



جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
كلية الدراسات العليا
كلية التربية

حسم حتم الحسم

فعالية برنامج علاجي نفسي جمعي لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بامدرمان

Effectiveness of a Group Psychotherapeutic
Program to Enhance Self Concept and Psychological
Adjustment of the Drug Users in Alhuda Prison in Om
Dorman

بحث مقدم لنيل درجة دكتوراه في الفلسفة والتربية (التوجيه
والإرشاد)

إشراف الدكتور:
علي فرح أحمد فرح

إعداد
نورالشماس سالم اسرم

1438هـ-2015م



صفحة الموافقة

اسم الباحث : د. نورا بشام شام اسم حسب له

عنوان البحث :

فعالية برنامج التثقيف الصحي لتبني مفهوم الذات والوقاية النفس لكشف الممارسات السليمة الهدى للمدمنات

موافق عليه من قبل :

المستمن الخارجي

الاسم : د. أمل بدرى النور

التوقيع :  التاريخ : ٢٠١٦/٥/١١ م

المستمن الداخلي

الاسم : د. عبد الوهاب محمد عبد الوهاب

التوقيع :  التاريخ : ٢٠١٦/٥/١١ م

المشرف

الاسم : د. علي صرح احمد صرح

التوقيع :  التاريخ : ٢٠١٦/٥/١١ م



الآية

(إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ
وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن
ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ)

صدق الله العظيم

المائدة/ الآية (91)

الإهداء

إلى من تحت قدمها تكمن الجنة، إلى أمي.

إلى من ساندني وآزرني في دربي، إلى روعي الصابرة
إليهم جميعاً أهدي جهدي المتواضع هذا راجية من الله الإطالة
بأعماركم .

الباحثة

الشكر والعرفان

البداية الحمد والشكر لله سبحانه وتعالى الذي أعانني على إتمام بحثي
هذا ، ولولا توفيقه عز وجل لما تحقق من ذلك شيء وبعد يشرفني تقديم
الشكر والعرفان لجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا وخاصةً الدراسات العليا ،
كما لا يفوتني أن أتقدم بالشكر لكلية التربية وهيئة التدريس. كما يسعدني أن

أُتقدم بالشكر والعرفان إلى سعادة الدكتور على فرح احمد فرح المشرف على هذا البحث والذي كان خير معين وخير موجه فجزاه الله عني خيراً.
كما أُتقدم بخالص الشكر والتقدير إلى نزلاء سجن الهدى على تعاونهم ومساعدتهم لي أثناء تطبيق إجراءات البحث .
ولا يفوتني أن أُتقدم بأسمى آيات الشكر والتقدير لوالدتي الحبيبة ، أدام الله عليها الصحة والعافية.
وختاماً أتوجه إلى الله داعياً أن يجعل هذا العمل في ميزان حسناتي خالصاً لله تعالى فإن أصبت فمن الله وإن قصرت فهو مني ، فالكمال لله وحده وحسبي أنني اجتهدت وما توفيقني إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب ، انه نعم المولى ونعم البصير .

الباحثة

مستخلص البحث

هدف البحث إلى معرفة السمة العامة للتوافق النفسي ومفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بأم درمان , و التعرف على أثر برامج العلاج النفسي الجمعي على مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات , كما هدفت إلي معرفة الفروق في المقياسين قبل وبعد تنفيذ البرنامج , وأيضا معرفة ما إذا كانت هنالك فروق في درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي ومفهوم الذات تعزى للمتغير (العمر- والحالة الاجتماعية - والمستوى التعليمي) . وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (60) فرد , تراوحت أعمارهم من (22- 42) عام . ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بنظام المجموعة الواحدة , والأدوات التالية: هي مقياس مفهوم الذات لهارس وبيرس, 1964م و مقياس التوافق النفسي ليهوم بل 1934م, وبرنامج العلاج النفسي الجمعي , من إعداد الباحثة. وقد تم تحليل البيانات بواسطة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ولمعالجة البيانات تم استخدام المعادلات التالية : اختبار بيرسون واختبار (T) لعينة واحدة واختبار تحليل التباين الأحادي و معادلة ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات - إحصاءات وصفية ومنها : النسب المئوية - المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري . وقد توصلت الباحثة للنتائج التالية :

- 1- تتسم مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بانخفاض .
- 2- تتسم سوء التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بالارتفاع .
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي .
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات أبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي .
- 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .
- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي .
- 8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر.
- 9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 10- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المقياس البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي .

Abstract

This research aims at identifying the general characteristics of psychological adjustment and the self concept of the drug users in Alhuda prison on Omdurman, and identifying the effect of a group psychotherapeutic program on the self concept and psychological adjustment of the drug users. It also aims to know the differences in the post tests in the two measures according to: age, social status, and educational. The study was conducted on a sample of (60) subjects, their ages varies from (22- 42). To achieve the research goals the researcher used the experimental method by one group design, and the following tools: the scale of self concept by Harce & Perse , Heo M. Bell scale of adjustment, and the group psychotherapeutic program prepared by the researcher. The data was analyzed by the SPSS program using the Pearson test, T test for one sample one way ANOVA. The results

- 1- Were the level of self concept is low.
- 2- Were the level of psychological adjustment was high in drugs users.
- 3-There were differences in all the dimensions of self concept in research sample before and after implementing the treatment programmer
- 4- There were differences in all the dimensions of psychological adjustment in research sample before and after implementing the treatment programmer .
- 5- There were No statistically significant differences in the post to the dimensions of self-concept among injecting drug measure differences jail guidance due to the variable age
- 6- There were No statistically significant differences in the post to the dimensions of self-concept among injecting drug measure differences prison Huda attributed to marital status.
- 7- There were no statistically significant differences in the post to the dimensions of self-concept among injecting drug measure differences jail guidance due to the variable level of education.
- 8- There are no statistically significant differences in the dimensional scale of the dimensions of psychological adjustment among injecting drug differences jail guidance due to the variable age
- 9- There were No statistically significant differences in the dimensional scale of the dimensions of psychological adjustment among injecting drug Huda prison due to the variable marital status
- 10- No statistically significant differences in the dimensional scale of the-dimensions of psychological adjustment among injecting drug differences jail guidance due to the variable level of education.

فهرس الموضوعات

رقم الصفحة	الموضوع	الرقم
أ	البسمة	1
ب	الافتتاحية	2
ج	الإهداء	3
د	الشكر والعرفان	4
هـ	المستخلص باللغة العربية	5
و	Abstract	6
ز	فهرس الموضوعات	7
ك	فهرس الجداول	8
ل	فهرس الملاحق	9
الفصل الأول : الإطار العام للبحث		
1	المقدمة	10
3	مشكلة البحث وتساؤلاتها	11
3	أهمية البحث	12
5	أهداف البحث	13
6	فرضيات البحث	14
7	حدود البحث	15
7	مصطلحات البحث	16
الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة		
المبحث الأول : العلاج النفسي الجمعي		
11	مفهوم العلاج النفسي	17
12	نبذة تاريخية العلاج النفسي الجماعي	18
13	أبعاد العلاج النفسي	19
18	أنواع العلاج النفسي	20
19	خطوات العلاج النفسي	21
20	مهارات مقابلة المريض أثناء جلسة العلاج النفس	22
23	مفهوم العلاج النفسي الجماعي	23
24	أنواع العلاج النفسي الجماعي	24
25	الأسباب التي دعت لظهور العلاج النفسي الجماعي	25
26	أهداف العلاج النفسي الجماعي	26
28	أساليب العلاج النفسي الجماعي	27
33	نظريات العلاج النفسي الجماعي	28
37	حالات العلاج النفسي الجماعي	29
40	الخطوات التي يقوم عليها العلاج النفسي الجماعي	30
43	المهارات التي يجب توفرها في الجماعة العلاجية	31
45	آثار الجماعة العلاجية	32
45	دور المعالج النفسي في الجماعة العلاجية	33

48	الجماعة العلاجية	34
49	عدد الجلسات العلاجية	35
49	مظاهر تطوير الجماعة العلاجية	36
50	فنيات العلاج النفسي الجماعي	37
51	مميزات العلاج النفسي الجماعي	38
51	الإعدادات العلاج النفسية الجماعي	39
52	العلاج النفسي الجماعي ومرضى التعاطي الدافعية للعلاج	40
53	الدافعية للعلاج	41
53	خطة العلاج النفسي الجماعي لمتعاطي المخدرات	42
54	المراحل المبكرة في العلاج الجماعي	43
55	المراحل اللاحقة في العلاج الجماعي	44
56	العوامل الأساسية لنجاح البرنامج العلاجي	45
57	العلاج النفسي الجماعي الإسلامي	46
62	مزايا العلاج النفسي الجماعي	47
65	عيوب العلاج النفسي الجماعي	48
66	مضاعفات العلاج النفسي الجماعي	49
المبحث الثاني : مفهوم الذات		
67	المقدمة	50
67	تعريف مفهوم الذات	51
68	تكوين مفهوم الذات	52
71	أبعاد مفهوم الذات	53
74	جوانب مفهوم الذات	54
76	معالم الذات	55
78	المصادر التي يبني عليها مفهوم الذات	56
82	أساليب تكوين مفهوم الذات متماسك	57
87	إستراتيجيات تقديم الذات	58
89	دور الذات في تكوين السلوك	59
92	أساليب مواجهة الأحداث المحددة	60
96	العوامل المحددة لمفهوم الذات	61
99	الخصائص المميزة للأشخاص المحققين لذاتهم	62
100	مفهوم الذات لدى الفلاسفة	63
المبحث الرابع : التوافق النفسي		
102	المقدمة	64
102	تعريف التوافق النفسي	65
105	التوافق النفسي	66
105	معايير التوافق النفسي	67
106	العوامل التي تعيق إتمام التوافق النفسي	68
107	التوافق الاجتماعي	69
108	معايير التوافق الاجتماعي	70
109	العوامل التي تعيق التوافق الاجتماعي	71
110	التوافق النفسي الاجتماعي	72

110	أنماط التوافق	73
113	الأسباب المؤثرة على التوافق النفسي الاجتماعي	74
113	التوافق وبعض المصطلحات المرتبطة به	75
115	أبعادا لتوافق	76
118	النظريات المفسرة للتوافق	77
122	المنظور الإسلامي للتوافق	78
المبحث الرابع : المخدرات		
125	مقدمة	79
125	لمحة تاريخية عن المخدرات	80
128	التعريف المخدرات	82
130	مشكلة المخدرات	83
130	حجم مشكلة المخدرات ومدى انتشارها عالمياً	84
131	مفهوم تعاطي المخدرات	85
131	تصنيف المخدرات	86
133	أنواع المخدرات بالتفصيل	87
168	المخدرات ووهم الجنسي	88
169	أسباب تعاطي المخدرات ودوافعه	89
170	النظريات والاتجاهات المفسرة لتعاطي المخدرات	90
174	الخصائص السلوكية والنفسية لشخصية متعاطي المخدرات	91
176	طرق تعاطي المخدرات	92
177	أسباب انتشار المخدرات	93
178	انتشار المخدرات في السودان	94
179	بدايات التعاطي من الناحية العمرية وظروفه	95
181	المتغيرات النفسية والاجتماعية المسؤولة عن تعاطي المخدرات	96
183	المخدرات والجريمة	97
184	حكم تعاطي المخدرات في الإسلام	98
185	طرق العلاج من تعاطي المخدرات	99
186	أهم خطوات العلاج	100

	المبحث الخامس :	
189	الدراسات السابقة	101
197	التعقيب على الدراسات السابقة	102
	الفصل الثالث : منهج الإجراءات الدراسة	
200	المقدمة	103
200	المنهج	104
201	مجتمع البحث	105
202	عينة البحث	106
203	أدوات البحث	107
211	المعالجات الإحصائية	108
211	خطوات إجراءات الدراسة	109
	الفصل الرابع	
213	مقدمة	110
213	عرض وتحليل النتائج	111
220	وتفسير ومناقشة النتائج	112
	الفصل الخامس :الخاتمة	
226	ملخص النتائج	113
226	التوصيات	114
227	المقترحات	115
228	المصادر والمراجع	116
	الملاحق	117

فهرس الجداول

الرقم	موضوع الجدول	الصفحة
1	الجدول رقم (1) يوضح توزيع العينة حسب مستوى العمر	202
2	الجدول رقم (2) يوضح توزيع عينة حسب مستوى التعليم	202
3	الجدول رقم (3) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية	202
4	الجدول رقم (4) يوضح توزيع العينة حسب الولاية	202
5	الجدول رقم (5) يوضح العبارات التي تم تعديل في مقياس مفهوم الذات	204
6	الجدول رقم (6) يوضح معامل ارتباط الدرجة الكلية للمقاييس الفرعية بمقياس مفهوم الذات	204
7	الجدول رقم (7) يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس مفهوم الذات وأبعاده	205
8	الجدول رقم (8) يوضح العبارات التي تم تعديل في مقياس والتوافق النفسي	207
9	الجدول رقم (9) يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقاييس الفرعية بمقياس التوافق النفسي بمجتمع البحث الحالي	208
10	الجدول رقم (10) يوضح نتائج ألفا كرونباخ للمقياس التوافق النفسي وأبعاده	208
11	الجدول رقم (11) يوضح جلسات البرنامج العلاج النفسي الجماعي	210
12	الجدول رقم (12) يوضح تكرار المتوسطات والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد مقياس مفهوم الذات.	213
13	الجدول رقم (13) يوضح تكرار المتوسطات والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بعد من أبعاد مقياس التوافق النفسي	214
14	الجدول رقم (14) اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار القبلي والبعدي للمقياس مفهوم الذات .	214
15	الجدول رقم (15) يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين الاختبار القبلي والبعدي للمقياس التوافق	215
16	الجدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين متوسطين لمتغير العمر في مقياس مفهوم الذات	216
17	الجدول رقم (17) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغير المستوى التعليمي في مقياس مفهوم الذات	216
18	الجدول رقم (18) يبين اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في مقياس التوافق النفسي لمتغير الحالة الاجتماعية	217
19	الجدول رقم (19) يوضح نتائج اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار البعدي لتوافق النفسي لمتغير العمر	218
20	الجدول رقم (20) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغير المستوى التعليمي في مقياس التوافق النفسي	219
21	الجدول رقم (21) يوضح نتائج اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار البعدي لتوافق النفسي لمتغير الحالة الاجتماعية	219

فهرس الملاحق

الرقم	موضوع الملحق
1	ملحق رقم (1) خطاب من الجامعة لإدارة السجون
2	ملحق رقم (2) خطاب من إدارة السجون موجه إلى أكاديمية

	الشرطة العليا	
3	ملحق رقم (3) خطاب من أكاديمية الشرطة العليا موجه لسجن الهدى	
4	ملحق رقم (4) خطاب المحكمين	
5	ملحق رقم (5) أسماء المحكمين	
6	ملحق رقم (6) مقياس مفهوم الذات في صورته الأولية	
7	ملحق رقم (7) مقياس التوافق النفسي في صورته الأولية	
8	ملحق رقم (8) مقياس مفهوم الذات في صورته النهائية	
9	ملحق رقم (9) مقياس التوافق النفسي في صورته النهائية	
10	ملحق رقم (10) البرنامج العلاجي النفسي	

الفصل الأول الإطار العام للبحث

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

مقدمة :

أن إعطاء الفرد لنفسه انطباعاً إيجابياً عن ذاته يجعله يسلك مسلكاً طبيعياً في الحياة ، وبحيا على أثرها حياة هائلة مطمئنة ، وبينما إعطاء الفرد عن نفسه انطباعاً سلبياً يجعله مضطرباً نفسياً، وتكون ثقته بنفسه مزعزعة ، بالتالي فإن انخفاض مفهوم الذات يؤثر بشكل مباشر على التوافق النفسي لدى الفرد، يمثل مفهوم الذات حجر الزاوية في دراسة الشخصية الإنسانية وعنصراً مهماً من عناصر التوجيه النفسي بل يذهب بعض المفكرين إلى انه مفتاح الشخصية السوية والطريق من طرق الوصول إلى النجاح والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني والإبداع . يعد مفهوم الذات الإطار المرجعي الذي من خلاله يستجيب الفرد للعالم الذي يحيط به نظراً للقوة المؤثرة التي يتمتع بها مفهوم الذات على السلوك الإنساني (الرشيدى ، 2008 : 56).

كما يشير الهابط (1983م) إلى أن عجز الفرد عن تحقيق دوافعه وإشباع حاجاته نظراً لضغوط اجتماعية أو عجز عن التنسيق بين هذه الدوافع، أو تم إشباعها بشكل يتنافى مع القيم الاجتماعية ولا ترضي من حوله يؤدي إلى سوء التوافق ويتعرض للاضطرابات نفسية .

ويشير راجح (1985م) إلى أن لسوء التوافق مظاهر متعددة ومختلفة فقد يظهر سوء التوافق في شكل مشكلات سلوكية كالسرقة والنهب وتعاطي المخدرات وغيرها من الاضطرابات السلوكية. فأشار روجرز بأن الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق يلجأون لتعبير عن بعض الجوانب المقلقة على نحو لا يتسق مع مفهوم الذات لديهم .

أشار زهران إلي إن العالم روجرز(Rogers) أكثر علماء النفس اهتماماً بدراسة مفهوم الذات، حيث اعتبر الذات النواة التي يقام حولها بناء الشخصية(زهران ، 1980 : 19).

كما أشار النجمة إلي إن مفهوم الذات يتكون من تجارب الفرد واحتكاكه بالواقع من ناحية كما يتكون نتيجة العلاقات و الأحكام التقديرات التي يتلقاها الفرد من الأفراد المحيطين به من ناحية ثانية. وفي ضوء هذا المعنى نستطيع القول إن الذات هي نتيجة التفاعل الاجتماعي ، بمعنى أن الذات لا تظهر إلا عندما يكون الشخص اجتماعياً ، وإذا اضطربت هذه العلاقات فان الفرد لا يستطيع أن يكون مفهوماً سوباً عن ذاته (النجمة، 2008 : 38)

وبشير (الحسين ، 2002 : 62) انه غنى عن القول أن من ساء توافقه الذاتي حتماً يسوء توافقه الاجتماعي ، ومفهوم الذات على الأساس الذي تبنى عليه الشخصية الإنسانية فإذا كان هذا الأساس هشاً أدى إلي انهيار البناء الإنساني .

إن فهم الفرد لذاته يمثل محوراً أساسياً في توافقه النفسي والاجتماعي، وفهم أفكاره ومشاعره ، ويكون أكثر واقعية مع نفسه ومع

الآخرين وأكثر إدراكا لأسباب السلوك ومحركاته وموجهاته وأكثر قدرة على حل مشاكله ، وعندما يعطى الفرد مفهوماً ايجابياً عن ذاته يدفعه إلى أنماط السلوك السوي المتوافق مع المجتمع. وكما يرى السلوكيون أن سلوك الفرد يتشكل وفق مبدأ المثير والاستجابة (Stimulus - Response) ، وأنه كلما تعددت المثيرات في محيط الفرد تشكلت تجاهه عدداً من السلوكيات التي تناسب تلك المثيرات كماً ونوعاً ، سلباً وإيجاباً .ولما كانت سمة هذا العصر الإيقاع السريع في كل شيء خاصة في جانب المعارف حيث تعددت وتنوعت وصارت سهلة التناول وفي بعض الأحيان صعبة الفهم و الاستيعاب ، وكذلك التطور الاجتماعي الذي اوجد شيئاً من الربكة والاضطراب الذين فادهما محاولة التقليد واللاحاق بركب المجتمعات المتطورة ثم الاصطدام بحاجز الإمكانيات التي تعيق اللحاق وكذلك التشديد الديني والاجتماعي ، الأمر الذي أدى إلى اضطراب حياة الأفراد والجماعات، كما أدى إلى ظهور أعراض سوء التوافق النفسي ومفهوم الذات لأفراد المجتمع (عبدالمتعال، 2009: 78).

أن التوافق النفسي الاجتماعي يعتبر عاملاً حياتياً هاماً ورئيسياً لا تصح حياة الفرد إلا به ومعه، وذلك لان سوء التوافق على أي صعيد كان يعتبر من الأمور التي اضطرب لها حياة الفرد غير المتوافق فحسب ، بل حياة كل من حوله من الأفراد سواء داخل الأسرة أو بخارجها متمثلة في الحياة من يحيطون به من أفرد بالمجتمع (رضوان ، 2002:47).

وترى الباحثة أن الأفراد يختلفون في درجة تأثيرهم بالظروف المحيطة بحيث يوجد أفرد وقعوا تحت تأثير الضغوط والصدمات دون أن توصلهم إلي مرحلة اضطرابات التوافق وتعاطي المخدرات وذلك لمكونات الشخصية التي تختلف من شخص إلي آخر. إن تعاطي المخدرات إذا تمكنت من الفرد فإنها تمس حياته الشخصية من جميع جوانبها ، وتمس علاقته بذاته إلى صورته في نظر نفسه ، كما تمس علاقته بالآخرين وبمستوى توافقه النفسي ، باعتبار أن الشخصية الإنسانية تتكون من التفاعل المستمر المتبادل بين المكونات النفسية والحسية ومؤثرات البيئة المادية والاجتماعية وبالتالي فان الفرد دائماً محتاج إلى إقامة علاقات طيبة مع الآخرين ، وفي حاجة إلى إشباع حاجاته من الحب والقبول والاستقرار ، ومحتاج إلى عدة أشكال من المساندة الاجتماعية كالتوجيه والإرشاد والمشاركة والتفاعل الودي ، وبالعكس فإن إشباع هذه الحاجات يؤدي إلى مشكلات وجدانية كالقلق وعدم الثقة بالنفس وانخفاض الشعور تجاه الذات ، وانعدام الإحساس بالأمن النفسي ، ويقضي به الأمر إلى ارتكاب الجرائم وبعض صور الانحراف السلوكي للهروب من واقعه المحيط كالاتجاه نحو تعاطي المخدرات.

يعتبر العلاج النفسي الجماعي من أكثر العلاجات النفسية استخداما وأثبتت العديد من الدراسات الحديثة أن العلاج النفسي الجماعي يُعد علاجاً مفيداً لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، لقد ثبتت فاعليته بعلاج ذوى الاعتماد العقاقيري drug dependence وبقدر Tucker وواكرمان

Waksman المذكوران في أبو زيد : أن باستطاعة العلاج النفسي الجماعي أن يساعد معتمدي المخدرات على عبور الفجوة من التعاطي للشفاء) من المستشفى للمجتمع. (والعلاج النفسي الجماعي هو أحد الوسائل التي يلجأ إليها لتقديم العون للأفراد الذين يعانون من المشكلات في علاقاتهم بأنفسهم وعلاقاتهم بالآخرين) زيد ، 2002 : 96) .

ووصف روجرز Rogers في أبو زيد (2002 م) العلاج النفسي الجماعي بأنه أعظم انجاز تم التوصل إليه ، ولقد بدأ الاهتمام بالعلاج النفسي الجماعي عندما زادت حجم حالات الأعصاب والذهان خاصة بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية ، وتفشي الأنماط الإكلينيكية الفصامية وتجانس طبيعة المرض .

مشكلة وتساؤلات البحث

تعد مشكلة تعاطي المخدرات من المشكلات التي أصبحت تمثل تهديداً خطيراً على المستويين الفردي والمجمعي ، وقد ظهرت هذه المشكلة وتفاقت مع تعقد الظروف وتزايد الضغوط النفسية والأعباء الاقتصادية و لذلك أهتم علماء النفس في الأقطار المختلفة بدراسة موضوع التعاطي من زوايا مختلفة للتعرف على السياق النفسي والاجتماعي المؤدى لإيجاد التعاطي ، وقد شهد في السنوات الأخيرة ازدياداً ملحوظاً في معدلات التعاطي لدى قطاعات مختلفة من المواطنين وبصفة خاصة نال التعاطي فئة المراهقين والشباب مما يندرج بوجود خطر يستدعي التدخل المبكر والسريع لفحص المشكلة فحماً علمياً متأنياً لدراسة السياق النفسي والاجتماعي في أوساط الشباب . أن العديد من الدراسات أفصحت عن تزايد تردد الشباب على عيادات الصحة النفسية ليصل العدد إلى ثلاث أضعاف ما هو عليه في السابق ، كما أن نسبة تردد الذكور أعلى من الإناث) عودة ، 2009 : 96).

وتذكر أحداث في المصرية لعام (2009) أن في مصر الآن ما لا يقل عن مليون ونصف متعاطي مخدرات وأن خمسة عشر شاباً يموتون يومياً بهبوط مفاجئ في القلب بسبب تعاطي المخدرات وأن 20% من طلاب الجامعات أصبحوا مدمنين وأن البنت الجامعية نفسها دخلت في دائرة الخطر نقل عن إسماعيل . (67.2010)

وتحصلت دراسة أخرى أن 90 % من مجموع المدمنين من الشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين (25- 15) سنة (زهر الدين ، 2011 ، -) 18 . تشير في الإحصائيات الرسمية الصادرة عن إدارة السجون وجهاز مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية السودانية إلى انتشار هذه الظاهرة خاصة بين الشباب . ففي سنة (2010 م) بلغ عدد القضايا (408) قضية وعدد المتهمين المقبوض عليهم (459) متهماً منهم 59% تتراوح أعمارهم ما بين (21- 30) سنة و35% ما بين (31- 40) وفي سنة (2011 م) بلغ عدد القضايا (476) قضية وعدد المتهمين المقبوض عليهم (595) متهماً منهم 87% تتراوح أعمارهم ما بين (20- 32) سنة وفي (2012 م) بلغ عدد القضايا (772) قضية وعدد المتهمين (857) متهماً منهم 89% تتراوح أعمارهم ما بين (21-

30) سنة (وفي سنة 2013 م) بلغ عدد القضايا (932) قضية وعدد المتهمين المقبوض عليهم (1006) متهماً منهم 67% تتراوح أعمارهم ما بين (20-30) وفي سنة 2014 م) بلغ عدد القضايا (1523) قضية وعدد المتهمين المقبوض عليهم (1611) متهماً منهم نسبة 91% تتراوح أعمارهم (21 - 35 سنة) (إدارة السجون، 2014).

تلاحظ من خلال الإحصائيات زيادة عدد الحالات سنوياً الأمر الذي يستوجب إجراء هذه الدراسة ودراسات أخرى ، كما تلاحظ أن ظاهرة تعاطي المخدرات تستهدف فئة الشباب .

لذلك تتوقع الباحثة أن مستوى التوافق النفسي والاجتماعي ومفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات منخفضاً. كون الشباب أشد معاناة وأكثر من غيرهم لعدة اعتبارات على رأسها مرحلتهم العمرية ، إضافة إلى الضغوط المالية والاقتصادية وخصائصهم الفسيولوجية والنفسية والتي تجعلهم أكثر من غيرهم تأثراً لهذا الضغوط . لذا أصبح من الضروري التوجه نحو إجراء دراسة لتعرف على مدى فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بولاية الخرطوم . وعلى ضوء ذلك تنحصر مشكلة الدراسة في الآتي:

ما مدى فعالية برنامج العلاج النفسي الجماعي لتحسين أبعاد مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بأم درمان ؟ تنبثق منه عدة تساؤلات :

1- ما هو مستوى مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بأم درمان ؟

2- ما هو مستوى توافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بأم درمان ؟

3- هل توجد فروق في أبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج لصالح البعدي ؟

4- هل توجد فروق في أبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرامج لصالح الاختبار البعدي ؟

5- هل توجد فروق في أبعاد الاختبار البعدي لمفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر؟

6- هل توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي ؟

7- هل توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ؟

8- هل توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر ؟

9- هل توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية ؟

10- هل توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي

أهمية البحث :

الأهمية النظرية:

نظراً لأن تعاطي المخدرات أصبح مشكلة اجتماعية لا يقتصر خطرها على الأفراد المتعاطين فحسب بل يمتد ليشمل كافة أفراد المجتمع ، ذلك لما ينتج عنها من جرائم تهدد أمن المجتمع واستقراره فلذا ينبغي التصدي لهذه المشكلة بشيء من الطرق والوسائل من أجل الحد منها وخاصة في السودان ويجب أن يتكاتف أبناء المجتمع الواحد كل في مجال تخصصه ، ولعل دراسة مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات في هذه الدراسة من الأسباب التي ترى الباحثة ضرورة دراستها. واختيار طريقة العلاج النفسي الجماعي في تحسين مفهوم الذات تعتبر مهمة لدى هذه الشريحة علماً بأن هذه البحث يعتبر البحث الثاني على البيئة السودانية مع اختلاف المتغيرات حسب علم الباحثة.

الأهمية التطبيقية :

يقوم هذه البحث على تطبيق برنامج علاجي جماعي يتم من خلال عدة جلسات علاجية ، مبنية على أهداف محددة ووسائل وتقنيات مختلفة ، حيث تختص كل جلسة علاجية على هدف معين يساعد في تحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي ، وفي حالة نجاح برنامج العلاج النفسي الجماعي، فإن ذلك يمكن أن يفتح مجالاً لتطبيق برامج علاجية بالطرق العلمية المختلفة . ويساعد في آفاق جديدة للباحثين للقيام ببحوث تجريبية في مجال علم النفس الإكلينيكي .

أهداف البحث :

يهدف هذه البحث إلى معرفة السمة العامة للتوافق النفسي ومفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بامدرمان كما يهدف إلى معرفة ما إذا كان توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مفهوم الذات و أبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات قبل وبعد تنفيذ البرنامج وأيضاً معرفة إذا كانت هنالك فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي وأبعاد مفهوم الذات تعزى للمتغيرات (العمر- والحالة الاجتماعية - والمستوى التعليمي) .

فرضيات البحث :

- 1 - تتسم مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بانخفاض .
- 2- تتسم سوء التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بالارتفاع .
- 3- توجد فروق في درجات أبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي .
- 4- توجد فروق في درجات أبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي .
- 5- توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر

- 6- توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .
- 7- لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي .
- 8- لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر.
- 9- توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- 10- لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي .

حدود البحث :

حدد البحث الحالية حدوده من حيث الحدود المكانية ولاية الخرطوم سجن الهدى (بأم درمان) والحدود الزمنية (2016 = 2013) ومن حيث الحدود البشرية : تشمل متعاطي المخدرات داخل سجن الهدى، إما الحدود الموضوعية فعالية برنامج علاج نفسي لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي لمتعاطي المخدرات.

مصطلحات البحث :

الفاعلية :

أ- إصلاحاً: هنالك الكثير من التعريفات التي حاولت تعريف معنى الفاعلية ومن هذا التعريفات ما ذهب إليه بدري المذكور في (ابو دلو (45: 2009 . بأن الفاعلية هي القدرة على تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً. وفي تعريف آخر هي القدرة على تحقيق النتيجة الإيجابية المقصودة حسب المعايير المحددة مسبقاً ، حيث ترتفع الكفاية عندما يتم تحقيق النتيجة بشكل واضح) الوالي ، 2003 : 23) .

ب - إجرائياً : الفاعلية هي مدى قدرة البرنامج العلاج النفسي الجماعي في تحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات. وهي أيضاً القدرة على تحقيق الأهداف أي النتائج المتوقعة من البرنامج العلاجي المستخدم في هذه البحث .

البرنامج :

أ - اصطلاحاً : فقد عرفته بهادر بأنه (مجموعة من الأنشطة والممارسات العلمية بقاعة أو حجرة النشاط بمدة زمنية محددة يظهر فيه التكامل وفقاً لتخطيط وتنظيم هادف محدد يظهر فيه التكامل المنشود) بهادر، 1999: 26 .

ب - إجرائياً : هو من الأنشطة والخبرات والمفاهيم والممارسات العلمية والذهنية والحكم والقصص التي تقوم الباحثة بتطبيقها على المتعاطين تحت إشرافها وتوجيهها ، والتي تعمل على تزويدهم بالخبرات والمعلومات والمثيرات التي تكسبهم أساليب التفكير الجيد للوصول إلى تغير السلوك المقبول، والرغبة لديهم للتفاعل والممارسة للخبرات والمهارات وتعميمها في الموافق الحياة الواقعية.

العلاج النفسي :

أ - اصطلاحاً : فقد عرفه عبد الخالق بأنه عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج والمريض ويعمل على استخدام المبادئ السلوكية بطريقة تؤثر على أفكار المريض واتجاهاته ومشاعره وسلوكه بهدف مساعدته على التغلب على السلوك غير السوي أو توافقه للمشاكل التي تواجهه في حياته (عبدالخالق، 1997: 49) .

ب - إجرائياً : هو التفاعل بين شخصين أو أكثر يعتمد أساساً على معاني الاتصال الرمزية بين المعالج و المريض، لمعالجة الاضطرابات النفسية والعقلية .

العلاج النفسي الجماعي :

أ - اصطلاحاً :

عرف أبو زيد (2002) العلاج النفسي الجماعي هو علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الأفراد ومعالج أو أكثر ، وقد يكون هؤلاء الأفراد مرضى أو مضطربين أو شواذ أو جانحين وقد يكون أطفالاً أو مراهقين ، أو راشدين أو مسنين ، وقد يكونوا ذكوراً أو إناثاً أفراداً أو عائلات ، وتكون هذه الجماعة إما صغيرة أو كبيرة الحجم ، وقد تكون متجانسة أو غير متجانسة وفقاً لمستويات وحدة مشكلاتهم وكثافته.

ب - إجرائياً: هو برنامج علاجي يتكون من اثنا عشر جلسة تتضمن كل جلسة محاضرة يقوم بتقديمها المعالج) الباحث(لدى المرضى وتهدف هذه الجلسات إلى محاولة تنمية مفهوم الذات وتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى معتمدي المخدرات .

مفهوم الذات :

أ- اصطلاحاً : عرفه عبد الجواد بأنه الصورة التي يكونها الشخص عن نفسه سلباً أو إيجاباً ، وتساعد في تقييم نفسه ، حيث يعبر عما لديه من آراء وأفكار ومعتقدات ومشاعر ، واتجاهات ، تؤثر في مختلف نواحي حياته الجسمية والنفسية والاجتماعية (عبد الجواد، 211 : 1999م)

ب - إجرائياً : تعرفه الباحثة بأنه الفكرة التي يكونها الفرد عن نفسه سلباً أو إيجاباً ويقاس بمجموع الدرجات التي يتحصل عليها متعاطي المخدرات في مقياس مفهوم الذات .

التوافق النفسي والاجتماعي:

أ- اصطلاحاً : التوافق هو قدرة الفرد على التواءم مع نفسه ومع السياق الاجتماعي الذي يعيشه بمختلف جوانبه) أبو النيل : (1984

التوافق النفسي: يقول زهران أن التوافق النفسي يعني السعادة مع النفس والرضا عن النفس وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الفطرية العضوية والفسولوجية والثانوية المكتسبة في مراحل النمو المختلفة (زهران ، 1977: 76) .

التوافق الاجتماعي : يعرف فهمي إن التوافق الاجتماعي يتضمن السعادة مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية والامتثال لقواعد الضبط الانفعالي وتقبل التغيير والتفاعل الاجتماعي السليم والعمل لخير الجماعة والسعادة الروحية مما يؤدي إلى تحقيق الصحة النفسية والاجتماعي (شاذلي، 81: 2002

ب - إجرائياً : تعرف الباحثة التوافق النفسي والاجتماعي هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في مقياس التوافق النفسي والاجتماعي.

المخدرات :

أ - اصطلاحاً : المخدرات هي كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المعامل ، من شأنها إذا في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة ، وهذا الفقدان الكلي أو الجزئي تكون درجته بحسب نوع المخدر وبحسب الكمية المتعاطاة . كما يؤدي الاعتياد أو الإدمان بالشكل الذي يضر بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد والمجتمع (الرشيدي وآخرون) 97: 2000.

ب - إجرائياً : تعرف الباحثة المخدرات هو كل مستحضر مستخلص من النبات أو الحيوان مركب من المواد الكيميائية والذي يؤثر على الإنسان سلباً أو إيجاباً .أو مشتق منها .

الفصل الثاني الإطار النظري

الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة المبحث الأول

العلاج النفسي الجماعي Psychotherapy Group مفهوم العلاج النفسي :

لاحظ معظم المؤرخين لحركة العلاج الجماعي أن بدايتها أتسمت بعدم الوضوح فيما يتعلق بالتعريف ، فيلاحظ (كورني) أن الكثير من الكتاب يشعرون أن عبارة العلاج النفسي الجماعي عبارة غامضة ولا يمكن تعريفها بسيطاً وشاملاً . بينما يقول رينوفيه (أن العلاج الجماعي هو عبارة تضم تحت عباءتها أساليب مختلفة غالباً ما تكون متناقضة .) ويقول أكراما لم يتم تعريف العلاج الجماعي بشكل ملائم ، فهو يحتوي على مواد متنوعة تختلف في تصوراتها باختلاف الناس الذين يمارسوه . ويجمع (هلس) بين الفكرتين فيقول أن العلاج الجماعي هو طريقة للعلاج غير واضحة المعالم وتشمل عدداً من مختلف الإجراءات التي لا يجمع بينها إلا أقل القليل .

أن العلاج بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أي طريقة نفسية لعلاج المشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض تؤثر في سلوكه وفيه يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علمياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع البيئة واستغلال إمكانياته على خير وجه مساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي ، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً قدرة على التوافق النفسي في المستقبل (زهران ، 1997 : 432)

وأضاف فرغلي يمكن أن نقول أن مفهوم العلاج النفسي من المفاهيم الصعبة حيث أن الآراء كانت وما زالت واسعة الاختلاف بدءاً من قاموس دورلاند الطبي للعلاج النفسي على أنه علاج المشاكل العاطفية والعقلية هذا التعريف بالطبع واسع غير محدد وهو شامل لجميع طرق العلاج ووسائله مثل السحر والتعاويد والجراحة والعلاج بالنباتات وبالادوية المختلفة) فرغلي ، 2007 : 65)

إن العلاج النفسي هو مداواة للنفس المضطربة بأساليب مختلفة من أهمها أسلوب الاتصال اللفظي، ويؤدي العلاج إلى التأثير في نفس المريض وفي عقله وسلوك (غانم، 2004 : 48).

ويتمثل العلاج النفسي في استخدام أساليب غير طبية في محاولة لمساعدة العميل أو المريض في التغلب على مشكلة أو عدة مشكلات (تواجهه) الأشول ، 2006 : 66) .

وقد عرفته الجمعية الطبية النفسية الكندية بأنه الوسيلة الطبية التي يقوم بها الطبيب عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى ، للكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف التقليل من معاناته (كمال ، 1994 : 352).

ترى الباحثة أن العلاج النفسي تسمية جامعة لكل طرق المعالجة النفسية العيادية أو النفسية التي تهدف إلى شفاء الأمراض النفسية أو المعاناة النفسية الجسدية وإلى تنمية الشخصية. وعندما نقول أن المعالجة نفسية فهذا يعني استخدام الطرق العلاجية النفسية فقط وليس أي شكل آخر من العلاج (كالعلاج النفسي الدوائي) . أي أن العلاج النفسي يعرّف من خلال استخدام طرق التأثيرات النفسية.

أبعاد العلاج النفسي :

تتعدد أبعاد العلاج النفسي وكل بعد له طريقتين ، ويتضمن طريقة أو أكثر من طرق العلاج النفسي أو أسلوب أو أكثر من أساليبه . وفيما يلي أهم أبعاد العلاج النفسي :

1- العلاج الفردي والعلاج الجماعي: Therapy Individual And Group therapy

العلاج الفردي هو علاج حالة فردية ، وتلعب العلاقة المباشرة بين المعالج والمريض دوراً رئيسياً في عملية العلاج . أما العلاج الجماعي ، فهو علاج مجموعة من الحالات المتشابهة في أعراض أو الاضطرابات أو غير متشابهة (الاحرش ، 2002 : 52) .

وقد أوضح زهران العلاقة الجماعية التي يتضمنها العلاج الجماعي تصير الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع ، وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية ، وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وإمراض الكلام والجنوح.

2- علاج الأعراض وعلاج الأسباب :يركز علاج الأسباب على المرض النفسي بالقضاء عليه واجتثاث جذوره بينما علاج الأعراض يركز على مساعدة المريض على التخلص والتحرر من الأعراض أو الاضطرابات فقط دون الاهتمام بالأسباب (زهران ، 1995 : 47) .

3- العلاج المطول والعلاج المختصر :العلاج المطول أو الشامل الذي يهدف إلى إعادة بناء الشخصية ككل ، ويستغرق وقتاً أطول . أما العلاج المختصر ، فهو العلاج الذي يحدد هدفاً واحداً ويتم في وقت قصير (موفق ، 2002 : 121).

4- العلاج الموجة والعلاج غير الموجة : العلاج الموجة يقوم فيه المعالج بدور فعال ونشط في كشف صراعات المريض وتوجيهه نحو السلوك الموجب المخطط ليؤثر في الشخصية . أما العلاج غير الموجة فيكون المعالج فيه أقل إيجابية ، ويقتصر دوره على تهيئة المناخ العلاجي الذي تسوده المودة والتسامح حتى يشعر المريض بالأمن والتقبل فيخرج كل ما لديه من أفكار ومشاعر وأسرار خاصة دون وجل ويكون المعالج كمرآة عاكسة للمشاعر واتجاهات المريض ، وبذلك تتضح شخصيته ويزداد استبصاره (حمدي ، 2000م : 127) .

5 - العلاج المرن والعلاج الملتزم : يقصد بالعلاج المرن الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بطريقة مرنة وانتقاء ما يناسب الحالة المرضية من

طريقة علاجية واستخدام دون التمسك والالتزام بطريقة محددة وعدم الحياء عنها.

6- العلاج السلوكي والعلاج المعرفي :العلاج السلوكي يهدف إلى تغيير السلوك المرضي المكتسب، أما العلاج المعرفي فيركز على الجوانب المعرفية الخطأ لدى المريض .

7- العلاج العميق والعلاج السطحي :العلاج العميق التحليلي يهدف إلى اكتشاف المواد المكبوتة لدى المريض وإظهارها حيث تتركز الصراعات حولها ، أما العلاج السطحي فيهدف إلى إعادة الثقة وطمأنة المريض ومساندته دون الدخول إلى أعماقه وصراعاته (سري ، 2000 :122)..

أنواع العلاج النفسي : Classification of Psychological Treatment

يتنوع العلاج النفسي بتنوع المدارس النفسية التي تعرضت لدراسة الاضطرابات النفسية ونحاول فيما يلي توضيح بعض أنواع العلاج النفسي :

1- التحليل النفسي Psycho Analyses :

تقوم فلسفة هذا العلاج على مسلمة مفادها أن الاضطرابات النفسية نتاج حوادث وصدمات واجهها الإنسان في طفولته المبكرة ونسيها بكتبها في اللاشعور بكل ما تمتلكه من شحنات انفعالية تحافظ على قوتها وقدرتها على التأثير في شخصية الفرد ، وتبحث دائماً عن طريق التخريف على شكل أعراض مرضية ، وبناءً عليه فإن العلاج يتوجه أولاً على الكشف عن تلك الحوادث باستخدام تقنيات التداعي الحر وتفسير الأحلام وأحياناً التنويم المغنطيسي ومن ثم تفرغ الطاقة الانفعالية لتلك الحوادث (عبدالغني، 2002 : 232) .

التحليل النفسي عبارة عن حركة ثقافية أو ظاهرة ثقافية في الفكر ، نشأ من مذهب فرويد ، ولكنها لا تتوقف على أعمال فرويد وزملاءه فقط ، وإنما تشمل علم نفس التحليلي وعلم نفس الفردي وغير ذلك من الأدبية والسياسية والاجتماعية الأيدولوجية التي تأثرت بطريقة شعورية بعلم نفس اللاعقلاني لفرويد أو غير العقلاني لفرويد وأتباعه ، ومعرفة أن هذه الحركة أثرت في الفن والأدب والعلم وكافة فروع المعرفة (العيسوي ، 2001 : 430) .

ويشير البعض إلى التحليل النفسي على أنه منهج الدراسة وفحص منهج فرويد في العلاج النفسي يعنى نمط من أنماط العلاج النفسي ، يقوم أساساً على العلاج الفردي بمعنى وجود مريض واحد في جلسة مع معالج أو محلل واحد .

أما زهران فيقول : التحليل النفسي هو عملية علاجية متخصصة شاملة طويلة الأمد ، يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من إحداث خبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرض النفسي ، واستدراجها من غياهب اللاشعور . عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر الطليق ، ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع

وزيادة استبصار وتحسين الفاعلية الشخصية والنمو الشخصي . وأن هدف التحليل هو إعادة تجديد الصحة العقلية ، وهناك مظهران للصحة العقلية :
- التوافق للبيئة الخارجية .
- التوافق للبيئة الداخلية .

والبيئة تشمل كل البيئات الممكنة التي يستطيع المريض أن يختارها لتحسين إشباعه وفاعليته ككائن إنساني (الفقيه ، 1990 ، : 122) .

2- العلاج السلوكي Behavior Therapy :

أن العلاج السلوكي يستمد علمياً من قواعد ومبادئ وقوانين التعلم ، وبصفة خاصة التعلم الشرطي ، وكافة التجارب والقوانين التي نتجت عن ذلك ومحاولة تطبيق ذلك على اضطرابات الإنسان السلوكية (غانم ، 2004 : 132)

حيث أوضح المذرة أن أول من استخدم مصطلح العلاج السلوكي هو العالم لازاروس (1958) متأثراً بالعالم (جوزيف ووليا) .

وقد استخدم لازاروس المصطلح للإشارة إلى طريق جديد في العلاج النفسي ، والواقع أن العلاج النفسي السلوكي هو علاج قديم يقدم المحاولات التي قامت من أجل ضبط السلوك باعتمادها على وسيلة الثواب والعقاب . والعلاج السلوكي يعتبر أسلوباً حديثاً نسبياً في مجال العلاج النفسي ومن ناحية أخرى يمكن القول أن العلاج النفسي قديم ويعتبر تطبيقاً علمياً لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي (زهران ، 2003 : 213) .

وأفاد الدهراوي أن العلاج السلوكي يعمل على مساعدة الأعضاء على قضاء على التصرفات الشاذة والغريبة وتعليمهم تصرفات وسلوكيات جديدة أفضل . ترى الباحثة أن العلاج النفسي السلوكي ، وهو الوسيلة التي تختلف

تماماً عما ذكرناه آنفاً من وسائل علاجية وهي تعتمد على نظرية السلوكيين القدامى والمحدثين والقائلة إن المرض النفسي مجرد (عادة خاطئة) تعلمها الإنسان في ظروف حياته . فالعلاج السلوكي يحاول تبديل السلوك بإزالة العادة السيئة أو التعويض عنها بتثبيطها وإبطال مفعولها . ويستعين السلوكيون لتحقيق التحويل بالإيحاء المتكرر والمصحوب بالأدوية أو الآلات الكهربائية لتنفيذ المريض من عاداته وتحويله عنها . ولذلك فإن العلاج السلوكي لا يعد علاجاً نفسياً خالصاً لعدم اعتماده على الكلمات والاتصال العاطفي بين المعالج والمريض . ولم يثبت نجاحه في كل الحالات المرضية ، لكنه يبشر بالنجاح في علاج أمراض الإدمان على المخدرات والانحرافات الجنسية .

3- العلاج المتمركز حول العميل Client centered Therapy :

صاحب هذه الطريقة هو كارل روجرز وتقوم على مسلمة مفادها أن كل شخص لديه حاجة طبيعية لتقدير الذات ولا تشيع هذه الحاجة إلا إذا فهم المريض إمكانياته ودوافعه وقدراته وقبل ذاته ، ويمكن تلخيص هذه المسلمة في المبادئ الثلاثة الآتية : عرف نفسك - كن صادق معها - أقبل ذاتك ، وبناءً عليه فإن العلاج وفقاً لطريقة روجرز يقوم على أساس تقوية شعور الشخص بقدرته على السيطرة على سلوكه وحل مشكلاته بنفسه واتخاذ القرارات التي

تؤدي لإزالة ما يكون عنده من التوتر النفسي الذي ينتج من اضطرابات السلوك (عبد الغني ، 2002 : 23)
أما المليجي فقد أكدت إن الهدف من هذا العلاج هو مساعدة العميل على التكيف والنمو النفسي الذي من خلال تعريف الهدف ما بين الذات بأقسامها المتفاعلة التي لا يمكن تقسيمها إلا للدراسة فقط .
فيرى روجرز أن عدم التطابق بين الذات المدركة وأيضا المثالية. والمقصود بالذات المدركة الخبرات المعرفية والانفعالات التي كونها الفرد أن ذاته وتقدير هذه الذات وتحريرها من وجهة نظر العميل ولها علاقة بعلاج الوظائف العقلية والعمليات الفعلية (مليجي ، 2002:47) .

4-العلاج المعرفي :

لقد نشأ العلاج المعرفي ضمن حدود المدرسة السلوكية ، حيث يعتبر أسلوب العلاج المعرفي تقنية علاجية نفسية حديثة يرجع إلى تاريخ الستينات من القرن الماضي وهذا النوع من العلاج قد سبق افتراضه بل وتطبيقه عملياً من بعض الحكماء العرب وعلى رأسهم (ابن عربي) الذي وضع أسلوباً علاجياً في الغضب وكيفية التخلص منه ، وكانت هذه الطريقة العلاجية أول تقنية عملية في العلاج المعرفي (كمال ، 1994 : 144)

وقد تزايد الاهتمام في السبعينات بهذا المنحى العلاجي حيث ظهر ثلاث نماذج علاجية لأساء دعائم كل من بك (Beck) وإيليس (Ellis) وميشويوم (Meichenbom) وبعد ذلك النموذج الذي قدمه أروت بك من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأوضح ألبرت أليس اتجاهات علاجاً آخر هو العلاج العقلاني الذي زيد له عام 1962م مصطلح الانفعال ثم زيد له عام 1993م مصطلح السلوكي ليصبح مسماه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ومن خلاله يرى أن سلوكيات المريض تنتج عن أفكار واتجاهات المنطقية ويركز على التشابك بين التفسير والانفعالات والسلوك ويرى أن الاضطراب النفسي هو نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللا منطقي ولذلك فأننا لكي نفهم سلوكاً معين يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف . وصاغ أليس الأساس المعرفي للسلوك في معادلة بسيطة وأطلق عليها (A B C) ويرى أنه حينما ينتج نتيجة مشحونة انفعالية (C) حدثاً منشطاً له الحالة (A) فإن كان الحدث قد يبدو أنه السبب في تلك النتيجة ولكنه ليس كذلك في الحقيقة وإنما اعتقادات الفرد (B) هي التي تسبب تلك النتائج الانفعالية (C) (عواد ، 2006 : 19) .

