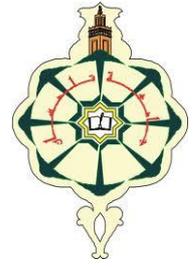




وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
قسم علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي



أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس
الموسومة بـ:

نحو بناء برنامج علاجي نفسي
للتنبأ المهتم على المفردات

إشراف:
أ.د. فقيه العيد

إعداد الطالبة:
عثماني نعيمة

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
أ.د. بوغازي طاهر	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	رئيساً
أ.د. فقيه العيد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مشرفاً ومقرراً
د. عطار سعيدة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة تلمسان	عضواً مناقشا
أ.د. طيبي غماري	أستاذ التعليم العالي	جامعة معسكر	عضواً مناقشا
أ.د. مكي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 02	عضواً مناقشا
د. بن طاهر بشير	أستاذ محاضر "أ"	جامعة وهران 02	عضواً مناقشا

السنة الجامعية: 1437هـ، 1438هـ / الموافق لـ 2016م، 2017م

الإهداء

إلى كل من علمني أبجديات القراءة والكتابة

إلى والدي ووالدتي نور حياتي أطال الله في عمرهما

ومنحهما وافر الصحة والعافية

إلى رفيقي وسندي في الحياة زوجي الغالي

إلى فلذات كبدي محمد وكنزة رزان

إلى كل عائلة: عثمانى، سبع

إلى كل مطلع على هذا العمل

شكر

الحمد والشكر لله الذي بفضله تم انجاز هذا العمل، تحت اشراف الأستاذ الدكتور فقيه العيد الذي نكن له كل الإحترام والتقدير، ولم يخل علينا طوال مشوارنا الدراسي بمعلوماته القيمة وتوجيهاته السديدة جعلها الله في ميزان حسناته.

شكر وتقدير لأعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذه الأطروحة وتصويبها.

كل الشكر لأستاذتي المحترمة بزراوي نور الهدى التي أكن لها جبا خالصا، والأستاذة بن عصمان جويذة على نصائحها وارشاداتها، وكل أساتذة علم النفس بجامعة تلمسان الذين تعلمنا منهم الكثير.

شكر للكشافة الاسلامية الجزائرية دوليا ووطنيا ومحليا، وخاصة محافظة تلمسان على رأسها المحافظ الولائي السابق فؤاد شيحا نظرا لمساعدتهم ودعمهم لنا.

شكر لطلبتي الأفاضل وطالباتي الفضليات في جامعة الدكتور مولاي طاهر بسعيدة. وشكر خاص للشباب المعتمد على المخدرات الذين شملتهم هذه الدراسة.

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي قائم على نظرية ألبرت اليس للعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي، وذلك من أجل تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الشباب المعتمد على المخدرات، يتراوح سنهم ما بين 15 و25 سنة، وانطلقنا من اشكالية مفادها:

إلى أي مدى يساهم العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشباب المعتمد على المخدرات بتلمسان؟ وما هو حجم تأثيره؟

واستنادا على المنهج الشبه تجريبي الملائم لمتغيرات الدراسة، استهدفنا عينة قوامها (30) شابا معتمد على المخدرات: (15) مجموعة تجريبية و(15) مجموعة ضابطة، وقد استعنا كذلك بدراسة الحالة لتوضيح فعالية البرنامج المصمم، أما الأدوات التي اعتمدنا عليها هي: المقابلة العيادية، استمارة جمع البيانات من تصميم الباحثة، محك تشخيصي للاعتماد على المخدرات مستمد من الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994 (DSM4)، مقياس الصحة النفسية لعبد المطلب أمين القريطي بعد ضبط خصائصه السيكومترية، برنامج علاجي من تصميم الباحثة.

وبعد رصد الدرجات ومعالجتها احصائيا، توصلنا إلى النتائج التالية:

- مستوى الصحة النفسية عند الشباب المعتمد على المخدرات متدني.
- الشباب المعتمد على المخدرات ليس لديه نضج انفعالي ويفتقد القدرة على ضبط النفس
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية.
- توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية بعد القياس البعدي.
- توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

- يساهم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة ويعتمدون على المخدرات، وحجم تأثيره كبير.

وتم تفسير ومناقشة النتائج في ضوء: المضمون النظري للدراسة، الفرضيات والدراسات السابقة.

Résumé :

L'objectif de l'étude actuelle vise à planifier un programme thérapeutique basé sur la théorie de Albert Ellis - thérapie rationnelle émotionnelle comportementale - pour améliorer le niveau de la santé mentale, et de l'appliquer sur les jeunes de 15 à 25ans dépendants de drogue.

La problématique qu'on n'a posé : dans quelle mesure contribue le programme thérapeutique basé sur la théorie de Albert Ellis améliorer le niveau de la santé mentale chez les jeunes de 15 à 25ans dépendants de drogue à Tlemcen ?et quelle est l'ampleur de cet effet?

Afin de réaliser ces objectifs ; nous nous sommes basés sur échantillon composé de(30) jeunes dépendants de drogue dans la ville de Tlemcen, (15) groupe expérimental et (15) un groupe témoin ; bénéficiant d'une prise en charge.

Nous avons utilisé la méthodologie para expérimentale qui l'accommodent, et nous avons utilisé l'étude de cas pour illustrer l'efficacité du concepteur du programme.

Les outils utilisés: l'entretien clinique, la collecte de données conçus par formulaire de chercheur ; échelle de la santé mentale de Abd Al Muttalib , après vérification des caractéristiques psychométriques , un support pour faire le diagnostic qu' il est basée sur quatrième manuel de diagnostic des troubles mentaux (DSM4),et le programme thérapeutique conçu par le chercheur.

Après la graduation de cet échantillon et le traitement statistique des données de l'étude ; les résultats sont les suivants :

- Les jeunes dépendantes de drogue ils sont un niveau faible de santé mentale.
- la maturité affective et l'absence de capacité à faire preuve de retenue sont les caractéristiques des jeunes dépendantes de drogue.
- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin à l'échelle de la santé mentale.
- Il existe des différences significatives entre le groupe expérimental et le groupe témoin à l'échelle de la santé mentale après la mesure dimensionnelle.
- Aussi, il existe des différences significatives entre le pré et post mesure à l'échelle de la santé mentale en faveur du groupe expérimental téléométrique.
- Enfin, le programme thérapeutique qui est basé sur la théorie de Ellis améliorer le niveau de la santé mentale chez les jeunes de 15 à 25ans dépendances de drogue à Tlemcen, et l'ampleur a été significatif.

Les résultats sont expliqués et commenté selon les données théoriques, les hypothèses de l'étude, et les résultats de quelques études précédentes.

Abstract:

The current study aims to set out a therapy program based on the theory of Albert Ellis- Rational Emotive Therapy program design in order to improve the mental health level of a sample of young people who are addicted to drugs and aged between 15 and 25 years. The starting point was the following problematic: to what extent does rational emotional behavioral therapy contribute in improving the mental health level of drug addicted youth in Tlemcen? What are its principal effects?

The study relies on the choice of an experimental method which suits the variables of the study, we targeted a sample of 30 young people addicted to drugs: (15) experimental group and (15) control group who represent the opted case study in order to illustrate the effectiveness of the program designer, and the tools that we have adopted are as follows: a form of data collection designed by the researcher, mental health measure of Abdul Muttalib Secretary Alqraiti after adjusting psychometric characteristics, Therapy program designed by the researcher, as well as the clinical interview.

After the graduation of this sample and the statistical treatment of the collected data; the results are as follows:

- Addicted young persons of drugs have a low level of mental health.
- Emotional immaturity and lack of restraint are characteristics of young drug addicts.
- There are no statistically significant differences between the experimental and control groups at the mental health level.
- There are significant differences between the experimental group and the control group at the mental health level after dimensional measurement.
- There are also significant differences between pre- and post-measure mental health in favor of the telemetric experimental group.
- Finally, the therapeutic program based on the theory of Ellis Improve the level of mental health among 15-25 years old drug addicted in Tlemcen, and the magnitude was significant.

The results are explained and commented on according to the theoretical data, the hypotheses of the study, and the results of some previous studies.

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع
أ	كلمة شكر
ب	الاهداء
ج	ملخص الدراسة
و	فهرس الموضوعات
ل	فهرس الجداول
س	فهرس الأشكال
01	مقدمة
الباب الأول: خلفية نظرية وتحديد مفاهيم الدراسة	
الفصل الأول: مدخل منهجي للدراسة	
08	خلفية نظرية للدراسة في ضوء الدراسات السابقة
13	تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها
16	فرضيات الدراسة
16	أهمية الدراسة
17	أهداف الدراسة
17	المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة
18	حدود الدراسة
الفصل الثاني: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	

21	نبذة تاريخية عن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
23	ألبرت اليس
24	تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
25	مفاهيم ومسلمات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
28	أسس والمبادئ النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
29	نظرية (ABCDE)
32	أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
35	العمليات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
41	الإستراتيجيات العلاجية المتبعة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
44	مجالات استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
الفصل الثالث: الشباب والصحة النفسية	
48	أولاً: الشباب
48	تحديد مفهوم الشباب
49	خصائص مرحلة الشباب
51	مشكلات الشباب
52	أنواع المشكلات عند الشباب
52	الرعاية الصحية للشباب وأهدافها
54	ثانياً: الصحة النفسية
54	تعريف الصحة النفسية
60	أهمية الصحة النفسية

60	أهمية الصحة النفسية للفرد
61	أهمية الصحة النفسية للمجتمع
63	أهداف الصحة النفسية
64	منهج الإسلام في تحقيق الصحة النفسية
الفصل الرابع: الاعتماد على المخدرات	
72	المفاهيم المرتبطة بالمخدرات
79	تصنيف المخدرات
79	حسب منشئها أو مصدر الحصول عليها.
79	حسب تأثيرها على الجاز العصبي.
80	تأثير المخدرات على الوظائف النفسية للفرد
94	عوامل وأسباب الاعتماد على المخدرات
94	العوامل
95	الفرد
96	العقار
96	البيئة
97	الأسباب
97	الأسباب النفسية
97	الشعور باللذة
97	تقدير الذات

98	الإغتراب
99	الضغوط
100	الأسباب الإجتماعية
100	الأسرة
101	جماعة الرفاق
102	التغيرات الإجتماعية والإقتصادية
102	الإنحراف الإجتماعي
1036	التكفل بالمعتمد على المخدرات
103	الوقاية
105	العلاج
الباب الثاني: الاجراءات المنهجية للدراسة وعرض النتائج ومناقشتها	
الفصل الخامس: الاجراءات المنهجية للدراسة	
112	أولاً: منهج الدراسة
112	ثانياً: الأساليب الإحصائية المستخدمة
113	ثالثاً: عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه
113	الأسس النظرية للبرنامج العلاجي
113	حيثيات ومعطيات البرنامج
114	نظام سيرورة الجلسات
114	الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي
115	محتوى البرنامج العلاجي

الفصل السادس: الدراسة الاستطلاعية	
142	الغرض من الدراسة الإستطلاعية
143	أدوات الدراسة
143	المقابلة
144	المحك التشخيصي حسب DSM4
145	استمارة جمع البيانات
146	مقياس الصحة النفسية
160	خصائص عينة الدراسة ومكانها
169	إجراءات الدراسة الإستطلاعية
170	عرض ومناقشة نتائج الدراسة الإستطلاعية
178	الإستنتاجات الخاصة بالتصور العام للدراسة الأساسية
الفصل السابع: الدراسة الأساسية	
181	أولاً: مكان إجراء الدراسة الأساسية
181	ثالثاً: أدوات الدراسة وكيفية تطبيقها
185	ثالثاً: عينة الدراسة و شروط اختيارها
194	رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج
الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
198	أولاً: عرض النتائج
198	عرض نتائج الدراسة الاحصائية
200	عرض نتائج دراسة الحالة

211	ثانيا: تحليل ومناقشة النتائج
221	الخلاصة
226	قائمة المراجع
233	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
149	يوضح أبعاد مقياس الصحة النفسية والبنود الخاصة بكل بعد	1
150	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الأول والدرجة الكلية لهذا البعد	2
151	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثاني والدرجة الكلية لهذا البعد	3
151	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثالث والدرجة الكلية لهذا البعد	4
152	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الرابع والدرجة الكلية لهذا البعد	5
152	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الخامس والدرجة الكلية لهذا البعد	6
153	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السادس والدرجة الكلية لهذا البعد	7
153	معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السابع والدرجة الكلية لهذا البعد	8
154	مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الصحة النفسية السبعة وكذلك للدرجة الكلية له بالنسبة للعينة السعودية	9
155	مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الصحة النفسية	10
156	يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بالنسبة للعينة السعودية	11
157	يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بالنسبة للعينة المصرية	12
159	يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية	13
160	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المستوى التعليمي	14
161	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث الوظيفة:	15
162	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المخدر الذي سبق للمدمن الإعتماد عليه	16

162	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المخدر الذي المعتمد عليه حاليا	17
163	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث عدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم	18
164	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث قيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة	19
165	بين مواصفات العينة من حيث سن بداية الإعتماد على المخدرات	20
166	بين مواصفات العينة من حيث الدافع للإعتماد على المخدر لأول مرة	21
167	بين مواصفات العينة من حيث الظروف التي تحيط بالإعتماد على المخدر	22
168	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث مدة الإعتماد على المخدر	23
168	بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث الخضوع للعلاج (دوائي، نفسي)	24
171	بين طبيعة الاعتماد عند عينة الدراسة الاستطلاعية	25
172	يبين مستوى الصحة النفسية لعينة للدراسة الإستطلاعية من خلال المتوسطات والانحرافات المعيارية	26
182	يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية	27
184	يوضح خطة الجلسات العلاجية	28
185	يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في متغير العمر بالسنوات	29
186	بين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي:	30
186	بين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الوظيفة:	31
187	يبين المخدر الذي سبق الإعتماد عليه من طرف العينة الأساسية:	32
188	يبين المخدر المعتمد عليه حاليا من طرف العينة الدراسة الأساسية	33
189	يبين عدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم	34

190	يبين قيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة	35
191	يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث سن بداية الإعتماد على المخدرات	36
192	يبين دوافع الإعتماد على المخدرات في أول مرة	37
193	يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث الظروف التي تحيط بالإعتماد على المخدر	38
194	يبين مدة الإعتماد	39
198	يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية للمجموعة التجريبية	40
199	يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير البرنامج العلاجي	41
199	يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية خلال القياس البعدي	42
204	يبين استجابة الحالة على مقياس الصحة النفسية- القياس القبلي-	43
206	يبين استجابة الحالة على مقياس الصحة النفسية- القياس البعدي-	44

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
31	يوضح نظرية ABCDE	1
41	يمثل فنيات العلاج ع . إ السلوكي	2
55	يبين مختلف تعاريف الصحة النفسية	3
209	يوضح تطبيق نظرية ABCDE مع الحالة	4
210	يبين مستوى الصحة النفسية للحالة بين القياس القبلي والبعدي	5

إن الإهتمام بالصحة النفسية كان منذ القدم، ولقد أصبح يفرض نفسه بقوة في العصر الحاضر حسب (سعيد بحير، 2005: 6)، ويعود ذلك لشعور الناس بعدم الأمن والإستقرار نتيجة إنتشار الجريمة والإنحراف وشيوع العنف، والظهور الحاد لمشاكل الإرهاب والتطرف وما يصاحبها من مغالطات وتشويه للحقائق، بالإضافة إلى إصابة كثير من الناس بالأمراض النفسية والإضطرابات الإنفعالية، وتزايد الشعور بالاكئاب والقلق أو ضعف الثقة بالنفس وخصوصا بين أوساط الشباب.

فلاضطراب النفسي عند الكائن البشري يتركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير حسب (محمد حمدي حجار، 1992: 15) وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف اليوناني أبقتيطس: " ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا وتكدرنا ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة للكدور والقلق والغم " ، فالعنصر المعرفي الإدراكي والتفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد الفعل الانفعالي وفقا للنظام الاعتقادي للفرد، والتي إن شابها الخطأ تفرز لنا الاضطراب النفسي، والتعبير عنه يكون بأشكال عدة مثل: القلق، الوسواس، الاكئاب، اللجوء لمواد المخدرة، فحسب التقرير السنوي للمخدرات لسنة 2015 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المخصص للمخدرات والجريمة، أن هناك (246) مليون شخص (ما بين 15 و64 سنة) تعاطوا المخدرات خلال سنة 2013.

وإزداد الوضع خطورة لما استهدفت فئة الشباب، وتفاقت الظاهرة ، وبالموازاة معها ارتفعت الجرائم والجرح، نتيجة القيام بسلوكات مخالفة للقانون الجزائري من طرف الشباب الذي هو تحت تأثير المخدر وفاقد لوعي والإتزان النفسي، مما جعل المحاكم أمام قضايا تتعلق بالمخدرات (التجارة، الترويج، جرائم بسبب المخدرات، ..) وأصبحت المؤسسات العقابية تعج بنزلاء هم شباب ومراهقين الإناث والذكور على حد سواء، وهذا ما انعكس سلبا على التقدم الإجتماعي وتنمية المجتمع الجزائري، ويتطلب الوضع التكفل وعلاج الشباب المعتمدين على المخدرات.

ظاهرت الإعتماد على المخدرات نالت قسطا كبيرا من الدراسة والبحث من طرف مختلف

الباحثين حول أسبابها ودوافعها وانعكاساتها ويمكننا تقسيمها لعدد من الأقسام:

- القسم الأول: ضم البحوث التي عنتت بأسباب الإعتماد على المخدرات ودوافعها وأكثر الفئات اقبالا على المخدرات.

- القسم الثاني: ضم البحوث التي اهتمت بتأثيرات مختلف المواد المخدرة سواء النفسية أو الإجتماعية أو الإقتصادية وربطها ببعض الأمراض العقلية والنفسية والعصبية.

- القسم الثالث: ضم البحوث التي صبغت اهتمامها على علاقة المخدر بجد ذاته والمعتمد عليه (خصائصه النفسية واستعداداته)

- القسم الرابع: ضم البحوث التي اهتمت بالوقاية والعلاج، إلا أنها قليلة جدا ان لم نقل منعدمة واقتصرت على العلاج الدوائي فقط، لذلك جاءت دراستنا هذه تصب في هذا القسم للتناول برنامج علاجي للشباب المعتمد على المخدرات .

وقد اشتملت على بابين: الباب الأول وخصصناه لتحديد الخلفية نظرية لمفاهيم الدراسة، حيث ضم أربعة فصول تطرقنا في الفصل الأول لذكر الخلفية النظرية في ضوء الدراسات السابقة، بعدها قمنا بالتعقيب عليها وتحديد موقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها،تحديد الفرضيات، أهداف وأهمية الدراسة، مع ذكر مختلف المفاهيم الإجرائية في ظل ضبط حدودها.

بينما الفصل الثاني خصصناه للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي واحتوى على نبذة تاريخية عن العلاج، تعريف لألبرت اليس، تعريف بالعلاج، مع ذكر مفاهيمه ومسلّماته ومختلف أسسه ومبادئه ، نظرية (ABCDE)، أهداف العلاج، مختلف فنياته والإستراتيجيات العلاجية المتبعة فيه، مع ذكر لمختلف مجالات استخدامه.

في حين الفصل الثالث خصصناه للشباب والصحة النفسية وتناولنا فيه شقين:

الشباب: تحديدا للمفهوم، خصائصهم، أنواع المشكلات عندهم والرعاية الصحية للشباب وأهدافها، أما الشق الثاني خصصناه للصحة النفسية حيث عرفناها، مع ذكر أهميتها للفرد والمجتمع عامة، وللشباب خاصة، أهدافها ومنهج الإسلام في تحقيقها.

بينما الفصل الرابع تناولنا فيه الاعتماد على المخدرات، وتطرقنا فيه إلى ذكر مختلف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات، تصنيفاتها، تأثير المخدرات على الوظائف النفسية للفرد، وذكر مختلف العوامل والأسباب وراء الإعتقاد، وفي الأخير التكفل سواء الجانب الوقائي أو العلاجي. أما الباب الثاني خصصناه للجانب الميداني حيث ضم أربعة فصول:

الفصل الخامس ضم الاجراءات المنهجية للدراسة، انطلاقا من المنهج المتبع، الأساليب الإحصائية المستخدمة، وعرض البرنامج العلاجي المصمم.

الفصل السادس خصصناه للدراسة الإستطلاعية بدءا بذكر الغرض منها، الأدوات المعتمد عليها ثم خصائص عينة الدراسة ومكانها و اجراءاتها، عرض ومناقشة نتائج المتوصل لها و الإستنتاجات الخاصة بالتصور العام للدراسة الأساسية.

بينما اشتمل الفصل السابع على الدراسة الأساسية حيث تطرقنا إلى: مكان إجراء الدراسة، أدواتها وكيفية تطبيقها، عينة الدراسة وشروط اختيارها، وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

بينما الفصل الثامن خصصناه لعرض ومناقشة نتائج الدراسة حيث تم عرض مختلف النتائج المتوصل إليها في الدراسة الإحصائية ودراسة الحالة مع تحليلها ومناقشتها.

ليختتم العمل بملخص ومجموعة من التوصيات مع ذكر قائمة لمختلف المصادر والمراجع المعتمد عليها في الدراسة ككل مع الملاحق.

الفصل الأول: مدخل منهجي للدراسة

- 1- خلفية نظرية للدراسة في ضوء الدراسات السابقة
- 2- تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها
- 3- فرضيات الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة
- 7- حدود الدراسة

1- خلفية نظرية للدراسة في ضوء الدراسات السابقة:

عرف المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة، انتشارا سريع لكل أشكال الجريمة، فالاحصائيات تبين تسجل حوالي ثلاث حالات قتل يوميا، وخلال سنة 2015 لوحدها سجلت 700 حالة قتل، في حين ما يقارب 452 منها أرتكبت تحت تأثير المخدرات، فمن الإستهلاك إلي الإدمان إلى الترويح، دوامة يدخلها الشاب بتوفر عدة ظروف وعوامل.

وفي حصيلة السداسي الأول لسنة 2016 حسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والادمان عليها في الجزائر، كشف أن 9650 شخص يعالج من الإدمان على المخدرات، وجلهم عزاب 73.61%، وما يعادل 90.04% ذكور وسنهم يتراوح ما بين 16-25 سنة بنسبة تقدر بـ 40.54% وهم بطالين بنسبة 57.91%.

الاحصائيات تكشف خطورة الظاهرة وتفشيها مما دفع بالباحثين للقيام بمجموعة من الدراسات النفسية والاجتماعية وذلك من جوانب متعددة، ففي دراسة للهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث في الجزائر سنة 2015 كشفت أن ما يقدر بـ 7.75% من تلاميذ المتوسط و 18.77% من تلاميذ الثانوي يتعاطون المخدرات، في حين استهدفت دراسة للمركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية بالجزائر مختلف مناطق الوطن، حيث شكل 46 فرق وكل فريق منها يعمل بثلاث ولايات، من خلال تطبيق استبيانات صممت خصيصا لهذه الدراسة وبمساعدة خبراء أجانب حسب ما ذكر في (مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2014: 10)، وكان الهدف هو قياس نسبة تفشي المخدرات في الجزائر فقسمت الفئات المستهدفة إلى أربع فئات من 12 إلى 15 سنة، وما بين 16 إلى 19 سنة، وما بين 20 إلى 39 سنة، أما الفئة الرابعة أكثر من 40 سنة، حيث دامت مدة الدراسة شهرين، وبلغ عدد الأسر المستهدفة 9240 أسرة، لتتوصلت الدراسة إلى أن الشرائح العمرية الأكثر تعاطي للمخدرات طالت الفئة العمرية التي تقع بين 20 و 39 سنة بنسبة مئوية قدرت بـ 14.8%، ثم تليها الفئة الأكثر من 40

سنة بنسبة 11.1%، ثم تليها الفئة العمرية من 16 الى 19 سنة بنسبة 8.5%، وفي الأخير الفئة العمرية من 12 الى 15 سنة بنسبة 1.2%، أما بخصوص مجموع مستهلكي المخدرات الصلبة بلغ حوالي 23000 شخص من إجمال عدد المستهلكين في الجزائر الذين يقدر عددهم 302967.

أما دراسة عبد الحفيظ جدو تناولت الخصائص النفسية والاجتماعية للمدمن على الحشيش في الجزائر وهي دراسة ميدانية بمركز الادمان - ولاية بسكرة- حيث اعتمد الباحث على تقنيات عيادية: الملاحظة، المقابلة والاختبارات النفسية (اختبار روزنفايغ للإحباط ، وسلم بيك الثنائي للإكتئاب) ليتوصل كون مدمن الحشيش في الجزائر ملامح شخصيته تتميز بالنظرة السلبية نحو الذات، والنظرة السلبية اتجاه العالم الخارجي، ثم النظرة السلبية اتجاه المستقبل وتظاهرات اكتئابية شديدة، أما الخصائص النفسية والاجتماعية للمدمن فهي عدم الإمثال للجماعة والعدوانية اتجاه الآخرين.

أما دراسة (منى محمد صالح على العامري، 2000)، تناولت فعالية الارشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان بين الطلاب في دولة الامارات العربية المتحدة، وهي دراسة عيادية طرحت من خلالها مسائل عدة تتمحور أساسا حول الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر بعد فترة من الإنقطاع والعلاج التام داخل المصحات ومدى فعالية أسلوب الإرشاد العقلاني الإنفعالي في علاج بعض حالات المدمنين العائدين لتعاطي المخدرات في دولة الامارات، ومدى فعالية أسلوب العلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات المدمنين العائدين لتعاطي المخدرات في دولة الامارات، وتم استخدام كل من استمارة المقابلة الشخصية، واستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات، ومقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية، واختبار تفهم الموضوع (TAT) حسب موراي، والبرنامج العلاجي العقلاني الإنفعالي، و البرنامج العلاجي المتمركز حول العميل كأدوات للبحث، حيث بلغت عينة الدراسة 9 أفراد من المدمنين الذكور، وخلص البحث إلى النتائج التالية:

- الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر - حسب الأهمية- هي الأسباب الشخصية يعقبها الأسباب الاجتماعية والإقتصادية ثم الاسباب الثقافية الدينية، ثم الأسباب الأسرية.

- الفروق غير دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياسين القبلي والبعدي على مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية.

- الفروق غير دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية.

- توجد فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العقلاني الإنفعالي على الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية، والدرجة الكلية على هذا المقياس.

- توجد فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المتمركز حول العميل، وذلك على الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية والدرجة الكلية على هذا المقياس لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثانية.

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد تطبيق البرنامج العقلاني الانفعالي، وبعد مرور فترة المتابعة على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية.

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المتمركز حول العميل ، وبعد مرور فترة المتابعة على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية.

- أن الفروق غير دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعتين التجريبتين في القياس البعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية.

أما دراسة (لناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان، 2005) وهي دراسة شبه تجريبية، حاولت تقييم فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، حيث اعتمد الباحث على مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية، واستهدف عينة تتكون من 20 فردا (10 في المجموعة الضابطة و10 تجريبية) لتتوصل الدراسة إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين المجموع التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي.

- وجود فروق دالة احصائيا بين المجموع التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي سواء في درجة التفكير اللاعقلاني أو في درجة القلق و خفض درجة التفكير اللاعقلاني إذا ما قورن بنظيرة المجموعة الضابطة.

- وجود فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق لصالح المجموع التجريبية.

أما دراسة (مصطفى عبد الباقي عبد المعطي، 2006) كان الهدف منها الكشف المبكر عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين، وضمت العينة مجموعتين الأولى يتراوح سنهم ما بين 14 و18 عاما، بمتوسط عمري 16.7 أما المجموعة الثانية تتراوح أعمارهم ما بين 15-18 عاما، بمتوسط عمري 17.6 وقد راعى الباحث تجانس بين أفراد المجموعتين، واستخدم مقياس الكشف المبكر عن التعرض للانحراف وتعاطي المخدرات ليتوصل إلى:

- قدرة المقياس على التمييز والتفريق بين درجات مجموعات البحث المختلفة في درجة التعرض للانحراف وتعاطي المخدرات، مما يدل على وجود صدق تجريبي للمقياس.

- تحديد ملامح شخصياتهم في شيوخ عجز قدراتهم على التكيف الاجتماعي مثل عجز القدرة على التوافق مع ضغوط الحياة اليومية، وفقد القدرة على تأجيل الإشباع لرغباتهم وحاجاتهم، انخفاض القدرة على التحكم في السلوك، الأمر الذي يجعلهم أكثر اندفاعا واستجابة للمثيرات الخارجية وللرغبات الداخلية وسرعة الانسياق مع رفقاء السوء والأخذ بعاداتهم وسلوكياتهم الخاصة بهم، وتقليدهم في عدم الاحترام أو الامتثال للإطار القيمي الأخلاقي السائد في المجتمع، بل وقد يزداد الأمر حتى يكون اتجاه وسلوك وتفكير الفرد ضد القانون والمجتمع.

أما دراسة (محمد أحمد خدام، 2013) تناولت فعالية برنامج ارشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات استهدفت عينة تتكون من عشرون (20) فردا (10 مجموعة تجريبية و10 مجموعة ضابطة) وإعتمد الباحث على مقياس سلوك الإدمان ومقياس المهارات الاجتماعية في القياس القبلي والبعدي، لتظهر نتائج اختبار (ت) وجود فروق دالة احصائيا في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية بين المجموعة تجريبية والضابطة، وبينت النتائج وجود فروق دالة احصائيا في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت تدريبا على البرنامج، حيث انخفض سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية للمجموعة التجريبية.

بينما دراسة "نافارو وآخرون" (Navarro et al ,1992) حاولت تطوير برنامج لتعديل السلوك لمدمني المخدرات ل 223 مدمن، حيث مر تطبيق البرنامج بثلاث مراحل: المرحلة القياس القبلي ثم العلاج وأخيرا إعادة الدمج مع البيئة الحالية للمفحوص، لتكشف الدراسة أن 106 من أفراد العينة امتنعوا عن التعاطي وتحصلوا على درجات مرتفعة في المجالات السلوكية السبعة، وانتكس 24 في حين توقف 93 عن العلاج.

كما نجد في نفس السياق دراسة "لآزرين وآخرون" (Azrin et al ,1994) حول فعالية العلاج السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات، حيث بلغ قوام العينة 82 فرد حيث قام

الباحثون بتقييم مقارن للسلوك في مواجهة العلاج المدعم للإستعمال غير المشروع للمخدر وتضمن البرنامج العلاجي الذي استغرق 19 جلسة: ضبط المثبرات، اشتهااء المخدر، الضبط، تدعيم العائلة والتعاقد معها، واجراءات الإستجابة، لتسفر النتائج على تحسن كبير نتيجة للعلاج السلوكي خاصة في المقاييس المتعلقة بالعمل وانتظام في الدراسة، العلاقات العائلية، الإكتئاب، الإقامة في المؤسسات العلاجية، وتناول الكحول.

أما دراسة "كاردون" (Cardone, 2003) فكان الهدف منها هو تفحص أثر البرامج العلاجية المجتمعية على سلوك تعاطي المخدرات وعلى الوظائف النفسية الأخرى للأفراد المتعاطين للمخدرات، حيث كان قوام العينة (25) فردا سنهم ما بين 27-56 سنة، واستعان بقائمة تعاطي المخدرات لقياس مستوى التعاطي.

لتتوصل الدراسة إلى انخفاض في سلوك تعاطي المخدرات والمشكلات النفسية، وزيادة في العلاقات الاجتماعية، في حين المهارات التربوية لم تتأثر ولم تظهر أي زيادة فيها.

2-تعقيب على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية في ضوء الاشكالية التي تطرحها

يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة قلة ونقص فيها وبنسب متفاوتة- حسب اطلاع الباحثة- فالدراسات الأجنبية متوفرة، بينما عربيا قليلة جدا، وفي الجزائر نستطيع القول أنها منعدمة، خصوصا تلك المتعلقة بتصميم برامج علاجية للمعتدين على المخدرات حيث وقفنا فقط عند دراسات اكتفت بالخصائص النفسية والإجتماعية للمدمن على الحشيش كدراسة عبد الحفيظ جدو، أما دراسة المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية بالجزائر، فجاءت دراسة مسحية فقط اقتصرت على الفئات الأكثر تعاطي للمخدرات.

وهذا ما شجع الباحثة على اختيار هذا الموضوع وولوجه للاستفادة منه واثراء الدراسات والبحوث ذات الصلة.

بالنسبة للدراسات العربية هناك اختلاف وتباين واضح من حيث المتغيرات النفسية المراد تعديلها بناء على استخدام العلاج العقلاني الإنفعالي، كدرجة القلق في دراسة ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان، وتعديل المهارات الإجتماعية في دراسة محمد أحمد خدام، في حين دراستنا الحالية تجمع بين مختلف الخصائص النفسية تحت عامل واحد ألا وهو الصحة النفسية.

دراسة منى محمد صالح على العامري لم تركز على العلاج العقلاني الإنفعالي لوحده لعلاج حالات الإدمان، بل استعانت بنوع آخر من العلاج المتمثل في العلاج المتمركز حول العميل.

وفي ما يتعلق بالعينات المستهدفة بالدراسة هناك تنوع كبير، فنجد 3 حالات في 3 مجموعات (دراسة منى محمد صالح على العامري)، أو 20 حالة (10) مجموعة تجريبية و (10) مجموعة ضابطة (ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان)، تقسيم العينة إلى مجموعات بناء على السن (دراسة مصطفى عبد الباقي عبد المعطي)، في حين دراسة (عبد الحفيظ جدو) هناك تحفظ كبير تسجله الباحثة فيما يخص الحالتين المدروستين، فلا يعقل أن نعمم ملاح شخصية المدمن وخصائصه سواء كانت نفسية أو إجتماعية انطلاقاً من حالتين على كل مدمني الحشيش بالجزائر، أما الدراسات الأجنبية كان قوام العينة مرتفع تراوح ما بين 25 فرد و 223 فرد دراسة " كاردون " و " نافارو " .

كما أن البرامج المصممة استهدفت شريحة عمرية جد مهمة ألا وهي الشباب، تفرض على الباحثين الإهتمام بهم وبمشاكلهم التي لا بد من علاجها وإيجاد سبل كفيلة للقضاء عليها، وهذا ما استفادت منه الباحثة في هذه الدراسة.

بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسات، هناك من الباحثين من استعان بسلام واختبارات اسقاطية مثل: (TAT) اختبار تفهم الموضوع للكبار (دراسة منى محمد صالح على العامري) واختبار روزنفايق للإحباط وسلم بيك الثنائي للإكتئاب (دراسة عبد الحفيظ جدو)، وهناك من اعتمد على الاستبيانات (دراسة المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان والتنمية بالجزائر) بينما

استخدمت مقاييس في دراسات أخرى كمقياس سلوك الإدمان ومقياس المهارات الاجتماعية ومقياس الأفكار اللاعقلانية (دراسة محمد أحمد خدام وناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان)

استخدمت في الدراسات الأجنبية أدوات متباينة فنجد قائمة تعاطي المخدرات وبرنامج العلاج في كل من دراسة " كاردون" و" نافارو" و"الآزرين".

جل الدراسات الأجنبية اعتمدت على العلاج السلوكي المعرفي وأكدت فعاليته، دون ذكر حجم التأثير وعليه تأتي دراستنا هذه في خضم إثراء نوعي للبحوث السيكولوجية التي تعني بتصميم برنامج علاجي يعتمد على النظرية العقلانية الإنفعالية السلوكية لتحسين مستوى الصحة النفسية لعينة من الشباب المعتمد على المخدرات، مع مراعاة خصوصية الشاب الجزائري النابعة من بيئته وثقافته المحلية وهي ضرورة حتمية نتيجة تفشي الظاهرة بين الشباب وانتشارها بشكل سريع جدا، وعليه يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في الإشكالية التالية:

إلى أي مدى يساهم العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشباب المعتمد على المخدرات بتلمسان؟ وما هو حجم تأثيره؟

ولتوضيح مشكلة البحث نطرح التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية للمجموعة التجريبية؟

2- هل توجد فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية خلال القياس البعدي؟

3 - فرضيات الدراسة:

بناء على الدراسات السابقة المطلع عليها والنتائج المتوصل إليها ، وإعتمادا على الإطار النظري صيغت الفرضيات على الشكل التالي:

- 1- توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية عند المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي
- 2- توجد فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مقياس الصحة النفسية أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية

4 - أهمية الدراسة:

- يستمد البحث الحالي أهميته من طبيعة الموضوع الذي يتناوله، والمتمثل في تصميم برنامج علاجي لفئة الشباب المعتمد على المخدرات.
- إثراء الجانب النظري الذي يتناول الإعتماد على المخدرات والتكفل بالمعتمدين بحكم كون هذا البحث حسب علم الباحثة يعد أول دراسة في الجزائر تستخدم العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في علاج الشباب المعتمد على المخدرات.
- تصميم برنامج علاجي للشباب المعتمد على المخدرات يعد من المساهمات التطبيقية في مجال علم النفس بصفة عامة و العلاج النفسي بصفة خاصة.
- الإستفادة من نتائج البحث لعلاج الشباب المعتمد على المخدرات سواء في المصححات أو المؤسسات العقابية وخصوصا كون هذه الدراسة تدرج ضمن البحوث التشخيصية العلاجية والتي تعنى بظاهرة الاعتماد على المخدرات التي انتشرت بشكل رهيب بين الشباب.

وتتلخص أهمية بحثنا، فيما سيضيفه من نتائج إلى حقل الدراسات ذات الصلة بالشباب ومعالجتهم من الاعتماد على المخدرات.

5- أهداف الدراسة

يهدف البحث الحالي إلى:

أ- الاجابة على الاشكالية وتساؤلات الدراسة

ب- تصميم برنامج علاجي للشباب المعتمد على المخدرات وتتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة.

ت- تطبيق البرنامج العلاجي المصمم على عينة الدراسة من أجل التأكد من الفرضيات.

ث- التعرف على أثر البرنامج العلاجي المصمم على تحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات.

6- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة

البرنامج العلاجي:

هو العلاج العقلاي الانفعالي السلوكي ويتكون من 16 جلسة ، يطبق خلال أربعة أشهر بمعدل جلسة كل نهاية أسبوع، وتتضمن كل جلسة مجموعة من الخطوات تقوم بها الباحثة مع أفراد المجموعة العلاجية، وتعتمد على مجموعة من التقنيات والفنيات الخاصة بالعلاج العقلاي الإنفعالي السلوكي منها الواجبات المنزلية التي تعطى لأفراد المجموعة العلاجية في نهاية كل جلسة، والبرنامج يهدف إلى تحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات .

الشباب: هم مجموعة من الأفراد يتراوح سنهم ما بين 15 و 25 سنة.

الصحة النفسية: تعرف بالدرجة التي يحصل عليها الشاب في مقياس الصحة النفسية للشباب لصاحبه عبد المطلب أمين القريطي.

الإعتماد: يعرف بوجود ثلاثة أو أكثر من المعايير التي حددت في الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM4) وهناك نوعان:

اعتماد فيزيولوجي: وجود التحمّل أو الامتناع (أي وجود إما البند 1 أو البند 2).

اعتماد نفسي: عدم وجود التحمل أو الامتناع (أي لا يوجد البند 1 أو البند 2)

المخدرات: كل مادة طبيعية أو اصطناعية يتعاطاها الشاب وتعديل أو تؤثر على أي وظيفة حيوية له.

7- حدود الدراسة:

حدود موضوعية: يتحدد البحث الحالي في عينة الدراسة المتمثلة في عينة الدراسة الأساسية (30) شاب معتمد على المخدرات درجاتهم متدنية على مقياس الصحة النفسية تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة.

* مجموعة تجريبية: تضم (15) شاب معتمد على المخدرات، يخضعون للبرنامج العلاجي المصمم طوال مدة أربعة أشهر.

* مجموعة ضابطة: تضم 15 (15) شاب معتمد على المخدرات، لا يخضعون للبرنامج العلاجي

حدود مكانية: تتحدد الدراسة المكانية باشمالها على عينة من الشباب المعتمدين على المخدرات بمدينة تلمسان.

حدود زمانية: تمت الدراسة خلال الفترة الزمنية الممتدة من سنة 2012 إلى 2016.

الفصل الثاني

العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي

- 1- نبذة تاريخية عن العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 2- ألبرت اليس
- 3- تعريف العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 4- مفاهيم ومسلمات العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 5- أسس والمبادئ النظرية للعلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 6- نظرية (ABCDE)
- 7- أهداف العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 8- الفنيات المستخدمة في العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 9- الإستراتيجيات العلاجية المتبعة في العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي
- 10- مجالات استخدام العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي

يعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من أكثر العلاجات شهرة في العلاج النفسي المعاصر، وسوف نتطرق خلال هذا الفصل إلى نبذة تاريخية عن هذا العلاج، مؤسسه، ومختلف المفاهيم والمسلمات والفنيات والإستراتيجيات التي يعتمد عليها.

1- نبذة تاريخية عن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أحد أساليب العلاج المعرفي الحديث حسب ما جاء في (سناة حامد زهران، 2004: 63)، وضع أسسه ألبرت أليس، وهو نوع من العلاج عن طريق التعليم النشط المباشر، يقوم على أساس بعض الفروض والتعميمات الخاصة بالإنسان وطبيعته، وأسباب تعاسته، واضطرابه الانفعالي، وإمكانات الإنسان وقدرته على التغيير والضبط لمستقبله.

ويحصر (محمد يسعفان، 1995) في (سناة حامد زهران، 2004: 63) العملية العلاجية في استبدال اللامعقول بالمعقول، واللاعقلاني بالعقلاني، ولذا فإنه يعتمد على العمليات العقلية، ويستخدم أساليب تعلم التفكير المنطقي خلال العلاج بهدف حل المشكلات التي تواجهها الحالة.

وقد مر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بمراحل عدة ذكرتها (سناة حامد زهران، 2004:

64) كما يلي:

بدأ هذا الأسلوب العلاجي في الظهور على يد ألبرت أليس في عام 1951، حيث عرف بالعلاج العقلاني، وفي عام 1954 بدأ أليس يستجمع معلومات عن الفلسفة وعلم النفس لإنتاج شيء جديد يختلف عن ما هو مألوف عن نظريات العلاج النفسي القديمة والحديثة، وهو استخدام العلاج العقلاني الانفعالي بدلا من التحليل النفسي.

ومع بداية 1955 وضع أليس أسس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي وكيفية ممارستها بشكل

جيد.

وفي عام 1959 أسس ألبرت أليس حسب (سناى حامد زهران، 2004 :65) معهد " الحياة العقلانية" وهو مؤسسة علمية تربوية لتعليم أسس الحياة العقلانية، وفي عام 1969 أسس معهد الدراسات العليا للعلاج النفسي العقلاني.

ويقوم هذان المعهدان بأنشطة لنشر المنهج العقلاني الانفعالي وتشمل: مناهج لتعليم الراشدين أسس الحياة العقلانية، وبرامج للدراسات العليا بعد الدكتوراه لمدة عام أو عامين للتدريب على طرق العلاج النفسي العقلاني الانفعالي للأخصائيين النفسيين ولالأطباء النفسيين وغيرهم، وحلقات بحث خاصة وفترات للتدريب العملي تعقد غالبا مع فترات انعقاد المؤتمرات العلمية، ونشر المطبوعات والدوريات عن العلاج العقلاني الانفعالي ومنها مجلة تسمى " الحياة العقلية" وقد نشر عدد غير قليل من البحوث التي توضح فعالية المنهج والتحقق بالدليل الإحصائي من صدق الفرضية الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي، وفي عام 1977 قدم ألبرت أليس نموذجا بفروض نظريته وقد شملها التعديل.

ويعد أليس واحدا من الرواد في هذا المجال حيث يوجد العديد من المعالجين النفسيين الذين يهتمون بتغيير المعتقدات الخاطئة، وإن اختلفت أساليبهم فإن أهدافهم واحدة، ومن أشهر هؤلاء المعالجين بول دوبوا (Dubois) عام 1904، ثم ألفرد أدلر (Adler)، ثم كومبس وسنيجر (Combs ,Snygg) وإنهاءا بألبرت أليس عام 1962.

