



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه علوم

في علم النفس العيادي تخصص: وسائل التقصي وتقنيات العلاج النفسي في علم النفس العيادي والباثولوجي

## أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع

### عن المخدرات لدى المراهقين

- دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد بولاية الشلف -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف:

الطالب. شيهان عبد المالك

تحت إشراف:

أ.د مكّي محمد

### أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
أ.د ماحي إبراهيم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسا
أ.د مكّي محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مشرفا ومقررا
د. ملال خديجة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مناقشا
د. بلعباس نادية	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة مستغانم	مناقشا
د. بن حليم أسماء	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة بلعباس	مناقشا
د. لونيس زوهير	أستاذ محاضر -أ-	جامعة الشلف	مناقشا

السنة: 2019-2020

## إهداء

إلى ماسحة الدمع والأحزان، وملهمة الصبر والسلوان، إلى ينبوع العطف والحنان، إلى التي تفرح لفرحي وتحزن لحزني، إلى التي مهما قلت ومهما عبرت لن أوفيهما حقها ...

..... إليك وحدك يا أغلى من روحي وقلبي "أمي حفظها الله ورعاها".

إلى من أفنى حياته من أجل إسعادي وإرضائي، إلى سبب قوتي وسندي أمام مد الحياة وجزرها، إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى الذي علمني العطاء دون انتظار، إلى الذي أحمل اسمه بكل افتخار، إلى الذي لن أنسى فضله علي...  
..... إليك وحدك يا أغلى من عيني "أبي حفظه الله ورعاها"

أسأل الله لهما طول العمر ودوام الصحة والعافية.

إلى من أهديتها قلبي وروحي وحياتي، إلى سندي وشريكة حياتي...  
زوجتي الغالية. و إلى أبنائي.. أنس وجواد...

إلى رفقاء دربي في هذه الحياة "إخوتي وأخواتي" أنثر بين أيديهم كلمات الشكر والاحترام علّها توفي لكل منهم حقه على ما بذلوه لي من تذليل الصعاب، وإزالة العقبات، ورفع المعنويات في طريق دراستنا.  
وإلى كل من معهم قلبي ولم تسعهم مذكرتي....

عبد المالك

## كلمة شكر

الحمد لله القائل في محكم تنزيله ﴿وَلَيْنَ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾، والصلاة والسلام على رسول الله القائل "من لا يشكر الناس، لا يشكر الله".

بداية أشكر الله عزّ وجلّ الذي أعاننا على إتمام هذه المذكرة، وتحمل المصاعب في سبيل ذلك وتفضّل علينا بإتمام هذا العمل...

وبعد:

الشكر والتقدير والعرفان بالجميل إلى المشرف الأستاذ الدكتور "مكي محمد" على ما بذله وما يبذله من جهد وسعة صدر، وكريم طبع، إرشادا وتسديدا لأفكارنا، بدءا بتدريسنا في السنة النظرية وانتهاءً بإتمام رسالتنا على يديه إشرافا (رسالة الماجستير والدكتوراه)، فهو رمز العطاء الدائم والنفع العميم، فكان كعادته كريما سخيا في علمه وخلقه وعطائه الذي لا ينضب، إذ منح الطالب منهجا علميا صارما استطاع به أن يخط صفحات هذه الدراسة، بتوجيهاته وآرائه الجادة، فله مني أسمى آيات الشكر والعرفان.

كما لا يسعنا إلا التوجّه بالشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تكريمهم الفاضل بقبول مناقشة رسالتي، وتحملهم عناء قراءتها وتقويمها، ولا شكّ أنّ في ملاحظاتهم القيمة والتي ستكون محط اهتمامي وعنايتي لإخراج هذه الرسالة بالشكل الصحيح.

كما أتقدم بالشكر والعرفان الجزيل بالأساتذة المحكمين الذين قاموا على تحكيم أدوات الدراسة، وكل من ساهم في انجاز هذه الدراسة من قريب أو من بعيد، حتى ولو بكلمة طيبة.

والشكر موصول أيضا إلى أفراد عيّنة الدّراسة على اختلاف مستوياتهم، لما أبدوه من تعاون واستجابة لإنجاز الجانب التطبيقي لهذه الدراسة.

كما أشكر الأعضاء والأفراد العاملين بالمركز خاصة المسئول عنه وكل الأطباء والأخصائيين النفسانيين، وكل زملاء وزميلات الدراسة.

## مستخلص

عنوان البحث: أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين

هدفت الدراسة الحالية إلى استقصاء أثر برنامج معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين. وتم اختيار (10) مدمنين بطريقة ملائمة تتراوح أعمارهم بين (16-21) سنة، ليمثلوا للدراسة بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد النهاري. ولتحقيق أهداف الدراسة، تم تصميم مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين من إعداد الطالب، والتأكد من صدقه وثباته، مع استخدام القائمة التشخيصية لسوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة والكحول DSM/4، وكذلك تم تصميم برنامج علاجي مستند على العلاج المعرفي السلوكي، وتكون البرنامج من (18) جلسة علاجية تم استخدام المنهج الشبه التجريبي بتطبيق القياس القبلي لأدوات الدراسة، وبعد انتهاء تطبيق البرنامج تم التطبيق التتبعي بعد شهرين من ذلك.

وللتحقق من اختبار فرضيات الدراسة تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية وحساب حجم أثر البرنامج. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على الأبعاد الأربعة لمقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لصالح القياس البعدي، كما تبين من النتائج بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطي درجات أفراد المجموعة المشاركة الذين طبق عليهم الطالب البرنامج العلاجي في القياس التتبعي، مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج المستخدم، الأمر الذي يمكن القول معه أن الدراسة قد حققت أهدافها، وتحققت معها صحة فروضها الستة. وبناء على هذه النتائج توصي الدراسة بالاستفادة من البرنامج الحالي وأداة القياس المصممة من قبل العاملين بمراكز علاج الاعتماد وبإجراء دراسات أخرى.

**الكلمات المفتاحية:** برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي؛ دافعية الامتناع؛ المخدرات لدى المراهقين.

**«The Effect of collective knowledgeable behavioral program's effect in developing the adolescent's Motivation for leaving off drug abuse »**

**Summary:**

This study aims at examining the effect of a collective, knowledgeable and behavioral program in developing the adolescents' motivation to leave off drug abuse. 10 addicts have been selected in a suitable way between 16 and 21 years old. They represent the study of the Intermediate Center for Addiction Treatment. To realize the objective, the scale of adolescents' motivation to leave off drug abuse has been prepared by checking reliability and stability, as well as basing on the diagnostic list due to the misuse of (DSM-IV) and relaying on drugs, and alcohol. A therapeutic program has been designed on the basis of the knowledgeable and behavioral therapy. The program consists of 18 therapeutic sessions; then, the pseudo-experimental approach has been used by applying the pre-scale of the study tools. After completing the application of the program, the tracking program will be applied after two months.

To check the examination of the study hypotheses, the averages, the standard deviations and the calculation of the program's effect volume have been extracted. The results have shown the existence of statistically significant differences in the level (0.01) on the four dimensions of the adolescents' motivation to leave off drug abuse scale for the favor of the dimensional scale. The results have also shown no statistically significant differences between the two averages' degrees of members among the participating groups in which the student applied the therapeutic program on them, at the dimensional scale and the tracking one. This indicates the continuity of the used program's effect, which means that the objectives of the study along with its six hypotheses have been achieved. On these results basis, this study recommends taking advantage of the current program and the measuring tool which is designed by the workers with the addicts. The study also recommends doing other studies.

**Key words:** The collective knowledgeable behavioral program, the motivation for leaving off, drug addiction, the adolescent

## **«Impact d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale pour développer la motivation de l'adolescent à s'abstenir des drogues»**

### **Résumé :**

Cette étude vise à examiner l'effet d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental sur des adolescents toxicomanes. Nous voulons savoir comment se développe la motivation des adolescents à s'abstenir de consommer de la drogue. De ce fait, nous avons choisi dix adolescents toxicomanes, leur âge varie entre 16 et 21 ans. Ils représentent l'étude du Centre Intermédiaire de Soins en Addictologie (CISA). Pour atteindre cet objectif, nous avons adopté l'ampleur de la motivation des adolescents à s'abstenir de consommer des drogues tout en vérifiant la fiabilité et la persistance, ainsi qu'en fonction de la Liste de Diagnostic des Abus (DSM-IV), des drogues et de l'alcool. Le programme thérapeutique a été conçu sur la base de la thérapie cognitive et comportementale, il comprend 18 séances thérapeutiques. Nous avons utilisé l'approche pseudo-empirique qui s'appuie principalement sur la mise à l'épreuve préalable des outils d'étude. Après avoir exécuté le programme conçu, nous avons procédé à le suivre successivement au bout de deux mois.

Pour vérifier les hypothèses de l'étude, nous avons extrait les moyennes arithmétiques et les écarts-types, nous avons également calculé le volume de l'effet du programme. Les résultats ont montré l'existence de différences statistiquement significatives au niveau (0,01) sur les quatre dimensions de la motivation des adolescents à s'abstenir de consommer des drogues, en faveur de la télémetrie dimensionnelle. Les résultats ont également révélé l'absence de différence statistiquement significative entre les deux degrés moyens des individus du groupe participant, sur lesquels le programme thérapeutique a été appliqué, à la télémetrie dimensionnelle et à la télémetrie de suivi. Ce qui indique une continuité de l'effet du programme utilisé, ce qui signifie que les objectifs de l'étude ainsi que ses six hypothèses ont été atteints. Sur la base de ces résultats, cette étude recommande de profiter du programme actuel et de l'outil de mesure, conçu par les praticiens avec les toxicomanes. L'étude recommande également de mener d'études similaires.

**Mots clés :** Programme thérapeutique cognitivo-comportementale, motivation à l'abstention, les drogues, adolescent.

## قائمة المحتويات

الصفحة	العناصر
أ	إهداء .....
ب	كلمة شكر .....
ج - هـ	مستخلص .....
1	قائمة المحتويات .....
5	قائمة الجداول .....
7	قائمة الأشكال .....
9	المقدمة .....

### الجانب النظري للدراسة

#### الفصل الأول: مدخل منهجي للدراسة

19	1. إشكالية الدراسة .....
29	2. أهداف الدراسة .....
30	3. أهمية الدراسة .....
31	4. دواعي اختيار الموضوع .....
31	5. حدود الدراسة .....
32	6. مفاهيم الدراسة .....
33	7. الدراسات السابقة .....
57	8. فرضيات الدراسة .....

#### الفصل الثاني: المخدرات لدى المراهقين

60	1. التعريف .....
62	2. مصطلحات معلقة بالمخدرات .....
66	3. معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على المخدرات .....
70	4. الاضطرابات المحدثة بالمادة .....
71	5. خصائص اعتماد المخدرات .....
72	6. أنواع المخدرات .....
76	7. النظريات المفسرة للاعتماد على المخدرات .....
84	8. أسباب الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد .....
90	9. أشكال اعتماد المواد المخدرة .....

- 93 ..... 10. الوقاية والعلاج من المخدرات .....
- 96 ..... 11. واقع المخدرات في وسط المراهق الجزائري .....

### الفصل الثالث: الدافعية للامتناع

- 103 ..... 1. التعريف .....
- 106 ..... 2. المفاهيم المرتبطة بالدافعية .....
- 108 ..... 3. أهمية دراسة دوافع الاعتماد .....
- 110 ..... 4. وظائف الدافعية .....
- 112 ..... 5. العلاقة بين الدوافع والسلوك الامتناع .....
- 114 ..... 6. تصنيف الدوافع .....
- 115 ..... 7. النظريات المفسرة للدوافع .....
- 123 ..... 8. قياس الدافعية .....
- 125 ..... 9. الدافعية لتعاطي المخدرات .....
- 126 ..... 10. تنمية الدافعية .....
- 128 ..... 11. الدافعية للامتناع عن المخدرات .....

### الفصل الرابع: تصميم البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي لتنمية الدافعية

#### للامتناع عن المخدرات

- 137 ..... 1. التعريف بالبرنامج المعرفي السلوكي .....
- 137 ..... 2. الأسس النظرية للبرنامج .....
- 139 ..... 3. أهداف البرنامج .....
- 140 ..... 4. أهمية البرنامج .....
- 140 ..... 5. خطوات إعداد البرنامج .....
- 142 ..... 6. النموذج المعرفي السلوكي للاعتماد على المواد .....
- 144 ..... 7. التقنيات المستخدمة في البرنامج .....
- 147 ..... 8. آلية تطبيق البرنامج .....
- 147 ..... 9. مراحل البرنامج .....
- 148 ..... 10. خطوات الجلسة العلاجية .....
- 149 ..... 11. سير الجلسات البرنامج .....
- 181 ..... 12. أساليب تقييم البرنامج .....



## الجانب الميداني للدراسة

### الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

185	1 - الدراسة الاستطلاعية .....
185	1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية .....
185	2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية .....
185	3-1 وصف أداة القياس المستعملة .....
197	2 - الدراسة الميدانية .....
197	1 2 - حدود الدراسة الميدانية .....
197	2-2 عينة الدراسة الميدانية .....
202	3 - المنهجية والتصميم التجريبي .....
202	1-3 منهج الدراسة .....
202	2-3 إجراءاته .....
202	3-3 مبرراته .....
203	4 - أدوات الدراسة الميدانية .....
203	1-4 المقابلة .....
203	2-4 الملاحظة .....
204	3-4 القائمة التشخيصية للاعتماد على المخدرات وسوء استخدام المواد .....
204	4-4 مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات .....
204	5-4 البرنامج العلاجي .....
215	5- أدوات تحليل البيانات .....

### الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

217	1- نتائج الدراسة .....
231	2- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة .....
268	خاتمة .....
272	توصيات واقتراحات .....
276	المراجع .....

### الملاحق

292	ملحق رقم (1) مقياس الدافعية (نسخة أولى) .....
296	ملحق رقم (2) قائمة بأسماء الأساتذة محكمي مقياس الدارسة والبرنامج العلاجي .....
297	ملحق رقم (3) مقياس الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات لدى المراهقين .....

299	ملحق رقم (4) قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول.....
300	ملحق رقم (5) استمارة تقييم عامة خاصة بالمعالج لكل جلسة علاجية.....
301	ملحق رقم (6) استمارة التقييم الختامي للبرنامج العلاجي.....
202	ملحق رقم (7) مطوية العلاج المعرفي السلوكي.....
303	ملحق رقم (8) مطوية عن مرحلة المراهقة.....
304	ملحق رقم (9) قائمة الصفات المثالية.....
305	ملحق رقم (10) الاسترخاء البطيء باستخدام التخيل.....
306	ملحق رقم (11) تدريبات التحكم في التنفس.....
307	ملحق رقم (12) اختيار وتعريف المشكلة (حاول تعريف المشكلة).....
308	ملحق رقم (13) قائمة المشكلات المحتملة.....
309	ملحق رقم : (14) توليد الحلول: (العصف الذهني واستنباط حلول متعددة).....
310	ملحق رقم (15) بطاقة السلوكيات غير الحضورية (غير التفاعلية).....
311	ملحق رقم (16) بطاقة السلوكيات غير الحضورية.....
312	ملحق رقم (17) المرحلة الزمنية لتنفيذ جلسات برنامج العلاجي الجماعي وموضوعاتها
313	ملحق رقم (18) ملحق خاص بنتائج القياس.....

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توضيح توزيع بنود المقياس على الأبعاد الأربعة.....	189
02	توزيع العبارات الموجبة والسالبة على البنود.....	190
03	توضيح عبارات المقياس قبل وبعد التعديل.....	192
04	معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس.....	194
05	صدق المحاكات عن طريق المقارنة ما بين مرتقي ومنخفضي الدرجات في مقياس الدافعية للامتناع باستخدام اختبار (T-test).....	195
06	نتائج معامل ثبات مقياس الدافعية للعلاج بطريقة ألفا كرونباخ.....	196
07	نتائج معامل ثبات مقياس الدافعية بطريقة التجزئة النصفية.....	197
08	وضعية الاعتماد لدى عينة الدراسة.....	198
09	التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة الكلية في كل نوع مادة مخدرة.....	199
10	التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة الكلية على 4 مجموعات أساسية وفقا لمدة التعاطي.....	199
11	دوافع التعاطي وعلاقتها بالدافعية للامتناع عن المخدرات.....	200
12	دوافع طلب العلاج وعلاقته بالامتناع عن المخدرات.....	201
13	التخطيط للبرنامج العلاجي وفق أبعاد المقياس.....	205
14	مخطط تفصيلي للبرنامج العلاجي.....	206
15	مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج.....	218
16	مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى عينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج.....	219
17	نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيق القبلي والبعدي.....	220
18	قيم إيتا <sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي.....	221
19	نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي.....	221
20	قيم إيتا <sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي في	222

223	..... بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل . نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب بعد تنشيط الدافعية. ....	21
224	قيم إيتا <sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب بعد تنشيط الدافعية. ....	22
224	نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية. ....	23
225	قيم إيتا <sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية. ....	24
226	نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب متغير التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن. قيم إيتا <sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي حسب بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن. ....	25
227	..... مستوى الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات لدى أفراد العينة بعد مرور فترة المتابعة (شهرين) من تطبيق البرنامج. ....	26
228	نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق البعدي والتتبعي. ....	27
229	نتائج مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المشاركين في البرنامج بعد مرور فترة شهرين من تطبيق البرنامج.	28
230		29

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
77	..... العملية التي تحول بعض الأفراد إلى الاعتماد على المواد.....	01
78	..... صيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات .....	02
	نموذج آلن مارلات ( Marlatt Alan, 2000 ) المعرفي للمحددات	03
79	..... الأساسية المرحلية لتشكيل الاستجابة النهائية لسلوك الاعتماد وحدوث الانتكاسة .....	
108	..... العلاقة بين المفاهيم المتعلقة بالدافعية .....	04
112	..... الوظائف الأساسية للدافع .....	05
123	..... نموذج مقترح لمستويات التورط في خبرة التعاطي.....	06

# مقدمة

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات من أهم المواضيع التي شغلت العديد من الباحثين والمنظمات والأمم في الفترات الأخيرة نظرا لخطورتها وسرعة تفشيها في المجتمع وحياتنا اليومية. وتاريخ المخدرات قديم جدا، إذ أنها استعملت لعدة أغراض منها علاجية لتخفيف الآلام وكوسيلة سكر ملائمة لمزاج بيولوجي خاص؛ و كان الأفيون في آسيا يستعمل لأجل الميل إلى التأمل؛ وفي المشرق استعمل الحشيش لأجل أحلام اليقظة و التخيل و في الغرب استعملت المواد الكحولية برغبة العمل الاجتماعي. من هنا يتبين لنا أن المخدرات مرتبطة بالفرد ثقافيا واجتماعيا. (Art de recherche en 61 sciences sociales, 1982. P

وفي هذا الوقت الذي يشهد فيه العالم أزمات اقتصادية متعددة خاصة في الدول النامية التي تنعكس على انخفاض ميزانية الخدمات الصحية، وتفاقم مشكلة المخدرات والكحول في العقد الأخير من القرن العشرين، ليس فقط بسبب المضاعفات الاقتصادية والأمنية والاجتماعية، إنما أيضاً بسبب التكلفة المرتفعة لبرامج الوقاية الأولية والوقاية الثانوية (منع الانتكاسة) وفشلها في الحد من خطورة الإدمان من خلال علاج المدمنين. إذ إن مرض الإدمان من أكثر الأمراض تكلفة للعلاج وذلك لطول المدة التي يستغرقها، ويعتبر مدمن المخدرات من أكثر مرضى الإدمان حاجة للعلاج الداخلي بالمستشفيات. (هيئة الأمم المتحدة، 2000)

وما نلاحظه بالنسبة للمصحات ومراكز العلاج في الجزائر أنها مجانية، وهو تحفيز لكل مدمن على العلاج خاصة أن الفئة الكبرى من المستهلكين إما بطلين أو يعانون من مشاكل مادية و غير مؤمنين اجتماعيا، قد يجعل تفكيرهم في العلاج مستحيل لو كان بمقابل، ويتميز العلاج أيضا بسرية فلا يتم الإفصاح عن أسماء المدمنين الخاضعين للعلاج و يوضع لهم أرقام للدلالة عليهم، وهي تشجع خاصة الشباب والأهل على الإقبال على العلاج. كما يكون العلاج أيضا إراديا، رغم أن اختيار العلاج يخضع لرقابة الأطباء المتخصصين لأن فرض العلاج بالقوة وبدون رغبة قد يؤدي إلى نفور المدمن.

وتعتبر مشكلة الامتناع عن المخدرات والاستمرارية في الامتناع عنها من أكبر التحديات التي تواجه التخصصات ذات الصلة والإشراف على علاج المدمنين مثل تخصصات الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي والخدمة الاجتماعية الطبية، ورغم التحسن الملحوظ في علاج كثير من حالات

الإدمان على مستوى العالم في السنوات الأخيرة (تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والوقاية من الجريمة لعام 2000). إلا أن أقل من النصف من المرضى هم الذين يمتنعون ويستمرون في الامتناع. (الحسن، 2004، ص 15)

وإن تعدد مؤشرات الإدمان على المخدرات واختلافها غالباً ما يكون راجع إلى تأثير مختلف جوانب الشخصية، غير أنه يمكن حصر هذه المؤشرات إجمالاً في اضطراب الجهاز العصبي أي اضطراب العمليات العقلية العليا؛ وهذا ما يلاحظ عموماً لدى المدمنين مثل صعوبة التركيز مع خلط في إدراك الواقع الخارجي، هذيانات وهلاوس غير واقعية نتيجة التفاعل الكيميائي الذي يحدث على مستوى الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، بالإضافة إلى النقص في تقدير الذات باعتقاد المراهق أنه لا يمكن قبوله إلا بتقليد الآخرين، (الخلل في تأكيد الذات والحاجة إلى التوافق قد تجعلان المراهق أكثر عرضاً للإيحاءات السلبية لمجموعة الرفاق، خاصة فيما يتعلق بتعاطي المخدرات والتقليد في المحيط قد يسهل تعلم تصرفات تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان يصبح حلاً لمشكلة التوافق وتقدير الذات. (Bergeret, 1988, p 63)

وبالرجوع للنظريات الإدمان المفسرة لأسبابه وعلاجه نجد أنها تنوعت ما بين الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية، ورغم تكاملها في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ( Model Biopsychosocial ) إلا أن البرامج العلاجية القائمة على أساسها تلك النماذج والنظريات لم تتمكن من التغلب على إدمان المخدرات والكحول والقضاء عليه.

فقد أوضح العالم النفسي باندورا (Bandura, 1997) أن ذلك يرجع لأن بعض هذه النظريات والنماذج تتبنى نموذج ردود الأفعال أكثر من النموذج النشط والمبادر للسيطرة المسبقة على الأفعال وكثير من الباحثين في مجال الإدمان حاصروا أنفسهم بالنظريات المعقدة لعوامل الفشل أي دراسة العوامل المؤدية للانتكاسة والفشل في الامتناع عن المخدرات أكثر من دراسة نظريات النجاح وأسباب الامتناع والاستمرار في حياة خالية من المخدرات، لدرجة أن البعض ذهب إلى القول أن المدمن شخص تنقصه السيطرة على النفس بالفطرة قبل التعاطي وليس شخصاً فقدتها بعد التعاطي. فالعوامل الممكنة التي تزود الناس بالمهارات والمرونة في المعتقدات الذاتية للتحكم في أداؤنا لوظائفنا والبيئات المرهقة من حولنا لم تلق إلا اهتماماً بسيطاً. (كما ورد في الحسن، 2004، ص 15)



ولهذا يثير علاج الإدمان العديد من القضايا والإشكالات، لعل أهمها كثرة الانتكاسات بعد المرور بالخبرة العلاجية، وتدني الدافعية للعلاج، إضافة إلى وجود العديد من المفاهيم الخاطئة التي تسود الساحة العلاجية؛ منها مثلا أن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية يقود إلى التعاطي، وهنا يؤكد (وكلر وآخرون) على تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي يتم فيها تحرر المتعاطي من المخدر لفترة أو لأخرى، ناهيك عن أن الرغبة في التعاطي تظل رغبة قهرية، تدفع المتعاطين إلى الانتكاس، خاصة مع توفر المثبرات كالأقران، ورائحة المخدر، وأماكن التعاطي، وأدوات التعاطي. (غانم، 2003، ص 189)

فخلال العشرين أو الثلاثين عاما الماضية، استخدم كل نوع من أنواع التدخل العلاجي، الذي يمكن تخيله في هذا المجال، وقد أدى ذلك لاكتشاف أن أغلب هذه الأساليب قدمت باعتبارها الكرة السحرية، التي ستحل أخيرا مشكلة الاضطراب الإدماني. إلا أن أساليب علاج المخدرات والكحول يتعين أن تفصل وتصمم طبقا لاحتياجات الفرد. (ديفيد وبارلوا، 2002، ص 449)

ولهذا زادت الأهمية الموجهة إلى تحسين أساليب العلاج لمدمني المخدرات، ويعود السبب في ذلك إلى ضعف النتائج التي تم التوصل لها، بالإضافة إلى زيادة نسبة الانتكاس والعود للتعاطي. وقد اختلفت المؤسسات والهيئات التي تقوم على علاج المدمنين ومشاكل الإدمان في المجتمعات الحالية عن مؤسسات وهيئات أمس وتطورت الأساليب النفسية في المعالجة Psychotherapies بطرقها المختلفة، وتنوعت الأخيرة في أساليبها حتى بلغت في بعض الإحصائيات أكثر من 13 طريقة نفسية. ولعلّ الانتقار الحالي في معرفة طبيعة الإدمان على المخدرات معرفة تامة يعكس سر ذلك التنوع في أساليب العلاج، حيث لا تزال هناك فجوة كبيرة في معرفة الأسباب وان كانت مرضا أم لا؟ ومدى كون الحالة جسمانية أم نفسية؟ فالمختصون لا يزالون مواصلين في مناقشة هذه القضايا، في الوقت نفسه يحاول الباحثون زيادة معلوماتنا عن هذه المشكلة المعقدة. (الحسيني، 2019، ص 29)

ولما تعذر وجود أسلوب واحد للعلاج يوفر حلا لمشكلة الإدمان فإن الأبحاث والتجارب تجرى الآن على أنواع مختلفة من أساليب العلاج تتخذ عدة مسارات. وبالرغم من ذلك كله فإنه لا بد أن نعترف بأن مسألة علاج المدمنين بالطرق النفسية الدوائية والإرشاد النفسي الفردي مازالت متعثرة ويعترضها الفشل نتيجة الانتكاس الذي يصيب المريض.

من أجل ذلك بدأ الباحثون في تطوير برامج علاجية، وإرشادية، وثنائية، لتكون جنبا إلى جنب مع العلاج الطبي، لمواجهة الاعتماد، والعمل على إقناع المعتمدين، لتغيير اتجاهاتهم الإيجابية نحو المخدرات. وكل برنامج له أهداف، ونظرية يستند على أفكارها، واستراتيجيات، ومهارات، يتم تدريب المرضى على ممارستها، ويتناول موضوعات مختلفة تتعلق بشخصية المتعاطي، ليكون أداة فعالة في المعالجة.

ولا شك أن الاعتماد على المواد المخدرة وعلى ما فيه من سلبية فهو ظاهرة جماعية بشكل أو بآخر، وسواء أخذت المادة والمدمن منفردا أم في جماعة، فإن السلوك الإدماني يجذب أفراد هذه الفئة بعضهم إلى بعض، سواء رجع ذلك إلى تماثل في الصفات قبل التورط إلى طريقة الحصول على المواد، وأماكن التعاطي والمشاركة في التجربة، أو فرص التجمع في مراكز العلاج، كل ذلك يخلق منهم جماعة خاصة بالضرورة، ومن هذا المنطلق فإن معظم برامج العلاج والتأهيل تتم في جماعة ويقع العلاج النفسي الجماعي من بين أهم الوسائل التقليدية لعلاج المدمن. (الرخاوي، 2010، ص 7)

فعادة ما يكون أول اتصال للمراهق بالمخدر بسبب تأثير أقرانه، فالمراهق يمر بتغيرات بيكولوجية عادية والتي تميز احتياجاته بالتعرف على الذات مع الرغبة في فعل أي شيء ممنوع للفضول، والبحث عن إرضاء الذات وعن تجارب جديدة في الحياة، هي من الأسباب التي تدفع المراهق لاستهلاك المخدر، كما تعتبر الأحياء، الوسط المدرسي، وكل أماكن تجمع الشباب وأماكن التي يمكن أن يلتقي فيها المراهق بالمخدرات.

وقد بينت منظمة الصحة العالمية فئة الأطفال والمراهقين الأكثر عرضة لخطر استهلاك المخدرات، وهم أطفال الشوارع، الأطفال الذين يعملون، الأطفال الذين يعانون من نقص عقلي أو جسدي، والأطفال الذين يعيشون ظروف خاصة مثلا داخل مراكز إعادة التربية والتأهيل، بالإضافة إلى أطفال المستغلين جنسيا. (MOHAMED, 1998, p. 2)

وفي هذا يشير (عبد الموجود، 2009، ص 54) أن عددا من الباحثين أن العلاج الجماعي بوصفه أفضل الوسائل لعلاج الاعتماد، ويرجعون ذلك إلى قدرة الجماعة على كسر دفاعات المعتمد التي تعوقه عن التقدم في العلاج كما أن الجماعة تقدم نماذج للتعافي بما يزيد من دافعية المعتمد، كما أنها تكون بيئة جيدة للتدريب على المهارات الاجتماعية التي يفتقدها المعتمد.

فيعد العلاج الجماعي الذي يتم ضمن ما يسمى بالجماعة العلاجية Therapeutic Community لعلاج الاعتماد على الكحول والمخدرات المشكلة الأكثر نموذجية وشمولية. ذلك لأن الجماعة العلاجية تعد بمثابة الصورة المصغرة للمجتمع. وهذا النوع من العلاج يقوم على برنامج فيه احتواء ذاتي ومتكامل التركيب يقدم الإرشادات العلاجية الرامية إلى إعادة تأهيل المراهق أو غيره متعاطي الكحول أو المخدرات، كي يدخل المجتمع من جديد وهو يحمل سلوكيات أكثر تكيفا على مواجهة مسؤولياته الحياتية المعاشية إضافة إلى اعتناء بحياته العامة.

وهناك العديد من المحاسن في العلاج الجماعي يقوم مقام العلاج الفردي أو الإرشاد الأسري أو تساند هذين النوعين من العلاج، فأنموذج الشدة الاجتماعية Stress Social يفترض أن المراهق الذي لديه مهارات اجتماعية معدودة، ودعم اجتماعي ناقص هو معرض لمخاطر الوقوع في براثن تعاطي المخدرات والمواد المبدلة للعاطفة والعقل. فالعلاج الجماعي يقدم الفرص لتفاعل الشباب وتبادل التأثير بأعمار متماثلة وهذا التفاعل والانخراط للذان يتمان يمكنان هؤلاء المراهقين الخاضعين للعملية العلاجية الجماعية من ممارسة المهارات الاجتماعية وامتلاكها. (حجار، 1413، ص ص 72-73)

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً له تطبيقات واسعة الانتشار في تعديل سلوكيات تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات والإدمان وعلاجها، وأصوله مستمدة من النظرية السلوكية التي تستند إلى نموذج الإشراف الكلاسيكي ونموذج الإشراف الإجرائي ونظرية التعلم الاجتماعي المعرفي، والنموذج المعرفي الذي يؤكد على دور الأفكار، والمعتقدات، والاتجاهات، والعزو السببي، والتي تؤثر في تفكير الشخص وشعوره واتجاهاته وبالتالي سلوكه. وفي معظم حالات التعامل مع التعاطي وعلاج الإدمان، فإن الخصائص البارزة للاتجاهات النظرية الثلاثة هذه مدمجة في نموذج معرفي سلوكي واحد (squires, 2001, pp. 217-355).

فيعد تحقيق أي تغير سلوكي ملحوظ أثناء فترة علاج الاعتماد، مرتبط بشكل وثيق بحل المشكلات ذات الطابع النفسي والاجتماعي الضعيف، والدافعية المنخفضة لهم، وهذه العوامل تعتبر هامة بشكل خاص للنظريات التي تشكل الأساس لنماذج معالجة الإدمان وتعاطي المخدرات. (الحسيني، 2019، ص 27) ولهذا نلاحظ من الأمور التي تقف عائقاً أمام العلاج من المخدرات هي فقد الدافع والطموح للتوقف عن الاستعمال لأن بعض الأنواع تقوم على قتل الدافع، ويعد هذا من أهم

الأشياء الصعبة التي تواجه المعالج، لأن هذا المدمن هو شخصيًا ليس لديه الرغبة أو الدافع لكي يعود إلى طبيعته أو أن يصبح إنسانًا متوازنًا.

ونظرًا إلى أهمية الدافعية باعتبارها الدعامة الأساسية للعملية السلوكية وأحد العوامل الهامة في فهم السلوك وتحريكه وتوجيهه نحو تحقيق غايات وأهداف فردية واجتماعية وتنظيمية، وعليه فإن الإنسان هو ذلك الكائن الحي الذي تحركه جملة من الدوافع والغرائز يسعى لإشباعها بشكل مستمر تحقيقًا للتوازن النفسي والبيولوجي متفاديا بذلك حدوث حالة التوتر واختلال التوازن، الأمر الذي يؤدي به إلى نهج سلوك معين. وعليه فموضوع الدافعية هو بمثابة وسيلة لفهم حياة الفرد وعملياته العقلية والسيكولوجية. (بغول وعطوي، 2017)

كما أن الدافعية العامة تمثل موقعًا رئيسيًا في كافة الدراسات النفسية لأن كل سلوك لا بد أن يكون وراءه دافع معين، ورغم التعدد والتباين الشاسع في نظريات علم النفس إلا أنها تكاد تتفق فيما بينها على هذه البديهية، وتقررها كل نظرية بشكل أو بآخر وتفرّد لها مكانًا متميزًا في نسقها القيمي. (الديب، 1993، ص 96).

ولهذا يعد التعرف على دافعية المريض/المدمن للعلاج هامة جدا في العملية العلاجية وسيظل الفارق قائما بين العلاجات العضوية والعلاجات النفسية، ولذا فإن علاج الإدمان يقتضي الوعي بمعرفة ضرورة المرور بالعديد من المراحل مثل علاج الأعراض الانسحابية. ثم العلاج النفسي الجماعي. ثم مرحلة المتابعة أو الرعاية اللاحقة (سويف، 1994، ص 22). وهي عمليات ليست بالسهولة المتصورة لأنه يجب أن يتدرب المدمن على التعامل مع العديد من المهارات المتعددة والمتشابكة مثل تدريب المدمن على التعامل مع انفعالات والأفكار وعوامل الانتكاسة.

فقد لاحظ الطالب أثناء عمله بمركز لعلاج الاعتماد نقص في الدافعية للامتناع وزيادة نسبة الانتكاسة والأسباب متعددة، ومسئول عنها حالة وشخصية متعاطي المخدرات في الغالب، مما أثار ضرورة التعرف إلى الدوافع التي تكمن خلف التردد للعلاج من المخدرات.

لذا قام الطالب بتصميم برنامج علاجي نفسي لتلك الفئة من المراهقين الذين يتعاطون الأنواع المختلفة من المواد المخدرة، من خلال إتباع تقنية قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لتهيئة الموقف التدريبي لمتابعة عينة الدراسة لمدة زمنية محددة وصولًا لهدف محدد، وهو الامتناع عن

المخدرات؛ من خلال مجموعة من المهارات والأنشطة المنظمة المتضمنة بالبرنامج التدريبي لمساعدة المجموعة العلاجية المشاركة على الاستبصار بسلوكهم ومشكلاتهم وتدريبهم على حلها وتنشيط الدافعية المستمرة لديهم، واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، طبقاً لمخطط محدد سلفاً من الطالب الذي روعي فيه العمل على توظيف طاقات مجموعة الدراسة وإمكاناتهم فيما يتفق مع ميولهم وحاجاتهم وقدراتهم واستعداداتهم وسنهم في جو يسوده الأمن والطمأنينة وعلاقة الود بين الباحث وبينهم.

ولهذا سيتم فحص أثر برنامج العلاج السلوكي المعرفي الجماعي وقدرته على تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى مجموعة من المراهقين. وفقاً لخطة شملت ستة (6) فصول كانت على الشكل الآتي:

القسم النظري الذي يحتوي على خمسة (4) فصول على النحو التالي:

تناولت في الفصل الأول: إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، أهميتها وأهدافها، وفرضياتها و التحديد الإجرائي لمتغيراته، وحدود الدراسة، مع استعراض الدراسات السابقة؛ الأجنبية منها والعربية الخاصة بالبرامج العلاجية المعرفية السلوكية الجماعية الخاصة بعلاج المدمنين.

أما الفصل الثاني: نتطرق فيه إلى مفهوم الإدمان على المخدرات لدى المراهقين، من حيث تعريفه ومكوناته وأنماطه، وتشخيصه، ثم نتعرض لتفسيراته النظرية مع التركيز على المادة المخدرة ووضعها باعتبارها متغير الدراسة، ونشير إلى أسباب التعاطي وأشكاله، والوقاية والعلاج منه، وواقع الإدمان على المخدرات لدى المراهقين في البيئة الجزائرية.

ويتضمن الفصل الثالث تناولت فيه مفهوم الدافعية وأهميتها ووظائفها وأبعادها وخصائصها ونشير إلى العلاقة بين الدافعية وسلوك الاعتماد والنظريات النفسية المفسرة لذلك وكيفية تنمية الدافعية لدى المتعاطين.

أما الفصل الرابع: فيتضمن تصميم برنامج البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي، أهمية وأهداف البرنامج، الأساس النظري المعتمد في تصميم البرنامج، وخطوات بنائه، والنموذج العلاجي المعرفي السلوكي للاعتماد على المخدرات، وإجراءات العلاج النفسي الجماعي مع المراهقين، والتقنيات المستخدمة في البرنامج، وآلية تطبيق البرنامج ومراحله، وسير جلسات البرنامج العلاجي.

ثم القسم الثاني الميداني الذي يحتوي على فصلين (2) على النحو التالي:  
الفصل الخامس الذي يتعلق بالإجراءات المنهجية، في الدراسة الاستطلاعية والميدانية،  
والمتمثلة في المنهج شبه التجريبي والأدوات الإكلينيكية المستخدمة وأدوات القياس، والبرنامج العلاجي  
النفسي الجماعي المصمم الخاص بالدراسة الميدانية.

وفي الفصل السادس سنتعرض فيه إلى عرض نتائج الدراسة الميدانية، ثم تحليل بيانات  
الدراسة وخلاصتها وفق فروض الدراسة والإطار النظري والدراسات السابقة، مع تقديم خاتمة عامة  
لِلدراسة وتقديم توصيات واقتراحات، وأخيرا تقديم قائمة المراجع والملاحق.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## مدخل منهجي للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- أهداف الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- دواعي اختيار الموضوع
- 5- حدود الدراسة
- 6- التعريفات الإجرائية للدراسة
- 7- الدراسات السابقة
- 8- فرضيات الدراسة



## 1. إشكالية الدراسة

تتضح مشكلة هذه الدراسة من خلال الإحصائيات الرسمية الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات في الجزائر، حي أشارت إلى تزايد أعداد مدمني المخدرات، ففي سنة 2019 تميزت حصيلة نشاطات مكافحة تهريب واستهلاك المخدرات والمؤثرات العقلية خلال ثمانية أشهر الأولى من سنة 2019 بحجز حوالي (31 169,268 كلغ) من راتج القنب، وحوالي (3,280 كلغ) من حشيش القنب، وحوالي (675,8 غ) من بذور القنب، وحوالي (1 369 75 قرص) من مختلف أنواع المؤثرات العقلية و(304 قارورة) من سوائل المؤثرات. كما عالجت مصالح مكافحة الثلاث 22 608 قضية من التهريب المعالجة. كما توصلت التحريات التي قامت بها مصالح مكافحة المعنية في هذا الإطار إلى توقيف 28 885 شخص متورط.

أما أعداد حصيلة نشاط انتداب وعلاج المدمنين فقد بلغت حصيلة الثلاثي الأول من سنة 2019 (5432) حالة معالجة، وبلغ عدد (2231) حالة من عمر 15-25 سنة، أما عن أكثر حصيلة للوضع المهنية بلغت (2862) حالة بدون عمل، وأكثر المخدرات المستعملة عدد (2035) حالة من فئة الاستهلاك المتعدد المواد. (وزارة العدل الجزائرية، 2019)

كما تظهر مشكلة الدراسة من تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لعام 2017 والذي أشار إلى عدد المدمنين يُقدر بربع بليون نسمة، أو نحو 5 % من سكان العالم البالغين، تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في عام 2015 ، والأكثر مدعاة للقلق أن نحو 29.5 مليوناً من متعاطي المخدرات هؤلاء، أو 0.6 في المائة من سكان العالم البالغين، يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات، مما يعني أن تعاطيهم للمخدرات ضار إلى درجة أنهم قد يصبحون مرتين للمخدرات وبحاجة إلى العلاج.

ورغم ذلك، لا يزال توافر الخدمات القائمة على معلومات علمية من أجل علاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات و الأحوال المتصلة به و الوصول إلى تلك الخدمات محدودين، حيث لا يتلقى العلاج كل عام إلا أقل من سدس الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات المتأتية عن تعاطي المخدرات. (هيئة الأمم المتحدة، 2017، ص 9)

كما تتسجم مشكلة هذه الدراسة مع اهتمام الجهات الرسمية في دولة الجزائر في محاربة وعلاج مشكلة المخدرات، ولقد تمثل هذا الاهتمام بإصدار المرسوم رقم 18-04 المؤرخ في 25 ديسمبر 2004 الذي يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية، فأصبحت العناية الطبية والأساليب الوقائية والعلاجية ضد ظاهرة الإدمان والمخدرات عموماً ضرورية بشكل لا يمكن التواني فيها. مما يدل على اقتناع المشرع أن السياسة العلاجية في مكافحة المخدرات تسبق السياسة العقابية، فلم يبق العقاب هو الحل الوحيد لمعالجة مشكلة الإدمان وإن كان الإشكال لا يتوقف في تسبيق أحدهما عن الآخر وإنما يتحدد في مدى تطبيق هذا الإجراء على أرض الواقع. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2016، ص 13)

وهكذا، فقد سطرت الحكومة في 2007 برنامجاً ينفذ على سنوات لوضع شبكة واسعة من مراكز التكفل بالمدمنين في مختلف جهات الوطن. تتضمن هذه الشبكة فتح 15 مركزاً لعلاج المدمنين عن طريق الإقامة و 53 مركزاً وسيطاً لعلاج المدمنين دون إقامة، وعلى الأقل خلية استقبال وتوجيه واحدة في جميع مراكز العلاج الموجودة على المستوى الوطني. (عبد النوري، 2014، ص 28)

فقد بلغت أعداد حصيلة نشاط انتداب وعلاج المدمنين في الثلاثي الأول من سنة 2019 (5432) حالة معالجة، وبلغ عدد (2231) حالة من عمر 15-25 سنة، أما عن أكثر حصيلة للوضع المهنية بلغت (2862) حالة بدون عمل، وأكثر المخدرات المستعملة عدد (2035) حالة من فئة الاستهلاك المتعدد المواد.

وفي هذا الصدد يشير المجلس الوطني لمكافحة المخدرات (2019) فيما يتعلق بعلاج المدمنين إلى حقيقة تتعلق بضعف فعالية برامج علاج وإعادة تأهيل المدمنين أو مسيئي استخدام العقاقير، وبالتالي كان من المحاور الهامة التي وضعتها الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات هو التطوير المستمر لبرامج علاج المدمنين، وأن تضم البرامج العلاجية إضافة إلى التدخلات الطبية التدخلات النفسية والاجتماعية؛ مما سيكون له الأثر الإيجابي في طالبي العلاج من المتعاطين للمواد. (وزارة العدل الجزائرية، 2019)

ويبرز هاسن وآخرون Hasin et al, 2007، ففي عام 2005، تلقى ما يزيد على مليون ونصف مليون فرد تزيد أعمارهم على 12 عاماً علاجاً لاضطراب استخدام الكحول SAMHSA

2010، ومن المؤسف أن ما يقدر بـ 17 مليون فرد ممن تزيد أعمارهم على 12 عاما كانوا في حاجة إلى العلاج من مشكلات ناجمة عن الكحول في عام 2009، إلا أنهم لم يحصلوا على هذا العلاج. وقد وجدت الدراسات الوبائية أن 24 في المائة فقط من الأفراد المعتمدين على الكحول قد تلقوا علاجًا. فنحن في أمس الحاجة إلى تطوير طرق علاجية فعالة. (كما ورد في جوهامسون وشيغل، 2016، ص ص 621-622)

ورغم ذلك، لا يزال توافر الخدمات القائمة على معلومات علمية من أجل علاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات و الأحوال المتصلة بها والوصول إلى تلك الخدمات محدودين، حيث لا يتلقى العلاج كل عام إلا أقل من سدس الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات المتأتية عن تعاطي المخدرات. (هيئة الأمم المتحدة، 2017، ص 9)

فضلا عن أن مشكلة إعتداد المخدرات تمثل مكان الصدارة بين المشكلات النفسية والطبية وتعتبر ظاهرة تعاطي المواد المخدرة بأنواعها العديدة من الظواهر الخطيرة التي تجتاح العالم في عصرنا الحالي. (الدسوقي، 1995، ص 20)، كما تكمن خطورة هذه المشكلة رأسا في أنها تنتشر لدى الشباب الذي يمثل قوة بشرية أساسية في المجتمع، فضلا عن أن الفرد لم يعد يدمن عقارا واحدا بل يدمن أكثر من عقار في الوقت نفسه. (فايد، 1997، ص 143)

وعليه فقد تزايد الاهتمام بمشكلة الإدمان في السنوات العشرين الأخيرة، نظرا للتزايد المضطرد في حجم المشكلة وآثارها، ويبدو ذلك في زيادة الأبحاث التجريبية المنشورة في مجال الإدمان وظهور نظريات علمية جديدة أحدثت تطورا في أنماط تناول الأطباء والمعالجين لمشكلة الإدمان، حيث أبرز الاتجاه المعاصر لعلاج إدمان أهمية دراسة المشكلة بوصفها نتاج للعوامل البيولوجية والميكانيزمات السلوكية والظروف الاجتماعية في محاولة لتفسير العملية الإدمانية (National Institute on Drug Abuse 1990) حيث تبدأ المراحل الأولى من العملية العلاجية بالتشخيص، الذي يبنى عليه البرنامج العلاجي وكذلك يحدد مآلي الحالة. (لظفي، 1999، ص 19)

فيعتبر الفرد المدمن شخصاً مريضاً مثل المرضى الآخرين يحتاج إلى المساعدة والعلاج للتخلص من الإدمان، والعلاج الدوائي والطبي الذي يمكن أن يقدم إلى هؤلاء الأفراد لا يتعدى المساعدة في معالجة الأمراض التي تظهر بسبب الإدمان، وبالتالي فالعلاج الطبي هو علاج

للأمراض المصاحبة أو التابعة للإدمان، وخصوصا تلك الأدوية التي تستخدم في مرحلة الانسحاب، أما العلاج الحقيقي والفعلي للإدمان يكمن في قناعة الفرد بالتخلي عن المخدرات والابتعاد عنها، وتزويده بمجموعة من المهارات الاجتماعية اليومية، وزيادة ثقته بنفسه ليتمكن من ممارسة نشاطاته اليومية، ويتم كل ذلك عن طريق تقديم العلاج والدعم النفسي للمدمن من خلال البرامج الإرشادية والعلاجية الجماعية التي يتلقاها المدمنون في المراكز العلاجية تكون معززة ومدعمة لباقي النشاطات والبرامج العلاجية الأخرى المقدمة في المراكز العلاجية". (المشابعة، 2013)

فيحاول المدمن الهروب من المخدر وإرضاء الذات من هذا الفراغ، وهنا الهروب المتعكس الاتجاه الذي يوقع المدمن في أزمة وجود. تزداد تعقيدا مع تحريم مناقشتها إلا في أوساط مدمنين يعانون المأزق ذاته. وهكذا تدخل المواد الجديدة وتلاقي أسواقا واسعة، فهي غير مصنفة كمخدرة (كيميائية مصنعة يطيب للمدمن اعتبارها أدوية كي يهرب من ذنب الإدمان). وتسمى هذه المواد المصنعة «حبوب السعادة» وتزداد خطورتها لأنها تشجع دخول مدمنين جدد إلى عالم الإدمان. حيث تشير الإحصائيات إلى أن 70% من مراهقي الولايات المتحدة قد دخلوا إلى هذا العالم من باب «حبوب السعادة». (الناقلي، 2001، ص 87)

ولم تعد مشكلة المخدرات والاعتماد عليها تهدد فئة عمرية محددة، بل أصبح تعاطي المخدرات، والاعتماد عليها المشكلة الرئيسية التي تواجه العديد من فئات المجتمع، لا سيما الشباب والشابات، حيث إن المراهقين والشباب هم من أكثر الفئات عرضة للوقوع في هذا البلاء، لضعف تجربتهم في الحياة، وسرعة التغيير بهم لعدم اكتمال نضجهم. (merith, 2001, pp. 352-358)

فقد توصلت دراسة (سايل، 2016) على عينة كبيرة من المدمنين بالجزائر؛ أن تعاطي المخدرات لدى غالبية المدمنين (90%) يكون بشكل يومي، كما أن أغلبيتهم (52%) يشرعون في التعاطي بين 14-17 سنة من العمر. ويشرع (15%) في التعاطي في سن مبكرة قبل 14 سنة. ويشرع (25%) في ذلك بعد سن 17 سنة. وبلغ متوسط سن بداية التعاطي 54.16، وشرعت أغلبية المدمنين في تعاطي المخدرات مع الأقران والأصدقاء بنسبة (80%)، بينما شرع (12%) منهم بصفة منفردة و(08%) مع أحد الأقارب الأخ أو الأب...الخ.

ففي عام 2005 ، تلقى ما يزيد على مليون ونصف مليون فرد تزايد أعمارهم على 12 عاما علاج لاضطراب استخدام الكحول، ومن المؤسف أن ما يقدر بـ 17 مليون فرد ممن تزايد أعمارهم على 12 عاما كانوا في حاجة إلى العلاج من مشكلات ناجمة عن الكحول في عام 2009 إلا أنهم لم يحصلوا على هذا العلاج. وقد وجدت الدراسات الوبائية أن 24 في المائة فقط من الأفراد المعتمدين قد تلقوا علاجاً فحسب في أمس الحاجة إلى تطوير طرق علاجية فعالة. (جومسون وشيغل، 2016، ص ص 622-623)

كما تبين من خلال الدراسات التي تناولت موضوع علاج الاعتماد، التي نذكر منها دراسة البروفيسور مارتن غاليو (بمستشفى فرنان) الذي درس أثر المركب المعروف باسم GHB على مدمنيه، فوجد أنه يضعف إرادتهم ودافعهم وقدراتهم المعرفية مما يفقدهم قدرة تحقيق النجاح والإنجاز. ويعكس هذا الاضطراب المعرفي بنوبات عذائية وباحتمالات الانتحار مصاحبا لاضطرابات المزاج والانهيارات العصبية. ولعلنا مضطرون للتشاؤم بالنسبة للمستقبل، حيث نجد بوادر إساءة استخدام العلوم وهي توابك الثورة البيولوجية وتستغلها. دون أن نهمل استغلال تجارة الإدمان لثورة الاتصالات. حيث يتناقل المدمنون عبر الإنترنت وصفات وكوكيتيلات إدمان شديدة الخطورة. بل ربما تكون أكثر خطورة من المخدر نفسه. (كما ورد في النابلسي، 2001، ص 87 )

وكشف استطلاع حديث أجره استشاري الطب النفسي "سعيد عسيري" عن تصدر فقدان الدافعية أعلى قائمة أسباب انتكاسة المدمن بعد العلاج بنسبة 38%، في حين يكمن السبب في الصحة السيئة بنسبة 35%، و18% في ضعف البرامج العلاجية، وأخيراً 9% في توفر المواد المخدرة بكثرة. ويرى 1345 من المشاركين في الاستطلاع أن أهم دور في علاج الإدمان يعود للأسرة والتربية بنسبة 44%، والتوعية والوقاية من الإدمان 34%، ويعود 22% منها إلى برامج مستشفيات الأمل. (الجعيد، 2018)

ولهذا كان من ضمن العوامل النفسية التي أدت إلى تزايد أعداد المراهقين الذين يدخنون المخدرات والهوس بالسموم تمثل قبل كل شيء بالنشاط الجماعي، إذ تبين إن 90% من المراهقين يدخنون استخدام المواد المخدرة في جماعات الأقران، فالدافعية إلى ذلك تتمثل في الرغبة بعدم الاختلاف أقرانهم ورغبتهم في تقيدهم كما أن هناك دافعا آخر هو نزوع المراهق إلى البحث عن المشاعر والانفعالات الغريبة وغير المألوفة، فالمراهق ذو الطبع المتقلب يبحث عن مشاعر أولية من

السعادة والغبطة أو أسلوب ليرفه به عن نفسه، أما الذين يعانون من فرط الانفعال المزاجي Hyperthymie والهستريين فيسعون إلى الحصول على مكانة ونفوذ داخل الجماعة، أما بالنسبة للمراهق الفصامي Schizoid والشيء الأكثر أهمية هو التخفيف من التناقض الداخلي وتسهيل عملية التواصل. وتدل الأدبيات المتخصصة في أوروبا الغربية على أن الدافع إلى تعاطي المخدرات هو مواجهة الجيل واحتجابه ضد قيم الأبوين الروحية، وقيم المجتمع بصورة عامة. كما تلعب الأسرة دورا هاما في إقبال الشباب على تعاطي المواد النفسية أو ابتعادهم عنها.

أضف إلى ذلك فإن هناك إشكالا آخر من الدافعية على النحو التالي:

- الدافعية الإيجابية تهدف إلى تحقيق المتعة واللذة

- الدافعية السالبة هدفها؛ التخلص من حالة الكرب والكآبة.

- الدافعة الحيادية من أجل التكيف مع الوسط والمحيط.

لقد كانت مهمة الدراسات المتخصصة هي بحث مسألة انتشار المخدرات وسط جماعات الأقران وطبية المواد المخدرة وخصائص تأثيرهم، والأخطار والتعقيدات التي تخلفها تلك السموم. أما الآن فقد انصب جهد الباحثين والمتخصصين في دراسة العوامل النفسية التي تدفع المراهق إلى عالم الإدمان على المخدر والهوس بالسموم. (المصري، 2001، ص ص 120-121)

وتشير كذلك (سائل، 2016) أن المدمنين هم أفراد يظهرون قابلية التأثر بالأحداث الضاغطة ونقص السيطرة عليها، ويستعملون المخدرات لتخفيض التوتر الناتج عنها، فيتعلمون طريقة لتخفيض التوتر كلما استدعت الضرورة، يحدث هذا تعزيز لهذه الاستراتيجيات للتعامل مع ما يواجهونه من صعوبات حياتية لذلك يصعب عليهم الامتناع عنها. وقد أكدت ذلك النظريات المفسرة للإدمان إلى أن الضغط الحاد، والمزمن يلعب دورا مهما في تنشيط الدافعية للتعاطي والإدمان على المخدرات.

فتعد تعد الدافعية أحد العوامل الهامة في فهم السلوك، ذلك أن الدافعية عبارة عن عامل دافع يستثير سلوك الإنسان ويوجهه ويحقق فيه التكامل، والدوافع مفهوم نفترضه خلف السلوك ويتأثر بالعوامل الخارجية وتنتهي بالوصول إلى تحقيق الهدف. (موراي، 1998، ص ص 28-29)

والتعرف على دافعية المريض/المدمن للعلاج هامة جدا في العملية العلاجية وسيظل الفارق قائما بين العلاجات العضوية والعلاجات النفسية، ولذا فإن علاج الإدمان يقتضي الوعي بمعرفة

ضرورة المرور بالعديد من المراحل مثل علاج الأعراض الانسحابية. ثم العلاج النفسي المعرفي السلوكي الجماعي. ثم مرحلة المتابعة أو الرعاية اللاحقة. (سويف، 1994، ص 22) وهي عمليات ليست بالسهولة المتصورة لأنه يجب أن يتدرب المدمن على التعامل مع العديد من المهارات المتعددة والمتشابهة مثل تدريب المدمن على التعامل مع انفعالات والأفكار وعوامل الانتكاسة.

ومن ثمة أصبحت المشكلة بحاجة إلى علاج نفسي فعال، نظرا لكل هذه التحولات التي تمت في السنوات الأخيرة، من حيث ازدياد عدد المتعاطين، وتعدد أنواع المخدرات المستخدمة وانتشارها بين فئات لم تكن قد انتشرت بينها من قبل، خاصة فئة المراهقين، وفتح مراكز جديدة للعلاج، ولأن العلاج الطبي وحده لا يقوم بإشباع احتياجات المدمن النفسية الداخلية، فإنه لابد من إدراج برامج العلاج النفسي الفعالة ضمن دائرة المعالجة النفسية المتكاملة، إذ أصبحت الحاجة تدعو إلى إجراء دراسات، ووضع برامج علاجية نفسية حديثة، قصد محاولة التعامل مع المدمن علاجيا، وصولا إلى مرحلة الشفاء التام، مع استبعاد أي نسب عالية في الانتكاسة، أو العودة للتعاطي.

وتعمل البرامج العلاجية المستندة إلى المقاربة السلوكية المعرفية على الحد من ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية؛ إذ تقوم على تعديل العمليات المعرفية، مثل: الإدراك، والقناعات، والتخيل، والتفكير، والحديث الذاتي، التي تؤثر بشكل أو بآخر في السلوك الظاهر. (قطامي، 2004)

ونتيجة لما تقدم، حاولت العديد من الدراسات السابقة البحث إلى تصميم برامج علاجية في التعامل مع مشكلة المخدرات، وتنظيما لبناء مكونات الدراسة قدم الباحث عدد من الدراسات السابقة ذات العلاقة بأهداف الدراسة الحالية مرتبة زمنيا من الأحدث إلى الأقدم، ومن أهمها دراسة (نصره، 2014) دراسة بعنوان الوصمة الاجتماعية المدركة ومستوى الدافعية للعلاج وعلاقتها بالانتكاس لدى مدمني الكحول والمخدرات، وحاولت الدراسة التعرف على مستوى الوصمة الاجتماعية المدركة والدافعية للعلاج والانتكاس لدى المدمنين، والتعرف على العلاقة بين الوصمة الاجتماعية المدركة ومستوى الدافعية للعلاج لدى مدمني الكحول والمخدرات. والتعرف على أثر الوصمة الاجتماعية المدركة ومستوى الدافعية للعلاج ونوع مادة التعاطي، ومدة الإدمان، والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية، والمستوى المعيشي في مستوى الانتكاس لدى مدمني الكحول والمخدرات. وتمثلت عينتها (200) مدمن ومدمنة من الذين يتلقون العلاج ويراجعون المستشفيات والمراكز المختصة بتأهيل المدمنين في العاصمة عمان. وأظهرت النتائج أن هناك مستوى متوسط لكل من الوصمة الاجتماعية

المدركة والدافعية للعلاج والانتكاس ومستوى الدافعية للعلاج لدى المدمنين على المخدرات والكحول. كما بينت النتائج عدم وجود ذات دلالة إحصائية في مستوى الوصمة الاجتماعية المدركة لدى المدمنين تعزى لأثر نوع مادة التعاطي، والحالة الاجتماعية، والمستوى المعيشي، والمؤهل العلمي. ووجود فروق في مستوى الدافعية للعلاج تعزى لأثر مدة الإدمان لأكثر من 10 سنوات. ووجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الوصمة والدافعية، كما أظهرت النتائج وجود أثر سلبي دال إحصائياً للدافعية للعلاج على مستوى الانتكاس لدى المدمنين.

وقامت (بقال، 2013) بتقصي أثر الدافعية وتدريبات التحصين من الضغط النفسي على التوافق لدى المدمن. وتمثلت عينتها في 183 مدمناً من المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية والعقلية سيدي الشحمي بولاية وهران. وكشفت نتائجها وجود فروق دالة في الضغط النفسي العام لدى العينة لصالح القياس البعدي، كما أظهرت النتائج بوجود علاقة ارتباطية بين التوافق النفسي والضغط النفسي بعد التدريب لدى أفراد العينة، كما توجد علاقة ارتباطية بين الدافعية للعلاج وأبعاد الضغط النفسي ومستويات التوافق النفسي بعد التدريب لدى أفراد العينة.

وفي دراسة وصفية قام (العون، 2011) ببناء برنامج قائم على الوعي الديني المعرفي والدافعية الداخلية في تعديل سلوك المراهقين المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، تكونت العينة من مجموعة من المراهقين بالمؤسسات الإصلاحية ومركز بيت التمويل الكويتي لعلاج الإدمان في دولة الكويت، وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على متغيرات الدافعية الداخلية (الصورة ب) لصالح القياس البعدي، كما أظهرت عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الدافعية الداخلية المقياس الكلي لصالح القياس البعدي، ولم تجد النتائج فروق على متغير الدافعية الداخلية (الصورة أ)، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على مقياس مواقف الانتكاسة لصالح القياس البعدي.

وهدفت دراسة (أبو زيد، 2011) إلى اختبار فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي معرفي سلوكي بإستراتيجيات ضبط الذات في خفض اندفاعية جماعة علاجية من معتمدي العقاقير، وتمثلت عينتها من 5 أفراد من مستشفى الأمل بجدة، تم اختيارهم وفقاً لارتفاع مستوى الاندفاعية ودافعية العلاج بضبط الذات، وكان من أبرز نتائجها إلى أن وسيط فعالية البرنامج العلاجي يبلغ القيمة



(36,24%) أي أن النسبة العامة لفعالية هذا البرنامج تقدر بحوالي (42,74%) أي (43%) تقريباً وهي نسبة تقترب من النصف وتعد مقبولة جداً في مجال العلاج النفسي بصفة عامة.

وقد أجرى (الشهري، 2010) دراسة هدفت إلى تقصي فاعلية بناء برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات وقياسه، وتمثلت عينتها من جميع حالات المدمنين بقسم مكافحة المخدرات بجهة (12) حالة، واستخدمت أداة مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي، وكشفت نتائجها إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وأثبت البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

وفي دراسة دراسة كونرد وزملائه (Conrd, et al 2000) بعنوان مدى فاعلية التدخل بواسطة تنمية مهارات التعامل مقارنة ببعض التدخلات الأخرى لدى عينة من المدمنات. واستخدمت تدخلات تنمية الدافعية من خلال تنمية مهارات التعامل والتدخلات التدميمية المساندة والتدخلات المزدوجة. وتمثلت عينتها على 198 مريضة تم إخضاعها للبرامج العلاجية السابقة لمدة ستة أشهر يتم بعد كل برنامج قياس مدى تكرار المشكلات. تم جمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي تم اختيار مجموعة من المدمنات (مسيئ استخدام المخدرات) بشكل عشوائي من أحد المجتمعات العلاجية. وكان من أبرز نتائجها التوصل إن اكتساب الفرد لمهارات التعامل مع الضغوط بشكل إيجابي وفعال هام جداً في التعامل مع مشكلة الإدمان بشرط أن يتم اكتساب تلك المهارات ضمن مجموعات علاجية تعمل بمثابة تنمية للدافعية على اكتساب تلك المهارات.

ويتضح من خلال عرض الدراسات السابقة التي تناولت برامج علاجية لمعرفة فاعلية الدافعية عن طريق برامج علاجية طبقت على المدمنين محلياً وعربياً، وبالرغم من تلك المحاولات إلا أن هناك قصور في دراسة موضوع الدافعية عن طريق بناء برامج علاجية جماعية (حسب ما وصل إليه الطالب) وعلاقته بالامتناع عن تعاطي المخدرات وخاصة لدى فئة نمو مهمة في المجتمع وهي المراهقين.

وهذا ما جعل بعد ملاحظتي أثناء عملي في مركز لعلاج الاعتماد تدني الرغبة والدافع للامتناع عن المخدرات والزيادة في عدد الانتكاسات، والتي تكون مسئول عنها المتعاطي من المراهقين في الغالب، مما أثار اختيار هذا الموضوع وضرورة التعرف إلى الدوافع لدى المراهق التي تكمن خلف التردد للامتناع عن المخدرات. وهل المراهق لديه رغبة حقيقية للامتناع عن التعاطي والالتزام، أم أن إقباله للمركز لدوافع أخرى داخلية شخصية أو خارجية بيئية.

وبهذا مازالت الحاجة قائمة للدراسة والتقصي مع الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة في محاولة إعداد مقياس حديث وتصميم وتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي وقياسه ومعرفة أثره على المراهقين المترددين للعلاج في إحدى مراكز علاج الاعتماد على المواد وخاصة على البيئة الجزائرية، ولمحاولة التعرف على وجود الدافعية المنخفضة أو المعدومة للامتناع، والمحافظة على الدافعية المرتفعة لدى المراهق المشارك في البرنامج وجعلها في حالة نشطة ومستمرة.

لذا فإن إخضاع المراهقين ضمن برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لتنمية الدافعية للامتناع عن التعاطي لعينة من المراهقين، سيؤدي إلى تعدد الزوايا والقنوات التي يستطيع المراهق المدمن من تعلم مهارات وأفكار وسلوكيات جديدة، وتقييمها بطرق صحيحة، نتيجة للتغيرات التي تحدث في شخصيته عن طريق تنمية الدافعية المستمرة للامتناع عن المخدرات.

وعلى ضوء ذلك، تنحصر مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- 1- هل هناك فروق في مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في القياسين القبلي والبعدي تعزى إلى تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي؟
- 2- هل هناك فروق بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لبعده الاستبصار والحاجة إلى التقبل؟
- 3- هل توجد فروق بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لبعده تنشيط الدافعية؟

4- هل توجد فروق بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لبعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية؟

5- هل توجد فروق ذات بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تعزى لبعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن؟

6- هل هناك فروق في مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في القياسين البعدي والتتبعي (شهرين) تعزى إلى تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي؟

## 2- أهداف الدراسة:

تحاول الدراسة الحالية أن تبين بوضوح اثر البرنامج العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين في إحدى المراكز العلاجية الخاصة بالمدمنين. ويمكن باختصار وإيجاز أهداف الدراسة كما يلي:

- 1- إعداد مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين وقياس أثره.
- 2- بناء واقتراح برنامج علاجي نفسي جماعي (معرفي-سلوكي) للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين.
- 3- التعرف على مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين.
- 4- اختبار أثر البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين.
- 5- التعرف على العلاقة بين الدافعية وبعض المتغيرات الشخصية ألا وهي نوع المادة، الدافعية التعاطي، الدافعية للامتناع، الخبرة في التعاطي.
- 6- التعرف على الفروق لدى المجموعة العلاجية قبل وبعد التعرض للبرنامج الجماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات.

7- التعرّف على مدى استمرار أثر البرنامج العلاجي الجماعي المعرفي السلوكي، في الامتناع عن المخدرات لدى المجموعة، بعد شهرين انتهاء الجلسات العلاجية (القياس التتبعي).

### 3- أهمية الدراسة:

- تناول الدراسة علاج الإدمان على المواد المخدرة من حيث هو أكثر الآفات انتشارا وخطرا على الفرد والمجتمع والمصنف علميا من ضمن اضطرابات تعاطي المواد.

- إلقاء الضوء على شريحة هامة في بناء المجتمع وهم المراهقون، من معرفة خصائصهم النفسية، لمحاولة الوصول إلى صورة واضحة للعوامل التي تدفع الحالات إلى الاتجاه نحو تعاطي المواد النفسية.

- إن هذه الدراسة ستؤدي إلى تشجيع تطبيق البرامج العلاجية المعرفية السلوكية الجماعية في معالجة الاعتماد على المواد المخدرة حتى لا تحدث لهم انتكاسة وهم منتظمين في برامجهم العلاجية، وبهذا جعله في رأس قائمة الأساليب العلاجية الفاعلة مع حالات التعاطي.

- تؤدي نتائج هذه الدراسة إلى معرفة أكثر بالتقنيات العلاجية النفسية في معالجة الإدمان على المواد المخدرة في جماعة، مما يؤدي إلى الحد من معدل زيارة المريض للطبيب النفسي وتخفيف العبء عن الأطباء النفسانيين مع خفض الاعتماد على العلاج العقاقيري والطبي، والاتجاه نحو العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي بشكل عام.

- تقدم الدراسة الحالية برنامجا علاجيا نفسيا جماعيا، وتقيس أثره، في حال نجاحها، يمكن لهذه الدراسة أن تتوصل إلى مقترحات تساعد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات في بناء إستراتيجية وطنية للوقاية وتنمية الدافعية للتغير والعلاج من الاعتماد على المواد المخدرة، بالاشتراك مع وزارة الصحة والسكان لهذه الفئة المهمة في المجتمع من المراهقين، وبالتالي التوصية باستخدامها وتفعيلها وإدراجها ضمن الأنشطة العلاجية في مراكز علاج الإدمان.

#### 4- دواعي اختيار الموضوع : يمكن استخلاص دواعي هذه الدراسة في التالي:

- تناول موضوعاً يسير جنباً إلى جنب مع التوجهات الحديثة مع ظهور علم النفس الإيجابي الإكلينيكي الذي يركز على تطوير مجالات القوة ونظريات النجاح وأسباب الامتناع والاستمرار في حياة خالية من المخدرات وتنمية الدافعية، مما يسهم في إثراء هذا المجال.
- قلة الدراسات في المجتمع الجزائري والعربي حسب حد علم الطالب، التي اهتمت ببناء برامج لتنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين وقياس أثره.
- تلقي مزيداً على مفهوم الدافعية التي يعاني منها مدمنو المخدرات، و لقلة الدراسات التي تناولت متغير الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين. إذ تسعى إلى إضافة شيء من الأطر النظرية فيما يتعلق بالدافعية للامتناع وكيفية تميمتها.
- المساهمة بالبحث والتقصي عن النموذج المعرفي السلوكي الجماعي، حديث النشأة وتطبيقاته في الجمهورية الجزائرية لا يزال ضمن حدود ضيقة في مجال معالجة الإدمان التي تقوم في أغلبها على أساس جهود فردية لا تحظى بالاهتمام من قبل مجموعة الممارسين والباحثين.
- اهتمام الطالب المعالج بموضوع العلاجات المعرفية السلوكية الحديثة للإدمان، ومناسبة هذه الدراسة للتخصص في الدراسات العليا.

#### 5- حدود الدراسة:

- 5-1 حدود الموضوع:** تقتصر هذه الدراسة في تصميم برنامج المعرفي السلوكي الجماعي وقياس أثره في تنمية دافعية امتناع المراهقين عن المخدرات، بالاعتماد على التقنيات والأساليب التي تستند إلى النظرية المعرفية والسلوكية. وفق المنهج الشبه التجريبي الإكلينيكي ذو المجموعة الواحدة، بقياس قبلي وبعدي وتتبعي، باستخدام الأدوات التالية: مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات من تصميم الطالب، والقائمة التشخيصية للاعتماد على المخدرات وسوء الاستخدام وفق الدليل الإحصائي الرابع، والمقابلة العيادية، والملاحظة العيادية.

**5-2 الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة الميدانية بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد النهاري بمدينة الشلف.

**5-3 الحدود الزمانية:** لقد تم إجراء الدراسة بداية من شهر جانفي 2016 إلى غاية شهر مارس 2020.

**5-4 الحدود البشرية:** تكونت عينة الدراسة التطبيقية من (10) مراهقين متعاطي (ذكور فقط) والذين يبلغون (16-21 سنة) تم اختيارهم بالطريقة ملائمة بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد النهاري بولاية الشلف من الذين يطلبون العلاج.

## **6- مفاهيم الدراسة:**

**6-1 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي:** هو برنامج مخطط ومنظم، يستند إلى مبادئ وفتيات محددة، تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية عند المراهقين المدمنين على المواد المخدرة، الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا، وذلك طبقا للبرنامج والجلسات العلاجية. (مشابحة، 2001)

ويعرف الطالب البرنامج المعرفي السلوكي إجرائيا بأنه برنامج يعمل على دمج فنيات معرفية وسلوكية، والقيام بمجموعة من الجلسات التدريبية والأنشطة التي قام الطالب بإعدادها بعد مراجعة الأدب السابق والاستناد إلى نماذج البرامج العلاجية بهدف التحقق من أثر تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات وإساءة استخدامها، حيث يضم (18) جلسة علاجية تتضمن كفاءات ومهارات عقلية وانفعالية وسلوكية وتضم كل جلسة أهداف وإجراءات وأنشطة وواجب منزلي، بهدف إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك، للتحقق من أثره في تنمية الدافعية للامتناع لدى أفراد العينة، والذي يقاس أثره بالمقياس المصمم في الدراسة.

**6-2 تعريف الدافعية:** هي حالة داخلية أو خارجية تحث الفرد نحو الوصول إلى هدف معين عبر استثارة السلوك مع وتنشيطه وتوجيهه، ويمكن أن يستدل على هذه الحالة من تتابع السلوك الموجهة نحو الهدف، بتحقيق موضوع الدافع.

وتعرف الدراسة الحالية الدافعية إجرائيا بأنها: الاستجابة التي يظهرها الفرد عند إجابته على فقرات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات من إعداد الطالب، المصمم خصيصا لأغراض هذه

الدراسة، المكون من (40) عبارة موزعة إلى أربعة أبعاد، ويعبر عنه بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المراهق، حيث تم الإجابة عليها بحسب سلم ليكرت الرباعي، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى مستوى مرتفع من الدافعية ومستوى منخفض في حال انخفاض الدرجة على المقياس.

**3-6 الامتناع عن المخدرات:** هو التخلي عن السلوك الاعتمادي للمخدرات برغبة وإرادة في التعافي والعلاج والتخلص من التعاطي المستمر.

ويعرف الامتناع عن الإدمان إجرائياً بأنه عبارة عن استجابة تدريجية يلتزم بها الفرد لفترة أطول بلا إدمان، من خلال المشاركة في برنامج علاجي، ووجود أثر بين القياس القبلي والبعدي.

**4-6 المراهقين:** هم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (16 سنة / 21 سنة)، الذي جاء إلى المركز الوسيط لعلاج الاعتماد أثناء فترة الدراسة بولاية الشلف برغبته مع أسرته للعلاج نتيجة لتعاطيه واستعماله للمواد المخدرة وظهرت عليه حالة اعتماد نفسي وجسدي أو أعراض انسحابية، وشخصت حالته بالاعتماد على المخدرات وسوء الاستخدام وفق القائمة التشخيصية للدليل الإحصائي الرابع.

## 7- الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع العلاج النفسي للإدمان وتصميم برامج علاجية نفسية وتناولته من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والمحلية والأجنبية. وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها. مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية. ويود الطالب أن نشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية أغلبها بين سنة 2000 و2019 وشملت جملة من الأقطار والبلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات التي تناولت برامج علاجية وإرشادية معرفية سلوكية مع المدمنين، ثم نبين جوانب الاتفاق والاختلاف بينها، ثم نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، وأخيراً جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

أولاً: استعراض الدراسات السابقة:

## 7-1 الدراسات العربية:

7-1-1-1 دراسة (الرشيدي، 2019) بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض. هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض. حيث طبق الباحث قائمة بيك للاكتئاب من إعداد بيك. ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج التجريبي ذا تصميم: المجموعتين المتكافئتين (مجموعة تجريبية - مجموعة ضابطة)، وذلك بطريقة عشوائية بسيطة، بلغ عددهم 32 فرداً. وقد جاءت أهم النتائج على النحو التالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من المدمنين في القياس القبلي. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب في القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، لصالح المجموعة التجريبية. كما أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي. وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي، لصالح القياس التتابعي، تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي. وعلى ضوء النتائج السابقة أوصى الباحث بعدد من التوصيات، أهمها: لفت انتباه الباحثين والمتخصصين والمهتمين في مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الاكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالمياً وراء انتكاسة المدمن بعد العلاج. والاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج النفسي الإيجابي في تحسين مستوى الاكتئاب، الذي يُسهم بدوره في خفض مستوى الاكتئاب بجميع أنواعه، وبالتالي تحسين الصحة الجسميّة والنفسية. وإعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج إرشادي أو تدريبي أو علاجي، بتنمية ورفع الدافعية لدى المشاركين في البرنامج وخصوصاً ما يتعلق بالجوانب الجيدة المهمة لكل فرد، وتعرّف اهتماماتهم وتضمن ما يتوافق منها مع البرنامج؛ لكي لا يحدث تسرب أثناء تطبيقه.



**7-1-2 دراسة (مخامرة، 2018)** بعنوان: فعالية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المهدئات لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة، في مدارس البلدة القديمة في الخليل، والتي هدفت إلى تعرفت الباحثة على فعالية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المهدئات لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة، وتمثلت عينتها من (40) طالبا وطالبة من مجموع الطلاب، واستخدمت أداة مقياس الممارسات نحو العقاقير المخدرة والخطرة لأبوا عين (2008) والبرنامج الإرشادي الوقائي لهاشم (2008)، لجمع البيانات وفق المنهج الشبه التجريبي للعمل مع المجموعتين الضابطة والتجريبية، للحصول علي البيانات وتجميعها وتحليلها إحصائياً، باستخدام برنامج الرزم الإحصائية SPSS، وكان من أبرز نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية، ولصالح القياس البعدي في كافة مجالات الدراسة (المجال الصحي، المجال النفسي، المجال الأسري، المجال الاقتصادي، المجال الاجتماعي)، مما يشير إلى أن البرنامج الإرشادي الوقائي المطبق كان له تأثير كبير في مجالات الدراسة كافة نحو توعية طلبة المرحلة الثانوية في البلدة القديمة في الخليل من خطر العقاقير الخطرة والمخدرات ومخاطرها على الصحة، والمجتمع في الجوانب، كذلك ظهرت فروق بين متوسطات أقرد المجموعتين الضابطة ولتجريبية في كافة مجالات لدراسة ولصائح المجموعة التجريبية، وتوصلت لدراسة إلى التوصيات التي تهدف لتوعية الشباب وتبصيرهم بالحيل والأساليب الخادعة التي يمارسها تجار ومهربو المخدرات لإيقاعهم فريسة لسمومهم وتفعيل دور المرشد الفردي والجماعي في الوقاية من المخدرات، وتفعيل دور الإذاعة لمدرسية، والصحف، والحائطية، وما بها من نشاط يومي مستمر.

**7-1-3 دراسة (المخيني وحمد، 2017)** بعنوان: فعالية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، والتي هدفت إلى فحص فعالية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة بالتعاطي، وتمثلت عينتها من (30) فرداً من مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية المقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية في سلطنة عمان، تم اختيارهم بالطريقة القصدية، وتوزيعهم عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي المكون من (19) جلسة على مدار ثلاثة أشهر، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج تدريبي، واستخدمت أداة مقياس مستوى الرغبة بالتعاطي كمقياس

قبلي وبعدي ومتابعة، لجمع البيانات وفق المنهج الشبه التجريبي، وكان من أبرز نتائجها أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية، بين المجموعتين، حيث انخفض متوسط الرغبة بالتعاطي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة؛ أي أن البرنامج التدريبي المستند إلى منحى تعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم كان فعالاً في خفض مستوى الرغبة بالتعاطي. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق على مقياس الرغبة بالتعاطي لدى المجموعة التجريبية بين القياس البعدي، وقياس المتابعة الذي أجري بعد أربعة أسابيع من توقف البرنامج التدريبي.

**7-1-4 دراسة (الرويلي والشاوي، 2016)** بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب، وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات. هدفت الدراسة إلى تقصي فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب، وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية . وقد بلغ عدد العينة الكلي (30) مدمناً ممن توصل الباحثان إلى إقناعهم بالمشاركة بالبرنامج، وقد قسم أفراد العينة إلى مجموعتين بالتساوي . وطبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية . واستخدم الباحثان مقياس تقدير الذات من إعدادهما، ومقياس بيك للاكتئاب . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الاكتئاب على مقياس بيك لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم في خفض الاكتئاب . وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المجموعة على مقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية.

**7-1-5 دراسة (الصبوة وحسني، 2016)** بعنوان: فعالية العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد وتأثيره في تحسين بعض المشكلات المعرفية والصحية، والتي هدفت إلى والكشف عن فعالية العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد وتمثلت عينتها من (41) معتمداً على الكوكايين، قسمت إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى (أ): التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبي معاً، وقد تكونت في صورتها النهائية من (14) معتمداً على الكوكايين. المجموعة الثانية (ب): التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي فقط، وقد تكونت في صورتها النهائية من (13) معتمداً على الكوكايين. ثم المجموعة الثالثة (ج)؛ التي تلقت العلاج الدوائي الطبي فقط، وقد تكونت في صورتها النهائية من (14) معتمداً على الكوكايين، واستخدمت مجموعة أدوات منها اختبار بيك للاكتئاب، واختبار الأفكار الآلية، واختبار المعتقدات اللاعقلانية، واختبار المعتقدات الصحية السلبية واختبار

الهدف، واختبار التنبؤ بالانتكاسة، وقائمة بالمؤشرات الاجتماعية. لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعات العشوائية غير المتكافئة بقياس قبلي وبعدي متكرر وذلك من خلال فحص الفروق بين نتائج مجموعة من المعتمدين على الكوكايين الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي فقط، قبل التدخل بالبرنامج العلاجي وبعده وكان من أبرز نتائجها، تشير إلى تحقق فرضها القائل بأن متوسط نتائج المعتمدين على الكوكايين بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي أقل جوهرياً من متوسط نتائجهم قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي، وأثناء فترة المتابعة، في كل من تزايد شدة الأعراض الاكتئابية، والأفكار الآلية والمعتقدات اللاعقلانية، والمعتقدات الصحية السلبية، ومستويات الهدف، واحتمالات الانتكاسة، ومدى شدة المؤشرات الاجتماعية.

**7-1-6 دراسة (الخليل، 2015) بعنوان: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق حالة وقلق الانزعاج والأفكار اللاعقلانية وتحسين قوة الأنا لدى عينة من مدمني المخدرات في محافظة دمشق. والتي هدفت إلى التعرف على فعالية لعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى القلق حالة وقلق الانزعاج والأفكار اللاعقلانية وتحسين قوة الأنا لدى عينة من المتعاطين لمخدرات بأنواعها المختطفة. وتمثلت عينتها من الأفراد المتعاطين للمخدرات في مستشفى ابن رشد للأمراض النفسية في مدينة دمشق والبالغ عددهم (32) متعاطياً للمواد المخدرة بأنواعها لمختلفة (هيروين، تعاطي مختلط. (دكستروبيروكسين)، (ديازيبام) (بنزوهكسول)، (لورازيبان). حيث قام الباحث بتقسيم العينة إلى مجموعتين؛ مجموعة تجريبية وطدها (16) متعاطياً، ومجموعة ضابطة وعددها (16) متعاطياً لم يطبق أفرادها أي كحل علاجي سوى العلاج الدوائي. مع العلم أن لمجموعتين يتم علاجهم عن طريق الأولوية، حيث تراوحت أعمار العينة بين (20-48) سنة. واستخدمت أدوات منها مقياس القلق حالة، ومقياس الانزعاج من المخدرات، ومقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس قوة الأنا، والبرنامج العلاجي القائم على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي - الإكلينيكي. وكان من أبرز نتائجها أن القياس البعدي بالنسبة لأفراد المجموعة التجريبية في مقياس حالة وقلق الانزعاج والأفكار اللاعقلانية وقوة الأنا لصالح القياس البعدي، ووجود فروق بين القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القلق حالة وقلق الانزعاج والأفكار اللاعقلانية وقوة الأنا لصالح المجموعة التجريبية، واستمرار هذا التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية لفترة شهرين من المتابعة. كما أشارت نتائج قياس حجم الأثر بالنسبة للقياسات**

الكمية أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج العلاجي في خفض مستويات القلق كحالة وقلق الانزعاج، وتحسين مستوى الأفكار العقلانية وقوة الأنا، في القياس البعدي بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، واستمرار الثبات في التحسن الذي حصل عليه أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتدخل العلاجي إلى فترة شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

**7-1-7 دراسة (المشابقة، 2013)** بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. والتي هدفت للتعرف إلى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. وتمثلت عينتها على 21 مدمنًا، متواجداً بمركز التأهيل الوطني للمدمنين بالأردن وقد قسمت العينة إلى مجموعتين هما: المجموعة التجريبية وتتكون من 10 مدمنين، حيث تلقت البرنامج العلاجي لمدة ستة أسابيع بمعدل جلستين في كل أسبوع، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (20-42) سنة، ومجموعة ضابطة تكونت من 10 مدمنين، لم يتلقوا البرنامج الإرشادي، واستخدمت أدوات تقييميه وهي مقياس سلوك الإدمان، مقياس مفهوم الذات ومقياس المهارات الاجتماعية كما اعتمد في تطبيق برنامج الإرشادي على تقنيات الإرشاد الجمعي القائم على مفهوم الذات والتدريب على المهارات الاجتماعية، لجمع البيانات وفق المنهج الشبه التجريبي بتحليل البيانات إحصائياً باستخدام اختبار (ت) لمجموعة واحدة لمعرفة أثر المعالجة التجريبية على سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية، واستخدم اختبار (ت) لمجموعتين للتعرف على دلالات الفروق بين متوسطات مجموعتي الدراسة وللأبعاد الفرعية لمتغيرات الدراسة. وكان من أبرز نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وبينت النتائج وجود فروق في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت تدريباً على البرنامج، حيث انخفض سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية للمجموعة التجريبية.

**7-1-8 دراسة (الزيادات، 2013)** بعنوان: فعالية برنامج تدريبي للذكاء الانفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية البرنامج المصمم، وتمثلت عينتها في (30) شخصاً من مسيئي استخدام العقاقير وتم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً في مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت أداة مقياس الرضا عن الحياة لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي المكون من (17) جلسة على مدار ثلاثة

أشهر، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج إرشادي، وكان من أبرز نتائجها إلى أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية، في مستوى الرضا عن الحياة بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية. وأظهرت النتائج أن البرنامج التدريبي للذكاء الانفعالي كان فعالاً في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير.