وفي ضوء ما سبق ترى الباحثة يمكن استنتاج أن عملية تعديل السلوك تهدف في المقام الأول إلى تغيير الاتجاهات السلبية وطريقة التفكير لدى الفرد وتصوراته الخاطئة حيث أن ذلك يعد مطلوب ضروري لتغير شخصيته المضطربة ، يعتقد الإنسان في المواقف التي يتعرض لها لاحتمالية التفسير والتوقع الخاطئ للأمور ومن هذا المنطلق يتضح أن الذهنية لدى الإنسان ويهدف إلى فهم الفرد للأفكار التي تؤثر في سلوكه بشكل مباشر ، حيث كلها تمكن الإنسان من المعرفة الذهنية كلما أدرك العالم الخارجي والداخلي له ، وأن عملية تعديل السلوك المضطرب تحتاج في المقام الأول إلى التبصير والإدراك وذلك عن طريق القدرة على التفكير بشكل منطقي يؤهله على إيجاد الحلول المناسبة لمشاكله وسلوكياته الانفعالية

5- الإرشاد العلاجي: Clinical Counseling

الإرشاد العلاجي هو عملية مساعدة العميل في اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التي تؤدي إلى سوء توافقه النفسي ، والعمل على حل المشكلات بما يحقق أفضل مستوى للتوافق والصحة النفسية) زهران ، 2003 : 38 .

6- العلاج الديني Religious Therapy :

من الحاجات الأساسية للإنسان أن يشعر بالأمن والطمأنينة بحيث يكون مستريح الضمير وفي مأمن العقاب سواءً في هذه الحياة الدنيا أو الحياة الآخرة وهذا لا يأتي على الأقل لدى المجتمعات ذات الدين إلا بالقرب من الله والتوافق مع أوامره ونواهيه والتمسك بالقيم والمعايير الدينية . وفي حالات الانحرافات السلوكية أو العقائدية ، ونعني بالأخيرة ما يتصل بالعقيدة الإيمانية ، التي تؤدي إلى الخطأ في حق الذات أو حق الآخرين أو حق الله سبحانه وتعالى ، ينتاب الشخص نوع من الشعور بالذنب والصراع النفسي الأمر الذي يؤدي إلى فقدان الاتزان النفسي والتوافق الاجتماعي الذي يصل في الحالات الشديدة إلى المعاناة من الخوف من عذاب الله وفقدان الأمل في رحمته . وعليه فإن العلاج الديني يتوجه أولاً إلى تحرير المريض من مشاعر الخطيئة والإحساس بالذنب ويفتح أمامه باب الأمل والرجاء في غفران الله وسعة رحمته ثم تبصير المريض بواجباته الدينية وتشجيعه على أدائه (الدوري ، 2014 : 343)

نزل القرآن الكريم أساساً لهداية الناس ، ولدعوتهم إلى العقيدة ولتعليمهم قيماً جديدة من التفكير والحياة وإرشادهم إلى السلوك السوي السليم الذي فيه صلاح الإنسان وخير المجتمع ، ولتوجيههم إلى الطريق الصحيح لتربية النفس وتنشئتها سليمة تؤدي بها إلى بلوغ الكمال الإنساني الذي تتحقق به سعادة الإنسان في حياة الدنيا وفي حياة الآخرة (نجاتي ، 2005 : 87) .

ومن أهم أهداف التربية والصحة النفسية كما ذكر زهران تنمية المواطن الصالح المؤمن والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة ، والفرد الذي يعيش في سعادة وسلامة وسلام . والتربية معناها الواسع تشمل التربية الدينية ، والنمو بمعناه الشامل يتضمن النمو الديني والأخلاقي ، والصحة النفسية بمعناه الواسع تشمل السعادة في الدنيا والدين (زهران ، 2003 : 74) . وتشير الباحثة إلى أن العلاج النفسي الجمعي من منظور إسلامي لا يمكن وضعه كأحد أنواع العلاجات النفسية الجمعية مثل العلاج الجمعي التحليلي السلوكي أو التفاعلي ، فهو على الرغم من التقائه مع بعض أنواع هذه العلاجات في بعض الجزئيات إلا أنه يتميز تميزاً كاملاً عنهم في تصوره الشامل للإنسان والمجتمع والكون والإله ، وهو مع هذا يجمع ميزات معظم هذا الأنواع من مدارس العلاج الجمعي مع فارق جوهري لتجنبه لنظرته المادية للإنسان والمجتمع ، وبمعنى آخر فإن العلاج النفسي الجمعي الإسلامي يضع في

الاعتبار المستوى الأفقي علاقة الفرد بنفسه وبمجتمعه بالإضافة للمستوى الرأسي العلاقة بين الفرد وربه وبهذا تكون الصورة أشمل وأوضح .
خطوات العلاج النفسي :
أورد علاء فرغلي بعض الخطوات التي يتم استخدامها في العلاج النفسي منها :

- **خلق جو وعلاقة علاجيتين : Therapeutic alliance**
ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب الطبيب بحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة والمناقشة . وينبغي إن يعتنق المعالج اتجاهات ودياً فيه قبول وتسامح للمريض وآرائه ، من شأن أن ينمي الشعور بالثقة في المريض ، وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية ، وعلى المعالج أن يخطط أو يبنى الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسئوليات وما إلى ذلك . وعلى العموم يجلس المريض وجهها لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة ، وفي بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته ، وقد يجلس المريض بعيداً عن الطبيب .

- **التنفيس الانفعالي : Emotional Release**
في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله، ويعبر عن عدوانه ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات . عندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يكن يعرفها كلية من قبل فإن تطفو على السطح من خلال عملية الإفصاح (Talking) ، هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فعاليات العلاج النفسي، ويمهد الطريق نحو الاستبصار، والإجراءات الإيجابية لحل مشاكل المريض ، وما لم يخرج المريض هذه الانفعالات من فوق صدره فإن التوتر والصراع المرتبط به يسدان الطريق نحو تحقيق التكليف السليم ، وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية والإطلاق سراح التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها أسئلة والتفسير والتداعي الحر والتنويم الطبي.

- **عملية الاستبصار : Insight**
ما أن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها هي بالفعل فانه تلقائياً يكشف قدرأ كبيراً من الفهم في دوافعه وسلوكه ، فلأول وهلة يدرك مثلاً أن مستوى طموحه عال علواً غير منطقي وأن هذا يجعله يشعر دائماً بعدم الموائمة وبالنقص ، هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم بعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي ، أنه فقط عن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف .

- **إعادة التعليم الانفعالي : Emotional Re education**
من العمليات التي تساعد في الشفاء المريض إعادة تعلمه انفعالياً ، وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض ، وتعلميه عادات أخرى إيجابية ، واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله ، ولكن إعادة التعليم عملية طويلة وشاقة وبطيئة ، وقد تبدأ بتعلم

عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعياً وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل ، لان الضغط يولد الانفجار ومن شأن هذا التعليم الجديد ان يؤدي إلى المزيد من الشعور بالثقة بالنفس

- توفيق العلاج Winning :

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيداً من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلاً إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه ، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده ، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحاً للمريض لكي يعود للمعالج متى يشاء . وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي ، إتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية وإطلاقها واستبصار المواد الغير مكتشفة في اللاشعور الفرد ، واتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الانفعالي ولكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الاستجابات ويمكن أن يحدث هذا التفرغ إلى التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال جلسات العلاج النفسي ،، وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو الحال في العلاج الجماعي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعباً ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهود جهيد ، ولذلك يمر بخطوات صغيرة وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة (فرغلي، 2003: 527).

مهارات مقابلة المريض أثناء جلسة العلاج النفس :

- تحية المريض باسمه
- التحدث مع المريض وهو جالس
- الجلوس في نفس مستوى المريض .
- النظر إلى المريض أثناء حديثه مع تلامس العين .
- الاستماع والاتصال أثناء حديث المريض .
- عدم الانشغال مع أي شخص آخر .
- عدم مقاطعة المريض أثناء كلامه سواء بالتحدث مع الآخر أو الكتابة أو التلفون .
- عدم الاستهزاء والضحك على المريض مهما كان كلامه ومرضه .
- عدم الإكثار من كتابة ملاحظات أثناء كلام المريض .
- عدم إظهار الغضب أو العدوانية تجاه المريض .

ويجب على المعالج تجنب الآتي أثناء المقابلة :

- استخدام المعالج ألفاظ وعبارات علمية أو صعبة .
- السلوك المخالف أو الفاضح وتحديد المعايير الأخلاقية المطلوبة .
- استمرار المقابلة في حالة تهيج المريض (فرغلي ، 2003 : 53) .

مفهوم العلاج النفسي الجماعي : For concept Group Therapy

تعددت وجهات نظر علم النفس والخدمة الاجتماعية في تناولها مفاهيم العلاج النفسي الجماعي، ففي علم النفس ذكر زهران العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج عدد من الأفراد الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج أو أكثر من معالج يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم للحياة (زهران ، 1997:315) .

هو طريقة نفسية) غير كيميائية (لتقويم الاضطرابات العقلية والسلوكية ، وهذه المشاكل والاضطرابات تظهر عادة في واحد من أشكال مختلفة ، على انفراد أو مجتمعة مع أخريات بذكر منها عدم مقدرة الفرد على تقلقل الأشياء أو على مجارة الأحداث أو الأفراد الآخرين أو عدم صلاحيته في القيام بعمل ما ، مقدرتة للتقدم أو قيامه فعلاً بأفعال أو أشياء لا يرضى عنها مجتمعه في القيام به أو دينه (حقي ، 2001 : 98) .

ويتفق هذا المفهوم مع حمودة الذي أوضح بأنه العلاج الذي يتم في إطار مجموعة من المرضى يتراوح عددهم من ثلاثة إلى خمسة عشرة مريضاً مع معالج مدرب على العلاج الجماعي ويعاونه مساعد معالج ويساعد أفراد المجموعة كل منهم في إحداث تغيير في شخصيته عن طريق فهم ديناميات التفاعل أو تدعيم الأفراد في المجموعة ويتم انتقاء الأفراد المتجانسين من حيث الاضطراب النفسي .

لا يختلف مفهوم العلاج النفسي الجماعي عن مفهوم العلاج النفسي بشكل عام إلا انه يتم في جماعة كبيرة أو صغيرة يقودها معالج أو أكثر . وإذا كان الهدف من العلاج النفسي هو العمل على تغيير سلوك المريض ، وتعديل نظرتة إلى الحياة وإلى نفسه ، فإن العلاج الجماعي يهدف إلى نفس الغاية ، ولكن من خلال وضع المريض مع عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم وبهذا يمكن أن نعرف العلاج الجماعي بأنه محاولة للتغيير من سلوك المرضى والتعديل من نظرتهم الخاطئة للحياة لمشكلاتهم (سليمان ، 2015 : 74)

اصطلاحاً: العلاج الجماعي :

على الجماعات التي تتعاون معاً من أجل علاج مرض أو سلوك شخصي عن طريق اختيار عمليات الجماعة التي تتشكل بتعاون الأعضاء معاً حيث يمكن تعديل السلوك الفردي عن طريق الخبرة الجماعية التي تشجعها الجماعة وتدعيم التعاون والاتصال بالآخرين . ومن هنا ورد مفهوم العلاج الجماعي) انه علاج جماعي لمشكلات نفسية حيث يتفاعل مريضان أو أكثر بعضهم البعض على المستوى الانفعالي والمستوى المعرفي في وجود معالج نفسي أو أكثر يعملون كحافزين وميسرين ، أو مفسرين (كفاني ، 1990 : 516)

ويشير عبد المنعم إلى أن العلاج النفسي الجماعي هو أحد أهم الأساليب الجيدة للعلاج النفسي، يقوم على فكرة علاج مجموعة من المرضى تم اختيارهم على أساس وجود في شخصياتهم ، وتشابه في المشكلات النفسية التي يعانون منها . يتفوق هذا الأسلوب العلاج الجماعي على العلاج الفردي ،

الذي يتلقى فيه المعالج مع كل شخص على حدة ، التفوق يكون من خلال كل فرد من المجموعة التفاعل مع بقية أفراد المجموعة وليس مع شخص واحد فقط ، وهذا معناه تصور صورة مصغرة للمجتمع الخارجي الذي يلزم للشخص التوافق معه ، تضم المجموعة من 5 - 10 - أفراد في المتوسط وفيهم المعالج الذي يكون أحد أفراد المجموعة ويقوم بدور التوجيه والملاحظة (عبد المنعم ، 2004 : 96) .

وذكر كاشف إن العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج يقوم لعدد من المرضى في وقت واحد دون تحقيق أهداف جماعية ، وعادة ما يختلف أسلوب العمل باختلاف المعالجين واختلاف نظرياتهم ومناهجهم ومذاهبهم العلمية .
والعلاج النفسي الجماعي هو مجموعة من الخدمات العلاجية المحددة التي تقدم إلى المرضى وذوي المشكلات المشابهة مثل الخجل والانطواء والمجموعات المتقاربة في المستوى التعليمي والعمر، يقوم به معالج أو أكثر بصورة غير مباشرة أو غير موجهة عادة وإن كان بعض المعالجين يتبعون الأسلوب الموجه أو المباشر ، مما ينجم عنه تغيير أو تعديل في سلوك المرضى وذوي المشكلات ، وكذلك نظرتهم ومفهومهم للأحداث وللحياة بصفة عامة . حين أن بعض المرضى مثلاً تضطرب مشاعرهم ليس بسبب الأحداث التي تقع لهم ولكن بسبب نظرتهم لتلك الأحداث ويهدف العلاج الجماعي لتعلم كفيه إرضاء حاجاتهم السيكولوجية ويكونوا ذوي قيمة في نظر أنفسهم والآخرين (كاشف، 2005: 171) .

ومن بين كل أساليب العلاج المستخدمة في علم الطب النفسي يعد العلاج الجماعي أكثر شيوعاً وأكثرها تحديداً في الوقت نفسه ، ولعمل الجماعات المختلفة وفقاً لمبادئ تحليل نفسي صادق مثل مجموعات السايكودراما ، وجماعات الخبرة ، وجماعات المساندة ، وفي بعض الحالات دون أي خطوط هادفة واضحة على الإطلاق (صفوت ، 2000 : 446) .

وأضاف عزالدين أن العلاج الجماعي يستند إلى وجود أكثر من عميل في الجلسة العلاجية في وقت واحد ويقوم مثل هذا العلاج على افتراض مؤداه أن الجماعة العلاجية توفر للعميل موقفاً اجتماعياً يتيح له حل المشكلات التي قد يرجع في نشأتها إلى ثمة أوضاع اجتماعية. وقد تتألف الجماعات العلاجية من مرضى من بيئات مختلفة ، أو ربما يكونون في بعض الأحيان أعضاء في أسرة واحدة ، وتسمى بعض الجماعات بجماعات المواجهة ، وتتألف من أشخاص قد لا تبدو عليهم بالضرورة أساليب السلوك الشاذ ، وإنما فقط اختاروا أن يتقابلوا سويًا في محاولة لزيادة الوعي واكتساب القدرة على تحقيق الذات (ربيع ، 2005 : 132) .

وأشار عكاشة أن العلاج النفسي الجماعي يجتمع فيه عدد من المرضى يتراوح عددهم بين 5- 15) . ويكون العلاج على شكل جماعي ويهدف على بعث الثقة في النفس والقدرة على التعامل مع الآخرين . كما يمكن أن يتم من خلال الأندية الاجتماعية العلاجية ، حيث يجتمع المرضى لينتخبوا أعضاء

مجلس النادي والمسئولية عنه ، وناقشوا أغراضه وشاركوا في أنشطته بما يساهم في تحطيم دائرة العزلة الاجتماعية كما يمكن استخدام طرق التداعي الحر بحيث يجلس المعالج وسط مرضاه ويدعهم ومن ثم يلتقط الصراعات الخاصة لكل مريض خصوصاً في هذا الجو الجماعي الذي هو أقرب للواقع من الجلسات الفردية (عكاشة ، 2003 : 27) .

وتستنتج الباحثة أن العلاج النفسي الجماعي يتجمع فيه مجموعة من المرضى يجب أن تتراوح عددهم ما بين ثلاثة إلى خمسة مريض حسب طبيعة المشكلة ومهارات المعالج ، وكذلك المستوى التعليمي للمرضى كلما كان عالي ، كلما كانت الجماعة أكثر تقبلاً لبرنامج العلاج النفسي الجماعي.

نبذة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي :

أن المتتبع للأصول التاريخية للعلاج النفسي الجماعي يجد جذوره موعلة في القدم في الدراما الإغريقية ومسرحية العصور الوسطى وجلسات التنويم الطبي التي عقدها (أفلاطون) إلا الإرهاصات الأولى لحركة العلاج الجماعي الحديثة . وكان (لأزيل) من أوائل الذين وضعوا تجربتهم في العلاج الجماعي مع الفصامين في أول القرن العشرين حيث قال إن للطريقة الجمعية مزايا كثيرة وإنها أدت إلى نتائج جديدة فقد أصبح المرضى أكثر اجتماعية وقلت مخاوفهم من الموت كلما قلت مشاكلهم ينسب إليه وزال تخوفهم من المعالج ، ولكن الذي ينسب إليه فضل الزيادة في العلاج النفسي الجماعي هو (الفريد أدلر) الذي إنشأ مراكز للإرشاد تستخدم الأساليب الجمعية في العلاج المرضى وقد زعم (جاكوب مورفي) في فيينا أنه استخدم العلاج الجماعي عام 1910م انه صك مصطلح العلاج النفسي الجماعي عام 1932م ويرتبط اسم مورنيو أساساً بالسيكودراما التي ادخلها إلى الولايات المتحدة عام 1925م وفي عام 1934م استخدم (بول شيلدر) مفهوم التحليل النفسي في تجربته العلاج الجماعي . ولقد تأثر شيلدر بكتاب فوريد المعروف بـسيكولوجية الجماعة وتحليل الأنا الذي يشير إلى إن صلة أفراد الجماعة بعضهم البعض إنما تنشأ من خلال ارتباطهم المشترك بقائدة الجماعة (فرغلي، 2003:44).

وقد ظهرت عبارة العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عام (1939 على يد (موري نو Moreno) عندما استخدمها ليعبر بها طريقة لإعادة تسكين الأفراد في جماعات جديدة وفقاً للتقسيم السوسيومتري الذي ابتدئه . كما أن العلاج الجماعي هو أسلوب علاجي يجمع بين تكتيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكتيك العلاج التلقائي المباشر (أحمد ، 2000 : 65) .

ومع نهاية الحرب العالمية الثانية أصبح العلاج النفسي الجماعي واسع انتشاراً حيث ازداد عدد المرضى النفسيين بسبب الحرب وقدمت كل المدارس العلاج بالتحليل النفسي التي تنتمي إلى (فوريد وتورمني سيليفان) مساهمتها في العلاج النفسي الجماعي ابتداء من عام 1945م ، ويعتبر ولفريد بيوت من أشهر المحليين الانجليز الذي ترك بصمات واضحة في مسألة العلاج الجماعي وديناميات الجماعة . وبعد الحرب العالمية الثانية وضع (جورج باخ)

تصور عن العلاج النفسي الجماعي مستمداً من نظرية (كورت لفين) عن المجال سنة 1947 م الذي أهتم بالتدريب على مهارات إقامة العلاقات الإنسانية . ودخلت الجماعات بعد ذلك مرحلة جديدة اتجهت فيها إلى الخبرات الجماعية في جامعة شيكاغو على يد (كارل روجرز) وكانت هذه هي البداية الانطلاقة لحركة الجماعات فتعددت أنواعها وأفكارها النظرية مما جعل للأسلوب الجمعي تلك المكانة التي نشاهدها اليوم (فرغلي، 2003 : 47).

أنواع العلاج النفسي الجماعي :

1- العلاج النفسي الجماعي التعليمي : ويعتمد على موضوعات ومواد تعليمية تعطى بواسطة المعالج للمناقشة الجماعية وإبداء الآراء تحت إرشاد المعالج وبذلك ينشط الفرد في الجماعة انفعالياً وعقلياً واجتماعياً وأيضاً ينشط التفرغ والتعبير عن المشكلات وبالتالي ينمي الشعور بالانتماء للجماعة وهنا يمكن لعضو الجماعة أن يختار الموضوع محل المناقشة ، وكذلك يطرح المعالج المواضيع مثل الصدمة النفسية والمرض النفسي والدين ومناقشة الأفكار الخاطئة ، وقد يستخدم المعالج الأفلام السينمائية .

2 - النوادي الاجتماعية العلاجية : ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تقوم على النشاط العلمي والترويحي والترفيهي والاجتماعي . وكثيراً ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي مثل الكرة أو نشاط فني مثل الموسيقى بما يلاءم مع المريض وهنا نشاط المريض يحل محل الكلام

3-الدراما النفسية (السيكودراما): يلعب المريض أدوار مسرحية لتمثلية صادقة عن مشكلة خاصة أو جماعية وبذلك يعدون ذكريات تاريخ مرضهم فتحدث عملية التنفيس العقلي مما يتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي ويحقق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم ، وهنا يجلس المعالج وسط مرضاته ويدعهم ويتكلمون بطريقة التداعي الحر دون أن يأخذ دوراً إيجابياً في الجلسات ومن ثم يلتقط الصراعات الخاصة بكل مريض رضا في الجو الجماعي وقد أفاده هذه الطريقة في علاج كثير من الحالات (الأعصاب) العيسوي ، 2001 : 87) .

الفوائد العلاجية للسيكودراما في العلاج النفسي الجماعي :

- كتابة المشكلة وإخراجها يساعد على تحديد وتفرغ المشكلة وهو في حد ذاته ضرب من ضروب العلاج .

- اكتشاف وتلمس المريض لجوانب القوة والضعف في شخصيته .

- تقمص وتمثيل الأدوار هو تجسيد لمشاعر الذات والغير مما يعينه على

الاستبصار .

- يعد العلاج الأمثل لكثير من الحالات التي يصعب معها العلاج الفردي حيث يقلل الحساسية ويدفع إلى مواجهة المواقف ويشعر بالمرونة والكفاية (علام،

2003 : 79)

الأسباب التي دعت لظهور العلاج النفسي الجماعي :

توجد أسباب عديدة لظهور العلاج النفسي الجماعي ، واقتضت الضرورة

وجوده باعتبار كياناً جديداً أدت وليداً لهذا القرن، ومن هذه الأسباب ما يلي :

- زيادة حالات العصبية والذهان خاصة بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية ،
وتفشي حالات ردود الأفعال الهستيرية ، وإرهاب الحرب وأعصاب المعركة ،
واضطراب صدمة القذائف وإعياء المعارك (العيسوي، 1990: 521)
- تجانس طبيعة المرض ، حيث فوجئ العالم بكم هائل من الجنود المضطربين
هم بمثابة حصيلة الحرب ، وساعدت هذه الخاصية في التهيؤ للانتقال إلى
مرحلة العلاج النفسي الجماعي لان الغالبية العظمى من الفئات الاكينيكية
المتوفرة في ذلك الوقت كانت الجنود .
- تشابه الأعراض الاكينيكية للمرضى ، في ذلك الوقت نظراً لمتغيرين
أساسين هما :

أ - أن الموقف الضاغط والمثير والمفجر للاضطراب واحد وهو الحرب .
ب - أن ملتقى هذا الضغط وهذه الآثار ، نمط أو فئة الجنود ونتج عن ذلك
قواسم مشتركة بين حالات الجنود في معاناتهم وشواهما ، وبالتالي تشابهت
الأعراض مما دعا إلى ضرورة علاجهم في جماعات .
- زيادة الحجم في معدلات معانات أسر الجنود، حيث أن الزيادة المضطردة
في حجم معانات أسر هؤلاء الجنود . لذلك كانت العلاج النفسي الجماعي
للأفراد العائلات بمثابة الحل الأمثل لهذه المشكلات في ذلك الوقت .
- قلة عدد المعالجين، حيث أن عدد المعالجين في ذلك الوقت كان لا يكفي
التعامل مع الأعداد الهائلة التي تطلب العلاج .
- استحالة استخدام العلاج الفردي مع تلك الفئات والسبب أن العلاج الفردي
لن يمكن المعالج من خلاله الالتقاء بتلك الأعداد الكبيرة من المرضى
المضطربين علاوة على أنه سوف يستغرق وقتاً أطول وتكلفة أكثر ، لذلك
كان العلاج النفسي الجماعي منقذاً من تلك الأزمة .
- تشابه الظروف المعيشية للمرضى ، وهذا التشابه ساعد كثير في نجاح
عمليات العلاج النفسي الجماعي .
- الشدة التي واجهت إلى تيار التحليل النفسي السائد في ذلك الوقت . وهذا
من شأنه جعل الأفراد في حالة تهيؤ ذهني ووجداني لاستقبال شكل جديد
للعلاج .

- قلة تكاليف العلاج النفسي الجماعي ، ساعد كل من المعالجين والمرضى
في ظهوره والإيمان بفكرته ومضمونه ، والثقة في نتائجه ، وتحمس له
الكثيرون ، كانت عائداه العلاجية مرضية إلى حد ما في ذلك الوقت) أبو زيد ،
2002 : 234) .

أهداف العلاج النفسي الجماعي :

لا يوجد دون هدف ما وان وجد فهو ليس بعلاج ، ووفقاً لأبعاد أهداف العلاج
النفسي تتجدد قيمته وأهميته ومغزاه وفائدته ، وجدواه ، وعائده وفقاً لمدى
تحقيق هذه الأهداف يتحدد نجاح العلاج، ونجاح العلاج هو الهدف الرئيسي
والعريض لأي معالج ولأي مريض ، ولا يتحقق نجاح العلاج إلا بوضوح الهدف ،
فكيف ألقى بالكرة في المرمى وإنما لا أرى الكرة أو لا أرى المرمى ؟ ولا بد
للأهداف العلاجية أن تتوفر فيها الخصائص الآتية:
- أن تكون الأهداف واضحة نقية بلورية .

- أن تكون سهلة المنال نسبياً تجنباً للفشل والإحباط السريع .
- أن تكون ثابتة نسبياً .
- أن تكون منظمة ، ومتسقة مع الواقع .
- أن تكون مرحلية فلكل جلسة علاجية هدف أو عدة أهداف ، ولكل مرحلة علاجية هدف أو عدة أهداف ، ولا يصح أن نسبق أهداف المرحلة أهداف مرحلة أخرى تجنباً للتعجل الهدفي الذي يؤدي إلى الارتكاز .
- أن تكون موضوعية ، ومحددة .
- أن تكون محدودة وليست مفرطة في الاتساع أو الشمول حيث يصعب منالها .
- أن تكون قابلة للتحقيق والانجاز .
- أن تكون متكاملة بحيث تحقيق إحداها يساعد في تحقيق هدف آخر .
- أن تتناسب جزئياً مع قدرات المريض ، وطاقته ، واستعداداته ، وميوله على الأقل في أول الأمر، ثم على المريض أن يطور من تلك الطاقات حتى يتمكن استيعاب أهداف أكثر تحدياً له .
- ولابد للمعالج أن يتوخي الآتي فيما يتعلق بالأهداف العلاجية :**
- إن مريضه قد تفهم الأهداف واستوعبها وتقبلها واقتنع بها .
- أن يكون المعالج قد بذل قصارى جهده في شرح الأهداف وإيضاحها وبيان معالمها وأبعادها وملامحها
- أن يبدأ المعالج بالأهداف سهلة المنال ، وقصيرة الأجل ، وسريعة العائد لكي يشجع المريض على بذل المزيد من الجهد لتحقيق كثير من الأهداف وإنجاز مزيد من المهام العلاجية ذات الطابع التدريجي .
- إن يبدأ المعالج بالأهداف الحيوية التي تحتمل الانتظار نظراً لأولويتها وإلحاحها ثم يوالي متابعة الأهداف حسب تدرج تصنيفي علاجي لها .
- أن يشارك المعالج مريضه في تصور الهدف وتخطيطه ومساره ، ومداه وسبل تحقيقه المختلفة حتى يشعر المريض انه صانع الهدف أو على الأقل مشارك ، وان الهدف ليس بغريب أو دخيل عليه (أبو زيد ، 2002 : 95) .
- وأضاف زهران المذكور في غانم (2008) أن أهداف العلاج النفسي الجمعي تنقسم الي :
- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه .
- حل أو تصفيه الصراعات التي تسبب عجزه .
- زيادة قبول الفرد لذاته .
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات .
- تقدير الذات .
- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله .
- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية .
- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتنميتها (غانم، 2008 : 199)
- وأضاف عكاشة أن من أهداف العلاج النفسي الجماعي :

- المعاضدة والتدعيم : حتى يتغلب المريض على فقدان الثقة بالذات خاصة حالة هؤلاء الذين يخافون السلطة ، والمعالج يرمز إليها ، فالوضع الجماعي يزيل هذا الخوف ويجعله يعبر عن انفعالاته العدوانية نحو المجتمع أو باقي المرضى أو حتى المعالج نفسه.

- التنبيه : يفيد العلاج النفسي الجماعي في تنبيه الكثير من ملكات المريض وأهمها مشاركة الآخرين في أعراضهم ومناقشته للحصول على اهتمام الطبيب في وسط المجموعة ، ومكافحته لأخذ مركز قوي بين زملائه المرضى وللظهور أمامهم خاصة بين أفراد متعددي الثقافة .

- التمرين : يساعد العلاج الجماعي على ممارسة المريض لعدة مواقف وسط مجموعة من الناس وفي هذا يختلف عن الموقف الصناعي في العلاج النفسي الفردي فلا يخشى النقد أو التعليق على كلامه ، ومن ثم يكتسب أفعالاً انعكاسية شرطية جديدة ، مع اكتساب مهارات اجتماعية جديدة ، التعبير عن انفعالاته بالكلام وقدرته على وصف إحساساته ومشاعره بطريقة لفظية ، مما يكسبه احتراماً لذاته .

أساليب العلاج النفسي الجماعي :

ذكر زهران أن أساليب وتقنيات العلاج النفسي الجماعي تتنوع حسب المعايير التالية :

أ - أعضاء الجماعة مشكلاتهم النفسية : حيث يتفق أسلوب العلاج على مدى تشابه واختلاف أعضاء الجماعة العلاجية في مشكلاتهم النفسية والجنس والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي .

ب - طريقة تشكيل الجماعة العلاجية : حيث يتوقف أسلوب العلاج على تشكيل الجماعة بصورة عشوائية أو إتباع القواعد والأصول السوسيوومترية .

ج - مدى التركيز على شخص المعالج النفسي : حيث يتفق أسلوب العلاج على التركيز على الجماعة نفسها والنظر إليها ككل متفاعل والي كل عضو فيها على انه مؤثر في علاج الآخرين أو التركيز على علاج كل مريض في الجماعة كوحدة مستقلة بغض النظر عن ارتباطاته خارج الجماعة .

د- شكل التأثير السائد في الجماعة : حيث يتوقف أسلوب العلاج على التأثير الحر التلقائي النشط أو التأثير في شكل تلقين ويقوم على أعداد سابق

هـ - نوع النظرية التي يتبعها المعالج النفسي : حيث يتوقف أسلوب العلاج على الاعتماد على صفات الجماعة وديناميتها والقوة الفاعلة فيها . أو الالتزام بأصول العلاج الفردي أكثر من الاهتمام بها للجماعة من خصائص مميزة .

و - المكان الذي يمارس فيه العلاج : حيث يتوقف أسلوب العلاج على ممارسته في جهة التأثير الرئيسية على المريض مثل الأسرة أو المكان ، أو في مؤسسة علاجية خاصة مثل مستشفى أو عيادة نفسية أو مركز إرشاد نفسي أو نادي علاجي .

هناك تقنيات عديدة ومختلفة للعلاج النفسي الجماعي لهذه التقنيات مصطلحات خاصة بها ومن تلك التقنيات العلاجية ما يلي :

السيكودراما : والتمثيل النفسي المسرحي وهى منهج من العلاج النفسي الجماعي اصطنعه (مورنيو 1945 Moreno) ويعتمد فيها يوحى اسمه على ممارسة الأدوار الهامة (كدور الأب أو الأم) بحيث يستطيع المريض أن يكشف مشكلاته الشخصية وأخطائه في عمليات تفاعله بالآخرين) عبدالستار، 1999 : (163).

وهذا النوع من العلاج يقتضي مساعدة المريض على التعبير عن مشاعره والتنفيس عن انفعالاته المكبوتة من خلال قيامه بتمثيل الأدوار المختلفة التي يرغب القيام بها (اليسوي ، 1984 : 147).

وللسيكودراما إسهامات عديدة في عملية العلاج النفسي الجماعي ، حيث تستخدم كوسيلة علاجية ، وتعليمية ، وتدريبية ، وكذلك وسيلة تربية تساعد الفرد على الترويح والترفيه ولأنها وسيلة من وسائل العلاج النفسي الجماعي ، لأنها تنظر للمريض على أنه شخص مضطرب نفسياً ، يعيش في عزلة بعيدة عن المجتمع المحيط به مما يسبب الاضطرابات النفسية وبالتالي تتفاقم المرض لديه ، وتتميز هذه التقنية من العلاج الجماعي بحرية الأعضاء في اختيار وتمثيل الأدوار والتدريب على التداعي والتلقائية وإظهار المشاعر المستهدفة أمام المشاهدين (شاكر ، 2003 : 87) .

ومما سبق فإن السيكودراما كوسيلة علاجية تجعل المريض يساعد نفسه في اكتشاف قدرته والتعبير عنها بطريقة فعالة تمكنه من تعديل سلوكياته والتفكير في كيفية تغيير اتجاهاته السلبية التي تقود إلى العزلة والانطواء والاستسلام للمواقف والأحداث المؤثرة في حياته وتكوين الأفكار غير العقلانية أي المنطقية ، خاصة في مجال الاعتماد ، وذلك بكونه يلعب أدواراً تمثيلية تعبر بطريقة أو بأخرى عن ما يوجد في اللاشعور لديه . ويهدف العلاج السيكودراما إلى إزالة المهددات الداخلية وتصريفها أو تفرغها والتصرف على السلوك اللاسوي أو غير مقبول وغير المرغوب وتحديد أسبابه وكيفية اكتسابه والتخلص منه . أما عن موضوع فقد يتضمن الخبرات الماضية والمواقف الحالية والتوقعات في سبيل ما يربطه بهدف مشكلة من مشكلاته مستقبلاً كالدراسة والتخصص واختيار المهنة والزوجة ، ومواقف متخيلة غير واقعية تهدف إلى تشجيع روح الجماعة (علام ، 2003 : 79).

أما أن التأليف والإخراج والأداء ، فيقوم المرضى بتأليف التمثيلية النفسية بأنفسهم ويكون التأليف تلقائياً حسب الموقف . وقد يساعد المعالج في التأليف ، أما عن الحوار فيترك لتلقائية وابتكار المرضى أثناء التمثيل . وعن الأدوار التي يلعبها المرضى ، فهي متعددة مثل دور المريض في حياته اليومية ، أو دور المعالج ، أو شخص مهم كأحد الوالدين أو الأخوة أو المعلم أو الزوج أو الجار . ودور شخص معاكس مثل قيام المرؤوس بدور رئيسه والزوج بدور

زوجته ، وتوزيع الأدوار على المشاركين في التمثيل لإظهار السلوك اللا توافقي حتى يمكن ضبطه) سري ، 2000 :134) .

والممثلون هم المرضى أنفسهم ويكون لأحدهم دور البطل الرئيسي ويمثل باقي المرضى أدوار الأشخاص المهمين في حياته . وقد يشترك المعالج وغيره من أفراد العلاج في التمثيل بغرض التوجيه والتفسير ، ويجب إسناد الأدوار بحرص إلى المرضى بحيث تكون متدرجة في الضعف بما يضمن الاستمرار وعدم الانهيار . ويحسن أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله . ويطلب من الممثلين الاندماج الكامل في المشاهد وأن يكون سلوكهم معبراً عن أفكار الخاصة الحقيقة بتلقائية وحرية ومن الملاحظ أن المرضى يسلكون سلوكاً أقرب إلى الواقع منه إلى التمثيل . والمتفرجون غالباً من أعضاء الجماعة العلاجية وأعضاء فريق العلاج (سري ، 2000:114).

وبعد التمثيل يدخل الممثلون والمتفرجون في مناقشة ما يحدث ، والتعليق عليه ، ونقده واستعراض ما يمكن استنتاجه من موقف بطل الرواية وخبراته ومشكلاته ، وما يظهر من اتجاهات وتجاربه في هذا الموقف . وفي الختام يفسر المعالج ديناميات التمثيلية تفسيراً صحيحاً ويستفيد منها من حيث أنها تظهر الصراع الداخلي وتأتي به إلى مستوى الشعور وتنفيس القلق والمواد التي تؤرق المريض ، وتزيد بصيرة المريض بحالته مما يجعل سلوكه في الحياة العملية يعتدل حسب الحاجات (زهران ، 2005:321) .

المحاضرات والمناقشات الجماعية :

من رواد استخدام أسلوب المحاضرات والمناقشات الجماعية العلاجية (ماكسويل جرنزن) ويلعب في هذا الأسلوب عنصر التعلم وإعادة التعلم دوراً رئيسياً حيث يعتمد أساساً على إلقاء محاضرات سهلة على المرضى بتخليها وبليها مناقشات . ومن أهداف المحاضرات والمناقشات الجماعية تغيير الاتجاه لدى المرضى (عبد الخالق ، 2007 : 211) .

ويطلق على هذا الأسلوب أحيانا العلاج النفسي التعليمي Psychotherapy Didactic Group، حيث أنه يسوده المناخ العلمي ، ويلعب فيه عنصر إعادة التعليم والإيحاء دوراً هاماً (زهران ، 2003،183).

ومن أمثلة موضوعات المحاضرات والمناقشات : الصحة النفسية ، ومشكلات التوافق النفسي ، وقد يكون الموضوع مناقشة (حالة افتراضية) يطرحها المعالج أو المناقش بعض الأفكار الخرافية والمعتقدات الخاطئة. أما المحاضرات فاهمهم المعالج ، أو بعض المتخصصين مثل الأطباء والاختصاصيين الاجتماعيين وعلماء الدين وبعض المرضى السابقين والذين استفادوا من هذا الأسلوب العلاجي .ومن حيث إدارة الجلسات العلاجية نلاحظ ما يلي :

- يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصي على مرضاهم ويجعلون من محاضراتهم مركز الثقل في أسلوب العلاج .

- يعتمد بعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم في إلقاء أغلب الأحاديث وتبادل الآراء والمناقشات مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج .

- يستخدم بعض المعالجين المجادلات (زهران، 2005: 97) .
أما شاكر فأشار إلى العلاج النفسي التعليمي علاج مجموعة تجتمع فيها
عناصر الموقف التعليمي ويسودها جو العملية التعليمية أو تقوم على أساس
محو تعلم خاطئ وإعادة تعلم البديل حيث ينجم من المناقشات الجماعية
التفكير بصوت مرتفع لاتخاذ الحل الأكثر واقعية فرأي الجماعة يفوق رأي الفرد
. ويعلمنا القران الكريم ذلك الأسلوب من العلاج وهذا الفن من الحوار مثل
حوار سيدنا إبراهيم مع أبيه قال إذ قال لأبيه يا أبت لم تعبد ما لا يسمع مالا
يبصر ولا يغنى عنك شيئاً..... (مریم) الآية (42) (شاكر ، 2003 : 52) .

العلاج الأسري : Family Therapy

يطلق هذا النوع من العلاج من حيث إن الأسرة واحدة لا تتجزأ تقدم على
أساس التكامل والتفاعل بين أعضائها ، وعن طريقها يمكن تحديد الاضطرابات
النفسية التي تنشأ بين أي فرد من أفرادها ، لذا فإنها العمود الفقري للفرد
وهي اللبنة الأولى والرئيسية في العملية العلاجية ، منها يساعد المعالج
النفسي العضو المضطرب على التعبير عن رغباته ومشاعره بشكل مباشر)
عبدالخالق ، 1997 : 213) .

ومن أهداف العلاج الأسري الآتي:

- تحقيق فهم أفضل لدور كل عضو في الأسرة وتحديد مسؤوليات .
- تحقيق لتقارب بين الآباء والأبناء .
- حل ما يعكر صفو الأسرة .
- تحسين الأسرة ضد احتمالات الخلاف والتفكك .
- تحقيق الصحة النفسية في الأسرة كسكن وسكينة تسودهما المودة
والرحمة) .(شاكر، 2003: 35).

علاج المواجهة الجماعية: Encounter Group Therapy

رائد هذا الأسلوب العلاجي هو كارل روجرز ، ويعرف هذا الأسلوب الإرشادي
العلاجي أحياناً بأسماء منها ما يلي :

- جماعة المواجهة الأساسية Basic Encounter Group .
- جماعة التدريب العلمي في ديناميات الجماعة Training Laboratory In
- Group Dynamics - حلقة عمل جماعي في العلاقات الإنسانية Workshop
In Human Relation shops

وتفضل المؤلفة تسمية الخبرة المكثفة في جماعات المواجهة Intensive
Experience In Encounter Group ويستخدم أسلوب الخبرة المكثفة
في جماعات المواجهة في الإرشاد والعلاج النفسي في مراكز الإرشاد
والعيادات النفسية وفي أماكن قضاء العطلات (محمد ، 2000 ، 232) .
وتضم جماعة المواجهة العملاء أو المرضى وتستمر الخبرة الجماعية المكثفة
والمذكورة فترة تتراوح بين يوم أي ثلاث أيام (كعطلة نهاية الأسبوع) من ثلاثة
إلى أربعة أسابيع حيث يكون الخبرة مكثفة طول الوقت ، فيما عدا وقت الراحة
والغداء أي أن الجلسات الإرشادية أو العلاجية تستغرق من 10 - 60 ساعة من

الخبرة الجماعية المكثفة وتضم الجماعة عادة من 6 – 12 شخص (زهران،
1997: 412)

النادي العلاجي :

ينشئ بعض المعالجين أندية علاجية خاصة تتيح فرصة العلاج الجماعي القائم على نشاط العلمي والترويحي والترفيهي والاجتماعي بصفة عامة . وبهياً كذلك المناخ النفسي المناسب الديمقراطي السمع المشيع بالحب والتقبل . وكثيراً ما تبدأ الجلسات العلاجية بنشاط رياضي أو نشاط فني ويلاحظ إن ألوان النشاط المتعدد يمكن أن يختار منها ما يلاءم حالة المريض أو الجماعة المرضى ككل ، ويلاحظ أن المرضى الذين ينجح معهم هذا الأسلوب العلاجي هم أولئك الذين يحتاجون إلى تكوين علاقات شخصية بناءة مع رفاقهم أكثر من تكوين علاقات مع معالج كبير ومع الذين يحتاجون إلى خبرات جماعية بناءة ، ومع الذين يعانون من الرفض في أسرهم وفي المجتمع بصفة عامة (زهران، 2005:57).

نظريات العلاج النفسي الجماعي :

والمقصود ليست نظريات مناهج العلاج وإنما نظريات مفهوم العلاج نفسه حيث يحاول المنظرون في العلاج النفسي الجماعي الإجابة عن عدة تساؤلات مثل : ما هي الجماعة العلاجية ؟ وكيف تنتظم الجماعة ؟ وكيف تتم الاستفادة من العلاج ؟

1- النظريات التحليلية أو الدينامية Dynamic Or Analytical Theories رغم أن الأم وطفلها يعدان جماعة ، فإن الأمر غير كذلك لدى سيحسون فوريدي Freud الذي افترض أن الأم وطفلها وما بينهما من علاقة دينامية يكونان جماعة . وإن تلك العلاقة تعدل من نرجسية الطفل ، فهي علاقة علاجية تهدف إلى تعديل سلوك الطفل إيجاباً أو سلباً، كما افترض فوريدي أن الأسرة، وخاصة الوالدين تكون بمثابة الجماعة الأولى للطفل ، وأيده في ذلك علماء الاجتماع حين قرروا أن الأسرة هي الجماعة المرجعية الأولى للطفل (Lonergan 1990 كذلك رأى فوريدي الجماعة على أنها تجمع مجموعة من الأفراد يربط بينهم شئ ما خلال عمليات التوحد مع القائد ، أو بعضهم مع بعض الآخر. وبالنسبة له ، فإن فوريدي كان يضع في اعتباره أن العلاج النفسي الجماعي لا بد أن يهتم بالأفراد داخل الجماعة وليس الجماعة ككل ، وأن الفرد في العلاج النفسي الجماعي يمثل عضواً لسلالة ، ولمجتمع ، ولمهنة ، ولمؤسسة ، أو جزءاً من تكوين حشد من الناس الذي انتظموا في جماعة مؤقتة ، ولمدة محدودة ، ولوقت بعينه ، ولغرض محدد، وهدف واضح .

ويؤكد فوريدي على غريزة التجمع Herd Instinct التي تدفع الأفراد إلى أن يحيوا في جماعات ، خصوصاً عندما يترأسها قائد رئيس ، باعتبار أن الفرد أو الإنسان في عمومهم حيوان اجتماعي .

ولا يحبذ فوريدي الجماعات العلاجية الكبيرة لأنها قد تكون خطيرة في بعض الأحيان ، ويركز ضمن ما يركز على وضوح الأدوار، وخصوصاً دور القائد ، وتفهم الجماعة ، ويرى أن العلاج النفسي واعد للاضطرابات الانفعالية (151) ، (Shaddock 1989 ، .

والأمر كذلك اختلف لدى إيريك إيركسون (1980) Erikson E ، حين وسع دائرة الجماعة ، وافترض أن المجتمع جماعة الفرد، وأن الدين جماعة الفرد ، وهما جماعات عامة ذات انتماء يساعد على تكوين شخصية الفرد ، وافترض أننا نتعلم في ظل ثقافة معينة ، نستمد منها تقدير الذات واعتبارها. وحتى في أيام فوريدي ، نجد أن منظرين مثل جوستاف ليبون (1920) G. Lebon ، ومكدوجل (1920) McDougall يقترحان أنه في جماعات الكبيرة Mobs Large Groups ، يمكن أن يحدث فقدان للسيطرة أو الضبط ، وأن الأفراد يمكن أن يسكوا سلوكاً حيوانياً ، لذلك تم إبداع ما يسمى بالعقل الجماعي أو عقل الجماعة Group Mind وثمة ذواتا يحدث بين أفراد في الجماعة، أو يسلم الأفراد ذواتهم العليا للقائد ليضع القائد الأحكام ، والقواعد ، والمعايير التي تضبط الجماعة . ويفسر ذلك فوريدي بالرجوع إلى التوتيم Totem والتابو Taboo ، والجماعة أو القبيلة الأولية Primary Horde . وبذلك يركز فوريدي

وأتابعه على فكرة أهمية القائد في الجماعة ، وعلى أهمية الانتماء لها والتوحد معها ، والشعور الجماعي ، والتنفيس عن الرغبات العدوانية والجنسية ، ومشاعر الغضب ، وأهمية أن يكون القائد مثلاً انوياً للأفراد Ego Ideal لأن ذلك يساعد في التفاف الجماعة حوله ، وتماسكها .

أما فولكس (1975) Foulest وهو من أتباع فوريد ، قام بتطبيق مبادئ التحليل النفسي في العلاج الجماعي من حيث الآتي :

- ظاهرة التحويل Transference .
- ظاهرة المقاومة Resistance .
- التفسير أو التأويل Interpretation .
وذلك إيماناً منه بأن الإنسان طبيعة اجتماعية ، وأن كل الأمراض النفسية والعقلية ما هي إلا نتاج اضطراب العلاقات الاجتماعية وبين الشخصية ، ولذلك فإن الجلسات الجماعية في نظره تتيح فرصة إصلاح توتر هذه العلاقات وإنضاجها ، وإزالة الصراعات الخاصة بها ، والمرتبطة . وتأثراً بنظرية يملاني كلاي Klein M . قسم فولكس عمليات الجماعة إلى أربعة أقسام هي :

- المستوى الحالي Current Level .
- المستوى التحولي Transference Level .
- المستوى الإسقاطي Projective Level .
- المستوى الأساسي Primordial Level .
ويكرر فولكس ضرورة التفات المعالج إلى تلك العمليات وتلك المستويات حتى يضمن لأفراد جماعته تحقيق النضج والاستبصار والسعي نحو الشفاء .
2- نظرية الادعاء أو الافتراض الأساسي Basic Assumption Theory

حيث يقرر ويلفريد بيون (1955) Bion,W أن أفراد الجماعة لديهم :

الأجندة اللاشعورية

Unconscious

الغرض الشعوري
purpose Conscious

Agenda

وهي أجندة جماعية لا شعورية تحوي

وهو الغرض الظاهر لحضور الجماعة ,

ورغبات كثيرة تعوق المهمة العلاجية ,
الاتجاه مضاد للغرض الشعوري للأفراد

تساؤلات كثيرة
والعلاج والالتزام بالمهام العلاجية... الخ
وقد تسيير في

وتقوم نظرية بعيون على مفاهيم ثلاثة أساسية :

- الاعتمادية Dependency .
- الكر والفر Flight \ Fight .
- المزوجة Pairing .

وفيما يتعلق بالاعتمادية ، فإن أفراد الجماعة يسلكون سلوك العاجز ، وغير الناضج ، ويعتقدون أن القائد هو ساحر سوف ينقذهم من أزمته ومرضهم . ويمكن لهم أن يقدموا أحدهم للقائد لاختبار مدى قدرة القائد على مساعدته . بصرف النظر عن رغبتهم الحقيقية في مساعدته ، ويمكن أن تكون توقعات أفراد الجماعة من القائد عالية جداً ، أو طموحة جداً أو مبالغ فيها ، مما قد يدفع القائد إلى الفشل وتصاب الجماعة بالإحباط . أما الكر والفر : فهي عملية ديناميكية تحدث أثناء الجلسات الجماعية ، التي تشبه المعركة فالإفراد يكرون على أو يفرون من الخصم ، ولا فرصة إمام الضعيف ، ومعظم أفراد الجماعة لديهم تحملاً ضعيفاً للهزيمة ، والإحباط والخسارة .

أما المزوجة فهي تعني في نظره انتظار الجماعة للمسيح لكي ينقذها ، ويخلصها من أزمته ، ومن المعروف أنه واقعياً لن يأتي المسيح الآن ولكن الأفراد يتطلعون إلى الخلاص من الخطيئة Redemption بما تعينه من التحرر والوعد والصلاح ، وتجديد العهد ، والافتداء ، والترميم ، ويمكن للأفراد أن يهتموا ببعض الثنائيات في الجماعة خاصة الجماعات المختلطة بين الجنسين . وتبدأ النكات ، والمزاح حول مدى إمكانية تزويج هذه الثنائيات لإنجاب الفارس أو إنجاب المسيح الدس سوف يحقق الحلم المنشود ، ويمكن أن تكون فكرة إنجاب فارس هي مجرد أفكار جديدة واختلاف حلول جديدة لمشاكل الجماعة .

2- نظرية الصراع البؤري الجماعي Group Focal Conflict Theory :
ويقترح مريدوها أمثال ويتذاكر D (1964) Whitaker وليبرمان M Lieberman . أن المناقشات التي تدور في الجلسات الجماعية ما هي إلا تعبير عن صراعات لا شعورية واحدة تلو الأخرى (1964) وأن الأفراد في العادة يميلون إلى التعبير عنها بشكل مباشر أو غير مباشر سعياً لحلها . ومتى تم الحل يسعى الأفراد نحو صراع جديد .

وأن هذه الصراعات تحوي مكونين أساسيين هما

رغبة
wish خوف Fear
تعبير عن دافع مضطرب
تعبير عن دافع استجابي
Reactive Motive Disturbing Motive

وعلى ذلك تحتوي الجلسات على عدة أو سلسلة من الصراعات الرئيسية أو البؤرية ، ويتركز أسلوب المعالج القائد في محاولة مساعدة الجماعة على إيجاد حل للصراعات القائمة بين الأفراد ودواخلهم، وعليه أن يختبر إلى مدى يمكن لأفراد الجماعة تحمل مستويات القلق الناتج عن الصراع . والعمل على حل تلك الصراعات في جو أكثر أماناً وأقل قلقاً.

