الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

عنوان البحث

مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات

يحث مقدم لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إعداد الطالب

تيايبية عبد الغاني

تحت إشراف

أ.د بعيبن نادية

لجنة المناقشة			
د. تيغليت صلاح الدين	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	رئيسا
أ.د نادية بعيبن	أستاذة	جامعة باتنة	مشرفا ومقررا
د. قماز فريدة	أستاذة محاضرة أ	جامعة سطيف 2	عضوا مناقشا
د. يوسف حديد	أستاذ محاضر أ	جامعة جيجل	عضوا مناقشا
د. واكلي بديعة	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	عضوا مناقشا
د. محمد خلاصي	استاذ محاضر أ	جامعة عنابة	عضوا مناقشا

السنة الدراسية 2015-2016

UNIVERSITE SETIF2

فهرس الموضوعات.

مقدمة:.....08

الفصل الأول: إشكالية الدراسة ومنطلقاتها.....10

1- إشكالية الدراسة.....11

2- أهداف الدراسة.....16

3- أهمية الدراسة.....18

4- تحديد مصطلحات الدراسة.....18

5- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة.....19

6- الدراسات السابقة والتعليق عليها.....21

الإطار النظري للدراسة.

الفصل الثاني: الإدمان على المخدرات.....34

أولا/ الإدمان..... 35

1- تعريف الإدمان.....35

2- بعض المصطلحات المرتبطة بالإدمان.....36

3- تعريف المخدرات.....39

4- لمحة موجزة عن تاريخ وأنواع المخدرات.....40

5- عوامل تعاطي المخدرات والإدمان عليها.....48

6- عملية تطور الإدمان على المخدرات.....55

ثانيا/ لهفة الإدمان على المخدرات.....56

1- تعريف لهفة الإدمان على المخدرات.....57

2- خصائص لهفة الإدمان على المخدرات.....57

3- أعراض لهفة الإدمان على المخدرات ومظاهرها 58

4- أبعاد لهفة الإدمان على المخدرات.....62

5- عوامل لهفة الإدمان على المخدرات.....64

ثالثا/الإنتكاس الإدماني.....66

1- تعريف الإنتكاس.....66

2- المواقف التي تدفع إلى الإنتكاس الإدماني.....67

3- الإتجاهات نحو الإنتكاس الإدماني.....71

4- مثيرات الإنتكاس الإدماني.....72

5- مؤشرات الإنتكاس الإدماني.....72

الفصل الثالث: البرنامج الإرشادي 76

أولا/الإرشاد النفسي.....77

1- تعريف الإرشاد النفسي 77

2- أسس الإرشاد النفسي.....78

3- أهداف الإرشاد النفسي.....81

4- الإرشاد النفسي والعلاج النفسي.....83

ثانيا/ البرنامج الإرشادي.....84

1- تعريف البرنامج الإرشادي.....84

2- أهداف البرامج الإرشادية.....85

3- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية.....87

4- أشكال البرامج الإرشادية.....88

5- الخطوات الرئيسية في تخطيط برامج الإرشاد النفسي.....93

6- المبادئ العامة في بناء البرامج الإرشادية.....94

7- مصادر بناء البرامج الإرشادية.....94

8- الخطوات الرئيسية في بناء البرامج الإرشادية.....95

9- الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي.....102

10- تحكيم البرامج الإرشادية.....103

11- الخطوات الرئيسية في تطبيق البرامج الإرشادية. 104
ثالثا/ نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.....105
1- الجذور التاريخية للإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....106
2- أهداف نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....108
3- مبادئ ومسلمات الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....109
4- تفسير الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي للإضطراب الإنفعالي.....111
5- نموذج ABC في الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....117
6- الفروض الإكلينيكية الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....118
7- الإدمان من وجهة نظر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.....128
8- آليات الإدمان من وجهة نظر الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....130
9- تقنيات تطبيق الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على مدمني المخدرات.....134
10- إستراتيجيات العلاج المتبعة في الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.....136

الإطار التطبيقي للدراسة

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية.....139

أولا/ الدراسة الاستطلاعية.....140

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية 140
2- مجالات الدراسة الاستطلاعية 141
3- عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها.....141

ثانيا/ الدراسة الأساسية.....144

1- منهج الدراسة الأساسية.....144
2- مجالات الدراسة الأساسية.....145
3- عينة الدراسة الأساسية.....145
4- مواصفات عينة الدراسة الأساسية.....145
5- أدوات الدراسة الأساسية إجراءات التطبيق.....147

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية.....173

الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها.....174

1- التذكير بفرضيات الدراسة.....175

2- عرض نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات.....176

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.....188

4- صياغة النتائج العامة للدراسة.....208

5- التوصيات والتطبيقات التربوية.....211

6- البحوث المقترحة.....211

المراجع.....213

الملاحق.....220

فهرس الأشكال:

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	الأعراض والمظاهر المعرفية عبر موجة لهفة الإدمان على المخدرات.	59
02	المكونات الرئيسية لمظاهر لهفة الإدمان على المخدرات وأعراضها.	61
03	آلية الكف والتحمل المخفض للإحباط.	131
04	نموذج الإدمان المضعف لاحترام الذات وفقدان الشعور بالقيمة الإجتماعية.	133

فهرس الجداول:

رقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيف منظمة الصحة العالمية للمخدرات والأدوية المحدثة للإدمان وفقا لتأثيراتها الفارماكولوجية على الجملة العصبية المركزية.	47
02	مواصفات العينة الإستطلاعية حسب العمر الزمني.	142
03	مواصفات العينة الإستطلاعية حسب نوع المخدر والكمية المتناولة.	143
04	مواصفات العينة الإستطلاعية حسب الخبرة الإدمانية.	143
05	مواصفات العينة الأساسية حسب العمر الزمني.	145
06	مواصفات العينة الأساسية حسب نوع المخدر والكمية المتناولة.	146
07	مواصفات العينة الأساسية حسب الخبرة الإدمانية.	146
08	نوع الإستجابة ودرجتها على مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان.	147
09	بعض عبارات مقياس شدة أعراض لهفة الإدمان قبل وبعد التعديل.	148
10	معاملات صدق العبارات بطريقة الإتساق الداخلي لمقياس شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات.	149
11	نوع الإستجابة ودرجتها على مقياس اللهفة نحو نوع المخدر.	151
12	بعض عبارات مقياس اللهفة نحو نوع المخدر قبل وبعد تعديلها.	151
13	تشعبات العامل العام وقيم الشيوع لعبرات قياس اللهفة نحو نوع المخدر.	152

14	نوع الإستجابة ودرجتها على مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر.	154
15	عبارات مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر قبل وبعد تعديلها.	155
16	التشبعات العاملية وقيم الشيوع لعبارات مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر.	156
17	نوع الإستجابة ودرجتها في مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري.	156
18	بعض العبارات مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري قبل وبعد التعديل.	159
19	التشبعات العاملية وقيم شيوعها للعامل الوحيد لعبارات مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري.	160
21	نتائج الفرضية الرئيسية الأولى.	176
22	نتائج الفرضية الرئيسية الثانية.	177
23	نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة.	178
24	نتائج الفرضية الرئيسية الرابعة.	179
25	نتائج الفرضية الجزئية الأولى.	180
26	نتائج الفرضية الجزئية الثانية.	181
27	نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.	182
28	نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.	183
29	نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.	184
30	نتائج الفرضية الجزئية السادسة.	185
31	نتائج الفرضية الجزئية السابعة.	186
32	نتائج الفرضية الجزئية الثامنة.	187

مقدمة:

يعتبر الإرشاد النفسي واحدا من أشد الموضوعات التصاقا بالإنسان فله دور فعال في بناء شخصيته، فقد فرضت وقائع الحياة الحديثة المعاصرة التي تعج بمتطلبات الحياة المادية الواسعة، والتي باتت عبئا على حياة الإنسان، وأصبح يبحث عما يساعده في التخفيف من هذه المرفهات في ظاهرها التي أصبحت ثقلا على كاهله لا ينوء بحملها، حيث برزت الحاجة الماسة إلى الحياة الخالية من الصراعات والضغوط والآلام، فكان الإرشاد النفسي إكتشاف مبهر بحيث يهدف إلى إعادة صحة هذا الإنسان من خلال توجيهه وإرشاده لفهم أفكاره وإمكاناته وقدراته واستعداداته يواجه من خلال ذلك مشكلاته ويسعى لحلها، ويحدد أهدافه، ويضع خطط حياته المستقبلية، كذلك من خلال فهمه لواقعه وحاضره، ويساعده لكي يحقق أكبر قدر من السعادة والكفاية، والوصول إلى أقصى درجة من التوافق النفسي والاجتماعي.

ولا شك أن مشكلة الإدمان على المخدرات هي مشكلة من أصعب المشكلات التي أرقت هذا الإنسان، فقد بات هذا الأخير يناشد كل الجهات النظامية وغير النظامية من أجل طلب المساعدة، فالإدمان على المخدرات لا يعد مرضا واحدا ولا خطرا واحدا، ولكنه مجموعة أمراض وعدة مشكلات وأخطار كثيرة، حيث يوجد فيه المرض النفسي، والمرض العقلي، والأمراض العضوية، كما أن الإدمان ليس مشكلة مرضية فقط بل هو مجموعة من المشكلات التربوية والتعليمية والأخلاقية، والسياسية والإجتماعية والإقتصادية.

وللأسف يبدو أن مشكلة الإدمان تعالج اليوم بالطرق الدوائية سواء في المستشفيات المتخصصة مثل الأمراض العقلية، أو المستشفيات العمومية، وهذا العلاج المنقوص يحقق فقط إزالة التسمم الحاد بالمخدر أو المسكر، أو حماية المدمن من أعراض سحب المخدر الطبية فقط وليس تبديل سلوكه الإدماني، لذا فالإنتكاس حسب بعض الإحصائيات يكون بنسبة تقارب 90%.

إن هذه الدراسة هي بمثابة مقدمة لعلاج مشكلة الإدمان بوجه عام والإدمان على المخدرات بوجه خاص، ذلك أنها تحاول أن تعالج هذه المشكلة من خلال بناء برنامج إرشادي يتبنى العلاج المتعدد المذاهب أو المدارس العلاجية التكاملية يتمثل في المنحى العلاجي العقلاني الإنفعالي السلوكي لصاحبه "آلبرت إليس A.Ellis". لقد قسمت هذه الدراسة إلى جانبين: الجانب النظري والجانب التطبيقي.

أما الجانب النظري قسم إلى ثلاث فصول: الفصل الأول يتضمن إشكالية الدراسة ومنطلقاتها وفيها حاول الباحث أن يصوغ مشكلة البحث وفرضياته من خلال ما استشعره من الدراسات السابقة التطبيقية منها والنظرية، ثم

عرض في ذات الفصل المصطلحات والمفاهيم الرئيسية في هذه الدراسة، والتي وضح من خلالها ما يقصده الباد من هذه المصطلحات والمفاهيم، وعرض أيضا الباحث الدراسات السابقة التي تناولت بعض جوانب اهتمامات هذه الدراسة تلاها الباحث بالتعقيب على هذه الدراسات من حيث موضوعها وأهدافها والأدوات التي استخدمتها وكذا أبرز النتائج المتوصل إليها.

الفصل الثاني تناول بالدراسة والتحليل الإدمان على المخدرات، تعريف الإدمان وبعض المصطلحات المرتبطة به، وكذلك تعريف المخدرات حيث تطرق إلى لمحة موجزة عن تاريخ وأنواع المخدرات، وكذا أسباب تعاطيها والإدمان عليها وعملية تطور الإدمان. وتطرق الباحث إلى أبرز متغير في الإدمان على المخدرات وهو المحور الذي يدور حوله البرنامج الإرشادي في هذه الدراسة وهو لهفة الإدمان على المخدرات، فقد قام الباحث بعرض تعريف لهفة الإدمان على المخدرات ثم خصائص لهفة الإدمان على المخدرات وكذا أعراض لهفة الإدمان على المخدرات ومظاهرها ثم أبعاد لهفة الإدمان على المخدرات، وأخيرا عوامل لهفة الإدمان على المخدرات، وتم التطرق أيضا بالدراسة والتحليل إلى الإنتكاس الإدماني من حيث المفهوم، ثم المواقف التي تدفع إلى الإنتكاس، ثم الاتجاهات نحو الإنتكاس، ومثيرات الإنتكاس، وأخيرا مؤشرات الإنتكاس. وبهذا تم الفصل الثاني.

أما في الفصل الثالث فقد تناول بالدراسة والتحليل البرنامج الإرشادي المقترح وقام ابتداء بتعريف الإرشاد النفسي، ثم عرض أسس الإرشاد النفسي ثم أهداف الإرشاد النفسي، ثم لإرشاد النفسي والعلاج النفسي، وكذلك تطرق إلى البرنامج الإرشادي ومحتوياته وكيفية التخطيط له وتطبيقه، ثم تطرق إلى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وتطرق أيضا إلى الإدمان من وجهة نظر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وكذلك تقنيات تطبيق الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على مدمني المخدرات، ومهارات الواجب توفرها في المرشد العقلاني الانفعالي السلوكي.

وفي الفصل الرابع تطرق الباحث إلى الدراسة الميدانية حيث استهلها بالدراسة الاستطلاعية وأبرز فيها أهدافها وأدواتها وعينتها...الخ ثم تطرق إلى الدراسة الأساسية حيث عرض فيها المنهج المستخدم في الدراسة، وعرض أدواتها وعينتها و...الخ.

وأخيرا الفصل الخامس عرض فيه الباحث نتائج الدراسة وتفسيرها حيث قام بداية بعرض نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات ثم قام بتفسير النتائج في ضوء الفرضيات وأخيرا تطرق إلى صياغة النتائج العامة للدراسة.

وهكذا اتمم الباحث دراسته بجملة من الإقتراحات التربوية والتطبيقية وكذا التوصيات في ضوء ما استشفه من دراسته الحالية النظرية والتطبيقية

الفصل الاول

إشكـاليـــــــة الدراســـــــــــــــــــة

أهـداف الـدراســـــــــــــــــــــة

أهمـــــــية الدراســـــــــــــــــة

تحـديـــــد مصطلحـــــات الدراسة

التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

الدراسات السابقة والتعليق عليها

إشكالية الدراسة:

ليست كل حالات الإدمان متشابهة أو صنوا واحدا، نظرا لأن هناك فروقا مهمة بين مختلف هذه الحالات ، من ذلك مثلا أن إدمان تعاطي الكيمياويات هو وحده الذي ينفرد بإحداث تأثيرات مادية في المخ البشري ، وذلك على العكس تماما من الأشكال الكبيرة التي تكمن في التعرف على الخيوط المشتركة الرابطة بين أنواع الإدمان التي تبدو مختلفة ظاهريا فقط، معنى ذلك أن أنواع الإدمان قد تبدو مختلفة ظاهريا، إلا أن جميعها قد تنشأ أو تتولد عن الأسباب الذُّرية الواحدة التي تكمن وراء هذه الأنواع وفحينما نطلع مثلا على دراسة كل من (كارول ورونسافيل وجاوين carrol, KM Rounsavil, bj. 1990) و (نافارو وآخرون Navarro , R. et al 1992) نجد أن أسباب الإدمان تتمحور حول ذات المدمن وليست حول المدمن من بيئة إجتماعية أو إقتصادية أو غيرها، ومن هذا المنطلق آثرنا أن نتغاضى عن الجدل الأكاديمي الدائر حول تحديد أو عدم تحديد إن كانت أنواع بعينها من السلوكيات المعتادة تندرج أو لا تندرج ضمن الإدمان ، أو يجري تصنيفها في أفضل الأحوال على أنها أشكال من السلوك القهري أو الإجباري ، ووجه الشبه بين مختلف أشكال الإدمان هي التي تهمنا وتعنينا أكثر من أوجه الاختلاف وبخاصة فيما يتعلق بأسباب الإدمان وطريقة التعامل مع تلك الأسباب أفضل ما يمكن أن نستشفه في ذلك هو لهفة المدمن أو كما أطلق عليها (مدحت أبو زيد 2003) اللهفة للإدمان[1]، وهي التي تحمل معنى شدة الشوق والرغبة القهرية للتعاطي مما يفقد المدمن سيطرته على ضبط سلوكه تجاه هذه الرغبة فيستسلم طوعا أو كرها للإدمان، وبهذا المعنى نكون قد بنينا القاعدة التي ننطلق أو الخلفية التي في ضوئها نتقصى حقيقة الإدمان والعلاقات التي يمكن أن ترتبط به .

يكاد فشل المدمن في السيطرة على المخدر يحبط كل المحاولات من أجل الحصول على قدر من الصحة التي تخلوا من الإدمان والتفكير فيه، دل على ذلك ما أشارت إليه دراسة (عكاشة أحمد 1992)[2]، فالكثير من الناس لا يدمنون على مادة واحدة من المخدرات، حتى إذا توقف عن تعاطي مادة معينة سعيا منه إلى الشفاء نجده ينتقل تلقائيا إلى مادة أخرى، فالأمر هنا أشبه بالمضخة عندما نضعها أسفل سجادة نبسطها على الأرض في مكان واحد ونشاهدها وهي تنتفخ في أي موضع منها، السبب في ذلك أن أصل الإدمان وأساسه ليس في المخدر نفسه بل في داخل معتقدات المدمن وما يدور من حوارات خاطئة، توصلت دراسات العلامة السيكولوجي (باندیرا Bandura 1982)[3] إلى أن تعاطي المخدرات والكحول يقود إلى تعود فيزيولوجي، وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يأتي من خلال التعزيز

([1]) مدحت أبو زيد: لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها، دار المعرفة الجامعية، القاهرة 2003. ص 32.

([2]) عكاشة أحمد : العقاقير النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة. 1992. ص 504.

([3]) محمد حمدي حجار: الأرضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقا للنظرية الإنفعالية والمدرسة السلوكية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1413 هـ. ص 40

المباشر لإضعاف المخدر والتوتر النفسي الذي يعانيه المدمن، ولكن نتيجة معتقداته وتوقعاته بما يفعله المخدر نفسيته وإضافة إلى تفكيره الخاطئ حيال المادة المخدرة.

فالمدمن حسب دراسة (ناصر عمر الصهقان 2005) يعتقد أن حياته تعتمد على هذا المخدر أو ذاك، ومن هنا يصل إلى استنتاج يمليه عليه منطقه الإدماني أن الحافز الحقيقي لوقف ذلك التعاطي غير الموجود، وبالتالي فهو يخاف أو ينتابه القلق حين يفكر في التوقف عن السلوك الإدماني، ذلك أن اللهفة لا تعني المخدر فقط ولا تأثيراته فقط بل أيضا تعني الإجراءات والطقوس والعمليات المرتبطة بتناول المخدر، فهو هنا يتلهف للموقف الخبري للإدمان كجلسة التعاطي مع الأدوات الإدمانية، وصحبة الإدمان بكل ملابساتها، فهذا النمط الثقافي يدخل أيضا في البناء النفسي لدى مدمن المخدرات، فالسلوك الإدماني في هذه الحالة يكون قهريا ومستهلكا إلى حد بعيد، فالمدمن على مادة مخدرة ما يجد من الصعوبة أن يمتنع عن التفكير في هذه المادة مع كل حيثياتها المحيطة بها، ولا يجد كذلك صعوبة في محاولة التوقف عن التخطيط من أجل الحصول على ذلك الشيء أو تلك النشوة، وهو عندما يوشك على القيام بسلوك إدماني يعتريه إحساس بالقلق والانفعال لا ينتهي إلا بعد أن يصل إلى ما يريد، هذا الفرض وقف على إثباته (أشرف عبده 2003) في دراسته التي تناولت البروفيل النفسي لمدمن الهيروين[1]، وهذا حال المنتكسين من المدمنين الذين تكررت لديهم محاولات العلاج المختلفة، من هنا أصبح الإدمان أمر متعلق بالتفكير المتكرر في العودة مجددا لحياة الإدمان وخبرته ونشوته، وهذه حتمية اللهفة عندما تستولي على حياة المدمن العاطفية والسلوكية.

وعليه فالباحث يزعم أن المدمن على المخدرات يحتاج لأن يرى الواقع واقعا وليس ذلك الواقع المزيف الذي يرسمه هو لنفسه، كما يحتاج إلى أن تبطل لديه أفكارا كثيرة حول السلوك الإدماني منها مثلا فكرة أنه مدمن فيستمر في التعاطي أو أنه غير مدمن فيتوقف نهائيا عن التعاطي، فلا يوجد حد وسط في رأيه بين الإثنين، حتى إذا حاول الإنصراف عن الإدمان شدَّته اللهفة إلى الإدمان والشوق والرغبة للتعاطي فيؤمن أن ليس في استطاعته الكف عن الإدمان، خاصة إذا حاول الامتناع عن التعاطي وأخفق في المحاولة ولأنه خرق هذا الامتناع، تتزعزع ثقته بنفسه وبإمكانية السيطرة على ذاته.

ومن هذا المنطلق يرى الباحث أن أفضل ما يمكن اقتراحه لمساعدة المدمن على المخدرات في التشافي هو بناء برنامج إرشادي يستند إلى علاج تكاملي يجمع بين الجانب المعرفي للإنسان والجانب الإنفعالي والجانب السلوكي، وعليه فيبدو واضحا في رأي الباحث أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي هو الأنسب، على اعتبار أن هذا المنحى العلاجي

([1]) أشرف عبده: البروفيل النفسي لمدمني الهيروين، المجلس الأعلى للجامعات، القاهرة. 2003

أثبت فعاليته في العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية ومشكلات أخرى من حيث كونه يغوص داخل أفكار المدمن ويبحث عن أوجه الصراع بين المدمن وبين مشكلاته التي يراها هذا الأخير أمرا حتميا لا يمكن مواجهته، والدراسات التي تثبت فعالية هذا المنحى كثيرة نذكر منها دراسة الفخراني (1993) ودراسة البكر (1997) ودراسة عزة الغامدي (1999) ودراسة منى علي العامري (2000) ودراسة ناصر الصقهان (2005) و دراسة ريكس Ricks (1984) وغيرها من الدراسات التي تثبت فعالية ما نزعمه، فهذا المنحى العلاجي يركز أساسا على أفكار المدمن وما يجري من حوارات خاطئة وتفسيرات منحرفة للإدمان وصراعات محبطة، يرى مؤسس هذا المنهج العلاجي أنه لابد من تبديل معتقد المدمن على المخدرات المتشدد للرغبة الملحة في التعاطي لجعله يأخذ المفهوم المرن الذي يتخلى بموجبه عن هذا المعتقد الجامد المتطرف، إن علاج الإدمان والتخفيف من اللهفة الإدمانية ومحاولة منع المدمن من الانتكاس هو أمر يفرض البحث جديا في الطرائق والأساليب العلاجية والإرشادية الفعالة التي تستهدف تبديل عادات حياة المدمن إضافة إلى معالجة طبية نوعية.

اعتمادا على ما سبق ذكره جاءت هذه الدراسة في محاولة منها لإيجاد مقترحا علاجيا في شكل بناء برنامج إرشادي يقترحه الباحث ويستند في ذلك إلى المنحى العقلاني الإنفعالي، وعليه ينطلق الباحث في دراسته من خلال طرح الأسئلة التالية:

الأسئلة الأساسية للبحث:

1- هل يعاني مدمنوا المخدرات من درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات؟

2- هل توجد فروق في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية؟

3- هل توجد فروق في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن؟

4- هل يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان؟

5- إلى أي مدى يساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات؟

ويندرج تحت هذه السؤال الأسئلة الجزئية التالية:

الأسئلة الجزئية:

1- هل توجد فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي ؟

2- هل توجد فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي ؟

3- هل توجد فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي ؟

4- هل توجد فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي؟

5- هل توجد فروق بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان؟

6- هل توجد فروق بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر؟

7- هل توجد فروق بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر؟

8- هل توجد فروق بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري؟

فرضيات الدراسة:

اقترح الباحث خمسة فرضيات أساسية تتمثل في:

1- يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن.

4- يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان.

5- يساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات.

وتندرج تحت هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

الفرضيات الجزئية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى بناء برنامج إرشادي يتبنى الإرشاد العقلاني الإنفعالي المقترح لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات في ضوء لهفة الإدمان، و عليه نصوغ الأهداف التالية:

- الكشف عن مدى معاناة مدمنوا المخدرات من الشعور بشدة أعراض لهفة الإدمان.
- الكشف عن الفروق في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن.
- الكشف عن الفروق في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية.
- محاولة الكشف عن مدى ما يعانيه مدمني المخدرات من الشعور بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب مصادرها التالية: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان.
- الكشف عن مدى مساهمة البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف من درجات شعور مدمني المخدرات بلهفة الإدمان في ضوء النقاط التالية:

✓ التحقق من وجود فروق جوهرية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وكذلك التحقق من إتجاه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

✓ التحقق من وجود فروق جوهرية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وكذلك التحقق من إتجاه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

✓ التحقق من وجود فروق جوهرية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وكذلك التحقق من إتجاه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

✓ التحقق من وجود فروق جوهرية بين درجات القياس القبلي والبعدي لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وكذلك التحقق من إتجاه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

✓ التحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان.

✓ التحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

- ✓ كذلك التحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.
- ✓ التحقق من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي وقياس المتابعة لشعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري.

أهمية الدراسة:

تستمد الدراسة أهميتها من رغبة الباحث في سد فجوة علمية كبيرة في مجال بناء البرامج الإرشادية، ففي حدود اطلاع الباحث على أدبيات البحث في مجال البرامج الإرشادية في البلاد العربية بوجه عام والجزائر بوجه خاص لم يجد دراسات صريحة تتناول هذه البرامج نظريا أو تطبيقيا، وإن حوت بطون بعض الدراسات بعض النماذج الإرشادية المختصرة لبعض المشكلات، إلا أنها وضعت بشكل مختصر في كثير من الحالات، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يرى الباحث أن أهمية الدراسة تكمن أيضا في كونها تهدف إلى بناء برنامج إرشادي يتبنى منحى علاجي حديث النشأة هو الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وقام بتطبيقه على مشكلة لها تداعيات متعددة، وهي مشكلة الإدمان على المخدرات، لقد لاحظنا أن الدراسات السابقة اعتمدت على مناحي علاجية أخرى في علاج الإدمان، كالتحليل النفسي و العلاج السلوكي، وأيضا العلاج الروجرزي، لكن العلاج العقلاني في حدود علم الباحث لم يطبق على هذه المشكلة، وبالتالي فإن الدراسة الحالية تعتبر ذات أهمية بالغة حيث أضافت إلى الدراسات السابقة جديدا آخر لعله يكون منطلقا قويا للإهتمام بفئة تعاني أعراضا حادة خلفها الإدمان على المخدرات، يرى الباحث أن مسالة التغلب على الإدمان على المخدرات تحتاج إلى التفكير في الإدمان ذاته، تعريفه بطريقة جديدة، يجب أن لا يتبادر إلى أذهاننا أن الإدمان على المخدرات أو أي مادة إدمانية أخرى كلها تدخل ضمن الظواهر التي لا رابط بينها، لقد اتضح لنا خاصة من خلال الزيارات المتكررة لبعض المراكز التي يتردد عليها المدمنون أن المصدر الأساسي للإدمان لا يوجد داخل المادة في حد ذاتها لكن يبدو أن الأمر متعلق بداخل المدمن ذاته، نحن إذن في حاجة إلى نموذج جديد لفهم المشكلة ثم بعد ذلك نستطيع المساعدة في إيجاد حل لها، نحتاج إلى نموذج نفهم به المرض الموجود داخل المدمن وليس خارجه، وعليه فإن الدراسة تهتم بهذه المشكلة من جوانب متعددة.

1-تحديد مصطلحات الدراسة:

1-1 برنامج الإرشادي Counseling program : هو برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير مباشرة فرديا أو جماعيا للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي،[1] وقد تبنى الباحث لبناء البرنامج الإرشادي الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.

[1] حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسي، منشورات الجامعة، دمشق 1994 ص 22

1-2 الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي: أسسه السيكولوجي آلبرت إليس A.Ellis ويشير إلى أن الفرد يجب يفكر ويشعر ويعمل بشكل إيجابي لتغيير معتقداته غير العقلانية إذا أراد أن يغير حياته، وبذلك يتضمن هذا الاتجاه الإرشادي والعلاجي الجديد تفاعلا بين التفكير العقلاني والمشاعر وأنماط السلوك اليومية للفرد[1].

1-3 الإدمان: هو حالة نفسية وأحيانا جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر Compulsion الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولا مستمرا أو متقطعا وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الإنزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب[2].

1-4 لهفة الإدمان: هي رغبة ملحة، مكدرة تمتد عبر عتبة ذاتية من الشدة والكثافة، وهي أيضا رغبة عارمة للمادة المخدرة في الحصول على تأثيراته النشْوية أو تأثيرات الموقف الخبري لتعاطي المخدر.[3]

1-5 المخدرات: فيستخدم هذا التعبير للدلالة على المواد الكيميائية التي يؤدي استخدامها إلى تغيير في المزاج أو الإدراك أو الشعور، وعلى المجتمع الذي يعيش فيه، وقد تكون المخدرات مواد طبيعية أو مواد مصنعة، وهي بالأساس مجموعة المواد التي تسبب في إحداث حالة بديلة من الوعي بالإضافة إلى النعاس أو النوم، إلا أنها أصبحت تعني المخدرات النباتية كالحشيش ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وبدائله الصناعية، التي يؤدي استخدامها إلى زيادة في القدرة الاحتمالية للفرد، مما يتطلب زيادة في الجرعة باستمرار وصولا إلى الادمان[4].

2-التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

البرنامج الإرشاديCounseling program : يقصد الباحث بالبرنامج الإرشادي هو برنامج مبني أساسا على الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي الذي أسسه آلبرت إليس A.Ellis ، وهو منحى علاجي إقترحه الباحث بغية علاج الإدمان على المخدرات في ضوء متغير لهفة الإدمان من حيث العمل على تخفيف شدتها، ويكون ذلك من خلال جلسات إرشادية بما تتضمنه من فنيات وأساليب علاجية مستمدة من الإرشاد العقلاني الإنفعالي.

---

[1] هشام إبراهيم عبد الله: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، دار الكتاب الحديث، القاهرة، ص 20.

[2] محمد حمدي حجار: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل. ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1413هـ . ص 26

([3]) أبو زيد عبد الحميد: مرجع سابق ص 32 .

([4]) محمد زيد: آفة المخدرات وكيفية معالجة الادمان، دار الاندلس، بيروت 1988 ص 23

الإدمان: Addiction الإدمان حسب وجهة نظر الباحث هو اعتماد سيكولوجي وفي بعض الحالات فيزيولوجي، ت تعاطي الكحوليات والمخدرات بغض النظر عن أنواعها، والمعيار الذي نحدده في حدوث الإدمان هو مستوى إرتفاع شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة للإدمان.

لهفة الإدمان: Craving Addiction وهي شدة الشوق والرغبة الملحة في تكرار سلوك تعاطي المخدر، وتظهر في شكل أعراض جسدية و نفسية وسلوكية، تتحدد في ضوء الدرجة الكلية التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس شدة أعراض لهفة للإدمان، وتتفرع لهفة الإدمان إلى:

أ- **اللهفة نحو نوع المخدر:Usual or preferd drog** وهي شوق ورغبة شديدة في تناول مخدر بعينه يفضله المدمن على سائر المواد المخدرة وتظهر هذه اللهفة في ضوء الدرجة الكلية التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس اللهفة نحو نوع المخدر.

ب- **اللهفة نحو نشوة المخدر: Ecstasy craving** وهي شوق ورغبة شديدة وملحة نحو الأثر الذي يتركه المخدر بغض النظر عن نوعه وتتحدد اللهفة نحو نشوة المخدر من خلال الدرجة الكلية التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر.

ج- **اللهفة نحو الموقف الخبري:Craving for Experiential Drug use situation** وهي شدة الشوق إلى تكرار تجربة التعاطي في مكان معين أو موقف معين أو مع جماعة معينة، فاللهفة هنا تتجه نحو ما يحيط بتناول المخدر أو الموقف الذي خبره المدمن أثناء تناوله للمخدر، وليس نحو نوع المخدر أو نشوته، وتتحدد اللهفة نحو الموقف الخبري هنا بالدرجة الكلية التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري.

د- الإدمان على المخدرات: ويقصد الباحث إدمان المخدرات المتعدد دون مراعاة نوع بعينه.

الدراسات السابقة

توجد دراسات قليلة على حد علم الباحث حول موضوع البرامج الإرشادية التي تهتم بعلاج الإدمان على المخدرات خاصة تلك التي تعتمد على الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وفيما يلي نعرض لأهم الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسات ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية:

أولا/ الدراسات العربية:

1- **دراسة فادية شربتجي** (1975) بدراسة بعنوان فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي. وهدفت الباحثة إلى تقويم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي لدى الإناث في المملكة العربية السعودية .على عينة من (23) مريضة قسمت إلى ثلاث مجموعات عشوائياً كالتالي:

- مجموعة الأولى مكونة من 8 مريضات طبق عليهن العلاج السلوكي المعرفي.
- المجموعة الثانية مكونة من 8 مريضات طبق عليهن العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة إلى العلاج الدوائي.
- المجموعة الثالثة مكونة من 7 مريضات طبق عليهن العلاج الدوائي فقط. واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لقياس الإكتئاب والقلق قبل وبعد العلاج وهذه المقاييس هي:مقياس بيك، مقياس هاملتون للاكتئاب، مقياس تيلور للقلق، واستغرق العلاج مابين 12 إلى 17 أسبوعا و أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين درجات المقاييس قبل وبعد العلاج على فئات البحث الثلاثة وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسن، تلتها العلاج المعرفي ثم مجموعة العلاج الدوائي.

2- **دراسة محمد الشيخ (1986)** بعنوان: أثر كل من الإرشاد العقلاني الإنفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان .وقد أجريت الدراسة على عينة من (40) طالب وطالبة بكلية التربية في جامعة طنطا .قسمت إلى مجموعتين بالتساوي، واستخدمت المقاييس التالية:مقياس قلق الامتحان، مقياس الانزعاج، استبيان قلق الامتحان، وأظهرت النتائج فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان لدى أفراد العينة ذكور وإناث .كما أظهرت النتائج أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي أفضل من العلاج بالتحصين المنهجي في خفض مستوى الانزعاج، وكذلك أظهرت النتائج أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي أفضل من استخدام الطريقتين معاً في خفض مستوى الانزعاج .وأن النتائج متقاربة بين الجنسين.

3- **دراسة كل من عبد الله معتز وعبد الرحمن السيد (1994)**على الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين .وهدف الباحثان إلى التعرف على أهم الأفكار اللاعقلانية في مرحلتي الطفولة والمراهقة وعلاقة هذه الأفكار بكل من القلق كحالة، وكسمة، ومركز التحكم، وكذلك دراسة أثرها على الجنس والتفاعل بينهما، إضافة إلى تقنين مقياس الأفكار

اللاعقلانية للصغار على البيئة العربية .وقد تكونت العينة من (428) تلميذاً وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية في بعض المدارس الحكومية بمحافظة الجيزة مع مرعاه تجانسهم في المستوى الاقتصادي والاجتماعي وقد استخدم الباحثان مجموعة من الأدوات وهي:

. مقياس التحكم للأطفال لناويكي (Nawiki) ترجمة فاروق عبد الفتاح (1981م).

. مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال من إعداد هوبر ولاين(Hoper & Layne). ترجمة مجموعة من الباحثين.

. مقياس قائمة القلق" الحالة والسمة :"للأطفال مقتبس من .سبيلبرجر(Spielberge) وقد توصلت الدراسة إلى نتائج كان من أهمها:

انخفاض درجة معظم الأفكار اللاعقلانية مع تقدم السن، وتوقع الكوارث والقلق الزائد والسعي وراء الكمال .هي أهم الأفكار الخاطئة في مرحلتي المراهقة المبكرة والمتوسطة،أما بالنسبة لحالة القلق في الطفولة فهي تدور عل فكرة طلب الاستحسان .أما في المراهقة المبكرة فتنبئ عن الشعور بالعجز والاعتمادية والانزعاج لمشاكل الآخرين .ولوم الذات .ولوم الآخرين، أما بالنسبة للمراهقة المتوسطة فتدور حول طلب الاستحسان والشعور بالعجز والانزعاج بحاله القلق، أما بالنسبة لسمة القلق وتوقع الكوارث واللوم القاسي وابتغاء الحلول الكاملة فهي أفكار مرتبطة بالطفولة المتأخرة .أما في المراهقة المبكرة فهي الاعتمادية وابتغاء الكمال والشعور بالعجز والحلول الكاملة، أما في المراهقة المتوسطة فهي طلب الاستحسان والسعي للكمال والقلق الزائد، أما بالنسبة للأفكار غير العقلانية فلا توجد أفكار غير عقلانية تنبئ بمركز الحكم في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، أما في المراهقة المتوسطة فإن فكرة الاعتمادية وابتغاء الحلول تنبئ بذلك.

4- **دراسة الفخراني (1993)** حول مدى ملائمة الإرشاد العقلاني الإنفعالي في تعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة ومدى ملائمتها لخفض شدة الأعراض النفسية المصاحبة.

واستخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلات الإكلينيكية الحرة، تاريخ الحالة، اختبار وكسلر لذكاء البالغين، اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العقلاني والانفعالي في خفض درجة القلق والاكتئاب عند مقارنة القياسين القبلي والبعدي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

5- **دراسة البكر (1997)** قام ببناء برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي القلق والاكتئاب .وكان الهدف من هذه الدراسة هو تصميم برنامج إرشادي لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي درجة القلق والاكتئاب وذلك حسب نظرية إليس للعلاج العقلاني والانفعالي .وينبثق من الهدف العام كما يذكر الباحث أهداف فرعية وهي على النحو التالي:

. التعرف على درجة الأفكار غير العقلانية لدى حالات من القلقين.

. التعرف على درجة الأفكار غير العقلانية لدى حالات من المكتئبين.

. تطبيق برنامج إرشادي لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى حالات من القلقين والمكتئبين.

. التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض درجة القلق.

. التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض درجة الاكتئاب.

وقد استخدم الباحث عدداً من المقاييس وهي كالتالي: مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس القلق.

وقد استخدم الباحث أيضاً عددا من الأدوات وهي كالتالي: نموذج لرصد الأفكار ولمواقف، نموذج لتصحيح الأفكار ولمواقف، استمارة للمعلومات العامة، معلومات توضيحية، أشرطة تسجيل، نماذج تقويم، جهاز فيديو لعرض الأفلام التعليمية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة القلق والاكتئاب.
- فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في هذه الدراسة في خفض درجة القلق لدى المجموعة التجريبية القلقة بعد تطبيق البرنامج عليهم.
- كما أن البرنامج ذو فاعلية في خفض درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية المكتئبة بعد تطبيق البرنامج عليهم.
- وتوجد فروق ذات دلاله إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين عينتي المصابين القلق التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لصالح العينة الضابطة .
- وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وبعده وبين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة ذو القلق التجريبية لصالح القياس قبل البرنامج الإرشادي .
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند متابعة لدى عينه القلقين التجريبية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وبعده وبين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند المتابعة وكذلك بين التطبيقين بعد لبرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة القلقين الضابطة.
- توجد فروق ذات دلالة لإحصائية بين القياسات المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق لدى عينة القلقين التجريبية لصالح القياس قبل البرنامج الإرشادي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق لدى عي القلقين الضابطة، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين عينتي المكتئبين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين عينتي المكتئبين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لصالح العينة الضابطة.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس الأفكار العقلانية.

6- **دراسة عادل سلامة ويوسف شراب (1997):** عنوان الدراسة "تقويم برامج رعاية وتأهيل متعاطي المخدرات في دول الإمارات العربية المتشدة (من منظور إجتماعي تربوي)" وكانت عينة الدراسة عبارة عن أفراد قائمين بالعمل في مؤسسات تقدم خدمات وبرامج علاجية لرعاية وتأهيل متعاطي المخدرات، كما طبق في الدراسة إستبيان موجه للقائمين على رعاية وتأهيل متعاطي المخدرات، واستخدمت أيضا المقابلات الشخصية غير المقننة مع بعض المسؤولين وأصحاب الرأي والفكر الاجتماعي والتربوي بالدولة، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية: أن أغلب القائمين على تقديم الخدمات العلاجية بالمؤسسات التي تقدم برامج وتأهيل متعاطي المخدرات غير مؤهلين علميا في مجالات هذه البرامج، كما أن برامج رعاية وتأهيل متعاطي المخدرات تشوبها العديد من أوجه القصور والضعف. وجود العديد من المعوقات التي من شأنها التقليل من فعالية الواقع العلمي والتنفيذي لبرامج رعاية وتأهيل متعاطي المخدرات.

7- **دراسة إبراهيم (1998م)** بعنوان" التفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدى عينة من الشباب الجامعي" .وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على التفكير اللاعقلاني بالقلق وكذلك التوجه الشخصي لدى عينه من طلاب وطالبات جامعة الزقازيق بالفرقة الثالثة والرابعة بكليتي الآداب والتربية. وقد تكونت العينة من (213) طالباً وطالبة .وقد استخدم الباحث مجموعة من الأدوات هي:مقياس للتفكير اللاعقلاني، مقياس القلق كحاله القلق كسمة لسبيلبرجر وزملاؤه، اختبار التوجه الشخصي، مقياس التحقيق الذات لشو ستروم، وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التفكير اللاعقلاني والقلق كحالة والقلق كسمة، وجود علاقة ارتباطيه سالبة بين التفكير اللاعقلاني وتحقيق الشخصية.

8- **دراسة الجوهري 1998** بعنوان: أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين .وقد هدفت الدراسة إلى بيان مدى فاعلية برنامج للتدريب على خفض القلق من خلال برنامج سلوكي فعال يهدف إلى خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين المنومين بمستشفى الأمل بالدمام. وقد بلغت عينة الدراسة 30 مريضاً

منوماً بمستشفى الأمل بالدمام مقسم إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية وعددها 15 وأخرى ضابطة عددها 5 مريضاً. وقد أستخدم الباحث عدداً من الأدوات وهي كالتالي: برنامج التدريب على التعامل مع القلق، قائمة القلق الحالة وقلق السمة ل " سبليرجر." ، قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد 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 الاختبار القبلي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق السمة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده لصالح الاختبار القبلي، وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى قلق السمة قبل التعرض للبرنامج العلاجي التقليدي وبعده لصالح الاختبار البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار قلق الحالة البعدي ما بين المجموعة التجريبية و الضابطة لصالح المجموعة الضابطة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة سمة القلق بين المجموعة

التجريبية و الضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة الضابطة.

9- **دراسة عزة الغامدي (1999)** بعنوان "فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في خفض القلق الاختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض" وقد تكونت العينة من (30)طالبة من اللاتي يعانين من قلق الاختبار . وقد تم اختيارهم بطريقة عمديه .وقد قسمن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة متكافئتين من حيث العمر والتحصيل الدراسي ودرجة القلق ودرجة الأفكار غير العقلانية .وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات وهي: مقياس لقلق الاختبار، مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الريحاني (1985) قامت بتعديله منيرة الشمسان. وهي معدلة على طالبات جامعة الملك سعود، برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي من إعداد الباحثة، تم تطبيق برنامج الإرشاد العقلاني الإنفعالي في خفض القلق الاختبار لدى على عينة تجريبية .وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج في خفض قلق الاختبار عن طريق تخفيض الأفكار السلبية المصاحبة له.

10- دراسة منى علي العامري (2000): بعنوان "دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتشدة، هدفت الدراسة إلى البحث في أسباب العودة إلى الإدمان، والوقوف على مدى فعالية كل من المنحى العقلاني الانفعالي والمتركز على الميل في علاج الإدمان على المخدرات، وقد استخدمت الباحثة في دراستها الأدوات التالية:إستمارة المقابلة الشخصية ، إستبيان أسباب العودة للمخدرات، مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية، إختبار تفهم الموضوع، البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي، البرنامج العلاجي المتمركز على العميل، وطبقت الدراسة على عينة قدرها 09 حالات من

المدمنين الذكور تم تقسيمهم على ثلاث مجموعات بواقع ثلاث أفراد في المجموعة التجريبية الأولى، ثلاث أفراد المجموعة التجريبية الثانية، وثلاث أفراد في المجموعة الضابطة. وخلصت النتائج على ما يلي:

- تعد الأسباب الشخصية من أهم الأسباب التي تؤدي إلى العودة لتعاطي المخدرات يليها أسباب أخرى.
- فعالية كل من الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج المدمنين على المخدرات.
- فعالية العلاج المتمركز على العميل في علاج الإدمان على المخدرات.

11- **دراسة ناصر الصقهان (2005)** بعنوان " تقييم فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات" هدفت الدراسة إلى:

. معرفة مدى فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي لخفض درجة القلق لدى عينة من مدمني المخدرات.

. معرفة مدى فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي لخفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات.

تكونت عينة الدراسة في البداية من (20) فردا، وقد تم الاعتماد في اختيار هؤلاء المرضى على التشخيص الطبي) السيكاتري (بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية .حيث تم اختيار المرضى الحاصلين على درجات مرتفعة في مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية وفقاً لمعايير الاختبار. وقام الباحث بتوزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية (10) أفراد. والأخرى ضابطة (10) أفراد مراعياً تحقيق التجانس قدر الإمكان بين كلتا المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي و المهنة.

وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وأيضا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي سواء في درجة التفكير اللاعقلاني أو في درجة القلق مما يشير إلى أن البرنامج المطبق على المجموعة التجريبية أدى إلى خفض درجة القلق وإلى خفض درجة التفكير اللاعقلاني إذا ما قورن بنظيرة المجموعة الضابطة .وفي ضوء النتائج الأخرى تبين إنه توجد فروق ذات دلاله إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق لصالح المجموعة التجريبية

12- **عبد الرحمن السلطان (2005) بعنوان** " دور الرعاية اللاحقة في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعيًا"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً، وذلك من خلال:

- التعرف على مدى فهم العاملين بمستشفيات الأمل للرعاية اللاحقة.

- التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الرياض.
- التعرف على مدى تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينة الدمام.
- التعرف على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تحقيق الرعاية اللاحقة لدورها في إعادة تأهيل المدمنين اجتماعياً في مدينتي الرياض والدمام أو عدم وجودها.اجتماعياً.

أدوات الدراسة تمثلت في: استبانة يحاول فيها الباحث ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية، أهم النتائج التي توصل إليها الباحث كما يلي:

بمقارنة إجابات الأخصائيين الاجتماعيين في مجمع الرياض والدمام لم يتضح أن هناك فروقًا ذات دلالة إحصائية تبعًا لاختلاف جهة العمل أو المتغيرات الشخصية الأخرى، ولتعميق البحث في نتائج هذه الدراسة عمد الباحث إلى البحث في العلاقة الارتباطية بين محاور الدراسة .والمتغيرات الشخصية بالنسبة للمدمنين، كذلك علاقة المتغيرات الشخصية للأخصائيين مقابل محاور الدراسة، ولم يتضح للباحث أن هناك فروقًا ذات دالة إحصائية في دور الأنشطة الثقافية والاجتماعية في الحد من العود للإدمان من وجهة نظر المدمنين تبعًا لاختلاف الجهة، ولكن ظهر للباحث أن متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الدمام(3.95) أعلى من متوسط رؤية أفراد العينة بمدينة الرياض) (3.75وما عدا ذلك ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية، وهذه النتيجة تدعم التوافق بين المدمنين العائدين للإدمان والأخصائيين الاجتماعيين حول محاور الدراسة المتعلقة بأنشطة وبرامج الحد من العود للإدمان.

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة كل من ماكسويل وويلكرسون **(1982)** بعنوان: أثر التعلم الجماعي لمبادئ الإرشاد العقلاني الإنفعالي وفنياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة، حيث هدفت الدراسة إلى الوقوف على أثر العلاج العقلاني الانفعالي من خلال تعلم مبادئه بشكل جماعي في خفض درجة القلق، وذلك من خلال التحكم وضبط الذات للانفعالات، وقد تكونت عينة الدراسة من (24) طالبة جامعية وقد قسمن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة .وقد استخدم كل من ماكسويل وويلكرسون لذلك عدد من الأدوات هي: استبيان العوامل الشخصية الستة عشر لقياس القلق والعصابية، برنامج جماعي في الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

ازدياد الثقة بالنفس والاتزان الانفعالي والقدرة على مواجهة وتحمل الإحباط وإمكانية حل المشكلات لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، فاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وفنياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة وكذلك الاضطرابات الانفعالية والعصابيه الأخرى.

2- **دراسة ريكس Ricks (1984)** بعنوان: الإرشاد العقلاني الإنفعالي وتقليل القلق البينشخصي لدى طلاب المدارس الثانوية .وقد هدفت دراسته إلى تقييم فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي التخيلي لعلاج القلق البينشخصي لدى

طلاب المرحلة الثانوية وقد تكونت عينة الدراسة من (59)طالباً من مدرسة ثانوية في مدينة أوجين بولاية اوريغو وتشتمل على مجموعة من الطلاب والطالبات تراوحت أعمارهم بين(12 و 16) مقسمين إلى ثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة واحدة .وذلك بطريقة عشوائية. واستخدم الباحث مجموعة من المقاييس هي كالتالي: مقياس الانطواء لواطسون وفريند Watson & Friend 1969 ، مقياس هافينجست Havinghust 1967 للعلاقات الاجتماعية، مقياس الخوف من التقييم، مقياس التقييم الذاتي لإليس، وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها: أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي يتفوق على طريقة الإرشاد الموجه في علاج القلق الشخصي لطلاب الصفوف الثانوية وذلك بعد العلاج والمتابعة حيث تبين أنه أكثر فاعلية، أن مجموعتي الإرشاد العقلاني الإنفعالي و الإرشاد العقلاني الإنفعالي التخيلي حققت انخفاضاً أعلى في التفكير اللاعقلاني.

3- **دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren ,Smith ,Velten, 1984)** وهدفت إلى تقييم فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية، حيث أجريت الدراسة على عينة من الطلاب مكونة من (95) طالباً متوسط أعمارهم في حدود (14) سنة ، مقسمين إلى أربع مجموعات ثلاث منها تجريبية والرابعة ضابطة أحد المجموعات طبق عليها برنامج الإرشاد العقلاني الإنفعالي التخيلي .والثالث برنامج الإرشاد الموجه، بينما لم يطبق على المجموعة لضابطة أي برنامج .وقد اشتمل البرنامج الإرشادي لكل مجموعة على) (7 جلسات إرشادية مدة آلاً منها (50) دقيقة بواقع جالستين أسبوعياً. وقد استخدم روان وفلتين لذلك عدد من الأدوات هي: مقياس الخوف من التقييم السلبي لواطسون وفريندن، مقياس الانطواء والضيق لواطسون، مقياس لعلاقات الاجتماعية **لهارن هيرست وزملاؤه.**، قائمة الأفكار لكاسينوف وزملاءه، بالإضافة إلى رصد الأفكار التي يحدثون بها أنفسهم وتقييم انفعالاتهم أثناء ذلك على مقياس مدرج من 1 إلى 7 نقاط. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي و الإرشاد العقلاني الإنفعالي التخيلي في خفض القلق درجة القلق مقارنة بمجموعة الإرشاد الموجه نحو العلاقة والمجوعة الضابطة.

4- **دراسة قام ديفنباشر وزملاؤه Deffenbacher, et al (1986)** حول الأفكار غير العقلانية والقلق ، وقد هدفت الدراسة إلى تحديد أثر التفكير اللاعقلاني في نشوء القلق في بعض أشكاله المتمثلة في سمة القلق .والقلق اللفظي والخوف من التقييم السلبي. والتجنب الاجتماعي والضجر .وقد استخدم ديفنباشر وزملاؤه لذلك عدد من الأدوات هي: قائمة سمة القلق، القلق اللفظي، الخوف من التقييم السلبي، التجنب الاجتماعي والضجر، اختبار جونز للمعتقدات اللاعقلانية، وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين جميع أشكال القلق عموما والمعتقدات اللاعقلانية، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أشكال القلق عموما وبين كل محور من محاور مقياس المعتقدات، لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجات التفكير اللاعقلاني.

5- **فقد قام جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al 1987)** بدراسة فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في معالجة المرضى النفسيين الذين يعانون من القلق .وقد افترض جاكبسون وزملاؤه أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي بالمقارنة مع الظروف تحكم المعالجات الاستشفائية العادية سوف ينتج آثار معالجة أكبر كما يشير إلى ذلك التغيير في المعتقدات اللاعقلانية .وقد تم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (61) مريضاً من الرجال مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة حيث تبلغ المجموعة الأولى التجريبية (34)مريضاً .و المجموعة الثانية الضابطة .وعدد أفرادها ( ) 27 مريضاً .وهؤلاء جميعهم يتلقون علاجاً نفسياً مكثفاً يشمل العلاج الجماعي والعلاج الترويحي وبرامج توكيد الذات . والتدريب على حل المشكلات بالإضافة إلى العلاج الدوائي ، أما المجموعة الثانية الضابطة لم يتلقوا أي علاج عقلاني انفعالي. وقد استخدم جاكبسون وزملاؤه لذلك أداتين هي: قائمة الأفكار غير العقلانية عند إليس، قائمة كورنيل للأعراض النفسية والجسدية.

وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

أن القلق ينشأ من الأفكار غير العقلانية، أظهرت المجموعة التجريبية إمكانية الخروج من المستشفى أكثر من المجموعة الضابطة وذلك أثناء المتابعة، فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في تصحيح الأفكار الغير عقلانية وخفض درجة القلق لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

6- **دراسة شيفر schiffer (1988)**: بعنوان العلاج النفسي الناجح لتسعة من مدمني الكوكايين (الفنيات والديناميات)، وطبقت الدراسة على عينة قدرها (8) ذكور وأنثى واحدة من مدمني الكوكايين حيث استخدم الباحث إختبار بيك للإكتئاب استبيان 90- sci لتصنيف مرضى العيادة الخارجية. استبيان التقرير الذاتي للتكيف الاجتماعي. كانت أهم النتائج هي: انتكاس اثنان من أفراد العينة بعد خروجهم من المستشفى بأشهر قليلة، ولكنهما استطاعا أن يعاودا العلاج والامتناع عن التعاطي بينما حافظ السبعة الآخرين على الامتناع الكامل على التعاطي منذ اشتراكهم بالبرنامج وحتى الآن.

7- **دراسة كارول ورونسافيل وجاوين .carrol, KM Rounsavil, bj (1990)** عنوان الدراسة تجربة مقارنة بين طريقتين لعلاج الإدمان الانتقالي للكوكايين (الوقاية من الانتكاس والعلاج النفسي القائم على العلاقات البينشخصية)، طبقت الدراسة على عينة قدرها 42 فردا من المدمنين على الكوكايين، استخدم الباحث عدة مقاييس منها مقياس تعاطي واشتهاء الكوكايين، مقياس تقرير ذاتي لمعرفة كمية وتكرار تعاطي الكوكايين وشتهائه، مؤشر

وشدة الإدمان، استبيان الثقة عن التعرض لموقف ما، مقياس التكيف الاجتماعي. وكانت النتائج كما يلي : وجود دلا إحصائية لصالح الأفراد الذين تلقوا العلاج النفسي على العلاقات البينشخصية.

8- دراسة نافارو وآخرون Navarro , R. et al (1992): بعنوان تطوير برامج لتعديل السلوك لمدني المخدرات: العلاج والمتابعة ، طبقت الدراسة على 223 حالة من مدمني (الكوكا) واستخدم الباحث الادوات التالية: برنامج للعلاج والتأهيل، مقياس لتقييم الاهداف العلاجية للبرنامج، التاريخ الاكلينيكي للحالة، وكانت نتائج الدراسة: إمتناع معظم أفراد العينة عن التعاطي، وانتكاس 24 منهم،بينما أوقف 93 العلاج.

9- دراسة هيجينز وآخرون Higgins et al (1993): عنوان الدراسة "استخدام المنحى السلوكي لعلاج الإدمان على الكوكايين" طبقت الدراسة على 38 فردا من المدمنين على الكوكايين حيث تم استخدام العلاج السلوكي والإرشاد النفسي القائم على المدخل ذو 12 خطوة، وأسفرت النتائج على فعالية العلاج السلوكي في علاج الإدمان.

10- دراسة ليون ديكيرسون Dicherson, leon (1994): بعنوان "دراسة لفنيات تعديل المعرفة والسلوك خلال فترة قصيرة الأمد لما بعد الرعاية للعلاج الجماعي لمدمني الكوكايين، وأثر ذلك في الوقاية من الانتكاس. طبقت الدراسة على 60 فردا من المتعافين من الإدمان على المخدرات، حيث تم استخدام البرنامج التدريبي التعليميين وخلصت النتائج إلى أن الفهم الأفضل للجوانب النفسية للإدمان يؤدي على انخفاض معدل الانتكاس داخل أفراد العينة التي خضعت للبرنامج التدريبي التعليمي.

11- دراسة تشيستر جوزيف تارانوسكي Taranowski, Chester Joseph (1994): بعنوان "أثر برنامج تربوي لعلاج تعاطي المخدرات على اتجاهات الطلاب ومشكلة التعاطي" طبقت الدراسة على عينة قدرها 1600 طالب وستخدم الباحثون الأدوات التالية: مقياس خاص بالجانب المعرفي، مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس التأثيرات الاجتماعية، وخلصت الدراسة إلى نتيجة: لم يكن للبرنامج التربوي تأثير دال على مقاومة إدمان المخدرات.

12- دراسة ويلز وآخرون Wells et al (1994): عنوان الدراسة "علاج المرضى الخارجيين من الإدمان على الكوكايين للوقاية من الانتكاس" طبقت الدراسة على 100 حالة من المتقدمين للعلاج من الإدمان على الكوكايين" طبق الباحثون :برنامج علاجي تربوي، برنامج قائم على العلاج السلوكي المعرفي، المداخل ذات 12 خطوة، توصلت الدراسة إلى وجود تأثير دال للبرنامج التربوي في ارتفاع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر، إنخفاض تعاطي أفراد العينة للكوكايين في مرحلة ما بعد العلاج.

التعليق على الدراسات السابقة:

لاحظ الباحث من خلال الدراسات والبحوث العربية عددا منها إستخدم المنحى العلاجي العقلاني الانفعالي ولكن على قلتها مثل: دراسة فادية شربتجي (1975 ودراسة محمد الشيخ (1986) و دراسة الفخراني (1993) و دراسة عزة الغامدي(1999) دراسة منى علي العامري (2000) و دراسة ناصر الصقهان (2005).

كما رصد الباحث تباينا فيما بين الدراسات من حيث طبيعة المتغيرات والعينات المستخدمة، فمن حيث طبيعة المتغيرات وجد الباحث دراسات تناولت فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي مع بعض المغيرات مثل: قلق الامتحان لمحمد الشيخ (1986) و شدة الأعراض النفسية للفخراني (1993) و الإدمان لمنى العامري (2000)، أما بالنسبة لطبيعة العينات المستخدمة في هذه الدراسات فقد استخدم الباحثون عينات مختلفة ومتنوعة منها من ضمت عينة من الطلبة الجامعيين كدراسة إبراهيم (1998م) ودراسة عزة الغامدي (1999) بينما ضمت دراسة كل من عبد الله معتز وعبد الرحمن السيد(1994) عينة من المراهقين والأطفال، وقد أكدت هذه الدراسات على فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي الذي يتبناه آلبرت إليس.

وقد لاحظ الباحث أيضا أن الدراسات العربية التي تبنت الإرشاد العقلاني الإنفعالي ولو أنها قليلة فإن أغلبها ركزت على متغيرات خاصة بالجانب الانفعالي مثل القلق، الإكتئاب وغيرها كما اقتصرت تقريبا على عينات من الطلبة والأطفال وكذا الراشدين، أما بالنسبة إلى متغير الإدمان فتكاد الدراسات العربية تنعدم تماما في اهتمامها بعلاج هذه المشكلة وفق منحى الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وتم العثور فقط على دراسة كل من منى علي العامري (2000)، و دراسة ناصر الصقهان (2005) – على حد علم الباحث – أما باقي الدراسات فكانت أغلبها وصفية أو تقييمية لبرامج تأهيل أو تدريب المدمنين كما في دراسة عادل سلامة ويوسف شراب (1997)، دراسة الجوهري (1998)، ودراسة عبد الرحمن السلطان (2005).

أما بالنسبة إلى الأدوات التي استخدمتها الدراسات العربية فقد تنوعت بحسب طبيعة الموضوع و المنهجية المتبعة والمناسبة لطبيعة الدراسة، حيث نجد بعض الدراسات استخدمت أكثر من مقياس خاصة بالمشكلات الانفعالية كالقلق والاكتئاب مثل: مقياس بيك للاكتئاب، مقياس هاملتون للقلق، مقياس تيلور للقلق كما في **دراسة** فادية شربتجي (1975) ومقياس قلق الامتحان، مقياس الانزعاج، استبيان قلق الامتحان كما في دراسة البكر(1997) ، دراسة محمد الشيخ (1986) ، ودراسة إبراهيم (1998م) ، كذلك استخدم كل من عبد الله معتز وعبد الرحمن السيد(1994) في دراستهما المقاييس التالية: مقياس التحكم للأطفال لناويكي (Nawiki) ترجمة فاروق عبد الفتاح (1981م)، مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال من إعداد هوبر ولاين(Hoper & Layne) ترجمة مجموعة من الباحثين، مقياس قائمة القلق" الحالة والسمة :"للأطفال مقتبس من سبيلبرجر(Spielberge) كما استخدم بعض الباحثين المقابلات الإكلينيكية

الحرة، تاريخ الحالة، اختبار وكسلر لذكاء البالغين، اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية كما في دراسة دراسة الفخراني (1993) ودراسة عادل سلامة ويوسف شراب (1997)، واستخدم أيضا بعض الباحثين مقاييس خاصة بالمشكلات الانفعالية مع المقابلة إلى جانب برامج إما تدريبية أو إرشادية وعلاجية كما في دراسة الجوهري (1998) و دراسة عزة الغامدي(1999) ودراسة منى علي العامري(2000)، إن التنوع الذي لاحظه الباحث في استخدام أدوات القياس يدل على أهمية البرامج العلاجية أو الأساليب العلاجية المستخدمة في كل دراسة ومدى حاجتها للتدقيق في فحص الظاهرة التي تحتاج إلى برامج علاجية أو وقائية من جهة ومدى صعوبة موضوع الإدمان من حيث تعدد المتغيرات فيه وتعقدها وصعوبة ضبطها إلا إذا توفرت مقاييس متنوعة تحيط بهذه المشكلة ولو إلى حد ما، كما وجد الباحث من خلال الدراسات العربية أن مشكلة الإدمان على المخدرات لم تنل حضها من الدراسة كفاية من حيث إعداد برامج إرشادية علاجية ، ومن هنا تظهر أهمية الدراسة الحالية كونها تهتم ببناء برنامج إرشادي يستند إلى الإرشاد العقلاني الانفعالي ، وقد اعتمد الباحث في ذلك على النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة وهي فعالية هذا المنحى العلاجي في علاج مشكلات عديدة.

أما فيما يتعلق بالدراسات الأجنبية السابقة فقد لاحظ الباحث أن معظمها تشابهت من حيث طبيعة الموضوع، إذ كانت مشكلة القلق هي أبرز ماختبر به مدى فعالية الإرشاد والإرشاد العقلاني الإنفعالي ونجد ذلك في دراسة ماكسويل وويلكرسون (1982)، دراسة ريكس Ricks (1984)، دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren ,Smith ,Velten, 1984)، دراسة قام ديفنباشر وزملاؤه Deffenbacher, et al (1986)، دراسة جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al 1987)، أما باقي الدراسات فقد تناولت مشكلة الإدمان على المخدرات لكن باستخدام مناحي علاجية أخرى كالعلاج السلوكي في دراسة نافارو وآخرون Navarro , R. et al (1992)، دراسة هيجينز وآخرون Higgins et al (1993)، دراسة ليون ديكيرسون Dicherson, leon (1994)، دراسة ويلز وآخرون Wells et al (1994)، كما تناولت دراسات أخرى برامج تدريبية للوقاية من الانتكاس كما في دراسة كارول ورونسافيل وجاوين carrol, KM Rounsavil, bj. ، دراسة ليون ديكيرسون Dicherson, leon (1994)، دراسة ويلز وآخرون Wells et al (1994)، ونجد أيضا من ضمن هذه الدراسات من تناولت برامج تربوية لعلاج الادمان على المخدرات وتأهيلهم اجتماعيا ونفسيا كما في دراسة نافارو وآخرون Navarro , R. et al (1992)، دراسة تشيستر جوزيف تارانوسكي Taranowski, Chester Joseph (1994)، أما فيما يتعلق بالأدوات المستخدمة في الدراسات الأجنبية فقد طبق في البعض منها أكثر من أداة بغية ضبط المتغيرات والتحكم فيها و نجد ذلك مثلا في دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren ,Smith ,Velten, 1984)، دراسة تشيستر جوزيف تارانوسكي Taranowski, Chester Joseph (1994)، أما بخصوص عينات الدراسة فبعضها كانت مقسمة إلى عينتين

ضابطة وتجريبية بحكم طبيعة الدراسة فقد كانت تجريبية تقتضي اختيار هذا النوع من التقسيم، ومثال ذلك نجده دراسة كل من ماكسويل وويلكرسون (1982)، دراسة جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al 1987)، كما استخدمت بعض الدراسات عينات مقسمة إلى أكثر من مجموعة تجريبية وعينة ضابطة كما في دراسة ريكس Ricks (1984)، دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren ,Smith ,Velten,)(1984)، واقتصرت باقي الدراسات على عينة جمعت بين الذكور والإناث ، طلبة وطالبات، مرضى أو نزلاء مستشفيات، ويعتبر هذا التنوع في العينات بين فئات المجتمع المختلفة دليلا على خطورة الوضع الصحي في العالم خاصة فيما يتعلق بمشكلة الادمان على المخدرات، وقد خلصت نتائج الدراسات إلى فعالية الإرشاد العلاجي العقلاني الانفعالي في علاج مشكلة القلق كما في دراسة ماكسويل وويلكرسون (1982)، دراسة ريكس Ricks (1984)، دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren ,Smith ,Velten, 1984)، جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al 1987)، كما خلصت الدرسات التي استخدمت مناحي علاجية أخرى إلى نحقق فعالية هذه البرامج في علاج مشكلة الادمان على المخدرات بما فيها البرامج الوقائية ونجد من هذه الدراسات دراسة شيفر schiffer (1988)، دراسة كارول ورونسافيل وجاوين carrol, KM Rounsavil, bj.، دراسة ويلز وآخرون Wells et al (1994)، كما توصلت دراسات أخرى إلى أن البرنامج المستخدم لعلاج مشكلة الادمان لم يكن له فعالية كفاية كما في دراسة نافارو وآخرون Navarro , R. et al (1992)، حيث انتكس عدد من المدمنين بعد تلقيهم برنامج صممه الباحث لعلاجهم من مشكلة الإدمان على الكوكايين، واصفرت دراسة أخرى إلى عدم وجود فعالية للبرنامج التربوي المخصص لمقاومة الإدمان على المخدرات نجد ذلك في دراسة تشيستر جوزيف تارانوسكي Taranowski, Chester Joseph (1994).

