

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا



رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي
تخصص وسائل التقصي وتقنيات العلاج النفسي في علم النفس
الإكلينيكي والباثولوجي

أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق

(دراسة عيادية لسبع (07) حالات من المدمنين الذكور المراهقين

بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف)

إشراف الأستاذ.

مكي محمد

إعداد الطالب:

شيهان محمد المالك

أعضاء لجنة المناقشة 2015/01/28

جامعة وهران

رئيسا

د. رومان محمد

جامعة وهران

مشرفا ومقررا

د. مكي محمد

جامعة وهران

مناقشة

د. كبداني خديجة

جامعة وهران

مناقشة

د. زروالي لطيفة

إهداء

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

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

إلى من أفنى حياته من أجل إسعادي وإرضائي، إلى سبب قوتي وسندي أمام مد الحياة وجزرها، إلى من كلله الله بالهيبة والوقار، إلى الذي علمني العطاء دون انتظار، إلى الذي أحمل اسمه بكل افتخار، إلى الذي لن أنسى فضله علي ...

..... إليك وحدك يا أغلى من عيني "أبي حفظه الله ورعاها"

أسأل الله لهما طول العمر ودوام الصحة والعافية.

إلى من أهديتها قلبي وروحي وحياتي، إلى سندي وشريكة حياتي ...
زوجتي الغالية.

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

عبد المالك

كلمة الشكر

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

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

وبعد:

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

كما لا يسعنا إلا التوجّه بالشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تكريمهم الفاضل بقبول مناقشة رسالتنا، وتحملهم عناء قراءتها وتقويمها، ولا شك أنّ في ملاحظاتهم القيمة ستكون إثراء للبحث.

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

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

وأشكر كل من ساهم في انجاز هذه الدراسة من قريب أو من بعيد، حتى ولو بكلمة طيبة.

مستخلص

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي نفسي جماعي في الامتناع وخفض أعراض الإدمان على المخدرات لدى المراهقين المدمنين. وتبرز إشكالية هذه الدراسة التساؤل التالي: ما أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقين المدمنين؟

تألفت حالات الدراسة من الأفراد المراهقين المدمنين على الكيف، والمواد ذات التأثير النفسي، رواد المركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف، بينما تكونت حالات الدراسة من (07) أفراد من المدمنين، وهم الأفراد المتواجدون في المركز أثناء فترة إجراء الدراسة، وقد اهتمت الدراسة بمعرفة أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي كمتغير مستقل، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام قائمة تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM/IV) كتطبيق قبلي وبعدي لتحديد مستوى الانخفاض في سلوك وأعراض الإدمان.

ولأغراض الدراسة تم استخدام المنهج العيادي بأدواته المختلفة، (دراسة الحالة، والمقابلة العيادية، والملاحظة العيادية)، حيث خضعت حالات الدراسة للتدريب على البرنامج العلاجي الجماعي وقد استغرقت نحو شهرين بواقع جلستين كل أسبوع ومدة كل جلسة ساعتان تقريبا في اثنتي عشرة (12) جلسة علاجية من الفترة الممتدة ما بين 2014/04/07 و 2014/06/08، وشهرين للمتابعة يتم فيها التطبيق التتبعي.

وقد كان من اهم نتائج البرنامج العلاجي النفسي الجماعي ذو تأثير فعال لدى معظم الحالات السبعة (7) في مساعدتهم على الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الاعراض الإدمانية والانسحابية وتجنبهم الانتكاسة. فالزيادة المتدرجة بالتحسن كان ملحوظ أثناء وبعد الجلسات العلاجية الجماعية. ويشير هذا إلى أثر البرنامج الذي تم تطبيقه في تخفيض سلوك الإدمان لدى حالات الجماعة من المراهقين، حيث عمل البرنامج على زيادة امتناع المدمنين عن المخدرات، وعدم قناعتهم بفائدتها لهم.

قائمة المحتويات

الغناصر	الصفحة
إهداء.....	أ
كلمة شكر	ب
مستخلص.....	ج
قائمة المحتويات.....	02
قائمة الجداول.....	07
قائمة الأشكال.....	07
مقدمة.....	10

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة.....	17
2. أهداف الدراسة.....	20
3. أهمية الدراسة.....	21
4. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....	23
5. صعوبات الدراسة.....	24

الفصل الثاني: الإدمان على المخدرات

1. مدخل تعريفي.....	26
2. بعض المصطلحات المتعلقة بالإدمان.....	30
3. معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات.....	34
أ. معايير التشخيص.....	34
ب. أهم تصنيفات المخدرات.....	38
4. أنواع المخدرات.....	39
5. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.....	45
6. أسباب الإدمان على المخدرات.....	54
7. أنماط المستهلكين للمخدرات.....	59
8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين.....	62
9. الوقاية والعلاج.....	64
10. حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر.....	68

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي

1. تعريفات العلاج النفسي الجماعي.....73
2. النظريات المستخدمة للعلاج النفسي الجماعي.....77
- أ. نظرية التحليل النفسي.....77
- ب. النظرية السلوكية الكامنة وراء العلاج النفسي الجماعي.....78
3. الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.....80
4. الأساليب المختلفة للعلاج النفسي الجماعي.....81
- أ. العلاج الموجه بالمحاضرات والمناقشات الجماعية.....82
- ب. جماعات المواجهة أو الحوار.....83
5. ديناميات وفتيات العلاج النفسي الجماعي.....84
6. العلاج النفسي الجماعي للمدمنين.....91
7. خطوات إعداد البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات.....100

الفصل الرابع: المراهقة

1. مفهوم المراهقة.....106
2. النظريات المفسرة للمراهقة.....108
3. المراحل الزمنية للمراهقة.....111
4. مظاهر النمو في المراهقة.....113
5. حاجات المراهقة.....121
6. مشكلات المراهقة.....123
7. الوقاية والعلاج من مشكلات المراهقة.....124
- أ. الوقاية.....124
- ب. العلاج.....125
8. المراهقة في الجزائر.....126

الفصل الخامس: الدراسات السابقة

1. الدراسات الأجنبية.....131
2. الدراسات العربية.....139
3. تعقيب عام على الدراسات السابقة.....143

الجانب الميداني للدراسة

الفصل السادس: منهج البحث ومسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

148	..... أولاً: منهج البحث
150	..... وصف الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة
150	..... أ. دراسة الحالة
153	..... ب. المقابلة العيادية
155	..... ج. الملاحظة العيادية
156	..... د. قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة
158	..... ثانياً: مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي
158	..... 1. أهمية البرنامج
159	..... 2. الهدف من البرنامج
160	..... 3. مصدر البرنامج
160	..... 4. الأساس النظري للبرنامج
161	..... 5. الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي
162	..... 6. الحدود الإجرائية للبرنامج
162	..... 7. آلية تطبيق البرنامج
162	..... 8. مراحل البرنامج العلاجي وأبعاده
164	..... 9. أسس نجاح البرنامج
165	..... 10. الأهداف المتضمنة في كل جلسة
168	..... 11. الأساليب المستخدمة في تقييم البرنامج

الفصل السابع: دراسة الحالات وعلاجها

170	..... الحالة الأولى
170	..... 1. معلومات أولية عن الحالة
170	..... 2. تاريخ الحالة
171	..... 3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
172	..... 4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة
173	..... 5. التشخيص الإكلينيكي
176	..... 6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
182	..... الحالة الثانية
182	..... 1. معلومات أولية عن الحالة

182	.....	2. تاريخ الحالة.....
183	.....	3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
184	.....	4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة.....
185	.....	5. التشخيص الإكلينيكي.....
188	.....	6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
193	.....	الحالة الثالثة.....
193	.....	1. معلومات أولية عن الحالة.....
193	.....	2. تاريخ الحالة.....
194	.....	3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
195	.....	4. التشخيص الإكلينيكي.....
198	.....	5. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
204	.....	الحالة الرابعة.....
204	.....	1. معلومات أولية عن الحالة.....
204	.....	2. تاريخ الحالة.....
205	.....	3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
206	.....	4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة.....
206	.....	5. التشخيص الإكلينيكي.....
209	.....	6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
214	.....	الحالة الخامسة.....
214	.....	1. معلومات أولية عن الحالة.....
214	.....	2. تاريخ الحالة.....
215	.....	3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
215	.....	4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة.....
216	.....	5. التشخيص الإكلينيكي.....
219	.....	6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
225	.....	الحالة السادسة.....
225	.....	1. معلومات أولية عن الحالة.....
225	.....	2. تاريخ الحالة.....
226	.....	3. رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)
227	.....	4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة.....

228	.....	5. التشخيص الإكلينيكي
230	.....	6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
236	.....	الحالة السابعة
236	.....	1. معلومات أولية عن الحالة
236	.....	2. تاريخ الحالة
237	.....	3. رحلة المفحوص في الادمان على المخدرات (حسب وصفه)
238	.....	4. وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة
238	.....	5. التشخيص الإكلينيكي
241	.....	6. البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)
		الفصل الثامن: عرض نتائج البحث ومناقشتها
247	.....	1. نتائج البحث
247	.....	2. مناقشة النتائج
258	.....	خلاصة عامة
261	.....	اقتراحات وتوصيات
265	.....	المراجع
275	.....	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
61	يلخص أنواع المستهلكين وسماتهم.....	01
249	يوضح النتائج وخصائص المجموعة العلاجية في الدراسة.....	02

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
49	صيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات.....	01
71	يوضح السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.....	02

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
275	برنامج العلاج النفسي الجماعي للمدمنين على المخدرات.....	01

مقدمة

مقدمة

تعد مشكلة تعاطي المخدرات من أهم المشكلات التي تسبب خطرا بالغا يهدد مستقبل المجتمع لما يترتب عليها من أضرار جسيمة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع. فالاعتماد على المخدرات يسبب مخاطر ومشاكل عديدة في أنحاء العالم، وتكلف البشرية فاقدا يفوق ما تفقده أثناء الحروب المدمرة، حيث أنها تخلف المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، والتي تحتاج إلى جهود مكثفة لمعالجتها ناهيك عن إعاقة هذه المجتمعات في مسيرة نموها الاقتصادي والإنتاجي وتعطيل طاقاته والكثير من قدرات أفرادها. بل أنها توجهها إلى مشارب مهلكة تجليها المظاهر المشاهدة والمسموعة عن جرائم تعاطي تلك المواد أو مدمنيها أو تجارها ومهربيها. وتقدر بعض الإحصائيات إلى أن حوالي نصف ما يرتكب في المجتمع من جرائم يقوم به الأفراد في حالات تعاطيهم أو من أجل الحصول على المال اللازم للإففاق على إدمانهم.

ولقد استفحل هذا الداء في السنوات الأخيرة إلى حد تجاوز تحريك أجهزة الأمن من الدول لمحاربتها وحصارها والتقليل منها إلى حد تحريك الجيوش وأجهزة الدفاع ومعدات الحرب المدمرة خارج المجتمع المحلي أو الدولة.

فالمخدرات سموم مهلكة تدمر الأفراد والجماعات فلا تبقى لهم أجساما ولا عقولا إلا الحطام الذي لا يرجى منه نفع. لذا وجبت محاربتها وحصارها وتحجيم انتشارها ورواجها وضررها وذلك بوضع البرامج المناسبة للتحكم فيها.

وفي هذا الإطار تم تنظيم التحرك الدولي في المواجهة من خلال المنظمة الدولية (هيئة الأمم المتحدة) ومنظماتها الإنسانية التي أنشأت العديد منها في هذا المجال بالذات. ومنها الصندوق الدولي لمكافحة إساءة استخدام المخدرات والذي أنشئ في

عام 1971. وتتحصّر بعض أهدافه في القيام بدور فعال في حد من مشكلة المخدرات عن طريق التأثير في عرض المواد المخدرة:

1- عمل برنامج للوقاية من خطر المخدرات وذلك للحد من دخول أشخاص جدد في دائرة الطلب.

2- تمويل مشروعات علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم بهدف إخراجهم من دائرة الطلب

على المواد المخدرة وذلك بالتعاون مع هيئات أخرى مثل منظمة الصحة العالمية.¹

تنفيذا لهذه التوصية الدولية ابتدأت غالبية الدول الخطوات التنفيذية للبرامج العلاجية لمدمني المخدرات، واحتل الموضوع القائمة الإهتمامية في برامج الصحة الوطنية بحثاً ودراسة تجريبية.

والحديث عن علاج مدمني المخدرات يعود إلى بداية الثلاثينات من القرن التاسع عشر (19) حيث بدأت المعاملة العلاجية لهؤلاء الأفراد من خلال برامج المعالجة الدوائية العقاقيرية لبعض الحالات من خلال مستشفى لكسنجتون (LICKSINGTON) في ولاية كينيتكي بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1935 ومستشفى فوت ورت (FOOT WORTH) في ولاية تكساس 1938.²

¹. وزارة الداخلية: سلسلة كتب مركز أبحاث الجريمة ، الرياض، 1985، ص19.

². سوين ريتشارد: علم الأمراض النفسية والعقلية، ترجمة احمد سلامة، القاهرة: دار النهضة العربية، 1979 ص70.

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

وعلى الرغم من أن برامج المعالجة في مختلف أنحاء العالم لا تشفي بعض المدمنين شفاءً مطلقاً إلا أن هذه البرامج بالنسبة للأكثرية تعطي دعماً ودرجة بينة وملحوظة من التأهل لأداء حياة أفضل.

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

وأن الأمل بصفة عامة في الشفاء التام ليس كبيراً، فقد بلغت نسبة الانتكاسة حداً يتراوح بين 78% و 95%، والسبب في ذلك يعود إلى وجود العديد من العوامل والمسببات الفاعلة في ديناميكية عملية الإدمان، ومن هنا تكمن مشكلة العلاج بل

وخطورة الإدمان ذاته.¹ إلا أن هذه النسبة في الانتكاسة نجدها تضمحل لدى استخدام بعض الأساليب العلاجية الحديثة وتصل إلى مستوى مشجع للاستمرار في بحثها وتطويرها.

ولا شك أن الإدمان على ما فيه من سلبية فهو ظاهرة جماعية بشكل أو بآخر، وسواء أخذت المادة والمدمن منفرداً أم في جماعة، فإن السلوك الإدماني يجذب أفراد هذه الفئة بعضهم إلى بعض، سواء رجع ذلك إلى تماثل في الصفات قبل التورط إلى طريقة الحصول على المواد، وأماكن التعاطي والمشاركة في التجربة، أو فرص التجمع في مراكز العلاج، كل ذلك يخلق منهم جماعة خاصة بالضرورة، ومن هذا المنطلق فإن معظم برامج العلاج والتأهيل تتم في جماعة، ويقع العلاج النفسي الجماعي من بين أهم الوسائل التقليدية لعلاج المدمن.²

ونوه عدد من الباحثين إلى العلاج النفسي الجماعي بوصفه أفضل الوسائل لعلاج الاعتماد على المواد، ويرجعون ذلك لقدرة الجماعة على كسر دفاعات المعتمد التي تعوقه عن التقدم في العلاج، كما أن الجماعة تقدم نماذج للتعافي بما يزيد من دافعية المعتمد، كما أنها تعود بيئة جديدة للتدريب على المهارات الاجتماعية التي يفقدها المدمن.³

ولهذا سيتم فحص كفاءة العلاج النفسي الجماعي وقدرته في علاج وانطفاء سلوك الإدمان لدى حالات من المراهقين المدمنين على المخدرات. وفقاً لخطة شملت سبعة (7) فصول كانت على الشكل الآتي:

¹. سوين ريتشارد. علم الأمراض النفسية والعقلية، المرجع السابق، ص73.

². الرخاوي يحيى، ملف الإدمان، إصدار شبكة العلوم النفسية العربية، لبنان، 2000، ص7

³. صابر احمد عبد الموجود، جماعة المدمنين المجهولين ما لها وما عليها، القاهرة، ايتراك للطباعة والنشر، 2009، ص 54.

القسم النظري الذي سيحتوي على خمسة (5) فصول على النحو التالي:

نتناول في الفصل الأول: إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، أهميتها وأهدافها، وفرضياتها والتحديد الإجرائي لمتغيراتها.

أما الفصل الثاني سنتعرض إلى مفهوم الإدمان على المخدرات، من حيث تعريفه ومكوناته وأنماطه، وتشخيصه، ثم نتعرض لتفسيراته النظرية مع التركيز على المادة المخدرة ووضعها باعتبارها متغير الدراسة، والأضرار الناجمة عن تناول المخدرات، و حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات في البيئة الجزائرية.

وقد نتناول في الفصل الثالث العلاج النفسي الجماعي تعريفه مبادئه وخصائصه، وأساليبه وأنواعه، والتقنيات المستخدمة فيه وفنياته ثم العلاج النفسي الجماعي للمدمنين، وبرامج العلاج النفسي الجماعي للمدمنين.

أما الفصل الرابع فسننتظر فيه إلى فصل المراهقة تعريفها وأنواعها والنظريات المفسرة لها ومظاهرها وحاجاتها، والمراهقة في الجزائر.

أما الفصل الخامس فسيتضمن الدراسات السابقة؛ الأجنبية منها والعربية الخاصة بالبرامج العلاجية الجماعية الخاصة بعلاج المدمنين.

أما القسم الثاني فسيخص الجانب الميداني سيتضمن:

الفصل السادس الذي يتعلق بالإجراءات المنهجية، والمتمثلة في المنهج والأدوات الاكلينيكية المستخدمة، والبرنامج العلاجي النفسي الجماعي الخاص بالدراسة الميدانية.

وفي الفصل السابع سنتعرض فيه إلى حالات الدراسة، يليه الفصل الثامن الذي تضمن دراسة نتائج البحث وخلصته ومناقشته، مع توصيات واقتراحات، وأخيرا تقديم قائمة المراجع والملاحق.

أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق

(دراسة عيادية لسبع (07) حالات من المدمنين الذكور المراهقين

بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف)

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة.
2. أهداف الدراسة.
3. أهمية الدراسة.
4. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
5. صعوبات الدراسة.

1- إشكالية الدراسة

إن ظاهرة انتشار المخدرات تعد من أخطر الظواهر التي تجتاح العالم في هذا العصر الذي عرّفه بعض الباحثين في هذا المجال بأنه عصر الإدمان على العقاقير المختلفة وقد نالت هذه الظاهرة اهتمام عدد كبير من الباحثين، والهيئات العالمية، والإقليمية والمحلية، ورصدت له الأموال الطائلة، وخصصت العقول لدراساتها، لمحاولة الوصول إلى حد يحد من انتشارها واستهلاكها ويمكن من السيطرة عليها.

ومن هذه المنظمات منظمة الأمم المتحدة، ففي تقرير لها سنة (2008) بلغ عدد المتعاطين للمخدرات في العالم حوالي (208) مليون مدمن ومستخدم ومتعاطي في أنحاء المعمورة، ويتركز التعاطي لدى المراهقين من الجنسين الذي وقعوا ضحايا لهذا المرض، وأن الحشيش هو الأكثر انتشارا بين أصناف المخدرات، بحيث يتناوله 130 مليون شخص، وهذا ما يفسر زيادة عدد المدمنين في العالم بمقدار 12 مليون كل سنة.¹

ورغم كل الجهود التي تقوم بها الدول في معظم أرجاء المجتمع العربي للحد من انتشار الظاهرة، يلاحظ أن المشكلة آخذت بالتزايد والتفاقم مما يدل على أن الجهود الكبيرة ما زالت مبنية على تصورات غير دقيقة لفهم المشكلة وعلاجها.

ونتيجة لمرحلة النمو السريع التي يشهدها المجتمع سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية، أو العمرانية نجد كثيرا من شبابنا حتى من أطفال ومراهقين أصبحوا هدفا سهلا للوقوع في تعاطي المواد المخدرة. وتعد الجزائر من بين الدول التي تعرف ارتفاعا في معدلات الترويج والاستهلاك للمخدرات، فقد أوضحت التقارير الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، ارتفاعا في عدد المستهلكين سنويا. أضف إلى ذلك انخفاض سن المستهلك للمخدرات. فقبل سنوات لم يكن يقل عن (25 سنة)، ثم تسجيل أقل من

¹. عيد محمد طاهر، ظاهرة المخدرات وسبل العلاج، الرياض، مركز البحوث والدراسات الأمنية، 2004، ص 12

ذلك في الخمس (05) سنوات الأخيرة، حيث هناك حالات لا يقل سنها عن (13 سنة) وخاصة في الأوساط المدرسية التي تنتمي إلى فئة المراهقين.¹

وفي هذا الإطار أولت الدولة اهتماما كبيرا لفئة المدمنين الذين وقعوا ضحية الإدمان على المخدرات، حيث قامت بإنشاء مراكز للعلاج خاصة لعلاج الإدمان في أغلب ولايات التراب الوطني ذات التجمع السكاني الكبير أطلق عليها اسم - المركز الوسيط لعلاج الإدمان - التابعة لوزارة الصحة والسكان، بهدف العلاج الطبي والنفسي والوقاية من الانتكاسة لدى مدمني المخدرات.

ومن خلال عمل الطالب في أحد هذه المراكز لعلاج الإدمان على المخدرات كأخصائي نفسي عيادي للصحة العمومية بولاية الشلف، لاحظ في الفترة الأخيرة أنّ هناك انتشارا واسعا لظاهرة المخدرات واستهلاكها وتجاريتها عند فئة المراهقين، ويتم استقبال معظم هؤلاء المدمنين في هذه المراكز للتكفل والعلاج. مع افتقاد هذه المراكز العلاجية إلى خدمات نفسية فعالة لتخليص المراهق من سلوكه الإدماني المزمن أو العارض (العابر) ودمجه في مجتمعه ثانية كعضو نافع لنفسه ومجتمعه. خاصة مع ضعف التكوين النظري والتطبيقي للأخصائيين النفسيين، وافتقارهم إلى برامج علاجية حديثة في الوقاية والتكفل والعلاج من الإدمان، ولذلك أصبحت شريحة كبيرة من المدمنين خاصة مع ازدياد عددهم بلا عون، يتم التعامل معهم بأساليب إرشادية وعلاجية لا تمس جوهر مشكلاتهم، ولا تبدل سلوكياتهم، فيخرجون من المراكز مثلما دخلوها.

لهذا يشير علاج الإدمان العديد من القضايا والإشكالات، لعل أهمها كثرة الانتكاسات بعد المرور بالخبرة العلاجية، إضافة إلى وجود العديد من المفاهيم الخاطئة التي تسود الساحة العلاجية منها مثلا أن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية يقود

¹. دولامية بويدي: واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد (03)، 2012،

إلى التعاطي وهنا يؤكد "وكلر" Wiklar وآخرون على تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي يتم فيها التعاطي التحرر من المخدر لفترة أو لأخرى ناهيك عن الرغبة في التعاطي تظل كرغبة قهرية تدفع المتعاطين إلى الانتكاس خاصة مع توفر المثبرات كالأقران، ورائحة المخدر، وأماكن التعاطي، وأدوات التعاطي.¹

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

وعلى اعتبار العلاج النفسي عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد ليفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويحدد مشكلاته ويحلها في ضوء معرفته لها، وذلك لكي يصل إلى تحقيق أهدافه المتمثلة في الصحة النفسية والعقلية والجسمية. وبناءا على ذلك كان لا بد من اختيار طريقة علاجية نفسية مناسبة لهذا النوع من الاضطراب، لذا تم اختيار العلاج النفسي الجماعي.

فبحكم النتائج الغربية المسجلة فإن العلاج النفسي الجماعي كان أهم وأنجح أسلوب في العلاج. فقد بدأت نتائجه مشجعة في هذا المجال، وذلك لأنه يعد من الاتجاهات الحديثة التي تعتمد على أسس علمية وفعالة، فلهذا يستحق المزيد من التركيز والبحث والدراسة والتطبيق لاسيما عبر ثقافات مختلفة.

¹. غانم محمد حسن، العلاج النفسي الجماعي بين النظرية والتطبيق، مصر، 2003، ص 189

لذا فإن إخضاع مدمني المخدرات من المراهقين ضمن برنامج علاجي نفسي جماعي سيؤدي إلى تعدد الزوايا والقنوات التي يستطيع المراهق المدمن من خلالها الحكم على الأمور وتقييمها بطرق صحيحة نتيجة للتغيرات التي تحدث في شخصيته عن طريق تحسين نظرتة لنفسه وللآخرين.

وعلى ضوء ذلك تتحصر مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

- ما أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقين المدمنين؟

وبناء على هذا التساؤل كانت فرضية الدراسة كالتالي:

- يؤثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في مساعدة المدمنين على الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقين.

2- أهداف الدراسة

تحاول الدراسة الحالية من خلال ما تتوصل إليه من نتائج أن تبين بوضوح مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في علاج حالات من المدمنين المراهقين في إحدى المراكز العلاجية. ويمكن باختصار إيجاز أهداف الدراسة كما يلي:

1. التعرف على تأثير البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في التقليل من حدة الإدمان والتخفيف من أعراضه عند عينة البحث من مدمني المخدرات المراهقين.

2. تعليم مرضى الإدمان من المراهقين بعض التقنيات من مهارات وأساليب في الفهم والتفسير والتحاور تجعلهم قادرين على مواجهة ردود الفعل النفسية لهذا المرض واختبار مدى أثر هذه التقنيات العلاجية النفسية الجماعية في التحكم عند انتكاسته.

3. تبصير المدمن بحالته قبل العلاج ليتسنى له إدراك أثر البرنامج العلاجي النفسي وتطبيقه.

4. تطوير البرامج العلاجية الخاصة بالمدمنين مع التأكيد على أهمية الدراسة العيادية الذي قام عليها البرنامج العلاجي النفسي الجماعي وذلك في المجالات العيادية.

3- أهمية الدراسة

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال الموضوع الذي تتصدى لدراسته وهو الكشف عن الإدمان على المخدرات لدى المراهق، وفحص تأثير البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المصمم لعلاج الإدمان، ويتجلى ذلك من خلال:

أ. الأهمية النظرية

تعتبر هذه الدراسة إحدى المحاولات العلمية للتعرف على إدمان المخدرات ومراحله وأسبابه والأعراض المضاعفة الناشئة عنه، كما يضيء لنا الطريق في أسلوب المعالجة الذي سيتم تطبيقه على مرضى الإدمان من المراهقين، وهو أسلوب العلاج النفسي الجماعي.

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

وكل الأمل من هذه الدراسة هو التوصل إلى نتائج إيجابية لها جوانبها التأصيلية ودلالاتها العيادية المشجعة للعاملين في الميدان العيادي والباحثين في وضع استراتيجيات لعلاج الاعتماد على المواد المخدرة عند المراهق، وفتح آفاق جديدة أمام المعالجين لاستخدام أساليب علاجية أخرى.

ب. الأهمية التطبيقية

تتجلى أهمية الدراسة الحالية علميا في النقاط التالية:

1. إن العلاج النفسي الجماعي حديث النشأة وتطبيقاته في الجمهورية الجزائرية لا يزال ضمن حدود ضيقة في مجال معالجة الإدمان، حيث أن كل الممارسات العلاجية سواء في المستشفيات النفسية العامة أو العيادات الخاصة أو مراكز علاج الإدمان، تقوم على أساس جهود فردية لا تحظى بالاهتمام من قبل الممارسين والباحثين، بحيث تسمح تلك الممارسات بإجراء البحوث العيادية.

2. إن هذه الدراسة ستؤدي إلى تشجيع تطبيق البرامج العلاجية النفسية الجماعية في معالجة الاعتماد على المواد المخدرة وجميع الاضطرابات النفسية حتى لا تحدث لهم انتكاسة وهم منتظمين في برامجهم العلاجية، وبهذا جعله في رأس قائمة الأساليب العلاجية الفاعلة في حالات الإدمان.

3. إن هذه الدراسة تتبنى منهج دراسة الحالة الذي تقوم عليه معظم الدراسات العيادية، ويمكن قياسه وملاحظته والتأكد من نتائجه.

4. تساعد الدراسة الحالية في حال نجاحها المعالجين النفسانيين على تقويم أداء أعمالهم بكفاءة وعلم وفق إطار منهجي عيادي بدلا من المحاولات العشوائية الارتجالية. كما يمكن لهذه الدراسة أن تتوصل إلى مقترحات تساعد الديوان الوطني لمكافحة المخدرات في بناء إستراتيجية وطنية للوقاية والعلاج الجماعي من الاعتماد على المواد المخدرة بالاشتراك مع وزارة الصحة والسكان لهذه الفئة المهمة في المجتمع من المراهقين، وبالتالي التوصية باستخدامها وتفعيلها وإدراجها ضمن الأنشطة العلاجية في مراكز علاج الإدمان.

5. تناول الدراسة علاج الإدمان على المواد المخدرة من حيث هو أكثر الأوقات انتشارا وخطرا على الفرد والمجتمع والمصنف علميا من ضمن اضطرابات التعاطي والإدمان، مع

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

4- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

أ. الإدمان على المخدرات

يعرف الإدمان على المخدرات في هذه الدراسة بأنه حالة من الاعتماد النفسي والجسمي ناتجة عن تفاعل المراهق مع المادة المخدرة (الحشيش، والعقاقير)، وتؤدي إلى استخدام قهري لهذه المادة المخدرة بصورة دورية أو متصلة، وينتج عنها آثار سلوكية ونفسية وعقلية واجتماعية، ويشعر برغبة ملحة وقهرية للعقار يضطره إلى أن يزيد الجرعة حتى يحصل على نفس التأثير ويعاني المدمن من أعراض تسمى أعراض الانسحاب.

ب. البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

هو برنامج مخطط ومنظم يستند إلى مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية عند المراهق المدمن على المواد المخدرة الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا وذلك طبقا للبرنامج والجلسات العلاجية، ويتضمن هذا البرنامج القيام بمجموعة من الأنشطة والعمليات المقصودة عن طريق التفاعل الاجتماعي مع المجموعة حالات الدراسة وبعض المناشط التي يتم تدريبهم عليها ويتعلمون أنماطا جديدة من السلوك أو التخفيف من الأعراض المرضية وإكسابهم خبرة علاجية مفيدة والعمل على منع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. ويختبر أثر البرنامج من خلال تطبيق تقويم أثره الذي يهتم بفحص ما إذا كان البرنامج سببا في إحداث تغييرات في الاتجاه المطلوب لتخفيف أعراض الإدمان ومساعدتهم على الامتناع عن تعاطي المخدرات لدى المراهقين المدمنين.

ج. الامتناع عن الإدمان: هو التوقف عن تعاطي المخدرات برغبة وإرادة في التعافي والعلاج والتخلص من الإدمان.

ويعرف إجرائياً الإقلاع عن الإدمان: هو عبارة عن استجابة يقوم بها الفرد من خلال برنامج علاجي ووجود أثر بين القياس القبلي والبعدي.

د. المراهقون: وهم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (14 سنة / 19 سنة)، من المراهقين الخاضعين لتلقي العلاج الطبي والنفسي، بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المواد المخدرة أثناء فترة الدراسة بولاية الشلف، وأنه من مستخدمي نوعين فأكثر من أنواع المخدرات.

5- صعوبات الدراسة:

أما الصعوبات التي واجهت الطالب عند قيامه بتطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في تخفيف الأعراض الإدمانية والامتناع لدى مدمني المخدرات فتكمن في:

- حساسية المجتمع الذي تجرى عليه الدراسة، وصعوبة الوصول إليه، حيث أن الطالب قد أمضى ما يقارب الشهر والنصف للحصول على حالات الدراسة.

- واجهت الطالب الكثير من الإجراءات الرسمية والتنظيمية للحصول على الحالات بالإضافة إلى الانتظار للحصول على مجموعة من الخطابات المتبادلة بين عدة إدارات تابعة لمديرية الصحة، باعتبار أنني موظف بها، وتم والله الحمد استكمال جميع المتطلبات والوثائق المطلوبة.

- صعوبة توفير حالات الدراسة، تستمر لمدة شهرين، وقد تم التنسيق مع مسؤول المركز الوسيط لعلاج الإدمان للحصول على المرضى حديثي الدخول لكي تتم متابعتهم والحصول على التطبيق القبلي والبعدي لحالات الدراسة.

- صعوبة تحديد الوقت المناسب لإجراء الجلسات العلاجية، فالجلسة تحتاج إلى توفر حالات المجموعة العلاجية لمدة ساعتين على الأقل. فمن الساعة الثانية حتى الرابعة.

الفصل الثاني: الإدمان على المخدرات

1. تعريف الإدمان على المخدرات.
2. بعض المصطلحات المتعلقة بالإدمان على المخدرات.
3. معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات.
4. أنواع المخدرات.
5. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.
6. أسباب الإدمان على المخدرات.
7. أنماط المستهلكين للمخدرات.
8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين.
9. الوقاية والعلاج.
10. حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر.

الفصل الثاني

الإدمان على المخدرات

يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقي مظاهر السلوك اللازمة للحياة، فالمدمن يعطي الأهمية للحصول على المخدر يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كان مهما أو ضروريا، فمصطلح الإدمان يطلق على حالات التبعية النفسية والفيزيولوجية لمادة الإدمان، وعليه وحسب دراسات أنشأت لهذا الغرض فإن الكثير من الباحثين والعلماء ينظرون إلى الإدمان كسلوك مرضي باعتباره إيجابا لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بطول واقعية مناسبة سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو الاستعداد وعدم قدرته على احتمال الإحباط؛ فهو إذا محصلة لعوامل مركبة بعضها فيسيولوجي والبعض الآخر سيكولوجي-اجتماعي، وفي هذا الفصل سأعرض بكثير من التفصيل إلى أهم التعاريف الخاصة بالإدمان، وكذا أهم النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات زيادة إلى ذكر أعراضه ومضاعفاته والعلاج الأنسب له.

1. مدخل تعريفي

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

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

- رغبة لا تقاوم للاستهلاك.
- ميل إلى مضاعفة الكميات.
- تبعية نفسانية وجسمية.
- تأثيرات مضرة بالفرد والمجتمع.

بعد ذلك في سنة 1967، فرقت منظمة العالمية للصحة بين التبعية (التعاطي المنظم لمادة تولد الرغبة في تكرار السلوك دون الميل لمضاعفة الكمية، والذي يؤدي إلى

نوع من التبعية النفسانية ودون تناذر الفطام، إذ يفرض التعود تأثيرات ضارة على المستهلك) وما بين التبعية أو الإدمان للأدوية (وجود تساهل، تبعية جسمانية ونفسانية تناذر الفطام).¹

في تلك الأثناء كان الجدل قد أثير من جديد حول مدى دقة التفرقة بين الاعتياد والإدمان، ومرة أخرى احتل هذا الموضوع اهتمام لجان الخبراء في منظمة الصحة العالمية، واستقر الأمر أخيرا داخل هذه اللجان المتخصصة على ضرورة التخلي عن المصطلحين الاعتياد والإدمان بإحلال مصطلح جديد يقوم مقام الاثنين معا، هو مصطلح الاعتماد، على أن يجمع بين العناصر الأساسية التي تمثل المقام المشترك بين الإدمان والاعتماد، وفي الوقت نفسه يتحاشى نقاط التعارض بين المصطلحين واشترط الخبراء لكي يكون استخدام مصطلح الاعتماد دقيقا أن يقرن دائما باسم المادة المؤثرة في الأعصاب كالاعتماد الكحولي.²

من خلال هذا يمكننا طرح التعاريف التالية:

- **عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) Organisation Mondial de la Santé** الإدمان بأنه: حالة تسمم مزمن أو مؤقت نتيجة استهلاك متكرر لمخدر طبيعي أو صناعي من صفاته أنه رغبة لا يستطيع التحكم فيها، وكذلك الرغبة في الاستمرار فيها، وأخذها مهما كانت الأسباب وكذلك العمل على رفع كميات الجرعات وخلق تبعية نفسية وجسدية ونتائج على الفرد والمجتمع.³

- **تعريف هنري آي Henri Ey:**

" الإدمان حالة شاذة في النكوص إلى شكل بدائي للبحث عن اللذة المطلقة، كما هي في صورتها الأولية عند الرضيع وبعد حصول المدمن على هذه اللذة ثم انقضاء مدتها تعقبها مباشرة حالة من المعاناة الشديدة والتعب، الأمر الذي يدفع هذا الأخير إلى البحث من جديد عن الإشباع مرة أخرى".⁴

¹. روج حداد: مفاهيم الإدمان وتعريفه في التكفل بالمدمنين، ملتقيات تكوين الأطباء في الجزائر، 2008، ص 35.

². صفوت وفيق مختار: مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة، القاهرة، 2005، ص 12.

³. Bergeret Jean, Leblanc Jean: Précis des toxicomanies, 2 édition, Masson: Paris, 1988., p182.

⁴. Ey Henri, Bernard P, Brisset CH: Manuel de psychiatrie, 6 édition, Masson, Paris, 1989, p395.

- **تعريف نوربرت سيلامي Norbert Sallamy**: " الإدمان هو اشتها أو رغبة قوية في تناول المواد المخدرة، والتي ينتج عنها حالة التبعية، إذ أن المدمن تسيطر عليه الرغبة الملحة والقهرية في استعمال المواد المخدرة الطبيعية منها والمصنعة من أجل الحصول على إحساسات ممتعة، كالغبطة والأمن وكذلك من أجل تعويض نقص معين في تنظيم شخصيته، وإيجاد حل وهي لمشاكله النفسية".¹

- **تعريف دافيد سميث David Smith**: "الإدمان هو الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة، مع فقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته، والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها".²

- **عرف جودمان Goodman 1990** الإدمان على أنه: "عملية يتحقق فيها سلوك من شأنه أن يوفر لذة، والتخفيف من قلق والذي يتميز بإخفاق متكرر في التحكم فيه وباستمراره رغم آثاره السلبية".³

- **ويقول بارجوريه Bergeret-J 1991**: " الإدمان نعتبره تابعا لنقص عاطفي أين يكون المدمن مجبرا على دفع الثمن بواسطة جسمه، وهذا لعدم وفائه بتعهداته وتعاقداته من جهة أخرى" وقد استعمل هذه الكلمة في إطار تحليل نفسي أين التبعية الجسدية لها قيمة بالنسبة للفرد لمحاولة لاشعورية من أجل تصفية حساب.⁴

- **ويعرفه مصطفى سويف**: " يقصد به التعاطي المتكرر لمادة أو مواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي وعن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل سلوكه الإدماني وتعاطيه للمخدر، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما توقف عن التعاطي ويصبح تحت سيطرة المخدر إلى درجة استبعاد أي نشاط آخر".⁵

¹. Norbert Syllamy: **Dictionnaire usuel de psychologie**, Bordas, Paris, france, 1983, p226

². مصباح عبد الهادي، الإدمان، دار المصرية اللبنانية، 2004، ص 33.

³. Goodman Aviel: **Addiction, Définition and implication**, Brit, 1990, p85

⁴. Marc Valleur et Jean chaude Matysiak: **Les addiction**, Armand colin, Paris, 2006, p39

⁵. سويف مصطفى، **المخدرات والمجتمع**، نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الكويت، 1996، ص13.

إذن كل له تعاريف متعددة خلاصتها انه حالة اعتياد (تعلق/اعتماد) شديد، من جانب الشخص على تناول مادة ما، بغرض إحداث تغييرا نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي، لبعض هذه المواد خاصية التدخل في كميات الجسم بحيث يعتدها الجسم ولا يعود قادرا على الاستغناء عنها بدون تعرضه لاضطرابات (قد تصل إلى حد الموت) وهذه حالة الاعتیاد الفیزیولوجي. فمصطلح الادمان يطلق على حالات التبعية النفسية والفیزیولوجية لمادة الادمان.

ويعتبر الإدمان حالة تعلق أو اعتماد شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض إحداث تغييرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في كيميائية الجسم حيث يعتادها الجسم ولا يعود قادراً على الاستغناء عنها. ونجد أن حدوث الإدمان يحتاج إلى توفر عوامل ثلاثة:

- توفر المادة المدمنة: ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان باختلاف المادة المستخدمة.
- الشخص المدمن: شخصية قابلة للاعتمادية أو لظروف خارجية خاصة يخضع لها. - الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية.¹

كما ظهرت مؤخراً مفاهيم للإدمان ترتبط بغير المخدرات، كإدمان التدخين وإدمان المسكنات وإدمان الإنترنت وإدمان السفر وإدمان القراءة والكتاب، وأجريت عدد من الدراسات على هذه الأنواع من الإدمان إلا أن موضوع إدمان المخدرات ظل هو أهم تلك الأنواع وأشدّها خطورة على الفرد والمجتمع الإنساني.

¹. الجوير أحمد، أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، مركز البحوث والدراسات الأمنية، الرياض، 1996، 491.

2 - بعض المصطلحات المتعلقة بالإدمان

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

ومن أجل رفع اللبس والغموض عن المفاهيم الأساسية في بحثنا سنعمل على توضيحها فيما يلي:

أ. تعريف المخدر Drogue :

في اللغة العربية كلمة مخدر تعني ستر أو حجب العقل عن التمييز والإدراك وقد يكون دواء أو شراب، وبهذا ففي اللغة العربية هناك بعض الإيضاحات لم تتميز بها أي من التعريفين السابقين (التعريف اللغوي للمخدر باللغة الفرنسية والانجليزية)، ويمكن إجمالها فيما يلي:

- يمكن للمخدر أن يكون شرابا أو دواء.

- وصف بعض آثار تعاطي المخدرات (الشلل، الفتور، الكسل) ولا يقصد هنا إلا المخدرات المسكنة وهنا يكمن النقص فالمخدرات أنواع كثيرة فإلى جانب المسكنات هناك المنشطات والمهلوسات.

أما من الناحية العلمية فكلمة مخدر تعني " مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية.¹

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

¹. Pelc Isy : Les Assuétudes Abus et Etats de dépendance, université de Bruxelles, Bruxelles, 1983, p 218.

كما تعرف المخدرات بأنها: "عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات وتؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الإدمان وتضر بالإنسان صحيا واجتماعيا وينتج عن ذلك أضرار اجتماعية واقتصادية للفرد والمجتمع، ويحذر استعمالها الشرائع السماوية والاتفاقيات الدولية، والقوانين المحلية.¹

أما بالنسبة للأطباء " فكل عقار نفسي (Psychotrope) هو في الحقيقة مخدر فعال حتى وإن كانت هذه المواد لا تملك نفس القدرة على خلق التعود عند المتعاطي".²

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

ب. تعاطي المخدرات L'abus de drogues

التعاطي في اللغة تناول ما لا يجوز تناوله. ويقصد به تناول أي عقار لغير الغرض الطبي وبغير وصفة طبية، وقد يكون التعاطي بشكل مستمر أو بشكل متقطع، وكذلك قد يتعاطى شخص مادة مخدرة واحدة أو أكثر من مادة في نفس الوقت، وإذا ترك المخدر تأثير التعاطي من جراء تركه ولكن لا يصل إلى مرحلة الاعتماد والإدمان على المخدر، كما أن التعاطي قد يحدث اختلالاً في بعض الوظائف الحياتية للمتعاطي.³

ج. سوء استخدام العقار

تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وفقاً للكتيب التشخيصي سوء استخدام المخدر بأنه نمط غير متكيف أو نمط غير توافقي من استعمال المادة يتميز بالخصائص التالية:

¹. رشاد محمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز للدراسات والتدريب، الرياض، السعودية، 1992، ص41.

². Block Hanriette: *Dictionnaire De La Psychologies*, Larousse Bordas, Paris , France, 1997.

³. الباز راشد: الأداء المهني لمدمن المخدرات، شؤون اجتماعية، العدد (62)، 1999، ص17.

- تناول المستمر للمادة على الرغم من معرفة الفرد بالمشاكل النفسية والاجتماعية والمهنية والجسمية التي تنشأ من استخدام هذه المادة.

- تكرار استخدام المادة في المواقف التي يحتمل فيها حدوث مخاطر بدنية كالقيادة.

- استمرار بعض أعراض الانسحاب المزعجة لمدة شهر على الأقل أو تكرار ظهورها على مدى فترة زمنية طويلة.

- لا تتطابق هذه الخصائص مع حالة التبعية للمخدرات.¹

د. التعود **Habituaton** : من خصائصه:

1- لرغبة في استمرار تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة.

2 - عدم زيادة الجرعة.

3 - تكون قدر معين من الاعتماد النفسي وعدم حدوث الاعتماد العضوي.

4 - أضرار العقار تنعكس على المتعاطي فقط ولا تمتد إلى المجتمع.

وقد ميز خبراء الصحة العالمية مصطلح التعود عن مصطلح الإدمان، في أن الأول لا يتضمن الاعتماد العضوي لذا فقد أوصت منظمة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين معا (الإدمان والتعود) ليحل محلها مصطلح جديد هو الاعتماد.

هـ. الاعتماد **Dépendance**

هو حالة نفسية وفي بعض الأحيان جسمية تنتج عن التفاعل بين الفرد والمخدر متميزة باستجابات سلوكية وغير سلوكية، تحتوي دائماً على شعور قسري لتناول المخدر على أساس استمراري أو فتري من خصائصه عدم تضمنه لأي آثار غير مرغوبة.

1. **الاعتماد النفسي Dépendance psychique** هو حالة نفسية تنتج من تعاطي المادة وتسبب الشعور بالارتياح والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق. والانقطاع المفاجئ يؤدي إلى ظهور

¹. الدرمداش عادل: الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، الكويت، 1982، ص 19.

الاضطرابات النفسية والعقلية، كما أن الاعتماد النفسي لا يؤدي إلى خلل وظائف في الجسم.

2. الاعتماد الجسدي Dépendance physique : هو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة. وهذه الاضطرابات أو حالة الامتناع تظهر على صورة أنماط من الظواهر والأعراض النفسية والجسمية والمميزة لكل فئة من العقاقير. وتتلخص أبسط حالاتها في ما يلي: التثاؤب، دموع العينين، رشح في الأنف، العطس، العرق، ويتلو هذه الأعراض فقدان الشهية واتساع حدقة العينين، الرعشة، القشعريرة، وكلما زادت الأعراض ظهرت أعراض الحمى والتنفس العميق، ارتفاع ضغط الدم، عدم الشعور بالراحة، وأشد الأعراض حدة هي القيء، الإسهال، وتزول الأعراض بالعودة الثانية للمخدر.

وتسبب بعض عقاقير الاعتماد النفسي: المنشطات، الكوكايين، القنب، عقاقير الهلوسة، القات، التبغ، القهوة، المسكنات والمستنشقات.

أما العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والعضوي فهي: الخمر، المنومات، المهدئات، الأفيون ومشتقاته. وجدير بالذكر أنه لا توجد عقاقير تسبب الاعتماد العضوي فقط بدون أن يسبقها الاعتماد النفسي.¹

و. التحمل Tolérance

هو حالة من التكيف الخلوي تتطلب زيادة المتعاطي لكمية المادة بشكل متزايد لإحداث نفس الدرجة من التأثير التي يحصل عليها بمقادير أقل سابقاً.²

ز. زملة الانسحاب Withdrawal Symptômes

وتسمى أيضاً متلازمة الحرمان أو الإقلاع، وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن، وخطرة العواقب لدرجة أنها تسبب الوفاة أحياناً، وهي ترتبط بنوع العقار الذي

¹.الدرمداش عادل: المرجع السابق، ص20-21

². منظمة الصحة العالمية: دليل الصحة النفسية للأطباء والعالمين في الرعاية الصحية الأولية، دمشق، 2001، ص

أدمن عليه الفرد، ومدة الإدمان. وبشكل عام تظهر هذه العواقب إذا توقف المدمن بشكل مفاجئ أو تدريجي عن تعاطي المادة بسبب العلاج أو بسبب عدم توفر المادة أو نقصها، وهذه الأعراض مثل (الرجفان، والرعدة، التعرق، الدوخة، خفقان القلب الأرق، فقدان الشهية، انخفاض الضغط، آلام في الصدر، احمرار في الوجه، صداع ارتفاع درجة الحرارة، غثيان وتقيؤ، تشنجات، تشوش عقلي، اضطراب في الذاكرة.¹

ي. المدمن Toxicomane

هو الشخص الذي تعود على تعاطي عقار معين ولفترة زمنية تجعل جسمه معتمدا على هذه المادة، فإذا حدث وتوقف عن التعاطي شعر بأضرار نفسية وجسدية، وآلام تجعله مدفوعا للبحث عن المخدر بأي وسيلة كانت.²

3- معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات

أ. معايير التشخيص

إن متطلبات البحث الوبائي والعيادي والعلاجي تفرض معايير مقبولة دوليا وتتيح مقارنة الدراسات المتعلقة بالاضطرابات المرتبطة باستعمال المخدرات. فمن بين المعايير المستخدمة في تشخيص الإدمان نجد:

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

(أ) رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار إلى تعاطي المادة نفسانية التأثير.

(ب) صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير، سواء من حيث الشروع فيه أو الانصراف عنه أو مستويات التعاطي.

¹. الحراشة أحمد حسن: ادمان المخدرات والكحوليات واساليب العلاج، دار الحامد، عمان، 2012، ص 19.

². الباز راشد: المرجع السابق، 1999، ص 18.

(ج) حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية عند وقف استعمال المادة نفسانية التأثير أو إنقاص كميتها، كما يتضح في متلازمة الامتناع عن تعاطي المادة نفسانية التأثير أو تعاطي نفس المادة (أو مادة مماثلة) بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.

(د) دليل على بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كما تستعمل جرعات كبيرة من المادة نفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها جرعات أقل قبل ذلك.

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

(و) الإصرار على تعاطي المادة نفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة. كالإضرار بالكبد بسبب الإفراط في الشرب، أو كحالات المزاج الإكتئابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في مواد نفسانية التأثير، أو الخلل في الوظائف المعرفية يتعلق بتعاطي العقار. ويجب بذل المجهود لتحديد ما إذا كان المتعاطي يدرك بالفعل أو يمكن توقع انه يدرك طبيعة ومدى هذا الضرر.¹

- معايير تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية النسخة الرابعة عن رابطة الطب النفسي الأمريكية مراجعة DSM/IV-

TR

- اضطرابات استخدام المواد Substance Use Disorders

- 1- الاعتماد على مادة Substance Dependence

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

¹. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية، ترجمة احمد عكاشة، 1999، ص 82-83.

(1) التحمل، كما يحدّد بواحد مما يلي:

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

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

(2) الامتناع، كما يتظاهر بواحد مما يلي:

(a) متلازمة الامتناع المميّزة لمادة (راجع المعيارين A و B من المعايير الموضوعة

للامتناع عن مواد نوعية).

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

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

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

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

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

انقطاع)، أو في الإقلال من تأثيراتها.

(6) تُهجر أو تُخفّض النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية بسبب استخدام

المادة.

(7) يتواصل استخدام المادة رغم العلم بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستديمة

أو معاودة، وهي مشكلة يُرجّح أن المادة سببتها أو فاقمتها (مثل استخدام حالي للكوكائين

رغم العلم بأنه يسبب اكتئاباً محدثاً بالكوكائين، أو الشرب المتواصل رغم المعرفة بأن

القرحة تزداد سوءاً بتناول الكحول).

حدّد إذا كان:

مع اعتماد فيزيولوجي: دلائل على وجود التحمّل أو الامتناع (أي وجود إما البند 1

أو البند 2).

مع اعتماد نفسي: لا دلائل على وجود التحمّل أو الامتناع (أي لا وجود للبند 1

أو البند 2).

محدّدات السير (انظر النص من أجل التعريفات):

هدأة تامة باكرة

هدأة جزئية باكرة

هدأة تامة مستقرة

هدأة جزئية مستقرة

على معالجة شادّة an Agonist Therapy في بيئة مضبوطة

محدّدات السير (التطور) Course Specifies

-2- سوء استخدام مادة Substance Abuse

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

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

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

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

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

B- الأعراض لم تستوفِ معايير الاعتماد على مادة بالنسبة لهذا الصنف من المواد.¹

¹ تيسير حسون: المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب النفس الامريكية، دمشق، 2004، ص ص 49-51.

ب. أهم تصنيفات المخدرات

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

تصنيف المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

- مخدرات الطبيعية Drogues Naturelles: تنتج من نباتات طبيعية مباشرة مثل: الحشيش، والقاق، والأفيون، والقنب...

- مخدرات مصنعة Drogues Synthétiser: تستخرج من المخدر الطبيعي بعد أن تتعرض لعمليات كيميائية تحولها إلى صورة أخرى مثل: المورفين، الهيروين، كوكاين.

- مخدرات مركبة وتصنع من عناصر كيميائية ومركبات أخرى ولها التأثير نفسه، مثل بقية المواد المخدرة المسكنة والمنومة والمهلوسة.

تصنيف المخدرات حسب لون المخدر، وقد قسمت المخدرات إلى:

- مخدرات بيضاء: ويشمل على المورفين، الهيروين، الكوكايين.

- مخدرات سوداء: ويشمل على الحشيش، الأفيون ومشتقاته.

إلا أن هذا التقسيم غير دقيق، إذ أن لون المخدرات يتأثر بدرجة نقائها ومناطق إنتاجها، وطرق حفظها.¹

أما فارن Varenne (1971) فيقترح التصنيف، والذي يعتمد على التبعية للمادة المخدرة التالي:

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

- التبعية النفسية والجسمية: الأمفيتامينات، LSD، والمهدئات، والمنومات، ومهلوسات.

- التبعية النفسية فقط: الكوكايين، والحشيش، والمنشطات، والقنب الهندي.²

¹. رشاد محمد عبد اللطيف، المرجع السابق، ص 39.

². Gregory Claude :Gregory Claude: Encyclopédie Universalise, Paris, France, 1974, p 33.

4- أنواع المخدرات:

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

وهناك أنواع عديدة من المخدرات الطبيعية منها والمصنعة منها:

1.4. المخدرات الطبيعية

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

أ. الحشيش

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

"يعتبر الحشيش من المخدرات الأكثر استهلاكاً في العالم، ومن أول المخدرات تجريباً من طرف المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية .

إن التعاطي المتكرر لمادة الحشيش يؤدي إلى التبعية النفسية ولا يؤدي إلى التبعية الجسمية ولكن سجلت بعض أعراض الانقطاع مثل: القلق المصحوب ببعض الاضطرابات الفيزيولوجية مثل الارتعاش، التعرق والغثيان واضطرابات في الأكل والنوم خاصة عند تعاطي جرعات كبيرة (ولكن هذه الأعراض ليس لها دلالة عيادية) من

المميزات المهمة عند التسمم بالحشيش ظهور بعض التغيرات السلوكية والانفعالية، اللاتكيفية ذات دلالة عيادية والتي تتطور أثناء أو بعد تعاطي المخدرات، وتتوقف أهمية هذه الأعراض على مقدار الجرعة طريقة التعاطي والخصائص الشخصية¹.

يمر متعاطي الحشيش بعدة مراحل عند تعاطيه لهذه المادة أهمها:

- الشعور بالراحة (Bien être)

- ظهور أعراض تشمل: ضحك غير مبرر أفكار غير عقلانية، اضطراب في الذاكرة، الشعور بالعظمة.

- صعوبة في إنجاز مهمات معقدة، في مرحلة قصيرة المدى.

- اضطراب في الإدراك الحسي، اضطراب في الحكم.

- الشعور بأن الوقت يمر ببطء، اضطراب في الأداء الحركي، هذا الاضطراب يكون مصحوبا في بعض الأحيان بحالة قلق كما يعاني من حالة عزلة وانطواء، كما تظهر على المتعاطي بعض الأعراض الجسمية (أعراض الانسحاب) حوالي ساعتين بعد التعاطي وهي:

- قيء، أرق مصحوب بقلق، الزيادة في الشهية، جفاف الفم، الزيادة في ضربات القلب، كما يؤدي إلى ظهور بعض حالات الأمراض العقلية تظهر هذه الأعراض بعض الدقائق بعد تعاطي الحشيش خاصة إذا تم تعاطيه عن طريق التدخين، ولكن قد تأخذ بعض الساعة إذا تم بلعها. أما آثار الحشيش فقد تبقى حوالي من 3 إلى 4 ساعات ولكن قد تصبح المدة أطول إذا تم تعاطيها عن طريق الفم وقد تستمر هذه الآثار وتظهر من جديد من 12 ساعة إلى 24 ساعة.²

¹. العبداني آمال: مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى المدمنين وغير المدمنين من المساجين، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011، ص 104.

². رجعة عبد الحميد عبد العظيم: المرجع السابق، 2009، ص 45.

ب. القات

يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى المادة قات نوري سودايفيدرين Khat Nor pseudo Ephedrine أو كاتين، حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات، وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه لا يشعر بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب وهذه تسمى أعراض الانسحاب.¹

2.4. المخدرات غير الطبيعية (المصنعة)

أ. مجموعة البنزوديازيبين (المهدئات والمنومات ومزيلات التوتر)

هي من بين منبهات الجهاز العصبي المركزي مثل الرهنبول، ومزيلات التوتر مثل لكسوتانيل، فالجرعات الصغيرة تستخدم كمهدئات ومطمئنات والجرعات البسيطة كمزيلة للتوتر، أما العالية فتستخدم كمنومات من خلال تأثيرها على بعض الموصلات العصبية في المخ، وقد حلت محل الباربيتورات في علاج القلق والتوتر، وكمهدئات لعلاج حالات التشنج ونوبات الصرع، وأول دواء استخدم كان ليبريوم ثم الفاليوم، أما الآن فظهرت عناصر جديدة مثل: الزاناكس، الأوتيفان...²

ومن أعراض التعاطي لهذه المجموعة من المواد، يبدأ الشخص بالإدمان على المهدئات والاعتماد عليها بعد شهر واحد تقريبا، تصبح ضرورية له ولا يستطيع الاستغناء عنها فيحدث له كسلا وخمولا وقلقا وخوفا من أي شيء لدرجة الهلع والرعب من أتفه الأشياء فيتغير سلوكه الشخصي المعروف سابقا وترتعش أطرافه، وتضطرب مشيته ويتلعثم كلامه.³

¹. دردار فتحي: الإدمان على المخدرات، مكتبة بغدادي، دار حسين، الجزائر، 2000، ص 61.

². مصباح عبد الهادي: الإدمان، دار المصرية اللبنانية، 2004، ص 33.

³. دردار فتحي: نفس المرجع، ص 69.

مجموعة الباربيتيورات:

تنتمي إلى المواد التي تثبط الجهاز العصبي تستخدم كمخدرات أو مهدئات لعلاج حالات الأرق والتشنجات وكمخدر قصير المدى. وقد تفوقت عليها مجموعة البنزوديازيبين لتأثيرها الأفضل ومضاعفات جانبية أقل، ومنها أموباربيتال (أميتال)، سيكوباربيتال (سيكونال)،... تسوق على شكل أقراص، مفعولها من 8 إلى 10 ساعات.¹

تظهر على المدمن من الجانب النفسي ميول عدوانية، وفي حالة الإقلاق من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف ويشعر ببطء التفكير والنسيان والخلط وضعف التركيز، كما أنه يعاني من تقلب انفعالاته وسرعة الإثارة ويهمل عمله، تتدهور علاقاته مع الناس وتضطرب حالته المادية وحياته الأسرية. من المعروف أن مدمني المخدرات كثيرا ما يصابون بالاكنتاب ويحاولون الانتحار، أما من الجانب الجسمي تظهر على المدمن البطء في الحركة والترنح والدوخة، ورعشة في اليدين وارتفاع درجة الحرارة، سرعة النبض، الإمساك، ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والارتعاش، الضعف الجنسي عند الذكور واضطراب العادة الشهرية عند الإناث.²

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

ج. مجموعة المنشطات أو المنبهات:

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

- الأمفيتامينات:

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

¹. مصباح عبد الهادي: المرجع السابق، 2004، ص 35.

². فرغلي بدوي، وآخرون: الادمان ورحلة الشفاء، مؤسسة مطابع المنار، الرياض، 1997، ص 45.

تشير الكثير من التقارير إلى أن تعاطي الأمفيتامينات يكون مصحوبا بظهور نزعات عدوانية، فهناك تقارير متعددة تشير إلى أن تعاطي الأمفيتامينات بجرعات كبيرة نسبيا يترتب عليه ظهور أفكار ومشاعر اضطهادية قد تأخذ شكل ضلالات مبتورة، كما قد تصبحها اندفاعات عدوانية تصل إلى مستوى القتل أحيانا.¹

المهلوسات:

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

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

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

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

- المستنشقات:

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

¹. سويف مصطفى، المرجع السابق، 1996، ص 47.

². مصباح عبد الهادي، المرجع السابق، 2004، ص 56.

أ- الصمغ أو الغراء Colles

من مشتقاته: أسيتات Acétate، أسيتات إتي Acétate ethy، ميتي إيتي أسيتون Methy
ethy Acétone، هيكسان Hexane، تولوان Toluène، بنزان Benzène.

ب- المذيبات Dissolvants

من مشتقاتها: المزيلات Détachants، تولوان Toluène، أسيتات أليفاتيل.

ج- المخدرات الطيارة Anesthésiques Volatils

ايثر Ether، التركلور أسلان Trichloré ethylene، بروتوكسي الآزوت Protoxy
D'Azote.

د- المذيبات الطيارة Les Gazs Propulseurs

البنزين Essence، الغازات Gazs.

تحتوي كل هذه المواد على فحوم هيدروجينية تؤثر على المخ والكبد والرئتين عند
استنشاقها يشعر المتعاطي بالاسترخاء والدوخة والهوسات أحيانا وهي عادة منتشرة عند
الأطفال ما بين 9- 12 سنة أقل انتشارا عند الفئة الأكثر من 35 سنة.

يتم بلّ منشفة بالمادة أو خليط المواد المراد استنشاقها تم توضع على الأنف والفم
وتسمى هذه العملية "Hiffing" كما يمكن وضع هذه المواد في كيس بلاستيكي أو ورقي
ثم يتم استنشاق هذه المواد وتسمى هذه العملية بـ "Bag Ging" كما يلجأ بعض
المتعاطين إلى تسخين المنديل المبلل بالمواد الطيارة ليضمن التأثير السريع.

إن هذه المواد قد تؤدي على تبعية نفسية وجسمية عند البعض، وقد لا تحدث
التبعية بنوعها عند البعض. من آثار سوء استهلاك المذيبات الطيارة: تغير في السلوك،
ظهور سلوكيات غير سوية، شجار، عدوانية، تبدل، اضطراب في الحكم، اضطراب في
النشاط الاجتماعي المهني، اضطراب في الحركة، بطء حركي، تؤثر على الجهاز
التنفسي.¹

¹. سويف مصطفى، المرجع السابق، 1996، ص 51.

3.4. الإدمان على أكثر من مادة واحدة من مواد الإدمان

تنتشر هذه الظاهرة خاصة بين الشباب، فالشاب قد يتعاطى أكثر من مادة واحدة إما ليزيد مفعول مادة تعود عليها ولم يعد مفعولها قويا كالسابق أو لعدم توفرها، أو بدافع التجريب والفضول ومجاراته الرفاق، أو لتخفيف تأثير مضاد مثل مدمن المنومات الذي يستخدم المنشطات في الصباح ليزيل الشعور بالكسل والنعاس.

ومن أنماط مزج العقاقير الملاحظة مثلا على المترددين على مستشفى الطب النفسي الأنماط التالية: الخمر مع المنومات والمهدئات، المنومات والحشيش، الهيروين والحشيش، استنشاق الصمغ والحشيش وأدوية السعال والدولوكسين.¹

5- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

1.5. نظرية التحليل النفسي

يعتمد التفسير السيكودينامي للإدمان على أنه سلوك نكوصي أدت إليه الصراعات اللاشعورية الليبيدية، حيث تم التثبيت في المرحلة الفمية. فالإدمان في رأي " فرويد " هي بدائل للشبقية الطفلية الذاتية النكوصية، التي خبرت بداية باعتبارها سارة، ثم غير سارة، وهي الدائرة الشريرة لمعظم الأشكال الإدمانية. وفي هذه الدائرة تصبح الرغبة في اللذة مشبعة، ولكن فقط بمصاحبة الذنب، وانخفاض تقدير الذات، وتنتج هذه المشاعر قلقا غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك لإيجاد الشفاء.²

أي أن التحليلين يركزون في تفسير الإدمان على الصراعات النفسية التي ترجع أساسا إلى:

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفمية.

