



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران -2- أحمد بن أحمد

كلية: العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس والأرطفونيا

تخصص: علم النفس العيادي

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

دور التكفل النفسي في علاج إدمان المخدرات
عند المراهق المنتكس

تحت إشراف:

د.كلفاح أمال

من إعداد:

- بلمامون سمية
- مشاش صارة

2021-2022

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى ابراز دور التكفل النفسي في علاج ادمان المخدرات عند المراهق المنتكس ،ومدى فعالية الجمع بين كل من العلاج الطبي والنفسي والتعرف على الأسباب والعوامل المؤدية إلى الانتكاسة ،وهذا من خلال الاجابة على التساؤل التالي:

- هل لتكفل النفسي دور في علاج الادمان على المخدرات عند المراهق المنتكس؟

كما اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي الذي كان أكثر تناسبا مع دراستنا ،بحيث مكنا من التعمق بشكل دقيق وجمع أكبر عدد من المعلومات عن الحالة ،وذلك باستخدام أدوات الدراسة المناسبة ،حيث تضمنت العينة ثلاث حالات من المراهقين تتراوح أعمارهم ما بين 16-18 سنة يعانون من ادمان المخدرات وحدثت لهم انتكاسة خلال مدة العلاج ،فتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى مدى مساهمة التكفل النفسي في مساعدة المراهق المنتكس على التخلص من الادمان وبالتالي تتحقق فرضية البحث القائلة :للتكفل النفسي دور في علاج الادمان على المخدرات عند المراهق المنتكس.

الكلمات المفتاحية : المراهقة ،ادمان المخدرات ،الانتكاسة ، التكفل النفسي.

شكر و عرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

بعد رحلة بحث وجهد و اجتهاد انتهت بإنجاز هذا البحث ،فنحمد الله تعالى على نعمة التي منى بها علينا ونشكره على فضله العظيم ،فهو العلي القدير والصلاة والسلام على نبينا وحبينا محمد عليه أفضل صلوات الله و على آله و صحبه أجمعين.

وبهذه المناسبة لا يفوتنا نحن الطالبتين "بلمامون سمية" و "مشاش صارة"

أن نتوجه بالشكر الجزيل إلى القديرة الدكتورة "كلفاح أمال" التي لم تبخل علينا بعطائها العلمي ونصائحها وإرشاداتها خلال مراحل هذا البحث

ونخص بالشكر أيضا إلى كل من أعاننا أثناء التريص من الطاقم الطبي والنفسي. كما يسرنا أن نوجه أسمى عبارات التقدير إلى لجنة المناقشة.

إلى كل من زرعووا التفاؤل في دربنا و أكرموا علينا بالمساعدة لهم

خالص الشكر

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين

أما بعد

نهدي ثمرة جهدنا إلى من قال فيهما الله تعالى في كتابه العزيز

* وقضى ربك ألا تعبد إلا إياه و بالوالدين إحسانا *

إلى والدينا الحبيبين و إلى جميع أسرتينا الكريمين

تحياتي الخاصة.

إلى أصدقائنا المخلصين ومن كانوا سندا في مشوارنا و إلى كل من ساهم

و ساعد في إنجاز بحدثنا و لو بكلمة طيبة.



قائمة المحتويات

ملخص الدراسة	1
شكر و عرفان	ب
إهداء	ج
قائمة المحتويات	د
مقدمة	1

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. الإشكالية	6
2. الفرضية	9
3. أهداف البحث	9
4. دواعي اختيار البحث	9
5. أهمية البحث	10
6. التعاريف الاجرائية	10

الفصل الثاني: المراهقة

تمهيد	13
1. مفهوم المراهقة	13
2. أشكال المراهقة	14
3. مراحل المراهقة	15
4. أهمية دراسة مرحلة المراهقة	17
5. مشاكل المراهقة	18

19.....	6. حاجات المراهقة
20.....	7. العوامل المحددة لشكل المراهقة
21.....	8. تأثير رفقاء على المراهق
23.....	9. مشاعر المراهق وكيف نواجهها
23.....	10. المقاربة النظرية لمرحلة المراهقة
28.....	الخلاصة

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات والانتكاسة 30

30.....	تمهيد
---------	-------

■ الإدمان على المخدرات

30.....	1. تعريف الإدمان على المخدرات
31.....	2. المصطلحات المرتبطة بالإدمان على المخدرات
33.....	3. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات
35.....	4. تصنيف المخدرات وأنواعها
37.....	5. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات
43.....	6. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
45.....	7. مراحل العلاج للإدمان على المخدرات

■ الانتكاس الإدماني

47.....	1. تعريف الانتكاس
47.....	2. العوامل المؤدية للانتكاسة
48.....	مؤشرات الانتكاس الإدماني

الخلاصة

الفصل الرابع: التكفل النفسي

51.....	التمهيد
51.....	1. تعريف التكفل النفسي
52.....	2. التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
53.....	3. مراحل التكفل النفسي
56.....	4. أهمية التكفل النفسي
57.....	5. تعريف العلاج النفسي
57.....	6. أهداف العلاج النفسي
58.....	7. أشكال العلاج النفسي
58.....	8. تعريف الأخصائي النفسي
73.....	9. دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي
73.....	علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي
74.....	الخلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

77.....	تمهيد
77.....	1. منهج الدراسة
77.....	2. عينة الدراسة
78.....	3. مجالات الدراسة
79.....	4. أدوات الدراسة
80.....	5. صعوبات الدراسة

الخلاصة 80

الفصل السادس :نتائج الدراسة وتفسيرها

1. عرض الحالة الأولى وتحليلها 82

2. عرض الحالة الثانية وتحليلها 88

3. عرض الحالة الثالثة وتحليلها 93

4. مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة 100

101

الخاتمة

التوصيات والاقتراحات 102

المراجع 103

الملاحق 109

المقدمة:

تعتبر مرحلة المراهقة من مراحل النمو المهمة وأكثرها تعقيدا ،لما يصاحبه من إعادة بناء عاطفي وفكري للشخصية والذي بدوره يساهم في عملية التفرد المرتكزة في الأساس على التغيرات الفيزيولوجية والسيكولوجية والسوسولوجية للشخص ،فهذه الجوانب المتعددة تتفاعل فيما بينها لغاية ترسيخ الأنا التكاملية التي تتسم بالتفرد و التميز من جهة و بالتمائل والاستمرارية من جهة أخرى ، و هذا ما يساهم في تثبيت الصورة الخارجية الذي يدركها المحيط الاجتماعي عن الفرد ومن ثم يفسح له المجال من أجل تبني أدوار فعالة.

لو نظرنا للمراهقة على أنها فترة انتقالية أكثر منها كمرحلة ما بين الطفولة و الرشد ،يكون بالتالي المراهق حامل للميزات و خصائص يمكن اعتبارها مفتاح لفهم أساسيات و ديناميات الفرد ،فمن خلال هذه المرحلة وآلياتها الحركية المتغيرة يجد المراهق نفسه في صراع بسبب التغير الفيزيولوجي السريع الذي يأتي بعد فترة الكمون ،حيث يتبع هذا التغير تغيرات كثيرة نفسية و جنسية و علائقية غالبا ما يطبع عليه طابع الصراع و اللاتزان ،و الفشل في مجارية هذه المرحلة يؤدي بالمراهق إلى سلك طريق الانحراف ومن بين هذه السلوكيات ال منحرفة علة الادمان على المخدرات.

ومما لاشك فيه أن مشكلة تعاطي المخدرات تعد من أعقد المشكلات لما لها من انعكاسات على الفرد والأسرة على حد سواء ،فهي تؤثر على البدن والعقل والسلوك وبالأخص على الصحة النفسية ،لذا فإن المتخصصين وبمختلف توجهاتهم يسعون في اطار تفاعل متكامل ومستمر للإحاطة بهذه الظاهرة ،فهي تستقطب الأفراد من مختلف الأعمار ،و بالأخص فئة المراهقين لما تتميز به من خصائص نفسية تجعلها أكثر عرضة لهذه الآفة.

مشكلة الادمان على المخدرات لا تنتهي بمجرد أن يتوقف الشخص عن تعاطي العقار ،فهذا العلاج المنقوص يحقق فقط ازالة التسمم الحاد بالمخدر ،أو حماية المدمن من أعراض سحب المخدر فقط و ليس بتبديل سلوكه الإدماني ،فنسبة الانتكاس هنا تكون عالية جدا ،لذا لابد من إعطاء اهمية لدور التكفل النفسي في مثل هذا النوع من السلوكيات المنحرفة.

وهذه ما جاءت به دراستنا والتي تعتبر بمثابة مقدمة لعلاج مشكلة الادمان على المخدرات عند المراهق المنتكس ،حيث سنقسم هذه الدراسة إلى جانبين : الجانب النظري والجانب التطبيقي.

الجانب النظري إلى أربعة فصول وهما كالتالي:

الفصل الأول :والذي سيتضمن إشكالية البحث وفيها نتطرق إلى صياغة مشكلة الدراسة وفرضية البحث والأهداف ودواعي اختيارنا لهذا الموضوع وفيما تكمن أهميته ،ثم نعرض المصطلحات والتعاريف الإجرائية لهذه الدراسة.

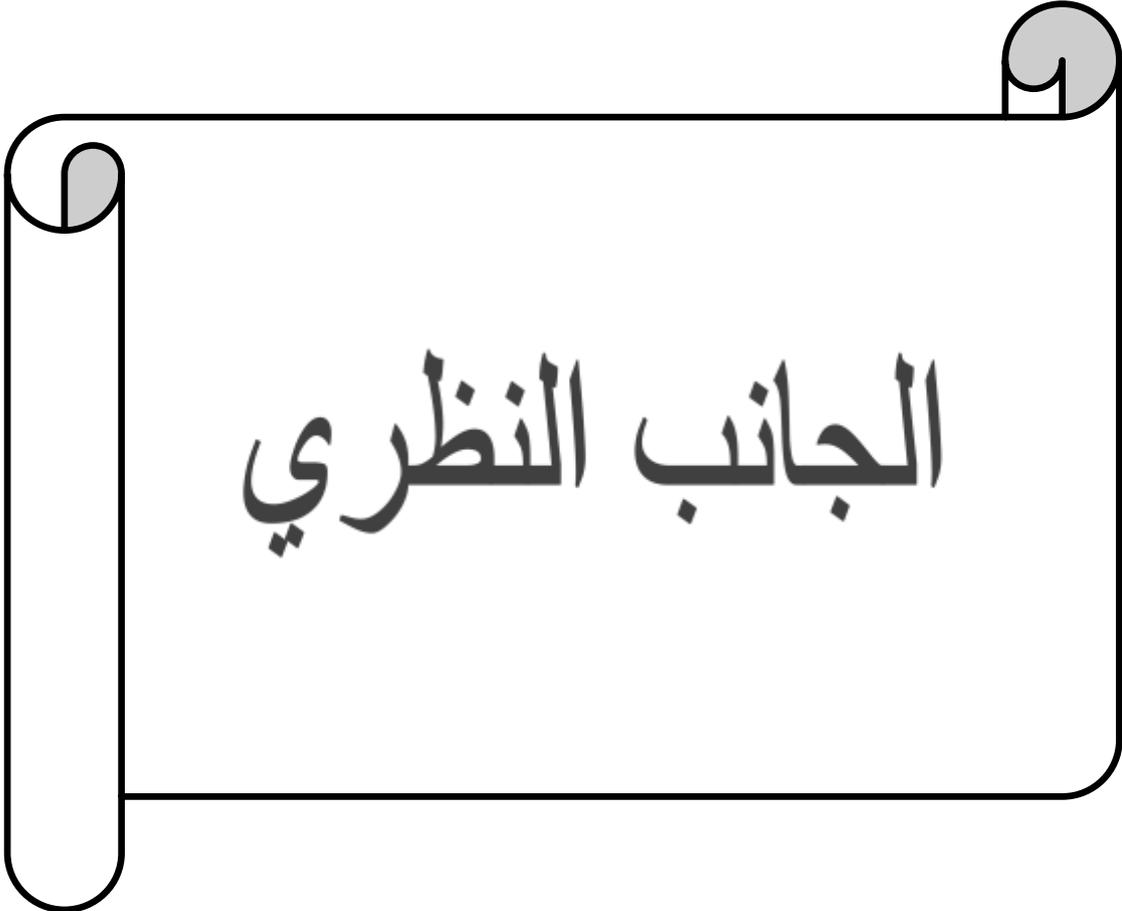
أما الفصل الثاني الذي سنتناول فيه مفهوم المراهقة وأشكالها ومراحلها ،فيما تتمثل أهمية دراسة هذه المرحلة ،ثم ننتقل إلى أبرز المشاكل وحاجات المراهق وأهم المقاربات النظرية المفسرة لهذه المرحلة.

وبالنسبة للفصل الثالث خصصناه لدراسة الادمان على المخدرات ،والذي بدروه سينقسم إلى جزئين :الجزء الأول يحتوي على التعاريف الخاصة بكل من الادمان والمخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة بها ،لمحة موجزة عن تاريخ المخدرات ،تصنيف المخدرات وأنواعها وكذا أسباب تعاطيها والادمان عليها ،أما الجزء الثاني فسننتقل إلى دراسة الانتكاس الإدماني من حيث المفهوم والعوامل المؤدية للانتكاسة وأخيرا مؤشرات الانتكاس الإدماني .

كما أن الفصل الرابع سيكون مخصص لتكفل النفسي ومنه نقوم بتعريفه ،أهم المفاهيم المتداخلة مع هذا المصطلح ،أهمية ومراحل التكفل النفسي ،ثم نتطرق إلى تعريف العلاج النفسي ،أشكاله وما هي أبرز أهدافه ،و بعدها إلى مفهوم ودور الأخصائي النفسي ،كما قد شمل العنصر الأخير علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي .

أما بخصوص الجانب التطبيقي سيحتوي على فصلين الخامس ،والذي سيتم فيه تقديم الاجراءات المنهجية للدراسة التي تتضمن المنهج المعتمد ،العينة ،ايطار الدراسة ،الأدوات المستخدمة وأخيرا الصعبات التي وجدها من خلال هذه الدراسة الميدانية.

الفصل السادس الذي سنقوم فيه بعرض الحالات بشكل مفصل عن طريق دراسة الحالة وتحليلها، ثم مناقشة النتائج على ضوء الفرضية المطروحة ومقارنتها بالدراسات السابقة.



الجانب النظري

الفصل الأول :مدخل إلى الدراسة

1.الإشكالية

2.الفرضية

3.أهداف البحث

4.دواعي اختيار البحث

5.أهمية البحث

6.التعريف الإجرائية

الإشكالية:

يتعرض الإنسان في كل مراحل نموه إلى مجموعة من المواقف اليومية الضاغطة التي يواجهها أحيانا و يتجنبها أحيانا أخرى وفقا لقدراته و إمكاناته المعرفية من ناحية و من ناحية أخرى ما يمليه عليه الموقف المقلق (والي، 2015، ص1)

وباعتبار المراهقة مرحلة هامة جدا فهي الفترة الأكثر ساهمية لنمو الذات (لقوي، 2016، ص1)

حيث يعتبرها البعض منعطفا حاسما في مسار النمو ، و هو ما يسمح بتنوع واسع للكتابات والآراء والتفسيرات التي تناولت هذه المرحلة و لعل السبب الرئيسي في هذا التنوع هو ذلك التسارع الذي يعرفه مسار النمو عند المراهق (جدو، 2014، ص1)

كما أن أنظار الباحثين في مجال الصحة النفسية تركزت حول الكشف عن الطريقة التي يلجأ إليها المراهقون من أجل مواجهة مشاكلهم اليومية التي تكون متوافقة مع الموقف وقد تكون عكس ذلك ، ما ينجر عنه العديد من المشاكل النفسية والاجتماعية التي نجدها عند المدمنين.

فالمراهقة باعتبارها مرحلة تغير فيزيولوجي والتطور النفسي والاجتماعي في ظل الكينونة المستمرة ،قد تحتوي على العديد من الضغوط المتولدة عن التحولات الجسمية والمتطلبات النفسية والاجتماعية التي تفقد سلوك الفرد وفق معيار اجتماعي محدد يفرض عليه القدرة و الامكانية المعرفية و الاستراتيجية الفعالة من أجل التوافق و التكيف ، و عدم فعالية الأسلوب المستخدم في حل المشاكل و الوضعيات المرهقة قد يقود في العديد من الأحيان الي مشاكل سلوكية تنعكس سلبا على الفرد والمجتمع ،كالإدمان على المخدرات مثلا. (والي، 2015، ص1)

فظاهرة المخدرات تعد من الظواهر الأكثر خطورة وانتشار في العالم وذلك لما تخلفه من أضرار ،فموضوع المخدرات ليس بالجديد علينا كونه معروف منذ الزمن القديم ،لكن الأمر

الجديد فيه هو الانتشار الواسع لاستهلاكه بشكل مبالغ فيه ما ينهي بصاحبه للوقوع في الادمان (قرايشي ،عمارن ،2018،ص1)

و تعاطي هذه المواد المخدرة يتم في الغالب بطرق غير مشروعة لأن المخدرات في الأساس موجهة لأغراض طبية وعلمية وفق ما نصت عليه كل الاتفاقيات الدولية والتشريعات الوطنية لأي دولة في العالم ،كما فرضت على مستهلكها أو منتجها أو المتاجر بها عقوبات صارمة ،فعلى حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية فإن نسبة مدمني المخدرات في العالم أكثر من خمسين مليون شخص ،وهذه النسبة أخذت في زيادة إلى أكثر من ذلك فإذا لم تواجه هذا البلاء بكل الوسائل و الطرق و نحد من انتشارها السريع وإقناع الشباب والمراهقين بالابتعاد عنها فإن ذلك سيؤدي الي مشكلات اجتماعية واقتصادية كبيرة (سعيد ،2016،ص3)

ومن بين أحد أسباب التي تدفع المراهقين للتعاطي هو الشعور بالاغتراب النفسي الذي يجعله يلجأ للمخدرات كآلية دفاعية للتخفيف من الألم الداخلي ، حيث أثبتت العديد من الدراسات عن وجود علاقة بين الاغتراب وصر الانحراف بوجه عام وتعاطي بوجه خاص ،حيث يمثل تعاطي المخدرات كما يرى البعض رفضا للمجتمع و تمردا عليه ،وشكلا من أشكال التكيف لشعور الفرد بالاغتراب ،وهذا ما توصلت اليه الينا (1991) في دراستها للعلاقة بين الاغتراب وتعاطي المخدرات كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أن المتعاطين أكثر اغترابا بالمقارنة بغير المتعاطين (قبوب ،2015، ص233)

وبما أن الادمان يعتبر من الاضطرابات السلوكية فعلاج المدمن يستوجب ايداعه في عيادات ومراكز خاصة ،كما تختلف طرق العلاج ومدته حسب نوع العقار و شدة الادمان فحالات التسمم الإدماني تتطلب التدخل السريع حتى لا يؤدي ذلك الي موته ،أما حالات الادمان الخفيف أو الذي يكون في المرحلة الأولى فيستدعي الأمر علاجا بسيطا بمساعدة المدمن وإقناعه .(سليمان ،2012،ص3)

فعادة ما يتم اخراج السموم من جسم المدمن مع اغفال الجانب النفسي للمريض ،فالعملية هنا لن تكون كاملة ،لذا فالتكفل النفسي مع وضع برنامج ضروري جدا ،كما جاءت به

دراسة عبد الغاني (2016) والذي حاول من خلاله الباحث أن يثبت مدى مساهمة البرنامج المقترح في علاج مشكل الادمان عن طريق التخفيف من شدة هذه المشكلة حيث طبق الباحث البرنامج الارشادي على 15 حالة من ذوي الادمان المتعدد على المخدرات ،حيث توصلت هذه الدراسة الى أن مدمني المخدرات يعانون من درجة مرتفعة من شدة لهفة الادمان وهذا من خلال استجابتهم المحددة في مقياس شدة لهفة الادمان .(عبد الغني ،2016،)

خلال التكفل النفسي يتم وضع برنامج علاجي ،و ذلك على حسب طبيعة كل حالة مع المرافقة الخاصة بالمدمن من خلال المتابعة الطبية، الجسمية ،النفسية و الاجتماعية.

ومن المهم التطرق الى انتكاسة الادمان التي تحدث للعديد من المراهقين أثناء تلقيهم العلاج أو حتى عقب انتهائهم من فترة العلاج فهي تعتبر أحد الامور الخطيرة والهامة التي يجب التحدث عنها بكل وضوح و صراحة ،بحيث انها من الحروب التي يتعرض لها المدمن عند وقوعه في الادمان ورغبته في التخلص منه بصفة نهائية.

ومن بين أحد الدراسات التي تحدث على هذا الموضوع هي دراسة أشرف عبد (2003) الذي تناولت البروفيل النفسي لمدمن الهيروين ،و بين من خلاله انتكاسة المدمنين الذين حاولوا مرارا وتكرارا وبكل مختلف العلاجات لتخلص من هذا الادمان ،ومن هذا المنطلق أصبح الادمان أمر متعلق بالتفكير المتكرر في العودة مجددا لحياة الادمان وخبرته ونشوته ،كما يرى الباحث أن أفضل ما يمكن اقتراحه لمساعدة المدمن على المخدرات في التشافي هو بناء برنامج ارشادي ،يستند الي علاج تكاملي يجمع بين الجانب المعرفي للإنسان والجانب الانفعالي الجانب السلوكي (تيايبية ،2016،ص12)

فعلاج المدمن لا يعتمد فقط على الجانب الدوائي ،بقدر ما يعتمد على التكفل النفسي والدعم الاسري و الاجتماعي الذي يلعب دورا مهما في إعادة تأهيل المريض وتكيفه وتوافقه نفسيا و اجتماعيا و عدم انتكاسته.

وعلى هذا الضوء نطرح التساؤل التالي:

- هل لتكفل النفسي دور في علاج إدمان المخدرات عند المراهق المنتكس؟

فرضية البحث:

- للتكفل النفسي دور في علاج إدمان المخدرات عند المراهق المنتكس

أهداف البحث :

- إبراز دور التكفل النفسي في مساعدة مدمن المخدرات على العلاج .
- توضيح مدى فعالية الجمع بين العلاج النفسي و العلاج الطبي.
- التعرف على الطرق والأساليب النفسية المتبعة لعلاج إدمان المخدرات عند المراهق
- التعرف على الأسباب و العوامل المؤدية إلى حدوث الإبتكاسة .
- الرغبة في الكشف عن أهمية التكفل النفسي في علاج إدمان المخدرات عند المراهق المنتكس .
- محاولة الإهتمام والتكفل بالمراهق المدمن على المخدرات خاصة من الجانب النفسي لمنع حدوث الإبتكاسة.

دواعي اختيار البحث :

إن اختيارنا لهذا الموضوع لم يكن بمحض الصدفة وإنما راجع إلى أسباب منها ما هو ذاتي وما هو موضوعي:

- إتمامنا الشخصي بالمواضيع المتعلقة بانحراف المراهقين و بالأخص الإدمان على المخدرات.
- محاولة الإقترب أكثر من المراهق المدمن على المخدرات بغية فهم معاناته والآثار النفسية والجسدية التي يخلفها هذا الإدمان.

- نظرا للإنتشار الواسع الذي شهدته ظاهرة الإدمان على المخدرات عند المراهقين خاصة في الأونة الأخيرة ،وهذا ما دفعنا إلى البحث والتعرف على أساليب وطرق التكفل النفسي ومدى أهميته في العلاج و التخلص من الإدمان.
- تبيان فعالية التكفل النفسي عند المراهق المدمن على المخدرات لتجاوز منع الانتكاسة.
- نظرا لإهمال العلاج النفسي لمدمن المخدرات والتركيز على العلاج الطبي فقط.

أهمية البحث:

تكمن أهمية دراستنا في تسليط الضوء على أهمية التكفل النفسي ومدى فعاليته كعلاج ضروري لإدمان المخدرات خاصة عند المراهق المنتكس و دور الذي يلعبه في تنفيس وتخفيف من أثر مخلفات الإدمان وتوفير عامل التوافق والتكيف النفسي وذلك بتطبيق مختلف الطرق ونماذج العلاجية المناسبة .

التعريف الإجرائية:

-**مرحلة المراهقة:** هي المرحلة الفاصلة بين مرحلة الطفولة و الرشد ،تبدأ بالبلوغ و تتميز بجملة من تغيرات السريعة من الناحية الجسمية و العقلية و الانفعالية والاجتماعية التي تؤدي إلى ظهور اضطرابات وانحرافات أو مشاكل في حياة المراهق.

- **الإدمان على المخدرات:** هو الحاجة المستمرة للمواد المخدرة و تعاطيها بصورة متكررة مما يؤدي إلى زيادة في الجرعات من وقت لآخر حتى يصبح الفرد غير قادر على التخلص منها والحصول عليها بأي طريقة لأنه يكون في حالة اعتماد نفسي وجسدي على هذه المواد المخدرة .

- **الانتكاسة:** هي الفشل بالالتزام بقواعد العلاج والعودة إلى تعاطي المواد المخدرة بعد فترة من التحسن والإمتناع عن تعاطيها ،وقد تختلف أسبابها حسب طبيعة الفرد وحالته النفسية والاجتماعية والبيولوجية.

- **التكفل النفسي** : هو عبارة عن مجموعة من الطرق والأساليب العلاجية النفسية التي يقدمها الأخصائي للمفحوص قصد المعالجة النفسية العيادية ، و الدعم وإعادة تأهيل المريض.

الفصل الثاني: المراهقة

تمهيد

1. مفهوم المراهقة.
2. مراحل المراهقة.
3. أهمية المراهقة.
4. أشكال المراهقة.
5. مشاكل المراهقة.
6. حاجات المراهقة.
7. العوامل المحددة لشكل المراهقة.
8. تأثير جماعة الرفاق على المراهق.
9. مشاعر المراهق وكيف نوجهها.
10. المقاربة النظرية لمرحلة المراهقة.

الخلاصة.

تمهيد:

تعتبر مرحلة المراهقة من أهم مراحل نمو الفرد التي لا تخلوا من الضغوطات التي تكون مصدر التغيرات الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية ، فمن خلال هذه المرحلة و آلياتها الحركية المتغيرة يجد المراهق نفسه في صراع بين مكاسب مرحلة الطفولة و ضرورة الحفاظ عليها من جهة و متطلبات مرحلة الرشد من جهة أخرى . كما أن هذه التغيرات و المتطلبات تجعله يواجه العديد من المصاعب و المواقف.

1. تعريف المراهقة:

- لغة : إن كلمة المراهقة (Adolescence) مشتقة من الفعل اللاتيني (Adolescere) ومعناها التدرج نحو النضج الجنسي و الانفعالي و العقلي ، و هنا يتضح الفرق بين كلمة المراهقة ، وكلمة البلوغ (Puberty)، فالبلوغ يقتصر معناه على النمو الفسيولوجي و الجنسي ، وهي مرحلة تسبق المراهقة مباشرة ، و فيها تنضج الغدد التناسلية ، و يصبح الفرد قادرا على التناسل ، و المحافظة على نوعه و استمرار سلالته.