إن هذه الدراسات العربية والأجنبية رغم قلتها إلا أنها تؤكد على أهمية البرامج العلاجية ومدى فعاليتها في علاج مختلف الأمراض النفسية، ولعل أهم مرض ينبغي التركيز عليه هو الإدمان على المخدرات، إن هذه الدراسات أكدت حاجة المدمنين على المخدرات لتطبيق مختلف هذه المناحي العلاجية ن ولعل الدراسة الحالية التي يقوم بها الباحث هي بمثابة إضافة أخرى لحاجات المدمنين على المخدرات للعلاج إذا ما تحققت أهدافها المأمولة.

الفصل الثاني

الإدمـــان علـــــــــى المـخـدرات

لهفة الإدمان على المخدرات

الإنتكاس الإدماني

اولا/ الادمانAddiction :

" لم نعرف أن والدي مدمن على المخدرات حتى انفصاله عن والدتي، أبقت والدتي الأمر سرًا، ولم يتعود أبي الحضور إلى المنزل كثيرًا، وكان أبي طبيبًا فاعتقدنا أن جميع الأطباء يعملون كثيرًا، اعتدنا أن نبتعد عن طريقه عندما يكون في المنزل، وذلك كي لا نتسبب بالمشاكل، تعيّن علينا أن نتقبل مسألة غيابه عنا، وإهماله لنا، تأرجحت أمي بين الشعور بالاكتئاب وبين أن تكون أمي قوية، أو أن تكون عصبية جدًا، اعتقدت أنني غير متأثر بهذا الوضع إلى أن بدأت أعاني من بعض المشاكل في علاقاتي مع الآخرين، بدأت أقلق حول كل شيء وكان هذا كفيلا بتخريب كل علاقاتي، وبالتأثير سلبا على أدائي في المدرسة، بدأت بالمعاناة من الاكتئاب، ومازلت أكافحه حتى اليوم، أدرك أنه فاتني الكثير من الأمور على كافة المستويات، مثل الشعور بقيمتي الذاتية، أو الشعور أن احتياجاتي لها قيمتها، أو أنني قادر على الحديث عن كل هذه الأشياء ".[1]

هذا نموذج صغير جدا من كثير، نموذج من آثار إدمان المخدرات، ليس على ذات المدمن فحسب بل على محيطه من قريب ومن بعيد أيضا، في هذا الفصل سوف نحاول أن نقترب أكثر إلى موضوع إدمان المخدرات من حيث تحديد تعريفه وأسبابه وأبعاده الرئيسية، وبعض المفاهيم المرتبطة به...الخ

1- تعريف الإدمان:

هو حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر أو أي مادة أخرى ، ومن بين خصائص الإدمان مايلي: [2]

- تشوق وحاجة مكرهة لتعاطي المخدرات محاولة الحصول عليه بأي وسيلة.
- نزعة لزيادة الكمية.
- تأثيرات مؤذية للفرد والمجتمع.
- خضوع وتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر.
- ظهور عوارض النقص عند الانقطاع الفوري عن المخدر إختياريا كان أم إجباريا[3]

وفي تعريف آخر الإدمان هو التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو لمواد نفسية، لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض

([1]) كلوديا بلاك: لن أقع في مصيدة الإدمان. ترجمة سعيد الحسنية، الدار العربية للعلوم- ناشرون، بيروت 2006 ص24

([2]) رشاد أحمدعبد اللطيف: الأثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، الرياض، 1992 ص 45.

([3]) سليمان بن قاسم الفالح: تعاطي المخدرات،جامعة الإمام محمد بن سعود الاسلامية، قسم علم الاجتماع،السعودية 1407هـ،ص 16

الانسحاب، إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي، على درجة تصل إلى استبعاد نشاط آخر، ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:[1]

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
- واعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.
- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

تعريف منظمة الصحة العالمية: " هو حالة نفسية وأحيانا جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث إستجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر Compulsion الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولا مستمرا أو متقطعا وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الإنزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب. وفي تعاطي المادة المحدثة للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل Tolerance، أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعة مع الزمن، وقد لا يحدث ذلك ، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد"[2]

يظهر من خلال التعاريف السابقة أن هناك نقاط اشتراك في تحديد معنى الإدمان، من حيث كونه تكرار لتعاطي المادة الإدمانية، كما يعتبر ميلا جامحا وقهريا لزيادة جرعات المادة الإدمانية، وهو بهذا الوصف يؤثر تأثيرا بالغا على صحة المدمن بجميع أبعادها، ويحمل التعريفين أيضا في مضمونهما تعدُّدا من المفاهيم ترتبط بالإدمان كالتحمل ، الإعتماد، الانسحاب،...الخ . وفيما يلي نعرض أهم المصطلحات التي ترتبط بالإدمان.

2- بعض المصطلحات المرتبطة بالإدمان.

أ) **لهفة Craving** رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية مثل السيطرة على تفكير المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة[3].

([1]) مصطفى سويف: المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية ،سلسلة عالم المعرفة عدد رقم 205، الكويت 1992

([2]) محمد حمدي حجار: برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل. ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1413هـ . ص 26

([3]) Arif , A & Westermeger.j : Manual of drug and alcohol abuse, New York, Plenum, 1988 p308

وسيأتي تفصيل هذا المصطلح لاحقا في هذا الفصل على اعتبار أن الباحث افترض أن لهفة الإدمان السبب الرئيسي الذي حين يستحكم في المدمن يمنعه ذلك من الخضوع للعلاج بيسر وهو الأمر الذي يوقعه مرارا في مشكلة الانتكاس.

ب) الإعتماد Dépendance

حالة نفسية، وأحيانا تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري ، وذلك كي يَخبُر الكائن بثارها النفسية، وأحيانا لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها، وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها، كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو اكثر[1].

ت) الاعتماد النفسي Psychic Dependence

موقف يوجد فيه شعور بالرضي مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب، وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن، بالمواد النفسية، وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف[2].

ث) تسمم Intorication

حالة تعقب إحدى المواد النفسية وتنطوي على اضطرابات على مستوى الشعور، والتعرف والادراك، والوجدان او السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا مباشرا بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماما، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي.[3]

ج) تحمل Tolerance

تغير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل، ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية، وقد يكون التحمل عضويا، أو سلوكيا، والتحمل العضوي (الفيزيولوجي) عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلة بحيث يتضائل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة، ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة، ويشار إلى التحمل العكسي إلى تغير يصحبه

([1]) Kromer, J.F & Comeron D.C: Manual of drug dependence, Geneva, WHO 1975, p 13.

([2]) مصطفى سويف: مرجع سابق، ص 14.

([3]) WHO Dictionary of substance use terms. Geneva: WHO 1988

زيادة الاستجابة لنفس الجرعة منم المادة المتعاطاة، ونجد أيضا معنى آخر للتحمل وهو التحمل المتعدي –oss tolerance ويشير على انتقال أثر التحمل من المادة المتعاطاة أصلا إلى مواد نفسية أخرى من الفئة نفسها أو من فئة قريبة.[1]

ح) إنسحاب Withdrawol

مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على اثر الانقطاع المفاجئ عن التعاطي، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا واستمر هذا التكرار لفترات طويلة و/أو بجرعات كبيرة، وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجي، وتعتبر حالة الانسحاب دليلا على أنه كانت هناك حالة اعتماد، كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجي الضيق بمعنى الاعتماد، ويتوقف منشأ الإنسحاب على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيف هذه الجرعة مباشرة، ويمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد[2].

خ) تعاطي المواد النفسية Drug abuse

يشيع في كثير من الأحيان إستخدام تعبير (سوء استعمال المخدرات) وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية abuse. ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك ، فقد ورد في لسان العرب لابن منظور ما نصه : "والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله"، وبناءا على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر، ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدي آثارها على الأضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر على النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة عن التعاطي، ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل[3].

يعتقد الباحث أن هذه المصطلحات هي ليست منفصلة عن بعضها بل على العكس هي امتداد لبعضها البعض، كما أن بعضه يعتبر نتيجة للبعض كما في مصطلح اللهفة والاعتماد، التحمل والتسمم، والذي يجمع بينها هو عامل القهر والتكرار، هذا يعني أن الشخص المدمن يكون مجبرا على تكرار السلوك الادماني برغم أنه يعرف النتائج السلبية التي تترتب عليه– وهنا يبدو الشخص كما لو كان يستجيب لأمر داخلي بدلا من حرية الاختيار. والإشارة التي تدل على السلوك الادماني هنا تتمثل في أن الشخص عندما يحاول السيطرة على ذلك السلوك والتحكم فيه، يكتشف أن محاولاته لا تكفي لتحقيق هذه السيطرة وذلك التحكم، فتزيد بذلك باقي المصطلحات التي ذكرناها آنفا في الظهور تباعاً.

---

[1] (Kromer, J.F & Comeron 1975. Opcit. P.16)

[2] ( ) مصطفى سويف: 1992 مرجع سابق.ص . 18

[3] ( ) WHO Dictionary: 1988. Opcit.

تعاطي المخدرات والإدمان عليها موضوع ذو ماض وحاضر ومستقبل : أما الماضي فبعيد يصل إلى فجر الحياة الاجتماعية والإنسانية، وأما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره، وأما المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة، فما من مجتمع ترامت إلينا سيرته عبر القرون أو عبر مستويات التغير الحضاري المتعددة إلا وجدنا بين سطور هذه السيرة ما ينبئ بشكل مباشر أو غير مباشر، عن التعامل مع مادة أو مواد محدثة لتغيرات بعينها في الحالة النفسية بوجه عام لدى المتعامل، وقد برز موضوع الإدمان على المخدرات كمشكلة عصبية ونفسية بين المشكلات الاجتماعية والصحية، على الصعيد العالمي وتبلور الاهتمام بها في المجتمعات العربية من خلال محاولة فهم المشكلة والتصدي لها، نحاول أن نقترب إلى موضع المخدرات وأنواعها وتاريخها وكيف يمكن أن تحدث الإدمان.

1- تعريف المخدرات:

1-1- التعريف بمفهوم المخدر:

يتداخل مفهوم المخدر كثيرا مع مفهوم الدواء ذلك أن مفهوم المخدر (Drug) يعني أصل الدواء، فيستخدم تعبير العقاقير للدلالة على أصول الأدوية، والمخدر هو مادة تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية في جسم الكائن الحي، أو في الوظائف التي تؤديها مكوناته.

ومع ذلك فإن الدلالة التي ينطوي عليها تعبير المخدر تختلف في اللغة العربية عما هي عليه في اللغات الأجنبية الأخرى، فهي في اللغة العربية كما يرى "سعد المغربي" أكثر دقة ودلالة في الاستخدام مع التعبير المقابل لها في اللغات الأجنبية (Drug)، ذلك أن التعبير باللغة الأجنبية يعني من الناحية العلمية المخدر أو أي مادة يستخدمها الأطباء في علاج الأمراض، وهي تستخدم في الوقت نفسه بمعنى المخدر ذي الخصائص المعروفة مع التنبيه أو التحذير، كما يرتبط استخدامها بالوصمة وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعيا، ويدل ذلك على أن للتعبير معنيان في اللغة الأجنبية، لكن الأمر يختلف باللغة العربية حيث يتم التفريق بين الدواء أو المستحضرات الدوائية وبين المخدرات، فالأولى تستخدم استخداما يقصد به العلاج، بينما تستخدم الثانية استخداما سيئا لآثارها الضارة بدنيا واجتماعيا ولذلك يستخدم اصطلاح متعاطي المخدرات على أولئك الأشخاص الذين يستخدمون أنواعا محددة مع المواد مرتبطة بقيم سلبية ضارة، سواء كان حقيقيا أم وهميا[1].

([1]) سعد المغربي: سيكولوجية تعاطي الافيون ومشتقاته، الهيئة المصرية العامة للكتاب 1986 ص 9

أما من الناحية الاصطلاحية فيستخدم هذا التعبير للدلالة على المواد الكيميائية التي يؤدي استخدامها تغيير في المزاج أو الإدراك أو الشعور، وعلى المجتمع الذي يعيش فيه[1]، وقد تكون المخدرات مواد طبيعية أو مواد مصنعة، وهي بالأساس مجموعة المواد التي تسبب في إحداث حالة بديلة من الوعي بالإضافة إلى النعاس أو النوم، إلا أنها أصبحت تعني المخدرات النباتية كالحشيش ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وبدائله الصناعية، التي يؤدي استخدامها إلى زيادة في القرة الاحتمالية للفرد، مما يتطلب زيادة في الجرعة باستمرار وصولا إلى الإدمان[2].

وبهذا المعنى تعرف المادة المخدرة بأنها كل مادة سواء كانت خاما أم مستحضرة وتحتوي عل منبهات أو مسكنات يمكن أن يؤدي استخدامها في غير الأغراض الطبية الاصطناعية إلى حالة من التعود والإدمان عليها، مما يؤثر على الفرد والمجتمع ويترك آثارا ضارة جسميا ونفسيا واجتماعيا.

2- لمحة موجزة عن تاريخ وأنواع المخدرات:

ورد في تراث الحضارات القديمة آثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد المخدرة منذ تلك الأزمنة البعيدة، وقد وجدت تلك الآثار على شكل نقوش على جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي المصرية القديمة أو كأساطير مروية تناقلتها الأجيال. فالهندوس على سبيل المثال كانوا يعتقدون أن الإله (شيفا) هو الذي يأتي بنبات القنب من المحيط، ثم تستخرج منه باقي الإلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي ويقصدون به الحشيش. ونقش الإغريق صوراً لنبات الخشاش على جدران المقابر والمعابد، واختلف المدلول الرمزي لهذه النقوش حسب الإلهة التي تمسك بها، ففي يد الإلهة (هيرا) تعني الأمومة، والإلهة (ديميتر) تعني خصوبة الأرض، والإله (بلوتو) تعني الموت أو النوم الأبدي. أما قبائل الإنديز فقد انتشرت بينهم أسطورة تقول بأن امرأة نزلت من السماء لتخفف آلام الناس، وتجلب لهم نوماً لذيذاً، وتحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا. وفيما يأتي نتناول تاريخ أشهر أنواع المخدرات التي عرفها الإنسان[3]:

1- الكحوليات: تعتبر الكحوليات من أقدم المواد المخدرة التي تعاطاها الإنسان، وكانت الصين أسبق المجتمعات إلى معرفة عمليات التخمير الطبيعية لأنواع مختلفة من الأطعمة، فقد صنع الصينيون الخمور من الأرز والبطاطا والقمح والشعير، وتعاطوا أنواعاً من المشروبات كانوا يطلقون عليها "جيو" أي النبيذ، ثم انتقل إليهم نبيذ العنب من العالم الغربي سنة 200 قبل الميلاد تقريباً بعد الاتصالات التي جرت بين الإمبراطوريتين الصينية والرومانية. واقترن تقديم

([1]) لوري بيتر: المخدرات: حقائق اجتماعية ونفسية وطبية، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة 1990 ص 13
([2]) محمد زيد: آفة المخدرات وكيفية معالجة الادمان، دار الاندلس، بيروت 1988 ص 23
([3]) مصطفى سويف، المخدرات والمجتمع، سلسلة عالم المعرفة، العدد 205 القاهرة 1995 ص 27.

المشروبات الكحولية في الصين القديمة بعدد من المناسبات الاجتماعية مثل تقديم الأضاحي للآلهة أو الاحتفال بنص عسكري. وهذا نموذج ليس متفردا في قدم وتلقائية معرفة الإنسان للكحوليات، كما لهذا النموذج شبيه في الحضارات المصرية والهندية والرومانية واليونانية، كما عرفت الكحوليات المجتمعات والقبائل البدائية في أفريقيا وآسيا[1].

3- **الحشيش (القنب):** القنب كلمة لاتينية معناها ضوضاء، وقد سمي الحشيش بهذا الاسم لأن متعاطيه يحدث ضوضاء بعد وصول المادة المخدرة إلى ذروة مفعولها. ومن المادة الفعالة في نبات القنب هذا يصنع الحشيش، ومعناه في اللغة العربية "العشب" أو النبات البري، ويرى بعض الباحثين أن كلمة حشيش مشتقة من الكلمة العبرية "شيش" التي تعني الفرح، انطلاقاً مما يشعر به المتعاطي من نشوة وفرح عند تعاطيه الحشيش، وقد عرفت الشعوب القديمة نبات القنب واستخدمته في أغراض متعددة، فصنعت من أليافه الحبال وأنواعا من الأقمشة، واستعمل كذلك في أغراض دينية وترويحية.

ومن أوائل الشعوب التي عرفته واستخدمته الشعب الصيني، فقد عرفه الإمبراطور شن ننج عام 2737 ق.م وأطلق عليه حينها واهب السعادة، أما الهندوس فقد سموه مخفف الأحزان.

وفي القرن السابع قبل الميلاد استعمله الآشوريون في حفلاتهم الدينية وسموه نبتة "كونوبو"، واشتق العالم النباتي ليناوس سنة 1753م من هذه التسمية كلمة "كنابيس" Cannabis.[2]

وكان الكهنة الهنود يعتبرون الكنابيس (القنب – الحشيش) من أصل إلهي لما له من تأثير كبير واستخدموه في طقوسهم وحفلاتهم الدينية، وورد ذكره في أساطيرهم القديمة ووصفوه بأنه أحب شراب إلى الإله "أندرا"، ولايزال يستخدم هذا النبات في معابد الهندوس والسيخ في الهند ونيبال ومعابد أتباع شيتا في الأعياد المقدسة حتى الآن.

وقد عرف العالم الإسلامي الحشيش في القرن الحادي عشر الميلادي، حيث استعمله قائد القرامطة في آسيا الوسطى حسن بن صباح، وكان يقدمه مكافأة لأفراد مجموعته البارزين، وقد عرف منذ ذلك الوقت باسم الحشيش، وعرفت هذه الفرقة بالحشاشين.

أما أوروبا فعرفت الحشيش في القرن السابع عشر عن طريق حركة الاستشراق التي ركزت في كتاباتها على الهند وفارس والعالم العربي، ونقل نابليون بونابرت وجنوده بعد فشل حملتهم على مصر في القرن التاسع عشر هذا المخدر إلى أوروبا، وكانت معرفة الولايات المتشدة الأميركية به في بدايات القرن العشرين، حيث نقله إليها العمال المكسيكيون الذين وفدوا إلى العمل داخل الولايات المتشدة. [3]

([1]) Zhang Fei-Peng Drinking in China, Surveyor, 1982. P 15.

([2]) زين العابدين مبارك: الحشيش، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض. 1986. ص 17.

([3]) سعيد محمد الحفار: المخدرات.. مأساة البيئة المعاصرة، دراسات عالمية مختارة، جامعة قطر، 1993. ص 27.

ويعتبر نبات القنب (الحشيش) نبات حولي شجيري، يبلغ طوله من 1–5 أمتار و ينمو النبات بريا طبيعيا، و من الممكن زراعته في أي جزء من أجزاء العالم. و للنبات أغراض عديدة فهو مصدر مهم للألياف و البذور التي تستخدم كغذاء ، و زيوت البذور يستخدم في بعض أنواع مواد الطلاء. أما الأوراق والقمم الزهرية والمادة الراتنجية المستخرجة منها فإنها تحتوي على مركبات فعالة لها تأثيرات سيكوفارماكولوجية على الإنسان بعد تدخينها أو تعاطيها من خلال الفم[1].

3– الأفيون: أول من اكتشف الخشاش (الأفيون) هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م عن موسم حصاد الأفيون، وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أساؤوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماؤهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبوقراط ومن أرسطو إلى فيرجيل، وعرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج التهاب غشاء الرئة الذي كان يسمى وقتذاك "داء ذات الجُنب" وبعض أنواع المغص، وفي الهند عرف نبات الخشاش والأفيون منذ القرن السادس الميلادي، وظلت الهند تستخدمه في تبادلاتها التجارية المحدودة مع الصين إلى أن احتكرت شركة الهند الشرقية التي تسيطر عليها إنجلترا في أوائل القرن التاسع عشر تجارته في أسواق الصين، وقد قاومت الصين إغراق أسواقها بهذا المخدر، فاندلعت بينها وبين إنجلترا حرب عرفت باسم حرب الأفيون (1839 – 1842) انتهت بهزيمة الصين وتوقيع معاهدة نانكين عام 1843 التي استولت فيها بريطانيا على هونغ كونغ، واستطاعت الولايات المتحدة الأميركية الدخول إلى الأسواق الصينية ومنافسة شركة الهند الشرقية في تلك الحرب، فوقعت اتفاقية مماثلة عام 1844[2] ، وكان من نتائج تلك المعاهدات الانتشار الواسع للأفيون في الصين، فوصل عدد المدمنين بها عام 1906 على سبيل المثال خمسة عشر مليوناً، وفي عام 1920 قدر عدد المدمنين بـ 25% من مجموع الذكور في المدن الصينية، واستمرت معاناة الصين من ذلك النبات المخدر حتى عام 1950 عندما أعلنت حكومة ماوتسي تونغ بدء برنامج فعال للقضاء على تعاطيه وتنظيم تداوله[3].

([1]) سمية حموده وآخرون: وثائق الندوة العلمية حول تطور أساليب الكشف عن المخدرات وسوء استعمالها. منشورات المكتب الدولي العربي لشؤون المخدرات. 1980 ص 88.

([2]) عبد المجيد منصور: المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية الاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الاسلامية، دار النشر العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1989 . ص 193.

([3]) متعب بن مصلح الرشيدي: إتجاهات مرضى إدمان المخدرات نحو دور الأخصائي الإجتماعي،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،الرياض،2004. ص50.

والخلاصة أن الأفيون في المجال الطبي يستخدم لتخفيف الألم، ويستعمل على شكل محاليل تؤخذ في الغا في العضلة حتى لا يتعرض المريض لإدمانها، وأما التعاطي غير الطبي فيؤخذ عن طريق التدخين أو البلع بالماء وقد يعقبه تناول كوب من الشاي، وأحيانا يلجأ المدمن إلى غلي هذا المخدر وإضافة قليل من السكر إليه ثم يشرب، أو يوضع تحت اللسان ثم يمتص، أو يؤكل مخلوطا مع بعض الحلويات.

4- المورفين: وهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام 1806 من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى الإله مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق. وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأميركية (1861-1861) إنتشار هذا المخدر، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد، ويكثر استخدامه عن طريق الشم، ويتم التعود عليه بعد أسبوع، فإدمانه أمر يتم بسرعة[1].

5- الهيروين :وهو أيضاً أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام 1898 وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة، ويباع كمسحوق أبيض أو أسمر، ويتميز هيروين الشوارع بأنه مخلط بأدوية نفسية، وقوته اليوم أكثر من قوته في الستينات من القرن الماضي[2].

ويشير كل من جيرمو و جافى1992 *Jerome,H & Jaffe* بقولهم: " يعتبر الحصول عليه من الأفيون ويتم الحصول عليه بتجفيف العصير البني الذي تفرزه أكياس زهرة نبات الخشخاش عند قطعها، وعند استخدام الفرد للهيروين باستخدام الحقن، وقد لا تكون لذيذة على الإطلاق، كما أن الاعتماد القوى على المخدر لا ينشأ بعد التعاطي، إلا أن هذا لا يعنى أن المدمن لا يستمد لذة كبيرة من تعاطى المخدر بل هو يستمد لذة قد تماثل اللذات الحسية ومن المحتمل أن شدة المتعة أو اللذة تفوق أي لذة معروفة لغير المدمن ويبدو إن المخدر قد يستعمل كبديل للجنس، فكثيراً ما سمعنا من المدمنين وصفاً لآثار حقنهم بالمخدر بعبارات جنسية"[3].

6- الأمفيتامينات (المنشطات): تم تحضيرها لأول مرة عام 1887 لكنها لم تستخدم طبياً إلا عام 1930، وقد سوقت تجارياً تحت اسم البنزورين، وكثر بعد ذلك تصنيع العديد منها مثل الكيكيدرين والمستيدرين والريتالين.

وكان الجنود والطيارون في الحرب العالمية الثانية يستخدمونها ليواصلوا العمل دون شعور بالتعب، لكن استخدامها لم يتوقف بعد انتهاء الحرب، وكانت اليابان من أوائل البلاد التي انتشر تعاطي هذه العقاقير بين شبابها

([1]) المرجع السابق: ص 52.

([2]) أشرف على السيد عبده: البر وفيل النفسي لمدمني الهيروين، كلية الآداب –جامعة أسيوط. القاهرة. 2003. ص 17.

([3]) Jerome, H. Jaffe.. Drug Dependence. Opiods psychoactive Substances Disorder.Shepter 13. 1992 .p.p64.

حيث قدر عدد اليابانيين الذين يتعاطونها بمليون ونصف المليون عام 1954، وقد حشدت الحكومة اليابانية إمكاناتها للقضاء على هذه المشكلة ونجحت بالفعل في ذلك إلى حد كبير عام 1960.

والأمفيتامينات مركبات كيميائية تحدث تأثيراً منبهاً للجهاز العصبي وتقلل من الإحساس بالإجهاد والتعب والشعور بالنعاس، ولذا انتشرت بين الرياضيين والطلاب والسائقين الذين يقودون سيارتهم لمسافات طويلة وغيرهم من الفئات التي تحتاج إلى التركيز الذهني وبذل جهد عضلي مضاعف. ومن أهم المنشطات المتداولة الديكسافيتين والميثافيتامين، وأدوية أخرى تشبه في تأثيرها الأمفيتامينات مثل الديتالين والكتاجون واليونات.

من المنشطات ما هو على شكل كبسول ومنها ما هو على شكل سائل أصفر يحقن في الوريد يسمى "الماكستون فورت" وهو سائل يمكن أن يحضر محلياً مما يجعله شديد الخطورة، وللأمفيتامينات خاصية التّحمُّل، بمعنى أن المدمن يقبل على زيادة الجرعة كل فترة حتى تحدث الأثر المطلوب، وقد تصل في بعض الحالات إلى أن يعطى المدمن 60 حبة يومياً أي حوالي 250مليغراما[1].
يسبب استعمال هذه العقاقير حالة من الهبوط والكسل والشعور بالتعب تعقب الشعور بالنشاط الذي حدث للمتعاطي، وأحياناً تصل نتيجة إدمان هذه المنشطات إلى حالة من انفصام الشخصية أو إلى الجنون.

6- **الكوكايين:** عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أميركا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الأنكا، وفي عام 1860 تمكن العالم ألفرد نيمان A. Niemann من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظراً لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الترويحية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبتها عام 1903، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعايات التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد على القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان A. Mareian ، واستخدمته تلك الشركات في أكثر من 15 منتجاً من منتجاتها[2].

وانعكس التاريخ الطويل لزراعة الكوكا في أميركا اللاتينية على طرق مكافحته فأصبحت هناك إمبراطوريات ضخمة –تنتشر في البيرو وكولومبيا والبرازيل– لتهريبه إلى دول العالم، وتمثل السوق الأميركية أكبر مستهلك لهذا المخدر في العالم[3].

([1]) المخدرات: الإدار العامة للتربية والتعليم، السعودية، 2008 ص 17.
([2]) Musto, D. F. Opium, cocaine and marihuana in American history, Scientfic Amer. 1991. 1991. P27.
([3]) Musto, 1991. Ibid. P 33.

عموما فإن الكوكايين يتم الحصول عليها من أوراق شجيرة استوائية تسمى كوكايي (**COCAIER**)، بذ

الكوكايين تزرع في أول وهلة في مشتل (مغرس) ثم تغرس بعد 06 أشهر إلى 12 شهرا خلال موسم الأمطار على ارتفاع من 700م إلى 1800م، الحصاد الأول لا يتأتى إلا بعد 03 سنوات فيما بعد، هذه الشجيرة مدة حياتها حوالي 25 سنة تقريبا و طولها متغير يمكن أن يصل حتى 07 أمتار، ويشتق من هذه النبتة خمسة أنواع هي: ورقة الكوكا ، سلفات الكوكايين ، الكراك ، الكوكايين القاعدي ، الكوكايين. هذه الأنواع تستهلك عن طريق التدخين أو تمزج بمخدر آخر الكانابيس أو تشم، من أهم آثاره النفسية ما يلي: تخدير محلي، نشاط، نشوة، تأخر ظهور التعب، نقص الحاجة للنوم و الأكل[1].

8- القات: شجرة معمرة يراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا، اختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه الشجرة، فبينما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركستان وأفغانستان يرى البعض الآخر أن الموطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة، عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر الميلادي، حيث أشار المقريزي (1364 – 1442) إلى وجود ".. شجرة لا تثمر فواكه في أرض الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والنوم..".

وقد انتشرت عادة مضغ القات في اليمن والصومال، وتعمقت في المجتمع وارتبطت بعادات اجتماعية خاصة في الأفراح والمآتم وتمضية أوقات الفراغ، مما يجعل من مكافحتها مهمة صعبة. وكان أول وصف علمي للقات جاء على يد العالم السويدي بير فورسكال Per Forsskal عام 1763[2].

وذكرت بعض الكتابات الحديثة حول تأثيرات القات مثله في ذلك مثل الأمفيتامين، حيث يعمل على زيادة النشاط الوجداني للإنسان، كما ذكرت بعض الدراسات أن مضغ القات يشعر الإنسان بالنشوة والسعادة وزيادة الرغبة الجنسية[3].

وخلاصة لما ورد من انواع المخدرات وهي كثيرة ذكرنا الشائع والمعلن عنها فقط، نذكر أن هذه الانواع تقع ضمن تصنيفات ضمنية منها الطبيعية كالحشيش والقات ...، ومنها المصنعة كالامفيتامين...، كما يمكن أن تصنف بحسب تأثيراتها فمنها المنشطات ومنه المنومات ومنها أيضا المهدئات، والمنومات. ولكن الشيء الذي ينبغي التركيز

([1]) Van DyKe, C. Cocaine, in Substance abuse:Clinical problems and perspectives. Ruiz eds. 1981. P 166.

([2]) Weir, S. Oat in Yemene: Consumption and social change, Dorset: British Museum Publications. 1985. P 27

([3]) غريب محمد سيد أحمد: مكافحة القات في الصومال، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1989. ص 16.

عليه هو مدى المهالك التي تخلفها هذه المواد الادمانية على صحة وسلامة الانسان العقلية والنفسية والجسم والأسرية والاجتماعية والاقتصادية، حتى ولو استخدمت في مجالها الطبي لمساعدة الانسان في صحته وسلامته، إلا أن أضرارها لها أبعاد لا يمكن مطلقا أن نقول لها حدود أو يمكن أن تتوقف عند حد دون آخر، لقد بينت الأبحاث العلمية المتخصصة إلى أي حد يمكن ان يبلغ مستوى أضرار المخدرات والادمان عليها على الإنسان والمحيطين به كما في (دراسة رشاد عبد اللطيف. 1992)[1].

كما وقد صنفت منظمة الصحة العالمية المخدرات والأدوية المحدثة للإدمان وفقا لتاثيراتها الفارماكولوجية على الجملة العصبية المركزية، وعلى السلوك والعاطفة وعلى نفسية المتعاطي، وفي ما يلي جدول يوضح ذلك[2]:

([1]) رشاد عبد اللطيف: الآثار الإجتماعية لتعاطي المخدرات، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض. 1992.
([2]) محمد حمدي حجار: الارضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقا للنظرية الإنفعالية والمدرسة السلوكية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الامنية والتدريب ، الرياض. 1413هـ. ص 28.

جدول رقم (01): يوضح تصنيف منظمة الصحة العالمية المخدرات والأدوية المحدثة للإدمان وفقا لتأثيرا الفارماكولوجية على الجملة العصبية المركزية.

نوع المادة المخدرة	نوع التأثير على الجملة العصبية المركزية	نوع التعود ومستوى التحمل		
		نفسي	بدني	مستوى التحمل
الكحول	مهدئ ومثبط Depressant	×	×	زيادة المقدار
المورفين، الهيروين، الميثادون، مشتقات الأفيون	مسكنة– مخدرة –Narcotic Analgesic Drugs	×	×	زيادة المقدار
الكوكايين، الأمفيتامين	منشطة للجملة العصبية Simulants	×	–	زيادة متدرجة في الجرعة
الحشيش ومشتقاته	فرط نشاط نفسي، حركي، (النشوة العارمة)	نفسي شديد		لا يحتاج إلى زيادة الجرعة
الأدوية المهدئة، المنومة مثل: الباربيتيورات	مخففة للقلق، مهدئة ومنومة	فيزيولوجي شديد		حسب مقدار الجرعة المتعود عليها المدمن
الأدوية المنومة اللابربيتورية	مخففة للقلق ومنومة	×	–	زيادة مقدار الجرعة
الأدوية المهدئة المخففة للقلق من زمرة البنزديازيبينات (الفاليوم وغيره)	مخففة للقلق ومهدئة	×	×	زيادة مقدار الجرعة
التبغ	تنبيه للجملة العصبيةالودية	×	×	زيادة متدرجة في مقدار الجرعة

3- العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات:

ذكر العلماء أنه توجد الكثير من الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان على المخدرات منها ما يتعلق بشخصية المدمن وحالته النفسية والسلوكية في المجتمع ومنها ما يتصل اتصالا وثيقا بالمشكلات الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، ومنها ما يتعلق بالمادة الإدمانية نفسها*، سنحاول فيما يلي تفصيل ذلك والتركيز على الأسباب التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية.

3-1 العوامل الوراثية:

تهتم بحوث الوراثة عادة بثلاث مجالات: مجال البحوث في كون الظاهرة موضع البحث (وهي هنا إدمان المخدرات) يغلب وجودها بشكل لافت للنظر داخل عائلات بعينها، ومجال بحوث التوائم، ثم مجال بحوث التبني، وجدير بالذكر أن بحوث عوامل الوراثة تناولت إدمان الكحوليات أكثر نسبيا من التي تناولت إدمان سائر المواد النفسية، ونحن نعمم نتائجها رغم ما ينطوي عليه هذا التعميم من احتمالات الخطأ.

ويقوم التصميم الرئيسي للدراسات التي انحصرت في مجال العائلات على المقارنة بين معدل انتشار الإدمان (إدمان الكحوليات أو غيرها من المواد النفسية الأخرى) في عائلات الأشخاص المدمنين، ومعدل الانتشار مجموعات من الأشخاص غير المدمنين، بحوث كثيرة تشير نتائجها إلى غلبة التعاطي والإدمان داخل عائلات المدمنين[1].

غير أن هذه النتائج لا يجوز أن تؤخذ على أنها حاسمة في الكشف عن دور الوراثة في هذا الإدمان، إذ إن هذه النتائج نفسها يمكن أن تكون مترتبة على التفاعلات السلوكية بين الأشخاص داخل محيط الأسرة.

أما البحوث التي تناولت التوائم يقوم تصميمها الأساسي على المقارنة بين معدلات الإدمان داخل أزواج التوائم المتماثلة، ومعدلات الانتشار داخل أزواج غير متماثلة، فالقوائم المتماثلة تحمل رصيدا من المورثات أو الجينات متماثلا تماما، فإذا كان الاستعداد للإدمان يأتي على الشخص محمولا على هذه الجينات فلا بد أن يأتي بالصورة نفسها للتوأمين المتماثلين، وهو ما لا يحدث في حالة التوائم غير المتماثلة، تشير عدة دراسات من هذا الطراز إلى ارتفاع المعدلات بشكل ملحوظ بين أزواج التوائم المتماثلة، ومن أهم هذه الدراسات بحث أجري في السويد أجراه كيج L. Kaij تبين أن معدل انتشار إدمان الكحوليات داخل أزواج التوائم المتماثلة يبلغ نحو ضعف معدل الانتشار بين أزواج التوائم غير المتماثلة (58 % في الأولى مقابل 28 % في الثانية). أما عن البحوث التي تجرى في مجال التبني فتتناول

* أحيانا نطلق عليها إسم (المادة النفسية) وتحمل نفس معنى (المادة الادمانية) أو (المادة المخدرة).

([1]) مصطفى سويف: مرجع سابق. ص. 58

أطفالا تم عزلهم عن عائلاتهم (لأسباب إنسانية متعددة) وتنشئتهم في ظل أسر بديلة تتبناهم، فإذا كان الإدمان محدد أساسا على المورثات وكانت الأسر البيولوجية الأصلية يوجد الإدمان في أي من عضويها الأساسيين (الأب والأم أو في الاثنين معا)، فاحتمال ظهور الإدمان بين الأبناء مرتفع بغض النظر عن وجوده أو عدم وجوده في أسرة التبني. على هذا الأساس أجريت دراسات متعددة في كل من الدانمارك والسويد والولايات المتشدة تشير نتائجها إلى غلبة العامل الوراثي، أي أن الأبناء الذين ينحدرون من آباء مدمنين للكحوليات يزيد معدل انتشار الإدمان بينهم إلى نحو أربعة أمثال معدله بين الأبناء الذين ينحدرون من آباء غير مدمنين، وذلك رغم التنشأة في بيئات التبني حيث لا يوجد الإدمان[1].

3-2 العوامل النفسية

يذكر مصطفى سويف أن أول ما يلفت النظر في موضوع العوامل النفسية المساهمة في الإدمان على المخدرات مسألة "الايجابية" أو " السلبية" التي تتسم بها الخطوات الأولى للمتعاطي عند إقدامه على تناول هذه المادة أو تلك، والمقصود بـ "الإيجابية" هنا إعتراف المدمن بأنه هو نفسه كان له دور إيجابي قبل البدء الفعلي للتعاطي، بمعنى أنه كان لديه نوع من حب الاستطلاع يدفعه دفعا على ارتياد هذه الخبرة لاستكشاف حقيقتها، أو أنه كانت لديه الرغبة في معاندة الكبار بأي شكل من الأشكال بما في ذلك خوض خبرة التعاطي، أما مصطلح "السلبية" فالمقصود به شعور المتعاطي بأنه بدأ مسيرته في طريق التعاطي والإدمان تحت ضغط الغير من المحيطين به، أيا كانت طبيعة هذا الضغط بالترغيب أو بالترهيب[2]، ولعل هذا الاتجاه يشبه إلى حد بعيد رأي روتر J.Roter غير أن هذا الأخير أعطى للشخصية السلبية أو الايجابية إذا كانت بنفس المعنى الذي أعطاه سويف مصطلحا خاصا به وهو "وجهة الضبط الداخلية أو الخارجية"، ويعنى الضبط الخارجى: إدراك الفرد للتدعيم على أنه يتبع بعض السلوكيات الصادرة منه ولكنه لا يعتمد كلية على سلوكه، بل يعتمد على الحظ أو الصدفة أو القدر؛ أو كأنه تحت تحكم آخرين أقوياء، أو كأنه لا يمكن التنبؤ به بسبب التعقد الشديد للقوى المحيطة بالفرد. ، ويعنى الضبط الداخلى : إدراك الفرد للتدعيم على أنه يتبع بعض السلوكيات الصادرة منه ، وأنه يعتمد على سلوكه أو مواصفاته الثابتة نسبياً[3].

كما يذكر بعض الباحثين أن لشخصية المدمن تأثير كبير في تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فالشخصية الضعيفة أو غير المتكاملة تبدو منها سلوكيات منحرفة، قد تتمثل هذه السلوكيات في تعاطي أنواع معينة من

([1]) Anthenelli, R.M. & Schuki, M.A: Genetics, in substance abuse: A Comprehensive textbook, J.H. Lowinson, P.Ruiz, R.B Millman & J.G. Langard eds. 1992. P. 39

([2]) مصطفى سويف: مرجع سابق. ص. 62

([3])Rotter, J Generalized expectencies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs.80, No.1,1 – 28 .1966. P.11

المخدرات، يعتقد "جيلينيك. E.Jellinik " بأن الإدمان هو عدم تكامل بناء شخصية الفرد، حيث يكون الشخص غ مهيأ لحل المشاكل التي تواجهه في الحياة بصورة طبيعية، ويذهب جيلينيك " على أن شخصية الفرد كلما ضعفت كلما زاد من اتجاهه إلى التعاطي والإدمان حيث يجد الراحة النفسية والنسيان لتلك المشاكل ويقصد بالشخصية الضعيفة وجود قصور مرضي في جانب أو أكثر من جوانب الشخصية الجانب البدني أو النفسي أو العقلي.[1]

3-3 جماعة الرفاق والأقران:

لجماعة الرفاق والأقران تأثير فعال في شخصية كل عضو من أعضاء الجماعة وتمثل جماعة الرفاق بيئة اجتماعية صغيرة تؤثر بشكل ما على شخصية كل فرد، وعن طريق التفاعل مع جماعة الرفاق تنتقل الأفكار وتتعلم السلوكيات سواء كانت ايجابية أو سلبية كشرب الدخان وتعاطي المخدرات وقد أثبتت دراسات عديدة أن بداية تعاطي المخدرات بين الشاب كانت بدعوة من صديق، أو محاباة لجمعة الرفاق.[2]

وتشير كثير من البحوث الميدانية اليوروامريكية إلي أهمية الأقران و الأصدقاء في تحديد ما إذا كان المراهق سيقدم على تعاطي المواد النفسية أم لا. و من بين العوامل الفعالة في هذا الصدد كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر، هذا من ناحية و من ناحية أخرى كونهم يشجعون الشباب الذي لم يتعاطى بعد على أن يقدم على التعاطي ويخوض التجربة. و جدير بالذكر أن دراسة بارفري1977 Parfry التي نشير إليها هنا انصبت على تدخين القنب، و في هذا المجال نفسه تقرر اللجنة القومية لبحث تعاطي القنب التي شكلت في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الستينيات لبحث المشكلة و تقديم تقرير عنها إلى الرئيس الأمريكي والكونجرس، و كانت برئاسة ريموند شافر R. Shafer تقول في تقريرها الأول المنشور في مارس سنة 1972 ما يأتي :

من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوكيات المراهقين وصغار الراشدين في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر تأثير جماعات الأقران، فصحبة آخرين يتعاطون الماريجوانا تهيئ الشخص لتعاطيه، و وجود أشخاص متعاطي الماريجوانا يمد من كان محبا للاستطلاع بالفرصة الاجتماعية المواتية[3].

و يستطرد التقرير بعد ذلك للإشارة إلى عدد من العوامل الفعالة في هذا السياق، أي لبيان الكيفية التي ينفذ بها تأثير الصحبة والأصدقاء إلى الفرد، و يدفع كاندل D. Kandel البحث خطوه إضافية إلى الأمام وذلك إذ يقارن بين

([1]) عبد العزيز بن عبد الله البريثن: الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض 2002 . ص 93
([2]) المرجع السابق. ص 95
([3]) كلوديا بلاك: مرجع سابق. ص 16.

قوة تأثير الأقران المتعاطين وقوة تأثير آبائهم المتعاطين في الشاب إذ يتعاطى الماريجوانا، ويقرر نتيجة لبحوث الميدانية أن تأثير الأقران هو الأقوى[1].

3-4 الأسرة:

للأسرة دور كبير في تشكيل شخصية الأبناء، والتقصير في ذلك قد يكون أحد المؤشرات التي يمكن التنبؤ من خلالها بتعاطي المخدرات والإدمان عليها، أو الانحراف بشكل عام. فالاضطراب الأسري، والخلافات العنيفة فيها، وتعاطي أو إدمان أحد الأبوين أو أحداهما للمخدرات، وضعف الرقابة الأسرية، وانعدام الضبط الأسري، تمثل صورا قد تدفع بشكل أو بآخر إلى تعاطي المخدرات. لقد اثبتت دراسات عديدة بأن وجود شخص آخر في التعاطي أو الإدمان إما تقليدا للشخص الأكبر أو بتشجيع أو حتى تغاض منه، أو يكون الترجيح عائدا إلى حالة التشابه في الظروف الداعية للتعاطي أو الإدمان[2].

وفي هذا الصدد فقد بينت النتائج التي إنتهى إليها "هنت GD.G.Hunt" (وقد تركز إهتمامه على تعاطي القنب) أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التسيب والتفكك إزداد احتمال إقبال الأبناء على التعاطي والإدمان، فإذا كانت العلاقة تغلب عليها روح التسلط من جانب الآباء فالاحتمال أن يكون إقبال الأبناء على التعاطي متوسطا، أما إذا كانت العلاقة يسودها الحب والتفاهم جنبا إلى جنب مع التوجيه والحزم) فإن احتمالات إقبال الابناء على التعاطي تكون ضئيلة[3]. وفي دراسة اخرى قام بها "ماكتشني R.J.Makechnie" وتركز إهتمامه فيها على الكحوليات تبين أنه حيث يقل تحبيذ الآباء لكون الأبناء يشربون فإن الشرب يقل بينهم (أي بن الابناء) داخل البيوت، ولكن يبقى بعد ذلك مايحدث خارج البيت وهو العكس، إذ يقبل هؤلاء الأبناء على الشرب أكثر مما يقبل عليه الآباء المتسامحين[4].

وفي البلدان العربية قام سويف وآخرون بدراسة ميدانية على عينة تتألف من 14656 تلميذ من مجموع تلاميذ المدارس الثانوية العامة (بنين) في جميع أنحاء جمهورية مصر العربية، تبين أن نسبة المتعاطين للمخدرات الطبيعية المقيمين مع أسرهم أقل بصورة جوهرية من نسبة التلاميذ غير المتعاطين الذين لا يقيمون مع الأسرة، وهو ما يكشف عن وجود إرتباط قوي بين إقدام التلميذ في هذه السن المبكرة على التعاطي والإقامة بعيدا عن الأسرة[5].

([1]) Kandel, D. Inter-and intragenerational influence on adolescent marijuana use, J. of socialissues 1974. P. 135.

([2])Soueif, M. et al. The Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption. NCSCR, Cairo, 1980. p. 23.

([3]) Hunt, D.J. Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of mariguana usage among offspring, Human relation, 1975. P 267.

([4]) Makechnie, R.J. Parents, children and learning to drink, in Alcoholism and drug dependence, J.S.New York: Plenum Press, 1977, p 451.

([5]) مصطفى سويف: مرجع سابق ص 108

3-5 عوامل ثقافية وحضارية:

هي مجموعة القيم المعنوية والأخلاقية والدينية التي تسود الجماعة، ولاشك أن إتباع الجماعة لتعاليم الشرائع السماوية وفهمها الصحيح يؤدي على تأكيد القيم السائدة، واتخاذ الجماعة موقف الاستهجان من كل سلوك يضر به، ولذلك فإن التوعية بتحريم الشرائع السماوية للمخدرات له الأثر الكبير في التقليل من حجم الظاهرة، أما ضعف القيم فإنه سيعمل على زيادة الإقبال عليه، وإذا لم تكن وسائل الإعلام في يد أمينة وأرادت تحقيق الكسب والشهرة على حساب المبادئ والأخلاق، وعلى هذا الأساس فإنها يمكن أن تتضافر كل الأسباب في دفع بعض الأفراد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها[1].

هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإننا فلو نظرنا إلى أسباب الإدمان من بعدها الحضاري نجد أنها تنتشر بحسب طبيعة المنطقة وطبيعة المجتمع، فقد أثبتت ذلك دراسة "كوديري Codere" على تعاطي القنب في رواندا (بإفريقيا) حيث وصلت إلى حقيقة أن التعاطي يتكامل مع النسيج الاجتماعي القائم بشكل يتيح له أن يسهم بنصيب واضح في ظل ما يحدد خصائص الإطار الحضاري، سواء من حيث وظائفه، أو استمرار، ذلك أن تعاطي القنب هناك يكاد يقتصر على الرجال من أبناء جماعة عرقية صغيرة ذات مكانة إجتماعية شديدة الانخفاض ، وتسمى هذه الجماعة "توا Twa "، في هذا الإطار يسود التوقع بأن القنب يسبب لمتعاطيه اندفاعات شديدة عند الغضب لا تليق إلا بأبناء هذه الجماعة ذات المكانة الاجتماعية المتدنية، ويأتي تعاطي الحشيش ليزيد من تأكيدها، ومن ثم تساعد هذه التوقعات سواء عند المتعاطين أو المحيطين بهم على حصر تعاطي الحشيش بين أبناء "التوا"[2]. وفي قبائل التونجا وهي تقيم فوق هضبة مرتفعة في فولتا العليا أو ما يعرف الآن باسم بوركينافاسو) يتكامل تعاطي القنب كذلك مع النسيج الاجتماعي القائم ولكن بطريقة أخرى مغايرة لما نشهده في رواندا، فقد أوضح جونز D.Jonse أن تدخين الحشيش هناك منتشر بين أغلبية الراشدين بصورة معروضة أمام الجميع، مما يتيح للصغار أن يشاهدوه ويعتادوا ظهور آثاره في حياتهم، ومن ثم فعندما يحين الوقت المناسب للسماح لهم بالتدخين إذا هم يعرفون مسبقا ماذا يتوقعون من آثار سلوكية' وتقضي العادات الإجتماعية السائدة في تلك القبائل بأن تدخين القنب أمر مقبول اجتماعيا، وخاصة إذا ما حدث هذا التدخين في ختام يوم من العمل الشاق، بشرط ألا يستمر بصورة متصلة ولفترات طويلة، ويتوق المتعاطون

([1]) محمد عباس: المخدرات والادمان - المواجهة والتحدي - أخبار القاهرة، 1989م القاهرة ، ص 123

([2]) Codere H. The sosial and cultural context of cannabis use in Rwanda, Paper submitted to IX International Congress of Anthropological and ethonological sciences, Chicago, USA, August-Septamber 1973 P 16.

إذا التزموا بقواعد الاتيكيت هذه أن يجعلهم الحشيش أكثر ثقة بأنفسهم، وأكثر إظهارا للروح الاجتماعية، أما إذا أسر في التدخين فهم يتوقعون أن يصبحوا أقرب إلى الخمود والنوم[1].

6-3 عوامل خاصة بالمادة الادمانية:

إن وجود المخدر وتوفره مؤشر قوي على تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فلولا توفره وانتشاره الكبير لما سجلت أعلى نسب من تعاطي الكحول وإدمانه في العالم، وتوفر المخدر ذو علاقة مباشرة بالقانون والإيديولوجيات السائدة في المجتمع وكذا السياسة المنتهجة لعلاج هذه المشكلة .

ثم إن لكل نوع من أنواع المخدرات مفعول خاص به، وإن تشابهت بعض الأنواع في التصنيف العام (مخدرات، منشطات، مثبطات، مهلوسات) حيث تضل بعض الفروق التي تميز كل نوع عن الآخر، بمعنى آخر يمكن القول وفقا لبعض الدراسات أن بعض المواد الإدمانية هي فقط القادرة على استثارة الاعتماد، وهي مواد لها من الخصائص الفارماكولوجية ما يجعلها قادرة إذا ما تناولها الإنسان أو حتى الحيوان على التأثير في نشاط المراكز العصبية العليا، ثم إن بعض المواد الإدمانية أو النفسية هي القادرة على استثارة الاعتماد في حين أن بعضها الآخر عاجز عن هذه الاستثارة، مثال ذلك أن مجموعة المواد الإدمانية المعروفة باسم "البنزوديازيبينات" والتي تصن في علم الطب النفسي تحت عنوان الملطفات أو المهدئات الصغرى قادرة على أن تستثير الاعتماد عند متعاطيها ، في حين أن مجموعة الملطفات أو المهدئات الكبرى مثل "الرزروبين" لا تستثير الاعتماد عند من يتناولها[2].

هناك إذن خصائص فارماكولوجية في بعض المواد النفسية (دون البعض الآخر) تجعلها قادرة على استثارة الإدمان، ويفسر لنا ذلك كون الإنسان استطاع منذ آلاف السنين أن يكتشف تلقائيا ما للكحول والقنب والأفيون من قدرة على استثارة عمليات نفسية تؤدي إلى الإدمان.

كما لابد أن نذكر ما للعوامل اللصيقة بهذه المواد التي تتدخل بصورة أو بأخرى في تشكيل مشكلة تعاطي وإدمان المواد النفسية، نتكلم هنا عن توافر المادة والثمن، القواعد المنظمة للتعامل فيها.

ونبدأ بعامل التوافر حيث تشير كثير من القرائن إلى أن الدرجة التي تتوافر بها مادة نفسية مشروعة في المجتمع تعتبر عاملا مهما في شيوع الإقبال عليها ولو على سبيل التجريب، ويمكن القول بناء على ذلك عن درجة توافر المادة في مجتمع ما إنما تعتبر مؤشرا لنوع من التوازن بين العرض والطلب، وفي الوقت نفسه فإن العرض

([1]) Jones, A.D. Cannabis and alcohol usage among the Plateau Tonga : an observational report of the effects of cultural expectation, Psycho.Record. 1975 P. 392.

([2]) عفاف عبد المنعم: الادمان: دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1998 ص 133.

UNIVERSITE SETIF2

والطلب يتأثران بالقوانين، والنظم، والعوامل الاقتصادية الفاعلة في المجتمع، ومعنى ذلك في نهاية الأمر أنه مع زي
وفرة المادة في المجتمع يزداد الإقبال والإدمان عليها، ومع الانكماش المتوافر منها يقل الإقبال على تعاطيها[1].

أما عن المواد النفسية المشروعة مثل (البنزوديازيبينات) فتتناثر درجة توافرها في المجتمع بالأسلوب الذي يتبعه الأطباء في كتابة وصفاتهم لمرضاهم، فالتساهل الشديد في الإذن باستعمال هذه المواد يتيح مزيدا من الفرص لتسربها غير المأذون، ومن ثم على وفرتها في السوق غير المشروعة.

أما عن ثمن المادة الإدمانية في الصور كثيرة ومتعددة في هذا المجال لا يمكن حصر جميعها في هذا المقام لكن يمكن أن نوضح المنتشر منها خاصة في بلداننا العربية والجزائر واحدة منها، فالهيروين مثلا عرف طريقه على السوق الغير مشروعة وبدا في الانتشار بين الشباب الميسورين نسبيا، حيث كان الأسلوب السائد لتعاطيه هو الاستنشاق والشم، ولما ارتفع ثمنه على اثر صدور بعض القوانين المغلّظة للعقوبة، ومع ارتفاع الثمن على هذا النحو بدأ يظهر أسلوب جديد لتعاطيه، وهو أسلوب الحقن في الوريد، وكان هذا الأسلوب يحتاج إلى كمية أقل من الكمية التي يحتاجها المدمن بأسلوب الاستنشاق للوصول على القدر نفسه من تأثير المخدر[2].

وإلى جانب عامل الوفرة والثمن نجد أيضا عامل القوانين والقواعد المعمول بها في المجتمع، فقد لجأت معظم حكومات العالم في فترات تاريخية مختلفة إلى استخدام آلية القانون للتأثير في معدلات انتشار التعاطي لكثير من المواد المحدثة للإدمان، ولا يزال الجدال محتدما داخل الدوائر العلمية و الطبية والقانونية حول المدى الذي يمكن الوصول إليها في الاستعمال المجدي للقانون للحد من انتشار المواد الإدمانية، و حول الكيفية التي يتم بها تأثير القانون في هذا الصدد[3].

3-7 العوامل الاقتصادية:

تنتشر المخدرات في الدول المتقدمة الغنية والدول النامية الفقيرة على حد سواء، فمن ليس له مال يهرب إلى المخدرات كي ينسى آلامه، ومن يتوفر لديه المال يهرب إلى المخدرات بحثا عن اللذة، فالإدمان لا يعتمد على المستوى الاقتصادي بقدر اعتماده على الحصول على المادة المخدرة مهما يكن الثمن.

وللصناعات الدوائية الأوروبية دور مهم وخطير في نشر المواد المخدرة التخليقية أو التصنيعية من مهدئات ومنومات ومنشطات، وأنفقت شركات الأدوية – التي تعد أكثر الشركات ربحا بعد شركات السلاح– ملايين الدولارات

---

[1] Arif & Westermeger. Opcit .P. 89)

[2]) لجنة المستشارين العلميين، إستراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والادمان: تقري نهائي، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة . 1993.ص 45.

[3]) Mac Coun , R.J. Drugs and the law :Apsycological analysis of drug prohibition,pychpl. Bull. 1993. P 113.

لتسويقها بحجة فائدتها في علاج بعض الأمراض مثل الصرع والقلق، وليس له غاية سوى الحصول على الأرباح الطائلة من وراء ترويج هذه السموم[1].

هذه أهم العوامل التي يمكن أن تؤدي على تعاطي وإدمان المخدرات، وهي ليست مطلقة طالما أن البحث فيها لا يزال جاريا فيها، على العموم يمكن أن نصنف على ضوء ما سبق ثلاث فئات رئيسية من هذه العوامل: عوامل تتعلق بالمدمن وشخصيته ويتضمن العوامل الوراثية والنفسية، وأخرى تتعلق بالمادة الإدمانية نفسها، والثالثة بالبيئة التي تتضمن الأسرة ، والإطار الحضاري ... حاولنا تدعيم هذه العوامل ببعض الدراسات العربية والأجنبية كي تتحدد أكثر ونقترب أكثر من منشأ الإدمان والتعاطي.

7-عملية تطور الإدمان على المخدرات:

إن أغلب حالات الإدمان على المخدرات تتطور خلال عملية التنشئة الاجتماعية، والتفاعل بين الشخص والبيئة الاجتماعية من خلال عناصر عديدة للتنشئة الاجتماعية، مثل الأسرة والمدرسة والأصحاب والإعلام..، قد سبق الإشارة إلى ذلك في عوامل الإدمان على المخدرات، فالإدمان ليس سمة أو وصمة نولد بها في معظم الحالات ولكنه عملية بناء اجتماعي لأفكار وأنماط تصرف وطريقة حياة ومشاعر تعلمناها من خلال تفاعل اجتماعي، يرى "فطاير" أن آليات العملية الإدمانية والتعلق الإدماني بالمخدرات أو بأي مادة أخرى يكون على النحو التالي[2]:

أ- **خلفية عامة:** حيث نرى أن الموضوع الإدماني والفعل الإدماني جزء من بيئتنا الاجتماعية، وتمدنا هذه البيئة بالمعلومات والمعرفة العامة عن الموضوعات والأحداث وأشياء نجدها في النهاية موضوعات وأحداث وأشياء ادمانية...، مثالك الدواء والحبوب واللعب وشرب الخمر...الخ.

ب- **افتتاح الطريق من خلال التفاعلات الاجتماعية:** حيث نجد الآخرين يقدمننا للموضوعات الإدمانية وعلى السلوك الإدماني. وفي هذا ومن خلاله نزداد علما خاصا وقبولا، ونكون معلومات ومعرفة شخصية بين أنفسنا وبين الموضوعات الإدمانية.

ت- **استيعاب وتعلم وتدريب وعناية:** من أناس نجدهم يرجعون لنا الأفعال الإدمانية، ويساعدوننا على اكتشاف أبعادها، كالوصول إلى السعادة والقوة ... هنا نتفاعل مع الآخرين يدلوننا ويساعدوننا للوصول إلى كيفية اكتشاف السعادة من خلال أفعال جديدة الإدمانية.

([1]) محمد عباس: مرجع سابق ص 121.

([2]) جواد فطاير: الادمان أنواعه، مراحله، علاجه. دار الشروق، القاهرة 2001 ص 47.

ث- **تطوير علاقة شخصية ومباشرة:** هنا استطعنا أن نستخدم المعرفة الجديدة في الوصول إلى أهداف السعا تعلمنا هنا كيف يجب ان نشعر وكيف نصل على هذا الشعور، وذلك باستخدام أدوات ادمانية.

ج- **إمكانية الإدمان:** وهنا توظف إمكانياتنا الجسدية والإدراكية والعاطفية، حتى يتحدد مستوى التطور في علاقتنا الإدمانية من الإستكشاف إلى تعلق قوي.

ح- **الاستمرارية:** نستمر في إشباع وتغذية العقل الإدماني، وهنا يزداد إهتمامنا بالموضوع الإدماني لتأثيره فينا ونبدأ بالتضحية لأجله، وتظهر التغيرات على حياتنا.

خ- **التعلق المرضي:** نطور حتميا الحاجة الملحة إلى علاقة حميمة بالموضوع الإدماني، ونشعر بقوة الرباط بها، ويبدأ الكفاح والصراع بين السعادة التي يجلبها الإدمان والآلام التي تتسبب في حياتنا من أجله.

إذن فحياة الإدمان على المخدرات حسب هذا الرأي ممكن أن توصف بأنها نوع من الأسر السيء والشديدة، حيث يكون فيها مدمن المخدرات مأسورا ومستعبدا لرغباته وحاجاته الإدمانية. ففي المراحل المتأخرة للعملية الإدمانية تتقلص الحياة و تتمحور حول تلك الرغبات الجامحة والقوية للإدمان. وحيث يتطور الإدمان تبدأ إمكانية التناغم في الحياة تتقلص تدريجيا، إذا ما فترضنا طبعا أن الحياة لدى المدمن على المخدرات كانت في الأصل سليمة ومتناغمة. ولعل هذا الأمر يقودنا إلى القول أن المدمن على المخدرات يمكن أن يتطور به الأمر إلى أن يبني علاقة بينه وبين المادة الإدماني أغلب ما يميزها هي لهفة الإدمان على المخدرات.

ثانيا/ لهفة الإدمان على المخدرات:

الإدمان على المخدرات يمكن أن نشبهه بعملية الاحتراق، العوامل المؤدية للإدمان هي بمثابة الوقود، والمخدر يشبه الشرارة التي تشعل ذلك الوقود ، فعندما نضيف هذا إلى ذاك فإننا نصنع خليطا متفجرًا، والشرارة عندما تكون مخدرا من قبيل الكوكايين، تجعل الاحتراق يتم بسرعة أكبر وبقوة أشد، وينبغي أن نشير أيضا إلى أن الإنسان لا يحتمل أن يتعاطى ذلك المخدر إلا إذا حصل على عائد أو منفعة نفسية ، مردود أو منفعة يتحرق غليها شوقا ويشعل نارها ذلك الإدمان، هذه المنفعة كما تعلمنا سابقا تفي ببعض احتياجات المدمن بغض النظر عن هدما للذات وهزيمتها لها، إن المدمن يحصل من ذلك المخدر على مردودات أعمق في الحقيقة من المتعة واللذة كما يخيل لنا ، إن حياته تصبح على المحك الذي يرسمه المخدر وتوافق عليه لهفته إلى التعاطي، وهذا بالضبط ما يطلق عليه لهفة الإدمان التي تجعله يضحي بكل نفيس من أجل التعاطي، نحاول أن نتعمق أل:ثر في ماهية اللهفة للإدمان في ما يلي من صفحات.

1- تعريف لهفة الإدمان على المخدرات:

يعرفها كل من كوزلوزكي Kozloski و ويلكنسون Wilkinson بأنها رغبة ملحة، مكدرة تمتد عبر عتبة ذاتية من الشدة والكثافة، وهي أيضا رغبة عارمة للمادة المخدرة في الحصول على تأثيراته النشوية والممتعة[1].

ويعرفها تشايلدرس Childress, A.R. على أنها شعور فردي وذاتي وخاص ومشروط وأساسي، له علاقة وثيقة بالانسحاب أو ما شابه الإنسحاب[2].

ومن التعريفين السابقين نقول أن لهفة الإدمان على المخدرات ماهي إلا رغبة جامحة من الإنسان نحو الموضوع الإدماني وهي رغبة مرضية قهرية ومدمرة، فاللهفة هنا هي جزء أساسي من الإدمان، فإذا كان الإدمان هو التعاطي المتكرر للمادة المخدرة، فإن اللهفة هي الرغبة الملحة والقهرية التي تجبر المدمن على تكرار التعاطي.

2- خصائص لهفة الإدمان على المخدرات:

للهفة خصائص عديدة منها:

- أنها تحوي معاني عدة تتمثل في: الرجاء، التمني، الالتماس، الطلب، المقصد، التطلع، التوسل، الإجتياح، العوز، التوق، الإشتهاء، الإشتياق، الرغبة، الإستحسان، الميل،...
- أنها تحدث على كافة المستويات الوظيفية: الوجدانية، المزاجية، المعرفية، الفيزيولوجية والاجتماعية.
- أنها عملية دينامية ومتطورة.
- أنها ذات أرجاع إستجابية شديدة عند الإعاقة والإحباط.
- أنها ذات مقاومة للتغيير والتبديل والتعديل[3]
- أنها ذات طبيعة دورية وتكرارية.
- أنها شديدة وملحة، وقوية ومؤثرة، وفعالة وذات مغزى.
- أنها في كثير من الأحيان تكون مشروطة بمثيرات معينة وعوامل معينة ومواقف وظروف معينة.
- أنها ذات طبيعة وسواسية وقهرية وجبرية.
- أنها لا تنتهي بانتهاء الإدمان وإنما تستمر نوباتها سنوات عديدة بعد التوقف.
- أنها يمكن أن تحدث ذاتيا[4].

([1]) أبو زيد عبد الحميد: لهفة الادمان تشخيصها وعلاجها، دار المعرفة الجامعية، القاهرة 2003 ص 32 .

([2]) المرجع نفسه ص 34.

([3]) سعد المغربي: المرجع السابق، ص305.

(2) Negrete, J.C.& Emil, S. Cue - Evoked arousal in cocaine users: A study of variance & predictive value; drug & Alchol Dependence, Vol. (30), No. (2), pp.187 - 192

إذن تعرض هذه الخصائص حقيقة مفادها أن الإدمان على المخدرات هو رغبة مرَضية جامحة قهرية مدمرة الإنسان المدمن، فاللهفة بهذه الخصائص هي مشكلة تحرف مسار حياة المدمن الواقعية فهي اخطر رغبة جامحة عرفها الإنسان، وهي نوع من الأسر الجديد مختلف الأبعاد: الإدراكية، العاطفية، السلوكية ... وبالتالي حياة المدمن المتناغمة تبدأ تتقلص تدريجيا، لتحل محلها حياة إدمانية متناغمة مع لهفة الإدمان.

3- أعراض لهفة الإدمان على المخدرات ومظاهرها المعرفية:

لابد من أن يعرف المعالج أعراض لهفة الإدمان على المخدرات، لأن مسألة العلاج تتطلب معرفة بمدى تطور حالة المدمن، فكما سبق وأن ذكرنا ليس كل متعاطي للمخدرات مصاب باللهفة طالما لم يصل إلى هذه المرحلة بعد، وبالتالي طبيعة العلاج تتوقف على مدى تطور الإدمان في حياة المدمن، فيما يلي نعرض مختلف أعراض لهفة الإدمان على المخدرات.