- الحاجة إلى الأمن.

- الحاجة إلى إثبات الذات.

¹. الدرمداش عادل، المرجع السابق، 1982، ص 24.

². فايد حسين: علم النفس المرضي، مؤسسة طيبة للنشر، جمهورية مصر العربية، 2004، ص 365.

فتعاطي المخدرات يحقق إشباع رغبة جنسية مرتبطة بالمنطقة الشبقية الفمية، أين حدث التثبيت، وعندما ينمو الطفل ويكبر تظهر على شخصيته صفات كالتكالبية والإتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والإحباط، بالإضافة إلى التركيز على اللذة عن طريق الفم، والميل إلى تدمير الذات والعداء والاكنتاب، فما استخدام الأفيون سوى وسيلة لتسكين المشاعر الجنسية والعدوانية.¹

وبالتالي تكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالتالي:

1. ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات في المستوى القهري أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المدمن بالمخدر تعلقا قهريا لا يستطيع التخلي عن المخدر.

2. يفرق التحليل النفسي بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد أخرى، وإن كانت هذه الأخيرة تشير إلى شيء من الاضطراب الذي لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.

3. إن مدمني المخدرات تتطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق، تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي، وأحيانا تكون أكثر حدة.

4. ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية ويدللون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها.

5. تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضا على البيئة الخارجية وليس على نفسه.

6. يفسر التحليل النفسي ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعترى المدمن في طفولته المبكرة والتي تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته، وترى مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب العلاقات الحبية في الطفولة الأولى بين المدمن ووالديه اضطرابا يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور). إن هذه العلاقة المزدوجة تسقط

¹. الدرمداش عادل: المرجع السابق، 1982، ص 34.

وتنتقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معا.¹

فالعقار من وجهة نظر التحليل النفسي هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعورية، فتمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، وعند ما يكبر تظهر على شخصيته صفات التشبث ومنها السلبية الاتكالية، وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط، وكذلك فالمدمن شأنه شأن المنفعل يغير من نفسه بدلا من تغيير من واقعه، ومن عالمه، وهذا التغيير الذي يحدثه له المخدر يتيح له إعادة بناء عالمه، إعادة سحرية وهمية، ولكنها إعادة التي تمكنه من التكيف مع واقعه، والمخدر يخدر شعور المدمن بالعجز وقلة الحيلة؛ إزاء عالمه ويسلمه لشعور زائف مقابل ومناقض بالقدرة والكفاية، وهذا الشعور بالعجز في مواجهة الواقع يرجع إلى:

- البناء النفسي الداخلي للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقر إلى القوة والتماسك الداخلي والمتكامل.

- الواقع الخارجي من حيث طراوته وقسوته وما يمثله من إحباط ومصاعب تعترض ظروف تحقيق إشباع المطالب الإنسانية الأساسية.²

2.5. النظرية السلوكية

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

¹. سعد زغلول المغربي: تعاطي الحشيش، دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، دار المعارف، 1963، ص 408.

². زيور مصطفى: تعاطي الحشيش مشكلة نفسية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، 1973، ص 26-

يعتبر "وكلر" wikler أول من طبق مبادئ نظرية الارتباط الكلاسيكي لبافلوف لتفسير اكتساب سلوك تعاطي العقاقير والمخدرات واستمراره أو انطفائه. فقد افترض "وكلر" أن عوامل الاشتراط تلعب دوراً مهماً في إدمان العقاقير والمخدرات لذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الاشتراط الإجرائي حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو بمنبهات الجهاز العصبي مثل الأمفيتامينات أو الكوكايين أو بالمسكنات مثل الباربيتورات، ويذهب "وكلر" إلى أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح "معززات ثانوية" Secondary Reinforcers نتيجة اقترانه المتكرر مع التعزيز الأولى المتعلق بتعاطي العقاقير والمخدرات. وعلى هذا النحو أيضاً فإن المنبهات المرتبطة بشكل منتظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواص اشتراطية مؤلمة.¹ ويشير ستولرمان Stolerman إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافآت) في تجارب شرطية.² كما أكدت كثير من الدراسات أن المدمنين على المخدرات رغبتهم في التعاطي تزيد كلما وجدوا أنفسهم في أماكن ترتبط بتعاطي سابق.

كما توصل (O'brien, 1986; Childress, 1986; O'brien childress, 1984)، إلى توضيح العلاقة بين مرونة الحالة المزاجية الداخلية (الإكتئاب، القلق، الشعور بالغبطة) والاشترط، والاشتهاء، إلى جانب أعراض الامتناع لدى 7 مدمنين على الأفيون تحت العلاج بالميتادون، وذلك باستعمال الصور الخيالية إلى جانب تقنية التنويم الذاتي وتوصلوا إلى أن الإكتئاب، والقلق خاصة، يلعبان دور المثير الشرطي لأعراض الامتناع واشتهاء المخدرات بالنسبة للمدمنين، أما الشعور بالغبطة والصور الخيالية فإنها تؤدي إلى تخفيض أعراض الامتناع وتجارب الاشتهاء وكذلك الحالة المزاجية الناتجة عن التنويم الذاتي فإنها تسهل أعراض الامتناع عند المدمنين على الأفيون.³

¹. مكتب الإنماء الاجتماعي: سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية - اضطرابات التعاطي والإدمان، الكويت، 2000.

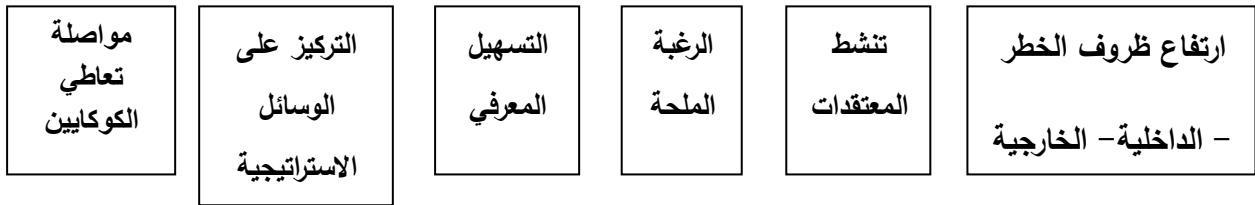
². فايد حسين، المرجع السابق، 2004، ص 359.

³. قماز فريدة: عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع التنموية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، 2009، ص ص 57-58.

3.5. النظرية المعرفية

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

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



شكل توضيحي (01) لصيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات.¹

إذ تعتبر المدرسة المعرفية أن هناك سيرورات معرفية متعلقة بالتعاطي للمخدرات، تتشكل من أفكار ومعتقدات خاطئة، وقد أكد (أرون بيك) أكثر هذه المعتقدات تأثير، وهو ما أسماه بمعتقد انعدام الخطر الذي يتبناه المتعاطي، فيعتبر أن تناول المخدر جرعة واحدة أو عن طريق حقنه في الوريد فإنه في مأمن عن الخطر.²

¹. مكتب الانماء الاجتماعي: المرجع السابق، 2000.

². قماز فريدة: إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، 2002، ص 73.

كما تعتبر هذه النظرية أن تعرض الفرد إلى مثيرات منشطة داخلية (كالقلق، الاكتئاب، الغضب...) أو خارجية متعلقة بالأماكن والأشخاص الذين لهم علاقة بالمخدرات، ممكن أن تجعله ينحو إلى إتيان سلوكيات إدمانية. وبذلك تعتبر هذه المثيرات المنشطة عوامل خطر معرفية تعمل على تنشيط المعتقدات القاعدية.

4.5. نظرية التعلم الاجتماعي:

ويعتبر باندورا (Bandura) أن كل ما يتعلمه الإنسان من سلوك يحدث وفق مبدئين هما الملاحظة والتقليد. كما يعتبر جوليان روتر (J.Rotter) أن السلوك المرضي هو السلوك غير المرغوب فيه وفقا لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لأنه يتوقع باحتمال أكبر، أن هذا السلوك يؤدي إلى تدعيم هذه القيمة.¹

وبهذا فإن الإنسان لا يستجيب فقط للمثيرات الخارجية، بل قادر على توليدها بواسطة أفكاره ومعتقداته، تصنيفها حسب تقييمه لها (المثيرات) والتعزيزات الذاتية التي يتوقعها، والتي تعلمها بملاحظته لسلوك ما، والتي تساعد على جانب التعزيزات الاجتماعية التي تبني (تعلم) سلوك ما. يتعلم الملاحظ عن طريق الملاحظة نتائج تعاطي المخدرات أن الشخص انتقل من حالة القلق إلى حالة فرح وابتهاج بفضل المخدرات وبالتالي يتعلم أن بتعاطيه للمخدرات يزول القلق، فان حدث وأن شعر الملاحظ بالقلق، فانه وبدون حضور المثير يمكن له أن يولد تلك الوضعية السابقة، وهذا ما يسمى بـ: "التوليد الذاتي" "Self Evaluation"، فحسب Bandura (1980) الآثار المتوقعة نتيجة التصورات الرمزية يمكن أن تلعب دور الدافع للقيام بسلوك ما.²

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

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

¹. فايد حسن: المرجع السابق، 2004، ص 374.

². قماز فريدة: المرجع السابق، 2009، ص 68.

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

- تعلم الاستمتاع بآثار المخدر: ويرى بيكر (Piker) أن هذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطي، وهي تحدث من خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الإدمانية الطويلة، حيث يؤثر عليهم ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطي برغم التجربة الأولى المؤلمة، ويحولون انتباهه إلى الجوانب المريحة من آثار المخدر.¹

5.5. التفسير النفسي الاجتماعي

يهتم التفسير النفسي الاجتماعي بتأثير الجماعة بجميع أنواعها ووظائفها، ولكن فيما يخص ظاهرة تعاطي المخدرات، فإنها تركز على جماعتين مهمتين وهما:

- جماعة الأسرة، والتي تمثل: الأب، الأم، الإخوة، والأخوات، الجد، والجددة.
- جماعة الأصدقاء، والدور الكبير الذي تلعبه لدفع بعض الشباب لتعاطي المخدرات، وسلوكيات انحرافيه أخرى، وأصبح من المسلم به أن مرافقة الأصدقاء المنحرفين يشارك في سلوكيات انحرافيه وتعاطي المخدرات.

نظرا لأهمية الجماعة فقد اعتبرها الباحثون أهم أسباب انتشار المخدرات، ذلك لأنه من النادر أن يتم البحث عن المخدرات خارج الجماعة، حتى وإن كان المتعاطي في حالة نفسية سيئة، بمعنى آخر، حتى وإن توفرت جميع الظروف الممكنة التي تدفع في الغالب الشباب إلى تعاطي المخدرات، فإن الاقتراح دائما يأتي من طرف الأصدقاء، دراسات عديدة بينت أنه كلما تنوعت المخدرات التي يتعاطها الشاب، كلما كان الاحتمال كبيرا أن أصدقاءه يتعاطون المخدرات، والعكس صحيح.

¹. عفاف محمد عبد المنعم: الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003، ص

إن الدور المهم الذي تلعبه الجماعة في تعاطي الشباب المخدرات أعطى لهذه ظاهرة طابعا نفسيا اجتماعيا، لذلك فالخروج عن هذا الإطار لمحاولة فهمها لا يوصلنا إلى فهم واضح وعميق.

أما Agnew فقد توصل إلى تأثير الشاب بالجماعة المنحرفة، يشترط فيه شروط أربعة وهي:

- تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.
- مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء.
- مدى استحسان أو موافقته على السلوك المنحرف
- مدى ضغط الأصدقاء عليه.

إن تفاعل هذه العوامل لها تأثير قوي في حالة ما إذا رافق الشخص أصدقاء مورطين في جرائم خطيرة، (السطو ليلا على المنازل، اختلاس الأموال، التجارة في المخدرات الصلبة) (Dembo, 1994).

كما توصل Kandel et Davies (1991) أن هناك علاقة ايجابية بين درجة الألفة والمودة عند جماعة الأصدقاء وتعاطيها للمخدرات (Dembo, 1994) ولكن في حقيقة الأمر لا يكفي تأثير الجماعة بجلب الشاب إليهم، وتموين المنخرط الجديد بالمخدرات وأعضائها القدامى، وإيجاد الوسائل والسبل السليمة للحصول عليها، بل تقوم بتقديم نماذج لأشكال سلوكية، عادات، ولغة جديدة، إلى درجة أننا نستطيع الكلام على ثقافة جديدة، أو كما يتم تسميتها من طرف علماء الاجتماع بالثقافة الفرعية Sub-Culture، إلى أن هذه الثقافة الفرعية تملك نظاما قيما، وقوانين اجتماعية، وتنظيم العلاقات بين المدمنين، وتفرض عليهم درجة كبيرة من الامتثال لهذه القوانين¹.

كثيرا ما تكلم الباحثون في علم النفس الاجتماعي عن تأثير الجماعة على الشباب لتعاطي الكحول، المخدرات... وكثيرون هم الذين درسوا العلاقة بين تقبل العضو الجديد

¹. قماز فريدة: المرجع السابق، 2009، ص ص 52-54.

داخل الجماعة وتعاطي المخدرات، ولكن قليلون جدا هم الذين اتجهوا إلى دراسة العلاقة بين رفض الأصدقاء وتعاطي المخدرات.

وقد اقترح Hartup (1983) أن الأطفال الذين تعرضوا أثناء مراحل ما قبل المراهقة للرفض، فإن هذا الرفض يؤدي في مرحلة المراهقة لتكوين جماعة رفاق منحرفة..¹

6.5. المقاربة البيولوجية

هناك عوامل بيولوجية متنوعة بإمكانها أن تساهم في حتمية الإدمان:

أ- **الوراثة:** أظهرت دراسات التوائم والأولاد بالتبني أن إمكانية الاستعداد الوراثي بشكل عام ضعيفة في الإدمان، والهشاشة البيولوجية التي كشفتها الدراسات الوراثة قد تمثل استعداد غير مباشر لاستعمال الإدمان عند المراهق.²

ب- **الاتجاه العصبي البيولوجي:** المواد المنشطة نفسيا تؤدي إلى أحاسيس وتغيرات في النشاط الذهني والسلوكي للمستهلك لأنها تؤثر في الدماغ. الاختلالات المتكررة المرتبطة بالسلوكيات الإدمانية تمس أساسا نظام التعويض أو ما يسمى نظام اللذة والألم منذ سن مبكرة وحسب تجارب مقدمة هذا النظام سوف يلعب دور في تسيير الانفعالات والمخدرات تؤثر في هذا النظام، وهكذا الاستهلاك المزمن للمخدرات يؤدي إلى تنشيط غير عادي ومتكرر لنظام اللذة والألم.³

هناك من يفسره أنه نتيجة وجود نوعين من المستقبلات في جدار الخلية مستقبلات دوائية تتفاعل مع العقار وتؤدي إلى مفعوله الدوائي ومستقبلات ساكنة لا تتفاعل مع العقار، ويؤدي تناول العقار بصفة مستمرة إلى تنشيطها وتتحول إلى مستقبلات دوائية مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى مستقبلات متزايدة من العقار وعند الإقلاع المفاجئ تنشيط المستقبلات الزائدة وتؤدي إلى ظواهر غير طبيعية مثل الأرق والهلوسة.⁴

¹. مكتب الإنماء الاجتماعي: المرجع السابق، 2000.

². هنري شابرول: الإدمان في سن المراهقة، ترجمة فؤاد شاهين، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 2001، ص 93.

³. Isabelle Varescon: **les addiction comportementales**, Paris, 2007, p 165.

⁴. فايد حسن، سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، 1994، ص 128.

6- أسباب الإدمان على المخدرات

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

1.6. العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل

أ. تركيب العقار وخواصه الكيميائية

لكل مادة من المواد الموجودة في الطبيعة تركيب خاص بها، وإن كانت بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها. ولدى تناول أي عقار يطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار، فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية يكون العقار غير فعال، أما إن تطابقت فيكون العقار فعالا، وعليه فإن أحد العوامل الهامة المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي، وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية.¹

لذلك نجد أن تفاعل الجسم مع أي عقار وبالتالي الإدمان عليه، يختلف من عقار إلى آخر، فالمنومات مثلا يدمن المرء عليها بعد استعمالها بنظام لمدة شهر تقريبا، بينما يدمن على الهيروين بعد ثلاث حقن في ثلاثة أيام متتالية، في حين لا يدمن المرء على الخمر إلا بعد تناوله بشكل مستمر حوالي 10 سنوات.

ب. طريقة استعمال العقار:

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

¹. عرموش هاني: المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، بيروت، لبنان، 1993، ص 298.

1. التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر وسائل الاستعمال تأثيرا وإحداثا للإدمان.

2. التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم).

3. التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).

4. التعاطي عن طريق التدخين، وهو الأقل خطورة في إحداث الإدمان.

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

ج. سهولة الحصول على العقار

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

أما إذا توفر الخمر في المنزل ، وبين أيدي أفراد الأسرة جميعا، بحيث يستطيعون استهلاك الكمية التي يرغبون بها دون رقيب أو مسائلة، فإن تعاطي هذا الخمر، وتكرار ذلك يكون ميسورا وسهلا، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه كبيرا، وما ينطبق على الخمر في مثالنا ينطبق على أي مخدر ومهما كان نوعه.¹

د. نظرة المجتمع للعقار

يتأثر مقدار توفر العقار واستعماله وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرة المجتمع لذلك العقار. ففي الغرب مثلا لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمر أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب، لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلا لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه.²

¹. دردار فتحي: الإدمان (المخدرات - الخمر - التدخين)، 2000، ص 12.

2.6. العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه

العاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقاً من سنوات عمره الأولى ستتدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواماً أساسياً لقوى المركبات التي تساهم في بنيته النفسية وبالتالي في شخصيته، وتأطير سلوكه بعد ذلك نحو السواء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

أ. العوامل الوراثية

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

ب. شخصية المدمن

يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها، ويرجع العلماء فشل الإنسان وفشل المجتمع كله إلى وجود خلل واضطراب في بنية المجتمع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والتعليمية، وهذا الفشل وخاصة عند الشباب يسبب شعوراً بالعجز والسخط والتوتر والقلق والألم والانتقاص من قيمة وقدر الإنسان، مما يدفع المرء إلى السخط على مجتمعه، والتمرد عليه وعلى مبادئه، وهكذا يلجأ الفرد أو المجموعة إلى الأساليب التي تخفف عنهم شعورهم بالاضطهاد والدونية، وقد قام بعض العلماء بمراقبة ودراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة ولمدة سنوات تالية، وأجروا تحاليل نفسية ودراسات مستفيضة لكل تلك الحالات، وخرجوا منها بعدة آراء

معقدة، وصنفوا شخصية المدمن بعدة تصنيفات، نذكر منها كمثال تصنيف كيسيل ووالتون (Kessel and Walton) الذي قسم شخصية المدمن إلى عدة أصناف هي:¹

- **مدمن أناني:** وهو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير، وهذا يلجأ إلى المخدرات للتعويض عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

- **مدمن ناقص النضج:** وهو شخص اتكالي يعتمد على الآخرين ولا يستطيع الاعتماد على نفسه، وتحمل أعباء الحياة، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.

- **مدمن غير ناضج جنسيا:** كالشخص المصاب بضعف المقدرة الجنسية، أو كحالة الخجل الشديد من ممارسة الجنس، أو وجود ميل إلى الشذوذ الجنسي، أو لأسباب جنسية أخرى أكثر تعقيدا.

- **مدمن دائم التوتر والقلق:** وهذا الصنف يلجأ إلى المخدرات لتجاوز حالة القلق والتوتر التي يعاني منها.

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

3.6

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

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

1. **الظروف الأسرية:** حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهاماتها في إقبال الشباب على تعاطي المخدرات بجملة من العوامل الأسرية منها

¹. عرموش هاني: المرجع السابق، ص ص 300-301.

علاقة الآباء بالأبناء، حيث أشارت دراسة (D.G.Hunt) إلى أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التفكك فإن احتمال تعاطي الأبناء للمخدرات يزداد، وإذا كان يغلب عليها روح التسلط كان الإقبال على التعاطي متوسطاً، أما إذا كانت العلاقة ديمقراطية فإن الإقبال يكون ضئيلاً.¹

2. الفشل الدراسي:

يعتبر الفشل الدراسي من أهم الأسباب التي تدعم سير المراهقين والشباب تجاه أبواب الانحراف، وأهمها تعاطي المخدرات، لما يلحقه بالشباب من آثار نفسية وإحساس بالفشل وانعدام القيمة، خاصة إذا صاحبه ضغط الأولياء، وتقييماتهم السلبية للشخصية، قياساً على الإخفاق المدرسي، الذي تكبده الابن، وهو الأمر الذي ينفره من البيت بحثاً عن سند اجتماعي يجده في رفقاء قد يشجعونه على إتيان نشاطات منحرفة كالتعاطي مثلاً.²

3. الأصدقاء والأقران:

يسبب أحياناً العجز عن إقامة علاقات حميمة داخل الأسرة لجوء المراهقون والشباب إلى توطيد علاقات خارج الأسرة، مع أقرانهم، وفي حالة ما إذا كان هؤلاء الأقران سيئون أو منحرفون، فإن نصيباً من هذا الانحراف سيبلون به عاجلاً أم آجلاً.

وتسري العدوى في تعاطي المخدرات بين رفقاء السوء، إذا كان فكرهم خالياً من الإيمان بالله والخلق السليم، وضغوط الجماعة وتأثير الشباب بعضهم ببعض.³

فيعتبر الأقران من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوك المراهقين والشباب، وفي ما يخص التعاطي فإن المتعاطي لأول مرة، عادة ما يتعرف ويحصل على المادة المخدرة من أقرانه، فيقبل عليها سريعاً تأسياً بأصدقائه وبتشجيع منهم.

¹.سويف مصطفى: المرجع السابق، ص ص 75-76.

². درويش زين العابدين: المرجع السابق، ص 266.

³. متولي فؤاد بسيوني: التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، ص: 21.

7. أنماط المستهلكين للمخدرات

1.7. المستهلك المجرب

عادة ما يتم تعليم الأطفال والمراهقين على عدم قبول الألم، ويتم تعليمهم على تخفيض ضيقهم من خلال أخذ مواد مختلفة (دواء، دخان، أو كحول)، وهكذا تكون التجربة الأولى للتعاطي مقدمة من طرف الراشد (حفلة أو ظرف اجتماعي محدد) تجربة الماريخوانا تكون مع جماعة الأصدقاء أو الإخوة الأكبر سنا حيث هذا الأخير يريد أن يعرف الطفل على تجربة يراها هو جيدة. هذه التجربة تعتبر كطقس للانتقال للفعل وتسمح بالتقمص في مجموعة، وهنا بهذه التجربة يستخرج المراهق إحساس جيد ورائع يحفزه على المعاودة، إن هذا النوع من الاستعمال نجده عند المراهقين الصغار ونموذج الاستهلاك يكون بكميات صغيرة ومحدودة في الزمن.

2.7. المستهلك الاستجابي

في هذا النموذج الفرد لا يستهلك للحصول على إحساس جيد وإنما للهروب من وضعية غير مريحة. هنا تصبح المخدرات وسيلة لتخفيض الضيق والاكنتاب ويحاول بذلك المراهق تغيير مزاجه، فهم الوضعية وحل المشاكل التي يواجهها.

إن الوضعيات القادرة على إثارة الاستجابة هي متعددة: صراعات عائلية، طلاق، فشل مدرسي، تفكك عائلي مع الشعور بالذنب، فقدان أحد الوالدين أو صديق، حزن وانعزال. كل هاته الوضعيات تولد عند المراهق حزن شديد وتنمي مخاطر الاستهلاك، أن المراهق المعاق ذهنيا أو جسميا يمثل نمط خاص من المستهلكين الاستجابيين، صعوبات التكيف الاجتماعي والقبول، واكتساب الاستقلالية والفشل الأكاديمي كلها عوامل تدفع على استهلاك المخدرات.

3.7. المستهلك العرضي

هي مجموعة فرعية من الاستجابي، لا ينتشر هذا النوع كثيرا لكنه مهم بسبب التعقيدات التي يمكن أن يحصل عليها المراهق على المستوى العلاجي، حيث يعاني هذا

الأخير من اضطرابات بسيكاتييرية (حصر، اكتئاب...) ويمكن أن يبحث في المخدرات عن وسيلة علاجية: فالمؤثرات لهذه المواد تحسن إمكانيته ومهاراته.

وعلى العموم يتميز المستهلك الاستجابي بدافع واضح للاستهلاك ويبحث غير نافع للحلول في مواجهة الصعوبات. يكون هذا النوع في بداية ووسط المراهقة ويكون استعماله أكثر انتظاما وامتدادا والنوعية المستهلكة تكون متغيرة.

4.7. المستهلك الطبيعي

بعض المراهقين يتطورون نحو استعمال أكثر نظامي وممتد للمخدرات استهلاك لمدة طويلة ويكون الاستهلاك هنا كنموذج للحياة.

هذه المجموعة يتم التعرف عليها بسهولة لأنها تمثل عموما الصورة التي يحملها المجتمع عن المراهق المتعاطي للمخدرات.

– حزن سيكولوجي، اكتئاب وحصر.

– تقدير ضعيف للذات.

– محيط عائلي مختل التنظيم: إيمان أحد الوالدين، جمود عاطفي، جمود في القيم العائلية.

– عزل وعدم استقرار الروابط العاطفية.

مركز اهتمام هؤلاء المراهقين مختلف (تغيير الأصدقاء)، انخفاض التحصيل الدراسي (غيابات متكررة، فشل، صراعات...)، مواجهة المحكمة بسبب جنح ارتكبوها (سرقة، دعارة...)، ويقدم هؤلاء المراهقون أعراض جسمية للتبعية ويتعلق الأمر هنا بمجموعة تواصل استهلاكها حتى في سن الرشد.

وعلى العموم، هذا النوع نجده في كل المراحل وخصوصا وسط ونهاية المراهقة، الكمية ترفع مع الوقت ومع استهلاك متنوع ومتعدد، يقدم هذا النوع خلل لتوظيف سيكو اجتماعي معقد:

المجرب	الاستجابي	الطبيعي
<ul style="list-style-type: none"> - محاولة مع الأصدقاء أو الإخوة الأكبر سنا. - استعمال متفرق وبكميات قليلة. - الحصول على إحساس جيد. - توظيف اجتماعي ومدرسي وعائلي ملائم. 	<ul style="list-style-type: none"> - استهلاك لتجنب حقيقة وألم. - يمكن التنوع في استعمال المخدرات - النشوة يحصل عليها بسهولة. - اختيار الأصدقاء حسب الأهمية والمشاكل المشتركة. 	<ul style="list-style-type: none"> - تعدد الإدمان على المخدرات. - الاستعمال أكثر انتظاما. - تبعية جسمية أو سيكولوجية. - خلل التوظيف العائلي والمدرسي. - صراعات مع القانون (سرقة ودعارة).

الجدول رقم (01): يلخص أنواع المستهلكين وسماتهم¹

¹. اومليلي حميد: أثر الاحداث الصدمية داخل الاسرة في ظهور الادمان على المخدرات عند المراهق، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2010-2011، ص 88-90.

8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين

تجربة استهلاك المخدرات والكحول نجدها كثيرا في أوساط المراهقين، وأنها تكون واحدة من طقوس الانتقال إلى الفعل في هذه المرحلة على المستوى النفسي.

المراهقة هي مرحلة انجراحية وهذا ما يؤدي إلى استعمال المخدرات في بداية المراهقة والمتعلقة في الرغبة إلى الاستقلالية، يبحث خارج محيطه العائلي على قيم أصلية وليس بالضرورة مطابقة مع تلك التي عند الوالدين، فهو لا يبحث عن الرضا الاجتماعي أو الوالدي لكنه يحاول التقمص بمجموعة الأصدقاء الذي يمكنهم أن يمنحوه تجارب جديدة.

الاندفاعية القوية وعدم التقدير الجيد للمخاطر قادرة على تغيير اختياره، وليست مجموعة الأصدقاء هي المسؤولة وحدها عن استعمال وتناول المخدرات. فالمراهقين يحتمون أولا لأنهم يتشاركون في مميزات واهتمامات. في وسط المراهقة المراهق يبحث عن السرية والحميمية فهو يستدخل تجاربه ويبحث عن الدعم من طرف أصدقاء مقربين.

في هذا الإطار، تراكم الضغط أو التجارب الصعبة يمكن أن تثبط قدرات التكيف عند المراهق ما يؤدي به إلى اختيار حلول: استعمال المخدرات، الهرب، محاولة الانتحار، والتي تكون طريقة لقطع مجال حياة حكم عليها أنها غير مقبولة.

في نهاية المراهقة يكون المراهق قد كسب استقلاليته وجزءا من الهوية التي ستسمح له بوضع قيمه الخاصة، وربط علاقات عاطفية دائمة.

إن نوعية تجاربه السابقة وقدرته على مواجهة الإحباط، ودعم محيطه هي عوامل محددة في استمرار أو توقف استهلاك المخدرات في هذه المرحلة.

هاته الانجراحية في مرحلة المراهقة لا يمكن أن تنفصل عن التطور السيكولوجاني، المحيط والمشاكل الخاصة بكل واحد، المحيط الأسري الذي يدعم المرونة والتفهم الأساسيين في المراهقة يؤدي تضيق مجال السلوك وبالعكس، الفقر، الانفجار العائلي وبالخصوص الديناميكية العائلية المتوترة هي عوامل مرتبطة باستهلاك المخدرات.¹

¹. Girard Michel: **Consommation et abus de drogues chez les adolescents**. In PRISM : Ecole et santé mentale. vol.7, n 3-4.Hôpital sainte Justine, 1997, P : 549.

وبالنسبة لعلم النفس فان تعاطي المخدرات والكحول ليس جنوحا بل اضطراب خاص بالمرهقين يستدعي المساعدة والعلاج بدلا من القمع والعقاب ... كما تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات قديمة بالنسبة للمجتمعات ولكن خطورتها تتجدد خاصة مع المخدرات الاصطناعية، والشيء المخيف هو أن عدد من الأطفال يستعملون المحاليل واللصاق واستنشاق دخان السيارات.¹

يبدو إدمان المراهق وكأنه الطريق النهائي المشترك الذي يدمج عوامل متعددة نفسية دافعية، اجتماعية وبيولوجية تتدخل في تشكيل خاص في كل حالة.

يشارك في هذه الحتميات تواطؤ الماضي والحاضر وحقائق داخلية وخارجية معينة، إن المآزم النفسية الداخلية والعقلانية الحالية للمراهق ولوالديه تكمل صراعات الطفولة الأولى، إن صدمات الحاضر تكرر صدمات الماضي. والأحداث الخارجية تؤكد المخاوف الداخلية بالنبذ والهجر الإغراء أو التدمير تحالف كارثي بين الهوام والواقع. وهكذا فالحدث السيء الذي يضرب الوالدين يبدو أنه سيستحضر جبروت الرغبات المعادية للمراهق، بينما طلاق الوالدين أو العنف الجنسي قد يمثلان تحقيقا للهوامات الأوديبية.

تنتج العملية الإدمانية عن تنشيط دينامية مرضية معينة مطبوعة بعلاقات سببية دائرية حيث يتفاقم تعاطي المخدرات بنتائجه النفسانية والعائلية والاجتماعية للانحباس التدريجي في الإدمان تساهم عوامل نفسانية معينة حيث تنتظم النفسية حول العلاقة الجديدة بالموضوع الكاذب الذي هو المخدر، وعوامل عائلية حيث تصبح التصرفات الإدمانية نقطة تثبيت النزاعات العائلية، وعوامل اجتماعية حيث يلعب منطق القطع والتهميش.

يساهم تفاعل هذه العوامل بضبط التطور وتنشيطه تحت تأثير نظام تقوية يزداد صلابة ومن الصعب تعيّنته.²

¹. معتصم بدره ميموني: الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، 2005، ص 262.

². هنري شابربول: المرجع السابق، ترجمة فؤاد شاهين، 2001، ص 94-95.

9. الوقاية والعلاج

1.9. مستويات الوقاية: تعرف الوقاية على أنها مجموعة الإجراءات المأخوذة بها لتفادي أو منع وقوع حدث ما.

هناك ثلاث مستويات للوقاية كما ذكرها "أريف وأسترماير" Arif et Westermeyer

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

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

ج. المستوى الثالث: تهدف الوقاية هنا إلى كالتخفيف من مخاطر الإدمان كمحاولة المعالجة الطبية، ويتم ذلك بإزالة السموم التي تعاطاها والتي تلوث دمه والمعالجة النفسية عن طريق تقوية قدرات الفرد السيكولوجية، واكتسابه لمهارات تساعد على مواجهة المشاكل ومقاومتها، والعلاج الاجتماعي لمحاولة دمج وتكييفه مع المحيط الذي يعيش فيه.¹

2.9. العلاج الإدماني

إن مشكلة الإدمان عميقة الجذور بعيدة الغور، ولا يكفي فيها بيان أضرار المخدرات ومساوئها، ولأن مدمن المخدرات يعلم في الغالب هذه الأضرار ورغم هذا يقدم عليها.²

ولا توجد طريقة مثلى لعلاج إدمان المخدرات، بل هناك طرق تعطي نتائج أفضل من بعض الطرق الأخرى، وحتى هذه الطرق نفسها قد تصلح في مكان ما "مجتمع ما" ولا تصلح في مكان أو مجتمع آخر، لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والفردية في الواقع

¹. شناف خيرة: دور الجامعة في وقاية الشباب من المخدرات بين التحسيس والمشاركة في المجتمع الجزائري، مخبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، 2005، ص 284.

². عباس محمد: المخدرات والادمان، المواجهة والتحدي، القاهرة، 1989، ص 134.

هي التي تحدد الطريقة المثلى، أو الطريقة المناسبة والناجحة لعلاج الإدمان، ولا يمكن وصفها والحكم عليها إلى بعد تجربتها ميدانيا وواقعا. ومن ثم فالأجدي في هذه الحالة هو التجربة والدراسة الميدانية لكثير من الطرق، حتى يمكن اعتماد طريقة صحيحة ومناسبة لمجتمع معين، ولكل حالة فردية من المدمنين داخل المجتمع الواحد.¹ وقد حدد خبراء منظمة الصحة العالمية مراحل علاج الإدمان كالآتي:

المرحلة الأولى:

وتسمى المرحلة المبكرة في العلاج، وهي تتطلب رغبة صادقة من جانب المدمن في العلاج، وبالتالي الدخول في مرحلة كفاح صعب وصراع قاس بين احتياجه الشديد للمخدر من جانب، وعزمه الأكيد على عدم تعاطيه واستعداده التلقائي لقبول مساعدة فريق العلاج من جانب آخر.

ويجب على فريق العلاج في هذه المرحلة أن يواجه مشكلات المدمن جنبا إلى جنب مع علاج إدمانه، وإذا لم يستطع الفريق العلاجي أن يحل مشكلات المدمن فإن عودته إلى تعاطي المخدر أمر وارد، وفي ذلك إهدار للطاقات والإمكانات.

المرحلة المتوسطة:

إذا نجح العلاج في مرحلته الأولى فإن المدمن يتخلص من التسمم الناتج عن تعاطي المخدرات، ويشعر المدمن أنه في حالة طيبة، وهذه الحالة قد تستمر بضع ساعات أو أيام أو أسابيع، ثم تظهر بعض المشكلات، حيث تتناوب المدمن حالة من النوم لفترات طويلة، ونقصان الوزن، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة ضربات القلب، وتستمر هذه الأعراض لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة، ثم تعود بعد ذلك أجهزة البدن إلى مستوياتها العادية.

وفي هذه الفترة يجب تشجيع المدمن على عدم العودة للتعاطي، ويكون ذلك بالاستعانة بمجموعة من الأشخاص الذين تم شفائهم نهائيا من الإدمان، على أن يكونوا

¹. طالب حسن: علاج المدمنين على المخدرات، المجلة العربية للدراسات الامنية، عدد 17، المركز العربي للدراسات الامنية، 1994، ص 182.

من نفس فئته العمرية كما يمكن الاستعانة بأقاربه وأصدقائه الحائزين على ثقته، بالإضافة إلى الأطباء الذين يتولون علاج ما يظهر عليه من أعراض جسمية أو نفسية.

المرحلة الثالثة:

ويطلق عليها مرحلة الاستقرار حيث يصبح الشخص الذي عولج في غير حاجة إلى خدمات أو مساعدة. وينصح خبراء منظمة الصحة العالمية أن يكون الأشخاص في هذه المرحلة جمعيات لتقديم العون لمدمني المخدرات، وذلك بتشجيعهم على التقدم للعلاج وتذليل ما يعترضهم من صعوبات وعقبات، والوقوف بجوارهم في المرحلة المتوسطة حتى يكتمل الشفاء، بالإضافة إلى أن وجودهم في هذه الجمعيات يشد من أزرهم ويزيد من تصميمهم على عدم العودة إلى أسر الإدمان.

ويجب أن يسير علاج المدمنين جنباً إلى جنب مع تأهيلهم نفسياً واجتماعياً، والتأهيل النفسي يكون بفحص قدرات ووظائف ومهارات المدمن ورفع مستواها بالتدريب وتأهيله لاستخدامها في العمل الذي يتناسب معها، والتأهيل الاجتماعي يكون بتشجيع الاتجاهات والقيم الاجتماعية البناءة، وتنمية الهوايات المفيدة، والتشجيع على ممارسة الألعاب الرياضية، واستغلال وقت الفراغ فيما يفيد.¹

إن وضع خطة لتوجيه الجهود العلاجية سوف يقتضي في أحد أجزائه التنبيه إلى أن علاج المدمنين من أمراضهم، ومشكلاتهم يتطلب أن يحتوي العلاج على جوانب طبية، ولكن هذا وحده لا يكفي، ولا بد من استكمال جوانب أخرى نفسية، ونفسية اجتماعية، وهذه الجوانب الأخيرة على درجة من الأهمية لا تقل عن كثرة الانتكاسات بين حالات المدمنين بعد تلقيهم العلاج الطبي اللازم.²

علاج الإدمان بصورة عامة يركز على ثلاثة محاور أساسية هي: العلاج الطبي، والعلاج النفسي، والعلاج الاجتماعي.

¹. عيد محمد فتحي: مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات، المجلة العربية للدراسات الأمنية، العدد 10، الرياض، 1990، ص 115-116.

². سويف مصطفى: مشكلة المخدرات بنظرة علمية، مجلة الامن والقانون، عدد1، كلية شرطة دبي، 1993، ص 110-111.

1. العلاج الطبي للإدمان

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

أهداف العلاج الطبي للإدمان:

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

2. العلاج النفسي للإدمان:

يعد العلاج النفسي مرحلة مهمة في علاج المدمن، بل إنها لا تقل أهمية عن المرحلة الحرجة التي يتم التركيز فيها على علاج المدمن بيولوجيا بالأدوية والعقاقير، أو بمعنى آخر تخليصه من الآثار الجسمية للإدمان والتي قد تستغرق ثلاثة أسابيع، في حين تبقى مرحلة الحنين النفسي للمواد المخدرة. وهنا يأتي دور العلاج النفسي والذي يهدف

¹. طالب حسن: المرجع السابق، 1994، ص 182-183.

أساسا - وبصورة عامة مختصرة- إلى إعادة الثقة بالنفس لدى الفرد المدمن، وكذلك إلى إعادة الاعتبار إلى شخصيته وذاتيته كشخص، وكفرد ومنتج في المجتمع المنتمي إليه.

ومن المفيد في العلاج النفسي أن يشعر المدمن أنه يشارك في وضع العلاج المناسب له وأنه جزء أساسي من العلاج ككل، أي أنه طرف أساسي في العملية العلاجية، يشارك في وضع العلاج والخطة العلاجية بصورة إرادية، وأن العلاج يتم برغبته هو وليس مفروضا عليه، وإذا لم يشعر المدمن بأنه طرف في العلاج فإنه لن يستقبله، وبذلك يكون الاحتمال الكبير هو الفشل.¹

3. العلاج الاجتماعي:

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

10. حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر

حوالي نصف التلاميذ في الثانويات الجزائرية استخدموا المخدرات حسب ما كشفته دراسة للديوان الجزائري لمكافحة الإدمان على المخدرات. ومن بين هؤلاء الشباب الذين يتعاطون المخدرات 8% منهم فتيات، وتمثل الفتيات 1.3% من المتعاطين للمخدرات من الطلبة الجامعيين.

وارتفع عدد المراهقين الذين يتعاطون المخدرات من 35% إلى 45% في 2008 حسب ما كشفت عنه دراسة 8 فيفري 2010.

ويبقى الحشيش المخدر الأكثر شعبية في صفوف الشباب حيث زعم 71% من المستجوبين في الدراسة أنهم استعملوه، و 10% منهم استعملوا المواد المستنشقة كالصمغ والبنزين ومخففات الطلاء، أو المواد المذيبة، فيما استخدم 6% من المستجوبين الحبوب

¹. غباري محمد سلامة: الإدمان - أسبابه، نتائجه، علاجه- المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1991، ص 89-90.

المهلوسة من عقار LSD. ومن بين الشباب الذين شملتهم الدراسة، 35% قالوا أنهم استهلكوا المخدرات بدافع الفضول والمتعة.

وأكد السيد عبد المالك سايح أثناء تطرقه إلى شبكات تهريب المخدرات في الجزائر وأفريقيا أن البلاد تواجه مجموعة عوامل تسهل انتشار الظاهرة كذلك من الواجب التعاون للتصدي لها نظرا لعلاقتها الوطيدة بالجرائم الأخرى. وأنه تم حجز 16.5 طن من القنب الهندي في الجزائر سنة 2007 وحوالي 5 أطنان سنة 2005 مشيرا إلى أن الزيادة تبرز أن البلاد تواجه مشكلة كبيرة، بالنسبة لمناطق البلاد التي يزداد فيها تهريب المخدرات، كما أكد أن 50% من عمليات التهريب تجري في المناطق الغربية للبلاد، مؤكدا أن الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 25 سنة يمثلون 43.5% من مستهلكي المخدرات بينما تمثل الفئة التي تتراوح أعمارهم بين 25 و 35 سنة بـ 38%.

ويشير تقرير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات أن الوضع في تزايد يندرج بكارثة وشيكة، حيث قدر هذا التقرير كمية القنب الهندي التي تم حجزها من قبل وحدات الدرك الوطني والشرطة، ومصالح الجمارك ما بين 1992 و 2004 هي (63 طنا)، منها أكثر من (20 طنا)، حجزت ما بين 2003 و 2004، فيما تم حجز أكثر من كيلوغرام ونصف من الكوكايين والهيروين والأفيون خلال (12 سنة الماضية). وبخصوص الأقراص فقدّر التقرير الكمية المحجوزة بـ 800 ألف قرص، وأحصى التقرير ذاته عدد القضايا المرتبطة بهذه الآفة خلال الفترة ذاتها إلى أزيد من 86 ألف قضية، وتعد الفئة العمرية ما بين (15 و 25) سنة أكثر الفئات المتورطة في (38 ألف قضية)، تليها فئة ما بين (25 و 35) سنة بـ (32489) قضية منها (5167) قضية خلال عام 2004. ويتضح من هذه الإحصائيات مدى ما أصبح عليه الوضع، والذي مس بشكل خاص فئة الشباب، فأودى بهم إلى سبل الإجرام والتورط في قضايا جنائية، في الوقت الذي ينتظر منهم بناء وتشبيد الوطن، ورفع صرح المجتمع وإقامة ركائزه على القيم الأخلاقية والقانونية.

إضافة إلى هذه الحقائق المصرح بها من جهات رسمية، كشف تقرير ميداني للمؤسسة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي في الجزائر، أن ظاهرة التعاطي لم

تعد مقتصرة على فئة الذكور، بل تعدتهم إلى فئة الإناث، خاصة في الأوساط الجامعية، ففي دراسة ميدانية أجرتها هذه المؤسسة على عينة مقدره بـ: (1110) من الطالبات المقيمات في الأحياء الجامعية بالعاصمة، تؤكد أن (22%) ممن شملتهن الدراسة يتناولن المخدرات يوميا، بصورة منتظمة، ويأتي القنب الهندي على رأس أنواع المخدرات المنتشرة بين الطالبات بنسبة (68%) ، وتليه الأقرص مثل الفاليوم ولارتان بنسبة (17%) ، أما المخدرات المصنعة قوية بنسبة (5%) ، وفي تقرير لذات المؤسسة نشر سنة (2003) تبين أن (34%) من تلاميذ الثانويات بالعاصمة يستهلكون المخدرات، وأن (28%) منهم إناث.¹

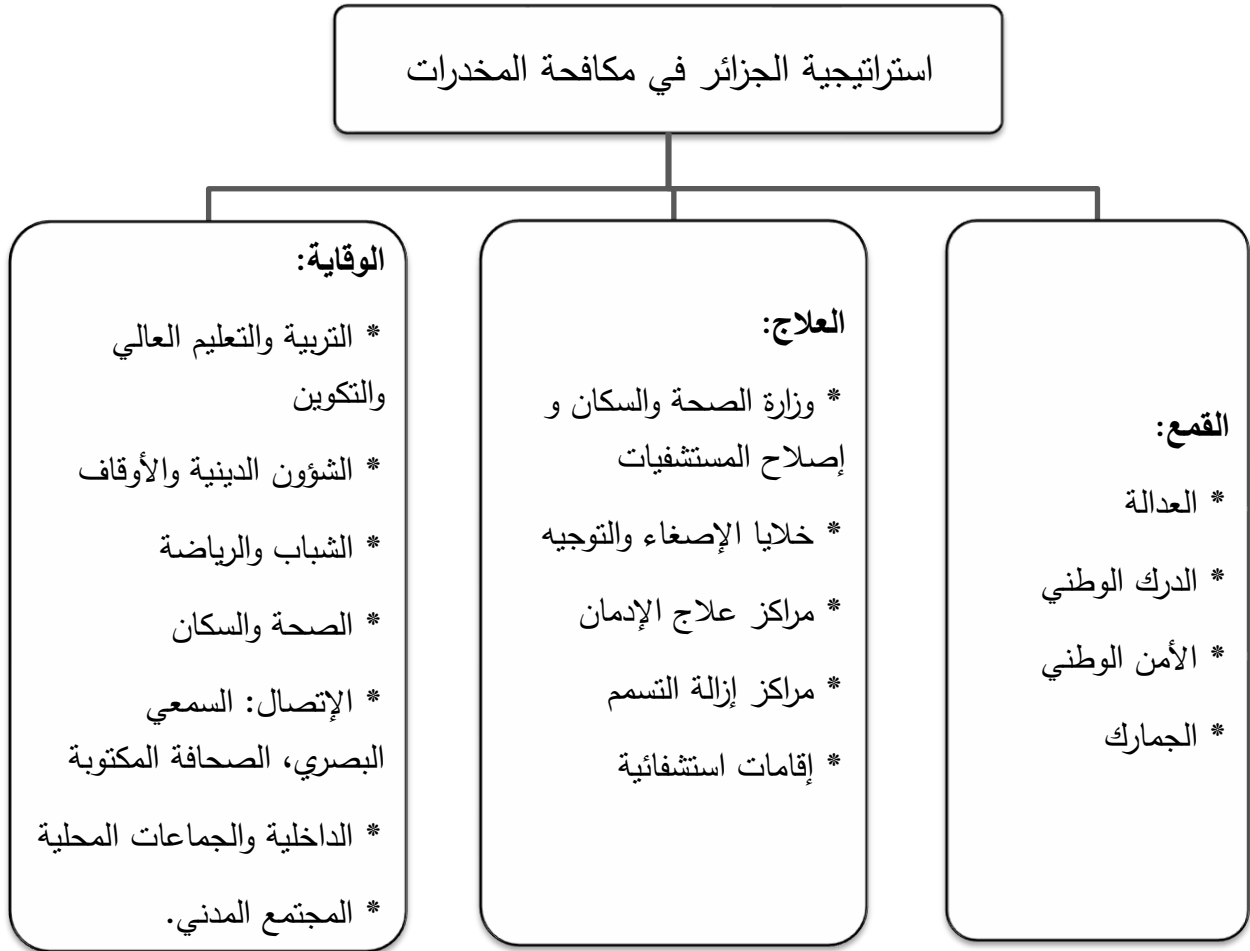
التشريع الجزائري فيما يخص المخدرات:

أصدر التشريع الجزائري قانونا خاصا بالمخدرات أهم مميزاته هي:

- يعطي تعريفا دقيقا للمصطلحات الأساسية المتعلقة بالمخدرات وبالمؤثرات العقلية.
- يأخذ بعين الاعتبار المتطلبات الجديدة الناجمة عن تطور ظاهرة المخدرات.
- يتماشى مع التشريع الدولي.
- يفرق بين الضحية والمجرم.
- يمنح القاضي إمكانية الأمر بالعلاج.
- يلغي المتابعات القضائية ضد الأشخاص الذين يخضعون للعلاج.
- يشدد العقوبات بشكل عام لاسيما بالنسبة لمن يبيع المخدرات للأحداث أو قرب المؤسسات التعليمية والتكوينية.
- يوسع العقوبات للأشخاص المعنوية.
- يمدد مدة الحجز تحت النظر 48 ساعة ثلاث مرات، بعد موافقة وكيل الجمهورية.

¹. ساسي سفيان: الجزائر والمخدرات، المجلة الالكترونية الحوار المتمدن، عدد 1027 (اطلاع مباشر)،
<http://www.rezgar.com//debat/show.art.aspt=0&aid=27036> . ص: 3-4.

- تمنح صفة ضابط الشرطة القضائية لمفتشي الصيدليات والمهندسين والفلاحين.¹



الشكل رقم (2): يوضح السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.²

¹. صقر نبيل: جرائم المخدرات في التشريع الجزائري، موسوعة الفكر القانوني، دار الهدى، عين ميلة، الجزائر، 2006، ص 93.

². صالح عبد النور: سياسة الجزائر في مكافحة المخدرات والإدمان عليها، ملتقيات تكوين الإطفاء في مشروع Mednet، الجزائر، 2008، ص 26-29.

الفصل الثالث: العلاج النفسي الجماعي

1. تعريف العلاج النفسي الجماعي.
2. النظريات المستخدمة للعلاج النفسي الجماعي.
3. الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.
4. الأساليب المختلفة للعلاج النفسي الجماعي.
5. ديناميات وفنيات العلاج النفسي الجماعي.
6. العلاج النفسي الجماعي للمدمنين.
7. خطوات إعداد البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات.

الفصل الثالث

العلاج النفسي الجماعي

1. تعريف العلاج النفسي الجماعي

تتعدد التعريفات التي تقدم لمفهوم العلاج النفسي الجماعي بتعدد النظريات النفسية والسلوكية، لأن لكل منهما منهجها الخاص وأصولها النظرية وأهدافها النوعية وطرقها المستخدمة في تنظيم تفاعل الجماعة وحركتها. ولقد استتبب الباحث جزءاً منها:

أ. العلاج النفسي الجماعي بإعتباره وسيلة لتعديل السلوك

1- تعريف عبد الستار ابراهيم وعبد الله عسكر

هو محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى، والتعديل في نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم من خلال وضعهم في جماعة، بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية.¹

2- تعريف كامبل (Campbell, R)

هو طريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية وعدم التوافق الاجتماعي، والحالات الذهانية وفيها لا يقل عدد الجماعة العلاجية عن اثنين، مع وجود معالج أو أكثر وتختلف تقنية هذا العلاج باختلاف المدارس النفسية، حيث تقسم كل مدرسة العلاج الجماعي حسب نظرياتها، لذا نجد العلاج النفسي الجماعي عند "سلانسون" ينقسم إلى:

- العلاج الجماعي النشط. Thérapie de groupe Active

- العلاج الجماعي التحليلي. Thérapie de groupe analytique

- العلاج الجماعي الموجه. Thérapie de groupe directive

ولكل من هذه الأنواع أساليبها وطرقها المختلفة.¹

¹. ابراهيم عبد الستار وعسكر عبد الله: علم النفس الإكلينيكي في الطب النفسي، ط4، الأنجلو مصرية، القاهرة، 2008، ص 329.

3- تعريف أحمد عزت راجح

العلاج الجماعي، علاج للحالات التي تعاني من سوء التوافق، وذلك في موقف جماعي يتيح لأفراد الجماعة فرص التفاعل والتأثير المتبادل بينهم وبين المشرف الذي يحرص على ألا يحتكر المناقشة، بل يشجعها، وهو ما يحدث بدوره تغييرا في سلوكهم وأعراضهم، بجانب نظرته للحياة، ولذا فهو يستخدم لعلاج الأطفال المشكلين، وبعض حالات الفطام، والاضطرابات الانفعالية والسيكوماتية، بقدر ما يستخدم لعلاج مشكلات الحياة العائلية والمهنية والجنسية والإدمان².

4- تعريف حامد زهران:

هو علاج عدد من المرضى ممن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا، وذلك بوضعهم في جماعات صغيرة تتيح لهم فرص التفاعل والتأثير المتبادل مع بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج -أو أكثر من معالج- مما يؤدي بدوره إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرته إلى الحياة، وتصحيح نظرته إلى أمراضهم³.

ب. العلاج النفسي الجماعي من حيث أنه تفاعل نفسي واجتماعي

1- تعريف لطفي فطيم:

هو علاج يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي تحمي أعضائها ويقودها قائد متمدرس، يهدف إلى إحداث تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة من خلال التفاعلات المحددة والمحكومة داخل الجماعة⁴.

¹. Campbell River : **Psychiatrique dictionnaire**, E6, Oxford université presse, 1989, p 602.

². راجح احمد عزت: أصول علم النفس، دار المعارف، الاسكندرية، ط11، 1987، ص 618.

³. زهران حامد عبد السلام: الصحة النفسية والعلاج النفسية، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 1978، ص 307.

⁴. فطيم لطفي: العلاج النفسي الجماعي، الأنجلو مصرية، القاهرة، 1994، ص 49.

2- تعريف محمد أحمد النابلسي:

هو طريقة علاجية نفسية يعتمد فيها المعالج إلى استخدام طرائق التفاعل بين أفراد الجماعة بهدف مساعدة أفرادها على تخطي صعوباتهم الانفعالية، والعلائقية¹.

3- تعريف محمود حمودة:

هو العلاج الذي يتم في إطار من المرضى يتراوح عددهم من (3-15) مريضاً، ممن يتشابهون في اضطراباتهم، بجانب معالج نفسي أو أكثر، يسمح التفاعل القائم بينهم في إحداث تغييرات في شخصياتهم، وذلك عن طريق تدعيم الأعضاء لبعضهم البعض².

4- تعريف فاخر عاقل:

هو اجتماع عدد من المرضى بجانب المعالج الذي يقوم بإدارة المناقشات، ويفترض هذا النوع من العلاج أن سماع المريض لمشكلات الآخرين، وكيفية معالجتها، تكون له آثار ايجابية على المريض³.

ج. العلاج النفسي الجماعي بوصفه بنية

1- تعريف حسين عبد القادر و آخرون

هو شكل من أشكال العلاج النفسي، يقوم على علاج المريض داخل جماعة، يختلف طول عدد أفرادها باختلاف المدرسة التي يتبعها المعالج، والهدف من العلاج، لكنه في كل الأحوال يستحيل أن يقل عن اثنين⁴.

¹. النابلسي محمد احمد: مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت، 1991، ص 177.

². حمودة محمود: النفس، أسرارها، وأمراضها، ط 2، مكتبة الفجالة، القاهرة، 1991، ص 534.

³. عاقل فاخر: معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، 1988، ص 167.

⁴. حسن عبد القادر محمد وآخرون: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت، 1993،

2- تعريف أحمد عكاشة

هو اجتماع عدد من المرضى، يتراوح عددهم ما بين (5-15) مريضاً في ظل وجود الطبيب الذي يقوم بمناقشة المشاكل والأمراض التي يعانها هؤلاء المرضى في هيئة جلسات جماعية بهدف الوصول إلى العلاج¹.

3- تعريف شيلدون كاشدان

يتضمن العلاج الجماعي تجمعاً من الأفراد يتراوح ما بين ستة أشخاص وثمانية يجتمعون مرة أو مرتين كل أسبوع في العادة لمدة تبلغ الساعة ونصف الساعة. والجماعة التي تتألف في العادة من الغرباء تلتقي بانتظام لمدة تتراوح ما بين ستة أشهر وسنة، ويمكن أن تتكون الجماعة من مجموعة فيها نسبة من المرضى (كجماعة من المدمنين أو الاكتئابيين) ويمكن أن تكون المجموعة غير متجانسة، وأن ذلك يتوقف على طبيعة المدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج، أو أن الدور الأكبر في التغيير يقع على عاتق الجماعة العلاجية وأن دور المعالج النفسي هو التيسير².

د. العلاج النفسي الجماعي بإعتباره أداة للتنفيس الانفعالي

1- تعريف عبد المنعم الحنفي

هو اجتماع من المرضى لا يقل عن اثنين، وذلك تحت إشراف المعالج، بحيث تؤدي العلاقة المشتركة بين المرضى والمعالج إلى تشكيل موقف جماعي حقيقي يسمح للمريض بسماع مشاكل الآخرين، وكيفية محاولتهم حلها، بقدر ما يعطيه مجالاً للتنفيس عن نفسه من قبيل ما يحدث في الدراما النفسية، حيث يقوم المرضى أنفسهم بتمثيل مشاكلهم درامياً على المسرح بحضور المعالج³.

¹. عكاشة أحمد: الطب النفسي المعاصر، الأنجلو مصرية، القاهرة، 1992، ص 225.

². شيلدون كاشدان: علم النفس الشواذ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، دار الشروق، بيروت ، ط2، 1984، ص 210.

³. حنفي عبد المنعم: المعجم الموسوعي للتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1995، ص 340.

2- تعريف كمال دسوقي

صورة من صور العلاج النفسي الذي يقوم فيه المعالج بعلاج عدة أشخاص في وقت واحد من خلال لقاءات جماعية، تتيح لهؤلاء الأشخاص الفرصة للتعبير عن مشكلاتهم ومصاعبهم، وذلك عبر المناقشات الجماعية التي يقوم فيها المعالج بدور القائد والتي تكون ذو آثار تصريفية وعلاجية على الفرد، ويتميز هذا النوع من العلاج والفاعلية، بقدر ما يتميز باقتصاده لوقت المعالج¹.

3- تعريف أسعد رزق

هو المعالجة الجماعية للاضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكولوجية من قبيل استخدام السيكدراما، والسوسيوجرام، القائمين على الارتجال الموجه للمشاهد، وغايته حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم في الحياة بغية مساعدتهم².

2. النظريات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي:

وسوف نقتصر حديثنا باستفاضة عن اتجاهين يمثل كل منهما تيارا نظريا لا يمكن إغفاله لكل من أراد التصدي للعلاج النفسي الجماعي أو حتى التعرف على أهم "المحطات" في علم النفس.

أ. نظرية التحليل النفسي:

حيث ينظر أصحاب نظريات هذا الاتجاه إلى السلوك والتفاعل بين أعضاء الجماعة في إطار الموضوعات المشتركة بين الأعضاء ويكون هذا الموضوع المشترك غالبا رباطا لا شعوريا بين أعضاء الجماعة يتضح في العلاقة بين الطرفين بين الجماعة

¹. دسوقي كمال: ذخيرة علوم النفس، ج1، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1988، ص 613.

². رزق أسعد: موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والبحوث، بيروت، 1987، ص 186.

والمعالج حيث تظهر عملية الطرح عن طريق تجنب ما قد يوحي بأن له سلطانا وهو يمارس الصمت ويشجع الجماعة على أن تتحمل مسئوليتها بنفسها.

ولذا فإن المعالج من هذا النوع قلما يتكلم، ومن النادر أن يوجه حديثه إلى عضو بعينه، وإذا ما تكلم فإنه يتناول الموضوعات اللاشعورية غير الظاهرة والتي تخص جميع أعضاء الجماعة ولا يكون كلامه استجابة للنقاش الدائر بينهم.

وعموما يفترض العلاج الجماعي الذي يستند إلى نظرية التحليل النفسي (بشقيها الكلاسيكي/الجديد) إلى حقيقة أن سلوك الأفراد في الجماعة هو سلوك ظاهري يخفي أشياء أعمق، كما أن السلوك الملاحظ بين الأعضاء هو تعبير عن ظاهرة الطرح وقد يرتبط بما يدور في لا شعوره، وأن الفرد لا يدرك حقيقة دوافعه، أما المعالج فهو وحده الذي يستطيع أن يميز هذه الدوافع ويستطيع بمهاراته أن يساعد أعضاء الجماعة على إدراكها، ويتطلب ذلك عادة تقصي تاريخ حياة الأفراد والأحداث التي مروا بها.¹

ب. النظرية السلوكية الكامنة وراء العلاج النفسي الجماعي:

من النظريات التي يمكن الاستفادة منها في عملية العلاج النفسي الجماعي النظرية السلوكية والتي ترى بأن السنوات الخمس الأولى من عمر الإنسان تؤثر في بقية مراحل العمرية، وأن علاقة الطفل بوالديه وخاصة والدته تؤدي إلى ارتباط شرطي وعلاقة دينامية، حيث أنهم يمثلون جماعة مستقلة لأن تلك العلاقة تهدف إلى تعديل سلوكيات الطفل، وهذا يدل على أن هناك عملية علاجية نفسية، يقوم بها الوالدين.

كما أن النظرية السلوكية ترى بأنه السلوك الإنساني نتيجة تفاعل مستمر ومتواصل بين الفرد وبيئته، لأن السلوك ليس شيئاً ثابتاً بل هو متغير، وهذا السلوك لا يحدث في

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص ص 90-91.

فراغ وإنما يحدث في بيئة اجتماعية، مما يعني بأن الجماعة تؤثر في سلوك الفرد، وأن هذا السلوك يؤثر في البيئة ويتأثر به.¹

إن العلاج السلوكي *Thérapie comportementale* ما هو إلا تطبيق فعال لمبادئ التعلم. ولهذا فقد نشأ العلاج السلوكي وتطور إلى مجموعة من القواعد المنظمة الصالحة للممارسة الإكلينيكية والتي ظهرت حديثاً لمواكبة ظهور نظريات التعليم والتشريط. ويرى " كيلارك " أن التعليم عند الإنسان يقوم على اكتساب عادات سلوكية من المجتمع المحيط به مما يساعده على التكيف مع البيئة، وأن هذه السلوكيات المكتسبة ترتبط ارتباطاً شرطياً بين المنبثات والاستجابات المقترنة بالتدعيم.²

ولذا فإنه للعلاج النفسي الجماعي تتلاقى من خلاله ثلاث أطراف نظرية هي:

1- نظرية التبادل الاجتماعي

والتي تفترض أنه حين يتفاعل الناس مع بعضهم البعض فإنهم يحاولون تنظيم الثواب الناتج عن التفاعل، وفي نفس الوقت تحجيم التكلفة أو العقوبات الشخصية الناتجة. وأن كل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة للآخرين. وأنه في العلاقات السيكولوجية الناتجة تكون التكلفة من القلة بحيث يمكن أن تركز التأثيرات الشخصية على المحافظة على الثواب الناتجة عن العلاقة.

2- نظريات التعلم الاجتماعي

وهي مزيج من الاشتراط الإجرائي والاشتراط الكلاسيكي ونظريات النمذجة. وهذا نظام يتيح للفرد مميزات خاصة إذا قام بأداء سلوكيات معينة بواسطة التقليد.