أما المعنى اللغوي للمراهقة فهو المراقبة ، فرهقته معناها أدركته ، و أرهقته تعني دانيتها ، فراهق الشيء معناه قاربه ، وراهق البلوغ معناه قارب سن البلوغ ، وراهق الغلام معناه قارب الحلم ، و الحلم هو القدرة على إنجاب النسل . (بلوم ، 2007، ص330)

- اصطلاحا : وهي الانتقال من الطفولة إلى الرشد و تتضمن تغيرات جسمية و معرفية و اجتماعية وهي تبدأ في حوالي سن (10-13) سنة و تنتهي في حوالي (18-22) سنة (زهرة ، 2006، ص82)

قد اختلفت الآراء و تعددت حول طبيعة مرحلة المراهقة ، إلا أن أغلبية علماء النفس من أمثال ستالين هول و إليزابيث هيرلوك و كيرت ليفين و غيرهم قد اتفقوا على أنها فترة مليئة بالمشكلات ، كما أن ظهور تلك المشكلات رهينة بتيقظ الشعور بالذاتية الذي يتم في سن البلوغ ، وإن كان هؤلاء العلماء قد اختلفوا في تفسير أسباب ظهورها. (منسي ، 2001، ص347)

كما عرف مصطفى زيدان المراهقة على أنها مرحلة من العمر التي تتوسط بين الطفولة و اكتمال الرجولة أو الأنوثة ، و تحسب بدايتها عادة ببداية البلوغ الجنسي الذي يتفاوت فيه الأفراد تفاوتاً واسعاً و يصل في الأحوال العادية إلى نحو 5 سنوات بين المبكرين و آخر المتأخرين .(زهرة ،2006،ص92)

- من هذه التعاريف نستطيع القول أن تلك النزاعات العدوانية و تلك الثورة الانفعالية التي تسيطر على المراهق ما هي إلا ردة فعل عن نقله من هدوء تام في فترة الكمون إلى عاصفة من التغيرات الفيزيولوجية و النفسية و النفس اجتماعية في مرحلة المراهقة ويجدر بنا الإشارة إلى أن هذا الصراع سيكون النواة الأساسية في بناء الهوية الذاتية للفرد و كأنها ولادة جديدة ، و كل مشاكل التوافق في المراهقة سيكون لها صدى ايجابي في المراحل القادمة من العمر ،إذا ما مرت بطريقة سليمة و سوية .(جابر ،2014،ص7)

2. أشكال المراهقة:

إقترح "صا مو الميغاريوس" أربعة انماط للمراهقة و التي تتجسد في:

المراهقة المتكيفة أو المتوافقة: تتميز هذه الأخيرة بالاستقرار العاطفي و الخلو من التوتر الانفعالي و تكامل كل جوانب النمو ،وكذا قدرة الذات على التكيف مع الآخرين و تجاوز المواقف الضاغطة ،هذا الشكل من أشكال المراهقة توفرت له كل الظروف من أجل بناء شخصية متكاملة.

1.2 المراهقة الإنسحابية أو المنطوية: يتميز هذا الشكل بعدم التوافق النفسي و تذبذب الاستقرار العاطفي و طغيان الانفعالات و السلبية مثل : الانطواء و الاكتئاب و الشعور بالنقص و عدم القدرة على مواجهة الواقع و الانغماس في أحلام اليقظة و الأوهام .

2.2 المراهقة العدوانية أو المتمردة: يميزها العدوان الموجه نحو الذات أو الآخر ،الظاهر من خلال سلوك التمرد و الطغيان على السلطة الوالدية ، و المدرسة والمجتمع الخارجي

،وينبع هذا الأخير عن خبرات و صدمات عاطفية شديدة أو بناء أسري شاذ أو ظروف اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية محيطها غير مساعد.

3.2. المراهقة المنحرفة: سماتها الانحراف و السلوك المضاد الموجه نحو الذات و الآخر و رغبته في التدمير والإيذاء ،و من خصائصها الانحلال الخلقي و فساد القيم والمعايير. (والي ،2015،ص49)

3. مراحل المراهقة :

يمكن تقسيم مرحلة المراهقة إلى مرحلتين أساسيتين (وإن قسمها البعض إلى ثلاث مراحل: المراهقة المبكرة – الوسطى – المتأخرة).

1.3. المرحلة الأولى: والتي تتعلق ببداية البلوغ الجنسي و تنتهي في حوالي (15سنة) ،وهو العمر المقابل لتعليم الإعدادي ،و بداية التعليم الثانوي .

2.3. المرحلة الثانية: و تبدأ مع اكتمال التغيرات الجسمية ،و تمتد إلى سن الرشد أي (18 سنة) ،أو الرشد القانوني 21 سنة .

3.3. المرحلة الأولى: البلوغ (12-15 سنة) ،بلوغ الحلم أو البلوغ الجنسي يعتبر حدثا مهما في حياة الإنسان حيث يتحول الفرد من كائن غير جنسي إلى كائن ناضج جنسيا ،وتعتبر هذه الفترة قصيرة جدا حيث يتداخل فيها نهاية الطفولة و بداية المراهقة ،و الطفل في هذه المرحلة لا يعتبر نفسه طفلا بسبب التغيرات التي طرأت عليه ،في حين أن الآباء والمعلمين يصرون على معاملته على أنه طفل ،فيؤدي ذلك إلى التناقض و الشعور بالاضطرابات و عدم الأمن و القيام ببعض السلوكيات غير المرغوبة ،و يتوقع المجتمع من الذكور و الإناث في هذه المرحلة سلوكا مختلفا عن سلوكيات الطفولة .

و تتمثل مظاهر النمو في هذه المرحلة في الطمث (الحيض الأول عند البنات) ،مع حدوث بعض التغيرات الجنسية الأخرى في مناطق مختلفة من الجسم ،أي الاتجاه نحو اكتمال

الأنوثة بمظاهرها الأولية و الثانوية ،أما عند الذكور فيتحدد بإفراز السائل المنوي لأول مرة و هو يتم تلقائيا و أثناء النوم ،و أيضا تحدث مجموعة من التغيرات الثانوية عند الذكورة .

يمكن عن طريق القياسات و الفحوص و الأساليب العلمية الحديثة معرفة ودراسة البلوغ الجنسي المبكر أو المتأخر ،ويمكن القول أيضا بأن البنات يصلن إلى النضج الجنسي عندما يبلغن (12 سنة إلى 15 سنة) أما الذكورة فيصلون إلى النضج الجنسي في الفترة من 14-15 سنة ،ويرجع السبب في اختلاف سرعة النضج الجنسي إلى نشاط الغدد الصماء المسؤولة عن بداية التغيرات الجنسية ،وكذلك إلى العوامل الوراثية والظروف الصحية العامة للفرد و ظروف التغذية.

ومن مظاهر النمو في مرحلة البلوغ:

- **النمو الجسمي** :وهي فترة تتميز بالنمو السريع ،كما يحدث مع البلوغ أربعة تغيرات جسمية مهمة تتمثل في :حجم الجسم – نسب أعضاء الجسم – نمو الخصائص الجسمية الأولية – نمو الخصائص الجسمية الثانوية .

بعد حدوث هذه التغيرات يتحل جسم البالغ من جسم طفل إلى جسم راشد .

- التغيرات الفسيولوجية و السلوكية أثناء البلوغ :ويجب أن نلاحظ هنا أن البالغ في هذه المرحلة يكون أقل قدرة على القيام بكل الأعباء والمسؤوليات ،مما يؤدي إلى الضغط النفسي و زيادة التوتر العصبي و كذلك زيادة الانفعالية .

وعادة ما تحدث اضطرابات هضمية بسبب التغيرات الغددية و التغيرات الداخلية في أعضاء الجسم .

- استغراق وقت المراهق في أحلام اليقظة :و هي من أفضل الوسائل لقضاء الوقت عند المراهق في سن البلوغ ،و تعتبر مصدر مهم للتعبير عن انفعالاته و إشباع دوافعه .

- الحياء الشديد :حيث يشعر بالخجل الشديد من أن يراه أحد أثناء تغيير ملابسه مثلا و هذا الشعور يأتي نتيجة للتغيرات الجسمية .

- النمو العقلي و المعرفي :حيث يصبح المراهق في مرحلة البلوغ أكثر قدرة على إنجاز المهام العقلية بسهولة و سرعة و الكفاءة ،كما أنها تلعب دورا مهما في مساعدته على التوافق مع المطالب التربوية و المهنية المعقدة.(الشافعي، 2009،ص30)
- النمو الاجتماعي :من أهم مطالب النمو في هذه المرحلة تحقيق مطالب التوافق الاجتماعي و التوافق النفسي.
- نمو الشخصية :يشعر المراهقون بصفاتهم الموجبة مقارنة بأصدقائهم ،و يساعدهم ذلك على تحسين شخصياتهم على أمل زيادة تقبلهم الاجتماعي.
- والمراهق بصفة عامة في حاجة إلى اكتساب و عي ذاتي بنفسه و بأهدافه ،كما يحتاج إلى فهم أكبر للعالم الذي يعيش فيه . (الشافعي، 2009،ص32)

4. أهمية دراسة المراهقة:

علماء النفس و التربية و الاجتماع يعتبرون مرحلة المراهقة غاية في الأهمية و يسمونها بالميلاد النفسي للفرد حيث يتحول بالميلاد الأول من جنين إلى طفل و يتحول من طفل إلى راشد من خلال المراهقة .

الميلاد الأول يكون ماديا جسميا أما الميلاد الثاني فهو نفسي تتبلور من خلاله معالم شخصية الفرد وتأخذ شكلها النهائي في جميع الخصائص النفسية و الاجتماعية و العقلية.

من خلال المراهقة يكتشف الفرد ذاته الحقيقية الواقعية وتتحدد فلسفة حياته المستقبلية ويتحمل مسؤولية المواطنة الكاملة ويخرج من المراهقة بفكرة واقعية عن الزواج والحياة الأسرية ،كما أن دراسة هذه المرحلة تساعد الآباء والمدرسين والمربين ومسؤولي المؤسسات الشباب و الأطباء و غيرهم من يتعاملون مع المراهقين على معرفة خصائص نمو المراهق حتى يتمكنوا من التعامل معه بطرق علمية و كفاية تربوية بما يكفل توجيهه نفسيا و اجتماعيا خاصة و ان شخصية المراهق و سلوكه يتصفان بالرهافة العاطفية و السيولة وخصوصا عند بداية المرحلة التي تتغير خلالها معالم جسمه ،و التي كثيرا ما تسبب له الإزعاج و الاحراج و خاصة لدى الإناث.

أن هذه الدراسة تمكننا من فهم البناء المعقد لشخصية المراهق ومن تم مساعدته على اجتيازها بسلام. (أبو جعفر، 2014، ص114)

5. مشاكل المراهقة:

1.5. مشاكل النمو: أهم خصائص ذلك نجد الأرق الشعور بالتعب بصورة سريعة، معاناة الغثيان، عدم الاستقرار النفسي، عدم تناسق أعضاء الجسم، فهذه الأمور لا تهم الراشد كثيرا لكنها بالنسبة للمراهق تكون مصدر قلق و خاصة إذا ما جعلته معرضا للسخرية.

2.5. مشاكل نفسية: من المعروف أن هذه المشاكل قد تؤثر في نفسية المراهق وانطلاقا من العوامل النفسية ذاتها التي تبدو واضحة في تطلع المراهق نحو التحرر و الاستقلال وثورته لتحقيق هذا التطلع بشتى الطرق و الأساليب و هو لا يخضع لقيود البيئة و تعاليمها و أحكام المجتمع و قيمته الخلفية و الاجتماعية بل أصبح يهتم بالأمور و يناقشها و يوافقها بتفكيره و عقله عندما يشعر المراهق بأن البيئة تتصارع معه و لا يقدر موقفه و لا يشعر بإحساسه الجديد، لهذا هو يسعى لتأكيد نفسه.

3.5. مشاكل انفعالية: أن العامل الانفعالي في حياة المراهق يبدو واضحا في انفعاله وحدثه واندفاعه وهذا الاندفاع الانفعالي أساسي يرجع للتغيرات الجسمية بإحساس المراهق بنمو جسمه و شعوره بأن جسمه لا يختلف عن أجسام الرجال فيشعر المراهق بالفرح والفخر، وفي الوقت نفسه يشعر بالحياء والخجل من هذا النمو.

4.5. مشاكل اجتماعية: إن مشاكل المراهق تنشأ من الاحتياجات السيكولوجية الأساسية مثل الحصول على مركز و مكانة في المجتمع و الاحساس بأن الفرد مرغوبا فيه .

إن المراهق في هذه المرحلة يميل إلى الاستقلال و الحرية و التحرر من عالم الطفولة عندما تتدخل الأسرة في نشأته فيتغير هذا الموقف، فشخصية المراهق تتأثر بالصراعات الموجودة بينه و بين أسرته فتكون نتيجة هذا الصراع اما خضوع المراهق و امتثاله أو تمرده.

5.5. المشاكل الجنسية: من الطبيعي أن يشعر المراهق بالميل الشديد للجنس الآخر ولكن التقاليد في مجتمعنا تقف حاجزا دون أن ينال ما ينبغي ،عندما يفصل المجتمع بين الجنسين فإنه يعمل على إعاقة الدوافع الفطرية الموجودة عند المراهق اتجاه الجنس الآخر ،و قد يتعرض للانحرافات و غيره من السلوك المنحرف بالإضافة إلى لجوء المراهقين إلى أساليب ملتوية لا يقبلها المجتمع كعكاسة الجنس الآخر أو الانحراف في بعض العادات والأساليب المنحرفة .(شاوش ،عياش ،2017،ص79)

6. حاجات المراهق:

إن التغيرات التي تحدث مع البلوغ تصاحبها تغيرات في حاجات المراهقين ،بذلك قد تبدو حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين إلا إذا دققنا فيها لوجدنا فروقا واضحة خاصة في مرحلة المراهقة ،ومن غير المبالغ فيه أن الحاجة والميول والرغبات في مرحلة المراهقة قد تبلغ أقصى درجة من التعقيد ،ويمكن تصنيف حاجات المراهق إلى ثلاث فئات:

1.6. الحاجات العضوية: كالحاجة إلى الطعام و الراحة.

2.6. الحاجات النفسية: كالحاجة إلى الشعور بالأمن النفسي ،و الحاجة إلى تأكيد الذات والإستقلال و الانجاز.

3.6. الحاجات الاجتماعية: مثل الحاجة إلى الانتماء و الحاجة إلى العطف و الأصدقاء وعلى المكانة الاجتماعية ،و كنتيجة للدراسات المستفيضة التي قام بها علماء النفس ،تحدث "مالسو" في هرمه إلى الحاجات الأساسية للفرد على أنها تنظم نفسها حسب نظام أولويات معينة ،و تندرج الاحتياجات حسب هرم "مالسو" بالتوالي إلى خمس مستويات:

4.6. احتياجات فيسيولوجية أساسية: تقع هذه الاحتياجات على أدنى درجات السلم ،وتتضمن احتياجات الفرد المحددة كالأكل و الشرب و غيرها .(ملحم ،2004،ص 390)

5.6. الحاجة إلى الأمن: يعمل على حماية نفسه من الأخطار البيئية الطبيعية ،و إذا ما أشبع احتياجاته الفسيولوجية فإنه يأخذ إجراءات تضمن له السلامة من الأخطار الخارجية.

6.6. الحاجة إلى الحب و الحنان و الخدمة الاجتماعية: الإنسان يكره العزلة و الإنفراد ،وهو بالتالي يؤثر على مجتمعه و يتأثر به.

7.6. الحاجة إلى الاحترام و تقدير الذات : يسعى الإنسان دائماً من أجل الحصول على تقدير الآخرين و احترامهم ، و الشعور بأنه ذو قيمة و احترام في المجتمع الذي يعيش فيه ، و أن أعضاء ذلك المجتمع ذو قيمة يجدر احترامهم .(ملحم ،2007،ص413)
الحاجة إلى تقدير الذات و الكياسة في العمل :تعبّر هذه الاحتياجات عن المقدرة على القيام بالعمل و الإنجاز ، و تقع هذه الحاجة في أعلى سلم الأولويات ، و تعد أرقى الاحتياجات الأساسية و أسماها و أقلها تحديدا (ملحم ،2004، ص 391)

- أما "Kol" فقد ضمت قائمة للحاجات في البنود الرئيسية التالية :

1.6. الحاجة إلى المحافظة على الذات : و تتمثل في المحافظة على الحياة ، و الراحة و تجنب الأخطار.

2.6. الحاجة إلى الإشباع الجنسي :وتشمل الحاجة لتقبل النضج الجنسي دون خوف ،والحاجة للتنفيس عن الدوافع الجنسية.

3.6. الحاجة إلى العطف و القبول من الآخرين :وتتمثل في الحاجة إلى امتلاك الأشياء وأن تكون له سمعه طيبة.

4.6. الحاجة إلى النضج العقلي :وتتمثل في الحاجة إلى المعرفة و البحث عن الحقائق والتعبير عن الذات.

5.6. الحاجة إلى تأكيد الذات و تنميتها : و تتمثل في الحاجة إلى إثبات نفسه وتحقيق نزعتة نحو الاستقلال و الاعتماد على الذات و تنمية ثقته بنفسه.(ملحم ،2004،ص 391)

7. العوامل المحددة لشكل المراهقة:

ليس من الضروري أن يمر كل المراهقين بالخصائص التي تميز هذه السن فالمراهقة خبرة شخصية اجتماعية تختلف خصائص النمو فيها من فرد الي آخر، و من مجتمع إلى آخر ويمكن تحديد العوامل الأساسية التي تشير إلى شكل هذه المرحلة كالتالي :

-عوامل تتعلق بسرعة التغيرات الجسمية و الاجتماعية و الانفعالية ،يترتب عليها ظهور حاجات و اهتمامات جديدة إذا حققها المراهق كما ينبغي مرة مرافقته بسلام .

-عوامل تتعلق بغموض البيئة الجديدة للمراهق ،فإن استطاع ان يكشفها و يحقق قدرا من الانسلاخ عن أساليب الطفيلية و يستبدلها بأساليب أرقى في تعامله أمكنه أن يعيش مرافقة هادئة متكيفة .

-عوامل أسرية تتعلق بأساليب المعاملة الوالدية ،فإن كانت متوازنة بعيدة عن التساهل و الإهمال و التسلط أدى ذلك إلى أن تكون مرافقته متكيفة .

-عوامل تتصل بالرفاق و الراشدين :فإن كانت مرافقتهم قائمة على التفاهم و المساعدة على تخطي المشكلات بتهيئة أجراء التعاون و التفكير الجماعي واشباع الحاجة إلى الجماعة مرت المرافقة دون مشاكل تذكر .

-عوامل تتعلق بكثرة الاحباطات التي قد يواجهها من أسرته أو من المجتمع :كأن تكون الأسرة نابذة له ولتطلباته أو عدم توفير المجتمع فرصة عمل مناسبة له ،و إذا اشتدت الاحباطات فإنها تبعث في نفسه اليأس و القنوط فيلجأ إلى تحقيق أمانيه عن طريق أحلام اليقظة أو استخدام الحيل الدفاعية كالإسقاط و التبرير.

-عوامل تتعلق بخبرات المراهق السابقة : كتدريبه على تحمل المسؤولية و الاعتماد على النفس و تنمية القيم الدينية عنده ،و توفير فرص التوجيه و الارشاد المناسبة له و مروره بالخبرات السارة .

كل تلك العوامل تساهم في صنع مرافقته ،لكنها لا تعمل منفردة و انما في تفاعل دينامي ،و معاناته من الاضطرابات في هذه المرحلة ترجع الي فترات الحرجة في حياته و تغيرات النفسية والاجتماعية ،وتكوين النفسي يسبب ظروف نشأته وخبرات طفولته (حسين،1993،ص33).

8. تأثير جماعة الرفاق على المراهق:

يبدو تأثير جماعة الرفاق عظيما في هذه المرحلة و بالأخص الاصدقاء المقربون ،وتؤثر جماعة الرفاق على المراهق حتى في طريقة كلامه ،حيث قد يفاجأ الآباء بسماع عبارات لم يسبق لهم سماعها من قبل أبنائهم و من المعروف انه في حالة المواجهة أي من أفراد

الجنس البشري لموقف جديد فإنه يلجأ إلى استخدام المهارات التي سبق له أن تعلمها في مواقف مماثلة و لا يختلف المراهقون في ذلك عن غيرهم ،وعندما نرجع قليلا إلى مرحلة الكمون ،فسوف نجد أن الطفل يحاول مواجهة مشاكله مع والديه عن طريق تحويل اهتمامه نحو أقرانه و جماعة الرفاق ،وذلك لأنهما يمثلان جبلين مختلفين من الصعب عليهما أن يمتزجا ،و هذا ما يجعل الطفل لا يشعر بالثقة نحوهما .ولذا نجده يشعر بالراحة في مصاحبة ورفقة الآخرين من نفس الفئة العمرية ،ولا يشذ عن هذه القاعدة سوى الأطفال المدللون ،ويؤدي سلوك الصحبة مع الرفاق إلى تقوية الشعور بالذات لدى الطفل ،مما يعمل بدوره على زيادة الارتباط بينهم لدرجة قد تجعله ينضم إلى العصابات التي يشكلها بعض المراهقين او إلى مجموعة لها كيان شرعي أو غير شرعي من أجل الشعور بالمشابهة و عدم الاختلاف ،و عادة ما تتميز مجموعات المراهقين بسمات متشابهة مثل :

- إتباع طقوس خاصة بالجماعة .
- شدة التماسك و التلاحم بين أفراد الجماعة .
- معاداة أعضاء الجماعات الأخرى .
- تمسك الأفراد بأساليب الجماعة و خاصة عدم الثقة في الكبار و في عاداتهم و آرائهم و تهدف طقوس المراهقين إلى تجاهل أهمية الكبار و منح المراهق أهمية أكبر مما يوجه إلى الكبار.
- وتبدوا حاجة المراهق للارتباط بجماعته في نواحي كثيرة مثل تقليد الجماعة في لبسهم ،وفي تصفيف شعرهم ،و في طريقة حديثهم ،و في المطالبة بنفس الحريات التي يتمتع بها غيره ممن هم في سنه ،و في ميولهم و تميزاتهم .
- يرى علماء التحليل النفسي أن اتجاه المراهقين نحو الثورة ضد النظم الاجتماعية السائدة يعتبر شيئا ضروريا ،لأنه يساعد المراهق على تغيير تلك النظم ومعاصرة واقعية ،هذا مع الاشارة أن الثورة على التقاليد قد تنتج عنها آثار خطيرة عندما تقود المراهق إلى ظاهرة انحراف الأحداث .

ويلاحظ بأن اعتماد المراهق على تقبل الجماعة له غالباً ما يسيطر عليه و يدفعه بشدة نحو ضرورة الانقياد و التبعية للجماعة ،وذلك من أجل الشهرة و الحصول على حب الجميع و إعجابهم ،فالمراهق لا يكتفي برأيه في نفسه و لكنه محتاج إلى من يخبره عن رأي غيره فيه أيضا ،ويؤدي كل ذلك إلى هروب المراهق من نفسه و من الكبار ممن يحيطون به إلى الجماعة ،حيث تتوفر له الصحة الجماعية التي تحميه من الشكوك ،و من الاضطرابات و عدم وضوح الرؤية التي يعيش فيها غير أن الجماعة التي تحميه من الشكوك ،و من الاضطرابات و عدم وضوح الرؤية التي يعيش فيها غير أن الجماعة ليست ملجأً أمناً كما يظن المراهق أو يتوهم ،لأن مطالبها قد تتعارض أحيانا مع مفهومه لذاته أو توقعات الشخص من سلوكه ،كما أن حياة الجماعة تؤدي في كثير من الأحيان إلى التدخل في خصوصيات الشخص نفسه مما يجعله يتصرف بطريقة مخالفة لما يمليه عليه ضميره ،ومع ذلك فالجماعة تقدم للمراهق هوية هو في أمس الحاجة إليها ،حيث يتم قبوله عضواً يتمتع بكامل حقوق العضوية .(لقوقي،2016،ص83)

9. مشاعر المراهق وكيف نوجهها:

أكدت الدراسات النفسية أن مشاعرنا المكبوتة في أيام الطفولة تحاول أن تجد لها مخرجاً في مراهقتنا ،و تكبت هذه المشاعر بسبب ما يتلقاه الطفل من حرمان و عقاب عندما يحاول التعبير عن مشاعره ،ومن بين هذه المشاعر ما كان موجهاً أصلاً ضد الأباء ،إلا أنه بسبب التقاليد و حاجة الطفل لوالديه ،فإن المراهقين يتهيبون من إظهار هذه المشاعر المكبوتة ضد آبائهم ،فهذه المشاعر تجعل المراهقين يكرهون أنفسهم لذا من الاجب على الوالدين أن يساعدوا أبنائهم على إبداء ما يشعرون به من ألم و ضيق .(فهمي ،1990،ص166)

10. المقاربة النظرية لمرحلة المراهقة:

1.10 لاتجاه التحليلي:

عبر فرويد عن عملية النمو بمراحل جنسية ،أي كل مرحلة جنسية تمر بمرحلة نمو معينة ،وسماها بمراحل النمو اللبيدي.

- **المرحلة الفمية:** وهي المرحلة الأولى من حياة الفرد، و يكون مصدر اللذة حسب فرويد هو الفم، وتكون في (8 أشهر الأولى من حياة الفرد حيث يكون المص، العض، هي المصادر الأساسية لمتعة الرضيع و تخفيض التوتر.
- **المرحلة الشرجية:** وهي المرحلة الثانية (سنة و نصف – 3 سنوات) يرى فرويد أن تدريب عضلات الشرج تكون مصدر اللذة و تخفيف التوتر، و ذلك عبر إحساس التخلص من الفضلات. (شريعة، 2009، ص 41)
- **المرحلة القضيبية:** وهي المرحلة الثالثة (3-6 سنوات)، و هنا تبدأ المتعة الخاصة بالأعضاء التناسلية، وتظهر هنا عقدة أوديب التي إعتبرها فرويد مهمة في بناء الشخصية.
- **مرحلة الكمون:** وتعتبر المرحلة الرابعة (6-12 سنة) في هذه المرحلة يكبح الفرد كل اهتماماته الجنسية، و يهتم بتطوير مهاراته الاجتماعية و العقلية من أجل تخفيف الصراع القائم في المراحل السابقة.
- **المرحلة التناسلية:** وهي آخر مرحلة أي المراهقة وهي عودة اليقظة الجنسية نتيجة التغيرات الجسدية الهائلة مقارنة بمرحلة الكمون.

أما مصدر المتعة هنا هو خارج الأسرة و يتمثل في العلاقات الاجتماعية و الحميمية مع الطرف الآخر، ومن اجل تحقيق الفرد لهذه اللذة يجد نفسه أمام صراع بين حاجات الهو الجنسية و (الأنا الأعلى) الذي يتجسد في السلطة الأبوية خاصة، و المحرمات والممنوعات بجميع مؤسساتها التي تتطلب تأجيل الإشباع الجنسي الغيري حتى فترة الزواج او بعد سن الرشد.