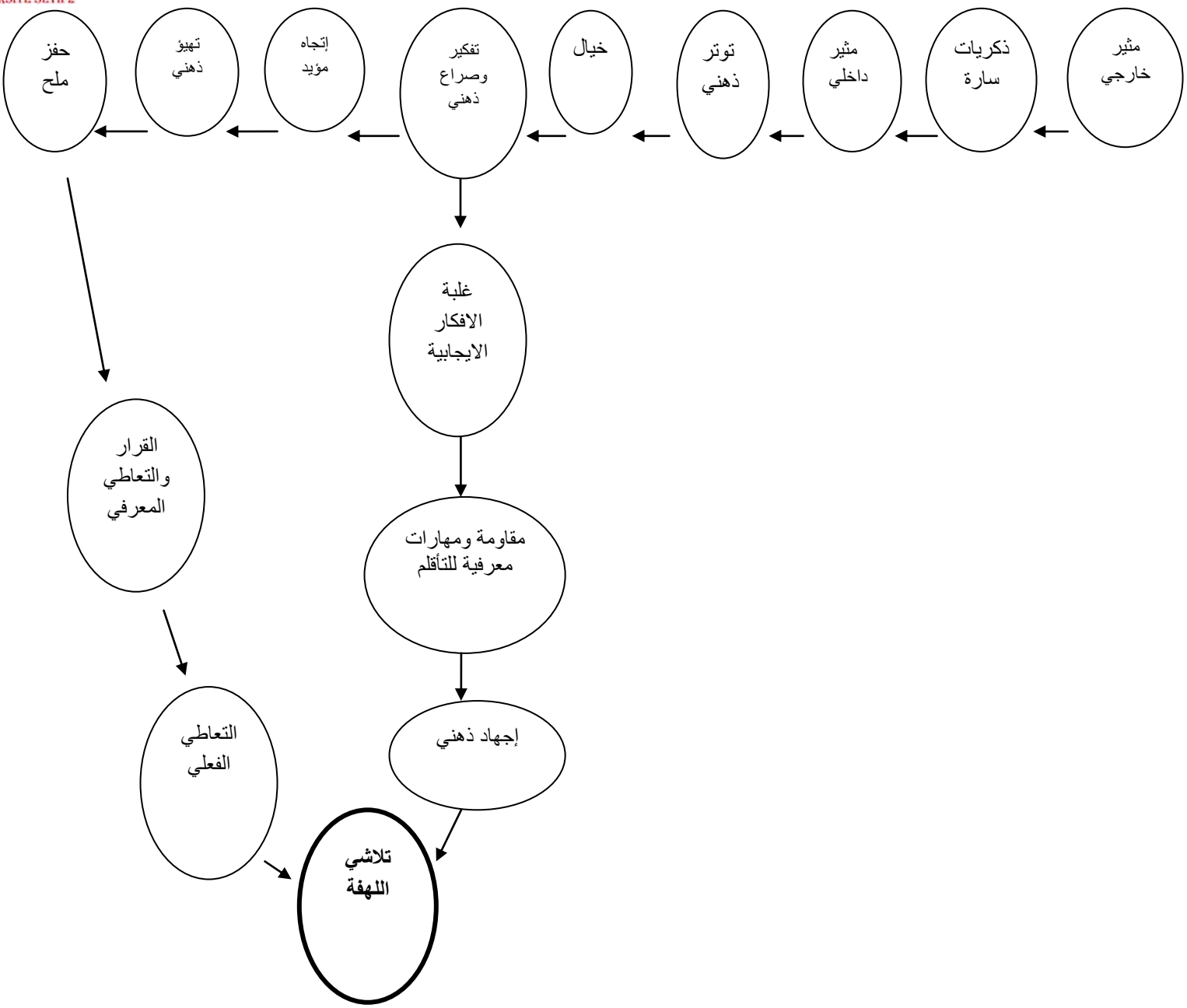
1.3. الأعراض المعرفية:

تبدأ اللهفة بمثير خارجي أو مثير داخلي، فإن بدأت بمثير خارجي من شأنه أن يثير الذكريات السابقة خاصة السّارّة منها فهذا من شأنه أن يخلق لدى المدمن مثيرا داخليا، وتتَّحِد المثيرات الداخلية والخارجية مع نتاج الذكريات السّارّة لتخلق بدورها حالة من التوتر الذهني .. وهنا يأتي دور الخيال للتخلص من التوتر ولكن ما يحدث هو عكس ذلك...، حيث يزداد ويخلق حالة من الصراع الفكري والذهني بين المقاومة، والاستسلام، بين السماح والرفض، بين نعم ولا، ويستمر الصراع بين الخصمين وهنا يحدث أحد الأمرين:

أ- إن كانت الغلبة للأفكار الايجابية والكفاءة الذاتية، والمقاومة، واستخدام المهارة المعرفية للتأقلم فسوف ينجو المدمن من موجة اللهفة بعد حالة من الإجهاد الذهني تستمر حتى بعد تلاشي اللهفة.

ب- إن كانت الغلبة للأفكار السلبية، والأفكار الإدمانية والإنهزامية، وضعف الكفاءة الذاتية وضعف المقاومة، وقلة المهارات المعرفية للتأقلم، وسوف يستبدلها المريض المدمن بالاتجاه المؤيد والاتجاه المتسامح، والاعتقاد بأنه لا ضرر في ذلك، والتهوينية، كل ذلك من شأنه أن يجعل المريض في حالة من حصر التركيز والتهيؤ الذهني للتعاطي وهذا يلهب حالة الحفز الملحة لديه ثم يأتي دور إتخاذ القرار بعد عمل كل الموزونات اللازمة ثم التعاطي المعرفي ثم التعاطي الفعلي ثم تلاشي اللهفة[1]، والشكل التالي يوضح ذلك.

([1]) Bauer ,L.O ; Psychobilogy of craving : A comprehensive textbook 1992. P 53.



شكل رقم (1): يوضح الأعراض والمظاهر المعرفية عبر موجة لهفة الادمان على المخدرات.

2.3. الأعراض الفيزيقية و مظاهرها[1]:

- يلاحظ على المدمن على المخدرات زيادة إفراز اللعاب.
- كما يصبح معدل التنفس لديه زائدا على المتوسط العادي..
- كذلك زيادة خفقان القلب.
- زيادة إفراز العرق.
- إضطرابات النشاط الحركي.
- يصاب المدمن على المدمن على المخدرات في حالة اللهفة بالأرق واضطرابات النوم.
- يصاب أيضا بفقدان الشهية.
- أبسط النشاطات تشعره بالإجهاد و التعب.
- زيادة إفراز الدموع.
- زيادة التثاؤب.

3.3. الأعراض والمظاهر السلوكية:

- الاندفاعية.
- إظطراب القدرة على الضبط والسيطرة والتحكم.
- الكذب والمراوغة والتحايل.
- السلوك الاناني.
- الإكثار من تناول المنبهات مثل القهو والشاي...

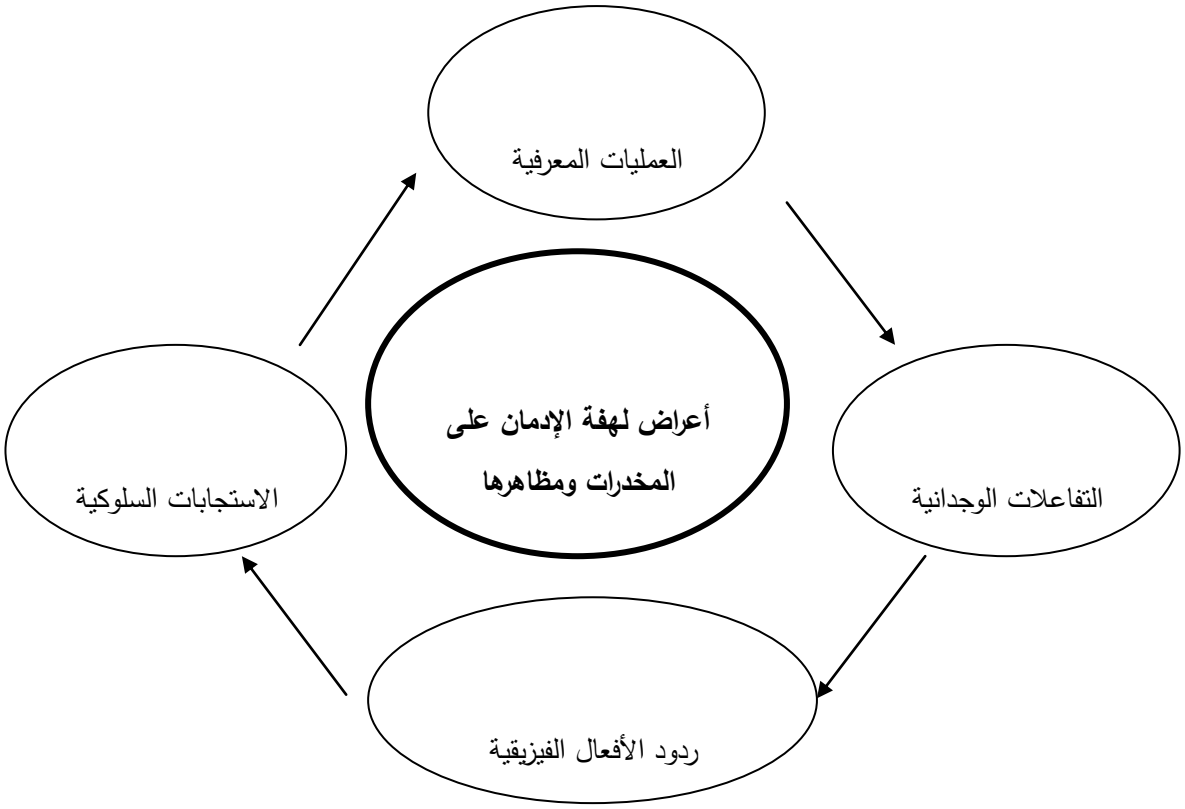
4.3. الأعراض والمظاهر الوجدانية والمزاجية:

- القلق.
- التوتر والاستثارة.
- التهيج وسرعة الغضب.
- الخوف والتردد.
- الشعور بالتهديد.

([1]) أبو زيد مدحت: مرجع سابق ص71.

- التوقعات السالبة.
- الصراع بين مواصلة التوقف أو الاستجابة للهفة.
- الشعور بعدم الاستقرار.
- الشعور بعدم الارتياح.
- نوبات بكاء.
- الضيق والضجر

إن أعراض لهفة الإدمان تظهر خاصة في المحاولات العلاجية التي يقوم بها المدمن، أو محاولات التوقف التلقائي التي تصدر منه، وهذه الأعراض في جملتها ليست منفصلة عن بعضها بل تسير وفق نظام تكاملي، تتابعي في حلقة دائرية، وهي تختلف في طبيعتها وحدتها من شخص لآخر وتبعا لشدة المثيرات الداخلية والخارجية. نحاول أن نوضح ذلك في الشكل التالي:



شكل رقم (2): يوضح المكونات الرئيسة لمظاهر لهفة الادمان على المخدرات و أعراضها.

4-أبعاد لهفة الإدمان على المخدرات:

صنفت لهفة الإدمان على المخدرات وفقا لعدة أبعاد نذكر الأهم منها كما أوردها مدحت أبو زيد[1]:

1.4. بعد الشيوع:

وتصنف اللهفة وفقا لهذا البعد إلى:

1.1.4. حالة ذاتية: تكون متميزة وخاصة نسبيا، وتختلف من شخص لآخر.

2.1.4. حالة موضوعية: وهي حالة عامة وشائعة، تحدث لدى كل مدمن باعتبارها قاسما مشتركا.

2.4. بعد الشدة أو الشدة:

وتصنف اللهفة وفقا لهذا البعد إلى:

1.2.4. حالة يمكن مقاومتها: خاصة إذا كان لدى المريض قدرة على المقاومة ولديه مهارات للتغلب عليها، وتكون هنا نوبة اللهفة متوسطة وضعيفة.

2.2.4. حالة لا يمكن مقاومتها: خاصة إذا كان المدمن على المخدرات خائر القوى وليست لديه القدرة على المقاومة، ولا يتوفر على المهارات اللازمة للتغلب عليها، وفي هذه الحالة تكون اللهفة شديدة وعالية.

3.4. بعد الانسحاب:

تصنف أيضا اللهفة وفقا لهذا البعد إلى صنفين:

1.3.4. لهفة الإنسحاب: وهي اللهفة المصاحبة للإنسحاب وهي عرض من اعراضه، وتنشأ فور الانقطاع عن التعاطي، وهي محدودة لعدة أيام، وعادة ما تكون حادة جدا.

2.3.4. لهفة ما بعد اللإنسحاب: وهي اللهفة المصاحبة لمتلازمة ما بعد الإنسحاب الحاد، وهي وثيقة الصلة بما يسمى متلازمة الامتناع أو الإقلاع.

([1]) المرجع السابق: ص 52.

4.4. بعد الإتجاه والوضوح:

1.4.4. اللهفة الظاهرة: وهي اللهفة التي يلاحظها الآخرون على مدمن المخدرات، وقد يلاحظها المدمن أيضا على ذاته، فهي ظاهرة، واضحة يمكن التعرف إليها وتسجيلها وقد يعترف بها المدمن لنفسه وللآخرين.

2.4.4. اللهفة الكامنة: وتعني اللهفة الخفية غير الظاهرة، وغير الصريحة، فاللهفة هنا تكون مثل النمر النائم داخل قفصه، فيشعر بهدوء وسكينة ويضن أنه تخلص تماما من مشاعر إدمان، ثم ما يلبث أن يواجه مشكلة ما أو موقفا ما، يوقض النمر داخله ويحرك سباته، فتظهر اللهفة مرة أخرى في أقوى صورها وأشكالها، لأن النمر داخله نام كثيرا، واستيقظ جائعا متضورا يريد تعويض ما فاته.

5.4. اللهفة وفقا لبعد الإتجاه:

1.5.4. اللهفة نحو المخدر: أي المخدر الذي أدمن عليه المدمن، وهو دائما يبحث عنه ولا يرضى عنه بديلا، ولا يتلهف لسواه، فإن كان المدمن قد اعتاد على الهيروين فهو لا يشتاق إلا له، ولا ينتشي إلا به. ويكون تعلق المدمن في هذه الحال بهذا المخدر تعلقا شديدا، فالمخدر هنا يعتبر رفيقه وأنيسه وقرينه المختار، ويتغلغل المخدر هنا داخل أغوار الشخصية حتى يضحي أحد مكوناتها فيصبح الفرد كائنا إدمانيا لا يعيش إلا من أجل هذا المخدر ومنطلق العلاج في هذه الحالة هو ماذا يعني المخدر هذا بالنسبة للفرد. وينبغي أن نشير هنا أيضا إلى أنه يمكن أن تكون اللهفة لأي مخدر بغض النظر عن نوعه وفصيلته، فقد تجد معتمد الهيروين تراوده لهفة إستنشاق المواد العضوية أو الطيارة مثل: الغراء، أو مواد الطلاء، أو تجده لسيجارة حشيش، أو كأس من الشراب...

2.5.4. اللهفة نحو نشوة المخدر: حيث ترى المدمن لا يتلهف نحو المخدر في حد ذاته بل يتلهف نحو المتعة والنشوة، فهناك حالات إدمانية أثبتت أن الإدمان ماهو إلا محاولة جادة ووسيلة للوصول إلى حالة تناغم النفس والإدراك في حياة المدمن عن طريق الوسائل الإدمانية المختلفة فهم يصفون هذه الحالة بأنها لحظة تناغم مميزة أو هي قمة السعادة [1].

والنشوة المقصودة هنا تنقسم إلى ثلاث أقسام:

([1]) جواد فطاير: المرجع السابق ص 34.

- **النشوة الفعلية:** وهي التأثير الحقيقي والفعلي والواقعي الخاص بالمخدر المراد تعاطيه، حيث ترى المدمن يتلهف إليه من واقع خبراته السابقة مع المخدر ذاته.
- **النشوة المتوقعة:** وهي التأثير الذي يتوقعه المدمن، ففي حالة توقفه عن التعاطي فترة من الوقت نراه يتلهف للنشوة من خلال توقعات خاصة تتميز بصورة رائعة، خالية من أي إعاقة ممتعة ومتمركزة حول أفضل خبرة سابقة مر بها المدمن أثناء تعاطيه في الماضي فبعضهم يتلهفون على نشوة أول تعاطي لهم. حيث كان ذلك أكبر تأثير وأفضلها على الإطلاق، فالمدمن هنا يتلهف للنشوة كما يتوقعها وليس كما هي بالفعل، بل كما يجب أن تكون.
- **النشوة المضافة:** وهي التأثير الناتج عن إعمال الخيال، فالمريض يضيف من خياله إلى النشوة لتصبح أكثر جاذبية، وأكثر تأثيرا، فنراه يسبح بخياله فيضن أنه لو تعاطى الآن فسوف يشعر كأنه في الجنان والنعيم.

وهنا ينبغي أن نشير إلى أن المعالج للهفة الإدمان عليه أن يعالجها من هذه الأقسام الثلاثة، فهي تشكل مثلثا متماسكا ومعقدا يجب حله وفكه.

3.5.4. اللهفة نحو الخبرة السابقة أو الموقف الخبري:

المقصود هنا اللهفة نحو عناصر مجال الخبرة السابقة الخاصة بالتعاطي وهي: الطقوس، والموقف، الصحبة. فاللهفة لا تتضمن المخدر فقط، ولا تأثيراته فقط، بل هي أيضا إجراءات وطقوس والعمليات المرتبطة بالتعاطي، فالمدمن يتلهف إلى الجلسة الإدمانية والأصدقاء المشاركون في هذه الجلسة والظروف والجو الإدماني المصاحب للتعاطي فهذا الجو هو بمثابة النمط الثقفي الذي يدخل في تكوين البناء النفسي للمدمن على المخدرات[1].

ندرك الآن جليا أن لهفة الإدمان على المخدرات هي العقبة الأساسية أمام المحولات العلاجية للإدمان، وأن انتكاس المدمن وعودته إلى التعاطي أمر يكاد يكون محتوم إذا كانت لهفته إلى الإدمان والجو الإدماني لا تزال قائمة في أفكاره، إن العلاقة التي تربط بين المدمن والمخدر ونشوته وخبرته علاقة أكثر من حميمية فالمدمن حينما يتخيل الحياة من غير تلك العلاقة يظهر له أمرا مرعبا، يقول أحد المدمنين: " إنك

([1]) عبد الحميد أبو زيد: مرجع سابق ص 122.

تحبه جدا لدرجة أنك تشعر بأن حياتك معتمدة على ذلك.. إنني لا أكترث بما يقوله الآخرون. إنني أحبه جدا، أحبه ولا أجد هناك إختيار آخر. هل تتوقع أنني أعيش من غير معنى؟ إنك لا تعلم كيف تكون الحياة من غيره، أي نوع من الحياة تلك؟ إنها لا معنى لها، إنها تخلوا من المرح والسعادة، إنها رتيبة، كئيبة من غيره..".

والشيء الذي نستخلصه من كل ما سبق أن المدمن على المخدرات يسعى إلى اللذة و النجاح والسرور والمرح بدون ألم... ولكن في ضوء التوجه الإدماني، فهو يشبه من يحاول الإمساك بالشعور بالنشوة من المخدر النقي، هذا السعي ليس سوى امتداد للمعتقد القائل: " إذا ما تعاطيت هذا المخدر فسوف يؤدي ذلك على إسعادي في النهاية"، ويروح المدمن يدير تلك الطاحونة الضخمة سعيا إلى الحصول على ذلك الحل السريع الوهمي، فيجد نفسه قد وقع في شرك تلك الدائرة الرذيلة، وتفشل تلك الدائرة لأن الشعور بالنشوة لا يدوم طويلا مع المدمن ولا يمكنه الإبقاء عليه بأي حال من الأحوال، وهنا يشعر المدمن بالخواء في العمل، أو في العلاقات أو في النجاح. هذا يعني أن المخدر يعطي ذلك الذي ينتظره المدمن منه ومع ذلك يعاود المدمن تعاطي جرعات أكبر من المخدر ظنا منه (بطريقة السحر) أنه سيكون بمقدوره استعادة ذلك الشعور بالنشوة، ويسفر ذلك عن اليأس والوهم، ولكن المدمن لا يجد أمامه طريقا غير ذلك الطريق، والأسوأ من ذلك أن المدمن لا يصدق أن بوسعه أن يحقق السعادة لنفسه وأن يحل أيضا مشكلاته بنفسه، ولذلك يستمر رغما عنه في تعاطي ذلك الحل السريع، أو حل آخر من النوع نفسه .

لكن أمام هذا الإدمان الذي يكاد يكون كائنا وهميا متوحشا يلتهم حياة المدمن من جميع جوانبها يبقى الشفاء منه أمرًا ممكنا، الشفاء من الإدمان على المخدرات هو الفرصة التي تتهيأ للمدمن كي يتعرف ويصلح جوانب حياته التي أغفلها منذ زمن طويل وتركها رهينة بمواقف الآخر واستحسانه، الشفاء من الإدمان معناه أن يسترد المدمن معنى حياته والهدف منها، الشفاء من الإدمان يعني كشف وتعرية إطار الإدمان في حياة المدمن ، نظرته إلى نفسه، معتقداته، طريقة إهتمامه بنفسه ، وعلاقته بالآخر. إن النموذج العلاجي المقترح في الدراسة يعطي إطارا علميا هاما لحياة المدمن الفكرية الإنفعالية والسلوكية، سوف نحاول في الفصل التالي أن نتعرف على هذا النموذج وكيف يمكن أن يساعد المدمن ويأخذ بيديه إلى صرح الصحة بمفهومها الواقعي وليس بمفهومها الذي يقتضيه منطق الإدمان.

ثالثا/ الإنتكاس الإدماني:

عادة ما يتداول الباحثين مفاهيم العود والعودة والإنتكاسة والإرتكاس بمعنى واحد، ويعد العود أشهر تلك المفاهيم ثم يليه الإنتكاس غير أن هذا الأخير هو الذي نستخدمه في هذا البحث لأن مصطلح حديث فهو المستعمل في تعاطي وإدمان المخدرات بينما مفهوم العود يستعمل مختلف أنواع الإنحراف[1].

1- تعريف الانتكاس Relapse:

التعريف الأول للانتكاس عام ويمكن تطبيقه على أي مرض, فالانتكاس هو العودة إلى الحالة السابقة أو الرجوع إلى مرحلة نشطة من المرض بعد تعافي جزئي، وهذا يعني أنه ما لم يكن الشخص قد حقق فترة من التعافي من مرض ما فانه لا يمكن الحديث عن الانتكاس.

التعريف الثاني: يتعلق بمرض الإدمان: إن الانتكاس في مرض الإدمان هو الرجوع إلى مواقف وأفكار ومشاعر وانفعالات وسلوكيات تؤدي إلى الإدمان النشط.، وهو شيء وارد بشكل كبير لدى المدمن[2].

التعريف الثالث: هو عرض عام وشامل من أعراض الادمان، وهو عملية دينامية ومتطورة ومؤثرة، وهو أيضا قرار بشكل أو بآخر، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة، كما أنه إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك[3].

إن معظم الأشخاص المتعافين قد يكونوا مستعدين للاعتراف بأنهم أحيانا يعودوا إلى نماذج سلوكهم أو إلى أساليب تفكيرهم القديمة، وما لم يتغير هذا التفكير فانه عادة ما يؤدي إلى العودة للتعاطي.

إن الأشخاص الذين يتبعون برنامجا جيدا في التعافي يصبحون سريعي الإدراك بأنهم انحرفوا وبأنهم عادوا إلى الأساليب القديمة كما أنهم يعلمون ما يجب عليهم فعله من أجل العودة إلى المسار الصحيح.

([1]) عبد المطلب ممدوح: جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدول الإمارات ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد 35، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2003، ص 284

([2]) محمد حسن غانم: العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة 2005.ص 274.

([3]) أبو زيد مدحت: الارتكاس العقاقيري، دار المعرفة الجامعية،1998 ص05.

2-المواقف التي تدفع إلى الإنتكاس:

2-1 المواقف المتعلقة بالحالات المزاجية والنفسية: إن المواقف الخاصة بالحالات المزاجية باعتبارها موقف ذات خطورة عالية بالنسبة للإنتكاس تعد كثيرة، ومتعددة، وذات فعالية كبيرة في إحداث الانتكاس، والحالات المزاجية تنقسم إلى قسمين[1]:

- **حالات المزاج السالبة:**

كالشعور بالغضب والثورة والتبرم، والشعور بالحزن، والإكتئاب والشعور بالذنب والإثم والشعور بالإحباط، واليأس، والشعور الخجل والملل، الشعور بالظلم والقهر، الشعور بالقلق[2].

- **حالات المزاج الإيجابية:**

قد يحدث الانتكاس نتيجة الثقة الزائدة والشعور السيادة، فالفرد إذا نجح في تخطي أزمة موقف مخاطرة الانتكاس تراء له أنه يستطيع مجابهة مواقف التعاطي فيشعر بحاج إلى مكافئة, وأفضل مكافئة هي جرعة من المخدر المفضل[3]

وينظر الباحثون لسمة إشتهاء الاستثارة أو البحث عن الإثارة على أن لها أربعة مكونات أولية: **البحث عن المغامرة والإثارة Thrill and Adventure seeking ، البحث عن الخبرات الجديدة Experience Seeking ، ضعف الكف أو التحرر من الكف Disinhibiton ، قابلية الشعور بالملل.** والمكون حب المغامرة أما الثاني فهو يعكس الرغبة في تجريب الأشياء الجديدة، والتي قد يكون من بينها المواد المخدرة، أما المكون الثالث فهو مكون مرضي وقد يكون المسؤول الأول على الارتباطات التي وجدها الباحثون بين سمة إشتهاء الاستثارة واستمرار استعمال المواد المخدرة وبالذات الخطرة منها، أما المكون الأخير فيرتبط باستعمال المخدرات كطريقة للتخفيف من الشعور بالملل. وقد تبين من إحدى الدراسات أن سمة اشتهاء الاستثارة كانت العامل الوحيد المرتبط باستعمال المواد المخدرة والانحرافات السلوكية عند من يخاطرون بدرجة منخفضة مقارنة

([1]) Hether. N.E et al, importance of substance cuses in relapse among hiroin users :comparison of tow methodes of investigation addictive behaviors ,vol 1996,(16),pp,41-49,

(2) Labounty. L.P. et al : relapse among alcholics with phobic & panic symtoms, addictive behavior. VOL 1991. PP 9-15.

([3]) Smith, J. W. et al. Environmental risks to be considered in substance user tretmen planning, implementation & assessment, international journal of addiction, VOL. 1991. p 371.

بمن يخاطرون بتكرار أعلى، كما تشير الدراسة أن اشتهاء الاستثارة كان العامل الوحيد القادر على التنبؤ بتكرار المخاطرة في التعاطي[1].

2-2 الانهزاميه وضعف تقدير الذات:

ويشعر خلالها المدمن بأنه مهزوم مقهور ليس له قيمة وينخفض تقديره لذاته شيئا فشيئا ويشعر بالم شديد حيل هذا الأمر ولا يستطيع مقاومته ويلجا على المخدر لتخفيف آلامه، ومن الثابت أيضا أن المدمن إذا لم يتعلم في مرحلة التوقف مهارات التأقلم المناسبة فإنه يواجه شعورا بعدم الكفاءة فضلا عن افتقاده لأي رصيد خبري إيجابي، وقد يضاف على ذلك عدم توفر المدمن على هوايات أو اهتمامات فيقع بذلك فريسة سهلة للملل، والضيق ومشاعر عدم تأكيد الذات، فالمدمن في هذه الحالة ليس لديه من هواية أو حرفة سوى تناول المخدرات.[2]

3-2 مواقف الضغوط الإجتماعية:

يعرف الضغط النفسي :"بأنه يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو جزء منه, بدرجة تولد لديه الإحساس بالتوتر, وتشوه في تكامل شخصيته, وحينما تزداد هذه الضغوط فان ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن, ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد"، ويضيف على ما سبق "شاكر قنديل" وللضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد وهو حالة يعانيها الفرد حين يواجه بمطالب ملحة فوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع حاد".[3]

إن تعاملنا كأفراد مع الضغوط يتم بطريقة متباينة، فالبعض يتعامل مع الضغوط بطريقة علمية موضوعية دون مبالغة، والبعض الآخر يتعامل معها بطريقة التضخيم والانفعال الزائد، لذا فإن المشكلة ليست في الضغوط، ولكن في كيفية التعامل معها والاستعداد النفسي لها[4]، ومن هذا المنطلق نستطيع القول أن المدمن يتعرض للإنتكاسة في الضروف التالية:

- الخروج من إجهاد الضغوط ثم التفكير الجدي في جلب السرور، والمادة المخدرة أفضل وسيلة في رأيه لذلك.

([1]) حمود الشريف: العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات، إصدارات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2008 ص 09

([2]) Marlatt, G.A & Gordon, j.R: Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive bihaviors, new York: guilford press. 1985 p40.

([3]) فرج عبد القادر طه: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، 1993، ص 256.

([4]) محمد حسن غانم: العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 2005 ص 318.

- تواجده لسبب او لآخر مع المدمنين الرفاق.
- الذهاب إلى الحفلات وتوفر الاجواء التي تبعث على إثارة نشوة التعاطي مما يلهب في نفس المدمن لهفة الادمان فيصعب عليه مقاومة هذا الضغط ويقه في الانتكاس.
- حصار الأسرة للمدمن المتوقف والمراقبة المستمرة له ولتصرفاته وتقييد حريته، والشك المستمر فيه وسوء معاملته ولومه المستمر وتعمد إحراجه أمام الآخرين، كل هذا من شأنه أن يضغط على المدمن في حال توقفه ويجعله ينتكس.

2-4 مواقف ذات طبيعة علاجية:

أ- **الشعور المبكر بالشفاء:** وهو شفاء يفتقد إلى النضج، يحتوي على شعور وهمي خاطئ بتمام الشفاء والتعافي، ويشعر به المريض بعد فترة وجيزة من توقفه عن التعاطي، وبعد انتهاء فترة ازالة السمية Détoxification ، وزوال الأعراض الانسحابية وهذا الشعور الكاذب يعد موقفا مؤثرا في توقع حدوث انتكاس قريب.

ب- **الإحساس بعدم جدوى العلاج:** وهو إحساس موقفي قد يعتري المريض قبل بداية العلاج، أو بعد بدايته بفترة ما قد تقصر أو تطول قليلا وفقا لدافعية المدمن، وقد يغبر هذا الإحساس عن انخفاض الدافعية وارتفاع مقاومة المدمن للعلاج، وازدياد اشتياقه لتناول المادة المخدرة، مع شعور موقفي باليأس والضجر وهذا قد يدفع المدمن إلى الانتكاس من جديد.

ت- **تقبل العلاج ولكن بشروط:** Conditioned Aacceptance of Tretment

يعد هذا الموقف أيضا مؤثرا في حدوث الانتكاس، حيث تقبل العلاج واتباعه دون شروط من المدمن مسبقة، ويعد هذا من قبيل المقاومة، والدفاعية الزائدة من المدمن، فقد يذهب المدمن إلى المصحة العلاجية طلبا للتشافي، ويقوم هو بتحديد المدة، والبرامج العلاجي ، ويجبر معالجيه على تقبل شروطه، وفي أغلب الأحيان يكون هذا نذيرا ومؤشرا قريبا للانتكاس.

ث- **عدم إتباع الخطة العلاجية:** ويعبر هذا الموقف - والذي يمكن ان يكون عن قصد أو عن غير قصد- على انخفاض دافعية المدمن للعلاج، ومقاومته وعدم وضوح الدور العلاجي الخاص به، وقد يكون عن قصد عن طريق رفض المدمن العلاج، أو رفض الدواء، أو اختيار ما يناسبه من العلاج فقط، أو التدخل في الأمور العلاجية التي يجهلها، أو قد يكون الأمر غير مباشر، وعن غير قصد ، أو تعمدا من المدمن

فتراه ينسى مواعيد الجلسات العلاجية، أو تنتابه رغبة عارمة في النوم لساعات طويلة أو غير ذلك مما ينبئ باحتمالية حدوث الانتكاس.

ج- الإقامة الغير مناسبة في المؤسسة العلاجية: Unsuitable Hospitalisation

ويقصد بهذا الموقف الإقامة القصيرة جدا ، أو الطويلة جدان وكلاهما خطأ علاجي من المدمن أو المؤسسة العلاجية، فإن قدم المدمن لطلب العلاج لأيام معدودات فقط فإنه بهذا لم يكمل علاجه وانتكاسه أصبح أمرا يقينيا، أو المدمن الذي يقيم في المؤسسة العلاجية لفترة طويلة جدا قد يكون معرضا عند الخروج إلى خطر الانتكاس، لأنه لم يعتاد الواقع الخارجي بضغوطاته المختلفة، لقد أثبتت ذلك دراسات عديد منها دراسة **برسيكو** في روما بإيطاليا حيث أسفرت النتائج على أن مدمني الهيروين ذوي الإقامة الطويلة في المستشفى كانوا أكثر تعرضا للانتكاس المبكر.[1]

2-5 المواقف المتعلقة المخدر:

أ- **توفر المخدر في الشارع:** يعد توفر العقار في الشارع من المواقف ذات الخطورة العالية، والمؤدية لإنتكاس المدمن المتعالج أو المتوقف عن تناول المخدرات، لأن توفره يعني سهولة الحصول عليه، ولقد توصل كل من **لانج وماكيو** إلى إثبات فعالية مدى توفر المخدر في الشارع على انتكاس المدمن.[2]

ب- الاشتياق أو الشعور باللهفة:

يعد الاشتياق من المواقف المهمة بدرجة فائقة في إحداث الانتكاس وهو يظهر موقفيا، وغن كان موجود طوال الوقت إلا أنه يكون بسيطا، أو خافتا ثم تعلو موجاته وترتفع في مواقف معينة، تظهر على شكل نوبات تهاجم المدمن المتوقف، وقد تدفعه إلى الانتكاس، وقد يكون الإشتياق مفعولا بوساطة المدمن المتوقف نفسه أي أن يسعى إلى خلق الاشتياق بنفسه باستدعاء متعمد لذكريات التعاطي، أو قد يكون غير مباشر ، أو قد يكون الرغبة لتناول المخدر ولو لمرة واحدة، وهنا يحدث ما يسمى بانتهاك الامتناع عن تناول المخدرات، ويتبع هذا الخرق أو الانتهاك حالة من الصداع والشعور بالذنب ولوم الذات و قد يشعر بالفشل في المحافظة على التوقف فيقع في الانتكاس.[3]

([1]) Persico, A;M; Drug & Alchole dependency, VOL. NO (1). 1991, PP 79-86.
([2]) Lange, W. R & Mccume, B. A : Advanced Alchol & Substance Abuse, VOL NO (2) .1990.P 51
([3]) Marlatt.G. A. & Brret. K. Relapse Prevention, American psychiatric press, 1994, p 290.

ت-مدة الادمان على المخدرات:

إن المدمن ذو الذي يمتلك خبرة طويلة في الإدمان على المخدرات يكون أكثر عرضة للإنتكاس إذا ما توقف، والسبب في ذلك أن جزءا كبيرا من حياته قد اعتاد على المخدر، واعتمد عليه، وتكيف معه، وعند التوقف يحدث اضطراب كبير في حياته فضلا عن اعتقاده بأن انتكاسه لن يضره كثيرا فلقد اعتاد على ذلك من قبل، ولن يخسر أكثر مما خسر من قبل، وهذا هو قدره ولن يتغير أبدا، ولا داعي لحمل الآلام دون جدوى.

3-الاتجاهات نحو الانتكاس:

لقد أصبح من الثابت أن الاتجاه نحو الانتكاس تأثير حثيث في وقوع المدمن في الانتكاس بعد فترة من التوقف، إنه لا يمكن تجنب الانتكاس دون تغيير الاتجاهات نحوه وتغيير الاتجاهات نحو السلوكيات المرتبطة بالادمان على المخدرات، وقد يظهر الاتجاه نحو الانتكاس من خلال أفكار المدمن عن العلاج بحيث يعتقد أنه لا يمكنه العلاج وأن الوصول على مرحلة الادمان يعني فشل كل المحاولات العلاجية، كما أنه قد تظهر لدى المدمن محاولات عديد للتوقف ويعتمد على استبدال مخدر بمخدر آخر يعتقد أنه أقل خطورة، وفي الواقع أن هذه المحاولات كلها لا تجدي نفعا للعلاج ، فقد أكدت ذلك العديد من الدراسات منها دراسة "**رويس 1993**"[1]

والأكثر خطورة هو اقتناع بعض الدوائر العلاجية في أوروبا وأمريكا بأن التحول من المخدر الأصلي إلى آخر بديل يعد بداية طيبة للشفاء لأن المدمن هنا استطاع أن يحطم العلاقة الاشتراطية بينه وبين المخدر المعتاد، وهذا أمر غير مقبول علميا لأن التجربة العلمية والمشاهدات الإكلينيكية أثبتت بما لا يدع مجالا للشك أن تناول مخدر بديل حتى ولو لفترة طويلة من الانقطاع عن المخدر الأصلي يؤدي في النهاية إلى العودة إلى المخدر الأصلي، لأن الخبرة الإدمانية مازالت موجودة، وقد يزداد الأمر سوءا حين يجمع المدمن المخدرين معا.[2]

([1]) Royce, J. M. et al. Smoking cessation factors among african americans & whites, American journal of public health, VOL. (85)? NO (2) 1993 P 220.

([2]) مدحت أبو زيد: المرجع السابق ص 32.

4-مثيرات الانتكاس الإدماني: Relapse Cues, Triggers & stimuli

تعد المثيرات المؤدية للإنتكاس إحدى العقبات الكبرى التي تواجه مدمن المخدرات في مرحلة التشافي مثل شبح أسود في ظلمة الليل، فهي تطارده من الداخل والخارج، ويتعرض لها في أي وقت وفي أحيان ليست بالقليلة يرهبها ويخافها.

والمثير هو شيء أو معنى يسبب الإثارة بشكل أو بآخر لمدمن المخدرات، وقد يكون حسيا أو معنويا، مجردا أو عيانيا، داخليا أو خارجيا، والفرق بينه وبين موقف الانتكاس يكمن في أن الأول شيء فردي في الأغلب أما الثاني فهو مركب ومتعدد، فالموقف يمكن أن يحتوي على أكثر من مثير في آن واحد.

وتنقسم المثيرات إلى: مثيرات بصرية، مثيرات سمعية، مثيرات ذوقية، مثيرات شمية، مثيرات لمسية[1].

أ- المثيرات البصرية: Vissual Cues

وهي المثيرات التي تتعامل مع حاسة البصر، وهي كثيرة ومتنوعة ولعل أبرزها تلك المتعلقة بأدوات التعاطي، وهي تختلف باختلاف الشخص ومدى استعماله لها وتختلف من مكان إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، وأيضا تختلف باختلاف المخدر نفسه، فلكل مخدر الأدوات الخاصة به، ومع ذلك فهناك بعض الأدوات التي يشيع استخدامها مع أكثر من مخدر، وكمثال على هذه الأدوات الخاصة بالهيروين نجد: حقنة، ورق معدني|، ولاعة، ملعقة، شمعة، فلتر سيجارة، رباط مطاطي، ...مثيرات الأدوات الخاصة بالحشيش نجد: علبة كبريت، فحم، سيجارة، شيشة، ...، كما قد يتأثر المدمن بشكل كبير حينما يرى المخدر نفسه مثل بودرة الهيروين أو حتى رؤية مادة مشابهة له مثل السكر الناعم وغيره ، أو رؤية الأماكن التي كان يتعاطى فيها، أو رؤية رفاق الإدمان، رؤية بائع المخدرات، كل هذه الأشياء تولد في نفسه رغبة جامحة وتستيقظ فيه اللهفة إلى الإدمان وقد يقع في الانتكاس.

ب- المثيرات الشمية: Olfaktory Cues

وهي أيضا كثيرة ومتعددة وتعتمد على حاسة الشم، مثل شم رائحة نفاذة Penetrating Smell، شم رائحة المخدر نفسه، شم رائحة تشبه مخدر معين أو مادة طيارة مثل بنزين السيارة، أو أنواع

([1]) محت أبو زيد: مرجع سابق ص74.

الدهن...، وكل هذا من شأنه أن يثير ويهيج المدمن للإنتكاس العودة من جديد إلى الإدمان على المخدرات.

ت- المثيرات السمعية: Auditory Cues

تعتمد هذه المثيرات على حاسة السمع مثل سماع موسيقى كان قد ألف أن يسمعها خلال فترة الإدمان أو كانت ترافق عملية التعاطي، أو حديث عن المخدرات وقصص التعاطي ، أو الإجتماع مع رفاق الإدمان وسرد القصص الخوالي ومغامرات الإدمان على المخدرات...، هذه أيضا من المثيرات التي تستدعي ذكريات الإدمان وتخلق لدى المدمن إشتياق ولهفة للعودة إلى سابق عهده مع الإدمان، فيقع في مشكلة الإنتكاس.

ث- المثيرات الذوقية: Gustalory Coes

وتشمل كل المثيرات التي تؤثر على المتوقف عبر حاسة التذوق مثل: تذوق ما له طعم مر، أو تذوق مادة تشبه مخدر معتاد، تذوق المخدر نفسه بحكم إختبار القدرة على التحكم في النفس، وتعد هذه المثيرات في بعض الأحيان أقل تأثيرا مقارنة بالمثيرات الأخرى خاصة المثيرات البصرية.

ج- المثيرات اللمسية: Tactile Cues

تعتمد المثيرات اللمسية على حاسة اللمس، وتشمل كل المثيرات التي تحدث أثرا من خلال لمس أي شيء يتصل من قريب أو بعيد إلى المواد المخدرة مثل لمس مادة ناعمة، أو خشنة ...

إن مثيرات ومواقف الانتكاس هي مرتبطة أشد الارتباط بالتفسيرات التي قدمتها المدرسة السلوكية أثناء حديثها أن الإشراط التقليدي أو البافلوفي هو الشكل الأبسط والأساسي للتعلم الإقتراني، يحصل هذا الإشراط عندما يتقدم مثير محايد على مثير هام بيولوجيا مثل الطعام، وبعد كثير من مرات المزاوجة بين المثيرين فإن الإستجابة التي كانت مصاغة بشكل طبيعي للمثير الثاني الهام بيولوجيا أصبحت تستجر بشكل ثابت من قبل المثير المحايد[1]. وبهذه الطريقة يتعرف المدمن على البناء السببي في المحيط الذي يحيط به لذلك يكون سلوكه المستقبلي محددا وفق ما تختزنه ذاكرته وما يستثير هذا المخزون من مثيرات مشابهة بصرية كانت أم سمعية أو غيرها.

([1]) لاري .آر. سكوايز وآخرون: الذاكرة من العقل إلى الجزيئات، تعريب سامر عرار، مكتبة العبيكان، الرياض 2002. ص360

5- مؤشرات الانتكاس الإدماني:

أ- **المؤشرات النفسية:** تتمثل في النقاط التالية:

- عودة أو ازدياد السلوك القهري.
- تجدد المعاناة النفسية.
- فقدان ضبط السلوك.
- تغيرات المزاج وتقلباته الفجائية.
- الميول إلى الوحدة والعزلة الاجتماعية.
- زيادة الاستثارة.
- الرفض العلني لأي مساعدة.
- زيادة مشاعر الضعف والعجز.

ب-**المؤشارات الإجتماعية:** نوجزها في النقاط التالية:

- محاولات الاتصال مع أصدقاء قدامى لازالوا مدمنين.
- ضعف آداء الواجبات الإجتماعية.
- كثرة المشكلات مع الآخرين.
- مشكلات العمل.
- الفشل في التوصل إلى أنظمة تدعيمية بين شخصين، حيث يتوقف المدمن التعافي عن ود الأصدقاء وأفراد الأسرة أو لقاءات العائلة ويبدأ في الإختفاء عن الأنظار ويقل شعوره بالتعتيم الأسري.[1]

ح-**المؤشرات العلاجية:** وتتمثل في[2]:

- انخفاض الدافعية للعلاج، وهو من المؤشرات العلاجية الدالة على اقتراب الانتكاس، فالمدمن المتوقف يظهر عليه نقص الاهتمام بالجلسات العلاجية، والمشاركة الفعالة، وعدم الاكتراث واللامبالاة..
- الحضور الغير منتظم للاجتماعات العلاجية.
- تناول عقاقير طبية للتأقلم أو للتخفيف من آلام الانسحاب التدريجي.

([1]) Gorski, T.T & Millre, M. : Staying Sober New york , Herald house/independence press. 1982.p 176.

[2] لاري .آر. سكوابر وآخرون: مرجع سابق ص 395.

- خلق الاشتياق الذاتي: حيث يقوم المتوقف بخلق الاشتياق بنفسه من خلال التفكير في التعاطي والتفكير أكثر في المخدرات وكيفية تعاطيها والآثار النفسية التي يتركها المخدر... وهذا الأمر هو دلالة أكيدة على الوقوع في الانتكاس إذا ما ستمر في هذه الحالة.

الفصل الثالث

البرنامج الإرشادي

الإرشاد النفسـي

البرنامـــــج الإرشـادي

نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

أولا/ الإرشاد النفسي:

جاء تطور الإرشاد النفسي كتخصص علمي وممارسة مهنية، مصاحبا لتطور علم النفس وتطبيقاته بشكل عام، مما جعل له هوية مميزة على المستويين النظري والإجرائي، ونتيجة للتفاعل بين النظرية والتطبيق تحق لهذا المجال تأصيل المفاهيم والأسس الإرشادية، مما نتج عنه تنظيم وممارسة الإرشاد النفسي وفق مبادئ و أخلاقيات محددة فصار بذلك علما له أصوله وقواعده الأساسية التي تتضمن تحقيق الاستفادة منه، والإرشاد النفسي هو من الفروع الهامة في علم النفس التطبيقي، وقد تشعبت مجالاته لتغطي حياة الإنسان في مراحلها من الطفولة حتى الشيخوخة وفي الصحة والمرض، سنحول في هذا الفصل أن نتعرف أكثر على الإرشاد النفسي وجوانبه التطبيقية من خلال التعمق أكثر في هذا المجال خصوصا ما يتعلق بالجوانب العلاجية منها.

1- تعريف الإرشاد النفسي:

مصطلح الإرشاد النفسي counseling كغيره من مصطلحات علم النفس تشعبت حوله التعريفات سعيا إلى تعريفه بشكل دقيق ومحدد. وقد أورد زهران أكثر من أربعة عشر تعريفا للإرشاد النفسي، وخلص من خلالها إلى تعريفا موجز بأنه: "عملية واعية مستمرة، بناءة ومخططة، تهدف إلى مساعدة وتشجيع الفرد لكي يعرف نفسه ويفهم ذاته، ويدرس شخصيته جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، ويفهم خبراته، ويحدد مشكلاته وحاجاته، ويعرف الفرص المتاحة له وأن يستخدم وينمي إمكاناته بذكاء إلى أقصى حد مستطاع، وأن يحدد إختياراته ويتخذ قراراته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته وخبرته بنفسه، بالإضافة إلى التعليم والتدريب الخاص الذي يحصل عليه من طرف المرشدين والمربين والوالدين،، وذلك في مركز التوجيه والإرشاد، وفي المدارس والأسرة، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهداف واضحة تكفل له تحقيق ذاته وتحقيق الصحة النفسية والسعادة مع نفسه ومع الآخرين في المجتمع، والتوفيق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا"[1].

بينما عرفت رابطة مينوستا الإرشاد على أنه خدمة متخصصة تهدف إلى مساعدة الفرد على ممارسة الاختيار ومواصلة النمو والتطور من أجل تحقيق أهدافه إلى أقصى حد ممكن، واختيار أسلوب الحياة المشبع له، والذي يتفق مع مركزه كمواطن في مجتمع ديمقراطي."[2]

وعلى مستوى الجمعيات والهيئات الدولية، فقد قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس بتعريف الإرشاد النفسي على أنه: "خدمة يتم تقديمها بواسطة متخصص في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وتطور السلوك

([1]) حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة 1980، ص 11

([2]) رمضان محمد القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 1996، ص 29.

الإنساني عبر مراحل النمو ، بهدف تأكيد الجوانب الايجابية في شخصية الفرد وتوجيهها لتحقيق التوافق النفسي عبر مختلف مراحل النمو ، وفي كل مجالات الحياة"[1].

نخلص إذن مما تناولته التعريفات السابقة أن الارشاد النفسي عبارة عن علاقة مهنية أخلاقية بين المرشد والمسترشد، تعتمد في فعاليتها على كفاءة المرشد، وعلى جدية المسترشد ورغبته في حل مشكلاته، كما أنها عملية تعليم وتعلم اجتماعي يمارسها المرشد، وتستهدف المسترشد ليصبح أكثر وعيا وتبصرا بذاته وبالآخرين وتنمية شخصيته ليتمكن من التغلب على مشكلاته وإشباع حاجاته.

2- أسس الإرشاد النفسي:

الإرشاد النفسي كغيره من المجالات المهنية الأخرى له أسسه ومسلماته التي ترتكز عليها أساليبه وطرق ممارسته، والتي يتحقق من خلالها أهداف الخدمة وغاياتها في إطار العلاقة بين المهنيين والمستفيدين، وللإرشاد النفسي مجموعة من الأسس العامة والمسلمات النفسية والفلسفية والتربوية والاجتماعية[2] والتي تشمل:

2-1 الأسس العامة:

فالفرد ينمو نفسيا كما ينمو عضويا، ولديه القدرة على التعلم وعلى التكيف المستمر، ولأنه عرضة لأن تعتريه مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية تعوقه عن تحقيق ذاته الإنسانية، فمن حقه أن يتلقى المساعدة في التغلب على تلك المشكلات.ومن حقه كذلك أن ينال قسطا من الوقاية و التحصين ضد معاناته النفسية. مما يعزز الدور الوقائي والعلاجي للإرشاد النفسي لتلبيه احتياجات نمو شخصية الفرد على المستوى العقلي والانفعالي و الاجتماعي.

2-2- الأسس الفلسفية:

تهتدي خدمات الإرشاد النفسي- كغيرها من الخدمات المهنية- بدستور أخلاقي يتفق مع طبيعة الإنسان.ويراعي كرامته وحقوقه ومسؤولياته تجاه ذاته وتجاه الآخرين.

ويتسع معنى الأخلاقيات في الإرشاد النفسي ليشمل الكفاءة المهنية واحترام الإنسان.ويشمل كذلك مفاهيم فلسفية بحتة تنعكس على الممارسة الإرشادية كمفاهيم الحق والخير والجمال. فمفهوم الحق تنبثق منه فكرة أن السلوك المتوافق هو السلوك المسؤول الذي لا يبخس حق الفرد تجاه ذاته وتجاه الآخرين بحيث يعطي

([1]) APA : (American Psychological Association) Ethical principles of psychologists 1981

([2]) حامد عبد السلام زهران: مرجع سابق ص 53.

كل ذي حق حقه، ومفهوم الخير ينبثق منه أفكار وممارسات إرشادية عديدة منها مثلا: أن الأفكار الخيرة تقترن بها أفكار ومشاعر خيرة والعكس صحيح، أما مفهوم الجمال فدلالته واضحة للإرشاد النفسي في تأكيد جمال الحياة والشخصية في ضل السلوك المتوافق والعكس صحيح كذلك في وجود السلوك غير المتوافق.

2-3- الأسس النفسية:

يرتكز الإرشاد النفسي باعتباره أحد فروع علم النفس التطبيقي على عدد من النظريات النفسية مثل نظريات الشخصية ونظريات النمو ونظريات التعلم كما أنه يتعامل مع سلوك الإنسان الذي يعد موضوع علم النفس بما فيه من حاجات وانفعالات ودوافع وإدراك وتذكر ونسيان. ومن الأسس النفسية للإرشاد نذكر:

- مبدأ الفروق الفردية: بما يعنيه من اختلاف الأفراد في قدراتهم وسماتهم الشخصية، وما يتبعه ذلك من اختلاف في اختياراتهم السلوكية، وما يرتبط بهذه الاختيارات مم صواب وخطأ.
- متطلبات النمو في كل مرحلة من مراحل حياة الإنسان: فمتطلبات مرحلة الطفولة تختلف عن متطلبات مرحلة المراهقة، وهكذا عن متطلبات بقية المراحل، والمرشد يتعامل مع المسترشد وفق اعتبارات مرحلة النمو التي يمر بها بحيث يقوم بالفحص والتشخيص والعملية الإرشادية بما يتفق ومتطلبات هذه المرحلة. ويتفق العلماء في مجال علم النفس النمو على أن أية مرحلة من مراحل النمو تؤثر فيما يليها من مراحل، فمعوقات النمو في مرحلة الطفولة قد تؤثر سلبا على نمو شخصية الفرد في مرحلة المراهقة والشباب والرشد والشيخوخة، ومن ثم فإن خدمات الإرشاد تقابل حاجات لدى الفرد في كل مراحل حياته، وتتفاعل مع الواقع حتى تحقق الفاعلية المطلوبة.

2-4- الأسس الفيزيولوجية:

على الرغم من أن المرشد لا يتعامل مع الإختلالات العضوية للجهاز العصبي، إلا أنه يتعامل مع المشكلات السلوكية التي تمثل إنحرافا عن متطلبات نمو الشخصية، وقد يكون هذا الانحراف نتيجة اختلالات عضوية، مما يتطلب وجود الطبيب بجانب المرشد النفسي، فالاضطراب الانفعالي المزمن قد ينتج عنه أعراض جسمية في شكل خلل في أعصاب الحس والحركة، مما يتطلب قيام المرشد بمعالجة هذا الاضطراب، كما أن تعرض الشخص لخبرة صادمة قد ينتج عنه إصابته باضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، مع ما

يصاحبها من اضطرابات معرفية وانفعالية ومعاناة نفسجسمية مرتبطة باختلالات في أداء الجهاز العصبي، مما يستتبع قيام المرشد بدوره في علاج الإختلالات السلوكية الناتجة عن ذلك.

2-5 الأسس التربوية:

مع اهتمام التربية بالنمو المتكامل لشخصية المتعلمين، وتطور علم النفس والإرشاد النفسي بمعناه الحديث والمعاصر، أصبحت وظيفة التوجيه والإرشاد ضمن وظائف المدرسة، كما أصبحت العملية التربوية من حيث المحتوى والإجراءات والأساليب والإدارة ترتكز على أصول علم النفس ومبادئه، فمن خلال التعاون بين المرشد والمدرس تحقق التربية أهدافها.

فعمليات التربية وفعاليات الإرشاد النفسي ركنان متكاملان في خدمة الفرد والمجتمع داخل المدرسة وخارجها، وعملية التعلم بشكل عام تراعي كثيرا من أسس الإرشاد والتوجيه عندما ترسم مناهجها وتختار طرق التدريس فيها، كما أن المرشد التربوي يحتاج إلى الاستعانة بالمناهج لإنجاح عملية التوجيه، وكذلك لمعرفة أبعاد العملية الإرشادية مما يؤكد ضرورة مواكبة المرشد للأنشطة التربوية والتعليمية [1] .

2-6 الأسس الاجتماعية:

تظهر الأسس الاجتماعية للإرشاد النفسي في الاستفادة من المعلومات المتعلقة بالواقع الاجتماعي للمسترشد، سواء فيما يخص الأسرة أو الأقارب أو المدرسة أو غيرها من المؤسسات المهنية والخدمية التي يرتبط معها المسترشد بنوع أو بآخر من العلاقات، والإرشاد النفسي ينطلق من حاجتين أساسيتين للإنسان هما: المحبة والانتماء، وهما حاجتان مرتبطتان بالجانب الاجتماعي في شخصيته، ولا يمكن إشباعهما إلا من خلال الآخرين، فالحاجة إلى المحبة ذات جذور عميقة في شخصية الإنسان منذ أن يولد وعلى امتداد حياته، كما أن حاجته للانتماء بما يعنيه ذلك من التقدير والتقبل الاجتماعي من الحاجات الأساسية للنمو النفسي، وكثيرا ما يتم تفسير بعض الإضطرابات النفسية بأنها نتيجة لعدم إشباع الحاجة إلى الإنتماء، فالأفراد الذين يفتقدون إشباع هذه الحاجة يشعرون بأنهم منبوذون أو مهملون من مجتمعهم المحيط، مما ينعكس سلبا على توافقهم الذاتي والاجتماعي[2].

([1]) مكتب التربية العربي لدول الخليج: الإرشاد التربوي في جامعات دول الخليج العربية، الرياض، 1990 ص 49.

([2]) Glasser William : Choice Theory: A new Psychology of personal freedom. New York. Harper Collins Publishers 1998.p 112.

3- أهداف الإرشاد النفسي:

قبل الحديث عن أهداف الإرشاد النفسي ينبغي لنا أن نوضح النشاطات الدخيلة على مجال الإرشاد النفسي والتي تعتبر من الأخطاء المهنية ولا علاقة لها بمجال التوجيه والإرشاد[1].

- أن الإرشاد النفسي لا يعني السيطرة على سلوك المسترشد أو التأثير في اتجاهاته ومعتقداته وأنماط سلوكه عن طريق التوجيه أو الحث أو باستخدام وسائل الضغط بشتى أساليب، أو باستخدام وسائل الضغط بشتى أساليبه، أو باستغلال المهارات الخاصة، سواء كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر، كما أن عملية الإرشاد لا تهدف إلى دفع العميل إلى التفكير أو التصرف بالطرية التي نختارها أو نعتقد بأنها في صالحه، فالإرشاد النفسي ليس طريقة لغسل المخ و لا يهدف إلى التحكم في الآخرين أو يسعى إلى السيطرة عليهم.

- أن الإرشاد النفسي لا يعني حث المسترشد بقصد تخويفه أو تحذيره أو الضغط عليه بأساليب قصريه أو طرق إجبارية من أجل الهيمنة عليه، كما أن استخدام الأساليب العقابية لا تعتبر طرقا إرشادية.

- أن المقابلات التي يجريها البعض للإجابة على الأسئلة والتي يهدف من ورائها المسترشد الحصول على الإجابات والحلول الجاهزة التي يستطيع استخدامها دون أن يبذل جهدا أو يتحمل أي مسؤوليات أو يقوم باتخاذ قرار أو عمل اختيار فهذا أمر لا يعتبر من قبيل الإرشاد وليس من عمل المرشد.

يحق لنا بعد تعرفنا على النشاطات التي ليست من مهام المرشد النفسي أو من أهدافه أن نتوقف الآن لنتعرف على الأهداف الحقيقية للإرشاد النفسي، وذلك عن طريق عرض مجموعة من الأهداف التي حددها العلماء والباحثين في هذا المجال:

- **أهداف الإرشاد النفسي حسب كرمبولز Krumboltz. J:**

يرى بأن أهداف الإرشاد السلوكي على وجه الخصوص يمكن إجمالها في ثلاث نقط هي[2]:

1- تغيير السلوك غير التوافقي للمسترشد.

2- تعليم المسترشد كيفية إتخاذ القرارات.

([1]) رمضان محمد القذافي: التوجيه والإرشاد النفسي،دار الجيل بيروت 1997 ص ص 30 31.

([2]) Krumboltz, john D: behavioral goals for counseling. Journale of counseling psychologiy, no 13 1966, pp 135-159.

3- وقاية المسترشد من مختلف المشكلات.

يشير هذا التعريف كما هو واضح إلى قيام المرشد النفسي بمساعدة المسترشد على تغيير اتجاهاته السلبية وتعليمه مهارات حل أو مواجهة مشاكله، مما يجعله إنسانا قادرا على اتخذ القرارات الصائبة تجاه خياراته المختلفة.

- **أهداف الإرشاد النفسي حسب بوي- باين Boy, A. & Pine, G [1]:**

يشير الكاتبان إلى أن أهداف الإرشاد النفسي هي كما يلي: "مساعدة الطالب على أن يكون طبيعيا ونشيطا وذاتيا، وأن يواصل تطوره بشكل إيجابي وبناء، وأن ينمو بشكل إجتماعي معتمدا على قدراته واستعداداته، وعندما يدرك المسترشد ما طرأ عليه من تغيير يصبح مستبصرا مما يدفعه إلى إعادة تنظيم شخصيته وحياته، ويهتم المرشد بالتركيز في عمله على الجوانب الانفعالية للسلوك أكثر من اعتماده على الجوانب الذهنية".

- **أهداف الإرشاد النفسي حسب بيرن Byrne, R. [2]:**

يعتقد بضرورة اعتماد أهداف الإرشاد على قاعدة أساسية تتمثل في قيمة الإنسان بغض النظر على مستواه التعليمي أو ذكائه أو لونه أو خلفيته، وذلك من أجل:

- ✓ مساعدة المسترشد كي يصبح واعيا بذاته مما يجعله أكثر تقبلا لتحمل مسؤولياته.
- ✓ مساعدة المسترشد على الاستفادة من قدراته بالحد الأقصى الذي تسمح به، وذلك في إطار أسلوبه الحياتي والحدود التي تمليها المعايير الأخلاقية في المجتمع الذي يعيش فيه.
- ✓ مساعدة المسترشد على مواجهة مخاطر الحياة اليومية بشكل يجعله أكثر اهتماما بمصالح الآخرين.

تشير هذه التعاريف إلى مساهمة المرشد في حل مشكلات المسترشد، وهو ما يعني من وجهة نظر المرشد أن المسترشد لم يتعلم بعد كيف يواجه مشاكله، وربما كان الأجدى هو أن يعمل المرشد على التركيز على مساعدة المسترشد في القضاء على أسباب قيام تلك المشكلات في المقام الأول، هذا بالإضافة إلى التأكيد على أن مشاكل أي إنسان يجب أن لا يتم حله عن طريق إنسان آخر، بل الأحرى مساعدة الشخص على حل مشاكله بنفسه عن طريق تنمية قدراته وتطوير إمكاناته الحالية.

([1]) Boy, Angela v. and Pine gerald J : client-centered counseling in the secondary school. Hougton miffin company, 1963. P 19.

([2]) Byrne Richard H: school counselor. Houghton- Muffin company ; 1963 p 20.

وتشير أيضا التعاريف إلى أن من أهداف الإرشاد النفسي مساعدة المسترشد على الشعور بالسعادة، ويمكن القول بأن السعادة والرضى هما مفهومان نسبيان وأنه ليس هناك تعريف محدد أو مقنن للسعادة، هذا بالإضافة إلى أن مساعدة المسترشد على الاختيار قد ينتهي بمخاطرة تؤدي إلى الشعور بالألم أو الفشل.

4- الارشاد النفسي والعلاج النفسي:

رغم كثرة التعريفات التي قدمها المتخصصون لمفهوم العلاج النفسي والتي اختلفت باختلاف مدارسها كما اختلفت باختلاف الجانب المهني والتخصصي لمن قاموا بتعريف العلاج النفسي، إلا أن تحليل تلك التعريفات وايجازها يجعلها تصل إلى تعريف العلاج النفسي كما يرى مليكة بأنه: "الهدف النهائي من ممارسة الطريقة الاكلينيكية، حيث يحاول المعالج فهم التنظيم الدينامي الفردي لشخصية العميل والتنبؤ عن مدى تطور المشكلة أو المرض واحتمالات الاستجابة للمجهود العلاجي. بهدف تهيئة أفضل العوامل والظروف لتخليص العميل من القلق أو من غيره من المشاعر والأفكار التي تؤثر سلبا في سلوكه وفي سلوك غيره في مجال أو أكثر من المجالات الرئيسية للحياة مثل العلاقات الشخصية أو العمل أو الجنس، وبما يؤدي إلى إحداث تغيير في بناء الشخصية، وفي آدائها لوظائفها بالصورة التي يتحقق معها أقصى توافق ممكن في مختلف مجالات الحياة"[1].

ومن ثم فإن هذا التعريف يعطي انطباعا واضحا حول العلاقة بين العلاج النفسي والإرشاد النفسي بأنها علاقة تشابه أكثر منها علاقة اختلاف، فكلاهما ينتمي إلى فرع واحد من فروع علم لنفس وهو علم النفس التطبيقي، كما ينتميان إلى مجال تطبيقي هو علم النفس العلاجي الذي يضم عدة ميادين مثل علم النفس الاكلينيكي، وعلم النفس التربوي، والطب النفسي، والخدمة الاجتماعية، والتوجيه النفسي والتربوي والمهني بالإضافة إلى الإرشاد النفسي والعلاج النفسي.

ومما يضاف كذلك إلى رصيد التشابه الكبير بين العلاج النفسي والإرشاد النفسي أنهما يهدفان إلى تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية ويتشابهان في الكثير من مصطلحاتهما المستخدمة، ويستخدمان نفس الوسائل في جمع المعلومات كما أن الإجراءات العملية المتبعة في كلاهما واحدة من حيث الفحص وتحديد المشكلة وتشخيصها ووضع الخطط لحلها، وثم التعلم والمتابعة والإنهاء.

([1]) لويس كامل مليكة: العلاج النفسي-مقدمة وخاتمة- مطب فيكتور كرلس، القاهرة، 1996. ص 27.

ثانيا/ البرنامج الإرشادي: Counseling program

1-تعريف البرنامج الإرشادي:

هو برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير مباشرة فرديا أو جماعيا للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي.[1]

ويعرف أيضا بأنه تكنيك دقيق ومحدد يتبعه المرشد في تهيئة الموقف الإرشادي وإعداده بمكان مجهز بأجهزة سمعية وبصرية ضمن مدة زمنية محددة وفقا لتخطيط وتصميم هادف محدد يظهر فيه التكافل المنشود، ويعود على الفرد بالنمو المرغوب فيه نفسيا أو إجتماعيا أو أكاديميا.[2]

كما يعرف أيضا بأنه مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ الإرشاد النفسي وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق لنفسي وتساعدهم على التغلب على مشكلاتهم اليومية.[3]

يرى الباحث من خلال التعاريف السابقة أن البرنامج الإرشادي أو العلاجي يركز على مجموعة من النقاط المشتركة من أهمها:

- إنه برنامج علمي يستند إلى منهجية علمية ونظرية نفسية في إعداده وتنفيذه، ومن دون أن يأخذ الرؤى الذاتية والخبرة غير المبنية على أسس معرفية ومنهجية.
- يبدأ التخطيط للبرنامج الإرشادي غالبا منذ اللحظة الأولى لبناء البرنامج الإرشادي للمسترشد الذي يعاني من مشكلة ما ويسعى البرنامج وفق خطواته الرئيسية " تحديد المشكلة وتعريفها إجرائيا،

[1] حامد عبد السلام زهران: التوجيه والإرشاد النفسي، منشورات الجامعة، دمشق 1994 ص 22
[2] سعدية بهادر: في سيكولوجية المراهقة، دار البحوث العلمية، القاهرة. 1980ص 33
[3] طه عبد المنعم حسين: الإرشاد النفسي، النظرية، التطبيق، التكنولوجيا. دار الفكر، عمان. 2004 ص 283

تشخيصها، وضع أهداف تتوافق مع طبيعة المشكلة، تنفيذ البرامج وتقويمها" على تحقيق التوافق لدى المسترشد وذلك بإزالة المشكلات التي تقف في طريق التوافق والصحة النفسية.

- يتمتع بقدر من التنظيم والتنسيق بحيث يؤدي في النهاية إلى إحداث التغير المطلوب لدى المسترشد
- يقوم بالإعداد وتنفيذ فريق عمل متكامل يتكون من خبراء و المختصين الذين لديهم الخبرة و الكفاءة في مجال تقديم الخدمات النفسية للأفراد المحتاجين إلى المساعدة.
- يقدم للمسترشدين بأساليب إرشادية متنوعة قد تكون مباشرة وقد تكون غير مباشرة وقد تكون في حالات فردية وفي حالات أخرى جماعية، وهذا التقديم يتفق في أحيانا كثيرة مع الفلسفة والمدرسة النفسية التي ينتمي إليها المرشد النفسي في عملية الإرشاد " تحليلية، معرفية، سلوكية، إنسانية".
- يستخدم لتنفيذ البرامج إستراتيجيات وفنيات متعددة وذلك لتحقيق الهدف من البرنامج وكيفية التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي، أو التحصين التدريجي، ...
- تحديد مكان تطبيق البرنامج الإرشادي والمدة الزمنية لتنفيذه، كالمدرسة أو في المنزل أو في مراكز الإرشاد النفسي، أو في مستشفى الأمراض العقلية، أو في العيادات الخاصة ..
- قد يشارك فيه بعض أفراد الأسرة أو بعض أفراد المجتمع، فقد يشترك الوالدين وخصوصا الأم في الإعداد والتنفيذ لبرنامج إرشادي لطفلها الذي يعاني من التبول اللاإرادي أو مشاركة المعلم في البرنامج الإرشادي لطفل متأخر دراسيا وذلك لتنمية قدراته العلمية والتدريبية.

2-أهداف البرامج الإرشادية:

يرى الباحثون في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي أن ثمة مجموعة من الأهداف تسعى البرامج الإرشادية إلى تحقيقها، وهذه الأهداف تتباين بتباين المشكلات التي يعاني منها الأفراد في مراحلهم العمرية المختلفة (أطفال، مراهقين،رجال كبار السن)، وديمومتها وشدتها وخطورتها على الصحة النفسية للفرد أو الجماعة[1].

فأهداف البرامج الإرشادية التي تقدم خدمات تربوية غير أهداف البرامج التي تقدم خدمات مهنية كما أهداف البرامج الإرشادية التي تقدم لأشخاص يعانون من مشكلات بسيطة في التوافق النفسي أو الإجتماعية

[1] صالح حسن الداهري: مبادئ الإرشاد النفسي والتربوي. دار الكندي، عمان. 2000. ص31.