4- نظرية الاتساق المعيشية أو الحياتية Living Systems Theory
الجماعة العلاجية ما هي إلا نسق حياتي معيشي حي ، إنها مثل الخلية في الجسد ، وفكرة النظرية اقترحها فون برتالانفي Bertalanffy .v (1966). وتفترض النظرية احتمال تساوي الأفراد من حيث الجودة فيما يتعلق بالأنساق الحياتية الخاصة بهم، وعلى المعالج أن يدرك أنساق جماعته جيداً ويقيس مستوى صحتها ، وإن وجد بها عطباً فعليه أن يطيبه To Doctor it . ويساعدهم على كيفية تصحيح المسار حتى يتقن الأفراد المهارات اللازمة لتشافي . كذلك تهتم النظرية بموضوع المسافات الاجتماعية بين أفراد الجماعة ، ومحاولة تقربها لكي يتم الشفاء . وإزالة المعوقات والأمور التي تشل التفاعل بين الأفراد، وزيادة التواصل، والعلاقات بين الفرد والجماعة ككل .. فضلاً عن علاقة الفرد بالموضوع ، والوجدانيات ، والدفاعات النفسية ، والتوحد مع الجماعة ، والخروج عن الجماعة ، والخيال وسيادة المعرفة ، وبناء الجماعة ككل .. كل هذه الأمور، والظواهر والعمليات تعد من المتغيرات المهمة التي تركز عليها تلك النظرية . ولا بد للمعالج أن يهتم بها لفهم جماعته . ومساعدتها على الشفاء .

كذلك يجب الالتفات إلى وظيفة النسق في ضوء المهام التي تسند للأفراد في الجماعة ، وما هي الأسس التي يجب مراعاتها عند استقبال عضو جديد في الجماعة ؟ ومتى يمكن تقديم ؟ ومدى احترام نسق الجماعة المتأثر بثقافتها ، ومعاييرها . وعلى المعالج أن يتفادى الصدام بين أو أنساقه الخاصة وبين أنساق الجماعة ، ومحاولة التوفيق بينهما قدر الإمكان .(Loner an- 206- 1994)

ويشير مكنزي Mackenzie K. إلى هذا التصور من خلال الشكل التالي ليوضح الجماعة بوصفها نسقاً حيث يشير إلى الحدود والمسافات Boundaries الخاصة بالمعالج ، والقائد أو القادة الجماعة ، وحدود الجماعة الفرعية ، والحدود الداخلية والخارجية ، وبين الشخصية ، والفردية ، والحدود الخاصة بالذات وتقسيمها من حيث ذات عمياء وذات معلومة وذات خفية ، وذات مجهولة كي يعي المعالج ويضعه في حسبانته ويساعد الجماعة على تفهمه ، واستيعابه والعمل من خلاله

5- نظرية هنا والآن ليالوم Yalom s Here & Now theory

وسوف يرد الحديث عنها باستفاضة في موضع لاحق، ويمكن ملاحظة تأثير
يالوم بنظرية هاري أستاك سيليفان (Sullivan H.S. (1953) والتي ترجع
الاضطرابات المرضية النفسية إلى التنشوهات الإدراكية الشخصية وبين
الشخصية ولذلك يركز يالوم على التفاعل بين الشخصي) الزماني (الآن،
والمكاني) (هنا) (أبو زيد، 2002 : 87) .

مما هو جدير بالذكر أن ما سبق عرضه من نظريات ما هو إلا نذر يسير من
النظريات ، أو وجهات النظر ، أو المناحي العلاجية التي طُرحت في هذا الصدد
ولكن رأى الباحثة الاكتفاء بذلك . لأن ما سبق عرضه يتميز بأهمية خاصة لذلك
تم التركيز عليه بشكل أساسي . والحقيقة لا يمكن الانحراف نحو نظرية دون
الأخرى ، أو تفضيل بعضها على بعض ، فمن الواضح أن كل منها عالجت
القضية من منظور خاص ، ورؤية مستقلة ، والنظرة التكاملية الشاملة تمنح
مجالاً أفضل، وأشمل للفهم ، والتفهم ، فليست هناك نظرية خاطئة أو صائبة ،
ولكن هناك اي نظرية ناقصة بمفردها، ولكنها كاملة متكاملة بعضها لبعضها
الآخر.

حالات استخدام العلاج النفسي الجماعي:

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

- علاج الأطفال والمراهقين والراشدين .
- توجيه الآباء والأمهات الذين يتبعون وسائل التربية الخاطئة مع الأطفال .
- علاج أمراض الكلام ومرض الإدمان ومعظم الانحرافات السلوكية .
- علاج المرضى الذين يتصفون بالعزلة والانطواء والخجل وعدم القدرة على
التواصل .
- علاج المشكلات الأسرية والزوجية .
- علاج الاضطرابات العصابية والذهنية (فرغلي، 2003:209)
- أضاف شاكر أن العلاج النفسي الجماعي يستخدم في المصحات
والمستشفيات النفسية والعقلية ومكاتب توجيه الطلاب وإرشادهم في
الجماعات والمدارس وبعض المؤسسات الإصلاحية لدى حالات العصاب
والذهان والإدمان والتأخير الدراسي وحالات الخجل والانطواء والاعترا ب وذوي
الأفكار اللاعقلانية (شاكر، 2003 ، .) 81
- ويضيف زهران أن من حالات التي يتم فيها استخدام العلاج النفسي الجماعي
وفوائده الآتى :
- علاج الأسرة بكاملها ، عندما تتشابك مشكلات أفراد الأسرة أو على الأقل
أعضاء الأسرة الذين تتعلق المشكلة بهم .
- علاج الإدمان ، وأمراض الكلام ، ومعظم الانحرافات والجنوح والعصاب
والذهان .
- علاج الاضطرابات النفسية والجسمية ومشكلات الحياة الأسرية والمهنية
وتوثيق العلاقات الاجتماعية في ميادين الإنتاج المختلفة .
- تأهيل الجنود المسرحين وإعدادهم للحياة المدنية .

- علاج المرضى الذين يتصفون بالانعزال والميل إلى الوحدة والانطواء والخلج
وسوء التوافق الاجتماعي والاكتئاب ، والشعور بالنقص لأسباب جسمية أو
اجتماعية أو نفسية .
- التثبت من تشخيص الأمراض النفسية واستكمال هذا التشخيص أو تصحيحه
حيث يسلك المريض في الإطار الاجتماعي على سجنه كما يسلك عادة في
حياته اليومية المعتادة .
- المساعدة في فصام المريض نفسياً من علاقة التحويل التي تتكون بين
المريض والمعالج في جلسات العلاج النفسي الفردي . ففي الجلسات
الجماعية يتشعب التحويل إلى علاقة متعددة الأبعاد بدلاً من اتخاذ نمط علاقة
ذات طرفين فقط ، وذلك يسهل التخلص التدريجي من التحويل .
أما الحالات التي يحسن فيها عدم استخدام العلاج النفسي الجماعي
فأهمها الشخصية السيكوباتية، ومرضى الهذاء ، وحالات الهوس الشديد
المصاحب بالذعر، وحالات الجنسية المثلية وحالات الضعف العقلي الشديد .
ويرى البعض أن يتشابه أعضاء الجماعة العلاجية في أعراضهم
ومشكلاتهم مما يكون عاملاً مشتركاً بينهم ويعتبر أساساً لتماسك الجماعة مبنياً
على الاهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية . كذلك يرى بعض
المعالجين ، خاصة في حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة والشرح والتفسير
أن تكون الجماعات متجانسة من النواحي العقلية المعرفية والاجتماعية ، وذلك
حتى يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على مستوى يناسب الجميع .
إلا أن البعض مثل سلا فسون (Slav son) غيره يرون أن تتضمن الجماعة
عناصر مختلفة من الأفراد، من حيث الجنس والمستوى الاجتماعي
والاقتصادي والأغراض ، البعض يتسم سلوكه بالعدوان ، والبعض بالإيجابية
والنشاط ، والبعض بالانسحاب ، والبعض عاديون ، والبعض يتسم سلوكه
بنمط انفعالي خاص مرغوب فيه، وهكذا حتى يتحقق التوازن في التفاعل
الاجتماعي في أنه يجب الجماعة . وقبل الجلسات الجماعية، والتي تكون
عادة أطول من الجلسات الفردية فتمتد إلى حوالي ساعة ونصف في
المتوسط، يجب أن يقوم المعالج بإجراء مقابلة شخصية مع كل مريض على
حده تخصص لعملية الفحص والتشخيص . ويجب أن يراعي المعالج في اختبار
أعضاء الجماعة ، وألا يكون هناك اعتبارات تجعل وجود في الجماعة مثيراً
للقلق والضيق والإزعاج له وللآخرين ، وألا الحالة المرضية مما لا يفيد فيها
العلاج الجماعي، ويؤكد مورينو أن العلاج الجماعي يجب أن يستند إلى قياس
العلاقات الاجتماعية في بناء الجماعة العلاجية ، حتى يمكن للمعالج أن
يستوضح مدى التماسك أو مدى الانقسام في الجماعة . وعن طريق مقياس
على النجوم (الذين عن طريقهم يمكن التأثير على الآخرين وقيادتهم . وكذلك
يمكن الاستدلال على) المعزولين (الذين يبذل معهم جهد خاص إما لتحسين
وضعهم داخل الجماعة ، أو لتحويلهم إلى جماعة أخرى يكونون فيها أكثر توافقاً
(زهران ، 1997 : 43).

أما قاسم فأشار إلى أن العلاج النفسي الجماعي يستخدم في هذه الأيام لعلاج تشكيلة عريضة من الحالات النفسية البدنية مثل : البدانة والحساسية واللعثمة والأمراض الجلدية . والحقيقة أن أول تطبيق للعلاج الجماعي المنظم في بداية القرن الماضي قد استخدم مع مجموعات من المرضى الذين كانوا يعانون التدرن الرئوي . ويستخدم العلاج الجماعي في مستشفيات الأمراض العقلية والسجون والمصانع وبيوت المسنين (دور الرعاية الاجتماعية) (والأمهات غير المتزوجات) (في العالم الغربي وقد حل استخدامه في بعض مستشفيات الأمراض النفسية محل استخدام الغرف الانفرادية ولقيود والعقاقير والعلاج بالصدمات الكهربائية . أما المصابين بالفصام الذين قضاوا في المستشفى عدة سنوات ولم يشاركوا في أي نشاط أو لم يستفيدوا من العلاج الفردي . فقد بدؤوا يتحدثون ويكتسبون أصدقاء عندما وجدوا أنفسهم ضمن فريق علاج جماعي جيد الإرادة . ويمكن باستخدام العلاج الجماعي إزالة الأعراض الخطيرة مؤقتاً أو بشكل دائم ، وإحداث تغيرات في ميول المريض الانفعالية ، وفي سلوكه تجاه الآخرين .

الخطوات التي يقوم عليها العلاج النفسي الجماعي :

يقوم العلاج النفسي الجماعي على عملية التقييم الشخصي ، حيث لا

يضمن تحديد أعضاء الجماعة العلاجية من خلال محكمين رئيسيين هما :

1- أن يكون لدى المريض الوعي والدفعية العلاجية للالتحاق بالجماعة والتقييد بنظامها . وقد حدد كل من (هولا ندر وكازوكا) خطوات العلاج الجماعي في عدة نقاط :

- اختيار أعضاء الجماعة العلاجية على أن تكون درجة التجانس مختلفة حسب المشكلة وطبيعتها .

- إن يكون للجماعة العلاجية هوية خاصة .

2 - وضع الأسس وقواعد عامة لتفعيل المشاركة وتبادل الخبرات بين الأعضاء .

3- التحرك ضمن إطار سلوكي معين يحكم علاقة الجماعة العلاجية وتفاعلهم مع بعضهم البعض .

4 - أن تصبح نظرة أعضاء الجماعة التفاضلية وذات توقع إيجابي تجاه السلوك

الصادر من كل عضو 5- إعداد نموذج للتغيير والعمل على تنفيذ من خلال

النقاط التالية :

أ - إن يتم تحديد السلوك الذي ينبغي تعديله .

ب - أن يتم عمل برنامج التغيير وتنفيذه عند الحصول على المعلومات

اللازمة .

ج - تقييم الجماعة العلاجية عن طريق البيانات والمقاييس اللازمة) مكية ،

(1991 : 49) .

أنواع المقابلة :

أورد فرغلي عدد من أنواع المقابلة كل منها :

أولا : المقابلة غير المنظمة Unsystematic interview

المقابلة غير المنتظمة هي التي تسير على غير أساس موضوع ، ولذلك فهي

أقل أنواع المقابلات استخداماً ، ليست هنالك موضوعات معينة يطلب من

المعالج جمع البيانات عنها ، وإنما تترك له الحرية لجمع أي بيانات وعلى ذلك
فالأسئلة عشوائية وارتجالية وغير مرتبة .

ثانياً : المقابلة المنتظمة Sesterysystematic interview
ويقوم بأجراء هذا النوع من المقابلة أخصائيو معالجون ومدربون تدريباً
عالياً ، كما أن تسير وفقاً لتخطيط منظم ودقيق ، يتضمن أهداف المقابلة
ووسائل جمع البيانات وتفسيرها ، ولكن لا تحدد له أسئلة تحديداً مطلقاً وإنما
تترك له الحرية لصيانة الأسئلة حسب حالة المفحوص ولكن في حدود
التخطيط العام الذي لا يمنع من كون المقابلة مرنة وقابلة للتكيف مع
المفحوص .

ثالثاً : المقابلة المقننة Standardized interview
إن علماء النفس حاولوا تحسين المقابلة وذلك بتوخي الموضوعية والدقة
والنظام في أدائها ، ولذلك ابتكروا طريقة المقابلة المقننة التي تحتوي على
أسئلة محددة معدة من قبل أعدادها دقيق والتي على الباحث إن يوجهها إلى
المفحوص بطريقة واحدة . وواضح إنها لا تحتاج لتطبيقها مثل ما تحتاجه
المقابلة المنتظمة من تدريب وخبرة . ولكنها تمتاز عنها بإمكان جمع البيانات
عن جميع المجالات المراد بيانات عنها دون إغفال أي منها ، ومن بين مزايا
هذه الطريقة توحيد الإجراءات وبؤدي ذلك إلى سهولة تشخيص الأمراض .

المهارات التي تستخدم أثناء المقابلة :

- الأسئلة المفتوحة و المغلقة : Open and Closed Questions يفضل
الأسئلة المفتوحة لان الأسئلة المغلقة تحد من حرية المريض في الكلام
وتجعله لا يسترد مشكلته إلا في إطار الأسئلة الموجهة إليه .

- الإعادة : Repletion يكرر المعالج بطريقة مشجعة بعض العبارات التي
ذكرها المريض في مشكلته بهدف التأكد من الفهم الصحيح وبهدف تأكيد
تواصل المعالج مع المريض .

- التسهيل : Facilitation تشجيع المريض على مواصلة حديثه باستخدام
أساليب غير لفظية مثل (إيماءة بالرأس أو الانحناء) أو بأساليب لفظية مثل (
نعم ، ثم ، ماذا .)

- الصمت : Silence يستخدم لسببين :
الأول : حث المريض على مواصلة جزءاً من حديثه .
الثاني : إشعار المريض بان الموضوع الذي يتحدث فيه غير متعلق بالموضوع
الأساسي للجلسة .

- المواجهة : Confrontation عندما يستنبط المعالج بعض النقاط قد تكون
غائبة عن المريض ولكنها هامة في المشكلة ، يجب مواجهة المريض بها ولكن
بحظر ومهارة حتى لا يؤدي ذلك على اتخاذ المريض موقفاً عدوانياً تجاه
المعالج .

- التفسير : Interpretation يفسر المعالج بعض المواقف أو العبارات التي
تشير إلى سلوك ومشاعر المريض .

التوضيح : Clarification يلجأ لها المعالج عندما يشعر أن المريض لم
يتحدث بالتفصيل في أحد النقاط الهامة .

- التلخيص Summarization : كل فترة يطلب المعالج من المريض أن يتوقف برهة ويقوم بتلخيص ما سبق .
 - الشرح : Explanation يشرح المعالج الخطة العلاجية للمريض على أنه يكون ذلك بأسلوب بسيط ولغة سهلة مع إعطاء المريض الفرصة كاملة لأية استفسارات .
 - الانتقال: Transition يقصد بها نقل المريض من موضوع إلى موضوع ويجب أن يكون ذلك بأسلوب مشجع يساعد المريض على الاستمرار .
 - التعزيز الموجب Positive : هذا الأسلوب يمكن المريض من سرد الأحداث بارتياح للمعالج وبدعم استيلاء مهما كانت طريقة كلام المريض .
 - الطمأنينة Reassurance : الطمأنينة الحقيقية تزيد من المعالج مما يدفع المريض إلى الطاعة والاستجابة الإيجابية للتعليمات ، لكن عندما يشعر المريض أن الطبيب لا يخبره الحقيقة لا يستجيب له إطلاقاً .
 - النصيحة: Advice في مواقف كثيرة يفضل إسداء النصيحة للمريض وذلك صحيح وفعال ، بعد توصيل المريض لمرحلة التحدث بصدق وحرية عن مشكلته وكذلك بعد جمع المعلومات والإلمام بالمشكلة عندئذ يكون النصيحة (فرغلي ، 2003 : 163) .

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي :

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس نفسية اجتماعية تهتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويم انحرافات ومن هذه الأسس ما يلي :
 - الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي ، مثل الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى النجاح والحاجة إلى الاعتراف والتقدير والمكانة والحاجة إلى الانتماء والشعور بالمسئولية نحو الآخرين ، والحاجة إلى الحب والمحبة والحاجة إلى المطالبة والمسايرة والحاجة إلى تجنب اللوم والحاجة إلى الانقياد والسلطة (زهران ، 2005 : 52) .

- أن المعايير الاجتماعية السائدة في كل مجتمع تقتضي تحديد الأدوار الاجتماعية حيث يشعر الفرد بالانتماء والتفاعل مع الجماعة لان مجرد وجود الآخرين يساعد الفرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية (كمال ، 1994 : 93) .

- تعتمد الحياة في عصرنا على العمل في جماعات ، ومن أجل ذلك لا يستطيع المواطن العادي إن يحيا حياة سعيدة منتجة ما لم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعي السوي وما لم يكسب المهارات المهيأة للتعاون مع الجماعة (زهران ، 2005 : 322) .

ويرى كمال بأنه عند اختبار الجماعة العلاجية لا بد من إتباع القاعدة الأساسية للعلاج النفسي الجماعي القائمة على أن يكون لدى أعضاء الجماعة نفس الحالة المرضية سواء كانت أمراض نفسية أو عقلية أو سلوكية كإدمان المخدرات ، وان يتراوح عدد الجماعة من أربعة إلى تسعة أفراد وقد يصل إلى

مئة فرد حسب الطريقة العلاجية المتبعة وغالباً ما تكون العملية العلاجية في محل مستقل وهادئ يمكن ممارسة العلاج النفسي الجماعي فيه بارتياح ، على أن تستمر الجلسة العلاجية من جلسة في الأسبوع الى ثلاث جلسات (اليسوي، 1994، 421) .

ويلخص وولف wolf أهم ما يحتاج المعالج إلى التأكد منه بالنسبة لكل مريض فيما يلي :

- إعداد المريض بما يكفل تحمله لضغط الجماعة العلاجية .
- إعداد تهيئته لكي يصبح واحد من أعضاء الجماعة فعلاً .
- ضمان عدم لجوئه إلى المقاومة بشكل يفوق الإفادة من العلاج الجماعي .
- إفهامه أن ينضم إلى جماعة مختاراً وأنه يستطيع أن يتركها أيضاً متى يشاء وأنه يستطيع أن يطلب من المعالج أن يتحول علاجه إلى جلسات فردية.
- وأضاف شاكر بعض الأسس التي يستند عليها العلاج النفسي الجماعي منها :
- السلوك الإنساني يتشكل بفعل متغيرات بيئية وتتحكم فيه معايير اجتماعية ويتحدد بفعل أدوار ومكانات اجتماعية .
- يترطب السلوك الإنساني بأنواع وأساليب التنشئة الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية .

- من بين أهداف العلاج النفسي تحقيق التوافق الاجتماعي في الأسرة والمدرسة والمجتمع .

- تعد أساليب ومهارات التفاعل الاجتماعي من العوامل التي تساعد الفرد على أن يعيش حياة سوية منتجة (شاكر، 2003: 310) .

المهارات التي يجب توفرها في قائد الجماعة العلاجية :
أورد فرغلي بعض المهارات التي يجب توفرها في قائد الجماعة العلاجية منها :
-توجيه الأسئلة : الاستكشاف والاستخراج والإثارة لمواد المتعلقة بالمشكلة المطروحة وهى تدخلات تكشف وتوضح للجماعة وللقائد مشكلات الحياة والصعوبات التي يعانها العضو .

- تقديم المعلومات : تقديم المعلومات النافعة أو الضرورية للعضو في الوقت المناسب .وتكون المعلومات فعالة إذا تضمنت مراجعة مدى فهم المريض للمعلومات المقدمة له وأسباب أهميتها وتصحيح القائد لمدرجات العميل بشأن تلك المعلومات .

- السلوك غير اللفظي : تحديد وإبراز السلوك غير اللفظي للمريض خلال الجلسة وتسميته والتعليق عليه وربطه بمحتوى الجلسة والمعلومات المتداولة واستخدام ذلك كله للسير بعملية العلاج إلى الأمام .

-وضع الأهداف : مساعدة العضو على وضع الأهداف واقعية ومعقولة وتكون العملية ذات فائدة عندما تكون الأهداف محددة وذات صلة وثيقة بالمشكلة وممكنه التحقيق وتوجد معايير أو محكمات لتحديد التحقيق وإظهار مدى التزام العضو بها .

- التطمين والتشجيع والتدعيم : استخدم الدعم النفسي والانفعالي عندما يتضح قلق المريض أو عندما تظهر علامات الكف والتوقف .

- ربط المسائل بعضها : الربط والتوصيل بين مختلف المعلومات والأجراء المتصلة بالمشكلة بحيث تتضح العلاقة بينهما .
- اختيار صحة الفروض : وضع فروض عن سلوك المريض واختيار صحتها عن طريق الحوار بحيث يتحدد السلوك ويتضح أو تظهر أسبابه ومعانيه .
- إعادة الصياغة : تكرار ما يقال ولكن بعبارات مختلفة بحيث تتضح المعاني بالدقة .
- تحديد وتسمية وتوضيح المشاعر : وهى تدخلات تكشف وتوضح للعضو والقائد طبيعة المشاعر الموجودة لديه خلال الجلسة أو في مواقف حياته اليومية وكيف تؤثر على سلوكه بالسلب والإيجاب .
- المواجهة : الطرح المباشر والصريح للموقف الواقعي الذي يحاول العضو تجنبه .
- التفسير : وصف وصياغة المشكلة التي يعاني منها العميل وتوضيح معانيها الخفية .
- تلخيص أو مراجعة مادة مهمة : تجميع كل ما قاله العضو بحيث تركز على جوانبه المهمة والأساسية ويمكن تلخيص ما دار في جلسة أو في جزء منه وتوضيح أهمية ومعنى كل تفصيل واشتراك العميل والأعضاء في الموضوع .
- الوصول إلى الخاتمة : دفع النقاش للوصول إلى موقف يحس فيه المريض أنه قد فهم شيئاً أو وصل إلى نهاية أو حل (فرغلي، 2003 : 277) .

آثار الجماعة العلاجية :

لقد أجريت عدة بحوث لدراسة آثار العلاج النفسي الجماعي منها دراسة بيمان (Penman) حيث قرن أثر العلاج بالصدمات الكهربائية فقط في جماعتين من مرضى الفصام ووجد أن نتائج العلاج في الجماعة الأولى كانت أفضل من نتائجه في الجماعة الثانية ، وقدم بيرنشتاين (Bernstein) دليلاً نظرياً دكينيكيّاً على أن للعلاج الجماعي آثار علاجية على المعالج نفسه تحدث في موقف العلاجي الجماعي فالموقف العلاجي الجماعي ينظر إليه على أنه أغنى من الموقف العلاجي الفردي حيث توجد فيه علاقات متعددة ، ويعتمد هؤلاء الباحثون أن المعالج أثناء عمله مع الجماعة يستفيد من الفرص التي يتيحها الموقف العلاجي الجماعي (زهران، 2005 ، 432) .
وأيضاً أجريت بحوث أخرى من أجل فهم الديناميت العلاجية وكانت لها دوراً رئيسياً في تفسير نتائج العلاج النفسي الجماعي وتمييزه عن العلاج النفسي الجماعي ومن هذه النتائج ما يلي :

- أن زيادة الإنتاجية لدى الفرد تقترن بشكل مباشر بوجود الآخرين .
- أن المواقف التي تؤثر في الجماعة يكون تأثيرها كبيرة على كل مشارك فيها مما يجعل الفرد يكون أكثر حدة في رد فعله (كمال ، 1994 : 63) .

دور المعالج النفسي في الجماعة العلاجية :

أوضح أسامة أن دور المعالج النفسي الجماعي ينفرد بكونه أكثر أعضاء الجماعة أهمية ، وهذا أحياناً ما يؤدي إلى مبالغة المرضى في ردود أفعالهم تجاه سلوكه أو إضفاء قدرات سخرية عليه لا يستطيع أن يحققها ، ويجب أن يكون قائد الجماعة على دراية بأسباب وتشخيص المرض العقلي والأنواع المتعددة للأشكال العلاجية المتاحة حينئذ فقط يستطيع أن يحدد من الذي سيستفيد بشكل أفضل من العلاج الجماعي . وفي العلاج الجماعي ذو الاتجاه التحليلي يلعب المعالج دوراً سلبياً بشكل نسبي ، حيث تقوم شاشة حيادية متقلبة لكل شئ يعكس عليها المرضى أفكارهم ومشاعرهم . إلا أن بعض الممارسين يؤيدون فكرة أن تغمس المعالج بشكل نشط في الجماعة ويظهر موقفه الراعي بالتفسيرات المفتوحة والتدخل عند ضرورة . وبالرغم أن هناك خلافات في الرؤى فيما يتعلق بدرجة النشاط والسلبية التي يجب أن يلعبها المعالج ، فإن من المتفق عليه عامة إن دوره (تسهيلي) أساساً ، وأن أعضاء الجماعة أنفسهم يجب أن يكونوا المصدر الرئيسي للشفاء والتغيير .
ويجب أن يبدي المعالج مهارة عظيمة ودقة كبيرة في مساعدة الجماعة على العمل بشكل فعال ، دون أن يسمح لنفسه بالتحكم في التفاعل ، وعن طريق التشجيع الاعتماد على نفس وحث الأعضاء على التغلب على المقاومة واستخدام التدعيم الاجتماعي يمكنه أن يساعد المرضى على امتلاك أكبر للذات والعمل بشكل فعال داخل الجماعة . ورغم أن قيادته للجماعة نادراً ما تكون واضحة إلا أنها تكون ثابتة وقوية . ويتلخص دور القائد في الآتي :

-الدور التوجيهي: Directive Role

من بين الوظائف الرئيسية للمعالج أن يقوم بمراقبة حدوث التفاعل في الجماعة ، فيجب أن يساعد الأعضاء على التركيز على كيفية التعامل كل منهم مع الآخر . ويجب أن يدبر المعالج دقة المناقشة بعيداً عن المواضيع الجانبية التي ليست لها علاقة بمحور الحديث ، ويجب أن يساعد المرضى على اكتشاف الارتباطات بين الماضي والحاضر والمستقبل .

الدور المحفز للقائد Simulative

يجب أن يعمل كعامل منشط للتفاعل الجماعة ، فحينما يصبح نشاط الجماعة غير مجدي ، على القائد أن يثير نشاط المناقشة وأن يكون قادراً على دفع الجماعة على الحركة من جديد ، ومن بين الأساليب العديدة المتاحة للقائد كي يحقق هذا ، أن يقوم باستحضار المواضيع التي نوقشت من قبل أو أن يسأل أسئلة ذات مغزى ، أو أن يتعقب المناقشات السابقة من جديد .

- الدور التوسعي للقائد Expansive Role

أحياناً يتوقف نشاط الجماعة ويركز حول نقطة معينة وهنا يقوم القائد بتفصيل وتوسيع الإضافة إلى الموضوع محل المناقشة بحيث يفتح للجماعة آفاقاً جديدة من الوعي النفسي .

- الدور التفسيري للقائد Interpretative Role

حينما يكون مريض معين مستعداً لتقبل بعض نقاط البصيرة ، يقوم المعالج بطرح التفسيرات الملائمة التي تساعد المريض على تغيير سلوكه غير التكيفي . والتوقيت في التفسير له أهمية قصوى ، لان التفسير الذي يقدم حينما يكون المريض غير مستعد نفسياً قد يسبب من الضرر أكثر مما يسري نفعاً . ورغم أن أعضاء الجماعة قد يشجعوا على تقديم التفسيرات الواحد منهم الآخر ، إلا أن المعالج قد يضطر لان يتدخل بالأسئلة والتفسيرات في أثناء ذلك وقد يلجأ المعالج إلى تقديم التفسيرات عدة مرات وبأساليب مختلفة قبل أن يتمكن المريض من تفهم ردود أفعاله الخاصة الخاطئة . أن مناخ الجماعة ينشأ من عدة عوامل من بينها الدور الذي يقوم به المعالج والقيود والحدود الموضوعية على السلوك داخل وخارج الجلسة . وتعامل المعالج مع ردود أفعال أعضاء الجماعة واستجاباتهم ، والعلاقات بينهم ، فالمعالج يحاول أن يرعي وينمي مناخ في الجماعة يشعر فيه المرضى بأقصى قدر من الارتياح . وهدف المعالج أن يبدأ عملية ديناميكية يستطيع فيها أعضاء الجماعة أن يساعد كل منهم الآخر على التعبير عن مشاعره وفي أخراج الطرح وتحليل المقاومات المتمركزة حول المواضيع ذات الأهمية العاطفية بالنسبة لهم ، ومن المتوقع أن يتم التعبير عن أحداث الحياة الماضية بشكل شامل إلا أن المعالج قد يجد نفسه

في البداية مضطراً إلى مساعدة المرضى على التعبير اللفظي عنها

وخلال هذا التفاعل المتبادل ، يكون موقف المعالج من أكثر الأشياء أهمية فإذا كان متفاعلاً وواثقاً من نفسه ، دوره يظهر بشكل هادئ وغير متوتر داخل الجماعة . فان موقفه هذا سيجعل المرضى بارتياح أكثر وسوف يعطيهم هذا إحساس بأنهم قد وجدوا أخيراً " مرفأً آمناً " ومع ذلك من الأفضل أن يكون المعالج سلبياً بدرجة معقولة حينما يصل الأمر إلى المحتوى الوقائي للكشف

عن الأسرار في الجلسات الأولى ، وأن يتجنب المناطق الحساسة التي يحتمل أن يطلق فيضاً من المشاعر التي قد تجعل الجماعة العاجزة ، حيث أنها في تلك المرحلة تكون غير مستعدة لمواجهة المشاعر العنيفة ، ويجب أن يكون "العين الثالثة" والأذن الثالثة" للمعالج يقظة لاكتشاف علاقات عدم الارتياح فيساهم في التخفيف منها والتعرف على فترات التوقف التي قد يساهم في توضيحها بشكل غير مقحم . وفي بعض الجماعات الجديدة ، قد يستمر المعالج في دوره الموجه لبعض الوقت حيث يكون المعالج هو الشئ المحوري ، يقال أن مثل تلك الجماعة "المتحركة حول العميل" ويحاول المرضى في تلك الحالة أن يوجهوا له أسئلة ولكنه لا يمتلك الإجابة دائماً وقد يطلب من الآخرين أن يجيبوا ، وقد يرغب في تقديم التدعيم بشكل نشط وقد يرجع كل عضو على التعامل معه ومع الأعضاء الآخرين ، وقد يوجه في بعض الأحيان أسئلة مباشرة مثل هل هناك من يواجه متاعب متشابهة مع أطفاله ؟ وعلى المعالج أن يكون يقظاً للمطالب عديدة التي يقدمها الأعضاء للإجابة المباشرة وتقديم التعليمات والإرشادات . وعادة تكون السكون مفيد للمعالج أن يحاول فهم ما تحت أسئلة الأعضاء ومطالبتهم له بتقديم الإرشادات بدلاً من أن يستجيب مباشرة بالردود المطلوبة . فحينما يشعر المرضى أن المعالج يفهم اضطرابهم ورغباتهم التي أسئ التعبير عنها ، أو لم يعبر المريض عنها على الإطلاق، أي احتياجهم للحماية والطمأنينة وحينئذ سيكون الأعضاء أكثر رغبة وقدرة على القيام بالاستكشاف لأبعاد مشاكلهم بأنفسهم . أن المعالج النفسي الجمعي الكفء مهني معترف يعمل دائماً على زيادة كفاءته بكل وسيلة . وفيما يلي مقياس بسيط لمساعدة قائد الجماعة على تقوية مهاراتهم وأداهم في المهام التي سبق ذكرها . وعادة ما توكل مهمة تصميم القائد إلى المساعدة أو القادة المشاركين وأحياناً إلى أعضاء الجماعة أنفسهم ويضع القائد لنفسه درجة من عشرة في كل مهارة له وبعيد التقييم ليلاحظ مدى تقدمه (فرغلي ، 2003 : 221).

وترى الباحثة أن شخصية المعالج أكثر أهمية من نمط العلاج الذي يمارسه ، فالمعالج القادر على غرس التماسك والثقة في المجموعة لا تتسم اتجاهاته بإصدار الأحكام ، والمستمع ، والذي يقدم الرعاية ، ويتفاهم ويتعاطف مع المرضى قد يكون أكثر نجاحاً في الوصول إلى النتائج جيدة .

الجماعة العلاجية :

تضم الجماعة العلاجية 5 – 9- مريض مع معالج أو اثنين ، في جلسة جماعية مدتها ساعة ونصف . والجماعة العلاجية قد تكون مغلقة فلا يدخلها أعضاء جدد ، وقد تكون مفتوحة فإذا خرج منها أعضاء حل محلها أعضاء جدد . ويحسن تقارب المرضى في المستوى التعليمي والطبقة الاجتماعية ، ويجوز

أن يكون من الجنسين . ويتم اختيار المرضى بحيث تتوافر لديهم :

- القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر لفظياً .

- القدرة على البوح أمام الجماعة والاستفادة من تفسيراتهم إما المرضى

الذين لا يناسبهم العلاج النفسي الجماعي فهم:

- الشخصية السيكوباتية ، الشخصية النرجسية

- مرضى الذهان وخاصة الفصام والذهاء .
- الذين يسعون دائماً لجذب أنظار الآخرين .
- الذين لديهم حساسية لتوترات واضطرابات الآخرين) سري، 2000، : (126
أشارا عبد الستار وعسكر أن حجم الجماعة العلاجية يتوقف على عدد من
الاعتبارات منها :

أ - حنكة المعالج وكفاءته في قيادة الجماعة وخبرته ، ونعتقد أنه كلما زادت
خبرة المعالج واطمئنانه لمهارته وقدرته القيادية كلما كان بالإمكان زيادة حجم
الجماعة العلاجية ، والعكس صحيح وأن يتراوح عدد أفراد الجماعة 5- 6 أفراد
بالنسبة للمعالج المستجد ، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقارب من
10 أفراد بالنسبة للمعالج الخبير ، لان من السهل على المعالج الخبير أن يتابع
أفراد الجماعة ويدمجهم جميعاً في جو الجماعة وتفاعلاتها ، وهو ما يجده
المعالج قليل الخبرة أمراً صعباً .

ب - يتوقف حجم الجماعة أيضاً على مدى تعقد الإجراءات العلاجية
المستخدمة ، فإذا استخدم شكلاً واحداً من العلاج وليكن التدريب على
الاسترخاء أو التطمين التدريجي ، فإنه لا بأس من أن يزيد حجم الجماعة
ليصل إلى 10 أو 12 شخصاً ، أما إن كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل
فيها فإن من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة حتى بالنسبة للمعالج
المحنك .

ج - يتوقف اختيار حجم الجماعة على عدد المعالجين المتواجدين أثناء
الجلسات. فكل ما زاد المعالجين كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى
10 أو 12 شخصاً .

د- يساهم العدد المتوفر من النزلاء في العنبر العلاجي في تحديد حجم
الجماعة ، فقد لا يكون هنالك مثلاً أكبر من ثلاث أشخاص في العنبر وعندئذ
يجب على المعالج أن يفكر أن تكون جماعته صغيرة، وأن يكيف نفسه لذلك
المشكلات التي قد تنجم مع جماعة صغيرة الحجم.

عدد الجلسات العلاجية وطول كل منها :

لم يقدم خبراء العلاج الجمعي إجابات حاسمة عن هذا الموضوع ويرى Rose
المذكور في عبدالستار (1999) أن العدد الجلسات يتوقف على نوع المشكلة
من ناحية والهدف من برامج العلاجي الجمعي من ناحية أخرى ، ففي البرامج
العلاجية التي توضع لتدريب الآباء والأمهات على الأمهات القيام بأدوارهن
لوالدية ونجاح تبين أن تحقيق هذا الهدف يحتاج لعدد من الجلسات يتراوح من
6 - 18 جلسة . وهو مدى مرتفع في الواقع لان هنالك عوامل أخرى تتدخل
في تحديد عدد الجلسات منها : مستوى التعليم وكلما كان المستوى التعليمي
مرتفعاً كلما قل عدد الجلسات المطلوبة . لكن مستوى التعليم لا يؤثر في
مستوى الجلسات الموضوعية لعلاج المشكلات والأهداف واضحة لأفراد
الجماعة منذ البداية كلما كان بالإمكان الإقلاع من عدد الجلسات .

وتتفق الباحثة مع ما أورده Rose أن الجماعة العلاجية كلما كانت
المستوى التعليمي عالي كلما كان عدد الجلسات قل، والمستوى التعليمي من

العوامل التي تساعد الجماعة العلاجية في فهم بعضهم البعض ، وخاصة في الجلسات التي تستخدم فيها أسلوب المحاضرة التعليمية . وكذلك كلما قل عدد الجلسات في العلاج الجماعي كلما كانت رغبة المرضى في الانضمام لهذه الجماعة . وأن يتراوح عدد الجلسات بمعدل جلستين في الأسبوع حتى لا يكون هناك تباعد بين الجلسة الأولى والجلسة الثانية لكي لا ينسى المريض معلومات الجلسة الماضية .

مظاهر تطوير الجماعة العلاجية :

- تطوير إدراك الجماعة واستبصارها .
 - تطوير دافعية الجماعة .
 - تطوير تفاعل الجماعة وازدياد عمقه ، وفعاليتها .
 - تطوير المستوى الحوارى بين الجماعة
 - تطوير إحساس الجماعة بكيانها، وهويتها .
 - تطوير مشاركة الجماعة .
 - تطوير أساليب مواجهة الجماعة .
 - تطوير مستوى تعاون الجماعة وتدعيمها .
 - تطوير تقبل الجماعة للأهداف العلاجية .
 - تطوير تنظيم الجماعة ، وتنظيم قيادتها لتبادل الأدوار .
 - تطوير مستوى التعبيرية والثقة بالجماعة .
 - تطوير قدرات الجماعة لتحقيق الأهداف العلاجية .
 - تطوير شعور الجماعة بالمسئولية والالتزام .
 - تطوير مهارات الجماعة .
 - تطوير سلوكيات تغير الجماعة نحو الأفضل .
 - تطوير مستوى التغذيةيات المرتدة من قبل الجماعة (أبو زيد ، 2002 :
- 251) .

فنيات العلاج النفسى الجماعي :

لقد تم إعداد العديد من الفنيات العلاجية ضمن قوائم خاصة بتفعيل العلاج النفسى الجماعي ، حيث اعتمد كلاً من (بلوك وكروا تش) عام 1985م ، قائمة علاجية تحتوي على بعض الفنيات العلاجية وذلك خلال مراجعتها للعوامل العلاجية السابقة ومن هذه الفنيات ما يلي : الاستبصار -التقبل - الانكشاف الذاتى - التنفيس - العمومية - الإيثار - التعليم بالعبرة . حيث أنه يعتبر من الصعوبة يمكن تذكر تلك الفنيات على المعالجين حديثي الخبرة بجانب العوامل الأساسية في العلاج النفسى الجماعي (الوايلي ، 2003 : 73) .

وبرى العيسوي بأن هنالك أشكال مختلفة للعلاج النفسى الجماعي تمكن تصنيفها كأساليب مستخدمة في العملية العلاجية ، حيث تقسم إلى اتجاهات إيجابية ، أو استخدام أساس اللغة أو غير اللغة كالاتي - علاج جماعي لفظي .

- علاج جماعي غير لفظي وينقسم إلى :

أ- سطحية

ب- عميقة

كما أن (لورسي) قسم العلاج النفسى الجماعي على ثلاث أبعاد هى :

- التوجيه وينقسم إلى : توجيهي- غير توجيهي .

- الأسلوب وينقسم إلى : لفظي - عملي .

- العميق وينقسم إلى : سطحي- عميق .
وقد اقترح (وروزفبرج) بعداً آخر يقوم على احتواء العلاج على أساليب
عقلي أو انفعالي ، حيث أن تلك التقسيمات السابقة تغير المعالج النفسي من
الناحية النظرية كأساس علمي للعلاج النفسي (اليسوي،1999، 231) .

مميزات العلاج النفسي الجماعي :

أوضحاً شاكر وعلام أن مميزات العلاج النفسي الجماعي تتمثل في الآتي :
- استخدام العلاج النفسي الجماعي ترشيداً للجهد والوقت وعدد المعالجين .
- وسيلة لتفريغ الشحنات الانفعالية وإزاحتها وطرحها .
- يقلل مشاعر التوتر ويرفع مستوى التسامح إزاء المواقف المحزنة والأحداث
المحبطة .

- يقلل من نرجسية المريض وتمركزه حول ذاته وهيبئ الفرص لفهم الذات
وتحقيقها مما ينمي الثقة بالنفس ويشجع على تلمس طرائق أفضل لحل
المشكلات .

- استئثار المريض لمسؤوليته الشخصية تجاه ذاته والآخرين والنظر إلى
مشكلاته من زوايا متعددة

- قناعة المريض بأنه ليس الوحيد الذي يعاني المرض مما يقلل من آثار
الانزعاج .

- من أفضل الوسائل العلاجية لمن لا يتجاوبون في حالات العلاج النفسي
الفردية .

- وسيلة لنمذجة السلوكية والجمع بين الخبرات الشخصية وخبرات الآخرين .
الإعداد للعلاج النفسي الجماعي :

يعتبر الإعداد للعلاج النفسي الجماعي عملية معقدة ، صعبة تستهلك وقتاً ،
لكنها عملية حيوية ، وإذا كان للعلاج الجماعي أن يكون مؤثراً يساعد أعضاء
الجماعة مع أعراضهم ومشكلاتهم مما يكون عاملاً مشتركاً بينهم وحالتهم
الاجتماعية التي تحقق التوازن في التفاعل وتسمى هذه الجماعات المتجانسة
وعكس ذلك قد يكون الأعضاء مختلفين في أعراضهم ومستواهم الاجتماعي
وهو ما يسمى بالجماعات غير متجانسة (فرغلي، 2003 : 211) .

كذلك يرى بعض المعالجين خاصة في حالة الاعتماد على طريقة المحاضرة
والشرح والتفسير أن تكون الجماعات متجانسة من النواحي العقلية المعرفية
والاجتماعية وذلك حتى يتمكن المعالج من التعامل مع أفراد الجماعة على
مستوى يناسب الجميع (زهران، 2005 : 332) .

العلاج النفسي الجماعي ومرض التعاطي :

لعل المسلمة الأولى التي ينبغي أن ينطلق منها العلاج النفسي الجماعي
هي الاعتراف بأن التعاطي مرض يتطلب هذا الإقرار اعتبار التعاطي مرضاً
أولياً أساسياً لا يمكن البرء منه برءاً مطلقاً وأن كل ما نستطيعه هو إيقاف
مساره ويتطلب هذا الموقف اعتبار تعاطي الكحول والمخدرات مرضاً شأنه
شأن بقية الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكري ولما كانت الأمراض
المزمنة هي أقرب الأمراض إلى الانتكاس فأن الأمر يتطلب الرقابة الدائمة
لطريقة حياة المريض وتغيير الكثير من عاداته السلوكية حتى يقلل من خطر

الانتكاس . ويعني ذلك اعتبار حالة التعاطي مرضاً أساسياً وليست عرضاً ثانوياً لاضطراب داخلي كامن عقلي أو انفعالي ويتوجه العلاج النفسي الجماعي من هذا المنطلق لا إلى الكشف عن الوضع المرض النفسي (السيكوباتولوجيا) وإنما إلى نصيب الدفاعات واختلال الطبع التي تحول دون الامتناع عن التعاطي والتعافي كما يكون من أهداف العلاج النفسي الجماعي وعلى نفس الدرجة من الأهمية تناول المشاعر المزعجة و الانفعالات الناشئة عن الصراع بين المتعاطي في توسيع قدرات المريض على التمسك بمبادئ إل A.A في نفس الوقت الذي يعاونه ويساعده على تمعن و تفحص المشكلات التي يعانى منها في علاقاته بالآخرين (فطيم ، 1993: 134).

والواقع إن طريقة الحياة وما تؤدي إليه من مصائب وما ترتبط به من عادات سيئة لا تؤدي في المدى البعيد إلى التمتع بالصحة و العافية أصبحت الآن عنصراً هاماً في فهم الإدمان كمرض أكثر مما كان يعتقد سابقاً ، وقد برزت تلك العوامل إلى السطح عندما اتضح خلال النصف الأخير من القرن العشرين أن ارتفاع نسبة الوفيات في أمريكا وأوروبا لم تعد ترجع إلي الأمراض المعدية التي كانت سائدة عند بداية القرن بل أصبحت الأمراض المرتبطة بازدياد نسبة الوفيات هذه الأيام هي الأمراض ذات الطبيعة المزمنة والمرتبطة بطريقة الحياة . لقد حلت أمراض القلب والسرطان وإدمان المخدرات محل التهاب الرئوي والسل والدفتريا وهي كلها نتائج جزئية للطريقة التي نحيا ونسلك بها . وأن كمية ما نشتره ونأكله والتدخين وتعاملنا مع ضغوط الحياة وممارستنا للرياضة أصبحت اليوم أهم العوامل المؤدية إلى التمتع الفرد بالصحة أو تعرضه للمرض . ويمكن القول بمعنى أن أخطر المشكلات الطبية التي تواجه غالبية الناس اليوم ليست في حقيقتها مشاكل طبية بل مشاكل سلوكية تتطلب تغيير أنماط الاستجابات المضادة وبالتالي فهي أكثر ارتباطاً بطريقة الحياة والاتجاهات (فطيم ، 1993 : 142) .

الدافعية للعلاج :

إن أصعب المشاكل التي تواجه العاملين في مجال التعاطي هي مشكلة الدافعية ، حيث يعتقد بعض المرضى بأن مجرد دخولهم المستشفى كافياً لحل مشكلاتهم من التعاطي وهذا الاعتقاد الخاطئ حيث يتضح ذلك من خلال عزل المريض لنفسه عن المحيط الذي يرفض التعامل مع مشكلته ، لان هذه النظرة قاصرة ، فالمريض عادة لا بد أن يعد إلى نفس المحيط فسرعان ما تعود المشكلة . وإن دور المستشفى يتحدد في تقديم المساعدات اللازمة للمريض من أجل التغلب على المواقف اليومية الصعبة دون اللجوء لاستخدام الحشيش . حيث إن التعاطي عندما يمتلك الفرد يصبح مشكلة مدى الحياة إلا إن الإنسان يستطيع التحكم فيه من خلال الدافعية والتي تأتي من داخل المريض نفسه (الوايلي ، 2003 : 194) .

خطة العلاج النفسي الجمعي لمتعاطي المخدرات :

بالرغم من وجود عدد من العلاجات الجمعية ، مثل جماعة الكحوليين (A.A) وجماعة مساعدة الذات إلا أن الوصف التالي يتعلق بالعلاج الجمعي

المنهجي المبني على خبرة المؤلف في الإشراف وإدارة العلاج النفسي الجمعي لمدمني المخدرات على مدار سنوات طويلة .
فالعلاج النفسي الجمعي يجب أن لا نعتبره علاجاً جوهرياً لا يتغير ، أو كاف بشكل كلي بالنسبة لمدمني المخدرات . فالمدمنون قد يستفيدوا من إجراءات أخرى مثل تقديم نصيحة عملية تتعلق بمشاكل قانونية أو مهنية . بالإضافة إلى ذلك ، فإن بعض المتعاطين قد يحتاجون علاجاً سلوكياً أو علاجاً بالعقاقير المضادة للاكتئاب أو استخدام الأم فيتامينات أو أي علاج آخر . كلما أتحت الفرصة فإنه من المهم تقديم نصيحة زواجه وجنسية وعلاج أسري . (Canters etal :1991).

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه قبل تقديم المتعاطين للعلاج النفسي الجمعي ، فإنه من المفيد تزويدهم بمعلومات خاصة عن تأثير المخدرات على الأداء الاجتماعي ، والدمار الذي يسببونه لأسرهم ، ومدى تأثير هذه العقاقير المخدرة على الصحة العقلية والجسدية . ويمكن تقديم هذه المعلومات بأكبر قدر من الاقتصاد والنفع خلال عمل محاضرات تعليمية . ويبدو أنه من المفيد تقديم هذه المفاهيم الأساسية للتحليل عبر التفاعلي Transactional analysis الذي من السهل أن يفهمه المتعاطين ويقدرونه بدرجة كبيرة ، فهو يساعد على تقديم اتجاهاتهم ونماذج سلوكية ويشمل استعداداً مفيداً للعلاج النفسي الجيد .

ويتضح من البداية أن تضع كل مجموعة بعض القواعد والشروط التي تخلق نظاماً اجتماعياً والمريض الذي يحول إلى مجموعة يجب أن تتم معه مقابلة قبل الالتحاق بالمجموعة العلاجية . فقد لا يكون من المناسب انضمامه لمجموعة علاجية معينة ، أو قد يكون من المناسب انضمامه لمجموعة علاجية أخرى إذا ما وجدت أكثر من مجموعة علاجية متاحة . ويجب أن يخبر بأهداف المجموعة وبوافق على أن يتماثل وفقاً لقواعد معينة ، مثل التوقف التام عن تعاطي المخدر ، والانتظام في حضور الجلسات ، وإبلاغ المعالج في حالة عدم للموضوعات التي تناقش خلال الجلسات ، ويكون صادقاً في التعبير عن مشاكله ومشاعره . ولما كان بعض المرضى ترغبهم فكرة الانضمام إلى العلاج الجمعي وأحياناً يتركون العلاج بعد الجلسة الأولى ، فإنه يجب أن يوافق كل مريض على حضور أربعة جلسات متعاقبة قبل أن يقرر الانقطاع عن الجلسات ، ذلك لأنه خلال الأربع جلسات يمكن أن يكشف السبب الحقيقي وراء هذا الانقطاع ، مثل تجنب بعض الموضوعات المؤلمة أثناء الجلسات ، كما قد يقرر أيضاً الاستمرار في العلاج الجمعي (Goober: 1991)

المراحل المبكرة في العلاج الجمعي :

أنه من الضروري معرفة أن المرضى قد يأتون إلى المجموعات العلاجية ولديهم قدراً هائلاً من القلق والشك والخاوف . وقد يكون بعض المرضى مستاءين وغاضبين أو عدائين بسبب إجبارهم على العلاج بواسطة أصحاب العمل أو بضغط من الأسرة أو الأقارب . والفشل في التعبير عن هذه

المشاعر والتعامل معها قد يؤدي إلى مقاومة في العلاج أو يؤدي إلى الانقطاع عن حضور الجلسات . وكلما كانت معالجة هذه المشاعر في الجماعة مبكرا بواسطة المعالج كلما ساهم ذلك في تماسك الجماعة .