وبالحديث عن الصراع القائم بين " الأنا الأعلى " و الهو نتحدث عن انسحاق الأنا الذي لا يستطيع إشباع كليهما، و هنا يكون الفرد قد فقد التوازن السيكولوجي الذي كان يتمتع به في مرحلة الكمون، كما يحاول " الأنا " المتوافق مع هذه الصراعات بإنكار مطالب الهو عبر ميكانيزمات الدفاع (الإنكار أو الكبت) من ناحية، أو تهدئة الأنا الأعلى من خلال (التعلل والتبرير والتشف والنكوص) . إن الفشل في استعمال هذه الميكانيزمات يؤدي إلى انتحار

المراهقين ، وانحرفهم كما يمكن أن يدخلوا في دائرة الأمراض العقلية (شريعة ،2009،ص
(42

يرى فرويد أن النجاح في حل الصراع في هذه المرحلة يدفع بالفرد إلى العيش في ظل
إشباع رغباته بطريقة يتقبلها المجتمع ، و هكذا يكون النضج الجنسي كما سماه فرويد ،وهو
في رأيه لا يقتصر فقد على العلاقات الجنسية الغريزية بل يتعدى إلى النجاح في المجالات
المهنية و الاجتماعية ، و إتقان الكثير من المهارات بالنسبة للرجل ، و تحمل المسؤولية
والتمتع ببعض الصفات الأنثوية كالدفء العاطفي والقلق الأمومي والقدرة على الإبداع
بالنسبة للمرأة (شريعة ،2009،ص42)

2.7. الاتجاه النفسي الاجتماعي:

قد مزج اريكسون بين النظرية التقليدية الفرويدية البيولوجية والنظريات الفرويدية الجديدة
،ووصل إلى أن التفاعل بين الإنسان ومجتمعه هو الذي يكون ذات الفرد واتجاهاته ،و على
الرغم من أن اريكسون بنى نظريته على النظرية الفرويدية إلا انه انتقل من دراسة منطقة
الأنا كأساس للسلوك الإنساني باعتبار الأنا هو محل الصراع بين الرغبات والحاجات
(الهو) والقيم الاجتماعية ومختلف السلطات (الأنا الأعلى) ،باعتبار أن هذه النظرة الدراسية
– دراسة الأنا – يبدو فيها الانسان أكثر عقلانية عند اتخاذ قراراته ،و تحديد اتجاهاته
ومساراته.

كما أدخل اريكسون في نظرية العلاقة الثلاثية (أم – الأب – الطفل) في دراسة السلوك
الانساني في بيئته المدرسية ،و حدد اريكسون في هذا السياق ثمانى مراحل لنمو الهوية.
(أبو جادو ،2007،ص426)

▪ المرحلة الأولى : الثقة مقابل الشك

تكون هذه المرحلة في السنة الأولى من العمر حيث يتركز الصراع في هذه المرحلة حول
العلاقة (أم – طفل) ،و إذ أن الطفل يكون في حل الصراع بين حاجاته (الذات) و الأم

كموضوع خارجي تلبى له رغباته و حاجاته ، و يعتبر ألم الجوع هو المحرك الأساسي لهذا الصراع و بالمقابل حل الصراع يؤدي بالطفل إلى الإحساس بالأمل و الثقة.

▪ المرحلة الثانية :الإستقلالية مقابل الخجل و الشك:

يبدأ الوعي بالذات في هذه المرحلة ،ويسعى الطفل في تأكيد ذاته و إرادته دون التخلي عن قاعدة الأمان التي اكتسبها في المرحلة الأولى ،فإذا فشل حل الصراع يبقى الطفل دائما يحس بالخجل و الشك ،كما أن دعم الأولياء يجعل الأبناء يشعرون بالاستقلالية والقدرة على حل الصراعات ،يقول جينس في هذا المجال : " ان الضغط يحول دون تعبير الطفل عن مشاعره فيؤدي إلى تكوينه لفكرة خاطئة عن نفسه مما يتسبب في عدم تكيفه الانفعالي "

▪ المرحلة الثالثة :المبادرة مقابل الشعور بالذنب:

يتم إحساس الطفل بهويته في هذه المرحلة ،و يكون دور الأسرة هنا دعم ما يبادر الطفل بفعله لاكتمال نمو جسمه و عضلاته ،فهو يحاول استغلال بنيته والمبادرة في القيام بنشاطات ،فإذا دعمت الأسرة هذه المبادرة نجح الأنا في حل الصراع وتوجيهه إلى تحقيق الهدف أكثر ،أما السخرية من أعماله تؤدي إلى مشاعر الذنب.

▪ المرحلة الرابعة :الاجتهاد مقابل النقص:

تكون هذه المرحلة في فترة الكمون ، وتكون هنا العملية عكسية بالنسبة للمطالب ،فبعدها كان الطفل هو الذي يطالب بتحقيق حاجاته في المراحل السابقة و يصبح الأهل في هذه المرحلة يطلبون منه تجسيد تخيلاته في أرض الواقع و ذلك بالاجتهاد و المثابرة ،وفي هذه المرحلة تصبح هوية الأنا متمثلة في القول (أنا ما أتعلمه أنا ماصنعتة) ،و يكون الصراع مشكلا في هذه المرحلة عندما يشك الفرد في قدراته مقارنة مع أقرانه ،حيث يحس أنهم أحسن منه فعلا ،وأن نشاطاتهم تبدو ذات أهمية .(مرسي ،2002،ص47)

▪ المرحلة الخامسة :تحديد الهوية مقابل غموضه:

وهنا يبدأ الحديث عن المراهقة ،حيث تعود الخصائص الجسدية تطفوا على هوية الأنا فتكون الهوية متأثرة بالخصائص الجسدية و الجنسية لهذه المرحلة ،و يشير اريكسون أن هذه التغيرات الجسمية تسبب الكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية ،أما إذا زادت ثقة الفرد الذي اكتسبها في المراحل السابقة فإنه يواجه تحديات هذه المرحلة بنجاح .(مرسى ،2002، ص 48)

▪ المرحلة السادسة :مرحلة الإنتاج في مقابل الركود:

تبدأ هذه المرحلة في بدايات مرحلة الرشد المبكر ،حيث يبدأ الفرد بالتصرف بأكثر واقعية ،ويصبح أكثر مودة وألفة وتزداد القابلية لتكوين علاقة وطيدة مع الآخر ومشاركته التفكير والإنجاز و التخطيط.

▪ المرحلة السابعة :مرحلة الإنتاج في مقابل الركود:

بعدما حقق الشاب الألفة في بداية شبابه ، يترقى فكره إلى الإنتاج من أجل عائلته و أبناءه ،و على عكس ذلك إذا ما يحقق ذلك يشعر بالعجز ،التعاسة و الكبت.

▪ المرحلة الثامنة :مرحلة تكامل الأنا في مقابل الإحساس باليأس:

تبدأ مع بدايات مرحلة الشيخوخة أو مرحلة الرشد المتأخرة ، حيث يقيم الأنا نفسه في ما تم انجازه خلال مسيرة الحياة من علاقات بين شخصية أو العلاقة بينه و بين خالقه ،في هذه المرحلة إذا رضى الفرد يكون لديه تكامل الأنا ،و إذا كانت نتائج التقييم سلبية يكون هناك الإحساس باليأس و الحسرة .(الريماوي،2003،ص73)

إهتم اريكسون اهتماما كبيرا بفترة المراهقة ،باعتبارها فترة تحول من الطفولة إلى الرشد ،حيث يصبح الفرد يبحث عن ذاته (من أنا؟) في وسط عاصفة من التغيرات الجسدية ،الجنسية ،النفسية و النفس واجتماعية ،حيث يظهر بعد نفس اجتماعي ذو حدين:

- الايجابي :و منه الإحساس بهوية الذات والبحث عنها.

- السلبي: هو ارتباك الدور كما سماه اريكسون وهو إحساس المراهق بالضيق والارتباك والتشتت من حيث إيجاد أناه و تحديد دوره و اتجاهه في الحياة حيث يكون الأنا مشتت بين تحديد الهوية مقابل عدم تحديدها وارتباكها، كما أشار اريكسون والذي سماها بفترة التأجيل و يقصد بها عدم اكتمال النمو النفسي الاجتماعي في مرحلة معينة و الانتقال إلى المرحلة العمرية التي تليها وفي الأخير يكتمل النمو، بمعنى أن المراهق مثلاً قد مر في مرحلة الكمون بتأجيل نفسي جنسي، يتبعه تأجيل نفسي - اجتماعي يتمثل في عدم إمكانية المراهق في بناء أو تشكيل دور خاص بهوية أناه، فهو يجرب الكثير من الأدوار و يحاول النجاح فيه و إتمامه من أجل حل الصراع المتعلق بتحديد الهوية، و يظل هذا التأرجح قائماً في مرحلة المراهقة إلى أن تأتي مرحلة الرشد فيضع فيها الشاب فلسفة لحياته ويكون قد حد هوية أناه إلى حد يساعده على سد ثغرة التأجيل النفسي الاجتماعي في فترة المراهقة. (مرسي، 2002، ص50)

الخلاصة:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل نستخلص أن المراهقة هي مرحلة مهمة و حاسمة في حياة الفرد، فهي تشهد عدة تغيرات سريعة على مستوى كل الجوانب. فإذا استطاع الفرد وعرف كيف يجارها و يتعامل معها يمر على هذه المرحلة بطريقة سليمة، أما في حال كان عكس ذلك فهذا قد يؤدي به إلى اضطرابات نفسية وسلوكية قد تضر بالفرد والمجتمع على حد سواء.

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات والانتكاسة

تمهيد

■ الإدمان على المخدرات

1. تعريف الإدمان على المخدرات.
2. المصطلحات المرتبطة بالإدمان على المخدرات.
3. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات.
4. تصنيف المخدرات وأنواعها.
5. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات.
6. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.
7. مراحل العلاج للإدمان على المخدرات.

■ الانتكاس الإدماني

1. تعريف الانتكاس.
2. العوامل المؤدية للانتكاسة.
3. مؤشرات الانتكاس الإدماني.

تمهيد :

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات وإدمانها واحدة من المشكلات التي كان للعلم والهيئات العلمية والعلماء نصيب بارز في التعامل معها من كافة النواحي ،لاعتبارها من المشكلات الاجتماعية التي تؤثر تأثيرا بالغا على المجتمع وأفراده.

فالإدمان هو حالة تسمم مزمنة تكون نتيجة استخدام المتكرر للعقار الطبي أو الصناعي ،وتتضمن كذلك رغبة قهرية في استمرار تعاطي ،كما أنه يعتبر حل أو أداة غير سوية يلجأ اليها المدمن لتغيير حالته الانفعالية التي لا يملك فيها القدرة على تغييره في الواقع.

و بالرغم من الوصول الى تحقيق بعض النتائج بفضل تقنيات العلاج إلا انه تظهر مشاكل أخرى تعرقل مرحلة التعافي وهي مشكلة الانتكاسة أو العودة الي تعاطي المواد المخدرة.

■ الإدمان على المخدرات:

1. تعريف الإدمان على المخدرات:

1.1. تعريف الإدمان:

-عرفته منظمة الصحة العالمية O.M.S للإدمان :بأنه عبارة عن مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات ،كما انها تتضمن رغبة قوية من اجل الحصول على المخدر ،وهنا يواجه الفرد صعوبة في التخلص وبالرغم من الأذى المتواصل يواصل اسير فيه كما انه يعطي الأولوية لتعاطي المخدر اكثر من اي نشاط اخر و اكثر من التزاماته الشخصية ويصبح هنالك زيادة في التحمل .(الحنفي ،1992،ص189).

2.1. تعريف المخدرات:

إن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة اليها ،فلا يوجد تعريف يتفق عليه العلماء يوضح مفهوم المخدرات ،نظرا للتداخل في معنى الكلمة و في تحديد بين ما هو مخدر و غير مخدر.

وعليه يمكن تعريف المخدرات من خلال الجوانب التالية:

أما منظمة الصحة العالمية WHO للمخدرات :عرفت العقاقير المخدرة بأنها أي مادة يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة او اكثر من وظائف الحيوية.

وعرفها المغربي بأنها هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها اذا استخدمت في غير الاغراض الطبية و الصناعية الموجهة ،أن تؤدي الى حالة التعود والإدمان عليها . (رشاد ،1992،ص 40) .

-**التعريف العلمي للمخدرات** :تعريف المخدرات بأنها مواد طبيعية وكيميائية تسبب اختلال في الوعي ،وتسبب الجهاز العصبي مثل الحشيش والكوكايين والأفيون والمهدئات وغيرها (مشاقبة ،2007،ص 27) .

2. المصطلحات المرتبطة بالإدمان على المخدرات:

1.2. لهفة Craving :

رغبة قوية في الحصول على اثار مخدر او مشروب كحولي ،ولهفة بعض الخصائص الوسواسية مثل على تفكير المدمن ،و تكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة.

2.2. الإعتاد Dépendance :

حالة نفسية وأحيانا تكون عضوية كذلك ،تنتج عن التفاعل بين كائن حي و مادة نفسية ،وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات تحتوي دائما علي عنصر الرغبة القاهرة في ان يتعاطى الكائن مادة نفسية معنية على اساس مستمر او دوري ،لكي ان الشخص قد يعتمد على مادة واحدة او اكثر.

3.2. الإعتاد النفسي Psychic Dependence :

موقف يوجد فيه شعور بالرضى مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر او الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة لتحاشي المتاعب ،وتعتبر هذه الحالة النفسية هي اقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن ،بالمواد النفسية ،وفي بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هي العامل الوحيد الذي ينطوي عليه الموقف.

4.2. تسمم Intorication:

حالة تعقد احدى المواد النفسية و تنطوي على اضطرابات على مستوى الشعور ،و التعريف و الإدراك ،و الوجدان او السلوك بوجه عام ،وربما شملت كذلك وظائف و استجابات سيكوفيزيولوجية ،وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطا مباشرا بالاثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة ،ثم تتلاشى بمرور الوقت و يتعافى الشخص منها تماما ،وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن تسمم على طبيعة المادة المتعاطاة و أسلوب التعاطي.

5.2.تحمل Tolerance:

تغير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة اقل ،ويمكن ان يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية ،وقد يكون التحمل عضويا ،او سلوكيا ،و التحمل العضوي (الفيزيولوجي) عبارة عن تغير في الخلايا المستقبلية بحث يتضائل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة ،ويقصد بالتحمل السلوكي تغير في تأثير المادة المتعاطاة ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة ،ويشار الى التحمل العكسي الى تغير يصحبه زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاة ،ونجد ايضا معنى اخر للتحمل وهو التحمل المتعدي و يشير على انتقال اثر التحمل من المادة المتعاطاة اصلا الى مواد نفسية اخرى من الفئة نفسها او من فئة قريبة. (تيايبيبة ،2016،ص 37) .

6.2. الإنسحاب Withdrawol:

مجموعة من الاعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على اثر الانقطاع المفاجئ عن التعاطي ، او تخفيف جرعتها ، بشرط ان يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة ،وقد تأتي هذه الاعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجي ، وتعتبر حالة الانسحاب دليلا على انه كانت هناك حالة اعتماد ،ويتوقف منشأ الانسحاب على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع او قبل تخفيف هذه الجرعة مباشرة ،ويمكن القول ان مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

7.2. تعاطي المواد النفسية Drug abuse:

يشيع في كثير من الأحيان استخدام تعبير (سوء استعمال المخدرات) وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية abuse . ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك ،فقد ورد في لسان العرب لا بن منظور ما نصه : "والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله"،وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء ،ولكنه تعاطى المخدر ،و يشار بالمصطلح الى التناول المتكرر لمادة نفسية ،بحيث تؤدي آثارها على الأضرار بمتعاطيها ،او ينجم الضرر على النتائج الاجتماعية او الاقتصادية المترتبة عن التعاطي ،ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد او التحمل . يعتقد الباحث ان هذه المصطلحات هي ليست منفصلة عن بعضها بل على العكس هي امتداد لبعضها البعض ،كما ان بعضه يعتبر نتيجة للبعض كما في مصطلح اللهفة والاعتماد ، التحمل والتسمم ،والذي يجمع بينها هو عامل القهر والتكرار ،هذا يعني ان التشخيص المدمن يكون مجبرا على تكرار السلوك الإدماني برغم انه يعرف النتائج السلبية التي تترتب عليه وهنا يبدو الشخص كما لو كان يستجيب لأمر داخلي بدلا كم حرية الاختيار .و الاشارة التي تدل على السلوك الإدماني هنا تتمثل في ان الشخص عندما يحاول السيطرة على ذلك السلوك والتحكم فيه ،كشأن محاولات لا تكفي لتحقيق هذه السيطرة وذلك التحكم . (تيايبيبة ،2016،ص 38)

3. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات:

إن ظاهرة انتشار المخدرات وتعاطيها ، قديمة قدم الإنسانية ، فيحدثنا التاريخ ان الانسان عرف المخدرات منذ العصور الاولى ، حيث استخدمها بعض القبائل في طقوسها الدينية ، واستخدمها كثير من المجتمعات في معالجة العديد من الامراض ، وكما روى المؤرخ "هيرونت" لن قبائل الست البربرية منذ 500 سنة قبل الميلاد كانت تقوم بحرق حبوب القنب الهندي لاستنشاق الأدخنة المتصاعدة منه . وقد عرفت البشرية الأفيون منذ الحضارة السومرية ، حيث ظهر الأفيون في لوحة سومرية يوصف فيها بأنه نبات السعادة وهذا في سنة 400 قبل الميلاد ، كما استخدمه قدماء المصريين حسب ما ورد في بردية ابيترز منذ 1500 سنة قبل الميلاد ، ووصفوا فيها الأفيون كدواء يمنع الأطفال من الافراط فب البكاء ، وقد استعمل العرق الأفيون ووصفه البيروني وبين اعراض الادمان عليه سنة 1000 قبل الميلاد ، كم-اب-رع ابن سينا في استخدامه للعلاج . (زهران ، 2000، ص 67) .

عرف ادمان الأفيون طريقه الى امريكا بعد انتهاء الحرب الاهلية ، حيث كان الجنود يلجئون لاستعماله من اجل التخفيف من الالام التي يعانون منها نتيجة الحرب وسمي الإدمان عليه في ذلك الوقت ب : "داء الجيش" و مما لا شك فيه ان الاستعمار لعب دورا هاما في انتشار الأفيون في كثير من البلدان ، وخاصة مع ظهور التنافس الأوروبي على المستعمرات ، واستنزاف ثرواتها و استغلال ارضيها ، حيث شنت بريطانيا حربا ضارية علي الصين سميت بحرب الأفيون ، وهذا كان كرد فعل على الهند الصينية التي سنت تشريعا يحرم على الناس تعاطي المخدرات و التجارة بها ، كما عرفت المانيا الأفيون على يد الصيدلي "سبرتيريز" عندما اشترك المورفين من الأفيون وكذا الكوايين ، كما تم تصنيع الهيروين كمشتق من مشتقات الأفيون .

وفي أواخر القرن 18 استخدم الهيروين كداء مأمون من الناحية الطبية ، كما استخدم المورفين في الحرب الاهلية الامريكية ، و بالنسبة للقرن 19 عرفت أوروبا الكوكاين عندما اكتشف الصيدلي "مارياني" تأثيره التخديري .

وقد عرفت مادة الكوكاين في الأصل عن طريق هنود الأنكا منذ 500 سنة قبل الميلاد ، وعرفته مصر اثناء الحرب العالمية الثانية نتيجة للاستعمال الذي احضره معه من الغرب .

أما عن مادة الحشيش ،فلقد وردت اول اشارة عنه في كتاب صيدلة الفه الإمبراطور الصيني "شنج يانج" سنة 273 قبل الميلاد سمي ب: (المحررين الاثام) ،ويعتبر الحشيش أكثر المواد انتشارا في العالم و يكثر تعاطيه بين الشباب و المراهقين ومع تطور علم الكيمياء اكتشفت العديد من العقاقير ذات التأثير التخديري على الفرد ،منها ما مشتق من مخدرات طبيعية ،كما هو الحال بالنسبة للأفيون و المشتقات التي استخرجت منه ،ومنها ما هو مركب من بعض المواد الكيميائية .(زهران،2000،ص 68)

أما مع بداية القرن الحالي اخذت اساءة استعمال المخدرات تشغل بال المسؤولين حيث بدأت تندفق على البلدان كميات ضخمة من الحشيش و الأفيون من بلاد اليونان ،و اقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف و المدن ،بعد ان كان التعاطي محصورا في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضعية في المدن ،وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من ادخال الكوكايين الى مصر و تقديمه لطبقة العليا ،ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين بسرعة امتدت الى باقي الطبقات الأخرى من الشعب .(المهندي ،2013،ص22).

4. تصنيف المخدرات وأنواعها:

1.4 تصنيفها :

إقتصر اسم المخدر في الماضي على المخدرات التقليدية التي تشمل الأفيون و مشتقاته ،ثم أضيف الكوكايين و القنب الهندي إلى القائمة ،ووضعت هذه المركبات في الجدول الصيدلاني الذي يقضي بعدم صرف الدواء إلا بناءا على وصفة طبية خاصة بعد ان كانت تعتبر من أنجح الأدوية المسكنة للألام و خلال السنين القريبة هرت في الأسواق مركبات جديدة تتمتع بتأثير واضح على الجملة العصبية الدماغية و تؤدي إلى انحراف عقلي ظاهري.

ويمكن تصنيف المخدرات و العقاقير إلى خمس مجموعات هي:

- مسببات الإدمان و المهدئات الحياة العاطفية :وتنظم الأفيون ومشتقاته ،الهيرويين ،والكوكايين.

- المهلوسات :و تضم القنب الهندي والبنج.

- المسكرات :تضم الكلورال ،الباربيتون ،و البارالدهيد.

- المنبهات :وتضم العقاقير التي تحتوي على الكافيين ،والكافور والقات والتبغ.

وهناك تصنيف آخر للمخدرات تتمثل في 3 مجموعات وهي:

- المجموعة الاولى :هي مثبطات الجملة العصبية المركزية و تضم المنومات ،المهدئات ،الأدوية العصبية ،المسكنات ،الأفيون ،المورفين ،الهيرويين... إلخ.

- المجموعة الثانية :المنبهات وتشمل المنبهات الصغرى مثل :الكافيين ،الكوكايين ،المنبهات العظمى مثل الامفيتامين ومنبهات المزاج مثل مضادات الوهن العصبي.

- المجموعة الثالثة :مولدات الاضطراب وتشمل :الحشيش ،المهلوسات والمذيبات الطيارة ومركبات أخرى ومما سبق يتضح أن هناك تصنيفات متنوعة للمخدرات والعقاقير الطبية وتختلف هذه التصنيفات حسب تخصص كل باحث باتجاهاته. (جفال، 2014،ص51)

2.4. أنواع المخدرات:

للمخدرات أنواع كثيرة و تصنيفاتها متعددة وهي حسب تأثيراتها يمكن ان تصنف من حيث مصدرها إلى:

- مخدرات طبيعية :و هي مستخلصة من النباتات المخدرة كالأفيون المستخرج من شجرة الخشخاش ،والحشيش المستخلص من القنب الهندي.

- مخدرات تركيبية وهي التي تحضر في المختبرات عن طريق بعض التفاعلات الكيميائية ثم تقدم على شكل حبوب او كبسولات أو حقن ،مثل المخدرات البيضاء وأكثرها خطورة مثل الهيروين المحضر من المورفين.

-

2.4. تصنيفها من حيث تأثيرها تقسم إلى:

- **المنشطات أو المنبهات:** وهي العقاقير التي تسبب النشاط الزائد و عدم الشعور بالتعب لأنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي و تنشيط فعاليته و من أخطرها الكوكايين ،القات ،وحبوب الأنزيتامين ولذلك يتعاطاها الكثير من الشباب غير أنها في النهاية تقوم بتخريب خلايا الجهاز العصبي والحسي.

- **المنشطات:** وهي العقاقير والأدوية المثبطة لنشاط الجهاز العصبي والعضلي والجهاز الغدي.

- **المهلوسات:** وهي المواد التي تؤدي بتعاطيها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس و اختلالها ،حيث يحصل لدى المريض اضطراب في جهازه الحسي.
(جفال،2014،ص53)

5. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات:

1.5.العوامل النفسية:

- **الشعور باللذة:** فهذا الشعور يلعب دورا هاما في تعاطي المخدرات ،وهذا بناء على التكيف البيولوجي للمخ فان الانسان يتجه فطريا او تلقائيا او تحت ضغوط معنية او في ظروف خاصة نحو بعض المواد التي تعينه على تحقيق اللذة و في نفس الوقت تساعد على زوال الألم وهذه اللذة مقصود بها الشعور بالسعادة و الاسترخاء.

فسر الباحثون الادمان من خلال نظرية اللذة بأن العقار يجب أن يحدث لذة شديدة ليكون ذو قوة ادمانية كبيرة ،و يرى جيردانو و دوسيك Girdano and duse أن الدافعية للذة يمكن النظر اليها بطريقتين:

الطريقة الأولى: استخدام المخدرات من اجل اللذة.

وفي هذه الحالة تستخدم المخدرات في المواقف الاجتماعية باعتبارها غرض لزيادة المخالطة الاجتماعية، وهنا التفاعل الاجتماعي هو اللذة التي يبحث عنها الفرد بمعنى ان المخدرات هي وسيلة يعتمدها لتحقيق الغاية.

الطريقة الثانية : استخدام المخدرات كلذة.

وفي هذه الحالة يكون تأثير المخدرات هو مطلب اللذة ونهايتها في ان واحد وتقدم افكار ماسلو Maslow في قوله انه اذا ما تناول الفرد المخدرات للتغلب على الملل او البحث عن الإثارة و المتعة فان المخدرات قد تؤدي الى تلك الغاية، ولكن بعد تحقيق قمة اللذة فان الفرد يعود مرة اخرى الى نفس الخط القاعدي (الأساسي) الذي تصاعد منه .(فايد، د ت ،ص 142)

- الاغتراب :

يعتبر الاغتراب من اهم العوامل الدافعة للمخدرات كما اشار ذلك تقرير الأمم المتحدة 1987 حيث ن رغبة الإنسان في البحث عن الانتماء لأحد من الدوافع الإنسانية الاجتماعية المعروفة او الانتماء لجماعة ما لأي سبب من الأسباب، فان فشل الفرد في ذلك يجعله يشعر بالغرابة و العزلة ويحاول البحث عن جماعة لينتمي اليها، و عادة م تكون الجماعة التي تستقبله هي الجماعة التي تتشابه معه في احساسها بالعزلة وعدم الانتماء لجماعة ما، وحينما يجد الشخص ذلك يشعر بالارتياح في هذا المناخ حيث يعتبر التعاطي شيئاً مقبولاً ويؤدي ذلك الى وجود مشكلات منها مشكلة المخدرات.

ويذهب نوينسكي Nowinski 1990 الى الاغتراب من القيم الاجتماعية و الدينية التقليدية يضع الشباب في مخاطرة كبيرة وهي تعاطي المخدرات، وفي هذه الظروف من المحتمل أن ينجذبوا في تيار جماعة الرفاق التي قد تكون متورطة بدرجة شديدة في تعاطي المخدرات هروبا من الواقع، خاصة اذا كان محيطهم الذين يغشون فيه سيء و مغتربون عن القيم والأدوار الاجتماعية التقليدية .وبهذا يتولد لديهم الشعور بالضياع و الاغتراب، و

المهانة ، والشعور بالدونية ، وهذه المشاعر و التخفيف منها و الانسحاب الذي يأخذ شكل تعاطي المخدرات .(فايد، دت ،ص 147)

- الضغوط:

يشير نوينسكي Nowinski الى ان عامل الضغوط يلعب دورا كبيرا في تعاطي المراهقين المخدرات فالشخص الذي مر بعدد كبير من العوامل الخارجية (الضغوط) التي تشتمل على الخسارة ، و الأمراض والصدمات النفسية يقال انه تحت ضغوط كبيرة ، وتتمثل في العصبية والقلق ، و سرعة الاستثارة والهياج ، والأرق وصعوبة التركيز ، واضطراب النوم ، واضطراب الشهية.

كما أن طول فترة التعاطي تدمر الجسم ،وتغير التفاعل الاجتماعي وتؤدي الى معالجة خاطئة للمعلومات ،وتحدث ايضا هبوطا منحدرا نحو العزلة الاجتماعية و الاهمال ،وهذه العوامل تؤدي بدورها الى زيادة الضغوط في شكل الطلاق وفقدان العمل .واكدت عدة دراسات تلك النتيجة التي تشير الى وجود ارتباط بين الضغوط وزيادة تعاطي المخدرات لدى المراهقين ،فتشير دراسة باندينا Pandina 1983 الى ان متعاطي المخدرات لديهم مستويات عالية من الضغوط ،وبالتالي فان الضغوط هي احدى العوامل الرئيسية المثيرة لتعاطي المخدرات لدى المراهقين .

