



جامعة بنغازي



الدراسات العليا

قسم : التربية وعلم النفس شعبة : الإرشاد والعلاج النفسي

فاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان.

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات درجة الإجازة العالية "الماجستير"
بكلية الآداب قسم التربية وعلم النفس بتاريخ 19 / 1 / 2013م

إعداد الطالب :

المهدي حسن عارف المهدي

إشراف الدكتور:

مفتاح محمد عبد العزيز

كلية الآداب - جامعة بنغازي

تاريخ المناقشة

19 / 1 / 2013 م

الأهداء

إلى سيد المرسلين وإمام الزكّرين.... إلى منارة العلم والعالمين

رسولنا محمد صلي الله عليه وسلم

إلى والدي ووالدي وإخوتي وأخواتي الذين أكافهم بفضل الكبير في إنعام عزرائيل المتواضع بارئ

الله فيهم وأرسلهم إلى طريق الهدى والصلاح.... إلى من علمني حرفا فصرت له عبدا

أساتذتي الأفاضل

إلى من شاركني همي وفرحي.... إلى إخوتي الأحرار وأصدقائي

إليهم جميعا (هدى عزرائيل المتواضع)



شكر وتقدير

الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِيَ لَوْلَا أَنْ هَدَانَا اللَّهُ

"صدق الله العظيم " سورة: (الأعراف - الآية: 43)

”ربنا لك الحمد كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك ”

أبدأ شكري خالصاً لله عز وجل على نعمه وعظيم فضله و علي هدايته وتوفيقه لي في إنجاز هذا البحث المتواضع راجياً منه سبحانه وتعالى أن يجعله عملاً صالحاً وعلماً نافعاً .

وإنه لمن دواعي الفخر والاعتزاز والعرفان بالجميل أن أتوجه بالشكر والتقدير لأستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور / مفتاح محمد عبد العزيز - علي ما قدمه لي من عون وتوجيه طوال فترات البحث فأني إضافة أو إجابة فهي بفضل وبفضل ما زرعه بداخلي من ثقة ، فهو حقاً نعم الأستاذ والإنسان بكل ما تحمل هذه الكلمة من معاني ، ولو أطلقت العنان للكلمات لا أوفية حقه وفاه الله عني خير الجزاء فلقد تعلمت منه عقل العالم كيف يكون و قلب الإنسان كيف يسع.

كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكل أعضاء هيئة التدريس بكلية الآداب - قسم علم النفس - جامعة بنغازي ، الذين تعلمت علي أيديهم الكثير أثناء سنوات دراستي بالكلية ، فلهم جميعاً خالص شكري وتقديري .

أيضا أتوجه بخالص الشكر والامتنان للأستاذين / فيتوري القاسي و محمد على الربيعي ، اللذين قاما بالمراجعة اللغوية للرسالة . ولا أنسي أن أتوجه بالشكر لنباتات الصبار (حالات الدراسة) وأصدقائي المتعافين من الإدمان لما بذلوه معي من مجهود ، فشكراً لهم جميعاً مع خالص الدعاء لهم بالتعافي .

وأخيراً أتقدم بوافر شكري وامتناني لأسرتي الحبيبة ، أبي وأمي وإخوتي، وأصدقائي ، وزملائي، رمز التضحية والعطاء حيث كانت دعواتهم هي النبراس الذي أضاء لي الطريق . أهدي إليهم هذه الدراسة فلهم مني كل الحب والتقدير .

وأخيراً فإن كنت قد وفقت فيما قصدت إليه فذلك فضل الله يؤتيه من يشاء ، وإن كانت الأخرى ، فحسبي أنني حاولت واجتهدت ، والنقص من خصائص البشر وما الكمال إلا لله وحده عليه توكلت وإليه أنيب .



ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد مدى فاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان ، ومتابعة استمرار اثر البرنامج لدى أفراد عينة البحث بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج .

تكون مجتمع الدراسة من نزلاء مصحة الإرادة لعلاج الإدمان بمدينة بنغازي ، والبالغ عددهم (34) نزيل وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (31 - 46) خلال الفترة الزمنية من (20 . 3 . 2012) إلى (5 . 5 . 2012).

وقد اختار الباحث النزلاء الذين يعانون من تدني تقدير الذات، ، وتم تقسيم النزلاء إلى مجموعتين متكافئتين وعددهم (16) نزيل.

فروض الدراسة :

1-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات.

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (التي قدم لها البرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج) على مقياس تقدير الذات.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تقدير الذات.

4-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية التي قدم لها البرنامج العلاجي بين القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس تقدير الذات.

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث الأدوات التالية :

- 1- مقياس هودسون Hudson 1994م لتقدير الذات ، تعريب (مجدي محمد الدسوقي 2004م) ، اعد هذا المقياس هودسون ، وذلك لقياس تقدير الذات.
 - 2- برنامج العلاج المتمركز حول العميل ، من إعداد : منى صالح العامري (2000).
وتم إجراء دراستين استطلاعتين الأولى للمقياس واستخراج الخصائص السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات ، حيث تم حساب الصدق التلازمي ، والاتساق الداخلي ، أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق معامل ألفا كرونباك وأتضح أن هناك معاملات صدق وثبات مناسبة لاستخدامه .
- أما الدراسة الثانية فكانت على البرنامج ، الذي يمثل الجانب الإجرائي للدراسة وبهدف استطلاع البرنامج ، قام الباحث بعرضه على مجموعة من المحكمين حيث تم تعديل بعض الفقرات ومراجعتها بناءً على الملاحظات التي قدموها و تمت مراجعة هذه الملاحظات أثناء تطبيق الدراسة الاستطلاعية .
- وللتحقق من ملائمة البرنامج المستخدم ، تم القيام بدراسة استطلاعية على عينة ضمت (10) نزلاء من مجتمع الدراسة غير العينة الأساسية ، وطبق مقياس تقدير الذات كقياس قبلي ، ثم قدم البرنامج ، وبعدها طبق نفس المقياس كقياس بعدي ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$)
- واعتمد الباحث في الدراسة الحالية على المنهج التجريبي باستخدام تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة والقياسين القبلي والبعدي وكذلك التبعي ، وتمثل المتغير المستقل في البرنامج ، الذي طبق لقياس أثره مقياس تقدير تقدير الذات لدى عينة الدراسة .

حيث استخدم الباحث أسلوب المزاوجة في تكوين المجموعتين التجريبية والضابطة وتمت المزاوجة في المتغيرات التالية (العمر - الحالة الاجتماعية - نوع مادة التعاطي - تقدير الذات) واستخدم الباحث الأسلوب الإحصائي (ويلكسون) للعينتين المتكافئتين .

وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية :

- 1- وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات عند دلالة ($\alpha = 0,05$) لصالح القياس البعدي.
- 2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية (التي قدم لها البرنامج) ودرجات المجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج) على مقياس تقدير الذات عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) لصالح المجموعة التجريبية .
- 3- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس تقدير الذات.
- 4- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياسين البعدي و المتابعة على مقياس تقدير الذات.

وانتهت الدراسة بتقديم عدد من التوصيات و المقترحات ذات العلاقة بأهداف الدراسة ونتائجها.

فهرس الموضوعات

الصفحة	الموضوع	ر . م
أ	الآية القرآنية	
ب	الإهداء	
ج-د	شكر وتقدير	
هـ-ز	ملخص الدراسة باللغة العربية	
ح-ك	فهرس الموضوعات	
ل	فهرس الجداول	
م	فهرس الأشكال	
م-ن	فهرس الملاحق	
	الفصل الأول/ المدخل العام للدراسة .	
5-1	المقدمة	1.1
11-6	مشكلة الدراسة	2.1
12	أهمية الدراسة	3.1
12	أهداف الدراسة	4.1
1-13	تحديد المصطلحات	5.1

14	حدود الدراسة	6.1
الصفحة	الفصل الثاني / الإطار النظري للدراسة	ر . م
16	العلاج المتمركز حول العميل	1.2
18-17	النزعة إلى تحقيق الذات	1.1.2
20-18	مسلمات العلاج المتمركز حول العميل	2.1.2
22-21	الخبرة والرمز والمعرفة	3.1.2
24-23	العملية العلاجية	4.1.2
25-24	أساس الطريقة العلاجية عند روجرز	5.1.2
28-25	ميكانيزمات العلاج النفسي	6.1.2
30-28	فنيات العلاج المتمركز حول العميل	7.1.2
31	تقدير الذات	2.2
32-31	لمحة تاريخية	1.2.2
33-32	تعريف تقدير الذات	2.2.2
34	تقدير الذات الشامل	3.2.2
43-34	أهمية دراسة تقدير الذات وعلاقته بالإيمان وتعاطي المخدرات	4.2.2
45-43	نظريات تقدير الذات	5.2.2
45	التعليق	6.2.2

46	الإدمان	3.2
49-46	تعريف الإدمان	1.3.2
54-50	سيكولوجية الإدمان	2.3.2
54	تعليق	3.3.2
61-55	تفسير الإدمان	4.3.2
الفصل الثالث: الدراسات السابقة		
63	تمهيد	
67-63	دراسات تناولت العلاج المتمركز حول العميل	1.3
75-68	دراسات تناولت برامج علاجية للمدمنين	2.3
75	تعقيب	3.3
76	فروض الدراسة الحالية	4.3
الفصل الرابع : إجراءات البحث		
78	تمهيد	
78	منهج الدراسة	1.4
82-79	مجتمع و عينة الدراسة وطريقة اختيارها	2.4
85-82	أدوات الدراسة	3.4

87-85	وصف البرنامج العلاجي المتمركز حول العميل	4.4
92-87	العرض التفصيلي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية	5.4
94-92	الدراسة الاستطلاعية للبرنامج	6.4
95-94	خطوات الدراسة الأساسية	7.4
98-96	الغيات المستخدمة في البرنامج	8.4
98	أساليب المعالجة الإحصائية	9.4
الفصل الخامس: عرض النتائج و مناقشتها		
-100 107	عرض النتائج	1.5
-107 113	تفسير النتائج	2.5
-113 114	التوصيات	3.5
114	المقترحات	4.5
-116 128	مراجع الدراسة	5.5
-130 164	ملاحق الدراسة	6.5

فهرس الجداول

الصفحة	عنوانه	رقم الجدول
5	إحصائية جهاز مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 2009 م.	1
78	تصميم الدراسة المتبع	2
79	البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة.	3
80	التكافؤ بين المجموعتين التجريبيية والضابطة في متغير العمر	4
81	التكافؤ بين المجموعتين التجريبيية والضابطة في متغير الحالة الاجتماعية	5
81	التكافؤ بين المجموعتين التجريبيية والضابطة في متغير تقدير الذات	6
89-87	برنامج العلاج المتمركز حول العميل المستخدم في الدراسة	7
93	نتائج الدراسة الاستطلاعية	8
98-96	الفيئات المستخدمة في برنامج العلاج المتمركز حول العميل	9
101	الفروق بين درجات المجموعة التجريبيية في القياس القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات	10 أ ، ب
103	الفروق بين درجات المجموعتين التجريبيية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذات	11 أ ، ب
105	الفروق بين درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات	12 أ ، ب
106	الفروق بين درجات المجموعة التجريبيية في القياس البعدي و المتابعة على مقياس تقدير الذات	13 أ ، ب

فهرس الأشكال

الصفحة	الموضوع	رقم الشكل
102	القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية .	1
104	القياس البعدى للمجموعتين التجريبية والضابطة.	2

فهرس الملاحق

الصفحة	الموضوع	رقم الملحق
130	الدرجات الخام للقياسين القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة.	1
131	توزيع المجموعتين تجريبية وضابطة حسب متغير العمر والحالة الاجتماعية	2
132	الدرجات الخام للقياسين القبلي والبعدى والمتابعة للمجموعة التجريبية.	3
133	استبيان آراء الخبراء.	4
136-134	مقياس تقدير الذات في صورته الابتدائية قبل الحذف .	5
139-137	مقياس تقدير الذات في صورته النهائية بعد الحذف.	6
142-140	الخصائص السيكونومترية للدراسة الحالية .	7

160-143	نموذج من مقابلات العلاج المتمركز حول العميل.	8
161	نتائج اختبار ويلكسون للفرض الأول.	9
162	نتائج اختبار ويلكسون للفرض الثاني.	10
163	نتائج اختبار ويلكسون للفرض الثالث.	11
164	نتائج اختبار ويلكسون للفرض الرابع.	12
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية .	13

الفصل الأول

المدخل العام للدراسة

- 1.1 المقدمة.
- 2.1 مشكلة الدراسة.
- 3.1 أهمية الدراسة.
- 4.1 أهداف الدراسة.
- 5.1 تحديد المصطلحات الأساسية.
- 6.1 حدود الدراسة.

1.1 المقدمة

تحتل مشكلة إدمان المخدرات مكان الصدارة بين المشكلات النفسية والطبية ، وتعتبر مشكلة تعاطي المواد المخدرة بأنواعها العديدة من المشكلات الخطيرة التي تجتاح دول العالم في عصرنا الحالي ، ومازالت حتى الآن تؤرق الكثير من المجتمعات ، فعلى الرغم من الجهود التي بذلتها مختلف الحكومات سواء من الجوانب القانونية والتشريعات المتعلقة بتلك المشكلة ، أو التدخلات العلاجية التي تقدم لمن يعانيتها ، والدراسات العديدة التي قام بها المتخصصون في مجالات البحث المختلفة للحد من تفاقمها ومعالجة أثارها إلا أن المعاناة لا تزال مستمرة ، سواء من ناحية زيادة أعداد المنضمين إليها يوماً بعد أخرى ، أو من ناحية عودة الكثير ممن أتاحت لهم فرص العلاج للتعاطي مرة آخر وهي ما يسمى بـ الانتكاسة . (عبد الوهاب ، 2009 : 521)

كما إن الإدمان من الظواهر السلوكية الخطيرة التي تهدد كيان الفرد والمجتمع وهي كفيلة بان تقوض أركان أمه بأسرها إذا ما انتشرت فيها ، لأنها أسرع انتشاراً بين الشباب عدة اليوم ومستقبل الغد ، وبذلك فهي تشكل خطراً ملحوظاً على أهم مصدر من مصادر التنمية ألا وهي التنمية البشرية فضلاً عما تحمله من خطورة تتعلق بالتنمية الصحية ، والاقتصادية والاجتماعية وهذا ما يجعل بعض العلماء يسمونها أخطبوط العصر الحالي .

وحسب إحصائية منظمة الصحة العالمية فإن نسبة مدمني المخدرات في العالم أكثر من 162 مليون شخص (البحث القومي للإدمان 1996) ، وهذه النسبة أخذت في الزيادة أكثر من ذلك إذ أن المشكلة لم تعد مشكلة وجود المخدرات بل انتشارها السريع واقتناع الشباب باستخدامها ، ولقد تفاقمت مشكلة المخدرات والإدمان عليها في السنوات الأخيرة وأصبحت مشكلة عالمية تشغل المسؤولين والأجهزة المعنية ، كما إن الإدمان تسبب في مشاكل أخرى مثل الفقر والتسول والسرقه والجريمة المنظمة بجميع أنواعها ، مما أدى إلى تفكك الأسر والمجتمعات ، وانهيار الصحة العامة للفرد والمجتمع . (عبدالمعطي، 2006 : 116)

كما إن انتشار المواد المخدرة لم يعد مقتصرًا على بلد معين أو نوع معين من المخدرات ، فقد دلت الإحصائيات العالمية في السنوات الأخيرة على انتشار المخدرات في كثير من دول العالم وكذلك الحال بالنسبة لبعض البلاد العربية . ولعل موقع ليبيا الجغرافي الذي جعلها منطقة عبور لتجار المخدرات وتهريبها هو من أهم العوامل التي أسهمت في انتشار المخدرات فيها.

فحسب ما ورد في الندوة العلمية حول المخدرات وأثارها على الفرد والمجتمع لسنة 2007 تبين إن ليبيا تعتبر طريق عبور رئيسي للمخدرات ، فبعد الدعم الأمني المقدم من الاتحاد الأوروبي لاسبانيا في مكافحة المخدرات انخفضت كمية المخدرات التي تدخل أوروبا عن طريق المغرب ، ونتيجة لانتشار الجماعات المسلحة في الجزائر فان الطريق الوحيد الأمن إلى أوروبا هو ليبيا وبذلك تغيرت الطريق من المغرب إلى الجزائر فليبيا ثم أوروبا ، كما إن بناء الولايات المتحدة الأمريكية سورا عازلا بينها وبين المكسيك من اجل مكافحة الهجرة غير الشرعية والمخدرات ، وبما أن المكسيك تنتج 25% من قنب الحشيش على المستوى العالمي أدى إلى تغيير طريق المخدرات من المكسيك إلى موريتانيا عن طريق المحيط الأطلسي ثم ليبيا ثم أوروبا كذلك تعتبر ليبيا بلد عبور لمخدر الهيروين ، فمن خلال النظر إلى أهم الدول المنتجة لهذا المخدر وهي (أفغانستان ، تركيا ، ودول غرب إفريقيا وهي - بنين - التوغو-السنغال-موريتانيا) ، نجد ليبيا تتوسط هذه الدول ومن خلال عملية التبادل التي تتم بين هذه الدول فان الطريق الأمن هو ليبيا ، ونتيجة إلى النظام الذي اتبعه التجار الوافدون من الجنسيات الإفريقية وخصوصا النيجيرية وهو نظام تسهيلات الدفع أو ما يسمى بالدفع الأجل ، أي تحصيل ثمن المخدرات من التاجر الليبي بعد البيع وليس قبله أتاح للكثيرين الدخول في هذه التجارة بدون رأس مال مسبق، ما أدى إلى انتشار المدمنين في ليبيا بشكل كبير، حيث بلغ عدد المترددين على قسم علاج الإدمان في مدينة طرابلس خلال الفترة من شهر 10 سنة 1992 ، وهو تاريخ افتتاح قسم علاج المدمنين في ليبيا ، إلى سنة 2006 ما مجموعه 7060 حالة إيواء ، من بينهم 58 فتاه ، وبلغ مجموع حالات الإدمان على المخدرات والتي تم علاجها بقسم علاج الإدمان بطرابلس ومركز تاجوراء لعلاج ورعاية المدمنين 13384 حالة إدمان ، 80% من الحالات التي تم علاجها من المدمنين على مخدر الهيروين يليها في النسبة المدمنين على مخدر الحشيش ثم الخمر ، هذا إلى غاية سنة 2006 (أبو جناح ، 2007 :4,6)

والمقصود بمصطلح العلاج في الإحصائية السابقة ، ليس الشفاء الكلي من الإدمان ولكن مصطلح العلاج هنا يشير إلى الأفراد الذين تلقوا الخدمة.

وبعد افتتاح مصحة الإرادة في مدينة بنغازي بتاريخ 1-1-2008 ، فان حالات الدخول إلي المصحة حتى تاريخ 10-10-2010 ، بلغ ما مجموعه 931 حالة ، منهم 594 حالة إدمان مخدر الهيروين ، و 337 حالة مدمنة على مخدرات مختلفة (حشيش ، كحول ، أقراص مخدرة) ، و 210 حالة من حالات إدمان مخدر الهيروين رجعت للتعاطي من جديد بعد تلقيها العلاج.

ومن خلال النظر إلي الإحصائيات المقدمة من قبل جهاز مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 2009 م ، وكما هو مبين في الجدول (1)، تبين أن عدد قضايا المخدرات من سنة 2000 ف ، إلي سنة 2008 ف ، تتعدى 17704 قضية ، وعدد المتهمين تعدى 25354 متهم أما إحصائيات الضبطيات خلال نفس الفترة فكانت ، (74922) كيلو من مخدر الحشيش ، و (147،680) كيلو من مخدر الهيروين ، و (34،350) كيلو من مخدر الكوكايين ، مع العلم أن ليبيا بلد لا يمر به مخدر الكوكايين أبدا ، أما ضبطيات الأقراص في نفس الفترة فكان مليون وثلاثمائة ألف قرص مخدر ، وحسب الدراسات التي أجريت تبين أن الكميات التي تم ضبطها لو أعطيت في جرعات قاتلة فأنها كفيلة بقتل ستة ملايين شخص أي كفيلة بقتل أفراد الشعب الليبي بأكمله. (ابوجناح: 2008)

ورغم انتشار المخدرات والإدمان عليها كما هو مبين في الإحصائيات السابقة إلا أن ليبيا من الدول المتأخرة في علاج الإدمان ، فحسب المعلومات التي قدمتها ليبيا في ندوة (تخفيض الطلب لشمال إفريقيا) والتي عقدت في تونس عام 1996 ف ، قدمت إن أكثر المناطق التي يتفشى بها تعاطي المخدرات هي المناطق المدنية ، كما إن المرافق العلاجية محدودة وفقيرة للغاية .
<http://www.aljazeera.net/specialfiles/pages/7edafb4e-356a-44a4-91a6-388527af4f24>

حيث إن اغلب إستراتيجيات العلاج القديمة محدودة وغير قادرة على استيعاب معاناة المدمنين ، إذ تنحصر معظم إستراتيجيات العلاج في تخليص المدمن من التبعية الفسيولوجية والاكتفاء بهذه الخطوة التي يفسرها المدمن على النحو التالي (إذا كان العلاج يمثل هذه البساطة فلماذا لا أعود الإدمان ثم أعود فالجا للعلاج عندما أرى ذلك مناسباً ، ويرجح إن هذا هو السؤال الذي يدفع بأكثر من 90% من المتعالجين بهذه الطريقة للعودة إلى إدمانهم) (غانم ، 1994 : 52)

كما إن من أهم العيوب في طرق علاج الإدمان ، الاقتصار على تعديل السلوك الظاهر وإهمال الجانب المعرفي الذي يميز الإنسان بما هو إنسان ، أي التركيز على الأعراض الناتجة عن الإدمان وإهمال الأسباب مما يجعل عملية الشفاء وقتية أحيانا ، أي رجوع الشخص للتعاطي بمجرد خروجه من المصحة. (غانم، 2005: 69)

ولعل هذا التأخر هو ما دفع ليبيا إلى الاهتمام بهذه المشكلة ، فحسب مركز أنباء الأمم المتحدة 2004/1/20 ف ، تبين أن ليبيا دخلت فعليا في برنامج مكافحة المخدرات من خلال مصادقتها على المعاهدات المنظمة لموضوع التعامل في المخدرات ، والتي تهدف إلى إقامة مشاريع وورش عمل لزيادة التوعية بين الشباب وتوفير المعدات اللازمة على الحدود وتأسيس مختبرات ومراكز لعلاج الإدمان . ويكلف المشروع 2.8 مليون دولار بتمويل كامل من الحكومة الليبية .
<http://www.un.org/arabic/news/fullstorynews.asp?newsID=2010>

ومن هنا وجب الالتزام الفعلي بعلاج الإدمان علما مكتملا ، ((حيث أن أي دولة تكون طرفا في التصديق على الاتفاقيات والمعاهدات الدولية الرئيسية المنظمة لموضوع التعامل في المخدرات ، لا تستطيع التنصل من مسؤولياتها عن توفير أسباب العلاج بالمعنى الطبي النفسي الاجتماعي المتكامل لان هذه الاتفاقيات والمعاهدات تنص على هذه المسؤولية بشكل صريح)) . (غانم 2005 : 42 ، مرجع سابق)

ومن خلال ما تقدم تتجلى أهمية البحث و الدراسة لإمكانية التوصل لطرق علاج للإدمان بما يتماشى مع البيئة المحلية ، لان أمر مكافحة هذه المشكلة واجب وطني تخصص له الدول موارد بشرية ومالية ضخمة ، لأنها تدرك جليا إن انتشار تلك السموم يضعف اقتصادها ويحطم شبابها، كما إنها تعد واحدة من اخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمع.

جدول (1) ، يوضح ضبطيات الجهاز من المواد المخدرة ، وعدد القضايا وعدد المتهمين من ليبيين وعرب وأجانب ، خلال الفترة من عام (2000 وحتى 31-10-2008) ، الإحصائيات المقدمة من قبل جهاز مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية لعام 2009

أقراص مخدرة	الكميات المضبوطة للمخدرات			عدد المتهمين				القضايا	السنة
	مخدر الكوكايين	مخدر الهيروين	مخدر الحشيش	الإجمالي	أجانب	عرب	ليبيين		
245478	20.800	15.359	3418	1809	294	108	1407	1125	2000
87047	00.531	12.954	7044	2253	288	148	1817	1469	2001
135154	00.359	07.152	4024	1763	375	174	2214	1766	2002
56482	02.060	07.100	3134	2598	441	181	1976	1748	2003
59153	00.011	24.445	4353	3298	943	284	2071	2206	2004
37664	00.150	23.424	11321	3016	395	232	2389	2080	2005
65235	00.042	17.716	18605	3348	323	252	2773	2329	2006
103910	07.690	38.600	11029	3706	344	300	3062	2620	2007
152473	02.700	93	11994	2563	264	227	3494	2361	2008

942578	34.350	147.680	74922	25354	3667	1906	21203	17704	المجموع
--------	--------	---------	-------	-------	------	------	-------	-------	---------

2.1 مشكلة الدراسة

على الرغم من كون مشكلة الإدمان مشكلة قديمة إلا أن الاهتمام بعلاج المدمنين يعد حديث العهد إذ لا يتجاوز مائة عام من المحاولات العلاجية التجريبية التي لم تحقق نتائج علاجية على المستوى المطلوب فغالبا ما ينتكس المدمن بعد فترة العلاج ويعود إلى التعاطي (عسكر، 2005 : 69)

((ويقول (ارون بيك) Beek.A : كتبت آلاف الكتب والمقالات ، كما أنفقت على بحوث الإدمان ملايين الدولارات ، وبالرغم من ذلك نجد نقصا شديدا في التوصل إلي إستراتيجية ناجحة لعلاج الإدمان)) . (عبد الوهاب، 2009 : 520 مرجع سابق)

حيث يتم التركيز في علاج الإدمان على المخدرات على الطريقة الدوائية والطبية سواء في المستشفيات النفسية أو المتخصصة في علاج الإدمان ، ويحقق هذا العلاج المنقوص هدفا واحدا وهو إزالة التسمم الحاد بالمخدر ، أو حماية المدمن من أعراض انسحاب المخدر ، من الناحية الطبية فقط ، وليس بتبديل سلوكه الادماني ، مما يؤدي إلى حدوث الانتكاسة بنسبة تقارب 90% في علاج الإدمان بالطريقة الدوائية . (حجار، 1992 : 11)

كما إن اقتصار العلاج على النواحي الدوائية يعد أمرا عديم الجدوى ، لان المدمن يكون قد اكتسب العديد من السلوكيات التي ترتبط بالإدمان . (سويف ، 1996 : 3)

أي أن العلاج الدوائي يقتصر على تعديل السلوك الظاهر وإهمال الجانب المعرفي الذي يميز الإنسان بما هو إنسان ، أي التركيز على الأعراض الناتجة عن الإدمان وإهمال الأسباب مما يجعل عملية الشفاء وقتية أحيانا ، أي رجوع الشخص للتعاظم بمجرد خروجه من المصحة. (غانم، 2005: 69)

((كما أكد الباحثون على إن برامج علاج الإدمان بالطريقة التقليدية (الدوائية) ، والتي تهدف إلى إزالة السموم لا تكفي في العادة إلى التعامل مع مشكلات مرضى الإدمان ، وان الاعتماد على هذا المدخل في العلاج يمثل إستراتيجية علاجية مبتورة ، ما لم تستخدم معه المداخل النفسية)) .(عبد الوهاب، 2009: 522 مرجع سابق).

وفي منتصف التسعينيات من القرن الماضي أولى الكثيرون من علماء النفس ، اهتماما أكبر بنشأة السلوكيات الادمانية وكيفية علاجها ، ومن مظاهر هذا الاهتمام إن الرابطة الأمريكية لعلم النفس قد أسست قسما جديدا عن الإدمان ، وهو القسم رقم خمسين ويضم الأعضاء ذوي الاهتمام بالبحث والتطبيق في هذا المجال الخاص بالتعاظم والإدمان ،وقد اصدرت مجلة علم نفس الإدمان تحت رعاية هذا القسم ، كما تمنح الكلية التابعة للرابطة شهادة مهنية في تقييم وعلاج الإدمان. (سالم ، 2003 :3)

إلا أن الدراسات التي اهتمت بالجوانب النفسية للتعاظم والإدمان ، والدراسات التي تناولت برامج علاجية و تأهيليه للمدمنين في عالمنا العربي قليلة جدا إن لم تكن معدومة.(غانم،2005: 25مرجع سابق)

فالمتمعمق في التراث البحثي سوف يكتشف إننا لا نزال بعيدون عن العثور على نموذج يتسم بالتكامل يمكن من خلاله تفسير وعلاج هذه المشكلة ، ولعل فشل بعض البرامج العلاجية يؤكد على إننا مازلنا بعيدون عن فهم وتفسير هذه الظاهرة (الإدمان) . (سالم ، 2003 :4 مرجع سابق)

كما إن هذه الدراسات تناولت أساليب علاجية شبه موحدة وهذه الأساليب هي أساليب العلاج النفسي الجماعي ، وإهمال أساليب العلاج النفسي الفردي ، رغم إن هذه الأساليب تؤدي إلي نفس النتائج ، حيث توصل (بادمان و اخرون) Budman et al ، في دراسة حديثة بهدف المقارنة بين كلا النوعين من العلاج ، على عينة تتكون من ثمان وتسعين مريضا نفسيا ، مستخدما مقاييس تقدير الذات لكوبر سميث ومقياس الوحدة النفسية ، حيث تم تتبع أفراد العينة لمدة عام تلقى بعضهم علاجاً فردياً والبعض الآخر علاجاً جماعياً ، وقد

أظهرت النتائج تحسنا جوهريا متقاربا في كلا النوعين من العلاج ، والى ذات النتائج تقريبا توصلت دراسة (سيكر فيل و بيبير) Secarufel and Piper ، والتي أجريت بهدف معرفة فاعلية العلاج الفردي أم الجماعي سواء قصير الامد Short-Term ، أم طويل الأمد Long – Term ، على عينات مختلفة تم اختيارهم عشوائيا من بين المترددين على عيادة نفسية كانت شكاوهم الرئيسية القلق وانخفاض تقدير الذات وصعوبة التواصل ، حيث تمكن الباحثون من التوصل إلي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النوعين من العلاج . (حافظ ، 1990: 85،84)

((ونظرا للمتغيرات الحضارية والثقافية التي تلعب دورا مهما في علاقتها بهذا النوع من المشاكل (الإدمان) ، فانه من الضروري الاستفادة من نتائج الدراسات والمفاهيم العلاجية الحديثة ومحاولة تطبيقها ، لمعرفة مدى ملائمتها للبيئة التي ستستخدم فيها)). (الصقهان، 2005: 5)

كما إن العوامل النفسية والثقافية والاجتماعية ذات الطبيعة الخاصة بالمجتمع الليبي ، قد شكلت المفهوم المعرفي للمرض النفسي لدى الأفراد ، فعملية العلاج الجماعي ليست شيئا مرغوبا بالنسبة للأفراد ، وربما يرجع ذلك إلى طبيعة سيكوسوسيولوجية المجتمع الليبي ، حيث إن محتوى الذات الخاص الذي يكون معظمه غير مرغوب فيه اجتماعيا أو نفسيا ، ولا يجوز إظهاره أو كشفه أو ذكره أمام أفراد المجموعة العلاجية ، هو الجزء الشعوري السري الشخصي جدا ، وفي العلاج النفسي نجد أي محاولة تعديل أو تغيير لسلوك الفرد لا بد أن تأخذ في الحساب شخصية الفرد ومعايير الجماعة والأدوار الاجتماعية ، والاتجاهات السائدة والقيم .(عبد العزيز ، 1999 : 123)

وبناء على الإحصائيات سابقة الذكر بخصوص الإدمان على المخدرات وانتشارها على المستوى المحلي ، فان الأمر يتطلب مواجهة هذه المشكلة مواجهة علمية يراعى فيها الاهتمام بالجوانب النفسية في علاج هذه المشكلة في البيئة المحلية .

من خلال ذلك رأي الباحث أن أسلوب العلاج غير المباشر ، والذي سمي فيما بعد بالعلاج المتمركز حول العميل ، والذي ينتمي إلي الاتجاه الإنساني في علم النفس ، قد يكون ذا فائدة في مواجهة هذه المشكلة .

((حيث إن مبادئ وأساليب علم النفس الإنساني ، استخدمت بنجاح في العديد من برامج
الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاجه وتتمثل هذه الأساليب في تطوير مفهوم الذات وبناء
العلاقات الاجتماعية الفعالة وذات المعنى مع الآخرين وتحسين مستوى التقدير الذاتي وتنمية
مهارات اتخاذ القرارات)). (إسماعيل ، 1999 : 95) .

والعلاج المتمركز حول العميل ، وهو شكل من أشكال العلاج والإرشاد النفسي ، وهذا
الشكل من العلاج ينتمي إلي الاتجاه الإنساني في علم النفس . وخلافا لما هو شائع في مجال
الإرشاد والعلاج النفسي من نشأة كثير من النظريات على أيدي أطباء نفسانيين فإن العلاج
المتمركز حول العميل قد جاء على يد متخصص في علم النفس وهو كارل روجرز ، واهم ما
يميز هذه الطريقة العلاجية أو الإرشادية هو أن كارل روجرز أنشأها في أحضان عمله
الأكاديمي الأمر الذي جعله يعتمد على الجانب العلمي في عمله ، كما إن هذه الطريقة نمت
وتطورت في إطار الممارسات العلمية للإرشاد والعلاج النفسي .

ويركز هذا النوع من العلاج اهتمامه حول (العملية) ويستمد فرضياته من المادة الخام
للخبرة العلاجية ومن المقابلات المسجلة كتابة أو صوتيا أو بصريا ، ويمكن وضع كل
فرضياته موضع الاختبار التجريبي كما أن لهذا النوع تطبيقات في كل مجال من مجالات
عمل الإنسان وجهده حيث يكون النمو السيكولوجي السليم هو الهدف . (عبدالعزيز ، 2001 : 155 -
179) .

كما إن روجرز لم يضع قيودا على نوعية الأشخاص الذين يصلح معهم الإرشاد
المتمركز حول العميل معتبرا انه يمكن للجميع أن يستفيدوا منه مهما اشتدت حالتهم كما انه
لم يضع التدريب المهني للمرشد ضمن الشروط اللازمة لتحقيق التغير في بناء شخصية
المسترشد أو المتعالج (الطيرة نقلا عن عيسوي 1979) .

لذلك حاول الباحث في هذا الجهد المتواضع التركيز على فنيات العلاج المتمركز حول
العميل ، في تخفيف معانات فئة في اشد الحاجة إلي الخلاص من استبعاد المخدرات لهم و
من خلال النظر في الأدبيات والدراسات السابقة تبين للباحث أن التراث النفسي في مجال
تعاطي المخدرات والإدمان عليها يشير إلى أن متعاطي المخدرات يعانون من انخفاض تقدير

الذات وان كل الخصائص الملاحظة كاليأس ومشاكل الهوية الجنسية ، وضعف العلاقات وعدم القدرة على تحمل القلق والإحباط كل هذه الخصائص يمكن تفسيرها كانعكاسات لردود الأفعال تجاه الذات السلبية . (عبد العزيز، 2004: 319).

((كما إن دراسة تقدير الذات من الموضوعات المهمة التي مازالت تنصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية والشخصية فنحن نعيش في عصر يتميز بمتغيرات سياسية واقتصادية وثقافية لها تأثيرها المباشر على الكائن البشري ، فتزيد من معدلات الضغط والتي بدورها ترفع من معدلات الاضطرابات النفسية والجسمية لتحول دون التوافق السليم للفرد ، فتؤثر تأثير جوهريا على شخصيته ، مما يؤدي إلي خلل في الأجهزة المهمة في الشخصية و من بينها تقدير الذات)) (سليمان، 1992: 88)

حيث يرى (فروش) 1989 Frosch ، إن انخفاض تقدير الذات من أهم الملامح البارزة لدى المدمنين ، حيث يفتقد المدمن الكثير من نشاطاته المعتادة التي كانت تحقق له قدرا من تقدير الذات ، ونتيجة لذلك يسعى المدمن إلي استخدام ميكانيزم الإنكار على نحو فعال ليتغلب على شعور الخزي والذنب اللذان يلاحقانه من جراء هذا الفقد ، وحينما يكون العقار هو السبيل الوحيد لتحقيق التوازن النفسي على المستوى الخيالي ، فإن مجرد الانقطاع عن التعاطي يسبب العديد من المشاكل النفسية المعقدة والتي تشعره بالفشل في تحقيق ما كان يتم تحقيقه خلال التعاطي من تحسين زائف لتقدير الذات، ولكن مع دخوله في أطوار متقدمة من الإدمان سريعا ما يفقد العقار وظيفته ويصبح عبئا على الشخص ، وتحاول الذات أن تتحرر منه ، خاصة مع العقاقير التي تتطلب زيادة الجرعة باستمرار ، حتى تفقد الجرعات وظيفتها التخديرية فيدخل المتعاطي في دورية الشعور بالفقد ، ولا يكون لديه سبيل لتحقيق تقدير الذات .(خريبه، 1998: 12)

((كما ذهب (بلات) 1986 ، إلي أن أهم الخصائص التي يمكن ملاحظتها على المدمن هي انخفاض تقدير الذات وان كل الخصائص الملاحظة كاليأس وضعف نمو الأنا الأعلى ومشاكل الهوية الجنسية وضعف العلاقات الشخصية وانخفاض تحمل القلق والإحباط ، كل هذه الخصائص يمكن تفسيرها كانعكاسات لردود الأفعال تجاه الذات السلبية أي انخفاض تقدير الذات)) (فايد ، 2007: 144)

((كما يرى (جو روبينو) JOE RUBINO ، إن انخفاض تقدير الذات من أهم المشاعر التي يمكن ملاحظتها على المدمنين من خلال أربع مجالات رئيسية هي إن الشخص المدمن يرى نفسه بأنه ضعيف الشخصية ولا يملك القدرة على مواجهة الآخرين ، كذلك يرى نفسه بأنه منحنط أخلاقيا وغير مرغوب فيه داخل المجتمع ، كما أكد على أن هؤلاء الأشخاص لا يتمتعون بالكفاءة في واحدة أو أكثر من مجالات الحياة ، وأنهم غير قادرين على السيطرة على حياتهم)) .
<http://www.treatment-centers.net/self-esteem.html>

كما أشار (ستيفنهاجين) R.Steffenhagen ، في نظرية تقدير الذات المفسرة للتعاطي والإدمان ، إلي أن جميع سلوكيات الأفراد يتوسطها محاولاتهم للحفاظ على الذات ، وينظر إلي تقدير الذات على أنه الميكانيزم الأساسي الذي يتضمن تفسير التعاطي والإدمان على المخدرات إذ يستجيب منخفضو تقدير الذات بشكل أكثر سلبية للمشقة وضغوط الحياة ومن ثم يلجئون إلى المواد المخدرة لمواجهة تلك الضغوط ، حيث تعد المشاعر الإيجابية نحو الذات ، وفقا لـ(بيرلن) و (شولر) L.Pearlin and C.Schooler ، احد مصادر مواجهة المشقة ، فهي تعمل على خفض تأثيرات المنبهات الشاقة . وقد ساند (انتونوفسكي) A.Antonovsky ، هذه النتيجة عندما أشار إلى وجود دلائل على إن تقدير الذات يعد عاملا واقيا يرفع من مقاومة الفرد للمشقة ويعد متغير تقدير الذات من المتغيرات التي اهتم بها الباحثون في مجال علم النفس لعلاقته بكل من الصحة النفسية والرفاهية النفسية للفرد ، حيث وجد إن فقدان الفرد تقديره لذاته غالبا ما يرتبط بعدة أشياء سلبية مهمة مثل مشاعر عدم الملائمة ومشاعر الذنب وزيادة القلق والاكتئاب ومشاكل الصحة النفسية ، في حين إن ارتفاع هذا التقدير يؤدي إلي تحقيق التوافق الجيد والضبط الداخلي حيث يرى (اودوهارتي - Odoherty) ، إن الصحة النفسية تعني أكثر من مجرد غياب المرض النفسي ، فهي تعني درجة من نضج العقل وارتقاء المشاعر والانفعالات بشكل يتناسب مع العمر الزمني ، ويتسق مع الخلفية الاجتماعية والاقتصادية للفرد ، كما تعني أيضا العلاقة الجيدة مع الذات ومع الأخر . (مايسة ، 2003 : 23 مرجع سابق) .