¹. الخطيب جمال: تعديل السلوك القوانين والإجراءات، ط2، الرياض، 1990، ص 20.

². النيل محمد السيد: علم النفس الاجتماعي - دراسات عربية و عالمية، دار النهضة العربية. 1985، ص ص 59-60.

3- نظرية الدور الاجتماعي : وهذه النظريات تعتمد على دراسة المتغيرات القابلة للملاحظة. والظواهر القابلة للقياس والتطبيق في عملية التقدير في الجماعات السلوكية ولذا فإننا في أي جماعة يتوقع أن يظهر الناس السلوك الذي يتفق مع مواقعهم الاجتماعية ومن ذلك أدوار القائد /المريض /الرفيق/ كبش الفداء /الطفل المدلل ... الخ. وهنا ينتج الصراع الاجتماعي حين يحاول عضو من الأعضاء نبذ الدور أو الأدوار التي من المفترض أن يقوم بها من قبل الآخرين أو من خلال إدراكاتهم الذاتية. كما ينشب الصراع -أيضا- من خلال مبالغة عضو في سلوك الدور كأن يعوق قائد الجماعة عملية التفاعل.¹

3. الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية واجتماعية رئيسية، لا بد من مراعاتها لتقويم سلوك المريض في العملية العلاجية منها:

- أن هناك احتياجات نفسية واجتماعية أساسية لكل إنسان ينبغي إشباعها كالحاجة للأمن والتقدير والشعور بالانتماء، والحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهم وكذلك الحاجة للنصح والتوجيه، وغير ذلك من الأمور التي تتيح للفرد الاستقرار النفسي.²
- أن الحياة الاجتماعية العصرية تعتمد بشكل كلي على العمل في جماعات، من أجل أن يحظى الفرد بحياة كريمة ومنتجة تجعله قادراً على إقامة علاقات إنسانية ذات فعالية، فيصبح عضواً فعالاً ومصدراً من مصادر العلاج.
- أن المعايير الاجتماعية السائدة في كل مجتمع تقتضي تحديد الأدوار الاجتماعية حتى يشعر الفرد بالانتماء والتفاعل مع الجماعة، لأن مجرد وجود الآخرين يساعد الفرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية.¹

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص 92-93.

². زهران حامد، المرجع السابق، 1994، ص ص: 284-285.

- من المعلوم بأن الإنسان لا يعيش بمعزل عن بيئته الاجتماعية وأن سلوكياته مكتسبة من تلك البيئة، وأن لكل إنسان شخصيته المستقلة التي تميزه عن الآخرين، لذا فإن تفاعل الإنسان مع بيئته الاجتماعية وإشباع احتياجاته بالطرق المشروعة يساعده على الابتعاد عن العزلة والانطواء التي تعرضه للوقوع في براثن المرض النفسي.

4. الأساليب المختلفة للعلاج النفسي الجماعي:

ترتبط أساليب العلاج النفسي مباشرة بالنظريات النفسية المفسرة لأسباب الأمراض، والافتراض الأساسي في هذه النظريات هو أن السبب الجوهري للسلوك الشاذ يكمن في ذهن المريض أو عقله وتشتمل هذه الأساليب على طرق فنية متنوعة مصممة لتعديل تفكير المريض وكذلك المقدمات والافتراضات والاتجاهات التي تشكل ادراكاته وتكمن ورائها وقد حدد "كوران بارتريدج" ذلك بأنه التخفيف من الأعراض ذات المنشأ النفسي والتخلص منها من خلال التحكم في الاتجاهات التي أدت إلى تطور هذه الأعراض. إذ أن السلوك الإنساني يقبل التعديل عن طريق الأساليب النفسية المختلفة.²

فالعلاج الجماعي النفسي ما هو إلا صورة نشطة ومنتطورة من العلاج النفسي، ويرجع ذلك إلى أهمية انتماء الفرد إلى جماعة وما تضفيه هذه الجماعة عليه من فرص التوحد بالأعضاء الأكثر نضجا وتوسيع المجال النفسي لديه ما يزيد من قدراته على تقييم الأمور وعدم التقيد بوجهة نظره فقط كذلك شعوره بالأمن الذي يدعوه إلى التعبير التلقائي ما يخلع على الجماعة قيمة علاجية مهمة.³

¹. كمال علي، العلاج النفسي قديماً وحديثاً، دار الفارس للنشر والتوزيع، عمان، 1994، ص: 445.

². كولز أ.م: ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ماجدة حماد، حسن علي حسن ومراجعة أحمد محمد عبد الخالق: المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية. 1992م، ص: 519.

³. حافظ أحمد خيرى ومجدي حسن محمود: أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية، مجلة علم النفس، العدد 14، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1990، ص 84.

أما عن الأساليب المستخدمة في العلاج الجماعي النفسي فيمكن استعراضها على النحو التالي بما يفيد ويخدم هذا البحث:

- العلاج الموجه بالمحاضرات والمناقشات الجماعية.
- التمثيل النفسي المسرحي (السيكودراما أو لعب الدور).
- أسلوب المجموعات المواجهة.

أ. العلاج الموجه بالمحاضرات والمناقشات الجماعية

في هذا الأسلوب يقدم المعالج بصورة رسمية أو غير رسمية سلسلة من المحاضرات الطويلة أو القصيرة لأي مادة نفسية أو اجتماعية أو إكلينيكية أو مادة تاريخية أو أدبية... إلخ.

وتعرض بأي طريقة بحيث تستولي على اهتمام المريض وبعد أن ينتهي تقديم المحاضرة تبدأ المناقشة أو يسمح بإجراء المناقشة في أثناء سرد أجزاء من المحاضرة وقد يستعمل الوسائل السمعية والبصرية المعينة كالشرائط والسينما والصور الكرتونية والتسجيلات الصوتية واللوحات والرسوم.¹

من رواد أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية علاجيا ماكسويل جيمس (Games) أثناء الحرب العالمية الثانية، وكلابمان (Klapman) (1947) الذي استخدم أسلوب المحاضرات المكتوبة التي يقرأ كل عميل منها فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة.

ومن رواد البحوث حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية في تغيير الاتجاهات كيرت ليفين (Lewin) 1937 و كوش وفرنش (French & Coch) 1948 وقد أدت تجاربهم إلى نتائج تدل على أن المناقشات بين أعضاء الجماعة تؤدي إلى قرار

¹. عسوي عبد الرحمن محمد: العلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة، 1989، ص 225.

جماعي أكثر صدقا واتزاناً من تقدير ورأي فرد واحد، ما يؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك الجماعة.¹

كما درست (الأعسر 1970 م) أثر المناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق ووجدت أن الفرد في الموقف العلاجي الجماعي ينشط اجتماعيا وعقليا وانفعاليا ويسهل التنفيس والتعبير عن المشكلات ويزداد الشعور بالانتماء وإدراك التشابه مع الآخرين ما أدى إلى خفض مستوى القلق.

ولقد استخدم هذا الأسلوب مع مرضى السل برات Pratt، كما استخدمه غيره مع المرضى غير العضويين، وكان يشار إلى ذلك بعيادات الضبط الفكري وكان حجم الجماعة يتراوح ما بين 15-40 مريضا.²

ويؤكد بعض العلماء أن المحاضرات والمناقشات الجماعية يمكن أن تؤدي إلى نتائج مهمة في تغيير اتجاهات العلماء نحو أنفسهم ونحو الآخرين ونحو مشكلاتهم. كما تؤدي دورا ايجابيا في ترسيخ الأفكار الصحيحة وتعديل الأفكار الخاطئة.³

ب. جماعات المواجهة أو الحوار :Groupes de rencontre

استخدم هذا النوع بعض المعالجين أمثال "روجرز" وذلك لتدريب الفرد من خلال مواجهة الجماعة على تطوير إمكانياته الشخصية وتدريب حساسيته عند التفاعل بالضغوط الاجتماعية والجماعات، ويلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لا ينتمون بالضرورة إلى المرضى النفسيين والعقليين، ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع بأنهم ينتمون إلى "فهم أفضل للآخرين" وإلى طرح الزيف والثقة بالناس ومواجهة الذات على حقيقتها. ويلقى هذا النوع جدلا كبيرا بسبب منهجه القائم

¹. زهران حامد عبد السلام، المرجع السابق، 1980، ص 306.

². عسوي عبد الرحمن محمد، المرجع السابق، 1989، ص 229.

³. أبو سريع أسامة سعد، الصداقة من منظور علم النفس، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد 179. 1993، ص 242.

على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهته من قبل الجماعة وما يتبع ذلك أحيانا من إحباطات.¹

وغالبا ما يبدأ أفراد المجموعة بمصافحة بعضهم البعض وتقديم أنفسهم للآخرين بما في ذلك اسم الفرد، ووظيفته، ثم يرسم الفرد صورة بالطباشير تعبر عن نفسه ولا تعطي تفسيرات حول تساؤلات الأفراد عن الصورة لأن هدف ذلك هو كشف الذات، ويتم ذلك من خلال تعارف تبدأ به جلسات المجموعة، كما يشير روجرز إلى أهمية المناقشة الجماعية حول معنى كل تمرين ومضمون أهميته.

كما يشير روجرز إلى أهمية الحفلات في تقديم أفراد المجموعة لبعضهم البعض وفي مساعدتهم في التعبير عن أنفسهم وإلى أهمية أنشطة المرح والضحك واللمس كالربت على الكتف والمناقشة الجماعية في معنى كل تمرين ومضمونه، وأهميته في مساعدة الأفراد على فهم ذواتهم، كما يشير روجرز إلى تمرين يعبر به الفرد عن ثقته في الآخرين حيث يغمض الفرد عينيه بمنديل ويقود فردا آخر للتعرف على أشياء معينة. بالإضافة إلى تنمية العلاقات الصحية عن طريق تشجيع التواصل الفكري الذي يكون أكثر خطأ من الأمانة والانفتاح.²

5. ديناميات وفنيات العلاج النفسي الجماعي:

يرى الباحث أنه على الرغم من أن فنيات العلاج الجماعي تلعب دورا كبيرا في تشكيل سلوك المريض، إلا أنها تشكل أيضا سلوك المعالجين وتجعل منهم ثلاثة أنواع: معالج يصنع الأحداث ومعالج تصنعه الأحداث، ومعالج يشاهد الأحداث، وفي كل الحالات يبدو المعالج أكثر صبورا، لكنه في حاجة إلى المزيد منه خاصة وإذا كان بصدد حالات جماعية مثل جماعات الاعتماد على العقاقير المخدرة.

¹. ابراهيم عبد الستار وعسكر عبدالله: المرجع السابق، 2008، ص ص 334-335.

². كاشدان شيلدون: ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، المرجع السابق، 1988، ص 217.

لذا يبدو العلاج الجماعي وفنياته أمرا صعبا يحتاج لمهارة فدقة وإعداد جيد، الأمر الذي يجعل من نجاح العملية العلاجية أمر مؤكد لدرجة كبيرة. ولكي تسير خطة العلاج بنجاح يجب أن يهتم المعالج بالعديد من الأمور والفنيات مثل: تحديد حجم الجماعة، وعدد الجلسات وطولها، وكيفية إدارة الجلسات العلاجية، وتجانس الجماعة، واختيار المكان الملائم للجلسات، ونوعية أفراد الجماعة العلاجية، وسوف نعرض لهذه الفنيات بشيء من التفصيل.

5-1 - حجم الجماعة:

فيما يتصل بحجم الجماعة العلاجية، فإنه يتوقف على حنكة المعالج وكفاءته في قيادة الجماعة وخبرته، واطمئنانه لمهاراته وقدرته القيادية، ومن المفضل أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من (5-6) أفراد بالنسبة للمعالج المستجد، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقرب من (10) أفراد بالنسبة للمعالج الخبير. كما يتوقف حجم الجماعة أيضا على تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا استخدمنا شكلا واحدا من العلاج، فمن الممكن زيادة حجم الجماعة لتصل إلى (10) أو (12) فردا أما إذا كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها، فإنه من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة حتى بالنسبة لمعالج محنك.¹

فحجم الجماعة يخضع لاعتبارات عديدة سبق أن أشرنا إليها كما لا توجد قاعدة ذهبية لتحديد حجم الجماعة أو أن ذلك يتوقف على الخبرة الخاصة. وكلما كان صغيرا كلما زاد العبء والضغط على أفراد الجماعة للمساهمة والتفاعل مما يؤدي إلى سرعة اكتشاف الأفراد الذين يعانون من مشاكل انفعالية / اجتماعية حادة على عكس الحال مع

¹. إبراهيم عبد الستار وعسكر عبد الله، المرجع السابق، 2008، ص ص 327-328.

العدد الكبير نسبيا، ولكن في كل الأحوال لا يجب أن لا يزيد عدد الجماعة على (10) أفراد حتى يزداد التفاعل.¹

5-2- عدد الجلسات وطول كل منها:

تعد الجلسات واحدة من أهم أدوات الجماعة العلاجية، التي يتم من خلالها تغيير الاتجاهات الشخصية للفرد. ويفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع وان كان من الأفضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعيا للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقة على أن تستغرق الجلسة الجماعية عادة من ساعة إلى 3 ساعات بمتوسط ساعتين.²

وقد كما يكون للجلسات الإضافية فائدة في العملية العلاجية، وهو ما يدفع بعض المعالجين لاستخدام جلسات فردية لمدة ساعتين من كل أسبوع مع الأعضاء المختارين، يدعمون من خلالها الاتجاهات الايجابية للعملية العلاجية، ويجب أن يثبت زمن الجلسة سواء كان ساعة أم ساعة ونصف، ويرى البعض أن زمن الجلسة الذي يستغرق ساعة واحدة يكون غير كافي، إذ أن التفاعل الإيجابي بين أعضاء الجماعة العلاجية يكون في قمته في نهاية الساعة الأولى، ويرى البعض الآخر، أن زيادة الجلسة العلاجية عن ساعة، يعد أمرا مرهقا للمريض والمعالج.³ أما عن عدد الجلسات فهي تصل في المتوسط إلى عشرين جلسة.⁴

ولم يقدم خبراء العلاج النفسي الجماعي إجابات قاطعة / حاسمة عن هذه الإشكالية مستندين إلى حقيقة مؤداها: أن نوع المشكلة هو الذي يحدد مقدار الجلسات

¹. غانم محمد حسن، المرجع السابق، 2003، ص 107-108.

². ابراهيم عبد الستار وعسكر عبد الله، المرجع السابق، 2008، ص 339.

³. الحسيني اكرم فتحي زيدان: المرجع السابق، 2002، ص 164.

⁴. روبرت هاربت: التحليل النفسي والعلاج النفسي، ترجمة سعد جلال، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1984، ص 202.

ومن الخطأ أن نحدد عدداً معيناً من الجلسات ونحن لم نعرف بعد مدى عمق المشكلة أو مدى تجاوب الشخص وتفاعله.¹

وبالنسبة لمواعيد الجلسات، يجب على المعالج اختيار أفضل الأوقات التي تلائم حاجات مرضاه، وعدم تغييرها سواء من حيث الأيام أم من حيث ساعات اللقاء، حيث يؤدي الانضباط في المواعيد إلى استمرارية المرضى في الجلسات العلاجية، ويفضل أن يجلس المرضى أثناء العلاج على شكل نصف دائرة، وذلك حول مائدة كبيرة.²

حيث يمثل وضع الجلوس الذي يختاره المريض أمراً هاماً في العملية العلاجية، إذ يفضل بعض المرضى الجلوس بجانب فرد معين، وهو ما يضعه المعالج موضع التحليل لتفسير دينامية الجماعة، وفيما يتصل بتسجيل الجلسات العلاجية، فلا بد إن يخبر المعالج مرضاه بذلك، وأن يذكر لهم أن ذلك بغرض الفائدة لهم شريطة أن يكون ذلك في أول جلسة.³

وبالنسبة لإدارة الجلسات العلاجية، يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصي على مرضاهم، وذلك عن طريق التوجيه والإرشاد من خلال المحاضرات، ويعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم في إلقاء أغلب الأحاديث، وتبادل الآراء والمناقشات مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج، ويعتمد فريق آخر من المعالجين على دعوة بعض المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إبقاء أحاديث على المرضى الحاليين، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرضى وخلال تقدمهم نحو الشفاء.⁴

وقد يواجه المعالج ببعض الصعوبات في إدارة الجلسة مثل مقاومة المرضى، و التردد في قبول العلاج والدخول فيه، بجانب فضول بعض المرضى تجاه بعض طرق العلاج، فضلاً عن كثرة الأسئلة من جانب المرضى عن مدى المريض وقلقه، وأن يكون

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص 110.

². عسوي عبد الرحمن: المرجع السابق، 1979، ص 241.

³. الحسيني أكرم فتحي زيدان: المرجع السابق، 2002، ص 165.

⁴. زهران حامد، المرجع السابق، 1994، ص 220.

أكثر وعيا بالمرض وأعراضه، والمرض حامل المرض، وإذا كان بعض أعضاء الجماعة العلاجية مصدر خطر وتهديد على تماسك الجماعة، كما هو الحال في المرضى السيكوباتين أو العدوانيين، حيث نجدهم أكثر سخرية وعدوانية على أكثر أفراد الجماعة، فإن على المعالج أن يقوم بوضعهم في جماعة أخرى مستقلة، أو أنه يبدأ معهم بالعلاج الفردي إلى أن يحين الوقت ويكونوا أكثر قدرة على الانضمام للجماعة العلاجية مرة أخرى.¹

5-3- تجانس الجماعة:

نجد أن البعض يشير إلى أهمية تشابه أعضاء الجلسة العلاجية في أعراضهم ومشكلاتهم، فهذا بدوره يؤدي إلى الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية بين الأعضاء، فتمائل الجماعة من حيث المرض والجنس والتعليم والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، يؤدي لنتائج ايجابية في العلاج، نظرا لأنه يقلل من التوتر ويزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة، ويساعد كل فرد على التوحد بالآخر.

وبالتالي تقبله كنموذج وصديق، مما يساعد المعالج على وضع الإجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجي، ولكن يجب أن نحذر من التجانس التام، إذ أنه يؤدي إلى انشغال المعالج بوضع خطة علاجية واحدة متجاهلا بذلك بعض المشكلات الأخطر شأنًا والتي قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج.

5-4- اختيار المكان الملائم للجلسات:

وفيما يتعلق باختيار المكان الملائم للجلسات، يفضل أن يكون اللقاء في البيئة الطبيعية التي سيتفاعل فيها المريض بعد علاجه، على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبقه جلسات توجيهية تكون في أماكن جذابة ومريحة أو في عيادة نفسية، حيث تكون لها هيبتها وجاذبيتها للمرضى، على أن تنتقل الجلسات إلى مواقع حية، يتم

¹. الحسيني أكرم فتحي زيدان: نفس المرجع، ص 165.

فيها مراقبة المريض في مواقف فعلية، ويتلو ذلك جلسات تصحيحية تتم في العيادة من جديد، ولكي نقلل من التشتت، من الأفضل ألا يكون هناك هاتف في المكان الذي تجري فيه الجلسات.¹ ورغم تعدد الأوضاع التي تتواجد فيها الجماعة أثناء الجلسة إلا أنه من الأفضل أن يجلس الأفراد في نصف دائرة، أو يغلقون الدائرة وبشرط أن يكون المعالج جالساً ضمن هذه الدائرة وليس في وضع منفصل تماماً عنها حتى يتم التفاعل وبصورة إيجابية.²

ولكي نقلل من التشتت فمن الأفضل أن لا يكون هناك هاتف في المكان الذي تجري فيه الجلسات، ذلك أن الرنين والإجابة على المكالمات لا تعطي للأعضاء فرصة للتعبير عن المشاعر العدوانية وعدم الرضا، فضلاً عن شعورهم بأن هناك ما يفقد استخدامهم للوقت المحدد أثناء الجلسة، ليس ذلك فحسب فمن المفضل عدم وجود أي شخص آخر بخلاف أعضاء الجماعة والمعالج أثناء الجلسة العلاجية.³

5-5 اختيار أفراد الجماعة:

يقوم المعالج بإجراء مقابلة فردية لكل فرد مرشح للانضمام للجماعة، قبل أن تعقد الجماعة أول جلسة لها، وفي هذه المقابلة يحاول المعالج أن يعرف شيئاً عن مشكلات الشخص، وأن يشرح له كيف تعمل الجماعة، وأن يعطيه الفرصة ليقرر ما إذا كان يرغب في الانضمام للجماعة أم لا.⁴ إذ أن هناك بعض المرضى الذين يقررون الانضمام للجماعة، ثم لا يلبثوا أن يتركوها مما يؤدي لصدمة للعضو الآخر الذي اندمج مع المريض، وهناك بعض المعايير التي يجب أن يتخذها المعالج لاستبعاد المريض من جلسات العلاج الجماعي، وهي:

¹ . ابراهيم عبد الستار وعسكر عبد الله، المرجع السابق، 2008، ص ص 329-331.

² . غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص 114.

³ . عمارة وليد محمد احمد نجيب: النزاعات الغريزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية، رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس، جامعة المنصورة، 2001، ص 126.

⁴ . روبرت هاربت: المرجع السابق، 1974، ص 202.

- شعور المريض بعدم المساواة مع المرضى الآخرين، إذ يبدو أفضل براعة منه في ديناميات العلاج النفسي الجماعي.

- الخوف من فقدان التحكم في دوافع الفرد غير المعقولة، والخوف من المجهول غير المتوقع، و الهروب من النزعات الجنسية، والخوف من مواجهة ذلك في وجود الآخرين فضلا عن كثرة الإنكار أو الرفض من جانب الجماعة، مما يؤدي إلى شعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه.¹

لذلك يحتاج معظم المرضى إلى إعداد جيد من جانب المعالج قبل الانضمام إلى الجماعة العلاجية ويشمل هذا الإعداد، تحمل المريض لضغط الجماعة العلاجية، والثقة في رفاقه في الجماعة، وتهيئته لأن يصبح عضوا في الجماعة، وضمان عدم لجوئه إلى المقاومة، وإفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعي في الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد رفاقه أعضاء الجماعة علاجيا في نفس الوقت.²

ومن فنيات الإعداد للعلاج الجماعي أيضا، ضرورة تعريف أفراد الجماعة وإعلامهم بالخطة العلاجية، فعادة ما لا يكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة العلاج الجماعي وقيادته وأنماط التعامل فيه، لهذا يفضل أن يعرف المعالج كل مريض على حدى مسبقا بما سيتوقعه من الجلسات، وبالطريقة التي سيعامل بها، ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على اتخاذ القرار الملائم له، وذلك دون إغراق المريض بالتفاصيل النظرية.³

¹. الحسيني أكرم فتحي زيدان، المرجع السابق، 2002، ص 166.

². زهران حامد عبد السلام، المرجع السابق، 1978، ص ص 312-313.

³. ابراهيم عبد الستار وعسكر عبد الله، المرجع السابق، 2008، ص 332.

6. العلاج النفسي الجماعي للمدمنين:

لعل الشكل الأكثر نموذجية وشمولية في علاج الإدمان على المخدرات هو العلاج ضمن الجماعة العلاجية، فالجماعة العلاجية تعد بمثابة الصورة المصغرة للمجتمع. وهو علاج يقوم على برنامج فيه احتواء ذاتي ومتكامل التركيب، يقدم العلاجات الرامية إلى إعادة تأهيل المدمن على المخدرات. ورغم الصعوبة في الطبيعة الخاصة للإدمان، وكذا مقاومة العلاج إلا أن ذلك لا يجعلنا نياس، لان المدمنين بالرغم من أنهم أصعب الحالات استجابة للعلاج إلا أنهم في ذات الوقت يمتلكون العديد من الإمكانيات التي تؤهلهم للدخول في برامج التأهيل والتعافي من بين العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.

6-1- لماذا يذهب المدمن إلى العلاج؟

يذهب المدمن إلى العلاج للأسباب الآتية:

1. مطاردة الأسرة أو الأصدقاء أو الجهات الأمنية له.
2. تراجع فاعلية العقار المستخدم في تغير حالته المزاجية.
3. التسمم الحاد والنقل الإسعافي الاضطراري إلى المستشفى.
4. انهيار الوظائف البدنية أو الاعتلال البدني.
5. الفشل في الامتناع عن التعاطي على المستوى الشخصي.
6. عدم توفر العقار المستخدم وإصابته بالأعراض الانسحابية الحادة التي تستلزم وضعه في المستشفى.
7. الملل من السلوك الإدماني ومحاولة وضع حد للآلام والمشكلات المتراكمة نتيجة تاريخه الإدماني.¹

¹ .خريبة صفاء صديق: مدى فاعلية العلاج الجماعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، عين شمس، 1998، ص 161.

أو لأسباب أخرى استطاع الباحث رصدها في:

- الرغبة في إرضاء الأسرة.

- عدم وجود العقار الذي يستخدمه في السوق حالياً أو عجزه عن توفير الأموال لشرائه مما يستدعي الدخول في فترة (نقاهة) في المستشفى.

- الهروب من فعل إجرامي قد ارتكبه وبخشي القبض عليه.

- القبض عليه متلبساً بالتعاطي من قبل الجهات الأمنية.

- دخول المستشفى رغبة في أن يريح عضلاته (خاصة مدمن الحقن والذي تكون عروقه) قد تأثرت من جراء ذلك وبالتالي يكون قرره دخول المستشفى).

الخلاصة: أن يافطة العلاج واحدة لكي ينضوي أسفلها العديد من المدمنين والذين قاموا للدخول تحت مسميات ودوافع شتى.

6-2- هل العلاج النفسي الجماعي للمدمنين يجب أن يتم بصورة موحدة أم لا بد من

التصنيف أي عزل كل فئة مدمنة لعقار مخدر ما بمعزل عن فئة أخرى ؟

- واقع الأمر ومن خلال خبرة قيادات الجماعة العلاجية لمدمن المخدرات تستوجب عدة ملاحظات:

الأولى: أن هناك تمايزاً بين كل فئة إدمانية وفئة إدمانية أخرى.

الثانية: يرتبط هذا التمايز بقيمة أسعار المخدر فمدمن الهيرويين يرى أنه ذو قيمة أعلى مثلاً من مدمن المواد المتطايرة.

الثالثة: أن المدمنين أنفسهم يفتخرون بتاريخهم الإدماني فالمدمن من عشر سنوات تكون له مكانته عن المدمن من عام مثلاً .

الرابعة: شلة التعاطي أو هل تضم شخصيات معروفة أو أبناء شخصيات اجتماعية مشهورة تكون له الأولوية بين شلة تعاطي أخرى تضم مجموعة من المجهولين غير المعروفين اجتماعياً.

الخامسة: أماكن التعاطي: كلما كان المكان الذي يتم فيه التعاطي فخما ولا يتردد عليه إلا (عليه) القوم كلما كانت مكانتهم أفضل.¹

6-3- صعوبات العلاج النفسي الجماعي للمدمنين:

ثمة عديد من المشكلات التي يجب الالتفات إليها وهي في جملتها لا تخرج عن نوعين من المشكلات:

النوع الأول: مشكلات متعلقة بالمظاهر والأعراض المرضية التي يأتي المدمن للتخلص منها أو تخفيفها بواسطة العلاج النفسي الجماعي وهي مشكلات يجب أن تشخص من خلال الإجابة عن جملة من التساؤلات:

- ما هي الاحتياجات النفسية التي دفعت هذا الشخص تحديدا إلى إدمان هذا العقار؟ وهل لجأ الشخص للإدمان حتى يتخلص من أعراض نفسية مؤلمة (العلاج الذاتي)؟ وهل حالة الإدمان لديه (نقية) أي لا ترتبط بمشكلات أخرى، أي أن هذا الشخص يعاني من تشخيص مزدوج (أي إدمان مع مرض نفسي أو عقلي أو حتى انحراف سلوكي)؟

النوع الثاني: المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي، والتي قد تدفع المدمنين إلى رفض العلاج وتحاشيه وتجنبه أو تعوق الاستفادة التامة منه.

وقد تم حصر هذه المشكلات التي تمنع الاستفادة من العلاج النفسي الجماعي في المشاكل الآتية:

(1) خبرة فشل سابقة في العلاج النفسي الجماعي من خلال الخبرات الآتية:

(أ) تعرض لنقد عنيف أو تعرية داخلية أو كشف صريح لنقائصه وعيوبه.

(ب) رؤية الشخص (أو سماعه) لأحد أعضاء الجماعة وقد انهار وانخرط في بكاء

شديد أمام أعضاء الجماعة العلاجية.

¹. غانم محمد حسن، المرجع السابق، 2003، ص ص 199-201.

(ج) فشل ميكانيزمات الدفاع في حماية ذات المريض أثناء التراشق اللفظي الذي يلمس بشدة خصوصيات المريض.

(د) فشل المريض في التواصل مع أعضاء الجماعة العلاجية وشعوره بالذنب.

(2) اتجاهات غير مرضية نحو العلاج النفسي بصفة عامة والعلاج النفسي الجماعي بصفة خاصة من خلال الاعتقاد بأن العلاج النفسي لا يتم إلا (للمجانين) وأنه طويل الأمد ولا قيمة منه البتة.

(3) ضعف الاستعداد للقيام بالواجبات العلاجية المطلوبة من الشخص إبان أو حتى بين فترات الجلسات العلاجية.

(4) زيادة مستوى الانطوائية والانعزالية: وأن الشخص الذي يتصف بهذه الصفات يفضل عدم الاختلاط بالآخرين وما العلاج النفسي الجماعي إلا تجميع لمجموعة من الأفراد وقيام نوع من التفاعل بينهم، وشخص بهذه الصفات لا بد أن يعجز.

(5) كراهية مفهوم العمل الجماعي (وكذا العلاج الجماعي) حيث يكون الشخص على سجية في حالة تواجهه بمفرده.

(6) توقعات غير مؤكدة تجاه العلاج النفسي الجماعي من خلال:

(أ) توقع فشل المعالج في إتمام الشفاء.

(ب) توقع حدوث مكروه أثناء جلسات العلاج.

(ج) توقع عدم جدوى العلاج في حد ذاته.

(د) توقع حدوث مضاعفات وزيادة في التوتر والحاق الضرر.

(هـ) توقع أن بعض الأعضاء سوف يفشون أسرارهم خارج نطاق الجلسة العلاجية

(7) ضعف الثقة في الجماعة العلاجية: وتكون ضعف (أو انعدام الثقة) عملية متبادلة إما بين الفرد والجماعة أو الجماعة والفرد.

8) نقص المهارات الاجتماعية من خلال العمل على كسب ثقة ومودة وتعاطف الآخرين ولذا فإن الشخص الذي يفتقد إلى هذه المهارات سوف يخشى من الدخول إلى جماعات علاجية.

9) عدم الاقتناع بمفهوم العلاج النفسي الجماعي: من خلال:

أ) نقص المعلومات الصحيحة عن العلاج الجماعي.

ب) وجود (كم من المعلومات) المشوهة للجلسات العلاجية.

ج) اللامبالاة وعدم الاهتمام.

10) الصمت: والصمت قد يستخدم كأحد الفنيات في العلاج النفسي الجماعي، وقد يكون مفيدا وقد يكون مضرا وتحاول (اللت والعجن) في أي (كلام) حتى تهرب من هذا الصمت.

11) مقاومة العلاج النفسي الجماعي: وتظهر المقاومة من خلال عوامل شعورية (أي يدركها ويعيها الشخص) أو لا شعورية.

تعبّر أنواع المقاومة سواء الشعوري أو اللاشعوري عن نفسها في العديد من المحاور الآتية:

نسيان مواعيد الجلسة / الانشغال بنشاطات أخرى أثناء الجلسة - طلب الخروج (ضد النصح الطبي) - التمارض - الصمت - التأخر في حضور الجلسة / استفزاز الآخرين وافتعال المشاجرات - السخرية والمزاح ... الخ.

12) أفكار خاطئة من الآخرين يتبناها الشخص عن العلاج النفسي الجماعي.

13) انخفاض مستوى الدافعية للمشاركة أو الانخراط في العلاج النفسي الجماعي.

14) القيام بدور معوق في الجماعة العلاجية.

15) ارتفاع مستوى العنف داخل الجماعة مما يعد عاملا معوقا لاستمرار الجلسات العلاجية.

16) عدم الانصياع لمعايير الجماعة العلاجية.

17) ضعف الثقة في المعالج.

18) ضعف الانتماء إلى الجماعة ويظهر ذلك من خلال: تفاهة التعليقات - الصمت - ضعف مستوى التفاعل مع الآخرين. عدم الذوبان في جو الجلسة العلاجية - الحملقة في لا شيء.

19) اتجاهات غير سارة تجاه المؤسسة العلاجية: وطلب الخروج وافتعال المشاكل من أجل ذلك، أو الهروب (وهذا الشيء معتاد، أن يهرب المدمن من المؤسسة العلاجية) وقد يذكر إلى الآخرين تهديداً أنه إذا لم تنفذ مطالبه سوف يهرب أو يضطر إلى الهروب في صمت مستندا إلى أن المؤسسة العلاجية أشبه بالسجن.

20) رفض الانتقال من وحدة علاجية إلى أخرى، أو من أسلوب علاجي إلى آخر، لأن علاج المدمن يقتضي أساليب متعددة، وهنا قد (يشاكس المدمن) رافضا الانتقال من وحدة إلى أخرى أو من معالج إلى آخر.

21) الخوف من مواجهة الغرباء في الجماعة العلاجية وتحت مسميات شتى.

22) الخوف من مواجهة الشلل الصغيرة داخل الجلسة العلاجية الجماعية.

23) الخوف من الشعور بالنبذ داخل الجلسة العلاجية الجماعية.

24) الخوف من سخرية أعضاء الجماعة (وأن يتحدوا) في ذلك عليه.

25) الاعتقاد بأن كل أساليب العلاج النفسي الجماعي واحدة.

26) عدم الشعور بالارتياح من مكان عقب الجلسات العلاجية الجماعية وتحت مسميات شتى.

27) الخوف من سلوك أعضاء الجماعة العلاجية الذين يحضرون الجلسة بعد الانتهاء الجلسة العلاجية: من خلال الخوف من: مناقشات جانبية بين الأعضاء. السخرية من

المدمن. التحرش به. تعرضه للأذى البدني من قبل أحد أعضاء الجماعة على ما بدر منه. إطلاق شائعات مغرضة عنه.

(28) الاعتقاد بتمام الشفاء وعدم الحاجة لاستمرار العلاج خاصة وأن العديد من المدمنين يعتقد أن عبور مرحلة الأعراض الانسحابية كافية لذلك.

(29) طول مدة الجلسة العلاجية مما يثير لديه الملل والضجر والإرهاق.

(30) ضعف الروابط الانفعالية بين المعالج والجماعة العلاجية.

(31) عدم مناسبة مواعيد الجلسة العلاجية من حيث الموعد والزمن.¹

6-4- إجراءات العلاج النفسي الجماعي

تتعدد فنيات العلاج النفسي الجماعي لجماعة المدمنين وفقا إلى المدرسة التي ينتمي إليها المعالج وفقا لطبيعة التدريب الذي تلقاه في هذا المجال، ومدى مناسبة هذه الفنيات لطبيعة الأشخاص الذين سيقوم بعلاجهم.

لكن في العلاج Treatment والتأهيل Reahaplation للمدمنين لا تكون الأمور سهلة بل معقدة ومتشابكة من خلال ضرورة التعرف على:

(1) أن الأمر المؤكد أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة، وأن مدمني المخدرات ومدمني الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح، وبالتالي لا يجب أن نصب كل مدمن في قالب علاجي واحد.

(2) أن العديد من الأبحاث قد أكدت أن المخدر الذي يعتمد عليه الشخص قد اختاره لتأثيراته الطبية أو العلاجية فعلى سبيل المثال تستخدم المخدرات المنبهة بكثرة لخفض القلق الاجتماعي وأن مدمني مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر لكي يمكنهم من التعامل مع حالات الحزن والكدر المرتبطة بمشاعر العداة والعدوانية، وبالتالي فإن

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص 213-222.

استخدام المخدر كعلاج يقتضي أن نضع في الاعتبار ضرورة وضع برنامج مناسب يتجه نحو علاج المشكلات الكامنة خلف الإدمان.

(3) لابد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشخص تجاه المخدرات أو الكحوليات، ويتعين هنا -على أعضاء الفريق العلاجي للإدمان- أن يكتشفوا مع المعنى الاجتماعي والنفسي لتعاطي هذا المخدر تحديداً، ذلك لأن إنكار أو تجاهل إدراكات المدمن حول استخدامه للمخدر يؤدي إلى تفجر المقاومة أو العدا من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانية التأثير في جهود المعالجين.

(4) لابد من الأخذ في الاعتبار - عندما يتقدم المدمن للعلاج إثارة مثل هذه التساؤلات والإجابة عنها: لماذا فكر المدمن في العلاج؟ ولماذا في هذا التوقيت تحديداً؟ وبأي شكل يشعر المدمن أنه أفضل أو مختلف عندما يتعاطى أو يتوقف؟ وما هي مخاوفه حينما يتوقف؟ لأن العديد من المدمنين لا يقدم على العلاج خوفاً من آلام الأعراض الانسحابية -حتى وإن كان بها قدر من المبالغة-¹.

(5) ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسؤوليته عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالي كثرة الانتكاسات، وبالتالي لا نستطيع أن نتحدث (لا في الحاضر ولا في المستقبل) عن إمكانية وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين.

(6) أن يكون التقييم شاملاً للفرد محددًا: - حجم وطبيعة المشكلة. - مدى معاناة الفرد من أي اضطرابات نفسية أو عقلية. - هل هذه الاضطرابات -إن وجدت- كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان؟ - ما هي دوافع هذا الشخص -تحديداً- للتعاطي؟ - ولماذا هذا المخدر بالضبط وتاريخه معه؟ - ما هو حجم المشكلات الاجتماعية التي ترتبت على الإدمان؟ - مرات التردد للعلاج والدوافع في كل مرة. - مرات الانتكاسات

¹. غانم محمد حسن، الدافعية للعلاج لدى المدمنين، دراسة نفسية مقارنة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، عدد 25، مجلد 10، 2000، ص 31-32.

والدافع في كل مرة. - طبيعة الظروف الداعمة أو الضاغطة في بيئة الشخص. -
وغيرها من التساؤلات التي يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي في
تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة / ومتكاملة لها.

(7) أن التوقف عن التعاطي لا يجب أن يكون هدفا في حد ذاته بل لابد من وضع محاكاة
للتعاطي من الإدمان.

(8) أن التدخل الطبي وتخليص الجسم من آثار الإدمان إنما يعد من أسهل الأمور في
برنامج إعادة التأهيل الشامل للمدمن، واقتصار الفهم حول هذا المحور فقط إنما يعد
(تخلفا) فكريا إزاء هذه القضية المتشعبة، لدرجة أن أحد المدمنين قد قال لي (معلقا) على
التدخل الطبي فقط: مادام الأمر بهذه السهولة (يقصد العلاج) فلماذا لا أعود الإدمان ثم
العلاج ثم الانتكاس وهكذا إلى ما شاء الله؟.

(9) أن يعي كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي أو مؤسسات المجتمع المعنية بالوقاية
والعلاج وإعادة التأهيل - أن تعرف أن علاج الإدمان وإعادة التأهيل تمر بأربع مراحل
هي:

- مرحلة التجاهل Precontem plation أي عدم إدراك الشخص المدمن لأضرار الإدمان
بالرغم من أن المحيطين به يعلمون بالأضرار.

- مرحلة النية أو العزم Contem plation ويقصد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان
و(ينوي) أن يقلع ولكن لم يتخذ قراره بعد.

- مرحلة الفعل Action وهو الذهاب فعلا إلى العلاج.

- مرحلة الاستمرارية في التعافي Maintenance Recovery والبعد عن كل ما يثير
الانتكاس مرة أخرى.

(10) ضرورة الأخذ في الاعتبار أن الانتكاسة Relapse هي جزء أساسي من قضية
الإدمان، وأن الإدمان مرض (عنيد/مراوغ) يمكن أن يجر الشخص إلى التعاطي مرة

أخرى وتحت دعاوى يبررها الشخص لنفسه من قبيل: أن كأس واحدة لن تضر. ولذا يجب أن ندرب المدمن (النقّه) على العديد من الأساليب المهارية ونشغله بكل ما هو مفيد حتى نملاً الفراغ الذي تركه الإدمان وما ارتبط به من طقوس وسلوكيات.

11 إن التوقف عن التعاطي يكون مصحوباً بالعديد من مظاهر القلق والمخاوف مثل: الخوف من عملية التعافي نفسها، إذ لا يبدو التعافي في نظر مدمنين عديدين وكأنه نعمة، بل يبدو وكأنه خطر يهددهم، ونعني أيضاً الخوف من إفشاء بعض أسرار الأسرة، ومخاوف من الأعراض الانسحابية، والخوف من المعاناة الجسمية والنفسية، والخوف من الكلام في مجموعات التعافي في أثناء جلسات العلاج الجماعي، وخوف الشخص من أن يكشف نفسه، والخوف من ممارسة الجنس بدون استعمال خمر أو مخدر، والخوف من انتهاء العلاج والخوف من الاختلاط بالآخرين دون مخدر، والخوف من خلق انطباع سيئ عن الغير بدون استخدام المخدر.¹

7. خطوات إعداد البرنامج العلاجي لمدمني المخدرات:

عند الشروع في بناء برنامج للأفراد المدمنين على المخدرات، فإنه لا بد لهذا البرنامج من أن يغير في الأشخاص أنفسهم، ويعلمهم مهارات حياتية جديدة، ويعلمهم كيف يتطورون من نظرتهم لأنفسهم، بحيث يصبح الفرد قادراً على معرفة ذاته وعلى ممارسة مهارات حياتية تكيفية جديدة. لهذا للعلاج النفسي الجماعي دور في البرامج العلاجية للإدمان.²

إن أي برنامج لا بد أن يشتمل على الخطوات الآتية:

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص ص 224-230.

². مشابقة محمد احمد: الادمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق، عمان، ص 115.

1. المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

- لا بد أن تتوفر لدى القائم بتصميم البرامج مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات " وفي حالتنا تلك يجب أن تتوفر المعلومات الآتية عن:
- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر انتشارا.
 - الأنماط السائدة للتعاطي في المجتمع.
 - التكرار (كم مرة في وحدة زمنية معينة ولتكن الأسبوع مثلا).
 - المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطي حتى الآن).
 - دوافع العلاج، وهل تم الإجبار أم بالاختيار؟
 - الأسباب التي تؤدي إلى الانتكاس عقب المرور بتجربة العلاج.
 - تحديد الجمهورية (أو العينة) المستهدفة من وراء هذا البرامج.
 - الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

2. الخلفية النظرية وفرص التدريب اللازمة للقائمين على برامج التأهيل العلاجي:

- لابد من توافر خلفية نظرية أساسية للأشخاص الذين يعلمون في مجال التأهيل النفسي/ الاجتماعي لمدمني المخدرات مثل:
- دراستهم الأكاديمية، وفرص التدريب التي أتاحت لهم.
 - اتجاهاتهم نحو الادمان والمدمنين.
 - توافر درجة لا بأس بها من السواء لديهم.
 - درجة دافعيتهم للعمل في برامج التأهيل.

3. إعداد البرنامج:

- ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضرورة الأخذ في الاعتبار الآتي:
- أ. هدف البرنامج ومحتواه: وفي حالتنا هذه يكون تأهيل المدمن (النقه). والمحافظة على استمرار تعافيه ومنع الانتكاسة أو أي علاقات قد تقود إليها.

ب. بنية البرنامج: مثل:

- عدد الجلسات.
- طبيعة الفنيات أو العلاجات التي ستستخدم (ليس من حيث درجة إجادتها ولكن من زاوية أخرى هامة هي مدى مناسبتها لحالة المدمن (النقه) وتجاوبه معها).
- محتوى كل جلسة.
- المكان الذي سيتم فيه التأهيل هل: .
- أ. داخل المستشفى.
- ب. أم من خلال ترده على وحدة الرعاية اللاحقة.

4. إجراءات تنفيذ البرنامج:

- تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل.
- وضع تصور لكيفية التنفيذ.
- التكنولوجيا أو الفنية التي ستطبق كل جلسة.

5. تقويم البرنامج: من خلال:

- أ. القياس القبلي للمتغير التابع (الالهفة على الإدمان مثلا Garving أو سلوكيات معينة كانت نضر بالشخص وتجعله يستمر في الإدمان(قلق/ اكتئاب/ عدم توكيد الذات/ خجل/ مخاوف/ عدم القدرة على حل المشكلات واتخاذ القراراتإلخ).
- ب. القياس البعدي للمتغير التابع، ومقارنة نتائج القياس القبلي بالبعدي، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات(أو القبلي بالبعدي، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) في البرنامج.

6- النتائج النهائية:

حيث سيتم تحليل النتائج التقييم النهائي للبرنامج، وسوف يكون أماننا محوران:
الأول: نتائج ايجابية: حيث إن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيتهم، وإن هذا التعافي (أو لتغيير في السلوك) وقد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية.

الثاني: نتائج سلبية: مثل حدوث (سقطه) Lapes أو انتكاس Relapse وقد جعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر في محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانب التي تكون قد أغلقنا عند التصميم الأول للبرنامج.¹

¹. غانم محمد حسن: المرجع السابق، 2003، ص ص 245-248.

الفصل الرابع: المراهقة

تمهيد.

- 1- مفهوم المراهقة.
- 2- النظريات المفسرة للمراهقة.
- 3- المراحل الزمنية للمراهقة.
- 4- مظاهر النمو في المراهقة.
- 5- حاجات المراهقة.
- 6- مشكلات المراهقة.
- 7- الوقاية والعلاج من مشكلات المراهقة.
- 8- المراهقة في الجزائر.

الفصل الرابع المراهقة

تشكل المراهقة أهم المشكلات التي تعاني منها المجتمعات، فهي من المحطات الحرجة في مسيرة نمو الفرد نظرا لتسارع وتيرة النمو فيها ولقوة الغرائز من اللبido وعدوانية، مما يعرض المراهق إلى مشكلات التكيف مع الذات والمحيط الخارجي.

فالمراهقة هي المرحلة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتبدأ بوجه عام في الثانية عشرة وتمتد حتى الواحدة والعشرين. وبالرغم من أن التغيرات العضوية تسبق ما عداها في الظهور، إلا أنه من الخطأ القول بأن هذه التغيرات هي سبب ما يحدث للمراهق، فكما أن هذا المراهق ينمو جسميا، فإنه كذلك ينمو انفعاليا واجتماعيا وعقليا وتتفاعل كل هذه العناصر في ظاهرة كلية عامة تسمى المراهقة. وإذا كانت الطفولة الثالثة فترة كمون جسمي وانفعالي، فإن المراهقة مرحلة طفرة أو قفزة في النمو الجسمي وتقلب شديد في الانفعالات، كما تتميز هذه المرحلة بظهور مشكلات في جميع أوجه النمو النفسي. وإذا كانت بعض هذه المشكلات ترجع إلى أسباب عضوية، فإن بعضها الآخر هو نتيجة إهمال تربوي أو قسوة في غير محلها، أو اضطراب في الرعاية من طرف البيئة المحيطة بالمراهق.

والمراهقة ليست مجرد مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد وإنما هي مرحلة لها خصائصها وعناصرها ومتطلباتها ومشاكلها والتي سوف نتطرق لها في هذا الفصل.

1- مفهوم المراهقة

إن كلمة مراهقة مشتقة من الفعل اللاتيني (Adolescere) ومعناها التدرج نحو النضج الجنسي والانفعالي والعقلي، وهنا يتضح الفرق بين كلمة مراهقة (Adolescence) وكلمة بلوغ (Puberté)، فالبلوغ يقتصر على النمو الفيزيولوجي والجنسي وهي مرحلة تسبق المراهقة مباشرة وفيها تتضج الغدد التناسلية ويصبح الفرد قادرا على التناسل والمحافظة على نوعه واستمرار سلالته.¹

أما المعنى اللغوي للمراهقة فهو المقاربة، فرهقته معناها أدركته، وأرهقته تعني دانيتها، فراهق الشيء معناه قاربه، وراهق البلوغ معناه قارب سن البلوغ، وراهق الغلام معناه قارب الحلم وصبي مراهق معناه مدان للحلم، والحلم هو القدرة على إنجاب النسل.²

فالمراهقة هي المرحلة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتبدأ بوجه عام في (12) الثانية عشرة وتمتد حتى (21) الواحدة والعشرين وإن ذهب بعض الباحثين على اعتبار نهايتها في (18) الثامنة عشرة وتسمى الفترة الأولى من هذه المرحلة بفترة البلوغ.³

1-1 تعريف عبد المنعم الميلادي

المراهقة مرحلة عمرية ليست بالقصيرة وهي مرحلة نضج أو نمو في نواحي مختلفة بالنسبة للذكر والأنثى فيحدث فيها نمو ملحوظ من خلال إفراز هرمونات جنسية

¹. معوض ميخائيل خليل: سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط 3، 1993، ص 324 .

². معوض ميخائيل خليل: نفس المرجع، 2003 ، ص 330.

³. بول سون وآخرون: ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سيكولوجية الطفولة والمراهقة، الكويت، 1986 ،ص 10

معينة في كل من الذكر والأنثى لها فعاليتها في جسم المراهق إضافة إلى حدوث نمو انفعالي ولكن بأقل درجة من الأنواع الأخرى من التغيرات.¹

1-2 تعريف فؤاد البهي السيد

المراهقة هي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد فهي لهذا عملية بيولوجية حيوية عضوية في بدنها وظاهرها اجتماعية في نهايتها.²

1-3 تعريف مارسول وبراكيني (Marcelli et Braconnier) 1999

المراهقة مرحلة انتقالية تتمحور في العديد من التغيرات الجسمية والانفعالية والاجتماعية التي تعرقل التوازن الداخلي للموضوع التي تعرف بإعادة بناء الأنا والبحث عن وسائل جديدة لإثبات الذات.³

من الناحية التعليمية مرحلة المراهقة هي مرحلة التعليم الثانوي، أما من الناحية النفسية فإن مرحلة المراهقة هي من أدق المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته، الأمر الذي دعا بعض علماء النفس إلى القول بأن الطفل حين يراهق يولد ولادة جديدة بمعنى أن التغيير الذي يعتره سواء من الناحية الجسمية أو من الناحية النفسية يكاد يكون تغيرا عاما.⁴

¹. الميلادي عبد المنعم عبد القادر: المتفوقون - المبدعون - الموهوبون، مؤسسة شباب الجامعة للنشر، مصر، 2006، ص53.

². السيد فؤاد البهي: الأسس النفسية للنمو، الطفولة والمراهقة، دار الفكر العربي. القاهرة، 1998، ص 231.

³. PIERRE G.Coslin: **Psychologie de l'adolescent**. 2ème Edition, Garousse, Paris 2006. P12.

⁴. حبيب أحمد علي: المراهقة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص 09.

2- النظريات المفسرة للمراهقة

نظرا لأهمية هذه المرحلة في حياة الإنسان. فقد ظهرت نظريات عديدة في مختلف المجالات حاولت كل واحدة منها أن تعطي تفسيراً واضحاً ومقنعاً للمراهقة على غرار اختلاف باحثيها في اتجاهاتهم العملية ومن بينها:

2-1. النظرية العضوية

من أبرز العلماء السيكولوجيين الذين اهتموا بمرحلة المراهقة نجد "ستانلي هول" (S.Holl) الذي يعتبر مؤسس سيكولوجية المراهقة وإليه يعود الفضل في إدخال هذه المرحلة إلى مجال الدراسات النفسية المعاصرة.

إن مفهوم هول لا يخلو من بعض الغموض فدراسته لا تعدو أن تكون نوعاً من الملاحظة والتحليل النظري للمراهقة في ذاتها. وبمعزل عن الوسط الاجتماعي والمحيط المادي الذي يعيش فيه المراهق. و"ستانلي هول" هو الذي اعتبر المراهقة بمثابة ولادة ثانية مشيراً بذلك إلى التغيرات العضوية التي تنتابه خلال هذه الفترة وإلى استيقاظ بعض الدوافع الكامنة في عضويته، الجديد في أبحاث هول عن المراهقة هو اعتبارها مرحلة أزمة، فحادثة البلوغ في نظره تعطي للمراهقة خاصيتها ونوعيتها بحيث تفصلها بشكل تام ومفاجئ عن الطفولة، فالميلاد الجديد كما عبر عنه هول يعد فصلاً وانقلاباً جذرياً في حياة المراهق والتحويلات النفسية التي تطرأ على المراهق ترجع أسبابها إلى الناحية البيولوجية والعضوية من خلال التغيرات الملاحظة في السلوك، وكذلك بالتغيرات الفسيولوجية ذات العلاقة بوظائف الغدد.¹

¹. أوزي أحمد: المراهق والعلاقات الأسرية، مطبعة النجاح الجديدة. الرباط، دون سنة. ص 30.

2-2. نظرية ألبورت "All port"

تفهم المراهقة عند " ألبورت " من خلال إيمانه بالدور الذي تلعبه الذات في تكوين الشخصية بحيث أن جل اهتماماته ركزت على تحليل جوانبها وأبعادها عبر مراحل نمو الفرد وتكون شخصيته منذ ميلاده إلى حين بلوغه مرحلة المراهقة وهي الفترة التي يقوي فيها الفرد المراهق شعوره بذاته والسعي نحو تأكيدها ونظرا لأهمية هذا المفهوم ومركزيته في نفسية الفرد من جهة وفي النسق السيكولوجي لألبورت من جهة أخرى فإننا نرى ضرورة التعرض لو عبر مختلف مراحل نموه إلى فترة المراهقة.

إن مفهوم الذات أو الأنا يشكل إذا نقطة انطلاق لتصوير أبعاد الشخصية. والجديد الذي أضافه " ألبورت " في تحليله ودراسته لمفهوم الذات بعد "وليام جمس" هو اعتقاده بوجود عدة مظاهر لهذه الذات وتخصيص كل مظهر من مظاهرها بالتحديد والوصف.¹

2-3. نظرية علم النفس المعرفي بياجيه " Piaget "

إذا كان اسم فرويد مرتبط بدراسة النمو الانفعالي لدى الطفل فان " بياجيه" اسمه ظل مرتبطا بالنمو المعرفي حيث ادخل إلى مجال علم النفس العديد من المفاهيم التي أثرت على هذا العلم وقد يكون من الصعب الحديث عن فترة المراهقة في النسق السيكولوجي " لبياجيه" دون التعرض للمراحل السابقة لها، إذا المراهقة كأسلوب في التحليل والنظر وفهم الواقع مرتبط بما سبقها من مراحل والتي تشكل حلقات متصلة كل حلقة تؤدي إلى التي تليها وهكذا.

استخلص " بياجيه" بعد ملاحظاته ودراساته الدقيقة لنشاط الطفل وفاعليته وجود أنماط لديه يستخدمها من ميلاده إلى فترة المراهقة ولهذا فالتفكير يشكل أنظمة متناسقة يمكن التعرف إليها من خلال مراحل النمو التي يقسمها "بياجيه" إلى أربعة مراحل أساسية

¹. القناوي هدى محمد: سيكولوجية المراهقة، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة ، 1992، ص 29.

والغاية منها إبراز نمو وتطور التفكير والمعرفة لدى الأطفال واختلافها من مرحلة لأخرى ومن هذه المراحل:

- المرحلة الحسية الحركية، من الميلاد إلى سنتين (0-2).
- مرحلة ما قبل العمليات العقلية، من سنتين إلى سبع سنوات (2-7).
- مرحلة العمليات العقلية الحسية، من سبعة سنوات إلى إحدى عشرة سنة (7-11).
- مرحلة العمليات العقلية الشكلية، من إحدى عشرة سنة إلى ما فوق.¹

4-2. النظرية السيكلوجية (نظرية المجال)

إن من أوضح هذا التوجه هو العالم النفساني "كورت ليفين" الذي أكد أن مرحلة المراهقة مرحلة انتقال وتغير كبير وسريع بالقياس مع غيرها من مراحل العمر.²

ويؤكد ليفين على ضرورة النظر في دور العناصر القريبة أو البعيدة في حياة الشخص فلفهم سلوك الفرد لا ينبغي أن نعزل أي متغير من المتغيرات المؤثرة فيه كشخص عن بقية العناصر الأخرى التي يتبادل معها التأثير والتأثر وهنا تكمن إحدى المبادئ الأساسية لنظرية المجال وهو يعتبر أن سلوك المراهق يرتبط بعدد من المتغيرات التي تحدث في هذا العمر بحيث لا يمكن لنا فهم المراهقة دون النظر إلى التداخل المستمر للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تتم خلال هذه المرحلة من الحياة التي تمثل حسب هذه النظرية مرحلة هامشية لأن المراهق فيها يقع في مكان الحدود بين جماعتين جماعة الأطفال وجماعة الراشدين فهو يرفض الجماعة الأولى ويكون مرفوض

¹. أوزي أحمد: المرجع السابق، ص 50.

². الدهاري صالح حسن أحمد: علم النفس العام، دار الكندي للنشر والتوزيع، 2005، ص 241.

من طرف الجماعة الثانية.¹ وبصفة عامة مفاد هذه النظرية هو أن الظواهر النفسية وحدات كمية ومتراطة وليست مجموعة عناصر أو أجزاء متغيرة.

وخالصة القول أن مجموع النظريات التي حاولت تفسير مرحلة المراهقة اعتمدت كل واحدة على جانب من الجوانب في تفسيرها ودراستها لمرحلة المراهقة ولا يمكن لنا أن نرجع تفسير هذه المرحلة إلى نظرية واحدة معينة بحد ذاتها بل الفرد يتأثر بكل تلك العوامل بتداخلها مع بعضها البعض.

3- المراحل الزمنية للمراهقة:

تعتبر المراهقة مرحلة النمو الشامل والمتكامل لمفرد ويصعب التمييز بين بداية مرحلة ونهاية مرحلة أخرى ولكن أغلب الباحثين اتفقوا على تقسيم المراهقة إلى فترات زمنية مختلفة ومتلاحقة وأهم هذه التقسيمات:

1) المراهقة المبكرة (11-15 سنة):

تمتد هذه الفترة من بداية البلوغ إلى ما بعد وضوح السمات الفسيولوجية الجديدة بعام تقريبا وهي مدة تتسم بالاضطرابات المتعددة حيث يشعر المراهق خلالها بعدم الاستقرار النفسي والانفعالي والقلق والتوتر ويحاول المراهق في هذه المرحلة التخلص من كل أنواع الرقابة ورموز السلطة (كالأب في الأسرة، المدرس في المدرسة).² مرحلة المراهقة المبكرة هي فترة تقلبات قوية وحادة تصاحبها التغيرات الظاهرة في نواحي عدة جسمية منها خاصة والانفعالية مما يؤدي إلى الشعور بعدم التوازن لدى المراهق وذلك يظهر على شكل ثورات وتقلبات في المزاج.

¹. القناوي هدى محمد: المرجع السابق، 1992، ص 28.

². القذافي رمضان محمد: علم نفس النمو والطفولة والمراهقة، المكتبة الجامعية. الإسكندرية 2000، ص 253.

(2) المراهقة الوسطى (15-17 سنة):

هي فترة تستمر لسنتين وهي أقرب إلى المراهقة المبكرة تمتاز هذه المرحلة بالهدوء والسكينة وبالالتجاء إلى تقبل الحياة بكل ما فيها من اختلافات وتتوفر لدى المراهق طاقة هائلة وقدرة على العمل وإقامة علاقات مع الآخرين.¹

إنها مرحلة استعادة التوازن لدى المراهق حيث يخف لديه التمرکز حول الذات ومراقبة ما يجري في داخله من تغيرات ويحل محلها الانفتاح على عالم الكبار من أجل العمل على تحقيق التوازن بين الرغبات والإمكانات.²

(3) المراهقة المتأخرة (17-21 سنة):

هي فترة يحاول فيها المراهق لم شتاته وتنظيم أموره وهو يتميز في هذه المرحلة بالقوة والشعور بالاستقلال وبوضوح الهوية وبالالتزام بعد أن يكون قد استقر على مجموعة من الاختيارات المحددة ويشير العلماء إلى أن المراهقة المتأخرة تعتبر مرحلة التفاعل وتوحيد أجزاء الشخصية والتنسيق فيما بينها بعد أن أصبحت الأهداف واضحة والقرارات مستقلة فنجد المراهق في هذه المرحلة يبتعد عن العزلة وينخرط في نشاطات اجتماعية ذلك أنه أصبح يتمتع بنضج ذهني و اجتماعي وجسدي.³

ومن خلال كل ما سبق يتضح أن العلماء قاموا بتقسيم مرحلة المراهقة إلى مراحل أو فترات عدة ولعل أهم تقسيم يناسب دراستنا هو التقسيم حسب المراحل التعليمية والذي هو كالتالي:

- المراهقة المبكرة (12-13-14 سنة) وهي تقابل مرحلة المتوسطة.

¹. القذافي رمضان محمد: المرجع السابق، 2000، ص 256.

². الديدي عبد الغني: المراهقة والتحليل النفسي، بيروت، 1997، ص 18.

³. القذافي رمضان محمد: المرجع السابق، 2000، ص 857.

- المراهقة المتوسطة (15-16-17 سنة) وهي تقابل مرحلة الثانوية.

- المراهقة المتأخرة (18-19-20-21 سنة) وهي تقابل مرحلة الجامعة.

وهكذا نجد أنها تنتهي عند 21 سنة، حتى يصبح الفرد ناضجا جسديا، عقليا، جنسيا
فسيولوجيا انفعاليا، اجتماعيا.¹

4 - مظاهر النمو في المراهقة

4-1 النمو الجسمي والفيزيولوجي

أ. البلوغ

إن المراهقة تبدأ عندما يتم البلوغ ويكمن الاختلاف بينهما في أن كلمة البلوغ تعني
التغير الفيزيولوجي الذي يطرأ على المراهق وهذا بسبب نضج الغدد التناسلية واكتساب
معالم جنسية حديثة تنقل الطفل من فترة الطفولة إلى فترة الفرد الراشد.

يري Anatrella أن مرحلة المراهقة تتزامن في نفس الوقت مع مرحلة البلوغ، غير
أنها تدوم أطول، وينقسم حسب رأيه تزامن المراهقة والبلوغ إلى ثلاث أقسام:

- البلوغ من 12 إلى 17 - 18 سنة.

- المراهقة من 17 - 18 إلى 24 - 25 سنة.

- مرحلة ما بعد المراهقة 23 - 24 إلى ما بعد المراهقة 30 سنة.

ويعرف البلوغ بأنه مرحلة من الحياة تعرف ببداية ظهور خلايا مكونة جديدة
واختلافات في بعض الخصائص الجنسية إضافة إلى التغييرات الفيزيولوجية والجسدية،
وهناك من يرجع بعض الخصائص إلى المحيط الاجتماعي وآخر إلى التغيير في المحيط
المناخي.

¹. زهران حامد عبد السلام: علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، عالم الكتب، القاهرة، ط5، 1995، ص 328.

ب. النمو الجسمي

هذا المظهر من النمو يعطينا من المؤشرات والدلائل ما يسمح لنا بتقصي بعض الحالات النفسية والسلوكيات الاجتماعية للمراهق التي تنصب اهتماماته في بداية هذه المرحلة على التحولات التي تطرأ على الشكل العام للجسم وتتمثل في:

1- الطول

يلعب هذا المظهر دورا في إعطاء صورة كاملة وواضحة لطبيعة النمو، يرتفع الطول من جديد بعد سن الطفولة مع البلوغ وبداية المراهقة، ويؤكد Stephens أن النمو يكون سريعا في السنوات الأولى من الطفولة وأنه عند فترة المراهقة فإن النمو يظل في تناقص نسبي.