2.5.العوامل الأسرية:

إن معظم المدمنين ينحدرون من اسر مفككة او محطة خلت من مشاعر الحب و الود و فشل الوالدين في اشباع حاجيات اطفالهم الجسدية او العقلية او النفسية او الاجتماعية ،كما يؤدي الطلاق او الانفصال ذهاب الاطفال الى تعاطي المخدرات نتيجة العدوان والظلم والصراعات و الانانية والقسوة في تعاملهم او النقد الزائد لهم ،او فرض العزلة عليهم والانطواء وسوء التنشئة الاجتماعية ،و ذلك عدم معرفة اصدقاء الابناء وفقدان القدوة الحسنة بالأسرة او تفضيل بعض الابناء على بعض الاخر ،فيلجأ الأبناء الى المخدرات كنوع من التعويض او الهروب من واقعهم المؤلم (الزنتاني ،2008،ص 75)

فالأُسرة تعتبر هي الخط الدفاع الأول للوقاية من المخدرات ،وذلك من خلال بناء مقومة داخلية ،هذه الوقاية تشمل جهودا مختلفة وواسعة لمساعدة المراهقين و الشباب في اكتساب خبرات و مهارات حتى يكتسبوا الثقة في النفس و التعلق بالقيم ،كما تهدف هذه البرامج الوقاية في تعليم المراهقين اهمية احترام دينهم و اجسامهم ،وغرس القيم التي تولد اهمية الحياة الصحية السليمة ،(الزين 2011،ص 261)

إن التفكك الأسري وعدم الاستقرار العائلي والاضطراب الذي يصيب حياة افرادها ،يلعب دورا كبيرا في دفع الأبناء الى الادمان ،وخاصة اذا كانوا في مرحلة المراهقة ،التي تتميز بالتغيرات المفاجئة و الحاجة الى الإحساس بالقوة ،فالمخدرات من وجهة نظرهم تمنحهم الاحساس بالقوة وهذه المرحلة تكون في بداية الحياة العملية بما تحمله من ضغوط وصعوبات ،ومن تم يتخذون المخدرات كطريق للهروب (الغول ،2011،ص 249)

كما أن غياب الأب يعزز لدى الأم الميل الى السيطرة على الحياة العائلية ،فالأُم غير مستقرة من الناحية العاطفية ومتضاربة بسبب تشبثها بدورها في الأسرة ،وهذا الموقف يؤدي بدوره الى اتجاه سلبي مع اطفالها ،مما يؤدي الى زيادة المدمنين . (عبد المعطي ،2004 ص 149)

ففي دراسة اجراها ولسون Wilson (1980) عن ضعف التوجيه و الاشراف الوالدي و انحراف الأحداث ،اظهرت نتائجها ان غياب دور الوالدين في الاشراف و العناية بسلوك ابنائهم من العوامل التي تسبب تعاطي المخدرات ،حيث انها ترتبط ارتباطا وثيقا بانعدام الرقابة الوالدية ،وعدم سؤال الوالدين للأبناء عند غيابهم.

وأخرى التوهامي المكي (1981) دراسة عن ظاهرة تعاطي المخدرات في المغرب ،توصل فيها الى ان هذه الظاهرة تنتشر بين الشباب في مقتبل العمر بالمدن المكتظة بالسكان ،والذين يقطنون بالمناطق الشعبية ،و ان جميع افراد العينة كانوا يعانون من ظروف الحياة القاسية ،وتؤكد هذه النتائج ما توصل اليه جمال الدين بلال (1982) ان اهم العوامل الأسرية التي تساعد على تعاطي المخدرات ،انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادي ،او لتحقيق نجاح شخصي على حساب الأبناء وهكذا يحرمون من التوجيه السليم

،بالإضافة الى كثرة المشكلات العائلية مما يجعل الجو الأسري مليء بالاضطراب . (عبد المعطي ،2004،ص 152)

- سوء المعاملة الوالدية:في دراسة اجراها لوريس Louris (1977) عن ظاهرة ادمان المراهقين على 258 مراهقا مدمنا من مجتمعات شبه حضرية ،اوضحت ان العوامل المرتبطة بالنمو منذ الطفولة وكيفية المواجهة الأسرية من العوامل التي تكمن في انتشار هذه ،فالمراهقين المدمنون لديهم مشاكل نمائية في مجالات الضبط الأسري و الإحساس بالانفصال ،وهذا راجع لممارسة الوالدين ادوارا سلبية في مواجهة ازمت النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم.

إن المشكلة تكمن في اهتمام الأبوين بمكان تواجد الأبناء وعدم حرصهم على جماعة الأصدقاء التي ينتمون اليها ،متجاهلين بذلك مختلف تأثيراتها السلوكية على ابنائهم ،كما أن درجة تأثير الأبناء بنمط ثقافة جماعية الرفاق ،يتوقف و يتحدد بمستوى الإشباع .فكلما كانت درجة اشباعها لحاجات الفرد كان تأثيرها اقوى ليتبنى نمطها السلوكي الثقافي ،لأن ذلك يساهم في زيادة درجة انتمائته بها ،وكذا درجة تماسكها مقارنة بدرجة تأثره بالثقافة الأسرية التي تسم بالهشاشة و الضعف ،مرجع ذلك الى عجز الأسرة عن تحقيق متطلباته وحاجاته وتوكيد ذاته خاصة عند المراهق . (يوبيدي ،2012،ص 53)

3.5.العوامل الاجتماعية:

- جماعة الرفاق والأقران :لجماعة الرفاق و الأقران تأثير فعال في شخصية كل عضو من اعضاء الجماعة و تمثل جماعة الرفاق بيئة اجتماعية صغيرة تؤثر بشكل ما على شخصية كل فرد ،وعن طريق التفاعل مع جماعة الرفاق تنتقل الأفكار وتتعلم السلوكيات سواء كانت ايجابية او سلبية كالتدخين وتعاطي المخدرات وقد اثبتت دراسات عديدة ان بداية تعاطي المخدرات بين الشباب كانت بدعوة من صديق ،او محابة لجمعة الرفاق وتشير كثير من البحوث الميدانية اليوروامريكية الى اهمية الأقران والأصدقاء في تحديد ما اذا كان المراهق سيقدم على تعاطي المواد النفسية ام لا .ومن بين العوامل الفعالة في هذا الصدد كون هؤلاء الاقران والاصدقاء يتعاطون المخدر ،هذا من ناحية و من ناحية اخرى كونهم يشجعون

الشباب الذي لم يتعاطى بعد على ان يقدم على التعاطي ويخوض التجربة .(تيايبية، 2016، ص 50)

4.5. عوامل ثقافية وحضارية:

هي مجموعة القيم المعنوية والأخلاقية والدينية التي تسود الجماعة، ولاشك أن إتباع الجماعة لتعليم الشرائع السماوية وفهمها الصحيح يؤدي على تأكيد القيم السائدة، واتخاذ الجماعة موقف الاستهجان من كل سلوك يضر به، ولذلك فإن التوعية بتحريم الشرائع السماوية للمخدرات له الأثر الكبير في التقليل من حجم الظاهرة، اما ضعف القيم وكذلك وسائل الإعلام اذا لم تكن في يد امينة وأرادت تحقيق الكسب و الشهرة على حساب المبادئ و الاخلاق فانها ستعمل على زيادة الاقبال عليه، وعلى هذا الاساس فانها يمكن ان تتضافر كل الاسباب في دفع بعض الافراد الى تعاطي المخدرات و الادمان عليها، هذا من جهة، ومن جهة اخرى فاننا لو نظرنا الى اسباب الادمان من بعدها الحضاري نجد انها تنتشر بحسب طبيعة المنطقة وطبيعة المجتمع .(تيايبية، 2016، ص 52)

5.5. العوامل الاقتصادية:

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

وللصناعات الدوائية الأوروبية دور مهم وخطير في نشر المواد المخدرة التخليقية أو التصنيعية من مهدئات ومنومات ومنشطات، و انفقت شركات الادوية التي تعد اكثر الشركات ربحا بعد شركات السلاح ملايين الدولارات لتسويقها بحجة فائدتها في علاج بعض الامراض مثل الصرع و القلق نوليس له غاية سوى الحصول على الأرباح الطائلة من وراء ترويج هذه السموم .(تيايبية، 2016، ص 54)

6.5. عوامل خاصة بالمادة الإدمانية:

إن وجود المخدر وتوفره مؤشر قوي على تعاطي المخدرات و الإدمان عليها، فلولا توافيره وانتشاره الكبير لما سجلت اعلى نسب من تعاطي الكحول و ادمانه في العالم، ثم ان لكل نوع من انواع المخدرات مفعول خاص به، و ان تشابهت بغض الانواع في التصنيف العام (مخدرات، منشطات، مثبطات، مهلوسات)

حيث تصل بعض الفروق التي تميز كل نوع عن الاخر، بمعنى اخر يمكن القول وفقا لبعض الدراسات ان بعض المواد الانسانية هي فقط القادرة على استثارة الاعتماد، وهي مواد لها من الخصائص الفارماكولوجية ما يجعلها قادرة اذا ما تناولها الانسان او حتى الحيوان على تأثير في نشاط المراكز العصبية العليا، ثم ان بعض المواد الإدمانية او النفسية هي القادرة على استثارة الاعتماد في حين ان بعضها الاخر عاجز عن هذه الاستثارة.

أماكن الهو في بعض المجتمعات هناك بعض اماكن اللهو في بعض الدول تعتمد أساسا على وجود المواد المخدرة والمسكرة من أجل إبتزاز اموال روادها، ولا يهتم اصحابها إلا يجمع المال بصرف النظر عن الطريقة أو الوسيلة المستخدمة في ذلك. (الحراخشة، الجزاز، 2012، ص 40)

6. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

1.6. النظرية السلوكية:

ترى المدرسة السلوكية بان غالبية سلوك الإنسان متعلم، لذلك فهي تسمى بنظرية التعلم، وعلى ذلك فتعاطي المخدرات من وجهة نظر المدرسة السلوكية، ماهو إلا عادة شرطية تتكون بواسطة التعلم من خلال الآخرين، ويكون الارتباط شرطي بين التعاطي الذي تعلمه في بادئ الأمر وبين مفعول المخدر، و تستمر هذه العادة عن طريق ما يسمى بالتدعيم الإيجابي في نظر المتعاطي، كان يكون المخدر جالبا للسعادة او مخفضا للقلق، أو مزيلا للخوف، ومع استمرار التعاطي في دائرة الإدمان، وبهذا فإن الإدمان يفسر سلوكيا بالعائد الذي يحدثه التعاطي (مفعول المخدر) و الذي يدفع المتعاطي لان يكرر التجربة مرة أخرى

ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون تفكير في الامتناع عن التعاطي للمخدر وبهذا يحدث الإدمان على المخدرات و يوافق ذلك انتهاج الفرد لسلوكيات منافية للعادات والتقاليد المتبعة في المجتمع و يقدم المتعاطي تبريرات لهذه السلوكيات على أنها سلوكيات تتفق مع الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها المتعاطي. (غباري، 1999ص56)

-المنظور الاجتماعي: ركزت هذه النظريات على دور الأسرة والبيئة الثقافية والعوامل الاجتماعية الأخرى في التطور وتفسير سلوك الإدمان، و أن هناك ضغوط اجتماعية تدفع الي الإدمان المخدرات.

ومن بين النظريات الاجتماعية تأتي تفسر سلوك الإدمان نظرية العائلة حيث تعارض هذه النظرية بأن يكون المرض أو صعوبات الفرد هي مقدمة للإدمان، فهي تركز على اسهامات الأسرة في سلوك الإدمان عند الفرد، وكيف تأثر المشاكل عليه؟ وما هو تأثير الإدمان على الأسرة كوحدة متماسكة؟ و تفترض هذه النظرية ان الإدمان هو احد الطرق التي تستخدمها الأسرة لتلبية حاجات الأسرة و تحدياتها، و ان الإدمان وسيلة تكيف مع الظروف الحياة، كما ان الطقوس التي تتبناها الأسرة و القوانين التي تفرضها كلها تساهم في مشكلة الإدمان، كما ان الاتصال غي. الفعال، و التعبير المحدود عن المشاعر داخل الجو العائلي هي صفات وخصائص لأسر التي تعاني من الإدمان، كما أن تفاعلات الأباء وتوقعاتهم غير المتناسقة وسلوكهم القسري مع الأطفال تدفع بهم الي سلوك الطريق الخطأ. (مشاقبة، 2006، ص95)

-المنظور الطبي: يشير هذا المنظور إلى أن المدمن شخص وقع فريسة سهلة لتغيرات فسيولوجية، بسبب الإدمان ولا يجد نفسه إلا متجها نحو التعاطي.

كما أن هذه العقاقير نفسها تحدث تغيرات و اضطرابات في حركة ووظائف أعضاء الجسم، وبسبب هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق إذا عاد لحالته الطبيعية، أو اجبر عن الامتناع المؤقت عن المخدر أو الاقلاع عنه.

وتفسر النظريات الفسيولوجية العلاقة الوثيقة بين التعاطي و النشوة التي يحدثها المخدر ومع الاستمرار في التعاطي، ثم الزيادة في الجرعة لأجل الوصول إلى مستوى الانتعاش، أو النشوة التي اعتادها الجسم، و هنا يحدث اعتماد الجسم عليه، حيث تدخل المادة الأساسية لتركيبة المخدر في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي و الحيوي داخل خلايا الجسم، وبهذا يصبح ذلك النوع ضروري للجسم و يصعب الاستغناء عنه (الغريب، 2002، ص75)

وحسب نظرية العطب العصبي فإن الإدمان عملية تحدث داخل المريض المدمن، والتي يظهر معها من خلال نمط سلوك يسمح لأعراض المرض بالظهور و النشاط من جديد، عند شخص كان في السابق يستطيع ان يتحكم في التخلص من تلك الأعراض، و بالتالي ترى هذه النظرية أن للعوامل البيولوجية لها دور كبير في حدوث الإدمان لدى الشخص، حيث وجد أن تعاطي بعض انواع المخدرات يمكن ان تثير كثيرا من خلايا المخ المعروفة بمراكز الثواب، وهذا يخلق الإدمان على المخدر بيولوجيا لدى المدمن. (الغريب، 2002، ص78)

2.6. النظرية المعرفية:

تعتبر هذه النظرية ان هناك سيرورات معرفية متعلقة بتعاطي المواد، تتشكل من أفكار ومعتقدات خاطئة، وقد حدد آرون بيك أكثر هذه المعتقدات تأثيرا وأسمائها "معتقد انعدام الخطر" الذي يتباه المتعاطي، بحيث يعتبر أنه يتعاطى جرعة واحدة من المادة الفعالة أو حقنها في الوريد فإنه بذلك في مأمن عن الخطر.

كما تعتبر هذه النظرية كذلك أن تعرض الفرد إلى مثيرات منشطة داخلية (القلق، الاكتئاب، الغضب... الخ) أو خارجية متعلقة بالأماكن و الأشخاص الذين لهم علاقة بالمادة الفعالة، فد تجعله يتجه إلى الإتيان بهذه السلوكيات، وبذلك تعتبر هذه المثيرات المنشطة عوامل خطر معرفية تعمل على تنشيط المعتقدات القاعدية التي تأخذ شكلين أساسيين هما:

معتقدات التوقع: و تبنى من عمليات معرفية تربط الأحداث بما يتم توقعه مم نتائج، إذ أن في حالة الإدمان على المواد الفعالة تكون لدى الفرد توقعات إيجابية للاعتماد أكبر من عدد

وقيمة التوقعات السلبية، وهذه التوقعات تعرض في مجال الخبرة قصيرة المدى، وغالبا ما تشمل على توقع المتعاطي لارتفاع الفعالية الاجتماعية بعد استعماله للمادة الفعالة.

معتقدات التسكين: حيث يختبر الفرد إمكانية المادة الفعالة فؤ تخفيض و تسكين استجاباته الجسدية العضوية للضغوط الحياتية، و بذلك تشجعه على استخدامها في مواقف معينة مثل: الاستجابة و الحساسية للضغط.

وبذلك تفسر النظرية المعرفية السلوك الإدماي الناشئ من المادة الفعالة على انه الأثر النهائي لتنشيط مجموعة من المعتقدات التي تقف وراءه (طاهر، 2015ص6)

7. مراحل العلاج من الإدمان على المخدرات:

يتخذ العلاج ثلاثة مراحل متتالية تكمل بعضها البعض وهي:

1.7. مرحلة التخلص من السموم: هي مرحلة طبية في الأساس، ذلك أن جسد الانسان في الأحوال العادية يتخلص من السموم تلقائيا، فالعلاج يقدم للمتعاطي في هذه المرحلة لمساعدة الجسم على القيام بالوظائف الطبيعية و التخفيف من الآلام المصاحبة له.

2.7. مرحلة العلاج النفسي و الاجتماعي: تتضمن هذه المرحلة العلاجية العلاج النفسي الفردي للمتعاطي، ثم تمتد إلى الأسرة، كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمتعاطي على كيفية اتخاذ القرار و حل المشكلات و مواجهة الضغوط.

3.7. مرحلة التأهيل و الرعاية:

- **مرحلة التأهيل العلمي:** تستهدف إعادة المدمن لقدراته و فاعليته في مجال عمله في مجال عمله، و علاج مشكلات التي تتحول دون عودته إلى العمل.

- **مرحلة التأهيل لتجنب الانتكاسة:** تستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة و المجتمع يعتمد على تحسين العلاقة بين الطرفين و مساعدة المدمن على استرداد الثقة في أسرته و مجتمعه.

- مرحلة الوقاية من الانتكاسة :يقصد بها المتابعة العلاجية عند شفاؤه لفترة تتراوح بين 6 أشهر إلى عامين من بداية العلاج و تدريبيه على الاكتشاف المبكر لاحتمالات النكسة ،وبالتالي سرعة التصرف الوقائي اتجاها .(رقيق.بنيش ،2017،ص47)

■ الانتكاس الإدماني:

عادة ما يتداول الباحثين مفاهيم العود والعودة والانتكاسة و الانتكاس بمعنى واحد ،ويعد العود أشهر تلك المفاهيم ثم يليه الانتكاس غير أن هذا الأخير هو الذي نستخدمه في هذا البحث لأنه مصطلح حديث فهو المستعمل في تعاطي و ادمان المخدرات بينما مفهوم العود يستعمل كمصطلح أنواع الانحراف.

1- تعريف الانتكاس:

تعريف الأول لانتكاس العام و يمكن تطبيقه على أي مرض فالانتكاس هو العودة إلى الحالة السابقة أو الرجوع إلى مرحلة نشطة من المرض بعد تعافي جزئي ، فهذا يعني أنه ما لم يكن الشخص قد حقق فترة من التعافي من المرض ما فإنه لا يمكن الحديث عن الانتكاس .

1.1- الإنتكاس في الإدمان:

إن الانتكاس في مرض الادمان هو الرجوع إلى موقف أو مواقف وأفكار ومشاعر وانفعالات وسلوكيات تؤدي إلى ادمان نشط ، و هو شيء وارد بشكل كبير لدى المدمن.

وقد يعتبر عرض عام و شامل من أعراض الادمان ، و هو عملية دينامية متطورة ومؤثرة ، و هو أيضا قرار بشكل أو بآخر ، و هو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة و متشابكة ، كما أنه إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك ، أن معظم الأشخاص المتعافين قد يكون مستعدين للاعتراف بأنه أحيانا يعود إلي نماذج سلوكهم أو اساليب تفكيرهم القديمة ، و ما لم يتغير هذا التفكير فإنه عادة ما يؤدي إلى العودة لتعاطي ، أن الأشخاص الذين يتبعون برنامج جيد في

التعافي يصبحون سريعى الادراك لأنهم انصرفوا وبأنهم عادوا إلى الأساليب القديمة كما أنهم يعلمون ما يجب عليهم فعله من أجل العود إلى المسار الصحيح. (تيايبية، 2016، ص66)

2- العوامل المؤدية للانتكاسة:

وهنا كذلك نموذج سلوكي معرفي خاص بحدوث الانتكاسة مطور من طرف سنة والتي ترى أن الانتكاسة تحدث نتيجة عاملين أساسيين و هما وضعيات الخطر ، و قدرة الشخص على مقاومتها ، و من بين وضعيات الخطر نجد منها ما يهدد قدرات الفرد على التحكم فيها من الأحداث الضاغطة ومنها قدرات موجهة المستعمل من طرف الشخص والإحساس بالفعالية لدى المدمن يتمثل في قدرته على الامتناع عن التعاطي في وضعيات مغرية ،بالإضافة إلى ذلك فالإحساس بالفعالية تدني يؤدي إلى استعمال استراتيجيات غير فعالة أو منعدمة ،مع توقعات إيجابية خاصة بالتعاطي مما يزيد من احتمالية التعاطي في الوضعيات الخطيرة(جوردان ، 2012) ،وقد بينت دراسة "جوردان" حول العوامل المؤدية للانتكاسة أن نقص أليات الموجة للانتكاسة في دراسة أخرى للعاصمي 2003 تبين أن أسباب الانتكاسة هي الاختلاط بالمتعاطين من أهل والأصدقاء ،ضغوط حياة اليومية ،ظهور مشكلات نفسية في مرحلة بعد الشفاء ،الاكتئاب والقلق (فضل الله، 2018، ص19)

3- مؤشرات الانتكاس الادماني:

1.3. المؤشرات النفسية :تتمثل في النقاط التالية:

- عودة أو ازدياد سلوك قهري.
- تشتت معاناة نفسية.
- فقدان ضبط السلوك.
- تغيرات المزاج و تقلباته الفجائية.
- الميول إلى الوحدة و العزلة الاجتماعية.
- الرفض العلني لأي مساعدة .

- زيادة مشاعر الضعف و الحجز .

2.3. المؤشرات الاجتماعية :نوجزها في النقاط التالية:

- محاولة الاتصال مع الأصدقاء لازالوا مدمنين.

- ضعف اداء الواجبات الاجتماعية.

- كثرة المشكلات مع الآخرين.

- مشكلات العمل.

الفشل في التوصل إلى أنظمة التدعيمية بين شخصين ،حين يتقف المدمن التعافي عن ود الأصدقاء وأفراد الأسرة أو لقاءات العائلة ويبدأ الاختفاء عن الأنظار ويقلل شعوره بالتعظيم الأسري.

4.3. المؤشرات العلاجية :و تتمثل في:

- انخفاض الدافعية للعلاج :و هو من المؤشرات العلاجية الدالة على اقتراب الانتكاس ،فالمدمن المتوقع يظهر عليه نقص الاهتمام بالجلسات العلاجية و المشاركات الفعالة وعدم الاكترات والمبالاة.

- الحضور الغير منتظم للاجتماعات العلاجية.

- تناول عقاقير طبية للتأقلم أو محاولة للتخفيف من آلام من الانسحاب التدريجي.

- خلق الاشتياق الذاتي :حيث يقوم المتوقع بخلق الاشتياق بنفسه من خلال التفكير في التعاطي و التفكير أكثر في المخدرات وكيفية تعاطيها والآثار النفسية التي يتركها المخدر ،و هذا الأمر هو دلالة أكيدة على الوقوع في الانتكاس الي ما استمر في هذه الحالة .(تيايبيية، 2016،ص67)

الخلاصة :

من خلال ما تطرقنا إليه نستخلص أن ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر والمشاكل المعقدة التي باتت تمس المجتمع فهذه الظاهرة يشترك في أحداثها عدد كبير من التغيرات ،و بالتالي قد تكون هذه الظاهرة السبب الرئيسي وراء هلاك العديد من الشباب لما تلحقه من آثار سلبية على قدراته العقلية و الصحية و النفسية. ومن الضروري كذلك تسليط الضوء على العوامل والأسباب المؤدية للانتكاسة والتي تعرقل مرحلة التعافي.

الفصل الرابع :التكفل النفسي

تمهيد

1. تعريف التكفل النفسي
2. التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
3. مراحل التكفل النفسي
4. أهمية التكفل النفسي
5. تعريف العلاج النفسي
6. أهداف العلاج النفسي
7. أشكال العلاج النفسي
8. تعريف الأخصائي النفسي
9. دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي
10. علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي

الخلاصة

تمهيد:

نظرا للانتشار الواسع الذي شهدناه في الآونة الأخيرة لتعاطي المخدرات خاصة عند المراهق الذي بدوره يمر بمرحلة صعبة وحساسة جدا، الأمر الذي يستوجب التدخل لمساعدته على اعادة بناء توازنه النفسي والاجتماعي قصد تقديم علاج فعال للمفحوص في إطار التكفل النفسي. وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل، مفهوم التكفل، التكفل النفسي ما هي مراحلها، أهدافه، التعرف على الأخصائي النفسي و إبراز دوره في العلاج، أهداف العلاج النفسي وأخيرا طرح أهم أشكاله.

1. تعريف التكفل النفسي :

قبل التطرق إلى مفهوم التكفل النفسي لابد من تقديم مفهوم التكفل:

-**التكفل لغة:** كفل، يكفل، تكفيلا، أو كفالة فلان في حالة اتفق عليه وقام بأمره وحافظ عليها.

-**التكفل اصطلاحا:** هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكاناته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشجع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة، ويهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته.

-التكفل النفسي:

هو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لقدراته وإمكاناته وقدراته الجسمية، و ميوله بأسلوب يشجع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة، أسرية شخصية، مهنية وهو عادة يهدف إلى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته.

يعتبر التكفل النفسي وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى إلى تعديل السلوك وفقا للمعايير، أي هي عملية لفهم إمكانية الفرد واستعداداته واستخدامها في حل مشكلاته، ووضع خطط لحياته من خلال فهمه لواقعه وحاضره ومساعدته في تحقيق أكبر قدر من السعادة والكفاية وتحقيق ذاته وصولا إلى درجة التوافق. (خلف الله، 2017، ص48)

كما يعرف أيضا أنه مجموعة من التقنيات العلاجية والمواقف التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي اضطراب نفسي أو اضطرابات سلوكية معتمدا في ذلك على الاختبارات النفسية، ودراسة تاريخ الحالة المرضية للكشف عن السبب الحقيقي للمرض أو الاضطراب الذي يعاني منه هذا لشخص. (عبد المعطي، 1998، ص 165)

2. التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتشابهة:

إن مصطلح التكفل متداخل مع بعض المفاهيم والمصطلحات المرادفة له، لذا أردنا التطرق إليها لغرض التمييز بينها:

- **التأهيل** : عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التي تتيح بدنيا ونفسيا واجتماعيا بأن ينهض بما تتطلبه المواقف المحيطة.

وحسب انطوان ستور "انه فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية"

- **الرعاية** : هي الخدمة التي تقدم جهود مشتركة، يمتلك القائمين عليها القدرة والمعرفة والمهارة التي تؤهلهم لمساعدة المرضى من الأفراد والمتحسين منهم على معاودة نشاطاتهم الحياتية التي كانوا عليها قبل المرض.

- **التوافق** : يعرف في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه تحدث اضطرابات نتيجة تعرض لمواقف ضاغطة في الحياة وتظهر علامات الاضطراب خلال 3 شهور من التعرض لهذه الضغوط في صورة اضطراب في الحياة الاجتماعية أو العملية أو الدراسية. (خلف الله، 2017، ص 49)

عملية ديناميكية كلية ومستمرة يحاول بها الفرد طريق تغيير سلوكه وتحقيق توافقه بينه وبين نفسه وبين بيئته المحيطة به بغية الوصول إلى حالة الاستقرار النفسي والبدني والتكيف الاجتماعي.