والإرشاد والعلاج العقلاني السلوكي هو آخر التعديلات التي أدخلها ألبرت أليس منذ سنة 1962 إلى غاية 1995.

فبعد أن كان يؤكد على الطابع المنطقي والمعرفي لأسلوبه العلاجي مما أدى إلى سوء فهم طريقته العلاجية حيث اعتقد الكثيرون آنذاك أنها تهتم فقط بالمعارف، إلا أن أليس منذ البداية كان يرى أن الأفكار والانفعالات والسلوك هي عمليات نفسية مترابطة ومتفاعلة ومتداخلة، وأن أسلوبه

في العلاج يهتم بها جميعا، ولقد وجهت عدة انتقادات لأليس حسب (Ouvide :35) (Fontaine ,2006) نظرا لإهماله للجانب الانفعالي ولمواجهة ذلك قام بإعادة تسمية أسلوبه العلاجي(عام 1961) باسم العلاج العقلاني الانفعالي(RET) (Rational Emotive Therapy).
(Therapy).

وحدثا ذهب أليس إلى أن أسلوبه ومنهجه في العلاج يمكن أن نطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي(REBT) .

ويشير أليس إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض، حسب ما جاء في (Jean Cottraux ,2011:30) بل أنها جوانب تتفاعل جميعها بصورة ذات دلالة.

2- ألبرت أليس:

ولد ألبرت أليس في 27 سبتمبر 1913 في مدينة بيتسبرنج بولاية بنسلفانيا بالولايات المتحدة الأمريكية ، انشغال والديه بالعمل وغيايهما عنه إنعكس سلبا عليه حيث كان دوما مريضا أليس حصل على الماجستير سنة 1943، والدكتوراه سنة 1947 في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا بنيويورك، كان معالج عائلي، يعتمد على التحليل النفسي، وكان مهتما بكل ما له علاقة بالمجال الفلسفي الإغريقي.

في سنة 1954 بدأ أليس أسلوب منطقي للعلاج النفسي حسب(حسين علي فايد،2005: 91) وهو نموذج فلسفي أكثر منه نفسي، ليؤسس معهد للعلاج العقلاني الانفعالي سنة 1956 والذي حاليا يحمل اسمه.

ألف أليس العديد من الكتب ، حسب (شعبان محمد فضل، 2008 :16) تناولت: الزواج والجنس وإساءة المعاملة الحقيقية والمماثلة وغيرها، وكتب حوالي 700 مقال و55 كتابا وندكر منها :

-Sex without Guilt 1958

- The Encyclopedia of sexual Behavior 1961

- The Art and Science of Love 1965

ووفقا للدراسة مهنية قامت بها الولايات المتحدة الأمريكية وعلماء نفس كنديون سنة 1985 صنف فيها أليس ثاني أكثر طبيب نفسي تأثيرا في التاريخ بعد كارل روجرز (Carl Rogers) أما في المركز الثالث جاء سغوموند فرويد (Sigmund Freud)، وقد وصفت مجلة "سايكولوجي توداي (Psychology Today) " البرت إليس قبل وفاته "بأعظم عالم نفس على قيد الحياة"، توفي ألبرت أليس في 24 جويلية 2007 حسب (هوفمان إس جي، 2012 :15).

3 - تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي رائده هو ألبرت أليس.

والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب (سناة حامد زهران، 2004 :63) هو: إرشاد وعلاج مباشر، موجه، يستخدم فنيات تربوية معرفية وانفعالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي واضطراب سلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي سوي.

والعنصر الجوهرى فى نظرية" العلاج العقلانى الانفعالى" حسب(منى محمد صالح على العامرى، 2000: 12) هو أن السلوك الانفعالى للفرد ينتج عن حوار داخلى، فما يتولد من أفكار فى وجدان الفرد حول موضوع معين هو الذى يكون مادة انفعالية نحو هذا الموضوع، فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتيه، وما يوجهه الفرد لنفسه-أثناء هذا الحوار الذاتى- من مدركات وتصورات هو الذى يلون انفعالاته الخاصة، ويشكل سلوكه فى الموقف.

ويعرف العلاج النفسى العقلانى فى (جابر عبد الحميد جابر، 1995: 171) كما يلى:

مدخل سلوكى- معرفى نماه وطوره ألبرت أليس قائم على وجهة النظر القائلة بأن المشكلات والاضطرابات الانفعالية تنبع من الاتجاهات الخاطئة والمشوهة والمعتقدات الانهزامية، وهذه الأفكار تكرر نفسها على شكل قناعات مستدخلة مثل: أنه من الأفضل أن نتجنب الصعوبات بدلا من أن نواجهها، وفى عملية العلاج يكشف النقاب عن الاتجاهات غير العقلانية بالواجهة المباشرة، وتتغير عندما يتضح للمريض أنها هي التى تولد المتاعب والمشكلات ويتم ذلك من خلال فنيات وأساليب علاج السلوك.

كما تعرف (إجلال محمد سرى، 2000: 171) العلاج العقلانى الانفعالى على أنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسى ورائده هو ألبرت أليس، وهو علاج مباشر وتوجيهى يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقداته اللامعقولة التى يصاحبها خلل انفعالى وسلوكى إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالى وسلوكى.

4- مفاهيم و مسلمات:

إن العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى كأحد الاتجاهات السلوكية المعرفية، يقوم على عدد من التصورات وثيقة الصلة بالكائن البشرى من حيث الدوافع والانفعالات والتفكير حسب (حسن بن

ادريس عبده الصميلي، (2009: 32) والتي تعد من وجهة نظر أصحاب الاتجاهات المعرفية هي المحرك للسلوك البشري.

ويذكر باتيرسون (1990، 176) أن هناك مجموعة من المسلمات التي تقوم عليها النظرية نعرضها فيما يلي:

1- الإنسان كائن عاقل منفرد في نوعه وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

2- الاضطراب الانفعالي والسلوكي العصبي يعتبران نتيجة للتفكير غير العقلاني والتفكير والانفعال غير منفصلين، فالانفعال يصاحبه التفكير وفي حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني.

3- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله و نشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي، فالفرد لديه استعداد لذلك التعلم بيولوجيا، كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة، ومن الثقافة التي يعيش فيها.

4- الإنسان كائن متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية، ولما كان التفكير يصاحبه الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي و هذا ما يميز الشخص المضطرب.

5- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات حسب (حسن بن ادريس عبده الصميلي، 2009: 32) والذي لا يتقرر بالظروف والأحداث الخارجية فقط بل بالمفاهيم والمعتقدات والاتجاهات التي يتبناها الفرد نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل أو عبارات يتم استدخالها أو تمثيلها.

6- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيًا ومعتقلاً، وإن هدف الإرشاد أو العلاج النفسي هو أن يوضح للعميل أن حديثه مع ذاته يعتبر المصدر الأساسي لاضطرابه الانفعالي .

7- يؤمن معظم المعالجين بهذه النظرية أن الأفراد هم متفردون، وأنهم عقلانيون وغير عقلانيين في آن واحد، فعندما يتصرفون و يفكرون بعقلانية يكونون فعالين وسعداء وأكفاء.

8- الأفراد عندما يكونون غير عقلانيين فإنهم يكونون غير منطقيين ويتعرضون لاضطرابات نفسية.

9- عندما ترتبط انفعالات مثل الحب والسرور بفكرة (هذا جيد) تتكون لديهم انفعالات إنسانية إيجابية، وعندما ترتبط انفعالات مثل الغضب أو الاكتئاب بفكرة (هذا سيئ) فإنها تصبح انفعالات سلبية. وبذلك فإن الأشياء التي تعلمناها عن الموقف وارتبطت به، وكذلك مدركاتنا له، هي التي شكلت موقفاً سلبياً أو غير سار بالنسبة لنا.

10- الأفراد المضطربون يساعدون في إطالة أمد الاضطراب، وذلك بتمسكهم بالسلوك غير المنطقي عن طريق التلطف بالأفكار غير المنطقية نحوه .

11- الإنسان ليس ضحية لظروفه أو لماضييه، حسب (حسن بن ادريس عبده الصميلي، 2009: 32) ولكن الطريقة التي يتحدث بها الناس إلى الآخرين، أو يتحدثون بها أنفسهم، هي التي تحدد مدى تفكيرهم، لذلك يمكنهم أن يتحدثوا، و يمكنهم أن يعملوا ويفكرون حتى يجعلوا من أنفسهم أفراداً مختلفين.

12- إن المرشد في هذه النظرية يعتقد بأن لدى الناس القدرة على مواجهتهم نظامهم القيمي، وأن يعلموا أنفسهم معتقدات وأفكاراً وقيماً جديدة.

و يرى " أليس " أن الناس لديهم القوة لفهم حدودهم، لتغير وجهات نظرهم وقيمهم التي تشكلت في مرحلة الطفولة، كما أن لديهم القدرة على تحدي نزعة الدفاع الذاتي.

5- أسس و المبادئ النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

تستند هذه النظرية على أسس فيسيولوجية، اجتماعية و نفسية نذكرها بالتفصيل فيما يلي:

5-1 الأسس الفيزيولوجية:

تفترض أن الإنسان يولد مزودا بنزعة قوية إلى أحداث كل شيء على أحسن وجه في حياته، حسب (سناة حامد زهران، 2004:71)، وأنه إذا لم يحصل فورا على ما يريد، فإنه يلعن ذاته والآخريين والعالم وتبعاً لذلك فهو يفكر بطريقة طفليه طول حياته، ويحقق سلوكا ناجحا واقعيا بصعوبة بالغة.

5-2 الأسس الاجتماعية:

تمثل الأسس الاجتماعية للاضطراب في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب (علاء الدين كفاني، 1999:234) في التوازنية التي ينبغي أن يقيمها الفرد في علاقته بالآخرين فهو لا يستطيع أن يعتمد عليهم كثيرا، كما أنه لا ينبغي أن يتعد عنهم وينفر منهم، فالفرد لا يستطيع أن يستغني عن الآخرين وعن التعاون معهم ولكن لا بد أن تكون له شخصيته واستقلاليتها وقدرته على الاعتماد على نفسه.

والفرد المضطرب أو المرشح للاضطراب هو الذي يهتم بالآخرين وبأدائهم أكثر مما ينبغي، بحيث يفقد استقلاليتها وشخصيته في سبيل الآخرين ومثله الشخص الذي يقف ويقنع نفسه بأن الآخرين أشرار وينبغي الابتعاد عنهم أو عدم الاهتمام بهم.

3-5 الأسس النفسية :

ورد في (سواء حامد زهران، 204 : 72) أن الأسس النفسية تتلخص في نظرية ABC وإصرار الفرد اللاعقلاني على " يجب " و " يتعين " و " يتحتم على أن تكون الأمور مختلفة على الطريقة التي تكون بها " وهي أفكار خارج مجال الصدق الامبريقي.

ويقرر ابراهيم (1994، 158) في (حسن بن ادريس الصميلي، 2009، 30) أنه تجمعت أدلة سيكولوجية وتجريبية حديثة وهي نتائج تجارب علماء النفس المعاصرين تؤكد على أهمية العمليات المعرفية والعقلية في تعديل وتغيير سلوك الأفراد، بل إن كثيرا من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعي أو بدون وعي أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبه إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط وأن (جوزيف فولبي) وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي يلاحظ أن بعض التغيرات في سلوك مرضاه، بعد نجاحهم في تأكيد الذات، تشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية.

6- نظرية ABCDE

يطلق أليس على الشخصية الرموز (A.B.C) حسب (سعيد حسني العزة، 2010:

188) حيث:

(A) تعني حادث خبرة، مثل: طلاق، رسوب، وفاة.

(B) تعني أفكار المعتقدات : حيث يقوم الفرد بادراك الخبرة (A) استنادا في ذلك على معتقداته الشخصية والتي قد تكون عقلانية أو غير عقلانية.

(C) تعني النتيجة: أي الاستجابة الانفعالية للفرد وهي الأخرى قد تكون عقلانية كالتقبل لصبر والرضا أو غير عقلانية كالقلق، حزن، التوتر.

والتفاعل بين A،B،C حسب (سناء حامد زهران، 2004: 78) هو تفاعل مستمر ومتكرر حيث أنه من المفترض أن الأحداث والخبرات "A" تساعد في تقدير وبناء معتقدات الفرد "B" التي تؤدي بدورها إلى المشاعر والسلوكيات "C".

وتندرج الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي يعبر عنها العميل تحت ثلاث ضروريات أو إلزاميات أساسية وهي تشمل الأنماط الآتية من المطالب:

(1) المطالب المتعلقة بالذات: وكثيرا ما تظهر في عبارات مثل:

أني شخص غير كفيء، أو أنني يجب أن أعمل بطريقة جيدة تنال استحسان الجميع.

(2) المطالب المتعلقة بالآخرين: وغالبا ما يعبر عنها بالعبارات التالية:

" يجب أن يكون من حولي أصدقاء تحت كل الظروف وطوال الوقت "

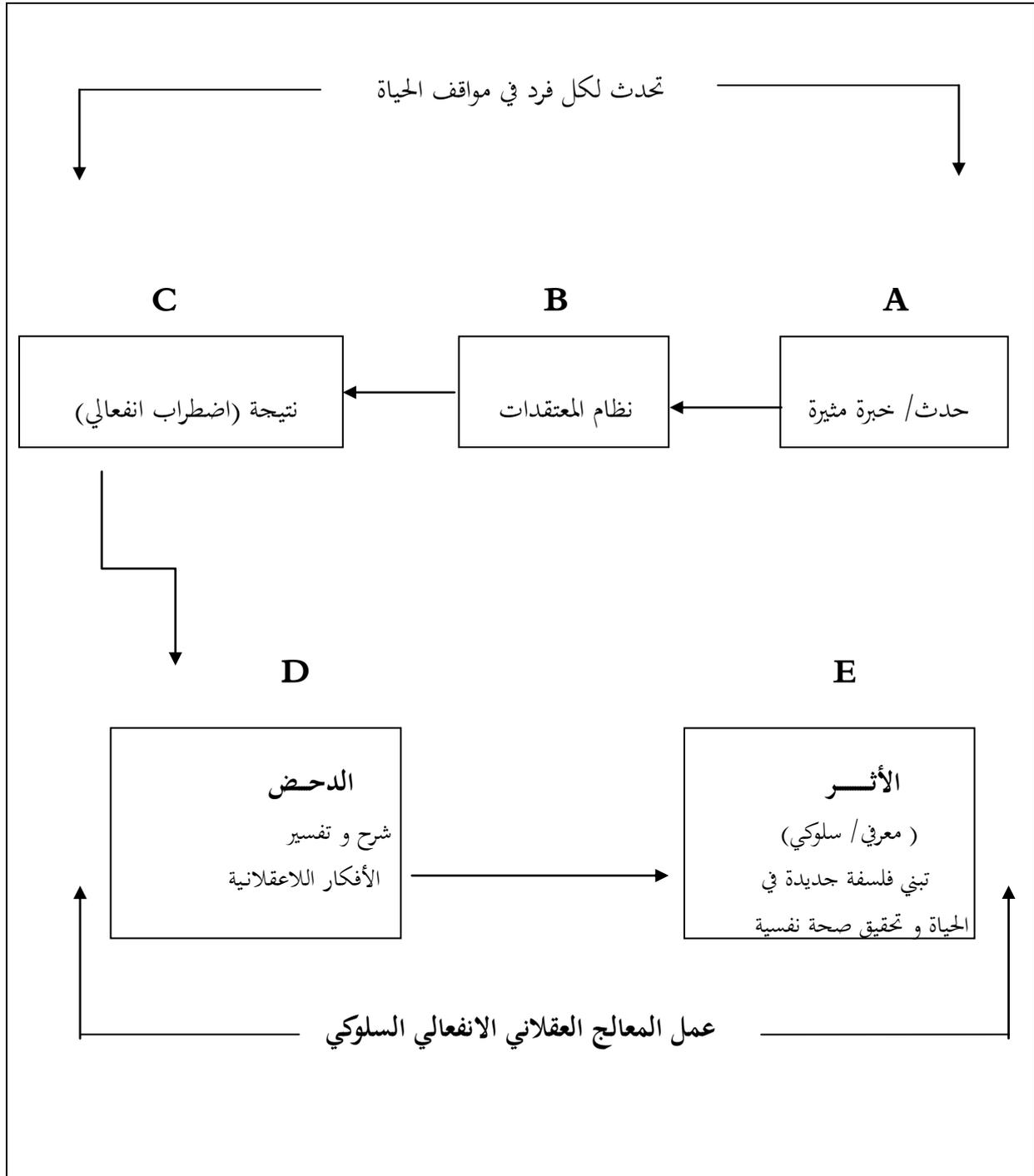
(3) المطالب المتعلقة بالعالم المحيط: وغالبا ما تأخذ شكل الاعتقاد الذي يرى أن ظروف الحياة أقل من تلك التي يجب أن أعيش فيها.

حسب (حسن بن ادريس عبده الصميلي، 2009: 35) فالحالات (A)، (B)، (C) تحدث لكل فرد في مواقف الحياة المختلفة.

بينما (D) تعني الدحض وفيها يتم الهجوم على المعتقدات غير العقلانية للوصول إلى الأثر (E) سواء كان معرفي أو سلوكي.

كلا الحالتين (D) و (E) يقوم بهما المرشد أوالمعالج العقلاني الانفعالي حيث يقوم بتفسير وتنفيذ ودحض الأفكار العقلانية للعميل وهي الحالة الرابعة (D) كما يساعد على بناء وتبني فلسفة جديدة في الحياة يصاحبها أفكار عقلانية وسلوك سوي يحقق التوافق والصحة النفسية وهي الحالة الأخيرة (E).

الشكل رقم - 1 - يوضح نظرية ABCDE



7- أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حسب (سناء حامد زهران، 2004: 67)

تشمل:

أ- الإقلاع عن المعاناة النفسية الذاتية للفرد.

ب- الإقلاع عن الاضطرابات العصابية وحل مشكلات الحياة، ويعبر بعض المعالجين أن التغيير المعرفي هو هدف العلاج أما التغييرات الوجدانية والسلوكية فسوف تتيح التغيير المعرفي، ويرى فريق آخر أن التغيير المعرفي هو هدف فرعي أو هو وسيلة لغاية هي التغيير الوجداني والسلوكي، وتسعى العلاجات المعرفية التوجيه إلى قدر من المساعدة الذاتية بوصفها هدفا للعلاج، أي أن يتعلم الفرد تعديل حالته المزاجية وسلوكه اللاتواؤمي حتى بعد إنهاء العلاج.

ج- الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي - كما يرى إليس هو إعادة بناء الفرد لفلسفته في الحياة بصورة شاملة.

د- مساعدة المسترشد واكتسابه الاستبصار على مراحل منها:

- فهم ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب تكمن في معتقدات الشخص.

- معرفة المسترشد أنه لا يزال يملئ على ذاته نفس النوع من المعتقدات الخاطئة والأفكار اللاعقلانية المدمرة لذاته واعترافه لمسؤوليته عن استمرار هذه المعتقدات.

- اعتراف المسترشد بأن نزعتة إلى التفكير اللاعقلاني هي التي أحدثت اضطرابه الانفعالي.

د- تعليم المسترشد تعديل اتجاهاته ومعتقداته، وتبني التفكير العقلاني والأفكار المنطقية حتى بعد انتهاء العلاج.

وقد حدد إليس حسب ما جاء في (حسين بن ادريس الصميلي، 2009: 39) أهداف

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على النحو الآتي:

1- الاهتمام بالذات: إن العلاج العقلاني العاطفي يهدف إلى مساعدة المتعالج على أن يهتم بنفسه أولاً، ولكن دون أن يصبح أنانياً، ويتمركز حول الذات بالكامل دون أن يخطئ بحق الآخرين.

2- التوجيه الذاتي: على الإنسان أن يتحمل المسؤولية الشخصية، ويعمل باستقلالية، وهو قد يحتاج إلى مساعدة الآخرين، إلا أن ذلك ليس مطلباً إلزامياً أو مطلقاً.

3- التحمل: على الإنسان أن يتحمل الآخرين، فهو ليس بحاجة إلى أن يدخل في شجار معهم.

4- تقبل عدم اليقين: على الإنسان أن يتقبل حقيقة أنه يعيش في عالم من الاحتمالات، إذ ليس هناك حقائق مطلقة وأكيدة.

5- المرونة: إن الإنسان العادي يتصف بمرونة التفكير، وهو يتقبل التغيير.

6- التفكير العلمي: إن الإنسان العادي يتصف بكونه موضوعياً وعلمياً ومنطقياً، وهو قادر على تطبيق مبادئ المنطق والعلم على نفسه وعلى علاقته بالآخرين.

7- الالتزام: إن الناس العاديين يهتمون وينشغلون بأشياء مختلفة خارج نطاق أنفسهم، وهذه الأشياء قد تشمل العلاقات مع الآخرين أو الأفكار وما إلى ذلك.

8- روح المغامرة: إن الإنسان العادي يتمتع بقدر معين من روح المغامرة، إنه يفعل الأشياء التي يعتقد أنها مهمة بالنسبة له، حتى لو فشل في تأديتها فهو لديه الاستعداد لأن يجرب بشكل متواصل.

9- تقبل الذات: إن الإنسان العادي قانع بحياته، إنه راض عن نفسه، وهذا الرضا لا يتوقف على إنجازاته أو تقدير الآخرين له.

10- اللامثالية: إننا جميعا نواجه الإحباط أو نشعر بالأسف أو الندم، فهذه هي طبيعة الحياة، ونحن لا نستطيع إلغاء هذه الأشياء، وإنما نستطيع تقليلها فقط.

والهدف الرئيسي للعلاج العقلاني الانفعالي حسب (أليس، 1987: 44) يكمن في تشجيع العميل على إحداث تغيير فلسفي عميق في مجالين رئيسيين هما: اضطرابات الذات واضطراب القلق.

ويتضمن ذلك مساعدة العميل، قدر الإمكان من الناحية الإنسانية، على التخلص عن هذه المجموعات اللاعقلانية لأفكاره واستبدال التفكير العقلاني بها، وأيضا مساعدته على السعي لتحقيق أهدافه الرئيسية طويلة الأمد، وتقبل ذاته قدر الأماكن، واكتساب المهارات التي يستطيع استخدامها كعميل في مرحلة لاحقة، لتجنب حدوث مزيد من الاضطرابات في المستقبل.

كما يهدف العلاج العقلاني الانفعالي حسب (إجلال محمد سرى، 2000: 171) إلى تحقيق ما يلي:

- تحديد أسباب السلوك المضطرب من أفكار ومعتقدات غير منطقية.
- مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب سوء توافقه الاجتماعي.
- تمكين المريض من الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.
- زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته، وتقبل التفكير العلمي والمنطقي.
- زيادة المرونة لدى المريض، ومحاربة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالإقناع العقلي المنطقي وإعادة المريض إلى التفكير الواقعي، والتحكم في انفعالاته عقلا.

وقد ورد في (صالح بن عبده الله أبو عبادة، 2000: 55) أن الهدف الأساسي من العلاج العقلاني الانفعالي هو الحد من نظرة المسترشد الدونية لنفسه واكتساب نظرة واقعية نحو الذات والحياة.

8- الفنيات المستخدمة في العلاج ع.إ. سلوكي:

القاعدة الأساسية في نظرية " العلاج العقلاني الانفعالي " حسب (إجلال محمد سري، 2000: 170) هي أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حواره الداخلي، فيما يتولد داخليا من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين، هو الذي يكون مادة انفعالية نحو هذا الموضوع فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتية، وما يكون لدى الفرد نفسه أثناء هذا الحوار الذاتي من المدركات وتصورات هو الذي يكون انفعالاته الخاصة، ويشكل سلوكه في الموقف.

وعلى هذا الأساس فالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حتى يحقق أهدافه لابد أن يعتمد على مجموعة من الأساليب العلاجية، سنتطرق إليها فيما يلي:

1-8 فنيات خبرية انفعالية:

والمقصود بها حسب (سناء حامد زهران، 2004: 83) هي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود فعله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة، وخبراته السابقة خاصة ما يتعلق منها لمشكلاته.

ويعبر عنها Ellis في (حسن بن ادريس عبده الصميلي، 2009: 53) بأنها فنيات العلاج الانفعالي الإظهاري التي تتمثل في إظهار الحقائق والأكاذيب كي يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح.

ويستخدم المعالج العقلاني الانفعالي عددا من الفنيات جاء ذكرها في (أحمد عبد اللطيف ، 2009: 175) كما يلي:

1- التخيل العاطفي العقلاني:

هذا الأسلوب العلاجي عبارة عن عملية عقلية تساعد المسترشد على تأسيس أنماط من المشاعر من خلال مساعدة المسترشد على تخيل التفكير المنطقي، والسلوك، والمشاعر ثم محاولة تطبيق ذلك واقعيا في الحياة، ومثال ذلك بأن يتخيل المسترشد أسوء ما سوف يحدث له وكيف يتصرف إن حصل ذلك وماذا سيشعر به.

ويرى أليس أنه كلما مارس الإنسان التخيل العاطفي العقلاني عدة مرات في الأسبوع، سوف يصل إلى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي تجعله يتجاوز الأحداث والمواقف غير المريحة التي يمكن أن تواجهه.

2- لعب الدور:

لا يقتصر هذا الأسلوب العلاجي على العلاج السلوكي العاطفي الوجداني الذي قدمه أليس، بل إننا نجد لعب الدور في كثير من الأساليب العلاجية الأخرى المستخدمة في العلاج النفسي، ولكن أسلوب لعب الدور في هذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة الأعضاء في تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم.

3- استخدام القوة والحزم:

إن الهدف من استخدام القوة والحزم والسلطة مع الأعضاء أثناء العلاج هو مساعدتهم على تكوين الاستبصار العقلي والوجداني، أيضا مساعدة الأعضاء على إنشاء حوارات مع الذات من شأنها أن تساعدهم على استكشاف الأفكار الخاطئة وتغييرها.

إذن حتى يواجه العميل معتقداته اللاعقلانية، ينبغي على المعالج العقلاني الانفعالي أن يجعل عميله يكون استبصار عقلي لنفسه حتى ينتقل إلى الاستصدار العاطفي أو الانفعالي، مع مشاركة وجدانية كاملة للعميل.

2-8 فنيات معرفية :

جاء في (سناء أحمد زهران ، 2004 : 83) أن الفنيات المعرفية هي التي تساعد المريض على أن يغير أفكاره و طريقة تفكيره اللاعقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكارا وطريقة تفكيره عقلانية وفلسفة منطقية علمية .

وتتمثل هاته الفنيات حسب (سناء أحمد زهران ، 2004 : 84) في ما يلي :

أ) الأسئلة : وتعد أحد الأدوات الهامة للتنفيذ المعرفي وتشمل :

- الأسئلة المنطقية : وهي أسئلة عن التناقض المنطقي في تفكير العميل

- أسئلة تفيد اختبار الواقع: وهي أسئلة تقييم تناسق المعتقدات مع الواقع التجريبي

- أسئلة التنفيذ العملية : وهي أسئلة تقييم المعتقدات بناء على المحك الوظيفي لها .

ب) النموذج البديل :

يتعلم العميل من خلال هذا النموذج كيف يكون على وعي بأن الآخرين لم يدمروا لتعرضهم لنفس المشكلات، كما يستطيع أن يتعلم أن الحياة ستستمر بالرغم من الأحداث مؤلمة، ويمكن أن يطبق العميل هذه المعرفة على نفسه، وتكون هذه الفنية مفيدة عندما تكون مشكلة العميل عامة .

(ج) الحوار السقراطي :

يستخدم الأسلوب السقراطي حسب (سناء أحمد زهران، 2004: 85) في تنفيذ الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، فمهمة المعالج أو المرشد تكون بطرح مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالجوانب اللامنطقية والمختلفة وظيفيا لمعتقدات العميل اللاعقلانية، والهدف من ذلك تشجيع العميل على التفكير في نفسه وتصحيح سوء فهمه .

ورد في (منى محمد صالح علي العامري، 2000: 26) أن المعالج يستخدم عدة فنيات تتضمن:

أ) الكشف: ويتكون من البحث عن المعتقدات اللاعقلانية، وما يرتبط بها من مفاهيم، مثل: "لا بد"، " مفروض"، " حتما"، والتي تؤدي إلى انهزامية الذات .

ب) الحوار : حيث يقوم المعالج بتوجيه بضعة أسئلة للعميل، الغرض منها توضيح عدم صحة هذه المعتقدات اللاعقلانية له، مما يؤدي إلى تخلي العميل عنها.

مثال على هذه الأسئلة:

- أين دليلك على ما تقول ؟

- ما الذي يجعل هذه المعتقدات يضمن الصحة أو الخطأ ؟

- ما الذي يجعل الأمور على هذا النحو ؟

ويستمر المعالج في توجيه مثل هذه الأسئلة حتى يقرر العميل بعدم صحة هذه المعتقدات اللاعقلانية، بل يعترف في النهاية بصحة البديل العقلاني المطروح.

ج) التمييز: ويتضمن معاونة العميل على التمييز بوضوح بين القيم غير المطلقة (ما الذي يريده؟ وماذا يفضل؟ وما هي رغباته؟ وماذا تحب؟) وبين القيم المطلقة (احتياجاته، متطلباته، والأوامر الحتمية).

3-8 فنيات سلوكية :

تساعد الفنيات السلوكية حسب (إجلال محمد سري، 2000 : 174) المريض على التخلص من السلوك غير المرغوب أو تعديله أو تغييره إلى سلوك مرغوب، ويشجع العلاج العقلاني الانفعالي على استخدام الفنيات السلوكية (وبخاصة الواجبات المنزلية).

حيث بدأ العمل بهذه الفنية عام 1955 حسب (منى محمد صالح علي العامري، 2000 : 27) عندما أدرك أنصار هذا النوع من العلاج أن التغيير المعرفي يسهم في عملية التغيير السلوكي .

ونظرا لكون العلاج العقلاني الانفعالي نوع من العلاج السلوكي المعرفي فهو يعتمد على الأساليب السلوكية.

وورد في (محمد محروس الشناوي، بدون سنة: 116) أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم الأساليب السلوكية الرئيسية وفي حدود الإطار النظري للعلاج العقلاني ومن بين الأساليب السلوكية المستخدمة ما يلي :

أ- الواجبات المنزلية النشطة التي يكلف المعالج بها العميل، على سبيل المثال عملية التنشيط الحسي من خلال مواجهة المواقف التي يخاف منها الفرد أو يحجل منها، كما تستخدم أحيانا واجبات مثل قراءة بعض الكتب .

ب- كما تضمن الواجبات المنزلية جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار غير منطقية وتدوينها .

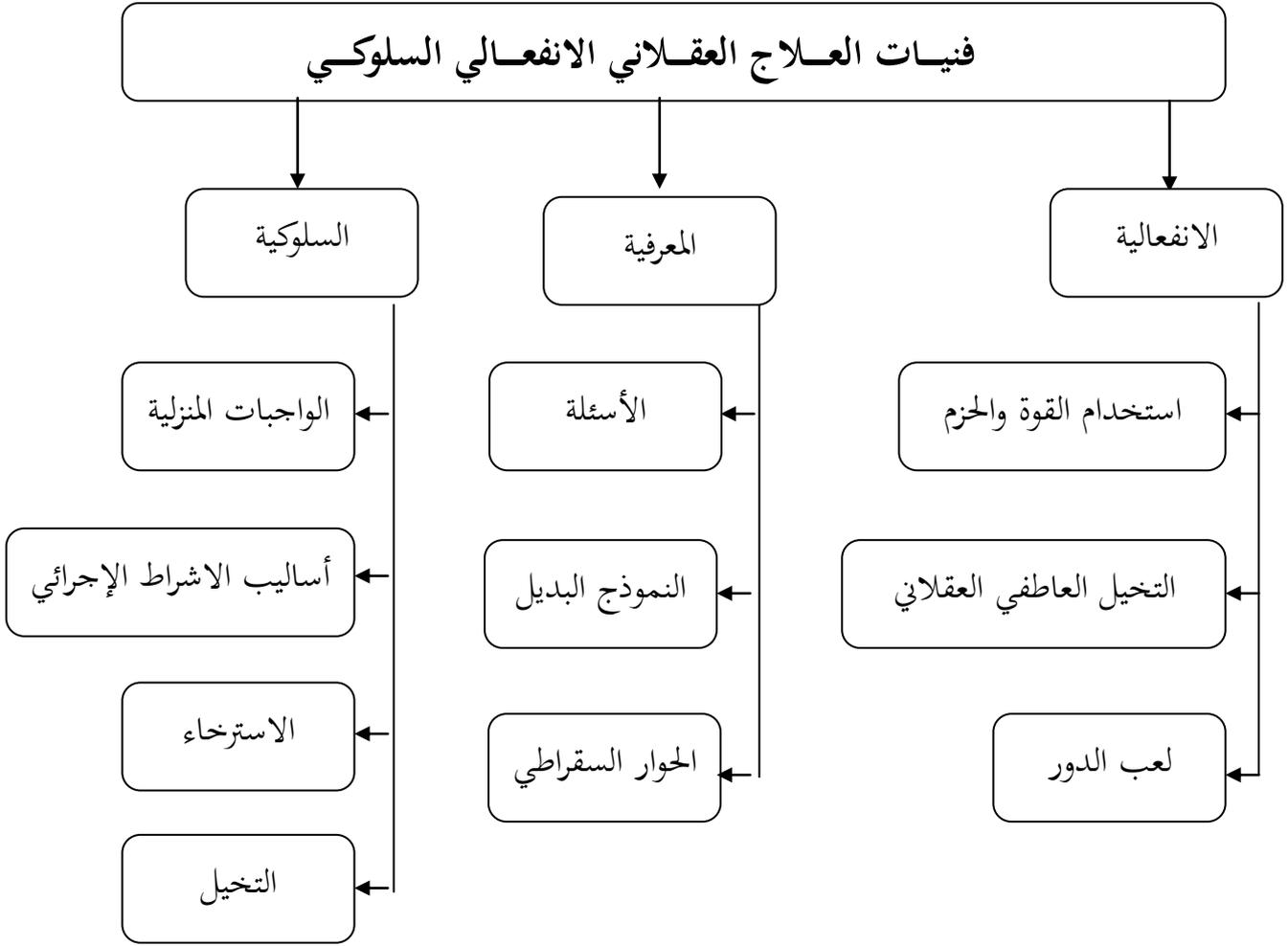
ج- أساليب الإشراف الإجرائي مثل التعزيز والعقاب والتشكيل وغيرها .

د- أسلوب الاسترخاء وغيره من أساليب التشتت البدني .

هـ- يستخدم المعالجون أسلوبا عقلانيا انفعاليا عن طريق التخيل وهذا الأسلوب يشتمل على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية حيث يطلب من الشخص أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال الكدر الذي جاء به إلى الإرشاد، فإذا فعل ذلك فإن المرشد يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه (مثلا أن يغير الغضب إلى مجرد الضيق) وفي كل مرة يسأله المعالج عن شعوره ثم يعود فيطلب منه أن يحد نفسه بعبارات تخفف من الانفعال مثلا : " إن الذي لقيته من والدي ليس بدرجة السوء التي أتصورها "

وهنا يقول له المرشد إنك الآن عرفت الطريقة التي تغير بها مشاعرك ، والمطلوب منك ولمدة أسبوع (أو شهر مثلا) أن تقوم بذلك التخيل الانفعالي المنطقي، أن تتخيل نفسك في الموقف الذي يسبب لك الضيق ثم قم بتخيل نفسك وقد غيرت انفعالك إلى درجة أقل وهكذا حتى يصبح ذلك عادة عندك .

و يمكن تلخيص هذه الفنيات في الشكل التالي :



الشكل رقم - 2 - يمثل فنيات العلاج ع . ا السلوكي

9- الاستراتيجيات العلاجية المتبعة في العلاج العقلاني الانفعالي:

يسعى المعالج العقلاني السلوكي إلى تغيير المعتقدات اللاعقلانية لعملائه، وفق استراتيجية علاجية محكمة المضمون واضحة الهدف، مستعينا في ذلك بمختلف الفنيات (انفعالية، سلوكية، معرفية) التي تساعد في الوصول لهدفه المنشود.

و يتبع المعالج العقلاني الانفعالي السلوكي الإستراتيجية التالية:

حدد أليس(1977) في (حسن بن باديس عبده الصميلي، 2009: 53 بتصرف) أن عددا من الإجراءات التي يستخدمها المعالج العقلاني الانفعالي في تحقيق أهداف العملية العلاجية وإكمالها على أتم وجه وهذه الإجراءات هي:

1- تقبل العميل وكسب ثقته وحسن معاملته حتى يتقبل عملية العلاج وتحرص على الاستمرار فيها، وفي نفس السياق حسب (إجلال محمد سري، 2000: 175) يحرص المعالج على أن يحقق علاقة طيبة مع المريض لكسب ثقته وجعله يتقبل المعالج ويقتنع بكلامه ويحرص على العلاج ويستمر فيه.

2- شرح الأعراض التي يشكو منها العميل ، واستجابته الشخصية لهذه الأعراض في الماضي والحاضر وعلاقتها بما يقوم به من أعمال، ومساعدة المريض على استحضار ألفاظه الداخلية وأفكاره اللاشعورية لكي تصبح في حيز الفهم والإدراك.

وتضيف (إجلال محمد سري، 2000: 175) ضرورة تحديد المعتقدات اللامعقولة والأفكار الخرافية والمعلومات الخاطئة.

3- توضيح أن ما يقوله العميل لنفسه داخليا وما يفكر فيه هو غير عقلائي وغير منطقي وأن اضطرابه وقلقه سوف يستمر طالما استمرت هذه الأحاديث النفسية الداخلية اللاعقلانية، ويتمكن تغيير طريقة تفكيره والتخلص من هذه الأفكار والاتجاهات اللاعقلانية إذا تعلم أن يفكر بطريقة عقلانية فعالة.

4- مهاجمة الأفكار اللاعقلانية والقيام بدحض المعتقدات غير عقلانية، وذلك حسب (حسين عبده الصميلي، 2009: 54) من خلال:

أ- القيام بدور الدعابة المضادة: الذي يتناقض وينكر هذه الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة في نفس المريض.

ب- تشجيع المريض وإقناعه وحثه على أن يمارس بعض الأنشطة والأعمال التي يخاف من ممارستها، ويعتبر القيام بهذه الأنشطة هجوما مضادا على هذه الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية.

5- الاستخدام الجيد للفنيات العلاجية للعلاج العقلاني الانفعالي، كما تناسب حالة كل عميل، ويساعده على أن يعيد النظر في أفكاره، وأحاديثه الذاتية اللاعقلانية ويكذبها و يتبنى أفكارا عقلانية جديدة.

6- استخدام الأساليب التعليمية النشطة المناسبة حسب (إجلال محمد سري، 2000: 176) لتعليم المريض كيف يفكر بطريقة عقلانية ومنطقية وعلمية، وإتباعه فلسفة عقلانية للحياة، وتجنب الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.

7- استخدام أشكال متنوعة من أساليب العلاج العقلاني الانفعالي مثل:

- التعليم العقلاني - الانفعالي

- التدريب العقلاني - الانفعالي

- السلوك العقلاني - الانفعالي

- الإطلاع العقلاني - الانفعالي

- المواجهة العقلانية

- العلاج العقلاني - الانفعالي السماعي.

وهكذا يتم الحصول على " أثر " ذو شقين:

أثر معرفي وأثر سلوكي، حيث تصبح المعتقدات غير العقلانية معتقدات عقلانية، وتصبح النتائج غير العقلانية نتائج عقلانية، ويكون الأثر النهائي هو تحقيق الصحة النفسية.

إذن بعرض حيثيات الاستراتيجية العلاجية نلاحظ أنها تجسيد لمضمون نظرية ABCDE

ولذا على المعالج العقلاني الانفعالي الالتزام بذلك حتى يتسنى له الوصول إلى الهدف العلاجي المتمثل في تحقيق الصحة النفسية للمريض.

10- مجالات استخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

تذكر (سناء حامد زهران، 2004: 87) أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم بفعالية فيما يلي:

- علاج مرضى الأعصاب (القلق، الخوف، الاكتئاب الهستيرى).

- علاج المضطربين سلوكياً، والجانحين، والسيكوباتيين، وحالات الإدمان

- حالات المشكلات الزوجية والأسرية، ومشكلات الشباب.

- حالات صغار السن.

- حالات المتقنين، خاصة طلبة الجامعات.

- علاج التخلف الدراسي.

- إرشاد العاطلين، وزيادة تقدير الذات.

- تعديل السلوك داخل المؤسسة التعليمية.

- تعزيز مركز التحكم الداخلي.

- تعديل مفهوم الذات، وعلاج اللجلجة.

- علاج الصداع النفسي

- علاج نقص الرضا عن العمل بين المعلمين.

- علاج التوتر الزائد لدى المعاقين.

- تقليل الأخطاء الموقفية، والشعور بالذنب.

- علاج الجنسين في مختلف المراحل العمرية.

- علاج فردي و جماعي.

إذن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي هو أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي رائده هو ألبرت إليس، ويعتمد هذا الأسلوب على عدة فنيات معرفية وإنفعالية لمساعدة المضطربين في تصحيح معتقداتهم اللاعقلانية وضبط إنفعالاتهم وسلوكياتهم.

وقد أطلق إليس على الشخصية الرموز الرموز (A.B.C) حيث (A) تعني حدث، (B) تعني نظام المعتقدات، (C) النتيجة والمعالج يقوم بالمرحلتين (D,E) حيث:

(D) تعني الدحض وفيها يتم الهجوم على المعتقدات غير العقلانية للوصول إلى الأثر (E) سواء كان معرفي أو سلوكي، كما أن للعلاج العقلاني الإنفعالي عدة أهداف، تكمن أهمها في تشجيع العميل على إحداث تغيير فلسفي عميق في مجالين رئيسيين هما: اضطراب الذات، واضطراب القلق، وحتى يتحقق هذا الهدف على المعالج أن يتقن مختلف الفنيات التي يعتمد عليها العلاج العقلاني الإنفعالي ويكون ذلك وفقا لإستراتيجية علاجية محكمة.

الفصل الثالث:

الشباب والصحة النفسية

أولاً: الشباب

- 1- تحديد مفهوم الشباب
- 2- خصائص مرحلة الشباب
- 3- مشكلات الشباب
- 4- أنواع المشكلات عند الشباب
- 5- الرعاية الصحية للشباب وأهدافها

ثانياً : الصحة النفسية

- 1- تعريف الصحة النفسية
- 2- أهمية الصحة النفسية
- 3- أهداف الصحة النفسية
- 4- منهج الإسلام في تحقيق الصحة النفسية

حضري موضوع الشباب باهتمام كبير من طرف المختصين في جميع الميادين: علم الاجتماع، علم النفس، علم التربية وغيرها نظرا لما تماثله هذه الفئة، فهم جزء لا يتجزأ من المجتمع وبنية أساسية فيه خصوصا لما تتوفر لديهم الصحة النفسية العالية، فالشباب في تفاعل ديناميكي تبادلي من حيث التأثير والتأثر في المجتمع.

ومن خلال هذا الفصل سوف نسلط الضوء في النقطة الأولى على مرحلة الشباب بدءا بتحديد المفهوم وأهم خصائص الشباب ومشكلاتهم وأنواعها، لننوه إلى ضرورة الرعاية بهم.

وفي النقطة الثانية التي خصصناها للصحة النفسية، سوف نذكر تعريفها وأهميتها بالنسبة للفرد وللمجتمع بصفة عامة، وللشباب بصفة خاصة، لنختتم في الأخير بمنهج الإسلام في تحقيق الصحة النفسية.

أولا : الشباب

1- تحديد مفهوم الشباب :

يعد مفهوم الشباب حسب (ماجد الزبود، 2006:36) من المفاهيم الخلافية - كما هو الشأن الكثير من المفاهيم في العلوم الاجتماعية بصفة عامة- حيث اختلف الباحثون المختصون حول تحديد هذا المفهوم بسبب تعدد الظروف المحيطة بهذه الفئة العمرية، فمن الباحثين من يحدد هذا المفهوم انطلاقا من الزاوية الزمنية أو من الزاوية البيولوجية، ومنهم من يحدده من الزاوية النفسية تبعا للحماس والحيوية ونتيجة لهذا الاختلاف حول تحديد مفهوم الشباب، فقد ظهر أكثر من اتجاه فيما يتعلق بتعريف مفهوم الشباب وذلك على النحو التالي :

الاتجاه الزمني أو العمري :

وهو الذي يعتبر الشباب مرحلة عمرية تتراوح ما بين (15-30) عاما، وهي المرحلة التي يكتمل فيها النمو الجسمي والعقلي على نحو يجعل المرء قادرا على أداء وظائفه المختلفة .