أو الإنفعالي هي غير أهداف البرامج التي تقدم الأشخاص يعانون من مشكلات حادة و شديدة الخطورة. كذلك البرامج التي تقدم للأطفال غير البرامج التي تقدم للكبار من حيث الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها و هي كذلك غير البرامج التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة.

تتضمن الأهداف الإرشادية لهذا الموضوع (الإدمان على المخدرات) على سبيل المثال[1]:

- إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض
- علاج الأعراض المرضية التي يشكو منها المسترشد
- حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة على الفرد إلى مشكلات مسيطرة عليها
- تعديل السلوك غير السوي،وتعلم السلوك السوي الناضج
- تعديل الدوافع التي تكمن وراء السلوك غير السوي
- التخلص من المشكلات السلوكية وزيادة البصيرة بها، وتعليم أساليب مواجهتها مستقبلا
- التخلص من نواحي الضعف و العجز وتعزيز نواحي القوة وتدعيمها والتعرف إلى القدرات وتنميتها
- تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة
- تغيير مفهوم الذات السالب إلى مفهوم الذات الإيجابي وذلك بالقضاء على عدم تطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلف وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة
- تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة
- تحقيق التوافق الشخصي، والإجتماعي والمهني.
- تعلم أساليب أكثر فعالية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة بصورة واقعية.
- زيادة تحمل المسؤولية الشخصية لدى المسترشد وتقبلها.
- القدرة على إتخاذ قرارات مهمة في حياة المسترشد.
- تحقيق إستراتيجية النمو السوي لمسترشد في مراحل حياته المختلفة.
- العمل على إتمام العلاج الناجح والحيلولة دون حدوث انتكاسة.

[1] المرجع السابق ص35.

3- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية:

أهم الخصائص و السمات والخطوات العلمية التي يتمتع بها البرنامج لإرشادي هي التالية[1]:

3-1 التخطيط و التنظيم: يجب أن يكون للبرنامج استراتيجية منظمة و مخطط لها من قبل الخبراء الذين يملكون معرفة علمية و عملية في مجال تصميم و بناء البرنامج الإرشادية. فالتخطيط و التنظيم يتضمن تغطية عناصر البرنامج لإرشادي من حيث التمهيد له، ووضع الأهداف، واختيار الأفراد المستهدفين، وخطوات سيره، بحيث لا تسبق مرحلة عن الأخرى.

3-2 المرونة: ويقصد بها أن البرنامج ليس ثابتا ثباتا قطعيا من حيث الجلسات الإرشادية والفنيات المستخدمة فيه، وإنما هو مرن وقابل للتعديل في ضل المستجدات الظروف التي تطرأ على العملية الإرشادية و البيئة المحيطة بها، وكذلك المتغيرات الطارئة التي تحدث للمسترشد كالمرض أو التحسن المفاجئ.

3-3 الشمول: أي أن الشمولية في البرنامج لا تعني وقوف البرنامج عند جزئية من مشكلة المسترشد بل يجب أن يكون شاملا لجميع أبعادها الإجتماعية والنفسية الإنفعالية كما يتضمن الشمول أدوات القياس المناسبة والفنيات وغيرها من العناصر الأساسية في البرنامج.

3-4 التكامل: بمعنى أن تتكامل عناصر البرنامج مع كل معطيات حالة المسترشد النفسية أثناء عملية تفسير التغيرات التي حدثت في سلوك المسترشد ضمن الوحدة التاريخية والحالية، فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تنتظم وتتكامل ضمن الشخصية برمتها في وحدتها التاريخية والدينامية والحالية.

3-5 الموضوعية: أن يكون البرنامج موضوعيا من حيث:

- الأرضية النظرية التي يستند إليها.
- نظرة المرشد إلى مشكلة المسترشد بصور كلية (غشتالتية).
- الأدوات والمقاييس الخاصة بالفحص والتشخيص والتقويم والتقييم.
- الفنيات الإرشادية المستخدمة.

[1] نادر زيود: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الفكر، عمان. 1998 ص15.

- أحكام المرشد والآخرين على عملية الإرشاد النفسي برمتها.
- الإطار المرجعي الثقافي الذي يطبق في البرنامج ، بحيث تكون النتائج التي يحصل عليها البرنامج مناسبة للبيئة الاجتماعية بما فيها من قيم وعادات اجتماعية أصيلة.

3-6 الدقة وسهولة التطبيق: بمعنى أن يكون البرنامج دقيقا في تحديد أهدافه و سيره تفسير نتائجه، وأن تكون إجراءاته سهلة التطبيق من قبل المرشد والمسترشد القادر على فهمها وتمثلها دون أدنى صعوبة.

3-7 إشراك اكبر عدد ممكن من العاملين في المؤسسة: وذلك لضمان شبكة من العلاقات الإجتماعية المؤيدة لهذا البرنامج والمؤمنة بفعاليته.

3-8 وضع مراحل التقييم والتقييم بطريقة سليمة: وذلك بهدف إتمام المتابعة الواعية، والحصول على نتائج دقيقة حول مدى فاعلية البرنامج الإرشادي.

3-9 إمكانية التعميم:أي إمكانية تطبيقه إذا توفرت الشروط اللازمة له على أفراد يعانون من المشكلة نفسها التي يتصدى لها البرنامج.

3-10 الواقعية: بمعنى أن يكون البرنامج واقعيا في تناوله للمشكلة التي بصدد معالجتها وفي حدود إمكانياته ومجاله، وأن يضع لها الحلول اللازمة، أما المشكلة التي تقع خارج حدود الإرشاد، كعلاج حالة التخلف العقلي بحيث يصبح المسترشد على درجة مرتفعة من الذكاء، أو أنه يتصدى لمشكلات طبية تقع خارج حدود الخدمات التي يقدمها، كما تعني الواقعية أن يضع حلولا تتناسب مع الإطار الاجتماعي العام والسلوك السائد في المجتمع.

4-أشكال البرامج الإرشادية:

توجد العديد من الأشكال والأنواع بعضها غير مبني على أسس علمية، وبعضها الآخر يتخذ المنهج العلمي دليله في بناء هذه البرامج، نورد فيما يلي تلك الأشكال[1]:

[1] عبد الله محمود سليمان: نحو تصور إجرائي لبرنامج علم النفس الإرشادي في المدرسة. مجلة الشؤون الإجتماعية، العدد (62) الإمارات العربية جمعية الإجتماعيين. 1999. ص63

4-1- البرامج المنهجية وغير المنهجية:

أ- **البرامج غير المنهجية:** وهي البرامج التي تعطى بصور عفوية آنية في محاولة مواجهة مشكلة ما عند المسترشد من خلال وضع الحلول لآنية، وغالبا ما تكون مرتجلة، وتعتمد على الخبرة الذاتية لدى المرشد بناء على خبرته السابقة في التعامل مع المشكلة الشبيهة بالمشكلة الحالية.

ويعني ذلك أن تعامل المرشد مع المشكلة لا يمر بالمراحل الأساسية في فحص حالة المسترشد فحصا دقيقا من خلال الأعراض والأسباب، ولا من حيث تحديد طبيعة المشكلة وشدتها والعوامل التي تقف خلفها، ولا يعتمد على أي أساس تشخيصي في تحديد هوية المشكلة سواء كانت مشكلة تربوية أم مشكلة إنفعالية إنعكست على آداء المسترشد الاجتماعي أو الشخصين إنما ينظر على المشكل من خلال رؤية ذاتية بأنها -كما يعتقد المرشد مشكلة تربوية من دون استخدام الأساليب والمقاييس النفسية في الكشف عنها.

ب-**البرامج المنهجية:** هي البرامج المعدة على أساس علمية وعملية، لها أصولها وقواعدها تسعى على تقديم الخدمات النفسية للأفراد المحتاجين غليها بطريقة واعية، آخذة في الاعتبار النظرة الشمولية للمشكلة، من حيث الفحص والتشخيص وجمع البيانات والمعلومات الكافية عنها، كذلك وضع البرنامج الإرشادي بناء على طبيعة المشكلة، الذي يمر بمراحل عديدة، يشترك فيه أكثر من متخصص (فريق العمل الإرشادي) بدءا من المراحل التمهيدية ووصولا على نهاية العلاج والمتابعة، مع إشراك المسترشد في عملية الإرشاد من بدايتها إلى نهايتها، ومتابعة الحل لمعرفة التغير الحاصل لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، كذلك فالبرامج الإرشادية المنظمة يكون مخططا لها بشكل كامل، ويجري تطبيقها في أماكن كالعيادة أو المراكز الإرشادية أو أي مكان مهتم بتقديم الخدمات الإرشادية للآخرين.

يرى الباحث من خلال ما سبق أن البرامج المبنية على أسس علمية ديمقراطية من حيث توزيع الأدوار بين المرشد والمسترشد سيكون لها الأثر الفعال في إحداث التغير المطلوب في شخصية المسترشد إضافة إلى ذلك فالمسترشد الذي يتمتع بمجموعة من الخصائص النفسية والذهنية والفلسفية ويبني أحكامه بناء على معطيات علمية دقيقة وليس على خبرات ذاتية مع تخصيص وقت كاف للقيام بعملية الإرشاد التي ربما تستغرق وقتا قد يطول وقد يقصر بناء على طبيعة المشكلة، وعلى استعداد المسترشد لتقبل الإرشاد وعلى

العلاقة القائمة بينهما، فإن الأمر ينعكس إيجابا على طبيعة العلاقة بينهما وعلى النتائج المترتبة على هذا التدخل.

4-2 البرامج الإرشادية حسب أهدافها:

صنفت البرامج الإرشادية في أشكال عدة وفق الأهداف المرجوة منها، نسرد بعضا منها:

4-2-1 البرامج التقييمية: Assessment-Programs

وهي البرامج التي تستخدم لمعرفة كفاءة آداء أو أسلوب أو خطة ما، وذلك من حيث التغير في السلوك أو الآداء أو الأسلوب لدى المجموعة المستهدفة بعد تطبيق البرنامج ومثال ذلك برنامج تقويمي لآداء كفاءة المعلمين الحاصلين على دبلوم التأهيل التربوي[1].

4-2-2 البرامج التقليدية: Traditional-programs

وتقوم هذه البرامج على أسس ثابتة لا تتغير بالرغم من تغير الظروف، الثقافية والاجتماعية في البيئة المستهدفة للمسترشد، فهي عبارة عن نمط ثابت من الإجراءات الإرشادية التي يقوم بها المرشد مع المسترشد كجمع المعلومات عن المشكلة، وتشخيصها ثم وضع برنامج إرشادي قائم على فنيات الإرشاد التقليدية، ودون مراعاة للفروق الفردية للمسترشدين[2].

4-2-3 البرامج الإصلاحية: Corrective-programs

وهي البرامج التي تخطط لإحداث تغيير في بنية المجتمع سواء من الناحية السياسية أو الإقتصادية أو الإجتماعية أو التربوية من نمط قديم إلى نمط أكثر حداثة، ومشبع لحاجات الأفراد، كما هو الحال في برامج الوقاية من المخدرات، والأمراض المعدية (كانفلوانزا الخنازير) وكذلك البرامج التربوية التي تسعى إلى اكتشاف المشكلات الأكاديمية والنفسية عند التلاميذ[3].

---

[1] مصطفى خليل الشرقاوي: أسس الارشاد والعلاج النفسي. دار النهضة العربية، القاهرة. 2000 ص 66

[2] المرجع السابق ص67.

[3] عبد الجبر تيم وآخرون: مبدئ الإرشاد النفسي. دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان 1999 ص 99

4-3 البرامج الإرشادية حسب مجالات عملها:

وتتضمن هذه البرامج ف الغالب ما يلي[1]:

4-3-1 البرامج التربوية: Educational programs

وهي البرامج التي تقدم لتحسين العملية التربوية والتعليمية، سواء ما يتعلق منها بالمنهج الدراسي أو النظام التربوي، أو المشكلات التي تعوق تحقيق المدرسة لأهدافها التربوية.

4-3-2 البرامج النفسية التربوية: Psychoeducational

تؤكد هذه البرامج على أهمية التربية النفسية وأثرها الإيجابي في عملية الإرشاد النفسي، حيث تستخدم طرقا تربوية نفسية متكاملة، هذه البرامج تنظر إلى المرشد بوصفه معلما، وإلى التدريب باعتباره إرشادا، وإلى المسترشد باعتباره متعلما أكثر من مريضا.

4-3-3 البرامج الطبية: Medical programs

إذا كان المسترشد يشك بوجود ضعف جسمي أو إعاقة جسمية لديه يمكن أن تعيق تطوره توافقه النفسي والإجتماعي، فإنه لابد أن يحيله المرشد إلى طبيب عام أو متخصص من اجل تشخيص المشكلة فالطبيب عنا يعمل على جنب المرشد من خلال برنامج توافقي للتخفيف من شدة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، كاضطرابات الكلام ، أو التبول اللاإرادي ...

4-3-4 البرامج التدريبية: Training Programs

وتعني البرامج التي تقدم لزيادة فاعلية فرد أو مجموعة من الأفراد لآداء المهام الموكلة لهم بصورة صحيحة وناضجة، وقد تستغرق عددا من الجلسات، وتتضمن مجموعة من الأنشطة، والمهام اللغوية والبدنية والحركية والمهارية، يقوم بها الأطفال خاصة، وذلك لتحسين التوافق النفسي والإجتماعي أو الحركي.

4-3-5 البرامج التوجيهية Orientation programs

تقدم هذه البرامج في مجال التوجيه التربوي والمهني وذلك من خلال تقديم المعلومات للأفراد المحتاجين غليها بهدف اختيار المهنة أو الدراسة المناسبة.

---

[1] المرجع السابق ص101.

4-3-6 البرامج الإرشادية والعلاجية: Counseling Programs

وهي البرامج التي يجب أن تكون منظمة ومتكاملة ومنسقة ومخططة تخطيطا دقيقا، ولها أهداف التي تسعى لتحقيقها، وأدوات التي تستخدمها للحصول على البيانات اللازمة لدى المسترشدين، والأساليب أو الفنيات المناسبة، والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق، والتقييم المرحلي والنهائي.[1]

4-4- **البرامج الإرشادية حسب السمة والغالبة فيها:** وتشمل مايلي:

4-4-1 البرامج الخطية: Inear program وهي البرامج التي تعالج مشكلة ما وفق رؤية واحدة فقط، دون النظر إلى التغيرات التي أفرزتها تلك المشكلة.

4-4-2 البرامج المرنة: Elexible Programs وهي البرامج التي تستخدم أكثر من أسلوب، ويمكن تعديلها وفقا لطبيعة العينة المستهدفة والمتغيرات المتدخلة.

4-4-3 برامج مختصرة: Brief Programs تعد هذه البرامج الإرشادية المختصرة أو المصغرة أو قصيرة المدة الزمنية نوع من البرامج التي تقدم لمعالجة مشكلة بسيطة حدثت في النظام السلوكي لدى الفرد، أي معالجة جزئية من المجموع الكلي للمنظومة، وتتطلب مساعدتهم ليصبح سلوكهم فعالا خلال فترة قصيرة من الجلسات الإرشادية حيث تقدر عدد الجلسات فيها حولي سبع جلسات، والمدة الزمني لا تتعدى (45) دقيقة[2].

4-4-4 برامج طويلة: Loniger Programs وهي بعكس البرامج الإرشادية المختصرة، حيث تتناول الإضطرابات والمشكلات الشديدة الحدة، في تحتاج إلى إعادة بناء شخصية العميل بشكل كلي، كما في حالات الإكتئاب الشديد، أو الفصام الخفيف، حيث يتراوح عدد الجلسات بين (20 و40) جلسة، والمدة الفاصلة بين الجلسة والأخرى لا تزيد عن ثلاث أيام وقد يزيد زمن الجلسة عن الساعة.

4-4-5 البرامج المتكاملة: Integrated Programs وتعني البرامج التي تستخدم مجموعة من التقنيات المختلفة لمعالجة ظاهرة من الظواهر العامة أو الشخصية التي لها مجموعة من الأسباب والعوامل التي أدت إليها، ومثال ذبك معالجة طفل يعني من مشكلة التبول اللاإرادي، حيث يشمل البرنامج تقنيات العلاج السلوكي والعلاج الطبي والعلاج الأسري[3].

[1] محمد أحمد: دليل المرشد النفسي. مطبعة كلية العلوم، بني سويف. 2005 ص34.
[2] محمد عبد الحميد: الإرشاد المهني. منشورات جامعة دمشق، دمشق 2005 ص 81
[3] المرجع السابق ص104.

يرى الباحث أن هذه الأشكال التي تم عرضها تساعد المرشد على تحديد أي شكل من أشكال البرامج الإرشادية يناسب المشكلة التي هو بصدد البحث في حلها، وبالتالي يمكن لهذه الأشكال أن تساعد المرشد على اختصار الطريق لإيجاد البرنامج الأمثل للمشكلة دونما البحث في تجريبها جميعا ففي ذلك مضيعة للوقت واستهلاكا للجهد، فمعرفة المرشد لمثل هذه الأشكال أمر مهم.

5- الخطوات الرئيسية في تخطيط وبناء برامج الإرشاد النفسي:

اشرنا فيما سبق إلى الأهداف الرئيسية للعملية لإرشادية المتمثلة في البرامج الإرشادية التي تسعى إلى تعديل سلوك المسترشد و فكره و انفعالاته من خلال عملية تقوم على إعادة التنظيم الإدراكي للمسترشد و تعديل سلوكه، و تعليمه أساليب جديدة يستطيع من خلالها التوافق مع متطلبات الحياة اليومية على المستوى الفردي و الجماعي وهذه العملية تسير وفق خطوات وإجراءات عملية مدروسة بدقة، وأهمها مايلي[1]:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله لدى المسترشد.
- تعريف السلوك المراد تعديلها إجرائيا.
- تحديد الشروط التي يحدث فيها السلوك غير مرغوب فيه.
- تحيد العوامل التي تساعد على استمرار السلوك المضطرب الذي يعاني منه المسترشد.
- إختبار الظروف المناسبة التي يمكن تعديلها أو التحكم فيها.
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.
- تعديل الظروف المحيطة بالفرد.
- إنهاء العملية الإرشادية.
- تقييم شامل للعملية الإرشادية والنتاج التي آلت إليه.

نلاحظ إذن أن البرامج الإرشادية تحتاج إلى مجموعة من المبادئ لتحديد طبيعتها وأهدافها وإجراءاتها وفاعليتها، وهذه المبادئ تعد مطلبا ضروريا وحيويا بالنسبة إلى المرشد النفسي من أجل أن يعطي برنامجه نتائج إيجابية في سلوك المسترشد على المدى القريب أو البعيد.

ويرى بعض باحثين آخرين أنه توجد خطوات عامة لبناء البرامج الإرشادية تتمثل في[2]:

- تحديد المشكلة.

[1] رياض نايل العاسمي: الإرشاد النفسي العملي. مطابع الإدارة السياسية، دمشق. 2002 ص69.
[2] رياض العاسمي وآخرون: مبادئ الإرشاد النفسي لطفل الروضة. منشورات جامعة دمشق، دمشق، 2004 ص57.

- التعريف بالمشكلة.
- تشخيص المشكلة.
- إستخدام الاختبارات والمقاييس في العملية الإرشادية.

6- المبادئ العامة في بناء البرامج الإرشادية:

يمكن النظر على العملية الإرشادية بأنها الخطوات أو المراحل المتتابعة التي يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداء من إحالته إليه حتى إنهاء الحالة والتحقق من الوصول إلى أهداف الإرشاد.

وقد قدم الكثير من الباحثين نماذج يصفون فيها مبادئ التي يعتمد عليها في بناء البرامج الإرشادية، وسنحاول أن نذكر نموذج (ايزينبرغ و ديلاني)[1] لأننا نراه جامعا لرؤى معظم الباحثين، ويتمثل في:

- المقابلة التمهيدية الأولى مع المسترشد.
- استكشاف المشكلة التي يعاني منها الفرد وتنمية العلاقة الإرشادية.
- تحديد الهدف والتعرف إلى العوامل المرتبطة.
- تطوير واستخدام طريقة لتحقيق الهدف.
- تقويم النتائج.
- إنهاء العملية الإرشادية.

7- مصادر بناء برامج الإرشاد النفسي:

من أهم الأمور التي يجب على المرشد النفسي أن يأخذها بعين الاعتبار عند التفكير في بناء برنامج إرشادي هي ما يلي[2]:

- الإطلاع على العديد من الأطر النظرية التي تتناول المشكلة المعنية بالتدخل والمعالجة .
- الإطلاع على العديد من الدراسات التي تناولت المشكلة بالمعالجة وأثبتت نجاحها.
- إجراء دراسات استطلاعية ميدانية للتأكد من وجود مشكلة ما لدى بعض المسترشدين تتطلب التدخل الإرشادي.

[1] سهام درويش: مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر، عمان، 1997 ص41.
[2] عبد المجيد نيازي وآخرون: الإرشاد النفسي والإجتماعي. مكتبة العبيكان، الرياض. 2001 ص38.

- المقاييس والأدوات النفسية التي يمكن أن تستخدم في البرنامج، بهدف رصد أثر البرنامج في إحداث التغير الإيجابي المطلوب في شخصية المسترشد.
- تحليل محتوى البرامج الإرشادية المختلفة التي تناولت المشكلة والتي يتصدى لها المرشد، والإستفادة منها في بناء البرنامج.
- التقارير الذاتية من المسترشدين والذين يطلبون تدخلا إرشاديا بطريقة ما للتخفيف من شدة المشكل.
- الممارسة العملية للمرشد النفسي في ميدان المشكلات الإرشادية التي يتناولها البرنامج.

لاحظ أنه ينبغي أن تكون لدى المرشد قاعدة علمية وميدانية في ما يخص العملية الإرشادية أو الإرشاد النفسي بوجه عام، حتى ينطبق منها، تساعده هذه القاعدة في معرفة أين تتحدد بالتدقيق خطوات بناء البرنامج الإرشادين فالممارسة الإرشادية من قبل المرشد في ضوء هذه القاعدة من شانها أن تقيه الوقوع في كثير من المشكلات سواء في بناء البرنامج الإرشادي، أو في خلال العملية الإرشادية مع المسترشد.

8- الخطوات الأساسية في بناء البرامج الإرشادية:

8-1 تحديد أهداف البرنامج:

تتضمن هذه الخطوة وضع تخطيط مكتوب للبرنامج، ويتم فيه تقديم الخبرات النظرية والخلفيات العلمية لخدمة أهداف البرنامج، بحيث يتم ذلك من خلال ترجمة الأهداف العامة إلى أهداف إجرائية، واختيار الأساليب المناسبة لتحقيق الأهداف، ويمكن النظر \اغلى أهداف البرامج الإرشادية بصفة عامة على أنها تقع في ثلاث مستويات رئيسية هي كالتالي[1]:

-**المستوى الأول**/الأهداف العامة للإرشاد:نجد في هذا المستوى أن المرشدين يتفقون على أن الإرشاد يهدف إلى إحداث مجموعة من التغيرات في حياة المسترشد.

-**المستوى الثاني**/الأهداف الموجهة للمرشد:إن المرشد نتيجة توجهه النظري يتبنى هدفا أو أهدافا تحددها له النظرية التي يستخدمها في عمله.

[1] س،باترسون: الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: سيد عبد الحميد مرسي. مكتبة وهبة، القاهرة.1995 ص 95.

-**المستوى الثالث**/اختيار أسلوب المعالجة:وهذا المستوى يفرض على المرشد أن يعدوا أهدافا خاصة لهذا المسترشد أو ذلك، وهذه الأهداف هي التي توجه المرشد في اختيار الأسلوب الإرشادي أو الإستراتيجية التي تساعده على تحقيق الأهداف.

8-2 الخلفية النظرية والتطبيقية للبرنامج الإرشادي:

يبنى كل برنامج إرشادي في الغالب على أساس نظري وذلك لمساعدة المرشد على تقييم وتقويم النتائج التي توصل إليها البرنامج في أثناء وبعد انتهاء تطبيقه ويقول مصممو البرامج الإرشادية إن البرنامج يجب أن يكون مبني على نظرية ما، فبعضهم يركز على الأسس النظرية والتطبيقية لنظرية الذات لكارل روجرز ، وبعضهم الآخر يركز في بنائها على نظرية التحليل النفسي، وبعضهم الثالث يركز على نظرية التعلم وتعديل السلوك...الخ فأما البرامج الإرشادية التي تبنى على أسس نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي فتميل إلى المنهج العقلي في حل المشكلات أو الصعوبات التي تواجه المسترشدين كما وأنها تتبنى عدة أساليب متنوعة تعتمد على الحس الإكلينيكي أو الخبرة الشخصية[1].

8-3 المستفيدون من البرنامج وكيفية اختيارهم:

يستفيد من البرامج الإرشادية الفئات التالية:[2]

- الحالات التي تعاني من اضطرابات انفعالية: يمكن أن يستفاد من البرنامج الأفراد الذين يعانون من مخاوف حقيقية تجاه مثيرات ومواقف تستدعي ظهور حالة الخوف غير مبررة وغير منطقية لديهم، مثل: الخوف من الأماكن المغلقة، والخوف الإجتماعي، وكذلك الذين يعانون من مشكلات أكاديمية أو تحصيلية أو نفسية، كالاكتئاب أو الوساوس المتسلطة أو السلوك العدواني...إلخ.
- الصغار والكبار، العاديين وغير العاديين(ذوي الاحتياجات الخاصة)، كما يمكن أن تقدم البرامج للذكور والإناث حسب طبيعة المشكلة، وتقدم أيضا للمتعلمين وكذلك للأفراد الذين لديهم درجة مقبولة من التعليم وكذلك الأميين. ويشترط في هذه البرامج أن تكون مناسبة لطبيعة كل مرحلة عمرية، وطبيعة المشكلة وشدتها، والقائمين على تقديم الخدمة الإرشادية من حيث الخبرة والمعرفة الكافية بالبرنامج، هل

[1] محمد جمل الليل: مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي. مطابع بهادر، مكة الكرمة، 2001 ص90.
[2] المرجع السابق ص98.

القائم ببناء البرنامج هو المسؤول عن تنفيذ البرنامج أم هو عضو من أعضاء فريق العمل الإرشادي كالممرضة النفسية على سبيل المثال؟ أو هي الأم في حالة معالجة المسترشد الذي يعاني من التبول اللإرادي الثانوي، أم المعلم الذي ينفذ برنامجا إرشاديا لطفل يعاني من مشكلة أكاديمية.

- مجال مشكلات الأطفال الذين لم ينجحوا في التوافق مع المجتمع.
- مشكلات الشباب الشخصية والعلمية: وخاصة طلاب المدارس الثانوية وطلبة الجامعات. ففي حالة سوء التوافق الوجداني والشخصي في هذا المستوى نجد استعمال فن العلاج النفسي تعد أمرا ضروريا. كما أصبح التوجيه المهني في المدارس الثانوية أمرا تزداد أهميته عاما بعد عام، وذلك بسبب الاعتقاد السائد في التربية حديثا،لذلك يمكن أن يستفيد المرشد النفسي المهني من هذا البرنامج في تقديم الخدمات التربوية والمهنية للطلاب المحتاجين إليها.
- الصحة النفسية للكبار :وأكبر ميادينها التوافق في الحياة الزوجية.
- الصحة النفسية لكبر السن:وتتضمن المشكلات النفسية للتقاعد والمشكلات الصحية والإجتماعية.
- في مجال الخدمة الإجتماعية: وتعني تقديم الخدمات الإرشادية لكافة أفراد المجتمع وخصوصا الأفراد الذين يعيشون في السجون أو المؤسسات الإيوائية كالأحداث الجانحين، والأطفال الأيتام.
- الخدمات في مجال الصناعة والهيئات والشركات التجارية والصناعية.
- الخدمات النفسية التي تقدمها البرامج في المجال العسكري، كحالات الهروب من الخدمة، عصاب الحرب وغيرها من مشكلات التوافق التي يعني منها العسكريون في العادة.

8-4 مكان تطبيق البرنامج وشروطه:

في الغالب تتم العملية الإرشادية في مكان معترف به من قبل الجهات الرسمية، كالمستشفيات النفسية والعقلية، والعيادات الخاصة، أو في مراكز الإرشاد النفسي، أو مراكز الخدمات الطلابية. والقائمون على هذا المكان مختصون في مجال تقديم الخدمات النفسية حسب تخصصاتهم. حيث يجري في هذا المكان الاختبارات النفسية والفحوص الطبية والنفسية التي يسعى المرشد من ورائها إلى تشخيص حالة المسترشد، والبدء في تنفيذ البرنامج الإرشادي، لذلك فالعيادة أو المركز الإرشادي الذي يقابل فيه المرشد مرضاه يجب أن تتوافر فيه مجموعة من الشروط والتي ينبغي على المرشد أن يأخذها بعين الاعتبار أثناء عمله الإرشادي.

ويرى العديد من العاملين في مجال الإرشاد النفسي أن العيادة يجب أن تؤثث بالأثاث المناسب من حيث توافر[1]:

– كرسي مريح يستلقي عليه المسترشد، فجلوسه على حافة كرسي صلب مثلا لا يساعده على البوح بكامل مكنونات نفسه، بل يمكن أن يضعه في مقارنة لا مبرر لها مع المرشد الذي يجلس في الغالب على كرسي أكثر راحة.

– سرير يستطيع المسترشد الاستلقاء عليه، من نوع الأَسِرّة التي يستخدمها الأطباء في الكشف الطبي، حتى يمكن المسترشد منم ممارسة الإسترخاء العضلي بسهولة.

– ينبغي أن تتوفر في الغرفة الإرشادية الشروط الصحية مثل، الإضاءة الكافية، التهوية الجيدة، ألوان مريحة، ويوجد فيها ألواح طبيعية وليست الشخصية، وألا تحتوي الغرفة الإرشادية على أثاث يعبر بقوة عن ذوق المرشد أو يكشف بوضوح عن حياته الشخصية.

8– 5 مدة البرنامج وطول الفترة الفاصلة وبين جلسة وأخرى:

تستمر جلسات الإرشاد النفسي التقليدية في العادة بين (8–12) جلسة، ويعتمد عدد الجلسات على طبيعة المشكلة، ومدى تحسن الحالة، وقد تتباين طول الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج بتباين النظريات الإرشادية والعلاجية، يقول (روجرز) بهذا الخصوص: "إن فترة العلاج وساعته هي فترة نمو موجهة للمسترشد، وأنها خبرة من خبرات الحياة العادية التي لا تخلو من قيود الزمن، نستطيع أن ندرك مدى أهمية تحديد الزمن في الجلسات العلاجية، وأن فهمنا فهما دقيقا واتباعنا لحدود الزمن لمن دواعي تقدم العملية العلاجية، على ألا يكون الإرتباط بالزمن بشكل آلي ميكانيكي، بل يراعى فيذلك أن العلاقات العلاجية هي علاقات إنسانية وليست آلية بأي حال من الأحوال"[2].

يعتقد الباحث أن هذا القول يعارض الرأي السلوكي الذي يضع الإنسان بين المثير والاستجابة، فكارل روجرز بهذا الرأي يريد أن يحر الإنسان من هذين الفكين – مثير واستجابة– فالإنسان حسب رأيه يملك ذات

[1] لمباء عبد الحميد بيومي: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارة العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين.رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قناة السويس، كلية التربية بالعريش.

[2] كارل روجرز: الإستشارة في العلاج النفسي. ترجمة: محمد أحمد غالي.مكتبة الاجلو المصرية، القاهرة. 1971 ص51

يمكنها أن تصنع الفارق إذا ما حاولت أن تنمو بمساعدة المرشد، دون أن يفرض عليها المثير نوع الاستجابة من خلال عوامل معينة (تكرار، تعزيز...).

أما الفترة الزمنية المثالية للجلسة الإرشادية في معظم البرامج الإرشادية التي تتبنى أسس نظرية معينة فتتراوح بين (25 دقيقة إلى ساعة ونصف) بمتوسط قدره (60) دقيقة[1].

وفي الغالب يتوقف طول الجلسة على ما يلي:[2]

- الأساس النظري الذي يستند إليه البرنامج الإرشادي أو العلاجي.
- نوع المشكلة أو الإضطراب النفسي الذي يعاني منه المسترشد.
- شدة المشكلة وتكرارها وخطورتها على المسترشد على المستوى الشخصي أو الإجتماعي أو النفسي.
- الفئة العمرية التي يتعامل معها البرنامج الإرشادي.
- نوع الجلسة هل هي تمهيدية أم جلسة لجمع المعلومات وتطبيق المقاييس النفسية، أم جلسة تشخيص وعلاج...
- أسلوب الإرشاد المستخدم هل هو جماعي أم فردي.

6-8 العقد الإرشادي:

إن العملية الإرشادية التي يقوم بها المرشد مع المسترشد عبارة عن رحلة شاقة تتطلب في كثير من الحالات الحديث عن مواضيع لم يتحدث عنها المسترشد قط، وقد تكون هذه الخبرات مؤلمة تضايق المسترشد ولا يرغب بالحديث عنها لأشخاص آخرين من دون ضمانات معينة.

ولذلك فإنه توجد مسؤوليات كثيرة تقع على الجانبين أثناء العملية الإرشادية لا بد من تحديدها والإتفاق عليها ضمانا لكليهما قبل البدء في العملية الإرشادية وهي كما يلي:[3]

- مسؤوليات وأدوار كليهما في الجلسات الإرشادية.
- السرية التامة لكل ما يدور في الجلسات من خبرات.
- الثقة والتقبل لكل منهما للآخر.

---

[1] احمد محمد الزعبي: الإرشاد النفسي. دار الحكمة اليمانية. صنعاء. 1994 ص122.

[2] رياض نايل العاسمي: المبادئ العامة في تخطيط وتقييم برامج الارشاد النفسي. دار العراب للدراسات والنشر والترجمة، دمشق 2011 ص 230-231

[3] المرجع السابق ص234

- المحافظة على مواعيد الجلسات الإرشادية وعلى الزمن المخصص للجلسة الإرشادية.
- الإتفاق على الأهداف العامة والخاصة للعملية الإرشادية.
- الإتفاق على التقنيات والأساليب النفسية التي تستخدم خلال الجلسات، ويمكن تعديلها إذا اقتضى الأمر برغبة الطرفين.
- الواجبات المنزلية التي يمكن أن ينفذها المسترشد خارج الجلسات.
- التكاليف المادية التي يدفعها المسترشد أو الجهة المسؤولة.

8-7 القائمون على تنفيذ البرنامج:

يتألف فريق العمل الإرشادي أو العلاجي من التخصصات التالية:

1- الطبيب النفسي: ويتضمن دوره العلاجي في إجراءات الطبية الوقائية، وإجراء الفحص الطبي اللازم لعملية الإرشاد، كما يقوم بالعلاج الجسمي بالأدوية، ويتدخل لما تكون هناك حالات طارئة في مركز الإرشاد أو العيادات النفسية، ويقوم بعملية التشخيص الطبي النفسي من خلال الأعراض الظاهرة والغير ظاهرة حسب منهجه الخاص، وكذلك يتعاون مع المرشد في علاج الحالات النفسية والجسمية، كالقرحة المعدية، اضطرابات الكلام، التبول اللاإرادي.

2- المرشد النفسي: ويبرز دوره في تشخيص حالات الإضطراب النفسي، وإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية وتنفيذها، ومتابعة الحالة، وكذلك تطبيق الإختبارات النفسية والشخصية للمسترشدين ومشاركته في إرشاد المسترشد.

3- المحلل النفسي: يلعب دورا هاما في تحليل شخصية المسترشد على المستوى اللاشعوري، بهدف التعرف على الدوافع الدفينة والكامنة وراء هذا الإضطراب.

غير أن الباحث يرى أن تدخل المحلل النفسي بمنهجه التحليلي قد يكون أمرا معيقا في بعض الحالات التي يتبنى فيها المرشد منهجا مخالفا للتحليلي النفسي، وبالتالي لا يرى الباحث ضرورة في اعتماده على المحلل النفسي من اجل مساعدته في الإرشاد إذا كان منهج المرشد يعتمد مثلا على الإرشاد العقلاني الإنفعالي.

4- الأخصائي الإجتماعي: تنحصر مهمته في وضع بحث مفصل عن حياة المسترشد الإجتماعية والأسرية وعلاقته بأقرانه وبأسرته وبأفراد المجتمع عامة، وسلوكه في الجماعة التي ينتمي إليها.

5- أخصائي التأهيل: يشارك هذا الأخصائي الفريق الإرشادي في الإشراف على المسترشدين الذين يخضعون لهذا الأسلوب من العلاج وخاصة المسترشدين الذين أجريت لهم عمليات جراحية تم على إثرها قطع عضو من أعضاء الجسم.

6- الممرضات والممرضون: يقومون بتقديم التمريضية الشاملة من خلال إعطاء المسترشدين الرعاية الطبية والنفسية المناسبة، ويشاركون مع الفريق الإرشادي في تعليم المسترشد ما يلزمه ليستطيع الإهتمام بنفسه داخل المشفى أو خارجه، ويساعدون في كتابة التقارير التي تحمل مدلولات علمية لها علاقة بحالة المسترشد.

7- المسترشدون أو المتعالجون: وهم بؤرة ومركز العملية الإرشادية، فالبرنامج الإرشادي في كل محتوياته وضع لأجلهم، وعليهم تقع مسؤولية نجاح العملية الإرشادية لأنهم هم موضوعها، وهم من يتفاعلون مع الفريق الإرشادي وإجراءاتهم.

8- مسئولون آخرون (إداريون): ودورهم ينحصر في تقديم خدمات متنوعة تتعلق بالأعمال الكتابية اللازمة لتخطيط البرنامج وإعداده وتنفيذه ومتابعته، يعملون على تفريغ البيانات واستخراج النتائج بالحاسوب، إضافة إلى المحاسب المالي ...

8-8 تمويل البرنامج:

تحتاج البرامج الإرشادية إلى تمويل مادي لتعطي النتائج المطلوبة منها، وتختلف تلك التكاليف من برنامج إلى آخر، فبرامج التوجيه التربوي أو المهني التي تطبق في منطقة تعليمية مثلا تحتاج إلى تمويل بسيط، مقارنة مع البرامج التي تطبق على قطاعات تعليمية واسعة، وكذلك البرامج الإرشادية والعلاجية التي تطبق على فئة صغيرة لا تحتاج إلى تميل كبير أثناء تطبيقها على مجتمع واسع، ويقاس ذلك على جمع البرامج سواء كان تطبيقها فرديا أو جماعيا، توجيهيا أو إرشاديا أو علاجيا، كل ذلك يحتاج إلى تمويل مادي

يختلف باختلاف طبيعة البرنامج المستخدم، والمشكلة التي يواجهها، والعينة التي يتعامل معها، والأدوات التي يستخدمها، والقائمين على تنفيذه.[1]

9- الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

ينبغي أن يذكر القائم ببناء البرامج الإرشادية الفنيات التي يستخدمها أثناء تطبيق البرنامج، لأن ذلك يساعد كلاً من المرشد والمسترشد في التعرف على الأثر الذي يحدثه هذا الأسلوب أو ذاك في سلوك المسترشد من حيث خفض الإضطرابات الإنفعالية أو المشكلات السلوكية التي يعاني منها بعد الإنتهاء من تطبيقه، فقد يستخدم المرشد فنية "تنمية المهارات الإجتماعية " للحالات التي تعاني من العزلة الإجتماعية أو القلق الإجتماعي، وقد يستخدم فنية "التحصين التدريجي" أو "فنية الغمر" أو فنية "العلاج باللعب"... عموما سوف نأتي على أهم هذه الفنيات في هذا الفصل لاحقا، يبقى أن نشير إلى بعض المعايير التي يجب الإلتزام بها عند اختيار طريقة دون غيرها، وأهمها:[2]

- أن يتم الإختيار في ضوء طبيعة المشكلة والأهداف الخاصة المطلوب تحقيقها.
- خصائص المسترشد النفسية والعقلية، وذلك حتى يمكن من خلالها معرفة إمكانية تنفيذ الفنية والصعوبات التي تواجهه.
- الشخص القائم بعملية تنفيذ الإجراءات أو الفنيات الإرشادية ، هل هو المرشد؟ الوالدين؟ المعلم؟...الخ
- النظرة إلى التكلفة المادية والتجهيزات والوسائل والوقت المخصص لتطبيق الفنية.
- قبول المسترشد ورغبته في استخدام هذه الفنية أو تلك.
- الخبرة العلمية والعملية لدى المرشد.
- سهولة تطبيق الفنيات على المسترد.
- مناسبة قدرات المسترشد النفسية والعقلية والحركية.
- أن تكون تعزيزية وداعمة لسلوك المسترشد وليست عقابية وتسمح له بتنمية مهاراته وخبراته.

[1] المرجع السابق ص 241

[2] باترسون، س: نظريات الغرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، ج1 دار القلم، الكويت 1990 ص 146.

- أن تكون قائمة على نظرية الإرشاد النفسي حتى يتم التأكد منى فعاليتها وقياس الأثر الذي يحدث في سلوك المسترشد.[1]

10- تحكيم البرنامج وتقويمه:

بعد الإنتهاء القائمين على إعداد البرنامج الإرشادي بصورته الأولية، ترسل نسخة منه إلى جهات عدة من أجل التأكد من مصداقيته وقدرته على إحداث التغيير المطلوب، وأهم هذه الجهات القادرة على تحكيم البرنامج وتقويمه:

1- الخبراء المختصون في بناء البرامج الإرشادية: وخصوصا الذين تكون خلفيتهم العلمية متفقة مع الإطار العام للبرنامج، ويشترط أن يتسم المتخصص بتحكيم البرامج الإرشادية بمجموعة من السمات والخصائص أهمها:

- الموضوعية والدقة: في النظر الخطوات الرئيسية في بناء البرنامج.
- الشمولية في تقويم جميع عناصر البرنامج.
- الخبرة والكفاءة: في مجال تقويم البرامج التي تستند إلى نظرية التي يتبناها في العلاج أو الإرشاد.

2- التطبيق المبدئي للبرنامج من قبل خبراء آخرين، ويتم ذلك بالطلب من خبراء آخرين أو مساعدين تم تدريبهم بشكل كاف على تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة مماثلة للعينة المستهدفة لتطبيق البرنامج عليها بشرط أن لا يعرف هؤلاء الهدف الرئيسي من البرنامج تجنيبا للعوامل الذاتية التي بنتائج البرنامج.

3- الأفراد الذين هم علاقة وثيقة بالمسترشد كالآباء والمعلمين وغيرهم، هؤلاء يعدون ذووا أهمية كبيرة في الحكم على صلاحية البرنامج كونهم في حالات كثيرة سيطبقون البرنامج كاملا وبإشراف المرشد النفسي كحالات التبول اللاإرادي والخوف من المدرسة و...الخ

وفي ضوء ما سبق يقوم معد البرنامج بإجراء التعديلات المناسبة على البرنامج بناء على توصيات لجنة التحكيم، وتطبيقه على عينة تجريبية أولية للتأكد من صدقه ومناسبته للعينة التي سوف يطبق عليها البرنامج. وبعد إجراء التعديلات على البرنامج نتيجة لهذه الخطوة والخطوة السابقة يصبح البرنامج الإرشادي جاهزا لاستخدام مع الفئة التي من أجلها.

[1] عبد الله محمود سليمان: برامج الإرشاد النفسي وأثرها في تنمية طلبة الجامعات ومؤسساتها. المجلد العاشر. ع1. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) . القاهرة 2001، ص206

11- الخطوات الرئيسية في تطبيق البرامج الإرشادية:

يبدأ عادة أي برنامج إرشاد بالإجراءات التالية:[1]

- إحالة المسترشد إلى المرشد: ويكون ذلك من خلال **الزيارة التلقائية** فالمسترشد يأتي في بعض الأحيان إلى العيادة لوحده، وذلك لشعوره بأن لديه مشكلة تضايقه، وتسبب له الألم النفسين ويريد أن يتخلص منها، لذا نراه يلجأ إلى العيادة النفسية من مرافقة شخص آخر، وبقرار شخصي نابع من ذاته. كذلك قد يوجه المسترشد إلى المرشد **من قبل أسرته** حينما يشعر الوالدان على وجه الخصوص أن لدى ابنهم مشكلة ما تحتاج على العلاج. أيضا يمكن أن **تتدخل المؤسسات التربوية** في إحالة المسترشد إلى المرشد نجد منهم مثلا المدرسة أو المؤسسات الاستشفائية أو العقابية.
- الجلسة التمهيدية الأولى وشروط التدخل الإرشادي: هدفها التعرف إلى المسترشد وتقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره وأهدافه والأساليب المستخدمة فيه، واتفاق الطرفين على كل النقاط المطروحة في البرنامج.
- تهيئة المسترشد في الدخول إلى العملية الإرشادية: إذا تبين للمرشد أن حالة المسترشد بحاجة إلى تدخل إرشادي من جانبه أو من فريق العمل الإرشادي، فعلى المرشد أن يقوم في أغلب الحالات بتهيئة المسترشد للدخول في العملية اللإرشادية.
- بناء العلاقة الإرشادية: يكون ذلك بعد أن ينتهي المرشد من رؤية المسترشد الجديد الذي يلقاه لأول مرة، وقام بكتابة تاريخه المرضي، ورتب مواعيد اللقاءات التالية، فمهمته التالية أن يجعل المسترشد يندمج مع المرشد في جو من الألفة والثقة والتقبل والإحرام، والصدق، والواقعية في الحوار، وكذلك المشاركة الوجدانية، حيث يتوقف نجاح العلاقة الإرشادية على هذه الشروط
- جلسة القياس القبلي: وهدف هذه الجلسة قياس شدة المشكلة التي يعاني منعا المسترشد، وذلك من خلال استخدام أساليب القياس الكمية والكيفية، وتسمى هذه الخطوة بمرحلة الخط القاعدي للمشكلة، والتي يمكن أن ينطلق منها المرشد لتحديد اثر التغير الذي سوف يحدثه البرنامج في خفض مشكلة المسترشد.

[1] رياض نايل العاسمي: مرجع سابق ص 268.

- إجراءات التدخل الإرشادي: وهي الأفعال التي يأتي بها المرشد النفسي لمساعدة المسترشد على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية في الخطة الإرشادية، وينبغي أن يكون لكل هدف مرحلي جلسة إرشادية واحدة أو أكثر، ولا ينتقل المرشد على الهدف الذي يليه إلا بعد أن يتحقق الهدف الذي يتناوله بالكامل.
- إتمام باقي لجلسات بحسب الأهداف التي وضعها المرشد مع المسترشد.
- القياس البعدي: هدفه تقييم التقدم الحاصل لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، وهنا يستخدم المرشد المقاييس الخاصة بالمشكلة المحددة والإختبارات التي استخدمها في القياس القبلي، ويعرض المرشد نتائج هذا القياس على المسترشد.
- إنهاء البرنامج الإرشادي: اشرنا في حديثنا السابق إلى أن زمن العملية الإرشادية غير محدد بشكل مطلق، فقد تنتهي بجلسة واحدة، وقد تستغرق عدة جلسات تمتد لشهور، ويتوقف زمن إنهاء العملية الإرشادية على نوع المشكلة، ورغبة المسترشد في الإرشاد، وشخصية المرشد، والأساليب المستخدمة ...ن ويتحدد إنهاء البرنامج الإرشادي عموما بتحقق الأهداف العامة والخاصة للبرنامج الإرشادي والاطمئنان للوصول على السلوك المستهدف.
- التقييم النهائي للبرنامج: وهو عملية مهمة للمرشد النفسي، لأنه يعطيه التغذية الراجعة التي تتعلق بمستوى ما حصل عليه المسترشد من فائدة خلال الجلسات الإرشادية، ويكشف عن مدى نجاحه أو فشله.

يرى الباحث أن هذه الخطوات تتطلب من المرشد أن يتمتع بمهارات عالية في التعامل مع البرنامج الإرشادي ككل، لأن الإنتقال من خطوة إلى خطوة يتطلب دقة في مراجعة سلوك المسترشد هل فعلا حقق الهدف المرجو من كل خطوة؟

ثالثا/ نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعتبر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أحد المداخل المعرفية السلوكية الحديثة في الإرشاد والعلاج النفسي، والذي يولي اهتماما خاصا بالدور الذي يلعبه التفكير في نشأة واستمرار والاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية للفرد، وهو بذلك مدخل فعال للتعامل مع الأفراد الذين لديهم الرغبة لإحداث تغييرات في

حياتهم، والهدف من الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ليس مجرد تخليص الأفراد من معتقداتهم اللاعقلانية وأفكارهم غير الواقعية، ولكن خفض اضطراباتهم الانفعالية على أدنى مستوى، وذلك من خلال العمل على إكسابهم فلسفة أكثر عقلانية وذات فائدة في إدارة الحياة ليكون التفكير العقلاني أسلوبا للحياة.

1- الجذور التاريخية لنظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

تعود الأصول الفلسفية للإرشاد العقلاني الانفعالي إلى الفلسفة الرواقية stoic philosophy، فقد أكد ذلك الفلاسفة إبكتاتس Epictetus، وأيرليوس Aurelius حيث قالا عن أثر الأفكار والتفكير "إن الإنسان لا يتوتر ويقلق ويضطرب عن طريق الأشياء ولكن بفكرته عن تلك الأشياء"[1]، وقد أشار كل من سبينوزا Spinoza، و براتراند راسل Russell إلى ذلك وأكدا أن تفكير الفرد هو المسبب للإنفعال، ومن خلال هذه المنطلقات وضع إليس آلبرت Ellis1973 المبدأ الأساسي لنظريته حيث ذهب إلى أن فرويد Freued قد أشار على ذلك المبدأ في أعماله الأولى مع بروير Breuer 1965 حيث لاحظ أن هناك أعراضا هستيرية ذات أصل معرفي إلا أنه في أعماله الأخيرة كان يتحدث غالبا عن العمليات الانفعالية وكان يقرر من خلال تلك الأعمال أن الاضطرابات الانفعالية منفصلة تماما عن التفكير واهتم بنشأة تلك الانفعالات في الطفولة[2]. أما آدلر Adler فيرى إليس بأنه المروج الرئيسي لـ "إ ع إ س"* حيث تمثل أفكاره الدعائم الأساسية لنظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وقد عرض إليس في كتابه "العلاج النفسي – منظور عقلاني إنفعالي" فصلا عن إسهامات آدلر على هذه النظرية، وفنياته بعنوان "العقل والانفعال في علم النفس الفردي عند آدلر" فقد قال آدلر (1964) بأن "سلوك الفرد ينبع من أفكاره" وأن اتجاه الشخص في الحياة يتحدد من خلال علاقته بذاته والآخرين والعالم الخارجي. وقد وضع آدلر ما يعرف بنظرية SOR (م ت س) (مثير Stimulus، تنظيم Organizatio، واستجابة Réponse) وهي تشبه نظرية ABC (أ ب ج) التي سيتم شرحها لاحقا، ويقول آدلر في ذلك: " ليست الخبرة هي التي تسبب النجاح أو الفشل ولكن إدراك الفرد نحو هذه الخبرة "، وعلى هذا

(1) محمد حمدي نجار: العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، مؤسسة الرسالة، بيروت 2005 ص 16.
(2) محمد حمدي نجار: لعلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية .الرياض ، المرآز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1990 ص 15.
* إختصارا للإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.

الأساس فاتجاه الفرد نحو خبرته في الحياة يمثل الأساس في مستقبل حياته ، ويقول آدلر أيضا: " لإن انفعالات الفرد لا تتحدد بالمعاني التي يكونها عن تلك المواقف" [1]

وقد تطور مصطلح الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي بمراحل عديدة منذ بداية نشأته، فلقد كان يسمى في الأصل العلاج العقلاني Rational therapiy ، ثم سرعان ما تغير على مسمى الإرشاد العقلاني الإنفعالي Rational Emotive Therapy، وذلك في عام (1961) بعد عدة انتقادات من الممارسين للإرشاد والعلاج بأنه يتجاهل الانفعالات والسلوك كمتغيرات أساسية في البناء المعرفي للفرد، ثم تغير المصطلح مرة ثالثة عام (1993) ليكون الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي (ع ع إ س)، وبذلك يعكس المسمى الجديد ثلاث أنماط للتعامل مع الاضطرابات النفسية، فهو يشير إلى أن الفرد يجب أن يفكر ويشعر ويعمل بشكل إيجابي لتغيير معتقداته غير العقلانية إذا أراد أن يغير حياته، وبذلك يتضمن هذا الاتجاه الإرشادي والعلاجي الجديد تفاعلا بين التفكير العقلاني والمشاعر وأنماط السلوك اليومية للفرد[2].

تعليقا على ما سبق نقول أن كل أشكال العلاج النفسي بما فيها العلاج السلوكي تعلم الناس أن يفكروا بطريقة عقلانية وأن يعدلوا من تلك المعتقدات غير الواقعية وغير الإيجابية وبالتالي يسلكون بطرق أكثر إيجابية ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسي يتوقف على مدى التعديل الذي يحدثه المعالج أو المرشد في المحتوى المعرفي للمسترشد.

وتؤكد الدراسات الحديثة لعلماء النفس أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا فيها استخدام العقاقير والأساليب الفيزيولوجية تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها على عوامل معرفية مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التي يحصل عليها المسترشد عن مواقف الخوف، والقلق والاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه واتجاه الشخص نحو المعالج أو المرشد، ونحو الإرشاد النفسي أو العلاج النفسي بشكل عام وهي كلها عوامل تنتمي إلى أسلوب تفكير المريض واتجاهاته العقلية[3].

([1]) روتر، جوليان: علم النفس الاكلينكي .ترجمة :عيطة هنا .دار الشروق ، القاهرة 1989 . ص 143.
([2]) هشام إبراهيم عبد الله: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، دار الكتاب الحديث، القاهرة، ص 20.
([3]) عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي الحديث - قوة الانسان، مكتبة مدبولي، القاهرة 1983 ص154

2- أهداف نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يقرر إليس Ellis أن المسترشد يلجأ إلى المرشد العقلاني الانفعالي طلبا للمساعدة في الوصول إلى السعادة، وتحقيق النجاح في الحياة وغالبا ما يكون واقعا تحت وطأة التقييمات الذاتية السلبية Nigative Self- Evaluations، والمعتقدات غير العقلانية، والمطالب الذاتية غير الواقعية، وهدف المرشد هو أن يجعل المسترشد يفهم تلك المعتقدات ويخفض من مستوى مطالبه الذاتية اللامعقولة.

وقد وجد إليس أن (إ ع إ س) يساعد المسترشد على أن يتفهم لاعقلانيته من خلال العلاج النشط الموجه، وتعليمه السلوكيات المعرفية الانفعالية وكيفية مواجهة أنظمة القيم الخاذلة للذات، وهو بذلك لا يهاجم المسترشد مباشرة إنما يهاجم معتقداته غير الواقعية وتنمية مقدرته الذاتية على تحمل الإحباط المرتبط بالأفكار والعادات... ويعتمد إليس في ذلك على أسلوب مناقشة المسترشد في مشكلاته ساعيا لتعديل فلسفة حياته ومهاجمة معتقداته[1].

ونخلص مما سبق أن (إ ع إ س) يهدف على إكساب المسترشد الاستبصار على ثلاثة مراحل هي:

أولا/ فهم إرتباط الشخصية الخاذلة لذاتها بأسباب سابقة تكمن أساس في معتقدات الشخص وليس في إطار أحداث منشطة حاضرة أو في الماضي.

ثانيا/ أن يفهم المسترشد أنه بالرغم من كونه كان مضطربا إنفعاليا أو بوجه أدق جعل نفسه مضطربا في الماضي إلا أنه مضطرب الآن أيضا لأنه لازال يفرض على نفسه نفس النوع من المعتقدات الخاطئة وانه لازال يدعمها بنشاط في الحاضر عن طريق تفكيره المختلط وأفعاله اللاعقلانية فإذا لم يعترف المسترشد إعترافا كاملا بمسؤوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللاعقلانية ومواجهتها فإنه من غير المحتمل أن يحاول الخلاص منها.

ثالثا/ اعتراف المسترشد بوضوح تام بأن نزعته هو للتفكير الملتوي هي التي خلقت إضطرابه الانفعالي في المحل الأول.

([1]) المرجع السابق: ص ص 21-22

ونظرا لتبني المسترشد هذه المعتقدات والعادات وهي التي تبقى على تفكيره اللاعقلاني، فإن تصحيح هذه المعتقدات اللاعقلانية والاستمرار في تصحيحها يتطلب عملا صعبا ومرنا جادا مستمرا، وعليه أن يتعرف أن النوعين الأولين ليسا كافيين وأن تأثيرهما سيكون وقتيا فقط.

3- مبادئ ومسلمات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

قدم إليس عددا من المبادئ والمسلمات المرتبطة بنظرية (إ ع إ س) وتعتبر هذه المسلمات والأسس بمثابة المدخل لتفسير ونشأة الاضطراب النفسي وتتمثل في[1]:

أ- **العقلانية: Ratoinality** إن الإنسان ولد ولديه نزعة قوية لتحقيق السعادة والتخلص من الآلام ولديه رغبة قوية في الاختيار والعقلانية، نعني اختيار طرق التفكير الملائمة و الواقعية و التي تؤدي إلى تحقيق هدف الإنسان في السعادة وعلى العكس منها اللاعقلانية لدى الإنسان وتشمل طرق التفكير السالبة التي تجلب التاسعة والشقاء، كما تتضمن العقلانية تحقيق التوازن في التفكير بين المدى القريب (هنا والآن) والمدى البعيد(المستقبل) وإعمال العقل في الاختيار.

ب- **العقل والانفعال: Reason and Emotion** يقرر إليس أن التفكير والانفعال مرتبطان عن قرب في علاقة تبادلية وثيقة، فالتفكير قد يصبح سببا للإنفعال والعكس صحيح، وأن كلا من التفكير والانفعال يأخذان شكل محادثة الذات Self-Talk عن الانفعالات وطرق التفكير.

ت- الانفعالات الملائمة وغير الملائمة: Appropriate And Inoppropriate Emotions يقرر إليس أن (إ ع إ س) لا يرفض الانفعال ولكن يدعو إلى الانفعال بشكل ملائم ولائق أما الانفعالات الغير ملائمة فهي تكون متداخلة مع تحقيق الاتزان المعقول بين المدى القريب والبعيد فالحذر أو التقيض عند القيام بالمهام الضرورية للوقاية من القلق ويرى أن انفعالات الفرد غير الملائمة تعتبر العامل الأساسي في التفكير غير العقلاني ويعرض عددا من الانفعالات المتداخلة مع السلوك المضطرب منها العدائية وعدم الارتياح فهما الأساس في الفعل غير العقلاني.

ويشير إليس أيضا بأن لا نعتقد للحظة بأن (إ ع إ س) يحاول أن يسلبنا مشاعرنا ويجعلنا نخفف من حدتها على الإطلاق، عن المشاعر والانفعالات أساسية لدى البشر وكما يشير بيتر لانغ " Piter Langu

---

([1]) عبد الستار إبراهيم: المرجع السابق ص25.

العواطف– الانفعالات– هي عبارة عن انفعالات يكون فيها الكائن الحي مفطورا على أفعال البقاء فتتحرك العناصر المستجيبة. وفي عدة دراسات أشار ستيفن رايس Stiven Raiss إلى أن لدى الأشخاص حوالي خمسة عشر حافزا ورغبة أساسية على فرضية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي إن تمسكوا بهذه الحوافز والرغبات بقوة فعلى الأرجح سيقودون أنفسهم إلى القلق والهلع عندما يشعرون بعدم الرضا ويضيف رايس قائلا "إن التقلبات في رغبتنا تجعل منا أفرادا مميزين"[1]

وبالتالي فالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يؤيد شعورك بالأحاسيس بما في ذلك الأحاسيس الجياشة، ولكنه يمنحك الخيار بالشعور بالأحاسيس غير المضرة مثل الشعور بالندم وخيبة الأمل والإحباط عندما تكون رغباتك محبطة فتعمل على تحقيقها بأحاسيس مضرة مثل الهلع والكآبة والغضب، فأنت تملك الخيار في كيفية الشعور.

ث– الميول البيولوجية: ويقرر إليس أيضا أن الإنسان يولد ولديه نزعة قوية لأن يكون عقلانيا أو غير عقلانيا فالكائن العضوي لديه إستعدادا طبيعي لان يسلك بطرق عقلانية وأن يعدل ويستبعد بعض أنماط السلوك غير المرغوب فيها، واللاعقلانية لدى الإنسان لا ترتبط بالمستوى الثقافي والاجتماعي وقد تنشا من إحساس الفرد بالفشل أو عندما يفقد شيئا عزيزا ويقدم إليس (1979) أساسين هامين من أسس الشخصية في نظرية (إ ع إ س) وهما:

– **الأسس الفيزيولوجية للشخصية:** تشير النظرية العقلانية الانفعالية للشخصية إلى أن الكائن الإنساني يصنع اضطراباته الانفعالية بنفسه وأنه يولد ولديه رغبة قوية للقيام بذلك وأن يتعلم من خلال الاشتراط الاجتماعي تدعيم وتعزيز تلك الرغبة غير العقلانية وتؤكد أن لدى الكائن الإنساني بالرغم من ذلك قدرة كبيرة على الفهم الواضح لما يعتقد أنه خطأ وغير عقلاني ويسبب اضطرابه وتوتره لأن لديه مقدرة فريدة للتفكير في تفكيره ولديه موهبة فريدة على الضبط الذاتي أو على إعادة الاشتراط الذاتي وأن الكائن الإنساني إذا فكر وفعل بقدر كافي لفهم ومناقضة نظم معتقداته فإنه يستطيع التوصل إلى تغيرات هامة ومهدئة وشافية وواقية من رغباته واتجاهاته المسببة للضرر وهو إذا حصل على المساعدة للخلاص من تفكيره الخاطئ ولانفعالاته المضطربة وسلوكه غير الوظيفي عن طريق علاج موجه نشط وإيجابي وذلك من خلال المناقشة والحوار

([1]) آلبرت إليس: العلاج الذاتي المعمق لعواطفك، الدار العربية للعلوم، بيروت 2004 ص 28.

الفلسفي والواجبات المنزلية وبذلك يتوقع أنم يغير معتقداته المسببة للأعراض بقدر أكبر مما لو تعرض للعلاج التحليلي أو العلاج الوجودي أو تعديل السلوك.

- **الأسس الاجتماعية للشخصية:** ترى هذه النظرية أن النضج الانفعالي هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الاهتمام بها، ذلك انه إذا كان هذا الاهتمام كبيرا جدا أو قليلا جدا فغن الفرد سوف يميل على أن يخفف في تحقيق مصلحتهن وان يسلك بطريقة اجتماعية أو عدوانية، ويجب على الفرد أن يتفهم حقيقة مؤداها أنه من المرغوب فيه أن يكون علاقات طيبة مع الآخرين، ولكن ذلك ليس ضروريان فإنه سوف يميل على أن يشعر بالاتزان الانفعالي.

4- تفسير الإضطراب الانفعالي حسب الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.

لقد قدم إليس بحثه الأول حول العلاج السلوكي العاطفي الانفعالي في المؤتمر السنوي للجمعية الأمريكية الخاصة بعلم النفس عام 1956 في ذلك الحين سجل أثني عشر اعتقادا لا عقلانيا شائعا تمسك بهم مرضاه عندما كانوا يزعجون أنفسهم ، فواصل عمله إلى أن سجل ما فوق الخمسين اعتقادا لاعقلانيا شائعان وبعد التفكير مليا بهذا الموضوع مع مر السنين أدرك أن هناك عددا من الاعتقادات اللاعقلانية الشائعة التي تؤدي إلى الاضطراب العاطفي، ولحسن الحظ يمكن تصنيفها تحت ثلاث عناوين رئيسية[1]:

- "لابد من التصرف بشكل جيد"
- "لا بد أن يعاملني الآخرون بطريقة ملائمة"
- "يجب أن لا أجد ظروف الحياة صعبة جدا"

إستخلص إليس من خلال الدراسات التي قدمها في ميدان الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي عدة سمات الخاصة بالاعتقادات اللاعقلانية منها[2]:

1. **المطالبة: Demandingness** حيث يرى إليس وجود علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومطالبه واضطرابه الانفعالي كأنه يسر على إشباع تلك المطالب أو ينجح دائما في عمله ما دون أدنى إخفاق، ويحدث الاضطراب الانفعالي عندما يحدث الشخص ذاته باستمرار عن تلك المطالب والتي يسر على

([1])المرجع السابق: ص 29.

(2) A. Ellis : Reason and Emotion In Psychotherapy ;

فرضها على ذاته أو على الآخرين أو العالم ويردد دائما كلمات مثل "يجب must" أو "ينبغي should" ويقرر إليس أنه ينبغي التقليل من ترديد الفرد لتلك الكلمات وخفض مستوى مطالبه غير العقلانية.

2. **التعميم الزائد Over – Generalization:** يرى إليس أن الفرد قد يلجأ إلى تعميم النتائج التي لا تعتمد على تفكير دقيق والتي عادة ما تقوم على الملاحظة الفردية، مثال: " أنا فشلت في الاختبار" ويكون تعميم تلك النتيجة على النحو التالي: "أنا عادة ما أفشل، أنا لا أمتلك القدرة على النجاح".
3. **التقدير الذاتي: Self– Rating** يقرر إليس أن التقدير الذاتي يعد من أشكال التعميم الزائد فالفرد لديه المعرفة بالرؤية الذاتية للأفعال والموافقة ولكن الضغوط ذات أهمية في تحديد موقف الفرد تجاه الأحداث، حيث غالبا ما يردد كلمات التمتع بالحياة ويلجأ إلى نمط التفكير الملتوي المختل وظيفيا وغير عقباني عند تقدير القيمة الشخصية ويعرض إليس ثلاث تقديرات سالبة للتقدير الذاتي وهي: الميل على الترتيبات الخاطئة والمطالب غير الواقعية ومن ثمة التعارض مع الآداء، لذلك ينبغي لأن يعدل الفرد من فلسفته نحو مشكلة القيمة الشخصية من خلال تقبل الذات .
4. **الترعيب (الفضاعة): Awfulizing** ويرتبط ذلك بمطالب الفرد غير المنطقية والتي غالبا ما يريد تحقيقها بشيء من الفضاعة أو الرعب، ويؤدي هذا الأسلوب إلى الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على الحل العقلاني للمشكلة، ويركز (إ ع إ س) على تعديل تلك المطالب وتغيير أسلوب المسترشد في حل المشكلات.
5. **أخطاء التنسيب أو التفسير (العزو): Attribution Errore** : حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أفعاله الخاطئة إلى أفراد آخرين مما يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية وحالاته الإنفعالية وسلوكه، ومن أخطاء التنسيب: لوم الذات المستمر ولوم الآخرين ويشير إليس إلى وجود العديد من المعتقدات والأفكار الغير عقلانية المرتبطة بأسلوب العزو الخاطئ.
6. **اللاتجريب (بدون تجربة): Anti– Empirisim:** ويعني أن الأفكار العقلانية لا تكون مستمدة من الخبرة التجريبية للفرد، من حيث الدقة والصدق ويحاول إليس من خلال (إ ع إ س) أن يعلم الفرد أن يستمد أفكاره من تجاربه الدقيقة ورؤيته المنطقية ويوجد العديد من الأفكار الغير عقلانية التي لا تستند إلى خبرة تجريبية منطقية وتسبب السلوك المضطرب للفرد.

7. **التلقين (التكرار): Répétition:** يقرر إليس أن الأفكار غير عقلانية غالبا ما تكرر وتعاد مرات كثيرة بأسلوب لاشعوري، وأن الضغوط الداخلية والخارجية تجعل لدى الفرد ميلا قويا تجاه تكرار الأفكار الخاذلة للذات.