كذلك يرى مجموعة من الباحثين على إن من أهم المشاعر المنذرة بعودة الشخص المدمن للتعاطي بعد تلقيه العلاج هي مشاعر تدل على انخفاض تقدير الذات ، حيث يذكر (غانم ، 2005) ، إن أهم العلامات التي تنذر بالانتكاسة ، أي العودة للتعاطي بعد العلاج ، هي مشاعر الأسف على النفس والأسى عليها ، والشعور بعدم الرضا عن أي شيء موجود في هذه الحياة ، والشعور بأنه عاجز وضعيف ، وكذلك فقدان الثقة بالنفس و هي ناتجة عن انخفاض في تقدير الذات . (غانم ، 2005 : 41).

كذلك يذكر (عبد الله عسكر ، 2005) ، إن هناك مجموعة من الأعراض التي تنذر بعودة الشخص المتعافي للتعاطي من جديد من بينها ، تزايد الإحساس باللامبالاة وعدم الاهتمام ، وذلك لإخفاء مشاعر العجز والشعور الحاد بالنقص في احترام الذات وتقديرها ، والثقة فيها ، وكذلك الشعور بعدم الكفاية الشخصية والتقدير السلبي للذات . (عسكر ، 2005 : 189)

ومن خلال ما تقدم يمكن طرح مشكلة الدراسة في السؤال التالي : ما مدى فاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان؟

3.1 أهمية الدراسة :

1- الأهمية النظرية:

تعد هذه الدراسة محاولة متواضعة لإثراء المكتبة العربية والمحلية ، بدراسة العلاج المتمركز حول العميل لدى المدمنين؛ فمن الملاحظ ندرة المراجع العربية في هذا الموضوع

علي الرغم من أهميته التي يدركها بصفة خاصة العاملون في المجال الإكلينيكي لمرضي الإدمان .

2- الأهمية التطبيقية:

1- محاولة تفعيل دور الأخصائي النفسي كعضو مشارك وفعال في الفريق العلاجي ، والكشف عن قدرته وأهميته في العملية العلاجية للمدمنين .

2- إلقاء الضوء علي الفائدة المستمدة من الاعتماد علي توجهات نظرية العلاج المتمركز حول العميل في مساعدة المرضى علي تحسين مشاعر تقدير الذات ، والتي تعد في كثير من الأحيان من العوامل المهمة التي تؤدي للانتكاسة .

3- تعد هذه الدراسة دليل واقعي علي أهمية الأخصائي النفسي كعضو فعال في الفريق العلاجي؛ فمن الملاحظ أن الغالبية العظمي من الدراسات التي قامت علي المرضى لبيان فعالية البرامج العلاجية إنما كانت تتم علي المرضى الذين يعالجون داخل المستشفيات النفسية . لكن هذه الدراسات كانت علي المرضى المترددين علي مصحة تتبع ما يسمى بسياسة الباب المفتوح مما يعكس اختيار أفراد العينة للعلاج طواعية علي العكس من الدراسات السابقة .

4.1 أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى تحقيق هدف عام يتمثل في :

التحقق من مدى فاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان.

5.1 تحديد المصطلحات الأساسية:

1-البرنامج : Program

تعرفه (عزة حسين 1989) بأنه خطة تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى مساعدة الفرد على الاستبصار بسلوكه والوعي بمشكلاته ، وتدريبه على حلها واتخاذ القرارات اللازمة بشأنها ولهذا الجانب أهمية من أجل توظيف طاقات الفرد وتنمية قدراته . (ثابت، 2010 : 11)
التعريف الإجرائي للبرنامج :

هو مجموعة من الجلسات تتحدد في 15 جلسة ، والتي تهدف إلي تحسين تقدير الذات لدى أفراد العينة المطبق عليها ، من خلال استخدام استراتيجيات وفنيات طريقة العلاج المتمركز حول العميل.

2- العلاج المتمركز حول العميل : Client-Centered Therapy

هو شكل من أشكال العلاج النفسي والإرشاد ، والذي تطور على يد كارل روجرز . وهو طريقة غير مباشرة في العلاج ، ولا تتضمن أية محاولة لتقديم تشخيص للمرض أو التفسير أو الإقناع ، وهدفها خلق جو من التقبل والعطف الذي من خلاله يكون العميل منطلقا في اكتساب الاستبصار داخل ذاته ليتمكنه من تحريك إمكانياته في اتجاه حل مشكلاته (العامري، 2000 : 8)

3- تقدير الذات: Self-esteem

يعرف (روزنبرج) Rosenberrg1978 ، تقدير الذات بأنه (اتجاهات الفرد الشاملة - سالبة كانت أم موجبة - نحو نفسه . (مبروك ، 2002 : 188).

ويعرفه (كوبر سميث) Cooper,Smith1981 ، بأنه مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به فيما يتعلق بتوقع النجاح وال فشل والقوة الشخصية(دسوقي ، 1995 : 14):

ويعرف روجرز , (1969) Rogers تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد نحو ذاته والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي.

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=68&topic_id=996

التعريف الإجرائي لتقدير الذات:

هو الدرجة التي يحصل عليها أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على اختبار تقدير الذات المستخدم في هذه الدراسة.

4- الإدمان : Addiction

عرفت منظمة الصحة العالمية 1973 ، الإدمان بأنه :

حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع ، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر 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 بأية وسيلة ممكنة ، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره ، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة ، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار ، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة . (عرموش ، 1993: 29)

و عرف (سويف) 1996 ، الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة إن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي ، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع ، أو لتعديل تعاطيه ، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي ، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلي استبعاد أي نشاط آخر . (سويف ، 1996 : 18 مرجع سابق)

6.1 حدود الدراسة

تحدد الدراسة بالمجموعة التجريبية والضابطة التي تخضع لإجراءاتها وهم (16) حالة إدمان ، الذين تقع أعمارهم الزمنية بين (31-46) سنة ، وهم من ذوي التقدير المنخفض للذات وفق الأداة المستخدمة - والمتقدمين للعلاج بمصحة الإرادة بمدينة بنغازي في الفترة من (20 . 3 . 2012) إلى (5 . 5 . 2012) ، كذلك تحدد الدراسة في الأساليب الإحصائية والأدوات والفنيات المستخدمة فيها.

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

1.2 العلاج المتمركز حول العميل .

- تمهيد.

1.1.2 النزعة إلى تحقيق الذات .

2.1.2 مسلمات العلاج المتمركز حول العميل.

3.1.2 الخبرة والرمز والمعرفة.

4.1.2 العملية العلاجية.

5.1.2 أساس الطريقة العلاجية عند روجرز.

6.1.2 ميكانيزمات العلاج النفسي.

7.1.2 فنيات العلاج المتمركز حول العميل.

2.2 تقدير الذات .

1.2.2 لمحة تاريخية.

2.2.2 تعريف تقدير الذات.

3.2.2 تقدير الذات الشامل.

4.2.2 أهمية دراسة تقدير الذات وعلاقته بالإدمان وتعاطي المخدرات.

5.2.2 نظريات تقدير الذات.

6.2.2 التعليق .

3.2 الإدمان.

- تمهيد.

1.3.2 تعريف الإدمان.

2.3.2 سيكولوجية الإدمان.

3.3.2 تعليق .

4.3.2 تفسير الإدمان.

1.2 العلاج المتمركز حول العميل

-تمهيد:

واضع هذه الطريقة في العلاج والإرشاد النفسي هو كارل روجرز (1902-1987) ، وقد ارتبط اسمه بظهور ما يعرف بالإرشاد غير المباشر، والذي تطور فيما بعد ليعرف باسم العلاج المتمركز حول العميل ، وخلافا لما هو شائع في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من نشأة كثير من النظريات على أيدي أطباء نفسانيين فان العلاج المتمركز حول العميل قد جاء على يد متخصص في علم النفس وهو كارل روجرز .

واهم ما يميز هذه الطريقة العلاجية أو الإرشادية هو أن كارل روجرز أنشأها في أحضان عمله كأكاديمي ، الأمر الذي يجعله يعتمد على الجانب العلمي في عمله ، كما إن هذه الطريقة نمت وتطورت في إطار الممارسات العلمية للإرشاد والعلاج النفسي

ويركز هذا النوع من العلاج اهتمامه حول (العملية) ويستمد فرضياته من المادة الخام للخبرة العلاجية ومن المقابلات المسجلة كتابة أو صوتيا أو بصريا ، ويمكن وضع كل فرضياته موضع الاختبار التجريبي كما أن لهذا النوع تطبيقات في كل مجال من مجالات عمل الإنسان وجهده حيث يكون النمو السيكولوجي السليم هو الهدف .(عبد العزيز، 2001، : 155- 179 مرجع سابق)

ويشير كارل روجرز إلى إن الإنسان بحاجة إلى الحب والتقدير أو ما يطلق عليه(الاعتبار الايجابي غير المشروط) والتفهم الودي وتفهم المعاني الذاتية لخبرته. (إسماعيل، 1999، : 94)

وتقوم فكرته الأساسية على أن المعالج والعميل في علاقة امبائية قوامها الود والتفاهم ، إي إن العلاج في هذه الطريقة يتركز على محاولة تغيير الذات كي تتطابق مع الواقع ، وبذا يتم التوافق وتخفيض القلق والسمو بالذات ، وقوام هذه الطريقة عند روجرز بعدين أساسيين هما : التلقائية والامبائية. (الطيب ، 1994 : 289)

ويتم ذلك حسب قول روجرز إن إدراك حقيقة - ثبتت على نحو تام فيما بعد- وهي أن العميل وحده هو الذي يعرف ما يؤذيه ، والى أي الاتجاهات يذهب ، وما هي المشكلات الهامة وما

هي الخبرات التي دفنت دفنا عميقا . ولقد بدأ يخطر على ذهني إني سوف أحسن عملي لو اعتمدت على العميل لتحديد اتجاه التحرك في عملية العلاج .(جابر، 2008: 514)

من خلال ما تقدم يتضح ارتباط اسم روجرز بالاتجاه الإنساني في علم النفس الحديث وهو ما يعرف بالقوة الثالثة في علم النفس . ويعارض هذا الاتجاه مدرسة التحليل التي رأى فيها مدرسة تمثل تشاؤما وأسا وكذلك ما تفرضه من انطلاق السلوك البشري من غرائز الجنس والعدوان ، وبدا ذلك واضحا عندما أشار روجرز إلى نظريته الإنسانية إلى العميل مفرقا بينها وبين نظرية التحليل النفسي من أن العميل قادر على مساعدة نفسه أكثر من قدرة المعالج على مساعدته ، حيث إن مهمة المعالج تتركز في خلق جو يتسم بالتعاطف الوجداني والاعتبار الإيجابي من قبل المعالج ، مما يشعر العميل بالحرية في إبداء مشاعره التي أنكرت في الوعي . (Benjamin : 2007,480)

1.1.2 النزعة إلى تحقيق الذات:

يسلم روجرز بوجود دافع رئيسي واحد يسميه النزعة إلى تحقيق الذات حيث يقول روجرز : (إن لدى الكائن الحي نزعة أساسية واحدة تكافح ليحقق الكائن الحي الذي يعيش للخبرة ذاته ويحافظ على بقائها ويزيد من قيمتها . وهناك مصدر رئيسي واحد للطاقة في الكائن الحي الإنساني ، وان هذه الطاقة وظيفة الكائن الحي ككل وليس لجزء منه ، ويحتمل إن أفضل تصور له أن نتصوره كنزعة نحو الكمال والتحقيق ونحو المحافظة على الكائن الحي وزيادة قيمته) .(جابر 2008: 514)

كما يرى بان المفهوم الشائع عن البشر هو أنهم غير عقلانيين وأنهم غير اجتماعيين وميالون إلى تدمير ذواتهم وتدمير غيرهم . بينما وجهة نظر العلاج المتمركز حول العميل هي أن البشر على عكس ذلك: عقلانيون ، اجتماعيون ، و واقعيون ويتحركون إلى الأمام ، ويرى روجرز أن وجهة النظر هذه حول الإنسان تطورت من واقع الخبرة في عملية العلاج النفسي ، حيث تظهر في أثناء العلاج الانفعالات المضادة للمجتمع وانفعالات الغيرة والعدوانية وغيرها ، ولكن هذه ليست انفعالات تلقائية ينبغي ضبطها ، وإنما هي ردود فعل ناتجة عن إحباط دوافع أكثر أهمية منها وهي دوافع الحب والانتماء والأمن .(عبد العزيز ، 2001 : 157)

وقد يثار السؤال : إلى أي وجهة تتحرك النزعة إلى تحقيق الذات ونحو أي هدف؟

وإجابة روجرز تدل على أن نظرتة للطبيعة الإنسانية تخالف نظرة فرويد .

فرويد يرى إن للناس جميعا نفس الحاجات والدوافع شأنهم في ذلك شأن الحيوان . وعلى هذا فلا بد أن يضبط المجتمع نزعاتهم لإشباع دوافعهم الجنسية والعدوانية . أما روجرز فيرى أن الناس خيرون في الأساس ، ولذلك فإنهم ليسوا في حاجة إلى ضبط اجتماعي ، بل انه يعتقد إن محاولة ضبط الإنسان هي التي تجعله يسلك سلوكا سيئا .

ويدرك روجرز بطبيعة الحال إن الأفراد يتصرفون في بعض الأحيان بطرق غير ملائمة ، ولكنه يذهب إلى إن مثل هذه التصرفات لا تتسق مع الطبيعة الإنسانية لأنها تنشأ من الخوف والأساليب الدفاعية، حيث يقول : (أنا على وعى تام بان الأفراد نتيجة لخوفهم الداخلي ولدفاعاتهم قد يسلكون بل ويسلكون فعلا طرقا قاسية على نحو غير معقول ومدمرة تدميرا مفرعا وغير ناضجة ونكوصيه ، ومضادة للمجتمع ومؤذية ، غير انه من أكثر الخبرات التي لدي انتعاشا وتنشيطا مع مثل هؤلاء الأفراد واكتشاف اتجاهاتهم الايجابية القوية في أعماق المستويات وهي تماثل ما يتوفر لدينا) .(جابر، 2008 : 515)

2.1.2 مسلمات العلاج المتمركز حول العميل:

يعتمد العلاج المتمركز حول العميل على بعض الأفكار النظرية ، فقد وضع كارل روجرز 19 مسلمة جعل منها فروضا لدراسته وقسمها إلى خمس مجالات وقد ذكرها (عبد العزيز 1995) وهي :

- مجال المواجهة بين الفرد وبيئته.
- مجال يدور حول سؤال : كيف يدرك الشخص نفسه ؟ أو كيف يشعر بنفسه ؟
- مجال يختص بمشكلة التوافق النفسي في مقابل عدم القدرة على التوافق النفسي.
- مجال يختص بمشكلة الأسباب الكامنة خلف سلوك الإنسان وموقع هذا السلوك.
- مجال يدور حول إمكانات العلاج النفسي في تعديل الخبرات وتعديل السلوك بهدف تحقيق الشفاء.

وكما حدد روجرز مسلمات وفروض كل مجال من هذه المجالات على النحو التالي:

- فروض المجال الأول : (العلاقة بين الفرد والعالم المحيط به):
- 1 - يوجد كل فرد في عالم من الخبرة دائم التغيير بحيث يكون مركز هذا العالم هو الشخص نفسه.
- 2- الكائن العضوي يستجيب للمجال في ضوء خبرته وإدراكه له ، ويعتبر المجال المدرك هو الواقع بالنسبة للكائن العضوي.
- 3- يستجيب الكائن العضوي للمجال المدرك بوصفه منظومة كلية منسقة.
- 4- أفضل طريقة لفهم سلوك الكائن العضوي هي فهم الإطار المرجعي الداخلي للفرد ذاته.
- أما فروض المجال الثاني: (ملاحظات الذات)
- 5 - يتميز جزء من المجال الظاهري ، وينمو بصورة مستمرة مكونا الذات.
- 6 - تتكون بنية الذات نتيجة لتفاعل الفرد مع المجال الظاهري ، وبصفة خاصة كنتيجة للإحكام التقويمية لتفاعل الفرد مع الآخرين ، فالذات هي مجموعة الصفات المنظمة والمتصلة.
- 7 - الأحكام المرتبطة بالخبرات والأحكام التي تعتبر جزء من بنية الذات يمكن أن تصبح أحكاما يمكن التعرف عليها بصورة مباشرة من الكائن العضوي ، هذه الأحكام يمكن أن تنتقل من الكائن للآخرين مع ملاحظة انه في هذه المحاولة سيصيبها التشويه نتيجة التعامل معها وكان الفرد اكتسبها بنفسه.
- 8- عندما يحصل الكائن العضوي على خبرات فانه توجد ثلاثة احتمالات:
- أ - يمكن ترميزها وتنظم علاقته مع الناس .
- ب - يتم تجاهلها لأنه لا توجد علاقة بينهما وبين الذات .
- ج - تتكرر أو يشوه ترميزها لأنها لا تتفق مع الذات.
- وفيما يتعلق بفروض المجال الثالث : (التوافق في مقابل عدم التوافق)

9- يحدث التوافق النفسي عندما تكون جميع الخبرات الجسمية والحسية للكائن العضوي على المستوى الترميزي في علاقة متوافقة مع مفهوم الذات.

10- يحدث عدم التوافق النفسي عندما يتنكر الفرد شعوريا للخبرات الجسمية والحسية ويمتنع من ترميزها ويمنعها من الانتظام في بنائه النفسي وعندما يحدث مثل هذا الموقف فإنه يكون سببا لحدوث التوتر النفسي.

11- كل خبرة لا تتفق مع الكائن العضوي ولا مع بنية الذات عنده يدركها الفرد على إنها خبرة مهددة ، وكلما حدثت هذه الخبرة كلما أصبحت بنية الذات متصلبة وجامدة وهي تود من وراء ذلك المحافظة على النفس.

12- يوجد في داخل كل فرد اتجاه نحو تحقيق ذاته ونحو تنمية هذه الذات.

- فروض المجال الرابع: (السلوك وأسبابه)

13- السلوك هو الطريق الوحيد لمحاولة الفرد تحقيق أهدافه في إشباع حاجاته في إطار خبراته السابقة .

14- الأساليب السلوكية التي يقبلها الفرد هي في الغالب تلك التي تتفق مع مفهوم الفرد عن ذاته.

15- يمكن أن يحدث السلوك في بعض الحالات نتيجة للحاجات البيولوجية والخبرات التي لا يتم ترميزها . ومثل هذا السلوك يكون متعارضاً مع بنية الذات . ولكن في هذه الحالة وغيرها من الحالات المشابهة نجد إن سلوك الفرد ليس سلوكه الفعلي.

- فروض المجال الخامس: (تعديل السلوك)

16- أحسن طريقة لفهم الفرد هي التي تبدأ بفهم الإطار الداخلي للفرد نفسه.

17- تحت شروط خاصة يمكن للفرد أن يختبر بعض الخبرات التي لا تتفق مع بنيته النفسية وهذا يؤدي إلي تعديل بنية الذات حتى يتمكن الفرد من تقبل هذه الخبرات على شرط ألا تسبب له هذه الخبرات أي تهديد لبنيته النفسية.

18- عندما يدرك الفرد عددا أكبر من خبراته البيولوجية ويضعها إلي بنيته الذاتية ويقبلها فإنه يلاحظ أن نظامه القيمي الحاضر يتم تشويبه ويتم استبداله بنظام قيمي جديد.

19- عندما يستطيع الفرد أن يدرك جميع خبراته الجسدية ، والحسية ويضعها في نسق متكامل تكون لديه درجة اكبر من الفهم للآخرين كما انه يسلك مع الآخرين بطريقة فيها تقبل لهم. (عبد العزيز، 1995)

3.1.2 الخبرة والرمز والمعرفة:

من خلال ما تقدم يبدو واضحا تركيز روجرز على الخبرة في تكوين شخصية الفرد وفي اضطراب هذه الشخصية ، مما يجعل إيضاح معنى الخبرة ، والتعرض لها بشيء من التفصيل أمر في غاية الأهمية:

عرف روجرز الخبرة بأنها) جميع ما يجري داخل الكائن الحي في أي لحظة ويمكن إتاحتها للوعي) ، إن ما نخبره في لحظة ما يشتمل على ما نعيه في تلك اللحظة وان لم يقتصر عليه . ففي أي لحظة زمنية تؤثر كثير من المنثيرات والإحساسات العضوية في الكائن الحي ، ومنها تتألف خبرته ، وإطاره المرجعي الداخلي في تلك اللحظة ، ويدخل في هذا على سبيل المثال إحساسات الجوع سواء أكان الفرد على وعى بها أو سواء كان انغماسه في العمل حائلا دون ذلك والوقائع الماضية جزء من خبرة الفرد إذا كانت نشطة ولها تأثيرها وقت إدراك الخبرة ، غير إن النشاط الكهربائي الكيميائي للجهاز العصبي ولبعض الأعضاء الداخلية كالبنكرياس لا يمكن أن تتضمن في الخبرة ، لأنه من غير الممكن إتاحتها للوعي.

والواقع بالنسبة للفرد هو خبرته لأن هذه الخبرة هي التي تحدد سلوكه ، ولهذا فبغض النظر عن درجة سوء تغذية الفرد فانه ما لم يخبر إحساسات الجوع فهو في الحقيقة ليس جائعا . ولم يحاول روجرز أن يحدد ما هي الحقيقة أو ما هو الواقع في الحقيقة لأنه رأى إن هذا السؤال غير مهم لفهم السلوك الإنساني . ولقد رأى انه يمكن تعريف الواقع أو الحقيقة للأغراض الاجتماعية بأنها الوقائع التي يتفق عليها الناس في ثقافة معينة .

أما بالنسبة للرموز فانه يمكن القول حين ترتبط رموز كالكلمات بالخبرة ، يمكن القول إن الفرد يعي خبرته ، فالخاصية المحددة للخبرة هي إمكانية إتاحتها للوعي ، أي أن الخبرة هي ما يمكن التعبير عنه رمزيا . والرموز الشائعة هي الكلمات ، غير إن هناك أنماطا أخرى من الرموز كالصور البصرية والصور السمعية وتتميز الخبرة المرزمة عن الخبرة غير المرزمة في أن الترميز يتيح للفرد أن يتناول عناصر خبرته من حيث علاقتها الواحد بالآخر وان يسقط

نفسه في مواقف جديدة وان يفترض فروضا من نوع " إذا حدث كذا فان النتيجة هي كذا" ، وكذلك بالنسبة للخبرات المستقبلية .

أما عن المعرفة فقد ميز روجرز بين ثلاث طرق للمعرفة وهي :

طريقة لمعرفة الذات وطريقتين لمعرفة الآخرين . فالخبرات المتفاوتة والمتاحة لوعي الفرد تؤلف إطاره المرجعي الداخلي . وهذا هو عالم الفرد الخاص الذاتي ، وهو عالم لا يستطيع معرفته على نحو تام إلا هو ، وبمقدار وعى الفرد بإطاره المرجعي الداخلي يقال أن لديه معرفة ذاتية.

والطريقتان الأخريان اللتان يمكن استخدامهما لمعرفة الشخص الآخر هما :

- طريقة المشاركة الوجدانية .

- وطريقة الإطار المرجعي الخارجي .

ويقصد بالمعرفة بالمشاركة الوجدانية عند روجرز أن ندرك إطار الشخص الآخر المرجعي الداخلي أي أن نعرف مدركاته ومعانيه ومشاعره . إن المشاركة الوجدانية تعني أنك تعرف الشخص الآخر كما لو كنت أنت هو . وكلمة كما لو كنت هامة لهذا النوع من المعرفة ، لأنها تعني أنك في الوقت الذي تعرف شخصا آخر معرفة دقيقة مازلت تحتفظ بهويتك ، وبغير عبارة كما لو كنت فانك لا تشارك الآخر وجدانيا ، وإنما تتوحد معه . وحين تدرك شخصا آخر من خلال إطارك المرجعي الداخلي فلديك معرفة بالآخر من خلال إطار مرجعي خارجي بالنسبة له . وهكذا فانك تدرك بهذه المعرفة الموضوعية الآخر كشيء ، وكموضوع شبيه بك ، ولكنك تفعل هذا من خلال إطارك أنت وهو إطار خارجي بالنسبة للشخص الآخر المدرك. (جابر، 2008:

(525

4.1.2 العملية العلاجية :

يرى روجرز إن الاضطراب النفسي ينشأ عن وجود شروط للأهمية تقف حائلا بين الفرد وإشباع حاجته للاعتبار الايجابي من جانب الآخرين مما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفا للاضطراب النفسي ، والذي يرى بأنه يوجد عندما لا يستخدم الأفراد الكائن الموجود بداخلهم وتقويماته وأحكامه كوسيلة لتحديد ما إذا كانت الخبرات التي يمرون بها متسقة مع ميلهم الفطري لتحقيق الذات ، وإذا لم يستخدم الناس نظامهم الداخلي في الحكم على خبراتهم فإنهم عندئذ يستخدمون أحكام الآخرين وقيمهم التي أستدمجوها في أنفسهم وهي ما تحدثنا عنه على انه شروط الأهمية ، أي إن هذه الشروط تحل محل التقويمات الذاتية التي يقوم بها الكائن الموجود بداخلهم مما يؤدي إلي تنافر بين الذات والخبرة ، حيث في ظل هذه الشروط فان ما يؤدي إلى إشباعات حقيقية للأفراد يقوم الوعي بتجنبه لأنه لا يتمشى مع شروط الأهمية التي استدمجها الفرد بداخله ، ويلخص روجرز تطور عدم التطابق بين الذات والخبرة فيما يلي :

1 - بمجرد أن تنمو شروط الأهمية فان الناس يستجيبون لخبراتهم الذاتية بطريقة انتقائية ، فالخبرات التي تكون متسقة مع شروط الأهمية تدرك بصورة دقيقة في الوعي . أما الخبرات التي لا تتسق مع شروط الأهمية فإنها تشوه (تحذف) أو تستبعد من الوعي .

2 - بعد نمو شروط الأهمية فان الأفراد يحذفون من وعيهم تلك الخبرات التي تعتبر معاكسة(معارضة) لهذه الشروط ، وبالتالي فإنهم يستبعدون من الذات بعض الخبرات التي قد تكون مفيدة لهم .

3 - إن الإدراك الانتقائي للخبرات الذاتية ينتج عنه عدم تطابق بين الذات والخبرة لان بعض الخبرات التي قد تكون مساعدة على النحو الايجابي قد تحذف أو تستبعد من الوعي ، ومتى حدث عدم التطابق بين الذات والخبرة فان الفرد يصبح مستهدفا للمرض النفسي وينشأ لديه عدم التوافق. (عبدالعزيز،2001: 163)

يفترض روجرز توفر مجموعة من الظروف لتحقيق فاعلية العلاج منها :

- 1 - أن يخبر العميل على الأقل عدم اتساق غامض يسبب له القلق.
- 2 - المعالج متسق (أصيل أو حقيقي) في العلاقة وفي صورته عن ذاته وفي الطريقة التي يتواصل بها بحيث تتسجم مع خبراته الحالية.
- 3 - أن يخبر المعالج اتجاهات الرعاية والاهتمام والتقبل للعميل.
- 4 - أن يخبر المعالج فهما دقيقا حساسا للإطار المرجعي الداخلي للعميل وعالم الواقع الداخلي والخارجي كما يخبره العميل.
- 5 - أن يدرك العميل على الأقل عند حد أدنى - اتجاهات الرعاية والفهم والأصالة من جانب المعالج ، وتقوم ادراكاته لهذه الاتجاهات - على الأقل جزئيا على أساس اتجاهات المعالج ، وغالبا في مستوى أعمق على هدايات أخرى مثل نغمة الصوت والتعبيرات الوجهية والجسمية - طالما إنها تعبيرات حقيقية عن مشاعر اللحظة. (الفيومي، 1995: 37)

5.1.2 أساس الطريقة العلاجية عند روجرز:

1-التلقائية Spontaneity

يركز روجرز على فعالية العميل ويعمل المعالج كمستمع جيد ويحاول في اقل الحدود جعل العميل يستبصر الأمور والمشكلات التي يعاني منها . ومن خلال هذه التلقائية من جانب العميل يلمح ألوان الصراع التي تواجهه ، نتيجة مفهومه عن ذاته ، ومفهوم الآخرين عنه ، وكذلك يلمس العميل من خلال عملية الاستبصار مدى الخلاف بين مفهومه عن ذاته وبين

ممارسته الفعلية وخبراته . وفي كل الأحوال لابد وان يلقى العميل التشجيع والتقبل من جانب المعالج ، وان يقبله كما هو بكل عيوبه وسيئاته.

2 - الامباثية Empathy

المقصود بها معرفة مشاعر المريض لحظة بلحظة ومشاركته فيها وإحساسه بكل إرهاصات العميل ، ويحاول العميل فك عصابة عن طريق عدم قدرته على تقبل الخبرات التي لا تسير تحقيق ذاته ايجابيا ، أي تقدير موجب لهذه الذات وقد يدركها إدراكا محرفا ، أو قد ينتقي منها بحيث تبدو له وكأنها مسيطرة لشروط التقدير الموجب للذات ، أي إن العصاب ببساطة هو صراع بين تحقيق الذات كما يتمثل في الجانب الفطري أو الاجتماعي ، والتحقيق الايجابي للذات . (الطيب، 1994: 289)

6.1.2 ميكانيزمات العلاج النفسي:

تمثل اتجاهات المعالج فقط نصف معادلة العملية العلاجية ، ويتمثل النصف الآخر في التغيير البناء في الشخصية ، والذي يحدث في العميل في العلاج المتمركز حول العميل. وقد لاحظ روجرز نتيجة تعمقه في دراسة التسجيلات الصوتية لعدد من الحالات التي قدر إنها ناجحة علاجيا طبقا لعدد من المحكات ، لاحظ نمطا متسقا ثابتا من التغيير في كل الحالات: من الجمود وعدم التمايز إلى المرونة والسيولة والتمايز في الاستجابات من الاستاتيكة إلى التغييرية ومن اللامشاعر والطرز اللاشخصي في الوظيفة السيكولوجية إلى الخبرة المباشرة للمشاعر الشخصية التي يحس العميل بأنه يملكها ويتقبلها .

وقد اعد روجرز ورايلين مقياسا يمكن استخدامه لقياس المرحلة التي يكون فيها العميل على متصل العملية . وفيما يلي وصف مختصر لهذه المراحل :

المرحلة الأولى :

الاتصال (الحديث) يكون عن موضوعات خارجية ، وهناك عدم رغبة في الحديث عن الذات أو (التعبير عنها) . فالمشاعر والمعاني الشخصية لا يعترف بها كما هي ولا يشعر الفرد بامتلاكها . والمركبات جامدة إلى حد كبير ، والعلاقات الوثيقة تعتبر خطرة.

المرحلة الثانية :

توصف المشاعر أحيانا ولكن باعتبارها (موضوعات) تنتمي إلى الماضي ولا يمتلكها الشخص فهي خارجة عن الذات ، والفرد بعيد عن خبراته الذاتية. وقد يعبر عن آثار متناقضة عن ذاته ، ويقدر من الحرية عن موضوعات غير ذاتية وقد يظهر قدرا من الاعتراف بأنه يواجه مشاكل أو صراعات ولكنها تدرك على إنها خارجة عن الذات.

المرحلة الثالثة :

يكثر وصف المشاعر والمعاني الشخصية الغير موجودة حاليا وتصور هذه المشاعر البعيدة غالبا على إنها غير مقبولة أو سيئة وتوصف عملية الخبرة بالمواقف على إنها قد حدثت أساسا في الماضي أو هي تطرح في ضوء الماضي . وهناك قدر أكثر حرية من التعبير عن الذات بوصفها موضوعا وقد يكون هناك تعبير عن الذات بوصفها موضوعا للتأمل وعلى إنها توجد أساسا في الآخرين .

والمركبات الشخصية تكون جامدة ولكن قد يفكر فيها أحيانا بوصفها مركبات ، مع تساؤل أحيانا عن صدقها . وهناك بداية للاعتراف بان أي مشكلات قد تكون قائمة داخل الفرد بدلا من أن تكون خارجة عنه .

المرحلة الرابعة :

توصف المشاعر والمعاني الشخصية بحرية على إنها موضوعات في الحاضر تمتلكها الذات ولكن المشاعر الجادة لا تزال توصف بأنها ليست موجودة في الحاضر ، ولكن هذه إمكانية مخفية ، وهناك اعتراف متردد ومخيف من قبل العميل بأنه يخبر أو يدرك أشياء ، والعميل يدرك بوضوح التناقضات ويخبر اهتماما محددنا نحوها .

وهناك بدايات تراخ في المركبات الشخصية ويكتشف أحيانا إن الخبرة قد بنيت أو فسرت على إن لها معنى معيناً ، ولكن هذا المعنى ليس فطريا وليس مطلقا .. وهناك بعض التعبير عن المسؤولية الذاتية عن المشكلات ويخاطر العميل أحيانا بالارتباط ، انفعاليا مع الآخرين .. فمثلا قد يتمثل مركب شخصي جامد في اعتقاد فتاه بان العلاقة بين الرجل والمرأة هي علاقة

جنسية فقط ، ونتيجة للعلاج قد يستطيع أن تعبر علنا عن حبها لشخص آخر أو عن شعورها بان شخصا آخر يحبها كما سوف نرى في المرحلة التالية .

المرحلة الخامسة :

يعبر بحرية عن كثير من المشاعر لحظة وقوعها ، فتخبر في الحاضر المباشر . وهذه المشاعر تمتلك أو تقبل ، وتنزع المشاعر التي أنكرت سابقا إلى الظهور في الوعي رغم إن هناك خوفا من وقوع ذلك، وهناك بعض الاعتراف بان الخبرة بالحاضر المباشر هي دليل يمكن أن يكون هاديا للفرد وموجها له . ويعترف بالتناقضات بوصفها اتجاهات توجد في الجوانب المختلفة للشخصية ويعبر عن ذلك بعبارات مثل(يقول لي عقلي إن الأمر هو كذلك) (ولكن لا بد و انني اعتقد ذلك) ، وهناك رغبة في أن يكون الشخص هو ما هو عليه حقيقة وهناك تساؤل عن صدق الكثير من المركبات الشخصية ، ويشعر الشخص بان عليه مسؤولية محددة عن المشكلات التي توجد داخله . (الفيومي ، 1995: 33-35)

المرحلة السادسة :

يعترف بالمشاعر التي كانت تتكرر في السابق وعلى إنها مشكلات الحاضر المباشر ، كما إن هذه المشاعر تقبل فهي لا تتكرر ولا تكون موضع خوف ولا يكافحها العميل فالخبرة تعاش ولا تستشعر ، بمعنى إن الفرد يعايش الخبرة دون أن يكتفي بالتعبير بالمشاعر كما إن الذات باعتبارها شيئا خارجيا بالنسبة للشخص تختفي ويثول عدم التطابق إلى التطابق ، وان المشكلات الداخلية والخارجية في هذه المرحلة قد انتهت ، ويعتبر التناسق المتزايد بين الذات والخبرة في هذه المرحلة هو ما يطلق عليه تقليديا (التوافق السيكولوجي السوي).

المرحلة السابعة :

يحيا العميل في ارتياح مع عملية الخبرة المستمرة ، ويخبر مشاعر جديدة ثرية وحاضرة أي انه يعايش مشاعر جديدة بفرورية ووفرة ، ويستخدمها كمرجع لمعرفة من يكون وماذا يريد وما هي اتجاهاته الشخصية ، ويحدث تقبل للمشاعر المتغيرة . كما يكون هناك شعور لدي العميل بأنها تنتمي إليه ويكون هناك ثقة في العملية العضوية كلها . (عبد العزيز، 2001 : 175)

وعند وصول العميل إلى المرحلة السادسة ، فإنه لا يرى ضرورة بأن يلقى التقبل التام من المعالج ، بالرغم من أن مثل هذا التقبل يبدو مفيدا ، وهكذا فعندما يصل الفرد إلى عملية التغيير - وذلك في المرحلة السابعة - يجد المعالج نفسه مشاركا في بعد جديد ، حيث يتسم العميل بالحركة والتداعي والتغيير في جميع جوانب حياته النفسية ، ويصبح ذلك احد صفاته المميزة ، فهو يعيش في مشاعره الخاصة ويعرفها ويثق بها ويتقبلها . وبهذه الطريقة يتمكن الفرد من بناء الخبرة التي تتسم بالتغيير الدائم ، وذلك بناء على التكوين الشخصي الذي تم تعديله من خلال الأحداث الجديدة في حياته ، حيث انه يشعر بالمواقف التي يمر بها بصورة جديدة ، ويقدم تفسيرات جديدة لهذه المواقف وليس على أساس الماضي فقط ، وذلك على أساس إن ما يجري الآن متطابقا مع الماضي ، كما انه يقيم مشاعره ومعانيه الشخصية بدقة من خلال قيامه بالتمييز والمفاضلة بينهما ، كما إن اتصاله الداخلي يتسم بالحرية وعدم التثبيط حيث يتصل بالآخرين بحرية وبدون قيود ، وذلك من خلال العلاقات التي تنشأ بينة وبينهم ، ويكون الفرد أنذاك مدركا لذاته وواعيا لها ، ولكن ليس باعتبارها (شيئا) ما ، فالفرد في هذه المرحلة يعتبر مسئولا مسئولية كاملة عن حياته . (العامري ، 2000 : 49)

7.1.2 فنيات العلاج المتمركز حول العميل :

و قد صاغ روجرز مجموعة من الفنيات كي تستخدم كأساليب لتحقيق الشروط المسهلة للعملية العلاجية و تهدف إلى التأكد من تحقيق هذه الشروط و هي فنيات تتجه في الجانب الأكبر منها نحو مشاعر العميل و تتضمن هذه الفنيات :

1- فنية تقبل المشاعر Feelings Acceptance Technique:

و هي فنية تتلخص في ضرورة أن يتقبل المرشد المشاعر الموجبة التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر السالبة بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستحسان أو المدح بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية لا يقل و لا يزيد قدرا عن المشاعر السالبة .

و تتضح هذه الفنية العلاجية في إن هذا التقبل الذي يحدث بالنسبة لكل الاتجاهات العدوانية و الاتجاهات الاجتماعية و لكل من المشاعر الإثم و التعبيرات الموجبة عن المشاعر هو الذي يعطي الفرد الفرصة لأول مرة في حياته لان يفهم ذاته على نحو ما هو كائن ففي

ظل هذا التقبل الكامل, لا تكون هناك حاجة لدى الفرد لان يخفي مشاعره السلبية خلف دفاعاته فضلا عن انه لا يجد فرصة لان يتجاهل او يفرط في تقييم مشاعره الموجبة, و في ظل هذا التقبل الكامل للمشاعر يصل العميل إلى مرحلة الاستبصار و فهم الذات و يمثل هذا الاستبصار جانبا مهما في العملية العلاجية الكلية .

2- فنية عكس المشاعر Feelings Reflection Technique :

و تمثل هذه الفنية أهمية كبرى في العلاج غير التوجيهي و هي تعني ببساطة شديدة تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها للعميل أو إعادة محتوى ما يقوله للعميل أو تكرار ما يقوله العميل أو جانب مما يقوله بنبرة صوت تبيين للعميل فهم المعالج له , و لكن دون استحسان أو استهجان أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها حيث يحاول المعالج أن يعرض للعميل مرآة لفظية Verbal miroir تمكن العميل من إن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحا و تقيده في التخلص من الصراعات الانفعالية التي تكون مدمرة لتحقيق الذات . و مما لاشك فيه إن فنية عكس المشاعر هي إحدى وسائل تحقيق الشرط المستقل المعروف بالفهم المتعاطف Empathic understanding , إذ أن عكس المعالج لمشاعر العميل و اتجاهاته و خبراته – سواء تلك التي يعيها العميل شعوريا أو تلك التي يدركها فقط بشكل غامض – يساعد العميل على فهم ذاته و خبراته الحقيقية , إن ذلك يؤكد للعميل إن المعالج على درجة عميقة من الفهم المتعاطف لكل ما يقوله بل و لكل ما يجري بداخل العميل فيتحقق بذلك شرط الفهم المتعاطف من خلال تلك الفنية .

3- فنية توضيح المشاعر Feelings Clacification Technique :

و تعني "إعادة اقرار جوهر ما يحاول العميل قوله"أي انه عندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره،فان مهمة المعالج عندئذ تتمثل في مساعدته عل استيضاح هذه المشاعر حتى يتسنى له التعبير عنها بوضوح، و لكن بشرط ألا يتجاوز المرشد ما يعبر عنه العميل بالفعل .

و عندما يتحقق المرشد من المشاعر التي يعبر عنها العميل فاعنه يقوم بإيضاحها له دون تقييد أو تأويلات أو امتداح أو انتقاد أو نصيحة، إنما يكون تركيزه يظل مقصورا على مساعدة العميل على إن يرى بوضوح وان يتقبل تلك المشاعر التي يكون قادرا على التعبير

عنها، فان عملية التنفيس تصبح عندئذ أكثر عمقا، فتعبير العميل لفظيا عن الاتجاهات الأساسية لديه مما يؤدي إلى حدوث عملية الاستبصار بشكل تلقائي.

4- فنية اللا توجيهية Nondirectiveness Technique :

و اللا توجيهية عند روجرز تعني عدم التوجيه أو النصح أو التأويل أو الإرشاد المباشر من جانب المعالج للعميل ، و إنما السماح للنزعة الحقيقية لدى الشخص بان تنبثق فالمرشد لا يفعل أي شيء لتوجيهه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها بمعنى انه لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيهه المقابلة و لا يطلق أي تقييمات من شأنها استحثاث الدفاع أو إعاقه التعبير و يكون دور المعالج مقصورا على استجابات العميل و عكسها و توضيحها .
و تتضح أهمية فنية اللاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية حيث إنها طريقة غير متحيزة تمكن من سبر أغوار الأفكار و الإدراكات الخاصة لدى الفرد.

<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=131830#>

2.2 تقدير الذات

1.2.2 لحة تاريخية

يرجع أصل استخدام هذا المصطلح للقرن العشرين؛ حيث كانت الكتابات السابقة علي هذا التاريخ غير محددة له بدقة ، وكانت تكافئ بين الذات وعدد من المفاهيم الميتافيزيقية مثل الروح والإرادة ؛ ولذلك كانت معظم الكتابات المتعلقة بمناقشات حول هذا الموضوع إما تنتمي للفلسفة أو للدين .

ولقد حصرت مثل هذه الأفكار "الذات" في تأملات غير علمية، وفي إطار نظري فلسفي حتى أوائل القرن التاسع عشر، وتجدر الإشارة إلي أن تلك التحليلات الفلسفية قد بدأت تبرز الفارق بين جانبيين من الذات هما الذات الفاعلة والذات المدركة. تلك التفرقة التي بحثت بعد ذلك بشكل أدق في نطاق علم النفس في نهايات القرن التاسع عشر علي يد (وليم جيمس: W.James) ولقد خصص لهذا الموضوع مائة صفحة في كتابه الشهير " مبادئ علم النفس " 1890 تحت عنوان (الذات الواعية). (Leary, Mark R,1999: pp 32 - 36.)

كما أسهم ظهور نظرية المجال علي يد (ليفين) 1935 أيضا في مزيد الاهتمام بدراسة الذات ، فهو يفسر السلوك في إطار تلك النظرية ، ووفقا له ، تنشأ جميع السلوكيات من المجال الكلي ، وهو لا يقصد به المجال الواقعي ، ولكن المجال كما يراه الفرد . فهو يؤكد اهمية التعرف على المجال الشخصي أو الداخلي للفرد ، إذا كنا نريد التنبؤ بسلوكه.

كذلك أسهم ظهور النظرية الفينومونولوجية على يد (سنيج) و (كومبز) Snyg 1949 and Combs في مزيد من الاهتمام بدراسة الذات ، فهي تطرح دراسة عالم الفرد الذاتي أو المدرك ، فلا يجب - وفقا لسنيج- أن يقتصر اهتمام علم النفس على السلوك الظاهر فحسب ، بل يجب أن يهتم أيضا بالنشاط النفسي ، إذ يمكننا تحسين عمليات التنبؤ بالسلوك ، من خلال معرفة كيفية إدراك الفرد لذاته ، فالأفراد لا يسلكون وفقا لحقيقة الأشياء ، وإنما يسلكون عادة وفقا لمفاهيمهم عن تلك الأشياء ، وبالتالي تهتم النظرية الفينومونولوجية بإدراك الشخص للواقع ، وليس الواقع في حد ذاته ، كما يسهم مفهوم الفرد عن نفسه في تحديد طبيعة الخبرات المدركة.

بالإضافة أيضا إلى إسهامات (روجرز) C.Rogers 1951 في مجال علم النفس ، فقد قام بدور مهم في تطوير تكنيكات العلاج النفسي ، مركزا على تنمية الوعي بالذات وتحسين التعبير عنها ، وعلى ضوء هذه النظرية التي أعطت للذات شرعيتها أصبح لـ(مفهوم الذات) و (تقدير الذات) مكانا مركزيا في علم النفس.

كما أشار (هول ولندز) Hall and Lindzey 1957 إلى أن الذات في الوقت الحاضر تتضمن معنيين مختلفين ، فهي قد تستخدم أحيانا للإشارة إلى اتجاهات الفرد نحو مشاعره ومدركاته وتقييماته (الذات كموضوع) أما المعنى الثاني فهو (الذات كعملية) والتي ترتبط بقيامها بمجموعة من العمليات التي تقوم بعمل شيء ما . (فهمي، 1995: 96:97)

2.2.2 تعريف تقدير الذات:

تباينت تعريفات تقدير الذات وكثرت من جانب الباحثين بالدراسات النفسية والمشغلين بها ولا سيما المهتمين بمجال الشخصية ويمكن أن نشير إلى جانب من هذه التعريفات على النحو التالي:

يشير كوبر اسمث (Cooper Smith) (1967) إلى أن مصطلح تقدير الذات هو التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه فهو مصطلح يعبر عن اتجاهات

الفرد الايجابية والسلبية نحو ذاته كما يشير إلى درجة اعتقاد الفرد بأنه قادر وهام وناجح وكفوء

(له استحقاق) وباختصار فان تقدير الذات هو حكم شخصي يعني الاستحقاق (Orthinness) الذي يعبر عنه بالاتجاه الذي يشعر به الفرد نحو نفسه ، كما انه خبره شخصية ينقلها إلى الآخرين من خلال التعليق اللفظي وغيره من السلوك التعبيري المباشر. (ثابت ، 2010: 58)

ويعرفه روزنبرج (Rosenberg) بأنه اتجاه ايجابي أو سلبي نحو شيء معين يعرف باسم (الذات) . ويتضمن تقدير الذات كما يبدو ، شعور الفرد بأنه إنسان ذو قيمه ، يحترم نفسه كما هو ، ولا يلومها على ما لم يحققه، كما يعني أيضا مدى شعوره الايجابي نحو ذاته ، ويشير تقدير الذات المنخفض إلى نبذ الذات وتحقيرها والتقييم السلبي لها (Rosenberg,1978:pp833).

واستخدم (بيرنز) مصطلحات مفهوم الذات ، والاتجاهات نحو الذات ، وتقدير الذات ، تبادليا على انها مترادفه ، فجميعها معتقدات تقييمية تتعلق بالشخص ، ويمكن تصورها على أنها تمتد على متصل الايجابية والسلبية .

ووفقا (لبتروفكسى، و، باروشفسكي) يقصد بتقدير الذات تقييم الفرد لذاته وأماله المستقبلية، وميزاته ، ووضعه بين الآخرين . وهو منظم هام لسلوك الشخص . وتعتمد علاقات الفرد مع غيره ، وصدقه مع نفسه ، ونقده لها ، وموقفه من نجاحه وفشله ، على تقدير الذات وبهذه الطريقة ، يؤثر هذا التقدير في كفاءة الإنسان ، ومواصلة تطور شخصيته . ويرتبط تقدير الذات بشكل وثيق بمستوى التطلعات ، اى بمدى صعوبة الأهداف التي رسمها الفرد لنفسه . وعندما لا تتطابق مطالب الشخص مع قدراته الفعلية يؤدي هذا إلى تقدير خاطئ للذات ، وما يترتب عليه من سلوك غير مناسب يتسم بالإحباط ، والقلق المتزايد. (جمعة ، 2003: 20)

ولعل ذلك يتوافق على ما جاء به روجرز من أن عدم التطابق يوجد عندما لا يستخدم الأفراد تقويماتهم وأحكامهم كوسيلة لتحديد ما اذا كانت الخبرات التي يمرون بها متسقة مع ميلهم الفطري لتحقيق الذات ، وإذا لم يستخدم الأفراد نظامهم الداخلي في الحكم على خبراتهم

فإنهم عندئذ يستخدمون أحكام الآخرين وقيمهم التي استدمجوها في أنفسهم، أي أن أحكام الآخرين تحل محل التقويمات الذاتية مما يؤدي إلى اغتراب أو تنافر بين الذات والخبرة. (عبدالعزيز، 2001: 163)

كما عرف لورنس Laurence تقدير الذات بأنه عبارة عن تقييم الشخص لذاته على نهاية قطب موجب أو سالب أو ما بينهما .

ويعرفه ارثر ريبير Reber . A في قاموس علم النفس بأنه درجة تعبير عن قيمه الفرد لذاته أو علاقة لتقدير قيمة الفرد ، ويتضمن القيم الايجابية والسلبية للفرد نحو ذاته . (الانور، 2005: 13)

3.2.2 تقدير الذات الشامل :

السؤال الذي غالبا ما يطرح نفسه هو : هل يمكن ان يكون لدينا تقدير ذات منخفض في موقف معين وتقدير ذات مرتفع في موقف آخر؟ إن تقدير الذات مؤخرا أصبح يشير إلي وجود ما يسمى (بتقدير الذات الشامل) وهو إحساس عام للفرد باحترام الذات (استحقاق الذات) Self-Worth وهذا العنصر ثابت مع الوقت . بالإضافة إلى أن تقدير الذات الشامل أو العام يمكن أن يكون لدينا شعور بالاستحقاق أو عدم الاستحقاق في مواقف معينة . تبعا لذلك فقد نشعر بعدم جدارتنا (أي بتقدير ذاتي منخفض) بالنظر إلى لعب التنس أو مادة الرياضيات مثلا إلا أنهم لا يؤثران في الشعور العام لدينا بالاستحقاق الذاتي.

حيث انه بإمكاننا الهروب من تأثيرهم بتجنب هذه المواقف. أما إذا لم نستطع تجنبهم واشتركنا بطريقه منتظمة في هذه الأنشطة التي تجعلنا نشعر بأننا غير أكفاء فقد يؤثر ذلك في النهاية على تقدير الذات العام لدينا. وأيضا إذا استمر الفشل في مجالات يقدرها الأشخاص المهمون في حياتنا فسيؤثر تقدير الذات لدينا . باختصار ينمو تقدير الذات كنتيجة للعلاقات

الشخصية من خلال الإطار العائلي الذي يمتد بالتدرج إلي التأثيرات المدرسية وتأثيرات المجتمع الأكبر الذي يختار الفرد أن يعيش ويعمل فيه ، هذه التأثيرات المتفرقة تفقد فاعليتها إلى حد يصبح عنده الفرد ذاتي القرار . (ثابت ، 2010: 55)

4.2.2 أهمية دراسة تقدير الذات وعلاقته بالإدمان وتعاطي المخدرات:

يحتل هذا المفهوم مكانة مهمة في مجال دراسات علم النفس الحديث؛ فإدراك الفرد لذاته يعد محددًا لسلوكه في المستقبل ويستمر في تنمية وتطوير قدراته وإمكانياته عندما يكون متقبلاً لذاته، وإذا نقد هذا التقبل فإنه يستخدم معظم طاقاته في الهدم أكثر من البناء ، كما يعتقد أن تقدير الذات مسئول عن عدد كبير من المشكلات الشخصية والاجتماعية وبالتالي يؤدي ارتفاع تقدير الذات لتحقيق تحسن في الحالة العامة . (احمد، 2009: 55).

يؤيد (كابلان ، هوارد ب . . Kaplan ,Howard B) الدور المحوري الذي يلعبه تقدير الذات في الصحة النفسية وتأثيره علي الاتجاه لتعاطي المخدرات في حالة انخفاض تقدير الذات وهو ما يتضح من انخفاض في درجة تقدير الذات لدي المتعاطين للمخدرات غير شرعية (الافيونات ، المهلوسات ، القنب ، الكحوليات ،.....الخ) ويلعب التعاطي هنا دوراً تعويضياً كاستجابات متداخلة كنوع من أنواع رفض الذات وجزء من السلوك الانحرافي لدي المتعاطي ومن خلال التعويض عن طريق الانغماس في جماعات التعاطي لتعويض الإحساس بالرفض من قبل الآخرين حيث يجمعهم اتجاه واحد وهو الانغماس في جماعات التعاطي بدلاً من الاستسلام للإحساس بالرفض من قبل الآخرين ، كما أنه من الممكن أن نؤكد علي أن الإحساس الشديد باتجاهات الرفض نحو الذات إنما تكون موجودة من خلال التاريخ الخاص بالخبرات المختلفة بالجماعات المختلفة حيث يفنقد الفرد للقدرة علي الدفاع أو التكيف أو مناهضة الظروف التي تدفع للسلوك المنحرف وبالتالي التعاطي .

وهذا الانحطاط الواضح للمتغيرات السابقة يشمل (الرفض من قبل الأقران ، الإهمال من قبل الوالدين ، الفشل الدراسي ، الوصمة الجسدية، الوصمة الاجتماعية ، اضطراب الهوية الجنسية.

واللجوء لهذه الاستجابات الانحرافيه يعد من محاولات الإحساس بالتحسن فيما يخص العلاقات
البين نفسية أو البين شخصية من حيث الإحساس بالتجنب أو الرفض . (Kaplan, 1989 : p 157-164)

" يري روجرز في ذلك ، انه عندما يوجد عدم اتساق بين الذات كما تدرك وبين الخبرة
الحقيقية للكائن ، فان الشخص يكون غير متوافق أو يصبح معرض للقلق والتهديد ، ومن ثم
فانه يسلك سلوكا دفاعيا وينشأ القلق عندما يستشعر الفرد الخبرة على إنها غير متسقة مع بنية
الذات لديه ، أي إن الفرد يدرك أو يستشعر خبرة ما قبل دخولها إلى الوعي الكامل ، وبهذا
الأسلوب فان الموقف يحمل في مضمونه تهديدا (غير مرئي أو غير ظاهر) يمكن أن يستبعد
أو يحرف (يشوه) قبل أن يسبب القلق ، كما يرى روجرز أن عملية الدفاع تتكون من تصويب الخبرات
عن طريق حيل الإنكار والتحريف للمحافظة عليها في انسجام مع بنية الذات " (عبدالعزيز،2001: 164)

وفي هذا الصدد يؤكد (هارتر : 1990 : Harter) أهمية دراسة تقدير الذات في
المجالات الإكلينيكية المختلفة واهتمام الباحثين في مجال علم النفس الإكلينيكي والأكاديمي علي
السواء ، حيث تؤكد العديد من الدراسات الإمبيريقية علي أن الإحساس الإيجابي بالذات يجعلها
وظيفة تكيفيه مركزية لدي الفرد، كما يمكننا أن نخرج من هذا الكم الهائل من التراث بنصيحة
عامة فيما يخص التدخلات المتعلقة بتحسين تقدير الذات من خلال ما تمدنا به الفلسفة
التربوية، والتأكيد علي أن التقدير الجيد للذات إنما يقي الطفل من العديد من المشكلات كالقدرة
علي تحمل الإحباط، والتصرف باستقلالية، وتحمل المسؤولية، وإنجاز المهام بثقة ، وتقديم
المساعدة للآخرين لكن علماء النفس الاجتماعي يركزون علي المفهوم وتحديده والعوامل
السببية (Etiology) ومنهم (إيملر : 2001 : Emler) والذي يذكر أنه من خلال البحث في
التراث الخاص بعلم النفس الإكلينيكي يتضح لنا أن الذين يعانون من تقدير منخفض للذات
يقعون فريسة للعديد من الاضطرابات مثل : (الاكتئاب أثناء المراهقة ، والأفكار الانتحارية،
والميل للبطالة لدي الذكور، واضطرابات الأكل لدي الإناث ، وإساءة استخدام العقاقير).

www.google.com-freeEncycholeypedia

ويود الباحث أن يلفت النظر إلى ضرورة عدم التعميم فيما يخص هذه الجزئية الأخيرة ؛
فقد يكون التقدير المنخفض للذات سبباً في الاتجاه لتعاطي المخدرات نتيجة ضغوط الأقران ،

أو الضغوط النفسية مما يجعل المخدر بمثابة الحل السحري للهروب من الواقع الأليم قبل أن يكتشف المريض زيف هذه الحقيقة، وما تعطيه له خبرة التعاطي في البداية من الإحساس بالقبول من قبل جماعة المتعاطين أو الإحساس بالجرأة من خلال المغامرات التي يقوم بها أثناء الحصول على المخدر، وهو ما يمكن أن ندعم موقفنا به بناءً على (رأي روجرز بان هناك جانب في شخصية الإنسان يتمثل في الحاجة للاعتبار الايجابي أو الحاجة للتقدير ، وهي الحاجة لاحترام الآخرين لنا بطريقة مختلفة ، والنظرة اليها ككائنات لها اعتبارها وقيمتها ، وإحساسنا يكون ايجابيا عندما يثني الآخرون علينا ، أو عندما ينظرون اليها بإعجاب اثر قيامنا بعمل شيء مرغوب بإتقان ، وهذه الحاجة للتقدير هي حاجة عميقة ، ونحن نفعل الشيء الكثير لإشباعها ، وقد نتخذ أحيانا موقفا مضادا لعملية التقييم البشرية الفطرية داخلنا لمجرد الحصول على التقدير الايجابي من قبل الآخرين ، وقد نقوم بعمل أشياء لا نحبها ، لنكون مع موقف مقبول لشخص آخر ، أو آخرين ، أو لكي نحظى باحترامهم. (عريف، 1993: 338)

كما أن هناك علامات تظهر على الشخص ذو التقدير المنخفض للذات، منها: (الانطوائية، الخوف من التحدث على الملأ، إتعاب النفس لإرضاء الآخرين لتجنب سماع النقد منهم) بل إن العنف والعدوانية وعدم تقبل النقد هي صور من ضعف تقدير الذات ؛ لأنها عملية هروب من مواجهة مشكلات النفس .

ولا يجب الخلط بين تقدير الذات والثقة بالنفس ، حيث أن الثقة بالنفس هي نتيجة لتقدير الذات، وبالتالي من لا يملك تقديراً لذاته يفقد الثقة بالنفس كذلك.

وضعف تقدير الذات ينمو بسبب كثرة الهروب من مواجهة مشكلاتنا وجروحنا الداخلية، وتغطيتها وعدم الرغبة في إثارة الحديث عنها. والحل يكمن في مواجهتها ومعالجتها بسرعة ، وهو ما يتطلب شجاعة في أن يعترف الإنسان بأخطائه وبعيوب نفسه ، لذلك كانت المهمة الأولى في معالجة نقص تقدير الذات هي رفع مستوى الشجاعة عند الشخص ليواجه عيوبه ويعمل على حلها. ورفع مستوى الشجاعة يكون بالحديث الإيجابي للنفس بأنها غالبية وعزيزة ولها قدر عالي عند صاحبها، كأن يقول: "أنا أقدر نفسي، أنا أحب نفسي وهي رائعة وتستحق كل الخير وأفضل الموجود دائماً ". وبالتالي فإن حبها وحب الخير لها يدعوان بالتأكيد إلى تخليصها من أي

ويجب أن نشير هنا للتمييز الذي أشار له (وليم جيمس 1890) حيث فرق بين مفهوم (Self) علي أنها الضمير (i) و (self) علي أنها الضمير (me) فالأولي تعني الذات التي تعرف الذات- أي- تعرف نفسها والمسئولة عن استمرارية الإحساس بذلك والتميز عن الآخرين، أما المفهوم الثاني وهو الذات (me) فإنها علي النقيض تشير إلي السمات الموضوعية للذات وتعكس الطريقة التي يقدم الناس أنفسهم بها للآخرين . (جلال، 1985: 318)

كما يلعب تقدير الذات وظيفية مهمة في حياة أصحابها، حيث يؤكد العديد من الباحثين أن هناك طبيعة لدي البشر ، فهم يكافحون من أجل الإحساس الجيد بالذات ولكن هناك سؤال هام يجب أن نسأله لأنفسنا وهو لما هذه الأهمية لتقدير الذات؟ وما هي الوظيفة التي يؤديها لنا ؟

وتكمن الإجابة من خلال تأكيد علماء النفس الإنساني علي أن تقدير الذات المرتفع يكون له مكان بين الذات الواقعية والمثالية لدينا، وهناك مجموعة أخرى من الباحثين يؤكدون علي أن تقدير الذات يحتل تلك الأهمية لدي الناس لأنه يساعدهم في إنجاز مهامهم التي يبحثون عنها ومنهم (بيدنا ، ويلز وباترسون : 1989 Bednar, Wells and Paterson) والذين افترضوا أنه يعد بمثابة تغذية ذاتية مرتدة عن كفاءة الذات .

ويؤكد أصحاب الاعتبارات السلوكية (باركو : 1980 Barkow) علي أن تقدير الذات هو نوع من التكيف متضمن في تأكيد السيطرة علي العلاقات الاجتماعية ، كما أن هناك وجهة نظر لها رؤية مختلفة فيما يخص التفسيرات المتعلقة بتقدير الذات والمستمدة من النظريات المفسرة للإرهاب والتي تفترض أن وظيفة تقدير الذات وأهميته هي خلق حاجز لدي الناس ضد الوجود المرعب الذي يخبرونه في فرصة موتهم. (الانور، 2005: 13)

وهناك علاقة جوهريّة بين تقدير الذات والسلوك، حيث يمكننا أن نذكر أهمية الدور الحيوي الذي يلعبه تقدير الذات في العديد من المجالات وعلي مستويات مختلفة فكما يتضح من العرض السابق تأكيد العديد من الباحثين علي أن هناك حاجة لدي الناس لتوافر إحساس عالي بتقدير الذات، وفي نظرية القياس الاجتماعي يتضح أن الدافع لتقدير الذات ليس فقط

وظيفة لتوافر قدر منه ولكن أيضاً لتوافر حد أدنى للاعتراف، وعندما يسلك الناس بطريقة ما قدرا معقولا من الحماية أو تحسين تقديرهم لذواتهم فإنهم يتصرفون بتلك الطرق التي يعتقدون أنها سوف تقوي من قيمة علاقاتهم بالآخرين، وهو ما يزيد من درجة القبول الاجتماعي التي يحصلون عليها. كما يوضحون أهمية أن تكون الأحداث التي يخبرونها معروفة لدى الآخرين، وهو ما يجعل لها أثر كبير عن تلك التي تكون معروفة لدى الفرد نفسه فلو كان تقدير الذات هو عملية ذاتية فقط كما اقترح العديد من الباحثين؛ فإن العديد من الأحداث التي تحدث للفرد لن يكون لها أثر سلبي عليه بتلك الدرجة التي نراها.

كما أثبتت العديد من الدراسات العلاقة الارتباطية الموجبة بين تقدير الذات المنخفض والعديد من المشكلات النفسية والشخصية والتي تشمل: (الاكتئاب ، الوحدة ، تعاطي المخدرات ، الفشل الدراسي والسلوك الإجرامي).

وهو ما أكدته كل من (تامبور Tambor ، تيردال: Terdal 1995) و(ليري Leary ، هوبت Haupt و سترأوسر 1998 Strausser) أنه لا يمكننا أن نغفل أهمية التفاعلات الاجتماعية والعلاقات التي يقيمها الفرد مع الأشخاص المحيطين في تشكيل تقدير الذات حيث أنه يرتبط بمعتقدات الناس الآخرين، وكيف يقيمون من خلالهم ، كما توضح الأدلة علي أن حالة تقدير الذات إنما تتأثر بقوة من خلال الأحداث التي تكون لها أهمية بدرجة معينة لدي الآخر . (Leary, Mark R ,1999: pp 32:36)

كما توصلت (راوية دسوقي) في بحثها تقدير الذات وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطي الحشيش ، إلى أن متغير تقدير الذات والقلق جانبان متضادان في تكوين الشخصية فالفرد الذي لديه مفهوم ايجابي عن ذاته يكون اقل قلق ، وكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته والعكس حيث إن العلاقة بينهما علاقة عكسية . كذلك كلما انخفض تقدير الفرد لذاته زادت الأعراض الاكتئابية عنده. (الدسوقي، 1995 : 20)

وعلي ذلك قد تكون الآراء السابقة مدعمة لفكرة الدراسة حيث من الممكن استغلال العلاج المتمركز حول العميل في تدعيم تقدير الذات لدى المدمنين من خلال زيادة استبصارهم بذواتهم التي خبروها قبل وأبان فترة التعاطي والتي كانت تعتمد في المقام الأول علي الأخذ وليس العطاء، وضعف القدرة علي تحمل الواقع الذي يعد بالنسبة لهم واقع محبط ومؤلم .

ويؤكد (نوينسكي 1990: Nowinsk) على أهمية دراسة تقدير الذات عند التصدي لظاهرة التعاطي؛ فهو يؤكد علي أنه من الأسباب التي تدفع للتعاطي ، فتقدير الذات من العمليات المهمة التي تساعدنا في التغلب علي العقبات وهزيمة التحديات والدافع لنمو تقدير الذات، فالقصر والأطفال إذا ما كانوا أصحاء فإنهم بالفطرة يبحثون عن التحديات ويستجيبون للإحباطات بمجهود زائد، ويرفع النجاح من تقدير الذات ويؤدي الفشل لانخفاضه، كما أنه يعتمد علي القبول والرفض من قبل الوالدين ثم من قبل جماعة الرفاق وعلي هذا فإنه يعد من الدوافع القوية لتعاطي المواد المخدرة باعتبارها مواد تعويضية ، كما يذكر (بيل وخانتزيان : Bell & Khantzian 1991) أن نقص الإحساس بالذات ليس مجرد نقص في تقدير الذات الإيجابي ، لكنه نقص في المصادر الداخلية التي نحتاجها جميعاً لمواجهة سلسلة التوترات وأزمات الحياة و عند الفشل في مواجهتها تكون الاستجابة الداخلية شكلاً من القلق ويكون مصحوباً بشعور ذاتي عبارة عن خوف من التفنت وانهييار الذات (احمد : 2009، 61)

كما يذهب (بلات : 1986 Platt) إلي أن الملمح البارز لدي المدمن هو انخفاض تقدير الذات ومشاكل الهوية الجنسية واليأس وضعف العلاقات البين شخصية ، وكل ذلك يمكن اعتباره انعكاس لردود الأفعال تجاه الذات السلبية وميكانيزمات التعامل مع انخفاض تقدير الذات (فايد ، 2007: 144)

كما شدد (ميشيل مان Michelle Mann ، كليمنز م Clemens M. H. ، هوسمان Hosman و 2004 ناني Nanne) علي أهمية تقدير الذات استناداً لوجهات نظر شاملة وعلاقته بالصحة النفسية ، حيث يؤكدون علي أن تقييم الذات إنما يعد علامة فاصلة فيما يخص الصحة النفسية والعلاقات الاجتماعية وعاملاً مساعداً في تحقيق الشخصية لأهدافها ، والتفاعلات الجيدة مع الآخرين باعتبار أن التقدير الجيد للذات يعد بمثابة العامل الواقي للصحة النفسية، كما أنه علي علاقة كبيرة بالعديد من المشكلات الاجتماعية والاضطرابات النفسية والتي تعد كل منها من المشكلات الداخلية المنشأ مثل: الاكتئاب ، الانتحار ، القلق ، اضطرابات الطعام). والمشكلات الخارجية مثل: (التعاطي والإدمان ، العنف) .

ويؤكدون علي أن الدراسات في الخمس عشرة سنة الماضية إنما تؤكد كلها علي أن العملية التي يتم من خلالها نمو تقدير الذات إنما تساهم بشكل كبير في الصحة النفسية علي

كافة المستويات وفقاً لما قرره (Evans 1997)، كما أنه يلعب دوراً كبيراً في نمو الهوية كما أكد Erickson) في نظريته . كما أن له علاقة شديدة بالاكنتاب والمزاج الاكنتابي والميول الانتحارية. (جمعة ، 2003: 20)

هذا ولقد أكد أيضاً (دافيد ، David H ، وسيلفرد نيلانديس : Silvered & Neilands 2004) علي أهمية تقدير الذات في فكرة الفرد عن نفسه من خلال محاولة الإجابة عن مشكلة الدراسة بتقديم تغذية مرتدة للمشاركين عن الحالة الخيالية لسمات الشخصية ويطلب منهم تفسيرها دون أن يعطوا أي معلومات عن تلك السمات المتخيلة ، كما اعتبر ذلك اختبار إسقاطي حيث أنهم سوف يبديون رأيهم عنها من خلال انطباعاتهم الشخصية وبالطبع فإن هذه السمات المتخيلة من الناحية الموضوعية ليس لها معني .

وكان الهدف الأساسي من الدراسة هو توضيح أن التغذية المرتجة عديمة المعني تعد بمثابة منهج فعال في فحص تقدير الذات الكلي علي العمليات الخاصة بالمعلومات ذات العلاقة بتقدير الذات من خلال إظهار أن الناس أحياناً يهملون ما يكون منطقي أو موضوعي ويتعاملون مع السمات الخيالية والتي تكون لها علاقة بتقديرهم لذواتهم.

ولقد أجاب المشاركون علي مقياس (روزينبرج: Rosenberg 1963) معللين ذلك بإجراء الصدق الظاهري من خلال إخبارهم أن طلاب علم النفس الإكلينيكي يجب عليهم الإجابة علي هذا الاختبار لعمل بروفييل نفسي عن شخصيتهم، وبعد تأخير الوقت قليلاً تم إعطائهم النتيجة التي كانت تتكون من (1-100) درجة عن السمات الزائفة لشخصيتهم وبعد النظر له طلب من المشاركين أن يقيموا إيجابية كل سمة من هذه السمات الزائفة، ولقد كانت النتائج المتنبأ بها هي أن ذوي تقدير الذات العالي سوف يقيمون تلك السمات الزائفة من خلال ما تلقوه من التغذية المرتدة لدرجاتهم العالية وذلك بطريقة أعلى من الذين تلقوا تغذية مرتدة تفيد بانخفاض قلة درجاتهم ، ولقد أظهرت الدراسة صحة الفروض المفترضة في الدراسة حيث أن ذوي تقدير الذات المرتفع يميلون لتفسير التغذية المرتجة عديمة المعني بطريقة إيجابية تنصب علي سماتهم الشخصية . (Silvara ,et al, 2004 : pp 61-66)

كما أكد كل من (لوران ج ويلد وآخرين: Luran G Wild ,et al 2004) علي الدور الكبير الذي يلعبه تقدير الذات علي سلوك المراهقين وعلاقته بالسلوك الخطر والمجالات

الجنسية لديهم واهتمامه بالكشف عن الارتباط بين تقدير الذات لدي المراهقين في ستة مجالات مختلفة (الأقران ، الأسرة ، المدرسة ، الرياضة ، صورة الجسم ، قيمة الجسم كليةً) والسلوكيات الخطرة التي لها علاقة بتعاطي المخدرات (السرقه ، الانتحار ، السلوكيات الجنسية) علي عينة عددها(939) من تلاميذ المدارس ، واستخدام استبيان تقدير الذات متعدد الأبعاد (SEQ) من إعداد : (دابويز DuBois ، فيليب Philip ، فيلنر Felner ، براند Brand و لازي 1996 : Lease) بالإضافة إلي استبيان التقرير الذاتي والذي كان يتضمن فقرات عن البيانات الديموجرافية للمبجوثين ، ومرتبة السلوك الخطر لدي المشاركين حيث كان يتضمن أسئلة عن تعاطي القنب ، والتبغ ، والكحوليات ، والسرقه ، والأفكار الانتحارية ، والسلوكيات الجنسية الخطرة.

ولقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين الدرجات علي مقياس تقدير الذات وعامل واحد علي الأقل من العوامل الخطرة في كل من عينة الذكور والإناث، هذا علي الرغم من أن المجال الخاص بتقدير الذات كانت له علاقات مختلفة بالسلوكيات الخطرة وذلك بعد أن تم وضع تقدير الذات الأسري والسياق المدرسي في الاعتبار، كما أن تقدير الذات العالي في مجال الأقران كان له معامل ارتباط مستقل وذو دلالة إحصائية فيما يخص السلوكيات متعددة الخطورة في المراهقة لدي كلا الجنسين . وصورة الجسم لدي منخفضي تقدير الذات وقيمة الجسم كليةً كان لها معامل ارتباط بالسلوكيات التي تتسم بالخطورة لدي البنات وليس لدي البنين ، ويمكن أن نلخص نتائج تلك الدراسة في أهمية كون التدخلات العلاجية الخاصة بتقدير الذات للحماية من العوامل السلوكية الخطرة ذات دلالة في حالة ما إذا تضمنت العوامل الأسرية والمجالات المدرسية في الاعتبار .(Luran ,et al, 2004: pp1457-1467)

كما أكد أيضاً (باريز ومالكولم Malcolm Barris P. 2004) علي العلاقة الوطيدة بين التقدير المنخفض للذات والاتجاه لتعاطي المخدرات حيث يؤكد علي أن العلاقة بين تقدير الذات وتعاطي المخدرات ما زالت توثق من خلال بعض الدراسات الميدانية التي قامت علي طلاب المدارس والجامعات ، ولا توجد دراسات معنونة عما إذا كان يمكن تعميم هذه النتائج علي عينة من الراشدين المشردين، وتستخدم الدراسة الحالية البيانات الثانوية من خلال تحليل

المناهج الخاصة بالبحث من أجل تقييم التصميم التجريبي للدراسة الحالية والتي قامت علي (305) من المشردين من المنتحين بالعلاج، ولقد تم انتقائهم عشوائياً لتلقي العلاج أو الانضمام للمجموعة الضابطة ، ولقد أسندت المجموعة الضابطة لمراكز الخدمات المجتمعية كما أن أفراد المجموعة التجريبية قد خضعوا للعلاج الجماعي والفردي والتدريب علي المهارات الحياتية ومنع الانتكاسة بينما كانوا يمرون بحالة من الاستقرار في ملجأ لمدة أربع وعشرين ساعة لمدة ثلاثة شهور .

وكان الدافع له لإجراء هذه الدراسة هو التأكد من الحقيقة الشائعة بالنسبة له منذ فترة طويلة بأن تقدير الذات له علاقة كبيرة بتعاطي الكحوليات والمخدرات ويلعب دور مهم في ذلك كما ورد في العديد من الدراسات مثل الدراسات التي قام بها (فورد و شنيدر : Ford & Schnider 1976 ودراسة (دونيلي : Donnely2000) حيث توصل إلي أن انخفاض تقدير الذات له دور فعال في الاتجاه لتعاطي المخدرات والإدمان عليها وان ارتفاع تقدير الذات يلعب دور كبير في منع احتمال حدوث الانتكاسة ، كما أن العديد من الدراسات قد أثبتت أن التقدير المنخفض للذات يزيد من خطورة احتمالية الاتجاه لتعاطي المخدرات والكحوليات وخاصةً في مجتمعات المراهقين وطلاب الجامعات كما أتضح من خلال نتائج العديد من الدراسات الأخرى مثل الدراسات التي قام بها (بيكمان : Beckman, 1978) و (إنجز وهانسون : Engs & Hanson 1989 وهو ما أدى بالعديد من الباحثين إلي الاعتقاد بأنه في حالة القدرة علي التحكم في تحسين أو تقليل معدل تقدير الذات فإن ذلك يؤدي لتغيير حياة الناس .

كما خرجت (آني ويلان : Anne Whelan 2007) من دراستها عن تقدير الذات المنخفض وجماعات العلاج النفسي السلوكية المعرفية بهدف تعليم أفراد العينة المهارات الذاتية لحل المشكلات بالعديد من النتائج البالغة الأهمية ؛ فمن خلال ملاحظة التفاعلات التي تحدث بين أعضاء الجماعة في الجلسات وجد أنه كان يسود نوع من الارتياح عند تفريغ المشاعر السلبية، وساعد علي ذلك ما كان يقوم به أعضاء الجماعة من مساندتهم لأنفسهم، مما يساعدهم علي الخروج من جو العزلة الذي كانوا يعيشون فيه ، كما كان يعتمد أحياناً علي بعض التكنيكات الخاصة بالعلاج الجماعي

5.2.2 نظريات تقدير الذات:

توجد نظريات تناولت تقدير الذات من حيث : نشأته ، ونموه ، وأثره على سلوك الفرد بشكل عام ، وتختلف تلك النظريات باتجاهات أصحابها ومنهجهم في إثبات المتغير الذي يقوم على دراسته ومن هذه النظريات :

1- نظرية روزنبرج (Rosenberg 1965):

تدور أعمال " روزنبرج" حول محاولته دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته ، وذلك من خلال المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط به . وقد اهتم بصفة خاصة بتقييم المراهقين لذواتهم ، وأوضح انه عندما نتحدث عن التقدير المرتفع للذات فنحن نعني أن الفرد يحترم ذاته ويقيمها بشكل مرتفع ، بينما تقدير الذات المنخفض أو المتدني يعني رفض الذات أو عدم الرضا عنها . (سليمان : 1992 م ، 89)

لذا نجد أعمال " روزنبرج" قد دارت حول دراسة نمو وارتقاء سلوك تقييم الفرد لذاته وسلوكه من زاوية المعايير السائدة في الوسط الاجتماعي المحيط بالفرد . وقد اهتم " روزنبرج" بتقييم المراهقين لذواتهم ووضع دائرة اهتمامه بعد ذلك بحيث شملت ديناميات تطور صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة . واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته وعمل على توضيح العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي للفرد مستقلا والمنهج الذي استخدمه " روزنبرج" هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك .

واعتبر " روزنبرج" إن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه . وطرح فكرة إن الفرد يكون اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها ويخبرها ، وما الذات إلا احد هذه الموضوعات ، ويكون الفرد نحوها اتجاهها لا يختلف كثيرا عن الاتجاهات التي يكونها نحو الموضوعات الأخرى ، ولو كانت أشياء بسيطة يود استخدامها . ولكنه فيما بعد عاد

واعترف بأن اتجاه الفرد نحو ذاته يختلف _ ولو من الناحية الكمية _ عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى . معنى ذلك أن روزنبرج يؤكد على أن تقدير الذات هو " التقييم الذي يقوم به الفرد ويحتفظ به عادة لنفسه " ، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض . (كفاي : 103، 1989)

2- نظرية كوبر سميث (Cooper-Smith 1976):

تتمثل أعمال كوبر سميث في دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة ، ويرى أن تقدير الذات يتضمن كلا من عمليات تقييم الذات وردود الأفعال والاستجابات الدفاعية . وعلى عكس " روزنبرج" لم يحاول "كوبر سميث" أن يربط أعماله في تقدير الذات بنظرية أكبر وأكثر شمولاً . ولكنه ذهب إلي أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب ، ولذا فإن علينا ألا نغلق داخل منهج واحد أو مدخل معين لدراسته، بل علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم. ويؤكد كوبر سميث بشدة على أهمية تجنب فرض الفروض غير الضرورية. (كفاي: 104، 1989)

ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين : التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها ، والتعبير السلوكي وهو يشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته ، التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية .

ويميز " كوبر سميث" بين نوعين من تقدير الذات: تقدير الذات الحقيقي ، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوو قيمة . وتقدير الذات الدفاعي ، ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون أنهم غير ذوي قيمة ، وقد افترض في سبيل ذلك أربع مجموعات من المتغيرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي : النجاحات ، والقيم ، والطموحات ، والدفاعات ، وقد بين أن هناك ثلاثة من حالات الرعاية الوالدية تبدو له مرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات وهي : تقبل الأطفال من جانب الآباء ، وتدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من جانب الآباء ، واحترام مبادرة الأطفال ، وحريرتهم في التعبير من جانب الآباء . (الخضير 1420هـ، 47):

3- نظرية زيلر (Zelar ,1969):

تفترض نظرية "زيلر" أن تقدير الذات ينشأ ويتطور بلغة الواقع الاجتماعي أي أن ينشأ داخل الإطار الاجتماعي للمحيط الذي يعيش فيه الفرد ؛ لذا ينظر "زيلر" إلى تقدير الذات من زاوية

نظرية المجال في الشخصية ، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث - في معظم الحالات- إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي . ويصف " زيلر" تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ويلعب دور المتغير الوسيط، أو انه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي. وعلى ذلك فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعاً لذلك . وتقدير الذات - طبقاً لـ " زيلر" مفهوم يربط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى . ولذلك فانه افترض أن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات ، وهذا يساعدها في أن تؤدي وظائفها بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه . (كفاي:1989، 104-105)

6.2.2 التعليق :

يتضح لنا من خلال العرض السابق الدور الكبير والمهم الذي يلعبه تقدير الذات في الصحة النفسية لدي الأفراد والخطورة الناجمة عنه في حالة انخفاضه، ليس فقط فيما يخص الاتجاه لتعاطي المخدرات والإدمان عليها ولكن علي مستويات متشعبة ومختلفة، وعلاقته الجدلية في العلاقات الاجتماعية فيما يخص العلاقة المتبادلة بينهم من حيث أن العلاقات الاجتماعية الجيدة إنما تدعم تقدير الذات وأن التقدير العالي للذات إنما يخلق القدرة لدي الفرد علي التفاعل السوي وإقامة علاقات سوية متبادلة مع الآخرين، وهو ما يعكس من جانب آخر القصور الذي يشوب وجهات النظر الأخرى التي تتعامل مع الظواهر بسطحية غافلة لسيكوديناميات العلاقات المتبادلة بين الفرد ونفسه وبينه وبين الآخرين، ولعل ذلك يفسر لنا السبب في تعدد الانتكاسة لدي مرضي التعاطي والإدمان ويظهر أهمية النظرة الشمولية المتعمقة التي يتسم بها العلاج المتمركز حول العميل حيال تصديه لتلك الظاهرة .

3.2 الإدمان

تمهيد

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

1.3.2 تعريف الإدمان:

في محاولة لتأصيل معنى كلمة إدمان Addiction ، لغويا ونفسيا واجتماعيا ، بين (بريشير) Brecher 1972 ، إن هذه الكلمة في القانون الروماني تعني العقوبة بحكم قضائي ، كما أن أسير الأمراء أو النبلاء يسمى addict ، بمعنى العبد ، وفي عصر شكسبير ومن عاصره كانت تستخدم مرادفة لمعنى العبودية سواء أكانت عبودية لمعاقرة الخمر ، أو للرديلة ، وبهذا الاستخدام يتبين أن الإدمان مرادف لمعنى العبودية وان الإنسان يكون مدمنا متى كان خاضعا تمام الخضوع لموضوع عبودية . (سالم ، 2003: 9)

ولقد كانت هناك بعض المحاولات المبكرة لتعريف الإدمان ، ومنها تعريف (بين) Bean وهو أول تعريف رسمي وضعته لجنة رولستون عام 1925 م ، حيث اعتبرت المدمن هو شخص يحتاج إلى تعاطي المخدرات بشكل مستمر لتخفيف أعراض مرض عضوي ، والتي اكتسبت نتيجة تعاطيها المتكرر .

وعرفه فوجل وزملائه Vogel et al 1984 : عرف المدمن على انه شخص فقد القدرة على السيطرة على نفسه أمام المخدر ويتعاطاه لدرجة الضرر بنفسه والمجتمع .

كما عرف الإدمان في التصنيف الرابع الأمريكي DSM : عرف بأنه مجموعة من الخصائص والأعراض العقلية والسيولوجية التي تشير إلي أن الفرد قد أصبح معطل السيطرة على استعمال المواد نفسيا ، وبلاستمرار على استعمال المادة بالرغم من النتائج الضارة (كمال،1994 : 94)

عرفت منظمة الصحة العالمية 1973 ، الإدمان بأنه :

حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع ، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر 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 بأية وسيلة ممكنة ، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره ، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة ، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار ، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة . (عرموش ،1993: 29)

وهنا يجب أن نفرق بين مفهوم الإدمان وسوء الاستخدام Abuse ، والذي تعرفه منظمة الأغذية والعقاقير FDA ، بأنه : تعاطي المادة لغرض مقصود ولكن ليس بالكمية ، والتكرار ، والقوة ، والنمط المناسب ، وبشكل محكم فان سوء استخدام العقار هو تعاطي المادة لاكثر من غرض محدد ، وبطريقة يمكن ان ينتج عنها تدمير صحة الشخص او قدرته على العمل .
و سوء الاستخدام يقابلها باللغة الانجليزية Drug abuse ، هي الافضل من حيث الدلالة ، ذلك لانه 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، اى أن التعاطي قد لا ينتج عنه بالضرورة نشوء الإدمان وذلك اعتمادا على ثلاث محكات :

1-كمية المادة المتعاطاه .

2-معدل تكرار التعاطي .

3-طبيعة الموقف . (سالم ، 2003 : 9)

- تشخيص الإدمان:

توجد مظاهر الإدمان على المواد في أشكال الأعراض المعرفية والسلوكية والعضوية ، حيث يستمر الفرد في استعمال المادة أو المواد على الرغم من وجود مشكلات مرتبطة بهذا الاستعمال.

ويتم تشخيص الإدمان على المواد وفقا لثلاث معايير تشخيصية وهي :

1-التحمل Tolerance : ويعني زيادة الجرعات أو الكميات المستخدمة حتى يصل المتعاطي إلي المستوى المرغوب أو الذي يحقق فيه لذته أو حاجته من التعاطي، أي إن الشخص الذي اعتاد تعاطي جرعة محددة من المادة المخدرة (المفضلة لديه) ، وكان يحصل على آثار نفسية وجسدية (ترضيه) ، وهذا الإدمان للجرعة نفسها لم يعد يرضيه كما كان من قبل لذا يميل الشخص إلي زيادة الجرعة المتعاطاه ، وقد يقوده ذلك إلى ما يمكن أن نسميه (الجرعة الزائدة) ، والتي تقوده إلي الوفاة ، نتيجة أن الشخص يجهل الكمية والتأثير الذي بإمكان جسده أن يتحملة. (غانم، 2005 :37)

وتختلف مستويات التحمل وفقا للمادة المتعاطاه ، والقدرة العضوية والعصبية على زيادة الجرعة المستخدمة ، ويتطور التحمل مع طول مدة التعاطي ، فالأفراد الذين يتعاطون الافيونات والمنشطات بصورة مسرفة ، يصلون إلي معدلات عالية من التحمل ، لدرجة الوصول إلي معدلات قاتلة لو تعاطاها أي شخص لم يسبق له أن تعاطي مثل هذه المواد ، حيث إن تعاطي جرام واحد من الهيروين كفيلا بعمل سكتة قلبية تؤدي إلي الوفاة في الوقت الذي يتحمل فيه متعاطي الهيروين لأكثر من عشرة جرامات يوميا . (عسكر، 2005:22)

2- أعراض الانقطاع :

ومعنى أعراض الانقطاع انه إذا قلت الجرعة التي يتعاطها الفرد تظهر عليه أعراض بدنية ونفسية ، وتختلف هذه الأعراض وفقا لنوع المادة ، فالأعراض المصاحبة لانقطاع الفرد عن تعاطي الأفيونات تتمثل في القلق والأرق والغضب الحاد والآلام الجسمية مثل الآلام في المفاصل والإسهال ، أما الخمور فيحدث اضطرابات حادة أهمها ، الهذاء والأرق واضطرابات الذاكرة والارتعاش العصبي .

3- الاستعمال القهري للمادة :

لا يعد التحمل والأعراض الانقطاعية معايير كافية لتشخيص الإدمان إلا إذا توفر معها الاستعمال القهري للمادة .

أو ما يمكن أن نسميه اللهفة على الاستعمال في الأشكال التالية :

أ- تعاطي الفرد لكمية كبيرة من المادة و لفترة طويلة أكثر مما يحتاجه، بمعنى أن يتعاطى الفرد المادة حتى بعد وصوله إلى حالة سمية .

ب - فقدان السيطرة على الحد من الكمية أو الجرعة ، أو فشل جهوده في أن يتوقف عن التعاطي عند حد معين .

ج- قضاء وقت طويل بشكل ملح للحصول على المادة و بأي شكل .

د- انشغال الفرد في معظم نشاطاته اليومية بتدبير المادة واختزال أو غياب نشاطاته الاجتماعية وعمله وهواياته بسبب الاستعمال .

هـ- انسحاب الفرد من الاهتمامات الأسرية وقضاء معظم وقته مع رفاق التعاطي ، على الرغم من إدراكه بان تعاطيه قد سبب له مشاكل عضوية ونفسية .

و- تسبب التعاطي في خلق مشاكل لا تجعله يستطيع التوقف عن التعاطي على الرغم من الاهانات التي يتعرض لها بسبب هذا التعاطي والمطاردات الاجتماعية ، والأمنية ، والقانونية وعلى الرغم من ذلك يصر على التعاطي. (عسكر،2005: 23)

2.3.2 سيكولوجية الإدمان :

“ يتميز البناء النفسي للمتعاظم بالاضطراب، حيث إن الأصل في التعاطي يرجع إلى التركيب النفسي المرضى الذي يحدث في حالة الاستعداد، فالأنا لدى المدمن يتميز بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمتها الأساسية، وهو يمارس هوايته بالغزو الداخلي للأنا، ذلك لأنه مازال محتاجاً إلى إشباعات شبقية نتيجة التثبيت الليبيدي في المرحلة الفميه ، أما الأنا العليا فتتميز بالقوة أحياناً مما يجعلها تطلق مشاعر الإثم التي تبعث الدفاعات المولدة للمرض، أو قد يتصف بالإهمال واللامبالاة، ومن هنا تتعدم الوظيفة التخديرية للضمير، مما يمهد المجال لغزوات الهو ضد الأنا في غيبوبة الأنا العليا المضطربة. ” (عسكر، 1985: 92)

يشير (سعد المغربي) من خلال دراسته لسيكولوجية التعاطي إلى أن البناء النفسي للمدمن يتسم بالآتي :

أولاً : ضعف الذات : و يتضح القصور في ثلاثة مجالات لوظيفة الأنا لدى المدمنين وهي :
كف الاستجابة : “ بالنسبة لمدى الاستجابة نجد كفاً لها أو بطناً في الاستجابة، فالمدمنون بصفة عامة نماذج غير مستجيبة نسبياً سواء للعالم الخارجي أو لدوافعهم الذاتية .”

سوء البصيرة أو ضعف الوظيفة التأليفية للذات : “ حيث يعاني المدمنون من سوء التوجه الاجتماعي أو سوء البصيرة، فتاريخ حياتهم وتطورهم ومفهوم الذات والعالم لديهم يظهر على أنهم غالباً غير مستقرين في دولة أو عمل علاقات حتى قبل الانغماس في التعاطي .”

ضعف النشاط الموجه للذات : “ يعاني المدمنون من النقص الواضح في قوة وظيفة الذات بمعنى أنهم يعانون من صعوبة البدء في أي فعل أو عمل أو التوقف عن فعل ما استمروا فيه، أو تغيير مجرى أو اتجاه الفعل الذي يمارسونه مما يفصح عن الكف والبطء والتوقف وضعف المبادأة .”

ثانياً : النرجسية Narcissism : “ تظهر علاقات المدمن بالعالم الخارجي سواء مع زوجته أو أبنائه أو أصدقائه جميعها محدودة وعلى نحو هش و سطحي غير تعاطفي وغير

وثيق. وتبدو ملامح النمو النرجسي لدى المدمن في الثبات على العلاقة النرجسية بالأم، وضعف الانتماء والارتباط بالآخرين، وانهايار تقدير الذات.” (المغربي، 1966 : 333 - 334)

“ فشخصية المتعاطي تتسم بعدم النضج والاعتمادية وتقلب المزاج الذي ينتهي بالاكنتاب مع القلق النفسي والأناية ، والكذب والمراوغة، كما أنه يميل إلى الإشباع السريع، وشيوع الاضطرابات الجنسية، والانحراف السيكوباتي مثل السرقة، وقد يمتد إلى حدوث جرائم قتل، والتأثر بالإجاء مهما كان خطؤه ”. (فرغلي، 1994 : 18)

“ كما تتميز شخصيته ببعض الملامح المعبرة عن الجوع النفسي وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي، وهذه الملامح هي : الاتكالية وعدم النضج الانفعالي، السلوك العدواني ، الضعف والوهن وقلة الحيلة، تعذيب الذات لشدة التوتر والتبرم، والافتقار إلى العلاقات الاجتماعية ”.(صبحي، 1997 : 158 - 160)

يذكر (عسكر، 2000) “ نجد المتعاطي متمسكاً بجماعته من المتعاطين لا يصادق غيرهم، ولا يتعامل مع غير المتعاطين ؛ وذلك نظراً لضعف قدرته على التعامل مع الآخرين في إطار من العلاقات الشخصية المتبادلة، وكذلك لعدم قدرتهم على تأجيل الإشباعات الغريزية الملحة الثنائية (طفل - أم) بحلول رمزية بديلة تحقق تقدير الذات والشعور بالأمن.(الديدي، 2000 : 4)

وقد أوضح (سعد المغربي،1966) أن هناك ثلاثة نماذج لشخصية المتعاطي وهي :

شخصية ذات تكوين فصامي : ويتميز هذا التكوين بالسلوك الاجتماعي الانسحابي، وضحالة الوجدان وبلادة الانفعال وتجنب المواقف التي تحتاج إلى المشاركة الوجدانية، وعدم الاكتراث واللامبالاة، والعلاقات الإنسانية الهشة والسطحية جداً، مع إهمال واضح للمسؤوليات الضرورية مما قد يؤدي إلى فشل الحياة الأسرية وفشل في العمل، وكذلك وضوح مشاعر القصور الذاتي وعدم الكفاية وانخفاض تقدير الذات .

شخصية ذات تكوين بارانوى : وتظهر لديه ملامح الشك وعدم الثقة في الحياة والسلطة بصفة عامة والزوجة والأصدقاء بصفة خاصة، وهذه الملامح تنشأ من مشاعر الحطة والقصور والدونية التي يعانيتها المتعاطي، ويحاول إخفاءها والتي ترتبط بالمبول المحرمة الجنسية أو العدوانية، كما قد ترتبط بتعاطي المخدر نفسه باعتباره سلوكاً غير مرغوب فيه .

شخصية ذات تكوين اكتئابي مازوخي : وتتمثل سماته من حيث الصحة العامة في معاناة المتعاطي من الهزال والضعف العام واصفرار الوجه ونقص الحيوية، وكذلك إهمال الملابس والشعر والذقن . ومن ناحية أخرى نجد التردد والخوف والتجهم والعبوس وبطء الاستجابة وضعف القدرة على التركيز والشعور بالدونية مع ندرة مظاهر تأكيد الذات والعدوان .. ويمكن تلخيص ذلك في سمات السلبية والتشاؤم والانسحاب والشعور بالقصور والعجز وعدم الكفاية وانخفاض تقدير الذات . (المغربي، 1966: 317 - 319)

يذكر (محمد غانم) أن هناك شخصيات مهياة أكثر من غيرها للإدمان، ومن أهم هذه الشخصيات ما يلي :

الشخصية السيكوباتية : وصاحبها مغامر مندفع متمرد على أي سلطة، يبحث عن المتعة وإرضاء الشهوات بأسرع الطرق، حتى وإن كان الثمن إيذاء الآخرين أو مخالفة القيم .

الشخصية الانطوائية : وصاحبها خجول حساس يجد صعوبة في إقامة علاقات مع الآخرين مع تفضيل العزلة .

الشخصية النوايية : وتتميز بتذبذبات مزاجية وتغيرات وجدانية سريعة ما بين المرح والاكنتاب .

الشخصية الاعتمادية : وصاحبها سلبي قليل الثقة بالنفس، غير ناضج انفعالياً، يميل إلى التقليد دون وعي، ويجد صعوبة كبيرة في الاستقلال أو الاعتماد على نفسه. (غانم، 2001 : 34)

ويذكر كابن Kaplan 1975 ، وزملائه ، ان منشأ التعاطي يرجع الي مفهوم تقدير الذات وان انخفاض تقدير الذات كخبره وتكرار ازدرائها لدى الشخص ، عن التقييم السلبي لهم من قبل الآخرين ، والعجز في أي موقف اجتماعي ، يجعلهم في موقف دفاعي ضد أحاسيس الاعترا ب عن نماذج الدور التقليدية ، والرغبة في إيجاد بدائل تخالف المتعارف عليه ، سعيا لتحسين صورة الذات مما يدفع الشخص الي محاولة إيجاد بدائل تخالف المتعارف عليه ، فالتعاطي كسلوك ممارس يسهم في الاعتقاد الايجابي نحو الذات وتقديرها .(سالم، 2003: 24 مرجع سابق)

ويذكر (يسرى عبد المحسن، 1990) " أن هناك صفات عامة للشخصية التي تكون أكثر عرضة للإقدام على التعاطي والإدمان وهى : عدم النضج الانفعالي وسطحية الفكر وقصور الوعي بتحمل المسؤولية، الرغبة الداخلية في تحطيم الذات وهدم كل القيم المحيطة بالفرد مع السعي وراء اللذة الدائمة والميول الشاذة سواء كان في مجال السلوك الجنسي أو السلوك الاجتماعي، الأنانية المطلقة وحالات القلق والخوف المستمر، عدم الاستقرار الأسرى، عدم القدرة على مجابهة صراعات وصعوبات الحياة، الإحساس بالعجز والنقص والميول العدائية تجاه الآخرين ومحاولات الوصول إلى الكسب السريع دون وجود الدوافع والقدرات الحقيقية التي تحقق ذلك، كذلك عدم الاستفادة من الخبرات السابقة وعدم الأخذ برأي ومشورة وإرشادات ونصائح الآخرين والحياة بصورة عشوائية دون حساب أو تقييم للأمر ودون الاهتمام بالنتائج والمضاعفات المترتبة على الأفعال الخاطئة التي قد يُقدم عليها المدمن". (عبد المحسن، 1990 : 17 - 18)

وقد حاول علماء النفس تحديد سمات خاصة في شخصية المدمن أو شخصية الإنسان الذي سيدمن، فوجدوا أنه يوصف بالآتي : " إنسان غير ناضج وعاجز عن مواجهة مشاكله والوقوف أمامها ومحاولة حلها، فهناك عجز أو قصور في شخصيته .. عاجز عن إقامة علاقات ثرية ومشبعة وثابتة ومستمرة مع الآخرين .. وهو لا يستطيع تحمل الألم أو الشعور بالفشل أو خيبة الأمل .. لا يقوى على تحمل مشاعر الإحباط .. وبصفة عامة هو إنسان اعتمادي سلبي ليس له شخصية استقلالية، ويلجأ إلى الحلول قصيرة المدى والتي تحقق إشباعاً سريعاً، حتى لو كان مؤقتاً، وحتى لو كان على حساب تأجيل حل مشاكله .. فهو يفتقر للحزم وللحسم وبعد النظر، ولا يقوى على تأجيل رغباته، ويسعى لإشباع غرائزه وتحقيق رغباته تحقيقاً فورياً ". (صادق، 1999 : 29)

وهو ما يؤكد (عسكر، 2000) " أن جميع نماذج متعاطي المخدرات إنما ترجع إلى علة واحدة وهذه العلة هي الجروح النرجسية الباكرة أو قصور في بناء الشخصية لاضطرابات في العلاقة بالأب والأب والعالم الاجتماعي في مراحل الطفولة، لم يتم التعامل معها على نحو يخفف من وطأتها أو علاجها أثناء مراحل النمو ". (عسكر، 2000 : 53)

وقد صنف (بالدوك، 2005) " المواد المخدرة إلى مواد مضادة للاكتئاب، ومواد منبهة، ومواد مسببة للهلوسة . ويذكر أن غالبية الناس تُقدم على تعاطي هذه المواد لكي يشعروا

بالرضا والسعادة أو يتجنبوا الأحاسيس البغيضة المؤلمة، كما أن هذه الأسباب قد ترتبط بمدى ارتفاع أو تدنى تقديرهم لذواتهم، وتجمع هذه الدوافع ما بين التمرد أو العجز وقلة الحيلة والشعور بالضجر والسأم والاكتئاب، أو لأن هذه المواد تجعلهم يشعرون بالحرية أو الأمان . ” (بالدوك، 2005 : 128 - 135)

“ ولهذا يؤكد التحليل النفسي على أن الإدمان ليس في حد ذاته المشكلة الأساسية، إنما هو بمثابة حل أو علاج شخصي لمشكلة نفسية، فمجرد أن يحقق عقار معين التخفيف من مشاعر القلق والاكتئاب وضروب الكف فإن المتعاطي يكون قد وجد حلاً أو علاجاً لمشكلته، ويتوقف نوع العقار على طبيعة المشكلة ورغبة المتعاطي في الاستمرار أو الإقلاع، ويتحول العقار تدريجياً إلى كونه بديلاً لموضوعات العناية الذاتية الداخلية أو الموضوعات المانحة للإمدادات النرجسية، ويمثل العقار مرتبة أسمى في مراتب عالم الموضوعات النفسي عند المتعاطي، ومع التورط البدني والعصبي في التعاطي يصبح العقار نفسه والسلوك الإدماني مشكلة كبرى لا يستطيع المتعاطي التخلص منها، ومن هنا يتشكل مرض الإدمان”. (خريبه ، 1998 : 30)

كذلك فإن المدمنين لديهم انخفاض شديد في تقديرهم لذواتهم، فهم بدون العقار يعانون من الاكتئاب الشديد الذي لا ينتهي إلا بالزهو الدوائي (الفارماكولوجي) الناتج عن التعاطي. (أبو العزائم، 2001 : 41 - 42)

3.3.2 تعليق :

من التصنيفات السابقة يتضح لنا أن هناك شخصيات بعينها تسعى إلى نوع معين من التعاطي لتخفيف ما تشعر به من آلام نفسية أو شعور بالضعف أو القلق والتوتر، ومن ثمّ يتعاطونها بهدف مداواة للذات أو معالجة ذاتية بدلاً من اللجوء إلى الطبيب أو المعالج النفسي، وأن هناك أنواعاً معينة من المخدرات قد تؤدي بدورها إلى الاعتماد عليها، ويسبب تركها بعض الأعراض الانسحابية سواء على المستوى الجسدي أو النفسي، وعادة ما تكون أعراض الانسحاب النفسية هي الأصعب في العلاج ؛ فقد لا يستطيع المتعاطي التخلص من المشاعر المؤلمة التي قد يعاني منها نتيجة التوقف، فيعود مرة أخرى للتعاطي ... مما يجعلنا نشير إلى أن التعاطي قد يكون سبباً وقد يكون في حالات أخرى نتيجة، وهو ما اتضح في علاقة التعاطي بانخفاض تقدير الذات.

4.3.2 تفسير الإدمان:

1-مدرسة التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن الإدمان تعبير عن النكوص إلى مراحل أولى في النمو النفسي الجنسي ، وتحديدًا المرحلة الفميه ، وإن المدمن يعاني من إحساس رهيب بالحرمان في مرحلة الطفولة ، فهو على علاقة سيئة بوالدته لأنه لم يشمل في طفولته بقدر كاف من المحبة والعطف وتأتي مواد الإدمان لتساعده على التخلص من مشاعر الكراهية والاكتئاب والإحباط (وترى مدرسة التحليل النفسي إن الإدمان اندفاع مرضي ، تبعثه الحاجة إلى الحصول على شيء اكبر من الإشباع ألا وهو الشعور بالتقدير والتعظيم وهو أمر جوهري لكيان الفرد ، وهو ما يوافق رأي (ادلر)من أن المدمن إما شخص لديه نقص عضوي بدني يسعى إلى قهر نقصه العضوي أو نقص في العلاقات الاجتماعية والثقافية أو الاقتصادية ، فيقوم بتعويض النقص بتعاطي العقار ليعطيه الثقة بنفسه وينسيه عيوبه ويدعمه وجدانيا في وحدته وعدم اهتمام المجتمع به.

ويخلص الرشيدي وآخرون 2000م ، إلي إن مدرسة التحليل النفسي خضعت للعديد من التحولات في إطار محاولة وضع تفسير لظاهرة الإدمان، إلا إن أسباب الإدمان بوجه عام والإدمان الكحولي خصوصا قد تكون نتيجة إحباط خارجي ،أو نتيجة لكف داخلي ، وهي حالات لا يجرؤ الفرد معها على مواجهة الأنا العليا من دون التعاطي ، فالتعاطي يعمل على امتصاص الإحباط والغضب مما يؤدي إلي التنفيس عن العداء نحو الوالدين ، إضافة إلي انه يعمل على التخلص من احتقار الذات ن وإشباع رمزي إلي الحب والعطف.

2 - النظرية السلوكية لإدمان المخدرات :

هناك الكثير من الأبحاث الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات ، ولكن السلوكيين فضلوا مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخففوا من مشاعر الألم ، الغضب ، الضيق ، وخاصة القلق ، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر ، فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي ، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات متتالية. (يامنة ، عبد الرازق، شهرزاد، 2010: 12)

وقد توصل كوبيل 1985 COPPEL أنه لا يوجد سند واحد لنموذج سوء استخدام المخدر لخفض التوتر وأوضح كوبيل مجموعة من الدراسات تبين أن تعاطي المخدرات لا تؤدي إلى خفض التوتر منها ، دراسات ميفلد وآلون 67 Mayfield et Allen و مندلسون 68 Mendelson و مينكر 64 Menaker وقد أجرى كل من قوالسون Gealson و بالوي Palwy تجربتهم على المتطوعين ، وقد أوضحوا أن حدوث الألم يجعل الأفراد يشعرون بالقلق أو التوتر وفي هذه الدراسات كان الألم يتمثل في أن يتلقى المفحوصون صدمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدر ، وبعد الصدمة يسمح للمفحوصين بتعاطي المخدر ، وقد تم مقارنة المتطوعين بمجموعة أخرى ضابطة (لم يسمح لهم بشرب المخدر) دون تعريفهم أنهم سيتلقون صدمة كهربائية ، وقد أوضحت رولي Rowly وزملاؤها أنهم كانوا في حالة من الدهشة عندما وجدوا أن مستوى القلق كان مرتفعا بعد شرب المخدر ، ويرجع ذلك إلى أن المخدر كان منبع التوتر في حد ذاته لمعظم الأفراد وقد أعزى هؤلاء الباحثون إلى أن سوء استخدام المخدر يرجع إلى :

- طبيعة المخدرات وآثارها السيكولوجية وطريقة الحصول عليها واستعمالها .

-العوامل الوراثية .

- شخصية المدمن .

- العوامل السيكودينامية (مثل الضغط ، الصراع ، الحاجات ، الدوافع ... الخ) (عبدالمعزم، 1998 :

(78

ونجد أن السلوكيين يحاولون تفسير سلوك الإدمان من خلال نظرية التعلم ، ويروا أن إدمان الخمر أو العقاقير هو سلوك متعلم ، فالشخص الذي يعاني القلق يتعاطى مخدرا ، فيشعر بالهدوء والراحة ، ويعتبر هذا الإحساس بمثابة التعزيز الإيجابي لتناول المخدر في مرات لاحقة ، وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من خلال انقطاعه عن المخدر ، ويستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر رغم علمه بما لها من آثار سلبية ، وذلك لأن هذه الآثار السلبية لا تحدث في التو عند تعاطي المخدر ، بل تظهر بعد فترات تتراوح في الطول ، والمعروف أن في التعلم كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلا ، ضعف تعزيز ذلك السلوك ، سواء كان تعزيزا سلبيا أو إيجابيا ، ويرتبط الشعور السار الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه للمخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة ، وتصبح بمثابة ميزات شرطية تدفع الفرد للتعاطي .

ويتفق ليند سميث 1968 Lind Smith في أن الإدمان سلوك مثل أنواع السلوك الأخرى فهو متعلم من خلال الاشراف ، وهو مشابه بكثير لنفس الطريق الذي يسيل لعاب كلاب بافلوف من صوت الجرس ، وقرر هنا أن المثير مرتبط بالانسحاب مثل الناس أو الأماكن خلال خبرات الانسحاب ، وقد ميز سميث Smith بين إدمان المخدرات واعتيادها ، فالإدمان سلوك متعلم أساسا من خلال التعزيز السلبي الناتج من أعراض المنع ، وأيضا التعزيز الإيجابي الناتج من الأثر المريح للمخدر الذي يرتبط بإحكام مع الاعتیاد على استخدام المخدر ، فالسلوك يمكن أن يتعلم من اقتران الاستجابة مع تعزيز موجب (مكافأة)، أو آثار مبيضة (تعزيز سالب) ، فإدمان المخدرات مرتبط بخبرات الأفراد عن غياب المخدر والآلام المصاحبة ، فلو تحقق المدمن من أن قلقه وضيقه وتوتره ناتج عن غياب المخدر ، وأستطاع الحصول على جرعة تجعله يتغلب على هذه المشاعر لأزداد حبا للمخدر، وعاود الإدمان من جديد بعد فترة منع ويحدث الانتكاس .

ويحدث الإدمان وفقا للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه المخدر من آثار سارة ، وكذلك نتيجة وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر ، وبذلك يكون الإدمان سلوك يتعلمه الإنسان من البيئة المحيطة به ، مع أن هذه النظرية بالشكل الحالي لم توضح لماذا التعاطي من البداية ، ولماذا تعاطت هذه المجموعة دون غيرها

من الأفراد ، وما هي الدوافع لتعاطي المخدر ، وهل أن مجرد وجود المخدر يكون دافعا أو مثيرا شرطيا للتعاطي والإدمان ؛ أم أن هناك عوامل أخرى موجودة وكامنة في شخصية المدمن وأيضا في بيئته تميزه عن غيره من الأشخاص وتجعله مستعد للإدمان ؟. (يامنة وآخرون، 2010: 12)

3 - تفسير نظريات الذات للإدمان:

- نظرية ازدرء الذات Self-derogation theory:

إن منشأ التعاطي في هذه النظرية يعتمد في المقام الأول وكما أوضح "كابلان" Kaplan 1975 على مفهوم تقدير الذات ، وان انخفاض تقدير الذات كخبرة وتكرار ازدرائها لدى الفرد ، الناشئ عن التقييم السلبي له من قبل الآخرين ، والعجز في أي موقف اجتماعي يتضمن في بعض منه الأداء الأكاديمي ، ويجعله في موقف دفاعي ضد أحاسيس الاغتراب عن نماذج الدور التقليدية ، والرغبة في إيجاد بدائل تخالف المتعارف عليه ، سعيا لتحسين صورة الذات مما يدفع بالفرد إلي محاولة إيجاد بدائل تخالف المتعارف عليه . لذلك فان الانضمام إلى متعاطين مع سهولة الحصول على المواد ، يكون السبيل الذي يتخذه للتغلب على مشاعر الازدرء هذه . فالتعاطي كسلوك ممارس يسهم في الاعتقاد الايجابي نحو الذات وتقديرها ، وبعبارة أخرى ، فان انخفاض تقدير الذات له تأثير مباشر في الانخراط مع أقران يستخدمون المواد المخدرة . (سالم، 2003: 24)

- نظرية ميد (G. Mead) للذات:

يقول ميد Mead ، بوجود الذات تكون هناك القدرة على الملاحظة والاستجابة والسيطرة على السلوك ، ويمكن أن يعمل الفرد تجاه ذاته كما انه يعمل تجاه أي موضوع اجتماعي آخر ، فالفرد يمكن مثلا أن يرمي باللوم على ذاته ، ويستطيع أن يعدل من سلوكه بحيث يحظى

بالاستجابة المرغوبة من الآخرين ، وأثناء عملية الملاحظة، والاستجابة وتوجيه السلوك من قبل الذات فان بناء الاتجاهات يتكون ، وكذلك يتغير لدى الفرد . (حجازي 1408هـ:194-197)

ويقول ميد Mead انه لا يمكن تكوين ذات لفرد دون ارتباطه بعضوية إطار مرجعي ونتيجة لهذا الارتباط تتكون الاتجاهات المشتركة ، ويكون هناك ضبط لهذه الاتجاهات بين أعضاء الإطار نفسه ، فبدون الاتجاهات المرتبطة لا يكون هناك ذات ، وبدون الاختلافات الفردية من الاتجاهات لا يكون هناك تجديد ، ويعود جزء من تكوين تلك الاتجاهات المرتبطة الى قدرة الإنسان على التفكير الانعكاسي ، فهو يستطيع أن يجعل موضوعا لذاته، وهذه الخاصية تمكن الإنسان وتجعله قادرا على ملاحظة وتقييم وتوجيه سلوكه واتجاهاته.

فمن خلال وجود المدمن عضوا في جماعة المدمنين تكون لديه خبرات وتنمو من خلالها ذاته ، وتتكون لديه الاتجاهات ، وبذلك يكون لدى كل مدمن اتجاه ويتم التحكم بهذا الاتجاه من خلال قدراته على التفكير الانعكاسي وذلك بما يتوافق مع الاتجاه السائد نحو قضية أو فكرة معينة.

ويوضح ميد Mead أن الذات تصدر عن عملية التفاعل فهي نتيجة للعملية الاجتماعية والتي تتضمن كل من عملية التفاعل بين الأشخاص والوجود السابق للجماعة . (الرشدي، 2004 :27)

- نظرية السلوك المخطط Theory of planned behavior :

أوضح " اجزين " 1985 Agzeen ، إن ما اسماء بكفاءة الذات Selif-efficacy ، له الدور الأساسي لبدء التعاطي ، حيث رأى بان كفاءة الذات من شأنها التأثير المباشر على الأهداف والسلوكيات ، وان كفاءة الذات تشير على نحو خاص بقدرة الفرد على إدراك سهولة أو صعوبة ممارسة السلوك.

ووفقا لهذه النظرية فان كفاءة الذات تلعب دورا حيويا ومستقلا في تشكيل الأهداف السلوكية . فالأفراد يفشلون في تحقيق أهدافهم متى استشعروا أن ممارسة سلوك ما يقع خارج حدود قدرتهم وإمكاناتهم في التحكم فيه، وعلى الرغم مما يكون لديهم من اتجاهات ايجابية نحوه ، ويقابل كذلك بالاستحسان والتقبل من الآخرين .

وقد بين " اجزين " Agzeen أن كفاءة الذات في حالة التعاطي لها صورتان : الأولى منهما نجد فيها أن كفاءة الذات تتشكل من اعتقادات الفرد في قدرته على الحصول على

المخدر والنجاح في تعاطيه ، أما الصورة الأخرى لكفاءة الذات فتتمثل في اعتقادات الفرد في قدراته على مقاومة الضغط الاجتماعي الباعث على البدء في التعاطي . وفي إطار هذا فان الفرد ربما لا يكون لديه خطأ طويلة المدى للبدء في التعاطي ولكنه يفقد المهارات الضرورية لمقاومة ضغوط الأقران . (سالم ، 2003 : 18 مرجع سابق)

-النظرية المعرفية:

الإدمان بناء على العمليات المعرفية هو احد الأساليب السلوكية اللاتكيفية المرضية التي اكتسبها المدمن بناء على البنية الفكرية المعرفية لديه . فجوهر تلك النظرية إن " الأحداث الخارجية ليست هي التي تزعجنا ، ولكن تأويلاتنا واعتقاداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة للكدر والقلق والغم " . (محمد الحجار ، 1992 : 16)

ويرى ارو نبيك Beck,A. ان حدوث الإدمان يرجع الى نظام من الاعتقادات الادمانية Addictive beliefs ، والذي يعني مجموعة الأفكار التي يعتنقها المدمن ، وتركز على البحث عن المتعة وحل المشكلات وعلاجها او الهروب منها ، وكذلك للمساعدة على إحداث نوع من التكيف. وتكون هذه الاعتقادات الخاطئة نسقا من التفكير يسيطر على المدمن ، فيرى ان احتياجه للمخدر يكون لإحداث قدر من التوازن النفسي والانفعالي ، وان أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطيه، بالإضافة إلى قدرته على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل ، وما يمنحه له من نشاط وطاقة . ويؤكد كل من بيك ، والبرت اليس Ellis,A على إن تلك الاعتقادات تتفاعل مع الضغوط الحياتية التي يواجهها المدمن ، وينتج عنها الشعور بالقلق والضيق بشكل يساعد على استثارة الأفكار السلبية مما قد يدفع إلى الانتكاسة للتخلص منها . (Beck,et al , 1993,51)

-التفسير الاجتماعي :

يفسر علماء الاجتماع ظاهرة الإدمان على أساس اعتبارها نوعا من الحيل أو الخداع الاجتماعي ، يمارسها الفرد لتحقيق مكاسب فردية معينة كالسيطرة أو التفوق على الآخرين من حوله .(منصور ، 1986: 72)

كذلك تركز تلك التفسيرات على تأثير الأسرة والأقران والبيئة الاجتماعية والثقافية التي تحيط بمرضى الإدمان ، فاضطراب نظام العلاقات في الأسرة المرتبط بأساليب التعامل ، وغياب الوالدين أو أحدهما ، وغيرها من العوامل تعمل بمثابة البيئة المهيأة لنشوء الاضطرابات

النفسية والانحرافات السلوكية كالنجاح والسلوك المضاد للمجتمع والإدمان . كما إن تأثير مجتمع الأقران يرتبط بالتعاطي والإدمان ارتباطا كبيرا وخاصة في مرحلة المراهقة ، ففي هذه الجماعات يندمج الفرد في أسلوب حياتها ويتوحد معها ويسايرها رغبة في الحصول على التقبل ، حتى ولو كان هذا السلوك ذو أثار سلبية عليه أو على أسرته والمجتمع . (الرشيدى ،2000 : 105،106)

-التفسير البيولوجي:

وهو يتعلق بمجموعة النظريات والتفسيرات المرتبطة بالجسد من عوامل وعمليات وراثية وفسولوجية وكيميائية ، ومن ابرز تلك التفسيرات :

نظرية التكيف العصبي neuro adaptation ، التي ترى إن الجهاز العصبي في الأحوال الطبيعية يتمتع بحالة متوازنة من التكيف ، وان تناول مادة خارجية يعمل على الإخلال بتلك الحالة مما يسبب تغيرا في عملية التكيف العصبية المركزية ، والتي تتضمن بالضرورة تغيرا في بنية ومواد ووظائف الخلايا العصبية المركزية لغرض التكيف مع الوضع الجديد الناجم عن ضرورة التعامل مع مواد غريبة أو إضافية ، ولهذا التغيير إن طال أمدته بسبب طول زمن التناول أن يجعل من تعاطي المادة الخارجية ضرورة للإبقاء على وضع التكيف العصبي الجديد على الحالة ، وكان المادة الجديدة أو الإضافية أصبحت من المتطلبات الأساسية للخلايا العصبية ووظائفها ، وإذا حدث ذلك فان التوقف عن تناولها يخل بعملية التوازن العصبي القائمة ، مما يؤدي إلي ظهور أعراض تشير إلى هذا الخلل والتي تعرف بإعراض الانسحاب أو التوقف. (كمال، 1994: 98)

- نظرية أمراض الدماغ :

يرى أنصار هذه النظرية أن هناك حالة في لحاء المخ تعمل كاستعداد للتعاطي و الإدمان ، وكذلك ترتبط بفقان القدرة على التحكم أو السيطرة. (الرشيدى ،2000: 88)

ويرى الباحث إن النظريات الفسيولوجية والبيولوجية قد تقدم تفسيراً واضحاً لأحد أسباب الإدمان وما يترتب عليه من إخلال في عملية الجهاز العصبي ، الأمر الذي يتطلب الفحص الجيد ، وتقديم العلاج الفعال لطبيعة الخلل العضوي ، إلا أنها قاصرة في نفس الوقت على تفسير حالة اللهفة أو الشوق Craving التي تعترى المدمن بعد فتره من التوقف عن المخدر ، والتي قد تصل إلى سنة أو أكثر في بعض الحالات ، وتتسبب في الانتكاسة بعد أشهر أو سنوات من التوقف. كما أنها لم تقدم تفسيراً لسبب اختيار المتعاطي لمادة مخدرة دون غيرها. (الدمرداش 1982،49)

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- تمهيد.

- 1.3 دراسات تناولت العلاج المتمركز حول العميل .
- 2.3 دراسات تناولت برامج علاجية للمدمنين.
- 3.3 تعقيب .
- 4.3 فروض الدراسة الحالية .

-تمهيد:

بعد عرض الإطار النظري الخاص بمتغيرات الدراسة الحالية قام الباحث بمسح وفحص لأهم البحوث والدراسات السابقة والتي تناولت المتغيرات موضع الاهتمام ، ولكن من خلال الاطلاع على البحوث والدراسات المتعلقة بالعلاج المتمركز حول العميل تبين أنها تتصف بندرة شديدة في البيئة المحلية والعربية .

1.3 دراسات تناولت العلاج المتمركز حول العميل:

1-دراسات مباشرة (عرض مطول):

-دراسة: منى محمد صالح العامري (2000):

بعنوان : (دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة).

وتهدف الباحثة من الدراسة إلى الآتي :

1- تحديد ماهية الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى انتكاس المدمن وعودته إلى المخدر بعد فترة من الانقطاع والعلاج التام داخل المصحات ، والتعرف على مدى فعالية العلاج النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات المدمنين.

2-التعرف على مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج بعض حالات الإدمان في دولة الإمارات العربية المتحدة.

3-التعرف على مدى فعالية العلاج النفسي المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات الإدمان في دولة الإمارات العربية المتحدة.

ضمت عينة البحث 9 أفراد من المدمنين الذكور ، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية بواقع 3 أفراد في المجموعة التجريبية الأولى ، و 3 أفراد في المجموعة التجريبية الثانية ، و 3 أفراد في المجموعة الضابطة ، مع مراعاة تجانس المجموعات الثلاث من حيث

العمر الزمني والمستوى الاقتصادي ونوع المخدر ، وتم اختيار عينة الدراسة من مركز التأهيل الخاص بإمارة الشارقة.

ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات التالية :

1-استبيان العودة لتعاطي المخدرات .

2-مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية.

3-برنامج العلاج العقلاني الانفعالي (إعداد الباحثة).

4-برنامج العلاج المتمركز حول العميل(إعداد الباحثة) .

وتوصلت الباحثة إلي النتائج التالية:

1-أن من أهم الأسباب التي تؤدي إلي عودة المدمن للتعاطي - حسب الأهمية - هي : الأسباب الشخصية يعقبها الأسباب الاجتماعية الاقتصادية ، ثم الأسباب الثقافية ثم الأسباب الأسرية.

2-كما أسفرت النتائج إلي أن الفروق غير دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى في القياس القبلي والبعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية إلا أن الباحثة لاحظت تحسن ملحوظ في متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الأولى بعد تطبيق البرنامج إلا أن هذا التحسن لم يصل إلي مستوى الدلالة .

3-لا توجد فروق دالة إحصائياً بين المجموعات التجريبية الثانية في القياس القبلي و البعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية ، إلا أن الباحثة لاحظت ارتفاع متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية في القياس البعدي على الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية.

- توجد فروق جوهريّة دالة إحصائياً بين أفراد المجموعة التجريبية الأولى والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العقلاني الانفعالي على الأبعاد الفرعية الثلاثة المتضمنة في مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية والدرجة الكلية على هذا المقياس .

- توجد فروق جوهريّة دالة إحصائيًا بين أفراد المجموعة التجريبيّة الثّانية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج المتمركز حول العميل ، وذلك على الأبعاد الفرعية المنتظمة في مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية والدرجة الكلية على هذا المقياس لصالح أفراد المجموعة التجريبيّة الثّانية .
- توجد فروق دالة إحصائيًا بين أفراد المجموعة التجريبيّة الأولى بعد تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي وبعد مرور فترة المتابعة على مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية.
- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين أفراد المجموعة التجريبيّة الثّانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المتمركز حول العميل وبعد مرور فترة المتابعة على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية.
- كما أسفرت النتائج إن الفروق غير دالة إحصائيًا بين أفراد المجموعتين التجريبيتين في القياس البعدي على أبعاد مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية.

2-درسات غير مباشرة (عرض موجز):

دراسة مورينو ، روبرتو MORENO, ROBERTO (1985):

-THE EFFECTS OF STRATEGIC-FAMILY THERAPY AND CLIENT-CENTERED THERAPY ON.

بعنوان : (اثر العلاج الأسري والعلاج المتمركز حول العميل على بعض متغيرات الشخصية للأحداث الجانحين) ، هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير نوعين من العلاج على بعض متغيرات الشخصية لدى الأحداث الجانحين ، طبقت الدراسة على عينة قوامها 38 طفلاً جانحاً ، تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلي مجموعتين ، المجموعة الأولى تضم 19 شخصاً تلقت العلاج الأسري ، والمجموعة الثّانية ضمت 19 شخصاً تلقوا العلاج المتمركز حول العميل ، استمرت فترة المعالجة 13 أسبوعاً ، توصلت الدراسة من خلالها الي تحسن متغيرات الشخصية المحددة وفق الاختبارات المستخدمة في الدراسة عن طريق البرامج العلاجيّة المستخدمة.

دراسة (اثيل واخرون – et al Eysell 1992):

-process- outcome rasearsh , client centered psychotherapy and brief psychodynamic therapy.

بعنوان (فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين الاضطرابات السيكوسوماتية) ، وهدفت الدراسة الي التعرف على مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تخفيف حدة الاضطرابات السيكوسوماتية ، واستخدم الباحث برنامج العلاج المتمركز حول العميل وقائمة فرأى براج للشخصية ، على عينة قوامها 26 متطوعا من المراهقين تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، 13 مجموعة ضابطة و 13 مجموعة تجريبية ، وتم توزيع أفراد المجموعة التجريبية على مجموعة من المعالجين بواقع فردان لكل معالج ، وتوصلت الدراسة إلي أن العلاج المتمركز حول العميل ذو اثر فعال في تخفيف حدة الاضطرابات السيكوسوماتية .

- دراسة: حمدان محمود فضة (1995):

بعنوان : (العلاج المتمركز حول العميل ومدى فاعليته في تحسين القلق) ، استهدفت الدراسة استخدام منهج العلاج المتمركز حول العميل ومدى فاعليته في تحسين حالات القلق، واستخدم الباحث استمارة المقابلة الشخصية ومقياس القلق ، على عينة قوامها 40 مفحوص ، قسمها الباحث إلي 5 أفراد لديهم قلق مرتفع ، 5 أفراد لديهم قلق منخفض ، 5 أفراد ذكور مجموعة ضابطة ، و 5 إناث مجموعة ضابطة ، وبعد تطبيق البرنامج أسفرت نتائج الدراسة عن تحسن في القلق المرتفع ، حيث تم إنقاص عينة الدراسة إلي مستوى القلق المتوسط السوي، كذلك أسفرت النتائج عن تحسن القلق المنخفض برفع درجته إلي مستوى القلق المتوسط السوي.

-دراسة: محمد محمد عيسوي الفيومي (1995):

بعنوان : (فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين بعض حالات الاضطرابات السيكوسوماتية) ، وقد هدفت الدراسة الي التعرف على فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين بعض حالات الاضطرابات السيكوسوماتية لدى الشباب ، واستخدم الباحث برنامج

علاجي قائم على فنيات العلاج المتمركز حول العميل ، وكذلك استخدم مقياس تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية ، على عينة تكونت من 10 مفحوصين ممن يعانون من ضغط دم نفسي من طلبة الجامعة ، تراوحت أعمارهم بين 19 - 23 سنة ، 5 يمثلون مجموعة تجريبية (3 ذكور ، 2 إناث) و 5 كمجموعة ضابطة لم تتعرض للعلاج (3 ذكور ، 2 إناث) ، وتوصل الدراسة إلي تحسن حالات المجموعة التجريبية بعد تلقي العلاج حيث انخفضت درجاتها على مقياس الاضطرابات السيكوسوماتية عن الدرجات التي حصلت عليها قبل العلاج.

- دراسة: مفتاح محمد عبد العزيز 1995:

بعنوان: (برنامج لتعديل بعض المتغيرات الشخصية لدى المتقاعدين من المعلمين الليبيين) هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المشكلات التي يعاني منها المعلمين المتقاعدين والتعرف على ما بين صغار وكبار المتقاعدين من فروق في القلق والتوافق النفسي والاجتماعي وتقدير الذات ، والكشف عن اثر كل من العلاج المتمركز حول العميل و العلاج الأسري في تعديل متغيرات الدراسة ، ومقارنة اي الأسلوبين أكثر فاعلية في تعديل تلك المتغيرات ، وقد أجريت الدراسة على عينة تكونت من 18 معلما متقاعدا قسموا إلى ثلاث مجموعات - مجموعة تجريبية تلقت العلاج المتمركز حول العميل - ومجموعة تلقت العلاج المتمركز حول العميل والعلاج الأسري - ومجموعة ضابطة لم تتلق اي أسلوب علاجي . وتم استخدام مقياس القلق والتوافق النفسي الاجتماعي ومقياس تقدير الذات ، بالإضافة إلى الأساليب العلاجية المستخدمة.

وأظهرت النتائج أن كبار المتقاعدين كانوا أكثر قلقا وتوافقا اجتماعيا وقل تقديرا للذات ، ولم تكن هناك فروق دالة إحصائيا بين كبار وصغار المتقاعدين في التوافق النفسي ، كما أظهرت اختلاف درجات المجموعتين التجريبيتين في القياس البعدي (بعد تطبيق الأسلوبين العلاجيين) عنها في القياس القبلي لصالح القياس البعدي ، وان تأثير العلاج المتمركز حول العميل المدمج مع العلاج الأسري في خفض القلق وتحسين التوافق وزيادة تقدير الذات لا يختلف عن تأثير العلاج المتمركز حول العميل منفردا .

2.3 دراسات تناولت برامج علاجية للمدمنين :

دراسة هيجنز واخرون (Higgins et al 1993) :

Achieving Cocaine Abstinence with A Behavioral Approach

بعنوان (استخدام المنحى السلوكي لعلاج الإدمان على الكوكايين) ، حيث قام الباحثون بإجراء مقارنة بين فعالية العلاج السلوكي متعدد المكونات والإرشاد النفسي للإدمان على المخدرات ، وذلك على الأفراد مدمني الكوكايين ، وقد ضمت عينة الدراسة 38 مدمنًا مسجلين في برنامج المرضى المترددين على العيادة الخارجية ، تم تقسيمهم عشوائيًا إلى مجموعتي علاج ومعظمهم من غير المتزوجين ، والعاطلين عن العمل ، وممن انهوا المدرسة العليا ، وقد خضعت كل مجموعة للعلاج لمدة 24 أسبوع ، حيث تضمنت فترة ال 12 أسبوعًا الأولي فترة علاج أولية ، بينما كانت ال 12 أسبوع الثانية فترة لما بعد الرعاية . وتضمن الجلسات علاج المساندة والمواجهة ومحاضرات تعليمية ، وشرائط فيديو عن الإدمان على الكوكايين ، وعن الأيدز ، وتقديم نموذج مرضي يتعلق بالإدمان ، وتوجيه المساعدة الذاتية ، وأوضحت نتائج الدراسة ان العلاج السلوكي متعدد المكونات كان له فعالية أكبر في استمرار المرضى المترددين على العيادة الخارجية في الحصول على العلاج ، كما انه يعتبر عنصراً أساسياً في الإقلاع عن إدمان الكوكايين .

دراسة: عبد الله عسكر (1996) :

بعنوان (فعالية السيكدراما ولعب الأدوار في علاج مرضي إدمان الهيروين من نزلاء المستشفيات عن طريق برنامج العلاج النفسي لمرضي الإدمان بمستشفى الأمل بالرياض) ، ولقد شارك في هذه الدراسة 60 مريضاً لمدة ستة أشهر ، ولقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين جماعة المشاركين وغير المشاركين في تحسين : (الحالة الوجدانية ، الاستبصار ، المهارات الاجتماعية) ، كما ساعدت هذه الطريقة المرضي على

حدوث تغير ملحوظ لدى المرضى المشتركين في البرنامج العلاجي عن غيرهم ممن لم يشتركوا حيث:

1. ساعدت هذه الأساليب المرضى على مواجهة المشكلات والتعبير عن مشاعرهم، كما أنها زودت من تفاعل الجماعة وتماسكها .
2. ساعدت الفريق العلاجي في تيسير عملهم الاكلينيكي وسهلت لهم تشخيص ومتابعة تقدم التعافي وصياغة الخطوة العلاجية الملائمة .

-دراسة: صفاء صديق محمد خريبة (1998) :

بعنوان : (مدى فعالية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان)، وقد هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى جدوى العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى هذه الفئة من المرضى ، وتكونت عينة الدراسة من (18) مدمناً من مستشفى الأمل بالرياض، وقد تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، بحيث تتكون كل مجموعة علاجية من (9) أفراد على مدار (6) شهور بواقع (60) دقيقة للجلسة الواحدة ، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية:

المقابلة الاكلينيكية الحرة.

اختبار ساكس لتكملة الجمل للتشخيص السيكودينامي.

قائمة مراجعة الأعراض SCL 90 للقياس القبلي والبعدي.

استبيان تقدير الشخصية للقياس القبلي والبعدي.

استبيان تقييم العملية العلاجية.

المنهج المستخدم : العلاج الجمعي بالتحليل النفسي .

وتوصلت الباحثة الي نتائج مؤيدة للفاعلية النسبية للعلاج الجمعي بالتحليل النفسي كجزء من برنامج متكامل في تخفيف مشاعر الذنب والخزي لدى المدمنين وتخفيف الأعراض

النفسية المرتبطة بها ، كذلك أكدت النتائج حيوية العلاج الجمعي فى تغيير مشاعر الذنب إلى المشاعر الطبيعية واستثمارها فى تطور النسق القيمي والأخلاقى للشخص وتحرره من تبعية الإلحاح القهرى للذة وتفتح أمامه أفاق التفاعل الرمزي مع الآخرين.

-دراسة: محمد حسن غانم (2001):

بعنوان (برنامج علاج نفسي لمدمن يعاني من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات) ، هدفت الدراسة إلي التعرف على مدى فاعلية برنامج علاج نفسي قائم على مجموعة فنيات علاجية وهي العلاج النفسي التدميمي ، والعلاج النفسي السلوكي ، والعلاج العقلاني الانفعالي ، في علاج اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات لحالة إدمان ، استخدم الباحث مجموعة الفنيات العلاجية السالفة الذكر، وكذلك اختبار تايلور للقلق و اختبار بيك للاكتئاب واختبار توكيد الذات وجدول المخاوف لدولبي ، على مدمن يعاني من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات (دراسة حالة)، استغرق تنفيذ البرنامج ما يقارب الأربعة أشهر داخل المستشفى بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا ومدة كل جلسة ساعة ، وتوصلت الدراسة إلي تحسن المبحوث في التفاعلات مع نفسه ومع الآخرين من خلال تسجيله للعديد من المواقف التي تؤكد فاعلية توكيد الذات وعدم خشيته من التعبير عن انفعالاته تجاه الآخرين بصورتها السلبية والايجابية ، وبعد إعادة تطبيق الاختبارات المستخدمة في الدراسة تبين انخفاض مستوى القلق حسب الاختبار المطبق وحصوله على درجة متوسطة ، كذلك انخفاض درجة الاكتئاب إلي المتوسط ، وتحصل على درجات متوسطة في إبعاد اليأس - العداوة - المخاطر - حسب اختبار احتمالية الانتحار .

-دراسة: عواطف عبده بيومي (2003) :

بعنوان (مدى فاعلية برنامج إرشادي لدى طلاب المرحلة الثانوية من مدمني البانجو) ، هدفت الدراسة الي التعرف على مدى فاعلية برنامج إرشادي لدى طلاب المرحلة الثانوية من مدمني البانجو ، واستخدمت الباحثة برنامج إرشادي من إعدادها ومقياس العوامل النفسية والاجتماعية من إعدادها ، واستبيان اسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي إعداد عبدالله عسكر ، واستمارة المستوي الاقتصادي والاجتماعي إعداد عبد العزيز السيد، على

عينة قوامها 64 طالب ثانوية ، وتتراوح أعمارهم ما بين (15 : 18) سنة ، وتوصلت الدراسة الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس (اس.ت.م) بعد تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة لصالح المجموعة التجريبية ، كذلك توصلت الدراسة الي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج التطبيق القبلي ونتائج التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية بالنسبة لمقياس العوامل النفسية والاجتماعية .

دراسة عبدالله احمد الوابلي (2003):

بعنوان : (فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات) ، وهدفت الدراسة الي تحقيق هدف رئيسي يتمثل في التعرف على فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات للإسهام في العلاج ، وهناك أهداف أخرى منها :

- بيان مفهوم المخدرات والإدمان ومناقشة المنطلقات النظرية لتفسير الإدمان.
- تعريف القلق وبيان أهم الأدبيات المتعلقة به .
- بيان مفهوم العلاج النفسي الجماعي من خلال تناول أساليبه وفنياته.

وتكونت عينة الدراسة من 70 مدمن مخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بمدينة الرياض بالسعودية ، وتم اختيار تلك العينة بطريقة عمرية عشوائية عن طريق الأرقام كما وصف الباحث ذلك ، وقام الباحث بتقسيم افراد العينة الي مجموعتين ، مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، واستخدم الباحث في دراسته مقياس القلق من إعداد الدليم وآخرون و برنامج العلاج النفسي الجماعي من إعداد الباحث ، وتوصلت الدراسة إلي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسط درجة القلق على كل مجموعة من مجموعات الدراسة (التجريبية ، الضابطة) ، كما توصلت الدراسة إلي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفراد العينة ، وتوصلت إلي انه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين القياس القبلي والقياس البعدي في درجة القلق بين المجموعات التجريبية والضابطة الحقيقية ترجع للمتغيرات التالية (المهنة ، نوع التعاطي ، الحالة الاجتماعية) .

دراسة: ناصر بن عبدالعزيز بن عمر الصقهان (2005):

بعنوان (تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات) ، هدفت الدراسة الي معرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي لخفض درجة القلق لدى عينة من مدمني المخدرات وكذلك معرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي لخفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات ، وتكونت عينة الدراسة من 20 فردا من نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بمنطقة القصيم بالسعودية ، وقد تم الاعتماد في اختيار هؤلاء المرضى على التشخيص الطبي (السيكاتري) بالإضافة إلي مستوى درجاتهم على مقياس القلق المستخدم في الدراسة بالإضافة إلي مستوى درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية ، وقام الباحث بتوزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية تضم 10 أفراد ، والأخرى ضابطة تضم 10 أفراد مراعيًا تحقيق التجانس قدر الإمكان بين كلتا المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والمهنة ،حيث تم تطبيق برنامج العلاج العقلائي الانفعالي عليهم لمدة أربعة أسابيع موزعة على أربع عشرة جلسة ومدة كل جلسة تتراوح بين ستين دقيقة إلي تسعين دقيقة ، واستخدم الباحث في الدراسة مجموعة من الأدوات وهي :

- مقياس القلق إعداد الدليم وآخرون 1993م.
- مقياس الأفكار اللاعقلانية إعداد الريحاني 1985م.
- برنامج العلاج العقلائي الانفعالي.

وقام الباحث باستخدام التكرارات ، والنسب المئوية ، واختبار التات ، للإجابة على تساؤلات الدراسة ، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي وأيضًا أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة في

القياس البعدي سواء في درجة التفكير اللاعقلاني او في درجة القلق مما يشير الى ان البرنامج المستخدم على المجموعة التجريبية أدى إلي خفض درجة القلق والى خفض درجة التفكير اللاعقلاني إذا ما قورن بنظيرة المجموعة الضابطة . وفي ضوء النتائج الأخرى تبين انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق لصالح المجموعة التجريبية .

دراسة: وائل محمود مصطفى احمد 2009:

بعنوان (مدى فعالية العلاج الجماعي في تحسين تقدير الذات والاكنتاب والعلاقات الأسرية المضطربة لدي عينة ممن يفرطون في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي) ، وهدفت الدراسة إلي الكشف عن فعالية الجماعات العلاجية السيكودينامية المعتمدة علي توجهات التحليل النفسي في مساعدة مسيء استخدام العقاقير علي التحسن في بعض نواحي الشخصية، و تكونت عينة الدراسة من ست حالات من المرضي المترددين علي العيادة الخارجية بالخط الساخن بمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية؛ واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي (تصميم المجموعة الواحدة) ، و خضعت المجموعة للتطبيق القبلي والبعدي بالإضافة إلي الانتظام بحضور جلسات الجماعة العلاجية ، واستخدم الباحث مجموعة من الأدوات منها :

- المقابلة الإكلينيكية المعتمدة علي رؤوس الموضوعات الهادية.

- اختبار تفهم الموضوع.

- اختبار تقدير الذات .

- اختبار بيك للاكتئاب.

- اختبار ساكس لتكملة الجمل .

وقد توصل الباحث بعد تطبيق الاختبارات السابقة والبرامج الاحصائية عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي حيث كان مستوي الدلالة عند (0.05) وفقاً لنتائج اختبار (T. Test)، كما تكشفنت النتائج علي اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) أيضاً عن وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي مما يعكس فعالية الجماعة

العلاجية في مساعدة المرضى علي اكتساب الثقة بالنفس وتنمية مشاعر إيجابية نحو تقديرهم لذواتهم ، كما كشفت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس بيك لتقدير الاكتئاب؛ حيث أن النتائج علي اختبار (T. Test) كشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوي (0.05)، كما كشفت نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) أيضاً عن وجود نتائج دالة إحصائياً بين التطبيقين القبلي والبعدي وهو ما يعكس فعالية الجماعة العلاجية في مساعدة عينة الدراسة علي تخفيف حدة المشاعر الاكتئابية وكذلك توصلت الدراسة الي تحسين العلاقات الأسرية المضطربة لدي عينة الدراسة مما يؤكد فعالية الجماعة العلاجية - من وجهة النظر الإحصائية.

دراسة: حسين علي خليفة (2010):

بعنوان (فعالية برنامج إرشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية لدى متعاطي المخدرات من الطلاب بالجمهورية الليبية) ، وهدفت الدراسة إلي التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية لدى متعاطي المخدرات من الطلاب في ليبيا ، وتكونت عينة الدراسة من 15 طالب يتعاطون المخدرات وتتراوح أعمارهم بين 20-23 سنة ، وتم تقسيم عينة الدراسة إلي ثلاث مجموعات بواقع 5 أفراد في كل مجموعة وتم تقسيمهم حسب نوع المادة التي يتعاطونها (الحشيش، الهيروين ، التعاطي المتعدد) واستخدم الباحث الأدوات التالية :

- اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل 2 .
- اختبار تفهم الموضوع التات TAT
- استمارة المقابلة الشخصية إعداد الباحث.
- استمارة دراسة الحالة إعداد الباحث .
- البرنامج الإرشادي من إعداد الباحث .

وتوصلت الدراسة إلي أن البرنامج قد حقق أهدافه المرجوة ، حيث أثبتت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين درجات أفراد مجموعات التعاطي التجريبية

الثلاثة (الحشيش ، الهيروين ، التعاطي المتعدد) في القياس القبلي والبعدي على المقاييس العيادية لاختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل وهي : توهم المرض ،الاكتئاب ،الهستيريا التحولية ، الانحراف السيكوباتي ، الذكورة والأنوثة ، جنون العظمة والاضطهاد ، الوسواس القهري ، الفصام ، الهوس الخفيف ، مما يؤكد على وجود اتجاه ايجابي للمجموعات الثلاثة نحو البرنامج ، كذلك توصلت الدراسة إلي انه لا توجد فروق داله إحصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لعلاج بعض الاضطرابات لدى متعاطي المخدرات من الطلاب ، وبعد مرور فترة المتابعة على أبعاد المقاييس العيادية لاختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل باستثناء بعض المقاييس التي لها دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 ، مما يعني أن البرنامج له تأثير ايجابي مستمر .

3.3 تعقيب :

يتضح من العرض السابق ندرة الدراسات التي اعتمدت على فنيات العلاج المتمركز حول العميل في علاج المشاكل النفسية بصفة عامة وفي علاج مرضى الإدمان بصفة خاصة ، حيث اقتصرت الدراسات في البيئة العربية في حدود اطلاع الباحث على دراسة (منى العامري 2000م) ، والتي استخدمت العلاج المتمركز حول العميل في علاج مرضى الإدمان ، كذلك يتضح من العرض السابق للدراسات فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات كما ورد في دراسة عبد العزيز 1995 ، كذلك يتضح اعتماد اغلب الدراسات على العلاج الجماعي ومنها دراسة (عبدالله الوائلي 2003 - وائل محمود 2009- صفاء صديق 1998) ، وإهمال العلاج الفردي ، كذلك اعتماد معظم الدراسات على المرضى المودوعين بالمستشفيات أو ما يسمى بسياسة الباب المغلق، كما في دراسة ناصر بن عبدالعزيز (2005) ، عبدالله احمد الوائلي (2003) و دراسة صفاء صديق (1998) ، ومريض الإدمان بطبعه في المرحلة الأولى من العلاج وخاصة في حالة الإبداع داخل المستشفى يكون مدفوعاً بحماس مؤقت لا يثبت طويلاً بعد الخروج من البرنامج العلاجي لأنه أسلوب مفروض عليه ضمناً عكس المرضي الذين يداومون علي العلاج في العيادات الخارجية مدفوعين بالرغبة الذاتية في التعافي ، وهو ما حاول الباحث تلافيه بالاعتماد علي المرضي المترددين علي المصححة التي تعتمد على ما يسمى بأسلوب الباب المفتوح ، ولكن

من الملاحظ من العرض السابق أيضا أنه علي الرغم من قيام العديد من الدراسات الخاصة بتعاطي المخدرات والإدمان عليها إلا أنه من الملفت للنظر أن هناك ندرة في الدراسات المتعلقة بمجال التعاطي والإدمان بصفة عامة والمعتمدة علي منهج واستراتيجيات العلاج المتمركز حول العميل بصفة خاصة وهو ما لا يتناسب مع حجم وطبيعة هذه الظاهرة و الاهتمام بها منذ أوائل القرن الماضي وبصفة خاصة في المجتمعات العربية، ولعل السبب في ذلك هو التخوف من طبيعة المرضى أنفسهم أي (المدمنين).

4.3 فروض الدراسة :

1-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات لصالح القياس البعدي .

2-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (التي قدم لها البرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج) على مقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية.

3-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تقدير الذات.

4-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية التي قدم لها البرنامج العلاجي بين القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس تقدير الذات.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد.

1.4 منهج الدراسة.

2.4 مجتمع وعينة الدراسة.

3.4 الأدوات المستخدمة.

3.4 وصف برنامج العلاج المتمركز حول العميل.

5.4 العرض التفصيلي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية.

6.4 الدراسة الاستطلاعية للبرنامج .

7.4 الفنيات المستخدمة في البرنامج.

8.4 خطوات الدراسة الأساسية.

9.4 أساليب المعالجة الإحصائية.

- تمهيد:

يتناول هذا الفصل التعريف بالمنهج الذي استخدم لتحقيق أهداف الدراسة ، ووصف مجتمع وعينة الدراسة وطريقة اختيار العينة ، وعرض أدوات الدراسة والطرق المستخدمة للتحقق من صدق الأدوات وثباتها ، فضلا عن إجراءات الدراسة ، وأساليب التحليل الإحصائي المستخدمة لمعالجة النتائج.

1.4 منهج الدراسة :

استخدم المنهج التجريبي (تصميم المجموعتين) باعتبارها دراسة تجريبية هدفها التحقق من مدى فاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل (كمتغير مستقل) في تحسين تقدير الذات (كمتغير تابع) لدى بعض حالات الإدمان، حيث يعد البحث التجريبي من أدق البحوث العلمية وأقواها التي يمكن للباحث من خلاله إيجاد العلاقة بين متغيرين أو أكثر، والكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات المختلفة. (عبد العزيز : 2010، 246) ، واستخدم الباحث تصميم المجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، مع القياس القبلي و البعدي لكل مجموعة على حدة على النحو التالي:

جدول (2) يوضح تصميم الدراسة المتبع.

قياس التتبعي	القياس البعدي	
	مقياس تقدير الذات بعد مرور شهرين	مقياس تقدير الذات.

	مقياس	
	تقدير	
	الذات	

2.4 مجتمع وعينة الدراسة :

يتمثل مجتمع الدراسة في نزلاء مصحة الإرادة لعلاج الإدمان بمدينة بنغازي في الفترة التي تم فيها تطبيق الدراسة وقوامه 34 نزيلة ، وقد تم اختيار العينة بطريقة قصديه حيث قام الباحث باختيار النزلاء الذين لديهم تدني في تقدير الذات ، وقد كان عددهم 16 نزيلة من الذكور، تم تقسيمهم إلي مجموعتين مجموعة ضابطة وعددهم 8 نزلاء ، ومجموعة تجريبية وعددهم 8 نزلاء وكانت بياناتهم الديموغرافية على النحو التالي:

جدول (3) يبين البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة.

الحالة الاجتماعية	نوع مادة التعاطي	العمر	الحالة
اعزب	هيروين	39سنة	1
متزوج	هيروين	38سنة	2
متزوج	هيروين	46سنة	3
اعزب	هيروين	31سنة	4
اعزب	هيروين	31سنة	5
اعزب	هيروين	35سنة	6
اعزب	هيروين	46سنة	7
متزوج	هيروين	46سنة	8
اعزب	هيروين	39سنة	9
متزوج	هيروين	42سنة	10
اعزب	هيروين	40سنة	11

12	39سنة	هيروين	متزوج
13	38سنة	هيروين	متزوج
14	36سنة	هيروين	اعزب
15	35سنة	هيروين	متزوج
16	32سنة	هيروين	اعزب

وقد تم مجانسة المجموعتين في المتغيرات التالية ، العمر ، الحالة الاجتماعية ، مستوى تقدير الذات ، نوع مادة التعاطي ، على النحو التالي:

- **العمر:** حيث تم اختيار النزلاء الذين تقع أعمارهم من (31-46) سنة في كلا المجموعتين.

والجدول (4) يبين الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة حسب متغير العمر

$$n = 16$$

الدلالة الإحصائية	Asymp.sig (2-taild) a	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المجموعة
0.05	.735	16.00	5.33	الضابطة
		12.00	3.00	التجريبية

a-wilcoxon signed ranks test

ويلاحظ من الجدول (4) للقياس القبلي للمجموعتين التجريبية و الضابطة أن مبدأ التكافؤ متحقق من حيث

متغير العمر، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر.

- الحالة الاجتماعية:

جدول (5) يبين الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير الحالة الاجتماعية.

ن=16

الدالة الإحصائية	Asymp.sig (2-taild) a	مجموع الرتب	متوسط الرتب	المجموعة
0.05	.655	6.00	3.00	الضابطة
		9.00	3.00	التجريبية

a-wilcoxon signed ranks test

ويلاحظ من الجدول (5) للقياس القبلي للمجموعتين التجريبية و الضابطة أن مبدأ التكافؤ متحقق من حيث متغير الحالة الاجتماعية ، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في الحالة الاجتماعية.

- متغير تقدير الذات: وتم مكافئة المجموعتين من حيث متغير تقدير الذات على النحو التالي:

جدول (6) يبين الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير تقدير الذات.

ن=16

المجموعة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Asymp.sig (2-tailed) a	الدلالة الإحصائية
الضابطة	3.88	15.50	.799	0.05
التجريبية	4.17	12.50		

a-wilcoxon signed ranks test

ويلاحظ من الجدول (6) للقياس القبلي للمجموعتين التجريبية و الضابطة أن مبدأ التكافؤ متحقق من حيث متغير تقدير الذات ، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في تقدير الذات.

- نوع مادة التعاطي: جميع أفراد العينة كانوا من متعاطي مادة الهيروين.

3.4 الأدوات المستخدمة:

1- مقياس هودسون Hudson 1994م لتقدير الذات ، تعريب (مجدي محمد الدسوقي 2004م) ، اعد هذا المقياس هودسون ، وذلك لقياس تقدير الذات ، ويتكون المقياس من 25 عبارة ، ويجب المفحوص على كل عبارة بإيجابه واحدة من بين سبعة اختيارات هي : أبدا ، نادرا جدا ، قليلا جدا ، أحيانا ، مرات كثيرة ، معظم الوقت ، كل الوقت ، وتتراوح الدرجة النهائية للمقياس بين (صفر ، 100) ، والدرجة المرتفعة تشير إلى انخفاض تقدير الذات ، والدرجة المنخفضة تشير إلى ارتفاع تقدير الذات.

وقام مترجم المقياس بحساب صدق المقياس عن طريق :

- الصدق التلازمي :

تم حساب الصدق التلازمي وذلك بحساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها تلاميذ وتلميذات المرحلة الإعدادية (ن=50) ، والدرجات التي حصل عليها تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (ن=50) ، والدرجات التي حصل عليها طلاب وطالبات الجامعة (ن=50) على المقياس الحالي كلا على حدة ، ودرجاتهم على اختبار تقدير الذات للمراهقين والراشدين أعداد (عادل عبد الله محمد 1991م) ، فتم التوصل إلي

معامل ارتباط قدره (0,923) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الإعدادية ، ومعامل ارتباط قدرة (0,914) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية ، ومعامل ارتباط قدرة (0,922) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة ، وهذه القيم دالة إحصائياً عند مستوى (0,01) مما يشير إلى صدق تلازمي مرتفع للمقياس.

- الصدق التمييزي :

طبق المقياس على مجموعتين إحداهما من تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية (ن=200) ، والأخرى من طلاب وطالبات الجامعة (ن=200)، وتم حساب النسبة الحرجة لدرجات أعلى 27% ، ودرجات أدنى 27% لأفراد كل مجموعة على حدة ، فجاءت قيمة النسبة الحرجة (22,91) بالنسبة لتلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية ، (23,18) بالنسبة لطلاب وطالبات الجامعة ، وهاتان القيمتان دالتان إحصائياً عند مستوى (0,01) مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد ذوي التقدير المرتفع للذات ، والأفراد ذوي التقدير المنخفض للذات .

- ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس باستخدام الطريقتين الآتيتين :

1- طريقة إعادة الإجراء :

تم تطبيق المقياس ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بفاصل زمني قدرة شهر على الأقل على أفراد عينة التقنين وتم حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة التقنين في التطبيقين الأول والثاني لكل مجموعة على حدة ، والجدول التالي يبين النتائج التي تم التوصل إليها .

العينة	ن	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ وتلميذات المرحلة الإعدادية.	60	0,892	0,01
تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية.	60	0,899	0,01

0,01	0,871	60	طلاب وطالبات الجامعة .
------	-------	----	------------------------

يتضح إن جميع معاملات الارتباط موجبة ودالة عند مستوى (0,01) مما يشير الى توافر شرط الثبات بالنسبة للمقياس .

2- طريقة كرونباخ (معامل ألفا):

تم استخدام أسلوب كرونباخ في التحقق من ثبات المقياس ، والجدول التالي يوضح معاملات الثبات بطريقة كرونباخ على أفراد عينة التقنين .

العينة	ن	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تلاميذ وتلميذات المرحلة الإعدادية.	60	0,87	0,01
تلاميذ وتلميذات المرحلة الثانوية.	60	0,88	0,01
طلاب وطالبات الجامعة .	60	0,84	0,01

يتضح إن جميع معاملات الثبات دالة عند مستوى (0,01) مما يشير إلى أن المقياس يقدر طيب من الثبات .

- الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية :

تم إخراج الصدق والثبات بأساليب متعددة للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس :-

أولاً : صدق المقياس :

- الصدق الظاهري للمقياس:

فقد تم عرض فقرات المقياس على مجموعة من المحكمين للحكم على مدى صلاحيتها في قياس الخاصية التي وضع لأجلها ، وقد تحقق هذا النوع من الصدق عندما عرض المقياس

على (11) خبيراً من المتخصصين في التربية وعلم النفس (انظر الملحق 7)، وقد حصلت الفقرات على نسبة اتفاق مناسبة.

- صدق الاتساق الداخلي :

حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس وذلك بحذف العبارات التي لا تظهر ارتباطاً عالياً بالمقياس ككل ، فكانت تتراوح معاملات الارتباط ما بين (0.136) و (0.594) وان جميعها داله عند مستوى دلالة (0.05) ، وهذا يدل على أن تلك المفردات متناسقة ومتناسكة ، وبهذا تحقق الباحث من عدم التداخل بين مفردات المقياس ككل ، وارتفاع معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للمقياس مما يشير إلى التماسك الداخلي للمقياس (انظر الملحق 4) .

ثانياً : ثبات المقياس : يشير مقدار الثبات إلى دقة المقياس أو اتساقه ، وذلك بحصول نفس الفرد على نفس الدرجة أو درجة قريبة منها فيما لو تكررت عملية القياس (أبو علام ، 1998 : 418) .

وقد اعتمد الباحث على الطريقة التالية للتحقق من الثبات :

- **طريقة ألفا كرونباخ :** قام الباحث بحساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ ، وتبين أن : معاملات الثبات للمقياس ككل وعددها (22) فقرة بعد الحذف = (0.6164) وهو ثبات ملائم لأهداف الدراسة.

4.4 وصف برنامج العلاج المتمركز حول العميل المستخدم في تحسين تقدير الذات

لدى بعض حالات الإدمان:

بعد انتهاء الباحث من استخراج الخصائص السيكومترية للأدوات المتمثلة في (الصدق والثبات) ، واختيار العينة التجريبية كما وصفها الباحث (في اختيار العينة) ، فقد اعتمد

الباحث على برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان ، من إعداد : منى صالح العامري (2000) ، وقام الباحث بعرض البرنامج على أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في مجال التربية وعلم النفس بجامعة بنغازي ، و بعض الأساتذة والأخصائيين بجامعات أخرى ، والذين ابدوا بعض الملاحظات الخاصة بتعديل بعض المهارات ، والأهداف ، وعدد الجلسات ، وزمن الجلسات ، وقام الباحث ببعض التعديلات على البرنامج بناءً على توجيهاتهم ، و اتفق المحكمون على صلاحية استخدام البرنامج بعد التعديل

أ- الفلسفة العامة للبرنامج :

من أهم خصائص العلاج غير الموجه هو التركيز على العميل الذي هو اعرف بنفسه وخير بطبيعته ، وهو مخير في سلوكه وله حق تقرير مصيره ، واهم ما يقرر استخدام الإرشاد غير الموجه هو نضج العميل وتكامل شخصيته بدرجة تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته وان يتحمل مسؤولية حلها بذكاء، ويتم هذا تحت توجيه غير مباشر من جانب المرشد ، والذي يهتم بإخلاص بحالة العميل متقبلا و مشجعا له ، يستمع إليه جيدا ويفهم وجهات نظره ، في مناخ إرشادي صادق يسوده التفاؤل والبشاشة والتسامح ، لا يتخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المقيم للسلوك بوضوح بحيث يرى العميل فيها المشاركة الانفعاليه ، وبذلك تتضح رؤية العميل لصورة شخصيته ويزداد استبصاره بذاته ، وهكذا يساعد المرشد العميل بطريقة غير مباشرة ، ويبدو محايدا و اقل نشاطا من العميل ، ولكنة ليس سلبيًا إذ انه يهيئ كل ما يتيح للعميل قيامه بدوره الايجابي النشط ، وتكون العلاقة الإرشادية بين المرشد والعميل في جو

حيادي سمح خال من التهديد والرقابة ، يركز على السرية المطلقة وعلى تحديد مسئولية الكشف عن ذاته بمستوياتها المختلفة وعن محتوى مفهوم الذات الخاص ، وعن أسباب وأعراض مشكلاته حتى يمكن تحديدها بدقة وعلاجها ، ولقد استخدم هذا البرنامج في دراسة (العامري ، 2000)

ب- الهدف العام للبرنامج :

يهدف البرنامج إلى تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان .

ج- مدة البرنامج :

يستغرق تنفيذ البرنامج 6 أسابيع ، بواقع 15 جلسة موزعة على النحو الآتي :

1- جلسة خاصة بالقياس القبلي وتم فيها تطبيق مقياس تقدير الذات على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة .

2- خمس عشرة جلسة تتراوح مدة كل جلسة من (40-60) دقيقة بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا لمدة 6 أسابيع .

3- جلسة خاصة بالقياس البعدي وسيتم فيها تطبيق مقياس تقدير الذات على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة .

5.4 العرض التفصيلي للبرنامج المستخدم في الدراسة الحالية:

جدول (7) يوضح برنامج علاج المتمركز حول العميل المستخدم في الدراسة الحالية.

المقابلة	المحتوى	الأهداف
----------	---------	---------

<p>- التعرف على المفحوص والترحيب به.</p> <p>- الاتفاق مع المفحوص على تحديد مواعيد الجلسات.</p> <p>- إيجاد جو من الثقة المتبادلة بين الباحث والمفحوص والتأكيد على مبدأ السرية</p> <p>- تعريف المفحوص بالبرنامج وأهدافه وأساليبه.</p> <p>- إتاحة الفرصة للمفحوص بالتحدث عن نفسه وذكرياته بحرية وصراحة.</p>	<p>- تمهيد وتعارف.</p> <p>- التأكيد على مبدأ الاحترام والأصالة والانسجام والسرية والتعاطف الوجداني والاعتبار الايجابي.</p> <p>- تقديم لمفهوم الذات من الناحية النفسية وعناصر الشخصية ، و العضوية للذات وبنية الذات وأضرار الإدمان على هذه العناصر ، والوعي بها وإدراكها.</p> <p>- واجب منزلي يتضمن مذكرات يومية لما يصادف المفحوص من مشاعر ضيق وقلق.</p>	<p>المقابلة الأولى</p>
<p>-استحضار مفهوم الذات إلي الشعور و الوعي به.</p> <p>- بدء استكشاف العميل لذاته.</p> <p>- تطور عدم التطابق بين الذات والخبرة.</p> <p>- تنفيس انفعالي.</p> <p>- التعرف على المشاعر والمعاني الشخصية الغير موجودة حالياً.</p>	<p>- تشجيع المفحوص على التعبير عن مشاعره المتعلقة بالمشكلة (الإدمان) ، وذلك من خلال التقبل التام للمفحوص ، وموقف الباحث تجاهه واهتمامه به.</p> <p>- تفكيك في الخرائط المعرفية للخبرة.</p> <p>- مساعدة المفحوص على التعبير الحر عن هذه المشاعر السابقة جميعها .</p> <p>مساعدة المفحوص على اكتشاف المتناقضات والاعتراف بها.</p> <p>- تهيئة المناخ الملائم لمساعدة المفحوص على إدراك هذه المشاعر السلبية ، ومساعدته على تقبلها باعتبارها جزءا من ذاته لا أن يسقطها على الآخرين أو يخفيها خلف الميكانيزمات الدفاعية .</p>	<p>من المقابلة الثانية إلي المقابلة الثانية عشرة</p>

<p>- الاعتراف بالمشاعر التي كانت تنكر في السابق علي أنها مشكلات الحاضر .</p> <p>- استبصار بالموقف .</p> <p>- تحسين مفهوم المفحوص عن ذاته وعن الآخرين .</p> <p>- التعرف على الذات المدركة (أي الذات كما تراها الذات) .</p>	<p>- مساعدة المفحوص على توضيح الخيارات المختلفة التي يجب القيام بها ، وإدراك مشاعر الخوف والنقص والافتقاد إلي الشجاعة التي تؤدي إلي شقائه .</p> <p>- حث المفحوص على كتابة تقرير شخصي تجاه المقابلة والباحث .</p> <p>- إنهاء المقابلة بتكليف المفحوص بواجبات منزلية (المذكرات اليومية)</p>	
<p>- تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلات العلاجية .</p> <p>- تعريف المفحوص بأنه قادر على تجاوز ما يعترضه من مشكلات ، والوصول إلى حلول ملائمة وإيجابية .</p>	<p>- الملاحظة الدقيقة للتغيرات العلاجية التي طرأت على المفحوص فيما يتعلق بردود فعله .</p> <p>- إخطار المفحوص بان هاتين المقابلتين هما بمثابة إنهاء للمقابلات العلاجية .</p> <p>- إخطار المفحوص بأنه ستكون هناك مقابلة خاصة بالمتابعة ، وموعدها بعد شهرين تقريبا .</p>	<p>المقابلتان الثالثة عشر والرابعة عشرة</p>
<p>- التحقق من مدى نجاح وفاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل، في تحسين تقدير الذات .</p>	<p>- قياس بعدي .</p> <p>- إنهاء المقابلة بشكر المفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور المقابلات .</p>	<p>المقابلة الخامسة عشرة</p>

المقابلة الأولى:

محتوى الجلسة - تمهيد وتعارف.

- التأكيد على مبدأ الاحترام والأصالة والانسجام والسرية والتعاطف الوجداني والاعتبار الايجابي.

- تقديم لمفهوم الذات من الناحية النفسية وعناصر الشخصية ، و العضوية للذات وبنية الذات وأضرار الإدمان على هذه العناصر ، والوعي بها وإدراكها.

- واجب منزلي يتضمن مذكرات يومية لما يصادف المفحوص من مشاعر ضيق وقلق.

الأهداف - التعرف على المفحوص والترحيب به.

- الاتفاق مع المفحوص على تحديد مواعيد الجلسات.

- إيجاد جو من الثقة المتبادلة بين الباحث والمفحوص والتأكيد على مبدأ السرية

- تعريف المفحوص بالبرنامج وأهدافه وأساليبه.

- إتاحة الفرصة للمفحوص بالتحدث عن نفسه وذكرياته بحرية وصراحة.

من المقابلة الثانية إلى المقابلة الثانية عشرة:

المحتوى :- تشجيع المفحوص على التعبير عن مشاعره المتعلقة بالمشكلة (الإدمان) ، وذلك من خلال التقبل التام للمفحوص ، وموقف الباحث تجاهه واهتمامه به.

- تفكيك في الخرائط المعرفية للخبرة.

- مساعدة المفحوص على التعبير الحر عن هذه المشاعر السابقة جميعها .

مساعدة المفحوص على اكتشاف المتناقضات والاعتراف بها.

- تهيئة المناخ الملائم لمساعدة المفحوص على إدراك هذه المشاعر السلبية ، ومساعدته على تقبلها باعتبارها جزء من ذاته لا أن يسقطها على الآخرين أو يخفيها خلف الميكانيزمات الدفاعية .

- مساعدة المفحوص على توضيح الخيارات المختلفة التي يجب القيام بها ، وإدراك مشاعر الخوف والنقص والافتقاد إلي الشجاعة التي تؤدي إلي شقائه .

- حث المفحوص على كتابة تقرير شخصي تجاه المقابلة والباحث .

- إنهاء المقابلة بتكليف المفحوص بواجبات منزلية (المذكرات اليومية)

الأهداف: -استحضار مفهوم الذات إلي الشعور و الوعي به.

- بدء استكشاف العميل لذاته.

- تطور عدم التطابق بين الذات والخبرة.

- تنفيس انفعالي.

- التعرف على المشاعر والمعاني الشخصية الغير موجودة حاليا.

- الاعتراف بالمشاعر التي كانت تنكر في السابق علي أنها مشكلات الحاضر.

- استبصار بالموقف.

- تحسين مفهوم المفحوص عن ذاته وعن الآخرين.

- التعرف على الذات المدركة (أي الذات كما تراها الذات) .

المقابلتان الثالثة عشر والرابعة عشرة:

المحتوى: - الملاحظة الدقيقة للتغيرات العلاجية التي طرأت على المفحوص فيما يتعلق

برود فعله - إخطار المفحوص بان هاتين المقابلتين هما بمثابة إنهاء للمقابلات العلاجية.

- إخطار المفحوص بأنه ستكون هناك مقابلة خاصة بالمتابعة ، وموعدها بعد شهر تقريبا.

الأهداف: - تهيئة المفحوص لإنهاء المقابلات العلاجية - تعريف المفحوص بأنه قادر على تجاوز ما يعترضه من مشكلات ، والوصول إلى حلول ملائمة وإيجابية.

المقابلة الخامسة عشرة:

المحتوى: - قياس بعدي - إنهاء المقابلة بشكر المفحوص على حسن تعاونه والتزامه بحضور المقابلات.

الأهداف: - التحقق من مدى نجاح وفاعلية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات.

يستغرق العلاج مدة 6 أسابيع لكل عضو بواقع 2-3 جلسات في الأسبوع .

- عدد الجلسات العلاجية : (15) جلسة وذلك بواقع 2-3 جلسات في الأسبوع لكل عضو .

- مدة الجلسة العلاجية : تستغرق الجلسة مدة زمنية قدرها ساعة وقد تمتد إلى ساعة ونصف حسب مضمون كل جلسة وأهدافها وأساليبها .

6.4 الدراسة الاستطلاعية للبرنامج التدريبي :

قام الباحث بدراسة استطلاعية للتأكد من صلاحية البرنامج ، حيث قدم الباحث الموافقة من الجامعة إلى مدير صحة الإرادة لعلاج الإدمان بمدينة بنغازي ، للسماح له بالقيام بتنفيذ البرنامج على عينة من نزلاء المصحة بإحدى قاعات المصحة، وبعد الحصول على موافقة المصحة بدأ الباحث بالقيام بالإجراءات المطلوبة لتنفيذ البرنامج ، حيث اختار حجرة جيدة الإضاءة والتهوية وبعيدة عن الضوضاء وخالية من الأثاث والصور والمثيرات التي قد تشتت انتباه العميل ..

والهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية هو التدريب والممارسة من قبل الباحث على تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية ، بحيث يكتسب مهارة تمكنه من تطبيقه على المجموعة الأساسية ، ولمعرفة بعض النقاط المهمة التي قد يلاحظها الباحث عند تطبيقه للبرنامج المستخدم في الدراسة على العينة الاستطلاعية ، وأخذها في الاعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية ، والتأكد من صلاحية محتوى البرنامج على عينة من نزلاء مصحة الإرادة لعلاج الإدمان ، للتطبيق على العينة التجريبية الأساسية ، بالإضافة إلى الحصول على مؤشرات إحصائية تدل على فاعلية البرنامج وجدوى الدراسة وكفاية الأدوات المستخدمة لقياس المتغير التابع مما وفر للباحث أدلة تمكنه من القيام بالدراسة التجريبية .

قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على عينة مكونة من (5) من نزلاء مصحة الإرادة غير العينة الأساسية ، حيث تم تطبيق مقياس تقدير الذات كقياس قبلي ، ثم قام الباحث بتطبيق برنامج العلاج المتمركز حول العميل في جلسات عددها (15) جلسة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع واستغرقت الجلسة الواحدة حوالي (45) دقيقة إلي (60) دقيقة ، وبعد انتهاء البرنامج طبق الباحث مقياس تقدير الذات كقياس بعدي ، واستخدم الباحث اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) لكشف الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للعينة الاستطلاعية .

الجدول (8) نتائج الدراسة الاستطلاعية :ن=5

الدلالة الإحصائية	Asymp.sig (2-taild) a	الانحراف	متوسط الرتب	المجموعة
.05		7.62	150.80	الضابطة

التجريبية	56.40	5.17	.043	
-----------	-------	------	------	--

a-wilcoxon signed ranks test

ويلاحظ من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الاستطلاعية لصالح التطبيق البعدي ($Z=-2.023$) عند دلالة إحصائية (0.05) .

ومن هنا استطاع الباحث :

أولاً - التحقق من الهدف الأول من إجراء الدراسة الاستطلاعية وهو التأكد من صلاحية البرنامج للتطبيق .

ثانياً - التحقق من الهدف الثاني المنشود من وراء إجراء الدراسة الاستطلاعية وهو التدريب والممارسة من قبل الباحث على تطبيق البرنامج المستخدم في الدراسة ، والتأكد من صلاحيته للتطبيق ، وقد استفاد الباحث من خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية لشيء من الخبرة التي تمكنه من إجراء البرنامج .

ثالثاً - تحديد الفنيات الملائمة لتحسين الأداء وتطبيق فنيات توضيح المشاعر ، وإعادة الصياغة ، وعكس المشاعر ، والتلخيص ووضعها كفنيات أساسية عند تنفيذ البرنامج .

رابعاً - تحديد الزمن والتوقيت المناسب لكل جلسة .

7.4 خطوات إجراء الدراسة الأساسية :

قام الباحث بالخطوات الآتية :

1- تحديد الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية والمتمثلة في :

أ- مقياس تقدير الذات ، من إعداد ، هودسون Hudson (1994) ، وقام بتعريبه مجدي محمد الدسوقي ، (2004)ف

ب- برنامج العلاج المتمركز حول العميل .

ج- تحديد مجتمع وعينة الدراسة .

- تطبيق مقياس تقدير الذات لاستكشاف الخصائص السيكومترية للمقياس المتمثلة في : صدق التلازمي وصدق الاتساق الداخلي وصدق المحكمين ، والثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق ، وألفا كرونباخ .

- وباستخدام التصميم التجريبي للمجموعتين المتكافئتين تم التحقق من تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في المتغيرات الآتية (العمر ، الحالة الاجتماعية ، نوع مادة الإدمان ، مستوى تقدير الذات) حيث انتهت إجراءات المزاوجة بالعدد (16) .

- استغرقت الدراسة الاستطلاعية للبرنامج فترة زمنية من (6 . 12 . 2010) إلى (20 . 1 . 2011).

- استغرقت الدراسة الأساسية للبرنامج فترة زمنية من (20 . 3 . 2012) إلى (5 . 5 . 2012).

- قياس المتابعة (2012. 7 . 5) .

8.4 الفنيات المستخدمة في البرنامج:

الفنيات التي استخدمها الباحث في البرنامج العلاجي المتمركز حول العميل ، والهدف العلاجي لهذه الفنيات ، والخطوات التي اتبعها الباحث لتنفيذها.

جدول (9) يوضح الفنيات المستخدمة في برنامج العلاج المتمركز حول العميل.

الفنية	الهدف العلاجي	الخطوات التي اتبعها الباحث لتنفيذ الفنية
1-توضيح المشاعر	- جعل الرسالة التي تصدر من المفحوص تبدو واضحة وصريحة (خالية من الغموض). - تثبيت دقة إدراكات الباحث حول الرسالة.	- التعرف على المحتوى اللفظي وغير اللفظي لرسائل المفحوص. - التعرف على ما إذا كانت هناك أجزاء غامضة أو مبهمه أو مشوشة تحتاج إلي التعرف على دقتها. - تقرير بداية مناسبة للعبارة التي يستوضح الباحث بها السؤال ، مثل

<p>الآتي : هل يمكنك وصف..... هل يمكنك توضيح..... هل تقصد أن تقول..... -التعرف على مدى فعالية الباحث في توضيح المشاعر بمراقبة استجابات المفحوص.</p>	<p>- التحقق مما سمعه الباحث من المفحوص.</p>	
<p>-انتباه الباحث إلي رسائل المفحوص واسترجاعها بإعادة قولها في نفسه سرا. -التعرف على محتوى الرسالة بان يسأل الباحث نفسه ، ما هو الموقف (الشخصي ، الموضوع ، الفكرة) الذي تناقشه هذه الرسالة.</p>	<p>- إخبار المفحوص بان رسالته قد تم فهمها ، وإذا كان الفهم كاملا فان المفحوص سيزيد من توسيع التوضيح. - تشجيع المفحوص على المضي نحو فكرة رئيسية وبشكل أعمق . - مساعدة المفحوص على التركيز على موقف أو فكرة او سلوك معين ، والتوقف عن المضي في تكرار قصته. - مساعدة المفحوص على اتخاذ قراراته.</p>	<p>2-إعادة الصياغة</p>
<p>- إصغاء الباحث لكلمات المشاعر أو الوجدان ، والتي تقع عادة في سبعة مجالات رئيسية هي : الغضب والخوف ، عدم التأكيد، والحزن والسعادة ، والقوة ، والضعف) ، والتعرف عليها مما يوسع من المفردات التي يمكن للباحث أن يستخدمها لوصفها. - مراقبة السلوك غير اللفظي (التصرفات)، والتي ترافق الرسالة اللفظية التي يواجهها المفحوص ، مثل تعبيرات الوجه ، والصوت ، ووضع الجسم ، وغيرها.</p>	<p>- مساعدة المفحوص على الشعور بان الباحث قد تفهمه. - تشجيع المفحوص على التعبير عن المزيد من مشاعره (سواء الموجبة أو السالبة) حول مواقف أو أشخاص معينين أو غيرها. - مساعدة المفحوص على التعامل مع المشاعر ، وهو أمر مهم في الانفعالات و المشاعر الشديدة مثل الخوف والغضب. - مساعدة المفحوص على التمييز بدقة بين المشاعر المختلفة</p>	<p>3-عكس المشاعر.</p>

<p>- عكس المشاعر في صورة لفظية أخرى للمفحوص باستخدام كلمات أخرى.</p> <p>- بدء عبارة الانعكاس ببداية مناسبة مثل (يظهر انك غاضب الآن، تبدو كما لو كنت غاضبا الآن.. سمعتك تذكر انك غاضب الآن).</p> <p>- إضافة الموقف الذي تحدث فيه المشاعر، ويتم ذلك بإعادة صياغة مختصرة.</p> <p>- التعرف على مدى فاعلية عكس مشاعر المفحوص من خلال ملاحظة استجاباته وردود فعله وتصرفاته.</p>		
<p>- الانتباه إلى رسالة المفحوص واسترجاعها بإعادتها سرا في نفس الباحث.</p> <p>- التعرف على الموضوعات أو العناصر العديدة في هذه الرسائل ، وماذا كرر العميل منها مرة تلو الأخرى.</p> <p>تخير بداية مناسبة لعبارات التلخيص واستخدام ضمير المخاطب (أنت) أو (يا فلان).</p> <p>تخير الكلمات التي سوف يستخدمها الباحث في الملخص.</p> <p>ملاحظة موافقة المفحوص أو إنكاره</p>	<p>- الربط بين مجموعة من العناصر في رسائل العميل .</p> <p>- التعرف على موضوع مشترك يبدو واضحا من عدة رسائل .</p> <p>- مساعدة الباحث على إيقاف استرسال المفحوص.</p> <p>- المساعدة على تهدئة الجلسة ، وإعطاء فرصة لالتقاط الأنفاس.</p> <p>- مراجعة التقدم الذي تم إحرازه في جلسة أو أكثر .</p> <p>- يعد وسيلة مهمة لإنهاء الجلسات وافتتاحها ، وكذلك عند انتهاء عملية الإرشاد كلها.</p>	<p>4- التلخيص</p>

لما يقوله الباحث.		
-------------------	--	--

9.4 أساليب المعالجة الإحصائية :

لتحليل بيانات الدراسة واختبار الفروض استخدم الباحث الإحصاء اللابارامتري بواسطة برنامج الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) ، واستخدم الباحث الأسلوب الإحصائي الآتي : - اختبار (Wilcoxon) لدلالة الفروق بين العينتين المتكافئتين وللوقوف على مدى دلالة الفروق الإحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس تقدير الذات ، ويصلح هذا الاختبار للتطبيق على العينات الصغيرة العدد مثل العينة المستخدمة في هذه الدراسة ، وقد تم استخدام هذا النوع من الأساليب الإحصائية في العديد من الدراسات منها على سبيل الذكر لا الحصر دراسة احمد (2009) و العامري (2000) .

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

1.5 عرض النتائج .

2.5 مناقشة النتائج .

3.5 التوصيات

4.5 المقترحات .

- المراجع .

1.5 عرض النتائج :

سيقوم الباحث في هذا القسم بعرض النتائج التي توصل إليها وتفسيرها والتحقق من اختبار الفروض التي وضعت لهذه الدراسة في ضوء ما جاء في الإطار النظري والدراسات السابقة ، ولكن الباحث يود أن يشير إلي كيفية قبول أو رفض الفرض في ضوء الأسلوب الإحصائي المستخدم وهو ويلكسون (wilcoxon) ، قبل البدء بعرض وتفسير النتائج :

يعتبر اختبار ويلكسون من أقوى الاختبارات في توضيح وتبيان الفروق بين توزيع العينات وذلك لأنه يعتمد على ترتيب الفروق بين العينتين بإعطاء رتبة لكل درجة ومقارنتها بغيرها من الرتب، وتتكون نتائج اختبار ويلكسون من جدولين ، الأول يبين مواصفات اختبار ويلكسون والثاني يصف قيمة الاختبار ومستوى الدلالة ، ويمكننا قبول أو رفض أي فرض من خلال النظر إلي قيمة (2-tailed) . *Asymp . sig* . ، في الجدول الثاني لاختبار ويلكسون فإذا كانت هذه القيمة أكبر من مستوى الدلالة نقبل الفرض الصفري ، وإذا كانت أقل من مستوى الدلالة نقبل الفرض البديل مع العلم بان مستوى الدلالة المستخدم لاختبار الفروض في هذه الدراسة هو $\alpha=0.05$)
نشوان، 2005: 113، 116)

أ- نتائج الفرض الأول :

وصيغ فيها الفرض على النحو الآتي :

1- (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات).

ولاختبار هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (wilcoxon) لدلالة الفروق بين

درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

والجدول (10_ أ، ب) يبين النتائج الإحصائية لاختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس تقدير الذات ن=8

أ- الرتب

	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
التطبيق البعدى تجريبية- Negative Ranks	8 ^a	4.50	36.00
التطبيق القبلي تجريبية Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	0 ^c		
Total	8		

- a. التطبيق البعدى > التطبيق القبلي
b. التطبيق البعدى < التطبيق القبلي
c. التطبيق البعدى = التطبيق القبلي

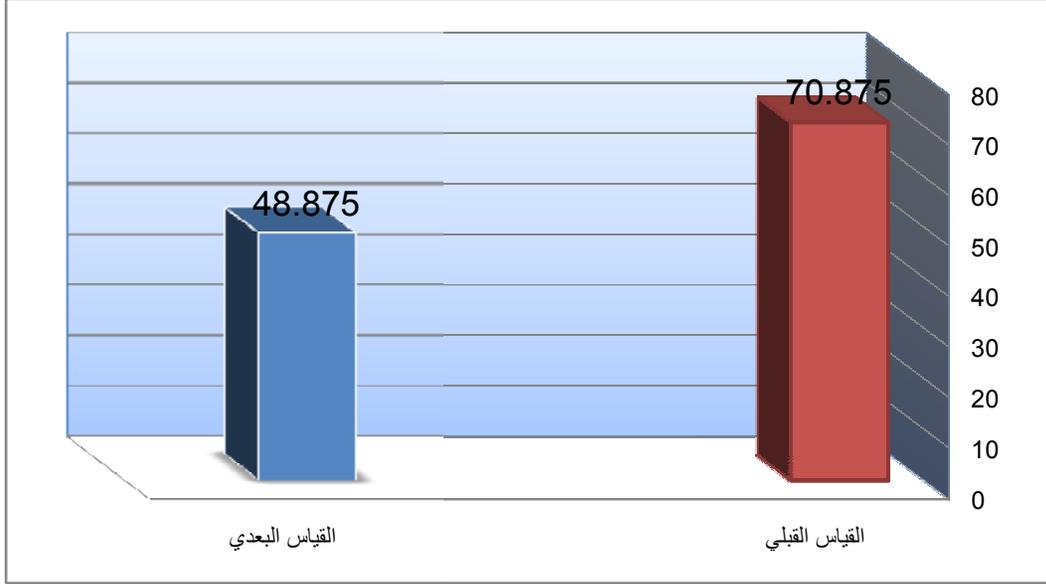
ب- إحصاءات الاختبار

	التطبيق البعدى -التطبيق القبلي
Z	-2.524 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

- a. Based on positive ranks
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ويلاحظ من الجدول (10_ أ، ب) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس تقدير الذات عند دلالة (α = 0,05) وبالرجوع إلى متوسطي القياسين البعدى والقبلي للمجموعة التجريبية ،

نلاحظ أن متوسط القياس البعدي والذي يبلغ 48.87 أصغر من متوسط القياس القبلي والذي يبلغ 70.87 للمجموعة التجريبية انظر الملحق (9) ، كما هو مبين بشكل التالي :



الشكل (1)¹ يوضح الفروق بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.

ونستدل على ذلك أن الفروق لصالح متوسط القياس البعدي مما يشير إلى ارتفاع تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية في القياس البعدي .

ب- نتائج الفرض الثاني :

وصيغ فيها الفرض على النحو الآتي :

2- (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية (التي قدم لها البرنامج العلاجي) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة (التي لم يطبق عليها البرنامج) على مقياس تقدير الذات).

¹ - ملاحظة : الارتفاع في الدرجة يشير إلى انخفاض في تقدير الذات والانخفاض في الدرجة يشير إلى ارتفاع في تقدير الذات ، حسب دليل مقياس تقدير الذات المستخدم في الدراسة الحالية.

ولاختبار هذا الفرض تم استخدام اختبار (wilcoxon) للعينتين المتكافئتين لدلالة الفروق

بين الدرجات في القياس البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة.

والجدول (11_ أ، ب) يبين النتائج الإحصائية لاختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) بين درجات

المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذات ن=8

أ- الرتب

	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
التطبيق البعدي ضابطة- التطبيق البعدي تجريبية	0 ^a	.00	.00
Negative Ranks			
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
Ties	0 ^c		
Total	8		

a. التطبيق البعدي ضابطة > التطبيق البعدي تجريبية

b. التطبيق البعدي ضابطة < التطبيق البعدي تجريبية

c. التطبيق البعدي ضابطة = التطبيق البعدي تجريبية

ب- إحصائيات الاختبار

	التطبيق البعدي -التطبيق القبلي
Z	-2.524 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

a. Based on positive ranks

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

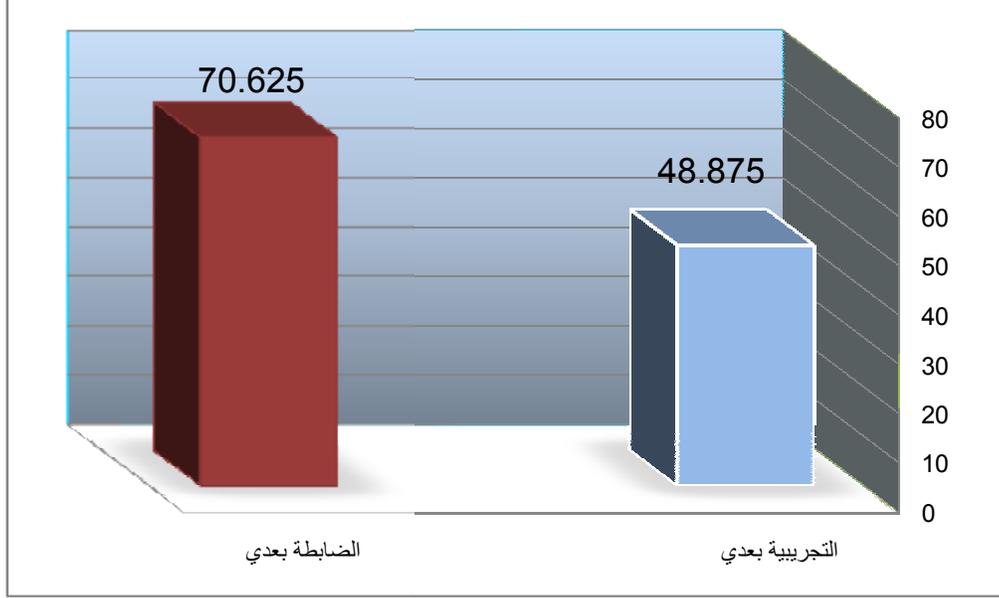
ويلاحظ من الجدول (11_ أ ، ب) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات

المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذات

عند دلالة ($\alpha = 0.05$) وبالرجوع إلى متوسطي القياسين البعدي للمجموعة التجريبية

والبعدي للمجموعة الضابطة ، نلاحظ أن متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية والذي

يبلغ (48.8750) اصغر من متوسط القياس البعدي للمجموعة الضابطة والذي يبلغ (70.6250) انظر الملحق (10) كما هو مبين بالشكل التالي:



الشكل (2)² يوضح القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة

ونستدل على ذلك أن الفرق لصالح متوسط القياس البعدي للمجموعة التجريبية (48.8750)

ج- نتائج الفرض الثالث:

وصيغ فيها الفرض على النحو الآتي:

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات)

² - ملاحظة : الارتفاع في الدرجة يشير إلى انخفاض في تقدير الذات والانخفاض في الدرجة يشير إلى ارتفاع في تقدير الذات ، حسب دليل مقياس تقدير الذات المستخدم في الدراسة الحالية.

ولاختبار هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (wilcoxon) للعينتين المتكافئتين لدلالة الفروق بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي للمجموعة الضابطة.

والجدول (12_ أ، ب) يبين النتائج الإحصائية لاختبار ويلكوسون (Wilcoxon) بين

درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات $n=8$

أ- الرتب

	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
التطبيق البعدي ضابطة- التطبيق القبلي ضابطة	Negative Ranks 3 ^a	6.00	18.00
التطبيق البعدي ضابطة > التطبيق القبلي ضابطة	Positive Ranks 5 ^b	3.60	18.00
Ties	0 ^c		
Total	8		

- a. التطبيق البعدي ضابطة > التطبيق القبلي ضابطة
- b. التطبيق البعدي ضابطة < التطبيق القبلي ضابطة
- c. التطبيق البعدي ضابطة = التطبيق القبلي ضابطة

ب- إحصائيات الاختبار

	التطبيق البعدي -التطبيق القبلي
Z	.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.000

- a. Based on positive ranks
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ويلاحظ من الجدول (12_ أ ، ب) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي

والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تقدير الذات عند دلالة $(\alpha = 0.05)$.

د- نتائج الفرض الرابع :

وصيغ فيها الفرض على النحو الآتي :

(لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية التي قدم لها

البرنامج العلاجي بين القياس البعدي وقياس المتابعة على مقياس تقدير الذات.

ولاختبار هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار (wilcoxon) للعينتين المتكافئتين لدلالة

الفروق بين درجات القياس البعدي ودرجات قياس المتابعة للمجموعة التجريبية .

والجدول (13_ أ، ب) يبين النتائج الإحصائية لاختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) بين

درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس تقدير الذات ن=8

أ- الرتب

	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب
التطبيق البعدي تجريبية- التطبيق تتبعي تجريبية	4 ^a	4.60	18.4
Negative Ranks			
التطبيق البعدي > التطبيق تتبعي	4 ^b	4.40	17.6
Positive Ranks			
Ties	0 ^c		
Total	8		

a. التطبيق البعدي > التطبيق تتبعي

b. التطبيق البعدي < التطبيق تتبعي

c. التطبيق البعدي = التطبيق تتبعي

ب- إحصائيات الاختبار

	التطبيق البعدي -التطبيق التتبعي
Z	-1.203 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.079

- Based on positive ranks
- Wilcoxon Signed Ranks Test

ويلاحظ من الجدول (13_أ ، ب) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس تقدير الذات عند دلالة $\alpha = 0.05$ انظر الملحق (12).

2.5 تفسير النتائج :

بناء على النتائج التي توصلت إليها الدراسة يتقدم الباحث بتفسير النتائج على النحو الآتي :

أشارت نتائج الفرض الأول إلى فاعلية البرنامج العلاجي لتحسين تقدير الذات للمدمنين، فقد تبين من النتائج المعروضة سابقا في الجدول (10أ، ب) إلى وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات ، كما تكشف نتائج اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) عن وجود دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي وكانت تلك الفروق لصالح القياس البعدي مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي - من وجهة النظر الإحصائية - في تحسين تقدير الذات لدي المجموعة التجريبية.

كما تكشف نتائج الاختبارات الإحصائية عن فعالية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في مساعدة عينة الدراسة علي التحسن فيما يخص تقديرهم لذواتهم وهو ما تعكسه الاستجابة علي مقياس تقدير الذات والمقابلة، فالقد كان هناك ثيما مشتركة بين حالات الدراسة جميعها ألا وهي الإحساس بالنقص ، والانخفاض في مشاعر تقدير المريض لذاته لدي الحالات جميعاً، وتتفق تلك النتائج مع النتائج التي خرج بها (عبدالله عسكر :1996) و(أبو بكر مرسي : 1999) و (حسين فايد : 1997) عن معاناة المتعاطين من مشاعر النقص وانخفاض تقدير الذات ، كما تتسق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من بانتون وكندل 1984 وراوية محمود حسين 1995 ، واللذان أسفرتا عن وجود فروق جوهرية بين مجموعة المدمنين وغير المدمنين في تقدير الذات ، لصالح غير المدمنين ، وتفسر هذه النتيجة بان المدمنين يعانون من الإحباط والدونية والمهانة واحتقار الذات ، ويتصورون أنفسهم أنهم لا قيمة لهم وإنهم غير أكفاء ويفقدون الثقة في ذواتهم مما يدفعهم إلي الهروب من هذه المشاعر والتخفيف منها وذلك من خلال الأساليب السلبية و الانسحابية التي تأخذ شكل تعاطي المواد المخدرة ، كما أن الأفراد الذين يفتقرون إلي تقدير الذات ينخفض لديهم الشعور بالأمن والانتماء ، الذي ينتج كمحصلة لقوة التواصل والارتباط الوجداني بالآخرين وبالتواصل تتحقق شرعية الاعتراف بوجودهم ، هذا الاعتراف بوسعه أن يؤدي إلى تقبل الفرد لذاته ، بينما الفشل في العلاقات أو الانخراط مع الجماعة يجعلهم عرضة للتخبط والارتباك ، وربما البحث عن وسيلة تعيد للذات قيمتها واعتبارها من بينها إيمان المخدرات وهو ما يتفق مع نتائج الاختبار القبلي لدي دراستنا، لكن الوضع تغير في التطبيق البعدي حيث تكشف الاستجابات علي مقياس تقدير الذات التحسن في الاتجاهات نحو تقدير المريض لذاته وقدراته الذاتية، وهو ما تكشف عنه النتائج الخاصة بالتطبيق البعدي ، غير إن الشيء الهام هنا هو التحسن في التوجه نحو تقدير

عينة الدراسة لذواتهم والذي من الممكن أن نرجعه لأسباب عديدة منها علي سبيل المثال الانتظام في الجلسات العلاجية، وسؤال أعضاء العينة عن الأعضاء الآخرين من جهة ، والثقة التي يكتسبها المريض من خلال التكرار في حضور الجلسات العلاجية ، والإحساس الذي يصل إليه من حيث أهميته وفائدته ليس لنفسه فقط بل لأشخاص آخرين؛ حيث أن المكسب الكبير من جلسات العلاج الرسائل غير المباشرة التي تصل للأعضاء من خلال التفاعلات المتبادلة والتي منها علي سبيل المثال (ليس من الضروري كي أبدو مهماً أن أنصح وأعلم الآخرين لكن من الممكن أن أكون مهماً وذو قيمة من خلال الحديث عن خبراتي الشخصية فقط والدعم الذي أتلقاه) وهو ما يشعره بالأهمية ، ومع الوقت والإحساس بالأمان واكتساب الثقة بالنفس من الإحساس باهتمام الآخرين بمشاكلته، وطرح المشاعر السلبية علي كل العوامل السابقة، مما يساعد المريض علي زيادة تقديره لذاته وتكوين مفهوم إيجابي عن نفسه ، كما اتفقت النتائج مع آراء (إيملر Emler) وهو ما كشفت عنه نتائج القياس القبلي حيث أن التقدير المنخفض للذات من العوامل التي تدفع للتعاطي وهو ما أشار إليه (آني ويلان Anne Whelan) عن إمكانية الحل من خلال تعليم هؤلاء الأفراد الشجاعة من خلال التفاعلات، مما يساعد علي تفريغ تلك المشاعر ومن ثم ارتفاع تقدير الفرد لذاته .

الفرض الثاني :

لقد تبين من النتائج المعروضة سابقا في الجدول (11أ، ب) إلى وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية .

وهذا يوضح أن البرنامج الإرشادي يؤدي إلى تحسن تقدير الذات ، فالشخص المدمن الذي يتلقى إرشادا نفسيا وفقا لطريقة العلاج المتمركز حول العميل يتحسن تقديره لذاته ، نظراً لما يحتوي عليه هذا البرنامج من فنيات تساعد الشخص المدمن على استحضار خبراته ومناقشتها وتصحيحها . وهو ما كشفت عنه نتائج : دراسة (مفتاح محمد عبدالعزيز:1995) عن مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات.

ويري الباحث في تفسير ذلك أن العديد من الأفراد يعانون من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية بسبب تدني تقدير الذات حيث ان فئة المدمنين لديهم تدني في تقدير الذات جعلهم ينظرون للعالم على انه يرفضهم وليس لهم مكان فيه و السبب أنهم يتعاطون المخدرات ويدمنون عليها، و أصبحت هذه الخبرة هي التي تحدد طريقة نظرهم للأمور وفهمهم لها مما أدى إلى تدني مفهومهم لذواتهم وإحساسهم بالنبذ والرفض من الآخرين وهنا جاء دور الإرشاد المتمركز حول العميل في مساعدة هذه الفئة بتعريفهم بهذه الخبرة وعلاقتها بإحساسهم بتدني ذاتهم بالإضافة إلى تصحيح هذه الخبرة وحملهم على تعديلها مما ساعد على تعديل مفهوم الذات لديهم وتنفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه (صفاء خريبة 1998) حيث ساعد العلاج أفراد العينة التجريبية على تقويم العالم المعاش والوعي بالذات والآخر كما يبدو في الواقع مما يتيح تحسين تقدير الذات والشعور الواقعي بالكفاية الشخصية من خلال الاستناد على التفاعلات الممكنة ، وفي إطار العلاج المتمركز حول العميل يعدل الفرد من خبراته ومشاعره التي يصيبها التحريف والتشويه لتصبح في إطار الواقع ، فمن المثال الخيالي إلى النموذج الواقعي من خلال معايشة خبرة العلاج المتمركز حول العميل الذي يحقق الاستبصار وإدراك الواقع بشكل مقبول ، ومن الجدير بالذكر إن مرض الإدمان لا يفتقدون الصلة بالواقع إلا تحت تأثير المخدر أو المسكرات ، بينما يكون واقعهم أليما في حال التوقف

أو الامتناع عن التعاطي ويسودهم مشاعر القلق والاكتئاب وكل مظاهر الوجدان السلبي ويسلكون بشكل قهري للحصول على العقار فهم يرغبون في أن يظلوا في حماية خيالية بالتأثير الكيميائي من الواقع المؤلم ، ذلك الوجود الذي يتعدّل النظر إليه مع العلاج ، فاحترام الواقع وقبوله ومحاولة تعديله من الأمور الهامة التي تمثل لب العوامل العلاجية في العلاج المتمركز حول العميل.

أما أفراد المجموعة الضابطة فلم يطبق عليهم أي نوع من الإرشاد النفسي وظلت لديهم خبرات مؤلمة مما ترتب عليها استمرار إحساسهم بتدنّي ذواتهم 0

الفرض الثالث:

لقد تبين من النتائج المعروضة سابقا في الجدول (12أ، ب) إلى عدم وجود فروق بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس تقدير الذات لدى عينة من المدمنين .

وهذا يوضح أن النتائج التي تم التوصل إليها مع المجموعة التجريبية ترجع إلي البرنامج المستخدم في هذه الدراسة ، حيث إن المجموعة الضابطة لم يظهر عليها أي تغيير يذكر فيما يخص تحسن تقدير الذات ، في حين أن المجموعة التجريبية ظهر عليها تحسن ملحوظ وواضح في تقدير الذات ، ويفسر الباحث ذلك بأن الشخص الذي يعاني من تقدير ذات منخفض تتسم نظرتة إلي نفسه بالدونية ونقص الكفاءة وعدم القدرة على التواصل أو القيام بدور اجتماعي مقبول ، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (ابوبكر مرسي 1999) حيث أوضح أن التقدير السلبي للذات يرفع من حجم المعاناة والشعور بالوحدة النفسية فالأفراد غير المتقبلين لذواتهم يجدون صعوبة في تقبل ذوات الآخرين، وتتفق هذه النتائج أيضا مع نتائج

دراسة كل من جاكسون 1991 ، و عبد الحميد 1995 ، حيث أشارت إلي أن تقدير الذات احد أهم المتغيرات التي ترتبط بالشعور بالوحدة النفسية ، فارتفاع تقدير الذات يخفف من معاناة الوحدة النفسية ، وانخفاض تقدير الذات يزيد من معاناة الوحدة النفسية.

الفرض الرابع :

لقد تبين من النتائج المعروضة سابقا في الجدول (13أ، ب) إلى عدم وجود فروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والمتابعة على مقياس تقدير الذات لدي عينة من المدمنين.

وهذا يوضح استمرار اثر البرنامج بعد فترة من تطبيقه مما يدل وبشكل واضح على فاعلية البرنامج مع هذه الفئة ، ويقصد بالمتابعة ، وكما أشار (عزيز سماره و عصام نمر 1992) أنها تحسن حالة العميل الذي تم إرشاده ، وذلك من خلال متابعة منظمة ومقصودة لما تم انجازه أثناء العملية الإرشادية ، كما تهدف المتابعة إلي التأكد من استمرار وتقدم الحالة ، وتحديد مدى اثر وقيمة نجاح عملية الإرشاد ، وتحديد مدى استفادة العميل من الخبرات الإرشادية ، وتتبع أهمية المتابعة من أن بعض الخطط المنفق عليها لتعديل السلوك قد تحتاج إلي إجراء بعض التعديلات أو الإقناع بمدى معين من الانجاز . وقد اهتم الباحث بقياس المتابعة لمعرفة مدى فاعلية البرنامج المستخدم والفنيات المستخدمة في تحسين تقدير الذات لدى بعض من حالات الإدمان واستمرار أثره بعد فترة زمنية من القياس البعدي ، وقد أكدت النتائج أن اثر البرنامج ما زال مستمرا ، حيث استمر تقدير أفراد العينة لذواتهم ، نتيجة تعديل خبراتهم الداخلية التي انعكست على تغيير معاملتهم للآخرين وكذلك تغيير سلوكهم دخل الوسط الموجودين فيه مما أدى إلي شعورهم بتقدير أفراد الأسرة والأصدقاء والمجتمع لهم .

كما يلاحظ من هذا الفرض عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والمتابعة على مقياس تقدير الذات ، وذلك لان التفاعل الذي حدث بين الباحث والمبحوث أثناء جلسات البرنامج والذي كان أساسه جو يتسم بالتعاطف الوجداني والاعتبار الايجابي من قبل المعالج ، مما يشعر العميل بالحرية في إبداء مشاعره ، مما أدى إلي زيادة الثقة بالنفس وتحسن ملحوظ في تقدير الذات ، كما لاحظ الباحث من خلال التقرير الذي طلبه من أفراد العينة بعد قياس المتابعة توقف اغلب أفراد العينة عن التعاطي وهذا مؤشر مهم جدا ، حيث إن هذا الأمر لم يكن من أهداف البرنامج المستخدم ولكن المؤشرات المبدئية من خلال التقارير الشخصية لأفراد العينة تدل على انخفاض تعاطي أفراد العينة للمخدر بشكل يوحي بفائدة البرنامج في مساعد هذه الفئة في الإقلاع عن التعاطي ، حيث إن هذه النتائج تتفق مع ما ذكره إسماعيل (1999) من إن مبادئ وأساليب علم النفس الإنساني ، استخدمت بنجاح في العديد من برامج الوقاية من تعاطي المخدرات وعلاجه وتتمثل هذه الأساليب في تطوير مفهوم الذات وبناء العلاقات الاجتماعية الفعالة وذات المعنى مع الآخرين وتحسين مستوى التقدير الذاتي وتنمية مهارات اتخاذ القرارات ، كذلك تتفق مع نتائج دراسة منى العامري (2000) التي توصلت إلي فاعلية هذا النوع من العلاج مع هذه الفئة في علاج الإدمان.

3.5 التوصيات :

تعد البرامج الإرشادية النفسية حصيلة نتائج العديد من البحوث والدراسات في مجال علم النفس الاجتماعي ، والتقويم النفسي ، وقد استفاد الباحث من نتائج البحوث والدراسات السابقة التي عرضت في الفصل الثالث من هذا البحث ومن نتائج البحث الحالي في تحديد المستهدفين والقائمين على هذه البرامج ، والوسائل المستخدمة فيها والأساليب والفنيات المتبعة

في تعديل الاتجاهات السلبية وتنمية الاتجاهات الايجابية نحو تقدير الذات ، وفي ضوء ذلك يمكن تقديم بعض التوصيات التي تسهم في إعداد برامج لفئة متعاطي ومدمني المخدرات على النحو التالي:

- يوصي الباحث بضرورة تعدد الدراسات المتعلقة بفئة المدمنين وتنوعها ، بما يوفر قاعدة معرفية يمكن الارتكاز عليها في الاتجاهات نحو هذه الفئة ورعايتها .
- وضع برامج للقائمين على رعاية هذه الفئة بهدف إكسابهم مهارات تيسر لهم التعامل معها والعمل على إشراكهم في التخطيط وتنفيذ وتقييم هذه البرامج.
- الاستفادة من خبرات الدول المتقدمة في هذا المجال عن طريق ارسال بعثات دورية للتعرف على المستجدات في هذا المجال .
- الاهتمام بالتدريب المنظم والمناسب لفئات الأخصائيين العاملين مع هذه الفئة أثناء الخدمة والاهتمام بصقل خبراتهم تربوياً ونفسياً واجتماعياً بصفة دورية .
- إعداد دليل لكل من الأسرة والعاملين وفئات المجتمع الأخرى عن أساليب رعاية وتأهيل هذه الفئة .
- أن علاج التعاطي ليس علاجاً دوائياً فقط، أو نفسياً فقط، وإنما هو علاج تكاملي يشمل (علاجاً دوائياً وخاصة خلال فترة الانسحاب، وعلاجاً نفسياً واجتماعياً وخاصة أثناء فترة التأهيل النفسي)، لذا يجب العمل مع هذه الفئة من المرضى داخل المستشفى أو في العيادات الخارجية بناء على ذلك.

3.5 المقترحات:

استكمالاً للجهد الذي بذل ، وفي ضوء ما أسفرت عنه النتائج ، يقترح الباحث القيام بمزيد

من الدراسات في هذا المجال ، حتى يمكن إلقاء مزيد من الضوء على الجوانب والأبعاد

المرتبطة بهذا الموضوع وتمثل في ما يلي :

- إجراء دراسات مستقبلية في نفس الاتجاه ، ولكن علي مجموعات أكثر عدداً وبفريق بحثي

متعاون للوقوف علي مدى إمكانية تعميم هذه النتائج.

-دراسة مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في علاج مشاعر القلق والاكتئاب لدي هذه

الفئة .

- دراسة مدى فاعلية العلاج المتمركز حول العميل والعلاج العقلاني الانفعالي في تحسين

مفهوم الذات لدى هذه الفئة .

قائمة المراجع

أولاً: المراجع العربية .

ثانياً: المراجع الأجنبية .

ثالثاً: الموقع الالكترونية.

المراجع العربية:

القران الكريم.

أبو جناح ، رجب محمد (2007) حجم ومؤشرات مشكلة المخدرات دوليا ومحليا ،

خصائص المدمنين داخل المجتمع الليبي ، ورقة بحثية مقدمة
في الندوة العلمية حول المخدرات وأثارها على الفرد
والمجتمع بشعبية الجفرة ، 2007 ف.

ابوجناح، رجب محمد (2008) المخدرات آفة العصر ، محاضرة صوتية ، إذاعة
مصراتة المسموعة.

أبو علام ، رجاء (1998) مناهج البحث في العلوم النفسية و التربوية ، القاهرة : دار
الجامعات للنشر و التوزيع.

أبو العزائم ، أحمد أبو العزائم ومحمود (2001) : الوقاية من الإدمان (دليل إرشادي
للمرضى وأسره) . دار الطباعة والنشر الإسلامية ، القاهرة.

احمد، وائل محمود مصطفى (2009) مدى فعالية العلاج الجماعي في تحسين تقدير

الذات والاكتئاب والعلاقات الأسرية المضطربة لدى عينة ممن يفرون في
تعاطي المواد ذات التأثير النفسي، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين
شمس ، كلية الآداب، القاهرة .

إسماعيل ، سليمان عيسى (1999) الشخصية والصحة النفسية ، سبها ، مركز الخلية

الأولى للطباعة .

الخصير ، غادة بنت عبدالله بن علي (1420هـ) فاعلية برنامج تدريبي توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعات الأعراض الاكتئابية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، كلية التربية ، الرياض.

الحجار ، محمد حمدي (1992) العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ، الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

الديدي، رشا (2000) : ديناميات اختلال الوظيفة الجنسية لدى الإناث المتعاطيات للمواد ذات التأثير النفسي - " دراسة استكشافية " . رسالة دكتوراه ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .

الدمرداش ، عادل (1982)الإدمان مظهره وعلاجه ، عالم المعرفة ، ع 56 ، الكويت.

الرشيدي ، متعب بن مصلح بن القحيم (2004) اتجاهات مرضى ادمان المخدرات نحو دور الأخصائي الاجتماعي ، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض، السعودية.

الرشيدي ، بشير وآخرون (2000)سلسة تشخيص الاضطرابات النفسية ، الكويت ، مكتب التنمية الاجتماعي.

الصقهان ، ناصر بن عبدالعزيز بم عمر (2005) تقييم فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات .رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية ، كلية

الدراسات العليا ، المملكة العربية السعودية.

الطيرة ، سليمة ابوبكر محمد (2004) اثر الإرشاد المتمركز حول الشخص في

تحسين تقدير الذات لدى المعاقين حركيا ، مقترح بحث مقدم كجزء
من متطلبات الحصول على درجة الماجستير ، بنغازي ، جامعة
قاريونس ، كلية الآداب ، قسم التربية وعلم النفس .

الطيب، محمد عبدالظاهر (1994) ، مبادئ الصحة النفسية ،الإسكندرية ، دار المعرفة
الجامعية.

العامري ، منى محمد صالح علي (2000) دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي
والعلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين
الطلاب في دولة الإمارات العربية المتحدة ، رسالة دكتوراه غير
منشورة ، جامعة القاهرة .

الغول ، حسين على خليفة(2010) فعالية برنامج ارشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية
لدى متعاطي المخدرات من الطلاب بالجمهورية الليبية . رسالة
دكتوراه غير منشورة ، جامعة القاهرة ، معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.

الفيومي، محمد محمد عيسوي (1995)، فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين بعض
حالات الاضطرابات السيكوسوماتية ، جامعة الزقازيق ، رسالة
دكتوراه غير منشورة.

المغربي ، سعد (1966) : سيكولوجية تعاطى المخدرات . رسالة دكتوراه، كلية الآداب ،
جامعة عين شمس .

الوايلي ، عبدالله بن احمد (2003) فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى
مدمني المخدرات . رسالة ماجستير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الامنية
،كلية الدراسات العليا ، الرياض ، السعودية .

الانور ، محمد إبراهيم محمد (2005) فاعلية برنامج إرشادي لزيادة تقدير الذات لدى
المراهقين ضعاف السمع ، جامعة عين شمس ، رسالة دكتوراه غير
منشورة.

بيومي ، عواطف عبده عبده (2003) مدى فاعلية برنامج ارشادي لدى طلاب المرحلة الثانوية
من مدمني البانجو . رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة عين شمس معهد
الدراسات العليا للطفولة ، القاهرة.

ثابت ، عصام محمود محمد (2010) ، فاعلية برنامج لتنمية تقدير الذات لدى عينة من الاطفال
ذوي صعوبات التعلم ، جامعة عين شمس ، رسالة دكتوراه ، غير منشورة.

جمعة ، مایسة محمد عبد الحمید(2003) تقدير الذات كمتغير معدل للغلاقة بين المشقة النفسية
وتعاطي المواد النفسية بين طلاب الجامعة الذكور ، جامعة القاهرة ، رسالة

دكتوراة غير منشورة .

جلال ، سعد (1985) المرجع في علم النفس ، القاهرة ، دار الفكر العربي للنشر .

جوردون ، وآخرون ، ترجمة عبدالله عريف (1993) اتجاهات علم النفس

المعاصر ، بنغازي ، منشورات جامعة قاريونس.

جابر ، جابر عبد الحميد (2008) نظريات الشخصية ، ط 1 دار الزهراء ، الرياض.

حجازي ، فؤاد محمد (1408 هـ) النظرية الاجتماعية ، مكتبة وهبة ، القاهرة.

حجار، محمد (1992ف) العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية .

الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

حافظ ، احمد خير ، مجدي حسن محمود (1990) اثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد

الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى

جماعة عصابية (دراسة تجريبية) ، مجلة علم النفس ع 14 ، السنة الرابعة

القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

خريبة ، صفاء صديق محمد احمد (1998) مدى فاعلية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في

علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الادمان . رسالة دكتوراه غير

منشوره ، جامعة عين شمس ، كلية الاداب ، القاهرة

دسوقي ، راوية محمود حسين(1995) دراسة لبعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات
وغير المتعاطين (دراسة مقارنة) ، مجلة علم النفس ع 33، السنة التاسعة.

دسوقي ، راوية محمود حسين (1995) تقدير الذات وعلاقتة بكل من القلق والاكتئاب لدى
متعاطي الحشيش ، مجلة علم النفس ، ع 35، السنة السابعة ن القاهرة ،
الهيئة المصرية العامة للكتاب.

سالم، إيناس عبد الفتاح (2003) النذر السيكولوجي المبكرة للإدمان من واقع الدراسات
المعاصرة ،بحث مقدم للجنة العلمية الدائمة كجزء من متطلبات الحصول
على درجة أستاذ مساعد في علم النفس ،كلية الآداب جامعة عين شمس.

سليمان ، عبدالرحمن سيد (1992) بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من اطفال المرحلة
الابتدائية بدولة قطر " دراسة سيكومترية " ، مجلة علم النفس ، ع 24
السنة السادسة ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

سوييف، مصطفى (1996) المخدرات والمجتمع – نظرة تكاملية ، عالم المعرفة العدد 205 ،
الكويت.

صاديق ،عادل (1999) : الإدمان له علاج . ط 2 ، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع ،
سبورتنج .

صبحي، سيد (1997) : الشبع النفسي . غير مبين دار النشر.

عبد المنعم ، عفاف محمد(1998) الادمان ، دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

عبدالمعطي، مصطفى عبد الباقي (2006) دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين .
مجلة علم النفس ، العدد (71 ، 72) .

عبدالمحسن ، يسرى (1990) : روشنة لعلاج الإدمان . كتاب اليوم الطبي، العدد (95) ،
مؤسسة أخبار اليوم ، القاهرة .

عبد الوهاب،خالد محمود(2009) ، برنامج الرعاية المستمرة وفعاليتها في تنمية الصحة النفسية والشعور بالكفاءة الاجتماعية لدى عينة من مرضى الإدمان – دراسة نفسية تتبعيه مقارنة ، دراسات نفسية مج 19 ، ع 3 .

عبدالعزیز ، مفتاح محمد (1995) برنامج لتعديل بعض المتغيرات الشخصية لدى المتقاعدين من المعلمين الليبيين ، رسالة دكتوراه منشورة ، كلية التربية ،
جامعة طنطا ، مصر

عبد العزیز ، مفتاح محمد (1999) سيكولوجية المعلم المتقاعد ، بنغازي ، منشورات جامعة قاريونس.

عبد العزیز ، مفتاح محمد (2001) علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة ، القاهرة ، دار قباء

للطباعة والنشر والتوزيع.

عبدالعزیز، مفتاح محمد (2004) الصحة النفسية والاضطرابات الوظيفية، الاسكندرية، دار
الاندلس .

عبد العزیز، مفتاح محمد (2010) مناهج البحث العلمي في العلوم التربوية والنفسية، بيروت
، مكتبة النهضة.

عرموش، هاني (1993) المخدرات إمبراطورية الشيطان، بيروت، لبنان، دار النقاش للطباعة.

عسكر، عبد الله (1985) : تعاطي الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم -
دراسة استكشافية - للخصائص النفسية لشخصية المتعاطي . رسالة
ماجستير غير منشوره، كلية الآداب، جامعة الزقازيق .

عسكر، عبد الله (1996) فعالية السيكدوراما ولعب الأدوار في علاج مرضي إدمان
الهيروين

من نزلاء المستشفيات عن طريق برنامج العلاج النفسي لمرضي

الإدمان

بمستشفى الأمل بالرياض مجلة الطب النفسي، جامعة عين شمس .

عسكر، عبد الله (2000) : الإدمان بين التشخيص والعلاج . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة .

عسكر، عبد الله السيد (2005) الإدمان بين التشخيص والعلاج . القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.

غانم، محمد حسن (1994) العلاج النفسي لمشاعر الرفض والخجل لدى المدمنين . مجلة الثقافة

النفسية ، العدد 218 ، المجلد 5 ، مركز الدراسات النفسية والنفسية
الجسدية ، بيروت ، لبنان.

غانم ، محمد حسن محمد (2001) : الإدمان بداية الانتحار . مجلة نصف الدنيا ، العدد (584)
مؤسسة الأهرام ، القاهرة .

غانم ، محمد حسن (2005) العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين . القاهرة ، مكتبة
الانجلو المصرية.

نشوان ، عماد (2005) الدليل العلمي لمقرر الإحصاء التطبيقي . القدس ، جامعة القدس
المفتوحة.

فايد ، حسين (2007) سيكولوجية الإدمان ، القاهرة ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

فضة، حمدان محمود(1995) العلاج المتمركز حول العميل ومدى فاعليته في تحسين القلق ،
رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، بنها ، 1995.

فرغلي ، علاء الدين بدوى (1994) : احذر- لهيب الإدمان . الجمعية العلمية المصرية للتدريب
الجماعي ، القاهرة .

فهيمى ، مصطفى (1995) علم النفس الاكلينيكي ، القاهرة : مكتبة مصر.

كفافي ، علاء الدين (1989) تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي . مجلة
العلوم الاجتماعية ، المجلد التاسع ، ع35 ، جامعة الكويت ، مجلس النشر

العلمي.

كمال ، على (1994) باب العبث بالعقل ، بيروت ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر

كارول بالدوك (2005) : غرس الثقة بالنفس عند الأطفال . ط 1 ، إعداد قسم الترجمة بدار
الفاروق للنشر والتوزيع ، القاهرة .

مبروك ، عزت عبدالكريم (2002) تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية
والاكتئاب لدى المسنين ، دراسات عربية معاصرة في علم النفس ، المجلد
الأول ، العدد الثاني ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر .

منصور ، عبدالمجيد (1986) الإدمان أسبابه ومظاهره : الوقاية والعلاج ، مكتبة الطالب
الجامعي ، مكة المكرمة.

يامنة ، اسماعيلي . اسماعيلي ياسين عبدالرزاق ، دهيمي شهرزاد (2010) الإدمان على
المخدرات وعلاقته بالجريمة والإرهاب ، مداخلة مقدمة للملتقى الدولي
الأول حول " نحو تصورات جديدة لظاهرة الإدمان على المخدرات " ،
جامعة محمد بو ضياف المسيلة ، الجزائر.

المراجع الأجنبية :

- Anne Whelan (2007)** : Low Self esteem : Group Cognitive behavior therapy , British Journal of learning disabilities , N 35, pp 125-130

- Beck, A , et al . (1993)**:Cognitive therapy of substance abuse . London : New York , The Guilford presses.

- **Benjamin B. Lahey (2007)** : Psychology an introduction , the McGraw-Hill Companies , New York.

- Eysell, et al ,** (process- outcome rasearsh , client centered psychotherapy and brief psychodynamic therapy) .1992 vol , 40 (I) 58-78 west Germany.

- Harlod,I .Kaplan& Benjamin, J. Sadock (1972)** :The Origins of group psychoanalysis, New York.

- Higgins, S. T. Budney, A. J. Bickel, W. K. Hughes, J. R. Foerg , F &**

Badger, G. (1993) : Achieving Cocaine Abstinence
with A Behavioral Approach. 150,5,763-769.

- **Leary ,Mark. R (1999)** : Making sense of self esteem ,American :
Psychological Society, V(8) February , N (1) , pp 32:36.

- Luran, G. Wild , Alan ,J . Flisher , Arvin Bahana &Carl Lombard, (2004):**
Association among Adolescents risk behaviours and
self esteem in six domains , journal of child
psychology and psychiatry 45:8 pp1457-1467.

- **Rosenberg , m (1978)** : which significant others? American Behavioral
Scientists , Vol(16) ,NO(4) , pp829-840.

- Silvara, David H . & Neilands (2004)** : Interpreting the Uninterruptible :
The effect of self – esteem on the interpretation
of meaningless feedback , Scandinavian Journal
of psychology , (N) 45 , pp 61-66.

- **Kaplan: in Avram Goldstein (1989)** : Theories on drug abuse , selected
contemporary perspective , National institute on
Drug abuse , monograph series , U.S. , Washington
, Government printing office

- **MORENO,(1985)** ROBERTO. Proquest Dissertations And Theses.
0103 Part 0519; [Educat.D. dissertation].United State Section

المواقع الالكترونية:

www. google .com free Encycholypedia.

<http://www.treatment-centers.net/self-esteem.html>

<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=131830#>

<http://www.un.org/arabic/news/fullstorynews.asp?newsID=2010>

<http://www.aljazeera.net/NR/exeres/4F30D9DD-F56E-4D3F-8C8D-B3E219D5EA82.htm>

<http://www.aljazeera.net/specialfiles/pages/7edafb4e-356a-44a4-91a6-388527af4f24>

http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=68&to_pic_id=996

الملاحق

المنح (1)

درجات الخام للقياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة

القياس البعدي	القياس القبلي	
72	70	1
70	73	2
69	67	3
75	72	4
71	74	5
73	69	6
65	71	7
70	68	8

الملحق (2)

توزيع المجموعة التجريبية والضابطة حسب متغير العمر والحالة الاجتماعية.

أعمار المجموعة التجريبية	أعمار المجموعة الضابطة	الحالة الاجتماعية للمجموعة الضابطة	الحالة الاجتماعية للمجموعة التجريبية	
39سنة	39سنة	أعزب	أعزب	1
38سنة	42سنة	متزوج	متزوج	2
46سنة	40سنة	أعزب	متزوج	3
31سنة	39سنة	متزوج	أعزب	4
31سنة	38سنة	متزوج	أعزب	5
35سنة	36سنة	أعزب	أعزب	6
46سنة	35سنة	متزوج	أعزب	7
46سنة	36سنة	أعزب	متزوج	8

الملحق (3)

درجات الخام للقياسين القبلي والبعدي وقياس المتابعة للمجموعة التجريبية :

قياس المتابعة	القياس البعدي	القياس القبلي	
43	45	75	1
46	48	73	2
50	46	68	3
45	52	70	4
47	50	72	5
50	48	65	6
57	54	75	7
55	50	69	8

المحلق رقم (4)

استبيان آراء الخبراء

الأستاذ الدكتور الفاضل

.....

تحية طيبة ؛؛؛؛؛؛؛؛

يقوم الباحث باستخدام مقياس تقدير الذات الذي أعده (هودسون Hudson 1994م) لتقدير الذات ، والذي قام بتعريبه (مجدي محمد الدسوقي 2004م) ، في دراسته: فعالية برنامج العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان .

ويتكون المقياس من 25 عبارة ، ويجيب المفحوص على كل عبارة بإيجابه واحدة من بين سبعة اختيارات هي : أبدا ، نادرا جدا ، قليلا جدا ، أحيانا ، مرات كثيرة ، معظم الوقت ، كل الوقت .

حيث سيقوم الباحث باستخدام تقدير الذات كمتغير تابع ، ولقد قنن هذا المقياس في البيئة المصرية وتبين انه يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق والثبات ويقوم الباحث بإعادة تطبيق على البيئة المحلية .

أرجو تفضلكم بإبداء الرأي في مدى صلاحية العبارات وإجراء التعديل على الفقرة التي تتطلب ذلك لقياس تقدير الذات .

وختاماً لا يسع الباحث إلا إن يتوجه بالامتنان بالشكر الجزيل لما ستقدمونه من جهد لقراءتكم لهذا الاستبيان وإبدائكم الرأي العلمي السديد.

المحلق رقم (5)

مقياس تقدير الذات في صورة الابتدائية

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي توضح الكيفية التي ترى بها نفسك ، ويوجد إمام كل عبارة سبع اختيارات هي : أبدا ، نادرا جدا ، قليلا جدا ، أحيانا ، مرات كثيرة ، معظم الوقت ، كل الوقت .

المطلوب منك :

محاولة تحديد الاختيار بدقة - بوضع علامة (/) أمام الاختيار المحدد ، وليس هناك إجابة خاطئة وأخرى صحيحة . والإجابة سوف تكون سرية وتعينك على فهم بعض جوانب شخصيتك .

ونشكرك على حسن تعاونك

الاسم

العمر

المهنة

الحالة الاجتماعية

كل	معظم	مرات	أحيا	قليلا	نادرا	أبدا	أرة	العـ	م
----	------	------	------	-------	-------	------	-----	------	---

.....نوع مادة التعاطي

				جدا	جدا	نا	كثيرة	الوقت	الوقت
1	اشعر إن الآخرين لن يحبوني لو ادركو أو عرفوا حقيقتي.....								
2	اشعر أن الآخرين قادرين على التفاعل أو التواصل مع غيرهم بشكل أفضل مني.....								
3	اشعر إنني شخص محبوب.....								
4	عندما أكون مع الآخرين ، اشعر أنهم سعداء بوجودي بينهم.....								
5	اشعر أن الآخرين يرغبون في الحديث معي.....								
6	اشعر إنني شخص كفاء متميز للغاية.....								
7	اعتقد إنني اترك انطباعا جيدا لدى الآخرين.....								
8	اشعر أنني في حاجة إلي المزيد من الثقة بالنفس.....								
9	عندما أكون مع الأعراب اشعر بالتوتر الشديد.....								
10	اشعر إنني شخص ممل.....								
11	اشعر إنني شخص غير محبوب.....								
12	اشعر أن الآخرين يستمتعون بحياتهم أكثر مني.....								
13	اشعر إنني أصيب بالملل.....								
14	اعتقد أن أصدقائي يرون إنني شخص مرح.....								
15	اشعر أن لدي إحساسا عاليا بالدعابة.....								
16	أكون شديد الانتباه عندما أكون مع الأعراب.....								

م	العبارة	أبدا	نادرا جدا	قليلا جدا	أحيانا	مرات كثيرة	معظم الوقت	كل الوقت
17	لو إنني مثل الآخرين لكانت حياتي أفضل من ذلك بكثير.....							
18	اشعر أن الآخرين يقضون وقتا طيبا عندما يكونون بصحبتى....							
19	اشعر أنني أعاني ضغوطا نفسية أكثر من الآخرين.....							
20	اشعر إنني شخص غير مرغوب فيه عندما أكون مع الآخرين....							
21	اشعر إنني شخص لطيف.....							
22	اشعر أن الآخرين يحبوني كثيرا.							
23	أخشى أن اشعر بالحماسة عند مواجهة الآخرين.....							
24	اشعر أنني شخص مقبول من الآخرين.....							
25	أصدقائي يقدروني جيدا.....							

المحلق رقم (6)

مقياس تقدير الذات في صورة النهائية

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي توضح الكيفية التي ترى بها نفسك ، ويوجد أمام كل عبارة سبع اختيارات هي : أبدا ، نادرا جدا ، قليلا جدا ، أحيانا ، مرات كثيرة ، معظم الوقت ، كل الوقت .

المطلوب منك :

محاولة تحديد الاختيار بدقة - بوضع علامة (/) أمام الاختيار المحدد ، وليس هناك إجابة خاطئة وأخرى صحيحة . والإجابة سوف تكون سرية وتعينك على فهم بعض جوانب شخصيتك .

ونشكرك على حسن تعاونك

الاسم

العمر

المهنة

الحالة الاجتماعية

نوع مادة التعاطي

م	العبارة	أبدا	نادرا	قليلا	أحيانا	مرات كثيرة	معظم الوقت	كل الوقت
2	اشعر أن الآخرين قادرون على التفاعل أو التواصل مع غيرهم بشكل أفضل مني.....							
3	اشعر إنني شخص محبوب.....							
4	عندما أكون مع الآخرين ، اشعر أنهم سعداء بوجودي بينهم.....							
5	اشعر أن الآخرين يرغبون في الحديث معي.....							
6	اشعر إنني شخص كفاء متميز للغاية.....							
7	اعتقد إنني اترك انطبعا جيدا لدى الآخرين.....							
9	عندما أكون مع الأعراب اشعر بالتوتر الشديد.....							
10	اشعر إنني شخص ممل.....							
11	اشعر إنني شخص غير محبوب.....							
12	اشعر أن الآخرين يستمتعون بحياتهم أكثر مني.....							
13	اشعر إنني أصيب بالملل.....							
14	اعتقد أن أصدقائي يرون إنني شخص مرح.....							
15	اشعر أن لدي إحساسا عاليا بالدعابة.....							
16	أكون شديد الانتباه عندما أكون مع الأعراب.....							

م	العبرة	أبدا	نادرا	قليلا	أحيا	مرات	معظم	كل
			جدا	جدا	نا	كثيرة	الوقت	الوقت
17	لو إنني مثل الآخرين لكانت حياتي أفضل من ذلك بكثير.....							
18	اشعر أن الآخرين يقضون وقتا طيبا عندما يكونون بصحبتى....							
19	اشعر أنني أعاني ضغوطا نفسية أكثر من الآخرين.....							
21	اشعر إنني شخص لطيف.....							
22	اشعر أن الآخرين يحبوني كثيرا.							
23	اخشي أن اشعر بالحماسة عند مواجهة الآخرين.....							
24	اشعر أنني شخص مقبول من الآخرين.....							
25	أصدقائي يقدروني جيدا.....							

الملحق (7)

يوضح الخصائص السكومترية (الصدق ، الثبات) للدراسة الحالية

1- الصدق الظاهري للمقياس :

أسماء المحكمين للدراسة الحالية

أ. د . بشير الأمين الشيباني.....جامعة بنغازي قسم علم النفس

أ. د.مفتاح محمد عبد العزيز.....جامعة بنغازي قسم علم النفس

أ. د . أديب الخالدي.....جامعة بنغازي قسم علم النفس

د . عبد الله عريف.....جامعة بنغازي قسم علم النفس

د . لمعان مصطفى الجلالي.....جامعة بنغازي قسم علم النفس

د. د. محمد وهبة سيد عفيفي.....جامعة سرت قسم علم النفس

د. د. الصافي سيد شحاتة.....جامعة سرت قسم علم النفس

د. د. أسامة أبو المعاطي راجح.....جامعة سرت قسم علم النفس

2- صدق الاتساق الداخلي :

أ- يوضح معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس ككل قبل الحذف : (ن=25)

الارتباط	م	الارتباط	م
.428	16	-. 117	1
.151	17	.082	2
.234	18	.092	3
.081	19	.376	4
-.077	20	.482	5
.334	21	.365	6
.439	22	.483	7
.428	23	-. 155	8
.088	24	.075	9
.405	25	.352	10
		.245	11
		.549	12
		.446	13
		.350	14
		.412	15

عند مستوى دلالة إحصائية 0.05

ب- يوضح معامل ارتباط كل مفردة بالدرجة الكلية للمقياس ككل بعد الحذف (ن=22)

الارتباط	م	الارتباط	م
.380	16	.169	2
.157	17	.146	3
.251	18	.351	4
.136	19	.475	5
.373	21	.275	6
.542	22	.545	7
.415	23	.152	9
.203	24	.364	10
.405	25	.334	11
		.594	12
		.453	13
		.285	14
		.310	15

عند مستوى دلالة إحصائية 0.05

ملحق (8) نموذج من مقابلات العلاج المتمركز حول العميل.

المقابلة الأولى:

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.

المفحوص: يرد التحية.

الباحث: في البداية أود أن اعرف بنفسي ، أنا طالب بجامعة بنغازي ، وأقوم بتطبيق بحث علمي تحت عنوان (فاعلية العلاج المتمركز حول العميل في تحسين تقدير الذات لدى بعض حالات الإدمان) ، لذلك أنا هنا لدراسة بعض الحالات وتطبيق هذا البرنامج عليهم ، وأنا سأكون مسئول عن خطة العلاج وأنت ستكون مسئول عن تطبيق الخطة.

المفحوص: يقاطع الباحث ، بارك الله فيك يا أستاذ لقبولك لي في هذه الدراسة، وأنا من مدينة طرابلس وجئت لهذه المصحة بغرض العلاج ، وكانت إقامتي في دولة (مالطا) ، وحاولت أن أتعالج في مالطا من الإدمان ولكن دون جدوا ، حيث إن ثقافة المجتمع هناك تختلف عن ثقافتنا في اللغة والاختلاط بين الجنسين داخل المصحة وغيرها ، كما إن كل همهم جني الأموال ولا يهتمهم مدى تقدم المريض في العلاج.

الباحث : اتمنا أن تستفيد من هذا البرنامج وان يساعدك في التغلب على مشكلتك.

الباحث : أريدك أن تحكي لي عن خبرة الإدمان ، وكيف بدئت في التعاطي؟

المفحوص: في بديهة حياة أي في مرحلة الطفولة ممررة بحياة صعبة ، حيث كنت في مرحلة الطفولة نشط جدا وذكي جدا ، وكانت ولدت عصبية كثيرا ، وكانت والدتي تعاقبني دائما ،

مما اضطرني إلي ترك المنزل في سن مبكرة حيث تركت المنزل واشتغلت في سن مبكرة ، حيث اشتغلت في احد الفنادق في سن الثامنة عشر ، واعتقد إن معاقبة ولدتي لي في سن مبكرة وبكثرة هي السبب الرئيسي في اتجاهي لتعاطي المخدرات ، حيث اتجهت للتدخين وأنا في عمر خمسة عشر سنة ، وكان والدي كثير السفر بحكم طبيعة عملة حيث كان والدي ضابط بالجيش وكنا دائمي التنقل .

الباحث : هل افهم من كلامك انك تعودت على العقاب من والدتك في سن مبكرة ؟

المفحوص: بالضبط والدتي هي من جعلتني اتجه للتدخين ، حيث تعودت على العقاب لدرجة إنني أصبحت أخالف او مرها لكي تعقبي .

الباحث : هل افهم من كلامك انك ثرة على نمط تربيتهك باتجاهك للتدخين؟

المفحوص : بالضبط ، وأصبحت كلما أتعرض للعقاب ، أصبح أكثر عناد واعمل الشيء غير المرغوب.

المفحوص : وعندما دخلت إلي المرحلة الإعدادية كانت أصعب مرحلة في حياتي ، حيث كنت كثير الهروب من المدرسة ، وفيها بدئت بالتدخين، وتعرفت على رفاق السوء وكنا نذهب إلي المحلات التجارية ونقوم بسرقة الأشياء بشكل تدريجي ومن هنا بدئت المشكلة تكبر أكثر وأكثر.

الباحث : سنتكلم عن هذه المواضيع في الجلسات القادمة ، ولكن الآن أود أن أوضح لك بان العلاج النفسي الذي سوف اتبعه معك فهو يسمى (العلاج المتمركز حول العميل) والعميل هو الفرد الذي تتمركز حوله عملية العلاج والإرشاد .. ويدرك حاجته للعلاج ويأتي هو للعلاج ، ويكون لديه عناصر قوة ، وقدرة على تقرير مصيره بنفسه وتحديد فلسفة حياته ، وعلى استعداد لتحمل مسؤولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج، أما بالنسبة لخطة العلاج فسيكون الهدف منها تحويل نقاط الضعف في العميل إلي مصادر قوة ، وتحويل خبراته إلي خبرات معلمه ، وتعليمه طريقة حل مشكلات الحياة بصفة عامة ، كما أود أن اطمأنك بأنك لست الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة ، كما إن الشخص القوي هو الذي يواجه مشكلته مواجهة علمية واقعية . وان يواجهها ولا يهرب منها ويتجاهلها، ويطلب

المساعدة في حلها وان مفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة وان يعرف مشكلاته ويحددها ويدرسها ويفسرها ويضبطها ويحولها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر هو عليها ، كما أشجعك على ألا تتردد في ذكر شيء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط تاركا العنان بحرية لأفكارك واتجاهاتك ورغباتك وأحاسيسك وخبراتك تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها ، دون تحفظ مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو مؤلمة ، كما أوكد لك على السرية التامة لكل البيانات والمعلومات ، وان كل ما تقوله سيجد عناية واهتمام.

المقابلة الثانية

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.

المفحوص : رد التحية وتقديم الواجب المنزلي.

الباحث : تكمل المقابلة ... أرى بأنك تعرضه للنبذ من المجتمع حسب ما ذكرت في احد عبارات الواجب المنزلي .

المفحوص : نعم ، اغلب أقاربي أصبحوا يبتعدون عني بعد أن عرفوا إني مدمن هيروين ، فاذكر احد الموقف الذي تعرضت فيه للنبذ كان في عرس ، حيث تم دعوتي لعرس احد أقاربي وذهبت له بسبب ضغط والدي ، فذهبت وعندما قدموا الوجبة لاحظت إن اغلب الشباب يبتعدون عني ولا يرغبون في الأكل معي ، ومن هنا تولدت لدي الرغبة في ترك هذا المجتمع والرحيل عنه .

كما أن رفاقي وأبناء جيراني أصبحوا يبتذونني ، وأهلي فقدوا الأمل في ، حيث كانوا يخلون من تصرفاتي ، ففي احد الموقف الذي أتذكركه جيدا ، أن صديق أخي وكان ضابطا في جهاز مكافحة المخدرات اتصل بأخي وطلب منه المجيء ليخرجني من السجن بعد أن تم القبض على ، غير إن أخي رفض ذلك وكأنه لا يعرفني .

الباحث : هل افهم من كلامك انك تعرضت للسجن؟

المفحوص : نعم ، فلقد تم الإمساك بي من قبل جهاز المكافحة في سنة 1997 ف ، أو ما يسمى بحملة تاجوراء ، حيث تم سجنني داخل سجن تاجوراء ، وهي قصة طويلة ، حيث كانت الدولة ترغب في علاجنا من الإدمان غير إن الطريقة لم تكن صحيحة ، بل على العكس ، زادة من الإصرار على التعاطي أكثر وأكثر ، فلقد تم تجميع اكبر عدد من المتعاطين داخل هذا السجن وكان السجناء يتعرضون يوميا للعقاب دون رحمة او شفقة ، فلم تكن هذه هي الطريقة الصحيحة للعلاج ، بل على العكس من ذلك زادة رغبت الموجودين في السجن لتعاطي أكثر وأكثر .

الباحث : كيف تم القبض عليك؟

المفحوص: هي قصة طويلة فلقد تم القبض على عن طريق احد الأشخاص الذين كنت اتعاطى معهم ، فا في بعض الأحيان كنا نتعاطى في شكل جماعي داخل أروقت احد الفنادق ، فعندما اصبحت غير قادر على دفع ثمن المخدر كنت اذهب لاحد اصدقاء لاتعاطى معه ، وكان هذا الشخص يتعاطي مع مجموعة تتكون من بنتان وشبان وكانوا يتعاطون في أروقت احد الفنادق ، وعندما تم القبض على احد أفراد هذه المجموعة قام بذكر أسماء وعناوين باقي المجموعة وتم القبض على المجموعة بالكامل .

وتم وضعنا في السجن ، وزادة معرفتي بمجموعات آخرة داخل السجن غير المجموعة التي كنت اتعاطى معها .

الباحث : كيف كنت تحصل على ثمن المخدر؟

المفحوص : كنت اعمل ، وأحيانا كنت احصل على الثمن من والدي .

الباحث : هل تقصد أن والدك كان يعرف أنك ستشتري بهن مخدرات ؟

المفحوص : لا ، فلقد كان ذلك في بداية تعاطي للمخدرات وكان والدي لا يعرف .

الباحث : هل تقصد انه كان لولدك يد في عملية تعاطيك للمخدرات بسبب انعدام الرقابة عليك؟

المفحوص : ربما ، فلقد اهتم والدي بعملة كثيرا وتركني في مرحلة كنت محتاج فيها إلي شخص يكون في جانبي ، فاذا كنت في سن الثانية عشر ، خرج والدي ووالدتي الي خارج ليبيا في رحلة عمل كان والدي مكلف بها ، وتركني مع عمتي التي كانت تضربني بدون رحمة او شفقة ، وكان لها ابن اكبر مني بسنتين ، كان مشاغب وكان يضربني بكل قسوة وبدون رحمة ، وكنا نخرج سويا وكان يرغمني على فعل أشياء لا ارغب في القيام بها .

الباحث : مثل ماذا؟

المفحوص : لا استطيع ذكرها ...

الباحث : هل افهم من كلامك انك عانيت كثيرا في تلك المرحلة ؟

المفحوص :نعم ، فلقد كنت محتاجا لوالدي ، فلقد تركوني لمدة سنتين ...وانا كنت محتاجهم جدا.

الباحث : ماذا فعلت بعد خروجك من السجن؟

المفحوص : بعد خروجي من السجن قررت ان اترك ليبيا ، وكان الخيار في ذلك الوقت هو الذهاب إلي مالطا ،حيث كان اغلب الشباب في ذلك الوقت يذهبون إلي تلك الدولة لغرض العمل وكان لدي صديق يذهب كثير إلى تلك الدولة حيث اشتغل هناك كثيرا ، وعن طريقة خرجت الي تلك الدولة .

الباحث : ننهي الجلسة عندا هذا الحد ونكمل في الجلسة القادمة.

المقابلة الثالثة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص : رد التحية ، وتقديم الواجب المنزلي .

الباحث : توقنا الجلسة السابقة عند ذهابك إلي مالطا .

المفحوص : نعم ، أتذكر ذلك جيد ، فلقد ذهبت إلي مالطا معا صديقي ، حيث قررت الذهاب والابتعاد عن الوسط ، بعد وصولي إلي هناك اشتغلت وتمكنت من توفير مبلغ مالي لا بأس به حيث تمكنت شراء معدات اشتغلت في مجال البناء (بناء المنازل) ، كما استطعت طول تلك الفترة الابتعاد عن المخدرات ، وتعرفت على أناس ذات خلق حسن ، وتعرفت على عائلة في مالطا ، كانت عائلة محترمة ، وكانت لديهم فتاة وحيدة تعمل مدرسة في مدرسة ابتدائية ، وكان ولدها شخص محترم ولديه شهادة دكتوراه في مجال الزراعة ، تجاوزت من هذه العائلة وكانوا يحترموني جدا ، وبعد فترة تحسنت حالتي المادية واستطعت استئجار منزلي بمفردي ، كما أنجبت طفلة جميلة جدا وذكية ، وتعرفت على اغلب الجالية الليبية في نكل المنطقة التي كنت أعيش فيها ، وبعد فترة استطعت توفير مبلغ مادي ، وصدفة النقية بشخص صديق لي في احد المقاهي و كان يتعاطى المخدرات ، سلمت عليه بحرارة ، ثم التقيت به مرة أخرى وكان بحوزته مخدرات ، حيث عرض على التعاطي ، ولم استطع كبح تلك الرغبة في التعاطي ، حيث تعاطيت معه تلك الجرعة ، ومنذوا تعاطي تلك الجرعة صرفة كل الأموال التي تحصلت عليها في التعاطي ، ودخلت في الديون ، حيث استلفت مبلغ من احد اصدقائي وصرفته ايضا على التعاطي ، ومن هنا بدائة المعاناه ، حيث اصبح واضحا على عدم الاستقرار النفسي ، في حين كنت شخص متزن مرح اعطي كل وقت لرفاهية اسرتي وزوجتي ، غير ان دخولي في الديون نتيجة التعاطي زاد من عصبيتي ومن كثر خلافاتي مع زوجتي حيث اصبحت طفلتي تلاحظ وجة جديد غير الذي كانت تعرفه ، كما ان زوجتي لاحظت عصبيتي الزائدة ، وحاولت الوقوف الي جانبي ، لكنها انصدمت عندما عرفت بحقيقتي واني مديون لاحد اصدقائي بسبب التعاطي ، حاولت مساعدتي والوقوف بجانبي ، حيث دخلت الي مصحة لعلاج الادمان في مالطا، وقامت بصرف اغلب نقودها في سبيل علاجي ، ولكن دون جدوا ، حيث ان ثقافة المجتمع هناك تختلف عن ثقافة مجتمعنا ، فلا يستطيع المعالج فهم ما اریده بالضبط ، كما كان اغلب التركيز هناك على العلاج الدوائي واهمال دور العلاج النفسي ، الامر الذي افقدني الثقة في العلاج هناك ، واصبحت احس ان جل همهم هو جني المال فقط .

الباحث : هل افهم من كلامك انه لديك الرغبة في العلاج غير ان البيئة لم تساعدك على ذلك؟

المفحوص : بكل تأكيد ، فلا تستطيع تخيل ما حل بي جراء تعاطي للمخدرات في تلك اللحظة ، وخصوصا بعد ان علم اهل زوجتي بحقيقتي ، فلقد خاف جدا ابنتي عليها وعلى ابنتهم ، واصبحوا يبتعدون عني ، وخصوصا ان ابنتي تحبني كثيرا ، كنت مثلها الاعلى ، كنت اعلمها الصلاة ، وكنت اوفر لها أي شئى ترغب فيه كانت تحبني كثيرا .

المفحوص : يتوقف عن الحديث وينهمر بالبكاء.

الباحث : هون عليك ، فان أفهمك جيدا وأحس بالذي تعاني منه.

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل في الجلسة القادمة.

المقابلة الرابعة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.

المفحوص : رد التحية .

الباحث : كيف تشعر اليوم.

المفحوص : أنا سعيد جدا لأنني تقابلت معك فان اشعر برغبة شديدة في حضور الجلسات وانتظر قدومك بفارغ الصبر ، لإحساسي بوجود من يسمعي ويهتم بي ويناقش مشاكلي .

الباحث: نكمل الحديث حيث توقفنا الجلسة السابقة.

المفحوص : نعم ، بعد عدم جدوا العلاج داخل تلك المصحة ، قررت الخروج ، وبعد الخروج قررت السفر الي تركيا لغرض التجارة ، لكي استطيع تسديد الديون الموجودة على ، لكنني لم اكن موفق في تلك الرحلة وتركت فكرة التجارة ، بعد ذلك قررت الرجوع الي ليبيا ، ورجعت الي طرابلس ، وكانت لحظة فراق ابنتي وزوجتي من اصعب لحظات حياتي ، ورجعت لطرابلس وسمعت عن هذه المصحة وقررت المجئى للعلاج .

الباحث : وكيف وجدة العلاج داخل هذه المصحة ؟

المفحوص : بكل صراحة ، ارتحت اكثر داخل هذه المصحة ، وخصوصا بعد مجيئك واشترائي في هذا البرنامج العلاجي ، حيث وجدة من يسمعي ويفهم ويناقش مشاكلي ، بصراحة انا سعيد جدا ، واحس فعلا بانني ستاغلبي على مشكلة الادمان ، فلقد جننت الي هذه المصحة بمحض ارادتي وانا مصمم على ترك التعاطي .

الباحث : هل افهم انه لديك ثقة بنفسك الان ولن ترجع مرة اخرة للتعاطي؟

المفحوص: الثقة الزائدة بالنفس قد تكون هي السبب في الرجوع الي التعاطي فاحيانا ، يعتقد الشخص بانه تعافى ويخرج من المصحة ، ويعتقد بانه اصبح غير مدمن ، وانه لو تعاطي جرعة لن يتعاطى مرة اخرة ، غير انها نظرية خاطئة وبمجرد تعاطية سوف ينتكس ويرجع للادمان من جديد.

الباحث : ذكرت في واجبك المنزلي انك مشتاق للابنتك .

المفحوص : بكل تأكيد ، أتمنى أن أرى ابنتي وأنا إنسان أخرى ، إنسان بدون مخدرات ، اذكر في بعض الأيام عندما كنت في مالطا ، هناك فرق كبير بين الشخص عندما يكون متعاطي ، وعندما يكون غير متعاطي ، فعندا رجوعي للبيت وأنا غير متعاطي ، أحس بابنتي واشعر بوجودها ، وخصوصا عندما تكون زوجتي مشغولة بتحضير الدروس ، فأقوم بالعب معها ، وأقوم بأداء الصلاة وهي معي ، على العكس تماما عندما ارجع إلي البيت وأنا متعاطي ، ارجع للبيت وأتشاجر معا زوجتي ، وأكون أكثر عصبية ، لا أريد لابنتي أن تعيش حياة قاسية كالتي عشتها ، أنا الآن مصمم على ترك التعاطي والرجوع إنسان جديد.

كما إن الشخص المتعاطي عندما يتعاطى ، لا يتوقف عندا التعاطي فقط بل يقوم بعمل منكرات أخرة.

الباحث : هل نقصد إن التعاطي هو الذي يفسد حياة الإنسان؟

المفحوص : بكل تأكيد ، تعاطي المخدرات يجعلك تصاحب رفاق السوء ، ويجعلك شخص منبوذ غير محبوب في الوسط الذي تعيش فيه ، حتى الأشخاص المحيطين بنا بمجرد ما يشعرون بان الشخص يتعاطى ، يبتعدون عنك وينبذونك.
الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل في الجلسة القادمة.

المقابلة الخامسة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.
المفحوص : رد التحية وتقديم الواجب المنزلي.
الباحث: كيف تشعر.

المفحوص : اشعر براحة نفسية بعد المقابلات ، والمناقشة التي تحدثت بينها.

الباحث : توقفنا للمقابلة السابقة عند اضرار التعاطي وكيف تفسد المخدرات حياة الانسان.

المفحوص: نعم ، اذكر ذلك جيدا ، اضرار المخدرات لا تعد ولا تحصى ، اشعر بانني دون البشر اشعر بان الاخرين يتمتعون بحياتهم افضل مني ، انظر الي الناس وهم يخرجون ويتفحسون مع عائلاتهم ، وان اخرج سعيا للحصول على الجرعة ، واحيانا لقوم ببيع اشياء خاصة بزوجتي من اجل الحصول على الجرعة .

الباحث : هل تحس بهذا الشعور منذو الصغر ، او بعد دخولك في التعاطي؟

المفحوص : على العكس انا لم اكن هاكذا على الاطلاق ، بعد دخولي في التعاطي دخلت الي عالم الاجرام ، وتكونت لدى شخصية اخرة شخصية شيطانية .

الباحث: واين ذهبت شخصيتك الطيبة ؟

المفحوص : شخصيتي الطيبة موجودة وهي مدفونه في داخلي ، استطيع ان امثلها بالضمير الحسن ، ولكن كل مره اتعاطى فيها المخدرات تزداد المشاكل وتختفي شخصيتي الطيبة المحبوبة عند الناس ، اريد ن اترك التعاطي من اجل هذه الشخصية الطيبة ، اريد ان ارجع محبوب لدى اسرتي واصدقائي من جديد.

الباحث: كيف تريد ان تكون محبوبا لديهم ، وان ترا بانهم هم من اوصلك لذلك من خلال تربيتهم الخاطئة لك؟

المفحوص: نعم والدي كان بعيدا عني ولا يحاورني ولم يكن قريبا مني ، ولو لم يكن والدي كذلك لما وصلت لهذه الحالة.

الباحث: هل تقصد بان والدك كان بعيدا عنك لانه كان لا يحبك؟

المفحوص: لا ، لا اعتقد ذلك ولكن اعتقد بان والدي لم يتحصل على تربية من هذا النوع لكي يربيني عليها ، كما اعتقد بان والدتي كانت تعاقبني بكل هذه القسوة نتيجة حرصها الشديد على ، وانا احاول بقدر المستطاع ان اربي ابنائي بعكس التربية التي تحصلت عليها ، احاول ان اعطي كل وقتي لابنائي ، سوف اربيهم على الحوار وان اكون قريبا منهم وانا نقاش مشاكلهم معهم.

الباحث : نتوقف عندا هذا الحد ونكمل المقابلة القادمة.

المقابلة السادسة

الباحث: الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.

المفحوص: رد التحية وتسليم الواجب المنزلي.

الباحث : ذكرت لي المقابلة السابقة انك تعاني من بعض المشاكل؟

المفحوص : نعم ، اعتقد ان المشاكل التي امر بها ترجع للجهل والبيئة التي اعيش فيها ، ونقص التربية .

الباحث : هل افهم منك بان المشكلة في المجتمع وليست فيك؟

المفحوص : اعتقد بان جزء من المشكلة ترجع لي ، والجزء الاخر ترجع للمجتمع الذي اعيش فيه ، فانا انسان عصبي ، واخذة هذه العصبية من والدتي التي كانت تعاقبني بقسوة وبدون رحمة ، ولكن وصلت الي فهم السبب بان والدتي كانت تعاقبني خوفا على وحرصا منها علي ، وليست لانها لا تحبني ، كذلك المجتمع ، واول مثال لذلك المدرسة ، فلم اشعر بالتقدير والحب في المدرسة على الاطلاق ، وعلى سبيل المثال كيف يعطى مدرس الحب والتقدير للطلاب وهو لم يتربا على ذلك اصلا ، كيف يعامل الطالب باحترام وهو اصلا غير محترم ، وهو لم يتربا على ذلك فكيف يربي الطلاب علي ذلك ؟

فالجيل الحالي ، أي جيل الثمانيات ، لو سألته عن معاملة المجتمع له ، سيذكر بانه تعرض لنفس هذه المعاملة ان لم اشعر بالحب والحنان في صغري ، اعرف بان والدتي تحبني ولكن لم اشعر بذلك في صغري ، عشت في مجتمع متخلف ، وكلما تعرضت الان لنفس المعاملة التي كنت اتعرض لها في صغري اوجهها بعصبية وتصبح لدي رغبة في التعاطي ، ولو كانت تربيتي غير ذلك ، أي تربية حسنة ، لما توجهت للتعاطي والمخدرات .

الباحث : ومتى اكتشفت ذلك ؟

المفحوص : اكتشفت ذلك الان من خلال مناقشتي معك ، كما اني متأكد ان مشاكلي التي امر بها ناتجة من خلال اسلوب التربية التي مررت بها ، فالجهل مصيبة ، واسلوب المعاملة التي كنا نمر بها كانت سيئة جدا ، فاذكر احد المواقف في صغري في المدرسة ، كان المدرسين يفضلون بعض الطلبة على البعض الاخرى ، كما ان المدرسة التي درسة فيها كانت في مكان اغلب الطلبة فيها ينحدرون من اسرى حالتهم المادية حسنة ، وانا اعتقد بان هذا هو السبب الذي جعلني اترك الدراسة ، لاني لم استطع استكمال ذلك.

الباحث: هل تعرضت لمواقف مهينة في المدرسة ؟

المفحوص: بالتأكيد لم اشعر يوما بانني طالب ، كانت المعاقبة بشكل يومي ولم اشعر بالحب والتقدير يوما في تلك المدرسة ، اعتقد بان تلك المعاملة الجاهلة هي سبب مشاكلي الان .

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل المقابلة التالية .

المقابلة السابعة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص : رد التحية وتقديم الواجب المنزلي .

الباحث: ذكرت في الواجب المنزلي السابق بان المجتمع هو السبب في كل مشاكلك.

المفحوص : نعم ، مجتمعنا متخلف ، مثل ما هو موجود هنا في مدينة بنغازي ، هناك بعض الاحياء الجيدة ، والاحياء السيئة ، كذلك مجتمعنا لو كنت في مجتمع اخرى غير هذا المجتمع لما كنت كذلك.

الباحث : هل افهم بانك استطعت اكتشاف هذه الامور الان؟

المفحوص : نعم ، اشعر من خلال المقابلات معك ، اشعر بانى شخصيتي الطيبة الحسنة بدئة تظهر شيئا فشيئا ، اعتقد بانى استخدم اسلوب حسن عند المقابلة معك ، والان شعرت بالاحترام والتقدير .

الباحث : هل تقصد بانك استطعت اكتشاف ، انك تربية تربيته سيئة ، وان المشاكل التى تمر بها الان هي نتيجة التربية ؟

المفحوص : بالتأكيد ، اشعر بان شخصيتي الحسنة بدأت تظهر ، اشعر الان بالامان ، اشعر بانى سانتصر على مشاكل ، اشعر بالاحترام المتبادل .

الباحث : كيف تفكر في التعامل مع الناس بعد خروجك من المصحة ؟

المفحوص : اعتقد بان التعامل مع الناس المشبوهة امر سيئ ، ولذلك قررة عدم التعامل مع أي شخص له علاقة بالمخدرات ، قررة الابتعاد عن الاماكن التى تذكرني بالتعاطي ، وكذلك الاشخاص الذين كنت اتعاطى معهم ، قررة الابتعاد عنهم وعدم التعامل معهم ابدا.

الباحث : نتوقف عندا هذا الحد ، واطلب منك مراجعة محتوى هذه المقابلة والمقابلات السابقة مع نفسك ، كما اريد منك اثناء كتابة الواجب المنزلي ان تكتب الامور التي استطعت اکتسابها خلال المقابلات السابقة .

المقابلة الثامنة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص : رد التحية وتقديم الواجب المنزلي.

الباحث: اشكرك على المواظبة على حضور الجلسات ، وعلى اهتمامك باداء الواجب المنزلي .

المفحوص: اشعر بارتياح كبير من خلال حديثي معك كما استطعت ان اكتب اشياء في الواجب المنزل لم اذكرها لاحد من قبل ، واحسست بارتياح كبير بعد ذكر هذه الاشياء لك.

الباحث : لاحظت من خلال الواجبات المنزلية ، انك ذكرت اكثر من مرة بان والدتك تجوزة والدك في سن مبكرة وان هذا الشيء هو السبب في نقص التربية الذي مررت به.

المفحوص : نعم . صغر والدتي ، وكذلك جهل المجتمع الذي نشئت فيه هو سبب مشاكلي ، اما الان ، اشعر بانني استطيت ان اتحكم في نفسي واستطيع ان اوجه نفسي لاني استطعت ان اصل الي معرفة اماكن الضعف والنقص في شخصيتي هل تعرف يا استاذ ؟

انا اشعر بسعادة ، لاني اصبحت ادرك اشياء لم اكن احسب ها في السابق .

الباحث : اشياء مثل ماذا؟

المفحوص: مثل التعامل مع الناس واماكن الضعف في شخصيتي ، وهي اشياء موجودة في عقلي ولكن من خلال الحديث معك استطعت ان افهمها اكثر واكثر ، لاني لم اكن اعيرها أي اهتمام من قبل ، اما الان فاشعر بانني استطعت ان اكتشف اشياء جديدة هي موجودة لدى ولكن لم اعرها أي اهتمام في السابق ، على سبيل المثال ان الاشخاص والرفاق الذين ارافقهم ، لهم دور كبير في حياتك ، فلو كان هؤلاء الناس ذوي سلوك حسن لاصبح الشخص حسن ولو كانوا غير ذلك ، اي ذوي سلوك سيئ مثل جماعة التعاطي فان الشخص سيكون سيئ جدا ولن يحظى بالتقدير في المجتمع الذي يعيش فيه وخصوصا في مجتمعنا الليبي ، واذكر في موقف ان احد اصدقائي ذوي السلوك الحسن بدء بابتعد عني بعد ان شاهدني مع شخص يسكن بالقرب من منزلنا كان يتعاطى المخدرات.... اعتقد اني بداءت اسيطر على نفسي واني لن ارجع الي التعاطي مرة اخرة ، ساترك جميع المعاصي ، وساعامل الناس بشكل حسن .

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل في المقابلة التالية .

المقابلة التاسعة

الباحث: الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص: رد التحية وتقديم الواجب المنزلي.

الباحث : كيف حالك اليوم .

المفحوص: الحمد لله ، اشعر بانني اتحسن ، واني كل يوم اكتشف شئ جديد واني أصبحت اكثر قدرة على فهم نفسي وفهم ما يتوجب علي فعلة لكي اتخلص من مشاكلتي ، وأصبحت اكثر قدرة على فهم ما احتاجة بالضبط ، فعلى سبيل المثال انني كنت انسان عصبي جدا ، وتكلمت معك عن هذا الموضوع في المقابلات السابقة ، أما الآن فلقد توصلت الي ان الشخص يجب ان يكون متزن ولا يكون عصبي في جميع المواقف ، فعلى سبيل المثال لو

حدث سوء تفاهم بينك وبين شخص آخرى ، لا يجب ان ننفل ، ولكن يجب ان نوضح لهذا الشخص الغلط الذي ارتكبه ، كما ان العصبية لا تأتي بنتيجة على الإطلاق.

الباحث : وهل كنت مجبوراً على ان تكون عصبي وتتصرف بعصبية ؟

المفحوص : لا ، ولكن هناك بعض الناس تفرض عليك ان تتصرف معه بنفس الأسلوب ، اما الشخص المحترم فيفرض عليك الاحترام وان تعامله باحترام وتقدير ، فمن خلال خبرتي في مجال التعاطي وتعاملي مع المدمنين اكتشفت هذه الأشياء ، ولكن انا لا أعاقب الشخص بشكل مباشر ولكن اوضح لشخص ما هو خطئه الذي ارتكبه ، فعلى سبيل المثال اكره النظرة الدونية التي ينظر بها الناس لبعض الاشخاص ، ولعل هذا السبب الذي جعلني اقرر ترك المخدرات والإقلاع عنها ، لا اريد للناس ان تنظر لي باني شخص اقل او دون باقي الناس ، اريد ان اكون إنسان مثل باقي الناس ، محترم طاهر خالي من الرذائل والمنكرات .

الباحث: هل تريد القول بان مواضع الخطأ قد تكون راجعة لتصرفاتك وليس لتصرفات الناس المحيطة بيك؟

المفحوص: أكيد ، فأبدت فعلاً أصحح من أوضاعي وافهم الأمور بصورة طبيعية ، وحتى قبل أن أتعامل مع أي شخص بعصبية ، بدأت افهم الأمور بتروى ، وفعلاً وجدت ان هناك أشياء كثيرة كنت انفعل من اجلها وهي في الواقع لا تحتاج إلي كل هذا الانفعال ، وأريدك أيضاً ان توجه لي بعض النصائح للاستفادة.

الباحث : اكتشافك لمشاكلك بنفسك أكثر جدوى ، لأنك أنت أكثر معرفة بنفسك ويمكن ل كان تتعرف على مشاكلك بنفسك وتحاول إصلاحها ، وإنا هنا في المقابلات استمع لكل مشاعرك وأحاسيسك وأشارك وجدانيا وأحاول فهمك فهما صادقا .

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة

الباحث : الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص: رد التحية وتقديم الواجب المنزلي .

الباحث : لاحظت من خلال الواجبات المنزلية بأنك تشعر بالتحسن ، وانك قررت التوقف عن التعاطي إلي الأبد.

المفحوص: الحمد لله ، فانا كما ذكرت في الواجبات بدأت اشعر بانني إنسان جديد وبصراحة كم أتمنى ان الجلسات معك لا تنتهي لأنني استفدت منها كثيرا ، ولاحظت تغير كبير في سلوكي ، حيث ان معاملتي مع الناس تغيرت ، أصبحت أكثر ثقة في نفسي عندما تحدث ، أصبحت اشعر بان الناس بدأت تحترمني وتقدرني أكثر ، فالمقابلات التي تجريها معي تشعرنني بالاهتمام والتقدير وتشعرنني بان المجتمع يحس بهذه الفئة ويريد مساعدتها .

الباحث : هل لديك صعوبات او مشاكل تريد مناقشتها؟

المفحوص: تعلمت الكثير واكتشفت نفسي وبدأت أتعامل مع باقي مشاكلي بنفسي ، فعلى سبيل المثال أمس أجريت اتصال هاتفي مع والدي ووالدتي ، هم فرحين جدا بدخولي للمصحة ، وطلب العلاج، شعرت بالاحترام من خلال كلامهم لي ، وحتى والدي طلب مني المجيء للسكن معه بعد خروجي من المصحة ، فهو يمتلك منزل له دور ثاني ، حيث قام بصيانته لكي اسكن فيه ، وطلب مني جلب زوجتي وابنتي ، شعرت بفرحة عارمة وسعادة كبيرة .

الباحث: أريد أن أذكرك بالتقرير الشخصي الذي طلبته منك كتابته تجاه المقابلات والباحث.

المفحوص : بالتأكيد ، فان يوميا بعد نهاية كل جلسة أقوم بكتابة انطباعي الشخصي عنها .

الباحث : أريدك أن تحضر هذا التقرير خلال الجلستين التاليتين ... نتوقف عند هذا الحد ونكمل المقابلة التالية.

المقابلة الحادية عشر

الباحث: الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته.

المفحوص: رد التحية وتقديم الواجب المنزلي.

الباحث : أشكرك على مواظبتك وحضورك للجلسات وعلى أدائك الواجب المنزلي .

المفحوص: أنا أحب الكتابة كثيرا ، وكل الكلام إلي كتبتك لك في الواجبات هو كلام حصل معي ومررت به ، ولكن هناك بعض الخبرات السيئة التي مررت بها لا أريدها أن تتكرر معي .

الباحث : مثل ماذا؟

المفحوص : مثل التعاطي ورفاق التعاطي ، كرهة كل هذه الأشياء وكرهت رفاق السوء لا أريد تذكر هؤلاء الأشخاص والأماكن التي نتعاطى فيها كرهتا كليا ولا أريد حتى أن أتذكرها .

الباحث : ولا تريد الاستفادة من تلك الخبرات؟

المفحوص : على العكس فلقد استفدت كثيرا من هذه الخبرات ، فلقد فهمت أساليب تعامل هؤلاء الأشخاص ، فبمجرد رؤيتي لشخص واقف في الشارع استطعت ان اعرف هل هو متعاطي او لا الآن لا أريد أن أرى هذه الأشكال على الإطلاق و لا أريد التعرف عليهم ، أريد ان ارجع إنسان نظيف خالي من الأفكار الخبيثة ، خصوصا وان والدي بداء يقدرني ويحبني وطلب مني المجيء للعيش معه ، فانا لا أريد أن أضيع هذه الفرصة ، ولا أريد لابنتي أن تعيش حياة كئيبة ، ولا أريد لزوجتي أن تفقد ثقته في ، أريد أن أصلي أوقاتي الخمس في المسجد، وان البس لباس نظيف وارجع إنسان محترم من جديد.

الباحث : طلبت منك المقابلة السابقة كتابة تقرير .

المفحوص : نعم ، هذا هو التقرير ، واري دان أشكرك يا أستاذ على الجهد الذي بذلته معي وعلى اهتمامك واحترامك وتقديرك لي .

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ونكمل المقابلة القادمة.

المقابلة الثانية عشر

الباحث :الترحيب بالمفحوص والاطمئنان على صحته .

المفحوص : رد التحية .

الباحث : كيف حالك ؟

المفحوص : الحمد لله ، اشعر بتحسن كل يوم ، واشعر بانني أريد الخروج ومواجهة العالم الخارجي ، أريد أن يرى الناس هذا الشخص الجديد الخالي من المخدرات أريد أن ابتعد عن التعاطي البغيض ، وكذلك توصلت إلي انه لا يوجد أفضل من الصبر لكي يتجاوز الشخص مشاكله وكذلك لا يوجد أفضل من الكلمة الطيبة في المعاملة مع الناس.

الباحث : تبدو عليك السعادة اليوم.

المفحوص : نعم ، قبل دخولي المقابلة كنت أقوم بمكالمة هاتفية مع أسرتي.

الباحث : في احد الواجبات قرأت بأنك تريد تربية أبنائك تربية صحيحة.

المفحوص : نعم ، نحن لدينا شيء عظيم وهو الدين الإسلامي ، أريد أن اربي أبنائي تربية دينية، خالية من الأخطاء التي مررت بهن في طفولتي ، لاحظت أن هناك تقصير من أولياء الأمور في تربية الأطفال في مجتمعنا الليبي ، كما أن للام دور كبير في تربية الأطفال ، أي أن هناك بعض الأشياء لا تأتي من الأب ولكن تأتي من الأم ، لا انك راني ارتكبت بعض الأخطاء في تربية طفلي ، ولكن اكتشفت هذه الأخطاء الآن وأريد أن أصلحها بمجرد خروجي من المصححة .

الباحث : أخطاء مثل ماذا؟

المفحوص : اعتقد بان ابنتي تعلمت مني التصرف بعصبية عندما مواجهة الأمور ، ولكن اعتقد بانني اكتشفت هذه الأشياء مبكرا ، وبمجرد خروجي سأغير أسلوب معاملي وتربيتي لطفلي .

الباحث : نتوقف عند هذا الحد ، واو دان أذكرك بان المقابلتان القادمتان هما مقابلات ختام البرنامج ، اللتان سنقوم من خلالهما بمراجعة جميع المقابلات السابقة ، أشكرك على انتظامك في الجلسات السابقة ، و أتمنى لك التوفيق.

تقرير شخصي لنفس الحالة بعد قياس المتابعة:

المفحوص: بصراحة لا أستطيع أن اصف شعوري ، الحمد لله فلقد استطعت أن أتوقف عن التعاطي حتى لا أريد أن أتحدث عنها ، اشعر بان حياتي تغيرت كثيرا عن ما كانت عليه ، مررت بظروف صعبة بعد خروجي من المصحة ، ضعفت كثير وكنت على وشك التعاطي ولكن والله الحمد استطعت أن أسيطر على نفسي وان أتغلب على رغبتني ، كذلك مساعدة أهلي لي ووقفهم إلي جانبي ساعدني كثيرا ، فلقد أحاطوني بالعطف ، ورجعت للعيش معهم في نفس المنزل ، كذلك تمكنت من الحصول على عمل جديد استطعت من خلاله ملئ وقت فراغي أنا الآن مرتاح جدا ، ولا أفكر أبدا في التعاطي ، ولا أريد حتى الحديث عنها ، أشكرك لوقوفك بجانبني ، و أتمنى لك كل التوفيق أستاذي الفاضل.

ملحق (9) نتائج اختبار ويلكسون ليكسون للفرض الأول.

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
التطبيق البعدي تجريبية- التطبيق القبلي Negative Ranks	8 ^a	4.50	36.00
التطبيق البعدي < التطبيق القبلي Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
Ties	0 ^c		
Total	8		

- a. التطبيق البعدي > التطبيق القبلي
b. التطبيق البعدي < التطبيق القبلي
c. التطبيق البعدي = التطبيق القبلي

Test Statistics^b

	التطبيق البعدي -التطبيق القبلي
Z	-2.524 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

- a. Based on positive ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
القبلي تجريبية	8	65.00	75.00	70.8750	3.5229
البعدي تجريبية	8	43.00	54.00	48.8750	3.4408
Valid N(listwise)	8				

ملحق (10) نتائج اختبار ويلكسون للفرض الثاني.

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
التطبيق البعدي ضابطة- التطبيق البعدي تجريبية	0 ^a	.00	.00
Negative Ranks			
Positive Ranks	8 ^b	4.50	36.00
Ties	0 ^c		
Total	8		

- a. البعدي ضابطة > البعدي تجريبية
b. البعدي ضابطة < البعدي تجريبية
c. البعدي تجريبية = البعدي ضابطة

Test Statistics^b

	البعدي ضابطة -البعدي تجريبية
Z	-2.524 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012

- a. Based on positive ranks.
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
البعدي تجريبية	8	43.00	54.00	48.8750	3.4408
البعدي ضابطة	8	65.00	75.00	70.6250	2.9731
Valid N(listwise)	8				

ملحق (11) نتائج اختبار ويلكسون للفرض الثاني.

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
التطبيق البعديضابطة- التطبيق القبلي ضابطة	Negative Ranks	3 ^a	6.00	18.00
	Positive Ranks	5 ^b	3.60	18.00
	Ties	0 ^c		
	Total	8		

- a. البعدي ضابطة>القبلي تضابطة
b. البعدي ضابطة<القبلي ضابطة
c. القبلي ضابطة = البعدي ضابطة

Test Statistics^b

	البعدي ضابطة -القبلي ضابطة
Z	.000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	1.00

- a. Based on positive ranks
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

ملحق (12) نتائج اختبار ويلكسون للفرض الثاني.

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
التطبيق البعدي متابعة- التطبيق البعدي تجريبية	Negative Ranks 4 ^a	4.60	18.4
	Positive Ranks 4 ^b	4.40	17.6
	Ties 0 ^c		
	Total 8		

- a. متابعة تجريبية > البعدي تجريبية
b. متابعة تجريبية < البعدي تجريبية
c. البعدي تجريبية = متابعة تجريبية

Test Statistics^b

	متابعة تجريبية -البعدي تجريبية
Z	-1.203 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.079

- a. Based on positive ranks
b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
البعدي تجريبية	8	43.00	54.00	48.8750	3.4408
متابعة تجريبية	8	44.00	55.00	50.2500	3.3931
Valid N(listwise)	8				

BENHAZI UNIVERSITY

Postgraduate studies

THE FACULTY OF ARTS

EDUCATION & Psychology DEPT

COUNSELING & Psychotherapy GROUP

**THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT PROGRAM
CLIENT-CENTERED THERAPY (CCT) IN IMPROVING
SELF-ESTEEM IN SOME CASES OF ADDICTION**

**A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of
Master of Arts in Education & Psychology**

Prepared by student :

ALMHDE .H .A

SUPERVISED BY:

Prof .dr. Muftah Mohamed Abdul-Aziz

Faculty of Arts – Benghazi University

Date of the Discussion

.....

ABSTRACT:

The aim of the current study is to determine to what extent, the treatment program Client-Centered Therapy, is effective enough for improving self-esteem in some cases of addiction , and to follow up the continuity the treatment programs effectiveness among research specimen members, after two months have elapsed from the date of implementing the program.

The society of the study consisted of the 34 addicted persons hospitalized in AL- Iradah Hospital located in Benghazi city, who were between 31-46 years of age, during the period from 20.3.2012 to 05.05.2012.

The researcher has specifically selected persons who suffered low self-esteem, who were equally divided into two groups, 16 members each.

Hypotheses of the study:

1- there are statistical function differences between averages, degrees of the experimental group between the before and after tow measurements on self-esteem measurement, tilted in favor of the after measurement.

2- there are statistical function differences between average degrees of the experimental group (who has undergone the treatment program) and the average degrees of control group (who has not undergone the treatment program) on self-esteem measurement, tilted in favor of experimental group.

3 - there are no statistical function differences between average degrees of the control group between the before and after tow measurements on self-esteem measurement.

4- there are no statistical function differences between average degrees of the experimental group. Who has undergone the treatment program, the after measurement and follow-up measurement on self-esteem measurement after two months have elapsed.

In order to achieve the goals of the study, the researcher used following instruments:

1-Hudson measurement of self-esteem 1994, translation (Magdi. M . Disouki, 2004). This measurement was made by Hudson for the measurement of self-esteem.

2- The Treatment Program Client-Centered Therapy (CCT), made by : Muna . S. Al-Amri (2000).

In which two fact-finding studies were conducted, the first was for the measurement and extraction of psychometric properties represented in truthfulness and steadiness, in which correlative truthfulness and internal consistency were measured, whereas steadiness was measured by Cronbach's alpha coefficient, and it became clear that there were adequate truthfulness and steadiness coefficients can be used.

The second study was about the program, which represented the procedural aspect of the study. For the purpose of examining the program, the researcher submitted it to a group of arbitrators, who amended and reviewed some of its paragraphs according to their own remarks. These remarks have been reviewed during the implementation the fact-finding study.

In order to ensure the adequacy of the program, a fact-finding study was conducted which included 10 addicted persons, who were not members of the main specimen . The self-esteem measurement was used as a before measurement, the program was then presented. The same measurement was used as an after measurement. The findings of the study showed that there were differences between the before and after measurements tilted in favor of the after measurement at the function ($\alpha=0.05$)

The researcher, in the current study, relied on the experimental methodology by using the design of both of the experimental and control groups, the before and after measurements as well as the follow-up measurement. The independent variable was represented in the program whose effect was measured in the specimen of the study by applying the self-esteem measurement.

The researcher has used the doubling method to form both of the experimental and control groups. Doubling was implemented in the following variables (age-marital status-type of the addictive drug-self-esteem). The researcher has also used the statistical method (Wilcoxon) for both of the equivalent specimens.

Most important findings of the current study:

1- there are statistical function differences between the degrees of the experimental group in the before and after measurements on self-esteem measurement at ($\alpha=0.05$) function tilted in favor of the after measurement.

2- there are statistical function differences between the degrees of the experimental group (who has undergone the treatment program) and the degrees of the control group (who has not undergone the treatment program) on self-esteem measurement at ($\alpha=0.05$) function tilted in favor of the experimental group.

3 - there are no statistical function differences between average degrees of the control group between the before and after two measurements on self-esteem measurement.

4- there are no statistical function differences between average degrees of the experimental group, between both of the after and follow up measurements on self-esteem measurement, after two months have elapsed from the implementation of the program.

The study was concluded by submitting a number of recommendations and suggestions that are relevant to the aims and findings of the study.