**7-1-9 دراسة (صيدم، 2012)** بعنوان: مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الصلابة النفسية لدى مدمني المخدرات. والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المصمم وقياسه. وتمثلت عينتها من (30) من مرضى المبنى رقم 10 في قسم الإدمان بمستشفى الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، بحيث تم تقسيم هذا العدد إلى مجموعتين متكافئتين الأولى تجريبية وعددها خمسة عشر مريضاً والثانية مجموعة ضابطة وعددها خمسة عشر مريضاً. واستخدمت أداة هي استبيان الصلابة النفسية ومقياس الرضا عن الحياة. لجمع البيانات وفق المنهج الشبه التجريبي الذي يهدف من خلاله إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي نفسي (كمتغير مستقل) في تنمية الصلابة النفسية (كمتغير تابع)، لدى مدمني بعض أنواع المخدرات، واستخدم الباحث منهج تصميم المجموعتين: مجموعة ضابطة، ومجموعة تجريبية، مع القياس القبلي والبعدي لكل مجموعة على حده. وكان من أبرز نتائجها: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة. وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لصالح المجموعة التجريبية كما أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والقياس البعدي في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لصالح القياس البعدي وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والقياس البعدي في كل من الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لصالح القياس البعدي.

**7-1-10 دراسة (قواقنة، 2012)** بعنوان: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. هدفت الدراسة إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وقد تكونت عينة الدراسة من 30 مدمناً وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. واستخدم الباحث مقياس المهارات الاجتماعية والقلق من إعداده، ومقياس بيك للاكتئاب.

وأظهرت النتائج تطورًا في المهارات الاجتماعية وانخفاضًا في الاكتئاب المرتفع والقلق بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية من مدمني المخدرات، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق التتبعي.

**11-1-7 دراسة (العشماوي، 2010)** بعنوان: فعالية برنامج للتخفيف من حدة الخجل لدى عينة من المراهقين المدمنين. والتي هدفت إلى أي مدى فعالية البرنامج المقترح للتخفيف من حدة الخجل لدى عينة من المراهقين المعتمدين، كما هدفت الدراسة إلى مساعدة المعتمدين في أن يستجيبوا بصورة أكثر ايجابية لخجلهم. وتمثلت عينتها من (16) مراهق معتمد. واستخدمت أدوات منها اختبار مكروسكي للخجل، مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي إعداد محمد البحيري (2002)، استمارة مقابلة مقننه إعداد الباحث، برنامج للتخفيف من حدة القلق إعداد بياردو (OC52). لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي وكان من أبرز نتائجها إثبات البرنامج فاعليته في خفض حدة الخجل بشكل دال لصالح التطبيق القبلي، حيث ظهر تحسن ملحوظ لدى المجموعة التجريبية في مهارات التواصل مع الزملاء والمعالجين والأهل، كما توصلت الدراسة أيضا إلى تحسن تقديرهم لذاتهم وكذلك تحسن أدائهم في البرنامج لعلاجي بالمستشفى، كما توصلت الدراسة أيضا أن استخدام البرنامج المقترح أدى إلى انخفاض حدة الخجل بصورة دائمة لدى لمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة والتي لم تتلق بالبرنامج العلاجي.

**12-1-7 دراسة (الصقهان، 2005)** بعنوان: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي إلى خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمنين المخدرات عند نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم. والتي هدفت إلى خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمنين المخدرات وتمثلت عينتها من (20) مدمن على المخدرات من نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم بتوزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية مكونة من (10) أفراد والأخرى ضابطة مكونة من (10) أفراد مراعى تحقيق التجانس بين المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والمهني. واستخدمت أداة مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي. وكان من أبرز نتائجها تحقيق فرضيات الدراسة كلها، حيث كانت نتائج الفرض 1 و 2 تؤكد بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية لمقياس القلق، أما الفرضيتين 3 و 4 فأكدت بوجود فروق بين المجموعتين على مقياس

التفكير اللاعقلاني وعليه أكدت الدراسة على وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق لدى المدمنين على المخدرات، كما أسفرت على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق وذلك عن طريق تصحيح الأفكار اللاعقلانية.

**7-1-13دراسة (الجوهي، 2004)** بعنوان: أثر النموذج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مرضى الإدمان. والتي هدفت إلى محاولة استخدام برامج غير تقليدية ومستحدثة في علاج مرضى إدمان الهيروين. ومعرفة مدى فاعليتها. من خلال استخدام النموذج المعرفي السلوكي الذي طوره "كاروول كاتلين" عام 1998. وتمثلت عينتها من 80 مريضا مقسمين لمجموعتين بالتساوي من مدمني الهيروين، بجمع الأمل للصحة النفسية، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين مجموعة تجريبية وعددها 40 مريضا وأخرى ضابطة بنفس العدد باستخدام أسلوب الأزواج المتناظرة وذلك لضبط متغيراتها الوسيطة. وتراوحت أعمار عينة الدراسة من سن 18-50 سنة واستخدمت أدوات منها قائمة الاعتقادات الإدمانية وقائمة اعتقادات الشوق. وقائمة التنبؤ باحتمالية الانتكاسة وقائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول مع النموذج المعرفي السلوكي. لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي. وكان من أبرز نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل فروض الدراسة على المحاور الرئيسية المرتبطة بالعملية الإدمانية ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة، وكذلك فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي والبعدي لدى المجموعة التجريبية، وأيضاً أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التطبيق البعدي بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية مما يشير لأثر النموذج المعرفي السلوكي.

**7-1-14دراسة (الوايلي، 2003)** بعنوان: فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات، والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات للإسهام في العلاج، وتمثلت عينتها في (71) مدمن مخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض، واستخدمت أداة مقياس القلق للدكتور فهد الدليم وآخرون، وبرنامج العلاج النفسي الجماعي، لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي، وكان من أبرز نتائجها: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسط درجة القلق على كل مجموعة من مجموعات الدراسة (التجريبية، الضابطة، الضابطة الحقيقية). وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية

بين العمر والمستوى التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفرد العينة التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفراد العينة، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة القلق بين المجموعات التجريبية والضابطة الحقيقية (المتغيرات) المهنة نوع التعاطي، الحالة الاجتماعية).

**7-1-15دراسة (مفتاح، 2003)** بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي على بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان لعينة من مدمني الهيروين بالمملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة إلى الوقوف على فعالية النموذج المعرفي السلوكي على بعض المتغيرات المرتبطة بتعاطي الهيروين، تمثلت في المعتقدات الإدمانية، معتقدات الشوق، قوة الرغبة في التعاطي، واحتمالية التعاطي، ولذا قد تكونت العينة من (37) مدمنا للهيروين، بمستشفى أمل بالدمام، تتراوح أعمارهم بين (18-48) عاما. وقد استخدم الباحث المقاييس التالية: مقياس الاعتقادات الخاصة بتعاطي المخدرات، ومقياس معتقدات الشوق، مقياس التنبؤ باحتمالية الانتكاسة، وهو يتكون من مقياسين فرعيين هما: مقياس قوة الرغبة في التعاطي، مقياس احتمالية التعاطي، إضافة إلى النموذج المعرفي السلوكي، واستغرق تطبيق الأدوات والبرنامج حوالي خمسة أشهر. وأظهرت النتائج أن هناك تغييرا في المعتقدات الإدمانية، ومعتقدات الشوق في الاتجاه الإيجابي، وأن قوة الرغبة في التعاطي واحتمالية التعاطي بدأت في الضعف.

**7-1-16دراسة (أبو زيد، 2002)** بعنوان: مدى فاعلية برنامج علاجي جماعي سلوكي معرفي (مهارات التأقلم) في الإقلاع عن التدخين وتخفيف قلقه. تهدف إلى إعداد مقياس يتعلق بتقدير قلق التدخين، والتحقق من خصائصه السيكومترية، وترجمة برنامج علاجي وإعداده ومدى فاعليته في تخفيض قلق التدخين، انقسمت عينة الدراسة إلى عینتين هما: العينة الأساسية قوامها (138) ذكرا راشدا مدخنا؛ والعينة العلاجية وقوامه أربعة (4) أفراد، واستخدمت أدوات الدراسة وهي مقياس قلق التدخين من إعداد الباحث، والبرنامج العلاجي الجماعي لمهارات التأقلم، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج في خفض القلق التدخين ونجاحه في تحقيق الإقلاع عن التدخين بنسبة (25%).

**7-1-17دراسة (عبد الصبور محمد، 2001)** بعنوان: مدى فاعلية برنامج في الإرشاد النفسي في علاج الإدمان للطلبة المدمنين، والتي هدفت إلى التعرف فاعلية برنامج إرشادي معد للطلبة المدمنين وآبائهم (في نفس الوقت)، وتمثلت عينتها في (18) طالبا من طلبة المرحلة الثانوية الفنية من المدمنين المتطوعين والمتابعين للعلاج الطبي من الإدمان في العيادات المتخصصة في مدينة بور سعيد في



مصر، مقسمين إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي فقط، والمجموعة الثانية تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين لعلاج الإدمان، والمجموعة الثالثة تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين وبرنامج إرشادي يطبق على آباء الطلبة المدمنين، وفي مدى عمر زمني وقدره من (188) شهراً إلى (234) شهراً وبمتوسط عمري قدره (210) شهراً، وانحرافاً معيارياً قدره (15) شهراً، واستخدمت أداة الأولى: استمارة بيانات أولية تتضمن بيانات أولية عن المدمن من حيث العمر والجنس والديانة ومرحلة التعليم ومستوى التحصيل والمستوى التعليمي للأب والأم، والأداة الثانية: في هذه الدراسة هي استبانة تعاطي المخدرات لقياس مستوى الإدمان لدى الطلاب والذي تم إعداده من قبل الباحث ومكون من (36) فقرة، لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي، وكان من أبرز نتائجها وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي، حيث توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الأولى (العلاج الطبي فقط) والمجموعة الثانية (العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين) لصالح المجموعة الثانية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الأولى (العلاج الطبي فقط) والمجموعة الثالثة (العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آبائهم) لصالح المجموعة الثالثة، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية (العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين) والمجموعة الثالثة (العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آبائهم) لصالح المجموعة الثالثة.

**7-1-18دراسة (العامري، 2000)** بعنوان: فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة، والتي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية أسلوب الإرشاد العقلاني الانفعالي في علاج بعض حالات المدمنين العائدين لتعاطي المخدرات في دولة الإمارات، ومدى فعالية أسلوب العلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات المدمنين العائدين لتعاطي المخدرات في دولة الإمارات. وتمثلت عينتها في (9) حالات من المدمنين الذكور، واستخدمت أدوات كل من استمارة المقابلة الشخصية، واستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات، ومقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية، واختبار تفهم الموضوع (TAT) حسب موراي، والبرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي، والبرنامج العلاجي المتمركز حول العميل كأدوات للبحث، لجمع البيانات وفق المنهج العيادي، وكان من أبرز نتائجها أن الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر - حسب الأهمية-

هي الأسباب الشخصية يعقبها الأسباب الاجتماعية والاقتصادية ثم الأسباب الثقافية الدينية، ثم الأسباب الأسرية. وأنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين في القياس القبلي والبعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية. ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعتين التجريبيتين في القياس البعدي والمتابعة على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية، والدرجة الكلية على هذا المقياس. وهناك فعالية كل من البرنامجين في زيادة الشعور بالطمأنينة الانفعالية لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

**7-1-19 دراسة (الفقيه، 1996)** بعنوان: مدى فاعلية العلاج المعرفي في علاج إدمان الهيروين في المملكة العربية السعودية، والتي هدفت إلى اختبار مدى فاعلية العلاج المعرفي في علاج إدمان الهيروين، وتمثلت عينتها في حالتين (2) من المرضى المنومين بمستشفى الأمل بجدة، واستخدمت أدوات أولاً مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء التقويم الإكلينيكي ثانياً مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء. (التقويم العلاجي) ثالثاً مقياس الاعتقادات حول المواد المخدرة. رابعاً مقياس اعتقادات الرغبة الملحة والاشتياق إلى التعاطي. خامساً مقياس التنبؤ بالانتكاسة، لجمع البيانات وفق المنهج العيادي وكان من أبرز نتائجها هناك فروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي حول مقياس الاعتقاد حول المواد المخدرة ومقياس اعتقادات الرغبة والاشتياق قبل العلاج وبعده مما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفي للإدمان. وتؤكد الدراسة انخفاض مستوى أعراض الإدمان والامتناع عن التعاطي نتيجة تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى أن فاعلية العلاج المعرفي مضافاً إليه العلاجات المقدمة من مستشفى الأمل كان لها الأثر الأكبر في التعامل مع النظام المعرفي وبنائه والتي بدورها تحسن من مستوى السلوك الإدماني للمدمن وتقليل مستوى الاشتياق والرغبة إلى التعاطي.

## 2-5 الدراسات المحلية الجزائرية:

**7-2-1 دراسة (رتاب، 2018)** بعنوان: فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات. والتي هدفت إلى هدفت الدراسة إلى بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات. وتمثلت عينتها في قدرت ب 6 أفراد تراوحت أعمارهم ما بين (25-35) سنة من بين المدمنين المنتكسين المراجعين لمستشفى "فرانتز فانون" بالبلدية، اهتمت الدراسة بمعرفة فاعلية برنامج علاجي جماعي كمتغير مستقل على أعراض الانتكاسة كمتغير تابع ولتحقيق ذلك اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة

الواحدة، بقياس قبلي ثم قياس بعدي ثم قياس تتبعي بعد نهاية تطبيق البرنامج بشهرين. واستخدمت أدوات كالمقابلة التشخيصية ومقياس الانتكاسة متعدد الأبعاد من إعداد الباحثة يحتوي على بعد الانتكاسة وبعد اللفتة وبعد وجهة الضبط وبعد الذكاء الوجداني وكذلك جلسات البرنامج العلاجي الجماعي.. لجمع البيانات وفق المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة. وكان من أبرز نتائجها وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي وبالتالي فالبرنامج العلاجي الجماعي فعال في التخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

7-2-2 دراسة (عثماني، 2017) بعنوان: نحو بناء برنامج علاجي نفسي للشباب المعتمد على المخدرات. والتي هدفت إلى تهدف إلى تصميم برنامج علاجي قائم على نظرية "ألبرت أليس" للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وذلك من أجل تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الشباب المعتمد على المخدرات. وتمثلت عينتها في (30) شابا معتمد على المخدرات (15) مجموعة تجريبية و(15) مجموعة ضابطة يتراوح سنهم ما بين 15 و 25 سنة. واستخدمت أدوات منها 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 (4-DSM) ومقياس الصحة النفسية لعبد المطلب أمين القريطي بعد ضبط خصائص السيكمترية، برنامج علاجي من تصميم الباحثة. لجمع البيانات وفق المنهج شبه تجريبي. وكان من أبرز نتائجها: مستوى الصحة النفسية عند الشباب المعتمد على المخدرات متدني. الشباب المعتمد على المخدرات ليس لديه نضج انفعالي ويفتقد القدرة على ضبط النفس. ولا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الصحة النفسية. وتوجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية بعد القياس البعدي. وتوجد فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الصحة النفسية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية. ويساهم 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.

7-2-3 دراسة (بورنان، 2017) بعنوان: مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات. هدفت هذه الدراسة إلى اقتراح برنامج يهتم بالتوعية الصحية من أجل تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات والتحقق من فاعلية هذا البرنامج.

وبغية التحقق من فرضيات الدراسة تم اعتماد المنهج التجريبي من خلال تطبيق برنامج التوعية على مدار شهرين على عينة من المراهقين المتمدرسين بالسنة الثانية ثانوي، بثانوية شريف مساعدية بمدينة المسيلة /ولاية المسيلة. والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية وتم توزيعهم على مجموعتين، مجموعة تجريبية مكونة من (12) مراهقا ومجموعة ضابطة مكونة من (12) مراهقا . بعد ضبط كل المتغيرات المتعلقة بالسن والذكاء وبعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية. ولقياس فاعلية برنامج التوعية الصحية، قامت الطالبة الباحثة بإعداد مقياس حول تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن لبرنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة دور في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات- أفراد العينة التجريبية -حيث تم التوصل إلى: وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات قبل وبعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد تطبيقه لصالح القياس البعدي. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية لصالح المجموعة التجريبية. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة.

**4-2-7 دراسة (تيايبينة، 2016) بعنوان: مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات.** والتي هدفت إلى هدفت إلى بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، ويهدف التخفيف أعراض شدة شعور المدمنين على المخدرات بالهفة نحو الإدمان والتخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بالهفة نحو نوع المخدر، والتخفيف من لهفتهم نحو نشوة المخدر، كذلك التخفيف من شعور المدمنين على المخدرات بالهفة نحو الموقف الخبيري. وقد تبنى الباحث في بناء هذا البرنامج المنحى العلاجي العقلاني الانفعالي، للعالم السيكولوجي (ألبرت أليس). وتمثلت عينتها من 15 حالة من المدمنين على المخدرات من ذوي الإدمان المتعدد يتراوح عمرهم الزمني من 30 سنة فما فوق كلهم من الذكور. واستخدمت أدوات منها مقياس شدة أعراض لهفة الإدمان ومقياس الهفة نحو نوع المخدر ومقياس الهفة نحو نشوة المخدر ومقياس الهفة نحو الموقف الخبيري والبرنامج الإرشادي. لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي

للمجموعة الواحدة. وكان من أبرز نتائجها ما يلي: اكتشاف درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان لدى المدمنين على المخدرات، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير السن، كما يعاني مدمنو المخدرات من درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخيري للإدمان، وقد ساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلاني الانفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف في درجات اللهفة للإدمان.

**7-2-5 دراسة (طلحي، 2016)** بعنوان: فعالية برنامج علاجي عقلاي - انفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات، دراسة ميدانية بمستشفى ابن زهر - قالمة. والتي تهدف إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي عقلاي - انفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات. وتمثلت عينتها بثلاث (3) حالات ممن يعانون من الإدمان على المخدرات بغض النظر عن المادة المتعاطات. واستخدمت أداة سلم الاعتقادات لآلبرت إليس، كما تم تصميم برنامج علاجي من طرف الباحثة يعتمد على النظرية العقلانية لإليس. لجمع البيانات وفق المنهج المنهج الإكلينيكي. وكان من أبرز نتائجها: يساهم البرنامج العلاجي العقلاي - الانفعالي في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات وتعديل سلوكهم تجاه الإدمان، كما يساهم البرنامج في تصحيح الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات ويؤدي إلى تعديل سلوكهم تجاه الإدمان.

**7-2-6 دراسة (شيهان، 2015)** بعنوان: أثر العلاج الجماعي في الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين. والتي هدفت إلى تصميم برنامج علاجي نفسي جماعي في الامتناع وخفض أعراض الإدمان على المخدرات لدى المراهقين المدمنين. وتمثلت عينتها في (07) أفراد من المدمنين، وهم الأفراد المتواجدون في المركز أثناء فترة إجراء الدراسة. واستخدمت أداة الملاحظة والمقابلة العيادية ودراسة الحالة وقائمة تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM-IV) والبرنامج العلاجي الجماعي سلوكي معرفي. لجمع البيانات وفق المنهج العيادي وكان من أبرز نتائجها أن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ذو أثر فعال لدى معظم الحالات السبعة (7) في مساعدتهم على الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الأعراض الإدمانية الانسحابية.

7-2-7 دراسة (هلال، 2014) بعنوان: مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لشحذ الفعالية الذاتية لدى عينة من معتمدي الامفيتامينات. تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لشحذ الفعالية الذاتية لدى عينة من معتمدي الامفيتامينات، العينة التي بلغ قوامهم (6) من معتمدي الامفيتامينات بمستشفى في الإسكندرية، ومن أدوات الدراسة مقياس فعالية الذات المتوقعة متعددة الأبعاد للاعتماد لعقائري، وقائمة تقويم العلاج النفسي المعرفي السلوكي وبرنامج العلاج النفسي المعرفي السلوكي الجماعي المقترح. وتخلص الدراسة إلى تأكيد فعالية بروتوكول البرنامج العلاجي المقترح وتوكيد صدقة التمييزي، وثبوت صحة فروض الدراسة الثلاثة.

7-2-8 دراسة (بخنوفة، 2011) بعنوان: الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى للمعرفي السلوكي. والتي هدفت إلى تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار يساعد المدمن على التخلص من الإدمان. وتمثلت عينتها من (04) حالات، تم اختيارهم بطريقة قصدية من ضمن المترددين على العيادة طلبا للعلاج النفسي، تراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 32 سنة على اختلاف مستوياتهم الاجتماعي. واستخدمت أداة دراسة الحالة، والمقابلة العيادية وقائمة المكونات المعرفي، والبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لأرون بيك. لجمع البيانات وفق المنهج. الإكلينيكي. وكان من أبرز نتائجها على وجود أفكار خاطئة تعمل بشكل أوتوماتيكي لدى المدمن على المخدرات تتحكم في السلوك الإدماني وتعمل على تحديده، وبعد دحضها واستبدالها بأفكار بديلة إيجابية ساعدته في تعديل السلوك الإدماني والتخلص من التبعية للمادة المخدرة واكتساب سلوك توافقي.

7-2-9 دراسة (أمزيان، 2006) بعنوان: إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك. والتي هدفت إلى تصحح تفكير المساجين المدمنين على المخدرات وتعديل سلوكهم. وتمثلت عينتها في عينة قصدية وتكونت من (25) فردا ولا يتجاوز السن 35 سنة من مؤسسة إعادة التأهيل تازلت - باتنة. واستخدمت أداة الملاحظة، المقابلة، المحاضرة، المقاييس النفسية، قائمة المكونات الديمغرافية، شبكة الملاحظة، اختبار تقدير الذات، قائمة حالة التعلق، مقياس حدة الالهفة نحو الإدمان. لجمع البيانات وفق المنهج الإكلينيكي. وكان من أبرز نتائجها من ناحية التحقق الإيجابي من فرضيات الدراسة فإن إستراتيجية العلاج النفسي للمدمنين

على المخدرات في الوسط العقابي قد ساعدت عينة من المساجين على التخلي أو التقليل من التعاطي.

### 3-7 الدراسات الاجنبية :

**1-3-7** دراسة رونسافيلي وآخرون (Rounsavilie, et la. 2014) بعنوان: مدى فعالية البرنامج العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الكوكايين والوقاية من الانتكاسة. والتي هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي ولفحص كفاءة البرنامج في السياق عبر الثقافي. وتمثلت عينتها في 21 مراهقا من الذكور من المعتمدين على الكوكايين، تراوحت أعمارهم ما بين (17) إلى (34) عاما، ثم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تكونت عن (تسعة) معتدين على مادة الكوكايين المنشطة في حين تكونت المجموعة الثانية من (12) معتمدا على مادة الكوكايين المنشطة، تم علاجهم فقط اعتمادا على مجموعة من العلاجات الدوائية من فئة مضادات الاكتئاب الثلاثية ومضادات الذهان بمركز علاج وتأهيل مدمني المواد المخدرة والمنشطات لندن. واستخدمت أداة برنامج العلاج للمعرفي السلوكي ركز على تعديل أفكارهم الآلية، ومعتقداتهم الصحية السلبية اتجاه مادة الكوكايين، بالإضافة إلى للتركيز على خفض مستويات الشعور بالهفة والتوق لمادة الكوكايين، وإكسابهم عددا من أساليب مواجهة الانتكاسة والمواقف عالية الخطورة المهيأة للانتكاسة. وجمع البيانات وفق المنهج التجريبي. وكان من أبرز نتائجها لتشير إلى خفض جوهري في مستويات الشعور بالهفة لتعاطي الكوكايين والأعراض الانسحابية، وتعديل أغلب الأفكار الآلية بما تعكسه من معتقدات صحية سلبية اتجاه المادة المعطاة، وارتفاع جوهري في معدلات الوقاية من الانتكاسة لدى كافة أفراد المجموعة الأولى ممن طبقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي، في حين أظهرت المجموعة الثانية تحسنا في خفض مستوى الشعور بالهفة وخفض الأعراض الانسحابية لدى المجموعة الثانية ممن طبقوا العلاج الدوائي، إلا أنها سجلت ثلاث حالات تعرضوا للانتكاسة خلال الثلاثة أشهر الأولى من المتابعة، وقد فسرت هذه النتيجة في ضوء تدخل بعض العوامل الارتقائية إذ من الملاحظ أن بعض أفراد العينة من المجموعتين لا يزالوا في مرحلة المراهقة، أقل من عشرين عاما وبالفعل هم الثلاث أفراد الذين انتكسوا، في حين تجاوز كافة أفراد المجموعة الأولى ممن حصلوا على برنامج العلاج المعرفي السلوكي مراحل المراهقة إذ كانوا جميعهم أكبر من 25 عاما، ولذلك من المحتمل أن عامل العمر ذو تأثير في عرضة المعتمد للانتكاسة، بينما رأى جزء آخر من الفريق البحثي أن العامل البيئي المكاني هو من ساهم في انتكاسة

بعض أفراد المجموعة الثانية حيث أن بيئتهم كانت متضمنة أشخاص مروجين للمادة بشكل دفعهم للتعاطي.

**2-3-7 دراسة شيونغ وناغي (Cheung & Nagi2013)** بعنوان: خفض تعاطي المخدرات لدى الشباب من خلال تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة. والتي هدفت إلى بيان أن منحى تعديل السلوك المعرفي يعد واحداً من طرق تعزيز التعلم والتدريب لمعالجة سلوك الإدمان لدى الشباب. وتمثلت عينتها من (28) أخصائياً قسموا في مجموعتين: مجموعة ضابطة، ومجموعة تجريبية. تكونت التجريبية من (14) أخصائياً اجتماعياً تلقوا التدريب على استراتيجيات وعمليات المعالجة، فيما شملت الضابطة (14) أخصائياً لم يتلقوا التدريب، كما عملت الدراسة على تقييم (222) شاباً تلقوا خدمات الأخصائيين الاجتماعيين تراوحت أعمارهم بين (22-11) سنة. واستخدمت البرنامج التدريبي وفق النظرية السلوكية - المعرفية لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي. وكان من أبرز نتائجها إلى وجود أثر إيجابي في أداء المشاركين الذين تلقوا التدريب على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة، وفاعلية البرنامج التدريبي في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات.

**3-3-7 دراسة ريتشارد وآخرون (Richard et al2006)** بعنوان: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول. والتي هدفت إلى خفض التوجه للمخدرات والكحول. وتمثلت عينتها من (17) مدمناً للمخدرات والمنبهات في لوس أنجلوس. واستخدمت أداة مقياس الاضطرابات الجسدية، ومقاييس استعمال الكحول والمخدرات، ومقياس المشاكل الاجتماعية المصاحبة وبرنامجاً علاجياً قائماً على العلاج المعرفي السلوكي، وإدارة الأزمات. لجمع البيانات وفق المنهج الشبه التجريبي. وكان من أبرز نتائجها على أن العلاجين كانا فاعلين، وأظهرت مجموعة إدارة الأزمات نتائج أفضل ونسباً أقل لتعاطي المخدرات، في حين أن نتائج العلاج المعرفي السلوكي كانت أطول أجلاً، وأن كليهما يساعد في الامتناع عن استخدام المخدرات، كذلك أظهرت المتابعة أن كليهما فعال، وله نتائج مرضية.

**4-3-7 دراسة (فيني، 2006)** بعنوان: مدى التحسن في اتخاذ التدابير للضغوط النفسية بين مسيئي استخدام الأمفيتامين باستخدام العلاج المعرفي السلوكي قصير الأمد. هدفت هذه الدراسة إلي التركيز علي الفاعلية الذاتية وتحسين أسلوب حل المشكلات والتخطيط الجيد لمنع الانتكاسة مع معتمدي



الأمفيتامينات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي. وقد طبقت هذه الدراسة علي عينة قوامها (507) وقد استخدمت قي هذه الدراسة مقياس شدة الاعتماد، استبيان الصحة العامة. ومقياس الكفاءة الذاتية لرفض الأمفيتامينات وتم تحديد الحالة النفسية لأفراد العينة من خلال أربعة مقاييس فرعية من استبيان الصحة العامة وفقا لمعايير البيئة الاسترالية . وقد أوضحت نتائج الدراسة تحسناً في كل الاختبارات الفرعية لمقياس الحالة النفسية (الأعراض النفسجسمية، القلق، سوء التوافق الاجتماعي، الاكتئاب) كما سجلت أيضا تحسنا في الفعالية الذاتية لرفض الأمفيتامينات واستمرار التحسن استنادا للبيانات الأساسية للمواد التي لم تخضع للبرنامج ، وقد تنبأ مقياس الصحة العامة واستبيان الفعالية الذاتية لرفض الأمفيتامينات ومقياس شدة الاعتماد بنجاح البرنامج.

**7-3-5 دراسة نيس وأوي (Ness Oie, 2005)** عنوانها: فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي على مدمني الكحول. هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مدمني الكحول. وتكونت العينة من (37 من الذكور و24 من الإناث) من المدمنين في استراليا أما أدوات الدراسة فكانت عبارة عن مقياس اختبار الكحول ل (khavari) ومقياس بيك للقلق والبرنامج العلاجي المعد لعلاج مدمني الكحول. أظهرت النتائج: أن جلسات البرنامج لم تكن فعالة ولم تؤدي إلى التحسن المتوقع في نهاية البرنامج أو في تخفيف سلوكيات التعاطي، وذلك بعد ثلاثة أشهر من المتابعة.

**7-3-6 دراسة فينكي وآخرون (Finke et al, 2002)** بعنوان: الوقاية من تعاطي المخدرات والكحول، لدى عينة من الأطفال المتعاطين في العمر المدرسي. والتي هدفت إلى الوقاية من تعاطي المخدرات والكحول، لدى عينة من الأطفال المتعاطين المتمدرسين. وتمثلت عينتها في (6) أطفال من المشاركين في برامج ما بعد المدرسة يتعاطون المخدرات والكحول. واستخدمت أداة برنامج تعليمي لمهارات مقاومة تعاطي المخدرات على العينة، ثم تم تقييم أثره على خصائص الأطفال الذاتية. لجمع البيانات وفق المنهج العيادي. وكان من أبرز نتائجها أن البرامج التعليمية الوقائية تكون أكثر فاعلية إذا اشتملت على مهارات المقاومة، وتدريبات معززة لاحترام الذات وتقديرها، بالإضافة إلى معلومات التوعية بأضرار المخدرات، كما بينت الدراسة أن الطلبة الذين لديهم تقدير ذات منخفض لذواتهم هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات من أولئك الذين لديهم تقدير ذات مرتفع.

**7-3-7 دراسة كيلي وآخرون (Kelly et all , 2000)** هدفت إلى قياس تأثير الاشتراك في جماعة المدمنين المجهولين على مجموعة المراهقين المقيمين في المستشفى بهدف العلاج من تعاطي المواد

النفسية، وقد تكونت العينة من 99 مراهقا من المقيمين في المستشفى للعلاج من تعاطي المخدرات ثم سحبهم من عينة كبيرة من المراهقين عددهم 227 مريضا مقيما تابعين لبرنامجين خاصين للعلاج من الاعتماد، وقد تم الاعتماد على أدوات لتشخيصهم على أنهم معتمدون على المواد النفسية بناء على معايير (DSM-IV) وكذلك المقابلات المنظمة، المقابلة الإكلينيكية بالنسبة لتعاطي المخدرات تم قياسه من خلال إجراء خط المتابعة الرجعي، ومقياس لمدة التعاطي، ويتم تقييم مدى الانتظام في حضور اجتماعات الـ 12 خطوة من خلال أسلوب المتابعة الاسترجاعي، أما الدافعية للتوقف فقد تم قياسها من خلال بندين وضعا في المقابلة ويضع المبحوث درجة تدل على مدى الأهمية وتبدأ الدرجة من 1 إلى 10 والبندين هما "ما أهمية أن تتقطع عن الشراب" والسؤال الآخر "ما أهمية أن تتقطع عن التعاطي". والكفاءة الذاتية تم قياسها من خلال مقياسين أحدهما يقيس الكفاءة الذاتية بشكل عام، والآخر يقيس الكفاءة الذاتية في مواقف المخدرات كما تم قياس التوافق من خلال مقياس للتوافق وكانت أهم نتائج الدراسة كالتالي: أنه لا توجد فروق دالة بين المجموعة المتضمنة في الدراسة لكل متغيرات الدراسة فيما عدا عدد مرات التعاطي، وقد بلغت نسبة الامتناع عن التعاطي من خلال المتابعة 31 % عدد المتوقفين، و87% عدد أيام التوقف، وبلغت نسبة التوقف من خلال متابعة 3 شهور تالية 3.30% نسبة التوقف، 77 % عدد أيام التوقف في تلك الفترة. واتضح وجود علاقة دالة إيجابية بين حدة مشكلة التعاطي والتوقف عن التعاطي ( $r = 0.29$  عند  $0.004$ ) والدافعية والتوقف ( $r = 0.19$  عند  $0.06$ ) وحدة مشكلة التعاطي والدافعية ( $r = 0.29$  عند  $0.004$ ) كما توجد علاقة دالة إيجابية بين عدد مرات حضور اجتماعات المدمنين المجهولين وأيام التوقف عن التعاطي، ولا توجد علاقة دالة بين التوقف عن التعاطي ومهارات التوافق، وقد أرجع القائمون بالدراسة تلك النتيجة إلى أن العينة من المراهقين كما اتضح وجود تأثير ضعيف لحضور الاجتماعات على الكفاءة الذاتية.

7-3-8 دراسة لورنس وكأثرين (Lawrence & Catherine, 1997) بعنوان: أثر التدريب على المهارات الاجتماعية في سلوك التعاطي عند الفتيات المراهقات. والتي هدفت على أثر التدريب على المهارات الاجتماعية في سلوك التعاطي عند الفتيات المراهقات. وتمثلت عينتها من (29) فتاة متوسط أعمارهن (16) سنة، وتم إجراء هذه الدراسة في جامعة كاليفورنيا. واستخدمت أداة قائمة الخبرة الشخصية لتقييم مستوى التعاطي التقارير الذاتية والتدريب العلاجي. لجمع البيانات وفق المنهج

التجريبي بتقييم أفراد العينة (5) مرات: قبل التدخل وفي بداية التدخل وخلال التدخل ثم بعد ثلاثة شهور ثم بعد اثني عشر شهراً. وكان من أبرز نتائجها أن مستوى التعاطي بقي كما هو عند المجموعة التي تلقت تدريباً على المهارات الاجتماعية وعند المجموعة التي لم تتلق تدريباً على المهارات الاجتماعية، ووجد الباحثان أن النساء المكسيكيات الأمريكيات أعلى مستوى في التعاطي من النساء الأخريات.

**9-3-7 دراسة هيجينز وآخرون (Higgins et al 1994)** بعنوان: استخدام المنحى السلوكي لعلاج الإدمان على الكوكايين. والتي هدفت إلى إجراء مقارنة بين فعالية العلاج السلوكي متعدد المكونات والإرشاد النفسي للإدمان على المخدرات، وذلك على الأفراد مدمني الكوكايين. وتمثلت عينتها في 38 مدمناً مسجلين في برنامج علاج المرضى المترددين على العيادة الخارجية، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتي العلاج وقد خضعت كل مجموعة للعلاج لمدة 24 أسبوع، حيث تضمنت الفترة 12 أسبوع الأولى فترة علاج أولية، بينما كانت ال 12 أسبوع الثانية فترة لما بعد الرعاية. واستخدمت أداة البرنامج العلاج السلوكي على contingency-management procedures إجراءات الإدارة المشقة بالإضافة إلى الإرشاد النفسي القائم على المدخل ذو 12 خطوة لتأهيل المجتمع. لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي. وكان من أبرز نتائجها وأوضحت نتائج البحث أن العلاج السلوكي متعدد المكونات كان له فاعلية أكبر في استمرار المرضى المترددين على العيادة الخارجية في الحصول على العلاج، كما انه يعتبر عنصراً أساسياً في الإقلاع عن الإدمان.

#### ثانياً: أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة:

- اتفقت الدراسات السابقة من حيث هدف مشترك وهو تقصي أثر وفعالية ودور البرامج العلاجية والإرشادية السلوكية والمعرفية والانفعالية في التعافي والتخلص من التعاطي والاعتماد على المخدرات. مثل دراسة (نصره، 2014) ودراسة (بقال، 2013) ودراسة (العون، 2011) ودراسة (أبو زيد، 2011) ودراسة (الشهري، 2010) ودراسة كونرد وزملائه (Conrd, et al 2000). مع اختلاف الدراسة الحالية مع هذه الدراسات التي تناولت متغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية، إذ تناول بعضها متغيرات مثل الاكتئاب مثل دراسة (الرشيدي، 2019)، ودراسة (الرويلي والشاوي، 2016) دراسة (قواقنة، 2012). ودراسات تناولت متغير القلق منها ودراسة (الخليل، 2015) ودراسة (الصقهان، 2005) ودراسة (الوايلي، 2003) ودراسة (أبو زيد، 2002)، ومتغير الضغوط النفسية

دراسة (فيني، 2006). كما نجد الدراسات الأخرى التي هدفها بناء برامج علاجية معرفية سلوكية وإرشادية ووقائية والتخفيف من أعراض الانتكاسة.

- اتفقت الدراسات السابقة في عينتها حيث تطبيق الدراسة على عينة المراهقين على المخدرات وسوء الاستخدام للمواد. دراسة (العشماوي، 2010) ودراسة (بورنان، 2017) ودراسة (شيهان، 2015) ودراسة (العون، 2011) ودراسة لورنس وكأثرين (Lawrence & Catherine 1997) ودراسة رونساويلي وآخرون (Rounsaville, et la. 2014) ودراسة كيلي وآخرون (Kelly et al., 2000). كما تتفق الدراسة الحالية مع كل الدراسات السابقة في عينة من مدمني المخدرات.

مثل دراسة والدراسة الحالية طبقت على عينة من المراهقين المترددين على المركز الوسيط لعلاج الاعتماد بولاية الشلف.

- من حيث المنهج فقد وظفت أغلب الدراسات السابقة المنهج الشبه التجريبي والتجريبي باستثناء دراسة (العامري، 2000) ودراسة (الفقية، 1996) ودراسة (شيهان، 2015) ودراسة نصره وعبد المجيد (2014) ودراسة بخنوفة (2011) ودراسة وناس أمزيان (2006) ودراسة فينكي وآخرون (Finke et-al, 2002) ودراسة هاسكين (Hsakin, 2012) التي استخدمت المنهج العيادي.

- أما من حيث الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة، استخدمت مجموعة من الأدوات متعلقة بقياس الإدمان والاضطرابات المصاحبة له مثل مقاييس (مقياس الممارسات نحو العقاقير المخدرة والخطرة (لأبو عين، 2008)، مقياس مستوى الرغبة بالتعاطي، مقياس القلق حالة، ومقياس الانزعاج من المخدرات، مقياس سلوك الإدمان، اختبار مكروسكي للخجل، مقياس المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، واستبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات، مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء التقويم الإكلينيكي، مقياس الاعتقادات حول المواد المخدرة، مقياس اعتقادات الرغبة الملحة والاشتياق إلى التعاطي، مقياس التنبؤ بالانتكاسة، ومقياس الانتكاسة متعدد الأبعاد، ومقياس الصحة النفسية لعبد المطلب أمين القريطي، مقياس شدة أعراض لهفة الإدمان، ومقياس اللهفة نحو نوع المخدر، ومقياس اللهفة نحو نشوة المخدر، ومقياس اللهفة نحو الموقف الخيري، مقياس الضغط النفسي للمدمنين، ومقياس المشاكل الاجتماعية المصاحبة، مقياس اختبار الكحول ل (khavari)، ومقياس بيك للاكتئاب، قائمة الخبرة الشخصية لتقييم مستوى التعاطي التقارير الذاتية والتدريب العلاجي)، لجمع البيانات عن الإدمان والانتكاسة، باستثناء الدراسات التي استخدمت أدوات عن المهارات الشخصية وتنميتها (مثل مقياس التوافق، مقياس ماسلوا للطمأنينة الانفعالية،

مقياس الكفاءة الذاتية للامتتاع عن المخدرات، مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس أسلوب التكيف، مقياس للكفاءة الذاتية ومهارات التعامل مع المشكلات، مقياس الرضا عن الحياة، استبيان الصلابة النفسية، ومقياس الرضا عن الحياة، مقياس تقويم ضبط الذات، مقياس مفهوم الذات)، أما المقاييس التي استخدمت في الدراسة الحالية (مقياس الدافعية للإنجاز ومقياس الدافعية للعلاج من الإدمان) تتفق مع دراسة (نصره، 2014) و دراسة (بقال، 2013) ودراسة (العون، 2011) ودراسة (الشهري، 2010) ودراسة (العنزي، 2003)، حيث يظهر النقص الواضح في الدراسات العربية والمحلية أو الأجنبية في قياس الدافعية لدى المدمنين خاصة الموجهة منها للمراهقين، وتعتبر هذه الدراسة الوحيدة وفق علم الطالب ما اطلع عليه من دراسات في تصميم مقياس للدافعية لدى المدمنين المراهقين.

- معظم الدراسات اتفقت على فاعلية استخدام البرامج العلاجية للتخلص من مشاكل التعاطي، وتنمية المهارات والاستراتيجيات التي تساعد على خفض الرغبة في التعاطي والتعديل المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، وعوامل الخطورة المرتبطة بالإدمان، كما تعددت التقنيات والأساليب الإرشادية والعلاجية واستراتيجيات زيادة الدافعية وخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان. ولهذا كان من الأهمية وضع برامج علاجية وإرشادية لفئة المدمنين يتطابق والبيئة المحلية الجزائرية ويكون موجهها لفئة المراهقين لتنمية دافعتهم ورغبتهم في التغيير والعلاج.

- وأسفرت أغلب نتائج الدراسات إلى فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية المعرفية والسلوكية في مساعدة المدمنين في التعافي من التعاطي أثناء القياس القبلي والبعدي والتتبعي.

### ثالثاً: الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية:

من خلال استعراض أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة نشير أن الدراسة الحالية تتفق مع الدراسات السابقة في موضوعها الرئيس وهدفها العام إلا أنها تختلف عنها في عدة جوانب مثل الفجوة العلمية التي تعالجها هذه الدراسة وهي:

- 1- تضمنت هذه الدراسة ربط للمشكلة البحثية بالمتغيرات المعاصرة (الدافعية والامتتاع).
- 2- استخدمت هذه الدراسة مدخلين بحثيين (المدخل الكمي / المدخل الكيفي). وذلك لتكوين فكرة دقيقة عن مشكلة الدراسة.
- 3- اقتصرت هذه الدراسة على عينة واحدة فقط لضمان تشخيص الواقع المجموعة بدقة وتسيير جلسات البرنامج بمرونة وكفاءة.

4- تعددت أدوات هذه الدراسة حيث شملت مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين من إعداد الطالب، وقائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول (بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV) من إعداد لطفي فطيم، وذلك من أجل جمع البيانات بدقة أكبر، المقابلة العيادية الفردية الجماعية، والملاحظة العيادية.

ومن العرض السابق يتضح أن هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لتنمية الدافعية للامتناع من المخدرات وسوء استغلالها لدى المراهقين، فالنقص الحاد بوجود برامج علاجية جماعية لتنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات موجهة لفئة المراهقين خاصة كان دافعا للطالب على سرد هذا النقص بتقديم دراسة لهذه الفئة المهمة في المجتمع لتنمية الدافعية وقد يسهم في بناء تصورات أكثر تفهما وأكثر انفتاحا على الحياة، ونحو المستقبل.

#### رابعاً: أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

ومن المهم في ضوء ذلك تنوعت الأهداف التي سعت الدراسات السابقة إلى تحقيقها بتنوع المراحل الدراسية وأماكن إجرائها، والمنهج المستخدم، وعينة الدراسة، وتنوعت أدوات جمع المعلومات، والأساليب الإحصائية، والبرامج العلاجية، ثم ظهور النتائج، وتفسيرها وصياغة التوصيات والمقترحات بناء عليها وفي هذا السياق تم الاستفادة من الدراسات السابقة في بناء هيكل الدراسة الحالية من خلال ما يلي:

1- بناء الإطار النظري وتحديد فرضيات الدراسة.

2- تحديد التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة.

3- اختيار عينة الدراسة من المراهقين حيث هم الفئة الأكثر استهدافاً للمعاناة من الاعتماد على المواد النفسية. واختيار الذكور بوصفهم أكثر استهدافاً للتعاطي من الإناث. نظراً لانخفاض أعداد المراهقين طالبى العلاج على المراكز التي تقدم الخدمات العلاجية والتأهيلية فإن عدد عينة الدراسة الحالية يعد مناسباً من الناحية الإجرائية والتطبيقية.

4- تحديد محتوى الوحدة التعميمية المختارة للدراسة وإعداد المقياس وفق البرنامج المقترح.

5- اختيار التصميم التجريبي لهذه الدراسة.

6- بناء أداة الدراسة (مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات).

7- اختيار الأساليب والمعالجات الإحصائية المناسبة المستخدمة في اختبار فرضيات الدراسة وتحليل البيانات والنتائج.

8- المساهمة في تفسير نتائج الدراسة الحالية تفسيراً علمياً وموضوعياً.

### 7- فرضيات الدراسة:

1- توجد فروق بين متوسط درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2- توجد فروق بين متوسط درجات المقياس على بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه.

3- توجد فروق بين متوسط درجات المقياس على بعد تنشيط الدافعية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه.

4- توجد فروق بين متوسط درجات المقياس على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه.

5- توجد فروق بين متوسط درجات المقياس على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه.

6- لا توجد فروق بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة المتابعة (شهرين) على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

# الفصل الثاني

## المخدرات لدى المراهقين

- 1- التعريف
- 2- بعض المصطلحات المتعلقة بالمخدرات
- 3- معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على المخدرات
- 4- الاضطرابات المحدثة بالمادة
- 5- خصائص إعتقاد المخدرات
- 6- أنواع المخدرات
- 7- النظريات المفسرة للاعتماد على المخدرات
- 8- أسباب الاعتماد على المخدرات
- 9- أشكال اعتماد المواد المخدرة
- 10- الوقاية والعلاج
- 11- واقع المخدرات في وسط المراهقين الجزائري



تعد مشكلة المخدرات ونقشيتها بشكل كبير عند فئة المراهقين من أهم الاضطرابات السلوكية التي تدمج عوامل متعددة نفسية دافعية تؤثر على الحالة النفسية للفرد خاصة والمجتمع عامة، ويشكل لجوء المراهق لسلوك التعاطي عاملاً أساسياً في فهم الدوافع التي تقف خلف هذا السلوك، وبالتالي أحد الدوافع النوعية وراء انتشار ظاهرة المخدرات وسط المراهقين.

وفي هذا الفصل سأعرض بكثير من التفصيل إلى أهم التعاريف الخاصة بالمخدرات والإدمان عليها، ومعايير تشخيصها وتصنيفها، وكذلك التطرق إلى أهم النظريات المفسرة لاضطراب الاعتماد على المخدرات لدى المراهقين وأسباب التعاطي لدى المراهق وأشكالها وشم الوقاية والعلاج منه، ثم التعريف بواقع المخدرات بالجزائر لدى المراهقين.

### 1. مدخل تعريفي:

تستعمل تعابير: "تبعية"، "إدمان"، "ارتباط"، أحياناً للدلالة على نفس الفكرة على الرغم أنها تفيد معاني مختلفة.

بين 1920 و 1944 اقترح أكثر من 24 تعريفاً مختلفاً يتعلق بتعبير إدمان المخدرات وظل الأمر كذلك إلى غاية 1950 عندما اقترحت منظمة العالمية للصحة O.M.S أهم المميزات المتعلقة بالإدمان:

- رغبة لا تقاوم للاستهلاك.
- ميل إلى مضاعفة الكميات.
- تبعية نفسانية وجسدية.
- تأثيرات مضرّة بالفرد والمجتمع.

بعد ذلك في سنة 1967، فرقت منظمة العالمية للصحة بين التبعية (التعاطي المنظم لمادة تولد الرغبة في تكرار السلوك دون الميل لمضاعفة الكمية، والذي يؤدي إلى نوع من التبعية النفسانية ودون تناذر الفطام، إذ يفرض التعود تأثيرات ضارة على المستهلك) وما بين التبعية أو الإدمان للأدوية (وجود تساهل، تبعية جسمانية ونفسانية تناذر الفطام). (حداد، 2008، ص 35)

في تلك الأثناء كان الجدل قد أثير من جديد حول مدى دقة التفرقة بين الاعتیاد والإدمان، ومرة أخرى احتل هذا الموضوع اهتمام لجان الخبراء في منظمة الصحة العالمية، واستقر الأمر أخيراً

داخل هذه اللجان المتخصصة على ضرورة التخلي عن المصطلحين الاعتياد والإدمان بإحلال مصطلح جديد يقوم مقام الاثنتين معا، هو مصطلح الاعتماد، على أن يجمع بين العناصر الأساسية التي تمثل المقام المشترك بين الإدمان والاعتماد، وفي الوقت نفسه يتحاشى نقاط التعارض بين المصطلحين واشترط الخبراء لكي يكون استخدام مصطلح الاعتماد دقيقا أن يقرن دائما باسم المادة المؤثرة في الأعصاب كالاعتماد الكحولي. (صفوت، 2005، ص 12)

من خلال هذا يمكننا طرح التعاريف التالية:

- **عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) :** الإدمان بأنه: حالة تسمم مزمن أو مؤقت نتيجة استهلاك متكرر لمخدر طبيعي أو صناعي من صفاته أنه رغبة لا يستطيع التحكم فيها، وكذلك الرغبة في الاستمرار فيها، وأخذها مهما كانت الأسباب وكذلك العمل على رفع كميات الجرعات وخلق تبعية نفسية وجسدية ونتائج على الفرد والمجتمع. (Bergeret, 1988, p. 182)

- **تعريف هنري آي (Henri Ey):** الإدمان حالة شاذة في النكوص إلى شكل بدائي للبحث عن اللذة المطلقة، كما هي في صورتها الأولية عند الرضيع وبعد حصول المدمن على هذه اللذة ثم انقضاء مدتها تعقبها مباشرة حالة من المعاناة الشديدة والتعب، الأمر الذي يدفع هذا الأخير إلى البحث من جديد عن الإشباع مرة أخرى". (Henr & Ch, 1998, p. 395)

- أما تعريف الإدمان بشكل عام، بحسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV- TR, 2000, p 50) فهو "نمط غير قادر على التأقلم، من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض التي تحدث في أي وقت في فترة 12 شهرا الماضية، والمتمثلة في: زيادة كميات المواد التي تحقق التسمم أو التأثير المطلوب بشكل ملحوظ، واستمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة، ووجود رغبة مستمرة، أو جهود غير ناجحة، لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات، وأنه في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم، مع رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات".

- وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM -5, 2013) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM /5، إلى مفهوم الإدمان تحت مسمى ( اضطراب سوء استعمال المواد ) وعرفته بأنه

"مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسولوجية تشير إلى أن الفرد يواصل استخدام المادة على الرغم من المشكلات الخطيرة المرتبطة بتعاطي المادة والحنين -أو الاشتياق -إليها". (p 483) - تعريف فرنسيس كرتات (Curtet): إن المادة المخدرة الشرعية أو الغير الشرعية لا تخلق الإدمان، فهو خليط ما بين رغبة الهروب والإفراط" ويقدم تفصيلاً لتعريفه من خلال الخصائص التي تجعل الشخص مدمناً منها:

- الحافز: يخلق الإدمان بمعنى أنه يدفع بنا لأخذ المخدر.
  - رغبة الهروب: هذا ناتج عن المشاكل اليومية والمشاكل الاجتماعية وعلائقية الأصل.
  - الإفراط (Démeseure): في استعمال المخدر بحيث أنه عند أخذ الجرعة تعطي إحساس بالراحة وبهذا تكرر في أسرع وقت وبجرعات أكبر وبدون حدود. (Curtet F, 1996, p 4)
  - ويعتبر الإدمان حالة تعلق أو اعتماد شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في كيميائية الجسم حيث يعتادها الجسم ولا يعود قادراً على الاستغناء عنها. ونجد أن حدوث الإدمان يحتاج إلى توفر عوامل ثلاثة:
  - توفر المادة المدمنة: ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان باختلاف المادة المستخدمة.
  - الشخص المدمن: شخصية قابلة للاعتمادية أو لظروف خارجية خاصة يخضع لها.
  - الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية. (الجوير، 1996، ص 491)
- كما ظهرت مؤخراً مفاهيم للإدمان ترتبط بغير المخدرات، كإدمان التدخين وإدمان المسكنات وإدمان الإنترنت وإدمان السفر وإدمان القراءة والكتاب، وأجريت عدد من الدراسات على هذه الأنواع من الإدمان إلا أن موضوع إدمان المخدرات ظل هو أهم تلك الأنواع وأشدّها خطورة على الفرد والمجتمع الإنساني.

## 2- مصطلحات متعلقة بالمخدرات:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من أكثر الظواهر النفسية الاجتماعية التي تعتمد على عدة مفاهيم، مثل: الإدمان Addiction، إساءة استخدام العقاقير Abuse Drug، الاستخدام الغير طبي use Non médical، الاستخدام الخاطيء Drug mésuse، الاعتماد Dépendance، الاعتياد Habituation، هوس التسمم Toxicomanie، أو الاعتماد على العقاقير Pharmacodépendance.

1-2 الاعتماد Dépendance: إن مصطلح الاعتماد (Pharmacodépendance) قد استبدل بمصطلح الإدمان (Toxicomanie) لتفسير كل حالة نفسية وعضوية ناتجة لاستهلاك دوري أو مزمن لمخدر طبيعي أو اصطناعي. هذه الحالة تكون مصحوبة بسلوكيات تتميز برغبة إلزامية واضطهاد (Tyranique) لتعاطي المخدر الخاص أو الإحساس بآثارها النفسية. (Kacha, F. 1996, p 276) ويتمثل الاعتماد على المواد المخدرة في:

- الاعتماد الجسدي (Dépendance physique): ونقصد بها "حالة تكيفيه تظهر على شكل اضطرابات جسمية حادة عندما ينقطع الشخص عن تعاطي المخدر بشكل نهائي أو مؤقت وهذه الاضطرابات تشكل ما يسمى بتناذر الامتناع (syndrome d'abstinence) وهي تلخص في أبسط حالاتها في ما يلي: دموع العيين، رشح في الأنف، العرق الشديد، بالإضافة إلى أعراض أخرى معظمها أعراض جسدية. (العفيفي، 1986، ص 30)

- الاعتماد الجسدي يترجم في مجموعة الأعراض المكونة لمتلازمة تناذر الامتناع؛ تدل على التكيف الفسيولوجي الجسدي مع المكونات الكيميائية للمواد المخدرة والتخلي عنها أو تركها يعني بداية ترشيح تلك المكونات الكيميائية من الجهاز العصبي، بعدما أصبحت تركيبية أساسية لا يمكن الاستغناء عنها، وعليه يحدث الجسد ردود فعل متمثلة في أعراض جسدية مختلفة كدلالة الحاجة للمواد المدمن عليها. ولا تنحصر التبعية الجسدية على الامتناع فقط بل ترتبط بالتعاطي أيضا، خاصة عند زيادة أو التقليل من الكمية أو جرعة المادة المدمن عليها فالجسد يستجيب لهذا التغير في الكمية، إذن يمكن اعتبار التبعية الجسدية من المؤشرات الدالة على السلوك لإدماني للمخدرات.

- الاعتماد النفسي (Dépendance psychique): غالبا ما تكون التبعية الجسدية مصحوبة بتبعية نفسية، ولكن قد تحدث تبعية نفسية بدون أن تكون مصحوبة بتبعية جسمية؛ فعند الانسحاب أو التخلي تظهر عوارض القلق والانعزاج، والكآبة إلى جانب اشتهاؤ نفسي شديد، التوتر والخوف، وهذه الاستجابات تختلف من شخص لأخر ومن مخدر لأخر.

وهنا نعني (الحالة المزاجية) الخاصة بالمدميين والتي تعتبر كمؤشر للاستجابة النفسية على إدمان المخدرات، قد تكون الحالة المزاجية كاستجابة للحالة الجسدية التي يعاني منها المدمن، بمعنى تأثر الجانب النفسي بالانهيار الجسدي وهذا يكون في غالب الأحيان، غير أن الانهيار النفسي والدخول في

الحالة المزاجية ألسوية الناتجة عن فقدان المادة المعتمد عليها، لا يحدث أثر على الجانب الجسدي بالمعنى والمظهر الذي نجده في متلازمة الامتناع، فقد تكون كأعراض تمثل الحالة المزاجية المسقطه على الجسد مثل؛ الوهن العضلي للاكتئاب كحالة مزاجية ناتجة عن انقطاع الاعتماد على المخدرات. (موصدق وبوطغان، 2018)

**2-2 الإدمان Addiction** : يتصف بأعراض متعددة؛ التحمل، والانسحاب، واستخدام المواد بشكل يزيد عن المقصود، والفشل في محاولات التوقف بشكل يزيد عن المستهدف، مع محاولات التوقف، وتقادم المشكلات الجسمية أو النفسية باستخدام المواد، والتعرض لمشكلات في العمل أو مع الأصدقاء. ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس تم وضع خمس أو ست فئات تشخيصية لوصف اضطراب استخدام المواد الخطيرة. (جوهسون، شغيل وآخرون، 2016، ص565)

**2-3 المخدر Droque** : يعرف المخدر بأنه: "مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساساته، وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذي على البيئة والمجتمع.

كما تعرف المخدرات بأنها: "عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات وتؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الإدمان وتضر بالإنسان صحيا واجتماعيا وينتج عن ذلك أضرار اجتماعية واقتصادية للفرد والمجتمع، ويحذر استعمالها الشرائع السماوية والاتفاقيات الدولية، والقوانين المحلية. (رشاد، 1992، ص 41)

أما بالنسبة للأطباء فيعرف "كل عقار نفسي (Psychotrope) هو في الحقيقة مخدر فعال حتى وإن كانت هذه المواد لا تملك نفس القدرة على خلق التعود عند المتعاطي". (Hanriette, 1997)

**2-4 تعاطي المخدرات L'abus de drogues**: التعاطي في اللغة تناول ما لا يجوز تناوله. ويقصد به تناول أي عقار لغير الغرض الطبي وبغير وصفة طبية، وقد يكون التعاطي بشكل مستمر أو بشكل متقطع، وكذلك قد يتعاطى شخص مادة مخدرة واحدة أو أكثر من مادة في نفس الوقت، وإذا ترك المخدر تأثير المتعاطي من جراء تركه ولكن لا يصل إلى مرحلة الاعتماد والإدمان على المخدر، كما أن التعاطي قد يحدث اختلالا في بعض الوظائف الحياتية للمتعاطي. (الباز، 1999)

2-5 سوء استخدام العقار: تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وفقا للكاتب التشخيصي سوء استخدام المخدر بأنه نمط غير متكيف أو نمط غير توافقي من استعمال المادة يتميز بالخصائص التالية:

- تناول المستمر للمادة على الرغم من معرفة الفرد بالمشاكل النفسية والاجتماعية والمهنية والجسمية التي تنشأ من استخدام هذه المادة.
- تكرار استخدام المادة في المواقف التي يحتمل فيها حدوث مخاطر بدنية كالقيادة.
- استمرار بعض أعراض الانسحاب المزعجة لمدة شهر على الأقل أو تكرار ظهورها على مدى فترة زمنية طويلة.
- لا تتطابق هذه الخصائص مع حالة التبعية للمخدرات. (الدرمداش، 1982، ص 19)

#### 2-6 التعود Habituation : من خصائصه:

- 1- الرغبة في استمرار تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة.
- 2 - عدم زيادة الجرعة.
- 3 - تكون قدر معين من الاعتماد النفسي وعدم حدوث الاعتماد العضوي.
- 4 - أضرار العقار تنعكس على المتعاطي فقط ولا تمتد إلى المجتمع.

2-7 التحمل Tolérance: هو حالة من التكيف الخلوي تتطلب زيادة المتعاطي لكمية المادة بشكل متزايد لإحداث نفس الدرجة من التأثير التي يحصل عليها بمقادير اقل سابقا. (منظمة الصحة العالمية، 2001، ص 35)

إن التحمل هو السرعة التي يتوقف بها الجسم مع هذه التغيرات الناشئة عن تناول العقار أي العودة إلى الاتزان، وفي معظم الأحوال فإن الجسم يتواءم مع هذه العقاقير بحيث تقل الاستجابة للجرعة الأصلية، وعليه فإن زيادة الجرعة هي الحل للحصول على تأثير جرعة بداية التعاطي. (عسكر، 2005، ص 64)

2-8 زملة الامتناع (الانسحاب- التوقف عن التعاطي) Abstinence syndrome: وتسمى أيضا متلازمة الحرمان أو الإقلاع، وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن، وخطرة العواقب لدرجة أنها تسبب الوفاة أحيانا، وهي ترتبط بنوع العقار الذي أدمن عليه الفرد، ومدة الإدمان. وبشكل عام تظهر

هذه العواقب إذا توقف المدمن بشكل مفاجئ أو تدريجي عن تعاطي المادة بسبب العلاج أو بسبب عدم توفر المادة أو نقصها، وهذه الأعراض مثل (الرجفان، والرعدة، التعرق، الدوخة، خفقان القلب الأرق، فقدان الشهية، انخفاض الضغط، آلام في الصدر، احمرار في الوجه، صداع ارتفاع درجة الحرارة، غثيان وتقيؤ، تشنجات، تشوش عقلي، اضطراب في الذاكرة. (الحراشة، 2012، ص 19)

انطلاقاً من مختلف هذه التعريفات يمكن اقتراح التعريف التالي بان المخدرات هي: كل مادة طبيعية أو مصنعة تحتوي على مواد منبهة أو منشطة أو مهلوسة تؤثر على الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف الجسم ككل، وقد تتفاوت هذه المواد من حيث قدرتها على إحداث التبعية ولكنها تحدث تعود مما يضر بالفرد جسدياً ونفسياً واجتماعياً.

### 3- معايير تشخيص وتصنيف الاعتماد على المخدرات

**3-1 معايير التشخيص:** إن متطلبات البحث الوبائي والعيادي والعلاجي تفرض معايير مقبولة دولياً وتتيح مقارنة الدراسات المتعلقة بالاضطرابات المرتبطة باستعمال المخدرات.

فمن بين المعايير المستخدمة في تشخيص الإدمان نجد:

**3-1-1 معايير المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية وفق منظمة الصحة العالمية CIM/10**، الأعراض التالية بوصفها الدلائل التشخيصية اللازمة للإدمان، حيث لا يقرر التشخيص المؤكد للاعتماد إلا إذا شعر المريض أو أبدى ثلاثة أو أكثر من الظواهر التالية، في أي وقت خلال السنة الماضية:

- (أ) رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار إلى تعاطي المادة نفسانية التأثير.
- (ب) صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير، سواء من حيث الشروع فيه أو الانصراف عنه أو مستويات التعاطي.
- (ج) حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية عند وقف استعمال المادة نفسانية التأثير أو إنقاص كميتها، كما يتضح في متلازمة الامتناع عن تعاطي المادة نفسانية التأثير أو تعاطي نفس المادة (أو مادة مماثلة) بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.
- (د) دليل على بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كما تستعمل جرعات كبيرة من المادة نفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها جرعات أقل قبل ذلك.

(هـ) الانصراف بدرجة متزايدة عن وسائل المتعة أو الاهتمامات البديلة بسبب تعاطي المادة نفسانية التأثير، أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها أو تعاطيها، أو الشفاء من آثار تعاطيها.

(و) الإصرار على تعاطي المادة نفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة. كالإضرار بالكبد بسبب الإفراط في الشرب، أو كحالات المزاج الاكتئابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في مواد نفسانية التأثير، أو الخلل في الوظائف المعرفية يتعلق بتعاطي العقار. ويجب بذل المجهود لتحديد ما إذا كان المتعاطي يدرك بالفعل أو يمكن توقع أنه يدرك طبيعة ومدى هذا الضرر. (منظمة الصحة العالمية، 1999، ص 83)

3-1-2 معايير تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض

العقلية النسخة الرابعة عن رابطة الطب النفسي الأمريكية مراجعة DSM/IV-TR

- اضطرابات استخدام المواد Substance Use Disorders

أولاً: الاعتماد على مادة Substance Dependence

نمط من سوء التكيف في استخدام مادة، يؤدي إلى اختلال أو ضائقة بارزة سريرياً، كما يتظاهر بوجود ثلاثة (أو أكثر) من التالي، وهو يحدث في أي وقت في فترة 12 شهراً متواصلة:

(1) التحمل، كما يحدّد بواحد مما يلي:

(a) حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ تأثير سمي أو مرغوب.

(b) تأثير متضائل بصورة واضحة مع الاستخدام المتواصل لنفس المقدار من المادة.

(2) الامتناع، كما يتظاهر بواحد مما يلي:

(a) متلازمة الامتناع المميزة لمادة (راجع المعيارين A و B من المعايير الموضوعية للامتناع عن

مواد نوعية).

(b) تناول نفس المادة (أو مادة قريبة الصلة منها) لتخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.

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

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

(5) يبذل كثير من الوقت في نشاطات اضطرابية للحصول على المادة (مثل زيارة العديد من الأطباء

أو السياقة لمسافات طويلة)، أو في استخدام المادة (مثل التدخين بلا انقطاع)، أو في الإقلال من

تأثيراتها.



- (6) تُهَجَّر أو تُخَفَّض النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية بسبب استخدام المادة.
- (7) يتواصل استخدام المادة رغم العلم بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستديمة أو معاودة، وهي مشكلة يُرَجَّح أن المادة سببها أو فاقمتها (مثل استخدام حالي للكوكائين رغم العلم بأنه يسبب اكتئاباً محدثاً بالكوكائين، أو الشرب المتواصل رغم المعرفة بأن القرحة تزداد سوءاً بتناول الكحول).
- حدِّد إذا كان:

- مع اعتماد فيزيولوجي: دلائل على وجود التحمُّل أو الامتناع (أي وجود إما البند 1 أو البند 2).
- مع اعتماد نفسي: لا دلائل على وجود التحمُّل أو الامتناع (أي لا وجود للبند 1 أو البند 2).

محدِّدات السير (انظر النص من أجل التعريفات):

هدأة تامة باكرة      هدأة جزئية باكرة

هدأة تامة مستقرة      هدأة جزئية مستقرة

على معالجة شاذة an Agonist Therapy في بيئة مضبوطة

محدِّدات السير (التطور) Course Specifics

#### ثانياً: سوء استخدام المادة Substance Abuse

A- نمط من سوء التكيف في استخدام مادة يقود إلى اختلال أو ضائقة مهمة سريرياً، كما يتظاهر بواحد (أو أكثر) من التالي، يحدث ضمن فترة 12 شهراً:

(1) استخدام معاود لمادة ينشأ عنه إخفاق في الإيفاء بالالتزامات الأساسية في العمل أو المدرسة أو المنزل (مثال، الغياب المتكرر أو الأداء الضعيف في العمل والمتصل باستخدام المادة، الغيابات المتصلة بالمادة، التوقفات أو التعطيل أو الطرد من المدرسة؛ أو إهمال الأطفال أو البيت).

(2) الاستخدام المعاود للمادة في أوضاع تسبب خطورة جسدية (مثل، قيادة سيارة أو العمل على آلة والمرء في حالة اختلال من جراء استخدام المادة).

(3) مشكلات قانونية معاودة بسبب استخدام المادة (مثل، التوقيفات بسبب مسلك مضطرب ذي صلة بالمادة).

(4) الاستخدام المستمر للمادة رغم المشكلات الاجتماعية أو الشخصية المستديمة أو المعاودة والتي تُحدِّث أو تُعاقم بسبب تأثيرات المادة (مثل المجادلات مع الشريك حول عقاير الانسمام، والمشاجرات الجسدية).

B- الأعراض لم تستوفِ معايير الاعتماد على مادة بالنسبة لهذا الصنف من المواد. (الجوير، 1996) (حسون، 2004، ص ص 49-51)

### 3-1-3 معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM/5) للاضطراب استخدام المادة:

نمط مشكلات الاستخدام التي تسبب خللاً وظيفياً، لا بد من عاملين أو أكثر خلال سنة:

- الفشل في الوفاء بالالتزامات.
- تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية.
- تكرار مشكلات العلاقات.
- الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام.
- التحمل.
- الانسحاب.
- تناول المادة لمدة أطول أو بكمية أكبر من المعتاد.
- عدم فعالية محاولات التقليل أو التحكم في الاستخدام.
- إهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.
- التوقف أو التقليل من ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية أو التقليل منها.
- اللهفة أو الرغبة القوية craving في استخدام المواد.

وبعد استعراض التراث البحثي في إعداد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (5) نجد أن هناك عدة مشكلات في تصنيف هاتين الفئتين. أولاً: انخفاض ثبات فئة سوء استخدام المواد انظر الفصل الثالث حول أهمية ثبات الفئات التشخيصية يصلوا إلى مرحلة الاعتماد أو الإدمان. ثالثاً: أشارت تحليلات الدليل التشخيصي والإحصائي أنها تقدم فئة واحدة فقط وليس اثنتين. لهذا نجد أن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس قد دمج الفئتين في فئة اضطراب استخدام المواد substance use disorder وتظهر هذه الفروق بين الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (5).

فكل من الدليلين الرابع المعدل والخامس يحتوى على فئات تشخيصية فرعية، تشمل الكحول alcohol، الامفيتامينات amphetamine، القنب cannabis، الكوكايين cocaine، المهلوسات

hallucinogènes ، المستنشقات inhalant ، الأفيونيات opioïdes ، فينسيكليدين hencyclidine ، المهدئات /sédatives ، المنومات/hypnotiques ، مزيلات القلق/anxiolytiques ، تبغ Tobacco. (جوهامسون، شيجل وآخرون: ص ص 564-565)

### 3-2 أهم تصنيفات المخدرات:

حسب الإحصائيات لسنة 1987، فإن المواد المخدرة يفوق عددها 500 مركب، تتصف جميعها بتأثيرها على المتعاطي والمدمن، وتؤدي إلى مشاكل (صحي).

### 3-2-1 تصنيف المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

- مخدرات الطبيعية Drogues Naturelles: تنتج من نباتات طبيعية مباشرة مثل: الحشيش، والقات، والأفيون، والقنب...
- مخدرات مصنعة Drogues Synthétiser: تستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن تتعرض لعمليات كيميائية تحولها إلى صورة أخرى مثل: المورفين، الهيروين، كوكاين.
- مخدرات مركبة وتصنع من عناصر كيميائية ومركبات أخرى ولها التأثير نفسه، مثل بقية المواد المخدرة المسكنة والمنومة والمهلوسة.

### 3-2-2 تصنيف المخدرات حسب لون المخدر، وقد قسمت المخدرات إلى:

- مخدرات بيضاء: ويشمل على المورفين، الهيروين، الكوكاين.
  - مخدرات سوداء: ويشمل على الحشيش، الأفيون ومشتقاته.
- إلا أن هذا التقسيم غير دقيق، إذ أن لون المخدرات يتأثر بدرجة نقائها ومناطق إنتاجها، وطرق حفظها. (رشاد، 1992، ص 39)

### 4- الاضطرابات المحدثة بمادة Substance-Induced Disorders

#### - الانسمام بمادة Substance Intoxication

- A- تطور متلازمة نوعية للمادة عكوسة ناجمة عن هضم حديث لمادة (أو التعرض لها). ملاحظة: قد تُحدث مواد مختلفة متلازمات متشابهة أو متطابقة.

- B- تغيّرات سلوكية سيئة التكيف أو نفسية مهمة سريرياً ناجمة عن تأثير المادة على الجهاز العصبي المركزي (مثل، حب القتال، تقلقل مزاج، اختلال استعرافي، محاكمة مختلة، اختلال في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي) وهي تتطور أثناء استخدام المادة أو بعد فترة قصيرة من استخدامها.
- C- لا تتجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعّللها اضطراب عقلي آخر.

#### - الامتناع عن مادة Substance Withdrawal

- A- تطور متلازمة نوعية للمادة ناجمة عن إيقاف (أو إنقاص) استخدام المادة الذي كان كبيراً وطويلاً.
- B- تسبب المتلازمة النوعية للمادة ضائقة أو اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو مجالات أخرى هامة.
- C- لا تتجم الأعراض عن حالة طبية عامة ولا يعّللها اضطراب عقلي آخر. (American Psychiatric Association, 1994)

#### 5 - خصائص الاعتماد على المواد:

- قام روجوفين (Rogovin, 2016)، من خلال اطلاعه على الأبحاث والدراسات السابقة، بجمع الخصائص التي يتسم بها مدمنو المخدرات والمؤثرات النفسية، كما يلي:
1. الاستخدام بهدف النشوة والمتعة، والهدوء النفسي، مع تزايد متدرج في كمية المادة الإدمانية.
  2. انفعالات مفاجئة لا تتناسب الموقف، مع عدم المبالاة بما يحدث نتيجة هذا الانفعال (تظهر بوضوح في المراحل المتقدمة من التعاطي).
  3. ضعف العضلات الجسمية، وسرعة الإرهاق عند بذل أقل جهد بدني.
  4. إهمال النظافة الشخصية، وإهمال المهام الأسرية والاجتماعية والمهنية.
  5. الرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي، والحصول على مادة الإدمان بأي وسيلة.
  6. زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعوّد الجسم مادة الإدمان.
  7. فقدان الشهية، وشحوب الوجه، وصدور رائحة كريهة من الجسم.
  8. كثرة الغياب عن الجامعة أو العمل وضعف الإنتاج المهني.
  9. الابتعاد عن المناسبات العائلية والاجتماعية، والإقبال على المتعاطين والمدمنين الآخرين.
  10. الانطواء والانعزال النفسي والاجتماعي تدريجياً.

11. الوقوع في أزمات مالية، إضافة إلى استخدام الكذب والاحتيال، للحصول على المادة المتعاطاة وقد يصل الأمر إلى السرقة.

12. زيادة في خفقان القلب، مع ضيق في النفس، والإسهال، وكثرة الأرق عند الانقطاع عن المادة الإدمانية.

## 6- أنواع المخدرات:

وضعت الأمم المتحدة بمقتضى معاهدة عام 1961 قائمة تحوي 100 نوع من المخدرات تخضع للمراقبة الدولية 70 منها مخدرات مصنعة، رغم ذلك فإننا نعيش مرحلة من الفوضى حيث كثرت أنواع المخدرات إلى درجة أنه يصعب وضع قائمة نهائية لها، نتيجة الانتشار غير الشرعي للمخابر، وترجع هذه الفوضى بالدرجة الأولى إلى تفكيك الكثير من شبكات التهريب والترويج إلى جانب إخضاع الكثير من المخدرات للمراقبة الدولية، مما أدى إلى التوجه إلى المخدرات المصنعة وخاصة الأدوية النفسية (Psychotropes) والتي لا تخضع للمراقبة الدولية، سنحاول في هذا العنصر أن نسلط الضوء على أهم أنواع المخدرات.

وهناك أنواع عديدة من المخدرات الطبيعية منها والمصنعة منها:

### 6-1 المخدرات الطبيعية

وهي نباتات تحتوي أوراقها وثمارها وأزهارها على المادة المخدرة، الحشيش، القات، الكوكايين والأفيون. ومن أمثلة هذه النباتات:

- **الحشيش:** إن الحشيش Cannabis Saliva هي خلاصة تقطيع وتجفيف الأوراق النهائية، إلى جانب غصن النبتة. التي يتم لفها على شكل سيجارة وتدخن. وله أسماء أخرى كثيرة الماريجوانا (الحشيش المجفف) والبانجو أوراقه تحتوي على نسبة قليلة من المادة الفعالة)، الكيف، الغانجا، وزيت الحشيش التي تتخذ شكل سائل غير قابل للذوبان في الماء.

إن التعاطي المتكرر لمادة الحشيش يؤدي إلى التبعية النفسية ولا يؤدي إلى التبعية الجسمية ولكن سجلت بعض أعراض الانقطاع مثل: القلق المصحوب ببعض الاضطرابات الفيزيولوجية مثل الارتعاش، التعرق والغثيان واضطرابات في الأكل والنوم خاصة عند تعاطي جرعات كبيرة ( ولكن هذه الأعراض ليس لها دلالة عيادية) من المميزات المهمة عند التسمم بالحشيش ظهور بعض التغيرات السلوكية والانفعالية، اللاتكيفية ذات دلالة عيادية والتي تتطور أثناء أو بعد تعاطي المخدرات، وتتوقف

أهمية هذه الأعراض على مقدار الجرعة طريقة التعاطي والخصائص الشخصية". (العيداني، 2011، صفحة 104)

- **القات:** يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى المادة قات نوريسودوايفيدرين أو كاتين، حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات، وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه لا يشعر بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكنتاب وهذه تسمى أعراض الانسحاب. (دردار، 2000، ص 61)

#### 6-2 المخدرات غير الطبيعية (المصنعة)

- **مجموعة البنزوديازيبين (المهدئات والمنومات ومزيلات التوتر):** هي من بين مثبطات الجهاز العصبي المركزي مثل الرهنبول، ومزيلات التوتر مثل لكسوتانيل، فالجرعات الصغيرة تستخدم كمهدئات ومطمئئات والجرعات البسيطة كمزيلة للتوتر، أما العالية فتستخدم كمنومات من خلال تأثيرها على بعض الموصلات العصبية في المخ، وقد حلت محل الباربيتورات في علاج القلق والتوتر، وكمهدئات لعلاج حالات التشنج ونوبات الصرع، وأول دواء استخدم كان ليبريوم ثم الفاليوم، أما الآن فظهرت عناصر جديدة مثل: الزاناكس، الأوتيفان. (مصباح، 2004، ص 33)

ومن أعراض التعاطي لهذه المجموعة من المواد، يبدأ الشخص بالإدمان على المهدئات والاعتماد عليها بعد شهر واحد تقريبا، تصبح ضرورية له ولا يستطيع الاستغناء عنها فيحدث له كسلا وخمولا وقلقا وخوفا من أي شيء لدرجة الهلع والرعب من أنفه الأشياء فيتغير سلوكه الشخصي المعروف سابقا وترتعش أطرافه، وتضطرب مشيته ويتلعثم كلامه. (دردار، 2000، ص 69)

- **مجموعة الباربيتورات:** تنتمي إلى المواد التي تثبط الجهاز العصبي تستخدم كمنومات أو مهدئات لعلاج حالات الأرق والتشنجات وكمخدر قصير المدى. وقد تفوقت عليها مجموعة البنزوديازيبين لتأثيرها الأفضل ومضاعفات جانبية اقل، ومنها أموباربيتال (أميتال)، سيكوباربيتال (سيكونال)،... تسوق على شكل أقراص، مفعولها من 8 إلى 10 ساعات. (مصباح، 2004، ص 35)

تظهر على المدمن من الجانب النفسي ميول عدوانية، وفي حالة الإقلال من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف ويشعر ببطء التفكير والنسيان والخلط وضعف التركيز، كما أنه يعاني من تقلب انفعالاته وسرعة الإثارة ويهمل عمله، تتدهور علاقاته مع الناس وتضطرب حالته المادية وحياته الأسرية. من المعروف أن مدمني المنومات كثيرا ما يصابون بالاكتئاب ويحاولون الانتحار، أما من الجانب الجسمي تظهر على المدمن البطء في الحركة والترنح والدوخة، ورعشة في اليدين وارتفاع درجة الحرارة، سرعة النبض، الإمساك، ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والارتعاش، الضعف الجنسي عند الذكور واضطراب العادة الشهرية عند الإناث. (فرغلي، 1997، ص 45)

المدمن على هذا النوع من المواد تكون لديه التعبية الجسدية والنفسية للمخدر، ويكون قد مر بعدة أزمات نفسية، ولهذا الفطام صعب ويتطلب الكثير من الوقت.

#### - مجموعة المنشطات أو المنبهات:

تعمل تنشيط عملية التنفس وتنظيمها، تنشيط وتقوية القلب، تنبيه الجهاز العصبي، وتستعمل لزيادة اليقظة وتقادي النوم، مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية.

- **الأمفيتامينات:** هي عبارة عن حبوب أو حقن يجرى امتصاصها بسرعة عند دخولها إلى الجسم وتقرز الكليتان جزء كبير منها دون أن يطرأ أي تغير عليها لذا يعثر عليها في البول.

تشير الكثير من التقارير إلى أن تعاطي الأمفيتامينات يكون مصحوبا بظهور نزعات عدوانية، فهناك تقارير متعددة تشير إلى أن تعاطي الأمفيتامينات بجرعات كبيرة نسبيا يترتب عليه ظهور أفكار ومشاعر اضطهادية قد تأخذ شكل ضلالات مبتورة، كما قد تصحبها اندفاعات عدوانية تصل إلى مستوى القتل أحيانا. (سوييف، 1996، ص 47)

- **المهلوسات:** هي عقاقير تسبب الهلوسة، قد تكون موجودة في نباتات طبيعية كالفطور، أو مصنعة في المختبرات أهمها نذكر:

**البسيلوسيبين Psilocypine:** يسمى الفطر المكسيكي، يحتوي على مواد مهلوسة أهمها البسيلوسيبين والبسيلوسين، يستمر مفعول الجرعة حوالي 8 ساعات، يتبع بعد ذلك اكتئاب، وإذا تناول الفرد جرعات زائدة من السائل أو المسحوق المستخرج من الفطر قد يصاب بحالة من التسمم.

**الميسكالين Mescaline:** مادة مهلوسة، تحضر على شكل مسحوق ذو لون بني كما يمكن تصنيعه بلون ابيض، يسوق على شكل حبوب، تكفي كمية 500 غ لحدوث أعراض الهلوسة، يبدأ تأثيره بعد 2-3 ساعة، يستمر مفعول الجرعة حتى 12 ساعة.

**L.S.D:** هو حمض ليسرجيك دي اثيل أميد، تبدأ آثاره بعد حوالي ساعة وتبلغ القمة بعد من 2-4 ساعة من التعاطي، ثم يبدأ التأثير في الزوال خلال مدة تتراوح ما بين 6-8 ساعات من التعاطي. (مصباح، 2004، ص 56)

- **المستنشقات:** هي مجموعة من المواد الصناعية تتطاير ذراتها إذا ما تركت معرضة للهواء، لذا يحفظ دائماً في أواني مغلقة، قد يساء استخدامها مما يحدث حالة اعتماد أو ادمان عليها، ويكون ذلك باستنشاقها، تشمل هذه الفئة على كل المواد التي يتم تعاطيها عن طريق استنشاق الهيدروكربورات الموجودة في:

أ- **الصمغ أو الغراء Colles:** من مشتقاته: أسيتات Acétate، أسيتات إتي Acétate ethy، ميتي إيتي أسيتون Methy ethy Acétone، هيكسان Hexane، تولوان Toluène، بنزان Benzène.

ب- **المذيبات Dissolvants:** من مشتقاتها: المزيلات Détachants، تولوان Toluène، أسيتات أليفاتيل.

ج- **المخدرات الطيارة Anesthésiques Volatils:** إيثر Ether، التركلور أسلان Trichloré ethylene، بروتوكسي الأزوت Protoxy D'Azote.

د- **المذيبات الطيارة Les Gazs Propulseurs:** البنزين Essence، الغازات Gazs. تحتوي كل هذه المواد على فحوم هيدروجينية تؤثر على المخ والكبد والرئتين عند استنشاقها يشعر المتعاطي بالاسترخاء والدوخة والهلوسات أحيانا وهي عادة منتشرة عند الأطفال ما بين 9-12 سنة أقل انتشارا عند الفئة الأكثر من 35 سنة.

إن هذه المواد قد تؤدي على تبعية نفسية وجسمية عند البعض، وقد لا تحدث التبعية بنوعها عند البعض. من آثار سوء استهلاك المذيبات الطيارة: تغير في السلوك، ظهور سلوكيات غير سوية، شجار، عدوانية، تبلد، اضطراب في الحكم، اضطراب في النشاط الاجتماعي المهني، اضطراب في الحركة، بطء حركي، تؤثر على الجهاز التنفسي. (سويف، 1996، ص 51)



## 7- النظريات المفسرة للإعتماد على المخدرات

7-1 النظرية السلوكية: لقد اهتمت النظرية السلوكية اهتماما بالغا بسببية تعاطي المخدرات، قصد وضع تقنيات علاجية متعددة تعتمد على مسلمات سلوكية، وهو أن سلوك الشخص سواء كان سلوكا سويا، أو سلوكا مشكلا فهو نتيجة التعلم. أما بالنسبة لسلوك تعاطي المخدرات فإن المبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها. وقد طبق منظرو التعلم المبدأ على استخدام وسوء استخدام العقاقير.

يعتبر "وكلر" Wikler أول من طبق مبادئ نظرية الارتباط الكلاسيكي لبافلوف لتفسير اكتساب سلوك تعاطي العقاقير والمخدرات واستمراره أو انطفائه. فقد افترض "وكلر" أن عوامل الاشتراط تلعب دورا مهما في إدمان العقاقير والمخدرات لذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الاشتراط الإجرائي حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو بمنبهات الجهاز العصبي مثل الأمفيتامينات أو الكوكايين أو بالمسكنات مثل الباربيتورات، ويذهب "وكلر" إلى أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح "معززات ثانوية" Secondary Reinforcers نتيجة اقترانه المتكرر مع التعزيز الأولى المتعلق بتعاطي العقاقير والمخدرات. وعلى هذا النحو أيضا فإن المنبهات المرتبطة بشكل منتظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواص اشتراطية مؤلمة. (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000) ويشير ستولرمان Stolerman إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات ايجابية (مكافآت) في تجارب شرطية. (فايد، 2004، ص 359)

حيث يحدد أنصار المدرسة السلوكية وجود ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدماني وهي:

أ- التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي: تنطبق ميكانيزمات الإشراف الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل اشتهاؤ المخدر والتحمل، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:

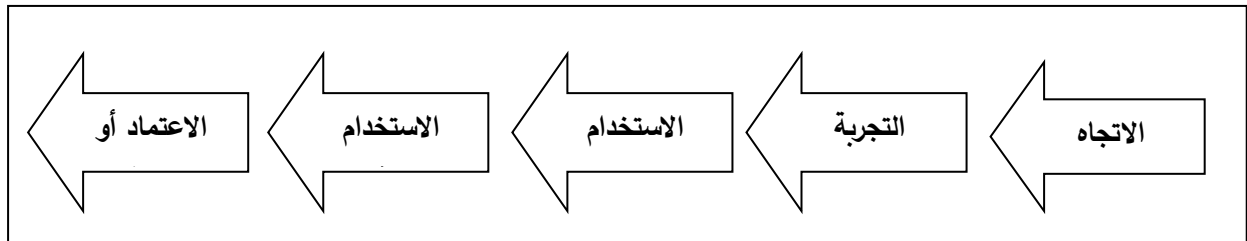
- نموذج استجابة الإشراف بالتعويضي: وضعه سيجل (Seigle, 1978)، حيث يرى أن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم، لإنتاج استجابة شرطية مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار، وهذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الإشرافي مع استمرار تعاطي العقار.

