة التقبل غير المشروط، والثقة المتبادلة وتحقيق التفاعل الذي يدفع الفرد للتعبير عما يختلجه، فيقيم ذاته ويتقبلها ويتعلم المهارات الإجتماعية ويتمكن من وضع البدائل المناسبة ثم يعمل مع المجموعة لتحقيق أهدافه التي تكون غالباً أهدافاً تكيفية وإنفعالية وإجتماعية.

فضلاً عن أنه يختصر الوقت والجهد والمال فمعدل زمن الجلسة في العلاج الجماعي ليس طويلاً أو مملاً أو مرهقاً، ويمكن الأفراد المدمنين على المخدرات من فهم لأنفسهم ويعلمهم مهارات حياتية جديدة وكيف يطورون نظرتهم إلى أنفسهم وإلى غيرهم بحيث يصبح المدمن قادراً على معرفة ذاته وممارسة مهارات تكيفية جديدة.

الفصل الرابع:

الإطار المنهجي للدراسة "

الطريقة والإجراءات"

الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

1- الدراسة الإستطلاعية.

1-1- أهداف الدراسة الإستطلاعية

1-2- وصف عينة الدراسة الإستطلاعية

1-3- وصف أداة القياس المستعملة في الدراسة

2- الدراسة الأساسية

1-2- مجالات تطبيق الدراسة الأساسية

1-1-2- المجال المكاني للدراسة الأساسية

1-2-2- المجال الزمني للدراسة الأساسية

2-2- عينة الدراسة الأساسية.

3- التصميم التجريبي المستخدم.

1-3- نوعه

2-3- إجراءاته

3-3- مبرراته

4- أدوات الدراسة الأساسية

1-4- المقابلة

2-4- المقياس

3-4- البرنامج العلاجي

5- الأساليب الإحصائية المعتمدة.

1- الدراسة الإستطلاعية:

إن الدراسة الإستطلاعية تقرب الباحث من ميدان بحثه وتزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة، وبهذا فهي " تعتبر أساساً جوهرياً لبناء البحث " ¹.

وكذلك شرطاً أساسياً ومدخلاً ضرورياً للدراسة الأساسية، فهي تساعد الباحث على الربط بين الجانب النظري والجانب التطبيقي.

لذا توجهت الباحثة إلى العيادة المتعددة الخدمات " بن تومي السعيد " المركز الوسيطي لمكافحة الإدمان على المخدرات حي بلير سطيف، للتأكد من توفر العينة اللازمة لإجراء الدراسة، لكن إتضح عدم ملائمة طريقة العلاج في ذلك المركز حيث يقتصر فقط على العلاجات الفردية بينما تهدف دراستنا الحالية إلى تطبيق برنامج علاجي جماعي.

بعدها توجهت الباحثة إلى مستشفى الأمراض العقلية بعين عباس، سطيف، حيث لم تتوفر كذلك العينة الملائمة لدراستنا كون المدمنين في ذلك المستشفى لم تقتصر مشكلاتهم في الإدمان فقط بل تعدت ذلك إلى ظهور أمراض عقلية لديهم، حيث لم يكن علاجهم يهدف إلى التخفيف من أعراض الإدمان بل علاج الأمراض العقلية المصاحبة له.

وبالتالي اضطرت الباحثة إلى البحث عن مركز آخر يلائم طبيعة موضوع الدراسة فتوجهت إلى المستشفى الجامعي فرانتز فانون بولاية البليدة حيث تتوفر على عدة مصالح علاجية من بينها مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان، ويعتبر أول مركز بالجزائر، افتتح أبوابه عام 1996م.

1-1- أهداف الدراسة الإستطلاعية:

لقد تم إختيار مركز فرانتز فانون بالبليدة لتطبيق الدراسة الحالية والتي تبلورت أهدافها فيما يلي:

- توفر العينة وضبط إشكالية الدراسة وفروضها.
- التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس المعتمد في الدراسة أي حساب معاملات الصدق والثبات ومدى ملائمة الأداة لمستوى أفراد العينة وفهمهم ل فقراتها.
- إمكانية تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي المقترح، والتعرف على مدى صلاحيته لأفراد العينة الإستطلاعية في مرحلة أولى من أجل إكتشاف بعض جوانب النقص في إجراءات التطبيق.

¹ محي الدين مختار، بعض تقنيات البحث وكتابة التقرير، مجلة دراسات في المنهجية (د، ط) ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2000، ص 47.

- أجريت الدراسة في الفترة الممتدة من شهر جانفي 2015 إلى غاية شهر مارس 2015م.

1-2- وصف عينة الدراسة الإستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من ستين (60) مدمناً ذكراً من المقيمين وغير المقيمين بمستشفى فرانتز فانون بالبلدية وفيما يلي جداول توضح توزيع أفراد العينة الإستطلاعية حسب متغيرات السن، المستوى التعليمي، نوع المخدر، مدة الإدمان، عدد مرات الإستشفاء (الدخول إلى المركز).

جدول رقم (2) مواصفات العينة الإستطلاعية حسب العمر الزمني:

العمر الزمني	التكرار	النسبة المئوية
22-18	10	18.33%
27-23	19	31.67%
32-28	16	26.67%
37-33	9	15%
42-38	5	8.33%
المجموع	60	100%

التعليق على الجدول (02):

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسبة هي 31.67% تعود للفئة العمرية المحصورة ما بين [27-23] سنة، تليها الفئة العمرية المحصورة ما بين [32-28] سنة بنسبة 26.67%، ثم الفئة التي تقع أعمارها بين [22-18] سنة بنسبة 18.33% لتأتي بعدها الفئة العمرية ما بين [37-33] سنة في المرتبة ما قبل الأخيرة وقدرت نسبتها بـ 15% وأخيراً الفئة العمرية بين [42-38] سنة قدرت نسبتها بـ 8.33%، يتضح من خلال نتائج الجدول أن غالبية أفراد العينة هم ممن تتراوح أعمارهم بين [27-23] سنة وكذلك ما بين [28-32] سنة ثم تليها مباشرة الفئة التي تقع أعمارها ما بين [18-22] سنة.

وتفسير ذلك حسب وجهة نظر الباحثة وإستنادا إلى آراء الأخصائيين النفسيين والسيكاتريين المتواجدين

على مستوى المركز من جهة وحسب ما إستشفته الباحثة من بعض الدراسات السابقة من جهة أخرى أن:

- أكبر نسبة تعاني من الإدمان هي فئة المراهقين والشباب وذلك يرجع إلى طبيعة المرحلة العمرية.
- يظهر لدى هؤلاء أن بداية سن التعاطي كان مبكراً جداً.

الفصل الرابع _____ الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

- حسب دراسة محمود 2001م ودراسة فوزية 2010م على عينة من الشباب تراوحت أعمارهم بين [18-30] سنة و[24-35] سنة على الترتيب فإن أفراد هذه الفئة العمرية يتميزون بضعف الأنا وعدم كفاية الأنا الأعلى إضافة إلى عدم النضج الوجداني.

- حسب دراسة نوبيات قدور 2006م التي أثبتت وجود إتجاهات إيجابية لدى الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات.

- حسب دراسة عمر 2004م على فئة عمرية بين [20-29] سنة نسبة الإدمان لديهم تراوحت 36,21% بينما الذين بدأوا بعد سن الثلاثين فقد بلغت النسبة 10,34% من أفراد العينة.

جدول رقم (03) مواصفات العينة الإستطلاعية حسب المستوى التعليمي:

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
40%	24	إبتدائي
30%	18	متوسط
18.33%	11	ثانوي
11.66%	7	جامعي
100%	60	المجموع

التعليق على الجدول رقم (03):

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر نسبة هي 40% وتمثل المستوى التعليمي الإبتدائي ثم يليه مباشرة نسبة 30% التي تمثل المستوى التعليمي المتوسط ثم يليه المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 18,33% وأخيراً المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 11,66%.

يتضح من خلال إستقرائنا للجدول أن أغلبية أفراد العينة الإستطلاعية من ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، ثم تبدأ النسبة في التناقص تدريجياً عبر المستويات التعليمية المتوسط ثم الثانوي ثم الجامعي على الترتيب وبالتالي يمكن أن نستنتج من خلال الجدول أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما قلت نسبة الإدمان، وكلما تدنى المستوى التعليمي كلما زادت نسبة الإقبال على الإدمان.

وهذا ما أكدته دراسة هينجن وزملاؤه 2004م حيث خلصت إلى أن أغلب المتعاطين يفتقرون إلى التعليم. ودراسة علي الغريب 2006م حيث صنفت المدمنين حسب المستوى التعليمي المتدني في المرتبة الأولى.

جدول رقم (04): مواصفات العينة الإستطلاعية حسب نوع المخدر

نوع المخدر	التكرار	النسبة المئوية
الهيروين	8	13.33%
الحشيش (الكيف)	7	11.66%
الكحول	12	25%
مدمني الحبوب (الأدوية النفسية)	15	25%
جميع الأنواع السابقة	18	30%
المجموع	60	100%

التعليق على الجدول رقم (04):

نلاحظ من خلال الجدول أن أكبر نسبة حسب نوع المخدر المتعاطي قدرت بـ 30% وتمثل جميع الأنواع (هيروين، حبوب، كحول، حشيش) ثم تليها نسبة 25% وتمثل مدمني الحبوب والأدوية النفسية وليس ببعيد عنها نسبة 20% وتمثل مدمني الكحول، ثم نسبة 13,33% وتمثل مدمني الهيروين، وأخيراً نسبة 11,66% لتمثل مدمني الحشيش أو الكيف.

يتضح من خلال الجدول أن الإدمان على المخدرات لم يقتصر على نوع واحد فقط، بل هو يتوزع في عدة أنواع، ويرجع ذلك إلى طبيعة شخصية كل مدمن وإتجاهه نحو موضوع إدمانه، وإرتباطه معرفياً ووجدانياً وسلوكياً، حيث يعود إختيار المادة الإدمانية إلى خصائص شخصية المدمن.

وما يفسر إرتفاع نسبة تناول كل الأنواع حسب وجهة نظر الباحثة وحسب وجهة نظر المدمنين أنفسهم، يرجع إلى طول فترة الإدمان وعدم كفاية نوع واحد من المخدرات، بمعنى أن المدمن يطمح دائماً إلى زيادة كمية الجرعات كون الجرعات المتعود عليها لم تعد تفي بالغرض ولم تعد تعطي التأثير المطلوب لذا يلجأ المدمن إلى إستعمال أنواع أخرى من المخدرات بحثاً عن الأفضل.

جدول رقم (05) مواصفات العينة الإستطلاعية حسب مدة الإدمان

النسبة المئوية	التكرار	مدة الإدمان
30%	18	[من 2 إلى 5 سنوات]
16.66%	10	[من 6 إلى 9 سنوات]
23.3%	14	[10 إلى 13 سنة]
13.33%	8	[من 14 إلى 17 سنة]
10%	6	[من 18 إلى 21 سنة]
6.66%	4	[من 22 إلى 25 سنة]
100%	60	المجموع

التعليق على الجدول رقم (05):

نلاحظ من خلال الجدول أن الفئة التي يقع مجال مدتها الإدمانية من [2 إلى 5 سنوات] هي أكبر نسبة حيث قدرت بـ 30%، تليها الفئة التي تقع ضمن مجال من [10 إلى 13 سنة] بنسبة 23,3%، ثم تأتي بعدها الفئة التي تقع ضمن مجال من [6-9 سنوات] بنسبة 16,66% ثم يليها المجال الذي يضم الفئة التي يقع مستوى عمرها الإدماني من [14 إلى 17 سنة] بنسبة 13,33%، ثم تليها في الترتيب أيضا فئة يقع مجال عمرها الإدماني من [18 إلى 21 سنة] بنسبة 10% وصولا إلى آخر نسبة وهي 6,66% للفئة التي يقع مجال مدة الإدمان ضمنها من [22 إلى 25 سنة].

وتشير العينة الإستطلاعية من خلال هذا الجدول إلى أن الفئة الأكثر تكراراً والتي تقع في مجال من [2-5 سنوات] هي التي تمثل أكبر نسبة وقدرت بـ 30% وهي الفئة الأكثر إقبالا على العلاج، وهذا راجع حسب وجهة نظر الباحثة إلى توفر كل من الوعي بالعلاج والأمل والتقاؤل وزيادة الدافعية نحوه.

أما الفئة التي تقع ضمن مجال من [22 إلى 25 سنة] فتمثل أقل نسبة والتي قدرت بـ 6,66%، وقد يرجع ذلك إلى طول مدة الإدمان أو الخبرة الإدمانية وطول مدة المعاناة ونقص التقاؤل والأمل وبالتالي إقبال نسبة قليلة على العلاج.

عدد المرات	التكرار	النسبة المئوية
مرة واحدة	27	45%
مرتين	23	38.33%
ثلاث مرات	6	10%
أربع مرات	4	6.66%
المجموع	60	100%

التعليق على الجدول رقم (06):

نلاحظ من خلال الجدول تباين عدد مرات الدخول أو الإستشفاء بالمركز حيث تحتل نسبة 45% أولى المرات والتي تمثل الدخول إلى المركز لأول مرة تليها نسبة تقاربها هي 38,33% لتمثل عدد الدخول إلى المركز بمرتين، ثم 10% لعدد ثلاث مرات ثم 6,66% لعدد أربع مرات على الترتيب. يتضح من خلال الجدول أن نسبة الإقبال على العلاج تتناقص من مرة واحدة إلى أربع مرات بالتدرج، حيث تحتل أكبر نسبة إقبال المرتبة الأولى وذلك راجع إلى رغبة المدمنين في إكتشاف أو الإنخراط ضمن مجموعات العلاج لأول مرة.

بينما تتناقص في العدد أربع مرات نتيجة إحساس المدمنين بفشل المحاولات العلاجية وسيطرة اليأس وعدم التناؤل لدى المدمنين الذين عاشوا خبرة أو تجربة العلاج من قبل.

1-3- وصف أداة القياس المستخدمة في الدراسة:

قد تم إعداد وبناء مقياس متعدد الأبعاد من طرف الباحثة، للحصول على بيانات كمية ومعالجة فرضيات الدراسة إحصائياً وقد تم بناء هذه الأداة بعد الإطلاع على مجموعة من الدراسات التي تناولت موضوع الإبتكاسة والعود إلى تعاطي المخدرات بعد التعافي، مثل دراسة عبد الحميد أبو زيد سنة 1998 حول إتجاهات المدمنين نحو الإبتكاسة، ودراسة يوسف بن سطاتم العنزي سنة 2010 حول الذكاء الإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات ودراسة عبد الحميد أبو زيد 2003 حول لهفة الإدمان، ودراسة صالح بن سفير لعام 2008 حول وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهيروين، ودراسة جونسون وآخرون لعام 1991 حول معايير وجهة الضبط للتنبؤ بالإبتكاسة لدى مجموعة من الكحوليين وغيرها من الدراسات التي تم عرضها بشكل مفصل في جزء الدراسات السابقة للدراسة الحالية. وقد تمثلت أبعاد المقياس في أربعة أبعاد وهي:

الفصل الرابع _____ الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

- **البعد الأول:** الانتكاسة وتضمن (11) بنداً، تتعلق بمعتقدات وأفكار الفرد وإتجاهاته نحو الانتكاسة.
 - **البعد الثاني:** اللهفة أو الإشتياق وتضمن (14) بنداً تتعلق بأفكار الفرد ومعتقداته ومشاعره نحو اللهفة والإشتياق.
 - **البعد الثالث:** وجهة الضبط الخارجية وتضمن (13) بنداً تتعلق بطريقة تفسير الفرد وإدراكه لمركز التدييمات الخارجي.
 - **البعد الرابع:** الذكاء الوجداني وتضمن (19) بنداً، مقسمة بدورها إلى خمسة أبعاد جزئية:
 - بعد الوعي بالذات:** وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على الإلتباه والإدراك الجيد للإنفعالات والمشاعر والوعي بالعلاقة بين المشاعر والأفكار والأحداث.
 - بعد إدارة الإنفعالات:** وتضمن أربعة (4) بنود تتعلق بالقدرة على التحكم والسيطرة على الإنفعالات وتهدئة النفس أمام المواقف الضاغطة.
 - بعد الدافعية:** وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على التفاوض وتحفيز النفس على التقدم نحو أفضل الحالات والتغلب على العقبات.
 - بعد التقمص الوجداني أو التعاطف:** وتضمن ثلاثة (3) بنود تتعلق بالقدرة على فهم أفكار ومشاعر الآخرين والإهتمام بهم والإحساس بإنفعالاتهم حتى وإن لم يفصحوا عنها.
 - بعد المهارات الإجتماعية:** وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على التأثير الإيجابي في الآخرين والقدرة على إختيار أنسب الطرق للتعامل مع الوضعيات سواء أشخاص أو مواقف.
- **طريقة الإجابة:**

تتم الإجابة على فقرات المقياس بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة حسب البدائل المقدمة (ينطبق دائماً، ينطبق عادة، ينطبق أحياناً، ينطبق نادراً، لا ينطبق).

- **الأوزان:**

قدرت الأوزان المعطاة لبدائل الأجوبة بالنسبة لأداة الدراسة الحالية في حالة الفقرات الموجبة كما يلي:

- (04) علامة للإجابة ب ينطبق تماماً.
- (03) علامة للإجابة ب ينطبق عادة.
- (02) علامة للإجابة ب ينطبق أحياناً.
- (01) علامة للإجابة ب ينطبق نادراً.
- (00) علامة للإجابة ب لا ينطبق.

وتعكس هذه الأوزان في حالة الفقرات السالبة.

وقد تم تقدير صدق أداة القياس المستعملة على:

1-3-1- صدق المحكمين:

يعرف صدق المحكمين بأنه المظهر العام للإختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوح هذه المفردات ويتناول كذلك تعليمات الإختبار ومدى دقتها وموضوعيتها وكذلك مدى مطابقتها إسم الإختبار على الموضوع الذي يقيسه¹.

تعد طريقة صدق المحكمين من أشهر الطرق نتيجة سهولة إستخدامها، وكذا لأنها تشمل آراء مجموعة من المختصين حول موضوع معين، حيث تسهل إستفادة الباحث من خبرات المختصين في تعديل فقرات المقياس، وفي الدراسة الحالية تم عرض المقياس على (7) محكمين، إلا أنه لم يتم الرد إلا من طرف 4 محكمين كما هو مشار إليه في الجدول المعروض في الملحق رقم(06)، وكان يرجى منهم إبداء آرائهم حول:

- مدى وضوح التعلية وذلك بوضع علامة (x) في إحدى الخانتين (واضحة) أو (غير واضحة).
- كفاية البدائل وذلك لمعرفة مدى ملائمة عدد بدائل الأجوبة بوضع علامة (x) في إحدى الخانتين (مناسب) أو (غير مناسب).

- صياغة الفقرات ومدى إنتمائها للأبعاد وذلك بوضع علامة (x) في إحدى الخانتين (مناسب) أو (غير مناسب).

مع ترك مجال لتزويدنا ببعض الإقتراحات. (ملحق رقم 01)

وكانت نتيجة صدق التحكيم كما هو مبين فيما يلي:

الجدول رقم (07) يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص مدى وضوح التعلية

إجابات المحكمين		التعلية الموجهة للمبحوثين
غير واضحة	واضحة	
0	4	

يتضح من الجدول رقم (07) أن نتائج صدق المحكمين الخاصة بالتعلية كانت إيجابية باتفاق كل المحكمين.

¹ مقدم عبد الحفيظ، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003، ص150.

الجدول رقم (08) يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص كفاية البدائل وملائمتها

إجابات المحكمين		بدائل الأجوبة
غير مناسبة	مناسبة	
0	4	

يتضح من الجدول رقم (08) أن نتائج صدق التحكيم فيما يخص كفاية البدائل إتسمت بموافقة كل المحكمين.

الجدول رقم (09) يوضح نتائج صدق التحكيم فيما يخص صياغة الفقرة ومدى إنتمائها للبعد

الأبعاد	أرقام الفقرات التي تنتمي إليها		إجابات المحكمين	
	مناسبة	غير مناسبة	مناسبة	غير مناسبة
الإنكاسة	1، 5، 9، 13، 17، 21، 25	1، 5، 9، 17، 33	1، 5، 9، 17، 33، 41، 53	13، 21، 25، 29، 37، 45، 49
اللهفة	2، 6، 10، 14، 18، 22، 26	2، 6، 14، 18، 22	2، 6، 14، 18، 26، 30، 34، 38، 42، 50، 54، 57	10، 30، 46، 57
وجهة الضبط	3، 7، 11، 15، 19، 23، 27	3، 7، 11، 15، 19، 23	3، 7، 11، 15، 19، 23، 27، 31، 35، 39، 43، 47، 51، 55	7، 11، 35، 39
الذكاء الإنفعالي	4، 8، 12، 16، 20، 24، 28	4، 8، 12، 16، 20	4، 8، 12، 16، 20، 24، 28، 32، 36، 40، 44، 48، 52، 56، 58	24، 36، 40، 56

من خلال الجدول رقم (09) يتضح أنه بالنسبة: لبعد الإنكاسة، تمت المصادقة من قبل المحكمين على فقراته ما عدا الفقرات رقم (13، 21، 25، 29، 37، 45، 49) وقد تم حذف بعض الفقرات غير المناسبة وإعادة صياغة بعضها الآخر، كالفقرات المركبة والمتشابهة، حيث بلغ عددها في الصورة الأولية 14 بنداً ليصبح 11 بنداً في الصورة النهائية.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

أما بالنسبة لبعدها اللهفة فتم الإتفاق على أغلب الفقرات ما عدا الفقرات (10، 30، 46، 57)، فبعدها كان البعد يتضمن 15 بنداً أو فقرة في الصورة الأولية أصبح يتضمن 14 بنداً في الصورة النهائية كذلك تمت إعادة صياغة بعض الفقرات كونها مركبة وحذف أخرى كونها مكررة.

أما بالنسبة لبعدها وجهة الضبط فتم الاتفاق على كل الفقرات ما عدا (7، 11، 35، 39، 43، 55)، حيث تم حذف بعضها وإعادة صياغة بعضها الآخر، وأصبح عدد فقرات البعد 13 فقرة في الصورة النهائية بدلا من 14 فقرة في الصورة الأولية.

أما بالنسبة لبعدها الذكاء الوجداني بما فيه من أبعاد جزئية، فتم الإتفاق على كل الفقرات ما عدا (24، 36، 40، 56، 28)، أما الفقرات المتفق عليها، طلب منا تعديلها وإعادة صياغة بعضها، أما من حيث عدد فقرات المقياس ككل فبقي العدد نفسه وذلك من خلال إستبدال الفقرات المحذوفة بأخرى تم الإتفاق عليها.

جدول رقم (10) يمثل عينة لبعض الفقرات المحذوفة والمعدلة

الفقرات المعدلة		الفقرات المحذوفة
الفقرة بعد التعديل	الفقرة قبل التعديل	
- يعود الفشل في الحياة إلى نقص خبرتي.	- يعود الفشل في الحياة إلى سوء الحظ والجهل والكسل.	- عدم ثقة الأهل والمراقبة الصارمة تثير عنادي وغضبي.
- تلعب الوراثة دوراً هاماً في تحديد شخصية الفرد بالنجاح أو الفشل.	- تلعب الوراثة دوراً هاماً في تحديد شخصية الفرد.	- أرغب في الموت قبل أن أصاب بالإنكاسة.
- أفقدي الإدمان القدرة على التخطيط لمستقبلي.	- لا أملك القدرة على التخطيط لمستقبلي.	- لا فائدة من التعلق بأصدقاء السوء.
- أعتقد أن مشكلاتي لن تنتهي مادمت أعيش الظروف نفسها.	- لن تنتهي مشكلاتي في الظروف نفسها.	- الإنكاسة تدمير لذاتي.
- يقع الأبناء في المشكلات بسبب سوء المعاملة الوالدية.	- يقع الأشخاص في المشاكل بسبب المعاملة الوالدية.	- يحقق لي التعاطي نشوة عارمة.
- أقدم على الإنكاسة للتخفيف من المشاكل التي تواجهني.	- ألجأ إلى الإنكاسة كحل لمشاكلي.	- تتراوح مدة التوقف عن التعاطي 12 شهراً فما فوق.
		- الإنتماء لأسرة ليس بالأمر المهم.
		- بإمكانني السيطرة على مشاعر الإستياق لفترة قصيرة ولكن سرعان ما أعود إليه.

قامت الباحثة بتوزيع المقياس على الأساتذة المحكمين بعد حذف بعض الفقرات وتعديل صياغة بعضها الآخر، وقد تمت الموافقة على التعديلات التي مست المقياس.

1-3-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

1-3-2-1- الصدق:

تم تقدير الصدق بالنسبة لمقياس "الإنكاسة متعدد الأبعاد" من خلال الإتساق الداخلي والصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية.

1-3-2-1-1- صدق الإتساق الداخلي:

يهدف الإتساق الداخلي إلى تقدير مدى إتساق كل بند من بنود المقياس مع البعد الذي ينتمي إليه، من خلال تقدير مدى إرتباط البنود مع أبعادها، وبإعتبار أن بنود المقياس تنتمي للمستوى الرتبي، تم إستخدام معامل إرتباط سبيرمان للرتب.

البعد الأول: الإنكاسة.

يوضح الجدول التالي معاملات إرتباط كل بند من بنود بعد " الإنكاسة " والدرجة الكلية للبعد، عند مستوى دلالة 0,05.

رقم	البند	قيمة الإرتباط	الدلالة
01	أعتقد أنّ فكرة الإنكاسة تلازمي طوال الوقت.	0.828	0.000
05	أقدم على الإنكاسة للتخفيف من المشاكل التي تواجهني.	0.763	0.000
09	أحلم أن إنتكس وأحقق لذة التعاطي من جديد.	0.728	0.000
13	طالما أشعر بأنّ الإنكاسة هي مصيري.	0.634	0.000
17	أعاود التعاطي رغم الضرر الذي يصيب جسمي.	0.574	0.000
21	ليس بإمكانني التخلي عن التعاطي.	0.321	0.013
25	أنا عازم ألا أنتكس.	0.550	0.000
29	شعوري بالإحباط والتوتر يحفزني على التعاطي ثانية.	0.158	0.227
33	الإحتفال بالمناسبات السعيدة يدفعني إلى الإنكاسة.	0.745	0.000
37	أعتبر المخدر راحة لي من كل صراعاتي.	0.649	0.000
56	أنتكس لأنني غير مقتنع بالكف عن الإدمان.	0.220	0.091

جدول (11) يوضح معامل الإرتباط بين كل بند من بنود بعد الإنكاسة والدرجة الكلية للبعد

يتضح من الجدول أن كل معاملات الإرتباط دالة ماعدا بند رقم 29 والبند رقم 56 التي سيتم حذفهما، وهذا يعني أن البعد صادق لما وضع لقياسه، حسب صدق الإتساق الداخلي.

البعد الثاني: الذكاء الوجداني.

يوضح الجدول التالي معاملات إرتباط كل بند من بنود بعد " الذكاء الوجداني " والدرجة الكلية للبعد، عند مستوى دلالة 0,05.

رقم	البند	قيمة الإرتباط	الدلالة
04	لا أعلم إذا كانت قدراتي قد تساعدني على العيش دون مخدرات.	0.522	0.000
08	عندما أكون متضايقا فإنني أكون على وعي بما يحدث لي.	0.427	0.001
12	أؤمن بقدرتي على مواجهة المشكلات بدلا من التجنب والهروب.	0.513	0.000
16	أعجز عن فهم ما بداخلي من أفكار ومشاعر.	0.499	0.000
20	أستطيع السيطرة على نفسي أمام أي أمر مزعج.	0.386	0.002
24	أغضب إذا ضايقتني الناس بأسئلتهم.	0.199	0.128
28	لا أستطيع التحكم في إنفعالاتي.	0.201	0.123
32	أفضل التفكير جيدا قبل القيام بأي تصرف.	0.262	0.043
36	عموما أعتقد أن تتحسن الأمور مستقبلا رغم كل الإنتكاسات التي تحدث لي.	0.360	0.005
39	أعتقد أن كل المحاولات فاشلة لعلاجي من الإدمان.	0.456	0.000
40	أجيد فهم الأفكار ومشاعر الآخرين دون الإفصاح عنها.	0.286	0.026
41	أحرص على إحترام القانون.	0.067	0.613
44	أعاود التعاطي لأنه يمدني بالقوة والنشاط.	0.058	0.661
45	أعتقد أنني شخص إجتماعي.	0.393	0.002
46	أسعى جاهدا للتخلص من سلبياتي.	0.336	0.009
49	أعتبر نفسي محل ثقة الآخرين.	0.361	0.005
50	من السهل علي تكوين أصدقاء جدد.	0.360	0.005
51	لا أجد رغبة في إنجاز وظائفني.	0.278	0.031
54	لا أبالي بمشاعر وأحاسيس الآخرين.	0.332	0.010
57	لا أحبذ إبداء رأبي أثناء المناقشات الجماعية.	0.434	0.001

جدول (12) يوضح معامل الإرتباط بين كل بند من بنود بعد الذكاء الوجداني والدرجة الكلية للبعد

يتضح من الجدول أن كل معاملات الإرتباط دالة ما عدا البند رقم 24 والبند رقم 28 والبند رقم 41 والبند رقم 44، والتي سيتم حذفهم، هذا يعني أن البعد صادق لما وضع لقياسه، حسب صدق الإتساق الداخلي.

يوضح الجدول التالي معاملات إرتباط كل بند من بنود بعد " اللهفة " والدرجة الكلية للبعد، عند مستوى دلالة 0,05.

رقم	البند	قيمة الإرتباط	الدلالة
02	ليس من السهل أن أتحمل الحرمان من تعاطي المخدرات.	0.423	0.001
06	أشعر أنني مشتاق إلى المخدر.	0.346	0.007
10	تفكيرى في المخدر يعيقني على أداء وظائفى.	0.521	0.000
14	بإمكاني السيطرة على مشاعر الإشتياق.	0.722	0.000
18	أفكر في المخدر أكثر من أي شيء آخر.	0.503	0.000
22	في لحظات إشتياقى للمخدر يزداد قلقي وتوترى.	0.492	0.000
26	أعتقد أن لهفتى هي أكبر دافع للتعاطى مرة أخرى.	0.545	0.000
30	تزداد لهفتى للمخدر كلما رأيت أصدقاء التعاطى.	0.090	0.493
34	تسيطر على ذكريات الإستمتاع بالمخدر.	0.628	0.000
38	أنا قادر على تحمل ألم الإشتياق.	0.687	0.000
43	لا أستطيع القيام بوظائفى اليومية في حالة الإشتياق إلى المخدر.	0.560	0.000
48	أصاب بفقدان الشهية أثناء رغبتى في تعاطى المخدر.	0.590	0.000
53	أتلهف لتكرار تجربتى مع التعاطى.	0.274	0.034
55	أشعر أنّ ألم الإشتياق للمخدر يضعفنى شيئاً فشيئاً.	0.589	0.000

جدول (13) يوضح معامل الإرتباط بين كل بند من بنود بعد اللهفة والدرجة الكلية للبعد

يتضح من الجدول أن كل معاملات الإرتباط دالة، ماعدا البند رقم 30 والتي سيتم حذفه، وهذا يعني أن البعد صادق لما وضع لقياسه، حسب صدق الإتساق الداخلى.

البعد الرابع: وجهة الضبط.

يوضح الجدول التالي معاملات إرتباط كل بند من بنود بعد " وجهة الضبط " والدرجة الكلية للبعد، عند مستوى دلالة 0,05.