الاتجاه البيولوجي :

ويميل أصحاب هذا الاتجاه إلى تحديد مرحلة الشباب على أساس اكتمال نمو البناء العضوي والوظيفي للمكونات الأساسية لجسم الإنسان، سواء كانت عضوية داخلية أو خارجية كالعضلات وما إلى ذلك.

الاتجاه النفسي:

ويرى أنصار هذا الاتجاه حسب (ماجد الزيود، 2007: 36) أن الشباب ليس مرحلة عمرية تتحدد بسن معين، وإنما حالة نفسية لا علاقة لها بالعمر الزمني، فأنت شاب بمقدار ما تشعر بالحيوية والحماس والحركة والطموح، والأمل في الحياة، وبمقدار ما تستطيع أن تولد في الآخرين الرغبة في العمل والحياة، وحين يخفق في ذلك يشعر باليأس والإحباط والرغبة في الهروب من الحياة، فهذه بداية مرحلة الشيخوخة.

الاتجاه الاجتماعي:

وهو الذي يرى أن فترة الشباب تبدأ حينما يحاول بناء المجتمع تأهيل الشخص لكي يحتل مكانة اجتماعية، ويؤدي دوراً أو أدواراً في بنائه، وتنتهي حينما يتمكن الشخص من احتلال مكانته وأداء دوره في السياق الاجتماعي وفقاً لمعايير التفاعل الاجتماعي. إذن من خلال ما سبق ذكره، يظل مفهوم الشباب من المفاهيم الخلاقية يعود ضبطه إلى الاتجاه المتبنى.

2- خصائص مرحلة الشباب:

جاء في (ماجد الزيود، 2007: 37) أنه يمكن إجمال أبرز خصائص مرحلة الشباب على

النحو التالي :

الاهتمام بالمظهر :

حيث يهتم الشاب في هذه المرحلة بمظهره وشعبيته ومستقبله، وميله للجنس الآخر، واتساع علاقاته الاجتماعية.

الرفاهية :

التي تعني شدة حساسية الشاب الانفعالية المختلفة، وذلك نتيجة للتغيرات الجسمية السريعة التي يمر بها في أول هذه المرحلة، والاختلاف اترانه الغددي الداخلي.

الكآبة :

يشعر الشاب بالكآبة والانطواء والحيرة، محاولا بذلك كتم انفعالاته ومشاعره من المحيطين به، حتى لا يثير نقدهم ولومهم.

التهور :

حيث يندفع الشاب حسب (ماجد الزيود، 2007: 37) وراء انفعالاته بسلوكيات شديدة التهور والسرعة وقد يلوم نفسه بعد أدائها، وتبدو علامة من علامات سذاجته البريئة في المواقف العصبية التي لم يألفها من قبل، وأيضا صورة من صور تخفيف شدة الموقف المحيط به، ووسيلة لتهدئة التوتر النفسي في مثل هذه المواقف الغريبة عليه.

الحدة والعنف :

حيث يثور لأتفه الأسباب، ويلجأ لاستخدام العنف ولا يستطيع التحكم في المظاهر الخارجية لحالته الانفعالية.

التقلب والتذبذب :

يلاحظ ذلك حين يقع الشاب في موقف اختيار، نجده في مدى قصير يتقلب في انفعالاته ويتذبذب في قراراته الانفعالية، بين الغضب والاستسلام وبين السخط أو الرضا، وبين الإيثار والأنانية وبين المثالية والواقعية وهي كلها مظاهر لقلقه وعدم استقراره النفسي.

3- مشكلات الشباب:

تتجلى في هذه المرحلة العمرية حسب (ماجد الزيود، 2007:37) معالم الإعداد والعطاء وعلامات النضج العقلي، النفسي والاجتماعي بصورة واضحة، وهي غالبا ما تكون قادرة على تحديد المواقف الحياتية المختلفة:

الاجتماعية، الثقافية، الفكرية، الاقتصادية والسياسية.

ونظرا لما تمتاز به هذه المرحلة فلا بد من توجيه عناية لها، فنحن بأمس الحاجة إلى طاقة الشباب والاستفادة من قدراتهم وإمكانياتهم المختلفة في جميع الميادين، فالمجتمع الجزائري مجتمع فتي، 70% من سكانه لا يتعدى سنهم 30 سنة حسب (محمد بلبريك، 2016: 7) وهو بمثابة أرضية خصبة للباحثين لدراسة كل ما يتعلق بالشباب ومشاكلهم .

الشباب ينمو ويتطور ويتقدم ويسعى دائما حسب (رشيد حميد زغير، 2010: 215) إلى أن يحقق بعض الحاجات التي يشعر بفقدانها والتي يراها ضرورية لاتزانه النفسي والجسمي و الفكري والاجتماعي والصحي .

وحاجات الشباب متنوعة ومتغيرة حسب متطلبات العصر والتغيرات الاجتماعية السريعة، إما أن ينجح في إشباع حاجاته والوصول إلى حالة من التوازن النفسي والعضوي والاجتماعي، وإما أن يفشل ويتكرر هذا الفشل بسبب العقبات التي تعيق تحقيق حاجاته.

ومن هذه العقبات مثلا: الإصابة بالمرض جسدي أو عاهة جسمية أو ضعف في القدرات العقلية وسوء فهم الشباب لذاته ولقدراته، وعدم وضوح أهداف الشباب، ووجود العادات السيئة، والمعاملة الأسرية، وجهل الآباء، وعدم كفاية الدخل المادي، وسوء البيئة والظروف المدرسية والنظم السائدة في المجتمع والبطالة والمشاكل العاطفية والفراغ.

كل هذه العوامل حسب (رشيد حميد زغير، 2010، 215) تؤدي بالشباب إلى الشعور بالصراع والإحباط، إذا لم تعالج تؤدي إلى أعراض مرضية عصبية تأخذ أشكالا مختلفة مثل: الانطواء، الوحدة والكآبة، الشعور بالنقص، فقدان الثقة، الاضطراب الشخصي والانحراف، جنوح،

التأخر الدراسي، الكذب، السرقة، الهروب من المدرسة، تعاطي المخدرات، الاعتداء على المدرسين والآباء والمجتمع ويرى بعض العلماء أن وراء كل مشكلة سبب يعاني منه الفرد ولا يمكن حلها إلا بمعرفة أسبابها والتصدي لها.

4- أنواع المشكلات عند الشباب :

مرحلة الشباب تواجهها عدة مشكلات على حسب (رشيد حميد زغير، 2010: 216) فهي تختلف من حيث الشدة أو الحدة وخطورتها وتأثيرها على الفرد، وقد تخلف آثار نفسية عميقة أو خللا وظيفيا في النواحي السلوكية والفكرية والاجتماعية والوجدانية، هناك أفراد لهم القدرة على تحمل المشكلة والبعض الآخر لا توجد عنده ومثل هؤلاء الأفراد من الممكن سقوطهم بالمرض النفسي، وهناك أيضا بعض المشكلات التي لا يوجد لها حل وتشكل خطرا على الإنسان وتدوم لفترة طويلة، وهناك بعض المشكلات البسيطة غير معقدة وسهلة العلاج نذكر منها: المشكلات المالية، مشكلات الدين والأخلاق، مشكلات مدرسية ودراسية اجتماعية متنوعة، المشكلات النفسية الوجدانية، وأخرى متعلقة بالصحة والأسرة.

5- الرعاية الصحية للشباب وأهدافها:

يعاني الشباب بصفة عامة والجزائري بصفة خاصة من عدة ممارسات خاطئة مثل: التدخين، شرب الخمر، إدمان الأدوية النفسية والمخدرات، ومرد ذلك لعدم وعيهم الصحي، وعليه لا بد من استراتيجيات محكمة للتكفل بهم.

إن الرعاية الصحية حسب (رشيد حميد زغير، 2010 : 30) تهدف إلى معرفة الشباب بجوانب الصحية والنفسية والجسدية والتي تشمل مكونات ولوازم الغذاء الصحي وصحة البيئة التي يعيشون فيها ويتفاعلون معها ويذكر (رشيد حميد زغير، 2010: 32) أن للرعاية النفسية مهماتها وفعاليتها وآثارها، فينبغي أن تكون لها أهداف واضحة وغايات محددة تسعى إلى تحقيقها مثل :

- مساعدة الشباب على فهم أنفسهم وفهم إمكانياتهم الذاتية من استعدادات وقدرات ومهارات جسمية وعقلية، وحاجاتهم واتجاهاتهم النفسية، وعلى فهم الإمكانيات والفرص المتوفرة في البيئة المحيطة بهم والتي يمكن أن تكون عوناً لهم على إشباع رغباتهم وحاجاتهم وعلى الاستفادة من إمكانياتهم الجسمية والعقلية، وبهذا حسب (رشيد حميد زغير، 2010: 32) يتحقق لهم ولمجتمعاتهم السعادة والاستقرار.

- مساعدة الشباب على التكيف مع التغيرات الجسمية والفسولوجية العاطفية التي تطرأ عليهم في هذه المرحلة من بداية نموهم إلى بلوغهم.

- مساعدة الشباب على تنمية المعارف والمهارات والاتجاهات التي تزيد من فعاليتهم ومن ثقتهم بأنفسهم، وعلى تنمية روح الكفاح والجد ورضا بالحياة والشعور بالعدل والإنصاف وعلى تنمية القدرة على مواجهة الصعوبات والتحديات.

- القدرة على توجيه الذات والثقة في النفس واحترامها والاعتماد عليها والشعور بتجدد الحياة والخلو من الانفعالات غير الملائمة مثل الخوف والقلق والغضب الحاد غير المرغوب والحجل الزائد وغير ذلك من الاضطرابات النفسية والسلوكية .

- تنمية العواطف والميول والاتجاهات والمهارات الاجتماعية التي تؤثر في تكيف الشباب الذاتي وتقوي من مركزهم الاجتماعي وتزيد من فعاليتهم في مجتمعهم.

- بناء الإيمان القوي بالله والعقيدة الدينية القوية في نفوسهم لسد الفراغ الروحي ومنحهم الثقة بالنفس وبالله سبحانه وتعالى من أجل التخلص من التمزق النفسي والقلق الروحي، لأن الإيمان بالله سبحانه وتعالى حسب (رشيد حميد زغير، 2010: 32) أفضل من كل العقاقير الطبية .

- مساعدتهم على ضبط دوافعهم ورغباتهم وشهواتهم ونوازعهم الفردية والتسامي بها حتى لا تطغى أو تنحرف، وإحداث التوازن بين هذه الدوافع والرغبات والشهوات حتى لا يطغى أحدهم على الآخر فيختل توازن شخصياتهم.

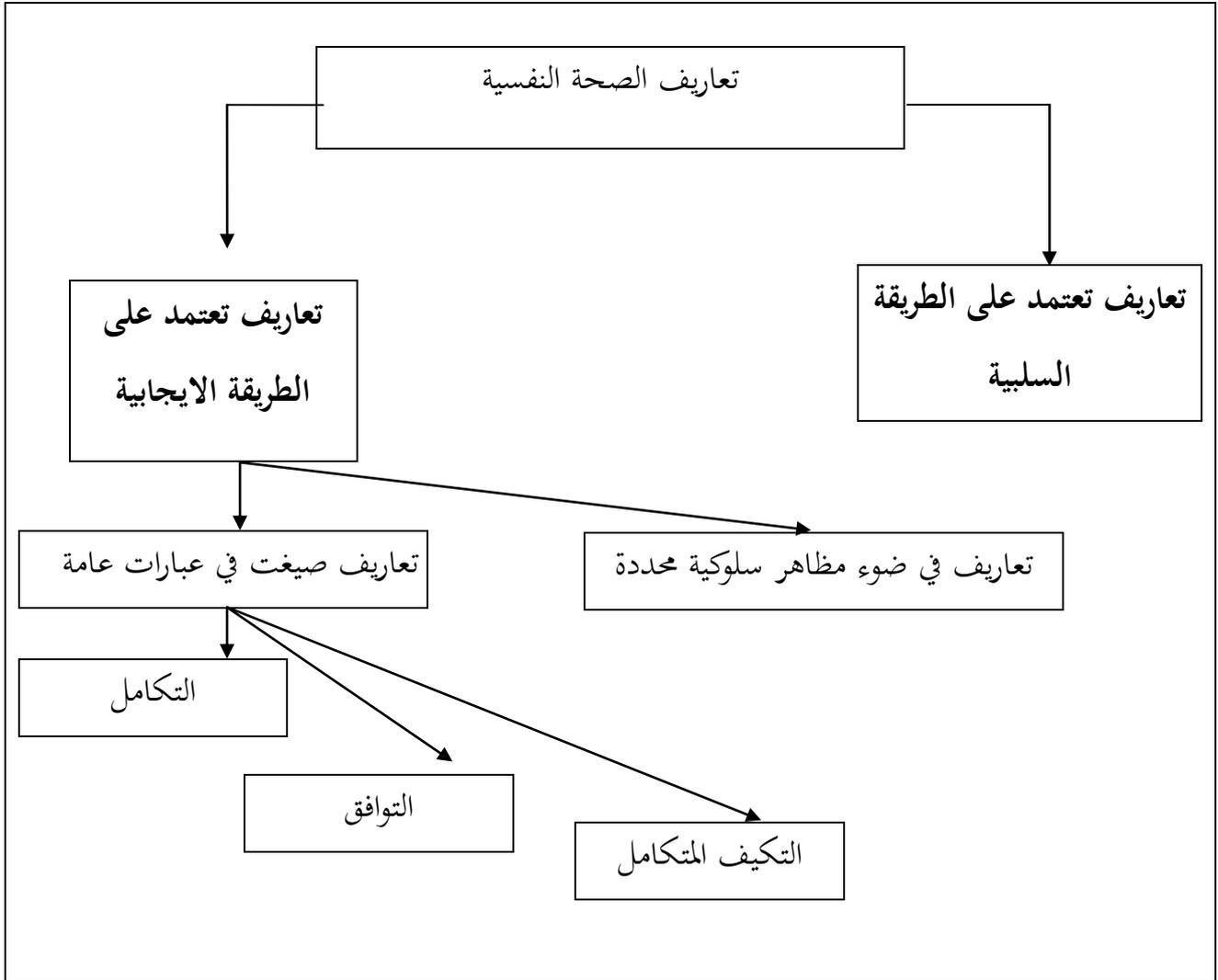
- وقايتهم من الانحراف والاضطرابات والأمراض النفسية، ومساعدة من يقع له شيء من ذلك ويتم عن طريق التغلب عليه بالتشخيص للكشف عن الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الانحراف أو الاضطراب أو المرض النفسي، وبالتوجيه النفسي والعلاج النفسي السليمين وبالقضاء على تلك الأسباب وتهيئة الظروف لبناء عادات واتجاهات نفسية ايجابية مقبولة لتحل مكان العادات والاتجاهات المنحرفة.

ثانياً : الصحة النفسية

1- تعريف الصحة النفسية:

تعددت تعاريف الصحة النفسية، وسوف نحاول أن نذكر البعض منها معتمدين على المخطط الذي ورد في (غريب عبد الفتاح غريب، 1999: 76) حيث جزئها إلى قسمين هامين نوضحهما في المخطط التالي :

شكل رقم 3- يوضح تعاريف الصحة النفسية



أولاً: تعاريف الصحة النفسية التي تعتمد على الطريقة السلبية :

ورد في (غريب عبد الفتاح غريب: 1999: 77) أن المؤيدون لهذا الاتجاه يعرفون الصحة

النفسية بأنها " الخلو أو البرء من أعراض الأمراض الجسمية "

وفي نفس السياق نجد تعريف آخر ورد في (رشيد حميد زغيد، 2000: 18) حيث تعرف

الصحة النفسية بأنها حالة نفسية تخلوا فيها النفس من الاضطرابات والتوترات والانحرافات.

وجهت بعض الانتقادات لهذا التعريف الذي يعتمد على السلبية من طرف المختصين في ميدان الصحة النفسية سنذكر منها ما يلي :

انتقاد القوصي: جاء في (غريب عبد الفتاح غريب، 1999: 77) أن الصحة النفسية ليست مجرد الخلو من المرض، لأننا نلاحظ أن مجرد الخلو من المرض لا يهتم قدرة المرء على مواجهة الأزمات العادية، ولا يتبعه الشعور الإيجابي بالسعادة .

تحفظ عبد السلام عبدالغفار :

ذكر عبد السلام عبد الغفار تحفظه في (غريب عبد الفتاح غريب ، 1999: 79) حيث يقول : " تكمن الصعوبة في مثل هذا التعريف في عدم اتفاقنا على أنواع النشاط التي يقوم بها الفرد والتي تعتبر منافية للصحة النفسية، فنحن نتفق فيما بيننا على تلك الأساليب التي تمثل أعراضا مرضية واضحة كالهلوسة، والهراء، والمبالغة في الخوف بدون مبرر، والحرص الشديد على الصحة، وغير ذلك من الأعراض التي تقف حائلا دون حياة الفرد بصورة مثمرة، غير أن هناك العديد من أنواع النشاط التي قد يقوم بها بعض الأفراد و التي تختلف بشأن اعتبارها معبرة عن صحة نفسية سليمة".

ومن أنواع النشاط: الجنسية المثلية، هل تعتبر عرضا مرضيا؟

والنفاق والرياء، هل تعتبر أعراضا مرضية ؟

إذن تعريف الصحة النفسية لا يقتصر على الخلو من أمراض جسمية لأن هذا المعيار نجده

طبي أكثر منه نفسي.

ثانيا : تعاريف الصحة النفسية التي تعتمد على الطريقة الايجابية .

التعاريف الخاصة بالصحة النفسية التي تعتمد على الطريق الإيجابية حاولت ضبط معايير محددة إن وجدت في الفرد ما تعكس صحته النفسية، وبدورها هذه التعاريف نجد فيها :
أ- تعاريف صيغت في عبارات عامة: وهي تضم تعاريف للصحة النفسية تنعكس في:

التوافق:

حيث جاء في (غريب عبد الفتاح غريب ، 1999 :80) أن الصحة النفسية حسب بوهم هي: "حالة ومستوى فاعلية الفرد الاجتماعي وما تؤدي إليه هذه الحالة من إشباع لحاجات الفرد " والمقصود بمستوى فاعلية الفرد الاجتماعية قدرته على التفاعل والتأثير في الجماعة وقدرته على التعامل الفعال الناجح مع الجماعة التي يعيش فيها، وما يؤدي إليه هذا التفاعل من إشباع لحاجاته.

إذن التوافق الاجتماعي معيار مهم للتحدث عن الصحة النفسية.

التكيف المتكامل:

حيث يرى شوين في (غريب عبد الفتاح غريب ، 1999 :81) أن الصحة النفسية تظهر في: " أن يتعلم الفرد أن عليه في كثير من المواقف أن يرجى إشباع حاجاته ، مفضلا في ذلك نتائج بعيدة المدى عن ذلك لإشباع الفوري، وبذلك فهو لا بد أن يتمتع بقدرة مناسبة من ضبط النفس، وهو يدرك دوافع سلوكه، ويختار السلوك الذي يتفق مع ما لديه من قيم ومعايير وهو يتحمل مسؤولية ما يقوم به من عمل دون اللجوء إلى الحيل الدفاعية التي لا تهدف إلا إلى تشويه الحقائق والهروب من المسؤولية".

التكامل:

ويقصد بالتكامل حسب (غريب عبد الفتاح غريب، 1999: 81) هو انتظام جميع جوانب الشخصية فكل واحد يسير في وجهة معينة.

ويعرف عبد العزيز القوسي الصحة النفسية بقوله "هي التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، مع الإحساس الإيجابي بالسعادة و الكفاية " .

فالتعريف يجمع بين الوظائف مواجهة الأزمات بشكل تكاملي يتيح لنا التحدث عن الصحة النفسية.

إذن: لا يمكننا التحدث عن الصحة النفسية في غياب التوافق، التكامل، والتكيف المتكامل.

(ب) تعاريف في ضوء مظاهر سلوكية محددة:

ويقصد بها توفر مجموعة من السلوكيات تعكس الصحة النفسية للفرد، وسوف نقوم بعرض دراسة تيندال (Tindal) حيث كان الهدف من هذه الدراسة كما جاء في (غريب عبد الفتاح غريب ، 199: 85) هو التوصل إلى ما إذا كان الاتفاق بين عدد من الباحثين يمكن أن يتخذ أساسا لتحديد الصحة النفسية تحديدا موضوعيا في نقاط لا يطرأ عليها تغيير ملموس نتيجة لتغيير الباحث أو اختلاف البيئة الاجتماعية.

وقد اعتمد تيندال في دراسته على عدد من الدراسات النموذجية وراح يستقصي ما توصل إليه في بحثها عن مظاهر الصحة النفسية مقارنة بين النقاط التي تتفق حولها والنقاط التي تختلف فيها وكان من نتيجة ذلك أن وصل إلى سبعة جوانب أو مظاهر اعتبرها المشغلون في حقل الصحة

النفسية ممن شملتهم الدراسة ممثلة للصحة النفسية وهذه المظاهر جاءت في (غريب عبد الفتاح غريب،: 1999 : 86) كما يلي :

1. المحافظة على شخصية مستقلة:

ويقصد بها التوازن في القوى النفسية، والنظرة الموحدة للحياة ومواجهة أشكال الضغوط والشدة.

2. التوافق مع المتطلبات الاجتماعية:

يتم التركيز على التناسق بين الفرد والمعايير التي قبلها التراث الثقافي للمجتمع الذي يعيش فيه هذا الفرد.

3. التكيف مع شروط الواقع:

المقصود بذلك الاتصال المثمر مع الواقع وفهمه ضمن شروطه.

4. المحافظة على الثبات:

أي عدم التردد المتكرر والثبات المناسب فيما يتصل باتجاهات التي يتخذها الفرد في شؤون حياته المختلفة مما يسمح للمتعاملين مع الفرد بالتنبؤ بسلوكه.

5. النمو مع العمر :

ويقصد بذلك النمو العام للفرد، من حيث ما يكتسبه من حياته في السنوات التي يقاس بها عمره.

6. المحافظة على قدر مناسب من الحساسية الانفعالية:

ويقصد بهذا على حسب ما جاء في (غريب عبد الفتاح غريب، 1999 : 87) مستوى الاتزان

في الحياة الانفعالية عند الإنسان كما يظهر ذلك في استجاباته لمواقف الحياة .

7. المشاركة المناسبة في الحياة الاجتماعية:

ويعني بذلك المكانة الاجتماعية للفرد والعمل الذي يجب أن يؤديه من أجل تقدم مجتمعه.

إذن ومن خلال كل ما قدم في إطار تعريف الصحة النفسية سواء بالاعتماد على الطريقة الايجابية أو السلبية نخلص إلى أن المفهوم نسبي يتطلب توافق بين ذاتية الشخص ومجتمعه دون إفراط أو تفريط ، كما أن الصحة النفسية لا معنى لها، إلا داخل نظام اجتماعي ثقافي حسب (أحمد عيد مطيع الشخانة، 2010: 47) بالإضافة إلى ارتباط مفهوم الصحة النفسية بصعوبة الاتفاق بين الباحثين على معايير موضوعية، فتعريف الصحة النفسية حسب (سعيد بحير، 2005: 18) ليس بالأمر السهل نظرا لتعدد الأسباب والعوامل المتصلة بهذا المفهوم وخصوصا ما يتعلق بالعوامل الاجتماعية والظروف الثقافية.

2- أهمية الصحة النفسية :

للصحة النفسية أهمية بالغة سواء للفرد أو للمجتمع على حد سواء وفيما يلي نبرز ذلك

أ- أهمية الصحة النفسية للفرد :

ذكر (رشيد حميد زغير ، 2010: 27) أهمية الصحة النفسية للفرد كما يلي :

- تساعد الفرد على انسياب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات المستمرة مما يجعله يعيش في طمأنينة وسعادة .
- الفرد الذي يتمتع بالصحة النفسية هو الفرد المتوافق مع ذاته أي الذي لم تستنفذ الصراعات بين قواه الداخلية وطاقته النفسية .
- الصحة النفسية تجعل الفرد أكثر قدرة على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات ومواجهتها ومحاولة التغلب عليها.

- الصحة النفسية تجعل الفرد أكثر حيوية وإقبالا على الحياة كما تجعله أقدر على المثابرة والإنتاج.
- الصحة النفسية تساعد الفرد على سرعة الاختبار واتخاذ القرار دون جهد زائد أو حيرة شديدة.
- الصحة النفسية تجعل الفرد بعيدا عن التناقض في سلوكه وتعامله مع الغير.
- الصحة النفسية تساعد الفرد على فهم نفسه والآخرين ممن حوله وتجعله يدرك دوافع سلوكه وهذا يوضح مدى أهمية هذا العلم بالنسبة للأخصائي النفسي والاجتماعي.
- تساعد الصحة النفسية الفرد حسب (رشيد حميد زغير، 2010: 27) على أن يتحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته مما يجعله يتجنب السلوك الخاطئ ويسلك السلوك السوي.
- الصحة النفسية تجنب الفرد الأمراض النفسية والعقلية و الاضطرابات السلوكية.
- إن الهدف النهائي من الصحة النفسية هو تحقيق أكبر نسبة من الأفراد الأسوياء.
- الصحة النفسية تجعل الأفراد يشعرون تجاه أنفسهم بارتياح والرضي والسرور.
- لا تهدمهم عواطفهم ومخاوفهم، غضبهم وقلقهم، غير متأثرين بما يصادفهم من فشل في الحياة.
- أنهم متسامحون ومتساهلون مع أنفسهم ومع الآخرين .
- يتقبلون أخطاءهم وتقصيراتهم.
- يحترمون أنفسهم.
- يشعرون بأنهم قادرون على مجابهة معظم ما يعترض طريقهم في الحياة.

ب- أهمية الصحة النفسية للمجتمع:

أهمية الصحة النفسية للمجتمع وردت في (رشيد حميد زغير، 2010: 28) كما يلي:

- الصحة النفسية تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي مما يجعله يملك السلوك الذي ينال رضاه ورضا الذين يتعاملون معه.

- الصحة النفسية تجعل الفرد متمتعاً بالاتزان النضج الانفعالي بعيداً عن التهور والاندفاع وهذا عامل مهم من العوامل التي يجعل الفرد لا يندفع وراء الشائعات والغرائز المدمرة للمجتمع
- الصحة النفسية تجعل الفرد قادراً على معاملة الناس معاملة واقعية، لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه عنهم، كما يحدث عند المريض نفسياً.
- تحقق الصحة النفسية للمجتمع التطور والتنمية وزيادة الإنتاج مما يعود على المجتمع بالغبى والرفاهية.
- تلعب الصحة النفسية دوراً هاماً في كل مجال من مجالات المجتمع مثل: التعليم، الصحة والاقتصاد والسياسة والابتعاد عن الحروب، فكلما كان الناس في هذا المجال متمتعين بالصحة النفسية نهضوا بمهامهم بجدارة والعكس صحيح .
- الصحة النفسية حسب (رشيد حميد زغير، 2010 : 28) تساهم في بناء الأسرة الصالحة التي هي لبنة المجتمع فكلما كان الآباء والأمهات على درجة من الصحة النفسية استطاعوا تنشئة أبنائهم تنشئة صالحة بعيدة عن القلق والخوف والتوتر، كذلك تظهر أهمية الصحة النفسية في مجال الخدمة الاجتماعية حيث يجب على الأخصائي الاجتماعي والنفسي أن يتعرف على جميع جوانب الصحة النفسية، حتى يستطيع أن يحل ويعالج مشاكل الأفراد التي غالباً ما ترجع إلى عوامل نفسية واجتماعية ودينية .
- يحقق منهج الإسلام أركان الصحة النفسية في بناء شخصية المسلم بتنمية هذه الصفات الأساسية: قوة الصلة بالله، الثبات والتوازن الانفعالي، الصبر عند الشدائد، المرونة في مواجهة الواقع، التفاؤل وعدم اليأس، توافق المسلم مع نفسه، توافق المسلم مع الآخرين.

3- أهداف الصحة النفسية:

للصحة النفسية أهداف عدة وردت في (رشيد حميد رغير، 2010: 42) كما يلي:

أ- الهدف النمائي: ويقصد به توظيف ما لدينا من معرفة نفسية في تحسين ظروف الحياة اليومية في البيت والمدرسة والعمل والمجتمع ومساعدة الناس على تنمية قدراتهم وميولهم ومواهبهم، والاستفادة منها في العمل والإنتاج والإبداع فيشعرون بالكفاءة ويسعون إلى تنمية علاقات المودة والمحبة.

ب- الهدف الوقائي: هو ذلك الهدف الذي يسعى إلى مساعدة الأشخاص الذين يعيشون في ضغوط وأزمات وإحباطات وصراعات، ويتم عن طريق تقديم المساعدة لديهم وإرشادهم ومتابعتهم حتى تزول تلك الصراعات والإحباطات.

ج- الهدف العلاجي: وهو توظيف ما لدينا من معرفة نفسية واجتماعية في تشخيص وعلاج المضطربين نفسيا وعقليا وسلوكيا والتي تشمل المخاوف والقلق والاكتئاب والهستيريا والوسواس وغيرها، كذلك علاج الأمراض العقلية وتشمل الفصام والاكتئاب العقلي.

د- الهدف التربوي: يركز الهدف التربوي على تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة حسب(رشيد حميد رغير، 2010: 43) بهدف التأثير في معلوماتهم واتجاهاتهم وممارستهم فيما يتعلق بالصحة النفسية، ومعنى آخر فإن التربية الصحية هي عملية ترجمة الحقائق الصحية والمعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع ويتم ذلك باستخدام الاساليب التربوية الحديثة.

4- منهج الإسلام في تحقيق الصحة النفسية:

يتبع الإسلام في تربية الإنسان حسب (وليد بن سالم القريشي، 2013: 42) منهاجا تربويا هادفا يحقق التوازن بين الجانبين المادي والروحي في شخصية الإنسان ويتضمن ثلاث أساليب من التربية:

أولا: أسلوب تقوية الجانب الروحي

ونجد فيه:

أ- الإيمان بالله وتوحيده وعبادته:

قال الله تعالى: ﴿الذين آمنوا ولم يلبسوا إيمانهم بظلم أولئك لهم الأمن وهم

مهتدون﴾ (الانعام، 82)

الإيمان بالله تعالى يجعل الإنسان في حالة طمأنينة وأمن نفسي.

ب- التقوى: الإنسان الذي يخشى الله، يتعدى عن ارتكاب المعاصي ويلتزم بكل ما أمره.

ت- العبادات:

ورد في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 43) أن القيام بالعبادات المختلفة من صلاة وصيام، وزكاة، وحج، إنما يعمل على تربية شخصية الإنسان، وتركية نفسه، وتعليمه كثيرا من الخصال الحميدة المفيدة التي تعينه على تحمل أعباء الحياة، والتي تساعد على تكوين الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية.

فالقيام بهذه العبادات المختلفة يعلم الإنسان الصبر وتحمل المشاق، ومجاهدة النفس والتحكم في أهوائها، وقوة الإرادة وصلابة العزيمة، وتحمل المشاق، ومجاهدة النفس والتحكم في أهوائها، وقوة

الإرادة وصلابة العزيمة، وحب الناس والإحسان إليهم، وينمي روح المشاركة الاجتماعية والتعاون والتكافل الاجتماعي.

ثانياً: أسلوب السيطرة على الجانب البدني في الإنسان

أ- السيطرة على الدوافع: وتتم وفق تنظيمين

التنظيم الأول: وهو إشباع الدوافع عن طريق الحلال كإشباع الدافع الجنسي عن طريق الزواج، وتحريم إشباعه عن طريق الزنا. قال الله تعالى في سورة النور الآية 33: "وليستعفف الذين لا يجدون نكاحاً حتى يغنيهم الله من فضله" صدق الله العظيم

التنظيم الثاني: عدم الإسراف في إشباع الدافع لما في ذلك من أضرار بالصحة النفسية والبدنية.

إذن هنا الإسلام يدعو إلى السيطرة على الدوافع والتحكم فيها دون كبتها، وإنما ضرورة إشباعها والتحكم فيها مع الحرص على التوجيه السليم.

ب- السيطرة على الانفعالات:

يحث القرآن الكريم الناس على السيطرة على انفعالاتهم والتحكم فيها.

ثالثاً: أسلوب تعليم الخصال الضرورية للصحة النفسية

ونجد فيها:

1- الشعور بالأمن النفسي:

بالعودة إلى السيرة النبوية نجد كثير من المواقف دعوة رسول الله صلى الله عليه وسلم لأصحابه

إلى التقوى والإيمان بالله تعالى حتى ينالوا المغفرة والثواب.

فعن سلمة بن عبيد الله بن محصن الخظمي، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " من أصبح منكم آمناً في سربه، معافى في جسده عنده قوت يومه، فكأنما حيزت له الدنيا" رواه بخاري في "الأدب المفرد".

ففي هذا الحديث حسب (وليد بن سالم القريشي، 2013: 44) أشار الرسول صلى الله عليه وسلم إلى ثلاث أسباب رئيسية للسعادة وهي: الشعور بالأمن في الجماعة، صحة الجسم والحصول على القوة

2- الاعتماد على النفس:

جاء في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 44) كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يبحث أصحابه على الاعتماد على النفس في الكسب، والحصول على الرزق، وينهاهم عن سؤال الناس. فعن أبي هريرة قال: سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول: "لأن يغدوا أحدكم فيحطب على ظهره، فيتصدق به ويستغني به من الناس، خير له من أن يسأل رجلاً أعطاه أو منعه ذلك، فإن اليد العليا أفضل من اليد السفلى، وابدأ بمن تعول" متفق عليه.

3- الثقة بالنفس:

المطلع على السيرة النبوية يجد عدة مواقف لرسول الله صلى الله عليه وسلم عزز فيها الثقة بالنفس للصحابة وحثهم على الاعتزاز بالنفس.

فعن ابن عمر قال: "إن ابنة كانت تسمى عاصية، فسماها رسول الله صلى الله عليه وسلم جميلة". وعن أسامة لابن أخدر بأن رجلاً يسمى أصرم كان في نفر الذين أتوا رسول الله صلى الله عليه وسلم فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ما اسمك؟ قال: أصرم قال: بل أنت زرعة"

هذا وقد جاء في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 45) أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قد غير اسم شهاب فسماه هاشما، وسمى حربا سلما وسمى المضطجع المنبعث، كما غير كذلك أسماء العاص، وشيطان، وغراب، وغير ذلك من الأسماء غير الحسنة، فاستبدلها بأسماء حسنة .

4- الشعور بالمسؤولية:

حسب ما جاء في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 45) أن الرسول صلى الله عليه وسلم عني بتربية أصحابه على الشعور بالمسؤولية.

فعن ابن عمر أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته، فالإمام الذي على الناس راع وهو مسئول عن رعيته، والرجل راع على أهل بيته وهو مسئول عن رعيته، والمرأة راعية على أهل بيت زوجها وهي مسئولة عنهم، وعبد الرجل راع على مال سيده وهو مسئول عنه، ألا كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته"

5- تأكيد الذات والاستقلال في الرأي:

إن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان حريصا على الصحابة أن يكون لديهم استقلالية في آرائهم وأعمالهم، وقد جاء في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 45) عن حذيفة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "لا يكن أحدكم إمعة، يقول أنا مع الناس، إن أحسن الناس أحسنت، وإن أسأؤوا أسأت ولكن وطنوا أنفسكم وإن أحسن الناس أن تحسنوا، وإن أسأؤوا تجنبوا إساءتهم".

6- القناعة والرضا بالقضاء والقدر:

قناعة الفرد ورضاه بما رزقه الله وقدر عليه، عاملان مهمان في شعور الفرد بالراحة، وقد ورد في (وليد بن سالم القريشي، 2013: 45) عن أبي هريرة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "ليس الغني عن كثرة العرض، ولكن الغني غني النفس" صدق رسول الله.

7- الصبر:

قال الله تعالى: ﴿وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ لِأَنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ﴾ سورة البقرة الآية 45.

فالصبر خصلة نبيلة لا بد على الفرد أن يتحلى بها ضمانا لصحته النفسية، ففي الحياة صعوبات لا بد من الصبر لتجاوزها وتقليل من أثرها .

8- أداء العمل بفعالية وإتقان:

إن ممارسة أي عمل هو إثبات لوجود الفرد وفعاليته في المجتمع، ليس هذا فحسب بل وكذا إتقان ما يقوم به، وكان رسول الله صلى الله عليه وسلم يحث أصحابه على إتقان ما يقومون به من أعمال.

فحسب ما ذكر في (وليد بن سالم القرشي، 2013: 46) عن عائشة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه".

9- العناية بصحة الجسم:

جاء في (وليد بن سالم القرشي، 2013: 47) أن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان يحث أصحابه على العناية بصحة أجسامهم وبقوتها حتى يكونوا قادرين على تحمل مسؤوليات الجهاد في سبيل نشر الدعوة الإسلامية، فعن أبي هريرة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف".

فمنهج الإسلام متكامل جمع ما بين تقوية الجانب الروحي والبدني وكذا تعليم الخصال الضرورية للصحة النفسية المهمة للفرد.

إذن من خلال عرض حيثيات هذا الفصل، يتضح أهمية مرحلة الشباب وضرورة التكفل بهم واحتوائهم نظرا لما يميز هذه المرحلة من خصائص حتى نضمن سلامة صحتهم النفسية وتستثمر طاقتهم حتى يكونوا فاعلين في المجتمع.

الفصل الرابع: الاعتماد على المخدرات

- 1- المفاهيم المرتبطة بالمخدرات.
 - 2- تصنيف المخدرات.
 - 3- تأثير المخدرات على الوظائف النفسية للفرد.
 - 4- عوامل وأسباب الاعتماد على المخدرات.
 - 5- التكفل بالمعتمد على المخدرات:
- 1-5 الوقاية
- 2-5 العلاج

سوف نتناول في هذا الفصل مختلف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات، وتصنيفاتها مع التوقف المفصل عند تأثيرها على مختلف الوظائف النفسية للفرد، لنعرج على مختلف العوامل والأسباب وراء الإدمان، ليختتم الفصل بالتكفل الذي نتناوله في شقيه الوقائي والعلاجي.

1- المفاهيم المرتبطة بالمخدرات:

سوف نتطرق فيما يلي لمختلف المصطلحات المهمة المتعامل بها في ميدان الحديث العلمي عن المخدرات:

الإدمان:

عرف الإدمان في (حامد عبد السلام زهران، 2003: 454) على أنه اعتماد فسيولوجي نفسي، وإعتياد، واستخدام قهري، تعاطي متكرر لعقار طبيعي أو مركب، يؤثر على الجهاز العصبي (تنشيطاً أو تثبيطاً)، تهدئة أو تسكيناً أو تخديراً أو تغييباً، أو تنبيهاً أو تنويماً، وإذا منع أدى إلى أعراض منع نفسية وجسمية.

وحالة الإدمان تتصف بما يلي:

- وجود رغبة قهرية ملحة في الإستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه بأي وسيلة.

- زيادة الجرعة المستخدمة بصورة مطردة.

- الإعتقاد النفسي والجسمي على العقار.

- ظهور آثار ضارة على الفرد المدمن والأسرة والمجتمع.

أما منظمة الصحة العالمية حسب (رمضان محمد القذافي، 1998: 209) تعرف الإدمان على أنه: حالة من التخدير أو التسمم بالمخدرات سواء كان ذلك بشكل مؤقت أو مزمن، وهي تنتج عن تعاطي المتكرر للمادة المخدرة، وتتميز بما يلي:

1- شدة الرغبة والإلحاح في طلب الحصول على المخدر مع الإستمرار في تعاطيه.

2- الميل إلى زيادة الجرعة بشكل تدريجي.

3- حدوث أضرار للمتعاطي والمجتمع على السواء بسبب تعاطي المخدرات.

كما يعرف الإدمان على أنه مرض نفسي حسب (عادل صادق، 2010: 13) حيث يؤثر على الوظائف النفسية المختلفة مثل: التفكير، العاطفة والإدراك والسلوك كما يؤثر على درجة الوعي والإنتباه واليقظة والتناسق الحركي والتوازن.

- المخدرات:

تعرف حسب (يوسف أبو الحجاج، 2011: 11) على أنها مجموعة العقاقير التي تؤثر في النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها، إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه أو بما تؤدي إليه من هلوسة وتخيلات وهي في كل الأحوال تؤدي بإعتيادها إلى حالة من التعود الملزم والإدمان تضر بالصحة، وتؤدي إلى مشكلات إجتماعية متعددة وضارة تنعكس آثارها على الفرد والأسرة والمجتمع.

ورد تعريف المخدر في (عفاف عبد المنعم، 2003: 190) حسب منظمة الصحة العالمية كما يلي: "أي مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من الوظائف الحيوية".

كما نجد تعريف آخر ورد في (مریم إبراهيم حنا، 2000 : 198) لعلی أن المخدرات هي كل مادة من أصل طبيعي أو إصطناعي تتفاعل مع المخ فتحدث تغيرات في سلوك متعاطيها وتؤثر في الجهاز العصبي المركزي سواء كانت قانونية يمكن تداولها وتعاطيها تحت إشراف طبي أو غير قانونية ومحرمة قانونا وشرعا.

وفي هذا المقام نقول بأن للمخدرات تعريفان:

*التعريف العلمي: أورد(مصطفى عبد الباقي عبد المعطي، 2003: 113) أن المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة (Norcotic) المشتقة من الإغريقية (Norkosis) التي تعني يخذر أو يجعل مخدرا ولذلك لا تعتبر المنشطات وعقاقير الهلوسة مخدرة وفق التعريف العلمي بينما يمكننا اعتبار الخمر من المخدرات.

* التعريف القانوني:

ورد في (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2004: 3)، قانون رقم 04-18 مؤرخ في ذي القعدة عام 1425 هجري الموافق ل 25-12-2004، يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها. الفصل الأول - أحكام عامة.

المادة 2: يقصد في مفهوم هذا القانون بما يأتي:

المخدر: كل مادة طبيعية كانت أم اصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972.

الاعتماد:

ويتضمن نوعين حسب (محمد أحمد مشاقيه، 2007 : 24) هما: الاعتماد النفسي والاعتماد الجسدي.

***الاعتماد النفسي :** ويتعلق بالمشاعر والأحاسيس، ولا علاقة له بالجسد، ويعني تعود الفرد على تناول عقار ما لما يسببه هذا العقار من الشعور بالارتياح و الإشباع للحاجات النفسية، والفكرية، والعاطفية، حيث يشعر الفرد بأنّ تعاطي العقار سيجعله أحسن حالا، و يضعف مشاعر القلق والتوتر والرغبة لديه، وباختصار فإنّ الفرد يتعاطى العقار من أجل الإبقاء على الراحة النفسية ويصبح هذا العقار ضروريا للفرد لأنّه يولد لديه خبرة حسنة كما سيؤدي للراحة النفسية، وإنّ الانقطاع المفاجئ عن هذا العقار سيؤدي إلى انعدامها.

كما أنّ رغبة المتعاطي في زيادة الجرعة و تكرارها لا يؤدي إلى آثار جسدية بالغة عند التوقف عن العقار، مثل الإسهال والقيء الذي يحدث عند التوقف عن الأفيون أو مشتقاته، أو الصرع الذي ينتج عند توقف عن الباربيتورات أو الكحول للمدمنين عليها، ومن أمثلة المواد المسببة للاعتماد النفسي نجد :

الكافيين الموجودة في القهوة و الشاي، تليها مادة القاتين الموجودة في القات، ويلي ذلك مادة تتراهيدوكانيبول الموجودة في الحشيش، ثم بعد ذلك النيكوتين الموجودة في التبغ.

***الاعتماد الجسدي :** هو حالة تصبح فيها المادة المخدرة ضرورية لاستمرار وظائف الجسم بشكل عادي، و يعرف (حسين فايد، 2006: 46) الإعتماد الجسمي بكونه حالة تنشيطية جسمية تأتي عن طريق الإستخدام المتكرر للعقار، وينتج عنها الأعراض الفسيولوجية للإنسحاب.

