جامعة محمد بوضياف –المسيلة-

كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

قســـــــم علـــــم النفـــــــس

دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة من الشباب.

دراسة ميدانية بعيادة اشبيليا 504 مسكن بالمسيلة

مذكـرة مكملــة ضمن متطلبات شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي.

إعداد الطالبــة:

سليمة سلطاني

إشـــــــــراف:

د/ محمد بودربالة

السنة الجامعية 2014/2013

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر وعرفان

لحظات يقف فيها المرء حائرا عاجزا عن التعبير ما يختلج في صدره من تشكرات لأشخاص أمدوه بالكثير و الكثير الذي أثقل كاهله، لحظات صار لابد أن ينطق بهما اللسان و يعترف بفضل الآخرين اتجاهه لأنهم و بصراحة كانوا الأساس المتين الذي بني عليه صرح العلم و المعرفة لديه، و أناروا سبيل بلوغهما.

فأتقدم بالشكر الجزيل إلى:

الدكتور محمد بودربالة

وفي الأخير أشكر كل من ساهم في إنجاح هذه المذكرة واخص بالذكر زرواق الربيع وسلطاني فايز.

فهرس المحتويات

تشكر: **الصفحة:**

الفهرسة

ملخص الدراسة

مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

1 ـ الإشكالية.....4

2 ـ فرضيات الدراسة.....5

3 ـ أهداف الدراسة.....6

4 ـ أهمية الدراسة.....6

5 ـ مفاهيم ومصطلحات الدراسة.....6

6 ـ الدراسات السابقة.....10

7 ـ علاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية.....13

الفصل الثاني : إدمان المخدرات

تمهيد.....15

1 ـ مفهوم تعاطي المخدرات.....16

2 ـ أنواع المخدرات.....20

3 ـ النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات.....21

4 ـ الأسباب والأضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات.....30

4 ـ 1 ـ العوامل المترتبة عن تعاطي المخدرات.....30

4 ـ 2 ـ آثار تعاطي المخدرات.....38

5 ـ طرق الوقاية والعلاج.....45
5 ـ 1 ـ طرق الوقاية.....45
5 ـ 2 ـ طرق العلاج.....47
6 ـ بعض الإحصائيات عن تعاطي المخدرات .... 51.
خلاصة.....54

الفصل الثالث : العلاج النفسي الجماعي

تمهيد.....65
أولا : العلاج النفسي.....57
1 ـ تعريف العلاج النفسي.....57
2 ـ أبعاد العلاج النفسي.....59
3 ـ أنواع العلاج النفسي.....60
ثانيا : العلاج النفسي الجماعي.....**62**
1 ـ تعريف العلاج النفسي الجماعي.....**62**
2 ـ أساليب وتقنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**66**
3 ـ النظريات المستخدمة للعلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**70**
4 ـ الخطوات التي يقوم عليها العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**71**
5 ـ الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**72**
6 ـ آثار العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**75**
7 ـ فنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.....**75**
8 ـ مهارات الأخصائي النفساني أثناء العلاج النفسي الجماعي.....**76**
9 ـ مزايا وعيوب العلاج النفسي الجماعي.....**81**
خلاصة:.....83

الجانب الميداني

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدراسة

1 ـ منهج الدراسة.....85
2 ـ عينة الدراسة.....85
3 ـ حدود الدراسة.....85
4 ـ الأدوات المستعملة في الدراسة.....85
5 ـ الخصائص السيكومترية.....86
6 ـ الأدوات الإحصائية 90

الفصل الخامس:عرض ومناقشة النتائج

تمهيد.....**92**
1 ـ عرض النتائج.....**93**
2 ـ مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات..... **109**
3 ـ اقتراحات **114**
خلاصة.....**117**
الخاتمة **119**
المراجع.....**121**
فهرس الجداول:.....،.....**126**
الملاحق.....**128**

ملخص الدراسة :

عنوان الدراسة: دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج المسحي بالعينة وتم بناء استبان مكون من 32 عبارة موزعة على أربعة محاور وهي:

1. دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات
2. العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعزيز الثقة بالنسبة لمدمني المخدرات
3. العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية لمدمني المخدرات
4. العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات

عينة الدراسة تتكون من 20 فرد وتم توزيع الاستبيان عليهم بطريقة عشوائية.

بعد الانتهاء من عملية توزيع الاستبيان وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج التالية:

أن العلاج النفسي الجماعي خفف من تعاطي المخدرات بالنسبة لفئة الشباب من خلال:

1. العلاقة العلاج الجيدة
2. المساعدة في تعزيز الثقة بالنسبة لمدني المخدرات.
3. تحقيق المساندة النفسية الاجتماعية لمدني المخدرات.
4. مساعدة المدمنين في تعديل سلوكهم.

مقدمـــــــة :

يعتبر العلاج النفسي الجماعي من أكثر طرق العلاج ،استخداما ،خاصة مع الأفراد الذين يعانون من مشكلات في علاقتهم مع الآخرين، حيث أنه يستطيع إحداث تغيرات في نظرة الفرد إلى نفسه ،وفي أساليب تعامله مع ذاته ،ومع المجتمع المحيط به. إذ يعتبر العلاج النفسي الجماعي بأنه أعظم إنجاز اجتماعي تم التوصل إليه. ومن أهم مميزات العلاج النفسي الجماعي التي كانت سببا في انتشاره هي العامل الاقتصادي، فإذا كان المعالج يستطيع أن يعالج خمسة أو ستة أفراد في نفس الفترة المخصصة لمريض واحد، فهو بذلك يحقق توفيرا للمال والجهد. كما أنه يعطي فرصة للتدريب ،والتهذيب الاجتماعي، وتعلم وممارسة أنواع جديدة من السلوك في إطار يشبه بدرجة كبيرة عالم العلاقات الطبيعية بين الأشخاص. ويمكن أن يقدم العلاج النفسي الجماعي فرصة الحصول على التغذية الراجعة من الأقران. وقد جاءت معظم الدراسات متفقة على أن العلاج النفسي الجماعي يمكن استخدامه في علاج بعض المشكلات النفسية التي قد تنتج عن إدمان المخدرات ،وعلاوة على كون مشكلة المخدرات من أكثر المشاكل التي تواجه البشرية في العصر الحديث ،حيث استنزفت الطاقات الاجتماعية والاقتصادية. حيث دراسة الطرق العلاجية، والإرشادية النفسية ،التي منها طريقة العلاج النفسي الجماعي المستخدمة في علاج بعض المشكلات النفسية نتيجة الإدمان على المخدرات.

وعليه جاءت هذه الدراسة لتركز على دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب وفقا للخطة التالية والتي شملت خمسة فصول كانت على الشكل التالي.

فقد تناول الفصل الأول إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، وأهميتها، وأهدافها فرضياتها والتحديد الإجرائي للمفاهيم الواردة في الدراسة وكذلك الدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني ،فقد تعرض إلى مفهوم تعاطي المخدرات، وأنواعها والنظريات المفسرة لتعاطي المخدرات، والأسباب، والآثار الناجمة عن التعاطي، وفي الأخير طرق الوقاية من تعاطي المخدرات.

أما الفصل الثالث : العلاج النفسي الجماعي ،وتطرقنا فيه أولا بالتعرف على العلاج النفسي ،وأبعاده ،وأنواعه ،وثانيا التعرف على العلاج النفسي الجماعي وأساليب ،وتقنيات التي يتطرق إليها العلاج الجماعي ،والتي يقوم عليها العلاج.

أما الفصل الرابع :فقد شمل الإجراءات المنهجية للدراسة. المتمثلة في المنهج المستعمل. الدراسة الاستطلاعية، أداة القياس المستعملة، وعينة الدراسة الأساسية.

أما الفصل الخامس : فقد خصص لعرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة وفقا لفرضياتها بشكل متسلسل.

وفي الأخير ،تم التعرض إلى تفسير مناقشة النتائج. التي تم التوصل إليها مع خلاصة الدراسة وختم الفصل بتقديم وفي الأخير قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1 ـ الإشكالية.

2 ـ أهمية الدراسة.

3 ـ أهداف الدراسة

4 ـ فرضيات الدراسة.

5 ـ مفاهيم ومصطلحات الدراسة.

6 ـ الدراسات السابقة.

7 ـ علاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية.

1 ـ الإشكاليـــــــة :

يعتبر الشباب ثروة كل مجتمع، ومعين طاقاته، وهو ظاهرة نفسية اجتماعية وقوة إنسانية بخصائصه ومميزاته الجسمية والعقلية والانفعالية الفطرية، وسماته الاجتماعية التي يكتسبها من خلال الإطار الثقافي التربوي في محيطه، ومنذ الأزل والإنسان لديه الرغبة في التخفيف من توتره وقلقه مما جعل البعض يحاول الوصول إلى ما يهدئ توتره من خلال تعاطي المخدرات وهذا ما يفسر لنا أن المدمنين يلجئون لتناول العقاقير للحصول على تأثيرها المخدر بغض النظر عن مفعولها الكيميائي والطبي وقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة المتبادلة بين تعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية وقد قام العديد من المختصين بدراسة معتمدي المخدرات الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو اضطرابات شخصية وقد بينت معظم الدراسات أن من بين كل ثلاثة من مرضى يعانون من اضطرابات نفسية يوجد مريض يعاني من مشكلة اعتماد المخدرات.

والحالة النفسية التي يعانيها مدمني المخدرات أمر خطير قد تستدعي إلى العلاج وذلك من خلال اشتراك المدمن ضمن مجموعة علاج تخضع لبرنامج العلاج النفسي الجماعي الذي أصبح من أكثر الطرق العلاجية النفسية شيوعا وانتشارا لدى علماء النفس فهو يكتسب أهميته الكبرى في عملية التطبيع الاجتماعي وفي تعريف للفرد بأن للآخرين مشكلات تشبه مشكلته وان يصبح عضو في جماعة وان ينمي أساليبه في إقامة العلاقات الشخصية وأن يتخلص من مشاعر العزلة ومن أهداف العلاج النفسي الجماعي تسهيل عملية التغيير في السلوك وفي الاتجاهات والاعتقادات حول الآخرين وكيفية إقامة علاقات معهم . لذا فإن إخضاع مدمني المخدرات الذين يعانون من الحالات النفسية ضمن برنامج علاجي نفسي جماعي سيؤدي إلى تعدد الزوايا والقنوات التي يستطيع الفرد من

خلالها الحكم على الأمور وتقييمها بطريقة صحيحة . نتيجة للتغيرات الجذرية والجوهرية التي تحدث في شخصيته عن طريق تحسين نظرته نحو نفسه والآخرين وعلى ضوء ذلك يمكن حصر إشكالية البحث كما يلي :

هل للعلاج النفسي الجماعي دور في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب ؟

وتتفرع من هذه الإشكالية عدة تساؤلات يمكن حصرها فيما يلي :

1 ـ هل للعلاقة العلاجية دور في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات ؟

2 ـ هل العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة لمتعاطي المخدرات ؟

3 ـ هل العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية لمتعاطي المخدرات ؟

4 ـ هل العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات ؟

2 ـ فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة : دور لعلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب.

الفرضيات الجزئية :

1 ـ للعلاقة العلاجية دور في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات.

2 ـ يساعد العلاج النفسي الجماعي في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة لمتعاطي المخدرات.

3 ـ يحقق العلاج النفسي الجماعي المساندة النفسية الاجتماعية بالنسبة لمتعاطي المخدرات.

4 ـ يساعد العلاج النفسي الجماعي في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات.

3 ــ أهداف الدراسة :

1- الكشف عن دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.

2- الكشف عن دور العلاج النفسي الجماعي في تعزيز الثقة بالنسبة لمتعاطي المخدرات .

3- الكشف عن دور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق المساندة النفسية الاجتماعية لمتعاطي المخدرات.

4- الكشف عن دور العلاج النفسي الجماعي في تعديل سلوك متعاطي المخدرات.

4 ــ أهمية الدراسة :

نظرا لأن المخدرات مشكلة اجتماعية لا يقتصر خطرها على الأفراد المدمنين فحسب بل يمتد ليشمل كافة أفراد المجتمع وذلك لما ينتج عنها من جرائم تهدد أمن المجتمعات واستقرارها. لذا فإنه ينبغي التصدي لهذه المشكلة بشتى الطرق والوسائل من أجل الحد منها ويجب أن يتكاثف أبناء المجتمع الواحد كل في مجال تخصصه. ولعل دراسة فئة مدمني المخدرات في هذا البحث من الأسباب الرئيسية في اختبار طريقة العلاج النفسي الجماعي للوقوف على أهميته في التعامل مع الحالات النفسية التي يعاني منها مدمني المخدرات والحد منها.

5 ــ مفاهيم ومصطلحات الدراسة :

1 ــ الإدمان : أن هناك علاقة لصيقة بين تعاطي الإنسان للأشياء والتعود والمداومة على استخدامها وتعاطيها . والإدمان بعد متطرف في السلوك الإرادي إبان لحظة التعامل مع الأشياء والذي يعنينا في هذا السياق الإدمان في مجال المخدرات والمؤثرات العقلية بوصفه مردودا خطيرا ومحصلة مدمرة بالنسبة للفرد

والمجتمع. وقد وردت عدة تعاريف للإدمان ومنها تعريف عبد المنعم على أنه إدمان مخدرات أو كحوليات ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمـــواد نفسيــة لدرجة أن المتعاطي (مدمـن) يكشـف انشغال شديد للتعاطي كما يكشف عن عجز ورفض للانقطاع أو تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي (عبد المنعم، 1990 م ، ص 34).

2 ــ المدمن : 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، 1406 هـ ، ص 28) كما عرفته اللجنة الإدارية لإدمان المورفين والهيروين في بريطانيا بأنه الشخص الذي اكتسب نتيجة لتكرار الممارسة رغبة قهرية أو غلابة لاستمرار التعاطي وفي محاولة انسحابه من تعاطي العقار يعاني من أعراض عقلية واضحة أو آلام جسمية أو خلط أو تشويش (Edwin M. Schur p 16 1986).

3 ــ المخدر :كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسميا ونفسيا واجتماعيا.

4 ــ تعاطي المخدرات : هو استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عضوي معين وقد يكون المتعاطي مدمنا وقد لا يكون كذلك كما أن بعض أنواع المخدرات يؤدي بالمتعاطي للإدمان والبعض الآخر لا يؤدي إليه (أحمد . 1985 ، ص 10).

5 ــ العلاج : عرف (karson ،1985) العلاج بأنه عملية التحكم في الأعراض المترتبة عن المرض أو المشكلة، والحد من تطورها، والتخفيف من الألم.

وعرف (بدوي، 1986) العلاج أيضا بأنه أحد فروع الطب الذي يهتم بالعلاج أو بتطبيق المداواة لشفاء المرض البدني أو النفسي أو تخفيفه أو الوقاية منه.

ويرى آخر أن العلاج هو" :تحرير الأفراد من المخاوف المكبوتة لتحقيق ذواتهم.(أحمد،1986،ص32)

أما قاموس الخدمة الاجتماعية الصادر عن الاتحاد الدولي للأخصائيين فيعرف العلاج بأنه" عملية منظمة تتضمن مجموعة من (NASW) الاجتماعيين الإجراءات والأنشطة والأعمال التي تهدف إلى معالجة أو مداواة أو شفاء الأمراض والإعاقات، وحل المشكلات، أو الحد من آثارها سواء كانت مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية.

ونخلص من هذه التعاريف أن العلاج يعني ممارسة المداواة لشفاء المرض البدني أو النفسي أو الاجتماعي، أو التخفيف من آثاره على المريض، أو وقاية الأفراد من الوقوع فيه، وأن العلاج يعتمد على مجموعة من العمليات والأنشطة المهنية الأساسية . كالدراسة، والتشخيص، ووضع الخطط العلاجية وتنفيذها،والمتابعة، والتقويم –التي تسهم بدرجة كبيرة في إنجاز أهدافه بطريقة علمية منظمة.

6 ــ العلاج النفسي : وردت تعاريف للعلاج النفسي فقد عرفه عاقل في معجم علم النفس بأنه فرع من العلوم الطبية أو الطبية النفسية ويستهدف علاج الأمراض أو الوقاية منها (عاقل، 1979، ص 115).

كما يعرف بأنه نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق العلاج وأساليب نفسية لعلاج المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية (سرى ، 1990، ص 90).

وقد عرفه زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في

سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة مع مساعدة المريض في حل المشكلات الخاصة والتوافق مع بيئته
(زهران ،1997، ص 183).

7ــ العلاج النفسي الجماعي : العلاج النفسي الجماعي عبارة عن علاج مجموعة من المرضى في جلسة علاجية واحدة. (كمال . 1994 ص 443).
كما عرفه سرى بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية سيئة المنشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض ، ونمو الشخصية،وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية (سرى، 1990،ص 90).
. التعريف الإجرائي : العلاج النفسي الجماعي عبارة عن علاج مجموعة من المرضى لهم نفس المشكلة.

8 ــ فئة الشباب : هم الشباب الذكور الإناث الذين تتراوح أعمارهم بين (16 . 29) سنة الحاملين لشهادات تأهيل وغير الحاملين لشهادات تأهيل والقادرين على العمل والراغبين فيه.

6 ـ الدراسات السابقة :

من خلال المسح الذي قمت به لكثير من الدراسات السابقة من أجل الاستطلاع حول ما كتب عن العلاج النفسي الجماعي ودوره في التخفيف من تعاطي المخدرات فقد تم التوصل إلى بعض دراسات تطرقت إلى العلاج النفسي الجماعي حيث أن معظم الدراسات قد أشارت إلى أهمية هذا النوع من العلاج ودوره في تعديل سلوك الفرد وتبصيره بمشاكله ومن هذه الدراسات.

دراسة عبد الله بن أحمد الوايلي (2003) :

بعنوان فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات وتهدف هذه الدراسة إلى تحقيق هدف رئيسي يتمثل في 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 ومعرفة تأثير العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات وأدوات الدراسة مقياس الذات ومقياس تأكيد الذات ومقياس تأكيد الشعور بالذنب، وقد أوضحت نتائج الدراسة فعالية العلاج النفسي الجماعي لدى أفراد الجماعة فيما يتصل بتأكيدهم لذواتهم وتقديمهم لها وانخفاض شعورهم بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لديهم ما يحقق ما طرحته الدراسة من فروض.

دراسة نورة إبراهيم عبد الله آل خليفة :

بعنوان فاعلية علاج المدمنين على المخدرات في مملكة البحرين وهدف الدراسة إلى التعرف على حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات وانتشارها وكذلك التعرف على الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمدمنين وأسرهم والتعرف على الطرق والأساليب المتبعة لدمج المدمنين اجتماعيا وإعادة تأهيلهم بعد

الانتهاء من فترة العلاج، ويتكون مجتمع الدراسة من مجموعة من المدمنين الخاضعين للعلاج في وحدة المؤبد في مملكة البحرين، حيث تم استخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة في اختبار العينة والتي تمثل حوالي (16%) من المراجعين لتلقي العلاج في هذه الوحدة وبلغت العينة العشوائية 90 حالة كما تم استخدام المسح الاجتماعي الشامل لجميع العاملين في وحدة العلاج واعتمد في هذه الدراسة أسلوب المقابلة الشخصية وأسفرت النتائج إلى ارتفاع نسبة المدمنين فئة الذكور، والعزاب، والأميين الذين يقل مستواهم التعليمي عن الثانوية والذين ينتمون إلى الأعمال الحرة في حين أن المدمنين بدؤوا الإدمان في الفئة العمرية (19.15) سنة.

دراسة الحسين (1997) :

بعنوان فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية وقد هدفت الدراسة على إلقاء الضوء على أهمية العلاج النفسي السلوكي الجماعي وبيان مدى فاعليته من خلال البرنامج المقدم في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية. واكتساب العضوات المشاركة في برنامج الدراسة ومن الطالبات المغتربات اللاتي يعانين من هذا الشعـــور . المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقرار النفسي والتوافق الاجتماعي لديهن . وتكونت عينة الدراسة من(20 طالبة) جامعية من بين الطالبات المقيمات إقامة داخلية بجامعة الملك سعود من اللاتي يدرسن بالأقسام الأدبية ومن غير المتزوجات ومن المنطقتين إلا أنه يوجد الكثير الاختلاف في العديد من العوامل والمتغيرات الديمغرافية والنفسية المعرفية التي تميز بين مدمني الكحوليات ومتعاطي المخدرات.

لذا قام الباحثون بدراسة عينة من المدمنين للكحوليات ومتعاطي المواد المخدرة بلغت 208 مفحوصا من المرضى الراشدين الملتحقين بالعلاج من الإدمان للكحوليات والمواد المخدرة عند بداية التحاقهم بالبرامج العلاجية . وقام الباحثون

بتقسيم المفحوصين إلى عدة مجموعات طبقا للعمر الزمني ونوع الإدمان أو التعاطي. سواء بالنسبة لنوع المادة التي يتم تعاطيها أو طريقة التعاطي مثل الشرب أو الشم أو الحقن، وقد كشفت نتائج الدراسة عن تعرض المفحوصين في المجموعات المختلفة لخيرات قاسية ومآسي حادة في حياتهم الشخصية أو الخيرات الأسرية، كما تبين أن المجموعات العمرية الأكبر سنا كانت تميل إلى تعاطي المخدرات المواد الكحولية أكثر من المواد المخدرة، وأن المجموعات التي كانت تتناول المواد المخدرة سواء بمفردها، أو تناولها مع المواد الكحولية كانت تتسم بالإحساس بالتشاؤم والإكراه والتعاطي القهري، كما أنهم أظهروا قدرا أكبر من السلوكيات العدوانية من تعاطي المواد الكحولية فقط (في الحازمي 1422 هـ، ص 120).

7 ـ علاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية:

تناولت الدراسة العلاج النفسي الجماعي واستخداماته في ميادين علم النفس فالعلاج النفسي الجماعي له دور في تخفيف من تعاطي المخدرات وزيادة على ذلك أنه يحقق المساندة النفسية ويغير من سلوكيات المدمنين.

اتفقت نتائج الدراسات على أهمية العلاج النفسي الجماعي وأشكاله في التخفيف من الاضطرابات النفسية المختلفة مقارنة مع أساليب علاجية أخرى.

تباينت الدراسات في استخدامها لأدوات الدراسة فقد استخدم عبد الله بن أحمد الوايلي مقياس الذات ومقياس تأكيد الذات ومقياس الشعور بالذنب، أما دراسة نورة إبراهيم كان اختيارها للعينة بكل عشوائي واستخدمت منهج المسح الاجتماعي الشامل.

تباينت الدراسات في استخدامها للعينة من حيث الذكور والإناث إلا أنهم اتفقوا في اختيار تلك العينة من الشباب والشابات.

يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة أن هناك ندرة في استخدام العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات.

تراوحت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة بين (90) حالة، كما في دراسة نورة إلى (208) حالة كما في دراسة الحسين.

الفصل الثاني :

إدمان المخدرات

تمهـيـد:

1 ـ مفهوم تعاطي المخدرات

2 ـ أنواع المخدرات

3 ـ النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات

4 ـ الأسباب والأضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات

5 ـ طرق الوقاية والعلاج.

6 ـ بعض الإحصائيات عن تعاطي المخدرات

خـــلاصـــة

تمـــهـيـــــد :

تتشكل ظاهرة إنتاج وتعاطي المخدرات مشكلة عالمية لا يكاد يخلو مجتمع إنساني من آثارها المباشرة أو غير المباشرة، إذا كان التعامل مع المخدرات في المرحلة المعاصرة قد أخذ أبعاد وأشكالا أخرى مخالفة أو مستحدثة لما كان سائدا في الماضي، فإن ذلك لا يعني أن الظاهرة جديدة على المجتمعات. فتعاطي المخدرات موضوع ذو ماضي وحاضر ومستقبل، فأما الماضي فبعيد يصل إلى فجر الحياة الاجتماعية الإنسانية، أما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره، وأما المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة (مصطفى سويف، 1996، ص 13).
وتعتبر الإحصائيات دليل على خطورة تفشي هذه الظاهرة، وأهمية التعرف عليها، ودراسة جوانبها المتعددة، وأسباب الإقبال عليها.

1 ــ مفهوم تعاطي المخدرات :

1 ـ 1 ـ مفهوم التعاطي : يشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير "سواء استعمال المخدرات"، وفي هذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية "a b u s e" ومع ذلك فاللغة العربية تغنينا عن ذلك فقد ورد في "لسان العرب" لابن منظور ما نصه : "والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله" وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها بالإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة عن التعاطي. (مصطفى سويف، 1996، ص 24).

وقد ينجم عن التعاطي الاعتماد النفسي والجسدي أوكلاهما معا على المادة المتعاطاة. وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الاعتماد بأنه "حالة من التسمم الدور أو المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال للعقار الطبيعي أو المصنع، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة، لا يمكن قهرها أو مقاومتها، للاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة عن عدم توفره، كما يتصف بالميل إلى زيادة كمية الجرعة، وبسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكر من مادة واحدة. (هاني عرموش،1993،ص29).

1 ــ 2 ـ مفهوم المخدرات : تعرف المخدرات بأنها كل مادة خام أو مستحضر تحتوى على عناصر مسكنة أو منبهة. من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية المتخصصة لها وبقدر الحاجة إليها، ودون مشورة الطبيب أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد.

(الرشيد، 1412 هـ، ص 11).

وكذلك تعريف آخر للمخدر : هو أي مادة كيميائية تعمل على تناولها بكميات قليلة على إحداث واحدا أو أكثر من التغيرات التالية :

التأثير على حالة الشخص الفسيولوجية، بما في ذلك مستوى النشاط، الوعي، التوازن.

التأثير على الأحاسيس الواردة للمخ.

التأثير على مستوى الإدراك والقدرة على تحليل المثيرات الواردة أو تغييرها.

تغيير حالة الشخص المزاجية (رمضان محمد القذافي ، 1999 ،ص 258).

وفي تعريف آخر للمخدرات : الخدر هو فقد الإحساس وضعف الوعي، وقد يكون عاما فيشمل جميع أجزاء الجسم. وقد يكون جزئيا أو موضعيا فينحصر في عضو معين من جسم الإنسان. ولفظ الخدر هو أصل اشتقاق المخدرات (وزارة الداخلية، 1405 هـ، ص 17).

2 ـ أنواع المخدرات وتصنيفها :

ليست جميع المخدرات من نوع واحد، ومن مصدر واحد، ولها تأثير واحد على الإنسان. بل هناك أنواع كثيرة متباينة قليلا أو كثيرا في مصدرها وصفاتها وتأثيرها وقد صنف حسين الفايد العقاقير المخدرة وفقا لنوع وطبيعة تأثير هذه العقاقير المخدرة على الجهاز العصبي المركزي وعلى الخبرة والسلوك. (حسين الفايد،2001، ص 208).

حيث أورد تصنيفين لها :

1 ـ التصنيف الأول لأورم (Orme 1984) الذي يرى أن العقاقير التي تؤثر على الخبرة والسلوك تصنف إلى ثلاث فئات أساسية هي :

1 ـ 1 ـ المهبطات : وتشمل على الأفيون، والمورفين، والمسكنات المحصورة في الأسبيرين الباربيتيور ،والمطمأنات، والكحول.

1 ـ 1 ـ 1 ـ الأفيون : أول من اكتشف الأفيون (الخشخاش) هم سكان وسط آسيا في الألف والسابعة قبل الميلاد ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميـــــــلاد، وكانوا يستخدمونه علاجا للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة. وقد عرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج التهاب الــرئة الذي كان يسمى "داء ذات الجنب" وبعض أنواع المغص. وذكره داود الأنطاكي في تذكرته المعروفة باسم "تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب" تحت اسم الخشخاش .