- نموذج دافعية الاشتهاء الإشرطي للمخدر: وضعه ستيوارت وآخرون (Stewart, et al, 1984) طبقا لهذا النموذج فإن المثبرات الشرطية المرتبطة للآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار، أو الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه التعاطي، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس درجة التي يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار وإستخدامه.

ب-التعلم عن طريق الإشرط الإجرائي : يهتم الإشرط الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك، والفاصل الزمني الذي يفصل السلوك وآثاره، فمن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة، ولا تأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدرة، وهو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي أو العودة بعد الإقلاع.

ج-النمذجة : تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك أن العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم اتجاهها إيجابيا نحو إساءة استخدام العقاقير . لذلك يرى باندورا (Bandura) أن السلوك ليس دائما في حاجة إلى تعزيز، وأغلب ما يتعلمه الإنسان يتم عن طريق الملاحظة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب، حيث أن التعرض للعقاقير غالبا ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة. (كما ورد في صادقي، 2014، ص 194)

وبالرغم من محاولة السلوكيين تفسير سلوك الإدمان، إلا أنها أهملت الدافعية للمبادرة بالتعاطي حيث يُلاحظ في كل البيئات التي يتوافر فيها المخدر أنه لا يبادر كل أفراد هذه البيئة إلى التعاطي وبالتالي للوصول لمرحلة الإدمان والاعتماد وهو ما يشير لوجود دوافع وتوقعات مسبقة للتعاطي تدفع الكثير لذلك وهي ليست ذات صلة باللذة الحسية التي يتذوقونها ولذلك لا يوجد أي مبدأ سلوكي كالمكافأة لحدوث ذلك. (الحسن، 2004، ص 63)

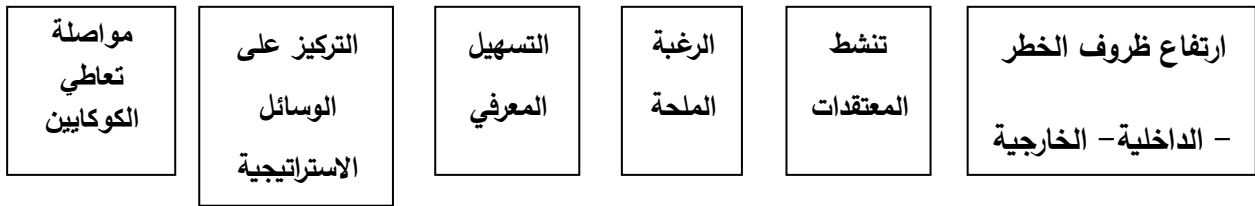


الشكل رقم: (1): العملية التي تحول بعض الأفراد إلى الاعتماد على المواد. (DSM/5)

## 2-7 النظرية المعرفية

يرتكز تفسير بيك لظاهرة الإدمان على المخدرات أساساً على أهمية الاعتقادات، حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه إيجابي نحو سوء استهلاك المخدرات، يملكون معتقدات مميزة، والتي تنشط تحت تأثير بعض الظروف والتي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، والتي يمكن أن تكون خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطي الكوكايين، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أو ظروف داخلية: تتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي، مثل: الاكتئاب، القلق والتشاؤم. فحسب بيك كل هذه الظروف يمكن أن تلعب دور المنشط، حيث تستثير معتقدات الفرد الإيجابية نحو المخدرات، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المخدرات إن لم يكن من المتعاطين.

ويقترح علينا "بيك" نموذجاً توضيحياً يمثل فيه صيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات في الظروف ذات الخطر المرتفع.

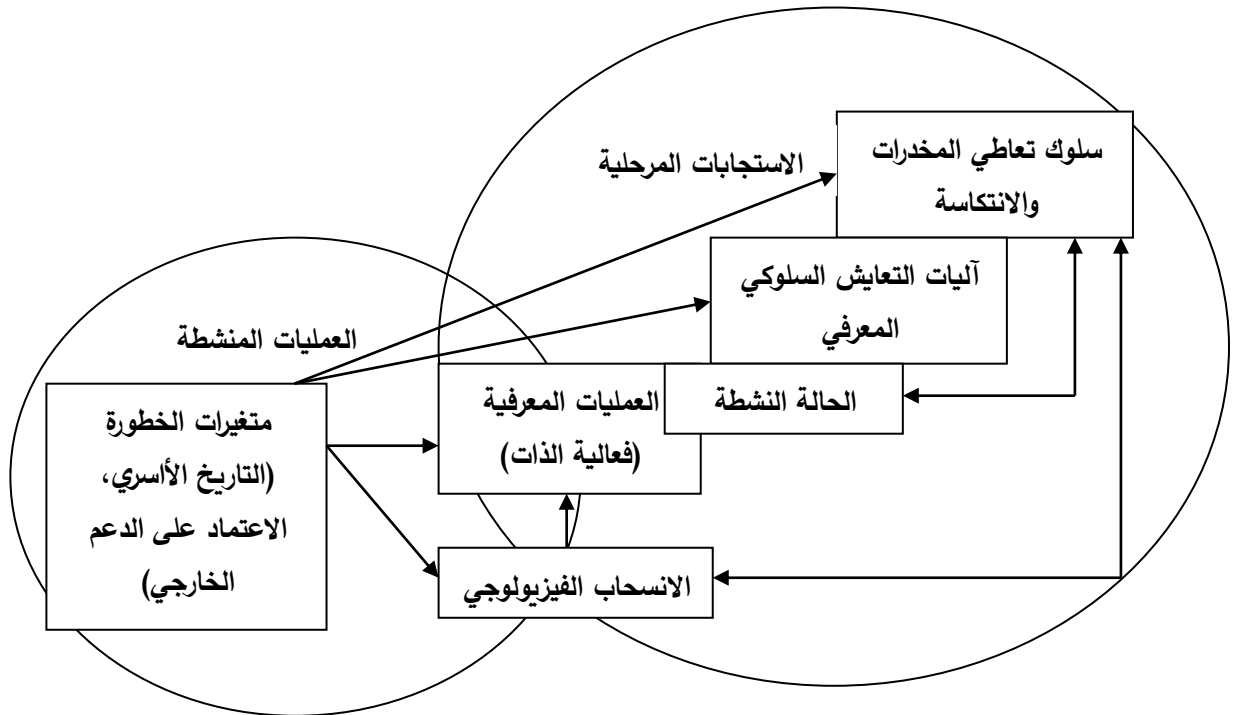


شكل توضيحي رقم (2) صيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات. (مكتب الإنماء الاجتماعي،

(2000)

مما سبق يتضح أن الاستجابات المرحلية لسلوك الاعتماد، تسير وفقاً لمخطط كامن يبدأ بالعمليات المنشطة لسلوك التعاطي، متمثلة في التاريخ الأسري المرضي، والخبرات المبكرة، ثم تتبلور المعالجات المعرفية متمثلة في تكوين الأفكار الآلية والمعتقدات المتجهة نحو تقييم ورفع قيمة المادة المنشطة (الكوكايين) أو المخدرة ومدى المترتبات الناتجة عنها ومقارنتها ببعضها بعضاً، من حيث المنافع والخسائر، حتى تأتي على قمة هذه المعالجات المعرفية قرار فعالية الذات بتبني سلوك الاعتماد على مادة غالباً ما ترتبط بالتاريخ المرضي لأسرة المتعاطي وخبراته الأولى، مما ينشط الحالة الفيزيولوجية، ويحاول الفرد تبني آليات مختلفة للتعايش مع هذه الحالة الملحة من اللهفة للتعاطي، وما

أن تفشل تلك الآليات حتى تبرز المعتقدات والأفكار المرتبطة بالتعاطي لترفع من دافعية الفرد لتبني سلوك تعاطي المادة المخدرة، وعندما يصاحب هذا السلوك أية مدعيات خارجية حتى وإن كانت عن طريق الصدفة، تتكون الرابطة الشرطية، كما يمكن أن يتكون هذا الارتباط بمجرد توافر عاملين أولهما اتساق مترتبات تعاطي المادة مع التوقعات الإيجابية الموجودة سلفاً، وثانيهما خفض الشعور بالتوتر والقلق والاكنتاب المصاحب للمواقف الضاغطة، ويوضح الشكل (5) نموذج آلن مارلات Marlatt Alan المعرفي للمحددات الأساسية المرحلية لتشكيل الاستجابة النهائية لسوك الاعتماد وحدث الانتكاسة.



شكل رقم (3) نموذج آلن مارلات (Marlatt Alan, 2000) المعرفي للمحددات الأساسية المرحلية لتشكيل الاستجابة النهائية لسوك الاعتماد وحدث الانتكاسة. (كما ورد في حسيني، 2016)

وتعقياً على هذا التفسير يذكر (الحسن، 2004، ص 64) بالرغم من الإسهام الكبير والفعال لهذه النظرية لفهم ظاهرة الإدمان وعلاجه إلا أنه يلاحظ عدم تركيزها على الجانب العاطفي وتأثيره على توليد الفكرة وتكوين المعتقد، فكما يرى بعض المعرفيين أن الأفكار هي التي تولد المشاعر إلا أن هنالك أيضاً تأثيراً للمشاعر السالبة والموجبة في توليد وتكوين وتنشيط الأفكار. ويلاحظ أيضاً إهمال النظرية المعرفية للبيئة الاجتماعية، وتأثيرها على أفكار ومعتقدات الشخص التي يكسبها الشخص في فترات نموه المختلفة وخاصة الأولى منها.

### 3-7 نظرية التعلم الاجتماعي:

يعتبر باندورا (Bandura) أن كل ما يتعلمه الإنسان من سلوك يحدث وفق مبدئين هما الملاحظة والتقليد. كما يعتبر جوليان روتر (J.Rotter) أن السلوك المرضي هو السلوك غير المرغوب فيه وفقاً لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لأنه يتوقع باحتمال أكبر، أن هذا السلوك يؤدي إلى تدعيم هذه القيمة. (فايد، 2004، ص 374)

وقد حدد بيكر (Piker) خطوات التعلم الاجتماعي لتعاطي المخدرات كالتالي:

- تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطي التي تؤدي إلى آثار تخديرية فعلية: في البداية لا يحصل المبتدئ على اللذة المطلوبة لعدم معرفته الجيدة بالطريقة والكمية الصحيحة، ولكي يحدث ذلك يتعلم المتعاطي الطرق الصحيحة بالملاحظة وتقليد الآخرين.

- التعرف على الآثار التحذيرية، وربطها باستعمال المخدر: وتتضمن هذه الخطوات عاملين، الأول ظهور آثار التخدير، والثاني ربط هذه الآثار في ذهن المتعاطي بالمخدر. حيث بتكرار التجربة يزداد تقدير المتعاطي لآثار المخدر، فيواصل تعلم الوصول إلى قمة النشوة.

- تعلم الاستمتاع بآثار المخدر: ويرى بيكر (Piker) أن هذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطي، وهي تحدث من خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الإدمانية الطويلة، حيث يؤثر عليهم ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطي برغم التجربة الأولى المؤلمة، ويحولون انتباهه إلى الجوانب المريحة من آثار المخدر. (عفاف، 2003، ص 89)

وعموماً قدمت نظرية التعلم الاجتماعي، نظرة شاملة حول سلوك تعاطي المخدرات، فهي تشير إلى كيفية تفاعل العوامل الفيزيولوجية النفسية والاجتماعية ومساهماتها في ظهوره واستمراره والانتكاسة بعد العلاج. وبالتالي قد تساهم هذه النظرية في الكشف عن عدد كبير من عوامل الخطر التي بإمكانها أن تنذر بإمكانية الوقوع في الإدمان. (سائل، 2015، ص 111)

### 4-7 التفسير النفسي الاجتماعي:

يهتم التفسير النفسي الاجتماعي بتأثير الجماعة بجميع أنواعها ووظائفها، ولكن فيما يخص

ظاهرة تعاطي المخدرات، فإنها تركز على جماعتين مهمتين وهما:

- جماعة الأسرة، والتي تمثل: الأب، الأم، الإخوة، والأخوات، الجد، والجدة.

- جماعة الأصدقاء، والدور الكبير الذي تلعبه لدفع بعض الشباب لتعاطي المخدرات، وسلوكيات انحرافيه أخرى، وأصبح من المسلم به أن مرافقة الأصدقاء المنحرفين يشارك في سلوكيات انحرافيه وتعاطي المخدرات.

نظرا لأهمية الجماعة فقد اعتبرها الباحثون أهم أسباب انتشار المخدرات، ذلك لأنه من النادر أن يتم البحث عن المخدرات خارج الجماعة، حتى وإن كان المتعاطي في حالة نفسية سيئة، بمعنى آخر، حتى وإن توفرت جميع الظروف الممكنة التي تدفع في الغالب الشباب إلى تعاطي المخدرات، فإن الاقتراح دائما يأتي من طرف الأصدقاء، دراسات عديدة بينت أنه كلما تنوعت المخدرات التي يتعاطها الشاب، كلما كان الاحتمال كبيرا أن أصدقاءه يتعاطون المخدرات، والعكس صحيح. فالدور المهم الذي تلعبه الجماعة في تعاطي الشباب المخدرات أعطى لهذه ظاهرة طابعا نفسيا اجتماعيا، لذلك فالخروج عن هذا الإطار لمحاولة فهمها لا يوصلنا إلى فهم واضح وعميق. (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2000)

#### 5-7 نظرية التحليل النفسي:

يعتمد التفسير السيكودينامي للإدمان على أنه سلوك نكوصي أدت إليه الصراعات اللاشعورية الليبيدية، حيث تم التثبيت في المرحلة الفمية. فالإدمان في رأي " فرويد" هي بدائل للشبكية الطفلية الذاتية النكوصية، التي خبرت بداية باعتبارها سارة، ثم غير سارة، وهي الدائرة الشريرة لمعظم الأشكال الإدمانية. وفي هذه الدائرة تصبح الرغبة في اللذة مشبعة، ولكن فقط بمصاحبة الذنب، وانخفاض تقدير الذات، وتنتج هذه المشاعر قلقا غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك لإيجاد الشفاء. (فايد، 2004، ص 365؛ الدرمداش، 1982، ص 84)

#### 6-7 المقاربة البيولوجية: هناك عوامل بيولوجية متنوعة بإمكانها أن تساهم في حتمية الإدمان:

##### أ- الوراثة:

يشير هذا الافتراض إلى إمكانية وجود مورثات أو جينات معينة، مسؤولة عن الاستعداد الوراثي للإقبال عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وعادة تهتم بحوث الوراثة بثلاث مجالات:  
أولا: مجال البحوث داخل العائلات، كون فظاهرة تعاطي المخدرات يغلب وجودها بشكل لافت للنظر داخل العائلات.

**ثانياً:** مجال بحوث التوائم، وهي أقرى البحوث في إبراز دور العوامل الوراثي في حدوث الأمراض والإدمان على المخدرات.

**ثالثاً:** مجال بحوث التبنى التي تبرز دور العوامل الوراثية، إذا ظهر الإدمان عند أفراد نشئوا في أسر لا تعاني مشاكل الإدمان الموجودة في أسرهم الأصلية. (سايل، 2015، ص ص 82-83) بحيث أظهرت دراسات التوائم والأولاد بالتبني أن إمكانية الاستعداد الوراثي بشكل عام ضعيفة في الإدمان، والهشاشة البيولوجية التي كشفتها الدراسات الوراثة قد تمثل استعداد غير مباشر لاستعمال الإدمان عند المراهق. (شابروول، 2001، ص 93)

وتؤدي الوراثة دورها من خلال البيئة، والبحث عن كشف التفاعلات بين الوراثة والبيئة في اضطرابات استخدام الكحول والمواد . فبين المراهقين، والأقارب، والآباء تظهر أهمية المتغيرات البيئية. فعلي سبيل المثال، وجدت دراسة التوائم في فنلندا أن التوريث لمشكلات الكحول بين المراهقين مرتفعة بين المراهقين الذين لديهم عدد كبير من الرفقاء يشربون الكحول مقارنة بالذين لديهم عدد أقل من الزملاء ممن يشربون Dick, Pagan, Viken, et al., 2007 . فالبيئة في هذه الحالة تمثل مجموعة الرفقاء ممن لديهم سلوك الشراب.

وفي دراسة أخرى لـ (Harden, Hill, Turkheimer, & Emery, 2008) وجدت أن التوريث لكل من الكحول والتدخين بين المراهقين يكون مرتفعاً لهؤلاء ممن لديهم أصدقاء أيضاً يشربون أو يدخنون. وفي هذه الحالة تتمثل البيئة في عامل سلوك الصديق . كذلك وجدت دراسة أخرى لـ ( Boardman, Saint Onge, Haberstick, et al., 2008) أن التوريث للتدخين يكون أكبر بين المراهقين الذين يذهبون لمدارس تتسم بأن بها جماهير كثيرة من الطلبة تدخن مقارنة بالمدارس التي توصف بعد تدخين الطلاب بها. (جوهسون وآخرون، 2016 ص 607)

### ب- الاتجاه العصبي البيولوجي:

المواد المنشطة نفسياً تؤدي إلى أحاسيس وتغيرات في النشاط الذهني والسلوكي للمستهلك لأنها تؤثر في الدماغ. الإختلالات المتكررة المرتبطة بالسلوكيات الإدمانية تمس أساساً نظام التعويض أو ما يسمى نظام اللذة والألم منذ سن مبكرة وحسب تجارب مقدمة هذا النظام سوف يلعب

دور في تسيير الانفعالات والمخدرات تؤثر في هذا النظام، وهكذا الاستهلاك المزمن للمخدرات يؤدي إلى تنشيط غير عادي ومتكرر لنظام اللذة والألم. (Varescon, 2007, p. 165)

وهناك من يفسره أنه نتيجة وجود نوعين من المستقبلات في جدار الخلية مستقبلات دوائية تتفاعل مع العقار وتؤدي إلى مفعوله الدوائي ومستقبلات ساكنة لا تتفاعل مع العقار، ويؤدي تناول العقار بصفة مستمرة إلى تنشيطها وتتحول إلى مستقبلات دوائية مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى مستقبلات متزايدة من العقار وعند الإقلاع المفاجئ تنشط المستقبلات الزائدة وتؤدي إلى ظواهر غير طبيعية مثل الأرق والهلوسة. (حسن، 1994، ص 128)

وهناك آراء أخرى تشمل ما نعرفه عن تطور المخ وخصوصاً في المراهقة. وتشير إحدى المراجعات الحديثة لـ (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003) إلى حقيقة أن منطقة المخ التي ترتبط بالحكم على الأشياء، واتخاذ القرار، والبحث عن الجديد، والتحكم في الدوافع هي منطوق القشرة الأمامية frontal cortex، وتظل تنمو في الوقت الذي يبدأ فيه المراهقون بتجربة المواد والكحول ويعتقد أن الأجهزة العصبية المهمة للحافز أو الثواب تشمل ممرات الدوبامين، والسيروتونين، والجلوتامين، والتي تمر كلها خلال القشرة الأمامية. (جوهامسون، وآخرون، 2016، ص 606)

وقد قام الباحثون (Robinson & Berridge, 1993) بطرح النظرية العصبية البيولوجية، والتي يطلق عليها نظرية الدافع - زيادة الحساسية ، incentive - sensitization theory، والتي تهتم بكل من اللهفة على المواد، والتي يطلقون عليها الولع wanting ، واللذة التي تنتج عن أخذ وتناول المواد. ، فنظام الدوبامين المرتبط بالمكافأة أو الولع حسب رأيهم، يصبح شديد الحساسية ليس فقط للتأثيرات المباشرة للمواد، بل المثيرات أو الأشياء المثيرة المرتبطة بالمواد أيضاً مثل الإبر، الملاعق، وورق اللف وهذه الحساسية للمثيرات تسبب اللهفة Craving. وتدفع الأفراد إلى بذل جهود كبيرة في البحث عن المواد ومحاولة الحصول عليها، ومع مرور الوقت يتناقص حب المواد، ولكن الإرادة تظل قوية وشديدة للغاية، ويذهب هؤلاء الباحثون إلى أن التحول من الحب إلى الإرادة القوية، الذي تسببه تأثيرات المواد على مسارات المخ التي تحتوي على الدوبامين هو الذي يعمل على استمرار الإدمان. (جوهامسون وآخرون، 2016، ص 610)



## 8- أسباب الاضطرابات المرتبطة بالاعتماد على المواد:

يعتقد بعض الباحثين أن أسباب تعاطي المخدرات تكمن في شخصية المتعاطي، واستعداده النفسي أن يكون مدمنا ، في حين يرجع البعض الآخر أسباب التعاطي إلى الخلفية الاجتماعية المتدهورة، وغياب الضبط الأسري والظروف الحياتية القاهرة، كما يرجع باحثين آخرين الأمر إلى طبيعة العقار نفسه، وكل العوامل المتعلقة به. وعلى الرغم من أن هذه العوامل في الواقع تكون غير منفصلة، بل تمارس تأثيرها مجتمعة ومتفاعلة، إلا أننا نفضل شرحها منفصلة حتى يسهل فهمها.

وبشكل أكثر تعميمياً ذكر جكسون (Jackson, Sher, & Wood, 2000)، فإن تبنى طريقة تطويرية لفهم أسباب اضطرابات استخدام المواد هو أمر يستلزم دراسة الأفراد في أوقات مختلفة بداية من أول علامة على استخدام المادة. فدراسة مسار مشكلات استخدام المواد بين المراهقين تقترح أن المراهقين المختلفين يتبعون مسارات مختلفة.

فمثلاً هناك دراسة (Li, Duncan, & Hops, 2001) قامت بتحديد مسارين بالتحديد نحو استخدام الكحول عند المراهقين 1 : مجموعة تبدأ بشرب الكحول في وقت مبكر من المراهقة، ويستمر في زيادة مستويات شربهم طول المدرسة الثانوية 2 . مجموعة تبدأ في شرب كمية أقل في بداية المراهقة، ويزدادون في الشراب عند نقطتين هما نقطتا الذروة، وهما : الأولى في المدرسة الإعدادية والثانية في أواخر الثانوية .وقد جاء الذكور أكثر عرضة لإتباع مسار المجموعة الأولى، أما الإناث فقد كن أكثر عرضة لإتباع مسار المجموعة الثانية، بل حتى مساراتهم أسرع في الشراب من المسارات التي يتبعها الأولاد. (كما ورد في جوهامسون وآخرون، 2016، ص605)

## 8-1 العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل

- تركيب العقار وخواصه الكيميائية: لكل مادة من المواد الموجودة في الطبيعة تركيب خاص بها، وإن كانت بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها. ولدى تناول أي عقار يطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار، فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية يكون العقار غير فعال، أما إن تطابقت فيكون العقار فعالا، وعليه فإن أحد

العوامل الهامة المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي، وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية. (عرموش، 1993، ص 298)

- **طريقة استعمال العقار:** يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم فيها تعاطيه، فكما هو معلوم تستعمل المخدرات بعدة طرق نرتبها فيما يلي حسب نسبة خطورتها.

1. التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر وسائل الاستعمال تأثيرا وإحداثا للإدمان.
2. التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم).
3. التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).
4. التعاطي عن طريق التدخين، وهو الأقل خطورة في إحداث الإدمان.

ولا يخفى أن كل ذلك يتعلق أيضا بالكمية التي يستعملها الإنسان، وبمقدار تكرار الاستعمال، وانتظامه، أو بفترات متباعدة.

- **سهولة الحصول على العقار:** من الأمور البديهية أنه لا يمكن استعمال أي شيء دون الحصول عليه، كذلك فإن تكرار الاستعمال يتعلق بدرجة كبيرة بسهولة الحصول عليه، فصعوبة الحصول على الخمر أو استحالة ذلك تجعل تعاطيه صعبا أو مستحيلا، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه قليلا جدا أو معدوما.

أما إذا توفر الخمر في المنزل، وبين أيدي أفراد الأسرة جميعا، بحيث يستطيعون استهلاك الكمية التي يرغبون بها دون رقيب أو مسائلة، فإن تعاطي هذا الخمر، وتكرار ذلك يكون ميسورا وسهلا، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه كبيرا، وما ينطبق على الخمر في مثالنا ينطبق على أي مخدر ومهما كان نوعه. (ردار، 2000، صفحة 12)

- **نظرة المجتمع للعقار:** يتأثر مقدار توفر العقار واستعماله وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرة المجتمع لذلك العقار. ففي الغرب مثلا لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمر أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب، لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلا لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه.

## 8-2 العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه:

العاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقا من سنوات عمره الأولى ستتدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواما أساسيا لقوى المركبات التي تساهم في بنيته النفسية وبالتالي في

شخصيته، وتأطير سلوكه بعد ذلك نحو السواء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

- **العوامل الوراثية:** يظن بعض الباحثين بأن أولاد المدمنين مؤهلين أكثر من غيرهم للوقوع في براثن الإدمان، وأن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأولاد بالمقارنة مع إدمان أحدهما، ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية، وهم يؤيدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المخابر. وبارتداد نسبة المدمنين الجدد في أسر المدمنين القدامى ومن الغريب في الأمر أن هؤلاء الباحثين يرجعون سبب هذه النقطة بالذات إلى الوراثة ولا يرجعونها إلى البيئة التي ينشأ فيها الابن، ولكن رغم هذه الدراسات الميدانية المخبرية التي أجريت لتربط الإدمان بالعامل الوراثي إلا أنه لا يوجد دليل واحد قاطع يثبت جدية هذه العلاقة.

- **شخصية المدمن:** أظهرت دراسة (محمد حسن غانم، 1998) والتي حاول فيها الباحث بالتعرف علي وجهه نظر المدمنين نحو بعض قضايا الإدمان مثل بداية الإدمان، ودوافعه، والأسباب التي تؤدي إلى التعلق بمخدر ما وترك آخر، وشملت عينة الدراسة مجموعة من المدمنين جميعهم من الذكور وعددهم (94)، أما أداه الدراسة فقد اعتمد الباحث على استبيان منقسم لجزأين الأول عبارة خاص من المتغيرات الأساسية، والثاني: عبارة عن أسئلة مفتوحة، وأضحت النتائج أن الأصدقاء المتعاطين والمشكلات الشخصية وكثرة المال والسفر للخارج تمثل عوامل تدفع الشباب نحو إدمان المخدرات، ومن أسباب الإدمان أيضا الهروب من الواقع والمزاج الشخصي.

وقد وجدت دراسة (خليفة والمشعان، 2003) والتي هدفت إلى إلقاء الضوء على مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت، وكانت عينة الدراسة مكونة من (4002 من طلاب المدارس الثانوية الحكومية) منهم (2172) ذكور و (1803) إناث، وكانت الأداة تتمثل في اختبار اشتق من الاستخبار المستخدم ضمن دراسات البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات، وأوضحت النتائج أنه تزيد نسبة التدخين لدى طلاب الثانوي بشكل كبير، كما تبين أن العمر عند بدء التعاطي للمواد النفسية يمتد من (15 إلى 18 سنة)، واتضح أيضا اعتقاد الذكور قي فائدة المواد النفسية يزيد من نسبة التعاطي لهذه المواد، أيضا بينت الدراسة أن الطلاب الذين لا يعيشون مع أسرهم هم أكثر تعاطيا لجميع المواد النفسية بالمقارنة مع من يعيشون مع أسرهم، وكشفت النتائج على ارتباط سلبي بين كفاءة التحصيل الدراسي وتعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب، كما تبين

أن المتعاطين لأي مادة من المواد النفسية أكر إقداما على تعاطي مواد أخرى وأكثر استمرارية في تعاطيها، وأخيرا أظهرت النتائج أن الذكور أكثر استعدادا للإقدام على تعاطي مختلف المواد النفسية إذا ما أتاحت لهم الفرصة بالمقارنة مع الإناث.

وقد أكدت الدراسات الطولية لـ (Wills, Sandy, & Yaeger, 2002) عن المشقة والاستهلاك بعض الدعم لهذه الفكرة . فعلى سبيل المثال، وجدت دراسة طولية على المراهقين المدخنين المراهقين أن زيادة التأثير سلبي وأحداث الحياة السلبية ترتبط بتزايد التدخين. كما وجدت دراسة (Krueger, 1999) أن المراهقين البالغين من العمر 18 عاما، ممن يتصفون بانخفاض التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية كانوا أكثر عرضة لتطوير اضطرابات استخدام المادة في الرشد. وفحصت دراسة (Elkins, King, McGue, et al., 2006) ما إذا كان للعوامل الشخصية قدرة تنبؤية بأحد اضطرابات استخدام المواد لدى أكثر من 1000 مراهق من الذكور والإناث في أعمار 17 سنة ثم مرة أخرى في 20 سنة .، فانخفاض التقيد وارتفاع الانفعالية السلبية تتنبأ باضطرابات استخدام الكحول، والنيكوتين، ومواد غير المشروعة سواء لدى الذكور أو الإناث. (كما ورد في جوهامسون وآخرون، 2016، ص 611-614)

كما توصل سيجال، وآخرون (Siegel et al , 1989) إلى أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، وضد الانفعالات، و تجنب الواقع، ومقاومة الضغط. ويستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، و ضد الانفعالات، و تجنب الواقع، ومقاومة الضغط.

و دراسة ريان وآخرون، حيث قاموا بدراسة على عينة تتكون من 92 مراهقا يعاني من اكتئاب رئيسي. فوجدوا أن % 18 استعملوا المخدرات البسيطة على الأقل ظرفيا، و % 4 جربوا المخدرات الصلبة على الأقل خلال الفصل الاكثابي الحالي .و كانت الأعراض الاكثابية في الغالب تسبق استعمال المواد السامة.

أما هوكينس وآخرون (Hawkins et al , 1986) فقد توصلوا إلى أن الأسرة تعتبر العامل المهم المرتبط بتعاطي المراهقين للمخدرات. أما هوبس و آخرون (Hops et al 1990) فقد توصلوا إلى أن الدرجة المنخفضة من الرقابة تضع المراهق أمام فرص عديدة لتجريب المخدرات داخل الجماعة.

كما توصل لها بروك وآخرون (Brook et al 1983) إلى أن العلاقة بين الآباء والأبناء، إما أن تدفع بالمراهق إلى تعاطي المخدرات، أو أنها تكون فرصة لحل الصراعات التي تحدث نتيجة الكيفية التي تتقبل بها الأسرة أبناءها المراهقين، و إذا لم تتمكن الأسرة من حل صراعاتها، يمكن أن تخلف تصادما بين الوالدين والأبناء، وتعتبر هذه الوضعية الضاغطة من الوضعيات التنبؤية للجوء المراهق لتعاطي المخدرات. (كما ورد في قماز، 2009)

ويمكن القول انطلاقا مما سبق ذكره أن العامل النفسي يلعب دورا كبيرا في الإقبال على تعاطي المخدرات لدى المراهقين، خاصة منها تلك الظروف النفسية المصاحبة للتطور المادي أذكر على سبيل المثال، الصراع النفسي، الإحباط، زيادة إلى القلق والتوتر العصبي، فالإحباطات المتكررة (frustrations) وذلك بكثرة مطالب التقدم الحضاري مع نقص في الإمكانيات المادية للفرد قد يحدث حالة من الاكتئاب واليأس والقنوط.

**3-8 العوامل التي تتعلق ببيئة ومجتمع المدمن:** أظهرت دراسة (عبد المنعم، 1995) والتي هدفت إلى الوقوف على أسباب ومنشأ سلوك التعاطي، وطبق على عينة مكونة من الذكور قوامها (12797 طالبا، والإناث 7255)، وكان الاستخبار مكون من الأسئلة تدور حول أربعة نقاط ( مستويات التعرض لثقافة المخدرات - التقبل الايجابي في مقابل السلبي للأدوية النفسية قبل البدء - المعتقدات الشخصية حول هذه المواد ، وكانت النتائج تتمثل في أربعة نقاط الخاصة بالاستخبار النقطة الأولى (ثقافة المخدرات): أن مزيد من التعرض لثقافة المخدرات تزداد معه احتمالات إقدام الشخص على التعاطي وكانت من أهم مصادر السماع لدى المتعاطين هم الأصدقاء، في حين كانت لدى غير المتعاطين الكتب والصحف والمجلات لدى الذكور، أما لدى الإناث فكانت الكتب والصحف والمجلات والأقارب وأخيرا الأصدقاء وذلك لدى المتعاطيات، بينما كانت لدى غير المتعاطيات وسائل الإعلام لم الكتب ثم الصحف والمجلات، والنقطة الثانية (الدور الإيجابي والسلبي): واتضح أن حوالي 40% من الذكور والإناث قاموا بمبادرات إيجابية للحصول على المادة، بينما أكد الباقي وهو حوالي 50% من الجنسين أنه ضغط عليهم ليتعاطوا ، واتضح أن الأصدقاء وزملاء الدراسة هم القوة الضاغطة على المتعاطين الذكور في حين كان الأب والأم والأقارب هم مصدر التعاطي لدى الإناث، النقطة الثالثة (الرغبة في التجريب)؛ حيث كشفت النتائج عن وجود نسبة ضئيلة من الغير متعاطين من الجنسين أنهم مستعدون فعلا للتعاطي، ورغم ذلك فإنها نسبة لا يستهان بها، أما النقطة الرابعة (المعتقدات

(الشخصية): فكشفت النتائج أن المتعاطين من الجنسين يميلون أكثر من الغير متعاطين إلى الاعتقاد بأن هذه المواد لها آثار مفيدة، حيث تزايدت نسبة من يعتقدون في أن للأدوية النفسية لا تأثير لها وأنها مفيدة.

ويمكن ذكر أهم العوامل التي تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها المدمن كالتالي:

- **العوامل الاجتماعية:** يمكن حصرها في العوامل التي تحيط بالفرد فتدفعه إلى تعاطي المخدرات وهي كثيرة ومتنوعة منها:

- **الظروف الأسرية:** حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهاماتها في إقبال الشباب على تعاطي المخدرات بجملة من العوامل الأسرية منها علاقة الآباء بالأبناء، حيث أشارت دراسة (D.G.Hunt) إلى أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التفكك فإن احتمال تعاطي الأبناء للمخدرات يزداد، وإذا كان يغلب عليها روح التسلط كان الإقبال على التعاطي متوسطاً، أما إذا كانت العلاقة ديمقراطية فإن الإقبال يكون ضئيلاً. (سويف، 1996، ص ص 75-76)

- **الفشل الدراسي:** يعتبر الفشل الدراسي من أهم الأسباب التي تدعم سير المراهقين والشباب تجاه أبواب الانحراف، وأهمها تعاطي المخدرات، لما يلحقه بالشباب من آثار نفسية وإحساس بالفشل وانعدام القيمة، خاصة إذا صاحبه ضغط الأولياء، وتقييماتهم السلبية للشخصية، قياساً على الإخفاق المدرسي، الذي تكبده الابن، وهو الأمر الذي ينفره من البيت بحثاً عن سند اجتماعي يجده في رفقاء قد يشجعونه على إتيان نشاطات منحرفة كالتعاطي مثلاً. (درويش زين العابدين، ص 266)

- **الأصدقاء والأقران:** يسبب أحياناً العجز عن إقامة علاقات حميمة داخل الأسرة لجوء المراهقون والشباب إلى توطيد علاقات خارج الأسرة، مع أقرانهم، وفي حالة ما إذا كان هؤلاء الأقران سيئون أو منحرفون، فإن نصيباً من هذا الانحراف سيبلون به عاجلاً أم آجلاً. تسري العدوى في تعاطي المخدرات بين رفقاء السوء، إذا كان فكرهم خالياً من الإيمان بالله والخلق السليم، وضغوط الجماعة وتأثير الشباب بعضهم ببعض. (متولي، 2000، ص 21)

في دراسة آلن وكانجو وشاد ومارستون (Allen, Cahngo, Schad & Marston, 2012) بعنوان: متنبآت احتمالية التعرض لتأثير الزميل بخصوص تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة. والتي هدفت إلى معرفة المدى الذي يؤثر فيه الزميل في تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة يختلف في قوته بناءً على شخصية المراهق وأصدقائه المقربين. وتمثلت عينتها من (184) طالباً وطالبة من الصغين

السابع والثامن؛ (86) طالباً و(98) طالبة، معدل أعمارهم (13.5) سنة، وجمعت العينة من مدارس حكومية متوسطة في الجنوب الشرقي من الولايات المتحدة. واستخدمت أداة استبانة استخدام المخدرات والكحول، واستخدم مقياس تقدير ذات. لجمع البيانات وفق المنهج الوصفي. وكان من أبرز نتائجها أنه بالإمكان تعديل هذا التأثير السلبي للرفاق بعوامل فردية وبيئية في حياة المراهق، مثل تطوير مفهوم استقلالية المراهق، والدعم العائلي، والمساعدة على اختيار الزملاء الأنسب.

ونتيجة لهذا يعتبر الأقران من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوك المراهقين والشباب، وخاصة في ما يخص التعاطي لأول مرة، عادة ما يتعرف ويحصل على المادة المخدرة من أقرانه، فيقبل عليها سريعاً تأسياً بأصدقائه وبتشجيع منهم.

#### 4-8 وسائل الإعلام :media

فالإعلانات التلفزيونية تظهر البيرة مع رجال يتطلعون لأن يكونوا رياضيين وسيدات يرتدين البكيني، وفي أوقات سعيدة. كما أن لوحات الإعلانات تقرر بين السجائر والإثارة، والاسترخاء، والعيش أو الظهور بمظهر أنيق. وقد تزايدت الإعلانات عن الكحول في المحلات في السنوات الأخيرة، ويبدو أن هذه الإعلانات تصل إلى الفتيات أكثر من وصولها إلى الذكور. (جوهامسون وآخرون، 2016، ص618)

#### 9- أشكال إدمان المواد المخدرة:

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها، من هذا المنطلق يتبع تعاطي المخدرات تقسيمات معينة تقوم على:

- نوع المادة المستعملة .
- مختلف مرحل ودرجات تواتر التعاطي، وتقسم هذه الدرجات إلى:
- المرحلة الأولى: التعاطي التجريبي أو الاستكشافي Usage Expérimental : يعتقد كثير من الشباب أن تجريب العقاقير هو عامل أمان، ودوافعه غالباً ما تكون فضولية لاستكشاف أحوالها. ويعتبر الإشهار قصدي أو غير قصدي من طرف الأصدقاء. (هيلين بوليس، 1988: 142)؛ وتعتبر هذه المرحلة أساسية لفهم المشكلة الأولى التي دفعت بالمراهق إلى تعاطي العقاقير، وغالباً ما تكون مجرد تجربة للاستكشاف نتيجة الفضول ففي هته الحالة يمكن تجاوز حيز الاعتماد ويستطيع المراهق

أن ينسحب بسهولة، وعلى العموم هذه المرحلة هي الخطوة الأولى نحو الاعتماد على المخدرات. (موصدق وبوطغنان، 2018)

وأظهرت دراسة (عويد المشعان، والحسن عبد المنعم، 2004) والتي أجريت على عينة مكونة من (1071 طالبا وطالبة في مرحلة التعليم الجامعي)، وتبين أن الطلاب بدؤوا سن التدخين قبل سن (12 سنة)، كم سن (18 سنة) هو بداية تعاطي الأدوية النفسية والمخدرات الطبيعية، وتبين أن الطلاب سعوا هم بأنفسهم إلى ممارسة خبرة التعاطي، كما أظهرت لدراسة إلى وجود ميل من الجنسين إلى الاعتقاد بأن تعاطيه المواد النفسية له آثاره المفيدة.

مثل دراسة (المغربي، 1993) هدفت الدراسة سيكولوجية تعاطي المخدرات. إذ توصل الباحث إلى أن الإقبال على التعاطي جاء من اثر عمليات الصراع النفسي التي يتعرض لها الشاب والناجمة من الأنماط التنشئة الاجتماعية غير السوية والمتمثلة بالعلاقات المختلفة مع الأب التي كانت تقوم على العقاب والقسوة والإهمال والإحباط الشديد والخوف وخيبة الأمل وعدم الثقة بالحياة والنظم الاجتماعية.

ودراسة (غباري، 1991) تهدف مبررات وعوامل أخرى تؤدي إلى الإدمان، إذ يحدث الإدمان في خلل في المستقبلات العصبية في خلايا الجسم وخلل الهرمونات العصبية ومحاولة إحداث التكيف البيولوجي للجسم والهروب من الواقع المؤلم واضطرابات الحب وعدم إشباع الرغبات وفقدان الشعور بالثقة وضعف الذات والانحراف في إشباع الدوافع والرغبات والمشاعر السلبية اتجاه الآخرين.

- المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو الظرفي Usage Occasionnel : إن غالبية من يستمرون في تعاطي المخدرات بعد المرحلة الأولى يفعلون ذلك بشكل عرضي (وقتي)، تعاطي المخدرات يكون من وقت لآخر، ولا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه ولا يتعاطاه إلى في حالة توفره. (هيلين بوليس، 1988: 142)؛ في هذه المرحلة يكون التعاطي غير منتظما مرتبطا بعامل توفر المادة، غير خاضع لآلية التكرار القهري نتيجة عدم نشوء التبعية. (موصدق وبوطغنان، 2018)

ووجدت دراسة (عبد المعطي، 2006) والتي هدفت إلى التعرف على البدايات السلوكية السائدة لدى المدمنين والتي قد تسهم في الكشف المبكر للانحراف والإدمان، كذلك المقارنة بين الجنسين والتعرف على مستوى تعرض كل منهما للانحراف وتعاطي المخدرات، وتكونت عينة الدراسة



من مجموعتين أساسيتين شملت على ذكور وإناث، المجموعة الأولى عددها (40 طالبا - 30 فتاة) من الأبناء الصادر عليهم أحكام إيداع في قضايا انحراف سلوكي ومخدرات، المجموعة الثانية عددها (40 طالب - 30 فتاة) من الدارسين بالمرحلة الثانوية المعروف عليهم التفوق الدراسي وحسن السير والسلوك، وكانت أداة الدراسة هي مقياس الكشف المبكر عن التعرض للانحراف وتعاطي المخدرات من إعداد الباحث، وكانت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعة الأبناء ذوي الخبرة في الانحراف السلوكي والإدمان وبين مجموعة الطلاب الذين ليس لديهم الخبرة في الدرجة على المقياس في اتجاه المجموعة لأولى، وكذلك الحل بالنسبة للطلبات، وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث نو خبرة الانحراف والتعاطي في اتجاه عينة التكرور.

- المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم Usage Régulier: يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحليين السابقين في ما يخص تعلق المتعاطي بالمخدرات، وهنا أثر التعاطي على العقار أو المادة المدمن عليها مرتبط بالحالة النفسية نتيجة الاعتماد والتعود التام على أخذ العقار. (موصدق وبوطغان، 2018) وعندما يصبح التعاطي منتظما أو كثيفا يدخل مفهوم التبعية النفسية في الحساب، بحيث يشعر المتعاطي بالضيق والضرر إذا لم يتوفر له المخدر أو فرصة تعاطيه، ويبدل جهدا خاصا في طلبه، والأسباب التي تدعو إلى الإدمان سواء كان التعاطي منتظما أو كثيفا، أكثر تنوعا والتصاقا بشخصية المدمن من أسباب التعاطي التجريبي أو العرضي، و أكثر اتصال بالمفعول العقاقيري للمخدر المعني، سواء أكان منشطا أم مهبطا للنشاط، أم مسكنا، أم كان مادة تغيير الإدراك الحسي للذات والبيئة. (العفيفي، 1986، ص 127)

- المرحلة الرابعة: التعاطي الكثيف أو القهري: Pharmaco Dépendance: إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، ويتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، أي استخدام العقاقير استخداما قهريا حيث يضر الصحة كما يفقد القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه. (عفاف، 2003، ص 98)؛ وتعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل الأساسي في التعاطي القهري، وعندما ينصرف الجانب الأكبر من وقت الفرد وتفكيره وطاقته للحصول على المخدر وتناوله، ومناقشة آثاره مع الاقتصار تقريبا على مرافقة من يتعاطونه واستمرار ملازمتهم، فإن التعاطي عندئذ يعتبر قهريا. (العفيفي، 1986، ص 128)؛ ويصبح المدمن في هذه المرحلة تابعا نفسيا وجسديا للمخدر، بحيث أن التعاطي يكون في أوقات منتظمة مع زيادة دائمة فالجرعة وتظهر تابعيات وأثار الاعتماد

القهري على مستويات وجوانب مختلفة فضلا على مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية بشكل عام. (موصدق وبوطغنان، 2018)

وتشير دراسة (Li, Duncan, & Hops, 2001) التي قامت بتحديد مسارين بالتحديد نحو استخدام الكحول عند المراهقين 1 : مجموعة تبدأ بشرب الكحول في وقت مبكر من المراهقة، ويستمررون في زيادة مستويات شربهم طول المدرسة الثانوية . مجموعة 2تبدأ في شرب كمية أقل في بداية المراهقة، ويزدادون في الشراب عند نقطتين هما نقطتا الذروة، وهما : الأولى في المدرسة الإعدادية والثانية في أواخر الثانوية . وقد جاء الذكور أكثر عرضة لإتباع مسار المجموعة الأولى، أما الإناث فقد كن أكثر عرضة لإتباع مسار المجموعة الثانية، بل حتى مساراتهم أسرع في الشراب من المسارات التي يتبعها الأولاد . (كما ورد في جوهامسون وآخرون، 2016، ص 605)

## 10- الوقاية والعلاج من المخدرات

**1.10 مستويات الوقاية:** تعرف الوقاية على أنها مجموعة الإجراءات المأخوذة بها لتقادي أو منع وقوع حدث ما.

هناك ثلاث مستويات للوقاية كما ذكرها "اريف واسترمير" Arif et Westermeyer

أ. **المستوى الأول:** خاص بتوعية وتحسيس الشباب بمخاطر المخدرات وكذلك جهود تتخذها الدولة على عاتقها لمكافحة العرض.

ب. **المستوى الثاني:** تهدف إلى التدخل العلاجي المبكر لتقادي درجة الإدمان وهنا تكمن جهود مكافحة لحفظ الطلب، وهذا يتطلب جهدا في محاولة العثور على حالات التعاطي المبكر في العيادات الصحية والنفسية.

ج. **المستوى الثالث:** تهدف الوقاية هنا إلى كالحفض من مخاطر الإدمان كمحاولة المعالجة الطبية، ويتم ذلك بإزالة السموم التي تعاطاها والتي تلوث دمه والمعالجة النفسية عن طريق تقوية قدرات الفرد السيكولوجية، واكتسابه لمهارات تساعده على مواجهة المشاكل ومقاومتها، والعلاج الاجتماعي لمحاولة دمج وتكيفه مع المحيط الذي يعيش فيه. (شناف، 2005، ص 284)

وقد كانت الكثير من جهود الوقاية موجهة نحو المراهقين لأن اضطرابات استخدام المواد في مرحلة البلوغ غالباً ما تأتي في أعقاب تجربة في سنوات المراهقة أو ما قبلها. وقد كانت البرامج، التي غالباً ما يتم إجراؤها في المدارس، موجهة نحو زيادة شعور الصغار وتقديرهم لأنفسهم self-esteem ، وتعلمهم

المهارات الاجتماعية، وتشجيعهم على أن يقولوا "لا لضغوط البيرة". إلا أن النتائج تبدو مختلطة ، . Hansen, 1993; Jansen, Glynn, & Howard, 1996 ولم يثبت أن تحسين تقدير الذات له فاعلية، على العكس، فإن التدريب على المهارات الاجتماعية والمقاومة تعلم قول لا قد أظهرت بعض النتائج الإيجابية خصوصا مع الفتيات. (جومسون وآخرون، 2016، ص 644)

**2.10. العلاج النفسي الإدماني:** إن مشكلة الإدمان عميقة الجذور بعيدة الغور، ولا يكفي فيها بيان أضرار المخدرات ومساوئها، ولأن مدمن المخدرات يعلم في الغالب هذه الأضرار ورغم هذا يقدم عليها.

ولا توجد طريقة مثلى لعلاج إدمان المخدرات، بل هناك طرق تعطي نتائج أفضل من بعض الطرق الأخرى، وحتى هذه الطرق نفسها قد تصلح في مكان ما "مجتمع ما" ولا تصلح في مكان أو مجتمع آخر، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والفردية في الواقع هي التي تحدد الطريقة المثلى، أو الطريقة المناسبة والناجحة لعلاج الإدمان، ولا يمكن وصفها والحكم عليها إلى بعد تجربتها ميدانيا وواقعا. (طالب، 1994، ص 182)

وقد حدد خبراء منظمة الصحة العالمية مراحل علاج الإدمان كالآتي:

- **المرحلة الأولى:** وتسمى المرحلة المبكرة في العلاج، وهي تتطلب رغبة صادقة من جانب المدمن في العلاج، وبالتالي الدخول في مرحلة كفاح صعب وصراع قاس بين احتياجه الشديد للمخدر من جانب، وعزمه الأكيد على عدم تعاويه واستعداده التلقائي لقبول مساعدة فريق العلاج من جانب آخر. **المرحلة المتوسطة:** إذا نجح العلاج في مرحلته الأولى فإن المدمن يتخلص من التسمم الناتج عن تعاطي المخدرات، ويشعر المدمن أنه في حالة طيبة، وهذه الحالة قد تستمر بضع ساعات أو أيام أو أسابيع، ثم تظهر بعض المشكلات والأعراض الجسدية، وفي هذه الفترة يجب تشجيع المدمن على عدم العودة للتعاوي، ويكون ذلك بالاستعانة بمجموعة من الأشخاص الذين تم شفائهم نهائيا من الإدمان، على أن يكونوا من نفس فئته العمرية كما يمكن الاستعانة بأقاربه وأصدقائه الحائزين على ثقته، بالإضافة إلى الأطباء الذين يتولون علاج ما يظهر عليه من أعراض جسدية أو نفسية.

- **المرحلة الثالثة:** ويطلق عليها مرحلة الاستقرار حيث يصبح الشخص الذي عولج في غير حاجة إلى خدمات أو مساعدة. وينصح خبراء منظمة الصحة العالمية أن يكون الأشخاص في هذه المرحلة جمعيات لتقديم العون لمدمني المخدرات، وذلك بتشجيعهم على التقدم للعلاج وتذليل ما يعترضهم من صعوبات وعقبات، والوقوف بجوارهم في المرحلة المتوسطة حتى يكتمل الشفاء، بالإضافة إلى أن

وجودهم في هذه الجمعيات يشد من أزرهم ويزيد من تصميمهم على عدم العودة إلى أسر الإدمان. (فتحي، 1990، ص ص 115-116)

ومن أهداف علاج الإدمان هو كالأتي:

1- أن يكون التقييم شاملا للفرد، وأن يحدد هذا التقييم: حجم وطبيعة المشكلة، مدى معاناة الفرد من اضطرابات نفسية أو عقلية، هل هذه الاضطرابات -إن وجدت- كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان، ما دوافع الشخص-هذا تحديدا- للتعاطي، ولماذا هذا المخدر بالضبط وتاريخه معه، ما حجم المشكلات الاجتماعية التي ترتبت على الإدمان، مرات التردد للعلاج والدافع في كل مرة، مرات الانتكاسات والدافع في كل مرة، طبيعة الظروف الداعمة أو الضاغطة في بيئة الشخص.

وغيرها من التساؤلات التي يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي في تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة ومتكاملة له.

2- إن التوقف عن التعاطي لا يجب أن يكون هدفا في حد ذاته + بل لابد من وضع محكات التعاطي من الإدمان؛ ذكرها عدد من الباحثين ومنهم بايتسون (Patiion, 1996) الذي ركز على: أ- أن الامتناع الإرادي عن التعاطي، بل لابد من تحقيق تحسن في الجوانب الانفعالية الآنية: تحسن في حالات الانفعالات الحادة، تحسن في العلاقات بين الشخص والآخرين، وتحسن في أدائه للعمل، وتحسن من في حالته الصحية الجسمية.

ب - أن الامتناع الإرادي لا يرتبط بالضرورة بالتحسن في المجالات الأخرى الصحية، وقد يرتبط بالتدهور الوظيفي في هذه المجالات الأخرى.

ج- بينما لا يتمتع بعض المدمنين إراديا إلا أنهم يظهرون تحسنا عاما في كل مجالات الحيات. (غانم، 2005، ص ص 83-84؛ دافيد وبارلو، 2002، ص 450)

**10. 3 العلاج الطبي للاعتماد:** يهدف العلاج الطبي إلى تحرير الفرد فيزيقيا من الاعتماد على العقار "الاعتماد الكيميائي" وهو المرحلة الأولى في العلاج ، والعلاج الطبي لا يمكن أن يكون عاما "نفس العلاج" بل يجب أن يكون شخيصيا، وذلك يرجع لكون التعاطي أو استهلاك المخدر يختلف من فرد لآخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته، وباختلاف درجة التعاطي وعدد المرات والكمية المستعملة وغيرها. وسوف يعرض الباحث أهم أهداف العلاج الطبي للإدمان، وهي كما يلي:

## ومن أهداف العلاج الطبي للإعتماد:

1. التهيئة العامة للمريض.
2. القضاء على الأمراض التي أصابته نتيجة للإدمان.
3. الوقاية أو المعالجة المسبقة للأمراض المحتمل أن يتعرض لها المريض (مع ملاحظة أن كل نوع من المخدر له أمراض جانبية مصاحبة).
4. التقليل بدرجة تنازلية من اعتماد جسم الإنسان على المخدر، حتى نصل إلى التطهير التام للجسم من المخدر، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه.
5. تقويم الجسم، وتنمية المناعة الطبيعية ضد الأمراض (الوصول إلى جسم طبيعي).

فالعلاج الطبي يعتمد أساسا في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية، وبالدرجة الأولى "استعمال الأدوية". (طالب، 1994، ص ص 182-183)

ومن المفيد في العلاج النفسي أن يشعر المدمن أنه يشارك في وضع العلاج المناسب له وأنه جزء أساسي من العلاج ككل، أي أنه طرف أساسي في العملية العلاجية، يشارك في وضع العلاج والخطة العلاجية بصورة إرادية، وأن العلاج يتم برغبته هو وليس مفروضا عليه، وإذا لم يشعر المدمن بأنه طرف في العلاج فإنه لن يستقبله، وبذلك يكون الاحتمال الكبير هو الفشل. (غباري، 1991، ص ص 89-90)

**10. 4 العلاج الاجتماعي:** وهو مجموعة الخدمات المادية والمعنوية التي ينالها العميل عن طريق علاقته بالمؤسسة لتحديث أثرا مرغوبا في موقفه، وتمكنه من استعادة النشاط الاجتماعي المطلوب، أي توصله إلى حالة التكيف الاجتماعي الذي يرضيه ويرضي المجتمع الذي يعيش فيه.

## 11. واقع المخدرات في وسط المراهقين الجزائريين:

حوالي نصف التلاميذ في الثانويات الجزائرية استخدموا المخدرات حسب ما كشفته دراسة للديوان الجزائري لمكافحة الإدمان على المخدرات. ومن بين هؤلاء الشباب الذين يتعاطون المخدرات 8% منهم فتيات، وتمثل الفتيات 1.3% من المتعاطين للمخدرات من الطلبة الجامعيين. وارتفع عدد المراهقين الذين يتعاطون المخدرات من 35% إلى 45% في 2008 حسب ما كشفت عنه دراسة 8 فيفري 2010.

ويبقى الحشيش المخدر الأكثر شعبية في صفوف الشباب حيث زعم 71% من المستجوبين في الدراسة أنهم استعملوه، و 10% منهم استعملوا المواد المستنشقة كالصمغ والبنزين ومخففات الطلاء، أو المواد المذيبة، فيما استخدم 6% من المستجوبين الحبوب المهلوسة من عقار LSD. ومن بين الشباب الذين شملتهم الدراسة، 35% قالوا أنهم استهلكوا المخدرات بدافع الفضول والمتعة. ولعلّ الإحصائيات المهولة التي تبثّها وسائل الإعلام عن الكم الهائل والضخم من المخدرات والمهلوسات والمؤثرات العقلية بكل أنواعها التي تقبض عليها قواتنا الأمنية باختلافها : جيشا، دركا، وشرطة، مخيفة للغاية وتتبا بأخطار مدوية محدقة بشبابنا خصوصا والمجتمع عموما، حيث لا يمر يومٌ إلا ويتمّ حجز كميات كبيرة جدًا منها كما يتمّ القبض على مروجيها وبائعيها وجماعات أشرار تعمل على إغراق البلد بهذه المواد السامة والمدمرة للأفراد والمجتمع وللاقتصاد ولأمن البلد بشكل عام، وهي عادة ما ترتبط بمنظمات داخلية وخارجية تربطها علاقات بشبكات عالمية للجريمة المنظمة والمتاجرة بالمخدرات والبشر والأسلحة والإرهاب والهجرة السرية وتبييض الأموال والتهرب الضريبي وغيرها، ففي سنة 2014 مثلاً قامت قوات الأمن الجزائري بضبط 182 طنًا من راتنج القنب، وقد عرف في تلك السنة ارتفاعا بمعدّل 15.2%، كما تمّ في السنة نفسها حجز 1050612 قرصًا من كلّ أنواع وعلامات الحبوب المهلوسة والمؤثرات العقلية، وكذلك 1245626 غرامًا من الكوكايين، كما تمّ إحصاء أزيد من 200000 فردا يتعاطون الحشيش بصفة دائمة أي مدمنين، وأكثر من مليون مستهلكا بصفة عرضية. (المجلس الوطني الاقتصادي - والاجتماعي، 2015، ص 136)

وقد تكون هذه الأرقام قليلة جدًا في ظلّ غياب إحصاءات دقيقة بسبب عدم تصريح كثير من المستهلكين للمخدرات في الجزائر، حيث تنشر يوميًا وسائل الإعلام الوطنية المختلفة تصريحات قوات الأمن والدرك والجيش بالقبض على كثيرٍ من عصابات ومهربي وتجار المخدرات خاصّة منها القنب، وكذا الحبوب المهلوسة والمؤثرات العقلية التي يتمّ حجز الأطنان منها سنويًا نحن في هذا المقال لا نريد التطرّق إلى تفاصيل وأرقام - إحصائية أكثر عن كميات المخدرات في الجزائر وهي مرعبة للغاية، لكن خير ما نستشهد به هنا كمية الكوكايين الضخمة 701 كغ [التي تمّ حجزها من قبل المجموعة الإقليمية لسواحل وهران في عرض البحر متجهة إلى الجزائر بتاريخ: 29/ماي/2018، فيما أصبح يُعرف في الأدبيات الصحفية والسياسية والشعبية بقضية كمال البوشي، وكذا ما يزيد عن قناطر

كوكايين أيضًا التي لفظتها مياه البحر بولاية سكيكدة بتاريخ 25 جانفي 2019 ، وما خفي كان أعظم بكثير . (دغبار ، 2019)

وفي ذات السياق نشير أن العلاقة بين الشباب وعالم المخدرات علاقة معقدة ومتشعبة للغاية، لتعقد عالم الشباب ذاته من جهة ولتدخل مؤشرات شديدة التعقيد مرتبطة بعالم المخدرات من جهة أخرى، حيث تعمل مافيا ومنظمات وشبكات المخدرات المترامية الأطراف والخيوط وذات النفوذ المالي والسياسي والعسكري والأمني على نشر وترويج المخدرات في الداخل والخارج، مستغلة في ذلك شريحة الشباب من كلا الجنسين ذكورا وإناثا خاصة في القيام بهذه المهمة وإغراق الساحتين الوطنية والدولية بأنواع خطيرة جدًا من المخدرات والمهلوسات والمؤثرات العقلية، إذ تدل كل المؤشرات والتحقيقات الأمنية وإحصائيات العدالة والدراسات

والبحوث الأكاديمية في علم الاجتماع وعلم النفس وعلم القانون كما سبق وذكرنا على أن آفة المخدرات قد استفحلت بشكل رهيب في أوساط شبابنا، ولم تعد تقتصر على فئة غير المتمدرسين والمتسربين من المدارس وأطفال الشوارع فحسب، بل امتدت لتشمل المتمدرسين منهم وفي كل الأطوار: الابتدائي، المتوسط، الثانوي، كما طالت أيضًا طلبة الجامعات، وكذا المتربصين في مراكز التكوين المهني، وأصبح جوار المؤسسات التربوية وكرا مهمًا للغاية بالنسبة لمروجي وبائعي المخدرات والحبوب المهلوسة والمؤثرات العقلية، حيث يمثل الشباب المراهق المتمدرس لقمة سهلة بالنسبة إليهم، كما لم يسلم منها العمال وغيرهم، والمذهل في الأمر أنها دخلت كثيرًا من البيوت الجزائرية، إذ يعمل الأبناء سواء كانوا من متعاطي ومدمني المخدرات أم من بائعيها والمروجين لها على إخفائها بأماكن سرية في البيوت خوفًا من العثور عليها من طرف رجال الأمن عمومًا، وقد يكون أحد أفراد العائلة كالآباء أو غيرهم متورطًا بشكل مباشر في هذه العملية، وقد يكونوا أحيانًا هم أيضًا من المدمنين عليها ومن تجارها، وبالتالي هم سبب مباشر في تعاطي وإدمان أبنائهم عليها والمتاجرة فيها، أو على الأقل مسئولون عن إخفائها عن أعين رجال الأمن خوفًا من القبض على أبنائهم، في حين كان من المفترض أن تكون الأسرة هي مصدر الرقابة والضبط الاجتماعي لأفرادها، فهي إلى جانب كونها تمارس الرقابة الاجتماعية غير الرسمية، والرقابتان الذاتية وغير الرسمية هما أقوى أثارا من الضبط أو الرقابة الاجتماعية التي نعرفها في شكل " القوانين الوضعية " نجدها تشارك في تلك الجريمة. (طعيلي وقوراح، 2011، ص 192)

وفي ظل تلك المؤشرات فإن الارتفاع المتزايد لعدد المتعاطين والمدمنين والكميات المحجوزة يبين أن استراتيجيات مكافحة المتبعة تحتوي على ثغرات كبيرة بحاجة إلى التدارك والإصلاح خاصة ما تعلق منها بالجانب الرقابي، وتبدأ هذه الاستراتيجية من وضع خطة مبنية على معطيات ميدانية دقيقة 37 حول أنواع المخدرات المتداولة والفئات الاجتماعية المستهدفة وخصائص شبكات التهريب والوسائل المستعملة في الترويج، ثم تنتقل إلى وضع أهداف محددة زمنيا تقيم من خلالها الخطة وتضبط وتعديل كل مرة على ضوء المستجدات والفئات المستهدفة، كما ينبغي أن تراعي الخطة المقاربات النظرية المختلفة حول أسباب التعاطي في الفئات الاجتماعية المتباينة، لأن الفئات التي يدفعها الفراغ والترف إلى التعاطي لا تنفع معها إجراءات الدعم والمساندة الاجتماعية، وفي كل هذا يجب أن تعطى الأولوية للعمل الميداني وليس للشكليات والأعمال المكتبة وجمع المعطيات حول السمات العامة للظاهرة.

في الأخير يمكن القول أن ظاهرة المخدرات في الجزائر عرفت تحولات كبيرة في العقدين الأخيرين، مما يستدعي إعادة النظر في سياسة مكافحة المتبعة والتي لم تحقق تقدما كبيرا للوصول إلى الأهداف المنتظرة، لقد انتقل تعاطي المخدرات من فئات اجتماعية خاصة داخل المدن إلى فضاءات أوسع، حتى وصلت إلى المدارس ووقفت أمامها العائلات عاجزة عن حماية أبنائها، إن السياسة الناجعة تحتاج إلى الدقة والوضوح والمرونة والفعالية والإرادة الكافية، وتعطي الأولوية للوقاية بالدرجة الأولى ثم للعلاج في المرتبة الثانية ثم الردع في المرتبة الثالثة في إطار احترام حقوق الإنسان، وكل ذلك ينطلق من معطيات دقيقة حول سمات الظاهر وخصائصها والفئات المستهدفة وخصائص الشبكات التي تروجها، إضافة إلى الدراسات الجادة والعملية التي تفسر أسباب التعاطي أو تقدم الحلول الممكنة. (قريمس، 2018)

ويتضح من هذه الإحصائيات مدى ما أصبح عليه الوضع، والذي مس بشكل خاص فئة المراهقين والشباب، فأودى بهم إلى سبل الإجرام والتورط في قضايا جنائية، في الوقت الذي ينتظر منهم بناء وتشبيد الوطن، ورفع صرح المجتمع وإقامة ركائزه على القيم الأخلاقية والقانونية.



ومما سبق يمكن القول أن سلوك الإدمان لدى المراهق لقد حظا بأولوية تفوق أهمية باقي مظاهر السلوك اللازمة للحياة، لما له من أهمية في تغيير سمات الشخص، فيعد هذا الاضطراب من الاضطرابات السلوكية والظواهر المعقدة ومتعددة الدوافع ومتداخلة العوامل المؤدية لها انطلاقا من الحالة النفسية للمراهق وشخصية المدمن نفسه إلى نوع المادة المتعاطاة وكميتها وأعراضها وخواصها المخدرة، مروراً بالمحيط ودوره في تغذية التعاطي والانتكاسات لاحقا.

وهذا ما هدف إليه هذا الفصل بتناول اضطراب سلوكي واسع الانتشار وله آثار على سمات شخصية الفرد ودوافعه، فتعدد مؤشرات واختلافها غالبا ما يكون راجع إلى تأثير مختلف جوانب الشخصية ودمج عوامل متعددة نفسية دافعية، اجتماعية وبيولوجية تتدخل في تشكيل خاص في كل حالة، وهذا ما يستدعي الفهم والمساعدة والعلاج.

# الفصل الثالث

## دافعية الامتناع

- 1- التعريف
- 2- المفاهيم المرتبطة بالدافعية
- 3- أهمية دراسة دوافع الإعتقاد
- 4- وظائف الدافعية
- 5- العلاقة بين الدوافع وسلوك الامتناع
- 6- تصنيف الدوافع
- 7- النظريات المفسرة للدافعية
- 8- قياس الدافعية
- 9- الدافعية لتعاطي المخدرات
- 10- تنمية الدافعية
- 11- الدافعية للامتناع عن المخدرات

إن موضوع الدافعية قد لاق اهتمام كبير من طرف العلماء والباحثين في ميدان علم النفس لما له أهمية من تحريك وتوجيه السلوك الإنساني نحو تحقيق غايات وأهداف فردية واجتماعية وتنظيمية، وعليه فالمراهق هو فرد تحركه جملة من الدوافع يسعى للوصول إليها بشكل مستمر تحقيقاً للتوازن النفسي والبيولوجي متفادياً بذلك حدوث حالة التوتر واختلال التوازن، الأمر الذي يؤدي به إلى نهج سلوك معين في حالة اضطرابه وسوائه. وعليه فموضوع الدافعية هو بمثابة وسيلة لفهم حالة المراهق المتعاطي وعملياته العقلية والسيكولوجية.

وعليه نحاول في هذا الفصل التعرف والتطرق إلى الدافعية وخاصة الدافعية للامتناع عن المخدرات باعتبار أنها القوة والباعث المحرك والمنظم للسلوك المضطرب، وتحديد أهم النظريات المفسرة للدافعية وذكر مكوناتها ووظائفها وعلاقتها بالسلوك والتفكير ومحاولة توضيح الأساليب المساعدة على إثارة دافعية الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين.

### 1- تعريف الدافعية:

في اللاتينية: "Motivus" تعني "Mobil" أي الحركة؛ وأصل الفعل: "To Movere" تعني يدفع ويحرك "Mouvoir". وتعني مجموع العوامل المحددة لسلوك الفرد. ففي اللغة الفرنسية Motivation يقابلها كذلك في اللغة الإنجليزية: Motivation. (Nobert, 1983, p. 444)

وتعرف الرابطة الأمريكية لعلماء النفس (APA): العملية التي تطلق وتوجه وتحافظ على مستوى النشاط الجسمي والعقلي، وتتضمن هذه العملية الآليات المرتبطة بتفضيل نشاط على آخر مع الحافظة على قوة وحيوية الاستجابة بشكل مستمر. (APA, 2012)

وقد تمكن الباحثان "A.M Kleinginna & Kleinginna, 1981" من تحديد وتصنيف أكثر من 140 تعريف مختلف للدافعية، ومن هذا الكم استقر رأيهما على أن الدافعية هي حالة داخلية (توصف أحيانا كحاجة Need أو رغبة Désire أو طلب Want) تؤدي لتنشيط السلوك وتحديد أهدافه. (علي وحموك، 2014، ص 53)

ونعرض منها باختصار التعريفات التالية:

1- تعريف يونغ "Young": حالة استثارة وتوتر داخلي تثير السلوك وتدفعه إلى تحقيق هدف معين.

2- تعريف موراي "Murray": عامل داخلي يثير ويوجه سلوك الفرد؛ وهذا الدافع يضم عاملين مهمين: فالأول هو دفع الفرد نحو العمل؛ والثاني هو كف هذا الدافع عند إشباعه في حالة الوصول إلى الهدف أو الحصول على المكافأة والشعور بالرضا.

3- تعريف ماسلو "Maslow": الدافعية خاصة ثابتة، مستمرة، متغيرة، مركبة، وعامة تمارس تأثيراً في كل أحوال الكائن الحي.

4- وعرف بيك "Byke": الدافعية بأنها تشير إلى المحددات الحالية للاختيار (التوجه) والمثابرة وقوة السلوك الموجه نحو الهدف. (خليفة، 2005، ص ص 9-10)

5- تعريف غوفرن وبيتري (Govern et Petri , 2004): تشير إلى مجموعة الظروف الداخلية والخارجية التي تحرك الفرد من أجل تحقيق حاجاته وإعادة التوازن عندما يختل، وللدوافع ثلاث وظائف أساسية في السلوك هي: تحريكه وتنشيطه، وتوجيهه، والمحافظة على استدامته حتى تشبع الحاجة ويعود التوازن. (Govern, 2004, pp. 56-57)

وتعد الدافعية مفهوم محير لعدة أسباب:

- 1- أنها قوة داخل النفس ولا تلاحظ إنما يستدل عليها بأثارها.
- 2- الدافع الواحد لا يعمل مستقلاً داخل الفرد بل يؤثر أحدهم على غيره من الدوافع ويتأثر بها.
- 3- لا تظهر الدوافع في سلوك الفرد إلا عندما تصل إلى درجة معينة وهي مختلفة نسبياً.
- 4- البيئة السلوكية بميزاتها المتنوعة تؤثر في تقوية واستثارة الدوافع أو كبتها أو تحويل طاقتها ما يؤثر فيها أو في مظاهرها.

وبهذا تجمع معظم التعريفات في موضوع الدافعية عل أنها حالة توتر أو عدم توازن تحدث عند الكائن البشري بفعل عوامل داخلية أو خارجية وتثير لديه سلوكاً معيناً وتوجهه نحو تحقيق هدف معين ومن خلال هذا التعريف يمكن استنتاج الملاحظات التالية حول الدافعية:

- 1- إنها حالة داخلية تحدث لدى الأفراد وتتمثل في وجود نقص أو حاجة أو وجود هدف يسعى الفرد إلى تحقيقه. فالحاجة تشير إلى اختلال في التوازن البيولوجي أو السيكلوجي مثل الجوع والعطش

والأمن وغيرها. أما الدافع فيمثل القوة التي تدفع الفرد إلى القيام بسلوك ما من أجل إشباع الحاجة، في حين يمثل الهدف الرغبة أو الغاية التي يسعى الفرد إلى تحقيقها وهي بمثابة الباعث الذي يعمل على خفض الدافع.

2- أن الدافعية تحدث بفعل عوامل داخلية أو عوامل خارجية؛ فعلى سبيل المثال الحاجة إلى الطعام ربهما تستثار بسبب نقص في كمية السكر بالدم نتيجة لعدم تناول الطعام أو نتيجة لرؤية طعام شهوي أو شم رائحته الزكية.

3- أن الدافعية حالة مؤقتة تنتهي حال تحقيق الإشباع أو التخلص من التوتر الناجم عن وجود حاجة أو حال تحقيق الهدف الذي يسعى إليه الفرد.

4- إن الهدف يشير إلى الباعث أو الحافز الذي يشبع الدافع أو الحاجة وفي الغالب يكون هذا الباعث مرتبطاً بالبيئة الخارجية.

5- هناك بعض الدوافع التي تتطلب إشباعاً متكرراً ولاسيما تلك المرتبطة بحاجات البقاء مثل الحاجة إلى الطعام والماء والنوم والتخلص من الفضلات؛ في حين أن هناك دوافع يتم إشباعها لمرة واحدة كال حاجة إلى الحصول على درجة علمية معينة.

6- تشير الدافعية إلى عمليات داخلية افتراضية لا يمكن ملاحظتها أو قياسها بصورة مباشرة وإنما يستدل عليها من خلال السلوك الخارجي.

7- يمتاز السلوك الذي ينشأ عن وجود الدافع بأنه عرضي هادف يسعى الفرد من خلاله إلى إشباع هذا الدافع، ويمتاز بالمتابرة والاستمرار والتنوع طالما أن الدافع بلا إشباع.

8- أن للدافعية ثلاث جوانب أوضحها العالم الأمريكي كائل وهي تتمثل في:

- الأول: الميل بشكل تلقائي لبعض الأشياء دون البعض الآخر.

- الثاني: إظهار حالة انفعالية خاصة بالحافز ومدى تأثيره.

- الثالث: الاندفاع إلى مجموعة من الأفعال ذات هدف وغاية. (الرابغي، 2015، ص ص 120-

121)

من خلال التعريفات السابقة نستطيع القول بأن الدافعية تعتبر طاقة كامنة داخل الفرد تعمل من أجل تحريك سلوكه وتوجهه نحو تحقيق أهداف معينة ونحو إشباع حاجات محددة لتحقيق التكيف

والتوافق لدى الفرد. ويرتبط الدافع بوجود رغبة في عمل وتغيير شيء ما، والذي يتوقف بدوره على قدرته في إشباع حاجة محددة لدى الفرد.

## 2- المفاهيم المرتبطة بالدافعية:

### 1-2 الحاجة (Need):

تعرف الحاجة بأنها: الشعور بنقص شيء معين إذا ما وجد تحقق الإشباع وتعرف بأنها شعور الكائن الحي بالافتقاد لشيء معين. وقد تكون هذه الحاجة فسيولوجية داخلية (مثل الحاجة للطعام والماء والهواء) أو سيكولوجية اجتماعية (مثل الحاجة للانتماء والسيطرة والإنجاز). ويمكن القول: بأن الحاجة هي نقطة البداية لإثارة دافعية الكائن الحي والتي تحفز طاقته وتدفعه في الاتجاه الذي يحقق إشباعها. (الرابغي، 2015، صفحة 121)

### 2-2 الباعث (Inventive):

هو موقف خارجي مادي أو معنوي يستجيب له الدافع فيؤدي إلى إشباعه ومن ثم استعادة توازن الكائن الحي والدافع لا يوجه السلوك بمفرده وإنما بمساعدة الباعث الخارجي، يعرف الباعث بأنه يشير إلى محفزات البيئة الخارجية المساعدة على تنشيط دافعية الأفراد سواء تأسست هذه الدافعية على أبعاد فسيولوجية أو اجتماعية وتقف الجوائز المكافآت المالية والترقي، كأثلة لهذه البواعث فيعد النجاح والشهرة مثلاً من بواعث الدافع للإنجاز. (عمران، 2004، ص 136)

وهي غالباً قوى مسيطرة في هذا الصدد، بحيث يستثير الباعث جوانب معرفية وانفعالات معينة، وتثير الأفكار والمشاعر - التي يتم تنشيطها بواسطة الباعث - مستوى معين من الدافعية، وتنزع الدافعية بدورها إلى تنشيط السلوك الهادف لتأمين الباعث. (علي وحموك، 2014، ص ص 55-56)

### 3-2 الحافز (Drive):

وهو عبارة عن دافع يعمل على تنشيط السلوك بهدف إشباع الحاجات المرتبطة ببقاء الكائن الحي على قيد الحياة، والحافز هو ما ينشط السلوك ويهيئه للعمل. (يونس، 2012، ص 18)

يشير إلى الدوافع ذات الطابع البيولوجي مثل: دافع الجوع والعطش، فهو يعبر عن العمليات الداخلية التي تتوسط السلوك، فمثلا ترتبط الزيادة في النشاط بزيادة عدد ساعات الحرمان من الطعام. (معوض، 2001، ص 69)

#### 2-4 دافع (Motive):

عبارة عن حالة داخلية واستعداد فطري أو مكتسب، قد يكون شعوريا أو لاشعوريا، أو عضويا أو نفسيا أو اجتماعيا عن استعداد أو قوة داخل الفرد، يبعث الطاقة الكامنة في ذات الفرد، والمنبثقة عن الحالة العضوية والفيزيولوجية للبدن، ذات تأثير في السلوك في اتجاه تحقيق الهدف. (بالرابع، 2011، ص 82)

#### 2-5 رغبة (Désir):

شعور بالميل تجاه شيء أو شخص بعينه، أو نزوع تلقائي نحو غاية محددة أو متخيلة، مصدره التفكير والتذكر، وتهدف الرغبة غالبا إلى البحث عن المتعة، والتخلص من المثيرات والمواقف غير السارة. (بالرابع، 2011، ص 89)

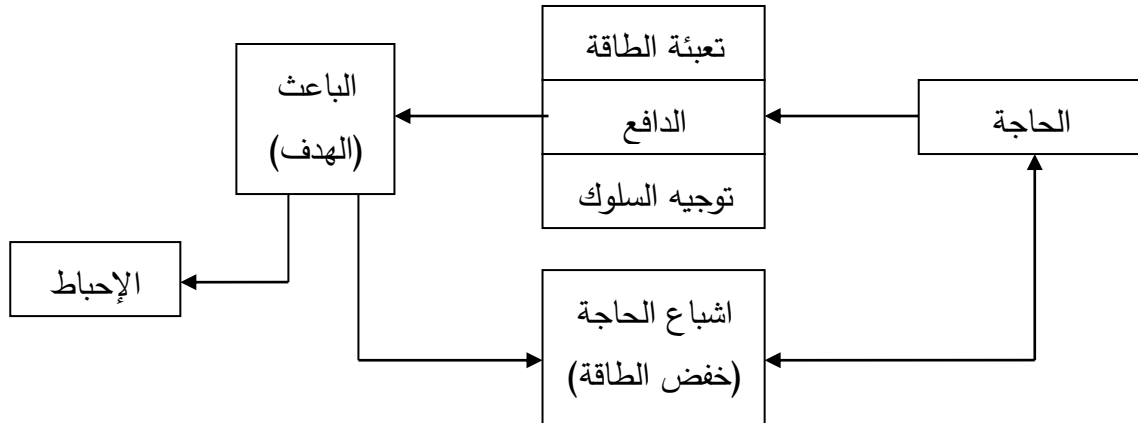
ويتضمن التعريف السابق، الإشارة إلى وجود علاقة بين ثلاثة جوانب هي: الدافع Motive. والباعث Incentive (الهدف). وتوقع الحصول على الباعث Incentive expectation.

1- ويعني الدافع وجود استثارة ناتجة عن حاجة قائمة لدى الفرد، سواء حاجة بيولوجية كالحاجة إلى الطعام أو الشراب أو التنفس، أم اجتماعية كالحاجة إلى التقبل والتقدير والمكانة، أم معرفية كالحاجة إلى الفهم والمعلومات، أم حسية كالحاجة إلى الاستطلاع والفضول والاستكشاف.

2- ويعني الباعث وجود أهداف، بمثابة إشباعات، يسعى الفرد إلى تحقيقها، أو الوصول إليها، سواء توجد في البيئة الخارجية كالطعام أو الشراب، أم هي عبارة عن قيمة النجاح لدى الفرد أو لدى الآخرين كالدافع إلى الإنجاز.

3- ويعني توقع الحصول على الباعث، احتمال الوصول إلى الهدف وتحقيق الإشباع. (معمرية، 2013، ص 15)

ويمكن تصور العلاقة بين المفاهيم السابقة وفق الشكل التالي:



الشكل رقم (4): يوضح العلاقة بين المفاهيم المتعلقة بالدافعية. (الرابغي، 2015، ص 122)

وطبقاً للشكل السابق نجد أن الحاجة تنشأ لدى الكائن الحي نتيجة لحرمانه من شيء معين أو لشعوره بنقص شيء آخر، ويترتب على ذلك أن ينشأ الدافع الذي يعبئ طاقة الكائن الحي، ويوجه سلوكه من أجل الوصول إلى الباعث (الهدف)، وعند محاولة الكائن الحي للوصول إلى الباعث يكون بصدد احتمالين:

1- أن تشبع حاجته بصورة مناسبة، وتهدأ حالة التوتر والاستثارة المرتبطة بالدافع المثار.

2- أن تحدث له حالة من الإحباط نتيجة لعدم إشباع الحاجة بعد على الإطلاق، أو لعدم إشباعها بصورة مناسبة.

### 3- أهمية دراسة دوافع الاعتماد على المواد:

الدافعية هي الدعامة الأساسية للعملية السلوكية، فهي التي تثير السلوك بتنشيط الميول الدافعية للفرد، وتظهر فاعليتها بشكل واضح في مجال النفسي، وذلك بتعرف المعالج على دوافع المفحوص وما يعانيه من حرمان أو كبت أو صراع. وبالتالي فإنه ليس بإمكان القدرات العالية تحقيق الإنجاز، إلا بتوافر الدافعية، لما لها من تأثير بالغ في تحديد نشاط الفرد من الناحيتين الكمية والكيفية، وللصلة التفاعلية القائمة بينها وبين السلوك. فمن خلال التعرف على دافعية الفرد، يمكن التنبؤ بطبيعة سلوكه، بحيث تبرز أهمية الدافعية في تمكين الفرد من القدرة على اختيار السلوك المناسب من بين جملة البدائل المتعددة، والكشف عن كيفية الاختيار والعوامل التي تحكمه.



وتهتم دراسة الدافعية، بتحديد الدافع الذي بحث الإنسان على تكرار نفس السلوك وتدعيمه في المواقف المتشابهة تحقيق لأهدافه، وسعيا للكشف عن أسباب امتناع الفرد من الاستمرار في نمط سلوكي معين، نظرا لاقتران ضعف السلوك بانخفاض قوة الدافع، مما جعلها تحقق منفعة تحليلية وعملية، باعتبارها منهجا يقوم على التفسير المنطقي للسلوك، وتتفرد دراسة الدافعية أيضا بالتعرف على الإجابة عن الأسئلة العويصة المتعلقة بطبيعة النفس البشرية، باعتبار السلوك مجموعة أنشطة وأفعال، موجهة لتحقيق هدف معين، قد يكون أحيانا مجهولا ولا شعوريا لدى الفرد، مما يدفعه إلى التساؤل عن مصدره، فتأتي الدافعية لحل الإشكال، كوسيلة لفهم السلوك الإنساني في موقف معين، والتوصل إلى أسباب الاختلاف بين سلوكيات الأفراد. (بالرايح، 2011، ص 42-43)

ويشير الرايغي أن أهمية دراسة الدوافع تكمن في:

- 1- زيادة فهم الإنسان لسلوكه.
- 2- القدرة على تفسير سلوك الآخرين.
- 3- التنبؤ بما قد يكون عليه سلوك إنسان ما في ظروف معينة. (الرايغي، 2015، ص ص 123-124)

ولذلك فإن دراسة دوافع السلوك الإنساني تقيدنا في:

- فهم الإنسان لنفسه ولغيره من الأشخاص، ذلك بأن معرفتنا بأنفسنا تزداد كثيرا إذا عرفنا الدوافع المختلفة التي تحركنا وتدفعنا إلى القيام بأنواع السلوكيات المتعددة في سائر المواقف والظروف.
- إن معرفتنا للدوافع تساعدنا في فهم دوافع الآخرين وتفسيرها.
- تساعد الدوافع بالتنبؤ بالسلوك الإنساني في المستقبل، فإذا عرفنا دوافع شخص ما، فبإمكاننا التنبؤ بسلوكه في ظروف مماثلة.
- تساعدنا معرفتنا وفهمنا لدوافع الآخرين في ضبط وتوجيه سلوكهم إلى وجهة معينة، من خلال تهيئة الظروف التي من شأنها أن تثير فيهم دوافع معينة تحفزهم إلى القيام بالأعمال التي نريد منهم أدائها وتجنب الأعمال الغير مرغوبة.
- تظهر أهمية دراسة الدوافع في ميادين علمية وتطبيقية عدة، كالمجال التربوي والصناعي والعلاج النفسي. (غباري وشعير، 2009، ص ص 273-274)

#### 4- وظائف الدافعية:

تسهم الدافعية في تسهيل فهمنا لبعض الحقائق المحيرة في السلوك الإنساني وخاصة السلوك الادماني. ويمكن القول بشكل عام أن الدافعية مهمة لتفسير عملية التعزيز وتحديد المعززات وتوجيه السلوك نحو هدف معين، والمساعدة في التغييرات التي تطرأ على عملية ضبط المثير (تحكم المثيرات بالسلوك) والمثابرة على سلوك معين حتى يتم إنجازه.

كما أن الدافعية تلعب الدور الأهم في مثابرة الإنسان على انجاز عمل ما، وربما كانت المثابرة من أفضل المقاييس المستخدمة في تقدير مستوى الدافعية عند هذا الإنسان. إن الدافعية بهذا المعنى تحقق أربع وظائف رئيسية، وهي:

**1 - الوظيفة التنشيطية Activating Function :** إن وجود دافع، من شأنه أن ينشط السلوك ويستثيره في الكائن الحي، أي يبعث فيه الطاقة اللازمة للأداء الفعال، ويحفزه نحو بلوغ الهدف. وتستمر الطاقة معبأة إلى أن يحقق الفرد هدفه.