إذن يتضح لنا أن بين الاعتماد النفسي والعضوي أو الجسدي علاقة وطيدة ولكل واحد أثره وقوته على الآخر، وعلى الفرد المستعمل للمادة المخدرة في حد ذاته.

وقد ورد الاعتماد في الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994 ضمن الاضطرابات المتعلقة بالمواد والتي تُقسم إلى مجموعتين: اضطرابات استخدام المواد (الاعتماد على المواد وسوء استخدام المواد) والاضطرابات المحدثة بالمواد (DSM4,1994:105) ويعرف على أنه نمط من سوء التكيف في استخدام مادة، يؤدي إلى اختلال أو اضطراب، كما يظهر بوجود ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية، وهو يحدث في أي وقت في فترة 12 شهراً متواصلة:

1 التحمل، كما يحدّد بواحد مما يلي:

أ- حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ تأثير مرغوب.

ب- تأثير متضائل بصورة واضحة مع الاستخدام المتواصل لنفس المقدار من المادة.

2 الامتناع، كما يظهر بواحد مما يلي:

أ- متلازمة الامتناع المميّزة لمادة

ب- تناول نفس المادة (أو مادة تشبهها) لتخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.

3 غالباً ما تؤخذ المادة بمقادير أكبر أو لفترة أطول مما كان.

4 هناك رغبة متواصلة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المادة.

5 يبدل كثير من الوقت في نشاطات للحصول على المادة (مثل زيارة العديد من الأطباء أو التنقل لمسافات طويلة)، أو في استخدام المادة (مثل التدخين بلا انقطاع).

6 الابتعاد عن النشاطات الاجتماعية ، المهنية ، أو المسلية بسبب استخدام المادة.

7 استخدام المادة يتواصل رغم العلم بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستديمة ، وهي مشكلة يُرجَّح أن المادة سببها أو تفاقمها (الاستمرار في استخدام الكوكائين رغم العلم بأنه يسبب اكتئاباً ، أو الاستمرار في شرب الكحول رغم المعرفة بأن القرحة تزداد سوءاً بتناوله).

كما يمكن تحديد طبيعة الاعتماد إذا كان: أعراض وجود التحمّل أو الامتناع (أي وجود إما البند 1 أو البند 2) هذا يعني اعتماد فيزيولوجي، أما إذا لم توجد أعراض التحمل أو الامتناع (أي لا وجود للبند 1 أو البند 2) يعني اعتماد نفسي.

-التعاطي:

عرف التعاطي في (محمد أحمد مشافيه، 2007: 21) على أنه تناول غير مشروع للمخدرات بطريقة غير منتظمة وغير دورية ويتعاطاها الأفراد من أجل إحداث تغيير في المزاج أو في الحالة العقلية ولكنه لا يصل إلى حد الإعتماد التام عليها.

ويعرف الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية التعاطي بحدوث سوء تكيف ناتج عن تعاطي المخدرات يقود إلى تشويش إكلينيكي يظهر من خلال واحدة وأكثر من المعايير التالية لمدة إثني عشر شهر متتالية وهذه المعايير هي:

- الفشل في الإنجاز العمل أو المدرسة بسبب تعاطي المخدرات

- التعاطي في بعض المواقف الاجتماعية أو بالصدفة.

- دخول السجن أو الاعتقال بسبب تعاطي المخدرات.

- حدوث مشاكل عائلية أو شخصية بسبب تعاطي المخدرات، والتعاطي لا يصل إلى مستوى الإدمان.

- سوء الاستخدام:

عرف سوء الاستخدام في (سامر جميل رضوان، 2009 : 458) على أنه عبارة عن إستخدام غير صحيح أو غير مناسب، أي الاستمرار بتناول مادة ما على الرغم من معرفة الشخص المعني بالعواقب الوخيمة والضارة لهذه المواد، فسوء الإستخدام عبارة عن الصورة السابقة للإدمان.

- تحمل العقار:

ويقصد به حسب ما جاء في (أحمد إبراهيم الباسوسي ، 2007 : 21) على أنه تغيير غصوي فيزيولوجي يتجه نحو زيادة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل.

- التحمل :

ورد في (عفاف محمد عبد المنعم، 2003 : 38) أن التحمل هو تغيير فيزيولوجي يتجه نحو جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل.

إذن من خلال التطرق الى مختلف المفاهيم المرتبطة بالمخدرات، يمكننا القول بأن ضبط المفاهيم يزيل كثير من الإبهام واللبس ويضفي دقة سواء بالنسبة للباحث أو للمطلع على العمل البحثي.

2- تصنيف المخدرات:

المعيار المعتمد عليه في تصنيف المخدرات كان سببا في اختلاف الباحثين في تصنيف هذه الأخيرة إلا أننا سوف نتطرق فيما يلي لأشهر التصنيفات.

جاء في (يوسف أبو الحجاج، 2011: 13) أن المخدرات تصنف إلى:

أولا: تصنيف المخدرات حسب منشئها أو مصدر الحصول عليها وهي ثلاثة أنواع:

1 مخدرات طبيعية: وهي المواد المخدرة التي من أصل نباتي.

2 مخدرات نصف تصنيعية: وهي المواد المخدرة التي لها أصل نباتي عولجت كيميائيا.

3 مخدرات تصنيعية أو تخليقية أو مشيدة: وهي المواد المخدرة الناتجة عن النفاعلات الكيميائية.

ثانيا: تصنف المخدرات حسب تأثيرها على الجهاز العصبي وهي ثلاث أنواع جاء ذكرها في (يوسف أبو الحجاج، 2011: 14) كما يلي:

1- مخدرات مهبطة أو مثبطة: وهي المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي بالتثبيط أو التثبيط والتسكين وينتج عنها بطء ونقص وظائف الجسم وقلّة التنفس وإنخفاض ضغط الدم.

2- مخدرات منشطة أو منبهة: وهي المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي بالتثبيط أو التنشيط، وينتج عنها الشد العضلي وزيادة الحركة والسهر وإرتفاع ضغط الدم وإزدياد معدل التنفس.

3- مخدرات مهلوسة: وهي المواد التي تؤثر في الجهاز العصبي بالهلوس السمعية والبصرية وإختلال الحواس والإلنفعالات وضعف الإدراك.

3- تأثير المخدرات على الوظائف النفسية للفرد:

بتعدد أنواع المخدرات تتعدد تأثيراتها وفيما يلي سنذكر بالتفصيل التأثيرات على الوظائف النفسية للفرد:

أ - الكحول:

تشير الدراسات التاريخية حسب (حسين فايد، 2006: 62) إلى أن الكحوليات من أقدم المواد النفسية التي تعاطاها الإنسان، وأساء إستخدامها في تاريخ البشرية.

أما منظمة الصحة العالمية عرفت مدمن الكحول حسب (محمد وهي، 1990: 54) على الصورة التالية:

" مدمن الكحول هو الشخص الذي يتعاطا الكحول بصورة تكرارية، شريطة أن يؤدي هذا التكرار إلى إختلال في مناحي حياته الثلاثة: صحته الجسمية، عمله، وروابطه الأسرية أو العائلية".

وهذا التعريف أولى اهتماما بالنواحي الوظيفية والعملية من الأمور، مهملا النواحي الطبية، والأسباب الدافعة للقيام بهذا السلوك على خلاف دنزين 1987 الذي يعرف الكحول في (حسين فايد، 2006: 69) بأنه: "مرض أو علة تراكمية مزمنة وهو مرض للذات، وشعور إنفعالي يمس جزء كبير من حياة المدمن، ويعتمد المدمنون على عقار الكحول لأنه يريحهم من الألم النفسي والجسمي، وهم يشربونه من أجل قتل الألم، وهذا الإعتماد يسبب مشاكل في كل مجال من حياة المدمن".

ويصف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع التسمم الكحولي كما يلي:

أ- تناول الحديث للكحول (لا يوجد دليل يومي بأن الكمية المتعاطاة غير كافية لإحداث التسمم لدى معظم الناس).

ب- التغييرات السلوكية اللاتوافقية مثل إثارة الدوافع العدوانية والجنسية، وتغير في المزاج، وعجز في الحكم وعجز في عملية التوافق المهني أو الاجتماعي.

ج- توجد على الأقل إحدى العلامات الآتية:

تلعثم اللسان، عدم التأزر، إنحناء القامة، الرأأة، الخذار أو السبات أو الغيبوبة، ضعف الذاكرة والانتباه.

د- لا يرجع سبب هذه الأعراض إلى أي اضطراب جسدي أو عقلي آخر.

وفي هذا المقام لا بد من الإشارة إلى نوعين من الكحول:

النوع الأول: الكحول الإيثيلي وهو موجود في المشروبات الكحولية جميعا.

النوع الثاني: المستانول وهو نوع شديد السمية إذا تعاطاه شخص على سبيل الخطأ أو الجهل وقد يؤدي به إلى العمى وأحيانا إلى الموت.

وللكحول عدة تأثيرات على الوظائف النفسية المختلفة:

الذكاء العام: تشير الدراسات الميدانية المتعددة حسب (مصطفى سويف، 1996: 103)

التي أجريت على مئات من شاربي الكحوليات الذين أمضوا سنوات عديدة في الشراب إلى أنهم لا يختلفون في متوسط الذكاء العام لديهم، عما هو سائد بين غير الشاربين (ما يسمى بالمجموعة الضابطة) وهته الدراسة استخدم فيها مقياس وكسلر لذكاء الراشدين.

ولقد لوحظ بأن الدرجات المنخفضة كانت في المقاييس الفرعية المتمثلة في:

تصميم المكعبات وتجميع الأشياء، ورموز الأرقام، وقدم تفسيرين لذلك:

أولاً: الشاربون يعانون من إضطرابات عضوية في الشق الأيمن من المخ.

ثانياً: عجز الشارين يتمثل في أنهم عندما يتقدمون لحل إحدى المشكلات المعقدة يتقدمون في تخط، ودون أن يكونوا لأنفسهم خطة نظامية تقود خطاهم في بلوغ الحل.

الإستدلال المجرد:

هنالك عدة دراسات سيكومترية حسب (مصطفى سويف، 1996: 104) أجريت على أعداد كبيرة من الكحوليين المدمنين بإستخدام إختبارات نفسية لقياس كفاءة عمليات التفكير الإستدلالي المجرد، ومن أهم هذه الإختبارات:

مقياس قدرة التصنيف (المقرون باسم هلستيد)

مقياس وسكنسن لتصنيف البطاقات.

وقد أسفرت النتائج على أن أداء الكحوليين المدمنين يكون منخفض الكفاءة إذا قورن بأداء الأشخاص الأسوياء (غير الكحوليين) المكافئين في العمر وفي مستوى التعليم.

والانخفاض كان واضحاً على الإختبارات الأدائية (غير اللفظية)، كما أن تقدم العمر وزيادة كثافة الشرب، وطول المدة التي تمارس فيها هذا الشرب المكثف كلها عوامل تساهم في انخفاض الأداء.

وقد درس هولنجورث آثار الكحول على أوجه النشاط العقلي حسب (عفاف عبد المنعم، 2003: 345)، وقد وجد أنه لم يحدث أي تسهيل في الأداء بتعاطي كميات مختلفة من الكحول، وقد طبق ستة إختبارات لوظائف عقلية أثناء فترة العمل التي إستغلت أكثر من ثلاث ساعات صباحا، وستة إختبارات أخرى طبقت بعد تعاطي الخمر بعد الظهر.

- قوة إدراك العلاقات المكانية وتحقيق التأزر الحركي البصري المناسب:

الدراسات التي أجريت حسب (مصطفى سويف، 1996: 105) تشير إلى أن الكحوليين المدمنين يعانون إنخفاض كفاءة الأداء إذا كانت المهام المطلوبة منهم القيام بها بصرية بطبيعتها وتقتضي عملية مسح شامل للمجال البصري.

وقد إستعان الباحثون بإختبارات تمثلت في:

إختبار التوصيل بين الدوائر.

إختبار رموز الأرقام (إختبار فرعي لإختبار وكسلر للذكاء)

إختبار بوستن للأشكال الدفينة ويفسر بعض الباحثين بأن السبب عضوي ويوجد إما في الفص الجبهي أو في الشق الأيمن للمخ.

-التعلم والذاكرة:

استخدمت عدة إختبارات لقياس هاته القدرات لدى مدمني الكحول نذكر منها:

-إختبار أرقام الرموز.

- إختبار إقتران الصورة بالإسم.

- إختبار الكلمات الأربع لقياس الذاكرة قصيرة المدى.

وقد طبقت هاته الإختبارات على المدمنين على الكحول بعدما أجريت عملية تطهير للجسم من سموم الكحول.

وقد أسفرت المعاناة الحقيقية للأشخاص المدمنين على الكحول، وما هو جدير بالذكر بأن الدراسات التي أجريت على آثار الكحول هي كثيرة جدا وهذا ما يعكس مدى انتشار شرب الكحوليات.

ب الأفيون:

تشير بعض المراجع حسب (مصطفى سويف، 1996: 35) إلى أن الإستخدام الطبي للأفيون عرف منذ ما يقرب من سبعة آلاف سنة قبل الميلاد .

ويتم الحصول على الأفيون من الثمار غير الناضجة لشجرة الخشخاش حسب (عفاف عبد المنعم، 2003: 53)، أي زهرة النوم وطريقة الحصول عليه تتلخص في احداث خدوش في الثمار غير الناضجة فيخرج منها السائل الأبيض الذي يتحول بعد ذلك إلى مادة منية مطاطة هي الأفيون.

أما الآثار الدائمة لإدمان الأفيون على شخصية المدمن حددها بريشركماني (عفاف عبد المنعم، 2003: 54) كما يلي:

- 1 - التوتر الشديد والعصابية والحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيرا.
- 2- عدم القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة، وعدم التوافق مع أفراد المجتمع.
- 3- عدم الإكتراث لمشاعر الآخرين والإنحلال الخلقي.

4 - ضعف الإنتاج وعدم القدرة على العمل.

5- يصبح المدمن غير عابئ بما يدور حوله من أمور وتسيطر عليه اللامبالاة وقد ينتهي إدمان الأفيون بصاحبه إلى المرض العقلي.

ت- القنب:

يستعمل القنب في عدة إستخدامات حسب (مصطفى سويف، 1996: 38)، فقد صنعت من أليافه أحبال وأنواع من الأقمشة المتينة، كما وصفه الأطباء لعلاج أدوية بعينها، وللتغلب على الجوع والعطش، وكذلك إستعمل لأغراض ترويحية.

يستخرج الحشيش و المارجوانا من نبات واحد وهو نبات القنب، فالمارجوانا هي أوراق القنب الجافة، بينما الحشيش هو السائل المجفف للنبات الذي يصنع بأشكال مختلفة.

يؤدي استخدام الحشيش إلى عدة آثار نفسية، فالجرعة المبدئية منه تؤدي إلى الشعور باللذة، وحسن الحال، فيكثر الكلام، وتزداد القدرة الحركية، ويستشعر المتعاطي صفاء الذهن، ويعتقد بوضوح أفكاره، بينما في الواقع يقل التركيز والانتباه، كما يؤثر الحشيش على عمليات الإدراك فيختل إدراك الأشياء المرئية، ويختل الإحساس بالوقت ويحدث ما يسمى بإتساع الوقت، حيث يشعر الفرد ببطء الزمن، وتمر عليه الدقائق كأنها ساعة، كما يتسبب الحشيش في إضطراب العمليات المعرفية مثل القدرة على تمييز الألوان، وزمن الرجوع البصري، كما يحدث إضطراب الواقع وإضطراب الآنية، وقد يصل الأمر إلى حدوث الهلاوس السمعية والبصرية .

ويؤدي الإستخدام المزمن للحشيش إلى بعض الأعراض الذهانية، كالتفكير السحري، وزيادة الشك والحساسية، وقد تظهر ضلالات الإضطهاد مع مظاهر مشاعر الإكتئاب كالإحساس بالعجز، وقلة القيمة والحزن العام.

وعندما تحدث هذه المشاعر يوضح (مصطفى سويف، 1996: 117) يميل المتعاطون إلى سوء استخدام عقاقير أخرى من شأنها أن تزيل أعراض القلق والإكتئاب مثل: الهيروين والأمفيتامين.

وبخصوص الوظائف النفسية التي تختل جراء تعاطي القنب بصفة عامة نذكرها على النحو التالي:

دقة الإدراك:

ومن أهم الاختبارات التي تستخدم في هذا الصدد اختبارات تقوم على المضاهاة البصرية بين عدة أشكال مرسومة على الورق تحتوي على عدد من التفاصيل الشكلية الدقيقة، على أن تتم المضاهاة في فترة زمنية محددة.

دقة الإدراك المصحوب بأداء يعتمد على التأزر البصري الحركي: وتستخدم لهذا الغرض إختبارات تقتضي من الشخص الذي يتناوله الفحص أن ينسخ بقلم الرصاص شكلا هندسيا بسيطا مرسوم أمامه على الورقة ولا يشترط في هذه الحالة سرعة الأداء.

سرعة الحركة البسيطة: وتستخدم لإختبار هذه الوظيفة إختبارات تتطلب أداء حركيا شديد البساطة بأعلى سرعة ممكنة.

سرعة الأداء الحركي في إطار مجال بصري معقد: كأن يقتضي الأداء عملية تحليل لحدود بعض المنبهات البصرية مع قدرة على الإستجابة الحركية السريعة.

الذاكرة قصيرة المدى:

ويستخدم هذا الاصطلاح للإشارة إلى عملية تذكر لمنبه ما بعد توسط تنبيه آخر بين المنبه الأصلي وصدور الإستجابة المطلوبة، على أن يتم هذا كله في فترة زمنية محدودة (تتراوح بين ثواني وثلاثين دقيقة).

تقدير الأطوال المحدودة:

ومن الآثار طويلة الأمد لتعاطي القنب إحتلال هذه الوظيفة، ويكون الإحتلال في الإتجاه إلى زيادة تقدير الطول بين حقيقته الموضوعية.

تقدير المدة الزمنية المحدودة:

ويكشف الإحتلال على نفسه في أن المتعاطين يخطئون أخطاء أكبر في حجمها (سواء بالزيادة أو بالنقصان عن حقيقة المدة الزمنية الموضوعية) في الأخطاء التي تقع فيها الأشخاص العاديون من غير المتعاطين.

وفي هذا الصدد لا بد من التنويه إلى رأي هيئة الصحة العالمية حسب ما ذكر في (مصطفى سويف، 1996: 123) وقد عبر عنه ممثلها في " الندوة الدولية الثانية" التي نظمتها في باريس الأكاديمية الطبية القومية في الفترة من 8-9 أبريل 1992، قال ممثل الهيئة تحت عنوان " القنب وجهة نظر هيئة الصحة العالمية" ما يأتي:

"تأسيسا على المناقشات التي أدارتها جماعات علمية اجتمعت باسم منظمة الصحة العالمية، وعلى المعاهدات الدولية التي تناول التحكم في تعاطي المواد النفسية، وعلى قرارات المجلس الإقتصادي والإقتصادي للأمم المتحدة، فإن المنظمة ترى أن للقنب أضرار حادة (مباشرة) وأخرى مزمنة (طويلة البقاء) على صحة الإنسان.

ولقد أثير في دراسة للمركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية من سنة (1957-1982) التي موضوعها: "دراسة تعاطي الحشيش في مصر 1957-1982 ، عدة إشكاليات نذكر منها:

معرفة ما إذا هناك آثار دائمة أو مزمنة لتعاطي الحشيش وإذا كانت كذلك ينتهي بتعاطيه إلى الإدمان.

وباستعمال عدة اختبارات نفسية أفرزت النتائج كما وردت في (عفاف عبد المنعم، 2003 :121) المتعلقة بالوظائف الإدراكية ما يلي:

إن إدراك الفترات الزمنية يختل في اتجاه البطء وإدراك المسافة المكانية يختل في اتجاه زيادة الطول وإدراك الأحجام يختل في اتجاه التضخيم ويزداد الإبهام بالنسبة لإدراك الخطوط. فالإختلال في هذه الوظائف إذن وحيد الإتجاه غالباً.

أما فيما يتعلق بإدراك الألوان ووضوح الأصوات وإرتفاعها فهذه الإختلالات جميعاً مؤقتة بحيث تزول في اليوم التالي للتعاطي.

اضطرابات في التذكر.

اضطرابات في التفكير يتمثل في سرعة التنقل من فكرة إلى أخرى أثناء التخدير، وعدم التركيز وعدم القدرة على حل المشكلات ووفرة وسرعة توارد الأفكار دون إتجاه محدد.

ث-الكوكايين:

إن الكوكايين يستخلص من نبات الكوكا حسب (مصطفى سويف، 1996: 44). وقد عرف هذا النبات في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي سنة، ويعد الكوكايين

عقار منبه للجهاز العصبي، كما أنه قادر على إثارة الشعور بالنشوة والغبطة، كما أنه يحدث حالات من الهلوسة، وبما أن الكوكايين لا يؤدي إلى الاعتماد الجسماني ويقتصر مظهره على آثار الإدمان النفسي فإن متعاطيه يشعر بتميز هذا العقار عن غيره من المخدرات ويدافع عن حقه في تعاطيه وحتى التعود عليه.

أما عن آثار الكوكايين على الوظائف النفسية، فقد أشارت البحوث الإكلينيكية حسب (محمد وهي، 1990: 96) إلى احتمال إصابة متعاطي الكوكايين بإضطراب آخر يعطي الأمد طويل هو إضطراب "عطب الإنتباه" ويتميز هذا الإضطراب بعجز الشخص عن متابعة معظم النشاطات التي يبدأها، فهو ينتقل من نشاط إلى آخر ومنه إلى ثالث دون أن يكمل أيًا منها، وكأنه يفقد الإهتمام بأي نشاط بعد أن يبدأه بقليل، وكأنه يعجز عن مقاومة عوامل التشتيت التي تحيط به أثناء إقباله على أي نشاط جديد.

ج-القات:

القات شجرة دائمة الخضرة، تنمو في عدد من البلدان الإفريقية والعربية مثل: أثيوبيا، الصومال ، واليمن، إن القاتين يعتبر أهم تركيب قلوي في القات حسب (مصطفى سويف، 1999: 124) ، وإليه تعود آثار التنبيه العصبي، فهو يشبه الكوكايين، إذ يحدث بعض الخدر والتنميل في الجسم، ويشبه الأدرنالين في بعض آثاره، فهو يضيق الأوعية الدموية المحيطية مما يؤدي إلى إرتفاع في ضغط الدم الشرياني.

تعاطي أوراق القات عادة شائعة جدا جنوب البحر الأحمر حسب (محمد وهي، 1990: 130)، وبوجه خاص في اليمن، إذ لا يعد إنتشاره ظاهرة وبائية إدمانية فهو أقرب إلى ظاهرة إجتماعية مما جعل كل المحاولات لإيقاف إنتشار القات تبوء بالفشل.

أما بخصوص التأثيرات النفسية، لم تتوفر دراسات كافية في هذا الصدد حسب (مصطفى سوييف، 1999: 47)، سوى أن القات يسبب الأرق الطويل ويتوافق الأرق مع موجات من الأفكار السوداوية ومن الحزن الشديد ومن حدة المزاج.

ح- المهلوسات:

إن مصطلح المهلوسات يستخدم للإشارة إلى مجموعة من المواد النفسية التي تثير عند من يتناولها بعض المهلوسات حسب (محمد وهي، 1990: 132) دون أن يصحبها هذيان، أو تخميد أو تنبيه كتأثير بارز.

وتتضمن فئة المهلوسات عددا من من المواد النفسية ذات التراكيب الكيميائية المختلفة وسوف نركز على (ل. س. د) بإعتباره أقوى المهلوسات المعروفة.

وعن الآثار المباشرة للتعاطي حسب (مصطفى سوييف، 1999: 49) بعضها عضوي كالذوخة، والضعف، والإرتعاش، وبعضها نفسي كالتغيير في الحالة المزاجية، وتغير إدراك الزمن، وبعض مشاعر نشوة الشخصية، وقد يصحب ذلك تأرجح ملحوظ في الحالة الإنفعالية، كذلك لوحظ إنخفاض مستويات الأداء على إختبارات تركيز الإنتباه.

ج- الباربيتورات:

جاء في (مصطفى سوييف، 1999: 126) أن هذه المجموعة تندرج ضمن المواد النفسية تحت فئة "المخمدات المنومة" علما أن الفرق بين المادة المنومة والمادة المخمدة هو مجرد فرق في الدرجة.

والباربيتورات تبدو بشكل مسحوق أبيض أو أصفر اللون عديم الرائحة وذو طعم مر.

وللدبريتورات إستخدام طبي، حيث يصفها الأطباء لمرضاهم لمعالجة الأرق، القلق، وكذلك مضادات الصرع، وقبل التحضير العام في العمليات الجراحية، كما يصفها الأطباء لعلاج الصرع وخفض القابلية للإستثارة.

أما عن آثار هذه المواد النفسية، يذكر أحمد عكاشة (1986) في (حسين فايد، 2006: 89) أن زيادة الجرعة إلى 0.8 غ يوميا يسبب إختلاطا عقليا، وفقد الذاكرة للحوادث القريبة وبالتالي ينسى المريض أنه تناول العقار، فيكرر العملية، وثانيا يفقد ذاكرته وبتكرار هذه العملية، يتناول المريض كمية تؤدي بحياته إلى الموت ويظن البعض أنه أقدم على الإنتحار بهذه الأقراص والحقيقة أنه أصيب بإختلاط عقلي، ولم يستطع تحديد الكمية المطلوبة.

د- الأمفيتامينات:

جاء في (حسين فايد، 2006: 100) أن فصائل الأمفيتامينات والأمفيتامين من العقاقير الأساسية المنشطة، وقد إكتشفت لأول مرة في أواخر القرن الثامن عشر الميلادي ولكنها لم تستخدم طبيا إلى في عام 1932.

أما عن الدراسات التجريبية والإكلينيكية التي تناولت الآثار المترتبة عن تعاطي الأمفيتامينات فهي متعددة حسب (حسين فايد، 2006: 102) فالجرعات التي تتراوح بين 10 ملغ و30 ملغ قد تبين أنها تؤدي ببعض الأفراد إلى إرتفاع مستوى التنبيه، وإنخفاض الإحساس بالتعب، كما تؤدي إلى إرتفاع المعنويات، وزيادة المبادرات، وهذا إلى جانب مزيد من الحركة والكلام، ويكون هذا مصحوب بالعجز المتزايد عن القدرة على تركيز الانتباه.

وما يجدر الإشارة إليه في هذا المقام هو أن هناك عوامل أخرى مؤثرة نذكرها فيما يلي:

الجرعة، البيئة، الشخصية.

وكلها عوامل تؤخذ بعين الاعتبار أثناء التحدث عن آثار الأمفيتامينات.

ذ- النيكوتين:

إن مادة النيكوتين إكتشفت في أوراق التبغ عام 1882 ، وسميت بذلك الإسم نسبة إلى جان نيكوت السفير الفرنسي في البرتغال الذي كان أول من إستنتبت التبغ في أوربا حسب (محمد وهي، 1990: 116)، أما عن تأثير النيكوتين على مختلف الوظائف النفسية فهنا نشير إلى دراسة الدكتورة هند طه، حيث قامت الباحثة بدراسة مسحية في مصر على مجموعة من تلاميذ المدارس الثانوية، قوامها 385 تلميذا، بينهم 117 يدخنون السجائر في مقابل 268 لا يدخنون، وأهداف ولكن ما يهمننا من هذه الدراسة هو محاولة الباحثة أن تقارن بين التلاميذ المدخنين وغير المدخنين من حيث الأداء الفعلي على عدد من الإختبارات التي تقيس جوانب متعددة من وظيفتين نفسيتين على جانب كبير من الأهمية في أي نشاط عقلي تقدم عليه هما وظيفتا تركيز الانتباه، والذاكرة قريبة المدى.

وقد توصلت الباحثة إلى أن غير المدخنين يتفوقون تفوقا جوهريا لاشك فيه على المدخنين على معظم المقاييس التي استخدمتها.

وجدير بالذكر في هذا الصدد أن هؤلاء المدخنين لم يكونوا في حالة حرمان من التدخين، إلا في الوقت المحدود لإجراء التجربة.

ر-الكافيين:

الكافيين هو العنصر الفعال في البن والشاي، وهو يصنف على أنه منبه أو منشط للجهاز العصبي المركزي، أما بخصوص الإضطرابات التي تترتب على تعاطي الكافيين يتحدث أهل الاختصاص حسب على نوعين من الإضطرابات:

الكافيينية: هي زملة الأعراض والعلامات التي تترتب على الإفراط (الحاد أو المزمن) في تعاطي الكافيين، ومن أهم مكونات هذه الزملة حسب (مصطفى سويف، 1999: 136) ما يأتي: القلق وإضطراب في النوم، والتقلبات الوجدانية.

الانسحاب الكافييني: ويشار به إلى مجموعة إضطرابات فيزيولوجية نفسية تنتاب الفرد المعتاد على التعاطي المنتظم للكافيين إذا إنقطع عن تعاطيه فجأة، ومن أهم أعراض الإضطراب: الصداع، والتعب.

وقد يصطحب ذلك اضطراب في النشاط الحركي، وصعوبة قي التركيز، وربما الغثيان، وشعور باللهفة للعودة إلى تعاطي الكافيين.

ز-المواد الطيارة(أو المذيبيات العضوية):

استنشاق المواد الطيارة يعتبر أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والإعتماد عليها، وتشترك المواد المصنفة تحت هذه الفئة حسب (مصطفى سويف، 1999: 149) في سرعة تحولها إلى أبخرة متطايرة، وفي كونها تحدث درجة من التسمم عند إستنشاقها.

وتشمل عمليات استنشاق الغازات مجموعة من المواد ذكرت في (مصطفى

سويف، 1999: 59) كما يلي:

استنشاق الغراء، استنشاق الكيروسين أو البنزين (مشتقات البترول)، استنشاق إطارات الكوتشوك بعد حرقها، استنشاق النمل والصراصير بعد حرقها ومزجها بالخمير، استنشاق الأسيتون، ومزيج الدهان.

وتشير بعض الدراسات الإكلينيكية إلى أن من أهم تغيرات الشخصية التي تطرأ على المتعاطين ظهور السلوكيات العدوانية، ويكون العدوان مرتبطاً أحياناً بتعرضهم للهلاوس البصرية أو السمعية.

وجاء في (مصطفى سوييف، 1999: 46) أن هناك دراسات أخرى سيكومترية تشير إلى انخفاض مستوى الدقة في الأداء الحركي لدى المتعاطين، رغم أن سرعة الأداء قد تزيد، كذلك يلاحظ عليهم انخفاض القدرة على التعلم، فقد يكررون الأداء عدة مرات، دون أن يكشف عن أي تحسن يذكر.

إذن تختلف المواد النفسية المؤدية للاعتماد سواء أكان الإعتماد نفسي أو عضوي أو معاً، إلا أن الوظائف النفسية المختلفة للفرد تتأثر وتتدخل عدة عوامل مثل طبيعة المادة المعتمد عليها، سن الإعتماد، مدته، وما إلى ذلك.

4- عوامل وأسباب الاعتماد المخدرات:

4-1 العوامل:

اتفق الباحثون والمنظرون في مجال الإدمان حسب ما جاء في (حسين فايد، 2006: 127) أن إدمان أي مادة هو عملية معقدة تتمثل في التفاعل الدائم بين الفرد، العقار، والبيئة بحيث لا يمكن النظر إلى هذه العوامل منفردة.

وفي نفس السياق يذهب سبيتز وروسكان (Spitz and Roscan) (1987) حسب ما ذكر في (حسين فايد، 2006: 128) إلى أن هناك ثلاث عوامل رئيسية تسهم في بداية تعاطي العقاقير لأغراض غير طبية، والتي يمكن بدورها أن تؤدي إلى الاعتماد النفسي، وهذه العوامل هي:

أ- الفرد: ويشمل الاستعداد الشخصي، الاستعداد الوراثي البيوكيميائي.

ب- العقار: ويشمل مادة الفرد وطريقة التوجيه

ت- البيئة: وتشمل العوامل الثقافية والعوامل الأسرية.

ويتفق (سيدي أحمد لمساوري، 2008: 291) مع ما ذكر سابقاً، ففي مجال تعاطي المخدرات يجب أن نأخذ بعين الاعتبار ثلاث مكونات أساسية: إستعمال العقار ومكوناته والتفاعلات التي تحصل بين المادة المستعملة والشخصية المدمنة زيادة على النسق الإجتماعي والبيئي الذي يسهم في التعاطي.

● الفرد: يشير (عادل صادق، 1986) في (حسين فايد، 2006: 131) إلى أن

التعود والإدمان على المواد المخدرة والمنشطة أكثر إنتشاراً بين أنواع من الشخصيات المضطربة وهي: الشخصية الإكتئابية، الفصامية، المكروبية و المضادة للمجتمع.

الشخصية تلعب دوراً مهماً و رئيسياً في التعاطي للمواد السامة، ومن الأسباب التي نجدها والتي يعلل بها المدمنون إدمانهم نذكر ما يلي:

- وسيلة لتلافي الإنقباض العصبي.
- وسيلة للتعبير عن عدم الرضى والتعبير عن الأشياء ضد العائلة والمجتمع والبيئة التي يعيش فيها.
- وسيلة لفرار من الوحدةانية
- البحث عن الجديد للفرار من الملل.

إن هاته الأسباب المعبرة عنها تتغير حسب المستوى السوسيوثقافي وحسب تكوين الشخصية نفسها.

- **العقار:** الإدمان يقترن بمادة أو عقار محدد، وله خصائص تسمح له بالتأثير على المراكز العصبية العليا للمتعاطي، وكذلك الجرعة المستخدمة ومدة التعاطي.
- وإذا تحدثنا عن توفر المادة أو العقار في المجتمع يعتبر عاملا مهما في الإقبال عليها بغض النظر على الدافع.

- **البيئة:** جاء في (حسين فايد، 2006: 137) أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية والبيئية التي تساهم في تعاطي المواد المخدرة وذكرها (سامي مصلح، 1986) كما يلي:

- وجود فوارق إجتماعية وطبقية صارخة مع وجود مظاهر للبدخ إلى جانب حقائق للفقر ومتطلبات الحاجة للحد الأدنى من المستوى المعيشي.
- عدم وجود الفرص المتكافئة أمام أفراد المجتمع
- عدم الإحساس بالأمن والأمان وعدم الإستقرار

- البطالة.

4-2 الأسباب:

أولاً: الأسباب النفسية

1- الشعور باللذة:

يلعب دافع الشعور باللذة حسب ما ورد في (حسين فايد، 2006: 138) دوراً هاماً في تعاطي المخدرات فيذكر (عادل صادق، 1986) "أنه بناء على التكيف البيولوجي للمخ (الباحث عن اللذة- المناهض للألم) فإن الإنسان يتجه تلقائياً أو فطرياً أو بوعي أو تحت ضغوط معينة أو في ظروف خاصة نحو بعض المواد التي تعينه على تحقيق اللذة وفي نفس الوقت تساعده على زوال الألم.

واللذة مقصود بها هنا اللذة النفسية وهي إحساس بالسعادة والإسترخاء والامان والثقة."

لكن هذه اللذة سرعان ما ستعوض بالمعاناة والألم حسب خاصة لدى مدمني الهيرويين بحيث يصبح همهم الوحيد هو التخلص من الألم فيدخل المدمن في سلسلة التبعية.

2- تقدير الذات:

يعد الطبيب النفسي الأمريكي ستانلي كوبر سميث من الأوائل الذين كتبوا على تقدير الذات ووضع له أداة لقياسه حسب ما جاء في (بشير معمري، 2012: 139)

ويعرف تقدير الذات أو الإعتزاز بالذات، بأنه "الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال إتجاهات الفرد نحو نفسه، ويوضح إلى أي مدى

يعتقد الفرد أن لديه القدرة والامكانيات، وكذلك الشعور بالنجاح والقيمة في الحياة. وهو خبرة موضوعية يقدمها الفرد إلى الآخرين من خلال التعليق اللفظي والسلوك الآخر.

والمدمنون لا يستطيعون الإبقاء على الإمدادات النرجسية من المصادر الخارجية للإبقاء على تقديرهم المهش للذات حسب ما ذكر في (حسين فايد، 2006: 144) والمصدر المتاح هو العقاقير فقط، ومن ثم فإن المدمن يلتمس العقاقير لتأثيرها على الإبقاء على الإحساس بقيمة الذات .

3- الاغتراب:

يعتبر الاغتراب حسب ما جاء في (حسين فايد، 2006: 145) من أهم العوامل الدافعة للإدمان.

وفي دراسة ميدانية للباحثة بولاية تلمسان الموسومة ب: " مشاعر الإغتراب النفسي عند الشباب وعلاقته بالاعتماد على المخدرات " كان قوام العينة 120 شاب من ولاية تلمسان تراوح سنهم ما بين 15 و 25 سنة ، يتوزعون على مجموعتين:

60 شاب (ة) معتمد على المخدرات

60 شاب (ة) غير معتمد على المخدرات

وقد تم استخدام مقياس مشاعر الاغتراب النفسي لصاحبه سناء حامد زهران، وفي معالجة المعطيات تم الإعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية منها:

حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية، حساب التكرارات والنسب المئوية، معامل الارتباط الثنائي الحقيقي، مقياس "ت-t" - لدراسة الفرق بين عينتين مستقلتين وتحليل التباين أحادي التصنيف.

وبناء على الفروض المعتمدة أسفر البحث على أن هناك علاقة إرتباطية بين مشاعر الإغتراب النفسي عند الشباب والاعتماد على المخدرات.

والشباب الذين يعيشون في حالة الانوميا -Anomie- اللامعيارية هم الأكثر عرضة للإعتماد على المخدرات.

4- الضغوط:

هناك عدة دراسات حسب ما جاء في (حسين فايد، 2006: 150) تشير إلى وجود إرتباط بين الضغوط وإنخفاض تقدير الذات وبين زيادة تعاطي المخدرات لدى المراهقين.

فتشير دراسة باندينا (Pandina) 1983 إلى أن متعاطي الكحول والعقاقير لديهم مستويات عالية من الضغوط وأن المراهقين ذوي التعاطي المفرط للعقاقير يتسمون بإنخفاض تقدير الذات، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضا إلى وجود علاقة إيجابية بين تعاطي المواد المخدرة وبين البيئة المنزلية التي طبع عليها المراهقين والتي تتسم بالعدائية.

ثانيا: الأسباب الاجتماعية

1- الأسرة:

يذهب (محمد عبد المقصود، 1988) في (حسين فايد، 2006: 151) إلى أن التفكك الاسري وعدم إستقرار العائلي، والإضطراب الذي يصيب حياة أفرادها يلعب دورا كبيرا في دفع الأبناء إلى الإدمان وخاصة إذا كانوا في مرحلة المراهقة التي تتميز بالتغيرات المفاجئة والحاجة إلى الإحساس بالقوة، وهذه المرحلة هي بداية مواجهة الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات ويجدون الهروب في المخدرات.

وفي دراسة لخلفي محمد (2001)، تناول فيها علاقة الإدمان على المخدرات بصورة الأب عند المراهق، وانطلق من مجموعة التساؤلات:

هل إدمان المراهق على المخدرات له صلة باضطراب العلاقة الأسرية؟

هل هو راجع إلى غياب الأب الحقيقي أو الرمزي وبالتالي صعوبة تقمص المراهق بصورة أحد الوالدين وخاصة الأب الذي يمثل السلطة؟

هل فشل الوالدين في إعطاء نموذج أخلاقي لولدهم، أدى بهذا الأخير إلى حالة لا أمن وعدم الاستقرار وبالتالي اللجوء إلى المواد النفسية كبديل أو لخفض التوتر؟

وهل ما يميز العائلة الجزائرية من عدد أفرادها الكبير كان عائقا أمام تحديد دور كل فرد من أفرادها؟ وأن الانفجار العائلي أدى إلى قصور قدرة الرجل على التحكم في مجال تصرفه الذي كان يمارس فيه سلطته قديما؟

وهل الحرمان من سلطة الأب المتمثلة في مجموعة المبادئ الخلقية والتربوية المحكمة، التي كان يحدثها الأب عند المراهق أدت بهذا الأخير إلى اختلاف في شخصيته وبالتالي إلى سلوكاته الإدمانية؟

وقد قام الباحث بتطبيق اختبار الروشاخ على عشر (10) حالات ليخلص إلى:

وجود علاقة إيجابية ما بين صورة الأب المتمثلة في سلطته وما بين السلوكات الإدمانية لدى المراهقين، بحيث تحققت الفرضية العامة والفرضيات الجزئية إذ أظهرت النتائج المحصلة عليها على وجود مشاكل علائقية وتذبذب في صورة الأب السلطوية وعدم النضج العاطفي ونقص في المشاركة الاجتماعية وحالة من القلق الناتجة عن الوضعية الراهنة التي تعيشها الحالات المذكورة آنفاً، وقد أشار الباحث إلى وجود علاقة ما بين مؤشر صورة الأب والإدمان على المخدرات.

2- جماعة الرفاق:

إن دوافع الاجتماع مع الآخرين فطرية حسب (عبد الحق منصوري: 2007 : 93)، ولذلك قد يجتمع المراهقون بدون هدف واضح محدد يريدونه، و في كثير من الأحيان يقرر المراهق أن يترك مجلساً في البيت، ظاهره يضمن له الراحة ويوفر له السكنية وإمكانية التحدث مع أحب الناس إليه أو متابعة شريط أو فيلم تلفزيوني مثير، ويخرج في جو متقلب (رياح، أمطار، رعود، ثلوج، حرارة شديدة) ويتكلف مشقة قطع المسافة وأحياناً في ظروف وأوقات خوف ورعب.

يتحمل كل ذلك وأكثر منه من أجل أن يلتحق بجماعة الرفاق.

هذا مظهر في حياة المراهق وخاصة الذكور يكاد يكون أصلاً ثابتاً .

وعليه لا بد من إدماج حاجة المراهق هذه والعمل على توفير إشباعها بما يضمن إستقرار شخصيته وإدماجها الإيجابي داخل المجتمع وفي نفس الوقت يحميها من الإنحراف.

وفيما يخص العلاقة بين جماعة الرفاق وتعاطي المواد المخدرة، فقد أشارت العديد من الدراسات حسب ما ذكر في (حسين فايد، 2006: 156) إلى وجود إرتباط قوي، فدراسة كاندال (Kandel) 1984 أسفرت نتائجها على أن اللإنغماس مع المراهقين آخرين يستعملون العقاقير هو أهم إرتباط مع إستعمال العقار لدى المراهقين، وأن تأثير الرفاق على إستعمال المراهقين للعقاقير أكبر من تأثير الوالدين.

3- التغيرات الاجتماعية الاقتصادية:

تؤكد شعبة المخدرات التابعة لهيئة الامم المتحدة (1982) حسب (حسين فايد، 2006: 157) أن الهجرة، والتحضر السريع، والبطالة والإحساس بالهامشية الإجتماعية من أهم العوامل التي تؤدي إلى إساءة إستعمال المواد المخدرة كوسيلة للهروب.

4- الإنحراف الإجتماعي:

يميل بعض علماء الاجتماع إلى اعتبار الاعتماد على الخمر والمخدرات شكلا من أشكال الإنحراف الإجتماعي حسب (أحمد محمد الزغبي، 2001: 190) حيث يرى كل من سيمون دينتر (Dinitz Simon) وروسل دينيز (Dynes Russell) وألفرد كلارك (Clark Alfred) "أن كل جماعة إنسانية يمكن أن تستجيب بعض الشيء لمشكلات الإنحراف بإعتبار أنه تهديد حقيقي لأساس ولب القيم الخاصة بالمجتمع"

فالمنظور الاجتماعي حسب (أحمد محمد الزعبي، 2001 : 191) يفسر السلوك الإنحرافي بإعتباره خروجاً على المعايير التي تعتبر إجتماعية في وظيفتها، والتي هي بدورها توقعات مشتركة بين الأفراد والجماعات وضعت أساساً من أجل تنظيم السلوك الاجتماعي، كما أنها ليست معايير فردية، بل إنها ذات طابع عام يشكل الخروج عليها إستهجانا من أفراد المجتمع في صورة مجموعة من الجزاءات الاجتماعية، والتي تعتبر بمثابة ضبط إجتماعي غير رسمي.