ولقد عرض إليس كتابه " العقل والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion In Psychotherapy " فصلا خاصا يتناول فيه الأفكار الغير عقلانية على قاعدة السمات التي سبق ذكرها، حيث تؤدي هذه الأفكار أو المعتقدات إلى الاضطراب الانفعالي وقد بلغت في بداية عمل إليس إحدى عشرة فكرة غير عقلانية تسبب الاضطراب الانفعالي، وقد استخدم إليس كلم أو فكرة أو إعتقاد ليؤكد قدرة الفرد على تعديلها وهذه الأفكار هي:

- **طلب الاستحسان: Demand For Approval**

" من الضروري لأن ينال الفرد حب واستحسان كل المحيطين به"

وهذه الفكرة غير عقلانية حيث تمثل هدفا لا يمكن تحقيقه، حيث إنه من المستحيل أن ينال الفرد ذلك، وعندما يحاول الوصول إلى ذلك فإنه غالبا ما يصاب بالقلق والإحباط وعدم الأمن، إنه لشيء جميل أن يشعر الفرد بالحب من الآخرين، ولكن الشخص العقلاني لا يضحي باهتماماته ورغباته لكي يحقق هذا الهدف.

- **إبتغاء الكمال الشخصي: Personal Perfection**

"ينبغي على الفرد لأن يشعر بقيمته وكفاءته ابتغاء الكمال في كافة الأعمال"

هذه أيضا فكرة غير عقلانية حيث إنها من الأمور صعبة التحقيق وسعي الفرد لتحقيق ذلك يجعله عرضة للفشل والإحساس بعدم القيمة والعجز وفقدان الثقة بالذات، أما الشخص العقلاني فهو من يجتهد لتحقيق الأفضل في حدود إمكانياته والاستمتاع بذلك العمل الذي يؤديه.

- **اللوم الزائد للذات وللآخرين: Balme- Proneness**

" ينبغي لوم وعقاب الناس الأشرار الجبناء"

وهذه فكرة غير عقلانية حيث لا يوجد معيار مطلق للصواب والخطأ وكل إنسان قد يقع في هذا الخطأ، وبذلك فإن أسلوب العقاب واللوم والتوبيخ لا يؤدي إلى تحسين السلوك بل قد يؤدي على ما هو أسوء منه، أو إلى اضطراب انفعالي أكثر منه شدة، والشخص العقلاني لا يلوم ذاته ولا الآخرين إنما يحاول أن يفهمهم بأسلوب توجيهي ويعترف بأخطائه ويحاول تعديلها ولا يعتبر ذلك كارثة.

- **توقع المصائب (الكوارث): Catastrofizing**

" عندما تسير الأمور بعكس ما يريد الإنسان فإن ذلك لمن الفضاعة والمصائب"

وهذه فكرة غير عقلانية لأنه من المستحيل أن يحقق الفرد كل مايتمناه وأمه من غير المنطقي أن يسبب ذلك انزعاجا وتوترا وحزنا للأسباب التالية:

أ- لا يوجد ما يدعو لاختلاف الأمور عما هي عليه في الواقع.

ب- إن الاستجابة للإحباط بالحزن والانزعاج لن يغير شيئا مما قد حدث.

ت- إنه لمن الأفضل أن يتقبل الفرد الموقف على ماهو عليه.

ث-إن الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا تصور الفرد أن تحقيق ذلك كان يجب أن يكون حتميا.

- **التهور الانفعالي (عدم المسؤولية الانفعالية) Emotional Irresponibilitiy**

" إن التعاسة والشقاء تعود على ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها".

وهذه فكرة غير عقلانية، فالأحداث الخارجية لا تكون مدمرة إلا من خلال الكيفية التي يتم بها إدراكها، فالاضطراب الانفعالي للفرد يرتبط بأسلوبه في إدراك الأحداث وردود أفعاله نحوها، وذلك ما تؤكده المدرسة المعرفية في تفسير الاضطرابات، والشخص العقلاني الذي يعرف أن تعاسته أو سعادته تأتي من داخله أكثر مما تأتي من العالم الخارجي، وينبغي أن يتعلم تغيير ردود أفعاله نحو الأحداث الخارجية وذلك بإعادة النظر فيها وتعديل نظرته السالبة نحوها.

- **القلق الزائد عن الإهتمام: Anxious Overconcern**

" ينبغي أن يتوقع الفرد الأمور الخطيرة التي تبعث الانزعاج والتوتر ويكون مستعدا لمواجهتها"

هذه فكرة غير عقلانية لأن التوقع الدائم للأشياء الخطرة يؤدي إلى العديد من الأضرار منها:

أ- أنه يمثل مانعا في سبيل التقويم الموضوعي لإمكانية حدوث الكارثة الخطيرة.

ب- أنه يمثل عقبة في سبيل تقبلها والتعامل معها ومواجهتها.

ت- قد يردي إلى حدوثها فعلا.

ث- قد يؤدي على تضخيم نتائجها .

ج-يزيد من قلق الفرد وتوتره.

والشخص العقلاني يتعامل مع الأحداث بموضوعية ويواجهها في حالة وقوعها ويتجنب المخاوف الناتجة عن التوقع المستمر للخطر.

- **تجنب المشكلات: Problemse Avoidance**

" ينبغي على الفرد تجنب بعض المشكلات والمسؤوليات أفضل من مواجهتها"

وتعتبر هذه الفكرة غير عقلانية أيضا لان تحاشي المشكلات وتجنب المسؤوليات يترك أثرا مؤلما ويؤدي إلى تراكمها وظهور مشكلات أخرى، وإلى الإحساس بعدم الرضى وفقدان الثقة في النفس، والهروب من تحمل المسؤوليات يسبب إزعاجا وتوترا أكثر للفرد، والشخص العقلاني هو الذي يحلل المواقف ويؤدي إلى ما يجب عليه أن يؤديه دون هروب، وعليه أن يتجنب الأمور المؤلمة والتي قد لا تكون ضرورية له والتي لا تسبب له أذى مباشرا.

- **الاعتمادية: Dependency**

" ينبغي أن يعتمد الفرد على شخص آخر أقوى منه"

هذه فكرة غير عقلانية حيث لا يوجد ما يدعو إلى المبالغة في الاعتمادية على الآخرين حيث تؤدي إلى فقد الاستقلالية والإحساس بالذات وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والفشل في التعلم، حيث يكون الفرد تابعا لمن

يعتمد عليه، والشخص العقلاني هو الذي يعتمد على ذاته ويكافح في سبيل الوصول على أهدافه، حيث يشعر بتحقيق الذات كما أنه لا يرفض المساعدة، وعند فشله ينبغي أن لا يشعر بأن ذلك فضيع أو مدمر.

- **الشعور بالعجز:Help Less Ness**

" الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية لسلوك الفرد في الحاضر"

وهذه فكرة خاطئة لأن حلول الفرد في المواقف الماضية قد لا تكون مناسبة كحلول للمشكلات التي يتعرض لها الفرد في الحضر، والخبرات السابقة المؤلمة إذا ما حاول الفرد استرجاعها تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، والشخص العقلاني الذي يستفيد من الخبرات المؤلمة في الماضي حيث إن الماضي يعد مهما للحاضر ولكنه ليس مسئولا عن ما قد يعانيه الفرد من متاعب حالية.

- **الانزعاج من متاعب الآخرين:Apset For Peole's Problems**

" يجب على الفرد أن يحزن وينزعج عندما تحل بالآخرين كارثة أو مشكلة ".

هذه فكرة غير عقلانية لأن ما يصيب الآخرين من متاعب لا يجب أن يكون مصدر حزن وهم لنا، والشخص العقلاني هو الذي يتمالك نفسه في مثل تلك المواقف المؤلمة ويوقف أي أفكار تجرفه في تيار الحزن والتوتر حتى يتمكن من مساعدة الآخرين.

- **الحلول الكاملة: Perfect Solutions**

" هناك حل كامل لكل مشكلة واجب الوصول إليه وغلا فقد تكون الكارثة الكبرى "

هذه فكرة غير عقلانية وافتراض غير معقول لعدة أسباب منها:

أ- لا يوجد ما يسمى بالحل الكامل الصائب لكل مشكلة .

ب- إسرار الفرد على وجود مثل هذه الحلول يعرضه للقلق والخوف والفشل.

ت- طلب الحلول الكاملة دائما يؤدي إلى حلول ضعيفة غالبا.

والشخص العقلاني هو من يبحث عن حلول كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ويختار أفضلها وأكثرها واقعية وقابلية للتنفيذ، وعليه أن يدرك أنه لا يوجد حل كامل مطلق.

ويضيف عبد الستار إبراهيم (1983) الفكرتين التاليتين[1]:

- "إن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد" بدلا من " على الإنسان أن يفعل شيئا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته، وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته".
- " على الإنسان أن يضع متطلبات صارمة على عمله أو آدائه أو تصرفاته وأنه من الفضيع أن يحيد عن المتطلبات " بدلا من: " إننا يجب أن نعمل لأننا نحب ما نعمله، وأن من الأحسن أن يكون ما نعمله مضبوطا ودقيقا في حدود إمكانياتنا" .

5- نموذج ABC في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يرى إليس Ellis أن العواقب الانفعالية لا تسبب أحداث نشطة ولكن تسببها نظم عقائدية معرفية وسيطة، وهذا الاعتقاد يعتبر مركز (إ ع إ س) ويقدم إليس Ellis هذا النموذج على النحو التالي:

- A- Activating Event حدث نشط
- B- Belief System نظام معتقدات الفرد
- C- Emotional Behavioral Consequence نتيجة إنفعالية وسلوكية
- D- Dispute دحض ومناقشة
- E- Effect (Psychological Health) الأثر (الصحة النفسية) إحلال أفكار أكثر عقلانية

في ضوء هذه النظرية يرى إليس أنه حين يحدث للفرد عواقب إنفعالية مضطربة مثل (القلق، غضب، عدائية، إكتئاب) (C) يعد حدثا منشطا أو خبرة محركة لها دلالة (A)، فإن (A) قد يبدو أنها السبب في إحداث العاقبة الانفعالية ولكن إليس يرى أن العاقبة الانفعالية المضطربة ليست ناتجة مباشرة عن الخبرة المحركة ولكن يخلقها على حد كبير نظام معتقدات الفرد غير العقلانية (B)، وحين يقوم المرشد العقلاني

([1]) عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، مكتبة مدبولي، القاهرة 1983 ص 171.

الانفعالي بمناقشة ودحض تلك المعتقدات غير العقلانية، فإن العواقب الانفعالية المضطربة سوف تختفي ويتمتع الفرد بالصحة النفسية.

فالعواطف والانفعالات تنشأ أساسا نتيجة لأشياء بفعلها بفعالية، كما تنشا بالدرجة الأولى نتيجة لما نخبر به أنفسنا بأننا مسئولون مسؤولية كاملة عن عواطفنا، ولذلك فالأفراد الذين يترددون على المعالج يعتقدون وبقوة أن (A) هي التي تسبب (C)، ولكن هذا الاعتقاد خطأ، حيث عن المعتقدات اللاعقلانية (Ib) هي التي تسبب (C) أي الاضطراب الانفعالي [1].

في حالة تمسك الفرد بمعتقداته العقلانية حول الرفض فإنه سيمر بخبرة في مشاعره العميقة بحيث يعيش الحالة (C)، وتختلف هذه الحالة عن تلك التي تنشأ نتيجة المعتقدات غير العقلانية وهي: (القلق، والاحساس بعدم القيمة، والإكتئاب).

ونتيجة للمعتقدات العقلانية فقد يشعر (بخيبة الأمل، والإحباط، والضيق)، وفي هذه الحالة فإن مشاعره سوف تكون ملائمة تماما للخبرات والأحداث المثيرة حيث إنها ستقوم بدفعه نحو تغيير حياته، وبذلك يمكنه أن يحظى بقبول الآخرين في المستقبل، مما يمكن أن يؤدي إلى إحساسه بالسعادة [2] .

وقد اهتم إليس من خلال تلك النظرية بالفرد في مرضه وصحته، وقد ركز على الخطوة (B) وهي المعتقدات غير العقلانية والتي تسبب العواقب الانفعالية السلوكية المضطربة ومهمة المرشد العقلاني تتمثل في مهاجمة تلك المعتقدات غير الواقعية والمدمرة للذات، وتعليم المسترشد أنماط تفكير أكثر عقلانية وواقعية وإيجابية.

6- الفروض الإكلينيكية والشخصية للإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

قدم إليس في دراسته كل الفروض التي تقوم عليها نظريته في الإرشاد والعلاج النفسي، ويبلغ عددها 32 فرضا، وفي هذا الصدد نبه إليس إلى حقيقة مهمة مؤداها أنه لا يمكن أن يتم فهم أي نظرية من نظريات الإرشاد النفسي دون توفر قدر كاف من الأدلة التجريبية التي تدعمها، وبما أن الإرشاد العقلاني الانفعالي

([1]) Leroy. G. B. And charles. H. H : Counseling And Psychotherapy - Thioretical Analysis And Sklls Aplications, Abell And Howell Company 1985 p 98.
([2]) ELLIS.A : the nop- out theapy, psychlogy toda, 1973 p 56.

السلوكي – مثل أي نظرية من نظريات تغير الشخصية – يتسم بقدر كبير من الاتساق المنطقي وتحقيقه نتائج جيدة،فإنه لا يمكن اعتباره علاجا ناجحا إلا بعد إجراء الدرسات التجريبية، ويمكن اعتبار هذا الأسلوب ذو فعالية حيث أشار إليس Ellis إلى أن أكثر من 90% من نتائج الدراسات المنشورة تؤيد فعالية وصحة نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، في حين أشارت النسبة الباقية (10%) إلى نتائج سالبة أو متناقضة، وقد أرجع إليس ذلك إلى وجود عيوب منهجية في هذه الأبحاث.[1]

وفيما يلي هذه الفروض بشيء من الاختصار وبالترتيب نفسه الذي عرضه إليس في دراسته[2] وهي كما يلي:

أولا/ الفروض المتعلقة بنموذج (ABC)

الفرض الأول : التفكير يسبب الانفعال

التفكير والانفعال الإنساني ليسا عمليتين مختلفتين ، ولكن تأكد بالأدلة أن هناك عمليات معرفية وسيطة بين المثير والاستجابة .وما نطلق عليه إسم(لانفعالات والسلوكيات) لا يرتبط برد فعل الإنسان نحو بيئته فقط، ولكنه يتوقف أيضاً على أفكاره ومعتقداته واتجاهاته نحو هذه البيئة .ووفقاً لمصطلحات (ABC) في الشخصية فأن" A " حادث نشط أو خبرة ليس بالضرورة يسبب" C " النتيجة الانفعالية ولكن"B " (اعتقاد الناس حول"A") تكون أكثر أهمية وإسهاماً بل وتسبب "C " ، ويعتقد إليس Ellis أن هذا الفرض يمثل المركز الرئيسي بالنسبة لمجال " A " وأساليب العلاج المعرفي السلوكي الأخرى.

الفرض الثاني: يتأثر الفرد بالأحاديث الذاتية ودلاله الألفاظ التي يرددها الفرد بينه وبين نفسه عن الأشياء .

يتحدث الناس على أنفسهم وإلى الآخرين بدون موضوعية، وهم ينظرون إلى الأشياء من منظورهم، وحسبما يحدثون أنفسهم بها يؤثرون بوضوح على انفعالاتهم وسلوكهم، وأحيانا يقودهم ذلك على الاضطراب الانفعالي.

([1]) ELLIS.A Major Contributions(Rational - Emotive Therapy. Research Data That Supports The Clinical And Personality hypotheses Of Ret And Other Modes Of Cognitive- Behavior Therapy). 1977 p 3.

([2]) المرجع نفسه ص 20.

الفرض الثالث: تتأثر الحالة بمعارفه ومدركاته ومعتقداته

تعتمد الحالات المزاجية لأفراد أساسا على ما يعتقدونه أو ما يحدثون أنفسهم به، فهم عندما يتحدثون على أنفسهم ، ويعتقدون في الأفكار التي تبعث على التفاؤل والأمل والبهجة فإنهم يميلون إلى الشعور بالسعادة والبهجة والمتعة، ولكنهم عندما يتحدثون إلى أنفسهم ويعتقدون في الأفكار التي تبعث على التشاؤم والسخرية والتنبؤ بمستقبل غير ممتع، فإنهم يميلون على الشعور بالحزن والتعاسة والاكتئاب.

الفرض الرابع: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالوعي والبصيرة ومراقبة الذات.

بالإضافة إلى قدرة الأفراد على التفكير (والتعميم) فان لديهم القدرة على التفكير في طريقة تفكيرهم وكذلك التفكير في أفكارهم عن تفكيرهم وهم غالبا يلاحظون سلوكهم ويعرفونه وعن طريق الملاحظ والمعرفة يؤثرون سلوكا بعينه أو يغيرونه .

الفرض الخامس: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتصوراته وتخيلاته:

يذكر إليس Ellis أن الأفراد لا يفكرون فقط فيما يحدث لهم بالكلمات والمحادثة والجمل، وإنما أيضاً بأسلوب غير لفظي يعتمد على التخيل والتصور والأحلام حيث يشمل التصور الوسائل ، والترميز التصوري الوسيطة بين الانفعال والسلوك، وتلك المعرفة ذات إسهام واضح في الانفعالات والسلوك والاضطرابات الانفعالية .أو في مساعدة أنفسهم لتغيير تلك الانفعالات والسلوكيات المضطربة.

الفرض السادس: توجد علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك

يقرر إليس Ellis أن معرفة الإنسان وانفعاله وسلوكه ليست موضوعات مستقلة عن بعضها البعض أو مفصولة عن بعضها لبعض، ولكن توحد علاقة متبادلة بين كل منها، حيث يؤثر كل منها على الآخر بفاعلية، فالمعرفة تدعم الانفعال والفعل الخارجي ، وعندما يحاول الفرد تغيير أحد تلك العناصر الثلاثة (المعرفة والانفعال والسلوك) فإن عليه أن يغير العنصرين الآخرين .والعلاج النفسي الفعال يحاول مساعدة العملاء على أن يغيروا اضطرابهم الانفعالي وسلوكهم المختل، وذلك عن طريق تعليمهم أنماطاً عديدة من المعرفة والانفعال وفنيات سلوكية لتغيير الشخصية.

الفرض السابع: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالتغذية الحيوية المرتدة ومستوى التحكم في العمليات الفيسيولوجية.

عندما يدرك الناس أن تفكيرهم وانفعالهم وعملياتهم الفسيولوجية توجد بينها علاقة ارتباطيه، فأنهم غالباً ما يفكرون في تلك العمليات الفسيولوجية، مما يكون له أثر على سلوكهم في المستقبل، وبالتالي قد تتحقق لهم الصحة النفسية إذ ساعدوا أنفسهم في ذلك، وقد يتعرضون إلى الاضطراب الانفعالي إذا شعروا بالانهزام وانكسار الذات.

الفرض الثامن: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بمؤثرات غريزية

يظهر الناس لديهم ميولاً غريزية قوية مثل الميول المكتسبة في التفكير والانفعال والسلوك بطريقة مؤكدة، ولكن من الواضح أن السلوك لا تسببه الميول الفطرية فقط، ولكن تؤثر أيضاً عوامل أخرى مثل البيئة والتعليم، والتي تساهم في السببية، كما أن الميول البيولوجية الفطرية تساهم في خلق الانفعالات المضطربة وتدعيمها..وعلى المعالج النفسي أن يواجه تلك الحقائق لمساعدة العميل على أن يدرك الأسباب المعقدة لاضطرابه الانفعالي، وكيف يمكن التخلص من الاضطراب، وكيف يمكن أن ينتكسوا بسهوله إلى الاضطراب مما ينتج عنه السلوك المختل وظيفياً.

الفرض التاسع : يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتوقعه والمتغيرات المؤثرة في هذا الواقع.

عندما يتوقع الأفراد حدوث شيء ما، أو يتوقعون أن الأفراد الآخرين سيفعلون شيئاً، أو يدبرون لهم حدثاً ، فأنهم يتصرفون بناء على تلك التوقعات، وتعتبر التوقعات المعرفية ذات أثر كبير في اضطرابهم الانفعالي ومدى استجاباتهم للعلاج، ويمكن للمرشد العقلاني الانفعالي أن يستخدم توقع العملاء وتوظيفها إيجابياً تجاه الأفراد الآخرين ومساعدتهم في التخلص من اضطراباتهم.

الفرض العاشر: تؤثر وجهة الضبط لدى الفرد في انفعاله وسلوكه

وعندما يتطلع الناس إلى بعض المواقف، ونحو ردود أفعال الآخرين وسلوكهم وقدرتهم على التحكم الذاتي، فإنهم يتصرفون بطريقة مختلفة عما إذا كانت تلك المواقف والسلوكيات خارجية المصدر، وخارج نطاق تحكمهم الذاتي، ومن الممكن أن يحسنوا من درجة الاختلال الوظيفي لانفعالاتهم وسلوكهم إذا قام المرشد

النفسي بمساعدتهم في تعلم أساليب استخدام المصادر الخارجية للتفاعل .ويوضح لهم كيف تؤثر عليهم أفكارهم وانفعالاتهم على سلوكهم، مما يؤدي إلى خفض اضطرابهم الانفعالي.

الفرض الحادي عشرة: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بأخطائه في عمليات التفسير أو العزو.

يتسم الإنسان بالدافعية والسببية و الفرضية تجاه الأفراد الآخرين، وأيضاً سلوك الفرد نحو الأحداث الخارجية، وأيضاً تؤثر فيه الحالة الطبيعية الداخلية .وهذا يعمل على تأثير فعال في انفعالاتهم وسلوكهم . وغالباً ما يبني الأفراد دوافعهم على مدركات ومفاهيم محرفة ومشوهة، مما يتسبب في حدوث الاضطراب الانفعالي ويدعمه .ويعمل المرشد العقلاني على مساعدة العملاء في فهم العناصر المختلفة في عملية العزو المعرفي .وتعلم أساليب السببية الصحيحة، وتمثل عملية العزو عامل وسيط بين المعرفة والسلوك.

ثانيا/ الفروض المتعلقة بالعمليات الوسيطة في الاضطراب الانفعالي:

الفرض الثاني عشرة: يتسبب التفكير غير العقلاني في نشأه للاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الفرد.

وتمثل تلك الأفكار غير العقلانية العامل المهم والأساسي في نشأة المزاج السلبي والاضطرابات الانفعالية .وحين يقوم الأفراد بتغير تلك الأفكار، يتغير ذلك السلوك المختل وظيفياً .والمرشد المعالج العقلاني يعمل على إظهار أفكار المسترشد غير العقلانية، ومساعدته بالطرق المعرفية الانفعالية والسلوكية على التخلص من تلك الأفكار الانهزامية المحبطة للذات، وتغييرها بأفكار إيجابية.

الفرض الثالث عشرة: تؤثر الأخطاء المرتبطة بتقدير الفرد لذاته على أنفعاله وسلوكه.

لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة قوية ليس فقط لتقدير أفعالهم وسلوكهم وأدائهم وسماتهم حسنة أو سيئة ولكن أيضاً لتقدير ما بداخلهم من مشاعر وأحاسيس واتجاهات، وهذا التقييم للذات ذو أثر فعال على الاضطرابات الانفعالية والسلوكية للأفراد.

الفرض الرابع عشرة: يتأثر إنفعال الفرد وسلوكه بأساليب الدفاعية.

عندما يدرك الأفراد أن سلوكهم خاطئ وسيئ وغير فعال وسلبي، فأنهم يرفضون الاعتراف بذلك التصرف الخاطئ سواء لأنفسهم أو للآخرين، لذا فهم يلجئون إلى بعض الأساليب لدفاعية لعدم إظهار تلك التصرفات الخاطئة .والدافع الأساسي لتلك الدفاعات اللاشعورية هو إحساسهم بتقديرهم المرتفع لذاتهم، والفنية

العلاجية الفعالة في ذلك هي مساعدتهم عل تعديل وتغيير سلوكهم المختل وظيفياً، وإقناعهم في عدم استخدام تلك الدفاعات، ووقف مخاوفهم عن الإحباطات التي قد يواجهونها في المستقبل.

الفرض الخامس عشر: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بقدرته المحدودة على تحمل الإحباط.

لدى الناس ميول فطرية ومكتسبة لتحمل الإحباط البسيط، لكن هناك من يلجأ إلى الأعمال المعقدة المشبعة للرغبات وهي في ذات الوقت مليئة بالمخاطر، وقد يحدث نتيجة لذلك تعارض بين رغبات الفرد في الإشباع وعدم قدرته على تحمل الإحباط. مما يؤدي إلى مزيد من مشاعر القلق والاكتئاب، ومهمة المعالج العقلاني الانفعالي تهدف إلى مساعدة العملاء على تنمية القدرة على تحمل مزيد من الإحباط في سبيل تحقيق الإشباع، أي تحمل الإحباط في سبيل تحقيق اللذة والسعادة، وتلك هي الفلسفة البعيدة التي يرغب المعالج في توضيحها للعملاء.

الفرض السادس عشر: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بمدى ترقبه وتوقعه للتهديد.

ويشعر الناس إلى جانب التهديد الحقيقي الناتج عن الخوف والقلق ، بتهديد أخر حيث يترقبون مواقف أخرى للتهديد، ويكون رد فعلهم هو المزيد من الاضطراب الانفعالي الناتج عن هذا الترقب وذلك التحليل لتهديدات جديدة، والعلاج النفسي الفعال يهدف إلى مساعدة العميل على محاولة التخلص من أو التغلب على التوقعات السلبية غير المرغوبة.

ثالثاً – الفروض المتعلقة بفنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

الفرض السابع عشر: يعتبر العلاج النشط الموجه ، فنية من فنيات الارشاد العقلاني الانفعالي

لدى الناس ميول فطرية قوية تجعلهم مضطربين وتجعل تصرفاتهم مختلة وظيفياً ونظراً لأنهم يفكرون ويشعرون ويتصرفون بطرق انهزامية تدميرية منذ مرحلة الطفولة، فأنهم يتجهون إلى تلقي مزيد من المساعدة الفعالة من العلاج النشط الموجه غير الملح.

الفرض الثامن عشر: يعتبر الدحض والحث من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي.

يتمسك بعض الناس غالباً بالمعتقدات غير العقلانية والأفكار غير المنطقية، وغير التجريبية مما يتسبب عنه المشاعر الانهزامية والمدمرة للذات، مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على التوافق مع الواقع، لذا ينبغي أن يقوم المعالج بتوضيح أفكارهم غير العقلانية ومعتقداتهم غير المنطقية وذلك عن الطريق الحوار المقنع، مع توضيح ما تلك الأفكار من آثار مؤلمة على النفس حيث يثبت السلوك المختل وظيفيا، والعلاج النفسي الفعال

يستخدم الدحض النشط المباشر ، مع سؤال العملاء عن فلسفتهم عن العقلانية وإقناعهم على التخلص من تلك الأفكار غير العقلانية وإحلال أفكار أخري أآثر إيجابية وأكثر واقعية.

الفرض التاسع عشر: تمثل الواجبات المنزلية أحد فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي

والعلاج النفسي الفعال ينبغي أن يشمل برنامجاً دقيقاً من الواجبات المنزلية النشطة الموجهة حتى يتعود العميل على التخلص التدريجي من سلوكه المختل وظيفياً، مثل التمرينات والتدريبات المرتبطة بالتفكير والتخيل والتصور وتكرار بعض المعلومات ومحاولة حل بعض التمرينات الهادفة إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة للحياة.

الفرض العشرون: تبسيط أثر الإهابة، فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي.

يغيروا الأفراد سلوكهم بطريقة حادة حينما يعتقدون أو يفكرون في أن الآخرين يحتقرونهم ويقللون من أهميتهم وقيمتهم، أما أن إدراك الأفراد حول الأضرار التي يلحقا بهم الآخرون تضرهم أكثر من الفعل الضار الحقيقي الذي ينوي القيام به الآخرون و الإرشاد أو العلاج الفعال ينبغي أن يعمل على مساعدة العملاء على ألا يضعوا إهانة الآخرين لهم في الاعتبار، وألا يأخذوا تلك الإهانة بشدة زائدة، وأن يتقبلوا الآخرين بطريقة إيجابية وبنوايا طيبة.

الفرض الحادي والعشرون: التنفيس عن الانفعالات المخلفة وظيفياً فنية من فنيات الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

يعتقد إليس Ellis أن تنفيس وتفريغ الانفعالات المختلفة وخاصة أشكال الغضب المختلفة مثل العدائية والرفض، والغيظ، والعدوان الجسدي، هذا التعابير يكون له آثار طيبة على العمل على خفض وتصفية تلك الانفعالات، ولكن غالباً ما يستمر الأثر الذي غالبا ما يتجه نحو تدعيم الفلسفة التي يعتقدها الفرد وتؤذي مشاعرهم، ويرى إليس Ellis أن فلسفة ما وراء الغضب تشمل الأفكار والمعتقدات العقلانية مثال على ذلك(أنا لا أحب ذلك السلوك وأتمنى التوقف عنه)، أما المعتقدات غير العقلانية فالمثال عليها(لأنني لا أحب ذلك السلوك فيجب حتماً التوقف عنه .وسوف أكون أنسانا عديم القيمة إذا لم أتمكن من فعل ذلك)، والعلاج النفسي الفعال يساعد العملاء على تنمية القدرة على ضبط الغضب والتحكم في الذات والتخلص من المشاعر التي قد تؤدي إلى الاستياء، وإحلال أفكار ومشاعر أخرى أآثر عقلانية سواء كانت تجاه الذات أو تجاه

الآخرين بما يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية والتقليل من درجة المشاعر الذاتية الانهزامية والتي قد تؤدي إلى الغضب في المستقبل.

الفرض الثاني والعشرون: يعتبر تعليم الفرد واختيار الأسلوب والطرق الإيجابية لتعديل السلوك بنفسه فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

تتدخل مجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية في السلوك الإنساني، إلا أن الناس يمتلكون قدراً بسيطاً من التحكم والرغبة في عمل الأشياء، ولديهم القدرة على الاختيار وفقاً لتلك الرغبة والإرادة، ويهتم الإرشاد العقلاني الانفعالي بمساعدة العميل على تنمية مهارات القدرة على انتقاء السلوك المرغوب فيه اجتماعياً، وذلك بواسطة توجيه الرغبة والإرادة.

الفرض الثالث والعشرون: تنمية القدرة على ضبط النفس يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي

عندما يدرك الناس أن سلوكهم غير مرغوب فيه، حيث يشعرون بالاضطراب الانفعالي، فأنة تتولد لديهم القدرة على التغيير واستخدام طرق متعددة لضبط النفس أو إتباع طرق لإدارة الذات وتغيرها، وهم غالباً ما يقومون بتعديل انفعالاتهم وسلوكهم بطريقة أفضل وذلك بواسطة المبادئ الأساسية لضبط النفس مما لو كان التغيير موجه من الأفراد الآخرين، حيث تشمل عملية ضبط النفس على عوامل معرفية قوية .والعلاج النفسي الفعال يتضمن مساعدة العملاء على استخدام مستوى ملائم من المعارف المرتبطة بضبط وإدارة الذات.

الفرض الرابع والعشرون: تنمية مهارات التعامل مع مصادر التهديد يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

تتأثر قدرة الناس على المواجهة رغم عوامل الاضطراب والضيق والتهديد، وذلك من حيث تفكيرهم ومفاهيمهم عن إمكانية المواجهة .وقد يتعلمون بعض المهارات غير الإيجابية والتي غالباً ما تسبب لهم الانزعاج .ومهمة المرشد المستخدم الإرشاد العقلاني الانفعالي تتمثل في مساعدة العملاء على تعلم مهارات واستراتيجيات فعالة للمواجهة رغم قسوة الظروف وتزايد الأزمات وشدة التهديد، ومما يؤدي إلى تغير السلوك.

الفرض الخامس والعشرون: تحويل الانتباه أو الإلهاء يعتبر فنية من فنيات الارشاد الانفعالي

العلاج النفسي الفعال يتمثل في مساعدة العميل في تعلم مهارات التحويل المعرفي أو الإلهاء مما يؤدي إلى خفض الاضطراب.

الفرض السادس والعشرون : استخدام الطرق التربوية وتعلم اكتساب المهارات يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

يتعلم الناس من الآخرين آما يتعلمون من أنفسهم أيضاً، وذلك بواسطة طرق معرفية وسلوكية غير ملائمة قد تؤدي إلى اضطرابهم الانفعالي، والعلاج النفسي الفعال ينبغي أن يتضمن تعليم وإعادة تعليم العملاء بأساليب متعددة وإعطاء المعلومات التي تساعدهم على زيادة فهمهم لأنفسهم ولسلوكهم وأسلوب خفض اضطرابهم.

الفرض السابع والعشرون :خفض قابلية الفرد للاستثارة بإيحاءات من الآخرين فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي

يميل الناس بقوة للتفكير والانفعال والسلوك طبقاً لإيحاءات الآخرين، وغالباً ما تؤدي تلك الإيحاءات إلى نتائج غير طيبة للفرد أو للمجتمع، حيث أنهم يستقبلون تلك الإيحاءات ويضعون منها لأنفسهم إيحاءات أخرى ذاتية مزعجة ومختلة .مما يؤثر على سلوكهم وانفعالاتهم .ويسبب المزيد من الاضطراب الانفعالي والسلوك المختل وظيفياً، وقد اهتمت معظم مدارس العلاج النفسي بالإيحاءات وأثرها القوي في عملية العلاج النفسي وبخاصة مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي والحديث، وكذلك بعض تيارات العلاج النفسي الإنساني . والعلاج النفسي الفعال يهدف إلى مساعدة العملاء على خفض التأثير تجاه إيحاءات الآخرين، وتأثرهم فقط بتجاربهم المؤكدة وخبراتهم الذاتية القائمة على التفكير الإيجابي الدقيق.

الفرض الثامن والعشرون: تعليم الفرد واختيار نماذج السلوك الإيجابية وتقليدها يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة لتقليد الآخرين ومحاكاتهم في أفكارهم وانفعالاتهم وتصرفاتهم وذلك طبقاً لمدى إدراكهم لتلك النماذج وأسلوب تقليدها .وقد يؤدي ذلك إلى خفض أو زيادة اضطرابهم بواسطة المحاكاة، والتي تعد عملية معرفية وسيطة ذات أثر هام في وجود السلوك وتدعيمه .والمعالج العقلاني الانفعالي يهتم بتوضيح أسلوب التفكير الإيجابي والأمثل للعملاء، ومساعدتهم في توظيف التفكير للتخلص من اضطرابهم وزيادة فاعليتهم في الحياة .وذلك عن طريق التقليد للنماذج السلوكية الإيجابية ووقف تقليد النماذج السلبية.

الفرض التاسع والعشرون: تعليم الأفراد مهارات أسلوب حل المشكلات يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

يميل الأفراد إلى حل مشكلاتهم عن طريق الأساليب المعرفية لمتشابه للتخلص من اضطرابهم الانفعالي والأفراد الذين يملكون قدرات ومهارات حل المشكلة يكونون أسرع في خفض توترهم ممن ليس لديهم تلك القدرات أو المهارات.

الفرض الثلاثون: تعليم مهارات لعب الدور والتدريب السلوكي يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

عندما يختار الناس أدواراً معينة فأنه حدثاً افتراضياً هاماً يتكون لديهم .ويشتمل على خبرة مشاعر وأفكار وسلوك مختلف عن السابق وبذلك قد يساعد أنفسهم على التخلص من اضطرابهم عن طريق خبرات القيام بالدور والقيام بالدور بشبة التقليد والمحاكاة حيث يتضمن عوامل معرفية تساعد الأفراد على تغيير مشاعرهم المضطربة وسلوكهم المختل وظيفياً والإرشاد النفسي يعمل على تعليم العملاء مهارات القيام بالأدوار ومساعدتهم في اكتساب خبرات و مشاعر إيجابية عن تلك الأدوار التي يقومون بها، وخفض مستوى المعتقدات غير العقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية.

الفرض الحادي والثلاثون: التدريب على المهارات يعتبر فنية من فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

عندما يتعلم الناس تدريبات فعالة في مهارات معينة مثل السيطرة أو التطبيع الاجتماعي أو الجنسي أو انتقاء القيم فأنهم بذلك يغيرون من تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكهم .وفي الغالب يكونون أقل اضطراباً انفعالياً، ويعتقد إليس Ellis أن هذا التغير ليس نتيجة زيادة المهارات فقط ولكن أيضاً زيادة إدراكهم لقدراتهم وتقديرهم لذاتهم .والعلاج النفسي الفعال يعمل على تنمية مهارات العميل عن طريق التدريبات المتعددة ومساعدته على إدراك قدراته وطاقاته الجديدة الناتجة عن تلك التدريبات وبالتالي يغير العميل من أفكاره وانفعالاته وسلوكه.

الفرض الثاني والثلاثون: توجد اختلافات بين فنيات الإرشاد العقلاني الانفعالي والأساليب العلاجية الأخرى.

على الرغم من أن الإرشاد العقلاني الانفعالي يستخدم العديد من الفنيات العلاجية التي تتشابه وتتداخل مع بعض الفنيات التي تستخدمها الأساليب العلاجية الأخرى،إلا أن هناك اختلاف له دلاله في الممارسة بين الإرشاد العقلاني الانفعالي والأساليب الأخرى، ويقرر إليس Ellis أن الإرشاد أو الإرشاد

العقلاني الإنفعالي يتشابه إلى حد ما مع العلاج المعرفي .ويتشابه أيضاً مع العلاج السلوكي فيصبح كأنه أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي، ويؤكد إليس Ellis أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي يختلف في جوانب كثيرة عن أنواع العلاج النفسي الأخرى.

إن هذه الفروض الخاصة بنظرية إليس Ellis في العلاج والإرشاد النفسي تعد إطارا كاملا ذا أهمية للمرشد والمسترشد في الوقت ذاته، إنها تساعد المرشد على فهم مشكلات المسترشد والوقوف على حقيقة أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية، ومن ثم مساعدته على فهم هذه الأمور ومساعدته كذلك على تعديل أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية التي تسبب له الاضطراب الانفعالي والسلوكي على نحو يحقق له قدرا من الصحة النفسية.

كما أن إلمام المسترشد بهذه الفروض وفهمها فهما دقيقا سوف يساعده على التفكير بطريقة عقلانية ، وتعلم أنواعا جديدة من المعرفة، والتحكم في ذاته وتقييم نفسه بطريقة صحيحة، والاعتراف بخطئه، وعدم استخدام الأساليب الدفاعية التي تسبب له القلق والاضطراب، بالإضافة على تحمل الإحباط، وتكوين فلسفة واضحة بعيدة المدى للحياة تحقق له قدرا أكبر من السواء ،ويصبح قادرا على تقبل نفسه وتقبل الآخرين والتسامح معهم وحسن الضن بهم.

7- الإدمان من وجهة نظر الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

إن المرشد العقلاني الانفعالي في حاجة إلى معرفة دقيقة وشاملة بنماذج السلوك الإدماني وإلقاء الأضواء عليه من جميع الجوانب لمعالجته وتطوير إستراتيجيات العلاج، والجدير بالذكر أن العوامل السيكولوجية والسلوكية والمعرفية هي واحدة ومتماثلة في جميع أنواع الإدمان وبشتى ضروبه وألوانه سواء كان الإدمان على المخدرات أو الكحوليات أو الأدوية العقاقيرية، وهذا ما أكدته الدراسات الحديثة[1].

ويتسم تفكير المدمن على المخدرات أو الكحول حسب وجهة نظر الإرشاد العقلاني الانفعالي بما يسمى الفكر المنقسم على ذاته (dichotomus)، أي أن المتعاطي يعتقد إما أنه مدمن فيستمر في إدمانه وإما انه غير مدمن فيتوقف نهائيا عن التعاطي، فلا يوجد حد وسط بين الاثنين، فإن أنتكس بعد محاولة التوقف فيؤمن أن ليس باستطاعته العودة ثانية إلى الكف لأنه خرق هذا الامتناع، وبالتالي يفقد الثقة بنفسه بإمكانية السيطرة على ذاته، وترى نظرية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أن مثل هذا التفكير المتسم بالتطرف (إما

([1]) محمد حمدي حجار: مرجع سابق. ص 45.

الامتناع أو الانغماس في الادمان) أنه جوهر الاضطرابات النفسية عند المدمن وغيره لذا تنزع هذه النظرية إلى تبديل معتقد متعاطي المخدر لجعله يأخذ بالمفهوم المرن الذي يتخلى بموجبه عن هذا المعتقد الجامد المتطرف الذي يذهب به إلى حدين متطرفين[1].

من جهة أخرى فقد دلت دراسات العالم السيكولوجي (باندورا bendura) أن سوء استخدام الكحول والمواد المخدرة والإفراط في تناوله يقود بالطبع إلى تعود فيزيولوجي وسيكولوجين وهذا السلوك التعودي المتعلم لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر لإضعاف المخدر والتوتر النفسي الذي يعانيه المدمن، ولكن نتيجة معتقداته وتوقعاته بما يفعله المخدر في نفسيته وإضافة على تفكيره الخاطئ حيال المادة المخدرة[2].

والإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي كما سبق ذكره يركز أساسا على تبديل توقعات والفكر الخاطئ حيال ما يفعله المخدر في نفسية المدمن. فالمعتقد أن المخدر يضعف التوتر النفسي ويزيد التعامل والتكيف الاجتماعي، أو يمنع من الانزعاج النفسي، هذه المعتقدات هي التي تسهم إسهاما كبيرا في إقبال الأفراد على المخدر وتخليد التفكير الإدماني، إن الأفراد الذين يعانون من مشكلات الإدمان على المخدرات كثيرا ما نجد لديهم[3]:

أ- قصة تعلم نوعية يترتب عنها الركون على المادة المخدرة أو التعود النفسي كوسيلة لإضعاف التوتر النفسي والحصول على النشوة المطلوبة السارة.

ب- الإمعان في تناول المخدر إمعانا مزمنا رغم الإختلاطات السيئة المترقبة البدنية الناجمة عن هذا التعاطي.

ت- سلسلة من المعتقدات المتصارعة الخاصة بتعاطي المخدرات مع ذواتهم أو مع الغير، الأمر الذي يتمخض عن ذلك تعزيز النزوع نحو الاستمرار في وتعاطي المادة المخدرة.

يلح إذن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أن المدمنين الذين في مكوناتهم الاستعداد الإرثي المسبق البيولوجي والقوي للوقوع في الإدمان على المخدرات، يتعين عليهم الاستعانة بقواهم النفسية الكامنة للسيطرة على النزوع البيولوجي الإرثي للمشكلة، إن هذا التفجير معناه أن يواجه المدمن الانتكاسات مرارا وتكرارا بروح

([1]) محمد حمدي حجار: مرجع سابق. ص 37.

([2]) Bandura, A: Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, Amerecan Psychlogist. 1982. P122.

([3]) Beck, A : Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, New York, International University. 1976. P208 .

القدرة على إعادة السيطرة على نوعه وسلوكه الإدماني، وعلى المرشد النفسي أن يرفع دوما من عتبة تحمله لهذه الانتكاسات بمزيد من الجلسات العلاجية الداعمة للكف والامتناع، وأن يعلم المرضى ذوي الاستعداد الإرثي للإدمان ألا يتوقعوا الشفاء التام والتخلص نهائيا من هذا النزوع الملح نحو المخدر، بل أن يغالبوا النزوع طوال حياتهم ليجعلوه في أدنى حد من النشاط والدفع وذلك وفقا لما يتعلموه من وسائل سلوكية وإرشاد علاجي ووقائي.

8- آلية الإدمان حسب الإرشاد العقلاني الانفعالي:

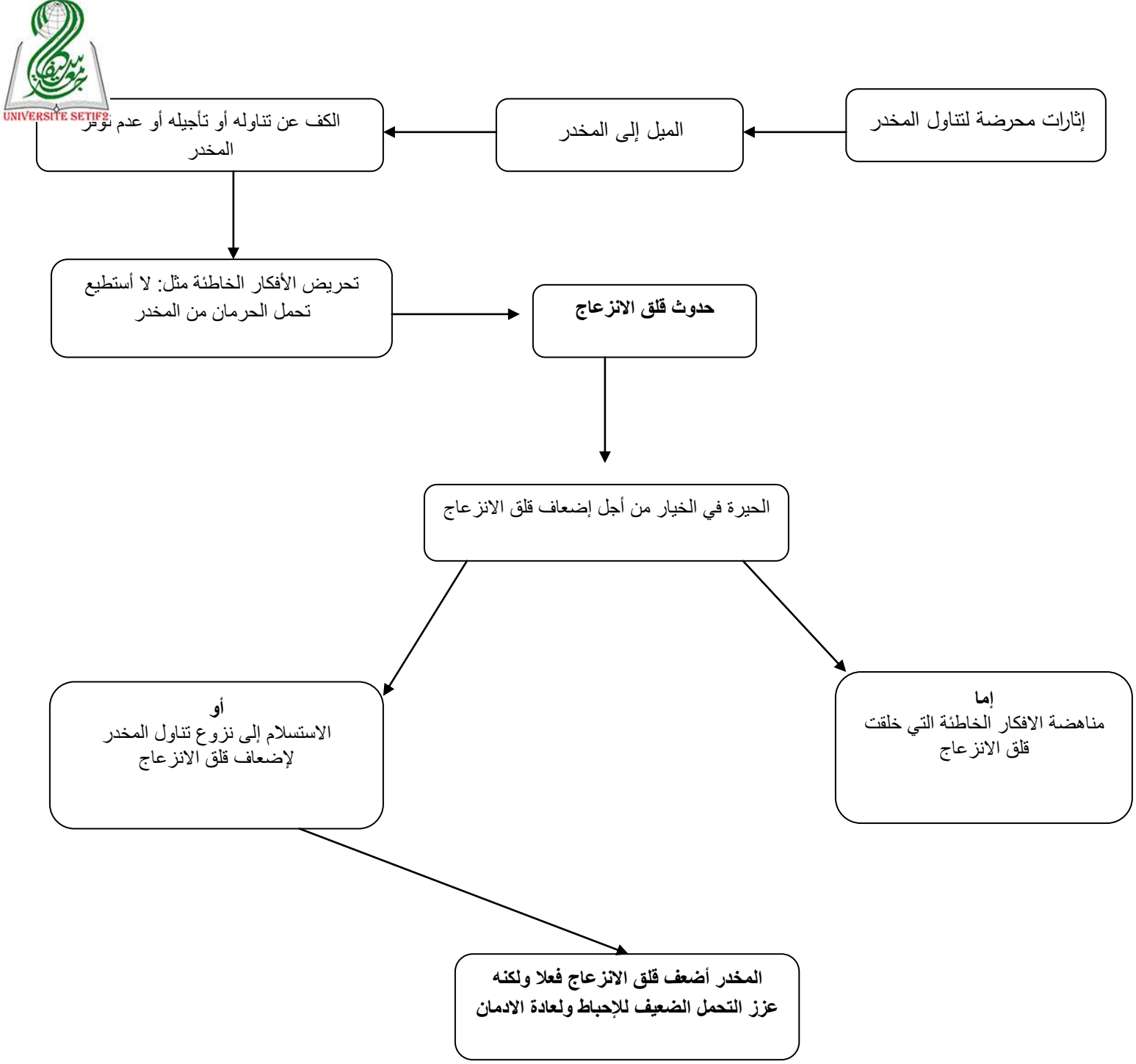
8-1 دور التحمل المنخفض للإحباط في استمرار تناول المخدرات:

إن علة الاضطراب الانفعالي وفق نظرية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تكمن كما سبق شرحه في المعتقد الخاطئ الذي يفسر به الفرد الأحداث الخارجية والداخلية (B) وهذه المعتقدات الخاطئة تولد عند متعاطي المخدر تحملا ضعيفا للإحباط، أي أن المدمن عندما تنفذ المادة المخدرة، أو ينتهي تأثيرها في البدن أو يمتنع عن تناول المادة لسبب من الأسباب يعد في هذه الحالة إحباط، نظرا لعدم حصوله على المادة المخدرة التي تعيد له التوازن النفسي –البيولوجي – وهذا الإحباط يحرض عنده المعتقدات الخاطئة التي تضعف كثيرا من تحمله للإحباط لتولد لديه ما يسمى بقلق الانزعاج discormfort anxiety وتتمثل بعض هذه الأحاديث الذاتي لدى المدمن والتي تعكس معتقداته الخاطئة حيال المادة المخدرة[1]:

- أنا غير قادر على تحمل عدم تناول المادة المخدرة.
- لا أمتلك الإرادة الكافية لمواجهة الرغبة في التعاطي.
- للتغلب على متاعبي لابد أن أتناول المخدر.
- سأضيع على نفسي المتعة إذا كنت في جو متوفر في المخدر ورفقة الادمان.
- لا يضعف توتري وقلقي ومعاناتي سوى بالمخدر.

إن مثل هذه الأفكار الخاطئة تعكس حالة الانتكاس التي سيتعرض لها المدمن في حال محاولته التوقف وتعكس عدم قدرته على تحمل الإحباط، والشكل التالي يوضح ذلك.

(1) محمد حمدي حجار: مرجع سابق: ص 76.



الشكل رقم (3): آلية الكف والتحمل المخفض للإحباط.

2-8 المدمن على المخدرات ينكر وجود مشكلة عنده:

ترى نظرية (إ ع إ س) أن المدمن ينكر بوجود مشكلة عنده، وهذا الإنكار يقف حائلا دون كشف الأفكار الخاطئة التحتية الكامنة وراء الإنكار "أسرة المدمن والمرشد يعرفان بوجود مشكلة)، فالإنكار ليس فقط يصدر من أفكار مشوهة للواقع، ولكن لأن المدمن ما إن يعصف به قلق الانزعاج حتى يبادر بإزالته بالمخدر، لذا فإن تحمله الضعيف للإحباط ومداواة القلق بالتعاطي وتناول المخدرات تجعلانه لا يشعر بوجود مشكلة لديه، فهو يهرب إلى الإحساس بالخبل لانعدام التفاعل وتبلد العاطفة ضد متاعب حياته، فهو إذا لا يشعر بوجود مشكلة لديه لانعدام المعاناة (ولو بصفة مؤقتة حتى انتهاء مفعول المخدر).

على المرشد النفسي في حال مواجهة الإنكار بالنفاذ إلى عمق التشوهات في إدراكه للواقع التي يسببها قلق الانزعاج عند المدمن ومساعدته على أن ينظر إلى صعوباته الحقيقية التي طمسها بمساعدة أفراد الأسرة بما يقدمون له من حماية، والطريقة المجدية لجعله يدرك ويتعقد بوجود مشكلة عنده ويؤمن بتصوراته الذاتية تكون:

أ- في إعفاء أفراد أسرته من الدور الداعم الذي يلعبونه مع المدمن.

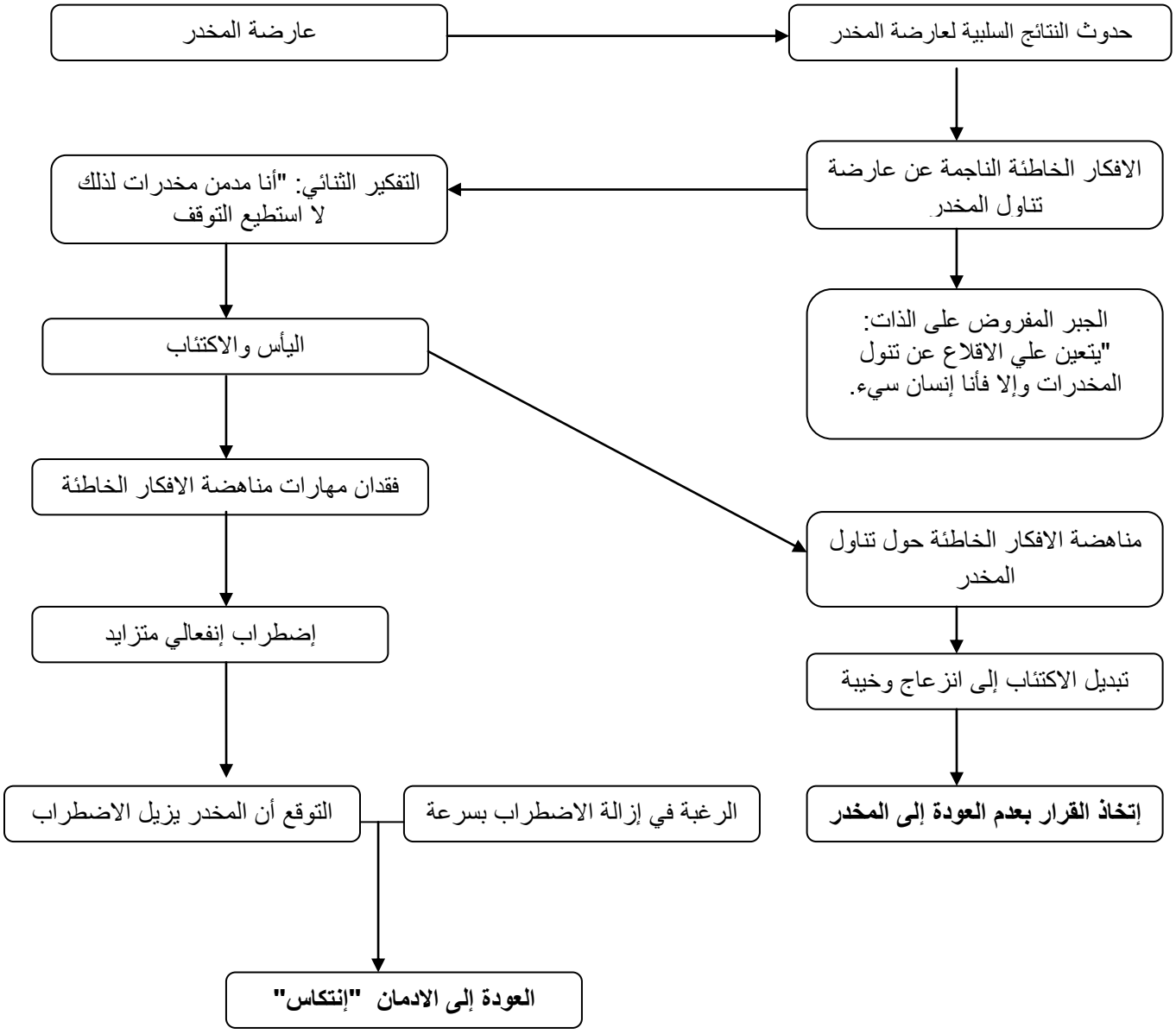
ب- تحييد أفراد الأسرة ورفع الدعم عنه يجعله يدرك لأول مرة بصعوباته، وفي نفس الوقت بدأت تصدمه تراكمات المشكلات وتتحداه وتهز وعيه.

ت- كرد فعل لهذه التراكمات يمضي في تنول المخدر للهروب، وبالتالي تزداد مشكلاته المهنية والأسرية والاجتماعية بفعل الخبل المستمر الناجم عن الإدمان، وهنا نجعله يقع في هوة الادمان ويدخل في حلقة الادمان وما يترتب عنه من متاعب مفزعة، واصطدامه بالقعر يجعله يصحو ويستفيق ويعي تصوراته ويعترف بوجود مشكلة ويطلب حينئذ الارشاد.

3-8 الإدمان على المخرات يضعف الشعور بقيمة الذات عند المدمن ويحط من الشعور بقيمته:

ترى نظرية (إ ع إ س) أن المدمن مغلوب على أمره أسير نوع من السلوك غير قادر على الإفلات منه، وأن هذا السلوك يضعف شعوره بقيمته واحترامه لها ويحط من إدراكه بقيمته الاجتماعية، فهو يشعر بالصغارة، وهذه المشاعر تقوده إلى الشعور بالإثم ولم الذات والإصابة بالاكتئاب، والمدمن يتناول المخدرات

لإزالة ضواغط لوم الذات وتحقيره لنفسه، فهو يهرب من نفسه ومن محاسبة ذاته لسلوكه، ومن أسباب تحقير الذات وقوع المدمن في الانتكاس الإدماني بعدما قرر التوقف، ونجد لديه أيضا التفكير الثنائي فهو إما ممتنع عن الادمان أو أنه مدمن، ونظرا لكونه يقع في أخطاء تناول المخدر فإنه يلصق بنفسه صفة اليأس والضعف وقلة احترام الذات، فالتفكير الثنائي الذي يتسم بحدين متطرفين خلقهما التفكير الخاطئ حيال ذاته وحيال الادمان هو سبب مشكلته، والشكل التالي يوضح ذلك وهو من اقتراح "إليس Ellis".



الشكل رقم (4): نموذج الإدمان المضعف لاحترام الذات وفقدان الشعور بالقيمة الاجتماعية.

9- تقنيات تطبيق الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على مدمني المخدرات.

يعد الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي شكلا متعدد النماذج لمختلف العلاجات، حيث أنه يحبذ إستخدام التقنيات المعرفية والعاطفية والسلوكية، وهي تقنيات مستنبطة من أنساق علاجية أخرى ونعرض فيما يلي التقنيات الهامة التي غالبا ما يؤخذ بها وتطبق عند علاج الإدمان على المخدرات.

أولا/ التقنيات المعرفية:

1- الكشف detecting: يسعى المرشد العقلاني الانفعالي إلى البحث عن المعتقدات اللاعقلانية وما يرتبط بها من مفاهيم وألفاظ مثل: لا بد، من المفروض، حتما، يجب علي..." والتي تؤدي إلى انهزامية الذات، ويحاول أن يكتشف المرشد ماهي الأفكار الخاطئة التي أدت إلى الانتكاس وجعلت المدمن يخرق قرار الامتناع عن تناول المخدرات.

2- الحوار Debating: يقوم المعالج بتوجيه بضعة أسئلة للعميل، الغرض منها توضيح عدم صحة هذه المعتقدات اللاعقلانية له، مما يؤدي إلى تخلي المسترشد عن هذه المعتقدات، وكذلك جعل المدمن يستبصر بالكلام السلبي الذي غالبا ما يكون غائبا عن وعيه ومدركاته والذي عادة يضعف تحمله للإحباط ويثير عنده قلق الانزعاج، ويعمل المرشد النفسي أيضا من خلال الحوار على تعليم المسترشد كيفية التدرب على تحليل أفكاره ورصد الكلام مع ذاته إزاء أي منبهات أو محرضات (A) خارجية أو داخلية ومن ثم رصد هذا الكلام في لائحة كتدريب على تنفيذه، ومن ثم مناهضة هذا الكلام وتبديله ليكون إيجابيا يعزز فيه الصمود في وجه نزوعه وإضعاف قلق الانزعاج، وبقائه ممتنعا مفطوما مسيطرا على ذاته.

وتعمل هذه التقنية أيضا على ربط المرشد بالمسترشد بعلاقة إرشادية تسودها الثقة التي بنيت على أساس:

- أن يقدم البرهان على أنه سيبذل قصارى جهده لفهم المدمن.
- أن يقدم البرهان على تصميم المرشد على مساعدة المدمن في تبديل سلوكه الإدماني.
- القبول غير المشروط للمدمن.

إن هذه الامور الثلاثة غالبا ما تكسر مقاومة المدمن فينفتح على العلاج الارشادي من خلال الافصاح عن مشاعره الخاصة وسلوكاته وأفعاله[1].

3- التمييز Discriminating: ويتضمن معاونة المرشد للمسترشد على التمييز بوضوح بين القيمة الغير مطلقة (مالذي يريده؟ وماذا يفضل؟ وماهي رغباته؟ وماذا يحب؟)، وبين القيم المطلقة (إحتياجاته، متطلباته، والأوامر الحتمية).

وفيما يتعلق بمساعدة المسترشد على اتباع فلسفة عقلانية جدية يستخدم المعالج العقلاني عدة وسائل معرفية تتضمن.

أ- العلاج بالقراءة: وفيه يتم إعطاء المسترشد كتيبات ومواد أخرى موجه لقراءته.

ب- العلاج بالاستماع حيث يتم الاستعانة بأقراص سمعية أو مرئية تتعلق بمحاضرات تتضمن العلاج بالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي، وموضوعات أخرى توظف لخدمة العلاج.

ث- استخدامك الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بين المسترشدين: حيث يقوم بعض المسترشدين في (إ ع إ س) بمساعدة أصدقائهم وأقاربهم على حل مشكلاتهم وبذلك يكتسبوا هؤلاء المسترشدين الخبرة في ممارسة استخدام المناقشات العقلانية.

ثانيا/ تقنيات عاطفية Emotive Techniqus

يستخدم المرشد العقلاني الانفعالي عددا من التقنيات العاطفية بهدف مساعدة المسترشد على تحدي مشاعره اللاعقلانية وتتضمن هذه التقنيات:

1. **أساليب مرحة:** يتم استخدامها لتشجيع المسترشد على التفكير المنطقي العقلاني دون النظر إلى الأمور بشكل جاد مما يؤدي على حدوث نتائج سلبية.
2. **طرح نموذج فلسفي عقلاني:** يكتشفه المسترشد بنفسه وقد يعترف المرشد للمسترشد صراحة أنه هو نفسه صادفته مشكلات مشابهة، وأنه نجح في التغلب على هذه المشاعر السيئة باستخدام السليم للإرشاد العقلاني.

([1]) ellis A. ratinal- emotive therapy with alcoholics and drug abusers , pergaon press new York 1988 p10.

3. **إستخدام عدد من القصص** والشعارات والدعابات والأشعار كعناصر مساعدة لتجسيد الأساليب المعرفية لمقاومة المعتقدات اللاعقلانية

4. **كتابة عدد من الأناشيد** المرحة العقلانية على نحو يقدم فلفته عقلانية بصياغة يسهل تذكرها.

ثالثا/ تقنيات سلوكية:

يشجع الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على إستخدام التقنيات السلوكية وبخاصة (الواجبات المنزلية) وحيث أن المرشد العقلاني يركز على مساعدة المسترشد بزيادة قدراته على تحمل مشاعر الاحباط، فإنه يشع المسترشد على آداء الواجبات المنزلية، وذلك من خلال فنية الإغراق والتقليل من الحساسية المفرطة مثل تعريض المدمن للموقف الذي يثير توتره تعريضا دفعة واحدة وبدون تدرج ، بدلا من التدريبات التدريجية للتخلص من الحساسية المفرطة[1].

يمكن أيضا أن يدرب المرشد الانفعالي المسترشد على أصول وفن الاسترخاء بعد شرح أهدافه وفوائده في تبديل السلوك التوتري وإضعاف المنبهات الخارجية الموترة التي تحرض الأفكار الإدمانية على النشاط، ويمكن أن يزوده بشريط صوتي يتضمن تعليمات الاسترخاء، أو بتعليمات مكتوبة عن كيفية تطبيق الاسترخاء ويطلب منه أن يتدرب بنفسه على تعليمات الاسترخاء وجعلها على مستوى العادة في استجاباته.

هذه بعض التقنيات التي يمكن أن يتبعها المرشد العقلاني كينا يساعد المدمن على المخدرات تجاوز مشكلته، وينبغي أن نشير إلى أن هذه الخطوات ليست مطلقة أو نهائية فهناك العديد من التقنيات يستطيع المرشد النفسي أن يتبعها مثل: تقنية حل المشكلات وصنع القرار،تقنية إزالة التحسس من المخاوف والقلق، تقنية لعب الدور..الخ، فالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي وضعه إليس Ellis ويرى الباحث أنه مرن سهل التطبيق وفعال في نفس الوقت.

10- إستراتيجيات العلاج المتبعة في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي:

يقوم المرشد العقلاني بتنفيذ استراتيجيات العلاج وذلك بمساعدة المسترشدين وتدريبهم على ملاحظة إضطراباته النفسية ومحاولة رد هذه الاضطرابات إلى جذورها الأيديولوجية وتفسيرها، كما يوضح المرشد

([1]) منى علي العامري: دراسة فعالية الارشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان بين الطلاب، معهد الدراسات والبحوث التربوية، القاهرة 2000 ص 27.

للمسترشد أنه يجب أن لا يضل تحت سيطرة عمليات التفكير اللاعقلاني ذات الأساس البيولوجي، والاستعانة بالأساليب السلوكية والمعرفية والعاطفية في تغيير معتقادته اللاعقلانية وغالبا ما يتم ذلك بطريقة نشطة وفعالة للغاية.[1]

يتمثل المعدل الأكثر شيوعا في الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في جلسة واحدة أسبوعيا، وقد يتراوح عدد جلسات هذا النوع من الارشاد من خمسة إلى خمسين جلسة، ويبدأ المسترشد عادة الجلسة الأولى بذكر أكثر ما يضايقه من مشاعر وتوضيح عواقب هذه المشاعر(C) خلال الأسبوع، فيكتشف المرشد حينئذ الأحداث النشطة (A) التي وقعت قبل أن تؤدي به إلى مشاعر سيئة، ويساعد المسترشد في التعرف على المعتقدات اللاعقلانية والعقلانية المرتبطة بالأحداث المنشطة، ثم يعطى المسترشد غالبا واجبات منزلية محددة لمساعدته في التعرف على أوجه هذه المناقضة.

في الجلسة الثانية يحاول المعالج مستعينا بالتقرير عن الواجب المنزلي أن يعرف: هل المسترشد حاول تطبيق المنهج العقلاني الانفعالي السلوكي خلال الأسبوع أم لا؟، ويواصل تعليمه كيف يناقض معتقداته اللاعقلانية، ويعطيه واجبات منزلية جديدة إلى أن يتحرر من أعراضه الحاضرة، ويكتسب اتجاها أكثر سواء وسماحة نحو الحياة.

ويحاول المرشد بشكل عام أن يوضح للمسترشد كيف[2]:

- يحرر نفسه من القلق والشعور بالذنب والاكتئاب عن طريق التقبل التام، بوصفه كائنا إنسانيا، وبصرف النظر عما إذا كان قد نجح في الأعمال والأدوات المهمة أم لا، وبصرف النظر عما إذا كان الأشخاص المهمون في حياته يحبونه أو يؤيدونه أم لا.
- يحد من الغضب والعداوة والعنف عن طريق التسامح مع وجود الآخرين حتى إذا وجد سمات هؤلاء الآخرين غير عادلة أو غير مشجعة.
- يمكنه التحمل القليل من الإحباط والقصور الذاتي عن طريق العمل الشاق لتغيير الواقع غير السار، ولكن تعلم الصمود أمام هذا الواقع وتقبله بكرامة حين يكون تجنب ذلك غير ممكن فعلا.

([1]) مرجع سابق: ص 45.

([2]) لويس كامل مليكة: العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت. 1990 . ص 202.

الاطار التطبيقي للدراسة

الفصل الرابع

أولا/ الدراسة الاستطلاعية

4- أهداف الدراسة الاستطلاعية.

5- مجالات الدراسة الاستطلاعية.

6- موصفات الدراسة الاستطلاعية.

ثانيا/ الدراسة الأساسية

8- منهج الدراسة الأساسية.

9- مجالات الدراسة الاساسية

10- عينة الدراسة الأساسية.

11- حدود الدراسة الأساسية.

12- أدوات الدراسة الأساسية وإجراءات التطبيق.

13- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية.

الفصل الرابع: "إجراءات الدراسة الميدانية"

سبق و ذكرنا في الدراسة الحالية أنها تهدف بالتحديد إلى المساهمة في بناء برنامج إرشادي قائم على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي، الذي تتبناه النظرية الانفعالية "لآلبرت إليس" بغية المساهمة في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات، وذلك من خلال التعامل مع بعد أساسي في مشكلة الإدمان على المخدرات وهو: لهفة الإدمان حسب رؤية الباحث و مما استشفه من الدراسات السابقة والتراث الأدبي، وقد قدم الباحث منطلقات الدراسة في شكل صياغة فرضيات عرضها سابقا، وللتحقق من قبول هذه الفرضيات أو رفضها قام الباحث باختيار عينة من المدمنين على المخدرات، وأعد أدوات مناسبة لطبيعة الدراسة، وطبق البرنامج الإرشادي الذي تم بنائه، وسوف يعرض ذلك بالتفصيل فيما يلي.