- **التكيف:** يعرف على أنه التكيف العقلي يحدده التغيير في سلوك الفرد الذي يتناسب ويتوافق مع ما يحدث في البيئة من تغيرات ذلك بالتمثال للبيئة أو التحكم فيها أو التوسط بينهما.(الوافي ،2016،ص137)

3. مراحل التكفل النفسي:

1- الفحص:

يعتبر الفحص الدقيق حجر الزاوية للتشخيص الموفق والعلاج الناجح ويجب أن تكون عملية الفحص واضحة تماما لدى المعالج ،من حيث أهميتها وهدفها وشروطها ومصادر المعلومات والبيانات وخطوات الفحص .(زهران ،1997، ص 157)

ونقصد بالفحص مجموع الخطوات التي تستطيع أن تساعدنا على تحديد خمس متغيرات في شخصية المفحوص وهي:

- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- تحديد منشئ هذه الاضطرابات.
- فهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها.
- مقارنة التناسب بين الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

إن الفحص النفسي إذا ما استطاع إن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

-**الهدف منه:** يكمن هدف الفحص في فهم شخصية المريض ديناميا ووظيفيا و الوقوف على نواحي قوته وضعفه وتحديد اضطرابات الشخصية التي تؤثر في سعادته وهنائه وتوافقه النفسي والاجتماعي وعلاقته بالآخرين خاصة الأقرب اليه ،وفهم حياته الحاضرة والماضية وعلاقتها بمشكلاته ومرضه .(النايلسي ،1989، ص 111)

-شروطه :يجب أن تراعى في عملية الفحص الشروط الآتية:

- دقة وموضوعية الفحص :وهذا من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق بالتالي تقييم عملية العلاج ،مثلا اعادة بعض الاختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة العميل.
 - بذل أقصى جهد للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق.
 - حث العميل على التعاون والاهتمام بعملية الفحص ،ومساعدة المعالج حتى يستطيع أن يساعده ،فكثيرا ما يكون فحص المريض متعذرا بسبب ما يبديه من مقاومة وعدم التعاون في هذه الحالة يحتاج المعالج إلى مهارة فائقة في عملية الفحص.
 - سرية المعلومات :وهو أمر ضروري يجب أن يؤكد المعالج للمريض حتى يتحدث بحرية وثقة في جو آمن.
 - تنظيم المعلومات وهذا ما يجعل تفسيرها دقيقا ويضمن الحصول على صورة كاملة للشخصية.
 - تقييم المعلومات حتى يحصل عليها المعالج وعليه أن يحدد إذا كانت حقائق ثابتة أو احتمالية ،ويمكن قياس صدق المريض بسؤاله عن بعض الأسئلة التي لا يمكن الاجابة عنها بالنفي.
- وعلى الفاحص أن يضع بعض الملاحظات العامة في حسابه أثناء عملية الفحص وهي كالتالي:

- معرفة ماذا ولماذا وكيف ومتى ومن يسأل؟
- اتمام الفحص بطريقة سهلة وطبيعية تمهد لها الخبرة والخلفية العلاجية
- التأني في الحكم والتقدير وعدم الاعتماد على الملاحظة العابرة أو الصدفية.
- التثبيت وتجنب التخمين أو الاستنتاج الخاطيء.
- وضع مبدأ الفروق الفردية في الحسبان والنظر إلى العميل كإنسان فرد له شخصيته.
- سلامة الحكم والتقدير وتجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد.

2- التشخيص:

في علم النفس الاكلينيكي يعني التشخيص تقييم خصائص الفرد من حيث قدراته وسماته وأعراضه المرضية ودرجة حدتها، بينما الأسباب المباشرة لنشأتها بغية الوقوف على حقيقة المشكل التي يعانها المريض، بإخضاعه لبرنامج علاجي مناسب لحالته، إذ هو عملية هامة في العلاج النفسي ويعني السبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل وطبيعة ونوع المرض، تتضمن عملية التشخيص التعرف على ديناميات شخصية المريض وأسباب وأعراض مرضه.

فالتشخيص هو فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب ثم تجميع المعلومات والملاحظات في صورة متكاملة وبالتالي تحديد نوع المرض وتقديم العلاج.

-الهدف منه : تتمثل الأهداف العامة للتشخيص الاكلينيكي في:

- تحديد العوامل المسببة للاضطراب.
- التمييز بين الاضطراب العضوي والوظيفي.
- تقدير عمق وشدة درجة الاضطراب.
- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد طريقة العلاج التي تناسب الاضطراب. (زهران، 2005، ص 157)

3- العلاج:

يتمثل الهدف النهائي في العلاج النفسي في مساعدة الفرد على التوافق من جديد، لذا لا بد من الأخصائي النفسي أن يمضي في تناوله المشكلة إلى أبعد من التشخيص وحده وإلا كان العمل عقيماً، ينبغي إذن أن توضع للعلاج خطة وكون هذه الخطة موضع التنفيذ.

4- المآل:

يمكن القول أن الفحص يتناول ما في الماضي وحاضره (ماذا حدث وما يحدث) في حين أن التشخيص يتناول حاضر المريض (ما هو المرض) مع نظرة إلى مستقبله، أما بالنسبة للمآل

فهو يتناول مستقبل المرض (ماذا سيحدث) في ضوء ماضيه وحاضره ،ويتضمن المآل التنبؤ الذي يتحدد في ضوء بدايته وأسبابه ،أعراضه ،فحصه وتشخيصه ،طريقة علاجه ،شخصية المريض وتوافقه ،بيئته وظروف حياته وصحته العامة.

حال المعالج عندما يحدد المآل كالطبيب الجراح الذي يحاول التنبؤ بمدى نجاح المحتمل أي بمآل العملية التي سيقوم بإجرائها فيحدد نسبة النجاح المحتملة.

-**الهدف منه**: تهدف عملية تحديد امآل إلى توجيه وتحسين عملية العلاج في ضوء المآل المتوقع وتحديد طرق العلاج لتحقيق أكبر قدر من النجاح . (نفس المرجع السابق،ص 189)

4. أهداف التكفل النفسي :

- يهدف التكفل النفسي الى حل مشاكل المفحوص بأنواعها ومن بين اهم هذه الأهداف ما يلي:
- تعديل أو تبديل ازالة السلوكيات وأعراض المعنية أو تغيير أنماط سلوك ظاهري .
 - المساهمة في نمو تقدير الذات واحترامها وغرس الثقة بنفسها بالآخرين .
 - محاولة شفاء المريض أو تحسين حالته أو اختصار مدة التكفل به ،وذلك باختيار أفضل طريقة لمعالجة كل حالة على حدى .
 - إزالة الاضطرابات وتقوية الان والادعيم قادرا على التحكم في الحالات الانفعالية الصراعية.
 - ترميم الشخصية و اعادة بنائها وذلك بمساعدة الطفل على التكيف مع العائلة .
 - الاستماع الجيد للطفل في اطار علائقي بنيوي يسمح للطفل الحصول على التعويض الذي يحتاجه و الفهم الجيد لنفسه وهذا الكلام المصغى اليه يصبح عنصرا أساسيا لتطوره مستقبلا . (ياسين ،ص125) .
 - زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه لذاته فهما صائبا وموضوعيا ،بعيدا عن المبالغة.
 - حل الصراعات الناجمة عن العجز ،الصراعات التي تسبب عجز الانسان وتبدد طاقته وتحرمه من السعادة .(النابلسي ،ص74-79).

- زيادة قبول العميل لذاته والرضا عنها .
 - انتهاج أساليب أكثر من الكفاءة في التعامل مع المشاكل التي تواجه العميل ،من ثمة التغلب عليها .
 - تقوية وتنمية قوة الذات لدى العميل بحيث يشعر بالموثمة ،بالأمن والأمانة.
- (النايلسي:74-79) .

5. تعريف العلاج النفسي :

يعرف العلاج النفسي (Psychotherapy) بأنه مجموعة من الأساليب تهدف إلى مساعدة المريض النفسي في تعديل سلوكه وأفكاره ومشاعره حتى يتكيف مع بيئته بشكل معقول ،وتدور هذه الأساليب حول الاتصال بين المعالج والمريض ،حيث يشجع المعالج المريض على التصريح عن كل مخاوفه ومشاعره وخبراته دون خوف من النقد أو اللوم وقيمتها بطريقة موضوعية ،فالعلاج النفسي يجدي نفعا أكثر مع الحالات المتوسطة من المرض النفسي والأمراض العصابية ،حيث يكون المريض واع بمشاكله وقادر على التعامل مع المعالج ويطلب العلاج . (أبو زعيزع ،2009 ،ص11-12)

6. أهداف العلاج النفسي:

-تتقسم أهداف العلاج النفسي على ثلاث مستويات :

1- الأهداف العامة:

- تسهيل عملية تغيير السلوك والأفكار ومشاعر العميل.
- تطوير قدرة العميل على اتخاذ القرارات.
- تحسين العلاقات الشخصية للعميل.
- زيادة مهارات التواصل والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- تنمية طاقات وقدرات العميل.

2- الأهداف الخاصة:

- تفرض طبيعة المشكل التي تأتي بها العميل للعلاج وكذلك طبيعة شخصيته على المعالج أن يعد أهداف خاصة لهذا العميل ،وهي التي توجه المعالج في اختيار الاستراتيجيات العلاجية التي تساعد على تحقيقها.

3- الأهداف الموجهة للمعالج:

تتعدد أهداف عملية العلاج النفسي بتعدد النماذج النظرية واتجاهات العلاج ،وهناك أهداف عامة و رئيسية لا بد من تحقيقها عقب كل عملية علاجية ،كما أن هناك بعض الأهداف تكاد تكون خاصة بكل عميل حسب المشكلة التي يعاني منها وتوقعاته من العملية العلاجية ،وعموما يتفق الباحثون على اختلاف توجهاتهم على أن هناك أهداف رئيسية للعلاج النفسي أهمها:

- **تحقيق الذات :** لا شك أن الهدف الرئيسي للعلاج هو العمل مع الفرد لتحقيق الذات ويقول "كارل روجرز "أن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع لتحقيق الذات ،ويتضمن ذلك تنمية بصيرة العميل ومساعدته على نمو مفهوم موجب للذات.
- **تحقيق التوافق :** أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته ،وهذا التوازن يتضمن اشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة وذلك في المستويات الشخصية والتعليمية والمهنية والاجتماعية .
- **تحقيق الصحة النفسية :** ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف للعملية العلاجية حل مشكلات العميل أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب .(نفس المرجع السابق ،ص 15-16)

7. أشكال العلاج النفسي :

1-العلاج بالاسترخاء :

هو حالة من الهدوء،تنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر بعد تجربة انفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق ،وقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم ،بحيث تتحول كهرباء

الدماغ من "غاما" إلى "دالتا" في حالة النوم، أو في ارادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحا، ويتصور حالات باعثة على الهدوء عادة أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (السيد، 2001، ص 147)

- يعتبر "جاكوش" أول من قرر أهمية الاسترخاء كإجراء مقابل أو مضاد للقلق وكان يرى أن خبرة الشخص الانفعالية تنتج عن تقلص أو انقباض العضلات، واقترح الاسترخاء ليسكن الحالة المعاكسة أو المضادة لحالة التوتر والانفعال "بعبارة أخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي و الاثارة الانفعالية، وفي تأييده لهذه الفكرة قال جاكوش أن معدل النبض وضغط الدم، يرتفعان في الحالات الانفعالية، وينخفضان بالاسترخاء العميق (العيسوي، 1997، ص 152).

2-1 أنواع الاسترخاء:

الطقوس التي يمارسها الانسان بصورة فردية أو اجتماعية، عبر عصور طويلة من تاريخه ضمنت له استجابات الاسترخاء والتقليل من التوتر، فمعظم هذه الطقوس تتطلب درجة من التركيز النفسي الداخلي الذي شأنه أن يعزل الفرد عن المؤثرات المحيطة الخارجية .

والهدف هو الدمج المتوازن بين الجسد والنفس، وفي جميع الحالات من التوازن والتناسق بين الشعور والجسم، يكمن سر الاسترخاء وما يؤدي به من الانفراج النفسي، وهكذا فإن هذه الأنواع من الاسترخاء تدخل الفرد في حالة يتغير فيها وعيه ويصبح بعد انتهائها قادرا على أداء نشاطاته بكل حيوية وبطاقة متجددة، وأهم هذه الأنواع:

- الإسترخاء التخيلي: يقوم على تخيل مشهد يبعث على الهدوء والسكينة.
- الإسترخاء التأملي .
- الإسترخاء بتمارين التنفس.
- الإسترخاء بالتدليك.
- الإسترخاء بسماع القرآن.

- الإسترخاء بتمارين "جاكوبسون": يبني أسلوبه على أساس أن هرموني الأدرينالين والنورأدرينالين فقد تمت دراسة هذه الهرمونات في حالة مقارنة ومتضادة كحالات الكسل والجهد اعضلي وقلة النشاط الجسمي وحالات الاثارة الحسية ،وقد أفادت هذه الدراسات بوجود فروق في مقادير الهرمونات مثل افراز هرمون الأدرنالين يبلغ ثلاث أضعاف في حالة التوتر ما يبلغه في حالات الاسترخاء.

- الإسترخاء التأملي: معظم حالات التأمل يصاحبها أو ينجم عنها حالة من الاسترخاء ويمكن وصف هذه الحالة بأنها أشبه ما تكون بحالة الراحة الفيزيولوجية للجسم وفيه يكون الجسم في حالة راحة عميقة مع هبوط في فعالية الجهاز العاطفي وانخفاض في مستوى الانفعالات الحسية والعاطفية وفي التوتر العضلي وغيرها من التغيرات الفيزيولوجية الظاهرية أو الداخلية في الجسم ،بما في ذلك الدورة الدموية والتنفس والجهاز الهرموني والحركة الدماغية .(نفس المرجع السابق ،ص155)

- الإسترخاء التأملي التجاوبي: و تستند هذه الطريقة إلى طريقة اليوغية.

- الإسترخاء العضلي عن طريق التطبع الصوتي: هذا الأسلوب الاسترخائي يستخدم جهازا صوتيا مترونوم "Métronome" الذي ينبض ستون نبضة صوتية في الدقيقة وتجرى تمارين الاسترخاء بالتوافق مع نبض الجهاز ،هذا التوافق يؤدي في النهاية إلى إقامة حالة التطبع الشرطي ، هذا الأسلوب التقني لإحداث الاسترخاء يمكن المفحوص من استعماله في البيت أو العمل عند الضرورة ،كما يمكن تسجيل نبض الجهاز على جهاز K7 لنفس الغرض .(نفس المرجع ،ص156)

1-3-أهداف الاسترخاء: من أهم الأهداف التي يسعى الاسترخاء إلى تحقيقها :

- التعود التدريجي على المواقف المثيرة للقلق اذ ما استعمل مع أسلوب التطبيق التدريجي وهو أسلوب من أساليب العلاج الذاتي.

- يستخدم في لعب الأدوار حيث عندما يطلب من المتعالج تأدية دور معين (الأب ،الرئيس) قد تسبب له مصدرا للقلق ولكن بمعية أسلوب الاسترخاء يستقبل المفحوص الأدوار التي يعاني من مشاكل اتجاهها وبالتالي نجاح أسلوب لعب الأدوار .

- يستخدم للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد يكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية، و من المعروف أن الاسترخاء عندما يستخدم في علاج حالات القلق والمخاوف وتوهم المرض من شأنه أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه، فالقلق الذي كان يعتقد المريض أنه لأسباب فيزيولوجية عضوية، وفقد سلوكه يصبح شيئا يمكن ضبطه وتحكم فيه ذاتيا. (عبد الستار، 1980، ص98)

1-4- مزايا العلاج بالاسترخاء:

إن الاسترخاء يعطي فرصة للمعالج النفسي للإيحاء والتداعي الحر لتعلم سلوك جديد مضاد للتوتر، فالاسترخاء الذهني أو العضلي يعني قدرة الانسان على تجاوز التوتر وتجديد الطاقة الايجابية لمواجهة متطلبات الحياة وهو في حد ذاته غاية وهدف لجميع العلاجات النفسية والجسمية والدوائية. (نحوي، 2010، ص 76)

2- العلاج الجماعي :

هو علاج عدد من المرضى الذي تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم، معا في جماعات صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل تأثير بين بعضهم البعض، وبين المعالج أو أكثر من معالج مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم عن مرضهم. (العناني، 2000، ص189)

تعرفه "أنجلس" عن طريق وصف الجماعة نفسها، ففي رأيه أن أي جماعة يتوحد الفرد معها، أو يقارن نفسه بها ويتقمص الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها واتجاهاتها وأنماط سلوكها، كما لو كانت معاييرها هو فتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية، حيث يرى نفسه منتما إليها، و ليس من الضروري أن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية، حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة. (العيسوي، 1997، ص 97)

2-2-مجالات استخدام العلاج الجماعي :

يستخدم العلاج الجماعي على نطاق واسع من أهمها :

- علاج الأطفال والمراهقين والراشدين.
- تقديم النصائح للوالدين في تربية أبنائهم.
- علاج الأسرة بأكملها عندما تتفاقم مشاكلها.
- علاج الحالات الانحراف والإدمان وجنوح الأحداث.
- علاج المشاكل المهنية وتحقيق التوافق بين الشخص و مهنته.
- علاج حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب، الخجل.
- يشمل العلاج الجماعي العلاج الأسري والبيئي لأنه يعتبر صورة من صوره.
- يمارس العلاج الجماعي بشتى الاتجاهات العلاجية المناسبة، وكذا العلاج بالعلاج الجماعي. (شاذلي، 2001، ص 194)

كما أن هناك حالات لا يستخدم فيها العلاج الجماعي: الهوس الشديد، الجنسية المثلية، الضعف العقلي الشديد .

2-3-أشكال العلاج الجماعي :

تختلف أشكال العلاج الجماعي حسب أعضاء الجماعة ونوع مشكلاتهم ونوع النظرية التي توجه المعالج والمكان الذي يمارس فيه العلاج.

• العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي لـ "مورينو":

يعد هذا الأسلوب من أهم أساليب العلاج الجماعي القائمة على نشاط المرضى، و السمة الأساسية لهذا العلاج هي حرية الفعل للممثلين والتدريب على التلقائية، وهذا يقابل التداعي الحر الطليق في التحليل النفسي، و يهدف العلاج بالتمثيل المسرحي إلى إعطاء الفرصة إلى للتنفيس الانفعالي وإلى تحقيق التلقائية وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المرضى، وإدراك الواقع وتحقيق التوافق الاجتماعي والتعلم من الخبرة .

أما عن موضوع المسرحية فإنه يتضمن مواقف تتعلق بماضي المريض وحاضره ومستقبله والمشكلات التي يواجهها في داخل الأسرة، وفي نطاق العمل قد يقوم المرضى أو المعالج بتأليف مسرحية وإخراجها أمام المتفرجون، فيكونون غالبا من زملاء المرضى وأفراد هيئة العلاج وبعض الزوار.

يفسر المعالج ديناميات المسرحية ويفيد منها لأنها تظهر الصراع الداخلي وتنفس عن القلق وتبصر المريض بمشكلته مما يساعده على تعديل سلوكه. (نحوي، 2010، ص 78)

• المحاضرات والمناقشات :

يفضل أن يكون موضوع المحاضرات مشكلة يعاني منها أحد أفراد الجماعة دون ذكر اسمه، ويمكن أن تتضمن المحاضرات موضوعات متعددة مثل العلاقة بين النفس والجسم، الشعور واللاشعور، التكيف الإجتماعي، وبعبارة موجزة موضوعات تتعلق بالصحة النفسية.

• الأسلوب المختلط :

هو أسلوب يجمع بين طريقة السيكودراما والمحاضرة والمناقشة مما يساعد المعالج في الافادة من مميزات الأسلوبين .

-**النادي العلاجي**: ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة للعلاج الجماعي القائم على نشاط المرضى العملي والترويحي والاجتماعي، وكثيرا ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي مثل لعبة الكرة أو نشاط فني مثل الموسيقى والغناء، يتميز النادي بالأمن والأمان وإعطاء الفرصة للتفريغ الانفعالي وتنمية الميول والتوافق الاجتماعي. (نفس المرجع، ص 79)

2-4- مزايا وعيوب العلاج الجماعي :

- طريقة في الوقت المطلوب للعلاج ذلك لأن المعالج الواحد يستطيع أن يساعد عدة أشخاص في وقت واحد.

- لا يحتاج إلى عدد كبير من المعالجين.
- يقوي ثقة المريض بنفسه ويصح نظرتة للأمور.
- يقلل من شعور المريض بالجزلة والألم.
- خلق التكيف مع الآخرين.
- بناء علاقة وطيدة بين أفراد الجماعة (العناني، 2000، ص 192)

3-العلاج بالارشاد والتوجيه :

- **مفهوم الارشاد :** هو عملية مساعدة الفرد في تنمية إمكاناته وقدراته من خلال حل المشكلات.

يرى "باتريسون" أن الارشاد يتضمن المقابلة في المكان الخاص يستمع فيه المرشد ويحاول فهم المسترشد ومعرفة ما يمكن تغييره في سلوكه بطريقة أو بأخرى ،يختارها ويقرها المرشد ،و يجب أن يكون يعاني من مشكلة ويكون لدى المرشد المهارة والخبرة للعمل مع المرشد للوصول إلى حل المشكلة. (درويش ،1997، ص 16)

- **مفهوم التوجيه :** يعرفه Shertzer stone أنه عملية تفاعل قيادية بين طرفين أحدهما موجه والآخر موجه تستهدف التعاون على استقصاء طبيعة الموقف بقصد تبين نواحيها وتعريف الموجه بما لديه من قدرات واستعدادات وبما يتوافر في البيئة من إمكانيات وفرص كيفية الإفادة منها.

-هو تلك العملية التي تهتم بالتوفيق بين الطالب بما له من خصائص مميزة من ناحية والفرص التعليمية المختلفة ومطالبها من ناحية أخرى والتي تهتم أيضا بتوفير المجال الذي يؤدي إلى نمو الفرد وتربيته. (القدافي ،2001، ص42)

3-2-أهداف التوجيه و الإرشاد :

يهدف الإرشاد العلاجي إلى دراسة شخصية العميل حتى يمكن توجيهه في حياته بأفضل طريقة وحل مشكلاته وتحسين درجة توافقه النفسي إلى أفضل درجة ،ويهدف إلى مساعدة

الأسياء للوصول إلى مستوى أرقى من مهارات التوافق التي تتجلى زيادة النضج والاستقلال والتكامل الذاتي وتحمل المسؤولية وتحقيق السعادة في الحياة بمعنى آخر ،يهدف إلى تحقيق الذات والتوافق والصحة النفسية .(زهران ،1977، ص 294)

هناك من يصغ أربعة عناصر لأهداف الارشاد والتوجيه:

- **معرفة الذات**: يهدف الإرشاد إلى مساعدة الفرد في معرفة نفسه وإدراكها بموضوعية ودون تحيز ،هذا أمر ضروري لمواجهة نقاط الضعف في الذات بشجاعة وحملها على التغيير لأن الجهل بها وخاصة مواطن قوتها وضعفها تجعل الفرد يقع في مشكلات سلوكية أو اجتماعية التي كان بالإمكان تجنب الكثير منها ،وتبرز أهمية معرفة الذات بشكل واضح عند اتخاذ قرارات ترتبط بالفرد كاختيار المهنة أو النشاط الذي يرغب فيه .
- **تحسين العملية التعليمية و التربوية**: تتصل عملية الإرشاد بشكل مباشر بقطبي عملية لتعلم والتعليم في المدرسة وهما :

-المعلم والمتعلم :فتعمل من خلالها على تسهيل هذه العملية وتحسينها ،فيعمل الارشاد على اثاره الدافعية الايجابية نحو التعلم والتحصيل والإسهام في ازالة كل ما يعوق تحقيق أهداف العملية والتعليمية سواء لدى المتعلم أو المعلم أو البيئة التعليمية والمشاركة في صياغة البرامج والمناهج الدراسية والإرشادية المناسبة وما يرتبط بها من نشاطات وفعاليات .(المرجع ،ص 295)

- **تحقيق التوافق الشخصي**: يتم اشباع دوافع الفرد وحاجاته وتلبية مطالب النمو لكل مرحلة من مراحل عمره ،ويشمل التوافق الشخصي على:

-التوافق المهني :يتحقق بإرشاد الفرد للاختيار مهنته المناسبة وإعداده لها ،و بذلك يحصل الفرد على الرضى المهني

-التوافق التربوي :يتحقق باختيار الفرد لنوع الدراسة المناسبة له ،فيتحقق له النجاح الدراسي والتخلص من الاخفاق والفشل وما يترتب عنهم من عواقب نفسية واجتماعية .

-التوافق الاجتماعي :يتحقق بتلبية الحاجات الاجتماعية للفرد مثل الانتماء إلى الجماعة والدور والتقبل الاجتماعي والحصول على التنشئة المناسبة ،وبذلك يتحقق له الاندماج في مجتمعه .

● تحقيق الصحة النفسية :المقصود بذلك تحقيق حالة دائمة نسبية ،يكون فيها الفرد متوافقا ومنسجما نفسيا ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ،بحيث يكون قادرا على استغلال قدراته إلى أقصى قدر ممكن ،و التعامل مع مطالب الحياة ومشكلاته بسلوك سوي إذ تتضمن خمس معايير هي:

- 1- سلامة العمليات الذهنية .
- 2- سلوك سوي مقبول.
- 3- تكامل الشخصية وتوحيدها.
- 4- إدراك صحيح لواقع الحياة.
- 5- توافق مع البيئة وتكيف ناجح وإيجابي .(نفس المرجع السابق ،ص 296-297)

3-3-إجراءات العلاج بالإرشاد والتوجيه :

يرى خبراء العلاج بالإرشاد السلوكي والتوجيه وعلى رأسهم "هاملتون" و "كارل روجرز" أنها تأخذ مجرى المقابلة ،إذ تركز على عطاء فني وثقة متبادلة بين الأخصائي والمفحوص وهي مبنية على الخطوات التالية :

- بناء علاقة مودة وألفة مع المفحوص.
- استخدام كلمات بسيطة وسهلة حسب مستوى المفحوص وقد تستخدم في أوقات متفرقة وأماكن متعددة ،المهم أن تتوفر فيها الراحة .
- تدوين ما جاء في المقابلة العلاجية سواء من ناحية توجيه أو الارشاد من أجل تقييم النتائج .(ياسين ،1986 ،ص 104)

3-4- مزايا العلاج بالإرشاد والتوجيه :

- يساعد ويخدم المجال التعليمي عن طريق مساعدة المتعلم على التكيف في مدة زمنية قصيرة .
- يجعل علم النفس في خدمة كل الأفراد على شتى المستويات بأسلوب علمي يساهم في زيادة الأداء وحسن التكيف في جميع لميادين.
- أسلوب علاج مبسط ومختص يعمل على إعادة الإدماج بأسلوب علمي وعملي.
- يزيد من استبصار الفرد بحاجياته و امكانيته مما يزيد من حسن توافقه النفسي العام (نحوي، 2010، ص 97).

4- العلاج السلوكي:

يشير العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك و نظريات التعلم في عملية العلاج النفسي، ويعتبر من المحاولات الرائدة في العلاج النفسي للاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط لسلوك المرضى وتعديله وتنمية السلوك السوي لدى الفرد.