والمتعاطين الذين عانوا من صدمات وحرمان وصعوبات في تطورهم ونموهم النفسي سوف تكون لديهم صعوبة خاصة في الفهم والانتماء إلى الجماعة ، ويحتاجون مزيدا من التسامح والمساعدة . ومن المهم أيضا معرفة أن بعض المدمنين قد يلتحقون بالجماعة متوقعين شفاء خارجياً ، وينظرون إلى المعالج على أنه قوة خيالية عظيمة . وحينما يفشل المعالج في تحقيق توقعاتهم ، فإنهم سوف يشعرون لأنهم مرفوضون ومعوقون .

ويعتبر الإنكار من أهم وأكثر الحيل الدفاعية شيوعاً لدى متعاطي المخدرات في بداية العلاج الجمعي . وقد ينكر المتعاطي وجود أي عوامل هامة تؤدي إلى إدمان المخدرات أو العقاقير، وهذا يساند بشدة حيل دفاعية نفسية أخرى تحمي من قلق وانفعال غير محتم ومن الناحية المثالية فإن التدخل أو المواجهة يجب أن يحدثا عندما يكون قلق المريض منخفضاً . وحينما يشعر بالأمان في المجموعة وتكون المساندة كافياً وتماماً داخل المجموعة ، وحينما يزداد استبصار المدمن بحالته فإنه سوف يحتاج إلى قدر من المساندة والتشجيع ، والتغذية الراجعة الإيجابية ، الحماية ، والانتباه ، والعطف لين . وهكذا يصبح المتعاطي ضحية الحيل الدفاعية الخاصة به، وقد يحتاج المريض إلى المواجهة بناء على دليل موضوعي قوي .

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه كثيراً ما يقابل المتعاطي الذي توقف عن تعاطي المخدرات والعقاقير عدداً من المشاكل والمسئوليات التي كان قادراً على تجاهلها من قبل . فعند الشفاء يشعر المدمن بذنب شديد قد يؤدي بدوره إلى انتكاسات متكررة . كما قد يتبنى بعض أعضاء المجموعة لأنفسهم باعتبارهم يعانون من مرض فيقولون أنه مرض ، وبالتالي فإننا لا نملك من أمره شيئاً . وهذا الاتجاه يساعد في تخفيض الشعور بالعار والخجل من كونهم مدمني المخدرات ، وبالتالي يقود المرضى إلى دور سلبي متوقعين شفاء سحرياً بدون بذل مجهود كبير من ناحيتهم ، وبدون تحمل جزء كبير من المسئولية .

المراحل اللاحقة في العلاج الجمعي :

حينما يتقدم العلاج الجمعي فيجب على المعالج أن يستبعد المناقشات عن المخدرات ويستبدل تلك المناقشات بمناقشات أخرى عن العلاقات العائلية ، واحترام الذات ، ومشاكل العمل ، والمشاكل المالية ، والعلاقات الجنسية ، والاتجاهات والموضوعات الهامة الأخرى . فتوسع العالم الاجتماعي المصغر للجماعة يؤدي إلى تطور أنماط سلوكية واتجاهات جديدة تلك التي بدورها يؤدي في النهاية إلى تكيف أكبر مع العالم خارج المجموعة العلاجية (الدوري ، 2014 : 76) .

ديناميات الجماعة العلاجية :

يمكن أن تغزو نشأة نظريات ديناميت الجماعة إي علم نفس الاجتماعي وعلم النفس الصناعي اللذان بحثا في أثر الجماعة على السلوك وإنتاجية الفرد . ويعرف كارتريبات (Cartwright) وزاندر (Sander) في كتابهما ديناميت الجماعة (1968) Group Dynamics بأنها مجال البحث الخاص بإثراء المعرفة حول طبيعة الجماعات وقوانين تطورها ، وعلاقتها المتبادل مع الأفراد والجماعات الأخرى ، والتجمعات الأكبر من ذلك . ويختلف هذا التوجه اختلافاً كبيراً عن توجه المعالج النفسي الذي يكون همه في نهاية الأمر هو شفاء المريض . ويركز العلاج الجمعي المسند إلي ديناميت الجماعة على تعلم كيفية التي تعمل بها الجماعة ، وكذلك أثر الفرد على بقية المجموعة من خلال عملية التغذية الراجعة والتفاعل ، لكننا لا نستطيع أن نغفل أن نظرية فوريد في الجماعة هي في الحقيقة أقرب إلى وجه نظر ديناميت الجماعة منها إلى التحليل النفسي ، فقد ناقش نفسية العصابات والجيوش والكنائس واستعداد الفرد لا يكون تابعاً لقائد الجماعة وان يتنازل عن مصالحه في سبيل المجموع . كما رأى فوريد أن ظاهرة التوحد Identicatation ظاهرة نم و طبيعية شأنها شأن بقية القوى التي تحدث في الجماعة فكلها ظواهر جمعية طبيعية وليست مؤشرات لوجود حاجات عصبية (فرغلي، 2003 : 214) .

ويختلف محتوى المناقشات من جماعة إلى أخرى ، أما العملي التي تمر بها مختلف الجماعات فلا بد من تشابهها ، إذ تمر الجماعات الناجحة بمراحل متتالية تتكرر . وطالما ناقش خبراء العلاج الجمعي مراحل نمو عمل الجماعات العلاجية ، فرأى بعضهم أنها تمر بأربعة مراحل وهي :

العضوية - تبادل الطرح بين الأعضاء - التنفيس - تحقيق المصلحة .

وهناك فروض في الخبرة الجماعية أهمها ما يلي :

- نمو الشعور تدريجياً بالأمن ويتخلى الأعضاء عن الدفاعات ويخلعون الأقنعة .
- يدعم الارتباط المشاعري عن طريق المواجهة مع باقي أعضاء الجماعة .
- يزداد فهم النفس والعلاقات مع الآخرين .
- يتم التعبير عن المشكلات وتعلم أساليب أفضل للتوافق .
- تغيير الاتجاهات ، وبالتالي يتغير السلوك .
- تصبح العلاقات أكثر فعالية مع الآخرين في الحياة اليومية (سري ، 2000 :

العوامل الأساسية لنجاح الجماعة العلاجية :

يرى أسامة بأن الجماعة العلاجية تستطيع أن تحسن أدائها ، وتحصيلها على النتائج المثالية المرجوة عندما يعمل أعضاء الجماعة على قواعد خمسة أساسية لتحقيق أهداف الجماعة هي:

-جو الجماعة : ويتضمن دعم الجماعة العلاجية مادياً ومعنوياً من خلال تهيئة المكان المناسب للجلسة العلاجية من جميع النواحي التي تساعد الفرد على بذل الجهد والعطاء ، وبالتالي تنمية روح الجماعة والتقبل لديه .

انشغال أعضاء الجماعة بها : حيث أن الفرد يصبح متمسكاً بالجماعة وقادرة على تحقيق الإنتاجية كلما وجد التشجيع والتعزيز ، وهذا يساعد على تعديل سلوكياته وتغيير اتجاهاته السلبية لأنه يجد في الجماعة نفسه .

- التفاعل : من أهم العوامل الرئيسية لنجاح الجماعة العلاجية واستمرارها حيث ينمو العلاقات الإنسانية والاجتماعية بطريقة مثالية.
التماسك : ويطلق عليه أحيانا مسمى الاتحاد أو التضامن ، فان تماسك الجماعة يعتمد على مدة قوة الترابط بين أعضائها وفهمهم لبعضهم البعض .
- الإنتاجية : وهى النتيجة التي تسعى إليها الجماعة لتحقيق الأهداف وغاياتها ودوافعه حيث كلما كانت الجماعة تعمل وفق أسس وقواعد كلما كان هنالك زيادة وتقدم في الإنتاج (كفاني، 1989 : 93) .

العلاج النفسي الجماعي الإسلامي :
الدين الإسلامي أشمل الأديان السماوية وأكملها لم يكن ليغفل عن إحداها الجوانب في حياة الإنسان إلا وهو الجانب النفسي والذي هو أساس استقرار الإنسان ودافعة للإنتاج والحياة الطبيعية السليمة. لقد برز شمول الدين الإسلامي في هذا الجانب بالذات وأيماننا منا بتميز الأسلوب الإسلامي في معالجة كافة الجوانب الإنسانية فقد أولينا الجهد في سبيل التمعن في أسلوب الدين الإسلامي الحنيف هذا الدين الإلهي العظيم في كافة تشريعاته وأسسها وتعاملاته . وحاولنا فهم طريقة التأثيرات الإيجابية المباشرة وغير المباشرة لها على الصحة النفسية كدراسة شعيرة الصلاة العظيمة كأحد أهم أركان الإسلام وعماد الدين كل ذلك في سبيل الاستفادة القصوى من هذه المعرفة في مجال العلاج مما أدى إلى ظهور نوع جديد من أساليب العلاج إلا وهو العلاج الجماعي النفسي الإسلامي وهو قديم قدم الإسلام واستمرارا لمعجزات هذا الدين الحنيف حيث أثبتت هذا الأسلوب قدرته الفائقة غير المسبوقة على علاج العديد من المشكلات النفسية بكفاءة غير مسبوقة في التاريخ العلمي الحديث ، إن الإسلام هو الدين والشعائر ونظام الحياة فالإسلام هو الدين والدنيا فلا اله إلا الله محمد رسول الله وعلى آله وصحبه أفضل الصلاة وأتم التسليم. أهم الخطوط العريضة في هذا الأسلوب :

تعريف العلاج النفسي الجماعي الإسلامي :-

العلاج النفسي الجماعي الإسلامي هو ذلك النوع من العلاج الديني الذي يربط الإنسان بربه المستوى الرأسي بالإضافة إلى ربطه بمجتمعه وبالمحيطين به المستوى الأفقي وهو بهذه الطريقة يملا الفراغ الروحي في الإنسان في الوقت الذي يعمل فيه على ملء الجانب الاجتماعي أيضا في سبيل الاتزان الروحي والاجتماعي والاستقرار النفسي في نهاية المطاف)
نجاتي ، 2005م : 422)

مكان العلاج النفسي الجماعي الإسلامي :

المكان الذي اختير لهذا النوع من العلاج هو (بيت الله) المسجد هذا المكان الذي كان منذ فجر الإسلام مركزا لكافة النشاطات الاجتماعية والروحية والعلمية والرياضية وحتى العسكرية ولم يكن مقتصرًا على الصلاة كما هو الحال الآن . إن أسلوب العلاج النفسي الجماعي الإسلامي يعيد إلى المسجد أحد أدواره الاجتماعية الهامة التي نفتقد إليها في عصرنا هذا ويا حبذا لو يتم السير على خطوات العلاج الجماعي الإسلامي في باقي النشاطات ليكون المسجد مكانها وليصبح المسجد كما كان أساس المجتمع الإسلامي.

الفريق العلاجي :-

يتكون الفريق المعالج الذي يقوم بأداء هذا الأسلوب العلاجي من نفس الفريق العلاجي النفسي المتكامل والمكون من كل من الطبيب النفسي أخصائي الطب النفسي والباحث النفسي والمشرف الاجتماعي سواء مجتمعين أو متفوقين حسب ما تقتضيه الحالة (الدوري ، 2014 : 64) .

الوقت المستغرق والملاح الرئيسية :

يستغرق إجراء العلاج النفسي الجماعي الإسلامي ما يقارب الساعة والنصف وقد اختير الوقت من صلاة المغرب إلى صلاة العشاء وتبدأ الحالة أولاً بشعور الشخص أن هذا النوع من العلاج يربطه بربه ونفسه ومجتمعهم بمعنى أن هذا النوع من العلاج هو علاج نفسي تعديدي ، لذلك لابد وان يشعر المريض بالخشوع وهو في بيت الله رافعا يده إلى السماء طالبا من الله تعالى المعونة - قال صلى الله عليه وسلم أن تعبد الله كأنك تراه فان لم تكن تراه فانه يراك أو كما قال صلى الله عليه وسلم وعليه فان المريض يحضر نفسه لذلك بالوضوء وهو يشعر أن الوضوء طهارة للجسم ، حيث يتم غسل جميع الأعضاء المعرضة للتلوث وطهارة النفس، وقد ثبت أن تخليل الماء ما بين الأصابع وتديل الجسد بالماء للتأكد من وصول الماء إلى كل جزء أن ذلك يؤدي إلى الاسترخاء النفسي والتخلص من الذنوب فهي تمحي وتبديل إلى حسنات كما أخبرنا رسول الله صلى الله عليه وسلم ، وبذلك يقضي على الشعور بالذنب مما قد يكون قد اقترفته يداه وكل ابن آدم خطاء وخير الخطاءين التوابون " ثم تأدية صلاة المغرب مع الجماعة خلف المعالج الديني قلب وضمير المجموعة.. ثم بعد تأدية الصلاة يتم الاستغفار والتسبيح والتحميد والتهليل والتكبير والدعاء وذلك يؤدي الى تثبيت الشعور بالطمأنينة والخشوع . ثم تبدأ الجلسة بان يلقي المعالج الديني كلمة وذلك لإعطاء نبذة مختصرة عن السلوكيات التي علمها الرسول صلى الله عليه وسلم لأصحابه لتكون الطريق والقُدوة للأمة جميعا ويكون هذا الموضوع هو محور المناقشة الجماعية والتي يجب أن يقوم بها الأعضاء عن طريق تفرغ الخبرات المؤلمة والمواقف التي أدت إلى الشعور بالمتاعب النفسية ، ثم يتم التفاعل بين الأعضاء لتعديل السلوكيات الخاطئة والمفاهيم الخاطئة ويتدخل الفريق المعالج لتعديل بعض هذه المفاهيم لدى المجموعة في حالة الخطأ في المفهوم وذلك لان الهدف

من العلاج هو اكتساب الخبرة من الجماعة والتفاهم الجماعي لتحسين السلوكيات والقضاء على الانحرافات السلوكية وتدعيم الثقة بين العبد وربّه وبينه وبين الجماعة مستفيدين أيضا مما أثبتته النظريات العلمية الحديثة فيما لا يتعارض مع عقيدتنا وعاداتنا ويستعمل لذلك الألعاب النفسية والسيكودرامية وغيرها من الوسائل النفسية الحديثة . وقد التحق بهذه الجلسات العشرات من المراجعين ممن يعانون من بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية فضلا عن الشخص الصحيح الذي يرغب في الاستفادة وتحقيق بعض أو كل أهداف هذه الأساليب التي نستعرضها كما يلي :

أهداف العلاج الجماعي النفسي الإسلامي :-

- التخلص من الأعراض المرضية دون اللجوء إلى استعمال جرعات كبيرة من الأدوية النفسية.
- التعود على الحث والإيجابية داخل المجموعة وبالتالي في المجتمع الأكبر.
- لتسهيل التعرف على صداقات وزمالات جديدة.
- الاستمتاع باللقاءات الجماعية.
- التعبير عن الأفكار والمشاعر بسهولة وصدق وأمانة في جو من السماح والتقبل.
- التغلب على الشعور بالوحدة
- التحكم في مختلف الضغوط التي يمكن إن تثار عند التفاعل بالآخرين.
- استبدال الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية الهدامة للفرد بأخرى إيجابية بناءة تحت وعي كامل.
- زيادة بصيرة الشخص بعيوبه وحسناته من خلال رؤية المعالج وبقية أفراد المجموعة له وتعبيرها الصريح له بذلك.
- مساعدة الشخص على اتخاذ القرار بالتغيير للأفضل.
- مساعدته على تنفيذ قراره بالتغيير عمليا داخل المجموعة وخارجها .
- الوصول إلى درجة عالية من التكيف الاجتماعي .
- معرفة الأهداف المرحلية والهدف الأكبر للشخص وإيضاح معنى وجوده في هذه الحياة وما بعدها...
- مواصلة النمو الشخصي مع زيادة وعي الإنسان بنفسه وبالكون وإطلاق طاقاته الكامنة..
- إحياء وتنشيط القيم الإسلامية في الشخصية وتكوين فكرة مركزية قائمة على هذه القيم تسمح بتماسك الشخصية ونموها المستمر بشكل صحي (زهران ، 2005:56) .

فيما سبق شرح موجز لأسلوب العلاج النفسي الجماعي الإسلامي وجدير بالذكر أن هذا الأسلوب قد حقق نتائج مبهرة ولاقي إقبالا كبيرا من المرضى الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية فضلا عن الأشخاص السليمين الذين يرغبون في تطوير قدراتهم الاجتماعية أو التفاعل في المجتمع كما كان لهذا النوع من العلاج دور كبير في التخلص من الخجل الاجتماعي أو الإرهاب الجماعي وهو أحد أكبر المشكلات التي تواجه المجتمعات العربية والمجتمع السوداني والخليجي والسعودي على وجه الخصوص كل هذه النتائج

المبهرة أدت إلى توسع دائرة هذا الأسلوب العلاجي الفريد كما تمت تجربة هذا الأسلوب في العديد من التشخيصات المرضية المختلفة كما تم استعمال هذا الأسلوب في علاج حالات الإدمان . ونقف عند هذه التجربة الفريدة والتي لفتت انتباه العديد من الدارسين على المستوى الدولي مما يؤكد أهمية هذه التجربة الرائعة نتائج اثنين من الدراسات التي أجريت . الأولى بمستشفى الصحة النفسية بالطائف والتي كانت حول تطبيق الأسلوب العلاجي الجماعي النفسي في علاج مرضى الإدمان في حين أجرت الدراسة الثانية بمجمع الدكتور أسامة الراضي بالطائف والخاصة بتجربة أسلوب العلاج الجماعي على عدد من التشخيصات المرضية المختلفة الخاصة بأمراض الشخصية على وجه الخصوص.

مما سبق ترى الباحثة بأن صلاة الجماعة لها دور وقائي ودور علاجي حيث ثبت دورها الوقائي في شعور المسلم بالطمأنينة والأمن ، وإدراكه لما أمر الله به وما نهى عنه ، وتبصره بالواجبات التي تجعله يتيح سلوك القويم وقد اتضح ذلك جلياً في قوله صلى الله عليه وسلم: (علموا أولادكم الصلاة لسبع واضربوهم عليها لعشرة .) بينما يظهر ردود العلاج في إقامة الخطب خاصة في يوم الجمعة، حيث أنها تساعد المسلم على الاستبصار والمعرفة والتفكير في المعاني والعبر وتدبرها ومن ثم العمل بموجبها عند مواجهة المواقف والأحداث اليومية بالطرق السليمة التي تكفل له العيش بسلام .

وبرى نجاتي بأن الصلاة في جماعة بشكل عام ، وفي يوم الجمعة بشكل خاص تؤدي دوراً علاجياً نافعاً ومتساوياً ، ما مع يقوم به المعالج النفسي الجماعي الذي يستخدم الأسلوب التعليمي في تقوية استبصار المريض بمشكلاته ونقاط الضعف في شخصيته من خلال الجماعة العلاجية . وهنا يمكن القول بأن استخدام أسلوب العلاج النفسي الجماعي التعليمي له أثر إيجابي على الأفراد في كثير من المواقف الحياتية اليومية ، حيث أنه يساعد الفرد على التعلم والمعرفة ومن ثم التفكير بطريقة عقلانية في كل ما يعتره من أحداث وأن تلك المحاضرات التعليمية تقوم تلمس النقاط السلبية في شخصية الفرد وكيفية التغلب على السلوك السلبي لديه من خلال الجماعة العلاجية والتفاعل مع أعضائها . وذلك باكتشاف الطريقة العلمية الصحيحة لتجنب الوقوع في الخطأ وارتكاب الحماقات أو العمل على تعديل السلوكيات وتغيير الاتجاهات السلبية التي تؤثر في شخصية الفرد (نجاتي، 2005م : 324).

وقد أوضح زهران في دراسته للجماعة عن فوائد كثيرة على الفرد حيث أن دراسته تركزت على فاعلية العلاج النفسي الجماعي بعد صلاة الجمعة في المسجد للتخفيف من الاضطرابات المختلفة ، وقد تم تطبيقها على أربعين مدمناً . لمعرفة أثر صلاة الجماعة في المسجد وقد أظهرت النتائج ارتفاع في نسبة الإقلاع عن المخدرات بحوالي 75% بعد سنتين من التجربة علماً بأنهم وضعوا تحت المراقبة. وما للجماعة من فضل فقد حثنا القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة على العديد من الأخلاقيات النبيلة التي تدعو إلى الجماعة من

خلال التماسك والتعاضد والنصح وغير ذلك من الصفات الإسلامية الواجبة على كل مسلم فقد جاء في القرآن الكريم العديد من الآيات منها :

- قوله تعالى: (ولتكن منكم أمة يدعون إلى الخير ويأمرون بالمعروف وينهون عن المنكر وأولئك هم المقفلون. (آل عمران (104)
- وفي قوله تعالى: (إنما المؤمنون إخوة فأصلحوا بين أخويكم واتقوا الله لعلكم ترحمون . (الحجرات (10) .
- وفي قوله تعالى: (وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان واتقوا الله إن الله شديد العقاب . المائدة : (2).
- كما جاء في السنة النبوية الشريفة العديد من الأحاديث منها :
- قوله (صلى الله عليه وسلم) (الدين النصيحة ، قالوا لمن يا رسول الله ؟ قال: لله ولرسول ولأئمة المسلمين وعامتهم). أخرجه مسلم (.
- وقوله صلى الله عليه وسلم: (يد الله مع الجماعة ، والشيطان يخالف الجماعة). (أخرجه ابن ماجدة (عاشور، 1986 : 32) .

مزايا العلاج النفسي الجماعي :

ذكر عبد الستار أنه قد يصعب تحديد أو حصر المزايا التي نجنيها من العلاج النفسي ، إلا أن هناك مزايا عريضة لا يمكن تجاهلها ونذكر منها على سبيل المثال :

1- الجماعة تعطي الفرد فرصة لتعلم كثير من جوانب السلوك وممارستها من خلال استجاباته الدائمة لمتطلبات الجماعة . فمثلاً قد يتعلم الفرد ربما لأول مرة في حياته القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين من خلال النصائح التي بوجهها للأعضاء أو للمرضى الآخرين ، وهذا يؤدي إلى أن يطبع شخصيته بسمات جديدة وإيجابية من السلوك تساعد على مزيد من الفاعلية وتحقيق الإشباع .

2 في موقف العلاج النفسي الجماعي عادة ما تتكون داخل الجماعة معايير معينة يفرضها التفاعل الدائم بين أفرادها . وهذا يساعد الجماعة على وضع ضوابط وقيود على بعض الأنواع غير المرغوبة من السلوك التي قد تصدر عن الفرد . ونقصد بالمعايير هنا جوانب التفاف الصحي(غير رسمي) بين أفراد الجماعة على الأشكال المرغوبة من السلوك والأشكال غير المرغوبة . ويستطيع المعالج إذا استخدم هذه المعايير بزكاة ، وإذا أبرزها للأعضاء أن يستغلها كأداة علاجية جيدة . ومن أمثلة على ذلك السلوكية الجيدة : مثل الحضور بانتظام في المواعيد ، تدعيم الزملاء لبعض الجوانب السلوكية المرغوبة التي تكون بدأت تظهر لدى الفرد وتحليل المشكلات التي تعترض بعض الأفراد بطريقة منظمة منسقة من خلال الاستفادة بآراء الجماعة

3- يمكن للمعالج أيضاً أن يعمل على تغيير المعايير الخاطئة التي قد تنتشر في الجماعة كالميل للتهجم والنقد غير المنطقي ، والتكاسل عن القيام ببعض الواجبات العلاجية المقترحة على بعض الأفراد ومن خلال عملية التصحيح هذه يساعد المعالج الفرد والجماعة كليهما على تحقيق الأهداف العلاجية بالعمل على تشجيع التماسك بين أفراد الجماعة وأنماط الأتصال بينهم . وهذا يمكن الفرد من تكوين صدقات جديدة والحصول على دعم معنوي وسند نفسي قوي من الجماعة يساعده على مواجهة إحباطات الحياة . 4 - تستخدم بعض الجماعات أسلوب لعب الأدوار (Jores .1968) وهو يعتمد فيما يوحى اسمه على التمثيل والمرونة في استخدام الأدوار كوسيلة من وسائل اكتشاف المشكلات الشخصية . ويمكن من خلال هذا الأسلوب القيام بعدد آخر من الوظائف مثل مساعدة القادة الإداريين ، أو المعلمين في المدارس على اكتشاف أنماط تفاعلهم بالطلاب أو المرؤوسين

بغرض تحسين أداءهم الإداري أو التعليمي والاستبصار بالعيوب والمزايا

5 - من الممكن أيضاً استخدام الجماعة لتدريب الفرد في داخله على القيام بأداء بعض الأدوار الاجتماعية (دور زوج ، أب ، طالب) ومن خلال تشجيع الجماعة وتقبلها للفرد . يدفع الفرد دفعاً إلى القيام بكل متطلبات هذه الأدوار الكيفية الجديدة بنجاح . ويعتبر منهج المجتمع العلاجي الذي دعا له ماكسويل جونز تمثيلاً جيداً لهذه الوظيفة العلاجية الهامة للجماعة .

6 - يستخدم بعض المعالجين النفسيين من أمثال روجرز (Rogers, 1970) منهج جماعات المواجهة Counter Group لتدريب الفرد من خلال مواجهة

الجماعة على تطوير إمكانيات الشخصية وتدريب حساسيته عند التفاعل بالضغط الاجتماعي والجماعات . ويلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لا ينتمون بالضرورة للمرضى النفسيين والعقليين . ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع بأنهم ينتمون إلى "فهم أفضل للآخرين" وإلى طرح الزيف والثقة بالنفس ومواجهة الذات على حقيقتها إلى غير ذلك من عبارات لا تدل علاج من مرض أو مرض نفسي أو عقلي محدد . لكن منهج جماعات المواجهة يعتبر من أكثر أنواع العلاج الجمعي إثارة للجدل على الإطلاق بسبب منهجه القائم على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهة من قبل الجماعة وما يتبع ذلك أحياناً من إحباطات .

وللعلاج الجمعي فضلاً عن هذا مزايا أخرى منها قلة التكلفة المادية والبشرية ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى ما يقرب من 7-10 أشخاص ، وقد يتوصل بهم جمعياً إلى نتائج إيجابية تماثل نتائج العلاج الفردي (زهران، 2003: 323).

أما سري أوضحت أن مزايا العلاج النفسي الجماعي تتلخص فيما يلي:

- توفير الوقت والجهد والمال ، حيث يستطيع المعالج النفسي معالجة ومساعدة أكثر من مريض في وقت واحد.
- توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة علاجية ، وتبادل الآراء والتحقق من حدة المرض عند أفراد حيث يرى المريض أنه أفضل من غيره مما يؤدي إلى نتائج أفضل وأسرع في العلاج .
- تتعدد أساليبه وتنوعها مع إمكان التدريب عليها بدرجة أسهل من غيره نسبياً .
- تحسين التفاعل الاجتماعي ، والاتجاهات الاجتماعية .
- إحداث تغيير في الشخصية والسلوك وإتاحة فرصة خبرات انفعالية مكثفة وتحسين الاستبصار (سري، 189: 2000) .
- وأضاف زهران عدد من المزايا منها :
 - يقلل من مشاعر القلق والشعور بالإثم ويجعل الفرد أميل إلى التسامح تجاه الخبرات الاجتماعية المحيطة.
 - يقوي احترام المريض لذاته ويشجعه على البحث عن طريق أفضل لحل صراعاته ومشكلاته مما ينمي شعوره بقيمته ويقلل من مخاوفه ويقضي على سلوكه غير السوي ، ويفتح الطريق أمام نمو أنماط سلوكية سوية.
 - يشعر المريض بحرية أكثر ويحمله المسؤولية أكبر من نفسه ومن الآخرين .
 - يتيح فرصة نظر المريض إلى مشكلاته من جوانب وأبعاد جديدة.
 - يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من مشكلة نفسية معينة ، وأن هناك كثيرين غيره مما يحدث بينهم نوعاً من المساندة والمساعدة والتعاون في حل مشكلاتهم المشتركة ومن ثم فإنه يقلل من شعور البعض بالعزلة . ويعتبر ذلك سندا عاطفياً للمريض يعينه على الاستبصار في نفسه في إطار العلاقات والتفاعل الاجتماعي .
 - يجمع بين خبرات الفرد الداخلية وبين الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه .
 - يتيح فرصة الاتعاظ بأخطاء الغير والاستفادة منها حين يسمع قصصهم وتاريخهم حياتهم .

- يعتبر أنسب طرق العلاج النفسي في البلاد النامية التي تعاني من نقص شديد في عدد المعالجين النفسيين ولذلك فإن له أهمية القصوى من الناحية الاجتماعية (زهرا، 2005: 122) .
- وأضاف فرغلي أن من مزايا أو فوائد العلاج النفسي الجماعي الآتي :
 - يؤدي إلى اقتصاد كبير في نفقات العلاج من تخفيض للعدد كبير من المعالجين .
 - يؤدي إلي توفير الجهد المبذول من جانب العلاج النفسي .
 - له أثر تنفيسي ذو قيمة كبيرة. إذ فيه مجال الانطلاق الانفعالات وإسقاطها عن أعضاء الجماعة والتعبير عن انفعالاته بالكلام وقدرته على وصف إحساساته .
 - يقلل مشاعر القلق والشعور بالإثم.
 - يقلل من حدة تمرکز المريض حول ذاته ويوفر الفرصة لتحقيق الذات والثقة بالنفس .
 - يصحح ويعدل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن العالم .
 - يكتسبه أنماط جديدة من السلوك الاجتماعي لا يمكن اكتسابها في نطاق العلاج الفردي.
- يعتبر أفضل وسيلة علاجية بالنسبة لبعض المرضى الذين لا يتحابون ولا يتعاونون في العلاج النفسي الفردي .
- وتتفق الباحثة مع الذين كتبوا عن مزايا العلاج النفسي الجماعي أعلاه وترى أن العلاج النفسي الجماعي للعلاج كثير من الحالات المرضية التي تنضم للجماعة العلاجية وتكشف للمرضى بأن هناك مرضى آخرون يبحثون للمساعدة لعلاج حالتهم المرضية . وهو علاج مقتصر للجهد والوقت بالنسبة للمعالج ، ويكسب المرضى خبرات جديدة ويجعلهم يتفاعلون مع بعضهم البعض .
- عيوب العلاج النفسي الجماعي :**
- إن الأساس في العملية العلاجية شخصان : شخص المعالج ، شخص أو أشخاص المرضى ويجب توافر مجموعة من الشروط أهمها : التدريب مع توافر العديد من الصفات ، أما المرضى فيجب أن تتوفر لديهم الواقعية والاستعداد ، وغيرها من العوامل لكن إذا حدث خطأ في طرف أو طرفين معاً فإن ذلك ينعكس سلباً على المرضى من خلال المضاعفات السيئة الآتية :
 - قد يزداد القلق عند المريض وينصرف عن العلاج النفسي تماماً .
 - قد يلجأ المريض إلى إدمان المخدرات .
 - قد يلجأ المريض إلى العلاج الطبي فقط . وقد يبالغ في تعاطي الأدوية .
 - قد يلجأ المريض إلى الذين يتصيدون مثل هؤلاء المرضى .
 - قد تزداد الحالة سوءاً ويتطور المرض من عصاب إلى ذهان .
 - في حالات نادرة قد ييأس المريض من الشفاء فيقدم للانتحار . زهران 1987 (المذكور في) غانم ، 2008 : 76) .
- وأضاف أبو زيد أن من عيوب العلاج النفسي الجماعي ما يلي :
 - قد تكون التغييرات السلوكية التي تحدث قصيرة الأمد وغير دائمة ، وقد يحدث لدى البعض الانتكاس
 - قد يندمج الفرد بعمق في الكشف عن ذاته ثم يترك بمشكلاته غير محلولة .
 - قد يستفيد أحد المرضى دون المرضى مما يحدث مشكلات خاصة في عملية التوافق النفسي.

- قد يتحمس بعض الأعضاء للطريقة ويستمررون في الاشتراك في حلقات عمل جديدة وقد يحترفون حضور جلسات العلاج الجماعي.
 - أما شاكر وعلام ذكرا أن من عيوب العلاج النفسي الجماعي :
 - شعور المريض بالخجل للكشف عن أسراره ومشكلاته الشخصية أمام الآخرين.
 - إن بعض المرضى لا يستفيدون بالدرجة المرجوة وخاصة لدى يعانون من صراعات عنيفة ومحاولات الانتحار .
- مضاعفات العلاج النفسي الجماعي :**
- يجب عمل حساب بعض مضاعفات العلاج النفسي الجماعي ومن ذلك :
 - قد يكون تهديد الجماعة على الفرد مبالغاً فيه لدى الفرد وخاصة أولئك المرضى الذين يعانون من اضطرابات مثل الجنسية المثلية والعدوان الصريح .
 - هناك بعض المرضى يجب عدم استخدام هذا النوع من العلاج معهم بسبب الضرر الذي قد يحدث نتيجة العلاقات المتبادلة التي قد تحدث والتوتر الانفعالي الذي قد يصاحبها .
 - ينصح بعدم وضع المرضى الذين يعانون من الصراعات العميقة وتفكك الشخصية الشديدة في الجماعات العلاجية تفادياً للظهور أي مضاعفات . (أسامة، 2009: 43) .

المبحث الثاني مفهوم الذات Self Concept

مقدمة :

تسعى الدراسات النفسية عموماً إلى دراسة السلوك الإنساني و ضبطه و التنبؤ به من أجل تحديد جوانب تطوره ، و ذلك من خلال دراسة أهم جانب من جوانب شخصية الفرد ألا وهو مفهوم الذات لأنه مركز الشخصية و بنائها و تكوينها، و بالتالي يساهم في تحديد قدرتها على التفاعل مع المجتمع بشكل فعال و قد رأى علماء النفس الأوائل الذين تعرضوا لمفهوم الذات أن المجتمع مرآة يرى الفرد فيها نفسه ، و عرّفوا الذات بأنها ما يشار إليه في الكلام الدارج بضمائر المتكلم كأنا الفاعلة و ياء المتكلم .

تعريف مفهوم الذات :

لقد تعددت تعريفات مفهوم الذات و اختلفت باختلاف نظرة العلماء إليها و سنتطرق فيما يلي إلى تعريف مفهوم الذات لغة واصطلاحاً ثم تعريفات أبرز العلماء.

أولاً : تعريفه في اللغة : لا يوجد في قواميس اللغة العربية تعريف لمصطلح مفهوم الذات وإنما وجد تعريف لمعنى كلمة مفهوم وتعريف آخر لمعنى كلمة ذات. فتعرف كلمة مفهوم في المنجد كالتالي:

كلمة مفهوم من الفعل فهم. وفهم الأمر: أي علمه وإدراكه ، والفهم تصور الشيء وإدراكه (المنجد، 1986 : 598) .

وتعرف كلمة مفهوم في المعجم الأدبي كالتالي :

بأنها كل ما يمر في خاطرنا عند ذكر لفظه من الألفاظ يكون مرتبطاً بها ومعرفاً بماهيتها حسب اعتقادنا وموقفنا منها (المعجم الأدبي : 1984م).
وتعرف ذات في اللغة : ما يصلح لأنه يعلم ويخبر عنه ، وذات الشيء نفسه ، عينه ، جوهره ، واسم الذات عند النحاة : ما علق على ذات كالرجل ، الأسد (المنجد ، 1986م : 240).

وتعريف مفهوم الذات اصطلاحاً:

يعتبر تعريف الموسوعة التربوية من أفضل التعريفات لمفهوم الذات كمصطلح تربوي. فتعرفه الموسوعة التربوية Encyclopedia of educational ه و تركيبه معقدة من الأحاسيس والمعتقدات والمفاهيم حول النفس ويتمثل في مقدرة الفرد على إدراك ذاته وهو يعتمد في ذلك على قدرته لتقبل تجاربه وخبراته المتزايدة . والتي تضم الخبرات الاجتماعية المكتسبة بواسطة الآخرين. و مفهوم الذات عند (نخفر) فهو "تكوين معرفي منظم و متعلم للمدركات الشعورية ، و القدرات الخاصة بالذات، ويعبر عن تصورات الفرد و خبراته . وأشار جون هولت (John Holt) إلى أن مفهوم الذات ه و تلك الأنواع التي يستخدمها الفرد بغرض تعريف ذاته (عبد اللطيف ، 2007 : 56) .
وأشار ستريك (Stryker) المذكور في منسي : إلى أن الاختلاف الأبرز والأكثر وضوحاً بين ما يمثل مفهوم الذات يبدو واضحاً في الأهمية و التمرکز، و ذلك لكون بعض مفاهيم الذات مركزية ، في حين بعضها الآخر أكثر إحاطة و

خارجية . وأشار إلى أن المفاهيم المركزية بشكل عام تتسم بالاتساع ومن المفترض أن تؤثر على المعلومات و السلوك بقوة أكبر من الأفكار المحيطة والتي اتساعها أقل.

وكما يرى " هول ولندزي " Hall and Lindsey أن للذات معنيين على الأقل. المعنى الأول : النظر إلى الذات على أنها عملية Process بمعنى أن الذات هي مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق. المعنى الثاني : النظر إلى الذات على أنها موضوع Object بمعنى أن الذات تعني اتجاه الشخص ومدركاته وتقويمه لنفسه كموضوع (الخرعان ، 2011 : 165). وكما يجب لفت النظر إلى أن مفهوم الذات لا يعني على الإطلاق وجود كيان آخر داخل الإنسان يوجهه وينظم حركته وإنما يعني العمليات النفسية أو موضوعها باعتبارها تخضع للقاعة العليا. وأن مفهوم الذات ليس إلا متغيراً هاماً من متغيرات الشخصية. فلا تفهم الشخصية ككل أو سلوك الشخص الظاهري سوباً كان أم منحرفاً إلا في ضوء الصورة الكلية التي يكونها الشخص عن ذاته (ابوزيتوب، 2010: 227).

تكوين مفهوم الذات :

إن الإنسان بصفة خاصة قادر على الاستجابة لنفسه. وأن المصدر الأساسي لهوية الفرد هو شعوره بذاته وأن هذه الذات ليست وحدة بسيطة وإنما مفهوم متطور يحوي عدد من الاتجاهات تختلف باختلاف الثقافات. وان هذه الذات تنمو مع مرور الزمن فالطفل يولد وليس لديه أي فكرة عن نفسه يمكن أن تكون واضحة أو متبلورة. وقد أشار بياجيه (Peyaget) أن الطفل يعيش في حالة من اللاتمايز المطلق في بدء حياته المبكرة. ولا يملك طرازاً نفسياً يمكن أن يسمى ذات. ويصل إدراك الذات إلى درجة من الوضوح عندما يصل الطفل في سن الثالثة في الأغلب. (سليمان ، 2013 : 120). فوضع الطفل في أنماط من الأدوار المختلفة خلال تفاعله الاجتماعي وتحركه من خلال هذه الأدوار يتعلم أن يرى نفسه كما يراه الآخرون في المواقف المختلفة وهو بذلك يتعلم المعايير والتوقعات السلوكية التي تربطه بالآخرين ويتأثر هذا المفهوم الذي يكونه بالخصائص والمميزات الأسرية والاجتماعية . فالطفل الذي ينشأ في أسرة تحيطه بالعناية يمكن أن يسبب الوالدان في إدراك الطفل لنفسه أنه شخص مشاكس أو غبي أو غير موثوق به. وذلك عن طريق الممارسات الخاطئة داخل الأسرة وكذلك التفاعل الاجتماعي مع الآخرين فإنه يؤثر في مفهوم الفرد عن نفسه وقد أوضحت دراسة كومبس (Compos) "1969" أن التفاعل الاجتماعي السليم والعلاقات الاجتماعية الناجحة تعزز الفكرة السليمة الجيدة عن الذات. وأن مفهوم الذات الموجب يعزز نجاح التفاعل الاجتماعي ويزيد العلاقات الاجتماعية نجاحاً. (زهرا، 1980: 258).

وخلاصة القول: إن الواقع المحيط بالشخص هو ما يدركه من حوله فما يدخل في مجال إدراكه هو واقعه . أيا كان إدراكه له وما يحدث بالفعل لا أهمية له إنما الأهمية في خبرة الشخص بما وقع (طريقة إدراكه له). فسلوك

البشر ليس رد فعل وإنما استجابة للأحداث الموقفية بعمليات فكرية نشطة . والفرد ليس سلبياً بل هو فعال وإيجابي. ويمكن تقسيم المراحل التي يمر فيها تكوين مفهوم الذات تبعاً لمراحل نمو الفرد إلى ثلاثة مراحل :

المرحلة الأولى : منذ ميلاد الطفل وخروجه من بطن الأم لا يوجد لديه مفهوم جاهز عن ذاته. فكما يقول يونج "Young" أن الذات موجودة منذ حياة الفرد ولكنها في حالة كمون. وتأخذ في التحقق تدريجياً مع النمو ولا يكون هناك حدود أو تمايز بين الذات وغير الذات. وعند بلوغ الطفل الشهر التاسع يفهم الإشارات مثل " مع السلامة " ويقول ويكس "Wickes" إن هذه المرحلة تعتبر بداية ولادة سيكولوجية للطفل عند شعوره بذاته حيث يخرج من رحم اللاشعور بالذات. وهو ميلاد شأني للطفل باكتشاف نفسه ودخول العالم الكبير(زهرا ن ، 1977 : 259). وفي هذه المرحلة ينشأ لدى الطفل وعي تدريجي بجسمه وذلك بوصفه متميزاً عما عداه.

المرحلة الثانية : وتختلف هذه المرحلة عن السابقة حيث يستطيع الطفل رسم صورة أشمل للعالم المحيط به ويسميه ، ويزداد شعوره بفرديته وشخصيته ويعرف إن له شخصية وللآخرين شخصياتهم المختلفة. ولكن في هذه المرحلة من نشأة الذات تكون عرضه للتغير والتعديل فسرعان ما تبدأ الانفعالات الاجتماعية عندما يواجه الطفل غيره من الأطفال من رفاق اللعب أو في صورة أخوه جدد ويؤدي ذلك إلى المقارنات بين ذاته وبين الآخرين . ويزداد شعور الطفل بقيمته تزداد مقدرته على التعبير عن الذات في النشاط العقلي وفي النشاط الاجتماعي . وبذلك نجد أنه في هذه المرحلة من نمو الذات التميز باتساع المرجعي الذي يتحدد في ضوئه مفهوم الذات الموجب وتقبل الذات والتوافق النفسي أو مفهوم الذات السالب وعدم الرضا وسوء التوافق النفسي (زهرا ن ، 1977 : 389).

المرحلة الثالثة : وهذه المرحلة من أهم المراحل التي يمر بها نمو الذات وهي فترة المراهقة ففيها يبحث المراهق عن هويته وعن ذاته من جديد فالبرغم من انه أحس في طفولته بهوية ذاته إلا أنه فقدتها في الأسرة أو في المجتمع . فيواجه صعوبات في هذه المرحلة فمثلاً أسلوب والديه في المعاملة له مرة كطفل ومرة كرجل من أسباب مشكلاته وعدم استقراره وسلوكه وتصرفاته تكون أحياناً كسلوك الأطفال وتصرفاتهم . ويمر المراهق في هذه المرحلة بخبرات محرمة أو محرجة أو غير مرغوب فيها اجتماعياً لا يستطيع إظهارها أو كشفها أمام الناس ولكنه يحتفظ بها في مفهوم الذات الخاص. وهي شعورية وتظل تهدده ولا يستطيع البوح بها أو كشفها. وقد يؤدي ذلك إلى سوء توافقه النفسي وهذا الجزء من مفهوم الذات والمسمى "مفهوم الذات الخاص" ينمو منذ الطفولة. ويتصف بأن معظم مواده من الخبرات الغير مرغوب فيها (زهرا ن ، 2003م : 388).

ومما تجدر الإشارة إليه أن المراحل السابقة لمفهوم الذات تتأثر في تكوينها ببعض العوامل الهامة مثل :

- تحديد الدور : يعتبر تصور الفرد لذاته من خلال الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها من العوامل الهامة المساهمة في تكوين مفهوم الذات لديه (Sabin 1957), (Moreno 1962), (أبو زيد ، 1987) (خير الله، 1981) . فالطفل في سنين عمره الأولى يتمثل أهم المفاهيم في الدور الذي يقوم به الوالدان ويتضح هذا الأثر في كيفية المساعدة على النمو وكيفية استجابتهم لخبراته المكثفة التي تؤثر عليه. فالوالدين هم أول من يؤثر على فكرته عن نفسه. ويستمررون في تكوين مفاهيمه الأخرى. وهذا لا يعني أن الفرد فقط يعتمد في تكوينه للمفاهيم على الوالدين فقط ولكن ذلك إلى جانب المفاهيم التي تتمثل في الأشخاص المحيطين به والذين يقدرون له الثواب والعقاب.
- التفاعل الاجتماعي : تلعب خبرات تربية الطفل من خلال عملية التنشئة والتطبيع الاجتماعي دوراً هاماً في تشكيل فكرته عن نفسه وتكوين شخصيته وذلك من خلال علاقاته المتبادلة مع الوالدين وتفاعله معهما ، فمن خبر الإهمال أو النبذ مثلاً ينمو ولديه عدوانية أو انسحابي ويكون مفهوماً منحطاً عن ذاته (موسى ، 2010 : 413) .
- تأثير مفهوم الذات في السلوك : تعتبر فكرة الفرد عن نفسه عاملاً هاماً في توجيهه السلوك وتوجيهه فيصرف مع الناس وفق هذه الفكرة وكذلك اختياره لأصدقائه ، وزوجته ومهنته، وملابسه ، كل ذلك يعتمد على الطريقة التي يرى نفسه فيها وما لديه من اتجاهات نحو الذات. وتلعب صورة الذات دوراً هاماً في السلوك فتساعد على التوفيق بين فكرتنا عن الحاضر وعن المستقبل وقد توصل كلٌّ من "جيمس وكولي وميدا" إلى نتيجة مؤداها أن الإحساس بالذات والحفاظ على احترام الجماعة للفرد يحددان إقامة الأهداف والكفاح من أجل بلوغها. وقد دلت كثير من الدراسات على أنه توجد علاقة مباشرة بين مفهوم الذات عند الطفل وسلوكه الظاهر ، وإدراكه ، وأداءه الأكاديمي. وتدفع الحاجة إلى التعبير عن الذات وتوكيدها لدى الفرد إلى الإفصاح عن شخصيته وتوكيدها بأكثر من طريق. فهو أما يؤكد ذاته بالسيطرة على الغير أو بالسيطرة على الأشياء أو بإدخال نوع من التغيير في حالة الجسم أو بالانطواء في كنف شخصيته أو جماعة قوية أو غيرها من أساليب السلوك التي تدفع إليها هذه الحاجة والتي يحاول الفرد من خلالها تأكيد شخصيته وتحقيق ذاته (خليفة 2005 : 129).
- ويؤكد ذلك روجرز "Rogers" أن في تحقيق الذات كل العمليات التي يتميز بها الإنسان نفسه عن الآخرين ويتميز بها وظائفه العضوية عن وظائفه الاجتماعية. والسير نحو تحمل المسؤولية الذاتية ويبدأ الفرد في تحقيق ذلك من البسيط إلى المعقد. لأن تحقيق الذات في نظره الهدف الذي يريد معظم الناس تحقيقه. ويتفق معه جولد شتين (goaled sateen) حيث يرى بأنه الدافع الرئيسي لدى الفرد وكل الدوافع الأخرى ليست إلا مظاهر (عسلية ، البناء، 2005: 268).
- أبعاد مفهوم الذات :**

كان وليم جيمس من أوائل علماء النفس الذين أولوا موضوع مفهوم الذات الصدارة في أبحاثهم. حيث رأى أن الذات هي المجموع الكلي لكل ما يمكن أن يرى الفرد أنه له و أشار إلى ثلاثة أنواع من الذات:

- الذات المادية : وهي ذات ممتدة تحتوي بالإضافة إلى جسم الفرد على أسرته وممتلكاته .

- الذات الاجتماعية : و تتضمن وجهة نظر الآخرين نحو الفرد.
- الذات الروحية : و تتضمن انفعالات الفرد و رغباته .

ونظم جيمس أسلوب فهم الذات بشكل أفقي ذي بعدين ممثلاً بالوجه الأمامي و الجانبي لمكعب ما وقد قسمت الذات في الوجه الأمامي إلى أربعة عناصر هي: الجسدي و العملي و الاجتماعي و النفسي، و هذه هي المركبات التي تحدد الذات ، و تعرف الذات بأنها الشكل الفريد للأطروحات الشخصية. أما الوجه الجانبي فقد تم تحليله إلى ثلاث مراحل من الإدراك الذاتي، مرحلة الاستمرارية ومرحلة التمييز و مرحلة القوة الفاعلة (عبد اللطيف ، 2000 : 25).

وتتخذ الذات لدى فرنون، Vernon شكل مستويات متدرجة من أعلى إلى أسفل ، و ذلك في ضوء ما تتضمنه من محتويات شعورية و لاشعورية، حيث تتكون الذات في مستواها الأعلى من ذوات فرعية اجتماعية عامة، و ثم تجئ الذات الشعورية الخاصة ، وهذه تتكون من الذات المدركة التي يستطيع الفرد التعبير عنها لفظياً و خاصة لأصدقائه المقربين ، ثم الذات البعيدة ، و هذه يمكن أن يستشعرها الفرد من خلال إجراءات التوجيه و الإرشاد النفسي، ثم تأتي الذات العميقة المكبوتة في نهاية سلم الترتيب ، و هذه لا يمكن أن تظهر إلا بالتحليل النفسي .

إن لمفهوم الذات جوانب ظاهرية تقع في موضع ما من الوضوح الشعوري ، و جوانب غير ظاهرية يكون الفرد على غير وعي أو شعور بها ، و بالتالي فإن مصطلح مفهوم الذات يقصد به فكرة المرء عن نفسه و يتضمن كذلك اتجاهاته نحو ذاته. ويرى (عدس و توق) أن مفهوم الذات لدى الفرد يتطور بتطور عدد من العوامل المرتبطة ، منها الوعي بالجسم و تشكيل صورة عنه ، ووجود الآخرين الهامين في حياة الفرد، مما يؤكد ارتباط الوضع الجسمي للفرد بمفهومه عن ذاته و قدراته بشكل مباشر ، فوظيفة مفهوم الذات هي تنظيم و تحديد السلوك من خلال عالم الخبرة المتغير الذي يعيشه الفرد ، و ينمو مفهوم الذات كنتاج للتفاعل الاجتماعي و أنماط التنشئة الاجتماعية خلال مراحل حياة الإنسان المختلفة ، و من مراحل الطفولة المبكرة ، ليكون الفرد أفكاراً و معتقدات محددة عن ذاته و إمكانياته المختلفة (زهرا، 2005 : 312) .