**2 - الوظيفة التدعيمية: Reinforcing Function** وهي وظيفة تقتض أن المثيرات المعينة (التعزيزات) التي تتبع صدور الاستجابة، تعمل على زيادة أو نقصان احتمال صدور تلك الاستجابة مرة أخرى. وتتضمن هذه الوظيفة تلك الاستجابات التي ترتبط بالثواب أو بالعقاب. وما تؤديه هذه الاستجابات من دور في تغيير السلوك، كثيرا ما ينضوي تحت موضوع الدافع.

**3- وظيفة المثابرة Persistence :** وتعني أن السلوك يستمر لأنه يتعلق بهدف. وأن المثابرة هي التي تجعل الفرد يتغلب على العقبات والصعوبات، ويبدي الإصرار على بلوغ الهدف. ويعتبر العلماء المثابرة كظاهرة دافعية. وترتبط مثابرة السلوك بالوظيفة التنشيطية، طالما أن النشاط سوف يستمر بقدر ما تكون المحددات الدافعية موجودة.

**4 - وظيفة التوجيه Directive Function :** إن المثيرات الدافعية توفر العلامات أو التي تعمل كموجهات لسلوك الكائن الحي نحو الهدف. والتوجيه Cues المؤشرات وظيفية أساسية في الدافع. لأن الدافع لا يستثير السلوك فقط، بل يعمل على تحديد مساره ووجهته نحو الهدف الذي يحقق الإشباع. فالدافع يتكون من جانبين أساسيين؛ الأول: وهو النشاط العام أو الاستثارة العامة. الثاني: وهو

استقطاب هذا النشاط العام في اتجاه بعينه، بحيث يتم توظيف هذا النشاط لخدمة هدف بذاته. فاتجاه الدافع نحو هدف بعينه، هو الذي يعطي للدافع معناه. فسعي الفرد مثلاً إلى التفوق، هو الذي يجعلنا نفترض أن لديه دافعا إلى الإنجاز. (معمرية، 2013، ص 19)

كما أن الدافعية تلعب الدور الأهم في مثابرة الإنسان على انجاز عمل ماء وربما كانت المثابرة من أفضل المقاييس المستخدمة في تقدير مستوى الدافعية عند هذا الإنسان. إن الدافعية بهذا المعنى تقوم الدافعية بعدة وظائف منها:

**5- الوظيفة التفسيرية:** وهي الوظيفة الأساسية للدافعية؛ فمن خلالها يتم تفسير السلوكيات بمختلف أنواعها الصادرة عن الكائن الحي (حيوان أو إنسان)، ويطلق على هذه الوظيفة وظيفة العزو.

**6- وظيفة التشخيص والعلاج:** تستخدم في تشخيص العديد من الاضطرابات السلوكية والنصية وعلاجها، وتساعد في تعديل سلوكيات الأفراد من خلال التحكم في دوافعهم للوصول إلى السلوك المطلوب.

**7- وظيفة الطاقة والنشاط:** حيث تقوم بإطلاق الطاقة واستثارة النشاط من خلال تعاون المفاتيح الخارجية (كالجوائز والتهديد واللوم؛ والثناء) مع المفاتيح الداخلية (كالأهداف، والرغبات، والاهتمامات) في تحريك السلوك وتدفعه نحو تحقيق أهداف معينة، أي أن الدوافع تقوم بتنشيط السلوكيات الجزئية أو الفسيولوجية؛ والسلوكيات المركبة أو الكلية.

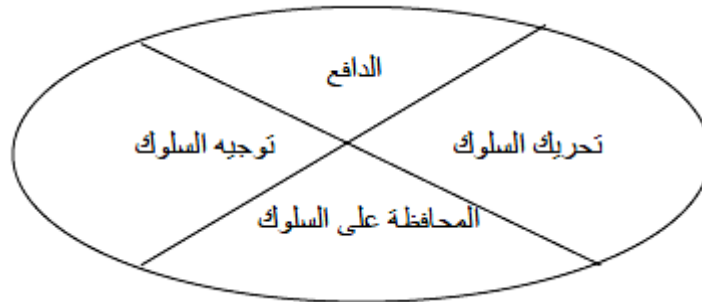
**8- المحافظة على استمرار السلوك:** أي أن السلوك يبقى مستمرا ونشطا مادامت الحاجة قائمة ولم يتم إشباعها .

**9- تنشيط التوقعات المتصلة بتحقيق الأهداف أو إشباعها.**

**10- تعدد الدوافع بمثابة مصدر للمعلومات عن إمكانية الوصول إلى الهدف:** فالدافعية تزداد بالاقتراب من الهدف. (يونس، 2012، ص ص 25-26)

بناء على ما تقدم من وظائف تؤدي الدافعية إلى حصول الإنسان على أداء جيد عندما يكون مدفوعاً نحوه.

وفيما يلي مخطط يوضح الوظائف الأساسية للدافع:



شكل رقم (5): يبين الوظائف الأساسية للدافع. (الزق، 2009)

### 5- العلاقة بين الدوافع والسلوك الإمتناع:

فالدوافع إذن، هي محددات أساسية للسلوك، والعلاقة بين السلوك والدافع علاقة وظيفية. بمعنى أن كل سلوك وراءه دافع يشبعه، سواء كانت هذه الدوافع بيولوجية أم نفسية أم اجتماعية أم غيرها.

والحقيقة المعروفة كذلك، هي أنه مهما كان نوع الدافع وموقعه وأهميته عند الفرد، فإنه من الناحية العملية، يكون في واحدة من الحالتين: فهو إما أن يكون مشبعاً أو غير مشبع. فعندما يكون مشبعاً، يكون في وضعية سلبية، لأنه لا يدفع الفرد إلى القيام بالسلوك الملائم لإشباعه. أما عندما يكون غير مشبع (في حالة حرمان) فيكون في وضعية إيجابية، لأنه يدفع الفرد إلى النشاط والقيام بالسلوك الملائم لإشباعه. والسلوك الذي يشبع الدافع، يطلق عليه "السلوك الوسيلى". وهو السلوك الذي يحدده الدافع ويتجه إلى إشباعه.

وعندما يصدر السلوك الوسيلى من الفرد، فإنه يتخذ مساراً معيناً لإشباع الدافع، هو كما يلي:

يستثار الدافع، فيتجه الفرد بسلوكه الوسيلى إلى البيئة للحصول على إشباع الدافع. وهنا يكون الكائن الحي أمام حالتين:

**الأولى:** أنه يحصل على الإشباع. وتترتب عن هذه الحالة نتائج كثيرة منها: شعور الكائن الحي بالارتياح والرضا، شعوره أنه في حالة بدنية ونفسية طيبة، وهذا الشعور له قيمته الإيجابية لدى الفرد.

الثانية: أنه لا يحصل على الإشباع. وهنا يصاب الفرد بالحرمان والإحباط، فينتابه التوتر. وكلما ازداد مستوى التوتر قوة، اختفى السلوك الوسيلى وحل محله "السلوك غير المنظم".

وعندما يكون الفرد في حالة توتر بسبب استثارة الدافع، هناك أربع طرق أمامه هي:

1- أن يشبع دافعه مباشرة عن طريق السلوك الوسيلى.

2- أن يطلب مساعدة شخص آخر لحل المشكلة أو الحصول على الإشباع الذي يحقق له هدفه.

3- أن يشبع دوافع بديلة.

4- أن يستغني عن إشباع الدافع ويعيش بدونه.

وهذه الطرق الأربعة تعبر كلها، نسبيا، عن أن الشخصية سوية. ويعتمد الإشباع السوي للدوافع على عوامل كثيرة، منها: الذكاء، والقدرة على التعلم، والكفاءة، والمعرفة، والاعتماد على الذات، والمثابرة.

ولكن الحرمان قد يستمر، فيظهر الإحباط ويرتفع التوتر بسبب التأخر في إشباع الدافع، عندئذ يصبح سلوك الفرد غير منظم وغير فعال وغير منطقي. (معمرية، 2013، ص ص 21-23)

ويمكننا أن نتنبأ بما سوف يفعله أي شخص في موقف ما إذا نحن عرفنا عنه ثلاثة أشياء:

- كيف تكونت خبراته الماضية في علاقاته بالناس والأشياء والمواقف؛ مما أصبح عادة يسير عليها في سلوكه أليا وطابع شخصيته نمطياً.

- موقف التنبيه الحالي بما يتكون من أشياء وأشخاص وعلاقات تجعله يشبه موقفا سابقا (لأن الناس في مواجهه المواقف الجديدة يتعين عليها التصرف بالذكاء لا العادة).

- الحالة النفسية (الداخلية) للشخص ساعة حدوث الفعل الذي نريد التنبؤ بدوافعه. (السيد، 2000،

ص 252)

## 6- تصنيف الدوافع:

إنه وفقاً لمبدأ " كل سلوك يكمن وراءه دافع"، تتعدد الدوافع بتعدد مجالات السلوك . ولكن من أجل سهولة دراستها وفهمها، ينبغي تصنيفها في فئات وفق خصائصها المشتركة . وفي الفقرات التالية يتم عرض بعض هذه التصنيفات. (معمرية، 2013، ص 23).

وتصنيف الدوافع حسب نشوءها أو مصدرها إلى:

- 1- دوافع أولية أو وراثية : كالدافع إلى الطعام وإلى التنفس والشراب وإخراج الفضلات والجنس.
- 2- دوافع ثانوية أو اجتماعية مكتسبة : كالدافع إلى الانتماء وإلى القبول والتقدير الاجتماعي وإلى الشعور بالأمان.

ويمكن تقسيم الدوافع، إلى:

أ- **الدوافع بيولوجية المنشأ (الدوافع الأولية)** وهو يعبر عن حاجات فسيولوجية أولية وتشمل الحاجة إلى الطعام والشراب وحفظ النوع، ويترتب على إشباعها استعادة التوازن البيولوجي للكائن الحي، وتستثير هذه الحاجات دافع الجوع ودافع العطش ودافع الجنس على الترتيب، ومن خصائصها تتسم بالشدة والحدة في طلب إشباعها، وتختزل ويزول أثرها بمجرد إشباعها، وفطرية وموروثة ولا تختلف باختلاف النوع أو الإطار الثقافي، وهذه الدوافع يصعب الاعتماد عليها في التعلم الإنساني ومنها دافع الجوع ودافع العطش والدافع الجنسي ودافع الأمومة أو الأبوة . (القريطي و عبد القادر، 1997، ص 135)

ب- **الدوافع النفسية المنشأ (الثانوية):** تلعب الدوافع النفسية دوراً كبيراً في حياة الإنسان بشكل يفوق في كثير من الأحيان الدور الذي تلعبه الدوافع البيولوجية التي تعتبر سهلة الإشباع إلى حد ما، ومن هذه الدوافع مثلاً:

- دوافع التقبل والاستحسان لمن هم حوله.

- دوافع الشعور بالجدارة والكفاءة.

- دوافع البحث عن خبرات جديدة. (عدس و توق، 1995، ص 190)

ج- **الدوافع الاجتماعية (الخارجية) وأهمها:**

وهي دوافع مركبة تعبر عن نفسها في مختلف المواقف الإنسانية وهي خارجية لكونها تخضع

لبواعث وحوافز تنشأ خارج الفرد، كما أنها اجتماعية لأنها متعلمة ومكتسبة من المجتمع

- **دافع الإنجاز:** ويتمثل هذا الدافع في سعي الفرد الدائب لبلوغ أعلى مستوى من الإنجاز في

أنماط نشاطه العقلي والإجتماعي، مما يحقق له تفوقا على أقرانه.

- **دافع الانتماء:** من الدوافع الاجتماعية الهامة التي تعين الفرد على التعاون مع الآخرين والشعور بالتجاوب والتفاعل والتعاون مع الآخرين في الجماعة التي ينتمي إليها الفرد، ويصدر هذا الدافع عن حاجة الفرد للانتماء إلى جماعة (كالأسرة - الأصدقاء) فيكون للفرد فيها علاقات حميمة بأشخاص آخرين، وتعد هذه العلاقات من أهم علاقات الحياة الاجتماعية السوية للفرد خاصة وإنها تشبع حاجاته للتفاعل مع الآخرين، وتساعد على خفض توتره وحل مشكلاته الانفعالية والاجتماعية. (سالم، 2012، ص ص 26-27)

- **دافع التقبل من الآخرين:** المستفيدون من جملة الدوافع الايجابية الباعثة على الارتياح لما يرضي الآخرين، وحبهم وتقديرهم؛ واطمئنان الشخص على مركزه بينهم» لأنه محبوب ومرغوب فيه.

- **دافع التمكن والسيطرة:** والذي ينشأ ضمن سلبيات بواعث الطفل؛ وهو يجاهد لتكره حرا ليفعل ما يشاء وعدم تقيده أو الحيلولة بينه وبين ما يريد. (السيد، 2000، ص 266)

#### 7- النظريات المفسرة للدافعية:

وفق الباحث الاكس مكيلي ( Alex Mucchielli ) فإن مبعث الاهتمام بدراسة هذا الموضوع يعود أساسا إلى محاولة فهم سلوك الأفراد ومن ثمة إمكانية التحكم فيهم وتوجيههم، بالإضافة إلى عامل الحساسية القوية التي تتأثر بها إنسان هذا العصر نحوى ما يتعلق بجوانب التأثير والتأثر التي تطبع سلوك الأفراد وممارساتهم في جميع قطاعات الحياة، والتي أصبحت مصدر قلق لدى البعض كونها تساهم في ظهور سلوكيات اجتماعية تتميز أكثر ما تتميز بالعنف وعدم القابلية للانسجام مع ما تفرضه معايير المجتمع وأعرافه كالثورة وغيرها. ورغم ما تم التوصل إليه حسب رأي نفس الباحث، من تقنيات اعتمد الباحثون في إنجاحها على ما استجد في موضوع الدوافع كذلك التي وظفت في ميادين الإشهار ومختلف طرق الدعاية الأخرى، إلا أنه لا توجد نظرية موحدة حول الدوافع يمكن وحدها أن تتفرد بتفسير وشرح مختلف جوانب هذا الموضوع. (Mucchielli, 2018, PP 3-4)

ولفهم حياة الفرد من خلال فهم دوافعه، قام العديد من العلماء والباحثين في مجال الدافعية بصياغة نظريات تفسر هذا المتغير كل من وجهة نظره:

## 7-1 النظرية البيولوجية:

تفسر هذه النظرية عملية الدافعية وفقا لمفهوم الاتزان الداخلي ، تجانس الوسط ويرى العالم (والتر 1957) صاحب نظرية الاتزان الداخلي أن العمليات البيولوجية و أنماط السلوك تخضع إلى حالة الاختلال في التوازن العضوي، الأمر الذي يتسبب في استمرار هذه العمليات حتى يتم تحقيق التوازن. وأن الحوافز تنشأ عن عدم التوازن بالاشتراك مع عمليات معرفية مما يؤدي إلى ظهور السلوك الهادف لإشباع الحاجات وإعادة حالة التوازن الداخلي لدى الأفراد قد وسع وار مفهوم عدم التوازن ومفهومي التوازن والفيولوجي. (البياتي، 2007، ص 280)

وقد عالج دونالد هب D. HEBB وظيفة الجهاز العصبي وبخاصة طبيعة الدوافع العصبي، وتفترض نظريته ان الدماغ الانساني خلق لكي يكون نشيطا باستمرار، ما دام حيا، وان النشاط المستمر هو المحدد للسلوك، الذي يتساوى تحليله مع تحليل الفكر في النشاط المعرفي. (Nuttin, 1983, p 83)

## 7-2 النظريات المعرفية:

تؤكد هذه النظرية أن الكائن البشري كائن عاقل يتمتع بإرادة حرة تمكنه من اتخاذ القرارات المناسبة والسلوك على النحو الذي يراه مناسباً، بحيث لا يستجيب للمثيرات والحوادث الخارجية أو الداخلية بشكل تلقائي.

وحسب أنصار المنحى المعرفي فإن هناك عوامل تتدخل وتؤثر في السلوك، مثل القصد والنية والتوقع وتعليل السلوكيات التي يقوم بها الأفراد، كما ترى أن الأفراد نشيطون ومثابرون وفعالون . وتوجد لديهم دوافع وحاجات تتمثل في السعي لفهم البيئة التي يعيشون فيها والسيطرة عليها، فدافع الفضول أو حب الاستطلاع مثلا يشير إلى نوع من الدافعية الذاتية لدى الأفراد من خلال اكتشاف المعرفة اللازمة حول موضوع ما، يمكنهم بذلك من فهمه والسيطرة عليه، الأمر الذي يعزز لديه مفهوم الذات. (الزغول، 2009، ص 74)

وتعد النظريات المعرفية في مجال الدافعية تأكيداً على كيفية فهم الأحداث وتوقعاتها من خلال الإدراك أو التفكير، وطبقاً لهذه النظرية فإن تنظيم السلوك المدفوع والهادف من خلال هذه المعارف يقوم على أساس الماضي في علاقته بالظروف الحالية كما يشمل على توقعات المستقبل .



ويعد فستنجر (Festinger) ونظريته التنافر المعرفي من النظريات المعرفية. وهي أن ما يدفع الفرد إلى تعديل أو تغيير أو تكوين اتجاهاته هر وجود حالة من التناقض المعرفي، أي اعتناق الفرد لفكرتين أو اتجاهين أو رأيين لا يمكن الجمع بينهما من الناحية النفسية لأنها على طرفي نقيض، ويؤدي هذا التنافر إلى ضيق نفسي يخلق توترا لدى الفرد يدفعه إلى محاولة التقليل منه أو القضاء عليه.

ويأتي الافتراض في أن لكل منا عناصر معرفية تتضمن معرفته بذاته؛ كما أن لدى كل فرد معرفة بالطريقة التي يسير بها العالم من حوله؛ فإذا تنافر عنصر من هذه العناصر مع عنصر آخر فإن أحدهما سيقضي على العنصر الآخر. (الرابغي، 2015، ص 137)

#### ومن النظريات المعرفية:

- **نظرية العزو:** بحيث أشار روتر Rotter في نظرية التعلم الاجتماعي إلى مفهوم أو مركز أو وجهة الضبط، وتصنف نظريته الدافعية أو تعزوها لسببين هما؛ أسباب داخلية وأسباب خارجية، ويرجع الأفراد أسباب نجاحهم وفشلهم في الحياة إلى أسباب يتحملون مسؤوليتها، وهؤلاء هم الذين يكون موقع الضبط لديهم داخليا، أي يرد إلى أسباب داخلية، والآخرين مركز الضبط يكون لديهم خارجيا.

- **نظرية هيدر (Heider):** تقوم نظرية العزو السببي لهيدر على أساس إدراك الفرد للعوامل التي تساعد على تكوين الحدث إزاء ذلك إلى هذه العوامل: الشخصية (الداخلية) متمثلة في القدرة، والمحاولة الدافعية، والبيئة (الخارجية)، متمثلة في صعوبة العمل والحظ. أما الجانب الثاني فهو الجانب النزوعي أو القصد، إذ أن السلوك لا يكون مدفوعا بقوى داخلية أو خارجية ما لم يكن الشخص يقصد أو ينوي الوصول إلى الهدف الذي حدده بنفسه.

- **نظرية فينر Feiner:** يبدأ فينر بمسلمة أساسية هي أن الناس يعززون نجاحهم أو فشلهم إلى أسباب داخلية أو خارجية ثم يقسم هذه الأسباب إلى مجالات منفصلة، فإذا كان مركز التحكم أو الضبط لدى الفرد داخليا فقد يعزوا نجاحه أو فشله إلى قدراته أو مجهوده أو الاثنين معا، وبهذا تكون أسباب السلوك خاضعة لنوع من المسؤولية الشخصية، أما إذا كان خارجيا ينسب الشخص أداءه إلى عوامل ليس مسئولا عنها، ومن ثم لا يتحكم فيها، مثل الحظ أو صعوبة المهمة. (علي وحموك، 2014،

ص 74-76)

### 3-7 النظرية السلوكية:

تقوم على أساس نظري مؤداه أن الدافعية حالة تسيطر على أداء الفرد وتميل في استجابة مستمرة مرهونة بمعزز معين، وبذلك يقترن أداءه لاستجابة ما وتكراره لها بالحصول على معزز. (الحامد، 1996، ص 376)

ويرى (متبنو) هذه النظرية أن الدافعية تنشأ لدى الأفراد بفعل مثيرات داخلية أو خارجية؛ بحيث يصدر عن الفرد سلوكا أو نشاطا استجابة لهذه المثيرات. ويؤكد "سكنر" أن خبرات الفرد بنتائج السلوك هي التي تحدد تكرار أو عدم تكرار السلوك في المرات اللاحقة وأن حصول الأفراد على المعززات أو المكافآت على سلوكهم يستثير لديه الدافعية للحفاظ على هذه السلوكيات وتكرارها، ويرى سكنر أن التعزيز هما يطور ليصبح ذاتيا. (الزغلول والهنداوي، 2010، ص 299)

### 4-7 نظرية التعلم الاجتماعي :

تنطلق هذه النظرية من فكرة أن الإنسان كائن اجتماعي يؤثر ويتأثر بالجماعة التي ينتمي إليها، حيث يلاحظ سلوكياتهم ويتعلم الكثير من الخبرات والمعارف والاتجاهات وجميع أنماط السلوك، وأن العديد من الدوافع الإنسانية مكتسبة من خلال عملية الملاحظة والتقليد وفقا للنتائج التي تتبع سلوكيات الآخرين، وأن التعلم من الآخرين إنما يتم على شكل تنافس أو تعاون معهم أو مسابرة لهم. (الزغلول، 2009، ص ص 165-166)

### 5-7 نظرية التحليل النفسي:

حاولت النظريات النفسية أن تبين طبيعة ونمو الشخصية. فقد أكدت على أهمية الدوافع والانفعالات والقوى الداخلية الأخرى للفرد، وافترضت أن الشخصية تنمو من خلال حل الصراعات النفسية خلال سنوات الطفولة المبكرة عادة، وركزت على المجالات اللاشعورية والصراعات النفسية المؤلمة في الشخصية، إذ كلما كانت الصراعات شديدة كانت الطاقة النفسية المتاحة لحل هذه الصراعات أكثر، وبالتالي فإن الطاقة الأقل ستكون من نصيب العمليات العقلية العليا مثل التفكير المنطقي والابتكار. (ملحم، 2009، ص 304)

ولعبت الغرائز دورا هاما في نظرية فرويد وقد حدد هذه الغرائز بنوعين يختلفان بعضهما عن البعض تماما وهما الغرائز الجنسية مثل الحب و البحث عن الملذات والغرائز العدوانية التي ترمي إلى

التخريب والموت. ومن الأسس الهامة في الدافع التي كان لفرويد الأثر في انتشارها، مبدأ حتمية السلوك والحتمية اعتقاد بأن أي حادث في الطبيعة له أسباب وليس مجرد صدفة، وأن كانت هذه الأسباب معقدة ومن الصعب معرفتها لتعقد الكائن الحي نفسه وتعتقد بينته. فالسلوك وراءه دوافع فإن لم تكن هذه الدوافع شعورية، فهي دوافع لاشعورية فزلات القلم واللسان والنسيان أو أي حادثة من الحوادث كلها تخفي وراءها رغبات مستترة. كما أنها ترمي إلى هدف. (المعايطة وآخرون، 2002، ص158-162)

#### 6-7 نظرية التدرج الهرمي لماسلو (Abraham Maslow)

تعتبر نظرية سلم الحاجات لماسلو من المساهمات الرائدة في فهم الدافعية وذلك بوضعها تقسيم للحاجات الإنسانية، باعتبارها مصدرا للدافعية ومحرك للسلوك الإنساني وفق تدرج هرمي، وعليه تقوم نظرية التدرج الهرمي على مجموعة من المبادئ الرئيسية:

**أولاً :** الإنسان كائن يشعر باحتياج لأشياء معينة وبشكل مستمر، وهذا الاحتياج يؤثر على سلوكه بخلق التوتر، الأمر الذي يؤدي بالفرد إلى الرغبة في إنهاء حالة التوتر هذه من خلال السعي للبحث عن إشباع الحاجة، وبالتالي فالحاجة الغير مشبعة هي التي تؤثر في السلوك، في حين أن الحاجات التي تم إشباعها لا تحرك ولا تدفع السلوك الإنساني.

**ثانياً :** تترتب الحاجات في هرم يبدأ بالحاجات الأساسية اللازمة لبقاء الإنسان وتندرج في سلم يعكس مدى أهميتها أو ضرورته، من حاجات بدائية إلى حاجات سامية.

**ثالثاً :** يتقدم الإنسان في إشباعه للحاجات بدءاً بالحاجات الأساسية (الحاجات الفسيولوجية) ثم يصعد درجات الهرم للانتقال لحاجات الأمان، فالحاجات الاجتماعية، ثم حاجات التقدي، وأخيراً حاجات تحقيق الذات.

**رابعاً:** إن الحاجات الغير مشبعة لمدة طويلة، قد تؤدي إلى توتر حاد قد يسبب آلام نفسية يؤدي الأمر إلى استعمال العديد من الوسائل الدفاعية كردود فعل يحاول من خلالها الفرد مواجهة حدة التوتر. (بغول وعطوي، 2017)

ولقد صنف ماسلو الدوافع البشرية في إطار نظريته. ونظمها في شكل هرمي مندرج، وقام بتقسيم الحاجات إلى نوعين؛ حاجات النقص وحاجات النمو، أما حاجات النقص فتضم الثلاث فئات

الدنيا وهي (الفسولوجية - الأمن - الاجتماعية)، فحاجات النقص إذا لم يتم إشباعها فإنها تؤدي إلى عدم نمو الفرد بشكل سليم نفسياً وبدنياً. وبالطرف الآخر حاجات النمو رعي تضم الفئتين العليا وهي (التقدير - تأكيد الذات) وإشباعها يساهم ويساعد في نمو الفرد وبلوغه مستوى الكمال البشري. (الرابغي، 2015، ص 139)

#### 7-7 نظرية الدافع إلى الانجاز:

صاحب هذه النظرية هو العام ديفيد ماكلياند Maclelland وتتمحور هذه النظرية على أن هناك بعض الأفراد الذين يرغبون إذا ما قاموا بعمل ما أن ينجزوه، ويعنى ذلك أن إتمام العمل بصورة جيدة يعتبر هو الدافع بحد ذاته. وتقوم النظرية على:

- 1- دافع الإنجاز أو الرغبة بإتمام العمل بصورة جيدة، سلوك يتسم به بعض الأفراد الذين يطلق عليهم مسمى ذوي الإنجاز العالي.
- 2- يمكن لهذا الدافع؛ دافع الإنجاز تأصيله في نفوس الأفراد عن طريق ربطه بالحوافز والعوائد.
- 3- يتمتع أفراد الإنجاز العالي بصفات مميزة مثل القدرة على المغامرة وتحمل المخاطر واختيار المهام التي توفر لهم الشعور بالنجاح والتقدير. (الرابغي، 2015، ص 143)

ويعرف "ماكلياند" الدافع للإنجاز بأنه الأداء في مستوى محدد من الامتياز والتفوق أو هو ببساطة الرغبة في النجاح.

وعرف موراي الدافع للإنجاز "باعتباره حرص الفرد على تحقيق الأشياء التي يراها الآخرون صعبة السيطرة على البيئة الفيزيقية والاجتماعية من خلال التحكم في الأفكار وحسن تناولها وتنظيمها، سرعه الأداء، الاستقلالية، التغلب على العقبات وبلوغ معايير الامتياز، التفوق على الذات ومنافسة الآخرين والتفوق عليهم، والاعتزاز بالذات وتقديرها بالممارسة الناجحة للقدرة.

ويرى "موراي" أن الأشياء التي يمكن أن تشبع هذا الدافع تتنوع وتختلف ما بين القيام بأبسط الأعمال والقيام بأعمال العظيمة كالكشف إحدى الكواكب أو النجوم.

بينما يعرفه "اتكنسون" بأنه استعداد ثابت نسبياً في الشخصية يحدد مدى سعي الفرد ومثابرتة التي تتضمن تقييم الأداء في ضوء مستوى محدد للامتياز.

في حين يرى " فرنون " أن دافعية الانجاز ترتبط بأهداف محددة وبشكل عام يتضمن السلوك المنجز للنشاط الذي يتجه مباشرة نحو الاحتفاظ بمستويات معينة من الامتياز والتفوق العقلي كما يتضمن الانجاز منافسة الآخرين.

فرجسون " فيعرفه على أساس انه النضال من اجل الامتياز للحصول على أعلى المستويات في المهام المختلفة وفيه يتميز الأداء بالنجاح أو الفشل وان دافعية الانجاز تتجه مباشرة نحو تحقيق الأهداف.

"جونسون " ينظر للدافعية على أنها ميل أو نزوع لبذل الجهد لتحقيق الأهداف.(الرقاد، 2017، ص 357-358)

ويكون التطبيق العلمي لنظرية دافعية الإنجاز بـ:

- ربط الحافز والعوائد بجودة العمل إتقانه ما يدفع الأفراد إلى إبراز طاقاتهم واستغلالها.  
- دافع الإنجاز يمكن تعلمه وغرسه في نفوس الأفراد، إنه يمكن تصميم برامج تدريبية تساعد الأفراد على تنشيط دوافع الإنجاز لديهم. (الرابغي، 2015، ص 144)

وينشأ الدافع للإنجاز وفق (معمرية، 2012، ص 64) بشكل محدد، يقوم التوجه الإنجازي لدى الأفراد أو المجتمعات من الناحية النفسية على ثلاثة عوامل هي:

- 1- مستوى الدافعية أو الحماس للعمل وبذل الجهد في سبيل تحقيق الهدف، والقدرة على الشعور بالفخر عند النجاح والخجل عند الفشل.
- 2- توقعات الفرد المتعلقة باحتمالية أو إمكان حدوث النجاح والفشل.
- 3- قيمة النجاح ذاته، أو ما يترتب من نتائج عن النجاح والفشل.

وبالنسبة للعامل الأول، فإن مستوى الدافعية الكامن قد يكون مرتفعاً، ولكن المشكلة تكمن في العاملين الثاني والثالث، وما يرتبط بهما من مدركات حول توقعات النجاح والفشل. وتعتبر البيئة الاجتماعية والثقافية والحضارية، العامل الأساسي في تنشيط توقعات الأفراد ورغبتهم في الأداء وفق معايير الامتياز. وتختلف المجتمعات في هذا الجانب.

من خلال التعريفات التي قدمها الباحثون لمفهوم الدافعية للإنجاز تحدد تناولنا لدافعية الانجاز على أنها استعداد الفرد لتحمل المسؤولية والاستقلالية الذاتية، والسعي نحو التفوق لتحقيق أهداف

معينة، والمثابرة للتغلب على العقبات والمشكلات التي تواجهه والشعور بأهمية الزمن والتخطيط للمستقبل.

#### 7-8 نموذج الدافعية/المخاطرة للاستهداف للتعاطي:

ومن النماذج التي فسرت الاستهداف للتعاطي في الدراسات العربية، نموذج الدافعية/المخاطرة في اتجاه الانحراف ل(عامر، 2003).

حيث اقترح نموذجا لتوضيح مستويات التورط في خبرة التعاطي وذلك مرهون بفرض أساسي مؤداه أن مستوى تورط الفرد في خبرة التعاطي بقدر التفاعل بين متغيرين أساسيين هما؛ الدافعية للتعاطي وسلوك المخاطرة، "والدافعية هي العملية التي يتم بمقتضاها إثارة تشاط الكائن الحي وتنظيمه وتوجيهه لتحقيق هدف معين"، فإذا كان الهدف هو التعاطي، بتالي سميت بالدافعية نحو التعاطي"، أما المخاطرة فهي الأفعال التي يقوم بها الفرد، أو القرارات التي يتخذها في موقف اختياري لا يستطيع فيه أن يتنبأ بدقة نتائج اختياراته أو مترتبات قراراته وأفعاله"، فإذا كان موضع المخاطرة سلوكا إنحرافيا، بالتالي سمي مخاطرة في اتجاه الانحراف"، وتبعاً لشدة كل من الدافعية والمخاطرة تتحدد مستويات التورط في خبرة التعاطي، وعلى هذا فإن غير المستهدفين هم من لهم دافعية منخفضة نحو التعاطي ومخاطرة منخفضة في اتجاه الانحراف، أما المستهدفون فهم فئتان: الفئة الأولى: من لديهم دافعية مرتفعة نسبياً نحو التعاطي مع انخفاض في قدر المخاطرة، وهؤلاء من يسمون بالمستهدفين الراغبين في التعاطي"، الفئة الثانية؛ من لديهم قدر منخفض من الدافعية نحو التعاطي، ولكن لديهم قدر مرتفع نسبياً من المخاطرة في اتجاه الانحراف، وهؤلاء من سميهم بالمستهدفين المخاطرين"، ووفقاً لمتغيري الدافعية/المخاطرة فقد قسم المتعاطين إلى تسعة فئات في الشكل التالي:

المخاطرة في اتجاه الانحراف	مخاطرة مرتفعة	متعاطون تجريبون	متعاطون على نحو منقطع	متعاطون على نحو منتظم
	مخاطرة متوسطة	مستهدفون (مخاطرون)	احتمالات مختلفة لمستوى التورط في الخبرة	متعاطون على نحو منقطع
	مخاطرة منخفضة	غير مستهدفين	مستهدفون (راغبون)	متعاطون تجريبون

دافعية مرتفعة      دافعية متوسطة      دافعية منخفضة

### الدافعية للتعاطي

شكل رقم (6): نموذج مقترح لمستويات التورط في خبرة التعاطي (أيمن عامر، 2003)

#### 8- قياس الدافعية:

هناك مجموعة من الاختبارات التي تقيس دافعية الإنجاز وتتراوح هذه الاختبارات بين اختبارات موضوعية واختبارات ذات طابع إسقاطي.

#### 8-1 الأساليب الإسقاطية:

يذكر موراي أن " الشخص عندما يحاول تفسير موقف اجتماعي معقد فإنه يميل لأن يكشف عن نفسه و حاجاته ورغباته و آماله ومخاوفه بالقدر نفسه الذي يتحدث به عن الظاهرة التي يتركز انتباهه فيها، و في هذه الأثناء يكون الشخص بعيدا عن مراقبته لذاته طالما يعتقد أنه يقوم بمجرد شرح وقائع موضوعية". (فرج ، 2000 ، ص 601)

ومن أمثلة اختبار ذا طابع الإسقاطي، اختبار موراي وهو اختبار تفهم لموضوع (TAT) لقياس الحاجة إلى الإنجاز وهو من أشهر الاختبارات إلي تقيس الحاجة إلى الإنجاز.

ثم بني ماكلياند (1949) اختبارا لقياس الدافعية إلى الإنجاز ويتكون هذا الاختبار من مجموعة من الصور التي تحتوي على أشكال معروفة لكنها لا تمثل بحد ذاتها موضوعا محددًا وتعرض الصور عرضا فرديا ثم يسأل المفحوص مجموعة من الأسئلة مرتبة بالصور بحيث تثير هذه الأسئلة مخيلة المفحوص وعندئذ سيسقط كثير من شعوره وأحاسيسه وفكره على الصور وبالتالي يعطي

المفحوص درجة على كل من: خيال الإنجاز والعبارات إلى تعبر عن الحاجة والأنشطة الأدائية. (الحداد، 2006)

وتعرضت هذه الطرق والأساليب الإسقاطية في قياس الدافع للإنجاز للنقد الشديد أيضا من جانب العديد من الباحثين، فيرى البعض أن هذه الطرق الإسقاطية ليست مقاييس على الإطلاق، ولكنها تصف انفعالات المبحوث بصدق مشكوك فيه، كما أن طريقة تصحيحها تحتاج إلى وقت كبير، وتتسم بالذاتية، بالإضافة إلى انخفاض ثبات وصدق هذه الطرق الإسقاطية. (خليفة، 2000، ص99)

## 2-8 المقاييس الموضوعية:

الاختبارات الموضوعية فمن أمثلتها مقياس عمران لدافعية الإنجاز (1980) يتكون من (45) فقرة منها (24) فقرة تعكس المستوى العالي في الطموح والتحمل والمثابرة عند الفرد لتشكل ما يعرف بالدافعية الذاتية للإنجاز التي تركز على الجانب الشخصي في الإنجاز يلي ذلك (10) فقرات تعكس الاهتمام بالتفوق على الآخرين في مختلف المجالات التنافسية كما تقيس مدى استعداد الفرد من أجل الأهداف الكبيرة فيما يسمى بالجانب الاجتماعي للإنجاز وبقية الفقرات (11) فقرة وضعت لتعكس مدى اهتمام الفرد المنجز وحرصه على تطوير نفسه لبلوغ معايير الامتياز في كل ما يعمل. (خويلد، 2017، ص 176)

وقد قام باحثون بإعداد استبيانات لقياس الدافع إلى الإنجاز موضوعيا، بعضها تم إعداده للأطفال، مثل : استبيان أرجول، روبنسون Argule 1968 Robinson ، واستبيان برنارد وينر Kukla. Weiner & A B. أندي كوكلا، 1970 واستبيانات أخرى تم إعدادها للراشدين مثل : استبيان مهربان للميل إلى الإنجاز 1969 Mehrabiank ، واستبيان رتشارد لن R. Lynn 1968.

واستبيان هيوبرت هرمانز H.Heranz 1970 واستبيان سميث J.Smith 1973، واستبيان الدافع إلى الإنجاز، إعداد : محمود عبد القادر محمد 1977، واستبيان الدافع إلى الإنجاز، إعداد : نظام سبع النابلسي 1993 . واستفتاء الدافع إلى الإنجاز، إعداد عبد اللطيف محمد خليفة 2006. (معمرية، 2012، ص ص 276-277)



## 9- الدافعية لتعاطي المخدرات:

في ظل وجود دافع إلى التعاطي، فإن الفرد يكون في حالة يقظة وتوتر، توجه سلوكه وأفكاره نحو ما يتصل بهذا الموضوع، وتجعله على استعداد لإصدار السلوك (أي الإقدام على التعاطي في المواقف المثيرة لهذا الدافع)، والسعي في اتجاه ما يحقق هدفه، وكلما زادت دافعية الفرد للتعاطي زادت الطاقة المبذولة لتحقيق هذه الخيرة، ومن ثم فإن الدافعية المنخفضة تولد طاقة جهد أقل، يصبح معها إقدام الفرد على التعاطي أقل احتمالاً (أي يصبح الفرد مستهدف)، فإن ارتفعت الدافعية نسبياً تناسب ذلك طردياً مع محاولات الإقدام على تحقيق هذه الخيرة (أي يصبح الفرد مستهدف)، فإن ارتفعت أكثر وأكثر فإن المرء قد يقدم فعلاً ولو على سبيل التجريب على التعاطي.

وتكشف الدافعية للتعاطي عن نفسها في عدة مظاهر كالتالي:

- 1- تبريرات التعاطي؛ فتمثل نوايا الأفراد، وإدراكاتهم، وتوقعاتهم، واعتقاداتهم، واتجاهاتهم نحو خوض خبرة التعاطي، وما يعكسه ذلك من دوافع كامنة مؤشرات لدافعيته لخوض خبرة التعاطي.
- 2- تقييم المغام والمغرم المترتبة على التعاطي من قبل المستهدفين والمجربين والمستمرين والتي تتعلق بالفوائد المدركة للتعاطي مقابل المخاطر المتوقعة.
- 3- التصريح المباشر بالرغبة في خوض خبرة التعاطي من قبل المستهدفين ودرجة السعي الفعلي للبدء في خوض الخبرة من قبل المتعاطين.
- 4- شدة الاعتماد النفسي والعضوي على المادة النفسية، وما يمكن أن يستثيره من دوافع للاستمرار، أما عن المتغيرات التي قد تشكل هذه الدوافع، فإنها تتعدد ومنها:
  - التعرض لثقافة المخدرات (عن طريق السماع عنها أو مشاهدتها) فيؤدي هذا التعرض إلى إدخال المادة النفسية دائرة الوعي، وهو ما يمثل الخطوة الأولى في حدوث زيادة مطرده في تحقيق المزيد من المعلومات عن هذه المادة، وهو ما قد يخلق دافعية في اتجاه تجربتها.
  - المعاناة من اضطرابات نفسية أو عضوية وما يرتبط بهما من مشقة، فتؤدي حالة الفرد الصحية الجسمية والنفسية إلى زيادة احتمالات إقدامه على التعاطي لبعض المواد النفسية لخفض المشقة

الناتجة عن الاضطرابات الصحية (خاصة إذا توافرت إيجابية عن فائدة هذه المواد في التداوي من الأمراض).

- توافر سياق حافز للتعاطي ، حيث تبين من الدراسات أن أغلب المتعاطين يقدمون على خبرة التعاطي نتيجة ضغوط خارجية، تقوم من خلالها الظروف الموقفية بدور واضح في دفع المتعاطي للإقدام على التعاطي ومن بينها؛ المواقف الاجتماعية الحافزة للإقدام، والمجاراة، والتقليد كالمناسبات الاجتماعية السعيدة، والجلسة مع الأصدقاء، والرغبة في تقليد الآخرين، وإشباع الحاجة إلى حب الاستطلاع، ومواقف مواجهة المتاعب الجسمية أو ضغوط المشقة النفسية مثل المشكلات العائلية، ومواجهة ظروف موقفية خاصة أثناء السفر والرحلات..إلخ. (عامر، 2003)

ويرى كل من ميلر Miller و رولنيك Rollnick عام 2001، أن دافعية المعتمد ترتبط بحدوث التعاطي والانتكاسة، ويظهر ذلك في دافعية تغيير السلوك، والدافعية نحو التورط في سلوك منوط بالمشكلات، ويقف وراء دافعية الفرد لتبني سلوك التعاطي ووقوعه في الانتكاسة، عوامل معرفية متعددة، يذكر منها التفكير المتردد، والذي يظهر في حالة العجز عن الاختيار بين بديلين، يتمثل أحدهما لدى المعتمد في أن التغيير الإيجابي يكون دائما مرتبطا بفعالية ذات أكثر إيجابية وثباتا نحو سلوك عدم التعاطي، أما الآخر فيتمثل في أن المعتمد يعتقد في قرارة ذاته بأنه غير قادر على اتخاذ أي فعل إيجابي خاصة في اتجاه نمط الاعتماد على المادة المخدرة، وتنشط من هنا المعتقدات السلبية متمثلة في الآتي "أريد حقا أن أتوقف تماما عن تعاطي أية مادة منشطة أو مخدرة، لكنني لا أستطيع أن أفول - لا - عند رؤيتي لها"، كما تنشط المخرجات المتوقعة حول المادة متمثلة في الآتي: "أريد أن أتوقف عن تناول الكحوليات تماما، لكنني سأجد صعوبة بالغة الشدة في تعاملاتي مع المحيطين بي" (كما ورد في حسني، 2016)

## 10- تنمية الدافعية:

يقوم مفهوم الدافعية للإنجاز على أساس أن الإنسان لديه نزعة للإنجاز والعمل البناء بقصد وصوله إلى أهدافه المحددة، والإنسان الذي يمتلك دافعية عالية للإنجاز لديه معايير ذاتية للعمل الممتاز وما أقصده هنا هو الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة والارتقاء في حضن التعافي بعيدا عن الخوف والالتكالية وتشتيت الطاقات والمشكلات الأسرية والاجتماعية والدينية التي قوضها الإدمان وهد جميع جوانبها. (أبو الخير، 2013، ص 154)

ومن العوامل المؤثرة في تنمية الدافعية:

- تعدد العلاقات الوالدية: تعد من العوامل المؤثرة في دافعية الانجاز، وأهمها العلاقات التي تزيد من وعي الأبناء واستثارتهم الفكرية، والتي تساعد لفهم الطفل لذاته، وعلى أن يكون حساسا للتفاعلات الاجتماعية التي من حوله، والتي تعمل على توفير جو يشعر الطفل بالدفء بالدعم الاحترام الصادق له كإنسان قادرا على توجيه سلوكه مستقبلا وعلى الاعتماد على ذاته. (الرابغي، 2015، ص 159)
- المستوى الثقافي للأسرة: مما يجعل بأنه هناك علاقة بين الدافعية للانجاز.
- قيم المجتمع: تؤثر قيم الانجاز في المجتمع، فهناك مجتمعات تقدر الانجاز، والشخصيات المنجزة وترفع من مكانتهم. (بلمقدم، 2008، ص 68-69)

ومن أساليب تنمية دوافع الانجاز لدى الفرد:

- يتحدد الفرق بين الأفراد فيما يتعلق بشدة دوافع الإنجاز بمستوى الرغبة الذاتية في التنمية والتطور ومدى تأثير الظروف البيئية الأخرى على صقل وتنمية هذه الدوافع ، ويحدد علماء النفس أربعة أساليب أساسية لتنمية وتطوير دوافع الإنجاز عند الأفراد، والجدير بالذكر أن هذه الأساليب لا يمكنها أن تخلق أمراض الإنجاز لدى الأفراد ولكنها قد تساعد في تنميتها وتطويرها وهذه الأساليب هي:
- وضع معايير رقابية لقياس الإنجاز: بهذا الأسلوب يمكن للفرد أن يضع معايير رقابية معينة بحيث تتفق مع ظروفه وإمكانياته وقدراته لقياس الانجاز الذي حققه في موضوع معين وخلال فترة زمنية معينة، فإذا لاحظ الفرد بان مستوى لإنجاز الذي حققه أقل من المعايير التي وضعها، أمكنه بعد ذلك أن يبذل جهدا أكبر لانجاز المزيد لحين الوصول إلى المستوي المطلوب . وعند تحقيق هذه الخطوة يمكن للفرد أن يرفع من مستوى هذه المعايير بحيث تتلاءم مع أوضاعه الجديدة .
- الاقتداء بانجازات الآخرين: ويتم ذلك من خلال الملاحظة والتعرف والاطلاع على إنجازك الآخرين، ويقوم بالاقتداء بأعمالهم وتقليدهم بالتباع خطواتهم للوصول إلى درجة عالية من الإنجاز .
- التصور لشخصي للإنجاز: ويمكن للفرد بهذا الأسلوب أن يتصور نفسه على مستوى من الانجاز، ويحاول تحقيقه عن طريق زيادة الجهد والرغبة الذاتية للتطور والتنمية.
- مراقبه الأوهام والخيال: بهذه الوسيلة يسيطر الفرد على عواطفه ولو جزئيا وتتغلب قوة الإرادة على بذل الجهد والعمل الجيد وبالتالي يسير نحو تحقيق الإنجاز الأكبر عن طريق السيطرة الواقعية والموضوعية على سلوكه العملي. (الزليتي، 2008، ص 179)

## 11- الدافعية للامتناع عن المخدرات:

نعرف أن خلف كل سلوك دافع أكان الشخص على علم به أم لا. لذا فإنه حين يتقدم المدمن للعلاج؛ يجب أن نتفهم الدوافع التي تكمن خلف هذا السلوك. إذ قد يتقدم المدمن للعلاج نتيجة رغبة صادقة في التوقف تتبع من داخله، أو قد يقدم للعلاج نتيجة لعدد من العوامل والظروف الخارجية، وأن تقوية دافعية المريض المدمن للاستمرار في العلاج؛ وكذا للتأهيل مهم جدا في (تعافيه).

ويعرف الامتناع دكتور (مارشا، 2020، ص 433) عن المخدرات بأنه التخلي عن السلوك الاعتمادي، فالإيجابية منه يقصد بها أن الشخص الملتزم بالامتناع يبقى فترة أطول بلا إدمان. والسلبية منه هي أن يستغرق الفرد فترة أطول للعودة إلى حياته الطبيعية.

ويعرف الدافعية للامتناع لدى مدمنين (غانم، 2005، ص 41) بأنها مفهوم افتراضي، يفترض خلف زيادة فاعلية المدمن للمشاركة في الأنشطة العلاجية والتأهيلية؛ حتى يصل إلى مرحلة (التعافي) التام من آثار المادة المخدرة التي كان يتعاطاها من قبل. ولا بد أن يتجه (الفريق العلاجي) إلى عمل على زيادة (دافعية المريض الداخلية) في استكمال البرنامج العلاجي ولتأهيلي، بل وإمكانية أن يحيا دون مخدر، ويستمتع بحياته-أيضا-دون مخدر.

بحيث تعد الدافعية متغير أساسي في الامتناع عن تعاطي المخدرات، حيث أنه يصعب القيام بأي عمل بدون وجود هدف وقرار شخصي من الفرد، وقد اقترح كل من ليجرون Legeron واندري André (Samuel et Lajeunesse, 2008) نموذجا paradigme يصف المراحل على المدمن تجاوزها للخروج من إدمانه، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي :

1- المرحلة الأولى: امتلاك المعلومة: تتم هذه المرحلة بإعداد برامج إعلامية تتناول أخطار تناول المخدرات من خلال النشاطات العامة للتعليم والصحة والدعاية من قبل وسائل الإعلام المختلفة.

2-المرحلة الثانية: تقبل المعلومة: في هذه المرحلة يتم تقبل المعلومات التي أعدت في المرحلة السابقة، ولكن دون وجود دافعية مؤكدة من قبل المريض.

3-المرحلة الثالثة: أخذ قرار حول الامتناع: في هذه المرحلة يأخذ المدمن قرارا للتوقف عن أخذ المخدر، والذي لا يكون إلا من خلال وجود دافع للامتناع.

4-المرحلة الرابعة: الشروع في الامتناع: ويتم ذلك من خلال التوقف عن أخذ المخدر.

5-المرحلة الخامسة: صيانة الامتناع: تكون صيانة الامتناع من خلال عدم الرجوع إلى أخذ المخدر.  
(كما ورد في بقال، 2013، ص 71)

ومن أشكال من الامتناع التي حددها (مارشا، 2020، ص 439)

- لقد التزمت لمدة يوم عن ممارسة الإدمان ولاحظت الفوائد منه.
- لقد تجنبت المثيرات المؤدية إلى الإدمان واستبدلتها بأخرى حققت من خلالها العديد من الفوائد.
- لقد لاحظت العديد من الأحداث الإيجابية التي حدثت نتيجة ابتعادي عن ممارسة سلوكيات الإدمان.

وفما يلي أمثلة لبعض أنواع الأهداف لنجاح الامتناع الإرادي:

1. خفض المشكلات الأخرى الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، ذات العلاقة غير مباشرة بمشكلة المخدرات.
  2. خفض المشكلات النفسية والاجتماعية، أو المشكلات الأخرى ذات العلاقة بمشكلة المخدرات.
  3. خفض السلوك المؤذي أو المصادفات المرتبطة باستخدام المخدرات.
  4. إحراز تقدم في قدرة المريض على التحكم في الاستخدام غير الاعتمادي، أو الاستخدام غير المنطوي على مشكلات في إدمان المخدرات.
  5. إحراز امتناع إرادي عن مشكلة المخدرات
  6. إحراز امتناع إرادي عن كل أنواع المخدرات.
- وهذه الأمثلة الستة ليست جامعة مانعة بالطبع. فمن الممكن على سبيل المثال وضع أهداف علاجية أخرى مثل إحراز امتناع إرادي، وتحسن في الأداء النفسي الاجتماعي في مجالات غير متعلقة بتعاطي المخدرات. على الرغم من ذلك فمن المفيد التمييز بين أساليب العلاج التي تهدف مباشرة إلى مشكلة المخدرات، وتلك الأساليب ذات العلاقة غير المباشرة أو العلاقة الفرضية بالمشكلة المستهدفة.

(ديفيد وبارلو، 2002، ص 450)

وقد أجريت العديد من الدراسات نذكر منها التي أجريت لتحديد الدافعية لدى المدمنين فقد أجرى (الحسن، 2004) دراسة بعنوان: أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات بأشكال التعافي بين مدمني الهيروين. والتي هدفت إلى لمعرفة علاقة أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات بأشكال التعافي بين مدمني الهيروين. وتمثلت عينتها في ثلاث مجموعات بمستشفيات الأمل بجدة والدمام مكاني الدراسة تم تقسيمها بناء على دليل التشخيص الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) وكانت موزعه كالتالي: المرضى المتوقفون داخل بيئة محكمة (60) مريضاً، المرضى المتوقفون توفيقاً مبكراً كاملاً (31) مريضاً والمرضى المتوقفون توفيقاً متواصلًا كاملاً (29) مريضاً. واستخدمت أداة مقياس أسلوب التكيف ومقياس الكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات. لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي ومعالجتها إحصائياً باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS). وكان من أبرز نتائجها انه توجد علاقة بين أسلوب التكيف وأشكال التعافي (طول مدة الامتناع) لدى مدمني الهيروين وتوجد علاقة بين الكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات وأشكال التعافي (طول مدة الامتناع) لدى مدمني الهيروين، وأن أسلوب التكيف على بعد البحث عن الدعم الاجتماعي أكثر تنبؤاً بأشكال التعافي لدى مدمني الهيروين. الكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات على بعد العاطفة السلبية أكثر تنبؤاً بأشكال التعافي لدى مدمني الهيروين. كما توصلت الدراسة لأهمية عاملي أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات لاستمرارية الامتناع عن تعاطي الهيروين، وبناء على النتائج أعلاه يوصى الباحث بإدراج العوامل المعرفية والسلوكية كالكفاءة الذاتية وأسلوب التكيف في البرامج التأهيلية لمدمني الهيروين وذلك بالتركيز أكثر على كيفية إدارة المشاعر السلبية والبحث عن الدعم الاجتماعي وتعزيزه.

كما أجرى (عبد الله وآخرون، 2004) دراسة بعنوان: الدافعية للعلاج لدى عينة من المدمنين، والتي هدفت الدراسة إلى معرفة الدوافع التي تدفع المدمنين في مدينة القدس للعلاج وهل لدى المدمنين رغبة حقيقية في العلاج أم أنه لأسباب أخرى. عينة الدراسة عينة قصديه من الأشخاص المدمنين الذين يتوقفون عن الإدمان في منطقة القدس، حيث بلغ عدد أفراد العينة (71) مبحوثاً، متوسط أعمارهم 1.37 سنة وتراوحت مدة إدمانهم من شهر - 34 شهراً تم تطبيق الدراسة من خلال استبانته معدة من قبل الباحثين وقد خرجت نتائج الدراسة بالتالي 2.97 % من المبحوثين يرغبون في التوقف عن الإدمان ولديهم الدوافع لذلك، ومن أسباب دوافع العلاج من الإدمان على المخدرات فقد كانت خمسة دوافع احتلت نفس المرتبة وبلغ متوسطها ( 9.4 ) ومن هذه الدوافع "أريد أن أبدأ حياة جديدة

ونظرة الآخرين السلبية لي، والرغبة في مزاوله الحياة بشكل طبيعي والرغبة في التغيير، والتخلص من الألم، وكذلك ينظر في النتائج أن أقل الدوافع التي دفعت المدمنين للعلاج هي "الشرطة وعدم توفر المخدرات" وقد أوصى الباحثون بأنه يجب على المعالجين الذين يتعاملون مع المدمنين عدم الاهتمام بجانب واحد وإهمال الجوانب الأخرى. بل أخذ كافة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والدينية، والأسرية في علاج الإدمان مع تكثيف جلسات العلاج النفسي والجماعي بهدف زيادة استتارة دافعيته للعلاج وتغيير الصورة بأنه يعاني من مشكلة.

وقام (غانم، 2000) دراسة بعنوان الدافعية للعلاج لدى المدمنين، دراسة استطلاعية حضارية مقارنة، والتي تهدف إلى التعرف على العوامل التي تكمن خلف الدافعية للعلاج لدى المدمنين في كل من جمهورية مصر والمملكة العربية السعودية. وتمثلت العينة من (80) مدمنًا جميعهم ذكور تم اختيارهم بطريقة قصدية. استخدم الباحث الأدوات التالية: المقابلة الإكلينيكية والملاحظة بالمشاركة، لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي. وكان من أبرز نتائجها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين دوافع التردد للعلاج لدى عينة الإدمان المصرية وعينة الإدمان السعودية.

وتوصلت دراسة (عبد الوهاب، 2006) بعنوان: العوامل المعرفية المؤثرة في الحفاظ على الامتناع عن التعاطي لدى عينة من المراهقين المتعاطين لمواد متعددة، والتي هدفت إلى بفحص مجموعة من العوامل المعرفية لمعرفة مدى أهميتها في الحفاظ على التوقف عن التعاطي، وتمثلت عينتها من 86 مراهقًا من المتعاطين لمواد متعددة موزعين على ثلاث مجموعات كالتالي: 31 فردًا لا يزالون يستخدمون Current users، 24 منتكسًا عادوا للتعاطي Releaser و31 متوقفًا Abstinence، واستخدمت أداة مقياس للكفاءة الذاتية ومهارات التعامل مع المشكلات، لجمع البيانات وفق المنهج التجريبي، وكان من أبرز نتائجها أن المراهقين الذين نجحوا في الاستمرار في التوقف والمحافظة على التعافي يمتلكون العديد من المهارات الجيدة في التعامل مع أنفسهم ومع مشكلاتهم الحياتية مما أدى إلى شعورهم بالكفاءة الشخصية والفعالية، وكذلك وجد أن احتمالات الانتكاسة لديهم ضعيفة حتى في المواقف التي تتسم بالاحتمالية العالية للتعاطي مقارنة بغيرهم ممن عادوا للتعاطي أو المستمرين دون امتناع.

كما أظهرت دراسة (العنزي، 2003) بعنوان دراسة مقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعادين في بعض خصائص الشخصية. والتي هدفت إلى المقارنة بين خصائص

شخصية مدمني الحشيش ومدمني الإمفيتامين والشخصية العادية بالتالي: خاصية القلق، وخاصية العدوانية، وخاصية الدافعية للإنجاز، وفي بعض المتغيرات الديموغرافية (المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - نوع الوظيفة). وتمثلت عينتها من ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى من مدمني الحشيش، والمجموعة الثانية من مدمني الامفيتامين، والمجموعة الثالثة من العاديين، (الغير مستخدمين)، أما بالنسبة لعدد العينة بلغ (150) فرداً موزعة بالتساوي بين المجموعات. وقد تم اختيار المجموعة الأولى والثانية عن طريقة العينة القصدية، أما بالنسبة للمجموعة الثالثة تم اختيارها بطريقة العينة العشوائية البسيطة، واستخدمت أدوات هي مقياس سبيلبيرجر لقياس قلق السمّة، ومقياس العدوانية، مقياس الدافعية للإنجاز، واستخدم الباحث المنهج الوصفي الذي يحمل في أجزائه شبه السببي المقارن. وقد توصل البحث للنتائج التالية: أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً بين مدمني الحشيش ومدمني الأمفيتامين في خاصية القلق وخاصية العدوانية وخاصية الدافعية للإنجاز، وبأنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً لدى مدمني الحشيش ومدمني الأمفيتامين والعاديين في خاصية القلق وخاصية العدوانية وخاصية الدافعية للإنجاز تبعاً للخصائص الديموغرافية (المستوى التعليمي - الحالة الاجتماعية - نوع الوظيفة).

كما أجرى (أبو زيد، 1998) دراسة بعنوان: الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهيروين في بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي، حيث تكونت العينة (102) من معتمدي الهيروين. ثم سحب العينة من مستشفى الأمل لعلاج الاعتماد العقاقيري والاضطرابات المتعلقة به بجدة في المملكة العربية السعودية، وجميع أفراد العينة من ذكور المعتمدين على الهيروين لمدة ثلاث سنوات متصلة على الأقل. وتم سحب الوجدتين (ج) والعيادات الخارجية، حيث تمثل الوحدة الأولى (ج) المرضى المنومون بالداخل، بينما تمثلت العيادات الخارجية المرضى المتابعون للعلاج والتأهيل من خارج المستشفى، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: عينة العلاج الخارجي وعددهم (60) مريضاً. وعينة العلاج الداخلي وعددهم (42) مريضاً. وتم تطبيق أداة وحدة قام الباحث بإعدادها وهي قائمة مراجعة المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي، والتي تحتوي على (34) مفردة تمثل كل منها مشكلة يجاب عنها. وقد توصلت الدراسة إلى الكثير من النتائج، منها: أن معتمدي العقاقير عموماً لا يؤمنون كثيراً بالعلاج النفسي، ويفضلون العلاج العقاقيري. ويوجد الكثير من الاتجاهات السالبة نحو الوحدات العلاجية. وأن مدمني الأقسام الداخلية كانوا أكثر مقاومة



للعلاج النفسي؛ من هؤلاء المترددين من الخارج. وجود إحدى عشرة مشكلة متعلقة بالموقف من العلاج الجماعي، هي: مشكلات المخاوف الاجتماعية داخل الجماعة العلاجية، ومشكلات الاتجاهات السالبة نحو العلاج النفسي الجماعي، ومشكلات التغذية المرتدة الخاطئة ونقص الدافعية، ومشكلات الاتجاهات السالبة نحو المؤسسة العلاجية، ومشكلات ضعف الثقة في المعالج وفي الجماعة العلاجية، ومشكلات ضعف المهارات الاجتماعية، ومشكلات زمن الجلسات العلاجية الجماعية، ومشكلات الميول المعوقة نحو الجماعة العلاجية، ومشكلات مقاومة العلاج، ومشكلات المفاهيم والمعتقدات الخاطئة نحو العلاج النفسي الجماعي، ومشكلات ضعف الاستعداد للعلاج والمهام العلاجية.

وبهذا يتضح فإن لم تكن هناك دافعية نحو الامتناع أو انتظار الهدف من العلاج لن يتحقق التغيير، لذا فإن فعالية العلاج المعرفي السلوكي يستلزم مستوى معين من الدافعية ومن الأفضل إعلام الحالة مسبقاً بذلك. (Cottraux, 2011, p 07)

وقد طور Miller & Rollinck, 2002 المقابلة المركزة على الدافعية Entretien Motivationnel وهي عبارة عن أسلوب علاجي مركز حول المريض وهو موجه بهدف إلى رفع مستوى الدافعية الداخلية للتغيير عن طريق الكشف وحل التناقض، يشير الباحثان إلى أسلوب علاجي للإشارة إلى أن هذه المقابلة ليست شكل من أشكال العلاج ولا تقنية ولكنها طريقة تعاون مع المريض مستوحاة من تناول (Carl Rogers) تهدف إلى تعزيز الدافعية الداخلية وتغيير السلوك غير المتكيف عن طريق التركيز على العميل وهي تركز على خمسة أبعاد:

- إظهار التعاطف: محاولة فهم معاش العميل بدون مواعظ؛ حضور متعاطف يساعد العميل على النفتح والكشف عن الذات:
- تبيان الاختلافات: الحديث عن النتائج ومساعدته على الوعي بمشاعره المتناقضة والاختلافات المدركة والمعبر عنها من قبل العميل بين الوضعية الحالية والوضعية المرغوبة قد تفتح المجال لحصر ايجابي يؤدي إلى التغيير.
- تجنب تقديم الحجج لاعتبارها غير منتجة وتعزز المقاومة والإنكار.
- التعامل مع المقاومة، إذا كان العميل يقاوم بشدة الاقتراحات أو التفسيرات، ينبغي تفادي التأكيد قد تتغير الآراء مع مرور الوقت.

- تشجيع الشعور بالمهارة الشخصية، والإشارة إلى الجهود والنجاح ومجالات الإتقان والتأثير الجيد للأفكار والأعمال التي قام بها العميل. (كما ورد في سايل، 2016)

ويشير (بوفيه، 2019، ص 138) أن الإستراتيجية العلاجية السلوكية المعرفية تتكيف غالباً مع درجة دافعية المريض، حسب النموذج الذي وضعه " بروشاسكا و ديكليمينتي " ( Proschaska et Diclemente ) في الواقع، إيقاف الإدمان هو أمر صعب، وقد يصبح مستحيلاً إذا لم يمتلك المريض الدافعية لذلك.

الخطوة الأولى في الإستراتيجية العلاجية هي تقييم مرحلة التغيير التي يتواجد فيها المريض و ثم تطبيق العلاج الأنسب لهذه المرحلة. التقنيات المستخدمة هي تقنيات معرفية ( إعادة البناء المعرفي لأفكار المختلة، التحكم في الأفكار التي تدعم الانتكاس)، وتقنيات سلوكية (التعرض للمادة، التعرض للرغبة في التعاطي أو الاستعمال، وأيضاً تقنية حل المشكلات، تقنية تعليم السلوكيات مثل: رفض كأس من الكحول، لعب الأدوار ....)، وتقنيات انفعالية وجسدية ( الاسترخاء، تسيير الحصر ) فلا يجب أن ننسى أنه في هذا النوع من الاضطرابات، تكون المقابلة التحفيزية والتحالف العلاجي الجيد مهمين جداً في مساعدة المريض. وهنا لا بد من بيان المراحل السبعة للتغيير - نموذج بروشاستا و ديكليمينتي ؛ والإستراتيجية التحفيزية.

- ما قبل التفكير (ما قبل النية): المريض لا يمتلك دافعية للتغيير ( العلاج : تقديم معلومات حول مخاطر الإدمان؛ و البقاء في الخدمة في حالة طلب المريض المساعدة ) .
- التفكير (النية): ينشأ تجاذب الفرد بين التغيير وعدم التغيير. (العلاج: العمل على هذا التناقض ) .
- القرار: المريض يريد التغيير فوراً أو في القريب العاجل (العلاج: التشاور واختيار الإستراتيجية التي قد تمكنه من التغيير).
- النشاط: المريض يعمل بشكل ملموس على التغيير، (العلاج: الدعم، التوجيهات، التعزيز الإيجابي).
- الاستمرار: المريض يستمر ويحافظ على التغيير ( العلاج: تجنب الانتكاسات).
- الانتكاس: يعود المريض إلى سلوكه الإدماني القديم (العلاج: عدم التهويل، الانتكاس ليس كارثة، الحد من شدة تأثيره، واستئناف علاج من المرحلة التي توقف فيها، أي التي حدث فيها الانتكاس).

ومما سبق يتضح دور في أداء الشخصية لإحدى وظائفها وهي الدافعية، فقد اعتبرها الباحثون في علم النفس إحدى العوامل المسؤولة عن اختلاف الأفراد من حيث أدائهم ومستويات نشاطهم، وأن معرفتها ومحاولة حصرها يسهم بقدر كبير في نجاح التغيير المطلوب للأفراد والجماعات، وأن استجابات الإنسان وردود أفعاله تختلف باختلاف القوى التي تدفعه وتحته على ذلك، وهذه الاستجابات تتحكم فيها قوى داخلية أو خارجية تؤثر في سلوكه وتفكيره وخياله وإبداعه وأعماله. وقد اختلفت التوجهات والنظريات من زوايا مختلفة في تفسير الدافعية، فهي بحاجة مستمرة إلى اختبار صحتها على الواقع العملي، وتعد الدافعية في هذه الدراسة بمثابة نقطة الانطلاقة لفهم دافعية المراهق في تنمية دافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات، وهذا ما يستدعي إلى إعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج إرشادي أو تدريبي أو علاجي، بفهم الدافعية وتنميتها لدى المشاركين في هذه البرنامج، لكي لا يحدث تردد أو تسرب أثناء تطبيقه.

# الفصل الرابع

تصميم البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي لتنمية الدافعية

للامتناع عن المخدرات

- 1- تعريف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
- 2- الأسس النظرية للبرنامج العلاجي
- 3- أهداف البرنامج
- 4- أهمية البرنامج
- 5- خطوات إعداد البرنامج
- 6- النموذج المعرفي السلوكي للاعتماد على المواد
- 7- التقنيات المستخدمة في البرنامج
- 8- آلية تطبيق البرنامج
- 9- مراحل البرنامج
- 10- خطوات الجلسة العلاجية
- 11- سير جلسات البرنامج
- 12- أساليب تقييم البرنامج

العلاجات المعرفية السلوكية هي علاجات علمية تجريبية عيادية، بمعنى أنها تبني نظرياتها وفعالية تطبيقاتها على نتائج الدراسات والأبحاث العلمية التي تثبت صحتها، وبالنظر للنتائج الايجابية للدراسات السابقة يفترض أن البرنامج الحالي للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي يمكن أن يكون له أثر في الامتناع عن المخدرات. ووفقا لهذا التصور قام الطالب بوضع وتصميم برنامج معرفي سلوكي جماعي لتنمية دافعية الامتناع عن تعاطي المخدرات لدى المراهقين.

## 1- تعريف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

عبارة عن مجموعة من الخطوات الإجرائية المبنية على أسس علمية منظمة ومحددة تقوم على أساس العلاج المعرفي السلوكي لمتعاطي المخدرات من المراهقين التي تتراوح أعمارهم (16-21) الملتحقين حديثا بالمركز النهاري لطلب العلاج من الاعتماد على المواد، بهدف تنمية الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات، باستخدام مجموعة من الفنيات والنشاطات العلاجية للنظرية المعرفية السلوكية، وفقا لتسلسل جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التي تناسب المرحلة العمرية، من (18) جلسة تم التخطيط لها.

## 2- الأسس النظرية للبرنامج العلاجي:

إن لكل برنامج علاجي أرضية علمية يستند إليها في تنفيذه وتقويمه وتقييمه وتفسيره، من أجل التحقق من مصداقية الأثر (النتائج) الذي يتركه البرنامج من تحسن لدى أفراد المجموعة المشاركة، وتشكل النظرية المعرفية والسلوكية الأساس النظري في تصميم البرنامج العلاجي لهذه الدراسة، التي تعد من الأساليب الحديثة في الوقاية والعلاج من تعاطي العقاقير النفسية.

بحيث يعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوبا له تطبيقات واسعة الانتشار في تعديل سلوكيات تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات والإدمان وعلاجها، وأصوله مستمدة من النظرية السلوكية إلي تستند إلى نموذج الإشراف الكلاسيكي ونموذج الإشراف الإجرائي ونظرية التعلم الاجتماعي المعرفي، والنموذج المعرفي الذي يؤكد على دور الأفكار، والمعتقدات، والاتجاهات، والعزو السببي، والتي تؤثر في تفكير الشخص وشعوره واتجاهاته وبالتالي التأثير في سلوكه. وفي معظم حالات التعامل مع التعاطي وعلاج الإدمان، فإن الخصائص البارزة للاتجاهات النظرية الثلاثة هذه مدمجة في نموذج معرفي سلوكي واحد". (squires. 2001)

وتم بناء الصيغة الأولية للبرنامج العلاجي بعد الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي- السلوكي الجماعي بشكله عام والعلاج المعرفي- السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات، وذلك بالاطلاع على مجموعة من المراجع العربية والأجنبية التي نذكرها (مارشا، 2020)، (بوفيه، 2019)، (Richard Foster, 2019)، (Wenzel, 2017)، (هوفمان، 2012)، (مايكل وآخرون، 2008)، (بيزل، 2004)، (Cottraux, 2011)، (Michel et al, 2002)، (Beck, 2011)، (Jeffrey et al, 2005)، (Westbrook al et, 2011)

(الحسيني، 2019)، (عبد الصبور، 2000)، (فايد، 2005)، (ابراهيم، 1994)، (طه وسلامة، 2004)، (الخطيب، 2007)، (علي ومصطفى، 2011)، (الغامدي، 2013)، (طه، 2007)، ص 290)، (مسعودي، 2010)، (عطية، 2013)، (غانم، 2005)، (غانم، 2003)، (غانم، 2000) (حجار، 1992)، (المشابعة، 2007)، (سايل، 2016)، (عادل، 2000)، (الخفش، 2011)، (ابراهيم، 2008)، (أبو الخير، 2013)، (المحارب، 2000)، (المصري، 2011)، (سكران، 2006)، (بكيري، 2012)، (موسي والدسوقي، 2013).

وننوه انه هناك علاقة قوية متبادلة بين الدافعية والسلوك، حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مبدأ إثارة الدافعية الداخلية، فبدونها ستبدو محاولات التغيير النفسي (العلاج) جهد ضائع، ولذلك يوظف المعالج المعرفي السلوكي فنيات عدة في كل مراحل العلاج تزيد الدافعية الداخلية عندهم

ومن أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي يبني عليها البرنامج واعتمد عليها الطالب هي:

1- معرفة المكون السلوكي - للعلاج المعرفي السلوكي - الطرائق السلوكية التي يقوم بها المدمن في تنشيط الدافعية.

2- معرفة المكون المعرفي - للعلاج المعرفي السلوكي - الطريقة التي يفكر فيها الناس كالمعاني التي يعطونها للأحداث، وكيف يسهم ذلك في تكوين الأفكار عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم الذي يعيشون فيه.

كما استند البرنامج إلى مبادئ منها:

أ - قابلية الأفراد للتغيير: أن قابلية الأفراد للتغيير تتكون من قدرات نفسية متمثلة بالقدرة على الاستبصار بالمشكلة وإدراك الذات والآخرين، وقبول الذات، القدرة على التعلم والتدريب، القدرة على

تحمل المسؤولية، القدرة على المعالجة الموضوعية للمواقف والتخطيط للمستقبل، تفتح القدرات العقلية، النظام الشخصي وتكامله، الإحساس بالمرح الشعور بالزمن، القدرة على الإبداع وحل المشكلات، هذا يمكن الأفراد من بناء فلسفة تعطي معنى للحياة، أما القابلية على استعادة التوازن داخل الجسم تتضح من تأثير تمارين الاسترخاء على الفعالية الفسيولوجية. كما أن القابلية البيئية تتمثل بالتكافل الاجتماعي ومصادر الدعم من الآخرين وشبكة المساندة الاجتماعية والروح المعنوية التي تقدمها الجماعة العلاجية.

ب - إمكانية تدريب المشارك لكي يكون ملاحظا جيدا لسلوكه وقادرا على تحديد مشكلاته في ضوء النظر إليها على أنها قابلة للحل.

ج - إمكانية مساعدة المشارك على تحقيق التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي، ويكون التغيير في ثلاث مجالات: تغير السلوك الظاهر لدى الفرد، تغير في الأفكار والحديث مع الذات، تعزيز التغيرات والدافعية وتجنب احتمالات الانتكاس.

**3- أهداف البرنامج:** يهدف البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي الحالي إلى تنمية الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات لدى المراهقين، من خلال العمل على تحقيق ما يلي:

- الأهداف العامة من البرنامج:

- الإلمام بالمفاهيم الأساسية في الإدمان.
- الإلمام بالمفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي.
- القدرة على تطبيق بعض المهارات والتقنيات المعرفية السلوكية في مجال الإدمان.
- الكشف عن الجوانب المهمة في شخصية المراهق المدمن من خلال استبصاره بمشكلاته وحاجاته وصراعاته ودوافعه ومشاعره.
- تعديل مفهوم الذات وتطويره من الصورة السلبية إلى الايجابية للفرد وتقبله لذاته.
- تعزيز الدافعية العلاجية لدى المشاركين وكيفية الحفاظ على استمرارها.
- التعلم كيفية منع الانتكاسة من خلال المهارات المعرفية والسلوكية التي يكتسبها من البرنامج.

- تحسين وتنمية المهارات النفسية وتشجيع الأعضاء على المشاركة الفكرية في حل المشكلات، وتعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة باستخدام المخدرات.
- التدريب على كيفية تحمل المسؤولية وذلك من خلال معرفة وحساب درجة المسؤولية الملقاة على عاتق المشارك نفسه لكل حدث قد واجهه، أو هدف يسعى إليه.
- التعرف على استخدام استراتيجيات أسلوب حل المشكلات بطرق ملائمة.
- التعرف على الاستقلالية الفعالة ودورها في تحمل المسؤولية.
- تعليم مهارات رفض المخدرات والتخفيف من أعراض الانتكاسة والاشتياق.

**4- أهمية البرنامج:** تتضح أهمية البرنامج الحالي في الأساليب والفنيات التي يقوم عليها، وأثرها في تنمية الدافعية الامتناع عن الإدمان لعينة الدراسة بهدف المشاركة الفعالة والاستفادة من البرنامج وقياس أدائها، مما يجعله وسيلة إجرائية تمنح من يعاني من التعاطي فهم آليات نشوء هذا الاضطراب واستبصاره بمشكلاته، وفحص العلاقة بين مختلف الجوانب الشخصية والسلوكية وتنشيط الدافعية والرغبة في العلاج. وانه موجه لمرحلة عمرية مهمة وهي مرحلة المراهقة. كما تتضح أهمية البرنامج كونه يشتمل على مادة علاجية لمجموعة من الأفراد (علاج نفسي جماعي) وهو ما يسمح باقتصاد الجهد، كما أن قصر مدته الزمنية يعد مكسبا مقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى.

#### **5- خطوات بناء البرنامج:** اتبعت الخطوات الآتية في بناء البرنامج:

- ضبط المصادر لبناء محتوى البرنامج العلاجي: تم اختيار محتوى البرنامج العلاجي من مصادر متعددة:

- 1- الدراسات السابقة التي تتعلق بعمل برامج إرشادية وعلاجية في مجال الدراسة الحالية، والمجالات القريبة منها. (الدراسات التي تم ذكرها سابقا في الدراسات السابقة)
- 2- الاطلاع على الكتب والمراجع ذات العلاقة بالبرامج الإرشادية والعلاجية، وذات العلاقة بالمواضيع المطروحة في البرنامج المصمم للطالب.
- 3- الإطار النظري للدراسة.
- 4- خصائص المرحلة العمرية من النمو والتغيرات عليها.



- 5- مقياس الدافعية للامتناع المخدرات لدى المراهقين المستخدم في الدراسة الحالية.
- 6- التكوينات المتحصل عليها في مجال الفحص والعلاج النفسي من طرف وزارة الصحة.
- 7- خبرة الطالب المعالج العملية في مجال الفحص والعلاج النفسي بمصلحة علاج الاعتماد أكثر من 10 سنوات، كما تم القيام سابقا بدراسة لنيل شهادة الماجستير بتطبيق برنامج علاجي جماعي على المراهقين بطريقة المنهج العيادي ودراسة الحالة.
- **تحديد مواضيع الجلسات:** ثم تحديد مواضيع الجلسات العلاجية استنادا للإطار النظري للموضوع والدراسات المتعلقة بالاعتماد على العقاقير وسوء الاستخدام من جهة، والبرامج العلاجية المختصة بعلاج الإدمان على المخدرات من جهة أخرى.
- بعد تحديد المواضيع وكتابة محتوى الجلسات والفنيات المختلفة للعلاج المعرفي السلوكي الملائمة لكل جلسة علاجية، قام الطالب بعرضه على لجنة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال العلاج والقياس والإرشاد النفسي من أساتذة جامعة وهران 2 وجامعة الشلف بكلية العلوم الاجتماعية ملحق رقم (2)، الذي يوضح قائمة بأسماء لجنة تحكيم البرنامج ، حيث طلب من هم التفضل بإبداء آرائهم حول:

- 1- مدى مناسبة الأهداف العامة، والأهداف الخاصة للبرنامج ومدى شموليتها ودقتها وتغطيتها جوانب (تنمية الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات).
  - 2- موضوعات الجلسات العلاجية وترتيبها وعددها ومدتها الزمنية.
  - 3- التقنيات والأساليب العلاجية المتبعة في كل جلسة علاجية.
  - 4- الإجراءات المتبعة في كل جلسة علاجية.
  - 5- إضافة أية تعديلات أو اقتراحات أو ملاحظات يرونها مناسبة.
- وبناءً على هذه الملاحظات التي أبدتها لجنة التحكيم قام الباحث بإجراء بعض التعديلات منها: إضافة جلستين واحدة للتعريف عن التدريب على الاسترخاء وأخرى عن الدافعية بطريقة فردية وبشكل مفصل كما تم تعديل بعض الأهداف والفقرات الإجرائية، كما تم إضافة الأدوات والمدة الزمنية والأساليب لكل هدف، كما تم تعديل بعض الصياغة اللغوية فيه، وقد أخذ الباحث بنسبة اتفاق لا تقل عن 80,8% من آراء المحكمين لإجراء التغييرات اللازمة في البرنامج .

- اختيار الأولويات: تم ترتيب الجلسات بحسب أهميتها وتسلسلها المنطقي والمعرفي السلوكي، إضافة إلى آراء المحكمين.

#### - التجربة الاستطلاعية للجلسات:

للطالب تجربة ميدانية لتطبيق برامج العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات بالمركز، وكذلك قمت بدراسة سابقة مشابهة لنيل شهادة الماجستير والقيام بتطبيق برنامج علاجي جماعي مع عدد من حالات الإدمان، هذه التجربة السابقة ومحاولة ربطها بالدراسة الحالية، حاول الطالب تصميم هذا برنامج علاجي لتنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات والقيام بتجربته استطلاعية على حالات الرغبة في الامتناع عن المخدرات عن طريق جلسات فردية وأخرى جماعية والغرض من ذلك ما يلي:

- التعرف على المعوقات التي تصادف الطالب أثناء تطبيق الدراسة.
- التعرف على مدى ملائمة الجلسات العلاجية ومستوى التفاعل والإدراك لها.
- التعرف على متوسط الزمن المستغرق للجلسة الواحدة.
- التعرف على مدى إمكانية تطبيق الجلسات العلاجية على عينة البحث وأثرها عليهم بعد انتهاء البرنامج.

#### 6- النموذج المعرفي السلوكي للاعتماد على المواد المخدرة:

استخدم العلاج المعرفي السلوكي في علاج إدمان الخمر والمخدرات منذ الستينيات في القرن العشرين، وأدخلت عليه تعديلات كثيرة في العقود التالية زادت من فاعليته وجعلته الاختيار العلاجي الأكثر مناسبة في هذا المجال. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ويؤكد في سياق العلاج المعرفي - السلوكي للإدمان أن التوجهات الإدمانية أو السلوك الإدماني لا يتوقف فقط على الأفكار والمشاعر التي يمتلكها الشخص، بل يرتبط كذلك بأفعاله الخاصة بمواجهته وتوافقه مع هذه الأفكار وتلك المشاعر.

ومن حيث آليات عمل العلاج المعرفي - السلوكي في علاج الإدمان والسلوك الإدماني نجده يركز على مساعدة الفرد في إدراك ومواجهة الأفكار السلبية التي تسيطر عليها وما يترتب عليها من سلوكيات تحرضه نحو الإدمان.

ذلك لأن الناس يستجيبون في الغالب وفقاً لإدراكاتهم وتأويلاتهم الشخصية لما يحيط بهم، وغالباً ما يكون مثل هذا الإدراك والتأويل لدى العقلية غير السوية أو العقلية المفعمة بالتوجه نحو إدمان المخدرات drug-addicted mind مختلفاً وظيفياً ويمثل تشوهات معرفية عديدة. وعلى ذلك يُسعى في العلاج المعرفي - السلوكي للكشف عن أنماط التفكير والسلوكيات المختلة وظيفياً في علاقتها بالإدراكات غير السوية، ومن ثم التوجه لاستبدال هذه السلوكيات غير المرغوبة باستراتيجيات مواجهة وأفعال إيجابية.

ومعلوم أن الناس تتصرف في أي موقف بناء على مشاعرهم وإدراكاتهم لهذا الموقف، ومن هنا فإن إعادة تكوين البناء المعرفي الإدراكي يزيد من وعيهم بأن ليس كل الأفكار أو المشاعر ترتكز على حقائق، وأن التمييز بين الأفكار والمشاعر الصحيحة عن تلك الخاطئة العامل المركزي في تغيير سلوك الفرد. (Richard Foster, 2019)

ويعتمد العلاج المعرفي على تحقيق الامتناع الكلي كهدف لعلاج المدمنين، فالأفراد ينجحون في العلاج ويمتنعون عن تعاطي المخدرات، يطورون معتقدات تحكم جديدة مثل "يمكنني العيش دون التعاطي" وإذا تعذر تحقيق هذا الهدف لدى بعض الأفراد يعمل العلاج على تخفيض تحقيق مستوى الاعتماد على المخدرات، وفي كلتا الحالتين» يهدف العلاج المعرفي إلى العمل المستمر لمساعدة الأفراد على تجنب أكبر عدد مكن من الأضرار التي قد تترتب عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها. (سايل، 2015، ص ص 125-126)

ويتمثل الهدف الأساسي للعلاج والاستشارة ولإرشاد عبر هذا النهج في مساعدة المتعاطي على تحقيق الامتناع، والابتعاد عن إدمان المؤثرات العقلية وتجنب إتيان السلوكيات الخاطئة التي تحفز الفرد على التعاطي، ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال الإرشاد المباشر للفرد أو عبر الإرشاد الأسري. أما الهدف الثانوي فهو مساعدة المدمن على تحقيق التعافي والذي يعني تحقيق توقف كامل عن التعاطي إلى جانب التخلص من الأضرار التي يسببها الإدمان في حياة الفرد. (عطية، 2013، ص 258)

وتتوزع فعاليات العلاج المعرفي - السلوكي على مراحل:

**المرحلة الأولى:** وصف وقياس وتشخيص السلوكي الإدماني وأي اضطرابات نفسية.

**المرحلة الثانية:** العمل مع الفرد لتصوير البيئة التي تحتويه ورسم ملامحها وخصائصها، وعلى ذلك فإن إعادة التصوير وإعادة الصياغة المفاهيمية Reconceptualization مفتاح العلاج المعرفي - السلوكي، لدفع الفرد لمواجهة ما يحيط به وتحدي ظروفه البيئية وتقويض أنماط تفكيره ومشاعره السلبية المرتبطة بالسياق الذي يعيش فيه، والعمل على زيادة وعيه ببيئته وبذاته. ومعلوم أن الناس تتصرف في أي موقف بناء على مشاعرهم وإدراكاتهم لهذا الموقف، ومن هنا فإن إعادة تكوين البناء المعرفي الإدراكي يزيد من وعيهم بأن ليس كل الأفكار أو المشاعر تركز على حقائق، وأن التمييز بين الأفكار والمشاعر الصحيحة عن تلك الخاطئة العامل المركزي في تغيير سلوك الفرد. (Foster, 2019)

### 7- التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي:

**7-1 التقنيات المعرفية:** تهدف التقنيات المعرفية إلى تغيير المعارف المختلفة (الأفكار، المعتقدات، المخططات) و ذلك بالعمل على الأفكار في حد ذاتها (إعادة البناء المعرفي )، أو على التشوهات المعرفية ( العمليات المعرف) التي تشكلها ، أو على المخططات اللاواعية التي هي أصل كل ما سبق، أو على بعض الوظائف المعرفية الهشة ( إعادة الربط المعرف).

**1. إعادة البناء المعرفي:** تستخدم لتمكين المدمن من تحديد أفكاره المختلفة والغير منطقية واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية وإيجابية مع التحقق من صحتها، ثم إيجاد أفكار أكثر تكييفا. العديد من التقنيات يمكن أن تستخدم لهذا الغرض مع المدمنين.