1 ـ 1 ـ 2 ـ المورفين : هو أحد مشتقات الأفيون. حيث استطاع العالم الألماني سير تبرز عام 1806 من فصلها عن الأفيون وأطلق عليها اسم نسبة الإله مورفيس إله الأحلام عند الإغريق. وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية الخاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية (1661 . 1861) منذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد.

1 ـ 1 ـ 3 ـ الهيروين : وهو أيضا من مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام 1898 وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة.

1 ـ 2 ـ المنشطات : الأمفيتامين والكافيين، والنيكوتين. والكوكايين والبتزدرين. والريتالين. والميثدرين.

1 ـ 2 ـ1 ـ الآمفيتامين : تم تحضيرها عام 1887 لكنها لم تستخدم طبيا إلا عام 1930. وقد سوقت تجاريا تحت اسم البنزورين، وكثر بعد ذلك تصنيع العديد منها كل الكيكيدرين. والمسيتدرين.

1 ـ 2 ـ 2 ـ الكوكايين : عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الإنكا وفي عام 1860 تمكن العالم ألفرد نيمان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظرا لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الترويجية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام 1903. وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرة الدعايات التي كانت تؤكد على تأثيره لا يزيد عن القهوة والشاي. ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان، واستخدمته تلك الشركات في أكثر من 15 منتجا من منتجاتها.

وانعكس التاريخ الطويل لزراعة الكوكا في أمريكا اللاتينية عن طرق مكافحته فأصبحت هناك أمبراطوريات ضخمة تنتشر في البيرو وكولومبيا والبرازيل لتهريبه إلى دول العالم وتمل السوق الأمريكية أكبر مستهلك لهذا المخدر في العالم.

1 ـ 3 ـ المهلوسات : وتشمل المسكالين، البسيلوكسيبين. والفينسكليبن، أل . أس . دي.

1 ـ 3 ـ 1 ـ ال . أس . دي : (L S D 25) هو من أشهر العقاقير المحدثة للهلوسة يستخرج من الفطر الذي ينمو على الحبوب عامة، في بداية تعاطيه يحس المدمن بتنميل في جسمه وتشنج العضلات، يمتـــص بسرعة من خلال جدران القناة الهاضمة مما يسرع انتشاره في أنسجة الجسم تأثيرها على الإنسان كبير جدا، بعضها إداري، كالتغيرات البصرية والسمعية وبعضها نفسي كتغير المزاج وتغير إدراك الزمن.

ويصف صحفي فرنسي من خلال كتابه "بعد المخدرات" حالة من الهلوسة أصابته بعد أن أفرغ في ذراعه جرعة من مخدرات كان يتعاطاها حيث يقول : "أجدها شهوانية فأطردها، في لحظة أتخيل أنها مخلوقات تميل نحوي لتفتح لي أبواب الجنة، هذه الجنة الممنوعة، لكن نظراتها حينما تحولت إلى أخرى ربما أني أمسكتها. أرى شعرا طويلا قاتما يخرج من المراة ويتحول، ويأخذ شكلا مهددا. في ذلك الشعر الذي يخنقني، أريد أن أصرخ أحس أني مجرد لعبة في السحاب الذي حجب للحظة نور النجوم

2 ـ التصنيف الثاني لقسم العدالة الأمريكية (U.S.D.J 1988)

2 ـ 1 ـ المخدرات المسكنة : وتشمل الأفيون، والمورفين، والكوكايين، والهيروين الهيدروموفون،البيثيدرين، الميثادون، وغير ذلك من المخدرات المسكنة .

2 ـ 2 ـ المهبطات: وتشمل على الكورهيدرات، الباربيتبورات، والبنزوديازبين، والميثاكوالون، وغيرها من المثبطات.

2 ـ 3 ـ المنشطات : وتشمل على الكوكايين، والأمفيتامين، والقنمترازين والمثيلفينيدات، ومنشطات أخرى.

2 ـ 4 ـ المهلوسات : وتشمل على اس . دي، والمسكالين، والبيوت. وبعض مشتقات الأمفيتامين والفينسكليدين. ومهلوسات أخرى.

2 ـ 5 ـ مجموعة القنب (القنبيات) : وتشمل على الماريحوانا، والحشيش، وتتراهيدروكانينول، وزيت الحشيش.

ويظهر أن كلا التصنيفان متشابهان في المضمون ويختلفان في الشكل، حيث قام قسم العدالة الأمريكية بتصنيف العقاقير اعتمادا على مصادرها خاصة في مجموعة المخدرات المسكنة. ومجموعة القنب. وهناك من يصنفها على أساس المشاكل الكثيرة التي تحدها ويحددها في سبعة أنواع

(مجدي أجمد عبد الله، 2003، ص 401).

1 ـ العقاقير الأفيونية : الأفيون، مشتقات الأفيون، المورفين. الهيروين ، الكودين، الأفيونات التليقية مثل الميثادون البثدين، المبيريدين.

2 ـ' العقاقير المسكنة : الكحول (البيرة، النبيذ، الخمور المقطرة) الحبوب المنومة المهدئات خفيفة المفعول.

3 ـ العقاقير المنبهة : المنبهات التخلقية مل الأمفيتامين والدكسامفيتامين. الكوكايين.

4 ـ الحشيش : وهو يعرف بأسماء مختلفة في بقاع العالم من المانجو. الحشيش. الشاي الأحمر

5 ـ عقاقير الهلوسة : داي أثيلاميد حمض الليسرجيك. (ل. س. د) ميسكالين فسيكليدين

6 ـ المذيبات (المشتقات الطيارة) : الغراء. الكيروسين. النولوين. المركبات البترولية. البويات (أبروسول).

7 ـ عقاقير أخرى : التبغ. بيتيل. أوراق الكوكا ...وغيرها.

3 ـ النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات:

تتبنى الدراسات والبحوث التي تناولت ظاهرة إدمان المخدرات اتجاهات نظرية مختلفة في تفسير الظاهرة، حي أوضحت تعدد الدراسات أن المشكلة الأساسية في حياة المدمن هي مشكلة اضطراب الوجود وفقدان الهوية وفقدان الدفء العاطفي، وأن السبب الرئيسي في تعاطي المخدرات والإدمان هو محاولة التغلب على مشاعر الاكتئاب الكامن لدى المتعاطين والناتج عن اضطراب علاقتهم الأسرية، فهم مضطربون انفعاليا من ذوي الشخصية السيكوباتية النرجسية، ويعانون من مشاكل أسرية كثيرة بسبب تفكك الأسرة وشيوع الخلافات وعدم الانتماء، ولذلك يلجأ المدمن على تعاطي المخدرات للتخلص من المشاكل الضاغطة.

وفي ما يلي سأتناول التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات لوجود الصلة بينها وبين موضوع الدراسة

1 ـ النظرية الوراثية : تفسر هذه النظرية فكرة الإدمان على أساس وراثي، أي أن خاصية الإدمان تنتقل من الآباء إلى الأبناء كما هو الحال بالنسبة للصفات الوراثية الأخرى وقد استمدت أدلتها انطلاقا من دراسة الحيوانات في المختبر، ودراسة التاريخ العائلي ودراسة التؤام ، ودراسة التبني، ودراسة السمات السلوكية، والنفسعصبية، وتؤكد هذه النظرية أنه تم التمكن من ملاحظة أن الفئران التي تعلم أبائها إدمان المخدرات. كانت تدمن أيضا، هذه المواد دون تدريب، وهو ما أوضحته دراسة (ولكر Walker)، كما أكد نفس الباحث أن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من آباء يتعاطون المخدرات تتراوح بين (13 و17) أمثال نسبة حدوث ذلك من أبناء آباء لا يتعاطون المخدرات

(عفاف عبد المنعم، 2003، ص 79).

وهذا يعني أن الميول الإدمانية تظهر عند الأفراد من نفس العائلة، وقد أوضحت هيئة الأمم المتحدة في دراسة على الأطفال والمخدرات. أن آلاف الأطفال في العالم يولدون مدمين على الهروين بسبب إدمان أمهاتهم على هذا المخدر، فيكون أول شيء يعرفونه في العالم هو الألم الحاد بسبب الانقطاع عن تعاطيه (فريدة طايبي، 1998، ص 35).

وهكذا تشير هذه الدراسات أن هناك تأثير وراثي، يفسر عملية الإدمان، وإن كان تحديد الميكانيزمات المسئولة بشكل مباشر عن كيفية حدوث عملية التأثير غير واضح، وأحيانا غير مؤكد، مما يفتح المجال عن وجهات نظر أخرى لتفسير هذه الظاهرة.

2 ـ نظرية التحليل النفسي : ترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على :

الحاجة إلى الإشباع النفسجسمي النرجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطرابات في علاقات الحب والإشباع العضوي، وخاصة في المرحلة النفسية

الحاجة إلى الأمن.

الحاجة إلى إشباع الذات وتأكيدها وترى هذه المدرسة ضرورة إرجاع المركبات السوية والمرضية لدى الراشد إلى أصولها في الخبرات الطفلية المبكرة. وتتفاوت الأمراض النفسية من وجهة تلك المدرسة حيث كان التفاوت بين سن الطفل الراشد ونمط نزعاته الطفلية مصدر صراع جديد. في أن المريض يعتمد إلى ميكانيزمات دفاعية يحارب بها نزعاته الطفلية ويخفيها عن إدراكه الشعوري من ناحية ويشبعها بصورة مقنعة من ناحية (الحازمي، 1422، ص 37).

ويرى هذا الاتجاه أنه من الأهمية القصوى أن نحدد . في البداية ما إذا كان الفرد يلجأ إلى المخدرات بسبب :

شفاء خارجي أو داخلي (اكتئاب)، حيث يتخلى عنها متى توقفت حاجته إليها أي لهذا الغرض

إذا كانت جنسية الفرد تتحكم في نفسه كلها وتقديرها لذاته رغبة في نشوة الخمر.

إذا كان الشخص قد أصبحت رغبته في نشوة المخدر مهدد بالانهيار فيحاول في عجزه الاستعانة بالأثير العقاقيري للمخدر الذي تعقبه سعادة يستحيل كما أنه من المهم أيضا أن نتبين :

إذا كان الامتداد الضروري ما يزال، حيث يكون استخدام المخدر مجرد وسيلة تسير كسب الموضوع.

إذا كان المخدر قد غدا في حد ذاته هو هذا الإمـــداد. ومن ثم يحل الاهتمام بالمخدر محل الاهتمام بالموضوعات (أوتو فينجل، 1969، ص 78).

وترتبط تلك النظرية بين الإدمان على المخدرات ودورية الجوع والعطش عند الطفل مرحلة الطفولة الجبارة. فغياب المخدر المخدر معناه حرمان من الطعام، وبالتالي

يؤدي ضيق واكتئاب، وليست المسألة قاصرة على الطعام فقط، وإنما يتعدى الأمر ذلك إلى أشياء أخرى فالطفل يدرك العقاب وفقدان حب الوالدين وإهمالهما له على أنه حالات ومواقف موازية للجوع، أي فقدان الطعام والعكس هنا في حالة الحب والاهتمام، حيث أن الطفل يتقمص والديه في تكوين الذات العليا، فإن نفس هذا النموذج يتكرر سيكولوجيا. في علاقة الأنا بالأنا الأعلى، فإن رضي الأنا الأعلى (إي الوالد) عن الأنا يحدث حالة من اللذة والراحة والسرور، وهذا يمثلها ابتلاع أو تعاطي المخدرات ومعنى ذلك أن الرغبات الفمية قد تحققت. أما في حالة الاكتئاب فإن الأنا يشعر بأنه غير محبوب ومهجور من الأنا الأعلى. وهذا يفسر لنا ألم المدمن من غياب المخدر، لذا يحرض المدمن على حفظ المخدر في جيوبه، وهذا يعني تحقيق الأمن، وغياب يعرض المدمن للخطر وبالتالي يزيده شعورا شديدا بالقلق، وهذا هو شعور الطفل إزاء أمه حيث تكون بجواره، حن تغيب عنه، فوجودها يعني الطمأنينة والأمن وغيابها يعني القلق والخطر والحرمان من إشباع الحاجات (المغربي، 1986، ص 271).

لذا نجد أن المدمنين هم أشخاص لديهم استعداد للاستجابة لتأثير المخدرات نتيجة التثبيت عند المرحلة الفمية الأولية سلبية والحاجة إلى الأمن والبقاء على الذات في نفس الوقت، وهكذا فإن نشأة الإدمان وطبيعته لا يحددها التأثير الكيميائي للمخدر بل البيئة السيكولوجية للمرضى (أوتو فينجل، 1969، ص 716).

ومن هنا نستطيع القول بأن أصحاب مدرسة التحليل النفسي يؤكدون على أن مدمني المخدرات ذو شخصيات فمية نرجسية سلبية استقبالية. مما أدى إلى وجود إحباط فمي في الطفولة. وبالتالي تثبيتات فمية أرست التبعية تجاه الموضوعات كمورد لإمدادات نرجسية. كما أن العشقية الفمية هذه تميزها أخلية ثلاثة أطلق عليها برترام (الثلاثية الفمية) وهي :

1 ـ الرغبة في الالتهاب الإيجابي (للآخر)

2 ـ الرغبة في الالتهام الإيجابي (من قبل الآخر)

3 ـ الرغبة في الاستغراق في النوم والاستسلام له

ومن النظريات التي تنتمي لمدرسة التحليل النفسي نظرية "ألفريد ألدر" حيث ركز تفسيره لظاهرة الإدمان نقص عضوي وعدم قدرة الفرد على النجاح الاجتماعي فقد أكد على الفشل الذي يلحق بالكثير من الأفراد إنما يرجع أساسا إلى افتقارهم إلى عامل الشعور بعدم النجاح الاجتماعي في حياتهم، فيذهب أدلر إلى أن جميع الذين يفشلون في حياتهم كالعصابين أو الذهانيين أو المدمنين أو الجانحين أو المنحرفين أو الذين يقدمون على الانتحار إنما يفشلون لافتقارهم إلى الشعور بالود والمحبة نحو الآخرين. ونقص عامل المشاركة الوجدانية في علاقتهم مع الآخرين، فأسلوب حياتهم يقوم على الأنانية، وهد النجاح عندهم هو هدف للوصول إلى مجرد تفوق شخصي وهمي، ونجاحهم لا يتعدى حدودهم الشخصية فحسب، وبمعنى آخر فإن مدمن المخدرات في نظر "أدلر" هو شخص لديه نقص عضوي ما، أو لديه نقص في علاقته الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية، ولهذا فهو يقوم بتعويض هذا النقص بالعكوف على عقار يعطيه الثقة وينسيه عيوبه (عفيفي، 1986، ص 45)

3 ـ النظرية السلوكية :

تعتبر هذه النظرية أن تعاطي المخدرات هو سلوك متعلم، إذ يمكن أن يتناول الفرد عقارا مخدرا تحت أي ظرف، مثلا على التجربة فيستحسن في ذلك، فيعيد التجربة عن نفس الإحساس.

ويؤكد (ستولرمان Stolerman 1991) أن جوهر التناول السلوكي يتمل في أن عقاقيرا إدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات إيجابية (مكافئات) في تجارب شرطية بنفس الطريقة كما في المكافئات المتفق عليها مثل الطعام أو النقود،

وتتحدد قيمة مكافئة العقار تجريبيا في تأثيرها في الإبقاء على سلوك استخدام العقار (حسين فايد، 2004، ص 359).

كما أن المثيرات الخارجية كالأصدقاء المدمنين أو رؤية مكان التعاطي. ممكن أن يؤدي إلى الشروع في التعاطي، وحق الإبقاء عليه إذا ارتبط بتعزيزات لاحقة، كالشعور بالنشوة مباشرة بعد تناول المخدر، كما أن المدعمات الإيجابية (الإحساس بالنشوة) تتزايد بفضل التدعيم السلبي (الابتعاد عن المواقف المثيرة للقلق).

ويعتبر الإدمان وفق وجهة النظر هذه أن المكافئات الإيجابية النفسية (النشوة، وتجنب القلق) ليست وحدها سببا كافيا، بل هناك مكافئات إجماعية أيضا، وهي القبول الذي يتلقاه المدمن من قبل جماعة المدمنين، والذي يفتقد شيئا فشيئا من جماعته الأصلية من غير المدمنين.

4 ـ نظرية التعلم الاجتماعي :

تفترض هذه النظرية أن السلوك الإنساني ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية والتي من خلالها يكتسب الفرد مفهوما عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة المواقف التي تجعل النشاط ممكنا وغير مرغوبا فيه.

ويعتبر باندورا (Pandra) أن كل ما يتعلمه الإنسان من سلوك يحدث وفق مبدأين هما، الملاحظة والتقليد. (Adler p 29)، كما يعتبر (جوليان روتر j. Rotter) أن السلوك المرضي هو السلوك غير مرغوب فيه وفقا لمجموعة من المعايير والقيم، وأنه سلوك سبق تعلمه واحتفظ به الفرد لأنه يتوقع باحتمال أكبر، أن هذا السلوك يؤدي إلى تدعيم هذه القيمة (حسين فايد. 2004. ص 374).

أي أن الانحراف هو سلوك متعلم يريد الفرد من خلاله التغلب على الفشل والحصول على النجاح وفي حالة التعاطي تتدخل بصورة أساسية، النواتج المباشرة

لاستخدام العقاقير، وهي خفض التوتر والحصول على اللذة، والنواتج الرمزية والحصول على حميمة من الأصدقاء المستخدمين.

وقد حدد (بيكر Piker) خطوات التعلم الاجتماعي لتعاطي المخدرات كالتالي (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 89).

تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطي التي تؤدي إلى آثار تخديرية فعلية : في البداية لا يحصل المبتديء على اللذة المطلوبة لعدم معرفته الجديدة بالطريقة والكمية الصحيحة، ولكي يحدث يتعلم المتعاطي الطرق الصحيحة للملاحظة وتقليد الآخرين.

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

تعلم الاستمتاع بآثار المخدر : ويرى (بيكر Piker) أن الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطي، وهي تحدث من خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطي الآخرين ذو الخبرة الإدمانية الطويلة، حيث يؤثرون عليه ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطي، برغم التجربة الأولى المؤلمة ويحولون انتباهه إلى الجوانب المريحة من آثار المخدر .

5 ـ النظرية المعرفية :

على مدى السنوات العشر الأخيرة نظر للعوامل المعرفية في الإدمان باهتمام متزايد، وتم استبدال النموذج المرضي القديم الذي كان ينظر إلى المدمنين على أساس أنهم يعانون من مرض حد من سيطرتهم على أفعالهم . بنموذج التحكم (الضبط الذاتي) الذي يؤكد على مساهمة الأفراد من خلال أفكارهم وأفعالهم في اعتمادهم على المخدرات (أرون بيك وآخرون، 2002، ص 251).

إذ تعتبر المدرسة المعرفية أن هناك سيرورات معرفية متعلقة بالتعاطي للمخدرات تتشكل من أفكار ومعتقدات خاطئة، وقد أكد (أرون بيك) أكثر من المعتقدات تأثير وهو ما أسماه بمعتقد انعدام الخطر الذي يتبناه المتعاطي، فيعتبر أن تناول المخدر جرعة واحدة أو عن طريق حقنة في الوريد فإنه في مأمن عن الخطر. (قماز فريدة، 1998. ص 73).

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

وتأخذ المعتقدات القاعدية شكلان أساسيان، معتقدات التوقع : والتي تبنى من عمليات معرفية تربط الأحداث بما يتم توقعه من نتائج، إذ أن في حالة الإدمان تكون لدى المدمن توقعات إيجابية للإدمان أكبر من عدد وقيمة التوقعات السلبية وهذه التوقعات تعزز خبرة قصيرة المدى، وغالبا ما تشمل على توقع المتعاطي لارتفاع الفعالية الاجتماعية وبعد استعمال المخدر.

أما الشكل التالي للمعتقدات القاعدية، وهو معتقدات محق استجابة الانضغاط (التسكين) حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسدية للضغوط فهي تلقن وتشجع استخدام العقار في مواقف وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط (محمد محروس الشناوي، 1998، ص 442).

وبذلك تفسر النظرية المعرفية التبعية للمخدرات على أنها الأثر النهائي لتنشيط مجموعة من المعتقدات وهذا ما يميز النظرية التي توضع ليس فقط سلوك التعاطي بل تشرح البنيات المعرفية التي تقف وراءه.

6 ـ نظرية علم الاجتماع :

لقد أول علم الاجتماع اهتماما كبيرا بظاهرة الإدمان وأعطاها تفسيرا نظريا يعتبرها سلوكا انحرافيا يتخذ الفرد تعبيرا عن رفض الامتثالية والمسايرة للمعايير والقيم السائدة في المجتمع.

فسلوك التعاطي هو سلوك سلبي يظهره الفرد نتيجة مشاعر الاغتراب والتباعد القوي عن المجتمع، ورفض كل ثقافة فرعية أخرى، لأنه تبنى ثقافة التعاطي كثقافة فرعية خاصة به، وأكثر من ذلك دخلت ضمن أهداف الفرد الذاتية، ويرجع بذلك انتشار إدمان المخدرات في كل المجتمعات إلى التغير في تركيب الأسرة ووظيفتها. وإلى ضعف القيم الروحية، والاتجاه نحو المادية المطلقة التي تجعل الإنسان عموما والمراهق خصوصا يشعر بعدم الاطمئنان والثقة في المجتمع الذي ينتمي إليه فيتمرد عليه بتكوين جماعة خاصة به، من سماتها تعاطي المخدرات، وهذا يشعره أنه فرد فعال له قيمته الاجتماعية، لكن تحركاته في حقيقية الأمر. ما هي إلا سلوكات انحرافية وخطيرة على حياته

.(Berjert.j 1982. P 3)

ولا يقتصر تفسير علم الاجتماع لظاهرة التعاطي على الثقافة والمعايير الاجتماعية والقيم، ومشاعر الاغتراب. بل يتعدى ذلك إعطاء أهمية لحالة الضغط التي يعانيها الشباب والمترتبة عن الوضع الاقتصادي الأسري المتردي، والبطالة والمشكلات الأسرية والتعرض المستمر للإحباطات.

كما تعطي هذه النظرية دورا بارزا وعلاقة وطيدة للضبط الاجتماعي بظاهرة الإدمان على المخدرات وسواه من الظواهر الانحرافية الأخرى. ويقصد بالضبط الاجتماعي جميع القوانين الرسمية مثل القوانين التي تحكم الاقتصاد والأسرة وغيرها، وحتى القوانين الغير رسمية التي يضعها الأب، سيد العشيرة ..الخ.

4 ـ الأسباب والآثار المترتبة عن المخدرات :

أولا : العوامل والأسباب المؤدية إلى إدمان المخدرات :

هناك العديد من العوامل والأسباب تكمن وراء الإقدام على تعاطي المخدرات وإدمانها ويمكن تصنيف هذه العوامل والأسباب إلى ثلاث مجموعات منها ما يعود إلى الفرد نفسه ومنها ما يعود إلى الأسرة ومنها ما يعود إلى المجتمع وفي ما يلي استعراض هذه العوامل والأسباب :

1 ـ الأسباب التي تعود للفرد : هناك عدة عوامل وأسباب تكمن وراء الإقدام على تعاطي الفرد للمخدرات ومنها :

1 ـ 1 ــ ضعف الوازع الديني : لاشك أن عدم تمسك بعض الشباب على وجه الخصوص أولئك الذين هم في سن المراهقة قد لا يلتزمون التزاما كاملا لتعاليم الدين الإسلامي الحنيف من حيث إتباع أوامره واجتناب نواهيه، وينسون كتاب الله وسنة رسوله صلى الله عليه وسلم ونتيجة ذلك أنساهم الله سبحانه أنفسهم فانحرفوا عن طريق الحق والخير إلى طريق الفساد والضلال، وصدق الله العظيم إذ يقول : (ولا تكونوا كالذين نسوا الله فأنساهم أنفسهم أولئك هم الفاسقون).

1 ـ 2 ـ مجالسة أو صاحبة رفقاء السوء : تكاد تجمع جميع الدراسات النفسية والاجتماعية التي أجريت على أسباب تعاطي المخدرات وبصفة خاصة بالنسبة للمتعاطي لأول مرة على أن عامل الفضول وإلحاح الأصدقاء أهم حافز على التجربة كأسلوب من أساليب المشاركة الوجدانية مع هؤلاء الأصدقاء، فالله سبحانه وتعالى حذرنا من إتباع أولئك المضللين فقال تعالى : (ولا تتبعوا أهواء قوم قد ضلوا من قبل وأضلوا كثيرا وضلوا عن سواء السبيل) سورة المائدة الآية 77.

1 ـ 3 ـ الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية : يعتقد بعض الشباب أن هناك علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وزيادة القدرة الجنسية من حي تحقيق أقصى إشباع جنسي وإطالة فترة الجماع بالنسبة للمتزوجين وكثير من المتعاطين يقومون على

تعاطي المخدرات سعيا وراء تحقيق اللذة الجنسية والواقع أن المخدرات لا علاقة لها بالجنس بل تعمل على عكس ما هو شائع بين الناس.

1 ـ 4 ـ السفر إلى الخارج : لاشك أن السفر مع وجود كل الوسائل الإغراء وأماكن اللهو وعدم وجود رقابة على الأماكن التي يتم فيها تناول المخدرات. يعتبر من أسباب تعاطي المخدرات.

1 ـ 5 ـ الشعور بالفراغ : لاشك أن وجود الفراغ مع عدم توفير الأماكن الصالحة التي تمتص طاقة الشباب كالنوادي والمتنزهات وغيرها يعتبر من الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات وربما لارتكاب الجرائم .

1 ـ 6 ـ حب التقليد : وقد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة إثبات ذاتهم وتطاولهم إلى الرجولة قبل أوانها عن طريق تقليد الكبار في أفعالهم وخاصة تلك الأفعال المتعلقة بالتدخين أو تعاطي المخدرات من أجل إضفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر (أحمد خليفة الحمادي، 2002، ص 35).

1 ـ 7 ـ السمر خارج المنزل : قد يفسر البعض الحرية تفسيرا خاطئا على أنها الحرية المطلقة حتى ولو كانت تضر بهم أو بالآخرين ومن هذا المنطلق يقوم البعض بالسهر خارج المنزل حتى أوقات متأخرة من الليل وغالبا ما يكون في أحد الأماكن التي تشجع على تعاطي المخدرات وغيرها من المحرمات.

1 ـ 8 ـ توفر المال بكثرة : إن توفر المال في يد بعض الشباب بسيولة قد يدفعه إلى شراء أغلى الطعام والشراب وقد يدفعه حب الاستطلاع ورفقاء السوء إلى شراء أغلى أنواع المخدرات، وقد يبحث البعض منهم عن المتعة الزائفة مما يدفعه إلى الإقدام على ارتكاب الجريمة.

1 ـ 9 ـ الهموم والمشاكل الاجتماعية : هناك العديد من الهموم والمشكلات الاجتماعية التي يتعرض لها الناس فتدفع بعضهم إلى تعاطي المخدرات بحجة نسيان هذه الهموم والمشاكل.

الفشل الدراسي : يعتبر الفشل الدراسي من أهم أسباب التي تدعم سير المراهقين والشباب تجاه أبواب الانحراف، وأهمها تعاطي المخدرات، لما يلحقه بالشاب من آثار نفسية وإحساس بالفشل وانعدام القيمة الخاصة إذا صاحبه ضغط الأولياء، وتقييماتهم السلبية الشخصية قياسا على الإخفاق المدرسي الذي تكبده الابن، وهو الأمر الذي ينفره من البيت بحثا عن سند اجتماعي يجده في رفقاء قد يشجعونه على إتيان نشاطات منحرفة كالتعاطي مثلا ولقد قدم مصطفى سويف نموذج لتفسير العلاقة المركبة بين الفشل الدراسي، والإقبال على تعاطي المخدرات.