2- الوزن

هو أكثر اتصالا وانسجاما مع الطول لإعطائه صورة كاملة للجسم، ومعدلات الزيادة في الوزن تكون بصفة عامة متقاربة لدى الجنسين في سن الطفولة المتأخرة، فحسب رأي البعض أنه عند سن العاشرة يصل الوزن إلى حوالي 33 كلغ عند الجنسين كمعدل عام ثم يزداد الوزن بشكل نسبي عند الإناث ثم تليها الفترة ما بين 14-15 سنة أين يتساوى فيها الوزن عند الجنسين عند معدل 50 كلغ تقريبا.¹

ج. النمو الجنسي

تتحرك النزوات الجنسية لدى المراهق مع بداية نشاط نزوات أخرى، وهذا عند النضج الفيزيولوجي وهي تنقل الفرد من الجنسية الطفلية أين تكون صورة الوالدين حاضرة ومرتبطة بالصراع الأوديبي إلى جنسية غيرية والتي تأخذ معناها في علاقة حقيقية بعد تجربة حصلت في الطفولة كما نسميها تجربة الإسناد، فيبدأ المراهق أول خطوة وذلك

¹. جابر نصر الدين: علاقة الرفض الأبوي بالتنكيف النفسي، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 1992، ص 19.

بإيجاد اللذة في الذات أي غلطة ذاتية عن طريق الإستمنا الذي يجلب الارتياح له، لكن لم يستطع بعد أن يدخل في علاقة حقيقية مع الجنس الآخر وهذا قد يولد لديه الإحساس بالذنب¹.

د. النمو الانفعالي

هناك إجماع علمي على أن المراهقة هي فترة الانفعالات الحادة والتقلبات المزاجية ومن أهم الأنماط الانفعالية ظهورا خلال هذه الفترة ما يلي:

1- الغضب

هو من الانفعالات الحادة المميزة للمراهقة ويكون كرد فعل لمضايقات ومواقف معينة كالنقد الشديد من قبل الآباء، السخرية من تصرفاته، الحط من قيمته أو ضربه، توبيخه ومقارنته بإخوته أو زملائه كما قد يكون الغضب رد فعل لوجود إعاقة جسمية أو حسية أو حركية أو مرض يحول دون قيامه بنشاط معين، ومع اقتراب نهاية المراهقة تقل تدريجيا حدة استجابات الغضب².

2- الخوف

تظهر مخاوف جديدة كالخوف من الأماكن الخالية والأصوات المرتفعة أو بعض الحيوانات. كما يخاف المراهق من التغيرات الحاصلة في الشخصية خاصة الجسمية منها، وكذلك الخوف من إقامة علاقات جديدة أو مواجهة بعض الناس كما يمكن أن يكون خوفه نتيجة شعوره بعدم الاستقرار النفسي أو صعوبة الوضع الذي يمر به أو يكون مرتبطا بالأخطار التي تهدده كالأمراض المعدية والخطيرة.

¹ . Hélène Harcel-Biraud: **Manuel de psychologie à l'usage des soignants**, 2ème édition, Masson, Paris, 1994, , P.60.

² . سعدية محمد علي بهادر: **سيكولوجية المراهق**، دار البحوث العلمية، الكويت، 1980، ص 30 .

3-القلق

يعتبر القلق من الانفعالات المميزة لهذه الفترة ويكون كرد فعل أمام كل منبه يشكل خطراً مهدداً للذات ويكون مصدره غالباً غير معروف وغير محدد عكس الخوف، وينتاب المراهق هذا الشعور بالقلق نظراً لما يطرأ عليه من تغيرات أو بسبب الأسلوب التربوي المتبع من طرف الوالدين والذي لا يتناسب مع سن المراهق ووضعيته الجديدة.

وهناك استجابات فيزيولوجية تصاحب القلق مثل الشعور بالصداع والضيق وعبوس الوجه والإحساس بالتعب وفي بعض الحالات تتحول استجابات هذا الانفعال إلى اضطرابات سلوكية كتعاطي المخدرات، المهدئات، شرب الكحول، الإفراط في النشاط الجنسي، العدوانية، الهروب وهذه الاستجابات هي وسيلة للتخفيف من حدة القلق ومع نهاية هذه الفترة وتأثير الوسط العائلي والمدرسي والاجتماعي تتطور قدرة المراهق على السيطرة والتحكم في استجاباته القلقة¹.

4-العدوانية

تستيقظ النزوات العدوانية في فترة المراهقة والتي تكون في فترة الكمون على شكل شتم وتعليق، هذه النزوة تجعل المراهق غير محبوب وتكون مرتبطة بالقلق والشعور بالذنب ويمكن أن تكون العدوانية وسيلة لجلب الانتباه كما يمكننا ملاحظة العدوانية في أشكال عديدة مثل الرفض المدرسي، الامتناع عن الأكل العصبي والانتحار. ويمكن أن تمارس هذه النزوة على الجسد أو في الوسط العائلي في حالة إخفاق الوالدين في التعامل مع المراهق، كما يمكن أن تنتقل إلى المحيط الخارجي خاصة الجيران والمحيط الدراسي².

¹. ج.ب لابلونش ويونتاليس: معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية، ط3، بيروت، 1997 ص322.

². Hélène Harcel-Biraud: **Manuel de psychologie à l'usage des soignants**, 2ème édition, Masson, Paris, 1994, p.61.

5- الاكتئاب

يعتبر انفعالا طبيعيا يصاحب عملية النمو في هذه الفترة وهو انعكاس لحالة الصراع النفسي وعدم الاتزان الانفعالي الذي تفرزه المعطيات الجديدة لهذه الفترة وهنا يجب أن نفرق بين هذا الانفعال والاكتئاب الذي يظهر من خلال أعراض مثل عدم القدرة على التصرف وغياب الإحساس باللذة والشعور بالحزن وغيرها.

6- الخجل

سمة مميزة لشخصية المراهق وسبب ظهوره يرجع إلى صعوبة الكلام ومواجهة الجنس الآخر، عدم القدرة على التحدث أمام الناس والانتساب إلى أسرة فقيرة أو وجود إعاقة بدنية. ويجب التفريق هنا بين الخجل العادي الطبيعي الذي يمثل للقيم والمعايير الاجتماعية من خلال امتناع المراهق عن القيام بسلوكات وعادات مجتمعه ويسمى الحياء، وبين زيادة درجته وكثرة ظهوره في كل المواقف أين يتحول إلى خجل شاذ يعيق النمو النفسي الطبيعي ويصنف ضمن الاضطرابات السلوكية.

7- الغيرة

الغيرة من الانفعالات الملاحظة في هذه الفترة ويعرفها البعض على أنها انفعال صبياني ويظهر بصورة قوية ومقنعة أثناء بداية المراهقة والبعض الآخر يراها انفعالا يكون مصدره اجتماعيا ومن أسباب ظهوره توجيه جل اهتمامات المراهق نحو شخص معين يشكل مصدر الغيرة لديه أو عدم الحصول على بعض الامتيازات التي يتمتع بها هذا الشخص.¹

¹. جابر نصر الدين: مرجع سابق، 1992، ص ص 20-22.

4-4 النمو العقلي

أ. الذكاء

ذكاء المراهق يكون في هذه المرحلة في آخر إمكانياته العملية في الرياضيات كما يوضحه Piaget في دراسته لنمو الذكاء، ويصل في هذه المرحلة إلى أقصى قدرات العمل العقلي وبقدرات مجردة كالراشد، والتثقيف دفاع ضد القلق الذي سيتطور عن طريق برامج التعليم التي تتطلب من الفرد الاستنتاج وإثبات الدلائل أو نفيها.

ب. التذكر

يصاحب نمو قدرة الانتباه وهو القدرة على التعلم والتذكر، وهذه القدرة تؤسس على الفهم والميل والتذكر عند المراهق هو استنتاج للعلاقات الجديدة بين الموضوعات المتذكرة ولا يستطيع المراهق أن يتذكر موضوعا إلا إذا فهمه وربطه بموضوعات مرت به كخبرات سابقة.

ج. التخيل

يتجه المراهق إلى الخيال المجرد المبني على الألفاظ أي الصور اللفظية، وهنا يعود إلى عملية اكتساب اللغة التي تكاد تدخل في طورها النهائي ولأنها تصب فيها المعاني المجردة فإن نمو التخيل لدى المراهق يساعده على التفكير المجرد كالهندسة والحساب وهذا يكون صعبا في مراحل سابقة من التعليم.

د. الاستدلال والتفكير

التفكير هو حل مشكلة قائمة ويجب أن تهدف التربية إلى مساعدة المراهقين على التفكير السليم في حل مشكلاتهم (اقتصادية، اجتماعية، علمية، عاطفية...) فإذا استطعنا ذلك فإننا نعطي له الفرصة في معالجة المشاكل عن طريق التفكير العقلي السليم.¹

¹. زيدان محمد مصطفى: النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، ط3، جدة، 1990، ص165.

4-5 النمو الاجتماعي

يتأثر هذا النمو بالتنشئة الاجتماعية وبالنضج في نفس الوقت، وكلما كانت بيئة الفرد ملائمة، ساعد ذلك إلى أن تكون علاقاته الاجتماعية ملائمة. ويتصف النمو الاجتماعي في المراهقة بمظاهر رئيسية وتبدو هذه المظاهر في تآلف المراهق مع الأفراد الآخرين ويتضح هذا التآلف فيما يلي:

- يميل المراهق للجنس الآخر ويتضح نمط سلوكه ونشاطه لجلب انتباه الجنس الآخر.
- الثقة وتأكيد الذات ويتحقق في سيطرة الأسرة مما يؤدي إلى تأكيد شخصيته ويشعر بمكانته.

- الخضوع لجماعة الرفاق حيث يخضع إلى معايير ونظم أصدقائه وما يحيط به من أفراد.

- إدراك العلاقات القائمة بينه وبين الأفراد الآخرين ويحاول المراهق هنا أن يفهم آثار تفاعله مع الآخرين، مما يؤدي به إلى النفوذ إلى أعماق سلوكهم ويحاول الملائمة بينه وبين الآخرين.

- اتساع دائرة التفاعل الاجتماعي وهذا باتساع نشاطه الاجتماعي مما يخفف من أنانيته ويقتررب سلوكه من معايير الآخرين ويتعاون معهم في نشاطه ومظاهر حياته الاجتماعية. كما يتضح نفور المراهق في حالات أخرى كما يلي:

- التمرد والذي يتحدد من سيطرة الأسرة وهذا يشعره بفرديته ونضجه واستقلالته وتحدي السلطة القائمة.

- السخرية ويتطور إيمان المراهق بالمثل مما يؤدي به إلى السخرية من الحياة الواقعية وهذا لبعدها عن هذه المثل التي يؤمن بها ولكن يقتررب شيئاً فشيئاً من الواقع في سن الرشد.

- التعصب حيث يزداد تعصب المراهق لآرائه ومعايير الجماعة التي ينتمي إليها وقد يصل تعصبه إلى سلوك عدواني وهذا يتضح في النقد اللاذع.¹

ودور جماعة الرفاق تكون في العادة من أفراد المراهقين الذين تتقارب أعمارهم الزمنية والعقلية وميولهم في كثير من الأحيان والجماعة تؤلف وحدة متماسكة تشترك في الميول والاتجاهات وجماعة الرفاق ذات تأثير كبير على عملية التنشئة الاجتماعية وهذا الأثر يفوق كلا من البيت والمدرسة خلال هذه المرحلة.

ويتأثر النمط الأخلاقي للمراهق بالصحة إذ يعتنق المراهق القيم الخلقية والاجتماعية للجماعة فإذا كانت الصحة جيدة تأثر المراهق بخلقها ومثلها الأعلى، في حين أن الشلة السيئة تجتذب إليها أفراد من أسر طاردة لا تتيح لأبنائها فرص الإشباع العاطفي وتتيح جماعة الرفاق للمراهق الفرص التالية:

- أن يتفاعل مع أفراد شاكلته بالتساوي معه في الانفعالات والميول والنمو ويشبعون عنده حاجته العقلية والاجتماعية ويكملون أوجه النقص لديه وهذا لا يتوفر في جو الأسرة والمدرسة.

- يكتسب المراهق الكثير من المعلومات الجنسية التي يعجز عن معرفتها عن طريق الأسرة مع مراعاة أن هذه المعلومات قد تكون مضللة وغير صحيحة في كثير من الأحيان.

- تتيح له جوا مناسباً للمناقشة والحوار والمهارات وتنمية روح الولاء والانتماء للجماعة وتبرز المواهب الاجتماعية كالقيادة أو التبعية.

- تسمح له بالاستقلال عن الوالدين ويتحرر من تبعية الأسرة.

- تتيح له الجماعة فرص احترام آراء الآخرين والتعاون والتخلي عن نوازع الأنانية.¹

¹. زيدان محمد مصطفى: مرجع سابق، 1990، ص 166-167.

5- حاجات المراهقة

يصاحب التغيرات التي تحدث مع البلوغ، تغيرات في حاجات المراهقين قريبة من حاجات الراشدين، إلا أن المراهق يجد فروقا واضحة في مرحلة المراهقة، ولعلنا لا نبالغ إذا قلنا أن الحاجات والميول والرغبات تصل في مرحلة المراهقة إلى أقصى درجة من التعقيد.

5-1- الحاجة إلى الأمن

وتتضمن الحاجة للأمن الجسمي والصحة والحاجة إلى الشعور بالأمن الداخلي والحاجة إلى البقاء على قيد الحياة. كذلك الحاجة إلى تجنب الخطر والألم والحاجة إلى الراحة والشفاء عند المرض والحاجة إلى الحياة الآسرية الآمنة والحاجة إلى المساعدة في حل المشكلات الشخصية.

إضافة إلى الحاجة إلى الأمن، نجد عند المراهقين حاجات أخرى كالرغبة في الحب والقبول وتأكيد الذات، ولتحقيق ذلك فإن المراهق يلجأ إلى الانخراط داخل الجماعة وتعرف هذه الجماعة بجماعة الرفاق الحميمة، حيث تتألف هذه الجماعة من أفضل الأصدقاء، فمع البلوغ يختار الفتى صديقا وثيق الصلة به ليكون موضع سره وكذلك تفعل الفتاة، وهذا الفتى أو الصديق يشبع لدى المراهق الكثير من الحاجات الإجتماعية حيث يقضي معه وقتا أطول مما يقضيه مع الآخرين، وعادة ما يكون الرفيق من نفس الجنس ولديه نفس الميول والقدرات، وتكون العلاقة بينهما وثيقة إلى الحد الذي يتأثر فيه كل منهما بالآخر، وعلى الرغم مما ينشأ بينهما من اختلاف إلا أن صلة الصداقة بينهما تكون قوية بالثلة وهي تجمع أكبر حيث تتشكل من ثلاثة إلى أربعة أصدقاء ذوي ميولات واهتمامات مشتركة ويجمع بين أعضاء الشلة روابط قوية يتركز نشاط أعضائها حول

¹. معوض ميخائيل خليل: المرجع السابق، 2003، ص 358.

الأنشطة الإجتماعية مثل الاستذكار الجماعي أو مشاهدة الأفلام السينمائية والمباريات الرياضية وحضور الحفلات.

والمراهق الذي ينتمي إلى شلة معينة يتبنى معايير هذه الشلة ويتمسك بها حتى لو اختلفت أو تعارضت مع معايير أسرته، فالمراهق في هذه المرحلة يزداد إحساسه بذاتيته ورغبته في تأكيدها وسط الجماعة، فهو في نظر نفسه لم يعد ذلك الطفل أو الصبي الذي لا يسمح له بالكلام أو إبداء الرأي أو النقاش أو نقد آراء الآخرين، فهو من خلال هذا يسعى إلى أن يكون له مركز ودور داخل المجتمع حتى يتم الاعتراف به حيث يميل دائما للقيام بأعمال ملفتة للنظر ولعل وسائله في ذلك متعددة ومنها الإهتمام بالمظهر الشخصي واختيار الملابس والاهتمام بالألوان الزاهية اللافتة للنظر وتفضيل آخر خرجات الأزياء مما يظهر محاسن الجسم ويستتر مساوئه.¹

5-2- الحاجة إلى الإشباع الجنسي

وتتضمن الحاجة إلى التربية الجنسية، الحاجة للجنس الآخر وحبه وإلى التخلص من التوتر وكذا الحاجة إلى التوافق الجنسي الغيري.

5-3- الحاجة إلى النمو العقلي

وتتضمن الحاجة إلى التفكير وتوسيع قاعدة الفكر والسلوك والحاجة إلى تحصيل الحقائق وتفسيرها والحاجة إلى خبرات جديدة ومتنوعة والحاجة إلى إشباع الذات عن طريق العمل والحاجة إلى النجاح الدراسي والحاجة إلى المعلومات ونمو الذات وكذا الحاجة إلى الإرشاد العلاجي والتربوي والمهني والأسري والزوجي.²

¹. ت.ه.س.ن. مكفاليدي: علم النفس والتعليم، ترجمة عبد العلي الجسماني وعبد الوهاب العيسي وآمال طعيمة الدار العربية للعلوم، 1994 ص216 .

² . Debesse Maurice : L'adolescent, PUF, Paris, 1964, P.140.

6- مشكلات المراهقة: تتميز المراهقة بعدة مشاكل وقد حددها عدد من الباحثين في المشاكل التالية:

6-1- المشاكل النفسية

انطلاقاً من العوامل التي تبدو واضحة في تطلع المراهق نحو التجدد والاستقلالية وتأکید الذات بشتى الطرق والوسائل، فالمراهق لا يخضع للأمور البيئية وقوانينها وأحكام المجتمع، بل أصبح يقصد الأمور ويناقشها على حسب تفكيره وقدراته وإذا أحس بأن المجتمع يعارضه ولا يقدر مواقفه وأحاسيسه يسعى لأن يؤكد تمرده وعصيانه. فإذا كانت الأسرة والمدرسة والأصدقاء لا يتفهمون قدراته ومواهبه ولا يعاملونه كفرد مستقل ولا إشباع حاجاته الأساسية فهو يجب أن يحس بذاته وأن يكون شيئاً يذكر حتى يعترف الكل بقدرته وقيمه.¹

6-2- المشاكل الانفعالية إن العامل الانفعالي في حياة المراهق يبدو واضحاً في عنف انفعالاته وحدتها واندفاعها وهذا الاندفاع ليست أسبابه نفسية خالصة بل يرجع كذلك للتغيرات الجسمية، فإحساس المراهق بنمو جسمه وشعوره بأنه لا يختلف عن أجسام الكبار وصوته قد أصبح خشناً، يشعر المراهق بالفخر وكذلك يشعر بالحياء والخجل من هذا النمو السريع، كما يتجلى بوضوح خوف المراهقين من هذه المرحلة الجديدة التي ينتقل إليها والتي تتطلب منه أن يكون رجلاً في سلوكه وتصرفاته.²

6-3- المشاكل الصحية

من أهم المتاعب المرضية التي يتعرض لها الشباب في سن المراهقة هي السمنة، إذ يصاب المراهقون بسمنة مؤقتة وإن كانت كبيرة فيجب العمل على تنظيم الأكل

¹. أسعد ميخائيل إبراهيم: مشكلات الطفولة والمراهقة، 1998، ص302.

². معوض ميخائيل خليل، مرجع سابق، 2003، ص 89.

والعرض على الطبيب المختص، والسمنة قد تكون وراءها اضطرابات في الغدد كما يجب عرض المراهقين على انفراد مع الطبيب للاستماع لمتاعبهم وهو في حد ذاته جوهر العلاج، لأن لدى المراهق إحساس بأن أهله لا يفهمون.¹

6-4- المشاكل الاجتماعية

إن المراهق يميل للاستقلال والحرية والتمرد وعندما تتدخل الأسرة فإنه يعتبر هذا الموقف تصغيراً وانتقاصاً لقدراته، لذلك نجده يميل إلى النقد ومناقشة كل ما يعرض عليه من آراء وأفكار مما يؤدي إلى الصراع مع عائلته. كما قد يواجه المراهق النقد من المجتمع والعادات والتقاليد والقيم الخلقية والدينية السائدة ولكونه فرد ينتمي إلى المجتمع فهو يؤكد رغبته في التعبير عن ذاته وشخصيته.²

7- الوقاية والعلاج من مشكلات المراهقة

أ. الوقاية

لاشك أن وقاية الشباب من الوقوع في المشكلات خير من العلاج لذلك يجب مراعاة تنفيذ التطبيقات التربوية ونذكر منها:

- ضرورة بذل الجهود لتهيئة البيئة الصالحة التي ينمو فيها المراهق وإتاحة الجو النفسي لنمو الشخصية السوية وضرب المثل الصالح والقُدوة الحسنة أمام المراهق، مساعدة المراهق على فهم نفسه وتقبل ذاته وتقبل التغيرات التي تطرأ عليه في هذه المرحلة وتحسين علاقة المراهق بأسرته ومدرسته وأقرانه وتحمل المسؤولية بخصوص تنمية مفهوم إيجابي للذات.³ و يجدر أيضا اختيار مجالات شغل أوقات الفراغ مثل:

¹. رفعت محمد: المراهقة وسن البلوغ، دار المعارف للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1974، ص220.

². أسعد ميخائيل إبراهيم، مرجع سابق، 1998 ص 300.

³. دويدار عبد الفتاح، مرجع السابق، 1996، ص 281.

- **القراءة:** ربما تكون القراءة أكثر أنواع النشاط استخداما من الشباب وأكثر فائدة عندما يريد الشاب أن يزداد ثقافة في مادة معينة.

- **النشاط الإبداعي :** من الشباب من يتميز في ناحية أو أخرى من نواحي النشاط الإبداعي ،منهم الموهوب مثلا في النواحي العلمية وغيرهم ممن تساعدهم استعداداتهم العالية للتفوق فيها لكن نظام المدرسة لا يعطيهم الفرصة إلى تفتح تلك المواهب والاستفادة منها، لذلك يجب على الآباء أن يهتموا بمواهب أبناءهم.

- **النشاط الرياضي:** النشاط الرياضي هو أحد المجالات الرئيسية التي يتجه إليها الشباب في أوقات فراغهم كمتنفس طبيعي لطاقتهم وحيويتهم التي تتبع عن هذا الطريق دوافعها ورغباتها.¹

ب. العلاج

إذا وقع المراهق في مشكلات يجب مساعدته للتخلص منها وذلك بـ:

- اكتشاف المشكلات العامة التي يعاني منها المراهق ومعرفة أسبابها والعمل على إزالتها أو التخفيف منها والاستعانة بأخصائيين نفسانيين واستشارتهم ضمانا لنجاح العلاج.

- مساعدة المراهقين على أن يتعلموا الكثير عن أجسامهم، تنمية المهارات التي تحول اهتمامهم عن مظهرهم، تشجيعهم على عرض أنفسهم على الفحص الطبي والنفسي.

- علاج مخاوف المراهق والاضطرابات العصبية التي يعانون منها.

- توجيه الشباب توجيهها سليما، علاج المشكلات الأسرية، إرشاد الوالدين وتعريفهم بمرحلة المراهقة ضرورة مراعاة الفروق الفردية.

¹. الشرييني مروة ساحر: المراهقة وأسباب الانحراف، دار الكتاب الحديث، بدون طبعة، 2006، ص 96.

- إعداد برامج منظمة لخدمات الإرشاد النفسي بالمدرسة.

- توضيح أهمية الدراسة ومساعدتهم على التخطيط الذكي للمستقبل، مناقشة أساليب الاستذكار والتحصيل مع الطلاب، مساعدة المراهق على أن يكون فكرة دقيقة عن قدراته واستغلالها إلى أقصى حد.

- المساعدة في عملية التنشئة الاجتماعية وتعليم المعايير السلوكية الاجتماعية السليمة والسلوك الاجتماعي السوي والمهارات الاجتماعية والقواعد الأخلاقية، تهيئة الفرص للمناقشات الجماعية حول مشكلات المراهقين وشغل أوقات الفراغ بطريقة مفيدة.

- الاهتمام بالتربية الجنسية العلمية للشباب ومساعدتهم على تقبل النمو الجنسي والسعادة والفخر بالنمو الجنسي وتقبل التطور الجديد في حياتهم قبولاً حسناً.¹

8- المراهقة في الجزائر

تختلف نظرة المجتمعات للمراهق حسب الثقافات السائدة، ففي المجتمعات البدائية مثلاً لم يكن هناك ما يدعى بمرحلة المراهقة والسائد عندهم هو البلوغ، فالفرد بمجرد بلوغه يكون قد اقتحم عالم الرشد، ولم يكن هناك ما يعرف بأزمة المراهقة ونتيجة لتغير الفكر الاجتماعي والتطور الحضاري بدأت فكرة الاهتمام بمرحلة المراهقة. وأصبحت من أخطر مراحل النمو التي تستوجب اهتماماً بالغاً من طرف المختصين والمحيطين، فالجزائر كغيرها من المجتمعات لم تكن تعرف مصطلح المراهقة في عاميتها وإنما المعروف هو مصطلح البلوغ، وقد تراوحت معاملة الأسرة الجزائرية للبالغ بين السماحة واللين أحياناً والقسوة والتسلط أحياناً أخرى.

فكانت تتعته بالوقح والكسول والاتكالي، كما أن معاملة الذكر والأنثى ليست على حد سواء، إذ أعطي الذكر كامل الحرية في التصرف وإن وصل به الأمر إلى حد

¹. دويدار عبد الفتاح: المرجع السابق، 1996، ص ص 282-283.

الممارسات اللاأخلاقية والانحرافات السلوكية، لأن الرجل في نظرهم لا يجلب العار أما الأنثى فتعامل بنوع من القسوة والشدة والصرامة والمراقبة الشديدة لسلوكها وتحركاتها وحتى في علاقتها مع الآخرين وخاصة علاقتها مع الجنس الآخر. فالفتاة رمز شرف للعائلة الجزائرية، حيث ترى الباحثة نفيسة "زردومي" أن الفتاة الجزائرية في بعض العائلات تشكل نكسة في أعضاء الأسرة، فيما يمكن أن تجلبه من عار لهذه العائلة، فهي تعامل منذ البداية على أساس مخلوق غير مرغوب فيه ولكنه ضروري. كما انحصرت تربية الفتاة في الوسط الجزائري على تلقينها مفردات آلية وهي: الطاعة، الحشمة، الأناقة، العيب، الحرام، الأصل، الشرف...إلخ.

لقد أثبتت الدراسات أن مرحلة المراهقة تعتبر من الفترات الحرجة التي يمر بها الفرد أثناء نموه لما يميز هذه الفترة من تغيرات جسمية وعقلية وانفعالية واجتماعية، إذ تصبح انفعالاته غير مستقرة تتراوح بين الهدوء تارة والغضب والتهدج تارة أخرى، كما تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية للمراهق بخروجه إلى المدرسة والشارع، لذلك ينبغي على المجتمع بصفة عامة والأسرة بصفة خاصة تفهم خصوصية مرحلة المراهقة وإحاطة المراهق برعاية نفسية وصحية واجتماعية لأنه وإن لم يؤخذ بعين الاعتبار في تجاوز هذه الاضطرابات وأهمل فإنه ينقم على المجتمع ويسلك سلوكات غير عادية كتعبير عن المعاناة التي يعيشها، ولجوؤه إلى الانحراف ربما هو المنفذ الأحسن للوصول إلى تلبية حاجاته التي عجزت الأسرة والبيئة المحيطة عن توفيرها، رغم أنه في بعض الأحيان يرغب في الابتعاد عن المخدرات مثلا لكن هذه الأخيرة وللأسف تبقى الشيء الوحيد المتاح الذي يستطيع المراهق من خلاله التخفيف من الآلام والمعاناة التي يعيشها بغض النظر عن المضاعفات السيئة له.¹

¹ . Nini Mohamed Nadjib: Thèse de doctorat, **Contribution à l'étude des structures chez l'adolescent Algérien**, université de Paris, 1997, P.258.

ولو أخذنا حالة المجتمع الجزائري فإننا نجد أن العائلة الجزائرية التقليدية تتميز بكونها عائلة مكتملة العدد، أي مجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم في بيت واحد ويشكلون أسرة واحدة ويشرف عليها فرد واحد وهو الأكبر، هذا التنظيم العائلي القديم يرتكز على السلطة الأبوية، فهي تنظر للطفل بوصفه امتدادا لأبيه أي أنه عندما يكبر يباشر أعمال أبيه بنفس السلطة لأنه ذكر ولأن الأسرة الجزائرية أسرة أبوية ويوضح ذلك بوتفوشات مصطفى فيقول: "إن الأب ينتظر من ابنه أن يكون تابعا له كليا ويجب على الابن أن يظهر أنه يعتبر بالدم الذي أعطي له ويحترم سلطة الأب في كل المواقف وأن يخدم عائلته تبعا للقيم التقليدية للعائلة".

والمراهق الجزائري قديما كان ينتقل مباشرة إلى الرشد بمجرد البلوغ حيث تبدأ العائلة في إعدادة لتحمل المسؤولية الاقتصادية لكن حاليا نظرة المجتمع للمراهق تغيرت ولكن هذا التغير مصحوب بنوع من التشدد والحماية والرقابة خاصة على البنات فالمراهق الجزائري يعيش مرحلة جد صعبة وهذا نتيجة الظروف المحيطة به سواء كانت اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو سياسية.¹ ولهذا فإن المراهق سيلقى الفراغ سواء كانوا متمردين أو مهمشين، بحيث لا يوجد مشروع شخصي ولا يوجد خيار آخر غير الحائط (Hitiste) الذي يمثل المكان والافق الوحيد.²

إن أصل الصراع في المجتمع الجزائري يعود إلى التناقضات الموجودة بين ما يتلقاه المراهق في البيت وما يجده في الخارج وما تعرضه وسائل الإعلام تؤدي بالمراهق الجزائري إلى عيش صراعات وتوترات عنيفة بين تحقيق رغباتهم وبين الممنوعات الخارجية، وفي هذا الإطار يقول الأستاذ "موراد مرداسي"، يعاني الشباب من عدم الاعتراف بهم في ثقافتهم، لياقتهم، وهويتهم، وهذا يدل على عدم قدرتهم على ترميز

¹ Nouredine Toualbi: **Les attitudes et représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne**, EPIN, Alger, 1975, P.199.

². Fesian, Hocine: **Y-aurait-il une question du père à l'adolescence dans l'éclosion de la violence en Algérie**, département de psychologie, Oran, P 30.

معلومات ومعاني الحياة، وتزداد الصعوبة عندما يكون المراهق في حالة ضغط مفرط، ويتحمل هذا من خلال تفويض أدوار راشدة بدون أن يتحكم فيها.¹

ويضيف الدكتور بن سماعيل في هذا المجال قائلاً: "إن فكرة المراهقة متأثرة بالثقافة في بعض المجتمعات التقليدية كالثقافة الجزائرية فمكانة المراهق عندنا غير معترف بها لذا فالطفل لا يدرك إطلاقاً هذه المرحلة من عمره نتيجة غياب الوعي بها.² وبالتالي ففي هذه المجتمعات كلمة مراهق غير متداولة بين الناس ولكن نقطة العبور في المكانة الاجتماعية هي البلوغ والتي تعبر عن النضج مستعملين بذلك كلمة شباب وهذا ما يفسر وبدون شك اختفاء كلمة مراهق من قاموس لغتنا اليومية. وبذلك فإن مصطلح المراهقة ظهر في المجتمع الجزائري بعد الاستقلال كنتيجة للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية وما خلفه الاستعمار من دمار وسياسة التصنيع والتنمية، حيث أثرت كل هذه العناصر على توازن المجتمع وفاقمت من حجم الصراع بين الأجيال، إلى أن وصل الحال بالجزائريين إلى أن يتقاتلوا فيما بينهم، إضافة إلى التفكك الأسري وفقدان الدور المنوط بالأسرة وتخلي الآباء عن تربية الأبناء وألقوا بهذه المهمة على عاتق المدرسة لوحدتها الشيء الذي أثر على المراهقين الذين أصبحوا يعانون عدم التكيف.³

¹ Merdaci Mourad: **Une psychologie du champ Algérien**, Office de la publication universitaire, 2010, p 164.

² Bensmail Belkacem: **Psychiatrie d'aujourd'hui**, office de publication universitaire, Alger, 1994, P.184.

³ Nini Mohamed Nadjib: **thèse de doctorat, Contribution à l'étude des structures chez l'adolescent**, Algérien, université de Paris, 1997, P.259.

الفصل الخامس: الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت إعداد برامج علاجية ووقائية للمدمنين

أولاً: الدراسات الأجنبية

1. دراسة شيفر (Schiffer 1988)
2. دراسة نافارو وآخرون (Navarro et al. 1992)
3. دراسة ليون ديكيرسون (Dickerson 1994)
4. دراسة ويلز وآخرون (Wells et al. 1994)
5. دراسة بريدينباش (Breidenbach 1978)
6. دراسة كاروي (Carway) (1983)
7. دراسة كوبر ومكورماك (Cooper & Mccramack) (1992)
8. دراسة لورنس وكاثرين (Lawrence & Catherine 1997)

ثانياً: الدراسات العربية

1. دراسة شريتجي (1987)
2. دراسة حافظ وحسين (1990)
3. دراسة فاروق عبد السلام (1977)
4. محمد عبد الصبور (2001)

ثالثاً: تعقيب عام على الدراسات السابقة

الفصل الخامس

الدراسات السابقة

الدراسات التي تناولت إعداد برامج علاجية ووقائية للمدمنين

يتضح من مراجعة الدراسات والبحوث التي تناولت ظاهرة الإدمان على المخدرات، وجود العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت ظاهرة التعاطي وما يرتبط بها من مصطلحات ومتغيرات، إلى جانب بحوث ودراسات أخرى سعت إلى إعداد برامج وقائية وعلاجية للمدمنين.

وتتناول الباحثين فيما يلي هذه البحوث والدراسات نظرا لصلتها الوثيقة بموضوع الدراسة الحالية.

I. الدراسات الأجنبية

1. دراسة شيفر Schiffer (1988)

الدراسة بعنوان العلاج النفسي الناجح لتسعة من مدمني الكوكايين (الفنيات والديناميات).

قام الباحث بتتبع مجموعة من 9 مدمني كوكايين، تم علاجهم بنجاح من خلال استخدام العلاج النفسي الدينامي المتعمق طويل الأمد، وقد استمر العلاج بعد استكمالهم فترة العلاج بالمستشفى لمدة تتراوح بين (10 - 37) شهر.

وضمنت العينة 8 ذكور وأنثى واحدة، كلهم من العاملين، وممن تطوعوا لتلقي البرنامج العلاجي الذي استمر لمدة أربعة أسابيع، ومتوسط أعمارهم ما بين (5 - 37) سنة.

وتضمن العلاج ما يلي: العلاج النفسي الجماعي Groupes d'éducation sur les drogues، وفنيات للتكيف مع الضغوط، والعلاج الأسري، والتحدث مع الموظفين بصورة

متكررة، بالإضافة إلى العلاج الفردي، كما تضمن البرنامج العلاج بالأدوية، إلا أنه لم يعالج أي من المفحوصين بالأدوية أثناء إقامته بالمستشفى.

وتلقى جميع أفراد العينة العلاج الفردي لمدة 3 مرات أسبوعياً، وبعد انتهاء البرنامج، يتم مقابلتهم مرتين في الأسبوع لمدة شهر ثم أصبح لمرة واحدة أسبوعاً.

استخدمت الدراسة الأدوات التالية: اختبار "بيك" للاكتئاب، ومقياس Scl-90 لتصفية مرضى العيادة الخارجية، واستبيان التقرير الذاتي للتكيف الاجتماعي.

وغالباً ما كان يطلب من المفحوصين كتابة تقارير حول تقدم العلاج، بالإضافة إلى مقابلة أحد أعضاء أسرة المفحوص أو أحد أصدقائه المقربين للتوقيع على تقرير يؤكد عدم تعاطي المفحوص، وتقدير التحسن العام للمفحوص على مقياس يتدرج من درجة إلى 10 درجات، بحيث تشير الدرجة 1 إلى سيء جداً، بينما الدرجة 10 تعني بأن المفحوص أفضل بالمستشفى.

وقد تبين للباحث أن هؤلاء المرضى كانوا ضحايا للصددمات النفسية في مرحلة الطفولة، مما أدى به إلى تحديد أربعة خطوات لعملية العلاج، وهي: البحث عن ظروف الصدمة أو الإدمان، توطيد الاتصالات العاطفية، مساعدة المريض على تفهم تأثير الإدمان، ومساعدة المريض على اكتساب الخبرات المرتبطة بالصددمات.

وقد أوضحت النتائج أن اثنين من المفحوصين قد انتكسوا بعد خروجهم من المستشفى بأشهر قليلة، ولكنهما استطاعا أن يعاودا العلاج والإقلاع عن التعاطي لمدة تزيد عن 3 سنوات، بينما حافظ السبعة الآخرون على الامتناع الكامل منذ دخولهم

البرنامج وحتى الآن، كما أن درجاتهم على المقاييس الثلاثة كانت إيجابية، وإن لم يكن لها دلالة إحصائية.¹

2. دراسة نافارو وآخرون. Navarro et al. (1992)

تطوير البرنامج لتعديل السلوك لمدمني المخدرات: العلاج والمتابعة لـ 3 مدمنين:

وقام البرنامج المستخدم في الدراسة على النموذج السلوكي المعرفي التعليمي، وشملت عينة الدراسة 223 من المرضى المدمنين.

واستخدم الباحث في دراسته عدة أدوات منها:

أ. برنامج العلاج والتأهيل، وقد تضمن سبعة مجالات هي: (استخدام المخدر، السلوك خلال وقت الفراغ، السلوك أثناء العمل، السلوك الاجتماعي، سلوك الإدارة الذاتية والبيئية، حل المشكلة واتخاذ القرار، وأخيرا التعرف على المعتقدات اللاعقلانية وتقييمها وتعديلها).

ب. مقياس لتقييم الأهداف العلاجية للبرنامج، وقد تم إعداد مجموعة من الاستجابات لكل مجال من المجالات السبعة التي تضمنها البرنامج، وتدرج درجات المقياس من 1 إلى 6 بحيث أن الدرجة 1 تعني أن الهدف العلاجي لم يتم تحقيقه، بينما تعني الدرجة 7 أن البرنامج حقق أهدافه بنجاح تام.

ج. فحص البول للتأكد من خلو المفحوص من الكوكايين والماريجوانا والكوديين.

د. التاريخ الإكلينيكي للحالة.

تم تطبيق البرنامج على ثلاثة مراحل بحيث:

¹. Schiffer F: **psychothérapie de neuf cocaïnomanes traités avec succès, techniques et dynamique**, le journal de la toxicomanie traitement, Harvard Medical School, Hôpital McLean, Belmont, Massachusetts, 1988, p 133-137.

تضمنت المرحلة الأولى (التطبيق)، وتتراوح من أسبوع إلى 4 أسابيع طبق فيها مقياس تقييم الأهداف العلاجية (كقياس قبلي)، وتم توقيع عقد سلوكي من قبل المرضى يتضمن موافقتهم على لوائح وقوانين المركز ومشاركتهم في الأنشطة التي يخطط لها.

أما المرحلة الثانية فهي (مرحلة العلاج)، واستمرت لمدة 17 أسبوع، شارك فيها المفحوصون مشاركة فعلية في جميع أنشطة المركز.

وفي المرحلة الثالثة التي تتمثل في (إعداد الدمج مع البيئة الحالية)، والتي استمرت ما بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع، تضمنت إنهاء العلاج، والمتابعة من خلال زيارات المفحوصين للمركز لمدة عام، وكذلك زيارة المعالج للمفحوصين في منازلهم أو أماكن عملهم.

أما بالنسبة لأنشطة المركز فقد استخدمت أساليب علاجية تم اتقاؤها وتصميمها لتحقيق أهداف البرنامج. وتتضمن الأنشطة ما يلي (عمل خزانة، صناعة السروج، الطلاء، ورش العمل اليدوي، المهام الزراعية).

ويتم تقدير سلوك المفحوصين أثناء العمل من قبل الباحثين، كما تضمنت الأنشطة زيارات إلى النوادي الرياضية والسينما، وزيارات إلى الأصدقاء والأقارب، وممارسة التدريب على رياضة ما.

وقد تلقى المفحوصون العلاج الفردي لمدة تتراوح بين 3 إلى 4 مرات في الأسبوع، والعلاج الجماعي (في مجموعة تضم 4 أو 5 أشخاص) مرتين أسبوعيا، والعلاج في مجموعات كبيرة (في مجموعة تضم 15 شخصا تقريبا) مرة واحد أسبوعيا.

وأُسفرت نتائج الدراسة عن انتكاس 4 مرضى، بينما أوقف 95 مدمنا للعلاج، على حين استمر 106 مدمنا بالبرنامج وامتنعوا عن التعاطي، كما أنهم حصلوا على درجات مرتفعة في المجالات السلوكية السبعة.¹

3- دراسة ليون ديكيرسون Dickerson (1994)

دراسة لفنيات تعديل المعرفة والسلوك خلال فترة قصيرة الأمد لما بعد الرعاية (الرعاية المستمرة) للعلاج الجماعي لمدمني الكوكايين، وأثر ذلك في الوقاية من الانتكاس.

وذلك بهدف دراسة فعالية التدخل النفسي التعليمي على مدمني الكوكايين، حيث افترض الباحث أن البرنامج التدريبي التعليمي الخاص، والذي يدور حول عدة مفاهيم فرويدية يساعد في تعديل السلوك الذي يمكن أن يؤدي إلى انتكاس مدمني الكوكايين.

وقد ضمت عينة الدراسة 30 مدمنا شفاؤهم من الإدمان حيث طبق عليهم الباحث البرنامج التدريبي التعليمي الخاص، بينما ضمت المجموعة الثانية 30 مدمنا طبق عليهم الباحث برنامج آخر وهو منحنى جماعات ما بعد الرعاية التقليدية.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الفهم الأفضل للجوانب النفسية للإدمان يؤدي إلى انخفاض معدل الانتكاس داخل أفراد العينة بدرجة أكبر من تلك التي يتم ملاحظتها ومتابعتها فقط.²

¹. العامري منى محمد صالح علي: دراسة فاعلية الارشاد العقلائي الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان، مذكرة تخرج للحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، 2000، ص 74-75.

². العامري منى محمد صالح علي: نفس المرجع، ص 80.

4- دراسة ويلز وآخرون. Wells et al. (1994)

تناولت علاج المرضى -المتريدين على العيادة الخارجية- من الإدمان على الكوكايين:

دراسة مقارنة للوقاية من الانتكاس والمداخل ذات 12 خطوة.

والهدف من هذه الدراسة هو تقييم كفاءة أو فعالية علاج الإدمان على الكوكايين والمقارنة بين فعالية كل من العلاج التربوي والعلاج المعرفي السلوكي في الوقاية من الانتكاس، وتدعيم الشفاء يتكون من 12 خطوة في جلسات علاجية لمرضى العيادة الخارجية.

وقد ضمت عينة الدراسة 100 فرد من المتقدمين للعلاج بشكل متبادل، سواء للوقاية من الانتكاس، أو العلاج ذي 12 خطوة.

وقد أوضحت نتائج الدراسة أن أفراد العينة - في كل نوعي العلاج- قد انخفض تعاطيهم للكوكايين والماريجوانا في مرحلة ما بعد العلاج، كما انخفض معدل تناول الكحول في المرحلة الممتدة من قبل العلاج وحتى بعد العلاج.

وفيما يتعلق بالاتجاهات فقد أوضحت النتائج أن البرنامج التربوي كان له تأثير دال في ارتفاع تقدير الذات والمعرفة المتعلقة بالمخدر.¹

5- دراسة بريدينباش Breidenbach (1978)

بعنوان فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في تحسين مفهوم الذات وتأكيد الأنا لدى المراهقين، ومدى اختلاف الذكور والإناث في ذلك. وهدفت الدراسة إلى مدى استفادة العينة التجريبية من البرنامج التوكيدي الجماعي في تحسين مفهوم الذات وتأكيد

¹. العامري منى محمد صالح علي: المرجع السابق، 2000، ص 83.

الأنا لدى العينة التجريبية، ومدى اختلاف الذكور عن الإناث في درجة الاستفادة من البرنامج في التحسن.

وتكونت عينة الدراسة من (60) طالبًا وطالبة تتراوح أعمارهم ما بين (16-18) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة كل منها تحتوي على (30) طالبًا وطالبة، وقد خضعت المجموعة التجريبية لمدة سبعة أسابيع من (6-9) ساعات تدريب توكيدي جماعي.

وأوضحت نتائج الدراسة أن المراهقين أظهروا تحسنًا في مفهوم الذات عقب التدريب التوكيدي الجماعي في فترة قصيرة من (6-9) ساعات، كما أن المراهقين الذين تلقوا تدريبًا توكيديًا جماعيًا أظهروا زيادة في مشاعر تقدير الذات، فقد أدركوا أنفسهم بطريقة موجبة جدًا، وكانوا أكثر رضا عن أنفسهم، كما كانوا أكثر شعورًا بالكفاءة وتحسنت فكرتهم عن حالتهم الجسمية، وقد أظهر المراهقون من الذكور والإناث أنهم يستفيدون بصورة متساوية في التحسن في مفهوم الذات بعد التدريب التوكيدي وأيضًا في التوكيدية.

6- دراسة كاروي (Carway) (1983)

بعنوان أثر العلاج النفسي الجماعي الموجه قصير المدى في مفهوم الذات والإدراك الحسي للبيئة والتغير الحاصل بعد التجربة لدى عينة من المراهقين.

وهدفت الدراسة إلى تقصي آثار العلاج النفسي الجماعي الموجه قصير المدى في مفهوم الذات والإدراك الحسي للبيئة لدى عينة من المراهقين.

وتكونت عينة الدراسة من (38) فردًا من المراهقين مقسمين على مجموعتين بالتساوي هما المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة (19) فردًا لكل مجموعة، وقد طبقت عليهم أدوات الدراسة بعد مضي أربعة أشهر من التجربة.

وكشفت النتائج التي توصلت إليها الدراسة عن أن برنامج العلاج النفسي الموجه قصير المدى يعد طريقة فعالة في مساعدة المراهقين على تعديل مفهوم الذات لديهم، كما اتضح وجود اختلاف بين المجموعة التجريبية والضابطة بعد التجربة في مفهوم الذات.

7- دراسة كوبر ومكورماك (Cooper & Mccramack) (1992)

بعنوان أثر العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات النفسية لدى مجموعة من المراهقين من متعاطي الكحول.

وقد هدفت الدراسة إلى تخفيف المشكلات المصاحبة لمتعاطي الكحول كالإحساس بالوحدة النفسية، والقلق، والعدوان، والإحباط، وذلك من خلال جلسات العلاج النفسي الجماعي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية من المراهقين بلغت (24) مراهقاً ممن يتعاطون الكحول، وقد طبق عليهم برنامج علاجي يحتوي على بعض الفنيات السلوكية. وقد أظهرت النتائج تغيراً للأحسن وسلوكاً اجتماعياً أفضل، كما انخفض لديهم الإحساس بالعزلة والوحدة النفسية.¹

8- دراسة لورنس وكاثرين (Lawrence & Catherine 1997)

أجرى لورنس وكاثرين 1997 دراسة هدفت إلى التعرف أثر التدريب على المهارات الاجتماعية في سلوك التعاطي عند الفتيات المراهقات، واعتمدت استنتاجات هذه الدراسة على دراسة سابقة قام بها لورنس على نساء شابات. وتكونت عينة الدراسة من (296) فتاة متوسط أعمارهن (16) سنة، وتم إجراء هذه الدراسة في جامعة كاليفورنيا، وتم استخدام قائمة الخبرة الشخصية لتقييم مستوى التعاطي، كما تم استخدام التقارير الذاتية، استمرت هذه الدراسة (16) أسبوع بمعدل جلسة أسبوعياً لمدة (90) دقيقة للجلسة الواحدة، حيث تضمن التدريب إعطاء معلومات عن مخاطر تعاطي المخدرات، والسلوك الجنسي،

¹. Cooper & Mccramack: short – term – Group Treatment children of Alcoholics, J. of counseling Psychologist, u3, (3) 1992, P505.

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

ومن محددات هذه الدراسة كما ذكرها الباحثان انه ربما تكون النتائج تأثرت بالتقارير الذاتية لمتعاطي المخدرات خلال مراحل التقييم، كما أن الدراسة تضمنت النساء الشابات المتعاطيات، وأوصى الباحثان بإجراء المزيد من الدراسات لتطوير برامج وقائية لمتعاطي المخدرات خصوصاً عندما أشارا إلى أن هذه الدراسة ربما لم تكن فعالة ؛ لأنها لم تأخذ الاختلافات الثقافية بعين الاعتبار.

II. الدراسات العربية

1- دراسة شربتجي (1987)

بعنوان تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي.

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية أساليب العلاج السلوكي في مجال الأمراض العصابية، وخاصة حالات الاكتئاب العصابي في البيئة السعودية.

وقد بلغت عينة الدراسة (23) مريضة سعودية من المصابات بالاكتئاب العصابي، تراوحت أعمارهن بين (18-40) سنة وجميعهن في مستوى تعليمي فوق المرحلة الابتدائية وغير مصابات بأي مرض عصبي آخر أو ذهاني أو إدمان.

واستخدمت الدراسة بطارية مقاييس شملت مقياس "بيك" للاكتئاب (Beek Depression Inventory) (B.D.I)، مقياس هاملتون

Rating Scale for Depression ، Hamelton ، تيلور للقلق

الصریح Taylor ، Anxiety Main Festion.

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهريّة ذات دلالة إحصائية بين درجات الاختبارات قبل العلاج وبعده لدى فئات البحث الثلاث. وخلصه النتائج أن العلاج المعرفي كان أكثر فعالية من العلاج الكيميائي لوحده، كما أن البرنامج العلاجي المشترك بين الدواء وبين الأسلوب المعرفي هو الأكثر تميّزًا عن الأسلوبين الآخرين المنفردين، وهما أسلوب استخدام الدواء وحده أو أسلوب استخدام الأسلوب المعرفي وحده.¹

2- دراسة حافظ وحسين (1990)

بعنوان أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد أكيد الذات وتقديرها، وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية من طلاب الجامعة. وهدفت الدراسة إلى التعرف على أثر العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من بعض الاضطرابات العصابية لدى جماعة من الطلاب.

وتكونت عينة الدراسة من (15) فردا (3 ذكور، 12 إناث)، يتراوح المدى العمري لهم بين (18-24) عامًا بمتوسط 53.20 وانحراف معياري 55.1 من طلاب عين شمس ممن تقدموا إلى العيادة النفسية الملحقة بالكلية. وقد تمثلت أدوات الدراسة في:

– مقياس تقدير الذات Self-esteem.

– اختبار تأكيد الذات Self-assertion.

– مقياس الشعور بالذنب Gulilt.

– استفتاء ماسلو (1952) للطمأنينة الانفعالية.

¹. عبد الله بن محمد الوائلي، المرجع السابق، 2003، ص 122.

– بالإضافة إلى التصميم التجريبي المستخدم بالدراسة.

وقد أوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج النفسي الجماعي لدى أفراد الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لذواتهم وتقديرهم لها، وانخفاض شعورهم بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لديهم، مما يحقق ما طرحته الدراسة من فروض.¹

3- دراسة فاروق عبد السلام (1977)

حيث تناول أطروحة للدكتوراه والمعنونة: العوامل النفسية والعلاجية المرتبطة بتعاطي الأفيون، وقد تكونت عينة الدراسة من (42) حالة واستمرت الدراسة لمدة 06 شهور وقد استخدم العديد من الاختبارات النفسية وعقد (17) جلسة علاجية مع المدمنين اعتمدت على المناقشات الجماعية، وفيما يتعلق بنتائج المجموعة التي حضرت جلسات العلاج الجماعي فقد زادت درجة استبصارهم بأنفسهم والتي انعكست في نظرهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفي رغبتهم التعامل بنجاح مع من يحيطون بهم، كذلك قد زادت لديهم درجة الطمأنينة الانفعالية، وكذلك ظهور ما يسمى الفطام النفسي عن المخدر (وفقاً لنظرية التحليل النفسي فطام عن الأم)، وإلى حد ما قد زادت درجة الاستقلالية، وكذا التخفيف من درجة الاستقلالية، وكذا التخفيف من مشاعر الإثم والقلق والاكتئاب والتي تعد مشاعرها دافعة للتعاطي. ولعل هذه النتائج الايجابية قد ظهرت في المجموعة التي حضرت جلسات العلاج النفسي الجماعي مقارنة بالمجموعة التي لم تحضر حيث قلت ظهور مثل هذه النتائج الايجابية.²

¹. خيرى حافظ أحمد وحسن مجدي محمود: أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، 1989، ص 70.

². فاروق عبد السلام، 1977، ص 105-111.

4- محمد عبد الصبور (2001)

وفي دراسة قام بها محمد [2001] هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج في الإرشاد النفسي في علاج الإدمان للطلبة المدمنين، وفاعلية برنامج إرشادي معد للطلبة المدمنين وآبائهم (في نفس الوقت) وذلك لمساعدة الطلاب المدمنين في التخلي والابتعاد عن سلوك الإدمان، والاندماج في الحياة بصورة طبيعية، تكونت عينة الدراسة من (18) طالباً من طلبة المرحلة الثانوية الفنية من المدمنين المتطوعين والمتابعين للعلاج الطبي من الإدمان في العيادات المتخصصة في مدينة بور سعيد في مصر، مقسمين إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي فقط، والمجموعة الثانية تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين لعلاج الإدمان، والمجموعة الثالثة تتكون من (6) أفراد تتلقى العلاج الطبي وبرنامج إرشادي يطبق على الطلبة المدمنين وبرنامج إرشادي يطبق على آباء الطلبة المدمنين، وفي مدى عمر زمني وقدره من (188) شهراً إلى (234) شهراً وبمتوسط عمري قدره (210) شهراً، وانحرافاً معيارياً قدره (15) شهراً، واستخدم الباحث في هذه الدراسة أداتين : الأولى استمارة بيانات أولية تتضمن بيانات أولية عن المدمن من حيث العمر والجنس والديانة ومرحلة التعليم ومستوى التحصيل والمستوى التعليمي للأب والأم...، والأداة الثانية في هذه الدراسة هي استبانة تعاطي المخدرات لقياس مستوى الإدمان لدى الطلاب والذي تم إعداده من قبل الباحث ومكون من (36) فقرة.

أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين القياس القبلي والقياس البعدي، حيث توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الأولى (العلاج الطبي فقط (والمجموعة الثانية) العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين (لصالح المجموعة الثانية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الأولى) العلاج الطبي فقط (والمجموعة الثالثة (العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آبائهم (لصالح المجموعة الثالثة، كما

وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعة الثانية) العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين (والمجموعة الثالثة) العلاج الطبي وإرشاد الطلبة المدمنين وإرشاد آبائهم لصالح المجموعة الثالثة¹.

3. تعقيب عام على الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة يمكن ملاحظة الآتي:

- اظهرت نتائج الدراسات السابقة الى ان العلاج النفسي الجماعي قد يكون اعطى مؤشرا واضحا، عن مدى فاعليته، في خفض الاعراض الادمانية (بصورته الجمعية).
- عدم وجود اي تعارض بين نتائج جميع الدراسات التي اجريت على المراهقين في التعافي عن تعاطي المواد المخدرة بواسطة البرامج العلاجية النفسية الجماعية.
- رغم التأثير السلبي الواضح للمخدرات على المراهق، فإنه مازال هناك قصور في الدراسات العربية التي تناولت اثر العلاج النفسي الجماعي في خفض مستوى الاعراض الادمانية عند المراهق. وهذا مؤشر جيد إلى أن بناء البرامج العلاجية النفسية وتطبيقها على الفئات الخاصة (كمدمني المخدرات) يعتبر من أساليب المواجهة الأكثر فاعلية، وهذا ما سيتم التأكد منه في النتائج وتفسيرها.
- وتتفق هذه الدراسات في استخدام المنهج التجريبي أو شبه التجريبي او الاكلينيكي للتأكد من فاعلية هذه البرامج العلاجية الجماعية والتدليل على وجود تحسن بين القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة، حيث أن استخدام المنهج الإكلينيكي بشكله العلمي الصحيح من الدلائل القوية على صدق النتائج وصحتها بالرغم من صغر

¹ عبد الصبور محمد: مدى فاعلية الإرشاد النفسي في علاج الإدمان. مجلة كلية التربية ، المنصورة، جامعة المنصورة، العدد 45، 2001.

حجم العينات المستخدمة فيها. مما يشر إلى فاعلية العلاج الجماعي للإدمان. وهذا من الأسباب التي أرشدت الطالب إلى استخدام أسلوب العلاج الجماعي السلوكي في تصميم البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة.

- لم تكثف الدراسات السابقة بدراسة فاعلية العلاج الجماعي في خفض الأعراض الإدمانية فقط، بل اهتمت بالمحافظة على تحسن هذه الأعراض أيضاً، أي الإقلال من معدل الانتكاس.

- وخلال عرض هذه الدراسات السابقة وجد الباحث أهم خصائص العينات المستخدمة فيها فمعظم الدراسات حول مرحلة المراهقة وهي غالباً تكون تحتاج إلى برامج علاجية ووقائية حسب نوع مادة الإدمان ومدته، أما فيما يخص الأدوات فقد وجد الطالب أن غالبية الباحثين قاموا بتطوير أدوات تلائم طبيعة هذا المرض.

وقد استفاد الطالب من الدراسات السابقة في:

- 1- التعرف على الأساليب المختلفة للعلاج الجماعي.
- 2- التعرف على الأسس النفسية التي بنيت عليها البرامج العلاجية التي استخدمت في الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.
- 3- الاطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال ما تم ذكره من الدراسات والبحوث يمكن القول:

- 1- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث أهمية العلاج الجماعي في علاج الإدمان عند مرضى الإدمان (المراهقين المدمنين).

2- قلة عدد الدراسات العربية المتعلقة بالعلاج الجماعي وذلك مقارنة بكثرة عدد الأبحاث والدراسات الأجنبية للعلاج الجماعي سواء أكانت للإدمان أم لغيره من الاضطرابات النفسية هذا ما دفع الطالب إلى التطرق لهذا العلاج داخل البيئة الجزائرية.

3- ذكرت معظم الدراسات العربية (في حدود علم الطالب) العلاج الجماعي بالشكل العام بوصفها طريقة علاجية، ولم يتم التطرق إلى توضيح أو تفصيل لتقنيات هذا العلاج، وكيف تمت تطبيقاتها على المتعالجين.

4- في ضوء الدراسات السابقة استفاد الطالب في إعداد البرنامج العلاجي المقترح، وبذلك تميز هذا البحث عن غيره من الأبحاث بما يلي:

أ - محاولة إعداد برنامج علاجي نفسي جماعي.

ب- اهتم هذا البحث اهتماماً أساسياً بوضع مخطط خاص بكل جلسة علاجية توضح محتوى الجلسة العلاجية حتى تكون الاستفادة شاملة للجميع.

ج- اهتم هذا البحث بتوضيح استخدام التقنيات المعرفية-السلوكية الجماعية المطبقة على المتعالجين.

د- اهتم هذا البحث بتوضيح استخدام التغذية الراجعة للتقنيات المعرفية-السلوكية الجماعية.

هـ- يمكن اعتبار هذا البحث خطوة أولى تجريبية في مجال إعداد البرامج العلاجية.

الجانب الميداني

الفصل السادس: منهج البحث ومسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

أولاً: منهج البحث.

وصف الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة.

- أ. دراسة الحالة.
- ب. المقابلة العيادية.
- ج. الملاحظة العيادية.
- د. قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة.

ثانياً: مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي.

الفصل السادس

منهج البحث ومسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

أولاً: منهج البحث

تعددت المناهج بتعدد الميادين التطبيقية منها والنظرية، فهناك المنهج الوصفي، التجريبي... ونحن في هذا البحث وكون انشغالاتنا تتعلق بدراسة الدينامية السلوكية والتوظيف النفسي الخاص بالشخص، فإننا نعتمد على المنهج العيادي كونه يطمح لدراسة وفهم الإنسان كوحدة كاملة لا تتجزأ من خلال صراعاته، انشغالاته وتوقعاته وميولاته العادية و/أو المرضية، عن طريق جمع معلومات وبيانات شاملة عن حالة فردية أو مجموعة حالات.

فحينما يقوم الباحث بجمع كل البيانات المتاحة من اجتماعية ونفسية وجسمية وحياتية وبيئية ومهنية بهدف فهم وتفسير سلوك فرد ما، يقوم في هذه الحالة بدراسة إكلينيكية. ونظراً لأن الدراسة الإكلينيكية تركز بعمق على كل جوانب سلوك الفرد، لذا فإنه يؤدي إلى الحصول على بيانات أكثر تفهماً من تلك التي نحصل عليها بواسطة الطرق الأخرى.

فإذا كان الأخصائي النفسي يرغب مثلاً في تحديد العوامل المساهمة في حالة من حالات سلوك المراهق المدمن، يصبح المنحى الإكلينيكي هو الطريقة الملائمة لأن البيانات الإكلينيكية تعكس جوانب النموذج الكلي للسلوك.

ولتحقيق الهدف الأساسي للدراسة المتمثل في التحقق من فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي المعد لعلاج الإدمان على المخدرات عند المراهق نعتمد على المنهج العيادي أو الإكلينيكي الذي يسمح بالملاحظة المعمقة للحالات، إذ في كل حالة يهتم الفاحص بفرد معين وكل ملاحظات الفاحص ترتكز على الحالة، وهذا ما يسمى طريقة دراسة الحالة وذلك بهدف فهم السير النفسي لهذا الفرد.

وحيث أن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على أثر نوعية معينة من العلاجات النفسية على ظاهرة الإدمان من زاوية إكلينيكية علاجية. ولما يتميز به المنهج الإكلينيكي من مجال رحب حيث يعتمد أساسا على الدراسة العميقة للحالة الفردية وتشخيص وعلاج مظاهر سوء التوافق وذلك بقصد مقارنتها بالبعض الآخر من ناحية ومن ناحية أخرى التوصل إلى بعض القوانين التي تحكم سلوكياتها، ذلك أن الدراسة المتعمقة لحالة فردية ومقارنتها بالبعض الآخر، يمد الإكلينيكي بكم من المعلومات النظرية المهمة والتي قد توصله لبعض القوانين العملية التي تحكم السلوك السوي.

فالاتجاه الإكلينيكي يتيح بصورة معينة تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبي عاجزا، كما يقف أمامها العالم النفسي قادرا أكثر منه عارفا، أما على الصعيد النظري فإن الفرضيات (الدينامية) التي يستخدمها المنهج الإكلينيكي أدت في بعض الحالات إلى أعمال تجريبية "لاسيما قبل كيرت ليقين ومدرسته"¹. وهذا ما أسماه "دانييل لاغاش" بالنزعة الإكلينيكية المسلحة: "حيث أنه يستوي أن نقول أن كل ممارس سيكولوجي ينبغي أن يكون كينيكيًا أو أن يكون باحثًا وليس مجرد إنسان ميكانيكي"².

إذن نحن بحاجة إلى منهج كينيكي بأدواته الإكلينيكية التي أصبحت تتميز الآن بدرجة عالية من الدقة من حيث الصدق والثبات.

ويعرف "موريس روكلين" Maurice reuchlin المنهج العيادي على أنه طريقة تنتظر إلى السلوك من منظور خاص، فهي تحاول بكل ثقة بعيدا عن الذاتية وعن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها وسلوكاته، وذلك في موقف ما، كما تبحث عن إيجاد معنى

¹ موريس روكلين: **المناهج في علم النفس**، ترجمة علي مقلد، مؤسسة نوفل، المنشورات العربية، بيروت، لبنان، 1983، ص 13.