**2. تقنية التحليل الوظيفي:** تستعمل لتحديد المشكل لدى المدمن وتوضيح العناصر الفاعلة أثناء حدوث المشكل وخاصة الوضعيات التي يحدث فيها، الانفعالات المرتبطة به، الأفكار (خاصة الأفكار الآلية) والسلوكيات التي يقوم بها المريض أثناء المشكل، بحيث تسمح للمدمن بالاستبصار والوعي بعناصر مشكلته بدقة، إنها خطوة تعزز فهم المريض لمشكلته، وبالتالي تعزز قدرته على التحكم فيها.

**3. المقابلة الدافعية:** من أجل رفع الوعي بالنواتج السالبة للسلوكيات التعاطي اللاتكيفية وزيادة التناغم بين الأهداف الشخصية والقيم والمعتقدات والسلوكيات المتنافرة واللاتكيفية، يستهدف مباشرة دورة التغيير ويساعد المدمن في التحرك نحو التغيير.

4. **الحوار والمناقشة الجماعية:** هي من أكثر الأساليب فعالية في التعلم وتحسين تفكير المدمن باستثارة تفكيره بأسئلة وأجوبة موجهة ومحددة وتصحيح المفاهيم الخاطئة لديهم عن الإدمان، كما تدفعهم لزيادة المشاركة والتفاعل الإيجابي بينهم وبين الطالب لتحقيق أهداف البرنامج.

5. **المحاضرة البسيطة:** تهدف إلى تزويد المشاركين بالمعلومات التي يجهلون بها والتعريف بالبرنامج العلاجي والفنيات والمهارات العلاجية وكل مواضيع جلسات البرنامج.

6. **الاستبصار وتنبيه بالذات:** وذلك بمساعدة المدمن أن يكون أكثر وعياً واستبصاراً لمشكلته حتى يتمكن من تغيير السلوك المضطرب.

7. **الحوار السقراطي:** تستخدم من بداية العلاج حتى نهايته وتهدف به تنمية وفحص تناقضات الأفكار لدى المشاركين فيما يخص تجربته مع التعاطي ومدى دافعية المشارك في تنفيذ إجراءات العلاج.

8. **فنية التنفيس الانفعالي:** حيث ينفس كل عضو عن الخبرات التي لحقت بكل فرد جراء إدمانه متناولاً الأضرار الصحية والاجتماعية والنفسية.

9. **حل المشكلات:** حيث يتم تنمية ميل قوي لدى المشارك بقبول الواقع. وأن مواقف المشكلات تمثل جزءاً عادياً في الحياة وأنه من الممكن مواجهة معظم هذه المواقف بفاعلية والتعرف على المواقف المشككة عندما تحدث وكبح الميل للاستجابة سواء الاندفاع التلقائي أو التقاعس عن القيام بشيء ما.

10. **التصور والتخيل:** لإكسابهم القدرة على تكوين صور خيالية من الواقع الحقيقي للمواقف، مساعدتهم على تغيير انفعالاتهم وسلوكهم المضطرب عن طريق الاسترخاء.

11. **التعليم والتدريب والتنقيف:** تضمن إعطاء المشارك مادة معرفية تتناول خطوات مرحلية أو وضع الأهداف أو الحصول على المعلومات.

12. **التلخيص:** وذلك بإعادة استذكار المهارات والمهام التي دارت في الجلسة العلاجية عند انتهائها وعند انتهاء البرنامج العلاجي.

7-2 **التقنيات السلوكية:** وهي عبارة عن مجموعة الفنيات التي تستهدف تعديل سلوك الفرد، والتي يمكن استخدامها للعلاج من التعاطي، وهي التقنيات الأقدم من الناحية التاريخية.

1. ضبط المنبهات والمواقف المحرّضة على الانتكاس: الابتعاد عن المنبهات كجماعة التعاطي وهجر الأماكن التي تعود عليها.
2. التعزيز الإيجابي: يسمح للمشارك عند تنفيذ المطلوب منه وممارسة النشاطات التي يفضلها ولها علاقة بالاستجابة مباشرة للمثير المرغوب، إما مادي أو معنوي لتشجيع المراهق على مواصلة أدائهم لكل تقنية.
3. أداء الدور وقلبه: وهو قيام المشارك بتمثيل أدوار معينة أمام الطالب والمشاركين وتوفير للفرد فرصة للتعلم والتدريب على الحلول الممكنة في موقف معين والتعبير عن أفكاره وخبراته التي لا يعيها في الغالب، وبالتالي لا يكون متلقيا سلبيا غير فاعل بل إيجابيا ومتفاعلا.
4. الواجبات المنزلية: هي الأعمال التي يكلف بها الطالب المشاركون للقيام بها في المنزل، والمتعلقة بتسجيل النشاطات الاستجابات والمواقف والأفكار المرتبطة بالتعاطي والأعراض المصاحبة له، وتمارين الاسترخاء، ومختلف التقنيات الأخرى وهذا خارج الجلسة، وذلك بهدف تدريب المراهق على التقنيات والمهارات التي تعلموها خلال الجلسات، بعد مناقشتها في الجلسات القادمة. وتكون هذه الواجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المشارك مع تفسير كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب المراهق لها ومراجعتها في بداية كل جلسة وتحديد زمن محدد وتوضيح في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات، وفحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المشاركين.
5. النمذجة: من خلال التغيير الذي يحدث في سلوك الفرد نتيجة ملاحظته لسلوك الآخرين ومحاكاتهم، من خلال النمذجة الحية، وتدريب أعضاء المجموعة العلاجية على الاسترخاء البطيء والسريع، التحكم في التنفس.
6. التغذية الراجعة: بتزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر، من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء.
7. الاسترخاء والتحكم في التنفس: للوصول لحالة من الهدوء والتحكم في الجسم والتفكير والسيطرة على الوجدان والتخيل، لمساعدة المشارك على تبني القرارات الصحيحة لامتثاله من التعاطي.

## 8- آلية تطبيق البرنامج:

- تم تطبيق البرنامج في المركز الخاص بعلاج الإدمان على المخدرات، على المراهقين الراغبين في العلاج الموجودين بالمركز.
- قام الطالب باختيار 10 أفراد من الذكور المراهقين الراغبين في العلاج الموجودين في المركز، الذين تنطبق عليهم محكات القائمة التشخيصية للاعتماد على المواد وسوء الاستخدام.
- ثم عمل إجراءات تمهيدية للجلسات العلاجية، التي كانت على النحو التالي:
  - أ- جلستان فرديتان، وتم فيهما مقابلة كل عضو على حدة مع أسرته (تمهيدا للعلاج الجماعي)، وذلك بهدف: التأكد من مدى رغبة العضو في الانضمام للجلسات العلاجية، والمواصلة، والالتزام.
  - ب- الاتفاق على نظام الجلسات، وأسلوب العمل، وتوقيت الجلسات، وفق ما يلائم حالات الدراسة.
  - ج- تعريف العضو بأهمية العلاج النفسي الجماعي، ومن ثمة تهيئته وإعداده لها.
  - د- تعريفه بأهمية وفائدة انضمامه إلى الجماعة.
  - هـ- إعطائه فكرة واضحة عن كيفية المشاركة في هذا البرنامج العلاجي.
  - و- التأكيد على مبدأ السرية المطلقة.
  - ز- تبصيره بالدور المتوقع منه، للقيام به كعضو في الجماعة.
- يتم تطبيق البرنامج في المرحلة الثانية بعد الانتهاء من مرحلة العلاج الدوائي، وهي مرحلة مهمة في العلاج والتأهيل النفسي.
- يتم تطبيق البرنامج العلاجي، الطالب (أخصائي نفسي بالمركز) بطريقة العلاج النفسي الجماعي.

## 9- مراحل البرنامج العلاجي الحالي:

- مرحلة البدء والتحصير: هي مرحلة آلية ما قبل العلاج المعرفي السلوكي الجماعي للتقييم والتشخيص والتعاقد والتعارف وكسر الحاجز النفسي، والوقوف على أهداف البرنامج وتوقعات المشاركين نحوه، والاتفاق على قواعد الجلسات، وتشمل (2) جلستين فرديتين.

- مرحلة الانتقال: وهي مرحلة يتم فيها معرفة المشكلة الرئيسية وهي تدني مستوى الدافعية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما يتم التعريف بالمرحلة العمرية المراهقة والتعريف بالإدمان، أسبابه وآثاره، واستبصار بمشكلة الإدمان، وتشمل (2) جلستين.

- مرحلة التدخل والبناء (العلاج): هي مرحلة تقديم وتنفيذ الفنيات المختلفة للبرنامج العلاجي التي تعمل على تنمية مستوى الدافعية لدى المجموعة، من خلال مساعدتهم على إثارة الدافعية للامتناع عن التعاطي وتطوير مفهوم الذات لديهم وحاجتهم للتقبل، كما يتم تدريبهم على مهارة الاستقلالية وتحمل المسؤولية الذاتية، والتخطيط للمستقبل وتحديد الأهداف، ومهارة حل المشكلات وإدارة الوقت. وتشمل الجلسات الجلسة (4) إلى الجلسة (15).

- مرحلة إنهاء البرنامج: مرحلة التقييم والمتابعة، وهي مرحلة تمثل ما بعد الجلسات العلاجية وتقييم الأفراد المشاركين في البرنامج، والتغيرات التي حصلوا عليها نتيجة العلاج، ومدى تحقيق الأهداف العامة والإجرائية. وعلى الاتفاق على الجلسة موعد الجلسة الأخيرة للتأكد من نجاح البرنامج. وتمثلت في (03) جلسات.

#### 10- خطوات الجلسة العلاجية: تحتوي كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي على:

- بدء الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة المشاركة،، وتذكيرهم بملخص الجلسة السابقة.
- تسجيل عدد المشاركين في كل جلسة.
- مناقشة الواجب المنزلي، وتقديم التغذية الراجعة لهم.
- مناقشة موضوع الجلسة الجديدة وهدفها، وممارسة الأساليب والأنشطة المختلفة لتحقيق الهدف.
- إنهاء الجلسة وتقديم ملخص لها وعما استفادوا منه، وتقديم الواجب المنزلي.
- تقييم وتسجيل مشاعر وانطباعات المشاركين عن الجلسة من أجل تقييمها وعمل تغذية راجعة.



## 11- سير ومحتوى جلسات البرنامج العلاجي الجماعي:

### الجلسة التمهيديّة:

تهيئة الأعضاء - التعارف وكسب الثقة

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- تهيئة أعضاء الجلسة العلاجية للمشاركة في البرنامج.
- التعرف على بعضهم البعض وعلى الطالب.
- بناء علاقة إيجابية بين الطالب وأعضاء المجموعة.
- التعرف على بعض الأسس والمعايير التي ستحكم عمل المجموعة وبناء التعاقد.

• الأساليب والفنيات المستخدمة:

- المحاضرة المبسطة، الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، التحالف العلاجي.

• الوسائل المستخدمة: أقلام الكتابة.

• محتوى الجلسة:

- بعد تجمع المشاركون لجلسات البرنامج العلاجي في قاعة بمركز علاج الاعتماد على المواد، رحب الطالب بأفراد الدراسة وتحدث إليهم بقوله: "يجري الطالب دراسة بعنوان برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين" وقد وقعتم أنتم عينة لهذه الدراسة، حيث أنكم تمثلون الفئة المستهدفة في هذا البرنامج.

- الترحيب بالأعضاء، وشكرهم على اهتماماتهم وتعاونهم معه، ثم يوضّح لهم أن مثل هذه الاجتماعات تسمى علاجا جماعيا، والعلاج الجماعي هو لقاء مجموعة من الأفراد مع بعضهم البعض، تجمعهم مشاكل وهموم وصعوبات مشتركة، يتحدثون عنها في جو آمن، ويتعلمون مهارات حياتية جديدة للتعامل معها.

- التأكيد على سرية المعلومات الشخصية لكل فرد ويطمئن الجميع منذ البداية كما يطلب منهم عدم التحدث مع الآخرين حول ما يجري في الجلسات.

- توضيح أهمية التعارف بالأسماء بين الأعضاء أنفسهم وبين الأعضاء والقائد في المجموعة، وأثره في خلق جو من الألفة والمودة والمعرفة، وبيّن لهم أن التخاطب بذكر الأسماء يسهم في كسر الحواجز ما بين الأعضاء.
- يبدأ الطالب الجلسة بطريقة غير مباشرة بمعنى عدم التسرع في الدخول في مناقشة الموضوع أو المشكلة مباشرة، يهيئ الجو المناسب الذي يساعد أعضاء الجماعة على الحديث والتعبير والتفاعل.
- بعد شعور المشاركين بالارتياح يقوم الأعضاء بالتعرف على بعضهم البعض من خلال الاسم.
- يبدأ الطالب بالتعريف باسمه أولاً، ويذكر صفة من صفاته الشخصية.
- ثم يبدأ العضو الذي يجلس على يمينه بأن يعرّف بنفسه، ويذكر صفة من صفاته الشخصية، ثم يبدأ العضو الثاني على يمين الطالب بالتعريف بنفسه، ويذكر صفة من صفاته الشخصية ويذكر اسم العضو الذي سبقه واسم الطالب.
- مناقشة المعايير الأساسية لهذا البرنامج من حيث أهداف البرنامج الالتزام بحضور الجلسات، السرية، الاحترام المتبادل، المشاركة الفعّالة، الواجبات المنزلية، التعبير عن الانفعالات والمشاعر، والمحافظة على سرية ما يدور في الجلسات العلاجية.
- في نهاية الجلسة يلخص المعالج ما دار في الجلسة، ويطلب من أحد الأعضاء في المجموعة أن يلخصها.
- تقديم شرح حول استفساراتهم وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم.
- **النهاية:** تلخيص ما دار خلال الجلسة الأولى، وأخذ تغذية راجعة حول ما دار من نشاط، وتذكيرهم بموعد الجلسة التالية مع التأكيد على أهمية الالتزام بالموعد المحدد.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة أصبح المشاركون قادرين على تكوين علاقة احترام وتعاون وثقة بينهم، كما أصبح لديهم معرفة بالبرنامج وبنظام الجلسة والمسؤوليات التي يلتزمون بها. وهذا ما أظهره خلال الجلسة من حماسة وثقة والتزام.

## الجلسة الأولى:

توقعات المشاركين من البرنامج - التعريف بالبرنامج

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على توقعاتهم من البرنامج.
- التعرف على العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وعلى خطوات البرنامج العلاجي
- التعرف على أهمية التقنيات المعرفية والسلوكية في تنمية الدافعية
- التعرف على الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك وردود الأفعال
- التأكيد على أهمية أداء الواجبات المنزلية والانضباط في حضور مواعيد الجلسات كما هي محددة.
- الأساليب والفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة، التعزيز الإيجابي، المحاضرة البسيطة، التغذية الراجعة، التلخيص، نشاط عن دوائر العلاج.
- الوسائل المستخدمة: سبورة، وأقلام ملونة، طاولة صغر، أوراق صغيرة، حاسب آلي، مطوية عن العلاج، دفتر خاص بكل طالب، ورق مقوي كبير.

• محتوى الجلسة:

- التوضيح للمشاركين أن هدف البرنامج الحالي زيادة الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات، وممارستها في الحياة اليومية، وذلك لقضاء وقت الفراغ والاستمتاع بالنشاطات اليومية، والتفاعل مع الآخرين للتقليل من مستوى الإدمان لديهم، ومن خلال زيادة وعيهم وثقتهم بأنفسهم، وتفاعل مع الآخرين وأحداث الحياة بطريقة جديدة وبدون مخدرات.
- ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من التمارين التي سيمارسون خلالها ويتدربون على مهارات جديدة، ويحتوي هذا البرنامج على (18) جلسة تناقش فيها مواضيع مختلفة
- توضيح أن الطالب دوره كمستمع، ويفهم، ويشارك، ويشرح، ويوجه داخل الجلسة، ودور كل عضو هو المثابرة في حل المشكلة، والإسهام في مساندة الآخرين للحصول على أحسن النتائج.
- التعرف على رأي المشاركين في البرنامج وإذا كان لديهم أي استفسارات أو أسئلة حول البرنامج، ويتم أخذ موافقتهم على الاستمرار في البرنامج.
- كتابة التوقعات التي يتوقعونها من هذا البرنامج على ورقة، وكل عضو يجب أن يكتب توقعان على الأقل. ويعرض كل عضو توقعاته ويدور نقاش حول هذه التوقعات ويسأل الطالب الأعضاء أي هذه

- التوقعات معقول وأيها غير معقول. ويعلق الطالب على التّوقعات ويسأل الأعضاء أي التّوقعات معقولة وأي التّوقعات غير معقولة، وكذلك يدور نقاش عن السّبب وراء معقوليتها أو عدم معقوليتها.
- يربط الطالب توقعاتهم بالبرنامج الذي سيطبقه. ويتم الاحتفاظ بالتّوقعات التي سجلوها على الورق المقوى وتعليقها في مكان جلسات البرنامج.
- تحديد الأهداف المراد الوصول إليها مع المشاركين بعد الانتهاء من تنفيذ جلسات البرنامج. (أهداف قصيرة المدى – أهداف بعيدة المدى).
- تحديد الأهداف المرجوة من قبلهم أثناء تنفيذ البرنامج، وكتابتها على الورق. ماهي الأهداف المراد الوصول إليها بعد انتهاء البرنامج؟ وما هي واجباتك خلال تنفيذ البرنامج؟ وماهي المسؤوليات المتوقع تحملها جميعا خلال جلسات البرنامج العلاجي؟
- يتم الاتفاق مع المشاركين على نموذج التقييم بعد انتهاء البرنامج لقياس مدى تحقيق الأهداف.
- عرض مادة تثقيفية حول أسلوب العلاج المعرفي السلوكي المستخدم بالبرنامج.
- تقديم مطوية عن العلاج المعرفي السلوكي (العزيمي، 2018). الملحق رقم (7)
- تلخيص ومناقشة ما دار في المحاضرة واخذ تغذية راجعة عن النشاط الممارس.
- **الواجب المنزلي:** توزيع مطوية مبسطة عن العلاج المعرفي السلوكي، كواجب منزلي بمراجعتها في البيت والاستفادة منها في فهم البرنامج العلاجي.

#### الجلسة الثانية:

التعريف بمرحلة المراهقة ومشكلاتها - التقييم القبلي

- مدتها: 90 د
- أهدافها:
  - توضيح مفهوم المراهقة وشرح خصوصياتها.
  - توضيح التغيرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لهذه المرحلة.
  - التعرف على نماذج من المشكلات السلوكية المعروفة في مرحلة المراهقة التي منها تعاطي المواد.
  - تطبيق القياس القبلي لمقياس الدراسة.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:**
  - المحاضرة والمناقشة الجماعية، التنفيس الانفعالي، التعزيز ، النمذجة، الواجب المنزلي.

• **الوسائل المستخدمة:** جهاز الكمبيوتر، جهاز العرض، مطوية عن مرحلة المراهق، شريط فيديو لنماذج انحراف المراهق، القائمة التشخيصية للاعتماد على المواد، مقياس الدافعية للامتناع عن التعاطي.

• **محتوى الجلسة:**

- الترحيب بأعضاء المجموعة وتقديم الشكر لهم على الحضور والالتزام بالموعد.
- توزيع مطوية مفهوم المراهقة وطبيعتها، وقارئتها ومناقشتها جماعيا، حيث يتم توعيتهم بطبيعة المرحلة العمرية والتغيرات المصاحبة لها من الناحية النفسية والفيزيولوجية ومتطلبات تلك المرحلة وكيفية تحقيق الصحة النفسية والتكيف والتفاعل الإيجابي مع الآخرين. أنظر ملحق رقم (8)
- فتح المجال بالتحدث عن أهم المشاكل التي تبرز في مرحلة المراهقة والتعرف على أسبابها ومناقشتها جماعيا، ومساعدتهم على تغيير الأفكار السلبية وتشجيع الإيجابية منها لتخطي الوقوع في المشاكل، ومعرفة طبيعة علاقاتهم مع أوليائهم وأساتذتهم وزملائهم.
- عرض شريط فيديو عن طريق جهاز العرض نماذج لحالات انحرفوا بسبب مشاكل المراهقة (جنوح الأحداث، المخدرات)، وذلك بغرض تقديم نصائح وإرشادات لتخطي المشاكل التي يمكن أن يتعرضوا لها في هذه المرحلة وتجنب الوقوع في المشكلات الاجتماعية.
- توضيح طبيعة العلاقة بين المراهق وأسرته وزملائه وما يجب أن يكون عليه، وضرورة توطيد العلاقات من أجل تكوين علاقات اجتماعية إيجابية.
- أخذ تغذية راجعة عن الجلسة وتزويدهم بالمعلومات اللازمة.
- تطبيق عليكم الآن المقياس القبلي، ما عليكم عمله الآن هو الإجابة عن فقرات المقياس بكل وضوح، وتذكروا أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة فكل واحد منكم يجب أن يجيب بما هو عليه ومن خلال واقعه، يترك فرصة ما إذا كان هناك أية تساؤلات لدى أفراد الدراسة.
- توزيع المقياس على أفراد العينة لإجابة على الفقرات الواردة ويعطي الوقت الكافي لذلك ن بعد انتهاء هذا الوقت تأكد الطالب أن كل الأفراد قد أجابوا على مفردات المقياس، ثم جمع هذه المقاييس.
- الحديث على انه تم اختيارهم عشرة أفراد ليشاركوا رسميا في البرنامج العلاجي، حيث سيتم إبلاغ هؤلاء قبل موعد بدء الجلسة العلاجية بيوم على الأقل.
- ترك فرصة لأفراد الدراسة، ما إذا كانت هناك أية تساؤلات أخرى تدور في أذهانهم.

- **النهاية:** تقديم الشكر على الاستماع الفعّال والتواصل المشاركة، وترك لهم الفرصة لطرح أي تساؤلات حول الجلسة والإجابة عنها، والتذكير بموعد الجلسة القادمة.
- **المخرجات:** في نهاية الجلسة أصبح الأعضاء قادرين على فهم هذه المرحلة من النمو ومشكلاتها المتوقعة، وهذا ما أبداه الأعضاء من فعالية واهتمام ومشاركة وإعطاء الأمثلة.
- **الواجب المنزلي:** كتابة ما استخلصوه من هذه الجلسة مع إعطاء انطباعاتهم وآرائهم حولها، وكتابة الاستفسارات التي تراودهم حول مرحلة المراقبة.

### الجلسة الثالثة

الاستبصار بمشكلة - الإدمان - جلسة فردية

- **مدتها: 90 د**
- **أهدافها:**
  - التعرف على أهمية الاستبصار عن مشكلته التي تسهل العملية العلاجية.
  - التعرف على مشكلته الإدمانية وتحديدها.
  - التعرف على الأسباب المؤدية إلى التعاطي من وجهة نظر مدمن.
  - تحديد دور مصادر الامتناع المتوفرة في الوقت الحاضر.
  - توضيح أضرار وتأثيرات الإدمان الصحية والنفسية والاجتماعية.
  - التعرف على أساليب التفكير الخاطئة المسؤولة عن السلوك الإدماني وحاجته للعلاج.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:** التعليم والتدريب، التحليل الوظيفي للسلوك، إعادة البناء المعرفي، الإبعاد والتركيز، المقابلة المفتوحة، التغذية الراجعة، الاستبصار.
- **الوسائل المستخدمة:** جهاز عرض، عرض باوربونت، أوراق وأقلام ، مطوية حول أثر الإدمان.
- **محتوى الجلسة:**
  - الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه فالجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة عبر استعراض الواجبات المكلفين بها.
  - الحديث عن الاستبصار وأهميته في علاج الإدمان من حيث كونه المرتكز الرئيسي في العملية العلاجية التي تقوم على مدى استبصار المريض بالمشكلة وقناعاته في البحث عن الحلول لتلك المشكلة. وأن مراحل الامتناع تبنى أساسًا على الاستبصار.

- القيام بتتقيف نفسي مباشر يتناول عرض طبيعة الإدمان وتعريف الإدمان وعلاقته بالمفاهيم الأخرى عبر استخدام عرض البوربوينت.
- توزيع ورقة فارغة وقلم ويطلب من كل عضو أن يكتب على الورقة المرة الأولى التي جرب فيها الإدمان، حيث يذكر السبب المباشر الذي أدى إلى ذلك، متى؟، أين؟، مع من كانت؟، ما هو الموقف؟، ما هي المشاعر التي صاحبت تلك التجربة؟.
- عرض ما كتبه على الورقة أمام الأعضاء الآخرين ويذكر المرة الأولى للتعاطي ثم يذكر السبب المباشر والظروف المصاحبة للموقف، ويطلب المعالج من الأعضاء أن يصغوا للعضو المتحدث ويقدموا التغذية الراجعة له.
- القيام بكتابة الأسباب التي ذكرها الأعضاء على السبورة والمواقف التي أدت إلى ذلك، ويدور نقاش موسع حول هذه الأسباب والمواقف.
- الطلب من الأعضاء أن يذكروا السلوكيات الأخرى التي يمكن أن يقوموا بها بدلاً من تعاطي المخدرات، والحصول على مشاعر مشابهة.
- القيام بإظهار وجهي فكر متناقضين، بحيث يتناوب المعالج والمشارك اخذ دور «الأفكار السلبية» ودور «الأفكار الايجابية». ويقوم المشارك الذي يلعب دور الأفكار السلبية بالهجوم والطالب الذي يلعب دور الأفكار الايجابية بالدفاع. يكرر تبادل الأدوار عدة مرات. تؤدي هذه الفنية غالباً إلى تحويل الفهم العقلي إلى تغيير انفعالي في مستوى العاطفي التلقائي. ويتم ذلك عن طريق لعب الدور بالتناوب بين المشارك والطالب بنقطة دور الراعي والمسئول ودور الابن المدمن الذي لا يعتقد بأنه يحتاج للعلاج حتى بعد تأثير الإدمان عليه، وذلك بهدف أن يقنع المراهق بأنه مدمن من خلال الأعراض التي عليه وأنه يحتاج للعلاج، بضرورة توصيل فكرة للمدمن بأن الاقتناع والاعتراف بالمشكلة هو بداية العلاج والحل.
- التحليل الوظيفي للسلوك والعناصر المرتبطة به:  
العواقب والنواقض - المهارات والمقرات - السمات المحددة للتعاطي - جوانب التعاطي - الاقتداء - الإشراف الإجرائي - مفهوم الإشراف الكلاسيكي.
- تلخيص ما حصل والوصول إلى النتيجة المستخرجة من تلك العملية وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر، من أجل مساعدته في

- تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبارات تعزيزه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة
- **المخرجات:** أصبح الأعضاء في نهاية الجلسة قادرين على الاستبصار بطبيعة مشكلة التعاطي وآثارها.
  - **الواجب المنزلي:** التدريب على التحليل الوظيفي للمعارف السالبة المرتبطة باستخدام المخدرات.

#### الجلسة الرابعة

##### تقبل الذات

- **مدتها: 75 د**
- **أهدافها:**
  - التعرف على مفهوم الذات وتقبل الذات.
  - التدريب على تقبل الذات وتقبل الآخرين.
  - التعرف على الذات المثالية.
  - التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات وتقبل الآخر من جهة والامتناع من التعاطي من جهة.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، التعليم والتدريب، قائمة الخصائص المثالية، فنية قبول الذات غير المشروط، الواجب المنزلي.
- **الوسائل المستخدمة:** السبورة، ورقة، قلم، بطاقات الخصائص الشخصية.
- **محتوى الجلسة:**
  - التعرف على العلاقة التي تربط ما بين سلوك الإدمان وما بين مستوى مفهوم الذات والتوافق مع الآخرين.
  - توزيع ورقة فارغة وقلم، وطلب من الأعضاء أن يشكّلوا مجموعات فرعية تتكون كل مجموعة من شخصين لتطبيق تمرين.
  - كتابة المهارات اليومية التي يمارسونها حقيقة مثل إقامة العلاقات مع الآخرين، المشاركة في النشاطات الجماعية، المحادثة والمبادرة. وكتابة المهارات اليومية التي إذا ما مارسوها يبتعدون عن المخدرات. وكتابة المهارات اليومية التي إذا مارسوها (باستثناء مرافقة المدمنين) يمكن أن يتناولون المخدرات معها. ثم مناقشة ما هو مطلوب بشكل ثنائي. ثم تقديم ما كتب وما دار من نقاش أمام جميع الأعضاء. ويدور نقاش موسع حول التمرين.



- يلخص المعالج أو الأعضاء ما دار في التمرين وتوضيح العلاقة بين التوافق مع الآخرين ومفهوم الذات من جهة وسلوك الإدمان من جهة أخرى.
- يقول الطالب "كل واحد فينا يرغب ويحب أن يكون أفضل إنسان في هذه الدنيا، ويجب أن يتصف بالكمال، ولكن هذا المطلب مستحيل التحقيق، فكما عندك عيوب ونواقص فالآخرين أيضا لديهم عيوب ونواقص، إذا فإنه لا يوجد إنسان كامل، وعلينا أن نتقبل أنفسنا ونتقبل الآخرين بتوافقهم معنا أو باختلافهم عنا".
- من المهم العمل على الأشياء والخصائص التي أستطيع أن أغيرها أو أطورها للأفضل فأعمل عليها وأحاول تطويرها إلى الحد الذي أستطيع، أما الخصائص التي لا يمكن السيطرة عليها أو التي لا يمكن تغييرها فعلينا تقبلها كما هي والعيش معها دون حرج أو عدم الرضا.
- توزيع قائمة (الصفات المثالية) ببعض الصفات وأمام كل صفة هناك جدولين الأول يمثل الصفات الموجودة أو غير الموجودة والثاني يمثل الصفات المرغوبة أو غير المرغوبة. وطلب تعبئة هذه القائمة. وتحديد الأشياء غير الموجودة والمرغوبة. وتوضح هذه الصفات المرغوبة وغير الموجودة لديهم هي التي تعتبر الصفات المثالية. (المشابقة، 2007) أنضر الملحق رقم (9)
- ثم يقدّم الطالب العلاقة بين مفهوم الذات والإدمان على المخدرات وقبول الآخر بقوله: "أن هناك علاقة قوية تربط ما بين تعاطي المخدرات والإدمان عليها وبين مستوى مفهوم الذات والتوافق مع الآخر، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى تلك العلاقة، والأشخاص الذين يلجؤون إلى التعاطي ومن ثم الإدمان، هم أشخاص تنقصهم الكثير من المهارات الاجتماعية والعلاقات البين شخصية، والثقة بالنفس، وعادة ما تتكون لديهم مشاعر الوحدة، وبذلك يلجؤون إلى المخدرات لتجريب مشاعر أخرى معتقدين أن المخدر يمكن أن يستأجرها.
- **الواجب المنزلي:** تطبيق ما تم تعلمه من استراتيجيات وخصائص مثالية للمواجهة في مواقف الحياة العادية.

## الجلسة الخامسة

### تعزيز الدافعية - جلسة فردية

- مدتها: 75 د
- أهدافها:
  - التعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي.
  - التعرف على وظائف ومظاهر وجود وتدني الدافعية.
  - توضيح المواقف والأعمال الصعبة التي تؤثر على سير العملية العلاجية بجدية ونشاط.
  - استكشاف أهمية المثابرة والإرادة في بلوغ الأهداف.
- الأساليب والفنيات المستخدمة: التعليم والتدريب، الحوار، التعزيز، التنفيس الانفعالي، تحليل الخسائر والمكاسب، أداء الدور، التحفيز الذاتي.
- الوسائل المستخدمة: جهاز عرض، كومبيوتر، أوراق وأقلام، استخدام البوربونت، بطاقة المساوي والمحاسن، بطاقة التحفيز الذاتي.
- محتوى الجلسة:
  - التعرف على مفهوم الدافعية. توضيح الدافعية وهي " حالة داخلية جسمية أو نفسية تدفع لفرد نحو السلوك في ظروف معينة، وتوجهه نحو إشباع حاجة أو هدف محدد، فالدافعية قوة محرّكة، ومنشطة، وموجهة في وقت واحد.
  - القيام بطرح بعض الأسئلة مثل: مالذي يدفعنا للتعاطي، مالذي يدفعنا للعلاج؟ فتكون الإجابات مختلفة دافع التجربة، أو دافع المشاكل، لتصل مع المشاركين إلى مفهوم الدافعية.
  - مناقشة مظاهر الدافعية وأنواعها مع الأعضاء، من خلال طرح الأسئلة، والاستماع إلى إجابات المشاركين، ومن ثم إجمالها وتسجيلها على الصبورة.
  - عرض مفهوم لدافعية ومظاهرها وأنواعها على البوربوينت من خلال جهاز عرض.
- لقد قسم بعض علماء النفس الدوافع إلى نوعين أساسيين هما:
  - دوافع فطرية ودوافع نفسية
  - هذا ويشترك الإنسان مع الكائنات الأخرى في إشباع الدوافع الفطرية لأنها مسلمة حتمية لاستمرار الحياة، بينما يختلف إشباع الدوافع النفسية من إنسان إلى آخر ومن مرحلة زمنية إلى أخرى.
  - توضيح حرية الاختيار ونتائجها.

- التعرف على وظائف الدافعية.
- التعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي.
- أن يتعرف المشارك على دور الدافعية في زيادة الامتناع عن التعاطي. علاقة الدافعية بالامتناع تتطلب اعتراف المدمن بأن الإدمان مرض سلوكي يحتاج للعلاج وبذل الجهد لإيقافه، من خلال المعرفة العلمية من جميع النواحي النفسية والصحية والاجتماعية وذلك لمعرفة جميع الجوانب المحيطة بمرض الإدمان والأساليب الصحيحة لمقاومته، حيث أن الدافعية التي تقوم على الرغبة القوية للتخلص من الإدمان تقتضي سلوكيات معينة منها: الابتعاد عن أصدقاء السوء والمجاملات الضارة، واستعادة الثقة بالنفس، استعادة ثقة الأسرة مع التفهم لما يظهر منهم من شكوك.
- الأعضاء الذين يظهر عليهم في الجلسة الجماعية ما يلي: الانسحاب والشعور بالملل، السرحان عن المشاركة في الأنشطة، الانشغال بإزعاج الآخرين وإثارة الخلافات، نسيان الواجبات المنزلية وإهمالها، نسيان الكتب والدفاتر والأقلام، الغياب المتكرر، التأخر في حضور الجلسات.
- نوجه سؤالاً على المشاركين: س/ باعتباركم ما الأسباب التي قد تكون وراء هذه السلوكيات؟
- نستمع إلى إجابات المشاركين إلى أن تصل إلى الإجابة المطلوبة ولتي لها علاقة بالدراسة وهي تنمية الدافعية للامتناع عن التعاطي.
- تقديم تثقيف نفسي مباشر يتناول موضوع النجاح والإرادة الصلبة عبر محاضرة يتم فيها استخدام البوربوينت تنمية الدافعية أهميتها في الامتناع عن التعاطي.
- التعامل مع مقاومة الفرد وتناقضه.
- التعبير عن المشاعر الداخلية وذلك باستخدام فنية التنفيس الانفعالي والتي من خلالها يتم تقوية العلاقة بين المشارك والمعالج حيث ينفس كل عضو عن الخبرات التي لحقت بكل فرد جراء إدمانه متناولاً الأضرار الصحية والاجتماعية والنفسية.
- استخدام فنية تحليل الخسائر والمكاسب: وهي أحد فنيات الدافعية: فهناك علاقة قوية متبادلة بين الدافعية والسلوك، حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مبدأ إثارة الدافعية الداخلية، فبدونها ستبدو محاولات التغيير النفسي (العلاج) جهد ضائع، ولذلك يوظف المعالج المعرفي السلوكي فنيات عدة في كل مراحل العلاج تزيد الدافعية الداخلية عند المشارك. ويتطلب من المشارك أن يضع قائمة بمحاسن ومساوئ شعور سلبي معين. يزن المريض المحاسن مقارنة بالمساوئ ثم يضع المشارك قائمة بمحاسن ومساوئ أو فكرة أو سلوك سلبي.

- **الواجب المنزلي:** طلب من الأعضاء اختيار موقف يكتبوه، وما هي الفكرة التلقائية أثناء التعرض للموقف، وما هو مدى الاعتقاد في صحة هذه الفكرة أثناء التعرض للموقف وبعد تعديلها بفكرة واقعية.

### الجلسة السادسة

#### الاسترخاء والتحكم في التنفس - جلسة فردية

- **مدتها: 75 د**
- **أهدافها:**
  - يتعلم المشاركون الفرق بين التوتر والاسترخاء.
  - ممارسة الاسترخاء بنوعيه البطيء والسريع والقدرة على التحكم في التنفس من قبل أعضاء المجموعة العلاجية
  - ممارسة الاسترخاء للتحكم في بعض الأعراض البدنية للتعاطي.
  - ممارسة التحكم في التنفس للتحكم في بعض الأعراض البدنية للتعاطي.
  - التدريب على تنفيذ الاسترخاء البطيء والاسترخاء السريع مرة واحدة في اليوم.
  - تشجيع على استخدام تقنيات الاسترخاء لتفريغ الانفعالات والمشاعر عن طريق التنفس.
  - رفع الروح المعنوية والإرادة للتغيير.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:** الحوار والمناقشة، الاسترخاء والتخيل، النمذجة، المحاضرة المبسطة، التعزيز الإيجابي، التلخيص، الواجب المنزلي.
- **الوسائل المستخدمة:** سبورة، أقلام، سبورة ملونة، كرسي استرخاء، حاسب آلي، جهاز عرض، بطاقات الاسترخاء البطيء باستخدام التخيل، بطاقات الاسترخاء السريع، بطاقات تدريبات التحكم في التنفس، (فيديو عن عملية التنفس)، مكبر للصوت
- **محتوى الجلسة:**
  - الترحيب بالمشارك، والثناء على حضوره وتشجيعه على الاستمرار ورفع من معنوياته.
  - مناقشة الواجب المنزلي، والحديث عن الموقف الذي كتبوه، وما هي الفكرة التلقائية أثناء التعرض للموقف، وما هو مدى الاعتقاد في صحة هذه الفكرة أثناء التعرض للموقف وبعد تعديلها بفكرة واقعية.
  - توضيح بواسطة جهاز العرض المراحل التي سيقدمها في تحقيق الهدفين الأول والثاني، وهي:
    - الاسترخاء أهمية ممارسته.
    - استخدام الاسترخاء البطيء باستخدام التخيل.

- الاسترخاء السريع.
- التحكم في التنفس.
- تقديم ملحق رقم (10) والخاص بالاسترخاء البطيء باستخدام التخيل. (داينز، 2006)
- دراسة هذا النموذج لمدة (3) دقائق.
- ثم عرض صورة لمنظر طبيعي وخطاب لأحد المناظر الصحراوية في الجزائر، ثم يسأل المشاركون رأيه في هذا المنظر.
- الحديث للمجموعة "والآن نقوم بالتركيز على هذا المنظر وكأنني موجود هناك، واطلب منكم فعل ذلك أيضا." ويتركه بالتركز على المنظر.
- إجراء تمرين الاسترخاء البطيء باستخدام التخيل، مع شرح كل الخطوة ينفذها أثناءها، حيث يكون في وضعية الهدوء التام والإنصات، ويقدم له التعزيز والتشجيع والثناء والشكر.
- إجراء التمرين الثاني من تمارين الاسترخاء وهو ما يسمى بالاسترخاء السريع.
- تقديم ملحق رقم (11) والخاص بخطوات تنفيذ الاسترخاء السريع. ودراسة هذا الملحق جيدا معهم.
- القيام بعرض هذا الملحق على السبورة بواسطة جهاز العرض، ثم يقوم بشرح هذا النموذج شفويا، ويطلب من الهدوء التام.
- ثم تنفيذ هذا التمرين عمليا مع شرح كل خطوة يصل إليها، ويشكره على الأداء ويعززه على ذلك.
- تلخيص ما دار في جلسة اليوم وبشكل مختصر، ويهيئ العضو الانتهاء من الجلسة.
- يطلب الطالب من أعضاء المجموعة تنفيذ الاسترخاء البطيء والاسترخاء السريع مرة واحدة في اليوم.

• **الواجب المنزلي:** ممارسة تمارين الاسترخاء في البيت بطريقة مستمرة ومنتجة.

**الجلسة السابعة**

**حل المشكلات**

- **مدتها: 75 د**
- **أهدافها:**
  - التعرف إلى مفهوم المشكلة.
  - استخدام إستراتيجية حل المشكلات بطرق صحيحة.
  - الحديث عن أهمية التدريب على مهارة حل المشكلات.

- التعرف على أسلوب تنمية حل المشكلات وخطواته.
- التدريب على كيفية صياغة المشكلة وتحديد أسبابها.
- التعرف على طريقة جمع المعلومات.
- التعرف إلى كيفية توليد البدائل واختيار المناسب البديل المناسب لمشاكله التي منها الإدمان.
- الأساليب والفنيات المستخدمة: التعليم والتدريب والتثقيف، الحوار والمناقشة، العصف الذهني، التساؤل السقراطي، تمرين العقدة البشرية، التخيل المعرفي، الاسترخاء النفسي، الواجب المنزلي.
- الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم، بطاقات قائمة المشكلات، بطاقات توليد البدائل.
- محتوى الجلسة: مراجعة الواجب المنزلي.
- القيام بنشاط العقدة البشرية.
- طلب الإمساك بأيدي بعضهم البعض بشكل دائري، بحيث تكون وجوههم تجاه الدائرة من الداخل، مشكلين بذلك سلسلة أو عقدة بشرية .
- طلب التفكير في طريقة تجعل وجوههم تجاه الدائرة من الخارج دون أن يفلتوا أيديهم، بحيث تكون أيديهم وهم تجاه خارج الدائرة هي نفسها وهم تجاه داخل الدائرة . وتقديم الوقت الكافي للمشاركات لتغيير اتجاه العقدة.
- التعرف على أهمية جمع المعلومات والمصادر المتاحة.
- جمع المعلومات المتعلقة بالمشكلة وأهميتها للوصول إلى الحل، فكلما زادت المعلومات كلما زاد احتمال الوصول إلى عدد كبير من الحلول والبدائل. انظر ملحق رقم (12)
- الحديث عن مهارة حل المشكلات: أننا في حياتنا اليومية نواجه العديد من القضايا والأمور والمشاكل، والتي تتطلب منا أن نكون لها الحلول المناسب، كي نحلها بأفضل طريقة، وأحيانا يلجأ الأفراد إلى الهروب من البحث عن حلول لمشكلاتهم، كونهم يعتقدون أن تجنب المشكلة أفضل من مواجهتها، وهذا أسلوب خاطئ في الحياة، وعلى الفرد مواجهة مشكلاته اليومية وحلها والتخلص منها، وهناك مهارة تسمى مهارة حل المشكلات.
- توضيح أهمية التعرف إلى أهداف أسلوب حل المشكلات وخطواته. (عرض الموضوع على البوربوينت) أن يتعرف الأعضاء إلى كيفية تحديد المشكلة بدقة وصياغتها.
- التعرف إلى كيفية تحديد الأسباب التي تؤدي إلى ظهور المشكلة. انظر ملحق رقم (13)
- مهارة توليد البدائل لحل المشكلة:

✓ الحديث مهارة توليد البدائل وأهميتها في الوصول إلى عدد كبير من الأفكار والحلول حول المشكلة الواحدة.

✓ شرح أهمية توظيف المعلومات التي تم جمعها والاستفادة منها في وضع أكبر قدر ممكن من البدائل لحل المشكلة.

توزيع ورقة فارغة وقلم على الأعضاء، وطلب من الأعضاء أن يتوزعوا إلى ثلاث مجموعات فرعية، بأن كل مجموعة تختار مشكلة معينة يتفق عليها الاثنان في المجموعة (منها مشكلة التعاطي)، ويطلب من كل مجموعة أن تطبق مرحلة أسلوب حل المشكلات على هذه المشكلة وكتابة كل مرحلة على الورقة وعلى النحو التالي:

✓ مرحلة تحديد المشكلة.

✓ مرحلة توليد البدائل وما هي الأفكار والحلول من الممكن أن يتخذها الفرد لمواجهة هذا الموقف.

✓ مرحلة موازنة البدائل: بحيث يقوم الأعضاء بتحديد إيجابيات وسلبيات كل بديل ذكره سابقا.

✓ مرحلة اختيار البديل الأنسب وذلك بعد تقييم الإيجابيات والسلبيات لكل بديل على حده واختيار البديل للفرد.

✓ مرحلة التنفيذ: وهي اختيار الطريقة (الإستراتيجية) لتنفيذ البديل المناسب.

✓ نطلب من كل مجموعة إن تعرض الموقف الذي اختارته، وتعرض المراحل الخمسة لمواجهة هذا الموقف أمام المجموعة، ويدور نقاش حول هذه المراحل. أنظر الملحق رقم (14)

▪ عرض الموقف التالي، أنت تدخن وتريد أن تترك التدخين لأسباب معينة، وطلب أن يتخلوا أن هذا الموقف حصل معهم. وتوجيه السؤال التالي: كيف يمكن صياغة هذا الموقف بدقة؟ وتسجيل إجاباتهم على الصبورة. وتوجيه سؤال آخر: ماهي الأسباب التي أدت إلى ظهور هذا الموقف والسلوك؟ وتسجيل إجاباتهم على الصبورة.

▪ تقييم الجلسة، والتحدث عن مدى الاستفادة منها، وعن مشاعرهم الحالية قبل انتهاء الجلسة.

▪ التلخيص والإنهاء.

• **الواجب المنزلي:** نطلب من الأعضاء بأن يختار كل عضو مشكلة تحدث معه خلال الأسبوع

القادم ويقوم بتطبيق مهارة حل المشكلات عليها، وكتابتها على ورقة وإحضارها في الجلسة القادمة.

## الجلسة الثامنة

### مهارة السلوك الحضورى الإيجابي

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- التعرف على أهمية السلوك الحضورى.
- التدريب على مهارة السلوك الحضورى الإيجابي التفاعلى.
- تعليم السلوكيات الحضورية غير اللفظية الإيجابية والسلبية.
- التدريب على مهارة السلوك الحضورى الإيجابي
- الأساليب والفنيات المستخدمة:

المحاضرة المبسطة، التعليم، النمذجة، أداء دوار، التعزيز الإيجابي، الحوار والمناقشة.

• الوسائل المستخدمة: سبورة، أقلام ملونه، أقلام رصاص، حاسب آلي، جهاز عرض ، بطاقات السلوك الحضورى (التفاعلى) وغير الحضورى.

• محتوى الجلسة:

- الترحيب بالأعضاء ومراجعة الواجب المنزلى.
- تعريف السلوك الحضورى بقوله: "السلوك الحضورى هو القدرة أو المهارة على الانتباه والتركيز، وإيصال الرسالة للطرف الآخر بأنك موجود وحاضر نفسيا وجسديا، وأن تسلك سلوكا حضوريا نحو الشخص الآخر يعني أنك تظهر له الاحترام والاعتبار وأن تبني أساسا متينا لعلاقة قوية".
- تهيئة الأعضاء للتدريب على مهارة السلوك التفاعلى حيث نبدأ الحديث بـ: " سنتعلم اليوم كيفية أداء السلوك التفاعلى في بعض المواقف الاجتماعية، وهو أن تظهر للشخص الآخر الاحترام والتقدير والاهتمام به، والاندماج معه، وإقامة أساس لبناء علاقة جيدة معه".
- توضيح ذلك من خلال نمذجته. والطلب من مشارك آخر أن يلعب نفس الدور مع أحد الأعضاء يختاره هو. وتقديم الشكر الذين لعبا الدور بشكل متميز

• توزيع المشاركين إلى مجموعات حيث تمثل كل مجموعة زوج واحد.

• توزيع بطاقات السلوك غير الحضورية (غير التفاعلية) لكل زوج ويكن الطالب (أ) في كل مجموعة، حيث تكون هذه البطاقات متشابهة دون أن يعرف الطالب (ب) ما هو موجود في بطاقة

زميله. أنظر ملحق رقم (15)



- طلب التحدث في أي موضوع عام لمدة لا تتجاوز خمس دقائق حيث يراقب المشارك (أ) المشارك (ب) أثناء حديثه ويضع علامة (√) أمام العبارة التي طبقها زميله أثناء الحديث معه في بطاقة السلوك غير الحضورى (غير التفاعلي)
- توقيف الحوار، ويبدأ في مناقشة كل مشارك (أ) عما طبقه المشارك (ب) أثناء حديثهما.
- ثم تلخيص الطالب بقوله: " أن هذه البطاقة التي وزعت عليكم هي بطاقة السلوك غير الحضورى، وهي من السلوكيات غير المرغوبة التي يجب ألا نقوم بها أثناء تحدثنا مع الأشخاص الآخرين"
- عرض هذه البطاقات على السبورة، كما يقوم بشرح تفاصيل كل سلوك من سلوكياتها. ثم التدرج على مهارة السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي). مع بقاء توزيع المجموعات بنفس الوضعية السابقة.
- توزيع بطاقات السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي) لكل زوج في كل مجموعة وليكن المشارك (ب) في هذه المرة. (المشابقة، 2007) أنظر ملحق (16)
- التحدث في أي موضوع عام آخر لمدة لا تتجاوز خمس دقائق، يطلبكما الطالب من كل زوج إتباع التعليمات أو الخطوات الواردة في بطاقة السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي)، وبعد انتهاء كل أعضاء المجموعة يعززهم الطالب ويثنى تفاعلهم.
- تقييم عمل كل زوج من أزواج المجموعة، ثم يخرج أفضل زوج اتبع التعليمات الواردة في بطاقة السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي)، ليلعبا الدور نفسه أمام بقية أعضاء المجموعة.
- عرض بطاقات السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي)، ويشرح كل خطوة من خطواتها كتقديم تغذية راجعة لهم، ويهيئهم لانتهاء من الجلسة.
- تلخيص ما دار في الجلسة، والتركيز على أهمية تلافي السلوكيات غير الحضورية (غير التفاعلية) أثناء الحديث مع الآخرين، والتأكيد على أهمية تطبيق السلوكيات الحضورية (التفاعلية)
- الواجب المنزلي: طلب من المجموعة تطبيق السلوكيات الحضورية (التفاعلية) عند حديثنا مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة.

## الجلسة التاسعة

### مهارة رفض المخدرات

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- تقييم مدى توفر المخدرات والتعامل مع المروجين.
  - توضيح الإستراتيجيات لكسر الاتصال مع المروجين.
  - التعرف على أسباب الرفض وصعوباته
  - التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير منع الانتكاسة
  - التمييز بين الطرق والوسائل التي من خلالها يستطيعون رفض المخدرات.
- الأساليب والفنيات المستخدمة:

مهارة رفض المخدرات، لعب أدوار، التلخيص، الواجب المنزلي. الحوار والمناقشة.

• الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم.

• محتوى الجلسة

- الترحيب بالأعضاء ومناقشة الواجب المنزلي.
- مناقشة أسباب الرفض وصعوباته: يقوم الطالب بشرح أسباب الرفض والصعوبات التي تواجهه المراهق في ذلك.
- التدريب على مهارة الرفض.
- تقسيم الأعضاء إلى مجموعات صغيرة كل مجموعة تتكون من عضوين عضو (أ) وعضو (ب).
- وطلب من العضو (أ) أن يعرض على زميله أن يتعاطى المخدر معاً. ويكرر التمرين بعكس الأدوار بين الأعضاء.
- القيام باستخدام فنية لعب الدور وذلك بهدف لعب دور المحرض فيلعب دور الأفكار التي تغري المريض بالتعاطي ويجب على المريض الرد على هذه الأفكار ويمكن تبادل الأدوار بحيث يعطى المشارك وصف تفصيلي للدور المطلوب تنفيذه، ثم الطلب من المشاركين بتلخيص لما تم من قبل المشاركين والوصول لاستنتاجات لكل عضو من المشاركين بالمجموعة نهاية الجلسة.
- وصف الدور الذي يقوم به المشارك: القيام بلعب دور الطرف المحرض على تعاطي المخدرات وذلك بإغراء المشارك بالتعاطي عن طريق إغراءه عبر تذكيره بالأفكار التي تساعد على التعاطي،

ومن ثم فإن المشارك يقوم بالرد على تلك التحريضات ودحضها والتخلص من الموقف بفعالية. ثم يقوم المشارك بقلب الدور ويلعب دور المحرض والطرف الآخر دور الضحية المستهدفة.

- طلب أن يعودوا إلى جلستهم الطبيعية في مجموعة واحدة.
- طلب بان يكرر طريقة رفضه للمخدرات أمام بقية الأعضاء في المجموعة.
- يدور نقاش حول التمرين ويبين كل عضو ما هي الطريقة التي يرفض بها المخدر، كما يبين كل عضو مشاعره، وأفكاره، وردود فعله، وانطباعاته حول التمرين.
- القيام بكتابة طرق رفض المخدرات والعقاقير (التي ذكرها الأعضاء) على السبورة ليقوم كل عضو من أعضاء بكتابتها على الورقة الموجودة معه.
- **الواجب المنزلي:** أن يكتب كل عضو ثلاث مهارات لرفض المخدرات ويحضرها في الجلسة القادمة. وتطبيق ما تم تعلمه من استراتيجيات لمواجهة في مواقف الحياة العادية.

### الجلسة العاشرة

#### الاستقلالية الذاتية

- مدتها: 75 د

- أهدافها:

- التعرف على مفهوم الاستقلالية وأهميتها.
- التدريب على تجنب التبعية كالمسايرة الآلية.
- التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية.
- التدريب على رفض المطالب غير المعقولة.
- تحديد تأثيرات محيط الخارجي والجماعة على سلوكه اتجاه التعاطي.

- الأساليب والفنيات المستخدمة:

التعليم والتدريب والتثقيف النفسي، لعب الدور، الإبعاد والتركيز، التغذية الراجعة.

- الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم.

- محتوى الجلسة:

- الترحيب بالأعضاء والقيام بالواجب المنزلي.
- القيام بعمل تثقيفي نفسي مباشر حول ملامح وخصائص الشخص المؤكد لذاته وخصائص الشخص الغير مؤكد لذاته مستخدماً العرض البصري البوربوينت، ثم فتح الحوار مع المشاركين.

- ما لمقصود بالاستقلالية؟ ما المقصود بالاعتمادية؟ هل المطلوب أن تكون مستقلاً أم اعتمادياً؟
- كيف تكون مستقلاً ذاتياً؟ هل الاستقلال الذاتي يعني الاستغناء تماماً عن الآخرين؟
- ثم استخدام فنية لعب الدور المحرض، وهذه إحدى فنيات لعب الدور، حيث يلعب الطالب دور الأفكار التي تغري المريض بتعاطي المخدرات. على سبيل المثال: يطلب الطالب أو المحرض (أحد المشاركين المتطوعين) من المشارك الآخر إن يتخيل أنه في مكان تباع فيه المخدرات. ويجب على المشارك أن يرد على هذه الأفكار.
- ويمكن إن يكرر تبادل الأدوار عدة مرات يبين الطالب أو أحد المتطوعين للعب دور شخص غير مؤكد لذاته وكيفية خضوعه لرفقاء التعاطي الذين يؤثرون عليه تأثير سلبي، ثم يتم عكس الدور بحيث يكون المشارك مؤكداً لذاته في تعامله مع رفيق التعاطي، ويتم ذلك على باقي المجموعة العلاجية بين كل مشاركين،
- ثم القيام بلعب دور الشخص الذي يحاول فرض مطالب غير معقول على الطرف الآخر، ويقوم المشارك غير المؤكد لذاته بالرد على تلك المطالب. ثم يقوم نفس المشارك بلعب دور الشخص المؤكد لذاته ويرد على تلك المطالب غير المعقولة المؤدية إلى التعاطي.
- ثم يتم لعب دور المريض المحرض على عدم العلاج ومريض آخر يحرص على الرد المنطقي على تلك التحريضات السلبية، ويتم ذلك على جميع المشاركين.
- الطلب من جميع المشاركين فكرة أو أكثر يقومون بتلخيصها وترتيبها من الأخطر إلى الأقل خطورة، ثم يقوم الطالب بإعطاء المشاركين واجب عن الأفكار التلقائية ومناقشتها في الجلسة اللاحقة.
- فتح حوار مع المشاركين يتم فيه تلخيص أبرز الاستنتاجات المهمة لمواجهة مثل ذلك الموقف منتهياً بتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر، من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبارات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة. والخروج بالنتائج.
- التأكد من خلال إجابات المراهقين على أن الجلسة حققت أهدافها.
- **الواجب المنزلي:** تطبيق ما تم تعلمه من استراتيجيات لمواجهة في مواقف الحياة العادية.

## الجلسة الحادية عشر

### تحمل المسؤولية الشخصية

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- التعرف على مفهوم المسؤولية وأهميتها.
- تعليم أهمية القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية (عن نفسه وسلوكه وخبراته).
- التدريب على الاعتراف بمشاعرهم عن سلوكهم (الآن) وتقبله.
- المساعدة نحو الاعتماد على الذات (المساندة الذاتية بدلا من المساندة البيئية).
- التدريب على تحمل المسؤولية باستخدام منظومة المهارات المكتسبة والإمكانيات الذاتية المتوفرة.

• الأساليب والفنيات المستخدمة:

المحاضرة، المناقشة الجماعية، النمذجة بالمشاركة، تمرين تحمل المسؤولية، الواجب المنزلي.

• الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم.

• محتوى الجلسة:

▪ الترحيب بالأعضاء وتقديم الشكر لهم على الانتظام والإشادة بما حققوه لأنفسهم من خلال مشاركتهم في الجلسات وإبداء الإعجاب بما يمتلكون من قدرات تؤهلهم لتحمل المسؤولية تجاه أنفسهم وسلوكهم وخبراتهم.

▪ مراجعة الواجب المنزلي ومناقشته جماعياً وتقديم التعزيز والتغذية الراجعة والاستفادة من الموضوعات المقدمة وتوظيفها كأساس للنقاش في هذه الجلسة.

▪ إلقاء الضوء على مفهوم المسؤولية وقيمة الشخص المسئول الذي يمارس سلوكه على نحو يشعره باحترام نفسه والآخرين ويجعله جديراً باحترام الآخرين له، وأن الإنسان هو الذي يختار سلوكه ويسيطر عليه.

▪ دعوة الأعضاء إلى استشعار وإدراك ما يشعرون به ويفكرون فيه ويسلكونه ومدى قدرتهم على

تحمل النتائج المترتبة على ذلك من خلال المناقشة الجماعية في الخطوات التالية:

ما مدى إيمانك بأن سلوكك يخدم مصالحك؟ ما درجة فعالية سلوكك الحالي؟ ما درجة اتقائك سلوكك

مع القواعد والحقائق والواقع؟ هل هذا السلوك يحقق لك ما تريد؟ هل يفيدك استمرارك بهذه الأنماط

السلوكية؟ إلى أي حد يوجد لديك الاستعداد لتعديل ممارستك؟

- التدريب على خطوات مقترحة لاتخاذ قرارات مسؤولة.
- تنمية شعور الأعضاء بتحمل المسؤولية عن طريق "تمرين أنا أتحمّل المسؤولية" للوصول لمستوى عالٍ من الوعي والقوة الذاتية التي تساهم في الانتباه المقصود والناقد للأفكار والمشاعر والسلوك وتؤهل لتحل المسؤولية بأعلى درجة ممكنة.
- التأكيد على أهمية اتخاذ القرارات بعيدًا عن الانفعال والتدريب على التروي والالتزام بالأخلاقيات والقيم والآداب واحترام الأنظمة والقوانين كبعد هام يوضح إنسانية الإنسان، وتدريبهم على أن يكونوا أقوياء يسيطرون على مشكلاتهم، قبل أن تسيطر عليهم لتحقيق النضج والتكامل والوعي والمسؤولية.
- توظيف فنيات الجلسة لتحقيق وتنمية تحمل المسؤولية وتحقيق التواصل مع الذات ومع الآخرين ومع العالم الخارجي، وتشجيع دعم الأعضاء لبعضهم البعض في مواجهة المواقف وتسهيل تحرك عضو المجموعة العلاجية من الاعتماد على البيئة وتلقي المساندة منها إلى الاعتماد على الذات وتحقيقها، والاستفادة من المهارات المكتسبة في الجلسات السابقة لمواجهة المشكلات والأحداث بطرق واعية بعيدة عن التعاطي.
- تلخيص لما دار في الجلسة.
- **الواجب المنزلي:** ذكر بعض المواقف الأسرية والاجتماعية التي يمكن أن تساهم في اتخاذ قرارات مسؤولة نحوها موضحًا كيفية ذلك؟

### الجلسة الثانية عشر

#### التخطيط للمستقبل

- **مدتها: 75 د**
- **أهدافها:**
  - التعرف إلى مفهوم التخطيط للمستقبل.
  - اكتشاف أهمية التخطيط للمستقبل وفوائده.
  - التعرف على خطوات التخطيط الناجح.
  - إثارة دافعية نحو تحديد الأهداف الجيدة.
  - تمكين وضع الأهداف القصيرة والبعيدة المدى للامتناع عن التعاطي.
  - التدريب على الدور الفعال والواضح في الحياة.
  - القدرة على وضع خطط وأهداف بأنفسهم عن مستقبلهم.

• الأساليب والفنيات المستخدمة:

التعليم والتدريب، الحوار الديمقراطي، المحاضرة لجماعية، التغذية الراجعة، أداء الدور، الواجب المنزلي.

• الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم.

• محتوى الجلسة:

- الترحيب بالأعضاء ومناقشة الواجب المنزلي.
- عرض صورتين على الباوربوينت، الأولى لمكتب غير منظم، والأخرى لمكتب منظم ومرتب. وثم نطلب من الأعضاء المقارنة والتحليل.
- رسم سلما على الورق القلاب وتضع النقطة (أ) في بداياته والنقطة (ب) في نهايته.
- نقول للأعضاء بأن النقطة (أ) تمثل الوضع الحالي لك، والنقطة (ب) تمثل الوضع الذي تتمنى أن تكونوا عليه مستقبلا.
- توجيه سؤالاً للأعضاء؛ ماذا تحتاجون للانتقال من النقطة (أ) إلى النقطة (ب)؟
- الاستماع إلى إجابات الأعضاء إلى أن نصل إلى الإجابة الصحيحة وهي التخطيط الناجح.
- تقسيم أفراد المجموعة إلى ثلاث مجموعات.
- الطلب من المجموعة الأولى مناقشة مفهوم التخطيط للمستقبل، وأهميته، وماذا يعني لك المستقبل؟ وتسجيل ما تم الاتفاق عليه على ورقة بوستر.
- الطلب من المجموعة الثانية مناقشة مواصفات الأهداف الجيدة، وما هي الأدوار التي تحب أن تقوم بها في المستقبل؟ وتسجيلها على ورقة بوستر.
- الطلب من المجموعة الثالثة مناقشة خطوات التخطيط الناجح، وهل تخطط لمستقبلك؟، وتسجيلها على ورقة بوستر.
- يقوم قائد كل مجموعة بعرض ما تم الاتفاق عليه بين أفراد المجموعة ومناقشته مع باقي الأعضاء.
- مناقشة الأعضاء بما تم عرضه من قبل قائد كل مجموعة.
- عرض محاضرة حول مفهوم التخطيط للمستقبل، وأهميته في الوصول إلى تحقيق الأهداف، ومواصفات الأهداف الجيدة، وخطوات التخطيط الناجح للامتناع عن تعاطي المخدرات، على البوربوينت من خلال جهاز عرض ومناقشة الموضوع مع الأعضاء.

- حوار حول الأهداف المستقبلية: تبدأ بطرح الأسئلة التالية : من أنت؟ وماذا تريد؟ وهل اخترت مهنتك المستقبلية؟ وتشجيعهم على الإجابة بكامل الحرية عن الأسئلة السابقة والإصغاء لإجاباتهم بدون تدخل حتى النهاية.

▪ تقديم محاضرة قصيرة بعنوان "أهمية الأهداف في حياة الإنسان" وضح من خلالها (مفهوم المستقبل - أهمية وضع الأهداف في حياتهم - مواصفات الهدف السليم - كيف يحددون أهدافهم في الحياة) وهذا هو ملخص المحاضرة.

▪ التأكيد لهم خلال المحاضرة أن مستقبل كل منهم تعني مجموعة الأهداف التي لم تحققها بعد، وأن حياتهم لا تستقيم بدون أهداف لأنها تشعرهم بقيمتهم الذاتية، وتشجعهم على التخطيط وتنظيم أوقاتهم، وتولد في داخلهم الدافعية للعمل، وتنمي إمكانياتهم وقدراتهم، وتحقيقها يزيد من ثقتهم بأنفسهم وتجعلهم يخطون نحو النجاح، ولذلك يجب أن تكون أهدافهم واقعية وواضحة وقابلة للتطبيق ومرنة.

▪ وأن تحديد الأهداف تحتاج أن يسأل الإنسان نفسه. ماذا تريد من حياتك؟ وتسجيل كل ما حدده من أهداف، وترتيبها بحسب الأهمية والمقدرة على تحقيقها، وأن توجد في نفسه الرغبة بتحقيقها، وأن يثق بنفسه، مستحضراً الفائدة من تحقيقها، وتحدد متى ينبغي تحقيق الهدف، ومدى إمكانيته لتحقيقه، والعقبات التي تمكن أن تواجهه، والأشخاص الذين سيساعدونه على تحقيقه، ثم رسم خطة لتحقيقه.

▪ مناقشة ما تم في المحاضرة، مقدماً لهم التغذية الراجعة اللازمة.

• **الواجب المنزلي:** طلب من كل واحد منهم أن يكتب أهدافه المستقبلية والمهنة التي يجب ممارستها في المجتمع، والخطة أو الخطط التي وضعها لتحقيق هذه الأهداف.

### الجلسة الثالثة عشر

التخطيط للوقاية من اللهفة والانتكاسة

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

- التعرف على موضوع اللهفة والانتكاس.
- التخطيط للوقاية من اللهفة أو الانتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية)
- التخطيط لدعم النشاطات البديلة عن سلوكيات الإدمان.
- التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.



• الأساليب والفنيات المستخدمة: التعليم والتدريب والتثقيف، التحليل الوظيفي للسلوك، الحوار والمناقشة، التدريب المنزلي.

• الوسائل المستخدمة: السبورة، ورقة، قلم، بطاقة خطة الطوارئ.

• محتوى الجلسة:

▪ الترحيب بالأعضاء ويسألهم حول استفساراتهم وردود أفعالهم المتعلقة بالجلسة السابقة وهل هناك مواضيع طرحت في اللقاء السابق ويريد الأعضاء أن يكملوا مناقشتها.

▪ سؤال الأعضاء حول الواجب المنزلي.

▪ تعليم أفراد الجماعة كيفية التخطيط للمواقف الطارئة (الطوارئ) وكيفية التأقلم مع الزلات، والهفوات، والأخطاء، والتغلب عليها. أن يقدم شرحاً وافياً لمفهوم الهفوة، وان يوضح للجماعة أن الهفوة إذا حدثت يمكن تداركها في اللحظة حتى لا تستفحل مشاعر الإثم والذنب، والخجل فتتحول الهفوة إلى انتكاس ثم إلى عودة مرة أخرى للإدمان من جديد بعد فترة من التوقف، كذلك على المعالج أن يسأل جماعته عن وصف الأحداث التي يمكنها أن تؤدي بهم إلى مواقف الهفوات، ويتم تسجيل هذه المواقف والأحداث مع زيادة تفاعل الجماعة.

▪ التدريب على تمرين المفكرة والطوارئ، على نموذجين هما:

أ-خطة الطوارئ الذاتية: لو مررت بخبرة هفوة:

✓ سوف أتخلص فوراً من المخدر وأترك جلستي وأغادر المكان.

✓ سوف أتيقن أن أخذت نفساً واحداً من المخدر أو تعاطيته كله ولو ليوم واحد لن يعد انتكاساً، ولن أن أستسلم للفشل ومشاعر الذنب واللوم لأنني أعلم أن هذه المشاعر سوف تتلاشى بمرور الوقت.

✓ سوف اهرع لطلب المساعدة من أي شخص موثوق به.

✓ في الجلسة القادمة، سوف أقوم بفحص هفوتي مع معالجي، وأناقش مع الجماعة الأسباب، والعواقب، وأتعرف معهم على المثيرات التي دفعتني لذلك، وما هي ردود أفعالي لها، وسوف أضع لنفسي خطة لكيفية مواجهة المواقف المشابهة في المستقبل وسوف أقول لنفسي: (تذكر أن هذا الحدث مجرد حدث عارض في طريق الامتناع).

ب- خطة الطوارئ الذاتية (مواقف المخاطرة): لو واجهت حدثاً يدفعني إلى موقف مخاطرة:

✓ سوف أترك أو أغير الموقف أو المكان على الفور.

✓ سوف أتخذ قراراً بعدم التعاطي لمدة (35) دقيقة حتى تزول نوبة الرغبة في التعاطي، وأحاول أن أتذكر أن لعفة التعاطي مجرد موجة عابرة سرعان ما تنتهي، وأنه يمكنني الانتظار وتحملها دون تعاطي.

✓ سوف أتحدى أفكارى المتعلقة بالتعاطي وسوف أتساءل مع نفسي هل أنا بالفعل في حاجة إلى هذا التعاطي؟

✓ سوف أقوم بالتفكير في أي شيء آخر لا علاقة له بالتعاطي.

✓ سوف أشجع نفسي على مواصلة النجاح بالامتناع عن التعاطي.

✓ سوف أقوم بالاتصال بأي شخص من قائمة الطوارئ.

- التغذية المرتدة: في مدة عشر دقائق على المعالج أن يطرح بين أفراد جماعته مدى الاستفادة التي حققها كل فرد من خلال التغذية المرتدة.

▪ تعليم المشاركات الاستمتاع بالنجاحات والتخطيط باستخدام التفكير الصافي لمواجهة الإغراءات والانتكاسة، والاستمرار فترات طويلة على الامتناع والتواصل مع الذين يدعمون الامتناع لديك.

▪ الإعلان على العامة بالرغبة في الامتناع ورفض كل فكرة تدعو إلى العودة للتعاطي.

▪ إعادة الالتزام بالامتناع بنسبة 100 %.

• **الواجب المنزلي:** ممارسة التحليل الوظيفي للسلوك ومهارة الرفض في الحياة العادية. وعلى الجماعة ممارسة التدريب خطة الطوارئ في المنزل.

#### الجلسة الرابعة عشر

#### مهارة قضاء وقت الفراغ

• مدتها: 75 د

• أهدافها:

▪ التعرف على مهارات قضاء وقت الفراغ والشعور بأهمية الزمن.

▪ التعرف على أهمية الوقت وفوائد تنظيمه.

▪ التعرف على مضيعات الوقت ومعيقات تنظيمه.

▪ التعرف على خطوات تنظيم الوقت وأنشطته.

▪ التدريب على الأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ.

- التعرف على طرق إدارة الوقت بفعالية. إدارة الوقت بفعالية.
- الأساليب والفنيات المستخدمة:
- التعليم والتدريب والتثقيف، الحوار والمناقشة، التعزيز، التغذية الراجعة، التدريب المنزلي.
- الوسائل المستخدمة: ورقه فارغة، قلم، السبورة.
- محتوى الجلسة:
- الترحيب بالأعضاء ومناقشة الواجب المنزلي وتتم مناقشته في هذا الجزء من الجلسة.
- مناقشة مفهوم الوقت، وخصائصه، وأهميته، ومفهوم إدارة الوقت، وفوائد تنظيمه من خلال طرح الأسئلة على الأعضاء، والاستماع إلى إجابات البعض منهم، ومن ثم تسجيلها على السبورة.
- يوضح الطالب أن إدارة الوقت هي "الطرق والوسائل التي تعين الفرد على الاستفادة القصوى من وقته في تحقيق أهدافه وخلق التوازن في حياته ما بين الواجبات والرغبات والأهداف".
- القيام بعرض الموضوع على برنامج بوربوينت من خلال (جهاز عرض D)، ومناقشته مع أفراد المجموعة. "سنقوم اليوم بالتعرف على مهارة جديدة يحتاجها كل شخص في الحياة وهي مهارة قضاء وقت الفراغ، وفي وقت الفراغ يشعر الفرد بالملل، فكل شخص منا يغض النظر عن العمر تكون لديه دائما أوقات فراغ، فإذا لم يجد الشخص شيء مفيد يقضي فيه الوقت فإنه يلجأ إلى أي سلوك ليخرج من هذا الملل إلى يعيش فيه، وفي بعض الأحيان يلجأ إلى المخدر".
- توضيح أن على الأفراد أن يقضوا أوقات فراغهم في أشياء تعود عليهم وعلى من حولهم بالفائدة والمنفعة. مثل ممارسة الأنشطة الرياضية، زيارة الأصدقاء، مطالعة الكتب والمجلات، مشاهدة التلفاز.
- الحديث عن مضيعات الوقت ومعوقات تنظيمه وكيفية مواجهة ذلك، ومناقشة الطرق الصحيحة وتعزيزها، والطرق الخاطئة وتقديم التغذية الراجعة المناسبة.
- الطلب من كل عضو أن يذكر الطرق التي يقضي بها وقت الفراغ. ويدور نقاش موسع بين المشاركين حول وقت فراغ وما هي الأعمال التي يلجئون إليها في أوقات فراغهم.
- التدريب على الأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ التي تساهم في الابتعاد عن التعاطي. ويوزع الطالب ورقة فارغة وقلم.
- الطلب من المشاركين أن ينقسموا إلى مجموعة ثنائية كل مجموعة العضو (أ) والعضو (ب).

- الطلب من كل عضو أن يتخيل أن لديه ساعة كاملة من وقت الفراغ، وعلى كل عضو أن يكتب في الورقة بماذا يفكر، ما المشاعر التي يمكن أن يشعر بها في أوقات الفراغ، ما هي الأنشطة التي يمكن أن يمارسها في هذا الوقت.
- الطلب من الأعضاء القيام بعكس الأدوار بحيث يعرض الأعضاء (ب) ما كتبوه في نفس المجموعة الفرعية.
- السؤال هل هناك نشاطات أخرى غير التي عرضت يمكن أن يستغلها الفرد في أوقات الفراغ، ويتم كتابتها على السبورة. ويسأل الطالب أي النشاطات تعتبر ايجابية وأيها يعتبر سلبية، ويتم تقسيمها إلى نشاطات ايجابية ونشاطات سلبية. وتكتب هذه النشاطات على السبورة، ويكتب مقابلها ايجابيات كل نشاط أو ممارسة.
- استبدال معززات التعاطي بمعززات الامتاع، بقضاء وقت فراغ مع أشخاص لا يمارسون سلوك الإدمان.
- يلخص الطالب الجلسة ويطلب من بعض الأعضاء ما دار في الجلسة. ويشكر الطالب الأعضاء على تعاونهم وثقتهم ببعضهم البعض ويسألهم حول ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول الجلسة.
- تذكير المشاركين بأنه بقي جلستين فقط لإنهاء عمل المجموعة.
- **الواجب المنزلي:** الطلب من الأعضاء أن يطبقوا ما تعلموه في جلسة اليوم وان يكتب كل عضو منهم ثلاثة أشياء مارسها في أوقات فراغه ويحضرها مكتوبة في الجلسة القادمة.

### الجلسة الخامسة عشر

#### مهارة البحث عن العمل

- مدتها: 75 د
- أهدافها:
  - التعرف على أهمية العمل وضرورته
  - التدريب على مهارات البحث عن عمل
  - التعرف على طرق وأساليب البحث عن العمل.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:** التعليم والتدريب والتثقيف، الحوار والمناقشة، التدريب المنزلي.
- **الوسائل المستخدمة:** ورقة فارغة، قلم، السبورة.
- **محتوى الجلسة:**

- الترحيب بالأعضاء ومناقشة الواجب المنزلي.
  - يقدم الطالب نبذة عن أهمية العمل في حياة الإنسان.
  - يجب أن يعطى كل عضو مثال على ممارسة أو نشاط قام به للقضاء على وقت الفراغ.
  - يدور نقاش حول هذه الممارسات والأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ
  - التعرف على الطرق والوسائل التي من خلالها الحصول على فرصة عمل.
  - إجراءات التمرين وتوزيع على الأعضاء ورقة فارغة وقلم.
  - الطلب أن ينقسموا على شكل مجموعات زوجية. ويكتب كل عضو منهم ما هي الوسيلة أو الطريقة التي حصل من خلالها على وظيفته الأولى.
  - يتناقش حول الطريقة أو الوسيلة التي كتبها مع بعضهم البعض.
  - التحدث كل عضو أمام المجموعة كلها عن الطريقة أو الأسلوب الذي حصل من خلاله على فرصة عمل.
  - نكر كل الوسائل والطرق التي يمكن من خلالها الحصول على وظيفة أو مهمة.
  - يتم كتابة جميع الطرق والوسائل على السبورة.
  - تلخيص ما دار في الجلسة.
  - تذكير الأعضاء بأنه بقي جلسة واحدة لإنهاء عمل المجموعة أي أن الجلسة القادمة هي الجلسة الأخيرة في البرنامج..
- **الواجب المنزلي:** أن يختار كل عضو من الأعضاء موقف معين يحدث معه خلال الأسبوع القادم ويكتب كيف يتصرف خلال هذا الموقف بحيث يكتب الأمور التالية: ماذا قلت لنفسك أثناء الموقف. بماذا فكرت أثناء الموقف. وبماذا شعرت أثناء الموقف. ماذا أحببت لو تكون (الطريقة التي أحببت أن تتصرف من خلالها). ماذا تعتقد أن يقول الآخرين عنك.

#### الجلسة السادسة عشر

#### مراجعة عامة للبرنامج

- مدتها: 75 د
- أهدافها:
- تلخيص ومراجعة ما تم التطرق إليه في جلسات البرنامج العلاجي، لتقديم التغذية الراجعة لأعضاء المجموعة العلاجية.

- مراجعة النقاط والمبادئ الأساسية التي تمت تغطيتها على مدار البرنامج العلاجي.
- الوقوف على مدى التحسن الذي وصل إليه المشاركين.
- الوقوف على نقاط القوة والضعف في البرنامج العلاجي.
- إنهاء الجلسة العلاجية والبرنامج العلاجي ككل.
- الأساليب والفيئات المستخدمة: المحاضرة المبسطة، التعزيز الإيجابي، الحوار والمناقشة، التقييم.
- الوسائل المستخدمة: سبورة، أقلام ملونة، أفلام رصاص، أوراق A4، حاسب آلي، جهاز عرض، ملاحق الجلسات الماضية، هدايا (كتب إرشادية)، شهادات تقدير.
- محتوى الجلسة:
- تقديم تحية للمشاركين، ويتحدث إليهم " بأننا وصلنا إلى نهاية البرنامج العلاجي ونحن الآن في الجلسة قبل الختامية من هذا البرنامج والذي آمل أنكم استفدتم من خلاله في تنمية الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات".
- الشكر على الجهد المتواصل والمستمر الذي يؤديه كفريق واحد ولهدف واحد ولحل مشكلة واحدة، وتفاعلهم التفاعل الإيجابي طيلة تنفيذ جلسات البرنامج، وأعطى التعزيز الإيجابي ويقدم الشكر والتشجيع لهم.
- مناقشة الطالب مع أعضاء المجموعة في الواجب المنزلي.
- مراجعة النقاط والمبادئ الأساسية التي تمت تغطيتها على مدار البرنامج.
- الحديث إلى أعضاء المجموعة: "والآن سوف نستعرض عليكم أهم المبادئ والأسس التي تعلمناها سابقاً وتمت تغطيتها على مدار البرنامج"
- عرض بعض النماذج والمبادئ والإستراتيجيات التي تم التطرق إليها أو ممارستها في الجلسات الماضية ومن أهمها: تقبل الذات وتنشيط الدافعية، استبدال الأفكار السلبية، تنمية المهارات السلوكية والمعرفية، ممارسة الاسترخاء والتحكم في التنفس، مهارة السلوك الحضورى الإيجابي (التفاعلي) والتخطيط للمستقبل والتجنب الانتكاسة، وتحمل المسؤولية والاستقلالية.
- توزيع نسخ من هذه المهارات والإستراتيجيات لأعضاء المجموعة، ويطلب منهم الاحتفاظ بها، والرجوع إليها متى ما دعت الحاجة إلى استخدامها.
- ترك الفرصة لأعضاء المجموعة لمناقشة أي جزئية أو طرح أية تساؤلات في المهارات والإستراتيجيات السابقة

- عرض أهم المبادئ التي تتلقاها أعضاء المجموعة على طوال البرنامج ومن أهمها.
- طلب من أعضاء المجموعة الجلوس بشكل دائري حيث يقرأ كل مشارك مبدأ واحد من هذه المبادئ وهكذا على التوالي.
- ترك الفرصة للأعضاء المجموعة فيما إذا ما كانت هنالك أية تساؤلات في هذه المبادئ.
- طرح العديد من التساؤلات من قبل أعضاء المجموعة من أهمها: هل نستطيع أن نواصل البرنامج؟
- مناقشة جميع التساؤلات المطروحة والإجابة عليها من قبل الطالب وأعضاء المجموعة.
- تهيئة المجموعة العلاجية لالنتهاء من هذه الجلسة العلاجية.
- الحث على ممارسة مختلف الفنيات والمهارات والإستراتيجيات التي مارسوها طوال فترة البرنامج.
- يوزع الطالب نموذج التقييم، ويترك الفرصة لإملائه ولمدة تتراوح بين (10- 15) دقيقة.
- تقديم الشكر للأعضاء وتمني لهم التوفيق في حياتهم.
- يوزع الطالب بعض الهدايا هي عبارة عن كتب إرشادية مختلفة، كما يوزع عليهم شهادات تقدير تعريزا لهم على مشاركتهم الفاعلة في هذا البرنامج.
- توديع أعضاء المجموعة على أمل اللقاء بهم الأسبوع القادم في القياس البعدي.
- **الواجب المنزلي:** تقديم مادة علمية للمجموعة، ويتم تكليف المشاركين بواجب يقومون فيه بتلخيص المادة العلمية المقدمة ومناقشتهم في الجلسة اللاحقة.

### الجلسة السابعة عشر

#### القياس البعدي

- **مدتها: 75 د**
- **أهدافها:**
- القيام بالتطبيق البعدي (مقياس الدافعية)
- يقيم أعضاء المجموعة للبرنامج العلاجي بملاً الاستمارة الخاصة بذلك، والاستماع إلى انطباعات المجموعة جميعاً.
- شكر أعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام بالحضور وأداء الواجب
- تقديم نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة.
- تحديد يوم يلتقي فيه وتطبق عليها القياس التتبعي، وفقاً لما يقتضيه تصميم البحث.
- **الأساليب والفنيات المستخدمة:** تطبيق المقياس، الحوار والمناقشة.

- الوسائل المستخدمة: مقياس الدافعية للعلاج، استمارة تقييم البرنامج، أقلام رصاص.
- محتوى الجلسة:
  - تقديم الشكر لأعضاء المجموعة على تقانيهم ومواصلتهم في نجاح البرنامج.
  - التحدث الطالب لأعضاء المجموعة قائلاً: "من المهم جدا أن تتواصلوا مع بعضكم البعض وأن يساعد أحدكم الآخر إذا ما طلب منه ذلك ويشجعهم على أهمية التواصل.
  - توزيع ورقة بيضاء، حيث يطلب من كل عضو أن يكتب اسمه عليها وعنوانه ورقم هاتفه أو بريده الإلكتروني بعدما يكتب عليها هو اسمه وبياناته.
  - نسخ هذه الورقة بعدد أعضاء المجموعة ويعطى نسخة لكل طالب، كما يحتفظ هو بنسخة أخرى.
  - يركز الطالب للمجموعة على أنه سيتم اللقاء بهم بعد فترة من الزمن لمعرفة مدى التقدم الذي أحرزوه في تنمية دافعيتهم للعلاج من التعاطي.
  - توزيع الطالب نموذج لمجموعة من الجمل حيث يقوم أعضاء المجموعة بإكمالها هي:
    - ✓ " قبل أن أغادر أحب أن أقول....."
    - ✓ " الأمر الذي سيضل عالقا في ذاكرتي هو ....."
    - ✓ " أهم شيء تعلمت من المجموعة هو ....."
  - يعطى الطالب فرصة تتراوح بين (8-5) دقائق ليملي كل عضو هذه الفراغات.
  - خروج جميع أعضاء المجموعة أمام زملاءهم ليقولوا لهم ما أكملوه في النموذج السابق.
  - توزيع الطالب على أفراد الدراسة، مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان، كما يوزع عليهم أقلام رصاص للكتابة. و يقوم أفراد الدراسة بالإجابة على مفردات المقياس مع شرح الطالب لكل مفردة من مفردات المقياس.
  - بعد الانتهاء، يجمع الطالب المقياس من كافة أفراد الدراسة، ويساعده في ذلك بعض أفراد المجموعة العلاجية.
  - إنهاء الجلسات العلاجية.
  - الحديث إلى كافة أفراد الدراسة بقولة "والآن لم تتبقى لنا من البرنامج سوى تطبيق قياس المتابعة وسيتم الاتصال بكم لاحقا".
  - شكر كافة أفراد الدراسة، ويستأنهم للانصراف من الجلسة إلى الموعد اللاحق.



## الجلسة الثامنة عشر

### القياس التتبعي - جلسة فردية

- مدتها: 75 د
- أهدافها:
  - تطبيق القياس المتابعة بعد شهرين.
  - إنهاء والبرنامج لعلاجي كاملاً.
- الأساليب والفنيات المستخدمة: تطبيق المقياس، الحوار والمناقشة.
- الوسائل المستخدمة: مقياس الدافعية للامتناع، أقلام رصاص.
- محتوى الجلسة:
  - تقديم الشكر على الحضور في الوقت والمكان المحددين للجلسة.
  - ثم يقدم المقياس للمشاركة.
  - يشرح الطالب كل مفردة من مفردات المقياس.
  - السماح للمشاركة بالحديث عن الفترة الأخيرة ودافعية للتعاطي.
  - تقديم مجموعة الإرشادات والتوجيهات.
  - إنهاء الجلسة العلاجية والبرنامج العلاجي ككل.
  - ثم يستأذن للمشاركة بالخروج ويودعه شاكرًا له على اشتراكه في البرنامج، و متمني لهم التوفيق في حياتهم العملية والعلمية.