أولا/ الدراسة الاستطلاعية:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

تعد الدراسة الاستطلاعية شرطا أساسيا ومدخلا ضروريا للدراسة الأساسية، ودراسة الإدمان على المخدرات يحتاج إلى استكشاف مسبق بغية الوقوف على أهم الجوانب التي من شانها أن تساعد الباحث على إتمام بحثه بدقة وموضوعية، مثل التعرف على عينة الدراسة ، اكتشاف ميدان الدراسة ، اختيار الأدوات المناسبة للدراسة ....الخ، لذا فقد قام الباحث بزيارة إلى "**مستشفى بوخضرة**" بولاية عنابة ، وكان الهدف من هذه الزيارة هو ضبط موضوع الدراسة بشكل نهائي بما في ذلك صياغة الإشكالية والفرضيات، وكذا تهيئة البيئة المناسبة للتطبيق البرامج الإرشادي في هذا المستشفى، من أجل ذلك تم إجراء مقابلة مع بعض الأخصائيين النفسانيين psychologues وكذا أخصائيين في الأمراض العقلية psychiatres، وكان ذلك في الفترة الممتدة بين سبتمبر 2007 و نوفمبر 2007، ومن خلال هذه الزيارة إكتشف الباحث أن مدة إقامة عينة الدراسة في المستشفى لا تكفي لتطبيق البرنامج الإرشادي الذي يسعى الباحث لبنائه وتطبيقه عليهم، كما أن إجراء مقابلات منظمة مع عينة الدراسة أمر عسير، الشيء الذي أجبر الباحث على صرف النظر عن دراسة هذا الموضوع داخل هذا المستشفى والبحث عن ميدان آخر أكثر ملائمة من حيث طبيعة المكان وخصوصية العينة.

قام الباحث بزيارة ثانية إلى **المستشفى الجامعي فرانتز فانون** (Frantz fanon) وكانت إجراءات هذه الزيارة على النحو التالي:

2- مجالات الدراسة الاستطلاعية:

2-1 المجال المكاني للدراسة الاستطلاعية:

تمت الدراسة الاستطلاعية الثانية بالمستشفى الجامعى فرانتز فانون(Frantz fanon) بولاية البليدة، حيث يتوفر هدا المستشفى على عدة مصالح علاجية من بينها مصلحة علاج الادمان على المخدرات، وقدر الباحث أن هذا المستشفى مناسبا جدا لإجراء دراسته من خلال ملاحظاته التي سجلها عليه، حيث تعرف من خلال هده الزيارة على الطاقم الإداري للمصلحة واتفق معهم بموجب القانون الداخلي للإدارة على المكان و الزمان المناسبين لإجراء الدراسة الأساسية ، كما حدد عينة الدراسة الاستطلاعية.

2-2 المجال الزماني للدراسة الاستطلاعية:

قام الباحث بإجراء الدراسة الاستطلاعية في زمن قدره (03) أشهر، أي مند شهر ديسمبر 2008 إلي غاية شهر فيفري2009، وهكذا تم إجراء مقابلات مع عدد من المدمنين على المخدرات، من ذوي الإدمان المتعدد، وسيتم ذكر مواصفات كل من أنواع المخدرات وعينة الدراسة الاستطلاعية كما يلي:

3- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية وأدواتها:

إستخدم الباحث **المقابلة المرنة** مع العين الاستطلاعية، حيث إجتمع مع عدد من المدمنين على المخدرات خلال أربع فترات في يومين وهم كلهم ذكور على اعتبار أن إدارة المصلحة لم تفصح عن وجود مدمنين إناث، ، حيث كانت المقابلة الأولى في اليوم الأول مع (05) أفراد، ودامت المقابلة قرابة ساعة ونصف، حاول فيها الباحث التعرف عن كثب على المجتمع الأصلي للدراسة، كما حاول أن يعرفهم عن شخصه، وخلق جو من الألفة بينه وبينهم مستخدما في ذلك **أسلوب الحوار والمناقشة**، واستطاع أن يجمع معلومات عديدة تخص موضوع الدراسة، وقام بتوزيع أدوات الدراسة التي تتمثل في: "**مقياس تقدير شدة أعراض لهفة للإدمان على المخدرات، مقياس اللهفة نحو نوع المخدر، مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر، مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري للمخدر**"، من اجل الوقوف على وضوح عباراتها ومفرداتها، وفي نفس اليوم أجرى الباحث مقابلة مع (04) أفراد واتبع نفس الإجراءات التي تمت في المقابلة الأولى، وكذلك نفس الشيء في اليوم الثاني حيث اجتمع مع (06) أفراد ثم أخيرا مع (05) فردا، وفي مايلي يعرض الباحث مواصفات العينة الاستطلاعية:

جدول رقم (2): مواصفات العينة الاستطلاعية حسب العمر الزمني

العمر الزمني	التكرار	النسبة المئوية
[من 18 إلى 22]	02	%9,52
[من 23 إلى 27]	02	% 9,52
[من 28 إلى 32]	06	%28,57
[من 33 إلى 37]	05	%23,80
[من 38 إلى 42]	03	%14,28
[من 43 إلى 47]	02	%9,52
[من 48 إلى 52]	01	%4,76
المجموع	**21 فردا**	**%100**

التعليق على الجدول رقم (01):

نلاحظ على الجدول رقم (1) أن النسبة الأعلى هي 28,57% والتي تمثل المجال العمري الذي يقع بين [28 حتى 32] سنة ، تليها نسبة 23,80% وهي تمثل أفراد العينة الاستطلاعية التي يقع مجال عمرهم الزمني بين [33 إلى 37] سنة، ثم تأتي على الترتيب نسبة 14,28% وهي التي يُعنى بها افراد العينة التي يقع مجال العمر الزمني لديهم بين [38 حتى 42] سنة، تلي هذه النسبة نسبة أخرى تقدر بـ 9,52% تشترك فيها كل من الفئات التالية [من 18 إلى 22]، [من 23 إلى 27]، [من 43 إلى 47]، وتأتي في المرتبة الأخيرة نسبة 4,76% تمثل هذه النسبة فئة من المدمنين يقع مجال عمرهم الزمني بين [48 إلى 52].

يتضح من خلال هذه النتائج أن غالبية أفراد العينة هم ممن تتراوح أعمارهم بين [28 و 32] وكذلك الفئة التي تقع أعمارها بين [33 و 37] ثم تليها مباشرة الفئة التي تقع أعمارها بين [38 و 42] سنة، وتفسير ذلك حسب وجهة نظر الباحث وعلى ضوء ما استشفه من الاتجاهات النظرية فالمدمن لا يصل إلى مرحلة الإدمان إلا بعد أن يمر بخبرة إدمانية طويلة تفوق العشر سنوات، وبالتالي نجده قد خبر إلى حد بعيد

أخطار وضعه الإدماني على نفسه وعلى محيطه ، ويبدو أنه قد أدرك جليا بأن لا مناص من المحاولة من جديد لإيجاد حل شفائي لأزمته الإدمانية ، أما باقي الفئات العمرية فيبدو في رأي الباحث أنها لم تصل بعد إلى مرحلة الوعي بحقيقة المشكلة المعاشة، وبالتالي نجدها قليلة في مثل هذه المصحات أو لا تتردد كثيرا عليها.

جدول رقم (03): يوضح مواصفات العينة الاستطلاعية حسب نوع المخدر والكمية المتناولة

نوع المادة المخدرة	كمية الجرعة المتناولة
الهيروين	من 01غ إلى 02غ يوميا
الحشيش (الكيف...)	من 01 إلى 07 سجائر يوميا
مدمني الحبوب	من 01 إلى 04 أقراص يوميا
المستنشقات	علبة واحدة يوميا

التعليق على الجدول

نلاحظ على الجدول رقم (02) أن الإدمان على المخدرات لا يقتصر على نوع واحد فقط بل هو يتوزع بشكل متوازي مع المواد الأخرى، فالعينة الاستطلاعية تشير من خلال نتائج هذا الجدول أن الإدمان لا يتوقف عند نوع واحد من المخدرات بل هو يتبع شعور المدمن نحو موضوع إدمانه ومدى ارتباطه معرفيا ووجدانيا وحتى سلوكيا به، كما يوضح الجدول أن الكمية التي يتناولها المدمن غير ثابتة بل هي في تصاعد مستمر.

جدول رقم (04): يوضح مواصفات العينة الاستطلاعية حسب الخبرة الادمانية

الخبرة الادمانية	التكرار	النسبة المئوية
[من 1 إلى 5 سنوات]	03	%14,28
[من 6 إلى 10 سنة]	04	%19,04
[من 11 إلى 15 سنة]	06	%28,57
[من 16 إلى 20 سنة]	05	%23,80
[من 21 إلى 25 سنة]	02	%09,52
[من 26 إلى 30 سنة]	01	%04,76
المجموع	**21**	**%100**

التعليق على الجدول رقم (03):

نلاحظ على الجدول أن الفئة التي يقع مجال خبرتها الإدمانية [من 11 إلى 15 سنة] هي التي تحوز على اكبر نسبة والتي تقدر بـ 28,57% ، تليها الفئة التي تقع في مجال [من 16 إلى 20 سنة] بنسبة 23,80% ، ثم تليها في الترتيب الفئة التي يقع عمرها الإدماني بين مجال[من 6 إلى 10 سنة] بنسبة 19,04%، ثم يليها المجال الذي يضم الفئة التي يقع مستوى عمرها الإدماني بين[1 و 5 سنوات] أي بنسبة 14,28%، وتليها في الترتيب أيضا فئة يقع مجال عمرها الإدماني بين [21 و 25 سنة] بنسبة 09,52%، وأخيرا تأتي في المرتبة الأخيرة الفئة التي تقع في مجال[من 26 إلى 30 سنة] أي بنسبة 04,76%.

وتشير العينة الاستطلاعية أيضا من خلال هذا الجدول أن الفئة التي تساوي أو تزيد خبرتها الإدمانية عن العشر سنوات هي الفئة الأكثر إقبالا على العلاج، رغم الخبرة الإدمانية التي قضوها إلا أن هذه الفئة لم تفقد الأمل بعد في الشفاء، ولعل هذا الأمر يحفز العاملين والباحثين من اجل البحث في السبل الفعالة التي يمكن أن تقدم عونا للمدمنين على المخدرات مهما كانت خبراتهم الإدمانية لأن الجدول يوضح أيضا أن النسب مهما تباينت إلا أنها تتوزع في مجملها على أطراف العمر الإدماني المحدد في الجدول، أي من سنة واحدة إلى غاية ثلاثين سنة.

ثانيا/ الدراسة الأساسية:

يعني الباحث بالدراسة الأساسية هي الدراسة التي إختار فيها الباحث عينته بشكل نهائي التي سيطبق عليها البرنامج الإرشادي وأدوات الدراسة التي تم إختيارها على ضوء معطيات الدراسة الاستطلاعية.

1- المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية:

لا يقف الباحث التجريبي عند مجرد موقف، أو تحديد حالة، أو التأريخ للحوادث الماضية، وبدلا من أن يقتصر نشاطه على ملاحظة ووصف ماهو موجود ، يقوم عامدا بمعالجة عوامل معينة، تحت شروط مضبوطة ضبطا دقيقا لكي يتحقق من كيفية حدوث حالة أو حادثة معينة، ويحدد أسباب حدوثها، فالتجريب هو تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما، وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته وتفسيرها[1].

([1]) فان دالين ديوبولد: مناهج البحث في التربية وعلم النفس. ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 1986 ص 377

وعلى هذا الأساس فإن الإشكالية التي صاغها الباحث والفرضيات المقترحة يمكن أن نختبرها باستخدام المنهج التجريبي للمجموعة الواحدة، حيث تعتمد على القياس القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعة الواحدة.

2- مجالات تطبيق الدراسة الأساسية:

أ- المجال المكاني للدراسة الأساسية:

تم تطبيق الدراسة الأساسية بنفس المستشفى الذي قام الباحث فيه بإجراء الدراسة الاستطلاعية (المستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة).

ب-المجال الزماني للدراسة الأساسية:

وقد قدر زمن الدراسة الأساسية بحوالي (3) أشهر أي إبتداء من شهر ماي 2009 إلى غاية شهر جويلية من نفس السنة.

3- عينة الدراسة الأساسية:

تم سحب العينة الأساسية من مجتمع الدراسة بطريقة قصدية، حيث قصد الباحث أن تكون عينته من ذوي الإقامة القريبة من ميدان الدراسة وهو (مستشفى فرانتز فانون) حتى يتفادى الباحث تسرب عينته فور انتهاء العلاج الدوائي، أو انتهاء التطبيق البعدي للبرنامج الإرشادي دون متابعته بالقياس المتابعة، كما قصد الباحث أن تكون العينة على قدر من الثقافة التي تجعله يستطيع الإجابة على المقاييس وكذا يكون في استطاعته فهم البرنامج الإرشادي، وقدر مجموع العينة بـ 15 مدمنا على المخدرات، وفيما يلي مواصفات العينة الأساسية بخصائصها المختلفة موضحة في الجداول التالية:

4- مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

الجدول رقم (05): مواصفات العينة الأساسية حسب العمر الزمني.

العمر الزمني	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 30 سنة	10	%66.66
أكبر من 30 سنة	05	%33.33
المجموع	**15**	**%100**

التعليق على الجدول رقم (04):

يتضح من خلال الجدول رقم (04) أن أكثرية عينة الدراسة الأساسية هي التي يقل عمرها الزمني على (30) سنة أي بنسبة 66.66 %، ثم تليها بنسبة 33.33%.

جدول رقم (06): يوضح مواصفات العينة الأساسية حسب نوع المخدر وكمية الجرعة المتناولة.

نوع المخدر	كمية الجرعة المتناولة
مدمني الهيروين	من 01غ إلى 02غ يوميا
مدمني الحشيش	من 01 إلى 07 سجائر يوميا
مدمني الحبوب مثل: (lysanxia)	من 01 إلى 04 أقراص يوميا

التعليق على الجدول رقم (05):

يوضح الجدول أعلاه أن كمية الجرعات المتناولة من طرف المدمنين هي موزعة بالتقارب، كما نستنتج من خلال هذا الجدول أن المدمن على هذه المواد تزداد لديه القدرة على التحمل، وهذا ما نلاحظه من خلال كمية الجرعات التي هي في تزايد مستمر، كما يبدو من خلال الجدول اختلاف في أنواع المخدرات المتناولة لكن يبدو أنها لا تتساوى في القدرة على التحمل، وينبغي الإشارة إلى أن العينة الأساسية ليست مستقرة على نوع واحد من أنواع المواد المخدرة بل هي توصف بالعينة المدمنة إدمانا متعددا.

جدول رقم (07): يوضح مواصفات العينة الأساسية حسب الخبرة الادمانية

الخبرة الادمانية	**التكرار**	**النسبة المئوية**
أقل من 10 سنوات	9	% 60
أكبر من 10 سنوات	6	% 40
المجموع	**15**	**%100**

التعليق على الجدول رقم (06):

يظهر على الجدول أن عينة الدراسة الأساسية ذات الخبرة الإدمانية الأقل من 10 سنوات هي التي تحتل أكبر نسبة وهي تقدر بـ 60 %، بينما ترجع النسبة المقدرة بـ 40 % إلى العينة التي تفوق خبرتها

الإدمانية على 10 سنوات، ويرى الباحث أن السبب في كثرة حجم العينة التي خبرت الإدمان لأقل من عشر سنوات إلى كون المدمن على المخدرات لا يزال حديث العهد بالمادة الإدمانية، ولذلك نجده يبحث عن الجديد بين المخدرات فيما يخص نشوتها أو أثرها على نفسه.

5-أدوات الدراسة الأساسية وإجراءات التطبيق:

استخدم الباحث مجموعة من الأدوات بحسب مقتضيات الدراسة سوف نسردها كما يلي:

5-1- المقابلة: استخدم الباحث المقابلة الفردية مع عينة الدراسة الأساسية، بغرض تطبيق أدوات الدراسة، والعمل على ربط علاقة ودية بينه وبين عينة الدراسة الأساسية.

5-2 **مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات:** من إعداد مدحت أبو زيد، يتكون من (28) عبارة مصاغة بأسلوب تقريري يجاب عن كل منها بمقياس خماسي الاستجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (08) يوضح نوع الاستجابة ودرجتها في مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات.

نوع الاستجابة	درجة الاستجابة
لا مطلقا	00
قليلا	01
متوسط	02
كثيرا	03
دائما	04

وتقدر درجة العبارة حسب التقدير السابق، والدرجة على المقياس ككل بـ (من صفر إلى 112)، وتشير الدرجة المنخفضة إلى قلة شدة اللهفة في حين تعبر الدرجة المرتفعة عن شدة مرتفعة من اللهفة للإدمان.

ولقد تم بناء المقياس بناء على سؤال مفتوح مؤداه : حاول أن تصف ما تشعر به وأنت في حالة إشتياق شديد للمخدر، وإن كنت لا تدري متى تشعر بهذا الإشتياق فصف ما تشعر به قبل تناولك للمخدر المعتاد بفترة يوم أو يومين؟.

ولقد طرح هذا السؤال على (17) مدمنا للمخدرات اختيروا بطريقة عشوائية بحتة في أعمار متباينة، وتم تحليل الاستجابات، وأضيف إليها ما تم معرفته ونقله من المصادر والمراجع والتراث العلمي المنشور والمتعلق باللهفة للإدمان، ثم صيغت المفردات وفقا للنتائج المتحصل عليها.

4-2-1 صدق المقياس: لم يقم الباحث بتعديل جوهري للمقياس في عباراته على اعتبار كونها واضحة لدى عينته الدراسية بعد أن استكشف ذلك من خلال مقابلاته مع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية، إلا بعض العبارات نعرضها في الجدول التالي:

جدول رقم (9) يوضح عبارات مقياس شدة أعراض اللهفة قبل التعديل وبعد التعديل

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
10	تزداد شدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الإشتياق للمخدر.	تزداد شدة غضبي كلما زادت مشاعر الإشتياق للمخدر.
11	عندما تنتابني مشاعر الإشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة.	عندما أشعر بالشوق للمخدر أتخيل أني أتناول كمية من المخدر.
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات إشتياقي.	يزداد التدخين عندي في لحظات إشتياقي.
18	أفقد شهيتي للطعام تماما وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر.	أفقد شهيتي للطعام كلها وأنا في حالة الرغبة الشديدة للمخدر.
27	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة الاشتياق.	أشعر أنه لا يمكنني التغلب على مشكلة الاشتياق.

قام الباحث بتوزيع المقياس بعد التعديل على بعض الأساتذة المتخصصين وقد وفقوا على التعديلات التي مست المقياس، واعتبر الباحث هذه الموافقة بمثابة اعتراف على كون التعديلات لم تكن مؤثرة على معنى العبارات، وفي ما يلي نعرض طرق حساب صدق المقياس حسب ما أورده صاحبه.

– الصدق بطريقة (الاتساق الداخلي) لمقياس تقدير شدة أعراض اللهفة للإدمان حيث وزع المقياس على عينة قوامها (200) مدمن، والجدول التالي يوضح معاملات صدق العبارات.

جدول رقم (10): يوضح معاملات صدق العبارات بطريقة (الإتساق الداخلي) لمقياس شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات.

العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	العبارة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.61	0.001	15	0.66	0.001
2	0.67	0.001	16	0.74	0.001
3	0.53	0.001	17	0.74	0.001
4	0.68	0.001	18	0.76	0.001
5	0.75	0.001	19	0.76	0.001
6	0.73	0.001	20	0.78	0.001
7	0.73	0.001	21	0.72	0.001
8	0.76	0.001	22	0.72	0.001
9	0.73	0.001	23	0.70	0.001
10	0.75	0.001	24	0.78	0.001
11	0.75	0.001	25	0.69	0.001
12	0.63	0.001	26	0.62	0.001
13	0.77	0.001	27	0.66	0.001
14	0.78	0.001	28	0.47	0.001

يتضح من الجدول رقم (06) أن المقياس صادق بشكل جوهري، وأن جميع مفرداته صادقة عند مستوى دلالة (0.001).

4-2-2 الثبات:

استخدم الباحث عدة طرق للتأكد من ثبات المقياس على عين الدراسة الإستطلاعية على النحو التالي:

- تطبيق وإعادة التطبيق.
- التجزئة النصفية.
- استخدام معادلة "الفا – كرونباخ"

أ- تطبيق وإعادة التطبيق:

استخدم الباحث تطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوع على عينة قدرها (28) مدمنا للمخدرات بمستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، واستخدم الباحث حساب معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس شدة اللهفة للإدمان بطريقة بيرسون، وكان معامل الإرتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01) بحيث قدرت النتيجة بـ (0.78) وهذا يشير إلى وجود معامل ارتباط موجب يدل على ثبات المقياس وإمكانية الوثوق به.

ت- طريقة التجزئة النصفية:

طبق الباحث المقياس على نفس العينة (28) ثم قام بحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في العبارات الفردية والعبارات الزوجية، فكانت قيمة معامل الإرتباط (0.86) وهي قيمة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ث- استخدام معادلة " ألفا – كرونباخ":

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة " ألفا – كرونباخ" وذلك على نفس العينة قدرها (28) مدمنا للمخدرات وكانت النتيجة مساوية للقيمة (0.84) وهو معامل ثبات جوهري.

4- - 3 مقياس اللهفة نحو نوع المخدر:

تم إعداده من طرف "مدحت أبو زيد" ويتكون المقياس من عشرين عبارة مصاغة بأسلوب تقريري يجاب عنها من خلال خمس استجابات وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح نوع الاستجابة ودرجتها في مقياس اللهفة نحو نوع المخدر

نوع الاستجابة	درجة الاستجابة
لا مطلقا	00
قليلا	01
متوسط	02
كثيرا	03
دائما	04

وتقدر درجة العبارة حسب التقدير السابق، والدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين (صفر – و 80 درجة) والدرجة المرتفعة تشير إلى ارتفاع اللهفة نحو المخدر والعكس صحيح.

4 – 3 –1 صدق المقياس:

قام الباحث بتعديل طفيف على عبرات المقياس حسب البيئة التي سيطبق عليها المقياس ثم وزع المقياس بعد تعديل بعض عباراته على بعض الأساتذة المتخصصين وأبدوا جميعهم الموافقة على هذه التعديلا، وفي ما يلي نعرض العبرات قبل التعديل وبعد التعديل.

جدول رقم (12) يوضح عبارات مقياس اللهفة نحو نوع المخدر قبل وبعد تعديلها.

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
4	لا أتنازل أبدا عن المخدر المعتاد	لا أتنازل أبدا عن المخدر الذي تعودت عليه
5	أنا أسعد بوجود المخدر حتى وإن لم أستعمله	أنا أكون سعيدا بوجود المخدر حتى وإن لم أستعمله
6	أحلم بالمخدر الذي اعتد عليه	أحلم بالمخدر الذي تعودت عليه
8	أحب أن يكون معي المخدر حتى وإن لم يمنحني المتعة المطلوبة	أحب أن يكون معي المخدر حتى وإن لم يمنحني المتعة التي أريدها.
10	ذكرياتي مليئة بخبرات مشتركة مع مخدري المعتاد	ذكرياتي مليئة بخبرات مشتركة مع المخدر الذي تعودت عليه.

كما قام صاحب المقياس بحساب معامل صدق المقياس بالاعتماد على حساب **الصدق العاملي** للمقياس على عينة قوامها (200) مدمن مخدرات. والجدول رقم (13) التالي يوضح تشعبات العامل العام وقيم الشيوع لعبارات قياس اللهفة نحو نوع المخدر.

رقم العبارة	العامل العام	قيم الشيوع
1	0.70	0.64
2	0.87	0.76
3	0.86	0.75
4	0.81	0.66
5	0.87	0.77
6	0.88	0.78
7	0.86	0.74
8	0.83	0.70
9	0.87	0.77
10	0.85	0.73
11	0.87	0.75
12	0.87	0.76
13	0.88	0.78
14	0.83	0.69
15	0.86	0.74
16	0.87	0.76
17	0.88	0.77
18	0.88	0.77
19	0.90	0.81
20	0.87	0.75
الجذر الكامن	15	
نسبة التباين	%75	

يتضح من الجدول السابق أن مفردات المقياس قد انتظمت حول عامل عام أحادي القطب ذي تشعبات جوهرية موجبة بلغ جذره الكامن (15) ونسبة تباينه (75%) ويقترح تسميته بعامل اللهفة نحو المخدر ، ويدل ذلك على أن المقياس صادق عامليا.

4-3-2 الثبات:

استخدم الباحث عدة طرق للتأكد من ثبات المقياس على عين الدراسة الاستطلاعية على النحو التالي:

- تطبيق وإعادة التطبيق.
- التجزئة النصفية.
- استخدام معادلة "الفا – كرونباخ"

أ- تطبيق وإعادة التطبيق:

لحساب ثبات المقياس قام الباحث باستخدام طريقة تطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوع على عينة قدرها (22) مدمنا للمخدرات بمستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، واستخدم الباحث معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس شدة اللهفة نحو المخدر بطريقة بيرسون، وكان معامل الإرتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01) بحيث قدرت النتيجة بـ (0.86) وهذا يشير إلى وجود معامل ارتباط موجب يدل على ثبات المقياس وإمكانية الوثوق به.

أ- طريقة التجزئة النصفية:

كما طبق الباحث المقياس على نفس العينة (22) ثم قام بحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في العبارات الفردية والعبارات الزوجية، فكانت قيمة معامل الإرتباط (0.93) وهي قيمة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ب- استخدام معادلة " ألفا – كرونباخ":

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة " ألفا – كرونباخ" وذلك على نفس العينة قدرها (22) مدمنا للمخدرات وكانت النتيجة مساوية للقيمة (0.89) وهو معامل ثبات جوهري.

4-4 مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر:

قام بإعداد المقياس أيضا (مدحت أبو زيد)، ويتكون من عشرين عبارة مصاغة باسلوب تقريري يتم الإجابة عنها بمقياس خماسي الاستجابة موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (14) يوضح نوع الاستجابة ودرجتها في مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر

نوع الاستجابة	درجة الاستجابة
لا مطلقا	00
قليلا	01
متوسط	02
كثيرا	03
دائما	04

ويتم تصحيح المقياس وفقا لما سبق، والدرجة الكلية تتراوح مابين (صفر – و 80) وارتفاع الدرجة يشير إلى ارتفاع في درجات اللهفة نحو النشوة التي يحدثها المخدر والعكس.

ولقد أخضع صاحب المقياس مقياسه هذا إلى نفس المراحل ذاتها التي خضعت لها المقاييس السابقة في تكوينها فيما عدا صيغة السؤال مفتوح النهاية والذي كان مؤداه: "صف لنا ما تشعر به وأنت في حالة اشتياق لنشوة المخدر أو لتأثيره بصرف النظر عن المخدر نفسه، أو خبرة تعاطيه؟

4-4-1 صدق المقياس:

قام الباحث بإجراء بعض التعديلات على عبرات المقياس بعد ما تأكد من خلال الدراسة الإستطلاعية عدم وضوحها لعينة الدراسة، ثم قام بتوزيع المقياس بعد تعديل بعض هذه العبرات وقد وافق معظمهم على التعديلات التي قام بها الباحث، وفي ما يلي نوضح هذه التعديلات.

جدول رقم (15) يوضح عبارات مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر قبل وبعد تعديلها.

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
5	إذا تعاطيت الآن فإني أتوقع المزيد والمزيد من الشعور بالنشوة	إذا تعاطيت الآن فإني أتوقع المزيد من الشعور بالنشوة
8	إذا صادفت تأثير أضعف لمخدري يقوم خيالي بمضاعفة المتعة	إذا وجدت تأثير المخدر ضعيف يقوم خيالي بمضاعفة المتعة
11	أجازف أحيانا بتعاطي أشياء مجهولة من أجل النشوة	أخاطر أحيانا بتعاطي أشياء مجهولة من أجل النشوة
18	لهفتي على السلطة تضيف سعادة على سعادة التي يسببها المخدر نفسه	لهفتي على السلطة تضيف إلي سعادة التي يسببها المخدر نفسه
20	أنا أتعاطى المخدر بجسمي وأحب أن أهضمه بخيالي.	أنا أتعاطى المخدر بجسمي وأشعر أني أهضمه بخيالي.

وقد قام صاحب المقياس لحساب صدق المقياس بالاعتماد على الصدق العاملي نسرد باختصار النتائج الدالة على صدق المقياس كالتالي: جدول رقم (16) يوضح التشبعات العاملية وقيم الشيوع لعبارات مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر (ن= 200).

رقم العبارة	العامل العام	قيم الشيوع
1	0.93	0.87
2	0.94	0.89
3	0.94	0.89
4	0.93	0.87
5	0.93	0.88
6	0.93	0.87
7	0.93	0.88
8	0.94	0.90
9	0.93	0.87
10	0.94	0.89
11	0.93	0.86
12	0.94	0.89
13	0.93	0.87
14	0.94	0.88
15	0.93	0.88
16	0.90	0.90
17	0.93	0.89
18	0.94	0.89
19	0.94	0.89
20	0.95	0.90
الجذر الكامن	17.74	
نسبة التباين	%88.70	

ويتضح من الجدول السابق أن عبارات مقياس اللهفة نحو النشوة تنتظم حول عامل عام وحيد نقي أحادي القطب ذي تشبعات جوهرية موجبة يقترح تسميته بعامل: اللهفة نحو النشوة وأن جذره الكامن (17.74) ، وأن نسبة تباينه (88.70%) ويدل ذلك على أن المقياس صادق عامليا.

4-4-2 الثبات:

استخدم الباحث الطرق نفسها التي اعتمدها لحساب الثبات في المقياس السابق للتأكد من الثبات في هذا المقياس على عين الدراسة الاستطلاعية على النحو التالي:

- تطبيق وإعادة التطبيق.
- التجزئة النصفية.
- استخدام معادلة "الفا – كرونباخ"

أ- تطبيق وإعادة التطبيق:

لحساب ثبات المقياس قام الباحث باستخدام طريقة تطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوع على عينة قدرها (22) مدمنا للمخدرات بمستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، واستخدم الباحث معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس اللهفة نحو نشوة المخدر بطريقة بيرسون، وكان معامل الإرتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01) بحيث قدرت النتيجة بـ (0.93) وهذا يشير إلى وجود معامل ارتباط موجب يدل على ثبات المقياس وإمكانية الوثوق به.

أ- طريقة التجزئة النصفية:

كما طبق الباحث المقياس على نفس العينة (22) ثم قام بحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في العبارات الفردية والعبارات الزوجية، فكانت قيمة معامل الإرتباط (0.81) وهي قيمة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ب- استخدام معادلة " ألفا – كرونباخ":

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة " ألفا – كرونباخ" وذلك على نفس العينة قدرها (22) مدمنا للمخدرات وكانت النتيجة مساوية للقيمة (0.95) وهو معامل ثبات جوهري.

4-5 مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان على المخدرات:

تم إعداد المقياس من طرف (مدحت أبو زيد) ويتكون من (16) عبارة مصاغة باسلوب تقريري يجاب عنها بمقياس خماسي الاستجابة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (17) يوضح نوع الاستجابة ودرجتها على مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان على المخدرات.

نوع الاستجابة	درجة الاستجابة
لا مطلقا	00
قليلا	01
متوسط	02
كثيرا	03
دائما	04

ويتم تصحيح المقياس وفقا لما سبق، والدرجة الكلية تتراوح مابين (صفر – و 64) وارتفاع الدرجة يشير إلى ارتفاع في درجات اللهفة نحو الموقف الخبري نحو الادمان على المخدرات والعكس.

ويذكر صاحب المقياس أن المقياس أحد نتائج طرح سؤال مفتوح مؤداه: صف لنا ما تشعر به من اشتياق ولهفة وأنت في موقف تعاط، أو مكان تعاط، أو صحبة تعاط، وهكذا بصرف النظر عن نوع المخدر، نشوته، أو تأثيره.

4-5-1صدق المقياس:

قام الباحث أيضا بتعديل بعض عبارات المقياس حسب ما استشفه من خلال الدراسة الاستطلاعية، وعمد إلى توزيع المقياس بعد تعديل بعض عباراته على أساتذة متخصصين وقد تمت الموافقة بالإجماع على هذه التعديلات وفي ما يلي نعر ض هذه العبرات قبل التعديل وبعد التعديل:

جدول رقم (18) يوضح بعض عبارات مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري قبل التعديل وبعد التعديل.

رقم العبارة	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
5	أشعر بلهفة حين تجول بخاطري ذكرياتي السابقة مع صحبة التعاطي.	أشعر بلهفة حين أتذكر خبراتي السابقة مع صحبة التعاطي.
6	أشتاق كثيرا للطقوس التي اعتدت عليها عندما أتعاطى	أشتاق كثيرا للطرق التي اعتدت عليها عندما أتعاطى
7	الفرفشة في جلسة التعاطي مع صحبتي تعوضني عن ضعف تأثير المخدر	المتعة في جلسة التعاطي مع صحبتي تعوضني عن ضعف تأثير المخدر.
10	أتلهف على رؤية مخدري الآن مع المعدات اللازمة لاستخدامه	أتلهف على رؤية مخدري الآن مع الأدوات اللازمة لاستخدامه.
11	أعتقد أن بريق كل ما يتعلق بجلسة التعاطي عندي أهم من أي شيء آخر	أعتقد أن كل ما يتعلق بجلسة التعاطي عندي أهم من أي شيء آخر

ولحساب صدق المقياس قام صاحبه بالاعتماد على **طريقة التحليل العاملي** وكان حجم العينة يساوي (200)، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (19) يوضح التشبعات العاملية وقيم شيوعها للعامل الوحيد لعبارات مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان على المخدرات.

رقم العبارة	العامل العام	قيم الشيوع
1	0.96	0.93
2	0.96	0.92
3	0.97	0.94
4	0.95	0.91
5	0.96	0.92
6	0.97	0.94
7	0.95	0.92
8	0.95	0.91
9	0.96	0.93
10	0.83	0.69
11	0.95	0.90
12	0.96	0.92
13	0.94	0.90
14	0.96	0.92
15	0.96	0.93
16	0.96	0.93
الجذر الكامن	**14.57**	
نسبة التباين	**%91.10**	

ويمكن تفسير هذا العامل على النحو التالي: أنه عامل وحيد نقي وشامل تقترح تسميته بعامل اللهفة نحو الموقف الخبري، وهو عامل وحيد القطب حيث أن كل تشبعاته جوهرية موجبة استطاع بمفرده ودون سواه استقطاب (91.10%) من التباين العاملي مما يدل على قوته وجوهريته، وانتظام كل المفردات حول هذا العامل فقط يدل دلالة قوية على أن المقياس ومفرداته وشدة واحدة وبعد واحد، وهو بذلك صادق عامليا.

4-5-2 ثبات المقياس:

قام الباحث لحساب ثبات مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري بالاعتماد على الطرق التالية:

- تطبيق وإعادة التطبيق.
- التجزئة النصفية.
- استخدام معادلة "الفا – كرونباخ"

حيث اختار من عينة الدراسة الاستطلاعية عشوائيا (17) مدمنا على المخدرات دون مراعات نوع المخدر، وكانت النتائج كالتالي:

أ- تطبيق وإعادة التطبيق:

تم تطبيق هذه الطريقة (تطبيق وإعادة التطبيق) بفاصل زمني قدره أسبوع على عينة قدرها (17) مدمنا للمخدرات كلهم من الذكور بمستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة، واستخدم الباحث معامل الارتباط بين التطبيقين الأول والثاني لمقياس اللهفة نحو الموقف الخبري بطريقة بيرسون، وكان معامل الإرتباط دال عند مستوى الدلالة (0.01) بحيث قدرت النتيجة بـ (0.94) وهذا يشير إلى وجود معامل ارتباط موجب يدل على ثبات المقياس وإمكانية الوثوق به.

أ- طريقة التجزئة النصفية:

كما طبق الباحث المقياس على نفس العينة (17) ثم قام بحساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون بين درجات الأفراد في العبارات الفردية والعبارات الزوجية، فكانت قيمة معامل الإرتباط (0.90) وهي قيمة تدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

ب- استخدام معادلة " ألفا – كرونباخ":

تم حساب ثبات المقياس باستخدام معادلة " ألفا – كرونباخ" وذلك على نفس العينة قدرها (17) مدمنا للمخدرات وكانت النتيجة مساوية للقيمة (0.88) وهو معامل ثبات جوهري.

5-6 البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي:

اعتمد الباحث لإعداد البرنامج الإرشادي على الإرشاد العقلاني الإنفعالي والذي يعد شكلا من أشكال العلاج النفسي التوجيهي والنشط كما ذكرنا في الفصل النظري، حيث يقوم المرشد أو المعالج بدور فعال في

توجيه عملائه لتحديد المصادر الفلسفية لمشكلاتهم النفسية والسلوكية وحتى الانفعالية، وتعريفهم بكيفية مناهضة تقييمهم اللاعقلاني وتغييره، ويمكن القول أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي هو شكل تربوي من أشكال العلاج، يشجع من خلاله المرشدون أو المعالجون عملائهم أن يكونوا معاجين أو مرشدين لأنفسهم فيما بعد نهاية فترة علاجهم.

ويعد الإرشاد التوجيهي مدخلا يعمد إلى الاستفادة من أسلوب تقديم النصيحة الفعال، وفي اتجاه العملية العلاجية عبر خطوط تعتبر ذات صلة وثيقة بالحالة كما يرى المعالج.

وفي ضوء ذلك قام الباحث بإعداد برنامج إرشادي يعتمد على الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وهو برنامج مخطط ومنظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة الفردية وفي بعض الحالات جماعية حسب ما تقتضيه الضرورة، بهدف علاج أفراد العينة من مشكلة الإدمان على المخدرات، وفي ما يلي خطوات إعداد البرنامج الإرشادي المقترح:

5-7 إعداد البرنامج:

اطلع الباحث على مجموعة من المراجع والدراسات العربية والأجنبية التي تناولت مواضيع مشابهة لموضوع الدراسة وخاصة منها التي تناولت برامج إرشادية وفق المنحى ذاته التي اعتمدته الدراسة الحالية وهو الإرشاد العقلاني الإنفعالي، كما اطلع على مختلف الدراسات التي تناولت الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الخاطئة الشائعة تجاه الذات ، والمخدرات ، والانزعاج الانفعالي وما يقابلها من معتقدات بديلة مناهضة، ومن بين هذه الأبحاث والدراسات نجد على رأسهم (إليس آلبرت Ellis.A 1973، باروث وهوبر Huber & Baruth 1985، محمد حمدي حجار 1992، مدحت عبد الحميد أبو زيد 2003، منى العامري 2001،...الخ).

كما قام الباحث بتحديد أفراد العينة العلاجية والمقدرة بخمسة عشر فردا وقد تطرق الباحث إلى تفصيل خصائصها المختلفة سابقا.

ثم اتفق مع رئيس مصلحة علاج الإدمان على تحديد مواعيد الجلسات العلاجية، وتهيئة المكان المناسب.

5-8 الحدود الإجرائية للبرنامج:

أ- **الحدود الزمانية:** تم تنفيذ البرنامج على مدى شهرين، بواقع 2-3 جلسات في اليوم، ولأن إدارة المستشفى اشترطت أن تحدد ثلاث أيام فقط في كل أسبوع يكون مجموع الجلسات أسبوعيا ست - إلى تسع جلسات، وتستغرق الجلسة مدة زمنية قدرها ساعة ، وقد تمتد إلى ساعة ونصف حسب مضمون كل جلسة وأهدافها، وأساليبها.

ب- **الحدود المكانية:** نفذ البرنامج الارشادي في المستشفى الجامعي فرانتز فانون بالبليدة -مصلحة علاج الادمان على المخدرات.

ت- **الحدود البشرية:** تتضمن المجموعة التجريبية 15 مدمن على المخدرات، يطبق عليهم فنيات الإرشاد العقلاني الإنفعالي.

5-9 الفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي:

ذكرنا في الفصل النظري الثالث من هذه الدراسة فنيات التي تعتمدها نظرية الإرشاد العقلاني الإنفعالي بصفة عامة، أما الآن سنتطرق إلى الفنيات التي اعتمدها الباحث في خلال العملية العلاجية دراسته الحالية، وهي كما يلي:

أ- **الفنيات المعرفية:** وتتضمن هذه الفنيات ما يلي:

- الوسائل التي تعتمد على الألفاظ الدلالية والتي تستخدم في الإرشاد العقلاني الإنفعالي، حيث يتم استخدام وسائل محددة بهدف مساعدة المسترشد على استخدام لغة تقلل من احباط الذات، ومثال ذلك تشجيع المسترشد على استخدام عبارة " لم أشرع بعد" بدلا من استخدام " لا يمكنني ، ولا أستطيع".

- الوسائل المرجعية: ويتم من خلالها تشجيع المسترشد على كتابة بعض الملاحظات التي تتضمن النقاط الموجبة والنقاط السالبة لمفهوم معين مثل: التدخين ، التعاطي، الإدمان... واستخدم الباحث هذه الطريقة مع عينته العلاجية خاصة منهم من يركزون على الجوانب الإيجابية في المخدر مع تجاهل ما يتضمنه من جوانب سلبية.

- الوسائل التصويرية: ويطلق عليها التصور العقلاني الانفعالي، حيث يكتسب العميل الخبرة في كيفية تغيير مشاعر السلبية غير السوية إلى مشاعر سوية، وقد تم شرح ذلك في الجزء النظري وأسميناه بالحدث (C)، مع

الاحتفاظ بتصور حي للحدث السلبي (A)، وبذلك يتعلم كيفية تغيير مشاعر إحباط الذات بداخله من خلال تغيير معتقداته الداخلية (B).

– فنية تصور وقائع زمنية في الإرشاد العقلاني الإنفعالي ، حيث يقوم المدمن على المخدرات بسرد حدث معين يرى أنه سيكون سيئا لو حدث، وفي هذه الحالة لا يقوم الباحث (المعالج) بمقاومة هذا المعتقد اللاعقلاني، بل عليه أن يوافق المدمن على تصوره، كما يجب أن يساعده على تصور مالذي يمكن حدوثه في الحياة لو أن هذا الحدث السيء وقع بالفعل.

وبهذه التقنية فإن المدمن تتم مساعدته بشكل غير مباشر على تغيير معتقداته اللاعقلانية، حيث يرى المدمن أن الحياة تمضي بعد وقوع هذا الحدث السيء، وأنه قادر على تخطيه والخروج من المحنة، حتى لو وقع أسوء الاحتمالات التي يتوقعها، فإنه قادر على الاستمرار في تحقيق أهدافه الرئيسية أو وضع أهداف جديدة، فمثل هذه المعرفة تشجع الفرد على إعادة تقييم معتقداته اللاعقلانية.

ت– الفنيات العاطفية:

رأينا في الفصل النظري رؤية النظرية العقلانية الانفعالية حول مشكلة الإدمان والمدمنين على المخدرات، إذ ترى أن هؤلاء جميعهم يتمسكون بمعتقداتهم الخاطئة بشكل مطلق، وبانفعال شديد وملح، فقد سبق لهؤلاء أن عززوا هذه المعتقدات تعزيزا قويا من خلال اجترارها والمران عليها، وخبروا الانفعالات والاضطرابات التي نجمت عن هذه المعتقدات لفترة من الوقت، ولعلاج هؤلاء اقترح الباحث أن تتوفر تقنيات فعالة انفعالية مستمرة من اجل اقتلاع مشكلة إدمانهم من الجذور.

وعلى هذا الأساس فهناك طرق عديدة اعتمدها الباحث لتصحيح الانفعالات والعواطف السلبية بحيث يمكن أن يتدرب عليها المدمن، وتتمثل هذه الطرق في:

– **التخيل العقلاني الانفعالي:** يتمرن المدمن من خلال هذه الطريقة على توجيه مشاعره بواسطة التخيل العقلاني الانفعالي، بحيث يتخيل أحد أسوء الأمور التي يمكن أن تصيبه، ثم يقوم بالتفجير الداخلي لمشاعره غير الملائمة، كالرعب والفزع والإكتئاب، والغضب، ثم يعمل على أن يشعر بالأسف وخيبة الأمل والإحباط بصورة ملائمة، ويساعده في ذلك المعالج.

- **الأحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال:** يتم توجيه المدمن على المخدرات لإعداد أحاديث ذاتية بينه وبين ذاته، هذه الأحاديث تكون واقعية وعقلانية، ويتم إرشاده من قبل المعالج (الباحث) إلى كيفية غرسها بإلحاح وشدة في ذهنه، إلى أن يؤمن ويقتنع بها، وينبغي أن يكررها المدمن حتى تتحقق فعاليتها.

ويتم تدريبب المدمن على المخدرات أيضا على خلق حوار مع الذات، بحيث إن الأصوات الداخلية اللاعقلانية تناقش بفعالية وبأصوات داخلية وحوارات منطقية صائبة، هذه العبارات عادة تكون مدتها بين 3 – 4 دقائق.

- **القبول الغير مشروط للذات:** ونعني به قبول شخصية الباحث وليس قبول سلوكه الإدماني ، حيث قام الباحث بهذا المبدأ من الجلسة التمهيدية الأولى، فقبول شخصية المدمن أمر غير مشروط، وهذه الطريقة تجعل المدمن يقبل فكرة العلاج، وقبول المدمن ذاته يوحي له بأنه جدير بالحياة والبقاء والتمتع بالحياة، فينعكس هذا الأمر بالشعور بالقيمة الذاتية، ويسعى المعالج إلى تشجيع المدمن على زيادة ثقته بنفسه وقبوله لذاته قبولا إيجابيا يمكنه من تغيير انفعالاته السلبية إلى انفعالات إيجابية.

- **لعب الدور في الإرشاد العقلاني الإنفعالي:** يؤدي المدمن من خلال هذه الطريقة دوره مع المعالج ومع أفراد المجموعة (العينة العلاجية)، حيث يكشف عن مشاعره ويظهرها ويفرغها مع مجموعته حتى إذا بدت عليهم علامات القلق أو الغضب أو الإحباط واليأس يتوقفون عن لعب هذا الدور.

- **عكس لعب الدور:** يقوم المعالج (الباحث) بأداء دور المدمن ويتمسك بقوة بمعتقداته الغير عقلانية، إلى أن يتمكن المدمن بمحاولاته المتكررة من إقناع المتحدث بخطأ أفكاره ومعتقداته مستعينا في ذلك بالشروحات التي قدمت له سلفا عن المعتقدات الغير عقلانية الخاصة بالمدمن والإدمان.

- **استخدام العمليات والتدريبات الجماعية:** استخدم الباحث هذه التقنية على اعتبار أن إليس آلبرت قد اكتشف أن المرضى يتلقون الدعم والتعزيز من الآخرين الذين يتعلمون الإرشاد العقلاني الإنفعالي ويستخدمونه مع أنفسهم، فعند مناقشتهم لمعتقدات الآخرين غير المنطقية، سيكونون أكثر مهارة واهتماما عند مناقشة معتقداتهم غير العقلانية.

ج- الفنيات السلوكية: Behavioral Techniques

استخدم الباحث هذه الفنية على اعتبار أنه تساهم بشكل لافت في إضعاف منطق المدمن وأسلوب تفكيره اللاعقلاني وما يصاحبه من انفعالات وعواطف مشوهة، ولأن الادمان على المخدرات هو نوع من

السلوكيات الصحيحة فإن هذه الفنية تعمل على محاولة إخفاء هذا السلوك بشتى الطرق وهي على النحو التالي:

– **منع حدوث الاستجابة:** استخدم الباحث هذه الطريقة لتدعيم الفنيات الأخرى للتخفيف من سلوك لهفة الادمان على المخدرات، والسيطرة على المدمن لفترة من الزمن، وينبغي أن يتدخل أطراف أخرى لتطبيق هذه الطريقة مثل أفراد الأسرة، أصدقاء المدمن من غير المدمنين،... على اعتبار أن هذه الطريقة يستخدمها الباحث حتى خارج المستشفى لعدة أيام.

– **منع حدوث الإنتكاس:** إن منع حدوث الانتكاس جزء مهم من أهداف الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وهو أمر محتمل الحدوث، ولذلك قام الباحث بالإعداد له مسبقا وذلك بمعاينة أفكار المدمن اللاعقلانية التي تسبب الإنتكاس، ورصد هذه الأفكار ومناهضتها، وقد استخدم الباحث الطرق التالية في سبيل محاولة من المدمن من الوقوع في الانتكاس:

– **ضبط المنبهات أو المواقف المحرضة على الانتكاس:** كالابتعاد عن أصدقاء الإدمان على المخدرات، وعدم مصاحبتهم، هجر الأماكن التي ألف المدمن أن يرتادها ليدمن فيها،...

– اللجوء إلى التعزيز: يسمح للمدمن أن يمارس النشاطات التي يفضلها والتي لها علاقة بأساليب من الاستجابة للإدمان واللهفة، مثل الرياضة و غيرها.

– **فرض العقوبات:** يلجا المعالج (الباحث) في بعض الحالات على عقاب المدمن على المخدرات إذا فشل في ضبط سلوكه الإدماني، من خلال بعض الأساليب مثل حرمانه من ممارسة نشاط محبذ ومسلي.

– **إستخدام أساليب التشتت البدنية:** بتدريب المدمن تقنية الإسترخاء، وتمارين التنفس الاسترخائية، والرياضة .. فهذه الطريقة تشتت انتباه المدمن وتصرفه عن التفكير بشدة في سلوكه الإدماني المعتاد، كما تعمل على تخفيف القلق وشدة اللهفة للإدمان.

– **التدريب على اكتساب المهارات وحل المشكلات:** طبق الباحث هذه الطريقة كونها تهتم بالمواقف المحرضة الباعثة على الأفكار اللامنطقية، أي الحوادث المنشطة الخارجية، وتدريب المدمن على تبديل المحرضات أو الحوادث المنشطة، من خلال تعليمه مهارات التفاعل والاتصال مع الغير ، وتأكيد الذات، والمهارات الاجتماعية والوالدية، وغير ذلك من التدريبات التأهيلية، إضافة إلى ذلك تدريب المدمن على المخدرات أساليب حل المشكلات واتخاذ القرار الملائم.

- **الاسترخاء:** طبق الباحث هذا الأسلوب كونه –الاسترخاء– يدرب العقل على السيطرة على العمليات الحيوية كالتنفس وضربات القلب وعلى السيطرة على الوجدان والتفكير ، أي الوصول إلى حالة من التعقل وتتميز بالهدوء والتحكم في الجسم والتفكير، وقد تدرب الباحث على أسلوب الاسترخاء من خلال البرنامج الذي أعده مصطفى المصري في إطار الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس.

5-10 تحكيم البرنامج وتقويمه:

تم إرسال نسخ من البرنامج الإرشادي المقترح لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات إلى عشر باحثين كانت خلفيتهم العلمية متفقة مع الإطار العام للبرنامج من أجل التأكد من مصداقيته وقدرته على إحداث التغيير المطلوب، ومدى مناسبته للفئة المستفيدة منه، وعمرهم، وجنسهم، ومستواهم التعليمي، والأساليب والمقاييس النفسية المستخدمة فيه، وإجراءات تنفيذه، والظروف البيئية المناسبة للتطبيق، وقد حاول الباحث أن يراعي في المحكمين مجموعة من النقاط التالية:

- الموضوعية والدقة: في النظر إلى الخطوات الرئيسية في بناء البرنامج.
- الشمولية: في تقويم جميع عناصر البرنامج.
- الخبرة والكفاءة: في مجال تقويم البرامج التي تستند إلى النظرية التي يتبناها الباحث في العلاج.

وعليه فقد قام الباحث بإجراء التعديلات المناسبة على البرنامج بناء على توصيات لجنة التحكيم سواء من حيث مضمونه أو من حيث شكله.

5-11 وصف البرنامج الإرشادي وكيفية التطبيق:

يحتوي البرنامج الإرشاد الذي اقترحه الباحث لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات على خمسة عشر جلسة، كل من هذه الجلسات لها أهدافها تسعى الدراسة الحالية لتحقيقها ولها أساليب إرشادية في ضوء ما أوردناه سابقا، ويوضح الملحق رقم (5) جدولا خاصا بهذا البرنامج يعرض فيه الباحث تفاصيل كل جلسة.

سوف نعرض فيما يلي تحليلا موجزا لمحتوى كل جلسة من هذه الجلسات:

الجلسة الأولى: "تمهيد وتعارف"

بدأ الباحث الجلسة الأولى بالتعرف على العينة العلاجية والتعريف بنفسها، وكانت الجلسة جماعية حيث ضمت جميع أفراد العينة المقدرة بـ (15) مدمنا، وقد تم تقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج الإرشادي المقترح، وخطوات سيره وأهدافه والأساليب المستخدمة فيه، وركز الباحث على التدقيق في مسألة فهم العينة

لمقصود الإرشاد العقلاني الإنفعالي وأهميته وأهدافه، وأكد لهم أن هذا المنحى العلاجي يرى أن السبب في متاعبنا النفسية هو تفسيرنا للمواقف، وليس المواقف نفسها التي تتعرض لها أو الحوادث الخارجية.

كما اتفق الباحث في ذات الجلسة مع المسترشدين على تحديد مواعيد الجلسات، وحثهم على أهمية هذه الجلسات بالنسبة لهم، مع التأكيد على سريتها، محاولا تحقيق جو من الألفة والطمأنينة والثقة بينه وبين المسترشدين.

الجلسة الثانية: " تهيئة المسترشد للدخول في العملية الإرشادية"

تحتل هذه الجلسة أهمية بالغة في هذا المنحى العلاجي الذي تبناه الباحث، حيث تم فيها مساعدة المسترشد على فهم نفسه واستعداداته وقدراته وميوله والاستفادة منها بصورة تحقق التوافق السليم في الحياة، وفيها أيضا حث الباحث المسترشد على أهمية هذه الخطوة العلاجية في إمكانية تغيير نمط حياته الإدمانية التي تعود عليها إلى حياة خالية من الإدمان، كما حدد الباحث دور المسترشد في هذه الجلسات وتوقعاته خلال الجلسات وبعدها، من حيث كونه طرفا أساسيا في العملية الإرشادية، وبناء على ذلك تتحدد توقعاته نحو الجلسات وما يناقش فيها وبعد الجلسات وما تصفر عنه.

وفي هذه الجلسة حاول الباحث أن يجعل المسترشد يفهم أن المرشد يرغب تماما في مساعدته ومستعد للإنصات لما يقوله سواء كان ما يقوله له علاقة بمشكاته أو لا، حتى يشعر المسترشد بأنه مقبول من طرف الباحث بدون شروط ، ومقبول لديه حتى ولو كانت مشكلاته تتنافى تماما مع مبادئ المرشد، وما على المسترشد إلى أن يتحدث بعفوية عن ما يقلقه ويزعجه، ويعبر عن مشاكله كلها رغبة منه في التخلص منها، شرط أن يفهم المسترشد أن هذا النوع من العلاج يعتمد عليه هو وليس المرشد، وأن مسؤولية التحسن والتعافي تقع على عاتقه هو، وعليه أن يتحلى بالرغبة في العلاج بمساعدة المرشد، وأن مسألة التقدم في العلاج نتيجة هذه الجلسات هو من مسؤوليته هو، وأن المرشد ساعده في توجيهه نحو فهم ذاته، كما أكد الباحث للمسترشد أنه لن يتخلى عنه بعد الانتهاء من الجلسات، من خلال التواصل معه متى رغب المسترشد في ذلك.

الجلسة الثالثة: "بناء العلاقة الإرشادية"

هذه الجلسة هي امتداد للجلسة التي قبلها حاول فيها الباحث كسب المسترشد وجعله يشعر بالألفة، حتى يوفر له فرص التعبير عن مشاعره وأفكاره في حرية وصراحة دون تصنع، كما حاول الباحث كسب اهتمام المسترشد من قبل وجعله يصدق تماما قدرته على التعامل مع حالته، لأن ثقته بالمرشد وبالبرنامج

العلاجي الذي سيطبق عليه شرط لابد منه لنجاح العملية الإرشادية، فلا بد أن يندمج المرشد بمشكلة المسترشد بدرجة واقعية.

كما حاول الباحث جعل المسترشد يشعر بأنه محترم ومهتم به من قبل المرشد ومنتبه له، حتى يشعر بقيمته وأنه لا يزال إنسانا بنظر الباحث رغم درجة المشكلة التي وصل عندها المسترشد، فحجم المشكلة وعظمها لا تقارن بذاته التي تشبه كل ذوات الآخرين.

الجلسة الرابعة: "جلسة التطبيق القبلي للمقاييس"

في هذه الجلسة قام الباحث بتطبيق مجموعة من المقاييس بغرض قياس شدة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وتتمثل هذه المشكلة في اللهفة للإدمان من حيث: شدة أعراض اللهفة، اللهفة لنوع المخدر، اللهفة للموقف الخبري، واللهفة لنشوة المخدر، عمد الباحث قياس المشكلة من خلال هذه المقاييس للعمل على تسيير البرنامج وفق الفرضيات التي اقترحها في الدراسة وهي تمثل أهداف الدراسة فمن خلال هذه المقاييس سوف نكتشف مدى نجاعة البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الادمان على المخدرات.

الجلسة الخامسة: "الأفكار الخاطئة الشائعة حول المخدرات وما يقابلها من معتقدات وأفكار بديلة وصحيحة مناهضة".

في هذه الجلسة قام الباحث بمناقشة المسترشد حول الأفكار الخاطئة الخاصة بالمخدرات والإدمان عليها والعمل على إظهارها للمسترشد وتوضيح ما يدور في ذهنه من أفكار خاطئة وما لها من علاقة بالمشكلة التي أتى عامدا للمساعدة في حلها، وقام الباحث بإرشاد المسترشد ومساعدته على مناهضة هذه المعتقدات الخاطئة، وتبني معتقدات واقعية صحيحة بديلة من خلال شرح النظرية العقلانية الانفعالية وتبسيطها له، ومحاولة توضيح الارتباط القائم بين أفكاره ومشاعره وسلوكه، حتى يقترب أكثر من فهم مشكلته وكيفية الوصول إلى حل لها.

الجلسة السادسة:"المعتقدات والأفكار الخاطئة تجاه الانزعاج الانفعالي والقلق وما يقابله من معتقدات وأفكار صائبة"

في هذه الجلسة عمد الباحث إلى مناقشة الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول الانزعاج الانفعالي والقلق، باعتبارهما أغلب ما يعاني منه المدمن على المخدرات من مشكلات انفعالية استنادا إلى ما ورد في الجانب

النظري حول المظاهر الانفعالية للمدمن على المخدرات، كما حاول الباحث أن يرشد المدمن على المخدرات بتبني أفكار عقلانية بديلة، واستبدال المنطق الإدماني بالمنطق العقلاني الأكثر واقعية، ومساعدته على حل بعض المشكلات الإنفعالية الخاصة به، ومساعدته أيضا على فهم مصادر اضطرابه ودوافع سلوكه في ضوء نظرية (ABCDEF)، وقد تم شرح تفصيل هذه النظرية في الجانب النظري لهذه الدراسة ومنه فقد استعان الباحث في ذلك بمطبوعة ملخصة تحتوي على المعتقدات الخطأ تجاه الانزعاج الانفعالي، وما يقبلها من معتقدات وأفكار صائبة بديلة، واعتمد أيضا على عرض أمثلة حية من الواقع، حتى تزيد من تدعيم ثقة المدمن بالبرنامج العلاجي المطبق عليه، وفي نهاية الجلسة كلف الباحث المدمن ببعض الوظائف المنزلية.

الجلسة السابعة: "مناهضة الأفكار التي تحمل معاني الحتمية واليأس مثل المعتقد التالي: "لا استطيع تحمل ذلك".

-هذه الجلسة هي امتداد للجلسة التي قبلها، غير أن الباحث عمد فيها إلى البحث أكثر عن الأفكار الخاطئة والتي تصاغ عادة بكثرة لدى المدمن وغير المدمن إزاء المواقف التي تعتبر مشكلة بالنسبة له وهي الأفكار الخاطئة المرتبطة بالعجز والحتمية واليأس المتمثلة في "لا أستطيع تحمل ذلك"، إذ عمل الباحث على اكتشاف مثل هذه الأفكار ، ووضح الباحث للمدمن كيف أن مثل هذه الأفكار تعرقل مسار العلاج إن بقي متمسكا بها، فقد كانت من قبل حاجزا أمام استرجاع حياته الطبيعية بدل الحياة الإدمانية، وحاول الباحث أن يجعل المدمن يعمل على دحض الأفكار والمعتقدات الخاطئة بالأدلة القاطعة من آيات وأحاديث نبوية، مستخدما في ذلك أسلوب طرح الأسئلة العلمية على الأفكار الخاطئة التي يقدمها المدمن، واستخدم كذلك فنية الأحاديث مع الذات والتعابير الإيجابية المنطقية، حتى يتعود المدمن على اكتشاف أفكاره الخاطئة بنفسه ويحول مناهضتها كذلك بنفسه، وحتى يلزم نفسه بذلك فقد كلفه الباحث بواجبات يقوم بها حين يكون بمفرده.

الجلسة الثامنة: " التركيز على مساعدة المسترشد على تغيير مشاعر القلق والغضب إلى مشاعر مقبولة".

في هذه الجلسة قام الباحث باكتشاف الأفكار التي يضخم من خلالها المدمن مشاكله، فيراها مستحيلة الحل، وهي أكبر من قدراته بشكل يجعل المحاولة لإيجاد حل لها أمر غير ممكن، واعتمد الباحث أن في إرشاد المدمن حول تهويل المشكلات وتضخيمها على مجموعة من الآيات بينات وأحاديث نبوية شريفة، كما وضح للمدمن الآثار السيئة التي خلفتها تلك الأفكار الخاطئة، واستخدم الباحث بعض الأساليب منها طرح الأسئلة

العلمية على هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة لمناهضتها وتطبيق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية، وقد تم شرح هذه الفنية سابقا.

الجلسة التاسعة: "كشف الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالإحباط، والقلق والفشل، والاضطراب الانفعالي".

تم في هذه الجلسة مناقشة المسترشد حول الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية: الإحباط، القلق، الفشل، الحزن... ومناهضتها، على اعتبار أن المدمن يكون قد حاول الإقلاع عن الإدمان لكنه تعرض إلى الفشل وانتكس، فبعد هذه المحاولات يكون محبط وحزين، فتنشأ لديه قناعة بأنه فاشل ومحولة الإقلاع والتشافي بات من المستحيل، وبالتالي فالباحث حاول تعليم المدمن استخدام مفاهيم جديدة مثل: التنفيس الانفعالي، وضبط الذات، السيطرة على انفعالاته وعواطفه، والتسامح مع ذاته حتى ولو فشل في المحاولة فعليه تكرار المحاولة والإقلاع عن التفكير في المادة الإدمانية على أنها الحل الأمثل لمشاكله الانفعالية وغيرها، واستخدم الباحث الأساليب التالية: تطبيق فنية إعادة تأطير التفكير أو المشكلة، وذلك من خلال رؤية الشيء الجيد من خلال الشيء السيء، التعامل مع الأمور السيئة، تطبيق فنية الحوار مع الذات الفعال.

الجلسة العاشرة: "المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات بديلة صائبة".

في هذه الجلسة ركز الباحث على مناقشة المدمن حول المعتقدات الخاطئة حول الذات وحاول مساعدته على تبني معتقدات صائبة بديلة حول الذات من خلال تشجيعه على التحدث عن نفسه وذكرياته الخالية من الإدمان، محاولا في ذات الوقت تغيير مشاعر الإحباط، وخيبة الأمل لدى المفحوص إلى مشاعر مقبولة، مستخدما في ذلك مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات صائبة لخصها الباحث مما ورد في الجانب النظري من هذه الدراسة، و طبق فنية قبول الذات غير المشروط، وكذلك طبق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية، ثم كلف الباحث المدمن بواجبات منزلية من ضمنها المداومة على الصلاة، ومحاولة إجراء حوار داخلي محتوياته أفكار إيجابية حول ذاته.

الجلسة الحادية عشر: "الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالناحية النفسية".

في هذه الجلسة أكمل الباحث محاولة اكتشاف الأفكار الخاطئة ومنا قشتها خاصة منها التي تتعلق بالشعور بعدم القيمة في الحياة، وفكرة الانتحار والتخلي عن الحياة، وقد وضحنا في التراث الأدبي لهذه الدراسة أن المدمن على المخدرات في المراحل المتقدمة من الإدمان تظهر لديه مثل هذه الأفكار وينبغي على

المعالج توضيحها للمدمن حتى يكتشف حالته ويحاول تبديل هذه الأفكار بأفكار عقلانية من خلال تعليمه مفاهيم جديدة مثل: احترام الذات، حب الآخرين، فعل الأفضل للذات....، واستخدم الباحث أساليب مختلف لتحقيق هدف الجلسة تتمثل في: تطبيق فنية الموازنة بين المحاسن والمساوئ، تطبيق فنية إعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها، تطبيق فنية المساءلة عن الدليل والبرهان، وهي أساليب يراها الباحث الأنسب لهذه الجلسة.

الجلسة الثانية عشر: "الاسترخاء"

عمد الباحث من خلال هذه التقنية إلى تشتيت ذهن المدمن عن التفكير في المخدرات بصفة متكررة وقد حاول تدريب المدمن على الاسترخاء حتى يستطيع بذلك أن يمارس الاسترخاء بمفرده لفترات متكررة بطريقة منظمة.

الجلسة الثالثة عشر: "الإهتمام بالحياة والمستقبل".

هذه الجلسة هي بمثابة التمهيد للجلسة الختامية حاول فيها الباحث توجيه المدمن ومساعدته على التفكير في مستقبله بجدية، والتخطيط له، وكذا تنبيهه إلى أن الحياة الإدمانية ينبغي أن تتغير وتتبدد في ضل سعيه الدؤوب نحو الحياة الواقعية التي تتماشى مع كونه إنسانا وهو يخطئ ويصيب، وليس مستحيلا أن يبدأ لتخطيط حياته الجديدة الخالية من الإدمان، وقد حاول الباحث أيضا أن يساعد المدمن لتحقيق ما خطط له بتوجيهه إلى ممارسة الشعائر الدينية، وتعليمه المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية، وكذا ممارسة النشاطات الرياضية المفضلة لدية والمساعدة على الاسترخاء كاليوغا، والسباحة وغيرها، واستخدم الباحث أسلوب النصح والتوجيه، التشجيع والمساندة لتحقيق أهداف الجلسة.

الجلسة الرابعة عشر: "تحديد الخطوات التي يجب إتباعها للوقاية من القلق والانزعاج الانفعالي والمشاعر الغير مرغوبة".

حاول الباحث في هذه الجلسة أن يجعل المدمن يعي دوره في العلاج ومدى تقدمه فيه من خلال معرفة التغيرات العلاجية المتدرجة التي قد طرأت عليه ، ومدى النمو النفسي الذي أحرزته، وقد حث الباحث المدمن على الاستفادة من وقت الفراغ بطريقة مفيدة ومدروسة، واستغلال ميوله وهواياته على اعتبار أن الفراغ قد يلهب لهفة المدمن للتعاطي مرة أخرى ويوقعه في الانتكاس، كما حاول الباحث أن يساعد المدمن في تكوين فلسفة ناضجة للحياة، والعمل على تحقيقها بمهارة من خلال ما تعلمه خلال الجلسات السابقة، وحثه كذلك

على استغلال الفرص المتاحة له في ميدان العمل والالتحاق بها، حتى يشعر بوجوده في الحياة الطبيعية الواقعية، كما ذكر الباحث المدمن وشجعه على عرض نفسه للفحص الطبي الدوري، وعلاج ما يحتاج إلى علاج أولا بأول وفي الوقت المناسب، حتى لا يتعرض إلى الانتكاس ويبقى على مقربة من المساعدة الطبية والنفسية في كل وقت أراد، واستخدم الباحث بعض الأساليب لتحقيق غايات الجلسة منها الواجبات المنزلية مثل الإسترخاء تشجيع الذات، واستخدم المناقشة الفعالة في تحفيز المدمن على المضي قدما نحو تغيير حياته الإدمانية، وأنه يستحق فرصة أخرى للحياة الواقعية الخالية من الإدمان.