يتضمن تعديل وتغيير السلوك المرضي كما تبدوا الأعراض السلوكية للمرض النفسي، ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقاً عملياً لقوانين ومبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي. (زهرا، 2005، ص 210)

4-2- إجراءات العلاج السلوكي:

- التأكد من رغبة الفرد في التغيير والتعديل (مستوى الدافعية) والعمل على تنميتها.
- تحديد السلوك المراد تعديله تحديداً دقيقاً.
- تحديد مدى خطورة هذا السلوك بالنسبة للفرد وتأثيره على توافقه الشخصي والاجتماعي.
- تحديد طبيعة العلاقة بين هذا السلوك وبعض السلوكات الأخرى.

- تحديد معدل تكرار السلوك الذي يعاني منه الفرد حتى يمكن الحكم على أهمية التعامل معه أو اعتباره سلوكا طبيعيا ،كذلك لا يمكن الحكم من خلاله على مدى التحسن فيما بعد.
- الاتفاق مع الفرد على الأساليب التي سوف يتم استخدامها في عملية التعديل مع التأكيد على أهمية التزامه بالقيام بالمهام التي سوف يكلف بها.
- تحديد أسلوب واضح لكل من التعزيز الايجابي والسلبى الذي سوف يستخدم خلال عملية التعديل.
- يجب على كل من المعالج و المفحوص عدم تعجل النتائج لأن عملية التعديل ليست بالعملية البسيطة.
- يجب أن يتوقع المعالج إمكانية حدوث انتكاسة خلال عملية التغيير و عليه أن يخطط لكيفية التعامل معها.
- يجب أن يتوقع المعالج مقاومة من الفرد الذي يطلب المساعدة و عليه أن يحدد كيف يمكنه أن يتعامل معها.

تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب. (العناني ،2000، ص 184-185)

- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب .
- اختيار ظروف التعديل وتغيير السلوك.
- إعداد جدول لإعادة التدريب.
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.
- تعديل الظروف البيئية.

4-3-مزايا العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم ويمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا ،وانه متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات ،حيث يركز على المشكلة أو العرض وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه .إنه يعتبر عملي أكثر منه كلامي نظري ويستعين بأجهزة العلمية ،أهدافه واضحة ومحددة

ويوفر الوقت والجهد والمال لأنه يستغرق وقتا قصيرا نسبيا لتحقيق أهدافه. (عبيد، 2000، ص 189)

5- العلاج المعرفي:

هو العلاج الذي يعتمد فيه على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض وبأسلوبه الذي اعتاده في حل مشاكله، إذ يعتمد المعالج على العمليات العقلية للمريض، كالتخيل والتذكر والانتباه بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك. (الحجار، 1998، ص 32)

5-2- إجراءات العلاج المعرفي:

أرون بيك من أهم مؤسسي المدرسة المعرفية والذين آمنوا بها أقاموا لها تقنيات خاصة استخدموها مع مرضاهم، 'ذ يرى أن المريض يستحدث رأيا عن نفسه وعن ما يحيطه به ماضيا ومستقبلا، مع علمه أن مقدماته خاطئة وذات نزعة خيالية مشوهة، ويرى "بيك" أن الأفكار التلقائية الناتجة عن التشوه المعرفية واضحة:

- تفسير الأحداث من وجهة نظر ذاتية.
 - التفكير بصورة متطرفة بين فكرتين متباعدتين، أي تفكير مستقطب.
 - المبالغة وخاصة في تعميم الفكرة.
 - الحدث و اعطائه أهمية كبرى أكبر بكثير مما هو عليه.
 - وعدم القدرة على إدراك الأمور على حقيقتها و واقعيتها، وبمعنى آخر العجز المعرفي.
- ومن وجهة نظره فإن تصحيح نمط التفكير عند المريض يكون بالتعامل مع مشاكله والمساهمة في تخفيف حدثها.

5-3- مزايا العلاج المعرفي:

- يعالج العلاج المعرفي الاضطرابات السلوكية وأنماط سوء التكيف والعادات السيئة.
- العلاج المعرفي واضح في علاج بعض الاضطرابات و الأمراض السيكوسوماتية

إذ يساعد المرضى على التكيف وبدء حياة جديدة.

- يقوم على الفحص الدقيق للمشكل والتعرف على الظروف المحيطة مستندا إلى تحليل النمو إلى تحليل النمو والتعرف على امكانيات المفحوص ومحدداته ،أي مواطن القوة والضعف دون أن يتخلى أو يتغاضى عن تحليل العلاقات الاجتماعية.
- يستند العلاج المعرفي على تحليل الحوافز ومدى التحكم الذاتي كما حددها "الازاروس": السلوك ،الانفعال ،الاحساس ،التصور ،المعرفة العلاقات الشخصية ،الأدوية المتناولة ،توقعات المفحوص ،موقف المعالج.
- كما لا ننسى أن الطريقة العلاجية في النموذج المعرفي مستمدة من مبادئ التعلم ومبادئ الاشرط الكلاسيكي ،وما في ذلك التعزيز الايجابي والسلبى ،المادى والاجتماعى ،دون أن ننسى التغذية المرشدة .(نحوي ،2010 ،ص 48)

6-العلاج المعرفى السلوكى :

عرف "ارون بيك "العلاج المعرفى السلوكى على انه : "شكل من اشكال العلاج ،يتسم بالفاعلية وتنظيم الوقت المحدد والتعاون بين المعالج والمريض ،بهدف دراسة معتقداته المتعلقة بسوء التكيف والتوافق ونماذج تخيلاته وتفكيره ،وفحصها والتواصل الى الاستجابات البديلة الاكثر فاعلية" . (ابراهيم ،1980 ،ص :263)

- موسوعة علم النفس والتحليل النفسى بأنه تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية والخارجية وعلى اتصال مستمر بها .والعمليات المفرفية هي:الاحساس ،الادراك والانتباه والتذكر والربط والحكم والتفكير والوعى . (حنفى 1978.ص35).

6-2-الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفى السلوكى :

- مساعدة المريض للتواصل الى منظور جديد لفهم مشكلة .

- تعليم المريض كيف ان معارفه يمكن ان تساعد في تفسير اسباب ونشوء ووجود استجاباتهما الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف .
- يشرح له ان التفكير المعرفي له اهمية رئيسية في العلاج .
- يقوم كل من المعالج والمريض بتنفيذ وتحليل النتائج المعرفية والسلوكية الغير (سوية) بشكل مستمر ،كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة ،يتم ايضا تطبيق اساليب العلاج من اجل تغيير تلك الاحتمالات .
- ان العلاجات المعرفية السلوكية نشطة وقائمة على الوصول للاهداف وتشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الاعمال واعادة البناء والتوضيح وردود الفعل والانعكاسات والتمرين والواجبات المنزلية .
- انشاء علاقة تعاونية وتجريبية بين المعالج والمريض .يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكيات في حياتهم اليومية على اساس انهم سيكونون اقل معارضة لاقتراحات اذا ما امكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج اكثر جلبا للفائدة . (بنابي ،2018 ،ص 41)

3-6- الإجراءات العلاج المعرفي السلوكي :

- إن العملية العلاجية المتبعة ضمن الاتجاه المعرفي السلوكي هي عملية عقلية معرفية تحصر في دائرة المعتقدات والافكار الاعقلانية التي تعد سبب الاضطرابات التي يعاني منها العميل .
- تاسيس علاقة تعاونية من خلال التحالف العلاجي مع تحديد المشاكل الانفعالية والسلوكية والعرفية التي تدفع الى طلب المريض المساعدة .
- اقامة التشخيص حسب "DSM 5"
- دراسة الاهداف والرغبة في التغيير (فالمعالج هنا يحدد المشاكل التي انى من اجلها المريض ويريد تعديلها ويقوم كذلك بتقييم رغبة في التغيير) .

- التحليل الوظيفي فهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك الانفعالات والافكار.
- بناء الفرضيات مع المريض كيفية تحديد اولويات التدخل و بماذا يجب البدء.
- اقامة سلم للمشاكل مثلا تحديد مقياس للخوف . (0 الى 100) الذي يسمح بترتيب مخاوف المريض التي سوف يتم تعريضه لها .
- تقييم نتائج العلاج .
- المتابعة

4-6- فنيات العلاج المعرفي السلوكي :

تنقسم الفنيات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الى ثلاثة اقسام ،تبعاً للمستويات الثلاث للخبرة البشرية ،وهي:

- **فنيات معرفية:** كالتعليم النفسي والمناقشة والتعريف على الافكار اللاعقلانية وتعديلها ، و اعادة البنية المعرفية والعلاج الموجه بالاستبصار والمقابلة الاكلينيكية ، والمراقبة الذاتية ، والتدريب على حل المشكلات والتعبير عن الذات بطريقة الية ، وفنيات البناء المعرفي الخ .
- **فنيات انفعالية:** كالنمذجة ولعب الدور والحوار والمناقشة والوعظ العاطفي الخ .
- **فنيات سلوكية:** كالاسترخاء والقصص والواجبات المنزلية ، والتمثيل و الاشراف الكلاسيكي والاشراط الاجرائي بما يتضمنه من اساليب التعزيز والعقاب ، التخفيف من القلق ، التحصين التدريجي ، والتعويض ومنع الاستجابة الخ . (طاهر ، 2015 ، ص 35)

8. تعريف الأخصائي النفسي:

هو المسؤول المختص في عملية الارشاد والعلاج النفسي متخرج من قسم علم النفس بالجامعات ، ويتم تدريبيه العلمي في مراكز الارشادات والعيادات النفسية أو في مختلف

المؤسسات تحت إشراف أساتذة وخبراء، ويتطلب الأعداد العلمي و العملي، اهتماما خاصا فهو يحتاج إلى دراسة وتدريب خاص في طرق الإرشاد والعلاج النفسي ومحاولاته المتعددة كما يعرف بأنه ذلك الشخص المتخصص الذي يستخدم الأسس والتقنيات والطرق والاجراءات السيكولوجية ويتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الاكلينيكي مثل الطبيب و الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي كل في حدود إعداده وتدريبه وإمكاناته في تفاعل ايجابي بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص مشكلاته والتنبؤ باحتمالات تطور حالاته ومدى استجابته لمختلف أساليب العلاج ثم العمل على الوصول به إلى أقصى درجة ممكنة من التوافق الشخصي والاجتماعي. (خلف الله، 2017، ص 25)

9. دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي:

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى الإدمان.
- معرفة ماذا كان الشخص يعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان.
- معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما اذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا.
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.
- التعرف على السمات الشخصية وهل يعاني من اضطراب وما شدته وتأثيره على السلوك.

تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الاكلينيكي أنها تجيب عن العديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوات التشخيص. (الدمرداش، بدون، ص 118)

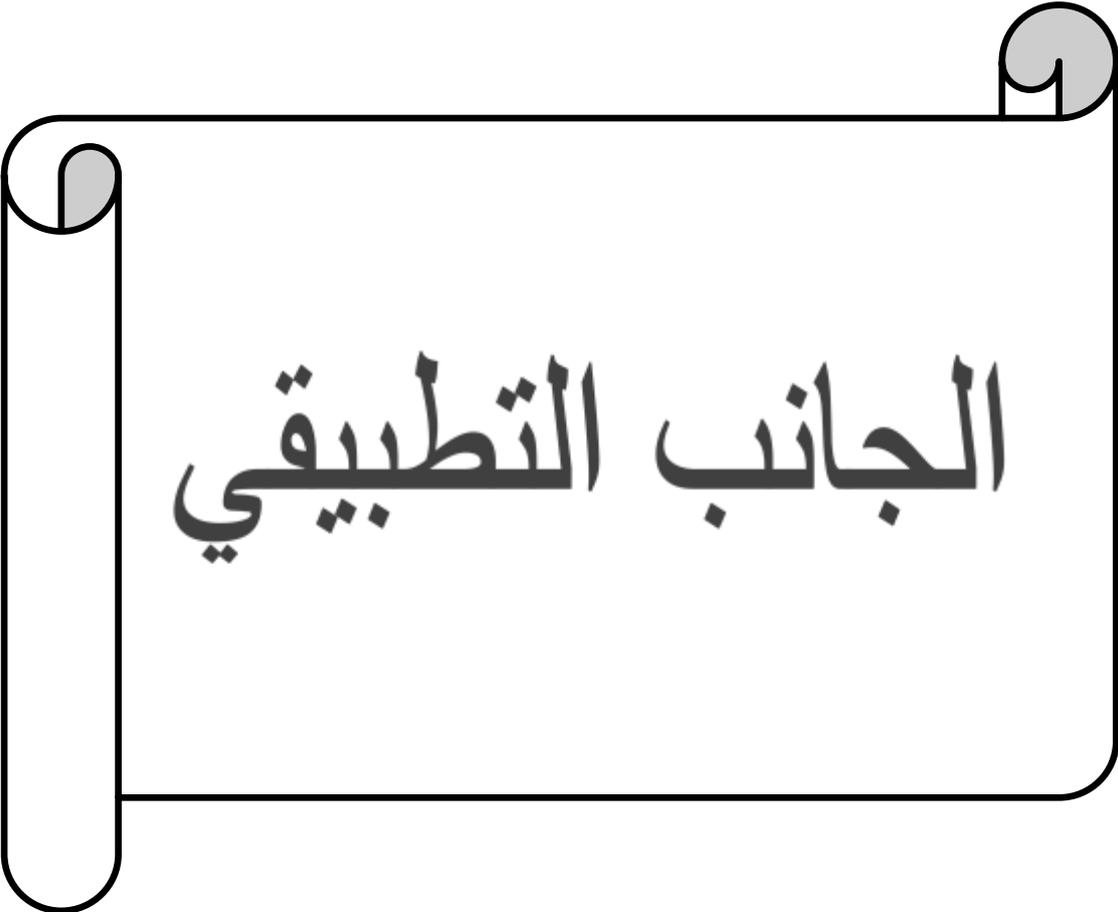
10. علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي:

يقارن التكفل النفسي أحيانا بالعلاج النفسي، وقد يتجه التكفل النفسي نحوه، كما قد يتشابهان بدرجة كبيرة لكونهما يستخدمان دراسة الحالة، ووسائل التقييم و فنيات المقابلة العلاجية، وقد يتفقان في كونهما يقدمان خطة علاجية، تختلف عن الخدمة العلاجية التي يقدمها الأطباء النفسانيون والتي تتطلب العلاج بالحقن والعقاقير، والصدمات الكهربائية، ويشترك المرشد والمعالج النفسي مع الطبيب النفسي في عملية التشخيص. (أبو عطية، 1997، ص 180)

الخلاصة

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل نستخلص أن التكفل النفسي هو عبارة عن مجموعة من الخدمات النفسية التي تقدم للفرد من خلال الحصص العلاجية التي يبرمجها المختص النفسي وفقا لأسس وقواعد علمية.

فلا يقتصر دور التكفل النفسي فقط على ازالة الأعراض المرضية، بل قد يتعدى علاج الاضطرابات النفسية والعضوية التي يعاني منها الفرد، ومساعدته في حل مشاكله وإعادة دمجها وتأهيله نفسيا واجتماعيا، ومنع حدوث الانتكاسة وتخلص من الادمان.



الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. عينة الدراسة
3. مجالات الدراسة
4. أدوات الدراسة
5. صعوبات الدراسة

الخلاصة

تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي أساس قاعدي لكل دراسة ميدانية التي تمكن الباحث من استثمار وتوظيف معلوماته النظرية، من أجل التوصل إلى الهدف المنشود، وبالتالي الإجابة على التساؤل المطروح في اشكالية، وذلك بالاعتماد على من المنهج والأدوات المناسبة للبحث، وهذا ما سنوضحه من خلال هذا الفصل.

1. منهج الدراسة:

إن دراستنا لهذه الظاهرة لا يأتي إلا عن طريق اتباع منهج علمي معين، الذي يعتبر الوسيلة تتوصل عن طريقها إلى الحقيقة ويتم بواسطتها الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالظاهرة المدروسة. (الغوال، 1982، ص 191)

فختيار المنهج المناسب لدراسة يعتبر أمرا يفرضه الموضوع، وعلى هذا الأساس اعتمدنا على المنهج العيادي، الذي يعد أسلوبا من أساليب التحليل المركز على معلومات كافية عن الحالة أو الموضوع محدد خلال فترة زمنية أو فترات معلومة، وذلك من خلال الحصول على المعطيات التي تتطلب الدراسة كخطوة أولى، ثم يتم تحليلها بطريقة موضوعية ما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة كخطوة ثانية والتي تؤدي إلى التعرف على العوامل المكونة والمؤثرة على الظاهرة كخطوة ثالثة. (زهران، 1987، ص 192)

-اعتمادنا على المنهج العيادي المتمثل في دراسة الحالة، نهدف من خلاله التوصل إلى إبراز دور التكفل النفسي في علاج الإدمان على المخدرات عند المراهق المنتكس، كونه يعالج الحالات الفردية بعيدا عن العوامل الذاتية التي قد تؤثر على نتائج البحث في بعض الأحيان.

2. عينة الدراسة:

تعرف العينة بأنها فئة تمثل مجتمع البحث أو جمهور البحث، أي جميع مفردات الظاهرة التي يدرسها الباحث أو جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع مشكلة البحث. (دويدري، 2000، ص 302)

ومنه نقصد بالعينة الأفراد الذين يجري عليهم البحث، بحيث كانت عينتنا مقصودة توافق متطلبات البحث، فشملت ثلاثة حالات من المراهقين تتراوح أعمارهم ما بين 16-18 سنة، من كلا الجنسين (إناث، 2 ذكور) يعانون من الإدمان على المخدرات وحدثت لهم انتكاسة خلال مدة العلاج.

3. ايطار الدراسة:

- الايطار المكاني :

تم تطبيق هذه الدراسة على مستوى مؤسستين لمكافحة الادمان على المخدرات:

- المركز الوسيط لعلاج الادمان ،المتواجد بالعيادة متعددة الخدمات للصحة الجوارية الصديقية حي العقيد لظفي -02- وهران ،يستقبل جميع الكفاءات العمرية من اطفال ،مراهقين ،راشدين .يتكون المركز من اربعة مكاتب مكتب طبية المصلحة Adictohog وثلاث مكاتب للأخصائين النفسانيين و قاعة الاجتماعات ،بحث يسعى هذا الطاقم بالتكفل بالمدمنين على المخدرات طيبيا وذلك عن طريق الأدوية ،تحاليل طبية (تحليل كمية ونوع السموم في الدم Bilan Toxicologie ،تحليل الدم Bilan (Sérologique) ،اما نفسيا من خلال القيام بجلسات اسبوعية مع الاخصائية النفسية لرفع معنويات العميل و تشجيعه بأفكار الايجابية ،الاستماع و الاصغاء للمريض ،التعرف على معاناته ،زرع الامل والتفاؤل في الحياة وذلك باستخدام طرق علاجية مناسبة .

- المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية المتواجدة بسيدي الشحمي وهران- في الجناح الخامس الخاص بمكافحة الادمان على المخدرات .يتكون هذا الجناح من 11 غرفة :غرفة نوم جماعية ،غرفة الاستراحة و الساحة ،مغسل ،مكتب للمرضين كما تتكون تشكيلة هذا المركز :طاقم طبي متكون من طبية مسؤولة ،8 اطباء ،6 ممرضين ،صيدلانية ،الذين يسهرون على القيام بعملية الفحص و اعداد وصفات علاجية تضم مجموعة من الادوية وذلك عن طريق المتابعة اليومية للمفحوص ،اما بالنسبة لطاقم النفسي اخصائية نفسانية واحدة التي تتكفل بحالات المصلحة من خلال القيام بمقابلات عيادية لتتمكن من ملاحظة بتحذيرات المفحوص و القيام بالتشخيص النفسي و ابداء الرأي العيادي كما تعمل على تخفيف من معانات المفحوص و تقديم النصح و الارشاد ،و ايضا عمال النظافة و الحارس.

- الايطار البشري :

تمثل الايطار البشري لهذه الدراسة في ثلاث حالات من المراهقين يعانون من ادمان على المخدرات ،وقد حدثت لهم انتكاسة ،متواجدين بالمصلحة العلاجية لمكافحة الادمان على المخدرات.

- الايطار الزمني:

دامت الدراسة الميدانية حوالي شهر ونصف بداية من شهر مارس إلى غاية شهر أبريل، وكانت عبارة عن زيارات استطلاعية يوم أو يومين في الأسبوع.

4. أدوات الدراسة:

يتوقف صدق البحوث وقيمتها العلمية على اختيار السليم للطرق وأدوات التي تملك الشروط العلمية والمنهجية من أجل الوصول الى أهدافها المسطرة، وهذا ما يجعلنا ننتقي الأدوات التي تتناسب مع اشكالية البحث، والفرضية، كما يمكن القول ان وسائل وأدوات الدراسة تختلف من حالة الى اخرى وقد تتبع نوع المنهج المستخدم، فكلما تعددت الأدوات والوسائل في جميع البيانات كلما كان ذلك مكسبا يزيد البحث ثقة وصدق.

ومن الأدوات التي اعتمدنا عليها في هذه الدراسة :

1.4. دراسة الحالة :

تم اعتمادنا على دراسة الحالة التي تمكنا من خلالها جمع المعلومات والبيانات الكافية عن كل حالة، والتي تعتبر بدورها تقنية ومنهج في آن واحد حيث يسعى الباحث من خلالها إلى دراسة ظاهرة معينة بغية تحليلها وتفسيرها، فهي ملمة في يد المختص الممارس الذي يعتمد عليها في فهم شخصية المفحوص والكشف عن وقائع حياته منذ الميلاد إلى المرحلة الراهنة.

-دراسة الحالة هي وسيلة هامة لجمع البيانات وتلخيص أكبر عدد ممكن من البيانات التي يتم جمعها عن الحالة من قبل الأخصائي النفسي العيادي، بحيث تخص بدراسة الفرد من جوانب متعددة وفهم دوافع الشخص وسلوكه في ضوء استمرار الخبرة من الطفولة إلى الرشد. (بوزيد، 2016، ص86)

2.4. الملاحظة :

لقد كشفت عدة بحوث عن نتائج جد مهمة في استعمال الملاحظة، فالملاحظة العلمية للباحث تتطلب تكويننا واطلاعا حول الموضوع لأن ذلك يضيف ادراكا متخصصا وانتباها لأهم التفاصيل والجوانب التي لها اهمية وقيمة علمية تخص موضوع البحث.

- ومنه يمكن تعريف الملاحظة بأنها توجيه الحواس والانتباه الى ظاهرة معينة او مجموعة من الظواهر رغبة في الكشف عن صفاتها او خصائصها توصلنا الى كسب معرفة جديدة عن تلك الظاهرة المراد دراستها (عيسوي 1992، ص174).

عرفها معجم أكسفورد على أنها مشاهدة صحيحة تسجل الظواهر كما تقع في الطبيعة وذلك بأخذ الأسباب ونتائج العلاقات المتبادلة بعين الاعتبار. (مزيان، 2002، ص97)

3.4. المقابلة :

والتي تعتبر مصدر غني يعتمد على بناء علاقة شخصية تتجسد في حوار شفوي منظم وهادف.

- عرفها (انجلش English .M.English.C) على انها محادثة موجهة يقوم بها الفرد لانتشار أنواع معينة من المعلومات لاستخدامها في بحث علمي، أو الاستعانة بها في التوجيه والتشخيص والعلاج .
- أما نجيب اسكندر وزملاءه بأنها تبادل لفظي وجها لوجه بين القائم بالمقابلة وشخص اخر أو اشخاص اخرين .(مزيان ، 2002 ، ص103).

فمن عن طريق المقابلة تمكنا من جمع المعلومات والبيانات حول الحالة من خلال المحادثة وطرح بعض الأسئلة وملاحظة سلوكيات و التغيرات التي طرأت عليه ، وهذا بعمادنا على كل من المقابلة الموجهة للإجابة على الأسئلة المغلقة والمقابلة النصف موجهة التي كانت اكثر تداولاً لأنها تمكنا من تعمق في الموضوع وتوضيح أهم النقاط ، وذلك بطرح أسئلة مفتوحة التي تعطي للمفحوص الحرية في الاجابة وهذا ما ساعدنا على جمع أكبر عدد من المعلومات.

5. صعوبات الدراسة:

- لم نتمكن من القيام بالعمل الميداني لمدة اطول نظرا لتواجد متربصين في المصلحة.
- ضيق مدة الدراسة الميدانية لم يسمح لنا أخذ عدد اكبر من الحالات و التعمق اكثر في الحالة.
- رفض بعض الحالات للقيام بمقابلات نظرا للفئة الحساسة التي التمسثها دراستنا.
- وضعية الحالة التي تكون تحت تأثير المخدرات مما قد يجعلنا نتفادى او نأجل المقابلة الى يوم مغاير.
- خروج بعض الحالات قبل تمكنا من جمع المعلومات الكافية لكامل الدراسة.
- نقص التقنيات المطبقة من قبل الفريق النفسي.
- عمل الأخصائي المكثف مع الحالات لم يتسنى لنا للقيام بعدة مقابلا معه.

الخلاصة :

تم التطرق في هذا الفصل إلى المنهج المعتمد عليه في دراستنا ،توضيح عينة الدراسة ،مجالات الدراسة (المجال المكاني والمجال الزماني والمجال البشري) ،أدوات وتقنيات المتمثلة في دراسة الحالة والملاحظة والمقابلة

الفصل السادس: نتائج الدراسة وتفسيرها

1. عرض الحالة الأولى وتحليلها
2. عرض الحالة الثانية وتحليلها
3. عرض الحالة الثالثة وتحليلها
4. مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة

التقرير السيكولوجي للحالة الأولى

1. تقديم الحالة:

الاسم و اللقب: ب.ع

السن: 17 سنة

الجنس : ذكر

المستوى الدراسي : السنة الأولى متوسط

عدد الاخوة :3 ذكور

الترتيب في العائلة :الابن البكر

مكان التقويم : المركز الوسيط لعلاج الاذمان المتواجد بعيادة معددة الخدمات للصحة الجوارية الصديقية ،حي العقيد لطفي 2 وهران.

عدد المقابلات : 07 مقابلات (5 مقابلات مع الحالة ،ومقابلتين مع فريق العمل)

نوع المقابلات: موجهة ونصف موجهة

2. التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

■ السيمائية العامة:

-البنية المورفولوجية : متوسط القامة ،شعر بني ،لون العينين بني ،ذو بنية جسمية قوية.

-ملامح الوجه : تظهر على الحالة ملامح الحزن والاكتئاب ،الحيرة ،التشاؤم ،عدم الرضى على نفسه.

-اللباس : ليس مرتب وغير متناسق.

-النشاط الحركي : من خلال المقابلات لا حظنا أن الحالة متوترا وذلك بهز رجليه أثناء كلامه ،يتكلم بصوت مرتفع وبسرعة.

-الاتصال : في البداية واجهنا صعوبات مع الحالة في المقابلات الأولى ثم زالت في المقابلات الأخرى بحيث يجيب على السؤال بإضافة معلومات أخرى.

■ النشاط العقلي: يظهر في:

- اللغة: مفهومة وبسيطة، لا يعاني الحالة صعوبات في النطق مما لا يعرقل سير المقابلة.
- محتوى التفكير: مضمون كلامه كان حول حياته الشخصية وما تحويه من سلوكيات طائشة و مغامرات عاشها وكيفية دخوله عالم المخدرات.
- القدرات العقلية: في البداية كان يعاني من هلاوس، ذو ذاكرة جيدة فهو يتذكر كل الأشياء التي تخص عائلته و الحوادث التي جرت له.
- السوابق المرضية: تعاني الحالة من ضيق في التنفس، والحساسية.
- التمدرس: تابعت الحالة الدراسة إلى غاية السنة الأولى متوسط نظرا لانحرافه و تعاطيه المخدرات، وكرهه لدراسة.