إذن الأسباب الاجتماعية الدافعة لتعاطي المخدرات تعود إلى بناء المجتمع ونظمه.

5- التكفل بالمعتمد على المخدرات:

1-5 الوقاية:

تظم الوقاية في مجال الاعتماد على المخدرات من طرف الشباب في ثلاث مراحل حسب(حامد عبد السلام زهران، 2003: 439) وسوف نتطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

● الوقاية الأولية:

الهدف منها: منع حدوث الإدمان، أو التقليل حدوثه في المجتمع، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطر الدخول في الإدمان لدى المعرضين لذلك.

الفئة المستهدفة: الأفراد العاديين والأسر وجماعات الرفاق وجماعات العمل خاصة في قطاع الشباب.

الإجراءات:

- منع الأسباب التي تؤدي إلى حدوث الإدمان والتدخل الفوري عند بزوغها
- دراسة سلوكيات الإدمان ونمط حياة المدمن والعوامل الفردية التي قد تؤدي إلى الإدمان

- تشجيع على تبني أنماط سلوك الوقاية من الإدمان
- الفاعلون: يقوم بهذه المرحلة كل من: المؤسسات الاجتماعية، المدارس، دور العبادة، وسائل الإعلام، الأسرة والوالدين، الأخصائيون النفسانيون والإجتماعيين
- الوقاية الثانوية: وقد تم ذكرها في (حامد عبد السلام زهران، 2003: 440)

الهدف منها:

- التعرف المبكر على الإدمان
- التدخل العلاجي المبكر لحالات الإدمان في كل الأعمار
- الإجراءات:

- الإهتمام بالتشخيص الفارق بين مظاهر الجناح المختلفة وبين الإدمان في بدايته.
- الإنتباه إلى أي تغيير مفاجئ في السلوك أو الدراسة أو العمل، وما قد يصاحبه من البدء في الإدمان.
- المبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية.

● الوقاية في المرحلة الثالثة:

الهدف منها:

- تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من الإدمان مثل: نقص القدرة مهنيًا، أو التفكك الأسري

١- لوقاية من الإنتكاسة

الإجراءات:

- خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المدمن السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع.

2-5 العلاج:

ورد في (عادل صادق، 2010 : 5) أن مراحل العلاج في مؤسسة استشفائية يتم كما يلي:

أ- مرحلة استقبال المريض والتقييم المبدئي:

حيث يتم فحص إكلينيكي شامل لحالة من علامات حيوية، ودرجة الوعي، وتأثير جرعة المخدر عليه، وأي إصابات سطحية يتم علاجها في الحال.

ب- مرحلة علاج الأعراض الإنسحابية:

وأثناء هذه المرحلة يتم عمل عدة فحوص حسب (عادل صادق، 2010 : 6) كما يلي:

- اختبار البول كامل للمخدرات لكشف نوع أو أنواع العقاقير التي يستخدمها وملتابعها بعد ذلك
- اختبار الدم لكشف الكحوليات وأنواع العقاقير الأخرى
- تحليل الدم للإطلاع على الحالة العامة للمريض وقدراته المناعية.
- اختبارات لوظائف الكبد والكلى نظرا لتأثرهما بالمواد المخدرة والسلوك الإدماني وأهميتها لحياة المريض وأدويته العلاجية
- اختبار لكشف الفيروسات المنتشرة بين مرضى الإدمان لسرعة علاجها والتعامل معها: فيروس الإلتهاب الكبدي-سي، فيروس مرضى المناعة العامة.

ج- مرحلة العلاج والبدء في منع اللانتكاسة:

(تستلزم هذه المرحلة مدة ما بين ثلاث إلى أربعة أسابيع)

في هذه المرحلة يكون المريض لا يعاني من أي أعراض جسمانية إنسحابية، بل يكون بحاجة إلى تدخل نفسي ودوائي للسيطرة على سلوكياته الإدمانية وتغيير مفاهيمه الخاطئة تجاه نفسه والمجتمع والتعاطي والإدمان.

د- مرحلة التقييم:

وتشمل:

- تقييم حالة المريض النفسية والاجتماعية
- القيام بعدة إختبارات وفحوص نفسية مقننة بواسطة الأخصائي النفسي لكشف وتحديد أي اضطراب في شخصية المريض، ولقياس درجة التقلب المزاجي الخاصة به، وقياس القدرات المعرفية للمريض وبيان أي تدهور حدث بسبب مرض الإدمان
- تقييم كامل لأسرة المريض وظروفهم وقدراتهم على التعامل والتعاون مع المريض وعلاجه.

هـ- مرحلة العلاج النفسي:

ويتعرض المريض خلال فترة العلاج اللاحقة حسب(عادل صادق، 2010 : 7)

للعلاجات التالية:

- 1- علاج لزيادة دافعيته تجاه العلاج والشفاء
- 2- علاج نفسي فردي: ويهدف لعلاج الإضطراب في شخصية المريض، والبدء في خطة لمنع إنتكاس المريض.
- 3- علاج نفسي جمعي: يتعرض المريض لنصائح المباشرة وخبرات الأطباء والمرضى الآخرين وخبرات المتاعفين من المرضى، مما يكون لديه خبرات متراكمة ويجفزه ويربطه أكثر بالعلاج والشفاء.

- 4- علاج سلوكي: وفيه يلتزم المريض بسلوكيات إختيار الأصلح والتفكير المستقل ومساعدة الآخرين وتنمية طاقاته، وذلك حتى يتم إرساء قواعد سلوكية جديدة لديه.
- 5- علاج معرفي: وفيه يتم تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المريض مثل : عدم القدرة على مواجهة الآخرين بدون تعاط، وهدف هذا العلاج أن يتكون للمريض منهاج من المفاهيم الجديدة التي تساعد على التوقف عن التعاطي والحياة بدون مخدر.
- ويعد العلاج السلوكي المعرفي حسب (أحمد محمد الزعبي، 2001: 215) من أهم الطرائق العلاج النفسي في معالجة الإدمان على الخمر والمخدرات، فهناك ما يسمى بالتدريب الذاتي أو العون الذاتي حيث يقوم المريض بتعلم المهارات العلاجية من خلال التدريبات التي ينفدها لتبديل سلوكه الإدماني وهذا يعني أنه يساعد نفسه وبنفسه في الشفاء من الإعتما على المخدر، وهذا ينعكس عليه من خلال ما يتلقاه من تغذية راجعة، في إعادة الثقة بالنفس، والقدرة السيطرة على الذات. فالعلاج السلوكي المعرفي يكشف للمريض عن قدراته الكامنة ويسعى إلى تفجيرها وتمييتها من أجل تبديل السلوك الإدماني والسيطرة على نزواته.

أهداف العلاج جد مهمة يذكرها (حسين فايد، 2006: 240) كما يلي:

- 1- زيادة الدافع للإمتناع عن تعاطي العقاقير المخدرة
- 2- بناء حياة بعيدة عن المواد المؤثرة نفسيا
- 3- المساعدة في تحسين نواحي الحياة المختلفة
- 4- المساعدة في علاج الأعراض النفسية والجسمية
- 5- المساهمة في التأهيل الإجتماعي والمهني والإقتصادي
- 6- المساعدة في حل المشكلات العائلية والزوجية
- 7- إعادة دمج المدمن في المجتمع .

والعلاج النفسي حسب (صالح حسن أحمد الداهري، 2011: 184) سواء الفردي أو

الجماعي حتى الآن مع المدمنين لم يتم إلا عند بعض الحالات.

من خلال ما ذكر فيما يخص عملية التكفل بمتعاطي بالمخدرات، لا بد أن نذكر بأن الأمر ليس

بالهين نظرا لتدخل عدة عوامل أهمها الدافعية والرغبة للشفاء، آخذين بعين الاعتبار مدة التعاطي،

طبيعة المادة المخدرة، الإضطرابات النفسية والعقلية ومختلف الأمراض العضوية التي يكون قد أصيب

بها المتعاطي هذا من جهة ، ومن جهة أخرى ضرورة وجود فريق عمل متكامل كل حسب تخصصه

حتى يكون التكفل على أحسن وجه.

إذن تعاطي المخدرات موضوع متشعب ،تشعب مفاهيمه المتعددة والتي لا بد من ضبطها لإزالة

اللبس والغموض، كما أن المادة المخدرة تصنف لعدة تصنيفات حسب منشئها وتأثيرها على المعتمد

خصوصا بما يتعلق بمختلف الوظائف النفسية من :تركيز وانتباه وادراك وما الى ذلك، إلا أن لجوء

الشباب للاعتماد عليها لا يأتي من العدم، بل وراءه مجموعة من العوامل والأسباب ذكرناها بشيء من

التفصيل أثناء عرض حيثيات هذا الفصل، لنختمه بعنصر هام هو عملية التكفل سواء الجانب

الوقائي أو العلاجي لنساعد المعتمد ونعيده بكل الطرق والأساليب إلى حياة يتمتع فيها بصحة نفسية

ويكسر قدراته لفائدة أسرته ومجتمعه رغم أن الأمر ليس بالهين ولكن ليس بالمستحيل.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

ثالثاً: عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه

- أ- الأسس النظرية للبرنامج العلاجي
- ب- حيثيات ومعطيات البرنامج
- ت- نظام سيرورة الجلسات
- ث- الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي
- ج- محتوى البرنامج العلاجي

أولاً: منهج الدراسة

خلال بحثنا هذا استعنا بالمنهج الوصفي، القائم على استقراء الأدبيات الموجودة حول العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الصحة النفسية وظاهرة المخدرات، واستعنا بذوي الخبرة العلمية والعملية في هذا المجال من أطباء الأمراض العقلية وأجهزة الأمن لرصد المعلومات والبيانات والاحصائيات، كما قمنا بجمع وتصنيف مختلف الدراسات السابقة التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بموضوعنا مما أتاح لنا إمكانية ضبط الإشكالية وصياغة الفرضيات المناسبة وتحديد العينة واختيار الأدوات المناسبة، مع ضبط خصائصها السيكومترية (مقياس الصحة النفسية)، وسوف نستعين بهذا المنهج في وصف وتحليل وتفسير النتائج المترتبة عن التجريب، دون أن ننسى المنهج شبه التجريبي الذي سوف نعتمد عليه لدراسة مدى مساهمة البرنامج العلاجي المصمم في تحسين مستوى الصحة النفسية والذي يستهدف (30) شاب معتمد على المخدرات (15) يشكلون المجموعة التجريبية و15 يشكلون المجموعة الضابطة) ونستعين بمنهج دراسة الحالة للتوضيح أكثر.

ثانياً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

استخدمنا الأساليب الإحصائية التالية:

- استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية
- حساب التكرارات والنسب المئوية.
- اختبار "t" لدراسة الفرق بين متوسط عينتين مرتبطتين.

$$T = \frac{\text{مج ف}}{\sqrt{\frac{\text{مج (ف)}^2 - \text{مج (ف) ن}}{1 - \text{ن}}}}$$

بحيث:

مج ف :مجموع الفرق بين درجتي الاختبار.

ن: عدد افراد المجموعتين.

ثالثا: عرض البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه

أ- الأسس النظرية للبرنامج العلاجي:

بني البرنامج العلاجي للشباب المعتمد على المخدرات وفقا لما تم عرضه في الفصول النظرية

للأطروحة، وقد استعانا بالإضافة إلى ذلك بما يلي:

- الأسس النظرية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
- الدراسات السابقة المتعلقة بعلاج المعتمدين على المخدرات
- الدراسات السابقة التي إعتمدت على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
- توجيهات العاملين في حقل الإدمان على المخدرات من أخصائيين نفسانيين وأطباء
- السيرة النبوية والقرآن الكريم

ب- **حيثيات ومعطيات البرنامج:**

يقوم البرنامج على أساس نظرية ألبرت أليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

- الهدف العام للبرنامج:

تحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات .

البرنامج العلاجي يستهدف الشباب الذي يعتمد على المخدرات، وقد تحصلوا على درجات

منخفضة في مقياس الصحة النفسية للشباب، عدد الجلسات العلاجية 16 جلسة وزمن كل

جلسة 60 دقيقة والأسلوب العلاجي المعتمد عليه هو العلاج الجماعي، مع مراعاة خصوصية كل

حالة.

ت- نظام سيرورة الجلسات:

خلال كل جلسة علاجية سوف نعتمد على نظام التالي:

- افتتاح الجلسة العلاجية
- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- توضيح الأهداف من الجلسة الحالية
- مناقشة الواجب المنزلي
- عرض مضمون الجلسة العلاجية
- تقديم الواجب المنزلي في نهاية الجلسة
- تقييم واختتام الجلسة.

ث- الفنيات المستخدمة في البرنامج :

راعينا التنوع في الفنيات المستخدمة، بحكم أن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي يعتمد على

ثلاث فنيات أساسية (المعرفية، الانفعالية، السلوكية)

حيث اعتمدنا على ما يلي:

- المحاضرة: واستعنا بها في عرض محتوى الجلسات العلاجية.
- المناقشة الجماعية: من خلال النقاش الجماعي لمختلف النقاط المطروحة خلال كل جلسة علاجية
- الواجب المنزلي: يعكس مدى استفادة أفراد العينة التجريبية من محتوى الجلسات العلاجية
- لعب الدور: حيث ركزنا بالدرجة الأولى على تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلات أفراد العينة التجريبية.
- التعزيز: استخدمناه مع أفراد العينة التجريبية خلال الجلسات العلاجية.

ج- محتوى البرنامج العلاجي:

الجلسة الأولى: تمهيدية

الأهداف:

- تعريف الباحثة نفسها لأفراد المجموعة العلاجية وتتعرف عليهم ويتعرفون عليها وعلى بعضهم البعض.
- تعريف أعضاء المجموعة بأهمية البرنامج العلاجي والهدف المراد الوصول إليه.
- إيضاح طريقة العمل والنظام الخاص بالجلسات العلاجية.
- العمل على انسجام بين الأعضاء في جو يسوده الثقة والاحترام والحرية التامة في التعبير.
- حرص الباحثة على تأكيد سرية المعلومات.
- توضيح لأفراد المجموعة العلاجية المطلوب منهم والالتزام بقوانين العمل العلاجي الجماعي.
- اتفاق بين الباحثة وأفراد المجموعة العلاجية على تحديد مواعيد ومكان الجلسات العلاجية.

الغنيات المستخدمة: المحاضرة و المناقشة الجماعية

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأعضاء المجموعة العلاجية وتقديم الباحثة نفسها بشكل بسيط وموجز:
 - المعلومات الشخصية (إسم واللقب)
 - المعلومات العلمية (باحثة في علم النفس العيادي)
 - المهنة: أستاذة جامعية

- 3- تعريف الأعضاء لأنفسهم، وحرص الباحثة على ذكر اسم العضو وشكره على تعاونه في البرنامج العلاجي وإظهار التقبل والاهتمام لكافة المجموعة
- 4- تعريف أعضاء المجموعة العلاجية على البرنامج العلاجي بشكل موجز وبسيط وواضح من حيث: مفهومه والهدف المراد تحقيقه معاً، وضبط المواعيد وعدد الجلسات التي يتضمنها البرنامج العلاجي والنتائج المتوقع الوصول إليها بعد تطبيقه.
- 5- مشاركة جميع أعضاء المجموعة العلاجية بإبداء آرائهم والإنصات لإنتظاراتهم من البرنامج العلاجي وتأكيد الباحثة على التوقعات الممكنة وتصحيح أو نفي تلك غير الممكنة.
- 6- ضرورة الالتزام بالمواعيد والقيام بالأعمال المنزلية المطلوبة من أفراد المجموعة العلاجية بدعم ويسهل تحقيق الهدف العلاجي .
- 7- اختتام الجلسة العلاجية في وقتها المحدد مع إعطاء ملخص عام عليها، بمشاركة الأفراد وتحديد موعد الجلسة العلاجية القادمة وضرورة الحضور.

الجلسة الثانية: القياس القبلي (مقياس الصحة النفسية للشباب)

الأهداف:

1. معرفة الباحثة لمختلف احتياجات أفراد المجموعة العلاجية من حيث انتظاراتهم ومخاوفهم من العملية العلاجية.
2. شرح تعليمة المقياس
3. تطبيق مقياس الصحة النفسية للشباب على أعضاء المجموعة العلاجية.

الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، واجب منزلي

الوسائل المستخدمة: مقياس الصحة النفسية للشباب

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

1. افتتاح الجلسة العلاجية
 2. الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية وشكرهم على الالتزام بالموعد العلاجي
 3. تذكير بسيط في شكل ملخص عن ما قدم في الجلسة الأولى.
 4. شرح هدف الجلسة الثانية
 5. إعطاء فرصة لأعضاء المجموعة العلاجية للإدلاء بانتظار أتهم ومخاوفهم من العملية العلاجية
 6. شرح وقراءة تعليمة المقياس
 7. استجابة أفراد المجموعة العلاجية للمقياس
 8. جمع الاستجابات
 9. إعطاء الواجب المنزلي الأول للإفراد المجموعة العلاجية والمتمثل: ما المقصود بمرحلة الشباب؟ وما هي مختلف المشاكل التي تواجههم؟
 10. ملخص عن الجلسة الثانية وتقييمها
 11. اختتام الجلسة مع تحديد موعد الجلسة القادمة
- الجلسة الثالثة: التعريف بمرحلة الشباب ومشاكلهم

الأهداف:

- 1- معرفة مرحلة الشباب ومختلف التغيرات المصاحبة لها.
 - 2- شرح مختلف خصائص مرحلة الشباب
 - 3- عرض لنماذج من المشكلات السلوكية المعروفة في مرحلة الشباب.
- الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب منزلي، لعب الدور

الوسائل المستخدمة: سبورة، عرض بوروينت لبعض المشكلات

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- ترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- مناقشة الواجب المنزلي رقم-1 مع أفراد المجموعة العلاجية مع تعزيز المشاركات من طرف الباحثة وإبداء ارتياحها لتجاوب كل أفراد المجموعة العلاجية.
- 6- عرض لمفهوم مرحلة الشباب وشرحه مع كافة أفراد المجموعة العلاجية
- 7- إثارة بعض المشكلات السلوكية في مرحلة الشباب بشكل موجز ونذكر منها:
حب الاستقلالية والتمرد على سلطة الوالدين، العنف، التدخين، الاعتماد على المخدرات.
- 8- إعطاء واجب منزلي لأفراد المجموعة العلاجية ويتمثل في ذكر مختلف الأسباب التي تدفع بالشباب للجوء للاعتماد على المخدرات
- 9- تقييم واختتام الجلسة مع تقديم الشكر لأفراد المجموعة العلاجية على تعاونهم.

الجلسة الرابعة: الاعتماد على المخدرات

الأهداف:

- 1- تعريف مفهوم الاعتماد
 - 2- التعرف على تأثيرات الاعتماد على المخدرات
 - 3- مناقشة لأسباب لجوء الشباب للمخدرات
- الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، لعب الدور

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- ترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- عرض مفهوم الاعتماد ومناقشته مع أفراد المجموعة العلاجية
- 6- لعب الدور لإظهار تأثير المواد المخدرة
- 7- مناقشة الواجب المنزلي رقم -2- وتعزيز استجابات أفراد المجموعة العلاجية .
- 8- تركيز الباحثة على الآثار المختلفة لتعاطي المواد المخدرة على صحة النفسية للشباب
- 9- تقييم واختتام الجلسة العلاجية مع شكر الأفراد.

الجلسة الخامسة: العقلانية واللاعقلانية

الأهداف:

- 1- مناقشة مفهوم العقلانية واللاعقلانية
- 2- مناقشة أفراد المجموعة العلاجية حول الأفكار اللاعقلانية التي تدفع الشاب للاعتماد على المخدرات
- 3- تعليم المجموعة أساليب جديدة مثل: ضبط النفس، والتعبير عن الذات بصورة عقلانية وما ينتج عنه من أثر معرفي وممارسة سلوكية سوية.

الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور.

الوسائل المستخدمة: عرض يوضح الأفكار والسلوك، سبورة لتوضيح مخططات للتعريف بالعقلانية واللاعقلانية، عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
 - 2- ترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
 - 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
 - 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
 - 5- عرض مفهوم العقلانية واللاعقلانية
- مناقشته مع أفراد المجموعة العلاجية الأفكار اللاعقلانية التي تدفعهم إلى الاعتماد على المخدرات ك:
نسيان المشاكل، تجاوز الخجل، الإحساس بالرجولة، مهارات الأصدقاء
- 6- قيام الباحثة بتعليم أفراد المجموعة أساليب عقلانية جديدة للتعبير عن الذات بصورة إيجابية
 - 7- إعطاء المجموعة العلاجية واجبا منزليا يتطلب تحديد ستة أفكار لا عقلانية على الأقل لكل فرد من المجموعة، تدفع الشباب للاعتماد على المخدرات مع ضبط كيفية التعامل معها.
 - 8- تقييم واختتام الجلسة مع شكر أفراد المجموعة العلاجية.

الجلسة السادسة: الاعتماد على المخدرات ونظرية ABC

الأهداف:

- 1- تعريف أعضاء المجموعة العلاجية بنظرية ABC وإظهار العلاقة بين الحدث والانفعال والتفكير.
- 2- تحديد مع أعضاء المجموعة العلاجية أفكارهم ومشاعرهم تجاه الاعتماد على المخدرات.

3- تدريب افراد المجموعة العلاجية على تكوين معارف أكثر لتجنب اللجوء للمواد المخدرة.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور، التعزيز.

الوسائل المستخدمة: سبورة، عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- ترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- قيام الباحثة بتوضيح العلاقة بين A و B و C ، حيث نستعين بمخطط ونشرحه بشكل مبسط.
- 6- تأكيد الباحثة على آلية عمل هذا النموذج ودور الجانب الديني (الصبر،الابتلاء،....) في خفض حدة ووقوع النتائج و(C)
- 7- تقوم الباحثة بتقسيم أعضاء المجموعة العلاجية غلى مجموعات صغيرة وتقوم كل مجموعة بذكر مختلف الأفكار والمشاعر والسلوك لمواقف مروا بها.
- 8- تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة العلاجية تمثيل موقف من المواقف وفي نفس الوقت تمثل موقف آخر يجسد تصحيح الموقف الأول.
- 9- تدريب أعضاء المجموعة العلاجية على مهارة تقييم أفكارهم ومشاعرهم ذات الصلة باللجوء للمادة المخدرة حتى يتسنى للباحثة التأكد من فهمهم للعلاقة بين A و B و C .

10- إعطاء افراد المجموعة العلاجية واجب منزلي رقم-4- حيث يقوم كل فرد بذكر أربعة(4) مواقف على الأقل وقع فيها الشاب وأثارت لديه اللجوء للمادة المخدرة وتوضيح علاقتها بأفكاره المولدة لتلك السلوكيات.

11- تقييم واختتام الجلسة وشكر أفراد المجموعة على التفاعل.

الجلسة السابعة: اثر الأفكار على الشباب ولجؤه للاعتماد على المواد المخدرة

الأهداف:

- 1- توضيح مدي تأثير الأفكار على سلوك الإنسان بصفة عامة
- 2- معرفة الافكار التي تراود الشاب وتدفعهم للمخدرات
- 3- دحض الأفكار اللاعقلانية التي تقف وراء الإعتماد على المخدرات بمشاركة أفراد المجموعة العلاجية

الفيئات المستخدمة: المحاضرة ، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور

الوسائل المستخدمة: عرض بوروينت للأفكار اللاعقلانية

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- ترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- مناقشة الواجب المنزلي رقم-4-
- 5- توضيح الهدف من الجلسة الحالية

6- تقوم الباحثة بإعطاء مثال توضيحي للمجموعة العلاجية على أن أفكارنا هي المسؤولة عن توجيه سلوكنا، فلما يتعرض أحد منا لفقدان شخص عزيز عليه نتيجة وفاته فإننا نحزن لفراقه نتيجة لنمط تفكيرنا وتصبح سلوكياتنا حزينة على خلاف هذا نجد شخص له علاقة بالمتوفى ولكن سلوكياته عادية ولا تعبر عن حزنه لوفاته وذلك يعود لنمط تفكيره.

7- تقوم الباحثة بإيضاح أن طريقة تفكير الفرد تتحكم بشكل كبير في سلوكياته، حيث الشخص يتلقى المعلومات إلا أن تفسيراتها تختلف من شخص إلى آخر وذلك راجع إلى وظائف عمليات التفكير كالاتي:

أ- تفسيرات معرفية هي ما يتبناه الفرد للمواقف

ب- الاعتقادات بقبول شيء ما بوصفه حقيقي.

ت- التغييرات الذاتية، الأفكار التي تدور في ذهن الفرد.

8- تطرح الباحثة بعض الأفكار غير عقلانية حسب أليس مع مراعاتها الخصوصية الثقافية لأفراد المجموعة العلاجية، ومن أمثلة ذلك:

أ- اعتقاد الفرد أن الأمور يجب أن تسير حسب رغبته.

ب- اعتقاد الفرد بأن الهروب من المواقف الصعبة وعدم تحمل المسؤولية يعتبر أفضل من مواجهتها.

9- وتفتح الباحثة مجال مناقشة هاته الأفكار غير عقلانية وربطها بالواقع المعاش لأفراد المجموعة العلاجية.

10- تلجأ الباحثة إلى فنية لعب الدور حتى تقلل من حدة الإحباط لدى أفراد المجموعة العلاجية والذي يؤدي بهم إلى الاعتماد على المخدرات، حيث تقسم الباحثة المجموعة العلاجية إلى مجموعتين وكل مجموعة يقوم فيها احدهم بتجسيد دور المعتمد على المخدرات في حين البقية يسجلون كل المشاعر والإحباطات التي أثارها سلوك الفرد المعتمد على المخدرات ثم يجسد نفس الفرد سلوك مقبول ويسجل البقية مشاعرهم.

11- تكليف المجموعة العلاجية بواجب منزلي رقم-5- حيث يذكر فيه كل فرد المواقف المحبطة التي أدت به إلى اللجوء للمادة المخدرة

12- تقييم واختتام الجلسة العلاجية وشكر أفراد المجموعة العلاجية على تفاعلهم.

الجلسة الثامنة: مناقشة وتحليل الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي بالشباب إلى الاعتماد على مادة مخدرة

الأهداف:

1-تقويم الأفكار غير عقلانية التي لدى أفراد المجموعة العلاجية

2- تزويد افراد المجموعة العلاجية بأفكار أكثر عقلانية.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب منزلي.

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

1- افتتاح الجلسة العلاجية

2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية

3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة

4 - مناقشة الواجب المنزلي رقم-5-

5-توضيح الهدف من الجلسة الحالية

6- تقوم الباحثة بإثارة بعض الأفكار التي تدعم الشاب في لجوئه للمخدر ومنها ما يلي:

أ- اعتقاد الفرد أن الأمور يجب أن تسير حسب رغبته، وهو اعتقاد خاطئ لأنه مبني على فكرة غير عقلانية، وتستعين الباحثة بآيات قرآنية، يقول الله تعالى في سورة النساء الآية 123 "واليه يرجع الأمر كله فأعبده وتوكل عليه" وقول الله تعالى في سورة الطلاق الآية 32: "ومن يتوكل على الله فهو حسبه" ومن النص السابق حسب (يوسف مدين، 2006: 351) يتضمن عنصرين أساسيين:

أولاً: إن الله سبحانه هو مصدر تامين الحاجات لا غيره، وهو موضع الثقة، والنصر والرزق باعتباره المؤثر الحقيقي في الوجود بأسره الذي لا يعجز شيء، ولذلك وجب على المسلم أن لا يشعر بقلق، فإشباع الحاجات موكول إلى الله عملياً، فهو -عز وجل- يرزق من يشاء بغير حساب، ومن حيث لا يحتسب الفرد شرط أن يتوفر وعي عبادي بمفهوم التوكل. إن الاطمئنان إلى توفر الإشباع وتأمينه دائماً لكل العباد، يزيح بكل تأكيد كل التوتر النفسي ينجم عن صعوبات الحياة، بل إن الاطمئنان إلى توفر إشباع يجنب الفرد منذ البداية أية إحباطات، وحتى مع تعرض العبد لمواقف وخبرات إحباطية بين الحين وآخر، فإن ذلك لا يؤدي إلى صراع في داخل نفسيته بدرجة حادة مريضة لي ليقينه بأن الله عز وجل قد ابتلاه بذلك.

ثانياً: السعي في الأرض والكدح، وتحمل المسؤولية من العبد في البحث الفعلي عن الإشباع، وتأمين الحاجات، فلا يرزق العبد حسب (يوسف مدين، 2006: 352) دون توفر هذا الوعي العبادي لمفهوم التوكل وفهمه بطريقة إيجابية، وهو شرط ضروري لمعرفة العلاقة بين التوكل وقانون السببية للأشياء، ولذا لما أهمل الأعرابي بغيره قائلاً: "توكلت على الله"

ب- اعتقاد الفرد بأن الهروب من المواقف الصعبة وعدم تحمل المسؤولية يعتبر أفضل من مواجهتها. وهذا اعتقاد خاطئ لأنه مبني على فكرة غير عقلانية، وتستعين الباحثة بقول الإمام علي عليه السلام: "إن خفت صعوبة أمر، فأصعب له -أي كن قويا عليه- يذل لك" ويعني ذلك حسب ما جاء في (يوسف مدين، 2006: 443) أن يكون الموقف الصعب سهلاً بين يدي الفرد وقادراً عليه، ويرد الإمام علي عليه السلام في نصه التربوي أن يقوى الإنسان من داخله نفسياً وذهنياً وأخلاقياً

وجسديا، ويشند على كل صعوبة، أي يقوي الفرد على مشكلته فيجعل من الموقف الصعب الذي يواجهه سهلا، وتحت تصرفه، وسببا في بناء إرادة قوية، وهذا معناه أن النص استهدف صناعة القوة النفسية والعقلية لدى الفرد المؤمن، وتربيته الإرادة في ذاته عند مواجهة المواقف الصعبة سواء كانت مواقف شخصية أو اجتماعية، لأن المؤمن القوي خير عند الله من المؤمن الضعيف كما جاء في الحديث النبوي الشريف، وهو أيضا خير من المؤمن الضعيف عند الناس أيضا.

7- تقوم الباحثة بإعطاء أهمية للأفكار اللاعقلانية التي يدلي بها أعضاء المجموعة العلاجية ودحضها من خلال التركيز على إبراز عدم وجود أدلة أو براهين مؤيدة لتبني الفرد لهذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية، وتفتح بذلك المجال للمناقشة كل عضو على حدي.

8- تكليف أعضاء المجموعة العلاجية بواجب منزلي رقم-6- والمتمثل في ذكر الأفكار اللاعقلانية التي كانت لذا الشاب وغيرها معللا سبب التغيير.

9- تقييم واختتام الجلسة مع شكر أفراد المجموعة العلاجية على تفاعلهم وتعاونهم.

الجلسة التاسعة: الصحة النفسية والشعور بالكفاءة والثقة بالنفس

الأهداف:

- 1- يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على مفهوم الصحة النفسية
- 2- يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الأبعاد السبع للصحة النفسية
- 3- تحديد الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالشعور بالكفاءة والثقة بالنفس
- 4- دحض الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالبعد الأول.
- 5- إحداث أثر وتغيير إيجابي معرفي وانفعالي وسلوكي

الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية

الوسائل المستخدمة: عرض بوروينت، سبورة

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- مناقشة الواجب المنزلي رقم 6- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.
- 6- عرض على أفراد المجموعة العلاجية مفهوم الصحة النفسية.
- 7- تعريف أفراد المجموعة العلاجية على الأبعاد السبعة المكونة للصحة النفسية حسب الأداة المعتمد عليها.
- 8- تعريف أفراد المجموعة العلاجية على البعد الأول المتمثل في: الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس حيث نعني بذلك إحساس الفرد بقيمته، وان لديه من الإمكانيات ما يجعله قادرا على العطاء وعلى مواجهة الصعاب والتحديات والتغلب عليها دون الاعتماد على الآخرين بإضافة إلى مقدرته على حسم المسائل وإتخاذ القرارات في حينها وعدم الحساسية للنقد.
- 9- تذكر الباحثة البنود 15 المكونة للبعد وتناقش مع أفراد المجموعة العلاجية كل بند على حدا وفقا لنظرية ABC
- 10- تدريب الباحثة أفراد المجموعة العلاجية على تحليل البنود وفقا لما يلي:
- 11- البند الأول: عادة أجد متعة في الحديث عن نفسي وعن إنجازاتي أمام الآخرين
- مثير: خلاف أسري
- معتقد: لا يحبوني ولا يقدرون إنجازاتي
- انفعال: خصام مع أفراد الأسرة

- دحض: إبراز أهمية الأسرة وقيمتها حسب ما جاء في شعائر الحج:
- أ- السعي بين الصفا والمروة: حيث كانت الأم تجري بين الجبلين سبع مرات وقد أمرها الله تعالى أن تهول، وهنا تتجسد مشاعر الأم
- ب- مياه زمزم: وهي دعوة إبراهيم حين ترك ولده وزوجته في الصحراء بأمر من الله تبارك وتعالى، وفي دعوته دعا الله تعالى: "ربنا إني أسكنت من ذريتي بواد غير ذي زرع عند بيتك المحرم ربنا ليقيموا الصلاة فاجعل أفئدة من الناس تهوي إليهم وأرزقهم من الثمرات لعلهم يشكرون" سورة إبراهيم الآية 37 وينزل جبريل من السماء بأمر من السماء بأمر من الله تعالى استجابة لدعوة أب ويضرب جبريل بجناحه عند قدم الرضيع وتخرج زمزم ليشرّب منها البشر إلى يوم القيامة لتعلموا أن دعوة الأب مستجابة.
- ت- الأضحية: جاء في صورة الصفات الآية 102 قول الله تعالى: " فلما بلغ معه السعي قال يا بني إني أرى في المنام أني أذبحك فانظر ما ذا ترى قال يا أبت أفعل ما تؤمر ستجدني إن شاء الله من الصابرين" صدق الله العظيم. وهنا في الآية الكريمة الأب الذي يأخذ رأي ابنه والابن المطيع لوالده.
- 12- إعطاء أفراد المجموعة العلاجية واجب منزلي رقم -7- حيث يذكر كل فرد مختلف التحديات التي يواجهها موضحا كيفية تجاوزها
- 13- تقييم واختتام الجلسة العلاجية وإعطاء موعد للجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة: المقدرة على التفاعل الاجتماعي

الأهداف:

- 1- تعريف أفراد المجموعة بالمقدرة على التفاعل الاجتماعي
- 2- تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
- 3- دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد الثاني وإغائها
- 4- التدريب على أداء سلوك عقلائي يتسم بالمقدرة على التفاعل الاجتماعي

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت، سبورة

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- مناقشة الواجب المنزلي رقم-7- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.
- 6- تعريف أفراد المجموعة العلاجية بالمقصود: المقدره على التفاعل الاجتماعي حيث تتمثل في مقدره الفرد على عقد صداقات وتبادل الزيارات وتكوين علاقات إنسانية متينة قوامها الثقة والاحترام والود والتآلف مع الآخرين، ومقدرته على الإسهام بدور إيجابي في المناسبات والأنشطة والحياة الاجتماعية عموماً.
- 7- تناقش الباحثة مع أفراد المجموعة العلاجية مختلف المثيرات والخبرات المنشطة (A) لهذا البعد وفقاً لبنوده الخمسة عشر.
- 8- تقوم الباحثة مع أفراد المجموعة العلاجية بتحديد المعتقدات الخاطئة وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B)
- 9- تقوم الباحثة بتوضيح العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي (C).
- 10- تقسم الباحثة أفراد المجموعة العلاجية إلى مجموعتين وتكلف كل مجموعة بمناقشة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمقدرة على التفاعل الاجتماعي ويقوموا بتصحيحها جماعياً (D).

- 11- تكلف الباحثة أفراد المجموعة العلاجية بواجب منزلي رقم-8- حيث يقوم كل فرد بعمل ما يعكس من خلاله قدرته على التفاعل الاجتماعي
- 12- تقييم واختتام الجلسة العلاجية.

الجلسة الحادية عشر: النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس

الأهداف:

- 1- تعريف المجموعة العلاجية بالنضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس.
 - 2- تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
 - 3- دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد الثالث وإغائها
 - 4- التدريب على أداء سلوك عقلائي يتسم بالنضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس
- الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور

الوسائل المستخدمة: عرض بوروينت، سبورة

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5 - مناقشة الواجب المنزلي رقم-8- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.

- 6- تعريف افراد المجموعة العلاجية بالمقصود: النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس حيث يعني المقدرة على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة.
- 7 - تفتح الباحثة مجال الحوار مع افراد المجموعة العلاجية حتى يتسنى مناقشة المثيرات والخبرات المنشطة (A) المتعلقة بالنضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس
- 8 - تقوم الباحثة مع مختلف أفراد المجموعة العلاجية بتحديد المعتقدات الخطأ وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B)
- 9 - تقوم الباحثة بجعل لأفراد المجموعة العلاجية يحددون العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي (C) من خلال عمل المجموعات الصغيرة.
- 10 - تناقش جماعيا الأفكار اللاعقلانية ويتم دحضها (D).
- 11 - تقوم الباحثة بتقسيم أفراد المجموعة العلاجية إلى مجموعتين ويقومون بتجسيد دور يعكس فيه الفرد نضجه الانفعالي ومقدرته على ضبط نفسه
- 12 - إعطاء أفراد المجموعة العلاجية واجب منزلي رقم-9- حيث يذكر كل فرد مختلف المواقف التي يتعرض لها وكيف يسيطر على ضبط نفسه.
- 13 - تقييم واختتام الجلسة العلاجية
- الجلسة الثانية عشر: المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة

الأهداف:

- 1- تعريف المجموعة العلاجية بالمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة.
- 2- تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
- 3- دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد الرابع وإغائها

4- التدريب على أداء سلوك عقلائي يتسم بالمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

1- افتتاح الجلسة العلاجية

2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية

3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة

4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية

5 - مناقشة الواجب المنزلي رقم-9- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.

6- تعريف افراد المجموعة العلاجية على المقصود بالمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة حيث تعني سعي الفرد إلى تحقيق ما لديه من طاقات، والاستفادة مما لديه من إمكانيات في أعمال مشبعة لا تتعارض مع مصالح الآخرين وتشعر بالرضا والإشباع، بما يستلزمه ذلك من إقبال على الحياة بحيوية ونشاط، والاعتماد على النفس وتخطيط ومثابرة، وإتقان العمل وشغل وقت الفراغ بصورة مفيدة.

7 - من خلال المناقشة الجماعية نحدد المثيرات والخبرات المنشطة (A) المتعلقة بالمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة

- 8- تقوم الباحثة بتحديد المعتقدات الخاطئة وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B).
- 9- تقوم الباحثة بجعل لأفراد المجموعة العلاجية يحددون العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية وعدم المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة (C)
- 10- يتم مناقشة الأفكار اللاعقلانية جماعياً ويتم دحضها (D).
- 11- تناقش الباحثة مع افراد المجموعة العلاجية مختلف الأعمال التي يمكن لكل فرد ان يقوم بها ويوظف كامل طاقاته وإمكانياته (E)
- 12- تقييم واختتام الجلسة العلاجية

الجلسة الثالثة عشر: التحرر من الأمراض العصابية

الأهداف:

1. تعريف المجموعة العلاجية بالمقصود التحرر من الأمراض العصابية
 2. تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
 3. دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد الخامس وإغائها
 4. التدريب على أداء سلوك عقلائي يتسم بالخلو من الأمراض العصابية
- الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي.

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية

- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- تعريف افراد المجموعة العلاجية بالمقصود: التحرر من الأمراض العصابية حيث يعني خلو المرء من الأنماط السلوكية الشاذة المصاحبة للاضطراب والأعراض النفسية والعقلية، وانتقاء كل ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية ويحد من تفاعله مع الآخرين والحياة معهم بشكل عادي.
- 6- تفتح الباحثة مجال الحوار مع افراد المجموعة العلاجية ويتم تحديد مختلف المثيرات والخبرات المنشطة (A) المتعلقة بالتحرر من الأمراض العصابية.
- 7- تقوم الباحثة بإشراك افراد المجموعة العلاجية بتحديد المعتقدات الخاطئة وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B).
- 8- تقوم الباحثة بجعل لأفراد المجموعة العلاجية يحددون العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية والتحرر من الأمراض العصابية (C)
- 9- يتم مناقشة الأفكار اللاعقلانية جماعيا ويتم دحضها (D).
- 10- تناقش الباحثة مع افراد المجموعة العلاجية مختلف السلوكات الشاذة التي يعاني منها أفراد المجموعة .
- 11- تكليف أفراد المجموعة بواجب منزلي رقم-10- والمتمثل في ذكر كل فرد لسلوك شاذ يقوم به ويعيقه عن المشاركة في الحياة الاجتماعية بشكل عادي مع إعطاء كيف التغلب عليه استنادا على ما تدرب عليه في الجلسة العلاجية (E) .
- 12- تقييم واختتام الجلسة العلاجية

الجلسة الرابعة عشر: البعد الإنساني القيمي

الأهداف:

- 1- تعريف المجموعة العلاجية بالمقصود بالبعد الإنساني القيمي
 - 2- تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
 - 3- دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد السادس وإغائها
 - 4- التدريب على أداء سلوك عقلائي يجسد فيه الإنسانية والقيم.
- الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور
- الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت سبورة
- زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5 - مناقشة الواجب المنزلي رقم-10-
- 6- تعريف أفراد المجموعة العلاجية بالبعد الإنساني القيمي حيث يقصد به تبني المرء لإطار قيمي يهتدي به ويوجه سلوكه، يراعي فيه مشاعر الآخرين ويحترم مصالحهم وحقوقهم، ويلتزم من خلاله بالقيم الأخلاقية الواجبة في العلاقات المتبادلة كالوفاء والصدق والأمانة والمساندة.

- 7- تفتح الباحثة مجال الحوار مع افراد المجموعة العلاجية ويتم تحديد مختلف المثيرات والخبرات المنشطة (A) المتعلقة بالبعد الإنساني القيمي.
 - 8- يتم تحديد المعتقدات الخطأ وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B).
 - 9- تقوم الباحثة بإشراك افراد المجموعة العلاجية بتحديد العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية والبعد الإنساني القيمي (C).
 - 10- يتم مناقشة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بها البعد، ويتم دحضها (D).
 - 11- تناقش الباحثة مع افراد المجموعة العلاجية مختلف القيم التي كانت في الفرد إلا أنها اختفت نتيجة لجوئه للمادة المخدرة.
 - 12- تكلف أفراد المجموعة العلاجية بواجب منزلي رقم -11- والمتمثل في قيام كل فرد بعمل ما يعكس الجانب الإنساني فيه ويحرص على استرجاع وترسيخ قيمة أخلاقية (E).
 - 13- تقييم واختتام الجلسة العلاجية
- الجلسة الخامسة عشر: تقبل الذات وأوجه القصور العضوية

الأهداف:

- 1- تعريف المجموعة العلاجية بالمقصود بتقبل الذات وأوجه القصور العضوية
 - 2- تحديد الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بهذا البعد
 - 3- دحض وتصحيح الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالبعد السابع وإغائها
 - 4- التدريب على أداء سلوك عقلائي يجسد فيه تقبل الذات وأوجه القصور العضوية.
- الفيئات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية، الواجب المنزلي، لعب الدور
- الوسائل المستخدمة: عرض بوروينت، سبورة

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- إفتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية
- 5- مناقشة الواجب المنزلي رقم-11- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.
- 6- تعريف أفراد المجموعة العلاجية بالمقصود بتقبل الذات وأوجه القصور العضوية حيث يعني تقبل الفرد لذاته كما هي على حقيقتها ورضاؤه عنها بما يشتمل عليه، وعدم النفور أو الخجل، كما تنطوي عليه من معوقات جسمية واستغلال ما يتمتع به من إمكانيات والعمل على تنميتها إلى أقصى مستوى يمكنها الوصول إليه.
- 7- تفتح الباحثة مجال الحوار مع افراد المجموعة العلاجية ويتم تحديد مختلف المثيرات والخبرات المنشطة (A) المتعلقة بتقبل الذات وأوجه القصور العضوية.
- 8- يتم تحديد المعتقدات الخطأ وإيضاح أنها خاطئة وغير منطقية (B).
- 9- تقوم الباحثة بإشراك أفراد المجموعة العلاجية بتحديد العلاقة بين المعتقدات والأفكار اللاعقلانية و تقبل الذات وأوجه القصور العضوية. (C).
- 10- يتم مناقشة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بها البعد، ويتم دحضها (D).
- 11- تناقش الباحثة مع أعضاء المجموعة العلاجية مدى تقبلهم لذواتهم وأوجه القصور العضوية قبل وبعد اللجوء للمخدر.
- 12- يقدم لأفراد المجموعة العلاجية الواجب المنزلي رقم-12- والمتمثل في ذكر كيف يمكن تقبل الذات وأوجه القصور العضوية حسب كل فرد من أفراد المجموعة استنادا إلى الجلسة العلاجية المقدمة.