رقم	البند	قيمة الإرتباط	الدلالة
03	يعود فشلي في الحياة إلى نقص خبرتي.	0.802	0.000
07	أعتقد أن مشكلاتي لن تنتهي ما دمت أعيش الظروف نفسها.	0.513	0.000
11	يقع الأبناء في المشكلات بسبب سوء المعاملة الوالدية.	0.547	0.000
15	تلعب الوراثة دورا هاما في تحديد مستقبل الفرد بالنجاح أو الفشل.	0.637	0.000
19	الشعور بعدم ثقة الأهل يثير عناد وغضب الأبناء.	0.624	0.000
23	الظروف الإجتماعية السيئة تدفع بالشخص إلى التعاطي.	0.218	0.094
27	الإدمان هو الذي يدفع إلى إرتكاب الجرح.	0.596	0.000
31	يعتمد النجاح في الحياة على الحظ.	0.632	0.000
35	يستطيع الأشخاص التأثير على قراراتي.	0.729	0.000
42	أبادر بحاسبة نفسي قبل أن ألوم غيري.	0.156	0.234
47	يفقدني الإدمان القدرة على التخطيط لمستقبلي.	0.052	0.695
52	أعتقد أنني أستطيع التأثير على أحداث حياتي.	0.171	0.193
58	القدر مسؤول عن تحديد مصيري.	0.596	0.000

جدول (14) يوضح معامل الإرتباط بين كل بند من بنود بعد وجهة الضبط والدرجة الكلية للبعد

يتضح من الجدول أن كل معاملات الإرتباط دالة، ما عدا البند رقم 23 والبند رقم 42 والبند رقم 47، والبند رقم 52 والتي سيتم حذفهم، وهذا يعني أن البعد صادق لما وضع لقياسه، حسب صدق الإتساق الداخلي.

ومن خلال نتائج إرتباطات البنود بأبعادها، يتبين أن الأبعاد تتميز بصدق إتساق مقبول، وأنها صادقة في قياس ما وضعت لقياسه، نعني بذلك أن الأبعاد قادرة على أن تقيس ما وضعت لقياسه بشكل مستقل.

جدول رقم(15) يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد الإنتكاسة

Statistiques de groupe					
مجموع	التصنيف	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الإنتكاسة	الثالث الأدنى	16	27,81	2,257	,564
	الثالث الأعلى	16	40,19	2,562	,640

جدول رقم(16) يوضح نتائج إختبار t test لبعد الإنتكاسة

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	
مجموع الإنتكاسة	Hypothèse de variances égales	,258	,615	-14,497	30	,000	-12,375	,854	-14,118	
	Hypothèse de variances inégales			-14,497	29,533	,000	-12,375	,854	-14,119	

تم تقدير الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية من خلال المقارنة بين مجموعة الثلث الأعلى لدرجات الأفراد على مقياس الإنكاسة ومجموعة الثلث الأدنى للدرجات على نفس المقياس وذلك من خلال إختبار t (t) *échantillon indépendant* لعينتين مستقلتين، وبما أن عينة الدراسة قدرت بـ 60 فرد فإن 27% من العينة يساوي 16 فردا تقريبا، لذلك تم المقارنة بين عينة 16 فردا من الثلث الأعلى و 16 فرد من الثلث الأدنى، وجاءت النتائج كالتالي: جاءت قيمة المتوسط لمجموعة الثلث الأعلى تساوي 40.19 ، بينما بلغت قيمة متوسط مجموعة الثلث الأدنى 27.81 وجاءت قيمة f لإختبار ليفن للتجانس تساوي 0.25 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يعني وجود تجانس بين مجتمعتي العينتين لذلك تم الإعتماد على معادلة T test لتساوي التبيان لحساب الفروق بين متوسطي مجموعتي الثلث الأعلى والثلث الأدنى حيث جاءت قيمتها تساوي -14.497 ، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، هذا يعني أن الإختبار قادر على التمييز بين المجموعتين، وهو صادق لما وضع لقياسه حسب صدق المقارنة الطرفية.

- جدول رقم(17) يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد الذكاء الوجداني

Statistiques de groupe					
	التصنيف	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الذكاء الوجداني	الثالث الأدنى	16	28,25	5,791	1,448
	الثالث الأعلى	16	51,00	2,683	,671

جدول رقم(18) يوضح نتائج إختبار t test لبعد الذكاء الوجداني

Test des échantillons indépendants									
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
									Inférieur
الذكاء الوجداني	Hypothèse de variances égales	8,077	,008	-14,258	30	,000	-22,750	1,596	-26,009
	Hypothèse de variances inégales			-14,258	21,157	,000	-22,750	1,596	-26,067

تم تقدير الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية من خلال المقارنة بين مجموعة الثلث الأعلى لدرجات الأفراد على مقياس الإنتكاسة ومجموعة الثلث الأدنى للدرجات على نفس المقياس وذلك من خلال إختبار t (t) *échantillon indépendant* لعينتين مستقلتين، وبما أن عينة الدراسة قدرت بـ 60 فرد فإن 27% من العينة يساوي 16 فردا تقريبا، لذلك تم المقارنة بين عينة 16 فردا من الثلث الأعلى و 16 فرد من الثلث الأدنى، وجاءت النتائج كالتالي: جاءت قيمة المتوسط لمجموعة الثلث الأعلى تساوي 51.00 ، بينما بلغت قيمة متوسط مجموعة الثلث الأدنى 28.25 وجاءت قيمة f لإختبار ليفن للتجانس تساوي 8.07 وهي قيمة دالة إحصائيا مما يعني عدم وجود تجانس بين مجتمعتي العينتين لذلك تم الإعتماد على معادلة T test لعدم تساوي التباين لحساب الفروق بين متوسطي مجموعتي الثلث الأعلى والثلث الأدنى حيث جاءت قيمتها تساوي - 14.258 ، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، هذا يعني أن الإختبار قادر على التمييز بين المجموعتين، وهو صادق لما وضع لقياسه حسب صدق المقارنة الطرفية.

- جدول رقم(19) يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد اللهفة

Statistiques de groupe					
	التصنيف	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مجموع اللهفة	الثالث الأدنى	16	36,31	3,381	,845
	الثالث الأعلى	16	52,13	4,080	1,020

جدول رقم(20) يوضح نتائج إختبار t test لبعد اللهفة

Test des échantillons indépendants									
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
									Inférieur
مجموع اللهفة	Hypothèse de variances égales	,569	,457	-11,936	30	,000	-15,813	1,325	-18,518
	Hypothèse de variances inégales			-11,936	28,998	,000	-15,813	1,325	-18,522

تم تقدير الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية من خلال المقارنة بين مجموعة الثلث الأعلى لدرجات الأفراد على مقياس الإنتكاسة ومجموعة الثلث الأدنى للدرجات على نفس المقياس وذلك من خلال إختبار t (t) *échantillon indépendant* لعينتين مستقلتين، وبما أن عينة الدراسة قدرت بـ 60 فرد فإن 27% من العينة يساوي 16 فردا تقريبا، لذلك تم المقارنة بين عينة 16 فردا من الثلث الأعلى و 16 فرد من الثلث الأدنى، وجاءت النتائج كالتالي: جاءت قيمة المتوسط لمجموعة الثلث الأعلى تساوي 52.13 ، بينما بلغت قيمة متوسط مجموعة الثلث الأدنى 36.31 وجاءت قيمة f لإختبار ليفن للتجانس تساوي 0.56 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يعني وجود تجانس بين مجتمعي العينتين لذلك تم الإعتماد على معادلة T test لتساوي التبيان لحساب الفروق بين متوسطي مجموعتي الثلث الأعلى والثلث الأدنى حيث جاءت قيمتها تساوي 11.936 -، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، هذا يعني أن الإختبار قادر على التمييز بين المجموعتين، وهو صادق لما وضع لقياسه حسب صدق المقارنة الطرفية.

- جدول رقم(21) يوضح الإحصاءات الوصفية لبيانات الصدق التمييزي لبعد وجهة الضبط

Statistiques de groupe					
	التصنيف	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مجموع وجهة الضبط	الثالث الأدنى	16	28,63	2,335	,584
	الثالث الأعلى	16	42,94	2,048	,512

جدول رقم(22) يوضح نتائج إختبار t test لبعد وجهة الضبط

Test des échantillons indépendants								
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes				
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard
مجموع وجهة الضبط	Hypothèse de variances égales	1,499	,230	-18,433	30	,000	-14,313	,776
	Hypothèse de variances inégales			-18,433	29,501	,000	-14,313	,776

تم تقدير الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية من خلال المقارنة بين مجموعة الثلث الأعلى لدرجات الأفراد على مقياس الإنكاسة ومجموعة الثلث الأدنى للدرجات على نفس المقياس وذلك من خلال إختبار t test échantillon indépendant لعينتين مستقلتين، وبما أن عينة الدراسة قدرت بـ 60 فرد فإن 27% من العينة يساوي 16 فردا تقريبا، لذلك تم المقارنة بين عينة 16 فردا من الثلث الأعلى و 16 فردا من الثلث الأدنى، وجاءت النتائج كالتالي: جاءت قيمة المتوسط لمجموعة الثلث الأعلى تساوي 42.94 ، بينما بلغت قيمة متوسط مجموعة الثلث الأدنى 28.63 وجاءت قيمة f لإختبار ليفن للتجانس تساوي 1.49 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يعني وجود تجانس بين مجتمعتي العينتين لذلك تم الإعتماد على معادلة T test لتساوي التبيان لحساب الفروق بين متوسطي مجموعتي الثلث الأعلى والثلث الأدنى حيث جاءت قيمتها تساوي - 18.433 ، وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0.001، هذا يعني أن للإختبار قادر على التمييز بين المجموعتين، وهو صادق لما وضع لقياسه حسب صدق المقارنة الطرفية.

تم الإعتماد على معامل Alpha de Cronbach لحساب ثبات هذا المقياس عن طريق الإتساق الداخلي، بإعتماد في تقدير هذا المؤشر على نظام تحليل البيانات spss v 25 كما هو موضح في الجداول التالية:
جدول رقم (23) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد الإنتكاسة.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,764	09

إذن بما أن قيمة α " Cronbach " = 0.76 معناه أن بنود بعد "الإنتكاسة" ثابت.

جدول رقم (24) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد الذكاء الوجداني.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,664	16

إذن بما أن قيمة α " Cronbach " = 0.66 معناه أن بنود بعد "الذكاء الوجداني" ثابت.

جدول رقم (25) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لبعد اللهفة.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,815	13

إذن بما أن قيمة α " Cronbach " = 0.81 معناه أن بنود بعد "اللهفة" ثابت.

جدول رقم (26) يوضح قيم معامل Alpha de Cronbach لمحور وجهة الضبط.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,844	9

إذن بما أن قيمة α " Cronbach " = 0.84 معناه أن بنود بعد "الذكاء الوجداني" ثابت.

قيم معامل Alpha de Cronbach مرتفعة تدل على أنّ الأبعاد الأربعة " الإنتكاسة "، "الذكاء الوجداني" ، " اللهفة " ، " وجهة الضبط " ذو ثبات مرتفع.

بعد القيام بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس تمت إزالة البنود الضعيفة وغير المتسقة وعدل المقياس وأصبح يشمل على 47 بنداً موزعة على الأبعاد الأربعة للمقياس: الإنتكاسة، اللهفة، وجهة الضبط، الذكاء الإنفعالي: (أنظر الملحق رقم 04) الصورة النهائية للمقياس.

2- الدراسة الأساسية:

2-1- مجالات تطبيق الدراسة الأساسية:

2-1-1- المجال المكاني للدراسة الأساسية:

تم تطبيق الدراسة الأساسية بالمستشفى الذي قامت فيه الباحثة بإجراء الدراسة الإستطلاعية وهو مستشفى فرانتز فانون بالبلدية.

2-1-2- المجال الزمني للدراسة الأساسية:

لقد تم إجراء الدراسة الأساسية في مدة زمنية قدرت بحوالي (2) شهرين ابتداء من شهر سبتمبر 2015م إلى غاية شهر نوفمبر 2015م ثم طبق القياس التتبعي بعد فترة من الزمن قدرت بشهرين أي في شهر فيفري من سنة 2016م.

2-2- عينة الدراسة الأساسية:

شملت عينة الدراسة في التجربة الأساسية، 6 أفراد من المدمنين كلهم ذكور، تراوحت أعمارهم ما بين (25-35) سنة تم إختيارهم بطريقة قصدية بناء على توافر محكات ومعايير تشخيصية للإدمان لديهم، التشخيص السيكاتري (خلو الإضطرابات العقلية) وتعتمد الباحثة أن يكون أفراد العينة من ذوي الإقامة القريبة من ميدان إجراء الدراسة وهو مستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية، حتى تتفادى تسرب أفراد العينة قبل إستكمال جلسات البرنامج العلاجي الجماعي وكذا لضمان حضورهم لمواعيد المتابعة، كما قصدت الباحثة أن تكون العينة من ذوي المستوى التعليمي المتوسط فما فوق (ثانوي، جامعي) وذلك لضمان فهم فقرات المقياس من جهة وفهم تعليمات البرنامج العلاجي الجماعي وفيما يلي مواصفات العينة الأساسية بخصائصها المختلفة موضحة في الجدول التالية:

جدول رقم (27): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب بعض الخصائص الديموغرافية

الأفراد	السن	المستوى التعليمي	الحالة الإجتماعية	المنطقة السكنية	المهنة
1	26	جامعي	أعزب	الحراش	طالب جامعي
2	28	متوسط	متزوج	البلدية	موظف في شركة
3	25	ثانوي	متزوج	باب الزوار	بطل
4	35	ثانوي	متزوج	حسين داي	بطل
5	31	ثانوي	أعزب	البلدية	تاجر
6	33	متوسط	متزوج	ولاية الجزائر	دهان

جدول رقم (28): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع المخدر ومدة الإدمان

الأفراد	نوع المخدر	مدة التعاطي
1	هيروين	عامين
2	Cebitex	ثلاث سنوات
3	هيروين	خمس سنوات
4	مورفين	أربع سنوات
5	Rivotril	ثلاث سنوات
6	Cebitex	عامين ونصف عام

جدول رقم (29): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب عدد الإنتكاسات ومدة التوقف.

الأفراد	عدد الإنتكاسات	مدة التوقف
1	2	شهر ونصف إلى شهرين
2	1	شهرين ونصف شهر
3	3	من أربعة أشهر إلى 6 أشهر
4	1	ثلاثة أشهر
5	2	من شهر إلى ثلاثة أشهر
6	1	شهر رمضان

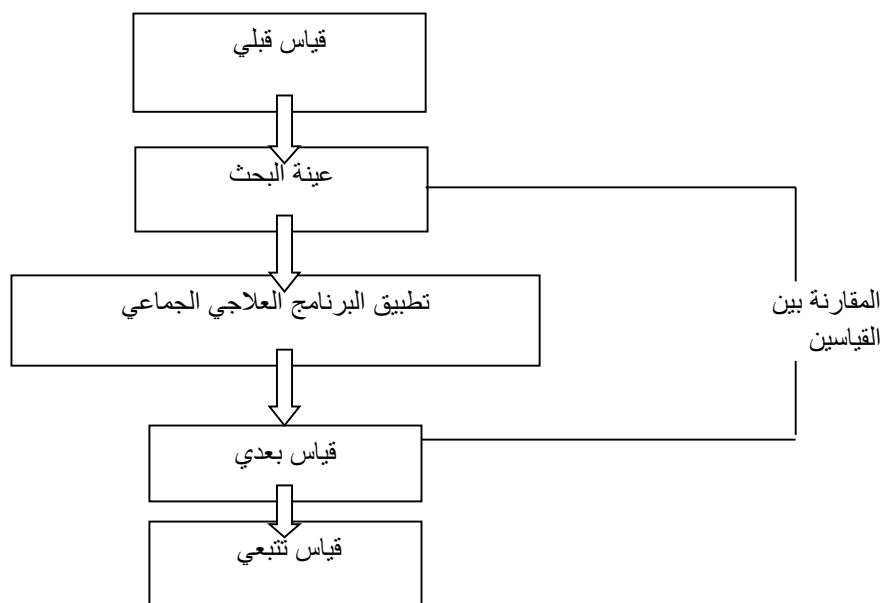
3- التصميم التجريبي المستخدم: نوعه، إجراءاته ومبرراته:

3-1- نوعه: تم إعتقاد المنهج شبه التجريبي، ذو تصميم المجموعة الواحدة.

3-2- إجراءاته: يمكن تلخيص هذا النوع من التصميم في الخطوات الإجرائية التالية:

- إجراء قياس قبلي على المجموعة وذلك قبل إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي الجماعي.
- تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي على المجموعة التجريبية على النحو الذي تحدده الباحثة وتضبطه، وتهدف من خلاله إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع وهو أعراض الإنتكاسة يمكن ملاحظتها وقياسها.
- إجراء قياس بعدي على المجموعة لمعرفة أثر المتغير المستقل في المتغير التابع أي فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي في التخفيف من أعراض الإنتكاسة.
- القيام بحساب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي وإختبار دلالة هذا الفرق إحصائياً.
- القيام بالقياس التتبعي.

التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة:



شكل رقم (04) يوضح التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة

3-3- مبرراته:

يتم إعتقاد أي نموذج تجريبي تبعا لموضوع الدراسة وطبيعته وكذا تبعا لمجتمع الدراسة، وقد تم إعتقادنا للنموذج التجريبي ذو المجموعة الواحدة (التصميم القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة) ذلك أنه لم يكن من السهل الحصول على مجموعة ضابطة، كون المدمنين يمكن أن ينقطعوا عن التواصل مع المركز في أي وقت وبالتالي خشنا تقلص حجم العينة بتسرب أفرادها وفيما يلي شرح مفصل لإجراءات تطبيق النموذج التجريبي المعتمد:

- **القياس القبلي:** بعد إلتحاق المدمنين بمركز الوقاية وعلاج الإدمان ليتم إخضاعهم للعلاج الطبي المتمثل في إزالة السمية أو التسمم وذلك لمدة 21 يوما تسجل أسماؤهم في قائمة مزودة بتاريخ الدخول وتاريخ الخروج وسن المدمن، وعدد مرات الإلتحاق بالمركز ومكان الإقامة، تبعا لهذه المعلومات قصدت الباحثة إلى إختيار المدمنين الذين سيكونون عينة بحثها وفق الشروط المحددة مسبقا لإختيار العينة (السن، عدد مرات الدخول، مكان الإقامة) وكذا التركيز على المدمنين الذين قرب إنقضاء فترة العلاج الطبي لديهم ثم القيام بمقابلات فردية مع المجموعة المختارة لجمع عدد أكبر من المعلومات حول نوع الإدمان ومدته وعدد الإنكاسات والدافعية للعلاج وكذا إقتراح البرنامج العلاجي الجماعي مع ترك حرية المشاركة والحث على إحترام المواعيد والإلتزام بها، وبهذا تم تحديد العينة النهائية للدراسة.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

قبل مغادرة أفراد العينة للمركز بثلاثة أيام أو يومين يتم إخضاعهم للقياس القبلي لمقياس أعراض الانتكاسة بغرض التأكد من وجود أعراض إنتكاسة والوقوف على درجتها، حيث استغرق تطبيق هذا القياس يومين بمعدل ثلاث حالات في اليوم وكان تطبيقه فردياً.

ويتم رصد درجات القياس القبلي تمهيداً لمقارنتها بنتائج القياس البعدي.

- تطبيق البرنامج:

يتم تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي المقترح بوحداته وفنياته المتنوعة والذي قدرت جلساته بـ 14 جلسة، تراوحت مدة كل جلسة ما بين 90 الى 120 دقيقة، والذي ينطلق يوم 15 سبتمبر 2015 م إلى غاية 20 نوفمبر 2015 م، وهكذا يستغرق حوالي شهرين بواقع جلستان في الأسبوع الواحد.

- **القياس البعدي:** بعد الإنتهاء من تطبيق جلسات البرنامج العلاجي الجماعي والتي دامت حوالي شهرين تخضع مجموعة الدراسة لقياس بعدي، بغرض التعرف على مدى تحقق أهداف البرنامج المقترح وهو صورة مماثلة للمقياس القبلي ويستغرق تطبيقه يومين.

ويتم رصد درجات القياس البعدي تمهيداً لإجراءات المعالجات الإحصائية أي مقارنة درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي وإختبار دلالة الفروق.

- **القياس التبعي:** تخضع المجموعة التجريبية بعد الإنتهاء من القياس البعدي بفارق زمني قدره شهرين، إلى قياس تتبعي وهو صورة مماثلة للقياس البعدي وذلك بغرض التحقق من الإستمرار والمحافظة على التغيير الذي أحدثه البرنامج العلاجي الجماعي.

4- أدوات الدراسة الأساسية:

استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات حسب مقتضيات أهداف الدراسة ومتطلبات تحقيقها تم الإعتماد على الأدوات التالية:

4-1- المقابلة العيادية:

- عرفها بنجهام Bingham بأنها المحادثة الجادة الموجهة نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها.

- عرفها كذلك جاهودا Jahoda بأنها "ذلك التبادل اللفظي الذي يتم وجها لوجه بين القائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو أشخاص آخرين"¹.

¹ العساف صالح حمد، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الطبعة الثانية، دار الزهراء الرياض، 2012، ص350.

الفصل الرابع — الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

- عرفت المقابلة أيضا حسب N. Sillamy بأنها محادثة تستعمل كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، أنها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الإختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها².

- المقابلة بوصفها أداة للبحث هي حوار يتم بين القائم بالمقابلة وبين شخص أو مجموعة أشخاص بهدف الحصول على معلومات حول موضوع معين، فهي عبارة عن أسئلة محضرة سلفاً، ومن المنتق عليه أن تكون مشاركة المستجوبين إرادية وأن تكون أجوبتهم محاطة بالسر المهني³.

- لقد استخدمت الباحثة المقابلة العيادية التشخيصية الفردية مع عدد من المدمنين قدر بـ 11 مدمناً وذلك لعدة أغراض نذكرها فيما يلي:

- أولاً: الحصول على أكبر قدر من المعلومات حول الحالات والإستعانة بها لإنتقاء وإختيار عينة الدراسة حسب المواصفات المسطرة مسبقاً (السن، المستوى التعليمي، مكان الإقامة).

- ثانياً: إضافة إلى ما سبق يتم من خلال المقابلات تطبيق القياس القبلي للقياس والذي من خلال نتائجه نحدد ما يلي:

✓ المدمنون الذين تظهر عليهم أعراض إنتكاسية.

✓ المدمنون الذين يتميزون بلهفة عالية.

✓ المدمنون الذين يميلون إلى وجهة ضبط خارجية.

✓ المدمنون الذين يظهرون إنخفاضا في مستوى ذكائهم الإنفعالي.

- ثالثاً: معرفة وجهة نظر المدمنين حول العلاج ومدى تقبلهم ودافعيتهم له وإقتراح البرنامج العلاجي الجماعي أي بناء عقد علاجي من خلال الإتفاق على كيفية سير المقابلات العلاجية ومواعيدها.

وقد شملت المقابلات العيادية التشخيصية على عدة محاور نعرضها كما يلي:

المحور الأول: المعلومات البيبيوغرافية.

الإسم: المستوى التعليمي: المستوى الإقتصادي:

السن: الحالة الإجتماعية: المهنة.

المنطقة السكنية:

² NORBERT SILLAMY, dictionnaire de psychologie larousse HER, 1999, p100.

³ خالد حامد، منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والإنسانية، الطبعة الأولى، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008، ص133.

المحور الثاني: معلومات حول الإدمان

- سن بداية التعاطي:
- نوع المخدر:
- مدة الإدمان:
- السبب الأول للتعاطي:

المحور الثالث: معلومات حول الانتكاسة

- عدد مرات الدخول إلى المركز.
- عدد مرات الانتكاسة.
- نوع العلاج الذي خضع له.

ومن خلال نتائج المقابلات التشخيصية ونتائج القياس القبلي تم إختيار 8 مدمنين لإخضاعهم للبرنامج العلاجي الجماعي المقترح ومن ثم قامت الباحثة بالإطلاع على وثائق الملف الطبي وتاريخ الحالة لكل عضو من أعضاء المجموعة التجريبية لتزودها ببعض المعلومات الشخصية.

كذلك إستخدمت الباحثة نوعا آخر من المقابلات وهو المقابلات العلاجية الجماعية والمتمثلة في جلسات البرنامج العلاجي الجماعي بهدف تطبيق تقنيات وفنيات العلاج الجماعي الموضحة في البرنامج.

4-2- مقياس متعدد الأبعاد للإنتكاسة: تم وصفه في أداة الدراسة الإستطلاعية.

4-3- البرنامج العلاجي الجماعي بناءه وضبطه:

4-3-1- فلسفة البرنامج:

يعتبر البرنامج العلاجي الجماعي المعد خصيصا في هذه الدراسة هو الجانب التطبيقي لها، إذ تم تصميمه من قبل الباحثة على أساس إستخدامه مع عينة الدراسة، حيث يرتكز البرنامج على فلسفة مفادها إعتقاد جملة من التقنيات والفنيات المستوحاة من مرجعيات علمية تنتمي لحقل علم النفس كالنظرية المعرفية السلوكية وكذا إستخدام أساليب مستمدة من العلاج العقلاني الإنفعالي في التخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، حيث تدعو هذه الأساليب إلى تغيير الأفكار السلبية لدى العميل عن نفسه وعن الآخرين، وذلك من خلال تبصيره بالإنفعالات التي تؤثر في سلوكياته بشكل عام سواء كانت فكرية أو لفضية، حيث أن هذا البرنامج العلاجي يقوم على تدريب المدمن على التفكير بطريقة علمية سليمة قبل إتخاذ أي قرار أو تصرف و ذلك من خلال الحوار الجماعي و التفاعل مع أعضاء الجماعة و كيفية إعادة الثقة في نفسه و تبصيره بنقاط قوته و ضعفه وتصحيح المفاهيم الخاطئة و الإعتقادات اللاعقلانية التي تقوده إلى إستخدام المخدرات والإستسلام لها.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

أما بالنسبة لدوافع تطوير البرنامج هي أن أكبر خطر يهدد المدمن هو الإنتكاسة بعد فترة من التعافي والشفاء، بالإضافة أن غالبية المرضى لا يتوفرون على تصور مناسب أو واقعي على تطور مرضهم كما لا يتوفرون على تصور واضح حول الإنتكاسة، وتنقصهم المهارات للتعامل معها ونحن لا نحاول من خلال هذا البرنامج البحث في أسباب الإنتكاسة فقط بل تجاوزها إلى العمل على التأثير في السلوك المستقبلي للمريض.

يقوم العمل في إطار هذا البرنامج على مجموعات قليلة العدد تتكون من 6 أفراد على الأكثر فالتجربة التي أثبتتها الدراسات السابقة أكدت بأن قلة العدد تساعد في إندماج المدمنين مع بعضهم البعض، وتساعد كذلك في التواصل بينهم، وكذا مع المعالجين، إضافة إلى أنها تفتح المجال إلى كل واحد منهم للإستزاح عن كل غموض أثناء فترات العلاج.

4-3-2- الأهداف العامة للبرنامج:

تحدد الأهداف العامة للبرنامج فيما يلي:

- التخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات: وذلك من خلال تحقيق مهارة الإستبصار بالمشكلة، (الإدمان والإنتكاسة والتعرف على الأضرار النفسية والجسمية والإجتماعية للإدمان ومآله وتطوره).

- تغيير وجهة ضبط المدمن من خارجية الى داخلية: عندها يتحقق ما يسمى بالإستبصار عند المدمن ومن خلال تغيير بعض الأفكار اللاعقلانية ودحضها وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية يتم وضع المدمن في مرحلة يعترف فيها بأنه شخص واع ومسؤول عن أفعاله وتصرفاته كخطوة أولى في العلاج.

- التخفيف من أعراض اللهفة والإشتياق لدى المدمنين على المخدرات: وذلك بإكساب المدمن مهارات للتعامل مع حالة الإشتياق وما ينجر عنها من قلق وضيق وتوتر وإكتئاب من خلال إستخدام تقنيات الإسترخاء تشتيت الفكر وغيرها.

- رفع مستوى الذكاء الإنفعالي لدى المدمنين على المخدرات: بداية بتنمية الوعي بالذات والعمل على تأكيدها، والسيطرة على الإنفعالات والتحكم فيها، وتقوية الدافع للإنجاز والمبادرة والتفاؤل وكذا رفع مهارة الإحساس بالأخرين أي التعاطف حيث كلما كان هناك وعي بالعواطف والإنفعالات كلما كانت قدرة أكثر لقراءة مشاعر الآخرين، أخيرا إكساب المدمن مهارات إجتماعية تحقق له التمتع بالكفاءة الإجتماعية وإقامة علاقات مثمرة.

4-3-3- الأهداف الإجرائية:

- تم وضعها في كل جلسة وروعي فيها قابليتها للملاحظة ووضوح المعنى وتحقيق الإستيعاب والفهم.

4-3-4- المحتوى وتنظيمه:

- تم الإعتماد على مجموعة من التقنيات المستوحاة من نظريات العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الإنفعالي.

- تم تنظيم المحتوى في مجموعة من الوحدات المتكاملة فيما بينها، تتناول كل منها موضوعا من موضوعات المحتوى العام للبرنامج، وشمل المحتوى ثلاث وحدات.

- تم تخطيط الوحدات بحيث تتوافر في كل منها المكونات التالية:

عنوان الوحدة: ويعكس الفكرة الأساسية للوحدة، بحيث يكون واضحا ومحددا.

الهدف العام للوحدة: أي ما تهدف الوحدة إلى تحقيقه.

الأهداف الإجرائية للوحدة: تظهر في أهداف كل جلسة.

الإختبار القبلي للوحدة: بهدف التعرف على خبرات المفحوص السابقة في الموضوع الذي تتناوله الوحدة (مجموعة أسئلة أي محاور المقابلة).

محتوى الوحدة: تم تقسيم محتوى كل وحدة إلى عدة جلسات، كما روعي التنظيم المنطقي لمحتوى

الجلسات وقد حددت مجموعة من التقنيات والأساليب المستخدمة وكذا الوسائل المستعملة.

الإختبار البعدي: بهدف معرفة مدى تحقق أهداف الوحدة وذلك من خلال الواجب المنزلي والتغذية

الراجعة.

4-3-5- الأنشطة والوسائل المساعدة في تنفيذ البرنامج:

يهدف البرنامج من خلال ما تضمنه من تقنيات متنوعة إلى مساعدة المدمن المنتكس على الإستبصار

بذاته ومشكلته وإكسابه حصانة نفسية ضد الإنتكاسة وذلك من خلال:

- تغيير وجهة ضبطه الخارجية إلى داخلية.

- التخفيف من أعراض لهفته الإدمانية.

- العمل على رفع مستوى ذكائه الإنفعالي.

ومن ثم يتم الإعتماد على مجموعة من الوسائل المساعدة في تنفيذ البرنامج:

- مقياس أعراض الإنتكاسة المعد للدراسة، السبورة، إستمارة معلومات شخصية، جهاز الإسقاط

DATACHOU، مطبوعات تدريبية للإسترخاء.

4-3-6- ضبط البرنامج والتحقق من صلاحيته:

- الصدق التكويني أو صدق المحكمين:

بعد أن تم بناء البرنامج وإعداد وحداته وأدواته ووضعها في صورته الأولية ومن أجل التحقق من سلامته وصلاحيته للتطبيق تم عرضه على لجنة من المحكمين ضمن الفئات التالية:

- أساتذة جامعيين.

- أخصائيين نفسانيين يعملون في مجال الإدمان.

- أطباء سيكاطريين يعملون بمراكز مكافحة الإدمان.

وزعت عليهم نسخة من البرنامج المقترح وطلب منهم إبداء الرأي في النقاط التالية:

1- وضوح الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الإجرائية للوحدات.

2- الإتساق بين الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الإجرائية الخاصة بالوحدات.

3- صحة المادة العلمية لمحتوى البرنامج.

4- إرتباط المحتوى بالأهداف العامة والأهداف الإجرائية للبرنامج.

5- ملائمة الأنشطة والأساليب والطرق والأدوات المستخدمة في تحقيق أهداف البرنامج.

6- إرتباط وسائل التقويم بالأهداف العامة والأهداف الإجرائية المتعلقة بالمهارات المراد تنميتها.