### 12- أساليب تقييم البرنامج:

1. التقييم التمهيدي: ويتمثل في القياس القبلي لمقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات للمجموعة العلاجية.
2. التقييم التكويني: قام الطالب بتقييم كل جلسة من جلسات البرنامج من خلال نشاط التقييم والإنهاء في نهاية كل جلسة، وذلك بالاستعانة بالمقابلات الفردية والجماعية والملاحظة المباشرة لاستجابات المشاركين، للتأكد من تحقيق الأهداف المرجوة، وتقديم التغذية الراجعة اللازمة عن طريق استمارة. (الجهني، 2003) انظر ملحق رقم (5)

3. **التقييم الختامي:** تم تقييم البرنامج العلاجي من حيث تطبيق نموذج التقييم النهائي للبرنامج العلاجي، من أجل الوقوف على نقاط القوة والضعف في البرنامج العلاجي، ومن أجل التأكد من تحقيق البرنامج لأهدافه العامة والخاصة استمارة (الندابي، 2009) انظر الملحق رقم (6)، وكذلك من خلال تطبيق القياس البعدي لمقياس مستوى الدافعية للامتناع على المشاركين، ومقارنة النتائج مع نتائج القياس التتبعي، من أجل التعرف على مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية مستوى الدافعية لدى المشتركين.

4. **التقييم التتبعي:** تم تطبيق مقياس مستوى الدافعية للامتناع على أفراد المجموعة المشاركة، بعد شهرين من انتهاء البرنامج العلاجي، للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي على المدى البعيد.

من خلال ما سبق يرى الطالب أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي لتنمية الدافعية، يعد أسلوباً جيداً ومساهماً في الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين، بحيث استند إلى عدة أسس ومبادئ من أبرزها التغيير المعرفي والسلوكي، حيث يزيد واقعية وقدرة الفرد على التغيير، والتركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله في تفكيره، وتقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية لكي يتم التأثير في سلوكه من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم الانفعالية والسلوكية في المواقف المختلفة، ويعتمد البرنامج على تطبيق مجموعة من التقنيات والفنيات التي تعمل على تحديد الأفكار الحالية للمريض للأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف إلى السلوكيات غير المرغوب فيها، هذا ما يساهم في نجاح البرنامج على عمل علاقة تحالف علاجية جيدة مع المشاركين من خلال التعاون والاحترام والتقدير والاهتمام بهم، وعمل العلاج المعرفي السلوكي الجماعي بكل قوة لزيادة الدافعية لمنع عودة المراهق إلى المخدرات أو انتكاسته.

الجانب الميداني

# الفصل الخامس

## الإطار المنهجي للدراسة

- 1 - الدراسة الاستطلاعية
- 2 - الدراسة الميدانية
- 3 - المنهج والتصميم التجريبي المستخدم
- 4 - أدوات الدراسة الأساسية
- 5 - أدوات تحليل البيانات

تهدف الدراسة إلى بناء مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لقياس أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي المقترح، وسيتم الاعتماد المنهج شبه التجريبي الإكلينيكي، وبتناول في هذا الفصل الإجراءات المنهجية وفق فرضيات الدراسة، وتحديد الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الاستطلاعية والدراسة الميدانية، بتفصيل حدود والأهداف والأدوات المستخدمة والبرنامج العلاجي.

### 1- الدراسة الاستطلاعية:

#### 1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- 1 - ضبط إشكالية الدراسة وفروضها.
- 2 - بناء مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات، وتصميم جلسات البرنامج العلاجي وفق أبعاد المقياس.
- 3 - التعرف أكثر على مجتمع البحث وعينة الدراسة.
- 4 - التحقق من الشروط السيكومترية للمقياس المعتمد في الدراسة، أي حساب معاملات الصدق والثبات ومدى ملائمة الأداة لمستوى أفراد العينة وفهمهم لفقراتها.
- 5 - إمكانية تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي المقترح، والتعرف على مدى صلاحيته لأفراد العينة الاستطلاعية في مرحلة أولى من أجل اكتشاف بعض جوانب النقص في إجراءات التطبيق.
- 6 - اكتشاف الصعوبات أو النقائص التي يمكن أن نصادفها خلال إجراء الدراسة الأساسية وذلك لمواجهتها أو تفاديها.

#### 2-1 عينة الدراسة الاستطلاعية.:

شملت العينة على (32) مراهق متعاطي المواد المخدرة، من طالبي العلاج بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد بولاية الشلف، تم استبعاد (7) استمارات وفق الشروط المحددة، وقد أصبح عدد المشاركين لعينة البناء والتقنين (25) مراهقا وبنسبة (78.12%) من المجتمع الأصلي.

#### 3-1 وصف أداة القياس المستعملة:

أولا: خطوات بناء المقياس:

تم بناء مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين في الدراسة الحالية وفق خطوات محددة:

- اطلع الطالب على مقاييس الدافعية العربية منها والأجنبية فلم يجد ما تفي بالغرض، لذا شرع في إعداد أداة تناسب عينة البحث.
  - قام الطالب ببناء هذه الأداة بعد الاطلاع على الأطر النظرية لبعض الأبحاث والدراسات السابقة المتعلقة بمفهوم الدافعية ومراجعة الكثير من الكتب والأدبيات التي تتحدث عن الدافعية، وكذلك مراجعة مجموعة من المقاييس تناولت موضوع الدافعية، مثل :
  - دراسة د. نجلاء إبراهيم أبو الوفا وهب الله. 2018 حول بناء مقياس الدافعية.
  - دراسة د. رتاب وسيلة 2018 حول بناء مقياس الانتكاسة.
  - دراسة الدكتورة بقال أسمي 2015 حول بناء مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان.
  - دراسة الشبلي، عبد الله بن خلفان بن سالم سنة 2014 حول مقياس دافعية الإنجاز للمراهقين.
  - دراسة عبد العزيز محمد الحسن. 2004 حول بناء مقياس الكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات.
  - دراسة أ.د. بشير معمريّة. 2013 حول تقنين استبيانات لقياس الدافع إلى الإنجاز على البيئة الجزائرية.
  - دراسة يزيد بن محمد الشهري 2010 حول بناء مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان.
  - دراسة غرم الله عبد الرزاق بن صالح الغامدي 2009 حول مقياس دافعية الإنجاز.
  - دراسة عبد اللطيف محمد خليفة 2006 حول تقنين مقياس الدافعية للإنجاز.
  - دراسة الأستاذ الدكتور فيصل محمد خير الزراد 1996 حول اختبار قلق الانزعاج للمدمنين.
  - دراسة محي الدين احمد حسين 1988. مقياس الدافعية العامة.
- وفي ضوء ما تم الاطلاع عليه من أدبيات ودراسات سابقة وتحليل استجابات العينة الاستطلاعية على الأسئلة السابقة. بحيث صاغ الطالب مقياس الدافعية لعينة بمراعاة الشروط السيكومترية التي تحكم بناء المقاييس النفسية قدر الإمكان، وكذلك سهولة الألفاظ ووضوحها، وأن تتضمن المفردة فكرة واحدة، وتصاغ العبارة في موقف سلوكي واضح، وتكون المفردات مرتبطة بأهداف المقياس، وتوصل الطالب إلى عدد كبير من العبارات حول الدافعية للامتناع عن المخدرات تجاوزت (90) عبارة موزعة على سبعة أبعاد تم تحديدها.
- ثم عرض الطالب المقياس في صورته الأولية على عدد من الأساتذة المحكمين بقسم علم النفس بجامعة وهران 2 وجامعة الشلف و نفسانيين عياديين بالمركز، للحكم في مدى الانتماء كل

عبارة للبعد المنتمية إليه، والحكم على مناسبة صياغة العبارة ووضوحها، ولإضافة أو تعديل بعض العبارات أو رفضها ومدى وضوح العبارات والتعليمات وسلامتها اللغوية.

وبعد جمع الاستبيانات المحكمة تم مراجعة اقتراحات المحكمين والتعديلات المناسبة، وبناء على ذلك تم استبعاد المتكرر لفظ أو المتشابه فكرًا، وغير الواقعي والمناسب منها، وتم تغيير الصياغة اللغوية لبعض العبارات والأبعاد أو حذفها. كما أجمع معظم المحكمين على طول الاستبيان وتعدد غير ضروري في الأبعاد، لتكون مناسبة مع فئة تفكير وسلوك وواقع فئة المراهقين المدمنين، بحيث تم صياغة تحت كل بعد من الأبعاد السابقة عدد من العبارات التي تقيس الدافعية حول ذلك البعد. ليكون المقياس يحتوي في صورته المحكمة على 40 عبارة موزعة على أربعة أبعاد، بحيث كل بعد يقيس مجالاً من مجالات موضوع الدافعية للامتناع عن المخدرات.

ثم طبق الطالب المقياس في صورته الأولية على عينة استطلاعية، وقدرها (25) مراهق من متعاطي المخدرات والاعتماد عليها، لاستجلاء مدى وضوح العبارات لأفراد العينة الاستطلاعية، لحساب صدق وثبات المقياس.

#### ثانياً: مبررات بناء المقياس:

وجد الطالب أن الدراسة الحالية في حاجة إلى إعداد مقياس يقيس درجة دافعية للامتناع عن المخدرات يتناسب مع فئة المراهقين، حيث وجد الطالب بعض الملاحظات على المقاييس السابقة وهي:

- اختلاف طبيعة البحث الحالي من حيث الثقافة والمعتقدات عن البحوث الأجنبية والمقاييس التي أعدت في البيئة العربية والجزائرية. وهي مقاييس قديمة نسبياً في بنائها مع وجود تغيرات في المجتمع المعاصر المفتوح والمتطور.
- عدم ملائمة المقاييس السابقة لهدف وبيئة وثقافة وعينة البحث الحالي، فهذا المقياس موجه لفئة المراهقين المتعاطين للمخدرات.
- أغلب المقاييس المتعارف عليها لقياس الدافعية أجنبية، تتطلب جهداً في ترجمتها بطريقة صحيحة وتكييفها على البيئة التي ستطبق عليها، لاختلاف الثقافة. أما بناء المقياس في البيئة التي سوف تطبق فيها تعطي نتائج أدق وأصدق في التشخيص.

- وجود بعض القصور في جوانب وأبعاد بعض المقاييس. حيث أن معظم المقاييس الحديثة منصبة على الدافعية للإنجاز أو الدافعية للتعلم أو الدافعية العقلية، ولا يوجد مقياس حديث للدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين - في حدود علم الطالب - في البيئة العربية.

#### ثالثاً: تحديد هدف المقياس

- **هدف عام:** سد العجز في الأدوات التي تتصدى لقياس الدافعية لدى المراهقين والتأكد من مدى فعالية البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية.
- **هدف خاص:** تشخيص عينة الدراسة وتحديد الخصائص العامة للعينة، والتحقق من فروض الدراسة الخاصة بتنمية الدافعية.
- **تحديد الإطار النظري:** الاطلاع على الأطر النظرية النفسية والبحوث والدراسات السابقة الخاصة بمتغير تنمية الدافعية، والتي تهتم بمجالات الدافعية وأبعادها المختلفة وخاصة لدى المراهقين المدمنين.
- **تحديد طبيعة وخصائص الأفراد:** حددت الطالب أهم خصائص أفراد عينة البحث مثل: العمر والجنس ونوع المادة، والدافع للتعاطي والدافع للعلاج.
- **تحديد الأبعاد الفرعية:** تنقسم الدافعية المراد قياسها إلى مجموعة من الأبعاد الفرعية التي تشكل في مجموعها العام الدرجة الكلية للدافعية.

#### رابعاً: أبعاد المقياس:

وقد تمثلت أبعاد المقياس في أربعة أبعاد وكل بعد يتضمن 10 فقرات، والأبعاد وهي:

1. **البعد الأول:** الاستبصار والحاجة إلى التقبل: هو شعور المدمن بأنه واقع في مشكل وأنه مدمن ويحتاج للعلاج وأنه فاقد للسيطرة على تعاطيه، وكذلك مدى وعيه بالأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات، وحاجته إلى القبول والتخلص من نظرة المجتمع السلبية.
2. **البعد الثاني:** تنشيط الدافعية: هو شعور المدمن بالجدية والنشاط والاستعداد المستمر في مواجهة المهام والأعمال الصعبة بنشاط، والسعي الإيجابي تجاه تحسين مستوى الأداء والتغلب على المشكلات الصعبة أو معوقات الواقع التي تتطلب المزيد من التفكير والبحث.
3. **البعد الثالث:** الشعور بالمسؤولية والاستقلالية: هو شعور المدمن بقدرته على تحمل مختلف أدواره الحياتية بكل شجاعة ومهارة، وتحمل تبعه ومسؤولية ما يكلف به وأداءه بجدية وصدق والتزام وتحمل



نتائج جهده مع قدرته على تدبير شؤون حياته الخاصة من دون تباعيه أو محاكاة سلبية للأشخاص والجماعات.

4. البعد الرابع: التوجه للمستقبل وشعور بأهمية الزمن: وهو حرص المدمن على استمرارية العمل لإتمام أو بلوغ ما يسعى في سبيله من أهداف أو مطامح بعيدة المدى، بتوفير كل من الوقت والجهد والاستفادة منهما واستثماره في شيء مفيد إلى أقصى حد.

جدول رقم (1): جدول يوضح توزيع بنود المقياس على الأبعاد الأربعة

الاستبصار والحاجة إلى التقبل	الدافعية الموجبة	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	22	23
25	26	26	27
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
مجموع: 10	مجموع: 10	مجموع: 10	مجموع: 10
المجموع: 40			

الجدول رقم (2): توزيع العبارات الموجبة والسالبة على البنود

أرقام العبارة		اسم البعد
عبارات سالبة	عبارات موجبة	
25-21-9	-13-17-25-29-33-37 1-5	الاستبصار والحاجة إلى التقبل
38-30-18-14-10	34-26-22-6-2	تنشيط الدافعية
35-31-19	39-27-23-15-11-7-3	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية
40-36-24	-32-28-20-16-12-8-4	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن

خامسا: وصف المقياس:

ويعتبر المقياس من أهم الوسائل في جمع المعلومات الميدانية التي تقوم عليها الدراسات العلمية وقد قام الطالب في البحث الحالي باستخدام مقياس الدافعية الذي يتماشى مع طبيعة هذه الدراسة وتغطيتها لأهداف البحث الحالي من خلال مجموعة البنود المكونة لها وإمكانية استخدامها في تقييم أهداف ونتائج البرنامج العلاجي الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية، ويتألف هذا المقياس من 40 فقرة، يتم الإجابة على كل فقرة في المقياس ضمن سلم مؤلف من أربعة بدائل هي (دائما، غالبا، أحيانا، أبدا)، أما طريقة الإجابة فتكون بوضع إشارة (x) في المربع الذي ينتمي إلى درجة انطباق الفقرة على المراهق، وتعطى الإجابة (دائما) ثلاث درجات و (غالبا) درجتين و (أحيانا) درجة واحدة و (أبدا) صفر درجة. ولقد رتبنا هذه الخيارات في الفقرة الواحدة وفقا لشدة الدافعية، حيث تتراوح من دافعية ضعيفة إلى دافعية قوية، ويأخذ كل بديل قيمة تتراوح من (3) إلى (0) في حالة البنود الإيجابية ومن (0) إلى (3) في حالة البنود السلبية، وذلك حسب زيادة شدة الدافعية، وهذا المقياس خاص بالمراهقين المدمنين، بهدف الكشف عن الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهق المدمن، والحصول على التقديرات لمدى تواتر هذه الخصائص السلوكية لدى بعض المراهقين. فالمعرفة الجيدة بالمراهق موضوع التقدير وتكرار الملاحظة لهذه الخصائص السلوكية لديه، ضرورة للاستخدام الصحيح لهذا المقياس والحكم والتقدير الصادق من خلاله. كل هذا يعد أمرا أساسيا عند الاستجابة على هذه المقاييس، ويساعدنا في التشخيص الجيد لهذه الدافعية. ويمكن استخراج الدرجة الكلية على المقياس بجمع الدرجات التي تمثل الدافعية للامتناع عن المخدرات على جميع فقرات المقياس.

وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بأكمله من (40) حيث تمثل الدرجة الأولى الحد الأدنى، في حين تمثل الدرجة الحد الأعلى (120)، وتقدر الدرجات من (0 - 40 درجة دافعية ضعيفة)، (41-80 دافعية متوسطة)، (81-120 دافعية قوية)، حيث تشير الدرجات العليا التي يحصل عليها المراهق على المقياس أن لديه دافعية قوية للامتناع عن المخدرات.

#### 1- صدق المقياس:

المقياس الصادق هو ذلك المقياس الذي يقيس ما وضع لأجله مما يعني قدرة المقياس على قياس ما يتطلب قياسه أصلاً.

وتوجد أساليب متعددة لحساب وتقدير الصدق للمقاييس النفسية، وللتأكد من صدق مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات اتبع الطالب الطرق التالية:

#### - صدق المحكمين:

قام الطالب بعرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين المتخصصين في علم النفس من الأساتذة الباحثين المختصين في القياس النفسي وفي علم النفس العيادي والعلاجي بجامعة وهران 2 وجامعة الشلف والمختصين بالمركز (انظر الملحق رقم 2)، لإعطاء ملاحظاتهم سواء من حيث الانتماء العبارات للأبعاد أو من حيث نسبة ووضوح صياغة العبارات، ولإضافة وتعديل ورفض بعض العبارات، وقد قام الطالب بحذف عبارات محدودة جداً وإعادة صياغة للبعض الآخر والتي قلت درجة اتفاق المحكمين حولها.

وبناء على توجيهاتهم تم تعديل بعض العبارات المتداخلة في البند أو المتطابقة في الصيغة وتم حذف أي كل عبارة مرفوضة، نسب اتفاق المحكمين لمقياس الدافعية، حيث وصلت النسبة إلى 86% في جميع العبارات.

جدول رقم (3) يوضح عبارات المقياس قبل وبعد التعديل

العبارات بعد التعديل	العبارات قبل التعديل	البعد
أحب أن أكون مقبولاً من طرف الآخرين	من الأفضل أن يكون الشخص مقبولاً من الآخرين	الاستبصار بمشكلة الإدمان والحاجة إلى التقبل
المخدرات تؤدي إلى العديد من المشاكل	أدرك أنني بتناول المواد المخدرة أقع في مشكلة	
تساعدني المخدرات في نسيان مشاكلي	يساعدني التناول المستمر للمواد المخدرة على نسيان مشاكلي	
أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المخدرات	الامتناع عن تناول المخدرات يمكنني الحصول على ثقة أفراد أسرتي	
تناول المواد المخدرة تضر بصحتي	يسبب تناول المواد المخدرة مشاكل جسدية تضر بصحتي	
أشعر بأنني محتاج إلى مساعدة وعلاج بشأن مشكلتي	أجد أنني كمدمن احتاج للعلاج من إدماني على المخدرات	تنشيط الدافعية
أريد أن أكون مثل الناس الذين لا يتعاطون	أقاوم الإغراءات من أجل الامتناع عن المخدرات	
أعتقد أن اشتياقي للمخدر هو الدافع الأكبر للتعاطي	في حال واجهتني إغراءات تمنعني من التوقف عن التعاطي فإنني أسعى بكل جد عدم قبولها	
أحرص على إنهاء ما أبدأه من أعمال	عندما أبدأ في أي عمل أحرص على استكماله	
أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا تحت تأثير المخدرات	أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا متناول المخدرات	
أنا قادر على تحمل مصاعب الحياة	أشعر أنا قادر على مواجهة التحديات ومصاعب الحياة	

أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل من الأعمال به	أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل من الأعمال	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية
أدرك أنني لا بد أن أتحمّل نتائج أخطائي	أدرك أن الفرد لا بد أن يتحمل تبعات أخطائه	
أواجه المشكلات بدون مساعدة أحد	أواجه المشكلات التي تعترض حياتي بدون مساعدة أحد	
أشعر أنني قادر على الاستقلال عن الآخرين	أشعر أنني قادر على الاستقلال عن الآخرين وتدبر شؤون حياتي	
تأثر بآراء أصدقائي حول رغبتني في العلاج من الإدمان	يؤثر ما يقوله أصدقائي عن رغبتني للعلاج من الإدمان	
أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل أقوم به	أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل من الأعمال	
أهتم بالحاضر أكثر من اهتمامي بالماضي	أهتم بالمستقبل أكثر من اهتمامي بالحاضر	
التخطيط للمستقبل يساعد على استغلال الوقت والجهد	التخطيط للمستقبل من أفضل الطرق لاستغلال الوقت والجهد	
أعتقد بأنه حان الوقت للتوقف عن التعاطي	أعتقد أن الوقت لازال مبكرا لتوقي عن التعاطي	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن
أقضي وقتا طويلا في السهر والسمر	أحب قضاء وقتي في السهر والتعاطي	
أستطيع قضاء وقت فراغي في شيء مفيد	أتخلص من الأمور التي تضيع وقتي	
أحاول القيام بنشاطاتي في مواعيدها	ينتابني إحساس بأنني غير قادر على التحكم في الوقت	
يفقدني التعاطي القدرة على التفكير بمستقبلي	أشعر بالسعادة عند تفكيري أني سأتعافى من الإدمان مستقبلا	

سادسا: الخصائص السيكومترية للمقياس:

1-الصدق: تم تقدير صدق المقياس من خلال الاتساق الداخلي وصدق المحكمات.

- صدق الاتساق الداخلي:

فيما يتعلق بالتحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس، قام الطالب بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكون من (25) مراهقا متعاطيا للمخدرات.

جدول رقم (4): يبين معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاستبصار والحاجة إلى التقبل	0.70**	0.01
تنشيط الدافعية	0.61**	0.01
الشعور بالمسؤولية والاستقلالية	0.42*	0.05
التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن	0.73**	0.01

يتبين من الجدول رقم (4) أن معاملات الارتباط بين كل بعد الذي تنتمي إليه والدرجة الكلية للمقياس، وقد تراوحت بين (0.42-0.73) وجميعها دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) و (0.05) وهي نتائج ذات دلالة صدق كافية، وأبعاد المقياس متسقة مع بعضها البعض، حيث تظهر جميع فقرات المقياس وعددها (40) فقرة دالة إحصائيا وبالنظر إلى جميع معاملات الارتباط السابقة نجد أنها ذات دلالة صدق كافية يمكن الوثوق بها لتطبيق الدراسة الحالية، وهذا يعتبر مؤشرا على صدق المقياس. وهذا يعني أن المقياس على درجة مقبولة من الصدق يمكن الوثوق به.

- صدق التمييزي:

وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها. حيث يطبق المقياس على مجموعة من المفحوصين، ثم ترتب الدرجات التي حصلوا عليها تنازليا أو تصاعديا، ثم يسحب (27%) من المفحوصين من طرفي الترتيب، ثم يقارن بين المجموعتين المتناقضتين اللتان تقعان على طرفي الخاصية، من حيث درجاتهما عليها، إحداهما يطلق عليها مجموعة من حيث ارتفاع درجاتها على الخاصية، والثانية يطلق عليها مجموعة دنيا من حيث انخفاض درجاتها على الخاصية.

ويستعمل أسلوباً إحصائياً ملائماً وهو اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي حسابيين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز بين المجموعتين المتطرفتين.

و للتحقق من صدق المقارنة الطرفية مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (25) مراهقا متعاطيا للمخدرات، وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبت تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين، حيث أخذت نسبة (27%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا، ونسبة (27%) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (5): يمثل صدق المحاكات عن طريق المقارنة ما بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في مقياس الدافعية للامتناع باستخدام اختبار (T-test).

المجموعة الدنيا	المجموعة العليا		درجة حرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
المتوسط الحسابي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	12	4.662	2.18
105	125.57	9.309			

ويتضح من الجدول رقم (5) أن قيمة "ت" المحسوبة (4.662) أكبر من قيمة "ت" المجدولة (2.18) لمقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01)، وهذا يعني أن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في المقياس، مما يؤكد صدق المقياس ويقيس ما صمم لقياسه.

## 2- ثبات المقياس:

يقصد بثبات الأداة بأن يعطي المقياس نفس النتائج إذا ما أعيد على نفس الأفراد وفي نفس الظروف، و للتحقق من ثبات المقياس تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (25) مراهقا متعاطيا للمخدرات من خلال استخدام الطرق الإحصائية التالية:

- معامل ثبات ألفا كرونباخ:

أن استخدام طريقة ألفا كرونباخ لحساب ثبات الاستبانة، تعتمد على حساب الارتباطات بين العلامات مجموعة الثبات على جميع الفقرات الداخلة في الاختبار. وقام الطالب بحساب معامل ألفا كرونباخ باعتباره من أهم مقاييس الاتساق الداخلي حيث يربط هذا المعامل ثبات المقياس بثبات بنوده، وعليه تم حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وقد كانت النتائج على النحو المبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (6): يمثل نتائج معامل ثبات مقياس الدافعية للعلاج بطريقة ألفا كرونباخ.

ألفا كرونباخ	مقياس الدافعية للعلاج
0.72	الدرجة الكلية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (6) أن قيمة معامل الثبات لمقياس الدافعية للعلاج بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كانت تساوي (0.72) وهذه القيمة تعتبر مرتفعة، حيث تشير النتائج إلى أن أداة الدراسة تتمتع بدرجة عالية من الثبات، وعليه يمكن الاعتماد على النتائج والوثوق بها.

- التجزئة النصفية:

أن طريقة التجزئة النصفية تعني تجزئة المقياس إلى نصفين متساويين، يشمل النصف الأول غالبا البنود الفردية والثاني البنود الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط بيرسون بين الجزئين، والذي يشير إلى الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصف المقياس، ومن ثم يعدل الخطأ الناجم بقانون آخر. قام الطالب بتجزئة المقياس إلى نصفين بنود فردية وبنود زوجية، وبعد تطبيق المقياس وتصحيحه تحصل كل فرد على درجتين، إحداهما على النصف الفردي والأخرى على النصف الزوجي، ثم حسب معامل الارتباط بين الجزئين معادلة (بيرسون)، حيث تم الحصول على معامل ثبات نصف المقياس فقط، وبعدها صحح الطول باستخدام معادلة (سبيرمان براون)، وهو ما يوضحه الجدول التالي:



جدول رقم (7): يمثل نتائج معامل ثبات مقياس الداعية بطريقة التجزئة النصفية.

التجزئة النصفية			مقياس الدافعية للعلاج
سبيرمان براون	جتمان	قيمة معامل الارتباط قبل التصحيح	
0.70	0.53	0.52	الدرجة الكلية

يبين الجدول رقم (7) أن معامل ثبات المقياس والمحسوب بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط والدرجة الكلية للمقياس قد بلغ (0.52) تقريبا وذلك قبل التعديل، وبلغت قيمة معامل الارتباط باستخدام معادلة جيتمان (0.53)، فيما ارتفعت قيمة معامل الارتباط بصورة جيدة بعد استخدام معادلة سبيرمان براون التنبؤية لتعديل طول الاختبار بحيث قدرة نتيجتها (0.70)، وهذا يعني أن جميع قيم معاملات الثبات قيم مرتفعة، الأمر الذي يشير إلى درجة عالية من الثبات. وبناء على نتائج الصدق والثبات يتضح أن المقياس المصمم يتمتع بدرجات مقبولة من الصدق والثبات، ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة الحالية، لغرض التحليل الإحصائي وحساب المؤشرات الإحصائية لغرض الإجابة على أسئلة الدراسة واختبار فرضياتها.

## 2- الدراسة الميدانية.

### 2-1 حدود تطبيق الدراسة الميدانية:

**2-1-1 الحدود المكانية:** تم تطبيق الدراسة التطبيقية بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد بمدينة الشلف، بحيث اختار الطالب هذا المركز؛ نظرا لما يتمتع به من مواصفات من أهمها: إنه يشتمل على طالبي التكفل للعلاج من الإدمان من كل أنحاء ولاية الشلف ومن مختلف الأعمار، وتتوفر فيه الإمكانيات الملائمة والقاعات والأجهزة، بالإضافة إلى عمل الطالب بهذا المركز منذ فتحه في ماي 2010 وموظف نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية.

**2-1-2 الحدود الزمانية:** لقد تم إجراء الدراسة التطبيقية بداية من شهر جانفي 2019 إلى غاية شهر مارس 2019. والقيام بالمقياس التتبعي بعد فترة قدرت بشهرين في مايو 2019.

### 2-2 عينة الدراسة الميدانية:

تكونت عينة الدراسة من (10) مراهق متعاطي للمخدرات (ذكور فقط) والذين يبلغون (16-21 سنة) تم اختيارهم بطريقة ملائمة بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف من الذين يطلبون العلاج. الذين تتوفر فيهم شروط الآتية:

- أن تتطبق على المشاركين محكات القائمة التشخيصية للاعتماد وسوء الاستخدام DSM-4-R. وبينت القائمة التشخيصية لسوء الاستخدام والاعتماد على لعقاقير والكحول، بحيث أن اعتمادهم على مواد مخدرة مختلفة (هذا ما يؤكد الجدول)، ولقد اشترك أفراد العينة في وجود المعايير: 5، 6 و 7 حسب المحك وهي كالآتي:

المعيار الخامس: يدل 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 يرجح أن المادة سببتها أو فاقمتها.

كما أن المحك المعتمد عليه سمح لنا بتحديد طبيعة الاعتماد وتوضيحه في ما يلي:

جدول رقم (8) بين وضعية الاعتماد لدى عينة الدراسة:

طبيعة الاعتماد	ك	%
الاعتماد الفيزيولوجي	3	30
الاعتماد النفسي	7	70

من خلال الجدول رقم (8) يتبين أن طبيعة الاعتماد عند عينة الدراسة هو اعتماد نفسي بنسبة 70%، ويمكن مرد هذا إلى طبيعة المادة المخدرة المعتمد عليها من طرف العينة، فالأغلبية تعتمد على الحشيش بنسبة 30%.

- لا يوجد لديهم تشخيص مزدوج لأي اضطرابات أخرى أو أمراض عضوية.
- مستوى تعليمي أكبر من المتوسط لضمان الاستجابة الجيدة للمقياس والمشاركة الفعالة للبرنامج العلاجي.
- الرغبة للمشاركة في البرنامج من اجل الامتناع عن المخدرات.
- الاتفاق على الامتناع عن تناول المخدرات قبل بدء البرنامج، وهو أول يوم من بداية جلسات البرنامج.

وفي ما يلي مواصفات العينة الميدانية بخصائصها المختلفة في الجدول التالي:

جدول رقم (9) يوضح التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة الكلية في كل نوع مادة مخدرة.

النسبة المئوية %	التكرار	نوع المادة المخدرة
20 %	2	كحول
80 %	8	الحشيش (القنب الهندي)
40 %	4	المنبهات
30 %	3	استعمال متعدد للمواد

نلاحظ على الجدول رقم (9) أن المدمن المراهق يتعاطى ستة (04) أنواع من المواد المخدرة، لارتباطه بها نفسياً وفيزيولوجياً، بحيث بتسجيل الحشيش أعلى نسبة في ذلك قدرت بـ 80 %، وهذا يرجع لطبيعة شخصية المدمن (البروفيل النفسي) والظروف التي يعيشها، ثم يليها المنبهات بنسبة 40 %، والاستعمال المتعدد للمواد بنسبة 30 %، وقل نسبة هي الكحول بنسبة 20 %.

ومن وجهة نظر الطالب نوع المادة ذات علاقة بالدافعية للعلاج أو الامتناع عنه. أي هناك علاقة بين نوع المخدر كعامل دافع أو معوق للعلاج.

جدول رقم (10): يوضح التكرارات والنسب المئوية لعينة الدراسة الكلية على أربعة 4 مجموعات أساسية وفقاً لمدة التعاطي

النسبة المئوية %	التكرار	سنوات التعاطي
40 %	4	2 سنتين
30 %	3	3 سنوات
20 %	2	4 سنوات
10 %	1	5 سنوات
100 %	10	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أن المجموعة سبق لها التعاطي ويوجد فيها أكبر نسبة من خبرة التعاطي سنتين والتي تقدر نسبتها 40 %، ثم تليها خبرة ثلاث وأربعة سنوات بنسبة تقدر بـ 40 %، وجاءت خبرة خمسة سنوات بنسبة 10 %.

ويلاحظ من خلال استقراء الجدول أن تعاطي المواد لا يزال في بدايته، وكلما ازدادت سنوات التعاطي كلما انخفض الإقبال على طلب العلاج بسبب سيطرة نوع المادة المخدرة على إرادته ورغبته للعلاج.

- من حيث الدافع للتعاطي: يوجد هناك عدة أسباب دفعت إلى التعاطي أول مرة.

#### جدول رقم (11): يوضح أهم دوافع التعاطي

النسبة المئوية %	التكرار	الدافع للتعاطي
50%	5	المشاكل الأسرية وسوء المعاملة
30%	3	حب التجريب
20%	2	رفقاء السوء
10%	1	نسيان المشاكل

نلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن من أهم الدوافع التي دفعت المراهق للتعاطي وهي دوافع متعددة، وتعد المشاكل الأسرية وسوء المعاملة هي الأكبر نسبة تقدر 50%، ثم تليها حب التجريب بنسبة 30%، ثم تليها مشكلة جماعة الرفاق السيئة بنسبة 20%. ثم تليها التعرض للمشاكل ومحاوله نسيانها والهروب منها بنسبة 10%.

وفي ذات السياق توصل سالم راشد علي المقتول (1989) إلى أن مجارة الأصدقاء و شغل أوقات الفراغ بنسبة 17,8% ثم الاختلاط بمجمعات أخرى بنسبة 10% يليها محاكاة كبار السن بنسبة 7,7%، يليها الرفاهية الزائدة بنسبة 7,7%، ثم الهروب من الواقع بنسبة 5,6% يليها المشكلات الزوجية بنسبة 3,3%، و أخيرا قدرة تحمل السهر و التحصيل الدراسي بنسبة 2,2%.

أما بالنسبة لدراسة سلوى سليم فقد توصلت إلى أن المشاكل الأسرية كانت سببا في دفعهم لتعاطي المخدرات بنسبة 30,5%، بينما احتل التعاطي بسبب أصدقاء السوء المرتبة الثانية 26%، والمشاكل المادية بنسبة 16%، والمشاكل المتصلة بالعمل بنسبة 9,5%، والإحساس بالفراغ و الملل بنسبة 9%، أما الذين تعاطوا المخدرات لرغبتهم بالشعور بالسعادة فكانت نسبتهم 7%، بينما بلغت نسبة الأسباب الأخرى المتنوعة 2%.

أما دراسة (عدلي السمري) فقد توصل إلى أن الأصدقاء يلعبون دورا كبيرا في تعرض الفرد للمخدر لأول مرة، إذ حصل ما نسبته % 77,5 ، من أفراد العينة على المخدرات لتجربتها لأول مرة من أحد الأصدقاء أو الزملاء. (قماز، 2009، ص ص 258-259)

- من حيث دوافع طلب العلاج:

جدول رقم (12): يوضح دوافع طلب العلاج.

النسبة المئوية	التكرار	دوافع العلاج
40%	4	إرضاء الأسرة
20%	2	إجبار الأهل
40%	4	الرغبة في العلاج

نلاحظ من خلال الجدول رقم (12) أن الدوافع وراء طلب العلاج هي متعددة لدى عينة الدراسة، بحيث تعد دوافع إرضاء الأسرة والرغبة في العلاج هي الأعلى نسبة تقدر بـ 80%، ثم تليها دوافع إجبار الأهل وعدم القدرة للحصول المال لشرائها بنسبة 20% . وقد أشار إلى ذلك بحث كاندل Kandel 1988 إلى أن الأفراد في وضعيات ضاغطة، قد يلجئون إلى الموارد الاجتماعية المتوفرة كالعائلة وجماعة الأصدقاء، وإلى الموارد النفسية والاستراتيجيات السلوكية المستعملة عادة لمواجهة وضعية ما. لهذا إذا كان المراهق لا يوجد له سند عائلي أو أي جماعة دعم، وكان يفتقر إلى الموارد النفسية والاستراتيجيات السلوكية، فإنه قد يشعر بالاكئاب، و العزلة، فيتوجه إلى المخدر، والسلوكيات المشكلة الأخرى كالجناح، واضطرابات الشهية لإنهاء مشاكله الاجتماعية والعاطفية. (قماز، 2009، ص 292)

### 3- المنهجية والتصميم:

**3-1 منهج الدراسة:** تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، (التصميم القبلي والبعدي للمجموعة الواحدة)، لملائمته أهداف الدراسة في ضوء طبيعة المشكلة ونوع المتغيرات خصائص عينة الدراسة.

يعرف بأنه المنهج الذي يكشف العلاقة السببية بين المتغيرات، وذلك في ضوء ضبط كل العوامل المؤثرة في المتغير، أو المتغيرات التابعة، ما عدا متغير واحد يتحكم فيه الطالب، لغرض قياس تأثيره على المتغيرات التابعة. (الحمادني وآخرون، 2006، ص 156)

وتمثلت متغيرات الدراسة في المتغيرات الآتية :

- المتغير المستقل: هو البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية.
- المتغير التابع : ويتمثل في دافعية الامتناع عن المخدرات.
- المتغيرات الدخيلة: تتمثل في المستوى القبلي لدافعية الامتناع، والمستوى التعليمي، وتجنب التشخيص المزدوج، وقد تم عزل أثر هذه المتغيرات، كما أوضح الطالب في تجانس عينة الدراسة.

### 3-2 إجراءاته:

- إجراء القياس القبلي على المجموعة المشاركة وذلك قبل التطبيق الجماعي للبرنامج.
- تطبيق البرنامج العلاجي على المشاركين وفق خطوات وأهداف محددة تم وضعها وشرحها للجماعة العلاجية، من خلالها يتم التأثير على المتغير التابع وهو تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات.
- إجراء القياس البعدي على المشاركين لمعرفة أثر المتغير المستقل على المتغير التابع لتنمية الدافعية للمجموعة العلاجية.

- حساب الفروق بين القياسين القبلي والبعدي والتأكد من دلالة الفروق إحصائياً.
- تطبيق القياس التتبعي لمعرفة استمرارية أثر الامتناع بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج بعد مدة شهرين.

### 3-3 مبرراته:

تم اختيار المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة لأنه هو الأنسب إلى تحقيق أهداف الدراسة، وذلك لمعرفة أثر العامل المستقل (برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي) في المتغير التابع (الدافعية للامتناع عن المخدرات)، ولأن العينة ملائمة حيث تم اختيار المركز بشكل قصدي، لتسهيل

إجراء تطبيق الدراسة، وذلك لأن الطالب يعمل بهذا بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد (نفساني رئيسي للصحة العمومية أكثر من عشر سنوات)، وهذا لتوفير الإمكانيات المادية والبشرية التي تساهم في تنفيذ البرنامج، واستعداد الطاقم الإداري والطبي بتسهيل الدراسة، كما أن المركز نهاري وصعوبة اللقاء المستمر وانضباط المراهق وقلة إقبالهم على المركز، تم اختيار المجموعة الواحدة.

#### 4- أدوات الدراسة الميدانية:

##### 4-1 المقابلة:

واعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية كأداة رئيسية لأنها ملائمة لدراستنا، وذلك لما لها من أهمية في تحقيق الأهداف التالية:

جمع البيانات: فمن خلال المقابلة استطعنا الحصول على المعلومات اللازمة لغرض التشخيص والعلاج النفسي، وتقويم الأعراض المرضية، وأخذ معلومات حول سن بداية التعاطي والدافع الأول للتعاطي، والدافع الأول لطلب العلاج، وانطلاقاً من هذا التقويم اخترنا (10) المشاركين المناسبين.

تطبيق العلاج: حيث تم الاعتماد على الأنواع التالية من للمقابلة عند تطبيق البرنامج العلاجي:

- المقابلة الحرة: وقد تم استخدامها في أول مراحل العلاج بهدف معرفة وجهة نظر المشاركين حول العلاج وتقبلهم ودافعيتهم للامتناع عن المخدرات. مع مقابلات جلسات البرنامج العلاجي الجماعية والفردية.

- المقابلة نصف الموجهة: وقد تم استخدامها خلال المراحل الأولى من البرنامج لتقويم مشكلات العينة وتهيئته نفسياً لتقبل المشاركة. بهدف تطبيق التقنيات العلاجية التي تم انتقائها، وقد تمت المقابلة في دراستنا مع العينة ومع بعض أفراد الأسرة.

##### 4-2 الملاحظة العيادية:

يتم تجميع الكثير من البيانات والسلوكيات عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوص لإتاحة فرصة ملاحظة مختلف سلوكيات المشاركين وردود أفعاله أثناء المقابلة الإكلينيكية أو أثناء تطبيق المقاييس الدراسة وأثناء تطبيق البرنامج العلاجي. وقد اقتصرنا هذه الدراسة على الملاحظات ذات الدلالة الإكلينيكية التي قد تساهم في عملية الكشف والتشخيص والعلاج.

ومن أهم العناصر التي لوحظت في الدراسة الحالية عن طريق الطالب: التفاعل الإيجابي مع الطالب ومع المجموعة العلاجية والمشرفين، ورغبة ودافعية المشاركين نحو الامتناع عن المخدرات،

السلوك الشخصي داخل المركز وفي النشاطات الجماعية، النشاط اليومي، والسمات النفسية والاجتماعية.

#### 4-3 قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة:

أعدھا كل من لطفي فطيم، ومحمد الجارحي، ومحمود رشاد، 1998، وتم تصميم هذه القائمة على غرار المقابلة الإكلينيكية المقننة:

بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)، تعتبر هذه القائمة أساسية في تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي. تتكون القائمة من 14 بند، البنود من 1-7 للاعتمادية ومن 10-13 لسوء الاستخدام، وتحدد القائمة كل من سوء الاستخدام والاعتماد وحالات التوقف، وتشمل المواد التالية: الهيروين (ومشتقات الأفيون)، الكحول، مشتقات القنب (الحشيش)، المنبهات (الأمفيتامينات)، المهدئات، المواد الطيارة، مواد أخرى. وتحدد القائمة كل من الاعتماد وسوء الاستخدام وحالات التوقف، والقائمة تتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات. (فطيم، 1999، صفحة 22) انظر الملحق رقم (4)

4-4 مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين: تم وصفه في الدراسة الاستطلاعية.

#### 4-5 البرنامج العلاجي:

##### 4-5-1 الحدود الإجرائية للبرنامج:

- الحدود الزمانية: لقد اتضح للطالب من خلال الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت العلاج النفسي الجماعي (السلوكي - المعرفي) أن أفضل زمن للجلسة هو 45 دقيقة؛ وتتم غالبا في الفترة ما بين (14:00-15:30) من مساء يومي الاثنين والخميس من كل أسبوع، بحيث أن الفترة الزمنية لا تتضارب مع نشاطات الجماعة.

ويتكون البرنامج من (18) جلسة، مدة كل جلسة (75) دقيقة، تم تطبيقها على مدى (08) ثمانية أسابيع، بمعدل جلستين في كل أسبوع، باستثناء الأسبوعين الأخيرين اللذين تضمن جلسة فالأسبوع تمهيدا لنهاية البرنامج، اعتبارا من 2019/01/07 إلى تاريخ 2019/03/07، وشهرين



للمتابعة، وتم بعدها التطبيق التتبعي مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات 2019/05/13، واستنتاج الملاحظات الإكلينيكية.

- الحدود المكانية: طبق البرنامج في حجرة كبيرة، جيدة الإضاءة والتهوية، وتتسع لجلسات عينة البحث بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد النهاري بالشلف.

الحدود البشرية: تتضمن عينة الدراسة عشرة (10) أفراد من الذكور المراهقين من متعاطي المخدرات الراغبين في العلاج بالمركز.

#### 4-5-2 الخطوات الأساسية للبرنامج:

#### جدول رقم (13) يوضح التخطيط للبرنامج العلاجي وفق أبعاد المقياس

رقم الخطوة	عنوان الجلسات (الأبعاد)	عدد الجلسات	رقم ترتيب الجلسة
01	التمهيدية والتهيئة والتعريف بالبرنامج	02	التمهيدية والأولى
02	الاستبصار وتقبل الذات	03	الثانية والثالثة والرابعة
03	تنشيط الدافعية	04	الخامسة والسادسة والسابعة والثامنة
04	الاستقلالية وتحمل المسؤولية	03	التاسعة و العاشرة والحادي عشر
05	التخطيط للمستقبل والشعور بأهمية الزمن	04	الثاني عشر والثالث عشر والرابع عشر والخامس عشر
06	إنهاء البرنامج والقياس البعدي	03	السادسة عشر والسابعة عشر والمتابعة

جدول رقم (14): مخطط تفصيلي للبرنامج العلاجي

الجلسة	الموضوع	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	المواد المستخدمة
الجلسة تمهيدية	- تهيئة الأعضاء -التعارف وكسب الثقة	1 - تهيئة أعضاء لجلسة العلاجية للمشاركة في البرنامج. 2- التعرف على بعضهم البعض وعلى الطالب. 3- بناء علاقة إيجابية بين الطالب وأعضاء المجموعة. 4- التعرف على بعض الأسس والمعايير التي تحكم عمل المجموعة وبناء التعاقد.	- المحاضرة المبسطة - الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - التحالف العلاجي - التلخيص	أقلام، الكتابة.
الجلسة الأولى	- توقعات المشاركين - التعريف بالبرنامج	1- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على توقعاتهم من البرنامج. 2- التعرف على العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وعلى خطوات البرنامج العلاجي. 3- التعرف على أهمية التقنيات المعرفية والسلوكية في تنمية الدافعية. 4- التعرف على الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك وردود الأفعال 5- التأكيد على أهمية أداء الواجبات المنزلية والانضباط في حضور مواعيد الجلسات كما هي محددة.	- الحوار والمناقشة - التعزيز الإيجابي - المحاضرة البسيطة - التغذية الراجعة - التلخيص. - نشاط عن دوائر العلاج.	- سبورة، أقلام ملونة - طاولة صغيرة - أوراق صغيرة - حاسب آلي - مطوية عن العلاج - دفتر خاص بكل مشارك - ورق مقوي كبير

<p>- جهاز الكمبيوتر - جهاز العرض - مطوية عن مرحلة المراهقة. - شريط فيديو لانحراف المراهق - مقياس الدافعية</p>	<p>- المحاضرة والمناقشة الجماعية. - التنفيس الانفعالي - التعزيز - النمذجة - الواجب المنزلي</p>	<p>1- توضيح مفهوم المراهقة وشرح خصوصياتها. 2- توضيح التغيرات الفسيولوجية والنفسية المصاحبة لهذه المرحلة. 3- التعرف على نماذج من المشكلات السلوكية المعروفة في مرحلة المراهقة التي منها تعاطي المواد المخدرة. 4- تطبيق القياس القبلي لمقياس الدراسة</p>	<p>-التعريف بمرحلة المراهقة ومشكلاتها -التقويم القبلي</p>	<p><b>الجلسة الثانية</b></p>
<p>- جهاز عرض - عرض باوربونت - أوراق وأقلام - مطوية حول أثر الإدمان</p>	<p>- التعليم والتدريب - التحليل الوظيفي للسلوك. - إعادة البناء المعرفي. - الإبعاد والتركيز - المقابلة المفتوحة. - التغذية الراجعة. - الاستبصار.</p>	<p>1- التعرف على أهمية الاستبصار عن مشكلته التي تسهل العملية العلاجية. 2- التعرف على مشكلته الإدمانية وتحديدها. 3- التعرف على الأسباب المؤدية إلى التعاطي من وجهة نظرهم 4- التعرف حاجته للعلاج. 5- تحديد دور مصادر الامتناع المتوفرة في الوقت الحاضر . 6- توضيح أضرار وتأثيرات الإدمان الصحية والنفسية والاجتماعية . 7- التعرف على أساليب التفكير الخاطئة المسؤولة عن السلوك الإدماني.</p>	<p>الاستبصار بمشكلة الإدمان</p>	<p><b>الجلسة الثالثة</b>  <b>جلسة فردية</b></p>

<p>- السبورة، ورقة، قلم - بطاقات الخصائص الشخصية</p>	<p>- الحوار والمناقشة - التعليم والتدريب - قائمة الخصائص المثالية - فنية قبول الذات غير المشروط - الواجب المنزلي</p>	<p>1- التعرف على مفهوم الذات وتقبل الذات. 2- التدريب على تقبل الذات وتقبل الآخرين. 3- التعرف على الذات المثالية. 4- التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات وتقبل الآخر من جهة والامتناع من التعاطي من جهة أخرى.</p>	<p>تقبل الذات</p>	<p>الجلسة الرابعة</p>
<p>- جهاز عرض - كومبيوتر - أوراق وأقلام - استخدام البوربونت - بطاقة المساوي والمحاسن - بطاقة التحفيز الذاتي.</p>	<p>- التعليم والتدريب - الحوار - التعزيز - التنفيس الانفعالي - تحليل الخسائر والمكاسب - أداء الدور - التحفيز الذاتي.</p>	<p>1- التعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي. 2- التعرف على وظائف ومظاهر وجود الدافعية. 3- توضيح المواقف والأعمال الصعبة التي تؤثر على سير العملية العلاجية بجدية ونشاط. 4- استكشاف أهمية المثابرة والإرادة في بلوغ الأهداف.</p>	<p>تعزيز الدافعية</p>	<p>الجلسة الخامسة جلسة فردية</p>

<p>- سبورة، أقلام سبورة ملونة - كرسي استرخاء</p> <p>- حاسب ألي، جهاز عرض</p> <p>- بطاقات الاسترخاء البطني باستخدام التخيل</p> <p>- بطاقات الاسترخاء السريع</p> <p>- بطاقات التحكم في التنفس.</p>	<p>- الحوار والمناقشة</p> <p>- الاسترخاء والتخيل</p> <p>- النمذجة</p> <p>- المحاضرة المبسطة</p> <p>- التعزيز الإيجابي</p> <p>- التلخيص</p> <p>- الواجب المنزلي.</p>	<p>1- يتعلم المشاركون الفرق بين التوتر والاسترخاء .</p> <p>2- ممارسة الاسترخاء بنوعيه البطيء والسريع والقدرة على التحكم في التنفس من قبل أعضاء المجموعة العلاجية</p> <p>3- ممارسة الاسترخاء للتحكم في بعض الأعراض البدنية للتعاطي</p> <p>4- ممارسة التحكم في التنفس للتحكم في بعض الأعراض البدنية للتعاطي</p> <p>5- التدريب على تنفيذ الاسترخاء البطني والاسترخاء السريع مرة واحدة في اليوم</p> <p>6- تشجيع على استخدام تقنيات الاسترخاء لتفريع الانفعالات والمشاعر عن طريق التنفس</p> <p>7- رفع الروح المعنوية والإرادة للتغيير</p>	<p>الاسترخاء والتحكم في التنفس</p>	<p>الجلسة السادسة</p> <p>جلسة فردية</p>
<p>- السبورة، ورقة، قلم</p> <p>- بطاقات قائمة المشكلات</p> <p>- بطاقات توليد</p>	<p>- التعليم والتثقيف</p> <p>- الحوار والمناقشة</p> <p>- العصف الذهني</p> <p>- قائمة المشكلات.</p>	<p>1- التعرف إلى مفهوم المشكلة.</p> <p>2- استخدام إستراتيجية حل المشكلات بطرق صحيحة.</p> <p>3- التعرف على أسلوب تنمية حل المشكلات وخطواته.</p> <p>4- التدريب على كيفية صياغة المشكلة وتحديد أسبابها.</p>	<p>أسلوب حل المشكلات</p>	<p>الجلسة السابعة</p>

<p>البدائل</p>	<p>- تمرين العقدة البشرية - التخيل المعرفي - الاسترخاء النفسي - الواجب المنزلي</p>	<p>5- التعرف على طريقة جمع المعلومات. 6- التعرف إلى كيفية توليد البدائل واختيار المناسب البديل المناسب لمشكلته التي منها الإدمان.</p>		
<p>-سبورة، أقلام ملونه، أقلام رصاص. - حاسب آلي، جهاز عرض - بطاقات السلوك حضوري وغير الحضوري.</p>	<p>- المحاضرة المبسطة -التعليم - النمذجة - أداء دوار - التعزيز الإيجابي - الحوار والمناقشة.</p>	<p>1- التعرف على أهمية السلوك الحضوري. 2-التدريب على مهارة السلوك الحضوري الإيجابي التفاعلي. 3-تعليم السلوكيات الحضورية غير اللفظية الايجابية والسلبية. 4- التدريب على مهارة السلوك الحضوري الإيجابي</p>	<p>السلوك الحضوري الإيجابي</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>- السبورة، ورقة، قلم.</p>	<p>-الحوار والمناقشة -مهارة رفض المخدرات - لعب أدوار</p>	<p>1- تقييم مدى توفر المخدرات والتعامل مع المروجين. 2- توضيح الإستراتيجيات لكسر الاتصال مع المروجين. 3- التعرف على أسباب الرفض وصعوباته 4- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير منع الانتكاسة</p>	<p>رفض المخدرات</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>

	<p>5- التمييز بين الطرق والوسائل التي من خلالها يستطيعون رفض المخدرات.</p>		
	<p>- التلخيص - الواجب المنزلي.</p>		
<p>الجلسة العاشرة</p>	<p>1- التعرف على مفهوم الاستقلالية وأهميتها. 2- التدريب على تجنب التبعية كالمسايرة الآلية. 3- التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية. 4- التدريب على رفض المطالب غير المعقولة. 5- تحديد تأثيرات محيط الخارجي والجماعة على سلوكه تجاه تعاطي.</p>	<p>الاستقلالية الذاتية</p>	
<p>الجلسة الحادي عشر</p>	<p>1- التعرف على مفهوم المسؤولية وأهميتها. 2- تعليم أهمية القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية (عن نفسه وسلوكه وخبراته). 3- التدريب على الاعتراف بمشاعرهم عن سلوكهم (الآن) وتقبله. 4- المساعدة نحو الاعتماد على الذات (المساندة الذاتية بدلا من المساندة البيئية) 5- التدريب على تحمل المسؤولية باستخدام منظومة المهارات المكتسبة والإمكانيات الذاتية المتوفرة.</p>	<p>تحمل المسؤولية الشخصية</p>	
	<p>- المحاضرة - المناقشة الجماعية - النمذجة بالمشاركة - تمرين تحمل المسؤولية. - الواجب المنزلي</p>	<p>- السبورة، ورقة، قلم</p>	

<p>- السبورة، ورقة، قلم.</p>	<p>- التعليم والتدريب - الحوار السقراطي - المحاضرة لجماعية - التغذية الراجعة - أداء الدور - الواجب المنزلي</p>	<p>1- التعرف إلى مفهوم التخطيط للمستقبل. 2- اكتشاف أهمية التخطيط للمستقبل وفوائده. 3- التعرف على خطوات التخطيط الناجح. 4- إثارة دافعية نحو تحديد الأهداف الجيدة. 5- تمكين وضع الأهداف القصيرة والبعيدة المدى للامتناع عن المخدر. 6- التدريب على الدور الفعال والواضح في الحياة. 7- القدرة على وضع خطط وأهداف بأنفسهم عن مستقبلهم.</p>	<p>التخطيط للمستقبل</p>	<p>الجلسة الثاني عشر</p>
<p>- السبورة، ورقة، قلم. - بطاقة خطة الطوارئ</p>	<p>- التعليم والتدريب - التفكير الصافي - التحليل الوظيفي - الحوار والمناقشة - الواجب المنزلي.</p>	<p>1- التعرف على موضوع الالهفة والانتكاس. 2- التخطيط للوقاية من الالهفة أو الانتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية) 3- التخطيط لدعم النشاطات البديلة عن سلوكيات الإدمان. 4- التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.</p>	<p>التخطيط للوقاية من الالهفة والانتكاسة</p>	<p>الجلسة الثالث عشر</p>
<p>- ورقه فارعة، قلم، السبورة.</p>	<p>- التعليم والتدريب - الحوار والمناقشة. -التعزيز. - التغذية الرجعية.</p>	<p>1- التعرف على مهارات قضاء وقت الفراغ والشعور بأهمية الزمن. 2- التعرف على أهمية الوقت وفوائد تنظيمه. 3- التعرف على مضيعات الوقت ومعيقات تنظيمه. 4- التعرف على خطوات تنظيم الوقت وأنشطته.</p>	<p>قضاء وقت الفراغ</p>	<p>الجلسة الرابعة عشر</p>



		5- التدريب على الأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ. 6- التعرف على طرق إدارة الوقت بفعالية.		
الجلسة الخامسة عشر	البحث عن العمل	1- التعرف على أهمية العمل وضرورته 2- التدريب على مهارات البحث عن عمل 3- التعرف على طرق وأساليب البحث عن العمل.		-التعليم والتدريب -الالتقيف -الحوار والمناقشة -التدريب المنزلي -ورقة فارغة، قلم، السيبورة.
الجلسة السادسة عشر	مراجعة عامة للبرنامج	1- تلخيص ومراجعة ما تم التطرق إليه في جلسات البرنامج العلاجي، لتقديم التغذية الراجعة لأعضاء المجموعة العلاجية. 2- مراجعة النقاط والمبادئ الأساسية التي تمت تغطيتها على مدار البرنامج العلاجي. 3- الوقوف على مدى التحسن الذي وصل إليه المشاركين. 4- الوقوف على نقاط القوة والضعف في البرنامج العلاجي. 5- إنهاء الجلسة العلاجية والبرنامج العلاجي ككل.		-سبورة، أقلام ملونة ورصاص - حاسب آلي، جهاز عرض - ملاحق الجلسات الماضية. - هدايا (كتب)
الجلسة السابعة عشر		1- القيام بالتطبيق البعدي (مقياس الدافعية) 2- تقييم أعضاء المجموعة للبرنامج العلاجي يملئ الاستمارة الخاصة		- تطبيق المقياس - الحوار والمناقشة - مقياس الدافعية للعلاج

<p>- أقلام رصاص</p>		<p>بذلك، والاستماع إلى انطباعات المجموعة جميعا.  3-شكر أعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام بالحضور وأداء الواجب  4- تقديم نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة.  5- تحديد يوم يلتقي فيه وتطبق عليها القياس التتبعي، وفقا لما يقتضيه تصميم البحث.</p>	<p>القياس البعدي</p>	
<p>- مقياس الدافعية للعلاج  - أقلام رصاص.</p>	<p>- تطبيق المقياس  - الحوار والمناقشة.</p>	<p>1-تطبيق القياس المتابعة بعد شهرين.  2-إنهاء والبرنامج العلاجي كاملا.</p>	<p>القياس التتبعي</p>	<p>الجلسة  الثامنة عشر  جلسة فردية</p>

- 5- أساليب تحليل البيانات:** تم تحليل بيانات هذا البحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:
- المتوسط الحسابي، لحساب متوسط درجات أفراد العينة في مختلف مقاييس البحث.
  - الانحراف المعياري لحساب درجة تشتت درجات أفراد العينة في المقاييس المستخدمة.
  - معامل ارتباط بيرسون Pearson.s Correlation، وذلك لقياس والتحقق من صدق فقرات مختلف المقاييس المستعملة في هذا البحث.
  - المقارنة الطرفية لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الأعلى من الوسيط، والمجموعة الأدنى من الوسيط، بغرض التأكد من صدق مختلف المقاييس المستعملة في هذا البحث.
  - معامل ألفا كرونباخ alpha-cronbach، والتجزئة النصفية Split-Half Method، وسبيرمان براون spearman-brown، وذلك للتحقق من ثبات مختلف المقاييس المستعملة في هذا البحث.
  - اختبار T- test لعينتين مترابطتين، الذي يستخدم لقياس دلالة الفروق بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية بقياس قبلي وبعدي عند مستوى دلالة معين ( $\alpha$ ).
  - إيتا<sup>2</sup> حجم التأثير، الذي يستخدم للتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي.
  - وهذا من خلال تطبيق برنامج الإحصاء الخاص بالعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 20. باستخدام جهاز الإعلام الآلي.

# الفصل السادس

## عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- نتائج الدراسة
- 2- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة
- 3- خاتمة
- 4- توصيات واقتراحات
- 5- المراجع
- 6- الملاحق

يهدف هذا الفصل إلى عرض ومناقشة نتائج التي توصلت إليها الدراسة بالتعرف على مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات والكشف عن دلالة الفروق، عن طريق تحليل البيانات وتفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة ونتائج الدراسات السابقة ووفق الإطار النظري للدراسة.

## 1. عرض النتائج:

### 1. عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

لاختبار هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والوزن النسبي لدرجات المجموعة المشاركة على أبعاد مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين في القياس القبلي ثم البعدي والفروق بين المتوسطات الحسابية في القياس القبلي والبعدي كما تم استخدام اختبار (ت) لحساب دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة المشاركة في القياس القبلي والبعدي باستخدام الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية (SPSS) لبرنامج الحاسب الآلي. بعرض البيانات في جداول التالية.

#### - القياس القبلي:

لمعرفة مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج العلاجي تم حساب كل من المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات والمتوسط النظري للمقياس والانحراف المعياري والوزن النسبي لأفراد المجموعة المشاركة، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (15): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة قبل تطبيق البرنامج.

الترتيب	النسبة المئوية	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	الأساليب الإحصائية الأبعاد
1	27.04%	15	1.958	23.50	10	الاستبصار والحاجة إلى التقبل
3	24.28%	15	2.644	21.10	10	تنشيط الدافعية
4	24.16%	15	2.749	21.00	10	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية
2	24.51%	15	3.093	21.30	10	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن
	100%	60	6.154	86.90	40	الدرجة الكلية

تشير النتائج في الجدول أن المتوسطات الحسابية للمجموعة المشاركة على مقياس الدافعية جاءت متقاربة ومتجانسة، وجاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي حيث أن نسبة ( 27.04%) لبعده الاستبصار والحاجة إلى التقبل في المرتبة الأولى و (24.51%) لبعده التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في المرتبة الثانية، في حين (24.28%) لبعده تنشيط الدافعية في المرتبة الثالثة و (24.16%) لبعده الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في المرتبة الرابعة. وبلغ المتوسط الحسابي الإجمالي ككل (86.90) لمقياس الدافعية أكبر من المتوسط النظري الكلي (60)، وبانحراف معياري قدره (6.154) وهذا يعني أن مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين مرتفع.

- المقياس البعدي:

لمعرفة مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي تم حساب كل من المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات والمتوسط النظري للمقياس والانحراف المعياري والوزن النسبي في مقياس الدافعية، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (16): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج.

الترتيب	النسبة المؤوية	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	الأساليب الإحصائية الأبعاد
1	%27.50	15	3.889	18.70	10	الاستبصار والحاجة إلى التقبل
3	%24.55	15	4.191	16.70	10	تنشيط الدافعية
2	%25	15	3.091	17.00	10	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية
4	%22.94	15	3.169	15.60	10	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن
	%100	60	8.313	68.00	40	الدرجة الكلية

ويتضح النتائج في الجدول أن أبعاد المقياس جاءت مرتبة وفق الترتيب التنازلي بنسبة %27.50 لبعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل في المرتبة الأولى و %25 لبعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في المرتبة الثانية، في حين %25.55 لبعد تنشيط الدافعية في المرتبة الثالثة و %22.94 لبعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في المرتبة الرابعة. وبلغ المتوسط الحسابي الإجمالي ككل هو (68.00) لمقياس الدافعية أكبر من المتوسط النظري الكلي (60)، وهذا يعني أن مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين مرتفع.

- الفرق بين متوسطات أبعاد مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في القياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي.

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في التطبيق القبلي والبعدي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (17): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

مقياس الدافعية للامتناع	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	القيمة الاحتمالية (sig)	مستوى الدلالة
قبلي	10	86.90	6.154	9	8.889	2.26	0.000	0.01
بعدي	10	68.00	8.313					

يتضح من الجدول أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في القياس القبلي 86.90 بانحراف معياري قدره 6.154 أما المتوسط الحسابي لدرجاتهم على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في القياس البعدي فقد قدر بـ 68.00 بانحراف معياري قدره 8.313 وهو أكبر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ 8.889 وهي أكبر تماما من قيمة اختبار "ت" المجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكن القول أن نسبة التأكد هي 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات بين القياس القبلي والبعدي.

وللتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي على المتغير التابع المتمثل في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة قمنا باستخدام معادلة حجم التأثير من خلال حساب إيتا مربع.

ت<sup>2</sup>: الاختبار التائي مربع.

ت<sup>2</sup>

دح: درجة الحرية.

إيتا<sup>2</sup> =

ت<sup>2</sup>+دح



جدول رقم (18): يمثل قيم إيتا<sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

الاختبار	ت <sup>2</sup>	درجة الحرية	ت <sup>2</sup> +دح	قيمة إيتا <sup>2</sup>	حجم التأثير
الدرجة الكلية	79.01	9	88.01	0.89	قوي

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) أن قيمة حجم التأثير للمقياس ككل قد بلغت 0.89 وهذه القيمة تفوق 0.15، وهذا يدل على أن حجم تأثير المتغير المستقل كبير وقوي وبذلك يمكننا القول بأن البرنامج العلاجي في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المجموعة العلاجية. إذن بينت نتائج الدراسة أن الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات بين القياس القبلي والبعدي. قد تحققت، وتؤكد هذه النتائج أثر البرنامج العلاجي الذي استخدمه الطالب في الدراسة الحالية في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المشاركين في البرنامج.

## 2- عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية لدى أفراد العينة على بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي". وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات المقياس على الاستبصار والحاجة إلى التقبل في القياسين القبلي والبعدي، والنتائج كما يلي:

جدول رقم (19): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل.

الاستبصار والحاجة إلى التقبل	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" المجدولة	القيمة الاحتمالية (sig)	مستوى الدلالة
قبلي	10	23.50	1.958	9	4.865	2.26	0.001	0.01
بعدي	10	18.70	3.889					

ويتضح من خلال استقراء الجدول أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل في القياس القبلي 23.50 بانحراف معياري قدره 1.958، أما المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل عن المخدرات في القياس البعدي فقد قدر بـ 18.70 بانحراف معياري قدره 3.889 وهو أصغر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ 4.865 وهي أكبر من قيمة اختبار "ت" المجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.001 هي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكننا القول أن نسبة التأكد هي 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المشاركين بين القياس القبلي والبعدي تعزى لبعده الاستبصار والحاجة إلى التقبل.

و للتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي حسب بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل لدى المشاركين، تم استخدام معادلة حجم التأثير من خلال حساب إيتا مربع.

جدول رقم (20): يمثل قيم إيتا<sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل.

المقياس	ت <sup>2</sup>	درجة الحرية	ت <sup>2</sup> +دح	قيمة إيتا <sup>2</sup>	حجم التأثير
---------	----------------	-------------	--------------------	------------------------	-------------

الدرجة الكلية	23.67	9	32.67	1.38	قوي
---------------	-------	---	-------	------	-----

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة حجم التأثير للبعد ككل قد بلغت 1.38 وهذه القيمة تفوق 0.15، وهذا يدل على أن حجم تأثير المتغير المستقل كبير وقوي وبذلك يمكننا القول بأن البرنامج العلاجي في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل. إذن بينت نتائج الدراسة أن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة في بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه. قد تحققت، وتؤكد هذه النتائج أثر البرنامج العلاجي الذي استخدمه الطالب في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل.

### 3- عرض نتائج اختبار الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة في بعد تنشيط الدافعية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات المقياس في بعد تنشيط الدافعية في القياسين القبلي والبعدي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (21): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق

القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في بعد تنشيط الدافعية.

تنشيط الدافعية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولة	القيمة الاحتمالية (sig)	مستوى الدلالة
قبلي	10	21.10	2.644	9	4.085	2.26	0.003	0.01
بعدي	10	16.70	4.191					

ويتضح من الجدول أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد تنشيط الدافعية في القياس القبلي 21.10 بانحراف معياري قدره 2.644، أما

المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد تنشيط الدافعية في القياس البعدي فقد قدر بـ 16.70 بانحراف معياري قدره 4.191 وهو أكبر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ 4.085 وهي أكبر تماما من قيمة اختبار "ت" المجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.003 هي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكننا القول أن نسبة التأكد هي 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد العينة بين القياس القبلي والبعدي تعزى لبعث تنشيط الدافعية.

و للتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي في بعد تنشيط الدافعية لدى أفراد العينة، تم استخدام معادلة حجم التأثير من خلال حساب إيتا مربع.

جدول رقم (22): يمثل قيم إيتا<sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات حسب بعد تنشيط الدافعية.

المقياس	ت <sup>2</sup>	درجة الحرية	ت <sup>2</sup> +دح	قيمة إيتا <sup>2</sup>	حجم التأثير
الدرجة الكلية	16.68	9	25.68	0.64	قوي

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة حجم التأثير للبعد ككل قد بلغت 0.64 وهذه القيمة تفوق 0.15، وهذا يدل على أن حجم تأثير المتغير المستقل كبير وقوي وبذلك يمكننا القول بأن البرنامج العلاجي في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد تنشيط الدافعية.

إذن بينت نتائج الدراسة أن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية لدى أفراد العينة في بعد تنشيط الدافعية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وبالتالي الفرضية قد تحققت، وتؤكد هذه النتائج أثر البرنامج العلاجي الذي استخدمه الطالب في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد تنشيط الدافعية.

#### 4- عرض نتائج اختبار الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية لدى أفراد العينة في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات المقياس في بعد الشعور بالمسؤولية في القياسين القبلي والبعدي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (23): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيقين

القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

الشعور بالمسؤولية والاستقلالية	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولة	القيمة الاحتمالية (sig)	مستوى الدلالة
قبلي	10	21.00	2.749	9	3.354	2.26	0.008	0.01
بعدي	10	17.00	3.091					

ويتضح من خلال استقراء الجدول أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في القياس القبلي 21.00 بانحراف معياري قدره 2.749، أما المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في القياس البعدي فقد قدر بـ 17.00 بانحراف معياري قدره 3.091 وهو أكبر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ 3.354 وهي أكبر تماماً من قيمة اختبار "ت" الجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.008 هي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكننا القول أن نسبة التأكد هي 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات مقياس الدافعية بين التطبيق القبلي والبعدي تعزى لبعدها الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

وللتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية لدى أفراد العينة، تم استخدام معادلة حجم التأثير من خلال حساب إيتا مربع.

جدول رقم (24): يمثل قيم إيتا<sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

المقياس	ت <sup>2</sup>	درجة الحرية	ت <sup>2</sup> +دح	قيمة إيتا <sup>2</sup>	حجم التأثير
الدرجة الكلية	11.24	9	20.24	1.80	قوي

نلاحظ من خلال الجدول رقم (09) أن قيمة حجم التأثير للبعد ككل قد بلغت 1.80 وهذه القيمة تفوق 0.15، وهذا يدل على أن حجم تأثير المتغير المستقل كبير وقوي وبذلك يمكننا القول بأن البرنامج العلاجي في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

إذن بينت نتائج الدراسة أن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، أن الفرضية قد تحققت، وتؤكد هذه النتائج أثر البرنامج العلاجي الذي استخدمه الطالب في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

##### 5- عرض نتائج اختبار الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات المقياس في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في القياسين القبلي والبعدي، جاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (25): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن.

التوجه للمستقبل	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولة	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
قبلي	10	21.30	3.093	9	7.797	2.26	0.000	0.01
بعدي	10	15.60	3.169					

ويتضح من خلال استقراء الجدول أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في القياس القبلي 21.30 بانحراف معياري قدره 3.093، أما المتوسط الحسابي لدرجاتهم على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في القياس البعدي فقد قدر بـ 15.60 بانحراف معياري قدره 3.169 وهو أكبر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس القبلي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ 7.797 وهي أكبر تماماً من قيمة اختبار "ت" الجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.000 هي أقل من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكننا القول أن نسبة التأكد هي 99% بأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المقياس بين التطبيق القبلي والبعدي تعزى لبعده التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن.

و للتعرف على أثر المتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي حسب بعد التوجه للمستقبل والشعور بالمسؤولية لدى أفراد العينة، تم استخدام معادلة حجم التأثير من خلال حساب إيتا مربع.

جدول رقم (26): يمثل قيم إيتا<sup>2</sup> بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن.

المقياس	ت <sup>2</sup>	درجة الحرية	ت <sup>2</sup> +دح	قيمة إيتا <sup>2</sup>	حجم التأثير
الدرجة الكلية	60.79	9	69.79	1.14	قوي

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة حجم التأثير للبعد ككل قد بلغت 1.14 وهذه القيمة تفوق 0.15، وهذا يدل على أن حجم تأثير المتغير المستقل كبير وقوي وبذلك يمكننا القول بأن البرنامج العلاجي في الدافعية للامتناع عن مخدرات لدى لعينة في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن. إذن بينت نتائج الدراسة أن الفرضية التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة في التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعد تطبيقه. قد تحققت، وتؤكد هذه النتائج أثر البرنامج العلاجي الذي استخدمه الطالب في الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة حسب بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن.

#### 6- عرض نتائج اختبار الفرضية السادسة:

##### - المقياس التتبعي:

لمعرفة مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد عينة الدراسة بعد مرور فترة المتابعة (شهرين) من تطبيق البرنامج العلاجي تم حساب كل من المتوسط الحسابي لدرجة أفراد عينة على مقياس والمتوسط النظري للمقياس والانحراف المعياري والوزن النسبي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (27): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة بعد مرور فترة المتابعة (شهرين) من تطبيق البرنامج.

الترتيب	النسبة المؤوية	المتوسط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	الأساليب الإحصائية الأبعاد
1	26.31%	15	2.867	18.00	10	الاستبصار والحاجة إلى التقبل
4	23.29%	15	4.300	15.80	10	تنشيط الدافعية
3	24.56%	15	2.440	16.80	10	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية
2	25.87%	15	5.122	17.70	10	التوجه للمستقبل



						والشعور بأهمية الزمن
	100%	60	8.127	68.40	40	الدرجة الكلية

تشير النتائج في الجدول على أبعاد مقياس الدافعية جاءت مرتبة حسب الترتيب التنازلي بأن نسبة 26.31% لبعء الاستبصار والحاجة إلى التقبل في المرتبة الأولى و 25.87% لبعء التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في المرتبة الثانية، في حين 24.56% لبعء الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في المرتبة الثالثة و 23.29% لبعء تنشيط الدافعية في المرتبة الرابعة. وأن المتوسط الحسابي الكلي (68.40) لمقياس الدافعية أكبر من المتوسط النظري الكلي (60)، وهذا يعني أن مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة مرتفع.

- الفرق بين متوسطات أبعاد مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة في القياسين بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة المتابعة (شهرين).

وللتأكد من صحة هذه الفرضية تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مترابطتين من أجل المقارنة بين درجات المقياس في التطبيق البعدي والتتبعي، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (28): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المقياس في التطبيق البعدي والتتبعي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

مستوى الدلالة	القيمة الاحتمالية (sig)	قيمة "ت" المجدولة	قيمة "ت" المحسوبة	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مقياس الدافعية للامتناع
0.01	0.269	2.26	-1.177	9	8.313	68.00	10	البعدي
					8.127	68.40	10	التتبعي

ويتضح من استقراء الجدول رقم (28) أن عدد أفراد مجموعة الدراسة قدر بـ 10 مراهقين، بلغ المتوسط الحسابي لدرجاتهم على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات في القياس البعدي 68.00 بانحراف معياري قدره 8.313، أما المتوسط الحسابي لدرجاتهم على المقياس في القياس التتبعي فقد

قدر بـ 68.40 بانحراف معياري قدره 8.127 وهو أصغر من الانحراف المعياري الخاص بالقياس البعدي.

هذا وقد جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ -1.177 وهي أصغر تماما من قيمة اختبار "ت" الجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.269 هي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.

وبناء على هذه القيم يمكننا القول أن نسبة التأكيد بنسبة 99% بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة المتابعة (شهرين) على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

جدول رقم (29): يمثل نتائج مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المشاركين في البرنامج بعد مرور فترة شهرين من تطبيق البرنامج.

المجموع	التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن	الشعور بالمسؤولية والاستقلالية	تنشيط الدافعية	الاستبصار والحاجة إلى التقبل	أبعاد المقياس الحالة
76	17	20	18	20	1
71	16	19	15	21	2
68	17	18	11	22	3
70	19	16	15	20	4
80	28	20	17	15	5
50	08	13	14	15	6
72	17	16	19	20	7
63	14	15	17	17	8
65	21	14	15	15	9
69	20	17	17	15	10

وعليه نقبل الفرضية السادسة التي تنص على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي

وبعد مرور فترة المتابعة (شهرين). وهذا يدل على استمرار فاعلية البرنامج العلاجي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات .

## II. مناقشة نتائج الدراسة واختبار الفرضيات

### 1- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية الأولى والدراسات السابقة:

نصت الفرضية الأولى على "وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

وبعد عرض البيانات الخاصة بالفرضية الأولى المعبر عنها في الجدول رقم (18) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على أبعاد مقياس الدافعية للامتناع عن لدى المراهقين لصالح القياس البعدي. وتراوح قيمة حجم الأثر 0.89 وهذه القيمة تفوق 0.15 .

مما يعني أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي المطبق له أثر في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات. وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الأولى قد تحققت.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات السابقة التي وردت في الإطار النظري للرسالة ومنها:

دراسة (المخيني وحمدي، 2017) التي أظهرت فعالية البرنامج التدريبي المستند إلى منحى تعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم في خفض مستوى الرغبة بالتعاطي. ودراسة (الصبوة وحسني، 2016) التي تشير نتائجها إلى تحقق فرضها القائل بأن متوسط نتائج المعتمدين على الكوكايين بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي أقل جوهرياً من متوسط نتائجهم قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي. إضافة إلى ما توصلت إليه دراسة (الخليل، 2015) بوجود فروق بين القياس البعدي بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القلق حالة وقلق الانزعاج والأفكار اللاعقلانية وقوة الأنا لصالح المجموعة التجريبية، كما أشارت نتائج في قياس حجم الأثر بالنسبة للقياسات الكمية أن أفراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج العلاجي في خفض مستويات القلق كحالة وقلق الانزعاج، وتحسين مستوى الأفكار العقلانية وقوة الأنا، في القياس البعدي بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. ودراسة تبين دراسة (نصره، عبد المجيد، 2014) التي بينت وجود فروق في مستوى الدافعية للعلاج تعزى لأثر مدة الإدمان لأكثر من 10 سنوات. ووجود علاقة ارتباطيه سلبية دالة إحصائياً بين الوصمة والدافعية، كما أظهرت النتائج وجود أثر سلبي دال إحصائياً للدافعية للعلاج على مستوى

الانتكاس لدى المدمنين. وتوصلت دراسة شيونغ وناغي (Cheung & Nagi, 2013) إلى وجود أثر إيجابي في أداء المشاركين الذين تلقوا التدريب على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة، وفاعلية البرنامج التدريبي في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات. وتشير دراسة (العون، 2011) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على متغيرات الدافعية الداخلية (الصورة ب) لصالح القياس البعدي، ووجدت فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس الدافعية الداخلية المقياس الكلي لصالح القياس البعدي. ودراسة (أبو زيد، 2011) التي أظهرت فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي معرفي سلوكي بإستراتيجيات ضبط الذات في خفض الاندفاعية لدى جماعة علاجية من معتمدي العقاقير. ودراسة (الشهري، 2010) التي توصلت إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان، فقد البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان. وتشير دراسة (الجوهي، 2004) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة لصالح البرنامج المعرفي السلوكي. وتوصلت دراسة (مفتاح، 2003) إلى فعالية النموذج المعرفي السلوكي وهناك تغييرا في المعتقدات الإدمانية، ومعتقدات الشوق في الاتجاه الإيجابي، وأن قوة الرغبة في التعاطي واحتمالية التعاطي بدأت في الضعف. كما أظهرت دراسة (أبو زيد، 2002) فاعلية في البرنامج السلوكي المعرفي في خفض القلق التدخين ونجاحه في تحقيق الإقلاع عن التدخين بنسبة (25%). بالإضافة إلى ما توصلت إليه دراسة (الفقيه، 1996) بانخفاض مستوى أعراض الإدمان والامتناع عن التعاطي نتيجة تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى أن فاعلية العلاج المعرفي مضافا إليه العلاجات المقدمة من مستشفى الأمل كان لها الأثر الأكبر في التعامل مع النظام المعرفي وبنيته والتي بدورها تحسن من مستوى السلوك الإدماني للمدمن وتقليل مستوى الاشتياق والرغبة إلى التعاطي. وتشير دراسة ريتشارد وآخرون (Richard et al, 2006) أن نتائج العلاج المعرفي السلوكي كانت أطول أجلا، ويساعد في الامتناع عن استخدام المخدرات.

كما تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المعهد الوطني MATCH Project 1999 والتي أفادت بأن للبرامج العلاجية المستخدمة سواء كان العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج بتعزيز الدافعية أو بالاثني عشر خطوة فاعلية في تحسين مرضى الإدمان. (كما استشهد به الجوهي، 2008)

لكن النتيجة تختلف عما وجدته دراسة ما توصل إليه في الاتجاه نفسه بروك و آخرون (Brook et al, 1992) إلى تحديد مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، حيث وجد أن المتعاطين للمخدرات يتميزون بقابلية أقل للإنجاز وقابلية أكبر للاستقلالية وعدم رضا اجتماعي وهم أقل مراقبة وأقل دعم من الوالدين وتأثر أكبر بالأصدقاء واحتمال أكبر للانحراف واتجاهات ايجابية نحو تعاطي الأصدقاء للمخدرات. (قماز، 2009). كما تختلف الدراسة مع دراسة أبو زيد (1998) التي بين فيها المشكلات المتعلقة بموقف العلاج النفسي الجماعي هي: مشكلات المخاوف الاجتماعية داخل الجماعة العلاجية، ومشكلات الاتجاهات السالبة نحو العلاج النفسي الجماعي، ومشكلات التغذية المرتدة الخاطئة ونقص الدافعية، ومشكلات الاتجاهات السالبة نحو المؤسسة العلاجية، ومشكلات ضعف الثقة في المعالج وفي الجماعة العلاجية، ومشكلات ضعف المهارات الاجتماعية، ومشكلات زمن الجلسات العلاجية الجماعية، ومشكلات الميول المعوقة نحو الجماعة العلاجية، ومشكلات مقاومة العلاج، ومشكلات المفاهيم والمعتقدات الخاطئة نحو العلاج النفسي الجماعي، ومشكلات ضعف الاستعداد للعلاج والمهام العلاجية.

ويمكن تفسير نتائج الدراسة الحالية في حدود الدراسات السابقة المتاحة وملاحظاته الإكلينيكية والمقابلات وجلسات البرنامج مع المجموعة في ضوء عدة عوامل في مقدمتها هو حرص الطالب مع المجموعة المشاركة على بناء علاقة علاجية تحالفية سواء في الجلسات الفردية أو الجماعية، والحفاظ على هذه العلاقة طول فترة تطبيق البرنامج.

ونظرا لأن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي اشتمل على تقنيات مختلفة مستخدمة في تحقيق الأهداف العلاجية أثرا كبيرا في تنمية الدافعية لامتناع المراهقين عن المخدرات، فالزيادة المترتبة في الامتناع عن المخدرات و التحسن بشكل ملحوظ أثناء وبعد جلسات العلاج السلوكي المعرفي، بحيث اعتمد البرنامج على فنيات مناسبة محددة وغير معقدة، وذات طابع شمولي وتغطي

جوانب نفسية متعددة، أتاح تكرار استخدامها على مدار الجلسات وبيان آثارها، سهولة تطبيقها أثناء الجلسات وفي حياتهم اليومية. إذ أن التدريب على المهارات المعرفية والسلوكية المتنوعة مثل: (فنية إعادة البناء المعرفي، والتحليل الوظيفي، والاسترخاء والتخيل والتنفس العميق والتنشيط السلوكي وإعداد روتين يومي جديد أخذ منه إشغال الوقت بأنشطه هادفة تشعره بالانجاز والامتتاع، ومراقبة الأفكار السلبية وتسجيلها والتعرض لها والامتتاع عن المخدرات بفتيات التجارب السلوكية، والنمذجة ولعب الأدوار، والواجب المنزلي) كل ذلك كان له دور فعال في التأثير إيجابا على أفراد المجموعة المشاركة.

حيث أن الطالب استخدم العديد من التقنيات تم وضعها والتي يحققها أهداف البرنامج وجلساته، وذلك وفق مدة زمنية وعدد الجلسات محددة ومنسقة، بما تسمح به حدود الدراسة الحالية. نظرا لأهمية كل تقنية ودورها في تحقيق الهدف العام للبرنامج العلاجي والمتمثل في إكساب المشارك مهارات التعامل مع المخدرات، أي المساعدة في تعلم بعض مهارات الدافعية للامتتاع عن التعاطي والتخفيف من أعراضه.

**فتقدير النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى على مقياس الدافعية حول الامتتاع عن المخدرات المرتفعة في مرحلة الدخول للعلاج عموما يتماشى مع الأساس النظري المستند إليه في تفسيره ظاهرة الإدمان لديهم. ويمكن تفسير هذه الملاحظة بأن الأفراد المرتفعين في مستوى الدافعية" يكونون من الناحية النفسية في وضعية تسيطر عليهم حالة القلق ومقاومة للتعامل مع مواقف التحدي ومواقف التغيير المصيرية ومسايرة لرغبات الأسرة في إظهار دافعية مرتفعة نظريا ورغبة كبيرة في الحاجة للمساعدة في الامتتاع عن التعاطي. أما أولئك متوسطي الدافعية، يكونون معتدلين في مستويات الدافعية وبالتالي اعتدال القلق تجاه المواقف الرسمية التي تتطلب التغيير، وخاصة أن جلسة القياس القبلي أجريت بعد ثلاثة جلسات تمهيدية من البرنامج المصمم، الذي يمكن أن يقدم لنا نتائج مرتفعة في الإجابة على المقياس. كما أنه هذه النتيجة لا يمكن تعميمها؛ فقد تبين من خلال عدد من الأبحاث العلاقة القوية الموجبة بين الدرجة العالية للدافعية ومستوى الأداء في التغيير. كما أن الانخفاض في مستوى الدافعية يؤدي إلى الرتابة والملل للتغيير. ومنها بالزيادة باتجاه الامتتاع عن المخدرات يتماشى بعد جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، مما يدل على المدى الذي تلعبه**

الدافعية المرتفعة في إثارة السلوك الإدماني لديهم. وهو ما كان التركيز عليه بشكل موسع من خلال جلسات امتدت إلى (18) جلسة علاجية. وهذا ما ركز عليه الطالب باهتمامنا عادة ما يفعله المشارك المتعاطي فإتباع برنامج شامل للتغيير عادة ما تكون مصحوبة بنتائج ايجابية.