13- تقييم واختتام الجلسة العلاجية

الجلسة السادسة عشر: القياس البعدي مع تقييم عام والاختتام

الأهداف:

- 1- الوقوف على مدى تحقيق الأهداف العلاجية.
- 2- تقييم لتغيرات التي طرأت على أفراد المجموعة العلاجية.
- 3- تعزيز كل التغيرات التي طرأت على أفراد المجموعة العلاجية
- 4- تطبيق القياس البعدي
- 5- تقييم عام للبرنامج العلاجي من طرف المجموعة العلاجية
- 6- شكر أفراد المجموعة العلاجية على تعاونهم معنا.

الفنيات المستخدمة: المحاضرة، المناقشة الجماعية

الوسائل المستخدمة: عرض بوربوينت، سبورة

زمن الجلسة العلاجية: 60 دقيقة

محتوى الجلسة:

- 1- افتتاح الجلسة العلاجية
- 2- الترحيب بأفراد المجموعة العلاجية
- 3- إعطاء ملخص عن الجلسة السابقة
- 4- توضيح الهدف من الجلسة الحالية

- 5 - مناقشة الواجب المنزلي رقم-12- وتقديم التعزيز للأفراد المجموعة العلاجية.
- 6-تقوم الباحثة بتذكير الأهداف التي سطرت من خلال البرنامج العلاجي وكيف تم الوصول إليها ومدى تحقيقها.
- 7-تفتح الباحثة المجال لافراد المجموعة العلاجية كل لوحدهم للتعبير عن مختلف التغيرات التي طرأت عليه، لتقدم بعد ذلك تقييم عام للبرنامج ككل.
- 8-تقوم الباحثة ببحث أفراد المجموعة العلاجية على الحفاظ على كل الإنجازات التي تم تحقيقها خلال الفترة العلاجية والحرص على ممارستها في الحياة اليومية.
- 9-يوزع على أفراد المجموعة العلاجية مقياس الصحة النفسية للشباب.
- 10-تقوم الباحثة في الأخير بتقديم الشكر لأفراد المجموعة العلاجية وتعاونهم خلال الفترة العلاجية وتنصت لمختلف الاقتراحات التي يرونها تضاف للبرنامج.
- 11-اختتام البرنامج العلاجي.

الفصل السادس: الدراسة الاستطلاعية

- 1- الغرض من الدراسة الاستطلاعية
- 2- أدوات الدراسة
 - 1-2 المقابلة
 - 2-2 المحك التشخيصي حسب DSM4
 - 2-3 استمارة جمع البيانات
 - 2-4 مقياس الصحة النفسية
- 3- خصائص عينة الدراسة ومكانها
- 4- اجراءات الدراسة الاستطلاعية
- 5- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية
- 6- الاستنتاجات الخاصة بالتصور العام للدراسة الأساسية

1- الغرض من الدراسة الإستطلاعية:

الدراسة الاستطلاعية سمحت لنا بتشخيص الحالات المعتمدة على المخدرات، وكذا ضبط الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية خاصة الثبات، لأن صدقه مدروس وتم التحقق منه بشكل كاف، وقمنا بإدخال تعديلات طفيفة عليه، كما هيئت لنا الأرضية لاستكشاف ميدان الدراسة الأساسية وركزنا على تحديد خصائص العينة، والتي لم نحصل عليها بسهولة نتيجة لغياب مركز خاص بهم في تلمسان من جهة، وخوفا من الوصم الإجتماعي من جهة أخرى مما صعب من الدراسة، وقد إستعانا بمحافظة تلمسان للكشافة الإسلامية الجزائرية حيث قمنا بزيارة لجل المؤسسات العقابية للولاية (الرمشي، أولاد ميمون، سبدو، تلمسان، مغنية) لتحسيس من خطورة المخدرات وهذا ما سمح لنا بالإحتكاك بهذه الفئة.

وبغية الرفع من كفاءتنا في تسير الجلسات العلاجية، قمنا بعدة دورات تدريبية وتربصات، حيث شاركنا في الدراسة الكشفية الوطنية لقادة التدريب التي عقدت سنة 2012 بالجزائر العاصمة (أنظر الملحق رقم 1) تحت تأطير المنظمة الكشفية العربية، وكذا المشاركة في الندوة الوطنية الثانية لتنمية مهارات المدربين سنة 2014 بولاية قسنطينة(أنظر الملحق رقم 2)

فاستفدنا من جل المعلومات والتقنيات التي يعتمد عليها المدرب للقيام بالجلسات التدريبية على أتم وجه مع مراعاة تكييفها وضوابط العمل البحثي الحالي، كما شاركنا في تربص آخر في الجزائر العاصمة مع المنظمة الدولية للإعاقة (Handicap international)(أنظر الملحق رقم 3) وكان تحت عنوان: " L'animation d'un groupe thérapeutique " ،فالتكوين ساعدنا في تقديم الجلسات العلاجية للعينة المستهدفة في الدراسة، و يمكن إجمال الغرض من دراستنا الإستطلاعية فيما يلي:

- التدريب على مختلف تقنيات تسير الجلسات العلاجية

- تكوين فيما يخص العمل مع المجموعة العلاجية
- تشخيص الحالات المعتمدة على المخدرات
- دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية للشباب
- انتقاء العينة المناسبة لتطبيق البرنامج العلاجي المصمم
- ضبط مختلف مواصفات العينة المستهدفة بالدراسة
- اختيار مكان القيام بالدراسة الأساسية
- الإلمام بتصوير عام للدراسة الأساسية

2- أدوات الدراسة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة، والوصول إلى نتائج موضوعية، استعنا بالأدوات التالية:

2-1 المقابلة:

تعتبر المقابلة الوسيلة الأساسية في الفحص والتشخيص حسب (إجلال محمد سرى، 2000 : 59)، وهي اتصال شفهي مباشر مع أفراد العينة حسب (أسامة حسين باهي: 2002، 54)، وفي نفس السياق ورد في (كاملة الفرخ، 1999: 95) بأن المقابلة هي: "علاقة ديناميكية بين شخصين المرشد والعميل وفيها يحاول العميل أن يحصل على حل لمشكلته التي يعاني منها ويحاول المرشد أن يقدم للعميل من خلالها المساعدة الفنية التي يراها ملائمة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة والمقابلة هنا تكون مهنية فنية وتصبح موقفا تعليميا."

ولقد اعتمدنا عليها في تفاعلنا مع الحالات-الشباب المعتمد على المخدرات- من أجل جمع البيانات و التشخيص والعلاج.

وتشير الباحثة إلى أنه بعد حصولها على موافقة الشباب المعتمد على المخدرات لإجراء مجموعة من المقابلات، والتي بلغ متوسطها سبعة (7) واستغرقت مدتها حوالي 40 دقيقة، قامت باتباع السيورة التالية في إجراءاتها للمقابلات:

المقابلة الأولى: خصصت لاضاح الهدف البحثي للحالة-الشاب المعتمد على المخدر- وايضاح مجريات العمل وطمأنته وكسب ثقته.

المقابلة الثانية: جمع البيانات الخاصة بالحالة

المقابلة الثالثة: متابعة جمع البيانات -اعتمادا على استمارة جمع البيانات-

المقابلة الرابعة: التشخيص - تطبيق المحك التشخيصي

المقابلة الخامسة: تطبيق مقياس الصحة النفسية للشباب

المقابلة السادسة: عرض فكرة المشاركة في العلاج وأخذ موافقة الحالة- في حالة تشخيصها على أنها تعتمد على المخدرات-

المقابلة السابعة: انهاء المقابلات مع شكر الحالة على تعاونها معنا.

2-2 المحك التشخيصي حسب DSM4:

إعتمادا على الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994، ورد تشخيص الإعتماد ضمن الاضطرابات المتعلقة بالمواد كما يظهر بوجود ثلاثة (أو أكثر) من المعايير السبعة التالية، وهو يحدث في أي وقت في فترة 12 شهراً متواصلة حسب (109 : dsm4,1994):

- 1- التحمل، كما يحدّد بواحد مما يلي:
 - (أ) حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ تأثير مرغوب.
 - (ب) تأثير متضائل مع الاستخدام المتواصل لنفس المقدار من المادة.
- 2- الامتناع، كما يظهر بواحد مما يلي:
 - (أ) متلازمة الامتناع المميّزة لمادة
 - (ب) تناول نفس المادة (أو مادة تشبهها) لتخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.
- 3- غالباً ما تؤخذ المادة بمقادير أكبر أو لمرات أكثر مما كان في البداية.
- 4- هناك رغبة متواصلة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام المادة.
- 5- يبذل كثير من الوقت في نشاطات للحصول على المادة (مثل زيارة العديد من الأطباء أو التنقل لمسافات طويلة)، أو في استخدام المادة (مثل التدخين بلا انقطاع).
- 6- الابتعاد عن النشاطات الاجتماعية، المهنية، أو الترفيهية بسبب استخدام المادة.
- 7 - استخدام المادة يتواصل رغم العلم بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستديمة ، وهي مشكلة يُرجّح أن المادة سببها أو تفاقمها (الاستمرار في استخدام الكوكائين رغم العلم بأنه يسبب اكتئاباً ، أو الاستمرار في شرب الكحول رغم المعرفة بأن القرحة تزداد سوءاً بتناوله).

وهناك نوعان: (أنظر الملحق رقم 4)

- * اعتماد فيزيولوجي: وجود التحمل أو الامتناع (أي وجود إما البند 1 أو البند 2)
- * اعتماد نفسي: لا يوجد التحمل أو الامتناع (أي لا يوجد البند 1 أو البند 2)

2-3 استمارة جمع البيانات:

قامت الباحثة بإعداد استمارة لجمع بيانات عن عينة الدراسة (أنظر الملحق رقم 5)

وهي تتكون مما يلي:

أولاً- البيانات الشخصية: حيث خصصنا لتحديد جنس الحالة (ذكر، أنثى) وسنها وكذا معرفة الحالة الاجتماعية: (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل)، وكذا معرفة المستوى التعليمي: (أمي، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) بالإضافة إلى الوظيفة.

ثانياً- بيانات عن المادة المخدرة: حيث يتم ذكر المخدر الذي إعتمدت عليه الحالة في الماضي والذي تعتمد عليه حالياً ثم ذكر قيمة المال المخصص للمادة المخدرة وعدد مرات تعاطيها في اليوم.

ثالثاً- بيانات عن تاريخ الإعتقاد: وخصصنا هذا الجزء لتاريخ الإعتقاد على المخدرات، بدءاً من تحديد سن أول مرة تم فيها التعاطي، وذكر الدافع وراء ذلك في الماضي والحاضر مع تحديد مدة الإعتقاد.

رابعاً: بيانات عن الخضوع للعلاج: وذكرنا فيه مدى خضوع الحالة للعلاج الدوائي أو النفسي.

2-4 مقياس الصحة النفسية للشباب لعبد المطلب أمين القريظي:

أولاً: التعريف بالمقياس

بحكم أن الدراسة الحالية تهدف إلى تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشباب المعتمد على المخدرات من خلال البرنامج العلاجي المصمم ، تم استخدام مقياس الصحة النفسية للشباب لعبد المطلب أمين القريظي في القياس القبلي والبعدي. (أنظر الملحق رقم 6)

ثانياً: وصف المقياس

مقياس الصحة النفسية للشباب لعبد المطلب أمين القريظي بكلية التربية جامعة حلوان، وعبد العزيز السيد الشخص كلية التربية بجامعة عين الشمس، يتضمن 105 عبارة مقسمة إلى سبعة أبعاد كل بعد به 15 بند.

ثالثاً: الأبعاد الفرعية للمقياس

سوف نذكر فيما يلي الأبعاد السبعة والتعريف الإجرائي لكل واحد على حدى :

أ- الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس

جاء في (عبد المطلب أمين القريطي، 1992: 09) أن الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس تعني إحساس الفرد بقيمته، وأن لديه من الإمكانيات ما يجعله قادراً على العطاء ومواجهة الصعاب والتحديات والتغلب عليها دون الإعتماد على الآخرين، بالإضافة إلى مقدرته على حسم المسائل وإتخاذ القرارات في حينها وعدم الحساسية للنقد.

ب- المقدرّة على التفاعل الاجتماعي

يقصد بها مقدرّة الفرد على عقد الصداقات وتبادل الزيارات وتكوين علاقات إنسانية متينة قوامها الثقة والاحترام والود والتآلف مع الآخرين، ومقدرته على الإسهام بدور ايجابي في المناسبات والأنشطة والحياة الاجتماعية عموماً.

ج- النضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس

يعني المقدرّة على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعياً، كما يعني ثبات الإستجابات الإنفعالية للفرد واستقرارها إزاء المواقف المتشابهة، وعدم الإستسلام للقلق والتوتر وأحلام اليقظة.

د- المقدرّة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة

يعني سعي الفرد إلى تحقيق ما لديه من طاقات، واستفادة بما لديه من إمكانيات في أعمال مثيرة لا تتعارض مع مصالح الآخرين وتشعره بالرضا والإشباع، بما يستلزمه ذلك من إقبال على الحياة

بجوية ونشاط، والإعتماد على النفس وتخطيط ومثابرة واتقان للعمل وشغل وقت الفراغ بصورة مفيدة.

هـ - التحرر من الأعراض العصابية

ويعني خلو المرء من الأنماط السلوكية الشادة المصاحبة للاضطرابات والأعراض النفسية والعقلية، وانتقاء كل ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية، وتحد من تفاعله مع الآخرين والحياة معهم بشكل عادي.

و- البعد الإنساني والقيمي

ويقصد به حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1992: 10) تبني المرء لإطار قيمي يهتدي به ويوجه سلوكه، يراعي فيه مشاعر الآخرين ويحترم مصالحهم وحقوقهم، ويلتزم من خلاله بالقيم الأخلاقية الواجبة في العلاقات المتبادلة كالوفاء والصدق والامانة والمساندة.

ز- تقبل الذات وأوجه القصور العضوية

يعني تقبل الفرد لذاته كما هي على حقيقتها ورضاؤه عنها بما تشمل عليه وعدم النفور أو الخجل، كما تنطوي عليه من معوقات جسمية، واستغلال ما يتمتع به من امكانيات والعمل على تنميتها في أقصى مستوى يمكنها الوصول إليه.

جدول رقم (1) يوضح أبعاد مقياس الصحة النفسية والبنود الخاصة بكل بعد.

أبعاد المقياس	بنوده
الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس	64-57-50-43-36-29-22-15-8-1 99-92-85-78-71-
المقدرة على التفاعل الاجتماعي	65-58-51-44-37-30-23-16-9-2 100-93-86-79-72-
النضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس	-66-59-52-45-38-31-24-17-10-3 .101-94-87-80-73
المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة	-67-60-53-46-39-32-25-18-11-4 .102-95-88-81-74
التحرر من الأعراض العصبية	-61-54-47-40-33-26-19-12-5 .103-96-89-82-75-68
البعد الإنساني والقيمي	69-62-55-48-41-34-27-20-13-6 104-97-90-83-76-
تقبل الذات وأوجه القصور العضوية	70-63-56-49-42-35-28-21-14-7 105-98-91-84-77-

رابعاً: الخصائص السيكمترية للمقياس

أ - الصدق :

تم تطبيق المقياس في البيئة السعودية على عينة قوامها 400 طالباً (250 ذكر و150 أنثى) بجامعة الملك سعود من القسمين العلمي والأدبي حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1992: 12) وقد تراوحت أعمار العينة ما بين 18 و27 عاماً، بمتوسط قدره 21.05 سنة، وانحراف معياري 2.45 .

وللتحقق من صدق المقياس حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1992: 13) تم إخضاع درجات أفراد عينة التقنين للتحليلات الاحصائية باستخدام أسلوب التحليل العاملي، وذلك لإستخراج معاملات إرتباط البنود الممثلة للأبعاد المختلفة بالدرجة الكلية لهذه الأبعاد، ومن ثم استخدام معاملات الإرتباط البينية بين أبعاد المقياس من جهة والدرجة الكلية للمقياس من جهة أخرى، وتوضح الجداول التالية نتائج ذلك:

جدول رقم(2) معاملات الإرتباط بين درجات بنود البعد الأول والدرجة الكلية لهذا البعد

رقم البند	معامل الإرتباط	رقم البند	معامل الإرتباط
1	0.32	57	0.61
8	0.49	64	0.34
15	0.39	71	0.50
22	0.51	78	0.55
29	0.46	89	0.49
36	0.30	92	0.55
43	0.32	99	0.65
50	0.54		

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(3) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثاني والدرجة الكلية لهذا البعد

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
2	0.50	58	0.54
9	0.38	65	0.43
16	0.36	72	0.51
23	0.37	79	0.45
30	0.59	90	0.46
37	0.49	93	0.47
44	0.30	100	0.30
51	0.36		

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(4) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الثالث والدرجة الكلية لهذا البعد

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
3	0.52	59	0.33
10	0.61	66	0.58
17	0.41	73	0.43
24	0.58	80	0.49
31	0.47	91	0.57
38	0.45	94	0.46
45	0.31	101	0.59
52	0.49		

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(5) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الرابع والدرجة الكلية لهذا البعد

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
4	0.45	60	0.41
11	0.34	67	0.43
18	0.30	74	0.44
25	0.30	81	0.33
32	0.30	92	0.34
39	0.40	95	0.48
46	0.44	102	0.44
53	0.37		

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(6) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد الخامس والدرجة الكلية لهذا البعد

رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط
5	0.39	61	0.41
12	0.37	68	0.54
19	0.55	75	0.41
26	0.42	82	0.44
33	0.49	93	0.42
40	0.53	96	0.50
47	0.53	103	0.52
54	0.64		

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(7) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السادس والدرجة الكلية لهذا البعد

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.40	62	0.30	6
0.51	69	0.30	13
0.66	76	0.33	20
0.69	83	0.48	27
0.59	94	0.59	34
0.52	97	0.49	41
0.40	104	0.53	48
		0.62	55

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم(8) معاملات الارتباط بين درجات بنود البعد السابع والدرجة الكلية لهذا البعد

معامل الارتباط	رقم البند	معامل الارتباط	رقم البند
0.54	63	0.37	7
0.55	70	0.50	14
0.33	77	0.45	21
0.43	84	0.54	28
0.52	91	0.34	35
0.55	98	0.30	42
0.43	105	0.50	49
		0.41	56

جميع هذه المعاملات دالة عند مستوى 0.01

جدول رقم (9) مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس

الصحة النفسية السبعة وكذلك للدرجة الكلية له بالنسبة للعينة السعودية

الدرجة الكلية	السا بع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	
الأول	0.49	0.37	0.61	0.37	0.62	0.38	-	
الثاني	0.78	0.34	0.30	0.49	0.32	-		
الثالث	0.53	0.28	0.64	0.29	-			
الرابع	0.26	0.45	0.39	-				
الخامس	0.39	0.35	-					
السادس	0.26	-						
السابع	-							
-								

يتضح من الجداول السابقة (2- 9) أن معاملات ارتباط بنود الأبعاد الفرعية للمقياس بالدرجة الكلية لكل بعد منها دالة عند مستوى 0.01، ومن الجدول (9) يتبين أن معاملات الارتباط البينية بين درجات الأبعاد السبعة المكونة للمقياس دالة عند مستوى 0.01، وكذلك معاملات الارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى 0.01، مما يؤكد أنها تشترك جميعاً في قياس الصحة النفسية في ضوء الإطار النظري الذي يستند إليه المقياس، وهذا دليل على صدقه حسب (عبدالمطلب أمين القريطي، 1992: 16).

كما تم تطبيق المقياس في البيئة المصرية على عينة قوامها 450 طالباً (250 ذكر و200 أنثى) بكلية التربية والخدمة الإجتماعية والتجارة وإدارة الأعمال بجامعة حلوان، والتربية

والحقوق بجامعة عين الشمس، وحسب (عبدالمطلب أمين القريطي، 1992: 19) أن الأعمار الزمنية لأفراد العينة تراوحت ما بين 17 و 25 عاما، بمتوسط قدره 20.25 عاما، وانحراف معياري 1.95 وبحكم أنه سبق اخضاع بنود المقياس إلى التحليل العاملي وتم استخراج معاملات الارتباط بين بنود كل بعد من أبعاده والدرجة الكلية لهذا البعد على مستوى عينة التقنين السعودية، فقد اكتفى الباحثان في معرض التحقق من صدق المقياس على العينة المصرية باستخراج مصفوفة معاملات الارتباط بين أبعاده وبعضها البعض من ناحية وبين كل بعد منها والدرجة الكلية للمقياس من ناحية أخرى.

ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

جدول رقم (10) مصفوفة معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الصحة النفسية السبعة وكذلك للدرجة الكلية له بالنسبة للعينة المصرية

الدرجة الكلية	السابع	السادس	الخامس	الرابع	الثالث	الثاني	الأول	
الأول	0.501	0.212	0.543	0.383	0.538	0.407	-	
الثاني	0.302	0.145	0.306	0.375	0.383	-		
الثالث	0.377	0.144	0.545	0.285	-			
الرابع	0.263	0.209	0.191	-				
الخامس	0.373	0.123	-					
السادس	0.201	-						
السابع	-							
-								

يتضح من الجداول السابقة أن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس والدرجة الكلية دالة احصائياً عند مستوى 0.01 حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1992 : 20)، كما يتضح أن هذه القيم مرتفعة جداً مقارنة بقيم معاملات الارتباط البينية بين درجات أبعاد المقياس وبعضها البعض والتي وصلت دلالة بعضها عند مستوى 0.05، وتؤكد هذه النتائج أن تلك الأبعاد تشترك معا في قياس الصحة النفسية في ضوء الاطار النظري الذي يستند إليه المقياس وهذا دليل على صدقه.

ب - الثبات :

قام معد المقياس عبد المطلب أمين القريطي بطريقة إعادة التطبيق لتحقيق من ثباته في البيئة السعودية، حيث طبق على عينة قوامها مائة (100) طالب وطالبة مرتين بينهما فارق زمني ثلاثة أسابيع، ومن ثم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في المرتين بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك درجته الكلية.

جدول رقم (11) يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بالنسبة للعينة السعودية

البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط
الاول	0.74	الخامس	0.65
الثاني	0.72	السادس	0.64
الثالث	0.57	السابع	0.79
الرابع	0.70	الدرجة الكلية	0.81

جميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 وهكذا يتضح من الجدول السابق أن الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

تم استخدام الدرجة المعيارية والدرجة التائية المكافئة لكل درجة من الدرجات الخام للمقياس، وذلك باستخدام المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة التقنين وقدره (71.62) والانحراف المعياري لهذه الدرجات وقدره (13.30) ولعل هذا يتيح إمكانية تفسير درجة الفرد على المقياس بصورة دقيقة.

كما تم التحقق من ثبات المقياس في البيئة المصرية بطريقة إعادة التطبيق حسب (عبد المطلب أمين القريطي، 1992: 20)، حيث طبق مرتين على عينة قوامها (150) طالب وطالبة من كليتي التربية بجامعة عين الشمس وحلوان من القسمين العلمي والأدبي وذلك بفارق زمني تراوح ما بين 15 و 21 يوما، ومن ثم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات التي حصلوا عليها في المرتين بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك درجته الكلية، ويوضح الجدول التالي ذلك.

جدول رقم (12) يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بالنسبة للعينة المصرية

البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط
الاول	0.759	الخامس	0.723
الثاني	0.813	السادس	0.872
الثالث	.0841	السابع	0.747
الرابع	0.742	الدرجة الكلية	0.895

و يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات ثبات المقياس دالة احصائيا عند مستوى 0.01 مما يشير إلى تمتعه بدرجة عالية من الثبات.

تم استخدام الدرجة المعيارية والدرجة التائية المكافئة لكل درجة من الدرجات الخام للمقياس، وذلك باستخدام المتوسط الحسابي لدرجات أفراد عينة التقنين (ن=450) وقدره (72.83) والانحراف المعياري لهذه الدرجات وقدره (12.80) .

البيانات حسب الدراسة الحالية:

أما في هذه الدراسة قمنا بالاعتماد على طريقة إعادة التطبيق، حيث طبق المقياس على طلبة السنة الثانية علم النفس خلال السنة الجامعية 2013-2014 بجامعة الدكتور مولاي الطاهر سعيدة، وبلغ قوامها 80 طالبا وطالبة، فبعد طبع ونسخ المقياس، اتصلت الباحثة بمصلحة التدريس لقسم العلوم الإجتماعية أين تم تزويدها بقائمة اسمية لجل الطلبة المسجلين بالسنة الثانية علم النفس و قدر عددهم بـ 80 طالبا .

وخلال الأعمال التطبيقية لمقياس القياس النفسي الذي تشرف على تدريسه الباحثة طبقت المقياس على الطلبة الحاضرين منهم 23 ذكرا و 57 أنثى، وتراوحت أعمارهم ما بين 19 و 24 سنة، ولقد استغرق جل المفحوصين مدة زمنية للإستجابة تراوحت ما بين 25 و 30 دقيقة واعتمادا على القائمة الإسمية للطلبة أعطي لكل طالب رقم يدونه على مقياسه وعند الإنتهاء ،كنا نقوم بمراجعة المعلومات الشخصية والإجابة، للتأكد من أن جميع المعلومات دونت، وأنه تم الإجابة على كل البنود ولم تنسى أية واحدة منها، وبعد مضي حوالي 21 يوم أعيد تطبيق المقياس على نفس العينة. (أنظر الملحق رقم 7)

واعتمادا على المعالجة الالكترونية حسب برنامج (SPSS) (أنظر الملحق رقم 8) ثم حساب معاملات الارتباط بين درجات التي حصلوا عليها في المرتين بالنسبة لكل بعد من أبعاد المقياس وكذلك درجته الكلية، ويوضح الجدول التالي معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بالنسبة لطلبة علم النفس .

جدول رقم (13) يوضح معاملات ثبات المقياس على مستوى الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية

البعد	معامل الثبات	البعد	معامل الثبات
الأول	0.716	الخامس	0.819
الثاني	0.691	السادس	0.306
الثالث	.0795	السابع	0.810
الرابع	0.687	الدرجة الكلية	0.842

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن جميع معاملات ثبات المقياس دالة احصائيا عند مستوى 0.01 وعليه فان الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية تتمتع بدرجة عالية من الثبات.

خامسا: التغييرات التي طرأت على المقياس

طرأ على مقياس الصحة النفسية للشباب تعديل واحد فقط والمتعلق ببعد المقدرة على التفاعل الإجتماعي في نص البند رقم 44 حيث ينص البند على:

تسمح لي علاقاتي ببعض أساتذتي بالتحدث معهم في مختلف شؤوني الخاصة.
وبعد التعديل أصبح:

تسمح لي علاقاتي الوثيقة ببعض، التحدث معهم في مختلف شؤوني الخاصة.

التعديل تم نظرا لكون الفئة التي سوف نستهدفها ليس بالضرورة تكون تدرس وتتحدث عن أساتذتها.

2- خصائص عينة الدراسة ومكانها:

قمنا بالإستعانة بمساعدين للوصول إلى الشباب المعتمد على المخدرات عبر أحياء مدينة تلمسان، وبلغ قوام العينة الأولية (الأصلية) (70) شابا يعتمدون على أنواع متعددة من المخدرات، ونظرا لرفض البعض ، وتهرب وخوف البعض الآخر، تم إلغاء (20) حالة، لنحصل في الأخير على عينة قوامها (50) شابا ، وعليه فقد تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من (50) شابا يعتمد على المخدرات، منهم (41) ذكرا و (9) إناث، وتتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة، جلهم عزاب عدا حالة واحدة أنثى مطلقة.

● من حيث المستوى التعليمي:

جدول رقم (14) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
2%	1	أمي
8%	4	ابتدائي
24%	12	متوسط
20%	10	ثانوي
46%	23	جامعي
100%	50	المجموع

من الجدول رقم (14) يتضح أن المستوى التعليمي لأفراد عينة الدراسة الإستطلاعية متنوع من الأمي الى الجامعي، إلا أن أعلى نسبة والمقدرة بـ 46% للجامعيين يليها المستوى المتوسط بـ 24% ثم المستوى الثانوي بـ 20% ثم ذوي المستوى الإبتدائي بـ 8%، وكأدنى نسبة سجلت للأميين حيث لم تتجاوز نسبتهم 2%.

● من حيث الوظيفة:

جدول رقم (15) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث الوظيفة:

المهنة	تكرارها	نسبتها
بطلال	25	50%
طالب	16	32%
أعمال حرة	3	6%
نجارة الألمنيوم	1	2%
خباز	1	2%
بناء	1	2%
طباخ	1	2%
حارس ليلي	1	2%
تاجر مخدرات	1	2%
المجموع	50	100%

من جدول رقم (15) يتضح أن أفراد العينة جلهم بطالين بنسبة 50 %، ونجد الطلاب بنسبة 32%، ثم الذين يزاولون أعمال حرة بنسبة 6% في حين مهنة نجارة الألمنيوم، الخباز، الطباخ، بناء، حارس ليلي، المتاجرة في المخدرات لم تتعد 2%.

- بالنسبة للمخدر الذي سبق للمدمن الإعتماد عليه

جدول رقم (16) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المخدر الذي سبق للمدمن الإعتماد عليه

المخدر	تكراره	النسبة
أكثر من مخدر	21	42%
حشيش	18	36%
الأقراص المهلوسات	6	12%
إكستازي	4	8%
كحول	1	2%
المجموع	50	100%

من خلال الجدول رقم (16) يتضح أن أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية سبق لهم وأن إعتمدوا على عدة مخدرات وفي مقدمتها الإعتماد على أكثر من مخدر (كحول والحشيش، حشيش وإكستازي، أقراص مهلوسة وكحول) بنسبة 42%، يليها الإعتماد على الحشيش بنسبة 36% ثم الأقراص المهلوسة بنسبة 12%، وإكستازي بنسبة 8% في حين الإعتماد على الكحول لم تتعد نسبته 2%.

- بالنسبة للمخدر الذي يعتمد عليه الشاب حالياً :

جدول رقم (17) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث المخدر الذي المعتمد عليه حالياً

المخدر	تكراره	النسبة
حشيش	32	64%
إكستازي	8	16%
الأقراص المهلوسات	5	10%
أكثر من مخدر	5	10%
المجموع	50	100%

من الجدول رقم(17) يتضح أن أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية يعتمدون على عدة أنواع من المخدرات وفي مقدمتها الحشيش بنسبة عالية قدرت بـ 64 % ثم إكستازي بـ 16%، أما الأقرص المهلوسة والإعتماد على أكثر من مخدر لم تتعد نسبتها 10%.

- بالنسبة لعدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم:

جدول رقم(18) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث عدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم

عدد المرات	التكرار	النسبة
]3-1]	35	70%
[6-3]	12	24%
غير محدد	3	6%
المجموع	50	100

من الجدول رقم (18) يتضح أن عينة الدراسة الإستطلاعية يعتمدون على المخدرات لعدة مرات في اليوم وأعلى نسبة قدرت بـ 70% لعدد المرات المتزاوجة ما بين [3-1]مرات، تليها نسبة 24% للإعتماد من [6-3]مرات في اليوم، في حين المرات غير المحددة من طرف عينة الدراسة لم تتجاوز نسبة 6%.

- بالنسبة لقيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة :

جدول رقم(19) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث قيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة :

النسبة	التكرار	القيمة المالية
%14	7	500 دج
%8	4	600 دج
%10	5	1000 دج
%10	5	1500 دج
%6	3	2000 دج
%4	2	2500 دج
%2	1	3000 دج
%2	1	4000 دج
%6	3	5000 دج
%6	3	6000 دج
%4	2	7000 دج
%2	1	17000 دج
%2	1	20000 دج
%2	1	30000 دج
%22	11	غير محدد
%100	50	المجموع

يتضح من الجدول رقم(19) أن قيمة المال المخصص لشراء المخدرات غير مضبوط بدءاً من 500 دج فما فوق، إذ نجد أن نسبة 22% من العينة لم يحددوا المبلغ، في حين 2% من العينة يخصصون مبالغ تراوحت ما بين 3000 دج و30000 دج لشراء المخدرات.

● بالنسبة لسن بداية الإعتماد على المخدرات :

جدول رقم(20) بين مواصفات العينة من حيث سن بداية الإعتماد على المخدرات

السن	التكرار	النسبة
10 سنوات	1	2%
12 سنة	3	6%
13 سنة	2	4%
14 سنة	8	16%
15 سنة	6	12%
16 سنة	10	20%
17 سنة	8	16%
18 سنة	4	8%
20	2	4%
21	1	2%
22	1	2%
23	3	6%
24	1	2%
المجموع	50	100%

من الجدول رقم(20) يتضح أن بداية الإعتماد على المخدرات عند العينة كانت في سن مبكرة 10 سنوات، وسجلت أعلى نسبة والقدرة ب 20% لبداية الإعتماد في سن 16 سنة.

- بالنسبة للدوافع التي كانت تقف وراء الإعتماد على المخدر في أول مرة:

جدول رقم(21) بين مواصفات العينة من حيث الدافع للإعتماد على المخدر لأول مرة

السبب	التكرار	النسبة
المشاكل الأسرية	14	28%
الفضول وحب التجريب	13	26%
رفقاء السوء	10	20%
وفاة أحد الوالدين	4	4%
العلاقات العاطفية الفاشلة	4	8%
الفراغ	2	8%
كثرة المال	1	4%
البطالة	1	2%
النشوة والإحتفال	1	2%
المجموع	50	100%

يتضح من الجدول رقم(21) أن الدوافع وراء الإعتماد على المخدرات لأول مرة من طرف العينة متعددة، وتعد المشاكل الأسرية في مقدمتها بنسبة 28%، يليها الفضول وحب التجريب بنسبة 26%، ثم رفقاء السوء بنسبة 20%، كما نجد وفاة أحد الوالدين أو العلاقات العاطفية الفاشلة (الطلاق) تمثل كلاهما نسبة 8%، أما الفراغ كدافع نسبة ذلك تقدر ب 4%، أما كون كثرة المال، البطالة، النشوة والإحتفال كعامل لم تتجاوز نسبة 2%.

● بالنسبة للظروف التي يلجأ فيها الشاب للإعتماد على المخدر:

جدول رقم (22) بين مواصفات العينة من حيث الظروف التي تحيط بالإعتماد على المخدر .

الظروف	التكرار	النسبة
بدون ظروف معينة	8	16%
لحضور الحفلات والمناسبات	2	4%
عند مواجهة المشاكل الأسرية	9	18%
أثناء الإنفعال(غضب، قلق)	12	24%
للترفيه والمتعة	3	6%
لنسيان المشاكل	7	14%
الفراغ	7	14%
بجثا عن السعادة	2	4%
المجموع	50	%

يتضح من الجدول رقم(22) أن الظروف التي دفعت بالشباب للمخدرات متعددة، حيث قدرت أعلى نسبة بـ 24% كون أن الانفعال(غضب، قلق، حزن) هو الذي يدفع أفراد العينة لإعتماد على المادة المخدرة، ثم مواجهة المشاكل الأسرية بنسبة بـ 18%، كما نجد بدون توفر أي ظروف بنسبة 16% والعينة يعتمدون على المخدرات لنسيان المشاكل والفراغ بنسبة 14%، في حين بلغت النسبة 6% للذي يلجؤون للمخدرات بجثا عن الترفيه والمتعة، أما الحفلات والمناسبات وبجثا عن السعادة كدافع لم تتجاوز النسبة 4%.

- بالنسبة لمدة الإعتماد على المخدرات :

جدول رقم (23) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث مدة الإعتماد على المخدر

المدة	ك	%
[3-1]	10	%20
[6-3]	17	%34
[9-6]	13	%26
[12-9]	10	%20
المجموع	50	%100

من الجدول رقم (23) يتبين أن عينة الدراسة الإستطلاعية إعتمدوا على المخدرات لفترات مختلفة وأعلى نسبة المقدرة ب %34 كانت للفترة الممتدة من [6-3] سنوات يليها من [9-6] سنوات ب %26، ثم من [3-1] و [12-9] سنة بنسبة لم تتجاوز 20 %.

- بالنسبة للخضوع للعلاج من طرف المعتمد على المخدرات :

جدول رقم (24) بين مواصفات عينة الدراسة الإستطلاعية من حيث الخضوع للعلاج (دوائي، نفسي)

طبيعة العلاج	ك	ن	%
الدوائي	02	50	%4
النفسي	01	50	%2

من الجدول رقم(24) يتبين أن عينة الدراسة الإستطلاعية الذين خضعوا للعلاج الدوائي نسبتهم 4%، بينما الذين خضعوا للعلاج النفسي لم تتجاوز 2%.

4-اجراءات الدراسة الاستطلاعية:

4-1 عملية التطبيق:

بالاستعانة بمساعدين تم استهداف عينة قوامها 50 معتمد على المخدرات، حيث كان يتم ملاً استمارة جمع البيانات، محك التشخيص والإستجابة لمقياس الصحة النفسية بالنسبة لذوي مستوى تعليمي متوسط ثانوي والجامعي في حين أن الفرد الوحيد الذي أدرج ضمن الأيمن ساعدناه في فهم الأسئلة، وبحكم طبيعة المعتمدين فإننا كنا نشرح لهم دراستنا وأن مساعدتهم لنا ستكون لغرض علمي غير تابع لأي جهاز أمني، حتى يطمئنوا ويتعاونوا معنا.

عند انتهاء كانت الباحثة تقوم بمراجعة للمعلومات الشخصية والإجابة للتأكد من أن جميع البيانات كتبت، وكل البنود تم الإجابة عليها ولم تنس أية منها.

4-2 تشخيص أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية:

بحكم أن المحك الذي اعتمدت عليه الباحثة مستمد من الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (dsm) 1994، تقيدت بكيفية التشخيص المحددة فيه، حيث الإعتماد يندرج ضمن الاضطرابات المتعلقة بالمواد وذلك بوجود ثلاثة (أو أكثر) من المعايير السبعة السابقة الذكر، خلال فترة 12 شهراً متواصلة، وتحديث في أي وقت.

قامت الباحثة بصياغة المعايير السبعة على شكل أسئلة لتطرح على أفراد العينة وتكون الاجابة بتأكيد أو النفي (نعم/لا)، فإن الفرد أكد وجود ثلاثة معايير على الأقل فهو يشخص معتمد على المخدرات.

4-3 طرق تصحيح مقياس الصحة النفسية والحصول على الدرجات الخام:

تم تحديد طريقة تصحيح المقياس حسب صاحبه عبد المطلب أمين القريطي حيث بنود الأبعاد الفرعية والتي تتمثل في: المقدرة على التفاعل الاجتماعي، والمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مفيدة، والبعد الإنساني والقيمي صيغت بصورة ايجابية تعطى درجة واحدة إذا كانت الإجابة ب "نعم" وصفر إذا كانت الإجابة ب "لا"، أما بنود الأبعاد الفرعية : الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس، والنضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس، والتحرر من الأعراض العصبية، وتقبل الذات وأوجه القصور العضوية صيغت بصورة سلبية حيث تعطى درجة واحدة إذا كانت الإجابة ب "لا" وصفر إذا كانت الإجابة ب "نعم" وبذلك تتراوح درجات كل بعد من أبعاد المقياس السبعة بين 0 و 15 درجة، أما الدرجة الكلية للمقياس فهي بين 0 و 105 درجة، وفي جميع الأحوال فإن الدرجة المرتفعة تعبر عن تمتع الفرد بمستوى مرتفع من الصحة النفسية والعكس صحيح.

5- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الاستطلاعية في ضوء الدراسات السابقة:

5-1 النتائج الخاصة بتشخيص عينة الدراسة:

نظرا لاستعانتنا بمساعدين يعرفون أفراد العينة، فقد بين التشخيص فعلا اعتمادهم على مواد مخدرة مختلفة (هذا ما يؤكد الجدول 16)، ولقد اشترك أفراد العينة في وجود المعايير: 5 و6 و7 حسب المحك وهي كالآتي:

المعيار الخامس: يبذل كثير من الوقت في نشاطات للحصول على المادة ، أو في

استخدام المادة

المعيار السادس: الابتعاد عن النشاطات الاجتماعية، المهنية، أو الترفيهية بسبب

استخدام المادة.

المعيار السابع: استخدام المادة يتواصل رغم العلم بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستديمة ، وهي مشكلة يُرَجَّح أن المادة سببها أو تفاقمها .

كما أن المحك المعتمد عليه سمح لنا بتحديد طبيعة الإعتما د ونوضحه في مايلي :
جدول رقم (25) بين طبيعة الاعتما د عند عينة الدراسة الاستطلاعية:

طبيعة الإعتما د	ك	%
الاعتما د الفيزيولوجي	20	40%
الاعتما د النفسي	30	60%

من خلال الجدول رقم(25) يتبين أن طبيعة الاعتما د عند عينة الدراسة الاستطلاعية هو اعتما د نفسي بنسبة 60%، ويمكن مرد هذا إلى طبيعة المادة المخدرة المعتم د عليها من طرف العينة فالأغلبية تعتم د على الحشيش بنسبة 64% حسب (الجدول 17).

5-2 النتائج الخاصة بتطبيق مقياس الصحة النفسية على عينة الدراسة:

تم تطبيق مقياس الصحة النفسية على عينة الدراسة الاستطلاعية (أنظر الملحق رقم 9) .

وفي ما يلي سوف نوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل بعد على حدى.

جدول رقم (26) يبين مستوى الصحة النفسية لعينة للدراسة الإستطلاعية من خلال المتوسطات والانحرافات المعيارية

ع	م	الأبعاد
3.97	8.04	أ- الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس
3.59	9.54	ب-المقدرة على التفاعل الإجتماعي
2.51	4.56	ج- النصح الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس
3.96	10.02	د- المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة
3.86	05.34	هـ- التحرر من الأعراض العصائية
3.06	11.86	و- البعد الإنساني والقيمي
3.22	06.2	ز- تقبل الذات وأوجه القصور العضوية

يتضح من الجدول رقم (26) أن متوسط إستجابات عينة الدراسة الإستطلاعية على مقياس الصحة النفسية منخفضة جدا، مقارنة مع الدرجة الكلية للمقياس التي تتراوح ما بين 0 و 105 درجة، حيث جاء متوسط الدرجات المتحصل عليها موزعة على الأبعاد السبعة التي يقيسها المقياس في شكلها التنازلي التالي:

من خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة العينة على البعد (ج) المتعلق ب: النصح الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس قدر متوسطها ب 14.33 وانحراف معياري 2.51 وهذا ما يعني أن عينة الدراسة الإستطلاعية ليس لديهم المقدرة على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة على إنفعالاتهم والتعبير عنها بصورة مناسبة ومقبولة اجتماعيا، كما أنهم ليست لهم إستجابات إنفعالية ثابتة ومستقرة إزاء المواقف المتشابهة، فهم لديهم إستسلام للقلق والتوتر وأحلام اليقظة.

وهذا يتوافق مع المرحلة العمرية للعينة، حيث تتراوح أعمارهم ما بين 15 و25 سنة، وهذه الفترة يكون الشباب فيها متهور و مندفع وراء إنفعالاته، ومن خلال الجدول رقم (22) يتضح أن العامل الذي يدفع العينة للإعتماد على المخدرات يكون أثناء الإنفعال بنسبة عالية قدرت بـ24% وهذا يعكس عدم قدرتهم على ضبط النفس وعدم النضج الإنفعالي.

وفي نفس السياق نجد دراسة حسب ما جاء في (عفاف عبد المنعم، 2003 : 151) قام بها كل من بيرزين وروث وإنجلش 1984 حيث في دراستهم على مجموعة من مدمني المخدرات فقد لاحظ الباحثين ان حوالي 60% من عينة بحثهم من المدمنين يعانون من المزيج من المشكلات الإنفعالية.

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة الإستطلاعية على البعد (ه) المتعلق بالتححرر من الأعراض العصائية قدر متوسطها بـ18.13 وانحراف معياري 3.86 وهذا يعكس وجود بعض الأنماط السلوكية الشادة المصاحبة للإضطرابات والأعراض النفسية والعقلية، كما أن عينة الإستطلاعية ليست لهم مشاركات في الحياة وتفاعلهم الاجتماعية مع الآخرين محدودة جدا، ومرد ذلك لكونهم يعتمدون على الحشيش بنسبة عالية حسب الجدول رقم (17) اذ قدرت النسبة بـ64%، وكل هذا يفسر على أن الإنسحاب الإجتماعي هو أحد أهم أعراض التسمم بالحشيش حسب محكات الدليل التشخيصي الرابع للأمراض العقلية .

في هذا الإطار نجد دراسة لمصري حنورة (1998) حسب (عبد اللطيف محمد خليفة، 2002 : 28) تحت عنوان: مظاهر إضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات لدى عينتين من المصريين والكويتيين، وتكونت العينة المصرية من 90 شخصا من المتعاطين ومثلهم من غير المتعاطين، أما العينة الكويتية فتضمنت 167 شخصا من المتعاطين ومثلهم من غير المتعاطين، وكشفت نتائج هذه الدراسة على أن المتعاطين - سواء مصريين أو كويتيين - يتميزون بدرجة عالية من الاضطرابات العصائية والإنفعالية.

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة الإستطلاعية على البعد (ز) المتعلق بتقبل الذات وأوجه القصور العضوية قدر متوسطها 6.2 وانحراف معياري 3.22 وتعكس عدم تقبل العينة لذواتهم كما هي على حقيقتها وعدم رضاؤهم عنها بما تشمل عليه، والنفور أو الخجل، وعدم القدرة على استغلال ما يتمتعون به من امكانيات والعمل على تنميتها في أقصى مستوى يمكنها الوصول إليه.

ويتفق هذا مع رؤيا مصطفى زيور في (عفاف عبد المنعم، 2003 : 123) على أن شخصية متعاطي الحشيش تميل إلى الإنطوائية والإكثائية بدرجات متفاوتة، أما أثناء التخدير فإن المتعاطي يحس بقوامها: إرتفاع تقدير الذات.

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة الإستطلاعية على البعد (أ) المتعلق بالشعور بالكفاءة والثقة بالنفس قدر متوسطها ب8.04 وانحراف معياري 3.97 حيث أن الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس منعدم عند العينة، فهم يشعرون بعدم وجود أي قيمة لهم بدون المخدر، وما يمنحه له المخدر يساعدهم على مواجهة الصعاب ، التحديات والتغلب عليها دون الإعتماد على الآخرين، بالإضافة إلى عدم مقدرتهم على حسم المسائل وإتخاذ القرارات في حينها .

ويفسر ذلك بكون العينة لديهم بطالة رغم أنها لم تتعدى 2% حسب الجدول رقم(21)، فهم ليست لهم القدرة على إثبات الذات من خلال الإدماج المهني، كما أن العمل في الليل لبعض أفراد العينة هو صعوبة لكن لم يستطعوا تجاوزها، في حين نجد أن تواجد المخدرات بالمنطقة هو ذريعة للإعتماد عليه وهذا ما يعكس عدم القدرة على حسم الأمر وتجاوز ذلك، وفي هذا السياق نجد دراسة قام بها أحمد عكاشة (1982) حسب (محمد مسبق عام، 2004: 38) استهدفت طلاب الجامعة الناجحين والراسبين الذين يستخدمون المخدرات لتسفر على:

- أن أسباب تعاطي الراسبين للمخدرات هي:

- الرغبة في الهروب من الواقع
- قلة الثقة في النفس
- استرجاع المشكلات الشخصية لمحاولة حلها
- الرغبة في التحرر من الإزعاج
- تفادي خبرة القلق

- أما عن أسباب تعاطي الناجحين للمخدرات هي:

- حب الاستطلاع
- الرغبة في زيادة الفاعلية والنشاط
- الهروب من الواقع

إذن المعتمدين على المخدرات يفتقدون إلى الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة.

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة للإستطلاعية على البعد (ب) المتعلق بالمقدرة على التفاعل الإجتماعي قدر متوسطها 9.45 وانحراف معياري 3.59 مما يعكس أن الشباب المعتمد على المخدرات ليس لديهم المقدرة على عقد الصداقات وإن وجدت تكون مع المعتمدين على المخدرات وليست لهم القدرة على تبادل الزيارات وتكوين علاقات إنسانية بدور ايجابي وقد يشاركون في المناسبات ولكن تحت تأثير المخدر وليست لهم المقدرة على الإسهام في الانشطة والحياة الاجتماعية .

بالإضافة إلى هذا، وبالعودة إلى الجدول رقم (21) الذي يعكس أن المشاكل الأسرية والتي قدرت بنسبة 28 % للعينة كانت دافع الأول للإعتماد على المخدرات مما يعكس فعلا عدم قدرتهم على التفاعل الإجتماعي، وفي نفس الإطار نجد دراسة لكودن (1984) وردت في (محمد مسبق

عام، 2004: 49) عن أثر أصدقاء السوء على تعاطي المخدرات بين الشباب، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على ضغط الجماعة وتوصلت إلى مجموعة من النتائج الآتية:

يؤثر أصدقاء السوء على الآخرين الذين يسايرونهم في تعاطي المخدرات.

- تكون مصادر الغواية معتمدة على الضغط جماعة أصدقاء السوء.

- تؤثر بعض العوامل النفسية والإنفعالية على شخصية الفرد فتجعله ينصاع للإدمان.

يعني أنه وإن وجدت علاقات صداقة فحتمًا لا تخرج عن نطاق الإعتماد على المخدرات حسب هذه الدراسة، وعليه عينة الدراسة الإستطلاعية ليست لهم المقدرة على التفاعل الإجتماعي .

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة الإستطلاعية على البعد

(د)المتعلق بالمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة يقدرمتوسطها 10.02 وانحراف معياري 3.96 وهذا يعكس عدم سعي الشباب المعتمد على المخدرات إلى تحقيق ما لديهم من طاقات، واستفادتهم بما لديهم من امكانيات في أعمال مشبعة فهم لا يستثمرون وقت الفراغ بصورة مفيدة، بل كلما كان فراغ ينتهزوناه للإعتماد على المخدرات وهذا موضح في الجدول رقم(21) حيث قدرت نسبة الفراغ كسبب يدفع الشاب للإعتماد على المخدر بـ 8%.

وفي هذا السياق وردت دراسة في (عبد اللطيف محمد خليفة، 2002: 29) أجراها عويد

المشعان(1999) توصلت إلى أن أسباب تعاطي المخدرات كما يراها بعض طلاب جامعة الكويت

تتمثل في :

- أصدقاء السوء

- التفكك الأسري

- ضعف الوازع الديني

- ضعف الرقابة الأسرية
- ضعف التوعية الإعلامية
- قضاء وقت الفراغ
- حب التجريب والإستطلاع
- الضغوط الإجتماعية
- توفر المال والترف

فهذه الدراسة تعكس تداخل عدة أسباب للإعتماد على المخدرات.

إذن من خلال كل مذكرناه عينة الدراسة الإستطلاعية ليست لهم المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة.

ومن خلال الجدول رقم (26) يتضح أن إستجابة عينة الدراسة الإستطلاعية على البعد (و) المتعلق بالبعد الإنساني والقيم يقدر متوسطها 11.86 وانحراف معياري 3.06 وهذا يعكس أن الشباب المعتمد على المخدرات لهم رؤيا خاصة بهم، وتبنوا اتجاه سلوكي رغم أنه مرفوض إلا أنه هو الحل حسبهم .

إذن: عينة الدراسة الإستطلاعية ليست لديهم الثقة بالنفس ولا يشعرون بالكفاءة وليست لديهم المقدرة على التفاعل الإجتماعي وليس لهم نضج إنفعالي والمقدرة على ضبط النفس، كما يفتقدون لتوظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة، وغير متحررين من الأعراض العصابية، والبعد الإنساني والقيمي متدني وعليه فإن صحتهم النفسية متدنية.

6- الإستنتاجات الخاصة بالتصور العام للدراسة الأساسية:

بعد القيام بالدراسة الإستطلاعية توصلنا إلى ما يلي:

- تشخيص الحالات المعتمدة على المخدرات
- المقياس أثبت قدرته على قياس الصحة النفسية للشباب وأعطى نفس النتائج في فترات متباعدة وعليه سوف نعتمد عليه في الدراسة الأساسية.
- الشباب المعتمد على المخدرات لديه صحة نفسية متدنية.
- سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية من ضبط عينة الدراسة الأساسية وأخذ موافقتهم والتي سوف تكون:

*تضم الذكور فقط حتى نحقق التجانس من حيث الجنس نلغي مشاركة الحالة ذات المستوى التعليم أمني لأنه لا يساعدنا في الجلسات العلاجية.

*يكون مكان الدراسة الأساسية بمركز تنشيط وادماج الأحداث المساجين للكشافة الإسلامية الجزائرية بمحافظة تلمسان.

الفصل السابع: الدراسة الأساسية

أولاً: مكان إجراء الدراسة الأساسية

ثانياً: أدوات الدراسة وكيفية تطبيقها

ثالثاً: عينة الدراسة و شروط اختيارها

رابعاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج

أولاً: مكان إجراء الدراسة الأساسية

لقد كانت الدراسة الأساسية استمراراً للدراسة الاستطلاعية، حيث واصلت الباحثة خطوات دراستها الميدانية مع العينة التي تم تشخيصها - معتمدة على المخدرات - وأبدت موافقتها لمشاركة في الجلسات العلاجية.

وتم تنفيذ البرنامج من 26-01-2016 إلى 19-03-2016 بمركز تنشيط وادماج الأحداث المساجين للكشافة الإسلامية الجزائرية بمحافظة تلمسان، وذلك نهاية كل أسبوع حسب ما تم الإتفاق عليه مع العينة وحتى نتفادى الغيابات، وما سهل لنا القيام بالجلسات العلاجية وجود الوسائل المناسبة خصوصاً شاشة العرض، بالإضافة لطبيعة المكان الذي كان مناسباً للحالات بعيداً عن المصححات وجو المستشفى.

ثانياً: أدوات الدراسة الأساسية

نظراً لإعتماد الباحثة في معالجتها لموضوع البحث على دراسة احصائية ودراسة حالة، فقد استدعى الأمر استخدام نفس أدوات الدراسة الاستطلاعية المتمثلة في: المقابلة واستمارة جمع البيانات، المحك التشخيصي، مقياس الصحة النفسية للشباب بالإضافة إلى البرنامج العلاجي المصمم.

المقابلة: وكانت لتنفيذ الجلسات العلاجية والتي بلغ عددها 16 جلسة.

استمارة جمع البيانات: واستثمرناها في تحديد خصائص العينة.

المحك التشخيصي: من أجل تحقيق التجانس بين العينتين التجريبية والضابطة في التشخيص راعت الباحثة القاعدة التالية:

وجود على الأقل ثلاث معايير تدل على الاعتماد، مع التوافق العددي من حيث عدد الاعتماد النفسي لدى المجموعة التجريبية والضابطة، وهذا ما انطبق على جميع الحالات في كلا المجموعتين.

مقياس الصحة النفسية:

تم استخدام مقياس الصحة النفسية لعبد المطلب أمين القريطي، المعتمد عليه في الدراسة الإستطلاعية بعد ضبط خصائصه السيكمومترية وإجراء تعديل طفيف عليه يتوافق مع العينة المستهدفة بالدراسة، ولقد طبق على المجموعة التجريبية والضابطة .

ولتحقيق التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى الاستجابة لمقياس الصحة النفسية، قامت الباحثة بمقارنة نتائج المجموعة التجريبية بنتائج المجموعة الضابطة على المقياس باستخدام معامل (t) لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين على النحو التالي:

جدول رقم(27) يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية

المجموعة	ن	م	ع	(t) تجريبية	(t) الجدولية	df	مستوى الدلالة المعنوية 0.05
مج التجريبية	15	52.13	12.83	0.04	2.75	29	غير
مج الضابطة	15	51.46	12.97				دالة احصائيا

من خلال الجدول رقم (27) نلاحظ (t) التجريبية أصغر من (t) الجدولية، وعليه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية، مما يشير إلى تجانس المجموعتين في متغير الإستجابة على مقياس الصحة النفسية.

البرنامج العلاجي: وقد تم تنفيذ البرنامج العلاجي وفقا للخطوات التالية:

- إعداد الأدوات اللازمة لتقديم محتويات البرنامج العلاجي.
 - إعداد القاعة المخصصة للقيام بالجلسات العلاجية الجماعية.
 - إبرام عقد معنوي مع كافة أفراد المجموعة العلاجية للإلتزام بإتباع خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي وفقا للخطة المسطرة والمدة الزمنية المحددة.
 - تنفيذ مضمون الجلسات العلاجية وتقييمها.
- وقد تمت الجلسات العلاجية وفقا لخطة محكمة من حيث المضمون، تصبوا للوصول إلى الهدف العلاجي المسطر وفيما يلي جدول رقم (28) يوضح عدد الجلسات وموضوعاتها.

جدول رقم (28) يوضح خطة الجلسات العلاجية

الجلسة	موضوعها	الجلسة	موضوعها
الاولى	تمهيدية	التاسعة	الصحة النفسية والشعور بالكفاءة والثقة بالنفس
الثانية	القياس القبلي	العاشرة	المقدرة على التفاعل الاجتماعي
الثالثة	التعريف بمرحلة الشباب ومشاكلهم	الحادية عشر	النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس
الرابعة	الاعتماد على المخدرات	الثانية عشر	المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشيعة
الخامسة	العقلانية ولا عقلانية	الثالثة عشر	التحرر من الأمراض العصابية
السادسة	الاعتماد على المخدرات ونظرية ABC	الرابعة عشر	البعد الإنساني القيمي
السابعة	أثر الأفكار على الشباب ولجوئه للاعتماد على المواد المخدرة	الخامسة عشر	تقبل الذات وأوجه القصور العضوية
الثامنة	مناقشة وتحليل الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي بالشباب إلى الاعتماد على مادة مخدرة	السادسة عشر	القياس البعدي مع تقييم عام وشكر العينة والاختتام

ثالثاً: عينة الدراسة الأساسية و شروط اختيارها

بناءً على تشخيص عينة الدراسة الإستطلاعية على أنهم يعتمدون على المخدرات، وإعتماداً على إستجابتهم لمقياس الصحة النفسية والتي كانت متفاوتة، إلا أنها كلها متدنية، وحرصنا منا على تحقيق التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة قدر الإمكان تمكنا من الحصول على عينة قوامها (30) شاب يعتمدون على المخدرات (15) يشكلون المجموعة التجريبية و(15) يشكلون المجموعة الضابطة، وكلهم ذكور عزاب، تتراوح أعمارهم ما بين 15 و25 سنة.

● توزيع العينة وفقاً لمتغير السن:

جدول رقم (29) يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية والضابطة في متغير العمر بالسنوات

مستوى الدلالة المعنوية 0.05	df	(t) الجدولية	(t) التجريبية	مج الضابطة		مج التجريبية		البعد
				2ع	2م	1ع	1م	
غير دالة	29	2.75	0.20	3.19	22.13	1.26	21.4	السن بالسنوات

من خلال الجدول رقم (29) نلاحظ (t) التجريبية أصغر من (t) الجدولية، وعليه لا توجد فروق دالة إحصائية بين سن أفراد المجموعة التجريبية وسن أفراد المجموعة الضابطة، مما يشير إلى تجانس المجموعتين في متغير السن.

● توزيع العينة وفقا لمتغير المستوى التعليمي:

جدول رقم (30) بين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى التعليمي:

النسبة المئوية	المجموع	عينة الدراسة الأساسية		المستوى التعليمي
		مج الضابطة	مج التجريبية	
6.66%	02	01	01	ابتدائي
36.67%	11	06	05	متوسط
20%	06	03	03	ثانوي
36.67%	11	05	06	جامعي
100%	30	15	15	المجموع

يتضح من الجدول رقم (30) أن عينة الدراسة الأساسية ذوي مستوى تعليمي متعدد إلا أن النسبة العالية والمقدرة ب 36.67% كانت لذوي المستوى الجامعي و المتوسط بالتساوي، ثم نجد 20% مستواهم ثانوي، في حين ذوي المستوى الإبتدائي لم تتجاوز نسبتهم 6.66%، وقد راعت الباحثة التوافق العددي لكل مستوى بغية تحقيق التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة من حيث المستوى التعليمي.

● توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقا للوظيفة:

جدول رقم (31) بين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الوظيفة:

النسبة المئوية	عينة الدراسة الأساسية			الوظيفة
	المجموع	مج الضابطة	مج التجريبية	
20%	06	03	03	طالب (تلميذ)
60%	18	08	10	بدون عمل
20%	06	04	02	موظف
100%	30	15	15	المجموع

يتضح من الجدول رقم (31) أن جل عينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة هم بطالين بنسبة 60% في حين الطلاب والموظفين في عدة مهن (أعمال حرة، خباز، بناء، طباح، نجارة الألمنيوم) لم تتجاوز نسبتهم 20%، مما يعكس تجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة من حيث الوظيفة.

● توزيع عينة الدراسة الأساسية وفقا للمخدر الذي سبق الإعتماد عليه:

جدول رقم (32) يبين المخدر الذي سبق الإعتماد عليه من طرف العينة الأساسية:

النسبة	ك			المخدر
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
43.33%	13	07	06	الحشيش
43.33%	13	05	08	أكثر من مخدر
13.34%	04	03	01	الأقراص المهلوسة
100%	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (32) يتبين أن العينة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة سبق لهم وأن إعتمدوا على الحشيش، وأكثر من مخدر (حشيش وكحول، روش وحشيش، اكستازي وحشيش) بنسبة متساوية قدرت ب 43.33% في حين من سبق لهم وأن إعتمدوا على الأقراص المهلوسة لم تتجاوز نسبتهم 13.34%.

- المخدر الذي تعتمد عليه عينة الدراسة الأساسية:

جدول رقم (33) يبين المخدر المعتمد عليه حاليا من طرف العينة الدراسة الأساسية:

النسبة	تكراره			المخدر
	المجموع	مع ضابطة	مع تجريبية	
%76,67	23	13	%67.67 10	الحشيش
%13.33	04	01	%20 03	اكستازي
%6.67	02	00	%12.33 02	الأقراص المهلوسة
%3,33	01	01	00 00	أكثر من مخدر
%100	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم(33) يتبين أن عينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة يعتمدون على الحشيش بنسبة عالية قدرت بـ %76,67، يليها اكستازي بنسبة %13.33، ثم الإعتماد على الأقراص المهلوسة بنسبة %6.67 في حين تعاطي أكثر من مخدر لم تتجاوز نسبته %3,33، وهذه النتائج تسمح لنا بتحقيق التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة من حيث المخدر المعتمد عليه حاليا.

● بالنسبة لعدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم:

جدول رقم (34) يبين عدد مرات الإعتماد على المخدر في اليوم :

النسبة	التكرار			عدد المرات
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
%76.67	23	11	12	12
%16.67	05	02	03	03
%6.66	02	02	00	00
%100	30	15	15	15

من خلال الجدول رقم (34) يتبين أن المجموعة التجريبية والضابطة يعتمدون على المخدرات بشكل غير منتظم تراوح ما بين مرة واحدة في اليوم إلى عدد غير محدد من المرات، إلا أن أعلى نسبة والمقدرة بـ %76.67 كانت لمرة إلى ثلاث مرات في اليوم، تليها نسبة %16.67 لثلاث مرات إلى ستة مرات في اليوم، وما نسبته %6.66 من أفراد العينة لم يستطيعوا تحديد عدد مرات الإعتماد في اليوم.

● بالنسبة لقيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة :

جدول رقم (35) يبين قيمة المال المخصص لشراء المادة المخدرة :

النسبة	التكرار			القيمة المالية
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
%20	6	1	5	500 دج
%13.34	4	2	2	600 دج
%13.34	04	2	2	1000 دج
%10	3	1	2	1500 دج
%10	3	2	1	2000 دج
%6.67	2	1	1	2500 دج
%6.67	2	1	1	4000 دج
%3.33	1	1	0	30000 دج
%3.33	1	1	0	17000 دج
%3.33	1	1	0	20 ألف
%10	3	2	1	بدون مبلغ محدد
%100	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (35) يتبين أن عينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة يخصصون مبالغ مالية غير محددة لشراء المخدرات، بدءا من مبلغ 500 دج ومن خلال الحالات التي قمنا بمقابلتها صرحوا لنا بأنهم يقوموا بجمع المال وشراء كمية كبيرة ويتم تقاسمها فيما بينهم.

- مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث سن بداية الإعتماد على المخدر:

جدول رقم (36) يبين مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث سن بداية الإعتماد على

المخدرات:

النسبة	التكرار			السن
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
%3,33	1	0	1	10
%6.67	2	0	2	12
%6.67	2	1	1	13
%20	6	2	4	14
%13.33	4	2	2	15
%20	6	5	1	16
%20	6	4	2	17
%6.67	2	1	1	18
%3,33	1	0	1	20
%100	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (36) يتبين أن عينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة بدأوا الإعتماد على المادة المخدرة في سن مبكرة 10 سنوات وجلهم في فترة المراهقة وكان متوسط السن عند بداية الإعتماد على المخدر في 16 سنة .

● بالنسبة للدوافع التي كانت تقف وراء الإعتماد على المخدرات في أول مرة:

جدول رقم (37) بين دوافع الإعتماد على المخدرات في أول مرة:

النسبة	التكرار			الدوافع
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
30%	09	02	07	تفكك الأسرة
23.33%	07	03	04	رفقاء السوء
16.67%	05	03	02	الفضول وحب التجريب
6.67%	02	01	01	الفراغ
6.67%	02	02	00	العلاقات العاطفية الفاشلة
6.67%	02	01	01	البطالة
6.67%	02	02	00	مشاكل مع الأب
3.32%	01	01	00	النشوة والإحتفال
100%	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (37) يتبين أن دوافع الإعتماد على المخدرات في أول مرة لعينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة متعددة وفي مقدمتها تفكك الأسرة بنسبة 30%، ثم رفقاء السوء بـ 23.33%، عامل الفضول وحب التجريب قدرت نسبته بـ 16.67%، في حين الفراغ، العلاقات العاطفية الفاشلة، البطالة، مشاكل مع الأب بلغت النسبة 6.67%، أما كون النشوة والإحتفال عامل دافع للإعتماد على المخدرات لم تتجاوز نسبته 3.32%.

- بالنسبة للظروف التي يلجأ فيها المدمن للاعتماد على المخدر:

جدول رقم (38) بين مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث الظروف التي تحيط بالاعتماد على المخدر :

النسبة	التكرار			السبب
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
%33,33	10	05	05	أثناء الإنفعال
%16,67	05	02	03	الفراغ
%16.67	05	02	03	لمواجهة المشاكل أسرية
%3.33	01	01	00	الحفلات
%10	03	03	00	هروبا من المشاكل
%20	06	02	04	بدون وجود ظرف معين
%100	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (38) يتبين أن الظروف التي تحيط بالاعتماد على المخدر لعينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة متعددة ،وعند الإنفعال (القلق، الغضب) كانت النسبة عالية قدرت بـ %33,33 يليها عدم وجود أي ظرف بنسبة 20 %، أما الفراغ ومواجهة المشاكل الأسرية شكلت نسبة 16.67 % بينما الهروب من المشاكل شكلت نسبة 10 % أما كون الحفلات كظرف للإعتماد على المخدر لم تتعدى نسبة 3.33 %.

- بالنسبة لمدة الإعتماد على المخدرات:

جدول رقم (39) بين مدة الإعتماد:

النسبة	التكرار			المدة
	المجموع	مج ضابطة	مج تجريبية	
%10	03	02	01	[3-1]
%40	12	04	08	[6 -3]
%26.67	08	07	01	[9-6]
%23.33	07	02	05	[12-9]
%100	30	15	15	المجموع

من خلال الجدول رقم (39) يتبين أن مدة الإعتماد على المخدر لعينة الدراسة الأساسية سواء المجموعة التجريبية أو الضابطة مختلفة تراوحت من سنة إلى 12 سنة، و أعلى نسبة 40% خصصت للمدة الاعتماد [3-6] سنوات، ليقدر متوسط الإعتماد ب6 سنوات.

- مواصفات عينة الدراسة الأساسية من حيث الخصوع للعلاج:

عينة الدراسة الأساسية لا يخضعون لأي علاج سواء نفسي أو دوائي، ما عدى حالة واحدة في المجموعة الضابطة هي تحت العلاج الدوائي.

رابعاً: الأساليب الاحصائية المستخدمة في تحليل النتائج

- استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية

- حساب التكرارات والنسب المئوية.

- اختبار "t" لدراسة الفرق بين متوسط عینتين مرتبطين.

$$T = \frac{\text{مج ف}}{\sqrt{\frac{\text{مج (ف)}^2 - \text{مج (ف) ن}}{1 - \text{ن}}}}$$

بحيث:

مج ف : مجموع الفرق بين درجتي الاختبار .

ن : عدد افراد المجموعتين.

- قانون حجم التأثير:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

حيث:

t^2 : تمثل قيمة مرب الناتجة عن اختبار لدراسة الفرق بين العينتين

df : درجة الحرية

لإيجاد حجم التأثير D نقوم بتحويل إلى η^2 وذلك بالاعتماد على القانون التالي:

$$D = \frac{2\sqrt{\eta^2}}{\sqrt{1 - \eta^2}}$$

إذا كانت قيمة D أكبر من 1 فإن حجم التأثير كبير

الفصل الثامن: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً: عرض النتائج.

أ- عرض نتائج الدراسة الاحصائية

ب- عرض نتائج دراسة الحالة

ثانياً: تحليل ومناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج

أ- عرض نتائج الدراسة الاحصائية

1- عرض الفروق بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية للمجموعة

التجريبية:

جدول رقم(40) يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية للمجموعة التجريبية.

المتغير	القياس القبلي		القياس البعدي		ت التجريبية	ت الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة المعنوية 0.01
	م1	ع1	م2	ع2				
الصحة النفسية	1م	1ع	2م	2ع	16.38	2.97	14	دالة احصائيا
	52.13	12.83	54.26	9.64				

من خلال الجدول رقم(40) ت (t) التجريبية أكبر من ت (t) الجدولية، وعليه توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة معنوية 0.01. أنظر الملحق رقم (10)

ولمعرفة حجم تأثير البرنامج العلاجي قمنا بحساب (n2) وقد توصلنا إلى النتائج الملخصة

في الجدول التالي:

جدول رقم (41) يبين قيمة (n2) ومقدار حجم تأثير البرنامج العلاجي

حجم التأثير	D	قيمة n2	DF	t ²	t
كبير	2.65	0.63	29	268.30	16.38

من خلال الجدول رقم (41) نلاحظ أن قيمة (n2) قدرت ب 0.63 وقيمة (D) = 2.65

حيث تشير هذه النتيجة إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبير في تحسن مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات.

2- عرض الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية خلال

القياس البعدي

جدول رقم (42) يبين نتائج مقياس (t) لدراسة الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة على مقياس الصحة النفسية خلال القياس البعدي

مستوى الدلالة المعنوية 0.01	درجة الحرية	ت الجدولية	ت التجريبية	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			
				2ن	2ع	2م	1ن	1ع	1م	
دالة إحصائية	29	1.69	7.16	2ن	2ع	2م	1ن	1ع	1م	الصحة النفسية
				1	12.4	51.4	1	9.6	54.2	
				5	6	6	5	4	6	

من خلال الجدول رقم (42) (t) التجريبية أكبر من (t) الجدولية، وعليه توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية خلال القياس البعدي عند مستوى دلالة معنوية 0.01. أنظر الملحق رقم (11)

ب- عرض نتائج دراسة الحالة

تشير الباحثة إلى أن الحالة محل الدراسة العيادية تندرج ضمن العينة الكلية للدراسة الإحصائية وبالضبط من المجموعة التجريبية، واستعنا بها للتوضيح أكثر.

- تقديم الحالة:

• البيانات الأولية:

الإسم: محمد

الجنس: ذكر

السن: 23 سنة

العنوان: تلمسان

المستوى الدراسي: السنة الثانية متوسط

• الوالدين:

الحالة الصحية	المهنة	المستوى التعليمي	السن	
لديه داء السكري	متقاعد	ابتدائي	59	الأب
جيدة	ماكثة بالبيت	أمية	51	الأم

- طبيعة القرابة بين الوالدين: لا توجد
- سوابق مرضية: لا توجد

ملخص المقابلات:

قمنا باجراء عدة مقابلات مع الشاب "محمد" وفقا لأهداف المحددة في الدراسة والتي يمكن تلخيصها كما يلي:

الشاب "محمد" عمره 23 سنة، أسمر، شاحب الوجه، نحيل البنية، أعزب، مستواه التعليمي السنة الثانية متوسط، مظهره الخارجي مرتب ونظيف، يعمل كطباخ في أحد المطاعم بولاية تلمسان أين يقطن، كان التواصل مع الحالة سهلا، ميزه وجود رغبة للحديث عن اعتماده، بلغة اتسمت بالبساطة والوضوح.

عندما يتحدث الشاب "محمد" عن تاريخه الإعتمادي ييدي إنفعالا واضحا، يغلب عليه مشاعر الندم والحسرة، دخوله لعالم المخدرات كان في سن مبكر حوالي 16 سنة، بعد توقفه عن الدراسة، فكان الشارع الملجأ رغم أن ظروفه الأسرية كانت جيدة، ونتيجة شكواه المتكررة من آلام الرأس قدم له أحد أصدقائه قرص يزعم أنه مهدئ ، وأصبح يعتمد على هذه الأقراص في كل مرة ، وقد كانت متوفرة بالجمان في الأول ثم أصبح يدفع الكثير للحصول عليها، بدءا ببيع أغراضه الشخصية بأبخص الأثمان إلى السرقة بكل أشكالها.

يستأنف الشاب الحديث بعد صمت طويل متأسفا، " كان لابد عليا أن أسأل عن طبيعة الأقراص كنت مغفل"، "في حين كان يجب أن أبين لأصدقائي أنني رجل" ، فهو يعتقد أن المخدر معيار جد مهم للإظهار الرجولة أمام أقرانه.

وهنا نلاحظ التفكير اللامنطقي والأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الشاب "محمد" وتعابيره التي غلب عليها طابع الإلزام: يجب، لا بد.. ما يعكس لنا عدم وعيه بالإرتباط الموجود بين تفكيره ومشاعره السلبية التي تدفعه لتعاطي المخدر هذا من جهة، ومن جهة أخرى دور رفقاء السوء الذين يشكلون أحد المتغيرات المترابطة بالأفكار الاعتمادية، ويمكن تفسير هذا حسب نظرية الإقتران الفارقة للعالم إدوين سندرلاند حينما ذكر في (أحمد محمد الزعي، 2001: 192) أن إدمان الكحوليات والمخدرات تكون عادة نتيجة الاتصال بجماعات مختلفة هي التي يتحد معها، فإذا اتحد مع جماعات لها نفس الخبرة والممارسة في الإدمان، فإن ممارسته من المحتمل أن تتوافق مع معيار الجماعة في هذا الخصوص، كما أن المراهق يعيش ضغطا داخليا حسب (رمضان محمد القذافي، 1998: 208) وهو رغبته في الظهور بمظهر رجولي واستقلالي أمام أصحابه مما يساعده في الشعور بالانتماء.

وقد توصل (مصطفى عبد الباقي عبد المعطي، 2006) في دراسته التي كان الهدف منها الكشف المبكر عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين إلى تحديد ملامح شخصياتهم في شيوخ عجز قدراتهم على التكيف الاجتماعي، مثل عجز القدرة على التوافق مع ضغوط الحياة اليومية، وفقد القدرة على تأجيل الإشباع لرغباتهم وحاجاتهم، انخفاض القدرة على التحكم في السلوك، الأمر الذي يجعلهم أكثر اندفاعا واستجابة للمثيرات الخارجية وللرغبات الداخلية وسرعة الانسياق مع رفقاء السوء والأخذ بعاداتهم وسلوكياتهم الخاصة بهم، وتقليدهم في عدم الاحترام أو الامتثال للإطار القيمي الأخلاقي السائد في المجتمع، بل وقد يزداد الأمر حتى يكون اتجاه وسلوك وتفكير الفرد ضد القانون والمجتمع.

يدلي الشاب "محمد" بأنه كان بطلال وقد وجد صعوبة في التوظيف، نتيجة مستواه التعليمي، فاشتغل كطباخ باحدى المطاعم، ونظرا لما تتطلبه مهنته من تفاعل مع الزبائن وطلبتهم -حسبه- ثم تخلى عن الأقراص المهلوسة واستبدالها بالحشيش الذي يحصل عليه بسهولة من رواد المطعم الذي

يشتغل به، وكثيرا ما يزاول عمله تحت تأثير الحشيش، حتى يتفادى الخجل خصوصا مع الإناث، ويجعله يتمتع بالنشاط والخفة طوال تأديته لعمله.

وقد لاحظنا عدم تمييز الشاب "محمد" حصوله على عمل رغم معاناته من البطالة، فقد اكتف بقوله: "أنساني عملي الفراغ الذي كنت أعيشه، وصرت لا أشرك أسرتي في أي نشاط نتيجة عودتي منهك من العمل".

وفي سياق آخر، صرح الشاب "محمد" أنه لم يبحث عن علاج لوضعه سواء دوائي أو نفسي، واكتف بمجهوداته الشخصية لتخفيض من عدد مرات الاعتماد، إلا أن محاولاته كلها باءت بالفشل حسبه.

و لما عرضنا عليه فكرة العلاج، قبل ولم يرفض وأبدى تجاوبا كبيرا مما ساعدنا كثيرا في هذه الدراسة، وقد حضر باستمرار لكل الجلسات العلاجية ولم يسجل له أي غياب طوال فترة تطبيق البرنامج العلاجي المصمم.

تطبيق المحك التشخيصي على الحالة:

الحالة لديها المظاهر الثلاثة (رقم 3،4،6 حسب المحك) التالية:

- يأخذ المادة المخدرة لفترة طويلة.

- هناك رغبة متواصلة وجهود غير ناجحة لتخفيض استخدام المادة المخدرة.

- إنخفاض النشاطات الاجتماعية بسبب استخدام المادة المخدرة.

بما أن الشاب "محمد" لديه ثلاث معايير، ونظرا لعدم وجود البند 1 والبند 2، فهو معتمد على المخدرات وطبيعة إعتماده: إعتماده نفسي.

تحليل استجابات الحالة على مقياس الصحة النفسية:

استجابة الشاب "محمد" على مقياس الصحة النفسية (المقياس القبلي) نلخصها في الجدول

التالي:

جدول رقم (43) بين استجابة الحالة على مقياس الصحة النفسية- المقياس القبلي -

القيم	الأبعاد
12	(أ) الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس
14	(ب) المقدرة على التفاعل الإجتماعي
07	(ج) النضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس
14	(د) المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة
09	(هـ) التحرر من الأعراض العصابية
13	(و) البعد الإنساني والقيمي
04	(ز) تقبل الذات وأوجه القصور العضوية
73	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (43) أن النتائج المتحصل عليها في مقياس الصحة النفسية (المقياس القبلي) والتي بلغ مجموعها 73 درجة أن الشاب "محمد" لديه صحة نفسية متدنية، وتراوحت الدرجات المتحصل عليها في الأبعاد السبع التي يقيسها المقياس بين: 4 درجات (وهي أدنى درجة) و 14 درجة (وهي أعلى درجة) حيث كانت الدرجة مرتفعة في كلا من البعدين المقدرة على التفاعل الإجتماعي (ب) والمقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة (د) ، وهذا ما يتماشى وتصريحاته أثناء المقابلات عندما تطرق لعمله كطباخ، كان يتفاعل مع زبائنه وطلباتهم بشكل إيجابي -حسبه- تحت تأثير الحشيش الذي يزيد من قدرته الحركية ويكثر كلامه، وهنا لا بد الإشارة إلى أن الحشيش يزيد من شهية الأكل وبالتالي طبيعة العمل تتماشى كثيرا مع خصوصية الشاب "محمد"

هذا من جهة، ومن جهة ثانية هناك تفاعل مرضي إن صح القول مع مروجي ومتعاطي الحشيش الذين يترددوا على المطعم، كما تتمتع الحالة ببعده إنساني وقيمي (و) نتيجة حصولها على العلامة 13، في حين الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس (أ) تحصل على العلامة 12، وهذا ما يفسر بتأثير المادة المخدرة، فالاعتقاد السائد لدى الشاب أن علاقاته الإجتماعية حتى تتسم بالنجاح والتكيف لا تكون إلا تحت وقع المخدر، حسب ما جاء في المقابلات، فعدم مقدرته على مواجهة الصعوبات والضغوطات وتحت نقد أصدقائه له كونه لا يتسم بالرجولة دفعته للمادة المخدرة، كما كشف المقياس أن الحالة غير متحررة من الأعراض العصابية (هـ) وليس له نضج إنفعالي مع فقدان المقدرة على ضبط النفس (ج)، فالشاب لم يعد يتحمل الإحباطات التي تواجهه وأصبح المخدر سنده رغم مجهوداته المتواصلة للتخلي عنه، كشف المقياس كذلك أن الحالة غير متقبل لذاته (ز) وسجل في هذا البعد أدنى درجة (4)، فعدم تقبل الشاب لذاته وعدم رضاه عن واقعه، دفعه للبحث عن التغيير من خلال الجهود الشخصية التي بد لها لتخفيض من اعتماده على الحشيش، وهذا مؤشر هام جدا استثمرناه في عرض فكرة العلاج عليه.

إذن، من خلال المقابلات مع الحالة أوضحت وجود عدة أفكار لاعقلانية عنده، كانت سببا لمعاناته ودافعا للمخدرات، بل وكان يسعى في كل مرة لتعزيزها، وهي تنقسم إلى قسمين:

أ/ الأفكار الحتمية: حيث يفرض الحالة على نفسه جملة من الأفكار ويصر على تطبيقها وتنفيذها مهما كلف الأمر ذلك، ولا مجال للإخفاق فيها بل احتمال مستبعد بدرجة جد كبيرة، مما يسبب وصول الحالة لليأس خصوصا في ظل غياب احتمال الإخفاق، وتصبح المادة المخدرة تلعب دور المخفف من حدة اليأس، وقد أطلق عليه أليس (Ellis) اسم "قلق الإنزعاج" (Discomfort/ anxiety) حيث الحالة لا تتحمل الألم بالرغم من خلفيته.

وكمثال توضيحي تقدم الشاب "محمد" لمسابقة توظيف لا تتماشى ومستواه التعليمي (السنة الثانية متوسط) إلا أنه انزعج كثيرا وبرر ذلك بالغش والمحسوبية التي تسود المجتمع، وجعل من الموقف مصدر ليأسه وكانت المخدرات سندا له لتقليل من حدة اليأس الذي انتابه.

ب/ الأفكار الخفية: وهي أفكار تتاب الحالة مبالغ فيها ويضخم فيها المواقف، كقوله:

" قمت بمجهودات ولكن لا أستطيع أن أتوقف عن المادة المخدرة"

"مستحيل أن تكون حياتي بدون مخدرات"

إن مشاركة الشاب "محمد" في البرنامج العلاجي، الذي أبدى فيه تجاوزا كبيرا ورغبة أكبر

للإقلاع عن المادة المخدرة، قد طرأ عليه تحسنا ملحوظا مقارنة بنتيجة القياس القبلي والذي قدر بـ

(73) درجة فقط، وذلك الأثر الذي أظهرته نتائج القياس البعدي لمقياس الصحة النفسية نوضحه في

الجدول التالي:

جدول رقم (44) بين استجابة الحالة على مقياس الصحة النفسية - القياس البعدي -

القيم	الأبعاد
13	(أ) الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس
14	(ب) المقدرة على التفاعل الاجتماعي
9	(ج) النضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس
14	(د) المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة
9	(هـ) التحرر من الأعراض العصابية
13	(و) البعد الإنساني والقيمي
5	(ز) تقبل الذات وأوجه القصور العضوية
77	لمجموع

من خلال الجدول رقم (44) تحصل الشاب "محمد" على درجة (77)، وهي تشير إلى أن

الصحة النفسية للحالة تحسنت مقارنة بالقياس القبلي (73) وبدرجات متفاوتة بين الأبعاد التي

يقيسها المقياس، حيث مس التحسن البعد (أ) الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس، وكذا البعد (ز) تقبل

الذات وأوجه القصور العضوية، والبعد (ج) النضج الإنفعالي والمقدرة على ضبط النفس، وهذه

الأبعاد تم تعديل الأفكار اللاعقلانية التي كانت الحالة يتبناها وتم دحضها وفقا للاستراتيجية العلاجية المتبعة خلال الجلسات، مراعين بذلك خصوصية الحالة والهدف المنشود الذي شاركنا الشاب "محمد" فيه، مما انعكس ايجابا في تحسين الصحة النفسية له، فالتدبر الذاتي وزيادة الفاعلية الذاتية بالنسبة للحالة هما موضوعان هاما في العلاج العقلاني الانفعالي .

إن التكفل بالحالة تم وفقا لهدفين رئيسيين يخدمان الإستراتيجية العلاجية :

أولا: قمنا برصد الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الشاب، وهي جلها معتقدات خاطئة لتبرير سلوكه الاعتمادي.

ثانيا: التركيز على السلوك الاعتمادي للمادة المخدرة.

فالديناميكية المعرفية التي تميز الشاب "محمد"، تفتقد إلى الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس(أ) حسب ما كشف عنه مقياس الصحة النفسية، مما يولد له الإنزعاج ويصبح المخدر هو السند لتخفيف من حدته، وقد صرح الشاب عن الصعوبات التي واجهته بين الامتناع والإقلاع عن المخدر، وأصبح يجد نفسه في صراع داخلي مع معتقداته ، وحديثه الداخلي يدور حول:

-أنا غير قادر على التوقف عن المخدر

-إرادتي غير قوية بما يكفي للتوقف عن المخدر

-لا أستطيع أن أستمر في العمل بدون مخدر

-الحياة بدون مخدر مستحيلة

وهي أفكار لا عقلانية تسبب القلق المزعج للحالة، لذا كان تدخلنا في تصحيح هذه الأفكار

وجعلها تتسم بالواقعية أكثر، كطرح بعض الأسئلة عن الحالة:

لماذا لا تستطيع أن تتوقف عن المادة المخدرة؟

لماذا حياتك مستحيلة بدون مخدرات؟

لما نقوم بالدحض (D) حسب نظرية (ABC) قد يكون الاعتماد على المادة المخدرة خطيئة وتهور

في فترة المراهقة كونه بداية التعاطي كانت في سن مبكر(16 سنة) ودافعه في ذلك الأصدقاء.

وكذا مواجهة تعابير الإلزام: مثل: "يجب أن أتعاطى الحشيش"

المعالج: لماذا يجب؟

الشاب محمد: حتى أزاول عملي على أحسن حال

المعالج: أعط دليل بأنك ستقوم بعملك على أحسن حال

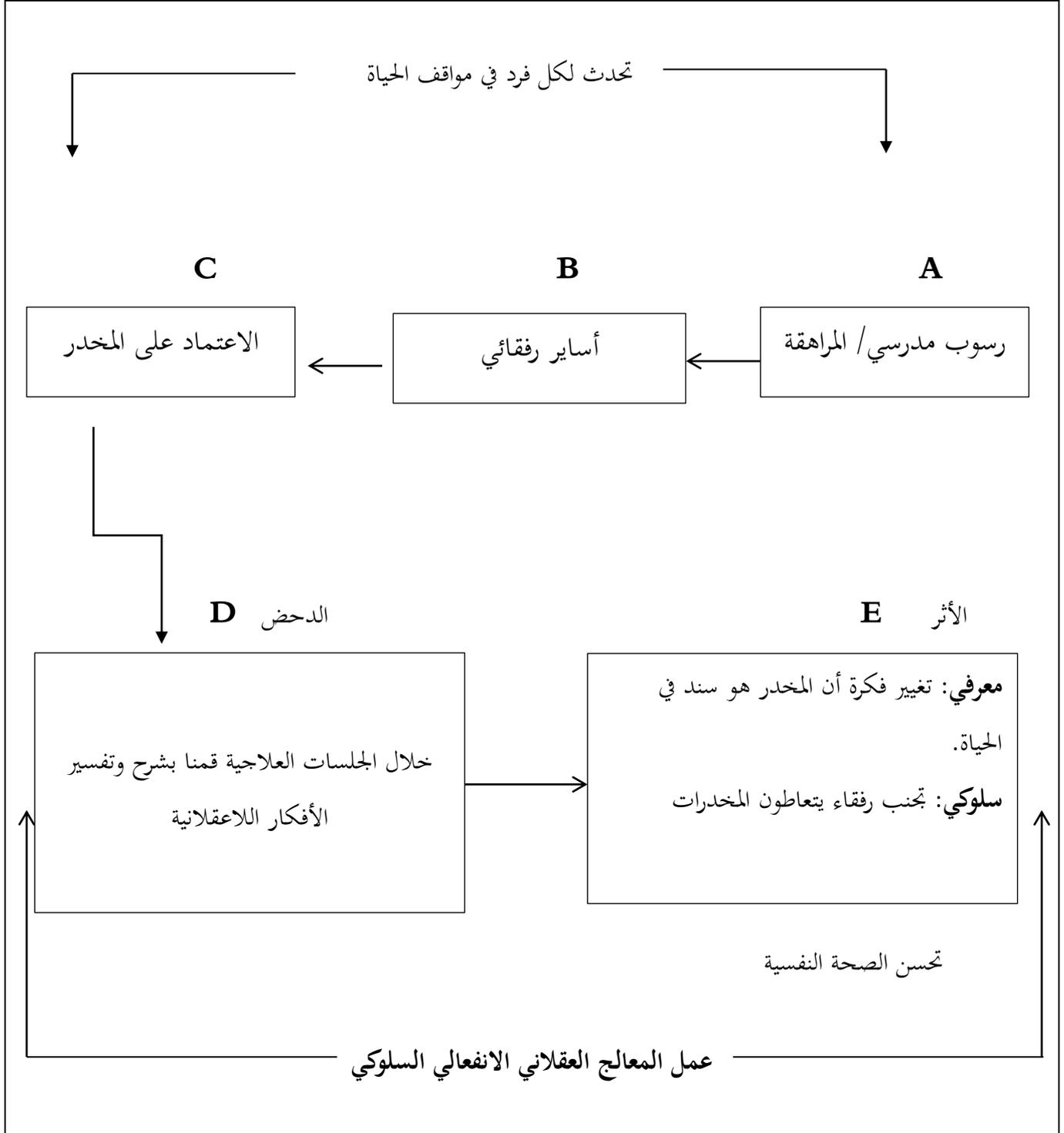
الشاب محمد: أعتقد أنه لا يوجد برهان على قولي

فالاستراتيجية العلاجية هدفت لجعل الحالة تتغلب على هذه المعتقدات الخاطئة والرفع من إرادته لتحمل الاحباط واليأس، وبالعودة إلى الواجبات المنزلية التي كانت تنجز من طرف الحالة خلال الجلسات العلاجية تبين أن أهم معتقد كان لديه هو: "المخدرات هي سندي في الحياة"، وقد غير هذا المعتقد وأصبح: "إكتشفت أن المخدرات هي التي تعيق حياتي"، وفيما يلي بعض المعتقدات الخاطئة التي كانت عند الحالة، وبالمقابل المعتقد العقلاني الذي أصبح يتبناه بعد الجلسات العلاجية:

المعتقد الخاطئ	المعتقد العقلاني
أشعر بالإرتياح تحت تأثير الحشيش	صعب أن أشعر بالارتياح دون حشيش، ولكن هناك الكثير من الأفراد يجسسون بالراحة دون الإعتماد على الحشيش
من الصعب أن أزاول مهني دون مخدر	سيتطلب مني وقت وجهد أكبر لتأقلم مع عملي دون حشيش ولكن أتحمّل لأن مواصلة تعاطيه ستكون نتائجه وخيمة على صحي
الناس الذين لا يعتمدوا على المخدرات يعيشون في احباط ويأس	هل من دليل على هذا؟ بجاسة من لا يعتمدون على المخدرات وطرح السؤال عليهم بينت صبرهم إزاء المواقف المحبطة .

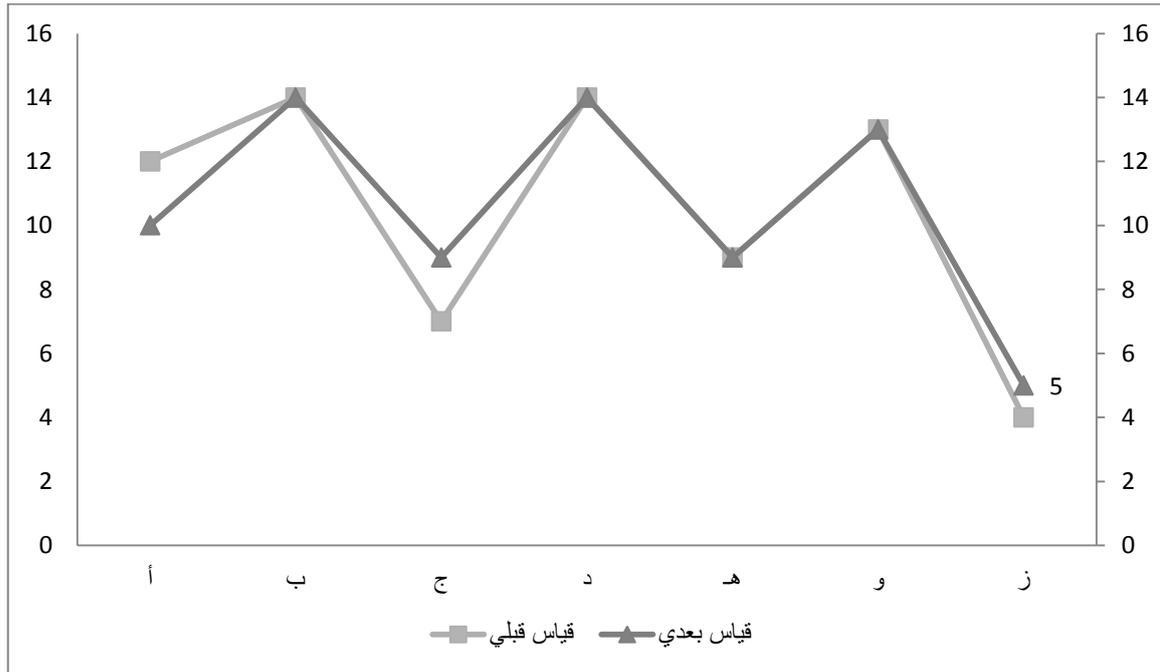
وسوف نوضح في الشكل التالي تطبيق نظرية ABCDE مع الحالة

الشكل رقم-4- يوضح تطبيق نظرية ABCDE مع الحالة



إذن التغير الذي مس الحالة أو ما يعرف بالأثر (E) كان معرفي (تغيير فكرة المخدر هو السند في الحياة) وسلوكي (تجنب أصدقاء يتعاطون المخدرات) انعكس ايجابا على مستوى الصحة النفسية للحالة، ونوضحه ذلك في الرسم البياني التالي:

شكل رقم-5- يبين مستوى الصحة النفسية للحالة بين القياس القبلي والبعدي



فمن خلال الرسم البياني يتضح مدى تحسن الصحة النفسية للحالة والذي نعتبره قيما نظرا لخصوصية الشاب - معتمد على المخدرات - طبيعة المادة التي يعتمد عليها، إرادته الكبيرة في تغيير وضعه ومدة تطبيق البرنامج، وطبيعة الاعتماد.

ولقد لمسنا عند الحالة تغيير في بعض السلوكيات، كتجنب الأصدقاء والبحث عن آخرين في منى عن المخدرات ، كما قلصت عدد مرات تعاطيها للحشيش من ثلاث مرات في اليوم إلى مرة واحد حسبه، وهي مؤشرات تعكس رغبة الحالة في تغيير وضعها وخصوصا عدم تقبله للوضع الذي كان يعيشه، كما أن الحالة لها ارادة ورغبة مصرح بها للإقلاع عن المخدر، حيث أبدى ذلك خلال الجلسات العلاجية وصرح في كثير منها أن لجوءه للمادة المخدرة ليس بحثا عن اللذة وإنما لإزالة

مشاعر سلبية تنتابه، والتي هي في الواقع كانت تفتقد لتأويل واقعي تجاه الذات والمثيرات الخارجية، فالأفكار الاعقلانية كانت بحاجة للتعديل ، إذن العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي المطبق على الحالة أبدى فعاليته، وساهم في تحسين مستوى الصحة النفسية، وهذا ما يتوافق مع أهمية دراستنا.

ثانيا: تحليل ومناقشة النتائج:

1- نص الفرضية الأولى: " توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس

الصحة النفسية عند المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي "

ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- حساب المتوسطات الحسابية للقياس القبلي والبعدي

- حساب الانحرافات المعيارية للقياس القبلي والبعدي

- اختبار "t" لدراسة الفرق بين متوسط عينتين مرتبطتين

وبينت النتائج حسب الجدول رقم (40) وجود فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي

والبعدي على مقياس الصحة النفسية لصالح القياس البعدي عند المجموعة التجريبية، وهذا ما يؤكد

فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في تحسين مستوى الصحة النفسية للمجموعة التجريبية

حيث كان التأثير كبير حسب الجدول رقم (41).

ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء ما جاء في الدراسة، حيث أن هناك عدة عوامل

ساهمت بشكل متداخل للإستفادة المجموعة التجريبية من البرنامج العلاجي، بدءا بالجو الذي ساد

الجلسات العلاجية ، والتفاعل بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية، وبين الأفراد فيما بينهم، وقد كان

الهدف العلاجي واضحا وبمشاركة أفراد العينة، مما زاد من الفعالية الذاتية لكل فرد داخل المجموعة

التجريبية ، وهذا ما حرصت عليه الباحثة من منطلق أهمية التدبر الذاتي وزيادة الفعالية الذاتية في العلاج العقلاني الانفعالي، بالإضافة لكون الشراكة في وضع الهدف تسمح بتعزيز تفكير الشباب المعتمد على المخدرات لتحمل المسؤولية لتحقيق فعالية البرنامج من جهة، ومن جهة ثانية يتدبر في مسألة اعتماده وما يصاحبها من مشكلات مستقبلا.

كما أن التقييم العام المقدم من طرف المجموعة العلاجية، ثمن مكان اجراء الجلسات العلاجية والأدوات المستعملة، حيث أبدوا ارتياحهم بعيدا عن جو المستشفى أو العيادات الطبية، والتزموا بالمواعيد المتفق عليها، كما أشادوا بأسلوب التعزيز الذي استخدمته الباحثة معهم، والمهارات التعاملية المكتسبة مع المعتقدات الخاطئة التي كانت لديهم.

وقد لمست الباحثة الجدية التي تمتع بها الأفراد من خلال انجازهم للواجبات المنزلية المدرجة ضمن البرنامج العلاجي بالرغم من أن مستواهم التعليمي مختلف (الجامعيين وذوي المستوى المتوسط) حسب الجدول رقم(30)، وقد لا حظت الباحثة من خلال المقابلات الانسجام والتعاون السائد بين الأفراد مما انعكس ايجابا على الإستفادة من البرنامج العلاجي.

كما أن الأدوات التي اعتمدها الباحثة ساعدت كثيرا في تطبيق البرنامج العلاجي بشكل جيد، حيث كان التكامل بين المحك التشخيصي ومقياس الصحة النفسية مما سمح بضبط التشخيص جيدا، و انعكس ايجابا على فعالية البرنامج العلاجي، فمثلا المحك في بعده السادس: يتخلى الفرد على النشاطات الاجتماعية والمهنية بسبب اعتماده على المخدر، في المقابل مقياس الصحة النفسية يشير الى هذا المعيار في البعد (ب) المقدرة على التفاعل الاجتماعي.

كما نوه لعامل آخر، طبيعة المادة المخدرة، فأغلبية أفراد المجموعة العلاجية يعتمدون على الحشيش بنسبة تقدر بـ 66.67% حسب الجدول رقم(33)، ويقدر عدد مرات الإعتدال ما بين 1-3 مرات بنسبة 80% حسب الجدول رقم(34)، وبالرغم أن الاعتدال كان في سن مبكر (متوسط

السن 16 سنة) حسب الجدول رقم(36)، إلا أن ذلك لم يؤثر بحكم طبيعة الإعتماد الذي هو اعتماد نفسي، وقد ذكر(رمضان محمد القذافي،1998: 219) أن الاستعمال المتكرر للحشيش يؤدي إلى الاعتماد النفسي دون حدوث حالة الاعتماد الجسمي، ويفسر ذلك حسب (محمد حمدي حجار ، 1992: 21) بفعل التأثيرات الذاتية المرغوبة عند الذي يتناوله .

كما أوضحت دراسة الحالة، المعاناة النفسية التي عاشها الشاب "محمد"، وهي ذات بعدين:

- البعد المتعلق بالضيق وعدم اثبات الذات من خلال البطالة التي عايشها وجعلته يدخل في عالم المخدرات نتيجة عدم تقبله لذاته، وفي هذا السياق نذكر دراسة لشلمبرز وآخرون 1991 حسب (مصطفى عبد الباقي ، 2006: 123) والتي إهتمت بدراسة علاقة الإحساس بالرضا عن الذات والتعاطي المواد المخدرة، واستخدمت مقياس يهدف لقياس الاحساس بالرضا والطموح في الحياة ومقاييس أخرى لقياس الإندفاعية والإعتمادية والمجازاة والخضوع وذلك على عينة قوامها 357 تجريبية في مقابل أخرى ضابطة، وأظهرت النتائج أن متعاطي المواد أقل رضا، ولديهم إتجاهات سلبية نحو ذواتهم وأكثر تعرضا للمشاكل في حياتهم اليومية وأقل طموحا وأكثر اندفاعية ومجازة وخضوعا عن غير المتعاطين.

- أما البعد الثاني: المعاناة نتيجة الإعتماد على المخدر في حد ذاته واعتقاده أن المخدر هو المنفذ في حين أصبح يشكل عبء عليه .

فالتدبر الذاتي وزيادة الفاعلية الذاتية عند الحالة ساهما كثير في استفادته من الجلسات العلاجية من خلال دحض الأفكار اللا عقلانية التي كانت لديه.

ومن خلال الجلسات العلاجية والمقابلات مع الحالة، وقفنا على المعتقدات الخاطئة والأفكار

اللاعقلانية عند الشاب المعتمد على المخدرات حول طبيعة المادة المخدرة لتبرير اعتماده، كقوله: تنسيني المشاكل، تجنبنني الاحساس بالنقص والحجل، هي معيار لاثبات الرجولة،.....

بالإضافة إلى أفكار متعلقة بصعوبة التخلي عن المادة المخدرة، وجل الشباب يشتركون في كون من دخل دائرة المخدرات بكل أشكالها فلن يشفى ولا يوجد علاج بل إنهم يعتقدون بأن الاعتماد لا يتطلب علاج أصلاً، لأنه ليس مرض فلا يبحثون عن العلاج انطلاقاً من فكرة أنهم ليسوا مرضى، وإن توفرت الفكرة فهي صعبة التحقيق ومستحيل أن يكون هناك علاج أو ينجح.

ومن بين الدراسات التي تتفق مع النتيجة المتوصل إليها في دراستنا، نجد دراسة (منى محمد صالح على العامري، 2000) حيث توصلت لوجود فروق دالة احصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العقلاني الإنفعالي على الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الإنفعالية، والدرجة الكلية على هذا المقياس، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي المعتمد، إلا أن الباحثة تتبدي تحفظ على كون هذه الدراسة لم تعتمد على العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي لوحده بل لجأت إلى العلاج المتمركز حول العميل مما قد يصعب من الجزم كون الشفاء راجع إلى أحد العلاجين، أو أن الجمع بينهما والتكامل هو سبب الفعالية والنجاعة في هذه الدراسة.

كما تتفق النتيجة المتوصل إليها مع دراسة (ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان، 2005) حيث أكد على وجود فروق دالة احصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق لصالح المجموع التجريبية، المتكونة من عشرة شباب معتمدين على المخدرات إلا أن الباحث في هذه الدراسة صب إهتمامه على القلق، وفي الدراسة الحالية الباحثة لمست هذا في أفراد المجموعة التجريبية حيث كان ينتابهم قلق الشفاء، الناجم عن عدم القدرة على التغيير وكيف تصبح حياتهم من بعد التخلي عن المادة المخدرة وكلها كانت أفكار لا عقلانية عند الشباب.

كما تتفق هذه النتيجة كذلك مع دراسة "لآزرين وآخرون" (Azrin et al, 1994) حول فعالية العلاج السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات، حين توصل لكون العلاج السلوكي

أدى إلى تحسن كبير لدى العينة خاصة في المقاييس المتعلقة بالعمل وانتظام في الدراسة، العلاقات العائلية، الإكتئاب، الإقامة في المؤسسات العلاجية، وتناول الكحول.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة محمد أحمد خدام حين توصل إلى وجود فروق دالة احصائيا في سلوك الإدمان والمهارات الإجتماعية لصالح المجموعة التجريبية المتكونة من 10 أفراد تلقت تدريباً على برنامج ارشادي، إذ انخفض سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية، وهنا لا بد من التنويه لكون دراستنا تتوافق مع هذه الدراسة إلى حد كبير خصوصاً في البعد المتعلق بالمقدرة على التفاعل الاجتماعي (ب).

إذن بعد عرض نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها في ضوء المضمون النظري للدراسة والدراسات السابقة نخرج بنتيجة مفادها أن الفرضية تحققت بحيث توجد فروق دالة احصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الصحة النفسية عند المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي .

مما يفسر مساهمة البرنامج العلاجي المصمم في تحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات وبدرجة كبيرة.

والجدير بالذكر هنا، أن الدراسة الحالية لم تكتف بالتأكد من مساهمة العلاج العقلائي الإنفعالي في تحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات بل ضبطت درجة المساهمة، وهذا يمكن اعتباره الشيء الجديد الذي تضيفه الدراسة الحالية إلى الدراسات التي تعنى بنفس المجال البحثي، وهذا في حدود اطلاع الباحثة.

2- نص الفرضية الثانية: " توجد فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية"، ولاختبار هذه الفرضية، تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- حساب المتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية والضابطة.

- حساب الانحرافات المعيارية للمجموعة التجريبية والضابطة.

- اختبار "t" للدراسة الفرق بين متوسط عينتين مرتبطتين.

وبينت النتائج حسب الجدول رقم (42) وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية وهذه النتيجة تعكس مدى تدني مستوى الصحة النفسية للشباب الذي يعتمد على المخدرات بصفة عامة، على خلاف تحسن مستوى الصحة النفسية للمجموعة التجريبية وتفسير ذلك راجع لكون الشباب المعتمد على المخدرات يفتقد إلى الثقة بالنفس ولا يشعرون بالكفاءة وليست لديهم المقدرة على التفاعل الاجتماعي وضبط النفس، كما يفتقدون للنضج الإنفعالي والقيمي، ويغيب عندهم توظيف الطاقات والإمكانات في أعمال مشبعة، وغير متحررين من الأعراض العصابية.

وتتفق هذه النتائج مع المضمون النظري لمفهوم الصحة النفسية الذي تم عرضه في الجانب النظري، حيث عدم إشباع الحاجات الفرد ينعكس على مستوى فاعليته الاجتماعية، في حين أن الشباب المعتمد على المخدرات يفتقد للقدرته على التفاعل والقدره على ضبط النفس والهروب من المسؤولية، فجل العينة هم عزاب لم يأسسوا بعد أسر، يفتقدون لثبات والتوازن الانفعالي، الصبر عند الشدائد، المرونة في مواجهة الواقع، مما يؤثر سلبا على إشباع حاجاتهم ويسبب عدم التوافق مع النفس ومع الآخرين وتقوم المخدرات بملأ الثغرات النفسية التي لا يمكن لسلوك الشاب أن يملأها.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما قدمه المحك التشخيصي المعتمد عليه في تشخيص الشباب المعتمد على المخدرات و المستمد من الدليل الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفس 1994، حيث شخصت الباحثة أفراد العينة وحددت طبيعة

الاعتماد لكل حالة على حدى (اعتماد نفسي، اعتماد فيزيولوجي) ،وبالإستخدام مقياس الصحة النفسية سمح للباحثة تحديد الأبعاد المتدنية من حيث الدرجات والتي تتطلب تدخلا علاجيا.

وبالعودة إلى الإتجاه الإجتماعي كمرجعية لضبط مفهوم الشباب، فالمعتمد على المخدرات ليس لديه دور ومكانة في السياق الإجتماعي، وانعدام تفاعله مع مجتمعه، وتعد البطالة مؤشر لذلك بحيث ما نسبته 60% من المعتمدين على المخدرات حسب الجدول رقم(31) هم بطلين، فأهم خاصية للفرد في مرحلة الشباب عجز على تحقيقها مما ينعكس على اتزانه النفسي ويؤدي به إلى الاحساس بالصراع والاحباط والانفعال لأنفه الأسباب ويجاول البحث عن اتزانه المفقود باللجوء للمادة المخدرة لتقليل من حدة صراعاته، فما يقارب 33.33% من أفراد العينة يلجؤون إلى المخدرات أثناء انفعالهم حسب الجدول رقم (36) مما يعكس قلة النضج الإنفعالي وعدم المقدرة على ضبط النفس والذي يعتبر هذا الأخير من مؤشرات الصحة النفسية، ضف إلى ذلك الخصائص النفسية لمرحلة الشباب، أين يكون الشاب مندفا وراء انفعالاته بسلوكيات شديدة التهور والسرعة، وهي صورة من صور تخفيف شدة الموقف المحيط به، ووسيلة لتهدئة التوتر النفسي، كما تتميز هذه المرحلة السنية بالحدة والعنف فنجد الشاب يثور لأنفه الأسباب، ويلجأ لاستخدام العنف ولا يستطيع التحكم في المظاهر الخارجية لحالته الانفعالية، واللجوء للمخدرات تكون بمثابة دعائم لتخفيف من حدة الإنفعالات ووضع حد لها، فهي تلعب دور الإلغاء والتخفيف المرحلي للمشاعر السلبية والاحباط وعدم القدرة على ضبط النفس، التي تعترى الشباب ويعوضها بحالة نفسية اصطناعية مريحة، والتي تزول بمجرد زوال مفعول المخدر.

إلا أن ما تجدر الإشارة إليه هو تأثير طبيعة المادة المخدرة في حد ذاتها، فحسب الجدول رقم (33) ما نسبته 76.67% من الشباب يعتمدون على الحشيش، ومن خصوصياته بروز مشاعر الإكتئاب والإحساس بالعجز وانخفاض تقدير الذات، وهذا ما يدفعنا للقول بأن الحشيش كمخدر يؤثر على الصحة النفسية للشباب ويساهم في خللها وتلاشيها إذ لم يخضع للعلاج، وهذه النتيجة

تتوافق مع ما أسفرت عليه دراسته عبد الحفيظ جدو حين ذكر مختلف آثار الإدمان على الحشيش، والمتمثلة في: قلق قاعدي وكامن ونبذ للذات، انطواء وحزن شديد، مزاج متقلب (حزن- فرح) مصحوب بشحوبة الوجه، عدوانية نحو العالم الخارجي، فقدان الشهية والأرق، يأس وإحساس بالذنب.

كما تتفق هذه النتيجة مع ما دراسة سيرين وكاهلان (Cisin et Cahlan ;1966) الواردة في (أحمد محمد الزعبي، 2001: 198) حين ذكرا بأن هناك علاقة بين الخصائص الشخصية ومدمني الخمر والمخدرات، لذلك فانخفاض تقدير الذات، ومشاعر الإثم، والعجز عن مواجهة الصراعات، والقلق، وضعف القدرة على تحمل الإحباط قد تكون استجابة المتعاطي للإدمان وهذا الأخير مظهر يعكس اختلال الشخصية ونتيجة لها، مما يهيء المدمن لحالات العصاب النفسي.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة "كاردون" (Cardone ,2003) التي كان الهدف منها هو تفحص أثر البرامج العلاجية المجتمعية على سلوك تعاطي المخدرات وعلى الوظائف النفسية الأخرى للأفراد المتعاطين للمخدرات، لتسفر عن انخفاض في سلوك تعاطي المخدرات والمشكلات النفسية، وزيادة في العلاقات الاجتماعية.

اعتماد الشباب على المواد المخدرة يؤثر على صحته النفسية، ويؤدي إلى الاختلال والتدهور في العمليات المعرفية، والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في هذه الدراسة بتحسين مستوها، حيث كان التركيز على رفع مستوى فعالية الذات عند أفراد العينة لإكتساب المهارات المعرفية والسلوكية المساعدة على الإقلاع عن المخدر، لتحقيق الهدف الذي أكد عليه (Ellis , 1979) حيث يشير إلى أن الهدف الأساسي من العلاج العقلاني الانفعالي هو الحد من نظرة الفرد الدونية لنفسه واكتساب نظرة واقعية نحو الذات والحياة.

إذن بعد عرض نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والمضمون النظري للبحث نخرج بنتيجة مفادها أن الفرضية تحققت بحيث توجد فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس الصحة النفسية أثناء القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

لقد اهتمت الدراسة الحالية بفئة الشباب المعتمد على المخدرات، في ظل صحة نفسية متدنية، فبين دوافع الإعتماد المتعددة (البطالة، المشاكل الأسرية، الفضول وحب التجريب، رفقاء السوء،...) وآثار المادة المخدرة يجد الشاب نفسه تائها، تقيده مجموعة من الإعتقادات الخاطئة تحول دون أن يبحث عن علاج لإضطرابه.

الاعتماد على المخدرات ظاهرة تفتت بين الشباب الجزائري بشكل كبير وفي المقابل لا يوجد تكفل بهذه الشريحة الهامة في المجتمع، وهذا ما وقفنا عنده من خلال الميدان، واضطلعنا على مختلف البحوث والدراسات، لذا حاولنا ولوج هذا المجال البحثي، وجاءت هذه الدراسة تهدف لتحسين مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات بناء على برنامج علاجي قائم على النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية.

فجمعت الدراسة بين شقين: النظري والتطبيقي يخدم كل واحد الآخر بشكل متكامل، فالشق النظري خصصناه لإستقرار أدبيات مختلف المفاهيم الواردة في الدراسة، حيث وقفنا بالتفصيل عندها، مما ساهم بشكل كبير في إثراء معارفنا واستثمرناها في تصميم البرنامج العلاجي وتطبيقه ميدانيا، كما توقفنا عند خصوصية مرحلة الشباب وما يعتري صحتهم النفسية، دون أن نغفل التطرق لظاهرة الاعتماد على المخدرات، وكل هذا سمح لنا بإثراء جانبنا المعرفي، أما الشق التطبيقي فاستثمرنا فيه المعارف المكتسبة والمهارات المتحصل عليها حيث قمنا بدراسة استطلاعية سمحت لنا بتشخيص المعتمدين على المخدرات وفق المحك التشخيصي المستمد من الدليل التشخيصي الرابع للإضطرابات النفسية والعقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1994، وكذا دراسة الخصائص السيكومترية لمقياس الصحة النفسية، خاصة الثبات لأن صدقه مدروس وتم التحقق منه بشكل كاف، وقمنا بإدخال تعديلات طفيفة عليه، وطبقناها على عينة متكونة من (50) شاب(ة) يعتمدون على مختلف المواد المخدرة، واستعنا باستمرار جمع البيانات مما سمح لنا بتحديد خصائص العينة المناسبة

لتطبيق البرنامج العلاجي المصمم وكذا اختيار مكان القيام بالدراسة الأساسية ويمكن الاجمال والقول أننا استطعنا الإمام بتصوير عام للدراسة الأساسية، التي خصصت لتطبيق البرنامج العلاجي الذي يحتوي حوالي 16 جلسة علاجية على عينة تضم (30) شاب يعتمدون على المخدرات، وقد حرصنا على تحقيق التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة قدر الامكان إذ تضم كل واحدة منهما على (15) شاب، كلهم ذكور عزاب، تتراوح أعمارهم ما بين 15 و25 سنة ، كما استعنا بدراسة الحالة لتوضيح أكثر خطوات تنفيذ البرنامج وأثره على تحسن مستوى الصحة النفسية.

واستنادا على الجانب الميداني ،أسفرت الدراسة على النتائج التالية :

- الإعتماد على المخدرات يمس الشباب بمختلف مستوياته التعليمية (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

- تعد البطالة أهم دافع لاعتماد على المخدرات

- بداية الإعتماد على المخدرات تكون في سن المراهقة بمتوسط 16 سنة

- الدوافع التي كانت وراء الاعتماد في أول مرة هي: المشاكل الأسرية والفضول وحب التجريب

- يعتبر الحشيش أكثر مخدر منتشر بين الشباب

- الإنفعال(غضب،قلق) هو الذي يدفع الشباب لتعاطي المخدر

- جل الشباب لا يبحثون عن علاج لإعتمادهم على المخدرات

- مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات متدني

- الشباب المعتمد على المخدرات ليس لديه نصح انفعالي ويفتقد القدرة على ضبط نفسه

- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية.

- توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية بعد القياس البعدي.

- توجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية.

- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ساهم في تحسن مستوى الصحة النفسية للشباب المعتمد على المخدرات وبدرجة كبيرة ، وتعزوا الباحثة هذا لتداخل عدة عوامل: الجو الذي ساد تطبيق الجلسات العلاجية، مكان وأدوات تطبيق البرنامج، الانسجام والتعاون بين أفراد المجموعة التجريبية والالتزام بضوابط الجلسات العلاجية، ضبط التشخيص جيدا، طبيعة المادة المخدرة المعتمد عليها، مدة الاعتماد وطبيعته (نفسي، فيزيولوجي).

لتبقى هذه النتائج المتوصل إليها في حدود الاطار الزماني والمكاني، والعينة المدروسة وهذا المجال البحثي يحتاج لكثير من الدراسات في نفس السياق لازالة الغموض واللبس والتكفل على أحسن وجه بالمعتمدين على المخدرات، ويبقى مفتوح لكل المهتمين.

التوصيات:

في ظل ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية، تقدم الباحثة بعض التوصيات وهي كالآتي:

- ضرورة توعية الشباب من مخاطر المخدرات، وتصحيح كل المعتقدات الخاطئة عندهم من خلال إدراجها في المقررات الدراسية.

- ضرورة التخطيط لبناء مراكز لاعادة تأهيل الشباب المعتمد على المخدرات، ضمن فريق طبي متكامل.

- إعادة إدماج اجتماعي للشباب المعتمد على المخدرات، والاستفادة من قدراتهم.

- ضرورة استخدام العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع النزلاء بالمؤسسات العقابية نتيجة ارتكابهم لجرائم تحت تأثير المخدرات، أو من أجل الحصول عليها، أو من أجل ترويجها.
- ضرورة استخدام العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي من طرف الأخصائيين النفسانيين من أجل تحسين الصحة النفسية لدى المضطربين.

وقد استوقفت الباحثة عدة انشغالات وتساؤلات قد تكون اشكاليات لدراسات أخرى:

- ما مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع الشباب اللواتي يتعاطين أقراص لكستازي؟
- ما مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع أسر المعتمدين على المخدرات؟
- ما مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع الشباب الذين لديهم اعتماد فيزيولوجي؟
- هل تستمر فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع الشباب المعتمد على المخدرات؟
- هل فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي مع الشباب المعتمد على المخدرات تمنعه من الانتكاسة؟
- ماهي المعتقدات التي تنتشر بين المراهقين عن المخدرات؟ وكيف يتم التكفل بهم؟

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

المصدر: القرآن الكريم حسب رواية ورش

الكتب:

- 1- أحمد أبو أسعد(2011)، دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية، مركز ديونو لتعليم التفكير، الطبعة 2، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 2- أحمد إبراهيم الباسوسي(2007)، علاج الإدمان على الهيرويين المخدر، مركز الإسكندرية للكتاب الازاريطية، مصر.
- 3- أحمد محمد الزعبي(2001)، أسس علم النفس الجنائي، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 4- أحمد عيد مطيع الشخانة (2010)، التكيف مع الضغوط النفسية دراسة ميدانية ، دار الحامد للنشر و التوزيع ، الطبعة الأولى، الأردن
- 5- أسامة حسين باهي(2002)، البحث التربوي كيفية اعداد وكتابة التقرير العلمي، المكتبة أنجلو مصرية.
- 6- إجمال محمد سري (2000)، علم النفس العلاجي، عالم الكتب، الطبعة 2، القاهرة، مصر.
- 7- بشير معمريه(2012)، علم النفس الذات ،دار الخلدونية للنشر والتوزيع القبة القديمة، الجزائر.
- 8- حامد عبد السلام زهران(2005)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، ط4، القاهرة، مصر .

- 9- حامد عبد السلام زهران(2003)، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، ط1، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- 10- حسين علي فايد (2005)، العلاج النفسي أصوله- أخلاقياته- تطبيقاته، مؤسسة طبية للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر.
- 11- حسين فايد (2006)، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة ، مصر.
- 12- جان سكوت، مارك وليامز، آروان بيك، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطى(2002)، العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، مكتبة زهراء الشرق، ط1 ، القاهرة، مصر.
- 13- جوديت بيك، ترجمة طلعت مطر(2008)، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية إدارة الشؤون الفنية، ط1، القاهرة، مصر.
- 14- رشيد حميد زغيد (2010)، الصحة النفسية و المرض النفسي و العقلي، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، الطبعة 1 ، عمان ، الأردن.
- 15- رمضان محمد القذافي(1998)، الصحة النفسية والتوافق، المكتب الجامعي الحديث، ط3، اسكندرية، مصر.
- 16- سعيد بجير(2005)، الصحة النفسية وإضطرابات الشخصية، طوب بريس، ط1، الرباط، المغرب.
- 17- سناء حامد زهران (2004)، إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- 18- سهير لطفي (2001)، الإدمان أوهام-أخطار-حقائق، مهرجان القراءة للجميع مكتبة الأسرة، مصر.

- 19- سيد أحمد لمساوري (2008) ،أسباب تعاطي المخدرات ونتائجها،سليكي إخوان طنجة،ط 1 ،المغرب.
- 20- شعبان احمد فضل(2008)، العلاج المعرفي السلوكي الإستراتيجيات والتقنيات،الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة،ط 1 ،غريان،ليبيا.
- 21- صالح بن عبید الله أبو عبادة، عبد المجيد بن طاش نيازي (2000)، الإرشاد النفسي الاجتماعي، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- 22- صالح حسن أحمد الداھري(2011) ،أساسيات علم النفس الجنائي ونظرياته، الحامد،ط1،جامعة عمان العربية للدراسات العليا كلية الدراسات التربوية العليا.
- 23- عادل الدمرداش (1999)، الإدمان مظاهره وعلاجه،عالم المعرفة،الكويت.
- 24- عادل صادق (2010) ،دليل الأسرة في علاج الإدمان ،الصحوة للنشر والتوزيع ، ط1،مصر.
- 25- عبد الحق منصوري(2007) ،كيف نتعامل مع الاطفال والمراهقين نظرة واقعية هادفة، ط1، دار قرطبة للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 26- عبد الرحمن شعبان عطيات (2000)، المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية، ط1، الرياض.
- 27- عبد الفتاح محمد دويدار (1999) ،مناهج البحث في علم النفس، دار المعرفة الجامعية، ط2، مصر.
- 28- غريب عبد الفتاح غريب (1999)، علم الصحة النفسية ، مكتبة الأنجلو المصرية ، دار البيان، ط1، القاهرة.
- 29- عفاف محمد عبد المنعم(2003)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دارا لمعرفة الجامعية للطبع و النشر والتوزيع،مصر.

- 30- علاء الدين كفاي (1999)، الإرشاد والعلاج النفسي الأسري المنظور النفسي الاتصالي، دار الفكر العربي، ط 1، القاهرة، مصر
- 31- كاس واولدهس وبارد (2009)، في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، ترجمة سامر جميل رضوان، دار الكتاب الجامعي، غزة، فلسطين.
- 32- كاملة الفرخ، عبد الجابر تيم (1999)، مبادئ التوجيه والارشاد النفسي، دار الصفاء، الطبعة 1، عمان.
- 33- ماجد الزيود (2006)، الشباب والقيم في عالم متغير، الإصدار الأول، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط 1، عمان، الأردن.
- 34- مريم ابراهيم حنا (2000)، الرعاية الإجتماعية والنفسية للفئات الخاصة والمعاقين، المكتب الجامعي الحديث.
- 35- محمد أحمد مشافية (2007)، الإدمان على المخدرات، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 36- محمد بلبريك (2016)، المخدرات، مركز البحوث والدراسات حول الجزائر والعالم، الدويرة، الجزائر.
- 37- محمد محروس الشناوي (بدون سنة)، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- 38- محمد حمدي حجار (1992)، العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب، الرياض.
- 39- مصطفى سويف (1996)، المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت.

- 40- هوفمان إس جي (2012)، **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر** الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية، ترجمة مراد علي عيسى، دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر.
- 41- وليد بن سالم القرشي (2013)، **إضطرابات الشخصية الخمسة عشر**، دار وجوه للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 42- يوسف أو الحجاج (2011)، **كيف نحمي أبنائنا من اخطار المخدرات**، دار الكتاب العربي، ط1، دمشق، القاهرة.

مراجع باللغة الفرنسية:

- 43- Angel Sylvie (2002), **les toxicomanies et leurs familles**, Armand colin ; VUEF, Paris.
- 44- Botvinik Estell, Michèle Lévy, Emmanuelle Mo feuillard, et coll (2000), **psychiatrie**; édition estem.
- 45- Cyrille Bouvet (2014), **Introduction aux thérapies Comportementales et cognitives (TCC)**, DUNOD, Paris
- 46- Cyrielle Bouvet (2014), **Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)**, Dunod, Paris.
- 47- Chrystel Besche-Richard; Catherine Bungener (2002), **psychopathologies de l'adulte**, Armand Colin.
- 48- Jean Cottraux (2011), **les psychothérapies Comportemental et cognitives**, Elsevier Masson ,5 édition.
- 49- Jean Cottraux (2007) , **Thérapie cognitive et émotions la troisième vague** , Elsevier Masson .

- 50- Guylaine Benec'h(2014), **Les jeunes et l'alcool**, Dunod, Paris.
- 51- Ovide Fontaine(2006), **Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive**, 1ère édition Retz, Paris.
- 52 -Rouyas Françoise, Marc Sorkine (1990), **Intoxications aiguës diagnostic et prise en charge**, Masson, Paris.
- 53- EY Henri (1998), **Manuel de psychiatrie**, sixième édition, Masson.
- 54- Gomez Henri (2003), **l'alcoolique, les proches le soignantes**, Paris.
- 55- Jean Bergeret, J Leblanc et coll (1988), **Précis des toxicomanies**, 2^e édition revue et corrigées, Masson, Paris.
- 56- Gullens Jean Marie (2003), **Cent questions sur les drogues et la toxicomanie et les hépatites virales associées**, édition frisson Roche, Paris.
- 57-G.K.MC-Farland (2005), **santé mentale démarche de soin, et diagnostique infirmier** , 3ème édition, Paris, Masson.
- 58-Ueli Kramer ,Emna Ragama,(2015),**la psychothérapie centrée sur les émotions** , Paris, Masson.

الموسوعات والمعاجم:

- 1- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاي(1995)، معجم علم النفس و الطب النفسي،
انجليزي عربي، الجزء 7.
- 2- جلال شمس الدين (2003)، موسوعة مرجعية لمصطلحات علم اللغة النفسي: انجليزي-
عربي، مؤسسة الثقافة الجامعية، الإسكندرية.

3-DSM4 :Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (1994),coordination générale de la traduction Française .J.D Guelfi et M.A Grocq ,Ed Masson, Paris.

4- Louis patient(2000), **dictionnaire des sciences pharmaceutiques biologiques** , 2ème édition, France.

5-Norbert Sillamy(1999), dictionnaire de psychologie, (S.E), paris, larousse.

المجلات:

1- مصطفى عبد الباقي عبد المعطى (2003)، تعاطي المواد المؤثرة في الاعصاب بين طلاب الكويت، مجلة علم النفس، العددان الخامس والستون والسادس والستون ،يناير-يونيو السنة السابعة عشر،الهيئة المصرية العامة للكتاب،ص ص

2- محمد بلبريك (2014)، ظاهرة تعاطي المخدرات وآثارها السلبية على النسق الإجتماعي، مجلة الفكر والمجتمع،العدد (21)،طاكسيج كوم للدراسات والنشر والتوزيع،الجزائر، ص ص167-177 .

3- محمد بلبريك (2015)، السوق غير الشرعية للمخدرات وأضرارها الاقتصادية، مجلة الفكر والمجتمع،العدد28 ، طاكسيج كوم للدراسات والنشر والتوزيع،الجزائر، ص ص133-152 .

4-مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وادمانها(2014)،الوقاية والمكافحة

الرسائل:

1- حسين بن إدريس عبده الصميلي (2009)، فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية لمنطقة جازان التعليمية " دراسة شبه تجريبية" ، أطروحة دكتوراه في علم النفس، تخصص إرشاد نفسي، جامعة أبو القري.

2- منى محمد صالح علي العامري(2000)، دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة دراسة كLINيكية، أطروحة دكتوراه الفلسفة، تخصص إرشاد نفسي، جامعة القاهرة.

مواقع شبكة الانترنت:

-www.psychiatry.org/dsm5 (Visité: le 10/10/2016)

-[http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan\[2016\].pdf](http://www.onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_ar/donnees_statistiques/bilan[2016].pdf)

ملخص البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج علاجي قائم على نظرية ألبرت اليس للعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي، وذلك من أجل تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الشباب المعتمد على المخدرات، فتضمنت عينة الدراسة الأساسية (30) شاب يعتمدون على المخدرات من ولاية تلمسان، طبقنا عليهم مقياس الصحة النفسية، واعتمادا على المنهج الشبه تجريبي أخضعناهم لحوالي 16 جلسة علاجية، لتسفر النتائج على مساهمة العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في تحسين مستوى الصحة النفسية لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 25 سنة ويعتمدون على المخدرات، وحجم تأثيره كان كبير.

الكلمات المفتاحية: الإعتقاد، الشباب، المخدرات، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الصحة النفسية.

Résumé:

L'objectif d'étude actuelle vise à planifier un programme thérapeutique basé à la théorie d'ALBERT ELLIS- Rational Emotive Comportementale- dans le but d'améliorer le niveau de la santé mentale chez les jeunes dépendants de drogue de 15 à 25 ans.

Notre échantillon est compose de (30) jeunes dépendants de la drogue dans la ville de Tlemcen.

On a utilisé échelle de la santé mentale et la métrologie para expérimentale pour évaluer l'efficacité de programme pendant 16 séance thérapeutique.

Pour obtenir des résultats sur la contribution de la thérapie dans l'amélioration du niveau de santé mentale chez les jeunes âgés entre 15 et 25 ans et sont dépendantes de la drogue, et l'ampleur de l'influence de ce programme a été significatif.

Les mots clés: la dépendance, les jeunes, la drogue, Rational Emotive comportementale, la santé mentale..

Abstract:

The present study aims to design based treatment program at theory Albert Ellis – Rational and Emotive therapy, and in order to improve the mental health level in a sample of young people based on the drug, sample baseline study (30) young are dependent on drugs from Tlemcen province, applied them scale mental health, depending on the similarities experimental ,for about 16 therapeutic session, to yield results on the contribution of rational therapy emotional behavioral in improving the mental health level among young people aged between 15 and 25 years and are dependent on the drug, and the size of the impact was great.

Key words: dependent's, young people, drugs, Rational and Emotive therapy, mental health.