7- ملاحظات مقدمة.

جدول رقم(29) نسب إتفاق السادة المحكمين حول محتوى البرنامج العلاجي المقترح

جوانب التحكيم					
نسب إتفاق السادة المحكمين حول النقاط التالية:					
وضوح الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الإجرائية للوحدات	الإتساق بين الأهداف العامة للبرنامج والأهداف الإجرائية الخاصة بالوحدات	صحة المادة العلمية لمحتوى البرنامج	إرتباط المحتوى بالأهداف العامة والأهداف الإجرائية للبرنامج	ملائمة الأنشطة والأساليب والطرق والأدوات المستخدمة في تحقيق أهداف البرنامج.	إرتباط وسائل التقويم بالأهداف العامة والأهداف الإجرائية المتعلقة بالمهارات المراد تنميتها
الموافقين 80%	الموافقين 90%	الموافقين 80%	الموافقين 90%	الموافقين 80%	الموافقين 90%

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

ومن الملاحظات العامة التي أبدتها السادة المحكمون حول البرنامج ما يلي:

- أن البرنامج المقترح يخدم الغرض الذي أُعدَّ من أجله وهو التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.
 - أن محتوى البرنامج مناسب وواضح، وملئم للأهداف وقابل للتطبيق.
 - أن الأساليب والأنشطة والوسائل ملائمة لتنفيذ البرنامج.
 - واقترحوا ما يلي:
 - مراعاة زمن الجلسة في تحقيق الأهداف المسطرة.
 - إعادة ترتيب بعض الجلسات في سياق تخدم فيه بعضها البعض.
 - شرح أكبر لكيفية تطبيق التقنيات.
 - إضافة بعض التقنيات لبعض الجلسات.
- وقد أسفرت عملية التحكيم عن إجراء بعض التعديلات الضرورية على البرنامج أسهمت في إثرائه وأصبح في ضوئها يتمتع بصدق المحكمين وأخذ صورته النهائية.

4-3-7- تنفيذ البرنامج:

تناولنا فيما سبق كيفية بناء الأداة الرئيسية لهذه الدراسة والمتمثلة في البرنامج العلاجي الجماعي المقترح وفيما يلي سوف نتناول كيفية تطبيق هذا البرنامج.

قبل البدء في تنفيذ البرنامج العلاجي الجماعي المقترح كان لابد لنا من الحصول على موافقة إدارة مستشفى فرانتز فانون بالبلدية للتوجه إلى مصلحة الوقاية ومكافحة الإدمان فتمت الموافقة على إجراء الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية بالمركز نفسه.

فكانت خطوات التطبيق كما يلي:

- قياس قبلي.
 - تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.
 - قياس بعدي.
 - قياس تنبعي.
 - المجال الزمني لجلسات البرنامج العلاجي الجماعي:
- طبق البرنامج خلال فترة زمنية قدرت بحوالي شهرين، بلغ عدد الجلسات 14 جلسة تتراوح مدة كل جلسة ما بين 90 إلى 120 د بمعدل جلستين في الأسبوع.
- وفيما يلي عرض لأساليب وأدوات تقديم مختلف وحدات البرنامج.

الوحدة الأولى:

- عنوانها: الإستبصار وتنمية وجهة الضبط الداخلية.
- الجلسة الأولى: التعرف على أسس ومبادئ العقد العلاجي.
- مدتها: 90 د
- أهدافها:
 - ✓ الإتفاق على عقد علاجي قائم على بناء علاقة إيجابية بين أعضاء المجموعة التجريبية وتحقيق الموافقة المستنيرة.
 - ✓ تقديم شرح مبسط للبرنامج العلاجي الجماعي وأهدافه وعرض مختصر للفنيات المستخدمة من خلاله.
 - ✓ تشجيع عناصر المجموعة على التفاعل الجماعي والتركيز على أهمية تطبيق قواعد العمل الجماعي من أجل إنجاح المشروع العلاجي.
 - ✓ تنمية مهارة حرية التعبير والحوار في مناخ يسوده النظام والإحترام والسرية والثقة المتبادلة.
 - ✓ تزويد أعضاء المجموعة بجدول المواعيد والواجبات المنزلية.
 - ✓ التأكيد على أهمية الإلتزام بالمواعيد وآداء الواجبات المنزلية لضمان السير الجيد للبرنامج.
 - ✓ تحسيس أعضاء المجموعة بأهمية الإنتكاسة التي يعانون منها لإستقطاب دافعيتهم للعلاج.
- الوسائل المستخدمة:
 - ✓ السبورة.
 - ✓ جدول المواعيد والواجبات المنزلية.
- الواجب المنزلي:
 - ✓ ملئ إستمارة معلومات حول موضوعي الإدمان والإنتكاسة.

الإسم:

ما الذي تعرفه عن الإدمان؟	ما الذي تريد أن تعرفه عن الإدمان
----- ----- -----	----- ----- -----
ما الذي تعرفه عن الإنتكاسة؟	ما الذي تريد أن تعرفه عن الإنتكاسة؟
----- ----- -----	----- ----- -----

- محتوى الجلسة:

تعتبر الجلسة الأولى من أهم الجلسات العلاجية كونها مرحلة بناء العلاقة العلاجية، فبعد أن تعرفت الباحثة على أعضاء المجموعة التجريبية وتعرفهم بها في المقابلات الفردية عملت الباحثة على فتح المجال ليتعرف أعضاء المجموعة على بعضهم البعض، وتشجيعهم على التفاعل فيما بينهم، من خلال حث الأعضاء على التحدث بكل حرية ويقدم كل عضو نفسه للآخرين، في جو يسوده الإحترام والألفة والتقبل، مع التنكير بمبدأ السرية وضرورة إحترام قواعد الحوار.

وتستعمل الباحثة بعض إستراتيجيات تخفيف المقاومة بتعزيز مشاركة الأعضاء كأن تقول للعضو الأول بعد أن يعرف نفسه عبارات "نعم، جيد، شكرا" وتستعمل تقنية إعادة الصياغة لحديث العضو الثاني، أو تطلب معلومات إضافية من العضو الثالث وهكذا إضافة إلى التركيز على التعبير غير اللفظي للباحثة والمتمثل في الإيماءات الموحية بإهتمامها من جهة وجدية الحوار من جهة أخرى.

حيث يسمح هذا الأخير (الحوار) للأعضاء بعرض أفكارهم وآرائهم وتحقيق التفاهم فيما يتعلق بأمور حياتهم الجماعية مما يحقق حسن التكيف بين الأعضاء وتكوين علاقات قوية تؤدي إلى تماسك الجماعة ونموها وتقدمها. إضافة إلى أنه يرفع من ثقة الأعضاء بأنفسهم عندما يشعرون أن الآخرين يهتمون بهم ويستمعون إليهم، حيث يشترك أعضاء المجموعة في الحوار كونهم يعانون من مشكلات متشابهة ويستفيدون من خبرات بعضهم البعض.

ومن ثم تعرض الباحثة شرح مبسط للبرنامج العلاجي الجماعي وتذكر بعدد الجلسات وتواترها أسبوعيا، والحد الأدنى والحد الأقصى لزمان الجلسة، وكذا تتوع الجلسات من حيث التقنيات المستخدمة

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات"

وتوضيح فحوى وهدف البرنامج العلاجي بما في ذلك الواجبات المنزلية وأهميتها في إنجاح الجلسات العلاجية مع التأكيد على الإلتزام والإنضباط وآدائها.

ختاما تقوم الباحثة بتحسيس أعضاء المجموعة بأهمية الإنتكاسة التي يعانون منها وشرح الواجب المنزلي. وتشكر الباحثة أفراد المجموعة على التعاون ويتم تحديد آجال الجلسة القادمة. ومن ثم وخارج الجلسة تقوم الباحثة بكتابة تقرير خاص بالجلسة الأولى وتدوين أي ملاحظات ترى أنها مهمة.

• الجلسة الثانية: الإستبصار بماهية موضوعي الإدمان والإنتكاسة وأهميتهما

• مدتها: 90 د

- أهدافها:

- ✓ حث الأعضاء على التحدث والتعبير عن آرائهم وأفكارهم ومعتقداتهم حول موضوعي الإدمان والإنتكاسة.
- ✓ مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- ✓ الإستبصار أي تزويد أعضاء المجموعة بالمعطيات أو المعلومات الأساسية حول موضوع الإدمان على المخدرات وموضوع الإنتكاسة.
- ✓ إقناع أعضاء المجموعة بأن موضوع الإدمان على المخدرات مرتبط بموضوع الإنتكاسة وأن الإنتكاسة لها أهمية كبيرة إذ أنها تهدد الشفاء بشكل دائم.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

- ✓ المقابلة والحوار
- ✓ الإستبصار.
- ✓ التغذية الراجعة.
- ✓ الواجبات المنزلية.
- الوسائل المستخدمة:
- ✓ السبورة.
- ✓ العاكس الضوئي (DATACHOU).

- الواجب المنزلي:

إعطاء الأعضاء واجب منزلي حول تسجيل أسباب ودوافع الإنتكاسة حسب وجهة نظر كل عضو.

- محتوى الجلسة:

بداية ترحب الباحثة بأعضاء المجموعة، وتتفقد أحوالهم بطرح بعض الأسئلة العامة، وتشجع حضورهم وتشكر إلتزامهم بموعد الجلسة وتفتح لهم المجال لمناقشة الواجب المنزلي بعد أن تذكرهم بما طلب منهم سابقًا، وتطلب الباحثة من كل عضو على حدا أن يُعبرَ عن أفكاره من خلال ما سجله حول معلوماته عن الإدمان والإنتكاسة.

بعد طرح أعضاء الجماعة لأفكارهم ومعلوماتهم حول الإدمان والإنتكاسة والتي كانت في مجملها تتسم بالسطحية والجزئية والتشابه مثل:

✓ الإدمان هو التعاطي.

✓ الإدمان هو تناول المخدرات كالأدوية والحبوب.

✓ الإدمان هو حُب المخدرات.

✓ الإدمان هو التعود على تناول المخدرات وعدم القدرة على تركها.

أما عن موضوع الإنتكاسة فيبدو أن المصطلح كان غريب حسب أغلب الأعضاء وكان تفسيرهم أن الإنتكاسة مرتبطة بالأمراض كالزكام (la gripe) مثلا.

✓ الإنتكاسة هي عدم نجاح العلاج وبالتالي المرض.

وبعد الإصغاء إلى أعضاء الجماعة تسجل الباحثة أبرز الأفكار ثم تحاول إعطاء تفسير أكثر وشرح مفصل لهذه الأفكار، من أجل تحقيق الإستبصار بالموضوع لدى كل عضو والذي بدوره (الإستبصار) يعطي رؤية جديدة لنفسه ولمشكلته ومدى صحة أفكاره وبالتالي القدرة على تقديم مشكلته ووضعها في موضعها الصحيح، إضافة إلى أن الإستبصار يمكن المدمن من التفكير بطريقة صحيحة وإيجاد الحلول للتخلص من المشكلة بمواجهتها بدلاً من الهروب والتجنب.

ومن ثم تقدم الباحثة عرض موجز لبعض المفاهيم بشكل مبسط وواضح ليتم إستيعابه من طرف الأعضاء عن طريق العاكس الضوئي كالتالي:

• **تعريف الإدمان:** هو التعاطي المتكرر والمستمر للمخدرات، وينتج عن ذلك حالة نفسية وعضوية تظهر من خلال أنماط سلوكية مختلفة تتمثل في رغبة ملحة في تناول المخدر، الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة، رفض الإنقطاع وظهور أعراض الإنسحاب في حالة الإنقطاع، إهمال النشاطات اليومية (دراسة، عمل) وكذا الإستمرار في التعاطي رغم تأثيره سلبيا على صحة الفرد.

• **أضرار الإدمان:** لا تقتصر أضراره على الجانب الصحي فقط، بل تمتد إلى الجانب النفسي والإجتماعي والإقتصادي.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

يتخلل عرض الباحثة فترات صمت تسمح بتدخل أعضاء المجموعة بالإستفسار أو إعطاء أمثلة، ثم التقنية نفسها مع موضوع الإبتكاسة.

• تعريف الإبتكاسة:

تحدث الإبتكاسة لأي مرض عضوي أو نفسي وهي عموما عودة أعراض المرض بعد الشفاء، وبشكل خاص هي عودة المدمن الذي إنقطع عن تعاطي المواد المخدرة لفترة من الزمن لأسباب معينة.

• أسباب الإبتكاسة:

قد يبتكس المدمن لأحد الأسباب التالية:

✓ حالات الغضب أو الحزن.

✓ صراع نفسي.

✓ عدم السيطرة على الشوق واللهفة.

✓ ضغوط إجتماعية.

✓ رؤية أصدقاء أو أماكن التعاطي.

وقبل أن تختم الباحثة الجلسة تطلب من أعضاء الجماعة أن يقدموا تلخيصًا عما جرى خلال الجلسة كتغذية راجعة وتؤكد على أهمية الإبتكاسة كونها تهدد إستمرار المدمن المنقطع في المحافظة على إنقطاعه من جهة، وعلى ضرورة إخراج الإبتكاسة من دائرة الطابو وتشجيع أعضاء الجماعة على مناقشة أسبابها ودوافعها في الجلسة القادمة من خلال الواجب المنزلي المقدم لهم.

• الجلسة الثالثة: تنمية وجهة الضبط الداخلية

• مدتها: 120 د

- أهدافها:

✓ مناقشة الواجب المنزلي.

✓ تحديد الأفكار والمشاعر التي تنذر أو تسبق الإبتكاسة.

✓ تحديد الوضعيات (الظروف، الأوقات، المناسبات، الأماكن) التي عادة ما تدفع بالمدمن إلى الإبتكاسة.

✓ إحداث نوع من الإستبصار بالأسباب الحقيقية للإبتكاسة.

✓ مناهضة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بسبب الإبتكاسة وتبني معتقدات صحيحة.

✓ شرح وتوضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكات أي نظرية ABC.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

- ✓ المقابلة والحوار .
- ✓ التغذية الراجعة.
- ✓ التعزيز الإيجابي.
- ✓ تقنية ABC.

✓ الواجبات المنزلية.

- الوسائل المستخدمة:

- ✓ السبورة.
- ✓ العاكس الضوئي.

- الواجب المنزلي: توزيع مجموعة من الإستمارات التقييمية على الأعضاء يطلب ملؤها.

- محتوى الجلسة:

تقوم الباحثة في هذه الجلسة كسائر الجلسات، بالترحيب بالأعضاء وشكرهم على تعاونهم وتفاعلهم، وتستهل الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وتحديد الأفكار والمشاعر التي تسبق الإنتكاسة مع ترك الفرصة لكل عضو بأن يعبر عنها من وجهة نظره.

حيث سجلت الباحثة مجموعة من الأفكار خلال الحوار تمثلت فيما يلي:

✓ عندما أكون حزينا ومتضايقا "ديفوتاج".

✓ عندما أحس بفراغ "le vide".

✓ عندما أشتاق للمخدر "المونك".

✓ عندما يعرض عليّ الأصدقاء مرافقتهم أخلج أن أرفض.

أما عن الوضعيات والظروف الدافعة للإنتكاسة فكانت كما يلي:

✓ المشاكل الأسرية، الضيق، الفقر.

✓ عند المناسبات (عيد ميلاد، حفل زفاف، الإحتفال برأس السنة الميلادية).

✓ شجار مع أفراد العائلة أو الأصدقاء.

✓ الشعور بالتعب.

✓ أحيانا أتعاطى صدفة.

✓ عندما أرى أصحاب وأماكن التعاطي.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

من خلال ما سبق يتضح أن أغلب أعضاء المجموعة يعززون أسباب ودوافع إنتكاستهم إلى أفكار خارجة عن سيطرتهم وظروف لا يمكن التحكم فيها، وبالتالي عملت الباحثة على إحداث إستبصار جزئي من خلاله يتعرف المدمن على الأسباب والدوافع الحقيقية للإنتكاسة ومن ثم الإستبصار الكامل الذي من خلاله زيادة عن معرفة الأسباب الحقيقية، نحث المدمن على إقتراح حلول مناسبة لمواجهة الإنتكاسة. والإعتراف بوجود عوامل ذاتية شخصية يمكن التحكم فيها بدلاً من ربط الإنتكاسة بعوامل خارجية لا يمكننا التحكم فيها كالصدفة والحظ والظروف والآخرين ... وغيرها.

ثم تقدم الباحثة شرح مختصر وبسيط لنظرية ABC حيث تبين أن هذه النظرية تبحث عن العلاقة بين الأفكار والإنفعالات والسلوكات أي أن سلوكياتنا هي نتيجة لأفكارنا.

ثم يتم من خلال هذه الجلسة إستخراج وتحديد الحدث المنشط (A) والفكرة أو المعتقد (B) ثم النتيجة أو الإستجابة (C) وتحديد الإرتباط بينهم، ومن ثم تصل الباحثة وأعضاء المجموعة إلى إستخراج وتحديد الأفكار الخاطئة غير العقلانية وإستنتاج أن التفكير الصحيح يُولد نتائج إيجابية والتفكير الخاطيء يولد نتائج سلبية.

مثال: فكرة أن الصراعات الأسرية تدفع إلى تعاطي المخدرات والعودة بعد الإنقطاع عنها.
الباحثة: كيف يحدث ذلك إشرح أكثر.

الأعضاء: عندما نواجه مشكل معين نرى أن تناول المخدرات هي الحل السحري.

الباحثة: جيد، إذن في كل مرة يتم فيها تناول المخدر يتم حل مشكل معين.

الأعضاء: لا، ليس بهذا المعنى.

الباحثة: أفهم من خلال هذا أنكم تتخلصون من مشكلاتكم بتعاطي المخدرات، وبعد التعاطي ما الذي يحدث؟

الأعضاء: نحس ببعض الراحة.

الباحثة: كم تدوم هذه الراحة؟ وهل حُلّت المشكلات بعدها؟

الأعضاء: تدوم قليلاً ثم تزداد المشكلة تعقيداً.

الباحثة: كيف تزداد تعقيداً.

الأعضاء: تبقى المشكلة قائمة ويزيد بعد التعاطي الشعور بالحسرة والندم لفشل الحل المختار (التعاطي).

بعدها تحلل الباحثة الحوار السابق كما يلي:

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

A: هو الموقف أو الحادثة الخارجية وهي الصراعات الأسرية والمشاكل.

B: الإعتقاد أنكم عاجزين عن مواجهة المشكلات وأن الحل السحري لهذه المشكلات هو التعاطي.

C: ردة الفعل والإنفعال الناتج وهو الإقدام على تناول المخدرات من جديد للتخفيف من حدة القلق وحل المشكل.

الباحثة: الآن وبعد أن تعرفتم على أفكاركم ومعتقداتكم الخاطئة نطرح على أنفسنا مجموعة من الأسئلة؟

✓ ما الدليل على أنكم عاجزين عن مواجهة المشكلات؟

✓ هل قمتم بمحاولات أخرى غير التعاطي لحل المشكلات؟

✓ هل حقق لكم التعاطي الحل السحري لهذه المشكلات؟

هذه التساؤلات هي التي سنطلق عليها الحرف (D) أما الحرف (E) فهو الإجابة عن هذه الأسئلة.

كأن نقول:

✓ أننا لسنا عاجزين كل العجز على مواجهة المشكلات الأسرية.

✓ أننا لم نحاول إيجاد حلول بديلة غير التعاطي.

✓ أن التعاطي لم يحل المشكلات ولم يحقق لنا الراحة الدائمة.

ثم على هذا المنوال تواصل الباحثة مناقشة بعض الأفكار من خلال تحديد الأفكار الخاطئة ومن

ثم دحضها وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية •

- **الواجب المنزلي:**

تقوم الباحثة بتوزيع مجموعة من الإستمارات التقييمية على الأعضاء، تحتوي على معطيات يطلب

ملؤها ويحدد المدمن من خلالها ما يلي:

A: الموقف المحرض على التعاطي.

B: الفكرة أو المعتقد والإنفعال والمصاحب لذلك الموقف.

C: النتيجة أو السلوك الذي تولد عن هذه الفكرة.

"D" و "E": محاولة دحض وإستبدال الفكرة الخاطئة بأخرى بديلة أكثر عقلانية.

إستمارة تقييمية •.

• أنظر الملحق رقم (07)

• أنظر الملحق رقم (08)

• الجلسة الرابعة: التدريب على الإسترخاء

• مدتها: 80د

- أهدافها:

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي.
- ✓ تقديم شرح مبسط لتقنية الإسترخاء.
- ✓ إبراز فوائد الإسترخاء والمتمثلة في:
 - السيطرة على العمليات الحيوية كالتنفس وضربات القلب.
 - خفض من حدة القلق والتوتر.
 - تشتيت الذهن أثناء التفكير في المخدر.
 - مساعدة الفرد على تغيير الإعتقادات الفكرية الخاطئة والقدرة على ضبط الذات.
- الأساليب والفنيات المستخدمة:
 - ✓ التغذية الراجعة من خلال مناقشة الواجب المنزلي.
 - ✓ تقنية الإسترخاء وتمارينه.
- الوسائل المستخدمة:
 - ✓ قرص مضغوط CD يحتوي على تعليمات الإسترخاء.
 - ✓ توزيع مطبوعة تساعد على التدريب الذاتي على الإسترخاء.
- الواجب المنزلي:
 - ✓ القيام بالتدريب على الإسترخاء العضلي بطريقة منظمة.
 - ✓ تسجيل وصف للحالة النفسية والجسمية الموائية لتمارين الإسترخاء.
- محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة شرعت الباحثة في مناقشة الواجب المنزلي مع أعضاء المجموعة، وإعطاء فرصة لكل عضو للتعبير عما سجله في الإستمارة التقييمية للجلسة السابقة، كتغذية راجعة لما تم تناوله من قبل، وكذا تعزيز أفضل تطبيق لنظرية "ABC" ومن ثمة الشروع في شرح تقنية الإسترخاء وتقديم تعريف مختصر على النحو التالي:

"إن الإسترخاء أنجح وسيلة لتصفية العقل من كافة الأفكار والإسترخاء ليس مجهوداً يبذل وإنما إمتناع تام عن كل مجهود، ويعد من الأساليب المفيدة علاجياً في خفض القلق والغضب وتحقيق المزيد من الصحة النفسية".

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

كذلك "الإسترخاء هو أحد الفنيات العلاجية السلوكية والتي تحقق الهدوء والإرتخاء والتوازن النفسي والبدني، أي أنه التوقف الكامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر".

بعد الشرح تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة أن يقوم أحدهم بتلخيص ما تم فهمه حول التقنية. ثم التطرق إلى أهمية وفوائد الإسترخاء وتبيانها من حيث أنها تنقسم إلى قسمين هما:

أولاً: الأهمية الوقائية

تتمثل في:

✓ السيطرة على العمليات الحيوية كالتنفس وضربات القلب.

✓ خفض التوتر والتعامل الجيد مع الضغوط في الحياة اليومية.

✓ منع الأشخاص من القيام بسلوكات غير لائقة.

✓ خفض التوتر خاصة عند الأشخاص سريعى الإستثارة.

✓ التحكم في الإنفعالات أمام مختلف المواقف الضاغطة.

ثانياً: الأهمية العلاجية

✓ يمكن من خلال هذه التقنية علاج القلق، الغضب، العدوانية.

✓ مساعدة الأشخاص على إكتساب مهارة الضبط الذاتي.

✓ يسهل عملية التعرف على المعتقدات الفكرية الخاطئة ويمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية.

✓ تعزيز الثقة بالنفس.

✓ تشتيت الذهن أثناء التفكير في المخدر.

بعد الشرح المبسط لتقنية الإسترخاء وأهميتها ومناقشتها مع أعضاء المجموعة. تطلب الباحثة من الأعضاء أن يتبعوا تعليماتها ويتحلوا بالجدية لتحقيق التقنية أهدافها المرجوة. ثم تأمرهم بالجلوس على الكراسي جلوساً صحيحاً يشعر بالراحة وتطلب أيضاً منهم الهدوء علماً أن المركز كان متوفر على قاعة بعيدة عن الضوضاء وخاصة بتطبيق تقنية الإسترخاء وتحتوي على كراسي مريحة تفي بالغرض وتتوفر على كل الظروف الفيزيائية الملائمة.

بعدها تعلن الباحثة عن بداية تمرين الإسترخاء وتشغل القرص المضغوط وتكتفي بالتوجيه والملاحظة الدقيقة لمدى إستجابة كل عضو للتعليمات المقدمة.

يحتوي القرص المضغوط على مجموعة من التمرينات التي تعمل على ضبط عملية التنفس والقيام بها بشكل صحيح ويتحقق ذلك من خلال إتباع التعليمات التالية: "سوف أطلب منكم أن تأخذوا نفساً عميقاً وأن تحبسوه لمدة 5 ثواني"، - هذا الشهيق يؤدي إلى الشعور بالتوتر- ثم أطلقوا النفس تدريجياً (الزفير)- وبهذا ستشعرون بإزالة التوتر- تكرر العملية عدة مرات.

ثم تطلب الباحثة من الأعضاء التركيز والانتباه ثم إرخاء كل الجسد وعلق العينين، "إسترخوا إلى أقصى درجة ممكنة وأغمضوا أعينكم" ثم "وجهوا إنتباهكم وتركيزكم على الذراع الأيمن، ثم إقبضوا يديكم اليمنى بشدة مع شد الذراع إلى أقصى درجة" -في هذه اللحظات تلاحظ الباحثة إذا ما كان الأعضاء يتبعون تعليماتها، فتتدخل لتشجيعهم على مواصلة التمرين- "لاحظوا التوتر والإنقباض في اليد والذراع إستمروا بهذا الشكل لمدة 10 ثوان، بعدها إفتحوا أيديكم وإرخوها تدريجيا حتى تصلوا إلى حالة الإسترخاء التام" كرروا التمرين مرة ثانية مع اليد اليسرى، ثم تستمر في التمرين مع عضلات الوجه وعضلات الظهر والبطن والرجلين.

بعد الإنهاء من تمرين الإسترخاء تطرح الباحثة بعض الأسئلة وتفتح المجال لكل عضو ليعبر عن إحساساته الجسدية ومشاعره النفسية أي وصف حالته بعد ممارسة تمرين الإسترخاء.

وفي نهاية الجلسة توزع الباحثة أقراصاً مضغوطة على الأعضاء وتطلب منهم التدريب على تمارين الإسترخاء خارج الجلسة وتحدد لهم الشروط الواجب توفرها والأماكن والأوقات المناسبة للقيام بهذه التمرينات.

- الوحدة الثانية:

• عنوانها: الإستبصار بأسباب وعوامل الإنتكاسة وأساليب علاجها

• الجلسة الخامسة: عواقب الإنتكاسة وعوامل التهديد

• مدتها: 120 د.

- أهدافها:

- ✓ التعريف بعواقب الإنتكاسة والإشارة إلى أهمها جسدياً عقلياً نفسياً، إقتصادياً وإجتماعياً.
- ✓ تطوير شخصية ذات طابع أو بعد يعي بمخاطر الإنتكاسة.
- ✓ التركيز على الإدراك الذاتي قصد تطوير الإحساس بتقل المسؤولية الذاتية.
- ✓ التركيز على أغلب ما يعاني منه المدمن من مشكلات إنفعالية إستناداً لما جاء في البحوث النظرية والتطبيقية في مجال الإدمان (القلق، الإنزعاج الإنفعالي).
- ✓ مناقشة الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول عوامل التهديد (القلق، الإنزعاج وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية).

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

- ✓ الإستبصار.
- ✓ النمذجة.
- ✓ التنفيس.
- ✓ التخيل العقلاني الإنفعالي.

- الوسائل المستخدمة:

جهاز العاكس الضوئي.

- الواجب المنزلي:

✓ الرياضة.

✓ الإسترخاء.

- محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالأعضاء وتسالهم عن أحوالهم ومستجداتهم وتشجعهم على الإلتزام بمواعيد الجلسات العلاجية وتعزز لديهم أهمية الإستمرار في المشروع العلاجي، ثم تباشر الجلسة بطرح موضوع الجلسة وفتح مجال الحوار حول عواقب ونتائج الإدمان بصفة عامة والإنتكاسة بصفة خاصة، حيث تعرض الباحثة بعض الحقائق العلمية حول المخاطر الصحية -الجسدية للإدمان-: (النوبات القلبية، ضعف الجهاز المناعي، التلف الكبدي، الضعف الجنسي) وكذلك المخاطر العقلية: (إضطراب الإدراك والتفكير، مشاكل في الذاكرة) والتي تصاحب الإدمان. والإضطرابات النفسية الناتجة عن التعاطي: (السلوكيات العدوانية، سرعة الإثارة، الإنطواء والعزلة، إضطراب الوجدان، الهذيان...).

ناهيك عن المخاطر الإقتصادية والإجتماعية (الإفلاس، السرقة الجرائم، التخلي عن الدراسة أو العمل، الطلاق...) والتي لا تقتصر على الفرد المدمن فقط، بل تمتد إلى الأسرة والمجتمع.

بعد عرض الحقائق العلمية السابقة يتحقق الإستبصار بعواقب الإدمان والإنتكاسة، وذلك بهدف زيادة الوعي بحجم وخطورة المشكلة وكذا تطوير الإحساس بنقل المسؤولية الذاتية، وتؤكد الباحثة صحة الحقائق بعرض بعض النماذج الحقيقية لأشخاص مدمنين عانوا من بعض هذه المخاطر.

ثم تتطرق الباحثة إلى تحديد عوامل التهديد أي التعرف على المؤشرات المنذرة بحدوث الإنتكاسة والتي تدفع بالمدمن للعودة إلى التعاطي إذ أن هذه العوامل تتنوع بتنوع الأشخاص، لذا ركزت الباحثة على أبرزها، بدأت بمناقشة أهم الوضعيات المنذرة بحدوث الإنتكاسة، بعد طرح الأعضاء لأفكارهم لاحظت الباحثة أن القلق والتوتر وكذا الإنزعاج من بين أهم العوامل المؤدية للإنتكاسة ومن بين أهم المثيرات المتعلقة بها، حيث كانت معظم أفكار الأعضاء توجي بأن المخدر أو العقار هو الدواء العاجل والشفافي للقلق والإنزعاج نذكر على سبيل المثال:

✓ المخدرات تحقق الشعور بالراحة والإسترخاء والنشوة.

✓ المخدرات تزيد من قوتي لمواجهة القلق.

✓ المخدرات تجعلني في مزاج جيد (نخلوي ونريح).

✓ عندما أحس بالضيق والقلق ألجأ مباشرة إلى المخدر.

بعد سماع الأعضاء تذكرهم الباحثة بنظرية ABCDE وتناقش معهم الأفكار السابقة وتعمل على دحضها وتبني أفكار عقلانية بديلة.

بعد ذلك تشرح الباحثة تقنية التخيل العقلاني الإنفعالي وتدريب الأعضاء على إستعمالها في أوقات الضيق والقلق والإنزعاج.

على النحو التالي: "التخيل العقلاني الإنفعالي هو أن نطلب من الأعضاء تخيل صورة واضحة للموقف الذي يشعرون فيه بمشاكلهم الإنفعالية مع حثهم على تغيير الإنفعال السلبي غير المناسب وغير المتكيف بإنفعال مناسب، ثم تكرار ذلك كواجب منزلي إنه يغير الإنفعال المرضي بإنفعال مناسب بواسطة تغيير معتقداته اللاعقلانية":

✓ تباشر الباحثة تدريب الأعضاء على الشكل التالي:

✓ أغمض عينيك، تخيل أنك في موقف إنزعاج، وفي الوقت الذي تعودت أن تلجأ فيه إلى المخدر تخيل أنك امتنعت عن المخدر وشعرت بالرضى عن نفسك وتغلبت على أفكارك اللاعقلانية _ بأن المخدر بإمكانه تخفيف الإنزعاج _ حاول الإحساس بشعور جيد عكس شعور الندم الذي كان يراودك بعد العودة إلى التعاطي، كرر هذا الشعور عدة مرات واستدخل الشعور الجديد المناسب، ماذا تحس الآن؟

ترصد الباحثة إستجابات الأعضاء وتعزز الإستجابات الإيجابية وتشجعهم على تكرار هذه التقنية.