■ العلاقات الاجتماعية:

- علاقته بالأسرة: علاقة مضطربة وغير منسجم تماما مع اخوته، أما مع والده فعلاقته سيئة.
- علاقته بالأصدقاء: تجمعهم علاقة وطيدة، فهو يقضي معظم أوقاته معهم وذلك لما يوفره من مخدرات.

3. أهم الملاحظات خلال المقابلات :

- المقابلة الأولى:

تجاوب الحالة معنا وأجاب عن أسئلتنا بكل وضوح ولم يبدي أي رفض للحديث معنا، إلا أنه كان ثقيل الكلام نوعا ما وتبدو عليه ملامح التعب والإرهاق، الحزن، القلق.

كان الحالة قد بدأ العلاج في المصلحة قبل عدة أشهر وهو الآن في مرحلة إنقاص المخدرات (la diminution) بحيث أصبح يتعاطى كمية قليلة مقارنة بما كان عليه.

فتمكنا في هذه المقابلة بالتعرف على بياناته الشخصية وكيفية دخوله عالم المخدرات والتعرف على الكميات والأنواع التي استهلكها، بحيث دامت مدتها حوالي 45د.

- المقابلة الثانية:

كان الحالة لا يزال مستمرا في انقاص كمية المخدرات، حيث كان يبدو عليه ملامح الحزن والتعب كما كانت لديه أعراض جسمية المتمثلة في تقلص العضلات، ارتعاش، ثقل في الكلام. ورغم هذا إلا أنه أجاب عن أسئلتنا مع إضافة معلومات أخرى، لكنه كان دائم القلق.

فمن خلال هذه المقابلة تعرفنا أكثر عن حياته العائلية والاجتماعية حيث دامت 50 د، وبعد إنتهاء المقابلة النفسية إنتقل إلى طبية المصلحة لتصف له بعض الأدوية التي قد تساعده للتخفيف من أعراض الانسحاب.

- المقابلة الثالثة:

جاء الحالة رفقة والدته حيث كان في وضع متدهور يبدو عليه الإيحاء والإرهاق، وجه شاحب، بطيء الكلام والحركة، عيناه حمراوتان، انتباه مشتت، وهذا ما يدل على أنه تحت تأثير المخدرات مما يعني حدوث انتكاسة.

في البداية رفض التحدث واكتفى بتكرار هذه الجملة فقط "راني عيان مرانيش مليح باغي نرقد" وبعدها تحدث قليلا عن انتكاسته، فلم نستطع الإكمال معه نظرا للوضعية التي كان فيها، وأتممنا المقابلة مع والدته التي حدثتنا عن طفولته وعلاقته مع كل أفراد العائلة، وعن معاناتها الدائمة معه منذ بداية إستهلاكه للمخدرات "مرانيش قاع نقعد نضل نحوس عليه رقاد ومرنيش نرقد سمحت في قاع الدار وولادي علاجاله"، كما أضافت لنا معلومات أخرى عن الحالة.

كانت والدته مجهدة ومرهقة وفي حالة نفسية متعبة وقلقة على مصير إبنها، كما أنها دائما تحاول إخراجها من العتمة الموجود فيها، وكانت مدة هذه المقابلة حوالي 45د.

- المقابلة الرابعة:

يبدو الحالة أحسن مما كان عليه في المقابلات السابقة، لم يتعاطى أي مخدر طيلة هذا الأسبوع ماعدا التدخين الذي كان بكميات ناقصة مقارنة بما كان يأخذه سابقا، كما أنه بدأ في البحث عن العمل واستمر في متابعة دوائه، تجنب الالتقاء مع أصدقائه هذا الأسبوع لعدم حدوث انتكاسة أخرى، كما حدثنا عن سبب انتكاسته وكيف كان شعوره في تلك الوضعية، واستغرقت مدة هذه المقابلة 40 د.

- المقابلة الخامسة:

الحالة في وضعية مستقرة، كانت تبدو عليه تغيرات ملحوظة، تحدث معنا بكل طلاقة وبدا التحسن على وجهه، كما بدأ في العمل وتحمل المسؤولية نوعا ما مع والدته "راني نعاون ما شويا في المصروف"، ومع كل هذا التغيير الإيجابي إلا أنه محاط دائما بأصدقائه القدامى مما قد يآثر على علاجه. كما حاولنا خلال هذه المقابلة توضيح بعض النقاط وجمع المعلومات الناقصة، وكانت مدتها 45 د.

المقابلة السادسة:

والتي كانت مع الأخصائية النفسية التي أفادتنا بمعلومات عن وضعية الحالة في بداية العلاج، حيث كان يتعاطى كميات أكبر من المخدرات، ويعاني من اضطرابات في السلوك والنوم، كما كان يعاني من هلاوس نتيجة تعاطي المخدرات، فلم يكن يستطيع الاستغناء عن هذه المواد بحيث كان استهلاكه يوميا، وهذا ما تسبب له عدت مشاكل مع عائلته وأصدقائه، وقد دخل المستشفى عدة مرات بسبب الاستهلاك المفرط، فدامت هذه المقابلة حوالي 50 د.

التحليل العام للمقابلات:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع الحالة "ع" والأخصائية النفسية، تبين أنه كان متورط كليا في مجال المخدرات وما يحويه من مشاكل وسلوكات طائشة، وهذا راجع لتصدع العلاقة بينه وبين والده الذي أصبح عاجزا عن تحمل مسؤولية العائلة بسبب مرضه وأيضا مرافقته أصحاب المخدرات مما يؤدي إلى عرقلة علاجه.

كما توضح لنا أن الحالة في تحسن وتغير ملحوظ مقارنة بما كان عليه وهذا ما يبدو على ملامح وجهه وطريقة كلامه، فبالرغم من هذه التغيرات التي طرأت على الحالة يبقى بحاجة إلى متابعة وعناية طبية ونفسية خاصة ومستمرة، ودون انقطاع بعيدا عن محيطه حتى يتعافى كليا من هذه السموم ويستعيد نشاطه وحيويته.

4. أهم الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والاجتماعي:

جاء الحالة "ع" أول مرة مع والدته ،بحيث قد وجه من طرف طبيبة نفسانية في جمعية لمكافحة المخدرات قصد المتابعة الطبية والنفسية.

يحكي "ع" عن طفولته بأنها عادية وأشارت الأم أنه كان كثير الحركة ،ولم يكن هناك أي مشكل ،إلا أن حياتهم بدأت في التحول باكرا وبشكل سيء ،ولم يدم ذلك الهدوء المفروض. لاحظ "ع" ابتعاد الوالد عن الأسرة و اهمالهم سواء من الناحية العاطفية أو الناحية المادية ،مما ولد ضغطا في جو البيت الذي كان ضحيته الحالة "ع" و اخوته و أمه كذلك ،ثم أصيب والده بشلل نصفي مما أدى لاكتشاف زواجه الثاني ،بحيث جاءت زوجته الثانية للبحث عنه عند سماعها بحالته ،وهذا ما كان بمثابة صدمة وفاجعة للعائلة ،مما زاد نفور الحالة "ع" نهائيا عن والده و فقدان الاحترام اتجاهه.

دخول الحالة "ع" في عالم المخدرات كان مبكرا في سن 12 أي مرحلة المتوسطة السبب حسب قوله للتجربة في بداية الأمر "صحابي وولاد الحومة قاع يكونسوموا" ،حيث كانت التجربة الأولى مع جماعة من رفاقه الذين كانت لهم تجارب سابقة في هذا المجال ،لأن كامل أصدقائه من المستهلكين سواء أصدقاء الدراسة أو أصدقاء الحي.

بداية استهلاكه التدخين الذي يعتبر بوابة المخدرات حيث كان يأخذ من 8 إلى 9 سجارة في اليوم ثم استهلك الحشيش (القنب الهندي) حوالي 5 الى 6 سجارة يوميا وهنا فتح له مجال الأقراص المهلوسة من ريفوتغيل حوالي قرصين ،كيتيل ،ليغيكا من 2 إلى 3 أقراص ،ليكستازي من 2 إلى 3 ،ترامادول فقد كان إستهلاكه يوميا "مكنتش نجم نصبر نهار بلابيهم" ،أما بالنسبة لنوع وكمية هذه المواد كان حسب توفر المال لديه ،و بالنسبة للكحول والشيشة يتعاطاها عند السهرات مع أصدقائه ورفقائه أي في المناسبات ،و مع تعاطيه لهذه المخدرات أمسى كثيرا الإبتعاد عن البيت مما جعل والدته تبحث عنه من مكان لآخر ولساعات متأخرة ،كما كان يقضي أغلب أوقاته في السطو والسرقه مع رفاقه لكي يوفر المال اللازم لشراء المخدرات ،مما نتج عن ذلك دخوله عالم التجارة بالمخدرات أي أصبح يشتري ويبيع ويستهلك في آن واحد.

تعرض الحالة "ع" إلى عدة انتكاسات في بداية علاجه ،وذلك حسب توفر المال لديه أو عندما يلتقي برفقائه المستهلكين الذين يوفرون له كل أنواع المخدرات "صحابي يمدولي لابغا ميكونش عندي دراهم نورمال" ،لكن في هذه المرة كانت تبدو عليه ملامح الحسرة والندم على وضعه ،خاصة بعد مدة من التوقف عن تعاطي المخدرات ومتابعة الدواء ،حيث كان سبب انتكاسته حسب قوله شجاره مع العائلة فذهب عند أصدقائه كالعادة "ماكنتش غاية

وصحابي عرضوا عليا باش ناكل" ، فأخذ حوالي 2 سجائر من القنب الهندي وليغيكيا ، وفي اليوم الموالي ليكستازي.

الحالة "ع" لم يستسلم واستعاد المحاولة في مواصلة العلاج والمداومة على الدواء بعد الانتكاسة لمدة يومين ، وحضور مقابلاته النفسية ومحاولة إتباع نصائح الأخصائية وأصبح يعي حالته ويلاحظ تغيراته "راني خير من لي كنت تبدلوا فيا بزاف صوالح " ، وهذا ما بدى عليه في المقابلات الأخيرة.

5. أهم التغيرات التي طرأت على الحالة:

- التزام الحالة بالمواعيد خلال المقابلات الأخيرة.
- أصبح يعي ويدرك حالته بعدما كان يتجاهلها.
- بداية الاهتمام بالمظهر الخارجي.
- استقرار وضعية الحالة من حيث النوم والأكل بعدما كان يعاني من اضطرابات.
- تجنب مجالسة الأصدقاء المستهلكين.
- التحسن اذي بدى على ملامحه بعدما كان يبدو عليه الارهاق والتعب.
- تغيرت انشغالاته بعدما كانت منحصرة فقط على توفير المخدرات.
- البحث عن العمل وبداية تحمل المسؤولية مع والدته.

6. التحليل العام للحالة:

معاناة الحالة مع ادمان المخدرات لم يكن مرتبط به فقد بل مس أفراد عائلته خاصة الأم التي كانت تحمل كل المسؤولية على عاتقها ، فقد التمس أنواع مختلفة ومتنوعة من المخدرات رغم صغر سنه.

بداية الحالة العلاج في المركز لم يكن برغبة منه لكنه سرعان ما أصبح يعتاد على الحصص العلاجية مع كل من الطبية والأخصائين النفسانيين الذين وفرو له الجو المناسب والأذان الصاغية وفهم آلامه ومعاناته ، وتقديم العلاج الطبي والنفسي المناسب ، من خلال متابعة أسبوعية ما مكنه من تجاوز ما كان عليه رغم الانتكاسة ، وهذا ما لحظناه خلال لمقابلات التي قمنا بها.

التقرير السيكولوجي للحالة الثانية

1.البيانات الأولية :

الإسم :أ

السن : 18 سنة

الجنس :ذكر

المستوى التعليمي :السنة الثالثة متوسط

عدد الإخوة :ثلاثة اخوة (بنت ،2 ذكور)

الترتيب في العائلة :الابن الأوسط

مكان الدراسة :مستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي ،مركز مكافحة الادمان على المخدرات و الكحول -الجناح الخامس-.

عدد المقابلات :4 مقابلات

نوع المقابلات :موجهة ونصف موجهة

2. السيمائية العامة:

■ السيمائية العامة:

- البنية المورفولوجية :طول القامة ،شعر اشقر،لون العينين بني فاتح .

ملامح الوجه :تظهر على الحالة ملامح الحزن و الإكتئاب ،الحيرة ،عدم الرضى على نفسه وعن ما يمر به.

- اللباس :مرتب ونظيف.

- النشاط الحركي:تبدو الحالة متوترا و قلق وذلك بهز رجليه ،و ارتعاش اليدين ،يتكلم بسرعة.

- الاتصال :لم نواجه اي صعوبات مع الحالة بحيث كان يجيب على اسئلتنا بكل ارتياحية مع اضافة بعض المعلومات.

■ النشاط العقلي المتمثل في:

- اللغة :مفهومة و بسيطة ،كما كان كلامه نوعا ما ثقيل وهذا نظرا لفعالية الدواء .

- **محتوى التفكير:** مضمون كلامه كان حول سلوكاته و مغامراته و المشاكل التي عاشها تحت تأثير هذه المخدرات ،وكان يركز بأخص على رغبه بالخروج من المستشفى ولو بأي طريقة.
- **الميزاج و العاطفة:** ملامح الحالة حزين كره وملل للحياة الروتينية و يريد الخروج من المصلحة لتعاطي المخدرات ،و نلاحظ ان عاطفته تميل الى اشياء خارج نطاق القانون .
- **السوابق المرضية:** لا يوجد
- **التمدرس:** تابعة الحالة الدراسة الى غاية السنة 3 متوسط نظرا لدراسة وانحرافه وتعاطيه للمخدرات.
- **العلاقات الاجتماعية:**
- **علاقته بالأسرة:** لوحظ غياب الحوار في الوسط العائلي ،وتساهل الوالدين في فرض قراراتهما على الحالة ،مما ادى الى تدهور حالته و انغماره بالمخدرات اكثر فأكثر بشكل سريع.
- **علاقته بالأصدقاء:** يقضي الحالة جل اوقاته مع اصدقائه المدمنين.

3. أهم الملاحظات خلال المقابلات:

- **المقابلة الأولى:**

أبدى الحالة تجاوبه معنا و اجاب عن اسئلتنا بكل ثقافية ،ولم يبدي اي رفض كان مرتاحا غير متوترا بوجودنا ،لكن التعب و الارهاق باديان على وجهه و ثقل في طريقة كلامه الا انه واع لما يقوله.

تعرفنا من خلال هذه المقابلة على بياناته الشخصية و كيف كانت بداية مع تعاطي المخدرات و التعرف على الكميات و الانواع التي استهلكها منذ بدايته.

- **المقابلة الثانية:**

كان الحالة في وضعية مستقرة ،يحكي و يجيب بكل وضوح ،حيث حدثنا عن علاقاته مع افراد المصلحة و ما هي الصعوبات والمشاكل التي حدثت له داخل هذه المصلحة والتعرف على ابرز التغييرات نتيجة العلاج و ما هي نظرتة ،كما تعرفنا اكثر عن علاقاته داخل الأسرة و مع اصدقائه و كيف كانت طفولته.

- **المقابلة الثالثة:**

كان الحالة لا يزال تحت العلاج ،يببدو عليه القلق ،ارتعاش اليدين ،تقيل الكلام نتيجة تأثير الدواء ،لكنه كان واضح في كلامه ،فتمكنا من خلال هذه المقابلة التعرف اكثر عن معانات

العمل نتيجة حاجته للمخدرات. و توضيح بعض نقاط المهمة نتمكن من التعمق فيها في محب المقابلات السابقة، كما بينى لنا رغبته الملحة في الخروج من المصلحة.

- المقابلة الرابعة:

لم نستطيع اجراء مقابلة مع الحالة، بسبب هروبه من المصلحة بعد المقابلة السابقة بيومين، وعند هروبه قام بتعاطي المخدرات و بكميات كبيرة اي حدوث انتكاسة، نصحتنا الممرضة و الاخصائية بعدم اجراء هذه المقابلة لحالته المتدهورة.

فقمنا بمقابلة الاخصائية النفسانية التي شرحت لنا اكثر عن وضعية الحالة "أ"، كما زدنا بمعلومات عديدة عن تاريخه النفسي و الاجتماعي و عن ابرز التغيرات التي طرأت الحالة خلال مدة العلاج.

4. أهم الجوانب الاساسية للتاريخ النفسي الاجتماعي:

يعالج الحالة "أ" في مصلحة مكافحة الادمان التابعة لمستشفى طب سيدي الشحمي بطلب من وكيل الجمهورية.

يحكي الحالة "أ" عن طفولته أنها كانت عادية لم يعاني من أي مشاكل او صعوبات إلا انه كان طفل كثير الحركة ومحب للاكتشاف، يقول بأن ليس لديه اي خلافات مع العائلة، انقطع عن الدراسة في السنة الثالثة متوسط بسبب تعرضه لمشاكل داخل المؤسسة نتيجة تعاطي المخدرات.

أقبل الحالة على عالم المخدرات في سن مبكر، حيث بدأ التدخين أول مرة في سن العاشرة و من هنا بدأ يتسلل إلى عالم المهلوسات تدريجيا، فحسب قوله كل اصدقائه يتعاطون المخدرات، فقد كان كثير المبيت رفقة اصدقائه، اسبوع، يومين حتى 15 يوما مع تعاطي المخدرات، وهذا ما ساهم في تعاطيه كل انواع المخدرات تقريبا، عند سؤالنا عن مصدر حصوله المخدرات "خطرات نشري وحدي بصح اغلبية يمدولي ولاد حومتي باطل"، كان تناول الحالة بكثرة لكل من لكستازي 4-6 في اليوم، ليغيك 4 حبات في اليوم، القنب الهندي، الكحول، اما الكوكاين حسب توفر المال لديه، كما حدثت له Over doz نتيجة الافراط في تناول المهلوسات أدت الى دخوله العناية المشددة لمدة يومين.

فدخول الحالة لمصلحة العلاج لم يكن بمحضى إرادته، ما جعله غير مقتنع بفكرة العلاج، وهذا ما سبب له ضغط ومشاكل داخل المصلحة فهو يعتبرها قفصا يحرمه من الحرية "باغي نشوف لحياة، الناس راهي عايشة برا". لقد تعرض الحالة "أ" لعدة انتكاسات بسبب هروبه من المصلحة، حيث كان يتوجه مباشرة عند اصدقائه الذين يوفرون له كل ما يرغب من

انواع المخدرات ،كما قد تشاجر مع ممرض في المصلحة مما ادى الى نقله الى مصلحة ثانية لتفادي وقع شجارات أخرى "كنت دايم ندير مشاكل باش نخرج منا " ،أما مع باقي فريق العمل فلم يكن له اي مشكل ،عند سؤالنا عن رأيه في العلاج و هل هناك تغيرات بنسبة له " راني خير من لي كنت تبدلوا فيا صوالح بصح انا كرهت هنا " ،البقاء الدائم للحالة في المصلحة وتحت تأثير الدواء افقده الرغبة في العلاج.

أما بالنسبة لمحاولاته تجنب المخدرات قبل دخوله المصلحة كانت فاشلة "سيت خطرة مصباح حتى 12 ومنبعد ما نجمتاش " ،كما يحكي الحالة عن ألامه و معاناته من اعراض الانسحاب "ماشي ساهلة انا منجمتاش " ،فرغم ما سببه له تعاطي المخدرات من مشاكل في حياته ،إلا انه غير نادم على هذا "مراني نادم على حتى حاجة في حياتي " ،وبالنسبة لرغبته في التخلص من تعاطي المخدرات "إن شاء الله نحبس بصح ماشي دروك " .

كما كانت آخر مقولاته لنا في المقابلة الأخيرة بتكرار "غادي نقولهم يخرجوني صاي منجمتاش و لا نقلهم يكثرولي دوا باش نكملها غي رقاد ،انا غادي نعاود نهرب " .

كان الحالة تحت الرعاية الطبية و النفسية التي كانت تسعى لتوفير الراحة النفسية و الجسمية للحالة و مساعدته على العلاج و التخلص من سموم المخدرات و اعادة تأهيله نفسيا واجتماعيا قصد بناء حياة و مستقبل ناجح بعيدا عن عالم المخدرات.

5. أبرز التغيرات التي طرأت على الحالة:

- ابتعاد الحالة عن محيطه الذي كان يوفر له المخدرات.
- أفاده العلاج اثناء وجوده في المصلحة بالابتعاد عن المخدرات بشكل كلي ما عدا التدخين.
- ساعده التكفل النفسي في تخفيف من اعراض القلق و الاكتئاب الذي كان فيه.
- زوال الاثار الموجودة في جسمه المتمثلة في نزوب الناجمة عن الافعال الارادية التي كانت تحت تأثير المخدرات.

6. التحليل العام للحالة:

دخول الحالة للمصلحة كان مفروضا عليه من طرف وكيل الجمهورية نظرا لسلوكاته الطائشة و تعاطيه للمخدرات ،فلم يتقبل الحالة طريقة العلاج المفروضة عليه و التي عزلته عن محيطه الذي كان يوفر له كل ما يرغب من المخدرات ،و هذا ما ساعده في العلاج لأن وضعه كان يتطلب ذلك بحيث يكون معزولا تماما قصد لإعادة تأهيله وفهم معاناته و تغير افكاره وتقديم له الطاقة الايجابية و زرع تفاؤل و الامل في المستقبل ،وهذا ما كان يقام من خلال المقابلات العيادية ،الفردية و الجماعية التي كانت مع الاخصائية النفسانية ،كما كانت

هناك فحوصات طبية لتعرف على وضعية الحالة وما هي التغيرات الملاحظة، فرغم عدم اقتناع الحالة بالعلاج و رغبته في الخروج من المصلحة إلا أن التكفل النفسي قد ساعده ولو بالقليل على التحسن نوعا ما ،مقارنة بما كان عليه سابقا.

التقرير السيكولوجي للحالة الثالثة

1- تقديم الحالة:

الإسم واللقب : ن ، س

الجنس : أنثى .

السن : 16 سنة.

المستوى الدراسي : السنة الثانية متوسط

عدد الإخوة : أختان

الترتيب في العائلة : البنت الصغرى

مكان التقويم : المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب الامراض العقلية المتواجدة بسيدي الشحمي ، الجناح الخامس الخاص بمكافحة الادمان على المخدرات.

عدد المقابلات : 6 مقابلات (4 مقابلات مع الحالة و مقابلتين مع فريق العمل)

نوع المقابلات : موجه و نصف موجهة

2- التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

■ السيمائية العامة:

- البنية المورفولوجية : متوسطة القامة ، نحيفة الجسم ، لون العينين بني ، لون الشعر أسود

- ملامح الوجه : تظهر على الحالة ملامح القلق و الملل.

- اللباس : لباسها مرتب و متناسق.

- النشاط الحركي : يبدوا على الحالة الهدوء ، و إنخفاض في نبرة صوتها.

- الاتصال : لم نواجه صعوبة كبيرة في التواصل مع الحالة.

■ **النشاط العقلي :يظهر في:**

- اللغة : لغتها بسيطة ومفهومة.
- **محتوى التفكير :** الخروج من المركز و الرجوع إلى حياتها بعيدا عن المخدرات ،وتحقيق احلامها.
- **القدرات العقلية :** القدرة على تجنب الإجابة على بعض الأمور بطريقة ذكية ،كما أن لديها ذاكرة قوية لتذكر الأحداث.
- **السوابق المرضية :** تعاني الحالة من مشاكل في القلب.
- **التمدرس :** واصلت الحالة دراستها إلى غاية السنة الثانية إعدادي ،وذلك بسبب تعرضها للمضايقات من طرف زملاءها.

■ **العلاقات الاجتماعية:**

- **العلاقة بالأسرة :** علاقتها عادية مع والدتها و اخوتها أما والدها فكانت تجمعهم علاقة وطيدة و جميلة (العائلة التي تبنتها) ،أما علاقتها مع والدتها البيولوجية فهي سيئة.
- **العلاقة مع الأصدقاء :** عادية فهي ليست لديها صداقات عميقة بل تجمعهم فقط المخدرات.

3- أهم الملاحظات خلال المقابلات:

- المقابلة الأولى:

كانت الحالة متجاوبة معنا ،كما كان يبدو عليها التعب والإرهاق وعدم الارتياح و لهذا تجنبنا الأسئلة الموجهة في هذه المقابلة.

بادرت الحالة بالعلاج برغبتها و كذلك بطلب من وكيل الجمهورية قبل حوالي شهرين في المصلحة بحيث أن التوقف عن تناول المخدرات في هذه المصلحة يكون بشكل كلي وليس بالتدريج و ذلك مع استخدام الأدوية لتخفيف من الأعراض.

تمكنا من هذه المقابلة بالتعرف على بياناتها الشخصية و كيف عاشت طفولتها ،دامت المقابلة 30 دقيقة.

- المقابلة الثانية:

في هذه المقابلة بدت ملامح الحالة أفضل من الحصة الأولى حتى في تجاوبها كان الارتياح بادي عليها ،و لكن لاحظنا بوجود غموض في سردها لقصتها وذلك راجع لاستخدامها لصمت و التفكير في كلامها.

في هذه المقابلة تعرفنا أكثر على حياتها والأحداث الصادمة التي تعرضت لها من معرفة خبر تبنيها واعتداء جارها عليها ودخولها الي اعادة التربية و وفاة والدها ، و كيف سلكت الطريق نحو الادمان على المخدرات ،حيث استغرقت هذه المقابلة حوالي 50 دقيقة.

- المقابلة الثالثة:

في البداية كانت الحالة متوترة وقلقة و هذا راجع لحدوث مشكلة في المصلحة ،وبعد فترة قليلة قررت أن تتجاوب معنا.

و في هذه المقابلة تطرقت بنا بالتفصيل إلى ما عاشته عند دخولها عالم المخدرات و المواد الذي كانت تتعاطاها رفقة صديقاتها ، و معاناتها مع الاعراض الإنسحابية للمخدر عند

توقفها لوحدها عن المادة لمدة شهر كامل ، والسبب وراء رجوعها مرة أخرى للتعاظمي هو البحث عن والدتها البيولوجية و صدمة نكرانها لها ، دامت المقابلة حوالي 45 د

- المقابلة الرابعة:

كانت الحالة هنا تبدوا عليها ملامح السعادة و الفخر لتلقيها خبر قبول ملفها و المصادقة عليه بأنها تعالجت من الادمان و بإستطاعتها الخروج.

تمكنا من خلال هذه المقابلة الأخيرة مع الحالة من جمع المعلومات المتبقية ومعرفة طموحاتها وأهدافها ،حيث شاركتنا برغبتها في اكمال دراستها والقيام بدورات لتعلم الخياطة ،كما أكدت لنا الحالة رغبتها في الابتعاد عن كل ما يمكن أن يسبب لها الانتكاسة مرة أخرى ،دامت مقابلتنا هنا لمدة حوالي 40 دقيقة.

- المقابلة الخامسة:

والتي تمت مع الأخصائية النفسية المسؤولة عن الحالة "ن" وشرحت لنا وضعية الحالة عند دخولها المصلحة و معاناتها مع القلق المستمر و التشاؤم و العزلة ،بالإضافة إلا انها كانت تعاني من اضطرابات في النوم والهلاوس والخمول واضطرابات في الدورة الشهرية.