² دانيال لاغاش: **وحدة علم النفس**، ترجمة صالح مخيمر وعبد مخابرات رزق، الانجلو مصرية، القاهرة، 1989، ص 31.

لمدلول السلوك والكشف عن أسباب الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وسيروراتها، وما يجسده الفرد إزاء هذه الصراعات من سلوكيات للتخلص منها".¹

وإذا كانت هذه الدراسة هنا تتعلق بظاهرة الإدمان على المخدرات وعلاجها. ولصعوبة إجراء وضبط أجواء تجريبية أو شبه تجريبية بأعداد (فئة المراهقين الراغبين في العلاج) يتيسر من خلالها المعالجة الإحصائية المناسبة، ولما للموقف الإكلينيكي من صفة تشابك المتغيرات والعلاقات به إلى الحد الذي يجعل المعالجة التجريبية أمراً صعباً في غالب الأحوال. فقد شارك الطالب نفس الرؤية التي وجدها الباحثون من قبل في أن دراسة أمثلة قليلة قد تؤدي إلى استبصارات قد لا تصل إليها دراسة أعداد كبيرة. من هنا رأى الطالب أيضاً ملائمة المنهج الإكلينيكي ومناسبته لجوانب دراسته باعتباره مركزاً على الفرد ويهدف إلى التوصل إلى فروض أو الحكم عليها بواسطة فنيات العمل الإكلينيكي المتمثلة في:

1- دراسة الحالة.

2- المقابلات الإكلينيكية ذات البناء المحدد.

3- الملاحظة الإكلينيكية.

4- الاختبارات التشخيصية.

5- البرنامج العلاجي.

وصف الأساليب الإكلينيكية المستخدمة في الدراسة

أ- دراسة الحالة

إن دراسة الحالة هي الطريقة الأساسية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي، وهي أساساً استطلاعية في منهجها، كما أنها تركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل إلى الفروض باعتبارها الوعاء الذي ينظم ويقيم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها الفرد عن طريق المقابلة والملاحظة والتاريخ الاجتماعي والطبي، والفحوص

¹. عباس فيصل: دراسة الشخصية، التقنيات الاسقاطية، دار الفكر اللبناني، لبنان، 1990، ص 23.

الطبية والاختبارات السلوكية. وهي الطريقة المفضلة لدى الإكلينيكي والتي أخذت عن الطب النفسي والعقلي.¹ وتهدف بجانب فهم الظاهرة السلوكية المعينة إلى التشخيص والعلاج ويطلق عليها في هذه الحالة (الطريقة الإكلينيكية المعملية) لاعتمادها على الوسائل الإكلينيكية المعملية المختلفة.²

فدراسة الحالة تساعدنا في تجميع أكبر كم من المعلومات عن الحالة المراد دراستها، ويستخدم عادة لفظ "العميل" "sujet". وهو المريض المراد دراسة تاريخ حياته. وتساعد دراسة "تاريخ الحالة" في فهم سلوك المريض، وتطور هذا السلوك فالاضطراب في السلوك الحالي، لن يتأتى فهمه إلا بالرجوع إلى خبرات المريض السابقة.

ويرى عبيدات، وآخرون (1997) أن دراسة الحالة هو أحد أشكال الأسلوب أو المنهج الوصفي في البحث وتتحدد بالخطوات التالية:

1. تحديد الحالة.
2. جمع المعلومات والبيانات المتصلة بالحالة.
3. إثبات الفروض.
4. الوصول إلى نتائج.³

وتعتمد دراسة الحالة في إطار المنهج الإكلينيكي على حالات إدمان المخدرات عند المراهقين في الدراسة الحالية، نظرا لصغر حجم عينة الإدمان عند هذه الفئة الراغبة في العلاج، كما أن هذه العينة لكي يتم علاجها أو تخفيف الأعراض الإدمانية لديها تتطلب دراسة مستفيضة ومتعمقة حول ماضي أفراد العينة وحاضرهم، وما يمكن التنبؤ به من

¹ لويس كامل مليكة: علم النفس الإكلينيكي، ط2، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1985، ص 65.

² ماهر محمود عمر: المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، ط2، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1992، ص 140.

³ عبيدات ذوقان وآخرون: البحث العلمي، مفهومه - أدواته - أساليبه، ط3 دار أسامة للنشر والتوزيع، الرياض، 1997، ص 60.

خلال مشروعات في مستقبلهم. ولا يمكن القيام بذلك إلا من خلال دراسة الحالة في إطارها الإكلينيكي.

وقد قامت دراسة الحالة عند الطالب باستخدام ما يسمى بـ (تصميمات بحث الحالة الواحدة)، على حالات الإدمان على المخدرات في الدراسة.

تصميمات بحث الحالة الواحدة

يذكر الخطيب (1987) أننا في تصميمات بحث الحالة الواحدة نقارن بين أداء الفرد نفسه في مرحلة ما قبل العلاج أو ما يسمى الخط القاعدي (Baseline Phase) وبين أدائه في مرحلة العلاج بهدف إيضاح العلاقات الوظيفية بين طريقة العلاج والسلوك.

المميزات الأساسية لبحث الحالة الواحدة

1- يقوم الباحث بدراسة وملاحظة السلوك قبل البدء في العلاج، وهذا يساعد في التعرف على طبيعة المشكلة والمتغيرات ذات العلاقة بالسلوك الإدماني ويعين هذا الإجراء في العلاج المستخدم، وهذه المرحلة تسمى (مرحلة الخط القاعدي). ومن المهم في هذه المرحلة دراسة السلوك لمدة كافية.

2- يعمل الباحث عادة على دراسة متغير واحد مستقل (برنامج العلاج الجماعي) وهو ما يجعل النتائج التي يتوصل إليها في مرحلة العلاج مرتبطة بطريقة العلاج المستخدمة.

3- المعايير المستخدمة في الحكم على السلوك المعالج، و هي معياران:

أ. **المعيار العلمي:** هو تقديم الأدلة التي توضح أن التغير الذي حدث في السلوك قيد المعالجة كان وظيفة للمتغير المستقل وليس لأي متغير آخر.

ب. **المعيار الإكلينيكي:** وهو أقل موضوعية من المعيار العلمي، لأنه يتم الحكم على أهمية التغير الذي حدث في السلوك من الشخص المعالج نفسه، والأشخاص المشاركين في حياته وفي العملية العلاجية.

إن المقصود بالدلالة الإكلينيكية هو أن التغيير الذي حدث في السلوك نتيجة لمعالجة تتمتع بقدر كاف لأن يجعل الفرد أكثر مقدرة على القيام بما هو متوقع منه وعلى التكيف في المجتمع الذي يعيش فيه.

ودراسة الحالة الواحدة تهتم بالصدق الداخلي، وذلك من خلال تكرار أثر العلاج وتهتم بالصدق الخارجي من خلال تكرار البحث على عدة أشخاص والتحقق من فاعلية طريقة العلاج في تغيير سلوك أكثر من شخص واحد.¹

ب- المقابلة العيادية

المقابلة موقف مواجهة بين اثنين أو أكثر، يدور فيها حوار أو محادثة موجهة للحصول على معلومات من المريض أو للتعديل في سلوكه وعلاجه، وتختلف أنواع المقابلات في المجال الإكلينيكي باختلاف أهدافها.

فتعد المقابلة الإكلينيكية أحد الأدوات المهمة في التشخيص، وتهدف إلى فهم المعالج لديناميات سلوك المريض، وبالنتيجة فهم المؤثرات التي كونت الصورة التي يظهر عليها المريض في حياته وممارسته.

وترى القطان 1979 أنه ينبغي للمقابلة أن تكشف عن النقاط الآتية:

- استجابات الفحوص السابقة منها والحالية تجاه (ذاته وبدنه، عائلته وعمله، بيئته الاجتماعية، مع مراعاة وضعه الاقتصادي والعقيدة والأصدقاء وحياته الجنسية ومرضه الحالي).

- مدى استعداد المفحوص وتهيئته مسبقا وذلك بالكشف عن (التكوين البدني والعوامل الوراثية والصراعات النفسية الأساسية والعلاقة الزمنية ما بين الأحداث الصدمية (فترات التوتر) ولحظة احتدام الصراع وظهور الأعراض والحوافز المرضية).

¹. الخطيب جمال: تعديل السلوك القوانين والإجراءات، عمان، الأردن، 1987، ص ص 216-218.

- مدى رغبة المفحوص في الشفاء وذلك بالكشف عن (اتجاهه من أمراض السابقة ومرضه الحالي، والمزايا التي اكتسبها من وراء مرضه الحالي، الهدف أو الدلالة العميقة لأعراضه المرضية الحالية، وقدرة (الأنا) لديه على فض الصراعات).¹

وفي الدراسة الحالية فإن المقابلة الإكلينيكية تمثلت في تلك المواجهة الإنسانية بين المعالج النفسي (الطالب) والحالات (07) مدمني المخدرات من المراهقين، في مكان محدد وهو المركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات. وامتدت هذه المقابلات غالبا لفترات زمنية معينة (90) دقيقة من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

وقد أخذت تلك المقابلة أشكالا مختلفة، (مبدئية، تشخيصية، علاجية)، ولا يمكن تحقيق أهداف الدراسة وأهمها اختبار أثر البرنامج العلاجي الجماعي على مدمني المخدرات وتخفيف الأعراض الإدمانية لديهم دون اللجوء إلى هذا النوع من المقابلات وهو المقابلة الإكلينيكية.

واعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية كأداة رئيسية لأنها ملائمة لدراستنا، وذلك لما لها من أهمية في تحقيق الأهداف التالية:

أ- جمع البيانات: فمن خلال المقابلة استطعنا الحصول على المعلومات اللازمة لغرض العلاج النفسي، تقويم الأعراض المرضية، وانطلاقا من هذا التقويم اخترنا الأساليب العلاجية الملائمة. وقد أجريت المقابلات مع الطالب (أخصائي نفساني بالمركز) وطبيب الأمراض العقلية.

ب- تطبيق العلاج: حيث تم الاعتماد على الأنواع التالية من للمقابلة عند تطبيق العلاج النفسي:

- المقابلة الحرة: وقد تم استخدامها في أول مراحل العلاج بهدف تقويم مشكلات الحالة وتتهيئتها نفسيا لتقبل العلاج النفسي.

¹. القطان سامية: كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1979، ص ص 69-70.

- المقابلة نصف الموجهة: وقد تم استخدامها خلال المراحل اللاحقة من العلاج بهدف تطبيق التقنيات العلاجية التي تم انتقائها، وقد تمت المقابلة في دراستنا مع الحالة ومع بعض أفراد الأسرة.

وهو ما دفعنا منذ البدء بإجراء مقابلة إكلينيكية مع كل فرد من أفراد الجماعة العلاجية بهدف التعرف على شخصية المفحوص بغية تقديم خطة للعلاج، تركز على حاجات المريض الفردية خاصة وأن العلاج الجماعي يوصي بذلك عندما يكون لدى المرضى مشكلات تتصل بالتفاعلات مع الآخرين.

ج- الملاحظة العيادية.

"الملاحظة هي إحدى طرق البحث في جميع فروع العلوم الطبيعية والانسانية، يعتمد عليها علماء النفس لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن بعض جوانب سلوك الانسان".¹

تجمع الكثير من البيانات في دراسة الحالة عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوص لإتاحة لنا فرصة ملاحظة مختلف سلوكيات المفحوص وردود أفعاله أثناء المقابلة الإكلينيكية أو أثناء تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية الإكلينيكية وأدوات الدراسة الأخرى (البرنامج العلاجي). وقد اقتصرنا هذه الدراسة على الملاحظات ذات الدلالة الإكلينيكية التي قد تسهم في عملية التشخيص والعلاج.

ومن أهم العناصر التي لوحظت في الدراسة الحالية عن طريق الطالب: طريقة الحديث، العلاقة بالمرضى الآخرين والمشرفين، المظهر الخارجي، الرغبة في مغادرة المركز، دافعية العميل نحو العلاج، السلوك الشخصي داخل الجناح وفي المقابلات الجماعية، النشاط اليومي، السمات النفسية والاجتماعية.

¹. زرواتي رشيد: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومة، الجزائر، 2002، ص

د- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة

بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV. تعتبر هذه القائمة أساسية في تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

1- قائمة فحص الاعتمادية:

مجموع أعراض الاعتماد من (1 إلى 7)

في السنة (06) شهور الماضية:

إذا كان: نعم سجل (1)

- 1- هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تنوي.
- 2- هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.
- 3- هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
- 4- هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
- 5- هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
- 6- هل تعاني من أعراض انسحابه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالباً ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية.
- 7- هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.

- التسجيل الكلي:

- إذا كان التسجيل الكلي (3) أو أكثر تشخص الاعتمادية



حدد إذا :

- مع اعتمادية فسيولوجية

الدليل على التحمل أو الانسحاب إما بند (1) أو بند (2) متواجد

- بدون اعتمادية فسيولوجية

بدون دليل على التحمل أو الانسحاب ليست بند (1) أو بند (2) متواجد

إذا لم تشخص الاعتمادية، تقيم إساءة استخدام المواد.

2- قائمة فحص إساءة الاستخدام:

في الستة شهور الماضية

إذا كان: نعم سجل (1)

1- هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء

واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.

2- هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة.

3- هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.

4- هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة

في علاقتك مع الآخرين.

3- التسجيل الكلي:

4- إذا كان التسجيل (1) أو أكثر يشخص إساءة استعمال العقاقير الرئيسية

ثانيا: مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي

يعتبر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المعد خصيصا في هذه الدراسة هو الجانب التطبيقي لها، حيث تم تصميمه من قبل الطالب على أساس استخدامه مع الحالات (07) المنتقاة بشكل عشوائي من بعض مدمني المخدرات من المراهقين رواد المركز الوسيط لعلاج الادمان بمدينة الشلف، من الذين يعانون من أعراض الادمان على الكيف والمواد النفسية التأثير.

وقد تم استخدام البرنامج العلاج النفسي الجماعي المنتمي للمدرسة السلوكية المعرفية الذي يدعوا إلى تغيير السلوكيات والأفكار السلبية لدى المفحوص عن نفسه وعن الآخرين، وذلك من خلال تبصيره بمرضه وسلوكياته التي تؤثر عليه.

وتعتمد هذه الدراسة على العلاج الجماعي لأنه اتجاه علاجي نفسي حديث نسبيا يقوم على استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي المختلفة وذلك بما يتلاءم مع طبيعة المدمن وما يعانيه من اضطراب.

فالاتجاه المعرفي السلوكي هنا يهدف إلى الإقناع التعليمي من أجل تقديم منطق علاجي مقنع يساعد المدمن على تقبل العملية العلاجية وفهمها، كما يعمل على شرح ذلك المنطق وتوضيح العلاقة بين الأفكار والمفاهيم والمعتقدات الخاطئة وبين ما يعاني منه المدمن من اضطرابات، علماً بأن عملية الإقناع تتم من خلال عملية التعلم.

1. أهمية البرنامج:

تتضح أهمية البرنامج الحالي في الأساليب والفنيات التي يقوم عليها، وفعاليتها في الامتناع عن الإدمان على المخدرات عند المراهق، مما يجعله وسيلة إجرائية تمنع من يعاني من التعاطي فهم آليات نشوء هذا الاضطراب، وفحص العلاقة بين مختلف الجوانب الشخصية والسلوكية.

كما تتضح أهمية البرنامج كونه يشتمل على مادة علاجية لمجموعة من الأفراد (علاج نفسي جماعي) وهو ما يسمح باقتصاد الجهد، كما أن قصر مدته الزمنية يعد مكسبا مقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى.

2. الهدف من البرنامج:

يهدف البرنامج الحالي إلى التعرف على أثر برنامج علاجي نفسي جماعي في علاج الإدمان وفي الوقاية من الانتكاس، من خلال العمل على تحقيق ما يلي:

(1) تقوية الدافعية العلاجية لدى المريض وكيفية الحفاظ على التفاعل وتماسك الجماعة العلاجية.

(2) تعليم المدمن كيفية منع الانتكاسة من خلال المهارات الاجتماعية التي يكتسبها من البرنامج.

(3) تحسين وتنمية المهارات الاجتماعية وتشجيع المدمن على المشاركة الفكرية في حل المشكلات، وتعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة بالإدمان على المخدرات.

(4) التدريب على أسلوب حياة أكثر صحة بعيدا عن الانغماس في الإدمان.

(5) تدريبه على كيفية تحمل المسؤولية وذلك من خلال معرفة وحساب درجة المسؤولية الملقاة على عاتق المتعالج نفسه لكل حدث قد يواجهه، أو هدف يسعى إليه.

(6) المساعدة على الامتناع عن التعاطي لحالات الدراسة من المراهقين لما لهما من أثر في تغيير نمط حياة الأفراد وإيجاد طرق جديدة للحياة بدون مخدرات.

(7) مساعدة المدمنين على الشعور بأنهم قادرين على العيش وعلى تقبل الآخرين لهم بدون اللجوء إلى المخدرات.

(8) التخلص من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

(9) مساعدة المدمن على تجنب الانتكاسة، من خلال المهارات الاجتماعية التي يكتسبها من البرنامج وتطور مفهوم الذات لديه.

(10) مساعدة المدمنين على تكوين أسلوب جديد من خلال المهارات التي تعلموها والتفاعل مع الآخرين بأسلوب جديد.

3. مصدر البرنامج:

تم اقتباس البرنامج وتعديله بواسطة الطالب من البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المعد خصيصا لعلاج الادمان على المخدرات والذي قام بإعداده الدكتور "محمد المشابقة"، كما تم الاستفادة من برامج علاج الادمان من اعداد الدكتور "محمد حسن غانم"، ولقد قام الطالب بتعديل هذه البرامج بحيث أنه أعد خصيصا لمساعدة المراهق على الامتناع عن التعاطي، كما قام الطالب بتغيير اجراءات الجلسات فضلا عن إضافة المراحل العلاجية التي لم يذكرها الباحثون الأصليون الذين اعدوا البرنامج، وبالتالي تم تعديل الجلسات ليتلاءم مع طبيعة المراحل العلاجية ويتلاءم مع سن وطبيعة المواد الادمانية.

4. الأساس النظري للبرنامج

وقد تم استخدام برنامج العلاج النفسي الجماعي المنتمي للمدرسة السلوكية المعرفية الذي يدعو إلى تغيير السلوكيات والأفكار السلبية لدى المفحوص عن نفسه وعن الآخرين، وذلك من خلال تبصيره بالسلوكيات والانفعالات التي تؤثر في شخصيته بشكل عام سواء كانت فكرية أو لفظية أو حركية، حيث أن هذا البرنامج العلاجي يقوم على تعديل من أفكار التنميط الخاطئة والاعتقادات غير العقلانية وتدريب المدمن المراهق على التفكير بطريقة علمية سليمة قبل اتخاذ أي قرار أو تصرف، وذلك عن طريق المحاضرات التعليمية التي تعتمد على الجماعة وتفاعله معهم، وكيفية إعادة الثقة في نفسه، وتبصيره بنقاط الضعف في شخصيته، وتصحيح المفاهيم الخاطئة والاعتقادات اللاعقلانية التي تقوده إلى استخدام المخدرات والاستسلام لها.

وتعتمد هذه الدراسة على العلاج السلوكي المعرفي لأنه اتجه علاجي نفسي حديث نسبيا يقوم على استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي المختلفة وذلك بما يتلاءم مع طبيعة المدمن وما يعانيه من اضطراب.

فالالاتجاه المعرفي السلوكي هنا يهدف إلى الإقناع التعليمي من أجل تقديم منطوق علاجي مقنع يساعد المدمن على تقبل العملية العلاجية وفهمها، كما يعمل على شرح

ذلك المنطق وتوضيح العلاقة بين الأفكار والمفاهيم والمعتقدات الخاطئة وبين ما يعاني منه المدمن من اضطرابات، علمًا بأن عملية الإقناع تتم من خلال عملية التعلم.

5. الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي

- الحوارات المتبادلة (يثير الطالب الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (نطرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل حالة بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب بدور المتعالج بحيث نعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

6. الحدود الإجرائية للبرنامج:

أ. الحدود الزمانية

لقد اتضح للطالب من خلال الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت العلاج النفسي الجماعي أن أفضل زمن للجلسة هو الساعة ونصف الساعة إذ أن الجلسات التي تمتد لتتجاوز الساعتين تؤدي بدورها لنوع من الملل والرتابة والتعب سواء أكان ذلك بالنسبة للمعالج أم بالنسبة للمرضى كما أن الجلسات التي تمتد لساعة واحدة تعد غير كافية حيث لوحظ أن أفراد الجماعات العلاجية يكونون في قمة تفاعلهم في نهاية الساعة الأولى من الجلسة وبناء على ذلك فقد كان زمن الجلسة هو الساعة ونصف الساعة وذلك غالباً في الفترة ما بين (14:00-15:30) مساءً يومي الإثنين والخميس من كل

أسبوع إذ إن هذه الفترة الزمنية لا تتضارب مع نشاطات الجماعة سواء من حيث التوقيت أم من حيث الأيام.

ويتكون البرنامج من (12) جلسة مدة كل جلسة (90) دقيقة وتم تطبيقها على مدى (06) ستة أسابيع بمعدل جلستين في كل أسبوع باستثناء الأسبوعين الأخيرين فقد تضمن (03) جلسات في الأسبوع، اعتباراً من 2014/04/07 إلى تاريخ 2014/06/08، وشهرين للمتابعة يتم بعدها التطبيق التتبعي للقائمة التشخيصية للاعتماد واستنتاج الملاحظات الاكلينيكية. وقد تضمنت كل الجلسات التقنيات العلاجية الموصوفة في البرنامج سابقاً.

ب. الحدود المكانية

سوف يطبق البرنامج في حجرة كبيرة، جيدة الإضاءة والتهوية وتتسع لجلسات عينة البحث بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالشلف.

ت. الحدود البشرية

تتضمن عينة الدراسة سبعة (07) أفراد من الذكور المراهقين المدمنين على المخدرات الراغبين في العلاج بالمركز.

7. آلية تطبيق البرنامج:

1. يتم تطبيق البرنامج في المركز الخاص بعلاج الإدمان على المخدرات، على المراهقين الراغبين في العلاج الموجودين بالمركز للعلاج.

2. يقوم الطالب باختيار 07 أفراد من الذكور المدمنين المراهقين الراغبين في العلاج الموجودين في المركز، يسعى الطالب بعد ذلك إلى عمل إجراءات تمهيدية للجلسات العلاجية والتي ستكون على النحو التالي:

- جلستان فردية، والتي يتم فيها مقابلة كل عضو على حدة مع أسرته (تمهيدا للعلاج الجماعي) وذلك بهدف:

أ. التأكد من مدى دافعية ورغبة العضو في الانضمام للجلسات العلاجية والمواصلة والالتزام بالتعليمات.

ب. الاتفاق على نظام الجلسات، وأسلوب العمل، وتوقيت الجلسات وفق ما يلاءم أفراد العينة.

ت. تعريف العضو بأهمية العلاج النفسي ومن ثم تهيئته وإعداده له.

ث. تعريفه بأهمية وفائدة انضمامه إلى الجماعة.

ج. إعطائه فكرة واضحة عن كيفية المشاركة في هذا البرنامج العلاجي.

ح. التأكد على مبدأ السرية المطلقة.

خ. تبصيره بالدور المتوقع منه للقيام به كعضو في الجماعة.

3. يتم تطبيق البرنامج في المرحلة الثانية من العلاج بعد الإنتهاء من مرحلة العلاج الدوائي، وهي مرحلة مهمة في العلاج والتأهيل النفسي.

4. يقوم بتطبيق برنامج الطالب (أخصائي نفسي بالمركز) بطريقة العلاج النفسي الجماعي.

8. مراحل البرنامج العلاجي وأبعاده

سيكون البرنامج الحالي من (12) جلسة علاجية، يتم انجاز هذه الجلسات خلال أربعة مراحل علاجية.

مراحل البرنامج العلاجي الحالي هي:

1- المرحلة التمهيدية

وتتكون من (2) جلستين علاجيتين من أجل التهيئة والتعارف وذكر خطوات البرنامج بصورة مختصرة، ومناقشة مخاطر الإدمان.

2- المرحلة العلاجية

وتتكون من أكثر من (09) جلسات علاجية نفسية جماعية.

3- مرحلة إنهاء البرنامج:

وتتكون من جلسة واحدة (1) وتركز على الإرشادات المستقبلية والاتفاق على الأهداف العلاجية وعلى الاتفاق على الجلسة موعد الجلسة الأخيرة للتأكد من نجاح البرنامج.

4- مرحلة التقييم والمتابعة

وهي مرحلة تتمثل في ما بعد الجلسات العلاجية وتقييم حالات المشاركين في البرنامج، والتغيرات التي حصلوا عليها نتيجة العلاج وتمثلت في الجلسة (13). وتعد فترة المعاينة مهمة في البرنامج العلاجي وخاصة في الامتناع عن المخدرات الذي كثيرا ما يعاني فيه المدمن من خطر الانتكاسة. لذلك هناك فترة متابعة لمدة شهرين، وبعدها يتم التطبيق البعدي وذلك لمعرفة مدى فاعلية البرنامج بعد فترة المتابعة. وقد تم الإتفاق على هذه الجلسة يوم (2014/08/10).

9. أسس نجاح البرنامج:

إن نجاح البرنامج وفاعليته مرتبط بمجموعة من العوامل التي تتعلق بالمعالج والمتعالج ومحتوى البرنامج وظروف تطبيقه، هذا ونحاول جاهدين أن نراعي بعض العوامل التي يمكن أن تسهم في نجاح البرنامج وهذه العوامل هي:

- رغبة أعضاء المجموعة العلاجية في الجلسات العلاجية.
- التزام جميع أفراد المجموعة بحضور الجلسات العلاجية في البرنامج.
- توفير الظروف الفيزيائية الجيدة في غرفة الجلسات العلاجية (إضاءة، تهوية، هدوء).
- نشجع أفراد المجموعة العلاجية على طرح ما لديهم من أفكار تساعد في وضع حلول للموضوعات المثارة دون نقد لنزيد فرصة طرح الحلول المختلفة للمشاكل التي تطرح .
- توجه أنظار أفراد المجموعة إلى ضرورة التروي في التفكير والنظرة المتعمقة في الأمور والتمهل في إصدار القرارات والأحكام وعدم الاندفاع وراء الحلول الفورية، أو في استبعاد بعض الأفكار الغريبة، وفي نهاية كل جلسة يقوم أحد أعضاء المجموعة بتلخيص موضوع الجلسة.

▪ وبجانب ذلك فقد وضع الباحث بعض الضوابط، التي تعد من العوامل الهامة في بناء الجماعة العلاجية ألا وهي احترام الأعضاء لمواعيد الجلسات فكان لا يسمح للأعضاء المتأخرين بدخول الجلسات، خاصة وأن الباحث كان يتواجد قبل الجلسات بساعة كي يلتقط أي أحداث هامة ولقد كان الالتزام بالحضور منضبطا إلى حد كبير إلا لأعدار طارئة، وكان أقل عدد لحضور الجلسات العلاجية بالنسبة للحالات متمثلا في (ع.ص) وقد حضر (09) جلسات واعتذر عن ثلاث جلسات طوال الشهور الثلاثة يليه (ر.ز) الذي كان يعاني من حالة اكتئاب حادة وبخاصة في الجلسات الأخيرة وقد اعتذر مرتين.

10. الأهداف المتضمنة في كل جلسة:

الجلسة الأولى: وتتضمن:

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعضهم البعض والتعرف على المعالج النفسي.
- تطبيق القياس القلبي للقائمة التشخيصية للاعتماد على المواد وسوء الاستخدام.
- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعض الأسس والمعايير التي ستحكم عمل المجموعة.
- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على العلاج الجماعي والبرنامج العلاجي.
- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على توقعاتهم من البرنامج.

الجلسة الثانية: وتتضمن:

- إعادة التعارف.
- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق.
- توضيح أهمية الاستبصار بالمشكلة.
- الواجب المنزلي.

الجلسة الثالثة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق.

- مناقشة الواجب البيتي.
 - التعرف على الأسباب المؤدية إلى الإدمان.
 - التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية من جهة، والتعافي من الإدمان من جهة أخرى.
- الجلسة الرابعة: وتتضمن:**

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق ومناقشة الواجب البيتي.
- التخطيط للوقاية من اللهفة أو الانتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية).
- التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.
- الواجب المنزلي.

الجلسة الخامسة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي.

الجلسة السادسة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- أن يقوم الأعضاء بالتدرب على مهارة حل المشكلات.

الجلسة السابعة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- التدريب على مهارات الاتصال.

الجلسة الثامنة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- التدريب على السلوك الحضوري.

الجلسة التاسعة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من الجلسة السابقة.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).

الجلسة العاشرة: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق.
- متابعة الواجب البيتي.
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ (لمنع الانتكاسة).

الجلسة الحادية عشر: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية.
- متابعة ومناقشة الواجب البيتي.
- التدريب على مهارات البحث عن عمل (وظيفة).

الجلسة الثانية عشر: وتتضمن:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من الجلسة السابقة، ومن البرنامج بشكل عام.
- مناقشة الواجب البيتي.
- تقبل الذات وتقبل الآخرين.
- إنهاء العمل والتقييم.
- شكر أعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام بالحضور وأداء الواجبات.
- إعطاء نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة.

الجلسة الثالثة عشر: (مرحلة التقييم والمتابعة) وتتضمن:

- الترحيب بالأعضاء مرة أخرى، والثناء على مواظبتهم.
- الاستماع إلى التقارير اللفظية لكل مفحوص عن حالته النفسية إلى غاية هذه الجلسة.
- الإجابة على الأسئلة إن طرحت.
- تعميم الأثر بتطبيق ما تم تعلمه على باقي موضوعات الحياة.
- القيام بالقياس البعدي.

11. الأساليب المستخدمة في تقييم البرنامج

- أ- **القياس القبلي:** حيث نقوم بتطبيق قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM / IV.
- ب- **القياس البعدي:** يتم إعادة تطبيق قائمة التشخيص بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM/IV .
- ت- **التقويم خلال تطبيق البرنامج:** وذلك من خلال تسجيل الملاحظات عن مشاركة أفراد المجموعة، وتنفيذ التعليمات، وإجراء الواجبات المنزلية، وإعطاء مؤشرات التحسن في كل جلسة.

الفصل السابع: عرض الحالات وعلاجها

- أ. عرض الحالة الأولى (د. م).
- ب. عرض الحالة الثانية (ف. ب).
- ج. عرض الحالة الثالثة (ع. ص).
- د. عرض الحالة الرابعة (ب. م).
- ه. عرض الحالة الخامسة (س. ر).
- و. عرض الحالة السادسة (ر. ز).
- ز. عرض الحالة السابعة (د. ج).

عرض الحالة الأولى (د.م)

1- المعلومات الأولية عن الحالة

. السن: 17 سنة.

. الحالة الاجتماعية والاقتصادية للعائلة: متوسطة.

. الترتيب بين الإخوة: هو الابن الأكبر من 3 إخوة.

. المستوى التعليمي: الأولى ثانوي.

. المهنة: لا يعمل.

. سن التعاطي: 14 سنة.

. المادة الإدمانية: الكيف، الحبوب المهلوسة.

. النمط الإدماني: مستهلك استجابي.

. مصدر الإحالة: الأب والجد.

. الأم: الأم غير عاملة.

. الشكوى: الخروج من السجن بسبب تهمة بيع الأقراص المهلوسة

20 يوم بالسجن، الكذب وخلق مشاكل، هروب من المنزل،

وتسكع في الشوارع، تعاطي منذ 3 سنوات على الحشيش.

2- تاريخ الحالة

من تاريخ الطفولة عاش (د.م) طفولة عادية في حي تجاري يكثر فيه الناس بقرب من القطب الجامعي، كان محل تدليل جدا من أمه وأبيه بوصفه ابنهم الأول وطلباته كلها متسجبة، وكان محل اهتمام لتحقيق طموحات أبيه الذي كان لا يبخل عليه بأي شيء، وكان كل أمله أن يتفوق وينجح دراسيا لتحقيق أمر جديد في حياة الأسرة التي لا يوجد بها متعلمين، كما أنه مدلل جدا لدرجة أن أباه يستشيريه في أمور كثيرة وهو في سن مبكرة جدا، وكان رأيه في تسيير أمور البيت هو المرجح بالرغم من صغر سنه. فيما يلي هو

الذي يتم دون مراجعة ولم يتعرض لأي معارضة من أبيه أو أمه في أي أمر، وكان يتصرف بشكل أكبر من سنه، إلا أن علاقته تدهورت بعد اكتشاف حالته بتعاطي التدخين والكيف وتدهوره المدرسي.

3- رحلة المفحوص مع تعاطي المخدرات (حسب وصفه)

أول شيء تطرق له المفحوص (د.م) بداية هو تعاطي التدخين "بديت فالأول مع الدخان... أو من بعد كنت حاسبها رحلة" والتي كانت رفقة جيرانه له في السكن وهم يتعاطون (الحشيش) التي فيها جلسات جميلة وبها أحاديث مسلية، في الرابعة عشر (14) من عمره " بلا ما نرفض عرضو عليا الكيف او شربت معاهم" ويقول عن الكيف " يخليك راجل او ينشطك... من هذاك اليوم او انا نشرب فيه قارو ولا زووج فالنهار"، فكان تأثيره عليه بالنسبة له جيدا، ثم يقول أن سبب تعاطيه " المشاكل في الدار فالأول ماكنت ندير والو او هما يحصلو فيا سرقت الدراهم أيا بابا يجي يضريني" فكان يتعرض المفحوص إلى اعتداء لفظي وإهانة من طرف الأب، ويصف علاقته بأبيه بالمضطربة.

أما عن إيمانه انه تطور منذ تعاطيه الكيف التي يشتريها عن طريق أصدقائه الذين يتعاطون معه، وهو بذلك التعاطي يصف حالته النفسية جراء التعاطي بالارتياح "جبل يزول من فوق ظهري" "كنت نسهر قاوي اوو ندير قارو" وعن مصدر حصوله على المال لشراء الكيف اعترف بأنه مرة من طرف الأم والجدة ومرة يسرق أهله و يطلب منهم، كما تطورت الحالة مع العقاقير حيث بدأ بعد سنة من تعاطي الكيف "زدت بديت نشرب الكاشيات لارطان" وهنا ازدادت حالته خطورة، ويصف حالته النفسية عند التوقف عن التعاطي بقلق، واكتئاب وعدوانية وهيجان، واعتداءات لفظية وغيرها من المظاهر " نكره.. ما نحب نهدر حتى مع واحد.. نولي نخوف.. واحد ما يقدر يهدر معايا.. نضرب خاوتي اوو نسب فالدار..". كما أن سلوكاته العدوانية سببت له العديد من المشاكل مع

جيرانه. مما جعل الحالة يتسبب في اعتداء جسدي على أحد الجيران وسبب كل هذا له الدخول عام واحد في السجن.

أما عن علاقته بأمه يقول أنها مضطربة أيضا وغير جيدة "مانتفاهمش معاها بزاف.. حقارة.. تدي الهدرة لبابا". كما تطرق المفحوص (د.م) إلى ردة فعل أهله عند معرفة سلوكه الإدماني بأنها كانت عدوانية وعنيفة والضرب والشتم وغيرها من المظاهر الإعتدائية.

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يعاني المفحوص (د.م) من اعتماد نفسي على الكيف والعقاقير المهلوسة تسبب له موجة من الهلوس السمعية والبصرية، وذلك كان واضحا في كلام المفحوص وتصرفاته وتعبيرات وجهه، ويرى أنه يستطيع الاستغناء عن الكيف "راني معول نبطلهم"، ويعترف أن تعاطي الكيف أوقعه في الكثير من المشكلات، ويرى أن تعاطي هذه المواد مشكلة ينبغي التخلص منها نهائيا.

ونتيجة لسوء الاستخدام والتعود على هذه المواد فقد وقع في عدة مشكلات عائلية واجتماعية وصحية، ومشكلات قانونية التي كانت سبب دخوله للسجن بسبب عدوانيته، حيث قبض عليه عدة مرات بسبب المشاجرات المتكررة، وكان كثير الهروب من المنزل والذهاب عند الجد.

المفحوص أتى إلى المركز برغبته بصحبة أبيه وجده نتيجة للصدمة التي تعرض لها بدخوله للسجن، مما جعلها تبصر المفحوص بمشكلته.

وكانت أعراض الانسحاب ظاهرة على الحالة حين دخوله المركز والتي كان يعاني منها في السجن بعد توقيفه، من قلق وعدم القدرة على التركيز والأرق المستمر لديه مع

فقدان الشهية، وهو ما أدى إلى هزال شديد وملامح وجهه توحى بأنه أكبر بكثير من عمره الحقيقي، مع الإحساس بالتعب والإرهاق وعدم القدرة على بذل أي جهد.

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV .

الإسم: (د.م) السن: 17 سنة

التعليمات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالاتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	القتب الحشيش	أعراض الاعتماد
				1) هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.
				2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.
				3) هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
		صح	صح	4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.

		صح	صح	5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
				6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي، أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية.
		صح	صح	7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
				- أعراض سوء الاستخدام
		صح	صح	8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
				9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة.
		صح	صح	10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
		صح	صح	11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (د.م) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وسوء الاستخدام للمواد.

يعاني المفحوص (د.م) من فترة إدمان معتبرة بلغت ثلاث سنوات قضاها بين الكيف والمنبهات، بدأت من سن المراهقة المتوسطة، وهذه فترة حرجة في حياة أي إنسان، حيث تشهد تغيرات كثيرة في شخص الفرد تشمل جميع السمات الجسمية والعقلية

والانفعالية والاجتماعية، مما ينشأ عنها اختلاف في توازن الفرد لاختلاف السرعات النسبية للنمو العضوي والنفسي للفرد بحيث يشعر الفرد بالحرية والارتباك، ومن ثم يميل سلوكه إلى عدم المنطقية ولوم المجتمع والنقد والظعن فيه والثورة عليه بالانحراف، ومن طرائق الانحراف التي اتجه إليها الفرد عن طريق جماعة الأقران طريقة المخدرات، ولكن لخطورتها وغلاء سعرها، حاول استبدالها بالمنبهات -بناء على اعتقاد خاطئ وخطأ في البنية المعرفية بأن المنبهات أخف منها ضرراً، رغم معرفته بخطورتها وأنه أشد فتكاً بالفرد على المدى الطويل من الكيف، ولذا فإن سلوك الإدمان لدى هذا المفحوص كما وصفه بكلماته، هو سلوك متعلم لتخفيف بعض الاضطرابات لديه ثم بني على تعلم خاطئ وهو إمكانية تخفيف ضرر المخدرات بتعاطي العقاقير الطبية على المدى الطويل، ومع استمرار التعاطي وجد الفرد أن إحساسه بأهميتها بديل عن الكيف وأيضاً لسهولة توفره وتصنيعه وأن أسعاره زهيدة، وأيضاً نتيجة الارتباط بين أثر هذه العقاقير المزدوج في تخفيف الآلام الجسمية والنفسية الناتجة عن الأعراض الإنسحابية والشعور بالراحة والنشوة بعد التعاطي مباشرة كل ذلك في فترة زمنية قياسية جعل السلوك الإدماني للمتعلم أكثر تدعيماً وتثبيتاً حيث انتقل فيها المدمن في مراحل متعددة إلى أن وصل إلى مرحلة الإدمان بحيث أصبح الإقلاع عن المخدرات أمراً شبه مستحيل، ووصل الأمر إلى فقدان صلته بالواقع وضعف علاقاته وضوابطه الاجتماعية والمهنية حتى دخل السجن، وفقد الترابط الأسري بخلافاته المستمرة مع الأب والأم والبعد عنهم نتيجة الأفكار الخاطئة لديه، ولذلك من هذه السلوكات الناتجة عن الإدمان لفترة معتبرة يحتاج المفحوص إلى علاج نفسي، ومن ثم فإن السلوك الإدماني يحتاج إلى علاج سلوكي معرفي وذلك يمحو التعلم الخاطئ وإعادة التعلم وذلك باستخدام الجماعة العلاجية عن طريق برنامج علاجي نفسي جماعي.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية الفردية/الجماعية)

تمت المقابلة المبدئية في الجلسة الإكلينيكية الأولى، واقتصرت على أخذ معلومات البيوغرافية عن المفحوص (د.م)، واستثنائه لتسجيل المقابلات الإكلينيكية، وقد وافق على التسجيل الكتابي لكل الجلسات.

حيث تناول قصة المفحوص مع الإدمان عامة، كما تطرق إلى الجوانب التاريخية له حيث تتنابه بعض العادات السلوكية مثل نوبات من الغضب والانفعال دون أن يدرك سببا لذلك، ويتسم سلوكه بالانطواء والانعزال عن الآخرين والرغبة المفرطة في النوم. وقد أكد المشرفون ومرافقوه في المركز ذلك.

وفي أثناء المقابلات الإكلينيكية كان كثير التمرکز حول الذات، حيث اتسم حديثه بالأناية والحقد وقلة الثقة بالناس وجمود العاطفة تجاه أسرته وماضيها ومصيرها، وعلى الجانب المقابل أظهر سلوك اللامبالاة تجاه ما فعله بدخوله السجن.

وقد لوحظ تغير حالة المفحوص بين وقت وآخر دون سبب واضح، حيث كان سلوكه يميل إلى الكآبة والحساسية والخجل عند الحديث عن فصله من الدراسة وسجنه، ثم فجأة يميل سلوكه إلى المرح والاستعلاء وفقدان الحياء عند الحديث، وتتنابه أحيانا حالات شرود ذهني فيتوقف حديثه فجأة ثم يعاود الحديث، ولذلك فإن حديثه يعتبر غير مترابط وأفكاره متناقضة ومتطيرة (مشتتة) ولا تتناسب أحيانا مع المواقف السلوكية.

وقد آثار المفحوص بشكل صريح أنه كان كثير الكذب منذ طفولته، وقد حاول عدة مرات الاحتيال على أهله بإعطائه مال لشراء حاجياته، ولكنه أنفق ذلك في شراء المخدرات. ويصف علاقاته بأصدقائه بأنها مرضية، ولكن سرعان ما خسر تلك العلاقة عندما انكشف أمر تعاطيه ودخوله السجن، ولم يبق له أصدقاء غير الشلة أو جماعة

الأقران الذين يتعاطى معهم. أما علاقاته بأقاربه: فإنه يصفها بأنها ضعيفة وسلبية، كما أنه يتضجر من نظراتهم له- على حد وصفه- وعدم احترامهم له.

6-2- الجلسات العلاجية النفسية الجماعية مع الحالة (د.م)

الجلسات العلاجية وأدوات تقويمها:

بدأ البرنامج العلاجي بتشخيص الاضطرابات عند المفحوص من خلال المقابلات التشخيصية التي أجريت ونتائج أدوات الدراسة التي طبقت، وملاحظات الطالب أثناء دراسة الحالة وبذلك نفذت مرحلة الخط القاعدي في دراسة الحالة. وقد طبق على الحالة أولاً قائمة تشخيص سوء الاستخدام و الاعتماد على العقاقير بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV التي كان يعاني فيها من اعتماد نفسي وفيزيولوجي لعدة سنوات وسوء استخدام المواد.

أما البرنامج العلاجي النفسي الجماعي للمفحوص كان يقوم على أساس تطبيق بعض تقنيات تعديل السلوك باستخدام تقنيات متعددة، وهذا التصميم يتحقق من خلال استخدام عدة طرق للعلاج في فترات زمنية قصيرة متتابعة، والسبب في قصر فترة العلاج إلى كون طول فترة العلاج قد يسبب الملل للمفحوص ويؤثر على العملية العلاجية، كما أنه يتوافق مع الأساس الذي قام عليه العلاج الجماعي وهو معالجة الأعراض أو المشكلات في وقت قصير نسبياً.

واقترنت الدراسة على إجراء تقنيات التعديل السلوكي المعرفي في الجماعة العلاجية المذكورة في البرنامج بالتفصيل (الملاحق) على النحو التالي:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).

- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي العضلي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

- من الأساليب الإكلينيكية في التقييم:

أسلوب دراسة الحالة الإكلينيكية باستخدام تصميم العناصر المتعددة ويقصد بالعناصر المتعددة هنا فنيات العلاج السلوكي المعرفي المتنوع التي أجريت في هذه الدراسة، حيث أن استخدام هذا التصميم بعناصره المتعددة المشار إليها يقلل من تأثير المفحوص بالخبرات السابقة في ظروف تجريبية مماثلة لهذا الطرف التدريبي الذي يعايشه الآن، وذلك باستخدام الطرائق العلاجية السلوكية المعرفية المختلفة في فترات زمنية قصيرة متتابعة وفق الآتي:

مستوى الخط القاعدي (قبل مرحلة العلاج الجماعي)، ثم الإجراء الأولي لأدوات الدراسة (القائمة التشخيصية للإدمان)، ثم مرحلة البرنامج العلاجي الجماعي، ثم الإجراء الثاني لأدوات الدراسة، ثم تقويم النتائج والمتابعة، من خلال المقارنة بين الإجراءات العلاجية وتطبيق القائمة التشخيصية وأخيرا المتابعة.

6-3- أداة الملاحظة الإكلينيكية

أظهر المفحوص في المقابلات التشخيصية تعاوناً مشوباً بالحذر، وكان يتحدث بتحفظ خاصة في تأكيد مدى استعداده للتعاون في البرنامج العلاجي، وفي الحديث عن حياته والجوانب الخفية فيها مع أسرته وقصته مع الإدمان، وقد لوحظ في معظم الجلسات أن المفحوص شخصية انطوائية مكتتبة تحب العزلة ولا تشارك في الأنشطة بشكل فعال ولا يتفاعل مع أصحابه في القاعة. كما كان حديثه يتركز حول ذاته بذكر عبارة (أنا) بصفة متكررة وكان يتسم هذا الحديث بالأنانية والحقد وقلة الثقة في الناس، وجمود العاطفة تجاه أسرته وماضيها ومستقبلها وبخاصية تجاه المجتمع والأسرة حيث يتسم باتجاهات سلبية نحو الأسرة.

كذلك أظهر المفحوص شعوراً بالخجل مصاحباً أحياناً باستعلاء في الحديث وعدم ترابط وأفكار متطايرة (مشتتة) لا تتناسب مع الموقف السلوكي المعرفي في الجماعة، مثل حالات شرود ذهني ولا مبالاة واستسلام للموقف بشكل عام بالإضافة.

أما حركته في أثناء المقابلات خاصة المقابلات الجماعية تميل إلى السكون وكان كثير النعاس وجلسته تميل إلى الاسترخاء التام، أما إيماءات الوجه فهي تميل إلى الكآبة والحزن مع فقدان الأمل في تحسين حالته، وهذا يعكس ضعف الدافعية نحو العلاج لدى المفحوص. ومن حيث مظهره الخارجي فقد كان يرتدي زياً رياضياً وكان مظهره حسناً.

وعند تطبيق أدوات الدراسة، كان يظهر سلوكاً غير مبال بهذه الأدوات، وقد أشار إلى أنه تلقى الكثير من الأدوات في السجن ولكن بعد التشجيع استهل الإجابات على بنود أدوات الدراسة رغم حالات الشرود الذهني التي انتابته، إلا أنه أستمع بعد ذلك في الإجابة. وبهذا نجد أن الدلالات الإكلينيكية في الدراسة اتفقت إلى حد كبير مع نتائج أدوات الدراسة.

- وكانت نتائج أدوات الدراسة وتقويم البرنامج العلاجي للحالة بعد التأكد مرة أخرى على شروط البرنامج العلاجي ومراعاة تعليماته، والدقة والموضوعية في اختيار الإجابة التي تتناسب مع موقف المفحوص وشخصيته ووضعه الراهن في البرنامج.

وفي ختام هذه الجلسات التقييمية، تقدم الطالب بالشكر للمفحوص على تعاونه في البرنامج وثقته المطلقة، ثم ودع بعد التأكيد على ضرورة المتابعة في المركز في فترات منتظمة، حتى يتحقق له تدعيم السلوك غير المرغوب فيه سلبياً وإبداله بسلوكيات ايجابية.

المتابعة:

قام الطالب بمتابعة المفحوص (د.م) بعد شهرين من مغادرة المركز واطمأن على صحته ثم التقى به ولم يلاحظ في سلوكه ما يثير الشك ثم أجريت لاحقاً بعض الفحوصات الطبية في مركز آخر في مدينة أخرى حسب موعد مقرر بين الطالب والمفحوص وذلك للتأكد من عدم انتكاسة وفعلاً تحقق من ذلك. وطبقت قائمة الأعراض التشخيصية للإدمان (المرحلة بعد البرنامج العلاجي الجماعي) بعد التأكد من أن جميع الظروف مناسبة لتطبيق بنود القائمة، وكانت النتائج إيجابية تنبئ بالتحافى. ونوقشت النتائج مع المفحوص ثم أشعرت عن مدى التحسن والشفاء الذي حققه.

4-6- التوصيات الخاصة بالحالة (د.م)

- تقويم الشخصية ومعالجتها.
- العلاج الأسري لحل المشكلات الأسرية.
- تشجيع المفحوص على زيارات للمركز لمتابعة حالته.
- يحتاج المفحوص إلى برنامج تأهيلي لمواجهة البيئة الخارجية والتركيز على مواجهة مثيرات الانتكاسة.

- يحتاج المفحوص إلى علاج نفسي قائم على المفاهيم المعرفية لتصحيح البنية المعرفية.

- يحتاج المفحوص إلى علاج سلوكي قائم على تقنيات أخرى - لم يسع البرنامج لتطبيقها - لمواجهة الأفكار عند المفحوص مع مراعاة عامل الوقت في البرنامج العلاجي.

عرض الحالة الثانية (ف.ب)

1- المعلومات الأولية عن الحالة

. السن: 18 سنة.

. الحالة الاجتماعية والاقتصادية: متوسطة.

. الترتيب بين الإخوة: هو الابن الأوسط من (04) إخوة.

. المستوى التعليمي: الرابعة متوسط.

. المهنة: عون مراقب للسيارات.

. سن التعاطي: 15 سنة.

. المادة الإدمانية: الكيف، الحبوب المهلوسة.

. النمط الإدماني: مستهلك استجابي تطور إلى استهلاك طبيعي.

. مصدر الإحالة: الأم.

. الأم: الأم غير عاملة وتتقاضى أجر زوجها المتوفى.

. الشكوى: سرقة من المنزل، شجارات دائمة مع الأم والأخت، الكذب

وخلق مشاكل، هروب من المنزل، إدمان منذ 3 سنوات على

الحشيش وتعاطي العقاقير الطبية.

2- تاريخ الحالة

عاش (ف.ب) حياة أسرية غير مستقرة، حيث تم الانفصال بين والده ووالدته في سن مبكرة وهو في العاشرة من عمره. وكان الأب كما يصفه شخصية متسلطة ويفرض سيطرته على البيت كله، وكان له تاريخ طويل بالانحرافات السلوكية مثل السهر مع أصدقاء السوء وتعاطي الحشيش والحبوب المنبهة، والسفر المتكرر إلى خارج الولاية للصرف على ملذاته حيث يملك حجرة في عمارة سكنية في موقع هام، كل أجرته كانت تذهب في اللعب واللهو، وهذا بدوره أدى إلى الانفصال، ومن ثم وفاة الأب بسبب حادث

مرور. وبقي الحالة (ف. ب) وإخوته مع جدتهم لأبيهم التي كانت تقيم مع ابنها الآخر الذي يعمل شرطيا الذي بدوره كان يتعاطى الكحول وكان تعاطي الكحول في الأسرة جميعها مظهر شبه عادي إلى حد ما. هذه الأجواء الأسرية أثرت كثيرا في شخصية (ف.ب) وتجلت مظاهره في كبره الآن.

3- رحلة المفحوص مع تعاطي المخدرات (حسب وصفه)

يقول أن مشكلته مع المخدرات* "تقلق اوو زعاف هذا مكان نتكيفها زعاف"، بدايته كانت مع التدخين من الابتدائي " كنت مع صحابي نلمو لبناط وين نصيبوهم او نخزنو او نشربوهم" وبعد ذلك عند تنقله للمرحلة المتوسطة وانتقاله إلى مؤسسة في وسط المدينة وعند نهاية السنة كانت له أول تجربة مع الكيف " صبت صحابي يتكيفو عطاوني نتكيف معاهم من الزعاف لي عندي" ... "اوو من بعد غير يزعفوني فالدار الأم نروح نزيد نتكيف"، ثم تلتها بعد ذلك عدة تجارب مع أصدقاء المدرسة "تروحو نحوسو على الدراهم نشاركو او نشرو طرف كبير او نقسمووه حنا مع بعض كل واحد يدي مورصو" وبعد شهر على هذه الحالة انتقلت الحالة إلى نوع آخر من التعاطي وهذا عن طريق تناول العقاقير الطبية "خطرة واحد جابنا الكاشيات اوو قالنا هذا خير من الكيف ايا عطانا حبا شربتها أنا... أوو صح تخليني مليح اوو مبدت نشرب لارطان او ليزونكسيا"، وعن مصدر حصوله على الأموال يقول "تخدم agent نعس الكراريس اوو كل مرة اوو كيفاش خاطرات حتى نسلف"، وعن نظام تعاطيه للمخدرات يقول أنه اعتيادي التناول " لازم نتكيفها كل يوم الصباح كي نروح للخدمة اوو فالليل مع الجماعة"، وعن أحاسيسه بعد التعاطي يقول "الكيف يريحني يخلي مليح ننسى بيه الزعاف اوو الهموم" كما يعتبره مصدر قوة بالنسبة له " الحاجة لي تبالني صعبية نقدر نديرها بالكيف" كما أنه قلق جدا على مستقبله بهذه الحالة "بصح مانيش عارف وبين يوصلني". وعن علاقته بأمه يقول "

*. نقلنا كلام المفحوص نصا دون الالتزام بقواعد اللغة العربية لما في ذلك من دلالة إكلينيكية.

ما تفهمنيش انا اما تزعفني بزالف" ثم يقول "بصح هي ملييحة اوو تغيضني اوو راني عاذرها ... بصح أنا مانبغيهاش كيما هاكذي".

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يعتمد المفحوص (ف.ب) على تعاطي الكيف والعقاير اعتمادا نفسيا وجسديا حيث يرى المفحوص (ف.ب) أنه لا يستطيع الاستغناء عن الكيف ولكنه في الوقت نفسه لا يعترف أن تعاطي الكيف أوقعه في الكثير من المشكلات ويرى أن تعاطي هذه المواد ليس مشكلة إدمانية ينبغي التخلص منها أو التخفيف من حدتها.

ونتيجة لإساءة الاستخدام المتكرر والمتعود على هذه المواد فقد وقع المفحوص (ف.ب) في عدة مشكلات قانونية وعائلية واجتماعية وصحية، حيث قبض عليه عدة مرات بسبب المشاجرات المتكررة كما أنه كثيرا ما كان يقوم بجرح جسده بألة حادة ودخل عدة مرات المستشفى.

ورغم أن المفحوص (ف.ب) أتى إلى المركز برغبته بصحبة أمه وأحد إخوته إلا أن ذلك الموقف لا يعني تبصر المفحوص (ف.ب) بمشكلته وما نتج عنها إنما هو حيلة دفاعية لإرضاء أمه كما يقول.

وحين دخول المفحوص (ف.ب) المركز كان يعاني من الأعراض الانسحابية للتعاطي وما يصاب ذلك من صحة جسمية ضعيفة وإضافة إلى ذلك كان يعاني من ضعف وبعض الاضطرابات النفسية والفسولوجية وقت دخوله وهي بمثابة أعراض انسحابية مثل: الأرق والصداع والاكنتاب وحركة الرجل السريعة والكثيرة، بالإضافة إلى فقدانه للشهية وقلة النوم. أما المشكلات الاجتماعية فهي المشاجرات المستمرة مع أمه وإخوته وأقاربه وأصدقائه ورجال الأمن وعدم مراعاة القيم الاجتماعية.

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

الإسم: (ف.ب) السن: 18 سنة

التعليميات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالاتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

أعراض الاعتماد	القنب الحشيش	المنبهات	المهدئات	المواد الأخرى
1) هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.	صح	صح		
2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تتجح.				
3) هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.	صح	صح		
4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.	صح	صح		
5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.	صح	صح		

			صح	6) هل تعاني من أعراض انسحابية عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية.
		صح	صح	7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
			صح	8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
		صح	صح	9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة.
		صح		10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
		صح	صح	11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (ف.ب) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وفيزيولوجي وسوء الاستخدام.

بدأ المفحوص (ف.ب) تعاطي الكيف منذ حوالي أربع (4) سنوات، أي عندما كان عمره حينذاك أربعة عشر (14) سنة وهي المرحلة الوسطى من المراهقة مرحلة الاستعداد للرشد، وهذه المرحلة هي من أصعب المراحل التي تمر على الإنسان في نموه، حيث

إنها تنتقل الفرد من عالم الأحلام والخيالات والتناقضات إلى عالم حقيقي يواجهه ويتعايش معه، حتى يحتل مكانا في هذا العالم، وذلك بعد أن أصبح يملك جميع المقومات التي تأهله لذلك، فيوجه سلوكه إلى أي طريق يرتضيه لنفسه، والمفحوص (ف.ب) قد اختار طريق الإدمان والوقوع في خطورته لمدة لا يستهان بها وهي فترة معتبرة من التعاطي، مر فيها بمراحل من تعاطيه بقصد تخفيف الآلام الجسمية والانفعالية، وهي المرحلة باعتدال إلى مرحلة أصعب، وهي ظهور الأعراض العضوية والفسولوجية على التعاطي، ثم مرحلة مكثفة للغاية وفيها أصبحت اعتمادية والإدمان الفسيولوجي لدرجة عليا وأصبحت الخلايا العصبية قادرة على تحمل كميات أكبر من هذه المواد المخدرة، وأصبحت القدرة على التحكم في التعاطي والكف ضعيفة جعله يتصرف بسلوك عدواني وجرح جسمه بآلة حادة، ثم وصل المفحوص (ف.ب) أخيرا لدرجات معتبرة من الإدمان وهي درجة يصعب فيها الامتناع عن المخدرات بدون علاج.

وفي المرحلة الأخيرة وصل المفحوص إلى الإدمان لدرجة معتبرة، بعد زيادة التحمل وسوء الاستخدام والاعتماد عليه نفسيا وفسولوجيا وظهور الأعراض الانسحابية والاضطرابات والآثار الناتجة عن التعاطي.

أما عن أسباب تعاطي المفحوص (ف.ب) للكيف والعقاقير فيصعب تحديدها ولكن ربما ترجع إلى الحاجة للتخفيف من شعور الإحباط أو الصراع الناتج عن حاجة الاعتماد على غيره، ويتضح ذلك في طفولته، عند حديثه عن وفاة والده وضغط أمه القاسية عليه التي كانت مسيطرة على الوالد وسوء التعامل من أبيه، وهذه كلها اضطرابات في تنشئة الفرد الأسرية قد تكون سببا في اتجاه المفحوص (ف.ب) إلى طريق الإدمان، كذلك ربما لا نستثني دور جماعة الأقران التي كانت سببا في استمرار التعاطي حتى وصل إلى درجة عليا في الإدمان، كما أن شعوره ببعض الاضطرابات النفسية، كالشعور بالعزلة واضطهاد وعدم الانتماء إلى أسرته والصراعات الشخصية مع ضعف الرقابة

الأسرية والأمنية، حينما كان المفحوص صغيرا في السن، وعدم الاستبصار لخطورة الحدث من قبله والأسرة، وهذه كلها قد تدفع الفرد للانحراف السلوكي وتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها.

ومن هنا فإننا نستطيع القول أن السلوك الإدماني عند المفحوص (ف.ب) سلوك متعلم ناتج عن تعلم خاطئ بأن الكيف سيساعده على التخلص من الاضطرابات الأسرية والاجتماعية والنفسية، ولأنه قد وجد شعورا بالنشوة والتخدير من جراء تعاطي الكيف والعقاقير (تدعيم سلبي)، فقد استمر في تعاطيه حتى وصل إلى درجة الاعتماد عليه فسيولوجيا ونفسيا خصوصا في السنوات الأخيرة من التاريخ الإدماني وأصبح الامتناع أمرا شبه مستحيل، لذلك فإن المفحوص (ف.ب) يحتاج إلى علاج نفسي، باستخدام تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في برنامج علاجي نفسي جماعي.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

بدأ الطالب بتحديد الأهداف العلاجية والعقد العلاجي مع الحالة وشرح طبيعة المسار وتحديد الأهداف العلاجية من الاتفاق بين الطالب والحالة على الأهداف المرجوة في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، وإنشاء عقد علاجي بينهم من خلال كيفية سير العملية العلاجية.

قام الطالب بتقديم نفسه للمفحوص وتوضيح الهدف من العلاج وتأكيد مبدأ السرية في العلاج ثم - بعد استئذان المفحوص (ف.ب) - افتتحت الجلسة الأولى كما هو الحال، فإن كل جلسة كانت تبدأ باستقباله المفحوص ببشاشة وزيادة مستوى الألفة، ثم أخذت اتفاق مع المفحوص على التسجيل الكتابي (كل الجلسات) وأخذ بعض البيانات عن المفحوص، تتعلق بعنوانه وتاريخ ميلاده وعمره الزمني وحالته الاجتماعية ومستواه

التعليمي والمهني، ومصدر إحالته ورغبته في العلاج بالمركز، مع بعض المعلومات عن أسرته وترتيب المفحوص بين إخوته.

في هذه الجلسة استعرض تاريخ المفحوص الإدماني لما له من دلالة إكلينيكية في العلاج حيث استطاع الطالب أن يكتسب معلومات عن تاريخ المفحوص المرضي والعقاقيري.

وقد أعطي المفحوص في المركز مضادات الاكتئاب لمعالجة حالة الاكتئاب، كما وصف له (Kietyl, Nozinan, Lysanxia) وذلك لإخراج السمية وتخفيف الآلام الناتجة عن الأعراض الانسحابية، ولم يحظى بعلاج نفسي.

طريقة المفحوص (ف.ب) في الحديث يمكن وصفها بأنه يتحدث أحياناً باستعلاء، وعدم منطقية، وتراوده بعض الأفكار الغير واقعية "راني قريب نروح للخارج اوو نعيش لاباس"، وهذا يعكس ضعفه في المواجهة وقلة الثقة بالنفس، كما يعكس ضعف جهاز الأمن في الدولة لمقاومة الفساد ومن أبرز صورته تعاطي كل أنواع المواد المخدرة أو بيعها أو تصنيعها أو تداولها إلا لأغراض طبية.

الحالة (ف.ب) في البداية لم يحترم مواعيد المقابلة ويتحجج بعدة أسباب وكثير الشكوى من الأم والمجتمع " هذا وراهم يحوسو يدوني للحبس". ولكن بعد الاستماع للحالة والأم بالاهتمام والإصغاء والجدية في العمل والعلاج تم الاتفاق على الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي النفسي مع الطالب.

6-2- الجلسات العلاجية النفسية الجماعية مع الحالة (ف.ب)

طبقت الجلسات العلاجية الجماعية مع المفحوص (12) جلسة علاجية جماعية مع جماعة من المراهقين مدمني المخدرات. واقتصرت الدراسة على إجراء تقنيات التعديل السلوكي المعرفي في الجماعة العلاجية على النحو التالي:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

6-3 الملاحظات الإكلينيكية أثناء تطبيق البرنامج:

حاول المفحوص (ف.ب) الهروب من العلاج والتعذر لفترات متكررة لاقتناعه بأن المخدرات ليست مشكلة إدمانية. وقد أظهر ضعف الدافعية نحو العلاج وسلوكا غير تعاوني، وحديث المفحوص يتسم بالاستعلاء والأسلوب التقليدي غير الناضج.