- الواجب المنزلي:

✓ تقترح الباحثة على الأعضاء القيام بتمارين الإسترخاء أو ممارسة الرياضة وكذلك التخيل العقلاني الإنفعالي، وتبين فوائد هذه التقنيات في التخفيف من القلق والتوتر والإنزعاج.

• الجلسة السادسة: عوامل الحماية

• مدتها: 120د

- أهدافها:

✓ الكشف عن نقاط القوة وكل ما هو إيجابي في ذات المدمن وتعزيزها لإستغلالها أحسن إستغلال.

✓ تحديد نقاط الضعف وتحويل السيئ إلى ميزة.

✓ التركيز على الموارد الإجتماعية المتاحة والتي يمكن تطويرها من أجل حياة خالية من المخدرات.

✓ إكساب المدمن مهارات التعامل مع المواقف الضاغطة وما ينتج عنها من إحساس بالفشل، إحباط،

ندم....

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

✓ الحوار.

✓ تقنية ABC.

✓ الدعم والتعزيز.

- الواجب المنزلي:

✓ القيام بتطبيق تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية.

- محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي والذي تمثل في التدريب على تقنيتي التخيل العقلاني الإنفعالي والإسترخاء في أوقات الضيق والقلق والتوتر، ثم تعرفهم بموضوع الجلسة وتبين لهم أهمية إستغلال الإمكانيات الإيجابية في كل عضو لتطوير ذواتهم نحو الأفضل، وإختيار أنسب طرق مواجهة المواقف الضاغطة كالفشل والإحباط والندم. كون المدمن المنتكس تراوده هذه الأفكار والمشاعر نتيجة فشله في المحافظة على التوقف ومعاودة التعاطي من جديد.

وبالتالي تعمل الباحثة على تغيير هذه الأفكار وإستبدال ما يراه المدمن أمراً سيئاً بأمر حسن يمكنه إستغلاله.

كذلك تتعرف الباحثة عن طريق طرح بعض الأسئلة على نظرة كل عضو لذاته وكيف يرى نفسه، تستمع الباحثة للأعضاء وتسجل أبرز ما جاءوا به، ومن خلال الحوار إتضح أن أغلب الأفكار تتسم بالسلبية ك:

✓ أنا أصبحت عبداً للمخدرات.

✓ أرى أنه لا قيمة لي.

✓ خسرت كل ما أملك نفسي، عائلتي، أموالي، دراستي.

ومن ثم تعمل على دحض هذه الأفكار وتغييرها من مشاعر إحباط ويأس إلى مشاعر تفاؤل وعزم. من خلال تقنية ABCDE فتتغير الأفكار الخاطئة والسلبية والمتعلقة بالإحساس بالفشل والندم والإحباط إلى أخرى أكثر عقلانية وتستعين في ذلك بتذكير الأعضاء ببعض المزايا والصفات الإيجابية التي يتميزون بها كالطيبة، والإحترام وعدم الخداع والرغبة القوية في العلاج والتخلص من الإدمان...

كما تثير إنتباه الأعضاء إلى الموارد الإجتماعية المتاحة لدى كل عضو ومن بينها مثلاً: المستوى الدراسي الجيد، التفوق في بعض الحرف والمهن كالتجارة أو المهن ... والتمتع بالعيش في أسر كريمة... إلخ والحث على إستغلالها إستغلالاً إيجابياً.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

وفي نهاية الجلسة تشرح الباحثة الواجب المنزلي وتطلب من خلاله أن يقوم كل عضو من الأعضاء بحديث داخلي إيجابي يردد كل واحد أفضل العبارات والأفكار حول ذاته ويحاول بذلك إستدخالها لتزيد ثقته بنفسه.

- الجلسة السابعة: مناهضة الأفكار والمعتقدات الخاطئة والمرتبطة بمعتقدات التوقع والتخفيف والإباحة

لـ Beck ومعتقدات الحتمية لـ Ellis

- مدتها: 120 د

- أهدافها:

- ✓ الكشف عن الأفكار الخاطئة المتعلقة بالتوقع والتخفيف والإباحة والحتمية.
- ✓ مناهضة هذه الأفكار الخاطئة ودحضها.
- ✓ إستبدال الأفكار الخاطئة بأفكار أكثر عقلانية وواقعية.
- ✓ رفع روح المسؤولية والعزم على إستمرار المحافظة على سلوك التوقف عن التعاطي من خلال تنفيذ الأفكار الخاطئة.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

✓ الحوار.

✓ تقنية ABC.

✓ النمذجة.

- الوسائل المستخدمة:

العاكس الضوئي.

- الواجب المنزلي:

الأحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال.

- محتوى الجلسة:

تستهل الباحثة الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وما جاء فيه كتغذية راجعة لما تم تناوله من قبل، وتتعرف على مشاعر وأفكار الأعضاء بعد قيامهم بتطبيق تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية، ثم تعرفهم بموضوع الجلسة وهو مناهضة أفكار ومعتقدات التوقع والتخفيف والإباحة، مع العلم أن هذه المعتقدات من أغلب المعتقدات التي تزيد من إرتباط المدمن بإدمانه وتعتبر عوامل ومؤشرات منذرة بحدوث التعاطي من جديد أو الإنتكاسة.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

لذا ركزت الباحثة على دحض معتقدات التوقع كأن ينتظر المدمن ويتوقع تأثيراً إيجابياً للمخدر يمكنه من الإستمتاع والشعور بالنشوة وتزيده قوة وشجاعة، وكذلك تشعره بالإثابة وإرتفاع الفعالية والحفاظ على المكانة الإجتماعية بين أقرانه المتعاطين ونذكر منها ما يلي:

✓ أعود التعاطي كي أحقق الراحة والإستمتاع.

✓ أنتكس لكي لا يراني أصدقائي جبان.

✓ أتعاطي من جديد لأحس أنني شجاع "Courage".

بعدها تقوم الباحثة بدحض هذه الأفكار بإستعمال تقنية ABCDE عن طريق طرح بعض الأسئلة على الأفكار السابقة بالترتيب.

إذن تعتقد أنك قبل تعاطي المخدر كنت تعيش تعباً ومتعباً؟ وهل يدوم طويلاً هذا الإستمتاع أم هو سريع الزوال؟

✓ إذن تعتقد أن التوقف أو الإنقطاع عن التعاطي يجعلك جباناً؟

✓ إذن أنت تعتقد أن المخدر يزيدك شجاعة؟

✓ هل بإمكانك أن توضح أكثر ما معنى الشجاعة في نظرك؟

ثم تقوم بالحوار نفسه مع معتقدات التخفيف والتي يعتقد المدمن المنتكس من خلالها أن المخدرات تخفف الآلام والأحزان والمشاكل والصعوبات وتخفف الإنزعاج والتوتر والقلق كإعتقاد:

✓ الشرب والتدخين يجعلني في حالة إسترخاء.

✓ يمكنني أن أصبح في غاية التوتر إذا لم أشرب أو لم أدخن.

ثم تعمل الباحثة على دحضها وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية وكذلك الأمر حول معتقدات الإباحة والتي من خلالها يقتنع المدمن نفسه أن المخدر لا يضره وأنه حلال وأن جزءاً قليلاً لن يؤثر على علاجه، وبالتالي يتجاهل تأثيراته السلبية.

ويجد تبريرات لا منطقية لعودته ثانية ومن بين هذه المعتقدات:

✓ أستحق الشرب فالقليل لن يضرني.

✓ لا يحصل شيء إذا دخنت سيجارة واحدة.

ثم تعمل الباحثة من خلال الحوار مع الأعضاء على تفنيد هذه الأفكار وإستبدالها.

وبعدها تحاور الباحثة الأعضاء حول معتقدات الحتمية واليأس حيث يتميز معظم المدمنين بنشاط هذه المعتقدات ومن بينها:

✓ لا أستطيع تحمل الحرمان من التعاطي.

✓ يتعذر عليّ ممارسة العمل والتكيف معه دون مخدر.

✓ لا أملك القدرة الكافية والقوة للتوقف عن التعاطي.

ثم تعمل الباحثة على توضيح عدم صحتها وتحقق إستبصار المدمن المنتكس بها، وتفندها وتدفع بالمدمن إلى التخلي عنها وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية، وتعزز فيه كل ما هو إيجابي نحو إيجاد حلول بديلة عن التعاطي مرة أخرى.

ثم تعرض الباحثة بعض النماذج الحقيقية والتي صرحت بتجربتها مع الإدمان ومعاناتها وإمكانية التوقف عنه ببذل الجهد والإرادة القوية والعزم وكذا العلاج.

كل ذلك من أجل تعزيز ثقة المدمن بنفسه وتشجيعه على الإستمرار في المحافظة على سلوك الإمتناع.

ثم تختتم الباحثة الجلسة بشرح الواجب المنزلي والمتمثل في ممارسة تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال حول ما جاء في الجلسة*.

• **الجلسة الثامنة: إستراتيجيات التعامل مع وضعيات الخطر المنذرة بالإنتكاسة (اللهفة والإكتئاب)**

• **مدتها: 90د**

- **أهدافها:**

✓ مناقشة الأفكار والمشاعر والإنفعالات التي تنذر بالإنتكاسة أو تسبقها عادة بفترة وجيزة.

✓ الوقوف على هذه المشاعر كحالة اللهفة أو الإشتياق للمخدر وحالة الإكتئاب.

✓ إكساب المدمن مهارات التعامل مع الرغبة الجامحة واللهفة المتواصلة إتجاه المخدر وهذا ما يقوي ثقتهم بقدراتهم الذاتية.

✓ إستيعاب أن ضغط الحاجة للمخدر ضغط ظرفي يحتاج إلى مواجهة وإستعمال آليات بديلة.

- **الأساليب والفنيات المستخدمة:**

✓ تقنية التخيل العقلائي الإنفعالي.

✓ تقنية تشتيت الذهن أو الإلهاء.

✓ تقنية التحصين التدريجي.

- الوسائل المستخدمة:

✓ عرض صور للعقاقير عبر العاكس الضوئي.

✓ بعض الأدوية النفسية.

- الواجب المنزلي: ممارسة تمارين الإسترخاء

- محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالأعضاء وتسالهم عن أحوالهم وتشجعهم على مواصلة الإلتزام بمواعيد الجلسات العلاجية وتذكرهم بعدد الجلسات المتبقية ثم تناقش الواجب المنزلي وتتعرف على مدى إستطاعة الأعضاء أن يرددوا بعض العبارات الإيجابية نحو أنفسهم ومدى إستقادتهم من هذه التقنية لدحض بعض الأفكار السلبية والخاطئة.

بعدها تتطرق الباحثة إلى موضوع الجلسة وهو إكتساب مهارات التعامل مع وضعيات الخطر المنذرة بحدوث الإنتكاسة والتركيز على وضعيتي اللهفة أو الإشتياق للمخدر وكذلك حالة الحزن أو الإكتئاب التي تسبق العودة إلى التعاطي مجدداً.

تتحدث الباحثة للأعضاء لتتعرف على أفكارهم حول اللهفة وما يعرفونه عنها وبعد سماع أفكارهم تحاول أن توضح معنى اللهفة أو الإشتياق بشكل موجز وبسيط حتى يسهل إستعبابه من طرف الأعضاء قائلة: "اللهفة هي شدة الشوق والرغبة الملحة في تكرار سلوك تعاطي المخدرات، تظهر على شكل أعراض جسدية أو نفسية أو سلوكية".

ثم تقنعهم بأن ضغط الحاجة للمخدر أو اللهفة هي ضغط مؤقت يتطلب ويستلزم مواجهة بإستعمال بعض الآليات والمهارات وتبدأ في تطبيق مهارة تشتيت الفكر أو تحويل الإنتباه أو الإلهاء حيث يتعلم المدمن التحويل المعرفي أو الإلهاء لخفض شدة اللهفة وبدل أن يوجهوا تفكيرهم نحو المخدر يحاولوا إيجاد بدائل أخرى، كأن تطلب منهم التفكير في أفضل رياضة وممارستها أو أفضل هواية كمشاهدة أفلام أو الرسم... أو تناول أفضل الوجبات وتدريبهم على تقنية الإلهاء والإبتعاد بتفكيرهم حول المخدر إلى أمور أخرى.

ثم تنتقل الباحثة لثاني وضعية خطر تنذر بالإنتكاسة وهي الحالة الشعورية التي تتبع اللهفة أي مشاعر الحزن والإكتئاب.

وتستعمل تقنية إزالة الحساسية المنتظم أو التحصين التدريجي وذلك بأن تطلب من الأعضاء تخيل وتذكر وإستحضار صورة الأدوية النفسية والعقاقير التي كانوا يتناولونها وأماكن التعاطي ثم بعد فترة قصيرة من الزمن، تطلب منهم مشاهدة العاكس الضوئي وتعرض فيه بعض الأدوية النفسية والعقاقير والوسائل التي كانوا يستخدمونها في التعاطي وجماعات التعاطي، وتطلب منهم التمعن في هذه الصور، ليزيد شوقهم

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

وحزנם وتراقب إنفعالاتهم وردود أفعالهم، ثم تضع بعض علب الأدوية على الطاولة وتلاحظ مدى قدرتهم على السيطرة على إنفعالاتهم ومشاعرهم وضبط ذواتهم.

بعد هذا التدرج تتلاشى حالة الحزن وتترك الباحثة الفرصة للأعضاء بأن يعبر كل واحد عما يشعر به عند رؤية العقاقير بصورة مباشرة وتشجع وتعزز الإستجابات المقبولة والإيجابية، وتذكرهم بأنهم مروا بمراحل عديدة من العلاج وتشجعهم على المواصلة وتشرح الواجب المنزلي وتضرب لهم موعداً في الجلسة القادمة.

- الوحدة الثالثة:

• عنوانها: تنمية وإستغلال الذكاء الإنفعالي

• الجلسة التاسعة: الوعي بالذات

• مدتها: 90د

- أهدافها:

- ✓ التعريف بمفهوم الذكاء الوجداني أو الإنفعالي وأهميته في النجاح في مختلف نواحي الحياة.
- ✓ التعريف ببعده الأول وهو الوعي بالذات وهو موضوع الجلسة العلاجية التاسعة.
- ✓ تنمية الوعي بالذات وتدريب الأعضاء على الوعي بالذات من خلال تحديد الأفكار والمشاعر والإنفعالات الموجهة نحو ذواتهم.

✓ تأكيد الذات بتنمية المشاعر الإيجابية نحوها ودحض الأفكار والمشاعر السلبية الموجهة نحو الذات.

✓ تعزيز فعالية الذات وكذلك الثقة بالنفس.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

✓ الحوار.

✓ الإستبصار.

✓ تقنية ABC لدحض الأفكار والمشاعر السلبية نحو الذات.

✓ التعزيز الإيجابي والإسترخاء.

- الوسائل المستخدمة:

✓ جهاز العاكس الضوئي.

- الواجب المنزلي:

✓ تسجيل الأمور الإيجابية في الذات من وجهة نظر كل عضو.

✓ تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية.

- محتوى الجلسة:

تعلن الباحثة عن بداية الجلسة بالترحيب كعادتها بالأعضاء وتتفقد أحوالهم، ثم تطبق والأعضاء بعض تمارين الإسترخاء في مدة وجيزة بعدها تعرفهم بموضوع الجلسة موضحة معنى الذكاء الإنفعالي وأهمية إستغلاله في الحياة اليومية.

وبشكل موجز ومبسط هو: "مجموعة القدرات المتنوعة التي يمتلكها الأفراد واللازمة للنجاح في مختلف جوانب الحياة ويمكن تعلمها وتحسينها".

تشرح الباحثة التعريف السابق وتطرح بعض الأسئلة على الأعضاء حول ما تم فهمه ثم تنتقل لتعريف أول أبعاد الذكاء الإنفعالي وهو بعد الوعي بالذات: "وعي الفرد بمشاعره وإنفعالاته وعواطفه والوعي بأفكاره المرتبطة بهذه العواطف والإنفعالات والانتباه المستمر للحالة الشخصية الداخلية وهو أساس البصيرة النفسية والثقة بالنفس".

تداول الباحثة الأعضاء حول التعريف ثم تعرض عليهم مجموعة من الصور التي تحمل إنفعالات مختلفة وحالات شعورية ومواقف متنوعة.

✓ شاب يتعاطى المخدرات. - شاب يعمل في شركة.

✓ شاب في حالة غضب. - شاب يفكر تفكيراً عميقاً.

✓ شاب يدرس. - شاب سعيد.

✓ شاب يمارس الرياضة. - شاب مكنتب.

ثم تطلب من الأعضاء أن يصنف كل واحد نفسه ضمن الصورة التي يرى فيها مواصفاته، بعد إختيار الأعضاء للصورة الأقرب إليهم والتي تعبر عن مشاعرهم وإنفعالاتهم تطلب الباحثة من الأعضاء تحويل الصورة الجامدة إلى صورة ناطقة بمعنى أن يعبر كل عضو لفظياً عن الصورة فيحدد أفكاره ومشاعره وإنفعالاته وآماله ويتدرب على تسمية إنفعالاته ومشاعره، ثم يحدد المظاهر الجسمية التي تسبق أو ترافق هذه الإنفعالات والعمل على التحكم فيها في خطوة لاحقة.

من خلال الجلسة يكتسب الأعضاء مهارات تعزز لديهم الوعي بأنفسهم وتدريبهم على مهارات تحدد طبيعة مشاعرهم نحو أنفسهم وتساعدهم على تحقيق ذواتهم.

يتحقق ذلك من خلال إستبصارهم بذواتهم، وتعرفهم على نقاط القوة وما يعتبرونه إيجابيا في ذواتهم كإمتلاك مهارات، خصال حميدة، حرف ومواهب يستغلونها لتحسين وضعياتهم.

كذلك التعرف على مواطن الضعف (الخجل، الخوف، عادات غير مرغوب فيها) يعترفون بها ويعملون على علاجها أو التقليل منها.

بعدها تقوم الباحثة بالكشف عن المشاعر السلبية لدى الأعضاء ثم دحضها وإستبدالها ولتعزيز هذه التقنية تشرح الواجب المنزلي والمتمثل في ترديد عبارات إيجابية نحو الذات والأحاديث الذاتية الإيجابية لتحقيق قدر من الفعالية والثقة بالنفس.

• الجلسة العاشرة: إدارة وتنظيم الإنفعالات

• مدتها: 120د

- أهدافها:

- ✓ التعريف بإختصار ببعد إدارة الإنفعالات وأهميته.
- ✓ تحديد نوع الإنفعالات المسيطرة أو الغالبة (قلق، توتر، غضب، سرعة الإستثارة، ضيق، إنزعاج، عدوانية...).

✓ فهم الإنفعالات الذاتية وتنمية القدرة على التحكم فيها والسيطرة عليها.

✓ تدريب الأعضاء على تنظيم وضبط إنفعالاتهم.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

✓ الحوار.

✓ النمذجة.

✓ التعزيز الإيجابي.

✓ لعب الدور.

- الوسائل المستخدمة:

العاكس الضوئي.

- الواجب المنزلي:

✓ التخيل العقلاني الإنفعالي.

- محتوى الجلسة:

تعرف الباحثة بموضوع الجلسة وتشرح معنى إدارة الإنفعالات وتبرز أهمية هذا البعد أو هذه المهارة في تحقيق التوازن النفسي وكذلك في التعامل الجيد مع مختلف المواقف الضاغطة، فتقدم التعريف التالي: "إدارة الإنفعالات هي القدرة على التحكم في الإنفعالات السلبية، وتحويلها إلى إنفعالات إيجابية وهزيمة القلق والإكتئاب وممارسة الحياة بفعالية".

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

تناقش الباحثة التعريف السابق مع الأعضاء لتتأكد من إستعابهم للمفهوم ثم تطلب منهم تحديد نوع الإنفعالات المسيطرة أو الغالبة عند كل عضو، ومعرفة المواقف أو الوضعيات التي تزيد من حدة هذه الإنفعالات وتتجاوز معهم في ذلك.

ثم تنتقل إلى تقنية النمذجة والتي تعتبر تقنية فعالة لإكتساب مهارات معينة، تعرض الباحثة من خلالها مقاطع فيديو لأشخاص تعرضوا لمواقف مزعجة وتمكنوا من السيطرة على إنفعالاتهم السلبية (شخص جالس في مكتبه، يأتيه مدير العمل ويقوم بتوبيخه ومعاملته معاملة غير لائقة نتيجة خطأ بسيط) ثم تطلب تعليقاتهم على ما شاهدوا، ثم تطلب من كل واحد أن يتخيل نفسه مكان الموظف الذي تعرض للإهانة من طرف مدير العمل وكيف ستكون ردة أفعالهم.

ثم تقترح الباحثة عضوين لأداء تمثيلية مشهد ما ويتقمص كل عضو دور من الأدوار.

المشهد: الأب والإبن الكثير السهر.

"يدخل الإبن البيت متأخراً، فينهال عليه الأب بالأسئلة وهو غاضب ومتوتر، فماذا سيكون رد فعل الإبن؟"

بعد لعب الدور يتناقش الأعضاء حول المشهد ويحللون ما جاء فيه وبهذا يتدرب العضو على التحكم في إنفعالاته وكبح غضبه من خلال تقنية لعب الدور فتعزز الباحثة الإستجابات المقبولة والإيجابية. وفي نهاية الجلسة تشرح الباحثة الواجب المنزلي وتطلب من الأعضاء تطبيق تقنية التخيل العقلاني الإنفعالي حيث يتخيل الأعضاء أنفسهم في مواقف مثيرة للإزعاج والغضب والقلق ويستبدلون إستجاباتهم السلبية بأخرى أكثر إيجابية فيتمكنون خلالها من ضبط نواتهم وإدارة إنفعالاتهم.

• **الجلسة الحادية عشر: الدافعية**

• **مدتها: 120د**

- **أهدافها:**

✓ دعم المدمن من خلال التعزيز الإيجابي حول آرائه ومجهوداته أثناء الجلسات السابقة.

✓ ضبط الدوافع وتقوية الدافع للإنجاز، الإلتزام، المبادرة، التفاوض.

✓ دعم المشاعر والأفكار لخدمة أهداف إيجابية.

✓ التحفيز الذاتي ورفع مستوى الأمل.

✓ التحكم في الرغبات الحالية من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة.

- **الأساليب والفنيات المستخدمة:**

✓ النمذجة الحقيقية.

✓ التعزيز الإيجابي.

- الوسائل المستخدمة:

/

- الواجب المنزلي:

قراءة بعض القصص التحفيزية.

- محتوى الجلسة:

تبدأ الباحثة الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي ومعرفة كيف كانت ردود أفعال كل عضو إتجاه المواقف المثيرة للإزعاج؟ وهل تدريبوا على القيام بمهارة "التحكم في الإنفعالات" في الحياة اليومية، من خلال مواقف تعرضوا لها حقيقة، ثم تعرفهم بموضوع الجلسة وهي الخطوة الثالثة من خطوات تنمية الذكاء الإنفعالي، وتشجع إستمرارهم وتواصلهم وتبين لهم أنهم قاموا بمجهودات قيمة يثابوا عليها، وترفع من دافعيتهم للإنجاز والإلتزام والمبادرة والتفائل، وتلخص كل هذه المهارات في ضيف الجلسة العلاجية.

(حيث تم سابقا الإتفاق مع الطبيب السيكاتري والأخصائية النفسية المتواجدة بالمركز وبطلب من الباحثة على دعوة أحد المدمنين المتعافين والذي تلقى علاجه الطبي والنفسي في مركز فرانتز فانون بالبلدية) وهو نموذج حقيقي للشباب الذي تمكن من التخلي عن المخدرات بعد مدة تعاطي دامت 17 سنة، وقدم لهم نصائح وقام بتشجيعهم على مواصلة العلاج والإستمرار فيه، مبيناً لهم أنه بالرغم من الصعوبات والعراقيل التي واجهته (يُتم، فقر مستوى دراسي متدني، إدمان) إلا أنه بالإرادة القوية والعزيمة الصادقة وبفضل العلاج تمكن من التوقف عن الإدمان ومن ثم فتحت له أبواب مستقبل بسيط وهنيء على حد قوله، فتحصل على وظيفة محترمة وكون أسرة وهو راض عن نفسه.

بعدها طلبت الباحثة من الأعضاء أن يحدد كل عضو حافزاً ودافعاً معنوياً يساعده في الإستمرار في المحافظة على سلوك التوقف والسعي نحو تحقيق الأهداف المرجوة.

وفي نهاية الجلسة قدمت الباحثة مطبوعة بها بعض القصص التحفيزية والدافعة للتغلب على العراقيل ومصاعب الحياة وإستخلاص العبر وكذلك بعض الشخصيات الحقيقية التي تغلبت على الإدمان وحولت حياتها من الفشل إلى النجاح.*

• الجلسة الثانية عشر: التقمص الوجداني

• مدتها: 90د

- أهدافها:

- ✓ التعريف بمعنى التقمص الوجداني أو التعاطف.
- ✓ إبراز دور التقمص الوجداني في التكيف الإجتماعي.
- ✓ تفهم الآخرين من خلال تنمية القدرة على تقمص مشاعرهم وإنفعالاتهم.
- ✓ إدراك أهمية التعاطف والتعاون والإيثار.
- ✓ جعل التقمص الوجداني ميزة يتحلى بها المدمن ليصبح محل إعتقاد وثقة الآخرين.

- الأسباب والفنيات المستخدمة:

- الحوار، التغذية الراجعة.

- لعب الدور، العصف الذهني.

- الوسائل المستخدمة:

العاكس الضوئي.

- محتوى الجلسة:

تناقش الباحثة ما جاء في الواجب المنزلي كتغذية راجعة، لما تم تناوله في الجلسة السابقة وتشجع الأعضاء على الدافعية والتفاؤل، ومن خلال هذه الجلسة تعرف الأعضاء بمعنى التعاطف الوجداني أو التقمص الوجداني وماله من أهمية في تحقيق التكيف الإجتماعي قائلة: "التقمص الوجداني هو قدرة الفرد على فهم مشاعر وإنفعالات الآخرين، وتنمية الآخرين من خلال الإحساس بحاجاتهم للدعم، وكذلك توجيه الخدمة أي القدرة على إدراك إحتياجات الآخرين، وتنوع الفعالية أي قدرة الفرد على إيجاد فرص متنوعة أثناء تعامله مع الآخرين بإختلافهم والوعي السياسي أي قراءة الإتجاهات الوجدانية للجماعة وقوة علاقتها".

تناقش الباحثة التعريف مع الأعضاء وتعمل على عرض مواقف إفتراضية مختلفة تتطلب إستجابات الأعضاء يدور موضوعها حول التعاطف والتعاون والإيثار من خلال قصص صغيرة، فتستعمل تقنية العصف الذهني لإثارة ذهن العضو وتوليد أكبر قدر ممكن من الأفكار.

وتبرز أهمية هذه المهارات في تنمية التقمص الوجداني وبالتالي الذكاء الإنفعالي.

وتشجعهم على العمل بهذه المهارات بعد تحقيق أول بعد وهو الوعي بالذات والذي يساعدهم على التعاطف مع الآخرين وتقدير ظروفهم ومواساتهم في الأمامهم.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

ثم تطلب الباحثة من شخصين تمثيل مشهد وأن يقوم العضو الأول بلعب دور "المدمن الذي عانى من إدمانه وأثر ذلك على صحته ونشاطاته اليومية وغير من حياته إلى الأسوأ وهو في حالة حزن وإحباط وندم، ويلتجأ إلى صديق له هو العضو الثاني الذي سيجسد دور الصديق المخلص المتعاطف يخفف من أحزان صديقه ويبعث فيه روح الأمل والتفاؤل" بعد أداء الأدوار تتحاور الباحثة والأعضاء حول هذا المشهد وفي نهاية الجلسة تشكر الباحثة الأعضاء على تواصلهم وتضرب معهم موعد للجلسة المقبلة.

• الجلسة الثالثة عشر: المهارات الإجتماعية

• مدتها: 90د

- أهدافها:

✓ الحث على إقامة علاقات إجتماعية إيجابية بناءة وتكوين صداقات جديدة تخرج المدمن من دائرة العزلة والإندواء الإجتماعي.

✓ تنمية القدرة على مهارة المشاركة الإجتماعية مثل التعبير اللفظي والقدرة على لعب الدور الإجتماعي بكفاءة.

✓ القدرة على إدارة الصراع وحل المشكلات.

✓ تنمية روح المسؤولية الإجتماعية.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

لعب الدور، الحوار.

- محتوى الجلسة:

ترحب الباحثة بالأعضاء وتذكرهم بإقتراب موعد إنتهاء الجلسات وتعرفهم على خامس خطوة من خطوات تنمية الذكاء الإنفعالي وهي المهارات الإجتماعية أي التواصل مع الآخرين والتأثير الإيجابي فيهم وكذا التفاعل الإيجابي معهم".

فتحث الباحثة الأعضاء على الإختيار الصحيح للأصدقاء لما لذلك من تأثير على الفرد، وتشجعهم على تجنب أصدقاء السوء وأصدقاء التعاطي وبناء علاقات إجتماعية مع أشخاص إيجابيين، يكونون بمثابة السند العاطفي لهم وكذا يتقون بأرائهم وتوجيهاتهم في وقت الحاجة ثم نطلب من الأعضاء أن يؤدي كل عضو في بضع دقائق الدور الإجتماعي الذي يهدف أن يصبح عليه في المستقبل القريب ثم تعرض عليهم بعض المشكلات التي يمكن أن تصادفهم بعد الإنقطاع عن المركز وتطلب من كل عضو إقتراح حلول لهذه المشكلات الإفتراضية.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

وتلاحظ من خلالها مدى إستيعاب الأعضاء لما تم تقديمه في الجلسات السابقة، وتنصح الباحثة الأعضاء بالتقيد بالمهارات التي إكتسبوها خلال فترة العلاج وتطبيقها في الحياة اليومية.

ثم تضرب لهم موعداً للجلسة القادمة وتؤكد على ضرورة حضورهم.

• الجلسة الرابعة عشر: التقييم

• مدتها: 90د

- أهدافها:

- ✓ تقييم ما تم في الجلسات السابقة.
- ✓ معرفة مدى إستفادة الأعضاء من الجلسات العلاجية.
- ✓ تعزيز الخطوات التي قام بها الأعضاء من خلال إلتزامهم بالجلسات وتشجيعهم على الإلتزام بما تم إكتسابه.
- ✓ القيام بالقياس البعدي أي تطبيق مقياس الدراسة على أعضاء المجموعة.
- ✓ تذكير الأعضاء بموعد اللقاء القادم أي بعد شهرين.
- الأساليب والفنيات المستخدمة:
الحوار.
- الوسائل المستخدمة:
المقياس.

4-3-8- القائم بتطبيق البرنامج:

تقوم الباحثة نفسها بتطبيق البرنامج العلاجي الجماعي المقترح وذلك بسبب عدم ضمان أن يقوم المختصون الآخرون بتنفيذ البرنامج كما هو مخطط له إضافة أنه برنامج علاجي جماعي وطبيعة تقنيات هذا البرنامج، تستلزم القيام الذاتي بتطبيقه.

4-3-9- خطوات السير في تطبيق البرنامج:

سوف نحرص أثناء تطبيق البرنامج على تحقيق مجموعة من الخطوات الأساسية التي من شأنها أن تسهم في تسيير العمل ونذكر أهمها:

- القيام بتوضيح الهدف العام من البرنامج العلاجي الجماعي بشكل مبسط وموجز ثم إعلام أفراد المجموعة بأن هذا البرنامج يهدف إلى: تغيير وجهة الضبط من خارجية إلى داخلية لتحقيق الإستبصار بالمشكلة، وكذا العمل على التخفيف من أعراض اللهفة وكذا تنمية الذكاء الإنفعالي وبالتالي إكسابه حصانة نفسية ضد الإنكاسة.

الفصل الرابع ————— الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

- تنوع تقنيات وأساليب ووسائل تطبيق محتوى الجلسات العلاجية.
- إعطاء واجبات منزلية وتوزيعها حسب موضوع كل جلسة وينطلق العمل تدريجيا مع أفراد المجموعة حسب الأهداف العامة لكل وحدة والأهداف الإجرائية لكل جلسة، على شكل تقنيات حددت مسبقا، بواقع جلستين في الأسبوع تتراوح فترات الجلسات من 90 إلى 120 دقيقة ويتواتر منتظم.

جدول رقم(30) يلخص محتوى جلسات البرنامج العلاجي الجماعي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	مدة الجلسة	الأساليب والفنيات المستخدمة	الأهداف	الواجب المنزلي
الجلسة الأولى	التعرف على أسس ومبادئ العقد العلاجي	90د	الحوار ، التعزيز التعاون العلاجي	1-الإلتفاق على عقد علاجي قائم على بناء علاقة إيجابية بين أعضاء المجموعة التجريبية وتحقيق الموافقة المستنيرة. 2-تقديم شرح مبسط للبرنامج العلاجي الجماعي وأهدافه وعرض مختصر للفنيات المستخدمة من خلاله. 3-تشجيع عناصر المجموعة على التفاعل الجماعي والتركيز على أهمية تطبيق قواعد العمل الجماعي من أجل إنجاز المشروع العلاجي. 4-تنمية مهارة حرية التعبير والحوار في مناخ يسوده النظام والإحترام والسرية والثقة المتبادلة. 5-تزويد أعضاء المجموعة بجدول المواعيد والواجبات المنزلية. 6-التأكيد على أهمية الإلتزام بالمواعيد وآداء الواجبات المنزلية لضمان السير الجيد للبرنامج. 7-تحسين أعضاء المجموعة بأهمية الإلتكاسة التي يعانون منها لإستقطاب دافعيهم للعلاج.	ملئ إستمارة معلومات حول موضوعي الإدمان والإنتكاسة.
الجلسة الثانية	الإستبصار بماهية موضوعي الإدمان والإنتكاسة وأهميتها	90 د	✓ المقابلة والحوار . ✓ الإستبصار . ✓ التغذية الراجعة . ✓ الواجبات المنزلية .	1-حث الأعضاء على التحدث والتعبير عن آرائهم وأفكارهم ومعتقداتهم حول موضوعي الإدمان والإنتكاسة. 2-مناقشة الواجب المنزلي السابق . 3-الإستبصار أي تزويد أعضاء المجموعة بالمعطيات أو المعلومات الأساسية حول موضوع الإدمان على المخدرات وموضوع الإنتكاسة. 4-إقناع أعضاء المجموعة بأن موضوع الإدمان على المخدرات مرتبط بموضوع الإنتكاسة وأن الإنتكاسة لها أهمية كبيرة إذ أنها تهدد الشفاء بشكل دائم.	إعطاء الأعضاء واجب منزلي حول تسجيل أسباب ودوافع الإنتكاسة حسب وجهة نظر كل عضو .

<p>توزيع مجموعة من الإستمارات التقييمية على الأعضاء يطلب ملؤها.</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -تحديد الأفكار والمشاعر التي تنذر أو تسبق الإنتكاسة. -تحديد الوضعيات (الظروف، الأوقات، المناسبات، الأماكن) التي عادة ما تدفع بالمدمن إلى الإنتكاسة. -إحداث نوع من الإستبصار بالأسباب الحقيقية للإنتكاسة. -مناهضة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بسبب الإنتكاسة وتبني معتقدات صحيحة. -شرح وتوضيح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات أن تقنية ABC.</p>	<p>✓ المقابلة والحوار . ✓ التغذية الراجعة. ✓ التعزيز الإيجابي . ✓ تقنية ABC.</p>	<p>120 د</p>	<p>تتمية وجهة الضبط الداخلية</p>	<p>الجلسة الثالثة</p>
<p>-القيام بالتدريب على الإسترخاء العضلي بطريقة منظمة. -تسجيل وصف للحالة النفسية والجسمية الموائية لتمارين الإسترخاء.</p>	<p>-مناقشة الواجب المنزلي. -تقديم شرح مبسط لتقنية الإسترخاء . -إبراز فوائد الإسترخاء والمتمثلة في: *السيطرة على العمليات الحيوية كالتنفس وضربات القلب. *الخفض من حدة القلق والتوتر. *تشثيت الذهن أثناء التفكير في المخدر. *مساعدة الفرد على تغيير الإعتقادات الفكرية الخاطئة والقدرة على ضبط الذات.</p>	<p>-التغذية الراجعة من خلال مناقشة الواجب المنزلي. -تقنية الإسترخاء وتماريناته.</p>	<p>80 د</p>	<p>التدريب على الإسترخاء</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>✓ الرياضة. ✓ الإسترخاء.</p>	<p>-التعريف بعواقب الإنتكاسة والإشارة إلى أهميتها جسدياً عقلياً نفسياً، إقتصادياً وإجتماعياً. -تطوير شخصية ذات طابع أو بعد يعي بمخاطر الإنتكاسة. -التركيز على الإدراك الذاتي قصد تطوير الإحساس بتقل المسؤولية الذاتية. -التركيز على أغلب ما يعاني منه المدمن من مشكلات إنفعالية إستناداً لما جاء في البحوث النظرية والتطبيقية في مجال الإدمان (القلق، الإنزعاج الإنفعالي).</p>	<p>✓ الإستبصار . ✓ النمذجة. ✓ التنفيس. ✓ التخيل العقلائي الإنفعالي.</p>	<p>120 د</p>	<p>عواقب الإنتكاسة وعوامل التهديد</p>	<p>الجلسة الخامسة</p>

	-مناقشة الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول عوامل التهديد (القلق، الإنزعاج) وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية.				
القيام بتطبيق تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية.	-الكشف عن نقاط القوة وكل ما هو إيجابي في ذات المدمن وتعزيزها لإستغلالها أحسن إستغلال. -تحديد نقاط الضعف وتحويل السيئ إلى ميزة. -التركيز على الموارد الإجتماعية المتاحة والتي يمكن تطويرها من أجل حياة خالية من المخدرات. -إكساب المدمن مهارات التعامل مع المواقف الضاغطة وما ينتج عنها من إحساس بالفشل، إحباط، ندم...	120 د	عوامل الحماية	الجلسة السادسة	
الأحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال.	-الكشف عن الأفكار الخاطئة المتعلقة بالتوقع والتخفيف والإباحة والحمية. -مناهضة هذه الأفكار الخاطئة ودحضها. -إستبدال الأفكار الخاطئة بأفكار أكثر عقلانية وواقعية. -رفع روح المسؤولية والعزم على إستمرار المحافظة على سلوك التوقف عن التعاطي من خلال تنفيذ الأفكار الخاطئة.	120 د ✓ الحوار. ✓ تقنية ABC. ✓ النمذجة.	مناهضة الأفكار والمعتقدات الخاطئة والمرتبطة بمعتقدات التوقع والتخفيف والإباحة Beck ومعتقدات الحتمية Ellis	الجلسة السابعة	
ممارسة تمارين الإسترخاء	-مناقشة الأفكار والمشاعر والإنفعالات التي تنذر بالإنكاسة أو تسبقها عادة بفترة وجيزة. -الوقوف على هذه المشاعر كحالة اللهفة أو الإشتياق للمخدر وحالة الإكتئاب. -إكساب المدمن مهارات التعامل مع الرغبة الجامحة واللهفة المتواصلة إتجاه المخدر وهذا ما يقوي ثقتهم بقدراتهم الذاتية.	90 د -تقنية التخيل العقلاني الإنفعالي. -تقنية تشتيت الذهن أو الإلهاء.	إستراتيجيات التعامل مع وضعيات الخطر المنذرة للإنكاسة (اللهفة والإكتئاب)	الجلسة الثامنة	

	-إستيعاب أن ضغط الحاجة للمخدر ضغط ظرفي يحتاج إلى مواجهة وإستعمال آليات بديلة.	-تقنية التحصين التدريجي.			
الجلسة التاسعة	الوعي بالذات	90 د	<ul style="list-style-type: none"> ✓ الحوار . ✓ الإستبصار . ✓ تقنية ABC <p>لدحض الأفكار والمشاعر السلبية نحو الذات .</p> <p>✓ التعزيز الإيجابي والإسترخاء .</p>	<ul style="list-style-type: none"> -التعريف بمفهوم الذكاء الوجداني أو الإنفعالي وأهميته في النجاح في مختلف نواحي الحياة. -التعريف ببعده الأول وهو الوعي بالذات وهو موضوع الجلسة العلاجية التاسعة. -تنمية الوعي بالذات وتدريب الأعضاء على الوعي بالذات من خلال تحديد الأفكار والمشاعر والإنفعالات الموجهة نحو ذاتهم. -تأكيد الذات بتنمية المشاعر الإيجابية نحوها ودحض الأفكار والمشاعر السلبية الموجهة نحو الذات. -تعزيز فعالية الذات وكذلك الثقة بالنفس. 	<ul style="list-style-type: none"> -تسجيل الأمور الإيجابية في الذات من وجهة نظر كل عضو. -تقنية الأحاديث الذاتية الإيجابية.
الجلسة العاشرة	إدارة وتنظيم الإنفعالات	120 د		<ul style="list-style-type: none"> -التعريف بإختصار ببعد إدارة الإنفعالات وأهميته. -تحديد نوع الإنفعالات المسيطرة أو الغالبة (قلق، توتر، غضب، سرعة الإستثارة، الضيق، إنزعاج، عدوانية...). -فهم الإنفعالات الذاتية وتنمية القدرة على التحكم فيها والسيطرة عليها. -تدريب الأعضاء على تنظيم وضبط إنفعالاتهم. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ الحوار . ✓ النمذجة. ✓ التعزيز الإيجابي. ✓ لعب الدور.
الجلسة الحادي عشر	الدافعية	120 د	<ul style="list-style-type: none"> ✓ النمذجة الحقيقية. ✓ التعزيز الإيجابي. 	<ul style="list-style-type: none"> -دعم المدمن من خلال التعزيز الإيجابي حول آرائه ومجهوداته أثناء الجلسات السابقة. -ضبط الدوافع وتقوية الدافع للإنجاز، الإلتزام، المبادرة، التفاوض. -دعم المشاعر والأفكار لخدمة أهداف إيجابية. -التحفيز الذاتي ورفع مستوى الأمل. -التحكم في الرغبات الحالية من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة. 	<ul style="list-style-type: none"> قراءة بعض القصص التحفيزية.

الفصل الرابع - الإطار المنهجي للدراسة " الطريقة والإجراءات "

/	<p>-التعريف بمعنى التقمص الوجداني أو التعاطف. -إبراز دور التقمص الوجداني في التكيف الاجتماعي. -تفهم الآخرين من خلال تنمية القدرة على تقمص مشاعرهم وإنفعالاتهم. -إدراك أهمية التعاطف والتعاون والإيثار . -جعل التقمص الوجداني ميزة يتحلى بها المدمن ليصبح محل إعتاد وثقة الآخرين.</p>	<p>✓ الحوار ، التغذية الراجعة. ✓ لعب الدور ، العصف الذهني.</p>	90 د	التقمص الوجداني	الجلسة الثانية عشر
	<p>-الحث على إقامة علاقات إجتماعية إيجابية بناءة وتكوين صداقات جديدة تخرج المدمن من دائرة العزلة والإنطواء الاجتماعي. -تنمية القدرة على مهارة المشاركة الاجتماعية مثل التعبير اللفظي والقدرة على لعب الدور الاجتماعي بكفاءة. -القدرة على إدارة الصراع وحل المشكلات. -تنمية روح المسؤولية الاجتماعية.</p>	لعب الدور ، الحوار .	90 د	المهارات الاجتماعية	الجلسة الثالثة عشر
	<p>-تقييم ما تم في الجلسات السابقة. -معرفة مدى إستفادة الأعضاء من الجلسات العلاجية. -تعزيز الخطوات التي قام بها الأعضاء من خلال إلتزامهم بالجلسات وتشجيعهم على الإلتزام بما تم إكتسابه. -القيام بالقياس البعدي أي تطبيق مقياس الدراسة على أعضاء المجموعة. -تذكير الأعضاء بموعد اللقاء القادم أي بعد شهرين.</p>	الحوار	90 د	التقييم	الجلسة الرابعة عشر

5- الأساليب الإحصائية المستعملة:

تمت المعالجة الإحصائية بواسطة الحزمة الإحصائية SPSS v 25 وقد قامت الباحثة بإستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسبة المئوية لوصف العينة.
- إختبار سبيرمان.
- إختبار T – test.
- معامل ألفا كرونباخ.
- معادلة ولكيكسون لقياس الفروق.

الفصل الخامس: الإطار المبراني

نتائج الدراسة "التوصيات والمقترحات"

الفصل الخامس: نتائج الدراسة-التوصيات والمقترحات-

- مقدمة.
- النتائج المتحصل عليها.
- عرضها.
- تحليلها.
- مناقشتها في ضوء البحث والدراسات السابقة.
- توصيات الدراسة.
- مقترحات الدراسة.
- الإستنتاج العام.
- خاتمة.
- المراجع.
- الملاحق.
- ملخص الدراسة.

مقدمة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

شملت الدراسة على فرضية عامة مفادها "البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كاف من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات" وفرضيات إجرائية تتعلق بوجهة الضبط ولهفة الإدمان والذكاء الإنفعالي على الترتيب.

وبعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي قامت الباحثة بالتحقق من صحة الفروض بإستخدام المعالجة الإحصائية المناسبة.

وفيما يأتي تعرض الباحثة فروض الدراسة مع مناقشة نتائجها.

تعرض الدراسة هذا الفصل وفقا لما يلي:

القسم الأول: نتائج الدراسة:

ونتاولها بالعرض والتحليل والمناقشة والتفسير في ضوء مجموعة التساؤلات والفروض وفي ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

القسم الثاني: التوصيات والمقترحات

ونتاولها في ضوء ما توصلت إليه من نتائج.

القسم الأول: نتائج الدراسة

العرض والتحليل: (مناقشة النتائج وتفسيرها)

أولاً: عرض وتحليل ومناقشة في ضوء الفرضيات.

ثانياً: مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

أولاً: عرض وتحليل ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

1/ التذكير بفرضيات الدراسة:

لقد اقترحت الباحثة في الدراسة الحالية عدة فرضيات هي كالتالي:

-الفرضية العامة:

البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كاف من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

-الفرضيات الإجرائية:

الفرضية الأولى:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الثانية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الثالثة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الرابعة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الخامسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية السادسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية السابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الهفة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية الثامنة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

2/ عرض وتحليل النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس البعدي . إبتكاسة-القياس القبلي . إبتكاسة	Rangs négatifs	5	3,00	15,00
	Rangs positifs	0	,00	,00
Ex aequo		1		
Total		6		

جدول رقم(31) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية الأولى

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس البعدي . إبتكاسة-القياس القبلي . إبتكاسة
Z	-2,032
Sig. asymptotique (bilatérale)	,042

جدول رقم(32) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الأولى

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي 2.032 - مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0,042، وبالتالي قيمة الإختبار دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه يوجد فرق دال إحصائياً

بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنتكاسة حيث $Z=-2.032$ مع احتمال $P=0.043 < 0.05$ وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل.

• تحليل نتائج الفرضية الأولى:

يظهر من خلال نتائج الفرضية الأولى للدراسة أن درجة الإنتكاسة كانت مرتفعة عند أفراد المجموعة في القياس القبلي، حيث إتفقت هذه النتائج من حيث وجود أعراض إنتكاسية لدى المدمنين مع دراسة "عبد الحميد أبو زيد 1998" حيث بينت إرتفاع في درجة مقياس الإتجاه نحو الإنتكاس إضافة إلى إرتفاع القلق لدى المنتكسين، وعدم قدرتهم على ضبط إنفعالاتهم والتواصل مع الآخرين وضعف الوازع الديني. كذلك دراسة "عفاف عبد الكريم 2010" التي أثبتت وجود أعراض إنتكاسة بصورة أكبر عند المدمنين مقارنة بأقرانهم المتعافين.

أما عن مقارنة نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي فظهر إنخفاض في درجة الإنتكاسة لدى أفراد المجموعة بعد التعرض للبرنامج العلاجي الجماعي.

وتفسر الباحثة هذا الإنخفاض في درجة الإنتكاسة بأثر الأساليب والفنيات والأنشطة المختلفة المستخدمة في الجلسات العلاجية للبرنامج العلاجي المقترح حيث أن المدمن أثناء تطبيق القياس القبلي لأعراض الإنتكاسة كان يخضع لعلاج طبي فقط، تمثل في إزالة السمية والخفض من أعراض القلق والتوتر والأرق والتقيء والتعرق وإضطرابات النوم والهلاوس وآلام العظام.... الخ.

وبعد البدء في الجلسات العلاجية ذات المنحى النفسي وبفضل الفنيات التي إستخدمت في الجلسات كالإستبصار خاصة والذي شكل أول خطوة لتحقيق الفهم الكافي بالمشكلة التي يعاني منها المدمن، حيث أن أغلب المدمنين أعضاء المجموعة كانوا يجهلون المعنى الحقيقي والعلمي لمصطلحي الإدمان والإنتكاسة، وما للإدمان من آثار وعواقب وخيمة تظهر بعد مرور مدة من التعاطي، كالأثار الصحية والعقلية والنفسية والإقتصادية والإجتماعية، وأنها لا تقتصر على الفرد فقط بل تمتد لمن حوله من أسرة ومحيط ووطن ولقد إستخدمنا من أجل ذلك تقنية النمذجة الحقيقية لما لها من تأثير على المدمن المنتكس.

كذلك إتضح أن هؤلاء المدمنين يجهلون طرق التعامل مع الأفكار التي توجههم نحو الإنتكاسة وبفضل تطبيق تقنية ABC للعلاج العقلاني الإنفعالي تمكن المدمن المنتكس من تغيير ودحض أفكاره السلبية وإستبدالها بأخرى أكثر إيجابية وواقعية، ذلك من خلال التعامل مع أفكار ومعتقدات كانت راسخة بذهن المدمن كمعتقدات الحتمية واليأس والإلزامية (لا أستطيع العيش دون مخدرات).

وكذلك معتقدات التوقع (المخدر مصدر قوة وإنتعاش) ومعتقدات الإباحة (لا جرم في تناول المخدرات) ومعتقدات التخفيف (المخدرات تشعرني بالراحة وتزيل توترتي)، كل ذلك عبر مراحل مختلفة من جلسات البرنامج العلاجي.

فالتعرف على هذه الأفكار والإعتراف بوجودها ثم دحضها وإستبدالها بأخرى أكثر منطقية وإيجابية يحسن من تفكير المدمن ويجعله مرنا بمعنى يتقبل الحقيقة كما هي ويحاول إيجاد حلول أخرى بديلة غير التفكير الإدماني المباشر والكلي في المخدر.

وهذا ما أكده Beck و Emery (1997) حينما طبقا هذا النوع من العلاج على المدمنين على المخدرات، وتوصلا إلى أن الأفراد ينجحون في العلاج ويمتنعون عن تعاطي المخدرات، يطورون معتقدات تحكم جديدة مثل (يمكنني العيش دون التعاطي)، وإذا تعذر تحقيق هذا الهدف لدى بعض الأفراد يعمل العلاج على تخفيض مستوى الإعتداع على المخدرات إضافة إلى ذلك فقد سمح البرنامج العلاجي الجماعي للمدمن المنتكس بالتفيس والتعبير عن مشاعره ورغباته وكذلك معاناته والتعرف على دوافعه الحقيقية وكذلك الظروف التي تدفع به عادة إلى الإبتكاسة والعودة إلى تعاطي المخدرات مرة أخرى، ومن ثم إكسابه بعض المهارات كالتخيل العقلاني الإنفعالي، التفكير العقلاني، والتي يمكنه الإستعانة بها للتغلب على كل ما هو سلبي ويدفع به إلى الإبتكاسة من جديد.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة وبالتحديد دراسة "كاثرين بادين"، التي هدفت إلى إختبار كفاءة عدة تدخلات علاجية لشخص ذات وصيانة سلوكيات الإمتناع عن التعاطي والوقاية من الإرتكاس، والتي أثبتت أن التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية المستخدمة في الدراسة فعالة في صيانة سلوكيات التوقف عن التعاطي فضلا عن إرتفاع معدلات فعالية الذات لدى عينة الدراسة.

كذلك دراسة "ليون ديكيرسون 1994"، التي أثبتت فعالية العلاج الجماعي للمدمنين على الكوكايين في الوقاية من الإبتكاسة من خلال الفهم الأفضل للجوانب النفسية للإدمان والذي أدى إلى إنخفاض معدل الإبتكاسة داخل أفراد العينة الخاضعة للبرنامج العلاجي.

والأمر نفسه مع دراسة "ويلز وآخرون 1994"، والتي توصلت إلى وجود تأثير دال للبرنامج العلاجي التربوي المطبق في إرتفاع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر وإنخفاض تعاطي أفراد العينة للكوكايين في مرحلة ما بعد العلاج.

كذلك إتفقت دراستنا الحالية مع دراسة " أمزيان الوناس 2006" من حيث الفنيات المطبقة في البرنامج العلاجي وكذا من حيث النتائج حيث هدفت دراسته إلى معرفة مدى فعالية العلاج النفسي عن طريق تصحيح

التفكير وتعديل السلوك في التقليل والتخلي عن تعاطي المخدرات، دلت نتائجها على التحقق الإيجابي لفرضيات الدراسة حيث أن إستراتيجية العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي قد ساعدت عينة المساجين على التخلي أو التقليل من تعاطي المخدرات من خلال تصحيح أفكارهم الخاطئة ومن ثم تعديل سلوكهم إتجاه المخدرات.

كذلك تشابهت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة " سايل حدة 2008 " في مساهمة الإسترخاء على التخفيف من درجة التأثير بالمواقف الضاغطة وأوصت دراسة " سايل حدة " بإستعمال تقنياتي حل المشكلات والإسترخاء للوقاية من الإنتكاسة.

وفي السياق نفسه جاءت دراسة " نهى بوخنوفة 2011 " والتي بينت وجود أفكار تعمل بشكل أوتوماتيكي لدى المدمن على المخدرات تتحكم في السلوك الإدماني وتعمل على تجديده، وبعد دحضها وإستبدالها بأفكار بديلة إيجابية ساعدته في تعديل السلوك الإدماني والتخلص من التبعية للمادة المخدرة وإكتساب سلوك توافقي. النتائج نفسها ظهرت في دراسة " طلحي فريدة 2016 " والتي بينت أن البرنامج العلاجي العقلاني الإنفعالي ساهم في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات وتعديل سلوكهم إتجاه الإدمان.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس البعدي. وجهة الضبط -	Rangs négatifs	5	4,00	20,00
	Rangs positifs	1	1,00	1,00
القياس القبلي. وجهة الضبط	Ex aequo	0		
	Total	6		

جدول رقم(33) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار وليكسون للفرضية الثانية

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس البعدي. وجهة الضبط -القياس القبلي. وجهة الضبط
Z	-2,003
Sig. asymptotique (bilatérale)	,045

جدول رقم(34) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الثانية

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -2.003 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0.045، وبالتالي قيمة الإختبار دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنتكاسة بعد وجهة الضبط حيث $Z=-2.003$ مع إحتمال $P=0.045 < 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل.

• تحليل نتائج الفرضية الثانية:

يتضح من خلال نتائج الفرضية الثانية تغير وجهة ضبط المدمن من خارجية إلى داخلية، حيث ظهر أن المدمن من خلال القياس القبلي كان يتميز بوجهة ضبط خارجية أي يرجع أسباب فشله وإدمانه وإنتكاساته إلى ظروف خارجية كالصراعات العائلية والمشاكل والحظ وأصدقاء السوء والفقر وغيرها، وبالتالي فإنه ينكر مسؤوليته الشخصية في تناوله للمخدرات وكأنه أجبر عليها ودفع لها بقوة خارجية لا يمكنه التحكم فيها (المشاكل والفقر هوما سبابي، الخلطة....).

ولقد إتفقت هذه الجزئية من نتائج الدراسة مع نتائج عدة دراسات والتي أثبتت تميز المدمن المنتكس بوجهة ضبط خارجية كدراسة "حسين 1995" والتي نصت نتائجها على وجود فروق جوهرية بين متعاطي الكحوليات وغير المتعاطين في وجهة الضبط الخارجية لفئة المتعاطين كذلك دراسة "العقبوي 1999" والتي بينت أن المدمنين يميلون إلى الإعتقاد في الضبط الخارجي، ودراسة "محمود 2001" إذ أظهرت نتائجها أن المدمنين على الهيروين ومتعاطي العقاقير يتميزون بوجهة ضبط خارجية.

وهذا ما أكدته دراسة " صالح بن سفير 2002" حيث بينت دراسته وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للهيروين وغير المتعاطين في وجهة الضبط الخارجية لصالح المتعاطين للهيروين. وأيضا نجد نتائج الدراسة الحالية قد إتفقت مع دراسة "شيلينج وكارمن" والتي أثبتت أن الأشخاص ذوو وجهة الضبط الخارجية لديهم دوافع شخصية للتعاطي أكبر من ذوو وجهة الضبط الداخلية.

كما تبين أن زيادة المشكلات الإجتماعية الناجمة عن التعاطي لدى ذوي وجهة الضبط الخارجية مقارنة بذوي وجهة الضبط الداخلية.

جاءت دراسة " العنزي 2010" لتؤكد نتائج الدراسات السابقة الذكر حيث بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في وجهة الضبط (الداخلية-الخارجية) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح غير المنتكسين ذوي وجهة ضبط داخلية.

وختاماً دراسة "جونسون وآخرون 1991" والتي بينت أن المتعاطين على الكحول يميلون نحو وجهة الضبط الخارجية وأنه بالإمكان التنبؤ بالانتكاسة من خلال مؤشر وجهة الضبط.

أما فيما يخص نتائج الفرضية الثانية من حيث القياس القبلي والبعدي فقد اتضح أن المدمن أصبح يتمتع بوجهة ضبط داخلية أصبح من خلالها يستبصر بذاته وبمسؤوليته عن أفعاله ويعترف بأخطائه ولا يلقي باللوم على غيره ويعزو كل فشل في حياته إلى تقصير من نفسه أو نقص خبرته أو جهله.

وتفسر الباحثة هذا التغير بتأثير الفنيات المستخدمة خلال جلسات البرنامج العلاجي كالحوار والذي سمح للمدمن أن يعبر عم بداخله من أحاسيس ومشاعر ويكشف عن طريقة تفكيره ويدلي بها وسط الجماعة والتي كانت مجال يفهم من خلاله المدمن أنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة وأن هناك أشخاص يشتركون معه في الإحساس والأفكار والسلوكيات، فيتحقق للمدمن ما يسمى بالتنفيس من جهة والإستبصار من جهة أخرى، بالإضافة إلى أن دافعيته للعلاج ستزيد برؤية أقرانه يقبلون على الجلسات برغبة عالية في التخلص والتوقف عن التعاطي.

ويؤكد "باتريشا وستيفن 1998" « Patricia et Steven » على دور الإرشاد الجمعي حيث يجعل الأعضاء يشعرون بأنهم عناصر أساسية وفعالة في المجتمع، وتعليم المهارات الإجتماعية وزيادة الثقة بالنفس والألفة تبدأ بالظهور في جو الجماعة.¹

إضافة إلى فنية الإستبصار و التي كان لها الأثر الكبير، حيث أصبح من خلالها المدمن المنتكس يعترف بأخطائه ويفسر حالة فشله بتقصير منه بعدما تمكن من فهم ذاته والوعي بها، فحقق بذلك الإستبصار الجزئي، وبعد تطبيق تقنية ABC وهي تنفيذ الأفكار اللاعقلانية والمتعلقة بسببية الإدمان والانتكاسة تحقق الإستبصار الكلي أين قرر المدمن العمل على تغيير أفكاره السلبية بأخرى إيجابية ومن ثم تغيرت سلوكياته الخاطئة حيث أصبح هذا الأخير يعي نقاط القوة ونقاط الضعف وأصبح يمتلك مهارات التعامل معها، نقاط

¹ محمد أحمد مشاقبة، مرجع سابق، ص 115.

القوة من خلال الأحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال ونقاط الضعف من خلال الإعتراف وتحويل السوء إلى ميزة.

وهكذا بدل الإلقاء باللوم على الظروف الخارجية التي يعجز عن التحكم فيها يبحث عن حلول وبدائل أخرى غير المخدرات، وهي المهارات التي قدمها البرنامج، كإستغلال الذكاء الإنفعالي وأصبح بذلك يواجه المواقف الضاغطة في الحياة اليومية بشكل سوي، كذلك عملت تقنية التعزيز الإيجابي على زيادة ثقة المدمن بنفسه وتنمية قدرته على التحكم في سلوكياته الشخصية ما دام أنه أصبح يعترف بأنه المسؤول عنها، بالإضافة إلى أن التفاعل داخل الجماعة سمح له من الخروج من عزلته وحلقته المفرغة على حد قوله (مع المخدر كنت أعيش في حلقة مفرغة، أنهض صباحا أبحث عن المخدر، أسلك كل الطرق لأحصل عليه، أتناوله، ثم بعد مدة أعاود البحث عنه وهكذا).

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.
- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen	Somme des rangs
القياس البعدي . اللهفة-	Rangs négatifs	6	3,50	21,00
	Rangs positifs	0	,00	,00
القياس القبلي . اللهفة	Ex aequo	0		
	Total	6		

جدول رقم(35) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية الثالثة

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس البعدي . اللهفة-القياس القبلي . اللهفة
Z	-2,207
Sig. asymptotique (bilatérale)	,027

جدول رقم(36) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الثالثة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -2.207 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0,027، وبالتالي قيمة الإختبار دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه يوجد فرق دال إحصائيا

بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإبتكاسة بُعْدُ اللهفة حيث $Z=-2.207$ مع إحتمال $P=0.027 < 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل.

تحليل نتائج الفرضية الثالثة:

يتضح من خلال العرض السابق لنتائج الفرضية الثالثة حدوث إنخفاض ملحوظ في درجة اللهفة والإشتياق للمخدر ، بعدما كان يظهر مرتقعا في القياس القبلي ، إذ أن المدمن كان يصرح بصعوبة تحمله للإشتياق واللهفة وكانت شكواه الأساسية عدم القدرة على تحمل أعراض اللهفة والإشتياق وأنها تشكل له عائقا لمحاولة توفقه عن تعاطي المخدرات وتدفعه للإبتكاسة مرة أخرى: (لا يمكنني التغلب على ألم الإشتياق) ، كذلك (يزيد قلقي وتوترني أثناء إشتياقي للمخدر) و (أثناء الإشتياق لا أفكر إلا في المخدر) ، وبذلك فإن المدمن عبر عن حالته الشعورية أثناء الإشتياق للمخدر وعن الأعراض الجسدية التي تصاحبه، وعن المعاناة التي يسببها له الإشتياق وعن الأفكار التي تستحوذ فكره في تلك اللحظات وبالتالي أقر أنه لا ملجأ له إلا تناول المخدرات ليخفف بذلك من أعراض لهفته ويهدئ من قلقه.

هذا ما أكدته دراسة "محمد حسن غانم" "المدمنون وقضايا الإدمان" حيث أظهرت أن عدم السيطرة على الشوق يعد من بين أهم أسباب الإبتكاسة من وجهة نظر المدمنين أنفسهم.¹

أما في القياس البعدي فظهر إنخفاض في شدة اللهفة وتفسر الباحثة ذلك بأثر البرنامج العلاجي الجماعي المطبق ومختلف الفنيات المستخدمة من أجل تخفيف الشعور باللهفة ليتمكن المدمن من إزاحة هذا العائق والقضاء على الإشتياق من خلال الفهم الصحيح لأسباب اللهفة ثم العمل على مواجهتها وإطفائها، حيث اكتسب المدمن مهارات التعامل مع الرغبة الجامحة واللهفة المتواصلة إتجاه المخدر كمهارة التخيل العقلاني الإنفعالي والتي طلب من المدمن إستعمالها في حالة الشوق، وتقنية تشتيت الذهن أو الفكر عن طريق تحويل الإنبتاه والإلهاء لخفض درجة اللهفة.