ويفترض النموذج أن الفشل الدراسي أو ما يصاحبه من شعور بالإحباط، والاستياء من جانب الأسرة يؤدي إلى نفور الطالب الفشل من الموقف التعليمي، مما يدفعه إلى تجربة نشاطات بديلة يخفف من خلالها شعوره بالتوتر النفسي، ومن هذه النشاطات الزوغان من المدرسة وارتكاب نشاطات منحرفة، أو تعاطي المخدرات، وواضح من هذا النموذج أن تعاطي المخدرات الطبيعية يزيد بدوره من الفشل الدراسي، فتأخذه العلاقة بين الفشل الدراسي وتعاطي المخدرات شكلا يشبه الدائرة المفرغة أو الحركة في مسار دائري لا يتوقف (زين العابدين درويش، 1999، ص 266).

الأمراض النفسية والجسمية : وهي حالات مرضية يضطر فيها المريض إلى التعامل مع بعض أنواع الأدوية. لكن الاستعمال المتكرر بدون مراقبة طبية، يمكن أن يؤدي إلى استعمال تلك الأدوية لغرض آخر غير التداوي. مما يوقع صاحبه على بؤر التعاطي. وعليه لا يمكن الجزم بوجود عنصر شخصي معين يمكن أن

يؤدي إلى التعاطي، ولكن تمازج جملة من هذه السمات والدوافع الشخصية يمكن أن توقع صاحبها في غياب المخدرات.

2 ـ العوامل والأسباب التي تعود للأسرة :

تعتبر الأسرة الخلية الأولى في المجتمع وهي التي ينطلق منها الفرد إلى العالم الذي حوله بتربية معينة وعادات وتقاليد اكتسبها من الأسرة التي تربى فيها، ويقع على الأسرة العبء الأكبر في توجيه صغارها إلى معرفة النافع من الضار والسلوك الحسن من السيئ بالرفق. فهي لهم سبيل في اكتساب الخبرات معتمدين على أنفسهم تحت رقابة واعية مدركة لعواقب الأمور كلها، وقد أظهرت نتائج تعاطي المخدرات أن تخلخل الاستقرار في جو الأسرة متمثلا في انخفاض مستوى الرفاق بين الوالدين وتأزم الخلافات بينهما إلى درجة الهجر والطلاق يولد أحيانا شعورا غالبا لدى الفرد بعدم اهتمام والديه به.

ومن أهم العوامل والأسباب المؤدية للتعاطي والإدمان التي تعود للأسرة ما يأتي :

2 ـ 1 ـ ظروف الحياة الأسرية : يتعلم الفرد من أسرته القيم والمعايير الاجتماعية والأنماط المختلفة من السلوك وهذا يتحدد بنوعية الأسرة، فإذا كانت هذه الأسرة متماسكة ومتحابة، تشعر أفرادها بالانتماء من خلال الاهتمام والمتابعة، فإن ذلك ينعكس على الصحة النفسية للأبناء، وتوافقهم النفسي والاجتماعي، وعلى العكس من ذلك فإن الأسر المفككة والمضطربة تنشئ أفراد مضطربين ومنحرفين ، وهذا هو الرأي السائد بين علماء النفس الاجتماعي، إذ يعتبرون أن السلوك الإجرامي وتعاطي المخدرات هم نتيجة للتنشئة الاجتماعية الخاصة بالفرد، حيث أنه سلوك مكتسب، وأن التنشئة الاجتماعية غير الجيدة تقرر أنماط

2 ـ 2 ـ القدوة السيئة من قبل الوالدين :

يعتبر هذا العامل من أهم العوامل الأسرية التي تدفع الشباب إلى تعاطي المخدرات ويرجع ذلك إلى أنه حينما يظهر الوالدان في بعض الأحيان أمام الأبناء في صورة محرجة تتمثل في إقدامهم على تصرفات سيئة وهم تحت تأثير المخدر فإن ذلك يسبب صدمة نفسية عنيفة للأبناء وتدفعهم إلى محاولة تقليدهما فيما يقومون به من تصرفات سيئة.

2 ـ 3 ـ إدمان أحد الوالدين :

عندما يكون أحد الوالدين من المدمنين للمخدرات فإن ذلك يؤثر تأثيرا مباشرا على الروابط الأسرية نتيجة ما تعانيه الأسرة من الشقاق والخلافات الدائمة لسوء العلاقات بين المدمن وبقية أفراد الأسرة مما يدفع الأبناء إلى الانحراف والضياع.

2 ـ 4 ـ انشغال الوالدين عن الأبناء :

إن انشغال الوالدين عن تربية أبنائهم بالعمل والسفر للخارج وعدم متابعتهم أو مراقبة سلوكهم يجعل الأبناء عرضة للضياع والوقوع في مهاوي الإدمان ولاشك أنه مهما كان العائد المادي من وراء العمل أو السفر فإنه لا يعادل الأضرار الجسيمة التي تلحق بالأبناء نتيجة عدم رعايتهم الرعاية السليمة.

2 ـ 5 ـ عدم التكافؤ بين الزوجين :

ففي حالة عدم التكافؤ بين الزوج والزوجة يتأثر الأبناء بذلك تأثيرا خطيرا وبصفة خاصة إذا كانت الزوجة من حيث وضع أسرتها المادي أو الاجتماعي فإنها تحرص أن تذكر زوجها بذلك دائما، مما يسبب الخلافات التي يتحول على إرثها البيت إلى جحيم لا يطاق، فيهرب الأب من المنزل على حيث يجد الراحة عند رفقاء السوء، كما تهرب هي أيضا إلى بعض صديقاتها من أجل إضاعة الوقت وبين الزوج والزوجة يضيع الأبناء وتكون النتيجة في الغالب انحرافهم
وسلوكا انحرافيا، وتعاطي المخدرات والإدمان عليهما أحد أنواع هذا السلوك المنحرف (رشاد أحمد عبد اللطيف، 1999، ص 67).

وتدل البحوث الواقعية أن أغلب المتعاطين ينحدرون من أسرة مفككة، ومضطربة وتتسم بالمظاهر التالية (زين العبدين درويش، 1999، ص 263)

1 ـ إتباع الشدة في المعاملة واستعمالها العقاب الجسدي والطرد.

2 ـ زيادة عدد أفراد الأسرة.

3 ـ وقوع الطلاق أو الانفصال بين الوالدين.

4 ـ الانحلال الخلقي داخل الأسرة، وضعف القيم الديني.

5 ـ توتر العلاقات الأسرية.

كما ذهب بعض الباحثين أمثال (نوفسكي 1990) إلى اعتبار الاغتراب عن القيم الاجتماعية والدينية والتقليدية يضع الشباب في مخاطرة كبيرة وهي تعاطي المواد المخدرة، والشباب في هذه الظروف من المتحمل أن ينجذبوا في تيار جماعة الرفاق التي تكون متورطة بدرجة شديدة في تعاطي المواد المخدرة هروبا من الواقع، وخاصة إذا ما كانوا تحت تأثير ضغوط، ويعانون من انخفاض تقدير الذات، ولديهم علاقات ضعيفة مع والديهم، ويعيشون في أسرة بها أفراد يتعاطون المواد المخدرة أو مغتربون عن القيم والأدوار الاجتماعية التقليدية (حسين فايد، 2001، ص 200).

3 ـ العوامل والأسباب التي تعود للمجتمع :

إذا كانت الأسرة في البيئة الاجتماعية الأولى التي يعيش فيها الإنسان منذ صغره مختلف الجماعات التي ينتمي إليها الفر د تشكل البيئة الاجتماعية الثانية التي يحيا فيها الإنسان، وقد قد تدعم هذه الجماعات ما تبينه الأسرة وقد تهدمه وتعطل تأثيره، وقد تعوض الجماعة الفرد عن مشاعر الحرمان العاطفي وعدم التقبل أو اقتفاء الشعور بالأمن

وهناك أسباب في تعاطي المخدرات تعود للمجتمع منها :

3 ـ 1 ـ توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين :

يعتبر هذا العامل من أهم العوامل التي تعود للمجتمع والتي تجعل تعاطي المخدرات سهلا ميسورا بالنسبة للشباب ويرجع ذلك إلى احتواء كل مجتمع من المجتمعات على الأفراد الضالين والفاسدين الذين يحاولون إفساد غيرهم من أبناء المجتمع . فيقومون بمساعدة غيرهم من أعداء الإسلام بجلب المخدرات والسموم وينشرونها بين الشباب.

3 ـ 2 ـ وجود بعض أماكن اللهو في بعض المجتمعات :

هناك بعض أماكن اللهو في بعض الدول تعتمد أساسا على وجود المواد المخدرة من أجل ابتزاز أموال واردها ولا يهتم أصحاب سوى بجمع المال بصرف النظر عن الطريقة أو الوسيلة المستخدمة.

3 ـ 3 ـ العمالة الأجنبية :

إن عملية التنمية في دول الخليج تتطلب الاستعانة ببعض العمالة والخبرات الأجنبية وهذه العمالة تأتي أحيانا وهي محملة بحسناتها وسيئاتها متمثلة في محاولة البعض إدخال بعض السموم والمواد المخدرة إما عن بغرض متعتهم الخاصة أو بغرض الكسب المادي من وراء ذلك.

3 ـ 4 ـ الانفتاح الاقتصادي:

يحاول بعض ضعاف النفوس من أفراد المجتمع استغلال الانفتاح الاقتصادي استغلالا سيئا فبدلا من قيامهم باستيراد السلع الضرورية لأفراد المجتمع يقومون بالاتجار وتهريب المخدرات بطرق غير مشروعة لكونها تحقق لهم أرباحا كبيرة وبأقل مجهود.

3 ـ 5 ـ غياب الدور المتوقع والمأمول من وسائل الإعلام المختلفة :

أجهزة في البعض الدول العربية الإسلامية وخاصة التلفزيون قد ابتليت بظاهرة خطيرة وهي المبالغة في طول ساعات الإرسال والتفاخر بطول مدة الإرسال، غير أن قدرة هذه

الأجهزة الفنية قاصرة على ملء هذه الساعات الطويلة بالإنتاج الإعلامي المحلي أو الغربي أو الإسلامي فيحدث المحظور وهو الالتجاء إلى أجهزة الإعلام الغربية من أفلام وأشرطة من قيم متضاربة مع القيم الإسلامية لكي يحقق أهدافه المرسومة ضد الأمة الإسلامية وبالأخص شبابها محاولا بذلك هدم العنصر الأساسي من عناصر القوة والتنمية وهم الشباب.

3 ـ 6 ـ التساهل في استخدام العقاقير المخدرة وتركها دون رقابة :

قد يكون التساهل في استيراد بعض الأدوية والعقاقير المخدرة اللازمة للاستخدام في المستشفيات دون تشديد الرقابة عليها من قبل وزارة الصحة في المجتمع سببا من أسباب استخدامها في غير الأغراض الطبية، التي خصصت لها هذا بالإضافة إلى أنه قد تدخل هذه العقاقير تحت أسماء مستعارة وبطريقة غير نظامية مما يؤدي إلى انتشارها وتداولها بين الشباب.

3 ـ 7 ـ غياب رسالة المدرسة :

ويقع ذلك على عاتق المربين والمسئولين عن وضع المناهج التعليمية والتي يجب أن تتضمن أهداف واضحة تجعل الفائدة منها جيدة من حي توضيح ما ينبغي إتباعه من فضائل وما يجب تجنب من خبائث ورذائل، وهكذا يتضح لنا العديد من العوامل التي تدفع إلى تعاطي المخدرات حيث تم التطرق إلى عدد من العوامل ومن هنا يمكنا القول بأن هذه الظاهرة ليس سببها الفرد فقط بل يشارك في ذلك الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه (عبد الرحمن مصيقر، ص 157 ، 158).

ثانيا : الأضرار والآثار المترتبة عن إدمان المخدرات :

مضار المخدرات كثيرة ومن الثابت علميا أن تعاطي المخدرات يضر بسلامة جسم المتعاطي وعقله وأن الشخص المتعاطي للمخدرات يكون عبئا وخطرا على نفسه وعلى أسرته وعلى جماعته وعلى الأخلاق والإنتاج وعلى الأمن ومصالح الدولة وعلى المجتمع ككل. بل لها أخطار بالغة أيضا في التأثير على كيان الدولة السياسي .... ونذكر هنا الأضرار والآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

1 ـ الأضرار النفسية :

1 ـ يحدث تعاطي المخدرات اضطرابا في الإدراك الحسي العام وخاصة إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر حيث تخريف عام في المدركات، هذا بالإضافة إلى الخلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء واختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول واختلال أو إدراك الحجم نحو التضخم.

2 ـ تؤدي المخدرات آثار تعاطيها إلى آثار نفسية مثل القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار والشعور بالانقباض والهبوط مع عصبية وحدة المزاج وإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه.

3 ـ يؤدي تعاطي المخدرات إلى اختلال التفكير العام وصعوبة وبطء به، وبالتالي يؤدي إلى فساد الحكم على الأمور والأشياء الذي يحدث معها بعض أو حتى كثير من التصرفات الغريبة إضافة إلى الهذيان والهلوسة.

4 ـ تحدث المخدرات اختلال في الاتزان والذي يحدث بدوره بعض التشنجات والصعوبات في النطق والتعبير عما يدور بذهن المتعاطي بالإضافة المشي (عبد المحيي محمود حسن صالح، 2000، ص 23).

5 ـ يحدث تعاطي المخدرات اضطرابا في الوجدان، حيث ينقلب المتعاطي عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضا والراحة (تعاطي المخدر) ويتبع هذا ضعف

في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة و النشوة والعيش في جو خيالي

6 ـ تتسبب المخدرات في العصبية الزائدة الحسية الشديدة والتوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التواؤم والتكيف.

7 ـ الاضطرابات الانفعالية : وتنقسم إلى قسمين :

الاضطرابات السارة : وتشمل الأنواع التي تعطي المتعاطي صفة إيجابية حيث يحس يحسن الحال والطرب والتيه أو التفخيم أو النشوة مملا حسن الحال، حي يحس المتعاطي في هذه الحالة حالة بالثقة التامة ويشعر بأن كل شيء على ما يرام، والطرب والتيه : حيث يحس بأنه أعظم الناس وأقوى وأذكى ويظهر في الحالات السابقة الذكر (الطرب والتيه، وحسن الحال، والتفخيم)، الهوس العقلي والفصام العقلي، وأخيرا النشوة ويحس المتعاطي في الحالة بجو من السكينة والهدوء والسلام.

الاضطرابات غير السارة :

. الاكتئاب : ويشعر الفرد فيه بأفكار (سوداوية) حي يتردد في اتخاذ القرارات وذلك للشعور بالألم ويقلل الشخص المصاب بهذا النوع من الاضطرابات من قيمة ذاته ويبالغ في الأمور التافهة ويجعلها ضخمة ومهمة.

. القلق : ويشعر الشخص في هذه الحالة بالخوف والتوتر.

. جمود أو تبلد الانفعال : وهو تبلد العاطفة . حيث أن الشخص في هذه الحالة لا يستجيب ولا يستثار بأي حد يمر عليه مهما كان سارا أو غير سار.

. عدم التناسب الانفعالي : وهذا الاضطراب يحدث فيه عدم التوازن في العاطفة فيرى الشخص المصاب هذا الاضطراب يضحك ويبكي من دون سبب مثير لهذا البكاء أو الضحك، حيث يشعر الشخص المصاب بهذا الاضطراب بأن ذاته متغيرة فيحس بأنه شخص متغير تماما، وأنه ليس هو، وذلك بالرغم من إنه هو

يعرف ذاته، ويحدث هذا الإحساس أحيانا بعد تناول العقاقير. كعقاقير الهلوسة مثل (آل . أس . دي) والحشيش، وأحب أن أضيف هنا عن المذيبات الطيارة.

2 ـ الأضرار الجسمية :

1 ـ فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام المصحوب باصفرار الوجه أو اسوداده لدى المتعاطي كما تسبب في قلة النشاط والحيوية وضعف المقاومة للمرض الذي يؤدي إلى دوار وصداع مزمن مصحوب باحمرار في العينين، ويحدث اختلال في التوازن والتآزر العصبي في الأذنين.

2 ـ يحدث تعاطي المخدرات تهيج موضعي للأغشية المخاطية والشعب الهوائية وذلك نتيجة تكون مواد كربونية وترسبها بالشعب الهوائية حيث ينتج عنها التهابات رئوية مزمنة قد تصل إلى الإصابة بالتدرن الرئوي.

3 ـ يحدث تعاطي المخدرات اضطرابا في الجهاز العصبي والذي ينتج عنه سوء الهضم وكثرة الغازات والشعور بالانتفاخ والامتلاء والتخمة والتي تنتهي عادة إل حالات الإسهال الخاصة عند تناول مخدر الأفيون، والإمساك. (عبد المحيي محمود حسن صالح، 2000، ص 23).

4 ـ إتلاف الكبد وتليفه حيث يحلل المخدر (الأفيون مثلا) خلايا الكبد ويحدث بها تليفا وزيادة في نسبة السكر، مما يسبب التهاب وتضخم في الكبد وتوقف عمله يسبب السموم التي تعجز الكبد على تخليص الجسم منها.

5 ـ التهاب في المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة والهلاوس السمعية والبصرية والفكرية.

6 ـ اضطرابات في القلب، ومرض القلب الحولي والذبحة الصدرية، وارتفاع في ضغط الدم وانفجار الشرايين، ويسبب فقر الدم الشديد تكسر كرات الدم الحمراء وقلة التغذية وتسمم نخاع العظام الذي يصنع كرات الدم الحمراء.

7 ـ التأثير على النشاط الجنسي، التي تقلل من القدرة الجنسية ونقص في إفرازات الغدد الجنسية.

8 ـ التورم المنتشر، واليرقات وسيلان الدم وارتفاع الضغط الدموي في الشريان الكبدي.

9 ـ الإصابة بنوبات صرعية بسبب الاستعباد للعقار، وذلك بعد ثمانية أيام من الاستعباد.

10 ـ إحداث عيوب خلقية في الأطفال حديثي الولادة.

11 ـ مشاكل صحية لدى المدمنات الحوامل مثل فقر الدم ومرض القلب، السكري والتهاب الرئتين والكبد والإجهاض العفوي، ووضع مقلوب للجنين الذي يولد ناقص النمو هذا إذا لم يمت في رحم الأم.

12 ـ كما أن المخدرات هي السبب الرئيسي في الإصابة بأشد الأمراض خطورة مثل السرطان.

13 ـ تعاطي جرعة زائدة ومفرطة من المخدرات قد يكون في حد ذاته انتحارا.

3 ـ الأضرار الاجتماعية :

3 ـ 1 ـ أضرار المخدرات على الفرد نفسه :

إن تعاطي المخدرات يحطم إرادة الفرد المتعاطي وذلك لأن التعاطي المخدرات يجعل الفرد يفقد كل القيم الدينية والأخلاقية ويتعطل عن عمله الوظيفي والتعليم مما يقلل إنتاجيته ونشاطه اجتماعيا وثقافيا وبالتالي يحجب عنه ثقة الناس به ويتحول وبالتالي بفعل المخدرات إلى شخص كسلان سطحي، غير موثوق فيه ومهمل ومنحرف في المزاج والتعامل مع الآخرين، وتشكل المخدرات أضرارا على الفرد منها :

1 ـ المخدرات تؤدي إلى نتائج سيئة للفرد سوء بالنسبة لعمله أو إرادته أو وضعه الاجتماعي وثقة الناس به.

كما أن تعاطيها يجعل من الشخص المتعاطي إنسانا كسولا ذا تفكير سطحي يهمل أداء واجباته ومسئولياته وينفعل بسرعة ولأسباب تافهة، وذو أمزجة منحرفة في تعامله مع الناس كما أن المخدرات تدفع الفرد المتعاطي إلى عدم القيام بمهنته ويفتقر إلى الكفاية والحماس لتحقيق واجباته مما يدفع المسئولين عنه بالعمل أو غيرهم إلى رفده من عمله أو تغريمه غرامات مادية تسب في اختلال دخله.

2 ـ عندما يلح متعاطي المخدرات على تعاطي مخدر ما، ويسمى بـ (داء المتعاطي) أو بالنسبة للمدمن يسمى بـ (داء الإدمان) ولا يتوفر للمتعاطي دخل ليحصل به على الجرعة الاعتيادية

(وذلك أثر إلحاح المخدرات) فإنه يلجأ إلى الاستدانة وربما إلى أعمال منحرفة وغير مشروعة مثل قبول الرشوة والاختلاس والسرقة والبغاء وغيرها، وهو بهذه الحالة قد يبيع نفسه وأسرته ومجتمعه وطنا شعبا.

3 ـ يحدث تعاطي المخدرات للمتعاطي أو المدمن مؤثرات شديدة وحساسيات زائدة. مما يؤدي إلى إساءة علاقاته بكل من يعرفهم، فهي تؤدي إلى سوء العلاقة الزوجية والأسرية، مما يدفع إلى تزايد احتمالات وقوع الطلاق وانحراف الأطفال وتزيد أعداد الأحداث المشردين تسوء العلاقة بين المدمن وبين جيرانه ، فيحد الخلافات والمناشبات والمشاجرات التي قد تدفع به أو بجاره إلى دفع ثمن باهظا، كذلك تسوء علاقة المتعاطي والمدمن بزملائه ورؤسائه في العمل مما يؤدي إلى احتمال طرده من عمله أو تغريمه غرامة مادية تخفض مستوى دخله.

4 ـ المخدرات تؤدي إلى نبذ الأخلاق وفعل كل منكر وقبيح والخيانة الزوجية تقع تحت تأثير هذه المخدرات وبذلك ترى ما للمخدرات من آثار وخيمة على الفرد والمجتمع.

3 ـ 2 ـ أضرار المخدرات على الأسرة :

تعتبر الأسرة وحدة للتفاعل المتبادل بين الأشخاص ويقوم أعضائها بأداء العديد من الأدوار كأدوار الزوج والزوجة والأب والأم والابن والأخ والأخت وهي أدوار يحددها المجتمع، وتنسجم الأسرة وتلتزم بالمعايير الحضارية للمجتمع الذي تعيش فيه باعتبارها جزء من بناء المجتمع.

وتعتبر الأسرة الإطار العام الذي يحدد تصرفات أفرادها فهي التي تشكل حياتهم، وتضفي عليهم خصائصهم وطبيعتها ففي داخل جماعة الأسرة ينمي الطفل اتجاهاته الأساسية نحو البشر والتي وجدت الأنظمة الأخرى، والأسرة بوصفها نظاما اجتماعيا تؤثر فيه عداها من النظم وتتأثر بها وتلقى الأسرة مسئوليات مستمرة

على أعضائها أكثر من أية جماعة أخرى. فإذا كانت المسئوليات الحياة الاجتماعية مرهونة بالمواقف الداعية إليها أو موقوفة بحدود معينة فإننا نجد المسئوليات الأسرية تمتد طوال العمر بل أكثر ما يواجه الأسرة من مشكلات تكمن في تخلي أفراد منها عن مسئولياتهم.

فتعاطي المخدرات يصيب الأسرة والحياة الأسرية بأضرار بالغة من وجوه كثيرة أهمها :

1 ـ ولادة الأم المدمنة على تعاطي المخدرات على أطفال مشوهين

2 ـ مع زيادة الاتفاق على تعاطي المخدرات يقل دخل الأسرة الفعلي مما يؤثر على نواحي الإنفاق الأخرى، ويتدنى المستوى الصحي والغذائي والاجتماعي والتعليم وبالتالي الأخلاقي لدى أفراد تلك الأسرة التي وجه عائلها دخله إلى الإنفاق على المخدرات وهذه المظاهر تؤدي إلى انحراف الأسرة لسببين هما :

أولهما : أغراض القدوة الممثلة في الأب والأم والعائل.

والسبب الآخر : هو الحاجة التي تدفع الأطفال إلى أدنى الأعمال لتوفير الاحتياجات المتزايدة في غياب العائل.

3 ـ بجانب الآثار الاقتصادية والصحية لتعاطي المخدرات على الأسرة نجد أن جو الأسرة العالم يسوده التوتر والشقاق والخلافات بين أفرادها فإلى جانب إنفاق المتعاطي لجزء كبير من الدخل على المخدرات والذي يثير انفعالات وضيقا لدى أفراد الأسرة فالمتعاطي يقوم بعادات غير مقبولة لدى الأسرة حيث يجتمع عدد من المتعاطين بيته ويسهرون إلى آخر الليل مما يولد لدى أفراد الأسرة لتعاطي المخدرات تقليدا للشخص المتعاطي أو يولد لديهم الخوف والقلق خشية أن يهاجم المنزل بضبط المخدرات والمتعاطين (أحمد مصطفى خاصر،2004،ص 280).

4 ـ الآثار الاقتصادية :

يؤثر تعاطي المخدرات على الاقتصاد بدرجة كبيرة حيث أن المتعاطي يصرف ما يحصل عليه من دخل من أجل الحصول على المخدرات، وهذه الأموال تهرب إلى الخارج وبالتالي يضعف الاقتصاد في الدول. كما أن المتعاطي يفقد الكثير من قوته الجسمية والعقلية من جراء تعاطي المخدرات فيؤدي ذلك إلى ضعف إنتاجه مما يؤثر على الاقتصاد الوطني، كما أن الدول تصرف الكثير من أجل مكافحة المخدرات عن طريق بناء المصحات لعلاج المتعاطين، كما أن الدول صرف الكثير لبناء السجون والمحاكم والمبالغ التي تصرف على المسجونين في قضايا المخدرات، إذ نجد أنه كان من الأفضل صرف هذه المبالغ في تطوير الدول.

وبهذا يقول أحمد بن حجر في كتابه الخمر وسائر المسكرات "يترتب على المخدرات أضرار اقتصادية يتأثر بها الوطن لأن الإدمان يقلل من كفاية المدمن الإنتاجية مما يترتب عليه إنقاص الإنتاج العام للدول والإدمان يدعو لدوله لإنفاق الملايين من الجنيهات لمكافحته رغم حاجاتها إلى هذه الأموال لمشروعاتها العمرانية والصناعية" (جريدة تمودة، 2009، ص 219).

وفي نفس المجال تقول الدكتورة عائدة عبد العظيم إلبانا في كتابها الإسلام والتربية الصحيحة "من المستحيل أن يختار المستهلك أن يشتري منتوجا ما تزيد قيمته ما يدفعه فيه عن قيمة الفائدة التي يحصل عليها من وراءه. وعلى هذا النحو فإن على هذا المجتمع أن يتحاشى تلك السلع التي تزيد قيمة الخسارة الاجتماعية الناجمة عن شرائها عن قيمة مكسبها الاجتماعي. وبالإضافة على ذلك ونظرا لأن موارد الفرد محدودة لذا فإنه عادة ما ينفق من دخله في شراء السلع التي تزيد فائدتها على ما دفع فيها داخل نطق معين وموارد المجتمع هي الأخرى شحيحة. لذا فإن اختبارات المجتمع يجب أن تتبع ذلك المنهج ومن المؤكد أن أي برنامج أو مشروع لا يستحق عناء التنفيذ إذ لم تكن فوائده تساوي على الأقل تكلفته، وفي حالة ما تكون الموارد محدودة فإن الاختيار بين البرامج المشاريع يجب أن يبنى على تفضيل تلك التي تدر أكبر الفوائد بالنسبة للتكاليف.

5 ـ طرق الوقاية والعلاج :

5 ـ 1 ـ طرق الوقاية :

إن وقاية الشباب يجب أن يكون إحدى المحاور الأساسية التي تستهدف حماية المجتمع من آفة المخدر باللجوء إلى وسائل المكافحة المباشرة وغير المباشرة، ومن بينها وسائل الوقاية التي تعمل على توعية الشباب بأخطار المخدرات والآثار السلبية التي تخلفها على سلوك الفرد والمجتمع بصفة عامة، وهذا الدور يمكن أن يساهم فيه مختلف المؤسسات الاجتماعية والإعلامية والدينية والتربوية .