الجلسة الخامسة عشر: "قياس بعدي".

قام الباحث بتطبيق بعدي لنفس المقاييس التي طبقها في جلسة القياس القبلي التي تتمثل في: مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان، مقياس اللهفة نحو المخدر، مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر، مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري، وأنهى الباحث جلساته بشكر المدمن على حسن تعاونه والتزامه بحضور الجلسات.

6- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية:

اعتمد الباحث في دراسته الأساسية على مجموع من الأساليب الإحصائية التالية:

- النسب المئوية لتقدير مواصفات العينات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية وكذا الدراسة الأساسية.
- معامل ارتباط بيرسون للتأكد من ثبات بعض المقاييس التي استخدمها الباحث في دراسته الأساسية.
- استخدام معادلة ألفا-كرونباخ لحساب كذلك ثبات بعض المقاييس.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لحساب شدة المشكلة التي تعاني منها عينة الدراسة.
- إختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

1- التذكـــير بفرضيـــــات الدراســـــــــــة

2- عرض نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات

4- مناقشـــــــة عامـــــــة

1-التذكير بفرضيات الدراسة:

كان الباحث قد اقترح في دراسته الحالية الفرضيات التالية:

الفرضية الأساسية:

1- يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن.

4- يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان.

5- يساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات.

وتندرج تحت هذه الفرضية الفرضيات الجزئية التالية:

الفرضيات الجزئية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الادمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الادمان.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري.

2- عرض النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

- نتائج الفرضية الرئيسية الأولى:

يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان.

استخدم الباحث لفحص هذه النظرية طريقة النسب المئوية فكانت النتائج موضح في الجدول رقم (21) التالي:

درجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان على مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان		
نوع الاستجابة	**التكرار**	**النسبة المئوية**
دائما	138	%32.85
كثيرا	124	%29.52
متوسط	56	% 13.33
قليلا	41	% 9.76
لا أبدا	61	% 14.52
المجموع	**420**	**% 99.99**

نلاحظ على الجدول رقم (21) أن النسبة الأعلى حققتها إستجابة المدنين على المخدرات بـ(دائما) حيث قدرت بـ (32.85 %) ثم تليها إستجابتهم بـ (كثيرا) بنسبة (29.52%) ثم نسبة (13.33%) تخص استجابة المدمنين الذين اختاروا (متوسط) أما الإستجابة بـ(قليلا) فقد قدرت النسبة بـ (9.76%) وأخيرا قدرت الإستجابة بـ (لا أبدلا) بنسبة (14.52%).

هذه النسب المئوية تظهر بوضوح أن مدمني المخدرات يعانون من درجة مرتفعة في شدة لهفة الادمان، حيث عبروا عن ذلك من خلال استجاباتهم المحددة في مقياس شدة اللهفة للإدمان، فقد كان ترتيبهم كالتالي: دائما، كثيرا، متوسط، لا، أبدا ثم قليلا، وإذا اعتبرنا أن إستجابة (دائما) يمكنها أن تجتمع مع استجابة (كثيرا) فإن ذلك يجعل من درجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الادمان مرتفع جدا حيث تقدر حينها النسبة بـ (62.37%)، وعليه يمكننا قبول الفرضية المقترحة في الدراسة ورفض الفرضية البديلة.

نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية.

تم حساب دلالة الفروق بالنسبة لهذه الفرضية باستخدام T.test فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم(22) التالي:

الفروق في درجات المدمنين على المخدرات على مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان حسب خبرتهم الادمانية

الخبرة الادمانية	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
أقل من 10سنوات	9	69.33	15.36	0.05	13	0.09	2.16	لا توجد دلالة
أكبر من 10سنوات	6	73.66	8.78					

لاحظ أنه ليس هناك فروق بين خبرة المدمنين على المخدرات في مجال إدمانهم سواء الذين تقل عن (10) سنوات أو تلك التي تفق على العشر سنوات، وتعبر عن الدلالة T.test المحسوبة والمقدرة بـ 0.09 مقارنة بالنتيجة الجدولية 2.16 عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (13)، لكن عدم وجود فروق جوهرية ليس بالضرورة أنه لا توجد فروق نهائيا، حيث إذا رجعنا إلى المتوسط الحسابي لكليهما نجد هناك فروق، فقد قدر المتوسط الحسابي لدرجة شعور المدمنين على المخدرات بلهفة الإدمان والذين تفوق خبرتهم الإدمانية عن عشر سنوات بـ 73.66 وانحراف معياري قدره 8.78، في المقابل نجد من تتجه خبرتهم الإدمانية تحت العشر سنوات يقدر متوسط حسابي لديهم بـ 69.33 وانحراف معياري قدره 15.36، هي فروق ليست جوهرية ولكنها موجودة وتمكننا من القول في رأي الباحث من القول أن الخبرة الإدمانية لها دور في زيادة شدة اللهفة للإدمان لدى المدمنين على المخدرات، ورغم ذلك وحسب نتيجة T.test المحسوبة فإننا نرفض الفرضية المقترحة في الدراسة، ونقبل الفرضية الصفرية البديلة القائلة:

لا توجد فروق جوهرية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الادمان حسب خبرتهم الإدمانية.

نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن

تم حساب دلالة الفروق بالنسبة لهذه الفرضية باستخدام T.test فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم(23) التالي:

الفروق في درجات المدمنين على المخدرات على مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان حسب السن								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
أقل من30 سنة	10	73.5	14.12	0.05	13	0.11	2.16	لا توجد دلالة
أكبر من 30 سنة	5	68	5.21					

يظهر على الجدول رقم (23) أن الفروق غير جوهرية عند مستوى دلالة (0.05) حيث قدرت النتيجة المحسوبة (0.11) مقارنة بالنتيجة الجدولية (2.16)، وهذا يعني أن المدمنين على المخدرات باختلاف سنهم الأكثر من (30) سنة أو الأقل من هذا السن يعانون من مستوى واحد من شدة لهفة الإدمان، وعلى هذا الأساس فإننا نرفض الفرضية المقترحة في الدراسة، ونقبل الفرضية الصفرية البديلة القائلة: لا توجد فروق جوهرية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة اللهفة للإدمان حسب متغير السن.

لكن رغم ذلك فإننا وبالرجوع إلى المتوسطات الحسابية لكلا الفئتين العمريتين نجد هناك فروق ولو طفيفة لصالح من يقل سنهم على (30) سنة بمتوسط حسابي قدره 73.5 وبانحراف معياري قدره 14.12 مقابل من يفوق سنهم (30) سنة بمتوسط حسابي قدره (68) وانحراف معياري قدره (5.21)، هذه الدرجات قد تشير إلى أن الفروق قد تكون جوهرية إن كانت العينة أكبر من (15).

الفرضية الرئيسية الرابعة:

– يعاني مدمنوا المخدرات من مستوى مرتفع في شدة لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان.

تم حساب الفرضية الرابعة باستخدام النسب المئوية وحصلنا على النتائج التالية كما هي موضحة في الجدول رقم(24):

مصادر اللهفة	اللهفة نحو نوع المخدر		اللهفة نحو نشوة المخدر		اللهفة نحو الموقف الخبري	
نوع الاستجابة	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
دائما	152	% 50.66	170	% 56.66	119	% 39.66
كثيرا	54	% 18.00	69	% 23.00	88	% 29.33
متوسط	26	% 8.66	10	% 3.33	35	% 11.66
قليلا	30	% 10.00	36	% 12.00	27	% 9.00
لا أبدا	38	% 12.66	15	% 5.00	31	% 10.33
المجموع	**300**	**% 99.99**	**300**	**% 99.99**	**300**	**% 99.98**

يتبين جليا من خلال الجدول رقم (24) أن مدمني المخدرات لهفتهم للإدمان تتبع من مصادر اللهفة ذاتها وهي كما يوضحها الجدول تتمثل في: اللهفة نحو نوع المخدر بنسبة (50.66%) واللهفة نحو نشوة المخدر بنسبة (56.66%) واللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان بنسبة (39.66%)، وهي نسب مرتفعة إذا ما اجتمعت مع استجابات المدمنين لمصادر اللهفة المعبر عنها بـ(كثيرا، وقليلا)، وعليه فيمكننا أن نقر بأن مصادر لهفة الإدمان على المخدرات التي أفترضها الباحث هي أيضا من المشكلات التي يعاني منها المدمن والتي أيضا تتطلب علاجا من خلال البرنامج الإرشادي الذي تم إعداده في هذه الدراسة.

نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الادمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

وقد استخدم الباحث اختبار T.test لحساب هذه الفروق وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (25).

دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعد لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس قبلي	15	82.60	16.33	0.05	14	14.03	2.14	القياس البعدي
قياس بعدي		17.6	5.89					

يبن الجدول ر(24) أن هناك فروق دالة وجوهرية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان، ودل على ذلك نتائج T.test الموضحة في الذات الجدول، حيث قدرت النتيجة المحسوبة بـ (14.03) مقارنة بالنتيجة الجدولية المقدرة بـ (2.14) عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (14) وتتجه هذه الدلالة لصالح القياس البعدي، ويبدو واضحا أن البرنامج الذي قام ببنائه الباحث على أساس

الإرشاد العقلاني الإنفعالي فعال وله أثر كبير على تخفيف مستوى شعور مدمني المخدرات بشدة لهفتهم للإدمان، حيث كان يقدر المتوسط الحسابي في القياس القبلي (82.60) وانخفض في القياس البعدي حيث قدر بـ (17.6) وهي درجة تعكس اثر البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة، وعليه نقبل هذه الفرضية المطروحة في الدراسة، ونرفض الفرضية البديلة القائلة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان.

نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

– ينص الفرض الثاني على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

وقد استخدم الباحث اختبار T.test لحساب هذه الفروق وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (26).

دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس قبلي	15	55.13	10.26	0.05	14	13.07	2.14	القياس البعدي
قياس بعدي		11.2	7.3					

يشير الجدول رقم (26) إلى وجود فروق جوهرية بين درجات مدمني المخدرات في القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعورهم باللهفة نحو نوع المخدر بعد إتمام البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة، حيث بلغت قيمة T.test (13.7) عند مستوى الدلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، وتتجه هذه الدلالة نحو القياس البعدي لدرجة اللهفة نحو نوع المخدر على اعتبار أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي قدر بـ (55.13) بانحراف معياري قدره (10.26) مقابل متوسط حسابي في القياس البعدي (11.2) بانحراف معياري قدره (7.3) وهي قيمة تدل على انخفاض واضح في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، ويعود هذا الانخفاض إلى تأثير البرنامج الإرشادي الذي اقترحه الباحث في الدراسة والمتمثل في الإرشاد

العقلاني الإنفعالي، وعليه نقبل الفرض المقترح في الدراسة ونرفض الفرض الصفري البديل القائل: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بنشوة المخدر، وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

استخدم الباحث اختبار T.test لحساب هذه الفروق وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (27).

دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس قبلي	15	62.86	8.17	0.05	14	16.24	2.14	القياس البعدي
قياس بعدي		17.2	6.64					

نلاحظ على الجدول رقم (27) وجود فروق جوهرية بين درجات مدمني المخدرات في القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعورهم باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة، حيث بلغت قيمة T.test المحسوبة (16.24) عند مستوى الدلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، مقابل النتيجة الجدولية التي قدرت بـ (2.14)، وتتجه هذه الدلالة نحو القياس البعدي لمستوى اللهفة نحو نوع المخدر على اعتبار أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي قدر بـ (62.86) بانحراف معياري قدره (8.17) مقابل متوسط حسابي في القياس البعدي (17.2) بانحراف معياري قدره (6.64) وهي قيمة تدل على انخفاض واضح في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر، ويعود هذا الانخفاض إلى تأثير البرنامج

الإرشادي الذي اقترحه الباحث في الدراسة والمتمثل في الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وعليه نقبل الفرض المقترح في الدراسة ونرفض الفرض الصفري البديل القائل: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

ينص الفرض الرابع على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات مدمني المخدرات في القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعورهم باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان وذلك بعد إتمام البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، تتجه هذه الفروق لصالح القياس البعدي.

وقد استخدم الباحث اختبار T.test لحساب هذه الفروق وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (28).

دلالة الفروق بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعورمدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس قبلي	15	55.86	2.88	0.05	14	41.13	2.14	القياس البعدي
قياس بعدي		7.73	3.33					

يتضح من خلال الجدول رقم (28) أن هناك فروق جوهرية بين درجات مدمني المخدرات في القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعورهم باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان وذلك بعد إتمام تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح في الدراسة، حيث بلغت قيمة T.test المحسوبة (41.13) مقابل النتيجة الجدولية التي قدرت بـ (2.14)عند مستوى الدلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، ، وتتجه هذه الدلالة نحو القياس البعدي لمستوى اللهفة نحو نوع المخدر على اعتبار أن المتوسط الحسابي للقياس القبلي قدر بـ (55.86) بانحراف معياري قدره (2.88) مقابل متوسط حسابي في القياس البعدي (7.73) بانحراف معياري قدره (3.33) وهي قيمة تدل على انخفاض واضح في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، ويعود هذا الانخفاض إلى تأثير البرنامج الإرشادي الذي اقترحه الباحث في الدراسة والمتمثل في الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وعليه نقبل الفرض المقترح في الدراسة ونرفض الفرض الصفري البديل القائل: لا توجد فروق ذات

دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح.

نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

ينص هذا الفرض على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الادمان.

استخدم الباحث لحساب هذا الفرض إختبار T.test وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم (29) التالي:

دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الادمان

	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	اتجاه الدلالة
قياس بعدي	15	17.60	5.89	0.05	14	0.27	2.14	**غير دال**
قياس المتابعة		17	5.57					

يتضح من خلال الجدول رقم (29) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان، حيث قدرت T.test المحسوبة بـ 0.27 وهي نتيجة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، ويبدو من خلال المتوسطات الحسابية لكلا القياسين أن الدلالة على وجود فروق غير ظاهرة، فالمتوسط الحسابي الأول الخاص بالقياس البعدي يقدر بـ 17.60، يقابله في القياس البعدي 17، وبتالي نستطيع القول أن البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي يتمتع بالثبات، وعليه نقبل فرضية عدم وجود فروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة لهفتهم للإدمان، ونرفض الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بلهفة الإدمان.

نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تنص الفرضية الجزئية السادسة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

اعتمد الباحث على اختبار T.test لحساب الفرضية الخامسة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (30) التالي:

دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس بعدي	15	11.2	7.3	0.05	14	0.09	2.14	غير دالة
قياس المتابعة		11.53	7.09					

نلاحظ من خلال الجدول رقم (29) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، حيث قدرت T.test المحسوبة بـ 0.09 وهي نتيجة غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، ويبدو من خلال المتوسطات الحسابية لكلا القياسين أن الدلالة على وجود فروق غير ظاهرة، فالمتوسط الحسابي الأول الخاص بالقياس البعدي يقدر بـ 11.20، يقابله في القياس البعدي 11.53، وبالتالي نستطيع القول أن البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي يتمتع بالثبات، وعليه نقبل فرضية عدم وجود فروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، ونرفض الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

ينص هذا الفرض على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

استخدم الباحث لحساب هذا الفرض إحصائيا إختبار T.test وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم (31) التالي:

دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس بعدي	15	17.2	6.64	0.05	14	0.05	2.14	غير دال
قياس المتابعة		17.33	6.78					

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر، حيث قدرت T.test المحسوبة بـ 0.05 وهي نتيجة غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، ويبدو من خلال المتوسطات الحسابية لكلا القياسين أن الدلالة على وجود فروق غير ظاهرة، فالمتوسط الحسابي الأول الخاص بالقياس البعدي يقدر بـ 17.20، يقابله في القياس البعدي 17.33، وبالتالي نستطيع القول أن البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي يتمتع بالثبات، وعليه نقبل فرضية عدم وجود فروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر، ونرفض الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

ينص هذا الفرض على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري. وقد استخدم الباحث لحساب هذا الفرض إحصائيا إختبار T.test وكانت النتائج موضحة في الجدول رقم (32) التالي:

دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان								
	ن	م	ع	مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المحسوبة	ت الجدولية	إتجاه الدلالة
قياس بعدي	15	7.73	3.33	0.05	14	0.43	2.14	غير دال
قياس المتابعة		8.26	3.21					

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، حيث قدرت T.test المحسوبة بـ 0.43 وهي نتيجة غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (14)، ويبدو من خلال المتوسطات الحسابية لكلا القياسين أن الدلالة على وجود فروق غير ظاهرة، فالمتوسط الحسابي الأول الخاص بالقياس البعدي يقدر بـ 7.73، يقابله في القياس البعدي 8.26، وبالتالي نستطيع القول أن البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي يتمتع بالثبات، وعليه نقبل فرضية عدم وجود فروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، ونرفض الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري.

2- مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

الفرضية الأساسية الأولى:

لقد نص الفرض الأساسي الأول على الإقرار بمعاناة مدمني المخدرات بدرجات مرتفعة من شدة أعراض لهفة الإدمان، وقد تحقق الفرض من خلال النتائج التي توصل إليها الباحث والملخصة في الجدول (21).

ولقد اقترح الباحث هذا الفرض من منطلق أنه ينبغي أن نتأكد بوضوح بشأن ما نواجهه، لأن الجهود التي ستبذل فيما بعد معالجة هذه المشكلة قد تكون مبتورة و منقوصة، ففهم مما يعاني المدمن يعتبر جزء أساسي في عملية العلاج، ولذلك وضع الباحث هذا الفرض، وقد تحقق من خلاله بأن المدمن يعاني من مشكلة إرتفاع مستوى شدة أعراض اللهفة لديه، لقد عبر المدمن صراحة وبوضوح عن مدى معاناته من شدة هذه الأعراض، لأنه أدرك صورته الداخلية أو حالته الداخلية فوجد نفسه يعبر عن أعراض حقيقية للهفة الإدمان من قبل: "لا أستطيع أن أسيطر على نفسي حينما أشتاق إلى المخدر..." كذلك:" حينما أشتاق إلى المخدر أكون عصبيا بشكل متزايد..." أيضا:" إنني أكون في حالات كثيرة متوترا وقلقا في لحظات اشتياقي للتعاطي..." وقوله كذلك:" حينما أفكر بتركيز على التعاطي أدخن بشدة...".

هذه تقارير ذاتية تعبر عن مستوى مرتفع من أعراض شدة اللهفة التي أتينا على ذكرها في الفصول النظرية، لقد تضمن مقياس تقدير شدة اللهفة للإدمان أعراضا واضحة للهفة وأسردت بأسلوب يسهل على المدمن إدراك معانيها، تتمثل هذه الأعراض في: الفيزيولوجية، المعرفية، السلوكية، والإنفعالية، وهي أعراض يسهل التعامل معها من خلال تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي، لأن حذا المنحى العلاجي يركز أساسا على ثلاث جوانب في شخصية الفرد: المعرفي، الإنفعالية، السلوكية.

لقد استطاع المدمنون أن يعبروا عن معاناتهم من أعراض شدة اللهفة من خلال مساعدتهم على فهم بدقة ما يجري بداخلهم، فقد كانوا هؤلاء يخضعون لعلاجات بمختلف الأدوية لكنهم عبثا يحاولون فقد باءت هذه المحاولات بالفشل، فهم مرارا يقعون في مشكلة الإنتكاس باعتراف بعضهم، ذلك أن مشكلة الإدمان هي مشكلة مرضية، ولكن ليس بالمعنى الطبي المتعارف عليه، أي المعنى الذي يوحي بالتدخل العلاجي الجسدي، إنما المرض بمعناه الشمولي الذي يتضمن جوانب شخصية المدمن، التي أشرنا إليها آنفا، فالذي يعاني منه المدمن

ليس جانبا جسديا فحسب بل هو جاني معرفي يتمثل في سيطرة التفكير الإدماني عليه، وجعله في شوق ورغبة ملحة للتعاطي، وكذلك جانب إنفعالي يتمثل في المشاعر التي يبديها المدمن نحو التعاطي، أحيانا حزن وأحيانا غضب وأحيانا سرور...، وكذلك جانب سلوكي يتمثل في اختلال السلوك السوي لديه، بحيث يكثر لديه سلوك التدخين تعبيرا منه على اشتياق المخدر، وفقدان القدرة على النوم المنتظم...، ولهذا وبحسب اعتقاد الباحث فإن تفسير نتائج هذا الفرض كان من هذا المنطلق الذي ذكرناه.

الفرضية الأساسية الثانية:

نص الفرض الأساسي الثاني على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة اللهفة للإدمان حسب خبرتهم الإدمانية.

لقد دلت النتائج الخاصة بهذا الفرض على عدم وجود فروق بين من تفوق خبرتهم على العشر سنوات أو من تقل على هذه الخبرة.

ويعزو الباحث عدم وجود فروق بينهما إلى أسباب نذكر منها : قلة حجم عينة الدراسة، حيث قدر بـ (15) فردا، حيث يعتقد الباحث أن حجم العينة لو كان كبيرا لكانت الفروق دالة وجوهرية، ويعتمد الباحث في زعمه هذا على نتائج المتوسطات الحسابية لكليهما، فهما غير متساويان، حيث نلاحظ على الجدول رقم (21) أن المتوسط الحسابي بالنسبة للمدمنين الذين تفوق خبرة إدمانه عشر سنوات أكبر من الذين خبرتهم الإدمانية تقل عن عشر سنوات، فهذه الفروق برغم كونها ضئيلة إلا أنها توحي بوجود فروق لو كانت العينة كبيرة، ونلاحظ أيضا أن الفروق حسب المتوسطات الحسابية تتجه نحو المدمنين الذين تفوق خبرتهم الإدمانية عن العشر سنوات، ويرى الباحث أن هذه الفروق منطقية فكلما زادت خبرة المدمن على الإدمان كلما زادت شدة اللهفة لديه وبالتالي تظهر عليه شدة اللهفة بوضوح، والعكس صحيح، ليست هناك دراسات –على حد علم الباحث– تؤيد ما نقوله، ولكن يبقى زعمنا قائما من خلال الإشارات الضمنية التي نفهم منها أن خبرة المدمن في إدمانه لها دور في زيادة مستوى لهفة الادمان لديه.

أيضا يرى الباحث أن هناك سببا آخر يجعل الفروق غير موجودة، فمن بين خصائص بعض المواد المخدرة نجد سرعة تأثيره في الجهاز العصبي، فقد رأينا في الفصل النظري (أنظر الفصل الثاني من هذه

الدراسة) أن المدمن إذا استمر في تناول المادة المخدر لشهر دون انقطاع تظهر عليه أعراض التبعية لهذا المخدر بسرعة كالأعراض النفسية وغيرها، مثال على هذه المواد المخدرة (المورفين، الهيروين، الميثادون، مشتقات الأفيون)، فهذه المواد قادرة على التأثير في الجهاز العصبي بشكل سريع، وبالتالي يرى الباحث أنه لا فرق بين من تفوق خبرته الإدمانية عن العشر سنوات بشرط الاستمرارية في التعاطي.

أيضا من الأسباب التي تجعل الفرق غير موجود وهو خاص بكمية الجرعة التي يتناولها المدمن إضافة إلى نوعها، فقد لاحظنا في الجدول رقم (5) من الفصل الرابع أن كمية الجرعة المتناولة من طرف عينة الدراسة موزعة بالتقارب وفي شكل تصاعدي أي: من (1غ إلى 2غ في اليوم) بالنسبة إلى مادة الهيروين هذه الجرعات المتزايدة تجعل من المدمن يتعلق بسرعة بهذه المادة وقد أطلق على هذه الحالات مصطلح (التحمل) وعليه يرتفع مستوى شعور المدمن باللهفة في كل يوميا بالتزامن مع كمية الجرعة.

الفرض الأساسي الثالث:

نص الفرض الأساسي الثالث على وجود فروق جوهرية في تقدير مدمنين المخدرات لدرجة شعورهم بشدة لهفة الادمان تبعا لمتغير السن.

رأينا كذلك حسب النتائج التي وردت الخاصة بهذا الفرض في الجدول رقم (22) أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في درجات شعور مدمني المخدرات بلهفة الادمان حسب متغير السن، ويعزو الباحث ذلك إلى صغر حجم عينة الدراسة فلو كانت كبيرة فقد يمكن أن تظهر لنا الفروق، كذلك يرى الباحث أن سن عينة الدراسة كان متقاربا، فهو يقع ضمن مجال [28- 40 سنة] أي يقع في مرحلة الرشد، ويبدو أن هناك تشابه في خصائص هذه العينة خاصة منها الخصائص النفسية متشابهة لدى من تقل أعمارهم عن (30) أو تفوق عنها، كذلك من بين الأسباب التي يرى الباحث أنها تفسر نتائج الفرض الثالث، أن أعراض شدة لهفة الادمان يتأثر بها المدمن ويحس بها سواء كان سنه يقل عن (30) أو يكبر عنه، فالمدمن إذا وصل إلى مرحلة الإدمان فسنه لن يعود له تأثير في رفع مستوى الشعور باللهفة أو تخفيضه -أنظر الفصل الثاني خصائص لهفة الإدمان على المخدرات- .

ورغم إقرار نتائج هذا الفرض عن عدم وجود فروق في درجات شعور مدمني المخدرات بارتفاع شدة أعراض لهفة الادمان حسب متغير السن إلا أنه ورد من خلال المتوسطات الحسابية لكليهما بوجود فروق طفيفة، حيث قدر المتوسط الحسابي لذوي الأعمار التي تقل عن (30 سنة) 73.5 بينما المدمنين ذوي الأعمار التي تفوق (30 سنة)، قدر المتوسط الحسابي لديهم 68، وتتجه هذه الفروق الطفيفة نحو ذوي الأعمار التي تقل عن (30 سنة)، وحسب اعتقاد الباحث يرى أن النتائج التي أظهرتها المتوسطات الحسابية تشير إلى أن شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات تقل كلما قابلها ازدياد في سن المدمن، ذلك أن تأثير المواد المخدرة في جسم المدمن يصبح قويا ومضارها تصبح ذات تأثير مؤلم، وبالتالي يجد المدمن نفسه يحاول أن يتخلص من مضار لهفته فيعدلها فيخفض من مستواها حتى لا يشعر بالألم، ومن جهة أخرى يحتمل أن يكون المدمن الذي فاق عمره الزمني (30 سنة) قد بدأ تفكيره الإدماني يقل إذا ما قورن بعمره الزمني لما كان اقل من (30 سنة) فهذا مدمن عمره 35 سنة يقول في أثناء الجلسات العلاجية:" مللت من حياتي وكرهت كل المواد المخدرة التي أتناولها ولا أفكر الآن إلى أن أموت وأستريح"، فقول كهذا برغم ما يتضمنه من أفكار سلبية من مثل فقدان الأمل في حياة طيبة جديدة إلا أنه يتضمن أيضا نقطة إيجابية حين يقول انه قد كره كل المواد المخدرة التي يتناولها، فهذه النقطة الإيجابية يمكن أن ننطلق منها في العملية الإرشادية، فهي تشير إلى مستوى لهفة آخذ في الهبوط ويحتاج فقط إلى مساعدة.

الفرضية الأساسية الرابعة:

ينص الفرض الرابع على معاناة مدمني المخدرات من مستوى مرتفع في شدة لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان.

في ضوء النتائج التي توصل عليها الباحث الخاصة بهذا الفرض والتي يوضحها الجدول رقم (23) فقد اتضح جليا أن المدمنين على لمخدرات يعانون من اللهفة للإدمان مصدرها: نوع المخدر ونشوة المخدر والموقف الخبري للإدمان، ويعزو الباحث أسباب تحقق الفرض على كون المدمن على المخدرات أحيانا يذكر في حواراته نوع المخدر وأحيانا يذكر نشوته وأحيانا أخرى يتحدث بشغف ومتعة عن الموقف الخبري الذي يصاحب عملية التعاطي، فالأول يشتاق إلى نوع المخدر بحكم طبيعته وخصوصياته والتي تعود إلى طبيعة تكوينه، فبعض المواد المخدرة شديدة التأثير وهي تحدث اللهفة بشدة، فالهيروين مثلا يتغلغل في الكيان

الداخلي للمدمن وقد سبق وأن تطرقنا إلى تأثيراته النفسية وخصوصيات هذا النوع من المخدرات في الفصل النظري –أنظر الفصل الثاني– وعلى هذا الأساس فإن الهيروين يمكن أن يحدث لهفة شديدة عند المدمن وحين يصاب بها، فالمدمن المتلهف لتناول هذه المادة يكون مجبرا على تكرار سلوكه الإدماني، برغم أنه يدرك جيدا النتائج السلبية التي تترتب عليه، وهنا يبدو ذلك المدمن كما لو كان يستجيب لأمر داخلي بدلا من حرية إختياراته وما يريد واقعيا، هناك إشارات تدل على ارتفاع مستوى لهفة المدمن نحو نوع المخدر تتمثل في أن المدمن حينما يحاول السيطرة على اللهفة يعجز عن التحكم فيها.

أيضا يرى الباحث أن معاناة المدمنين من اللهفة لنوع المخدر تبدأ حين يصبح المخدر لا يفي بغرضه من حيث التأثير والشدة، فيزيد المدمن من جرعته ضنا منه أنه سيحصل على التأثير المراد لكن حين يألف هذه الجرعة أيضا تصبح لا تفي بالغرض وهكذا يصير المدمن منساقا على مطالب نوع المخدر الذي تعود عليه، أيضا يرى الباحث أن المدمن يعاني من لهفة نوع المخدر من خلال طريقة الإستخدام، فبعض المواد يتناولها المدمن عن طريق التدخين لكن هذه الطريقة سرعان ما يضعف تأثيرها فينتقل على إستخدامها عن طريق الشم ولكن هذه الطريقة أيضا لا يدوم مفعولها لان حاسة الشم تتضرر، فينتقل إلى استخدامها عن طريق الحقن بالوريد، وهذه الطريقة أيضا لا تلبث أن تفقد فعاليتها، فهذا أحد المدمنين تضرر ذراعه جراء الحقن باستمرار مادة الهيروين حتى أدى به ذلك إلى بتر ذراعه، ومع ذلك يعترف انه لا يزال يبحث عن طرق أخرى أكثر فعالية لاستخدام المخدر.

فقد تبين من خلال النتائج التي توصل إليها الباحث أيضا أن من بين المصادر التي تجعل درجة شعور المدمنين باللهفة ترتفع نجد نشوة المخدر، لقد تم الإشارة إلى معنى نشوة المخدر في الفصل النظري فهي تنقسم إلى ثلاث أقسام: النشوة الفعلية والنشوة المتوقعة والنشوة المضافة. فالنشوة الفعلية هي التأثير الحقيقي والواقعي الخاص بالمخدر الذي يتناوله المدمن فتجده يتلهف إليه من واقع خبراته السابقة معه، أما النشوة المتوقعة فالمدمن يتوقع صورة خالية من المشكلات وحياة ممتعة يتركها له المخدر، بل نجده أحيانا يتلهف إلى نشوة أول تعاطي له على اعتبار أنها أول تجربة له، فهو هنا يتلهف إلى النشوة كما يتوقعها وليس كما هي بالفعل، أما النشوة المضافة فقد رأينا أنها تخضع لخيال المدمن، فهو يضيف بخياله إلى النشوة لتصبح أكثر جاذبية وأكثر تأثيرا، فالخيال هنا يرسم له أحسن ما يمكن أن يتمتع به.

إذن فالمتعة التي يحسها المدمن هنا ليست من صنع المخدر ذاته بل من توقعات المدمن، فالمدمن هو الذي يضيف من خياله متعة إضافية ومزيدا من الاستحسان والرغبة في الاستمتاع أكثر.

يعاني المدمن من مصدر آخر للهفة وهو اللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، لقد سبق وأن أورد تفسير معنى اللهفة نحو الموقف الخبري، فاللهفة هنا تكون متجهة نحو عناصر مجال الخبرة السابقة الخاصة بالتعاطي وتتمثل في الطقوس، الموقف، الصحبة. فاللهفة هنا لا تتضمن المخدر فقط ولا تأثيراته فقط، بل أيضا الإجراءات والطقوس والعمليات المرتبطة بالتعاطي، لقد أقر بذلك بعض المدمنين حيث قال احدهم:" إنني أشتاق إلى جلسة إدمانية مع صحبتي وأدوات التعاطي، فبدون تلك الجلسة الحميمية لا يمكنني أن اشعر بالمتعة" إن هذا الإقرار من طرف المدمن هو بمثابة محاولة كشف جانب مهم من اللهفة للإدمان، يتمثل في الموقف الخبري الذي يحيط بالتعاطي، فالمدمن في هذه الحالة يستشعر اللهفة كلما وقع بصره على موقف يذكره بالتعاطي، كجماعة الرفاق الذين يدمن معهم، أو الأدوات التي يستخدمها في خلال عملية التعاطي، كالملعقة، أو إبرة الحقن، أو المكان الذي اعتاد التعاطي فيه، فكلها مواقف خبرية تثير لدى المدمن لهفة جامحة تدفعه إلى تكرار السلوك الإدماني. فالإدمان في نظر المدمن في هذه الحالة وحسب اعتقاد الباحث ليس مجرد تعاطي مخدر، وإنما هو نمط ثقافي يدخل في البناء النفسي للمدمن.

الفرضية الجزئية الأولى:

نص هذا الفرض على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الادمان وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

من خلال نتائج هذا الفرض والموضحة في الجدول رقم (24) تبين أن الفروق بين القياسين واضحة وجوهرية، ويعزو الباحث هذه النتيجة إلى أسباب عدة منها: أن البرنامج الإرشادي المقترح في هذه الدراسة تم إعداده لغرض علاج مشكلة الإدمان على المخدرات في ضوء لهفة الإدمان، ولذلك فالبرنامج في رأي الباحث يعد صالحا بشكل مقبول لدى معظم المدمنين، بفئاتهم المختلفة، ومعظم عينة الدراسة لديهم استجابات إيجابية نحو الإرشاد العقلاني الإنفعالي، ومن بين الأسباب الأخرى التي جعلت الفرض يتحقق نجد الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج الإرشادي، ففي ضوئها استطاع الباحث أن يجعل المدمنين يدركون جيدا معنى لهفة

الإدمان وأعراضها المؤلمة، فالمدمنون على المخدرات في هذه الدراسة يجهلون تماما مصدر المشاعر والأحاسيس المؤلمة سواء الجسدية أو المعرفية أو الإنفعالية أو غيرها، هم يجهلون تماما شدة أعراض لهفة الإدمان، وشدة تأثيرها على جوانب شخصيتهم، فحينما أدركوا بفضل هذا البرنامج الإرشادي أن يستبطنوا ذواتهم ويقرؤون أفكارهم ويتأملوا سلوكاتهم، هم في ذات الوقت تعلموا كيف تهاجم نوبات اللهفة باستبصار، لقد تعلم المدمن من خلال البرنامج الإرشادي كيف يحتفظ بدافعيته للتخفيف من الشعور بشدة أعراض اللهفة، كما تعلم من خلال الإسترخاء كيف يتق أعراض اللهفة ويركز انتباهه في مواضيع أكثر عقلانية، فهذا أحد المدمنين يقول:"لم تكن لدي الجرأة لأتحدث مع نفسي وأحاورها وأناهض أفكاري حول مشكلة الإدمان ". وآخر يقول:"الآن أدركت أن ما كنت أعانيه من ألم إنما هو مجرد أعراض اللهفة كنت قد صنعتها بنفسي".

لقد حاول الباحث من خلال البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي أن يكشف للمدمن مدى تعلقه بالإدمان وأنه يسعى فقط لتغطية جوانب العجز الموجودة في شخصيته، يقول احد المدمنين: "لا استطيع أن أغير في حياتي... لقد فاتني كل شيء...لقد دمرت حياتي...لم يعد لي مستقبل." إن هذه الأفكار الخاطئة سعى الباحث جاهدا أن يساعد المدمن كيفية تعلم أساليب مناهضتها بعد أن يقتنع بأنها خاطئة، لقد استعان الباحث بفنيات متعددة لأجل التخفيف من شدة أعراض الإدمان لدى المدمنين على المخدرات، منها الإسترخاء، فنية مناهضة الأفكار الخاطئة عن طريق الحوار والمناقشة ...، لقد حاول الباحث أن يجعل المدمن يتعلم إتخاذ القرار من خلال رؤية الواقع كما هو دون تزييف.

يرى الباحث أيضا أن شدة أعراض لهفة الإدمان انخفضت بوجود نية صادقة لدى المدمنين للتعافي، فالمدمن يقر أن أعراض شدة اللهفة مؤلمة، فقد بات يشعر بآلام جسمية ونفسية متكررة، وبتالي أدى به هذا الشعور إلى قناعة ضمنية بضرورة التوقف عن الإدمان، لكن الكيفية المثلى يجهلها المدمن، فالباحث عمد إلى مساعدة المدمن من خلال البرنامج الإرشادي على اكتساب عدة فنيات يستخدمها لتخفف من شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات.

كما يرى الباحث أن البرنامج الإرشادي الذي إقترحه استغل فيه بعض الخصائص الشخصية للمدمن، فبعض المدمنين يخشى من الوقوع في حالة مرضية مميتة كالسرطان مثلا، لقد استغل الباحث هذه الصفة من اجل تضخيم آثار الإدمان حتى يصل بالمدمن إلى درجة كره المواد المخدرة، فالمدمن أصبح يعي جيدا مخاطر

الإدمان، ليس بالقصص والروايات بل من خلال صور حية رآها مع الباحث ورأى نماذج ممن تحولت أجسادهم إلى أشكال خطيرة عمد الباحث إلى جعل المدمن يرى بعض الصور لمدمنين آخرين ميتا في أماكن كارثية، هذه الصور يرى الباحث أنها ساعدت المدمن على رؤية ذاته وهو مدمن ومآله حين يبقى على هذه الحال، وبالتالي يرى الباحث أن شدة أعراض لهفة الإدمان قد خففت بمختلف الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي، لاحظ مثلا قول بعض المدمنين حين رأى بعض الصور عن مدمنين آل بهم الإدمان إلى حالات مزرية: " لا أريد أن أصبح مثلهم... أريد أن أشفى سريعا... كيف يمكن أن أصبح مثلهم.."، وآخر يقول:" مستحيل أن أصبح مثلهم...أنا لا يمكن أن ينتهي بي الحال إلى ما صاروا إليه." هذه التعابير استغلها الباحث كانطلاقة إيجابية للإرشاد، وعليه يرى الباحث أن هذه الأسباب وغيرها مكنت من تحقق الفرضية السابقة القائلة بوجود فروق بين القياس القبلي والبعدي في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض اللهفة.

الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

في ضوء نتائج اختبار T.test فقد أفرزت على وجود فروق هامة و جوهرية بين التطبيق القبلي و البعدي للبرنامج الإرشادي الذي اقترحه المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي. فقد انخفض مستوى الشعور باللهفة نحو المخدر لدى مدمني المخدرات بمتوسط حسابي قدره 11.2 مقارنة بالقياس القبلي و الذي متوسطه الحسابي يقدر ب 55.13 مما يدل على وجود فروق جوهرية بين التطبيقين لصالح التطبيق البعدي.

يفسر الباحث هذا التحسن الكبير لدى مدمني المخدرات الذين يعانون من مستوى مرتفع من اللهفة نحو نوع المخدر، نتيجة لتلقيهم عمل مكثف مبني على أساس علمي دقيق و بطريقة منظمة. إذ أن الفنيات التي استخدمها الباحث خلال فترة العلاج على مدار الجلسات العلاجية كان لها الأثر في تخفيف مستوى الشعور باللهفة نحو نوع المخدر، فالفنيات المعرفية التي ترتكز أساسا على مهاجمة كل فكرة خاطئة محبطة اتجاه المخدر تم معالجتها والاستغناء عنها من طرف المدمن بمساعدة الباحث، نذكر على سبيل المثال أحد

المدمنين المتلهف على المستنشقات يقول:" لا يمكنني الاستغناء عنها... إنها ليست باهظة الثمن، وغيرها ضارة مقارنة بالمواد الأخرى..." ' كذلك مدمن آخر يستخدم الحبوب يقول:"لا أعتقد أنني أعيش مع مشاكلي الحياتية دون استخدام هذه الحبوب، فهي تمدني بالقوة و الإرادة لمواجهة المشاكل...". إن مثل هذه الأفكار والعبارات خاطئة تماما، تجعل الفرد انهزاميا يهرب من الحلول الواقعية ويخشى مواجهة مشكلاته بشجاعة، ويقدم تفسيرات و مبررات غير صحيحة، فقد عمد الباحث من خلال هذه الفنية "الفنيات المعرفية" إلى تصحيح ما يعتمده المدمن نحو نوع المخدر و نحو ذاته. فطالما هذا الأخير يسمح لنفسه بأن ينفتح على المخدر ويطمئن له و يجعله صديقا حميما،و يعطي له مكانا في قلبه ولا يرفضه بالكامل، فلن يصبح حرا طليقا، و قد رأينا في الفصل النظري أن المنطق الطبيعي للفرد حين يدمن يتحول إلى منطق إدماني يملي عليه ما يفعل بحسب طبيعة المخدر، فالمدمن في هذه الحالة متلهف للمخدر بحسب اعتماده على من يكون هو–المدمن– من الداخل:أفكاره و معتقداته فما يدمنه يتأثر ببعض العوامل المحيطة المساعدة(وفرة المادة، سهولة اقتنائها...) و لكن الإدمان نفسه لا يتأثر بهذه العوامل'هكذا يستقر المنحنى العلاجي العقلاني الانفعالي.

أيضا يرى الباحث أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي كان فعالا في تخفيف لهفة الإدمان نحو نوع المخدر نتيجة الشرح المفصل و المعمق لمعنى اللهفة نحو نوع المخدر و أعراضها، حيث أن المدمن لا يعي ما يشعر به بل في أحيان كثيرة ينكر أن مشكلته هي الإدمان واللهفة للإدمان، فقد اقر بعض المدمنين بذلك قائلين: "أن مشكلتي ليست المخدر، بل مشكلتي مع الواقع المر الذي أعيشه...انأ بطال وأسرتي تضغط علي و..." هذه العبارات يحاول المدمن من خلالها أن يصرف النظر عن كونه مدمنا متلهفا.

أيضا يرى الباحث أن دمج الفنيات العلاجية المستخدمة في هذا المنحى العلاجي كان فعالا، فقد حاول أن يجمع بين عدة فنيات مع بعضها و قام بتدريب المدمن على استخدامها بمفرده من خلال التمارين المنزلية حيث استخدم وسيلة التصور العقلاني الانفعالي و قد سبق شرحها مع فنية تصور وقائع زمنية، و استخدم الباحث خاصة في الجلسة السابعة الحوار و المناقشة مع فنية الأحاديث مع الذات و التعابير الايجابية المنطقية و فنية معاينة الخيارات والبدائل، وهكذا تصبح اللهفة نحو نوع المخدر محاصرة بين هذه الفنيات فتنخفض مستوى شدتها، وهذا ما توصلت إليه نتائج هذا الفرض، إذ يتعلم المدمن الذي يعاني من اللهفة نحو نوع المخدر كيفية التعامل مع الأفكار المولدة للهفة نحو نوع المخدر بمختلف الفنيات التي اكتسبها خلال الجلسات العلاجية بعد أن تدرب عليها بمساعدة الباحث مرارا وتكرارا، فالباحث يقوم في كل جلسة

بمعاينة ما تعلمه المدمن في جلسته السابقة و يعمل –المدمن– على تطبيق ما تعلمه أمام الباحث قبل انتهاء الجلسة العلاجية و هكذا حتى تترسخ لديه الوسائل والتقنيات التي يهاجم بها أفكاره الخاطئة حول لهفته نحو نوع المخدر.

لقد عبر بعض المدمنين عن حالته النفسية حين كان يتناول مخدر الهروين قائلا: "إنني اشعر به خلال تناوله يسري في دمي وينتقل إلى دماغي، و يكسبني إحساسا بلذة سريعة..." وهذه وظيفة الهروين في حقيقة الأمر فقد مر بنا في الفصل النظري أن أثار الهروين تظهر بسرعة على المدمن خاصة إذا تم تناولها عن طريق الحقن بالوريد، فالمدمن بعد تناوله كمية من هذا المخدر يشعر بالنوم لبضع ساعات.

في خلال حوار الباحث مع مدمن هيروين اكتشف أنه يغض الطرف عن آثاره السلبية، ولا يرغب أبدا في مناقشة هذه الأفكار المتعلقة بالآثار السلبية للهيروين، بل وصل به الأمر إلى رفض إعطائه صورة عن نتائج مدمن الهيروين الوخيمة.

إن هذا الرفض في رأي الباحث يعد بمثابة إنكار للواقع الذي يطرحه مدمن الهيروين وغيره من المواد الأخرى، فهو يريد فقط أن يرى الجانب الايجابي في المدة المخدرة حتى أن احد المدمنين بترت ذراعه بسبب إساءة استخدام حقن المخدرات عن طريق الوريد، ورغم ذلك يرفض أن يناقش سبب بتر ذراعه، بل يدعي أن ذراعه كانت معلولة بسب آخر غير السبب الرئيسي الذي هو الهيروين، بل أكثر من ذلك يقول هذا المدمن: "إنه صديقي الوحيد الذي لم يهجرني... لقد هجرتني عائلتي وجميع أصدقائي إلا هو..." وهذا هو المنطق الإدماني والأفكار الإدمانية التي حلت محل الأفكار العقلانية والواقعية، لقد عمد الباحث إلى محاولة مساعدة المدمن من خلال كشف أفكاره الإدمانية تلك وإظهارها له، وجعله يدرك أن ما يحدّث به نفسه عن صداقته للهيروين ليس سوى معتقد خاطئ ولا دليل له، وأن سبب هجرانهم له كان سببه سلوكه الإدماني وصديقه المزعوم الهيروين.

الفرضية الجزئية الثالثة: تنص الفرضية الجزئية الثانية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

وفقا للنتائج المحصل عليها من خلال حساب T.test فإن الفرض تحقق بوجود هذه الفروق، و يعني ذلك أن أثر البرنامج الإرشادي المقترح المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي واضح بشكل كبير، فالبرنامج فعال في تخفيف مستوى الشعور باللهفة نحو نشوة المخدر لدى المدمنين على المخدرات.

يفسر الباحث هذه النتيجة من خلال الجلسات التي أقامها مع أفراد عينته العلاجية، إن محتوى البرنامج الإرشادي ركز فيه الباحث على جزئيات خاصة بالمدمن، و أخرى خاصة بالمخدر،إذ رأى أن المدمن في حديثه عن المخدر يحاول في مرات عديدة أن يصفه بأوصاف توحي باللهفة نحو نشوة المخدر من ذلك مثلا يقول بعض المدمنين: "إنني حين أتناول المخدر أشعر كأني أتناول شيئا مقدسا" وآخر يقول: "قبل أن أشتري أي مخدر أسأل كثيرا عن مذاقه وتأثيره أولا، فلا يهمني نوع المخدر بقدر اهتمامي بتأثيره."، ومدمن آخر يقول: " أحيانا لا أجد ما أتناوله –يقصد لا أجد أي مخدر– أتناول أي شيء أمامي حتى ولو كان حشرة ميتة يكفي أن أتخيل المتعة معها كأني أتناول مخدر حقيقي...".

هذه أمثلة قليلة عن أقوال بعض المدمنين حول لهفتهم لنشوة المخدر، اكتشف الباحث أن بعضا من المدمنين يريد أن ينتشي بأي مادة دون اعتبار نوعها أو أصلها شرط أن يكون قد جرب تأثير أي مخدر من قبل، فالمتعة الحسية هنا هي الأهم بالنسبة للمدمن، هذه المتعة حسب قراءات الباحث وحسب الخلفية النظرية التي تبناها في هذه الدراسة توجد داخل شخصية المدمن وليست داخل المادة المخدرة، وعليه فقد ركز الباحث في بعض جلساته العلاجية والتي اكتشف من خلالها أن بعض المدمنين يعانون من اللهفة نحو نشوة المخدر إلى تطبيق بعض الفنيات التي تلائم هذا الفرض منها مثلا: إعادة تأطير المشكلة ، فنية الحوار مع الذات، كذلك تطبيق فنية الموازنة بين المحاسن والمساوئ، إلى جانب تكليف المدمن بوظائف ينجزها وحده منفردا بعد عودته إلى إقامته.

كما تجدر الإشارة إلى أن الباحث اكتشف عدة أفكار خاطئة عن شخصية المدمن مثل تحقير الذات، الشعور بالخوف وفقدان الأمن، الشعور بالضعف، ما يشير على ذلك قول بعض المدمنين: "أفتقد على الحب والحنان، وأشعر أن لا أحد يحميني في هذه البلاد..."، ويقول آخر : "أشعر كأنني متضايق، وأتألم كثيران كما أجد صعوبة في ما أملي به وقتي، ولا استطيع أن نام... كما اشعر بالحاجة إلى تناول كمية ولو قليلة لترتاح أعصابي"، هذه الأفكار هي من أعراض اللهفة نحو نشوة المخدر، فالمدمن يذكر مثل هذا الشعور من منطلق

ما خلفه له المخدر من شعور بالراحة، غير أن الباحث من خلال البرنامج المقترح سرعان ما ينبه المدمن إلى مثل هذه الأفكار الخاطئة ويحاول أن يقنعه بأنها خاطئة بواسطة فنيات دحض الأفكار الخاطئة، ومن ثم يساعده على تعديلها ووضع أفكار عقلانية بديلة وأكثر واقعية، ويسعى الباحث في كل جلسة إلى تدريب المدمن كيفية مناهضة أفكاره الخاطئة حال ظهورها، إذ أن مثل هذه الأفكار إذا ما أصغى لها المدمن دون اكتشافها بأنها خاطئة والعمل وعلى دحضها تضعف المدمن ويرضخ بسهولة لها، ومن ثمة يميل كل الميل إلى البحث من جديد عن نشوة المخدر.

إن صرف النظر عن التفكير في نشوة المخدر تتطلب من الباحث جهدا كبيرا في مساعدة المدمن أن يفعل ذلك، لأن اللهفة نحو نشوة المخدر احتلت المرتبة الأولى من بين أنماط اللهفة الأخرى، المتمثلة في اللهفة نحو نوع المخدر، اللهفة نحو الموقف الخبري، وقد بينا ذلك في النتائج الموضحة في الجدول رقم (6)، فنشوة المخدر شعور متجذر في كيان المدمن خاصة وأن أعمار المدمنين لا تقل عن العشرينات وخبرتهم الإدمانية أكثر من سبع سنوات، وغالبيتهم من ذوي التعليم المنخفض مما يسهل للتفكير الإدماني السيطرة على أفكار المدمن وجعلها غير عقلانية، فالبرنامج الإرشادي المقترح من طرف الباحث حاول من خلاله إكساب المدمنين ثقافة جديدة لم تكن بحوزتهم من قبل ولا تحتاج إلى مستوى تعليمي عالي لتبني هذه الثقافة، ثقافة اكتشاف الأفكار الخاطئة حول المدمن نفسه والمخدر ونشوته ومناهضتها.

لقد أكدت دراسات كثير على أهمية هذه العوامل: عامل المستوى التعليمي، العمر الادماني ، العمر الزمني،...في جعل المدمن ينساق بسهولة نحو البحث عن نشوة المخدر، كدراسة (درباس وحداد 2001)، دراسة (المرزوقي وآخرون1997) دراسة (عبد الرحيم ومسلم 1996)، دراسة (ابي العزم 2004)... وغيرها أكدت ما زعمناه[1]، فالمدمن في هذه الحالة نجده يستعين بهذه العوامل من أجل تدعيم أفكاره الخاطئة دون شعوره، ويبرر بها لهفته لنشوة المخدر، ضانا من نفسه أن هذه النشوة هي العالم الذي تتحقق فيه السعادة، وقد أقر بذلك بعضهم قائلا: " لا اشعر بالسعادة إلا إذا انتشيت.." وآخر يقول: "حين أنتشي تنتابني أحاسيس سعيدة لا أريد أن تنتهي، وكلما قاربت عن النهاية يزداد تلهفي إلى تناول مزيدا من المخدر."

[1] عبد العزيز الغريب: ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي، مطبعة جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض 2006. ص160.

يشير الباحث من خلال نتائج الدراسة إلى أن تعلم المدمن كيفية إدارة أفكاره يجهله يقف على حقائق واقعه بموضوعية، ويجعله كأنه يحيا من جديد حياة طبيعية، لقد أقر بذلك المدمنون في هذه الدراسة قائلا أحدهم: " كنت أضن أن النشوة لا توجد إلا في المخدر، لكني الآن أدركت أن الحياة ملئ بضروب النشوة دون المخدر." يقول آخر: "لم أكن أدري أنني أستطيع أن أنتشي بمجرد التفكير في مقاومة لهفتي لنشوة المخدر وحدي..، أدركت الآن أن نشوتي للمخدر ما هي إلا عذاب كنت أعانيه لفترات طويلة دون وعي مني"، ويقول آخر أيضا: "عرفت الآن أنني كنت اكذب على نفسي طوال مدة إدماني على المخدرات"، إن هذه التقارير هي مؤشرات قوية على انخفاض مستوى شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري، وذلك بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وتتجه هذه الفروق نحو القياس البعدي.

رأينا من خلال النتائج التي عرضها الباحث أن الفرض تحقق، فقد وجدت فروق جوهرية وذات دلالة إحصائية بين التطبيق القبلي والبعدي للبرنامج الإرشادي الذي اقترحه الباحث، ويعزو الباحث تفسير هذه النتائج إلى عدة عوامل، منها كون البرنامج الإرشادي المقترح ناقش مطولا مع المدمنين الذين تظهر عليهم عوارض اللهفة نحو الموقف الخبري، وناقش كيفية وقوع المدمن في هذه اللهفة، إذ عرفهم من خلال الفنيات المستخدمة في البرنامج على مختلف المصادر التي تجعله يتلهف على الموقف الخبري للإدمان، فالمدمن أحيانا لا يدرك مصدر لهفته ويضن أنه يتلف فقط للمخدر، بينما في الحقيقة لهفته للموقف الخبري تكون أقوى، فالتعاطي وحده يعتبر متغير واحد ضمن متغيرات الموقف الخبري للتعاطي، منها مثلا: الزمان أو وقت تعاطي المدمن، مساء أو في حلكة الليل، كلما آن الوقت المناسب للمدمن تلهف وزاد شوقه للإدمان. فهذا اعتراف صريح لأحد المدمنين بذلك إذ يقول: "إنني لا أتمتع بالمخدر إلا إذا كانت جلسته ليلية، فكلما حل الليل زاد شوقي للإدمان" ، وآخر يقول: "لا أحب تناول المخدر إلا في الليل".

أيضا من بين المتغيرات التي تتعلق بالموقف الخبري نجد المكان: فالمدمن يجد في بعض الحالات مكانا محددا يحمل ذكريات خاصة كلما زاره أو مر بجانبه، فتشتعل في نفسه ذكريات التعاطي، يراها جميلة،

وقد رأينا في الفصل النظري أن مكان التعاطي إذا ما اعتاده المدمن يرتبط به ويصبح بالنسبة له بمثابة الملاذ الآمن، والأكثر راحة، فالمكان بالنسبة له يصبح ذا معنى خاص يشتاق إليه ويتلهف له، يعترف أحد المدمنين بذلك صراحة في بعض الجلسات العلاجية قائلا: "حين يذكر أمامي المكان الذي اعتدت الإدمان فيه يشتعل في نفسي الشوق للذهاب إلى ذلك المكان"، ويقول آخر: "أحيانا حين أكون متضايقا وقلقا، يكفيني أن أذهب إلى المكان الذي كنت أتعاطى فيه وأجلس هناك حتى ولو لم أكن أتعاطى ولا أملك المخدر...".

هذه الأقوال هي مؤشرات اللهفة للموقف الخبري، فالمدمن يحلو له الجلوس في الأمكنة التي خبر فيها متعة الموقف الخبري حسب اعتقاده.

أيضا يعتقد بعض المدمنين أنهم يستمتعون أكثر كلما وجدوا بصحبة يتقاسمون معها المخدر، فالصحبة في اعتقاد المدمن تضيف معاني جميلة، و متعة خاصة إلى جانب مذاق المخدر،فلو خير بين تناول المخدر بمفرده أو مع صحبته المعتادة تراه يختار أن يتعاطاه مع صحبته فهذا أفضل، يقول أحد المدمنين في خلال الجلسات العلاجية :"التعاطي بدون صحبتي المفضلة لا يجعلني أتمتع".

إن المدمن يجد متعة في تناول المخدر بين صحبته ،يتبادلون السمر مع بعضهم،ففي اعتقاده تجعله هذه الجلسة أكثر ارتباطا بصحبته وتجعله ينسى مشاكله، يقول أحد المدمنين:"لا أحس بقيمة المخدر إلا إذا تناولته مع صحبتي"، يرى الباحث أن هذه العبارات تنم على بعض حاجات المدمن النفسية منها: الحاجة إلى الانتماء ،الحاجة إلى تأكيد الذات أو قيمة الذات ،لكنه لا يستطيع الإفصاح عنها مباشرة،و يجد أن تناول المخدر مع صحبته يحقق له بعض هذه الحاجات.

يرى الباحث أن نجاح البرنامج الإرشادي الذي اقترحه في الدراسة في تخفيف مستوى شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري يعود إلى الإستراتيجية العلاجية التي وضعها في البرنامج، فالباحث رصد معظم الأفكار اللاعقلانية التي يطرحها المدمن فيجد منها ما يتعلق بذات المدمن، و منها ما يتعلق بالمخدر، ومنها ما يتعلق بالموقف الخبري، ومنها كذلك ما يتعلق بنشوة المخدر، وعليه يعمد الباحث في كل جلسة إلى تطبيق الفنيات و الأساليب لكل نمط من أنماط اللهفة، وفي حالة اللهفة للموقف الخبري استعان الباحث بفنيات متنوعة منها: فنية الأحاديث مع الذات والتعابير الإيحائية، كذلك فنية الخيارات والبدائل، إضافة إلى فنيات سلوكية من خلال تكليف المدمن بواجبات منزلية ، والغرض من هذه الفنيات هو إكساب المدمن

مهارات دحض أفكاره الخاطئة المتعلقة بالحتمية، وكل ما يوحي باليأس والعجز مثل قول المدمن: "لا أستطيع التحكم في مشاعري إذا مررت بجانب مكان كنت أتعاطي فيه المخدر" وقول آخر: "مستحيل أن أرى أصدقائي يتعاطون مخدرا ما ولا أشاركهم مجلسهم"، كذلك طبق الباحث فنية الوقائع الزمنية بهدف مساعدة المدمن على تغيير مشاعر الإحباط وخيبة الأمل لدى المدمن، على اعتبار أنه في حالات كثيرة يحاول أن يتوقف عن الادمان وعن التفكير في ذكرياته مع صحبة التعاطي والمخدر ذاته، لكنه عبثا يحول وهذا أحد المدمنين يعترف بذلك قائلا: "إنني حين أفكر في التوقف عن الادمان ينتابني شعور بالقلق والإحباط والخوف، فكأنني سأودع عزيزا علي، حتى أني لم أستطع أن أستمر في التوقف ثم أعود بعد مضي وقت قصير" واستعان الباحث أيضا بتطبيق فنية النصح والتوجيه ، بغية تنبيه المدمن إلى مستقبله وعمره الزمني كم فات منه وهو على هذه الحالة، ووجد الباحث بعض المدمنين يتأثرون كثيرا حين نناقش هذا الأمر فتزيد بذلك دافعيتهم للتخلص من الإدمان، وهو بالتالي يعمل على تخفيف مستوى اللهفة لديه، لأن المدمن المتلهف على الموقف الخبري حين يناقش أفكاره من خلال هذه الفنيات يرى الواقع واقعا، وليس الواقع الذي يرسمه هو بمنطقه الإدماني، ولذلك فقد ظهرت عدة مؤشرات تنبؤ بفعالية البرنامج الإرشادي المقترح من طرف الباحث في تخفيف مستوى شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، منها مثلا تردد أفكار جديدة وبديلة عقلانية مناهضة للأفكار اللاعقلانية التي كان يرددها المدمن، منها مثلا قول أحد المدمنين: "أعتقد أنه آن الأوان كي أبدأ حياة أفضل من التي كنت أعيشها مع الإدمان"، وقول آخر: "أعتقد أنني أستطيع أن أضع لنفسي خطة وبرنامجا يساعدني على التخلص من لهفتي، وسأحاول أن أنظم إلى جمعية أو منظمة تعمل على التحسيس من أخطار المخدرات".

الفرضية الجزئية الخامسة:

نص هذا الفرض على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الادمان.

لقد تحقق هذا الفرض حسب ما أوردناه في الجدول رقم (28)، حيث قدرت T.test (0.27) عند مستوى دلالة (0.05)، وتشير المتوسطات الحسابية لكلا القياسين إلى عدم وجود فروق ولو طفيفة، حيث قدر

المتوسط الحسابي في القياس البعدي (17.60)، بينما قدر في قياس المتابعة (17)، هذه النتائج يعتبرها الباحث إشارة إلى ثبات فعالية البرنامج الإرشادي، المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي.

يرى الباحث أن ثبات فعالية البرنامج الإرشادي المبني على أساس الإرشاد العقلاني الإنفعالي كان نتيجة لمنهجية تطبيق هذا البرنامج على المدمنين، حيث انطلق الباحث ابتداء من تحديد الهدف العلاجي، فالخبرات السريرية دلت على أن المدمنين قبل التماسهم العلاج قاموا بمحاولات شخصية كللت بالفشل للكف عن التعاطي، فقراراتهم بالامتناع أو الكف لم تكن مصحوبة بعزم أكيد، وتصميم غير قابل للتراجع لتبديل سلوكهم الإدماني، فالهدف هنا يكون متفق عليه بين الباحث والمدمن، لا يعدو كونه اتفاقا ماديا ملزما للسير في طريق القرار القاضي بتبديل السلوك مع التدريبات والتمارين التي تدعم هذا التبديل، إضافة إلى ذلك فإن وضع الهدف له طابع يختلف عن القرار الفردي من حيث الموقف من تبديل السلوك والإلتزام به، فالمدمن حين يتخذ قرار منفردا للكف عن التعاطي فهو يفتقد إلى الأساليب الفعالة لتحقيق هدفه، أما إذا اتفق مع المعالج و أعانه على اكتساب المهارات اللازمة والفنيات الفعالة فإن ذلك يعتق قدرات المدمن الكامنة ويطلقها نحو تحقيق الهدف، وتزداد الفعالية الذاتية وتتعاظم حينما يرى المدمن ذاته يسعى إلى تحقيق الأهداف التي رسمت في البرنامج الإرشادي المتفق عليها مع الباحث، لقد عمد الباحث إلى رسم أهداف العلاج بالاشتراك مع المدمن ذاته فمساهمة المدمن في وضع أهداف العلاج من شأنها تثبيت سلوك تغيير النمط الإدماني بما فيها هنا تخفيف لهفة الإدمان.

الفرضية الجزئية السادسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر.

يعتبر قياس المتابعة بمثابة تقييم لمدى ثبات فعالية البرنامج الإرشادي الذي اقترحه الباحث في تحقيق الأهداف التي وضع لأجله، وقد عمد الباحث إلى إجراء قياس آخر يسمى بقياس المتابعة يكون بعد فترة زمنية وكانت في الدراسة بحوالي أسبوعين، وقد تعذر على الباحث أن تكون المدة أطول بسبب التزامات وظروف عينته العلاجية.

وعليه فقد رأينا من خلال عرض النتائج الخاصة بهذا الفرض أنه تحقق، فقد أثبت البرنامج العلاجي فعاليته من خلال قياس المتابعة ولم نجد فروقا بينه وبين نتائج القياس البعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، ويفسر الباحث هذه النتيجة من خلال الإجراءات التي تم اتخاذها في خلال الجلسات العلاجية مع المدمنين والمتمثلة خاصة في تطبيق فنيات سلوكية يقوم بها المدمن في إقامته، فقد عمد الباحث إلى توجيه المدمن إلى عدة أنشطة يحبذها يقوم بممارستها ويعمل على تكرارها في كل مرة على اعتبار أن هذه الأنشطة مثل الكتابة أو القراءة أو الرياضة أي كان نوع النشاط الذي يحبذه فهو سيستمر في ممارستها وتطوير ذاته من خلالها حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية، ويبدو أن عينة الدراسة قد التزمت بالخطة العلاجية وقامت بتطبيق فنيات كانت قد اكتسبتها أثناء الجلسات الإرشادية، واكتسبت بذلك مناعة نفسية استطاعت بذلك أن تمنع نفسها من الانتكاسة والتفكير مجددا في المخدرات، لقد صرح بعض أحد المدمنين بذلك فقال: " تلقيت في الماضي علاجا لكني كنت أتمنى لو ينتهي العلاج حتى أعود إلى مخدري المفضل، فقد كنت أفكر فيه حتى أثناء العلاج، لكن هذه المرة أعتقد أن الجلسات الإرشادية علمتني كيف أتعامل مع لهفة الإدمان حين تنتابني نوبة التفكير فيه".

لقد عمد الباحث في خلال الجلسات العلاجية إلى شرح مفصل للبرنامج الإرشادي الذي يتبنى الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وتأكد من فهم عينته العلاجية لهذا المنحى العلاجي على أكمل وجه، حتى أصبح المدمن يدرك تماما أن هناك ارتباطا مباشرا بين أفكاره ومشاعره وسلوكه، وأن المخدر مهما كان نوعه ما هو إلا مثير أولي ولا دخل له في أفكاره وانفعالاته وسلوكياته، وفهم أيضا أن تبديل السلوك أيا كان نوع السلوك منوط جوهريا بفهم هذا الترابط أولا، وعلى هذا الأساس فالانتكاس الذي يمكن أن يقع فيه قد أدركه المدمن وأدرك جيدا سببه، وعليه فقد تسلح المدمن بمجموعة من الفنيات التي تعلمها من خلال البرنامج الإرشادي مثل تشتيت الذهن والبدن، تمارين الاسترخاء التي تدرب عليها، ممارسة نشاطات يفضلها، استطاع المدمن أن يحافظ على مستوى شعوره باللهفة نحو نوع المخدر المتدني والذي لا يقوى هذا الأخير على مقاومة أفكار المدمن العقلانية والتسلط عليه.

الفرضية الجزئية السابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

رأينا من خلال النتائج الإحصائية لهذا الفرض أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين القياس البعدي لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر وقياس المتابعة حيث قدرت t test (0.05) عند مستوى دلالة (0.05) مقارنة بالنتيجة الجدولية التي تساوي (2.14)، كما أوضحت المتوسطات الحسابية لدى كل من القياسين أن الفروق غير دالة حيث قدر المتوسط الحسابي للقياس البعدي (17.20) وقياس المتابعة (17.33).

ويفسر الباحث هذه النتيجة إلى كون البرنامج الإرشادي المقترح احتوى على فنيات مهمة لإبقاء مستوى شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر منخفضا حتى بعد القياس البعدي، فقد ركز الباحث على الأفكار التي تشير مباشر إلى لهفة المدمن نحو نشوة المخدر، وعرفها للمدمن وجعله يقف وجها لوجه معها، وقد تبين للمدمن حقيقة لهفته وسلوكه الإدماني وأثرهما على سيرورة حياته مستقبلا.