أما سلوك المفحوص أثناء تطبيق أدوات الدراسة: فقد كان متوترا ويحاول إنجاز الإجابة بسرعة وبدون تفكير أحيانا، رغم المحاولات لتهدئته والتأكيد على أهمية الجدية في الإجابة.

وفي أثناء هذه المقابلات الجماعية، كانت الحالة عنيد المزاج يحب الظهور والسيطرة، ويرى أنه في مركز القيادة لتلك الجماعة، ويظهر سلوكا تحكيميا تسلطيا مما

يعكس شخصية تهوى القيادة بأسلوب غير ناضج، ويكمن خلف مظهره التحكمي حساسية مفرطة وشكوك وعداء تسبب في منعه من تكوين علاقات طيبة مع الآخرين.

وبعد أن طبق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، فقد التزم المفحوص بالجدية وأظهر الرغبة في العلاج بعد الاتصال بأخيه الأكبر بأهمية الاستمرار في العلاج.

فقد أحدث نتائج إيجابية وبخاصة أن معظم المدمنين على المخدرات يتعاطون في بيئة جماعية مثيرة للانتكاسة، وقد استمر في كل الجلسات العلاجية الجماعية واستغرق في كل جلسة المدة كاملة.

6-3- تقويم البرنامج

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي النفسي الجماعي قام الطالب بمتابعة الحالة (ف.ب) بعد شهرين من مغادرة المركز واطمأن على صحته عن طريق الاتصال بأحد إخوته، وأوصي بضرورة مراجعته للمركز لمقابلة الطالب، وبعد ذلك تم إعادة تطبيق أداة الدراسة الإكلينيكية القائمة التشخيصية للمرة الثانية، ثم نوقشت نتائجها مع المفحوص (ف.ب) حيث لم تحدث انتكاسات لاحقة، وتم التأكد من أثر البرنامج العلاجي في الامتناع على المخدرات.

واختتم البرنامج بالشكر والتقدير للمفحوص (ف.ب) على استمراره في مثل هذه البرامج العلاجية وتوذيعة بعد التأكد على ضرورة المتابعة في المركز بفترات منتظمة.

6-4- التوصيات الخاصة بالحالة (ف.ب)

1. يحتاج المفحوص (ف.ب) إلى تقويم للأعراض الاكتئابية والسّمات المضطربة التي لم تتقدم كثيرا بأثر العلاج النفسي الجماعي ومنها التي كانت ناتجة عن الإدمان المزمن ثم يأتي دور العلاج بعد ذلك.

2. يحتاج إلى برنامج تأهيلي لمواجهة البيئة الخارجية، ومواجهة مثيرات الانتكاسة الخارجية وكيف يتعامل مع انفعالاته.
3. يحتاج إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة في المركز من وقت لآخر.
4. العلاج الأسري له أهمية في حل المشكلات الأسرية.

عرض الحالة الثالثة (ع.ص)

1- المعلومات البيوغرافية

- . السن: 19 سنة.
- . الوضعية الاجتماعية: متوسطة.
- . الترتيب بين الإخوة: هو الابن الأكبر من أربعة إخوة.
- . المستوى التعليمي: الثالثة متوسط.
- . المهنة: يدرس بالتكوين المهني.
- . سن التعاطي: 15 سنة.
- . المادة الإدمانية: الكيف، والمستنشقات.
- . النمط الإدماني: مستهلك استجابي.
- . مصدر الإحالة: المرشد التربوي المهني.
- . الأم: متوفية.
- . الأب: تاجر.
- . الشكوى: سرقة من المنزل، الكذب وخلق مشاكل، تسكع في الشوارع، إدمان منذ 4 سنوات على الحشيش والمستنشقات.

2- تاريخ الحالة:

أول حدث يتذكره المفحوص (ع.ص) هو وفاة أمه عندما كان في عمره 11 سنة، ويصف مرحلة ما قبل وفاتها، إذ كانت تعاني من مرض مزمن خطير مما أقعدها الفراش، وهذا ما انعكس على جانبها الوظيفي المتعلق بأشغال البيت والتربية، ثم تكلم عن مرحلة استشفائها الكيميائي، وهنا يسرد حالة سوء معاملة الأب لها نتيجة لضعفها وعدم قدرتها للعناية به، كما عبر المفحوص عن علاقته الجيدة بأمه وتعاطفه معها إزاء هذا المرض

بحيث كان يقف بجانبها ضد الأب، مما جعل العلاقة تسوء مع الأب ويحمله مسؤولية وفاتها جراء سوء المعاملة والإهمال التي تعرضت له أمه.

بعد هذا يعود المفحوص لحادثة وفاة أمه ليحكي مظاهر الكوابيس الليلية التي تعرض لها والذكريات المتعلقة بها، فهو يقول أن صورة أمه لا تفارقه لحد الآن، فبعد وفاتها يتطرق (ع.ص) إلى وصف حالته النفسية المرتبطة بالإنصعاق جراء وفاة الأم وعدم تصديقه وجموده وذهوله، ثم بعد ذلك مرحلة الاكتئاب التي ميزته بعدم حديثه مع الناس وانعزاله عنهم، ثم بعد ذلك توجيهه عدوانيته اتجاه الأب الذي رفضه وحمله مسؤولية وفاة الأم، ثم بعد ذلك يكتشف حادثة زواج أبيه التي يصفها بالخطيرة والتي أثارت مظاهر أخرى مرتبطة بوفاة الأم.

3- رحلة المفحوص مع تعاطي المخدرات (حسب وصفه)

يشير المفحوص إلى أنه كان طفلاً مشاغبا في صغره، وكان شقي، والمفحوص لا يذكر الكثير عن طفولته سوى أن أمه التي كانت تحبه كثيراً والتي توفيت بسبب مرض السرطان عند عمر الـ 11 سنة، مما جعل الأب يتزوج مرة أخرى وهذا ما جعل المفحوص يفكر بالذهاب عند جدته بعيداً بسبب قسوة الأب التي كانت تمارس عليه بسبب الدراسة ومعاملة زوجة الأب للمفحوص بالإهانة، وبذلك فقد أشار المفحوص بأنه عانى من نوبات عصبية وهو ما يتضح عبر مستدعياته "كنت بزاف نعيط لساعات طويلة... وساعات كنت نوض من الرقاد خايف، او نبغي نعيط بزاف"

لقد عاش المفحوص منذ طفولته المبكرة عند جدته وقد ظل عندها حتى لهذا العمر، والمفحوص منذ الصغر يميل إلى الوحدة والانعزال عن الآخرين فضلاً عن أنه يتسم بالعصبية الزائدة وهو ما يتضح لنا عبر مستدعياته "من صغري منبغيش نهدر بزاف... ولووكان يهدر معايا أي واحد يجيني... ولا نضربو... لقيباش انا كنت منارفي بزاف".

بعد هذه الظروف الأسرية وحادثة وفاة الأم اتجه المفحوص (ع.ص) إلى الإدمان وكان أول تعاطي له بمادة الكيف الذي يسرقه من خاله الأكبر، الذي يتعاطى هذه المادة منذ مدة طويلة "شفت خالي يشرب في الزطلة قلت أنا نسيي نشربها كيما هو" لم يمانع الخال بل كان يشارك في التعاطي اليومي بالإضافة إلى الكولا، وعن حالته النفسية جراء التعاطي يقول المفحوص (ع.ص) أنه يشكل له نوعاً من التهدة ويفضل البقاء في عالم التعاطي الذي وصفه " كي نشربها تريحني اوو تخليني ملييح اوو خفيف .. اوو تتسيني في بابا واش دار".

4- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناءً على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

السن: 19 سنة

الإسم: (ع.ص)

التعليمات

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كآتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	الغيب الحشيش	أعراض الاعتماد
				1) هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.
				2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.

				3) هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
صح			صح	4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
صح			صح	5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
			صح	6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الإنسحابية.
صح			صح	7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
صح			صح	- أعراض سوء الاستخدام 8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
صح			صح	9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة
				10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
صح			صح	11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (ع.ص) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وسوء الاستخدام.

يعتمد المفحوص على تعاطي اعتمادا نفسيا فقط، حيث يتعاطى الكيف والمستنشقات عند الاشتياق إليه وعندما تكون الظروف مهيئة للتعاطي كأن يكون مع مجموعة تتعاطاه. أما مشكلة المفحوص الأخرى فهي إنكاره ورفضه أنه مدمن، حيث يبرر دخوله المركز من أجل تشجيع المرشد المهني على العلاج.

رحلة المفحوص (ع.ص) مع الإدمان هي رحلة طويلة بدأت بالتدخين ثم نتيجة لأثر القدوة في تعلم المفحوص السلوك الإدماني على الكيف والمستنشقات - القدوة هنا هو خال المفحوص- ولفصول المفحوص وحب الاستطلاع ومصاحبة أصدقائه في الغربة والمناسبات الاجتماعية في الفرقة الموسيقية في التعاطي، كلها كانت دوافع للمفحوص في تعلم تعاطي المخدرات والاستمرار في التعاطي حتى هذا الوقت، وهذا شعور وهمي يخلقه المخدر عند تعاطيه لأول مرة، كما أن عدم استتكار والده القوي للسلوك الإدماني، وعدم معرفته ومتابعته للمفحوص في تعاطيه، عزز السلوك الإدماني تعزيز سلبي بالرغم من تاريخه الإدماني المعتبر في تأثيره عليه، إلا أن التعزيز السالب لتعاطي المخدر متقطع وغير مستمر، والسبب الآخر وهو أن المفحوص (ع.ص) يتسم بنقص الدافعية للعلاج، وسريع الرقابة والملل، وبالتالي، فإن إكماله لبرنامج العلاج الجماعي قد يتعذر وبخاصة وأن المفحوص كما هو معروف عنه كثير الغياب في برنامجه الدراسي بالتكوين المهني.

ويلجأ المفحوص أيضا إلى بعض الحيل الدفاعية كالإنكار والتبرير، فهو ينكر أنه حضر إلى المركز في هذا الوقت وهو مدمن للمخدرات وينكر أن المخدر قد تسبب له في بعض الأضرار الصحية التي ستصبح عند مناقشة نتائج الآثار السلبية للتعاطي، وهذا شعور بارانوي عند المفحوص، وذلك لإخفاء حقيقة شعوره بالدونية وأنه مازال مدمنا للمخدرات بل يرى نفسه أفضل حالا من خاله، وأنه يبرر دخوله للمركز من أجل تشجيع المرشد على الاستمرار في العلاج في المركز.

وقد جمعت المعلومات عن المفحوص من مركز التكوين المهني من القائمين عليه، وتبين هذه المعلومات أن المدمن قليل الحركة وهادئ جدا في علاقاته الاجتماعية الطيبة ولكنها غير واسعة، إضافة إلى أنه لا يشارك كثيرا في الأنشطة الرياضية أو اجتماعات القسم، وأنه يتسم بالانطوائية وحب العزلة، يكثر الحديث مع نفسه ولا يهتم بالآخرين، شارد الذهن، وتنتابه حالات كثيرة من القلق والاكتئاب.

وكل ذلك ناتج عن تعاطيه المستمر وأعراض الانسحاب وما يسببه من اضطرابات في التفكير والتكيف وبطء في الحركة والنشاط.

وخلاصة القول: فإن السلوك الإدماني عند المفحوص (ع.ص) هو سلوك متعلم خاطئ، ويحتاج إلى تعديل هذا السلوك ومواجهة دفاعات المفحوص غير المنطقية والتغلب على الاضطرابات التي تعوق التكيف وذلك باستخدام فنيات العلاج السلوكي في برنامج علاجي نفسي جماعي.

5- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

5-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

لجأ الطالب إلى وضع المفحوص في برنامج علاجي محدود لتعديل سلوك المفحوص (ع.ص) لأسباب منها: أن حالته إلى حد ما مستقرة ولا يعاني من اضطرابات بالغة الحدة والخطورة.

وقد تضمن هذا البرنامج حوالي (12) اثنتي عشرة جلسة إكلينيكية، وكانت كل جلسة تستغرق ما بين 60 - 90 دقيقة، حسب نوعية الجلسة فردية أو جماعية.

وكان سير هذه الجلسات على النحو التالي:

قام الطالب بتقديم نفسه للمفحوص في الجلسة الأولى الفردية، ثم تعرف على المفحوص، وبعد ذلك تبعها بعض الخطوات لمحاولة بناء الألفة بين الطالب والمفحوص

(حديث عابر + الهدف هو مساعدة المفحوص + تأكيد مبدأ السرية + ضمان تعاون المفحوص حتى يستطيع حل مشكلته). لاثم استأذن الطالب من المفحوص لتسجيل المقابلات العيادية وبالاطلاع على ملفه الطبي ووافق على التسجيل الكتابي، وختمت الجلسة كالعادة بتلخيص كل ما دار فيها والاتفاق على موعد الجلسة الجماعية الموالية.

تحدث المفحوص بحرية عن تاريخه الإدماني مع الكيف والمستنشقات وخاصة التاريخ المرضي والنفسي والعقاقيري، أربع سنوات هي مدة رحلته مع الإدمان وكانت أسباب ذلك (الأثر النفسي لوفاة الأم وقسوة الأب وزواجه، أثر القدوة الفاسدة، حفلات السهر الماجنة، حب الاستطلاع ومصاحبة رفاقاء السوء وأسباب أخرى).

إلا أن المفحوص كثيرا ما كان يتوقف عن حديثه وتنتابه حالات من الشroud الذهني ثم يعاود ويواصل حديثه، ويتحدث عن المخدرات بشيء من الاستعلاء وينكر أنه مدمن وأنه في أوقات المناسبات الرسمية وتجمعات الشباب فإنه يتعاطى المخدرات من أجل أن يخلق له مناخ اجتماعي يتفاعل فيه مع الآخرين على حد تعبيره.

5-2- الجلسة الإكلينيكية التشخيصية

طبقت قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناءا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV (الاختبار القبلي) على المفحوص للكشف المبدئي عن الاضطرابات التي يمكن علاجها إلى حد ما باستخدام فنيات تعديل السلوك في جماعة علاجية ثم طبق الاستفتاء.

ومن أهم الملاحظات عند التطبيق، أن المفحوص (ع.ص) كان يتردد في الإجابة على الأسئلة الخاصة بالتعاطي رغم التأكيد على مبدأ السرية والمطالبة بالصدق في الإجابات وعدم التذبذب.

5-3- الملاحظات الإكلينيكية

كان المفحوص (ع.ص) غير متحمس للعلاج كثيرا رغم أنه أبدى تعاوننا منذ البداية ويتضح ذلك جليا من خلال تأخره عن المقابلات الإكلينيكية، وعدم مشاركته في الأنشطة بصفة مستمرة خاصة الأنشطة خارج الجناح في المركز رغم السماح له بذلك، إضافة إلى أن المفحوص قليل الحركة منطو وتتتابه حالات قلق واكتئاب وعاطفة زائدة نحو الآخرين، وقد كان يلجأ كثيرا إلى الحيل الدفاعية، وذلك بهدف إنكار وتبرير سلوكه الإدماني.

أما حديثه فقد كان يتحدث مع نفسه أحيانا وحديثه متقطع ومصاحب بحالات من شرود الذهن، وينكر إدمانه للمخدرات، ولكنه يرى أن التعاطي يكسب النفس الثقة وخاصة في المناسبات الاجتماعية، وهذا خطأ في البنية المعرفية عند المفحوص، حيث بني على تعلم خاطئ.

وفي أثناء تطبيق أدوات الدراسة تردد المفحوص كثيرا في الإجابة على البنود الخاصة بتعاطي المخدرات وسوء الاستخدام حتى أكد له الطالب مبدأ السرية في إجاباته.

وبعد مغادرة المفحوص المركز في الإجازات المنزلية، عاد إلى المركز دون حدوث انتكاسات بعد ملاحظة سلوكه الخارجي وداخل المركز ومعاينة نتائج الفحوص المخبرية. وكثيرا ما كان يحاول الظهور بمظهر سليم في أثناء المقابلات خاصة المقابلات الجماعية، إلا أن تلك المقابلات كشفت النقاب عن مشكلات نفسية أبرزها تمثيل الجنوح نحو السلوك البارانونيدي، وإنكار الشعور بالدونية، وبالرغم من أن الطريقة الدفاعية التي يواجه بها مشكلاته قد ساعدته إلى حد ما بين الحين والآخر، فإنها قد حرمته من كثير من الفوائد على المستوى الإكلينيكي. ويمكن الإشارة إلى مساهمة العامل الوراثي (الخال، والأخ) في تشكيل السلوك الإدماني وملازمته المفحوص، ولكن الدور الأكبر للعوامل الاسرية والاجتماعية.

4-5- الجلسات العلاجية باستخدام العلاج النفسي الجماعي

وبعد استعراض نتائج القائمة تشخيصية لسوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV والملاحظات على سلوك المفحوص (ع.ص) في أثناء الجلسة المبدئية والجلسات التشخيصية، طبق برنامج العلاج النفسي الجماعي، وقد ركز خلال هذه الجلسات على الآثار العقلية والنفسية التي لحقت بالمفحوص من جراء تعاطي المخدر كالقلق والاكتئاب والهلاوس السمعية، وما يمكن أن يؤدي إليه تطور هذه الأعراض المرضية من اضطرابات عقلية ومن أهمها الفصام.

كما تم التطرق إلى الآثار السلبية الفسيولوجية التي يمكن أن تصيب المفحوص ومن أهمها أمراض الكبد، والمخ ثم الآثار المستقبلية لتعاطي المخدرات، والآثار الاجتماعية كالسطو وتخريب مصالح الآخرين، والاعتداء والتشريد والقتل وارتكاب الجرائم وتفكك الأسرة والآثار الجنسية كالضعف الجنسي واللواط وغيره.

5-5- برنامج العلاج الجماعي

أجريت للمفحوص جلسات جماعية مع عملاء آخرين وهم مدمنو المخدرات باستخدام طريقة العلاج الجماعي للتقنيات السلوكية المعرفية التالية:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.

- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

5-6- تقويم برنامج العلاج النفسي الجماعي

بعد الانتهاء من جلسات برنامج العلاج الجماعي التي طبقت على المفحوص باستخدام فنيات التعديل السلوكي والمعرفي الجماعي حيث قام الطالب بتطبيق أدوات الدراسة الخاصة بتقويم البرنامج والوقوف على مدى استفادة المفحوص (ع.ص) من هذا البرنامج، حيث طبقت أداة الدراسة قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية -DSM IV للمرة الثانية للتأكيد من مدى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي، ثم نوقشت نتائجها مع المفحوص (ع.ص). وقد استمرت جلسات العلاج الجماعي مع المفحوص إلى كل الجلسات العلاجية الجماعية حيث استغرقت كل جلسة مدة ساعة ونصف.

واختتم البرنامج بالشكر والتقدير للمفحوص على استمراره في هذا البرنامج وتوديعه بعد التأكيد على ضرورة المتابعة في المركز بفترات منتظمة.

5-7- التوصيات الخاصة بهذه الحالة الإكلينيكية

1. يحتاج المفحوص (ع.ص) إلى تقويم خاصة لأعراض اضطرابات القلق والأعراض الاكتئابية ومن ثمة معالجتها.
2. يحتاج المفحوص إلى تشخيص سريع ومبكر للأعراض البارانونيدية حتى لا تتطور الحالة إلى حالة فصام.

3. يحتاج المفحوص إلى برنامج تأهيلي لمواجهة حيله الدفاعية وبخاصة الإنكار والتبرير وربما العلاج التحليلي ناجعا أكثر في مواجهة هذه الحيل الدفاعية.

4. يحتاج المفحوص إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة الى مثل هذه المراكز بصفة دورية المختصة بالصحة النفسية والعقلية.

5. مراعاة عامل الوقت في العلاج، وتطبيق تقنيات أخرى للمعالجة السلوكية المعرفية.

المتابعة:

قام الطالب بالاتصال بالمفحوص بعد خروجه بشهرين ولم يلاحظ ما يشير إلى انتكاسة المفحوص بعد إعادة تطبيق أداة الدراسة عليه، وطلب من المفحوص الحضور إلى المركز للتأكد من عدم الانتكاسة ولكنه لم يفعل، وتم الاتصال بالمرشد الذي شرح لنا حالته بأنها إجابيه وفي تحسن مستمر.

عرض الحالة الرابعة (ب.م)

1- المعلومات الأولية عن الحالة

- . السن: 17 سنة.
- . الحالة الاجتماعية والاقتصادية: جيدة.
- . الترتيب بين الإخوة: هو الابن الأصغر من (05) إخوة.
- . المستوى التعليمي: الثانية ثانوي.
- . المهنة: تلميذ.
- . سن التعاطي: 14 سنة.
- . المادة الإدمانية: الكيف.
- . النمط الإدماني: مستهلك استجابي.
- . مصدر الإحالة: الأم.
- . الأم: عاملة.
- . الأب: تاجر.
- . الشكوى: سرقة من المنزل، شجارات دائمة مع الأب، الكذب وخلق مشاكل، السهر مع رفقاء السوء، مشكلات مدرسية، إدمان منذ 3 سنوات على الحشيش.

2- تاريخ الحالة:

طفولة المفحوص (ب.م) يقول عنها كانت صعبة فهو كان كثير الحركة والمشاجرات سواء في البيت أو في الأسرة، أبوه لا يبالي به ولا يهتم لأمره ولا يمنحنه العطف والحب، فهو متسلط يوفر لهم المتطلبات المادية فقط، وعن علاقته بأمه فقال أنها غائبة طوال النهار عن البيت لأنها تعمل وعند عودتها تهتم بشؤون المنزل، الأمر الذي جعل الحالة يعيش في فراغ عاطفي، فالغياب المستمر للوالدين جعل الحالة تعيش فترة

توتر نفسي واضطراب انفعالي مستمر، مما دفع به دائما إلى الغياب عن المنزل ويقضي معظم وقته مع جماعة رفاقه، أما علاقته بإخوته كانت عادية إلا أن الأب يفضل إخوته عليه في كثير من الأمور ويهينه كثيرا، وأبدى عدم ارتياحه داخل المدرسة رغم أنه كان متفوقا في دراسته إلا أنه كثير الفوضى والمشاكل داخل المؤسسة محاولة منه أن يعوض النقص الذي في البيت بجلب اهتمام زملائه بهذه السلوكيات، مع وجود صديقة له يقول أنه يحبها كثيرا ويرغب الزواج بها في المستقبل وهو كثير التفكير والاهتمام بها حتى أنه طلب من أمه التكلم معها ووعداها من طرف أمه بالزواج منها.

3- رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)

المشاكل والصراعات التي تعرض لها المفحوص (ب.م) سببت له الكثير من التوتر وجعلته يبحث عن شيء ينسيه التوتر " انا نصريت بزاف من المشاكل نتاع الناس هذو" فكان حصوله على المادة المخدرة سهلا جدا لتوفر الإمكانيات المادية، فالبداية كانت بتجربة سيجارة واحدة من الكيف التي جعلته يشعر باللذة والاستمتاع والإحساس بالقوة المؤقت لينسى مشاكله وصراعاته " كي نشرب قارو نريح نبغي نكون مريح في عقلي"، وحين وصل إلى والديه عن طريق أحد العمال الإداريين بالمدرسة حاولت أمه معرفة سبب تناوله المخدرات لكن أبدى عدم القبول والرفض إطلاقا، وهو رفض يعتبر انتقاما من الابن على الأم وتأنيبها لها بسبب غيابها وعدم الاهتمام به أثناء حاجته لها، ومنه زادت الصعوبات لدى المفحوص فحرم من كل المصاريف اليومية وعاقبه الأب بالضرب والاهانة الأمر الذي جعله يحس بأنه مكروه، مما دفع به إلى البحث عن متنفس جديد وهو الخروج من البيت وعدم الرجوع إلى وقت متأخر جدا من الليل، " كنت نسهر بزاف اوو بديت نشرب الكيف بزاف بلى ما نحس اوو كل مرة نزيد فالقارو".

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يتعاطى المفحوص (ب.م) الكيف عند الاشتياق إليه، وعندما يكون وحيدا ومع جماعة المدمنين -على حد قوله- وعند تذكر المشكلات الأسرية والتربوية والاقتصادية وهذا يعكس مدى اعتماد المفحوص على الكيف اعتمادا نفسيا فقط ... أما المشكلات المصاحبة لتعاطي الكيف فهي ناتجة عن هذا التعاطي ومنها الضعف في التركيز والتفكير والارتعاشات غير المنتظمة، بالإضافة إلى الأرق والقلق والشعور بالتعب والإرهاك لأقل مجهود يفعله الشخص وهي ما نطلق عليه بالمصطلح العلاجي (النيوراستينيا) أو (الضعف العصبي)، والتي ربما تعود إلى أسباب نفسية أخرى.

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الاجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

السن: 17 سنة

الإسم: (ب.م)

التعليمات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالاتي:
في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	الغيب الحشيش	أعراض الإعتياد
				1) هل غالبا عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.

				(2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.
			صح	(3) هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
			صح	(4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
			صح	(5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
			صح	(6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية.
			صح	(7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
				- أعراض سوء الاستخدام
			صح	(8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
			صح	(9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة
			صح	(10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
			صح	(11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (ب.م) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وسوء الاستخدام.

إن للمفحوص (ب.م) مع الإدمان تاريخا قصيرا، حيث بدأ التعاطي وهو في مرحلة المراهقة، ومن هذا المنطلق نجد أن المفحوص قد تأثر بهذه المرحلة وبالبيئة الخارجية المحيطة به، فجماعة الأقران في مرحلة الدراسة الثانوية -على حد تعبيره- لهم دور في إدمان المفحوص للكيف، ثم جاء التأثير الأكبر من الحي الذي يقطنه الشاب وهو من الأحياء الشعبية الموبوءة بمثل هذه المواد، واستطاعت أيدي الشر أن توقعه في براثن الإدمان لأهداف اقتصادية واجتماعية وعدوانية بهدف الخروج من أزمتة النفسية ونسيان التفكير بالمشكلات النفسية التي كان يعاني منها وعلى رأسها إصابة والده بالشلل نتيجة حادث مروري، والصدمة النفسية التي تعرض لها أخوه، وإصابة والدته بارتفاع في ضغط الدم وتخلخل الكيان الأسري خصوصا بعد عجز الراعي لهذه الأسرة .

إضافة إلى عوامل أخرى -على حد زعم المفحوص- منها الفراغ الذي يجده المفحوص في أوقات الإجازات خصوصا أن المفحوص لا يحب الاختلاط بالآخرين كثيرا ، وغالبا ما يجلس لوحده ويتعاطى الكيف لوحده وهذا الشعور بالوحدة يخلق للفرد عدة مشكلات مع نفسه ومع أسرته، ومع المجتمع، وهي ما أقر واعترف المفحوص بحدوثها نتيجة عدم الرقابة الأسرية وغياب الوالدين. وضعف الرقابة والضبط الذاتي للنفس ونوازعها، كما أن حالات القلق والاكتئاب والتوترات كانت عوامل دافعة إلى مثل هذا التعاطي ولم تعالج في وقتها، ثم أصبحت ناتجة عن التعاطي ودافعه إليه .

ومما زاد من خطورة الحدث، المشكلات المالية التي وقعت نتيجة للإدمان وفقدان الأصدقاء المقربين مما دفع المفحوص إلى تعاطي الكيف وهو يحتوي على نسبة من النيكوتين عالية قد تصل إلى 70% من نسبته في الدم مما يجعله يفقد الصلة بواقعه وينسى مشكلاته أو مجرد التفكير بها.

وبالتالي فإنني أقول أن سلوك المفحوص (ع.ص) الإدماني سلوك متعلم خاطئ، وللبيئة الخارجية (الأسرة/المدرسة/الجماعة) تأثير كبير فيه ويحتاج إلى علاج نفسي قائم على تقنيات سلوكية ومعرفية بالطريقة الجماعية.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

في الجلسة المبدئية تم فيها بناء الثقة والألفة بين الطالب، واستئذان المفحوص لتسجيل الجلسات كتابيا. وقد تعرف فيها الطالب على بعض البيانات المتعلقة بالحالة وتاريخه الإدماني وجميع جوانب حياته النفسية والجسمية والاجتماعية. واتضح من ذلك أن المفحوص (ب.م) حديث العهد بالإدمان على الكيف ولم تظهر هناك مشكلات جسمية تذكر، وفيها يتعلق بجوانب التاريخ المرضي الأخرى بدءا بالجانب الجنسي فليس هناك ما يشير إلى اضطرابات في هذا الجانب، أما الجانب التربوي من حياته: فهو مرض إلى حد ما وإن كان المفحوص أشار إلى كثرة غيابه عن الدروس (التسرب الدراسي)، وذلك -على حد وقوعه- يعود إلى سهر الليل للتعاطي مع جماعته.

أما الجانب الاجتماعي من شخصيته فإنه يصف علاقاته الاجتماعية بأنها مرضية إلا أنها محدودة ولا تطل على المدى الطويل، كما أشار أيضا إلى المشاجرات الاجتماعية التي وقعت له مع الجيران والزملاء والسلطات نتيجة المشكلات الاقتصادية بسبب تعاطي الكيف أو تحت تأثيره وهناك أسباب أخرى منها الاحترام والتقدير الاجتماعي بحيث نتج عنها شعور بعدم رضا المفحوص عن وضعه الدراسي والعائلي والاجتماعي .

أما الجانب النفسي من حياة المفحوص (ب.م) فإن الأسباب المشار إليها في الجانب الاجتماعي خلقت عنده شعورا بالنقص والدونية وكان أقرب ما يكون إلى سمته العدوانية وذلك حسب ما تعكسه كثرة مشاجراته مع أصحابه وزملائه وجيرانه.

ولمزيد من الإيضاح في هذا الجانب نجد شخصيته خلال المقابلات الإكلينيكية انطوائية حساسة سهلة الاستهواء وتعاني من حالات متقطعة من الشرود الذهني والمخاوف الغريبة. وتميل إلى الكآبة والقلق و عدم الاستقرار.

أما الطفولة وتاريخ الأسرة ونموه في الكلام والمشي والحركة والإخراج وجوانب النمو الأخرى -على حد قوله- وظروف الأسرة الاقتصادية جيدة الدخل، إلا أن إعاقة والده ومرض والدته أدت إلى تخلخل الكيان الأسري.

فمنذ ثلاثة سنوات بدأت رحلة المفحوص مع الإدمان، ومنذ ست سنوات مع الإدمان كانت أسباب ذلك جماعة الأقران، المشاكل الأسرية، الضغوط الإجتماعية والمشكلات المالية والتربوية، والفراغ.

6-2- الجلسات العلاجية النفسية الجماعية مع الحالة (ب.م)

عقد المعالج 12 اثنا عشر جلسة علاجية إكلينيكية (جماعية) مع المفحوص حيث حاول الطالب خلق بيئة علاجية جماعية سلوكية ومعرفية يجتمع فيها المفحوص مع مفحوصين آخرين وتقوم على الفنيات العلاجية المذكورة في البرنامج التي منها:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.

- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

6-3- الملاحظات الإكلينيكية اثناء تطبيق البرنامج العلاجي

كان المفحوص (ب.م) متعاوناً منذ البداية، وأبرز السمات التي كشفتها المقابلات الإكلينيكية هي الإنطواء وسهولة الاستثارة، والشروع الذهني والمخاوف الغريبة خاصة من المجتمع (الفوبيا الاجتماعية)، والحزن الشديد وبخاصة عند التحدث عن الحوادث التي حلت بأسرته، وكان كثير الشكوى من مشكلات جسمية يعانها حيث يشعر بالإرهاك والتعب لأقل مجهود يفعله (الضعف العصبي).

أما سلوكه داخل الجماعة؛ فقد كان طبيعياً ويشارك في الأنشطة، ولم يغادر تلك الجماعة طيلة فترة الجلسة العلاجية.

وحديثه مترابط وقصير وانفعالي يتسم بالحزن، وذاكرته طبيعية. ومظهرة الخارجي مقبول إلى حد كبير؛ حيث كان يهتم بالترتيب والنظافة أثناء تقديم واجباته المنزلية، وفي هندامه وبدنه. وكان المفحوص هادئاً جداً قليل الحركة والتفاعل مع الآخرين، ويحاول إبداء آرائه بحذر شديد وتحفظ.

وفي أثناء إجراء أداة الدراسة فقد كان طبيعياً ومتجاوباً ورد على الإجابات بسهولة وبأعصاب هادئة تماماً.

أما اتجاهاته نحو أسرته؛ فهو يظهر تعاطفاً كبيراً مع الأسرة، كما يبدي تقديراً واحتراماً لمعلميه وزملائه وللمسؤولين التربويين.

6-4- التوصيات الخاصة بالحالة (ب.م)

- 1- يحتاج المفحوص إلى تقويم خاص لأعراض سمة شبه اضطرابات الاكتئاب والقلق. و من ثم علاجها .
- 2- أن مشاعر الانتهاك والتعب لأقل مجهود يبذله والتي يطلق عليها بالمصطلح العلاجي النفسي (النيوراسيتنيا) أو (الضعف العصبي) تحتاج إلى تقويم شامل وبرنامج علاجي متكامل.
- 3- يحتاج أيضا إلى تقويم لاضطرابات التكيف التي من أهمها شعوره بالوحدة والفراغ و مشاجراته المستمرة مع الأهل والزملاء والجيران ووضع برنامج علاجي لها يقوم على تنمية شخصيته ووعيه.
- 4- يحتاج أيضا إلى تقويم شامل للفوبيا الاجتماعية ومن ثم معالجتها وربما يكون العلاج السلوكي بالتحصين التدريجي هو الأنجح لذلك الاضطرابات.
- 5- العلاج الأسري له دور كبير في حل مشكلات، على قسم الإرشاد الطلابي ومكتب الفحص النفسي بالمؤسسة التي يتعلم فيها التكفل به حتى تتم مساعدته على حل جميع مشاكله وبذلك يتحقق التوافق مع المؤسسة التعليمية ومع الأسرة والمجتمع.
- 6- يحتاج إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة في المركز من وقت لآخر.
- 7- يحتاج إلى برنامج تأهيلي -قائم على نظرية التعلم والنظرية المعرفية -لمواجهة مثيرات الانتكاسة والاستفادة من أوقات الفراغ.
- 8- مراعاة عامل الوقت في المعالجة النفسية، وتطبيق تقنيات أخرى للمعالجة السلوكية.

المتابعة:

اتصلنا مع المفحوص (ع.ص) بعد فترة شهرين من مغادرته المركز ولقائه وقد اطمئن الطالب على صحته حيث لم ينتكس وأجريت له في هذه المرحلة إعادة تطبيق أداة

الدراسة (قائمة تشخيص سوء الاستخدام و الاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV). وقد كانت نتائجه إيجابية بحيث لم تظهر أعراض الاعتماد وكانت لديه إرادة في الامتناع عن المخدرات مع إجراء بعض الفحوصات الطبية التي أكدت سلامته وخلوه من آثار المخدر.

عرض الحالة الخامسة (س.ر)

1- المعلومات البيوغرافية

- . السن: 16 سنة.
- . الوضعية الاجتماعية: جيدة جداً.
- . الترتيب بين الإخوة: هو الابن البكر مع أخته الصغيرة.
- . المستوى التعليمي: الرابعة متوسط.
- . المهنة: طالب بالتكوين المهني طلاء.
- . سن التعاطي: 13 سنة.
- . المادة الإدمانية: الكيف، المستنشقات، الحبوب المنبهة.
- . النمط الإدماني: مستهلك استجابي.
- . مصدر الإحالة: الأم.
- . الأم: الأم عاملة.
- . الأب: قائد دركي.
- . الشكوى: التأتأة في الكلام السرقة من المنزل، شجارات دائمة مع الأم والأخت الكذب وخلق مشاكل، والهروب من المنزل، إدمان منذ 3 سنوات على الحشيش وتعاطي المستنشقات والحبوب المنبهة.

2- تاريخ الحالة

يعاني المفحوص (س.ر) من تأتأة في الكلام لاسيما إذا طلب منه الحديث أو ألقى عليه سؤالاً، مما يسبب له حرجاً كبيراً وتوتراً يحد من تفاعله الاجتماعي في المدرسة وقد أثر عليه بشكل ملحوظ في تحصيله العلمي وبالذات في المواد الشفهية كالقراءة. بعد الحديث مع والدة المفحوص كأحد مصادر المعلومات عن المشكلة تبين لنا أن

الطالب تعرض عندما كان في الثامنة من عمره تقريبا لموقف عقابي من والده بعده لاحظت عليه والدته بروز هذه المشكلة واستمرت معه منذ ذلك الحين وقد تم عرضه على الأطباء ومن خلال التقارير التي أحضرها والده للمفحوص تبين أنه لا يعاني من أي مشكلة في الحبال الصوتية ، ولا يعاني من أي عيوب خلقية.

يقول المفحوص أنه يشعر بالحرج الكبير جداً بسبب مشكلته في الكلام التي يكون سببها عقاب الأب له وإهانتته أمام زملائه خارج المنزل من أجل الخوف عليه من جماعة الرفاق السيئة. حيث يذكر المفحوص أنه يكرهه منذ الصغر وقاسي معه جداً كأنه في ثكنة عسكرية مع جنوده حتى أنه لا يضحك أبداً، هذا الجفاف الأبوي دفع بالحالة إلى البحث عن طريق آخر للتفيس عن معاناته النفسية واللغوية.

3- رحلة المفحوص مع الادمان على المخدرات (حسب وصفه)

أول شيء يتطرق له المفحوص (س.ر) أثناء مقابله هو بداية تعاطيه لمادة Patex والتي كانت رفقة أصدقائه فكان تأثيره بالنسبة له جيداً، ثم يقول أن سبب تعاطيه له هو رؤية أصدقائه يتعاطونها بلهفة شديدة وشعورهم بالقوة أثناء تعاطيها "كي نبدي نكولي كنت نحس روجي في عالم وحداخر تتسيني على روجي"، وانتهى به الأمر باستهلاك كميات كبيرة من الحشيش (الكيف المعالج) إضافة إلى كل ما يقع بين يديه من الحبوب المنبهة، وهو يحصل عليها بكل الطرق، سرقة الأم، الاعتداء (في حالة عدم توفر ما لديه)، فأصبح المفحوص لا يستطيع التحكم في الكيفية ولا الكمية التي يتعاطاها "تشرب اوو خلاص لي صبتها قدامي نديرها.. المهم مانخمش".

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يعتمد المفحوص (س.ر) على تعاطي الكيف والعقاقير اعتماداً نفسياً وجسدياً حيث ويرى المفحوص أنه لا يستطيع الاستغناء عن الكيف والحبوب المنبهة.

ونتيجة لإساءة الاستخدام المتكرر والمتعود على هذه المواد فقد وقع المفحوص (س.ر) في عدة مشكلات عائلية واجتماعية وصحية، ومن أعراض الاضطرابات النفسية والصحية التي كان يعاني منها هو القلق الشديد المصاحب بمزاج مضطرب كثيراً، والخلل في إدراك المكان والزمان والحجم والمشاعر الاضطهادية التي ترافقها عدوانية واضحة مع عدم مراعاة القيم الاجتماعية و الإحساس بالنشوة عند تناول المخدر ولكن لم تعد كما في السابق. أما الأعراض الصحية فهو يعاني من فقدان الشهية مما أدى إلى هزال شديد. وملامح متعبة مرهقة، ومظهر خارجي يدل على تقدم في السن مع احمرار دائم في العينين وعدم القدرة على العمل نتيجة الشعور بالإجهاد.

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الاجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

السن: 16 سنة

الإسم: (س.ر)

التعليمات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كآآتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	القنب الحشيش	أعراض الإعتياد
				1) هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.

				(2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.
		صح	صح	(3) هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
صح		صح	صح	(4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
صح		صح	صح	(5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
صح			صح	(6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية.
صح		صح	صح	(7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
صح		صح	صح	- أعراض سوء الاستخدام (8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
		صح	صح	(9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة
		صح		(10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
		صح	صح	(11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (س.ر) مدمن يعاني من أعراض اعتماد نفسي وفيزيولوجي وأعراض سوء الاستخدام.

يعاني المفحوص (س.ر) من إدمان بلغ ثلاث سنوات قضاها بين المخدرات والمستنشقات والحبوب المنبهة، بدأت من سن المراهقة وهذه فترة حرجة في حياة أي إنسان، حيث تشهد تغيرات كثيرة في شخصية الفرد تشمل جميع السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، مما ينشأ عنها اختلاف في توازن الفرد لاختلاف السرعات النسبية للنمو العضوي والنفسي للفرد خاصة في هذا السن من المراهقة بحيث يشعر الفرد بالحرية والارتباك، ومن ثم يميل سلوكه إلى عدم المنطقية ولوم المجتمع والنقد والظن فيه والثورة عليه بالانحراف، ومن طرائق الانحراف التي اتجه إليها الفرد عن طريق جماعة الأقران طريقة المخدرات، ولكن لخطورتها وغلاء سعرها، حاول استبدالها بالكيف والحبوب المنبهة بعد أن كان يتعاطى المستنشقات فقط -بناء على اعتقاد خاطئ وخطأ في البنية المعرفية بأن تعاطي هذه المواد لفترة؛ أخف ضررا، رغم معرفته بخطورة المستنشقات الحبوب المنبهة وأنه أشد فتكاً بالفرد على المدى الطويل من الكيف المعالج، ولذا فإن سلوك الإدمان لدى هذا الشخص كما وصفه بكلماته هو سلوك متعلم لتخفيف بعض الاضطرابات لديه ثم بني على تعلم خاطئ وهو إمكانية التخفيف منها على المدى الطويل والامتناع عنها، ومع استمرار التعاطي وجد الفرد أن إحساسه بأهمية التعاطي بديل عن المخدرات وأيضا لسهولة توفره وتصنيعه وأن أسعاره زهيدة، وأيضا نتيجة الارتباط بين أثر الإدمان المزدوج في تخفيف الآلام الجسمية والنفسية الناتجة عن الأعراض الانسحابية للمواد المخدرة والشعور بالراحة والنشوة بعد التعاطي مباشرة كل ذلك في فترة زمنية قياسية جعل السلوك الإدماني المتعلم أكثر تدعيما وتثبيتا حيث انتقل فيها المدمن في مراحل متعددة إلى أن وصل إلى مرحلة الإدمان بحيث أصبح الإقلاع والامتناع عن المواد المخدرة أمرا شبه مستحيل، ووصل الأمر بالمفحوص إلى فقدان صلته بالواقع وضعف

علاقاته وضوابطه الاجتماعية والمهنية حتى طرد من المؤسسة، ونتيجة لهذه السلوكيات الناتجة عن التعاطي المستمر وبمختلف المواد، فالمفحوص يحتاج إلى علاج نفسي، ومن ثم فإن سلوك التعاطي يحتاج إلى برنامج علاجي جماعي بتقنيات سلوكية وذلك يمحو التعلم الخاطئ وإعادة التعلم وذلك باستخدام تقنيات تعديل السلوك.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

تمت المقابلة المبدئية في الجلسة الإكلينيكية الأولى، واقتصرت على أخذ معلومات ديمغرافية عن المفحوص (س.ر)، واستئذانه لتسجيل المقابلات الإكلينيكية، وقد وافق على التسجيل الكتابي لكل الجلسات، ثم وقع المفحوص (س.ر) على قرارات تتعلق بالسماح للباحث بتسجيل المقابلات الإكلينيكية المتفق عليها. حيث تناول قصة المفحوص مع الإدمان بصفة عامة، كما تطرق إلى الجوانب التاريخية لحياته بالتفصيل على النحو الآتي:

قام الطالب بعقد (12) اثنا عشر جلسة علاجية جماعية إكلينيكية وكان الهدف منها التشخيص وعلاج حالة المفحوص الإدمانية والاضطرابات المصاحبة لذلك.

وفي أثناء المقابلات العلاجية الإكلينيكية كان المفحوص كثير التمرکز حول الذات حيث اتسم حديثه بالأنانية والحقد وقلة الثقة بالناس وجمود العاطفة تجاه أسرته وماضيها ومصيرها، كما أظهر سلوك اللامبالاة تجاه ما فعله التعاطي به.

وقد لوحظ تغير حالته بين وقت وآخر دون سبب واضح، حيث كان سلوكه يميل إلى الكآبة والحساسية والخجل عند الحديث عن فصله من العمل وسجنه وخيانة زوجته، ثم فجأة يميل سلوكه إلى المرح والاستعلاء وفقدان الحياء عند الحديث عن تعاطيه ومشكلاته، وتنتابه أحيانا حالات شرود ذهني فيتوقف حديثه فجأة ثم يعاود الحديث

خاصة مع الصعوبة في الكلام بسبب التأتأة، ولذلك فإن حديثه صعب وغير مترابط وأفكاره متناقضة ومتطايرة (مشتتة) ولا تتناسب أحيانا مع المواقف السلوكية.

وقد آثار المفحوص بشكل صريح أنه كان كثير الكذب منذ طفولته، وقد حاول عدة مرات الاحتيال على أهله بإعطائه مال لشراء حاجياته، ولكنه أنفق ذلك في شراء المخدرات والمنبهات. وكل هذه الأعراض التي يعاني منها بسبب التعاطي إلا أن المفحوص لم يلجأ إلى العلاج النفسي والعقلي لمساعدته على التخلص من هذه العادات السلوكية المرضية إلا برغبة شديدة من أمه لمعالجته من التأتأة ثم من الإدمان بالمركز.

6-2- الجلسات العلاجية النفسية الجماعية مع الحالة (س.ر)

الجلسات العلاجية وأدوات تقويمها:

بدأ البرنامج العلاجي بعد تشخيص اضطرابات الإدمان عند المفحوص (س.ر) من خلال المقابلات التشخيصية التي أجريت ونتائج أداة الدراسة التي طبقت، وملاحظات الطالب أثناء دراسة الحالة وبذلك نفذت مرحلة الخط القاعدي في دراسة الحالة.

فقد طبق الطالب قائمة تشخيص سوء الاستخدام و الاعتماد على العقاقير، بناء على الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV وكانت نتائجه سلبية بحيث كان يعاني من اعتماد نفسي و فيزيولوجي وسوء الاستخدام لثلاثة مواد خطيرة.

- وكان البرنامج العلاجي للمفحوص (س.ر) يقوم على أساس تطبيق بعض تقنيات تعديل السلوك، باستخدام تصميم العناصر المتعددة Multi Element Design وهذا التصميم يتحقق من خلال استخدام عدة طرق للعلاج في فترات زمنية قصيرة متتابعة، والسبب في قصر فترة العلاج هو كون طول فترة العلاج قد يسبب الملل للمفحوص

(س.ر) ويؤثر على العملية العلاجية، كما أنه يتعارض مع الأساس الذي قام عليه العلاج السلوكي وهو معالجة الأعراض أو المشكلات في وقت قصير نسبياً.

واقترنت الدراسة على إجراء مجموعة من التقنيات لتعديل السلوك الجماعي على النحو التالي:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

6-3- الملاحظات الإكلينيكية

أظهر المفحوص في المقابلات التشخيصية والعلاجية تعاوناً مشوباً بالحذر وكان يتحدث بتحفظ خاصة في تأكيد مدى استعداده للتعاون في البرنامج العلاجي وفي الحديث عن حياته والجوانب الخفية فيها مع أسرته وقصته مع الإدمان وقد لوحظ في معظم الجلسات أن المفحوص شخصية انطوائية مكتئبة تحب العزلة ولا تشارك في النشاطات

بشكل فعال خاصة الصعوبة التي يجدها في الحديث بسبب التأناة ويحاول الابتعاد عن الآخرين عند الحديث، كذلك أظهر المفحوص شعورا بالخجل مصاحبا أحيانا باستعلاء في الحديث وعدم ترابط وأفكار متطايرة (مشتتة) لا تتناسب مع الموقف السلوكي والثابتة حالات شرود ذهني ولا مبالاة واستسلام للموقف بشكل عام.

وأشار المفحوص إلى محاولات الكذب والاحتيال على أسرته وهذا يتفق مع ملاحظات القائمين على المؤسسة، حيث أشاروا إلى أن المفحوص كان يحاول الاتصال بالتلفون مرات عديدة ويخترق الأعذار الواهية لتلك الاتصالات.

أما حركته في أثناء المقابلات الجماعية تميل إلى السكون وكان كثير النعاس وجلسته تميل إلى الاسترخاء التام، أما إماءات الوجه فهي تميل إلى الكآبة والحزن مع فقدان الأمل في تحسين حالته وهذا يعكس ضعف الدافعية نحو العلاج.

وفي أثناء إجراء أدوات الدراسة، كان يظهر سلوكا غير مبال بهذه الأدوات، ولكن بعد التشجيع استهل الإجابات على بنود أدوات الدراسة رغم حالات الشرود الذهني التي انتابته إلا أنه استمر بعد ذلك في الإجابة.

6-4- نتائج أدوات الدراسة وتقييم البرامج العلاجية للحالة (س.ر)

قبيل مشاركة البرنامج العلاجي على الانتهاء، وتطبيق أدوات الدراسة الخاصة بتقييم هذا البرنامج والوقوف على مدى الاستفادة والتحسين من هذا البرنامج؛ قد استغرق هذا جلسات علاجية إكلينيكية وذلك على النحو التالي:

التأكيد مرة أخرى على شروط الاختبارات النفسية ومراعاة تعليماتها، والدقة والموضوعية في اختيار الإجابة التي تتناسب مع موقف المفحوص وشخصية ووضعيته الراهنة.

طبقت قائمة قائمة تشخيص سوء الاستخدام و الاعتماد على العقاقير، بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV للمرة الثانية (المرحلة ما بعد العلاج الجماعي) بعد التأكد من أن جميع الظروف مناسبة لتطبيق بنود القائمة.

نوقشت النتائج مع المفحوص (س.ر) ثم أشعرت عن مدى التحسن والشفاء الذي حققه.

وفي ختام هذه الجلسات التقييمية، تقدم الطالب بالشكر للمفحوص (س.ر) على تعاونه في البرنامج وثقته المطلقة، ثم ودع بعد التأكيد على ضرورة المتابعة في المركز لفترات منتظمة، حتى يتحقق له تدعيم السلوك غير المرغوب فيه سلبيا وإبداله بسلوكيات ايجابية.

6-5- التوصيات الخاصة بالمفحوص (س.ر)

- تقويم الشخصية ومعالجتها من كل الاضطرابات.
- العلاج الأسري لحل المشكلات الأسرية.
- تشجيعه على زيارات المركز لمتابعة حالته.
- يحتاج إلى برنامج تأهيلي لمواجهة البيئة الخارجية والتركيز على مواجهة مثيرات الانتكاسة.
- يحتاج إلى علاج نفسي قائم على المفاهيم المعرفية لتصحيح البنية المعرفية عنده في أن المواد المخدرة أخطر ضررا.
- يحتاج المفحوص إلى علاج سلوكي معرفي قائم على تقنيات أخرى - لم يسع البرنامج لتطبيقها - لمواجهة الأفكار عند المفحوص
- مراعاة عامل الوقت في البرنامج العلاجي.

المتابعة:

قام الطالب بمتابعة المفحوص (س.ر) بعد شهرين من مغادرة المفحوص المركز واطمأن على صحته ثم التقى به ولم يلاحظ في سلوكه ما يثير الشك ثم أجريت لاحقاً بعض الفحوصات الطبية في مركز آخر في مدينة أخرى حسب موعد مقرر بين الطالب والمفحوص وذلك للتأكد من عدم انتكاسته وفعلاً تحقق من ذلك.

عرض الحالة السادسة (ر.ز)

المعلومات الأولية عن الحالة

- . السن: 20 سنة.
- . الوضعية الاجتماعية: متوسطة.
- . الترتيب بين الإخوة: هو الابن الوحيد في الأسرة.
- . المستوى التعليمي: الثالثة متوسط.
- . المهنة: موظف بمحل تجاري.
- . سن التعاطي: 13 سنة.
- . المادة الإدمانية: الحبوب المنبهة، الكيف.
- . النمط الإدماني: مستهلك استجابي تطور إلى استهلاك طبيعي.
- . مصدر الإحالة: الصديق.
- . الأم: لا تعمل وتتقاضى أجر زوجها المتوفى.
- . الشكوى: شجارات دائمة مع الأصدقاء، الكذب وخلق مشاكل، هروب من المنزل، إدمان منذ 3 سنوات على الحشيش وتعاطي العقاقير الطبية.

2- تاريخ الحالة

أثناء هذه المقابلة أبدى (ر.ز) رغبة كبيرة في الحديث عن حالته التي يتمني في الحقيقة التغلب عليها ولكنه لا يستطيع حسب رأيه "بغيت نبطل بصح ما قدرتش" بدأت المقابلة ببعض الأسئلة الموجهة عن طفولته وعن علاقته بوالديه، أين تحدث دون تردد فقال عن علاقته بعائلته: "علاقتي بأمي جيدة" فهي كانت دائما تدافع عني وتلبي كل ما أطلبه خاصة إذا تعلق الأمر بالمال إذ تلجأ في بعض الأحيان إلى القرض لكي تعطيني المبلغ الذي أريده وكنت أنفق هذه النقود على أصدقائي، أما عن علاقتي بأبي فكانت

علاقة سيئة للغاية قبل وفاته بأربعة سنين "يضريني بزاف اوو مايخلينيش قاع نخرج مع صحابي برا يبغي غير القرايا"، "يعيط في وجهي كي شغل مانيش ابنو" ويقول أنه لم يرافقه يوما إلى المدرسة، ولم يسأل عنه ولا عن نتائجه، فقط يعاقبه عندما تأتيه شكوى من أحد الجيران وإذا تدخلت أمه يضربها أيضا، أما عن علاقته فقد عاش الطفل مدلا من طرف أمه بعد موت أبيه بسبب حماية أمه ومساعدتها.

وبعد رسوبه وطرده من المدرسة ، طرده أبوه من البيت لعدة أسابيع حيث كان يذهب فيها أحيانا إلى أقاربه ، ويبقى في أحيان كثيرة في الشارع، إلى أن أتت أمه وبحثت عنه وأعادته إلى البيت، ولكن بعدما أصبح لا يستطيع الاستغناء عن هذه المواد، فكان ينتظر بفارغ الصبر خروج أي أحد من البيت ليلتقي برفاقه وشيئا فشيئا إلى أن وجد نفسه مع المهدئات و جميع أنواع الحبوب التي تقع عليها يده.

3- رحلة المفحوص مع الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)

وتحدث إلينا المفحوص (ر.ز.)، المقيم بحي راق بالمدينة عن تجربته بحماس "بديت ندير الشمة وأنا في عمري 6 سنين... " امبعد رجعت نبغي الدخان بزاف" وكي فوت السيزيام قلت خلاص نحبس القرية... "وبديت نتبع في صحابي برا ... اللي اداوني معاهم في طريق لادروق.. " ، " وكي كان في عمري 16 سنة.... دخلت للحبس لاقبياش كنت نسرق... " وزدت تعلقت بلارطان" ... " وي خرجت برا صبتها تتباع في كل بلاصة وفي كل زنقة" " ومرات نروح للطبيب باش يوصفها لي فالدوا مع الفيتامينات" ... " وامبعد رجعت نشرب في الكيف... " " وقد ساعدته حالته المادية الجيدة في التماذي في هذا السقوط الحر طيلة سنوات، من حين لآخر يقول المفحوص "ضميري كان يأنبني بزاف ونقرر باش نحبس الكيف ونرجع لربي نتوب ونصلي بصح مانقدرش... " وعندما حدثه صديقه الممرض عن هذا المركز تحمس للقدوم اليه.. وفعلا حضر معه منذ حوالي شهرين مستجمعا إرادته وفصول قصة حبّه.. حيث يقول "عشت فترة طويلة من سنين

قصة حب عنيفة مع طفلة... وقررنا باش مانترجوش حتى نحبس لادروق ونبرى منها"..
كان متأكدا من أنه سيشفى وكان واثقا في أعضاء الفريق الطبي وتابع العلاج بانتظام،
فقد أنقص تدريجيا كميات الكيف التي كان يتعاطاها من حين لآخر وتوقف تماما عن
تناول الحبوب المخدرة بأنواعها " خلاص بقالي نتوب ونرجع مستقر " كحيلة دفاعية عند
معظم المدمنين او كربة حقيقية فالتخلص والامتناع من التعاطي.

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يعتمد المفحوص (ر.ز) على تعاطي الكيف والمنبهات اعتمادا نفسيا حيث يرى
أنه يستطيع الاستغناء عن الكيف ولكنه في الوقت نفسه يعترف أن تعاطي المنبهات
أوقعه في الكثير من المشكلات ويرى أن تعاطي هذه المواد مشكلة إدمانية ينبغي التخلص
منها أو التخفيف من حدتها.

ونتيجة لإساءة الاستخدام المتكرر والمتعود لمدة سبعة (7) سنوات على هذه المواد
فقد وقع المفحوص (ر.ز) في عدة مشكلات قانونية وعائلية واجتماعية وصحية، ورغم أنه
أتى إلى المركز برغبته بصحبة صديقه إلا أن ذلك الموقف لا يعني تبصره بمشكلته.

وحيث دخول المفحوص (ر.ز) المركز كان يعاني من الأعراض الانسحابية
للتعاطي وما يصاحب ذلك من صحة جسمية ضعيفة وإضافة إلى ذلك كان يعاني من
ضعف بعض الاضطرابات النفسية والفيزيولوجية وقت دخوله وهي بمثابة أعراض
انسحابية مثل البقاء لفترات طويلة مع الأصدقاء خارج البيت، ولا يستطيع العمل لفترات
طويلة والقلق الشديد المصاحب بمزاج مضطرب كثيرا مع الحزن الشديد والشروء إلى
درجة أنه لا يصغي لأي شخص، أما الأعراض الصحية فكان يعاني من صعوبات في
التنفس (مشاكل في الرئتين) ويعاني من إسهال متكرر وأحيانا (إمساك لعدة أيام) واحمرار
دائم في العينين مع القلق والهيجان والأرق المستمر لديه منذ سنوات.

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات،

بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

- الإسم: (ر.ز) - السن: 20 سنة

التعليمات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة

صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى

تصل إلى التشخيص كالاتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	الغيب الحشيش	أعراض الاعتماد
				1) هل غالبا عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.
				2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح.
				3) هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
		صح	صح	4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
		صح	صح	5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
		صح		6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية

				وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الإنسحابية.
		صح	صح	7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية.
		صح	صح	- أعراض سوء الاستخدام 8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
		صح	صح	9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة.
		صح		10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
		صح	صح	11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (ر.ز) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وسوء الاستخدام.

يعتمد المفحوص على التعاطي اعتمادا نفسيا، حيث يتعاطى المواد المنبهة عند الاشتياق إليها باستمرار عندما تزداد مشكلاته وتساء ظروفه كأن يكون مع مجموعة تتعاطاه.

رحلة المفحوص (ر.ز) مع الإدمان هي رحلة طويلة بدأت بالمنبهات ثم نتيجة لأثر القدوة في تعلم المفحوص السلوك الإدماني على المنبهات -القدوة هنا هو جماعة الرفاق- ولفضول المفحوص وحب الاستطلاع ومصاحبة أصدقائه في الغربة والمناسبات

الرياضية والحفلات الجماعية كلها كانت دوافع للمفحوص في تعلم تعاطي المنبهات والاستمرار في التعاطي حتى هذا الوقت إضافة إلى تعاطي الحشيش، وهذا شعور وهمي يخلقه المخدر عند تعاطيه لأول مرة، كما أن قسوة الأب قبل وفاته ودلال أمه عزز السلوك الإدماني تعزيزاً سلبياً بالرغم من تاريخه الإدماني المعتبر في التأثير عليه، إلا أن التعزيز السلبي لتعاطي المنبهات منقطع وغير مستمر، والسبب الآخر وهو أن المفحوص (ر.ز) يتسم بالدافعية للعلاج بصحبة صديقه الممرض الذي يثق فيه، كما أنه سريع الرقابة والملل، وبالتالي فإن إكماله لبرنامج العلاج الجماعي قد يستمر وخاصة وأن المفحوص كما هو معروف عنه كثير الانضباط وذلك لطبيعته الوسواسية. كما أنه يبرر دخوله للمركز من أجل تشجيع صديقه الممرض على الاستمرار في العلاج في المركز.

وخلاصة القول فإن السلوك الإدماني عند المفحوص هو سلوك متعلم خاطئ، ويحتاج إلى تعديل هذا السلوك ومواجهة دفاعات المفحوص غير المنطقية والتغلب على الاضطرابات التي تعوق التكيف وذلك باستخدام فنيات العلاج السلوكي في برنامج علاجي نفسي جماعي.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

لجأ الطالب إلى وضع المفحوص (ر.ز) في برنامج علاجي محدود لتعديل سلوك المفحوص (ر.ز) لأسباب منها: أن حالته غير مستقرة ولا يعاني من اضطرابات بالغة الحدة والخطورة.

وقد تضمن هذا البرنامج حوالي (12) اثنتي عشرة جلسة إكلينيكية، وكانت كل جلسة تستغرق ما بين 60 - 90 دقيقة، حسب نوعية الجلسة فردية أو جماعية.

وكان سير هذه الجلسات على النحو التالي:

قام الطالب بتقديم نفسه للمفحوص في الجلسة الأولى الفردية، ثم تعرف على المفحوص، وبعد ذلك تبعها بعض الخطوات لمحاولة بناء الألفة بين الطالب والمفحوص (حديث عابر + الهدف هو مساعدة المفحوص + تأكيد مبدأ السرية + ضمان تعاون المفحوص حتى يستطيع حل مشكلته).

ثم استأذن الطالب المفحوص لتسجيل المقابلات العيادية والاطلاع على ملفه الطبي ووافق على التسجيل الكتابي، وختمت الجلسة كالعادة بتلخيص كل ما دار فيها والاتفاق على موعد الجلسة الجماعية الموالية.

تحدث المفحوص بحرية عن تاريخه الإدماني مع المنبهات والكيف وخاصة التاريخ المرضي والنفسي والعقائري، سبعة سنوات هي مدة رحلته مع الإدمان وكانت الأسباب لذلك (الأثر النفسي لقسوة الأب ووفاته ودلال الأم وغياب الموجه داخل الأسرة، وأثر القدوة الفاسدة).

المفحوص كثيرا ما كان يتوقف عن حديثه وتنتابه حالات من الشرود الذهني ثم يعاود ويواصل حديثه، ويتحدث عن المخدرات بشيء من الاستعلاء وينكر أنه مدمن وأنه في أوقات المناسبات الرسمية وتجمعات الشباب فإنه يتعاطى المخدرات من أجل أن يخلق له مناخ اجتماعي يتفاعل فيه مع الآخرين على حد تعبيره.

6-2- الجلسة الإكلينيكية التشخيصية

طبقت في الجلسة المبدئية مع المفحوص (ر.ز) قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV (الاختبار القبلي) على المفحوص للكشف المبدئي عن الاضطرابات التي يمكن علاجها إلى حد ما باستخدام فنيات السلوكية والمعرفية في جماعة علاجية.

ومن أهم الملاحظات عند التطبيق، أن المفحوص (ر.ز) كان يتردد في الإجابة على الأسئلة الخاصة بالتعاطي رغم التأكيد على مبدأ السرية والمطالبة بالصدق في الإجابات وعدم التذبذب.

6-3- الملاحظات الإكلينيكية

كان المفحوص (ر.ز) غير متحمس للعلاج كثيرا رغم أنه أبدى تعاوننا منذ البداية ويتضح ذلك جليا من خلال تأخره عن المقابلات الإكلينيكية، وعدم مشاركته في الأنشطة بصفة مستمرة خاصة الأنشطة خارج الجناح في المركز رغم السماح له بذلك، إضافة إلى أن المفحوص يحب الحركة ونشيط وتنتابه حالات القلق واهتمام زائد نحو الآخرين، وقد كان يلجأ كثيرا إلى المصارحة، وذلك بهدف اقتناعه من صديقه الممرض لعلاج سلوكه الإدماني بجدية.