ولهذا فقد أكد الدكتور محمد بن جمعة في كتابه النظرية الإسلامية لمكافحة المخدرات على أن من أهم سبل الوقاية من السقوط براثين المخدرات أن تنهض المؤسسات التربوية بدروس الدين والآداب والتربية النفسية والنشاط المدرسي كإنشاء جماعة ضمن الجماعات المدرسية لتقوم بالتوعية بأضرار المسكرات والمخدرات وعرض المسرحيات بالمسرح المدرسي عن آثار هذه المشكلة في

المجتمع، وتزويد المكتبات المدرسية بالكتب والمراجع الكافية للتوعية من السقوط في الإدمان. (محمد البار، ص 365).

وفي نفس السياق يرى الدكتور عباس نور الدين في كتابه قضايا الشباب في المجتمع المعاصر أن خطاب الوعظ والإرشاد الموجه للشباب يجب أن يقترب من تفكير الشباب وإدانتهم وإشعارهم بالذنب وإنما ينسجم مع تطلعات الشباب وكيفية نظرتهم للحياة وكيفية معالجتهم للأمور. ولا بأس من إشراك الشباب أنفسهم في أي مجهود يستهدف التوعية بأخطار المخدرات والوقاية منها. إذ من شأن هذا الإشراك أن يشجع الشباب المعرض للوقوع في شرك هذه الآفة للابتعاد عنها والتسلح بقناعات إيجابية تقيه من الاستسلام للإغراءات التي قد يتعرض لها في بعض المواقف والتي تغريه بتعاطي سموم المخدرات (محمد عباس نور الدين ،1999، ص 88).

وهذا بالإضافة إلى شغل أوقات فراغ الشباب بإنشاء الأندية الثقافية والعلمية التي تعود بالنفع كممارسة الرياضة والقراءة والرحلات، ويجب أن يكون هذا الترفيه بمشاركة بعض الأساتذة وتحت رعايتهم، والحد من السياحة السيئة إلى البلدان المشبوهة، والاهتمام بالسياحة الداخلية بوضع برنامج رحلات شبابية وإنشاء معسكرات دائمة للشباب في المناطق السياحية.

وبصدد هذه النقطة يقول مصطفى محسن في كتاب الشباب ومشكلات الإدماج أن الحل الاستراتيجي هو الذي يتمثل في التصدي لظاهرة تعاطي المخدرات من زاوية تقوية المجتمع المدني مجتمع المؤسسان الاجتماعية، بسماتها وصفاتها المادية والمعنوية لتؤطر صراع الشباب وتوجيهه نحو الوظيفة للوقوف به عند عتبة الاحتمال وهذا يتطلب مبدئيا خلق مؤسسات إدماج الشباب من كافة النواحي وبالتالي خلق مرصاد أو مرصد اجتماعي لمشاكل الشباب.

وعلى هذه البرامج التربوية أن تشجع الشباب على النجاح والابتكار والإبداع لأن إبعاد الشباب عن كل ما يشعرهم بالإحباط واليأس والفشل ويعتبر عملا هاما في الحيلولة بينهم وبين الوقوع في بران الانحراف بما فيه تعاطي المخدرات وإذا ما استطعنا أن ندفع الشباب إلى ممارسة أنشطة يرضون عنها وينمون عنها من خلالها قدراتهم الإبداعية .. فإننا نعطيهم من خلال البرامج التربوية الفرصة لتقدير ذواتهم، ولتكوين صورة إيجابية عنها وتشجعهم على التعامل مع الآخرين على أساس التعاون والتآزر لتخفيف أهداف مشتركة لما فيه خير للأفراد والمجتمع، كما من شأن النشاط الإبداعي والتربوي الذي يمكن توجيه الشباب إلى ممارسته أن يجعلهم يكتشفون قدراتهم الحقيقية، ويدركون بكيفية سليمة وواقعية رغباته وحاجياتهم ويصبحون قادرين على التعامل مع الآخرين.

فإذا ما اتسمت شخصية الشباب بمثل هذه الصفات والمميزات فإنه سيكون أقل عرضة للانحراف إلى عالم المخدرات من غيره من الشباب كما تلعب المؤسسات الدينية دورا هاما في الوقاية من المخدرات وتعريف الناس بمخاطرها وتحريم الدين لها بعد إمداد العاملين بها بالمعلومات والحقائق اللازمة المتعلقة بها، وبما يحقق تناول أمور الدين لهذه الظاهرة بأسلوب عصري مع التوسع في تنظيم الندوات الدينية وتحديد موضوع المناقشة وتصحيح الفكر توجيه السلوك فيها.

وعن أثر المسجد في توعية الناس وتوجيههم نحو أفضل سبل الوقاية من المخدرات والمسكرات يرى الشيخ أحمد عبد العال الطهطاوي في كتابه معالم الخبرات يشرح أضرار المخدرات أن تكرار ارتياد المسجد أكثر من مرة في اليوم الواحد والاستفادة من توجيهات الإسلام فيه من خلال تقديم الندوات والمحاضرات الدينية التي تركز على هذه المشكلات فإن الانضمام المتواصل يؤدي إلى تعويد المسلم السلوك الإسلامي الصحيح الذي دعا إليه المشرع الحكيم، وفق فرائض الإسلام وإتباع أوامره واجتناب نواهيه.

إن خير علاج هو العلاج الإيماني والرجوع إلى دين الله عز وجل الذي ارتضاه لنا فيه وحده يمكننا أن نعود كما كنا أمة يدعون إلى الخير ويأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر لقوله تعالى : " كنتم خير أمة أخرجت للناس تأمرون بالمعروف وتنهون عن المنكر وتؤمنون بالله " سورة آل عمران الآية 110.

5 ـ 2 ـ طرق العلاج :

5 ـ 2 ـ 1 ـ العلاج الدوائي :

بعد أن يتم تشخيص حالة المريض وفقا للأسس العلمية، بوضع له برنامج علاجي حسب الحالة فإذا كانت الحالة مرضا نفسيا يتم وصف العلاج المناسب له. والذي يمكن صرفه من صيدلية العيادات الخارجية، على أن يتابع المريض دوريا مع طبيبه المعالج حسب المواعد المحددة أما إما إذا كانت الحالة إدمان يتم تقييم المريض من الناحية الطبية ومعرفة نوع الإدمان الذي يتعاطاه، والمضاعفات الناتجة عن التعاطي، ومن م يوضع له برنامج علاجي دوائي حسب نوع المادة المستخدمة ثم يعاد تقييم حالته دوريا لحين اختفاء الأعراض الانسحابية.

5 ـ 2 ـ 2 ـ العلاج النفسي :

يقوم الأخصائي النفسي بدراسة الحالة الفردية وما يصاحبها من تعقيدات أسرية واجتماعية ليكتشف نوعية الاضطرابات النفسية، والصراعات الداخلية التي يعاني منها المريض. أو تلك الناتجة عدم تكيفه مع نفسه ومع المحيطين به وقد يخضع المريض لاختبارات نفسية تكشف بعض المشاكل لديه ويصعب معرفتها في المراحل الأولى للعلاج، ثم يبدأ في جلسات نفسية لمساعدته في التخلص من الضغوط والتفكير والوساوس والتنفيس عن رغباته الكامنة، كما يقوم الأخصائي النفسي بعمل جلسات نفسية وجلسات علاجية جماعية (علاج جماعي) وأيضا يتعرف على سلوكيات وميول المريض من خلال مراقبته في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية التي يمارسها.

5 ـ 2 ـ 3 ـ العلاج الاجتماعي :

حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي يعمل المقابلة الأولية للتعرف على المريض، ويضع بين يديه أنظمة المجتمع وطرق العلاج الذي يحتاجه وذلك كسبا لثقته لبدء العلاج الأساسي، كما يقوم بعمل الدراسات الاجتماعية لمعرفة البيئة المحيطة به من أسرة وأصدقاء وتعليم ظروف اقتصادية وما يعانيه من مشاكل اجتماعية قد تكون هي الواقع

الأساسي وراء الأمراض النفسية والإدمان وكذلك يؤهل المريض تأهيلا اجتماعيا ومهنيا من خلال الندوات والحفلات والمحاضرات والأنشطة الرياضية والترفيهية والدورات التدريبية، أيضا يتم مساعدة المريض لممارسة هواياته للتعبير عن رغباته الكامنة وذلك بغية الوصول إلى التكيف الاجتماعي، وهذا بالإضافة إلى تعليم المريض بعض المهارات والسلوكيات للتعامل مع المجتمع بعد خروجه من المجتمع.

5 ـ 2 ـ 4 ـ العلاج بالعمل :

يخصص للمريض أو المريضة الراغبين في المشاركة ببرنامج عملي متكامل يتوافق مع قدراتهم وميولهم المختلفة وفقا للحالة النفسية والعضوية وحسب ما يراه الطبيب المعالج، من ثم يقوم الفريق المعالج التابع للقسم بالتقييم ورصد الملاحظات أثناء مشاركة المريض.

والعلاج بالعمل يأخذ أشكالا ووسائلا وطرق مختلفة حي إن أهمية التأهيل وإعادة تخضع لقواعد وأسس فسيولوجية وظيفية ونفسية وذهنية واجتماعية مما يجعل الخدمات التي القسم للمرضى خدمات أساسية ومكملة للوسائل العلاجية الأخرى ويشتمل العلاج بالعمل على الأنشطة التالية :

1 ـ يتم اختبار المهارات الفنية للمريض عن طريق تلوين أشكال هندسية متدرجة من شكل بسيط إلى مركب وبعد اجتياز المريض لهذه المرحلة يتم تعليمه الرسم

على الزجاج، والسم على الحرير، والخط. أما الموهوبين من المرضى فيمنحون الفرصة ليعبروا عما بداخلهم من خلال الفن التشكيلي يتمازج الألوان وتغيير الأشكال وكذلك اكتشاف المرضى لأنفسهم من خلال الخط.

2 ـ النسيج : ومن خلاله يتعلم المريض على الأشغال النسيجية المبسطة حيث يقوم بعمل لوحات بمقاسات مختلفة ويشد عليها قطعة من القماش ثم يرسم عليها مناظر من وحي الطبيعة وواقع البيئة ويلونها بخيوط متعددة.

3 ـ الكهرباء : ويتعرف المريض من خلالها على كيفية عمل توصيلات كهربائية مثل المصابيح بأنواعها وتوصيل الجرج والنقاط معرفة أجزاء المولد الكهربائي

4 ـ الأعمال اليدوية : في هذا النشاط يتعلم المريض على أنواع مختلفة من الأعمال الفنية وعمل الإطارات بأشكال مختلفة والقطع الفنية بالحفر على الخشب سهل التشكيل، وكذلك يتعلم كيفية تقطيع الزجاج لعمل أحواض الأسماك والمرايا.

5 ـ الإلكترونيات : وتتركز في كيفية إصلاح أجهزة التسجيل. والتلفزيون والفيديو، وكيفية استخدامها والتعرف على أجزائها والتدريب على إصلاح هذه الأجهزة بالإضافة إلى عملية التسجيل وتسجيل الأشرطة من فيديو على فيديو، ومن تلفزيون إلى فيدو .

6 ـ التدريب على الحاسب الآلي ومهارات المخاطبة باللغة الإنجليزية.

7 ـ التدريب والمشاركة في أنشطة بدنية داخل المجتمع وكذلك في أنشطة فكرية وترويجية داخل المجتمع وخارجه.

5 ـ 2 ـ 5 ـ العلاج الديني :

يتم التركيز في العلاج الديني على تقوية الوازع الديني لدى النزلاء ويكون ذلك من خلال التركيز على الصلاة والصيام والمحاضرات الدينية . والجلسات الجماعية ، والفردية واستضافة العلماء، والدعاة وتنظيم رحـــــلات الحج والعمرة والرحلات

الترفيهية الأخرى، وكذلك استغلال المواسم (شهر رمضان وأيام الحج) لتدعيم إيمانيات المرضى وزيادة تعلقهم بالله.

5 ـ 2 ـ 6 ـ العلاج البدني :

1 ـ البرامج الرياضية : الهدف الرئيسي للعلاج البدني طبي بالدرجة الأولى هو نشاط بدني ترويجي من خلال الفعاليات والمسابقات الرياضية المختلفة، وفي الوقت ذاته علاجي من خلال التمرينات التي تساهم بمقدار كبير في زيادة كفاءة الجهاز الدوري، والتنفسي والتركيز على تقوية التوافق العضلي والعصبي، والحركي الذي يؤثر بصورة مباشرة نتيجة استخدام المخدرات ثم توفير الأدوات والأجهزة المناسبة، ويشرف على هذه الأجهزة مدربين رياضيين متخصصين.

2 ـ برنامج العلاج بالإبر الصينية : حيث ثبت أن العلاج بالإبر الصينية له أثر جد في تخفيف حدة التوتر النفسي عند المريض، مثل التي تحدث عند التوقف عن تعاطي المخدرات وهي تساعد المريض على تحمل آثار الأعراض الانسحابية.

5-2-7- العلاج النفسي الجماعي : العلاج النفسي الجماعي عبارة عن علاج مجموعة من المرضى في جلسة علاجية واحدة. (كمال . 1994 ص 443).

كما عرفه سرى بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية سيئة المنشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض ، ونمو الشخصية،وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية (سرى، 1990،ص 90).

6 ـ بعض الإحصائيات عن تعاطي المخدرات :

تتضارب الأرقام حول العدد الحقيقي للمدمنين على كافة أنواع المخدرات في الجزائر حيث تؤكد أوساط جمعوية وجود الملايين في الوقت الذي تنفي فيه وزارة الصحة ذلك دون تقديم أي أرقام من شأنه رفع اللبس القائم نتيجة غياب دراسات

تقييمية شاملة لإحصاء المدمنين في مختلف الفئات العمرية ، وكذا لوضع حد للتغشي المتزايد لتعاطي شتى أنواع السموم.

من جهتها دقت الهيئة الوطنية لترقية الصحة ناقوس الخطر جراء التنامي المتصارع لظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، خاصة في الوسط التربوي حي تفيد نتائج هذه الدراسة التي مست 10 ولايات بأنه لا توجد مواصفات معينة للشخص الذي يتناول المخدرات إذ بينت الإحصائيات أن معظم هؤلاء الشباب تتراوح أعمارهم بين 20 و 30 سنة وأن بداية تعاطيهم للمخدر كانت قبل بلوغهم العشرين سنة أي في سن المراهقة حيث يصل معدل الاستهلاك الدائم لدى فئة البطالين 60 بالمئة مقابل 20,23 بالمئة بين شرائح المجتمع.

كما كشفت الدراسة مجددا عن نسب مخفية حول الاستهلاك الدائم للمخدرات في الأوساط التربوية حيث ارتفعت تلك إلى 41,71 بالمئة بين الطلبة الذكور مقابل 5,4 بالمئة في أوساط الطالبات. ولا يقتصر الإدمان حسب الدراسة على استهلاك شتى أنواع المخدرات بل تنوع أيضا ليطال تعاطي المشروبات الكحولية بنسبة بلغت 33 بالمئة، وما بلفت الانتباه هو الأرقام الخطيرة التي قدمتها الدراسة حول ظروف وكيفية استهلاك وتعاطي المخدرات حي بينت أن 69 بالمئة من الطلبة يفضلون تناول تلك السموم في جماعات بغية تشجيع بعضهم والاستمتاع مما يجعل هذه النسبة قابلة للزيادة في غضون السنوات القليلة القادمة، إضافة إلى أنها ترفع مؤشر تورط هؤلاء في الجريمة في حالة حدوث أي خلاف داخل تلك الجماعة. أثناء فترة الاستهلاك المخدر. الأمر الذي يحتم على الجهات المعنية التحرك لإنقاذ ما يمكن إنقاذه.

وتمكنت أيضا الدراسة الميدانية التي قامت بها الهيئة الوطنية لترقية الصحة في حصر أهم أنواع المخدرات الأكثر استهلاكا إذ أو ضحت بأن المجتمع الجزائري غير متفتح بعد على تعاطي المخدرات الثقيلة كالهيروين والكوكايين إل بنسب قليلة

جدا مقارنة بنسب استهلاك القنب الهندي بأنواع حيث 70 بالمئة في حين يفضل 22 بالمئة من المدمنين تناول الأقراص المهلوسة وبعض الخلطات بمزج عدد كبير من المواد المخدرة ويعتبر النوع الثاني الأكثر شيوعا واستعمالا بين النساء والطالبات نسبة 47 بالمئة، وفي سياق متصل خلصت الدراسة التي أعدتها الهيئة الوطنية لترقية الصحة إلى أن جميع المدمنين وأعوان ومدركون للمضاعفات الصحية التي قد تنتج عن تعاطي المخدرات حي أكدت أن 67 بالمئة من هؤلاء يدركون مخاطر الإدمان إلا أنهم لا يبالون بها كونها أصبحت وسيلتهم الوحيدة والافتراضية التي تخلصهم من مشاكلهم ومتاعبهم اليومية.

ونقل القائمون على الهيئة المعنية من خلال تلك الدراسة مشكلا آخر متمثل في توريث تعاطي المخدرات داخل الأسرة الواحدة وبين الأقارب إذ أكدت أن 38 بالمئة من المدمنين تعلموا الإدمان من أحد المقربين منهم. أما عن سبل توفير المال لتغطية الكلفة الباهظة لاقتناء أي نوع من المخدر. كشف الأرقام المقدمة أن 75 بالمئة من الطلبة المدمنين و42 بالمئة من الشباب المدمن يعتمدون على أوليائهم لتغطية نفقات اقتناء المخدرات. فيما يلجأ 6,8 بالمئة إلى السرقة من أجل توفير المال من أجل ذلك، وفي ذات الصدد يطرح مشكل آخر يقترن بدور الآباء في مراقبة مصاريف أبنائهم أو مصدرها. خاصة وفيما يخص غير العملين منهم، ولم تتطرق الدراسة إلى مدى رغبة العينات المدمنة في اللجوء إلى العلاج.

خلاصة :

إن المخدرات آفة يتجاوز خطرها الشباب ليهدد مصير البلاد. إذا كنا لا نريد الشطط في الخيال والتصور بأن إغراق بلادنا بالمخدرات وراءه مخطط لتدميرها ويجعلنا دول عاجزة عن العمل والعطاء فالتقدم لا يكون بالتكنولوجيا فقط بل بشباب قادر على بناء الوطن. فالمخدرات بدأت تغزو المغرب بشكل لا نقول منظم ولكنه يدعو إلى القلق لأنه أخذ شكلا منظما لاسيما في العشر الأخيرة.

ومما يدعو إلى القول أن المشكل المطروح بحدة وأنه آن الأوان للخروج من قوقعة السكوت واللامبالاة وعدم الاهتمام. وذلك أن ظاهرة التعاطي تتغشى بصفة مستمرة ، ورقعة المتعاطين تمتد اتساعا وسوق المخدرات يعرف رواجا، وأمام هذا الوضع نجد قانون المخدرات قف عاجزا ولا يستطيع الإجابة لخصوصية ظاهرة المخدرات وزراعة الكيف وترويجه في بلادنا الشيء الذي يزيد من تفاقم هذه الظاهرة.

الفصل الثالث :

العلاج النفسي الجماعي

تمهيد :

اولا : العلاج النفسي .

1 ـ تعريف العلاج النفسي .

2 ـ ابعاد العلاج النفسي .

3 ـ أنواع العلاج النفسي .

ثانيا : العلاج النفسي الجماعي .

1 ـ تعريف العلاج النفسي الجماعي .

2 ـ أساليب وتقنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات .

3 ـ النظريات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي .

4 ـ الخطوات التي يقوم عليها العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.

5 ـ الأسس النفسية والجماعية للعلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.

6 ـ آثار العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات.

7 ـ فنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات .

8 ـ مهارات الأخصائي النفساني أثناء العلاج النفسي الجماعي .

9 ـ مزايا وعيوب العلاج النفسي الجماعي .

خلاصـــة

تمهيد :

يعتبر العلاج النفسي الجماعي من أكثر طرق العلاج استخداما وخاصة مع الأفراد الذين يعانون من مشكلات في علاقاتهم بأنفسهم أو علاقتهم مع الآخرين حي أنه يستطيع أحداث تغيرات في نظرة الفرد إلى نفسه وفي أساليب تعامله مع ذاته ومع المجتمع المحيط به، فقد وصف كارل روجرز العلاج النفسي الجماعي بأنه أعظم إنجاز اجتماعي تم التوصل إليه، ومن أهم مميزات العلاج النفسي الجماعي والتي كانت سببا في انتشاره هي العامل الاقتصادي، فإذا كان المعالج يستطيع أن يعالج خمسة أو ستة أفراد في نفس الفترة المخصصة لمريض واحد.

أولا : االعلاج النفسي :

1 ـ تعريف العلاج النفسي :

يعرف فرانك (1982) العلاج النفسي بأنه ذلك التفاعل المخطط، والمحمل بكثير من العاطفة والخصوصية، بين معالج مدرب وشخص يعاني من مشكلات نفسية، ويتعقد بانلروستراب(1986) أن العلاج النفسي هو "شخصان يلعبان سويا" مشيرا إلى ضرورة التقائية، والصدق والمشاركة في عملية العلاج النفسي، والعلاج النفسي بمعناه الشامل يتضح في تعريف كارسون وبيكر (2003) له، فهو تلك العملية التي يتم فيها استخدام وسائل نفسية معينة في تقديم التوجيه والمعونة، حيث يقوم المعالج بمساعدة الآخرين في تخفيف مصاعبهم. والخروج من محنهم، ودعم قدراتهم على حل المشاكل واتخاذ القرارات وتحسين نوعية وجودهم.

وقد عرفه زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة مع مساعدة المريض في حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته وتنمية شخصيته ودفعها عن طريق النمو الشخصي في المستقبل (زهران، 1998، ص 183).

أما عبد الخالق فقد عرفه بأنه عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج والمريض، والعميل ويعمل على استخدام المباديء السيكولوجية بطريقة تؤثر على أفكار المريض و اتجاهاته ومشاعره وسلوكه، بهدف مساعدته على التغلب على هذا السلوك غير السوي للمشاكل التي يواجهها في حياته (عبد الخالق 1997، ص 553).

ولم يكن ينظر للعلاج على أنه عملية إبداعية بقدر ما كان ينظر له على أنه عملية مساعدة وتعليم، ونمو شخصي، وإصلاح، بيد أن فراي (1975) قد

اعتبر العلاج النفسي . في حقيقته . اتجاه رسم مخطط جديد . وتطوير نظرة مختلفة. وصياغة سلوكيات بديلة، وبدء نوعية أخرى من الحياة ويرى فراي أن المرضى ليسوا مجرد مستهلكين للخدمات العلاجية بل مشاركون، سواء في العملية العلاجية أو الناتج العلاجي.

ويشير كل من ماسلو (1988) وماي (1984) وروجرز (1972) إلى أن الوسائل العلاجية التي تقوم بتحسين الصحة النفسية غالبا ما توازي تلك الطرق التي تنمي الإبداع مع وجوه تشابه كبير في ناتج العمليتين، فالمبدعون من ناحية عادة ما يتصفون بالتلقائية، وقبول الذات والآخر والطبيعة، وديمقراطية التفكير، والثقة وزيادة الحفز الداخلي وقدر كبير من تنوع الاهتمامات، والقدرة على تحمل الغموض، والصحة النفسية الجيدة من الناحية الأخرى، تتصف بزيادة النمو الشخصي والوعي والثقة بالنفس وتحسن القدرة على حل المشكلات (من خلال رؤيتها من زاوية مختلفة) وتعزيز العلاقات الإنسانية، والشعور بالمسئولية وهجر طرق الحياة المعتادة والقيام بأدوار حياته جديدة.

العلاج النفسي إذن كما يرى إلكينز (1999) هو تيسير العملية الإبداعية الطبيعية التي تسمى أحيانا بعملية النضج أو النمو الشخصي، وذلك من خلال سعي كل من المريض والمعالج إلى تنمية ما ينبثق داخل كليهما. إنهما يلتقيان على الأرضية العلاجية ليسمح بالخروج لذلك الذي يصارع داخلهم كي يولد من جديد.

2 ـ أبعاد العلاج النفسي :

توجد أبعاد مختلفة للعلاج النفسي تتضمن طرقا علاجية كثيرة من طرق العلاج حيث أن كل بعد عناصر البعد الآخر :

2 ـ 1 ـ البعد الفردي والبعد الجماعي :

في العلاج الفردي يعالج فيه المعالج النفسي حالة مرضية فردية معينة في كل مرة، وتكمن فاعلية هذا النوع من العلاج في مدى التقبل للعلاقة المهنية المباشرة بين المعالج والمريض ويستخدم في علاج المشكلات الخاصة مثل المشكلات والانحرافات الجنسية، بينما العلاج الجماعي يقوم فيه المعالج بعلاج مجموعة من المرضى لهم المشكلة نفسها ويعتمد دور العلاج الجماعي على مدى الاهتمام القائم في العلاقة بين المريض والمعالج من جهة وبين المريض والجماعة من جهة أخرى. (عيسوي 1984 ص 117 ، 118).

وقد أوضح زهران أن العلاقة الجماعية التي يتضمنها العلاج الجماعي تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع، وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية وهو أكر دور في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وأمراض الكلام والجناح (زهران. 1977، ص 224)

2 ـ 2 ـ علاج الأسباب وعلاج الأعراض :

يركز علاج الأسباب على علاج أسباب المرض النفسي بالقضاء عليها واجتثاث جذوره، بينما علاج الأعراض يركز مساعدة المريض على التخلص والتحرر من الأعراض أو الاضطرابات فقط، دون الاهتمام بالأسباب (زهران 1994، ص 208).

2 ـ 3 ـ علاج الدعم وإعادة البناء :

يهدف علاج الدعم إلى تدعيم شخصية المريض من خلال العمل على تخفيف الأعراض وحل المشاكل النفسية عن طريق تغيير ظروفه، أما علاج إعادة البناء

فيهدف إلى تعديل شخصية المريض وتغيير طريقة تفكيره واتجاهاته وسلوكياته، ومن ثم إعادة الثقة بنفسه وبناء شخصيته.

2 ـ 4 ـ العلاج المرن (غير الموجه) والعلاج الملتزم (الموجه) :

يقصد بالعلاج المرن الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بطريقة مرنة ما يتناسب مع الحالة المرضية من طريقة علاجية فاستخدامها دون التمسك والالتزام بطريقة محدودة. بينما العلاج الملتزم يهدف إلى التقيد بطريقة علاجية محددة وعدم الحياد عنها (سرى. 1990، ص 95 ، 96).

2 ـ 5 ـ العلاج العميق والسطحي :

يركز العلاج العميق على إظهار اكتشاف الانفعالات المكبوتة التي يتركز حولها الصراع أو الخبرات المؤلمة لدى المريض واكتشافها. أما العلاج السطحي فهو يهدف إلى بث روح الطمأنينة في المريض وتعزيز دفاعاته دون التعمق في صراعاته.

3 ـ أنواع العلاج النفسي :

هناك العديد من الطرق العلاجية النفسية المختلفة، والتي تختلف نظرا لاختلاف الأعراض والاضطرابات لكل حالة مرضية، وعادة ما تستخدم معظم هذه الطرق العلاجية في العيادة النفسية. كالتحليل النفسي والعلاج السلوكي والسلوك الجماعي والعلاج الممركز حول العميل والإرشاد العلاجي والعلاج (زهران 1998، ص 200).