لقد تعلم المدمن أساليب مناهضة أفكاره الخاطئة المتعلقة بلهفته نحو نشوة المخدر، من خلال العديد من الواجبات المنزلية التي تتضمن فنيات سلوكية مهمة، حيث يراجع فيها المدمن ما تعلمه في الجلسات العلاجية منها مثلا:الاسترخاء، التشتيت البدني عن طريق ممارسة أعمال بيتية أو تمارين رياضية ....الخ، وبالتالي فإن النجاح في أداء الواجبات المنزلية والاستمرار في ممارستها من طرف المدمن وبشكل متدرج يتيح الفرصة لاكتشاف ذاته، وهذا من شأنه أيضا أن يساعد في تغيير مفهوم الذات السلبي إلى مفهوم الذات الإيجابي، لقد حاول الباحث أن يستعين ببعض أفراد أسرة المدمن على القيام بوظائفه المنزلية بعد أن شرح لهم وضعية ابنهم وطبيعة البرنامج الإرشادي المقترح لعلاجه، فالأسرة لها دور هام في إدمان المدمن وفي تعافيه من مشكلة الإدمان، فهذا مدمن يقول: "إنني حين أنتشي أنسى همومي مع أسرتي ومتاعبها"، فقد أصبح يقول الآن بعد العلاج: "إن تواجدي في أحضان أسرتي وهي تساعدني على تجاوز محنتي لهو أفضل شعور." و مدمن آخر يقول:"مند سنوات و أنا أتناول المخدرات بغية المتعة، لكني اكتشفت الآن أن النشوة التي كنت أسعى وراءها ليست حقيقية." ويقول آخر :"بت أعتقد أنه ليس هناك شيء يحقق النشوة سوى المخدر." لقد

تعلم المدمن أن باستطاعته النفاذ إلى عمق تفكيره اللامنطقي واللاعقلاني، و تغير هذا النمط من تفكير إلى تفكير أكثر واقعية وعقلانية، فقد أصبح أيضا يدرك جيدا أن صفة الإلزام التي كان يقيد بها سلوكه و انفعالاته هي من الأخطاء التي توقعه في الانتكاس، مثلا كان يقول أحد المدمنين واصفا نفسه حين يقع في الانتكاس:"يجب علي أن لا أعود إلى الادمان حينما أشفى وإن حدث وعدت فأنا مجرد أحمق لا يستحق العلاج" وقد أصبح يقول الآن:"سأبذل جهدي لأتعافى من التفكير في نشوة المخدر، سأحاول في كل مرة إلى أن أقلع فليس هناك مستحيل".

إضافة إلى ذلك فقد عمد الباحث إلى محاولة جعل المدمن يحصن نفسه من الوقوع في مواقف تجعل مستوى شعوره باللهفة نحو نشوة المخدر يرتفع و من ثمة الوقوع في الانتكاس وذلك من خلال تذكير المدمن بما سيحدث له بعد مرور فترة على التعافي مثل:الشعور بالقلق لأن حياته الآن ونمطها قد تغير عن ذي قبل، وقد أصبح يستعين بوسائل أخرى لتحقيق المتعة ولم يعد يلجأ في كل مرة للمخدر حتى يشعر بالنشوة، والحياة الجديدة هذه تلزمه تكيف جديد ومجهودات طويلة ، فخبرته الادمانية ينبغي أن تجعله يحس بنوع من الغربة مع المخد، ولهذا فالمدمن فور انتهاء الجلسات العلاجية يعلم جيدا المواقف والمثيرات التي قد تجعله يفكر في نشوة المخدر، ولهذا ينبغي التسلح جيدا في حال ظهرت تلك المثيرات حتى لا تجبره على إرتفاع مستوى لهفته لنشوة المخدر من جديد.

الفرضية الجزئية الثامنة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجة شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان.

يفسر الباحث أن السبب الذي جعل البرنامج الإرشادي يثبت في إبقاء مستوى شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري منخفضا هو مجموعة من الإستراتيجيات والوسائل التي امتلكها المدمن، وكذلك مجموعة من التوجيهات والنصائح استمر المدمن في تطبيقها بعد إتمام الجلسات العلاجية، من هذه العوامل تخلي المدمن عن الأفكار الخاطئة التي كان يعتقدها عن فراقه للصحبة التي لا تزال مدمنة أنها أمر مستحيل، فقد كان يقول بعضهم:"أعتقد أن فراقي لصحبتي أمر مستحيل" واستبدلها بفكرة أخرى:"أعتقد أنني أستطيع تكوين صداقات أفضل من ذي قبل".

ويرى الباحث أيضا أن المدمن أدرك جيدا من خلال البرنامج الإرشادي أن المواقف التي تثير فيه أفكار إدمانية تتعلق باللهفة نحو الموقف الخبري، منها ذكرياته حول ليالي السمر التي كان يقضيها مع صحبته في الإدمان، وذكرياته حول سهراته في المكان الذي اعتاد فيه تعاطي المخدرات وغيرها، أدرك المدمن بأن مجرد التفكير في هذه الذكريات يجعل مستوى لهفته نحو الموقف الخبري يرتفع، ومن ثمة يقع في مشكلة الانتكاس.

لقد حاول الباحث من خلال تطبيق بعض الفنيات السلوكية والمعرفية أن يؤكد للمدمن تجنب الحديث عن المخدر وعن مكان تعاطي المخدر، وعن صحبته المفضلة عند التعاطي، فبمجرد الحديث عن هذه الموضوعات حتى بغرض المزاح مع صديق ينبغي أن يتجنبه لأن فعل ذلك يوقظ في ذهنه اللهفة نحو الموقف الخبري وقد ترتفع شدتها،ومع ذلك أعطى الباحث للمدمن فرصة المحاولة من جديد إن هو أخطأ وعاد بتفكيره إلى المواقف الخبرية الادمانية،لأن الخطأ أمر وارد،وقد تعلم خلال الجلسات العلاجية أن لا يضخم الموقف ويعتبره كارثيا إن هو أخطأ في ثباته على إختيار إستراتيجية جديدة في حياته بعيدة عن الإدمان.

لقد حاول الباحث أن يساعد المدمن على معرفة ذاته و الإستبصار بها من خلال فهم ذاته كما هي في واقعها الحياتي، وحاول أن يساعده في فهم مواطن ضعفه وقوته وتحويل مواطن الضعف إلى مواطن قوة عن طريق تعلم أساليب جديدة في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة بعد أن كان يتعامل مع موضوع واحد وهو الإدمان، فقد أدرك المدمن اتجاهاته ومشاعره وأفكاره بطريقة تلقائية ووفقا لذلك يستطيع استحضار الخبرات السلبية (المشوهة) التي ارتبطت بالذات، ويبدأ بتحليلها وفقا لمفهومه عن ذاته.

صياغة النتائج العامة للدراسة:

لقد سعى الباحث من خلال دراسته هذه إلى بناء برنامج إرشادي يستند إلى الإرشاد العقلاني الإنفعالي، وقد اقترحه لعلاج مشكلة الادمان على المخدرات في ضوء متغير لهفة الادمان، وقام الباحث بتجريب البرنامج على عينة من الراشدين المقيمين في مستشفى فرانتز فانون بالبليدة، وقد اقترح فرضية أن البرنامج الإرشادي المقترح يمكنه أن يساهم في علاج مشكلة الادمان على المخدرات من خلال العمل على التخفيف من درجات شعور مدمني المخدرات باللهفة للإدمان.

وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة مدى تأثير البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات في ضوء لهفة الإدمان، نشير إذن إلى أن هذه الدراسة أثبتت فعالية هذا المنحى العلاجي مع مشكلة اعتبرتها الكثير من الدراسات من المشكلات العصية على الحل، لقد اكتشف الباحث من خلال هذه الدراسة أن الادمان يمكن نطلق عليه مصطلح (ظاهرة إدمانية) –على حد تعبير الباحث– فبهذا الوصف نستطيع أن نصوغ مصطلحا آخر يرتبط بالمصطلح الأول ويضفي عليه معنى مرضيا وهو (اضطرابات الادمان)، ويبدو هذا المعنى مناسبا إذا ما أمعنا النظر في كون المدمن لا يتعلق بمادة واحدة بل بمواد متعددة، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن لهفة المدمن لا تظهر في شكل أعراض جسمية وإنفعالية ومعرفية فقط، وإنما تظهر أيضا من خلال شدة الشوق نحو نوع المخدر ونشوة المخدر وموقفه الخبري، بغض النظر عن الفروق بين كل نمط من أنماط اللهفة للإدمان، وفي ضوء ذلك تمكن الباحث من الوصول إلى النقاط التالية:

– ظهور نمط من السلوك الذي يخرج عن السيطرة، وهذا يعني أن المدمن لا يستطيع توقع وقت اضطراره إلى استخدام المادة التي يدمن عليها، أو توقع سلوكه، ولا يستطيع أيضا التوقف طوعيا عن هذا الاستخدام.

– ظهور عواقب سلبية ناجمة عن هذا السلوك.

– عدم القدرة على التوقف عن الادمان برغم العواقب الظاهرة.

– زيادة القدرة على تحمل المواد المسببة للإدمان والانغماس في التعاطي.

– توقع السلوك الادماني أو الشعور به، أو التأمل في السلوك الادماني والتلذذ به، وذلك حين يصبح الادمان محور أفكار المدمن ومشاعره.

– الانكار، أي التقليل إلى حد أقصى من أهمية سلوك المدمن من طرف المدمن ذاته، واللجوء إلى تبريره أو إنكاره بأساليب التفكير التظليلي.

ولعل اتجاه الباحث في دراسته الحالية قد وافقته اتجاهات عديدة من دراسات مختلفة المناحي منها دراسة (عبد الرحمن سلطان 2005) ودراسة شيفر schiffer (1988)، أيضا دراسة كارول ورونسافيل وجاوين carrol, KM Rounsavil, bj. ، حيث خلصت إلى كون المدمن يعاني من نفس النقاط التي ذكرناها آنفا، وحسب اعتقاد الباحث فإن ما تشير إليه هذه النقاط هي نفس المعنى الذي يحمله مفهوم لهفة الادمان، وعليه فإن البرنامج الإرشادي الذي اقترحه الباحث يعتقد انه يناسب تماما مفهوم لهفة الادمان على المخدرات كاضطراب مرضي يعاني منه المدمن وبالتالي يرى الباحث أن البرنامج لما بني على أساس المنحى العقلاني الانفعالي فقد نجح فيما ذهب إليه وهو تخفيف من مستوى شعور المدمنين على المخدرات باللهفة للإدمان، بأنماطها الثلاث: اللهفة نحو المخدر واللهفة نحو نشوة المخدر، واللهفة نحو الموقف الخبري للإدمان، وعليه يمكن القول أن هذه الدراسة قد وافقت دراسات أخرى اعتمدت على نفس المنحى العلاجي نذكر منهم مثلا: دراسة محمد الشيخ (1986) التي تناولت أثر كل من الإرشاد العقلاني الإنفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان، وقد خلصت إلى نتيجة أن الإرشاد العقلاني الإنفعالي أفضل تأثير من التحصين المنهجي، وهذا دليل على أن المنحى العلاجي الذي تبناه الباحث مناسب لعلاج مشكلة الادمان على المخدرات، كذلك نجد دراسة الفخراني (1993) حول مدى ملائمة الإرشاد العقلاني الإنفعالي في تعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة ومدى ملائمتها لخفض شدة الأعراض النفسية المصاحبة، وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العقلاني والانفعالي في خفض درجة القلق والاكتئاب عند مقارنة القياسين القبلي والبعدي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وهذا دليل آخر على ما يزعمه الباحث من كون هذا المنحى العلاجي له تأثير فعال على معالجة الاضطرابات النفسية والصحية المختلفة، أيضا نجد دراسة أخرى تتفق مع الدراسة الحالية وهي دراسة البكر (1997) حيث قام ببناء برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي القلق والاكتئاب، وقد تبنى في برنامجه الإرشادي نظرية (إليس آلبرت) وتوصل إلى أن هذا المنحى العلاجي فعال في تخفيف القلق والاكتئاب لدى عينة الدراسة، هذه أمثلة فقط على بعض الدراسات العربية التي وفقت دراسة الباحث في كون الإرشاد العقلاني الإنفعالي فعال في علاج بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية، وهذه دراسات أجنبية أخرى توافق دراسة الباحث فيما ذهب إليه فنجد على سبيل المثال

دراسة كلا من وارن و سميث وفلتين (Warren Smith ,Velten, 1984) وهدفت إلى تقييم فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية، وقد خلصت نتائج الدراسة إلى فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي و الإرشاد العقلاني الإنفعالي التخيلي في خفض القلق، كذلك دراسة جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al 1987) حول فعالية الإرشاد العقلاني الإنفعالي في معالجة المرضى النفسيين الذين يعانون من القلق، وقد خلصت النتائج إلى أن القلق ينشأ من الأفكار غير العقلانية وأن الإرشاد العقلاني الإنفعالي استطاع أن يعمل على تصحيح الأفكار الغير عقلانية كما استطاع أن يخفض من درجة القلق لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

نستطيع إذن أن نؤكد ما زعمناه في دراستنا الحالية ولو في وقت إجراء الدراسة في كون البرنامج الإرشادي الذي اعتمده الباحث المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي له أثر كبير في علاج مشكلة بحجم الادمان على المخدرات، وينبغي أن نشير هنا إلى أن معظم الدراسات التي أوردها الباحث واطلع عليها استخدمت الإرشاد العقلاني الإنفعالي بغرض معالجة مشكلات مشابهة لبعضها البعض فهي لم تخرج من المشكلات الإنفعالية كالقلق والاكتئاب، ما عدا دراسة منى علي العامري (2000) بعنوان: دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة، وقد خلصت النتائج إلى ما يلي: فعالية كل من الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج المدمنين على المخدرات، فعالية العلاج المتمركز على العميل في علاج الإدمان على المخدرات، غير أننا لم نجد تحديد للفروق في فعالية كل منهما لصالح من بالضبط، وعلى أي حال فإن الباحث يعتقد أن دراسته تعتبر من الدراسات الحديثة التي تناولت بدقة مشكلة الادمان على المخدرات، واستطاع أن يبني برنامجه الإرشادي وفق مقتضيات النظرية العقلانية الانفعالية، وقام بتطبيق البرنامج أيضا وفق الخطوات التي تمليها عليه النظرية مع مراعاة البيئة الاجتماعية وحتى الجغرافية لميدان البرنامج، وعلى هذا الأساس نقول أن الأهداف التي حددها الباحث في دارسته الحالية قد تحققت من خلال تحقق الفرضيات المقترحة.

التوصيات والتطبيقات التربوية:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية، فإن الباحث يقدم بعض التوصيات والتطبيقات التربوية في نطاق حدود هذه الدراسة، وهي كما يلي:

– يوصي الباحث بضرورة العمل على استحداث مراكز الإرشاد النفسي تهتم بإعداد برامج تأهيلية ووضع خطط إرشادية وعلاجية تساعد المدمنين على فهم حالتهم وعلاج مشكلتهم بصورة دائمة.

– يوصي الباحث أيضا بضرورة البدء في تخطيط إنشاء مركز نموذجي للتأهيل والتدريب الوظيفي كبديل للسجن، يضم ورش عمل يتم من خلالها تدريب المدمنين على العمل، وغرس قيم العمل لديهم، والاستفادة منهم كأعضاء فاعلين في المجتمع، وبذلك يتم توفير قدر من الحماية اللازمة لهم من أخطار الاختلاط الذي يفضي بهم على التعرف على تجار المخدرات والمروجين، فعادة ما يخرج السجين من السجن وقد اكتسب مهارات جديدة تجعل من أكثر انحرافا واضطرابا.

– يوصي الباحث بضرورة تطوير مناهج التربية والتعليم في الجزائر، بحيث تناول موضوع المخدرات بأسلوب إيجابي بهدف توعية التلاميذ والطلاب، بمخاطر الإقدام على تعاطي المخدرات والإدمان عليها، فالتلاميذ في حالات كثيرة غير واعين بحقيقة المخدرات وآثارها.

– يوصي الباحث بضرورة الإهتمام بالشباب والراشدين المدمنين على المخدرات ومساعدتهم على إعادة الثقة بأنفسهم وإتاحة الفرصة لهم للتعبير عن ذواتهم دون ضغوط حتى لا يوقعهم ذلك في سياجات التهميش والعزلة، فيتولد لديهم الإحساس بأنهم منبوذون إجتماعيا، فتوفر لهما العناية العلمية والسياسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية من شأنه أن يجعل المدمن يعيد التفكير في شخصيته كفرد ينتمي إلى مجتمع وأنه لا يزال موجود في هذا المجتمع الذي يهتم به.

البحوث المقترحة:

1– إجراء بحوث أخرى تتناول مشكلة لهفة الإدمان على المخدرات.
2– إجراء بحوث ودراسات تهتم بالإرشاد العقلاني الانفعالي الذي يعنى بمشكلة الإدمان على المخدرات.
3– إجراء بحوث ودراسات تهتم جماعة المدمنين المتعافين في علاج مشكلة الإدمان.

4- إجراء مزيد من الدراسات تعنى بالبرامج الإرشادية لمواجهة مشكلة الإدمان على المخدرات.

5- إجراء دراسات تهتم بإعداد برامج إرشادية خاصة للآباء والأمهات من أجل توضيح كيفية التعامل مع أبناءهم أو الأفراد المدمنين على المخدرات في الأسرة.

6- كذلك إجراء دراسات حول إعداد برامج إرشادية خاصة بالمعلمين والأساتذة تساعدهم على فهم حاجات الطلبة لتحصينهم من الوقوع في مشكلة الإدمان.

7- إجراء دراسات تتبعية لتطور لهفة الإدمان عبر سنوات عدة لدى المدمنين.

مراجع باللغة العربية:

1. آلبرت إليس: **العلاج الذاتي المعمق لعواطفك**، الدار العربية للعلوم، بيروت 2004
2. أشرف على السيد عبده: **البر وفيل النفسي لمدمني الهيروين**، كلية الآداب –جامعة أسيوط. القاهرة. 2003
3. أبو زيد عبد الحميد: **لهفة الادمان تشخيصها وعلاجها**، دار المعرفة الجامعية، القاهرة 2003
4. **الإدارة العامة للتربية والتعليم المخدرات** ، السعودية، 2008 .
5. احمد محمد الزعبي: **الإرشاد النفسي**. دار الحكمة اليمانية. صنعاء. 1994
6. باترسون.س: **الإرشاد والعلاج النفسي**. ترجمة: سيد عبد الحميد مرسي. مكتبة وهبة، القاهرة.1995.
7. باترسون، س: **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، ج1 دار القلم، الكويت .1990
8. فرج عبد القادر طه: **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**. دار سعاد الصباح، 1993.
9. فان دالين ديوبولد: **مناهج البحث في التربية وعلم النفس**. ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، 1986.
10. جواد فطاير: **الادمان أنواعه، مراحله، علاجه.** دار الشروق، القاهرة 2001
11. حمود الشريف: **العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات.** إصدارات جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2008
12. حامد عبد السلام زهران: **التوجيه والإرشاد النفسي**، منشورات الجامعة، دمشق 1994
13. حامد عبد السلام زهران: **التوجيه والإرشاد النفسي**، عالم الكتب، القاهرة 1980.
14. رياض نايل العاسمي: **المبادئ العامة في تخطيط وتقييم برامج الإرشاد النفسي**. دار العرب للدراسات والنشر والترجمة، دمشق 2011
15. رياض نايل العاسمي وآخرون: **مبادئ الإرشاد النفسي لطفل الروضة**. منشورات جامعة دمشق، دمشق، 2004.
16. رياض نايل العاسمي: **الإرشاد النفسي العملي**. مطابع الإدارة السياسية، دمشق. 2002

17. رمضان محمد القذافي: **التوجيه والإرشاد النفسي**. دار الجيل بيروت 1997

18. رمضان محمد القذافي: **التوجيه والإرشاد النفسي**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية 1996.

19. رشاد عبد اللطيف: **الآثار الإجتماعية لتعاطي المخدرات**. دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض. 1992.

20. روتر، جوليان: **علم النفس الاكلينكي** .ترجمة :عيطة هنا .دار الشروق ، القاهرة .1989

21. زين العابدين مبارك: **الحشيش**. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض. 1986.

22. سهام درويش: **مبادئ الإرشاد النفسي**. دار الفكر، عمان، 1997

23. سعيد محمد الحفار: **المخدرات.. مأساة البيئة المعاصرة**. دراسات عالمية مختارة، جامعة قطر، 1993.

24. سعد المغربي: **سيكولوجية تعاطي الافيون ومشتقاته**. الهيئة المصرية العامة للكتاب 1986.

25. سليمان بن قاسم الفالح: **تعاطي المخدرات**. جامعة الإمام محمد بن سعود الاسلامية، قسم علم الاجتماع،السعودية 1407هـ.

26. سعدية بهادر: **في سيكولوجية المراهقة**. دار البحوث العلمية، القاهرة. 1980

27. سمية حموده وآخرون: **وثائق الندوة العلمية حول تطور أساليب الكشف عن المخدرات وسوء استعمالها**. منشورات المكتب الدولي العربي لشؤون المخدرات. 1980

28. صالح حسن الداهري: **مبادئ الإرشاد النفسي والتربوي**. دار الكندي، عمان. 2000

29. طه عبد المنعم حسين: **الإرشاد النفسي، النظرية، التطبيق، التكنولوجيا**. دار الفكر، عمان. 2004 .

30. عبد المطلب ممدوح: **جرائم تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدول الإمارات**.المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد 35، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2003.

31. عبد العزيز بن عبد الله البريثن: **الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات**. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض 2002

32. عبد المجيد نيازي وآخرون: **الإرشاد النفسي والإجتماعي.** مكتبة العبيكان، الرياض. 2001.

33. عبد الله محمود سليمان: **برامج الإرشاد النفسي وأثرها في تنمية طلبة الجامعات ومؤسساتها.** المجلد العاشر. ع1. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) . القاهرة 2001

34. عبد الله محمود سليمان: **نحو تصور إجرائي لبرنامج علم النفس الإرشادي في المدرسة.** مجلة الشؤون الإجتماعية، العدد (62) الإمارات العربية جمعية الإجتماعيين. 1999.

35. عبد الجبر تيم وآخرون: **مبادئ الإرشاد النفسي.** دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان 1999

36. عقيل حسين عقيل: **فلسفة مناهج البحث العلمي.**مكتبة مدبولي، 1999.

37. عفاف عبد المنعم: الادمان: **دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه.** دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية 1998

38. عكاشة أحمد : **العقاقير النفسية.** مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة. 1992.

39. عبد المجيد منصور: **المسكرات والمخدرات والمكيفات وآثارها الصحية الاجتماعية والنفسية وموقف الشريعة الإسلامية.** دار النشر العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1989 .

40. عبد الستار إبراهيم: **العلاج النفسي الحديث – قوة الإنسان.** مكتبة مدبولي، القاهرة 1983

41. غريب محمد سيد أحمد: **مكافحة القات في الصومال.** دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1989.

42. محمد أحمد: **دليل المرشد النفسي.** مطبعة كلية العلوم، بني سويف. 2005

43. محمد عبد الحميد: **الإرشاد المهني.** منشورات جامعة دمشق، دمشق 2005.

44. محمد غانم: **العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين.** مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة 2005.

45. محمد جمل الليل: **مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي.** مطابع بهادر، مكة الكرمة، 2001

46. مصطفى خليل الشرقاوي: **أسس الإرشاد والعلاج النفسي.** دار النهضة العربية، القاهرة. 2000

47. مدحت أبو زيد: **لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها.** دار المعرفة الجامعية، القاهرة 2003.

48. محمد حمدي حجار: **الأرضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقا للنظرية الإنفعالية والمدرسة السلوكية.** دار النشر بالمركز العربي للدراسات الامنية والتدريب، الرياض 1413 هـ.

49. كلوديا بلاك: **لن أقع في مصيدة الإدمان.** ترجمة سعيد الحسنية، الدار العربية للعلوم– ناشرون، بيروت 2006.

50. كارل روجرز: **الإستشارة في العلاج النفسي.** ترجمة: محمد أحمد غالي.مكتبة الاجلو المصرية، القاهرة. 1971.

51. لاري .آر. سكوابر وآخرون: **الذاكرة من العقل إلى الجزيئات.** تعريب سامر عرار، مكتبة العبيكان، الرياض 2002.

52. لويس كامل مليكة: **العلاج النفسي–مقدمة وخاتمة–** مطب فيكتور كرلس، القاهرة، 1996.

53. لجنة المستشارين العلميين: **إستراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والادمان.** المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. القاهرة . 1993.

54. لويس كامل مليكة: **العلاج السلوكي وتعديل السلوك.** دار القلم، الكويت. 1990.

55. لوري بيتر: المخدرات: **حقائق اجتماعية ونفسية وطبية.** الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة 1990

56. لمياء عبد الحميد بيومي: **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارة العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين**.رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قناة السويس، كلية التربية بالعريش.

57. محمد حمدي نجار: **العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.** مؤسسة الرسالة، بيروت 2005

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

59. منى علي العامري: **دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان بين الطلاب.** معهد الدراسات والبحوث التربوية، القاهرة 2000

60. مصطفى سويف: **المخدرات والمجتمع.** سلسلة عالم المعرفة، العدد 205 القاهرة 1995.

61. مصطفى سويف: **المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية.** سلسلة عالم المعرفة عدد رقم 205، الكويت 1992.

62. مكتب التربية العربي لدول الخليج: **الإرشاد التربوي في جامعات دول الخليج العربية.** الرياض، 1990

63. محمد حمدي نجار: **لعلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.** الرياض ، المرآز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض 1990.

64. محمد عباس: **المخدرات والإدمان – المواجهة والتحدي –** أخبار القاهرة، 1989م القاهرة .

65. محمد حمدي حجار: **برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل.** ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1413هـ .

66. محمد حمدي حجار: **الأرضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقا للنظرية الإنفعالية والمدرسة السلوكية.** دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض. 1413هـ.

67. محمد زيد: **آفة المخدرات وكيفية معالجة الادمان.** دار الأندلس، بيروت 1988

68. محمد حمدي حجار: **برنامج إرشادي علاجي للمراهقين والأحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الإصلاحيات ومراكز إعادة التأهيل.** ج1، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. 1413هـ .

69. محمد زيد: **آفة المخدرات وكيفية معالجة الادمان.** دار الأندلس، بيروت 1988.

70. نادر زيود: **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.** دار الفكر، عمان. 1998

71. هشام إبراهيم عبد الله: **الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي.** دار الكتاب الحديث، القاهرة 2005.

مراجع باللغة الاجنبية:

72. Anthenelli, R.M. & Schuki, M.A**: Genetics, in substance abuse: A Comprehensive textbook,** J.H. Lowinson, P.Ruiz, R.B Millman & J.G. Langard eds. 1992
73. Arif , A & Westermeger.j : **Manual of drug and alcohol abuse**, New York, Plenum, 1988.

74. APA **: (American Psychological Association)** Ethical principles of psychologists 1981
75. Bauer ,L.O ; **Psychobilogy of craving** : A comprehensive textbook 1992.

76. Bandura, A: **Self-Efficacy Mechanism in Human Agency**, Amerecan Psychlogist. 1982.
77. Beck, A **: Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**, New York, International University. 1976
78. Boy, Angela v. and Pine gerald J : **client-centered counseling in the secondary school**. Hougton miffin company, 1963
79. Byrne Richard H**: school counselor. Houghton**- Muffin company ; 1963
80. Codere H. **The sosial and cultural context of cannabis use in Rwanda**, Paper submitted to IX International Congress of Anthropological and ethonological sciences, Chicago, USA, August-Septamber 1973
81. Ellis A. **ratinal- emotive therapy with alcoholics and drug abusers**. pergaon press new York 1988
82. ELLIS.A Major Contributions**(Rational - Emotive Therapy. Research Data That Supports The Clinical And Personality hypotheses Of Ret And Other Modes Of Cognitive- Behavior Therapy)**. 1977 .

83. ELLIS.A **: the nop- out theapy, psychlogy toda**, 1973.
84. Gorski, T.T & Millre, M. : **Staying Sober New york** , Herald house/independence press. 1982.

85. Glasser William **: Choice Theory: A new Psychology of personal freedom**. New York. Harper Collins Publishers 1998.
86. Hether. N.E et al**: importance of substance cuses in relapse among hiroin users :comparison of tow methodes of investigation** addictive behaviors ,vol 1996
87. Hunt, D.J**. Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of mariguana usage among offspring**, Human relation, 1975.
88. Labounty. L.P. et al : **relapse among alcholics with phobic & panic symtoms,** addictive behavior. VOL 1991.
89. Lange, W. R & Mccume, B. A : **Advanced Alchol & Substance Abuse**, VOL NO (2) .1990.
90. Leroy. G. B. And charles. H. H : **Counseling And Psychotherapy - Thioretical Analysis And Skills Aplications**, Abell And Howell Company 1985.
91. Marlatt.G. A. & Brret. K**. Relapse Prevention**, American psychiatric press, 1994.

92. Mac Coun , R.J. Drugs and the **law :Apsycological analysis of drug prohibition,pychpl**. Bull. 1993.
93. Musto, D. F. Opium**. cocaine and marihuana in American history**, Scientfic Amer. 1991. 1991.
94. Marlatt, G.A & Gordon, j.R**: Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive bihaviors**, new York: guilford press. 1985
95. Makechnie, R.J. Parents, **children and learning to drink, in Alcoholism and drug dependence**. J.S.New York: Plenum Press, 1977.
96. Negrete, J.C.& Emil, S**. Cue - Evoked arousal in cocaine users: A study of variance & predictive value; drug & Alchol Dependence**, Vol. (30), No. (2)
97. Jerome, H. Jaffe. **Drug Dependence. Opiods psychoactive Substances Disorder**. Shepter 13. 1992.
98. Jones, A.D. **Cannabis and alcohol usage among the Plateau Tonga : an observational report of the effects of cultural expectation,** Psycho.Record. 1975.
99. Persico, A;M; **Drug & Alchole dependency**, VOL. NO (1). 1991
100. Kromer, J.F & Comeron D.C: **Manual of drug dependence**, Geneva, WHO 1975.
101. Kandel, D. Inter**-and intragenerational influence on adolescent marijuana use**, J. of socialissues 1974.
102. Krumboltz, john D: **behavioral goals for counseling**. Journale of counseling psychologiy, no 13 1966.
103. Royce, J. M. et al. **Smoking cessation factors among african americans & whites**, American journal of public health, VOL. (85)? NO (2) 1993.
104. Rotter, J **Generalized expectencies for internal versus external control of reinforcement**. Psychological Monographs.80, No.1,1 – 28 .1966.
105. Smith, J. W. et al. **Environmental risks to be considered in substance user tretmen planning, implementation & assessment**, international journal of addiction, VOL. 1991.
106. Soueif, M. et al. The **Egyptian Study of Chronic Cannabis Consumption**. NCSCR, Cairo, 1980
107. Van DyKe, C. **Cocaine, in Substance abuse: Clinical problems and perspectives**. Ruiz eds. 1981.
108. Weir, S. Oat in Yemene: **Consumption and social change**, Dorset: British Museum Publications. 1985
109. WHO **Dictionary of substance use terms**. Geneva: WHO 1988
110. **Zhang Fei-Peng Drinking in China,** Surveyor, 1982.

الملاحق

ملحق رقم (1)

جدول رقم (20): يوضح محتوى البرنامج الإرشادي المقترح لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات وكيفية التطبيق.

الجلسات	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الأساليب المستخدمة
الجلسة الأولى	تمهيد وتعارف	– التعرف على المسترشد (المدمن) – تقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره وأهدافه والأساليب المستخدمة فيه. – الاتفاق على كل النقاط المطروحة في البرنامج.	مدونة خاصة بالبرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي، تعريفه، أهميته، أهدافه، ومحور عمل المعالج (الباحث). – استمارة معلومات عامة عن المسترشد.
الجلسة الثانية يتبع الجلسة الثانية	تهيئة المسترشد للدخول في العملية الإرشادية.	– مساعدة المسترشد على فهم نفسه واستعداداته وقدراته وميوله والاستفادة منها بصورة تحقق التوافق السليم في الحياة. – معرفة المسترشد أهمية هذه الخطوة العلاجية في امكانية تغيير نمط حياته إلى أفضل مما هي عليه. – تحديد دوره في هذه الجلسات وتوقعاته خلال الجلسات وبعدها. – جعل المسترشد يفهم أن المرشد يرغب تماما في مساعدته ومستعد للإنصات لما يقوله سواء كان ما يقوله له علاقة بمشكاته أو لا.	– أسلوب المناقشة والحوار

		– جعل المسترشد يفهم أن هذا النوع من العلاج يعتمد عليه هو وليس المرشد، وأن مسؤولية التحسن والتعافي تقع على عاتقه هو، وعليه أن يتحلى بالرغبة في العلاج بمساعدة المرشد. – جعل المسترشد يفهم أن التقدم في العلاج نتيجة هذه الجلسات هو من مسؤوليته هو، وأن المرشد ساعده في توجيهه نحو فهم ذاته. – كذلك تهدف هذه الجلسة إلى جعل المسترشد يفهم أن المرشد لن يتخلى عنه بعد الانتهاء من الجلسات، من خلال التواصل معه متى رغب المسترشد في ذلك.	
الجلسة الثالثة	بناء العلاقة الإرشادية	– جعل المسترشد يشعر بالألفة. – توفير فرص التعبير عن مشاعر المسترشد وأفكاره في حرية وصراحة دون تصنع. – محاولة كسب اهتمام المسترشد من قبل المرشد وجعله يصدق تماما قدرته على التعامل مع حالته. –محاولة اندماج المرشد بمشكلة المسترشد بدرجة واقعية. – محاولة جعل المسترشد يشعر بأنه محترم ومهتم به من قبل المرشد ومنتبه له.	أسلوب الحوار والمناقشة

الجلسة الرابعة	جلسة التطبيق القبلي للمقاييس	– شرح وقياس شدة المشكلة التي يعاني منها المسترشد (محاولة شرح مفهوم اللهفة للإدمان) – قياس أعراض المشكلة التي يعاني منها المسترشد.	– أسلوب الحوار والمناقشة. – مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان. – مقياس اللهفة نحو المخدر. – مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر. – مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري.
الجلسة الخامسة	الأفكار الخاطئة الشائعة حول المخدرات وما يقابلها من معتقدات وأفكار بديلة وصحيحة مناهضة.	– مناقشة المسترشد حول الأفكار الخاطئة الخاصة بالمخدرات والإدمان عليها. – إرشاد المسترشد ومساعدته على مناهضة هذه المعتقدات الخاطئة، وتبني معتقدات واقعية صحيحة بديلة. – شرح النظرية العقلانية الانفعالية وتبسيطها للمسترشد، ومحاولة توضيح الارتباط القائم بين أفكاره ومشاعره وسلوكه.	– مطبوعة توضح مفهوم نظرية (ABC). – المناقشة والحوار. – تكليف المسترشد ببعض الواجبات المساعدة على حل المشكلة.
الجلسة السادسة	المعتقدات والأفكار الخاطئة تجاه الانزعاج الانفعالي والقلق وما يقابله من معتقدات وأفكار صائبة.	– مناقشة الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول الانزعاج الانفعالي والقلق. – إرشاد المسترشد بتبني أفكار عقلانية بديلة. – مساعدة المسترشد على حل بعض المشكلات الإنفعالية الخاصة به. مساعدة المسترشد على فهم مصادر اضطرابه ودوافع سلوكه في ضوء نظرية	– مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخطأ تجاه الانزعاج الانفعالي، وما يقبلها من معتقدات وأفكار صائبة بديلة. – عرض أمثلة حية من الواقع. – تكليف المسترشد ببعض الوظائف المنزلية.

		.(ABCDEF)	
الجلسة السابعة	مناهضة الأفكار التي تحمل معاني الحتمية واليأس مثل المعتقد التالي: "لا استطيع تحمل ذلك".	– مناقشة المسترشد حول الأفكار الخاطئة المرتبطة بالعجز والحتمية واليأس. – دحض الأفكار والمعتقدات الخاطئة بالأدلة القاطعة من آيات وأحاديث نبوية.	– طرح أسئلة علمية على الأفكار الخاطئة التي يقدمها المسترشد. – تطبيق فنية الأحاديث مع الذات والتعابير الإيجابية المنطقية. – معاينة الخيارات والبدائل. – تكليف المفحوص بواجبات منزلية.
الجلسة الثامنة	التركيز على مساعدة المسترشد على تغيير مشاعر القلق والغضب إلى مشاعر مقبولة.	– مناقشة المسترشد حول الأفكار المرتبطة بتضخيم الحوادث وتهويلها. – توضيح موقف الإسلام من هذه الأفكار من خلال آيات وأحاديث نبوية. – توضيح الآثار السيئة الناتجة عن التمسك بهذه المعتقدات والأفكار الخاطئة.	– طرح الأسئلة العلمية على هذه المعتقدات والأفكار الخاطئة لمناهضتها. – تطبيق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية.
الجلسة التاسعة	كشف الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالإحباط، والقلق والفشل، والاضطراب الانفعالي.	– مناقشة المسترشد حول الأفكار اللاعقلاني المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية: الإحباط، القلق، الفشل، الحزن... ومناهضتها. – توضيح عدم صحة هذه الأفكار، وتبديلها بالأفكار عقلانية منطقية. – تعليم المسترشد مفاهيم جديدة مثل: التنفيس الانفعالي، وضبط الذات، السيطرة	– تطبيق فنية إعادة تأطير التفكير أو المشكلة، وذلك من خلال الآتي: – رؤية الشيء الجيد من خلال الشيء السيء. – التعامل مع الأمور السيئة. – تطبيق فنية الحوار مع الذات الفعال.

		على انفعالاته وعواطفه، والتسامح.	
الجلسة العاشرة	– المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات بديلة صائبة.	– مناقشة المسترشد حول المعتقدات الخاطئة حول الذات. – مساعدة المسترشد على تبني معتقدات صائبة بديلة حول الذات. – تشجيع المسترشد على التحدث عن نفسه وذكرياته. – تغيير مشاعر الإحباط، وخيبة الأمل لدى المفحوص إلى مشاعر مقبولة.	– مطبوعة تحتوي على المعتقدات الخاطئة حول الذات وما يقابلها من معتقدات صائبة. – تطبيق فنية قبول الذات غير المشروط. – تطبيق فنية تصور بعض الوقائع الزمنية. – تكليف المسترشد بواجبات منزلية.
الجلسة الحادية عشر	الافكار اللاعقلانية المرتبطة بالناحية النفسية مثل: الشعور بعدم القيمة في الحياة، وفكرة الانتحار. الافكار الخاطئة حول المخدر والادمان عليه.	– مناقشة المسترشد حول حول هذه الأفكار الخاطئة. – تبديل هذه الأفكار بأفكار عقلانية. – تعليم المسترشد مفاهيم جديدة مثل: احترام الذات، حب الآخرين، فعل الأفضل للذات. – تصحيح أفكار المدمن حول المخدر وحول الادمان بصفة عامة.	– تطبيق فنية الموازنة بين المحاسن والمساوئ. – تطبيق فنية اعادة النظر بتفسير الأشياء على حقيقتها. – تطبيق فنية المساءلة عن الدليل والبرهان.
الجلسة الثانية عشر	– الاسترخاء	تشتيت ذهن المسترشد عن التفكير في المخدرات	– تدريب المسترشد على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة.

الجلسة الثالثة عشر	الإهتمام بالحياة والمستقبل.	– توجيه المسترشد ومساعدته على التفكير في مستقبله بجدية، والتخطيط له. – توجيه المفحوص إلى ممارسة الشعائر الدينية، وتعليمه المعايير الاجتماعية والقيم الأخلاقية، – توجيه المسترشد إلى ممارسة النشاطات الرياضية المفضلة لدية والمساعدة على الاسترخاء كاليوغا، والسباحة وغيرها.	– النصح والتوجيه. – التشجيع والمساندة.
الجلسة الرابعة عشر	– تحديد الخطوات التي يجب اتباعها للوقاية من القلق والانزعاج الانفعالي والمشاعر الغير مرغوبة.	– مساعدة المسترشد على تغيير انفعاله وسلوكه. – معرفة التغيرات العلاجية المتدرجة التي قد تطرأ على المفحوص، ومدى النمو النفسي الذي أحرزته. – حث المسترشد على الاستفادة من وقت الفراغ بطريقة مفيدة ومدروسة، واستغلال ميوله وهواياته. – مساعدة المفحوص في تكوين فلسفة ناضجة للحياة، والعمل على تحقيقها بمهارة. – حث المسترشد على استغلال الفرص المتاحة له في ميدان العمل والالتحاق بها. – تشجيع المفحوص على عرض نفسه للفحص الطبي الدوري، وعلاج ما يحتاج إلى علاج أولا بأول وفي الوقت المناسب.	– الواجبات المنزلية. – المناقشة. – التشجيع والمساندة.
الجلسة	– قياس بعدي.	– التحقق من مدى نجاحه في تحقيق	– تطبيق مقياس تقدير شدة

الخامسة عشر	– إنهاء الجلسات بشكر المفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور الجلسات.	أهدافه.	أعراض لهفة الإدمان. – مقياس اللهفة نحو المخدر. – مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر. – مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري.

ملحق رقم (2)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف2

كلية الآداب والعلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

تعليمة المقياس

عزيزي المدمن هذه مقاييس صممت خصيصا لقياس شدة المشكلة التي تعاني منها، سوف تساعدك في إيجاد بعض الحلول لمشكلة الإدمان إن أنت أجبت عنها بصراحة وصدق من خلال وضع علامة (×) في الخانة المخصصة، إن إجاباتك هذه سرية تماما ولا تستخدم إلا في مصلحتك ومصلحة البحث العلمي. تقبلوا منا فائق الشكر.

بيانات أولية

الإسم:

السن أقل من (30) سنة: ☐ أكبر من (30) سنة: ☐

مدة الإدمان: أقل من (10) سنوات: ☐ أكثر من (10) سنوات: ☐

رقم الملف الطبي:

مقياس تقدير شدة أعراض لهفة الإدمان على المخدرات

رقم	العبـــــــــــــارة	لا مطلقا	متوسط	قليلا	كثيرا	دائما
1	أنا دائما في حالة إشتياق للمخدر.					
2	إشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه.					
3	ليس لدي سيطرة في مدى إشتياقي للمخدر.					
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد إشتياقي للمخدر.					
5	شعوري بالإشتياق هذا جعلني عصبيا بشكل متزايد.					
6	أثناء إشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصبا فقط على تناول المخدر.					
7	شعوري بالإشتياق للمخدر له ردود أفعال جسمية مؤلمة					
8	في لحظات إشتياقي تزداد درجة توتري وشعوري بالإستثارة.					
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الإشتياق للمخدر.					
10	تزداد شدة غضبي كلما زادت مشاعر الإشتياق للمخدر.					
11	عندما أشعر بالشوق للمخدر أتخيل أني أتناول كمية من المخدر.					
12	يزداد التدخين عندي في لحظات إشتياقي.					
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة.					
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر .					
15	لا يوجد لدي حل مقنع حتى الآن لمواجهة الإشتياق إلا إستعمال المخدر فورا.					
16	اشعر بالحيرة والإرتباك أثناء إشتياقي للمخدر.					
17	لا أستطيع التركيز في إي عمل وأنا في حالة إشتياق للمخدر.					
18	أفقد شهيتي للطعام كلها وأنا في حالة الرغبة الشديدة للمخدر.					
19	الإشتياق عندي يعني اللهفة الشديدة لتناول المخدر.					
20	أشعر أني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقا للمخدر ولم أجده.					
21	لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أ شخص أثناء اشتياقي للمخدر.					
22	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريرة في كل جسمي.					
23	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات إشتياقي.					
24	أصعب اللحظات التي تمر علي هي لحظات الاشتياق للمخدر.					
25	إشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر.					
26	شعوري بالصداع يلازم شعوري بالاشتياق للمخدر.					
27	أشعر أنه لا يمكنني التغلب على مشكلة الاشتياق.					
28	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوما بعد يوم.					

ملحق رقم (3)اللهفة نحو نوع المخدر

رقم	العبـــارة	لا أبدا	متوسط	قليلا	كثيرا	دائما
1	لهفتي تكون فقط للمخدر وحده					
2	أتذكر المخدر الذي أتعاطاه وأشعر بالحسرة لأنه ليس معي					
3	أنا أبحث فقط عن المخدر المفضل عندي					
4	لا أتنازل أبدا عن المخدر الذي تعودت عليه					
5	أنا أكون سعيدا بوجود المخدر حتى وإن لم أستعمله					
6	أحلم بالمخدر الذي تعودت عليه					
7	أعتقد أن بيني وبين المخدر صداقة قوية.					
8	أحب أن يكون معي المخدر حتى وإن لم يمنحني المتعة التي أريدها.					
9	أسرح كثيرا في التفكير في المخدر الذي أحب					
10	ذكرياتي مليئة بخبرات مشتركة مع المخدر الذي تعودت عليه.					
11	اشعر بالوحشة لأني بعيد عن مخدري					
12	لا تهمني السلطة بقدر ما يهمني المخدر الذي أتعاطاه					
13	إن لم أجد المخدر المفضل لا أتناول أي شيء آخر					
14	أنا متعلق جدا بالمخدر الذي أتعاطاه					
15	لا أستطيع أن أتحمل غياب المخدر لمدة طويلة					
16	أتمنى أن أحصل على جرعة من المخدر الآن					
17	أفكر بالمخدر أكثر من أي شيء					
18	تعلقي بالمخدر لا يجعلني أفكر في أي شيء آخر					
19	أتخيل أي شيء على أنه مخدري المعتاد					
20	لا أعتقد بأني سوف أختار أي شيء بدل المخدر الذي اعتدت عليه					

ملحق رقم (4) **مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري**

رقم	لعبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	النشوة في نظري ليست مجرد تعاطي المخدر ولكن وجودي في الموقف نفسه هو الأهم					
2	لا تكتمل نشوتي إلا بصحبة معينة للتعاطي					
3	مكان التعاطي وجلسته أهم عدي من المخدر أونشوته					
4	أتلهف كثيرا لتكرار خبرة التعاطي السابقة					
5	أشعر بلهفة حين أتذكر خبراتي السابقة مع صحبة التعاطي.					
6	أشتاق كثيرا للطرق التي اعتدت عليها عندما أتعاطى					
7	المتعة في جلسة التعاطي مع صحبتي تعوضني عن ضعف تأثير المخدر.					
8	أتلهف على أن أقوم بإعداد المخدر للتعاطي فله نشوة أكثر من تعاطيه فعليا					
9	أتلهف على أن أحظر جلسة تعاطي حتى إن لم أتعاطى					
10	أتلهف على رؤية مخدري الآن مع الأدوات اللازمة لاستخدامه.					
11	أعتقد أن بريق كل ما يتعلق بجلسة التعاطي عندي أهم من أي شيء آخر					
12	لا يحلو التعاطي إلا مع من أحب					
13	التعاطي في المناسبات المعينة له مذاق خاص وها أنا ذا أتلهف على تلك المناسبات					
14	مخدري بمفرده لن يحقق لي ما أتلهف عليه					
15	أتلهف لذلك النوع من الحوار الذي كنت أتبادله في جلسة التعاطي					
16	لا أفتقد المخدر بقدر افتقادي لجلسته الحلوة					

ملحق رقم (5)

مقايس اللهفة نحو نشوة المخدر

رقم	العبـــــــــــــــارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	لهفتي ليست للمخدر و إنما للسلطة نفسها التي يمنحها لي المخدر فعليا.					
2	عندما أسرح بخيالي في النشوة أشعر أن خيالي يضيف إلي النشوة أكثر					
3	أنا لا أهتم بنوع المخدر وإنما أهتم بنشوته					
4	أحلم كثيرا بأن أكون في سلطة وأود أن يصبح هذا فعليا					
5	إذا تعاطيت الآن فإني أتوقع المزيد من الشعور بالنشوة					
6	قبل أن أسأل عن أي مخدر جديد أسأل عن تأثيره أولا					
7	دائما أحب أن احصل على أقوى تأثير للمخدر بأي طريقة					
8	إذا وجدت تأثير المخدر ضعيف يقوم خيالي بمضاعفة المتعة					
9	أحب تجربة أي مخدر لكي أعرف مدى نشوته					
10	أنا أتوقع الآن نشوة معينة ليتني أحصل عليها					
11	أخاطر أحيانا بتعاطي أشياء مجهولة من أجل النشوة					
12	لو أمكن الحصول على نشوة بدون مخدر فلن أستخدم أي مخدر					
13	لا أتوقع أن أكون في حالة نشوة مناسبة دون مخدر					
14	أتلهف إلى السلطة التي شعرت بها في أول استخدام للمخدر					
15	خيالي يطالبني بمزيد من تمني النشوة					
16	رغبتي في المتعة يمكن أن تجعلني أستمتع بأي مخدر					
17	مخدري الحالي يسبب لي نشوة فعلية جيدة					
18	لهفتي على السلطة تضيف إلي سعادة التي يسببها المخدر نفسه					
19	حاجتي الشديدة للنشوة تجعلني سعيدا أكثر مما أتوقع من المخدر					
20	أنا أتعاطى المخدر بجسمي وأشعر أني أهضمه بخيالي.					

ملحق رقم (6) نموذج من محتويات الجلسات الإرشادية.

نعرض نموذج من محتويات بعض الجلسات الإرشادية التي تتضمن فنيات مناهضة المعتقد الخط "لا استطيع تحمل ذلك"، معتقد "الحتمية واليأس".

الباحث: خذ هذه الورقة والقلم حاول أن تفكر بهدوء وتعين أهم الأمور التي لا تستطيع أن تتحملها.

المسترشد: "سكت" وحاول أن يعين هذه الأمور بكتابتها على الورقة، استغرق حوالي (10) دقائق، ومن بين ما كتب: "لا استطيع أن أرى مكروها في أهلي"، "لا استطيع أن أتحمل الوضع الذي أنا فيه"، "لا استطيع أن أتحمل الضغوط النفسية"، "لا أستطيع رؤية المستقبل المؤلم"، "لا أستطيع تصور بعض الأمور الخاصة في خيالي التي قد تحدث مثل فراقي للمخدر"، "لا استطيع تحمل الفراغ الذي يحدثه لي المخدر إذا ما أقلعت عنه"، "لا استطيع تحمل فراق أصدقائي، "لا استطيع انتظار العود لحياتي الطبيعية أكثر من ثانية"، "لا استطيع أن أتصور المستقبل الجميل خوفا من عدم تحقيق ذلك"

– **الباحث:** الآن سنناقش هذه الأفكار ونرى إن كانت تستوجب الضيق والألم، نطرح أسئلة على بعض هذه المقولات والتي قد تدفع بك إلى الشعور باليأس والإحباط بالنسبة لتصورك لمستقبلك.

– مالذي يؤكد يجعلك على يقين بأن مستقبلك سيكون مؤلما، وأنت تعلم كما نعلم جميعا أن المستقبل أمر غيبي لا يعلمه إلا الله، كما أن الرسول عليه الصلاة والسلام يقول :" تفاءلوا بالخير تجدوه"، وأنت بهذه الأفكار تجعل من نفسك متشائما، كما أنك تتنبأ بأمور قد لا تحدث، فقد يخبأ لك القدر مستقبلا مشرقا عكس توقعاتك، وقد لا يكون، ولكن الفرد عليه أن يهتم بأمر حاضره ويخطط لمستقبله ، ويحاول أن يعيش بأفضل طريقة طالما أنه سيعيش فترة زمنية ينقضي أجله.

المسترشد: نعم يمكن أن تقول ذلك.

الباحث: أما بالنسبة لعدم تحملك رؤية مكروه يصيب أهلك أو فراق أصدقاءك وأحبائك، أيضا سأطرح عليك أسئلة أرجو أن تجيب عليها:

– فالنفرض أن مكروها حدث فعلا لأحد أفراد عائلتك، مالذي يمكن أن يحدث؟ هل ستتوقف الحياة عند هذه النقطة أم أن الأمور سوف تستمر وتكون طبيعية بعد ذلك؟ أعتقد أن هذه هي سنة الحياة، ولا بد أن نؤمن بقضاء الله وقدره.

المسترشد: أنا مؤمن بقضاء الله وقدره، ولكنني لا أستطيع أن أتخيل أي مكروه يصيب أحد افراد عائلتي.

الباحث: عندما يكتشفوا أنك مدمنا مثلا ؟

المسترشد: نعم بالضبط، فأنا صرت منعزلا عنهم حتى لا يكتشفوا أمري فتهلك أمي خاصة.

الباحث: طبيعي جدا أن نحزن على كل الأفراد إذا أصابهم أي مكروه وخاصة من أقربنا وأهلينا، ولكن مع ذلك فمن الخطأ أن نحدث بأنفسنا مكروها آخر بسبب هذا الضن الغير مؤكد، ويتحول الحزن إلى حزن أشد منه، فقد ننطوي على أنفسنا ونصاب بأمراض نفسية كالقلق والاكتئاب وتتحول الحياة كلها إلى حزن.

المسترشد: يصمت.

الباحث: قلت بأنك لا تستطيع تحمل الوضع الذي أنت في، ولا تستطيع تحمل الفراغ.

المسترشد: نعم.

الباحث: إذن في هذه الحالة لا بد من البحث عن البدائل وخلق وسائل تملأ فراغك، وتشتت ذهنك عن التفكير في حل واحد وهو المخدر والوضع الذي أنت فيه، وبمقدورك الآن أن تحدد لي بعض الوسائل التسلية التي تجد المتعة في مزاولتها.

المسترشد: أنا أفكر حاليا في أخي الذي يعمل مستورد لقطع غيار السيارات، كنت أعمل معه، فإن أنت اقنعت أخي بعودتي مجددا للعمل معه سوف تحل مشكلاتي جميعا، وسوف اقلع عن المخدر.

الباحث: إذن أخوك يعلم بأمر إدمانك؟

المسترشد: نعم لقد اكتشف أمري، وهو لا يريد الحديث فيه مع والدتي حتى لا يصيبها مكروها.

الباحث: ماذا إن رفض أخوك أن تعود للعمل معه.

المسترشد: أصدقك القول أني لا استطيع تصور ذلك، يجب أن تقنعه أنت.

الباحث: ولماذا أنا وليس أنت؟

المسترشد: لأنه لا يثق بي.

الباحث: فكيف سيثق بي أنا؟

المسترشد: يصمت

الباحث: هل اشتقت إلى المخدر وصحبتك التي تتناول معها المخدرات؟

المسترشد: حينما أتذكر المخدر وأعيد في خيالي الجو الذي كنت فيه مع أصدقائي ونحن نستمتع بالمخدر على الصخور في شاطئ البحر، أكاد أن اقفز إليهم الآن.

الباحث: الشيء الذي يخصك الآن إذن هو المال كي تقتني المخدر وتنطلق مباشرة إلى تلك الصحبة؟

المسترشد: نعم بالضبط.

الباحث: إذن ارى أن الحل عند أخيك، فإن أنت عدت إلى محله سهل عليك اخذ المال وسهل ايضا عليك اقتناء المخدر، هل أصبت؟

المسترشد: لا أبدا.. أنا أحب أخي وأهلي ولا استطيع أن أتحمل أن يصابوا بمكروه.

الباحث: أنت تخشى أن يصيبهم مكروه إذا اكتشفوا أمرك، وتخشى أيضا أن لا يعيدك أخوك إلى العمل معه لأنه يعتبر مصدر لتمويلك لاقتناء المخدر أليس كذلك، فلا تريد أن تفرط في أهلك

المسترشد: (يصمت).. أنا أريد فعلا أن أكون معهم.

الباحث: أنت تبحث عن طريق للتعود حياتك طبيعية معهم؟

المسترشد: هذا صحيح، أريد أن تكون حياتي بدون إدمان، ولكنني لا استطيع تخيل حياتي بدون مخدر.

الباحث: أليس المخدر هو من يبعدك عن أهلك، أليس الإدمان هو من يبعدك عن صحبتك التي لا تتعاطى المخدرات، أليس الإدمان هو من جعل صحتك في تدهور مستمر.

المسترشد: لكنني اشعر بالوحدة حينما أفكر في التخلي عن المخدر وترك صحبتي معهم.

الباحث: نعم طبيعي جدا أن تشعر بالوحدة إن أنت تمسكت بفكرة المخدر هو انيسك ومن دونه لا شيء.

المسترشد: يصمت..

الباحث: هل أنت سعيد فعلا وأنت مدمن؟

المسترشد: لا لست سعيدا أبدا.

الباحث: وهل تتمنى أحدا يكون مكانك؟

المسترشد: لا أتمنى أبدا أحدا أن يكون مكاني.

الباحث: إذن أنت تعترف أن الإدمان ليس أمرا جيدا ولا يجلب السعادة.

المسترشد: هذا أمر أكيد.

الباحث: إسمع سنتناول في هذه الجلسة فنية "لعب الدور" وستقوم فيها بدور المرشد، وأنا سأقوم بدور الشخص الذي يريد أن يجرب تعاطي المخدرات، فماذا كنت ستقول لي لو أردت أن أجربه؟

المسترشد: أقول لك إياك أن تفعل ذلك.

الباحث: لماذا؟ لقد جربته أنت وقلت أنه يجلب المتعة.

المسترشد: (يضحك).

الباحث: لماذا تضحك؟

المسترشد: قلت أنه يجلب المتعة، لكنك ستخسر كل عزيز بعدها.

الباحث: إذن تعتقد أنها متعة وقتية فقط، وزائفة؟

المسترشد: نعم هذا صحيح.

الباحث: ما الذي تخسره بالضبط؟

المسترشد: ستخسر نفسك، صحتك، عائلتك، أصدقائك، مكانتك، مستقبلك...

الباحث: لكنه سيصير لي صديقا وسيجلب لي هذا المخدر صحبة أخرى؟

المسترشد: هم ليسو أصدقاء.

الباحث: لماذا؟

المسترشد: الصديق هو الذي لا يتألم أهلي حينما يروني معه.

الباحث: وهل يمكنني أن أحاول الإقلاع عن الادمان إن أنا وقعت فيه؟

المسترشد: سيكون الأمر صعبا.

الباحث: لكن الأمر يستحق المحاولة.

المسترشد: حينما تفكر في عائلتك وفي حالتك أقول نعم يستحق الأمر المحاولة.

الباحث: إذن أنت مقتنع الآن أن اشتياقك للمخدر واشتياقك لصحبتك والمكان الذي كنتم تتعاطون فيه المخدر هو بمثابة الإشتياق للألم؟

المسترشد: نعم فعلا الإدمان هو الألم.

نموذج عن جلسة طبق فيها الباحث فنية إعادة تأطير المشكلة

الباحث: حسنا، في هذه الحالة أريد منك أن توضح لي النتائج السلبية التي تعرضت لها عند تعاطيك للمخدرات في الماضي، وهل تعتقد أن هذه النتائج لها تأثير على مستقبلك؟ ولا تنس أن تذكر لي أيضا محاسن توقفك عن التعاطي وامتناعك عنه؟

المسترشد: أصدقك القول، لقد أصبحت شخصيتي سيئة جدا عند أهلي وأصدقائي الذين فقدتهم بسبب إدماني، لقد فقدوا ثقتهم بي، ولم يعد أحد يريدني في حيي إلا الذين يتعاطون معي، لقد دخلت السجن عدة مرات، وطردت من عملي أيضا، لا أعتقد أن أحدا له مشاكل أكثر مني.

الباحث: لكنك قلت أني توقفت مدة من الزمن عن التعاطي، هل تستطيع أن تذكر لي بعضا من المحاسن عندما توقفت عن الادمان؟

المسترشد: لم تتح لي الفرصة من جديد حتى أبدأ حياتي بشكل جيد، فأنا كما تعلم منهار تماما بدون عمل وبدون مستوى دراسي مقبول، وبدون قيمة.

الباحث: هذا أمر طبيعي جدا وعادي فالمجتمع لا يثق في المدمن، وهو حذر في التعامل معهم وبالتالي رفضك من قبل الآخرين للعمل معهم، هو أمر عادي، فهم يخافون سلوكك الإدماني، وبالتالي أنت تسعى إلى إزعاج نفسك بالتفكير في التشاؤم، أن تزيد من إحباطك وألمك، لذلك ينبغي أن تتقبل ذاتك كما هي بجميع الإخفاقات التي وقعت فيها، وبجميع الأخطاء التي ارتكبتها، فهذا التقبل يعطيك نفسا جيدا للمحاولة من جديد من أجل تحسين وضعك.

المسترشد: "أنا محتار"

الباحث: أعتقد أنك تعلمت كيف تؤطر المشكلة فقد حاولنا معا أن نتعرف على هذه الفنية في جلسات سابقة ، إنك تستطيع أن تحول الفكرة التي نتجت عن موقف مزعج لك (كأن ترفض في عمل ما) على إنفعال إيجابي وذلك من خلال رؤية الشيء الحسن من خلال الشيء السيء.

المسترشد: إنني أحاول لكن لم أستطع أن أرى أي أمر حسن من وراء رفضي في أي وظيفة أتقدم لها.

الباحث: هل أنت متأكد أنك حاولت مع جميع الوظائف.

المسترشد: حاولت في ثلاث وظائف الأولى كانت مع بائع الخضروات، والثانية مع تاجر تشحيم السيارات، والثالثة حارس في مستودع، كلها باءت بالفشل.

الباحث: إذن أنت ترى أنها ثلاث وظائف فقط لم يكن لك نصيب منها، وليست كل الوظائف.

المسترشد: أعتقد أن حظي سيء مع جميع الوظائف (ماعنديش الزهر).

الباحث: حسنا لنرى ماهو الشيء الحسن في عدم توفر فرصة عمل في الثلاث وظائف الفائتة، هل مارست من قبل هذه الوظائف أو أحدها؟

المسترشد: لا لم يسبق لي أن مارستها.

الباحث: إذن ما أدراك إن مارست هذه الوظائف أنها ستكون مناسبة لك أو خيرا لك، ألم تقرأ القول المأثور (الخير فيما اختاره الله)، ألم تقرأ قوله تعالى:"وعسى أن تكرهوا شيئا وهو خير لكم"، ألم تقرأ قوله تعالى أيضا:"واصبر وما صبرك إلا بالله"، ألم تقل لي أنك ماهر في تركيب زجاج السيارات.

المسترشد: نعم قلت ذلك

الباحث: لما إذن لم تجرب حظك مع مهنتك الأصلية؟

المسترشد: كرهتها.

الباحث: لما؟

المسترشد: فيها تعب كبير.

الباحث: لكنك تستطيع أن تطور فيها فتستعين بأشخاص آخرين.

المسترشد: يمكن ذلك، حتى أن أحد الأصدقاء اقترح علي أن أشاركه في هذا الأمر ورفضت وقتها كنت لا أزال أتعاطى المخدرات.

الباحث: لكنك الآن تحاول أن تقلع عنه، وتصبح عاديا.

المسترشد: نعم لقد كرهت الإدمان والمخدرات.

الباحث: تعني أنك لم تعد تشتاق لصحبة الإدمان والمخدرات؟

المسترشد: لا أخفيك أنها تراودني في بعض الأوقات لكنني سرعان ما أتذكر ما خسرته بسببها فأكرهها على الفور.

الباحث: إذن هل ستحاول من جديد مع الوظيفة الجديدة؟

المسترشد: لا أدري أخشى أن لا يقبلني عنده.

الباحث: لنفرض أنه لم يقبلك تعمل شريكا معه، هل تعتبر هذه مشكلة، أليس هناك مخرج آخر؟

المسترشد: نعم يمكنني أن أعمل وحدي.

الباحث: إذن أنت ترى أن الحلول موجودة والبدائل متوفرة، فقط حاول أن تفكر في تجريبها.

المسترشد: نعم سأحاول أن أكون متفائلا.

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، وقد تبنى الباحث في بناء هذا البرنامج المنحى العلاجي العقلاني الإنفعالي، للعالم السيكولوجي (آلبرت إليس)، حاول من خلاله الباحث أن يثبت مدى مساهمة البرنامج المقترح في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف من شدة هذه المشكلة ، وانطلقت الدراسة من خلال الأسئلة الرئيسية التالية:

1- هل يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان؟
2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية؟
3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان حسب متغير السن؟
4- هل يعاني مدمنوا المخدرات من الشعور بدرجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان؟
5- إلى أي مدى يساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات؟

وقد طبق الباحث البرنامج الإرشادي على 15 حالة من المدمنين على المخدرات من دوي الإدمان المتعدد يتراوح عمرهم الزمني من 30 سنة فما فوق كلهم من الذكور، طبق عليهم الأدوات التالية:

1- مقياس شدة أعراض لهفة الإدمان: للوقوف على مدى ما يعاني منه المدمنين على المخدرات من الشعور بشدة أعراض لهفة الإدمان.
2- مقياس اللهفة نحو نوع المخدر: للكشف عن مدى ما يشعر به المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نوع محدد من المخدرات.
3- مقياس اللهفة نحو نشوة المخدر: بغرض الوقوف على مدى شعور مدمني المخدرات باللهفة نحو الأثر الذي يتركه المخدر في نفسية المدمن.
4- مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري: بغرض كشف لهفة المدمن نحو الموقف التي تصاحب تناوله للمخدر.
5- البرنامج الإرشادي: بهدف التخفيف من شدة المشكلة، من خلال تخفيف أعراض شدة شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الإدمان، وكذا التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة

نحو نوع المخدر، والتخفيف من لهفتهم نحو نشوة المخدر، كذلك التخفيف من شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبري.

تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة للدراسة وأسفرت النتائج على ما يلي:

1- إكتشاف درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان لدى المدمنين على المخدرات حيث قدر المتوسط الحسابي على مقياس شدة أعراض لهفة الإدمان بـ 82.60.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية، حيث قدرت نتيجة T.test المحسوبة عند مستوى الدلالة 0.05 بـ 0.09.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير السن، حيث قدرت نتيجة T.test المحسوبة عند مستوى الدلالة 0.05 بـ 0.11

4- يعاني مدمنوا المخدرات من درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبري للإدمان، حيث قدر المتوسط الحسابي على مقياس اللهفة نحو نوع المخدر بـ 55.13 ومقياس اللهفة نحو نشوة المخدر بمتوسط حسابي قدره 62.86. وقدر المتوسط الحسابي على مقياس اللهفة نحو الموقف الخبري بـ 55.86.

5- ساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف في درجات اللهفة للإدمان.

The Summary of the Study:

This study aimed at building a suggested counseling programme to cure some cases of drugs addiction, the researcher adopted in building this programme the emotional rational curative way, the psychologist (ALBERT ELLIS), the researcher tried through it to prove the extent of the participation of the suggested programme in (curing) treating the drugs addiction problem through reducing the density of the problem, and the study stated through the following principal questions:

1- Do the addicts of drugs suffrer from the feeling of addiction craving of high degrees in their symptoms.
2- Are there differences of a statistic significance in the degrees of the drugs addicts feeling of the hard symptoms of addiction craving according to the addiction experience variable?
3- Are there differences of a statistic significance in the degrees of the drugs addicts feeling of the hard symptoms of addiction craving according to age variable?
4- Do the drugs suffrer from high degrees feeling of hard symptoms of addiction craving came from: the drug type, the drug ecstasy, the experiential drug use situation?
5- To which extent does the counseling programme based on the emotional rational counsel participate in treating the drugs addiction problem?

The researcher applied the counseling programme on 15 cases of drugs addicts of various addiction, their ages are from 30 years to up, all of them were masculine(male), he applied on them the following tools:

1- The measure of craving of the drug type(preferred drug): to discover or brow the extent of the drugs addicts feeling of the craving towards a specific bind of drugs.
2- The measure of ecstasy craving: to stand on the extent of the drugs addicts feeling of craving toward the impact let by the drug in addict psychology.
3- The measure of the craving toward the experiential drug use situation in the aim of discovering the addict craving toward the attitude which accompanies his consumption of the drug.
4- The counseling programme: to the goal of alleviation of the problem hardening, through alleviating the symptoms of the drugs addicts hard feeling of craving for addiction, and also the alleviation in the degrees of the drugs addicts feeling of craving toward the drug type, and the alleviation of their ecstasy craving for the drug, also the alleviation of the feeling of drugs addicts craving for experiential drug use situation.
5- The study appropriate statistic methods are used and their results were: