



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 - محمد بن أحمد-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الارطوفونيا

تخصص علم النفس العيادي

بعنوان:



فاعلية العلاج الجماعي في التكفل النفسي بالشباب المدمن على
المخدرات

دراسة عيادية لعينة مكونة من 06 حالات بمركز الوسيط لعلاج الإدمان يغموراسن

مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

سبع نادية

من إعداد الطالبتين:

بريش فاطمة

يحياوي فاطيمة

لجنة المناقشة

الرقم	الأستاذة	الجامعة	الصفة
1	كبداني خديجة	جامعة وهران 2	رئيسا
2	سبع نادية	جامعة وهران 2	مؤطرا
3	بقال أسماء	جامعة وهران 2	مناقشا

السنة الجامعية: 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي
أَنْزَلَ هَذِهِ السُّورَةَ
وَجَعَلَ فِيهَا آيَاتٍ
بَيِّنَاتٍ لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ
مَنْ كَفَرَ بَعْدَ ذَلِكَ
مِنْكُمْ فَقَدْ كَفَرَ
بِإِلَهِهِ إِنَّهُ كَانَ
عَلِيمًا ذَكِيمًا
إِنَّمَا خُمْرٌ وَالمَيْسِرُ
وَالْأَنْصَابُ وَالأَزْلَامُ
مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ
فاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ
تفْلِحُونَ

”إنما الخمر و الميسر و الأنصاب و الأزلام رجس من عمل الشيطان
فاجتنبوه لعلكم تفلحون“

سورة المائدة الآية



إهداء

تبارك الذي جعل لي طريقا في العلم ومهد لي سبله ووفقني لإتمام هذه الدراسة

لأهدي هذا العمل المتواضع إلى منبع الحب والدي العزيزين حفظهما الله ورعاهما وأطال في عمرهما

إلى كل من أختي وإخوتي إلى من شاركتني هذا العمل صديقتي بريش فاطمة

إلى كل صديقاتي المقربات و المعارف والأحباب وإلى زملائي بشعبة علم النفس تخصص عيادي

وكل من ساعدنا في إعداد هذه المذكرة لهم فائق الإحترام والتقدير.



بمياوي فطيمة

الاهداء

إلى من أحمل أسمه. كلكه الله بالهيبة والوقار..... إلى من علمني العطاء بدون انتظار .. إلى من أحمل إسمه بكل إفتخار ... أرجو من الله أن يرحمك ويتقبلك عنده في حنة الخلد

والذي العزيز رحمه الله

إلى ملاكي في الحياة .. إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني .. إلى بسمة الحياة وسر الوجود إلى من كان دعائها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب

أمي الحبيبة

إلى من كانوا و سيزلون سندي في الحياة إخوتي و أخواتي و كل عائلتي

إلى كل أصدقائي و صديقاتي

زملائي و زميلاتي

إلى منارة العلم والعلماء

إلى الصرح الشامخ

إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة إلى الذين مهدوا لنا

طريق العلم والمعرفة ..

أساتذتنا الأفاضل

بريش فاطمة

شكر وعرهان

الشكر والحمد لله الذي وفقنا لانجاز هذا العمل
الذي نبتغي من خلاله رضاه عنا
والوصول إلى العلم والمعرفة التي أمرنا بها
كما نحمده أنه سخر لنا من عباده الصالحين من أمدنا بالعون والمساعدات
فنرفع آيات الشكر والامتنان إلى الأستاذة المؤطرة
سبع نادية
وجميع الأساتذة الكرام والزملاء
وبالأخص إلى صديقاتنا المقربات طوال سنتين
وإلى جميع أفراد الأسرة الكريمة



ملخص الدراسة:

الكلمات المفتاحية : العلاج الجماعي ، التكفل النفسي، الإدمان على المخدرات .

تهدف الدراسة الحالية الى معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات ، من أجل ذلك تمت صياغة الفرضية التالية : للعلاج الجماعي فاعلية في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات ، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الإعتماد على المنهج الشبه التجريبي وذلك بإستخدام الأدوات التالية : دراسة الحالة ضمن المنهج العيادي و التي إعتدنا فيها على المقابلة والملاحظة و فحص الهيئة العقلية ، و الإستعملنا مقياس تقدير حدة اللهفة على المخدر كقياس قبلي و بعدي ، و أيضا برنامج علاجي جماعي للمدمنين حيث صممناه خصيصا لهذه الدراسة، تم تطبيقه على مجموعة دراسة متكونة من 6 أفراد، سنهم يتراوح ما بين 25 سنة إلى 35 سنة، متواجدين بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان يغمراسن، و قد دام هذا العلاج مدة شهرين و تم من خلاله التوصل إلى النتائج التالية :

للعلاج الجماعي فاعلية في التكفل النفسي و ذلك بإمتناعهم عن التعاطي ، و انخفاض مستوى الأعراض الإنسحابية لديهم انخفاضا ملحوظا إلى درجة الإختفاء.

كما أنهم تمكنوا من الإندماج داخل الجماعة ، إقامة علاقات بينهم ، زيادة إحساسهم بالإنتماء نظرا للتقبل الغير مشروط مماسمح لهم بالتعبير عن أفكارهم و مشاعرهم بكل حرية ، إكتساب سلوكيات جديدة، مما عزز ثقتهم بأنفسهم بأنهم قادرين على التخطيط لمستقبلهم..

Résumé de l'étude

: Mots-clés : thérapie de groupe, prise en charge psychologique, toxicomanie.

La présente étude vise à déterminer l'efficacité du programme de traitement de groupe dans la prise en charge psychologique des jeunes toxicomanes. A cet effet, l'hypothèse suivante a été formulée : La thérapie de groupe est efficace dans la prise en charge psychologique des jeunes toxicomanes. Pour l'étude, l'approche quasi-expérimentale a été utilisée, en utilisant les outils suivants : Une étude de cas dans le cadre de l'approche clinique, dans laquelle nous nous sommes appuyés sur l'entretien, l'observation et l'examen de l'état mental, et nous avons utilisé une échelle pour estimer l'état mental. l'intensité du besoin de drogue comme mesure avant et après, ainsi qu'un programme de traitement de groupe pour toxicomanes, que nous avons conçu spécifiquement pour cette étude, et qui a été appliqué à un groupe d'étude composé de 6 personnes, leur tranche d'âge étant comprise entre 25 à 35 ans et ils sont présents au Centre Intermédiaire de Traitement des Addictions de Yaghmarasan. Ce traitement a duré deux mois et les résultats suivants ont été obtenus : La thérapie de groupe est efficace pour apporter un soutien psychologique en s'abstenant de consommer des drogues et en réduisant considérablement le niveau des symptômes de sevrage jusqu'à leur disparition. Ils ont également pu s'intégrer au groupe, établir des relations entre eux, accroître leur sentiment d'appartenance grâce à l'acceptation inconditionnelle, ce qui leur a permis d'exprimer librement leurs pensées et leurs sentiments, et acquérir de nouveaux comportements, ce qui a renforcé leur confiance en eux. capables de planifier leur avenir.

Study summary:

Keywords :

group therapy, psychological care, drug addiction. The current study aims to determine the effectiveness of the group treatment program in psychological care for drug-addicted youth. For this purpose, the following hypothesis was formulated: Group therapy is effective in psychological care for drug-addicted youth. To achieve the objectives of the study, the quasi-experimental approach was relied upon, using the following tools. : A case study within the clinical approach, in which we relied on interview, observation, and examination of the mental state, and we used a scale to estimate the intensity of craving for the drug as a pre- and post-measurement, and also a group treatment program for addicts, which we designed specifically for this study, and it was applied to a study group consisting of 6 people, their age ranges between from 25 to 35 years, and they are present at the Intermediate Center for Addiction Treatment in Yaghmarasan. This treatment lasted for two months and the following results were achieved: Group therapy is effective in providing psychological support by abstaining from drug use and significantly reducing the level of withdrawal symptoms to the point of disappearance. They were also able to integrate into the group, establish relationships between them, increase their sense of belonging due to unconditional acceptance, which allowed them to express their thoughts and feelings freely, and acquire new behaviors, which strengthened their self-confidence that they were able to plan for their future.

أ	إهداء
ج	شكر وعرهان
د	ملخص الدراسة
م	قائمة المحتويات
ل	قائمة الجداول.....
/	قائمة الملاحق
1	المقدمة

الإطار النظري :

الفصل الأول : مدخل إلى الدراسة

6	1-مشكلة الدراسة.....
8	2- دراسات سابقة.....
15	3- تعقيب على الدراسات السابقة.....
16	4- فرضيات الدراسة.....
17	5- أهداف الدراسة.....
17	6- دواعي اختيار الموضوع.....
18	7- أهمية الدراسة.....
18	8- التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.....

الفصل الثاني: الإدمان على المخدرات

- تمهيد 22
- 1- تعريف الإدمان..... 22
- 2- بعض المصطلحات المرتبطة بظاهرة الإدمان..... 23
- 3- الفرق بين المتعاطي والمدمن 25
- سمات شخصية المدمن 26
- 4- تعريف المخدرات 28
- 5- تاريخ الإدمان على المخدرات..... 29
- 6- تصنيف المخدرات وأنواعها..... 30
- 7- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات..... 32
- 8- أسباب الإدمان على المخدرات..... 33
- 9- آثار الإدمان على المخدرات 34
- 10- أشكال الإدمان على المخدرات 35
- خلاصة..... 36

الفصل الثالث : التكفل النفسي

- تمهيد..... 38
- 1- تعريف التكفل النفسي..... 38
- 2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة..... 40
- 3- مراحل التكفل النفسي..... 41

4- أهمية التكفل النفسي	
5- أنواع التكفل النفسي	47
6- أساليب و فنيات التكفل النفسي	51
7- علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي	54
خلاصة	54

الفصل الرابع : العلاج الجماعي

تمهيد	57
1 مفهوم العلاج النفسي	58
2 الطرق المعتادة في العلاج النفسي	58
3 فاعلية العلاج النفسي	60
4 نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي	61
5 اسباب ظهوره وانتشاره	62
6 تعريف العلاج النفسي الجماعي	64
7 أهداف العلاج النفسي الجماعي	65
8 نظريات العلاج النفسي الجماعي	67
9 مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي	75
10 أنواع العلاجات النفسيه الجماعية	76
10-1-1 السيكودراما	77

78.....	10-2- العلاج بالموسيقى
79	10-3- العلاج بالرسم
79	10-4-العلاج باللعب
79	10-5-العلاج الأسري
80	11- الألعاب الجماعية
83	12- مزايا و عيوب العلاج النفسي الجماعي
88	خلاصة

الفصل الخامس : الجانب التطبيقي

90	مبحث 01: الإجراءات المنهجية :
90	محور 01: المنهج المتبع وأدواته.
90	1- المنهج الشبه تجريبي.....
90	2- الأدوات المستخدمة لاجراء الدراسة:
90	• الملاحظة.....
90	• المقابلة.....
90	• دراسة حالة.....
90	• إختبار القياس القبلي والبعدي.....
90	• برنامج علاجي جماعي.....
96	محور 02: الدراسة الاستطلاعية:

96	1-الهدف من إجراء الدراسة الإستطلاعية
97	2-الإطار الزمني والمكاني
97	3-ظروف إجراء الدراسة الإستطلاعية
97	4-مجتمع الدراسة وعينة الدراسة
97	5-صعوبات الدراسة
97	6-نتائج الدراسة
98	<u>محور 03: الدراسة الأساسية:</u>

98	1-الهدف من إجراء الدراسة الأساسية
98	2-الإطار الزمني والمكاني
98	3-ظروف إجراء الدراسة الأساسية
98	4-الإطار الزمني و المكاني
99	5-مجموعة الدراسة
99	6-صعوبات الدراسة
99	7-نتائج الدراسة
105	8-خلاصة

المبحث 02 : عرض ومناقشة النتائج

<u>116</u>	<u>الدلالة الإكلينيكية</u>
116	1- عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات
116	2- عرض وتحليل النتائج في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة
119	- مقترحات الدراسة
121	- الخاتمة

فهرس الجداول

- جدول رقم (01) التكفل بالمدمنين سنة 2021 9
- جدول (02) تكفل بالمدمنين سنة 2022 10
- جدول رقم(03) تكفل بالمدمنين خلال الثلاثي الأول 2023..... 10
- جدول رقم (04) : نتائج القياس القبلي والبعدي في مستوى تقدير حدة اللهفة على المخدر لدى حالات الدراسة 106
- جدول رقم (05) اتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى تقدير حدة اللهفة على المخدر لدى المدمنين على المخدرات..... 106

فهرس الملاحق

- ملحق رقم (01): قائمة بأسماء الأساتذة محكمي البرنامج العلاجي الجماعي
- ملحق رقم (02) : مقياس تقدير حدة اللهفة (craving severity scal)
- ملحق رقم(03): جدول معاملات صدق المفردات(الميزان الداخلي)لمقياس حدة اللهفة(ن=200)
- ملحق رقم (04) : معايير مقياس تقدير حدة اللهفة (ن=200)
- ملحق رقم (05): دليل المقابلة
- ملحق رقم (06) : البرنامج العلاجي بصورته الأولية
- ملحق رقم (07) : البرنامج العلاجي معدل من طرف الاستادة المحكمة أ

ملحق رقم (08) : البرنامج العلاجي معدل من طرف الاستادة المحكمة ب

ملحق رقم (09) : القياس القبلي للحالات

ملحق رقم (10) : القياس البعدي للحالات

المقدمة:

في عالم مليء بالتحديات النفسية والإجتماعية تلعب العلاجات النفسية دورا حاسما في تحقيق التغيير وتعزيز الصحة النفسية للأفراد و تعد من أقدم أنواع العلاجات، فهي قديمة قدم البشرية نفسها مرت على مراحل تطويرية خلصت الى ما هي عليه اليوم. هي مجموعة من الأساليب والتقنيات التي يستخدمها الأخصائيون النفسيون لمساعدة أو علاج مشكلات، اضطرابات أو أمراض قد تكون نفسية أو عقلية يعاني منها الفرد وتؤثر في سلوكه أو على حياته عامه و حياة المحيطين به سواء كانت الأسرة أو الأصدقاء أو غيرهم فهي تستعمل في مجال الصحو النفسية عامة أي في حالات السواء أو المرض بهدف إعادة تكييف الفرد مع نفسه ومع المجتمع المحيط به.

تختلف العلاجات باختلاف المدارس والتيارات, قد تكون فردية أو جماعية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر : العلاج التحليلي، السلوكي المعرفي، الإنفعالي، الأسري والجماعي الذي سنتطرق اليه في عملنا هذا، والذي هو عبارة عن علاج مجموعة من الأفراد ذوي المشكلات المتشابهة في وقت واحد حيث أن العضو يدرك بأن هناك أفراد يعانون من نفس مشكلته وذلك من خلال مشاركته المتبادلة في هذه المشكلة . يستند العلاج الجماعي على أسس نفسية إجتماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسيط علاجي في تصحيح السلوك الإجتماعي للمريض وتقويم إنحرافاته فقد أثبت هذا النوع من العلاج قيمته في التطبيع الاجتماعي أي إمتصاص المريض لقيم المجتمع المحيط به ومعاييره وأنماط سلوكه المقبولة.

يعد العلاج الجماعي أسلوب من أساليب التكفل النفسي سواء بالمرضى أو بالأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية أو سلوكية ، و يسعى هذا الأخير إلى تعديل السلوك وفقا لمعايير كما انه عملية لفهم امكانيات واستعدادات الفرد واستخدامها في حل مشكلاته ووضع خطط لحياته المستقبلية من خلال فهمه للواقع والحاضر ومساعدته في تحقيق ذاته .

فالتكفل النفسي هو عملية توفير الدعم النفسي والعاطفي للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية أو اضطرابات عقلية. يهدف التكفل النفسي إلى مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم بشكل أفضل، وتطوير استراتيجيات للتعامل مع التحديات النفسية التي يواجهونها، وتعزيز جودة حياتهم العامة.

عندما يتعلق الأمر بالإدمان، فإن التكفل النفسي يلعب دورًا حيويًا. فالإدمان ليس مجرد إنحراف في السلوك بل هو نتيجة لمجموعة متشعبة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية. يمكن للعوامل النفسية مثل التوتر، والقلق، والاكتئاب، والعلاقات العائلية المضطربة، أن تلعب دورًا في تقاوم الإدمان.

فيمكن أن يشمل التكفل النفسي للأشخاص المصابين بالإدمان العلاج النفسي الفردي، أو العلاج الجماعي، أو برامج التأهيل المخصصة لعلاج الإدمان. تهدف جميع هذه الأساليب إلى توفير الدعم والمساعدة اللازمة للأفراد ليتمكنوا من التغلب على الإدمان وبناء حياة صحية ومتوازنة.

و تعد مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات من أهم القضايا التي تشكل تهديدًا خطيرًا لمستقبل المجتمع الجزائري والعربي ككل ومصدرا أساسيا لمصادر القلق بالنسبة إلى المعنيين باتخاذ القرار على مستوى الدولة والمجتمع. وقد تفاقمت إلى أن مست مجتمعات كثيرة من العالم لما تسببه من أضرار جسيمة على الفرد والمجتمع، وتكتسب أبعاد سياسية واقتصادية وإجتماعية متعددة وتسهم في إنتشارها مجموعة من التغيرات التي يشهدها العالم المعاصر في المجالات الإجتماعية والسياسية والإقتصادية والثقافية، التي تمتد أثارها إلى الجوانب النفسية والمعنوية في حياة الأفراد، وخاصة الشرائح الأقل سنا من الفتيان والشباب الذين يبحثون عن نماذج ثقافية في حياتهم يقتدون بها، ويتأثرون بأنماط حياتها، ويؤدي التطور الملحوظ في وسائل الإتصال على المستويات كافة وظائف متعددة يسهم كل منها في توسيع مجال التعاطي على نحو من الأنحاء، وتكلف البشرية أكثر مما تكلفه الحروب المدمرة، إذ تخلف وراءها مشاكل جسدية ونفسية واجتماعية واقتصادية تتطلب جهودا كبيرة لمعالجتها، فهي تقوض قدرات أفرادها، بل وتقودهم إلى مسارات قاتلة. تقدر بعض الإحصائيات

أن ما يقرب من نصف الجرائم في المجتمع يرتكبها أفراد نتيجة تعاطي المخدرات أو للحصول على المال اللازم لتعاطيها.

نظرا لخاصية التطبيع الاجتماعي التي يكتسبها العلاج الجماعي التي ذكرت من قبل، و بما أن الإدمان يعد إنحراف سلوكي إرتأينا تطبيقه في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات.

فقد حاولنا إلقاء الضوء على فاعلية العلاج الجماعي في التكفل بالشباب المدمن على المخدرات وقد إشملت هذه الدراسة على فصول:

الفصل الأول: يحمل عنوان مدخل إلى الدراسة والذي يقدم فيه البحث مع تحديد الاشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة و التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني: يحمل عنوان الإدمان على المخدرات والذي يتناول تعريف الإدمان، بعض المصطلحات المرتبطة بظاهرة الإدمان، الفرق بين المتعاطي والمدمن، تعريف المخدرات، تاريخ الإدمان على المخدرات، تصنيف المخدرات وأنواعها، النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات، أسباب الإدمان على المخدرات، آثار الإدمان على المخدرات، أشكال الإدمان على المخدرات.

الفصل الثالث: يحمل عنوان التكفل النفسي حيث تطرقنا في هذا الفصل على مفهوم التكفل النفسي، التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة، مراحل التكفل النفسي، أهمية التكفل النفسي، أنواع التكفل النفسي، أساليب و فنيات التكفل النفسي، علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي.

الفصل الرابع: والذي يحمل عنوان العلاج الجماعي تطرقنا فيه على مفهوم العلاج النفسي، الشروط الواجب توافرها في العلاج النفسي، نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي، اسباب ظهوره وانتشاره، تعريف العلاج النفسي الجماعي، أهداف العلاج النفسي الجماعي، نظريات العلاج النفسي الجماعي، مجالات استخدام العلاج

النفسي الجماعي، جماعات العلاج النفسي الجماعي وأنواعها، أنواع العلاجات النفسية الجماعية منها (السيكودراما، العلاج بالموسيقى، العلاج بالرسم، العلاج باللعب، العلاج الأسري، الألعاب الجماعية)، مزايا و عيوب العلاج النفسي الجماعي.

هذه الفصول السابق ذكرها تمثل الجانب النظري لهذه الدراسة كما سنتطرق للجانب التطبيقي والذي يضم الفصل الخامس مبحثين بحيث خصص المبحث الأول للإجراءات المنهجية والمبحث الثاني لعرض ومناقشة النتائج بحيث تضمنت الإجراءات المنهجية ثلاث محاور:

المحور الأول : المنهج المتبع وأدواته من الملاحظة والمقابلة ، دراسة حالة، إختبار القياس القبلي والبعدي و برنامج علاجي جماعي

المحور الثاني: الدراسة الاستطلاعية

المحور الثالث: الدراسة الأساسية

وتناولنا المبحث الثاني عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات وعرض وتحليل النتائج في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة.

الإطار النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

- 1- مشكلة الدراسة
- 2- الدراسات السابقة
- 3- تعقيب على الدراسات السابقة
- 4- فرضيات الدراسة.
- 5- أهداف الدراسة
- 6- دواعي اختيار الموضوع
- 7- أهمية الدراسة
- 8- التعريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة

1- إشكالية البحث:

يعد الإدمان على المخدرات من الآفات الاجتماعية الخطيرة التي أصبحت تضرب مجتمعنا في لبنته الأساسية التي هي فئة الشباب بحيث يصبح الاعتماد عليها بشكل مستمر ومتكرر مما يؤدي إلى تأثير سلبي وخطير على حياته الشخصية والاجتماعية مثل مشاكل في العمل والدراسة والصحة مثل أمراض القلب والكبد والسرطان وارتفاع معدلات الوفيات والنفسية مثل اكتئاب والقلق والانفصام كما انه يؤدي إلى ارتكاب الجرائم . يمكن أن يكون الإدمان على المخدرات نتيجة للتعرض المتكرر لتأثيرات المخدرات على الدماغ والجسم، مما يؤدي إلى تطوير تحمل للمخدرات والحاجة المستمرة لتعاطيها للشعور بالراحة أو الهروب من الواقع.

يجب أن نعترف بأن الإدمان على المخدرات يشكل تحدياً كبيراً للأفراد والمجتمعات. ومن المهم فهم أنه ليس مجرد قضية شخصية، بل يؤثر أيضاً على الأسرة والمجتمع بشكل عام. ولذلك، يجب أن نعمل على توعية الناس بمخاطر المخدرات والتشجيع على البحث عن العلاج والدعم لأولئك الذين يعانون من هذه الآفة.

يعتبر علاج الإدمان على المخدرات عملية طويلة ومعقدة تتضمن مشورة نفسية ودعمًا اجتماعياً ودوائياً. ويمكن أن يكون العلاج الناجح للإدمان على المخدرات مفتاحاً للتعافي وإعادة بناء الحياة الطبيعية للشخص المدمن. بالإضافة إلى توفير البرامج الوقائية والتوعوية لمنع الإدمان في المقام الأول العلاجات النفسية تشمل مجموعة من الأساليب والتقنيات التي يستخدمها المتخصصون في الصحة النفسية لمساعدة الأشخاص على التغلب على المشاكل النفسية والعاطفية والسلوكية.

تشمل العلاجات النفسية عدة أنواع من العلاجات، بما في ذلك العلاج النفسي و العلاج الدوائي و العلاج السلوكي و العلاج المعرفي، العلاج العائلي، والعلاج الجماعي الذي سنركز عليه في دراستنا ويتم في مجموعات صغيرة من الأشخاص الذين يشاركون نفس المشكلة أو التحدي النفسي. يتم إدارة العلاج الجماعي عادةً بواسطة معالج نفسي مؤهل ومدرّب على هذا النوع من العلاج. يعتبر العلاج الجماعي أحد الأساليب الفعالة في علاج الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم. كما يمكن أن يكون هذا النوع من العلاج مفيداً في تعزيز التواصل الاجتماعي وتحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأفراد . بشكل عام، ويعرف إجرائياً كأسلوب فعّال لمساعدة الأفراد على التغلب على المشاكل النفسية وتحسين جودة حياتهم النفسية والعاطفية.

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع العلاج الجماعي وتناولته من زوايا مختلفة ، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية. وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الإشارة إلى أبرز ملامحها . مع تقديم تعليقا عليها يتضمن جوانب الاتفاق والاختلاف وبيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية . نشير إلى أن الدراسات التي سوف يتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية بين وشمّلت جملة من الأقطار و البلدان مما يشير إلى تنوعها الزمني والجغرافي.

هذا وقد تم تصنيف هذه الدراسات حسب المتغيرات الرئيسية للدراسة وحسب كونها دراسات عربية أو أجنبية إلى تسعة تصنيفات هي : الدراسات العربية التي تناولت محور العلاج الجماعي و أعراض الإنتكاسة والدراسات الاجنبية التي تناولت محور الاضطرابات المرضية ثم الدراسات العربية التي تناولت محور العلاج الجماعي والإدمان والدراسات الاجنبية التي تناولت محور الاضطرابات الشخصية و الدراسات العربية التي تناولت محورالعلاج النفسي الجماعي والقلق وفيما يلي نقدم عرضاً لهذه الدراسات ، ثم نبين جوانب الاتفاق

والاختلاف بينها ، ثم نوضح الفجوة العلمية من خلال التعرف على اختلاف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة، وأخيراً جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية.

2- استعراض الدراسات السابقة :

1- الدراسات العربية التي تناولت محور العلاج الجماعي و أعراض الإبتكاسة.

- دراسة رتاب وسيلة (2018) بعنوان فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض التكتاسة لدى المدمنين على المخدرات والتي هدفت إلى بناء برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات وتمثلت عينتها في 06 أفراد تراوحت أعمارهم ما بين (25-35) سنة واستخدمت أدوات كالمقابلة التشخيصية ومقياس الإبتكاسة متعدد الأبعاد يحتوي على بعد الإبتكاسة وبعد اللهفة وبعد وجهة الضبط وبعد الذكاء الوجداني وكذلك جلسات البرنامج العلاجي الجماعي وفق المنهج شبه التجريبي وكان من أبرز نتائجها وجود فروق دالة
- إحصائيا بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي وبالتالي فالبرنامج العلاجي الجماعي فعال في التخفيف من أعراض الإبتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.
- الدراسة العربية التي تناولت العلاج الجماعي والإدمان دراسة سليمة سلطاني سنة (2023/2024) بعنوان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب والتي هدفت إلى معرفة دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب وتمثلت عينتها في 20 مدمن تم اختيارهم بطريقة عشوائية غير منظمة وقد استخدمت الأدوات الآتية استبيان العلاج النفسي الجماعي للمدمنين على المخدرات ، أما عن منهج البحث فقد استخدمت المنهج المسحي بالعينة ومن ابرز نتائجها النقاط التالية :

- العلاج النفسي الجماعي خفف من تعاطي المخدرات بالنسبة لفئة الشباب من خلال العلاقة

الجيدة للعلاج

- تعزيز ثقة المدمن بنفسه .

- تحقيق المساندة النفسية والاجتماعية له وتعديل سلوكه .

•-دراسة حسب إحصائيات المكتب الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان (office national

de lutte contre la drogue et la toxicomanie)

سنة 2021:

جدول رقم (01) التكفل بالمدمنين سنة 2021

عدد الاف راد	الحالة العائلية			الجنس		السن				الحالة المهنية			المواد المخدرة			
	متزوجين	عزاب	اخرى	انثا	ذكور	15- سنة	16- 25 سنة	26- 35 سنة	35 سنة	طالب	عامل	بدون عمل	cannabis	Substances	Poly toxicomanie	autre
197	57	123	15	175	21	2	82	76	34	32	64	99	60	45	57	33
01	85	32	84	47	54	9	40	92	70	40	95	66	53	69	34	45
						9										

سنة 2022:

جدول (02) تكفل بالمدمنين سنة 2022

عدد الافراد متزوجين	الحالة العائلية			الجنس		السن			الحالة المهنية			المواد المخدرة				
	متزوجين	عزاب	اخرى	انثاء	ذكور	15- سنة	25-16 سنة	35-26 سنة	35 سنة	طالب	عامل	بدون عمل	cannabis	Substances	Poly toxicomanie	autre
271	65	171	34	219	51	90	90	127	45	44	115	112	88	67	71	43
73	24	69	80	99	74	6	12	50	05	02	31	40	91	92	25	65

الثلاثي الأول لسنة 2023 :

جدول رقم(03) تكفل بالمدمنين خلال الثلاثي الأول 2023

عدد الافراد متزوجين	الحالة العائلية			الجنس		السن			الحالة المهنية			المواد المخدرة				
	متزوجين	عزاب	اخرى	انثاء	ذكور	15- سنة	25-16 سنة	35-26 سنة	35 سنة	طالب	عامل	بدون عمل	cannabis	Substances	Poly	autre
865	17	50	87	69	17	51	26	37	16	11	27	47	17	19	34	15
8	53	26	9	27	31	8	51	90	99	64	67	27	17	27	56	58

- الدراسة العربية التي تناولت محور العلاج النفسي الجماعي والقلق دراسة عبد الله بن احمد الوائلي (2003) بعنوان فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات للإسهام في العلاج وكذلك بيان مفهوم المخدرات والإدمان ومناقشة المنطلقات النظرية لتفسير الإدمان وقد تم استخدام أدوات الدراسة التالية مقياس الذات ومقياس تأكيد الذات ومقياس تأكيد الشعور بالذنب وقد أوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج النفسي الجماعي لدى أطراف الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لدواتهم وتقديمهم وتقديمهم لها وانخفاض شعورهم بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لديهم ما يحقق ما طرحته الدراسة من فروض.
- دراسة عبد المنعم محمد بدر (1985) بعنوان مشكلة التعامل مع المخدرات وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة الوصول إلى جذور مشكلة التعامل مع المخدرات في محاولة البحث عن حل مرض لها
- تكونت العينة من 102 حالة من نزلاء سجن يريدة /القصيم واستخدم أدوات إستمارة المقابلة لجمع البيانات من أبرز نتائجها أن أغلبية أفراد العينة (96.08 %) في فئات من (20-50 سنة) وأن (39.41 %) من أفراد العينة متعلمون وأن (37.25 %) أتم مرحلة الابتدائية و (32.53 %) معلمون بالقراءة والكتابة والمهن فقد جاءت مهنة "سائق" ثم الموظف ثم تاجر، ميكانيكي، جندي، مزارع، طالب، عامل، عاطل، مقاول، مدرس، قصاب.
- دراسة فاروق عبد السلام (1977) أطروحة دكتوراه بعنوان العوامل النفسية والعلاجية المرتبطة بتعاطي الأفيون وتهدف الدراسة إلى تقديم نظرة شاملة لتأثيرات تعاطي الأفيون على الجوانب النفسية للأفراد والعوامل التي قد تساعد في علاج هذه الحالة وقد تكونت عينة الدراسة من (42) حالة واستمرت الدراسة لمدة 6 أشهر وقد استخدم العديد من الإختبارات النفسية وعقد (18) جلسة علاجية

مع المدمنين اعتمدت على المناقشات الجماعية وأما نتائج المجموعة فقد زادت درجة استبصارهم بأنفسهم والتي انعكست في نظرتهم إلى البيئة بصورة أقل عدائية وفي رغبتهم التعامل بنجاح مع من يحيطون بهم، كذلك قد زادت لديهم درجة الطمأنينة الإنفعالية وكذا ظهور ما يسمى بالفظام النفسي عن المخدر.

- خبرة يحي الرخاوي في العلاج الجمعي مع المدمنين (1993) بعنوان الإدمان بين المجتمع الأوسع والمجتمع العلاجي تحدث عن المحاور المختلفة للعلاج التي تقدم للمدمن ومنه العلاج النفسي الجمعي حيث يذكر الملاحظات الآتية من خلال الخبرة :
 - أغلب المدمنين يحرصون على حضور الجلسات الجمعية .
 - يتفاعل المدمن في العلاج الجمعي بسهولة في هنا والآن.
 - يتحاور المدمن أكثر مع المرضى الآخرين غير المدمنين أثناء العلاج الجمعي في حين يتجنب قليلا أو كثيرا المدمنين الآخرين.
 - كثيرا ما يلبس المدمن دور الناجح الأمين وكأنه يكرر الدور الفاشل الذي قامت به السلطة الوالدية خاصة تجامعه في الخارج وهو الدور الذي أدى به ضمنا إلى ما هو عليه.
 - يسهل على المدمن القيام بدراما متوسطة أو لعبة علاجية سريعة.
 - إن ما سبق لا ينطبق على كافة المدمنين نظرا لاختلاف طبيعتهم إلا أن الاندماج في العلاج الجماعي إلى درجة العمق تقود إلى الإمتناع عن التعاطي.

الدراسات الأجنبية :

- الدراسات الأجنبية التي تناولت محور الإضطرابات المرضية

دراسة أندراو آخرون (1999) في نيويورك أجرى Andnew et Skodol et John et Oldha دراسة هدفت إلى تحديد مدى الإضطرابات المرضية لدى متعاطي المخدرات لدى المرضى المحولين للعلاج من إضطرابات الشخصية بلغت العينة 200 مدمن استخدم الباحثون المنهج الوصفي، حيث استخدمت الدراسة مقياس الإضطرابات الشخصية الحدية (DSM-III-R) ومقياس الإضطرابات الطبية (SCID-P)، كشفت النتائج عن وجود إضطرابات في الشخصية الحدية مرتبطة بالعمر من 24-35 سنة) وأكثرها إرتقاعا القلق، إضطراب حدة الأكل حيث تختلف إضطرابات الشخصية في حدتها حسب نوع المخدر.

- الدراسات الأجنبية التي تناولت محور الإضطرابات الشخصية

دراسة آروند (2004) وفي الدنمارك أجرى Arendi & Muuk دراسة هدفت إلى معرفة الإضطرابات النفسية لدى مدمني الحشيش ومدمني مستخدمي المواد الأخرى، تكونت عينة الدراسة من 1439 مدمنا ذكرا، و 9122 مستخدما المواد الأخرى، باستخدام المنهج الوصفي المقارن من بين نتائج الدراسة هي أن مدمني الحشيش أقل سنا مع مستخدمي المواد الأخرى، و 27% من متعاطي الحشيش لا يملكون البرامج العلاجية المقررة داخل المصحات وهم يعانون من درجات عالية من الإكتئاب.

- دراسة Olsson.P.A (1972) بعنوان الدراما النفسية والعلاج الجماعي مع مدمني الهيروين الشباب العائدين من الخدمة في فيتنام هدفت الدراسة إلى استكشاف فعالية استخدام الدراما النفسية والعلاج الجماعي في معالجة مدمني الهيروين الشباب العائدين من الخدمة في فيتنام

وتركزت الدراسة على فهم كيفية تأثير هذه الطرق العلاجية على النواحي النفسية والاجتماعية لهؤلاء الأشخاص وكيفية تحسين نتائج العلاج لديهم. و تكونت العينة من (03) حالات لمدمني الهيروين العائدين من الخدمة العسكرية في فيتنام تتراوح أعمارهم بين 19 و 20 سنة

الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية :

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

- 1- تضمنت هذه الدراسة ربط للمشكلة البحثية بالمتغيرات المعاصرة .
- 2- استخدمت هذه الدراسة مدخل بحثي كفي وذلك لتكوين فكرة دقيقة عن مشكلة الدراسة . كما تضمنت منهج الشبه التجريبي.
- 3- إقتصرت هذه الدراسة على عينة واحدة فقط لضمان تشخيص الواقع بدقة.
- 4- تعددت أدوات هذه الدراسة حيث شملت المقابلة والملاحظة وذلك من أجل جمع البيانات بدقة أكبر .

ومن العرض السابق يتضح أن هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لموضوع فعالية العلاج الجماعي في التكفل النفسي للشباب المدمن على المخدرات وذلك للحد من التعاطي المخدرات وشمول عينتها لفئة من الشباب وتعدد أدواتها بين المقابلة والملاحظة واستخدامها للمنهج الشبه التجريبي.

جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة .

مما لا شك فيه أن الدراسة الحالية استفادت كثيرا مما سبقها من دراسات ، حيث حاولت ان توظف كثيراً من الجهود السابقة للوصول إلى تشخيص دقيق للمشكلة ومعالجتها بشكل شمولي، ومن جوانب الاستفادة العلمية للدراسات السابقة ما يلي :

- 1- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في الوصول إلى صياغة دقيقة للعنوان البحثي الموسوم فعالية العلاج الجماعي في التكفل النفسي للشباب المدمن على المخدرات.
- 2- استفادت الدراسة الحالية من جميع الدراسات السابقة في الوصول للمنهج الملائم لهذه الدراسة.
- 3- وظفت الدراسة الحالية توصيات ومقترحات الدراسات السابقة في دعم مشكلة الدراسة وأهميتها خصوصاً دراسة رتاب سليمة و دراسة عبد الله بن أحمد حسن الوائلي.
- 4- استفادت الدراسة الحالية من دراسة عبد الله بن أحمد حسن الوائلي في إثراء الإطار النظري .
- 5- تم صياغة التصور المقترح من الخبرة الشخصية في مركز الوسيط لعلاج الإدمان بياغموراسن.

3- تعقيب على الدراسات السابقة:

- تناولت الدراسات السابقة أهمية العلاج الجماعي وإستخدامه في ميدان علم النفس وإستخدم للتخفيف من القلق لدى مدمن المخدرات ، وإستخدم للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.
- قلة الدراسات التي تناولت استخدام العلاج الجماعي في التكفل بالشباب المدمن على المخدرات حيث إعتدنا على ستة دراسات عربية وثلاث دراسات أجنبية بحيث تناولت العلاج الجماعي فقط.

مما يؤكد ضرورة إجراء العديد من البحوث والدراسات المحلية في هذا المجال.

إنطلاقاً من تجربتي الخاصة (انا بريش فاطمة) في العمل بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان يغمراسن ونظراً لإحتكاكي الدائم بهذه الفئة لاحظت بأنه كانت هناك إنتكاسات كثيرة للأفراد الذين تمت معالجتهم بعلاجات فردية وبالتالي أصبحنا نواجه مشكل صحة عامة تهدد كل المجتمع ، الشيء الذي أدى بي للتفكير في تغيير نوع العلاج ، لهذا إتجهنا أنا وزميلتي للعلاج الجماعي لدراسة مدى فائدته في التكفل بهذه الشريحة التي تعاني من هذه الآفة لدى وجب علينا إيجاد تدابير وحلول سريعة تضمن العلاج و تجعلنا نتقادی الإنتكاسة .

ومن خلال ماسبق توصلنا الى طرح مشكل الدراسة الآتي:

هل العلاج الجماعي له فعالية في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات؟

4- الفرضية:

وللإجابة على التساؤل المطروح وضعنا الفرضية التالية:

للعلاج الجماعي فعالية في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات .

5- هدف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة الى :

- 1- الكشف عن فعالية العلاج الجماعي في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات .
- 2- تهدف إلى العمل على تحسين الصحة النفسية من خلال خفض مستوى الإكتئاب والقلق لدى العينة.
- 3- تهدف إلى تطوير المهارات الإجتماعية والتواصل من خلال تقييم مدى تطور مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي لدى المشاركين في العلاج الجماعي.

4- تهدف إلى تحسين التكيف والاندماج الإجتماعي من خلال العمل على تحسين قدرة العينة على

التكيف مع الضغوط الإجتماعية بعد العلاج الجماعي.

5- تعزيز الإستبصار الشخصي والفهم الذاتي من خلال جلسات العلاج الجماعي.

6- العمل على زيادة الشعور بالإنتماء من خلال الدعم الجماعي من أجل زيادة الدافعية للإقلاع عن

الإدمان.

6- دواعي اختيار الموضوع :

إن اختيارنا لهذا الموضوع ناتج عن ملاحظة طالبة بريش فاطمة أثناء عملها في هذا الميدان أن الانتكاسات في العلاج الفردي كانت في تزايد فارتأينا التوجه للعلاج الجماعي خاصة وأن هذه الفئة في تزايد بشكل رهيب.

ولأن العلاج الجماعي يضمن التكفل بعدة جوانب مضطربة في شخصية هذه الفئة حيث انه يقدم الدعم الاجتماعي. التعلم من الآخرين. تحسين مهارات التواصل . بناء الثقة بالنفس . كما يعلمهم الانضباط و المسؤولية و كدى التعامل مع الوصمة الاجتماعية . تعزيز الوعي الذاتي . الوقاية من الانتكاسة لانه و بواسطة المناقشات يقدم حلول لمواجهةها. كما يضمن التعزيز الايجابي و التقليل الشعور بالوحدة و هذه كلها يضمن العلاج الجماعي التكفل بها .

7- أهمية الدراسة :

تعتبر آفة المخدرات من الآفات الخطيرة التي تضرب شريحة مهمة من مجتمعنا والتي تعتبر اللبنة الأساسية فيه ومن يعول عليها في بنائه والنهوض بهذه الأمة وذلك لما ينتج عنها من جرائم تهدد أمن المجتمعات واستقرارها ، لذلك وجب علينا التصدي لها وافتكاك فلذات أكبادنا من بين مخالبيها ، ونظرا لان العلاج الفردي لم يعطي نتائج كبيرة في العلاج إرتأينا القيام بهذه الدراسة للتأكد من فاعلية العلاج الجماعي في

التكفل بهذه الفئة وذلك من اجل اعتماده كعلاج نفسي يساعد المدمن على التوقف نهائيا عن تعاطي المخدرات على مستوى المركز الوسيط لعلاج الإدمان يغمراسن لمساعدة شبابنا على التحرر من هذه الآفة هذا العمل سيأتي كإضافة جديدة تثري الدراسات السابقة لأنه لم يتم تناول فاعلية هذا العلاج في الكف عن التعاطي وكذلك كإضافة جديدة في المركز

8- التعاريف النظرية و الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

■ الإدمان على المخدرات:

- تعريف الاصطلاحي: هو حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجها خصائص تتسم بانماط سلوكية مختلفة وتشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة او دورية للشعور بآثارالنفسية والعضوية المرغوبة (العيسوي ، 2005 ، ص 113).

هو تعاطي المتكرر لمادة نفسية او المواد نفسية لدرجة ان المتعاطي (مدمن) يكشف انشغال شديد للتعاطي كما يكشف عن عجز ورفض للانقطاع أو تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه اعراض الانسحاب اذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي (عبد المنعم، 1990، ص34).

- تعريف الاجرائي: هو كل تعاطي لمادة مخدرة بصفة مستمرة تخلق لدى صاحبها اعتماد نفسي وجسدي. هو حالة نفسية وسلوكية مزمنة تتسم بالحاجة الملحة والمتكررة لإستهلاك مواد مخدرة،رغم العواقب السلبية على الصحة النفسية والجسدية والإجتماعية للفرد.

■ الشباب المدمن على المخدرات:

- تعريف الاصطلاحي: هو الفرد الذي تعود على تعاطي مادة مخدرة بأي صورة من صور التعاطي حيث تنتج عن الإفراط التعاطي تبعية جسمية أو نفسية أو كل منهما(منصور، 1406هـ، ص28).

هو الذي يتناول المخدر أو العقار ويصبح لديه تبعية بحيث لا يستطيع التخلي عن المخدر بالإضافة الى الرغبة بزيادة الجرعة (براميلي ، 2009 ، ص 76).

- تعريف الاجرائي: يمكن تعريف الشباب المدمن على المخدرات في ضوء هذه الدراسة على أنهم أحد المتعالجين بالمركز الوسيط للإدمان على المخدرات أثناء فترة تطبيق الدراسة وأنه من مستخدمي نوعين فأكثر من أنواع المخدرات بحيث تظهر عليه أنماط محددة من السلوكيات والمظاهر التي تشير إلى وجود إعتقاد نفسي وجسدي نتيجة لهذا الإدمان.

■ التكفل النفسي:

- تعريف الاصطلاحي: يمكن أن يعتبر للتكفل وظيفة ذات طابع تعديلي ، إذ يسعى إلى تعديل السلوك وفقاً للمعايير، كما أنه عملية لفهم إمكانيات وإستعدادات الفرد، وإستخدامها في حل مشكلاته، ووضع خطط لحياته المستقبلية من خلال فهمه للواقع والحاضر ومساعدته في تحقيق ذاته وكذا قدر كبير من السعادة والكفاية وصولاً بذلك إلى تحقيق درجة من التوافق الشخصي والإجتماعي (كامل، 1999، ص85).

- تعريف الاجرائي: هو القدرة على الفهم والتعامل مع التحديات الحياتية سواء مشاكل نفسية، إجتماعية، عائلية أو تلك المتعلقة بالعمل من خلال مرافقة صاحبها وتقديم الدعم النفسي له من أجل إيجاد حل لها وذلك بواسطة ما يعرف بالعلاج النفسي.

كما يمكن تعريفه على أنه مجموعة من التدخلات العلاجية والنفسية المتكاملة التي تهدف إلى تحسين الصحة النفسية للفرد، يتم تقديمها بشكل منتظم وممنهج.

■ العلاجات:

- تعريف الاصطلاحي: نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الإضطرابات أو الأمراض النفسية منشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض ونمو

الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية (اجلال محمد سرى ، 1999، ص 90).

- تعريف الاجرائي: هي كل تقنية تستعمل في ميدان علم النفس للتكفل نفسيا بمشاكل الأفراد سواء كانت مشاكل نفسية بحثة أو عائلية أو إجتماعية أو مهنية، وذلك بهدف تحسين الصحة النفسية والعاطفية للأفراد من خلال جلسات منظمة وممنهجة تعتمد على نظريات وتقنيات علم النفس.

▪ العلاج الجماعي:

- تعريف الاصطلاحي: هو عبارة عن علاج مجموعة من المرضى في جلسة علاجية واحدة (كمال، 1994، ص 443).

- تعريف الاجرائي: هو عبارة عن علاج مجموعة من المرضى لهم نفس المشكلة.

هو نوع من العلاج النفسي لمجموعة من المرض لهم نفس المشكلة، يتضمن جلسات منتظمة وممنهجة يشارك فيها مجموعة من الأفراد (عادة من 05-12 فرد) تحت إشراف معالج نفسي مؤهل بهدف تحقيق تحسينات في الصحة النفسية والعاطفية من خلال التفاعل الجماعي والدعم المتباد

الفصل الثاني

الإدمان

تمهيد

- 1- تعريف الإدمان
 - 2- بعض المصطلحات المرتبطة بظاهرة الإدمان
 - 3- الفرق بين المتعاطي والمدمن
 - 4- تعريف المخدرات.
 - 5- تاريخ الإدمان على المخدرات
 - 6- تصنيف المخدرات وأنواعها
 - 7- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.
 - 8- أسباب الإدمان على المخدرات.
 - 9- آثار الإدمان على المخدرات.
 - 10- أشكال الإدمان على المخدرات
- خلاصة

تمهيد:

الإدمان على المخدرات يُعتبر تحديًا كبيرًا في مجال علم النفس العيادي، حيث يمثل مشكلة صحية واجتماعية خطيرة تستدعي التدخل الفوري والفعال. يتنوع تأثير الإدمان على المخدرات بين الأفراد ويتأثر بعوامل متعددة، مما يجعل فهمه وعلاجه تحدٍ معقد.

تسعى دراسات علم النفس العيادي إلى فهم العوامل التي تسهم في تطور الإدمان على المخدرات، سواء كانت وراثية أو بيئية أو نفسية. تلك الدراسات توفر إطارًا نظريًا لتحليل سلوك المدمنين وتوجيه العلاج نحو أفضل النتائج.

تتضمن أساليب علم النفس العيادي لمعالجة الإدمان على المخدرات استخدام تقنيات التدخل السلوكي والعلاج النفسي السلوكي المعرفي، بالإضافة إلى الدعم النفسي والعائلي. هذه الأساليب تستهدف تغيير السلوكيات الضارة وتعزيز التأقلم الإيجابي مع الحياة بدون الاعتماد على المخدرات.

على الرغم من التحديات التي تواجه مجال علم النفس العيادي في علاج الإدمان على المخدرات، إلا أن الجهود المبذولة تهدف إلى تقديم الرعاية الشاملة والدعم اللازم للأفراد المدمنين وأسرتهم. يعتمد النجاح في علاج الإدمان على المخدرات على التعاون المستمر بين الفريق العلاجي والمدمن نفسه وأفراد أسرته (الحربي، 2018، ص.ص 30-32).

1. تعريف الإدمان

أ- لغة: الإدمان مصدر للفعل أدمن والمقصود به الإعتياد والتعود على شيء بغض النظر عن نفع أو ضرر هذا الشيء ويقال أيضا أدمن الأمر أي واضب عليه واستمر فيه، وأدمن الشراب أو غيره أي أدامه ولم يقلع عليه.

ب- اصطلاحاً:

الإدمان في علم النفس العيادي يُعرف على أنه حالة مرضية تتميز بالاعتماد المفرط والمتكرر على مادة مخدرة معينة، مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على الاستخدام وتعرض الفرد لآثار سلبية جسدية ونفسية واجتماعية. يعتبر الإدمان نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل الوراثية والبيئية والنفسية.

فالإدمان هو حالة من التسمم الدوري أو المزمن ضار بالفرد والمجتمع وينشأ بسبب الإستعمال المتكرر للعقار ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة لايمكن قهرها أو مقاومتها للإستمرار على تناول العقار

والسعي الجاد في الحصول عليه بأية وسيلة ويتصف بالميل نحو مضاعفة كمية الجرعة (الحراشنة،الجزازي،2012، ص15).

تشمل عناصر تعريف الإدمان في علم النفس العيادي:

- أ. الحاجة الملحة للمادة: يظهر عند المدمن رغبة قوية وملحة في تناول المادة المخدرة، مما يدفعه إلى السعي المستمر للحصول عليها.
- ب. تحمل الجسم للمادة: مع مرور الوقت، يحتاج المدمن إلى كميات أكبر من المادة لتحقيق نفس الآثار التي كان يشعر بها في البداية، نتيجة لتطور تحمل جسمه للمادة.
- ج. التعلق النفسي بالمادة: يتطلب الإدمان أيضاً التعلق العاطفي والنفسي بالمادة، حيث يصبح للمادة دور مهم في تحقيق الراحة النفسية وتخفيف الضغوط العاطفية.
- د. فقدان السيطرة: يفقد المدمن القدرة على التحكم في استخدام المادة، مما يؤدي إلى استمرار الاستخدام على الرغم من وجود عواقب سلبية واضحة.
- هـ. الآثار السلبية الجسدية والنفسية: يصاحب الإدمان ظهور آثار سلبية على الصحة الجسدية والنفسية للمدمن، مما يتسبب في تدهور جودة حياته وعلاقاته الاجتماعية (العلواني،2020، ص.ص 20-25).

2. بعض المصطلحات المرتبطة بظاهرة الإدمان

• التحمل: (Tolerance)

يشير إلى حالة يصبح فيها الفرد بحاجة لجرعات أكبر من المادة المدمن عليها لتحقيق نفس التأثير الذي كان يحصل عليه بجرعات أقل في السابق (محمود، 2019، ص 67)

• الانسحاب: (Withdrawal)

يشير إلى الأعراض البدنية والنفسية التي يعاني منها المدمن عندما يتوقف عن تناول المادة المدمن عليه (الحميضي، 2020، ص 89)

• الاعتماد النفسي: (Psychological Dependence)

يشير إلى الاعتماد النفسي الشديد على المادة المدمن عليها لتحقيق الراحة النفسية والتعامل مع الضغوط اليومية (العتيبي، 2018، ص.55)

• التقدير الذاتي: (Self-Esteem)

يشير إلى القدرة على تقدير الذات والشعور بالرضا والثقة بالنفس، وقد يتأثر بشكل كبير بتجارب الإدمان.
(الفريدي، 2017، ص.102).

• **الاعتماد الجسدي: (Physical Dependence)**

يشير إلى التكيف الجسدي الذي يحدث في جسم المدمن عند استخدام المادة المدمن عليها بانتظام، مما يؤدي إلى اعتماد الجسم على هذه المادة لوظائفه الحيوية (العتيق، 2019، ص.78).

• **لهفة Craving :**

رغبة قوية في الحصول على اثار مخدر او مشروب كحولي، ولهفة بعض الخصائص الوسواسية مثل على تفكير المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة (تيايبيية، 2016، ص.37).

• **السلوك البحثي عن المكافأة: (Reward-Seeking Behavior)**

يشير إلى السلوك الذي يظهر عند المدمن في السعي المستمر للحصول على المكافأة النفسية أو الجسدية المرتبطة بتناول المادة المدمن عليها (السديري، 2021، ص.44).

• **الانسحاب النفسي: (Psychological Withdrawal)**

يشير إلى الأعراض النفسية التي يعاني منها المدمن عند توقفه عن استخدام المادة المدمن عليها، مثل القلق والاكتئاب والعصبية (الشهري، 2020، ص.112).

• **التدخل العلاجي: (Therapeutic Intervention)**

يشير إلى الإجراءات والتدخلات التي يتم تنفيذها من قبل الأخصائيين في علم النفس العيادي لمساعدة المدمنين على التخلص من الإدمان وتحسين جودة حياتهم (العويس، 2018، ص.95).

• **التعويض: (Compensation)**

يشير إلى استخدام المدمن للمواد المخدرة كوسيلة لتعويض النقص الذي يشعر به في الراحة النفسية أو التأقلم مع الضغوط اليومية (الجابري، 2021، ص.52).

• **التقدير الذاتي: (Self-Esteem)**

يشير إلى مدى الاحترام والتقدير الذي يمنحه الفرد لنفسه، ويمكن أن يتأثر بشكل كبير بتجربة الإدمان والتعرض للعواقب السلبية له (الدوسري، 2020، ص.79).

• التحدي: (Craving)

يشير إلى الرغبة الشديدة والقوية في تناول المادة المخدرة، ويعد من الأعراض الرئيسية للإدمان وقد يصاحبه اضطرابات نفسية وجسدية (السلمان، 2019، ص.63).

• التعاطف الاجتماعي: (Social Empathy)

يشير إلى القدرة على فهم ومشاركة مشاعر الآخرين وتحمل معاناتهم، ويعتبر عاملاً هاماً في فهم ومساعدة المدمنين على التغلب على الإدمان (العززي، 2021، ص.88).

3. الفرق بين المتعاطي والمدمن:

(1) المتعاطي: (User)

المتعاطي هو الشخص الذي يقوم بتناول المخدرات بشكل منتظم أو عرضي دون أن يصبح مدمناً عليها، وقد يكون لديه القدرة على التوقف عن تناولها بسهولة (السلمان، 2019، ص.31).

(2) المدمن: (Addict)

المدمن هو الشخص الذي أصبح معتمداً على المخدرات بشكل مزمن، حيث يفقد السيطرة على استخدامها ويعاني من آثار سلبية جسدية ونفسية، وقد يكون لديه صعوبة في التوقف عن تناولها (الجابري، 2021، ص.78).

• الفارق الرئيسي بين المتعاطي والمدمن يكمن في السيطرة على الاستخدام والتبعات السلبية للإدمان. في حين يمكن للمتعاظي التحكم في استخدامه والتوقف عند الحاجة، يفقد المدمن السيطرة ويصبح معتمداً على المخدرات بشكل مزمن، مما يؤدي إلى تدهور حالته الصحية والنفسية.

مراحل الاعتياد والادمان على المخدر:

فتعاطي أي عقار يمر بأربعة مراحل أساسية يصفها روبرت ديپونت R.Dupont كمايلي:

- المرحلة الأولى : التعاطي للمرة الأولى (التجريب)، وتعتبر هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب للعقاقير، حيث يعتقد كثير من الشباب أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون، ولكن في الحقيقة ليست التجربة الأولى غير مأمونة فقط، ولكنها الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير.
- المرحلة الثانية : التعاطي العرضي أو الإجتماعي، فغالبيتهم مجربي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيها، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي)

ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند توافر الحصول عليه بسهولة، ووفقاً لتقبل المجتمع لتعاطي هذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفويًا أكثر من قصدياً أو مدبراً (فايد، 2005، ص.51).

- **المرحلة الثالثة : التعاطي المنتظم**، وفي هذه المرحلة يبحث متعاطو العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع.
- **المرحلة الرابعة : مرحلة الاعتماد أو الإدمان**، وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزء رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أى محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية وبذلك نجد أن التعاطي الأول للعقاقير هو الخطوة الأولى نحو الإدمان، وهذا ما يؤكد إيجر «Egger بأن حالة الإدمان ليست حالة الكل أو اللاشئ، ولكنها الدرجة القصوى على متصل يبدأ بالتعاطي (فايد، 2005، ص.52).

4- سمات شخصية المدمن:

سمات شخصية الفرد المدمن الشخصية قبل المرض يعتبرها علماء النفس الإكلينيكيون أنها من العوامل التي تهيئ الفرد للإدمان، وتشير الدراسات السيكولوجية إلى أن عملية الإدمان لا تحدث فجأة، بل إن هناك عوامل شخصية تساهم في ذلك، أو تولد الاستعداد لدى الفرد للإدمان (الحراشة و الجزازي ، 2012 ، ص.47).

-خصائص شخصية متعاطي المواد المتعددة :

- ✓ زيادة في كم القلق.
- ✓ نقص في تقدير الذات .
- ✓ البناء النفسي يقترب من البناء النفسي للفصامين.
- ✓ خلفية أسرية تتسم بالتناقض.
- ✓ التوحد بالأم.
- ✓ مشاعر متناقضة تجاه الأب.
- ✓ انحرافات جنسية.
- ✓ عجز عن تحمل الاحباط.

- ✓ مركز الضبط لديه خارجي.
- ✓ الاحساس بعدم الانتماء .
- ✓ العجز عن اتخاذ القرارات.
- ✓ عدوان شديد موجه ضد الذات.
- ✓ الافتقار إلى إقامة حوار مع الآخر (غانم ، 2011، ص ص.127-128).
- ✓ نكاه محدود و خبرات محدودة و عدم القدرة على الصبر أو إحتمال أي ضغوط.
- ✓ الميل لردود فعل عصبية، أي تهيو عسبي للإثارة.
- ✓ الاحساس بالعزلة و الإضطهاد.
- ✓ تفكك أسري و إجتماعي.
- ✓ وجود ميول إستعراضية .
- ✓ وجود ميول سادو مازوشية التلذذ بإيلام الذات و إيلام الآخرين.
- ✓ تقلب سريع بالمزاج.
- ✓ مشاعر عدائية للآخرين.
- ✓ عدم القدرة على الاستفادة من الخبرة .
- ✓ عدم نضج عاطفي.
- ✓ الإتكالية و عدم القدرة على الإستقلال.
- ✓ وجود مخاوف، قلق ،و عدم ثقة بالنفس، مما يدفعه ذلك للهروب من الواقع.
- ✓ زيادة الأخطاء و نقص الإنتاجية.
- ✓ إعتناء مفرط في المظهر الخارجي أحيانا ثم إهمال تدريجي لهذا المظهر .
- ✓ يعاني من توهم المرض.
- ✓ الإحساس بالذنب .
- ✓ طفلي في تصرفاته.
- ✓ سهل الإنقياد و التأثير وتقبل الإيحاء.
- ✓ مقاومة وسائل التوجيه و الإرشاد و العلاج .
- ✓ بعيد عن التعاليم الدينية.... الخ (الحراشنة والجزاي، 2012، ص ص.48-49).

- الحاجات النفسية لمتعاطي المواد المتعددة :

- ✓ الحاجة إلى الانتماء.
- ✓ الحاجة إلى تقدير الذات.
- ✓ الحاجة إلى الإحساس بالدفء الأسري .
- ✓ الحاجة إلى الشعور بالأمن (غانم، 2011، ص ص.127-128).

وبعض هذه السمات توجد لدى الفرد العادي، كما توجد لدى الفرد المدمن. والفرق في الدرجة، أو في شدة السمة، وقد حاول بعض علماء النفس الكشف عن هذه السمات وتحديد علاقتها بالإدمان، وقد أكد الكثيرون من الباحثين على أهمية الانحلال الخلقي والسلوكي والعقلي قبل الإدمان، وكذلك على الوضع الاجتماعي والأسري والتربوي والديني والاقتصادي قبل الإدمان. كما أن عملية الإدمان تنشأ من تفاعل عدة ظروف تدفع الفرد نحو الإدمان من بينها: تجارب الطفولة، وأساليب التنشئة الأسرية والدينية، والحماية الزائدة. والدلال الزائد، والتواكل، والإحساس بعدم الأمن والطمأنينة، وعدم القدرة على مواجهة مشكلات الحياة (الحراشنة و الجزازي، 2012، ص.49).

1. تعريف المخدرات:

أ- لغة: المخدرات لغة جاءت من لفظ خدر ومصدره التخدير، ويعني ستر، ويقال تخدر الرجل أو المرأة أي أستر أو أسترت، والمخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عنه فعله ونشاطه المعتاد.

ب- إصطلاحاً:

المخدرات هي مواد تؤثر على وظائف الجسم والعقل عند تعاطيها، وتسبب تغييرات في الوعي والمشاعر والسلوك. تتنوع المخدرات في أشكالها وأنواعها، ويمكن أن تكون مشتقة من مواد طبيعية أو تصنع بشكل صناعي.

التعريف النفسي: ويعرف حسين فايد (2001) المخدر بأنه "أي مادة طبيعية أو كيميائية مهبطة أو منشطة أو مهلوسة، وعند تعاطيها ودخولها لجسم الانسان تؤثر على الوظائف المزاجية، المعرفية، الجسمية والعصبية، وتتعرض أضرار سوء استخدامها على الفرد والمجتمع" (فاضلي، 2017، ص.2).

يتأثر الجسم بالمخدرات من خلال تفاعلها مع الأنسجة والأعضاء، مما يؤدي إلى تحفيز أنظمة الدماغ المختلفة وتغييرات في إفراز المواد الكيميائية العصبية. يمكن أن تسبب المخدرات تأثيرات مؤقتة مثل النشوة والهدوء، ولكن باستمرار الاستخدام، قد تؤدي إلى التحمل والاعتماد والإدمان.

يمكن تصنيف المخدرات إلى عدة فئات، بما في ذلك المخدرات المنشطة مثل الكوكايين والمنشطات، والمخدرات المهلوسة مثل القنب الهندي والمخدرات القوية مثل الهيروين والمورفين. تختلف تأثيرات المخدرات باختلاف نوعها وكميتها وطريقة تناولها، وتعتبر فهم هذه التأثيرات أمرًا هامًا في مجال علم النفس العيادي لتقديم العلاج والدعم للأفراد المتأثرين (الجابري، 2021، ص.ص 23-24)

2. تاريخ الإدمان على المخدرات

تاريخ الإدمان على المخدرات يمتد إلى فترات قديمة من التاريخ البشري، حيث كانت المخدرات تستخدم بأغراض متنوعة تشمل الطبية، الدينية، والترفيهية. في العديد من الثقافات، كانت النباتات المخدرة مستخدمة في الطقوس الدينية والشعائر الروحية، بينما كانت بعض المواد المخدرة مستخدمة لأغراض طبية، مثل تخدير المرضى خلال الجراحات.

تطور استخدام المخدرات على مر العصور، وظهرت مخدرات جديدة وتغيرت طرق استهلاكها وانتشرت في المجتمعات بطرق مختلفة. في بعض الحالات، كانت تستخدم المخدرات بصورة مخدرة، فيما كانت في حالات أخرى تُستخدم لأغراض ترفيهية أو لتعزيز الأداء البدني.

في العصور الحديثة، شهد العالم زيادة ملحوظة في استخدام المخدرات بشكل غير قانوني، وانتشار الإدمان على نطاق واسع. أدى هذا التزايد في استخدام المخدرات إلى تفاقم مشكلات الإدمان وتحدياتها الصحية والاجتماعية.

تطورت الدراسات والأبحاث في مجال علم النفس العيادي لفهم ظاهرة الإدمان على المخدرات بشكل أعمق، وتطوير البرامج الوقائية والعلاجية المناسبة لمساعدة المدمنين على التعافي والتغلب على الإدمان (الجابري،

2021، ص.ص 42-43)

3. تصنيف المخدرات وأنواعها

7-1-1- التصنيف الأول : حسب طبيعة المخدر او حسب انتاجها:

7-1-1-1- المخدرات الطبيعية : وهي المخدرات ذات الأصل النباتي، وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة، سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة أو نباتات تمت زراعتها منها : الحشيش ، الأفيون و الكوكا و القات (مشاقية، 2007، ص.46).

7-1-2- المخدرات المصنعة: و هي مجموعة من المخدرات استخلصت من النباتات الطبيعية و عولجت كيميائيا و أهمها

- المورفين يستخرج من الأفيون و تأثيره أقوى منه بعشرة أضعاف .
- الهيروين : يستخرج من المورفين الذي هو من مشتقات الأفيون و تأثيره أقوى منه بثلاثين ضعفا تقريبا.
- الكوكايين ويستخرج من أوراق أشجار الكوكا ومفعوله أقوى من مفعول الأوراق بخمسين مرة.

7-1-3- المخدرات الكيميائية: هي المخدرات الناتجة عن تفاعلات كيميائية، و التي تمتد جميع مراحل صنعها على المواد الكيميائية و لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية ،و إن كانت تحدث آثار مشابهة لها خاصة في حالة الإدمان، وتكون على شكل كبسولات و مساحيق و حقن منها: المنومات، المهدئات، المهلوسات و الأمفيتامينات و الباربيتورات .

7-2- التصنيف الثاني : حسب اللون:

7-2-1- المخدرات السوداء : و هي المواد المخدرة التي تتميز بلونها الداكن، أو الذي يميل إلى السواد مثل : الحشيش و الأفيون.

7-2-2- المخدرات البيضاء : و هي المواد المخدرة التي تتميز بلونها الأبيض مثل : المساحيق، و بعض السوائل التي يتم تعاطيها حقنا أو شربا أو شما مثل : الهيروين، الكوديين، الأقراص المنومة أو المهدئة أو المنبهة(عبد المعطي، 2002، ص 14).

7-3- التصنيف الثالث حسب تأثير المادة المخدرة:

7-3-1- المنبّهات: تنقسم إلى:

- منبّهات طبيعية : من أهمها : الأفيون من أهم مشتقاته : المورفين، الكوديين .

• **مثبطات نصف مصنعة** : من أهمها : الهيروين و الهيدرومورفين اللذان يشتقان من المورفين، والأترופן الذي يشتق من الثيابين.

• **مثبطات مصنعة**: من أهمها بديلات المورفين من أهمها: الميثادون النالكسون ، الديميرول المنومات مثل : البيكونال ، البتوتال و الأميثال المهدئات مثل : الفاليوم، التيفان و الرومينول.

7-3-2- المنشطات : تنقسم إلى:

• **منشطات طبيعية** : و أشهرها الكوكايين و القات.

• **منشطات مصنعة** : أشهرها الأمفيتامينات

7-3-3- المهلوسات : تنقسم إلى :

• -مهلوسات طبيعية : و من أشهرها المساكلين.

• مهلوسات نصف مصنعة: و من أشهرها الأسيدي.

• مهلوسات مصنعة: وأهمها الأمفيتامينات

7-3-4- الحشيش : و من أهم صورته: المارجوانو المانجو (زين الدين، 2001، ص ص.40-41).

7-4-4- التصنيف الرابع : حسب الحجم .

7-4-1- **المخدرات الكبرى** : مثل الخشخاش و مشتقاته الحشيش ومشتقاته الكوكايين و مشتقاته، و هذه المخدرات لها خطورة كبيرة عند استخدامها و الإدمان عليها.

7-4-2- **المخدرات الصغرى**: هي أقل خطورة و تمثل جانبا من العقاقير المستخدمة كعلاج طبي ، و يسبب التعود عليها الإدمان، و من ذلك الكحول والتبغ والكوكايين و القات والمهدئات و المواد المهلوسة (الأصفر، 2004، ص.35).

7-5- التصنيف حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية :

يصف دليل تشخيص الاضطرابات النفسية المخدرات إلى 11 صنفا و هي :

• الكافيين.

• الحشيش.

• الكوكايين.

• المهلوسات

• المواد الطيارة.

• النيكوتين.

- الأفيونات.
- القسيسلايدين.
- المسكنات.
- المنومات.
- مسببات القلق (مشاقبة ،2007،ص.46).

• النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

• نظرية الأسباب البيولوجية: (Biological Causes Theory)

تعتمد هذه النظرية على الاعتقاد بأن هناك عوامل بيولوجية تؤثر في تطوير الإدمان، مثل التركيب الوراثي والتغيرات الكيميائية في الدماغ (الجابري، 2021، ص.94).

• نظرية العوامل النفسية: (Psychological Factors Theory)

تركز هذه النظرية على العوامل النفسية مثل الضغوط النفسية، والتجارب النفسية، والعوامل النفسية الاجتماعية التي قد تسهم في الإدمان (العزري ،2020، ص.108).

• نظرية العوامل الاجتماعية: (Social Factors Theory)

تشير إلى أن البيئة الاجتماعية والثقافية للفرد تلعب دوراً هاماً في تشكيل سلوك الإدمان، بما في ذلك التوافر والتعرض للمخدرات والضغوط الاجتماعية (السلمان ،2019، ص.82).

• نظرية العوامل البيئية: (Environmental Factors Theory)

تشير إلى أن العوامل البيئية الخارجية مثل الإعلانات والتوافر السهل للمخدرات تؤثر في نمط استخدام المخدرات وانتشار الإدمان (المطيري ،2019، ص.105).

• أسباب الإدمان على المخدرات

▪ العوامل البيولوجية:

تشير الدراسات إلى أن هناك عوامل وراثية قد تلعب دورًا في تحديد عرضة الفرد للإدمان على المخدرات. تتضمن هذه العوامل التحورات الجينية التي تؤثر على نظام المكافأة في الدماغ، والتي تزيد من استجابة الفرد للمخدرات.

بالإضافة إلى ذلك، تحدث تغيرات كيميائية في الدماغ نتيجة لتعاطي المخدرات، مما يؤدي إلى تحولات في الأشكال العصبية والدوبامينية، والتي تعزز من الرغبة المستمرة في تناول المخدرات (الجابري، 2021، ص.94).

▪ العوامل النفسية:

تعتبر العوامل النفسية مهمة في فهم الإدمان على المخدرات، حيث يمكن أن تكون الضغوط النفسية والعاطفية مثل القلق والاكتئاب والعواطف السلبية دافعًا للفرد لتعاطي المخدرات كوسيلة للتهديئة أو التخفيف من الضغوط النفسية.

الشعور بالوحدة أو عدم الانتماء إلى المجتمع قد يدفع الأفراد إلى استخدام المخدرات كوسيلة للهروب من الواقع والتخفيف من الشعور بالإحباط (العنزي، 2020، ص.108).

▪ العوامل الاجتماعية:

تشير الدراسات إلى أن العوامل الاجتماعية مثل الضغوط الاجتماعية والتوافر السهل للمخدرات يمكن أن تلعب دورًا مهمًا في تطور الإدمان.

يمكن أن تكون العلاقات الاجتماعية السلبية والتوترات العائلية والاجتماعية عاملاً دافعًا للاستخدام المفرط للمخدرات كوسيلة للتهرب من المشاكل والتوترات (السلمان، 2019، ص.82).

▪ العوامل البيئية:

تتأثر احتمالية الإدمان على المخدرات بالظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد، مثل الفقر، والبطالة، والتعرض المتكرر للعنف أو التمييز

يمكن أن تزيد الظروف البيئية الصعبة من فرص الفرد لتجربة المخدرات كوسيلة للهروب من الواقع أو تخفيف الآلام النفسية (المطيري، 2019، ص.105).

• أثار الإدمان على المخدرات

✓ الآثار الصحية:

تشمل تأثيرات الإدمان الصحية الخطيرة مثل تلف الأعضاء الحيوية مثل الكبد والقلب والدماغ. يمكن أن تسبب المخدرات تغيرات في الهيكل ووظيفة الدماغ، مما يزيد من مخاطر الإصابة بالاضطرابات العقلية مثل الاكتئاب والقلق (الجابري، 2021، ص.122).

✓ الآثار النفسية:

يؤدي الإدمان على المخدرات إلى تدهور الصحة النفسية، بما في ذلك زيادة القلق والاكتئاب، وفقدان الشعور بالرضا والسعادة بدون المخدرات.

يمكن أن يتسبب الإدمان في تغييرات في السلوك والشخصية، مثل زيادة العدوانية وفقدان الاهتمام بالمسؤوليات اليومية (العنزي، 2020، ص.215).

كما يؤدي الإدمان عليها إلى انخفاض مفهوم الذات وعدم الثقة بالنفس ولاسيما في مايتعلق بالقدرة العقلية والجسدية الأمر الذي يفسر عجز المتعاطي عن عدم إمكانية اتخاذ القرارات، وعدم قدرته على تكوين هوية واضحة المعالم والشعور بالدونية (عطيات، 2000، ص.34).

وكذا نقص القدرة على اكتساب المعرفة وتدهور النشاطات العقلية المرتبطة بالذاكرة والاستعاب والشعور بصعوبة في البدء في اي عمل يوكل للمتعاطي (مرجع السابق، ص.39).

✓ الآثار الاجتماعية:

يمكن أن يؤدي الإدمان إلى انعزال الفرد عن الأصدقاء والعائلة، وقد يزيد من احتمالية حدوث الصراعات العائلية والانفصال.

يمكن أن يتسبب الإدمان في تدهور العلاقات الاجتماعية والمهنية، مما يؤثر على فرص العمل والاندماج في المجتمع (السلمان، 2019، ص.177).

✓ الآثار الاقتصادية:

يمكن أن يؤدي الإدمان على المخدرات إلى تدهور الوضع المالي للفرد بسبب التكاليف العالية للمخدرات والتأثيرات السلبية على القدرة على العمل.

يمكن أن يزيد الإدمان من فرص الفرد للتعرض للبطالة والفقر نتيجة للتركيز على تلبية الاحتياجات المخدرات بدلاً من الالتزام بالعمل (المطيري، 2019، ص.210).

• أشكال الإدمان على المخدرات

- الإدمان الجسدي:

يتطلب هذا النوع من الإدمان تناول المخدرات بانتظام لتجنب الأعراض الانسحابية المؤلمة يمكن أن يؤدي توقف التعاطي إلى ظهور أعراض الانسحاب مثل الغثيان والقيء والارتعاشات والصداع (الجابري، 2021، ص.145).

- الإدمان النفسي:

يتميز هذا النوع من الإدمان بالرغبة الملحة والقوية في تناول المخدرات، دون أن يكون هناك حاجة فعلية للجسم للمخدرات.

يصاحب الإدمان النفسي شعور بالاحتياج الملح بالمخدرات والعجز عن التوقف عن تعاطيها (العنزي، 2020، ص.158).

- الإدمان الاجتماعي:

ينشأ هذا النوع من الإدمان عن تأثير البيئة الاجتماعية والثقافية، حيث يتعلق بتعاطي المخدرات كجزء من نمط حياة مجتمع معين.

يشمل الإدمان الاجتماعي تعاطي المخدرات كوسيلة للتكيف مع المجتمع أو لتكوين العلاقات الاجتماعية (السلمان، 2019، ص.122).

- الإدمان السلوكي:

يتميز الإدمان السلوكي بالانجراف نحو السلوكيات الضارة المرتبطة بالمخدرات دون أن يكون هناك تعاطي مباشر للمواد المخدرة.

يمكن أن يشمل الإدمان السلوكي السلوكيات مثل البحث المفرط عن المخدرات والاستعداد لتجربتها بلا تردد (المطيري، 2019، ص.135).

خلاصة

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات من أكثر المشاكل الصحية والاجتماعية تأثيرًا في العالم، حيث يتعرض الأفراد المدمنون لتأثيرات سلبية شديدة على صحتهم البدنية والنفسية وحياتهم الاجتماعية. يتأثر الإدمان بعوامل متعددة تتضمن البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مما يجعلها ظاهرة معقدة تتطلب استجابة متعددة المستويات. يتطلب التعامل مع الإدمان على المخدرات التوعية الشاملة وتقديم الدعم والعلاج للأفراد المتأثرين بهذه الظاهرة، بالإضافة إلى تعزيز الوعي في المجتمع بأسره بضرورة التصدي لهذه المشكلة بكل جدية وفعالية.

الفصل الثالث

التكفل النفسي

تمهيد

- 1- تعريف التكفل النفسي
- 2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة
- 3- مراحل التكفل النفسي.
- 4- أهمية التكفل النفسي
- 5- أنواع التكفل النفسي.
- 6- أساليب وفتيات التكفل النفسي
- 7- علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي

خلاصة.

تمهيد :

التكفل النفسي هو عملية توفير الدعم العاطفي والنفسي للأفراد الذين يحتاجون إليه. يشمل ذلك تقديم الاستماع الفعّال، وتقديم الدعم العاطفي، وتوجيه الأفراد للتعامل مع التحديات النفسية والعقلية التي يواجهونها. يمكن أن يكون التكفل النفسي مفيداً للأفراد الذين يعانون من الضغوطات النفسية، مثل القلق، والاكتئاب، والضغوطات الحياتية. يساعد التكفل النفسي على تعزيز الصحة العقلية والعاطفية، وتحسين القدرة على التكيف مع التحديات المختلفة في الحياة.

1- تعريف التكفل النفسي :

أ- لغة :

كفل، يكفل، تكفيلاً، أو كفالة فلان في حالة انفق عليه وقام بأموره وحافظ عليها (معجم اللغة العربية المعاصرة).
تأمين شخص معين، يضمن، أو يتولى رعايته وصيانته بموافقته، ويقوم بأداء واجباته وحفظ حقوقه (المعيري)،
1989، ص.210).

ب- اصطلاحاً :

يُمكن اعتبار التكفل وظيفة ذات طابع تعديلي، حيث يسعى إلى تحسين السلوك بموجب معايير محددة. يتضمن هذا العملية فهم قدرات الشخص واستعداداته، واستخدامها في حل المشاكل ووضع خطط لحياته بناءً على فهمه لواقعه وحاضره. يهدف التكفل إلى مساعدة الفرد على تحقيق أقصى درجات السعادة والرضا، وتطوير الذات، والتوصل إلى التوافق الشخصي (أحمد، 1999، ص.09).

هو مجموعة من الطرق المنهجيات النفسية الإجرائية، المتداخلة للعناية بالأشخاص الذين يعانون من مختلف الإضطرابات سواء كانت نفسية أو عضوية وتتمثل في تدخل الأخصائي (لابالانش، 1985، ص.221).

"هو التقنيات العلاجية، والحيل الذهنية، والمواقف العلاجية التي يستخدمها المعالج لعلاج أو تخفيف أي اضطراب نفسي أو سلوكي" (عبد الهادي، 1999، ص.09).

تتمثل هذه المواقف العلاجية في إجراءات العقلية الموجهة أو بتنفيذ برنامج مخصص يتبع إحدى النظريات العلاجية، وذلك وفقاً للنهج العلاجي الذي يفضله الفاحص ونوع الاضطراب الذي يعاني منه. يهدف التكفل النفسي إلى معالجة اضطرابات السلوك باستخدام تقنيات علاجية مبنية على الأساليب العلمية. يسعى المعالج في التكفل النفسي إلى تجنب استخدام الأدوية قدر الإمكان، مع التركيز على جوانب الحالة الشاملة، وبالتالي تقديم العلاج الأنسب باستناد إلى التقييم النفسي ودراسة تاريخ الحالة الطبية.

إما أن يتم التكفل النفسي بشكل فردي أو جماعي، حيث يتولى المختص النفسي أو البيداغوجي تنظيم جلسات فردية أو تشكيل مجموعات تضم عادة ما بين خمسة إلى ستة أطفال، ويُطبق عليهم أساليب علاجية وسيطة مثل الرسم واللعب (القوصي، 1952، ص.33).

حسب وجهة نظر حنان عبد الحميد العناني في عام 1998، التكفل النفسي لدى الأطفال يُعتبر شكلاً من أشكال العلاج يهدف إلى استخدام أساليب نفسية لمعالجة مشكلات واضطرابات ذات طابع عاطفي تؤثر على سلوك الطفل، حيث يقوم المعالج المتخصص بالعمل على تخفيف أو إزالة الأعراض المرضية وتقليل تأثيرها على حياة الطفل، وذلك بمساعدته في حل مشاكله واستغلال إمكانياته، مما يؤدي إلى زيادة توافقه النفسي والاجتماعي (القوصي، 1952، ص.35).

تمثل مجموعة من الطرق والأساليب النفسية والإجرائية المتنوعة التي تستخدم للعناية بالأفراد الذين يعانون من مختلف الاضطرابات، سواء كانت ذات طبيعة نفسية أو عضوية. يتم تنفيذ هذه الطرق بواسطة متخصصين في العلاج النفسي، والذين يتدخلون لمساعدة الأفراد في التغلب على التحديات التي يواجهونها وتحسين جودة حياتهم (بالانش، 1985، ص.221).

2- التكفل النفسي وبعض المفاهيم المتداخلة:

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

✓ الرعاية : تمثل خدمة تقوم على جهود مشتركة، حيث يتمتع العاملون فيها بالمعرفة والمهارة الضروريتين لمساعدة المرضى، سواء كانوا أفرادًا يعانون من مشاكل صحية أو متحسين منها، في استعادة نشاطاتهم اليومية التي كانوا يقومون بها قبل الإصابة بالمرض (بن فاضل، 2012-2013، ص.25).

✓ التأهيل : التأهيل يعني جمع جهود متخصصين مختلفين لدعم الأفراد ذوي الإعاقة لتحقيق أقصى إمكاناتهم في الحياة. يتضمن ذلك تقدير قدراتهم وتعزيزها واستخدامها بأفضل طريقة ممكنة، بغية تحقيق التوافق الشامل في مختلف جوانب الحياة (مصطفى والشربيني، 2013، ص. 281)

✓ التوافق : التكيف هو مجموعة الإجراءات التي يتخذها الفرد لتلبية احتياجاته، تجاوز العقبات، أو استعادة التوازن مع البيئة المحيطة. يمكن أن تتجلى هذه الإجراءات في ردود فعل طبيعية يتخذها الفرد في مواقف مشابهة، والتكيف الناجح يسهم في تحقيق التوافق والتناغم مع البيئة (المطيري، 2005، ص.117).

✓ التكيف : هو مجموعة الإجراءات التي يتخذها الفرد لتلبية احتياجاته، تجاوز العقبات، أو استعادة التوازن مع البيئة المحيطة. يمكن أن تتجلى هذه الإجراءات في ردود فعل طبيعية يتخذها الفرد في مواقف مشابهة، والتكيف الناجح يسهم في تحقيق التوافق والتناغم مع البيئة (المطيري، 2005، ص.118).

3- مراحل التكفل النفسي :

تتضمن عملية التكفل النفسي مراحل عدة يقوم بها الأخصائي النفسي، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

أولاً : الفحص

التشخيص الدقيق يمثل الأساس الرئيسي للعلاج الفعّال، ومن ثم فإنّ الفحص الدقيق يعدّ العنصر الأساسي في هذه العملية. ينبغي للمعالج أن يكون واعياً تماماً لأهمية الفحص، وأهدافه المحددة، ومصادر المعلومات المستخدمة، مثل البيانات والخطوات التي يتبّعها في الفحص.

نزيد فحص الخطوات التقنية التي تساهم في تحديد توازن الشخصية والتعرف على أي اضطرابات قد تكون موجودة. يُعرف هذا الفحص أيضاً بأنه عملية تحديد الخطوات التي تُمكننا من تحديد خمسة جوانب في شخصية المفحوص:

1. تحديد الاضطرابات الشخصية في حال وجودها.

2. تصنيف الاضطرابات وترتيبها ضمن جدول الدلالات المرضية.

3. تحديد مصدر هذه الاضطرابات.

4. فهم أبعاد الشخصية ومستوى نضجها.

5. تقييم التناسب بين الشخصية وعمر المفحوص.

يُفهم الفحص النفسي بأنه عملية شاملة لا تقتصر على جانب واحد من جوانب الشخصية دون النظر إلى الجوانب الأخرى، وفقاً للباحثين Rabbins و Stern. يهدف الفحص النفسي إلى تعلم المفحوص

متى يجب الصمت ومتى ينبغي التدخل، ومتى يجب تشجيع المريض على التحدث عن ذاته. كما يتعين على المفحوص أن يتعلم كيفية كسب ثقة المريض وأن يتدرب على السيطرة على سير الفحص.

❖ الهدف من الفحص :

يتمثل الهدف الأساسي للفحص في فهم شخصية المريض بشكل ديناميكي ووظيفي، وتحديد نقاط قوته وضعفه، وتحديد الاضطرابات الشخصية التي تؤثر على سعادته ورضاه النفسي والاجتماعي، بالإضافة إلى فهم علاقته بالآخرين، وخاصة الأشخاص المقربين منه. يهدف الفحص أيضًا إلى فهم حياته الحالية والسابقة، وكيفية تأثير ذلك على مشاكله وحالته الصحية (الناقلي، 1989، ص.111).

❖ شروط الفحص :

ينبغي أخذ الشروط التالية في الاعتبار أثناء عملية الفحص:

- ✓ الدقة والموضوعية: يهدف ذلك إلى تحقيق تشخيص دقيق وتقييم فعال للعلاج.
- ✓ تشجيع التعاون: يجب تحفيز العميل للمشاركة بشكل فعال في عملية الفحص، مما يسهل عمل المعالج ويقلل من المقاومة وعدم التعاون.
- ✓ السرية: يجب على المعالج ضمان سرية المعلومات المتبادلة مع المريض لتشجيعه على التحدث بحرية وثقة.
- ✓ تنظيم المعلومات: يساعد ذلك في تحليل البيانات بشكل دقيق والحصول على صورة شاملة للشخصية.
- ✓ تقييم المعلومات: يجب على المعالج تقييم الحقائق التي يحصل عليها وتحديد مدى ثباتها، واستخدام بعض الأسئلة لقياس صدق العميل.

✓ الملاحظات العامة: ينبغي على المعالج أخذ الملاحظات العامة في الاعتبار خلال عملية الفحص، مثل معرفة السبب والسؤال والكيفية والوقت، وضمان إتمام الفحص بطريقة سلسلة وطبيعية.

✓ التآني في الحكم: يجب على المعالج أن يكون حذرًا في اتخاذ القرارات وتقدير الوضع، وعدم الاعتماد على الملاحظات العابرة.

✓ مبدأ الفروق الفردية: ينبغي أخذ الاختلافات الفردية بعين الاعتبار في عملية الفحص والتقدير.

✓ سلامة الحكم والتقدير: يجب تجنب التسامح الزائد أو التعسف الزائد في اتخاذ القرارات وتقدير

الحالة (حمايدية ، 2015-2016، ص.37).

ثانيا : التشخيص

يتمثل تعريف إعادة الصياغة في سلسلة من الخطوات التي يقوم بها فريق متخصص من عدة مجالات، يضم أطباء ومتخصصين في التربية الخاصة وعلم النفس والإرشاد، بالإضافة إلى مختصين في علاج الأمراض النطقية والعلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي. تهدف هذه الخطوات إلى التحقق من وجود حالة إعاقة لدى الطفل المشار إليه في عملية الكشف المبكر.

يُعتبر التشخيص أساسياً في العلاج النفسي؛ إذ يهدف إلى فهم جذور المرض وطبيعته ونوعه. يشمل هذا العملية الكشف عن الديناميات الشخصية للمريض ومعرفة أسباب وأعراض مرضه (العدل، 2013، ص.319).

بمعنى آخر، عندما نتحدث عن التشخيص، نقصد دراسة الأعراض المرضية بدقة واستنتاج الأسباب المحتملة، ثم جمع المعلومات والملاحظات بشكل شامل، لتحديد نوع المرض واقتراح العلاج الملائم (أبو

زعيزع، 2014، ص.241).

أهداف التشخيص السريري تتمثل في ما يلي:

- تحديد أسباب الاضطراب.
- التفريق بين الاضطراب الوظيفي والعضوي.
- تقييم استجابة الفرد للعلاج.
- تقدير مدى الإعاقة الوظيفية والعضوية.
- تقدير شدة وعمق الاضطراب.
- التنبؤ بتطور الحالة.
- وضع أسس لتطوير خطة علاجية ملائمة.
- توجيه تصنيف وتحليل البيانات بناءً على أسس علمية (النجار، 2008، ص.27).

ثالثاً : العلاج

العلاج النفسي هو أسلوب علاجي يُستخدم لمعالجة الاضطرابات النفسية أو الجسدية، وذلك من خلال استخدام مجموعة متنوعة من الوسائل النفسية، مثل بناء علاقة مؤثرة بين المعالج والمريض. يشارك في عملية العلاج فريق متخصص يتألف من معالج نفسي، وطبيب نفسي، وأرطوفوني، ومربي. ويتجاوز دور المعالج النفسي مجرد تطبيق التقنيات العلاجية، حيث يتضمن أيضاً اعتماد وتطبيق برامج ذات أهداف علاجية محددة. ينبغي تشجيع الآباء والمعلمين على المشاركة في تنفيذ هذه البرامج لمساعدة الأطفال.

الهدف النهائي للعلاج النفسي هو مساعدة الفرد على استعادة التوازن النفسي، ولذا يجب على المعالج النفسي أن يتعمق في فهم المشكلة بعمق أكبر من مجرد التشخيص. يتطلب ذلك وضع خطة علاجية محددة وتنفيذها بعناية (حمايدية، 2015-2016، ص.41).

رابعاً : التنبؤ

يمكن القول إن الفحص يركز على تحليل ماضي وحاضر العميل، بمعالجة ما حدث وما يحدث في الوقت الحالي. بينما يركز التشخيص على حالة المريض في الوقت الحالي وماهية المرض بالإضافة إلى توقعات المستقبل. أما التنبؤ فيركز على توقع ما سيحدث في المستقبل بناءً على دراسة الماضي والحاضر، مع مراعاة العوامل المؤثرة كالأعراض والتشخيص وطرق العلاج المحتملة. يشبه دور المعالج في التنبؤ دور الجراح الذي يسعى لتقدير نسبة النجاح المحتملة في علاج المريض

الهدف من التنبؤ :

إن هدف عملية توجيه المال في المجال الطبي يتمثل في تحسين وتوجيه عمليات العلاج بناءً على التكاليف المتوقعة والاحتمالات المالية، وتحديد الطرق الأكثر فعالية لضمان أعلى معدل نجاح ممكن (حمايدية، 2015-2016، ص.120).

4- أهمية التكفل النفسية :

- ضرورة إنسانية وأخلاقية ودينية
- تعزيز الصحة النفسية وتحقيق التوافق من خلال اعتماد دور تنموي سليم وفعال.
- ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع (حناشي و زكرياء، 2011

، ص.43) .

- دواعي سياسية، تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الإيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادئ والأفكار والنظريات الموالية للمجتمع، والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تحميه من عوامل التمزق والتفكك الاجتماعي والنفسي.
- ظروف العصر التي تتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع
- ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغيير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والاعتصاب
- العلاقة الوطيدة بين الإدمان والجريمة
- ازدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها مما يؤدي إلى الانحراف

- أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وتر شيدته وتصويبه وتوجيهه.

5- أنواع التكفل النفسي :

العلاج بالتحليل النفسي يُعتبر من أقدم الأساليب النفسية المستخدمة، حيث يركز هذا العلاج على تحليل الخبرات والذكريات المكبوتة منذ مرحلة الطفولة المبكرة، التي يعتقد فيها معالجون التحليل النفسي أنها تشكل السبب الرئيسي لحدوث مختلف الأمراض العصبية. يتبع العلاج التحليلي طرقاً تتيح للمريض القدرة على استحضار الذكريات الماضية، مما يشجعه على استكشاف مشاكله وصراعاته الداخلية. تعتمد فعالية هذا العلاج على الاستبصار، حيث إنه يؤدي إلى تغييرات تلقائية في الشخص. الهدف الرئيسي من التحليل النفسي، وخاصة النوع التدعيمي منه، هو الكشف عن الأسباب والعوامل الأساسية التي تؤدي إلى المشكلات النفسية، وبالتالي حل هذه المشكلات وصراعات الشخص وإزالة عوامل الضغط والشعور بالذنب. يُسعى أيضاً في هذا العلاج إلى استعادة الثقة بالنفس للمريض وتعزيز التفاوض لديه، وذلك من خلال تقديم الدعم والتوجيه اللازمين (عطوف ، 1981 ، ص. 120).

❖ العلاج السلوكي

أنصار العلاج السلوكي يرون أن السلوكيات المرضية تكتسب بنفس الطرق التي يتم بها اكتساب السلوكيات الطبيعية، من خلال عمليات التعلم وتعديل السلوك. يُعتبر التعديل السلوكي محاولة للتعلم أو تطبيق مبادئ نفسية تجريبية، بهدف معالجة المشاكل السلوكية. يعتمد هذا العلاج على مبادئ التعلم لتغيير أو تحسين تردد السلوكيات، سواء بزيادتها أو تخفيضها، من خلال استخدام تقنيات محددة لتعزيز السلوك المرغوب وتقليل السلوكيات الغير مرغوب فيها بالتأكيد، العلاج السلوكي يركز على تعديل السلوكيات لزيادة المرغوب فيها أو لتخفيف التوتر الناتج عن السلوكيات غير المرغوب فيها، ويُعتبر فعالاً في حالات مثل الجنوح والخوف والعدوانية والاضطرابات الأحادية الأعراض. يعمل العلاج السلوكي على إزالة السلوكيات السلبية الموجودة بين المحفزات والاستجابات، وكذلك على إنشاء روابط جديدة تعوّض السلوكيات الغير مرغوب فيها بسلوكيات أكثر فعالية ومناسبة. هذه الطرق يمكن أن تساعد في تحسين الوظيفة اليومية وجودة الحياة للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية (عبدو ، 2009 ، ص.179) .

❖ العلاج المعرفي

يركز العلاج المعرفي على دور الأفكار والمعتقدات في تحديد السلوك والتأثير عليه. يهدف هذا التوجه العلاجي إلى تعليم الأفراد كيفية التفكير بطرق أكثر تكيفاً، من خلال تغيير الأفكار السلبية والمعتقدات الضارة حول الذات والعالم. وبينما يركز العلاج السلوكي بشكل رئيسي على تعديل السلوك الخارجي، يسعى العلاج المعرفي إلى تغيير الطريقة التي يفكر بها الأفراد بالإضافة إلى تغيير سلوكهم. من خلال تحديد وتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، يمكن للأفراد تحسين تفاعلاتهم مع العالم الخارجي وتحسين جودة حياتهم النفسية والعاطفية.

العلاج المعرفي يتبنى افتراضًا أساسيًا يفترض أن القلق والاكتئاب والانفعالات السلبية تنشأ بسبب الأفكار غير التكيفية. وبناءً على هذا الافتراض، يهدف العلاج المعرفي إلى تغيير نمط الأفكار التي تؤدي إلى هذه المشاعر السلبية، مما يمنع الشخص من الوقوع في دائرة التفكير غير التكيفي. يقوم المعالجون بتعليم العملاء كيفية التعرف على هذه الأفكار غير التكيفية والتحديات منها، والتفكير بطرق جديدة ومرنة لحل المشكلات والتعامل مع التحديات. من خلال هذه العملية، يمكن للأفراد تعلم مهارات التفكير الإيجابي والتكيفي، مما يساعدهم في التغلب على القلق والاكتئاب وتحسين جودة حياتهم النفسية.

يُعتبر العلاج المعرفي عمومًا من أنواع العلاج النفسي القصيرة المدى، حيث يتم الانتهاء منه في مدة نسبيًا قصيرة، ويمكن أن تتراوح عدد الجلسات المطلوبة بين عشر وعشرين جلسة عادةً. يركز العلاج المعرفي بشكل خاص على التركيز على المشاكل الحالية وتغيير الأفكار والسلوكيات غير التكيفية التي تساهم في تفاقم هذه المشاكل. ومن أشهر الطرق المستخدمة في العلاج المعرفي هي طريقة إليس، التي تركز على تحديد وتغيير الاعتقادات السلبية والتفكير التكيفي للتعامل مع المشاكل النفسية (عبد الخالق ، 2015 ، ص. 463) .

❖ العلاج بالاسترخاء

العلاج النفسي يساعد الشخص على التأقلم مع المواقف الصعبة التي يواجهها ويعلمه كيفية التحكم في ردود أفعاله وتهدئتها. يعتمد هذا العلاج على تجارب جسدية تركز على الحواس وتأثيرها على الحالة النفسية للفرد، وقد انتشر استخدامه بشكل واسع في مختلف أنحاء العالم بسبب فعاليته، سواء كان الشخص بالغًا أو طفلًا، ويتطلب مهارات متخصصة مثل أي علاج آخر (Dedie, 1995, p 98) .

الاسترخاء يساعد في إعادة توازن توزيع الطاقة داخل الجسم، مما يساهم في التخلص من التشنجات العضلية التي تنتشر في مختلف مناطق الجسم.

تظهر الأبحاث أن الاسترخاء يمكن أن يقلل من إفراز مادة الأدرينالين، مما يقلل من تأثيرات الانفعالات النفسية على الجسم. هذا يساهم في تقليل تأثير الصراعات النفسية على الصحة الجسدية للفرد (الناقلي، 1988 ، ص.74).

وتعددت الطرق المستعملة في عملية الاسترخاء وهدفها الوصول إلى هدوء عصبي وعضلي بفضل التمارين المنظمة عن طريق التمدد تدريجياً بالتحكم بالجانب العضلي والانفعالي، ومن أهم التقنيات الاسترخاء نجد:

- تقنية التدريب الذاتي.

- تقنية إعادة تربية القدرات . (Brussete psychanalyse , 1987 , p100)

❖ العلاج الإسنادي

يمكن تصنيف هذا النوع من العلاج تحت مظلة "العلاج النفسي الإيجابي"، حيث يركز على تعزيز الصحة النفسية وتعزيز القدرات الذاتية للفرد. يتم تنفيذه عادةً في بيئة علاجية محددة، سواء داخل مكتب العلاج أو في إطار المؤسسات الصحية. يهدف هذا العلاج إلى تعزيز آليات الدفاع النفسية للفرد، وتعزيز قدرته على التكيف مع الضغوط والتحديات في حياته اليومية. يمكن للمعالج أن يقدم الدعم والتشجيع والتوجيه للفرد، دون التدخل المباشر في حياته، بل من خلال توجيهه وتشجيعه على اتخاذ القرارات وتعزيز ثقته بنفسه وقدرته على التكيف.

العلاج الإسنادي يُستخدم للتعامل مع مشاكل فورية يواجهها الشخص، حيث يحتاج إلى دعم وتوجيه. يتم اختيار هذا النوع من العلاج عندما يكون الشخص في حاجة إلى المساعدة والتشجيع للتعامل مع التحديات الراهنة. قد يتم تطبيق العلاج الإسنادي أيضاً عندما يكون لدى الشخص قليل من الرغبة في العلاج، ويعود ذلك إلى هشاشة شخصيته أو عدم قدرته على التعامل مع مشاكله بمفرده. يهدف هذا العلاج إلى جعل

الشخص أكثر استعدادًا لاستكشاف عمق مشاكله والبدء في عملية علاجية أعمق عندما يكون مستعدًا

لذلك. (Brussete psychanalyse , 1987 , p100)

6- أساليب وفنيات التكفل النفسي

أولاً : أساليبها:

❖ التعزيز

هذا يشير إلى مفهوم التعزيز في علم النفس. التعزيز هو العملية التي يتم فيها تعزيز أو تعزيز السلوك المرغوب من خلال إدخال نتيجة إيجابية أو إزالة نتيجة سلبية. عندما يؤدي السلوك إلى نتائج إيجابية أو إزالة نتائج سلبية، يزيد احتمال حدوث هذا السلوك مرة أخرى في المستقبل. وبالتالي، يتم تحديد فعالية التعزيز من خلال تأثيره على السلوك. إذا كان التعزيز يؤدي إلى زيادة احتمالية حدوث السلوك في المستقبل، فإن تلك التوابع تُعتبر معززة.

التعزيز الإيجابي يحدث عندما يتم إضافة مثير مرغوب فيه بعد حدوث السلوك المرغوب، مما يزيد من احتمالية تكرار هذا السلوك في المستقبل أو في مواقف مشابهة. فعلى سبيل المثال، إذا كان طفلاً يحصل على مكافأة بعد تنظيف غرفته، فقد يكون هذا التعزيز الإيجابي يعزز من احتمالية تنظيف الغرفة في المستقبل (حسين عبد المعطي وآخرون، 2013، ص. 118).

التعزيز السلبي يحدث عندما يتم إزالة مثير غير مرغوب فيه بعد حدوث السلوك المرغوب، مما يزيد من احتمالية تكرار هذا السلوك في المستقبل. فعلى سبيل المثال، إذا كان طالباً يتجنب الأنشطة غير المرغوب فيها (مثل التحدث بصوت عالي) بعدما يتم إزالة الواجب المدرسي، فقد يزيد هذا التعزيز السلبي من احتمالية تكرار الانخراط في الأنشطة الإيجابية في المستقبل. التعزيز السلبي والتعزيز الإيجابي يمكن أن يعملان على

تغيير السلوك بطرق مختلفة، حيث يقدم التعزيز السلبي إزالة مثير غير مرغوب فيه، بينما يقدم التعزيز الإيجابي مثير مرغوب فيه. هذه الأساليب يمكن أن تستخدم في مجموعة متنوعة من السياقات، بما في ذلك التعليم، والعلاج النفسي، وإدارة السلوك (زيادة، 2013، ص. 54).

❖ العقاب

تُرغب في حدوثها بدلاً من السلوك غير المرغوب. في الأساس، إعادة اليأغة تعتمد على مبدأ تقديم تبعيات للسلوك غير المرغوب للمساعدة في تقليل تكراره في المستقبل. هذا النوع من التعديل السلوكي يستخدم في مجموعة متنوعة من السياقات، بما في ذلك التربية، والتدريب الحيواني، وحتى في بعض الأنظمة القانونية. في السياق التربوي، مثلاً، يمكن استخدام إعادة اليأغة لتقليل سلوكيات مثل الإفراط في الانفعال، أو تأخير الوقت، أو تجاهل التعليمات. على سبيل المثال، إذا كان طفل يصرخ في الفصل، يمكن للمعلم أن يعتمد إعادة اليأغة عن طريق إزالة انتباهه عندما يصرخ، وتوجيهه إلى نشاط هادئ أو تقديم تعزيز إيجابي عندما يبقى هادئاً.

هذه الطريقة تعتمد على فهم النتائج للسلوك غير المرغوب وتقديم تداعيات تساهم في تقليل حدوثه في المستقبل، بينما تشجع على التصرفات المرغوبة.

تتعارض مع ردود الفعل التأديبية، ومن بين الآثار الجانبية الرئيسية لاستخدام العقاب هي زيادة شدة الاستجابة العاطفية للشخص المعاقب، وتجنبه لوسيلة العقاب، وتقليده لأسلوب العقاب وتطبيقه على

الآخرين (أبو زعيزع، 2014، ص. 65 - 67).

ثانيا : فنياتها :

فنيات التكفل النفسي بالنفس تشمل مجموعة من الأساليب والممارسات التي تهدف إلى دعم الصحة العقلية والعاطفية للفرد. من بين هذه الفنيات:

1. الاسترخاء والتأمل: يشمل ذلك تقنيات الاسترخاء العميق والتأمل التي تساعد في تهدئة العقل والجسم وتقليل التوتر والقلق.

2. التمارين البدنية: تمارين الرياضة والحركة البدنية تساهم في تحسين المزاج وتقليل التوتر وتعزيز الشعور بالراحة النفسية (حسين عبد المعطي وآخرون، 2013، ص.118).

3. التغذية الصحية: يلعب التغذية السليمة دورًا هامًا في دعم الصحة العقلية، حيث أن الأطعمة الصحية قد تساهم في تحسين المزاج والطاقة.

4. التواصل الاجتماعي الصحي : الحفاظ على علاقات اجتماعية صحية وداعمة يمكن أن يساهم في شعور الفرد بالانتماء والدعم النفسي.

5. إدارة الضغوط والتحكم في الضغوطات: تعلم تقنيات إدارة الضغوط والتفكير الإيجابي يمكن أن يساعد في التعامل مع التحديات بشكل فعال.

6. التطوع والمساعدة الاجتماعية: المشاركة في الأعمال التطوعية ومساعدة الآخرين يمكن أن يعزز الشعور بالرضا الذاتي والسعادة.

7. التفكير الإيجابي والتحفيز الذاتي: تطوير نمط تفكير إيجابي واعتماد مواقف إيجابية يمكن أن يعزز الشعور بالثقة بالنفس والتفاؤل (عبد الخالق ، 2015 ، ص.463) .

تطبيق هذه الفنيات بانتظام يمكن أن يساعد في بناء مرونة نفسية وتعزيز الصحة العقلية والعاطفية للفرد.

7- علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي :

التوازن النفسي والعلاقات الاجتماعية. يمكن أن يكون التكفل النفسي جزءًا لا يتجزأ من عملية العلاج النفسي، حيث يوفر الدعم والبنية التحتية اللازمة للفرد ليستفيد بشكل كامل من الجلسات العلاجية.

عندما يتلقى الفرد العلاج النفسي، يكون التكفل النفسي جزءًا من البنية الأساسية التي تضمن أن يكون لديه الدعم اللازم خارج جلسات العلاج. يشمل ذلك توفير بيئة داعمة في المنزل وفي البيئة الاجتماعية، بالإضافة إلى توفير الإرشاد والموارد اللازمة لمواجهة التحديات النفسية التي قد تظهر خلال فترة العلاج.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يشمل التكفل النفسي خدمات أخرى تكمل العلاج النفسي مثل خدمات إدارة الحالة التي تساعد الفرد على تنظيم حياتهم وتحديد الأهداف والخطط لتحسين صحتهم النفسية. كما يمكن أن تشمل خدمات تدريب المهارات تعليم الفرد مهارات التحكم بالضغط، وتعزيز الثقة بالنفس، وتطوير استراتيجيات التعامل مع المشاكل.

بشكل عام، يعمل كل من التكفل النفسي والعلاج النفسي معًا على تحقيق الأهداف النفسية والعاطفية والاجتماعية للفرد، وتعزيز رفاهيته الشاملة وتحسين نوعية حياته. (عبد الخالق ، 2015 ، ص 470) .

خلاصة :

يعرف التكفل النفسي على أنه عملية متعددة الجوانب تهدف إلى تقديم الدعم والرعاية النفسية للفرد، بهدف تحقيق توازنه النفسي والعاطفي. يشمل التكفل النفسي مجموعة من الخطوات والتدابير التي تهدف إلى تعزيز صحة الفرد النفسية وتعزيز قدرته على التكيف مع التحديات والضغوطات في الحياة. ومن المفاهيم المتداخلة معه: الدعم النفسي، والاستشارة النفسية، والتوجيه النفسي، والتأهيل النفسي. تتضمن مراحل التكفل النفسي تقييم الحالة النفسية للفرد، ووضع الأهداف الملائمة، وتطبيق الخطط العلاجية،

ومتابعة التقدم والتعديل عند الضرورة. يكمن أهمية التكفل النفسي في تحسين جودة حياة الفرد، وتعزيز شعوره بالرضا والسعادة، وتقليل مستويات الضغط والتوتر النفسي. تتنوع أنواع التكفل النفسي بين التدخلات الفردية والجماعية، وتشمل العلاج النفسي السلوكي، والعلاج النفسي الإدراكي، والعلاج النفسي الوجداني، والعلاج النفسي الديني. وتتضمن أساليب وفنيات التكفل النفسي الاستماع الفعال، وتطوير مهارات التفكير الإيجابي، وتعليم تقنيات التنفس والاسترخاء، وتقديم الدعم الاجتماعي. وترتبط علاقة التكفل النفسي بالعلاج النفسي في استخدام التقنيات والمهارات النفسية المشتركة لتحسين الحالة النفسية للأفراد وتعزيز رفايتهم العامة.

الفصل الرابع

العلاج الجماعي

تمهيد

- 1- مفهوم العلاج النفسي.
- 2- الطرق المعتادة في العلاج النفسي.
- 3- فاعلية العلاج النفسي.
- 4- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي..
- 5- اسباب ظهوره وانتشاره
- 6- تعريف العلاج النفسي الجماعي
- 7- أهداف العلاج النفسي الجماعي
- 8- نظريات العلاج النفسي الجماعي
- 9- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي أنواع العلاجات النفسية الجماعية :

10-1- السيكودراما .

10-2- العلاج بالموسيقى

10-3- العلاج بالرسم

10-4-العلاج باللعب

10-5-العلاج الأسري

11- الألعاب الجماعية

12- مزايا و عيوب العلاج النفسي الجماعي

خلاصة

تمهيد :

العلاج النفسي الجماعي هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي نشأ في أوائل القرن العشرين. يعود الفضل في تطويره إلى عدد من الأطباء والمعالجين الذين أدركوا فوائد العمل مع مجموعات من المرضى. ظهر هذا النوع من العلاج كرد فعل للحاجة الملحة لدعم نفسي شامل، خاصة في أوقات الحروب والكوارث التي أثرت على عدد كبير من الأفراد. يتميز العلاج النفسي الجماعي بتفاعله الجماعي الذي يعزز من دعم الأفراد لبعضهم البعض . لذلك يسعى هذا الفصل إلى استعراض نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي، وأسباب ظهوره وانتشاره، وتعريفه، وأهدافه، بالإضافة إلى تناول نظريات العلاج الجماعي، مجالات استخدامه، كما سنتطرق للعلاج الجماعي عند المدمنين الذي هو اساس هذه الدراسة ، كما سنستعرض أنواع جماعات العلاج الجماعي، أنواع العلاجات النفسية الجماعية، الألعاب العلاجية الجماعية، وأخيراً مزايا وعيوب العلاج الجماعي. الهدف من هذا الفصل هو تقديم فهم شامل للعلاج النفسي الجماعي وأهميته في تحسين الصحة النفسية للأفراد.

1- مفهوم العلاج النفسي

1) تعريف العلاج النفسي :

تعريف لغوي :

- تتكون كلمة الانجليزية المقابلة للعلاج النفسي psychotherapy من جذرين إغريقيين يعني :
- الجذر المقابل لكلمة therapy علاج في اسمه "خادم" وفي فعله "يخدم"
 - أما كلمة نفسي psycho فهي مستمدة من جذر إغريقي يعني العقل أو العمليات والمناشط العقلية
- أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها الشخص بدور المساعد لشخص آخر في مجال العمليات العقلية ،وبعبارة أخرى فإنه يعني "علاج العقل" (يحياوي ، 2013-2014 ،ص.47).

تعريف جمعية علم النفس الأمريكية (APA) :

التطبيق المستتير والإرادي لطرق العلاجية ومواقف ما بين الأشخاص المشتقة من مبادئ علم النفس المستقرة بغرض مساعدة الناس على تعديل سلوكياتهم ،معارفهم ،انفعالاتهم أو الخصائص الشخصية الأخرى في الاتجاهات التي تحقق رغبات العملاء المشاركين (الخزامي ،2016،ص.7).

➤ عرفه زهران : إنه نوع من العلاج ،يستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية ،يعاني منها المريض وتآثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته ،وتتمية شخصيته ودفعها في طريق النمو الشخصي في المستقبل

➤ أما عبد الخالق فقد عرفه بأنه عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج و المريض أو العميل، و يعمل على استخدام الميادي السيكولوجية بطريقة تؤثر على أفكار المريض و اتجاهاته و مشاعره و سلوكه، بهدف مساعدته على التغلب على هذا السلوك غير السوي أو توافقه مع المشاكل التي يواجهها في حياته (عبد الخالق ، 1997 ، ص 553).

➤ يعرفها سامي محمد ملحم بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض ذات طبيعة انفعالية يعاني منها المريض و تؤثر في سلوكه بحيث يقوم المعالج و هو شخص مؤهل علميا و عمليا و فنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها (يحياوي ، 2013-2014،ص.52).

الطرق المعتادة في العلاج النفسي:

1- العلاقة الخاصة الشخصية من المودة والاحترام: يجب على المراجع أن يعتقد أن المعالج يفهم ويقدر مشاكله،فالعلاج السلوكي التجريبي والذي يظهر تعاطف وعمق المشاركة الشخصية الداخلية فإن المعالج الذي يفهم مشاكلنا ويعتقد أننا نستطيع حلها يكسب ثقتنا والذي يزيد من إحساس الثقة لدينا وقدرتنا على النجاح.

2- إعادة الطمأنينة والإسناد: إن مناقشة مشاكلنا مع خبير والذي يتلقى صعوباتنا على أنها ليست إستثنائية ويخبرنا بأن هذه الصعوبات يمكن أن نحلها هذا بعد إعادة الطمأنينة، إن معظم المعالجين الناجحين بغض النظر عن طريقتهم في العلاج النفسي هم الذين يوفرّون المساعدة وعلاقة مساندة مع مراجعيهم.

3- إزالة الحساسية: إن التقنيات المحددة من العلاج السلوكي تهدف إلى مساعدة الأشخاص على التغلب على خوفهم من أشياء أو مواقف معينة ولكن أنواع متعددة من العلاج النفسي يمكن أن تشجع على نطاق أوسع من إزالة الحساسية.

4- تعزيز إستجابات التكيف: يستخدم معالجي السلوك التعزيز كوسيلة لزيادة الحالات والأفعال الإيجابية كمثل فإن العلاج المرتكز على المراجع يعتقد في ترك المعالج ويقرر ما الذي يناقشه خلال جلسة العلاج ولا يؤثر على مجرى حديث المراجع. على أن الدعم قد يكون بأسلوب تعامل رقيق أو ابتساماً أو بإشارة من الرأس أو كلمة بسيطة تزيد من احتمالية شفاؤه.

5- التفهم أو الرؤية: إن العلاجات النفسية التي توفر للمراجع تفسير الصعوبات التي يعانيها، بالنسبة للأشخاص في علم النفس التحليلي فإن هذا التفسير قد يأخذ شكل فهم تدريجي لمخاوف الطفولة المكتوبة والطريقة التي يساهم فيها مشاعر اللاوعي في المشاكل الحالية (فالح، 2013، ص.ص 133-135).

فاعلية العلاج النفسي :

- تحقيق النجاح في علاج النفسي يرتكز على قوة العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ومستوى الثقة وجودة التواصل فيما بينهما فبدون ثقة المريض في المعالج لن يكون هناك استجابة للعلاج وهنا يأتي دور المعالج الأساسي في كسب ثقة المريض وتقديم الدعم والمساندة الحقيقية اللازمة للمريض بشكل فعال وصولاً إلى الشفاء (صديق، 2020، ص ص 55-56) فإذا كانت العلاقة متوترة يؤدي ذلك إلى اضطراب في العلاج، الغضب والعنف، والحدة الانفعالية، والهروب من أداء الواجبات المنزلية المطلوب أدائها لتحقيق الأهداف العلاجية
- بالرغم من أهمية العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفع والتعاطف، فإن الكفاءة المهنية والمهارة وحسن التدريب تلعب أدواراً هامة في نجاح العلاج، ولهذا فإن الترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي يجب أن تراعي توافر عوامل الخبرة والتدريب، فضلاً عن الإلمام النظري والأكاديمي بالنظريات النفسية والاجتماعية خاصة نظريات التعلم والشخصية (صديق، 2020، ص 61)
- عند تقبل المريض للاضطراب الذي يعاني منه يساهم في فعالية العلاج النفسي
- يزود المعالج المريض بالنصائح والمعلومات التي تخص اضطرابه، وقد يوصيه بحضور محاضرات أو قراءة الكتب أو تصفح مواقع إلكترونية
- تزويد الأهل والأشخاص الذين يعيشون مع المريض أو يتهمون به على فهم ما يمر به وتعلم كيفية مساعدته
- الانضمام إلى إحدى مجموعات الدعم يساعد التواصل مع الآخرين الذين يواجهون تحديات مماثلة في التأقلم
- الحفاظ على جدول منتظم يتضمن النوم الكافي والأكل الصحي المنتظم يعد أمران مهمان داعمان في العلاج النفسي
- التدخل المبكر يساهم في التخفيف من حدة الأعراض ويقلل من احتمالات عدم مواصلة العلاج النفسي
- العلاج المبكر يوفر منهج علاجي أكثر شمولية وفعالية

- يكون العلاج النفسي مفيدا في معظم المشكلات الصحية النفسية مثل : اضطراب القلق ، اضطراب الوسواس القهري ، الرهاب ، الذعر ، الكرب ، والاضطرابات المزاجية كالاكتئاب ، ثنائي القطب وحالات الإدمان وغيرها

2- نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي :

لقد عرفت العصور السابقة تجارب علاج جماعي لآلاف البشر الذين كانوا يعانون من الأمراض السيكوسوماتية والذهانية والعصابية وغيرها من الأمراض، فقد كان العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة على مر العصور يقومون بعلاج هؤلاء المرضى ولكل منهم كانت له أفكاره وأساليبه ومعتقداته في العلاج، فعند الإغريق تعد معاهد و مدارس الفلسفة عندهم إرثا من مظاهر التراث السيكودرامي، إذ كان كل واحد فيهم يلعب أدوارا متعددة . أما عند اليونانيين فقد كانت معابدهم نموذجا للتصورات العلاجية الأولى حيث كانوا يقومون بتشخيص الأحاسيس الداخلية أثناء علاجهم. اما بعد ظهور المسيحية فقد نادوا بضرورة تطهير الروح من خلال الإعراف والتعاويد كوسيلة للعلاج حيث كان القس يقرأ مجموعة تعاويد على الشخص لتطهيره من الروح الشريرة و أحيانا أخرى يلعب دور الروح الشريرة، كما ظهر السحر وكان يتم علاجه بين قراءة التعاويد و طاردوا الأرواح إذ كان نظاما موصوفا يمكن من خلاله إسقاط الكثير من مظاهر الحياة الإجتماعية وتضمينها في شكل واقعي ملموس حيث يعطي الساحر معاني للجملات إذ يكلم الكرسي مثلا ويدخل معه في حوار وكذا الأرض وكافة الجمادات المحيطة بالكائن الحي وكان يعبر عن معاني حقيقية للحياة الإجتماعية كان معناها النفسي واضحا (رياض ، 1994 ، ص.4).

أما في العصر الحديث فتعود اول بذرة في تربة الجماعات العلاجية إلى جوستاف ليون (1841-1931) وهو عالم إجتماعي فرنسي وهو أول من إبتدع فكرة العقد الجماعي (group mind) ، ثم تريبليت Triplet الذي يعد أول من تعامل مع جماعات أطفال المدارس (Wallace et Lewis, 1990 , p91). أما تاريخ البدايات الأولى للعلاج النفسي الجماعي فيعود إلى أوائل القرن 20 ويعزى الى جوزيف هيرشي برات Bratt. J.H وهو طبيب باطني في بسطن كان يعالج مرض السل الذي كان يعتبر آنذاك مريضا جسيما واجتماعيا وفي الربيع 1905 وضع خطه لمعالجه السل في بيوت المرضى الفقراء وأطلق على هذا التنظيم فصول علاج السل (حسن غانم، 2005، ص.19).

لقد أسهم الكثير من العلماء في تطوير العلاج النفسي الجماعي ومنهم لازال, Lazell, مارش, كلابمان, يونغ, بورو, و ويلفرد بيون . إلا أن جاكوب ل. مورينو J.L.Moreno وهو عالم نفس من بوخارست ببلغاريا , يعد من اقطاب العلاج الجماعي نظرا للدور البارز الذي لعبه في تاسيس وتطوير نهج العلاج الجماعي وفهم دور العواطف والتفاعلات الإجتماعية في العلاج النفسي حيث قدم مفهوم * العلاج بالعمل الجماعي* الذي يركز على العلاقات الإجتماعية والتفاعلات بين الأفراد كمصدر للشفاء . كما يعد K. Lewin أول من من إستخدم مصطلح * ديناميات الجماعة Group Dynamics* و التي ساعدت مفاهيمه على تطوير النظرة إلى التفاعل الإجتماعي ، و المجال النفسي و البيئي للفرد و الجماعة (أبو زيد ، 2008،ص.23).

في العقود الأخيرة، تزايد اهتمام الباحثين والعلماء بفهم العلاج النفسي الجماعي من منظور العلوم العصبية، حيث يُظهر البحث المبكر آفاقًا واعدة في فهم كيفية تأثير العلاقات الاجتماعية على التغيرات البيولوجية في الدماغ والجسم. باختصار، تاريخ العلاج النفسي الجماعي مليء بالإسهامات من مجموعة متنوعة من العلماء والمفكرين، ولا يزال موضوعًا للبحث والابتكار في مجال الصحة النفسية. اليوم، يُعتبر العلاج النفسي الجماعي جزءًا لا يتجزأ من العديد من المناهج العلاجية، ويُطبق في مجموعة متنوعة من الإعدادات بما في ذلك المستشفيات النفسية، والمراكز الاجتماعية، والمدارس ، و المجتمعات المحلية.

3- أسباب ظهوره وانتشاره :

هناك أسباب متعددة أدت إلى ظهور العلاج النفسي الجماعي و ساهمت في إنتشاره انتشارا واسعا بإعتباره وليدا لهذا القرن نذكر منها :

- 1- زيادة حجم حالات العصابات والذهانات خاصة بعد الحربين العالميين الأولى والثانية وتغشي حالات ردود الافعال الهستيرية ورهاب الحرب وعصاب المعركة, war Neurosis وإضطراب صدمة الفذائف Shell Shock وإعياء المعركة (Combat Fatigue (عيسوي، 1990، ص. 259)
- 2- ناهيك على الإضرابات السيكوسوماتية و إضافة إلى تغشي بعض الأنماط الإكلينيكية الفصامية التي فجرتها الحرب.
- 3- العدد الهائل من الجنود المضطربين الذي جاء كحصيلة للحرب و هذا ما خلق عينة متجانسة من حيث نوع الإضطراب و هذه الخاصية ساعدت في ظهور العلاج الجماعي.

- 4- تشابه الأعراض الإكلينيكية للمرضى في ذلك الوقت نظرا لمتغيرين أساسيين هما :
- إن الموقف الضاغط و المثير و المفجر للإضطراب واحد هو الحرب .
 - إن ملقى هذا الضغط ، و هذه الآثار نمط او فئة واحدة هي الجنود (ابو زيد ، 2008، ص.26).
- 5- تقديم الدعم اللازم لأسر الجنود و المدنيين المتأثرين بالحروب و مساعدتهم في التعامل مع التحديات النفسية و العائلية التي نشأت جراء تجاربهم الصعبة.
- 6- قلة المعالجات الشفاء الذي صعب تلبية الإحتياجات النفسية الهائلة للأفراد المصابين بصدمات الحروب و الإجهاد النفسي لدى بدأت الحاجة في تطوير أساليب علاجية جماعية تستطيع التعامل مع عدد كبير من الأفراد في وقت واحد ، و قد إعتبر أداة مهمة في تقديم الرعاية النفسية أثناء الحروب و بعدها . .
- 7- استحالة استخدام العلاج الفردي للتكفل بالكم الهائل من المرضى الذي نتج عن الحرب إذ أنه سيتطلب وقت أطول و تكلفة أكثر.
- 8- تشابه الظروف المعيشية للمرضى ، و هذا التشابه ساعد كثيرا في نجاح عمليات العلاج النفسي الجماعي و ساعد في تجانس جماعات (أبو زيد ، 2008 ، ص.27).
- 9- قلة تكلفته و عائده المرضية إلى حد ما انذاك.
- 10- الإنتقادات التي تم توجيهها للعلاج التحليلي الذي كان طاغيا في تلك الفترة.
- بفضل هذه العوامل، أصبح العلاج الجماعي وسيلة معترف بها وفعالة في مجال الصحة النفسية، مما أدى إلى انتشاره الواسع واعتماده كأحد الأدوات الرئيسية في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية.

4- تعريف العلاج النفسي:

هو عملية علاجية تهدف إلى معالجة المشاكل النفسية والعاطفية من خلال جلسات جماعية تشمل مجموعة من الأفراد الذين يواجهون تحديات مشابهة. يتم التركيز في هذا النوع من العلاج على تبادل الخبرات والدعم المتبادل بين الأعضاء وتوجيهات المعالج لتعزيز التحسين الشخصي والتغيير الإيجابي في السلوكيات والعلاقات. بالنسبة للعلاج الجماعي يتناول فيه الطبيب في وقت واحد عدداً من المرضى حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة، من خلال علاقته بغيره من المرضى وعلاقته بالمعالج (العيسوي ، 2004 ، ص.165).

هو عبارة عن مناقشة جماعية أو مناشط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض في وقت واحد (Hilgard,F,R,Op.Citp.p612) و يعرفه جيمس دويفر بأنه أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد في السوسيودراما والسيكودرما (Drever,J,A Dictionary of psychology Penguin Books,1963,p110). إما أنجلس فيعرفه عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها فيقول إنه أي جماعة يتوحد الفرد وإياها أو يقارن الفرد نفسه بها . ويتقصد الجماعة للدرجة أنه يتبنى معاييرها واتجاهاتها وأنماط سلوكها، كما لو كانت معاييرها هو، فتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية حيث يرى نفسه منتبها إليها و ليس من الضروري أن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة (Englich, H.B,and English,A C,Op.cit P. 232) وللعلاج النفسي الجمعي فائدة مزدوجة فهو أولاً علاج اقتصادي، ولما كان عدد الذين يحتاجون إلى العلاج النفسي أكثر بكثير من عدد السيكولوجيين المدربين على العلاج، فإن علاج عدة أشخاص في وقت واحد يمكن أن يكون ذا أهمية اجتماعية كبيرة .والفائدة الثانية لهذا العلاج هي أنها قد تكون في حد ذاتها أكثر فعالية بالنسبة لبعض أنواع المرض . فالفرصة المتاحة للمرضى لأن يتبادلوا خبراتهم مع غيرهم ممن يعانون من نفس المشكلات (هنا، نجاتي، ب س ، ص ص.166-167).

بشكل عام، يمكن أن يوفر العلاج الجماعي بيئة داعمة ومحفزة للأفراد لتحقيق التغيير والنمو الشخصي . العلاج الجماعي خلاصة هو شكل من أشكال العلاج النفسي يتضمن مشاركة مجموعة صغيرة من الأفراد تحت إشراف معالج نفسي مؤهل. يتيح هذا النوع من العلاج للأعضاء فرصة التفاعل مع بعضهم البعض، مشاركة تجاربهم ومشاعرهم، وتقديم وتلقي الدعم والنصائح. يهدف العلاج الجماعي إلى مساعدة الأفراد على تحسين مهاراتهم الاجتماعية، التعامل مع مشكلاتهم النفسية بشكل أفضل، وتحقيق النمو

الشخصي من خلال الدعم المتبادل والمشاركة الجماعية. يمكن أن تتنوع جلسات العلاج الجماعي في الأسلوب والتركيز، فتشمل على سبيل المثال علاج الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، معالجة الإدمان، تحسين مهارات التواصل، وتعزيز التكيف الاجتماعي. يتم تحديد أهداف العلاج ومحتوى الجلسات بناءً على احتياجات المجموعة وأهداف الأعضاء الفردية.

5- أهداف العلاج النفسي الجماعي :

➤ للعلاج النفسي الجماعي أهداف يتشارك فيها مع العلاجات الأخرى مثل :

- معالجة الأعراض للتخلص منها.
- العمل على إنهاء معاناة المريض .
- الشعور بالرضا سواء بالنسبة للمريض ، الجماعة او المعالج.
- أما عن الأهداف التي يتقاطع فيها مع العلاج النفسي نجد :
- خلق الإستبصار لدى المريض بمشكلته و أبعادها .
- تغيير إتجاهات الجماعة من إتجاهات سلبية إلى إتجاهات إيجابية.
- إحداث تغييرات في سلوك الجماعة .
- حل الصراعات.
- تقوية الأنا.
- مواجهة الميكانزمات الدفاعية السلبية.
- تنمية شعور المريض بالمسؤولية.

الهدف من العلاج الجماعي هو تسهيل عملية التغيير في السلوك بين الأفراد والتغيير في الاتجاهات أو الاعتقادات حول الآخرين وكيفية إقامة علاقات معهم. إن العلاج الجماعي مكان يتبادل فيه أعضاء المجموعة العلاقات الشخصية الداخلية لحل مشكلاتهم الخاصة بالعلاقات الشخصية المتبادلة (المحارب ، 1997 ، ص2). كما أنه يهدف إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولاً . ثم مع البيئة ثانياً، وأن أهداف العلاج النفسي تثير قضية على جانب كبير من الأهمية : هل العلاج النفسي يهدف إلى إعادة الشخص إلى حظيرة المجتمع كي يتوافق مع السائد والمألوف (بغض النظر عن مدى انطباقه وإتفاقه من عدمه مع

اتجاهات الشخص؟) أم أنه يهدف إلى جعل الشخص أكثر وعياً وتمرداً واستبصاراً بواقعه وبنفسه؟ (غانم ، 2005، ص 147).

عموماً تنقسم أهداف العلاج الجماعي إلى :

- زيادة وعى الفرد واستبصاره وفهمه.
- حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
- زيادة قبول الفرد لذاته.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات.
- تقدير الذات (العيسوي. يدت (١٩) .
- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله .
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية.
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتمييزها (زهران، 1997 ، ص 31) و
مما سبق لخصنا أهدافه فيما يلي:
- تشجيع التغيير و النمو الشخصي .
- تحقيق الأهداف الشخصية .
- تعلم إستراتيجيات جديدة للتعامل مع المشاكل .
- توفير الدعم العاطفي و الإجتماعي .
- تعزيز المهارات الإجتماعية و التواصل .
- توفير الشعور بالإنتماء و المشاركة تطوير الوعي الذاتي .
- و اخيرا تحسين الصحة النفسية و العاطفية

6- نظريات العلاج النفسي الجماعي:

1- النظريات التحليلية او الدينامية - Dynamic or Analytical Theories : يفترض فرويد

أن الأم و طفلها و ما بينهما من علاقة دينامية يكونان جماعة ، و أيده في ذلك علماء الاجتماع حين

قرروا أن الأسرة الصغيرة تكون بمثابة الجماعة الأولى للطفل (أبو زيد ، ج، 1، ص. 59) و أيده في ذلك علماء الاجتماع حين قرروا أن الأسرة هي الجماعة المرجعية الأولى للطفل . (Lonergan, 1994,p 189) وقد اعتقد فرويد أن العائلة وتفاعلات الطفل والموقف العائلي هي النموذج الأول Prototype للحياة الجماعية التالية . وفي الجماعة العلاجية يسلك الفرد غالباً نفس الأسلوب الذي كان يسلكه في جماعة العائلة. وقد لاحظ فرويد أننا بالإضافة إلى تأثير القائد في الأعضاء، فإن كل عضو فرد يؤثر في أعضاء الجماعة .ولذا فإنه قبل البدء في العلاج النفسي الجماعي ووفقاً لنظرية التحليل النفسي تتم مجموعة من الإجراءات مثل ضرورة إعداد المريض في جلسات تمهيدية - قبل الجلسات الفعلية- حيث يتم في هذه الجلسات إلقاء التعليمات عليه والتشديد على ضرورة أن يكون أميناً وجريئاً ومتفتحاً مع الآخرين بالرغم من أنه قد يكره وجود بعض الأفراد في الجماعة وقد يبادلونه نفس الكره ولكن هذا لا يهم في بداية التفاعل لأن الصرامة ستقود إلى العديد من التعديلات.بعد ذلك يتم اختيار المريض المنتظم في الجلسات العلاجية النفسية(غانم، 2009، ص . 74). تقوم هذه النظرية على الإهتمام بالمصطلحات التحليلية مثل النقل و التحويل ، اللاوعي الجماعي، و التفسير و التحليل.

2- نظرية الادعاء أو الافتراض الأساسي : Basic Assumption Theory حيث يقرر ويلفريد بيون

Bion. W (1955). أن أفراد الجماعة لديهم:

- الغرض الشعوري Conscious Purpose : وهو الغرض الظاهر الحضور الجماعة والعلاج، والالتزام بالمهام العلاجية.. إلخ .
- الأجندة اللاشعورية Unconscious Agenda : وهي أجندة جماعية لاشعورية تحوي تساؤلات كثيرة، ورغبات كثيرة تعوق المهمة العلاجية، وقد تسير في اتجاه مضاد للغرض الشعوري للأفراد .

وتقوم نظرية بيون على مفاهيم ثلاثة أساسية هي:

✓ الاعتمادية Dependency.

✓ Fight Flight الكروالفر .

✓ Pairing. المزوجة

■ الاعتمادية : سلوك المرضى العاجز و اعتقادهم ان المعالج هو من سينقدهم و قد تكون توقعاتهم من القائد عالية فيصاب بالإحباط.

■ أما الكروالفر: فهي عملية دينامية تحدث أثناء الجلسات الجماعية، التي تشبه المعركة فالأفراد يكرون على أو يفرون من الخصم ، ولا فرصة أمام الضعيف، ومعظم أفراد الجماعة لديهم تحملا ضعيفا للهزيمة، والإحباط، والخسارة.

■ المزوجة : هي الاهتمام ببعض الثنائيات في الجماعة لإنجاب الفارس الذي سيحل مشاكل الجماعة . (ابو زيد ، 2008، ص.61).

3- النظرية البيئشخصية Irvin.D.Yalom : تأثر يالوم بنظرية هاري ستاك سوليفان (Sullivan H.S) (1953) والتي ترجع الاضطرابات المرضية النفسية إلى التشوهات الإدراكية الشخصية وبين الشخصية ولذلك يركز يالوم على التفاعل بين الشخصي الزماني (الآن)، والمكاني (هنا). (عامل الزمكان) ، ووضع عدة عوامل علاجية (ابو زيد ، 2008، ص . 64) .

نظريته تعتمد على مبدأ هنا و الآن . يالوم طبيب نفسي اعتمد على الأسلوب العلمي التجريبي في أعماله التي نشرها (1985) ، إن تأكيده على التعلم الذي يحدث في أثناء العلاقات البيئشخصية كعامل علاجي في العلاج النفسي الجمعي يشبه مفهوم التغذية الراجعة البيئشخصية بالنسبة للعلاج الجمعي الديناميكي . مما يجعله أقرب إلى أن يصنف ضمن المنظرين الفرويديين الجدد. ويعتبر يالوم من بين المنظرين القلائل الذين حاولوا تعريف الجوانب الشفائية أو العلاجية في العلاج النفسي الجمعي (المحارب ، 1997 ، ص.53) ، كما أنه ذكر عدة عوامل علاجية أخرى مثل : تطوير الأمل، العالمية ، نقل المعلومات ، الإصلاح التصحيحي للتجارب الأسرية الأولية ، التنمية الإجتماعية ، السلوك المقلد، التفرغ العاطفي ، التماسك الجماعي.

4- النظرية السلوكية: صاحبها Joseph Wolpe : النظرية السلوكية في العلاج الجماعي تستند إلى مبادئ السلوكيات المتعلمة وكيفية تعديلها. تهدف هذه النظرية إلى معالجة الأنماط السلوكية غير المرغوبة وتعزيز السلوكيات المرغوبة من خلال التفاعل الجماعي. و من بين المبادئ التي تركز عليها:

- **التعلم بالملاحظة:** الأفراد يمكنهم تعلم السلوكيات الجديدة من خلال ملاحظة سلوك الآخرين في المجموعة.
- **التعزيز الإيجابي والسلبي:** استخدام المكافآت أو العقوبات لتعزيز السلوكيات المرغوبة وتقليل السلوكيات غير المرغوبة.
- **النمذجة:** عرض سلوكيات مرغوبة من قبل المعالج أو أعضاء آخرين في المجموعة ليتم تقليدها من قبل الآخرين.
- **التطبيق العملي:** توفير بيئة آمنة لتجربة وتعديل السلوكيات في سياق اجتماعي داعم.
- **التغذية الراجعة:** تقديم ملاحظات فورية حول السلوكيات مما يساعد الأفراد على فهم تأثير سلوكهم والعمل على تحسينه.
- **التدريب على المهارات:** تعليم وتدريب الأفراد على مهارات محددة مثل التواصل الفعال، إدارة الغضب، والتعامل مع الضغوط. وهذه مجموعة من النظريات التي نطبق قواعد المتعلم المستخلصة من معامل علم النفس التجريبي في تغيير السلوك المختل أو المتحرف (الأمراض النفسية)، المنحى الرئيس لهذه النظريات يشتمل على تحديد الأنماط السلوكية التي يوافق كل من المعالج والعميل على ضرورة تعديلها كل على حدة، ثم يقوم كل من المعالج والعميل بتقويم إمكانات العميل بالنسبة للتعامل مع السلوك المشكل ويقومان بوضع، تطبيق و تقويم إستراتيجيات لتعديله ويعتمد تدخل المعالج على التطبيق الذكي، والحساس لنتائج الأبحاث على الحالة الفردية التي هو بصدد التعامل معها (تجب ملاحظة أن المعالج السلوكي يتردد في إستعمال كلمات مثل ذكي و حساس لأنها تعني ظواهر نفسية داخلية، وهؤلاء المعالجون يهتمون بالسلوك الملاحظ)، وعندما يظهر العميل السلوك الرغوب فيه بالترار المناسب أو أحيانا قبل ذلك يقدم المعالج للعميل بعض الاستراتيجيات اللازمة للمحافظة على الأنماط السلوكية الجديدة (فريدمان ،1997، تر: المحارب، ص 54).
- و تتلخص هذه النظرية في تركيزها على السلوك القابل للملاحظة، وتؤمن بأن السلوك يتأثر بالتجارب. والمحفزات الخارجية. كما أنها تشجع تغيير السلوك من خلال التركيز على تعديل السلوك بمساعدة التكنيكات المختلفة، مثل التعرض المتكرر للمحفزات المثيرة للقلق وتعزيز السلوك المرغوب من خلال التعليم والتدريب في السلوك المناسب.

- 5- العلاج الجمعي المعرفي السلوكي : صاحبها DR Michell. G . Crask نظرية العلاج الجماعي المعرفي السلوكي (CBGT) تنص على أن العلاج يمكن أن يكون أكثر فعالية عندما يتم تقديمه في إطار جماعي بدلاً من الجلسات الفردية. هذه النظرية تقوم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وتتضمن استخدام تقنيات مختلفة لمعالجة التفكير السلبي والسلوكيات الضارة في بيئة جماعية. النقاط الرئيسية لنظرية العلاج الجماعي المعرفي السلوكي تشمل:
- 1- التفاعل الاجتماعي : يعزز التفاعل مع الأفراد الآخرين الذين يواجهون مشكلات مشابهة الشعور بالدعم والتفاهم، مما يخفف من الشعور بالعزلة.
 - 2- المراقبة المتبادلة : يوفر الفرصة للمشاركين لمراقبة وتعلم إستراتيجيات التعامل الفعالة من الآخرين.
 - 3- التعلم الجماعي : يساعد على اكتساب مهارات جديدة من خلال تبادل الخبرات والنصائح بين أعضاء المجموعة.
 - 4- الدعم الجماعي : يوفر الدعم النفسي والتشجيع من قبل أعضاء المجموعة، مما يعزز الالتزام بالعلاج وزيادة الدافعية للتغيير.
 - 5- فعالية التكلفة : يعتبر أكثر كفاءة من حيث التكلفة مقارنة بالعلاج الفردي، حيث يمكن معالجة عدة أفراد في نفس الوقت.
 - 6- التعرض الموسع : يوفر فرصة للتعرض التدريجي لمواقف مسببة للقلق ضمن بيئة آمنة وداعمة، مما يعزز معالجة هذه المواقف بفعالية. باختصار، نظرية العلاج الجماعي المعرفي السلوكي تجمع بين مبادئ العلاج السلوكي المعرفي وفوائد الديناميكية الجماعية لتحقيق تحسينات نفسية وسلوكية للأفراد المشاركين.

6 - نظرية ديناميكيات الجماعة **Group Dynamics Theories** : و صاحبها KURT LEWIN

في العلاج الجماعي الديناميكي، يكون التركيز على تعلم الكيفية التي تعمل بها الجماعة، وفي الوقت نفسه، أثر الفرد في الآخرين، من خلال عملية التغذية الراجعة من الآخرين في المجموعة يتعرف الفرد على علاقته هو بالتفاعل داخل المجموعة .

و من الجدير بالملاحظة أن نظرية فرويد Freud في الجماعة ، أقرب إلى وجهة النظر الديناميكية الجماعية منها إلى النفسية التحليلية ، وكتابه في الواقع، مرتبط بعلم نفس الجماعة أكثر من ارتباطه بالعلاج الجماعي (المحارب ، 1977، ص ص 51-52).

من مبادئ نظرية ديناميكيات الجماعة في العلاج الجماعي : تهدف إلى فهم وتحليل التفاعلات والعلاقات داخل المجموعة العلاجية لتحفيز النمو الشخصي والتغيير الإيجابي. تشمل هذه المبادئ:

- 1- **ديناميات المجموعة** : تركز على التفاعلات بين أعضاء المجموعة وكيفية تأثير هذه التفاعلات على سلوك الأفراد وعلاقاتهم. يُعنى هذا المبدأ بتحليل التوترات، التحالفات، والصراعات داخل المجموعة.
- 2- **التحويل والتحويل المضاد**: يتمثل هذا المبدأ في كيفية نقل الأفراد لمشاعرهم وتجاربهم السابقة إلى أعضاء المجموعة الآخرين ومعالج المجموعة. التحويل هو العملية التي ينقل فيها الأفراد مشاعرهم تجاه شخصيات من ماضيهم إلى شخصيات المجموعة، بينما التحويل المضاد هو استجابة المعالج لهذه المشاعر.
- 3- **التماسك الجماعي** : يشير إلى مدى شعور الأعضاء بالانتماء والارتباط بالمجموعة. تماسك المجموعة يُعتبر عاملاً حاسماً في فعالية العلاج الجماعي، حيث يعزز من الشعور بالأمان والدعم بين الأعضاء.
- 4- **الأدوار داخل المجموعة** : يتناول هذا المبدأ كيفية توزيع الأدوار بين أعضاء المجموعة وتأثيرها على ديناميات المجموعة. الأدوار يمكن أن تكون رسمية أو غير رسمية وتتغير بمرور الوقت بناءً على تفاعلات الأفراد.

5- المراحل التطورية للمجموعة : التعرف على المراحل المختلفة التي تمر بها المجموعة مثل التكوين (forming)، العصف (storming)، التماسك (norming)، الأداء (performing)، والانتهاج (adjourning) كل مرحلة لها خصائصها وتحدياتها الخاصة.

6- التفاعل بين الأعضاء : تحليل كيفية تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض وأثر هذه التفاعلات على سلوك الأفراد وديناميات المجموعة. يُعنى هذا المبدأ بفهم الأنماط التفاعلية والتأثيرات المتبادلة.

7- التواصل والتفاعل : دراسة أنماط التواصل بين الأفراد داخل المجموعة وكيفية تأثيرها على التفاعلات الجماعية. يتضمن ذلك فهم دور الحوار، الصراع، والتفاوض في تطور الديناميكيات الجماعية.

8- الدعم الاجتماعي والاحتواء : يشير إلى كيفية تقديم الأعضاء الدعم لبعضهم البعض والشعور بالاحتواء داخل المجموعة. الدعم الاجتماعي يعزز من فعالية العلاج ويشجع الأفراد على مشاركة تجاربهم ومشاعرهم بصدق.

9- الاستبصار والتعلم الجماعي : يهدف إلى تعزيز وعي الأفراد بديناميكياتهم الداخلية والجماعية. يساعد الأعضاء على فهم دوافعهم وتفاعلاتهم داخل المجموعة مما يؤدي إلى تغييرات إيجابية في السلوك والعلاقات.

10- الدفاعات الجماعية : دراسة الأنماط الدفاعية التي تستخدمها المجموعة ككل لحماية نفسها من التوترات والقلق الجماعي. يشمل ذلك الآليات الدفاعية مثل الإنكار، الإسقاط، والتماهي . من خلال تطبيق هذه المبادئ، يمكن للعلاج الجماعي أن يوفر بيئة تعاونية وداعمة تساعد الأعضاء على تحقيق النمو الشخصي والتغيير النفسي الإيجابي.

يركز هذا المنهج على التفاعلات والعمليات التي تحدث داخل المجموعة. وهي تؤكد على أهمية العلاقات بين الأشخاص وديناميكيات القوة في المجموعة العلاجية (Yalom et Molyn ، 2005، ص ص 137-139).

7- النظرية الإنسانية : صاحبها Carl Rogers فصل Yalom في كتابه "The Theory

" and Practice of group therapy " وفي الفصل 4 الذي يحمل عنوان " The

" Therapeutic Factors جوانب من النظرية الإنسانية، إذ ركز على كيفية دمج

المبادئ الإنسانية في العلاج الجماعي لتحسين النتائج العلاجية .و من بين العوامل التي تسهم في فعالية العلاج الجماعي ذكر Yalom :

1- القبول غير المشروط والتقدير الإيجابي : يركز يalom على أهمية قبول الأعضاء دون إصدار أحكام عليهم. هذا يعكس مبادئ كارل روجرز في تقديم القبول غير المشروط والتقدير الإيجابي، مما يساعد الأعضاء على الشعور بالأمان والانفتاح.

2- البيئة الداعمة : يتم إنشاء بيئة آمنة حيث يمكن للأعضاء التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بحرية. هذا يتماشى مع النظرية الإنسانية التي تؤكد على أهمية البيئة الداعمة في تعزيز النمو الشخصي.

3- التعبير عن الذات والأصالة : (L'authenticité) يشجع يalom الأعضاء على أن يكونوا أصليين وصادقين مع أنفسهم ومع الآخرين في المجموعة. هذه الأصالة تعزز الفهم المتبادل والثقة بين الأعضاء .

4- التحفيز على النمو الشخصي : يُشجع الأفراد على استكشاف أنفسهم وفهم تجاربهم الشخصية بطريقة أعمق .يالوم يرى أن التفاعل داخل المجموعة يمكن أن يكون محركًا قويًا للنمو الشخصي.

5- التفاعل الاجتماعي والتعلم بين الأشخاص : يتحدث يalom عن كيفية تعلم الأفراد من تجارب الآخرين ومن التفاعل الاجتماعي داخل المجموعة. هذا يعزز الفهم الذاتي والوعي الاجتماعي، وهو جزء أساسي من العلاج الإنساني .يؤكد هذا النهج على النمو الشخصي وتحقيق الذات واستكشاف التجارب الذاتية داخل المجموعة. وتؤكد على أهمية التعاطف والأصالة والحضور العلاجي في عملية الشفاء.

التطبيق العملي Yalom : يُفصل كيفية تطبيق هذه المبادئ الإنسانية في الجلسات العلاجية، ويقدم أمثلة عملية توضح كيف يمكن للمعالجين تيسير هذه البيئة الداعمة.

- دور المعالج : يوضح دور المعالج كمسهل أكثر من كونه مديرًا للجلسة. المعالج يقدم الدعم والتوجيه ويشجع الأعضاء على التفاعل بشكل حر.
- تعزيز الثقة : من خلال بناء الثقة داخل المجموعة، يمكن للأعضاء أن يشعروا بالأمان للتعبير عن مخاوفهم وأفكارهم العميقة.
- التعاطف والتفهم . Yalom : يؤكد على أهمية التعاطف والتفهم من قبل المعالجين وأعضاء المجموعة، مما يساعد في بناء العلاقات الإيجابية داخل المجموعة .قدم Yalom تحليلًا شاملاً

لكيفية عمل المبادئ الإنسانية في سياق العلاج الجماعي، مستندًا إلى نظريات كارل روجرز وأفكاره (Yalom, 2005, p : 41 – 50).

- 8- نظرية التعلم الاجتماعي : صاحبها Albert Bandura في كتاب "The Theory and Practice of Group" يتناول Yalom عناصر من نظرية التعلم الاجتماعي حيث ينظر إلى كيفية تفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض داخل المجموعة والتأثيرات المتبادلة التي تنتج عن هذا التفاعل. النقاط الأساسية التي تناولها هي :
1. الملاحظة والنمذجة : أو نمذجة السلوك الإيجابي يُشدد على أهمية التعلم من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين الإيجابية داخل المجموعة. يمكن للأعضاء تعلم استراتيجيات جديدة للتعامل مع المشكلات من خلال مشاهدة زملائهم.
 2. التعزيز الإيجابي ، :يألوم يتحدث عن دور التعزيز الإيجابي في تعزيز السلوكيات المرغوبة. في السياق الجماعي، يمكن أن يأتي التعزيز من المعالج أو من أعضاء المجموعة، و معالجة السلوكيات السلبية من خلال النقاش الجماعي.
 3. التفاعل الاجتماعي : يؤكد باندورا على أهمية التفاعل الاجتماعي في التعلم. في العلاج الجماعي، يتفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض ويتعلمون من تجارب وملاحظات الآخرين، مما يعزز النمو الشخصي ، التطور، الفهم المتبادل و الدعم العاطفي .
 4. تشجيع المناقشة والتفاعل :يُشجع الأعضاء على مناقشة تجاربهم وتبادل القصص الشخصية، مما يسمح للآخرين بالتعلم من هذه التجارب واكتساب رؤى جديدة.
 5. تقديم التغذية الراجعة : يقدم المعالج وأعضاء المجموعة تغذية راجعة بناءة حول سلوكيات معينة، مما يساعد الأفراد على تعديل سلوكهم بناءً على هذه الملاحظات.
 6. تعزيز الكفاءة الذاتية : يمكن تشجيع الأعضاء على تحديد أهداف قابلة للتحقيق والعمل على تحقيقها، مما يزيد من شعورهم بالكفاءة الذاتية.
 7. دور المعالج كنموذج : يألوم يذكر أن المعالج يمكن أن يكون نموذجًا للأعضاء من خلال إظهار السلوكيات الإيجابية والتفاعل البناء .بتطبيق هذه المبادئ، يمكن أن يكون العلاج الجماعي بناءً على نظرية التعلم الاجتماعي فعّالاً في مساعدة الأفراد على تعلم سلوكيات جديدة، تحسين التفاعل الاجتماعي، وتعزيز النمو الشخصي.

7- مجالات استخدام العلاج النفسي الجماعي:

يستخدم العلاج النفسي الجماعي على نطاق واسع في مستشفيات الأمراض العقلية وفي العيادات النفسية وفي عيادات توجيه الأطفال وفي بعض المؤسسات الإصلاحية، وأهم حالات استخدامه وفوائده هي :

- 1- علاج الأطفال والمراهقين والراشدين .
- 2- توجيه آباء وأمّهات الأطفال الذين يعانون من مشكلات متشابهة، أو الإناء والأمّهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال .
- 3- علاج الأسرة بكاملها، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة، أو على الأقل أعضاء الأسرة الذين تتعلق المشكلة بهم (زهران، 2005، ص ص. 286-287).

فالعلاج الجماعي يطبق في العيادات الخارجية اليومية وفي الملاجئ وفي العيادات الخاصة ومؤسسات ومدارس ضعاف العقول، كما يستخدم في المستشفيات غير العقلية كعامل مساعد العلاج الطبي، ويستخدم في القوات المسلحة، ، ولكن أيضاً من أجل التوجيه ورفع الروح المعنوية Morale للجنود أو العمال، يستعمل العلاج النفسي الجماعي في شفاء جماعات معينة من المرضى ذوي المشكلات الخاصة مثل:

- المرضى العقلين السابقين .
- مدمنوا المخدرات .
- مدمنوا الكحول .
- مرضى السمّنة .
- الشواذ جنسيا .
- المجرمون و الجانحون .
- الشيوخ و الكبار (العيسوي، 2004، ص ص. 127-128)

و في علاج المرضى الذين يتصفون بالانعزال والميل للوحدة والانطواء والخجل وسوء التوافق الاجتماعي والاكْتئاب، والشعور بالنقص الأسباب .جسمية اجتماعية أو نفسية. (علي، 2010، ص ص. 278-279).

العلاج الجماعي يُستخدم في مجموعة متنوعة من المجالات لمساعدة الأفراد على تحسين صحتهم النفسية والاجتماعية. هذه المجالات تستفيد من التفاعل الجماعي، الدعم المتبادل، والتعلم من تجارب الآخرين.

8- أنواع العلاجات النفسية الجماعية :

11-1- السيكودراما (Psychodrama) (الدراما النفسية) أو العلاج بالتمثيل النفسي المسرحي:

هو اهم واشهر اساليب العلاج النفسي الجماعي القائمة على النشاط المرضي يطلق عليها احيانا اسم تمثيلية المشكلات النفسية او العلاج بالمسرحيات النفسية،وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي واستبصار ذاتي في موقف جماعي(زهران،2005،ص290).

فهي أسلوب علاجي نفسي يستخدم ويستغل أسلوب تمثيل الفرد المريض لدور أو أكثر في تمثيلية درامية جماعية تعد لهذا الغرض(عبد المنعم،2003،ص453).

ويهدف هذا العلاج الى اتاحة الفرصة للتصريف والتنفيس الانفعالي والى تحقيق التلقائية وادراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض وادراك الواقع وتحقيق التوافق الاجتماعي والتعلم من الخبرة (علي،2010،ص280).

وكان مورينو(Moreno) أول من ابتدع هذه الطريقة العلاجية في العصر الحديث وذلك في الربع الأول من هذا القرن إلا أن جذور هذا الاسلوب الدرامي قديمة العهد وتعود الى الحضارة الاغريقية وربما الى من سبقها من الحضارات. بدأ مورينو عام 1909 بعلاج الاطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية ونفسية ،وذلك عن طريق قيامهم بتمثيل ادوار معينة في مسرحيات كتبت خصيصا لهذه الغاية وبهدف معالجة نواحي معينة من الاضطراب في السلوك.ثم بعدها تطور الاسلوب الى اسلوب اخر يقوم فيه الاطفال بتمثيل ادوار تلقائية لم يتم اعدادها بشكل مسبق.ثم يليها خطوة تطويرية ثالثة وهي انشاء المسرح التلقائي سنة 1922.ثم تلي ذلك تسمية هذا المسرح باسم(الدراما الاجتماعية (Sociodrama) ،واخيرا ابتكر مورينو الاسلوب المعروف بالسايكودراما كوسيلة علاجية لفرد ضمن الاطار الاجتماعي (عبد المنعم،2003،ص453).

تتصف الدراما النفسية بأدوار ثلاثة : دور التدفئة، دور الحركة و دور الخلاصة. ففي الدور الأول يتجول الفرد بين الحضور ليجد من بينهم واحدا يختاره لبدء التعامل والحوار معه ،ثم يأتي دور الثاني وفيه يصبح الفرد أكثر ارتباطا ومشاركة عاطفية مع الحاضرين وهذا يؤدي إلى الإفضاء عن المحتويات النفسية وإلى التنفيس العاطفي .فقد تطور هذا الاسلوب العلاجي الدرامي وادخلت عليه تقنيات إضافية تسمح للمريض من تمثيل الادوار التي تتم عن مشاكله،كما تمكنه من مشاهدة نفسه في تمثيل الاخرين لبعض نواحي سلوكه وانفعالاته ،وهو الامر الذي يدفعه إلى تغيير سلوكه وبالشكل الذي يتماشى مع انتقادات الاخرين .

اما عن كتابة موضوع المسرحية او قصتها فقد يقوم به المرضى أنفسهم أو قد يعده المعالج،أو قد يترك الأمر لتلقائية المرضى والمشاركين في التمثيل حسبما يقتضيه الموقف(زهران،2005،ص292).

وهناك عدة تقنيات في السيكدراما نذكر منها:

- تقنية قلب الأدوار (Rôle Reversal): وهي أن الفرد يحصل على البصيرة الكافية حول شخصية ودوافع الشخص الذي يتعامل معه وتمكنه من التوصل إلى فهم أصح للعلائق الشخصية وكيفية قيامها واضطرابها وطرق التغلب على مشاكلها(عبد المنعم،2003،ص454).

وهذه التقنية هي تجسيد لأدوار تعكس موقف ما أو مشكلة ما تسمح بتقديم تجربة تفاعلية بين أفراد الجماعة لتوعيتهم بمدى خطورة الآفة التي تفتك بهم أولا على أنفسهم ثانيا على أسرهم والناس المحيطة بهم، وسيتم تطبيقه بتسديد أدوار في سيناريو معد مسبقا من طرف المعالجين .

- تقنية الإسقاط المستقبلي: future projection : هذه التقنية يظهر فيها المريض كيف يعتقد أن مستقبه سيكون عليه ويشكل ذاته،والناس الذي يعتقد انهم سيشاركون معه في الموقف

- تقنية الوسائط الإعلامية(Media Techniques): في السيكدراما تُستخدم لإدخال وسائل متعددة مثل الفيديو، الصوت، والصور في جلسات العلاج، مما يمكن أن يكون له عدة فوائد في علاج المدمنين :
1- توفير تمثيل واقعي للمواقف: يمكن استخدام الوسائط الإعلامية لإعادة تمثيل مواقف واقعية يواجهها المدمنون في حياتهم اليومية، مما يساعدهم على التعرف على هذه المواقف واستكشاف طرق جديدة للتعامل معها.

- 2- تعزيز التفاعل والتحفيز: يمكن أن تجعل الوسائط الإعلامية الجلسات أكثر تشويقاً وتفاعلاً، مما يساعد في الحفاظ على اهتمام المشاركين وتحفيزهم للمشاركة الفعالة.
 - 3- تسهيل التعبير عن المشاعر: قد يجد بعض المدمنين صعوبة في التعبير عن مشاعرهم بالكلمات، ويمكن للوسائط الإعلامية مثل الصور والفيديوهات أن تكون وسيلة بديلة للتعبير عن هذه المشاعر.
 - 4- تقديم نماذج إيجابية: يمكن استخدام الوسائط الإعلامية لعرض قصص نجاح ونماذج إيجابية لأشخاص تعافوا من الإدمان، مما يلهم المشاركين ويعزز من إيمانهم بقدرتهم على التعافي.
 - 5- تحسين الفهم والإدراك: يمكن أن تساعد الوسائط الإعلامية في توضيح مفاهيم معقدة حول الإدمان وعملية التعافي، مما يسهل على المدمنين فهم هذه المفاهيم بشكل أعمق.
 - 6- تقديم تغذية راجعة بصرية: من خلال تسجيل جلسات العلاج وإعادة عرضها، يمكن للمشاركين رؤية أنفسهم والتعرف على أنماط سلوكهم وتفاعلاتهم، مما يساهم في زيادة الوعي الذاتي والتطوير الشخصي.
 - 7- دعم التعلم النشط: تساهم الوسائط الإعلامية في تعزيز التعلم النشط من خلال إشراك أكثر من حاسة في العملية العلاجية، مما يمكن أن يكون أكثر فعالية في معالجة الجوانب المختلفة للإدمان. تعتبر تقنية الوسائط الإعلامية إضافة قيمة إلى السيودراما، حيث تقدم أدوات متعددة ومتنوعة لدعم عملية التعافي وتعزيز فعالية العلاج.
- تقنية المناقشة (Discussion Technique) في السيودراما تُستخدم لتعزيز التفاعل والتواصل بين المشاركين بعد أداء المشاهد التمثيلية. هذه التقنية توفر عدة فوائد في علاج المدمنين.
- 1- تعميق الفهم والتعلم: تساعد المناقشات على تحليل وتفسير المشاهد التمثيلية، مما يعمق فهم المشاركين لتجاربيهم الشخصية والمشاعر المرتبطة بها.
 - 2- مشاركة الخبرات والآراء: *تتيح المناقشات للمشاركين فرصة مشاركة تجاربهم الشخصية والاستماع إلى تجارب الآخرين، مما يمكن أن يخلق شعوراً بالتضامن والانتماء.
 - 3- تشجيع التأمل الذاتي: *يمكن للمناقشات أن تحفز المشاركين على التفكير في سلوكياتهم وأنماط تفكيرهم، مما يعزز من وعيهم الذاتي وقدرتهم على التغيير.

4- تقديم ودعم التغذية الراجعة: *توفر المناقشات فرصة لتقديم تغذية راجعة بناءة وداعمة، مما يساعد المشاركين على تحديد نقاط القوة والمجالات التي تحتاج إلى تحسين.

5- تعزيز مهارات التواصل: تساعد المناقشات في تحسين مهارات الاستماع والتحدث، مما يمكن أن يكون مفيداً في بناء علاقات صحية ومستدامة مع الآخرين.

6- معالجة الصراعات والمشكلات: يمكن استخدام المناقشات لتفكيك الصراعات والمشكلات التي تظهر أثناء المشاهد التمثيلية، مما يساعد في تطوير استراتيجيات فعالة لحل المشكلات.

7- تعزيز الدعم الجماعي: *تساهم المناقشات في بناء جو من الدعم الجماعي بين المشاركين، مما يمكن أن يكون محفزاً للتعافي ويساعد على تقليل الشعور بالعزلة.

8- استخلاص الدروس والتطبيق العملي: من خلال المناقشات، يمكن للمشاركين استخلاص الدروس وتطبيقها على حياتهم اليومية، مما يعزز من انتقال ما يتعلمونه في الجلسات إلى سلوكيات فعلية في حياتهم. باختصار، تقنية المناقشة تُعد جزءاً مهماً من السيكوودراما لأنها تعزز من فعالية العلاج عن طريق توفير منصة للتفاعل والتفكير النقدي والدعم المتبادل بين المشاركين.

11-3- العلاج بالرسم:

هو أسلوب علاجي كوسيلة للتعبير عن الذات وتعزيز الصحة العقلية والعاطفية فيعتمد على الاستفادة من العمل الفني والعملية الابداعية للتواصل والتعبير عن الافكار والمشاعر التي قد تكون صعبة التعبير عنها بالكلمات.

11-4- العلاج باللعب:

يعرف العلاج باللعب على أنه أي نشاط أو أي سلوك يقوم به الفرد بدون غاية عملية مسبقة وهو نشاط سار ممتع، يتضمن إشباعاً للحاجات، كما أنه وسيلة للتعبير عن النفس وطريقة لفهم العالم من حولنا، حيث نجد أن الطفل، يعبر عن نفسه من خلال اللعب ويختلف باختلاف مراحل

الطفولة (شقيير، 2002، ص. 258).

يرتبط في اذهاننا عاليا ،ان اللعب يظهر في مرحلة الطفولة فقط،ولكن هناك حاجة إلى ممارسة اللعب في كل مراحل العمر،حيث يمكن ان يتطور اللعب ليتناسب أسلوبه مراحل العمر المختلفة وباعتبار اللعب مجالا تظهر فيه الرغبات والمخاوف والصراعات والهموم وكل خفايا العقل الباطن،يجعله كاسلوب تعلم،ودراسة وتشخيص وكعلاج حيث يعد العلاج باللعب احد التقنيات الهامة في العلاج النفسي(الشربيني،2003،س 21-22).

لكل عمر لعب معين،يتماشى مع قدراته العقلية ونموهالنفسي والاجتماعي،فالنسبة للاطفال عمل اما الراشدين والكبار فهو ترويح وترفيه ، تنفيس وتشخيص وراحة للفكر ،وعلاج في نفس الوقت، فيعد من الحاجات الضرورية للفرد تساعده على التوازن،تبعده عن القلق والتوتر والاكنتاب وتدمجه اجتماعيا.

11-5-العلاج الأسري : ينطلق هذا النوع من العلاج من حيث أن الأسرة وحدة واحدة لا تتجزأ،تقوم على أساس التكامل والتفاعل بين أعضائها وعن طريقها يمكن تحديد الإضطرابات النفسية التي تنشأ بين أفرادها،هي اللبنة الاولى في العملية العلاجية ومنها يساعد المعالج النفسي العضو المضطرب على التعبير عن رغباته ومشاعره بشكل مباشر(عبد الخالق،1998،ص.574).

(9) الألعاب الجماعية :

الألعاب العلاجية الجماعية :

1- تعريفها : الألعاب العلاجية الجماعية هي ألعاب ترفيهية في ظاهرها و علاجية في مضمونها يقترحها المعالج أو الجماعة .مُنظمة تُستخدم كوسيلة علاجية في جلسات العلاج النفسي أو العلاج التأهيلي ، و يجب أن تتناسب مع ثقافة المجموعة، يتم تصميم هذه الألعاب بهدف تحسين الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية، وتنمية المهارات الشخصية للمشاركين. من شأنها أن تقيد المجموعة حسب التطور العلاجي و تُعزز هذه الألعاب التعاون، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل، وتساعد

الأفراد على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بطريقة آمنة وبناءة. كما تساهم في تقليل التوتر والقلق، وتعزز الشعور بالانتماء والدعم بين الأفراد في المجموعة. و تهدف إلى الوصول لأكبر تأثير و أفضل فاعلية.

2- العاب تناسب بداية مرحلة العلاج : تفيد التدريب على بث الثقة و الألفة و الإرتياح منها:

▪ لعبة الجزيرة المهجورة : و قد تم استعمال هذه اللعبة في البرنامج العلاجي راهي موجودة عندك .

▪ لعبة الميل وعدم الميل Like & Dislike Game : وفيها يتوسط المعالج أفراد جماعته، ويقوم بعرض مجموعة صور الأشخاص من المجالات المعتادة، ويطلب من كل فرد أن يختار صورة لشخص ما من هذه الصور يميل إليه، وأخرى لشخص ما لا يميل إليه، وفي النهاية يتم مناقشة أسباب الاختيار، وأوجه التشابه والاختلاف، ويدير المعالج الحوار توصلاً إلى رؤية ذاتية واضحة وممتعة في الوقت نفسه لأفراد الجماعة (عبد الحميد أبو زيد، 1429-2008، ص : 202).

▪ لعبة بناء البرج Tower Building Gam : تهدف إلى تعزيز التعاون، التواصل، والتنسيق بين أفراد المجموعة. تعتمد اللعبة على بناء هيكل معين باستخدام مواد بسيطة مثل الكتل، الأكواب البلاستيكية، أو العصي. هذه اللعبة تُستخدم بشكل شائع في جلسات العلاج الجماعي، و برامج التطوير الشخصي، أو الأنشطة الترفيهية الهادفة.

3- العاب تناسب المرحلة الوسطى من العلاج : و هي العاب تفيد في حل المشكلات و اتخاذ القرارات و زيادة تماسك الجماعة منها :

▪ لعبة دوران الدور Roll A Roll Game : و قد تم استعمال هذه اللعبة في البرنامج العلاجي هي نشاط يستخدم في الجلسات العلاجية لتحفيز التواصل والتفاعل بين المشاركين. تتضمن اللعبة كتابة مجموعة اسئلة على بطاقات مرقمة وتحتوي الأسئلة على مشكلات يعاني منها الأفراد و قد تشمل مشاعرهم، تجاربهم الشخصية، أو آرائهم حول مواضيع محددة. ويبدأ الأفراد بالدور في اختيار بطاقة، ثم يقرأ أحد الأفراد السؤال، ويحاول الإجابة عنه بمساعدة أعضاء الجماعة لحل المشكلة التي يتضمنها السؤال مثل : تنافس الأشقاء، والمشكلات العائلية، والصراعات الخاصة. وتفيد هذه اللعبة في تنمية المشاركة

الجماعية، والتعاون في محاولة الوصول لحل المشكلات وتتيح فرصة إبداء الرأي والإحساس بمشكلات الآخرين.

- **لعبة الأوبرا الصابونية Soap Opera Game** : هي من الألعاب التي تستلهم موضوعاتها وأحداثها من الأعمال الدرامية الطويلة ، تتسم هذه الألعاب بأنها تركز على القصص الدرامية المتشابكة والعلاقات المعقدة بين الشخصيات، مثل تلك التي تُعرض في المسلسلات التلفزيونية الطويلة الأمد .في لعبة الأوبرا الصابونية، يمكن للاعبين أن يتحكموا في شخصيات متعددة، ويتخذوا قرارات تؤثر على مسار القصة والعلاقات بين الشخصيات. تعتمد اللعبة على سرد قصصي عميق ومفصل، وتُبرز الدراما والصراعات الشخصية.
- **لعبة ماذا ستفعل لو .. ؟ Game?.. What would you do if .. ?** وفيها يختار المعالج بعض المواقف الصعبة، أو المحرجة، أو المسببة للصراع، أو مواقف الورطة، ويسأل كل فرد ماذا سوف يفعل إذا تعرض لهذا الموقف.. مثل: ذهبت إلى المطعم لتناول وجبة الغداء، وبعد أن انتهيت إكتشفت أنه لا يوجد معك نقود ماذا ستفعل ؟ وهكذا. وتقيد هذه اللعبة في تنمية المهارات الاجتماعية، ومهارات التوافق والتكيف، وحسن التصرف (عبد الحميد ابو زيد، 1429-2008، ص : 214).

4- **ألعاب تناسب المرحلة الأخيرة من العلاج** : هذه الألعاب الثلاثة تم إستخدامها في البرنامج العلاجي

- **لعبة الدائرة Circle Game** : حيث يقف كل أفراد الجماعة، ويمسك كل فرد بيد الآخر على شكل دائرة، وعلى كل فرد أن يعبر عن مشاعره، وأفكاره بصدق تجاه الآخرين، وتقيد هذه اللعبة في التدريب على التعبير الصادق عن المشاعر والأحاسيس تجاه الآخرين، وتماسك الأيدي يعبر عن تماسك الجماعة استعدادا للتأهب للرحيل الذي اقترب موعده (عبد الحميد ابو زيد، 1429-2008، ص : 215).
- **لعبة الجولة Go Around Game** : وفيها يقف الأفراد، ويمسك كل فرد بالآخر، ويتحدث كل فرد عن خبرته مع هذه الجماعة، وتقيد في تقويم خبرة العلاج الجماعي (عبد الحميد ابو زيد، 1429- 2008، ص : 216).
- **لعبة رسالة إلى نفسي A Letter To My Self Game** : وتستخدم هذه اللعبة في الجلسات الأخيرة حيث يكون الأفراد على وشك إنهاء الجلسات حيث يطلب من الفرد أن

يكتب رسالة أو خطاباً إلى نفسه يصف فيه ما تغير داخله، وما هي خطته المستقبلية، ويناقته مع أفراد الجماعة.. وتفيد هذه اللعبة في التعرف إلى مستوى الإستبصار Insight (Trotzer, 1991, P : 177-180) الألعاب الجماعية تُستخدم في العلاج الجماعي كوسيلة فعّالة لتعزيز التفاعل، بناء الثقة، وتحسين المهارات الاجتماعية بين الأعضاء كما أنها تعتبر أداة قوية في العلاج الجماعي، حيث تساهم في خلق بيئة مريحة ومشجعة للنمو الشخصي والتفاعل الإيجابي بين الأعضاء.

10) مزايا و عيوب العلاج النفسي الجماعي:

10-1- مزايا العلاج الجماعي:

- 1- يؤدي إلى خفض كبير في عدد المعالجين.
- 2- له أثر تنفيسي ذو قيمة كبيرة، إذ فيه مجال لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة دون أي نقد.
- 3- يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم، ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة (عبد السلام زهران ، 1429 - 2005ص: 307) .
- 4- تستخدم بعض الجماعات العلاجية طريقة لعب الأدوار وهذا الأسلوب يعتمد على التمثيل والمرونة في استخدام الأدوار كوسيلة من وسائل اكتشاف المشكلات الشخصية ويمكن من خلال القيام بهذه الأدوار تحسين الأداء والاستبصار بهذه الأخطاء.
- 5- من الممكن أيضاً استخدام الجماعة لتدريب الفرد في داخلها على القيام بأداء بعض الأدوار الاجتماعية (أ) دور زوج (ب) رئيس (ج) طالب ...إلخ ومن خلال تشجيع الجماعة وتقبلها للفرد، يدفع الفرد إلى القيام بكل متطلبات هذه الأدوار التكيفية الجديدة بنجاح (غانم، 2009، ص : 50 - 51).
- 6- يقلل من حدة تمركز المريض حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير مما ينمي الثقة في النفس، ويقوى عاطفة اعتبار الذات لدى الشخص سواء المضطرب أو الذي نسعى معه إلى زيادة مهارته وتنمية إمكانياته (عبد السلام زهران ، 1997، ص 201) .
- 7- الدعم الاجتماعي اذا يوفر بيئة داعمة حيث يمكن للأعضاء تبادل تجاربهم ومشاعرهم مع الآخرين الذين يمرون بمواقف مشابهة، مما يساهم في تقديم حلول جديدة ومنظور مختلف.

- 8- تحسين مهارات التواصل فهو يساعد على تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي من خلال المشاركة في النقاشات الجماعية.
- 9- يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية معينة. وأن هناك كثيرين غيره، مما يحدث بينهم نوعاً من المساندة والمساعدة والتعاون في حل مشكلاتهم المشتركة، ومن ثم فإنه يقلل من شعور المريض بالعزلة. ويعتبر ذلك سندا عاطفيا للمريض بعينه على الاستبصار في نفسه في إطار العلاقات والتفاعل الاجتماعي، مما يقلل آثار الانزعاج والتفويض التي تسببها مشكلاته النفسية.
- 10- يتيح فرصة الإلتعاض بأخطاء الغير والاستفادة منها حين يسمع قصصهم وتاريخ حياتهم ... إلخ) (عبد السلام زهران، 2005 - 1429، ص 308) .
- 11- يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية، وحل الصراعات والمشكلات في موقف جماعي قريب الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية.
- 12- يشعر المريض بحرية أكثر ويحمله مسؤولية أكبر عن نفسه وعن الآخرين .
- 13- التكلفة المنخفضة غالباً ما يكون أقل تكلفة مقارنة بالعلاج الفردي، مما يجعله خياراً مناسباً لكثير من الناس.
- 14- التفاعل الديناميكي يتيح هذا النوع من العلاج للأفراد رؤية كيفية تفاعلهم مع الآخرين في الحقيقة، مما يمكنهم من العمل على تحسين سلوكياتهم وعلاقاتهم.
- 15- التحفيز والدعم يمكن للأعضاء تحفيز ودعم بعضهم البعض لتحقيق أهدافهم العلاجية، مما يزيد من فرص النجاح في العلاج. تلك المزايا تجعل العلاج الجماعي خياراً فعالاً للعديد من الأفراد الذين يسعون إلى تحسين صحتهم النفسية والتغلب على التحديات التي يواجهونها.

10-2- عيوب العلاج الجماعي :

- العلاج الجماعي، رغم فوائده العديدة، له بعض العيوب نذكر منها :
- 1- تعتبر عملية العلاج النفسي الجماعي عملية معقدة وصعبة.
- 2- يساعد في إحداث التوافق في بعض نواحي حياة المريض، إلا أنه لا يحدث تغيرات جذرية في التركيب الأساسي لشخصيته.

3- قد يشعر بعض المرضى بالخل إذا وجد المريض أنه يكشف عن نفسه أمام الآخرين (غير المعالج) .

4- لا يفيد مع بعض المرضى الذين يعانون من صراعات عنيفة .

5- يلاحظ في الجماعة العلاجية أن بعض المرضى لا يستفيدون بالدرجة المطلوبة ، وقد يصل عدد هؤلاء في الجماعة الكبيرة نسبياً إلى حوالي الربع أو الثلث، ويعتمد هذا إلى حد كبير على الرغبة لدى المريض) في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعلى المستوى الانفعالي والقدرة على التعبير عن الانفعالات، والإدراك المرن للسلطة (عبد الحميد زهران ، 2005 - 1426 ، ص : 307).

6- نقص الخصوصية قد يشعر بعض الأفراد بعدم الارتياح في مشاركة مشكلاتهم الشخصية في مجموعة، مما قد يحد من مدى صراحتهم وانفتاحهم.

7- التنافس والمقارنة، قد يؤدي وجود عدة أفراد يعانون من مشكلات مشابهة إلى التنافس أو المقارنة بينهم، مما يمكن أن يؤثر سلباً على تجربة العلاج.

8- عدم التركيز الفردي، قد لا يحصل كل عضو في المجموعة على الاهتمام الشخصي الذي يحتاجه من المعالج، حيث يكون التركيز موزعاً على جميع الأعضاء.

9- تأثير الأعضاء السلبيين فوجود أعضاء غير متعاونين أو سلبيين يمكن أن يؤثر سلباً على ديناميكية المجموعة ويعطل تقدم العلاج.

10- مشكلات الجدولة اي تنسيق جداول عدة أشخاص لحضور الجلسات بانتظام قد يكون صعباً، مما يؤدي إلى عدم انتظام الحضور والاستمرارية.

11- التعامل مع اختلافات الأفراد إذ ان الفروق الفردية في الشخصيات والخلفيات قد تؤدي إلى صراعات أو سوء تفاهم بين الأعضاء .على الرغم من هذه العيوب، يمكن للعلاج الجماعي أن يكون فعالاً للغاية عند تنفيذه بشكل صحيح ومع وجود معالج مؤهل لإدارة المجموعة بفعالية.

8- العلاج الجماعي للمدمنين : ترجع الصعوبة في العلاج الجماعي للمدمنين في الطبيعة الخاصة للإدمان وكذا مقاومة العلاج، إلا أن ذلك لا يجب أن يجعلنا نياس لأن المدمنين بالرغم من أنهم أصعب الحالات إستجابة للعلاج إلا أنهم في ذات الوقت يمتلكون العديد من الامكانيات التي تؤهلهم للدخول في برامج التأهيل والتعافى من بين العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى (حسن غانم، 2009، ص.145).

بصفة عامة في العلاج النفسي الجمعي للمدمنين - وبغض النظر عن المرحلة العلاجية التي يمر بها الشخص، ومدى استجابته من عدمها للعلاج فإن المعالج النفسي الجمعي سيحاول التغلب على العقبات الآتية:

- الإنكار .
- المقاومة .
- السلبية .
- الدافعية سواء للعلاج أو للاستمرار فيه.
- تحمل المسؤولية خاصة وأن التعاطي والتوقف عن الإدمان سوف يفرض بدوره مجموعة من التغيرات النفسية والاجتماعية وأساليب الحياة حيث عليه أن (يتخلص من الرفاق والعلاقات التي كان يقيمها من أجل الحصول على المخدر وفريق التعاطي إلخ وأن يستبدل بكل هذه العلاقات والأفراد علاقات أخرى بعيدة تماما عن فعل التعاطي).
- ميكانيزمات الدفاع.
- الاعتمادية والطفلية التي يبديها بعض المدمنين .
- الإحساس بالذنب والندم .
- الاكتئاب والحزن واليأس ... إلخ (حسن غانم ، 2005، ص ص.149-150).

إن العلاج النفسي الجمعي للكحوليين ومدمني العقار له مميزات عديدة تفوق العلاج النفسي الفردي . فهذا النوع من العلاج ينمى العلاقات البينشخصية والمساندة المشتركة بين المرضى الذين غالباً ما يكونوا منعزلين انفعالياً)، ويزيد احترامهم لأنفسهم ويعزز دافعتهم وتوقعاتهم للعلاج الناجح (فايد، 1998، صص.247).

علاج الإدمان يتلخص في التغلب على ذلك الكمية الهائلة من الأفكار والمقاومة السلبية أو الإيجابية التي يمتلكها المدمنون، لأن الهدف الأساسي من علاج مرضى الإدمان هو أن تجعلهم يدركون ويفهمون العلاقة بين مصاعبهم الحالية في الحياة وتعاطيهم للكحوليات أو المخدرات، وإذا تم ذلك فإننا نجعل المدمن يرى المزايا التي تعود عليه من الامتناع مقارنة إلى المشكلات التي تعود عليه من الإدمان (حسن غانم ، 2009، ص.247).

العلاج الجماعي للمدمنين يتمثل في عدة جوانب وأشكال، حيث يهدف إلى تقديم الدعم والعلاج من خلال التفاعل الجماعي والتشارك في تجارب متشابهة. و للعلاج الجماعي عدة أشكال منها : العلاج الداعم الجماعي ، مجموعات التعافي المشتركة ، العلاج الجماعي بالتعاطف و التقبل ، و غيرها . كل شكل من أشكال العلاج الجماعي يقدم فوائد مختلفة ويكون فعالاً بطرق مختلفة، اعتماداً على احتياجات الأفراد في المجموعة ومرحلة التعافي التي يمرون بها.

تجربة لطفي فطيم : التي عرض من خلالها نموذج عمل علاجي جماعي للمدمنين على المخدرات والذي أثبت نجاحاً كبيراً .حيث قدم نهجاً شاملاً لعلاج المدمنين يركز على العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر على إدمان المخدرات. وقد تضمن العلاج النفسي الجماعي العديد من الجلسات التي اعتمد فيها على الحوار المفتوح والتوجيه النفسي والتدريب على مهارات التعامل مع الضغوط والإغراءات التي قد تؤدي إلى الانتكاس .كما استخدم العديد من الفنيات لمواجهة العديد من ميكانيزمات الدفاع لدى المدمن وأهمها ميكانزم الانكسار والإسقاط مركزاً على ضرورة أن يعي من يتصدى لعلاج الإدمان بكافة هذه الحيل والألاعيب حتى يتجنب حصول المدمن على مكافئة من سلوكه أو عليه أن يلقى بمسئولية اتخاذ القرار عن الامتناع كلية على عاتق المدمن محدداً طبيعة المسؤوليات التي تقع على من يقود العلاج الجماعي لجماعات المدمنين في الخطوات الآتية :

- 1- لا يجب أن تتم التداخلات من جانب المعالج وحده، بل من طرف كل أعضاء الجماعة .
- 2- لا تشبه جماعات المدمنين العلاجية بقية جماعات العلاج الجماعي التقليدي ولذلك يجب التخلي عن بعض القواعد المعروفة، كما يجب على القائد تحديد أهداف لكل جلسة، و أن يسير بنمو الجماعة في كل جلسة بحيث يزيد من درجة المواجهة و الوصول الى أفكار اعمق عند المريض.
- 3- يركز القائد في الجلسات على ما هو واضح وملموس وغير قابل للجدل وهذا هو المكون الأهم لكل التدخلات .
- 4- مهمة القائد الاولى هي خلق جو من الاهتمام والرعاية ولا يجب استخدام المواجهة حتى يتضح الجو العلاجي، فإذا لم يخلق ذلك الجو ستظل الجماعة تدور في إطار الجدل والمقاومة والدفاع.

- 5- يجب أن ينطلق المعالج من أساس حازم بداية ونهاية وأساليب محددة يلزم بها الجميع وبالتالي تكون التدخلات مقدمة للاتحاق ببرنامج العلاج المعين وأن تكون هناك عواقب وخيمة تنتظر هؤلاء الذين يرفضون الاستمرار في العلاج.
- 6- على قائد الجماعة في هذا النوع من الجماعات أن يدرك أن هناك سلسلة من الأعمال والمهام المتتالية والمرتبة على بعضها البعض وأول هذه المهام هي التخ لص من استعمال المخدر .
- 7- على قائد الجماعة أن يقود كل عضو بحيث يمر بما نسميه الخبرة الانفعالية التصحيحية أي إعادة المرور بالخبرة في ضوء جديد وهدف العلاج في تلك المرحلة ليس الوصول إلى الاستبصار - أي نقل المادة من اللاشعور إلى الشعور - إنما استعادة الخبرات القديمة أمام الجماعة بحيث يعاد الاحساس بها ولكن بعقل أكثر نضجاً ورشداً وتعافياً عن المخدر (فطيم ، 1994 ، ص ص . 191 - 218). وقد أظهرت التجربة نتائج ملموسة في علاج المدمنين على المخدرات وتحقيق نجاحات كبيرة في إعادة تأهيلهم وإعادة إدماجهم في المجتمع. كما انها قدمت نموذجاً فعالاً لعلاج المدمنين يمكن تطبيقه في العديد من السياقات العلاجية .وبهذا أصبحت تجربة لطفي فطيم في علاج المدمنين على المخدرات من أبرز النماذج العلاجية التي تمت دراستها وتوثيقها في مجال العلاج النفسي الجماعي

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تطرقنا لأهمية العلاج الجماعي في علاج فئة المدمنين و عن مزاياه التي تخدم خصائص هذه الفئة و تنوع طرائقه العلاجية و التي تسمح للتكفل بالمدمنين و غيرهم من الأمراض النفسية بتقنيات علاجية تسمح بالدعم النفسي و الاندماج الاجتماعي من خلال تطوير مهارات التواصل و التعلم الاجتماعي

الفصل الخامس

الجانب التطبيقي

مبحث 01: الإجراءات المنهجية :

محور 01: المنهج المتبع وأدواته

محور 02: الدراسة الاستطلاعية:

محور 03: الدراسة الأساسية:

المبحث 02 : عرض ومناقشة النتائج

1- الإجراءات المنهجية:

محور 01: المنهج المتبع وأدواته

1- تعريف المنهج: هو كلمة يونانية مشتقة من كلمة methodus و التي تعني يمشي من خلال". هو أسلوب لقول وفعل شيء حسب مبادئ معينة، قواعد محددة، ووفقا لنسق مقرر للوصول إلى هدف محدد.

2- المنهج الشبه تجريبي: هو المنهج فيه العمل بالتصنيف أحادي المجموعة وثنائي المجموعة اعتمدنا المنهج الشبه التجريبي في دراستنا و ذلك لأننا قمنا بتطبيق برنامج علاجي على المدمنين يهدف إلى تقييم مدى فاعلية هذا البرنامج في التكفل النفسي بهذه الفئة (الكف عن التعاطي)، مما يتيح لنا ملاحظة التغيرات والتحسّنات النفسية بشكل دقيق. و كذا سيُمكننا هذا المنهج من فهم التأثير المباشر للعلاج المقدم من خلال التحكم في المتغيرات والتأكد من أن أي تحسن يُلاحظ في المجموعة يمكن أن يُعزى بشكل موثوق إلى البرنامج العلاجي نفسه و هذا ما سيؤكد لنا القياس القبلي و البعدي المستعمل و هذا ما يجعل من هذا المنهج يجمع بين الدقة العلمية والمرونة العملية، مما يساعد على تقديم نتائج موثوقة وقابلة للتطبيق على نطاق واسع في مجال التكفل النفسي للمدمنين.

3- أدواته:

أ- تعريف البرنامج العلاجي الجماعي:

هو عبارة عن علاج موجه للتكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات هدفه قصير المدى وهو كف هذه الفئة عن التعاطي ، هو مجموعة إجراءات تتوزع على 7 جلسات.

البرنامج العلاجي هو علاج جماعي وهو عبارة عن مجموعة من الإجراءات تتوزع على 7 جلسات، موجه لفئة الشباب المدمن على المخدرات أهدافه قصيرة المدى تتلخص في مساعدة هذه الفئة على الكف عن التعاطي و دفعها إلى التكيف مع محيطها وكذا تصويب المفاهيم الخاطئة التي لديها عن المخدرات، التخفيف من مقاومة المريض في التحدث عن مشكلته، التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات إجتماعية جديدة.

ب- أهمية البرنامج:

يتيح للأفراد:

- فرصة التفاعل مع آخرين يمرون بتجارب مشابهة
- يعزز الشعور بالإنتماء والتفاهم المتبادل .
- الدعم الإجتماعي.
- التغيير الإيجابي.
- إكتساب مهارات التواصل والتفاعل الإجتماعي وهو أمر ضروري لإعادة إدماج المدمنين في المجتمع
- تعلم المدمنين إستراتيجيات جديدة للتعامل مع مشكلاتهم من خلال الإستماع إلى تجارب الآخرين ومشاركة قصصهم.
- إكتساب الثقة بالنفس.
- محور وصمة العار من خلال تواجدهم بين مجموعة أفراد يعانون نفس المشكلة(تقبل غير مشروط).
- يمكنهم من الإستبصار الجديد حيث سيعطي الفرد رؤية جديدة لمشكلته.

ج- أسس البرنامج:

بنينا برنامجنا على الأسس التالية :

1- الإطار النظري : إعتادا على دمج النظريات التالية:

- نظرية البيئشخصية.
- نظرية التعلم الإجتماعي
- نظرية الإنسانية
- نظرية ديناميكيات الجماعة.

2- الدراسات السابقة: دراسة لطفي فطيم، دراسة وسيلة رتاب ،دراسة سلطاني

3- الدراسة الإستطلاعية:الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها على مستوى المركز الوسيط لعلاج الإدمان

يغمرسن والتي إستنتجنا من خلالها ضرورة القيام بعلاج جماعي نظرا للإنتكاسة الناتجة عن

العلاج الفردي.

التقنيات المستخدمة :

تقنية السيكو دراما : و هي نوع من العلاجات الجماعية وتعرف كذلك بالتمثيل النفسي المسرحي ، وتعتبر

وسيلة من وسائل تدريب الفرد على السلوكيات الإيجابية الفعالة (غانم، 2005، ص ص.150-151). ووسيلة

من وسائل التربية والتعليم ووسيلة من وسائل التوجيه والتفريغ النفسي.

سنستخدم بعض التقنيات التي تدرج تحته مثل :

(1) تقنية لعب الادوار : والذي يعرف على أنه تجسيد لأدوار تعكس موقف ما أو مشكلة ما تسمح بتقديم

تجربة تفاعلية بين أفراد الجماعة لتوعيتهم بمدى خطورة الآفة التي تفتك بهم اولا على أنفسهم ثانيا على

أسرهم والناس المحيطه بهم، وسيتم تطبيقه بتسديد أدوار في سيناريو معد مسبقا من طرف المعالجين (أبوزيد،

2003، ص.383).

(2) تقنية المناقشة :

والتي تعرف على انها تبادل الآراء بين أفراد الجماعة وتستخدم بهدف حثهم على التعبير عن إحساسهم

ووجهات نظرهم وعلى التفاعل بينهم لجعلهم أكثر إجتماعيه في حين خروجهم للمجتمع ،ستطبق في كل

جلسة سواء بعد لعب الدور أو بعد مشاهدة الفيديوهات أو الألعاب (أبوزيد، 2003، ص.385).

3) تقنية الوسائط الإعلامية : والتي تعرف على أنها عرض لفيديوهات قبل، أثناء أو بعد العرض النفسي المسرحي وتستخدم بهدف تصويب المفاهيم الخاطئة لدى أفراد الجماعة عن المخدرات ستطبق بعرض فيديوهات في بعض الجلسات بواسطه عكس الصورة (أبوزيد، 2003، ص.385).

4) تقنية الإسقاط المستقبلي : والتي تعرف على انها أسلوب تخيلي إسقاطي لرؤية مستقبلية، وتستخدم في هذه الدراسة للكشف عن الاهداف والاماني ، سيتم تطبيقها من خلال طلب من أفراد أنهم يتخيلوا معاشهم المستقبلي أو حالتهم المستقبلية (أبوزيد، 2008، ص.49).

كما أننا عمدنا إلى استخدام بعض الألعاب التي تخدم اهداف البرنامج مثل : الجزيرة المهجورة ، لعبة دوران الدور، لعبة الدائرة، الجولة و رسالة إلى نفسي(أنظر إلى الجانب النظري) .

- تحكيم: لقد تم إخضاع هذا البرنامج لتحكيم عدد من الأساتذة المتخصصين في علم النفس العيادي وذلك لتصحيحه وإقتراح التعديلات المناسبة(أنظر ملحق رقم (01)).

- تقييم : إتمدنا في تقييمنا للبرنامج على القياس القبلي والبعدي معتمدين في ذلك على مقياس تقدير حدة اللهفة (انظر ملحق رقم (02)).

إختبار القياس القبلي والبعدي:

مقياس تقدير حدة اللهفة (Craving Severity Scale) طوره الدكتور جون اي Dr.John E Franklin IV و زملاؤه . الدكتور فرانكلين استاذ في الطب النفسي و متخصص في علاج الإدمان .تم تطوير هذا المقياس لتقييم شدة الرغبة او اللهفة اتجاه المواد المخدرة بشكل موضوعي . هو أداة تقييم تُستخدم لقياس شدة الرغبة أو اللهفة للمادة المخدرة، و تُستخدم هذه المقاييس بشكل شائع في مجالات الطب النفسي وعلاج الإدمان لتقييم مدى رغبة الفرد في تعاطي المادة المخدرة . يتكون هذا المقياس من مجموعة من الأسئلة أو البنود (28 بند) التي يجيب عليها الفرد لتحديد مستوى اللهفة التي يشعر بها. هذه البنود ساغت

بأسلوب تقريبي يجب عن كل منه مقياس خماسي الإستجابة (لامطلقاً، قليلاً، متوسط، كثيراً، دائماً). بين قيمة دنيا (عدم اللهفة) وقيمة قصوى (اللهفة الشديدة). لهذا المقياس

01 02 03 04 05

أبعاد مقياس تقدير حدة اللهفة "Craving Severity Scale"

تتضمن هذا المقياس عادة عدة أبعاد:-

* **شدة اللهفة** : *يُقاس مقدار شدة الرغبة أو اللهفة نحو الشيء المرغوب فيه.
(tiffany,S,T.2009,p,p.29-39)

* **التحمل العاطفي** : *يتعلق بقدرة الفرد على التحمل العاطفي لعدم تحقيق ما يرغب فيه، ومدى تأثير ذلك على مشاعره ونفسيته. (Kozlowski ;L.T. § wilikson ;D,a ;1987 ;p.p.31-36)

* **التأثير على السلوك** : *يُقاس مدى تأثير الرغبة المفرطة على سلوك الشخص، ومدى تأثيرها على حياته اليومية وعلاقاته الاجتماعية. (Drummond ;D.C.2001 ;pp.33-36)

* **التفكير الملثوي** : *يتعلق بالأفكار الملثوية أو السلبية التي قد تنشأ نتيجة للهوس بالشيء المرغوب فيه، مما يؤثر على تفكير الشخص وسلوكه.

* **الاستجابات الجسدية** : *يمكن أيضاً أن يشمل المقياس تقديراً للاستجابات الجسدية مثل التعرق، التوتر العضلي، أو الأعراض الجسدية الأخرى التي قد تظهر نتيجة للرغبة المفرطة.

- **الخصائص السيكومترية**: الصدق: يتضح من الجدول (أنظر جدول في الملحق رقم (03) أن المقياس صادق بشكل جوهري أن جميع مفرداته صادقة عند مستوى الدلالة 0.001.

حسب معامل ثبات ألفا كرونباخ على مجموعة الدراسة ذاتها للمقياس كان مساوياً للقيمة (084) وهو معامل ثبات جوهري (أبوزيد، 2003، ص ص 171-172).

المنهج العيادي :

اعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة، حيث يُعتبر هذا المنهج من أكثر الأساليب فعالية في فهم الحالات الفردية بشكل عميق وشامل. "ويستهدف تشخيص وعلاج من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية ويفدون الى العيادات النفسية يلتمسون النصح والتوجيه والعلاج" (عبد المعطي، 1998، ص141). يتمحور هذا المنهج حول تحليل دقيق للتاريخ الشخصي والنفسي للفرد، من خلال جمع البيانات المختلفة المتعلقة بحياته وتجربته مع الإدمان (في دراستنا هذه) يساعدنا هذا الأسلوب في تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تساهم في حدوث المشكلة واستمرارها. يُعد هذا النهج ضرورياً لفهم التداخلات المعقدة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على المدمنين.

أدواته:

1- دراسة حالة: هي عبارة عن تقرير شامل يعده الأخصائي ويحتوي على معلومات و حقائق تحليلية وتشخيصية عن المريض الشخصية و الأسرية و الاجتماعية و المهنية والصحية ،و علاقة كل الجوانب بظروف مشكلته و صعوبات و ضعه الشخصي ،وكذلك فان التقرير يتضمن التأويلات و التفسيرات التي خرجت بها الجلسات الإرشادية ،إضافة إلى التوصيات اللازم تنفيذها حتى يصل الأخصائي و المريض إلى تحقيق هدفهم من العملية الإرشادية (متولي ، 2016، ص.21).

و بدخول الاخصائي النفسي إلى العيادة اتسع مصطلح(تاريخ الحالة) فأصبح يشمل التاريخ الطبي و التاريخ الاجتماعي لشخص مدعّمين بالوثائق الشخصية وبيانات الاختبارات السيكولوجية ونتائج المقابلات. وهي تشمل الملاحظة والمقابلة

أ- الملاحظة: من وسائل جمع المعلومات عن الفرد

ب-المقابلة: هي المحادثة التي تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفساني غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والإسهام في تحقيق توافق هو يتضمن ذلك التشخيص

والعلاج(الحجازي، 2012، ص349).

الدراسة الإستطلاعية :

(1) - أهداف الدراسة الاستطلاعية : تمثلت أهداف الدراسة الإستطلاعية في :

- * تحديد العنوان.
- * تحديد الإشكالية.
- * ضبط المتغيرات .
- * تحديد التعاريف الإجرائية .
- * تحديد المنهج وأدواته .
- * بناء دليل مقابلة يمكننا من تحديد مجموعة الدراسة .
- * تحديد الظروف الخاصة بالبيئة (مكان اجراء الدراسة).
- * إكتشاف الصعوبات أو النقائص التي يمكن أن نصادفها خلال الدراسة الأساسية وذلك لمواجهتها أو تفاديها .
- * تحديد فترة الدراسة .

(2) - الإطار الزمني والمكاني : بدأنا الدراسة الإستطلاعية في المركز الوسيط لعلاج الإدمان ببيغمراسن بتاريخ 01 فيفري 2024، حيث قمنا خلالها بتحديد العنوان والإشكالية وضبطنا المتغيرات وحددنا المنهج الذي سنتبعه في الدراسة (المنهج **الشبه التجريبي**) وحددنا أدواته التي تمثلت في تصميم برنامج علاجي جماعي للتكفل النفسي بهذه الفئة خاص بدراستنا ، كما قررنا الإعتماد على دراسة الحالة (المنهج العيادي) وحددنا أدواتها والتي هي المقابلة والملاحظة ، كما قمنا بتحديد العينة التي سنطبق عليها البرنامج وإخترنا كذلك الحالة التي سنقوم بدراستها. إنتهت الدراسة الاستطلاعية عند أول مقابلة مع الحالة وذلك بتاريخ 03 افريل 2024.

3- ظروف إجراء الدراسة الإستطلاعية : تمت الدراسة في المركز الوسيط لعلاج الإدمان بيغمراسن، حيث استقدنا من جميع التسهيلات المتاحة بفضل عمل الطالبة بريش فاطمة في المركز. قمنا بقاء مجموعة من الحالات من خلال الملاحظة المباشرة والمقابلة الموجهة التي تمت معهم على أساس دليل المقابلة الذي بنيناه وفقا لمعايير سنذكرها لاحقا.

4- مجتمع الدراسة : يتكون مجتمع الدراسة من جميع الشباب المدمن على المخدرات الذي يتعالج على مستوى المركز.

5- مجموعة الدراسة: من خلال الدراسة الإستطلاعية التي أجريناها على مجموعة من الشباب المدمن على المخدرات وبعد المقابلات التي أجريناها معهم تم إختيار عينة الدراسة الأساسية.

6- صعوبات الدراسة: لم نواجه أي صعوبات ماعدا ضيق الوقت.

7- نتائج الدراسة: من خلال الدراسة الإستطلاعية تمكنا من تحديد مجموعة الدراسة وكذا أدوات الدراسة وهي: منهج شبه تجريبي(برنامج علاجي جماعي)،دراسة الحالة(منهج عيادي) وكذلك ضبطنا الإطار المكاني للدراسة والان نحن مؤهلون لتطبيق الدراسة الأساسية.

الدراسة الأساسية:

1- الهدف من إجراء هذه الدراسة الأساسية هو اختيارنا النهائي لمجموعة الدراسة و تطبيق مجموعة من الأدوات البحثية و التي هي البرنامج العلاجي الجماعي و القياس القبلي و البعدي بمقياس تقدير حدة اللهفة الذي يهدف إلى قياس التغيرات الناتجة عن البرنامج العلاجي و ذلك للإجابة على فرضية الدراسة و التي هي ما مدى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات (الكف عن التعاطي) مما يساعد في تقييم مستوى التحسن في حالة أعضاء مجموعة الدراسة و بالتالي تقييم فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي.

1- ظروف إجراء الدراسة الأساسية: تم تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي في المركز الوسيط لعلاج الإدمان من المخدرات على مجموعة الدراسة المتكونة من 06 أفراد والذين تم اختيارهم بناء على دليل المقابلة الذي صممناه (أنظر ملحق رقم (05)) من بين المدمنين الذين يتعالجون بالمركز قمنا بجلسات فردية مع كل حالة على حدى وذلك لتعريف كل عضو بأهمية العلاج النفسي من تم

تهيئته وإعداده للجلسات وتعريفه بأهمية وفائدة إنضمامه إلى الجماعة وتعريفه بالبرنامج العلاجي الجماعي الذي سينظم إليه وهذا بإعطائه فكرة واضحة عن كيفية المشاركة بهذا البرنامج وتبصيره بالدور المتوقع منه للقيام به كعضو في الجماعة وكل هذا تمهيدا للجلسات العلاجية ثم أخذنا مجموعة الدراسة وطبقنا عليها الأدوات البحثية المتمثلة في البرنامج العلاجي الجماعي والقياس القبلي والبعدي كما قمنا بدراسة حالة مفصلة طبقنا عليها الأدوات التالية: المقابلة النصف موجهة، الملاحظة الحرة وكذا البرنامج العلاجي الجماعي والقياس القبلي والبعدي وقد تم في الجلسة الأولى الإتفاق على نظام الجلسات وأسلوب العمل، الإلتزام بالتعليمات، وتوقيت الجلسات وفقا لما يلائم أعضاء المجموعة كما تم التأكيد على سرية الجلسات وتم إبرام عقد علاجي بين المعالجين والحالات كلهم على حدى.

2- الإطار الزمني والمكاني:

أ- الإطار الزمني: بدأنا برنامجنا العلاجي بتاريخ 03 أفريل حيث كانت أول جلسة على الساعة 18:00 مساءً وذلك لأنها تتوافق وإنتهاء أعضاء المجموعة من العمل لكي يكونو في أريحية ولكن تم تغيير الوقت بطلب من أطراف المجموعة لأن هذه الفترة الزمنية تتضارب مع نشاطاتهم (ساعة تدريباتهم الرياضية) وقد إتفقنا على أن تكون في الصباح في الفترة ما بين 08:00 و 09:30 قبل الشروع في العمل.

يتكون البرنامج من 07 جلسات تراوحت بين جلسة وجلستين في الأسبوع، بنفس التوقيت المتفق عليه تم تطبيقها على مدى 6 أسابيع تم بعدها التطبيق التتبعي لصيانة المكتسبات وملاحظة التطورات التي طرأت على أفراد المجموعة.

ب- الإطار المكاني: طبق البرنامج في حجرة كبيرة جيدة الإضاءة والتهوية وتتسع لجلسات مجموعة الدراسة بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان يغمورسن.

3- مجموعة الدراسة: تتكون مجموعة الدراسة من مجموعة من الأفراد، وقد حرصنا على تجانسها من حيث السن، الجنس، المستوى التعليمي والإقتصادي حيث أن عمرهم يتراوح ما بين 25-35 سنة كلهم ذكور مستواهم التعليمي ما بين المتوسط والثانوي وينتمو كلهم إلى طبقة متوسطة الدخل ويختلفون من ناحية الحالة الإجتماعية حيث أنهم كلهم عزاب ماعدا حالة واحدة هو متزوج وأب لطفلة.

4- صعوبات الدراسة: لم نتلقى أي صعوبات لأن الطالبة بريش ممارسة نفسانية على مستوى المركز وبذلك تحصلنا على كل التسهيلات ماعدا ضيق الوقت.

5- عرض نتائج الدراسة:

6-1- دراسة الحالة:

السيمائية العامة:

الاسم : ت

اللقب: ب

السن : 35 سنة

المهنة : بدون

المستوى الدراسي : السنة التاسعة من التعليم المتوسط

السكن : وهران

الحالة المدنية : متزوج و أب لطفلة عمرها سنتين و نصف

الترتيب داخل الأسرة : يحتل المرتبة الخامسة من ضمن خمس أولاد و ثلاث بنات .

ت ب من النمط الجسمي المختلط Mixte عيونه خضراء شعره أشقر بشرته بيضاء لباسه مرتب يفضل الألوان الكامنة الإتصال معه كان سهلا منذ بداية الحصص حيث قدم إشكاليته الشخصية المتمثلة في عدم القدرة على التخلي عن المخدرات و قد صاحبها شعوره بالحزن واليأس، نقص الثقة في الذات، سوء تقدير الذات، التفكير في مصيره المجهول اذ أنه لم يتم يستطيع الخروج من هذه الآفة، تردد في اخذ القرارات، الميل الى العزلة، وكذا لديه صعوبة في النوم والتركيز، فقدان الشهية وأعراض جسمية تمثلت في آلام في كامل الجسم، إحساس بالصداع ، بتتمل الأطراف، ضيق التنفس، قنطة، كرهة، لاحظنا ايضا اشارات الحزن والقلق من خلال البكاء المتكرر .الحالة تلفظ جيدا أفكارها ،هناك تناسق منسجم في معانيها لديه القدرة على التعبير عنها بوضوح . حاول أن يعطينا تحليل مباشر عن وضعه الحالي وعلاقته بأمه وأبيه بحيث يرى ان التفكك الأسري الذي عاشه هو الذي أدى به إلى التخلي عن مستقبله الدراسي و اذى به إلى الإنحراف أما عن مزاجه فهو يميل أكثر الى الإكتئاب إلا أنه يحاول أن يظهر بمزاج معتدل أحيانا، يحاول أن يضحك ليرفه عن نفسه، يشغله كيفية التخلص من الآفه التي يعاني منها، ويحاول البحث عن إستقلاليته عن إخوته بحكم أنهم يعيشون في بيت واحد وبحكم انه لا يعمل، لا يريد ان يكون عالة عليهم (خاصة

اخوه الكبير (خ) . لديه توجه مكاني زمني، وكذلك ذاكرة جيدة للأحداث القديمة (التي عاشها في طفولته ومراهقته، التجارب القاسية التي عاشها بعد طلاق والديه) والحديثة (تجاربه مع أخوته الذين تنكروا للجميل الذي صنعه معهم قبل زواجه و طول حياته) . كما لديه فهم جيد للقيم و المعايير يظهر من خلال رد فعله إتجاه والده الذي تخلى عنهم في صغرهم، و كل ما ترتب عنه من معاناة جراء ذلك. (بعد طلاق والديه) إلا أنه يصر أن يبقى بارا به .ب. ت واع بمشاكله في الوقت الراهن ، إلا أنه يعيش صراع .داخلي بسبب إيمانه ، و إحساسه بالذنب اولا لانه دخل هذا العالم و هو ابن عائلة محافظة، و إتجاه زوجته و إبنته التي يحس بأنه مقص في حقهما و أنه ندم لأنه تزوج إذ أنه أصبح غير قادر على المسؤولية و بين إحساسه بالدعم المعنوي و المادي الذي تقدمه زوجته له.

التاريخ النفسي و الإجتماعي:

والدا ب ت مطلقان منذ ان كان عمرها 11 سنة الاب ب ر يبلغ من العمر 66 سنة اما الام ص م تبلغ من العمر 63 سنة بينهما صلة قرابة تزوجا عن حب ، كلاهما لم يدرسان .الاب يعاني من مشاكل على مستوى القلب اما الام فلا تعاني من اي مرض . على المستوى الاقتصادي الاب ميسور الحال اما الام فلا تعمل و لا دخل لها . للحالة 4 أشقاء ذكور و 3 شقيقات و هم على الترتيب :خ عمره 43 سنة لا يعاني من أي مرض ، متحصل على ماجستير علوم سياسية و علاقات دولية ، يعمل في محل خردوات عامة ، متزوج و أب لطفلين و طفلة هم .(أ) 8 سنوات، (ع.ر) 5 سنوات و (أ) 7 أشهر ،(ح) عمرها 41 سنة تعاني من اضطراب على مستوى القولون ، متحصلة على شهادة البكالوريا و لكنها لم تلتحق بالجامعة بسبب الجلباب الذي تلبسه. تعمل بالخياطة في بيتها ، متزوجة و أم لثلاث أطفال (أ)11سنة ، (م) 9 سنوات، و (ع ا) 7سنوات ، لديها مشاكل كثيرة مع زوجها منها سوء معاملته لها و كذلك ضربها وعلى ما اعتقد زواجها مآله الطلاق - صبرت بزأاف -بعدها يأتي (م) عمره 39 سنة، لا يعاني من أي مرض ، لم يكمل تعليمه ، يعمل مع شريك له في مجال قطع الغيار ، متزوج و زوجته حامل . تليه (س) عمرها 37 سنة، لا تعاني من أي مرض ، تركت مقاعد الدراسة في الابتدائي ، ماكنة في البيت ، متزوجة أم لثلاث بنات ، (هـ) عمرها 10 سنوات ، (أ) 7سنوات و (م) سنتين و 6 أشهر . ثم تأتي الحالة ت عمره 35 سنة وهو يتوسط إخوته ، لا يعاني من أي مرض ، توقف عن الدراسة في السنة

التاسعة أساسي ، حاليا بدون عمل، متزوج و أب لطفلة اسمها (أ ك) عمرها عامين و شهر . بعده تأتي (ف) عمرها 32 سنة لا تعاني من أي مرض ، لم تكمل دراستها ، تعمل خياطة في بيتها ، متزوجة و أم ل (م) 7 سنوات ل (م) 5 سنوات و (ل) عام و نص . ثم (ح) عمره 31 سنة ، سليم صحيا ، لم يكمل دراسته ، يعمل في الميشلار ، غير متزوج . و أخيرا (أ) عمره 28 سنة ، لا يشكو من أي مرض ، لم يكمل دراسته ، يعمل في توزيع الماء و المشروبات الغازية ، خاطب و عرسه سيقام في الصيف . الإخوة كانوا متضامنين بينهم خاصة بعد طلاق والديهما (تفكك أسري) حيث اشتغل الإخوان الكبيران و معهم الحالة كما كانت الأخوات تساعد و تهتم بالأخوة الاولاد خاصة و انه بعد طلاق والديهما أصبحت الام تصاب بنوبات اغماء متكررة لذلك اضطرت الأخوات البنات بالاهتمام بالإخوة الاولاد، العائلة عاشت في ظروف قاسية نتيجة إهمال الأب لهم (فراغ عاطفي أبوي) و لم يكن لديهم أي مدخول (تدني المستوى الإقتصادي) و للحصول على المال اضطرو للعمل مع أبيهم الذي كان يملك مقهى و مطعم بيتزيريا مقابل بعض المال الذي لا يضمن و لا يغني من جوع. و لكن بعد ان كبروا تغيرت العلاقة بينهم أو بالأصح بين الحالة و بين إخوته الصغار الذين تخلوا عنه و هو في أشد المحن (ا) ما بغيتش نروح للقاتحة تاعه غاضتني ما قاليش، كان المحاسب تاعي ، هادو خوتي الصغار ما كنتش نعيد حتى يعيدو هوما) اضطراب العلاقة داخل النسق الأسري (ب . ت) يقول بأنه كان من الأوائل لما كان في الابتدائي (الابتدائي فات نورمال كنت نقري غاية كنت يا الاول يا الثاني بلاك كان كاين مشاكل بصح ما نتبهتس) عندما انتقل للدراسة في المتوسط إكتشف بانه كانت هناك مشاكل عائلية (مشاكل عائلية على العام) تطلق والداه في الفصل الأول من السنة السابعة، من هنا بدأ سلوكه يضطرب (بديت نقعد مور CEM و تعلمت الدخان) لم يكن لديه صعوبات في الدراسة (ما كانش عندي صعوبات في القرابية يصح من المشاكل ما كنتش نروح نقري راحت معايا اختي حياة باش دخلني قالت لهم هو يقري ما على باليش كي منك بلاك راه يتبع في جماعة) بداية اضطراب السلوك لديه (و بالرغم من ذلك تحصل على معدل 20/14).أختي (ح) نعيطلها ماما (ح) هي الي ربتني كانت باغيتتي نولي- pilote بدأ بالعمل مع والده في المقهى في عطلة نهاية الأسبوع لمساعدة أمه و إخوته، و بعد أن تعود على المال اهمل دراسته (والفت الدراهم ما وليتس نقري ديت في BEM 1'93 الواحد كان كاره القرابية ، كاتبولي يوجه إلى الحياة المهنية كان عندي 15 سنة) فشل دراسي - (طلاق والديا أثر عليا في حياتي complet ، تبغي تقري بصح كي تخرج بهداك المنظر في راسك ما

تقرّاش (منظر ضرب أبوه لأمه . من بين الأحداث الي ما ننسأهاش بويأ كان مدايز مع ما ايا خويا الكبير قايسه بشاقور لصق في الباب تاع الحديد هادي ما ننسأهاش بغى يدافع على ما ، بويأ من صغري يضرب ما على أئفه الأسباب ،خطرة في CEM في حصة الرسم رقدت جات الأستاذة نوضتتي خبطتتي بصفعة و انا اصلا جاي من الدار بلا قهوة خليت بويأ يضرب في ما دخلت مدبرس) عنف أسري . (ت) قال - انا ما كنتش محتاج دراهم قد ما كنت محتاج دعم معنوي (هنا إنهار بالبكاء) انا كنت باغي كي نحل الباب نلقى بويأ قدامي نعنقه - (ب.ت) كان يعرف بأن أبوه كان متزوج و لكن امه و باقي إخوته لم يعلموا بذلك إلا أن احضر اختهم الصغرى منها معه لعرس عمته و بعدها قامت زوجة الأب بعزيمة كل العائلة عندها لتناول العشاء - عمي و جداتي و عمتي راحوا cortège ،الحاجة الي أترث عليا هي كي راحوا غاشينا لعند مرت بويأ هنا جببت عليهم - (إحساس بالتخلي sentiment d'abondan للمرة الثانية بعد ان تخلى عنهم أبوهم في المرة الاولى (ب.ت ليس ضد الزواج و لكنه يبحث عن العدل في معاملة و الده بين أمه و بين الزوجة الثانية - انا ما رانيش contre الزواج تاع بويأ بلاك الغلطة من ما ، بلاك سوء إهتمام ، انا كي تزوجت وليت نعرف هاد الصوالح - (إلتماس العذر لأبيه (في السنة التاسعة تم فصله من الدراسة - في BEM قلت لبويأ صايي كملت مع القرابة هو أصلا ما على بالهش اذا ولده راه يفوت أو لا - إحساس بعدم الإهتمام - عمل بعدها ب.ت مع والده بعد طلب منه - قالي ارواح تخدم معايا و ماكانش يخلصني كنت نغيب بالشهرين على الدار ما يحوشش عليا و ليت كي نروح للدار نلقاهم جياح و مشتاقين شنقلة ، كان عندي 15 سنة و - عندي احساس بالمسؤولية من جهة خوتي الصغار و إحساس بأنه مستغل من طرف والده - تابع ب.ت العمل مع والده خوفا من طرده من البيت- كملت نخدم عنده ما عندك ما دير لانه يحاوزك من الدار و يزيد يروح يدير مشاكل في الدار - (خوف ب.ت على امه و إخوته من بطش أبيه) تعرضت الحالة لإحباطات كثيرة من طرف والده حيث انه تخلى عن علاج أخيه الكبير (خ) الذي تعرض لحادث حريق و هو يحاول ان ينقد مطعم أبيه و الثانية بعد ان أكل أبيه المال الذي ادخره عنده - بويأ قالي الدراهم كليتهم خبط راسك في الحيط انا جبتك ماشي انت جببتني هنا حكمني إحباط كبير الحرق تاع (خ) و زيد دراهمي - كان للحالة خلافات مع ابيه و قد وصل به الأمر للتشاجر لفظيا معه - تعمرت عليه قلت له كلمة) هنا المريض رفض أن يقول ما هي هذه الكلمة لانها أترث و لا زالت تؤثر عليه لحد الان باعتراف منه) أترها قرر ترك العمل عنده و عمل مع صديق له حيث كان يدير

له المقهى ذلك منذ 2010 إلى 2017 ، هنا تحررت نوعاً من سيطرة أبيه . أصبح يتاجر في السيارات القديمة إلى ان اشترى سيارته و قد كان هذا أعظم إنجاز في حياته (اكتساب الثقة في النفس - (كي حسيت روجي غادي نديفيي dévier بعثها و نص الدراهم حليت بيهم حانوت و النص الآخر عطيته لخويا (- الحالة دخلت الإدمان - بديت الكيف في 2003 و من بعد الكاشيات في 2016 ، بديت بحبة في الشهر و من بعد ولات حبة في 15 يوم و من في الاسبوع و من بعد يوميا و لبت ناكل من 12 حبة حتى فلاتشا قعدت هكا شهرين و من بعد كي بغيت نقص و لبت نشرب Rhumafed كي يكون عندي migraine ناكل و نروح نرقد ثم و لبت للكاشيات و لبت ناكل حبة و لا زوج كي نكلب 3 - في خضم هذه الاحداث تزوج و مرضت زوجته و اضطر لصرف أموال طائلة لعلاجها و كذلك التنقل معها بين الأطباء و المستشفى - مور زواجي بدات الحالة تهود نسبة منها 20% راجعة الإدمان و الباقي لمرض الزوجة ، الحالة تبدلت imagine تكون في niveau و تولي في niveau الي ما كنتش متخيل نوصله - تحمل اخوه (خ) مصاريف البيت بدلا عنه (الدعم و السند الاخوي) علما انهم يقيمون في بيت العائلة مع امه و اخوه المتزوج (م) و اخواه العازبان (ح) و (ا) في الطابق الأول و لديهم مطبخ مشترك ، أما (خ) فيقيم في الطابق الارضي - بدلت الجامع الي كنت نصلي فيه مع (خ) باش نتأكد اذا خويا غادي يحوس عليا حسيته منشوع قلت بلاك عليا و زيد باش ما ننقلش و لبت كي يدخل للحنوت يشري ما ندخلش معاه باش مايشريش لبتني بلاك ما عندهش، انا ما نبغي ننقل حتى على واحد - (هنا صمت و تغيرت ملامح وجهه ظهر عليها الحزن و طأطأ رأسه . (الحالة ت عندها عزة نفس لدرجة انه قال - انا أحيانا يجي خويا و يقولي عندك باش تركب نقوله واه و انا ما عنديش مقلة دورو - الحالة تقول بأن أمه تضغط على زوجته في شغل البيت و تخلق المشاكل - ما هي سباب المشاكل، أحيانا نحس روجي بلي ندمت كي تزوجت لاني حاس بلي ما رانيش قاد لهاد المسؤولية بالرغم من أني رفدت المسؤولية بصح هادي ما قديتهاش -

الحالة الراهنة : ت يعاني من مشكل الإدمان و قد حاول التوقف إلا أنه ظهرت عليه الاعراض الإنسحابية مثل : اضطراب النوم ، فقدان الشهية، الصداع، التعرق ، ، سرعة الاستثارة مما أدى إلى وقوع مشادات كلامية حادة بينه و بين اخيه أمام الجيران و قد كادت أن تصل إلى التشابك بالأيدي بعدها قرر التقدم إلى المركز للعلاج - كما أن الدافع الثاني هو إبنته و زوجته - مرتي و

بنتي راني حاس بلي راني سامح فيهم ، ما عنديش باش نشري jouet لبنتي هنا انفجر بالبكاء - إحساس بالعجز . زوجة ت تصنع الحلويات التقليدية لمساعدته. و لكن في الآونة الأخيرة بينهما مشاكل بسبب الوضع المادي و قد أثرت على علاقتهما حتى الحميمة. تقول زوجته بأن ت لا يفرض رأيه في البيت أمام امه و إخوته و ان شخصيته ضعيفة و هو طيب أكثر من اللازم و هذا ما دفع إخوته للتقليل من احترامه ، و حتى ت يقول بأن إخوته ينعوننه بالفاشل- هنا انفجر بالبكاء -لهذا لا يريدون اقراضه المال لبناء مشروعه (إعادة فتح المحل) . و هذا أثر عليه كثيرا لدرجة أنه إقتنع بأنه فعلا فاشل التواصل مع الحالة كان سهلا ، قمنا بست مقابلات معها كانت نصف موجهة تخللها طرح اسئلة لمعرفة بداية الإدمان، مدته ، هل أثر على العلاقة في النسق الأسري ، لغته كانت بسيطة واضحة و مفهومة ، في المقابلات الأولى كانت تبدو عليه ملامح الحزن و كان لديه حالة إكتئاب ليس بسبب الأعراض الإنسحابية فقط و إنما بسبب الوضع المادي المتدني الذي يعيشه و كدى إضطراب العلاقات في النسق الأسري هذا ما ادى الى إزدیاد الضغط عليه . طبقنا على الحالة قياس قبلي بواسطة مقياس تقدير حدة اللهفة على المخدر و الذي ظهر تجاوبه معه من خلال طرحه للأسئلة و قد توصلنا النتيجة الآتية: (118) و بالتالي الحالة تحتاج إلى تكفل نفسي لدى طبقنا عليه البرنامج العلاجي الجماعي و كانت النتائج كالتالي:

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات والتقنيات المستعملة	إجراءاتها	نتائجها
01	التعارف إبرام العقد العلاجي القياس القبلي	90 د	العيادة	* الحوار * تقنية المناقشة * مقياس حدة اللهفة (craving severity scal)	* ترحيب وتعارف حالة بحالة. * شرح الهدف من الجلسة: - شرح البرنامج العلاجي. - الاتفاق على القواعد التي تحكم الجلسات والعلاقات بين أفراد الجماعة. - الإطلاع على العقد العلاجي و إمضاءه - تحديد أهداف الجلسات مع أعضاء المجموعة. * شرح تعليمية المقياس * توزيع أوراق المقياس * الإجابة على أسئلة المقياس * مناقشة وتفاعل * خلاصة	- تعارف - الإتفاق بالإلتزام على قواعد الجماعة.
02	التعرف على الحالات حالة بحالة (قصة كل حالة) + لعبة	90 د	العيادة	* تقنية المناقشة * تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو) * تقنية المناقشة * لعبة الجزيرة المهجورة * تقنية المناقشة	* مراجعة الجلسة السابقة * شرح الهدف من الجلسة * سرد قصص الحالات حالة بحالة. * مناقشة، تفاعل * مشاهدة الفيديو * مناقشة * في لعبة الجزيرة المهجورة يطلب المعالج من كل شخص أن يقدم نفسه ويختار ثلاثة عناصر أساسية في رحلته إلى جزيرة مهجورة. يجب أن تكون اختياراته محددة ودقيقة. ويحاول المعالج إجراء محادثة حول هذه الرحلة التخيلية بطريقة تفاعلية. ثم يكتب جميع الأشخاص أسمائهم ويضعونها في صندوق، يخلط كل فرد جميع الأوراق ويختار قطعة من الورق ويفتحها ويقرأ اسم صاحبها ويخبرنا عن رحلته الخيالية و عن أي معلومات عرفها عنه أثناء هذه الرحلة * مناقشة * خلاصة	<u>عن طريق المناقشة:</u> - الإستبصار بالخطأ - توضيح تأثير سلوك الإدمان على أسرهم - تعزيز الدعم الإجتماعي - تقديم تغذية راجعة بناءة. <u>عن طريق لعبة الجزيرة المهجورة:</u> - التعرف على إهتمامات المجموعة
03	التثقيف النفسي على الإدمان والإستبصار	90 د	العيادة	* تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو) * تقنية المناقشة	* مراجعة الجلسة السابقة. * شرح الهدف من الجلسة * التعريف بالإدمان، الأسباب، الأنواع، المراحل والنتائج . * مناقشة . * خلاصة	- الإستبصار بالسلوكات السلبية. - إنعكاس الإدمان على مستوى الجسدي والعلائقي خاصة في النسق الأسري. - تحقيق الإمكانيات.

<p>- تشجيع الأعضاء على العمل على تحقيق إمكاناتهم. -تطوير نمو شخصي إيجابي.</p>						
<p>عن طريق تقنية لعب الدور:</p> <p>- التوصل إلى تصحيح العلاقة(اضطراب العلاقات الوالدية). - التنفيس الإنفعالي والتلقائي. - الإستبصار الذاتي . - التعبير عن المشاعر والتجارب. - تقليل من القلق. -الزيادة في تقدير الذات والثقة بالنفس</p>	<p>* مراجعة الجلسة السابقة * شرح الهدف من الجلسة * تقسيم وتجسيد الأدوار . * أحد الأفراد يلعب دور المدمن ويدافع عن الإدمان بالحجج و بأفكاره والانفعالات وبقية الأفراد يلعبون دور أفراد الأسرة(الأب ،الأم،الأخ،الأخت،الزوجة) ويدافعون عن عدم الإدمان بالحجج و بأفكارهم وانفعالاتهم * ثم تتقلب الأدوار الذي لعب دور المدمن يلعب دور احد أفراد الأسرة ويدافع عن عدم الإدمان بالحجج و بأفكاره والانفعالات والذي لعب دور أحد أفراد الأسرة يلعب دور المدمن و يدافع عن موقفه بالحجج والانفعالات * مناقشة وتفاعل * خلاصة</p>	<p>* تقنية لعب الدور * تقنية المناقشة</p>	<p>العبادة</p>	<p>90 د</p>	<p>توعية وتحسيس المجموعة حول مخاطر الإدمان ونهاية مدمنها وجعلهم يعيشون الوضعية (تعديل الأفكار)</p>	<p>04</p>
<p>عن طريق الإسقاط المستقبلي:</p> <p>- إستكشاف وتصوير المستقبل. - إتخاذ قرارات وتطوير حياتهم بناءا عليها. - تحديد أهداف شخصية واضحة. - تعزيز الأمل للدعم والتحفيز. - التكيف والتخطيط. تعزيز الثقة بالنفس. عن طريق لعبة دوران الدور: - تنمية المشاركة الجماعية. - تعزيز التواصل والتفاعل بين الأفراد. - تعزيز الوعي الذاتي. -تعبير عن أفكار والمشاعر.</p>	<p>* مراجعة الجلسة السابقة * شرح الهدف من الجلسة * تقنية الاسقاط المستقبلي: كل فرد يغمض عينيه ويتخيل الوضعية التي سيكون فيها بعد سنة او سنتين. * المناقشة والتفاعل * نسال المجموعة هل أفادتهم هذه الحصص،هل أحسستم بأن هناك تغيير طراً عليكم. * لعبة دوران الدور: في هذه اللعبة يكتب المعالج أو أحد الأفراد أسئلة على بطاقات (هنا المعالجين هم من كتبوا الأسئلة) و ترقم تسلسليا و يبدأ الأفراد بالدور كل فرد يختار بطاقة و يحاول الإجابة عن السؤال الموجود فيها بمساعدة الآخرين . * مناقشة وتفاعل * مشاهدة فيديو تحفيزي * مناقشة * خلاصة</p>	<p>* تقنية الإسقاط المستقبلي * تقنية المناقشة * لعبة دوران الدور * تقنية المناقشة * فيديو تحفيزي * تقنية المناقشة</p>	<p>العبادة</p>	<p>75 د</p>	<p>الكشف عن أهداف وأمني أفراد المجموعة وتحفيزهم على السعي لتحقيقها</p>	<p>05</p>
	<p>* مراجعة الجلسة السابقة * شرح الهدف من الجلسة * شرح تعليمة المقياس * توزيع أوراق المقياس * الإجابة على أسئلة المقياس * مناقشة وتفاعل</p>	<p>* مقياس حدة اللهفة(craving severity scal)</p>	<p>العبادة</p>	<p>85 د</p>	<p>القياس البعدي</p>	<p>06</p>

	* خلاصة					
<p>عن طريق الألعاب الثلاثة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تقويم خبرة العلاج الجماعي. - التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم إتجاه بعضهم البعض. - التعبير عن التغييرات التي حدثت بداخلهم نتيجة للعلاج. - مساعدتهم على تصميم خططهم المستقبلية. - صيانة المكتسبات والتأكيد على المتابعة. 	<p>* مراجعة الجلسة السابقة</p> <p>* شرح الهدف من الجلسة</p> <p>* لعبة الجولة : تشمل في أن يقف أفراد الجماعة على شكل دائرة ويتكلم كل واحد منهم عن خبرته مع المجموعة .</p> <p>* لعبة الدائرة : فهي أن يعبر كل واحد عن أفكاره ومشاعره اتجاه الآخرين بصدق وهم على شكل دائرة يسكون بأيدي بعضهم البعض وهذا رمز لتماسك الجماعة .</p> <p>* لعبة رسالة إلى نفسي : حيث يطلب المعالج من كل فرد أن يكتب رسالة لنفسه يصف فيها ما تغير داخله وما هي خطته المستقبلية ويناقشها مع باقي الأفراد.</p> <p>* تأكيد مبدأ الصيانة</p> <p>* تأكيد مبدأ المتابعة</p> <p>* تأكيد مبدأ التحالف العلاجي اللاحق.</p> <p>* تهنئة وتوديع.</p> <p>* اختتام العلاج</p>	<p>* لعبة الدائرة</p> <p>* لعبة الجولة</p> <p>* لعبة رسالة إلى نفسي</p>	<p>العبادة</p>	<p>90 د</p>	<p>صيانة المكتسبات التي تحصلو عليها من العلاج وتأكيد المتابعة واختتام العلاج</p>	<p>07</p>

اما نتائج القياس البعدي بمقياس تقدير حدة الالهفة على المخذر كانت كالتالي : (35).

خلاصة عامة عن الحالة:

الحالة قبل البرنامج كانت تعاني من حالة إكتئاب، عنف أسري ، إنعزال ، اضطراب في النوم و الاكل اضطراب علائقي في النسق الأسري، حرمان عاطفي والدي، إحباط، طفولة و مراهقة مشردة أدت به إلى الادمان و السلوكيات السلبية، الاحساس بالإهمال .إسقاط لمشاعر الأمومة على الأخت، غياب الدعم المعنوي، احساس بعدم الثقة في النفس، احساس بالعجز و الفشل و عدم القدرة على إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، عدم القدرة على التخطيط للمستقبل، القلق و التوتر الزائدين ، أما بعد تطبيق البرنامج العلاجي الجماعي عليه كان التحسن ملحوظ اكدته الدلالة الاحصائية من خلال المقارنة بين نتائج القياس القبلي و البعدي، كما أكدته سلوكيات الحالة حيث

انه استطاع الاندماج في المجموعة لانها وفرت له القبول الغير مشروط، و هذا الاندماج انقص من إحساسه بالعزلة، كدى نقصت لديه الأعراض الإكتئابية بشكل واضح حيث إنتظم نومه و تحسن أكله. أصبح يعبر عن رأيه بوضوح و دون تردد و هذا يدل على إزدياد ثقته بنفسه و تلاشي احساسه بالفشل مما سمح له ببديء التخطيط لنفسه، حيث سطر هدفا واضحا و دقيقا . و هذا إن دل على شيء إنما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي.

المناقشة وتحليل النتائج:

1- الدلالة الإحصائية:

تنص الفرضية على أن للعلاج الجماعي فاعلية في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات لاختبار هذه الفرضية طبقنا مقياس قبلي على مجموعة الدراسة المتكونة من 06 أفراد تتراوح أعمارهم ما بين (25_35 سنة) عن طريق مقياس حدة اللهفة وبعدها قمنا بتطبيق برنامج علاجي جماعي وبعد الانتهاء منه قمنا بتطبيق مقياس بعدي باستعمال نفس المقياس مقياس تقدير حدة اللهفة للمقارنة بين نتائج القياس القبلي و البعدي للتأكد من صحة الفرضية أو عدمها استعمالنا الأسلوب الإحصائي willcokson

جدول رقم (04): نتائج القياس القبلي والبعدي في مستوى تقدير حدة اللهفة على المخدر لدى حالات الدراسة

الحالات	البعدي	قبل البرنامج
1	28	107
2	35	118
3	31	113
4	32	100
5	32	118
6	33	123
المجموع	191	679

جدول رقم (05) اتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى تقدير حدة اللهفة على المخدر لدى المدمنين على المخدرات

المتغير	الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z المحسوبة	Z الجدولية	مستوى الدلالة
المقياس تقدير حدة اللهفة على المخدر (القياس القبلي - القياس البعدي)	السالبة	6	3.5-	21-	-21	2	0.05
	الموجبة	0	0	0			

من خلال عرض نتائج الجدول رقم (05) الخاص باتجاه الفروق بين متوسطي رتب القياس القبلي والقياس البعدي لمستوى تقدير حدة اللهفة على المخدر لدى المدمنين على المخدرات نلاحظ وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي عند مستوى دلالة 0.05 في المقياس ككل ، مما يجعلنا نقول ان البرنامج العلاجي القائم على العلاج الجماعي ذو فعالية في الحد من تناول المواد المخدرة لدى المدمنين على المخدرات.

وقد استعملنا كذلك للتأكد من صحة الفرضية أو عدمها مقارنة بين المتوسط النظري والمتوسط الحسابي.

المتوسط النظري = مجموع العبارات X وسيط الدرجات

الأسلوب الاحصائي الثاني:

مقارنة المتوسط الحسابي مع المتوسط النظري

القياس القبلي:

بعد التأثير على السلوك:

عدد عباراته = 7

وسيط الدرجات = 3

القاعدة تقول إذا كان المتوسط الحسابي أكبر من المتوسط النظري إذن هناك مشكلة بمعنى هناك تأثير على مستوى ابعاد المقياس في هذه الدراسة

$$26,16 = \frac{157}{6} = \frac{\text{مجموع استجابة الحالات}}{\text{عدد الحالات}} = \text{المتوسط الحسابي (م ح)}$$

المتوسط النظري (م ن) = مجموع العبارات لكل بعد X وسيط

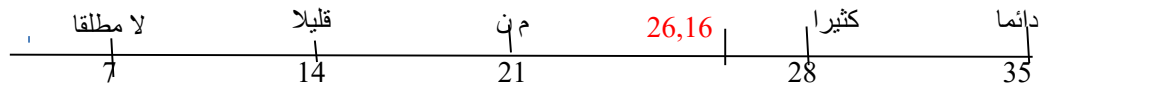
$$\text{الدرجات} = 3 \times 7 = 21$$

الحالة الأولى: 22

الحالة الثانية: 28

الحالة الثالثة: 26

الحالة الرابعة: 23



الحالة الخامسة: 28

الحالة السادسة: 30

النتيجة: (م ح) < (م ن)

21 < 26,16 إذن هناك تأثير على السلوك

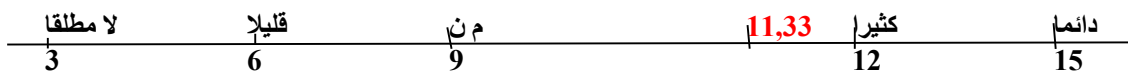
بعد التفكير الملتوي:

عدد عباراته = 3

وسيط درجاته = 3

$$11,33 = \frac{68}{6} = \text{متوسط الحسابي}$$

المتوسط النظري = 3 X 3



الحالة الأولى: 12

الحالة الثانية: 10

الحالة الثالثة: 13

الحالة الرابعة: 08

الحالة الخامسة: 11

الحالة السادسة: 14

النتيجة: م ح < م ن

9 < 11,33 اذن هناك تفكير ملتوي

بعد الاستجابات الجسدية:

عدد عباراته = 7

وسيط الدرجات = 3

متوسط الحسابي: $28 = \frac{168}{6}$

المتوسط النظري = 7X 3

لا مطلقا	قليلًا	م ن	كثيرا 28	دائما
7	14	21	28	35

الحالة الأولى: 23

الحالة الثانية: 31

الحالة الثالثة: 26

الحالة الرابعة: 28

الحالة الخامسة: 28

الحالة السادسة: 32

النتيجة: م ح < م ن

21 < 28 اذن هناك تأثير على الاستجابات جسدية

بعد شدة اللفظة:

عدد عباراته = 5

$$\text{المتوسط الحسابي: } 21,83 = \frac{131}{6}$$

$$\text{المتوسط النظري } = 3 \times 5$$

لا مطلقا	قليلا	م ن	كثيرا	21,83	دائما
5	10	15	20		25

الحالة الأولى: 23

الحالة الثانية: 23

الحالة الثالثة: 22

الحالة الرابعة: 18

الحالة الخامسة: 23

الحالة السادسة: 22

النتيجة: م ح < م ن

21,83 < 15 إذن هناك شدة كبيرة في اللفظة

بعد التحمل العاطفي:

عدد عباراته = 6

وسيط الدرجات = 3

$$\text{متوسط الحسابي } = \frac{157}{6}$$

26,16

$$\text{المتوسط النظري } = 3 \times 6$$

لا مطلقاً	قليلاً	م ن	كثيراً	26,16	دائماً
6	12	18	24		30

الحالة الأولى: 27

الحالة الثانية: 26

الحالة الثالثة: 26

الحالة الرابعة: 23

الحالة الخامسة: 28

الحالة السادسة: 27

النتيجة: م ح < م ن

18 < 26,16 اذن هناك مشكلة على مستوى التحمل العاطفي

القياس البعدي:

بعد تأثير على السلوك:

عدد عباراته = 7

وسيط درجات = 3

القاعدة تقول اذا كان المتوسط الحسابي اصغر من المتوسط النظري اذن ليس هناك مشكلة بمعنى آخر هناك تحسن على مستوى ابعاد المقياس في هذه الدراسة

$$8,16 = \frac{\text{مجموع استجابة الحالات}}{\text{عدد الحالات}} = \frac{49}{6} = \text{المتوسط الحسابي (م ح)}$$

المتوسط النظري (م ن) = مجموع العبارات لكل بعد X وسيط

$$21 = 3 \times 7 = \text{الدرجات}$$

الحالة الأولى: 7

الحالة الثانية: 8

الحالة الثالثة: 7

الحالة الرابعة: 9

الحالة الخامسة: 10

الحالة السادسة: 9

النتيجة: م ح > م ن

21 > 8,16 اذن هناك تحسن كبير على مستوى السلوك اذن المتوسط الحسابي يقترب من لا مطلقا

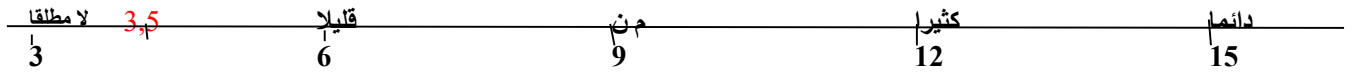
بعد التفكير الملتوي:

عدد عباراته = 3

وسيط درجاته = 3

متوسط الحسابي: $3,5 = \frac{21}{6}$

المتوسط النظري = 3×3



الحالة الأولى: 3

الحالة الثانية: 4

الحالة الثالثة: 5

الحالة الرابعة: 3

الحالة الخامسة: 3

الحالة السادسة: 3

النتيجة: م ح > م ن

9 > 3,5 اذن هناك تحسن كبير على مستوى التفكير (تعديل للأفكار) اذن المتوسط الحسابي

يقترب كثيرا من لا مطلقا

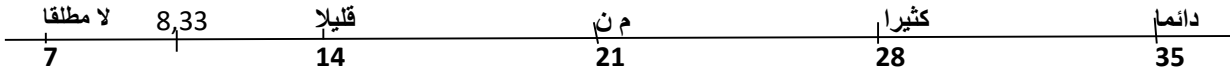
بعد الاستجابات الجسدية:

عدد عباراته = 7

وسيط الدرجات = 3

متوسط الحسابي: $8,33 = \frac{50}{6}$

المتوسط النظري = 7×3



الحالة الأولى: 7

الحالة الثانية: 8

الحالة الثالثة: 7

الحالة الرابعة: 9

الحالة الخامسة: 10

الحالة السادسة: 9

النتيجة: $م > ح$

أذن هناك تقريبا اختفاء للاستجابات الجسدية الناتجة عن الإدمان إذ ان المتوسط الحسابي يقترب كثيرا من لا مطلقا $21 > 8,33$

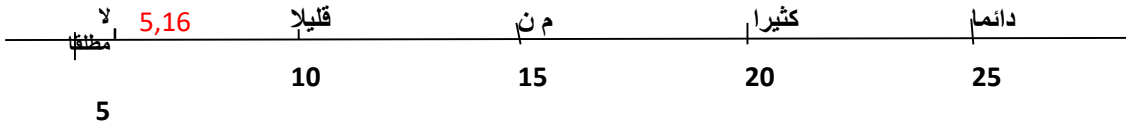
بعد شدة اللفتة:

عدد عباراته = 5

وسيط الدرجات = 3

المتوسط الحسابي: $5,16 = \frac{31}{6}$

المتوسط النظري = 5×3



الحالة الأولى:5

الحالة الثانية:6

الحالة الثالثة:5

الحالة الرابعة:5

الحالة الخامسة:5

الحالة السادسة:5

النتيجة: م ح > م ن

15 > 5,16 اذن هناك انخفاض كبير في شدة اللهفة يميل تقريبا الى انعدامها اذ ان المتوسط الحسابي يقترب كثيرا من لا مطلقا

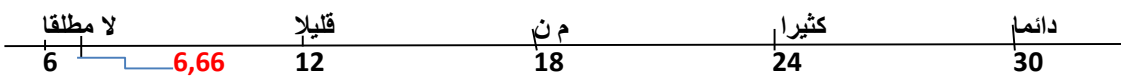
بعد التحمل العاطفي:

عدد عباراته =6

وسيط الدرجات=3

$$6,66 = \frac{40}{6} \text{ متوسط الحسابي}$$

$$6 \times 3 = \text{المتوسط النظري}$$



الحالة الأولى:6

الحالة الثانية:8

الحالة الثالثة:6

الحالة الرابعة:7

الحالة الخامسة:6

الحالة السادسة:7

النتيجة: م ح > م ن

18>6,66 إذن هناك تحسن على مستوى التحمل العاطفي إذ ان المتوسط الحسابي يقترب

كثيرا من لا مطلقا

حساب المتوسط النظري والمتوسط الحسابي العام للقياس القبلي للمقياس:

المتوسط النظري = مجموع عبارات المقياس x وسيط الدرجات

$$84 = 3 \times 28$$

$$\text{المتوسط الحسابي} = \frac{\text{مجموع استجابات مجموعة الدراسة}}{\text{عدد افرادها}} = \frac{679}{6} = 113,6$$

لا مطلقا	قليلًا	م ن	كثيرا	دائما
28	56	84	112	140

النتيجة: المتوسط الحسابي < المتوسط النظري إذن هناك مشكلة حسب هذه القاعدة على مستوى كل بنود هذا المقياس

حساب المتوسط النظري والمتوسط الحسابي العام للقياس البعدي للمقياس:

$$\text{المتوسط النظري} = 3 \times 28 = 84$$

$$\text{المتوسط الحسابي} = \frac{191}{6} = 31,83$$

دائم	كثيرا	م ن	قليلا	لا مطلقا
140	112	84	16	28

النتيجة:

المتوسط الحسابي > المتوسط النظري

اذن البرنامج العلاجي الجماعي نجح بنسبة كبيرة على مستوى كل الابعاد وبالتالي فرضية الدراسة قد تحققت

الدلالة الاكلينيكية :

اعتمادنا على العلاج الجماعي كان لأهداف يوفرها لنا هذا الأخير والتي هي بذاتها كانت من أسباب ظهوره وذلك للعمل على تغيير سمات شخصية المدمن ومن بينها إحساس بعدم الانتماء هذا العلاج يضمن لنا التحفيز، المساندة، التعزيز و الاندماج الاجتماعي وهذا من خلال تواجده داخل جماعة تعاني من نفس المشكل هذه الأخيرة تسمح بتبادل الخبرات والاستفادة من تجارب الأعضاء فيما بينهم وبالتالي العمل على تعزيز قدرته على اتخاذ القرارات والاستفادة من خبرة الآخرين وهذا ما يعرف بالتمذجة في نظرية التعلم الاجتماعي التي اعتمدنا عليها وتطرقنا لها في الجانب النظري. للوصول لهدف الدراسة قمنا بتطبيق عدة تقنيات:

بدأنا بتقنية المناقشة واستعرضنا قصص حالات حالة بحالة كان الهدف منها :

- 1- التعرف على أسباب دخول كل فرد لعالم الإدمان.
- 2- خلق حوار مع أفراد المجموعة حيث أن المدمن يفنقر إلى إقامة حوار مع الآخرين.
- 3- جعلهم يستبصرون بأخطائهم والتعلم منها حيث أننا استخلصنا أن لديهم حاجة إلى الانتماء وذلك لأنهم منبوذون من طرف المجتمع، عجز عن تحمل الإحباط وعدم الصبر على احتمال أي ضغوط وكذلك يعانون

من اضطراب على المستوى العلاقة سواء داخل الأسرة أو خارجها وهذا ما أدى بهم إلى الدخول إلى عالم الإدمان وقد توصلنا من خلال هذه التقنية إلى توضيح تأثير سلوكياتهم على الآخرين والمقصود هنا تأثير سلوك الإدمان على أسرهم وعلاقاتهم الاجتماعية وقد عملنا على بناء شعور بالانتماء والهوية المشتركة لديهم من خلال تواجدهم ضمن جماعة تعاني من نفس المشكل وكذلك تعزيز الدعم المتبادل بينهم، وتطوير مهارة حل المشكلات والتعامل مع تحديات الإدمان بفعالية من خلال اقتراح حلول لمواجهة الإحباط والضغط بدون إدمان وهذا ما تهدف إليه النظرية ديناميكية الجماعة وقد اعتمدنا أيضا على النظرية البين شخصية التي تركز على العلاقات بهدف فهمها وتحسينها وتركز كذلك على الدعم الاجتماعي الذي توفره الجماعة للعمل على تحية إحساسهم بالعزلة والاضطهاد وهذا اعتمادا على الجانب النظري.

كما سمحت هذه التقنية بتقديم تغذية راجعة وبناءة وداعمة لأعضاء المجموعة وذلك بتحديد نقاط القوة لديهم والمجالات التي تحتاج إلى تحسين أو تغيير كلي بالنسبة للسلوكيات السلبية (تعديل السلوك). وكذا معالجة الصراعات والمشكلات (الصراعات الأبوية التي يعاني منها أفراد المجموعة).

وقد دعمنا ما توصلنا إليه من حديثنا عن أسباب الإدمان وتأثيره عليهم بتقنية الوسائط الإعلامية من خلال عرض فيديو يوضح أسباب ومخاطر الإدمان وكان الهدف منها التثقيف النفسي على الإدمان والاستبصار بسلوكياتهم السلبية وقد عملنا من خلال هذه التقنية على توعية المجموعة بانعكاسات الإدمان على المستوى الجسدي (الإصابة بمختلف الأمراض والسرطانات) وعلى المستوى العلائقي حيث أن الإدمان يخلق اضطرابات في العلاقة في النسق الأسري، المهني والاجتماعي (مشاكل أسرية ومشاكل زوجية قد تؤدي إلى التفكك الأسري ومشاكل في العمل) وعلى المستوى النفسي (الإحساس بالإحباط، الإحساس بالاكئاب، نقص تقدير الذات، العزلة.... الخ). وانطلاقا من ذلك توصلنا إلى تشجيع الأعضاء على العمل نحو تحقيق إمكاناتهم الكاملة والتغلب على الإدمان من خلال تطوير نمو شخصي ايجابي لديهم بالتركيز على ما يمتلكونه من مواهب ومهارات وذلك اعتمادا على النظرية الإنسانية.

وقد ساعدتنا كل من التقنيتين السابقتين والتي سمحتا بتكوين العلاقة بين أفراد المجموعة وكذا استبصارهم بأخطائهم ومخاطر الإدمان بالعمل بتقنية السيودراما طبقنا على المجموعة من خلال تمثيل سيناريو معد من طرف المعالجين (انظر إلى الملحق رقم (01)) معتمدين على تقنية إنعكاس الدور من خلالها يتم قلب الأدوار بين الأشخاص الذين يعانون من تشويش في إدراك الشخص الآخر إذ يقوم الفرد بلعب دور المدمن

ثم بعدها يقوم بلعب دور الأب وبهذا الإنعكاس للأدوار توصلنا إلى تصحيح العلاقة (مجموعة الدراسة لديها اضطراب في العلاقة الأبوية)

سمحت هذه التقنية بالتنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي في موقف جماعي حيث عبر أفراد الجماعة عن مشاعرهم وتجاربهم دون الخوف من الحكم لان الجماعة وفرت لهم القبول الغير مشروط هذا ما قلل من القلق لديهم وزاد في تقدير الذات لديهم (العمل على تحقيق الذات) كما زاد من ثقتهم بأنفسهم فأصبحوا يعبرون بكل حرية عن آرائهم وهذا من خلال اعتمادنا على أهداف النظرية الإنسانية التي اعتمدنا عليها في الجانب النظري. و توصلنا كذلك إلى زيادة شعورهم بالأمن وانخفاض مستوى القلق لديهم وازدياد مستوى تقدير الذات وثقتهم بأنفسهم.

بعد استبصار المجموعة بأخطائهم ومعالجتها عن طريق التغذية الراجعة انتقلنا إلى استخدام تقنية الإسقاط المستقبلي وهي جزء فعال من السيودراما وهذا لمساعدة أفراد مجموعة الدراسة على استكشاف وتصور مستقبلهم وكيف يمكن أن يطوروا حياتهم بناءا على القرارات التي اتخذوها في الوقت الحالي وقد توصلنا معهم إلى تحديد أهداف شخصية واضحة لكل واحد منهم وتحديد تاريخ تحقيقها وقد نتج عن هذا تعزيز الأمل لديهم وتحفيزهم من خلال رؤية إمكانيات مستقبلية ايجابية وتطوير مهارة التكيف والتخطيط لديهم (توضيح خطوات الوصول إلى الهدف الشخصي) وهذا بجد ذاته أعطاهم دافعا للتغيير والتعافي وبالتالي الالتزام بخطه العلاج وهذا عزز ثقتهم بأنفسهم لأنهم أصبحوا يرون أنهم قادرين على تحقيق انجازات في حياتهم بعد أن كان الجميع ينعتهم بالفشل وهذا مانستدل به من خلال دراسة سليمة سلطاني (مذكورة في الدراسات السابقة) بحيث توصلت الى نفس النتائج منها تعزيز الثقة بالنفس وتحقيق المساندة النفسية والاجتماعية للمدمن وتعديل سلوكه.

كما اعتمدنا أيضا على مجموعة من الألعاب الجماعية منها لعبه الجزيرة المهجورة وقد هدفنا من خلالها على التعرف على اهتمامات أفراد المجموعة وذلك للعمل عليها من اجل دفعهم إلى تنميتها والاستفادة منها في تحديد وتحقيق أهدافهم.

أما لعبه دوران الدور فقط توصلنا من خلالها إلى تنمية المشاركة الجماعية، تعزيز التواصل والتفاعل بين أفراد مجموعة الدراسة، تعزيز الوعي الذاتي، كما أنها أتاحت الفرصة لإبداء رأيهم حول المشاكل التي

تحدث بين أفراد الأسرة وكذا التعبير عن الأفكار والمشاعر التي أحس بها خلال الجلسات العلاجية ووصف التجربة التي خاضوها (العلاج الجماعي) (انظر إلى الملحق رقم ()).

أما لعبة الدائرة، الجولة ورسالة إلى نفسي استخدمناها في آخر جلسة من أجل تقويم خبره العلاج الجماعي التي خاضوها وكذلك تعبير عن رأيهم في مشاعرهم وأفكارهم اتجاه بعضهم البعض وما تغير بداخلهم نتيجة للعلاج الذي تلقوه وأخيرا مساعدتهم على تصميم خططهم المستقبلية وكل هذا سمح لنا بصيانة المكتسبات التي حصلوا عليها من العلاج الجماعي وتأكيد المتابعة واختتام العلاج. كما نضيف أن من سمات الشخص المدمن التوحد مع الأم والإقلاع عن الإدمان هو بمثابة الفطام النفسي عن المخدر وفقا لنظرية التحليل النفسي هو يعتبر فطام عن الأم وسنستدل هذا بدراسة فاروق عبد السلام (مذكورة في الدراسات السابقة) من خلال تجربته توصل إلى أن درجة الاستقلالية قد زادت عند عينة الدراسة وهذا ما لاحظناه في مجموعة الدراسة المتعلقة بدارستنا حيث أنهم استطاعوا أن يسطروا خططهم المستقبلية مع تاريخ تحقيقها اعتمادا على أنفسهم وبالتالي جاءت الدلالة الإكلينيكية لتأكيد ما توصلنا إليه في الدلالة الإحصائية وهو أن للعلاج الجماعي فاعلية في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات وهذا بهدف الإقلاع عنها وهذا ما لاحظناه على مجموعة الدراسة و تأكدنا من خلال متابعتنا لهم وبالتالي تحققت فرضية الدراسة.

الإقتراحات:

في ضوء النتائج التي تحصلنا عليها من خلال دراستنا يمكننا تقديم بعض الإقتراحات والتي نلخصها كمايلي:

- توسيع نطاق مجموعة الدراسة لتشمل عدد أكبر من الأشخاص المدمنين على المخدرات وذلك لتعميق فهمنا لتأثيرات البرنامج العلاجي الجماعي على مختلف الفئات والظروف.
- إهتمام بمشاكل والصعوبات التي يواجهها المدمنين على المخدرات.
- متابعة النتائج على المدى الطويل مثل سنة أو أكثر لفهم إستمرارية فاعلية العلاج الجماعي على المدى البعيد.
- استخدام أدوات تقييم إضافية مثل مقابلات الإكلينيكية أو إستبيانات ذات صلة لتقييم تأثيرات البرنامج العلاجي على جوانب أخرى مثل جودة الحياة والتكيف الإجتماعي.

- دراسة تأثيرات عوامل إضافية مثل الدعم الاجتماعي والتغذية السليمة وممارسة الرياضة على فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين الصحة النفسية والجسدية للمدمنين على المخدرات.

خاتمة:

تم إجراء هذه الدراسة بهدف الكشف عن العلاج الجماعي ونجاعته في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات وجاءت النتائج التي توصل إليها البحث لتأكيد وتحقيق ذلك الهدف، وبالتالي سمحت لنا هذه الدراسة بالتعمق في اضطراب الإدمان وكيفية تطوره والتقنيات المعتمدة فيه والنظريات التي يرتكز عليها ومن تم إستعماله في علاج جماعة المدمنين بحثا عن إجابة للتساؤل الذي تمحور أساسا حول العلاج الجماعي وفاعليته في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات بهدف الكف عن التعاطي، وقد أفضت هذه الدراسة إلى نتائج مشجعة حيث بينت تحسينا ملحوظا على مجموعة الدراسة من ناحية الكف عن التعاطي وبالتالي أثبتت عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي الجماعي في التكفل النفسي بالشباب المدمن على المخدرات، بنتائج إيجابية وهذا ما توصلنا من خلال النتائج المتحصلا عليها في دؤاستنا ومن خلال تطبيقنا البرنامج العلاجي الجماعي على مجموعة من المدمنين على المواد المخدرة وتطبيقنا للقياس البعدي بنفس المقياس لتأكد من التغيرات والتحسن الذي وصلت إليه مجموعة الدراسة.

لقد كان هناك فرق كبير بين القياسين وهذا ما يمكننا من القول بصورة قطعية بأن العلاج الجماعي فعال في التكفل النفسي للشباب المدمن على المخدرات بهدف التوقف عن التعاطي.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

- "الحميضي، عبد الله. (2020). علم النفس العيادي والإدمان : مفاهيم وتطبيقات". (ط.1).السعودية: دار عالم المعرفة
- "السلمان،علي. (2019). علم النفس العيادي والإدمان : المنهجية والتطبيقات" (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- "العتيبي،سارة. (2018). الإدمان والعلاج النفسي : نظريات وتطبيقات". (ط.1).الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- "العويس،محمد. (2018). علم النفس العيادي والإدمان : النظريات والتطبيقات". (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- "الفريدي،محمد. (2017). علم النفس العيادي وتطبيقاته في التدريب والاستشارة". (ط.).السعودية: مكتبة الأمل
- أبو زعيزع، عبد الله يوسف. (2014). تطبيقات في العلاج النفسي". (ب.ط).عمان:دار جليس الزمان.
- أبوزيد ، مدحت عبد الحميد . (2003) . " لهفت الإدمان تشخيصها و علاجها . (ط.1) .مصر: دار المعرفة الجامعية .
- أحمد ،كامل أحمد. (1999). " التوجيه والإرشاد النفسي" . (ب. ط).مصر: مركز الإسكندرية للكتاب.
- الجابري،نورة. (2021). علم النفس العيادي والإدمان : المفاهيم والتطبيقات" (ط.1).الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- الحراحشة،أحمد حسن،الجزازي،جلال علي. (2012). إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج". (ط.1).الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع
- الحربي،عماد. (2018). "الإدمان على المخدرات: مفاهيم وتطبيقات في علم النفس العيادي" (ط.1).الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع

قائمة المراجع

- حمايدية، علي. (2015/2016). "التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن" رسالة دكتوراه جامعة الدكتور محمد لمين دباغين، سطييف.
- الحميضي، عبد الله. (2020). "الإدمان والسلوكيات الإدمانية: التشخيص والعلاج" (ط.1). البلد: دار النشر
- حناشي، فضيلة وزكريا، محمد بن يحيى. (2011). "التوجيه والإرشاد المدرسي والمهني من منظور إصلاحات التربية الجديدة، سند خاص بالتكوين المتخصص، المعهد الوطني لتكوين مستخدمي التربية وتحسين مستواهم". الجزائر.
- الدوسري، محمد. (2020). "علم النفس العيادي: المفاهيم والتطبيقات الحديثة" (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- زيادة، أحمد رشيدة. (2013). "علم النفس العيادي"، عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- السديري، هند. (2021). "علم النفس العيادي والسلوكيات الإدمانية" (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- سعاد بن فاضل، سعاد. (2012/2013). "التكفل النفسي بالأطفال مجهولي النسب ذوي صعوبات التعلم". رسالة ماجستير، جامعة سطييف 2، الجزائر.
- السلطان، عبد الله. (2019). "الإدمان والمخدرات: مفاهيم وتطبيقات في علم النفس العيادي" (ط.1). البلد: دار النشر
- الشربيني، لطفي. (2003). "الطب النفسي ومشكلات الحياة" (ب.ط). لبنان: دار النهضة العربية
- شقير، زينب محمد. (2002). "علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين" (ب.ط).
- الشهري، عبد الرحمن. (2020). "علم النفس العيادي والإدمان: مفاهيم وتطبيقات" (ط.1). السعودية: دار عالم المعرفة
- العادل، عادل محمد. (2013). "صعوبات التعلم وأثر التدخل المبكر والدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة" (ط.1). مصر: دار الكتاب الحديث.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (2015). "أصول الصحة النفسية" (ط.3). مصر: دار المعرفة الجامعية
- عبد المعطي، حسين وشاش، سهير محمد سلامة. (2013). "تعديل السلوك الدليل العلمي والعملية للآباء المربين والعاملين مع الأشخاص العادين ذوي الاحتياجات الخاصة" (ط.1). عمان: دار اليازوري.

قائمة المراجع

- عبدو، أنس. (2009). الأمراض النفسية والعلاج النفسي ". (ط.1). عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العتيق، محمد. (2019). "علم النفس العيادي: مبادئ وتطبيقات" ". (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- عطوف، محمود ياسين. (1981). "علم النفس الإكلينيكي". (ب.ط). عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- العلواني، علي محمد. (2020). الإدمان وعلاجه: منهج علاجي متكامل" (ط.1). لبنان: دار الكتب العلمية العنزي، منال. (2020). "علم النفس العيادي والإدمان: التشخيص والعلاج" ". (ط.1). البلد: دار النشر
- العنزي، هدى. (2021). "علم النفس العيادي والاجتماعي: النظريات والتطبيقات" ". (ط.1). الاردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- القوصي، ع. ا. (1952). "أسس الصحة النفسية" ". (ط.4). مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- لا بالانش ، جون وبونتاليس. (1985). "معجم مصطلحات على نفس التحليلي" (ترجمة، مصطفى الحجازي) لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع
- محمود، أحمد. (2019). "علم النفس العيادي : مفاهيم وتطبيقات". (ط.1). السعودية: دار عالم المعرفة
- المطيري، المعصومة سهيل . (2005). "الصحة النفسية (مفهومها اضطراباتها". (ط.1). مصر: دار حنين للنشر والتوزيع.
- المطيري، فاطمة. (2019). "العقل والسلوك: مدخل إلى علم النفس العيادي" ". (ط.1). الأردن: دار الأكاديمية للنشر والتوزيع
- المعيري، عبد القادر. (1989). "القاموس الجديد" ". (ب. ط). تونس: الشركة التونسية للتوزيع .
- النجار، خالد عبد الرزاق . (2008). "حقيبة تدريبية أكاديمية دراسة حالة"، جامعة مالك فيصل السعودية.
- Brussete (f) (1987): psychanalyse et psychothérapie EMC, Paris.

قائمة المراجع

- Dechemiadedie (1985): les de pressions de la prévention a la guérison, ED dahleb.
- Drummond, D. C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96(1), 33–46. Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2009).
- The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187(1), 29–39. Kozlowski, L. T., & Wilkinson, D. A. (1987).
- Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco, and drug researchers. *The British Journal of Addiction*, 82(1), 31–36.

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

ملحق رقم (01): قائمة بأسماء الأساتذة محكمي البرنامج العلاجي الجماعي

اسم المحكم	الجامعة	الدرجة العلمية
ملال صافية	وهران 02	أستاذة محاضرة
يقال أسماء	وهران 02	أستاذة محاضرة

قائمة الملاحق

ملحق رقم (02) : مقياس تقدير حدة اللهفة (craving severity scal)

م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر				X	
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه					X
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر					X
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر				X	
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصياً بشكل متزايد			X		
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر					X
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسمية مؤلمة			X		
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستثارة		X			
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر					X
10	تزداد حدة ثورتى وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق					
11	عندما تتناوبني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة					
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي					
13	عندما أربغ في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة					
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر					
15	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً					
16	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر					
17	لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر					
18	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر					
19	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر					
20	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده					

قائمة الملاحق

					21 لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أى شخص أثناء اشتياقي للمخدر
					22 عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي
					23 تزداد نسبة إفراز العرق عندى في لحظات اشتياقي
					24 أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر
					25 اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر
					26 شعوري بالصداع يلزم شعورى بالاشتياق للمخدر
					27 أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي
					28 قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم

1- شدة الالهفة:(1-2-15-19-24).

2- التحمل العاطفي(3-4-5-9-27-28).

3- التأثير على السلوك(10-12-13-17-21-25)

4- التفكير الملنوي(6-11-16).

5- الاستجابات الجسدية(7-8-14-18-22-23-26).

قائمة الملاحق

ملحق رقم (03)

جدول معاملات صدق المفردات (الميزان الداخلي) لمقياس حدة اللهفة (ن=200).

المفردة	ر	ب	المفردة	ر	ب
1	0,617	0,001	15	0,666	0,001
2	0,670	0,001	16	0,748	0,001
3	0,530	0,001	17	0,749	0,001
4	0,682	0,001	18	0,761	0,001
5	0,757	0,001	19	0,767	0,001
6	0,733	0,001	20	0,781	0,001
7	0,738	0,001	21	0,724	0,001
8	0,769	0,001	22	0,728	0,001
9	0,733	0,001	23	0,709	0,001
10	0,758	0,001	24	0,784	0,001
11	0,755	0,001	25	0,696	0,001
12	0,633	0,001	26	0,629	0,001
13	0,775	0,001	27	0,665	0,001
14	0,784	0,001	28	0,478	0,001

ملحق رقم (04)

معايير مقياس تقدير حدة اللهفة (ن=200)

الدرجة التائية	الدرجة الخام	الدرجة التائية	الدرجة الخام
54	58-56	33	1-0
55	61-59	34	4-2
56	63-62	35	7-5
57	66-64	36	9-8
58	69-67	37	12-10
59	72-70	38	15-13
60	74-73	39	17-16
61	77-75	40	20-18
62	80-78	41	23-21
63	82-81	42	25-24
64	85-83	43	28-26
65	88-86	44	31-29
66	90-89	45	34-32
67	93-91	46	36-35
68	96-94	47	39-37
69	99-97	48	42-40
70	101-100	49	44-43
71	104-102	50	47-45
72	107-105	51	50-48
73	109-108	52	53-51
74	112-110	53	55-54

ملحق رقم (05): دليل المقابلة

دليل المقابلة الأولية مع المدمنين خلال الدراسة الإستطلاعية :

1- قدم نفسك ووظيفتك:

- شرح هدف المقابلة وأهميتها .
- التأكيد على سرية المعلومات والخصوصية .

2- المعلومات الأساسية :

- ما هو إسمك الكامل ؟ .
- ما هو عمرك ؟ .
- الحالة الإجتماعية .
- ما هو مستواك الدراسي ؟ .
- ما هو عملك الحالي أو السابق؟ .

3- التاريخ العائلي والاجتماعي :

- الحالة العائلية : هل انت متزوج، عازب، منفصل ؟ .
- ما هي علاقتك مع أفراد الأسرة؟ (الأبوين، الإخوة، الزوج/الزوجة، الأبناء).
- هل تلقيت دعم من الأسرة أو الأصدقاء؟ .

4- التاريخ الشخصي :

- متى بدأت تعاطي المخدرات؟ .
- ماهي الأسباب التي أدت إلى التعاطي؟ .
- ما هي أنواع المخدرات المستخدمة؟ .
- كم هي مدة التعاطي ؟ .

5- ما هي التأثيرات الصحية الناتجة عن التعاطي ؟

- ماهي الأدوية أو العلاجات المستخدمة ؟ .

6- ما هي التأثيرات النفسية الناتجة:

- حالات الاكتئاب ، القلق ، الهلع ؟ .
- هل كانت لديك اي محاولات سابقة للعلاج النفسي ؟ .

7- هل كان للتعاطي :

- تأثيرات إجتماعية ؟ .
- تأثيرات إقتصادية ؟ .
- تأثيرات على العلاقات الاجتماعية ؟ .
- تأثيرات على العمل ؟ .
- تأثيرات على الدراسة ؟ .
- هل تعرضت لمشاكل قانونية بسببه ؟ .

8- ما هو عدد المحاولات السابقة للعلاج ؟ .

- نوع العلاجات المستخدمة (نفسية، دوائية، بدنية) ؟ .
- ما مدى الاستجابة للعلاج ؟ .

9- ما هي دوافعك الحالية للعلاج ؟ .

- ما هي أهدافك و توقعاتك من العلاج ؟ .
- ما هو الدعم المتاح لك حالياً : أسري، اجتماعي، مالي ؟ .

10- قدمنا نصائح عامة.

11- أكدنا على دعم المركز وإستعداده للمساعدة.

قائمة الملاحق

ملحق رقم (06) البرنامج العلاجي بصورته الأولية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات والتقنيات المستعملة	إجراءاتها
01	الإعداد القبلي والتعارف	65 د	العيادة	- الحوار - تقنية المناقشة	- ترحيب وتعارف 20 د - شرح الهدف من الجلسة (شرح تقنية العلاج) 15 د - الإتفاق على القواعد التي تحكم الجلسات والعلاقات بين أفراد الجماعة 15 د - الإطلاع على العقد العلاجي و إمضائه 10د - خلاصة 5 د
02	القياس القبلي + لعبة	90 د	العيادة	- مقياس - لعبة الجزيرة المهجورة	- مراجعة ماسبق 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - شرح تعليمات المقياس 5 د - توزيع أوراق المقياس 5 د - الإجابة على أسئلة المقياس 20 د - مناقشة، تفاعل 30 د - إجراء اللعبة 15 د - خلاصة 5 د
03	مقابلة تحفيزية (Entretien motivationnel) تحفيز الجماعة + لعبة		العيادة		- مراجعة ماسبق 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د
04	الإستفادة من الخطأ الجزء الأول فيديو نهاية مدمن	90 د	العيادة	- تقنية المناقشة - تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو)	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - سرد تجربة الشخص (01) 10 د - الشخص (02) 10 د - الشخص (03) 10 د - مناقشة و تفاعل 30 د - فيديو + مناقشة 15 د - خلاصة 5 د
05	الإستفادة من الخطأ الجزء الثاني + لعبة	90 د	العيادة	تقنية المناقشة + لعبة دوران الدور	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - سرد تجربة الشخص (04) 10 د

قائمة الملاحق

الشخص (05) 10 د الشخص (06) 10 د - مناقشة و تفاعل 30 د (تصويب المفاهيم الخاطئة) - إجراء اللعبة 15 د - خلاصة 5 د				
- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - تقسيم الأدوار 10 د - تجسيد الأدوار 15 د - مناقشة وتفاعل 30 د - خلاصة 5 د	تقنية لعب الدور سيناريو مقترح من طرف المعالجين تقنية المناقشة	العيادة	70 د	06 توعية وتحسيس المجموعة حول مخاطر الإدمان ونهاية مدمنها وجعلهم يعيشون الوضعية

- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - تقسيم الأدوار 10 د - تجسيد الأدوار 15 د - مناقشة وتفاعل 30 د - خلاصة 5 د	تقنية قلب الدور + تقنية المناقشة	العيادة	70 د	07 جعل أعضاء المجموعة يعيشون إحساس أبنائهم
- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - إغماض العينين والتخيل 10 د - المناقشة والتفاعل 30 د - فيديو تحفيزي 6 د - مناقشته 14 د - خلاصة 5 د	تقنية الإسقاط المستقبلي + تقنية المناقشة + فيديو تحفيزي	العيادة	75 د	08 الكشف عن أهداف وأمني أفراد المجموعة وتحفيزهم على السعي لتحقيقها
- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - شرح تعليمة المقياس 5 د - توزيع أوراق المقياس 5 د - الإجابة على أسئلة المقياس 20 د - مناقشة، تفاعل 30 د - خلاصة 5 د	مقياس	العيادة	85 د	09 القياس البعدي
- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - تأكيد مبدأ الصيانة 10 د - تأكيد مبدأ المتابعة 15 د - تأكيد مبدأ التحالف العلاجي اللاحق 15 د - تهنئة ، توديع 30 د - إنهاء 5 د	لعبة الدائرة لعبة الجولة لعبة رسالة إلى نفسي	العيادة	90 د	10 صيانة المكتسبات التي تحصلوا عليها من العلاج وتأكيد المتابعة و إختتام العلاج

ملحف رقم (07) البرنامج العلاجي معدل من طرف الاستاذة المحكمة أ

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات والتقنيات المستعملة	إجراءاتها
01	إبرام العقد العلاجي	60 د	العيادة	- المناقشة	ندخل الحالات لقاعة العلاج الجماعي في جلسة دائرية عددهم 06 جلسوا في مقاعد من إختيارهم نعرف بالمعالجين ونتعرف على الحالات واحد بواحد،ولماذا جمعناهم من هنا نعطيهم هدف البرنامج العام هو مساعدتهم على التخلص من الإدمان ونعطيهم الأهداف الجزئية: - التخلص من السلوكات السلبية. - إكتساب سلوكات إيجابية. - الإستئصال بوضعيتهم . - تطلعاتهم من خلال البرنامج . شروط البرنامج: - عدد الجلسات 10. - مدة الجلسات تختلف من جلسة لأخرى سنطبق فيها عدد من التقنيات وقبل تطبيق التقنيات سنعرفهم عليها وكيفية تطبيقها والهدف منها.
02	تطبيق القياس القبلي	45 د	العيادة	- مقياس	
03	التثقيف النفسي على الإدمان والإستئصال	90 د	العيادة	- تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو)	التعريف بالإدمان،الأسباب،الأنواع،المراحل والنتائج تتبع بمناقشة عن ماسبق،الحديث عن التجربة الشخصية لكل واحد منهم. - واجب منزلي 01: ماهي أفكاره وسلوكاته حول الإدمان،حول نفسه ونظرة محيطه له (الوصم الإجتماعي). - واجب منزلي 02: جدول سجل رصد الأفكار التلقائية ويتم فيه رصد الأفكار والإنفعالات والسلوكات سواء مثلا أثناء مرورهم بجماعة تتعاطى المخدرات أو رؤية مشهد في التلفاز عن تعاطى المخدرات أو أي موقف يذكرهم بتجربة التعاطي . - كل واحد يتكلم عن تجربته الشخصية في حوار بين أفراد الجماعة.
04	- تكوين علاقات إجتماعية جديدة في إطار الجماعة وكدى معرفة نقاط القوة لديهم .	60 د	العيادة	- لعبة الجزيرة المهجورة	- مراجعة الواجبات المنزلية ومناقشة الواجب المنزلي الأول. - في لعبة الجزيرة المهجورة يطلب المعالج من كل شخص أن يقدم نفسه ويختار ثلاثة عناصر أساسية في رحلته إلى جزيرة مهجورة. يجب أن تكون إختياراته محددة ودقيقة. ويحاول المعالج إجراء محادثة حول هذه

قائمة الملاحق

<p>الرحلة التخيلية بطريقة تفاعلية. ثم يكتب جميع الأشخاص أسمائهم ويضعونها في صندوق، يخلط كل فرد جميع الأوراق ويختار قطعة من الورق ويفتحها ويقرأ اسم صاحبها ويخبرنا عن رحلته الخيالية و عن أي معلومات عرفها عنه أثناء هذه الرحلة.</p>			<p>- تعزيز خيال أعضاء المجموعة تحديد الإهتمامات والميول والتخيلات.</p>	
<p>تعتمد هذه التقنية على استكشاف السيناريوهات التي وضعها المريض حول المواقف التي يتجنبها أو يخشى منها. والتقنية عبارة عن طرح سلسلة متتالية من الأسئلة عن الأفكار التي تدعم السلوك الذي قام به أو لا تدعمه بهدف الوصول إلى المعتقدات الكامنة وتصحيحها في حال كانت خاطئة. - واجب منزلي جدول سجل رصد الأفكار التلقائية.</p>	<p>- تقنية السهم الهابط</p>	<p>العيادة</p>	<p>تغيير السلوكات السلبية إلى سلوكات إيجابية</p>	<p>05</p>
<p>- تصحيح الواجب المنزلي - أحد أفراد المجموعة يلعب الدور العقلاني أي دور الأب الذي يدافع عن فكرة عدم الإدمان و أحدهم يلعب دور الإبن ويدافع عن الإدمان بالحجج و بأفكاره كل واحد يدافع عن موقفه بالحجج والإنفعالات. - ثم تتقلب الأدوار الذي لعب دور الأب يلعب دور الإبن والأخر يلعب دور الأب وكل واحد منهما يدافع عن موقفه بالحجج والإنفعالات مناقشة الأفكار وتعديل السلوكات السلبية. - واجب منزلي جدول سجل رصد الأفكار التلقائية.</p>	<p>- تقنية لعب الدور العقلاني الإنفعالي</p>	<p>العيادة</p>	<p>- تعديل الأفكار والإنفعالات</p>	<p>06</p>
<p>- تصحيح الواجب المنزلي - واحد من أفراد المجموعة يلعب دور المدمن والباقيين يلعبون دور أفراد الأسرة : الأب، الأم، الإخوة، الزوجة كل واحد سيدافع عن الوضع الذي هو فيه بالحجج والبراهين وبكل قوة. - واجب منزلي جدول سجل رصد الأفكار التلقائية.</p>	<p>- تقنية لعب الدور العقلاني الإنفعالي</p>	<p>العيادة</p>	<p>- تعديل الأفكار والإنفعالات</p>	<p>07</p>
<p>- مناقشة الواجب المنزلي - يتمثل سيناريو لعب الدور في أن المدمن يمر على مجموعة من الأفراد يتعاطون المخدرات فماذا يكون رد فعله. - واجب منزلي</p>	<p>مقياس تقنية لعب الدور</p>	<p>العيادة</p>	<p>القياس البعدي وتقييم البرنامج هل تعدلت الأفكار والإنفعالات والسلوكات</p>	<p>08</p>
<p>- مناقشة الواجب المنزلي - مشاهدة فيديو لقصة حقيقية لمدمن إستطاع أن يتعالج من المخدرات ويبدأ من الصفر ويبنى مستقبله. - مناقشة كل لعبة "لعبة الجولة" تشمل في أن يقف أفراد الجماعة على شكل دائرة ويتكلم كل واحد منهم عن خبرته مع المجموعة . أما لعبة الدائرة فهي أن يعبر كل واحد عن أفكاره ومشاعره إتجاه الآخرين بصدق وهم على شكل دائرة يمسكون بأيدي بعضهم البعض وهذا رمز لتماسك الجماعة . أما لعبة رسالة إلى نفسي حيث يطلب المعالج من كل فرد أن يكتب رسالة لنفسه يصف فيها ما تغير داخله وما هي خطته المستقبلية ويناقشها مع باقي الأفراد.</p>	<p>- تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو تحفيزي). - تقنية التحصين التدريجي - لعبة الدائرة - لعبة الجولة - لعبة رسالة إلى نفسي</p>	<p>العيادة</p>	<p>صيانة المكتسبات</p>	<p>09</p>

قائمة الملاحق

ملحق رقم (08) البرنامج العلاجي المعدل من طرف الاستاذة المحكمة ب

رقم الجلسة	هدف الجلسة	مدة الجلسة	مكان الجلسة	الأدوات والتقنيات المستعملة	إجراءاتها
01	الإعداد القبلي والتعارف القياس القبلي	65 د	العيادة	- الحوار - تقنية المناقشة - مقياس الدافعية للعلاج	- ترحيب وتعارف 10 د - شرح الهدف من الجلسة - الإتفاق على القواعد التي تحكم الجلسات 10 د - الإطلاع على العقد العلاجي وإمضاءه 10 د - شرح تعليمات المقياس 5 د - توزيع أوراق المقياس 5 د - الإجابة على أسئلة المقياس 20 د - خلاصة 5 د
02	تعديل الأفكار	50 د	العيادة	- محاضرة مبسطة حول مخاطر الإدمان - تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو)	- مراجعة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - عرض الفيديو حول مخاطر الإدمان 5 د - مناقشة، تفاعل 30 د - خلاصة 5 د
03	التقويم الذاتي	90 د	العيادة	تقنية المناقشة + لعبة دوران الدور	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - الإستماع لقصة كل فرد من الجماعة 40 د - مناقشة و تفاعل 20 د (تصويب المفاهيم الخاطئة) - إجراء اللعبة 15 د - خلاصة 5 د
04	تعديل السلوك	76 د	العيادة	- تقنية لعب الدور (سيناريو مقترح من طرف المعالجين) - تقنية المناقشة - تقنية الوسائط الإعلامية (فيديو)	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - تقسيم الأدوار 10 د - تجسيد الأدوار 15 د - مناقشة وتفاعل 30 د - فيديو تحفيزي 6 د - خلاصة 5 د
05	القياس البعدي	75 د	العيادة	مقياس الدافعية	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - شرح تعليمات المقياس 5 د - توزيع أوراق المقياس 5 د - الإجابة على أسئلة المقياس 20 د - مناقشة، تفاعل 30 د - خلاصة 5 د
06	صيانة المكتسبات التي تحصلوا عليها من العلاج وتأكيد المتابعة وإختتام العلاج	85 د	العيادة	التغذية الراجعة لعبة الدائرة لعبة الجولة لعبة رسالة إلى نفسي	- مراجعة الجلسة السابقة 5 د - شرح الهدف من الجلسة 5 د - تأكيد مبدأ الصيانة 10 د - تأكيد مبدأ المتابعة 15 د - تأكيد مبدأ التحالف العلاجي اللاحق 15 د - تهنئة ، توديع 30 د - إنهاء 5 د

قائمة الملاحق

ملحق رقم (09) : القياس القبلي للحالات

الاسم واللقب: ب، ن					السن: 26		العبرة	م
دائماً	كثيراً	متوسط	قليلاً	لا مطلقاً				
	X						1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر
X							2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه
X							3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر
	X						4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر
		X					5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد
X							6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر
		X					7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة
			X				8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة
X							9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر
			X				10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق
			X				11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة
				X			12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي
			X				13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة
X							14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر

قائمة الملاحق

X					لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
X					أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
	X				لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
	X				أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
	X				الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
X					أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
	X				لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
		X			عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
			X		تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
X					أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
	X				اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
	X				شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
X					أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
X					قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ب، ت					السن: 35	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر					X
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه				X	
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر				X	
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر				X	
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد				X	
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر				X	
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة				X	
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة				X	
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر				X	
10	تزداد حدة ثورتى وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق				X	
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة		X			
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي			X		
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة				X	
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر				X	

قائمة الملاحق

X					لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
	X				أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
	X				لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
X					أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
	X				الإشتياق عندي يعنى الالهفة الشديدة لتناول المخدر	19
	X				أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
X					لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
X					عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
	X				تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
X					أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
	X				اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
X					شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
X					أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
X					قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ن، ع					السن: 30			
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما		
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر					X		
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه			X				
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر				X			
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر				X			
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصبياً بشكل متزايد				X			
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر					X		
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة		X					
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستثارة				X			
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر				X			
10	تزداد حدة ثورتى وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق				X			
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة				X			
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي				X			
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة		X					

قائمة الملاحق

X					14 لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر
X					15 لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً
	X				16 أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر
	X				17 لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر
X					18 أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر
	X				19 الإشتياق عندي يعنى الهفة الشديدة لتناول المخدر
X					20 أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده
		X			21 لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر
		X			22 عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي
	X				23 تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي
X					24 أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر
	X				25 اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمرأوغة كي أحصل على المخدر
	X				26 شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر
X					27 أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي
X					28 قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ح، ب					السن: 30	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر			X		
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه				X	
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر			X		
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر				X	
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد				X	
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر			X		
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة				X	
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة				X	
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر				X	
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق				X	
11	عندما تتناوبني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X				
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X				
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة				X	
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر				X	

قائمة الملاحق

		X			15 لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً
	X				16 أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر
	X				17 لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر
	X				18 أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر
	X				19 الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر
	X				20 أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده
	X				21 لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر
	X				22 عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي
	X				23 تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي
	X				24 أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر
			X		25 اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر
	X				26 شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر
	X				27 أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي
	X				28 قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ج، ب					السن: 30	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر				X	
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه					X
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر				X	
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر					X
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد				X	
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر					X
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة				X	
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة				X	
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر					X
10	تزداد حدة ثورتى وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق					X
11	عندما تتناوبني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة		X			
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي		X			
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة			X		
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر				X	

قائمة الملاحق

X					لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
	X				أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
X					لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
	X				أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
	X				الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
X					أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
	X				لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
	X				عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
	X				تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
X					أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
	X				اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
	X				شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
X					أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
X					قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

السن: 30					الاسم واللقب: ز، ز	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر					X
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه				X	
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر				X	
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر				X	
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد					X
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر					X
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة				X	
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة				X	
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر					X
10	تزداد حدة ثورتى وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق				X	
11	عندما تتنابنى مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة		X			
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي			X		
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة				X	
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر					X

قائمة الملاحق

X					لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
	X				أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
X					لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
	X				أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
	X				الإشتياق عندي يعنى الهفة الشديدة لتناول المخدر	19
X					أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
X					لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
	X				عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
	X				تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
X					أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
X					اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
X					شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
X					أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
X					قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

ملحق رقم (10) : القياس البعدي للحالات

الاسم واللقب: ب، ن					السن: 30					
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما				
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر	X								
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X								
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر	X								
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر	X								
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد	X								
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر	X								
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة	X								
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة	X								
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X								
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X								
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X								
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X								
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X								
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X								

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
				X	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
				X	لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
				X	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
				X	لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ب، ت					السن: 30				
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما			
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر		X						
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X							
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر		X						
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر	X							
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد		X						
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر		X						
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة	X							
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستثارة		X						
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X							
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X							
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X							
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X							
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X							
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X							

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
				X	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
			X		لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
				X	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
			X		لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ن، ع					السن: 30				
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما			
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر	X							
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X							
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر	X							
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر	X							
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد	X							
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر	X							
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة	X							
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة	X							
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X							
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X							
11	عندما تتنابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة		X						
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي		X						
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X							
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X							

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
			X		أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
				X	لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
				X	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
				X	لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: خ، ب					السن: 30	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر	X				
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X				
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر	X				
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر		X			
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد	X				
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر	X				
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة		X			
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة	X				
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X				
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X				
11	عندما تتناوبي مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X				
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X				
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X				
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X				

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
				X	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
				X	لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
			X		أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
			X		لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ج، ب					السن: 30				
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما			
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر	X							
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X							
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر	X							
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر	X							
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد	X							
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر	X							
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة		X						
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة		X						
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X							
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X							
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X							
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X							
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X							
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X							

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
				X	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
				X	لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
			X		أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
			X		لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28

قائمة الملاحق

الاسم واللقب: ز، ز					السن: 30	
م	العبارة	لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	دائما
1	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر	X				
2	اشتياقي للمخدر أقوى من المخدر نفسه	X				
3	ليس لدى سيطرة أو تحكم في مدى اشتياقي للمخدر	X				
4	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدر		X			
5	شعوري بالاشتياق هذا يجعلني عصيباً بشكل متزايد	X				
6	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على تناول المخدر	X				
7	شعوري بالاشتياق للمخدر له ردود أفعال جسدية مؤلمة	X				
8	في لحظات اشتياقي تزداد درجة توترى وشعوري بالاستنارة		X			
9	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدر	X				
10	تزداد حدة ثورتي وغضبي كلما زادت مشاعر الاشتياق	X				
11	عندما تنتابني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي في نشوة جرعة سريعة	X				
12	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي	X				
13	عندما أرغب في المخدر لا يمكنني الجلوس في مكان واحد لمدة طويلة	X				
14	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدر	X				

قائمة الملاحق

				X	لا يوجد لدى حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلا استعمال المخدر فوراً	15
				X	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدر	16
			X		لا أستطيع التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدر	17
			X		أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدر	18
				X	الإشتياق عندي يعنى اللهفة الشديدة لتناول المخدر	19
				X	أشعر أنني شخص غير طبيعي إذا كنت مشتاقاً للمخدر ولم أجده	20
			X		لا أستطيع التحدث أو التعامل مع أي شخص أثناء اشتياقي للمخدر	21
				X	عندما يبدأ عقلي في التفكير في المخدر أشعر بقشعريره في كل جسمي	22
				X	تزداد نسبة إفراز العرق عندي في لحظات اشتياقي	23
				X	أصعب لحظات تمر على هي لحظات الاشتياق للمخدر	24
				X	اشتياقي للمخدر يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدر	25
				X	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدر	26
				X	أشعر أنه لا يمكنني الآن التغلب على مشكلة اشتياقي	27
				X	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم	28