أما حديثه فقد كان يتحدث بكل ثقة بنفسه وحديثه مضبوط وغير مصاحب بحالات من شرود الذهن، ومعتزف بإدمانه، ولكنه يرى أن التعاطي يكسب النفس الثقة وبخاصة في المناسبات الاجتماعية، وهذا خطأ في البنية المعرفية عند المفحوص، حيث بني على تعلم خاطئ.

وفي أثناء تطبيق أدوات الدراسة، تردد المفحوص كثيرا في الإجابة على البنود الخاصة بالاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام حتى أكد له الطالب مبدأ الجدية والثقة والسرية في إجاباته.

وبعد مغادرة المفحوص المركز في الإجازات المنزلية، عاد إلى المركز دون حدوث انتكاسات بعد ملاحظة سلوكه الخارجي داخل المركز ومعاينة نتائج الفحوص المخبرية. وكثيرا ما كان يحاول الظهور بمظهر سليم في أثناء المقابلات خاصة في المقابلات الجماعية، إلا أن تلك المقابلات كشفت النقاب عن مشكلات نفسية أبرزها تمثيلا ورغبة

في العلاج، والطريقة التي يواجه بها مشكلاته قد ساعدته إلى حد ما بين الحين والآخر، فإنها قد ساعدتنا بكثير من الفوائد على المستوى الإكلينيكي.

6-4- الجلسات العلاجية باستخدام العلاج النفسي الجماعي

وبعد استعراض نتائج القائمة التشخيصية لسوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV والملاحظات على سلوك المفحوص (ر.ز) في أثناء الجلسة المبدئية والجلسات التشخيصية، طبق برنامج العلاج النفسي الجماعي.

وقد ركز خلال هذه الجلسات على الآثار العقلية والنفسية التي لحقت بالمفحوص من جراء تعاطي المنبهات والكيف كالقلق والهلاوس السمعية، وما يمكن أن يؤدي إليه تطور هذه الأعراض المرضية من اضطرابات عقلية ومن أهمها الفصام.

كما تم التطرق إلى الآثار السلبية الفيزيولوجية التي يمكن أن تصيب المفحوص ومن أهمها أمراض الكبد، والمخ ثم الآثار المستقبلية لتعاطي المخدرات، والآثار الاجتماعية كالسطو وتخريب مصالح الآخرين، والاعتداء والتشريد والقتل وارتكاب الجرائم وتفكك الأسرة والآثار الجنسية كالضعف الجنسي واللواط وغيره.

6-5- برنامج العلاج الجماعي

أجريت للمفحوص جلسات جماعية مع مفحوصين آخرين وهم مدمنو المخدرات باستخدام طريقة العلاج الجماعي والتقنيات السلوكية المعرفية التالية:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الطالب الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).

- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

وبعد تطبيق البرنامج العلاج الجماعي قد أحدث نتائج إيجابية وقد استمرت جلسات العلاج الجماعي مع المفحوص إلى كل الجلسات العلاجية الجماعية استغرقت كل جلسة مدة ساعة ونصف.

6-6- تقويم برنامج العلاج السلوكي

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاج الجماعي التي طبقت على المفحوص باستخدام فنيات التعديل السلوكي والمعرفي الجماعي، وقام الطالب بتطبيق أدوات الدراسة الخاصة بتقويم البرنامج والوقوف على مدى استفادة المفحوص (ر.ز) من هذا البرنامج، حيث طبقت أداة الدراسة قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV للمرة الثانية للتأكيد من مدى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي، ثم نوقشت نتائجها مع المفحوص (ر.ز).

واختتم البرنامج بالشكر والتقدير للمفحوص على استمراره في هذا البرنامج وتوديعه بعد التأكيد على ضرورة المتابعة في المركز بفترات منتظمة.

6-7- التوصيات الخاصة بهذه الحالة الإكلينيكية

- يحتاج المفحوص إلى برنامج تأهيلي لمواجهة حيله الدفاعية وبخاصة الإنكار والتبرير وربما العلاج التحليلي ناجعا أكثر في مواجهة هذه الحيل الدفاعية.
- يحتاج المفحوص إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة إلى مثل هذه المراكز بصفة دورية المختصة بالصحة النفسية والعقلية.
- يحتاج المفحوص (ر.ز) إلى تقييم خاصة لأعراض اضطرابات القلق والأعراض الاكتئابية ومن ثمة معالجتها.
- يحتاج المفحوص إلى تشخيص سريع ومبكر للأعراض البارانونيدية حتى لا تتطور الحالة إلى حالة إلى أمراض أخرى قد تكون اضطرابات عقلية.
- مراعاة عامل الوقت في العلاج، وتطبيق تقنيات أخرى للمعالجة السلوكية المعرفية.

المتابعة:

قام الطالب بالاتصال بالمفحوص بعد خروجه بشهرين ولم يلاحظ ما يشير إلى انتكاسة المفحوص، وطلب من المفحوص الحضور إلى المركز للتأكد من عدم الانتكاسة وحضر المركز برفقة زميله وقد تحسن كثيرا وانخفضت معظم الاعراض الادمانية.

عرض الحالة السابعة (د.ج)

1- المعلومات الأولية عن الحالة

- . السن: 16 سنة.
- . الوضعية الاجتماعية: متوسطة.
- . الترتيب بين الإخوة: هو الابن الأكبر من ثلاث إخوة.
- . المستوى التعليمي: الثانية متوسط.
- . المهنة: لا يعمل.
- . سن التعاطي: 13 سنة.
- . المادة الإدمانية: المستنشقات والحبوب المنبهة.
- . النمط الإدماني: مستهلك استجابي.
- . مصدر الإحالة: الخالة.
- . الأم: عاملة بشركة ومطلقة.
- . الأب: متزوج وعامل.
- . الشكوى: سرقة من المنزل، شجارات دائمة مع الأم والأخت، الكذب وخلق مشاكل، هروب من المنزل، إدمان منذ 3 سنوات على المستنشقات.

2- تاريخ الحالة

المفحوص (د.ج) من أبوين مطلقين وهو في سن التاسعة (09) من عمره، هو متأسف لعدم معرفته سبب الطلاق، وهو حاليا في منزل عادي مع جدته وخالته، والأب متزوج من امرأة أخرى، فالمفحوص عاش ضحية تفكك أسري منذ الطفولة الأمر الذي أثر عليه، مما جعله يعيش عدم الاستقرار النفسي وانعدام الأمن والحماية، أما الأم فلم تكن تفهمه ولم تقدم له الدعم النفسي الذي يجعله ينمو سويا، فكانت الأم تعاقبه وتعاتبه كثيرا

على معظم سلوكياته وإخفاقه في أي عمل، مما جعله يفقد الثقة بنفسه وفي الحياة وشعوره بعدم الاستقرار النفسي والأسري.

فقد كان المفحوص كثير العلاقات الاجتماعية إذ كان كثير الأصدقاء العاطلين عن العمل والدراسة، وكان كثير السهر، وكان يحصل على المال من الأب الذي تزوج من امرأة ثانية، مما جعل رفقاءه يستغلونه نتيجة لوضعته المادية وشجوعه على التعاطي وشراء الباتاكس ومن هنا بداية إدمانه.

3- رحلة المفحوص في الإدمان على المخدرات (حسب وصفه)

أول مرة يواجه فيها المفحوص (د.ج) الإدمان هو تجربه استنشاق غراء الـ "باتاكس" وهو في الـ 13 من عمره على سبيل الفضول عندما شاهد ابن خالته يفعل ذلك، وعندما بلغ الـ 14 سنة جرب مفعول حبوب "ريفوتريل" .. كنت مع صاحبي اللي كبير عليا بعامين وعطاني وحدة ... "حسيت روعي راني طائر فالسما ولا في حلم" .. وبدأ يركض خلف هذه المشاعر المثيرة والجديدة بالنسبة له من خلال تعاطي مختلف المؤثرات العقلية التي تباع هنا وهناك ثم اكتشف الكيف " أمبعد عرفت الكيف ورجعت مدمن عليه" "وخرجت كامل من القرية.." "كنت نشريها بدراهمي اللي كانو عندي كانت اما تعطيه ملي.." وكي عرفت بلي راني ندير هكا ضربتني قاوي.." وهو يعتقد أن زواج والده وطلاقه لأمه وتركها وحيدة وهي في الـ 30 من عمرها تعول أربعة أبناء، من بين أهم الأسباب التي جعلته ينحرف أكثر فأكثر .. ويقول "باش نجيب الدراهم دايمًا ونشري لادروق كنت نبيع فيها ونشري" فاهتمام أسرته وشجاعة أمه جعلانه يستجمع ما تبقى من قوة ويتلقى تكوينًا مهنيًا في السنة الماضية وقبل حوالي ثلاثة أشهر رافقته إحدى قريباته إلى هذا المركز ..

4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة

يتعاطى المفحوص (د.ج) المستنشقات بمختلف أنواعها والمنبهات اعتمادا نفسيا وجسديا حيث يرى أنه مدمن عليهم ولا يستطيع الاستغناء عنهم ولكنه في الوقت نفسه يعترف أن تعاطيه المتكرر والزيادة في الجرعة أوقعه في الكثير من المشكلات ويرى أن تعاطي هذه المواد مشكلة إدمانية ينبغي التخلص منها نهائيا.

ولإساءة الاستخدام المتكرر والمستمر لمدة ثلاث (3) سنوات على هذه المواد فقد وقع المفحوص (د.ج) في عدة مشكلات أخلاقية وعائلية واجتماعية وصحية، ورغم أنه أتى إلى المركز بغير رغبته بصحبة خالته إلا أن ذلك الموقف لا يعني تبصره بمشكلته.

وحيث دخوله المركز كان يعاني من الأعراض الانسحابية للتعاطي وما يصاب ذلك من صحة جسمية ضعيفة وإضافة إلى القلق الشديد المصاحب بمزاج مضطرب كثيرا، فالعدوانية واضحة مع عدم مراعاة القيم الاجتماعية والإحساس بالنشوة عند تناول المخدر مع أعراض صحية منها فقدان الشهية مما أدى إلى هزال شديد وملامح متعبه مرهقة، مشاكل في الذاكرة ولكن لفترات زمنية قصيرة ومشاكل في الجهاز الهضمي (إسهال، إمساك).

5- التشخيص الإكلينيكي

- تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

السن: 16 سنة

الإسم: (د.ج)

التعليمات:

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالاتي:

في فترة (12) شهراً الماضية:

المواد الأخرى	المهدئات	المنبهات	القتب الحشيش	أعراض الإعتياد
				1) هل غالبا عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تتوي.
				2) هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تتجح.
		صح		3) هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان.
صح		صح		4) هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك.
صح		صح		5) هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير.
صح		صح		6) هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الإنسحابية.
صح		صح		7) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية

				والصحية.
صح	صح			- أعراض سوء الاستخدام 8) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل.
صح	صح			9) هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة
صح	صح			10) هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي.
صح	صح			11) هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين.

التشخيص: (د.ج) مدمن يعاني من أعراض الاعتماد النفسي وسوء الاستخدام.

إن للمفحوص (د.ج) مع الإدمان تاريخاً قصيراً، حيث بدأ التعاطي وهو في هذه المرحلة الحرجة من فترة المراهقة، نجد أن المفحوص قد تأثر بهذه المرحلة وبالبيئة الخارجية المحيطة به، فجماعة الرفاق في مرحلة الدراسة لهم دور في إدمان المفحوص للمستشفيات والحبوب، ثم جاء التأثير الأكبر من طلاق أمه، بحيث استطاعت جماعة المدمنين أن توقعه في براثن الإدمان لأهداف اقتصادية واجتماعية وعدوانية بهدف الخروج من أزمتة النفسية ونسيان التفكير بالمشكلات النفسية التي كان يعاني منها وعلى رأسها الطلاق، والصدمة النفسية التي تعرضت لها الأم جراء الطلاق، وإصابة والدته بارتفاع في ضغط الدم وتخلخل الكيان الأسري خصوصاً بعد ذهاب الأب عن حماية الأسرة.

إضافة إلى عوامل أخرى -على حد زعم المفحوص- منها الفراغ الذي يجده العميل في أوقات الإجازات خصوصا أن المفحوص لا يحب الاختلاط بالآخرين كثيرا، وغالبا ما يجلس مع الجماعة ويتعاطى المستنشقات وهذا الشعور بالجماعة يخلق للفرد عدة مزايا مع نفسه ومع وجماعته، وهي ما أقر واعترف المفحوص بحدوثها، فالجماعة تخلق الوحدة النفسية واللذة الجماعية. كما أن ضعف الرقابة والضبط الذاتي للنفس وحالات القلق والاكتئاب والتوترات كانت عوامل دافعة إلى مثل هذا التعاطي ولم تعالج في وقتها، ثم أصبحت ناتجة عن التعاطي ودافعة إليه.

ومما زاد من خطورة الحدث، المشكلات المالية التي وقعت نتيجة للإدمان وفقدان الأصدقاء المقربين مما دفع المفحوص إلى تعاطي الحبوب المنبهة التي تعمل على تدمير الجسم وإثارته.

وبالتالي سلوك المفحوص (د.ج) الإدماني سلوك متعلم خاطئ، وللبيئة الخارجية (الأسرة/الجماعة) تأثير كبير فيه، ويحتاج إلى علاج نفسي قائم على تقنيات سلوكية ومعرفية بالطريقة الجماعية.

6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية: (العلاج النفسي الجماعي)

6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)

في الجلسة المبدئية تم فيها بناء الثقة والألفة بين الطالب والمفحوص، واستئذان المفحوص لتسجيل الجلسات كتابيا. وقد تعرف فيها الطالب على بعض البيانات المتعلقة بالحالة وتاريخه الإدماني وجميع جوانب حياته النفسية والجسمية والاجتماعية. واتضح من ذلك أن المفحوص (د.ج) حديث العهد بالإدمان على الكيف ولم تظهر هناك مشكلات جسمية تذكر، وفيها يتعلق بجوانب التاريخ المرضي الأخرى بدءا بالجانب الجنسي فليس هناك ما يشير إلى اضطرابات في هذا الجانب، أما الجانب التربوي من حياته فهو مرضٍ

إلى حد ما وإن كان المفحوص أشار إلى كثرة هروبه مع جماعته إلى خارج المدينة، ويعود إلى سهر الليل للتعاطي مع جماعته.

أما الجانب الاجتماعي من شخصيته فإنه يصف علاقاته الاجتماعية بأنها مرضية إلا أنها محدودة وتطول على المدى الطويل، كما أشار أيضا إلى المشاجرات الاجتماعية التي وقعت له مع أمه وجماعته نتيجة المشكلات الانفعالية التي كانت بسبب تعاطي الحبوب أو تحت تأثيرها وهناك أسباب أخرى منها الاحترام والتقدير الاجتماعي بحيث نتج عنها شعور بعدم رضا المفحوص عن وضعه العائلي والاجتماعي.

أما الجانب النفسي من حياة المفحوص (د.ج) فإن الأسباب المشار إليها في الجانب الاجتماعي خلقت عنده شعورا بعدم الثقة والدونية وكان أقرب ما يكون إلى سمة العدوانية وذلك حسب ما تعكسه كثرة مشاجراته مع أصحابه وزملائه. ولمزيد من الإيضاح في هذا الجانب نجد شخصيته خلال المقابلات الإكلينيكية انطوائية حساسة سهلة الاستهواء وتعاني من حالات متقطعة من الشرود الذهني والمخاوف الغريبة. وتميل إلى الكآبة والقلق وعدم الاستقرار.

أما الطفولة والتاريخ الأسري ونموه في الكلام والمشي والحركة والإخراج وجوانب النمو الأخرى -على حد قوله- وظروف الأسرة الاقتصادية جيدة الدخل، إلا أن زواج والده وطلاق والدته أدت إلى تخلخل كيانه النفسي والأسري.

فمنذ ثلاثة سنوات بدأت رحلة المفحوص مع الإدمان، وكانت الأسباب لذلك جماعة الأقران، الأسرية، الضغوط الاجتماعية والمشكلات والتربوية.

6-2- الجلسات العلاجية النفسية الجماعية مع الحالة (د.ج)

عقد المعالج 12 عشر جلسة علاجية إكلينيكية (جماعية) مع المفحوص حيث حاول الطالب خلق بيئة علاجية جماعية سلوكية ومعرفية يجتمع فيها المفحوص مع مفحوصين آخرين وتقوم على الفنيات العلاجية المذكورة في البرنامج التي منها:

- الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
- المناقشات الجماعية (طرح فكرة للنقاش وإعطاء فرصة لكل متعالج بالتعليق وإبداء رأيه لمدة لا تتجاوز دقيقتين ومن ثم التعليق والتحليل للآراء).
- لعب الأدوار (يقوم الطالب نفسه بدور المتعالج بحيث يعلمه كيفية مواجهة الأمور والتعامل معها).
- الاسترخاء النفسي.
- الواجب المنزلي.
- مهارة حل المشكلات ومهارات الاتصال.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.
- التدريب على مهارة البحث عن عمل.

6-3- الملاحظات الإكلينيكية أثناء تطبيق البرنامج العلاجي

كان المفحوص (د.ج) متعاوناً منذ البداية، وأبرز السمات التي كشفتها المقابلات الإكلينيكية هي المواجهة والحديث السريع، وسهولة الاستئثار وقوة الملاحظة، والحزن الشديد وخاصة عند التحدث عن الحوادث التي حلت بأسرته، وكان كثير الشكوى من مشكلات اجتماعية يعانيتها، كما انه لا يشعر بالإرهاك والتعب مهما يكن من جهد يبذله.

أما سلوكه داخل الجماعة؛ فقد كان طبيعياً ويشارك في الأنشطة، ولم يغادر ذلك الجماعة طيلة فترة الجلسة العلاجية.

وحديثه مترابط وانفعالي يتسم بالحزن، وذاكرته طبيعية. ومظهرة الخارجي مقبول إلى حد كبير؛ حيث كان يهتم بالترتيب والنظافة أثناء تقديم واجباته المنزلية، وفي هندامه وبدنه. وكان العميل عصبياً وكثير الحركة والتفاعل مع الآخرين، ويحاول إبداء آرائه بحذر شديد وتحفظ.

وفي أثناء إجراء أداة الدراسة فقد كان طبيعياً ومتجاوباً ورد على الإجابات بسهولة وبأعصاب هادئة تماماً.

أما اتجاهاته نحو أسرته؛ فهو يظهر تعاطفاً كبيراً مع أمه وخالته، كما يبدي تقديراً واحتراماً لرفاقه وزملائه.

6-4- التوصيات الخاصة بالحالة (د.ج)

1- يحتاج المفحوص إلى تقويم خاص لأعراض سمة شبه اضطرابات الهوس الاكتئابي والقلق، ومن ثم علاجها .

2- أن مشاعر القوة والمخاطرة التي يبذلها تحتاج إلى توجيهها في مسارها السليم، وإلى تقويم شامل وبرنامج علاجي متكامل.

3- يحتاج أيضاً إلى تقويم لاضطرابات التكيف التي من أهمها شعوره بالانضمام للجماعة، والفراغ ومشاجراته المستمرة مع الأم والزملاء ووضع برنامج علاجي لها يقوم على تنمية شخصيته ووعيه.

4- العلاج الأسري له دور كبير في حل مشكلات، حتى تتم مساعدته على حل جميع مشاكله وبذلك يتحقق التوافق مع الأسرة والمجتمع.

5- يحتاج إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة في المركز من وقت لآخر.

6- يحتاج إلى برنامج تأهيلي - قائم على نظرية التعلم والنظرية المعرفية - لمواجهة
مثيرات الانتكاسة والاستفادة من أوقات الفراغ .

7- مراعاة عامل الوقت في المعالجة النفسية، وتطبيق تقنيات أخرى للمعالجة السلوكية.

المتابعة:

اتصلنا مع المفحوص (د.ج) بعد فترة شهرين من مغادرته المركز ولقائه وقد
اطمئن الطالب على صحته حيث لم ينتكس وأجريت له في هذه المرحلة إعادة تطبيق أداة
الدراسة (قائمة تشخيص سوء الاستخدام و الاعتماد على العقاقير. بناء على الدليل
التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV). وقد كانت نتائجه
إيجابية بحيث لم تظهر أعراض الاعتماد وكانت لديه إرادة في الامتناع عن المخدرات مع
إجراء بعض الفحوصات الطبية التي أكدت سلامته وخلوه من آثار المخدر.

الفصل الثامن: نتائج البحث ومناقشتها

1. نتائج البحث.

2. مناقشة النتائج.

خلاصة عامة

توصيات واقتراحات

المراجع

الملاحق

1- عرض نتائج البحث ومناقشتها

تتص فرضية الدراسة على ما يلي:

هناك نتيجة توضح أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في خفض مستوى أعراض الإدمان، ومساعدة المدمنين على الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقين. بحيث أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن التحقق من صحة الفرض، إذ دلت المقابلات الإكلينيكية التشخيصية ونتائج القياس بأدوات الدراسة أن دور البرنامج العلاجي الجماعي كان فاعلا في سلوك حالات الدراسة الإدماني ومصدرا رئيسيا في دافعية هذا السلوك الإدماني بتأثير العمليات السلوكية المعرفية لديهم، فالزيادة المتدرجة بالتحسن كان ملحوظ أثناء وبعد الجلسات العلاجية الجماعية.

للتحقق من صحة هذه الفرضية تم دراسة سبعة (7) حالات عن طريق سلسلة من الجلسات العلاجية (12 جلسة علاجية)، ودراسة حالاتهم وتاريخ تعاطيهم، إضافة إلى الملاحظة، وتطبيق القائمة التشخيصية للاعتماد على المخدرات وسوء الاستخدام حسب DSM/IV.

فيما يخص نتائج الفرض وتفسيره فقد تحقق صحة هذا الفرض حيث أن النتائج لكل مرحلة دلت على ظهور تحسن في الشكل العام للصورة الإكلينيكية للحالات عما كانت عليه بعد خضوعهم للمداخلة العلاجية "البرنامج العلاجي النفسي الجماعي" مما يوضح تأثير العلاج بفنياته المختلفة في خفض مستوى الأعراض الإدمانية والامتناع عن التعاطي. وذلك منسوب لاستجابات الحالات على القائمة التشخيصية للاعتماد وسوء الاستخدام في هذه الدراسة والتي ظهرت نتائجها على كل الحالات الدراسية وفقا للجدول الآتي:

المتابعة (التطبيق البعدي)	مدة العلاج	التشخيص (التطبيق القبلي)	العلاج	مدة الادمان	نوع مادة الادمان	السن	الحالات
انخفاض الأعراض الإدمانية	انتهاء الفترة العلاجية	- اعتماد نفسي وفيزيولوجي وسوء الاستخدام.	- دوائي (للأعراض الانسحابية فقط) - البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.	4 سنوات.	الكيف، والحبوب المنبّهة.	18 سنة	الحالة الأولى (ف.ب)
اختفاء الأعراض الإدمانية	انتهاء الفترة العلاجية	- اعتماد نفسي وسوء الاستخدام.	- دوائي (للأعراض الانسحابية فقط) - البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.	3 سنوات.	الكيف، الحبوب المهلوسة.	17 سنة	الحالة الثانية (د.م)
اختفاء الأعراض الإدمانية	- انتهاء الفترة العلاجية	- اعتماد نفسي مع سوء الاستخدام.	- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.	4 سنوات.	الكيف، والمستنشقات.	19 سنة	الحالة الثالثة (ع.ص)
شفاء من الأعراض الإدمانية	انتهاء الفترة العلاجية	اعتماد نفسي وسوء الاستخدام	- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.	3 سنوات.	الكيف (الحشيش).	17 سنة	الحالة الرابعة (ب.م)
انخفاض الأعراض	انتهاء الفترة	اعتماد نفسي	- دوائي (للأعراض)	3 سنوات.	الكيف، المستنشقات،	16 سنة	الحالة الخامسة

الإدمانية	العلاجية	وفيزيولوجي وسوء الاستخدام.	الانسحابية فقط) - البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.		الحبوب المنبهة.		(س.ر)
انخفاض الأعراض الإدمانية	انتهاء الفترة العلاجية	اعتماد نفسي وسوء الاستخدام.	- دوائي (للأعراض الانسحابية فقط) - البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية.	3 سنوات.	الحبوب المنبهة، الكيف.	20 سنة	الحالة السادسة (ر.ز)
انخفاض الأعراض الإدمانية	انتهاء الفترة العلاجية	اعتماد نفسي وفيزيولوجي وسوء الاستخدام.	- دوائي (للأعراض الانسحابية فقط) - البرنامج العلاجي الحالي	3 سنوات.	- نوع المادة: المستنشقات والحبوب المنبهة.	16 سنة	الحالة السابعة (د.ج)

جدول رقم: (02) يوضح النتائج وخصائص المجموعة العلاجية في الدراسة.

يوضح الجدول السابق، أن هناك تشابها وتلازما في هذه الحالات بعد القيام بدراسة الحالة ومعرفة التاريخ المرضي والأعراض الإكلينيكية، والتشخيص، والوسائل والطرائق العلاجية ما يفسر لنا السبب في عرض الطالب لنتائج المفحوصين التي تميز أفرادها بالوصول إلى مرحلة حرجة في الإدمان على المواد المخدرة وهي الإعتماد على الكيف والمستنشقات والحبوب المهلوسة: نفسيا وفيزيولوجيا، بحيث يتصف أفرادها بسلوك

التعاطي المزمّن لدرجة تأثير هذا السلوك على صحتهم وعلاقاتهم الأسرية والاجتماعية والاقتصادية بحيث لا يمكنهم التوقف عن هذا التعاطي والامتناع عنه.

وهذه الأعراض الاعتمادية تتصف بها كل الحالات، فيوضح الجدول السابق أن المفحوصين في تطبيق القائمة التشخيصية للاعتماد على المخدرات وسوء التعاطي قد عانوا من الآثار السلبية للتعاطي ووقعوا في حدود فئتين:

- الفئة الأولى تعاني من الإعتمادين معا (الاعتماد النفسي والفيزيولوجي) وهما الحالات (ف.ب) و (س.ر) و (د.ج)، والتي تعني أن معدل الآثار السلبية لتعاطي المواد المخدرة عند هؤلاء الحالات قد بلغ درجة الخطورة.

- أما الفئة الثانية التي تعاني من الاعتماد النفسي فقط عند الحالة (د.م) و (ع.ص) و (ب.م) و (ر.ز) التي تبين أن معدل الآثار السلبية لتعاطي المواد المخدرة وتعكس بلوغ هذه الآثار إلى حد المتوسط.

ويرجع الطالب سبب هذا الاعتماد على المخدر اعتمادا نفسيا أو فيزيولوجيا أو كليهما معا عند تعاطي المواد المخدرة لدى حالات الدراسة من المراهقين؛ لأن المواد المخدرة لها دور تعزيزي في تطوير السلوك الإدماني فالمدمن يتعاطى المخدر بغية الحصول على النشوة والاسترخاء وفي ذلك تعزيز ايجابي، ويتعاطاه أيضا لتجنب الآلام الناتجة عن الأعراض الانسحابية ولخفض القلق والتوتر وفي ذلك تعزيز سلبي، إضافة إلى المثبرات الاجتماعية والشخصية والبيئية التي ترتبط بتناول المخدر هي الأخرى تكتسب خصائص تعزيزية لأنها تقترن بالمثبرات التعزيزية الأولية (المخدرات) كما أن المثبرات قد تكون داخلية (حالة الفرد النفسية التي تنشأ عند تعاطي المخدر) أو مثبرات بيئية خارجية، وهذا الدور التعزيزي للمخدر قد أدى على المدى الطويل إلى زيادة مستوى القلق والاكتئاب والتوتر والتي تم التحقق منها في الدراسة من خلال أدوات المنهج العيادي المستخدمة في الدراسة الحالية.

وما نخلص إليه أن الحالات السبعة (7) لدراستنا كانوا عرضة لعدة أسباب وأحداث أسرية، اختلفت هذه الأحداث في حدوثها وتأثيرها على الجانب النفسي، لكنها دفعت بكل حالة وبطريقة ذات معنى مختلف باتجاه حالات دراستنا إلى السلوك الإدماني، فكان المعاش المصاحب لهذه الأحداث دورا مباشرا في تعاطي المخدر، لأنها كانت أحداث أسرية فمست الجانب التفاعلي والتعاملي والاتصالي لأفرادها فظهر في جميع الأسر انعدام قنوات الاتصال والتفاعل إلا من خلال العنف كلغة وكحوار مع التجاهل والإهمال واللامبالاة هو السائد في هذه الأسر.

وبالرغم من نسبة تلك الآثار السلبية عند الحالات السبعة (7) إلا أن برنامج الطالب في العلاج النفسي الجماعي قد حقق نسب شفاء عالية وذلك ما كشف عنه تقويم مدى أثر البرنامج العلاجي من خلال التطبيق البعدي والملاحظات العيادية والجلسات العلاجية على النحو التالي:

جميع الحالات ما عدا (س.ر) و(د.ج) حسب تصنيف الطالب وهي تعكس أعلى نسب الشفاء في البرنامج العلاجي النفسي الجماعي وانخفاض الأعراض الإدمانية إلى حد كبير وبخاصة عند الحالات (ع.ص) و (د.م) و (ف.ب) و(ر.ز) التي حققت نسب عالية جدا في الشفاء مما يعكس اختفاء الأعراض الاعتمادية إلى حد كبير عن تلك الحالات.

أما الحالة (د.م) فقد وقعت في الحدود التي تعكس بلوغ المفحوص (د.م) نسبة في الشفاء أعلى من المتوسط وهي نسبة مشجعة جدا.

فالحالات التي كانت تعاني من أعراض الاعتماد النفسي فقط هي الحالات التي كانت نسبة شفائهم أعلى من الحالات التي تعاني النوعين معا (النفسي والفيزيولوجي).

كما أن للمفحوصين مع الإدمان تاريخاً قصيراً من (سنتين إلى أربع سنوات)، حيث بدعوه في هذه المرحلة (مرحلة المراهقة)، هذه المرحلة التي تتسم بعدم الاستقرار والتذبذب والتقلب في حياة الفرد، وحب التغيير والثورة على قيم المجتمع ومعاييره، وهي (فترة عواصف وتوتر وشدة)، إن هذه الفترة ترجع إلى عوامل الإحباط والصراع المختلفة التي يتعرض لها الفرد في حياته في الأسرة وفي المدرسة وفي المجتمع. وبالتالي فإننا نجد من هذه المظاهر ما كان عاملاً للاتجاه إلى الإدمان لدى حالات الدراسة.

أما عن سير جلسات البرنامج العلاجي الجماعي مع مشاركة الحالات فلاحظ الطالب بعض الإشارات الإكلينيكية:

- اتضح بأن غالبية المرضى كانوا ينصتون ويتفاعلون مع مواضيع الجلسات بشكل جيد، إلا أنهم لا يراجعون ما تم شرحه فيما بينهم، حيث وضح على الغالبية منهم الشroud الذهني عند عملية التقييم ويعود ذلك إما خوفاً من عدم تقديم الإجابة الصحيحة أثناء المناقشة أو عدم وجود الإجابة أصلاً.

- لقد بدا على عضوين من ضمن الجماعة العلاجية الرغبة في الانسحاب من تلك الجلسات الأولية بحجة الاتصال بالأسرة أو العمل، مع أنه قد تم تنبيه جميع أعضاء الجماعة من قبل بأهمية الالتزام بالبرنامج العلاجي لإنجاحه.

- كما لوحظ الارتباك لدى غالبية أعضاء الجماعة العلاجية عند قيام الطالب بمناقشة المواضيع السابقة وكأنهم يواجهون امتحاناً دراسياً مع أنه قد تم توضيح المقصود من تلك المناقشة وأنها لا تحمل أي صفة قانونية أو محاسبية من أي نوع، وإنما هي تذكير بأهمية المواضيع العلاجية التي تساعد على الاستمرار في التعافي.

هذا وقد أدى البرنامج العلاجي أيضاً إلى نوع من الاستبصار بالأعراض الإدمانية الخاصة بهم، مما مكنهم من الإمساك بدرجات متفاوتة باللاشعور، وقد ظهر ذلك بوضوح

في الجلسات الإكلينيكية، التي بلغت (12) جلسة استطعنا من خلالها أن نلاحظ التطور في كل حالة، من حيث الأعراض، والميكانيزمات الدفاعية، التفاعل مع البرنامج. ومن خلال ذلك استطاع البرنامج العلاجي أن يساعد المفحوصين على تحسين علاقتهم بذواتهم من ناحية، وبالآخرين من ناحية أخرى والقضاء على الطابع النرجسي للذات، وكذلك القضاء على الشعور بالذنب الذي يمثل جوهر الأزمة لدى المدمنين.

وقد ظهرت فاعلية البرنامج العلاجي من خلال الجلسات في التركيز على الآثار السلبية لأعراض الإدمان، مع التأكيد بأن التعاطي ليس له قيمة، وأنه ليس من الشجاعة أن تواجه مجهولاً وتسعى وراء هدف قد يدمر ذات الفرد، فقد أدرك الحالات -درجة ما- أن النشوة التي يشعرون بها من تعاطي المخدر، إنما هي نشوة مفتعلة ونوع من الوهم الزائف، وإن كان بالفعل يمثل نوعاً من السعادة فهي سعادة على حساب الذات وقيمتها، والأجدر بهم أن يخاطروا من أجل شيء ذي قيمة.

واستطاع البرنامج العلاجي أن يزيل الفكرة الراسخة في أذهان الحالات، من حيث أنهم يتعاطون بحثاً عن الإثارة وطلباً للمخاطرة التي تقضي على الشعور بالملل والقلق، وذلك عن طريق توجيه اهتماماتهم إلى الكثير من الأنشطة التي تلائم طموحاتهم.

وللتأكد من صحة ثبوت فرض الدراسة، فإن الطالب قارن نتائج القائمة التشخيصية للاعتماد على المواد التي تم تطبيقها على جميع الحالات قبل البرنامج العلاجي (التطبيق القبلي) وبعد مرحلة المتابعة (التطبيق البعدي) لتقويم مدى فعالية البرنامج العلاجي، وكانت النتائج على النحو التالي:

- 1- ارتفاع نسبة اعتماد المفحوصين على المواد المخدرة قبل مرحلة العلاج الجماعي.
- 2- التجانس بين أفراد العينة في ما يتعلق بنوع الإدمان، حيث يوجد مدمنين على أنواع مختلفة من المواد المخدرة مما قد يكون له تأثير على نتائج الدراسة.

- 3- ارتفاع نسب الآثار السلبية لتعاطي المخدرات قبل إجراء البرنامج العلاجي الجماعي.
- 4- ارتفاع نسب الشفاء عند الحالات السبعة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- 5- إن ارتفاع نتائج المفحوصين في التطبيق البعدي على القائمة التشخيصية في تقييم أثر البرنامج العلاجي يعكس دور البرنامج العلاجي الجماعي في تخفيف حدة الآثار السلبية، وأيضاً في تقليل مدى اعتماد المفحوصين على المواد المخدرة.
- أما عن النتائج النهائية لتطبيق البرنامج العلاجي، فقد برزت بعض النتائج الإيجابية من تطبيق هذا البرنامج العلاجي الجماعي ومنها:
- تحسن وتفاعل أفراد الجماعة سواء بأنفسهم أو مع أسرهم، حيث كانت من قبل المشاركة في البرنامج لهم مواقف سلبية مع أسرهم بسبب عدم قدرة المرضى على التعامل مع أسرهم بالطريقة الصحيحة وذلك بسبب ضعف العلاقة، وعدم القدرة على مواجهة أحداث الحياة.
 - زيادة رغبة المرضى في التعرف أكثر على أسباب الانتكاسة، ودخول هذا المفهوم ضمن المفاهيم التي يحتاجها الواقع في الإدمان للعلاج والتعافي وعدم العودة للتعاطي. بالإضافة إلى زيادة الإدراك لدى المرضى بأن ذوي الإرادة المرتفعة والدافعية في العلاج هم أفضل حالا وقدرة على التحكم من أصحاب الشخصية الضعيفة.
 - تحول النظرة لدى أغلب حالات الدراسة من أنهم ضحايا لعوامل أخرى أدت إلى إدمانهم إلى أفراد أسوياء لديهم القدرة على اتخاذ القرارات كما أنهم وحدهم هم المسؤولون عن عدم العودة للتعاطي وبالتالي فإنه لديهم القدرة على ذلك.
 - تغير وجهة نظر أغلب الحالات من حيث طرق صياغة الأهداف سواء كانت أهداف رئيسية أو أهداف فرعية، حيث أنها كانت لا تعني لهم شيء في السابق قبل تطبيق البرنامج بالإضافة إلى حرصهم على تطبيق مهارات مراقبة وتأكيد الذات لتحقيق الأهداف وتقييم الانحراف من البداية والعودة إلى الخطة المرسومة من قبل المريض نفسه والتي

التزم بها مع نفسه وتحكم في نفسه من أجلها وهو بالتالي يتحدى كل الأحداث والضغوط التي تواجهه من أجل تحقيقها.

- التفاعل الإيجابي بين الحالات والطالب والذي بدأ واضحا من الجلسة الثالثة تقريبا.
- تنمية الدافعية للاستمرار في العلاج بشكل واضح على الحالات بعد تطبيق البرنامج العلاجي النفسي المعد من أجل هذه الدراسة بالمقارنة مع معدل مستوى الاعتماد على المواد قبل تطبيق هذا البرنامج.

- احتوى البرنامج على مجموعة من المهارات العلاجية النفسية وفنيات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة تكاملية كان لها دور كبير في جذب انتباه المرضى، كما أنها ساهمت في جلب مجموعة أخرى من المرضى الآخرين الغير معينين بالدراسة مطالبين بالاستفادة من البرنامج.

- يعتبر تطبيق البرنامج العلاجي النفسي الجماعي المستخدم في هذه الدراسة فرصة جيدة للطالب لتطبيق واختبار ما تعلمه من أساتذته من مهارات وخبرات نظرية وعملية خلال فترة دراسته في الجامعة.

وتؤكد هذه النتائج على أن التدريب على هذه المهارات النفسية والاجتماعية في هذا البرنامج له دور كبير في معالجة حالات الإدمان على المخدرات، وتدل هذه النتيجة على أهمية استخدام البرامج العلاجية الجماعية السلوكية عند العمل مع المدمنين على المخدرات لمساعدتهم في التخلص من أعراض الإدمان.

مما سبق يتضح أثر أسلوب العلاج النفسي الجماعي في خفض الأعراض الانسحابية الجسمية والنفسية والاعتماد على المواد المخدرة باعتبارهما محكين للامتناع عن الإدمان في ضوء أن المدمنين وسط جماعتهم العلاجية لديهم الشجاعة للمواجهة والإصرار على الشفاء، كما أن انضمامهم إلى الجماعة نابع من إحساسهم أنهم يريدون الإمتناع عن الادمان.

ويفترض أن الجماعة طبقاً لقوانين علم النفس الاجتماعي تيسر السلوك السهل خاصة إذا كان مرغوباً فيه، أو إذا كان الفرد مسيطراً عليه، لذا فإن العلاج الجماعي قد يسهم في مساعدة المدمن على السيطرة والتحكم في هذه الأعراض الانسحابية للإدمان، لأن المدمن بإدماجه داخل الجماعة يتوحد معها ويسيطر على سلوكه، ما يسهم في فعالية هذا الأسلوب العلاجي في خفض هذه الأعراض، غير أن المدمن وسط الجماعة يتخلص من الشعور بالاختلاف، حيث يؤدي وجوده في جو الجماعة العلاجية إلى الاقتناع بأنه ليس وحده الذي ظهرت عليه الأعراض الجسمية.

بالإضافة إلى المسؤوليات والأدوار التي تلقىها عليه الجماعة، وإحساس كل مدمن أن دوره إيجابي في مساعدة الآخر، كل ذلك يمكن أن يشغل تفكيره ويبعد عنه توجسات الأوجاع والشعور بالآلام الجسمانية كما أنه يحتمل أن تكون لبعض التدريبات على الاسترخاء في البرنامج العلاجي الجماعي المستخدم في هذه الدراسة أثر في تقوية قدرة المدمن على مقاومة بعض الاضطرابات والآلام الجسمية، ما قد يساهم في فعالية تكتيك العلاج النفسي الجماعي في خفض الأعراض الانسحابية الجسمية للإدمان.

كما أن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي كما هو مستخدم في هذا البحث أتاح الفرصة للمدمنين على التدريب على حل الصراعات والمشكلات في مواقف جماعية قريبة الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية وإتاحة الفرصة للمدمنين للنظر إلى مشكلاتهم من جوانب وأبعاد جديدة، وأنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، ما يقلل آثار الانزعاج والقلق لديهم، بالإضافة إلى أن تدريب المدمنين على الاسترخاء والتأمل من خلال برنامج العلاج المستخدم في هذا البحث ربما يكون قد يساعد على التحكم في مواجهة المؤثرات المقلقة، غير أن هناك سمة أساسية توفرها الجماعة العلاجية لأعضائها وهي خلوها من القلق والتوتر.

ويشير هذا إلى أثر البرنامج الذي تم تطبيقه في تخفيض سلوك الإدمان لدى حالات الجماعة حيث عمل البرنامج على زيادة امتناع المدمنين عن المخدرات، وعدم قناعتهم بفائدتها لهم على المدى البعيد بدلالة إكلينيكية لمثيله، وتؤكد هذه النتيجة على أن البرنامج العلاجي الحالي له دور كبير في معالجة حالات الإدمان على المخدرات، وتدل هذه النتيجة على أهمية استخدام البرامج العلاجية الجماعية السلوكية والمعرفية عند العمل مع المدمنين على المخدرات لمساعدتهم في التخلص من سلوك الإدمان. ولعل هذا يتماشى مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة من أن العلاج الجماعي مناسب في حالات الإدمان عند المراهق على وجه الخصوص لقدرته على تصحيح السلوكيات المرضية وتعلم السلوكيات التوافقية في الجماعة.

خاتمة

إن ما دلت عليه المقابلات الإكلينيكية التقييمية منها والعلاجية والتفسير الكيفي للنتائج، أثبتت الدور الذي تلعبه الجماعة في إنتاج السلوك الإدماني لكل الحالات والتي يجب أن تكون مجال التركيز في حالة المداخلة الهادفة لإطفاء ذلك السلوك الإدماني علاجيا. سواء كان ذلك فيما يتعلق بالمعتقدات على نحو ما سبق شرحه في التفسير للمقابلات الفردية أو خصائص الأفراد أنفسهم، التي تضيف هنا بأنها كانت لدى العينة محل الدراسة المتمثلة في حساسية عامة مفرطة فيما يتعلق بالشعور والأحاسيس غير سارة، مثل انخفاض درجة تحملهم للتغيرات الدورية التي تعد عادية في المزاج، نقصان دوافعهم الخاصة بالتحكم في سلوكياتهم فنجدهم يعطون قيمة أعلى وفائدة للرضا الذي تحققه المخدرات فور تعاطيها عند مقارنتها بتحكمهم في عدم التعاطي. ثم أن شخصياتهم كانت تفتقر إلى الفنيات ذات الأثر الفعال التي تحكم السلوك وتساعد في التغلب على المشاكل. ثم إن مقدرتهم على تحمل الإحباط متدنية وذلك لاعتمادهم "أي مقدرتهم" على مجموعة من المعتقدات والمعارف المشوهة. وأيضا تتنابهم نزعة للبحث عن الإثارة بينما تجد مقدرتهم على تحمل الضجر والملل بسيطة ومحدودة، ونظراتهم للمستقبل قائمة، ويتركز اهتمامهم على عواطفهم الحالية ورغباتهم الملحة فتجدهم يطالبون بإلحاح للحصول على المخدرات حتى يتمكنوا من إشباع هذه الرغبات. مع فقدان الاهتمام تجاه نتائج هذا الإشباع.

ولعل التغيير الحاصل على هذه الخصائص بعد مرحلة برنامج العلاج الجماعي التي اندرجت بدورها في خلق رؤية جديدة لديهم ليعد من المؤشرات على مدى الفاعلية التي تتحقق من خلال تبني وتطبيق هذا المنحى العلاجي الهام. يسهم في ذلك أن تطبيق قائمة تشخيص الاعتماد وسوء الاستخدام المواد المخدرة والبرنامج العلاجي الجماعي ونتائجهم المسجلة لنسبة عالية فيما قبل مرحلة العلاج النفسي عموما والعلاج الجماعي

خصوصا يسهم في زيادة التفسير بأن طبيعة الأعراض الإدمانية لدى أفراد العينة تعود إلى وجود المشكلات العلائقية والتشوه المعرفي تجاه المخدرات في تسيير ودفع ونشوء السلوك الإدماني باعتباره محركا أساسيا لهم في التعاطي (على نحو ما ورد سابقا في إنتاج تفسير ومناقشة المقابلات الإكلينيكية للحالات)، فعندما تركزت مرحلة العلاج هنا فقط تجاه الجوانب المعرفية السلوكية للإدمان أظهرت النتائج اللاحقة بعد ذلك زيادة في سلوكيات الضبط وقلة فرص حدوث البواعث المحركة للرغبة والتشوق للتعاطي وتبيان لأهمية وفاعلية هذا الأسلوب العلاجي.

ولعل هذا يتماشى مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة من أن العلاج الجماعي مناسب في حالات الإدمان عند المراهق على وجه الخصوص لقدرته على تصحيح السلوكيات المرضية وتعلم السلوكيات التوافقية. ونتائج هذا الفرض المؤكدة لأثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن التعاطي أيضا تتماشى مع ما توصل إليه معظم الدراسات السابقة من أهمية البرامج العلاجية الجماعية ومرونتها وفعاليتها وتوجيهه من الشفاء والامتناع عن الإدمان، حيث توصل حالات الدراسة إلى أن أفضل صورة لمظاهر الشفاء في الإدمان هي في التبدل السلوكي والمعرفي اللذين يتضمنان مساعدة الفرد المدمن في التعرف على مشكلته بكونه مدمنًا وقبول وجود هذه المشكلة، ومن ثم عقد النية الصادقة والعزم الأكيد على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه التي هي نتيجة إيمانه المرضي على المخدرات واستمرار تعاطيها، ويضيفون بأن هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمدمن هو الذي يسهل الشفاء والتخلص من الإدمان.

وأخيرا فإن البرنامج العلاجي النفسي الجماعي الذي يعطي نموذجا وتفسيرا للاضطراب الذي يعترى الفرد في الوقت نفسه، هي الطريقة الفعالة التي تساعد المرضى المدمنين على تعلم مساعدة أنفسهم من خلال إيقاف تعاطي المخدرات والإبقاء على هذا الإيقاف والامتناع والكف. هذا المنحى العلاجي يسهم إسهاما فعالا في تنمية عملية

الشفاء من الإدمان ودفعها قدما إلى الأمام. مما يمكننا في الختام أن نقول أن الفرد المراهق المدمن الذي صمم على تبديل موقفه من تعاطي المخدرات وثابر بجد وانتظام في مكافحة ومواجهة أفكاره الانهزامية وسلوكياته المرضية التي تحته على الرغبة والتشوق لتعاطي المخدرات، وتوحي له وتزينها كأفضل وسيلة ومتعة ومسرة وبتدليها بأخرى إيجابية. ووقف صامدا في وجه الإحباط الذي يراوده بفعل توقف تعاطي المخدر، وكابر بقوة وتحمل وصمم على تصدي المعتقدات الخاطئة المشوهة التي تثيرها وتؤججها الميول الإدمانية. نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقي من البرنامج العلاجي الذي يقربه من الشفاء والتخلص بثتى ألوانه وضروبه.

إقتراحات وتوصيات

إن مشكلة الإدمان عند المراهقين ورعايتهم علاجيا أمر له من الأهمية ما يفوق ما سبق أن نوهنا عنه في ثنايا هذه الدراسة وذلك في مجال الفكر النفسي الحديث عموما، ومما سبق اتضح لنا ما تبنته المنظمة الدولية "الأمم المتحدة" من قرارات ودعم لما يخص برامج الرعاية وعلاج المدمنين، مما أصبح لازما لدى العديد من الدول في تخصيص جزء كبير من ميزانيات سياستها للرعاية الصحية لجانب "رعاية وعلاج المدمنين".

وبعد أن بحثنا في هذه الدراسات أثر أحد أساليب وبرامج رعاية وعلاج المدمنين مما يتبع في المراكز العلاجية في الدولة ومما ظهر لنا، أستعرض فيما يلي أهم التوصيات التي يوصي بها الطالب في مجال علاج الإدمان على المخدرات.

أولا: المستوى التطبيقي المهني

1- الاستمرار في إنشاء مراكز وبرامج علاجية لرعاية المدمنين مع الأخذ بتطوير تلك المراكز أولا بأول للأخذ بالحديث في برامج المعالجة للتطور السريع في هذا التخصص، وذلك لما يتحقق لهذه المراكز من مشجعة في هذا المجال مجال التقليل والتحكم في السلوك الإدماني بغض النظر عن أسلوب العلاج المستخدم.

2- التوسع في خدمات العلاج الجماعي في مراكز الإدمان بتخصيص وتقنين أسلوب موحد مبني عمليا بشكل مسبق.

3- فتح المجال أمام الأخصائيين النفسيين لفرص التدريب على أسلوب العلاج الجماعي في المراكز المتخصصة عالميا لتأهيلهم على استخدام وتطبيق هذا الأسلوب العلاجي وخصوصا في مجال علاج الإدمان وذلك لندرة المتخصصين حاليا.

4- الاستمرار في برامج التوعية والوقاية الموجهة للفئات الأكثر تعرضا وهم المراهقين والتركيز في الجانب التوعوي على تصحيح المفاهيم الخاطئة عن المخدرات لدى هؤلاء

الأفراد تصحيا يتناسب مع المحتوى الفكري لهم، وذلك لتأثر الكثيرين في سلوكهم الإدماني بما يحملونه من معلومات حول هذه المواد المخدرة، وما كان سببا رئيسيا في نشوء السلوك الإدماني لديهم. (على أن تعدد وسائل التوعية بما يتناسب وظروف العصر. مقروءة، مشاهدة. مسموعة. منبرية).

5- إجراء تعديلات على محتوى البرامج العلاجية الجماعية لمدمني المخدرات، يقوم أساسا على العقيدة الدينية والتقاليد وقواعد السلوك التي تتوافق مع مجتمعاتنا الإسلامية والعربية.

1- التوسع في تطبيقات العلاج الجماعي لباقي مجالات الأمراض النفسية "البيكوباتولوجي" لتتناسب هذا البرنامج العلاجي مع طبيعة تكوين الشخصية في البيئة الجزائرية.

2- تكثيف الجهود الأمنية والإعلامية لمحاربة المخدرات ومنعها بشتى الصور عدا ما كان منه لأغراض طبية .

3- عقد المؤتمرات والندوات والمحاضرات عن أضرار الإدمان على المخدرات في مؤسسات التعليم المختلفة ومراكز العلاج النفسي والجهات المعنية الأخرى لوقاية المراهق من هذه الأخطار.

ثانيا: المستوى الأكاديمي

1- إجراء دراسات تستخدم عينات أكبر حجما من حجم عينة البحث الحالي حتى تعميم النتائج بشكل مقبول.

2- إجراء دراسات مقارنة بين فئات عمرية مختلفة (مراهقين، شباب، كبار) وفئات جنسية مختلفة (ذكور وإناث) وفئات تعليمية مختلفة (تأهيل متوسط - تأهيل عالي) للوقوف على مدى اختلاف تأثير هذه المتغيرات.

3- ضرورة إجراء دراسات مقارنة بين أنواع المخدرات بعضها البعض وبين المخدرات والمسكرات (الكحول) من جانب آخر لتوضيح التباين في الفعالية لنفس الأسلوب العلاجي طبقاً لنوع المادة المخدرة.

4- تبني أقسام علم النفس في الجامعات الجزائرية والمهنيين بمراكز علاج ورعاية المدمنين ببذل الجهود في مجال القياس النفسي وتقنين الاختبارات المختلفة اللازمة في مجال الإدمان، حتى يتسنى للباحثين النفسيين سهولة الحصول على أدوات القياس المناسبة لموضوع وبيئة الدراسة.

5- دراسة أثر برنامج العلاج النفسي الجماعي باختلاف مستوى التطبيق الفردي أو الجماعي حيث أن الدراسات الحديثة أبدت اهتماماً شديداً في الآونة الأخيرة بتطبيقات العلاج الجماعي.

4- يرى الطالب: أن الجمع بين الأسلوبين في العلاج (أسلوب العلاج الفردي وأسلوب العلاج الجماعي) عند تطبيق تقنيات العلاج الجماعي التي تهدف إلى تعديل السلوك والمعرفي يحقق نتائج أفضل من الاقتصار على أحدهما، لذا ينصح بالجمع بين الأسلوبين في الممارسات العلاجية.

5- أن نظرة المدمنين إلى ذواتهم أو شعورهم بالتباعد عن الآخرين يجعل للمختصين والمسؤولين دوراً خاصاً في تنمية مفهوم إيجابي نحو الذات وتدعيم ثقتهم بالآخرين وتقوية انتمائهم للمجتمع، والنظر إليهم كفئة من فئات المجتمع تحتاج إلى المساعدة والعلاج .

6- تقديم معززات إيجابية للمدمنين بشكل مستمر أو منقطع عند خروجهم للإجازات المنزلية وعودتهم دون حدوث انتكاسات لديهم .

7- ضرورة إعداد برنامج أكثر شمولية في مراكز علاج الإدمان، لمواجهة خطر البيئة الخارجية. خاصة المثيرات الانتكاسية.

المراجع

المراجع

أولاً: بالعربية:

1. ابراهيم عبد الستار وعبد الله عسكر: علم النفس الإكلينيكي في الطب النفسي، ط4، الانجلو
مصرية، القاهرة، 2008.
2. أبو سريع أسامة سعد: الصداقة من منظور علم النفس، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد
179. 1993 .
3. الباز راشد، الأداء المهني لمدمن المخدرات، شؤون اجتماعية، العدد (62)، 1999.
4. الجوير أحمد: أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات، مركز البحوث والدراسات الأمنية، الرياض،
1996.
5. الحراشة أحمد حسن: ادمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار الحامد، عمان،
2012.
6. الحسيني أكرم فتحي زيدان: في الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى في العلاج الجماعي،
رسالة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة المنصورة، كلية الآداب قسم
علم النفس، 2002.
7. الخطيب جمال: تعديل السلوك القوانين والإجراءات، ط2، الرياض، 1990.
8. الدرمداش عادل، الإدمان مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، الكويت، 1982.
9. الدهاري صالح حسن أحمد: علم النفس العام، دار الكندي للنشر والتوزيع، 2005.
10. الديدي عبد الغني: المراهقة والتحليل النفسي، بيروت، 1997.
11. الرخاوي يحيى: ملف الإدمان، إصدار شبكة العلوم النفسية العربية، لبنان، 2000.
12. السيد فؤاد البهي: الأسس النفسية للنمو الطفولة والمراهقة، دار الفكر العربي، القاهرة،
1998.
13. الشربيني مروة ساحر: المراهقة وأسباب الانحراف، دار الكتاب الحديث، بدون طبعة،
2006.
14. الشناوي محمد محروس: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر
والتوزيع، 1998.

15. العامري منى محمد صالح علي: دراسة فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان، مذكرة تخرج للحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، 2000
16. العيداني آمال: مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المدمنين وغير المدمنين من المساجين، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011.
17. القذافي رمضان محمد، علم نفس النمو والطفولة والمراهقة، المكتبة الجامعية، الإسكندرية 2000.
- 18 . القطان سامية: كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو مصرية، 1979.
19. القناوي هدى محمد: سيكولوجية المراهقة، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1992.
20. المحارب ناصر بن ابراهيم: ممارسة العلاج الجمعي، النشر العلمي والمطابع، السعودية، 1998.
21. المغربي سعد زغلول: تعاطي الحشيش، دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، دار المعارف، 1963.
22. الميلادي عبد المنعم عبد القادر: المتفوقون - المبدعون - الموهوبون، مؤسسة شباب الجامعة للنشر، مصر، 2006.
23. النابلسي محمد أحمد: مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت، 1991
24. النيل محمد السيد: علم النفس الاجتماعي - دراسات عربية وعالمية، دار النهضة العربية، 1985.
25. أوزي أحمد: المراهق والعلاقات الأسرية، مطبعة النجاح الجديدة. الرباط، دون سنة.
26. أولميلي حميد: اثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الادمان على المخدرات عند المراهق، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2010-2011.
27. بول سون وآخرون: سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة الكويت، 1986.

28. ت. ه. س. ن. مكفاليدي: **علم النفس والتعليم**، ترجمة عبد العلي الجسماني وعبد الوهاب العيسي وآمال طعيمة، الدار العربية للعلوم، 1994 .
29. تيسير حسون: المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب . النفس الامريكية، دمشق، 2004.
30. ج. ب. لابلونش وبونتاليس: **معجم مصطلحات التحليل النفسي**، ترجمة مصطفى حجازي، المؤسسة الجامعية، ط3، بيروت، 1997 .
31. جابر نصر الدين: **علاقة الرفض الأبوي بالتكيف النفسي**، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 1992.
32. حافظ أحمد خيرى وحسن مجدي محمود: **أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدوانى وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية**، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، 1989.
33. حبيب أحمد علي: **المراهقة**، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع. القاهرة، 2006.
34. حداد ربوح: **مفاهيم الإدمان وتعريفه في التكفل بالمدمنين**، ملتقيات تكوين الأطباء في الجزائر، 2008.
35. حسن عبد القادر محمد وآخرون: **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، دار سعاد الصباح، الكويت، 1993.
36. حمودة محمود: **النفس**، أسرارها، وأمراضها، ط 2، مكتبة الفجالة، القاهرة، 1991.
37. حنفي عبد المنعم: **المعجم الموسوعي للتحليل النفسي**، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1995.
38. خريبة صفاء صديق: **مدى فاعلية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان**، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، عين شمس، 1998.
39. خيرى حافظ أحمد ومجدي حسن محمود: **أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية**، مجلة علم النفس، العدد 14، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1990.
40. دانيال لاغاش: **وحدة علم النفس**، ترجمة صالح مخيمر وعبد ميخائيل رزق، الأنجلو مصرية، القاهرة، 1989.

41. دردار فتحي: الادمان على المخدرات، مكتبة بغدادي، دار حسين، الجزائر، 2000 .
42. درويش زين العابدين: علم النفس الاجتماعي، أسسه وتطبيقاته، دار الفكر العربي، القاهرة، 1999.
43. دسوقي كمال: ذخيرة علوم النفس، ج1، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 1988.
44. دولامية بويدي، واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد (03)، 2012.
45. راجح أحمد عزت: أصول علم النفس، دار المعارف، الاسكندرية، ط11، 1987.
46. رزق أسعد: موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والبحوث، بيروت، 1987.
47. رشاد أحمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999 .
48. رشاد محمد عبد اللطيف: الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز للدراسات والتدريب، الرياض، السعودية، 1992.
49. رفعت محمد: المراهقة وسن البلوغ، دار المعارف للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1974.
50. روبرت هاربت: التحليل النفسي والعلاج النفسي، ترجمة سعد جلال، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1984.
51. زهران حامد عبد السلام: الصحة النفسية والعلاج النفسية، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 1978.
52. زهران حامد عبد السلام: علم نفس النمو الطفولة والمراهقة، ط5، عالم الكتب، القاهرة، 1995.
53. زرواتي رشيد: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دار هومة، الجزائر، 2002.
54. زيدان محمد مصطفى: النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية، دار الشروق، ط3، جدة، 1990.
55. زيور مصطفى: تعاطي الحشيش مشكلة نفسية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، 1973.

56. ساسي سفيان: **الجزائر والمخدرات**، المجلة الالكترونية الحوار المتمدن، عدد 1027 (اطلاع مباشر)، (2004/11/24).
57. سعدية محمد علي بهادر، **سيكولوجية المراهق**، دار البحوث العلمية، الكويت، 1980.
58. سوييف مصطفى: **المخدرات والمجتمع**، نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الكويت، 1996.
59. سوييف مصطفى: **مشكلة المخدرات بنظرة علمية**، مجلة الأمن والقانون، عدد1، كلية شرطة دبي، 1993.
- <http://www.rezgar.com//debat/show.art.aspt=0&aid=27036>
60. سوين ريتشارد: **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة احمد سلامة، القاهرة، دار النهضة العربية، 1979.
61. شناف خيرة: **دور الجامعة في وقاية الشباب من المخدرات بين التحسيس والمشاركة في المجتمع الجزائري**، مخبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، 2005.
62. شيلدون كاشدابين: **علم النفس الشواذ**، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة، دار الشروق، بيروت، ط2، 1984.
63. صابر احمد عبد الموجود: **جماعة المدمنين المجهولين ما لها وما عليها**، القاهرة، ايتراك للطباعة والنشر، 2010.
64. صالح عبد النور: **سياسة الجزائر في مكافحة المخدرات والإدمان عليها**، ملتقيات تكوين الإطفاء في مشروع Mednet، الجزائر، 2008.
65. صبحي حنا نبيل: **الطب والمجتمع**، الطب والمجتمع، مدبولي، القاهرة، 1987 .
66. صفوت وفيق مختار: **مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة**، القاهرة، 2005.
67. صقر نبيل: **جرائم المخدرات في التشريع الجزائري**، موسوعة الفكر القانوني، دار الهدى، عين ميلة، الجزائر، 2006.
68. طالب حسن: **علاج المدمنين على المخدرات**، المجلة العربية للدراسات الأمنية، عدد 17، المركز العربي للدراسات الأمنية، 1994.
69. طويلة عبد الوهاب عبد السلام: **ظاهرة انتشار المخدرات وطرق علاجها**، مجلة الأهرام للتوزيع ، 1989.
70. عباس فيصل: **دراسة الشخصية، التقنيات الاسقاطية**، دار الفكر اللبناني، لبنان، 1990.

71. عباس محمد: **المخدرات والإدمان، المواجهة والتحدي**، القاهرة، 1989.
72. عبيدات ذوقان وآخرون: **البحث العلمي، مفهومه - أدواته - أساليبه**، دار أسامة للنشر والتوزيع، الرياض، ط3، 1997.
73. عرموش هاني: **المخدرات إمبراطورية الشيطان**، دار النفائس، بيروت، لبنان، 1993.
74. عفاف محمد عبد المنعم: **الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003 .
75. عكاشة أحمد: **الطب النفسي المعاصر، الانجلو مصرية**، القاهرة، 1992.
76. عمارة وليد محمد احمد نجيب: **النزاعات الغريزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية**، رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس، جامعة المنصورة، 2001.
77. عيد محمد طاهر: **ظاهرة المخدرات وسبل العلاج**، الرياض، مركز البحوث والدراسات الأمنية، 2004.
78. عيسوي عبد الرحمن محمد: **العلاج النفسي**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة، 1989 .
79. غانم محمد حسن: **الدافعية للعلاج لدى المدمنين**، دراسة نفسية مقارنة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، عدد 25، مجلد 10، 2000.
80. غانم محمد حسن: **العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق**، مصر، 2003.
81. غباري محمد سلامة: **الإدمان - أسبابه، نتائجه، علاجه** - المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1991.
82. فاخر عاقل: **معجم العلوم النفسية**، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، 1988.
83. فايد حسن: **علم النفس المرضي**، مؤسسة طبية للنشر، القاهرة، 2004.
84. فايد حسين: **الاضطرابات السلوكية - تشخيصها - أسبابه - علاجها** - مؤسسة طبية للنشر، القاهرة، 2001.
85. فايد حسين: **سيكولوجية الإدمان**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، 1994.
86. فايد حسين: **علم النفس المرضي**، مؤسسة طبية للنشر، جمهورية مصر العربية، 2004.
87. فتحي عيد محمد: **مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات**، المجلة العربية للدراسات الامنية، العدد 10، الرياض، 1990.