3 ـ 1 ـ التحليل النفسي :

يدل التعبير على العملية العلاجية التي تم فيها معرفة الانفعالات المكبوتة في اللاشعور والعمل على إظهارها إلى حيز الشعور عن طريق التداعي الحر والتنفيس لدى المريض ومن ثم مساعدته على حل مشاكله ومواجهتها وتقوية

استبصاره ودافعيته العلاج، من أجل إحداث تغيير رئيسي وجذري في بناء الشخصية فالتحليل النفسية عملية شاملة تتطلب فترة طويلة الأمد.

3 ـ 2 ـ العلاج السلوكي :

يعتبر العلاج السلوكي تطبيقا عمليا لاستخدام مباديء التعلم التي يتم فيها تعديل وتغيير السلوك السلبي ومحاولة حل المشكلات السلوكية، ومن ثم تنمية السلوك الإداري السوي لدى المريض

(زهران 1998، ص 237).

3 ـ 3 ـ العلاج المتمركز حول الشخص :

تتركز هذه الطريقة العلاجية على تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع حتى يحدث التوافق النفسي للفرد، فهي ليست مجرد إيجاد حلل للمشكلة فقط بل مساعدة المريض على تحقيق النمو النفسي السوي (عبد الخالق 1997، ص 563).

3 ـ 4 ـ الإرشاد العلاجي :

هي العملية التي يتم من خلالها مساعدة المريض على فهم ذاته وإدراك ما يصدر منه من انفعالات تؤثر في سلوكياته الفكرية واللفظية والحركية وعدم توافقه النفسي، والعمل على حل مشكلاته وتغيير اتجاهاته وتعديل سلوكياته بما يحقق التوافق مع الذات ومع الآخرين.

3 ـ 5 ـ العلاج المعرفي :

هذا النوع من العلاج يقوم على تدريب الفرد على التفكير بطريقة سليمة قبل اتخاذ القرار أو التصرف بطريقة خاطئة ويشير استخدام هذا المفهوم إلى المناهج والأساليب النفسية المختلفة في الشرح والعلاج والتي تشترك في افتراض نظري هو أن التصورات والمعتقدات الخاطئة والمستعملة هي العوامل الحاسمة بتعيين ويستوجب تعديلها (الفقيه 1416 هـ، ص 32).

ثانيا : العلاج النفسي الجماعي :

1 ـ تعريف العلاج النفسي الجماعي :

1 ـ 1 ـ العلاج الجماعي :

عرفت (Frazier 1981) العلاج الجماعي بأنه نوع من التدخل الذي يعتمد على توفير الدعم والتعاطف لجماعة أو عدد من الأفراد الذين يشتركون في الاهتمامات والمشكلات، حيث يتاح لهؤلاء الأفراد فرصة تبادل المعلومات والخبرات فيما بينهم بهدف التغلب على الصعوبات والمشكلات التي تواجههم في حياتهم وذلك من خلال التعرف على جوانب القوة والضعف في شخصياتهم ومواجهة الواقع.

ويرى (أحمد) أن العلاج الجماعي ينطوي على الأنشطة المهنية لأخصائي الجماعي عندما يعمل مع الأعضاء الذين يعانون من سوء التكيف كالعضو العدواني، والعضو المنطوي ، والعضو الذي يحاول أن يفرض سيطرته على الجماعة والعضو الذي يرغب في إخضاع الجماعة لتحقيق رغباته الخاصة، والعضو الذي يعجز عن أداء المسئوليات التي يكلف بها.

1 ـ 2 ـ العلاج النفسي الجماعي :

يتفق العلاج النفسي الفرد مع العلاج النفسي في عدة نقاط كما يتميز عنه في مجالات أخرى أيضا. حيث يتفقون في الهدف وفي التصورات المشتركة عن طبيعة الشخصية الإنسانية وكيف تتغير. بينما ينشأ الاختلاف بينهما في أن العلاج الفردي يتم بين شخصين فقط هما (المعالج والعميل). أما العلاج النفسي الجماعي يشترك أكثر من ستة أشخاص في العملية العلاجية، ولا تعني الزيادة في العد تكرار للعملية الفردية، بل إنها تمل تغيرا نوعيا في الخبرة، كما تمثل إمكانات علاجية فريدة.

وقد استندت جميع المداخل الجماعية في العلاج النفسي رغم تفاوتها على مبدأ أساسي يقوم على المشاركة الوجدانية بين أفراد المجموعة من حيث المشاعر والخبرات والأفكار القائمة على الاهتمام والاحترام المتبادل الأمر الذي يساعد كل فرد على فهم نفسه والآخرين. ومن هنا ورد مفهوم العلاج الجماعي بأنه :

"علاج جماعي لمشكلات نفسية حيث يتفاعل مريضان أو أكثر بعضهم مع البعض الآخر على المستوى الانفعالي والمستوى المعرفي في وجود معالج نفسي أو أكثر يعملون كحفازين وميسرين أو مفسرين".

وقد أو ضح حمودة بأن العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند مورينو (1932) ليعبر بها عن أسلوب علاجي يجمع بين تكتيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكتيك العلاج التلقائي أو المباشر، ورأى أنه يمكن تحسين الأحوال الاجتماعية تلقائيا نتيجة للتفاعلات بين الجماعة.

ولقد كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الاعتبارات الاقتصادية والتي هي الدافع الرئيسي لابتداعه، ولكن سرعان ما تبين أن فوائد هذا العلاج تتعدى اختصار الوقت وتخفيض التكلفة العلاجية لتشمل بعض الجوانب المتعلقة بمنظور العلاج النفسي ومنهجيته وتطبيقاته.

وقد كان المعالجون النفسيون إلى وقت قريب يبتدعون عن أساليب العلاجات النفسية الجماعية، ولا يعتبرونها اهتماما حيث لا يعتبرونها من العلاج في شيء، أما اليوم فقد وصل العلاج النفسي الجماعي إلى مكانة قد تجعل من العلاج الفردي مجرد تابع له، يقول "كارل روجرز" في كتابه الشهير (جماعية المواجهة) : "إن الجماعات وجدت وستضل باقية طالما وجد إنسان على ظهر هذا الكوكب. غير أن الجماعة التي أعنيها هي الخبرة المكثفة التي أعدت بتدبير وقصد للعيش في جماعة. وهي في رأي أعظم إنجاز اجتماعي شاع في هذا القرن، بل لعلها أقوى إنجاز على الإطلاق،ولعل ما يعكس الاهتمام بالعلاج الجماعي اليوم صدور

الكثير من الكتب والمقالات، وعقد والمؤتمرات الدولية، وكذلك تطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات ومراكز التوجيه، وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية (عيسوي، 1993، ص 215).

وأن للعلاج الجماعي تاريخ ممتد ذو جذور قديمة، كما ظهر ذلك في الدراما الإغريقية ومسرحيات العصور الوسطى وجلسات التنويم المغناطيسي التي عقدها "أنطوان مسمر"، فإننا نجد مثلث اللبنة الأولى لحركات العلاج النفسي الجماعي الحديث.

حيث دلت الشواهد التاريخية على أن العلاج النفسي الجماعي هو من نتائج الحرب العالمية الثانية، وذلك عندما طلب من الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين في المؤسسات العسكرية، أن يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي وذلك بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى، حيث تكونت مثل هذه الجماعات في السجون، ومراكز النقاهة، والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان "جلسات التذمر أو الشكوى"، إذ كان الافتراض الأكثر شيوعا هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من العدوانية المكبوتة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطالب السلطة أو أكثر إدراكا.

وتنتسب البداية الحديثة للعلاج النفسي الجماعي كما يراها الكثيرون إلى "جوزيف هيرسي برات"

(1905) وهو طبيب باطني من بوستن، وذلك عند محاولته التي قام بها في علاج مرضى السل الرئوي، فإن الكثير من المصادر تعتبر أن العلاج النفسي الجماعي هو فكرة أمريكية نشأت عن الفلسفة البراغماتية الأمريكية.

.هناك العديد من التعاريف للعلاج النفسي ولقد استنبط الباحث جزء منها "العلاج النفسي الجماعي هو نوع من أنواع العلاج النفسي. والذي يتم من خلال اختيار

مجموعة منتقاة من حسب خصائص معينة (الشخصية، نوع المرضى النفسي لتم علاجهم بصورة جماعية.

وطبقا لتعريف (بدوي، 1986، ص 337) فعرف العلاج النفسي الجماعي بأنه "علاج الأمراض ذات الصبغة الانفعالية. بوسائل نفسية كالإيماء في أثناء اليقظة أو النوم الصناعي، وتقوية الإدارة والروح المعنوية. والإقناع والتحليل النفسي".

وعرف (مورنو) 1932 العلاج النفسي بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكتيك العلاج التلقائي المباشر (فطيم 1993، ص 48).

وقد عرفه ابراهام 1950 بأنه عملية من عمليات الجماعة يقودها شخص لا تظهر عليه علائم مرضية ليصلح من مشكلات أعضاء الجماعة في علاقاتهم ببعضهم البعض وبالمجتمع.

وقد عرفه زهران بأنه علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة. يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد.

وقد عرفه "إدوادز" 1968 : بأنه جلسة مع عدد من المرضى. حيث يشجعون على الاشتراك في المناقشة الحرة (عيسوي، 1990، ص 125).

وقد عرفه "ساتفورد" بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يجتمع فيه عدد من الأفراد المضطربين انفعاليا في شكل جماعة يجتمعون مع أخصائي العلاج النفسي عن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة

وقد عرفه سلافسون 1951 بأنه تطبيق خاص لمباديء العلاج الفردي على شخصين أو أكثر في وقت واحد، فيما يتعلق بظواهر ومشكلات العلاقات بين الأشخاص .

ويتضح من التعريفات السابقة أن العلاج النفسي الجماعي يجب أن يتم في إطار مجموعة تتكون فردين أو أكثر بهدف علاج الاضطرابات النفسية أو غيرها لدى أفراد تلك المجموعة في وقت واحد.

2 ـ أساليب وتقنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

لقد أثرت الحرب العالمية الثانية كثيرا على في الوقت وأدت إلى إصابة العديد منهم باضطرابات نفسية، وكان لزيادة الحالات المرضية أثره الكبير في نقص المعالجين النفسيين وبالتالي عدم تمكينهم من القيام بدورهم العلاجي لكل حالة مرضية، كما أن معظم الحالات المضطربة متشابهة وتجمعهم ظروف واحدة من جراء تلك الحرب، لذا تم اللجوء إلى طريقة العلاج الجماعي لاستيعاب عدد كبير من المرضى، فكانت الانطلاقة الحقيقية لهذا النوع من العلاج والذي أصبح من أهم أنواع العلاج النفسي ومن أهم الطرق العلاجية الحدية التي تستثير الفرد على معيشة الواقع ومواجهة مشاكله ومناقشتها بصورة تدعو على التفاؤل عن طريق مشاركة الآخرين والتفاعل معهم.

والعلاج النفسي الجماعي فائدة مزدوجة، فإذا كانت الفائدة الأولى تكمن في إتاحة الفرصة للمرضى لمناقشة المشاكل التي تؤرقهم مع الآخرين والتي يصعب عليهم مواجهتها حتى يتم تبادل الأفكار الإيجابية والخبرات فإن الفائدة الثانية اقتصادية كون العلاج النفسي الجماعي يطبق على عدة أفراد في وقت واحد حيث يمكن الاكتفاء بمرافقة معالج نفسي واحد مع أفراد المجموعة العلاجية

(روتر، 1989، ص ص 166 ، 167).

السيكودراما :

لقد أسس جاكوب مورينو MORENO هذه طريقة "وهي العلم الذي يستكشف الحقيقة الإنسانية من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية" حيث يقوم المريض من خلال هذه الطريقة يتمثل دور خاص به يتصرف فيه بطريقته الخاصة وذلك

ضمن تمثيله أو مسرحية يشترك فيها أفراد المجموعة، (النابلسي، 1991، ص 183).

وهذا النوع من العلاج يقتضي مساعدة المريض على التعبير عن مشاعره والتنفيس عن انفعالاته المكبوتة من خلال قيامه بتمثيل الأدوار المختلفة التي يرغب القيام بها.

وللسيكودراما إسهامات عديدة في عملية العلاج النفسي الجماعي. حيث تستخدم كوسيلة علاجية وتعليمية وتدريبية. وكذلك وسيلة تربوية تساعد الفرد على الترويح والترفيه، ولأنها وسيلة من وسائل العلاج النفسي فإنها تنظر للمريض على أنه شخص مضطرب نفسيا، يعيش في عزلة بعيدا عن المجتمع المحيط به مما يسبب الاضطرابات النفسية وبالتالي تفاقم المرض لديه.

ولذلك يرى علماء النفس بأن السيكودراما يعد أسلوبا علاجيا فعالا من أساليب العلاج النفسي الجماعي لكونه يساعد لكونه يساعد المريض في التخلص من عزلته حيث أن المرضى المضطربين نفسيا يساعدون أثناء التجارب كثيرا وخاصة مع يجدون أن لديه الاهتمام بهم فيما يعتبرون عنه، سواء كان ذلك عن طريق الكلمات أو الإيماءات أو غير ذلك.

ومن هنا يكون التجارب مع بعضهم البعض، فيبدأ بينهم التفاعل مع أي انفعالات قد تولد لديهم معان جديدة (الحسين، 1997، ص 62).

ومما سبق فإن السيكودراما كوسيلة علاجية تجعل المريض يساعد نفسه على اكتشاف قدراته والتعبير عنها بطريقة فعالة تمكن من تعديل سلوكياته والتفكير في كيفية تغيير اتجاهاته السلبية إلى تقود والانطواء والاستسلام للمواقف والأحداث المؤثرة في حياته وتكوين الغير منطقية

خاصة في مجال الإدمان وذلك لكونه يعلب أدورا تمثيلية تعبر بطريقة خاصة في مجال الإدمان وذلك لكونه يلعب أدوارا تمثيلية تعبر بطريقة أو بأخر عن ما يوجد في اللاشعور لديه.

ويرى عيسوي 1981 م بأن الأدوار التمثيل الأدوار يقوم على عدة افتراضات منها :

1 ـ أن حياة الإنسان عبارة عن مسرح تمثيلي يقوم فيه كل فرد يلعب دور معين، حيث يوصف الفرد بالنجاح عندما يتفق دوره بطريقة جديدة.

2 ـ أن الإنسان يتعلم من المواقف الحياتية التي يشاهدها، وأنه يفهم المشاكل بطريقة جيدة عندما يعرض عليه.

3 ـ جماعة الحساسية : وفيها يسعى الأفراد المشتركون بالعملية العلاجية إلى التبصر بمشكلاتهم وزيادة الوعي الذاتي لديهم وكذلك فهم ديناميات الجماعة من أجل تقوية الدافعية العلاجية وتحقيق الفائدة المرجوة من ذلك (كمال، 1994، ص 488).

4 ـ العلاج الأسري العائلي :

ينطلق هذا النوع من العلاج من حيث أن الأسرة وحدة واحدة لا تتجزأ تقوم على أساس التكامل والتفاعل بين أعضائها، وعن طريقها يمكن تحديد الاضطرابات النفسية التي تنشأ بين أي فرد من أفرادها. لذا فإنها العمود الفقري للفرد وهي اللبنة الأولى والرئيسية في العملية العلاجية، ومنها يساعد المعالج النفسي العضو المضطرب على التعبير عن رغباته ومشاعره بشكل مباشر (عبد الخالق، 1997، ص 584).

5 ـ التحليل النفسي الجماعي :

وفي هذا النوع من العلاج يترك المعالج النفسي للمرضى الحرية الكاملة للتعبير عن مشاكلهم وما يتعرضون له من صراعات إلا أنه يعمل على ملاحظة سلوكياتهم وما يعانيها منه كل فرد داخل المجموعة (زهران، 1977، ص 326)

6 ـ العلاج التعليمي :

وتعمد هذه الطريقة العلاج على إعداد المعالج النفسي للمحاضرات والموضوعات المتنوعة سواء كانت هذه المحاضرات طويلة أو قصيرة، وذلك من أجل إعطاء صورة واضحة على سلوك الفرد في المجتمع وتعامله مع باقي أعضاء الجماعة وتفاعله معهم، وكذلك إعادة الثقة بنفس المريض وتصحيح المفاهيم الخاطئة لديه ويرى زهران 1998 م بأن هذا الأسلوب العلاجي يرتكز على التعليم حيث يجب أن يسوده المناخ العلمي، وأنه يعود إلى العالم كلامبان عام 1947 م، فقد أجريت العديد من الدراسات التجريبية لمعرفة تأثير المحاضرات التعليمية والمناقشات الاجتماعية على تعديل السلوكيات وتغيير الاتجاهات. كتجارب "كيرت ليفين" (1947)، وتجارب "كوش وفرنش" والتي توصلت إلى أن المناقشة الجماعية تؤدي إلى تعديل السلوك بدرجة جيدة مما يجعل أعضاء الجماعة العلاجية أكثر صدقا واتزانا فيما بينهم (زهران، 1998، ص 295).

وهناك العديد من العلماء الذين استخدموا هذا الأسلوب العلاجي والذين يعتبرون روادا في هذا المجال كالعالم "كلابمان" الذي استخدمه مع مرضى العصاب والذهان، والعالم "جونز" الذي استخدمه في مرضى الحرب العالمية الثانية من الذين اعتقدوا وتوهموا بأنهم مرضى بالقلوب (الزراد، 1988، ص ص 129 . 130).

كما أن دراسة صفاء الأعسر عام 1970 في أثر المحاضرة والمناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق، قد أكدت على أن الفرد عندما يكون عضوا في جماعة

وفي موقف علاجي جماعي يصبح أكثر فاعلية خاصة عندما يشعر بالانتماء للجماعة وأن مشاكله واحدة ومتشابهة.

3 ـ النظريات المستخدمة في العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

إن معظم العلماء في مجال العلاج النفسي الجماعي يتفقون على أن كل جلسة علاجية جماعية تعتبر ذات أبعاد متعددة حسب الطريقة التي يتبعها المعالج مع أعضاء الجماعة ومن أهم النظريات التي تبينت موضوع العلاج النفسي الجماعي قد أخذت بالرأي الذي يتركز حول أن الإنسان يملك من خلال قدراته العقلية خصائص فردية مثل ما يملك خصائص اجتماعية وقد كان لهذا الرأي مردوده السلبي في أن الإنسان يملك عقل فردي وعقل اجتماعي (كمال، 1994، ص 444). ويرى مليكة 1994 بأن العلاج النفسي الجماعي يمكن استنتاجه من ثلاث أطر نظرية واجتماعية وهي :

3 ـ 1 ـ . نظرية التبادل الاجتماعي لـ (ثيبووكليلي) والتي تري بأن المبالغة في تعظيم الأمور وما يتتبع عنها من ثواب يعود إلى درجة التفاعل بين الجماعة حيث أن كل سلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة.

3 ـ 2 ـ نظرية الدور الاجتماعي التي تقوم على معرفة المتغيرات الظاهرة، الملاحظة من قبل الآخرين والتي يمكن قياسها، لأن الجماعة تلزم كل عضو فيها بإتباع سلوك مناسب بما يتفق مع مكانته الاجتماعية.

3 ـ 3 ـ نظرية التعلم الاجتماعي وفيها يجد الفرد لكونه عضو في جماعة تدعيم والتشجيع مقابل ما يقوم به من أنشطة اجتماعية ظاهرة سواء كان ذلك التدعيم من خارج الجماعة أو من داخلها فإن دوره في ذلك الجماعة يساعده على الحصول على الثناء والتقدير (مليكة، 1994، ص ص 150,151).

4 ـ الخطوات التي يقوم عليها العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

يقوم العلاج النفسي الجماعي بعملية التقييم التشخيصي، حيث لابد من تحديد أعضاء الجماعة العلاجية من خلال محكمين رئيسيين هما :

1 ـ أن يكون لدى المريض الرغبة الدافعية العلاجية للالتحاق بالجماعة والالتزام والتقيد بنظامها.

2 ـ أن تتم عملية اختيار المرضى كأعضاء في جماعة بطريقة متوازنة بحيث يكون لهم نفس المشكلة.

وقد حدد كل من (هونلادر وكازاوكا) خطوات العلاج النفسي الجماعي في عدة نقاط منها :

1 ـ اختيار أعضاء الجماعة العلاجية. على أن يكون درجة التجانس مختلفة حسب المشكلة وطبيعتها.

2 ـ . أن يكون للجماعة العلاجية هوية خاصة بها، والعمل على جذب اهتمام الأعضاء لتكوين الجماعة.

3 ـ وضع أسس وقواعد عامة لتفعيل المشاركة وتبادل الخبرات بين الأعضاء.

4 ـ التحرك ضمن إطار سلوكي معين بحكم علاقة الجماعة العلاجية وتفاعلهم مع بعضهم البعض.

5 ـ أن تصبح نظرة أعضاء الجماعة تفاؤلية وذات توقع إيجابي تجاه السلوك الصادر من كل عضو.

6 ـ إعداد نموذج للتغيير والعمل على تنفيذه من خلال النقاط التالية :

أن يتم تحديد السلوك الذي ينبغي تعديله.

أن يتم عمل برنامج التغيير وتنفيذه عند الحصول على المعلومات اللازمة.

تقييم الجماعة العلاجية عن طريق البيانات والمقاييس اللازمة.

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

كما أن النظرية السلوكية ترى بأن السلوك الإنساني نتيجة تفاعل مستمر ومتواصل بين الفرد وبيئته، لأن السلوك ليس سلوكا ثابتا بل هو متغير، وهذا السلوك لا يحدث في فراغ وإنما يحدث في بيئة اجتماعية، مما يعني بأن الجماعة تؤثر في سلوك الفرد وأن هذا السلوك يؤثر في البيئة ويتأثر بها

(الخطيب، 1990، ص 20).

ويرى كيلارك أن التعليم عند الإنسان يقوم على اكتساب عادات سلوكية من المجتمع المحيط به مما يساعده على التكيف مع البيئة، وأن هذه السلوكيات المكتسبة مرتبطة ارتباطا شرطيا بين المثيرات والاستجابات المقترنة بالتدعيم.

ويتضح من خلال النظريات السابقة بأن الإنسان بكون شخصيته عن طريق العلاقات الإنسانية التي يرتبط بها الفرد وأن الجماعة لها تأثير مباشر وفعال في فهم الفرد وسلوكه والعمل على اتجاهاته وتصحيح أفكاره السلبي.

5 ـ الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

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

أن هناك احتياطات نفسية واجتماعية لكل إنسان ينبغي إشباعها كالحاجة للأمن والتقدير والشعور بالانتماء، والحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهم وكذلك الحاجة للنصح والتوجيه، وغير ذلك من الأمور التي تتيح الفرد الاستقرار النفسي.

أن المعايير الاجتماعية السائدة في كل مجتمع تقتضي تحديدا الأدوار الاجتماعية حتى يشعر الفرد بالانتماء والتفاعل مع الجماعة، لأن مجرد وجدود الآخرين يساعد الفرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية (كمال، 1994، ص 445).

أن الحياة الاجتماعية تعتمد العصرية بشكل كلي عن العمل في جماعات، من أجل أن يحظى الفرد بحياة كريمة ومنتجة تجعله قادر على إقامة علاقات إنسانية ذات فعالية، فيصبح عضوا فاعلا ومصدرا من مصادر العلاج (زهران، 1994، ص 285).

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

ويرى كمال 1994 بأنه عند اختيار الجماعة العلاجية لابد من إتباع القاعدة الأساسية للعلاج النفسي الجماعي القائمة على أن يكون لدى أعضاء الجماعة نفس الحالة المرضية سواء كانت أمراض نفسية أو عقلية أو سلوكية كإدمان المخدرات مثلا وأن يتراوح عدد الجماعة من أربعة إلى تسعة أفراد وقد يصل إلى المئة فرد حسب الطريقة العلاجية المتبعة.

وأن يعمل المعالج النفسي على تحقيق أكبر قدر من التجانس بين أعضاء المجموعة بعد أن يتم استثناء الأفراد الذين لا يتوافقون مع الجماعة.

وغالبا ما تكون العملية العلاجية في مكان مستقل وهاديء يمكن ممارسة العلاج النفسي الجماعي فيه بارتياح، على أن تستمر الجلسة العلاجية من ساعة إلى

ساعة ونصف تقريبا حي يمكن للمعالج أن يعقدها من جلسة في الأسبوع إلى ثلاث جلسات.

ويرى العديد من المختصين في العلاج النفسي الجماعي أنه لابد من الإعداد الجيد للعملية العلاجية سواء كان ذلك من حيث إعداد أعضاء الجماعة أو استعداد المعالج أو غير ذلك.

حيث أن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على مدى قدرة وكفاء المعالج على اختيار أعضاء الجماعة وإدارتها، وقدرته على التفسير والملاحظة وتغيير نظرة نحو ذاته والآخرين (المحارب، 1997، ص 18 . 20).

وأنه من اختيار أعضاء الجماعة لابد للمعالج من القيام بعملية الفحص والتشخيص من خلال إجراء مقابلة شخصية لكل عضو، يراعي فيها مدى حرص الفرد واستعداده لأن يصبح عضوا في جماعة.

وقد لخص وولف WOLF 1967 عملية إعداد المريض في عدة نقاط هي :

1 ـ أن يتم إعداد المريض على تحمل ضغط الجماعة.

2 ـ إعداده على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية.

3 ـ العمل على تهيئة المريض على أن يكون عضوا في الجماعة.

4 ـ تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية.

5 ـ أن المريض له الحرية المطلقة في الانضمام للجماعة وتركها متى شاء.

6 ـ يوضح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه وعلى أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة.

هذا ويستخدم العلاج النفسي الجماعي عادة بشكل موسع في كلا من العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض العقلية وبعض المؤسسات الإصلاحية وفي عيادات توجيه الأطفال.

6 ـ آثار العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

لقد أجريت العديد من البحوث من أجل فهم الدينامية العلاجية وكان لها دورا رئيسيا في تفسير نتائج العلاج النفسي الجماعي وتميزه عن العلاج الفردي، ومن هذه النتائج ما يلي :

أن زيادة لدى الفرد تقترن بشكل مباشر بوجود الآخرين.

أن الفرد يتأثر بمن حوله لمجرد معرفتهم به.

أن المواقف التي تؤثر في الجماعة يكون تأثيرها كبيرا على كل مشارك فيها مما يجعل الفرد يكون أكثر حدة ردة فعله.

أن كل في عضوا في جماعة يصبح أكثر حرضا على تماسك الجماعة وبقائها لأنه يستمد من تلك الجماعة.

ومن أمثلة آثار العلاج النفسي الجماعي المصاحب للصدمات الكهربائية، مع أثر العلاج بالصدمات الكهربائية فقط، وذلك على مجموعتين لمريضات الفصام، حيث وجد بأن نتائج المجموعة الأولى كانت أفضل من المجموعة الثانية.

ويرى كل من هونلادر وكازوكا بأن العلاج النفسي قد فرض إيقاعه ورسخت أقدامه من خلال الكم الهائل من البحوث التي طبقت في هذا وخاصة في ما يقوم به الأفراد من دور في العلاج النفسي الجماعي، وفي تعميم نتائج العلاج والعمل على المحافظة على مكاسبه (مليكة، 1994،ص ص 164 . 165).

7 ـ فنيات العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات:

لقد تم إعداد العديد من الفنيات العلاجية ضمن قوائم خاصة بتفعيل العلاج النفسي الجماعي، حيث أعتمد كلا من "بلوك" و "كراوتش" عام 1985 قائمة علاجية تحتوي على بعض الفنيات العلاجية، وذلك من خلال مراجعتها للعوامل العلاجية السابقة ومن هذه الفنيات ما يلي :

1 ـ الاستبصار.

2 ـ التماسك.

3 ـ الانكشاف الذاتي.

4 ـ التنفيس.

5 ـ العمومية.

6 ـ الإيثار.

7 ـ التعليم بالعبرة.

كما أن هناك بعض العلماء الذين يحرصون على أن يكون الجماعة العلاجية جاذبة لأعضائها، حي توصل بعضهم إلى وضع برنامج خاص لزيادة جاذبية الجماعة

من خلال عدة خطوات.

1 ـ . تخفيض درجة القلق والتوتر لدى أعضاء الجماعة أناء الجلسة الأولى.

2 ـ العمل على تشجيع أعضاء الجماعة وتقرير مشاركهم في العملية العلاجية كتقديم نوع من المرطبات أو الشاي في الجلسة الأولى.

3 ـ تفعيل دور الفرد داخل الجماعة وذلك من خلال اقتراح المعالج لموضوع معين يتم فيه المشاركة حتى ولو كانت ثنائية.

4 ـ استخدام بعض الأساليب العلاجية لإيجاد نوع من التنافس بين أعضاء الجماعة مثل أسلوب توليد الأفكار الذي يقوم على تحقيق التماسك داخل الجماعة العلاجية.

8 ـ مهارات الأخصائي النفساني أثناء العلاج الجماعي :

1 ـ مهارات لتوجيه عملية التفاعل النفسي : (العلاج)

1 ـ 1 ـ مهارات حضورية :

وهي التعبيرات اللفظية والغير لفظية (الحركية) التي يمارسها الأخصائي النفساني لإظهار وتأكيد حضور ومتبعته لكل ما يحدث داخل الجماعة.

والتعبيرات اللفظية هي الكلمات والجمل التي يستعملها المعالج للتعبير عن تقبله واهتمامه وتشجيعه واحترامه وتعاطفه للجماعة ككل، أما التعبيرات الغير لفظية فتتمثل في الحركات الجسمية كحركات اليدين والنظر والإيماء والابتسامة التي تدل على اهتمام المعالج بالجماعة

ومن المهارات الحضورية أيضا مهارة الإنصات ومهارة اختيار أسلوب الحديث وطريقة الجلوس ونبرة الصوت التي تبرهن على تفاعل المعالج مع الجماعة ، وتعتبر المهارات الحضورية أساس عملية المساعدة وتكوين العلاقة المهنية بين الجماعة والمعالج، فضلا عن حاجة المعالج إلى هذه المهارة في جميع عمليات الجماعة

والمهارات الحضورية مرتبطة بالملاحظة التي يقوم بها الأخصائي داخل الجماعة وهي ملاحظة الأخصائي لنفسه ولأقواله ولأفعاله (الكلمات، اللغة التي يستخدمها، المسافة الحسية بينه وبين أعضاء الجماعة، طريقة الجلوس، الحركات الحسية وتعبيرات الوجه)، ثم ملاحظة الأخصائي لأعضاء الجماعة ككل (مدى متابعة الأعضاء، تعبيرات الأعضاء اللفظية وغير اللفظية؟، طريقة الاتصال، مدى الانسجام داخل الجماعة). (صالح بن عبد الله أبو عباه 1998، ص ص 294 . 295)

1 ـ 2 ـ مهارات استجابية :

وهي مجموعة المهارات التي يستخدمها الأخصائي لمساعدة أعضاء الجماعة والجماعة ككل. على إنجاح الأعمال والأنشطة المطلوبة منهم، كأن يلخص الأخصائي رأي أحد أعضاء الجماعة في موضوع معين، أو يطلب من أحد الأعضاء توضيح وجهة نظره في موضوع معين، بالإضافة إلى المهارات الحضورية التي سبق الحديث عنها والاستجابة نوعان إيجابية وسلبية.

فالإيجابية تدعو العضو لإكمال الشرح أو العمل أما السلبية (كالاعتراض من قبل الأخصائي الاجتماعي) فهي تدعو العضو لأن يصمت، أو أن يدافع عن رأيه وله الحق في أخذ فرصة الدفاع عن رأيه، كما على الأخصائي شرح وإيضاح أسباب الاعتراض.

1 ـ 3 ـ مهارات تعبيرية :

وهي المهارات التي يستعملها الأخصائي بغرض مساعدة أعضاء الجماعة على التعبير عن آرائهم ومشاعرهم وخبراتهم، ومن أهم هذه المهارات قدرة الأخصائي على زرع الثقة والاطمئنان في نفوس أعضاء الجماعة، وقدرته على تكوين العلاقة المهنية مع كل عضو من أعضاء الجماعة وبين الأعضاء وبعضهم البعض وعلى الأخصائي في ذلك تشجيع الثقة والتعاطف بين أعضاء الجماعة، لأن عدم وجود الثقة بوجود الشك والتردد والخوف من الجماعة.

1 ـ 4 ـ مهارات التركيز :

وهي مجموعة المهارات التي يستعملها الأخصائي لمساعدة الجماعة للتركيز على موضوع أو نشاط معين، يستحق الدراسة والمناقشة من قبل أعضاء الجماعة أو يكون الموضوع يتطلب سرعة الإنجاز. من هذه المهارات بأهداف الجماعة، والحد من تعليقات بعض أعضاء الجماعة، والحد من تعليقات بعض أعضاء الجماعة الغير مرغوبة، وتشجيع عضو من أعضاء الجماعة للحديث.

1 ـ 5 ـ مهارات اشتراك أعضاء الجماعة :

يفترض في العمل مع الجماعات أن يشارك كل عضو في أعمال الجماعة، لأن وجود العضو يعني حاجته للهدف الذي يستحقه العلاج الجماعي، وهذا الهدف لا يتحقق دفعة واحدة وفي جلسة واحدة، لذا تنطوي عملية المشاركة والإسهام من قبل العضو على تحقيق الهدف العلاج الجماعي، الهدف غالبا يكون نسبيا بمعنى أن

نسبة تحقيقه قد تتفاوت من عضو آخر، ومن العوامل التي تحول دون المشاركة الفعالة من الأعضاء غير المشاركين على المشاركة وتشجيعهم على الإسهام.

2 ـ مهارات جمع المعلومات والتشخيص :

2 ـ 1 ـ مهارات الوصف والتحديد :

وهي المهارات الأساسية التي يستعملها الأخصائي للحصول على المعلومات والغرض من استعمال هذه المهارات وهو مساعدة الجماعة على تحديد موقف أو جانب معين من المشكلة ثم تناولها بالوصف والتحليل، وبذلك تتاح الفرصة أمام كل عضو للتحدث عن جوانب وثيقة الصلة بالمشكلة موضوع النقاش، وتحليلها، وتحديد العوامل المترتبة بها، أو المسببة لها.

. مهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات :

تعتبر مهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات، من المهارات الأساسية التي يستخدمها الأخصائي للحصول على المعلومات، ثم القيام بعمليتي الوصف والتحديد، وكذا الإشارة إلى الجوانب والعوامل ذات الصلة بالمشكلة وتوضيحها، وتوسيع نطاق عمل الجماعة وذلك من خلال الحصول على معلومات إضافية قد تفيد جميع أعضاء الجماعة وعن الأسئلة ينبغي تكون واضحة وقابلة للإجابة وهادفة كما يفضل اختيار الأسئلة المزدوجة.

2 ـ 2 ـ مهارات التلخيص والتجزئة :

يستعمل الأخصائي مهارة التلخيص والتجزئة بعد حصوله على المعلومات أو بعد انتهاء عملية الحوار والنقاش بين أعضاء الجماعة في مشكلة أو موضوع محدد، ويركز أسلوب على إبراز العوامل والجوانب التي تم مناقشتها. أما مهارة التجزئة فيقصد بها تقسيم المشكلة إلى أجزاء يمكن تناولها بسهولة.

2 ـ 3 ـ مهارات التحليل :

الإشارة إلى المعلومات التي تم الحصول عليها.

تحديد جوانب النقص في تلك المعلومات.

وضع خطة لاستكمال المعلومات الناقصة.

القيام بعملية التقرير، أو التشخيص التي تهدف إلى تحديد العوامل المسببة للمشكلة.

3 ـ مهارات عملية (تطبيقية) :

3 ـ 1 ـ مهارات التوجيه :

يتحمل المعالج مسئولية توجيه أعمال الجماعة، وذلك بما يحقق أهدافها وينبغي أن يكون الهدف من عملية التوجيه هو تحقيق مشاركة جميع أعضاء الجماعة بدون استثناء، وتزويدهم بجميع المعلومات والتعليمات التي يحتاجون إليها لإنجاز العمل والنشاط الذي يقومون بأدائه.

3 ـ 2 ـ مهارات توفير المعونة النفسية :

أن خبرات وآراء أعضاء الجماعة لابد أن تكون موضع التقدير والاحترام من الجميع والجو العام للجماعة يفترض أن يعكس هذه القيمة، وذلك من خلال تشجيع أعضاء الجماعة على توفير الدعم والمعونة لبعضهم البعض، والأساليب التي يستخدمها المعالج لتوفير المعونة النفسية تشجيع الأعضاء على التعبير والصراحة.

3 ـ 3 ـ مهارات إعادة التنظيم والتصور والتوضيح :

وهذه المهارات تعني مساعدة أعضاء الجماعة عن تنظيم طريقة تفكيرهم الخاطئ واستبدالها بطرق وأساليب أخرى سليمة وواقعية، لتتغير المفاهيم الخاطئة والأفكار السلبية، ثم التعامل مع المشاعر المرتبطة بها، بمعنى تغيير الحالة النفسية الناتجة عن فهم الموقف بصورة خاطئة.

3 ـ 4 ـ مهارات تقديم النصائح والتعليمات :

مساعدة أعضاء الجماعة على اكتساب سلوكيات جديدة.

مساعدتهم على فهم المشكلات والصعوبات التي تواجههم.

مساعدتهم على تغيير الموقف التي تسبب لهم الصعوبات.

3 ـ 5 ـ مهارات المواجهة :

المواجهة في العلاج النفسي الجماعي تعني لفت الانتباه لعضو إلى سلوكه وتصرفاته وأقواله الغير مرغوبة أو الغير السوية، ويهدف إلى تحقيق الأغراض التالية :

التعرف على السلوك غير سوي وتقويمه.

التعرف على أساليب المقاومة التي يبديها بعض أعضاء الجماعة والتغلب عليها.

التعرف على عوامل التحريف والتشويه التي تصيب الفكر والمشاعر والتعامل معها.

التعرف على جوانب القوة في شخصية أعضاء الجماعة وتدعيمها، والتعرف على جوانب الضعف للتخلص منها.

وللمواجهة تأثير نفسي شديد على الكثير من الناس إذا لم يتوفر لديهم الاستعداد الكافي لقبولها، لذلك ينبغي على الأخصائي معرفة متى ؟ وكيف يستخدمها مع الجماعة ومع الأفراد.

9 ـ مزايا وعيوب العلاج النفسي الجماعي :

9 ـ1 ـ المـــزايا :

إن العلاج النفسي الجماعي يتميز كأسلوب علاجي نفسي بالعديد من المميزات التي تساعد المعالج على إتمام العملية العلاجية بنجاح، ومن المميزات ما يلي :

1 ـ يتميز العلاج النفسي الجماعي عن العلاج الفردي بأنه يقدم لأكبر قدر ممكن من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلة بأقل جهد وأقل تكلفة، حيث أن

الفرد يستطيع أن يعبر عن انفعالات وإسقاطها على الآخرين من أعضاء الجماعة العلاجية دون أن يواجه بالنقد، مما يكون له أكبر الأثر في تخفيف حدة القلق والتوتر لديه، فيصبح قادرا على اكتساب الثقة بنفسه وإثبات شخصيته.

2 ـ مساعدة الفرد على تصحيح المفاهيم الخاطئة عن نفسه وعن الآخرين، وتبصيره بنقاط الضعف في شخصيته، مما ينمي لديه الشعور بالقيمة الذاتية والتطلع إلى القضاء على السلوك السلبي.

3 ـ إقامة العلاقات الاجتماعية الإنسانية ومواجهة المواقف والأحداث في عملية علاجية شبيهة بالحياة الواقعية.

4 ـ مساعدة المريض في تعديل سلوكياته وتغيير اتجاهاته من خلال تعليمه بعض المهارات الاجتماعية المطلوبة.

5 ـ تدريب المريض على اكتساب الخبرات والاتعاظ من أخطاء الآخرين والتغلب على الحيرة والقلق في المواقف والأحداث اليومية.

9 ـ 2 ـ العيــوب :

1 ـ أن العلاج النفسي الجماعي عملية فيها نوع من الصعوبة والتعقيد .

2 ـ أنه قد يحدث نوع من التوافق والتكليف لدى المريض ولكنه لا يحدث تغيرات جذرية في شخصية الفرد.

3 ـ أنه قد لا يفيد بعض المرضى الذين يعانون صراعات داخلية عنيفة.

خلاصـــــــة:

يتضح من خلال بأن النفسي الجماعي تقنية علاجية مناسبة للعديد من المشكلات النفسيـــــة و الاجتماعية التي تواجه الافراد و أنه من أنسب طرق العلاج النفسي المتبعة في الدول الناميـــــة و التي تعاني من قلة المعالجين النفسيين و قلة الموارد المالية التي توفر العلاج النفسي الفردي لكل مريض.

حيث أن العديد من الدراسات التي استخدمت العلاج النفسي الجماعي تتفق على أهميته و مدى فاعليته في مساعدة العديد من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلة

الفصل الرابع:
الإطار المنهجي للدراسة

1 ـ منهج الدراسة
2 ـ عينة الدراسة.
3 ـ حدود الدراسة.
4 ـ الأدوات المستعملة في الدراسة.
5 ـ الخصائص السيكومترية.
6 ـ الأدوات الإحصائية.

الإطار المنهجي للدراسة:

1 ـ منهج الدراسة: في ضوء مشكلة الدراسة واهدافها وتساؤلاتها اختارت الباحثة منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة.

2 ـ عينة الدراسة :تم اختيار عينة الدراسة باسلوب العينة العشوائية الغير منظمة وتتكون من 20 مدمنا للمخدرات اخضع للعلاج.

3ـ حدود الدراسة :وتتمثل في

3 ـ 1 ـ الحدود المكانية: تم انتقاء العينة من العيادات الخاصة المستشفيات من مدينة المسيلة .

3 ـ 2 ـ الحدود الزمانية :استغرقت مدة الدراسة شهر وتم تطبيق الاستبيان في الفترة الممتدة من 29 أفريل إلى 10 ماي .2014

4 ـ الأدوات المستعملة في الدراسة :استخدمت الأدوات التالية

4 ـ1 ـ الاستبيان :قامت الباحثة بتصميم استبيان العلاج النفسي الجماعي للمدمنين على المخدرات

اعد هذا الاستبيان بهدف قياس دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب ويتضمن المقياس 32 بند موزعة على أربعة محاور أساسية وتتوزع البنود على مختلف المحاور كالتالي:

المحور الأول: دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي لمدمني المخدرات، ويضم العبارات **(11.10.9.8.7.6.5.4.3.2.1)**

المحور الثاني :العلاج النفسي الجماعي يعزز الثقة بالنفس بالنسبة لمتعاطي المخدرات ويضم العبارات **(19.18.17.16.15.14.13.12)**

المحور الثالث: العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية بالنسبة لمتعاطي المخدرات ويضم العبارات **(26.25.24.23.22.21.20)**

المحور الرابع: العلاج النفسي الجماعي يساعدني في تعديل سلوك المدمنين المخدرات ويضم العبارات **(32.31.30.29.28.27)**.

وتقابل كل عبارة من عبارات المحاور الاربعة البدائل التالية (نعم. أحيانا. لا) نعم 3 درجات ،أحيانا درجتين ،لا درجة.

4 ـ 2 ـ المقابلة: تعد المقابلة الوسيلة التي تسمح بالحصول على المعلومات. يهدف الأخصائي النفسي بطريقة أسئلة موجهة إلى الحصول على معلومات ذات صلة بمشكل المفحوص.

4 ـ 3 ـ الملاحظة: وهي وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات تستخدمها الباحثة في الدراسة بغرض الحصول على معلومات لها أهمية في الدراسة والملاحظة تمكن الباحثة ملاحظة كل الأشياء المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة.

5 ـ الخصائص السيكومترية:وتتمثل في

5 ـ 1 ـ الصدق :

يعتبر المقياس صادقا اذا كان يقيس ما وضع لقياسه. مع العلم ان هناك عدة انواع من الصدق وقد اعتمدت صدق المحكمين تم عرض الاستبيان على 5 محكمين في مجال التخصص وطلب منهم عن طريق طلب تحكيم صلاحية الاستبيان تحديد مدى شمولية التي فقرات تم صياغتها كما طلب منهم تحديد مدى صلاحية كل عبارة لقياس ذلك ومدى ملائمتها.

وقد تم حساب صدق المحتوى وفقا للمعادلة التالية :

ن م ص = $\frac{ع-ع}{ع ك}$ حيث

ع = عدد المحكمين الذين اعتبروا البند يقيس السلوك المراد قياسه

ع = عدد المحكين اعتبروا أن البند لا يقيس السلوك المراد قياسه

ع ك = عدد المحكمين الاجمالي

والجدول الموالي يوضح نتائج التحكيم للاستبيان

جدول رقم 01 يمثل حساب الصدق لاستبيان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات

البنود / الاستجابة	تقيس	لا تقيس	ن م ص
01	5	0	1
02	5	0	1
03	4	1	0.6
04	5	0	5
05	4	1	0.6
06	4	1	0.6
07	5	0	1
08	5	0	1
09	5	0	1
10	4	1	0.6
11	5	0	1
12	5	0	1
13	5	0	1
14	4	1	0.6
15	5	0	1
16	3	2	0.2
17	5	0	1
18	5	0	1
19	5	0	1
20	5	0	1
21	5	0	1
22	5	0	1
23	5	0	1
24	4	1	0.6
25	5	0	1
26	5	0	1
27	5	0	1
28	3	2	0.2
29	5	0	1
30	5	0	1
31	5	0	1
32	5	0	1
مجموع م ن ص / عدد البنود			*0.84*

من خلال هذه النتائج يتبين أن الاستبيان يحمل صدق ظاهريا جليا وملائمة التطبيق مع مجتمع الدراسة

ولقد قامت الباحثة بتعديل بعض الفقرات بناء على ملاحظات واقتراحات بعض أعضاء لجنة التحكيم والجدول التالي يوضح التحويلات التي قامت بها الباحثة

جدول رقم (02) ملخص للتغيرات المجرات على الاستبيان

الاستبيان	التغيرات المجرات على المقياس بعد التحكيم
دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات العلاج النفسي الجماعي يعزز الثقة بالنفس بالنسبة لمتعاطي المخدرات العلاج النفسي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية بالنسبة لمتعاطي المخدرات العلاج النفسي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات	تم التعديل العبارات **(9.1)** بناء على توصيات المحكمين تم استبدال في العبارة **(4)** السؤال العام بالخاص في العبارة **(7)** تحديد نوع الشكل في العبارة رقم **(10)** سؤال مركب يجب فصله العبارات **(19.18.17.16.15.14.13.12)** كلها معدلة العبارة رقم **25** خطأ تعبيري تم تعديل العبارة **(28)**

5 ـ 2 ـ الثبـــــــات:

لحساب ثبات هذه الأداة تم اعتماد طريقة التجزئة النصفية تم حساب معامل الارتباط بيرسون

$$ر = \frac{ن \text{ مج } (س \text{ ص }) - \text{ مج}(س) \cdot \text{ مج } (ص)}{\text{جذر}[ن \text{ مج}(س^2) - (\text{مج } س)^2] \cdot \text{جذر}[ن \text{ مج}(ص^2) - (\text{ مج } ص)^2]}$$

و من ثم حساب الثبات حيث

$$ث = \frac{2 \cdot ر}{1 + ر}$$

جدول رقم (03) يمثل حساب ثبات استبيان العلاج النفسي الجماعي

معامل الارتباط / استبيان	معامل الارتباط	ث
استبيان العلاج النفسي الجماعي	0.873	0.932

معامل الارتباط مرتفع مما يدل على ان استبيان العلاج النفسي الجماعي صادق وثابت .

6 ـ الأدوات الإحصائية :

استخدمت في بحثنا هذا معالجة البيانات الخاصة بإجابات المبحوثين الواردة بالاستبيان عدد من الأدوات الإحصائية والمتمثلة في :

التكرارات.

النسب المئوية.

معامل الارتباط بيرسون لحساب ثبات الاستبيان.

الفصل الخامس :

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1 ـ عرض النتائج وتحليل البيانات.

2 ـ مناقشة وتفسير النتائج عن ضوء فرضيات الدراسة.

3 ـ الاقتراحات.

خلاصة

تمهيد:

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة و تفسيرها في ضوء المعالجات الإحصائية التي تم تحليلها بواسطة التكرارات و النسب المؤوية ، وقد توصلت الباحثة لمجموعة من النتائج التي أمكن من خلالها التحقق من صحة فروض الدراسة حيث أسفرت نتائج الدراسة عن الآتي:

1 ـ عرض النتائج وتحليل البيانات:

المحور الأول: ويتعلق بدور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات.

الجدول رقم (04) يوضح اجابات المفحوصين على دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي

	العبارات		نعم	أحيانا	لا	3
1	هل تشعر بأنك تتجاوب مع العلاج	ت	10	10	0	20
		%	50	50	0	100
2	هل أصبحت لا تفكر في العلاج	ت	6	4	10	20
		%	30	20	50	100
3	هل تغيرت نظرت الناس إليك بعد العلاج	ت	14	4	2	20
		%	70	20	10	100
4	هل العلاج النفسي ساعدك في تخطي مشاكلك	ت	12	6	2	20
		%	60	30	10	100
5	هل تنصح المدمنين بالعلاج	ت	15	2	3	20
		%	75	10	15	100
6	هل كلفك العلاج مبالغ كثيرة	ت	3	9	8	20
		%	15	45	40	100
7	هل أصبحت قادر على مواجهة مشاكلك بشجاعة	ت	10	8	2	20
		%	50	40	10	100
8	هل تخلصت من الانفعالات بعد تلقي العلاج	ت	9	11	0	20
		%	45	55	0	100
9	عندما يواجهك مشكل هل تلجأ إلى المخدرات	ت	1	3	16	20
		%	5	15	80	100
10	هل أصبحت على دراية بالسبب الذي جعل المخدر يسيطر عليك	ت	14	3	3	20
		%	70	5	15	90
11	هل العلاج مكنك من اعادة النظر في نمط حياتك	ت	11	7	2	20
		%	55	35	10	100

تشير نتائج الدراسة الميدانية في الجدول رقم 04 إلى إجابات عينة مدمني المخدرات الدين اخضعوا للعلاج.

من الجدول أعلاه العبارة الأولى :

يتبين أن نسبة 50% كانت الإجابة بنعم أي أن نصف عدد الأفراد يشعرون بالتجاوب مع العلاج هذا يعني أن العلاج وفر جو من الموازنة والدعم للأفراد الذين يعانون من مشكل أو اضطراب نفسي معين.

وهذا من خلال الانخراط مع مجموعة من الأشخاص الذين يواجهون نفس المشكل والعلاج النفسي الجماعي فرصة للتنفيس عن انفعالات الشخص التي يشعر بها نتيجة تعرضه لمشكلة. أما نسبة 50% إجابة بـ"أحيانا" هذا لا يعني أن الفرد لا يتجاوب مع العلاج وإنما مدة علاجه تكون طويلة وأثناء فترة العلاج تنمو العلاقة العلاجية ويتقبل المريض مواجهة المعالج ويبدأ الاتساق لدى المريض فيما يقوله وما يفعله وتقل دفعات الغضب والانفعال والتردد في العلاج.

من الجدول رقم 04 العبارة الثانية :

من الملاحظة يتضح بأن نسبة 50% أصبحوا لا يفكرون في العلاج مما يعني أنهم تعافوا أما نسبة 30% أجابوا بنعم أي أنهم يفكرون في العلاج يعني الرجوع إلى الإدمان من جديد والعلاج لا يحتاج إلى أن يكون إراديا ليكون فعالا. فالدافعية القوية يمكن أن تزيد بدرجة مهمة الدخول للعلاج وإن عزمك وخطوتك نحو العلاج بداية الحياة السعيدة ووضع حد لحياة الشقاء. وأن تتعلم استراتيجيات زيادة الدافعية وهذه الاستراتيجيات تساعد على زيادة الدافعية لدى المدمن لتقبل فكرة العلاج والانخراط والاستمرار فيه ،وأما نسبة الإجابة ب" أحيانا "كانت 20 % تكاد تنعدم بالمقارنة مع نسبة 50% .

من الجدول رقم (04) العبارة الثالثة :

من الجدول أعلاه يتبن بأن نسبة 70% موافقة على أن نظرة الناس تغيرت بالنسبة للمدمن الذي أخضع إلى العلاج النفسي أما نسبة الذين أجابوا بالنفي فكانت 10% وهي تعتبر نسبة ضئيلة أما إجابة الأفراد المفحوصين بـ " أحيانا

"كانت 20 % وهذا لا يعني أن العلاج لم يخرج بنتيجة وأن المجتمع يرفضه ولا يقبله مما يزيد بالشعور بالرفض والاختلاف وفقدان احترامه لنفسه وعدم تقدير الذات مما يدفعه لتكرار السلوكات الغير طبيعية بل إنه تعافى بينه وبين ذاته وهذا هو المهم في العلاج (عبد المجيد طاش يناذي ب سنة . ص19).

من الجدول رقم (04) العبارة الرابعة :

بتحليل الجدول السابق يتضح أن أن نسبة 60% من أفراد العينة أجابت بـ " نعم " أي أن العلاج النفسي الجماعي يساعد المدمنين في تخطي مشاكلهم وذلك بحل كل المشكلات الأسرية و الاجتماعية التي قد تساهم في العودة إلى تعاطي المخدرات وكذلك تدعيم شخصية المريض من خلال العمل على تخفيف الأعراض وحل المشاكل النفسية التي تواجهه عن طريق تغيير ظروفه وهو ما يسمى بعلاج الدعم أما نسبة الأفراد الذين أجابوا بـ " أحيانا "كانت 30 % وتعتبر نسبة قليلة من الأفراد بالمقارنة مع الأفراد الذين وفقوا في تخطي مشاكلهم. أما نسبة الأفراد الذين أجابوا بـ " لا " كانت 10% تكاد تنعدم .

من الجدول رقم (04) العبارة الخامسة :

انطلاقا من الجدول أعلاه نستنتج بأن 75% من مجموع الأفراد كان جوابها بالنسبة لنصح المدمنين بالعلاج بـ " نعم " بينما كانت نسبة الإجابة بـ " لا " 15% من مجموع الأفراد. أما نسبة الإجابة بـ " أحيانا " فكانت 10% من مجموع العينة المدروسة فتحليل هذه النسب الإحصائية يبين أن تكامل التخصصات العلاجية واتحادها يصل إلى النتيجة المطلوبة وهي الشفاء التام وليس الجزئي أو المحدود وذلك أن الشفاء الحقيقي لا يكون مقصورا على علاج أعراض الانسحاب للمدمن ثم تركه بعد ذلك لينتكس. وإنما تصل به إلى استرداد عافيته الأصلية في وجوهها الثلاثة الجسدية ، النفسية ، الاجتماعية مع ضمان عودته الفعالة إلى المجتمع ووقايته من النكسات.

من الجدول رقم (04) العبارة السادسة :

بوضع الجدول السابق بأن النسبة الكبرى من مجموع الأفراد أجابت بالإيجاب حيث تمثل النسبة 40% من العينة أن العلاج لا يكلفها مبالغ مالية كثيرة بينما نسبة أفراد العينة الذين أجابوا بـ " نعم " كانت قليلة وهذا من مزايا العلاج النفسي الجماعي إنه يقدم الأكبر قدر ممكن من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلة بأقل جهد وأقل تكلفة.

من الجدول رقم (04) العبارة السابعة :

انطلاقا من الجدول أعلاه نستنتج بأن 50% من مجموع الأفراد أصبحوا قادرين على مواجهة مشاكلهم بشجاعة أما نسبة الإجابة بـ " لا " فكانت 10% وهي نسبة ضئيلة مما يعني أن العلاج النفسي يساعد على إيجاد طرق أفضل للتعامل مع المشكلات الحياتية الأوسع نطاقا والتي من المحتمل أن تؤدي إلى اللجوء إلى المخدرات وفي العملية العلاجية تتم معرفة الانفعالات المكبوتة في اللاشعور والعمل على إظهارها في حيز الشعور عن طريق التنفيس لدى المريض ومن ثم مساعدته على حل مشاكله ومواجهتها وتقوية استبصاره ودافعيته للعلاج من أجل إحداث تغيير رئيسي وجذري في بناء الشخصية.

من الجدول رقم (04) العبارة الثامنة :

انطلاقا من الجدول السابق نستنتج أن نسبة 45% تخلصوا من الانفعالات بعد تلقي العلاج أما نسبة الجواب بأحيانا كانت 55% مما يعني أن العلاج ساعد المريض على فهم ذاته وإدراك ما يصدر منه من انفعالات تؤثر في سلوكياته الفكرية واللفظية والحركية وعدم توفقه النفسي والعمل على حل مشكلاته وتغيير اتجاهاته وتعديل سلوكياته مما يحقق التوافق مع الذات ومع الآخرين.

من الجدول رقم (04) العبارة التاسعة :

يفسر الجدول إجابات أفراد العينة المبحوثة إذ تبين بأن أعلى نسبة سجلت لصالح الإجابة " لا " حيث تمثل 80% من مجموع أفراد العينة ونسبة الإجابة بـ " نعم " 5% تكاد تنعدم أما نسبة الإجابة بـ " أحيانا " كانت 15% من إجابات العينة المبحوثة مما يعني أن نسبة 80% من الأفراد الذين إذا واجههم مشكل لا يلجؤون إلى المخدرات وهنا تكمن أهمية الاستبصار التي تتمثل في تسهيل العملية العلاجية بالنسبة للمدمن من أجل معرفة مشكلته الأساسية وكيفية مواجهتها بالاعتماد على الذات دون الاستسلام للمخدر وزيادة تفاقم المشكلة وإزالة الشعور بالرغبة النفسية للتعاطي عن طريق تدريب العقل الباطن للمريض على الاقتناع الداخلي بالتوقف عن تعاطي المخدرات.

من الجدول رقم (04) العبارة العاشرة :

انطلاقا من الجدول أعلاه نستخلص بأن نسبة 70% أجابوا بـ" نعم " مما يعني أن المرضى أصبحوا على دراية بالسبب الذي جعل المخدر يسيطر عليهم أما نسبة الإجابة بـ "أحيانا" 5% تكاد تنعدم وتوجد نسبة قليلة من الذين أجابوا بـ " لا " وهذا لا يعني أن العلاج لا يعطي نتيجة بل هذه النسبة 5% من الأفراد يحتاجون إلى فترة طويلة من العلاج . مما يدل ان هزيمة الإدمان ليست مجرد التوقف عن التعاطي ولكن لا بد في البداية أن ينجح أي العلاج التأهيلي في التعرف على الأسباب التي أجبرت المدمن عن التعاطي من الأساس وما هي السلوكات التي تعزز الإدمان لدى المريض ومن ثم تغيير الأنماط السلوكية إلى الأفضل.

الجدول رقم (04) العبارة الحادية عشر:

انطلاقا من الجدول نستخلص بأن نسبة 55%من أفراد العينة أجابوا بـ "نعم" أي أن العلاج مكنهم من إعادة النظر في نمط حياتهم ونسبة 10% أجابوا بـ "لا" ونسبة 35% من الأفراد كانت الإجابة بـ " أحيانا" وهذا يعني أن العلاج النفسي

الجماعي مكن الفرد من استعادة توازنه النفسي والعقلي لممارسة حياته بشكل طبيعي.

المحور الثاني: ويتعلق بدور العلاج النفسي الجماعي في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة للمتعاطين

جدول رقم (05) يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة للمتعاطي

	العبارات		إجابات الأفراد			
			نعم	أحيانا	لا	3
1	هل أصبحت تثق بنفسك	ت	18	01	01	20
		%	90	5	5	100
2	هل تشعر بأن عائلتك تثق بك	ت	14	3	3	20
		%	70	15	15	100
3	هل تعتقد بأنك إنسان ناجح	ت	12	7	1	20
		%	70	35	5	100
4	هل تغيرت نظرتك السابقة إلى ذاتك	ت	12	5	3	20
		%	60	25	15	100
5	هل تشعر بالطمأنينة والارتياح بعد العلاج	ت	15	3	2	20
		%	75	15	10	100
6	هل تستطيع تحمل مسؤولية أي عمل يطلب منك	ت	9	8	3	20
		%	45	40	15	100
7	هل أصبحت سريع التأثر بالأحداث والمواقف	ت	18	4	20	20
		%	30	50	20	100
8	هل أصبحت تشعر بعدم الإحباط	ت	11	3	6	20
		%	55	15	30	100

تشير نتائج الدراسة الميدانية في الجدول رقم (05) إلى إجابات عينة مدمني المخدرات الذين أخضعوا للعلاج.

من الجدول أعلاه رقم (05) العبارة الأولى:

من خلال الجدول يتجلى أن عدد أفراد العينة أجابوا بالإيجاب نحو هذا السؤال بنسبة 90% ونسبة 5% أجابوا بـ "لا" و "أحيانا" مما يعني أن الأفراد المدروسين أصبحت لديهم ثقة عالية بأنفسهم عن طريق علاج إعادة البناء وهو علاج يهدف إلى تعديل شخصية المريض وتغيير طريقة تفكيره واتجاهاته وسلوكياته ومن ثم إعادة الثقة بنفسه وبناء شخصيته.

من الجدول رقم (05) العبارة الثانية

لإتمام الإجابة عن العبارة السابقة وتأكيد مدى ثقة المريض بنفسه ومدى ثقة عائلته به نجد نسبة 70% يشعرون بأن عائلتهم تثق بهم ونسبة 15% أجابوا بـ " لا " وهي تعتبر نسبة قليلة بالمقارنة مع نسبة الإجابة بـ " نعم " وهذا يعني أن العلاج حسن العلاقة بين المدمن وأسرته والمجتمع وساعد على استرداد ثقة الأسرة والمجتمع به.

في الجدول رقم (05) العبارة الثالثة:

أكبر نسبة سجلت في الجدول السابق فيما يخص اعتقاد الفرد بأنه إنسان ناجح وقيمتها 70% من مجموع الأفراد المبحوثين أما الذين أجابوا بـ " لا " فكانت 5% وهي تعتبر منعدمة بالنسبة للذين أجابوا بـ " نعم " حيث أن معرفة المدمن لمشكلته وتبصره بها يساعده على اكتساب الدافعية اللازمة لمواصلة التعافي والعمل على البحث عن الحلول الإيجابية لتلك المشكلات التي تعرضه في الحياة الاجتماعية كما أن فهمه لمشكلته في كافة الجوانب يساعده على التفكير المتزن الذي يكفل له الحياة الكريمة وبالتالي إتباع السلوك الحسن والبعد عن أصدقاء السوء المؤثرين في العودة لاستخدام المخدرات.

في الجدول رقم (05) العبارة الرابعة:

هذا الجدول يتضمن إجابات الأفراد الذين أخضعوا للعلاج الخاصة بتغير النظرة السابقة عن الذات وكانت الإجابة بـ "نعم " بلغت 60% والإجابة بـ " لا" كانت 25% يعنى أن العلاج مكن من توضيح الصورة السلبية لسلوك الفرد من نفسه وعن الآخرين والعمل على إعادة الثقة بنفسه كعضو فعال في الجماعة وبخضوعه الى العلاج المتمركز حول الذات تتغير مفهوم الذات بالنسبة له بما يتطابق مع الواقع حتى يحدث التوافق النفسي ، فهو ليس مجرد إيجاد حل للمشكلة فقط بل مساعدة المريض على تحقيق النمو النفسي السوي (عبد الخالق 1997،ص563).

من الجدول رقم (05) العبارة الخامسة:

تبين الإجابة على هذا السؤال تفسيرا وتوضيحا للسؤال السابق إذ يتضمن مدى الشعور بالطمأنينة والارتياح بعد العلاج حيث كانت الإجابة كما يلي 75% من مجموع أفراد العينة أجابت بـ"نعم" و15% أجابت بـ"أحيانا" أما نسبة الأفراد الذين أجابوا بـ"لا" كانت 10% مما تدل علي العلاقة بين الدافعية بالتعافي وتتطلب اعتراف المدمن بأن الإدمان مرض سلوكي يحتاج للعلاج وبذل الجهد لإيقافه، من خلال المعرفة العلمية من جميع النواحي الصحية والاجتماعية وذلك لمعرفة جميع الجوانب المحيطة بمرض الإدمان والأساليب الصحية لمقاومته، حيث ان الدافعية هي التي تقوم على الرغبة القوية للتخلص من الإدمان.

من الجدول رقم (05) العبارة السادسة:

بتحليل الجدول السابق يمكننا إعطاء توضيح أكثر للسؤال السابق حيث نجد 45% من الأفراد المفحوصين أجابوا بـ"نعم" ونسبة 40% أجابوا بـ"أحيانا" وهما نسبتين متقاربين وهذا أن هذه النسبة 40% ما زالت تحتاج إلى علاج مطول للتعافي لان كل فرد وقابليته للتعافي أما نسبة الأشخاص الذين يستطيعون تحمل مسئولية أي عمل يطلب منهم أنهم اخضعوا لتدريب على التفكير بطريقة علمية

سليمة قبل اتخاذ أي قرار أو تصرف، وذلك عن طريق المحاضرات التعليمية التي تعتمد على الجماعة وتفاعلهم مع بعضهم وكيفية إعادة الثقة بالنفس والتبصرة بنقاط الضعف في الشخصية وتصحيح المفاهيم الخاطئة والاعتقادات اللاعقلانية التي تقود إلى استخدام المخدرات والاستسلام لها وكذلك تعتمد على العلاج المعرفي لأنه يقوم على استخدام تقنيات مختلفة بما يتلاءم مع طبيعة المدمن وما يعانيه من اضطراب.

من الجدول رقم (05) العبارة السابعة:

من خلال نتائج الجدول السابقة. نرى بأن نسبة 30% من الأفراد المفحوصين أنهم أصبحوا سريعي التأثر بالأحداث أما نسبة 50% أجابوا بـ"أحيانا" والنسبة الباقية للذين أجابوا بالنفي وهي تقدر بـ 20% وهي نسبة قليلة بالنسبة لـ"أحيانا" حيث أن التأثر بالأحداث والمواقف للأفراد يرجع إلى الشخصية وبناءها فمنهم من يملك شخصية قوية ومنهم من يملك شخصية ضعيفة وعلى الفرد أن يتخذ القرار في عملية التعافي وتحمل مسئولية ذلك لأن مشوار التعافي طويل ويحتاج للصبر على الصعاب والأزمات وذلك لمواجهتها دون الاعتماد على المخدرات.

من الجدول رقم (05) العبارة الثامنة:

من خلال الجدول يتجلى أن عدد أفراد العينة المفحوص أجابوا بالإيجاب نحو هذا السؤال بنسبة 55% وعدد الذين أجابوا بالنفي 30% مما يتوضح بان أكثر من نصف الأفراد أصبحوا لا يشعرون بالإحباط مما يدل على استمرارهم في التعافي وهذا يتطلب أمور كثيرة منها الابتعاد على أصدقاء السوء وتدريب النفس على مواجهة المشاكل وإثبات القدرة على العمل وكذلك القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية.

المحور الثالث : ويتعلق بدور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق المساندة النفسية الاجتماعية للمتعاطي المخدرات.

جدول رقم (06) يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق المساندة النفسية الاجتماعية

الرقم	العبارات		إجابات الأفراد			
			نعم	أحيانا	لا	3
1	هل تعلم أسرتك بأنك تتعاطى المخدرات	ت	11	6	9	20
		%	55	30	25	100
2	هل تشعر بأنك منبوذ وسط أسرتك بسبب تعاطيك المخدرات	ت	15	3	2	20
		%	75	15	10	100
3	هل تشعر بأن أسرتك تساعدك على علاجك من الإدمان	ت	14	3	3	20
		%	70	15	15	100
4	هل تساعدك أسرتك على علاجك من الإدمان	ت	20	15	2	20
		%	80	10	10	100
5	هل تقدم لك أسرتك دعما ماديا أثناء فترة العلاج	ت	9	5	6	20
		%	45	25	30	100
6	هل تشعر أن زوجتك تقف إلى جانبك في مرحلة العلاج	ت	10	6	4	20
		%	50	30	20	100
7	هل تعتقد أن أولادك ينظرون إليك بنظرة سلبية بسبب تعاطيك	ت	9	6	5	20
		%	45	30	25	100

تشير نتائج الدراسة الميدانية في الجدول رقم (06) إلى إجابات عينة مدمني المخدرات الذين أخضعوا للعلاج.

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة الأولى :

بالنسبة لعينة الأفراد المبحوثين فإن الجدول رقم (06) أعلاه يوضح أن نسبة 55% من مجموع الأفراد أجابوا بأن أسرتهم تعلم بأنهم يتعاطون المخدرات. بينما نسبة 25% أجابوا بأن أسرهم لا تعلم بتعاطيهم ،وما تبين لنا من خلال أجوبة الأفراد العينة هو أن الأغلبية كان ردها بالإيجاب يعني انه تكلف الأسرة بالإجراءات التربوية والنفسية التي يقوم بها عندما تشك أن أحد أبنائها يتعاطى وتصارحه مباشرة وتتحدث معه مباشرة عن هذه المشكلة وعن اهتمامها بها لما لها من آثار صحية ونفسية وعصبية خطيرة.

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة الثانية :

انطلاقا من معطيات الجدول أعلاه نجد أن 75% من مجموع الأفراد الذين أخضعوا للعلاج ترى أنها منبوذة وسط أسرها بسبب تعاطيها و10% من مجموع الأفراد تنفي إطلاقا أنه منبوذ وهذا ما يشجعه على الاستمرار في الإدمان ونحن نعلم ان من مزايا العلاج الجماعي أن الجماعات العلاجية تأوي المدمن الذي تنبذه أسرته والذي لا يستطيع أن يحيا حياة طبيعية فهذا النوع بحاجة مستمرة إلى رعاية ومساندة من الآخرين كلما كان المدمن مستقرا كلما زادت فرص تحسنه. وكذلك الجماعة تساعد المدمن على إدراك صورته على حقيقتها والتغلب على ازدرائه لنفسه وتحقيق السعادة.

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة الثالثة:

من الجدول نشاهد أن نسبة75 % من الأفراد أسرهم تساعدهم على تخطي هذه المرحلة كما أن المعالج له دور مع أسرة المدمن فمن خلال الجلسات الأسرية يتم تخفيف أثر الضغوط الأسرية على المريض وشرح طبيعة الإدمان كمرض

ومساعدة الأسرة على التعبير الشفهي عن مشكلاتها مع المريض، ويتم شرح أهمية المساندة الصحية للمريض ومعاونته في الحضور على المستشفى، و15% من مجموع الأفراد تنفي إطلاقا مساعدة الأسرة لها في تخطي مرحلة الإدمان. أما النسبة الباقية هي نسبة الذين أجابوا بـ"أحيانا".

من الجد ل **أعلاه رقم (06) العبارة الربعة:**

تشكل نسبة الأفراد الذين كان جوابها بالإيجاب أعلى نسبة 80% من مجموع العينة المبحوثة و10% كان جوابها بالنفي. هذا يعني العلاج الأسري العائلي مهم في العلاج النفسي الجماعي ومن هنا ننطلق بان الأسرة وحدة واحدة لا تتجزأ تقوم على أساس التكامل والتفاعل بين أعضائها، وعن طريقها يمكن تحديد الاضطرابات النفسية بين أي فرد من أفرادها لذا فإنها العمود الفقري للفرد وهي اللبنة الأولى والرئيسية في العملية العلاجية ومنها يساعد المعالج النفسي العضو المضطرب عن التعبير عن رغباته ومشاعره بشكل مباشر (عبد الخالق 1997م ص84) وكذلك اعتمدنا على علاج جماعي يعتمد على الأسرة لعلاج المراهقين المدمنين وهذا العلاج ينظر إلى إدمان المراهقين بأنه ناتج عن شبكة من التأثيرات (من الفرد والعائلة.الأصدقاء.المجتمع).

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة الخامسة:

انطلاقا من الجدول السابق نجد ان نسبة 45% من أفراد العينة أجابوا بـ "نعم" و نسبة 30% أجابوا بـ "لا" وبينما الذين أجابوا بـ"أحيانا" كانت نسبتهم 25 % مما يعني هذا أن أغلبية الأفراد المفحوصين كانوا يتلقون الدعم المادي من أسرهم وهذه تعتبر خطوة ايجابية في العلاج أما الأفراد الذين لا يتلقون دعما ماديا أثناء فترة العلاج لا يمنعهم من التوقف على العلاج و إنما يكون لهم حافزا لتخطي هذه المرحلة.

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة السادسة .

يظهر من الجدول السابق أجوبة أفراد العينة المدروسة، حيث نلاحظ انه 90 % أجابوا بـ نعم ونسبة الذين أجابوا بـ "لا" كانت 20% يعني ان الزوجة لا تقف الى جانب زوجها أثناء مرحلة العلاج مع انها نسبة قليلة و لكن دخول الزوجة في العلاقة العلاجية يساعد في العلاج و ينبغي التعامل مع الزوجين كحالة واحدة متكاملة من خلال جلسات بعضها فردي و بعضها مشترك بغرض التعرف على ظروف الحيات الزوجية بإيجابياتها وسلبياتها و معرفة احتياطات و اقتراحات كل من الزوجين.

من الجدول أعلاه رقم (06) العبارة السابعة :

يتضح من الجدول السابق بأن 45 % من الأفراد أجابوا بـ بنعم بالنسبة للإجابة بـ"نعم" كانت 25 % مما يدل بأن هذا الشئ طبيعي لأن الأولاد مازلوا ينظرون إليه على أنه الأب الذي يتعاطى المخدرات و الأب الذي يرسل أولاده لجلب المخدرات من أماكن بيعها و لكن مع مرور الوقت يتأقلم الأولاد مع والدهم و يصبحوا ينظرون إليه بنظر ايجابية.

المحور الرابع : ويتعلق بالعلاج النفسي الاجتماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات.

جدول رقم(07) يوضح اجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي الجماعي في تعديل السلوك لمتعاطي المخدرات

	العبارات		نعم	أحيانا	لا	ع
1	هل أصبحت سلوكاتك طبيعية مع الأسرة	ت	12	8	0	20
	هل تشعر بأنك أصبحت انسان هادئ	%	60	40	0	100
2	هل أصبحت متكيف مع المجتمع	ت	10	10	0	20
	هل تغيرت تعاملاتك مع أولادك	%	50	50	0	100
3	هل العلاج غير أفكارك و نمط سلوكك المتعلق	ت	13	06	1	20
	بتعاطي المخدرات.	%	65	30	5	100
4	هل أصبحت سلوكاتك طبيعية مع الأسرة	ت	11	7	2	20
	هل تشعر بأنك أصبحت انسان هادئ	%	55	35	10	100
5	هل أصبحت متكيف مع المجتمع	ت	8	8	4	20
	هل تغيرت تعاملاتك مع أولادك	%	50	20	20	100
6	هل العلاج غير أفكارك و نمط سلوكك المتعلق	ت	14	4	2	20
	بتعاطي المخدرات.	%	70	20	10	100

تشير نتائج الدراسة الميدانية في الجدول رقم (07) إلى إجابات عينة مدمني المخدرات الذين أخضعوا للعلاج.

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة الأولى:

يفسر الجدول إجابات أفراد العينة المبحوثة ،إذ يبين بأن أعلى نسبة سجلت لصالح الإجابة بـ "نعم" حيث تمثل 60% من الأفراد الذين أخضعوا للعلاج أصبحت سلوكياتهم طبيعية مع الأسرة ،حيث أن الفرد يصبح متماسكا بالجماعة و قادر على تحقيق الإنتاجية كلما وجد التشجيع و التعزيز وهذا يساعده على تعزيز سلوكياته لأنه يجد في الجماعة نفسه.

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة الثانية:

يتبين من الجدول اعلاه نجد ان 50% من الأفراد الذين تلقوا العلاج والتي إجاباتهم كانت بـ"نعم" نفس النسبة للإجابة بـ "احيانا " أن الأفراد الذين اخضعوا للعلاج أصبحوا يتمتعون بالهدوء لأن دور الإخصائي هنا يكمن في دراسة الحالة فردية و ما يصاحبها من تعقيدات أسرية و إجتماعية ليكشف نوعية الاضطرابات النفسية و الصراعات الداخلية التي يعاني منها المريض وقد يخضع المريض للاختبارات النفسية لتكشف عن بعض المشاكل لديه والتي يصعب معرفتها لمساعدته من اجل التخلص من الضغوط و الوساوس و التنفيس عن رغباته الكامنة.

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة الثالثة:

نلاحظ من الجدول أن نسبة 65% من الأفراد أصبحوا متكيفين مع المجتمع حيث ان النظرية السلوكية تقول بأن السلوك الإنساني هو نتيجة تفاعل مستمر ومتواصل بين الفرد وبيئته كون السلوك ليس شيئا ثابتا، بل هو متغير ،و هذا السلوك لا يحدث في فراغ و انما يحدث في بيئته الاجتماعية مما يعني بان الجماعة تؤثر في سلوك الفرد ، وان هذا السلوك يوثر في البيئة ويتأثر بها (الخطيب1990،ص6).

أما نسبة الأفراد الذين أجابوا بالنفي كانت 05% تكاد تنعدم مقارنة بنسبة الإيجاب ،وكانت نسبة الذين أجابوا بـ "احيانا" 30% وهي نسبة مقبولة لأن أفراد هذه النسبة مع الوقت ومع الاهتمام من طرف الأسرة و التفاعل مع المجتمع سيتكيفون.

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة الرابعة:

انطلاقا من الجدول السابق نستنتج بان نسبة 55% من الأفراد المبحوثين تغيرت تعاملاتهم مع اولادهم مما يؤكد لنا تاثير المخدر على الأفراد ودور العلاج في تخطي هذه المرحلة أما نسبة 10% من الأفراد لم تتغير تعاملاتهم مع أولادهم و هي تعتبر نسبة قليلة وسيبدأ الفرد في الاستقرار و الرجوع للحالة الطبيعية.

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة الخامسة:

رغم انه تبين من الجدول بان نسبة 20% من المفحوصين الذين أجابوا بالنفي أي أن العلاج لم يغير من أفكارهم و نمط سلوكهم المتعلق بتعاطي المخدرات، وهذا لا يمنع بأن نسبة 55% أجابوا بالإيجاب حيث أن السيكودرما وهي تعتبر وسيلة علاجية تجعل المريض يساعد نفسه على اكتشاف قدراته و التعبير عنها بطريقة فعالة تمكنه من تعديل سلوكياته والتفكير في كيفية تغيير اتجاهاته السلبية التي تقود إلى العزلة و الانطواء و الاستسلام للمواقف و الأحداث المؤثرة في حياته .

كما أن الاتجاه المعرفي يهدف إلى الإقناع التعليمي من أجل تقديم منطق علاجي مقنع يساعد المدمن على تقبل العملية العلاجية و فهمها.

كما يعمل على شرح ذلك المنطق و توضيح العلاقة بين الأفكار و المفاهيم و المعتقدات الخاطئة و بين ما يعاني منه المدمن من اضطرابات علما بان عملية الإقناع تتم من خلال عملية التعامل (محمد،1999،ص80).

من الجدول أعلاه رقم(07) العبارة السادسة:

يتبين لنا من الجدول بان نسبة 80% من أفراد العينة أجابت بالإيجاب أي ان سلوكياتهم أصبحت تعكس نظرة المجتمع اليهم أما نسبة 20 % أجابوا بـ"أحيانا"

و الأفراد الذين اخضعوا للعلاج و لم تتغير نظرة المجتمع لهم كانت نسبة ضئيلة بالمقارنة مع الذين أجابوا بـ "نعم" .

وهذا ما يفسر بان الإنسان لا يعيش بمعزل عن بيئته الاجتماعية و ان سلوكياته مكتسبة من تلك البيئة و ان لكل إنسان شخصيته المستقلة التي تميزه عن الآخرين لذا فإن تفاعل الإنسان مع بيئته الاجتماعية و إشباع احتياجاته بالطرق المشروعة يساعد في الإقلاع عن الإدمان.

2 ــ مناقشة وتفسير النتائج عن ضوء فرضيات الدراسة.

نتائج الفرضية الأولى :

تشير الفرضية الأولى أن للعلاقة العلاجية دور في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات و قد دلت النتائج الموضحة في الجدول رقم (04) أن هذه الفرضية تحققت و ان العلاقة العلاجية حققت دورها في العلاج النفسي الجماعي حيث تأخذ العلاقة في العلاج النفسي النفسي الجماعي شكلا مختلف مما هو عليه في معظم الأساليب الأخرى حيث ان "أليس " لا يعتمد بأهمية وجود علاقة دافئة عميقة و لكن تركز على الصلة الجيدة و القبول غير المشروط للعميل و يؤكد على ان يكون المعالج قادر على التحمل و التقدير الايجابي و تجنب لوم العميل و الاستمرار في قبوله على انه إنسان ذو قيمة كبيرة يستحسن أن يشعر المريض بالاطمئنان لكي يعطي المعلومات المهمة خلال المقابلة و العلاج وحدوث مثل هذا مرهون بقدرة المعالج على إقناع العميل بان ما يقال يحاط بسرية تامة و انه ملتزم بمساعدته في التخلص من الصعوبات التي يعاني منها (منى ،2000. ص 38).

واتفقت هذه الدراسة مع دراسة محمد سلامة عباري (2000) بتوصيات أهمها ضرورة الاهتمام و النظر الى المدمن على انه مريض يحتاج إلى العلاج و ليس كمجرم يعاقب.

كما أن مراحل التعاطي تبنى أساسا على الاستبصار من خلال ذلك يتم التعرف على المريض و دافعيته للعلاج و تفاعله مع البرنامج العلاجي المعد و مشاركته في جميع الأنشطة العلاجية حيث أن معرفة المدمن لمشكلته و تبصره بما يساعد على اكتساب الدافعية اللازمة لمواصلة التعافي و العمل على البحث عن حلول ايجابية لتلك المشكلات التي تعترضه في الحياة الاجتماعية .كما ان فهم المدمن لمشكلته في كافة الجوانب يساعده في التفكير المتزن الذي يكفل له حياة كريمة.

كما دلت دراسة سرجانيان و آخرون (1992) بعنوان مدى الاختلاف الموجود لدى مدمني الكحولات و المواد المخدرة عند دخولهم للعملية العلاجية عن تعرض المفحوصين في المجموعات المختلفة لخبرات قاسية و مآسٍ حادة في حياتهم الشخصية أو الخبرات الأسرية.

تتطلب المواجهة اليومية بين المعالج و مريض الإدمان دائما إيجاد علاقة إنسانية ايجابية مشتركة بينهما و مع مرور الوقت و أثناء فترة العلاج تنمو العلاقة العلاجية و تتكون عوامل الثقة في المعالج و يقبل المريض مواجهة المعالج و تقل دفعات الغضب و الانفعال لأن المواجهة تساعد المريض على التركيز على مشكلاته التي غيرت مجرى حياته و عندما ينجح في تكوين العلاقة الايجابية مع المريض يبدأ في إخراج المشاعر و السلوكيات التي كان يحاول إنكارها أو تجاهلها و عندما يدرك المريض أنه شخص له سلوكيات سيئة يمكن التعامل معها وتعديلها و التخلص منها وهنا يكمن دور العملية العلاجية و يعرف المريض انه مسؤول عن تعافيه كي يتعامل مع مشكلاته بشكل واقعي .

كما أشارت دراسة خور إبراهيم الى التعرف على حجم ظاهرة الإدمان على المخدرات و انتشارها وكذلك التعرف على الخصائص الديمغرافية

الاجتماعية للمدمنين و أسرهم و التعرف على الطرق و الأساليب المتبعة لدمج المدمنين اجتماعيا و إعادة تأهيلهم بعد الانتهاء من فترة العلاج (ابراهيم بن محمد الزين، 2011 ،ص 73).

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة عبد بن احمد الوايلي (2003) حيث أوضحت فاعلية العلاج النفسي الجماعي لدى أفراد الجماعة فيما يتمثل بتأكيدهم لذواتهم و انعدام الطمأنينة الانفعالية لديهم (محمد طه صديق محمد الشيمي ،2004 ،ص39).

نتائج الفرضية الثانية :

تشير الفرضية الثانية أن العلاج النفسي الجماعي يساعد في تقرير الثقة بالنفس بالنسبة لمتعاطي المخدرات و قد دلت النتائج الموضحة في الجدول رقم 05 أن هذه الفرضية تحققت من خلال العلاج النفسي و تأثيره على المدمن حيث تكمن من إعادة ثقته بنفسه و بعائلته حيث انته أصبح إنسان ناجح و تغيرت نظرته السابقة عن ذاته و يستطيع تحمل الأشياء التي يمكن عملها لتعزيز قدرات الشباب و جعلهم يتخذون قرارات ذكية تجاه المخدرات وهي تمكينهم واحترامهم و تعزيز فرصهم في المشاركة و الإسهام الايجابي في خدمة أنفسهم وأسرهم ومجتمعهم (سعيد بن حميد سعيد الحرملي2000،ص90)

وإن عملية التأهيل الإجتماعي تستهدف إلى إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع ويعتمد العلاج هنا على تحسين العلاقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة والمجتمع من ناحية أخرى) وتدريبهم على تقبل وتفهم كل منهما للآخر ، ومساعدة المدمن على استرداد ثقة أسرته ومجتمعه وإعطائه فرصة جديدة لإثبات حديثه وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية (سعيد بن حميد سعيد الحرملي،2000،ص102).

نتائج الفرضية الثالثة :

تشير الفرضية الثالثة أن العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الإجتماعية لمتعاطي المخدرات وقد دلت النتائج الموضحة في الجدول رقم (06) أن هذه الفرضية تحققت يعني أن العلاج النفسي الجماعي حقق مساندة نفسية إجتماعية من خلال المساعدات المادية والمعنوية التي تقدمها الأسرة للمدمن أثناء فترة العلاج أو بعده وبالرغم من هذا نجد البعض من المدمنين الذين أخضعوا للعلاج منبوذين داخل أسرهم ومع أولادهم وهذا ما دلت عليه النتائج المحصل عليها في الجدول. وتتفق هذه الدراسة مع دراسة فرانكل وفيليس (1975) التي وضحت العلاقة بين المدمن وابنه وأن الأب غالبا ما تربطه بابنه علاقة باردة جافة تصل إلى حد النفور والأسرة لها دور رئيسي ومؤثر في تنشئة الفرد وتكوين شخصيته من خلال علاقاته مع بقية أفراد الأسرة ، حيث إن الأسرة المتماسكة ذات الوازع الديني وذات العلاقة الجيدة بين أفرادها تتسم بالإستقرار والقدرة على التخلص من المشاكل وخاصة الإدمان ، وكذلك المجتمع يتكون من أفراد وكل فرد عبارة عن لبنة في بناء هذا المجتمع وأي خلل في لبنة ما يؤدي إلى إحداث تفكك في المجتمع وهذا ما توصلت إليه دراسة نادرة وهدان(1986) .

إن المجتمعات المصرية أضيرت اجتماعيا واقتصاديا نتيجة انتشار ظاهرة المخدرات في مصر فإدمان الأب لا يوفر جو الأمان والاستقرار في حياته أو حياة أسرته.

ومن المتفق عليه أن الأسرة هي الخلية الأولى في كيان أي مجتمع فالأسرة هي وحدة التفاعل ومصدر العادات والقيم والقواعد والسلوك والأداة العامة فهي الملجأ الذي سيعود إليه كل مرتكب لسلوك انحرافي ، وبالتالي هو إما أن يكون عاملا مهما في إقلاع الفرد المدمن أو قد تكون عاملا رئيسيا بل ومؤثرا في عودته للإدمان ولا شك أن للتنشئة دورا في الإدمان (سارة العتيبي.ص65)

وهذا ما أكدته الدراسات التي قام بها حسون (1996) على أهمية الدور الأسري في مساعدة أبنائه وحمايتهم من الإدمان والتعافي و لاشك أن المشكلات الأسرية تلعب دورا بالغ الأهمية في إعادة دور الأسرة في تربية أبنائها وتنشئتهم (صادق عادل . 1999.ص95).

وما تستند إليه نظرية "أدلر" الذي يعتبر الإهتمام الإجتماعي عند الأفراد فطري والإنسان مخلوق اجتماعي بطبيعته وأن الإستعداد الفطري لا يظهر تلقائيا وإنما يظهر عن طريق التدريب أو التوجيه أو ما يرتكز على توظيف الحوار تربويا لإزالة العوائق والمشكلات التي تعوض طرق الوقاية من العلاج

(عايد علي عبيد الحميدان .2007.ص75).

نتائج الفرضية الرابعة :

تشير الفرضية الرابعة إلى أن العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات وهذا ما دلت عليه النتائج الموضحة في الجدول رقم (07) وأن هذه الفرضية تحققت أي أن العلاج النفسي الجماعي في الإطار الجماعي يعلم المدمن أنماط السلوك الاجتماعية وأساليب التعامل مع الآخرين بتعلم المدمن من خلال تفاعل الجماعة أساليب الحياة ومهارات في حل المشاكل وان الجماعة تزود المدمن بالمساندة وتعلمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير.

أما في ضوء تحليلات " كانغر " فتشجع على القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار غذ تعطي الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية مع إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة دون تخوف من النتائج (عبد الستار إبراهيم ،1980 ،ص89).

ومن المفاهيم النظرية لسلوكية أن معظم السلوك الإنساني متعلم وأن الفرد يتعلم السلوك السوي والغير سوي والسلوك المتعلم يمكن تعديله

كما تؤكد دراسة كومر ومكورمان (1992) من خلال نتائجها أظهرت تغيير للأحسن وسلوكا اجتماعيا أفضل. كما انخفض لديهم الإحساس بالعزلة والوحدة النفسية في السلوك حيث اعتمد العلاج النفسي على نظرية السلوك غير المرغوب فيه وكذلك تغيير السلوك الغير سوي ذلك بتحديد السلوك المراد تغييره (عبد الحميد بن أحمد النعيم، ص 31).

من خلال المناقشة والتفسير للفرضيات نجد أن الفرضيات الجزئية تحققت وهذا يعني أن الفرضية العامة تحققت أي أن العلاج النفسي الجماعي له دور في التخفيف من تعاطي المخدرات.

3 ـ الاقتراحات:

1 ـ إجراء دراسة من اجل مقارنة اثر العلاج النفسي الجماعي والعلاج الفردي على التخفيف من تعاطي المخدرات.

2 ـ العمل على تحقيق التجانس بين افراد العينة الدراسية فيما يتعلق بنوع التعاطي.

3 ـ مراعاة ان يكون برنامج العلاج النفسي لعلاج مدمني المخدرات شاملا للأساليب التدريبية من اجل مساعدة المدمن على كيفية التخلص من الانفعالات وان لا يقتصر البرنامج العلاجي على على المحاضرات النظرية.

4 ـ الاهتمام بالرعاية المتكاملة للمدمنين في جميع النواحي النفسية والصحية والاجتماعية

5 ـ فتح العيادات والمراكز الارشادية لتقديم الخدمات الارشادية والعلاجية المجانية فهم في امس الحاجة الى تلك الرعاية.

6 ـ على المجتمع بجميع فئاته، انطلاقا من الأسرة وانتهاء من بالدولة. الاهتمام باستيعاب طاقات الشباب واستثمارها في البناء والتطوير والقضاء على البطالة بتوفير الفرص الوظيفية المناسبة.

7 ـ التركيز على مصادر المواد المخدرة ، وسد الثغرات التي يمكن أن تستغلها عصابات تهريب المخدرات، وأحكام الرقابة والسيطرة على المنافذ الحكومية.

8 ـ دعم البرامج الإصلاحية في السجون، ومراعاة الفصل بين مروجي ومهربي المخدرات وبين متعاطيها، ووضع إجراءات وضوابط تحد من تأثر صغار المجرمين بكبارهم، واحترافهم الإجرام.

9 ـ الاهتمام بأسر المجرمين أو موقوفين في السجون وسد حاجاتهم، وقضاء شؤونهم وهذا الأمر له أهمية البالغة في وقاية الأسر من الانحراف والضياع، وهو من التكافل الاجتماعي الذي حث عليه ديننا الحنيف، فهم في الواقع لا يعدون أن يكونوا أقارب أو جبران أو إخوة في الدين على أقل تقدير.

وفي بلادنا المباركة عدة قنوات يمكن من خلالها تفعيل هذه الرعاية كأقسام الخدمة الاجتماعية في السجون والمستشفيات والجمعيات.

10 ـ نهوض المسجد برسالة في التوجيه والإرشاد، باعتباره أقوى الوسائل تأثيرا في المجتمع المسلم، وذلك عن طريق منبر الجمعة، والمحاضرات والندوات وغيرها من النشاطات، ومن المستحسن عقد دورات خاصة بالخطباء. وإنماء المساجد لتعريفهم بالمخدرات وأساليب التوجيه المناسب لتحذير الناس منها، وكيفية التعامل مع المدمين وإرشادهم.

11 ـ على المربي أو المعلم القائم على برامج التوعية أن يراعي في عرض المعلومات التوعوية الضوابط التالية :

1 ـ تحري الدقة والموضوعية في المعلومات والأضرار المتعلقة بالمواد المخدرة وعدم المبالغة أو التهويل بلا مبرر.

2 ـ تبسيط المعلومة وعرضها بأسلوب سهل واضح يؤدي الهدف المراد تحقيقه.

3 ـ اختيار المادة المطروحة، وعدم الخوض في تفاصيل غير مناسبة كطرق تعاطي المادة المخدرة أو ما يحدث للمتعاطي بعد تعاطيه المادة. وتجنب كل ما يثير حب الاستطلاع والتجربة.

والقاعدة أن كل شريحة من شرائح المجتمع. ولكل فئة من الطلاب ما يناسبها من الموضوعات وكل مقام مقال.

12 ـ تنشيط السياحة الداخلية المنضبطة بالضوابط الشرعية والاجتماعية التي يقوم هذا البلد الأمين، وتشجيع الاستثمارات الخاصة في هذا المجال. ومحاولة الحد من السياحة الخارجية غير المنضبطة. التي تعرض كثيرا من شبابنا للفتن والانحراف.

13 ـ إصلاح المدمنين وإعادة تأهيلهم عمل جليل. يحتاج إلى نفس طويل. مع التسلح بالإخلاص لله. والرحمة بالمدمن والشفقة عليه.

14 ـ في التعامل مع المدمنين لابد من مد الجسور، وتأليف القلوب، وكسر الحواجز بين المدمنين وبين القائم على عملية الإصلاح والتوجيه.

15 ـ المدمن إنسان له مشاعره ومشاكله وبيئته. ولا يمكن أن نتعامل مع مشكلته مع الإدمان بمعزل عن مشاكله النفسية والاجتماعية، ومعرفة الظروف التي دفعته إلى تعاطي المخدرات.

16 ـ ضرورة الاستمرار في عملية الإصلاح والرعاية بعد التعافي من الإدمان. لئلا تحدث الانتكاسة ويعود المدمن إلى حاله الأول.

نسأل المولى عز وعلا أن يحفظ بلادنا وبلاد المسلمين من كل مكروه. وأن يديم علينا الأمن والاستقرار، وأن يرد علينا شر الحاسدين، وكيد الكائدين إنه جواد كريم، وصلى الله على نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

خلاصة:

لقد مست هذه الدراسة فئة تعتبر العمود الفقري للقوى البشرية في أي مجتمع وهي فئة الشباب في محاولة لفهم مشاكلهم. ومدى تأثير العلاج النفسي الجماعي لهم.

ومن هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها باعتبار أن العلاج النفسي الجماعي خفف من تعاطي المخدرات من خلال تعزيز ثقتهم بأنفسهم ومن خلال ما حققته من مساندة نفسية اجتماعية وتعديل في السلوكيات.

خاتمـــــــــة

خاتمـــــــــــة

إن المخدرات آفة يتجاوز خطرها الشباب ليهدد مصير البلاد إذا كنا لا نريد الشطط في الخيال والتصور بأن إغراق بلادنا بالمخدرات وراءه مخطط لتدميرنا ويجعلنا دول عاجزة عن العمل والعطاء فالتقدم لا يكون بالتكنولوجيا فقط بل بشباب قادر على بناء الوطن. فالمخدرات بدأت تغزونا بشكل لا نقول منظم ولكنه يدعو إلى القلق لأنه أخذ شكلا منظما لاسيما في السنوات الأخيرة مما يدعو إلى القول إن المشكل المطروح بحدة وأنه آن الأوان الخروج من قوقعة السكوت وعدم الاهتمام.

ذلك أن ظاهرة التعاطي تتغشى بصفة مستمرة، ورقعة المتعاطين تمتد اتساعا وسوق المخدرات يعرف رواجا، وأمام هذا الوضع نجد قانون المخدرات يقف عاجزا ولا يستطيع الإجابة لخصوصية ظاهرة الإدمان وزراعة الكيف وترويجه في بلادنا الشيء الذي يزيد من تفاقم هذه الظاهرة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

1ـ أبوفينجل: نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة صلاح مخيمر وآخر الجزء الثاني القاهرة مكتبة لانجو المصرية . 1976 م.

2 ـ ابن منظور: لسان العرب المحيط مج (1)، بيروت دار لسان العرب.

3 ـ . ابن تيمية: فتاوى ابن تيمية ج 34.

4 ـ أحمد خليفة الحمادي: ظاهرة المخدرات. الدمام المملكة العربية السعودية مطابع الشرق التجارية. 1423 هـ . 2002 م.

5 ـ أحمد مصطفى خاطر: الخدمة الاجتماعية (مناهج ممارسة . مجالات العمل) المكتب الجامعي الحديث . الإسكندرية: 2004 م.

6 ـ الحازمي صالح بن عمو: تعاطي المخدرات وعلاقته بالأبعاد الشخصية وبعض المتغيرات الأسرية، رسالة دكتورا معهد الدراسات والبحوث التربوية قسم الإرشاد النفسي جامعة القاهرة. 1422 هـ.

7 ـ الحسن محمد بن إبراهيم: المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان الطبعة الأولى الرياض. مكتبة الخويجي. 1407 هـ.

8 ـ الخطيب جمال: تعديل السلوك. القوانين والإجراءات الطبعة الثانية الرياض. 1990 م.

9 ـ رشاد أحمد عبد اللطيف: ديناميات العلاقة بين الإدمان والمرض النفسي. القاهرة 1998 م.

10 رشيد رشيد بن محمد إبراهيم: المخدرات الاجتماعية الطبعة الأولى، الرياض، طويق للخدمات الإعلامية النشر والتوزيع.

11 ـ روبيرت لزديبونت: مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان. مركز الكتب الأردنية. عمان. 1989 م.

12 ـ رمضان محمد القذافي: علم النفس الفيزيولوجي. المكتب الجامعي الحديث. 1999 م.

13 ـ دون بيك وآخرون: العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية. ترجمة مصطفى عبد المعطي مكتبة زهراء الشرق، الطبعة الأولى. القاهرة. 2002 م.

14 ـ زهران حامد: علم النفس النمو الطفولة والمراهقة. القاهرة. دار عالم الكتب 1988 م.

15 ـ سري إجلال محمد: علم النفس العلاجي القاهرة عالم الكتب 1990 م.

16 ـ صالح بن عبد الله أبو عباة وعبد المجيد بن طاش نيازي. أساسيات ممارسة طريقة العمل مع الجماعات، الرياض كتبة العبيكان. 2000 م

17 ـ عاقل فاخر: معجم علم النفس بيروت، دار العلم الملايين. 1989 م

18 ـ عبد الخالق أحمد محمد: أسس علم النفس الطبعة الثالثة، دار المعرفة الجامعية. 1998 م

19 ـ عبد الرحمان مصقر: الشباب والمخدرات في دول الخليج العربية، الطغاة، الكويت . الطبعة الأولى . 1985 م

20ـ عيسوي محمد: الإدمان بين التحريم والمرض . دراسة في انثروبولوجيا الجريمة علم الإنسان وقضايا المجتمع. الكتاب الثالث وكالة البنا للنشر والتوزيع الإسكندرية. 1994 م

21ـ عبد المحيي محمود حسن صالح: الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية، دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. 2000 م

22 ــ عفاف عبد المنعم: الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. دار المعرفية الجامعية. الإسكندرية 2003 م

23ــ فريدة طايبي: المميزات النفسية للشباب متعاطي المخدرات جامعة الجزائر. 1998 م

24ــ الفيروز أبادي: القاموس المحيط بيروت. دار الجبل.

25 ــ قماز فريدة: إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات رسالة ماجستر غير منشورة معهد علم النفس وعلوم التربية. الجزائر. 1998 م.

26ــ كمال وعلي: العلاج النفس قديما وحديثا الطبعة الأولى. 1994 م

27 ــ المحارب ناصر إبراهيم: ممارسة العلاج الجماعي . المرشد الأخصائي النفسي جامعة الملك سعود 1993 م

28 ــ محمد البار: أثر العلاج العقلاني في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي رسالة دكتورا غير منشورة . جامعة الزقازيق.1411 هـ

29 ــ محمد محروس الشناوي . نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. 1998 م

30 ــ محمد عباس نور: قضايا الشباب في المجتمع المعاصر. مطبعة فضالة. 1330 هـ . 2000 م

31 ــ مصطفى سويق: المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، سلسلة عالم المعرفة بصدرها المجلس الثقافي للفنون والآداب والكويت

32 ــ مليكة لويس كمال: العلاج السلوكي وتعديل السلوك الطبعة الثانية 1994 م

33 ــ منصور عبد المجيد سيد أحمد: الإدمان أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج سلسلة كتب مكافحة الجريمة. الكتاب الخامس. 1976 م

34 ـ موسى عبد الرحمان عبد القادر: المواد المخدرة وطرق علاجها 1404 هـ

35ـــ الوايلي عبد الله أحمد: مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى مدمني المخدرات رسالة دكتورا غير منشورة. جامعة الأمير نايف الرياض 1424

36 ـــ وزارة الداخلية: المخدرات والعقاقير المخدرة. الرياض، مركز أبحاث مكافحة الجريمة 1985 م

37 ـ عبد الحميد بن أحمد النعيم 2008. أسس التوجيه والإرشاد النفسي ب ط.

38 ـ عبد الستار إبراهيم 1980. العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان. عالم المعرفة.

39 ـ منى محمد العامري فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل

40 ـ محمد طه صديق محمد الشيمي. 2004. العلاج النفسي كعملية إبداعية جامعة المنيا ب ط

41 ـ إبراهيم محمد الزين 2011 المخدرات وطرق الوقاية من والعلاج. ب ط.

المراجع الأجنبية:

42ـ .Berjeret: la toxicomanie. Encyclopedia medico chirurgical psychiatric PARIS. 1982.

43 ـ .Bernard. C. charmes: le marche du travail dans les économie du maghreb a la vaille le louverture euro méditerranéenne. colloque de tunis. P 21 – 25 j 1999 .

44ـ brehm ,n,m,etkgamtazian E1992 Epsychodynamic perspective p p,106 117.

فهرس الجداول

فهرس الجداول:

الرقـم	العنوان	الصفحة
1	يمثل حساب الصدق لاستبيان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات	87
2	يمثل ملخص للتغيرات المجراة على الاستبيان	89
3	يمثل حساب ثبات استبيان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب	90
4	يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي	93
5	يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي الجماعي في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة للمتعاطي	98
6	يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي الجماعي في تحقيق المساندة النفسية الاجتماعية	102
7	يوضح إجابات المفحوصين على دور العلاج النفسي الجماعي في تعديل سلوك المدمنين	106

الملاحق

ا

الملحق رقم (01) **استمارة تحكيم أداة الدراسة**

جامعة المسيلة

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية السنة الجامعية : 2014/2013

قسم علم النفس عيادي الطالبة:سلطاني سليمة

استمارة تحكيم

أستاذي الفاضل :

بعد التحية الطيبة والسلام

في إطار التحضير لإنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس عيادي تحت عنوان : **دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب** ، دراسة ميدانية على عينة شباب مدينة المسيلة ، نقدم إلى سيادتكم فقرات مكونة من 33 بند وهي كالتالي:

1. دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات.
2. العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة للمتعاطي.
3. العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية لمتعاطي المخدرات.
4. العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات.

وعليه نرجو منك تحكيم هذا المقياس وإبداء آرائك في مدى :

. في مدى وضوح التعليمات.

. انتماء الفقرات للمكونات.

. صياغة كل فقرة.

وشكرا على تعاونكم معنا

المحور **الأول** : دور العلاقة العلاجية في العلاج النفسي الجماعي لمدمني المخدرات

البنود :

1 – هل تشعر بأن لديك القدرة في تجاوبك مع العلاج ؟

2 ـ هل أصبحت لا تفكر في تعاطي المخدرات ؟

3 ــ هل تغيرت نظرة الناس إليك بعد العلاج ؟

4 ــ هل العلاج النفسي ساعدك في تخطي مشاكلك ؟

5 ــ هل تنصح المدمنين بالعلاج ؟

6 ــ هل كلفك العلاج مبالغ كثيرة ؟

7 ــ هل أصبحت قادرا على مواجهة مشاكلك بشجاعة ؟

8 ــ هل تخلصت من الانفعالات بعد تلقي العلاج ؟

9 ــ عندما يواجهك مشكل هل تلجأ إلى المخدرات ؟

10ـ هل العلاج مكنك من إعادة النظر في نمط حياتك وعلاقتك بالمخدرات ؟

11 ــ هل أصبحت على دراية بالسبب الذي جعل المخدر يسيطر عليك ؟

المحور الثاني : العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعزيز الثقة بالنفس بالنسبة للمتعاطي.

البنود :

1 ــ هل أصبحت تثق بنفسك ؟

2 ــ هل تشعر أن عائلتك تثق بك ؟

3 ــ هل تعتقد بأنك إنسان ناجح ؟

4 ــ هل تغيرت نظرتك السابقة عن ذاتك ؟

5 ــ هل تشعر بالطمأنينة والارتياح بعد العلاج ؟

6 ــ هل تستطيع تحمل مسؤولية أي عمل يطلب منك ؟

7 ــ هل أنت سريع التأثر بالأحداث والمواقف ؟

8 ــ هل أصبحت تشعر بعدم الإحباط ؟

المحور الثالث : العلاج النفسي الجماعي يحقق المساندة النفسية الاجتماعية لمتعاطي المخدرات.

البنود :

1 ـ هل تعلم أسرتك بأنك تتعاطى المخدرات ؟

2 ـ هل تشعر بأنك منبوذ وسط أسرتك بسبب تعاطيك للمخدرات ؟

3 ـ هل تشعر بأن أسرتك تساعدك على تخطي هذه المرحلة ؟

4 ـ هل تساعدك أسرتك على علاجك من الإدمان ؟

5 ـ هل تقدم لك أسرتك دعما ماديا أثناء فترة العلاج من الإدمان ؟

6 ـ هل تشعر أن زوجتك تقف إلى جانبك في مرحة العلاج ؟

7 ـ هل تعتقد أن أولادك ينظرون إليك بنظرة سلبية بسبب تعاطيك ؟

المحور الرابع : العلاج النفسي الجماعي يساعد في تعديل سلوك المدمنين على المخدرات.

البنود :

1 ـ هل أصبحت سلوكاتك طبيعية مع الأسرة ؟

2 ـ هل تشعر بأنك أصبحت إنسان هاديء ؟

3 ـ هل أصبحت سريع التأقلم مع المجتمع ؟

4 ـ هل تغيرت تعاملاتك مع أولادك ؟

5 ـ هل أصبحت سلوكاتك تعكس نظرة المجتمع إليك ؟

6 ـ هل العلاج غير أفكارك ونمط سلوكك المتعلق بتعاطي المخدرات ؟

الملحق رقم (2)

استبيان دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات

إعداد سلطاني سليمة

من جامعة المسيلة

قسم علم النفس عيادي

السنة 2014/2013

تعليمة الاستبيان في إطار القيام بدراسة حول دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة الشباب نطلب منك المساهمة في اثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان الإجابة تكون بوضع علامة (×) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط. و أنها ستحظى بقدر عالي من السرية و الائتمان.

الاسم :..... السن:.....

الجنس : **ذكر** ☐ **أنثى** ☐

المستوى التعليمي:.....

الرقم	العبـــــــــــــــارة	نعم	لا	نوعا ما
.1	هل تشعر بأنك تتجاوب مع العلاج			
.2	هل أصبحت لا تفكر في العلاج			
.3	هل تغيرت نظرت الناس إليك بعد العلاج			
.4	هل العلاج النفسي ساعدك في تخطي مشاكلك			
.5	هل تنصح المدمنين بالعلاج			
.6	هل كلفك العلاج مبالغ كثيرة			
.7	هل أصبحت قادر على مواجهة مشاكلك بشجاعة			
.8	هل تخلصت من الانفعالات بعد تلقي العلاج			
.9	عندما يواجهك مشكل هل تلجأ إلى المخدرات			
.10	هل أصبحت على دراية بالسبب الذي جعل المخدر يسيطر عليك			
.11	هل العلاج مكنك من اعادة النظر في نمط حياتك و علاقتك بالمخدرات			
.12	هل اصبحت تثق بنفسك			
.13	هل تشعر بأن عائلتك تثق بك			
.14	هل تعتقد بانك انسان ناجح			
.15	هل تشعر بالطمأنينة و الارتياح بعد العلاج			
.16	هل تشعر بالطمأنينة و الارتياح بعد العلاج			
.17	هل تستطيع تحمل مسؤولية أي عمل يطلب منك			
.18	هل أنت سريع التأثر بالأحداث و المواقف			
.19	هل أصبحت تشعر بعدم الإحباط			
.20	هل تعلم أسرتك بأنك تتعاطى المخدرات			
.21	هل تشعر بأنك منبوذ وسط أسرتك بسبب تعاطيك المخدرات			
.22	هل تشعر بأن أسرتك تساعدك على تخطي هده المرحلة			
.23	هل تساعدك أسرتك على علاجك من الإدمان			
.24	هل تقدم لك اسرتك دعما ماديا أثناء فترة العلاج			
.25	هل تشعر أن زوجتك تقف الى جانبك في مرحلة العلاج			
.26	هل تعتقد أن أولادك ينظرون اليك بنظرة سلبية بسبب تعاطيك للمخدرات			
.27	هل أصبحت سلوكاتك طبيعية مع الأسرة			
.28	هل تشعر بأنك أصبحت انسان هادئ			
.29	هل أصبحت متكيف مع المجتمع			
.30	هل تغيرت تعاملاتك مع أولادك			
.31	هل العلاج غير أفكارك و نمط سلوكك المتعلق بتعاطي المخدرات.			
32	هل أصبحت سلوكياتك تعكس نظرة المجتمع إليك			

تم بحمد الله