أيضا يرى الطالب أن دمج التقنيات العلاجية المستخدمة في هذا المنحى العلاجي مع الدافعية كان فعالا، فقد تم جمع عدة تقنيات مع بعضها وقام بتدريب المدمن على استخدامه بمفرده من خلال التمارين المنزلية حيث استخدم مهارة التخطيط للمستقبل وتحديد الأهداف، مهارة إدارة الوقت، مهارة استخدام طرق رفض المخدرات، مهارة حل المشكلات بطريقة علمية، كما ركز البرنامج على إكساب المشاركين مهارات التعامل مع المواقف الصعبة؛ مثل القدرة على تحليل المواقف، واتخاذ القرارات، والتواصل مع الآخرين، والتفاوض؛ والقيام بالاسترخاء؛ مع تقديم قدر كاف من المعلومات حول العقاقير الخطرة والمخدرات، وربط الأنشطة بهذه المعلومات في سبيل تعميق هذه المهارات، واستخدم الطالب خاصة في الجلسة الرابعة والخامسة جلسات فردية لتسهيل تعلم والتدريب على مجموعة من هذه التقنيات، وهكذا يصبح الامتناع المخدرات محاصر بين هذه الفنيات وانخفاض مستوى التعاطي، وهذا ما توصلت إليه نتائج هذا الفرض، إذ تعلم المشاركون في البرنامج كيفية التعامل مع مشكلته ومع الأفكار المولدة للتناول المخدرات بمختلف الفنيات التي اكتسبها خلال الجلسات العلاجية بعد أن تدرّب عليها بمساعدة الطالب أثناء الجلسات العلاجية، الطالب قام في كل جلسة بمعاينة ما تم تعليمه في جلسة السابقة، ويعمل المراهق على تطبيق ما تعلمه أمام الطالب قبل انتهاء الجلسة العلاجية أثناء تلخيص الجلسة، وهكذا حتى تترسخ لديه الوسائل والتقنيات التي تنمي دافعيته نحو الامتناع عن المخدرات.

ونتيجة لمنهجية تطبيق هذا البرامج على المراهقين، حيث اطلع الطالب بداية من تحديد الهدف العلاجي، فقبل التماسهم للعلاج قاموا بمحاولات شخصية كللت بالفشل في الامتناع عن المخدرات، فقراراتهم بالامتناع لم تكن مصحوبة بدافع واضح وعزم أكيد، وتصميم غير قابل للتراجع بتبديل سلوكهم الإدماني، فالهدف المتفق عليه بين الطالب والمشاركين يكون اتفاقا ماديا ملزما للسير في طريق القرار القاضي بتعديل السلوك مع التدريبات والتمارين التي دعم هذا التبديل، إضافة إلى ذلك فإن وضع



الهدف له طابع يختلف عن القرار الفردي من حيث الموقف من تبديل السلوك والالتزام به، فالمرهق حين يتخذ قرار منفردا للامتناع عن المخدرات، فهو يفترق إلى الأساليب الفعالة لتحقيق هدفه، أما إذا اتفق مع المعالج وأعانه على اكتساب المهارات اللازمة والفنيات الفعالة فإن ذلك ينمي قدراتهم الكامنة ويطلقها نحو تحقيق الهدف، وتزداد الدافعية وترتفع حينما يرى ذاته ويسعى إلى تحقيق الأهداف المشتركة التي رسمت في البرنامج العلاجي المتفق عليها مع الطالب، لقد عمد الطالب إلى رسم أهداف العلاج.

فيما يتعلق بجوهرية الفرق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المشاركين في البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية، فإن ذلك يرجع إلى جودة البرنامج المستخدم وجودة محتواه وفنياته وتكتيكاته، والذي وفر الجو النفسي المناسب لأفراد المجموعة العلاجية، والذي كان يسوده جو من الحب وتشابه مشكلاتهم والمهم، مما خلق جوًا من الالتحام. وأسلوب الحوار الهادف والمناقشة والاقتران بمشكلاتهم قد خلق حالة من التفاعل الجيد بين أفراد المجموعة. كما أن البرنامج المستخدم ساعد الأعضاء على تنمية مفهوم الذات الإيجابي والتقبل والتقييم الذاتي ومهارات مواجهة المواقف والأحداث، كما ساعد أفراد الجماعة العلاجية على فهم ذواتهم وإدراكهم لقدراتهم واستعداداتهم وتعليمهم وتدريبهم على ممارسة وإتقان أنماط سلوكية إيجابية من خلال الشرح، كذلك استبصارهم بحجم مشكلتهم، مما أدى إلى قدرتهم على التفكير المتأمل الدقيق الذي يتم عن نضجهم وزيادة دافعيته.

كما أسهم في تنمية قدراتهم في التحكم والسيطرة على المواقف الضاغطة، والتخلص من الحكم السريع، واتخاذ القرار المتعجل، والقدرة على التوافق مع مشكلاتهم بشكل إيجابي، كما أن البرنامج وفر لهم على مدى جلساته معلومات وفنيات كانت كفيلة بتحسين مستوى الفعالية الذاتية لديهم كالوعي بالفكرة، والقدرة على وقف الفكرة الخاطئة، وتحويل الأفكار السلبية، وتحدي الأفكار غير المعقولة، وإعادة توكيد الأفكار الإيجابية البديلة، والتصور الخيالي الإيجابي، والتأمل المعرفي، والتعليمات الذاتية، والقدرة على مقاومة الفخاخ المعرفية، وممارسة فنية الإنهاء، وفنية تحليل الاستجابة، كما ساهم التنفيس الانفعالي بقدر كبير في إخراج ما بداخلهم من مشاعر سلبية، ومن صور مشوهة عن ذاتهم وعن الآخرين، مما أتاح لهم فرصة مداواة جروح بعضهم من خلال فنية التدعيم، وجاءت فنية التعزيز

لتقوي وتدعم وتثبت القدرة على اتخاذ الطرق الجيدة في حل المشكلات التي قد تواجههم، فضلا عن فنية المواجهة والتي تركز على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي تتضمنها أية مشكلة، فضلا عن الدور الكبير الذي لعبه الواجب المنزلي والمراجعة المستزيدة للمعلومات والمهارات التي اكتسبوها خلال الجلسات، والتي زادت من ترسيخ ما تعلموه، والقدرة على تعلم مهارات التأقلم المعرفي مع عقد موازنة بين أفكارهم واحتياجاتهم، وبذلك فإن زيادة مستوى الفاعلية الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية ذلك يرجع نتيجة للأثر الإيجابي للبرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة، وبذلك قد ثبت صحة الفرض الأول .

وهذا يدل على أن أفراد المجموعة المشاركة قد استفادوا من جلسات البرنامج العلاجي، والذي كان هدفه الرئيسي تنمية مستوى الدافعية لدى المجموعة المشاركة، ويعزى ذلك كما قلنا سابقا إلى أن أفراد المجموعة قدم إليهم من خلال البرنامج العلاجي العديد من المعارف والمهارات والأنشطة، وكان مما ساعد في اكتساب أفراد المجموعة لهذه المعارف والمهارات والأنشطة العلاجية المختلفة المقدمة إليهم، وأتاحت لهم إقامة علاقات طيبة في جو يسوده الأمن والثقة المتبادلة والدفء والتقبل والتناغم والتعاون بين أفراد المجموعة، ومما ساعد أيضا في ذلك استخدام الطالب للفنيات المختلفة مثل: فنية المناقشة والحوار التي أتاحت لأفراد المجموعة الفرصة للمشاركة الفعالة وإبداء الرأي والتعبير عما يدور بداخلهم من أفكار، وكذلك فنية الاستبصار التي أتاحت لهم طرح الأفكار المختلفة من خلال الحوار الفعال، والتي ساعدت على تغيير اتجاهاتهم المرتبطة بالتعاطي، ما زاد من مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات، ومنها أيضا فنية التغذية الراجعة، والواجبات المنزلية واللتنان ساعدت في ترسيخ وتثبيت الأفكار والمعارف والمهارات الجديدة التي تم تعلمها أثناء الجلسات العلاجية، ومنها أيضا فنية إعادة البناء المعرفي والتي ساعدت في إعادة البناء المعرفي لدى أفراد المجموعة المشاركة، وتبني أفكارا جديدة حول الإدمان والامتناع، ومنها أيضا فنية التمرينات التنفس العميق من خلال التدريب على الاسترخاء والتأمل الفعال، ومنها أيضا فنية النمذجة والتي كانت بمثابة حافز لأفراد المجموعة المشاركة للاقتداء بالأفراد ذوي الدافعية المرتفعة والفعالية النشطة، ومدعاة للتفاؤل والأمل وتحدي العقبات المختلفة للامتناع عن المخدرات، كما أن فنية لعب الأدوار كان لها دورا هاما في إكساب

المجموعة المشاركة معارف والمهارات والأنشطة العلاجية المختلفة، حيث استخدمها الطالب معهم في مواقف وأنشطة عديدة مثل: نشاط عن دوائر العلاج بهدف تعزيز ثقة المشاركين بأنفسهم، ونشاط الخصائص المثالية للفرد بهدف تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد لمجموعة، وغيرها من النشاطات، كل ذلك ساعد في وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لصالح القياس البعدي.

فقد عمد الطالب خلال جلسات البرنامج إلى شرح مفصل للبرنامج العلاجي الذي يتبنى العلاج المعرفي السلوكي، وتؤكد من فهم المجموعة المشاركة لهذا المنحى العلاجي على أكمل وجه، حتى أصبح المدمن يدرك تماما أن هناك ارتباطا مباشرا بين أفكاره ومشاعره وسلوكه، وأن المخدر مهما كان نوعه ما هو إلا مثير أولي ولا دخل له في أفكاره انفعالاته وسلوكياته، وفهم أيضا أن تبديل السلوك أيا كان نوع السلوك منوط جوهريا بفهم هذا الترابط أولا، وعلى هذا الأساس فالانتكاس الذي يمكن أن يقع فيه قد أدركه المدمن وأدرك جيدا سببه، وعليه فلقد تعرفوا على مجموعة من الفنيات التي تعلموها من خلال البرنامج العلاجي ساهمت في تنمية دافعيته الامتناع عن المخدرات.

ويتفق الطالب مع هذا الرأي بأن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يقدم ضمن منظومة علاجية متكاملة، تتناول علاج الإدمان من جميع الجوانب المرتبطة به. وهذا ما أخذ على أغلب الدراسات السابقة والتي كانت تهتم باختبار فاعلية البرامج العلاجية بشكل منفصل مقارنة بعضها البعض. ويرى (Holder al et, 1991) أن الأبحاث الحديثة لتقييم نتائج علاج الإدمان، أظهرت أن فنية التدخلات البديلة Contingency management والعلاج النفسي المعرفي السلوكي من أكثر الوسائل العلاجية فعالية من حيث مستوى المصادقية الموضوعية والتجريبية في علاج مدمني الهيروين والكوكايين. وأن النماذج السلوكية بشكل عام والعلاجات المعرفية السلوكية بشكل خاص، أكثر فاعلية في علاج الإدمان المخدرات. لذلك فإن الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية لديها مصادقية تجريبية و إكلينيكية في فاعلية علاج إدمان المخدرات.

ويؤكد (Monti et al, 1989) أنه لا غرابة في أن العلاج المعرفي السلوكي يحسن العديد من جوانب المدمن سواء كانت الاعتقادات الإدمانية واعتقادات الشوق، بالإضافة إلى خفض قوة الرغبة في

تناول المخدرات مما يقلل من احتمالية التعاطي. ويستطرد بالقول بأن تلك الأفق الواسعة للعلاج المعرفي السلوكي تتسع لتشمل بشكل مباشر علاج جميع المشكلات الأخرى في حياة المدمن والتي تنعكس أثارها على الوظائف التي ترتبط بتعاطي المخدرات. على سبيل المثال مهارات القدرة على حل المشكلات وإستراتيجية التكيف مع الانفعالات السلبية والقدرة على تحمل النقد ومهارات البحث عن العمل. (كما ورد في الجوهي، 2008)

وقد يكون لطول تطبيق البرنامج أثر حيث تم تطبيقه على مدار شهرين بواقع جلستين في الأسبوع، وبالتالي فقد أتاح طول التطبيق الفرصة أمام المشاركين للتدريب على المهارات وأداء الواجبات البيتية التي ساهمت في تحفيزهم على الامتناع.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن نسبة رضا المشاركين عن تحقيق الأهداف تراوح ما بين (96%) في أغلب الأهداف و(84) في كل الأهداف التالية حسب تقويم المشاركين للجلسات العلاجية وفق النماذج المعدة لذلك.

مما سبق ذكره يمكن تفسير النتائج التي توصل إليها الطالب إلى عدة عوامل، وقد أرجعها إلى جود البرنامج العلاجي الذي أبدى نجاحا في مختلف أنحاء العالم، كما أرجعها إلى نوعية المقياس بأبعاده المختلفة الذي يلعب هو أيضا دورا أساسيا في تبصير المشاركين نحو أعراضهم وحالتهم، كما أنها راجعة إلى العينة التي تتميز بالفاعلية والتفاعل اتجاه العلاج، هذا من جهة ومن جهة أخرى محتوى البرنامج وكيفية تطبيقه والأساليب والتقنيات والوسائل المستخدمة فيه. والظروف التي طبق فيها.

## 2- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية الثانية والدراسات السابقة:

نصت الفرضية الثانية على " وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة على بعد الاستبصار والحاجة إلى التقبل قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

فبعد عرض البيانات الخاصة بالفرضية الثانية المعبر عنها في الجدول رقم (19) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على بعد الاستبصار بمشكلة المخدرات وتقبل الذات على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لصالح القياس البعدي. بحيث تراوحت قيمة حجم الأثر للبعد ككل فقد بلغت 1.38 وهذه القيمة تفوق 0.15. مما يعني وجود أثر للبرنامج العلاجي على بعد الاستبصار وتقبل الذات، وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الثانية قد تحققت.

وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة ومنها: ما توصلت إليه دراسة (رتاب، 2018) بعد استخدامها فنية الاستبصار في برنامجها المستخدم والتي كان لها الأثر الكبير في نجاحه، حيث أصبح من خلالها المدمن يعترف بأخطائه ويفسر حالة فشله بتقصير منه بعدما تمكن من فهم ذاته والوعي بها، فحقق بذلك الاستبصار الجزئي، وذلك بعد تطبيق تقنية ABC وهي تنفيذ الأفكار اللاعقلانية والمتعلقة بسببية الإدمان والانتكاسة. كما اتفقت هذه الدراسة مع دراسة (غباري، 2000) بتوصيات أهمها ضرورة الاهتمام والنظر إلى المدمن على أنه مريض يحتاج إلى العلاج وليس كمجرم يعاقب. كما أن مرحل التعاطي تبنى أساسا على الاستبصار من خلال ذلك يتم التعرف على المريض ودافعيته للعلاج وتفاعله مع البرنامج العلاجي المعد ومشاركته في جميع الأنشطة العلاجية حيث أن معرفة المدمن لمشكلته وتبصره بما يساعده على اكتساب الدافعية اللازمة لمواصلة التعافي والعمل على البحث عن حلول إيجابية لتلك المشكلات التي تعترضه في الحياة الاجتماعية. كما أن فهم المدمن لمشكلته في كافة الجوانب يساعده في التفكير المتزن الذي يكفل له حياة كريمة. كما أوضحت دراسة ويلز وآخرون (Wells et al, 1994) أن البرنامج المستخدم كان له تأثير دال في ارتفاع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر. وتوصلت دراسة (الحسيني، 1992) أن البرنامج العلاجي للمراهقين أدى إلى نوع من الاستبصار بالأعراض الخاصة بهم، واستطاع البرنامج العلاجي أن يساعد المفحوصين على تحسين علاقتهم بذواتهم من ناحية، وبالآخرين من ناحية أخرى لدى المدمنين المقامرين. وأوضحت دراسة (حافظ وحسين، 1990) فعالية العلاج النفسي الجماعي لدى أفراد الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لذواتهم وتقديرهم لها، وانخفاض شعورهم بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لديهم، مما يحقق ما طرحته الدراسة من فروض. وكشفت دراسة كاروي (Carway, 1993)

أن برنامج العلاج النفسي الموجه قصير المدى يعد طريقة فعالة في مساعدة المراهقين على تعديل مفهوم الذات لديهم، كما اتضح وجود اختلاف بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد التجربة في مفهوم الذات. ما توصل إليه براند سما (Prund Sma,1980) في دراسته حيث قارن العلاج السلوكي المعرفي مع العلاج النفسي الإستبصار ومع مجموعات ضبط تجريبي لم تعالج وأظهرت هذه النتائج تفوق جميع العلاجات على اختلافاتها على تلك المجموعات التجريبية التي لم تعالج رئيسياً في دافعية هذا السلوك الإدماني بتأثير العمليات المعرفية لديهم فالزيادة المتدرجة في التحسن بشكل ملحوظ أثناء وبعد جلسات العلاج السلوكي المعرفي تؤيد أهميته فعاليته (كما ورد في الفقيه 1996، ص 204). وبينت نتائج دراسة بريدنباش (Breidenbach, 1978) أن المراهقين المدمنين أظهروا تحسناً في مفهوم الذات عقب التدريب التوكيدي الجماعي في فترة قصيرة من (6-9) ساعات، كما أن المراهقين الذين تلقوا تدريباً توكيدياً جماعياً أظهروا زيادة في مشاعر تقدير الذات، فقد أدركوا أنفسهم بطريقة موجبة جداً، وكانوا أكثر رضا عن أنفسهم، كما كانوا أكثر شعوراً بالكفاءة وتحسنت فكرتهم عن حالتهم الجسمية، وقد أظهر المراهقون من الذكور والإناث أنهم يستفيدون بصورة متساوية في التحسن في مفهوم الذات بعد التدريب التوكيدي وأيضاً في التوكيدية. وتشير النتائج دراسة (فاروق عبد السلام، 1977) أن مجموعة المتعاطين التي حضرت جلسات العلاج الجماعي قد زادت درجة استبصارهم بأنفسهم والتي انعكست في نظرتهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفي رغبتهم التعامل بنجاح مع من يحيطون بهم، وإلى حد ما قد زادت درجة الاستقلالية، وكذا التخفيف من مشاعر الإثم والقلق والاكتئاب والتي تعد مشاعرها دافعة للتعاطي.

وتفسر الدراسة النتائج الحالية على أهمية المرحلة التمهيديّة؛ والتي قامت بتثقيف المجموعة المشاركة وإعطاءهم جانب معرفي لمتغيرات الدراسة، وأهم المشاكل التي تواجههم وكيفية التغلب عليها، مما خلق استبصاراً ووعياً لديهم وتوقعات إيجابية ومشاركة فعالة. والتحسّن طرأ على أفكار وسلوك دافعية المشاركين في البرنامج بشكل عام وضمن أبعاد المقياس المتضمنة الاستبصار بمشاكلته بمخاطر المخدرات على الشخص.

فقد عمل البرنامج بداية بتعريف المراهقين بحقيقة المرحلة التي يعيشونها وما يمرون به من مظاهر نمائية متعددة والتي تجعل شخصياتهم ناضجة وسوية، وأنها مرحلة اكتساب الخبرات التي تغني المراهق من الوقوع في الخطأ ومرحلة المسؤوليات الجديدة والعلاقات والتفاعل مع الآخرين، إنها مرحلة استغلال الطاقات الجسمية والعقلية والنفسية في أشياء ايجابية تمهد بطريقة ايجابية لمرحلة الشباب السوي وإحداث التكيف مع كل التغيرات الحاصلة نحو الذات والآخرين بأسلوب فعال يعود بالنفع على المراهق وأسرته وجماعة رفاقه. فكان الهدف من كل هذا أن يتخلى المراهق المدمن عن بعض الأفكار الشائعة في المراهقة مثل: أن كل من يدخن سيجارة فهو رجل، وأن التعامل مع الذات والآخرين بأسلوب عدواني يعني أنني أصبحت مسئولاً عن نفسي، أو الانسحاب من المجتمع والخجل من الآخرين نتيجة التغيرات الفسيولوجية الحاصلة في هذه المرحلة، وقد تكون هذه الأفكار وغيرها سببا أيضا في تبني تصورات إيجابية حول الإدمان على المخدرات للتخلص من تلك الأفكار وتقليل حجم التوتر، حيث ينسب السلوكيين إدمان المخدرات هو من أجل خفض التوتر، فالأفراد يتعاطون المخدرات تخفض مشاعر الألم والغضب والضيق وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومنتالية بهدف المزيد من خفض مشاعر الألم والغضب والضيق والقلق. (غباري، 2007، ص 59)

فتضمن البرنامج معلومات حول العقاقير الخطرة والمخدرات، وتعريفها، وأنواعها؛ وأضرارها؛ والاعتمادية النفسية والجسدية لكل منها، والأعراض الدالة على التعاطي، من خلال مناقشة عوامل الخطورة التي تدفع الفرد باتجاه تناول المخدرات؛ والعوامل الوقائية التي تمنع الفرد من تناولها.

وقد تعود كذلك النتائج إلى أن الجلسات العلاجية التي قدمها البرنامج العلاجي اشتملت على تشكيلة من الفنيات المعرفية والسلوكية، حيث تدرّب المشاركون من خلاله في البداية على مهارات التحالف العلاجي في أجواء من الألفة والتعاون، والحوار والمناقشة، والتنفيس الانفعالي، وتقنية التحليل الوظيفي للسلوك، وإعادة البناء المعرفي، التعزيز الإيجابي، والواجبات المنزلية، وفنية لإبعاد والتركيز،

والمقابلة المفتوحة والاستبصار بمشكلة المخدرات، وتمارين قائمة الخصائص المثالية وتعليم فنية قبول الذات غير المشروط، مما يساهم في تغيير مدركات المدمن حول دافعيته.

فقد أعطى البرنامج الفرصة وما احتوى من أساليب علاجية وأنشطة فعالة هدفت إلى مساعدة المتعاطين للتغلب على سلوك الإدمان من خلال ملاحظة أنفسهم، وتشجيع الآخرين الحديث عن تجربتهم مع المخدرات أمام أقرانهم الذين مروا بتجربة مماثلة؛ مما دفع كامل أفراد المجموعة وشجعهم على الحديث بدون أي تردد أو خوف، بحيث أن المراهق قد أدرك بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشكلات نفسية، بل هناك آخرون لهم نفس المعاناة نتيجة التعاطي، كما أتيحت لهم الفرصة للحديث والتفريغ الانفعالي والاستبصار الذاتي والتحكم بانفعالهم، وطرح حلول للمشكلة، بتعلمهم طرق جديدة لتناول المواقف والمشكلات التي يتعرضون لها والتي تؤدي إلى التعاطي، الأمر الذي دعم جوانب النمو النفسي لديهم، وعزز من شعورهم باحترام الذات، الذي افتقدوه جراء تعاطيهم للمخدرات، وربما كان لتزويد الأفراد بالمهارات والواجبات التي تم تدريبهم عليها وتطبيقها بشكل عملي أثناء الجلسات العلاجية أثر إيجابي فيما يتعلق باستمرارية التحسن والامتناع.

وبعد البدء في الجلسات العلاجية، وبفضل الفنيات المستخدمة في جلسات الاستبصار خاصة، والذي شكل أول خطوة لتحقيق الفهم الكافي بالمشكلة التي يعاني منها المدمن، حيث أن أغلب المشاركين كانوا يجهلون المعنى الحقيقي والعلمي للمصطلحي الإدمان والأضرار المختلفة للمخدرات، وما لهم من آثار وعواقب وخيمة تظهر بعد مرور مدة عن التعاطي، كالأثار الصحية والعقلية والنفسية والاقتصادية والاجتماعية، وأنها لا تقتصر على الفرد فقط بل حتى لمن حوله من أسرة ومحيط ووطن، وقد استخدمنا من أجل ذلك تقنية التحليل الوظيفي للأفكار التي سمحت لنا بتشخيص اضطراب الإدمان على المخدرات، حيث كان هذا الاضطراب ناتج عن تشوه معرفي تطور مع الوقت من خلال ميكانيزمات معرفية نمطية ترجمت في أفكار سلبية غير متكيفة ومشوهة أدت إلى نشوء اضطراب الإدمان و أعراضه المرضية. وتضمن البرنامج كذلك إعادة البناء المعرفي؛ أي تعديل العوامل المعرفية والقناعات غير المنطقية، مثل القناعة بأن المخدرات تؤدي إلى تحسين المزاج، والشعور بالسعادة، حيث تم توضيح أن هذه القناعة غير صحيحة، لأن المخدرات تعطي إحساساً زائفاً بالسعادة



تعقبه حالة من الهبوط والاكتئاب، وأن الإنسان يمكن أن يحسن مزاجه بأساليب تكيفيه إيجابية. ويعمل التعديل في البناء المعرفي عملية تعليم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار ذات العلاقة بالروابط بين الأحداث والمثيرات البيئية المختلفة. وفنية الاستبصار لما لها من تأثير على الفهم والتعلم لدى المشاركين. والعمل على تغيير أفكاره ثم تغيير سلوكياته الخاطئة والاستبصار بالمشكلة، فذلك من شأنه أن يعزز إحساس المدمن بدافعية الذاتية، وبالتالي ارتفاع مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات. وتعد فنية المحاضرة من الفنيات المستخدمة في البرنامج والتي لها علاقة مباشرة بالمناقشة، حيث تهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية من خلال ما تطرحه إلى تغيير تصورات المراهقين نحو ما يعرفونه حول الإدمان على المخدرات أو عن المواضيع الأخرى التي طرحها البرنامج، إضافة إلى خلق الجو يعبرون عن ذواتهم وما يدور في أذهانهم من أفكار. وساهمت أيضا فنية الحوار الجماعي على تثبيت بعض الخبرات وتوطيد العلاقة بين أفراد المجموعة، كما عملت فنية إعادة تصور المعنى بإعطاء معاني جديدة مبنية على أسس علمية واضحة ودقيقة لحقيقة المخدرات وأضرارها على الفرد والمجتمع. وعملت فنية الواجبات المنزلية على مساعدة المشاركين في الاستفادة من بعض الخبرات والمعارف حول المواضيع المختلفة التي تطرح حسب كل جلسة وكذا إعادة التدريب على بعض المهارات.

وما ساهم أيضا في أثر برنامج المعرفي السلوكي هو عرض بعض أشرطة الفيديو لمجموعة يد حول مدمني المخدرات أثارها وأنواعها، وبعض الأفلام القصيرة، بالإضافة إلى بعض المطويات عن مواضيع جلسات البرنامج، حيث كان لكل هذه الإجراءات أثر بالغ في ترسيخ المعلومة وتثبيتها، والتعرف على محتواها الحقيقي بعيدا عن أقوال الآخرين الغير موثوق بها في بعض الأحيان، إضافة إلى كل هذا كان لالتزام المشاركين وحضورهم ومشاركتهم دورا كبيرا في إحداث هذه النتيجة.

فلقد حاول الطالب أن يساعد المشاركين على معرفة ذواتهم والاستبصار بها من خلال فهم ذواتهم كما هي في واقعها الحياتي، وحاول أن يساعدهم في فهم مواطن ضعفهم وقوتهم وتحويل مواطن الضعف إلى قوة عن طريق تعلم أساليب جديدة في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة، بعد أن كان يتعامل مع موضوع واحد وهو الإدمان، فقد أدرك المدمن مشاعره وأفكاره بطريقة تلقائية وفقا لذلك

يستطيع استحضار الخبرات السلبية المشوهة التي ارتبطت بالذات، ويبدأ بتحليلها وفقاً لمفهومه عن ذاته. والتي تعتبر من أهم العوامل المسؤولة عن تدنى مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات.

ويرى كومبس Combs (كما ورد في عدس وتوق، 1981) أن الأفراد يكتشفون ذاتهم من خلال الخبرات التي يمرون بها في الحياة عن طريق كلام الآخرين لهم عن ذلك، ويتم ذلك عن طريق الخبرة الذاتية، فالأفراد يتولد عندهم الشعور بتقبل الآخرين لهم من خلال الأعمال والتصرفات التي تلقى التقبل من قبل الآخرين، ويتعلم الفرد أن يرى ذاته على نحو معين ووفق مواصفات معينة ليس عن طريق قول الآخرين له بأنه كذلك ولكن من خلال خبراته الذاتية الناتجة من معاملة الآخرين له على أنه فعلاً كذلك، إن هذه إحدى الطرق لخلق أفراد ذوي كفاية ونفسيات إيجابية، أن نجعلهم يمرون بخبرات تعلمهم كيف يكونوا أكفاء و إيجابيين. وقد توصلت دراسة دسوقي (1995) بعنوان: دراسة لبعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات وغير المتعاطين - دراسة مقارنة- هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في كل المتغيرات النفسية (أبعاد مفهوم الذات، وتقدير الذات، وموضع الضبط)، وكانت نتائج الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في أبعاد مفهوم الذات والفروق لصالح غير المتعاطين، أما بخصوص موضع الضبط الخارجي وجد الفرق لصالح المتعاطين للكحوليات، أما حول تحليل دينامية شخصية متعاطي الكحوليات فكانت تتسم شخصية المدمن الكحولي بعدم القدرة على تحمل مسؤوليته وتقديره لذاته سلبي والأنا غير كفاء كما يبعد سلوكه أحياناً عن السواء شخصية مضطربة. ومن توصيات الدراسة كانت يجب تقديم المساعدة والاهتمام بهؤلاء الأفراد (المتعاطين للكحوليات) واقتراح الحلول لمشكلاتهم ومساعدتهم على مواجهة الحياة والاستقلالية.

وتفسر نتائج هذه الدراسة في ضوء خصائص كل من المراهقة وفئة المتعاطين، فتجربة استهلاك المخدرات والكحول نجدها كثيراً في أوساط المراهقين، وأنها تكون واحدة من طقوس الانتقال إلى الفعل في هذه المرحلة على المستوى النفسي. فهي مرحلة انجراحية وهذا ما يؤدي إلى استعمال المخدرات في بداية المراهقة والمتعلقة في الرغبة إلى الاستقلالية، فهو لا يبحث عن القبول الاجتماعي أو الوالدي لكنه يحاول التقمص بمجموعة الأصدقاء الذي يمكنهم أن يمنحه تجارب جديدة. في وسط المراهقة المراهق يبحث عن السرية والحميمية فهو يستدخل تجاربه ويبحث عن القبول والدعم من طرف أصدقاء مقربين. (Michel, 1997)

فحاجاتهم إلى التقدير الذاتي من أنفسهم وتقبلها ومن دائرة اهتمامهم من محيطهم الاجتماعي وتصوراتهم الغير الواقعية بعدم تقبلهم نتيجة التعاطي وشعورهم بالعجز، مما يترتب عليه الانطواء والحساسية المفرطة تجاه الآخرين. فقدم البرنامج بعض هذه الجلسات العلاجية في دحض وتفنيدي تلك المعتقدات تجاه الذات والآخرين واستبدالها بأخرى أكثر واقعية، وباستخدام استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي وبخاصة فنيات التحليل الوظيفي وإعادة البناء المعرفي والاستبصار.

بمعنى جوهر الخطة العلاجية في هذه المرحلة العلاجية مع المشاركين، يكون معرفيا بمعنى رفع الوعي حتى يدرك الفرد أنه سبب في المشكلة وأن ما يعانیه يرجع إلى سلوك الإدمان، وذلك باستخدام تقنيات محددة معتمدة على العلاج المعرفي السلوكي، حتى نصل إلى تحول في وعي المريض وهو ما نسميه بالاستبصار، ويعتبر الاستبصار نهاية مرحلة الإنكار، حيث يبدأ المرء في إدراك أن مشاكله ليست ناتجة عن ظروف خارجية، ولا يستمر في الادعاء بأنه ضحية للظروف وتصبح النتائج الضارة للسلوك الإدماني مسؤوليته ونتيجة لعمله، وبعبارة أخرى نحاول من خلال البرنامج المعرفي السلوكي لاسترجاع الأراضي التي غزتها مرحلة الإنكار. ويكون العلاج الفردي فيها مطلوباً بصفة أساسية، فمن خلال العلاقة العلاجية يبني تدعيم الذات وتنشيط الاستبصار. ويتقدم العلاج الفردي وإدراك المريض للأزمة التي يمر بها يمكن الانتقال إلى العلاج الجمعي حيث يجلس المريض مع زملائه ممن يمرون بنفس الحالة، ونحن نعالج في هذه المرحلة التناقض الوجداني حيث نواجه إيجابيات وسلبيات تعاطي المخدر بقصد تقليل الإنكار. (فطيم، 1994)

وتحدث العلماء عن دور مفهوم الذات في إدراك الفرد لنفسه وبيئته وتوجيه سلوكه، الأمر الذي دعا إلى وضع مسلمة مفادها أن إدراك الفرد وخصائص شخصيته وقدراته وقيمه ومثله وأهدافه وأسلوبه في الحياة، وحدة كلية، تؤثر في سلوكه وتنظمه وتوجهه، كما تؤثر في توافقه وفعاليته. إن مفهوم الذات، بهذا المعنى، يعمل كقوة دافعة وقوة موجهة للسلوك.

لان المشاعر التي ترتبط بعدم الانجاز تؤدي إلى مفهوم ذات سلبي ويؤدي إلى التقدير المنخفض للذات، وأن لدى كل فرد إمكانية رفع تقدير ذاته وتنميتها بإرادته، وأن التغذية الراجعة من المشاركين قد كان لها دور في فهم الذات لديهم. فقد أتاحت فرص الانفتاح وتبادل المعلومات والنقاش بين أعضاء المجموعة حول الأساليب الايجابية في مواجهة الصعاب، وعدم اللجوء إلى الإدمان أو

أساليب مواجهة سلبية والتي تعود بنتائج سلبية على الفرد نفسه. وقد يكون ذلك حقق درجة من الثقة لديهم. وتم من خلال الجلستين الثالثة والرابعة تطبيق فنية قبول الذات ونشاط تسجيل قائمة الخصائص الشخصية إلى الوعي بالذات والإنجازات التي حققوها، والتي تمثل نقاط قوة بالنسبة لهم وتعمل أيضا على رفع تقبلهم لذواتهم.

فيتضح مما سبق، أن كلا من الدافع إلى الإنجاز ومفهوم الذات، متغيران متداخلان من الناحية النظرية. فهما يشكلان عبر مراحل النمو المختلفة التي يكتسب الفرد خلالها، وبصورة تدريجية، فكرته عن ذاته، وعن قدراته وإمكاناته، وعن دوافعه. إن الأفكار والمشاعر والاتجاهات التي يكونها الفرد عن نفسه ويصف بها ذاته ودوافعه، هي نتاج لعملية التنشئة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، وأساليب التربية والتدريب على الاستقلال والإنجاز (معمرية، 2013، ص 131). وفي هذا السياق نذكر دراسة " لشلمبرز وآخر كف" 1991 والتي اهتمت بدراسة علاقة الإحساس بالرضا عن الذات والتعاطي المواد المخدرة، وأظهرت النتائج أن متعاطي المواد أقل رضا، ولديهم اتجاهات سلبية نحو ذواتهم وأكثر تعرضا للمشاكل في حياتهم اليومية وأقل طموحا وأكثر اندفاعية ومجازاة وخضوعا عن غير المتعاطين. (كما ورد في عبد المعطي، 2006، ص 123)

وهذا يدل على أهمية البرامج العلاجية القائمة على منحى السلوكي المعرفي عند العمل مع المدمنين على المخدرات، لمساعدتهم على الامتناع من سلوك الإدمان، وتشير النتيجة إلى أن معالجة سلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية تتم من خلال تعريف المدمنين بمخاطر المواد المخدرة، وآثارها النفسية والصحية والاجتماعية، وكذلك تدريبهم وممارستهم لاستراتيجيات التي تساهم في تنمية الدافعية، والتعامل مع عوامل تدنيها، ومن ثم اكتسابهم لمجموعة من المهارات التي يمكن أن يستخدموها في حياتهم اليومية دون اللجوء إلى المخدرات. وقد يرجع احتفاظ المشاركين بخفض أعراض الامتناع النفسية والمحافظة على تقدير الذات والدعم الاجتماعي بعد مرور أسبوعين من انتهاء هذه الجلسات إلى الأثر الذي تركته المعالجة في المشاركين.

### 3- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية الثالثة والدراسات السابقة:

نصت الفرضية الثالثة على " وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة على بعد تنشيط الدافعية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

دلت نتائج البيانات الخاصة بالفرضية الثالثة المعبر عنها في الجدول رقم (21) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على بعد تنشيط الدافعية في مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لصالح القياس البعدي. كما دلت قيمة حجم الأثر للبعد ككل فقد بلغت 0.64 وهذه القيمة تفوق 0.15. مما يعني وجود أثر للبرنامج العلاجي على بعد تنشيط الدافعية، وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الثالثة قد تحققت.

وتتفق هذه النتائج مع كل من دراسة (عبد الوهاب، 2006) التي أظهرت نتائج دراسته أن المراهقين المدمنين الذين استخدموا برنامج للعوامل المعرفية نجحوا في الاستمرار في التوقف والمحافظة على التعافي ويمتلكون العديد من المهارات الجيدة في التعامل مع أنفسهم ومع مشكلاتهم الحياتية مما أدى إلى شعورهم بالكفاءة الشخصية والفعالية. ويبين مونتي وآخرون (Monti et al, 1989) أنه لا غرابه في أن العلاج المعرفي السلوكي يحسن العديد من جوانب المدمن ويستطرد بالقول بأن تلك الآفاق الواسعة للعلاج المعرفي السلوكي تتسع لتشمل بشكل مباشر علاج جميع المشكلات الأخرى في حياة المدمن والتي تنعكس أثارها على الوظائف التي ترتبط بتعاطي المخدرات. علي سبيل المثال مهارات القدرة على حل المشكلات و إستراتيجية التكيف مع الانفعالات السلبية والقدرة على تحمل النقد ومهارات البحث عن عمل (كما ورد في الشهري، 2010). وفي دراسة مكاي وآخرون (McKay et al, 1996) أكدت النتائج على أن الأساليب المعرفية في التعامل مع المشكلات والتي تعتمد على المواجهة الفعالة تعد من الأساليب الهامة في صيانة الاستمرار في التعافي والبعد عن الانتكاسة، وهذا ما تم التأكد منه في الدراسة الحالية حيث استمر المشاركون في الامتناع دون أن ينتكس أي منهم .

ويتفق ما سبق ما توصل إليه ستوررات (Stewart J, 2003) في دراسته بأن العلاج المعتمد على تنمية مجموعة من مهارات التعامل الايجابي مع مواجهة صعوبات ومشكلات الحياة، يساهم في خفض نسبة الانتكاسة لدى المتوقفين عن التعاطي مقارنة بأنواع أخرى من العلاجات سواء النفسية أو الكيميائية.

وكذلك ما توصل إليه كونرد وزملاءه (Conrd J. et al, 2004) في دراسته أن الأفراد الذين يستخدمون أساليب تعامل تعتمد على الكفاءة الشخصية يكونون أكثر مقاومة للانتكاس ويستمرون في التعافي لفترة طويلة. وهذا أيضا ما يدعم النتائج الحالية. نقلا عن (كما ورد في عبد الوهاب، 2006)

وأشارت دراسة مونتي وآخرون وزملائه (Monti, 1999) التي قامت باختبار تدخل مختصر من مقابلة الدافعية مع مجموعة من المراهقين دخلوا غرفة الطوارئ بسبب حادث متعلق بشربهم للكحول. تسمح غرفة الطوارئ بالوصول للشباب الذين تورطوا حديثاً في سلوك خطر ويصعب الوصول لهم بطريقة أخرى، كما تسمح أيضاً بفرصة لعمل تدخل مع الشباب الذين يعانون بالفعل من عواقب سلوكهم الخطر.

وأجرى أوبري (Aubrey, 1998) دراسة أخرى أضافت مقابلات دافعية إلى الخدمات العلاجية المتوفرة، حيث تم توزيع الشباب أفراد العينة عشوائياً إلى مجموعتين، تتلقى إحداها مقابلة دافعية من ثلاثين إلى ستين دقيقة قبل العلاج بالعيادة الداخلية وأخرى لا تتلقى مقابلة الدافعية، وقد زودت الجلسة الشباب بمردود منظم حول تعاطيهم للمخدرات، وذلك باستخدام "أسلوب علاجي مبني على الدافعية والمواجدة، أبدى الشباب الذين تلقوا جلسة مقابلة دافعية عدد أيام تعاطي الكحول أقل بعد العلاج، على الرغم من عدم وجود فروق بين المجموعتين في تعاطي عقاقير أخرى، كما خلص أيضاً تأثير المقابلة في الاستمرار بالعلاج، حيث أبدى الشباب الذين تلقوا المقابلة الدافعية التزاماً أكبر بالعلاج سبع عشرة جلسة مقابل ست جلسات. (ميلر وروولنيك، 2012، ص 539-543)

كما تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة المعهد الوطني MATCH Project 1999 والتي أفادت بأن للبرامج العلاجية المستخدمة سواء كان العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج بتعزيز الدافعية أو بالانثي عشر خطوة فاعلية في تحسين مرضى الإدمان. (كما ورد في الجوهي، 2008)

وتفسر النتائج الحالية على أهمية الجلسات العلاجية في تدريب المشاركين على مهارات وتقنيات معرفية وسلوكية ساهمت في تنمية الدافعية للامتناع وبناء القدرات لهم والتي منها: مهارة تعزيز الدافعية ومهارة السلوك الحضورى، مهارة حل المشكلات بطريقة علمية، وتقنية التنفس العميق والاسترخاء، وقد تم تدريب أفراد المجموعة عليها بطرق مختلفة، كما احتوت جلسات البرنامج العلاجي على مجموعة من الأنشطة العلاجية التي ساعدت على تنمية مستوى الدافعية للامتناع ومنها: نشاطي تحليل الخسائر والمكاسب، وأداء الدور، والتحفيز الذاتي، والاسترخاء والتخيل، ونشاط العصف الذهني، قائمة المشكلات، تمرين العقدة البشرية. فقد أبدى الأفراد حماسهم لبعض الأنشطة الجماعية الواردة في جلسات البرنامج، هذا ما زاد من إقبال الأعضاء على البرنامج لتنوع مواضيع جلساته.

فقد كان للاسترخاء دور فعال في برنامج التوعية الصحية حيث لاحظت الطالب شعور المراهقين بالمتعة أثناء التدريب على خطوات الاسترخاء الذي ساعدهم بالفعل في التخلص من التوتر.

فعندما يكون برنامج علاجي ويمارس تمارين فيه الاسترخاء بصورة منتظمة فإن تمارين الاسترخاء تعتبر عاملاً هاماً من عوامل تخفيف درجة ومستوى القلق لديه وهذا ما أثبتته دراسة (العلوني، 1430) بحيث تمارين الاسترخاء تجعل الفرد أكثر قدرة على التفكير الصحيح لأنها ترفع درجة الوعي عنده وبالتالي قد يكون لها دور فاعل في تخفيف درجة ومستوى القلق العام لديه، وقد ينتج عن تخفيض درجة ومستوى القلق بروز عوامل مقاومة الاشتهاق للمادة المخدرة، بل وحتى الوقوف في درجة الانتكاسة، وعندما يحدث الاسترخاء يحدث تغيير في الوظائف الحيوية عند الفرد.

أن دافعية المدمن ترتبط بحدوث التعاطي والانتكاسة، ويظهر ذلك في دافعية تغيير السلوك، والدافعية نحو التورط في سلوك منوط بالمشكلات كما تتحدد دافعية المعتد لتعاطي مادة مخدرة معينة، بناء على تقييم لحجم المنافع والخسائر المترتبة على تعاطيها، ثم يتخذ قرار التعاطي عند إدراكه لكم المنافع المترتبة على تعاطي المادة مقارنة بالخسائر، ثم يتخذ فعل التعاطي، يترسخ هذا الفعل مع وجود مستويات متفاوتة من الدعم الخارجي تعمل على رفع دافعية الفرد للتعاطي، وفي حال ما إذا ارتبطت وتزامنت أساليب الدعم الخارجي، خاصة إذا كانت مرغوبة من قبل الشخص المتعاطي، مع سلوك تعاطي المادة المنشطة والمخدرة، تكونت الرابطة الشرطية التي بدورها ترفع من دافعية الفرد لتكرار السلوك، مع إضافة توقعات بتلقي مختلف المستويات من الدعم الاجتماعي. (حسني، 2016)

إضافة إلى هذا ركز البرنامج على اتخاذ أسلوب علمي وعملي فني حل المشكلات وفق خطوات محددة مصممة عند الوقوع في أي مشكلة والتي منها تعاطي المخدرات، وبهذا يستطيع المراهق المواجهة من أجل تجنب الوقوع في مشكلات أعقد مثل الإدمان، مع توضيح ضرر المواد المخدرة في حياة الفرد المدمن فني مجالاتها المختلفة (الأسرية، والاجتماعية، والنفسية، العقلية والاقتصادية وحتى السياسية) من أجل إدراك المراهق للخطر الفعلي لآفة المخدرات، ولهذا يجب على المراهق في هذه المرحلة المهمة من حياته أن يهيئ كل قدرته في المنحى السليم والتفكير في الإعداد للمستقبل الزاهر والنظر للمستقبل بطريقة إيجابية.

وتعلم المشاركون من خلال التدريب على أسلوب حل المشكلات لتعزيز معتقدات الدافعية التي تحث على الاجتهاد والمثابرة في التفكير لإيجاد أنجع الطرق لكيفية تحديد المشكلة واقتراح الحلول البديلة وأخذ القرار وتنفيذ الحل في الواقع، وكانت نتائج التدريب ايجابية تدل على فعاليته، برهن المدمون أنهم قادرين على تسيير ما يحدث لهم وعلى الاعتماد على أنفسهم وعلى إمكانية التحكم في الأحداث، مع تعليمهم تخفيض الضغط الانفعالي لتسهيل أداء حل المشكلة ثم تدريبهم على الاسترخاء.

أما التفسير النظري لهذا فقد تناولت دراسة فرال وآخرون (Farrel et al, 1992) إلى التعرف على الاستعمال المنخفض إستراتيجية التخطيط لحل المشكل، من أهم عوامل الخطر لتعاطي المخدرات عند المراهقين. ويؤكد كل من لفينسن وآخرون ( Lewinsohn et al ) أن المدمنين على المخدرات يبدون نقصا واضحا في إستراتيجية التخطيط لحل المشكلات، مقارنة بالأشخاص الذين لا يستهلكون المخدرات. أما ليز (Liese, 1994) فقد توصل إلى أن سوء استعمال المخدرات يرتبط بنقص مهارات حل المشكل لدى الفرد الذين يظهرون ذلك يظهرون ذلك السلوك. كما أكد ليفيت ( Leavitt, 1974 ) أن تعاطي المخدرات هو تجنب للمشاكل، و بالتالي تجنب الحاجة إلى أخذ قرارات حولها. ويحدث هذا خاصة خلال المراهقة، فيمثل تعاطي المخدرات شكلا من أشكال الهروب من الواقع. (كما ورد في قماز، ص 292)

لكن النتيجة تختلف عما وجدته دراسة؛ بحيث قامت سايل (Sail, 2014) بتدريب 08 مدمنين على المخدرات على برنامج علاجي لحل المشكلة الاجتماعية لـ D'zurilla وأتباعه، تم التدريب عبر 16 حصة أسبوعية وفعلا، أظهر أغلبية المدمون درجات منخفضة في الاتجاه الإيجابي نحو المشكلة، يتعلق الأمر بغياب المعتقدات الايجابية التي تنشط أداء حل المشكلة، لا يترشون ولا يثابرون في إيجاد الحلول، لا يلتزمون بالجهد والوقت لتحقيق ذلك، ولا يعتقدون أنهم سوف ينجحون إذا كرروا المحاولات، يذكرنا هذا في غياب الاعتقاد بفعالية النتيجة وهو من بين العوامل التي تعطل حل المشكلة. عبر أفراد المجموعة عن حاجتهم لمثل هذا التدريب، الذي اكتشفوا من خلاله الإمكانيات لديهم، كانوا يعتقدون أنهم لا يملكونها، وهي محاولة الاستعانة بكل الطرق الايجابية والتفكير والمثابرة لتحقيق الأهداف والتوافق مع متطلبات الحياة.

وتختلف كذلك النتائج عن ما توصلت إليه دراسة (محمود وكرم الدين وعبد اللطيف، 2018) بعنوان المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين



المستهدفين للإدمان، تكونت العينة من (50) مراهق معتمد على المواد النفسية جميع أفراد العينة من الذكور، من أهم نتائج البحث لم تحقق صحة الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (إعدادي) أفراد عينة الدراسة (ثانوي) لمهارة حل المشكلات، وعدم تحقق صحة الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات عينة الدراسة (إعدادي) أفراد عينة الدراسة (ثانوي) لمهارة توكيد الذات.

فالدافعية تعتمد على قوة الدفع الأساسي الذي يقف كامنا متخفيا وراء الدافع كما هو الحال في المواقف التي يحتمل من خلالها الأمل في الوصول إلى النجاح في الموقف الذي هو بصدده، أي الامتناع عن المخدرات قد أصبح أكثر وضوحا.

ونشير إلى أن التدخل الذي يستخدم جلسات ومقابلات الدافعية مع المراهقين قد يخفض من سلوك التعاطي، ويحسن من معدلات الالتزام بالبرنامج ومن نتائج الامتناع عن تعاطي المخدرات.

فقد قدمت الجلسات بأساليبها وفنياته المتنوعة الفردية والجماعية فرص للمراهقين المشاركين في تعديل أفكارهم ووعيهم وسلوكهم وإيجاد سلوك جديد أكثر ملائمة وتوافق مع بمخاطر الإدمان على المواد المخدرة وهو الامتناع عن التعاطي، وقد لوحظ أثر ذلك خلال نشاطات المجموعة، وتدريبهن على التنفس العميق، وتمارين الاسترخاء والتنفس العميق، ومهارة السلوك الحضوري، والتي بدورها ساعدتهم على التفاعلات المتبادلة بشكل تدريجي، ومشاركاتهم في النشاطات التدريبية التي شملها البرنامج.

#### 4- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية الرابعة والدراسات السابقة:

نصت الفرضية الرابعة على " وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي".

دلت نتائج البيانات الخاصة بالفرضية الرابعة المعبر عنها في الجدول رقم (23) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية في مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لصالح القياس البعدي. كما دلت قيمة حجم الأثر للبعد

ككل فقد بلغت 0.80 وهذه القيمة تفوق 0.15. مما يعني وجود أثر للبرنامج العلاجي على بعد الشعور بالمسؤولية والاستقلالية، وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الرابعة قد تحققت.

وتتفق نتائج الدراسة مع كل من دراسة (الشهري، 2010). ودراسة (العنزي، 2003) الذي توصل انه توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعاديين في بعد الاستقلالية. مما يشير إلى أنهم متساويين في سمة الاستقلالية، أي أنهم يتحملون مسؤولية أعمالهم، عوضاً على أنهم لا يقبلون الضغط من الآخرين للقيام بأي عمل دون وجود قناعة مسبقة لديهم ، وهذا قد يكون لما حظوا به من قبل والديهم كونهم منحوا قدرًا كبيرًا من الاستقلالية في صغرهم.

وبينت موكرجي (Mukherjee, 1970) في دراستها على مجموعة من طلاب الجامعة بالهند للمقارنة بين ذوي المستوى المرتفع والمستوى المنخفض في دافعية الإنجاز. تبين منها أن الفرق بين الذات المثالية والذات الواقعية أكبر لدى ذوي المستوى المنخفض في دافعية الإنجاز منه لدى ذوي المستوى المرتفع دافعية الإنجاز. ويبدو أن ذوي الدافع المنخفض، يضعون لأنفسهم أهدافا يكشفون بعدها أنهم لا يستطيعون تحقيقها. أي أن ذوي الدافع المرتفع إلى الإنجاز، يتسمون بنواحي شخصية جديرة بالرعاية والاهتمام، مثل: الاستقلالية والثقة بالنفس، وخاصة في مراحل الطفولة ومرحلة التطبيع الاجتماعي. حيث يشعر الإنسان بتحقيق ذاته من خلال ما ينجزه وفيما يحققه من أهداف، وفيما يسعى إليه من أسلوب حياة أفضل ومستويات أعظم لوجوده الإنساني الواعي. (كما ورد في معمريّة، 2013، ص 131)

دراسة آلن وكانجو وشاد ومارستون (Allen, Cahngo, Schad & Marston, 2012) والتي هدفت إلى معرفة المدى الذي يؤثر فيه الزميل في تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة يختلف في قوته بناءً على شخصية المراهق وأصدقائه المقربين، وكان من أبرز نتائجها أنه بالإمكان تعديل هذا التأثير السلبي للرفاق بعوامل فردية وبيئية في حياة المراهق، مثل تطوير مفهوم استقلالية المراهق، والدعم العائلي، والمساعدة على اختيار الزملاء الأنسب.

ويفسر الطالب هذه النتيجة بأن ذلك يرجع إلى كفاءة جلسات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية والذي تعددت فيه الفنيات العلاجية (المحاضرة - المناقشة الجماعية- النمذجة - التغذية الراجعة - الواجبات المنزلية - لعب الدور - الإقناع - تمرين تحمل المسؤولية) مما ساهم في

تنمية المسؤولية والاستقلالية لدى المشاركين بعد تطبيق البرنامج. وكذلك نوع البرنامج العلاجي الجماعي والذي يهدف إلى الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية لدى المشاركين من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي والدقة والإتقان.

ففي الجلسة الخاصة بتحمل المسؤولية، لعبت فنية النمذجة دور فعال في توضيح أهمية أن يكون الإنسان قادر على تحمل مسؤولية العمل الذي يقوم به وإنجازته بشكل مرضى، وأنه يجب عليه تحمل مسؤولية امتناعه والنجاح فيه بتفوق، مع عدم إهماله ما يطلب منه من واجبات منزلية أو مهام وأنشطة، وخلال جلسة تنمية بعد الاستقلال وجد الطالب عدد من المشاركين لا يستطيعوا الاعتماد على أنفسهم في إنجاز أي من الأعمال، ودائماً ما يطلبون المساعدة من زملائهم الآخرين، ويحدث الطالب معهم علمت أن أولياء أمور هؤلاء لا يسمحون ليم بالاعتماد على أنفسهم والخوف الزائد عليهم ومن تصرفاتهم، فيم يقوموا بتدبير كل شئونهم نيابة عنهم من واجبات وأنشطة قد تكون مطلوبة منهم، وقد اتصل الطالب بأولياء الأمور وحثهم على تعديل أسلوب معاملتهم مع أبنائهم وأنهم يجب عليهم إعطاء أبنائهم فرصة للاعتماد على أنفسهم في حياتهم من دون مبالغة والتخوف عليهم، وعدم تقديم المساعدة لهم إلا بعد قيامهم بأكثر من محاولة في إنجاز العمل المطلوب منهم.

فالاستقلالية هي حالة شخصية تجعل الفرد قادراً على تحمل المسؤولية بالكامل عن القرارات أو الآراء التي يتخذها، وبهذا يمكن الإشارة إلى الاستقلالية بالنسبة للمدمن تعبر عن حالة اعتماد على نفسه عند امتناعه عن التعاطي، ولكي يصل لذلك لا بد أن يكون مبادراً ونشطاً ويتخذ قرارات صائبة وذات جرأة. ولا يمكن أن تتجج الاستقلالية دون ممارسة الحرية والمسؤولية. كما أن الشعور بالمسؤولية ينمي شخصية الفرد ويدفعها إلى إطلاق قدراتها واكتساب المهارات والخبرات الحياتية والعملية.

فغالبا ما يسأل المدمن أصدقائه والمحيطين به أن يساعده، فقبل نقطة التحول تكون مسؤوليته أو عبء التحكم في الذات ملقاة على عاتق الآخرين، فإذا ما تم التحول تكون الصفة الأساسية هي قبول المدمن للمسؤولية. هذه خاصية نقطة التحول.

وتشير الدراسات كذلك، إلى أن ذوي الدافع المرتفع إلى الإنجاز يتميزون بأنهم أكثر ميلاً إلى الثقة بالنفس، وإلى تفضيل المسؤولية الفردية، وتفضيل المعرفة بنتائج أعمالهم ويشير ماكيلاند (McClelland, 1971) إلى أن ذوي الدافع المرتفع إلى الإنجاز يتميزون بأربع سمات هي :

استكشاف البيئة، المغامرة المحسوبة، تعديل المسار وفق النتائج، تحمل المسؤولية. وتعني سمة تحمل المسؤولية، أن الأفراد ذوي الدافع المرتفع إلى الإنجاز، يفضلون الأعمال التي يتحملون فيها المسؤولية، ويتجنبون الأعمال التي لا يخضع فيها احتمال النجاح أو الفشل لسيطرتهم، أي أنهم يختارون من الأعمال ما يتحملون مسؤولية نجاحهم أو فشلهم فيها. (معمرية، 2013، ص 128)

ومن هنا فإن الاستقلالية وتحمل المسؤولية يعكس رغبة الفرد في إنجاز المهام والأعمال، اعتمادا على ذاته لا اعتمادا على غيره، وفي ذلك رغبة من قبل الفرد في الاستقلالية مبتعدا عن التبعية التي تكبل الفرد وتجعله أكثر استلابا وإتباعا للآخر وآرائه وأفكاره. وما أن يبدأ الفرد في تعلم مهارات تساعده حتى يعبر عن رغبته في الامتناع، ويرتفع مستوى ملاحظة الذات ويبدأ المدمن في إدراك أن تكاليف السلوك الإدماني أكبر بكثير من مكاسبه، وتتضح أمامه تدريجيا حقيقة أن الإدمان هو القوة المدمرة لحياته وهذا ما جعل هذه الجلسات أهمية في دفع المشاركين غالى الامتناع عن التعاطي والثقة في أنفسهم.

#### 5- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية الخامسة والدراسات السابقة:

نصت الفرضية الخامسة على "وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المقياس لدى أفراد العينة على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي". دلت نتائج البيانات الخاصة بالفرضية الخامسة المعبر عنها في الجدول رقم (25) تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين لصالح المقياس البعدي. كما دلت قيمة حجم الأثر للبعد ككل فقد بلغت 1.14 وهذه القيمة تفوق 0.15. مما يعني وجود أثر للبرنامج العلاجي على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن، وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الخامسة قد تحققت.

وتتفق هذه النتائج في بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن ووفق الجلسات الأربعة المحددة لذلك (التخطيط للمستقبل، التخطيط للوقاية من اللهفة والانتكاسة، مهارة قضاء وقت الفراغ، مهارة البحث عن العمل). انفق مع مجموعة من الدراسات: ومنها الأمر نفسه دراسة (رتاب، 2018) التي هدفت إلى بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على

المخدرات، وكان من أبرز نتائجها وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي وبالتالي فالبرنامج العلاجي الجماعي فعال في التخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات. وكذلك توصلت دراسة (الصبوة وحسني، 2016) بعنوان فعالية العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد وتأثيره في تحسين بعض المشكلات المعرفية والصحية، تشير نتائجها إلى تحقق فرضها القائل بأن متوسط نتائج المعتدين على الكوكايين بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي أقل جوهرياً من متوسط نتائجهم قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي، وأثناء فترة المتابعة، في كل من مستويات اللهفة، واحتمالات الانتكاسة. كما هدفت دراسة (تيايينة، 2016) إلى بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، بهدف التخفيف من شدة المشكلة، من خلال تخفيف أعراض شدة شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الإدمان، وكذا التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، والتخفيف من لهفتهم نحو نشوة المخدر، كذلك التخفيف من شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو الموقف الخبيري. وقد تبني الباحث في بناء هذا البرنامج المنحى العلاج العقلائي الانفعالي، للعالم السيكولوجي (ألبرت أليس). وكان من أبرز نتائجها ما يلي: اكتشاف درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان لدى المدمنين على المخدرات، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير الخبرة الإدمانية، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات شعور مدمني المخدرات بشدة لهفة الإدمان حسب متغير السن، كما يعاني مدمنو المخدرات من درجات مرتفعة في شدة أعراض لهفة الإدمان مصدرها: نوع المخدر، نشوة المخدر، الموقف الخبيري للإدمان، وقد ساهم البرنامج الإرشادي المبني على الإرشاد العقلائي الانفعالي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف في درجات اللهفة للإدمان. وتوصلت دراسة رونسافيلي وآخرون (Rounsavilie et la, 2014) والتي هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي و فحص كفاءة البرنامج في السياق عبر الثقافي على عينة من المراهقين. وكان من أبرز نتائجها لتشير إلى خفض جوهرى في مستويات الشعور باللهفة لتعاطي الكوكايين والأعراض الانسحابية، وتعديل أغلب الأفكار الآلية بما تعكسه من معتقدات صحية سلبية تجاه المادة المعطاة، وارتفاع جوهرى في معدلات الوقاية من الانتكاسة لدى كافة أفراد المجموعة الأولى ممن طبقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي، في حين أظهرت المجموعة الثانية تحسناً في خفض مستوى الشعور باللهفة وخفض الأعراض الانسحابية لدى

المجموعة الثانية ممن طبقوا العلاج الدوائي، إلا أنها سجلت ثلاث حالات تعرضوا للانتكاسة خلال الثلاثة الأشهر الأولى من المتابعة.

كما اتفقت مع ما توصلت إليه دراسة (العون، 2011) التي أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي على مقياس مواقف الانتكاسة لصالح القياس البعدي. ودراسة (فيني، 2006) التي هدفت إلى التركيز على الفاعلية الذاتية وتحسين أسلوب حل المشكلات والتخطيط الجيد لمنع الانتكاسة مع معتمدي الأمفيتامينات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، وقد أوضحت نتائج الدراسة تحسناً في الفاعلية الذاتية لرفض الأمفيتامينات واستمرار التحسن استناداً للبيانات الأساسية للمواد التي لم تخضع للبرنامج، وقد تنبأ مقياس الصحة العامة واستبيان الفاعلية الذاتية لرفض الأمفيتامينات ومقياس شدة الاعتماد بنجاح البرنامج. وبحثت دراسة (عبد الوهاب، 2006) إلى بفحص مجموعة من العوامل المعرفية لمعرفة مدى أهميتها في الحفاظ على التوقف عن التعاطي، وكان من أبرز نتائجها أن المراهقين الذين نجحوا في الاستمرار في التوقف والمحافظة على التعافي يمتلكون العديد من المهارات الجيدة في التعامل مع أنفسهم ومع مشكلاتهم الحياتية مما أدى إلى شعورهم بالكفاءة الشخصية والفاعلية، وكذلك وجد أن احتمالات الانتكاسة لديهم ضعيفة حتى في المواقف التي تتسم بالاحتمالية العالية للتعاطي مقارنة بغيرهم ممن عادوا للتعاطي أو المستمرين دون امتناع. وفي (دراسة مفتاح، 2003) هدفت إلى الوقوف على فاعلية النموذج المعرفي السلوكي على بعض المتغيرات المرتبطة بتعاطي الهيروين، وأظهرت النتائج أن هناك تغييراً في المعتقدات الإدمانية، ومعتقدات الشوق في الاتجاه الإيجابي، وأن قوة الرغبة في التعاطي واحتمالية التعاطي بدأت في الضعف.

وتفسر نتائج الدراسة كذلك إلى البرنامج العلاجي المستخدم ساعد المتعاطين على إجراء تعديلات عميقة ودائمة في توجهاتهم وممارساتهم في هذه المرحلة العلاجية، فمكنت المشاركين من التعامل مع عوامل خطورة المخدرات وضرورة التفكير والتخطيط بشكل إيجابي، و زودتهم بأساليب جديدة ساهمت في القدرة على تغيير إلى الأحسن والتفكير بكفاءته ذاتية في التعامل مع مواقف سبق أن شكلت لديه صعوبات. وإن الاستعداد والتهيؤ للتعامل مع المواقف الصعبة يشكلان جزءاً هاماً في خفض الرغبة في التعاطي، حيث تصبح المهارات التكيفية بديلاً عن اللجوء إلى التعاطي من أجل التغلب على التوتر المرافق للصعوبات. فإستراتيجية المناقشة و الحوار السقراطي، إضافة إلى التدريب

على الاسترخاء في حالات القلق والتوتر الناتجان عن الاشتياق، زودت المشاركين بمجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية المتوقعة، وقد أسهم ذلك في الوقاية من الانتكاس، وتنمية مهارات أوقات الفراغ.

بحيث كان جميع المشاركين فاقدني الإحساس بأهمية الوقت، وليس لديهم هدف للسعي إليه، ومن هنا حرص الطالب على تنشيط الشعور بأهمية الوقت بداخلهم، وضرورة اتخاذ مثل أعلى "قدوة" في حياتهم، ووضع هدف والسعي إلى تحقيقه، واعتمد الطالب في تنمية هذه الأبعاد على فنية بشكل أساسي بالإضافة لفنيات الأخرى التي رأيت أنها مناسبة لذلك البرنامج، فبدأ الطالب بالتخطيط للمستقبل وأهميته في الوقاية من التعاطي والامتناع النهائي بإدارة الوقت وتنظيم وذلك بمساعدة كل المشاركين بالعمل والالتزام به، وهدف بعيد يسعى له وهو المهنة التي يريد أن يعمل بها في المستقبل .

فقد سمح البرنامج العلاجي الجماعي المشاركين بالتنفيس والتعبير عن مشاعرهم ورغباتهم المستقبلية وكذلك معاناتهم بالتعرف على دوافعهم الحقيقية وكذلك الظروف التي تدفع به عادة إلى الانتكاسة والعودة إلى تعاطي المخدرات مرة أخرى، ومن ثم إكسابه بعض المهارات والتي يمكنه الاستعانة بها للتغلب على كل ما هو سلبي ويدفع به إلى الانتكاسة من جديد. وهذا ما أكدته دراسة (غانم، 2000) المدمنون وقضايا الإدمان، حيث أظهرت أن عدم السيطرة على الشوق يعد من بين أهم أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين أنفسهم.

فتزايد إسهام العلاج المعرفي السلوكي عبر الزمن، حيث يرى (بيك وزملائه) أن المعتمد ربما يخبر مجموعة من المواقف الحياتية التي تمثل مواقف عالية الخطورة مهياً ودافعة للانتكاسة لتعاطي المادة، إنما يعتمد على ما اكتسبه طوال فترات تطبيق جلسات العلاج المعرفي - السلوكي من أساليب في مواجهة تلك المواقف، مستعينا بكافة ما تدرب عليه وما تعلمه بها لمواجهة أفكاره الآلية إذا ما راودته، أو مواجهة المواقف أو الأحداث أو الأشخاص الدافعين لتعاطيه مادة، أو التغيرات التي تطرأ على حالته المزاجية ما بين استقرار علامات منذرة بالانكسار، أو مقاومة شعوره بالهفة لتعاملي المادة المعتاد عليها من قبل. (كما ورد في حسيني، 2016) وتكون المرحلة الأخيرة من الامتناع هي استمرار وتدعيم المهارات الجديدة واتخاذ أسلوب جديد في الحياة مما يحثهم ويدفعهم إلى اتخاذ أنماط سلوكية ايجابية ومستقلة. إن إدماج هذه الأنواع الجديدة من السلوك في الحياة اليومية هو جوهر الوقاية من الانتكاس.

إلا أن نتائج الدراسة في هذه المرحلة تختلف عن ما توصلت له دراسة (العنزي، 2003) من نتيجة الدراسة يتضح لنا بأن العاديين ومدمني الامفيتامين لديهم ميل إلى التخطيط والتنظيم في مجمل أمورهم حتى يكونوا مواكبين لما تعول إليه الأمور بالمستقبل، بخلاف مدمني الحشيش (كون القلق سمة دائمة كما بينها هذه الدراسة في نتائجها السابقة) مما يجعلهم يهربون من المشاكل والصعوبات التي تواجههم في الوقت الآني عوضاً عن المستقبل إلى المخدر الذي يجدونه ملائماً ومنجاة باعتقادهم. وهنا لا بد أن نشير أن القلق الدائم والمستمر الذي يعتري مدمنو مادة الامفيتامين، كونها سمة من سماتهم، قد تعيقها على التخطيط والتنظيم بصورة سليمة، قد يرجى سوء التخطيط إلى المبالغة الزائدة في بعض الأمور سواء الآنية أو المستقبلية. كما بينت هذه الدراسة توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعاديين في بعد القلق المرتبط ببدء العمل والنشاط. إلا أن مدمني الحشيش كون القلق سمة دائمة غير قادرين على معرفة الأمور التي تثير قلقهم المستقبلي.

وفي ضوء ما سبق يتضح اثر جلسات البرنامج العلاجي على بعد التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن في تنمية دافعية الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين، في تطبيق البرنامج واستمرارية فعاليته.

#### 6- مناقشة النتائج وتفسيرها في ضوء الفرضية السادسة والدراسات السابقة:

نصت الفرضية السادسة على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة المتابعة لمدة (شهرين).

وبعد عرض البيانات الخاصة بالفرضية السادسة المعبر عنها في الجدول رقم (28) فقد بلغ المتوسط الحسابي درجاتهم على مقياس الدافعية للامتناع عن تعاطي المخدرات في القياس التتبعي فقد قدر بـ 68.40 بانحراف معياري قدره 8.127. كما جاءت قيمة اختبار "ت" المحسوبة لعينتين مترابطتين مساوية لـ -1.177 وهي أصغر تماماً من قيمة اختبار "ت" الجدولة التي قدرت بـ 2.26، وأن القيمة الاحتمالية (sig) البالغة 0.269 هي أكبر من مستوى الدلالة (المعنوية) (0.01)، بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة 0.01.



يتبين من النتائج السابقة بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطي درجات أفراد المجموعة المشاركة الذين طبق عليهم الطالب البرنامج العلاجي في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

مما يشير إلى استمرار أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي في تنمية مستوى الدافعية لدى أفراد المجموعة المشاركة بعد تطبيق البرنامج بشهرين. وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية السادسة قد تحققت.

وتتنفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة حول استمرار التحسن في القياس التتبعي عند تطبيق البرامج المعرفية السلوكية لدى مدمني المخدرات ومنها:

دراسة (المخيني وحمدي، 2017) التي أظهرت النتائج عدم وجود فروق على مقياس الرغبة بالتعاطي لدى المجموعة التجريبية بين القياس البعدي، وقياس المتابعة الذي أجري بعد أربعة أسابيع من توقف البرنامج التدريبي. وأوضحت دراسة (بورنان، 2017) أن برنامج التوعية الصحية المقترح في هذه الدراسة دور في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، بأنه ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات بعد تطبيق برنامج التوعية الصحية وبعد مرور فترة المتابعة. وبينت دراسة الصبوة وحسني (2016) بعنوان فعالية العلاج المعرفي - السلوكي متعدد الأبعاد وتأثيره في تحسين بعض المشكلات المعرفية والصحية، تشير نتائجها إلى تحقق فرضها القائل بأن متوسط نتائج المعتدين على الكوكايين بعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي أقل جوهرياً من متوسط نتائجهم قبل تلقي العلاج المعرفي السلوكي، وأثناء فترة المتابعة. ودراسة (شيهان، 2015) التي كان من أبرز نتائجها أن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ذو أثر في استمرار متابعته مساعدة المراهقين على الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الأعراض الإدمانية الانسحابية. كما أشارت دراسة (الخليل، 2015) باستمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية لفترة شهرين من المتابعة، واستمرار الثبات في التحسن الذي حصل عليه أفراد المجموعة التجريبية نتيجة للتدخل العلاجي إلى فترة شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. وبينت دراسة ريتشارد وآخرون (Richard et al,2006) أن نتائج العلاج المعرفي السلوكي كانت أطول أجلاً، وأن كليهما يساعد في الامتناع عن استخدام المخدرات، كذلك أظهرت المتابعة أن كليهما فعال، وله نتائج مرضية. كما توصلت الدراسة (الحسن، 2004) في

دراسته لأهمية عاملي أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية للامتناع عن المخدرات لاستمرارية الامتناع عن تعاطي الهيروين، وبناء على نتائج الدراسة يوصي الباحث بإدراج العوامل المعرفية والسلوكية كالكفاءة الذاتية وأسلوب التكيف في البرامج التأهيلية لمدمني الهيروين وذلك بالتركيز أكثر على كيفية إدارة المشاعر السلبية والبحث عن الدعم الاجتماعي وتعزيزه. ودراسة هيجينز وآخرون (Higgins et al, 1994) كان من أبرز نتائجها وأوضحت نتائج البحث أن العلاج السلوكي متعدد المكونات كان له فاعلية أكبر في استمرار المرضى المترددين على العيادة الخارجية في الحصول على العلاج، كما انه يعتبر عنصراً أساسياً في الإقلاع عن الإدمان.

كما تتفق النتيجة الحالية مع ما ورد في دراسة (الشهري، 2010) فيما ما توصلت إليه كورولا (Carroll et al, 2004) أيضاً في دراستها والخاصة بفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع مرضى الإدمان والذي يمددهم بطرق ومهارات جديدة للمواجهة مما يساعدهم على الاستمرار في التعافي. وتتفق مع نتائج كلا من محمود (1991)، ودراسة الصياح (1997)، ودراسة الطراونه (2005)، ودراسة شحروري (2006). حيث خلصت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية البرامج العلاجية في إثارة وتنمية الدافعية لدى الأفراد، حيث دعمت التوجهات النظرية في اعتبار التدريب على تلك البرامج مطلباً أساسياً لتنمية الدافعية.

كذلك تتفق هذه النتيجة مع النتائج التي خرجت بها دراسات كل من (لارسين 1990، بتلر 1991، كوتي 1994، كاش وجرانت 1996، وواجنر 1998)، والتي أكدت على أن العلاج المعرفي السلوكي يعد ضمن أفضل العلاجات التي يمتد أثرها لفترة طويلة بعد انتهاءه. (كما ورد في عبد الوهاب، 2006، ص 148)

تؤكد نتيجة اختبار الفرضية السادسة استقرار درجات المشاركين في مستوى الدافعية للامتناع عن التعاطي في بعد الاستبصار وتقبل الذات، وذلك بعد مرور مدة زمنية، كما على بعدي الاستقلالية والمسؤولية، مع أن الفروق لم تكن متباعدة النسبة، إلا أنه يمكن إرجاعها إلى المكاسب التي حققها المشاركون في الفترة التي تلت نهاية البرنامج العلاجي، وفي استمرار استخدامهم الأنشطة والمهارات التي تدربوا عليها والتي كانت تحاكي إلى حد كبير مواقف عملية ومشابهة لما تلقوه في أثناء تنفيذ البرنامج.

كما تعكس نتائج الفرضية السادسة أثر البرنامج العلاجي والدقة والتنظيم في بنائه، والذي جاء نتيجة لأسباب عديدة منها بالعديد من الدراسات السابقة المتاحة وبالاعتماد على الأطر النظرية المعرفية السلوكية والاستعانة بذوي الخبرة من المحكمين في كل مرحلة من مراحل تطوير البرنامج وتجريبه، و استفادة الطالب من البرامج المشابهة والتوصيات التي اقترحها الباحثون في مجال الإدمان.

ويرى الطالب أنه بعد تنشيط الدافعية احتل المرتبة الرابعة في جلساته المحددة ومهاراته المتعددة في كل قياس، إنما هو نتيجة لقلة جلساته التي يحتاجها المراهق لتعلم مهاراته وتحتاج إلى فترة زمنية أطول في ممارسة المهارات المتعلمة، إذ يقوم بتعلم حل المشكلة، والتدريب على السلوك الحضوري الإيجابي. وعليه فإن نتائج اختبار الفرضية الثالثة تشير إلى استمرار أثر نتائج التدريب على البرنامج العلاجي في تنمية الدافعية بعد مدة من انتهائه.

ويفسر الطالب هذه النتيجة من خلال الإجراءات التي تم اتخاذها في خلال الجلسات العلاجية مع المشاركين والمتمثلة خاصة في تطبيق فنيات سلوكية يقوم بها المدمن في إقامته، فقد عمد الطالب إلى توجيههم إلى عدة فنيات معرفية وسلوكية مفيدة يقوم بممارستها ويعمل على تكرارها في كل مرة على اعتبار أن هذه الأنشطة المتنوعة ساعد في استمرار أثر البرنامج العلاجي مع مرور الوقت، مثل: فنية التغذية الراجعة والتي كان لها أثرا كبيرا في ترسيخ المعلومات والمعارف، وكذلك أداء الواجبات المنزلية وتطبيقهم المهارات التي اكتسبوها خلال الجلسات في حياتهم اليومية كان له دورا هاما في احتفاظه بهذه المهارات، وكذلك الحوار والمناقشة الجماعية، ولعب الأدوار، والتعزيز، والنمذجة، وغيرها من الفنيات المتنوعة وأي كان نوع النشاط الذي يحبه فهو سيستمر في ممارستها وتطوير ذاته من خلالها حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية، ويبدو أن عينة الدراسة قد التزمت بالخطة العلاجية وقامت بتطبيق فنيات كانت قد اكتسبتها أثناء الجلسات العلاجية، واكتسبت بذلك دافعية استطاعت بذلك أن تمنع نفسها من الانتكاسة والتفكير مجددا في المخدرات. ساعد في استمرار أثر البرنامج العلاجي مع مرور الوقت.

وتأكيدا على ما سبق فإن النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية تشير إلى تأثير هذه التدخلات العلاجية، فالمشاركون الذين شملتهم الدراسة التتبعية استمروا في الامتناع عن التعاطي لفترة تجاوزت الشهرين لدى أغلب المشاركين، و تأكيدهم على أنهم يشعرون بالتحسن يوما بعد آخر، وأنهم تمكنوا من مواجهة الكثير من المشكلات خلال تلك الفترة دون التفكير في العودة للتعاطي من

جديد حتى وإن كانت نوبات من الشوق للمخدر والتي تعتبر من الأمور الطبيعية في الإدمان، إلا أنهم أفادوا بأنهم اكتسبوا واستفادوا من الكثير التقنيات والمهارات العلاجية تمكنهم من التغلب على نوبات الشوق والتعاطي.

أي أن البرنامج العلاجي قد نجح في تحقيق أهدافه العامة والخاصة، حيث أن أثر التدريب في البرنامج العلاجي مازال مستمرا مع مرور الوقت، ولم يكن أثرا وقتيا، ويعزو الطالب ذلك إلى التزام أفراد المجموعة المشاركة وحضورهم لجميع جلسات البرنامج العلاجي، ومناقشاتهم ومشاركاتهم الفعالة أثناء تلقي التدريبات المختلفة، وكذلك تنوع في الأنشطة والمهارات والمعارف المقدمة، ووجود عنصر التشويق والجدة بعيدا عن جو الروتين اليومي، كان له دوره الهام في جذبهم للحضور والمشاركة، وجعلهم أكثر وعيا وحرصا للاستفادة القصوى من جلسات البرنامج العلاجي، ودوره أيضا في ترسيخ المعلومات والمهارات التي تم اكتسابها.

ويشير كل من (Carey & Carey, 1993) و (Solomon & Annis, 1989) إلى أن مرضى الإدمان ذوي الدافعية المرتفعة هما أكثر استفادة من الخدمات العلاجية التي تقدم لهم وذلك لتفسيرهم للزلة أو السقوط المؤقت أنه خطوة للوراء ولكنها مؤقتة فيقومون بمضاعفة المجهود لإعادة السيطرة على النفس، بينما يرى أصحاب الدافعية المنخفضة أن إخفاقاتهم ومشاكلهم فوق سيطرتهم الشخصية. (كما ورد في الحسين، 2014)

وقد أشارت إلى ذلك (منظمة الصحة العالمية، 2001) أن أكثر المصادر وأقواها في تنمية الدافعية هو المرور بتجارب ناجحة للامتناع عن المخدرات وهو ما يقوي احتمال أن الدافعية تزداد تدريجيًا أثناء العلاج وطول فترة الامتناع. ويلاحظ على جميع الدراسات التي تناولت مستويات الدافعية للامتناع عن المخدرات تجمع على الارتباط الإيجابي بين مستوى الكفاءة الذاتية وطول فترة الامتناع للمرضى في فترة تواجدهم خارج المستشفيات أو الوحدات العلاجية أي بعد اكتمال فترة العلاج الداخلي وهي على الأقل ثلاثة شهور كما أوصت بذلك.

وتفسر هذه الملاحظة على أن التجارب الحقيقية للامتناع عن التعاطي تكون خارج البيئات المحكمة أو المغلقة في المستشفيات أو الوحدات العلاجية وذلك لوجود البيئة الحقيقية غير المقلدة والتي يمكن أن تثير الرغبة القوية والحاجة الملحة للتعاطي مرة أخرى.

ومن هنا نستطيع القول أن العلاقة بين الدافعية وطول مدة الامتناع عن التعاطي، هي علاقة تبادلية إنه كلما ارتفع مستوى الدافعية للامتناع أدى لزيادة طول مدة الامتناع، وكلما طالت مدة الامتناع ارتفعت الدافعية، أي هناك علاقة ثنائية الاتجاه بين الامتناع عن المخدرات والدافعية، وذلك بالرغم من أن أثناء تطبيق البرنامج العلاجي وعند بداية العلاج الدافعية كانت مرتفعة.

بحيث عندما يبادر المدمن بطلب العلاج داخل المركز والإقامة فيه، فهو يشعر بعدم القدرة إطلاقاً عن التوقف، مع توفر النموذج الذي يمكن الاستفادة من خبراته داخل المركز والمجتمع العلاجي، حيث يقوى اعتقاد المرضى بامتلاكهم القدرة على الامتناع والتغلب على المشاكل من خلال ملاحظة تجارب الآخرين الناجحة وأيضاً توفر التدخل النفسي الاجتماعي ضمن البرنامج العلاجي يمكن أن يؤدي كذلك لتقوية اعتقاد المريض بامتلاكه لمقومات النجاح وذلك من خلال الإقناع الشفهي له بامتلاك قدرات تمكنه من تحقيق أهدافه، فيمكن لهذين المصدرين الأساسيين الإسهام كذلك في تقوية الدافعية للامتناع في فترة العلاج الأولى.

وقد أكد على ذلك (سايل، 2016) بأن نجاح العلاج هو الحفاظ على العلاج والاستمرار فيه. واستناداً إلى المعطيات يبدو ضرورياً تشجيع التدخلات العلاجية المدعمة للاستمرار في العلاج وتحترم في نفس الوقت طلب واستقلالية المريض بالاعتماد على تشجع الدافعة لديه. واهتم الباحثون ببناء برامج علاجية وتقنيات تقدير سلوك الإدمان على المخدرات تركز أساساً على تقنيات سلوكية ومعرفية تساعد المدمن على تنمية الدافعية للعلاج وتحمل الامتناع عن المخدرات وتغيير سلوكه بتعلم أسلوب حياة مناسب، يتميز بالحفاظ على الصحة والتحكم في أحداث الحياة الضاغطة، وكذا حل المشكلات الاجتماعية كأسلوب تعامل مع الضغوط اليومية، تجدر الإشارة إلى توقف نتيجة العلاج الإيجابية على طلب المدمن ودافعيته الداخلية ورغبته في التحسن وتحمل أعراض الامتناع والمثابرة في مقاومة الانتكاسة... فمن أكثر العلاجات فعالة نجد العلاج المعرفي السلوكي المزود بتقنيات تقدير وعلاج تستحق الاهتمام.

وبالنظر إلى النتائج التي تم الحصول عليها من خلال تحديد مستوى الدافعية عند المشاركين معرفة نتائج مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين بعد مرور فترة شهرين من تطبيق البرنامج، سواء كانوا جيدين أو ضعافاً واكتشاف نقاط القوة والضعف عند المراهقين المدمنين ومعرفة دافعيتهم للامتناع عن المخدرات. نعرض الجدول التالي الذي يحدد ذلك.

فقد أظهرت نتائج الجدول رقم (29) تحسنا جيدا لدى عدد من المشاركين بحيث اكبر درجة مرتفعة هي 80 و 50 هي درجة الضعيفة على مقياس الدافعية للامتناع. بعد تطبيق البرنامج بالمقارنة مع نتائجهم على القياس التتبعي، حيث حالة واحدة حصلت على درجة ضعيفة (50)، أما أفراد التسعة الآخرين تحسنا بصورة متوسطة. ويعود السبب في أن المشارك الذين لم يتحسن بصورة جيدة كان من المتعاطين للمخدرات لفترة طويلة من الزمن، مع اعتماد نفسي وجسدي للمادة والتعاطي المتعدد لها، وأنه كان من الأفراد الأكبر سنا، وهذا ما جعل التحسن ضعيفا نتيجة لصعوبة التعامل مع المتغيرات النفسية وأعراض الامتناع بسهولة. وهذا يتطلب جلسات علاج إضافة بشكل مستمر لفترة سنة على الأقل معه.

وبمقارنة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات سابقة تختلف جزئيا مع جاء في دراسة دراسة نيس وأوي (Ness Oie, 2005) أظهرت النتائج أن جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لم تكن فعالة ولم تؤدي إلى التحسن المتوقع في نهاية البرنامج أو في تخفيف سلوكيات التعاطي، وذلك بعد ثلاثة أشهر من المتابعة. ودراسة رونسا فيلي وآخرون

(Rounsavilie, Nich, Ball, Fenton, Gawin, Kosten, et la, 2014) والتي هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ولفحص كفاءة البرنامج في السياق عبر الثقافي على عينة من المراهقين. وكان من أبرز نتائجها تسجيل ثلاث حالات تعرضوا للانتكاسة خلال الثلاثة الأشهر الأولى من المتابعة. ودراسة (الخليل، 2015) بأن المجموعة المشاركة لم يحافظوا على التحسن المطلوب الذي أحدثه في القياس البعدي واستمراره بعد ثلاثة أشهر من القياس المؤجل.

وقد يعود سبب الاختلاف إلى مجموعة من التغيرات التي حدثت في حياة بعض أعضاء المجموعة التجريبية في حياتهم اليومية، والتي أدت إلى تراجع في بعض الآثار الذي أحدثه البرنامج، علاوة على ذلك، فإن المتغيرات التي حدث فيها تراجع أو انتكاس تعود إلى طبيعة هذه المتغيرات (الوظائف الجسمية الوضع الخلفي، والكفاءة الشخصية) والتي تحتاج إلى متابعة حثيثة لفترة طويلة من الزمن حتى يتم إحداث تغييرات إيجابية فيها.