88. فرغلي بدوي وآخرون: **الإدمان ورحلة الشفاء**، مؤسسة مطابع المنار، الرياض، 1997.
89. فطيم لطيف: **العلاج النفسي الجماعي**، الانجلو مصرية، القاهرة، 1994.
90. قرني محمد: **الإدمان: المركز العربي الحديث**، القاهرة، مصر، 1986.
91. قماز فريدة: **إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات**، رسالة ماجستير، معهد علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر، 2002.
92. قماز فريدة: **عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات**، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع التنموية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، 2009.
93. كمال علي: **العلاج النفسي قديماً وحديثاً**، دار الفارس للنشر والتوزيع، عمان، 1994.
94. كولز أ.م: **المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي**، ترجمة عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ماجدة حماد، حسن علي حسن ومراجعة أحمد محمد عبد الخالق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية. 1992م.
95. لويس كامل مليكة: **علم النفس الإكلينيكي**، ط2، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1985.
96. ماهر محمود عمر: **المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي**، ط2، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1992.
97. متولي فؤاد بسيوني: **التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات**، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
98. مشابقة محمد أحمد: **الإدمان على المخدرات والإرشاد والعلاج النفسي**، دار الشروق، عمان.
99. مصباح عبد الهادي: **الإدمان**، دار المصرية اللبنانية، 2004.
100. مصباح عبد الهادي: **الإدمان**، دار المصرية اللبنانية، 2004.
101. معتصم بدره ميموني: **الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق**، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، 2005.
102. معوض ميخائيل خليل: **سيكولوجية النمو، الطفولة والمراهقة**، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، ط3، 1993.
103. مكتب الإنماء الاجتماعي: **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، اضطرابات التعاطي والإدمان**، الكويت، 2000.

104. منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية، ترجمة احمد عكاشة، 1999.
105. منظمة الصحة العالمية: دليل الصحة النفسية للأطباء والعالمين في الرعاية الصحية الأولية، دمشق، 2001.
106. موريس روكلين: المناهج في علم النفس، ترجمة علي مقلد، مؤسسة نوفل، المنشورات العربية، بيروت، لبنان، 1983.
107. هنري شابرول: الادمان في سن المراهقة، ترجمة فؤاد شاهين، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 2001.

ثانيا: الأجنبية

1. Bensmail Belkacem: **Psychiatrie d'aujourd'hui**, Office de publication universitaire, réim- Pression, Alger, 1994.
2. Bergeret Jean, LeblancJean: **Précis des toxicomanies**, 2 édition, Masson: Paris, 1988.
3. Block Hanriette: Dictionnaire Fondamental De La Psychologies- Larousse Bordas, Paris , France, 1997.
4. Campbell River: **Psychiatrique dictionnaire**, E6, oxford université presse, 1989.
- 5 . Schiffer F: **psychothérapie de neuf cocaïnomanes traités avec succès, techniques et dynamique**, le journal de la toxicomanie traitement, Harvard Médical School, Hôpital McLean, Belmont, Massachusetts, 1988.
6. Cooper & Mccrmack: **short – term – Group Treatment children of Alcoholics**, J. of counseling Psychologg, u3, 1992 .
7. Debesse Maurice : **L'adolescent**, PUF, Paris, 1964.
8. Ey Henri, Bernard P,Brisset CH: **Manuel de psychiatrie**, 6 édition, Masson, Paris, 1989.

9. Fesian Hocine: **Y-aurait –il une question du père à l’adolescence dans l’éclosion de la violence en Algérie**, département de psychologie, Oran.
10. Girard Michel: **Consommation et abus de drogues chez les adolescents**, In PRISM : Ecole et santé mentale. vol.7, n 3-4.Hôpital sainte Justine, 1997.
11. Goodman Aviel: **Addiction, Définition and implication**, British, journal Addiction, 1990;1990.
12. Hélène Harcel-Biraud: **Manuel de psychologie à l’usage des soignants**, 2ème édition, Masson, Paris, 1994.
13. Isabelle Varescon: **Les addiction comportementales**, Paris, 2007.
14. Marc Valleur et Jean chaude Matysiak: **Les addiction**, Armand colin, Paris.2006.
15. Merdaci Mourad: **Une psychologie du champ Algérien**, Office de la publication universitaire, 2010.
16. Nini Mohamed Nadjib: **thèse de doctorat, Contribution à l’étude des structures chez l’adolescent**, Algérien, université de Paris, 1997.
17. Norbert Syllamy: **Dictionnaire usuel de psychologie**, Bordas, Paris, France.
18. Noureddine Toualbi: **Les attitudes et représentations du mariage chez la jeune fille Algérienne**, EPIN, Alger, 1975.
19. Pelc Isy: **Les Assuétudes Abus et Etats de dépendance**, Université de Bruxelles, Bruxelles, 1983.
20. PIERRE G .Coslin: **Psychologie de l’adolescent**. 2ème Edition, Garousse, Paris 2006.
21. Pierre Lalonde et Frédéric Crunberg: **Psychiatrie clinique: Approche contemporaine**, Gaëtan Morin éditeur, Canada, 1980.
22. Schiffer F: **psychothérapie de neuf cocaïnomanes traités avec succès, techniques et dynamique**, le journal de la toxicomanie traitement, Harvard Médical School, Hôpital McLean, Belmont, Massachusetts, 1988.
23. Varescon Isabelle: **les addiction comportementales**, Paris, 2007.

اللاحق

ملحق رقم (1)

برنامج العلاج النفسي الجماعي للمدمنين على المخدرات

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة:

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعضهم البعض والتعرف على المعالج النفسي.
 - أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعض الأسس والمعايير التي ستحكم عمل المجموعة.
 - أن يقوم الأعضاء بالتعرف على العلاج الجماعي والبرنامج العلاجي.
 - أن يقوم الأعضاء بالتعرف على توقعاتهم من البرنامج.
- الهدف (1):** أن يقوم الأعضاء بالتعرف على البرنامج العلاجي المقدم.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- التعرف على العلاج الجماعي.
- التعرف على محتويات وعناصر البرنامج.
- التعرف على آراء الأعضاء في البرنامج.

إجراءات:

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

- يوضّح المعالج للأعضاء أن هدف البرنامج الحالي الامتناع عن تعاطي المخدرات، وممارستها في الحياة اليومية، وذلك لقضاء وقت الفراغ والاستمتاع بالنشاطات اليومية، وزيادة الثقة بالنفس، والتفاعل مع الآخرين للتقليل من مستوى الإدمان لديهم، ومن خلال زيادة وعيهم وثقتهم بأنفسهم، وتفاعل مع الآخرين وإحداث الحياة بطريقة جديدة وبدون مخدرات. ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من التمارين التي سيمارسون خلالها ويتدربون على مهارات جديدة، ويحتوي هذا البرنامج على (12) جلسة تناقش فيها مواضيع مختلفة تتعرض للاستبصار بالمرض وسبب الانتكاسة وللمهارات الاجتماعية.

- يسأل المعالج الأعضاء عن رأيهم في البرنامج وإذا كان لديهم أي استفسارات أو أسئلة حول البرنامج، ويتم أخذ موافقتهم على الاستمرار في البرنامج.

المواد المستخدمة: لا شيء. - الزمن 30 دقيقة.

الهدف (2): أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعضهم البعض.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتعرف الأعضاء على بعضهم البعض من خلال الأسماء.
- أن يتعرف المعالج على الأعضاء من خلال الاسم ويتعرف الأعضاء على القائد.
- مدخل إلى المجموعة والبدء بها.
- بناء أسس الثقة في المجموعة.

الإجراءات:

- يوضّح المعالج أهمية التعارف بالأسماء بين الأعضاء أنفسهم وبين الأعضاء والقائد في المجموعة، وأثره في خلق جو من الألفة والمودة والمعرفة، ويبين لهم أن التخاطب بذكر الأسماء يسهم في كسر الحواجز ما بين الأعضاء.

تمرين (1) التعارف بالأسماء:

الهدف من التمرين: أن يقوم الأعضاء بالتعرف على بعضهم البعض من خلال الاسم.

إجراءات التمرين:

- يبدأ المعالج بالتمرين وذلك بالتعريف باسمه أولاً، ويذكر صفة من صفاته الشخصية.
- بعد ذلك يطلب المعالج من العضو الذي يجلس على يمينه بأن يعرف نفسه، ويذكر صفة من صفاته الشخصية، ويعرف باسم المعالج.
- بعد ذلك يبدأ العضو الثاني على يمين المعالج بالتعريف بنفسه، ويذكر صفة من صفاته الشخصية ويذكر اسم العضو الذي سبقه واسم المعالج.
- بعد ذلك تستمر عملية التعارف بحيث يعرف كل عضو على نفسه وعلى الأعضاء الذين عرفوا بأنفسهم قبله.
- يطلب المرشد من جميع الأعضاء وكما يفعل هو بأن يذكر كل عضو أسماء الأعضاء الآخرين في المجموعة.

المواد المستخدمة: لا شيء. - الزمن 20 دقيقة.

الهدف (3): التعرف على توقعات الأعضاء من البرنامج.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتعرف الأعضاء والقائد على توقعات الأعضاء.
- أن يتعرف الأعضاء على التوقعات الواقعية وغير الواقعية.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء كتابة التوقعات التي يتوقعونها من هذا البرنامج على ورقة، وكل عضو يجب أن يكتب توقعان على الأقل.

- بعد ذلك يعرض كل عضو توقعاته ويدور نقاش حول هذه التوقعات ويسأل المعالج الأعضاء أيّ هذه التوقعات معقول وأيّها غير معقول.

- يعلّق المعالج على التّوقعات ويسأل الأعضاء أي التّوقعات معقولة وأيّ التّوقعات غير معقولة، وكذلك يدور نقاش عن السّبب وراء معقوليتها أو عدم معقوليتها.

- يناقش المعالج المعايير الأساسية لهذا البرنامج من حيث أهداف البرنامج الالتزام بحضور الجلسات، السّرية، الاحترام المتبادل، المشاركة الفعّالة، الواجبات البيئية، التعبير عن الانفعالات والمشاعر.

المواد اللازمة: - ورقة وقلم. - الزمن 30 دقيقة.

الهدف (4): التلخيص والإنهاء.

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يلخص المعالج ما دار في الجلسة، ويطلب من أحد الأعضاء في المجموعة أن يلخصها.

- يسأل المعالج الأعضاء حول استفساراتهم وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم.

- الزمن 10 دقائق.

الجلسة الثانية

أهداف الجلسة:

- إعادة التّعارف.

- التّعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السّابق.

- توضيح أهمية الاستبصار بالمرض (الادمان).

الهدف (1): تهيئة الأعضاء للجلسة والتّعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السّابق.

الإجراءات:

- يرحب المعالج بالأعضاء ويشكرهم على حضورهم في الوقت المحدّد.

- يسأل الأعضاء إذا ما كانت لديهم أسئلة أو استفسارات متعلّقة بالجلسة السّابقة.

- الزمن 5 دقائق.

الهدف (2): أن يذكر كل عضو أسماء الأعضاء الآخرين في المجموعة. (إعادة التّعارف).

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتمكن كل عضو من معرفة أسماء أعضاء المجموعة كاملين.

- أن يتذكر كل عضو أسماء الأعضاء اللذين نسي أسماءهم.

تمرين إعادة التّعارف:

الهدف من التمرين: أن يتأكد كل عضو من معرفته لأسماء الأعضاء الآخرين في المجموعة.

الإجراءات:

- يسأل المعالج الأعضاء من منكم يتذكر أسماء الأعضاء كاملين.
 - يطلب المعالج أن يتبرع أحد الأعضاء ويذكر أسماء جميع الأعضاء الآخرين في المجموعة.
 - يطلب المعالج من كل الأعضاء أن يذكروا أسماء الأعضاء الآخرين كاملين.
 - يطلب من الأعضاء عندما يتحدثون مع بعضهم البعض أن يستخدموا الأسماء.
- المواد المستخدمة: لا شيء. - الزمن 15 دقيقة.

الهدف (3): توضيح أهمية الاستبصار عن مشكلته تسهل العملية العلاجية:

يعتبر موضوع الاستبصار المحور الرئيسي للعملية العلاجية بالنسبة لمدمني المخدرات، حيث أن معظم مرضى الإدمان يستخدمون الحيل الدفاعية لعدم الاعتراف بالمشكلة وماهيتها وما ينتج عنها من آثار على الفرد نفسه وعلى أسرته وعلى مجتمعه، سواء كانت تلك المشكلات نفسية أو اجتماعية أو اقتصادية أو غير ذلك، لذا تركزت الجلسة الثانية في هذا البرنامج على توضيح أهمية الاستبصار في تسهيل العملية العلاجية بالنسبة للمدمن، من أجل معرفة مشكلته الأساسية وكيفية مواجهتها بالاعتماد على الذات دون الاستسلام للمخدر وزيادة تقاوم المشكلة.

أهداف جلسة الاستبصار هي:

- تعريف الاستبصار.
 - أنواع الاستبصار.
 - أهمية الاستبصار في علاج الإدمان.
- أساليب تحقيق الأهداف:

لقد تحققت أهداف هذه الجلسة من خلال تقديم للشرح المفصل للمرضى عن تعريف الاستبصار وأنواعه وأهميته كالتالي:

لقد عرف علماء النفس الاستبصار بأنه عبارة عن الرؤيا العقلية للأشياء وتحديدها وذلك بالعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها، من خلال التفكير بطريقة صحيحة في كيفية التخلص من المشكلة بمواجهتها وعدم الهروب منها. على أن يتم ذلك بالاعتماد على النفس دون اللجوء للمخدر الذي يزيد من المشكلة ويضاعفها أو الاعتماد على الآخرين في حلها.

* وهناك نوعين أساسيين للاستبصار هما:

١- استبصار جزئي:

وهذا النوع من الاستبصار يتركز على معرفة المريض بالمشكلة فقط، دون بذل أي مجهود ذهني أو بدني أو أي محاولة من أي نوع في إيجاد الحل المناسب لمشكلته، بحيث يعتمد اعتمادًا كليًا على الآخرين ممن حوله في التخلص من مشكلته.

٢- استبصار كامل:

وهو أصل الاستبصار وحقيقته وذلك بأن يضاف إلى معرفة المريض بمشكلته، العمل بكل جد من أجل إيجاد الحلول المناسبة لتلك المشكلة، لأن مشاكل الإدمان لا تقتصر على استخدام المخدرات فقط بل تتعدى ذلك إلى عدة مشاكل، ينبغي معرفتها والبحث عن الحلول لها.

*أهمية الاستبصار في علاج الإدمان:

إن موضوع الاستبصار يكتسب أهميته في علاج الإدمان من حيث كونه المرتكز الرئيسي في العلمية العلاجية التي تقوم على مدى استبصار المريض بالمشكلة وقناعاته في البحث عن الحلول لتلك المشكلة.

وأن مراحل الامتناع تبنى أساسًا على الاستبصار ومن خلال ذلك يتم التعرف على المريض ودافعيته للعلاج، وتفاعله مع البرنامج العلاجي المعد ومشاركته في جميع الأنشطة العلاجية.

حيث أن معرفة المدمن لمشكلته وتبصره بها يساعده على اكتساب الدافعية اللازمة لمواصلة التعافي، والعمل على البحث عن الحلول الإيجابية لتلك المشكلات التي تعترضه في الحياة الاجتماعية اليومية، كما أن فهم المدمن لمشكلته من كافة الجوانب يساعده على التفكير المتزن الذي يكفل له الحياة الكريمة وبالتالي اتباع السلوك الحسن، والبعد عن أصدقاء السوء المؤثرين عليه في العودة لاستخدام المخدرات.

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة:

- التّعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق .
- مناقشة الواجب البيتي.
- التّعرف على الأسباب المؤدية إلى الإدمان.
- التّعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية من جهة، والتّعافي من الإدمان من جهة أخرى.

الهدف (1): تهيئة الأعضاء للجلسة والتعامل مع الأعمال غير المنتهية.

الإجراءات:

- يرحب المعالج بالأعضاء ويشكرهم على التزامهم بمواعيد الجلسات.
- مناقشة استفسارات الأعضاء حول (مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية) ويسألهم حول استفساراتهم وردود أفعالهم حول الجلسة السابقة.
- الزمن (5) دقائق.

الهدف (2): مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء عرض الخصائص الإيجابية والسلبية التي كتبوها عن أنفسهم كواجب بيئي.
- يدور نقاش موسع حول هذه الخصائص بين الأعضاء.
- الزمن 10 دقائق.

الهدف (3): أن يقوم الأعضاء بالتعرف على السبب الذي أدى إلى التعاطي للمرة الأولى.
النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يذكر كل عضو من الأعضاء الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدر.
- أن يتعرف الأعضاء على الظروف والعوامل المؤدية للإدمان.

الإجراءات:

- توزع ورقة فارغة على الأعضاء بالإضافة إلى قلم.
- يطلب من كل عضو من الأعضاء أن يكتب على الورقة المرة الأولى التي جرب فيها الإدمان، حيث يذكر السبب المباشر الذي أدى إلى ذلك، متى، أين، مع من كانت، ما هو الموقف، ما هي المشاعر التي صاحبت تلك التجربة.
- يقوم كل عضو من الأعضاء بعرض ما كتبه على الورقة أمام الأعضاء الآخرين ويذكر المرة الأولى للتعاطي ثم يذكر السبب المباشر والظروف المصاحبة للموقف، ويطلب المعالج من الأعضاء أن يصغوا للعضو المتحدث ويقدموا التغذية الراجعة له.
- يقوم المعالج بكتابة الأسباب التي ذكرها الأعضاء على السبورة والمواقف التي أدت إلى ذلك، ويدور نقاش موسع حول هذه الأسباب والمواقف.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يذكروا السلوكات الأخرى التي يمكن أن يقوموا بها بدلاً من تعاطي المخدرات، والحصول على مشاعر مشابهة.

المواد المستخدمة: - ورقة، قلم، سبورة، طباشير. - الزمن 20 دقيقة.

الهدف (4): أن يقوم الأعضاء بالتعرف على العلاقة بين مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية من جهة والتعافي من الإدمان من جهة أخرى.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يميّز الأعضاء العلاقة التي تربط مفهوم الذات والإدمان.
- أن يميّز الأعضاء العلاقة التي تربط المهارات الاجتماعية والإدمان.

الإجراءات:

- يقدم المعالج العلاقة بقوله: "عن هناك علاقة قوية تربط ما بين تعاطي المخدرات والإدمان عليها وبين مستوى مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية، فقد أشارت العديد من الدراسات إلى تلك العلاقة،

والأشخاص الذين يلجؤون إلى التعاطي ومن ثمّ الإدمان، هم أشخاص تنقصهم الكثير من المهارات الاجتماعية والعلاقات البينشخصية، والثقة بالنفس، وعادة ما تتكون لديهم مشاعر الوحدة، وبذلك يلجؤون إلى المخدرات لتجريب مشاعر أخرى معتقدين أن المخدر يمكن أن يستجربها.

تمرين:

الهدف من التمرين: التعرف على العلاقة التي تربط ما بين سلوك الإدمان وما بين مستوى مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية.

الإجراءات:

- يوزع المعالج على الأعضاء ورقة فارغة وقلم.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن يشكّلوا مجموعات فرعية تتكون كل مجموعة من شخصين لتطبيق التمرين.
- يطلب المعالج من الأعضاء كتابة المهارات اليومية التي يمارسونها حقيقة مثل إقامة العلاقات مع الآخرين، المشاركة في النشاطات الجماعية، المحادثة والمبادرة.
- يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء كتابة المهارات اليومية التي إذا ما مارسوها يبتعدون عن المخدرات.
- يطلب المعالج من الأعضاء كتابة المهارات اليومية التي إذا مارسوها (باستثناء مرافقة المدمنين) يمكن أن يتناولوا المخدرات معها.
- يطلب المعالج من كل مجموعة فرعية أن تناقش ما هو مطلوب بشكل ثنائي.
- يطلب المعالج من كل مجموعة فرعية أن تقدم ما كتب وما دار من نقاش أمام جميع الأعضاء.
- يدور نقاش موسع حول التمرين.
- يلخص المعالج أو الأعضاء ما دار في التمرين وتوضيح العلاقة بين المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات من جهة وسلوك الإدمان من جهة أخرى.

المواد المستخدمة: - ورقة، قلم. - الزمن: 25 دقيقة.

- تكليف الأعضاء بالواجب المنزلي.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء كتابة ثلاثة مواقف جرب فيها المخدر موضحا الأمور التالية:

- ما هو الموقف الذي حدث فيه؟
- مع من حدث ذلك؟
- بماذا شعرت أثناء الموقف؟
- ما هي الأفكار التي حدثت بها نفسك؟

- ما هي السلوكيات التي يمكن أن تمنعه من التعاطي؟

الهدف (5): التلخيص والانتهاء.

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يلخص المرشد ما دار في الجلسة ويمكن أن يطلب من أحد الأعضاء أن يلخصها.

- يشكر الأعضاء على اهتمامهم بعمل المجموعة ويسألهم عن استفساراتهم وردود أفعالهم حول جلسة اليوم.

- الزمن 5 دقائق.

الجلسة الرابعة

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق ومناقشة الواجب البيتي.

- التخطيط للوقاية من اللهفة أو الانتكاس (خطة الطوارئ المستقبلية).

- التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.

- الواجب المنزلي.

الهدف (1): التعامل مع الأعمال غير المنتهية من الجلسة السابقة، ومناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

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

- يسأل المعالج الأعضاء حول الواجب البيتي ويدور نقاش حول الأسباب المؤدية للإدمان وحول المواقف والظروف التي يحدث فيها.

- الزمن 5 دقائق.

الهدف (2): مناقشة اللهفة والانتكاس.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- وتهدف هذه الجلسة التي تعليم افراد الجماعة كيفية التخطيط للمواقف الطارئة (الطوارئ) وكيفية

التأقلم مع الزلات، والهفوات، والاختاء، والتغلب عليها. وعلى المعالج ان يقدم شرحاً وافياً لمفهوم

الهفوة، وان يوضح للجماعة ان الهفوة اذا حدثت يمكن تداركها في اللحظة حتى لا تستفحل مشاعر

الاثم والذنب، والخبيل فنتحول الهفوة الى انتكاس ثم الى عودة مرة أخرى للإدمان من جديد بعد فترة

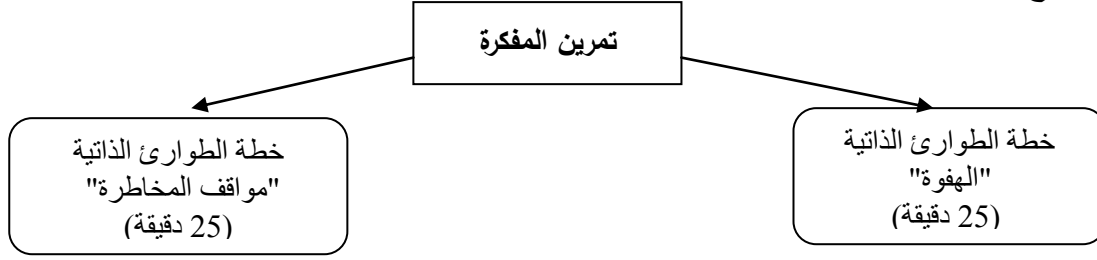
من التوقف، كذلك على المعالج ان يسأل جماعته عن وصف الاحداث التي يمكنها ان تؤدي بهم الى

مواقف الهفوات، ويتم تسجيل هذه المواقف والاحداث مع زيادة تفاعل الجماعة.

الهدف (3): التدريب على تمرين المفكرة والطوارئ.

الاجراءات:

على المعالج ان يدرّب جماعته على نموذجين هما:



أ- خطة الطوارئ الذاتية:

لو مررت بخبرة هفوة:

- 1- سوف اتخلص فوراً من المخدر وأترك جلستي وأغادر المكان.
- 2- سوف أتيقن أن أخذت نفساً واحداً من المخدر أو تعاطيته كله ولو ليوم واحد لن يعد ارتكاساً، ولن أن أستسلم للفشل ومشاعر الذنب واللوم لأنني أعلم أن هذه المشاعر سوف تتلاشى بمرور الوقت.
- 3- سوف اهرع لطلب المساعدة من أي شخص موثوق به.
- 4- في الجلسة القادمة، سوف أقوم بفحص هفوتي مع معالجي، وأناقش مع الجماعة الأسباب، والعواقب، وأتعرف معهم على المثيرات التي دفعتني لذلك، وما هي ردود أفعالي لها، وسوف أضع لنفسي خطة لكيفية مواجهة المواقف المشابهة في المستقبل وسوف أقول لنفسي: (تذكر أن هذا الحدث مجرد حدث عارض في طريق الإمتناع).

ب- خطة الطوارئ الذاتية (مواقف المخاطرة):

لو واجهت حدثاً يدفعني الى موقف مخاطرة:

- 1- سوف أترك أو أغير الموقف أو المكان على الفور.
- 2- سوف أتخذ قراراً بعدم التعاطي لمدة (45) دقيقة حتى تزول نوبة الرغبة في التعاطي، وأحاول ان اتذكر ان لعفة التعاطي مجرد موجة عابرة سرعان ما تنتهي، وأنه يمكنني الانتظار وتحملها دون تعاطي ان شاء الله.
- 3- سوف أتحدى افكاري المتعلقة بالتعاطي وسوف أتساءل مع نفسي هل انا بالفعل في حاجة الى هذا التعاطي؟

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

5- سوف اشجع نفسي على مواصلة النجاح بالامتناع عن التعاطي.

6- سوف اقوم بالاتصال بأي شخص من قائمة الطوارئ.

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

الواجب المنزلي: على الجماعة ممارسة هذا التدريب في المنزل.

الجلسة الخامسة

أهداف الجلسة:

- التّعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
 - مناقشة الواجب البيتي.
 - أن يقوم الأعضاء بالتعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي.
- الهدف (1):** التعامل مع الأعمال غير المنتهية في اللقاء السابق.

الإجراءات:

- يرحب المعالج بالأعضاء ويسألهم حول استفساراتهم وردود أفعالهم المتعلقة بالجلسة السابقة وهل هناك مواضيع طرحت في اللقاء السابق ويريد الأعضاء أن يكملوا مناقشتها.
- يسأل المعالج الأعضاء عن أي مشاعر وأفكار وانفعالات متعلقة بالجلسة الماضية.
- الزمن 10 دقائق.

الهدف (2): مناقشة الواجب البيتي الموكّل إليهم في اللقاء السابق.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء عرض ما كتبه كواجب بيّتي الأسبوع السابق، بحيث يذكر كل عضو كيف كانت استجاباته في المواقف الثلاثة، وما هي الأفكار والمشاعر التي اختبرها في تلك المواقف.
- يدور نقاش موسع حول هذه الاستجابات.
- الزمن 5 دقائق.

الهدف (3) أن يقوم الأعضاء بالتعرف على مفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي. لقد

قسم بعض علماء النفس الدوافع إلى نوعين أساسيين هما:

1- دوافع فطرية: ويقصد بها الحاجة إلى إشباع الدوافع الفسيولوجية مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والحاجة إلى النوم والجنس وغير ذلك.

2- دوافع نفسية ويقصد بها الدوافع التي يحتاج إليها الإنسان من الناحية النفسية مثل الحاجة إلى الأمن والحب والتقدير واثبات الذات وغيرها.

هذا ويشترك الإنسان مع الكائنات الأخرى في إشباع الدوافع الفطرية لأنها مسلمة حتمية لاستمرار الحياة، بينما يختلف إشباع الدوافع النفسية من إنسان إلى آخر ومن مرحلة زمنية إلى أخرى.

الإجراءات:

- علاقة الدافعية بالامتناع تتطلب اعتراف المدمن بأن الإدمان مرض سلوكي يحتاج للعلاج وبذل الجهد لإيقافه، من خلال المعرفة العلمية من جميع النواحي النفسية والصحية والاجتماعية وذلك لمعرفة جميع الجوانب المحيطة بمرض الإدمان والأساليب الصحيحة لمقاومته، حيث أن الدافعية التي تقوم على الرغبة القوية للتخلص من الإدمان تقتضي سلوكيات معينة منها:

1- الإحساس بأن الإدمان مشكلة لأن ذلك سوف يحرك الرغبة لدى الفرد في التغلب على هذه المشكلة وبدون هذا الإحساس فإن الفرد غير قادر على استكمال البرنامج العلاجي حيث يقوم باختراع بعض الأساليب الذاتية التي تحول بينه وبين التفاعل مع الأنشطة العلاجية.

3- على الفرد أن يتخذ القرار في عملية التعافي وتحمل مسؤولية ذلك القرار لأن مشوار التعافي طويل ويحتاج للصبر على الصعاب والأزمات وذلك بمواجهتها دون الاعتماد على المخدرات.

فالاستمرار في الامتناع يتطلب أمور كثير منها:

- الابتعاد عن أصدقاء السوء والمجاملات الضارة.

- استعادة الثقة بالنفس.

- استعادة ثقة الأسرة مع التفهم لما يظهر منهم من شكوك.

- تدريب النفس على مواجهة المشاكل واثبات القدرة على العمل.

- القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية.

- القدرة على التعامل مع القلق والتفريق بين القلق الطبيعي والقلق المرضي.

الجلسة السادسة

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.

- مناقشة الواجب البيتي.

- أن يقوم الأعضاء بالتدرب على مهارة حل المشكلات.

الهدف (1): - تهيئة الأعضاء للجلسة والتعامل مع الأعمال غير المنتهية.

- مناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يسأل المعالج الأعضاء عن ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول الجلسة السابقة.

- تتم مناقشة الواجب البيتي والسبب وراء اختلاف نظرة الفرد ونظرة الآخرين على نفس الصفات.

- يسأل مناقشة الواجب البيتي والسبب وراء اختلاف نظرة الفرد ونظرة الآخرين على نفس الصفات.

الزمن (10) دقائق

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على مهارة حل المشكلات.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتمكن الأعضاء من التعرف على مراحل مهارة حل المشكلات.

- أن يتمكن الأعضاء من معرفة كل مرحلة من مراحل مهارة حل المشكلات.

الإجراءات:

- يقوم المعالج بالحديث عن مهارة حل المشكلات بقوله: إننا في حياتنا اليومية نواجه العديد من القضايا والأمور والمشاكل، والتي تتطلب منا أن نكون لها الحلول المناسب، كي نحلها بأفضل طريقة، وأحياناً يلجأ الأفراد إلى الهروب من البحث عن حلول لمشكلاتهم، كونهم يعتقدون أن تجنب المشكلة أفضل من مواجهتها، وهذا أسلوب خاطئ في الحياة، وعلى الفرد مواجهة مشكلاته اليومية وحلها والتخلص منها، وهناك مهارة تسمى مهارة .

- حل المشكلة وهي مهارة في مواجهة المشكلات، واليوم وفي هذا الجزء من الجلسة سوف نتعرف عليها، وتتكون هذه المهارة من خمسة مراحل وهي: مرحلة تحديد المشكلة، ومرحلة توليد البدائل ومرحلة موازنة اختيار البديل الأنسب ومرحلة التنفيذ.

- يعرض المعالج على الأعضاء الموقف التالي، أنت تدخن وتريد أن تترك التدخين لأسباب صحيحة واقتصادية.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يتخيلوا أن هذا الموقف حصل معهم

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يقوموا بتنفيذ المرحلة الأولى، وهي تحديد المشكلة ويطلب من كل عضو أن يحدد المشكلة أما الأعضاء الآخرين، ويتم كتابتها على السبورة.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يقوموا بتنفيذ المرحلة الثانية وهي توليد البدائل وما هي الأفكار والحلول التي من الممكن أن يتخذها الفرد لمواجهة هذا الموقف، ويتم كتابتها على السبورة.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يقوموا بتنفيذ المرحلة الثالثة، وهي مرحلة موازنة البدائل، بحيث يقوم الأعضاء بتحديد إيجابيات وسلبيات كل بديل ذكره في المرحلة الثانية، ويتم كتابتها على السبورة.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يقوموا بتنفيذ المرحلة الرابعة، وهي اختيار البديل الأنسب، وذلك بعد تقييم الإيجابيات والسلبيات لكل بديل على حده واختيار البديل للفرد، ويتم كتابتها على السبورة.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يقوموا بتنفيذ المرحلة الخامسة، وهي اختيار الطريقة (الاستراتيجية) لتنفيذ البديل ويتم كتابتها على السبورة.

- يسأل المعالج الأعضاء عن استفسارات تتعلق بهذه المهارة.

المواد المستخدمة. - السبورة

الزمن (30) دقيقة

الهدف (3): أن يقوم الأعضاء بممارس مهارة حل المشكلات.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يطبق الأعضاء كل مرحلة من مراحل مهارة حل المشكلات.

الإجراءات:

- يوزع المعالج ورقة فارغة وقلم على الأعضاء.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن يتوزعوا إلى مجموعة فرعية بأن تختار مشكلة معينة يتفق عليها الاثنان في المجموعة، ويطلب من كل مجموعة أن تطبق مرحلة أسلوب حل المشكلات على هذه المشكلة وكتابة كل مرحلة على الورقة وعلى النحو التالي:

- مرحلة تحديد المشكلة
- مرحلة توليد البدائل.
- مرحلة موازنة البدائل.
- مرحلة اختيار البديل الأنسب
- مرحلة التنفيذ.
- مرحلة التنفيذ.
- يطلب المعالج من كل مجموعة إن تعرض الموقف الذي اختارته، وتعرض المراحل الخمسة لمواجهة هذا الموقف أمام المجموعة، ويدور نقاش حول هذه المراحل

المواد المستخدمة: - ورقة فارغة ، قلم.

- الزمن (35) دقيقة.

الهدف (4): تكليف الأعضاء بواجب بيتي.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء بأن يختار كل عضو مشكلة تحدث معه خلال الأسبوع القادم ويقوم بتطبيق مهارة حل المشكلات عليها، وكتابتها على ورقة وإحضارها في الجلسة القادمة
- الزمن (5) دقائق.

الهدف (5) التلخيص والانهاء

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يلخص المرشد ما دار في الجلسة ويطلب من أحد الأعضاء أن يلخصها.
- يسأل المعالج الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم.
- يذكر المعالج الأعضاء بموعد الجلسة القادمة.

الزمن (10) دقائق

الجلسة السابعة

أهداف الجلسة

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
 - مناقشة الواجب البيتي.
 - التدريب على مهارات الاتصال.
- الهدف (1):** تهيئة الأعضاء للجلسة والتعامل مع الأعمال غير المنتهية، ومناقشة الواجب البيتي.
- الإجراءات:**

- يسأل المعالج الأعضاء عن ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول الجلسة السابقة.
 - تتم مناقشة الواجب البيتي وذلك بعرض المشكلة التي كتبها الاعضاء خلال الاسبوع.
- الزمن (10) دقائق.
- الهدف (2):** أن يقوم الأعضاء بالتعريف على مهارتي البدء بالمحادثة والاستماع الفعال للآخرين ضمن مهارة الاتصال.

- أن يقوم الأعضاء بممارسة مهارتي البدء بالمحادثة والاستماع الفعال في الجلسة.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتمكن الأعضاء من التعرف على مهارتي البدء بالمحادثة والاستماع الفعال.
- أن يتمكن الأعضاء من ممارسة وتطبيق مهارتي البدء بالمحادثة والاستماع الفعال.
- أن يتعرف الأعضاء على دور مهارتي البدء بالمحادثة الاستماع الفعال في العلاقات الإنسانية والاجتماعية.

الإجراءات:

- يقوم المعالج بتعريف مهارات الاتصال بقوله "الاتصال مع الآخرين يعني العمليات التي يستجيب الشخص من خلالها لسلوكات الأشخاص الآخرين وتصرفاتهم، وهي أيضا عملية تفاعل معهم، والعمليات الإنسانية لا يمكن لها أن تتم بدون عمليات التواصل والاتصال مع الآخرين، والاتصال مع الآخرين يمكن أن يكون بشكل مباشر بالمحادثة اللفظية والاستماع الفعال للآخرين، وفي هذه الحالة يوجد رسائل غير لفظية تتلاءم مع المحادثة مثل هزة الرأس، وتعبيرات العيون، ونبرة الصوت، وحركات الجسم.....

- سنتعرف في هذا الجزء من جلسة اليوم على مهارتين مهمتين من مهارات الاتصال وهما مهارة البدء بالمحادثة ومهارة الاستماع الفعال للآخرين، والبدء في المحادثة هي قدرتها على المبادرة في فتح موضوع مع الآخرين، والاستماع الفعال للآخرين لا يعني أن نسمع فقط ما يقوله الآخرون، وإنما يعني أن نسمع ونفهم ما نسمع، ونوصل للطرف الثاني بأننا نفهم ما يقول ويمكن لنا أن نوصل للطرف الآخر بأننا نفهمه من خلال إعادة العبارات التي يقولها، ولكن بطرقنا الخاصة بنا.

- يطلب المعالج من الأعضاء بان يشكلوا مجموعات فرعية كل مجموعة تتكون من اثنين، العضو (أ) و العضو (ب).

- يطلب المعالج من العضو (أ) بان يبدأ بالمحادثة مع العضو (ب) ويطلب من العضو (ب) بأن يستمع بشكل فعال للعضو (أ) وذلك من خلال إعادة العبارات التي يقولها.

- يطلب المعالج من الأعضاء القيام بالعكس الأدوار بحيث يبدأ العضو (ب) بالمحادثة ويستمتع له العضو (أ) بشكل فعال.

- يطلب المعالج من جميع الأعضاء أن يعبروا عن الطريقة التي بدأوا فيها المحادثة ويدور نقاش حول البدء بالمحادثة مع الآخرين.

- يطلب المعالج من جميع الأعضاء أن يعبروا عن الطريقة التي استمعوا فيها بشكل فعال للآخرين ويدور نقاش موسع حول الاستماع الفعال وطرقه.

- يدور نقاش موسع حول مهارتي البدء بالمحادثة والاستماع الفعال.

الموارد المستخدمة: - لا شيء.

- الزمن (35) دقيقة.

الهدف (3): أن يقوم الأعضاء بالتعرف على الرسائل والمؤشرات غير اللفظية في الاتصال.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يراقب الأعضاء الرسائل والمؤشرات غير اللفظية في المرافقة للرسائل اللفظية.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يشكلوا مجموعات فرعية كل مجموعة تتكون من اثنين العضو (أ) والعضو (ب).

- يوزع المعالج على الأعضاء قائمة الرسائل غير اللفظية (موجودة في آخر الجلسة).

- يوزع المعالج على الأعضاء ورقة فارغة وقلم.

- يطلب المعالج من العضو (ب) أن يكتب كل الرسائل والمؤشرات غير اللفظية التي تصدر عن العضو (أ)، مثل نبرة الصوت، همز الرأس، إلخ يطلب المعالج من الأعضاء أن يعكسوا الأدوار

ويقوموا بتطبيق التمرين مرة أخرى.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يعودوا إلى جلستهم الطبيعية وان يقرأ كل عضو ما كتبه من رسائل غير لفظية صادرة عن زميله.

- يعد عرض الرسائل غير اللفظية الصادرة عن الأعضاء يطلب المرشد من كل عضو من الأعضاء أن يعبر عن مدى وعيه بالرسائل غير اللفظية الصادرة عنه. يعلق المعالج "أننا عند حديثنا مع

الأشخاص الآخرين تصدر عنا رسائل ومؤشرات غير لفظية وأحياناً تكون واعية بها، وعلى الفرد أن

يكون واع بكل الرسائل والمؤشرات غير اللفظية الصادرة عنه ويجب أن تكون الرسائل غير اللفظية منسجمة مع الألفاظ الصادرة عنا.

المواد المستخدمة: - قائمة الرسائل غير اللفظية، ورقة فارغة، قلم.

- الزمن (35) دقيقة.

الهدف (5) التلخيص والإنهاء

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يلخص المعالج ما دار في الجلسة ويطلب من أحد الأعضاء أن يلخصها.
- يسأل المعالج الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم.
- يذكر المعالج الأعضاء بموعد الجلسة القادمة. - الزمن (10) دقائق

قائمة الرسائل والمؤشرات غير اللفظية

أمثلة	الرسائل غير اللفظية
نبرة الصوت	سريع، بطيء، مرتج، مرتفع، همس،
الاتصال العيني	ثابت، ينظر إلى جهة مغايرة، ينظر في الهواء، متواصل بصريا.
التعبير الوجهي	معبس، تجاعيد، مبتسم، مغم بالحويوة، رقيق، لطيف.
حركات الجسم	حركات الركبة، إيماءات الساقين، إيماءة الرأس، التملل، التأشير بالأصابع.
العيون	مفتوحة، مغلقة، ترمش بشكل مبالغ فيه، مدمعة، ترتعش.
الفم	مشدود، مرتخي، مبتسم، عض الشفة.
وضعية الجسم	كتفين منحنيين، جلسة مترهلة، جسم مسترخي، جسم مشدود.

الجلسة الثامنة

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.
- مناقشة الواجب البيتي.
- التدريب على السلوك الحضوري.
- الهدف (1): التعامل مع الأعمال غير المنتهية، ومناقشة الواجب البيتي.

الإجراءات:

- يسأل الأعضاء عن ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفعالهم حول الجلسة السابقة.
- تتم مناقشة الواجب البيتي والسبب وراء اختلاف نظرة الفرد ونظرة الآخرين على نفس الصفات.
- الزمن (10) دقائق.

الهدف (2): - أن يتدرب الأعضاء على السلوك الحضوري.

- أن يذكر الأعضاء السلوكيات الحضورية غير اللفظية الإيجابية والسلبية.
النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن تتكون لدى الأعضاء القدرة على إظهار السلوك الحضورية.
- ممارسة السلوك الحضورية الإيجابي.

الإجراءات:

- يقوم المعالج بتعريف السلوك الحضورية بقوله: "السلوك الحضورية هو القدرة أو المهارة على الانتباه والتركيز، وإيصال الرسالة للطرف الآخر بأنك موجود وحاضر نفسياً وجسدياً، وأن تسلك سلوكاً حضورياً نحو الشخص الآخر يعني أنك تظهر له الاحترام والاعتبار وأن تبني أساساً متيناً لعلاقة قوية".

تمرين: الحضور

الهدف من التمرين: - أن يزيد العضو من سلوكياته الحضورية.

إجراءات التمرين:

- تقسيم الأعضاء إلى مجموعات كل مجموعة تتكون من إثنين.
- يقدم المعالج للأعضاء وصفاً للسلوك غير الحضورية (عدم الانتباه والتركيز في التفاعل مع الطرف الآخر).

- يتم توزيع بطاقات وصف السلوك غير الحضورية على الأعضاء (هذه السلوكيات مكتوبة).

- يطلب من الأعضاء أن يتوقفوا عن الحديث تماماً بعد مرور ثلاث دقائق.

- يقدم المعالج للأعضاء وصفاً للسلوك الحضورية.

- يتم توزيع بطاقات وصف السلوك الحضورية على الأعضاء.

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يتحدثوا لمدة ثلاث دقائق، بعد أن تعطى تعليمات السلوك الحضورية.

- يطلب من الأعضاء أن يتوقفوا عن الحديث تماماً بعد مرور ثلاثة دقائق، ويعودوا ويجلسوا معاً في

مجموعة واحدة، ويناقشوا التمرين من حيث الفرق بين السلوك الحضورية والسلوك غير الحضورية.

- تتركز المناقشة حول مشاعرهم، أفكارهم، ردود أفعالهم، وانطباعاتهم حول التمرين.

المواد المستخدمة: بطاقة وصف السلوكيات الحضورية، بطاقة وصف السلوكيات غير الحضورية،

قائمة الصفات المثالية. - الزمن (25) دقيقة.

الهدف (3): أن يتعرف الأعضاء على الذات المثالية.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتعرف الطلبة على الصفات التي يرغبون الوصول إليها وغير موجودة عندهم.

- تعلم بعض الأساليب للتوفيق بين ما هو موجود وما هو مرغوب.

تمرين: ماذا أرغب أن أكون

الهدف من التمرين: أن يتعرف كل عضو على الخصائص المرغوبة لديه.

الإجراءات:

- نوزع على الأعضاء قائمة (الصفات المثالية) ببعض الصفات وأمام كل صفة هناك جدولين الأول يمثل الصفات الموجودة أو غير الموجودة والثاني يمثل الصفات المرغوبة أو غير المرغوبة.

- يطلب من الأعضاء تعبئة هذه القائمة.

- يطلب المعالج من الأعضاء تحديد الأشياء غير الموجودة والمرغوبة.

- نقول للأعضاء أن هذه الصفات المرغوبة وغير الموجودة لديهم هي التي تعتبر الصفات المثالية.

المواد المستخدمة: - قائمة الخصائص، قلم. - الزمن (25) دقيقة.

الهدف (5) التلخيص والإنهاء.

الإجراءات: - يسأل الأعضاء عن ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول جلسة اليوم.

- يطلب من الأعضاء تلخيص ما تم اليوم. الزمن (5) دقائق.

قائمة الصفات المثالية

كيف يراني الآخرون

كيف أرى نفسي

أحيانا	نصف الوقت	غالبا	
			سعيد
			وحيد
			ممل
			ذكي
			منعزل
			مريض
			اجتماعي
			متحدث
			خجول
			أناني
			مزعج
			مشهور
			صديق
			جريء

أحيانا	نصف الوقت	غالبا	
			سعيد
			وحيد
			ممل
			ذكي
			منعزل
			مريض
			اجتماعي
			متحدث
			خجول
			أناني
			مزعج
			مشهور
			صديق
			جريء

وصف السلوك الحضوري وغير الحضوري
بطاقة السلوكيات غير الحضورية

استرخي إلى آخر درجة
بحيث تبدو وكأنك نائم
اجلس بجمود وتحجر

تجنب الاتصال البصري

العَب بحزامك

وجه وجهك إلى جهة مغايرة
للشخص الذي أمامك

وصف السلوك الحضوري

ابدو وكأنك مهتم، انتبه جيدا لما يقوله ويفعله الشخص الآخر في المجموعة.

F	Face	واجهه (قابل) الشخص الآخر
E	Eye	ابقى على اتصال بصري جيد
L	Lean	اجلس بوضع مائل
O	Open	اجلس وكان جسمك مفتوح للحوار
R	Relax	اجلس بوضع مرتاح غير متوتر

الجلسة التاسعة

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من الجلسة السابقة.
- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
- الهدف (1):** التعامل مع الأعمال غير المنتهية في الجلسة السابقة.

الإجراءات:

- يسأل الأعضاء عن ردود أفعالهم حول ما دار في الجلسة ويطلب منهم التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وانفعالاتهم المتعلقة بالجلسة السابقة.
- الهدف (2):** أن يقوم الأعضاء بالتدريب على مهارة رفض المخدرات.

- النتيجة المتوقعة لهذا الهدف

- ان يميز الأعضاء الطرق والوسائل التي من خلالها يستطيعون رفض المخدرات.
- أن يمارس الأعضاء مهارات المخدرات.

الإجراءات:

- يقدم المعالج "إن الطريقة الوحيدة التي تحول دون عودة الشخص إلى الإدمان هي أن لا يتعاطى المخدر للمرة الأولى من جديد، وإن مرة واحدة للتعاطي من جديد كافية لأن تستجر آلاف المرات من بعدها، ومن المعلوم انه حين تستعمل أي شكل من أشكال المخدرات، أو تستبدل أيا منها بأخر فأنتك تطلق الزمام لمرضك (إدمانك) من جديد.

تمرين:

- يتم تقسيم الأعضاء إلى مجموعات صغيرة كل مجموعة تتكون من عضوين عضو (أ) وعضو (ب).
 - يطلب المعالج من العضو (أ) أن يعرض على زميله أن يتعاطى المخدر معا. ويكرر التمرين بعكس الأدوار بين الأعضاء.
 - يطلب المعالج من الأعضاء أن يعودوا إلى جلستهم الطبيعية في مجموعة واحدة.
 - يطلب من كل عضو من الأعضاء بان يكرر طريقة رق=فضه للمخدرات أمام بقية الأعضاء في المجموعة.
 - يدور نقاش حول التمرين ويبين كل عضو ما هي الطريقة التي يرفض بها المخدر، كما يبين كل عضو مشاعره، وأفكاره، وردود فعله، وانطباعاته حول التمرين.
 - يقوم المعالج بكتابة طرق رفض المخدرات والعقاقير (التي ذكرها الأعضاء) على السبورة ليقوم كل عضو من أعضاء بكتابتها على الورقة الموجودة معه.
- المواد المستخدمة:** - السبورة، ورقة، قلم.

- الزمن (25) دقيقة

الهدف (3): تكليف الأعضاء بالواجب البيتي

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يكتب كل عضو ثلاث مهارات لرفض المخدرات ويحضرها في الجلسة القادمة.

- يطلب من الأعضاء التفكير بشكل أكبر خلال أسبوع بالخصائص التي لا يستطيع تغييرها ولماذا لا يستطيع تغييرها وكذلك بفكر بالخصائص التي يستطيع تغييرها وكيف يستطيع تغييرها.

الهدف (4) التلخيص والإنهاء.

الإجراءات:

- في نهاية الجلسة يشكر المرشد الأعضاء على التواصل والتفاعل الذي يبذره داخل الجلسات.

- ويسألهم حول استفساراتهم وردود أفعالهم ومشاعرهم حول الجلسة الحالية.

- يذكر المعالج الأعضاء بموعد اللقاء اللاحق.

- يذكر المعالج الأعضاء بقرب انتهاء اللقاءات.

- الزمن (5) دقائق الجلسة العاشرة

الجلسة العاشرة

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق.

- متابعة الواجب البيتي.

- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ (لمنع الانتكاسة)

الهدف (1):

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية

الإجراءات:

- يرحب المعالج بالأعضاء ويسألهم حول استفساراتهم وردود أفعالهم المتعلقة بالجلسة السابقة وهل

هناك مواضيع طرحت في اللقاء السابق ويريد الأعضاء أن يكملوا مناقشتها.

- يسأل الطلبة عن أي مشاعر وأفكار وانفعالات متعلقة بالجلسة الماضية.

الزمن (10) دقائق

الهدف (2): متابع الواجب البيتي.

الإجراءات :

- في بداية هذه الجلسة يسأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي وتتم مناقشته في هذا الجزء من

الجلسة

الزمن (5) دقائق

الهدف (3): - التعرف على مهارات قضاء وقت الفراغ

الإجراءات:

- يقدم المعالج "سنقوم اليوم بتعرف على مهارة جديدة يحتاجها كل شخص في الحياة وهي مهارة قضاء وقت الفراغ وفي وقت الفراغ يشعر الفرد بالملل، فكل شخص منا يغض النظر عن العمر تكون لديه دائما أوقات فراغ، فإذا لم يجد الشخص شيء مفيد يقضي فيه الوقت فإنه يلجأ إلى أي سلوك ليخرج من هذا الملل إلى يعيش فيه، وفي بعض الأحيان يلجأ إلى المخدر".
- يقول المعالج أن على الأفراد أن يقضوا أوقات فراغهم في أشياء تعود عليهم وعلى من حولهم بالفائدة والمنفعة
- يبين المعالج أن هناك أشياء كثيرة يمكن أن يفعلها الأفراد في أوقات فراغهم مثل ممارسة الأنشطة الرياضية، زيارة الأصدقاء، مطالعة الكتب والمجلات، مشاهدة التلفاز.
- يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء أن يذكر الطرق التي يقضي بها وقت الفراغ.
- بدور نقاش موسع بين الأعضاء حول وقت فراغ وما هي الأعمال التي يلجؤون إليها في أوقات فراغهم.

الزمن (30) دقيقة

الهدف (4): - التدريب على الأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف

- تزويد الأعضاء لعدد من النشاطات والممارسات التي يمكن أن يستغلوها في أوقات الفراغ.

الإجراءات:

- يوزع المعالج ورقة فارغة وقلم على الأعضاء.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن ينقسموا إلى مجموعة ثنائية كل مجموعة العضو (أ) والعضو (ب).
- يطلب المعالج من كل عضو أن يتخيل أن لديه ساعة كاملة من وقت الفراغ، وعلى كل عضو أن يكتب في الورقة بماذا يفكر، ما المشاعر التي يمكن أن يشعر بها في أوقات الفراغ، ما هي الأنشطة التي يمكن أن يمارسها في هذا الوقت.
- يطلب المعالج من الأعضاء القيام بعكس الأدوار بحيث يعرض الأعضاء (ب) ما كتبوه في نفس المجموعة الفرعية.
- يطلب المعالج من الأعضاء بأن يقدم كل عضو من أعضاء المجموعات الفرعية الأفكار والمشاعر والنشاطات التي يمارسها زميله كما عرضها عليه ويعرضها أمام المجموعة كلها.

- يسأل المرشد هل هناك نشاطات أخرى غير التي عرضت يمكن أن يستغلها الفرد في أوقات الفراغ، ويتم كتابتها على السبورة.

- يسأل المعالج أي النشاطات تعتبر ايجابية وأيها يعتبر سلبية، ويتم تقسيمها إلى نشاطات ايجابية ونشاطات سلبية.

- تكتب هذه النشاطات على السبورة، ويكتب مقابلها ايجابيات كل نشاط أو ممارسة.
المواد المستخدمة: - ورقة فارغة، قلم، السبورة.

الزمن (30) دقيقة.

الهدف (5): - تكليف الأعضاء بالواجب البيتي.

الإجراءات:

- يطلب المعالج من الأعضاء أن يطبقوا ما تعلموه في جلسة اليوم وان يكتب كل عضو منهم ثلاثة أشياء مارسها في أوقات فراغه ويحضرها مكتوبة في الجلسة القادمة.

الزمن (5) دقائق

الهدف (6) التلخيص والانتهاء.

الإجراءات:

- يلخص المعالج الجلسة ويطلب من بعض الأعضاء ما دار في الجلسة.

- يشكر المعالج الأعضاء على تعاونهم وثقتهم ببعضهم البعض ويسألهم حول ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم وحول جلسة اليوم.

- يذكر الأعضاء بأنه بقي جلستين فقط لإنهاء عمل المجموعة.

الجلسة الحادية عشر

أهداف الجلسة

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية.

- متابعة ومناقشة الواجب البيتي.

- التدريب على مهارات البحث عن عمل (وظيفة)

الهدف (1): التعامل مع الأعمال غير المنتهية.

الإجراءات:

يطلب من الأعضاء التعبير عن مشاعرهم وردود أفعالهم وأفكارهم وتعليقاتهم على الجلسة الماضية.

يسأل الأعضاء إذا كان هناك قضايا يودون الحديث عنها.

الزمن (10) دقائق.

الهدف (2): متابعة الواجب البيتي

الإجراءات:

- يخصص الجزء الأول من هذه الجلسة لمناقشة الواجب البيئي المعطى.
- يجب أن يعطى كل عضو مثال على ممارسة أو نشاط قام به للقضاء على وقت الفراغ.
- يدور نقاش حول هذه الممارسات والأنشطة التي تمارس في أوقات الفراغ.

الزمن (5) دقائق

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على طرق وأساليب البحث عن العمل.

النتيجة المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتعرف الأعضاء على طرق ووسائل البحث عن العمل.
- أن يكون الأعضاء اتجاه إيجابي نحو العمل.

الإجراءات:

- يقدم المعالج نبذة عن أهمية العمل في حياة الإنسان بقوله: "الوظيفة أو المهنة مهمة جدا في حياة أي شخص في الوجود ففيها يقضي معظم وقته وهذا يقلل من وقت الفراغ لديه، ومنها يكسب عيشه، وهي التي تحدد مستواه الاجتماعي، كما أن المهنة أو الوظيفة هي التي تحدد الأشخاص الذين ستتعامل معهم، وبالتالي هي التي تحدد نوع الصداقات التي يكونها الفرد في حياته، وتحدد البيئة التي يعيش فيها الفرد أيضا، وتجعل الفرد يحس بقيمته الشخصية من خلال المهنة، وعلى كل فرد منا أن يبحث عن وظيفة تؤمن له مستقبه بعد الخروج من هنا.

تمرين البحث عن فرصة عمل:

الهدف من التمرين:

- أن يقوم الأعضاء بالتعرف على الطرق والوسائل التي من خلالها الحصول على فرصة عمل.

إجراءات التمرين

- يوزع المعالج على الأعضاء ورقة فارغة وقلم.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن ينقسموا على شكل مجموعات زوجية.
- يطلب المرشد من الأعضاء أن يكتب كل عضو منهم ما هي الوسيلة أو الطريقة التي حصل من خلالها على وظيفته الأولى.
- يطلب المعالج من كل مجموعة فردية أن يتناقشا حول الطريقة أو الوسيلة التي كتبها مع بعضهم البعض.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن يتحدث كل عضو أمام المجموعة كلها عن الطريقة أو الأسلوب الذي حصل من خلاله على فرصة عمل.
- يطلب المعالج من الأعضاء أن يذكروا كل الوسائل والطرق التي يمكن من خلالها الحصول على وظيفة أو مهمة.

- يتم كتابة جميع الطرق والوسائل على السبورة.

المواد المستخدمة: - ورقة فارغة ، قلم، السبورة.

- الزمن (30) دقيقة

الهدف (4): - تكليف الأعضاء بالواجب البيتي.

الإجراءات:

- أن يختار كل عضو من الأعضاء موقف معين يحدث معه خلال الأسبوع القادم ويكتب كيف

يتصرف خلال هذا الموقف بحيث يكتب الأمور التالية:

- ماذا قلت لنفسك أثناء الموقف.

- بماذا فكرت أثناء الموقف.

- بماذا شعرت أثناء الموقف.

- ماذا أحببت لو تكون (الطريقة التي أحببت أن تتصرف من خلالها).

- ماذا تعتقد أن يقول الآخريين عنك.

الزمن (10) دقائق.

الهدف (5): التلخيص والإنهاء.

الإجراءات:

- يشكر المعالج الأعضاء على تعاونهم وثقتهم ببعضهم البعض ويسألهم حول ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول جلسة اليوم.

- يطلب من بعض الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة.

- يذكر الأعضاء بأنه بقي جلسة واحدة لإنهاء عمل المجموعة أي أن الجلسة القادمة هي الجلسة الأخيرة في البرنامج.

الزمن (5) دقائق.

الجلسة الثانية عشر

أهداف الجلسة:

- التعامل مع الأعمال غير المنتهية من الجلسة السابقة، ومن البرنامج بشكل عام.

- مناقشة الواجب البيتي.

- تقبل الذات وتقبل الآخرين.

- إنهاء العمل والتقييم.

الهدف (1): - التعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق ومن البرنامج بشكل عام.

الإجراءات: - في هذه الجلسة يشكر المرشد جميع الأعضاء على حضورهم وتعاونهم في جلسات العمل الجماعي.

- يسأل المعالج الأعضاء عن أي استفسارات وردود أفعال حول الجلسة السابقة.
 - يطلب من الأعضاء أن يعبروا عن مشاعرهم وردود أفعالهم حول البرنامج بشكل عام.
- الزمن (15) دقيقة.

الهدف (2): - مناقشة الواجب البيتي

- الإجراءات: - يطلب من الأعضاء أن يعرض كل عضو الموقف الذي كتبه وكيف تصرف أثناء الموقف وبماذا شعر وبماذا فكر.
- تدور المناقشة حول هذه المواقف التي يعرضها الأعضاء.

الزمن (5) دقائق

الهدف (3): - أن يتقبل العضو ذاته ويتقبل الآخرين

النتائج المتوقعة لهذا الهدف:

- أن يتقبل الفرد ذاته ويثق بنفسه ويتصرف بطريقة إيجابية.
 - أن يتقبل الفرد الآخرين ويتقبل نقاط اختلافهم عنه.
- الإجراءات: - يقول المعالج "كل واحد فينا يرغب ويحب أن يكون أفضل إنسان في هذه الدنيا، ويجب أن يتصف بالكمال، ولكن هذا المطلب مستحيل التحقيق، فكما عندك عيوب ونواقص فالآخرين أيضا لديهم عيوب ونواقص، إذا فإنه لا يوجد إنسان كامل، وعلينا أن نتقبل أنفسنا ونتقبل الآخرين بتوافقهم معنا أو باختلافهم عنا".

من المهم العمل على الأشياء والخصائص التي أستطيع أن أغيرها أو أطورها للأفضل فأعمل عليها وأحاول تطويرها إلى الحد الذي أستطيع، أما الخصائص التي لا يمكن السيطرة عليها أو التي لا يمكن تغييرها فعلينا تقبلها كما هي والعيش معها دون حرج أو عدم رضى.

الزمن (15) دقيقة.

الهدف (4): - التقييم والإنهاء

- الإجراءات: - يطلب المعالج من بعض الأعضاء أن يلخص ما دار في جلسة اليوم.
- يطلب المعالج من بعض الأعضاء أن يلخص ما دار في البرنامج بشكل عام.
 - يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء أن يقيم خبرته في مجموعة ما الأشياء التي حصل عليها ويعتقد أنها غيرت من سلوكياتهم خارج المجموعة.
 - يشكر الأعضاء على تعاونهم والتزامهم بالجلسات الإرشادية.
 - يطلب من الأعضاء بأن يقول كل عضو جملة يصف بها أداء المجموعة.
 - يطلب من الأعضاء أن يعمموا ما تعلموه في المجموعة على حياتهم الواقعية.
 - يطلب المعالج من كل عضو من الأعضاء أن يعرض وجهة نظره في البرنامج بشكل عام.
- الزمن غير محدد وحسب الحاجة.

ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تصميم برنامج علاجي نفسي جماعي في الامتناع وخفض أعراض الإدمان على المخدرات لدى المراهقين المدمنين. وتبرز إشكالية هذه الدراسة في التساؤل التالي: ما أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقين المدمنين؟ تألفت حالات الدراسة من الأفراد المراهقين المدمنين على الكيف، والمواد ذات التأثير النفسي رواد المركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف، وتكونت حالات الدراسة من (07) أفراد من المدمنين وهم الأفراد المتواجدون في المركز أثناء فترة إجراء الدراسة. وقد اهتمت الدراسة بمعرفة أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي كمتغير مستقل، والامتناع عن التعاطي كمتغير تابع، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام قائمة تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM/IV) كتطبيق قبلي وبعدي لتحديد مستوى الامتناع في أعراض الإدمان. ولأغراض الدراسة تم استخدام المنهج العيادي بأدواته المختلفة، (دراسة الحالة، والمقابلة العيادية، والملاحظة العيادية)، حيث خضعت حالات الدراسة للتدريب على البرنامج العلاجي الجماعي وقد استغرقت نحو شهرين بواقع جلستين كل أسبوع ومدة كل جلسة ساعتان تقريبا في اثنتي عشرة (12) جلسة علاجية من الفترة الممتدة ما بين 2014/04/07 و2014/06/08، وشهرين للمتابعة يتم فيها التطبيق التبعي للقائمة التشخيصية. وكان من أهم نتائج البرنامج العلاجي النفسي الجماعي، أن له تأثير فعال لدى معظم الحالات السبعة (7) في مساعدتهم على الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الأعراض الإدمانية والانسحابية وتجنبهم من الانتكاسة. فالزيادة المتدرجة بالتحسن كان ملحوظ أثناء وبعد الجلسات العلاجية الجماعية. ويشير هذا إلى تأثير البرنامج الذي تم تطبيقه في تخفيض سلوك الإدمان لدى حالات الجماعة من المراهقين، حيث عمل البرنامج على زيادة امتناع المدمنين عن المخدرات، وعدم قناعتهم بفائدتها لهم.

الكلمات المفتاحية:

تأثير العلاج؛ البرنامج العلاجي؛ العلاج النفسي الجماعي؛ الامتناع؛ الإدمان؛ المخدرات؛ المراهق؛ تعاطي المخدرات؛ سلوك الإدمان؛ أعراض الإدمان.

نوقشت يوم 28 جانفي 2015