إما هيجنز (Higgins) المذكور في عبد اللطيف فقد أشار إلى ثلاثة أشكال لمفاهيم الذات، منها ما يعبر عن مفهوم الذات الواقعي ، و منها ما يمثل مفهوم الذات الخاص . و أشار كل من جرودن و دوسك & Gordano Dusk إلى أن مفهوم الذات يتألف من العديد من المكونات، كل منها أساسي

لتحقيق الذات المثالية ، و أهم هذه المكونات : إدراك الذات - تقدير الذات - حب الذات - تقييم الذات - الثقة بالنفس - احترام الذات (عبد اللطيف ، 2001 : 207) .

و قد عرض العديد من الباحثين تعريفات مختلفة لمفهوم الذات ، إلا أنها لم تكن متسقة إلى حد بعيد. فكل منهم عرف مفهوم الذات حسب الإبعاد التي حددها، و التي رأى أنها تسهم في وضع تصور شامل لمفهوم الذات فمنهم من حدد ثلاثة أبعاد فقط للمفهوم و هي :

- الذات الواقعية

- الذات المثالية

- الذات الاجتماعية

و منهم من حدد خمسة أبعاد لمفهوم الذات هي :

- الذات الجسمية

- الذات الانفعالية

- الذات العقلية

- الذات الاجتماعية

- البعد العام للذات (عبد المتعال ، 2009 : 37) .

(وأشار) وليام فتنش (إلى أن مفهوم الذات يمكن بلورته من خلال ما أسماه بالنموذج الدائري، حيث يركز هذا النموذج على العلاقة القائمة بين الذات الشخصية والسلوك الشخص والكفاءة الشخصية (عبد اللطيف ، 2001 : 47) .

قد قامت دراسات عديدة بتقسيم مفهوم الذات لدى الفرد إلى أربعة أقسام :

- مفهوم الذات الأساسي: يشير إلى إدراك المرء نفسه على حقيقته ، و

ليس كما يرغبها، حيث يتضمن هذا الإدراك جسمه و مظهره ، و قدراته، و

مركزه ، و دوره من الحياة ، و كذلك قيمه ومعتقداته وطموحاته .

- مفهوم الذات المؤقت: و هو غير ثابت يحمله الفرد فترة وجيزة ثم يتخلى

عنه ، و قد يكون مرغوباً أو غير ذلك معتمداً على الموقف الذي يجد المرء

نفسه فيه . و يتأثر هذا النوع من مفهوم الذات بمزاج الشخص و حالته

العاطفية و خبراته الذاتية .

- مفهوم الذات الاجتماعي: يشير إلى تصور الفرد لتقويم الآخرين له معتمداً

في ذلك على أقوالهم وأفعالهم نحوه ، فمفهوم الذات الاجتماعي يتطور نتيجة

لتفاعل الفرد مع المجتمع. فالفرد في البداية، يقوّم قدراته و حاجاته ، و قيمه

و طموحاته في ضوء تقديرات الآخرين له إلى أن يصل إلى مرحلة من النمو

يكون قادراً عندها على فهم و تفسير أقوال و أفعال الآخرين نحوه ، يبدأ بعدها

بتطوير مفهوم ذات الأساسي

- مفهوم الذات المثالي: وهو عبارة عن الحالة التي يتمنى المرء أن يكون

عليها، سواء ما يتعلق منها بالجانب الجسمي أو النفسي أو كليهما معاً، و منه

ما كان ممكن التحقيق، و منه ما كان غير ذلك معتمداً على مدى سيطرة

مفهوم الذات الأساسي أو المدرك لدى الفرد (العيسوي، 2000 : 221)

بهذا فإن مفهوم الذات عامل فعال في سلوك الفرد ، فمفهومه عن ذاته هو الصورة التي يحملها عن ذاته ، و يبنى هذه الصورة من خلال تقييمه لأهميته ذاته ، ويعتمد ذلك على المعلومات التي يتلقاها من أسرته ، و أصدقائه . ممن يمثلون مكاناً مهماً في حياته .

و بهذا السرد و من مجموعة التعريف نستطيع أن نقول :
- إن مفهوم الفرد عن ذاته يعني إدراكه لما يتميز به من صفات عن غيره .
- لمفهوم الذات أهمية كبرى في تحديد سلوك الفرد .
- مفهوم الذات مفعم بالقوة و النشاط ، فعال ، حيوي ، و له جوانب متعددة .

- مفهوم الذات تنظيم معرفي و يشكل المحور الرئيسي لشخصية الفرد، و له أهمية قصوى في تحديد سلوك الفرد و تكيفه .
- مفهوم الذات هو مجموعة الأفكار و المشاعر و المعتقدات التي يكونها الفرد عن نفسه .

- يعبر مفهوم الذات عن الكيفية التي يدرك بها الفرد نفسه ، والتي تتشكل من خلال تفاعل الفرد مع البيئة الاجتماعية .

جوانب الذات :

للذات ثلاثة جوانب أساسية هي الإحساس بالذات ، و إدراك الذات ، و تقديم الذات . و يشير الإحساس بالذات إلى الذات إلا أن المعظم يميل إلى وجهة نظر الحس العام للاسكتلندي توماس ريد Raid حيث قال إن الرجل الذي لا يؤمن بوجوده غير جدير قطعاً بالمناقشة و مثله مثل الرجل الذي يعتقد أنه مخلوق من زجاج (الدليم ، 2004 : 70) .

ما يشعر به الفرد عندما يفكر في نفسه و يتكون هذا الإحساس ببساطة من الشعور بوجودنا كأشخاص ، وعلى الرغم من أن بعض المفكرين مثل الفيلسوف الاسكتلندي هيوم ، Hume قد أثاروا الشك في إمكانية التأكد من تلك السمة الأولية ، كما ينشأ لدى كل فرد فينا أثناء حياته إدراك تقييمي للذات ، فقد يعتقد شخص ما أنه مُجزر أو خجول ، و يشار إلى هذا الجانب بأنه تقييمي لأنه يقترن بالمشاعر الإيجابية و السلبية نحو الذات ، فقد تشعر "دينا" أنها خجولة و أن خجلها هذا يسبب لها كل أنواع الصعوبات الاجتماعية ، و قد تتمنى أن تكون أكثر انفتاحاً و ثقة بذاتها في المواقف الاجتماعية . أما الجانب الثالث فهو كيفية تقديم الفرد نفسه للآخرين ، فقد تحاول "دينا" مثلاً أثناء المقابلة للحصول على وظيفة تقديم نفسه على أنها شخصية مُنفتحة و واثقة من ذاتها . والسمة المدهشة لجوانب الذات من وجهة النظر النفسية الاجتماعية هي أنها يمكن أن تناقض بعضها البعض ، وعلى سبيل المثال فقد تنجح "دينا" في تقديم نفسها للشخص القائم بالمقابلة على أنها إنسانة شديدة الثقة بنفسها، و لكنها قد تشعر في الوقت ذاته أنها شديدة الخجل فعلا و تفتقر إلى الثقة بالنفس و يختلف جانباً الإحساس بالذات و إدراك الذات عن جانب تقديم الذات في مدى العلنية و الوضوح ، حيث لا يمكن ملاحظة هذين الجانبين ملاحظة مباشرة من الخارج في حين الجانب الثالث ظاهر و يمكن ملاحظته

مباشرة. فالمديرون الذين يقومون بمقابلة "دينا" لا يمكنهم ملاحظة إحساسها بنفسها وإدراكها لذاتها على أنها من خلال الملاحظة المباشرة ، و لكن يمكنهم ملاحظتها مباشرة أثناء تقديمها لنفسها أثناء المقابلة (عبد السلام ، 2004 : 34)

ويذهب موجهام المذكور في الغامدي إلى أن انطباع الفرد عن ذاته يتشكل من كلا الجانبين وهما : تقديره لذاته ، أي شعوره تجاه نفسه ، و مفهومه عن ذاته أي ما يعرفه عن نفسه ، ويرى أنه على الرغم من أن هذين المكونين يبدوان مألوفين و مريحين إلا أنهما يتطوران و يتغيران باستمرار بتغير خبرات الفرد و ظروف حياته و الوسط الاجتماعي الذي يضمه . كما يرى أن فهم الذات أو إدراكها و الإحساس بها أمرا ليس سهل المنال، و يدلل على ذلك بأمرين : الأول: عجز الفرد عن التنبؤ باستجاباته إزاء حدث جديد مثل فقدان الوظيفة ، أو الدخول في دور جديد مثل أن تصبح زوجاً أو أباً، و الثاني : لو كان الأمر بهذه السهولة لما قضى الأطباء النفسيون الساعات الطويلة في علاج الناس ، و لما كادت أرفف المكتبات تكتظ بكتب التعلم الذاتي و المساعدة الذاتية.

وقد أدت عدم القدرة على ملاحظة بعض الجوانب الهامة في الذات إلى إهمال الذات كأحد موضوعات الدراسة مدة طويلة خلال القرن العشرين، حيث سادت المدرسة السلوكية التي ركزت فقط على ما يمكن ملاحظته ، و استغرق الأمر ما يقرب من نصف قرن أي منذ أواخر العقد الثاني وحتى العقد السابع من نفس القرن (الغامدي ، 2001 : 77) .

قد أشار جون واطسون (1878 - 1958) و إدوارد تولمان Talisman (1887 - 1959) (وهل ، (1884 - 1952) Hull M ، و سكينر، Skinner (1904 - 1990) وآخرون من علماء السلوكية إلى أنه ينبغي على علم النفس الاهتمام بالسلوك الملاحظ فقط ، و كتب واطسون و ما يمكن اعتباره البيان السلوكي قائلاً: " لقد حان الوقت الذي يجب فيه على علم النفس أن يرفض أي إشارة إلى الشعور . و لم تنفج هذه الأزمة و تصبح الذات أحد موضوعات الدراسة العلمية في علم النفس إلا بعد انطلاق الثورة المعرفية أثناء الستينات من القرن العشرين، و تعد عودة الذات إلى الاتجاه السائد في علم النفس عامة و علم النفس الاجتماعي على وجه الخصوص أكثر إثارة من ذلك، لأن الأبحاث التي تناولت الذات في الثقافات الغربية أبحاث مباشرة و تؤدي إلى تفسير عالمي حقاً، و يمكن الوصول إلى تعميمات أكثر دقة من خلال مقارنة ما تخبرنا به الدراسات البحثية عن الذات المستقلة و الذات الاعتمادية ، كما يمكننا تحديد جوانب الذات التي تميل للاختلاف باختلاف الثقافة ، كما يقوم علماء النفس الاجتماعي بدراسات تجريبية عن جوانب الذات مثل الأحاديث الذاتية التي تدور داخل الذات ، و علاقة الذات بالسياق الاجتماعي الذي توجد فيه، تلك الجوانب التي كنا نظن يوماً ما أنها جوانب تخرج عن نطاق البحث العلمي (الرشيدي ، 2004 : 46) .

معالم الذات : Feature's of the self

تخيل أن شخصاً ما - والدك ، أو أخاك الأكبر، أو صديقك - فتح الباب حجرتك فجأة و أنت تقرأ هذا الكتاب ، و سألك: ماذا تفعل ؟ سوف ترد قائلاً ، أقرأ كتاباً في علم النفس الاجتماعي ، و قد تساعدك إجابتك في إلقاء الضوء على عدة جوانب من ذاتك يمكن اعتبارها ملامح أو معالم أو سمات للذات .
أولاً : تشير إجابتك إلى أن لديك إحساساً بالذات و إحساساً بوجودك ، و يبدو أن هذا الإحساس بالذات قد ينمو عند معظم الناس قبل الثانية من العمر ، يفترض ذلك لأن الأبحاث التي تناولت الأطفال الرضع تبين أن هؤلاء الأطفال قادرون على التعرف على أنفسهم في المرآة بين الشهر الثامن عشر و العامين، و قد تضمنت تلك الدراسات وضع نقط ملونه على أنف الرضيع ثم وضع المرآة أمامه ، فإذا لمس الرضيع أنفه يُعد ذلك إشارة على تعرفه على نفسه، كما وجد أن القردة العليا هي المخلوقات الأخرى الوحيدة القادرة على فعل ذلك ، و يفترض من ذلك أنه لا بد من وجود إحساس بالذات لكي يتعرف الشخص على نفسه في المرآة ، و يبدو أن هذا هو الوعي بالذات . و يتميز هذا الإحساس بالذات بسمة هامة، و هي أنها تقع في مكان واحد و هو الجسد، و من المفترض في كل ثقافات العالم أن الذات تسكن جسداً واحداً، و يحكم على الشخص في معظم المجتمعات بالمرض العقلي إذا ادعى أنه يوجد في أكثر من جسد أو إذا ذكر أن له أكثر من ذات في الجسد الواحد، و ينطوي أحد التفسيرات التاريخية للمرض العقلي على أن المريض عقلياً تملكه قوى شريرة ، و على أن الجسد الواحد لا تسكنه الآن ذات واحدة ، بل ذاتان أو أكثر هما الذات الأصلية المقيمة منذ البداية، وذات ما دخيلة غازية تولت زمام الأمور والسيطرة ، و كان أحد أهداف ضرب المرضى العقليين والمعاملة الوحشية في أغلب هو جعل الجسد مكاناً غير مريح للغاية للدخلاء ، أو ضرب الشيطان حتى يخرج منها، و على الرغم من أن العالم الحديث قد يعامل المرضى العقليين بقدر أكبر من التسامح ، إلا أن وجود عدة أشخاص في نفس الجسد يؤدي قطعاً إلى تشخيص المرضى بالجنون كما كان يحدث في العقود الماضية (صالح ، 2003 : 55) .

والسمة الثانية للإحساس بالذات هي الاستمرارية ، حيث تشعر وأنت تقرأ هذا الكتاب أنك نفس الشخص الذي بدأ القراءة منذ ساعة مثلاً ، و مثل تأكيدك عندما استيقظت هذا الصباح أنك نفس الشخص الذي ذهب للنوم الليلة الماضية، و يبدو أن سمة استمرارية الذات سمة لا تُحدها ثقافة مع احتمال وجود بعض الاستثناءات، و يشير هاري (Hurre,R.1990) أن لغة الكاوي Kiwi وهي لغة قديمة لا تتضمن نفس افتراض الاستمرارية الزمنية الموجودة في اللغات الأخرى كالعربية والإنجليزية ، و نتيجة لذلك يجب على متحدثي تلك اللغة تقديم الاستمرارية الزمنية بالإشارة الصريحة ، فإذا قلت لصديقك: "آسف ، لقد نسيت الاتصال بك البارحة ، فقد انشغلت في مقابلة للحصول على وظيفة في شركة فإن ذلك ينطوي على أن الذات التي تشعر بالاعتذار

اليوم هي نفس الذات التي نسيت الاتصال البارحة ، و لكن لو كنت تريد أن تقول ذلك بلغة الكاوي فستكون الجملة "ذاتي التي هنا الآن تأسف ليك، لأن ذاتي البارحة نسيت الاتصال بك صالح ، 2010: 84) .

وتفقد مناقشة الإحساس بالذات حتماً إلى مجادلات فلسفية طويلة حول بنية الذات ، و فروق مثيرة من الناحية النظرية مثل الفرق بين ضمير الفاعل (ا) و ضمير المفعول (Me)، و هو فرق ضروري ليَصِفَ الفرد خبراته، و خصوصاً خبراته الماضية ، و لكي يصل إلى هذا الفرق أو التمييز يخيل أنه يرد على سؤال: متى بدأت قراءة هذا الكتاب في علم النفس الاجتماعي؟ فعندما يرد قائلاً: "لست متأكداً تماماً، و لكن يبدو لي أنني بدأت منذ حوالي الساعة" فكيف يمكنك أن تحكي ما كنت تفعله منذ بعض الوقت؟. أحد الطرق لوصف هذه الخبرة التي كان وليم جيمس James M 1890 أول من اقترحها هو وصف الذات على أساس ضمير الفاعل (أنا) الذي يمكنه التحرك بإتباع سلسلة من التفكير لكي يحكي عن(ني): (Me و تقوم الأنا طبقاً لهذا الوصف بدور راوي القصة و تقوم (ني) بدور الشخصية الرئيسية في قصة حياة الفرد ، وبناء على ذلك يمكن أن يحكي الأنا ما كانت تفعله (ني) منذ وقت ما وما تفعله الآن ، وما قد تفعله في المستقبل (صالح، 2003: 57)ـ

يشكل الانتقال من الإحساس بالذات إلى تكوين تصور معرفي عنها أهم دعائم إرساء مفهوم الذات، ويشترك ألبرت في وريد الرأي في أن أول إحساس يشعر به الطفل هو إحساسه بجسده، والذي يتطور عن الإحساسات العضوية و الإحباطات الخارجية بدءاً من عجز الطفل عن تناوله طعامه عندما يريد ذلك حتى ضرب رأسه في شي ، وهنا يتعلم التمييز بين جسده و الأشياء الصلبة من حوله، و يبقى هذا الإحساس راسخاً دوماً في وعينا ، كما اعتبر ألبرت أن الشعور بالتماسك الداخلي و الاستمرارية أمر ضروري لتحقيق الوعي الذاتي لدى الفرد، فيقول : اليوم أتذكر بعضاً من أفكارني التي كانت بالأمس، و غدا سوف أتذكر بعضاً من أفكار اليوم و الأمس معاً، و أنا متأكد أنها أفكار نفس الشخص ، وهو أنا (الرعي ، 2007 : 23).

نتيجة للميل نحو التمايز الذي يعتبر جزءاً من الميل نحو تحقيق الذات يصبح جانب من خبرة الفرد (المجال الطواهري) مزماً في الوعي و في الخبرة الذاتية ، و من خلال تفاعل الفرد مع الأشخاص ذوي الأهمية في حياته و الموجودين في محيطه ، فإن الخبرة الذاتية تؤدي إلى مفهوم الذات كشيء مدرك في مجال الخبرة أي الذي يعيشه الفرد فعلاً.

ومفهوم الذات أو بنية الذات كما يراها روجرز هو : مفهوم الذات أو تصور جشطلتي (كلي) منظم يتكون من مدركات الفرد عن ذاته بمفردها، كما يعبر عنها ضمير المتكلم الفاعل أنا "ا" أو لذاته في علاقتها بالأشياء الأخرى و الأشياء و الموجودة في البيئة (أي علاقتها بالحياة) و كما يعبر عنها ضمير المفعول "ني" "Me"، بالإضافة إلى القيم (الأحكام) المتصلة بهذه المدركات، و مفهوم الذات لا يكون دائماً في الوعي، و لكنه يكون دائماً متاحاً للوعي،

بمعنى أنه يمكن استحضاره للوعي أو الشعور، و ينظر لمفهوم الذات على أنه شي مرن غير جامد و يمثل عملية أكثر من كونه سمة ، ولكنه عند أي نقطة زمنية يمكن أن نراه كخصيصة أو كينونة محددة. SpecificEntit. و بعد مفهوم الذات بمثابة صورة يكونها الفرد عن نفسه جنبا إلى جنب مع تقويمه و حكمه على هذه الصورة ، وعلى سبيل المثال قد يدرك الفرد ذاته على أنه أعلى من المتوسط من حيث الذكاء ، و على أنه طالب متميز في كل المقررات المدرسية فيما عدا الرياضيات ، و على أنه يحب العمل اليدوي، و أنه يحب والديه أو يخاف منهما أو يخاف من المستقبل... الخ و هو يعطي كل صفة من هذه الصفات وزنًا خاصًا موجبًا أو سالبًا (صالح ، 2010 : 88)

المصادر التي يُبنى عليها مفهوم الذات :

إذا كان مفهوم الذات هو مجموع معتقدات الفرد عن سماته الشخصية ، فإن تشكيل هذا المفهوم يتطلب وقتًا من عمر الفرد يقوم خلاله بجمع معرفته عن ذاته و تفسير المعلومات التي يجمعها، ولذلك فإن الناس يكونون مفهومهم عن ذاتهم بنفس الطريقة التي يكونون بها انطباعهم أو مفهومهم عن الآخرين مستخدمين نفس النمط من المعلومات و طرق تفسير مماثلة ، و يستنبطون خصائصهم من سلوكهم، كما أنهم يستخدمون أفكارهم و مشاعرهم و تفاعلات الآخرين معهم في تشكيل رأيهم عن ذاتهم، و يقارنون أنفسهم بالآخرين ليتعرفوا على الخصائص التي تميزهم عن غيرهم. فيما يلي عرض واف لهذه المصادر:

- الاستدلال من خلال السلوك :

عندما طرح المؤلف البريطاني فستر، Foster .F.M هذا السؤال: كيف أعرف ما اعتقده حتى أدراك ما أقوله ؟ فإنه يجذب الانتباه إلى مصدر هام من مصادر معرفة الذات ، و الفكرة الرئيسية لنظرية إدراك الذات Self-Perception Theory التي أعدها داريك بيم (Bem,D,1972) ومفادها أنه يمكننا معرفة أشياء عن أنفسنا عن طريق ملاحظة سلوكنا، على الأقل عندما تكون مصادر المعرفة الأخرى غير كافية ، و ندرك ذاتنا عندما نجد أنفسنا مثلا نصرخ في عامل البوفيه أو في عامل بموقف السيارات فنعرف أننا غاضبون، أو عندما نتدبر خطواتنا إلى المسجد لأداء الصلاة و نستنتج أننا متدينين ، أو عندما نشارك في عمل طوعي لصالح ضحايا فلسطين و نقرر أننا كرماء أو نشارك في حفل أو رحلة و ندرك أننا انبساطيين .حتى السلوكيات التخيلية يمكن أن تمدنا بالمواد الخام لعمليات إدراك الذات ، تخيل مثلا أنك تؤدي عدة أشياء مختلفة للحفاظ على البيئة ، كالاستفادة من مخلفات الزراعة (قش الأرز مثلا) أو اللعب المصنوعة من الألمونيوم، حاول أن تتخيل أنك تؤدي بالفعل شيئا من هذا القبيل ، هل تنظر إلى نفسك الآن على أنك شخص أكثر وعيا بالبيئة من الآخرين؟ تشير الدراسات إلى أن تخيل تلك السلوكيات قد يقودك إلى الوصول إلى مثل هذا الاستنتاج (Anderson & Goodfrey, 1987) ، و بالطبع سوف تتوصل إلى استنتاج معاكس عن نفسك (أقل وعيا بالبيئة) إذا

طلبنا منك تخيل نفسك تشارك في حملة للتخلص من مخلفات الزراعة من خلال حرقها، مخلفا سحابة سوداء تعمى العيون و تكتم الأنفاس. و تفسير تلك النتائج يرجع إلى أن التفكير في السلوك الحقيقي أو المتخيل يزيدان فرصة الوصول إلى السمات الشخصية ذات الصلة، وربما تتخيل نفسك تحل لغزاً ثم تفكر في قدراتك المكانية البارعة ، و تتذكر أنك كنت تحب حل الألغاز في طفولتك، و حين بوارد إلى ذهنك أفكار من قبيل "أنا ماهر جدا في حل الألغاز" تصبح أساسيا للاستدلال الذاتي، و الأمر المثير للدهشة أن النظر إلى الذات على أنها تتمتع بسمات مرتبطة بذلك قد لا يُحس فقط ثقتك و مثابرتك و جهدك، بل إنه يُحسن أيضا أداءك الحقيقي في المهمة .

- الإدراك الذاتي للدافعية :

بالتأكيد لا نقوم بإصدار أحكام سريعة عن أنفسنا طوعاً أو كرهاً ، و تفترض نظرية إدراك الذات أننا نستدل على ذاتنا من سلوكنا عندما تكون الملامح الداخلية Internal Cues ضعيفة أو غامضة ، وعندما لا توجد ضغوط موقفية قاهرة ، كما أن الناس يميلون إلى النظر إلى أنفسهم على أنهم يتمتعون بسمات تتوافق مع سلوكهم الماضي أو الحاضر عند عدم وجود مشاعر داخلية قوية و ضغوط خارجية قاهرة، و لكن إذا كنت تعاني من تقلصات حادة في المعدة فلا حاجة بك لأن تلتهم ساندويتشا لكي تعرف أنك كنت جائعا، كما أنه لا يحتمل أن تستنتج أنك كنت جائعا لأنك لاحظت نفسك و أنت تشارك في الأكل. و في الواقع يتوصل الناس في معظم الأحيان إلى استنتاجات عن أنفسهم من سلوكياتهم التي يرون أنهم اختاروها بحرية، و تثير الدافعية الداخلية السلوكيات المختارة بحرية، فنحن نفعل ما نريد أن نفعله ، و ليس ما علينا أن نفعله . و في المقابل يكون السلوك محكوماً بالدوافع الخارجية إذا كان يؤدي للحصول على هدف ما خارجي ، و غالبا ما نؤديه دون الإحساس بالراحة . على أساس نظرية الإدراك الذاتي ، فلا شك أن الأطفال الذين رأوا أنفسهم يرسمون صوراً عندما وعدوا بالحصول على مكافأة استنتجوا أنهم يرسمون من أجل الحصول على تلك المكافأة و ليس لمجرد الحصول على متعة الرسم ، و في المقابل ، قاد الرسم بدون توقع المكافأة بعض الأطفال إلى استنتاج أن هذا النشاط ممتع و مثير بالقطع ، و هكذا قد تُضعف المكافأة الخارجية الدافعية الداخلية، بخاصة عندما ينظر إليها على أنها رشاوى تتحكم خارجيا في السلوك ، و ليست علاوات أو تعزيزات تدل على الكفاءة.

-الاستدلال من خلال الأفكار و المشاعر:

لا أحد يعرفك جيدا مثلما تعرف أنت نفسك، أليس كذلك؟ قد يرجع ذلك إلى أن أهم مؤشر أو ملمح لمعرفة الذات هو ردود أفعالنا الخاصة تجاه العالم من حولنا، أي أفكارنا و مشاعرنا . و حتى نظرية إدراك الذات نفسها ترى أن الناس لا يستنتجون معلومات من سلوكياتهم الخاصة إلا في حالة ضعف المعطيات أو المؤشرات الداخلية مثل الأفكار و الشاعر، ويمكن أن تمدنا تلك المعطيات بمعلومات أكثر من المعلومات التي قد نحصل عليها من ملاحظة

السلوك الظاهر، ويرجع ذلك بالتحديد إلى أن الأفكار و المشاعر أقل تأثراً بالضغوط الخارجية مقارنة بالسلوك الظاهر، فقد يدفعك حضور حفل زفاف أقرب الأصدقاء لك مثلاً لأن تجاري أو تسابير جو الحفلة ولكن إحساسك الداخلي بالغيرة أو القلق) لأنه سوف يكون من الصعب عليكما الالتقاء باستمرار كما كان يحدث سابقاً (يخبرانك المعلومات أكثر عن نفسك. و تؤكد إحدى الدراسات على أهمية الأفكار و المشاعر في معرفة الذات، هي دراسة أندرسن (Andersen,1984) التي استمع فيها بعض الملاحظين لمفحوصين يتحدثون عن أفكارهم و أحاسيسهم في مواقف الحياة اليومية المتنوعة، في حين سمع ملاحظون آخرون المفحوصين يصفون سلوكهم فقط في تلك المواقف، و قام الملاحظون بتدوين انطباعاتهم، و كشفت النتائج أن الملاحظين الذين سمعوا وصف الأفكار و المشاعر كونوا انطباعات تتوافق مع مفهوم الذات عند المفحوصين على نحو أدق من الانطباعات التي سجلها الملاحظون الذين سمعوا وصفا للسلوك فقط ، وتشير النتيجة إلى أن أفكارنا وأحاسيسنا يمكن أن تلعب دوراً في استنتاجاتنا عن سلوكنا أكبر من الدور الذي تلعبه السلوكيات (عبد الخالق ،. (65: 2009

- أثر ردود أفعال الآخرين:

تساهم ردود أفعال الآخرين أيضاً في نمو مفهوم الذات ، و قد وضع عالم الاجتماع تشارلز كولي Cooley, CH. عبارة "الذات الناظرة من خلف الزجاج" The Self Looking Glass عام (1902) للإشارة إلى أن ردود أفعال الآخرين تجاهنا تعد مصدراً هاماً من مصادر معرفة الذات، وتعد تلك الردود بمثابة مرآة تعكس صورتنا، فنتمكن نحن أيضاً من رؤيتها (Felson,1980) ، فالوالدان يدللوننا، و الأقران يستخفون بنا، و الأقارب يلاحظون بسرور أننا نُذكرهم بصفات فيهم، وتخبّرنا مثل تلك الاستجابات أننا ظرفاء أو غير رياضيين أو متدينون، وهكذا تشير هذه العبارة إلى أن مفهوم الذات و الإحساس بها يعتمد ويتأثر بنظرة الآخرين ، و تخيل أحكامهم نحونا و نحو مظهرنا، و بعض المشاعر الذاتية الصادرة عنا مثل الفخر أو الخزي أو الخجل ، كما أدرك مفكرون آخرون مثل فوريد ، و جورج ميدا Mead ، و جان بياجيه paged وإنهلدر Inhelder ، و فيجو تسكي ، Vogotsky ، نفس الأمر رغم الاختلاف أساليبهم في التعرف على الأصول الاجتماعية للوعي بالذات. وعلى الرغم من ذلك لم يبدأ علماء النفس الاجتماعي في تنفيذ الدراسات التجريبية على العلاقة الموجودة بين الخبرات الاجتماعية و الإحساس بالذات أو مفهوم الذات إلا في الآونة الأخيرة، واستخدمت تلك الدراسات التي قادها كل من وليم ، و كلير و ماك جوير و آخرون (Me Guiro et al,1986) بجامعة يال Yale أسئلة غير مباشرة ذات نهاية مفتوحة لدراسة العلاقات الموجودة بين السياقات الاجتماعية و الإحساس بالذات ، و قد طلب الباحثون من المفحوصين في تلك الدراسات ذكر ما يخطر ببالهم عند سؤالهم بأن يحكوا عن أنفسهم (احك عن نفسك.) و تُظهر النتائج أن ورود أسماء آخرين في

سياق الحديث تشغل حوالي 25% من المفاهيم الاسمية المستخدمة في هذا الوصف الحر، و يشير ذلك إلى أن إحساسنا بذاتنا، و من ثم مفهومنا عن ذاتنا يعتمد إلى حد بعيد على علاقتنا الاجتماعية.

- المقارنة الاجتماعية :

كثيراً ما نطلب من أطفالنا أن يكونوا متفوقين أو مؤدبين أو منظمين مثل أولاد عمهم أو أولاد خالهم أو غيرهم ، و كما يستخدم المدرسون المقارنة بين الطلاب لحث المتأخرين دراسياً منهم على الإنجاز والنجاح، و هكذا تلعب المقارنة الاجتماعية دوراً في توجيه سلوكنا منذ الصغر، و تظل تقترن بسلوكنا وأفكارنا عن ذاتنا حتى في الرشد، و هو ما دفع ليون فستنجر. Feigners إلى صياغة ما يعرف بنظرية المقارنة الاجتماعية Social Comparison Theory و التي تتضمن أن الأفكار والأحاسيس المرتبطة بالذات تنشأ في أغلب الأحوال من عقد مقارنات بيننا و بين الآخرين، كما أقترح فستنجر أن الناس يريدون تقييم أنفسهم على نحو دقيق، و لذا يبحثون عن آخرين يشبهونهم لعقد هذه المقارنات، فإذا أردت كلاعب شطرنج صاحب مهارة معقولة مثلاً أن تعرف مدى براعتك في اللعب، فيمكنك وقتها أن تعرف معلومات كافية عن ذاتك من خلال مقارنة نفسك بأنداك أثناء مباراة بينكم ، أكثر مما تعرفها من خلال مباراة لك مع أساتذة اللعبة أو المبتدئين فيها ، و غالباً ما يكون نظراؤنا في العمر أو الجنس أو المستوى التعليمي و الاقتصادي أهدافاً طبيعية للمقارنة وتعطينا المقارنات الاجتماعية الفرصة لبناء مفهوم عن نفسنا من خلال الكشف عن الجدية أو الاجتماعية التي تميزنا عن الآخرين المؤلفين أو المشابهين لنا ، و غالباً ما تصبح تلك السمات التي تميزنا عن معظم الأشخاص الآخرين من مظاهر الذات . فقد يفكر من يستخدمون يدهم اليسرى (الأعسر) في مسألة استخدام الأيدي ، وهي سمة شخصية مميزة أكثر مما قد يفكر فيها من يستخدمون يدهم اليمنى(الأيمن). (و قد يذكر الأطفال الذين يكتبون وصفا لأنفسهم سمات مثل "ارتداء النظارات، قصر القامة" تميزهم على أنهم غير عاديين في أسرهم أو فصولهم الدراسية، باختصار تسمح لنا المقارنة الاجتماعية من خلال تلخيص نواحي اختلافنا عن غيرنا ببناء مفهوم للذات يعطي كلاً منا إحساساً بالتفرد و التميز)حسين , 2006: 110-105)

أساليب تكوين مفهوم ذات متماسك:

لا تأتي لنا معرفة الذات في شكلها النهائي ملفوفة في ورق من السوليفان و معقودة بالأشرطة الملونة مثل الهدايا، و لكنها تأتي مفككة و معها بطاقة مكتوب عليها "بحاجة للتجميع" . عند بناء مفهوم للذات من قطع مختلفة من معرفة الذات مشتقة من أدوار و تفاعلات الاجتماعية المختلفة فقد لا تتألف أو تنسجم تلك القطع معاً على نحو حسن فقد تكون مشاركا شغوفاً و نشطاً في أحد الفصول الدراسية و مشاركا تنقصه الدافعية في فصل آخر، و قد ترى نفسك كمدرس جيد، و زوج فاشل في نفس الوقت، و تشبه جوانب الذات قطعاً في لعبة من ألعاب الميكانو أي ألعاب الفك و التركيب في أنها لا بد و أن تُجمع في كل متكامل إذا أراد الفرد أن يشعر بالوحدة و الانسجام أو الاتساق Unity ونستخدم عادة عدد من الإستراتيجيات لبناء هذا الإحساس المتكامل بالذات أهمها:

أ- التماسك من خلال الحد من سهولة المنال Limited Accessibility: تخيل لبرهة أنك أمام منزل كل غرفة فيه مفروشة بأثاث من نمط مختلف ، مطبخ ريفي ، و غرفة نوم ستيل على النمط الإيطالي، وغرفة معيشة على النمط العربي الخليجي، إذا وقفت في المدخل الرئيسي لهذا المنزل و نظرت إلى كل الحجرات في نفس الوقت فيبدو لك خليطاً غير منسجم من الديكور، و لكن إذا دخلت أي حجرة وأغلقت الباب خلفك سيبدو الديكور مترابطاً و سيبدو الجو مريحاً، و نحن نتعامل في الغالب مع الأمور غير المتناسقة في الأجزاء المختلفة لمفهومنا عن ذاتنا بنفس الطريقة، حيث نسترخي في راحة أحد الأدوار لأن الأدوار الأخرى غير المتسقة تكون بعيدة عن العين و من ثم بعيدة عن القلب أو الذهن. و لكن ما الذي يفتح و يغلق المداخل الموجودة بين ذوات المتعددة ؟ الواقع أنه يوجد أشخاص و أماكن معينة تعمل عمل المفاتيح ، و يجب أن نتذكر أن جوانب الذات تقترن بمواقف و أفراد معينين لا تفكر فيهم في أوقات أخرى ، فقد ترى نفسك في العمل مثلاً على أنك مثابر و منطقي وصاحب سلطة متجاهلاً سمات أخرى مثل حب اللهو و خلو البال التي قد تميز ذاتك في وقت الفراغ، و ينشأ عدم الارتياح عندما تُنشط مواقف ما جوانب غير متوافقة في الذات في نفس الوقت فتفسد الإحساس بترابط الذات ، و عليك أن تتخيل ما يمكن أن تشعر به إذا اصطحب أحد أساتذة الجامعة ابنه الصغير الذي لم يتجاوز العامين إلى المحاضرة ، و هو أمر يثير جانبين مختلفين للذات في نفس الوقت و هما ذاته كوالد ، و ذاته كأستاذ جامعي.

ب- التماسك عن طريق الذاكرة الانتقائية Selective Memory: عندما يفكر الناس في ماضيهم يعيدون بناء سيرة ذاتية تعمل على تكامل جوانب ذاتهم وسماتهم المختلفة. و على سبيل المثال فإن الناس الذين تغير سلوكهم من السلوك الخجول إلى السلوك المنفتح قد يسترجعون مجموعة متميزة من الذكريات الذاتية التي كانوا فيها دوماً منفتحين و ودودين، و تتعامل عملية إعادة بناء الذات مع الأمور غير المنسجمة مثلما تتعامل الحكومات الديكتاتورية مع إعادة كتابة التاريخ - تحذف كل أخطائها وتعطي تلك الإستراتيجية للفرد إحساساً بالذات يشعره بالترابط مع مرور الوقت حتى لو فشل في تسجيل حقائق التاريخ الشخصي بدقة. و يعتقد مايكل روس (Ross, M.1989)) أن ذكريات الكبار المتكررة و خاصة تلك التي تراودهم عندما يرون الأطفال الذين يسيئون التصرف - عن طفولتهم الجادة و تحملهم المسؤولية من سن مبكرة قد تكون ناتجة عن عملية إعادة بناء السيرة الذاتية، فعندما يكون الفرد مسئولاً يسهل عليه عدم تذكر ذاته كطفل بالشكل الصحيح فيتذكر أنه كان أيضاً طفلاً مسئولاً، و ينسى أحداث اللامبالاة التي فاضت بها أيام طفولته. **ج- التماسك عن طريق العزوة Attribution:** هل ستصيبك الدهشة إذا علمت أن زملاءك في العمل ينظرون إليك على أنك شخص قابل للتغير إلى حد ما، فتارة تكون هادئاً و مراعيًا لمشاعر

الآخرين و تارة أخرى متسلطاً و ديكتاتورياً ؟ إذا كنت مثل معظم الناس فقد تصيبك الدهشة فعلاً، و قد ترد بقولك بالطبع إنك مراع لمشاعر الآخرين في وجود رئيسك، أما في غيابه فلا بد أن يقوم شخص ما بتنظيم الأمور. إننا نفسر سلوكياتنا على أنها استجابات معقولة للمواقف، ولذا لا ننظر إلى الاختلافات في سلوكياتنا على أنها إشارات أو إشارات و علامات هامة على عدم الثبات ، و كما أشرنا سلفاً فإن معظم الناس يعزون سلوكهم الخاص إلى الظروف و لا يعزونه إلى سمات شخصية عامة و ثابتة ، ويساعدنا هذا الأسلوب في تفسير السلوك غير المتوافق على أنه ناتج لظروف غير مواتية ، وليس على أنه ناتج عن ذاتنا غير المتسقة أو المستقرة على وتيرة واحدة.

- التماسك عن طريق اختبار عدد محدود من السمات Selecting A few Key Traits

يبنى الناس أيضاً مفهوماً موحداً وثابتاً للذات من خلال ملاحظة عدد محدود من السمات الرئيسية التي يعتقدون أنها تميزهم بالتفرد عن الآخرين ، وبالثبات في المواقف المختلفة ، وتكون تلك الخصائص الشخصية الهامة والمميزة ما يسمى بمخطط الذات Self-Schema جمعها مخططات الذات Schemata وعندما تدمج سمة أو خاصية معينة من تلك الخصائص في مخطط الذات، فإن الناس يلاحظون و يعالجون المعلومات الخاصة بها بكفاءة عالية . وعلى سبيل المثال فإن الناس الذين يتصفون بالتعاون كجزء من مخطط الذات يستطيعون الإجابة على سؤال مثل: هل أنت متعاون؟ هل أنت أسرع من الآخرين ؟ ويميل الناس إلى رؤية الأدلة على تلك الصفات والخصائص الرئيسية في سلوكياتهم الأكثر دنيوية ، وبذلك يدعمون إحساسهم بوجود ذوات متحدة وثابتة Kontron & Kostroma J,F.1987 ومن ثم فقد ترى تأكيداً لوجهة نظرك في ذاتك على أنك متعاون حتى من يبنى الناس أيضاً مفهوماً موحداً وثابتاً للذات من خلال ملاحظة عدد محدود من السمات الرئيسية التي يعتقدون أنها تميزهم بالتفرد عن الآخرين، وبالثبات في المواقف المختلفة ، وتكون تلك الخصائص الشخصية الهامة والمميزة ما يسمى بمخطط الذات Self-Schema وجمعها مخططات الذات Schemata وعندما تدمج سمة أو خاصية معينة من تلك الخصائص في مخطط الذات، فإن الناس يلاحظون و يعالجون المعلومات الخاصة بها بكفاءة عالية. وعلى سبيل المثال فإن الناس الذين يتصفون بالتعاون كجزء من مخطط الذات يستطيعون الإجابة على سؤال مثل: هل أنت متعاون؟ هل أنت أسرع من الآخرين ؟ ويميل الناس إلى رؤية الأدلة على تلك الصفات والخصائص الرئيسية في سلوكياتهم الأكثر دنيوية ، وبذلك يدعمون إحساسهم بوجود ذوات متحدة وثابتة Conforms & Kostroma J,F.1987) ومن ثم فقد ترى تأكيداً لوجهة نظرك في ذاتك على أنك متعاون حتى من خلال سلوك بسيط مثلما يحدث عندما تدل شخصاً غريباً على الشارع الذي يقصده أو الكلية التي يريد الوصول إليها في حرم الجامعة أو تعبر مع كفيف نحو الشارع الممتلئ بالسيارات ، وكما سنرى فالناس يسارعون برفض

التغذية المرتدة التي لا تتوافق مع مخططاتهم الذاتية ، وبذلك يزيدون من إحساسهم بالاتساق والثبات (القطناني ، 2011 ، : 70).
تعدد الذوات وتعقدها :سرعان ما نصبح أكثر وعيا بالذوات المتعددة والمختلفة التي تقبع داخلنا مع تراكم المعلومات التي نحصل عليها من تلك المصادر المختلفة ، ونبدأ ندرك أن بعض سلوكياتنا وأفكارنا و أحاسيسنا تعتمد على ما نفعله و من نتخذه رفيقا لنا. وعلى سبيل المثال قد يختلف سلوكنا وإحساسنا بين زملاء العمل - فقد نكون أقل مرحا و أكثر إحساسا بالمسئولية - عن سلوكنا وإحساسنا عندما نكون مع أسرنا و أصدقائنا المقربين، كما تختلف المقارنة الاجتماعية من موقف لآخر، فقد يكون أقل الناس أدبا في عمله أكثرهم أدبا في أسرته ، وتختلف ردود أفعال الآخرين أيضا، فقد ينظر الأقارب من المسنين لطبيب في الأربعين من عمره على أنه صغير السن - لم تنضج خبرته بعد - في حين قد يراه رفاقه في العمل على أنه طبيب بارع في مجال زراعة الأعضاء. كيف نتعامل مع تلك المعلومات المختلفة التي قد تكون مُربكة ؟ ، والإجابة أننا نقوم بتنظيمها طبقا لأدوارنا وأنشطتنا وعلاقتنا المتنوعة، ومن ثم فقد تعتبر امرأة نفسها مجتهدة في المواقف الأكاديمية، ومجتهدة في المكتب و محبة للهو عندما تسترخي مع مجموعة من صديقاتها، وتلخص تلك الجوانب المختلفة للذات رأى المرأة في نفسها في مجال أو دور أو نشاط معين، وقد تعكس جوانب أخرى للذات أدوارا وأنشطة أخرى مثل الأخت أو الحبيبة أو لاعبة الشطرنج أو ممارسة الجري الخفيف ويختلف الناس في مستوى تعقد الذات Self-Complexity أي في تنوع و تعدد جوانب الذات التي تنشأ بناء على المواقف أو الأدوار أو العلاقات المختلفة ، ويوصف الأشخاص ذوي الجوانب القليلة والمتشابهة نوعا ما للذات المستقلة و الكثيرة بأنهم ذوو مستوى مرتفع في تعقد الذات (Linville, 1985)، فعندما تبحث لجان التقدم لوظائف معينة عن متقدمين ناضجين، فإنهم قد يبحثون عن أشخاص ذوي مستوى مرتفع في تعقد الذات ، وقد لا يصف مثل هؤلاء المتقدمين أنفسهم على أساس الإنجاز الأكاديمي أو الدراسي فقط ، بل أيضا كمشاركين في أدوار أو أنشطة أخرى مثل الألعاب الرياضية أو العمل التطوعي ، أو أجادة العمل على الحاسب الآلي، أو الكفاءة الإدارية أو الفن أو الموسيقى ، ويبين الشكل (2) أمثلة لذوي المستوى المرتفع المنخفض في تعقد الذات ، وكما سنرى لاحقا ينطوي ارتفاع أو انخفاض مستوى تعقد الذات على أمور خاصة بالصحة البدنية والنفسية (القطناني ، 2011 ، : 76) .

أثر الثقافة على فهم و تقدير الذات:

يرى موجهدام أن الفروق والاختلافات الثقافية كانت من بين العوامل التي ساعدت على صعوبة فهم الذات و دراستها، حيث يرى أن معرفتنا بأنفسنا وشعورنا نحو ذواتنا يتأثران بنوع الثقافة التي تنتمي لها ، ويرى أنه قد ظهر في نهاية القرن العشرين كم مثير من الأبحاث التي يركز على مفهوم مختلف للذات وهو مفهوم ظهر خارج إطار الثقافة الغربية ، ويسود أكثر في

المجتمعات الشرقية وبين الأقليات العرقية في الغرب، ويشار إلى هذا المفهوم البديل للذات الاعتمادية اعتماداً متبادلاً Interdependent Self مقارنة بالذات المستقلة Independent Self التي تؤكد على الاستقلال والسمات الداخلية و تفرد الناس، تعد الذات الاعتمادية أكثر اعتماداً على العلاقات الاجتماعية، وتؤكد على سمات الجماعة، وحدودها أكثر تشوشاً، وقد لاحظ الباحثون سيادة تلك الذات الاعتمادية عند محاولتهم دراسة وجهة النظر المحلية في المجتمعات الغربية على أفراد من خارج هذه المجتمعات (الظاهر 2004 : 88).

وتتبع الذات الاعتمادية و الذات المستقلة من سياقين ثقافيين مختلفين، حيث تنشأ الذات المستقلة في الثقافات التي تؤكد على الحرية الشخصية، والحراك الفردي Individual Mobility والهدف الرئيسي للتنشئة الاجتماعية في تلك الثقافات هو نمو أفراد مستقلين ويمكنهم تحقيق الاكتفاء الذاتي، في حين تنشأ الذات الاعتمادية في ثقافات تهدف التنشئة الاجتماعية فيها إلى تقوية الروابط بين الأفراد و الجماعات و المختلفة مثل الأسرة و القبيلة، كما يجب أن نلاحظ أنه لا يمكن النظر إلى جوانب الاستقلالية الاعتمادية في الذات بعين الكل أو لا شيء على الإطلاق ، فقد ذكر سنجلز ورفاقه أن كلا الجانبين من الذات يمكن أن يكونا مترافقين في نفس الفرد، و تعتمد درجة امتداد أي منهما في الذات على طبيعة الثقافة التي تنتمي لها، فالجوانب الاستقلالية تصبح أكثر وضوحاً في الثقافات الفردية ف حين أن الجوانب الاعتمادية تكون أكثر وضوحاً في الثقافات الجمعية (حسين، 2006 : 73).

إستراتيجيات تقديم الذات :

توجد إستراتيجيات متنوعة من شأنها أن تجعل الفرد يؤدي أداءً فعالاً على مسرح الحياة ، وقد وصف إدوارد جونز (Jones, E.1990) سلسلة من تلك الإستراتيجيات تبدأ بالإستراتيجيات الرقيقة مثل التوسل (Supplication) أي التوسل للآخرين لكي ينظروا إليك على أنك شخص ضعيف ، و ثم تتدرج إلى التخويف (Intimidation) أي أن تهدد الآخرين حتى تبدو لهم شخصاً خطراً . وأشار جونز إلى أن كل الإستراتيجيات محفوفة بالمخاطر، ولكن التودد والتخويف تعد أكثر الإستراتيجيات خطراً، فالشخص الذي يُسرف في التودد للآخرين يخاطر بأن ينظر إليه على أنه متملق ، وأي شخص يحرص على إرضاء الآخرين ، ولا يؤتمن على إعطاء رأيه في أي موضوع. كما أن محاولة تخويف الآخرين يمكن أن تنقلب مع احتمال أن ينظر الناس إلى الشخص المثير للتهديد على أنه ثرثار أو تافه. كما يعد تعزيز الذات إستراتيجية شائعة، ولكن الأداء الأخرق يمكن أن يقود الناس إلى النظر للشخص على أنه نصاب وثرثار وغير كفؤ. التوسل، وضرب المثل التمثيل (Exemplification) (إستراتيجيات أقل شيوعاً من الإستراتيجيات الأخرى ، وكلنا يعرف أشخاصاً يرتدون عباءة القديسين ولكنهم معرضون لخطر أن ينظر إليهم على أنهم منافقون أو

متظاهرون بالتقوى و الصلاح ، وعندما تفشل تلك الإستراتيجيات فقد ينتهي الأمر بالناس إلى استعراض فشلهم ، آمليين أن يساعدهم الآخرون في التغلب على عجزهم، قد لا يؤدي العجز إلى وجود شخص يتلقى مساعدة الآخرين فحسب بل إلى شخص يُحمد كثيراً ويتلقى الثناء على جهوده ونتائجه، فقد يثنى طالب على زميلة أو معلم على تلميذه رغم حصوله على الحد الأدنى للنجاح لأنه كان مريضاً يوم الامتحان وأصر على دخوله، ويندمج الناس أحيانا في إستراتيجية إعاقه أو تعجيز الذات Self-Handicapping لأنها قد تكون إستراتيجية فعالة فيحاولون تفسير أداءهم الضعيف على أنه يرجع إلى نقائص وعيوب مثل المرض أو عدم النوم أو تعاطي أدوية وعقاقير وليس إلى نقص الكفاءة أو العجز في القدرة، ولو كانوا يتعاطون دواء وفشلوا فلا بد أن فشلهم يرجع إلى ما يتعاطونه، أما إذا نجحوا فلا بد أنهم موهوبين بشكل غير عادي لأنهم نجحوا على الرغم من وجود تلك الإعاقه ، ولكن تبنى تلك الإستراتيجيات هو الآخر محفوف بالمخاطر حيث ينظر لمثل هذا الشخص على أنه كسول ولا يستحق أن يحقق نجاحاً . ويوجد أيضا عدد من إستراتيجيات تقديم الذات المرتبطة بالجماعة إلى جانب الإستراتيجيات الفردية التي وصفها جونز، حيث تشتق الذات دوراً مهماً من خلال مكائنها الاجتماعية المكتسبة بحكم عضويتها في جماعة ، ومن ثم تتولد دافعية لدى الأفراد للارتباط بالجماعات التي تتمتع بمكانة اجتماعية إيجابية لكي يعدوا من الفائزين وليسوا من الخاسرين . و يؤدي هذا بالأفراد إلى ربط أنفسهم بالجماعة بدرجة كبيرة عندما يحقق الموقف نوعاً من الخسارة ، فطلاب الجامعة مثلاً ينعمون بمجد فريق كرة القدم الذي يشجعونه و يتحدثون عنه بعبارات مثل "فريقنا"، لقد انتصرنا و يميلون إلى إبعاد ذاتهم عن الفريق المنهزم، و كيف أن لاعبيه قد أخطئوا في لعب الكرة في الأوقات الحرجة من المباراة، وربما يدعى أنصار الفريق المهزوم أنهم لا يشجعون أي فريق على الإطلاق، أو أنهم كانوا يشجعون هذا الفريق منذ سنوات عندما كان يحقق الانتصار تلو الانتصار (زهران، 2001 : 36) .

تركيز الانتباه كإستراتيجية لتقديم الذات:

على الرغم من اهتمام النموذج الدرامي لتقديم الذات بالإستراتيجيات التي يستخدمها الناس لتقديم أنفسهم، إلا مجموعة أخرى من الباحثين قد قامت بدراسة ما يركز عليه الأشخاص الذين يقدمون أنفسهم. ففكر مثلاً في طريقة تصرفك عندما تتفاعل مع الآخرين، هل تركز على أحاسيسك وأفكارك أم تركز على ما يحيط بك ؟ يميز الموضوع الأول بين الأشخاص الذين يركزون على العوامل الداخلية مقابل الأشخاص الذين يركزون على العوامل الخارجية ، في حين يتناول الموضوع الثاني أثر التركيز على العوامل الداخلية و الخارجية على الذات أثناء عملية تقديم الذات ، وسوف نعرض لها تفصيلاً على النحو الآتي:

أ - مراقبة وتوجيه الذات: Self-Monitoring

يبدو أن وصف الناس بالمثلين يكون أكثر صدقا عندما يطبق على بعض الأفراد، وقد نفكر في بعض أصدقائنا الذين يمثلون بالمعنى الذي وصفه جوفان، أي أنهم يقدمون أنفسهم تقديماً يتوافق تماماً مع معايير موقف معين ، ويمتازون بمهاراتهم في تغيير أدائهم لكي يناسب المواقف المختلفة ، وفي المقابل قد نفكر في أشخاص يظلون كما هم لا يعترفون إلا بتغيير طفيف في المواقف المتباينة ، ويبدو أن مثل الأشخاص لا يتأثرون كثيراً بتغير المعايير في هذه المواقف. وبشير كم كبير من الأدلة إلى أن الأشخاص الذين يراقبون أنفسهم مراقبة دقيقة بارعون في التعرف على الملامح والمؤشرات الاجتماعية، ويُعدلون سلوكهم لكي يقوموا بما هو متوقع منهم في موقف معين، وربما يتطلب القيام بما هو متوقع في بعض المواقف سلوكاً غير مطابق ، وعلى سبيل المثال، في إحدى الدراسات انضم طلاب إلى جماعات نقاش معقد في أماكن مصممة لإعطاء انطباعات متباينة ، كان المكان الأول عبارة عن غرفة بها أجهزة مختلفة من بينها كاميرات فيديو، وأخبرت المجموعات أن مناقشاتهم سوف تُسجل وتُعرض على الطلاب ، وفي المكان الثاني أكدت الملامح والمؤشرات الاجتماعية أداء المشتركين في النقاش أمام مجموعة من الطلاب الذين يُفترض أنهم فضلوا الاستقلالية الذاتية في مواجهة الضغوط ، وعقدت المناقشات في غرفة ليس بها أثاث سوى منضدة و بعض الكراسي ، ولا يرى الجمهور سوى الذين يقومون بالتقديم ، وبدا في هذا المكان الخاص أن الملامح والمؤشرات الاجتماعية تؤكد على التطابق مع معايير المجموعة الحاضرة ، وقد ثبت أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في مراقبة الذات حساسون بشكل خاص للملامح و المؤشرات الاجتماعية الموجودة في هذين الموقفين ، فقد أظهروا استقلالية ذاتية في المناقشات العامة ، وتطابقاً أو انسجاماً في المناقشات الخاصة.

و قد أشار سنيدر إلى المجتمعات التي تقدر متابعة الدور، وتمثيل الدور مثل اليابانيين، قد يقومون أيضاً بتنشئة أبنائهم تنشئة اجتماعية تجعلهم مراقبين وموجهين جيدين للذات، إلا أن موضوع تركيز الانتباه قد يعقد العلاقة بين مراقبة الذات والثقافة ..

ب - تركيز الانتباه على الداخل والخارج : على الرغم من أن مقياس مراقبة الذات يسعى للتعرف على سمات الأفراد الذين يهتمون بالعوامل التي تعد خارجية على أناس مختلفين ويقومون عموماً بما يتوقعه الآخرون منهم ، كما أنهم فعالون نوعاً ما في خداع الآخرين، وفي المقابل يجد الأشخاص الذين لا يراقبون أنفسهم مراقبة دقيقة صعوبة في تقليد سلوك الآخرين ، ويميلون إلى إظهار مشاعرهم ومعتقداتهم الحقيقية من خلال سلوكهم ، كما أنهم غير بارعين في استضافة و تسلية الآخرين ، وغير بارعين في كسب ود وإعجاب الآخرين، ويجدون صعوبة في تغيير سلوكهم لكي يناسب مختلف الناس في مختلف المواقف ، وباختصار، يؤدي الأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في مراقبة

الذات الدور الموكل إليهم ويتغيرون مع الموقف، في حين يظل الأشخاص ذوو الدرجة المنخفضة في مراقبة الذات صادقين مع أنفسهم ولا يتغيرون إلا تغيراً طفيفاً حسب متطلبات الموقف (زهران ، 2001 : 32).

دور الذات في توجيه السلوك :

يحدد إدراك الفرد لذاته ووعيه بها ومدى فاعليته الذاتية في مواجهة الأحداث نوع السلوك الذي يمارسه في المواقف المختلفة ، فتارة نعبر عن ذاتنا، وتارة نجرب سلوكاً جديداً لم نأت به من قبل، وتارة نضبط تصرفاتنا وأقوالنا تبعاً لما يتطلبه الموقف في كل حالة.

أ- التعبير عن الذات Self-Expression :

وتعنى المدافع لاختيار السلوكيات التي يمثل الانخراط فيها تعبيراً عن الذات ، فعندما يعبر الناس عن أنفسهم يحاولون نقل مفهومهم عن ذاتهم للآخرين من خلال أفعالهم ، ويؤكد التعبير عن الذات إحساس الفرد بذاته ومن ثم يعززه وينقله إلى الآخرين ، فإذا نظرت لنفسك على أنك من أنصار الحفاظ على البيئة ، فسوف تشارك وتعنى المدافع لاختيار السلوكيات التي يمثل الانخراط فيها تعبيراً عن الذات، فعندما يعبر الناس عن أنفسهم يحاولون نقل مفهومهم عن ذاتهم للآخرين من خلال أفعالهم ، ويؤكد التعبير عن الذات إحساس الفرد بذاته ومن ثم يعززه وينقله إلى الآخرين، فإذا نظرت لنفسك على أنك من أنصار الحفاظ على البيئة ، فسوف تشارك في حملات التوعية و حملات نظافة البيئة ، وسوف تسهم بمالك و جهدك في تشجير مدينتك و قريتك، وكل السلوكيات الأخرى التي تساير المفهوم ، وتبين الدراسات أنه إذا أتيحت حرية الاختيار فإن معظم الناس يفضلون الدخول في المواقف الاجتماعية التي تسمح لهم بالتصرف بأسلوب يساير مفهومهم عن ذاتهم ، ومن ثم فقد يقبل الرجل الانبساطي الدعوات الموجهة له لحضور الحفلات ، أو تقبل امرأة مُنظمة الوظيفة التي تتضمن مهام مُنظمة بوضوح. وقد تبدو حاجتنا للتعبير عن الذات أحيانا قوية جداً لدرجة أننا نفضل أن يعرف الناس نقائصنا ونقاط ضعفنا بدلا من أن ينظروا إلينا نظرة إيجابية غير صحيحة ، ولإيضاح مدى قوة هذا المدافع قام وليام سوان ورفاقه (Swann,W.et,al,1992) بدراسة عن المتزوجين، حيث سأل الباحثون في تلك الدراسة المتزوجين الذين ينظرون لأنفسهم نظرة سلبية مقارنة بنظرة أزواجهم لهم ودرجة التزامهم بالعلاقة بينهم ، وأظهرت النتائج أن الذين نظر إليهم أزواجهم نظرة سلبية تتفق مع نظرتهم لأنفسهم كانوا أكثر التزاما في زواجهم من نظرائهم الذين نظر لهم أزواجهم نظرة إيجابية ، ويفضل هؤلاء الأفراد نظرة أزواجهم لهم بدقة على نحو إيجابي. ونظراً لأن التعبير عن الذات ينقل رأينا في ذواتنا الحقيقية والواقعية ، فهو يسمح لنا بتكوين انطباعات إيجابية عن هويتنا ، ويستحث الآخرين لكي يعاملوننا بالطريقة التي نحب أن نُعامل بها ، أي بأساليب معززه لأفكارنا القائمة فعلا عن ذاتنا .

ب - تجريب الذات :

قد يرقى تقديم الذات إلى نوع ما من تجريب الذات لمعرفة الحجم الحقيقي لها ، وتتصرف بأسلوب يتطابق مع الذات المثالية ، وعلى سبيل المثال فقد يجرب المرهقون ذوات مثل : ذات المتمرد أو ذات العقلاني أو ذات نصير البيئة ، ويمكن أن يكون لتلك التجارب آثار دائمة لأن الذين يقدمون ذواتهم غالباً ما ينتهي بهم الأمر إلى التأثير في أنفسهم بنفس القدر الذي يؤثر به على جمهورهم ، وقد يواجه الممثلون وعارضات الأزياء وغيرهم من محترفي تقديم الذات مشاكل حقيقية كما يشير إلى ذلك عارضة الأزياء الأمريكية "بندتي" في حديث لها إلى جريدة النيويورك تايمز بقولها: أشعر في بعض

الأيام أنني أغير وجهي و ملابسني عشرات المرات، فتارة أنيقة، وتارة عادية ، وتارة مثيرة جنسياً ، وتارة استعراضية ، وأبدا أسأل نفسي من أنا ؟ أنا عشرة أفراد مختلفين فأين هويتي الحقيقية؟ وأجيب على نفسي قائلة: لديك بالتأكيد أزمة هوية، من تكون تلك الإنسانة (Kleimfield,1993) وقد تزداد صعوبة التمييز بين تقديم الذات والمذات نفسها مع تحول الأداء إلى شيء معتاد ، وسوف نحسن صنعاً إذا انتبهنا إلى تحذير عالم الاجتماع "جوفمان" حين قال : تخير الطريقة المناسبة لتقديم ذاتك بعناية ، فالقناع الذي نبدأ به قد يصح وجهك الحقيقي للأبد، وقد نظل نكذب على أنفسنا حتى نظن أن الكذب أضحي حقيقة .

ج- ضبط الذات: Control-Self:

يلعب الضبط الذاتي دوراً هاماً في تشكيل وتوجيه السلوك ، ويعد صفة هامة من صفات الذات وخصلة من خصالها الهامة والمرغوبة ، وغالباً ما يتم إدراك الفرد الذي يتمتع بالضبط الذاتي أنه سوف يتصرف بشكل عام يغلب عليه الكبح ، في حين أن الذين يقل حظهم من هذه الخاصية سوف يستجيبون لأحداث الحياة بشكل أكثر تساهلاً ، وقد يعرف ضبط الذات بأنه "كبح عواطف الفرد ورغباته وأفعاله بواسطة إرادته" أو هو انخراط الشخص في سلوك بديل مناسب تكون احتماليته أقل من استجابته الراهنة ، والسلوك المضبوط ذاتياً يتضمن قدرة الذات على التصرف في ظل الغياب النسبي للمدعمات الخارجية ، والشخص المنضبط ذاتياً هو الشخص الذي يتروى ويتأنى وبنظر في العواقب ، ولديه القدرة على تنفيذ السلوك الذي تم اختياره ، وعلى منع السلوكيات المستبعدة معرفياً. ويمثل أسلوب تأجيل الإشباع أو الإرضاء أهم أنواع ضبط الذات ، وهو أسلوب يفرضه المرء على نفسه فيه تأجيل التعزيزات الصغيرة العاجلة في سبيل أخرى كبيرة آجلة مثل توفير الطفل لنقوده وعدم شراء الحلوى أملاً في شراء دراجة متعددة السرعات ، وطالب الجامعة الذي يقرر ألا يترك الدراسة في سبيل عمل يلتحق به اليوم ، يتحمل ما يتعرض له من ضغوط اقتصادية أملاً في الحصول على شهادته الجامعية و الحصول على عمل أفضل مستقبلاً الدفاع عن الذات مواجهة الضغوط والإحباطات .

يمثل إحساسنا بالذات أغلى ما نملك ، ونحن نتعامل معه قطعاً على هذا النحو ونستخدمه باستمرار كمرشد لسلوكنا ووسيلة لمعرفة ردود أفعال الآخرين تجاهنا ، ونحافظ عليه براقاً وفي حالة جيدة عندما نعزز تقديرنا لذواتنا ، ونظهر أفضل وجه لدينا للآخرين، وكما سنرى فإننا نكافح للدفاع عن إحساسنا بالذات أمام كل الدخلاء ، وعندما تطلق الأحداث إنذاراً أو قد نستجيب بأسلوبين مختلفين، فقد نحاول التعامل مع ما أطلق هذا الإنذار أو قد نحاول تغيير تأثيره على إحساسنا (أبوجادو ، 2011 : 432) .

العوامل المهددة لصحة الذات :

كل ما يتناقض مع إحساسنا بهويتنا وإحساسنا بذاتنا يمكن أن يجعلنا نشك في انطباعنا عن الذات، وتوجد ثلاثة أنواع من الأحداث التي تمثل تهديدات

مهمة للذات وهي : الإخفاقات أو مواقف الفشل ، و التناقضات ، و الضغوط المولدة للتوتر:

أ- الفشل Failures : تعرض الفرد للإخفاقات مثل تخطي في الترقية ، أو انتهاء زواج استمر سنوات بالطلاق ، إلى تغذية راجعة سالبة عن هويته و ما يمكن عمله إزاء ذاته .

ب- التناقضات Inconsistencies : تمدنا التناقضات - مثل إصابة شخص سليم بمرض ، أو منزل خاو على أم متفرغة - بمعلومات تناقض ما كنا نعتقد أنه هويتنا ، وليس بالضرورة أن تكون الأحداث سلبية حتى تكون غير متسقة ، كما يحدث في المناسبات السعيدة مثل الزواج و الترقية لمنصب أعلى أو إنجاب طفل وأن يصبح الفرد والدا عن تغيير في مفهوم الذات ، نظراً لأنها تحدث تغييراً ما في حياتنا.

ت- مولدات التوتر Stressors: حيث تهدد الأحداث المولدة للتوتر صحة الذات لأنها تتجاوز إمكانياتنا في التعامل معها ، ومن الواضح أن الموترات تشمل الأزمات الكبرى مثل فقدان الوظيفة أو موت رفيق الحياة ، أو حدوث حريق في المنزل ، كما تنشأ الموترات من الإحباطات و المشاحنات اليومية البسيطة و القاسية أو الطاحنة في ذات الوقت ، وملل النظام المعتاد ، وضغوط الصراع اليوم المحموم، فكل تلك الأحداث تشكلنا في إحساسنا بذاتنا (بركات، 2008 ، 216) .

أساليب مواجهة الأحداث المهددة للذات :

على الرغم من أن العجز المكتسب قد يمنع الناس من فعل أي شيء في الأحداث التي يرون أنها تعدد ذواتهم إلا أنهم في العادة يستجيبون بإستراتيجيات مواجهة Coping Strategies، وهي محاولات لخفض الآثار الناتجة عن الأحداث السلبية ، وهي تعبر عن الكيفية التي يفكر بها الفرد والطريقة التي يستجيب بها للأحداث المهددة للذات ، وغالباً ما تكون فعالة في خفض آثار التوتر، ويميز لازاروس Lazarus بين نوعين أساسيين من أساليب المواجهة هما: المواجهة النشطة ، وفيها يتم الهجوم على مصدر التهديد و تُعرف بأنها المواجهة المتمركزة حول المشكلة Problem-Focused Coping أو المواجهة السلبية وفيها يتم الهرب من مصدر التهديد ، وتعرف بالواجهة المتمركزة حول الانفعال المصاحب للمشكلة Emotion- Focused coping 1- المواجهة المتمركزة حول مهددات الذات (الهجوم على مصدر التهديد) أي معالجة الأحداث بمواجهتها، وفيها نسعى إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر التهديد، والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة ، حيث يوجه هذا الأسلوب دفة الذات ناحية استغلال المصادر المعرفية والانفعالية والسلوكية بهدف إعادة تفسير الحدث على أنه لا يمثل تهديداً ، أو إزالة الحدث والآثار المترتبة عليه ، ويندرج تحت هذا النوع من المواجهة عدة أنواع أهمها :

أ- التقييم المتحيز للمشكلة: يدرك الكثير من المعلمين أن الطلاب الذين يحصلون على تقدير ممتاز ولكنهم يعتقدون أن نتيجة الاختبار لم تكن عادلة لن يراجعوهم ، وفي المقابل يعتقد الطلاب الذين لم يحصلوا على هذا التقدير أن

الاختبار لم يكشف عن قدراتهم الحقيقية . فعندما يتلقى الناس معلومات سلبية عن ذاتهم - ولا يقتصر ذلك على الدرجة السيئة في الاختبار فقط - فإنهم قد يرفضونها على الفور أو على الأقل يشكون في صدقها لكي يُبعدوا أي تهديد عن الذات .

ب - اختلاق الأعذار: ما الذي يحدث عندما تتحقق أسوأ توقعات الفرد ويرسب في اختبار ما ، أو ينكشف أكاذيبه ، أو تُسحب رخص السيارة بسبب السرعة الزائدة على الطريق ؟ وبالرغم من أننا قد نتمنى وقتها لو انشقت الأرض وابتلعتنا، إلا أننا عادة ما نحاول أن نخلق الأعذار وأن نستأنف من حيث توقفنا ، فعندما ينتهي حدث ما بكارثة ويهدد مفهومنا عن ذاتنا فإن العذر الجيد والمقبول ساعتها يساوي وزنه ذهباً. فلماذا تبدو الأعذار مهمة لهذه الدرجة ؟ ترتبط الإجابة على هذا السؤال بالعزو المعزز للذات الذي يشوه تفسير الناس للنجاحات والإخفاقات ، حيث يفضل معظم الناس أن ينسب إليهم فضل ما حققوه من نجاح وإنجاز، وأن يعزو فشلهم إلى أسباب خارجية ، فالدرجة الجيدة في اختبار ما تعكس ذكاءنا ودافعيتنا جيداً ، في حين ترجع الدرجة المنخفضة بالتأكيد إلى أسئلة الاختبار غير المكتوبة جيداً ، أو لحالة طارئة في المنزل ، أو نوبة أنفلونزا مفاجئة أو حتى إلى الموسيقى الصاخبة الآتية من الممرات أو الردهات المجاورة لقاعة الامتحان.

ج - التبرير المسبق لاحتمالات الفشل تعويق الذات يمكن أن تزيد قيمة العذر الجيد إذا جاء قبل الأداء، بحيث لو فشلنا يكون العذر في محله ، وقد اكتشف سيندر ورفاقه أن الناس غالباً ما يستخدمون أعذار من قبيل: الخجل ، أو القلق ، أو اعتلال الصحة ، أو التوتر عندما يتوقعون الفشل في مهمة ، ولأن نترك انطباعاً لدى الآخرين بأننا خجولون أو مرضى أو متوترون يبدو أفضل بالنسبة لنا من أن نترك لديهم انطباعاً بأننا غير جديرين بالحب أو غير أكفاء للمهمة التي كلفنا بها.

د- التحكم في المشكلة: إذا كان العزو الخارجي يساعدنا عادة على حفظ ماء الوجه ، فكيف نفسر النتيجة التالية: في إحدى الدراسات المسحية في المجتمع الأمريكي سُئل مفحوصون يعتبرون أنفسهم فقراء أو يكافحون الحالة الاقتصادية المتدنية عن أسباب هذا الموقف ، وعن صحتهم الانفعالية العامة، وقد كشفت النتائج عن أن الفقراء الذين يظنون أنه قد أتاحت لهم فرصة عادلة للإنجاز لديهم شعور بدرجة أكبر من الفخر والتمتع ، ودرجة أقل من الشعور بالذنب وخيبة الأمل في حياتهم من نظرائهم الذين ظنوا أن القوى الخارجية كانت تعوقهم (Smith & Kluegel, 1982) ، أي أن الناس يشعرون غالباً أنهم أفضل إذا ظنوا أنهم متحكمون في الأمور حتى ولو كانت نتائجهم سلبية ، صحيح أن لوم العوامل الخارجية على إخفاقاتنا قد يعفينا مؤقتاً من المسؤولية ، ولكن إذا نظرنا ثانية إلى العوامل المؤثرة في حياتنا على أنها ليست بعيدة عن سيطرتنا فإن ذلك يعيدنا ثانية إلى موضع المسؤولية على المدى البعيد .

هـ- حل المشكلة الارتقاء لمستوى التحدي : يمكن أن يكون للمشاعر السلبية التي تثيرها الإخفاقات والتناقضات الموجودة داخل الذات والتوترات التي تخلقها الضغوط نتائج دافعية إيجابية ، ونحن لا نهرب دائماً من العقاب بل أحيانا نزيد من استعدادنا لمواجهته ، وعندما يعززون نقائصهم إلى قوى يمكن التحكم فيها، أو عندما يرون أساليب للتحكم في مشكلات حياتهم الحقيقية فإنهم غالباً ما يقومون بذلك ، وعلى سبيل المثال يتعامل الكثير من قاطني المناطق التي توجد بها نسبة عالية من الجرائم في أمريكا بالرد من خلال تنظيم شبكات لمراقبة الجرائم في منطقتهم التطوع للقيام بدوريات للحراسة ، ووضع أنشطة مفيدة للأطفال المعرضين للانحراف ، ونجح الكثير منهم في إبعاد مروجي المخدرات عن مناطقهم. كما أن الطبيعة المؤلمة للتناقضات الموجودة في الذات يمكن أن تدفع الناس لأن يرقوا إلى مستوى مثلهم العليا وموجهاتهم الذاتية ، وغالباً ما يجعل الوعي بالذات الناس يتصرفون بأساليب تتماشى مع قيمهم الشخصية ، وعندما نستطيع عزو النتائج السيئة إلى عوامل يمكن التحكم فيها ، فإن بإمكاننا تنشيط إستراتيجيات مُعدة لتغيير أدائنا ، فإذا قررت مثلاً أن درجتك المنخفضة في امتحان ما (الرياضيات مثلاً) كانت ترجع إلى نقص الاستعداد له وليس لنقص قدرتك على فهم المادة العلمية ، فإن وضع جدول دراسي منتظم قد يساعدك وقتها على الاستعداد للاختبار القادم.

2- المواجهة المتمركزة حول الانفعال المصاحب للمشكلة (الهروب من مصدر التهديد) أي التعامل مع الانفعالات السلبية الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ باتزان وجداني ، وتقبل الفرد لمشاعره ، وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيداً في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة مثل مواجهة مرض يُفضى إلى الموت الذي يؤدي عادة إلى مشاعر سلبية مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر وتقبل إرادة الله والاستعداد نفسياً وسلوكياً للموت (البشر، 2009، : 187) .

وتأخذ معظم أشكال التعامل مع الانفعالات السلبية المقترنة بالحدث المهدد صوراً هروبية، أي الهروب من المواقف المهدد للذات وتجنبه ، وعلى سبيل المثال إذا واجه الشخص خلافاً أسرياً فقد يتجاهل المشكلة ، أو ينغمس في هواية أو نشاط يصرف انتباهه عن المشكلة ، وتتضمن الإستراتيجيات المركزة على الانفعال: تأكيد النجاح في مجال معين ، والتقليل من أهمية التهديد ، ومحاولة التخلص من الضغوط المصاحبة للتوتر الانفعالي من خلال العبادة ، التأمل ، التعبير عن الذات ، أو التحدث عن المشكلات ، وفيما يلي أهم هذه الإستراتيجيات.

أ - الهروب من التهديد: عندما تتآمر الأحداث على إظهار إخفاقاتنا ونقائصنا، فإن أكثر ردود الفعل شيوعاً هو الهرب بدلاً من الاستعداد لها ، فالهرب بكل الأحوال ينهى وعينا بنقائصنا على نحو يتسم بالرحمة بالذات، وتحمل الأدلة التجريبية فكرة أن الناس الذين لم ينجحوا في الوصول إلى معيار شخصي

يخرجون سريعاً من الموقف المسبب للتوتر أن استطاعوا، حيث أخبر الباحث في إحدى الدراسات المفحوصين أنهم حصلوا على درجة عالية أو درجة منخفضة في الذكاء والابتكارية ثم طلب منهم انتظار باحث آخر لمدة خمس دقائق ، وكان نصف المفحوصين يجلس في حجرة انتظار مزودة بمرآة و كاميرا فيديو مصممتين خصياً لإثارة الوعي بالذات ، فهل يؤدي الجمع بين التناقضات الذاتية المحرجة المتمثلة في إحراز درجة منخفضة في الاختبار، والوعي بالذات الذي يسببه وجود الشخص أمام الكاميرا والمرآة إلى جعل الهروب هو أصوب الآراء في مثل هذا الموقف ؟ الحقيقة أن النتيجة تشير إلى ذلك حيث غادر الأشخاص الذين أحرزوا درجات منخفضة تلك الغرفة قبل الآخرين بوقت كبير.(Duval & Wicklund,1872).

ب - تجاهل التهديد: تؤدي محاولات تجنب المعرفة المؤلمة بالذات أو الضغوط الناشئة عن الأحداث التي لا يمكن التحكم فيها إلى مجموعة جديدة من الآثار السلبية، فالناس يشربون الخمر ويتعاطون المخدرات، ويقومون بسلوكيات خطيرة لمجرد الاستمتاع وذلك لعدد متنوع من الأسباب، أهمها أن تلك الأنشطة تكون بمثابة محاولات لمحو النتائج غير المرحة للتناقضات الموجودة في الذات والتوتر المستمر الناتج عنها و (Baumeister,1991) وعلى سبيل المثال وجد "هل Hill" أن الناس يمكنهم أن ينسوا أحزانهم عن طريق شرب الكحول لأن شربه يخفف الوعي بالذات .

ج- التهور من قدر التهديد: لحسن الحظ هناك إستراتيجيات أخرى أكثر فعالية من شرب الكحول ، وهي كذلك متاحة أكثر للناس لكي تساعدهم على مواجهة الإخفاقات والنقائص ، وإحدى هذه الإستراتيجيات المستخدمة للتحكم في النتائج السلبية المترتبة على الأداء الضعيف هي التقليل من أهمية هذه النتائج ، فإذا واجهنا مثلاً أدلة دافعة على أننا كسالي وأنانيون ، فقد نقرر أن هذه أمور لا تهمنا كثيراً مقارنة بالمجالات التي تتفوق فيها ، وندعى أن هذه المجالات هي أهم المجالات فعلاً في الحياة، وعلى سبيل المثال تبين الدراسات أنه كلما زادت مهارة الناس في أبعاد معينة مثل القدرة الأكاديمية ، والمهارات الاجتماعية أو الفنية ، زادت أهمية تلك المجالات في نظرهم. كما أن إعادة تأكيد هويتنا عن طريق التعبير عن السمات الشخصية التي نرى أنها أهم السمات ، يمكن أن يساعدنا أيضاً في مواجهة الفشل والشك والتوتر، وقد توصل تيلور Taylor إلى أن مريضات سرطان الثدي اللاتي يواجهن احتمال الوفاة غالباً ما يُعبرن عما يعتبرنه أكثر جوانب الذات أهمية ، ويؤكدون عليه ، فيترك البعض منهن العمل ويتجهن إلى كتابة الشعر أو تنمية العلاقات الإنسانية الهامة في حياتهن د- الإفصاح عن المشاعر المصاحبة للتهديد: تعطى بعض المهن لشاغليها مثل تأليف الكتب، والكتابة في الصحافة، وقرض الشعر الفرصة للتعبير عن انفعالاتهم المرتبطة بالتهديد وضغوط أحداث الحياة أكثر من مهن أخرى مثل الطب والهندسة والمحاسبة وغيرها ، حيث تُبج مثل هذه المهن لأصحابها التعبير عن ذاتهم هو ما يساعد بدوره على مواجهة أحداث

الحياة ، وحتى أبسط صور التعبير عن الذات مثل التحدث عن المشاعر الناتجة عن وجود أحداث مهددة يمكن أن يساعد في التغلب على بعض الأضرار الانفعالية والبدنية المرتبطة بالضغوط (عبد الرحمن، 2000: 34) .

العوامل المحددة لفاعلية أساليب مواجهة الضغوط والتهديدات:

هناك أساليب كثيرة لمواجهة الأحداث المهددة للذات، فكل من إستراتيجيتي المواجهة المتمركزة حول المشكلة، والمواجهة المتمركزة حول الانفعال يمكن أن يساعدا على تحسين الصحة النفسية وأن يقللا الأذى الصحي الناتج عن الأحداث المهددة للذات، وتعتمد فعالية كل منهما على أربعة عوامل أساسية هي : طبيعة الشخص المهدد، والوسائل والإمكانات التي يوفرها في موقف التهديد، وإمكانية التحكم في الموقف المهدد من عدمه ، وأخيراً المضمون الثقافي والاجتماعي للفرد.

- طبيعة الشخص ووسائله في مواجهة التهديدات : لدى مختلف الناس وسائلهم المعرفية والانفعالية المتباينة التي تكون دائماً تحت تصرفهم لتساعدهم على مواجهة الضغوط و التهديدات، فالناس ذوو المستوى المرتفع من تعقد الذات أقدر على اجتياز المحنة التي تلم بهم في جانب معين من جوانب الذات لان الجوانب الأخرى تبقى بعيدة عن التهديد، كما يعد تقدير الذات أحد الوسائل الهامة للتكيف مع الأحداث المهددة للذات ، فالأشخاص الذين يُقدرون ذاتهم تقديراً عالياً لديهم ترسانة أسلحة ضخمة تصد الأحداث المهددة للذات ، وعلى سبيل المثال فهم يهاجمون التغذية المرتدة السالبة، والانتكاس، والتوترات بطريقة عدوانية تتميز بدرجة عالية من تجميل الذات والمواجهة المتمركزة حول المشكلة ، ويقارنون أنفسهم بمن هم أقل منهم ويقومون بغزو سلبي معزز للذات في مواجهة إخفاقاتهم ونقائصهم، وقد يقابلون تحدياً ما لجانب من جوانب الذات مثل الحساسية في العلاقات الاجتماعية بتأكيدهم لجانب آخر مثل الكرم أو التميز في المجال الرياضي أو الفطنة الذهنية ، وأخيراً يسمح الإحساس القوي بالتحكم في الأحداث للناس ذوي التقدير المرتفع للذات بمواجهة المشكلات والاستخدام الناجح لهذا التنظيم المثير للإعجاب الذي يجمع بين المتحيزات المجملية والمعززة للذات من ناحية وإستراتيجيات المواجهة من ناحية أخرى في أن يستعيد التقدير المرتفع للذات ويحافظ على استمراره ولذلك يمكن أن تبدأ الدورة كلها من جديد ، ويقود التقدير العالي للذات إلى تعزيز وتجميل الذات وإلى المواجهة الناجحة ، والذي يستعيد التقدير العالي للذات ومن ثم تعزيز الذات وتجميلها وهكذا ، تماما مثل الانعكاس الذي نراه في سلسلة من المرايا في مدينة الملاهي ، ولا عجب إذن أن يستجيب ذوو التقدير المرتفع للذات للحدث المهدد بأغراض انفعالية وبدنية أقل بكثير من الأغراض التي يستجيب بها نظراؤهم ذوو التقدير المنخفض للذات. بكثير من الأغراض التي يستجيب بها نظراؤهم ذوو التقدير المنخفض للذات.

ولكن إذا كنت قد تعاملت مع شخص ذي درجة منخفضة من تقدير الذات ، فقد تكون لاحظت مجموعة استجابات مختلفة تماما ، هذه الفئة من الناس غير متفائلة بالمستقبل ، بل ويبدون وكأنهم وطنوا أنفسهم على الظروف السيئة ، وفي الواقع يمثل مرضى الاكتئاب وذوو الشعور بالوحدة والعزلة وذوو التقدير المتدني للذات أقل الناس استعداداً لتعزيز وتجميل الذات مقارنة بغيرهم، فهم نادراً ما يقومون بمقارنة أنفسهم بمن هم أقل منهم ، ويتذكرون دوماً أشياء سلبية عن أنفسهم ، ويفترضون أنهم أقل تحكما في أحداث حياتهم من الآخرين.

ولكن الأمر المثير للدهشة هو أن وجهة النظر الإيجابية والوقائية عن العالم لدى ذوي الاكتئاب الخفيف أدق من وجهة نظر الغالبية المعززة والمحملة لذاتها ، وقد صاغ الباحثون مصطلح الواقعية الاكتئابية Depressive Realism ليعبروا عن فكرة أن المصابين بالاكتئاب يقومون بأنفسهم بشكل واقعي أكثر دقة مما يفعل الآخرون ، وهم أقل حماساً لتعزيز العالم على أنه مكان خطير وملئ بالتهديدات.

ومن ثم يتضح أن القرارات اليومية التي تتخذها مثل الاشتراك في تدريبات رياضية معينة ، أو الخروج مع زميل أو صديق ، أو الاستجابة لموعد غرامي تعد عروضا مختلفة لأشخاص مختلفين، وتعتمد على مستوى تقديرهم لذاتهم ، وقد تؤدي تلك الأحداث إلى الحصول على تعزيزات عظيمة، ولكن ربما لا يستطيع ذوو التقدير المنخفض للذات المخاطرة لأنهم حساسون بشدة لاحتمالات الفشل والإحراج ، فالعالم بالنسبة لذوي التقدير المرتفع للذات هو كنز ملئ بالفرص الذهبية لتعزيز وتجميل صورة الذات ، ولكنه حقل ألغام وأشواك لذوي التقدير المنخفض للذات يمكن أن يدفعهم للذل والمهانة والاكتئاب ، ونظرا لأن أصحاب التقدير المنخفض للذات ليس لديهم سوى عدد محدود من الوسائل الشخصية التي يلجئون إليها ، فإنهم عادة ما يُنكرون أو يهربون أو يتجنبون التهديد (البجاوي، 2010: 50).

- إمكانية التحكم والمواجهة :تعتمد أفضل طريقة لمواجهة الحدث المهدد على خصائص الحدث وسمات الفرد المهدد ، وأهم سمة لتقييم الحدث المهدد هو قابلية التحكم فيه ، وربما تكون المواجهة المتمركزة على المشكلة هي أفضل أنواع المواجهة مع الأحداث المهددة التي يمكن التحكم فيها، وفي المقابل ربما يكون الهرب و التلهي (صرف الانتباه) والأشكال الأخرى للمواجهة المتمركزة حول الانفعال هي أفضل الوسائل وأكثرها فاعلية في التعامل مع الأحداث المهددة و الصاعقة التي لا يمكن التحكم فيها، و أحيانا يكون الحل الأمثل هو تجربة هذين النوعين فوراً ، وعلى سبيل المثال فبعد انتهاء أو تحطم علاقة عاطفية ربما يُنصح كلا الطرفين اللذين أصبحا وحيدين بمحاولة مقابلة أشخاص جُدد(مواجهة متمركزة حول المشكلة) ، ويُنصحون في نفس الوقت بشغل أنفسهم في اهتمامات وهوايات جديدة (مواجهة متمركزة حول الانفعال).

- التكلفة والعائد من إستراتيجيات المواجهة: يستطيع الناس أن يختاروا من بين إستراتيجيات المواجهة والكثيرة بناء على تقديرهم للتهديد وعلى وسائلهم الخاصة كما يبينها الشكل (7). ولكن لكل أسلوب من أساليب المواجهة مميزاته وعيوبه، فالتجنب مثلاً يمكن أن يقلل التوتر الناتج من التهديد قصير المدى على نحو فعال ولكنه لا يساعد الناس على توقع المشكلات بعيدة المدى والتعامل معها، وفي المقابل فإن المواجهة المتمركزة حول المشكلة تزيد من احتمال خفض التوتر في المدى البعيد ولكنها تزيد مشاعر الحزن في الوقت الراهن.

-المضمون الثقافي والاجتماعي للفرد : تمثل الخلفية الثقافية والاجتماعية أحد المحددات الأساسية لفاعلية أساليب المواجهة ، فالمجتمعات الغربية أكثر تفضيلاً للمواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة مقارنة بالمجتمعات الشرقية والإسلامية. فتقبل الموقف ، والاستسلام للقدر والابتهاال إلى الله بالصبر، والدعاء بإزالة الكرب من الإستراتيجيات التي تؤتي ثمارها في نفوس المسلمين وقلما نجدهم يستخدمونها في المجتمعات غير المسلمة ، ولا يقف الأمر عند هذا الحد ، بل إن فعالية نوع ما من إستراتيجيات المواجهة يختلف باختلاف المستوى الثقافي والاجتماعي في البلد الواحد، فالمواجهة النشطة المتمركزة حول المشكلة التي من المفترض أن تكون أكثر فاعلية وأكثر استخداماً في المجتمع الأمريكي قد يكون لها آثار سلبية بدلا من أن يكون لها آثار إيجابية على الصحة .

فوجد أن آثار المواجهة النشطة تقلل من آثار التوتر على النساء في حين تزيد آثارها على الرجال ، وأرجع الباحثون ذلك إلى اختلاف المعايير الاجتماعية باختلاف الجنس في المجتمع المحافظ، لأنه في مثل هذه المجتمعات يكون على الرجال عبء تغيير الظروف الاقتصادية ، ونظراً لما يواجهونه من فشل وإحباط فقد تعلموا أن يستجيبوا لذلك بقمع استيائهم ولكن على حساب التوترات السيكوسوماتية المتزايدة ، وعلى النقيض من ذلك تجد النساء تقتصر مواجهتهن النشطة على تحسين الظروف لأطفالهن، كما أنهن أكثر قدرة على التحكم في سلوكهن مقارنة بالرجال(جلال ، 2013:55).

الخصائص المميزة للأشخاص المحققين لذاتهم:

هناك خصائص منها ما هو عام ومنها ما هو خاص أو وراثي تظهر في الأشخاص المحققين لذاتهم:

1 - الإدراك السليم للعالم الواقعي : فهم لا تعميهم رغباتهم الشخصية وميالون إلى الموضوعية .

2- قبول الذات و الآخرين والعالم بوجه عام : لديهم فكرة واضحة عن نواحي القوة والضعف في أنفسهم وفي الآخرين ولكن قبولهم لها حيادي.

3 - التلقائية : إنهم يعبرون عن أنفسهم بصراحة وأمانة ولا يخافون من التعبير عن آرائهم وأحكامهم المستقلة

4 - الاهتمام المركّز على المشكلة بدلا من الاهتمام بالذات : فهم بدلا من

انشغالهم بمركزهم الشخصي فهم يركزون على الأشياء التي تحتاج إلى إنجاز في البيئة المحيطة.

5 - الحاجة للخصوصية والاستقلال : إن ظروفهم تتطلب تخصيص وقت أكبر مع أنفسهم أكثر مما يستدعي الحال بالنسبة للناس العاديين.

6 - الحماس المتجدد لإعطاء الأشياء حقها : يفقد معظم الناس القدرة استحسان الأشياء البسيطة التي تمر عليهم في الحياة اليومية ، ولكن هؤلاء الأشخاص يوفون هذه الأشياء قدرها .

-7 إن لديهم خبرات سامية .

8 - الميل الاجتماعي : لديهم شعور قوي بضرورة مشاركة الآخرين والانتماء إليهم .

9 - العلاقات الشخصية محدودة : يرتبط محققو ذواتهم بصداقات قليلة ولكنها قوية وعميقة وهي في المعتاد مع آخرين ممن يتصفون بتحقيق الذات .

10- الإبداع : يتصفون بالأصالة والإبداع ولا يخافون من ارتكاب الأخطاء في المواقف الجديدة 11 - الخلق أو الأسلوب الديمقراطي: يتصفون بالانفتاح الكبير والصراحة التلقائية في علاقاتهم مع الآخرين ولا أثر للتفوق في تعاملهم مع الآخرين (الحربي، 2003 : 52) .

مفهوم الذات لدى الفلاسفة :

يعتبر مفهوم الذات تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتطورات والتقييمات الخاصة بالذات يبلور الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المحددة الأبعاد من العناصر المختلفة لكيونته الداخلية والخارجية ، وتشتمل هذه العناصر التصورات والمدركات التي تمدد خصائص الذات ، كما تنعكس إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو هناك تشعيبات شتى لمفهوم الذات كتقبل الذات ، الذي يعد من أهم مقومات الشخصية السوية. وتحقيق الذات الذي يعتبره "ادلر" سعياً وراء التفوق والأفضلية وتحقيق الكمال التام . و تقدير الذات وثقته بنفسه وكفاءته. تنظيم الذات أي التحكم الذاتي بهدف الرضا النفسي الداخلي. يمتلك الكائن الإنساني عديداً من الذوات. لقد كتب "جيمس": "نحن لدينا العديد من الذوات الاجتماعية فالأفراد الذين يدركونها ويكونون صوراً عنها في عقولهم ، فهناك الذات التي تحضر المحاضرة ، وهناك الذات التي تناقش الأمور السياسية ، والذات التي تذهب للنادي ، أو المسرح والذات التي تتواصل مع الوالدين .يرى "جيمس" أن الذات تمتد لتصبح شيئاً أكبر من الجسم هي سمعة الفرد وروابطه ، وعلاقاته العائلية والاجتماعية ، وأي تغيير في أي جزء تتبعه تغيرات في إدراك الذات . لقد قال "كهوفمان" أننا ندير تصوراتنا عن أنفسنا في كل الأوقات ، أما عرض الذات ، أو تمثيل الذات هو عرض لما يرغب الآخرون. وحينما نعلق على أنفسنا يكون هذا هو مفهوم الذات فهو فهمنا لكيونتتنا.

فقد أشار "روجر بارون" في نظريته "الحياة الذاتية " والتي تعتمد بيانات

خبرات الحياة التي تمكننا من وضع توقعات عن أنفسنا وعن الآخرين. تلعب المعلومات والمعارف التي تتعلق بالأشياء والأشخاص دوراً هاماً في إدراكنا لذواتنا وإدراكنا للآخرين، وعملية الإدراك تخلق الإطار المرجعي من خلال ما نراه مناسباً للخبرات الجديدة التي تساعدنا على تنظيم المعلومات التي تأتينا، لكي تعمل وتستجيب للمعلومات الجديدة بسرعة، تساعدنا أيضاً على تشكيل إحساساتنا نحو الأحداث، التي تواجهنا في حياتنا العامة والخاصة.

يرى علماء النفس الاجتماعيين أن لكل فرد طريقة خاصة مميزة لإدراك نفسه ينتج عنه مفهوماً خاصاً ومتميزاً للذات. في هذا العالم الذي يتميز بالتنافس والتغير السريع، يجب أن يمر بالكثير من الصعوبات من أجل الحفاظ على تقدير الذات ففي كل يوم تقريباً يمكن أن يصاب تقدير الذات بمشكلة حقيقية، إذا ترك هذه الصدمات بدون علاج فإن بعضها يمكن أن يترك أثراً سيئاً يدوم طوال الحياة. لذا على الفرد التخلص من المشاعر القوية، يبحث عن مكان خاص يستطيع فيه أن يضحك، أو يبكي، أو يضرب الوسادة، يحرص ألا يبالغ في التحرر من هذه المشاعر. أن يعرف كيف يغير سلوكه، عندما يكون واقعياً تحت الضغوط: كل إنسان يتغير سلوكه ويتصرف بشكل مختلف عندما يقع تحت الضغوط، ربما لا يتمكن من ملاحظة التغيير، الذي يطرأ على سلوكه، لذلك قد يحتاج إلى التحدث مع شخص يثق به حول الأمر ويطلب منه أن يلاحظه. كذلك التعرف على إشارات التحذير من الضغط في مشاعره حيث أن بعض الناس يستجيبون للضغوط عاطفياً، بأن يصبحوا أكثر انزعاجاً، والبعض الآخر يستجيبون بأن يصبحوا أكثر قلقاً. وتتشكل استجابات الفرد للضغوط عن طريق جيناته وخبرات الطفولة المبكرة. لذلك عليه أن يتفرق بنفسه في حالات الحزن. ولا يغضب من الأشياء البسيطة. يتخلص من العبارات المتشائمة. أن يعود بنفسه على أن يتوقف لخمس دقائق لكي يحرر نفسه من التوتر بعد كل مشاحنة. أن يكون معطاءً في التواصل مع الآخرين، ويتحدث بصورة مشجعة مع نفسه، ويصفح عن نفسه للقرارات السيئة التي اتخذها إلا يستسلم للظلم في صمت.

أشار سيندر إلى مصطلح متابعة الذات على أنه وعينا بكيفية ظهورنا أمام الآخرين، فالأشخاص الذين يتمتعون بمتابعة الذات بشكل مرتفع يتسمون على وجه الخصوص بالحساسية نحو الشكل الذي يتصوره الآخرون عنهم. أما الأفراد الذين يتمتعون بمتابعة الذات بشكل منخفض، تكون تصرفاتهم أقل دقة وحذر، فهم يتصرفون بشكل أكثر اندفاعية، ويبدون أقل مهارة في التعبير عن سلوكياتهم في المناسبات المختلفة (ابراهيم، 2006: 54).

المبحث الثالث

التوافق النفسي

مقدمة :

التوافق من أكثر مصطلحات علم النفس شيوعاً فهو شديد الارتباط بالشخصية الإنسانية في جميع مراحلها ومواقفها وصحتها النفسية وقد

تضاعفت أهميته في هذا لزيادة مسببات الاضطراب وازدياد الحاجة إلى الأمن والاستقرار النفسي والاجتماعي لشدة تأثيرها على الفرد والمجتمع . وقد ترجم هذا الاهتمام في عديد من الدراسات والبحوث التي اهتمت بتحديد هذا المفهوم ويجمعون بأنه عملية تفاعل ديناميكي مستمر بين قطبين أساسيين أحدهم الفرد نفسه والثانية البيئة المادية والاجتماعية وذلك يعني سعي الفرد إلى إشباع حاجاته البيولوجية والسيكولوجية وتحقيق مختلف مطالبه متبعاً في ذلك وسائل ملائمة لذاته لجماعة التي يعيش فيها ، ولما كان التوافق هو أوضح مؤشر على تمتع الإنسان المتوافق بالصحة النفسية الجيدة (عكاشة ، 2003م : 68) .

تعريف التوافق في اللغة :

توافق ، توافقاً وفق القوم في الأمر ضد تخالفوا ، أي تغابوا ، تساعدوا (المجند الأبجدي ، 2013م : 96)

وورد في المعجم الوسيط : التوافق بمعنى أن يسلك الفرد مسلك الجماعة ويتجنب ما عنده من شذوذ في الخلق والسلوك (المعجم الوسيط ، 1047 هـ : 212)

تعريف التوافق في الاصطلاح :

التوافق هو الأسلوب الذي بواسطته يصبح الفرد أكثر كفاءة في علاقته مع البيئة (الطلاع ، 2010 : 623) .

يشير هذا التعريف إلى أساليب التوافق الإيجابي بوجه خاص التي تؤدي إلى استقرار العلاقة بين الفرد وبيئته .

تعرفه النيال : بأنه الشعور النسبي بالرضا والإشباع الناتج عن الحل الناجح لحاجات الفرد في محاولته لتوافق بين رغباته وإمكاناته وظروفه المحيط به .

والتوافق مصطلح مستعار من علم الأحياء من مصطلح التكيف ويدل مصطلح التوافق على الصراع الإنسان محاولاً الحفاظ على بقائه في بيئته الاجتماعية والفيزيائية ويتم ذلك عن طريق تغير أنماط سلوكه محاولاً التوافق مع المواقف الجديدة (النيال ، 2002 : 139) .

تري الباحثة من خلال هذا التعريف أن التوافق عبارة عن عمليات نفسية يمكن أن يستعين بها الفرد من أجل مواجهة مختلف المواقف التي يمكن أن يتعرض لها ، ومختلف الضغوط التي تمارس عليه سواء نفسية أو داخلية أو خارجية كمتطلبات المجتمع ، والتي يمكن ان تحول بينه وبين استمرار علاقته مع البيئة الاجتماعية

ويعرفه عبدالرحمن : بأنه تلك التغيرات الكيفية التي تحدث في سلوك الفرد كاستجابة للمواقف الجديدة، ونعني بذلك على وجه الخصوص المظاهر الذاتية للتوافق الخاصة بالفرد كدرجة رضا الفرد وثقته بنفسه والشعور بالأمن والقيمة الذاتية وإشباع الحاجات (عبدالرحمن ، 2000: 26) .

أما تعريف لازاروس المذكور في القذافي : فيقول إن التوافق هو مجموع العمليات التي تساعد الفرد على التغلب على المتطلبات والضغوط المتعدد (القذافي ، 1998 : 109) .

أما روجرز (1969) فيعرفه على أنه قدرة الفرد على تقبل الأمور التي يدركها بما فيها ذاته ثم العمل من بعد ذلك على تنبيهها في تنظيم شخصيته (روجرز، 1969 : 78) .

وهذا يعني أن التوافق يعتمد أساساً على كيفية إدراك الفرد لذاته وتقبله لها أولاً وتقبل كل الحقائق والموافق التي يتعرض لها حتى لو لم تكن تعجبه والقدرة على تقبل عمله وممارسته لحياته لبناء شخصيته .

ويعرفه عزت راجح : بأنه قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفاً جديداً ، أو مشكلة مادية ، أو اجتماعية ، أو خلقية ، أو صراعات نفسية ، تغييراً يناسب هذه الظروف الجديدة (راجح ، 1985 : 578) .

ويعرفه فهمي : التوافق هو عملية دينامية مستمرة يهدف بها الشخص إلى تغيير سلوكه لأحداث علاقات أكثر تلاؤماً مع البيئة أي القدرة على بناء علاقات مرضية بين المرء وبيئته (الجموعي ، 2013 : 23) .

خلاصة القول أن التوافق هو قدرة الفرد على التغيير في سلوكه وفق السلوك البيئية بحيث يكون راضياً عن نفسه ، ولديه القدرة على مواجهة الموافق بشكل إيجابي وتغيير سلوكه تغييراً يناسب الظروف الجديدة ، وبالتالي التحرر من الضغوطات والصراعات النفسية .

وترى الباحثة أن تعريف فهمي أشار إلى عنصرين للتوافق هما الاستمرارية وتغيير السلوك بما يتناسب مع الموافق الجديدة وصلماً إلى الرضا ، ولما كان الرضا هو أساس التوافق بكل أشكاله وهو أساس الراحة النفسية كان هذا التعريف أكثر التعريفات واقعية .

مصطلح التوافق تاريخياً :

فالخواص البيولوجية التي تتوافر في الكائن الحي لا يمكن أن تساعد الكائن على البقاء والاستمرار إلا إذا توفر ما يساعد على بقائها واستمرارها) النيال ، 2002: (183).

إذاً فالتكيف من وجهة نظر علم الأحياء يركز على قدرة الكائن الحي على التلائم مع الظروف البيئية وهذا يتطلب منه مواجهة أي تغيير في البيئة بمتغيرات ذاتية وأخرى بيئية واستفاد علماء النفس من المفهوم البيولوجي للتكيف واستخدموه في المجال النفسي بمصطلح التوافق حيث أنه من الطبيعي أن ينصب اهتمام علماء النفس على البقاء الاجتماعي والنفسي للفرد إذ يفسر السلوك الإنساني بوصفه توافقا مع مطالب الحياة وضغوطها وهذه المطالب هي نفسية واجتماعية بحد ذاتها وتتضح من صور العلاقات المتبادلة بين الفرد والآخرين وتؤثر بدورها في التكوين السيكولوجي للفرد (على، 2004 : 132) .

ولحقة من الزمن ظل الباحثون مهتمون بهذا المفهوم بغرض التمييز بين مصطلحي التكيف والتوافق وأشاروا إلى أن التكيف يعني السلوك الذي يجعل

الكائن الحي في نشاط لممارسة نشاط الإنسان وجاهزته للتعامل المرن مع مطالب الحياة . وعليه فالتوافق مفهوم إنساني بحث أما مفهوم التكيف فيشمل تكيف الكائن الحي عامة (الإنسان ، الحيوان ، النبات) مع البيئة التي يعيش فيها ولا بد للكائن الحي أن يتكيف مع البيئة التي يمكن من العيش فيها (الخالدي ، 2009 : 92) .

يتضح مما سبق أن التوافق قد تناولته علوم الأحياء والنفوس والاجتماع ، بحيث يقع وسط كل هذه العلوم وبالرغم من اختلاف وجهات النظر في تعريف التوافق إلا أن كل وجهة نظر أضافت شئ ما، فمن وجهة نظر علم النفس تمثل التعريف في تكوين علاقة متناسقة بين الحاجات الذاتية ومتطلبات البيئة الاجتماعية وهو القدرة على التعديل والتغيير ، ومن وجهة نظر علم الأحياء تتمثل في العلاقات المنسجمة التي تأتي بها الفرد بحيث تتفق مع شروط التنظيم الاجتماعي وتقاليد الجماعة من وجهة نظر علم الاجتماع ، كما اهتم الكثير من المتخصصين بدراسة سيكولوجية الشخصية بإعطاء التوافق أهمية كبيرة في دراستهم العلمية ، بحيث اعتبروا التوافق والشخصية موضوعين متلائمين ومن الصعب التفريق بينهما .

من خلال ما ذكر من تعاريف تلخص الباحثة إلى أن التوافق هو عملية تعديل وتغيير الفرد لسلوكه وفق متطلبات البيئة بحيث يكون هذا الفرد قادراً على تحقيق توافقه النفسي والاجتماعي ومن ثم الشعور بالرضا والأمن النفسي .

أبعاد التوافق :

1- التوافق النفسي :

يطرح علماء النفس مفهوم التوافق النفسي على أنه توافق الفرد مع ذاته وتوافقه مع الوسط المحيط به وكل المستويين لا ينفصل عن الآخر وإنما يؤثر فيه ويتأثر به فالفرد المتوافق ذاتياً هو المتوافق اجتماعياً وبضيف علماء النفس بقولهم أن التوافق الذاتي هو قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه وبين أدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدوافع بحيث لا يكون هناك صراع داخلي (أبو دلو، 2009 : 228) .

كما يقصد التوافق النفسي رضا الفرد عن نفسه وتتسم حياته بالخلو من التوترات والصراعات النفسية التي تقترن بمشاعر الذنب، القلق والنقص فيتمكن من إشباع دوافعه بصورة ترضيه ولا تغضب الجميع (فهمي، 1979 : 34) .

ويشير زهران إلى أن التوافق النفسي هو مرادف للتوافق الشخصي يعني السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع الأولية والدوافع الثانوية المكتسبة ، وبالتالي يعبر عن السلام الداخلي كم يتضمن التوافق مطالب النمو في مختلف مراحل المتابعة (زهران، 1995: 58) .

خلاصة القول في هذا الإطار أن التوافق النفسي يعتبر مجموعة السلوكيات التي يسلكها الفرد من أجل الانسجام وتحقيق الاستقرار مع نفسه أولاً ومع الآخرين ثانياً ، وتحقيق أهدافه ويظهر في مدى رضا الفرد عن ذاته ، قبول الآخرين له والخلو من الحزن الذاتي وتقبله لذاته . عرفه هنا : بأنه عملية

تشير إلى الأحداث النفسية التي تعمل على استبعاد حالات التوتر وإعادة الفرد إلى مستوى معين وهو المستوى المناسب لحياته في البيئة التي يعيش فيها ، فالفرد بهذا يتصرف مدفوعاً بدوافع الهدف الذي يشيع هذا المدافع وعندما تعترضه عقبات فإنه يقوم بأفعال وتصرفات واستجابات مختلفة حتى يجد حاجاته ودوافعه (هنا 2001 : 68) .

إذاً فالتوافق هو مجموع أحداث نفسية يسعى من خلالها الفرد إلى الابتعاد عن الضغوط والتوتر والعيش بما يناسب البيئة المحيطة ، والقيام بأفعال وتغيير سلوكه لمواجهة مختلف المواقف بعدها الوصول إلى إشباع جميع الحاجات .

ويقصد بالتوافق النفسي أيضا التغيرات الكيفية التي تحدث في سلوك الفرد كاستجابة المواقف الجديدة ، ونعني بذلك على وجه الخصوص المظاهر الذاتية للتوافق كدرجة رضا الفرد وثقته بنفسه والشعور بالأمن والقيمة الذاتية وإشباع الحاجات (عبد العزيز ، 2003 : 26) .

يشير تعريف عبد العزيز إلى مدى قدرة الفرد على إحداث تغيرات في سلوكه من أجل التكيف مع المواقف الجديدة ، وكذلك استمتاعه بحالة من التوازن من خلال تقبله لذاته وشعوره بقيمة نفسه وهذا ما يساعد على مواجهة مختلف العقبات ثم التأقلم مع مختلف الظروف . إذاً التوافق النفسي هو قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة توافقاً يرضيها جميعاً إرضاءً متزنًا ، ومن خلال ما سبق أجمعت هذه التعريف على أن التوافق النفسي هو قدرة الفرد على التغيير من سلوكياته لمواجهة المواقف الجديدة وكذلك مدى تقبل الفرد لنفسه وللآخرين وشعوره بقيمته وحرية .

معايير التوافق النفسي :

لقد أشار "لازاروس" المذكور في بطرس : قد تم تحديد معايير التوافق

النفسي في الآتي :

1 - الراحة النفسية : يقصد بها أن الشخص المتمتع بالتوافق النفسي هو الذي يستطيع مواجهة العقبات وحل المشكلات بطريقة ترضاهم نفسه ويقرها الجميع .

2- الكفاية في العمل : تعتبر قدرة الفرد على العمل والإنتاج والكفاية فيها وقت ما تسمح به قدرتهم ومهاراتهم من أهم دلائل الصحة النفسية فالفرد الذي يزاوّل مهنة أو عملاً فنياً ، تتاح الفرصة لاستغلال كل قدرته وتحقيق أهدافه الحيوية وكل ذلك يحقق له الرضا والسعادة النفسية .

3- مدى استمتاع الفرد بعلاقات اجتماعية : إن بعض الأفراد أقدر من غيرهم على إنشاء علاقات وعلى الاحتفاظ بالصدقات والروابط .

4 - الأعراض الجسمية : في بعض الأحيان يكون الدليل الوحيد على سوء التوافق هو ما يظهر في شكل أعراض جسمية مرضية .

5- الشعور بالسعادة : الشخصية السوية هي التي تعيش في سعادة دائمة وهي خالية من الصراع أو المشاكل .

6 - القدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية : إن الشخص السوي هو الذي يستطيع أن يتحكم في رغباته ، ويكون قادراً على إرجاء و إشباع بعض حاجات .

7- ثبات اتجاهات الفرد : أن ثبات اتجاهات الفرد يعتمد على التكامل في الشخصية وكذلك على الاستقرار الانفعالي إلى حد كبير.

8- اتخاذ أهداف واقعية : الشخص المتمتع بالصحة النفسية هو الذي يضع أمام نفسه أهدافاً ومستويات للطموح ويسعى للوصول إليها حتى ولو كان تبدو في غالب الأحيان بعيدة المنال فالتوافق المتكامل ليس معناه تحقيق الكمال ، بل بذل الجهد والعمل المستمر في سبيل تحقيق الأهداف(الجماعي ، 2007 : 95).

من خلال ما سبق ترى الباحثة أن معايير التوافق النفسي هي سلوكيات

وتصرفات يسلكها الفرد من أجل الاستقرار النفسي

العوامل التي تعيق إتمام التوافق النفسي :

يتعرض الإنسان لموافق كثيرة تمنعه من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته ، بعضها داخلي يرجع للإنسان بذاته والبعض الآخر خارجي يرجع إلى البيئة التي يعيش فيها وأهم هذه المواقف في النقاط التالية :

1- الضعف الجسماني : تؤثر الحالة الجسمانية العامة للفرد على مدى توافقه ، فالشخص العليل الذي تتنابه الأمراض تقل كفاءته ويكون عرضة لمجابهة مشاكل لا يجابهها الشخص السليم .

2- عدم إشباع الحاجات بالطرق التي تعززها الثقافة : يرى الفرد حاجاته الجسمانية وحاجاته الاجتماعية المكتسبة ، وإذا استثيرت الحاجة أصبح الإنسان في حالة توتر واختل توازنه وكان لابد للحاجة من مشبع لإزالة التوتر وإعادة التوازن وتحدد الثقافة الطرق التي يتم بها إشباع هذه الحاجات .

3- عدم تناسب الانفعالات والمواقف : إن الانفعالات الحادة المستمرة تخل توازن الفرد ولها أثرها الضار جسماً واجتماعياً .

4- الصراع بين أدوار الذات : ما يؤدي عادة إلى الصراع وعدم التكيف وجود

مجموعة من العوائق والمتمثلة في :

أ- عوائق نفسية : ومنها الصراع النفسي الذي ينشأ عن تناقض أو تعارض أهدافه وعدم قدرته على اختيار أي منها في الوقت المناسب مثل عن يرغب الطالب في دراسته الطب والهندسة ولا يستطيع الفصل بينهما فيقع في صراع نفسي قد يمنعه من الالتحاق بأي من الدارستين في الوقت المناسب .

ب- عوائق مادية واقتصادية يعتبر نقص المال وعدم توفر الإمكانيات عائقاً يمنع الفرد من تحقيق أهدافه ورغباته وهذا ما يسبب له الشعور بالإحباط .

ج - عوائق اجتماعية وتمثل في العادات والتقاليد والقوانين الموجودة في المجتمع والتي قد تعيق الشخص عن تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته وذلك

بضبط سلوكياته وتنظيم علاقاته (حسين ، 2006 : 192) .

1- التوافق الاجتماعي :

هناك مفاهيم عديدة للتوافق الاجتماعي ولذا سوف نستعرض أهمها :

يعرف فهمي التوافق الاجتماعي بأنه : هو قدرة الفرد على أن يعقد صلات اجتماعية راضية مرضية مع من يعاشرونه أو يعملون معه من الناس (عشوي ، 2010 : 147) .

أن التوافق الاجتماعي أو التوافق مع البيئة الاجتماعية أو الوسط الاجتماعي يعني قدرة الفرد على التكيف مع البيئة الخارجية - المادية والاجتماعية - والمقصود بالبيئة المادية كل ما يحيط بالفرد من عوامل وظروف طبيعية ومادية مثل وسائل المواصلات ، الأجهزة والآلات . أما البيئة الاجتماعية فتشمل العلاقات بالآخرين في إطار التعامل الإنساني ، الألفة الثقافية والتبادل الفكري و المعايير الاجتماعية القيم والعادات والأهداف العامة والمصالح الإنسانية المشتركة ، هذه المتغيرات الفردية والشخصية والاجتماعية العامة تضطرب تماماً عند الشخص العدواني (أبو دلو ، 2009 : 228)

حيث يفسر (أيزنك) التوافق الاجتماعي على أنه القدرة التي يستطيع بها الفرد أو جماعة الوصول إلى حالة من الاتزان الاجتماعي من خلال علاقة منسجمة بين الفرد وبيئته الاجتماعية (الجموعي، 2013، : 55)
إما مبروك يقصد به الوظيفة الفعالة للفرد في مجتمعه ، وذلك بإقامة علاقات إيجابية مع أفراد عائلته وأصدقائه ومع المجتمع الذي يعيش فيه ، فيكون عندها قد يحقق توافقاً اجتماعياً (مبروك ، 1994 : 27)

ويعرف العيسوي التوافق الاجتماعي بأنه الإحساس بالانتماء إلى المجتمع ، والتفاعل المستمر معه سواء كان هذا التفاعل في شكل علاقات خارجية أو اتصالات مباشرة (العيسوي ، 2003 : 137)

تري الباحثة إن كل ما سبق من تعريفات يمكن أن يستخلص أن التوافق الاجتماعي هو عملية منسجمة ومتفاعلة بين الفرد وبيئته الاجتماعية والتوفيق بين إشباع حاجاته الذاتية وفق متطلبات العالم الخارجي وبالتالي تحقيق الاتزان والاستقرار في علاقاته وشعور الفرد بالأمن مع التزامه بمختلف المعايير التي يفرضها المجتمع ، وأجمعت هذه التعريفات أن التوافق الاجتماعي هو قدرة الفرد على إقامة علاقات طيبة مع الآخرين وهو حالة من الالتزام والتجاوب وفق المعايير والقوانين التي تعرضها البيئة .

معايير التوافق الاجتماعي :

لتحقيق التوافق الاجتماعي يجب الأخذ بعين الاعتبار المعايير التالية :
1 - أن يقبل الآخرين كما يتقبل ذاته وأن يضع نفسه في مكان الآخرين بمعنى أن يكون قادراً على التفكير والشعور والتصرف بنفس الطريقة التي يقبلها الآخرين .

2 - أن يكون الفرد متسامحاً مع الآخرين ، وأن يمد المساعدة إلى أولئك الذين يحتاجون المساعدة كما فسرت ذلك هيرلوك (Headlock) عن الباحثة (برنديت (Brunet) بأن الأشخاص القابلين لذاتهم أحرار في أن يكونوا أنفسهم ومدركين لإمكاناتهم وقدرتهم على التطور ومساعدة الآخرين على تحقيق ذاتهم .

3- نجاح الفرد في إقامة علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين يتيح له أن يشارك بحرية في أنشطة الجماعة كما يتطلب منه أن يسخر مهاراته وإمكاناته لصالح الجماعة وهو لن يتراجع وإنما سيكون قادراً على أن يحط من قدر نفسه في مواقف معينة وفي المقابل سيحظى بقبول الجماعة واحترامها كما أنه يستفيد من نتائج مهارات وأنشطة الأفراد الآخرين .

4- أن تكون أهداف متماشية مع الأهداف الجماعة , فإذا كانت أهداف الجماعة تقوم أساساً على احترام حقوق الآخرين بمعنى أن الأهداف الشخصية يجب أن لا تتعارض مع هذا الهدف الإنساني الكبير وإلا حدث التناقض والتضارب بين أهداف الفرد وأهداف الجماعة ومنه ينشأ الصراع .

5- شعور الفرد بالمسئولية الاجتماعية بين أفراد الجماعة الآخرين يقصد بذلك التعاون والتشاور معهم في حل أو مناقشة ما يواجهه من مشكلات اجتماعية وتنظيمية تخص أمور الجماعة وتنظيم حياتهم وأعمالهم , وكذلك ضرورة احترام الفرد لأداء الآخرين والمحافظة على مشاعرهم .

ويقرر روجرز المذكور في حسين أن معايير التوافق تمكن في ثلاثة نقاط :

أ - الإحساس بالحرة

ب - الانفتاح على الخبرة

ج - الثقة بالمشاعر الذاتية.

أما ماسلو فيؤكد على أهمية تحقيق الذات في تحقيق التوافق السوي الجيد , ووضع معايير للتوافق منها : الإدراك الفعال للواقع - قبول الذات - التمركز حول المشكلات لحلها - الاستقلال الذاتي

- العلاقات الاجتماعية القوية - الخلق الديمقراطي

- التوازن أو الموازنة بين أقطاب الحياة المختلفة (حسين , 2006 : 90) .

مما سبق تلخص الباحثة أن معايير التوافق الاجتماعي في أنها كل ما يمتلكه الفرد من قدرة على التوافق الاجتماعي والتي تمكن في ميله واستعداده لمسايرة الجماعة والإحساس بالألفة والمودة تجاه محيطه الذي يعيش فيه , ومن ثم الوصول إلى الرضا الاجتماعي .

العوامل التي تعيق التوافق الاجتماعي :

رغم أن هدف الفرد في الحياة هو تحقيق التوافق والاتزان إلا أنه يواجه عقبات تحول دون تحقيق ذلك قد تعود إلي خاصية في الفرد ذاته أو داخله تعيق توافقه الاجتماعي وقد تعود إلى البيئة التي يعيش فيها .

1- العقبات الخاصة بالقدرات الفردية :

إن الفرد في مراحل حياته يتعرض إلى عوائق مختلفة سواء كانت عائق عضوي كنقص السمع , أو الضعف في الصحة وقصور عضوي أو أن يكون عائقاً عقلياً كانهخفاض الذكاء وبالتالي نقص في الأداء والاستعداد , وقد يكون العائق نفسي كالقلق والتعب , عدم الثقة والقدرة على إقامة علاقات مع الآخرين وشعوره بعدم الرضا عن نفسه ولا يستطيع الدفاع عنها , كما يظهر في عدم قدرته على إقامة علاقة طيبة مع الأسرة , وإخفاق الإنسان في إشباع ميوله الحياتية يولد العصاب لديه

2 - العقبات الاجتماعية :

بالإضافة إلى العقبات السابقة التي يواجهها الفرد ، هناك البيئة الاجتماعية التي تحول دون تحقيق الفرد لتوافقه الاجتماعي التي من شأنها التقليل من المهارة لدى الفرد كالعادات السيئة والصراعات الانفعالية التي تسببها الأسرة من خلال المعاملة السيئة كما تظهر في عدم قدرة الفرد على اكتساب المهارات الاجتماعية وتقبله لمختلف عادات وتقاليد المجتمع ، وعن الامتثال لبعض التقاليد الأسرية خاصة . ويرى اريك فروم (Eric from) ، بأن الإنسان يريد أن يشعر وينتمي ويرغب في أن يكون جزءاً متكاملًا من العالم من حوله ، وإذا انفصل عن العالم وبقيّة البشر بالوحدة (ياسين 1988 ، 27):

التوافق النفسي الاجتماعي :

هو قدرة الفرد في التوفيق بين رغباته وحاجاته من جهة ومتطلبات المجتمع من جهة أخرى ، تبدو مظاهرها في شعور الفرد بالأمن الشخصي والاجتماعي وإحساسه بقيمته ، وشعوره بالانتماء والتحرر والصحة العقلية والخلو من الميول المضادة للمجتمع (خير الله ، 1992 : 19) .

إذا فالتوافق النفسي الاجتماعي للفرد هو تلك السعادة التي يجدها مع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الاجتماعية ، وهو القدرة على إحداث الاتزان بين الرغبات ومتطلبات المجتمع ويظهر ذلك خلال الاستجابات أو ردود الأفعال التي تدل على الشعور بالأمن والتقدير الشخصي والاجتماعي الذي يظهر في اعتماد الفرد على ذاته وشعوره بالانتماء وإحساسه بقيمته . وكل ذلك يحقق السعادة في ظل المجتمع واحترام المعايير التي يفرضها .

مؤشرات التوافق النفسي الاجتماعي : وهذا كما حصرها الدايري في الآتي :

1- النظرة الواقعية للحياة : يتميز بها الأشخاص الذين يقبلون على الحياة بكل ما فيها من أفراح وهم واقعيين في تعاملهم مع الآخرين متفائلين ومقبلين على الحياة بسعادة ويشير هذا إلى توافق هؤلاء الأشخاص في مجال الاجتماعي الذي ينخرطون فيه .

2- مستوى طموح الفرد : لكل فرد طموح والشخص المتوافق تكون طموحاته المشروعة عادة في مستوى إمكانياته الحقيقية ويسعى لتحقيقها من خلال دوافع الإنجاز .

3- الإحساس بإشباع الحاجات : كي يتوافق الفرد مع نفسه ومع الآخرين فأن أحد مؤشرات ذلك بأن جميع حاجاته النفسية الأولية والمكتسبة مشبعة (طعام، شراب، جنس) بطريقة شرعية ، وكل ما يتعلق بحاجاته البيولوجية ، كالإحساس بالأمن وإحساسه بأنه محبوب من الآخرين .

4- توافر مجموعة من سمات الشخصية : ومن أهم سمات التوافق : أ - الثبات الانفعالي : أهم السمات التي يتميز بها الشخص المتوافق ، تتمثل في قدرته على تناول الأمور بالصبر والتحكم في انفعالاته المختلفة (الغضب ، الخوف ، الغيرة ، الكراهية) وهى سمة مكتسبة من خلال التنشئة الاجتماعية .

ب - اتساع الأفق : يتسم الفرد بقدرته على تحليل الأمور وفرز الإيجابيات من السلبيات كذلك يتسم بالمرونة والتفكير العلمي والقدرة على تفسير الظواهر وفهم أسبابها وقوانينها .

ج - مفهوم الذات : يشير إلى توافق الفرد من عدم توافقه ، فإذا كان مفهوم

الذات عنده يتطابق مع واقع كما يدركه الآخرون يكون متوافقاً .
د - المسؤولية الاجتماعية : وهى أن يشعر الفرد بمسئوليته تجاه الآخرين وتجاه المجتمع بقيمه وعاداته ومفاهيمه

ه - المرونة : أن يكون الشخص متوازناً في تصرفاته أي بعيداً عن التطرف واتخاذ قراراته وفي الحكم على الأمور ، فالبعد عن التطرف يجعل الفرد مسائراً ومغابراً حيث يساير الآخرين في بعض المواقف التي تتطلب ذلك وأن يغيرهم إذا رأى وجهة نظر أخرى والابتعاد عن الاعتمادية والاستقلالية .

5 - الاتجاهات الاجتماعية الإيجابية : يملك الشخص مجموعة من الاتجاهات التي تسير حياته فالتوافق مع الاتجاهات التي تبني المجتمع مثل احترام العمل ، تقدير المسؤولية ، أداء الواجب والولاء للقيم والتقاليد السائدة في المجتمع ، كل هذه الاتجاهات تشير إلى الشخص المتوافق .

6 - مجموعة من القيم (نسق قيمي) : يتمثل في امتلاك الشخص المتوافق للقيم على سبيل المثال قيم إنسانية (حب الناس ، التعاطف ، الرحمة ، الشجاعة) (الدهراي ، 2005 : 60) .

من خلال النظر في المؤشرات السابقة الذكر ترى الباحثة أن هذه السمات متى ما تمتع بها الفرد فإنها تدل على توافقه الإيجابي سواء مع ذاته عن طريق الإحساس بالمسئولية وقدرته على مواجهة مختلف المواقف أو مع مجتمعه المحيط عن طريق احترامه للعادات والتقاليد والقوانين السائدة فيه ، وذلك في مجمله يعطي نموذجاً للشخصية السوية ومثلاً للمواطن الصالح غير المتطرف ، غير العدواني ، المتوافق نفسياً واجتماعياً .

التوافق الجسمي (الصحي) :

وهو تمتع الفرد بصحة جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والانفعالية مع تقبله لمظهره الخارجي والرضا عنه ، وخلوه من المشاكل العضوية المختلفة ، وشعوره بالارتياح النفسي تجاه قدراته وإمكاناته وتمتعه بحواس سليمة ، وميله إلى النشاط والحيوية معظم الوقت وقدرته على الحركة والاتزان وسلامة في التركيز مع الاستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لهفته ونشاط (شقير، 2003 : 51) .

وخير ما يذكر في هذا المقام حديث المصطفى عليه السلام من أصبح منكم آمناً في سربه معافى في جسده عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها . فتمتع الإنسان بالصحة والعافية دليل على أنه يمتلك الكثير وقد حيزت له الدنيا (صحيح جامع 1988 :) .

- 4 التوافق الأسري :

هو تمتع الفرد بحياة سعيدة داخل أسرة تقدره وتحبه، مع شعوره بدوره الحيوي داخل الأسرة والتعاون بينه وبين أفراد الأسرة، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية (الحجار، 17: 2003) .
فالتوافق الأسري يتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالب الأسرة وسلامة العلاقات بين الوالدين كليهما وبينهما وبين الأبناء بعضهم والبعض الآخر حيث تسود المحبة والثقة والاحترام المتبادل ويمتد التوافق الأسري كذلك ليشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية. (شربت وعلي ، 130: 2004) .
أنماط التوافق :

هنالك عدة أنماط للتوافق يلجأ إليها الفرد من خلال استجابته للموافق الحياتية التي تنطوي على الصراع وهي
- التوافق الدفاعي : بأن يلجأ فيه إلى حيل التعويض أو التبرير .
- التوافق الانهزامي : وهذا النوع من التوافق يلجأ فيه الفرد إلى السلبية أو الخيالات أو النكوس
- التوافق بالأمراض : يلجأ فيه الفرد إلى الهستيريا أو العصاب .
- التوافق بالكبت: أو الخوف (Phobia) .
- التوافق بردود الفعل المستمر : التي لا تؤدي إلى توافق مثل القلق والهم أو التعصب والنرفزة (زهران ، 2003 ، 56) .

الأسباب المؤثرة على التوافق النفسي الاجتماعي :

1 - إشباع الحاجات الأولية والنفسية الاجتماعية : وهي الحاجات التي لم يكتسبها الفرد من بيئته عن طريق الخبرة والمران والتعلم وإنما هي استعداد يولد الفرد مزوداً بها . وهذا النوع من الحاجات يعتمد في إنثارته على الحاجات الجسمانية الداخلية الفسيولوجية كالحاجة إلى الطعام والشراب والإخراج والراحة والنوم . وتعتبر إشباع هذه الحاجات أساس في حياة الكائن الحي وبقاء نوعه فمن غير الممكن أن نطلب من الإنسان أن يتوافق ويتكيف في ظروف معينة أو جديدة بدون إشباع لهذه الحاجات الأساسية ويرتبط بالحاجات الجسمية والحاجات النفسية الاجتماعية مثل الحاجة إلى التقدير والحب والاحترام والحاجة إلى النجاح . وإن إشباع هذين النوعين من الحاجات ذو مكانة هامة في عملية التوافق فإن لم تنل هذه الحاجات قدراً كافياً من الإشباع يؤدي بالشخص لحالة من التوتر ومع الزيادة في التوتر تأتي الزيادة في تدهور الاتزان الانفعالي ويلي ذلك أن تضعف قدرة الفرد على الوجود وعلى التوافق الحسن .

2- تأثير الحالات الجسمية الفيزيولوجية الخاصة على التوافق :

تعتبر الإعاقات بأنواعها السمعية والبصرية والأعضاء أحد العوامل الأساسية في عملية التوافق سواء أكانت الإعاقة وراثية أو مرضية ، وتشير بعض الدراسات إلى أن إمكانية التغير فيما بين الأفراد للخصائص نفسية تعكس إمكانية التفسير فيما بين الأفراد من خصائص عضوية كما أن علم النفس

الفارق أسند الاستعدادات وسمات الشخصية المقترحة إلى خصوصيات بيولوجية محددة (العيسوي، 2001م: 57) .
وبشير بعض العلماء إلى أن : المظاهر الجسدية الخاصة التي تكون نايبة عن المألوف تؤثر في عملية التوافق ، فالقصر المفرط أو البدانة الزائدة تجعل الشاب يدرك أن ذلك ليس مما يؤثره الناس ذلك قد يكون مصدر فشله في منافسة اجتماعية .

3-الطفولة وخبراتها :

تعتبر سن الطفولة الأولى من العوامل الأولية في تشكيل شخصية الفرد ، وفي تمتعه بأكبر قسط من التكيف السليم في مستقبل حياته ، لذلك وجب علينا أن نتفهم أحسن السبل للتعامل مع الطفل في مراحل نموه الأولى ، لكي نضمن له نمواً سليماً متطوراً محققاً لحاجاته العضوية والنفسية والاجتماعية مستقبلاً

ويمر الطفل بخبرات مختلفة تتفاعل كلها مع شروط محيطه لتكون شخصاً فريداً يحمل آثار محبة الوالدين أحياناً وآثار الحرمان أحياناً أخرى ، ويحمل آثار صدمة فزع مفاجئ مر بها الفرد في يوم من أيام الطفولة ، وتكون هذه قاعدته الرئيسية حين يمر في شبابه على ظروف تدعوه للتوافق ولهذا نرى نزوعاً عند من يعمل في حالات سوء التوافق لان يبحث أولاً عن حياة الطفولة والخبرات السابقة لدى من يعالجه .

4-الأزمات الاجتماعية والكوارث :

تنوع هذه الأزمات والكوارث فبعضها أزمات أسرية اجتماعية كحدوث تصدع في الأسرة نتيجة الطلاق أو الموت ، وقد تكون كوارث طبيعية مثل الزلازل أو كوارث إنسانية مثل الحروب ما ينتج عنها من قتل وتشريد وتخريب ، ويرى عبد الستار إبراهيم أن العلاقات الاجتماعية لا تسير دائماً ببسر، وعلى حسب ما نتوقع فقد تتعرض حياة الأفراد لتغيرات اجتماعية مفاجئة وغير محسوبة مؤدية إلى تغيرات سلوكية سيئة في حياة الأفراد والجماعة .ونلخص آثار هذه الأزمات في نقطتين :

أ - أنها تعجل بظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية للذين لديهم استعداد للاضطراب .

ب - أنها تخلق اضطرابات الخاصة التي تشمل الوظائف البدنية فضلاً عن الاضطرابات النفسية والعقلية المؤقتة أو الدائمة) محمد ، 2004 : 197) .
وبشير جبل إلى التكيف يكون حسناً أو سيئاً تبعاً لمدى إشباع حاجات الفرد الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية فإن لم تنل هذه الحاجات قدرًا كافيًا من الإشباع فإن الشخص يصبح في حالة من التوتر والخلل في الاتزان الانفعالي فيلجأ إلى وسيلة لا تقرها المجتمع من أجل إشباع حاجاته مما يؤدي إلى سوء تكيفه (جبل ، 2000 : 56) .

التوافق وبعض المصطلحات المرتبطة به :
التوافق والتكيف :

ورد مصطلح التكيف في كثير من الدراسات كمصطلح مرادف للتوافق (Adjustment \ Adaptation) وفي كل تلك الدراسات كان المقصود نفس المعني برغم من وجود فرق بين المعنيين فالتكيف معروف في علم البيولوجي وعلم الأحياء هو تغيير في الكائن الحي سواء في الشكل أو الوظيفة مما يجعله أكثر قدرة على المحافظة على حياته والمحافظة على جنسه (الداھري ، 2008 : 119) .

أما التوافق كما ورد في التعريفات السابقة تكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية فيما يتعلق بمتطلبات الحياة مع نفسه ومع الآخرين وأسرتة ومجتمعه الذي يحيط به والأيدولوجية وغيرها وبهذا المعنى يندرج كل تعريف للتوافق تحت تعريف التكيف الذي يشمل السلوك الحسي الحركي ويقصد به النواحي العضوية للكائن البشري والذي يخص كل الحيوانات ، فالتعلم التكيفي للحيوان مع بيئته يجعله يحافظ على بقائه ، أي ملائمة نفسه للموقف وتغيير خصائص سلوكه بما يتلاءم وتغيير البيئة ، غير أن التوافق يتميز به الإنسان فهو بالتالي ليس مجرد تكيف لنفسه مع المتغيرات البيئية إنما يعمل لتغيير البيئة لتلائم توافقه .

بالمقارنة بين التعريفين نستنتج أن التوافق يختص به علم النفس بحيث يرتبط بالخصائص التي يتميز بها الإنسان فقط ، والتي يسعى من خلالها للاتزان والاستقرار والتفاعل مع المحيط الذي يعيش فيه وذلك من أجل تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي من خلال التوفيق بين ذاته وبين محيطه ، أما التكيف فيخص أكثر الكائنات الحية ومن بينها الإنسان فهو مشترك بين الإنسان والحيوان .

التوافق والصحة النفسية :

يذكر عبد اللطيف: أن هناك ارتباط كبير قد يصل إلى حد الترادف بين مصطلح التوافق والصحة النفسية ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الشخص الذي يتوافق توافقاً جيداً لمواقف بيئته والعلاقات الشخصية يعد دليلاً لتمتعه بصحة نفسية جيدة ، وأن القدرة على التشكيل والتعديل من قبل الفرد لمواجهة المتطلبات وإشباع الحاجات ، هذا ما يجعل بعض الباحثين يلجئون إلى استخدام مقياس الصحة النفسية لقياس التوافق ، وأحياناً مقياس التوافق لقياس الصحة النفسية (عبد اللطيف ، 2001 : 83) .

وتستنتج الباحثة من خلال المقارنة بين مفهوم الصحة النفسية والتوافق أن مفهوم الصحة النفسية بحد ذاته يحمل معنى التوافق النفسي والاجتماعي أي قدرة الفرد على تحقيق ذاته والاستفادة من قدراته وإمكاناته للوصول إلي الرضا . وهذا يقودنا إلى الأهمية الكبيرة للصحة النفسية للفرد وبالتالي المجتمع والتي تكمن بها الدوافع للعديد من السلوكيات الصادرة من الفرد تجاه نفسه أو مجتمعه سلباً أو إيجابياً.

مجالات التوافق :

تتعدد مجالات الحياة ففيها مواقف تثير السلوك والتي تبرز على مستويات مختلفة حيث نجد منها المستوى البيولوجي ، الاجتماعي ، السيكلوجي .

1- المجال البيولوجي :

يشير الباحث "لورانس" مع الباحث "شبين" في القول أن الكائنات الحية تميل إلى أن تغير من أوجه نشاطها ومن استجابات للظروف المتغيرة في بيئاتها، أي تغير الظروف ينبغي أن يقابله تغيير وتعديل من السلوك وأنه ينبغي على الكائن الحي أن يعد طرق جديدة لإشباع رغباته فالتوافق هو "عملية تتسم بالمرونة مع الظروف المتغيرة ، أي أن هناك إدراك لطبيعة العلاقة الدينامية المستمرة بين الفرد والبيئة كما يتضمن التوافق البيولوجي استجابة الفرد الفيزيولوجية للمؤثرات الخارجية والتي تستدعي بدورها أعضاء الحس أو المستقبلات المتصل بالعقل وهى أعضاء جسد الإنسان تخصصت في الإحساس بأنواع معينة من تغيرات البيئة دون غيرها ، العين التي تستقبل الإحساس بالموجات الضوئية والأذن المجهزة من أجل التقاط الأصوات لا المرئيات إلى جانب أعضاء الأنف للشم واللسان للذوق - المجال السيكلوجي :

يقصد به قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة أي القدرة على حشد هذه الصراعات والتحكم فيها بطرق مرضية على حل المشكلات بصفة إيجابية وتتمثل في :

- الاعتماد على النفس : قدرة الفرد على توجيه سلوكه وتحمل المسؤولية .
- الإحساس بالقيمة الذاتية : شعور الفرد بتقدير الآخرين له ، وأنه بدوره قادراً على تحقيق النجاح والشعور بأنه قادراً على القيام بما يقوم به .
- الشعور بالحرية الذاتية : شعور الفرد بأنه قادر على توجيه سلوكه وأنه يستطيع أن يضع خطط مستقبلية

- الشعور بالانتماء والخلو من الأعراض العصبية : أي يتمتع بحب أسرته ويشعر بأنه مرغوب ولا يشكو من أعراض والمظاهر التي تشير إلى الانحراف النفسي كعدم القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة أو الخوف المستمر والبكاء . فالمستوى السيكولوجي ينظر إلى التوافق على أنه قدرة الفرد على توجيه وتحمل مسئولياته والإحساس بقيمته الذاتية ومكانته في المجتمع وقدرته على التوفيق بين دوافعه وحل المشاكل التي يمكن أن يتعرض لها بالاعتماد على نفسه . إذاً فالسوية تكمن في قدرة الفرد على التوفيق بين أجهزته الشخصية المختلفة ومطالب الواقع أو في الحصول إلى حل الصراع الذي ينشأ بين الأجهزة الثلاث (الأنا) و (ألهو) و (الأنا الأعلى) بعضها البعض أو بينها وبين مطالب الواقع من ناحية أخرى.

3- المجال الاجتماعي :

يرى ورش المذكور في داود : أن التوافق على المستوى الاجتماعي وأسلوب الفرد في مقابلته لظروف الحياة وحل مشاكله لذلك ينبغي أن تكون أساليب الفرد أكثر مرونة مع قابلية شديدة للتشكيل والتوليد أي أن التوافق عملية يشترك في تكوينها كل من عناصر البيئة والتنشئة الاجتماعية وأن هناك فروق في سرعة التوافق بين الأفراد راجعة إلى الظروف الفردية والثقافية (داود ، 2010 : 23) .

نستنتج أن المستوى البيولوجي يحتم على الكائن الحي التغيير في سلوكياته أو تمويهها بما يتناسب مع الظروف المحيطة به ، كما أن الفرد مجهز بأعضاء مختلفة متخصصة في الاستجابة أو الإحساس بأنواع معينة من تغيرات البيئة . يأتي هذا التوافق نتيجة للتوافق البيولوجي والنفسي ويظهر من خلال مظاهر السلوك الخارجي للفرد أو الجماعة ، فالتوافق يمر عن طريقه الفرد الخاصة والغالبية في حل مشاكله وفي تعامله مع الناس ، ذلك أن كل سلوك يصدر عنه ما هو إلا نوع من التكيف فالفرد يولد مزوداً بأنواع مختلفة من الاستعدادات الجسمية والعصبية والنفسية التي تحتاج إلى التهذيب الذي يقدمه المجتمع والأسرة ، إذ أن هذه الأخيرة تقوم بعملية التطبيع الاجتماعي وبفضل هذا التفاعل تتعدل دوافع الفرد ويكتسب خبرات ومعلومات ومهارات واهتمامات (مراون ، عصام ، 2009 : 21).

وتستخلص الباحثة مما سبق أن كل مستوى له أهميته لتحقيق التوافق الإيجابي والكامل، وأن كل مستوى يكمل الآخر حيث أن الفرد يولد وهو مزود بأعضاء متخصصة لكل مثير ومجموعة من الاستعدادات النفسية والاجتماعية وما عليه إلا الاعتماد على نفسه لتوجيهها وتحمل مسئولياته وذلك بدون إهمال دور الأسرة والمجتمع في تغريب هذه السلوكيات والنظريات المفسرة للتوافق . كما نخلص إلى أن المستوى الاجتماعي يركز على العلاقات بين الذات والمجتمع ، وذلك بتقبل الآخرين لمختلف التقاليد والعادات مما يساعد الفرد على عقد علاقات اجتماعية مرضية ، وامتلاك طريقة خاصة به من أجل التعامل مع الآخرين في حل مشاكله .

النظريات المفسرة للتوافق :

يعتبر البُعد النظري لتفسير أي ظاهرة علمية نهج أساسي في كل البحوث ، وموضوع التوافق ولأهميته الكبيرة يعد من المواضيع الحديثة في البحوث النفسية وذلك لما له من علاقة مباشرة بحياة الفرد وخاصة الشباب . ومن أهم النظريات التي فسرت التوافق نجد- :

النظرية البيولوجية : Biological Theory

من مؤسسيها الباحثون (داروين ، مندل ، كألمان ، وجالطون) (تركز هذه النظرية على النواحي البيولوجية للتوافق حيث أن كل أشكال سوء التوافق تعود إلى أمراض تصيب أنسجة الجسم والمخ وتحدث هذه الأمراض من إشكالات منها الموروثة ومنها المكتسبة خلال مراحل حياة الفرد من إصابات واضطرابات نفسية التي تؤثر على التوازن الهرموني للفرد نتيجة تعرضه للضغوطات ، ويرى أصحاب هذه النظرية أن عملية التوافق تعتمد على الصحة النفسية وبالتالي التوافق التام للفرد (التوافق الجسمي) (أي سلامة وظائف الجسم المختلفة ويقصد بالتوافق في ظل هذه النظرية انسجام نشاط ووظائف الجسم فيما بينها ، أما سوء التوافق فهو اختلال التوازن الهرموني أو نشاط أو وظيفة من وظائف الجسم (ريباش ، 2008 : 111).

نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic theory

من أبرز رواد هذه النظرية هو فريد "Freud" الذي يرى أن عملية التوافق لدى الفرد غالباً ما تكون لاشعورية بحكم أن الأفراد لا يدركون الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياتهم فالشخص المتوافق هو الشخص الذي يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية بوسائل مقبولة اجتماعياً . أما الباحث (يولج) في دراسته فقد اعتمد أن مفتاح التوافق والصحة النفسية يكمن في استمرار النمو الشخصي دون توقف ، كما أكد على أهمية التوازن في الشخصية السوية المتوافقة وأن الصحة النفسية والتوافق يتطلبان الموازنة بين الميول الانطوائية والانبساطية (الشاذلي، 2001 ، 70) . من خلال عرض هذه الآراء لرواد نظرية التحليل النفسي نجد أنهم يركزون على أن التوافق يكون في الشخصية حيث يرى (Freud) أن التوافق عملية لا شعورية تحدث للفرد دون أن يدرك ذلك ، بالنسبة للباحث (يولج) فقد أهتم بنمو الشخصية وأكد على أهمية معرفة الذات على حقيقتها وضرورة الموازنة بين الميول الانطوائية والانبساطية لتحقيق التوافق والتمتع بالصحة النفسية .

النظرية السلوكية Behavioral Theory

يتمثل التوافق عند السلوكيين من استجابات مكتسبة من خلال الخبرة التي يتعرض لها الفرد والتي تؤهله للحصول على توقعات منطقية وعلى الإثابة ، فتكرار إثابة سلوك ما من شأنه أن يتحول إلى عادة وعملية توافق الشخص لدى "واطسون" و"سكينر" لا يمكن أن ينمو عن طريق ما يبذله الجهد الشعوري للفرد ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق تلميحات إصابات البيئة .

أما السلوكيين المعرفيين أمثال الباحث " ألبرت بندرا " "A. Bundara . والباحث مايكل مهوني "Mahoney" استعبدوا تفسير توافق الفرد أنه يحدث بطريقة آلية تبعده عن الطبيعة البشرية واعتبروا أن كثير من الوظائف البشرية تتم الفرد على درجة عالية من الوعي والإدراك مزاملة للأفكار والمفاهيم الأساسية . أي أن "بندرا" و"مهوني" رفضوا تفسير طبيعة الإنسان بطريقة آلية ميكانيكية (النيال ، 2002 : 142 . .

النظرية الإنسانية Theoretical Humanity

يتمثل مدخل علم النفس الإنساني في مساعدة الأفراد على التوافق وذلك عن طريق تقبل الآخرين لهم وشعورهم بأنهم أفراد لهم قيمتهم ومنها البدء في البحث عن ذاتهم والتداول مع الأفكار كانت مدفونة محاولين الحصول على القبول من الآخرين وبالتالي تحقيق التوافق السليم . في هذا الصدد يشير كارل روجرز (1956 المذكور في النبال : إلي أن الأفراد المتسمين بسوء التوافق كثيراً ما يتميزون بعدم الاتساق في سلوكياتهم حيث يعرف روجرز بأن سوء التوافق أنه : "تلك الحالة التي يحاول الفرد فيها الاحتفاظ ببعض الخبرات بعيداً عن الإدراك أو الوعي وفي الواقع إن عدم قبول الفرد لذاته دليل على سوء التوافق وهذا ما يولد فيه التوتر والأسى (النيال ، 2002 : 125) .

أما الباحث "ماسلو (Maslow) فقد قام بوضع معايير التوافق والتي

ذكرها سفيان : وتتمثل فيما يلي :

الإدراك الفعال للواقع ، قبول الذات التلقائية ، التمرکز الصحيح للذات وهي كلها تؤدي بالفرد إلى التوافق بصفة إيجابية مع نفسه ومع الآخرين (سفيان ، 2004 : 91) .

كما يؤكد هذا الاتجاه (النفسي الإنساني) في تفسير عملية التوافق على أهمية دراسة الذات ويشدد على أهمية القيم التي تعتبر الحدود الضابطة للسلوك الناتج من طرف الفرد .

وأخيراً تستخلص الباحثة من خلال هذه النظريات التي طرحها علماء النفس، فإن كل منهم له تفسير وتحديد لمفهوم التوافق في ضوء منحنى معين ، رغم أنها تتفق بأن التوافق النفسي مفهوم أساسي مرتبط بمقومات الصحة النفسية للفرد . فالتحليل النفسي يرى أن التوافق هو الحفاظ وإتباع الحاجات الضرورية . أما السلوكيون يشيرون إلى التوافق بأنه بمثابة كفاءة وسيطرة على الذات ويتحقق من خلال اكتشاف الشروط والقوانين الموجودة في الطبيعة الإنسانية وفي المجتمع الذي من خلاله يشيع حاجاته ، أما النظرية الإنسانية ترى عملية التوافق أنها حالة وعي خاصة بالفرد نفسه وتجاربه وخبرات حياته الواقعية ، والنظرة الصحيحة تتطلب التكامل ما بين هذه النظريات ، ذلك بأخذها كلها بعين الاعتبار لتفسير التوافق أو سوء التوافق فالإنسان ما هو إلا وحدة كاملة ومتفاعلة وكما يرى الزراد أن البيئة الاجتماعية ذات طبيعة متغيرة ، وهي تتطلب من الفرد أن يعدل سلوكه حتى

يمكنه التكيف معها بسبل مشروعة تجعله راضياً عن نفسه ، بعيداً عن مراجعة العقل وتأنيب الضمير الذي ينعكس على مجتمعه الذي يتعامل معه وحينما يكون راضياً عنه ، سعيداً به ، ولكن لا يعني هذا إطلاقاً أن يستسلم المتسامح أو المسالم أو اللا عنف للبيئة الفاسدة تحت مسمى التكيف الاجتماعي وإنما عليه أن يسعى لتعديلها بالأساليب والوسائل المقبولة بعيداً عن التعصب وضيق الأفق واللجوء إلى القسوة ، بل إلى الحوار وتعديل السلوك قدر المستطاع ، ومن مبادئ وآليات الاعنف الاجتماعية، أن نجاح الفرد في التكيف الاجتماعي يعتمد على قدرته في تكوين علاقات اجتماعية صحية مرضية له وللآخرين في آن واحد ، تقوم أساساً على المحبة والتسامح والمودة وافترض حسن النية في المقابل، علاقة لا يشوبها الشك أو العدوان أو الاعتداء على الآخرين أو عدم الاهتمام بمشاعرهم (الزراد ، 1992م : 34) .

وجهة النظر الإحصائية للتوافق :

ذكر التركوفيل (1968) أن وجهة النظر الإحصائية تعتمد على فكرة المنحى الاعتدالي الذي يصور المفهوم الإحصائي للسواء أو الشواذ حيث يفترض أن معظم الناس الذين يتجمعون في منتصف المنحى هم الأسوياء . وذكر التركوفيل أن السلوك الشاذ من وجهة النظر الباثولوجية هو نتيجة حالة مرضية أو مضطربة نستدل عليها من وجود أعراض إكلينيكية معينة مثل المخاوف . وان الشخص السوي هو شخص بلا أعراض .

وجهة نظر الحضارية للتوافق :

يشير مرداسي استناداً على هذه الواجهة من النظر إلى أن سلوك الفرد يعتبر شاذاً أو سويّاً طبقاً للوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه وهو بالتالي يرى أن التوافق السوي يقوم على ما تعارف عليه ذلك الوسط بقيمة والمعايير الحضارية السائدة فيه ويؤكد ذلك نسبة الشواذ من حضارة إلى أخرى (مرداسي، 2009 : 67) .

وخلاصة القول أن التوافق السوي لا يكون مجرد إرضاء النفس أو إشباع الحاجات الذاتية بل أنه قدر من الرضى عن النفس يكون انعكاساً رضى الغير ويتقيد سلوك الإشباع بمراعاة ما يريده الآخرين وإتباع طريقتهم التي تعبر عن العادات والتقاليد ، الأعراف القانون ، الأخلاق والدين .

سوء التوافق : لسوء التوافق مجالات متعددة منها شخصي ، اجتماعي، اسري ، ديني وخلقى. وسوء التوافق في مجال معين يؤثر على التوافق في مجالات أخرى لان الإنسان وحدة متكاملة ولسوء التوافق مظاهر متعددة قد يكون بسيطاً وقد يكون عنيفاً وقد يكون في مشكلة سلوكية بسيطة مثل التبول اللاإرادي عند الأطفال أو اضطرابات النوم وقد يكون في صورة مرض نفسي أو انحراف جنسي أو إجرامي أو مرض عقلي .

ويرى الدسوقي أن غير المتوافق هو الذي لا يعرف إشباع حاجاته والذي لا يحسن التعامل مع الآخرين الشركاء معه فأما أن يتصارع ويشذ وينحرف عن الجماعة وإما أنه يتمثل وبخضع ولكنه يكبت في نفسه ويعقد ذاته وينتهي بها إلى المرض (دسوقي، 1986 : 65) .

أن سوء التوافق يمثل حالة عجز من جانب الفرد في أن يحقق حلاً مناسباً لمشاكله إرضاءً موفقاً لحاجاته ومن ثم خفض توتراته لدرجة مرضية وبضيف أن سوء التوافق ينشأ عندما يكون الأهداف ليست سهلة في تحقيقها أو عندما تتحقق بطريقة لا يوافق عليها المجتمع (عبد القادر، 1986 : 40)

المنظور الإسلامي للتوافق :

تتجلى نظرة الإسلام إلى توافق الفرد مع نفسه ومجتمعه من أنه فطره الله سبحانه وتعالى على الخير ولا يصلح له إلا الخير قال تعالى: ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفاً فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ﴾ (الروم ، 30) فالإنسان في الإسلام ذو إرادة منحه الله العقل عن سائر مخلوقاته، فهو قادر على التمييز بين ما هو خير وما هو شر، وقادر على الاختيار بعد مشيئة الخالق عز وجل، فإن شاء سار على طريق الخير والفلاح الموافق لفطرته

التي فطره الله عليها وأن شاء عصى وتمرد على فطرته وسار على طريق الشر فالصحة النفسية والتوافق الشخصي الاجتماعي من أهم أركانها الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقضاء والقدر خيره وشره، كون الإيمان عملية نفسية تنفذ إلى أعماق النفس وتحيط بجوانبها الإدراكية والوجدانية فتبعث بها يقيناً لا يتزعزع بوحدانية الله، وثقة بعدله وحكمه والرضى بقضائه وقدره ، وبأتي صلاح النفوس بالإيمان في الإسلام من كون الإسلام يدعو إلى حسن الخلق ويعتبره دليلاً سلوكياً ملحوظاً، فكلما زاد الإيمان زاد حسن الخلق، وكلما نقص الإيمان ساء الخلق (عشوي ، 2010) .