كما أكدت لنا الأخصائية أن الحالة تستخدم ميكانزماتها الدفاعية لأن هناك غموض واضح في سرد قصتها ،و هذا ما لاحضناه كذلك من خلال مقابلتنا مع الحالة.

استطاعت الحالة التغلب على ادمانها للمخدرات بحيث أن التحاليل الأخيرة كانت جيدة ،دامت المقابلة مع الأخصائية حوالي 35 دقيقة.

- المقابلة السادسة:

عند اتمامنا كل المقابلات في هذه المؤسسة التي قمنا فيها بدراسة حالة لعينتين من فئة المراهقين ،فتاة في سن 16 و شاب في سن 18 سنة.

خصصنا مقابلة مع الأخصائية النفسية المسؤولة عن التكفل النفسي في هذه المصلحة ،و هذا بهدف التعرف على الطرق المستخدمة في علاج و أهم تقنياتها، حيث تجتمع الأخصائية مع

فريق الطبي في اللقاء الأول مع الحالة عن طريق إعداد جلسة يتم فيها تقديم مجموعة من التحاليل الضرورية للقيام بها قبل الدخول للمصلحة ، و في نفس الوقت تعد هذه الأخيرة فحص يكشف عن نوع الشخصية ، فإذا كان ذو شخصية مضادة للمجتمع يتم رفض طلبه .

وبخصوص أنواع العلاجات المستخدمة فهي تتمثل في العلاج النفسي والطبي ، فالعلاج الطبي يكون عبارة عن تقديم أدوية لتخفيف من الأعراض الناتجة عن امتناع المفاجئ عن المادة وتختلف فترة العلاج على حسب وضع كل حالة ، أما بخصوص العلاج النفسي والتقنيات المستخدمة فيه فهي عبارة عن علاجات فردية و جماعية تقوم بها الأخصائية النفسية داخل المصلحة .

4- أهم الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الاجتماعي:

تقدمت الحالة "ن" لمركز مكافحة المخدرات بغيت العلاج النفسي والطبي من طرف وكيل الجمهورية وهذا الطلب راجع لعدم بلوغها السن القانوني .

عاشت الحالة "ن" طفولة عادية مع العائلة التي تبنتها ، فوالدة الحالة "ن" البيولوجية كانت تعمل في ملهى ليلي عند هذه العائلة ، فعند ولادتها مباشرة تخلت عنها و اختفت .

خبر تبنيها كان كفاجعة وهي في سن 10 سنوات ، بعدما أدركت عدم التشابه في اللقب بينها و بين والدها " جاتي الصدمة مين عرفت بلي ماشي والديا مانجتمش نأمن و أنا صغيرة مانعرف والوا " ، بعد حوالي سنة من الحادثة تعرفت على شاب من نفس العمارة التي تقيم فيها ، وكانت بينهم علاقة عاطفية إلا أن اعتدى عليها ، و حكم عليه بالسجن لمدة سنة .

لم تستطع بعدها الحالة مواصلة دراستها بسبب المعاملة السيئة لها من طرف زملاءها " كنت نقرا مليح و باغيا نكمل بصح ما نجمتش عياوني "

في هذه الفترة كان الوضع مع والدتها سيء بعض الشيء بسبب حادثة الاعتداء ، ذهبت الحالة "ن" إلى مركز الشرطة وأخبرتهم بعدم وجود مكان تذهب إليه و بما أنها مجهولة النسب ثم إيداعها بمركز إعادة التربية يوم 16 سبتمبر 2019 و من هنا بدأت قصة دخولها لعالم المخدرات ، حيث بعد شهر من تواجدها في المركز توفى والدها اثر جلطة دماغية

، وهذا ما أدى بها إلى الرغبة في تناول المخدرات من أجل تجاوز صدمة وفاة والدها " قاع لي كانوا معايا يكونسومو أيا وليت ندي معاهم و هكا ننسى " .

بدأت الحالة بتعاطي المخدرات وهي في السن 14 سنة البداية بتدخين التبغ والقنب الهندي حيث كانت تصل إلى استلاك علبتين من التبغ يوميا وسجارة من القنب الهندي.

بعد خروج الحالة من المركز أخذت طريق الانحراف فأصبحت تتعاطى العديد من أنواع المخدرات و جرعات متزايدة ، ليغيكاً 6 أقراص ، نيوريكا .

كما قامت بوشم يحمل رمز الأبوة " غي خرجت و شمت مع كنت نبغي بابا بزاف و غاضني مين مات وهو ماشي راضي عليا " " الحاجة لمليحا في المخدرات ننسى لهموم نضحك نكون غاية ومانوليش نحشم ندير صوالح جامي نديرهم و انا في عقلي "

حاولت الحالة التوقف عن تناول المخدرات لوحدها لمدة شهر ، لكن الأعراض الذي صاحبها هذا الانسحاب بالإضافة الي صديقاتها المتعاطين و خيبة أمل التي تعرضت لها من جراء نكران أمها البيولوجية لها ، جعلها تستسلم وتعود مرة أخرى لتعاطي " مين حبست بغيت نعرف شكون هوما والديا و نسقسيها علاه ماحوستش عليها مين لقيتها مافرحتش وقاتلي ماتزيديش تجيني " وهذه كانت أهم سبب لانتكاستها.

في 20 جانفي 2022 دخلت الحال "ن" مصلحة لعلاج الادمان ، فبدخول الحالة باشرت بالعلاج النفسي و الطبي و الذي كان له فعالية كبيرة على صحتها النفسية و الجسدية.

في البداية واجهت الحالة صعوبات مع العلاج ولكن رغبتها القوية في التخلص من الادمان وتفهم وضعها جعلها تتأقلم مع الوضع " مع البدية نضريت بزاف بصح قاع هاك و صبرت ودروك راني نحس روعي غاية ووجهي صفا تسقمت " كما أبدت رغبتها في تغيير حياتها نحو الافضل.

5- أهم التغيرات التي طرأت على الحالة:

- التحسن الذي ظهر على ملامحها بعدما كانت تبدو مرهقة و متعبة.
- تحسن حالتها النفسية والجسدية بعدما كانت تعاني من اضطرابات.
- اتخاذ قرار الابتعاد عن صديقاتها المدمنين.
- الرغبة في اكمال دراستها و تحقيق طموحاتها.
- بداية الاعتناء بمظهرها الخارجي.

6- التحليل العام للحالة:

من خلال المقابلات التي اجريناها مع الحالة "ن" و الأخصائية النفسية ، تبين أنها عاشت في محيط و ظروف سيئة ،أدت بها إلى انحراف و بالأخص تعاطي المخدرات ،ومن بين أهم الأسباب الذي جعلها تتعاطى هي وفاة والدها الذي كانت تجمعهم علاقة قوية هنا كانت بداية تعاطيها لأول مرة ،أما السبب الذي أدى بها الي الانتكاسة هي صدمة نكران أمها البيولوجية لها جعلها تلجأ الي المخدرات لي تجاوز الخيبة ،لم يكن التعامل مع الحالة "ن" صعب بشكل كبير و ذلك لأنها كانت ترغب بالعلاج.

كما أبدت الحالة تحسن كبير من خلال المقابلات التي أجريناها معها ،حيث أن العلاج النفسي والطبي ورغبتها القوية في التعافي جعلها تتجاوز هذه المرحلة السيئة من حياتها.

- مناقشة نتائج الحالات:

من خلال التحليل الحالات تم توصلنا إلى أن التكفل النفسي يساعد المراهق المدمن المنتكس على التأهيل النفسي ،زرع الثقة بالذات ،تزوده بالأفكار الإيجابية و التخلص من السلبيات وإعادة دمج نفسي واجتماعيا ،فهم وتقدير معاناته ،تخفيف من الاكتئاب ،بناء أهداف ،تقديم النصح والتوجيه وهذا من خلال تطبيق البرامج العلاجية المناسبة ،إضافة إلى التكفل الطبي الذي لا يمكننا الاستغناء عنه ،وهذا ما يساعد المريض على تجاوز مرحلة الادمان على المخدرات ،كما أن لرغبة الفرد في العلاج دورا هاما في تسهيل العملية العلاجية وفي وقت أقل.

4- مناقشة الفرضيات على ضوء الدراسات السابقة:

بعد التطرق للجانب النظري والتطبيقي لدراستنا التي تهدف إلى إبراز دور التكفل النفسي ودمجه مع العلاج الطبي في علاج إدمان المخدرات عند المراهق المنتكس لغرض الكشف عن أنواع التقنيات و الأساليب العلاجية.

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي الذي يركز أساسا على دراسة الحالة المتمثل في المقابلات والملاحظات العيادية على عينة البحث المتكونة من 3 حالات ،التي قد توصلنا من خلالها إلى تحقق فرضية البحث المتمثلة في " لتكفل النفسي دور في علاج ادمان المخدرات عند المراهق المنتكس " ،كما أن هناك عوامل متداخلة قد تساهم في تحقيق هدف الدراسة كالسند الأسري ،تغيير المحيط مما قد يصعب على الفرد المحافظة على علاجه ،لذا لا يمكننا تعميم هذه النتائج نظرا لصغر العينة.

كما اتفقت هذه الدراسة مع الدراستين لكل من عبد الغني (2016)التي وضحت مدى فعالية البرنامج الارشادي في خفض شدة لهفة الادمان ،ودراسة أشرف (2003) التي بين فيها دور البرنامج العلاجي في الحد من الانتكاسة ،الذي بدوره يعتبر أحد اشكال التكفل النفسي ومنه تتوافق هذه الدراستين مع دراستنا التي كانت حول دور التكفل النفسي في علاج ادمان المخدرات عن المراهق المنتكس.

الخاتمة:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات آفة اجتماعية يعاني منها مختلف الدول على اختلاف مستوياتها المتقدمة والمختلفة على حد سواء خاصة عند المراهقين، كما قد يتسبب الإدمان على المخدرات في ظهور اضطرابات نفسية واجتماعية وانحرافات، فلا بد من مساعدة هذه الفئة من خلال التكفل النفسي الذي يعتبر أحد أهم التكفلات العلاجية التي قد تساعد المريض على التخلص من هذا الإدمان و إعادة تأهيله والتخطيط لبناء حياة جديدة، وذلك بتطبيق التقنيات والأساليب والنظم العلاجية المختلفة.

استنادا على الدراسة النظرية والملاحظات والاستنتاجات الميدانية، تم توضيح دور التكفل النفسي في مساعدة المراهق المنتكس لتخلص من إدمان المخدرات، ومنه تحقيق فرضية البحث. فهذه الدراسة المتواضعة كانت بالنسبة لنا عبارة عن تجربة تمكنا من خلالها توظيف معلوماتنا على أرض الواقع وتحقيق اكتشافات جديدة بتزويد رصيدنا العلمي. كما قد نكون إضافة لمسة علمية خاصة بنا، وفتح آفاق لبداية بحوث علمية أخرى أكثر شمولية وتوسعا.

توصيات و اقتراحات:

- التثقيف من المختصين النفسانيين وذو كفاءات داخل مراكز مكافحة الادمان.
- الاهتمام اكثر بفئة المراهقين لحمايتهم من مستنقع المخدرات.
- تثقيف مراكز مكافحة الادمان نظرا للانتشار الواسع لهذه الأفة.
- تحديث برامج التكفل النفسي لعلاج الادمان على المخدرات.
- توفير الأمن داخل مراكز مكافحة الادمان.
- البدء في التخطيط لفتح مراكز للتأهيل و دمج المدمنين ،يضم ورش عمل ،قاعة رياضة ،لغرس قيم العمل و الاستفادة منهم كأعضاء فعالين.
- الاهتمام بالمدمنين ،و توفير لهم العناية العلمية السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية بعد علاجهم ،ليعيد التفكير كشخص ينتمي للمجتمع.
- ضرورة التكوين في مجال التكفل النفسي باجراء دورات تكوينية خاصة بالأخصائين النفسانيين حول اساليب و طرق التكفل بالمدمنين.
- اجراء بحوث و دراسات اكثر تعمقا لإبراز و توضيح دور التكفل النفسي.
- اجراء بحوث لدراسة الوضع النفسي للمنتكس.

قائمة المراجع

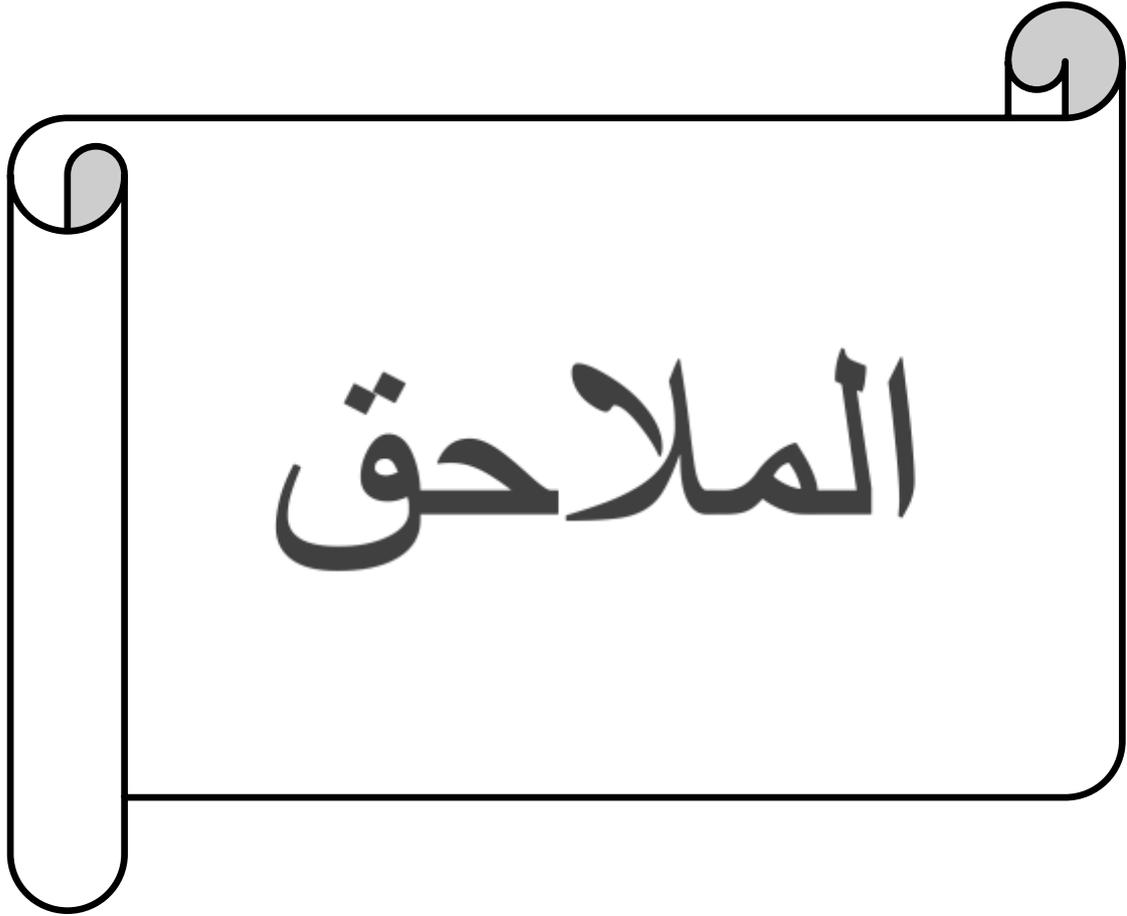
- أبو جادو صالح محمد علي، (2004)، علم النفس التطوري للطفولة والمراهقة، دار المسيرة، عمان.
- أبو جادو صالح محمد علي، (2007)، علم النفس التطوري، ط2، دار المسيرة.
- أبو جعفر محمد عبد الله العابد، (2014)، علم النفس النمو، ط1، مركز المناهج التعليمية و البحوث التربوية، ليبيا.
الاسكندرية .
بجاية .
- بلوم جيلفورد، (2007)، مهارات التفكير التباعدي .دراسة ميدانية، ترجمة كمال محمد خليل، ط1، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، الأردن .
- بنابي مريم، (2018)، فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الادمان على الكحول، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص علاجات تقنية، جامعة وهران 2.
- بويدي لامية، (2012)، واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الانسان و المجتمع .
- تاج الملك فضل الله، (2018)، مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للحد من الانتكاسة لدى المدمنين على المادة الأفيونية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، تخصص علاجات نفسية، جامعة 2، وهران.
- تيايبية عبد الغاني، (2016)، مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض الحالات الإدمان على المخدرات، بحث مقدم لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية، جامعة سطيف.
- جابر إيمان، (2014)، الآثار النفسية لعمل الحداد لدى المراهق اليتيم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- جدو عبد الحفيظ، (2014)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص التربية العلاجية، جامعة سطيف 2.
- جفال أمنة، (2014)، دور المستشفيات في تحسين الصحة النفسية لدى مدمني المخدرات، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي .
- الحجار محمد محمدي، (1998)، مدخل علم النفس المرضي، ط 1، دار النهضة العربية، بيروت.
- الحراجشة أحمد حسن، الجزازي جلال علي، (2012)، ادمان المخدرات و الكحوليات و أساليب العلاج، دار حامد، أردن .
- حسين عقل محمود، (1993)، النمو الانساني، ط 1، دار الخريجي، الرياض .
- الحنفي عبد المنعم، (1992)، موسوعة الطب النفسي، ط 1، مكتبة ملاولي، القاهرة، مصر .
- درويش سهام، (1957)، مبادئ الارشاد النفسي، ط 1، دار الفكر، عمان.
- رشاد عبد اللطيف أحمد، (1992)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات ، المركز للدراسات الأمنية و التدريب برياض ، المملكة العربية السعودية .
- رقيق نجمة، بنيش حيزية، (2017)، أسباب ادمان المراهقين على المخدرات ، دراسة ميدانية بمركز علاج المدمنين و مكافحة المخدرات بالمستشفى الجامعي (فرانس قانون) البلليدة ، كلية العلوم الاجتماعية تخصص سوسولوجيا العنف و العلم الجنائي ، جامعة خميس مليانة .
- الريماوي محمد عودت، (2003)، علم النفس النمو الطفولة و المراهقة، ط2، دار المسيرة، الأردن .
- الزنتاني عبيد محمد إبراهيم، (2008)، الهجرة غير الشرعية والمشكلات الاجتماعية، المكتب العربي الحديث، الاسكندرية، مصر .
- زهران حامد عبد السلام، (2000)، الجريمة و الادمان، ط 1، دار الراتب الجامعة، بيروت .

- زهرة حميدة ،(2006) ،تقدير الذات و الدافعية للإنجاز عند المراهقين المتمدرسين
مذكرة لنيل شهادة الماجستير .
- الزين إبراهيم بن محمد ،(2011) ، دور الجامعة في وقاية الطلاب من المخدرات ،
بحث مقدم إلى ندوة المخدرات حقيقتها وطرق الوقاية و العلاج ، جامعة نايف العربية
للعلوم الأمنية .
- سعدي عتيقة ،(2016) ، أبعاد الاغتراب النفسي و علاقتها بتعاطي المخدرات لدى
المراهق ، مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس ، جامعة محمد خيضر
بسكرة .
- سليمان فتيحة ،(2012) ، الادمان على المخدرات و أثره على الوسط الأسري، مذكرة
لنيل شهادة ماجستير في علم النفس ، كلية العلوم الاجتماعية ، جامعة وهران
- شاذلي محمد عبد الحميد ،(2001) ، الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، ط2،
- الشافعي ناصر ،(2009) ، فن التعامل مع المراهقين المشكلات و الحلول ، ط1، دار
البيان .
- شوش يونس عبد الرؤوف ، عياش أسامة ،(2017) ، دور كفاءة المدرب في تحقيق
الصحة النفسية لدى لاعبي كرة القدم صنف أشبال (16-18) ، مذكرة مكملة لنيل شهادة
الماجستير ،معهد علوم و تقنيات النشاطات البدنية و الرياضية ،جامعة العربي بن
مهدي بأم بواقي .
- شريعة رعدة ،(2009)، سيكولوجية المراهقة ،دار المسيرة ، الأردن .
- عبد الستار ابراهيم ،(1980) ،العلاج النفسي الحديث ،عالم المعرفة ، كويت .
- عبد المعطي حسن مصطفى ،(2004) ، الأسرة و مشكلة الأبناء ، د ط، دار السحاب ،
القاهرة
- عبيد ماجدة ،الزغبى عماد ،(2000) ،الاضطرابات السلوكية ، ط1 ، دار صفاء ،
عمان .
- عطوف محمود ياسين ، (1986) ، علم النفس العيادي ، ط2 ، دار الملايين ، بيروت ،
القاهرة .

- عمارن سهام ، قرايشي سامية ،(2018) ، الإدمان على المخدرات و تأثيره على سلوك الإجرامي ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الحقوق تخصص القانون الخاص و العلوم الجنائية ، كلية الحقوق و العلوم السياسية ، جامعة عبد الرحمن
- العناني عبد الحميد حنان ،(2000) ،الصحة النفسية ، ط 1 ،دار الفكر للطباعة .
- عيسوي عبد الرحمن ،(1993) ،سيكولوجية الادمان و علاجه ، د ط ، دار النهضة العربية ، بيروت .
- العيسوي عبد الرحمن ،(1997) ،العلاج السلوكي ، بيروت ،لبنان .
- العيسوي عبد الرحمن محمد ،(2005) ، المخدرات و أخطارها ،دار الفكر الجامعي ، الاسكندرية ، مصر .
- الغول حسن على خليفة ،(2011) ،الادمان "الجوانب النفسية و الاكلينيكية و العلاجية للمدمن "، دار الفكر العربي .
- فاروق السيد عثمان ،(2001) ،القلق و ادارة الضغوط النفسية ، ط 1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- فايد حسين ، (د ت)، سيكولوجية الادمان ، د ط ، المكتب العلمي .
- فهمي مصطفى ،(1990) ،الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف ، د ط ، مكتبة مصر ، القاهرة .
- قبوق عيسى ، (2015) ، الإغتراب النفسي و تعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس ، مجلة العلوم النفسية و التربوية ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة .
- القحطاني ربيع طاحوس ،(دون سنة)،مداخلة بعنوان ، أنماط التنشئة الأسرية للأحداث المتعاطين للمخدرات ، يوم دراسي بالجامعة العربية للعلوم الأمنية ، السعودية .
- القذافي رمضان محمد محمد ،(2001) ، ط 2 ، التوجيه و الارشاد النفسي ، المكتب الجامعي الاسكندرية .
- لقوقي دليلة ،(2016) ، مستوى تقدير الذات لدى المراهق مجهول النسب المكفول في أسرة بديلة ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة

- مرسى أبو بكر، (2002)، أزمة الهوية في المراهقة و الحاجة إلى الإرشاد النفسي ط1، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
- مشاقبة محمد أمين، (2007) ، الادمان على المخدرات ،دار الشروق ،عمان .
- ملحم سامي محمد، (2004) ، علم النفس النمو دورة حياة الانسان ،ط1، دار الفكر ،عمان ،الأردن .
- ملحم سامي محمد،(2007)،مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي ،ط1 ،دار المسيرة للنشر ، عمان .أردن.
- منسى محمود عبد الحليم،(2001)،علم النفس النمو ،دط ، الاسكندرية للكتاب ، مصر .
- المهدي خالد محمد،(2013) ،المخدرات و آثارها النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية ، قطر .
- والي و داد ،(2015) ،استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المراهقين الجانحين ذكور وإناث ،مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ،جامعة وهران 2



دليل المقابلة

المحور الأول: جمع البيانات الأولية للحالة

- الاسم، السن، المستوى الدراسي، عدد الإخوة، الترتيب في العائلة، السوابق المرضية، نوع الطلب، نوع العمل إذا كان هناك، سوابق عدلية، اضطرابات النوم و الشهية، طبيعة العلاقة مع الأهل و الأصدقاء

المحور الثاني: المخدرات

- ما هو سن بداية تعاطي المخدرات؟
- ما هو نوع المخدر التي تعاطيته لأول مرة؟
- ما هي أنواع المخدرات التي أخذتها؟
- فيما تتمثل أنواع المخدرات التي لا يمكنك الاستغناء عنها؟
- ما هي أنواع المخدرات التي تتعاطاها أحيانا؟
- ما هي أنواع و كمية المخدرات التي تتعاطاها حاليا؟
- كيف تتحصل على النقود لشراء المخدرات؟
- ما هي المشاكل التي تعرضت لها بسبب المخدرات؟

المحور الثالث: الانتكاسة

- هل كانت هناك انتكاسة؟ متى؟ قبل أو بعد العلاج
- كم مرة تكررت الانتكاسة؟
- السبب الذي أدى الي حدوث الانتكاسة؟
- مدة الانتكاسة؟
- ما هو شعورك أثناء وبعد الانتكاسة؟
- عند انتكاستك من أين حصلت على المخدر؟
- ما هو نوع و كمية المخدرات التي اخذتها عند الانتكاسة؟

المحور الثالث: التكفل النفسي

- هل كان هناك علاج من قبل؟
- هل حاولت التوقف عن تعاطي المخدرات بمحضي ارادتك؟
- كم دامت المدة؟
- كيف كان شعورك؟
- كيف تعاملت مع أعراض الانسحاب؟

- ماهي مدة العلاج؟
- في رأيك هل أحسست بالتغيير بعد العلاج؟ و فيما يتمثل ذلك؟
- هل ساعدك العلاج النفسي على تخطي الصعوبات التي كنت تواجهها؟
- من رافقك للعلاج في المرة الأولى؟
- المباشرة بالعلاج هل كانت برغبة و اقتناع منك؟
- ما دافعك للعلاج؟
- ما رأيك في المصلحة؟

المحور الخامس : المآل النفسي للحالة

- ما هو شعورك بعد تلقي العلاج؟
- هل ترى أن هناك تغير في حياتك بعد العلاج؟
- ما هي أبرز هذه التغيرات؟
- ما هي أهدافك المستقبلية؟
- ما هو اول شيء تفعله بعد خروجك من المصلحة؟

المحور السادس: خاص بفريق التكفل بالحالة

- على أساس ماذا يتم قبول الحالات للعلاج في هذه المؤسسة؟
- ما هي الحالات التي لا يمكن قبولها والتعامل معها؟
- ما هي أنواع التكفل المتواجدة في المؤسسة؟
- ما هي أنواع العلاجات التي تعتمد عليها كأخصائي نفسي؟
- ما هي الطريقة المتبعة في العلاج؟
- كم تدوم مدة العلاج؟
- ما هي أبرز المتغيرات التي تطرأ على الحالة في بداية العلاج؟
- ما هي الصعوبات التي تعرقل علاج الحالة؟
- هل هناك حالات شفيت تماما؟
- هل يوجد علاج خاص بالمنتكس؟
- كأخصائي نفسي كيف يمكنك مساعدة الحالة على تجنب تكرار الانتكاسة؟

- جدول الهدف من كل مقابلة:

الهدف	المقابلات
- التعرف على البيانات الشخصية للحالة وكيفية دخوله عالم المخدرات.	المقابلة الأولى
- التعرف على طفولته وحياته العائلية والاجتماعية.	المقابلة الثانية
- التعرف أكثر عن معانات الحالة والأعراض الانسحابية التي يعاني منها، وما هي أهم التغيرات التي طرأت عليه.	المقابلة الثالثة
- التعرف على عدد الانتكاسات وأسباب حدوثها.	المقابلة الرابعة
- معرفة رأي الحالة في التكفل والعلاج وما هي نظرتة المستقبلية.	المقابلة الخامسة
- التعرف على البرامج المعتمد عليها وأنواع التكفل المتوفرة في المؤسسة.	المقابلة السادسة
- جمع المعلومات الناقصة عن الحالة من طرف الأخصائية.	المقابلة السابعة