إضافة إلى التدريب على الإسترخاء في حالات القلق والتوتر الناتجين عن الإشتياق، وكذا تقنية إزالة الحساسية المنتظم عندما طلب من المدمن تخيل المخدرات والعقاقير ثم عرضت عليه صورها وبصفة تدريجية وضعت مباشرة أمامه.

بالإضافة إلى فضل تقنية ABC وتقني الأفكار السلبية وتحويلها إلى أخرى إيجابية، مكنت المدمن من أن يغير طريقة تفكيره حيث كان منصبا على تناول المخدرات متجاهلا آثارها الحقيقية ونتائجها السلبية على صحته، وأصبح يشعر بتخوف معقول على صحته، وهذا ما ساعده في التعامل مع لهفته نحو المخدر وكذلك

¹ محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2007، ص 46-47

اكتسب مهارة تأجيل إشباعاته حتى يتمكن من مقاومتها تدريجياً، إضافة إلى أن المدمن كان يعتبر النشوة أمر حقيقي في الإدمان، إلا أنه بعد الجلسات العلاجية تيقن أن النشوة التي يحققها المخدر كاذبة ومؤقتة على حد قوله (مباقتش نشوة ولات عذاب).

زيادة على ذلك فإن الأنشطة المقدمة للمدمن كواجبات منزلية عملت على ترسيخ ما تم إكتسابه في الجلسات وتدريبه على المهارات المستخلصة في كل جلسة.

وتؤكد ذلك "رئيفة عوض" وترى أن الواجبات المنزلية هي التي تمكن العميل من تعميم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات، وتساعده على أن ينقل تغيراته الجيدة إلى المواقف الحية، ولكي يقوم بدعم أفكاره أو معتقداته الصحيحة الجيدة.¹

ومن بين الدراسات التي إتفقت نتائجها مع نتائج الفرضية الثالثة نجد دراسة "علي مفتاح 2003" والتي أظهرت نتائجها بعد تطبيقها للعلاج المعرفي السلوكي تغير في المعتقدات الإدمانية ومعتقدات الشوق نحو الإتجاه الإيجابي وأن قوة الرغبة في التعاطي وإحتمالية التعاطي بدأت تضعف.

ودراسة "تيايبية 2015" حيث ساهم برنامجه المقترح ذا المنحى العقلاني الإنفعالي على التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان.

ودراسة كل من "ميلسامون 1994" و "ريتشارد" التي بينت نتائجها فعالية العلاج بالوخز بالإبر الصينية والعلاج الجماعي في التخفيف من شدة اللهفة.

كذلك دراسة "جانيت كونيفال 1994" التي توصلت إلى تخفيف اللهفة لدى معتمدي الكراك من خلال العلاج الجماعي.

¹ حسين بن ادريس، فاعلية برنامج إرشادي عقلائي إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، 2010، ص 258.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.
- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس البعدي . الذكاء الوجداني	Rangs négatifs	0	,00	,00
	Rangs positifs	6	3,50	21,00
-القياس القبلي . الذكاء الوجداني	Ex aequo	0		
	Total	6		

جدول رقم(37) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية الرابعة

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس البعدي . الذكاء الوجداني -القياس القبلي . الذكاء الوجداني
Z	-2,207
Sig. asymptotique (bilatérale)	,027

جدول رقم(38) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الرابعة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -2.207 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0.027، وبالتالي قيمة الإختبار دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنتكاسة بعد الذكاء الإنفعالي حيث $Z=-2.207$ مع احتمال $P=0.027 < 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل.

• تحليل نتائج الفرضية الرابعة:

يتضح من خلال العرض السابق لنتائج الفرضية الرابعة حدوث تحسن ملحوظ في مستوى الذكاء الإنفعالي بأبعاده الخمسة (الوعي بالذات، إدارة الإنفعالات، الدافعية، التقمص الوجداني، المهارات الإجتماعية) لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد التعرض لفتيات البرنامج العلاجي الجماعي المستخدم في الدراسة الحالية. ذلك مقارنة بنتائج القياس القبلي والتي أظهرت تدني في مستوى الذكاء الإنفعالي بمختلف أبعاده، لدى أفراد العينة، وهذا ما دلت عليه نتائج الدراسات كدراسة "الخلف 2007" والتي أظهرت أن المتعاطي يكون أقل توافقاً إجتماعياً وإنفعالياً مقارنة بغير المتعاطين.

ودراسة "محمود 1991" والتي بينت أن المنتكسون يتميزون بعدم إستقرار إنفعالي وعدوانية ودراسة "أبو زيد 1998" والتي أظهرت نتائجها إرتفاع القلق لدى المنتكسين وعدم قدرة المنتكس على ضبط إنفعالاته والتواصل مع الآخرين وضعف الوازع الديني لدى المنتكسين.

كذلك دراسة " يوسف العنزي 2011" والتي خلصت إلى أن أهم المتغيرات التي تتنبئ بالإنتكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة الإنفعالات ومن بين توصيات الدراسة تقديم برامج تدعم وجهة الضبط الداخلية للمنتكسين وإكسابهم مهارات علاجية لتوظيف الذكاء الإنفعالي لتحقيق التعافي من تعاطي المخدرات. هذا ما أثبتته دراسة "هانري 2006" والتي أثبتت بأن الإنفعالات مؤشر لحدوث الإنتكاسة وأن المنتكسين على مادة الكوكايين ليس لديهم القدرة على فهم المشاعر الإنفعالية وإدارتها والسيطرة عليها، وقد أوصت الدراسة على أن يكون أحد أوجه العلاج إكساب المدمنين المنتكسين مهارات ضبط الإنفعالات والسيطرة عليها.

أما عن التحسن الذي أظهرته نتائج القياس البعدي فتفسر الباحثة ذلك بأن المدمن كان يظهر نقص واضح في الذكاء الإنفعالي بأبعاده المختلفة، كانت أفكاره مشوشة ولا يملك القدرة على فهمها وتحليلها وبالتالي لم يكن يفهم ذاته وفعاليتها وكذلك بالنسبة إلى إدارة الإنفعالات فكان يتسم بالقلق والتوتر الزائدين، وعدم التحكم والسيطرة في إنفعالاته، وضعف في التفاعلات والتواصل الإجتماعي، وكذا نقص في المهارات الإجتماعية. وبعدها خضع الأعضاء للبرنامج العلاجي الجماعي المقترح بمختلف فنياته وأساليبه وما للجماعة من دور كبير في التفاعل الإيجابي بين الأعضاء، أظهر المدمنون تحسنا في مستوى ذكائهم الإنفعالي بمختلف أبعاده.

حيث ساهم البرنامج العلاجي الجماعي في زيادة وعي المدمن المنتكس بذاته فأصبح يعي مشاعره وأفكاره ويفهمها ويعي نقاط قوته ويستغلها وكذلك نقاط ضعفه ويعترف بها ويحاول تحسينها وهذا ما زاده ثقة بنفسه والشعور بفاعليتها، من خلال فنيات الحوار، الإستبصار، تقنية ABC، الأحاديث الذاتية الإيجابية، هذا من جهة كذلك تمكن المدمن من إكتساب مهارات التحكم والسيطرة على إنفعالاته وتوجيهها وتنظيمها من خلال فنيات النمذجة، ولعب الدور والتعزيز الإيجابي، ومن ثم أصبح يتمتع بدافعية مقبولة تحفزه على الأداء الجيد، وتزيد من دافعيته نحو الإنجاز والإلتزام والمبادرة وكذلك التفاوض، وتم تحقيق ذلك بفضل النمذجة الحقيقية ومجموعة القصص الواقعية لشخصيات ناجحة استطاعت التغلب على الصعوبات والعراقيل التي تواجههم لتحقيق طريق النجاح، واستعمل الإدمان كأحد العراقيل التي تعوق الفرد دون تحقيق حياة أفضل، فمثل هذه القصص زادت المدمن عزيمة وإصرار وثقة بالنفس والتفاوض مما يزيد دافعيته لتحقيق أهدافه المستقبلية.

كذلك ساهم التعرف على معنى التقمص الوجداني وأهميته في تحقيق التكيف الإجتماعي في تحسين مستوى الذكاء الإنفعالي لدى المدمن فمن خلال الجلسات العلاجية أصبح يفهم ذاته ويتفهم غيره ويحاول التعاطف معهم، ومساعدة من يحتاجه، واكتسب بذلك صفة التعاون والإيثار من خلال فنيات الحوار، لعب الدور والعصف الذهني.

وفي الأخير عملت الفنيات الموجهة لإكساب المدمن المهارات الإجتماعية على تحسين مستوى نكائه، حيث أصبح هذا المدمن يقدر أهمية العلاقات الإيجابية والبناءة في حياته ويتحمل المسؤولية الإجتماعية ويتواصل مع الآخرين، ويعمل على إدارة الخلافات والصراعات بشكل سوي وبالتالي يبني روابط مثمرة مع الآخرين.

وهذا ما أكده بار-أون Bar On (1997) في قوله: " أن مهارات الذكاء الوجداني يمكن تعلمها خلال المراحل العمرية المختلفة ومع نمو مهارات الذكاء الوجداني تنمو مهارات أخرى مثل الثقة بالذات والآخرين والقيادة والأشخاص الذين يتمتعون بالذكاء الوجداني هم القادرون على تمييز مشاعرهم والتعبير عنها والإستفادة من إمكاناتهم والإستمتاع بالحياة وإقامة علاقات قوية مع الآخرين وتحمل المسؤولية الاجتماعية".¹

ولقد إنتقت نتائج الفرضية الرابعة من الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة "المشاقبة 2003" والتي خلصت إلى أن تطبيق برنامج الإرشاد الجمعي أدى إلى تحسين كل من مفهوم الذات والمهارات الإجتماعية لدى أفراد العينة.

ودراسة " بيجي كانترول 1993" والتي أكدت على أن الرفع من الفعالية الذاتية يقي من الوقوع في الإنتكاسة.

¹ خليل سامية، الذكاء الوجداني، مفاهيم ونماذج وتطبيقات، القاهرة، دار الكتاب الحديث، 2010، ص 226.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس التتبعي . إبتكاسة-القياس	Rangs négatifs	3	2,00	6,00
	Rangs positifs	0	,00	,00
البعدي . إبتكاسة	Ex aequo	3		
	Total	6		

جدول رقم(39) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية الخامسة

- H_0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس التتبعي . إبتكاسة-القياس البعدي . إبتكاسة
Z	-1,604
Sig. asymptotique (bilatérale)	,109

جدول رقم(40) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الخامسة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -1.604 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0.109، وبالتالي قيمة الإختبار غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإبتكاسة حيث $Z=-1.604$ مع احتمال $P=0.109 < 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

• تحليل نتائج الفرضية الخامسة:

يتضح من خلال العرض السابق للفرضية الخامسة إستمرار أثر البرنامج العلاجي الجماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، بعد مدة دامت شهرين والذي ظهر من خلال القياس التتبعي. وتعزو الباحثة ذلك الإستمرار في التأثير الإيجابي أساساً إلى تغير المنطق الإدماغي لدى المدمن المنتكس وإكتسابه لطريقة تفكير جديدة إيجابية وكذلك إستبصاره بالمشكلة التي كان يعاني منها حيث أصبح يميز إيجابيات التعاطي ويصفها بالمزيفة والمؤقتة وكذا يتعرف على سلبياته التي لا تحصى. وكذلك يرجع الفضل في هذه المحافظة على السلوك السوي إلى مختلف الفنيات والأساليب المستخدمة طوال مراحل البرنامج العلاجي الجماعي كالحوار والإستبصار وتقنية ABC أي التفكير العقلاني، والواجبات المنزلية.

إذ أن البرنامج المقترح أَلَمَّ بمختلف فنيات العلاج الإنفعالي العقلاني التي طورها إليس Ellis وأكد على إستخدامها على هذا النحو:

- تزويد المدمن بالمهارات والتدريبات المنزلية في رصد الحوادث المحرصة للتعرف على المنبهات المثيرة للنزوع أو الميل نحو المسكر أو المخدر.
- رصد الأفكار الخاطئة التي تخفض من عتبة تحمل الإحباط وتثير قلق الإنزعاج، بحيث يتدرب على مكافحتها والتصدي لها وتبديلها وتغيير الإنفعالات للإبقاء على حالة الكف.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس التتبعي. وجهة الضبط	Rangs négatifs	0	,00	,00
	Rangs positifs	3	2,00	6,00
- القياس البعدي. وجهة الضبط	Ex aequo	3		
	Total	6		

جدول رقم(41) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية السادسة

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس التتبعي. وجهة الضبط - القياس البعدي. وجهة الضبط
Z	-1,633
Sig. asymptotique (bilatérale)	,102

جدول رقم(42) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية السادسة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -1.633 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0.102، وبالتالي قيمة الإختبار غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنكاسة بعد وجهة الضبط،

حيث $Z = -1.633$ مع إحتمال $P = 0.102 > 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

• تحليل نتائج الفرضية السادسة:

من خلال عرض نتائج الفرضية السادسة والتي أظهرت إستقرار في القياسين وعدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي لبعد وجهة الضبط، تفسر الباحثة ذلك ببقاء المدمن محافظ على أفكاره الجديدة التي إكتسبها خلال جلسات البرنامج العلاجي والمتعلقة بسببية الإدمان ومسؤوليته الشخصية إتجاه أي فشل أو نجاح في حياته والتي ساهمت في تنمية وجهة ضبطه الداخلية من خلال إستبصاره وتحسن مستوى ذكائه الإنفعالي وزيادة دافعيته ويتفق روتر مع ما سبق حيث يقر بوجود علاقة بين الدرجة العالية في الدافع للإنجاز وبين مصدر الضبط الداخلي للأفراد، لأن هؤلاء يشعرون أن لديهم سيطرة وتحكم في بيئاتهم، خلافا لأصحاب الضبط الخارجي الذين قد يتقاعسون عن العمل لأن النتائج محكومة بعوامل ليس لهم سيطرة عليها وليست مترتبة على جهودهم.

وفي هذا السياق أوضح ليفكورت Lofcourt أن معظم المعالجين النفسيين يعملون على زيادة وجهة الضبط الداخلي لدى العملاء المترددين عليهم، وأن إستجابة العملاء للعلاج هي في حد ذاتها دليل على إرتفاع مستوى ضبطهم الداخلي، ومن ثم يفترض ليفكورت أن عملية تعلم كيفية التوافق مع مواقف الضغوط أو الإنعصاب، ومحاولة التفاعل مع المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته تتضمن في واقع الأمر تنمية لوجهة الضبط الداخلي، وهذه هي الخاصية التي تحاول طرق العلاج النفسي مساعدة الأفراد على تحقيقها. ومما يذكر في هذا الصدد أن أكثر طرق العلاج التي حققت نتائج مرضية في تقوية وجهة الضبط الداخلي تلك التي اعتمدت على النموذج السلوكي المعرفي الذي يركز فيه المعالجون على علاقة سلوك العميل بكل من الثواب والعقاب، بالإضافة إلى مساعدة العميل على فهم العلاقة السببية بين السلوك والنتائج السلبية أو الإيجابية التي يحصل عليها وهو ما يعرف في نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي نموذج (ABC).

- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس التتبعي . اللهفة-القياس	Rangs négatifs	1	3,00	3,00
	Rangs positifs	2	1,50	3,00
البعدي . اللهفة	Ex aequo	3		
	Total	6		

جدول رقم(43) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية السابعة

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس التتبعي . اللهفة-القياس البعدي . اللهفة
Z	,000
Sig. asymptotique (bilatérale)	1,000

جدول رقم(44) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية السابعة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -0.000 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 1.000، وبالتالي قيمة الإختبار غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنكاسة بعد اللهفة حيث $Z=-0.000$ مع إحتمال $P=1.000>0.05$. وبالتالي نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

• تحليل نتائج الفرضية السابعة:

يظهر من خلال العرض السابق لنتائج الفرضية السابعة إستمرار أثر البرنامج العلاجي في لهفة وإشتياق المدمن نحو المخدرات وتعزو الباحثة ذلك إلى تأثير مختلف الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي الجماعي كالتخيل العقلاني الإنفعالي والإسترخاء وتشتيت الذهن وكذلك الواجبات المنزلية التي عملت على إكساب المدمن هذه المهارات وتدريبه عليها والحث على وجوب إستخدامها في وقت الحاجة إليها.

وهذا ما أكده Ellis في قوله: " إن أردت أن تتعلم أكثر كيفية التخلص من الإدمان الخطير أو أي إضطراب حاد في الشخصية، إن شككت بأنك مصاب بها إستعن بطرق الشعور بالتحسن وخاصة التحسن وهو

يقصد استخدام طرق وتقنيات التدريب على إكتساب المهارات وحل المشكلة وإستخدام طرق الإلهاء وكذلك الواجبات المنزلية¹.

- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

- H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Rangs				
		N	Rang moyen :	Somme des rangs
القياس التتبعي. الذكاء الوجداني -	Rangs négatifs	3	3,33	10,00
	Rangs positifs	2	2,50	5,00
القياس البعدي. الذكاء الوجداني	Ex aequo	1		
	Total	6		

جدول رقم(45) يوضح التكرارات والمقارنات نتائج الإختبار ولكيسون للفرضية الثامنة

- H0 : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

Tests statistiques	
	القياس التتبعي. الذكاء الوجداني - القياس البعدي. الذكاء الوجداني
Z	-,680
Sig. asymptotique (bilatérale)	,496

جدول رقم(46) يوضح نتائج إختبار ولكيسون للفرضية الثامنة

تبين النتائج في الجدول السابق أن قيمة إختبار ولكيسون Z تساوي -0.680 مصحوبة بالدلالة الإحصائية التي بلغت 0.496، وبالتالي قيمة الإختبار غير دالة عند مستوى الدلالة 0.05 بمعنى أنه لا يوجد فرق دال إحصائيا بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الإنكاسة بعد الذكاء الإنفعالي، حيث $Z = -0.680$ مع إحتمال $P = 0.496 < 0.05$ ، وبالتالي نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

¹ إليس، 2004، مرجع سابق، ص 185.

تحليل نتائج الفرضية الثامنة:

يظهر من خلال العرض السابق لنتائج الفرضية الثامنة إستمرار التأثير الإيجابي لتنمية مهارات الذكاء الإنفعالي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين من الإنتهاء من تطبيق البرنامج ويرجع ذلك إلى إستمرار أثر الفنيات المستخدمة أثناء الجلسات العلاجية كلعب الدور، النمذجة، التغذية الراجعة، التعزيز الإيجابي وحل المشكلات، عملت كلها على زيادة وعي المدمن بذاته وقدرته على تمييز مشاعره وأفكاره والتعبير عنها وقدرته على إدارة إنفعالاته وتنظيمها، ووعي المدمن بأهمية الدافعية للإنجاز والمبادرة وتأجيل الإشباع من أجل تحقيق الأهداف المسطرة.

كذلك بعث روح التفاؤل والإصرار على الإستمرار في التوقف والإنقطاع إضافة إلى زيادة وعيه الإجتماعي وتعاطفه مع الآخرين وإكتسابه مهارات إجتماعية تساعده على حل المشكلات ومواجهتها دون اللجوء إلى المخدر.

ويؤكد جولمان أن الذكاء الوجداني المرتفع أمر حاسم وجوهري للنجاح في الحياة فالتعاطف ومهارات الإتصال مثلها مثل المهارات الإجتماعية والقيادية هي التي تجعل الفرد منتجا فاعلا وذا قيمة في مجتمعه.¹

¹ زيدان عصام محمد، الإمام كمال أحمد، الذكاء الإنفعالي وعلاقته ببعض أساليب التعلم وأبعاد الشخصية، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر، المجلد 2، العدد 1 يناير، 2003، القاهرة، ص 15.

ثانيا: عرض وتحليل النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة:

لما كان محور إهتمام الدراسة الحالية هو إقتراح برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، فإنه من الأهمية مناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء ما تناوله الإطار النظري للدراسة وما عرضته من دراسات سابقة وفقا لما يلي:

1- السمات المميزة لشخصية المدمن والمدمن المنتكس.

2- فاعلية برامج علاجية في التخفيف من السلوك الإدماني والإبتكاسة.

1- السمات المميزة لشخصية المدمن والمدمن المنتكس:

أولا: وجهة الضبط الخارجية:

إتفقت نتائج الدراسة الحالية مع ما ذهبت إليه الدراسات التي قامت بغرض الكشف عن سمات وخصائص المدمنين المنتكسين حيث أثبتت الدراسة الحالية إتصاف المدمن المنتكس وجهة ضبط خارجية وهذا ما أكدته دراسات كل من: دراسة حسين 1995 م حيث دلت نتائجها على تميز فئة متعاطي الكحول بوجهة ضبط خارجية، وكذلك دراسة العقباوي 1999 م والتي أوضحت نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين وأشقائهم غير المدمنين بالنسبة لوجهة الضبط، حيث يميل المدمنون إلى الإعتقاد في الضبط الخارجي.

وهذا ما أكدته أيضا دراسة شيلينج وكارمن والتي هدفت إلى التأكيد على مدى العلاقة القائمة بين وجهة الضبط وسلوك تعاطي الكحول وأشارت نتائجها إلى أن ذوي وجهة الضبط الخارجية لديهم دوافع شخصية للتعاطي أكبر من ذوي وجهة الضبط الداخلية، كما بينت أيضا زيادة المشكلات الإجتماعية الناجمة عن التعاطي لدى وجهة الضبط الخارجية مقارنة بذوي وجهات الضبط الداخلية.

ظهر أيضا في نتائج دراسة جونسون وآخرون 1991 م إتفاق مع نتائج الدراسة الحالية، حيث أثبتت دراسة جونسون أن المتعاطين على الكحول يميلون نحو وجهة الضبط الخارجية وأنه بالإمكان التنبؤ بالإبتكاسة من خلال مؤشر وجهة الضبط.

كذلك أكدت العلاقة بين وجهة الضبط والإدمان دراسة صالح بن سفير 2008 م حيث أسفرت على نتائج أهمها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين للهيروين وغير المتعاطين في وجهة الضبط الخارجية لصالح المتعاطين للهيروين.

إتفقت كذلك الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة محمود 2001 م التي خلصت إلى أن المدمنين يتميزون بضعف الأنا وبوجهة ضبط خارجية.

ثانيا: الالهفة أو الإشتياق: فقد إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة ميلسامون MM-Moon وإدوارد لاتيسا E Latessa عام 1994 م حيث أثبتت هذه الأخيرة أن العلاج بالوخز بالإبر الصينية إضافة إلى العلاج النفسي الجماعي أعطى نتائج فعالة في تخفيف الالهفة وعلاجها لدى مرضى الإعتماد العقاقيري الذين يترددون على العيادات الخارجية.

كذلك الأمر نفسه مع دراسة جانيت كونيغال Konefal J عام 1994 م، حيث توصلت لتخفيف الالهفة لدى معتمدي الكرك Crack من خلال العلاج الجماعي.

أما في ولاية تكساس الأمريكية فقد أكد ريتشارد Richard. A وآخرون على فعالية الإبر الصينية والعلاج الجماعي في تقليل الالهفة لدى معتمدي المنشطات خاصة الكوكايين والكرك.

إتفقت أيضا الدراسة الحالية مع دراسة علي مفتاح 2003 م حيث أظهرت نتائجها تغير في المعتقدات الإدمانية ومعتقدات الشوق في الإتجاه الإيجابي وأن قوة الرغبة في التعاطي وإحتمالية التعاطي بدأت تضعف.

ثالثا: الذكاء الإنفعالي:

إتفقت الدراسة الحالية من خلال إثباتها لنقص وتدني مستوى الذكاء الإنفعالي بمختلف أبعاده، مع دراسات عديدة نذكر أبرزها دراسة أبو زيد 1998 م والتي كان من بين نتائجها أن المنتكسين لديهم إرتفاع القلق وعدم القدرة على ضبط الإنفعالات والتواصل مع الآخرين.

*كذلك دراسة هانري Hannry عام 2006 م والتي أثبتت من بين نتائجها أن المنتكسين يفتقدون القدرة على فهم المشاعر الإنفعالية وإدارتها والسيطرة عليها، وقد أوضحت بأن الإنفعالات مؤشر لحدوث الإنتكاسة وقد أوصت الدراسة على أن يكون العلاج يشتمل على إكساب المدمنين والمنتكسين مهارات ضبط الإنفعالات والسيطرة عليها.

*إتفقت نتائج الدراسة الحالية كذلك مع دراسة الخلف 2007 م والتي أقرت أن المتعاطين هم أقل توافقا إجتماعيا وإنفعاليا مقارنة مع غير المتعاطين، كذلك دراسة محمود 1991 م والتي أثبتت أن المدمنين المنتكسين يتميزون بعدم إستقرار إنفعالي حيث كان هذا من بين أهم النتائج التي توصلت إليها دراسة ماجدة حسين محمود 1991 م.

*كذلك يظهر جليا إتفاق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة يوسف بن سطاتم العنزي 2010 م والتي أثبتت أن أهم المتغيرات التي تنبئ بالإنتكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة الإنفعالات ومن بين توصيات الدراسة تقديم برامج تدعم وجهة الضبط الداخلية للمنتكسين وإكسابهم مهارات علاجية لتوظيف الذكاء الإنفعالي لتحقيق التعافي من تعاطي المخدرات.

2-فاعلية برامج علاجية في التخفيف من السلوك الإدماني والإنتكاسة.

لقد إتفقت عدة دراسات مع دراستنا الحالية من حيث تناولها لمتغير الإنتكاسة مثل دراسة كانترل وآخرون 1993 م والتي أثبتت أن المدمنين الذين تعرضوا لبرنامج علاجي وقائي من الإرتكاس، ظهرت لديهم ثقة بالنفس أكثر وأصبحوا يتصرفون بكفاءة، وما أكد ذلك هو عدم إرتكاسهم حتى بعد عام من العلاج حيث أوصت الدراسة بأهمية البرامج في الوقاية من الإرتكاس الكحولي هذا ما أكدته دراسة " ويلز وآخرون " 1994 عند تطبيقها لبرنامج علاجي تربوي على عينة من المدمنين على الكوكايين وتوصلت نتائجها إلى وجود تأثير دال للبرنامج العلاجي التربوي في رفع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر وإنخفاض تعاطي أفراد العينة للكوكايين في مرحلة ما بعد العلاج.

*أما دراسة كاترين بادين Badin، فتشابهت مع الدراسة الحالية من حيث العمل على التخفيف من أعراض الإنتكاسة واختلفت معها في طريقة العلاج حيث إستخدمت هذه الأخيرة برنامجا تدريبيا علاجيا معرفيا سلوكيا يحتوي على مهارات التأقلم لشحذ فعالية الذات والوقاية من الإرتكاس.

*أكدت الدراسة الحالية على ما توصلت إليه دراسة ليون Dicherson Leon 1994 م، حيث خلصت نتائج الدراسة إلى أن الفهم الأفضل للجوانب النفسية للإدمان، يؤدي إلى إنخفاض معدل الإرتكاس داخل أفراد العينة التي خضعت لبرنامج تدريبي تعليمي جماعي يحتوي على فنيات تعديل المعرفة والسلوك.

*كذلك إتفقت الدراسة الحالية مع دراسة أمزيان الوناس 2006 م، حيث ساهم العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي من خلال تصحيح الأفكار الخاطئة ومن ثم تعديل السلوك تجاه المخدرات، بالتخلي أو التقليل من التعاطي لدى أفراد العينة.

الأمر نفسه بالنسبة لدراسة بوخنوفة نهى 2011 م، حيث بينت نتائجها وجود أفكار لاعقلانية عند المدمنين عملت من خلال برنامجها العلاجي على إستبدال هذه الأفكار بأخرى أكثر إيجابية وهذا ما ساعد المدمنين على تعديل السلوك الإدماني والتخلص من التبعية للمادة المخدرة وإكتساب سلوك توافقي.

*كذلك إتفقت الدراسة الحالية مع نتائج دراسة طلحي فريدة 2016 م والتي ظهر من خلال نتائجها أن البرنامج العلاجي العقلاني الإنفعالي المستخدم ساهم في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات وتعديل سلوكهم إتجاه الإدمان.

*إتفقت نتائج الدراسة-أيضا-مع ما بينته دراسة سايل حدة وحيدة 2008 م حيث توصلت من خلال إستخدامها لتقنية التدريب على حل المشكلة الإجتماعية وتقنية الإسترخاء إلى تحسن درجات الإستراتيجيات

البناءة لحل المشكل كما ساهم الإسترخاء على التخفيف من درجة التأثر للمواقف الضاغطة وأوصت الدراسة بإستعمال التقنيتين لتحسين آدائهم في حل مشكلات الحياة اليومية والوقاية من الإنتكاسة.

أكدت نتائج دراسة تيايية 2015 م، ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، حيث ساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان.

القسم الثاني: التوصيات والإقتراحات

1-توصيات الدراسة:

في ضوء إشكالية الدراسة والفروض وفي حدود العينة، وبناء على ما أسفرت عليه الدراسة من نتائج إضافة إلى التركيز على الذكاء الإنفعالي للمنتكسين وتدعيم توظيفه في مختلف المواقف الحياتية، وتنمية وجهة الضبط الخارجية التي تحقق الإستبصار الحقيقي بالمشكلة وتزيد من روح المسؤولية وكذا مساعدة المدمن المنتكس على تخطي فترة الحرمان أو التوقف والتخفيف من اللهفة توصي الباحثة بما يلي:

- تقديم الخدمة النفسية والإجتماعية للمدمن أثناء العلاج وعدم الإكتفاء بالعلاج الطبي فقط، وذلك من خلال إعداد برامج نفسية علاجية.

- تفعيل عمل الأخصائيين النفسيين داخل المراكز الخاصة بالمدمنين من خلال تزويدهم ببرامج علاجية وتدريبية لإعادة تأهيلهم ورعايتهم والتواصل معهم.

- تشجيع المتابعة والرعاية اللاحقة للمدمن بعد خروجه من المركز للحد من نسبة الإنتكاسة.

- إشراك الأهل في العملية العلاجية التي يخضع لها المدمن المنتكس كون الأسرة تلعب دورا هاما في الحفاظ على إستمرار التعافي.

- تعزيز طرائق العلاج الجماعي لتحقيق التفاعل والتواصل.

- إكساب المدمنين المنتكسين مهارات التأقلم والتعامل مع المواقف الضاغطة.

- تنمية مهارات فاعلية الذات وتأكيد الذات والمهارات الإجتماعية.

2- مقترحات الدراسة:

- إجراء المزيد من الدراسات النفسية حول الإدمان والإنتكاسة للإستفادة من نتائجها في رسم خطط وقائية وعلاجية في مجال التعامل مع الإدمان على المخدرات.

- إجراء دراسات تختبر فاعلية العلاج النفسي الجماعي للتخفيف من أعراض القلق وأعراض الإكتئاب لدى عينة المدمنين.

- الإهتمام بإستخدام البرامج العلاجية ذات المنحنى العقلاني الإنفعالي التي تعتمد على تصحيح التشوهات الفكرية لدى المدمنين المنتكسين.
 - إجراء دراسة لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الإنفعالي كأسلوب علاجي لخفض القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المدمنات.
 - عمل دراسة مقارنة في العلاج النفسي الجماعي والعلاج النفسي الفردي للمدمنين على المخدرات.
 - تبني إستراتيجيات متطورة ذات مقاربات علاجية متكاملة داخل المراكز المتخصصة في علاج الإدمان مع تكثيف التدريب والتكوين للفريق الطبي المتخصص في علاج الإدمان المتواجد بها.
- **الإستنتاج العام للدراسة:**

إنطلقت الدراسة الحالية من فرضية عامة مفادها "البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كاف من الفاعلية لتخفيف أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات"، تفرعت منها فرضيات إجرائية، ولقد إستعملت الباحثة مقياس متعدد الأبعاد وجلسات البرنامج العلاجي الجماعي للتحقق من فرضيات الدراسة. وفي الأخير انتهت الدراسة بمجموعة من النتائج، تم عرضها وتفسيرها في ضوء التراث النظري المتاح والدراسات السابقة المتوفرة ويمكن إجمال ما إنتهت إليه الدراسة فيما يلي:

- نصت الفرضية الأولى في الدراسة الحالية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإبتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لأعراض الإبتكاسة تعزى إلى البرنامج العلاجي الجماعي المطبق على أفراد المجموعة التجريبية.

وهذا ما اتفق مع دراسة "كاترين بادين" ودراسة "ليون ديكيرسون" ودراسة "ويلز وآخرون 1994 م" ودراسة "أمزيان الوناس 2006 م" ودراسة "سائل حدة 2008 م" ودراسة "نهى بوخنوفة 2011 م" ودراسة "طلحي فريدة 2016 م" والتي أكدت نتائجها على فعالية برامجها المطبقة بمختلف الفنيات على تعديل سلوك الإدمان وصيانة سلوك التوقف والتخفيف من الإبتكاسة.

- جاءت الفرضية الثانية كالتالي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي، وقد أسفرت نتائج هذه الفرضية على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين تعزى إلى البرنامج العلاجي الجماعي المطبق في الدراسة الحالية ويرجع ذلك إلى الفنيات والأساليب المطبقة

خلال جلسات البرنامج العلاجي والتي ساهمت بتغيير وجهة ضبط المدمن من خارجية إلى داخلية كخطوة أولى في العلاج.

-كما إستهدفت الفرضية الثالثة إختبار الفروق في شدة اللهفة والشوق في القياسين القبلي والبعدي، ومن ثم دلت نتائج الفرضية على وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي تعزى للبرنامج العلاجي الجماعي المطبق، ومن بين الدراسات التي إتفقت مع نتائج هذه الفرضية دراسة " علي مفتاح 2003 م" و"تيايبيبة 2015 م" و "ميلسامون 1994 م" و"جانيت كونيفال 1994 م" والتي توصلت نتائجها إلى إنخفاض شدة اللهفة والشوق إتجاه المخدر بعد تطبيق البرامج العلاجية المستخدمة في كل دراسة.

-كذلك نصت الفرضية الرابعة على عدم وجود فروق ذات دالة إحصائيا بين متوسطي درجات القياس القبلي والقياس البعدي في مستوى الذكاء الإنفعالي وبعدها بينت نتائج هذه الفرضية وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الذكاء الإنفعالي تعزى للبرنامج العلاجي الجماعي المطبق في الدراسة، وهذا ما أكدته دراسة "المشاقبة 2003 م" ودراسة "بيجي كانترول 1993 م" من خلال مساهمة البرامج العلاجية المطبقة في تنمية الذكاء الإنفعالي لدى أفراد العينات محل الدراسة.

-أما الفرضية الخامسة فكان هدفها إختبار الفروق بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لأعراض الإنتكاسة وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا لأعراض الإنتكاسة في القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتعزى هذه النتائج إلى إستمرار الأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي الجماعي.

-ويظهر من خلال نتائج الفرضية السادسة والتي جاءت للكشف عن الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي لوجهة الضبط، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين ذلك راجع لإستمرار أثر البرنامج العلاجي المطبق ومختلف أساليبه المستخدمة في الدراسة.

-كذلك الأمر بالنسبة للفرضية السابعة والتي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين، ولقد أسفرت نتائجها عن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياسين البعدي والتتبعي ويرجع ذلك لإستمرار في الأثر الإيجابي للبرنامج المطبق.

-وأخيرا جاءت الفرضية الثامنة بالإقرار بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي للذكاء الإنفعالي وأسفرت نتائجها على إثبات ذلك وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين يعزى لأثر البرنامج العلاجي الجماعي المطبق.

ومن خلال ما سبق يمكن القول بعدم تحقق الفرضية العامة والتي مفادها أن البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كاف من الفاعلية للتخفيف من أعراض الإبتكاسة.

ذلك لأن نتائج الفرضيات الإجرائية أثبتت أن البرنامج العلاجي الجماعي المطبق على أفراد المجموعة التجريبية يتمتع بقدر كاف من الفاعلية للتخفيف من أعراض الإبتكاسة.

وتفسر الباحثة ذلك بمساهمة الأساليب والفنيات المستخدمة في الدراسة في تحقيق الأهداف الإجرائية وهي تغيير وجهة المدمن من خارجية إلى داخلية وكذلك خفض من شدة اللهفة أو الشوق نحو المخدرات والرفع من مستوى الذكاء الإنفعالي لدى المدمنين المنتكسين وقد ساهمت هذه الأهداف فيما بينها لتحقيق الهدف الرئيسي وهو تخفيف أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين هذا من جهة.

ومن جهة أخرى كان للبرنامج العلاجي الجماعي دور في الوصول إلى النتائج السالفة الذكر إذ أنه يتمتع بإمتميازات عديدة على حد قول Ellis وذكر أهمها: " للمجموعة تأثير فعال في مساعدة أعضائها لكي يقوموا بتغييرات سلوكية وشخصية بناءة، والعلاج الجماعي يؤكد على معالجة التفكير غير العقلاني وبالتالي يكون للأعضاء دور في وقف وتحدي تفكير الفرد الخاطيء، تعتبر المجموعة نشاطا فعالا للإجراءات والأنشطة المباشرة المتنوعة مثل لعب الدور، والتمرين على السلوك، التدريب على ضبط الذات وأسلوب حل المشكلات والنمذجة، يستطيع أعضاء المجموعة أن يكتشفوا مشاكلهم من خلال المجموعة، تقدم المجموعة التغذية الراجعة، فالمشاركون يبدؤون برؤية أنفسهم كما يراها الآخرون ويلاحظوا سلوكياتهم بشكل واضح، كما يمكنهم إكتساب مهارات إجتماعية خلال الجلسات، ويعتبر العلاج الجماعي أكثر إقتصادية من العلاج الفردي ومعدل الجلسة ليس طويلا أو مملا أو مرهقا" وبالتالي يمكن القول أن البرنامج العلاجي الجماعي يتمتع بقدر كاف من الفاعلية للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.¹

¹ سعيد حسين العزة، مرجع سابق، ص 165.

خاتمة:

من الملاحظ أن إنتشار مشكلة الإدمان على المخدرات في تزايد مستمر وسريع، وبالرغم من عدم دقة الأرقام لعدد المتعاطين في أي مجتمع، وذلك بسبب الرفض الإجتماعي والقانوني لهذه الظاهرة إلا أن الإحصائيات تشير إلى وجود عشرات الملايين من المدمنين على المخدرات بكافة أنواعها في العالم زيادة أن هذه المشكلة قد مست فئة حساسة في المجتمع هي بمثابة العمود الفقري للقوى البشرية، هذا ما جعلها تحتل بشكل عام مكانا ملموسا في إهتمام العديد من الباحثين والمختصين حيث تم تناولها من عديد الجوانب النفسية والصحية والإجتماعية، فهناك من بحث في أسبابها وهناك من بحث في آثارها وهناك من بحث في إنتشارها. وبشكل خاص آثار علاج الإدمان العديد من القضايا والإشكالات ولعل أهمها مشكلة كثرة الإنتكاسات بعد المرور بتجربة علاجية خاصة إذا كان العلاج مقتصر على الجانب الطبي فقط، أي إزالة التسمم وغير مقترن بعلاج نفسي ومتابعة بعد الخروج من المستشفى أو مركز المعالجة الخاص بهذه الفئة.

وبالتالي فإن علاج الإدمان قائم على فهم واسع لطبيعة المدمن ونظام معتقداته ومشاعره، مما يستوجب التدخل العلاجي السريع والفعال بإعتماد أساليب علاجية حديثة، حيث ظهر الإهتمام مؤخرا بالعوامل المعرفية للإدمان لبناء إستراتيجيات التدخل المبني على التصور المعرفي للمشكلة من خلال العلاج المعرفي السلوكي عموما والعلاج العقلاني الإنفعالي خصوصا الذي يتبنى فكرة مفادها أن تغيير الأفكار الخاطئة واللاعقلانية التي تميز معتقدات المدمن يغير من سلوكيات هذا الأخير.

وإعتبارا لما سبق جاءت دراستنا هذه والموسومة "فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات" والتي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج المقترح للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى عينة قدرت بـ 6 مدمنين من نزلاء مستشفى فرانتز فانون بالبلدية ومن خلالها طرحنا التساؤل الرئيسي التالي: "هل البرنامج العلاجي الجماعي يتمتع بقدر كاف من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات" والذي حدد الفرضية العامة، وتفرعت من خلاله أسئلة فرعية حددت الفرضيات الإجرائية، ولقد إعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة واستعملت أدوات كالمقابلة ومقياس متعدد الأبعاد للإنتكاسة وجلسات البرنامج العلاجي الجماعي.

وقد أسفرت نتائج البرنامج على فاعلية العلاجي الجماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة من خلال تغيير وجهة الضبط الخارجية والتخفيف من شدة اللهفة وكذلك الرفع من مستوى الذكاء الإنفعالي، حيث عمل هذا البرنامج بصفة عامة على تنفيذ ودحض الأفكار الخاطئة ومن ثم تصحيحها وإستبدالها بأخرى أكثر عقلانية

وبالتالي أدى ذلك إلى تعديل سلوكيات المدمن تجاه الإدمان وهذا بإستخدام تقنيات متعددة مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الإنفعالي.

ويبقى المجال مفتوحا أمام الباحثين لدراسة كفاءة العلاجات النفسية الجماعية المختلفة للإدمان والإنتكاسة.

قائمة المراجع

الكتب:

1. إبراهيم عبد الله هشام، العلاج العقلاني السلوكي، دار الكتاب الحديث، 2001.
2. أبو سعد أحمد عبد اللطيف، الإرشاد الجمعي، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديثة، 2009.
3. أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 1998.
4. أشرف علي السيد عبده، البروفيل النفسي لمدمني الهيروين، كلية الآداب جامعة أسيوط، القاهرة، 2003.
5. أشرف محمد العربي عميرة، استخدام أسلوب النمذجة السلوكية في طريقة العمل مع الجماعات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007.
6. إليس ألبرت، العلاج الذاتي المعمق لعواطفك، الطبعة الأولى، ترجمة مركز التعريب والترجمة، الدار العربية للعلوم.
7. البستاني، المخدرات والمسكرات والمهدئات، مدخل عام إلى الإدمان والعلاج والتأهيل، دار النهار، بيروت، 2003.
8. بشير معمريه، مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الإتجاه المعرفي السلوكي، دراسة ميدانية، المكتبة العصرية، المنصورة، 2009.
9. بن يونس محمد محمود، الأسس الفيزيولوجية للسلوك، الطبعة الأولى، دار الشروق، 2008.
10. جابر بن سالم، عبد الرحمن وآخرون، المعلم العربي للمواد المخدرة والعقاقير النفسية، الطبعة الثانية، جامعة نايف العربية، الرياض، 2005.
11. جعفر حشان، المخدرات والتدخين ومضارهما، الطبعة الأولى، دار الحرف العربي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، 2002.
12. جلال علي الجزائري وأحمد حسن الحراشنة، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2012.
13. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثانية، عالم الكتب القاهرة، 1995.
14. حامد عبد السلام زهران، علم النفس الإجتماعي، الطبعة الرابعة، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة، 1977.
15. الحجار محمد حمدي، العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض السعودية، 1992.
16. حسين الفايد، الإضطرابات السلوكية، تشخيصها-أسبابها-علاجها، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة، 2001.
17. حسين فايد، علم النفس المرضي السيکوباتولوجي، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر، القاهرة، 2004.
18. حمدي الحجار، العلاج النفسي الحديث للمخدرات، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 2005.
19. حمدي الحجار، العلاج النفسي الذاتي، مؤسسة الرسالة العالمية، القاهرة، 2005.

20. خالد حامد، **منهجية البحث في العلوم الإجتماعية والإنسانية**، الطبعة الأولى، جسور للنشر والتوزيع، الجزائر، 2008.
21. خالد حمد المهدي، **المخدرات وآثارها النفسية والإجتماعية والإقتصادية** في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات، الدوحة، قطر، 2013.
22. خليل سامية، **الذكاء الوجداني، مفاهيم ونماذج وتطبيقات**، القاهرة، دار الكتاب الحديث، 2010.
23. الدخيل عبد العزيز، **إدمان الكحول المشكلات والحلول**، الرياض، مؤسسة الملك خالد الخيرية 2005.
24. زين العابدين مبارك، **الحشيش**، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1986.
25. سامي الرحيلي، **علاج الإدمان**، [http.AR.WIKIPEDIA.ORG](http://AR.WIKIPEDIA.ORG).
26. سايل حدة وحيدة، **الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية**، الطبعة الأولى، دار التنوير، الجزائر، 2015.
27. سعد المغربي، **ظاهرة تعاطي الحشيش**، دراسة نفسية إجتماعية، دار المعارف بمصر، 1963.
28. سعد كريم الفقي، **المخدرات والإدمان الظاهرة والعلاج**، مركز الإسكندرية للكتاب 2005.
29. سعيد حسين العزة، **الإرشاد الجماعي العلاجي**، الطبعة الأولى، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2000.
30. سليمان بن عبد الرازق، **دون سنة، الإنتكاسة للمتعافين المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطي**.
31. عبد الإله عبد الله المشرف، **رياض بن علي الجوادي، المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة**، ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2011.
32. عبد الجليل أميم، **برنامج RPT للوقاية من المخدرات**، 2009.
33. عبد الحميد عبد العظيم رجيعه، **الندوة العلمية، المخدرات والأمن الإجتماعي**، مركز الدراسات والبحوث، قسم الندوات واللقاءات العلمية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، مصر، 2009.
34. عبد الرحمن العيسوي، **المخدرات وأخطارها**، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 2005.
35. عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، **مؤسسات المجتمع المدني ودورها في الحد من العود لتعاطي المخدرات**، الندوة العلمية "عوامل الإنتكاسة لدى مدمني المخدرات"، جامعة الملك سعود، 2012.
36. عبد العزيز بن علي الغريب، **ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي**، ط1، مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2006.
37. عبد الودود خربوش، **التجربة المغربية في علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات**، ندوة مراكش، جامعة القاضي عياض، مراكش المغرب، 2012.
38. عفاف عبد المنعم، **الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه**، (د.ط)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.

39. فايد حسين علي، سيكولوجية الإدمان، الطبعة الأولى، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، 2005.
40. فايد. ح، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.
41. فرج محمد الهوني، تاريخ الطب في الحضارة العربية الإسلامية، ليبيا، دار الجماهيرية.
42. فطيم لطفي، العلاج النفسي الجمعي، مكتبة الأنجلو المصرية، 1993.
43. كفاي علاء الدين، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الفكر العربي، 1998.
44. مارفن شو، ديناميات الجماعة، دراسة سلوك الجماعات الصغيرة، ترجمة مصري صورة ومحي الدين أحمد حسين، دار المعارف، القاهرة، 1966.
45. متعب بن مصلح الرشيد، اتجاهات مرضى إدمان المخدرات نحو دور الأخصائي الإجتماعي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2004.
46. مجدي أحمد عبد الله، السلوك الإجتماعي ودينامياته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، (د-ط) الإسكندرية، 2003.
47. محمد أحمد مشاقبة، الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2007.
48. محمد حسن غانم، العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، 2003.
49. محمد حسن غانم، المدمنون وقضايا الإدمان، دراسة نفسية إستطلاعية، مجلة علم النفس.
50. محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2007.
51. محمد حمدي حجار، العلاج النفسي الأمثل للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1991.
52. محمد رياض، كتيب التعليمات لمقياس قلق الإنزعاج للمدمنين على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل، دمشق، 1998.
53. محمد سلامة غباري، الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه "دراسة ميدانية"، ط2، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
54. محمد عبد الظاهر الطيب، تيارات جديدة في العلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار المعارف، مصر، 1981.
55. محمد علي البار، مشكلة المسكرات والمخدرات، نظرة إلى الجذور وإستشراف للكحول، دار القلم، دمشق، 2001.
56. محمد علي عمارة، برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدوانى لدى المراهقين، المكتب الجامعي الحديث، 2008.

57. محي الدين مختار، بعض تقنيات البحث وكتابة التقرير، مجلة دراسات في المنهجية (د، ط) ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2000.
58. مدحت عبد الحميد أبو زيد، الإرتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
59. مدحت عبد الحميد أبوزيد، الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان، الجزء الثاني، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2011.
60. مدحت عبد الحميد أبوزيد، لهفة الإدمان "تشخيصها وعلاجها"، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 2003.
61. مصطفى سويف، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2001.
62. مقدم عبد الحفيظ، الإحصاء والقياس النفسي والتربوي، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.
63. ناصر المحارب، ترجمة فريدمان، ممارسة العلاج الجمعي، النشر العلمي والمطابع، المملكة العربية السعودية، 1997.
64. ناصر بن إبراهيم المحارب، ممارسة العلاج الجمعي، مكتبة الملك فهد للنشر، السعودية، 1997.
65. هشام إبراهيم عبد الله، الذكاء الوجداني وعلاقته بفعالية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، مجلة علم النفس والعلوم الإنسانية، كلية الآداب، جامعة المنية، 2009.
66. هنري شابرول ترجمة فؤاد شاهين، الإدمان في سن المراهقة، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 2001.
- الرسائل الجامعية:
67. ابتسام بن هادي بن أحمد العفاري، العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير، كلية التربية قسم علم النفس، المملكة العربية السعودية، 2011.
68. ابتسام بنت عبد الله بن الزعبي، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض سمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات، رسالة دكتوراه، جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، السعودية، 2010.
69. إبراهيم خليفة بن ثاني، دور البرامج التأهيلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية في الحد من العود لتعاطي وإدمان المواد المخدرة، رسالة ماجستير، المعهد العالي للعلوم الأمنية، قسم العلوم الإجتماعية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، 1985.
70. إبراهيم عبد الستار وإبراهيم رضوى، الحضارة والعلاج النفسي، خبرة سلوكية في إطار عربي، مجلة العلوم الإجتماعية، الكويت، عدد 3.
71. بن عبد الله فوزية، دراسة شخصية المدمن على المخدرات كاستجابة للصدمة النفسية، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية الآداب والعلوم الإجتماعية، جامعة فرحات عباس، سطيف، الجزائر، 2010.

72. بوخاري سهام، فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي للإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة الجزائر -2-، 2011.
73. تيايبي عبد الغاني، مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالة دكتوراه علم النفس العيادي، جامعة سطيف 2، الجزائر، 2015.
74. حسين ابن إدريس، فاعلية برنامج إرشادي عقلاي إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة أم القرى، 2008.
75. حسين بن ادريس، فاعلية برنامج إرشادي عقلاي إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، 2010.
76. سايل حدة وحيدة، إستراتيجيات المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات، رسالة مقدمة لنيل الماجستير في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر، 2001.
77. سعيد بن أحمد بن الغداني، عوامل الشخصية الكبرى لدى مدمني المخدرات في ضوء بعض المتغيرات بسلطنة عمان، رسالة ماجستير، قسم التربية والدراسات الإنسانية، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى، عمان، الأردن، 2014.
78. سعيد حسين العزة، الإرشاد الجماعي العلاجي، الطبعة الأولى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2000.
79. السليم محمد، علاقة مستوى التدين والمساندة الإجتماعية بالإنتكاسة من المدمنين بمجمع الأمل، الرياض، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 2007.
80. سليمان بن عبد الرزاق الغديان، دون سنة، الإنتكاسة للمتعافين المفاهيم والعوامل المؤدية وطرق مواجهة العود للتعاطي.
81. السمدوني إبراهيم، الذكاء الوجداني، أسسه وتطبيقاته وتنميته، ط1، دار الفكر، عمان، 2007.
82. صالح بن سعد الشهراني، دور منازل منتصف الطريق بمستشفيات الأمل في تأهيل مرضى الإدمان، رسالة ماجستير، قسم العلوم الإجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2011.
83. صالح بن سفير بن محمد الخثعمي، وجهة الضبط والإندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين الهيروين، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2008.
84. طلحي فريدة، فعالية برنامج عقلاي، إنفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف-2-، الجزائر، 2016.
85. العامري منى، محمد صلاح، دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاي الإنفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج الإدمان، رسالة دكتوراه، 2000.

86. عبد الله بن أحمد الزهراني، العلاقة بين مواضع الإنتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمنين الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأمل بجدة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، 2010.
87. عبد الله بن أحمد الوائلي، فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، قسم العلوم الإجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2003.
88. العساف صالح حمد، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، الطبعة الثانية، دار الزهراء الرياض، 2012.
89. عفاف عبد الكريم، درجة الإنتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين، 2010.
90. قماز فريدة، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر، 2009.
91. محمد بن راشد الحجري، الذكاء الإنفعالي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى العاملين في الوظائف الدينية بسلطنة عمان في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، جامعة نزوى.
92. محمود مسلم الطالعة، تحري الخصائص السيكومترية لمقياس الذكاء الإنفعالي وإيجاد علاقته بالقلق لدى طلبة جامعة مؤتة، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة، 2007.
93. ناصر عبد العزيز الصقهان، تقييم فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية الرياض، 2005.
94. هشام محمد، أثر العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، جامعة الزقازيق، 2002.
95. هيفاء بنت عبد المحسن الأشقر، أثر برنامج علاجي عقلاني إنفعالي_ سلوكي جمعي في خفض قلق التحدث أمام الأخريات، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود، 2004.
96. يوسف بن سطاتم العنزي، الذكاء الإنفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 2010.
- المجلات:**
97. الحيايي وليد ناجي، قياس التكاليف المالية لتعاطي المخدرات في الأردن، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلد رقم 15، العدد 29، 2004.
98. الخزاعلة عبد العزيز، الجوانب الإجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن، دراسة ميدانية، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والإجتماعية 2003.
99. رقية عزاق، الإدمان على المخدرات والسلوك الإجرامي لدى الشباب الجزائري، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، العدد 20، جامعة لونيس علي، البليدة، الجزائر، 2015.

100. زيدان عصام محمد، الإمام كمال أحمد، الذكاء الإنفعالي وعلاقته ببعض أساليب التعلم وأبعاد الشخصية، دراسات عربية في علم النفس، دار غريب للطباعة والنشر، المجلد 2، العدد 1 يناير، 2003، القاهرة.
101. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد 56، 1982.
102. عبد الله بن سعد الرشود، تقويم البرامج في مجال علاج حالات الإدمان على تعاطي المخدرات، ورقة مقدمة ضمن أعمال الندوة العلمية "عوامل الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات"، جامعة القاضي عياض، مراكش، المملكة المغربية، 2012.
103. فاطمة صادقي، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات، دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، العدد 12، الجزائر 2014.
104. فتحي عبد الرحمن جروان وآخرون، دون سنة، أثر برنامج إرشادي جمعي مستند إلى نظرية جولمان في الذكاء الإنفعالي في خفض السلوكيات العدوانية والإتجاهات السلبية نحو المدرسة لدى طلبة المرحلة المتوسطة في الأردن، مجلة الطفولة العربية، العدد 37.
105. مصطفى سوييف، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205، القاهرة، 1995.
106. مطاع بركات، أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين، دراسة ميدانية في المرصد الوطني، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 33، العدد 5، 2011.
- الكتب باللغات الأجنبية:

- 116- Alain Morel et all, **soigner les toxicomanes**, Edition dunod, paris, 2003.
- 117- Beck, AZ Wright, **congntive therapy substanse abuse**, new york, the guilford press, 1993.
- 118- Bergeret. J. **La Toxicomanie**, Encyclopédie medico, chirurgicl, psychiatrie, paris, 1982.
- 119- Besancon, G, **Manuel psychopathologie**, 2eme edition, Dunod, paris, 2005.
- 120- Corty and Coon, **The extinction of Naturally occurring conditioned reactions in Psychoactive substance Users**, Anaog studies, addictive behaviors, vo20, 1995.
- 121- Cottenceau.H, **conduite addictive et troubles de la personnalité**, PES de psychiatrie, Paris.2006.
- 122- Denis.R et all. **Dictionnaire des dependaces**, paris.larousse.Bordas.2005.
- 123- Doron, R & Parrot. F. **Dictionnaire de psychologie**, paris, 2005.
- 124- **DSM-IV-TR**, Washington, American psychiatrie Association 2000.
- 125- Goleman, D, **comment transformer sés émotions en intelligence ?** La ffont, paris, 1997.

- 126- Jermone. H. Jaffe... **Drug Dependence**, opioids, psychoactive Substances Disorder, shepter, 13, 1992.
- 127- Lange, WR, Mecume BA. **Advanced Alcohol & substance Abuse**, vol. N° (2) 1990.
- 128- Marilyn Herier et autres, Centre de toxicomanie et de santé mentale. **La Toxicomanie guide d'information** 2010.
- 129- Marlatt G.A. Gordon, JR. **Relapse prevention** : Maintenance stratégies in the treatment of addictive behaviors, new york : guilfordpress 1985.
- 130- Marlatt and Gordon, **Relapse prevention**, Theoretical Rationale, overview of the model in New York, Guilford press, 1985.
- 131- Marlatt, G.A & Brrett. K. **Relapse prevention** American psychiatric press 1994.
- 132- Marlatt G. A (1985) **Relapse prevention**: (theoretical Rationale ET Overview of the model in: marlatt J. R (Eds), Relapse prevention, New York: Guilfordpress.
- 133- Mc Gee, TF, **Comprehensive Preparation for group psychotherapy**, Amer, J, Psychiat, 23.
- 134- Musto. D. F. **Opium. Cocaine and marijuana in American history**, Scientific, Amer, 1991.
- 135- NORBERT SILLAMY, **dictionnaire de psychologie** Larousse HER, 1999.
- 136- Olivenstien. C, **La vie du toxicomane**, paris, Puf, 1991.
- 137- Slavson, SR (ED), **The Practice Of group therapy**, London, 1947, The pushkin Press.
- 138- Taylor, G. Bagby R, **An overview of the Alexithymia construct**, In. R Baron j p parker (Eds) the hand book of Emotional Intelligence 40-67 Sanfransco-jossey-Bass, 2000.
- 139- Walker, S, **psychiatric signs and symptoms due to medical problems**, (1967), Springfield3, Charles Thomas.
- 140- Whong. **Feipeng Drinking in China Surveyor** 1982.
- 141- Winck. C. **Sociological Aspect of Drug Dependence** Ohio CRC press 1974.
- 142- Witkiewitz, Kand G.A Marlatt, **Therapist's guide to evidence-based relapse prevention** Amsterdam, Boston, Elsevier-Academicpress, 2007.
- 143- **World Drug**, Report, United Nations, New York, 2011.
- 144- www.ahewar.org/debat/shon.art.asp.
- 145- Young E, **The role of Incest Issues in relapse journal of psychoactive drugs**, vol20, 1990.

الملاحق

ملحق رقم (01)

إستمارة تحكيم أداة الدراسة

جامعة محمد لمين دباغين

السنة الجامعية 2016-2017

الطالبة: رتاب وسيلة

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

والأرطوفونيا

إستمارة تحكيم

أستاذي الفاضل:

تحية طيبة والسلام عليكم ورحمة الله.

في إطار التحضير لإنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في تخصص العلاجات النفسية وإعدادات التربية، تحت عنوان " فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات" دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المقيمين بمركز مكافحة الإدمان بمستشفى فرانتز فاتون بالبلدية.

نتقدم إلى سيادتكم بفقرات مقياس الإبتكاسة متعدد الأبعاد المتكون من (58) بندا تنتمي إلى أربعة أبعاد

هي كالتالي:

- **البعد الأول:** الإبتكاسة وتضمن (11) بنداً، تتعلق بمعتقدات وأفكار الفرد وإتجاهاته نحو الإبتكاسة.
- **البعد الثاني:** اللهفة أو الإشتياق وتضمن (14) بنداً تتعلق بأفكار الفرد ومعتقداته ومشاعره نحو اللهفة والإشتياق.
- **البعد الثالث:** وجهة الضبط الخارجية وتضمن (13) بنداً تتعلق بطريقة تفسير الفرد وإدراكه لمركز التدعيمات الخارجي.
- **البعد الرابع:** الذكاء الوجداني وتضمن (19) بنداً، مقسمة بدورها إلى خمسة أبعاد جزئية:
- **بعد الوعي بالذات:** وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على الإبتباه والإدراك الجيد للإنفعالات والمشاعر والوعي بالعلاقة بين المشاعر والأفكار والأحداث.
- **بعد إدارة الإنفعالات:** وتضمن أربعة (4) بنود تتعلق بالقدرة على التحكم والسيطرة على الإنفعالات وتهدئة النفس أمام المواقف الضاغطة.
- **بعد الدافعية:** وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على التفاوض وتحفيز النفس على التقدم نحو أفضل الحالات والتغلب على العقبات.

- بعد التقمص الوجداني أو التعاطف: وتضمن ثلاثة (3) بنود تتعلق بالقدرة على فهم أفكار ومشاعر الآخرين والإهتمام بهم والإحساس بإنفعالاتهم حتى وإن لم يفصحوا عنها.

- بعد المهارات الإجتماعية: وتضمن أربعة (4) بنود، تتعلق بالقدرة على التأثير الإيجابي في الآخرين والقدرة على إختيار أنسب الطرق للتعامل مع الوضعيات سواء أشخاص أو مواقف. وعليه نرجو منك تحكيم هذا المقياس وإبداء آرائك في مدى:

1- وضوح التعليمات.

2- كفاية البدائل.

3- صياغة وانتماء الفقرات للأبعاد.

-المفاهيم الإجرائية:

-الفاعلية:

هي قدرة البرنامج العلاجي الجماعي على التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات تظهر من خلال المقياس المطبق في الدراسة.

-البرنامج العلاجي:

برنامج يعمل على دمج فنيات معرفية وسلوكية من خلال عدد من الجلسات بهدف إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك للتحقق من فاعليته في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات والذي يقاس أثره بالمقياس المستخدم في الدراسة.

-الإبتكاسة:

هي عودة المدمن الذي إنقطع عن تعاطي المواد المخدرة لفترة من الزمن وهي ما يقيسه مقياس الإبتكاسة المستخدم في هذه الدراسة.

-الإدمان:

هو الحالة التي يصل إليها الشخص المتعاطي للمادة المخدرة بقوة قهرية دافعة لتعاطيه، ويظهر لديه الميل إلى زيادة الجرعات لأن الكمية التي يتعاطاها لم تعد تعطيه التأثير المرغوب، وإذا انقطع عنها يضغُب عليه تحمل الآلام النفسية أو الجسدية أو معًا، ويفقد نشاطاته اليومية المهنية والإجتماعية ويقوم بنشاطات إضطرارية للحصول على المادة رغم علمه بالمشاكل الصحية الناتجة عن التعاطي.

-المخدرات:

كل مادة طبيعية أو مصنعة احتوت على تأثيرات منبهة أو منشطة أو مثبطة أو مهلوسة، أدخلت للجسم بطرق مختلفة وأثرت في وظائف الجهاز العصبي وألحقت أضرارا نفسية أو صحية أو إجتماعية أو إقتصادية على مستوى الفرد وأسرته، كما أنها مصنفة على أساس مواد محرمة دينيا وممنوعة قانونيا أدت بالمتعاطي إلى دخول مصحة العلاج.

-وجهة الضبط:

هي تفسير المدمن المنتكس لحالة الإدمان التي آل إليها بأسباب خارجية بيئية وإجتماعية أو ظروف أو أصدقاء السوء أو الصدفة أو الحظ أو القدر وهي ما يقيسه المقياس المستخدم في الدراسة.