وتتفق هذه النتيجة مع ما قدمه المهتمون بمشكلة علاج الإدمان، من تصورات حول كيفية العلاج، فهناك من يؤكد على أنه من الثابت حاليا أن مرحلة العلاج لا تنتهي بمجرد انتهاء من

البرنامج العلاجي أو مغادرة المستشفى أو المركز الخاص بمعالجة المدمنين، وأنه من الضروري أن يخضع المدمنون لمرحلة متابعة وإعادة تأهيل طويلة الأمد، وهذا ما يستدعي إنشاء أجهزة متخصصة للاضطلاع بمهمة رعايتهم اللاحقة حتى تساعدهم على اكتساب العديد من المهارات التي تنقصهم للتعامل مع الحياة بكفاءة. كما أنه يجب اتخاذ تدابير العلاج والرعاية الاجتماعية اللازمة الخاصة بإعادة تأهيل المدمنين مهنيا واجتماعيا، حتى يعودوا للمجتمع أفراد صالحين قادرين على العطاء.

فمن العوامل التي يمكن أن تساهم في زيادة فترة الانقطاع عن المخدرات أيضا توصلت نتائج دراسة صلاح الشيخ إلى أن البقاء بوحدة الرعاية الممتدة يلعب دورا أساسيا في التوقف عن التعاطي، وقد أفاد أفراد العينة بأن برامج العلاج الداخلية مفيدة، ولكن لا بد من إتباعها بفترة مراجعة خارجية تساعدهم على الالتزام بالأداء اليومي للأنشطة العادية، وتكسبهم العديد من المهارات المطلوبة للتوافق مع الحياة مثل مهارات حل المشكلات، التعبير عن المشاعر والتسامح، مهارات الرفض والتجنب، ومهارات التفكير الإيجابي كاستراتيجيات أساسية للتعامل مع الحياة ومواجهة الانتكاسة، والتي تساعد بدورها على الامتناع عن التعاطي. كذلك أظهرت النتائج أن هناك تحسنا واضحا في طبيعة العلاقات الأسرية والاجتماعية لدى أفراد العينة، وأن هذا التحسن يرتبط إيجابيا بطول فترة الالتزام بالبرنامج العلاجي الممتد. (عبد الوهاب، 2009)

وفي الأخير هذا ما تشير إليه نتائج الدراسة إلى أهمية البرنامج المعرفي السلوكي المعرفي الجماعي المعد، وأثره بالنسبة لمجموعة الدراسة الذين تلقوا العلاج والتدريب على المهارات المعرفية والسلوكية، وتابعوا جميع التقنيات والإجراءات والجلسات المعدة، مما يعني أنهم أصبحوا أكثر قدرة على فهم البنية المعرفية الخاصة بهم وتنمية الدافعية المستمر للامتناع عن التعاطي.

خاتمة



## خاتمة

إن التركيز الرئيسي لهذه الدراسة كان لتحديد أثر تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لتنمية دافعية الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين المترددين على طلب الامتناع عن المخدرات بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد النهاري، والغرض من هذه الدراسة مساعدتهم على الامتناع المستمر، تم تحديد 18 جلسة علاجية مرتبة وفق تدخل معرفي سلوكي متسلسل على عينة ملائمة عددها 10 أفراد، دام لمدة شهرين، في كل مراحل العلاج تم جمع البيانات بصورة منهجية قبل وبعد تطبيق المعالجة من خلال أداة مصممة وهي مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات من إعداد الطالب، وبالاعتماد كذلك على القائمة التشخيصية للاعتماد وسوء استخدام المواد (DSM/IV)، وأشارت النتائج أن المشاركين في البرنامج أظهروا قدراً من التحسن في تنمية دافعية الامتناع عن المخدرات، وتؤكد النتائج أن البرنامج العلاجي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى احتفاظ المشاركين بالمكاسب العلاجية التي أحرزتها في القياس البعدي، واستمرار التحسن لديهم في أغلب الأبعاد في القياس التتبعي. مما يشير إلى ثبات أثر البرنامج المستخدم، الأمر الذي يمكن القول معه أن الدراسة قد حققت أهدافها، وتحققت معها صحة فروضها الستة.

ومن خلال نتائج هذه الدراسة والدراسات السابقة يتضح مدى أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة التعاطي وتنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على إعادة البناء المعرفي والتحليل الوظيفي للسلوك والأطر التخطيطية لإكساب المريض الاستبصار بمشكلاته، وتعزيز دافعيته للتغيير المستمر، وتدريبه على كيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، وبذلك يعد الفرد لتجنب الوقوع في اضطرابات التعاطي مرة أخرى بسبب أفكاره وسلوكياته الخاطئة، وبالتالي يكون قادراً على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية. كما أن استفادتهم من الإجراءات والتدريبات المتنوعة والمتعددة التي تدربوا عليها، مما ساعد في تطوير مهاراتهم وتغيير البناء المعرفي بشكل فعال، مع أهمية الواجبات المنزلية التي كانت تقدم مع نهاية كل جلسة وتناقش وتصوب مع بداية الجلسة التي تليها مما ساعد في نقل الخبرة ليطل مواقف الحياة اليومية لدى المشاركين. كذلك أهمية أسلوب العلاج الجماعي المستخدم في البرنامج والذي يتسم بالحرية والتفاعل والمشاركة الوجدانية والعمل الجماعي والاحترام المتبادل، ودعم الثقة بالنفس. ويرى الطالب أيضاً أن هذه النتيجة تأتي للحاجة الملحة لدى الأفراد المشاركين للتخفيف من شدة ما يعانونه

من أعراض الاعتماد النفسي، وهذا ما لمسها الطالب في الدافعية المرتفعة لحضور البرنامج العلاجي وفي الالتزام بقواعد الجلسات والواجبات المنزلية، والحماسة الملاحظة والجهد الجاد في أداء الأنشطة والتدريبات.

كما أن التفاعل الذي حدث بين الأفراد المشاركين في التجربة والقبول الإيجابي لذواتهم وللآخرين، والذي وجد بين أفرادها، وجو الحب والالتحام فيما بينهم، والتنفيس الانفعالي داخل الجلسات، وتعلم أنماط سلوكية معرفية جديدة، وتعلم مهارات جديدة مكنتهم من القدرة على تغيير أفكارهم وصورتهم عن أنفسهم وعن الآخرين وتقبلهم لذاتهم، والقدرة على وقف الأفكار السلبية أو تحويلها، والوعي بالمشكلات، والقدرة على التأقلم معها وحلها بصورة إيجابية وبطريقة مرضية، وزيادة الاستبصار بحجم مشكلاتهم، ومدى أهمية التعامل معها ومواجهتها بدلا من الهروب منها وتفاقمها بسبب المخدرات، والقدرة على مواجهة الصعوبات النفسية والمعرفية. هذا ساعد المراهقين على زيادة الدافعية للأداء، وزيادة وعيهم بذاتهم، وإدراكهم لمهاراتهم وقدراتهم واستعداداتهم، وكذلك رؤية أكثر موضوعية للمواقف أو المشكلات. وصولا إلى تحقق الأهداف والطموحات، وتحقيقا للأهداف العامة للعلاج النفسي.

وبناء على ذلك يمكن تعليل ارتفاع مستوى الدافعية الذاتية للامتناع لدى عينة الدراسة باعتبارها أحد مكونات الشخصية الإنسانية والتي تتأثر بخبرات النجاح والفشل التي يمر بها الفرد، فتعرض أفراد عينة الدراسة إلى مواقف وخبرات نجاح لها أثر واضح في التنمية من مستوى الدافعية، فقد تضمن البرنامج التجريبي جلسات تناقش أسباب تدني مفهوم الذات والفاعلية الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة وتم استخدام محتوى هذا النقاش وربطه بما يشعر به أفراد العينة من أفكار سلبية تجاه ذواتهم، إلى جانب إعطاء أفراد عينة الدراسة تمارين الهدف منها التعرف على خبرات النجاح التي حققتها المجموعة العلاجية خلال مراحل علاجهم والتركيز على دور المشارك في الإسهام في تحقيق ذلك النجاح كمؤشر إلى مستوى ما يمتلكه أفراد عينة الدراسة من نجاحات خلال مواقف حياتهم المختلفة. (طنوس، 2008)

ومن هنا يمكن تفسير النتائج أيضاً انطلاقاً من أن البرنامج التدريبي تناول الدافعية التي ارتبطت بعلم النفس الإيجابي بالتركيز على جوانب القوة لدى الفرد للبقاء والعيش بشكل منتج وفاعل في الحياة. ولذلك فإن البرامج المستخدمة حالياً في تنمية الدافعية الامتناع عن المخدرات - بحسب علم

الطالب - تتناول التوجه الحديث في علم النفس الإيجابي مع المدمنين. والذي يسعى لتوجيه تفكير الفرد إلى الجوانب الإيجابية في حياته، الذي يؤدي بدوره إلى تنمية الدافعية وبث روح الأمل والتفاؤل. كما اتضح أن علم النفس الإيجابي له دور في تنظيم هرمونات المخ، نتيجة ما تسببه خلايا المخ لدى جميع المدمنين تكون تالفة وخاملة ولا يمكن إعادة تنشيطها أو بنائها؛ وخصوصًا تلك المتعلقة (بالانتباه، والتركيز، والوعي، والالتزام بالمهام، والمسؤولية الاجتماعية، واتخاذ القرارات)، مما يؤدي بالمدمنين إلى الإحباط وخيبة الأمل والاكتئاب، وبالتالي لا يجد المدمن في نفسه دافعية للاستمرار في هذه البرامج أو الإقدام بحثًا عن العلاج، والنتيجة هي الانتكاسة. (الرشيدي، 2019)

لذلك يجب أن تتضمن البرامج العلاجية التي تقدم للمرضى المعتمدين على المخدرات برامج علاجية تعمل على تنمية مهارات الدافعية للامتناع عن المخدرات حتى نساعدهم على المواجهة الايجابية لما يتطلب منهم مواجهته بعد انتهاء البرنامج العلاجي أو الخروج من مراكز العلاج، ليستمروا في التعافي والامتناع الكامل ويتجنبون الانتكاسة بدافعية قوية.

وهذا ما يعزز من ضرورة تطبيق البرنامج العلاجي على أكبر قدر ممكن من المتعاطين المقبلين على المراكز طلبا للعلاج، من أجل أن تعم الفائدة، وأن نرتقي بأجيال الغد إلى أعلى مستوى، حيث أن مستوى الدافعية من أهم السمات التي يجب أن نعمل على غرسها في نفوس أبنائنا منذ الصغر، ونعمل على تنميتها في جميع مراحل نموهم المختلفة، وذلك لما له من تأثير في حياة الفرد والجماعة، ولما يترتب عليه من أهمية في حفز دافعية نحو التعافي وتجنب الانتكاسة، وبقدر ما يكون مستوى الدافعية مرتفعًا للامتناع عن المخدرات، بقدر ما يكون شخصًا متميزًا يسعى إلى تطوير نفسه وخدمة مجتمعه ووطنه، ولعل الكثير من إنجازات الأفراد وتقدم المجتمعات يرجع إلى توفير القدر المناسب من مستوى الدافعية.

وفي الأخير فقد أظهرت النتائج الايجابية أن المجموعة العلاجية (في حدود عينة الدراسة) من تطبيق البرنامج العلاجي والاستفادة الكاملة من البرنامج فقد يكون مرد ذلك إلى:

- ارتفاع مستوى دافعية هذا الفرد في الامتناع عن المخدرات.
- انخفاض مستوى قابلية هذا الفرد للانتكاس.

- زيادة رغبة المشاركين في التعرف أكثر على أهمية الدافعية، بالإضافة إلى زيادة الإدراك بأن ذوي الدافعية المرتفعة هم أفضل حالا وقدرة على التحكم في الامتناع عن المخدرات.
  - ارتفاع مستويات الجدية، والجهد المبذول للاستفادة من البرنامج لهذا الفرد.
  - الاختلافات النسبية الخاصة بالمسؤولية الذاتية، والمساعدة الذاتية، والاستقلالية الذاتية، والرغبة في تعلم مهارات مفيدة بين الأفراد في الجماعة.
  - مدى ثقة الفرد المدمن في نفسه، وفي كفاءته، وفي الفوائد المكتسبة من الامتناع.
  - فاعلية المعلومات العلمية والتثقيفية لآلية حدوث الإدمان والتعاطي والكيفية التي يتشكل بها البناء المعرفي للفرد والتحليل الوظيفي للسلوك، والتي قدمت للمشاركين في الجلسات الأولية.
  - تحول النظرة لدى أغلب أفراد المجموعة المشاركة من أنهم ضحايا لعوامل أخرى أدت إلى إدمانهم إلى أفراد أسوياء لديهم القدرة على تحمل المسؤولية واتخاذ القرارات كما أنهم وحدهم هم المسؤولون عن عدم العود للتعاطي وبالتالي فإنهم لديهم القدرة على ذلك.
  - حرص المشاركين على تطبيق المهارات والالتزام بها مع نفسه وتحكم في نفسه من أجله.
- وفي الأخير تبقى النتائج التي توصل إليها الطالب صادقة إلى حد ما على عينة أفراد الدراسة الحالية، ولا يمكن تعميمها بشكل مطلق على جميع حالات الإدمان على المخدرات من المراهقين.

# توصيات واقتراحات

## التوصيات والاقتراحات

بناء على نتائج الدراسة الحالية التي توضح بان هناك أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين بدرجة دالة إحصائية، واستمرار أثره بعد قياس التتابعي. بناء على ذلك أستعرض فيما يلي أهم التوصيات التي يقترحها الطالب في مجال الامتناع عن المخدرات.

### أولاً: المستوى التطبيقي المهني:

- 1- التأكيد على ضرورة إدراج جلسات علاجية لتنمية الدافعية ومعرفة مستواها أثناء الجلسات العلاجية للتكفل بالمدمنين.
- 2- التوسع في خدمات العلاج الجماعي في مراكز الإدمان بتخصيص وتقنين أسلوب موحد مبني عمليا بشكل مسبق.
- 3- فتح المجال أمام الأخصائيين النفسيين لفرص التدريب على أسلوب العلاج الجماعي في المراكز المتخصصة عالميا لتأهيلهم على استخدام وتطبيق هذا الأسلوب العلاجي وخصوصا في مجال علاج الإدمان وذلك لندرة المتخصصين حاليا.
- 4- الاستمرار في برامج التوعية والوقاية الموجهة للفئات الأكثر تعرضا وهم المراهقين والتركيز في الجانب التوعوي على تصحيح المفاهيم الخاطئة عن المخدرات لدى هؤلاء الأفراد تصحيحا يتناسب مع المحتوى الفكري لهم، وذلك لتأثر الكثيرين في سلوكهم الإدماني بما يحملونه من معلومات حول هذه المواد المخدرة، وما كان سببا رئيسيا في نشوء السلوك الإدماني لديهم.
- 5- نشر الوعي بالمواد المخدرة وأخطارها وخصوصا مادة الحشيش بسبب المفاهيم المغلوطة المرتبطة بها، وأنها لا تسبب إدمان، إذ تعد مادة الحشيش مدخل لتعاطي المواد الأخرى.
- 6- توجيه القائمين على الرعاية والعلاج في مراكز التكفل بالمدمنين، بتفعيل دور العلاج النفسي الإيجابي، والتركيز على مواطن القوة المميزة لشخصية كل فرد على حدة، وتعزيز هذه الجوانب الشخصية وتميئها ورعايتها، بدلاً من البحث عن مواطن الضعف والسلبية في شخصية الفرد.
- 7- ضرورة إعداد برامج عن أساليب العلاج النفسي المختلفة، ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك من أجل إعداد وتدريب الأخصائيين العاملين في العيادات النفسية والباحثين

عليها، بحيث تتضمن هذه البرامج مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج مع أمثلة ونماذج حية توضح سير البرنامج.

8- العمل على بناء برامج علاجية جماعية لأسر المدمنين وذلك لأهمية دور الأسرة في علاج الإدمان.

### ثانياً: المستوى الأكاديمي:

1- الاستفادة من أداة القياس والبرنامج العلاجي للدراسة الحالية في علاج المدمنين لما له من الأثر الفعال في تنمية الدافعية للامتناع عن التعاطي.

2- إجراء المزيد من الدراسات حول تأثير متغيرات الشخصية أخرى مرتبطة بسلوك المدمنين وعلاقتها في فاعلية الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة.

3- ضرورة الاهتمام بتدريب المدمنين مهارات تنمية الدافعية، من إكساب المدمن القدرة على مواجهة مواقف الانتكاسة والفضل التي ربما يتعرضون لها.

4- إجراء دراسات تستخدم عينات أكبر حجماً من حجم عينة البحث الحالي حتى تعميم النتائج بشكل مقبول.

5- الجمع بين أسلوب العلاج الفردي وأسلوب العلاج الجماعي، عند تطبيق تقنيات العلاج الجماعي التي تهدف إلى تعديل السلوك والمعرفي يحقق نتائج أفضل من الاقتصار على أحدهما، لذا ينصح بالجمع بين الأسلوبين في الممارسات العلاجية.

6- إعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج إرشادي أو تدريبي أو علاجي، بتنمية ورفع الدافعية لدى المشاركين في البرنامج، وخصوصاً ما يتعلق بالجوانب الجيدة المهمة لكل فرد، وتَعْرِفُ اهتماماتهم وتضمن ما يتوافق منها مع البرنامج؛ لكي لا يحدث تسرب أثناء تطبيقه.

7- إجراء مثل هذه الدراسات على عينات أخرى من ذوي الاعتماد العقاقيري، وأنماط أخرى من العلاج، وباستخدام مقاييس أخرى، وإجراء دراسات عبر حضارية مقارنة... إلخ.

8- إجراء دراسات مقارنة بين فئات عمرية مختلفة (مراهقين، شباب، كبار) وفئات جنسية مختلفة (ذكور وإناث) وفئات تعليمية مختلفة (تأهيل متوسط - تأهيل عالي) للوقوف على مدى اختلاف تأثير هذه المتغيرات.

9- ضرورة إجراء دراسات مقارنة بين أنواع المخدرات بعضها البعض وبين المخدرات والمسكرات (الكحول) من جانب آخر لتوضيح التباين في الفعالية لنفس الأسلوب العلاجي طبقا لنوع المادة المخدرة.

10- تبني أقسام علم النفس في الجامعات الجزائرية والمهنيين بمراكز علاج ورعاية المدمنين ببذل الجهود في مجال القياس النفسي وتقنين الاختبارات المختلفة اللازمة في مجال الإدمان، حتى يتسنى للباحثين النفسيين سهولة الحصول على أدوات القياس المناسبة لموضوع وبيئة الدراسة.

11- ضرورة إعداد برنامج أكثر شمولية في مراكز علاج الإدمان، لمواجهة خطر البيئة الخارجية. خاصة مثيرات الانتكاسية وبعد انتهاء البرنامج العلاجي.



# المراجع

## المراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار. (1994). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث وأساليبه ومبادئ تطبيقه*. القاهرة: دار الفجر النشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار. (2008). *عين العقل*. القاهرة: دار الكتب.
- أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (2013). *معركة الإدمان.. اعمان: دار وائل للنشر والتوزيع*.
- أبو زيد، محمد. (1998). *الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهروين في بعض المشاكل المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي*. مجلة *النفسي*، 6 (8)، جامعة عين شمس، 209-293.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2002). *العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية*، (ج2). دار المعرفة الجامعية.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2011). *الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان*، (ج 2)، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أمزيان، وناس. (2006). *إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك (رسالة ماجستير)*. الجزائر.
- الباز، راشد بن سعد. (1999). *الأداء المهني لمدمن المخدرات*. مجلة *شؤون اجتماعية*، (62).
- بالرابع، محمد. (2011). *الدافعية الانسانية*. مخبر تطبيقات علوم النفس وعلوم التربية من أجل التنمية. الجزائر.
- بخنوفة، نهى. (2011). *الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى للمعرفي السلوكي*، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، قسم علم النفس والتربية.
- بغول، زهير وعطوي، سعد الدين. (2017). *الدافعية والسلوك بين نظرية التدرج الهرمي لأبراهام ماسلو ونظرية العقل الثلاثي لبول مكين*. مجلة *أبحاث نفسية وتربوية*، (10)، مخبر التطبيقات النفسية والتربوية: جامعة قسنطينة ، 27-49.

بقال، أسمى، (2013). أثر الدافعية وتدريبات التحصين من الضغط النفسي على التوافق لدى المدمن، دراسة ميدانية على عينة من المدمنين بمركز مكافحة التسمم (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس والارطفونيا، جامعة وهران 2.

بلمقدم، فاطمة. (2008). واقع تقويم الأداء وعلاقته بدافعية الانجاز لدى أستاذة الجامعة (رسالة ماجستير)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

بورنان، فايزة. (2017). مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم النفس والارطفونيا. جامعة باتنة: الجزائر.

بوفيه، سيريل. (2019). مدخل إلى العلاجات المعرفية السلوكية (بوزيان فرحات، مترجم). دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع. سطيف: الجزائر.

بيرل، س بيرمان. (2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي. القاهرة: دار ايتراك.

تيايبينة، عبد الغاني. (2016). مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة سطيف.

الجعيد، منال. (2018، أكتوبر). 38 % من المدمنين ينتكسون بسبب فقدان الدافعية. صفحة الوطن اون لاين، جدة. <https://www.alwatan.com.sa/article/387141/38>

الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (2013). الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية: DSM-5 (علي مصطفى؛ ومحمد يوسف، مترجمون). الرياض: دار الزهراء.

جوهامسون، شغل وآخرون. (2016). علم النفس المرضي (أمثال هادي الحويلة وآخرون، مترجمون). مكتبة الانجلوا المصرية.

الجوهي، عبد الله عمر (2004م). أثر النموذج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مرضى الإدمان (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة المنيا: مصر.

الجوهي، عبد الله عمر. (2008) أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مدمني الهيروين. مجلة دراسات عربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية: دار المنظومية، 890.

الجوير، أحمد. (1996). *أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات*. الرياض: مركز البحوث والدراسات الأمنية.

حجار، محمد حمدي. (1413هـ). *الحقيبة التدريبية: برنامج ارشادي علاجي للمراهقين والاحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحيات ومراكز اعادة التاهيل*. ج 3، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الامنية والتدريب: الرياض، 73-75.

الحجار، محمد حمدي. (1999). *علاج الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية*. مجلة الثقافة النفسية ، 10 (37)، 118-119.

الحداد، إقبال. (2006). *برنامج تدريبي لدافعية الانجاز في تنمية الكفاءة الشخصية والاجتماعية لدى الطلاب المكفوفين* (رسالة دكتوراه)، كلية التربية: جامعة القاهرة.

الحراشة، أحمد حسن. (2012). *ادمان المخدرات والكحوليات واساليب العلاج*. عمان: دار الحامد.

الحسن، عبد العزيز محمد. (2004). *أسلوب التكيف والكفاءة الذاتية وعلاقتها بأشكال التعافي لدى مدمني الهيروين* (رسالة الدكتوراه). دراسة ميدانية بمستشفيات الأمل بجده والدمام، جامعة الخرطوم.

حسني، ضياء الدين عادل محمد. (2016). *فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي وتأثيره في تحسين بعض المشكلات المعرفية والصحية لدى عينة من المعتمدين على الكوكايين*. مجلة دراسات عربية، 4 (2)، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. دار المنظومية، 221-253.

حسون، تيسير. (2004). *المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية*. جمعية الطب النفس الامريكية: دمشق.

الحسيني، محمد. (2019). *العلاج المعرفي والسلوكي للادمان البرامج والفعالية*. دراسات اجتماعية. المعهد المصري للدراسات.

الحمداني، موفق وآخرون. (2006). *مناهج البحث العلمي (ط2)*. جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان.

الخطيب، جمال. (2007). *تعديل السلوك الإنساني (ط2)*. الأردن: مكتبة الفلاح.

الخفش، سامح وديع. (2011). *النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي*. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

خليفة، عبد اللطيف محمد. (2005). *مقياس الدافعية للإنجاز*. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

خليفة، عبد اللطيف محمد والمشعان، عويد سلطان. (2003). *تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت "دراسة وبائية"*، لجنة التأليف والتعريب والنشر بمؤسسة الكويت للتقدم العلمي: الكويت.

الخليل، وافي محمد. (2015). *فاعلية برنامج عقلاني انفعالي سلوكي في حدة اضطراب القلق وتحسين قوة الأنا لدى عينة من مدمني المخدرات في محافظة دمشق (رسالة دكتوراه)*. كلية التربية، جامعة دمشق.

خويلد، أسماء. (2017). *الملامح الأساسية المحدد لمفهوم الدافعية، مجلة آفاق للعلوم (7)*، 175-178، جامعة الجلفة.

دردار، فتحي. (2000). *الإدمان على المخدرات*. الجزائر: مكتبة البغدادي.

الدرمداش، عادل. (1982). *الإدمان مظاهره وعلاجه*. عالم المعرفة: الكويت.

الدسوقي، راوية محمد حسين. (1995). *دراسة في بعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات وغير المتعاطين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (33)*.

داينز، روبين. (2006). *إدارة القلق (دار الفاروق، ترجمة)*. القاهرة

دغبار، رضا. (2019). *الألفاظ السرية لمتعاطي ومروجي المخدرات في الجزائر*. مجلة آفاق علمية، 11 (20)، 540-516.

الديب، محمد. (1993). *الدافعية العامة والتوتر النفسي والعلاقة بينهما، دراسة عاملية*. مجلة علم النفس، (26). ص 37-50.

ديفيد، بارلو. (2002). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية (صفوت فرج، مترجم)*. مكتبة الانجلو مصرية.

الرابغي، خالد بن محمد بن محمود. (2015). *عادات العقل: دافعية الإنجاز*. الاردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

حداد، روج. (2008). مفاهيم الإدمان وتعريفه في التكفل بالمدمنين. الجزائر: ملتقيات تكوين الأطباء.

رتاب، وسيلة. (2018). فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات (رسالة دكتوراه). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف 2، الجزائر.

الرخاوي، يحيى. (2010، خريف). الإدمان: قراءة في إدمان النص البشري من منظور تطوري. *الإنسان والتطور. إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية*.  
<http://arabpsynet.com/Rakhawy/RakBookAutumn10.pdf>

رشاد، محمد عبد اللطيف. (1992). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات. الرياض: المركز الدراسات والتدريب.

الرشيدي، محمد بن نايف. (2019). فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية. *المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية*، 3 (9)، 259-312.

الرقاد، هناء خالد. (2017). *نظريات الشخصية وقياسها*. عمان: دار المأمون للنشر والتوزيع.

الرويلي، فليح قتال والشاوي، رعد لفته. 2016. أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية* 4 (13)، 315-375.

الزق، يحيى أحمد. (2009). *علم النفس*. عمان: دار وائل للنشر.

الزليطني، محمد فتحي فرج. (2008). *أساليب التنشئة الأسرية ودوافع الانجاز الدراسية*. مجلس الثقافة العام.

الزيادات، مريم. (2013). فاعلية برنامج تدريبي للذكاء الانفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير (رسالة دكتوراه)، الجامعة الأردنية: عمان.

سالم، زينب محمد. (2012). *الدوافع النفسية والاجتماعية لتدخين السجائر لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الاعدادية (رسالة دكتوراه)*، معهد الدراسات العليا للطفولة: جامعة عين شمس.

- سايل، وحيد حدة. (2015). *الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية*. دار التنوير: الجزائر.
- سايل، حدة وحيد. (2016). *التربية الصحية والعلاجية للتكفل بالمدمنين على المخدرات والوقاية من الانتكاسة*. مقاربات مجلة العلوم والمعرفة، 4(1). جامعة الجلفة. ص 135-145.
- سايل، حدة وحيد وفاضلي، احمد. (2016). *استراتيجيات التعامل مع الأحداث الضاغطة لدى المدمنين على المخدرات*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (46)، قسنطينة. 11-39.
- سكران، ماهر. (2006). *استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال*. مجلة كلية التربية. 1 (35). ص ص 661-696.
- سوييف، مصطفى. (1994). *المخدرات والمجتمع*. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- سوييف، مصطفى. (1996). *المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم الجرائم*، (205)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- السيد، فهمي علي. (2000). *سيكولوجية الشخصية*. المنصورة: دار الأصدقاء للطباعة والنشر.
- شابروول، هوفمان. (2001). *الادمان في سن المراهقة* (شاهين، مترجم). لبنان: عويدات للنشر والطباعة.
- شناف، خيرة. (2005). *دور الجامعة في وقاية الشباب من المخدرات بين التحسيس والمشاركة في المجتمع الجزائري*، مخبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة.
- الشهري، يزيد بن محمد بن حسن. (2010). *بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته* (رسالة ماجستير)، قسم العلوم الاجتماعية، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.
- شيهان، عبد المالك. (2015). *أثر العلاج النفسي الجماعي في الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين* (رسالة ماجستير). كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2.
- صادقي، فاطمة. (2014). *الآثار النفسية للإدمان على المخدرات*، مجلة الدراسات النفسية والتربوية، عدد جوان 2014، المركز الجامعي تمارست، الجزائر.
- صفوت، مختار وفيق. (2005). *مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة*. دار العلوم والثقافة: القاهرة.
- الصقهان، الناصر بن عبد العزيز بن عمر. (2005). *تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي*

في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات : جامعة نايف للعلوم الأمنية: السعودية.

صيدم، محمد بن رشيد. (2012). فعالية برنامج إرشادي نفسي لتنمية الصلابة النفسية لدى مدمني المخدرات (رسالة ماجستير)، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، قسم العلوم الاجتماعية.

طالب، حسن. (1994). علاج المدمنين على المخدرات. المجلة العربية للدراسات الامنية، (17)، المركز العربي للدراسات الامنية.

طعيلي، محمد طاهر وقوارح، وحمد. (2011، جوان). المؤسسات الاجتماعية والتربوية ودورها في علاج ظاهرة تعاطي المخدرات. مجلة الإنسانية والاجتماعية، (2)، 192.

طلحي، فريدة. (2016). فعالية برنامج علاجي عقلائي - انفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات (رسالة ماجستير). كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2.

عادل، عبدالله. (2000). العلاج المعرفي السلوكي اسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الرشاد.

عامر، أيمن. (2003). الاستهداف لتعاطي الكحوليات لدى تلاميذ الثانوي العام والثانوي الفني. المجلة المصرية للدراسات النفسية، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 13(41)، القاهرة: مكتبة الانجلوا مصرية، 63-97.

العامري، منى محمد صالح (2000). فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية (رسالة دكتوراه)، قسم الإرشاد النفسي، جامعة القاهرة.

عبد الله، تيسير وثابت، عبد العزيز والدجاني، خلود. (ربيع وصيف 2004). الدافعية للعلاج لدى عينة من المدمنين في مدينة القدس. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (10 و 11)، 120-124.

عبد الصبور، محمد. (2001). مدى فاعلية الإرشاد النفسي في علاج الإدمان. مجلة كلية التربية، (45) المنصورة، جامعة المنصورة.

عبد المعطي، مصطفى عبد الباقي. (2006). دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين، مجلة علم النفس، (71).



عبد الموجود، صابر أحمد. (2009). *جماعة المدمنين المجهولين مالها وما عليها*. القاهرة: دار  
ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

عبد النوري، صالح. (2014). *وضع المخدرات والإدمان وسياسة مكافحتها*. مجموعة التعاون في  
ميدان مكافحة استهلاك المخدرات والاتجار غير المشروع بها. الجزائر.

عبد الوهاب، خالد محمود. (2006). *مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع  
المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين*. رابطة الأخصائيين النفسيين  
المصرية: دار المنظومية. ص 98.

عبد الوهاب، خالد محمود. (2009). *برامج الرعاية المستمرة وفعاليتها في تنمية الصحة النفسية  
والشعور بالكفاءة الاجتماعية لدى عينة من مرضى الإدمان*. مجلة دراسات نفسية، 3(19)،  
كلية الآداب، جامعة بني يوسف، 519-573.

عثماني، نعيمة. (2017). *نحو بناء برنامج علاجي نفسي للشباب المعتمد على المخدرات (أطروحة  
دكتوراه)*. كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة أبي بكر بلقايد: تلمسان.

عدس، عبد الرحمن وتوق، محي الدين. (1981). *علم النفس العام*. عمان: مكتبة الأقصى.

عدس، عبدالرحمانو توق، محي الدين. (1995). *المدخل الى علم النفس*. بيروت: دار الفكر  
للطباعة والنشر.

عرموش، هاني. (1993). *المخدرات إمبراطورية الشيطان*. بيروت: دار النفائس.

عسكر، عبد الله. (2005). *الإدمان بين التشخيص والعلاج*. مكتبة الانجلو المصرية.

العشماوي، السيد متولي. (2010). *فاعلية برنامج للتخفيف من حدة الخجل لدى عينة من المراهقين  
للمدمنين (رسالة ماجستير غير منشورة)*. الجامعة الإسلامية، غزة.

عطية، عماد محمد محمد. (2013). *تقنيات الإرشاد الجماعي*. الرياض: مكتبة الرشد.

عفاف، محمد عبد المنعم. (2003). *الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه*. الاسكندرية: دار المعرفة  
الجامعية.

العفيفي، عبد الحكيم. (1986). *إدمان المخدرات*. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي.

العلوني، سعد مبارك سالم. (1430). فاعلية تقنيات الاسترخاء العضلي في تخفيف درجة القلق لدى عينة من المرضى المدمنين في مستشفى الأمل (رسالة ماجستير منشورة). جامعة أم القرى، كلية التربية، المملكة العربية السعودية.

علي، قيس محمد وحموك، وليد سالم. (2014). الدافعية العقلية - رؤية جديدة. الاردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.

علي، محمد محمود ومصطفى، علي أحمد. (2011). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. الرياض: دار الزهراء.

عمران، محمد. (2004). الدافعية: تعريفها، أسباب إستثارته. عمان: مكتبة مجداوي.

العنزي، يوسف سلطان. (2003). دراسة مقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعاديين في بعض خصائص الشخصية (رسالة ماجستير)، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الملك نايف للعلوم العربية.

العون، عماد حمد عبد الرحمن. (2011). برنامج قائم على الوعي الديني المعرفي والدافعية الداخلية في تعديل سلوك المراهقين المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي (رسالة دكتوراه)، جامعة القاهرة: معهد الدراسات والبحث.

العيداني، آمال. (2011). مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المدمنين وغير المدمنين من المساجين (رسالة ماجستير). قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر.

الغامدي، حامد بن أحمد عبد الله. (2013). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق. دار الوفاء: الاسكندرية.

غانم، محمد حسن. (1998). المدمنون وقضايا الإدمان "دراسة نفسية استطلاعية"، مجلة علم النفس، (46)، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 74-86.

غانم، محمد حسن. (2000). الدافعية للعلاج لدى المدمنين دراسة نفسية مقارنة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 10 (25).

غانم، محمد حسن. (2003). العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق. الاسكندرية: مصر.

غانم، محمد حسن. (2005). العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. مكتبة الانجلو مصرية.

غباري، محمد سلامة. (1991). *الإدمان: أسبابه نتائج علاجه*. المكتب الجامعي الحديث: الاسكندرية.

غباري، ثائر وأبو شعير ، خالد. (2009). *علم النفس التربوي*. عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

فايد، حسين. (2004). *علم النفس المرضي*. مصر: مؤسسة طبية للنشر.

فايد حسين. (2005). *سيكولوجية الإدمان*. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.

فتحي، عبد المجيد. (1990). *مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات*. المجلة العربية للدراسات الأمنية، (10)، الرياض.

فرج، صفوت. (2000). *القياس النفسي (ط4)*. القاهرة: الانجلو مصرية.

فرغلي، بدوي. (1997). *الإدمان ورحلة الشفاء*. الرياض: مؤسسة مطابع المنار.

فطيم، لطفي. (1994). *خطة عمل علاجية وفقا لمرحل تطور الإدمان*. مجلة الثقافة النفسية، 5 (18)، مركز الدراسات الثقافية والنفسية - جسدية.

فطيم وآخرون. (1999). *دراسة لبعض حالات الإدمان على العقاقير والكحول، قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول، مجلة الثقافة النفسية، 10 (39-40)، بيروت، لبنان.*

الفتية، عي حسن. (1996). *فاعلية العلاج المعرفي في علاج حالات الإدمان على الهيروين بمكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة أم القرى.

القريطي، عبد المطلب وعبد القادر، محمد. (1997). *مبادئ علم النفس*. القاهرة: دار النهضة المصرية.

قريمس، مسعود. (2018). *المخدرات في الجزائر واقع الظاهرة وإجراءات الوقاية*. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 7 (14)، 10-35.

قماز، فريدة. (2002). *إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات جامعة الجزائر (رسالة ماجستير)*. معهد علم النفس وعلوم التربية : جامعة الجزائر.

- قماز، فريدة. (2009). *عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات (رسالة ماجستير)*، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة سطييف 2.
- قواقنة، حازم. (2012). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات (رسالة ماجستير غير منشورة)*، الجامعة الهاشمية، عمان: الأردن.
- مارشا، لينهان. (2020). *التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي (العرجان وشواش، مترجمين)*. بيروت: دار الفكر.
- مايكل، روزنبرج ولاري، ماهيدين وريتش، ويلسن وبول، ساندلال. (2008). *تعليم الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية (عادل عبد الله محمد، مترجم)*. دار الفكر: عمان.
- متولي، فؤاد بسيوني. (2000). *التربية و ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات. الاسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب*.
- المحارب، ناصر بن ابراهيم. (2000). *المرشد في العلاج الاسعرافي السلوكي. الرياض: دار الزهراء*.
- محمود، هدير شريف ليلي والسيد، كرم الدين أحمد وعبد اللطيف، رشاد أحمد. (2018). *المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المستهدفين للإدمان، مجلة العلوم البيئية، 2 (43)*، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.
- مخامرة، زهيرة محمود يوسف (2018). *فاعلية برنامج إرشادي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة مرحلة الثانوية (رسالة ماجستير)*. كلية الدراسات العليا، قسم الإرشاد النفسي والتربوي، الخليل، فلسطين.
- المخيني، جلال وحمدي، محمد نزيه. (2017). *فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض الرغبة، بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (1)*. 98-85.
- مسعودي، رضا. (2010). *بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية (رسالة دكتوراه)*. جامعة الجزائر.
- المشابعة، محمد أحمد خدام. (2007). *الادمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي*. عمان: دار الشروق.

المشابقة، محمد أحمد خدام. (أكتوبر، 2013). فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 21 (4)، ص ص 265-291.

مصباح، عبد الهادي. (2004). الإدمان. بيروت: دار المصرية اللبنانية.

المصري، مصطفى. (2011). دليل الممارسة لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي. غزة: الجامعة الإسلامية.

المصري وليد احمد. (2001). الإدمان: العوامل النفسية ودورها في إدمان المراهقين الذكور. مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية. 12 (45). طرابلس: لبنان، ص ص 120-121.

المعاينة، عبد العزيز وجودت، بني جابر والعزة، سعيد حسني. (2002). المدخل إلى علم النفس. عمان: مكتبة دار الثقافة لمنشر والتوزيع.

معمرية، بشير. (2013). سيكولوجية الدافع الى الانجاز. شبكة العلوم النفسية العربية.

معوض، خليل مخائيل. (2001). علم النفس العام. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.

المغربي، سعد زغلول. (1993). تعاطي الحشيش، دراسة نفسية اجتماعية. القاهرة: دار المعارف.

مفتاح، علي. (2003). فعالية برنامج معرفي سلوكي على بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان، 2 (2)، 633-579.

مكتب الإنماء الاجتماعي. (2000). اضطرابات التعاطي والإدمان. النفسية. الكويت: المكتب التعاوني.

ملحم، سامي محمد. (2009). القياس والتقويم في التربية وعلم النفس. الأردن: دار المسيرة للطباعة والنشر.

منظمة الصحة العالمية المتوسط. (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. (احمد عكاشة، المترجمون) دمشق: المكتب الإقليمي لشرق.

منظمة الصحة العالمية. (2001). دليل الصحة النفسية للأطباء والعالمين في الرعاية الصحية الأولية. دمشق.

موراي، ادوارد. (1998)، *الدافعية والانفعال*، (أحمد عبد العزيز سلامة، مترجم)، القاهرة: دار الشروق.

موسي، رشاد علي عبد العزيز والدسوقي، مديحة منصور. (2013). *علم النفس العلاجي*. القاهرة: عالم الكتب.

موصدق، أسامة وبوطغان، محمد الطاهر. (2018). مؤشرات قياس درجة الإدمان على المخدرات لدى المراهق المدمن. *مجلة المواقف للدراسات والبحوث في المجتمع والتاريخ*، 13 (2)، 37-72.

ميلر، وليام وروننيك، ستيفن. (2012). *مقابلة الدافعية*. (عبد الموجود صابر أحمد، مترجم). القاهرة: المركز القومي للترجمة.

النابلسي، محمد أحمد. (2001). الإدمان. الإدمان مشكلة غير قابلة للتجاهل. *مجلة الثقافة النفسية*. 12 (45). ص

نصره، رعدة عبد المجيد. (2014). *الوصمة الاجتماعية المدركة ومستوى الدافعية للعلاج وعلاقته بالانتكاس لدى مدمني الكحول والمخدرات* (رسالة ماجستير). جامعة عمان الأهلية. <https://search.emarefa.net/detail/BIM-412085>  
هلال، نرمين لويز. (2014). *مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لشحن الفعالية الذاتية لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات* (رسالة ماجستير). كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة الإسكندرية.

هوفمان، إس جي. (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر* (مراد علي عيسى، مترجم) القاهرة: دار الفجر.

هيئة الامم المتحدة.. (2017). *خلاصة وافية والاستنتاجات والتبعات السياسية*. مكتب الامم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة.

الوايلي، عبد الله بن أحمد (2003). *فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات*، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية. كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

وزارة العدل الجزائرية. (2016). *نشاطات مكافحة المخدرات والإدمان عليها: الحصيلة الإحصائية لإحدى عشر الأشهر الأولى من سنة 2016*. الديوان الوطني لمكافحة المخدرات.

وزارة العدل الجزائرية. (2019). الحصيلة الإحصائية لثمانية أشهر الأولى من سنة 2019. الجزائر: الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها.

البياتي، ابراهيم خليل. (2007). علم النفس الفيزيولوجي مبادئه الأساسية. عمان. دار وائل للطباعة والنشر.

يونس، محمد محمود. (2012). سيكولوجية الدافعية والانفعالات. عمان: دار الميسيرة للنشر والتوزيع:

### المراجع الأجنبية

American Psychiatric Association. (2000). *DSM- IV- TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed, text rev).

APA. (2012). Dictionary of psychology. *Récupéré sur The american psychological assoiation: www.aba.org/*

Art de la recherche en Sciences sociales. (1982). revue N° 42 Ed. Minuit : Paris.

Beck, A. T. (2011). Cognitive Therapy: Current status and future directions. *Dans Annual review of medicine*. Vol 62. pp 397-409.

Bergeret, J. L. (1988). *Précis des toxicomanies*. Paris: Masson.

Carroll, M. Kathleen. (1998). *Cognitive-Behavioral Therapies and Counseling*, NIDA.

Cheung, C, &Ngai, S. (2013). Reducingyouth'sdrug abuse through training social workers for cognitive– behavioralintegratedtreatment. *Children&Youth Services Review*, 35 (2), 302-311.

Cottraux, J. (2011). *Les Psychothérapies Comportementales Et Cognitives*. (5, Éd.) Paris: Elsevier Masson.

Cully, J. A. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs South Central MIRECC.

Ellis, A. (1996). Better deeper and more enduring brief therapy. *The rational emotive behavior therapy approach*. New York: Brunnes/Mazel.

Finke, L., Williams, J., Ritter, M., Kemper, D. (2002). Survival againstdrugs:Educa-tion for school-agechildren, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, United Kingdom*: Blackwell. Http

- Foster, R. (2019). Treating Drug Addiction With Cognitive Behavioral Therapy. Récupéré sur <https://www.rehabcenter.net/treating-drug-addiction-with-c.../>
- Govern, T. P. (2004). *Motivation :Theory Research*. Australia: Wads Worth.
- Henr, E. B, & Ch, B. (1998). *Manuel de psychiatrie*. Paris: Masson.
- Jeffrey, E. Young, Janet S, Klosko et Marjorie E, Weishaar. (2005). *La thérapie des schémas*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Merith, C. (2001). *Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with LD*. 4(34), pp. 352-358.
- Michel, G. (1997). Consommation et abus de drogues chez les adolescents. *In PRISM Ecole et santé mentale*, 7 (34), 549.
- Michel, H; William S et aL. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. New York: A.P Press.
- Miller, W. Rollinck, S. (2002). *Motivational interviewing : preparing people for change*. New york : the guilford press.
- MOHAMED, I. A. (1998). le problème de la consommation de drogues chez l' adolescent. *Revus santé jeunes, N 5*.paris : France.
- Mucchielli, Alex. (2018). *les motivations*, presses universitaires de France.
- Nobert, S. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Baris: Bordas.
- Nuttin, J. (1983). *Théorie de la motivation humaine*. PUF. Paris.
- Richard, F. (2019, feb). *Treating Drug Addiction With Cognitive Behavioral Therapy*: <https://www.rehabcenter.net/treating-drug-addiction-with-c.../>
- Richard, R., Michel, M., Frank, K., Steven, S., Karen, M., Chris, R., & Walter, L. (2006). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches for stimulant- dependent individuals. *Addiction*, 101 (2), 267- 274.
- Samuel B, Lajeunesse et Bertrand, Coll. (2008) *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*. 2 éme édition. Dunod : Paris.
- Squires, G. (2001). Using cognitive behavioural psychology with groups of pupils to improve self- control of behaviour. *Education Psychology in Practice*. 217- 335 17(4),
- Varescon, I. (2007). *les addiction comportementales*. paris.
- Wenzel, A. (2017). *Innovations in cognitive behaviour therapy*. London: Routledge.



westbrook, D. K., & Kirk, J. (2011). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications*. London: SAGE.

اللاحق

ملحق رقم (1): مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات (نسخة أولى)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الطالب: شيهان عبد المالك

إشراف: أ. مكي محمد

الموضوع: المشاركة في تحكيم مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات

الاسم واللقب: .....

الدرجة العلمية: .....

أستاذي الفاضل:

بعد التحية الطيبة ...

في إطار التحضير لإنجاز رسالة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي بعنوان:

" أثر برنامج معرفي سلوكي جماعي في تنمية دافعية الامتناع عن المخدرات لدى المراهقين "

نتقدم إلى سيادتكم بفقرات استبيان لقياس "الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين" والمكون من

سبعة أبعاد.

وعليه نرجو من سيادتكم تحكيم هذا المقياس وإبداء آرائكم من حيث:

1-الرفض.

2-التعديل.

3- القبول.

التعريف الإجرائي للدافعية للامتناع في هذه الدراسة: هي الدرجة التي يحصل عليها المراهق المتعاطي

من خلال استجابته على مقياس الدافعية للعلاج من إعداد الطالب، باحتساب العلامة الكلية، بحيث كلما

ارتفعت الدرجة على المقياس كلما دل على الدافعية للعلاج مرتفعة.

ويتكون من الأبعاد التالية:

## 1- البعد الأول: الاستبصار بمشكلة الإدمان

الرقم	الفقرات	رفض	تعديل	قبول	التعديل المقترح
2	أرغب في التخلص من تناول المواد المخدرة				
4	أنا بحاجة للعلاج من إدماني				
5	أدرك أنني بتناولي للمواد المخدرة أقع في مشكلة				
6	يهمني الحصول على معلومات حول الإدمان وأضراره				
7	أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا متعاطي				
8	أستطيع الامتناع عن تناول المخدرات من دون مساعدة الآخرين				
9	تناول المواد المخدرة تضر بصحتي				
10	أعود لتناول المخدرات عند الذهاب لاماكن تواجدها				
11	التوقف عن تناول المواد المخدرة يضمن لي حياة أفضل				
12	يساعدني تناول المواد المخدرة على نسيان مشاكلتي				
13	يجعلني التعاطي منعزلاً عن الآخرين				

## 2- البعد الثاني: الدافعية الموجبة:

الرقم	الفقرات	رفض	تعديل	قبول	التعديل المقترح
1	أشعر بأنني غير متحمس عند القيام بأي عمل				
2	أفتقد إلى الرغبة عند مواجهة الأعمال الصعبة				
7	أشعر بالملل وعدم الرغبة في إكمال العلاج من الإدمان				
	أقاوم الإغراءات من أجل الامتناع عن المخدرات				
8	أصر على تحقيق أهدافي				
10	يساعدني التعاطي على القيام بعملتي بشكل أفضل				
12	أحرص على إنهاء ما أبدأه من أعمال				
13	لدي الرغبة في الامتناع عن المخدرات				
	أشعر أن التوقف عن التعاطي للمخدرات يحتاج جهداً كبيراً يفوق قدراتي				

## 3- البعد الثالث: الحاجة إلى التقبل:

الرقم	الفقرات	رفض	تعديل	قبول	التعديل المقترح
1	أعتقد أن امتناعي عن تناول المخدرات يساعدني في تقبل أسرتي لي				
2	أشعر بالحزن عندما ينظر الناس لي بأنني مدمن				

3	أرغب في تغيير نظرة الناس عني			
4	اشعر بأنني ليس لي قيمة بين أفراد جماعتي			
5	أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المخدرات			
6	علاجي من الإدمان يساعد فيقبل المجتمع لي			
10	لا أحب أن يحمل الآخر فكرة سيئة عني			
11	أحب أن أكون مقبولا من طرف الآخرين			

#### 4- البعد الرابع: الاستقلال الذاتي:

الرقم	الفقرات	رفض	تعديل	قبول	التعديل المقترح
1	أشعر أنني قادر على الاستقلال عن الآخرين				
3	يؤثر في الآخرون لدرجة أنني أميل إلى تقليدهم				
4	أتأثر بأراء أصدقائي حول رغبتني في العلاج من الإدمان				
5	ارفض أن يتدخل أحد في أموري الخاصة				
6	أقوم بحل مشكلاتي دون طلب المساعدة من الآخرين				
7	منحتني أسرتي قدرا كافيا من الحرية				
8	اتخذ قراراتي بنفسني				
9	احرص على أن أواجه مواقف فشلي بشجاعة				
10	أشعر بالفرح عندما أقوم بأعمالي بدون مساعدة أحد				

#### 5- البعد الخامس: الشعور بالمسؤولية:

الرقم	الفقرات	رفض	تعديل	قبول	التعديل المقترح
1	أشعر أنني قادر على تحمل مصاعب الحياة				
2	أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل من الأعمال				
3	أدرك أن الفرد لابد أن يتحمل نتائج أخطائه				
4	أشعر بالضيق عندما أفشل في أداء عمل ما				
5	أتميز بالقدرة على تحمل المسؤولية.				
6	أرى أن الكبار يجب أن يتحملوا المسؤولية بدلا عني				
8	أواجه المشكلات التي تعترض حياتي بدون مساعدة أحد				
9	ليست لدي القدرة على النجاح في حياتي				
11	أعترف بفشلي أمام الآخرين مثلما اعترف بنجاحي				
13	أتحمل مسؤولية قرار علاجي من التعاطي				



ملحق رقم (2): قائمة بأسماء الأساتذة محكمي مقياس الدراسة والبرنامج العلاجي

اسم المحكم	الجامعة	الدرجة العلمية
مكي محمد	وهران 2	أستاذ التعليم العالي
ماحي إبراهيم	وهران 2	أستاذ التعليم العالي
محمد حسن غانم	جامعة حلوان - مصر	أستاذ التعليم العالي
كبداني خديجة	وهران 2	أستاذ التعليم العالي
زروالي لطيفة	وهران 2	أستاذ التعليم العالي
جبار شهيدة	وهران 2	أستاذ محاضر صنف أ
رحال سامية	جامعة الشلف	أستاذ محاضر صنف أ
بن عمور جميلة	جامعة الشلف	أستاذ محاضر صنف أ
ملال خديجة	جامعة الشلف	أستاذ محاضر صنف أ
سبع نادية	وهران 2	أستاذ محاضر صنف أ
غزال	وهران 2	أستاذ محاضر صنف أ
قاشوش صابر	جامعة الشلف	أستاذ محاضر صنف أ
زياد رشيد	وهران 2	دكتوراه
بوخياري ربيع	جامعة البليدة	دكتوراه
أخصائي الطب العقلي	المركز بولاية الشلف	بن رمضان جمال

### ملحق رقم (3)

#### مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين (نسخة مصححة)

السيد:..... السن:..... الرقم:.....

فيما يلي مجموعة من العبارات تشير إلى حاجتك أو رغبتك في العمل والانجاز ، اقرأها جيدا ثم اجب عنها بوضع علامة (X) تحت كلمة تنطبق عليك: دائما أو غالبا أو أحيانا أو أبدا، وذلك حسب انطباق العبارة عليك. اجب عن كل العبارات.

الرقم	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	أبدا
1	يهمني الحصول على معلومات حول المخدرات وأضرارها				
2	أشعر بأنني محتاج إلى مساعدة وعلاج بشأن مشكلتي				
3	أنا قادر على تحمل مصاعب الحياة				
4	أخطط لما أقوم به من أعمال				
5	أحب أن أكون مقبولا من طرف الآخرين				
6	أريد أن أكون مثل الناس الذين لا يتعاطون				
7	أتحمل مسؤولية أدائي لأي عمل أقوم به				
8	أفكر بمستقبلي				
9	أستطيع الامتناع عن تناول المخدرات من دون مساعدة الآخرين				
10	أشعر بأنني غير متحمس عند القيام بأي عمل				
11	أدرك أنني لابد أن أتحمّل نتائج أخطائي				
12	أهتم بالحاضر أكثر من اهتمامي بالماضي				
13	تناول المواد المخدرة تضر بصحتي				
14	أعتقد أن اشتياقي للمخدر هو الدافع الأكبر لتناوله				
15	أشعر بالضيق عندما أفشل في أداء عمل ما				
16	التخطيط للمستقبل يساعد على استغلال الوقت والجهد				
17	التوقف عن تناول المواد المخدرة يضمن لي حياة أفضل				
18	تساهم المخدرات في القيام بعملية بشكل أفضل				
19	أرى أن الكبار يجب أن يتحملوا المسؤولية بدلا عني				
20	أعتقد بأنه حان الوقت للتوقف عن المخدرات				
21	تساعدني المخدرات في نسيان مشاكلتي				
22	أحرص على إنهاء ما ابدأه من أعمال				
23	أواجه المشكلات بدون مساعدة أحد				
24	أقضي وقت طويلا في السهر والسمر				
25	تجعلني المخدرات منعزلا عن الآخرين				



				لدي الرغبة في الامتناع عن المخدرات	26
				أشعر أنني قادر على الاستقلال عن الآخرين	27
				أستطيع قضاء وقت فراغي في شيء مفيد	28
				المخدرات تؤدي إلى العديد من المشاكل	29
				أشعر أن التوقف عن المخدرات يحتاج جهدا كبيرا يفوق قدراتي	30
				يؤثر في الآخرون لدرجة أنني أميل إلى تقليدهم	31
				أحاول القيام بنشاطاتي في مواعيدها	32
				أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المخدرات	33
				أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا تحت تأثير المخدرات	34
				أتأثر بآراء أصدقائي حول رغبتني في العلاج من المخدرات	35
				يفقدني التعاطي القدرة على التفكير بمستقبلي	36
				علاجي من المخدرات يساعد في تقبل المجتمع لي	37
				أعود للمخدرات لأنها تمدني بالقوة والنشاط	38
				أشعر بالفرح عندما أقوم بأعمالي على أكمل وجه	39
				فكرة الإدمان تلازمني في كل وقت	40

ملحق رقم (4) قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول  
(بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV)

إعداد

د. محمود رشاد

د. محمد الجارحي

د. لطفي فطيم

الاسم:	السن:	رقم الملف:
--------	-------	------------

**التعليمات:** اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة (صح) تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، أجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالاتي: **الاعتماد:** ثلاثة أعراض على الأقل من 1 - 7 لمدة أطول من شهر. **سوء الاستخدام:** في حالة عدم وجود الاعتماد، ووجود عرض واحد من 10 - 13 لمدة أطول من شهر. في حالة التوقف: إذا كانت الإجابة عن السؤال 9 (صح).

أعراض الاعتماد	هيروين	كحول	القنب الحشيش	المنبهات الامفيتامين	المهدئات	المواد الطبية	أخرى
1. هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تدوي؟							
2. هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح؟							
3. هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان؟							
4. هل تعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعمك؟							
5. هل تضطر بمرور الوقت لزيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير؟							
6. هل تعاني من أعراض انسحابية عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية، وغالباً ما تتعاطى مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية؟							
7. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضرارها النفسية والاجتماعية والصحية؟							
8. هل استمرت هذه الأعراض لمدة أطول من شهر؟							
9. هل أنت متوقف عن التعاطي خلال الست شهور الماضية؟							
مجموع أعراض الاعتماد (من 1-7)							
<b>أعراض سوء الاستخدام</b>							
10. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك واجباتك في العمل أو في المدرسة أو في المنزل؟							
11. هل تعاطي مادة الإدمان في مواقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة؟							
12. هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي؟							
13. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقاتك مع الآخرين؟							
14. هل استمرت هذه الأعراض لمدة أطول من الشهر؟							

التاريخ:	التشخيص:
الفاحص:	

ملحق رقم (5)

استمارة تقييم عامة خاصة بالمعالج لكل جلسة علاجية

				رقم الجلسة وتاريخها	
				عدد الحضور	1
ممتاز	جيد	بسيط	مستوى التفاعل		
				المشاركون الأكثر تعاوناً	3
الهدف:	الهدف:	الهدف:	الهدف:	الأهداف المحققة	
				الصعوبات التي واجهها الطالب في الجلسة	5
				الملاحظات	6
				نسبة النجاح الكلية	7

## ملحق رقم (6)

### استمارة التقييم الختامي للبرنامج العلاجي

الاسم: ..... التاريخ: .....

عزيزي المشارك العبارات التالية تصف مدى انطباعك عن البرنامج العلاجي فأرجو منك تحديد انطباعك بكل صدق وموضوعية، وذلك بوضع علامة (√) أسفل التقدير المناسب لك:

م	العبارة	ممتاز	جيد جداً	جيد	مقبول	ضعيف
1	رضاك عن أفراد مجموعتك الذين تعاملت معهم في البرنامج العلاج					
2	رضاك عن شريك في المجموعة الذي اختاره الباحث لك					
3	رضاك عن هذا البرنامج مقارنة ببرامج أخرى إذا كنت قد شاركت في أحدها مسبقاً					
4	رضاك بشأن النتائج والتغيرات التي طرأت لديك بعد المشاركة في البرنامج					
5	رضاك بشأن قرارات الجماعة العلاجية وآرائهم					
6	رضاك بشأن مستوى التعامل مع أعضاء المجموعة العلاجية					
7	قدرتك على المسؤولية والالتزام في تنفيذ تدريبات البرنامج بشكل عام					
8	رضاك بشأن توزيع الأدوار في المجموعة العلاجية					
9	تفاعلك مع المعالج وأعضاء المجموعة العلاجية					
10	رضاك بشأن مناقشة البرنامج مع معظم المواضيع والحاجات الشخصية لديك					
11	رضاك عن البرنامج العلاجي بشكل عام					

## ملحق رقم (7) مطوية العلاج المعرفي السلوكي

**العلاج المعرفي السلوكي**

**إعداد الأخصائي النفسي**

**شبهان عبد المالك**

**أوقف المخدرات حياتك**

مركز أمراض الإدمان

ما هو العلاج المعرفي السلوكي ؟  
هو أحد الأساليب الحديثة للعلاج النفسي، ويعرف بأنه علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة ككثافات معرفية لمساعدة المريض في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي تصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحولها إلى معتقدات يصبحها ضابط انفعالي وسلوكي.  
وهو طريقة للتحدث حول:  
- كيفية تفكيرك بنفسك والعالم من حولك والناس الآخرين.  
- كيفية تأثير ما تفعل على أفكارك ومشاعرك.  
العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعدك على تغيير كيف تفكر (معرفي) وكيف تعمل وتتصرف (سلوكي) هذه التغييرات يمكن أن تساعدك على الشعور بشكل أفضل .  
وأكدت الدراسات والبحوث أن هذا العلاج المعرفي السلوكي يساعد في علاج:  
■ القلق  
■ الاكتئاب  
■ نوبات الذعر  
■ الخوف من الأماكن الضيقة والواسعة  
■ الرهيب الاجتماعي  
■ الشرخ المرضي  
■ اضطراب الوسواس القهري

■ الاضطراب النفسي ما بعد الصدمة  
■ الإدمان على المخدرات  
■ التخخين  
كيف يعمل؟  
يمكن أن يساعدك على فهم المشاكل المسيطرة عليك عن طريق تقسيمها إلى أجزاء صغيرة، وهذا يسهل عليك رؤية كيفية اتصال هذه المشاكل ببعضها وكيفية تأثيرها عليك. هذه الأجزاء تمثل في ظروف معينة، مشكلة ما، حدث أو موقف معين أو وضع صعب وتؤدي إلى:  
❖ أفكار  
❖ أحاسيس  
❖ مشاعر جسدية  
❖ أفعال وسلوك.  
كل هذه العناصر والأجزاء يمكن أن تؤثر على بعضها البعض، فكيفية تفكيرك حول مشكلة ما وطريقة تفسيرها يمكن أن تؤثر على كيفية شعورك جسدياً وحسياً ويمكن أيضاً أن يغير كيفية تأثيرها تعاملك معها.  
مثال:  
يوجد طريقة مفيدة وأخرى غير مفيدة لتفعلك مع معظم الحالات وهذا يعتمد على كيفية تفكيرك حولها وطريقة تفسيرك للأمر:

الحالة : مررت بك صعب، وشعرت بالضجر ثم ذهبت للنتزه أو التسوق، بينما أنت ماضي على الطريق فإذا بشخص تعرفه يمر بجانبك وقد تجاهك بوضوح.

مفيدة	غير مفيدة	النتيجة
يبدوا إنه متفقد على نفسه وربما تكون لديه مشكلة ما .	هو تجاهلني لأنه لا يجيني	الاعتقاد
مهذب، وقلق على الشخص الآخر.	مكتئب، حزين، مرفوض.	المشاعر
اتصل به لاجتماع عليه	أذهب إلى البيت وأتجنبه	التفكير أو الفعل السلوك
لا شيء عنك، ارتح وفكر	مغص معوي، الشعور بالتعب والالتئير	الأحاسيس الجسدية

ففس الحالة أنت نتيجتين مختلفتين اعتماداً على طريقة تفكيرك حولها وتفسيرك لها كيفية تفكيرك أثرت على كيف شعرت وماذا فعلت.  
في الطريقة غير المفيدة تجد نفسك حكمت على الموضوع بدون دليل وهذا مهم لأنه أدى إلى:  
■ عدد من المشاعر غير المرغوبة.  
■ سلوك غير مساعد.  
إذا ذهبت للبيت وأنت تشعر بالحزن فاحتمال كبير أنك ستوقف التفكير بما حدث وتشعر أكثر سوءاً، لذلك لو اتصلت بهذا الشخص وحاولت تظمن عليه

هناك فرصة جيدة بأن تشعر بشكل أفضل، إذا لم تفعل سوف لن يكون لديك الفرصة لتصحيح أي سوء في فهم حول ما بدر من هذا الشخص واحتمال كبير أن تشعر بسوء أكثر.  
هذه طريقة مبسطة للنظر فيما يحدث، هذا التسلسل وأجزؤه يمكن أيضاً أن يشرح كما يلي:  
هذه الحلقة المفرغة يمكن أن تجعلك تشعر بشكل سيء، وربما تخلق حالات جديدة تجعلك تشعر بسوء أيضاً، ربما تبدأ بالاعتقاد بأشياء غير واقعية حول نفسك. هذا يحدث لأنه عندما تكون بحالة شدة نفسية وتوتر فإننا أكثر احتضالاً للتصرع بالحكم وان نفس الأندباء بطريقة متشددة وغير مفيدة.  
■ العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعدك على كسر هذه الحلقة المفرغة من التفكير المشوش والمشاعر والسلوك المرافق، عندما ترى أجزاء هذا التسلسل بوضوح فإستطاعتك تغييرها وبهذا تغير شعورك حولها.  
■ العلاج المعرفي السلوكي يهدف لأن يوصلك إلى حد معين بحيث يؤدي العلاج أنت نفسك  
■ وأن تستنتج طريقته الخاصة للتعامل مع مثل هذه المشاكل.

ماذا يتضمن العلاج المعرفي السلوكي؟  
يمكن عمله بشكل فردي أو مع مجموعة من الناس. يمكن أيضاً عمله عن طريق كتب المساعدة الذاتية أو برنامج حاسوبي.  
إذا كانت في المعالجة الفردية فإنه عادة مستقلقى مع المعالج ما بين 5 إلى 20 جلسة، كل أسبوع أو أسبوعين وتمتد كل جلسة ما بين 30 إلى 60 دقيقة.  
في الجلسات 2-4 الأولى سيفحص المعالج إذا كاف باستطاعتك أن تستعمل هذا النوع من العلاج ولك أيضاً لتري هل تشعر براحة مع هذا النوع من المعالجة. سيأخذ المعالج أيضاً بعض الأسئلة حول خبراتك والماضي من حياتك على الرغم من أن هذا العلاج يركز على الآن والمكان فربما تحتاج أحياناً لمحدث عن الماضي لتقي كيفية تأثيره عليك الآن.  
❖ أنت تقرر ما تريد أن تتعامل معه على المدى القريب والمتوسط والبعيد.  
❖ أنت والمعالج ستدورون عادة بالموافقة على ماذا ستناقشون في ذلك اليوم.

## ملحق رقم (8) مطوية عن مرحلة المراهقة



### مؤشرات المراهقة

- توجد مؤشرات للمراهقة تظهر على طلاب المرحلة الثانوية ونهاية المرحلة المتوسطة كلها تدور حول الرغبة في تحقيق الذات لعل من أبرز هذه المؤشرات:
- 1- التحول من التنوع وعدم الاستقرار في الميول الاجتماعية إلى التحديد والعمق.
  - 2- التحول من الثرثرة والتبجح وزيادة النشاط أيا كان اتجاهه إلى سلوك أكثر انضباطاً واحترافية.
  - 3- التحول من الرغبة في الارتباط بالمجتمع إلى الارتباط بجموعة منقاة بحيث يتحول من عدد كبير من الأصدقاء إلى صداقات أقل اشباعاً ولكنها أكثر عمقا.
  - 4- التحول من عدم الاهتمام بمرکز الأسرة الاجتماعي والاقتصادي كعامل مؤثر في العلاقات الاجتماعية إلى اعتبار منزلة الأسرة مهمة في تحديد هذه العلاقات وتكوين الصداقات.
  - 5- يتم التحول من الاهتمام بعموم النشاط إلى اختيار نشاط ينطق مع مواهبه وقدراته.
  - 6- يحاول المراهق المشاركة بمناقشة ما يدور حوله من الأحداث العامة بإبداء رأيه.
  - 7- يعثر المراهق بإسقاطه وبارئته المتواضعة التي لم تستدعها تجارب تصقلها وقد يغضب كثيرا إذا قال أحد ما بأنها غير صحيحة.

### سِمَات المراهقة المبكرة

- ❖ نمو جسمي ونمو عصلي وعظمي سريع لا يناسب معدل نمو القلب والدورة الدموية ويبطل في هذه الحالة إلى التخمول ولكسل ولثراخي وعدم دقة الحركات.
- ❖ في نهاية هذه المرحلة تحصل مرحلة البلوغ وفي معظم الأحوال يبدأ التغيير في الصوت بين نغمتين حادة دقيقة وبين نغمتين خشنة تؤدي غالبا إلى الإحساس بالخجل..
- ❖ اشتداد عمل الغدد التنخمية والتناسلية مما يحدث تغيرا في شكل الأعضاء التي تميز الجنسين بصاحبه تفيظ الاهتمامات الجنسية.
- ❖ يبدو الاهتمام الشديد بالجسم والتعلق بالتغيرات المفاجئة في التنو الجسمي وزيادة الشهية إلى الأكل والنوم.
- ❖ تقرب حالته الصحية العامة إلى الأنثوية التي تجعل الجسم أقل مقاومة للأمراض..
- ❖ تبدأ في هذه المرحلة الفروقات الفردية وتبدأ فترات الاستعدادات في الظهور، ويصبح قابرا على تركيز الانتباه في المحاضرات والأحاديث الطويلة وخاصة التي تتفق مع ميوله ووعباته.
- ❖ تتخلص من الأنانية وينمو الإحساس بالولاء ويصل لولاء في كثير من الأحيان إلى تعصب أصي.
- ❖ يتصف بالخجل نتيجة للتغيرات العنصرية المفاجئة ويبطل إلى التردد نتيجة عدم الثقة في نفسه لعدم فهمه طبيعة التغيرات ومداهل.
- ❖ التزوع إلى التنمر والانسحاب من سلطة الوالدين
- ❖ والمدرسة ويبطل إلى اختيار أصدقاء بنفسه.

### معنى المراهقة

المراهقة لغة تعني الاقتراب من الحلم. أي من الناحية النفسية فهي تعني الترح نحو التضج الجسمي والجنسي والعقلي والانعالي، وهي تختلف عن البلوغ الذي يعني الترح نحو التضج الجنسي فقط وتتفق آراء الباحثين على أن فترة المراهقة هي تلك الفترة من العمر التي تمتد فيما بين (12 - 21) من العمر، ويقسمها معظمهم إلى المراهقة المبكرة وتمتد من (12 - 16) عاما والمراهقة المتأخرة وتمتد من (17 - 21) من العمر.

ويؤي علماء النفس بأنه من السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها، ويرجع ذلك إلى أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي، بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى التضج في مظاهر النمو المختلفة.

وتتميز مرحلة المراهقة بالاضطراب والتلق نظرًا لما يكتنف المراهق من مظاهر النمو المختلفة سواء من الناحية الجسدية أو العقلية أو الاتعدالية أو الاجتماعية.

إن مرحلة نمو السرح والتغيرات المتلاحقة والرغبة في الاستقلال عن الوالدين وما يصاحبا من تغيرات جسدية ونفسية وما يتبعها من نمو في الفرائز والمؤشرات الجنسية والتضج، تجعل المراهق محتارا وضعيفا لكيفية التعامل مع كل هذه التغيرات السريعة التي طرأت على جميع شؤون حياته وجسمه، ومن هنا نجد أن المراهق عنيف ومضطرب ومتوتر ولا يدري كيف يتصرف مع عالمه الجديد بالصورة المقبولة بعيدا عن ولديه الذي كان يعتمد عليهم في تصريف شؤون حياته.

### سِمَات المراهق المتأخرة

- مرحلة استقرار في النمو الجسمي من حيث الحجم والوزن مع بعض النمو في العضلات والصدر والكثفين، يبطل إلى استقار طاقة نشاطه أكثر مما يملك فيو يرفق نفسه أحيانا بالتمرينات الرياضية كي يفي عضلاته، ويسعى من خلال ذلك إلى اكتساب الجسم الرياضي بالترتيب على أنواع الرياضة الفردية ويشير بوضوح نزعات الرجولة والوصول إلى التضج الجنسي.
- يكتمل لديه التضج في الفترات العقلية تقريبا، وتتضح الفروق الفردية، ويشير بالطابع الخيالي في تفكيره.
- يبطل إلى اكتشاف ما حوله، ويبدأ الاهتمام بالتخصص والتفكير في المستقبل وتزداد لديه الرغبة في المناقشة.
- يبطل في هذه المرحلة إلى القراءة بصورة عامة، وتتعلق لديه أحلام اليقظة كوسيلة لإرضاء النفس، ويفضل المراهق في هذه المرحلة أيضا للتفكير القائم على الفهم لا مجرد الحفظ ينتقل من الاعتماد على الغير إلى الاعتماد على النفس والميل إلى النقد ومقاومة سلطة والثورة ضد الأسرة والمدرسة وزيادة الرغبة في الاشتراك مع ثلثة التي يزداد ميله إلى اختراجه بنفسه وتبادل الحديث معهم وخاصة في ما يتصل بأخبار الرياضة والملابس والسيارات وما يدخل دائرة اهتمامهم.
- يبطل المراهق في هذه المرحلة إلى الزعامة ويزداد لديه الاهتمام بالمظهر والميل للحفلات العامة، زيادة الميل إلى اكتشاف البيئة والمخاطرة والمغامرة والتجول والارتحال.
- وأخيرا فإن المراهقة مرحلة من مراحل العمر تأتي بعد مرحلة الطفولة، فإذا تم تأهيل الطفل لهذه المرحلة سهل عليه التفاعل مع متغيراتها المتلاحقة.

### مطالب المراهق التي يسعى لتحقيقها

- 1- أن يكون المراهق علاقات جديدة أكثر تضجاً مع أترابه وأن يقوم بدور اجتماعي يتفق وجلسه.
  - 2- أن يتقبل الفرد تكوينه الجسمي وأن يتمكن من استخدامه بكفاية وأن يختار إحدى الميول ويترب عليها.
  - 3- أن يقوم بعمل يتصل فيه مسؤوليته الاجتماعية وأن يستعد للزواج والحياة العائلية.
  - 4- أن ينمي مهاراته العقلية، وأن يكتسب مجموعة من القيم الأخلاقية تكون له دليلا في سلوكه.
- كما أن المراهق بطبيعته يسعى إلى التحرر والانطلاق ويسعى إلى قبل استقلاله، وأخذ بقبني آراء وأفكار مغايرة لأسرته ومعطيه إما من باب إثبات ذاته ومكانته، أو لأن نظرة المراهق للحياة مختلفة فما زالت طرية وغير ناضجة وأفكاره سطحية وهامشية. وربما شادة تركز في أغلب المواقف على الشعور.
- ويعتقد البعض أن المراهق أحيانا يجب أن يفرض وجوده من خلال أفكاره وآرائه لشادة، كما أنه منفع في تصرفاته وآرائه وربما متغير. وبعض المراهقين لا يحترم الأعراف والتقاليد ويلاحظه الانتفاج في معالجة المواقف، والفترة والبيورة والغرور، وكل هذه السطحية في التصرفات والفراوات تدخل في إطار التحرر من الهيمنة القوية التي تفرضها عليه الأسرة والمجتمع، فكما أحس المراهق أن كل تصرفاته مروونة بتدخل الأسرة فيها وأنه لا يجد مؤثرا للاستقلال كلما كانت ثورته عارمة وخروجه على أسرته بصورة غير مأثورة لكي يعبر عن سخطه وتمرده سعيا وراء فرضية الاستقلال.

ملحق رقم (9)

قائمة الصفات المثالية

كيف يراني الآخرون

كيف أرى نفسي

أحيانا	نصف الوقت	غالبا	
			سعيد
			وحيد
			ممل
			ذكي
			منعزل
			مريض
			اجتماعي
			متحدث
			خجول
			أناني
			مزعج
			مشهور
			صديق
			جريء

أحيانا	نصف الوقت	غالبا	
			سعيد
			وحيد
			ممل
			ذكي
			منعزل
			مريض
			اجتماعي
			متحدث
			خجول
			أناني
			مزعج
			مشهور
			صديق
			جريء

## ملحق رقم (10)

### الاسترخاء البطيء باستخدام التخيل

- 1 - اجلس وأغمض عينيك.
- 2 - ركز على التنفس، وتأكد من أنك تستطيع التنفس بسهولة وبطريقة طبيعية.
- 3 - تخيل أن جميع عضلاتك في حالة استرخاء.
- 4 - استحضر في عقلك الوسيلة التخيلية وركز عليها في أثناء التنفس بطريقة طبيعية.
- 5 - أجلس في سكونة وهدوء وإذا توالى الأفكار المزعجة لا تلتفت إليها، بل اجعلها تخرج من عقلك مرة أخرى من خلال التركيز على الوسيلة التخيلية التي تستخدمها. استمر في ذلك حتى تشعر بالهدوء.
- 6 - عندما تشعر بالهدوء افتح عينيك، وظل جالسا للحظة أخرى أو ما يقرب من ذلك قبل الوقوف والتحرك مرة أخرى.

### الاسترخاء السريع

- 1- خذ نفسا عميقا ثم أخرجه ببطء.
  - 2- في أثناء عملية الزفير، تخيل توترك وقلقك يخرج مع خروج النفس.
  - 3- كرر ذلك مرتان أخريين فقط.
- ملاحظة هامة:**
- لا تأخذ أكثر من ثلاثة أنفاس عميقة.



ملحق رقم (11)  
تدريبات التحكم في التنفس

- 1- ضع إحدى يديك على معدتك.
  - 2- خذ نفساً من خلال الأنف وأنت تعد في سرك حتى تصل إلى الرقم 4 مع السماح للمعدة بالانتفاخ.
  - 3- اخرج النفس ببطء من خلال الفم وأنت تعد إلى الرقم 6 مع السماح للمعدة بالعودة إلى الوضع الطبيعي.
  - 4- عد حتى تصل إلى الرقم 2 وتتنفس مرة أخرى.
  - 5- حاول أن تتابع معدل نفس ثابت، من خلال العد حتى تصل إلى الرقم 4 في الشهيق وحتى تصل إلى الرقم 6 في أثناء الزفير.
- تذكر أن هدفك هو أن تأخذ من 8 - 12 نفس في الدقيقة.

## ملحق رقم (12)

اختيار وتعريف المشكلة (حاول تعريف المشكلة)

المشكلة التي تريد العمل عليها:

--

جميع الحقائق المتوفرة حول المشكلة

	ما المقصود بالمشكلة ؟
	متى تحدث هذه المشكلة ؟
	أين تحدث هذه المشكلة ؟
	من يشاركك في هذه المشكلة؟
	كيف تحدث هذه المشكلة غالباً ؟
	ما هي طريقة تعاملك مع المشكلة حتى الآن ؟
	ما هي نتيجة تعاملك مع المشكلة حتى الآن ؟

### ملحق رقم (13)

#### قائمة المشكلات المحتملة

مشكلات مع أفراد العائلة	1
الفقدان أو الحزن	2
مشكلات دراسية أو مهنية	3
عدم وجود العمل	4
مشكلات قانونية	5
مشكلات بالمصاريف اليومية	6
تحرش أو اعتداء جنسي	7
مشكلات الإدمان	8
مشكلات صحية	9
العزلة أو الوحدة	10
مشكلات نفسية	11
انعدام الثقة بالنفس	12
عدم الاهتمام	13
الطلاق والانفصال	14

ملحق رقم : (14)

توليد الحلول: (العصف الذهني واستنباط حلول متعددة)

استخدم ورقة العمل التالية لكتابة مشكلتك والحلول المحتملة.

المشكلة؟

--

الحلول المحتملة:

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8
	9
	10
	11
	12

## ملحق رقم (15)

### بطاقة السلوكيات غير الحضرورية (غير التفاعلية)

اسم المجموعة:

- تجلس بشكل مسترخ جدا بحيث تبدو شبه نائم أثناء تحدث الشخص الآخر معك.
- تجلس وكأنك متجمد لا تحرك أي شيء في جسمك.
- تتلمل بشكل مستمر.
- تنظر إلى ملابسك أو ساعتك باستمرار أثناء حديث زميلك معك.
- لا تنظر إلى الشخص الذي يحدثك كأن تنظر جانبا مثلا.
- تنظر إلى الحائط أو الصور المعلقة عليه أثناء حديث زميلك معك.
- تقوم بربط حذائك أو إعادة ربطه أثناء حديث زميلك معك.
- تقوم بهز أرجلك باستمرار أو قضم أظافرك أثناء حديثك مع زميلك.

## ملحق رقم (16)

### بطاقة السلوكات غير الحضرية

استرخي إلى آخر درجة

بحيث تبدو وكأنك نائم

اجلس بجمود وتحجر

تجنب الاتصال البصري

العب بحزامك

وجه وجهك إلى جهة مغايرة

للشخص الذي أمامك

وصف السلوك الحضوري

ابدو وكأنك مهتم، انتبه جيدا لما يقوله ويفعله الشخص الآخر في المجموعة.

F Face واجه (قابل) الشخص الآخر

E Eye ابقى على اتصال بصري جيد

L Lean اجلس بوضع مائل

O Open اجلس وكان جسمك مفتوح للحوار

R Relax اجلس بوضع مرتاح غير متوتر

ملحق رقم (17): المرحلة الزمنية لتنفيذ جلسات برنامج العلاجي الجماعي وموضوعاتها

الجلسة	اليوم وتاريخ التنفيذ	الموضوع	زمن التنفيذ بالدقيقة
جلسة ما قبل البرنامج	اليوم: 2019/ 01 / 07	جلسة تمهيدية بناء العلاقة العلاجية	75
جلسة (1)	اليوم: 2019/ 01/10	التعريف بالبرنامج	75
جلسة(2)	اليوم: 2019/ 01 /13	التعريف بمرحلة المراهقة والتقييم القبلي	90
جلسة(3)	اليوم: 2019 /01 /17	الاستبصار بالمشكلة (فردية/ 5 أفراد)	90
	اليوم: 2019/01/19	(فردية/ 5 أفراد)	90
جلسة(4)	اليوم: 2019 / 01/ 21	تقبل الذات	75
جلسة(5)	اليوم: 2019/ 01/ 24	تعزيز الدافعية (فردية/ 5 أفراد)	90
	اليوم: 2019/ 01/26	(فردية/ 5 أفراد)	90
جلسة(6)	اليوم: 2019/ 01 /28	الاسترخاء والتحكم بالتنفس (فردية/ 5 أفراد)	90
	اليوم: 2019/ 01 /29	(فردية/ 5 أفراد)	90
جلسة(7)	اليوم: 2019 / 01 /31	حل المشكلات	75
جلسة(8)	اليوم: 2019/ 02/ 04	السلوك الحضورى الايجابي	75
جلسة(9)	اليوم: 2019/ 02 /07	رفض المخدرات	75
جلسة(10)	اليوم: 2019/ 02 /11	الاستقلالية الذاتية	75
جلسة(11)	اليوم: 2019/02 /14	تحمل المسؤولية الشخصية	75
جلسة (12)	اليوم: 2019/ 02 /18	التخطيط للمستقبل	75
جلسة (13)	اليوم: 2019/ 02 /21	التخطيط للوقاية من الانتكاسة	75
جلسة (14)	اليوم: 2019/ 02 /25	قضاء وقت الفراغ	60
جلسة (15)	اليوم: 2019/ 02 /28	البحث عن العمل	60
جلسة (16)	اليوم: 2019/ 03 /04	مراجعة عامة للبرنامج	75
جلسة (17)	اليوم: 2019/ 03 /07	القياس البعدي	60
جلسة (18)	اليوم: 2019/ 05 / 09	القياس التتبعي	45

ملحق رقم (18): ملحق خاص بنتائج القياس

جدول رقم (01): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين المدمنين قبل تطبيق البرنامج.

		bk1	b1	b2	b3	b4
N	Valide	10	10	10	10	10
	Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne		86,90	23,50	21,10	21,00	21,30
Ecart-type		6,154	1,958	2,644	2,749	3,093
Somme		869	235	211	210	213

جدول رقم (02): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين المدمنين بعد تطبيق البرنامج.

		bk11	b11	b22	b33	b44
N	Valide	10	10	10	10	10
	Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne		68,00	18,70	16,70	17,00	15,60
Ecart-type		8,313	3,889	4,191	3,091	3,169
Somme		680	187	167	170	156

جدول رقم (03): يبين مستوى الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين المدمنين بعد مرور فترة المتابعة (شهرين) من تطبيق البرنامج.

		tt	b1t	b2t	b3t	b4t
N	Valide	10	10	10	10	10
	Manquante	0	0	0	0	0
Moyenne		68,40	18,00	15,80	16,80	17,70
Ecart-type		8,127	2,867	2,300	2,440	5,122
Somme		684	180	158	168	177



جدول رقم (04): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

**Statistiques pour échantillons appariés**

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	bk1	86,90	10	6,154	1,946
	bk11	68,00	10	8,313	2,629

**Test échantillons appariés**

		Différences appariées				t	ddl	Sig. (bilatérale)	
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence				
					Inférieure				Supérieure
Paire 1	bk1 - bk11	18,900	6,724	2,126	11,990	25,810	8,889	9	,000

جدول رقم (05): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات حسب متغير الاستبصار والحاجة إلى التقبل.

**Statistiques pour échantillons appariés**

		Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1	b1	23,50	10	1,958	,619
	b11	18,70	10	3,889	1,230

**Test échantillons appariés**

		Différences appariées				t	ddl	Sig. (bilatérale)	
		Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence				
					Inférieure				Supérieure
Paire 1	b1 - b11	4,800	3,120	,987	1,594	8,006	4,865	9	0.001

جدول رقم (06): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات حسب متغير تنشيط الدافعية.

**Statistiques pour échantillons appariés**

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 b2	21,10	10	2,644	,836
Paire 1 b22	16,70	10	4,191	1,325

**Test échantillons appariés**

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 b2 - b22	4,400	3,406	1,077	,900	7,900	4,085	9	,003

جدول رقم (07): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات حسب متغير الشعور بالمسؤولية والاستقلالية.

**Statistiques pour échantillons appariés**

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 b3	21,00	10	2,749	,869
Paire 1 b33	17,00	10	3,091	,978

**Test échantillons appariés**

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 b3 - b33	4,000	3,771	1,193	,124	7,876	3,354	9	,008

جدول رقم (08): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات حسب متغير التوجه للمستقبل والشعور بأهمية الزمن.

#### Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne	
Paire 1	b4	21,30	10	3,093	,978
	b44	15,60	10	3,169	1,002

#### Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)	
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence					
				Inférieure	Supérieure				
Paire 1	b4 - b44	5,700	2,312	,731	3,324	8,076	7,797	9	,000

جدول رقم (09): يمثل نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات المراهقين المدمنين (أفراد العينة) في القياسين البعدي والتبقي على مقياس الدافعية للامتناع عن المخدرات.

#### Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne	
Paire 1	bk11	68,00	10	8,313	2,629
	tt	68,40	10	8,127	2,570

#### Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)	
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 99% de la différence					
				Inférieure	Supérieure				
Paire 1	bk11 - tt	-,400	1,075	,340	-1,505	,705	-1,177	9	,269