-لهفة الإدمان:

هي شدة الشوق والرغبة الملحة في تكرار سلوك تعاطي المخدر، تظهر على شكل أعراض جسدية أو نفسية أو سلوكية، تظهر درجتها من خلال المقياس المستخدم في الدراسة.

-الذكاء الإنفعالي:

هو مجموعة القدرات الإنفعالية الموضحة في الأبعاد الخمسة للذكاء الوجداني، الوعي بالذات إدارة الإنفعالات، الدافعية، التقمص الوجداني والمهارات الإجتماعية والتي تقاس بالمقياس المستخدم في الدراسة.

-فرضيات الدراسة:

-الفرضية العامة:

البرنامج العلاجي الجماعي لا يتمتع بقدر كاف من الفاعلية في التخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

-الفرضيات الإجرائية:

-الفرضية الأولى:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض الإنتكاسة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

-الفرضية الثانية:

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لوجهة ضبط المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الثالثة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لأعراض اللهفة لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الرابعة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

الفرضية الخامسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض الإنكاسة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية السادسة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لوجهة ضبط المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية السابعة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي لأعراض اللهفة لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

الفرضية الثامنة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياس البعدي ودرجات القياس التتبعي للذكاء الإنفعالي لدى المدمنين (بعد شهرين من نهاية تطبيق البرنامج).

- بعض الإقتراحات:

.....
.....
.....

وشكرا على تعاونكم

ملحق رقم (02)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف -2-

الصورة الأولية للمقياس

البيانات الشخصية:

الإسم:

العمر:

عدد مرات الدخول:

المهنة:

الحالة الإجتماعية:

متزوج.....أعزب.....مطلق.....

المستوى التعليمي:

أُمِّي.....، إبتدائي.....، متوسط.....، ثانوي.....، جامعي.....

المستوى الإقتصادي:

جيد.....، متوسط.....، متدني.....

مشاكل قانونية:

نوع التعاطي:

- عدد الإنتكاسات:

- مدة التعافي:

أهم الأسباب المؤدية للإنتكاسة:

.....

أخي الكريم تحية طيبة وبعد.....

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف الأفكار والسلوكيات المختلفة حول موضوع الإدمان والانتكاسة فقد تنطبق هذه الأفكار والسلوكيات عليك وقد لا تنطبق، نرجوا منك الإجابة عنها بكل صدق وصراحة وثق تماما بأن ما ستدلي به من معلومات سيكون موضع السرية التامة ولن تستخدم إلا لأغراض الدراسة العلمية مع العلم بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

من فضلك ضع علامة × في خانة واحدة تعبر عن إجابتك.

وشكرا

الرقم	العبارات	ينطبق دائما	ينطبق عادة	ينطبق أحيانا	ينطبق قليلا	لا ينطبق
1	أعتقد أن فكرة الانتكاسة تلازمي في كل الأوقات.					
2	يصعب عليّ تحمل الحرمان من تعاطي المخدر.					
3	لن تنتهي مشكلاتي في الظروف نفسها.					
4	لا أمتلك قدرات تحقق لي النجاح والإستمتاع بحياة دون مخدرات.					
5	ألجأ إلى الانتكاسة كحل لمشاكلي.					
6	أشعر أنني مشتاق إلى المخدر.					
7	يعود الغشل في الحياة إلى سوء الحظ والجهل والكسل.					
8	أؤمن بضرورة مواجهة المشكلات بدلا من التجنب والهروب.					
9	أحلم أن أنتكس وأتمتع بلذة التعاطي من جديد.					
10	أشعر بالإنزعاج وأنا بعيد عن المخدر.					
11	لا فائدة من التعلق بأصدقاء السوء.					
12	أعجز عن فهم ما يختلجني من أفكار ومشاعر.					
13	الانتكاسة بالنسبة لي أمر حتمي.					
14	تزداد لهفتي كلما رأيت أماكن وأصدقاء التعاطي.					
15	يقع الأشخاص في المشاكل بسبب المعاملة الوالدية.					

					16	أستطيع التحكم في مشاعري وتصرفاتي أمام كل الضغوط.
					17	أنتكس رغم الضرر الذي يصيب جسمي.
					18	أعتبر المخدر راحة لي من كل صراعاتي.
					19	تلعب الوراثة دور هام في تحديد شخصية الفرد.
					20	من الأفضل التفكير مليا قبل القيام بأي فعل.
					21	لا يمكنني التغلب على الإنتكاسة.
					22	تسيطر عليّ ذكريات الإستمتاع بالمخدر.
					23	عدم ثقة الأهل والمراقبة الصارمة تثير عنادي وغضبي.
					24	الإحساس بالفشل يؤزم أوضاع الحياة.
					25	أرغب في الموت قبل أن أصاب بالإنتكاسة.
					26	أتلهف لتكرار تجربتي مع التعاطي.
					27	الظروف الإجتماعية السيئة تدفع بالشخص إلى التعاطي.
					28	يظل لدي الأمل والتفاؤل أمام هزائمي.
					29	الإنتكاسة تدمير لذاتي.
					30	يحقق لي التعاطي نشوة عارمة.
					31	القدر مسؤول عن تحديد مصيري.
					32	أسعى جاهدا للتخلص من سلبياتي.
					33	أنا عازم ألا أنتكس.
					34	أرغب كثيرا في تناول المخدر من جديد.
					35	تناول المخدر ثانية يعود إلى الصدفة.
					36	لا أجد رغبة في إنجاز وظائفني.
					37	الإنتكاسة ألمي في الحياة.
					38	أزداد حزنا كلما زادت مشاعر إشتياقي.
					39	لا أملك قدرة على التخطيط لمستقبلي.
					40	أبادر بتقديم العون لمن يحتاجني.
					41	المناسبات السارة تدفعني إلى الإنتكاسة.
					42	أشعر أنني قادر على التغلب على إشتياقي.

					43	يعتمد النجاح في الحياة على بذل الجهد وليس الحظ.
					44	من الأجدر ألا أبالي بأمور الغير.
					45	الإنتكاسة هي حالة من الضعف.
					46	أنا عاجز على تحمل ألم الإشتياق.
					47	أبحث عن الحلول للمشكلات التي تواجهني بدلا من لوم الآخرين.
					48	أجيد تفهم أفكار ومشاعر الآخرين دون الإفصاح عنها.
					49	تتراوح مدة التوقف عن التعاطي 12 شهرا فما فوق.
					50	تفكيرني في المخدر يعيقني على أداء وظائفني.
					51	لا يستطيع أي شخص التأثير على قراراتني.
					52	بإمكاني تكوين علاقات إجتماعية جديدة.
					53	شعوري بالإحباط والتوتر يحفزني على التعاطي ثانية.
					54	أعتبر لهفتي على المخدر أكبر دافع للإنتكاسة.
					55	أعتقد أن الحظ ليس سبيلا لتحقيق الأهداف.
					56	الإنتماء لأسرة ليس بالأمر المهم.
					57	بإمكاني السيطرة على مشاعر الإشتياق لفترة قصيرة ولكن سرعان ما أعود إليه.
					58	لا أحبذ إبداء رأبي أثناء المناقشات الجماعية.

ملحق رقم (03)

الصورة المعدلة للمقياس

مقياس الإنتكاسة:

الرقم	العبارات	ينطبق دائما	ينطبق عادة	ينطبق أحيانا	ينطبق نادرا	لا ينطبق
1	أعتقد أن فكرة الإنتكاسة تلازمي طوال الوقت.					
2	ليس من السهل أن أتحمل الحرمان من تعاطي المخدر.					
3	يعود فشلي في الحياة إلى نقص خبرتي.					
4	لا أعلم إذا كانت قدراتي قد تساعدني على العيش دون مخدرات.					
5	أقدم على الإنتكاسة للتخفيف من المشاكل التي تواجهني					
6	أشعر أنني مشتاق إلى المخدر.					
7	أعتقد أن مشكلاتي لن تنتهي ما دمت أعيش الظروف نفسها.					
8	عندما أكون متضايقا فإنني أكون على وعي بما يحدث لي.					
9	أحلم أن أنتكس وأحقق لذة التعاطي من جديد.					
10	تفكيري في المخدر يعيقني على أداء وظائفني.					
11	يقع الأبناء في المشكلات بسبب سوء المعاملة الوالدية.					
12	أؤمن بقدرتي على مواجهة المشكلات بدلا من التجنب والهروب.					
13	طالما أشعر بأن الإنتكاسة هي مصيري.					
14	بإمكاني السيطرة على مشاعر الإشتياق.					
15	تلعب الوراثة دورا هاما في تحديد مستقبل الفرد بالنجاح أو الفشل.					
16	أعجز عن فهم ما بداخلي من أفكار ومشاعر.					
17	أعاود التعاطي رغم الضرر الذي يصيب جسمي.					
18	أفكر في المخدر أكثر من أي شيء آخر.					
19	الشعور بعدم ثقة الأهل يثير عناد و غضب الأبناء.					
20	أستطيع السيطرة على نفسي أمام أي أمر مزعج.					

					21	ليس بإمكانني التخلي عن التعاطي.
					22	في لحظات إشتياقي للمخدر يزداد قلقي وتوتري.
					23	الظروف الإجتماعية السيئة تدفع بالشخص إلى التعاطي.
					24	أغضب إذا ضايقتني الناس بأسئلتهم.
					25	أنا عازم ألا أنتكس.
					26	أعتقد أن لهفتي هي أكبر دافع للتعاطي مرة أخرى.
					27	الإدمان هو الذي يدفع إلى إرتكاب الجنج.
					28	لا أستطيع التحكم في إنفعالاتي.
					29	شعوري بالإحباط والتوتر يحفزني على التعاطي ثانية.
					30	تزداد لهفتي للمخدر كلما رأيت أصدقاء التعاطي.
					31	يعتمد النجاح في الحياة على الحظ.
					32	أفضل التفكير جيدا قبل القيام بأي تصرف.
					33	الإحتفال بالمناسبات السعيدة يدفعني إلى الإنتكاسة.
					34	تسيطر عليّ ذكريات الإستمتاع بالمخدر.
					35	يستطيع الأشخاص التأثير على قراراتي.
					36	عموما أعتقد أن تتحسن الأمور مستقبلا رغم كل الإنتكاسات التي تحدث لي.
					37	أعتبر المخدر راحة لي من كل صراعاتي.
					38	أنا قادر على تحمل ألم الإشتياق.
					39	أعتقد أن كل المحاولات فاشلة لعلاجي من الإدمان.
					40	أجيد فهم أفكار ومشاعر الآخرين دون الإفصاح عنها.
					41	أحرص على إحترام القانون.
					42	أبادر بمحاسبة نفسي قبل أن ألوم غيري.
					43	لا أستطيع القيام بوظائفي اليومية في حالة الإشتياق إلى المخدر.
					44	أعود التعاطي لأنه يمدني بالقوة والنشاط.
					45	أعتقد أنني شخص إجتماعي.
					46	أسعى جاهدا للتخلص من سلبياتي.
					47	يفقدني الإدمان القدرة على التخطيط لمستقبلي.

					أصاب بفقدان الشهية أثناء رغبتني في تعاطي المخدر.	48
					أعتبر نفسي محل ثقة الآخرين.	49
					من السهل عليّ تكوين أصدقاء جدد.	50
					لا أجد رغبة في إنجاز وظائفني.	51
					أعتقد أنني أستطيع التأثير على أحداث حياتي.	52
					أتلهف لتكرار تجربتي مع التعاطي.	53
					لا أبالي بمشاعر وأحاسيس الآخرين.	54
					أشعر أن ألم الإشتياق للمخدر يضعفني شيئاً فشيئاً.	55
					أنتكس لأنني غير مقتنع بالكف عن الإدمان.	56
					لا أحبذ إبداء رأيي أثناء المناقشات الجماعية.	57
					القدر مسؤول عن تحديد مصيري.	58

ملحق رقم (04)

الصورة النهائية للمقياس

مقياس الإنتكاسة:

الرقم	العبارات	ينطبق دائما	ينطبق عادة	ينطبق أحيانا	ينطبق نادرا	لا ينطبق
1	أعتقد أن فكرة الإنتكاسة تلازمي طوال الوقت.					
2	ليس من السهل أن أتحمل الحرمان من تعاطي المخدر.					
3	يعود فشلي في الحياة إلى نقص خبرتي.					
4	لا أعلم إذا كانت قدراتي قد تساعدني على العيش دون مخدرات.					
5	أقدم على الإنتكاسة للتخفيف من المشاكل التي تواجهني.					
6	أشعر أنني مشتاق إلى المخدر.					
7	أعتقد أن مشكلاتي لن تنتهي ما دمت أعيش الظروف نفسها.					
8	عندما أكون متضايقا فإنني أكون على وعي بما يحدث لي.					
9	أحلم أن أنتكس وأحقق لذة التعاطي من جديد.					
10	تفكيرني في المخدر يعيقني على أداء وظائفني.					
11	يقع الأبناء في المشكلات بسبب سوء المعاملة الوالدية.					
12	أؤمن بقدرتي على مواجهة المشكلات بدلا من التجنب والهروب.					
13	طالما أشعر بأن الإنتكاسة هي مصيري.					
14	بإمكاني السيطرة على مشاعر الإشتياق.					
15	تلعب الوراثة دورا هاما في تحديد مستقبل الفرد بالنجاح أو الفشل					
16	أعجز عن فهم ما بداخلي من أفكار ومشاعر.					
17	أعاود التعاطي رغم الضرر الذي يصيب جسمي.					
18	أفكر في المخدر أكثر من أي شيء آخر.					
19	الشعور بعدم ثقة الأهل يثير عناد وغضب الأبناء.					
20	أستطيع السيطرة على نفسي أمام أي أمر مزعج.					
21	ليس بإمكانني التخلي عن التعاطي.					
22	في لحظات إشتياقي للمخدر يزداد قلقي وتوتري.					
23	أنا عازم ألا أنتكس.					
24	أعتقد أن لهفتي هي أكبر دافع للتعاطي مرة أخرى.					

					الإدمان هو الذي يدفع إلى إرتكاب الجرح.	25
					يعتمد النجاح في الحياة على الحظ.	26
					أفضل التفكير جيدا قبل القيام بأي تصرف.	27
					الإحتفال بالمناسبات السعيدة يدفعني إلى الإبتكاسة.	28
					تسيطر عليّ ذكريات الإستمتاع بالمخدر.	29
					يستطيع الأشخاص التأثير على قراراتي.	30
					عموما أعتقد أن تتحسن الأمور مستقبلا رغم كل الإبتكاسات التي تحدث لي.	31
					أعتبر المخدر راحة لي من كل صراعاتي.	32
					أنا قادر على تحمل ألم الإشتياق.	33
					أعتقد أن كل المحاولات فاشلة لعلاجي من الإدمان.	34
					أجيد فهم أفكار ومشاعر الآخرين دون الإفصاح عنها.	35
					لا أستطيع القيام بوظائفي اليومية في حالة الإشتياق إلى المخدر	36
					أعتقد أنني شخص إجتماعي.	37
					أسعى جاهدا للتخلص من سلبياتي.	38
					أصاب بفقدان الشهية أثناء رغبتي في تعاطي المخدر.	39
					أعتبر نفسي محل ثقة الآخرين.	40
					من السهل علي تكوين أصدقاء جدد.	41
					لا أجد رغبة في إنجاز وظائفني.	42
					أتلهف لتكرار تجربتي مع التعاطي.	43
					لا أبالي بمشاعر وأحاسيس الآخرين.	44
					أشعر أن ألم الإشتياق للمخدر يضعفني شيئا فشيئا.	45
					لا أحبذ إبداء رأيي أثناء المناقشات الجماعية.	46
					القدر مسؤول عن تحديد مصيري.	47

ملحق رقم. (05) جدول المواعيد والواجبات المنزلية

رقم الجلسة	تاريخها	الواجب المنزلي

ملحق رقم. (06) الأساتذة المحكمون لأداة الدراسة

الرقم	الإسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة
1	تغليت صلاح الدين	أستاذ التعليم العالي	سطيف
2	أوميلي حميد	أستاذ محاضر أ	سطيف
3	بوثلجة مختار	أستاذ محاضر أ	سطيف
4	عبد الرحمان حبيباش	طبيب نفسي	البليدة

ملحق رقم (07): نموذج عن محتوى الجلسة العلاجية الثالثة.

في هذه الجلسة تتم مناقشة الأفكار بالتوازي مع شرح تقنية (ABC) على النحو التالي:
-مناقشة الفكرة التاسعة لأليس:

-"الظروف الخارجية هي المسؤولة عن فشلي في الحياة".

-"الظروف الخارجية هي المسؤولة عن إختياري تعاطي المخدرات".

الباحثة: ما المقصود بالظروف الخارجية؟

الأعضاء: المشاكل، المحيط، "أونتوراج" الصراعات الأسرية الفراغ....

الباحثة: لنفترض أن المحيط أو الأسرة هي المسؤولة عن تناول المخدرات.

الباحثة: هل كل أصحاب الحي أو أفراد الأسرة يتعاطون المخدرات.

الأعضاء: لا.

الباحثة: لماذا يا ترى رغم أنكم تعيشون الظروف نفسها.

الأعضاء: هذا راجع إلى طريقة تفكير كل فرد.

الباحثة: جيد، إذن نحن مختلفون في تفكيرنا لذا نحن مختلفون في سلوكياتنا.

الأعضاء: نعم بالضبط.

الباحثة: إذن من هو المحرك الأساسي لسلوكياتنا وأفعالنا.

الأعضاء: إنها طريقة التفكير.

الباحثة: جيد، الآن نعود إلى فكرة أن الظروف الخارجية هي المسؤولة عن إدمان المخدرات وبالتحديد المشاكل الأسرية.

الباحثة: هل المشاكل الأسرية هي حكر على أسركم فقط؟

الأعضاء: لا توجد أسر كثيرة تعاني من مشاكل.

الباحثة: ما نوع هذه المشاكل؟

الأعضاء: فقر، ضيق المنازل، طلاق الوالدين.....الخ.

الباحثة: إذن حسب رأيكم كل الأسر التي تعاني من هذه المشاكل هي أسر كل أفرادها مدمنين.

الأعضاء: لا ليس بالضرورة.

الباحثة: أين يكمن الإختلاف إذن.

الأعضاء: كما سبق وذكرنا ربما هي طريقة التفكير (التخمام تاع كل واحد).

الباحثة: إذن ما العلاقة بين التفكير والسلوك؟

الأعضاء: التفكير هو الذي يدفع إلى القيام بالسلوك.

الباحثة: جيد، لاحظوا هذه الفكرة.

الفكرة العاشرة لأليس:

"الماضي هو أحد الأسباب المسؤولة عن تعاستي".

"الماضي والتجارب السابقة هي المسؤولة عن إدماني على المخدرات".

الباحثة: كيف يمكن للماضي أو التجارب السابقة أن تدفع بالشخص إلى التعاطي.

الأعضاء: الماضي هو الذي يحدد مستقبل الفرد.

الباحثة: أطلب توضيح أكثر.

الأعضاء: مثلا الفشل في الدراسة والفشل في إيجاد عمل يحدد المستقبل السيء. (الإدمان).

الباحثة: كوننا مسلمون فنحن نؤمن أن المستقبل أمر غيبي.

الأعضاء: نعم، نوافقك الرأي.

الباحثة: جيد، إذن لا يمكن للماضي أن يحدّد كيف سيكون المستقبل.

الباحثة: فلتذكروني بالمستوى التعليمي لكل عضو.

الأعضاء: متوسط، ثانوي، جامعي.

الباحثة: نرى إذن أن الشخص الحاصل على شهادة المتوسط والشخص الحاصل على شهادة الثانوي

والشخص الحاصل على شهادة التعليم الجامعي، كلهم هنا للعلاج من الإدمان.

الأعضاء: نعم صحيح.

الباحثة: فكيف نفسر إذن تجربة الفشل الدراسي سبب مباشر في الإدمان على المخدرات، مع وجود

أعضاء يمتلكون شهادات عالية.

الأعضاء: ربما توجد أمور أخرى.

الباحثة: مثل ماذا؟

الأعضاء: طريقة التربية.

الباحثة: الآن ترون أن المدمن يعاني نقص تربية.

الأعضاء: ليس تماما.

الباحثة: حسنا لنعود للنتائج التي إستخلصناها سابقا، حيث ليست الأسرة هي المسؤولة ولا المشاكل ولا

التربية، فمن المسؤول يا ترى؟

الأعضاء: كل فرد مسؤول عن أفعاله.

يظهر من خلال ما سبق تحسن ملحوظ في التفكير بطريقة إيجابية وهنا توضح الباحثة للأعضاء كيفية

التفريق بين التفكير العقلاني والتفكير غير العقلاني أي الأفكار الخاطئة وعلاقتها بالموقف المشكل وهو

الإدمان حيث أن الأفكار الخاطئة تمثل العامل الأساسي في نشأة المزاج السلبي والإضطراب الإنفعالي.

ملحق رقم. (08) للجلسة الثالثة

إستمارة تقييمية

A : الموقف المحرض على التعاطي من جديد.

B : الفكرة أو المعتقد الخاطئ المصاحب لذلك الموقف.

C : النتيجة أو السلوك أو الإنفعال الذي تولد عن هذه الفكرة.

D :

E :

من خلال D و E يحاول المدمن دحض أفكاره الخاطئة وإيجاد أفكار بديلة تكون أكثر عقلانية.

ملحق رقم(09) للجلسة السابعة

نموذج من محتوى جلسة دحض وتفنيد معتقدات الحتمية والإلزام

العضو: لا أستطيع العيش دون مخدرات، لا أستطيع تحمل ذلك.

الباحثة: لماذا لا تستطيع؟

العضو: لأنني تعودت عليه ويمدني بالراحة.

الباحثة: لاحظ معي الآن أنت تقول إنك بحكم التعود لا تستطيع العيش دونه.

فما معنى التعود في نظرك.

العضو: التعود هو أن الأزم الشيء ولا أغيره.

الباحثة: إذن لقد توفيت والدتك منذ فترة.

العضو: نعم، الله يرحمها.

الباحثة: وها أنت تعيش حياتك.

العضو: نعم، الله غالب.

الباحثة: ألم تكن متعوداً على وجودها؟

العضو: بلى كنت قريباً منها جداً وتعودت أن أراها كل يوم ولم أكن أعلم أنني أستطيع العيش دونها.

الباحثة: جيد رغم أنك كنت معتاد على أمك إلا أنك إستطعت العيش دونها.

العضو: هذه سنة الله في خلقه.

الباحثة: أظن الأمر نفسه مع المخدرات.

العضو: كيف ذلك؟

الباحثة: سأوضح، هناك أمور عديدة كنت تقوم بها وتعودت عليها كالدراسة، الرياضة، ولكن الآن إنقطعت

عنها.

مع العلم أنك كنت متعود على القيام بها.

العضو: صحيح مع الوقت ينسى الفرد على ماذا تعود.

الباحثة: جيد جداً، إذن أنت تعترف بأن الزمن كفيل بتعود جديد.

العضو: نعم هو كذلك.

الباحثة: ما رأيك أن تحاول التعود على أمر آخر غير المخدر.

العضو: لك حق، سأحاول.

الباحثة: إذن هل تستطيع العيش دون مخدر.

العضو: نعم لما لا فأنا لم أولد به.

الباحثة: جيد إذن أنت إكتشفت أن فكرة التعود يمكن تغييرها.

العضو: نعم.

الباحثة: أفهم أنه بإمكانك التفكير في العيش دون مخدرات.

العضو: نعم سأحاول جاهداً.

الباحثة: هل لديك دليل الآن على عدم قدرتك العيش دون مخدر ولا تستطيع الإبتعاد عنه.

العضو: لا لا لكن يبدو الأمر صعب.

الباحثة: إذن هو صعب ولكن ليس مستحيل.

العضو: نعم ليس مستحيل.

الباحثة: لخص لي حسب رأيك ما هي فوائد العيش دون مخدرات.

العضو: كثيرة، أحافظ على صحتي، أقتصد في أموالني، أعمل وأحقق مستقبل وربما أتزوج.

الباحثة: إذن لديك مشاريع تقوم بها بعيداً عن المخدرات.

العضو: نعم، أنا بدأت أفكر في مستقبل آخر.

الباحثة: ما هي فوائد الإدمان على المخدرات؟

العضو: والله لا شيء، لقد كرهتها، أحس نفسي عبداً لها.

الباحثة: هل ستستسلم لها.

العضو: لا، سوف أحاول جاهداً تجنبها.

ملحق رقم (10) للجلسة السابعة

نموذج عن دحض فكرة أو معتقد خاطئ

E	D	C	B	A
<p>إحلال أفكار أكثر عقلانية المدمن: صحيح هم أصدقائي لكن لا يعني أن أجاريهم في كل شيء وسأعمل على إيجاد حلول وحجج أخرى لأمتنع من الخروج معهم.</p>	<p>دحض ومناقشة س: هل B صحيحة أم خاطئة؟ بمعنى هل إذا امتنعت عن مرافقتهم فأنت جبان؟ المدمن: أعتقد أن هذا غير صحيح لأنه لم يجرؤ أحد ووصفني بهذا الوصف صراحة.</p>	<p>نتيجة إنفعالية وسلوكية شعرت بالخجل وقررت أن أرافقهم لتناول المخدر والسهر.</p>	<p>نظام معتقدات الفرد أشعر أنني يجب علي أن أرافقهم وإلا سيعتبرونني جباناً وخائفاً.</p>	<p>الحدث المنشط دعوة أصدقاء التعاطي المدمن لتناول المخدرات والسهر خارج المنزل.</p>

ملحق رقم (11) للجلسة الحادي عشر

قصص عن التفاؤل:

* عمر شاب منذ طفولته يهوى رياضة كرة القدم وبرمجة الحواسيب، حاز على وظيفة جيدة في إحدى شركات البرمجة الإلكترونية وأثناء مقابلة صاحب الشركة سأله عن أهم شيء ساهم في نجاحه في مجال برمجة الحواسيب، فأجابه عمر وقال كان في حياتي عشقان لشق كرة القدم وعشق للبرمجة، وعندما فقدت ساقى في عمر 16 سنة في حادث سيارة، قررت أن أصبَّ كُلَّ حُبِّي للبرمجة، فلم يُعْذُ لممارسة الرياضة نصيب وهذا هو ما أوصلني للنجاح.

* سألت الطفلة المريضة أختها: كم ورقة على الشجرة؟ فأجابت الأخت الكبرى: لماذا تسألين يا عزيزتي؟ أجابت الطفلة المريضة: لأنني أعلم أن أيامي ستنتهي مع وقوع آخر ورقة، هنا ردت الأخت وهي تبتسم: إذن سنستمتع بحياتنا ونفعل كل ما نريد.

مرت الأيام والأيام والطفلة المريضة تستمتع بحياتها مع أختها تلهو وتلعب وتعيش أجمل طفولة. تساقطت الأوراق تباعاً وبقيت ورقة واحدة وتلك المريضة تراقب من نافذتها هذه الورقة ظناً منها أنه في اليوم الذي ستسقط فيه الورقة ستنتهي حياتها بسبب مرضها!

إستطاعت أخيراً أن تمشي بشكل طبيعي، فكان أول ما فعلته أنها ذهبت لترى معجزة الورقة التي لم تسقط عن الشجرة، فوجدتها ورقة شجيرة بلاستيكية مثبتة جيداً على الشجرة، فعادت إلى أختها مبتسمة بعدما أدركت ما فعلته أختها لأجلها.....

شخصيات ناجحة:

* روبرت داووني جونيور:

ممثل أمريكي ترشح لجائزتي أوسكار وفاز بثلاثة جوائز جولدن جلوب والعديد من الجوائز والترشيحات الأخرى، ولكن قبل سنوات كان مدمناً على المخدرات وكانت حياته في حالة يرثى لها. صاحبه الفشل مدى عقود وسنين، حتى عام 2012 م تخلص من الإدمان وأصبح من مشاهير الفن الأمريكي.

* أوبرا وينفري:

من فتاة ريفية إفريقية مهزومة إلى أشهر نساء العالم عاشت حياة شاقة، تميزت طفولتها بالفقر والصعوبات والعراقيل وأكبرها تعرضها للتحرش الجنسي والإغتصاب على يد أحد أقاربها أدمنت المخدرات في سن مبكرة، ثم أرسلت للعلاج إلى مركز جوفينيل، حيث كانت تتعاطى كل أنواع المخدرات، عولجت وتخلت عن الإدمان وتحولت من فتاة فاشلة إلى ملكة الإعلام الأمريكية وأثبتت أنه من خلال الإرادة والتصميم على النجاح يستطيع الإنسان أن ينال مبتغاه ويحقق أهدافه.

ملخص الدراسة:

الدراسة الحالية بعنوان " فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات " هدفت الدراسة إلى بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات، وقد إعتمدت الباحثة في بناء هذا البرنامج على جملة من التقنيات والفنيات المستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الإنفعالي.

طبق البرنامج بطريقة جماعية على عينة قدرت بـ 6 أفراد تراوحت أعمارهم ما بين (25-35) سنة من بين المدمنين المنتكسين المراجعين لمستشفى فرانتز فانون بالبليدة، إهتمت الدراسة بمعرفة فاعلية برنامج علاجي جماعي كمتغير مستقل على أعراض الإبتكاسة كمتغير تابع ولتحقيق ذلك إعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، بقياس قبلي ثم قياس بعدي ثم قياس تنبعي بعد نهاية تطبيق البرنامج بشهرين واستخدمت الدراسة أدوات كالمقابلة التشخيصية ومقياس الإبتكاسة متعدد الأبعاد من إعداد الباحثة يحتوي على بعد الإبتكاسة وبعد اللهفة وبعد وجهة الضبط وبعد الذكاء الوجداني وكذلك جلسات البرنامج العلاجي الجماعي.

وقد تم تحليل البيانات إحصائيا بإستخدام إختبار ولكيسون وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي وبالتالي فالبرنامج العلاجي الجماعي فعال في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

الكلمات المفتاحية: الإدمان على المخدرات، الإبتكاسة، البرنامج العلاجي الجماعي.

Résumé

L'intitulé de la présente étude est « L'efficacité d'un programme thérapeutique de groupe en vue de l'allégement des symptômes de la rechute chez les toxicomanes »

L'étude s'est proposée comme objectif, la conception d'un programme thérapeutique de groupe pour alléger les symptômes de la rechute chez les toxicomanes, et afin de concevoir ce programme la chercheuse s'est appuyée sur un ensemble de techniques inspirées de la thérapie cognitivo- comportementale et de la thérapie émotivo- rationnelle.

Le programme a été appliqué suivant une méthode collective sur un échantillon de 6 personnes âgées de 25 à 35 ans choisies parmi les toxicomanes récidivistes, suivies à l'hôpital Frantz Fanon à Blida. L'étude s'est intéressée à vérifier l'efficacité d'un programme thérapeutique de groupe comme variable indépendante et les symptômes de la rechute comme variable dépendante, et afin de réaliser cela elle s'est basée sur la méthode quasi expérimentale selon la conception d'un groupe unique et suivant l'application d'une mesure pré-test et une mesure post-test et une mesure de suivi de deux mois après l'achèvement du programme. Ont été utilisés également dans l'étude des instruments comme l'entretien diagnostique et le questionnaire multidimensionnel de la rechute conçu par la chercheuse, comprenant une dimension de la rechute, une dimension de l'envie intense, une dimension de la direction de la régulation et une dimension de l'intelligence émotionnelle ainsi que des séances du programme thérapeutique de groupe.

Les données ont été analysées statistiquement en utilisant le test de wilcoxon Les résultats ont montré l'existence de différences statistiques significatives entre les moyennes de la mesure pré-test et la mesure post-test, donc le programme thérapeutique de groupe est efficace dans l'allégement des symptômes de la rechute chez les toxicomanes.

Mots clés : toxicomanie, la rechute, le programme thérapeutique de groupe