لقد جاء الإسلام بدعوته إلى تربية متوازنة شاملة لكل جوانب الشخصية الإنسانية جسمياً وعقلياً وروحياً واجتماعياً للوصول إلى التوفيق بين مطالب الجسم ومطالب الروح والعقل، دونما تناقض بينهم، وليس المقصود بتربية الجسم الوقوف عند حدود المعنى الفسيولوجي البحت بل المقصود بذلك الطاقة الحيوية والتأمل والتحرر من الأباطيل والخرافات، والأمور اللا منطقية، إضافة إلى دعوة الأفراد لإقامة العلاقات الطيبة المرغوبة مع الآخرين كما تؤكد التربية الإسلامية ضرورة احترام الفرد واحترام شخصيته وعدم التقليل من قيمته ومعاملته باللطف والبر واللين. ففي هذا الصدد، قال صلى الله عليه وسلم: (ليس منا من لا يوقر كبيرنا ويرحم صغيرنا)، لأن هذا ينعكس إيجابياً في سلوك الفرد مما يساعده في التوافق . كما تهتم التربية الإسلامية بضرورة الترويح عن الفرد طفلاً كان أم راشداً، أو شيخاً، ذكراً كان أو أنثى وتحديداً الطفل. ففي هذا المجال يشير اللعب ثلاث فوائد ووظائف هي، يروض جسم الصغير، ويقويه ويدخل السرور على قلبه ويريح الغزالي إلى ضرورة الترويح عن الصبي، وتوفير اللعب له لما فيه من فوائد كثيرة تساعد على التوافق السليم، حيث قال: أن في الطفل من تعب الدروس ويروح عن النفس كللها ومللها (شروخ ، 2010: 76)

ويورد (مرسي، 1998) بعض الأدلة التي تستنتج من خلالها أن الإيمان سبب في الصحة النفسية والصحة النفسية نتيجة للإيمان منها:

1 - الإيمان بالله يبعث في النفس الطمأنينة ويبعدها عن الهم والقلق والاضطراب قال تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد، 2) .

2 - الإيمان يجعل الفرد راضياً عن نفسه متقبلاً لوجوده، قانعاً بقدراته وإمكانياته .

3 - الإيمان يبعث في النفس حباً للناس، ورغبة في مودتهم والتعاون معهم.

4 - الإيمان ينمي في النفس حب الخير لها وللناس ويحميها من الحسد والغيرة والعداوة، قال تعالى: ﴿أَمْ يَحْسُدُونَ النَّاسَ عَلَىٰ مَا آتَاهُمُ اللَّهُ مِنْ فَضْلِهِ فَقَدْ آتَيْنَا آلَ إِبْرَاهِيمَ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَآتَيْنَاهُمْ مُلْكًا عَظِيمًا﴾ (النساء، 54) .

5 - الإيمان يشيع في النفس تفاعلاً ويحميها من التشاؤم مما يجعل المؤمن راضياً عن ماضيه وحاضره ومستقبله فلا يتحسر على ما فاته ولا يسخط على ما أتاه ولا يخاف مما سيأتيه.

6 - الإيمان ينمي في النفس صبراً وتحملاً للمصائب، فالمؤمن لا ييأس ولا يقنط مهما تعاضمت الخطوب لأنه يعلم أن كل شيء خلق بقدر

7 - الإيمان ينمي في النفس قناعة بقسمة الله في الرزق والصحة والقدرات والمواهب والزوجة والولد ، فالمؤمن قنوع وطموحاته في حدود قدراته وإمكانياته

8 - الإيمان يسمو بغايات النفس فتسمو أفعالها كون أن غاية المؤمن عبادة الله وتعمير الأرض ، وهذه الغاية تجعله يحب الآخرة ويستخدم الدنيا وسيلة لتلك الغاية النبيلة، إن توافق الفرد مع نفسه في الإسلام يقوم على حسن الخلق مع النفس وتزكيتها وتنميتها وحمايتها من كل ما يفسدها ويدنسها وعلاج انحرافات وقبولها وحبها، والرضا عنها وعن قدراتها والتبصر بميولها وحاجاتها وإشباعها في حدود ما أمر الله دون إفراط ولا تفريط ومن حسن التوافق مع النفس تحميلها ما تطيق وتقدر عليه فالله يريد بنا اليسر ولا يريد بنا العسر وفي توافق الفرد مع مجتمعه نجد أن ديننا الحنيف يحث المسلمين على التعاون والتكاتف ومشاركة بعضهم البعض في الأفراح والأحزان ويدعو إلى تكوين مجتمع موحد الكلمة متضامن يشعر فيه المؤمن أنه لبنة في بناء واحد متكامل قال تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ﴾ (المائدة، 2) ويتحقق التوافق الاجتماعي في الإسلام عن طريق حب الناس ومودتهم ورحمتهم وإرادة الخير لهم وحماية أموالهم ورعاية حقوقهم وحفظ أسرارهم وبسط الوجه ولين القول مع البر والعاصي والكبير والصغير والقريب والبعيد. ومن التوافق الاجتماعي في الإسلام طاعة ولي الأمر ومسايرته في غير معصية الله وعدم شق عصا الطاعة أو إثارة الفتن والقلقل في المجتمع الإسلامي، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنْكُمْ﴾ (النساء/59). ومن التوافق الجسمي ما يدعو إليه ديننا الحنيف من الاهتمام بصحة الإنسان وحفظ حياته وتنميته ووقايتها من كل ما يؤذيها قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْحَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ (المائدة، 90) .

ومن التوافق الجسمي في الإسلام المحافظة على الحواس وتنميتها واستخدامها فيما خلقت له وتسخيرها في طاعة الله عز وجل وكذلك المحافظة على المظهر ونظافته لكي يكون جميلاً، فعندما سئل -عليه الصلاة والسلام- أن الرجل يجب أن يكون ثوبه حسناً ونعله حسناً، أهدأ من الكبر؟ قال -عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم- "أن الله جميل يحب الجمال، الكبر

بطر الحق وغمت الناس"، كتاب باب تحريم الكبر حديث رقم (261) (فرغلي ، 2003: 143).

من خلال هذا المبحث يمكن التعرف على سيكولوجية التوافق مع الذات أولاً ، والتوافق مع الآخر ثانياً ، و تم استعراض ما طرحه علماء النفس من آراء حول التوافق النفسي على أنه يتوافق الفرد مع ذاته ، ويتوافق مع الوسط المحيط به ، وتوصلنا إلى كلا لا يفصل عن الآخر وإنما يؤثر فيه ويتأثر به ، فالفرد المتوافق ذاتياً هو المتوافق اجتماعياً ، ويضيف علماء النفس قولهم : التوافق الذاتي هو قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه وبين أدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذا الدوافع بحيث لا يكون هناك صراع داخلي . هذه المتغيرات الفردية الشخصية والاجتماعية العامة تضطرب تماماً عند الشخص العدواني الذي يؤمن بالعنف والقسوة والخشونة كأسلوب التعامل وحل النزاعات الفردية والجماعية ، ونقيضه التام الذي يتمثل في سلوك التسامح وهو الذي يؤمن بمبدأ اللا عنف كسبيل لإقامة أسمى العلاقات مع النفس أولاً ومع الآخر ثانياً، فالشخص العنيف فقد التوافق الذاتي الداخلي واختلت لديه بنفس الوقت العلاقة مع الآخر ، حتى انفصمت تلك الجدية بينه وبين الآخر بينما اللاعنف هو قمة التوافق النفسي مع الذات والاجتماعي مع الآخر .

المبحث الرابع المخدرات

مقدمة :

عرف الإنسان المخدرات منذ عهود بالغة في القدم بطرق عشوائية وعندما اكتشف إن بعض المواد المخدرة تساعد على تخفيف الألم أو المعاناة وبعضها تعالج بعض الأمراض أزداد تمسكه بها واجتهد في البحث عن أنواع جديدة.

التعريف العام للمخدرات :

التعريف اللغوي للمخدر: اللفظة المستخدمة في اللغة العربية تعطي معاني دقيقة للكلمة ومرادفاتها الكثيرة . وتدور معنى كلمة خدر حول الستر ، والمخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد وهو تعريف دقيق من الناحية الأقرباذينية وجاء في القاموس المحيط الفيروزيادي – الخدر(بكسر الخاء) ستر يمد للجارية في ناصية البيت وكل واري الإنسان من بيت ونحوه وجمع كلمة خدر خدور . والخدر (بالفتح) الكسل وظلمة الليل والمكان المظلم واشتداد البرد وتخدر واختر استتر و أخذروا أي دخلوا في غيم مطير أو غيم فقط أو ربح وكلها تدل على معنى من معاني الستر والخدر هو امدلال يغشى الأعضاء وفتور العين(البار ، 1985:33) .

وفي المصباح المنير : خدر العضو خدرًا من باب تعب أو استرخى فهو لا يطيق الحركة. وفي لسان العرب من الشراب والدواء يعتري الشارب وضعف والخدر الكسل والفتور (ابن منظور، 1869 : 179) .

يضيف المعجم الوسيط المخدر بأنه المعطل للإحساس والمبدل للشعور والإدراك والمخدرات لغويًا أتت من اللفظ (خَدَرَ) بمعنى ستر بحيث يقال تخدرت المرأة التي استترت وخدر الأسد بمعنى لزم عرينه وخدر جسمه وعظامه وأعضائه ويقصد بذلك المخدرات هي التي تتسبب بها السكون والكسل وغيره حامد المذكور في (المطيري ، 2005. : 19) :

أما القحطاني (1998) فذكر أخدرت الجارية لزممت الخدر أخدرها أهلها يتعدى ولا يتعدى ، وخدورها بالثقل أيضاً بمعنى ستروها وصانوها وخدر العضو من باب تعب أو استرخى فهو يطلق الحركة . أذن المخدر هو ما يدل على الستر والظلمة والفتور.

اصطلاحاً : تعددت الآراء حول ماهية المخدرات ، وفي هذا الصدد يشير الرشيدى : المخدرات هي كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المعامل ، من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو (الصناعية الموجهة) أن تؤدي إلى فقدان كلي أو جزئي للإدراك بصفة مؤقتة ، وهذا الفقدان الكلي أو الجزئي تكون درجته بحسب نوع المخدر وبحسب الكمية المتعاطاة . كما يؤدي الاعتياد أو الإدمان بالشكل الذي يضر بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد) الرشيدى وآخرون ، 95 : 2000)

المخدرات مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي والتي يحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا يستعمل إلا بواسطة من يرخص له) الرفاعي (2005:89) .

وعرفها عيد: وهى مجموعة من العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه أو بتسببها للهلوسة أو التخيلات وهذه العقاقير تتسبب في الإدمان وينجم عن تعاطيها الكثير من المشاكل الصحية العامة والمشكلات الاجتماعية (الظاهر، 2007 : 103) .

عرفها مجدي تعريفاً مبسطاً جاء فيه : أن المقصود من المادة المخدرة هي كل ما يذهب العقل ويضر بالصحة ويسبب عادة الإدمان فمتى ما توفرت هذه الصفات الثلاث في أي مادة اعتبرت مادة مخدرة) رضا، 2006 : 399) .

جاء في كتاب المخدرات بين الشريعة والقانون لعزت حنين المذكور (في) كمال ، 2003) أن المخدر هو كل ما يترتب على تناوله إنهاك للجسم وتأثير على العقل حتى يكاد يذهب به وتنشأ حالة الاعتماد . وكلمة مخدر هي ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الكلمة الإغريقية (Nar-Koss) التي تعنى مخدر . قامت منظمة الصحة العالمية باستبدال لفظ الإدمان (Addiction) بلفظ آخر هو الاعتماد على العقار (Drug Dependence) وتعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات كالتالي: هي كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوى عناصر منومة أو مسكنة أو مفترية من شأنها إذا

استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسماني لفرد والمجتمع (توفيق، 2003 : 116) . والإسلام هو الوحيد من بين الأديان الذي وضع تعريفاً للمخدر وقد أورد أن المسكر ما غطى العقل وما أسكر منه الفرق فملء الكف منه حرام ومفتر كما يقول الخطابي : هو كل شراب يورث الفتور والخدر وهو مقدمة السكر . وقال ابن رجب الحنبلي : المفتر هو كل مخدر للجسد وإن لم يصل إلى حد الإسكار. وقد جاء بحث إدارة البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد في المؤتمر الإقليمي السادس للمخدرات، (الرياض) المفتر ماخذه من التفتير والإفتار وهو ما يورث ضعفاً بعد قوة وسكوناً واسترخاء بعد صلابة وفتور بعد نشاط .

أما كمال فأشار إلي أن ما يدخل ضمن قائمة العقاقير المؤدية إلى الإدمان (الاعتماد) أو سوء الاستعمال في الكتب الطبية قد لا يدخل في دائرة القانون فمثلاً مزيل الطلاء ، ثنر والبنزين ولاصق الإطار الداخلي سلسين وغيرها مما يسمى بالمذيبات الطيارة (Volatiles Solvents) لها أثر تخديري ومع هذا فإن استخدام هذه المواد من مجموعة المتعاطين قد تؤدي إلى أضرار مشابهة لاستخدام الكحول والباريتورات لهذا كله رأت الدوائر الطبية ومنظمة الصحة العالمية أن استخدام لفظ المخدرات بهذا المعنى الشمولي العام بل جعلوا الاسم المستخدم أقرب إلى الانسجام مع الواقع العلمي لهذه المواد فأسمته سوء استخدام العقاقير التي يساء استخدامها لا حصر لها كالبنسلين أو الأنسولين أو المضاد الحيوي فإن المقصود من استخدام هذا اللفظ هو سوء الاستخدام المؤدي إلى الاعتماد النفسي أو الجسدي أو كليهما معاً (كمال ، 2003 : 28)

تشير عواطف إلي أن لجنة المخدرات بالأمم المتحدة قد عرفت أنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منومة أو مسكنة من شأنها عند استخدامها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها ، مما يضر بالفرد والمجتمع جسمانياً ونفسياً واجتماعياً (عواطف ، 2003 : 54) .

وأضاف عبد القادر بأنها كل مادة ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك بصفة مؤقتة، وتحدث فتوراً في الجسم ، وتجعل الإنسان يعيش في خيال وأوهام طوال فترة وقوعه تحت تأثيرها (عبدالقادر، 1983 : 80) ويرى إبراهيم بأن كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المعامل من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان ، مما يضر بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للفرد والجماعة (إبراهيم ، 1994 : 36) .

وأشار أبو غرارة إلي إن المخدرات هي كل مادة يؤدي تناولها إلي إنهاك أو تنشيط بالجسم مع تأثيرها على العقل (أبو غرارة ، 1990 : 11). كما يلاحظ أن معظم تلك التعريفات تؤكد على أن المخدر يعني الخدر والفتور في حين أن المخدرات تضم عدة أنواع ولا تؤدي بالضرورة إلي الاسترخاء

والنوم وإنما تعطي تأثيراً مغايراً تماماً، وبذلك فإن الباحثة ترى أن للمخدرات تأثيراً يمكن أن يكون منبهاً أو منشطاً أو مهبطاً ، وبالتالي تقترح أن يكون للمخدرات تعريفاً محدداً ودقيقاً بحيث تعرف المخدرات بأنها مجموعة من المواد الطبيعية أو المستحضرة التي إذا تناولها الإنسان أدت به إلى حالة من الإنهاك أو التنبيه أو التنشيط لجسمه وحالته النفسية بحسب نوع المخدر وطبيعته ولها تأثيرها على الجهاز العصبي .

مشكلة المخدرات :

تعتبر مشكلة المخدرات بشقيها العرض والطول خطراً جسيماً يواجه أي مجتمع ، له آثار سلبية واجتماعية ونفسية واقتصادية وصحية ، وقد أصبحت المخدرات أداء للصراعات والحروب بين الدول، في إطار ما يسمى بحروب المخدرات ، فضلاً عن التحالف التي تنشأ بين عصابات الإجرام المنظمة لتهديد الاستقرار السياسي والاقتصادي والاجتماعي ، معتمداً على قدرتها الهائلة والعوائد الكبيرة المحتمل عليها من الاتجار بالمخدرات التي تصل حجمها إلى نحو 500 مليار دولار سنوياً ، وفي عام 2000م بلغ حجم غسيل الأموال في الاتجار في المخدرات 600 مليار دولار (سلطان، 2007 : 73).

أصبحت مشكلة تعاطي المخدرات تمثل مع الإرهاب وتلوث البيئة أخطر التحديات الراهنة التي احتاج وباء الإدمان (الاعتماد) وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى في مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية ، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى أرقام قاسية غير مسبوقة . وأخذت أجهره المكافحة خاصة في المتغيرات التي يموج بها العالم اليوم ، تواجه صعوبات متزايدة في الحد من العمليات إنتاج المخدرات والاتجار غير المشروع بها ، والتي تتمتع بإمكانيات بشرية ومادية وتنظيمية ، ويمتد نشاطها الحدود الوطنية للدول ، وتلعب دوراً بالغ الخطورة في تعويق برامج التنمية ، وتهديد الأمن والاستقرار السياسي والاجتماعي (أبو النيل ، 2005 : 117) .

وبشير تقرير الأمم المتحدة الوارد في عويد عن المخدرات عام 2004 م إلى أننا في عام فيه 185 مليون متعاطي ومدمن على المخدرات ، يمثلون 3% من سكان العالم 4,7% تتراوح أعمارهم 15 - 16 سنة . كما إن 2,3% من سكان العالم يتعاطون الحشيش ، و 5% الأم فيتامين و 1% الاكتازي ، و 2% الكوكايين و 2% الأفيون و 15% الهيروين وهناك 13 مليون متعاطي مصابون بالإيدز بسبب استخدام حقن ملوثة كما أن تعاطي المخدرات موضوع ذو ماضي وحاضر ومستقبل، أما الماضي فبعيد يصل إلى فجر الحياة الاجتماعية الإنسانية ، وأما الحاضر فمتسع يشمل العالم بأسره ، وأما المستقبل فأبعاده متجددة وليست محددة (عويد ، 2007 : 121) .

نجمت في السنوات الأخيرة عن المخدرات والعقاقير غير المشروعة مشكلات كثيرة على درجة كبيرة من الخطورة ، وهى مشكلات لا تقتصر على الجوانب الاجتماعية والنفسية والجسمية والمهنية والاقتصادية من توظيف

الشخصية ولكنها تمتد أيضاً ما تنطوي عليه تلك المواد من أخطار احتمالات الوفاء , وفي ذلك يشير بعض الباحثين إلى تقرير نشرته مجلة "تايم " تحت عنوان "العقاقير والموت " في يوليو عام 1985م وجاء فيه أن حالات الموت الناجم عن تعاطي الكوكايين في الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال وصلت إلى مستويات وبائية ، حيث قدرت ب 56 حالة وفاة في اليوم . في عام 1986م ارتفعت إلى 65 حالة وفاة (الرشيدي، 2000 : 63) .

مشكلة المخدرات دخل عليها كثير من التغيرات في الأخيرة ، فصارت مشكلة عامة ليست حكراً على طبقة اجتماعية أو جماعات بعينها ، وكذلك لم تعد محصورة في نوع أو نوعية ، ولكن تعددت أنواعها وتزايدت ، وصار كل يوم يشهد دخول نوع مخدر جديد سواء كان تخليقياً أو طبيعياً . والملاحظ أخيراً ارتباط جرائم أخرى بتعاطي المخدرات كحوادث السيارات والعنف والاعتصاب والطلاق والسرقات بالإكراه والقتل(المستعان ، 2007 : 2011) .

حيث بلغ حجم مشكلة المخدرات حسب تقرير مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات للجرائم في عام 2003م الوارد في عبد الهادي 2004 م يعتبر الحشيش هو أكثر المواد المخدرة استخداماً على المستوى العالمي ، حيث تزيد نسبة المتعاطين للحشيش عن 160 مليون شخص ، يليه الامفيتامينات ومشتقاتها ، ويبلغ عدد متعاطيها حوالي 34مليون شخص ، بالإضافة إلى 38 مليون شخص يتعاطون الآيس والإكستازي على مستوى العالم ، ويقدر عدد مدمني الكوكايين والكراك على مستوى العالم 14 مليون شخص ، إما الهيروين فيبلغ عدد متعاطيها والمدمنين فيه 10مليون شخص على مستوى العالم . وحسب ما ورد في نفس التقرير ، فإن عدد الذين يدمنون نتيجة إساءة استخدام الأدوية يبلغ حوالي 200مليون شخص على مستوى العالم وهي نسبة تعادل حوالي 3,4% على مستوى العالم ، و 4,7% من مجموع تعداد السكان الذين تتجاوز أعمارهم 15 عاماً فأكثر وقد كانت حصيلة هذه النسبة في العام الماضي 4,3% (مصباح ، 2004 : 86).

وأشار قاسم المذكور في الرشيدي إن ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر الاجتماعية والصحية انتشاراً والتي تواجهها معظم دول العالم في أيامنا الحالية نظراً لما لها من أضرار جسمية خطيرة ليست فقط على ما يتعاطها بل على أسرته ومجتمعه ، لذا نالت هذه الظاهرة اهتماماً وعناية من كافة الدول والهيئات الدولية . وهي مشكلة ليست فردية من ناحية ، ومن ناحية أخرى تبدو مشكلة معقدة متشابهة الجوانب كل جانب منها له خطورته على حياة الفرد ومعنوياته وتوافقه مع نفسه ومع غيره من الناس . ولأهمية وخطورة التأثير النفس للعقاقير والمخدرات ، فقد تنامت أهمية ذلك الميدان التطبيقي الجديد لعلم النفس الذي يتناول العلاقة بين العقاقير والمخدرات وبين السلوك فيما "يعرف بعلم العقاقير النفسية " أو "علم العقاقير السلوكية " وذلك ميدان يجمع بين أسس علم نفس التجريبي وعلم العقاقير لاستكشاف

وتحديد الآثار النفسية أو السلوكية لمختلف العقاقير والمخدرات (الرشيدي، 2005:23).

حجم مشكلة المخدرات ومدى انتشارها عالمياً :

ذكر تقرير وزارة العدل الأمريكية عن وجود علاقة بين تعاطي المخدرات والاتجاه نحو ارتكاب جرائم العنف ، وان العودة إلي ارتكاب جرائم السرقة البسيطة وجرائم البغاء من توفير مصدر مال لشراء المخدرات يعد نتيجة حتمية للتعاطي (أبو النيل ، 2005 : 211) .

كذلك فقد وصف تقرير الأمم المتحدة لعام 1985م مشكلة المخدرات بأنها من المفاسد الاجتماعية التي تدمر حياة الملايين لا تحصى من البشر تهدد بتعويق الكيان الإداري والاقتصادي لبعض دول العالم النامي ، وتحرض التقارير الصادرة عن أجهزة هيئة الأمم المتحدة المعنية بمشكلة المخدرات من ناحية جرائم العنف والإرهاب والاتجار في الأسلحة والمفرقات من ناحية أخرى .

وتشير اجتماعات لجنة المخدرات العادية والخاصة إلى التصاعد المستمر والحظر في حجم مضبوطات العالم من جميع أنواع المخدرات ، وبالرغم من الحجم الكبير للمضبوطات في السنوات الأخيرة إلا أن حجم المتاح منها للمتعاطين لم يتأثر، الأمر الذي يشير إلى الحجم الرهيب للإنتاج غير المشروع منها وهذا الحجم طبقاً لمعيار الانتربول يعادل (15) أمثال المضبوط من (المخدرات)عسكر ، 2005 : (47) .

لمحة تاريخية عن المخدرات :

بدأ استخدام المخدرات منذ أعماق التاريخ حوالي (5) ألف سنة فمنذ العصور القديمة قام الناس بزراعة النباتات المخدرة لأغراض مختلفة ولكن في العصر القريب بدأ استخدام النباتان المخدرة طبيياً في مجال الطبي خاصة في الغرب كانت توصف عن طريق الأطباء للمرضى مثل الأفيون كعلاج، وربما جهل الأطباء في ذلك الوقت بمخاطر إدمان هذه المواد جعلهم يستعملوها على نطاق واسع حتى دخلت معظم العلاجات ، يذكر في هذا الشأن إنه في الحرب الأهلية في أمريكا كان المورفين يستخدم في علاج إصابات الجنود مما أدى إلى إدمان عدد كبير من الجنود لهذا المخدر . كذلك في عام 1898م أنتجت شركة ألمانية مادة الهيروين على اعتبار أنها تقل ضرراً من المورفين ولكن تبين بعد ذلك أن إدمانها يكون أكثر خطورة من المورفين ، ولكن لكل أسف حينما أدرك الأطباء والأشخاص خطورة الإدمان وأضراره الصحية والنفسية ، كانت المخدرات قد انتشرت بشكل واسع جداً مما تجدر الإشارة إليه أن منظمة الصحة النفسية استخدمت تعبير المواد النفسية بدلاً من المخدرات لأن الأخيرة يشمل المواد المحظورة ومواد أخرى علمية غير محظورة أو خطيرة (شحاتة ، 2006 : 142) .

وتشير الرسومات والنقوش الفرعونية التي وجدت على جدران مقابرهم بأن المصريين القدماء عرفوا المخدرات منذ آلاف السنين ، ويتضح ذلك من خلال الرسوم التي أثبتت استخدامهم للأفيون في عمل الوصفات الطبية لعلاج الأطفال المرضى ، وخصوصاً قلبي النوم ، وفي الفترة اللاحقة بعدة قرون

عمل فلاحو صعيد مصر على استخدام الخشخاش للسيطرة على أطفالهم المشاكسين وخمارهم بالنوم ، إضافة إلى استخدامه للأطفال المرضى لجلب النعاس والنوم لهم (موسى ، 2005 : 24) .

مفهوم تعاطي المخدرات :

أشار على إلى أن تعاطي المخدرات هو عبارة عن رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مواد مخدرة تعرفوا إرادياً أو عن طريق المصادفة على آثارها المسكنة والمخدرة والمنشطة وهذه الرغبة تتحول بسرعة إلى عادة يصعب التخلص منها ، وكثيراً ما تدفع صاحبها إلى زيادة متدرجة في الجرعة المعطاة مسببة حالة من الإدمان تضربه جسمياً ونفسياً (على ،) 76:2003

وترى الباحثة أن هذا المفهوم فيه نوع من عدم الوضوح ، حيث إن التعاطي هو فعل وليس رغبة باعتبار أن الرغبة هي حالة نفسية أو سبب للتعاطي ولذلك ترى الباحثة أن تعاطي المخدرات يعنى قيام الشخص باستعمال مواد مخدرة بشكل إرادي أو بالمصادفة وبتنح عن التعاطي ضرر نفسي أو اجتماعي يعود على الشخص في ذاته أو أسرته أو على البيئة التي يعيش فيها .

تصنيف المخدرات :

هنالك أكثر من تصنيف للمخدرات إلا أن الباحثة ستتناول أكثرها شيوعاً وأشملها وقد قسم أحد هذه التصنيفات المخدرات إلى أربعة :
أ - مجموعة المخدرات المسكنة الأفيونية وهي مهبطة الجهاز العصبي وشمل الأفيون بكل أشكاله وصورة مشتقاته والتي تأتي في مقدمتها (المورفين - الهيروين)

ب - مجموعة المخدرات المسكنة غير الأفيونية : مركبات حامض البابتيورات (barbiturique) وهي مواد تستعمل في حالات الأرق لجلب النوم ولا تستعمل لتسكين الألم . البروميديات (promise): كل مستحضرات البورميات تهبط الجهاز العصبي وتستعمل مسكنة وجالبة للنوم والكحول بأنواعها وهي مهبطة للجهاز .

ج - مجموعة المخدرات المنبهة وهي المخدرات التي تنبه الجهاز العصبي وتزيد النشاط وتشمل الكوكايين ومشتقاته والمسكالين - القات - البنزودين ومشتقاته .

د- مجموعة المهلوسات أهمها (حامض الليسرجيك ديثايل أميل - سايلوسايبين - سايلوسين - ميثل تري بتامين . (hallisongens) الفينسلوكوين - الإيرادين دي مينوكس فينيل أفيتامين . DMT.

الصنف الثاني :

يعتمد أساساً على نوع المخدر وقد قسم المخدرات إلى طبيعية ومصنعة أو مركبة كيميائياً
أولا : المخدرات الطبيعية

الأفيون) نبات الخشخاش (- القنب) الحشيش)- أوراق الكوك - القات البعض يصنف أيضاً الفطريات الهلوسة كالداتورة ونبات السكران والبلاد من تصنيف هذه المجموعة .

ثانياً : المخدرات المستخلصة صناعياً من النباتات :

المورفين - الهيروين - الكوكايين - الكوديين .

ثالثاً : المركبات الكيميائية :

وهي مواد تحضر كيميائياً مثل بعض مسكنات الألم ومهدئات الأعصاب والمنومات والمنبهات وتوزع على ثلاث:

أ - المهيطات الصناعية .

قاتلة الألم القوية مثل البيبردين ، الدول وزال ، الميثادون ، نورميثادون ،

دكسترا موراميد . والمجموعة المنومة والمسكنة : الباربيتورات بأشكالها

المختلفة المهدئات الكبرى والمهدئات الصغرى

ب- المنشطات وتشمل الامفيتامينات وبديلاتها .

ج - المواد الهلوسة : وهي نفس المواد التي سبق ذكرها في التصنيف الأول

الصنف الثالث : قسمها إلى ستة أنواع :

المسكرة، المثيرة، المسكنة ، التي تقود إلى الذهول، التي تسبب الهلوسة ، -

المسكرة والمهلوسة في نفس الوقت

الصنف الرابع : قسم المخدرات إلى مخدرات كبرى ومخدرات صغرى .

المخدرات الكبرى : هي الأفيون ، الهيروين الكاكايين، الهيدرمورفين ،

الآيتورفين السيكونال والميثادون

المخدرات الصغرى :

المهدئات : 1 - مثبطات المراكز العصبية التلقائية المستقلة منها ما يؤثر على

المراكز السمبثاوية مثل مكونات الراولفيا ومشتقات الفينوتيازين الارجكتيل

وكلوربرمازين أو تلك التي تؤثر على البارسمبثاوية مثل الآتاراكس .

2- مرخيات العقل : أما المهدئة مثل البروميديت أو غير المهدية مثل المنقرين

ومن المهدئات أيضاً الديازيبام أو الفاليوم (حنا ، 1974 : 15) .

ولمزيد من التعريف بتصنيف وأنواع المخدرات لابد من التعرض لذلك بالتفصيل

وسنبداً بالحشيش (القنب) وهو شائع استعماله في الدول العربية ويكاد يكون

عاملاً مشتركاً في أغلب دول العالم) زايد ، 1409 هـ : (20) .

أنواع المخدرات بالتفصيل :

الحشيش :

كلمة الحشيش تعني في اللغة العربية (العُشب) ويعتقد أيضاً أن أصل

الكلمة عبري من الكلمة العبرية (شيش) التي تعني الفرحة كناية عن شعور

المتعاطي للمادة بالفرح . وقد وردت أول إشارة للحشيش في كتاب صيدلية

ألفه إمبراطور صيني يُدعى (يشنج ناتج) في عام 2737 ق.م سماه

المحرومين الآتام وكلمة قنب جاءت من كلمة الآشورية ومنها كلمة كنايس (

cannabis) وهي الاسم الإغريقي للنبات هو (khnnabia)) ويقال أنه مأخوذ

من الاسم العربي (قنب) والكلمة الأولى الكتابية إغريقية ولاتينية تعني

الضوضاء والصوت العالي وتسمى بالفرنسي (chancre) كما ذكره الطبيب

الصيني (هواني) وسماه مايو (mayo) وذكره أيضاً (هوميروس) في الأوديسا تحت اسم ينيبي وقد استعمله الطبيب الروماني (جالينوس) كمنشط للإنسان في القرن الثالث عشر وقد وصفه ابن بيطار على أنه يسبب التخدير . أيضا استخدمه الشوريون والفرس والمغول سكان آسيا الصغرى للحصول على حالة من الانسراح والسرور ويقال أن التتار هم الذين نقلوه إلى العالم الإسلامي أثناء حملة هولكو وفي فارس سجل إدمانه حتى قرون سابقة للمؤرخين الذين قالوا أن طائفة الاسماعلية أدمنوا الحشيش منذ القرن التاسع الميلادي .

يقول المقرئزي في عهده إن الأمير سيدون الشخوخي سعى في عام 1378م لتحريم الحشيش وفرض عقاب صارم على التعاطي. حيث المتعاطي للحشيش يعاقب بخلع الضرس . ويقال إن أول تعاطي الحشيش في مصر كان ما ذكره نيكولاس مونارس (moaners Nicolas) من أن شراب السلوان الذي ذكره هوميروس في قصائده هو نوع من أنواع الحشيش وكان ذلك في القرن التاسع قبل الميلاد وقد كتب في الاوديسا أن الأميرة اليونانية هيلين طروادة كانت تقدم شراب السلوان (nepenthes) إلى تلماكوس وصديقه الحميم كي تنسيهما حزنهما وأن هيلين حصلت على هذا الدواء من (polyamine) (مرأة من مصر هي زوجة ثون Thon) . (نقل عن كمال , 2003: 56) .

أول من اجري دراسات على آثار الحشيش هو الطبيب الفرنسي (مورو دوي تور) عام 1840م جربه أولا كعلاج للمرض العقلي ثم تعاطاه بنفسه مما جعله يؤلف كتاباً وصف فيه الهلاسات وحالة الانهيار التي شعر بها أثناء وقوعه تحت تأثير الحشيش .

وقد نشر العالم الفرنسي دي ساسي (desacy) عام 1809م التحضيرات المختلفة للحشيش كما نشر العالم الفرنسي روية (ac rouyer) كتاباً في نفس العام يتضمن المعلومات الفارماكولوجية عن الحشيش وكان ذلك بعد حملة نابليون لمصر (عودة) ، 2005: (52) .

وفي مصر يقال إن ظاهرة استخدام الحشيش عن طريق الأكل ومن بعد ذلك أيضاً ظاهرة استخدام الأفيون للمرسرين من أهل القاهرة بعد أن كانت في أواسط عامة الناس فقط وذلك في عام 1393م على يد ذوي المكانة من المهاجرين الذين فروا من بغداد أيام تيمور لتك وأصبحت منطقة باب اللوق في القاهرة مشهورة بتجارته . وقد أورد أن الحشيش شاع بين الدراويش الفقراء إذ حُكي عن الشيخ جعفر بن محمد الشيرازي أنه أورد أن شيخه شيخ الشيوخ حيدر من بلدة تستر في بلاد خراسان كان كثير الرياضة والمجاهدة وفاق في الزاهدة وبرز في العبادة وكان مقللاً في تناوله طعامه ، مكث هذا الشيخ أكثر من عشر سنين لا يخرج من خلوته ، وفي إحدى الأيام جاءهم وهو ممتلئ سعادة وغبطة وانشراحاً حتى ملكتهم الدهشة وذكر لهم أنه خرج إلى الخلاء وحيداً في يوم من الأيام وقد رأى نباتاً يتمايل مع الريح ويتحرك بلطف

كالثمل النشوان فجعل يقطف منه أوراقاً ويأكل فحدث عنده هذا الارتياح والنشوة ، ثم قام الشيخ ودلهم على مكان النبات ونصحهم بتناوله لأنه يقلل من تناول الطعام) عرموش ، 1998: (98) ومع كل هذا فإن الحشيش قديم منذ أن خلق الله تعالى الدنيا فقد كانت شائعة في عهد اليونان والدليل على ذلك ما نقله الأطباء في كتبهم عن (ابوقراط وجاليوس) عن خواص هذا العقار ومضاره، ذكر أيضا ابن الجزلة في كتابه منهاج البيان القنب الذي هو ورق الشاه دانج ثمره يشبه حب السمينة وهو حب يعصر منه الدهن كما روي عن حنين ابن اسحق أن شجرة البري ينبت في الغفار المتقطعة وترفع الشجرة قدر الذراع فيه ما هو بستاني ومنه ما هو بري البستاني أجود من البري وأشد مفعولاً وهو ما يسمى بالكف وقد أنشد تقي الدين الموصللي :

كفكف الهم بالكف شفاء العاشق المهموم
بابنة القنب الكريمة لا بابنة كرم بعداً لبنت الكروم

وقد ورد أيضا في كتاب إصلاح الأدوية وتدبير الأبدان ليحي بن مأسوية أن الشاه دانج يدر البول ولكنه يعثر الهضم وهو ما يفعله الحشيش بعد طول استعمال كما جاء في الكتاب الأتي : دع نزاع القوم فما أبتلى الناس أشد من هذه الشجرة لأخلاقهم روى عن القاضي تاج الدين المخزومي قبل اختلافه مع الرئيس علاء الدين النفيس أنه سأل عن هذه الحشيش فقال اختبرتها فوجدتها تورث السفالة والرزالة وقد جربنا في عمرنا من عاناها فإنه ينحط في سائر أخلاقه إلي ما لا يكاد يتبقى له من الإنسانية شئ البتة .

أبن بيطار أورد عن القنب وذكر أنها حشيشه وأنها تسكر جداً إذا تناول الإنسان منها قدر درهم أو درهمين وذكر أنه يخرجها إلى حد الرعونة كما ذكر أن قوماً ما استعملوا الحشيش فاختلت عقولهم وأدى بهم الحال إلي الجنون وربما قتلهم فأنظر كلام العارف بها وأحذر من إفساد بشرتك وإتلاف أخلاقك باستعمالها . وفي مصر يقال إن أحد الملاحدة الأعاجم صنع الحشيش وخلطها بالعسل وبعده أجزاء مجففة من عرق اللقاح وسماها (العقدة) وباعها فشاع أكلها بين كثير من الناس عدة أعوام وزاد التجارة بها فظهر أمرها واشتهر أكلها ورفع ستر الحياء والحشمة من بين الناس وجهروا بالسوء من القول وتفاخروا بالمعائب وتحطوا عن كل شرف وفضيلة واتصفوا بكل رذيلة وبكل ذميمة من الأخلاق. كما أشتهر بالحشيش طائفة الإسماعيلية في الدولة الفاطمية وقد سميت طائفة منهم بفرقة الحشيش التي كانت تستعمل الحشيش لتهوين الموت واختصاره في سبيل تحقيق أهدافهم (السياسية)عسكر، 2005: (97)

والحشيش برغم من أن شجرته هي القنب (cannabis) نفسه إلا أن طريقة تحضيره تختلف عن كل من الماريجوانا والبنقو إذ يتكون الحشيش من مادة تفرزها سيقان نبات القنب والفروع الكبيرة وهي مادة سمراء اللون تسمى (الرزين) وتبقى المادة على شكل حبيبات صغيرة عالقة بالسيقان والفروع تجمع هذه المادة بعدة طرق أشهرها الطريقة اللبنانية حيث تجمع

النباتات بكاملها وتنقل إلى غرف مضبوطة التهوية لا تسمح بتسرب مياه الأمطار أو الرطوبة إلى الحشيش المجمعة منها وتترك حتى يصبح الطقس بارداً لأن البرودة ضرورية خلال عملية التصنيع إذ أن المادة الصمغية تصح لزجة من الحرارة المتوسطة ويصعب انتزاعها من العيدان ويأتي بعد ذلك دور الفرط حيث يبدأ عدد من الأشخاص مزودين بعضاً بدق العيدان حتى يفصلوا ما بين عيدان النبتة ومادة شبيهة بالبدرية إلا أنها تكون خشنة بعض الشيء تسمى (الرزين) وتسمى (الغبارة) وتعلق هذه المادة بالقماش الذي يكسو جدران الغرفة والأنواع الجيدة تعلق بأعلى القماش وتقل درجة الجودة بالنسبة للحشيش الموجود بأسفل الجدران ثم تؤخذ كتل الرزین العالقة من على القماش بسكين وتضغط في شكل قوالب سمراء اللون أو بنية داكنة تسمى (الحشيش) وتطلق عليه التسميات المختلفة على حسب النوع والجودة. (دعيس، 1994: 32).

طرق تعاطي الحشيش هي :

- يبلع مع الماء الساخن أو البارد أو ينقع مع الماء لفترة من الزمن ثم يشرب أو توضع قطعة الحشيش في الفم وتترك لتستجلب بهدوء .
 - يغلي الحشيش مع السكر أو القهوة أو الشاي ويشرب بالكفنة .
 - يخلط الحشيش مع العسل أو مع الحلاوة الطحينية أو مع إي حلويات أخرى .
 - يؤخذ الحشيش بعد خلطه مع مواد مخدرة أخرى مثل الأفيون أو الداتورة بغرض زيادة مفعوله وللحصول لفترة أطول من الكيف .
 - يجهز الحشيش على شكل معاجين ويتم ذلك مع خلطه مع مواد غذائية مختلفة أو حلويات أو البهارات ويقطع قطعاً صغيرة تغطى بالسكر العادي وتلف بورق خاص وتباع جاهزة للأكل
 - تدخين الحشيش مع التبغ وهو الأكثر شيوعاً ومع الشيشة أحياناً .
 - يمكن ان يسحق الحشيش ويستعمل شماً مثل السعوط لبعض الناس .
 - بالنسبة لأوراق الكنباس وفروعها الصغيرة استعمالها كالبنقو السوداني والماريجوانا والجنزفوري وغيرها فهي تدخن في شكل سجائر .
- وقد قصدت الباحثة من إيراد هذه الاستخدامات المختلفة لأن الكثير من الناس خاصة عندما يكونون في بلاد أخرى لا يعلمون أن الحشيش يمكن أن يكون في فنجان القهوة الذي يقدم لهم أو كاس الجلي الذي يتناولونه وغيرها وبمعرفته لهذه الاستخدامات المختلفة يمكنه اتخاذ الحيطة والحذر من تناول أي طعام أو شراب إذا شعر أن في طعمه شيئاً غير طبيعي أضيف له. (عرموش، 1998: 77).

زيت الحشيش

يحضر زيت الحشيش بإذابة الحشيش المجمع من الرزین ويوضع في بعض المذيبات العضوية مثل الكحول أو الأستون ثم يصفى المحلول وتفصل منه المحاليل المذابة ويتركز المحلول المتبقي في مادة خضراء اللون تميل إلى الاصفرار ثقيلة الوزن ويعرف باسم زيت الحشيش يحتوي على مادة مؤثرة تتراوح من 20% إلى 60% من المادة الحية (THC) تبعاً للمادة بعد

تحضيرها بعدة أنواع من الحلويات قوارير زجاجية - صفائح معدنية - أكياس بلاستيكية مختومة ويتم تهريبها بهذا الشكل ويتم تعاطيه بوضع نقطة أو نقطتين على سحارة عادية ثم تدخن لتعطي نفس مفعول السجارة التي تحتوي عقاراً كاملاً للحشيش أو توضع النقطة أو الاثنتين على مشروب ساخن كالقهوة ، وزيت الحشيش هو أكثر المستحضرات شيوعاً في عالم التهريب لغلو ثمنه وصغر حجم المادة المهربة . (حنا 1974 : 87)

أثر الحشيش على جسم الإنسان

يختلف أثر الحشيش باختلاف قوة الفرد وحسب طبيعة جسم المتعاطي وصحته العامة وتحمله مع الكمية التي يتعاطاها والفترة التي ظل هو يتعاطاها وبشكل عام يبدأ تأثير الحشيش على الشخص عندما يتعاطي لأول مرة الشعور بالنعاس شديد وقد يستلم للنوم بسرعة ويشعر بجفاف في الحلق وعطش وتعرق في الرأس ، أجرت عالمة البيولوجية اليونانية (ماريت إيسيدوريدس) دراسة على الكريات البيضاء لأربعين شخصاً من متعاطي الحشيش وسجلت النتيجة ذاكرة أن : التعاطي الطويل الأمد للكنابس (النبتة التي تستخرج منها البنقو والحشيش) شوه نسبة كبيرة من الخلايا والكريات وظهر أن كريات الدم البيضاء المصابة غير قادرة على العمل كالمعتاد وغير قادرة بالتالي على حماية الجسم من الأمراض . وكان الدكتور) أكبر موري شيماء) قد وجد أن من يتعاطون الحشيش أو الماريجوانا يعانون من نقص كبير من الكروموزومات من كريات الدم البيضاء والكروموزوم هو الجسم الملون في مواد الخلية وهو المسئول عن نقل سمات الوراثة من جيل إلي آخر، وفي عام 1975م ظهرت مئات الدراسات التي ركزت على مضار القنب على خلايا جسم الإنسان والحيوان وقد شملت هذه التأثيرات السلبية الأوجه التالية لعلم الخلايا :

- النمو البطيء والحجم غير العادي للنواة في الخلية.
- الإنتاج المضطرب للبروتين.
- الضرر بكل من خلايا الحيوانات المنوية والبويضات.
- الإضرار بخلايا الأعصاب. (زايد ، 1409 : 43) .

عند تدخين الحشيش مع التبغ يتصاعد مع حرقه مواد ضارة كثيرة مثل (THC) دلتا 9 أو تتراهيدروكناينول وأكسيد النيتروجين أو أكسيد الفحم وسيانور الهيدروجين ومواد مسرطنة مثل مركبات البنزوديازيبين والهيدروكاديون والكريزول وغيرها وبالإضافة إلي المواد الضارة المتشكلة من تدخين التبغ في ذاته وهي كثيرة ومتنوعة لذلك يؤثر الحشيش في تدخينه مفرداً أو مع التبغ على معظم أجهزة الجسم بشكل ملحوظ تميزه العين بمجرد النظر للمدمن .

أ- جهاز التنفس :

أضرار الحشيش كأضرار التدخين عامة وتأثيرها على جهاز التنفس بشكل فعال فتضيق الشعب الهوائية الرئوية ويصاب المتعاطي بالتهاب رئوي كما يصاب بضيق في التنفس وسعال متكرر والتهاب جيوب وغيرها من مشاكل

جهاز التنفسي وقد تصاب الرئتين و البلعوم بالسرطان مع طول الاستعمال للتدخين .

ب- الجهاز الهضمي :

كثيراً ما يسأل الناس عن هل يزيد الحشيش من الشهية للأكل ؟ والإجابة يمكن أن يكون نعم تزداد شهية المتعاطي للحشيش للطعام في بداية عهده بالتعاطي ولكن سرعان ما تبدأ وظائف الكبد بالقصور وتبدأ إصابة المتعاطي بالتهابات معدية ومعوية متكررة بسبب نقص حمض كلوري الماء في المعدة وتنقص شهية المتعاطي للأكل ويضطرب عمل جهاز الهضم عنده بشكل عام ويصاب بسوء هضم وغازات وشعور بالتخمة كما يصاب بإمساك أو إسهال متكرر.

ج- الجهاز العصبي :

يصاب الجهاز العصبي عند المدمنين على الحشيش بعدة اضطرابات هامة يمكن إجمالها فيما يلي

- تضعف ذاكرة المدمن بالنسبة للحوادث القريبة زمنياً فينساها بينما يتذكر الحوادث البعيدة زمنياً والقديمة .

- يضطرب تقديره للزمن والمسافة بشكل فعال لذلك يحذر قيادة السيارات مع تناول الحشيش

- يصاب المدمن بالكسل والبلادة وبطء الانفعال ونقص الإنتاج .

- تكثر إصابة مدمن الحشيش بمرض البارنوبا الذي يشبه مرض الانفصام ويظهر ذلك خاصة على من يتعاطى كمية تزيد على 50 جرام شهرياً من الحشيش .

- قد يصاب المتعاطي المفرط بحالة من الجنون المؤقت ويزول غالباً بزوال تأثير المخدر .

د- الجهاز التناسلي والجنس :

أثبتت بعض الدراسات العلمية الحديثة بانخفاض إنتاج هرمون التيستوستيرون (Testosterone) المسئول عن علامات الذكورة عند مدمن الحشيش من الرجال مما يؤدي إلي نقص المقدرة الجنسية وقلّة إنتاج الحيوانات المنوية وضعف الباءة وظهور بعض علامات الأنوثة عند المتعاطي كضخامة الثديين أو الترقيق في الصوت أما المدمنات من النساء فتضطرب عندهن الدورة الشهرية ويتكرر حدوثها وقد يغلظ صوتها . متعاطي الحشيش وهو تحت تأثير التعاطي يميل إلي ممارسة الجنس لأن الحشيش يحرك عنده الحواس البهيمية الدنيا لكنه يكون غير قادر على فعل ذلك بشكل طبيعي أو غير قادر على فعله نهائياً نظراً للارتخاء والضعف الجنسي الذي يحدثه تعاطي الحشيش .

هـ - العيون :

يؤدي تدخين الحشيش إلي التهابات ملتحمة العين عند 72% من المتعاطين وتختلف شدة هذه الالتهابات بين البسيطة والشديدة إلا أنها كلها صعبة الشفاء وإذا أقلع المرء عن التعاطي فإن التهابات الملتحمة قد تستمر إلي فترة طويلة بعد الانقطاع وتعتبر هذه الالتهابات من العلامات المتميزة للمتعاطي

الحشيش ، بعض الدراسات أظهرت أن مادة (THC) الناتجة عند تدخين الحشيش تؤثر مباشرة في الخلايا الليمفاوية من نوع (T) بطريقة تؤدي إلي نقص المناعة (الزهري ، 2008م : 236).

تأثير الحشيش على الفرد وإنتاجيته :

بالرغم من أن الكثيرين ممن يستخدمون ويتعاطون مخدر نبتة القنب أيا كان نوعه بنقو أو ماري جوانا أو حشيشاً يعتقدون أن تعاطيه يزيد فيهم الإبداع ويحفزهم للعمل والإنتاج وأكثر المتعاطين خاصة من الذين تعودوا لدرجة الاعتماد الكامل على المخدر قبل أن يبدؤوا أي عمل، إلا أن الدراسات والبحوث أثبتت عكس ذلك تماماً. (أشار Wolf)) وولف إلي التجربة التي قام بها ثلاثة من الأطباء العقليين النفسيين على أربعة أطباء بالعيادة السيكوباتية بمدينة (Recife) بالبرازيل الحشيش بكميات مختلفة ولوحظت عليهم الأعراض حتى اليوم التالي ووصفوا تأثير المخدر على العمل بقولهم بعد انتهاء الآثار الأساسية والتي استمرت أكثر من ساعتين ظل جميع الأطباء موضع التجربة يعانون من صداع واسترخاء عميق وعدم القدرة على أي عمل ذهني مهما كان بسيطاً وتافه ثم كان لديهم اتجاه واضح للنوم العميق كما لوحظ أن حالة الاسترخاء وعدم القدرة على العمل قد امتدت حتى صباح اليوم التالي. وقد أضاف (Wolf) أن تعاطي المخدر يعود بأسوأ النتائج على الفرد فالموظفون ورجال الأعمال الذي عرف عنهم النشاط وكانوا موضع الثقة تأثروا في أخلاقهم وكفاءتهم الإنتاجية وتحولوا بفعل المخدر إلي أشخاص يفتقرون إلي الطاقة المهنية والحماس والإرادة اللازمة لتحقيق واجباتهم المألوفة . أما بوكيه (Bouquet) فقد استخلص من تجاربه على مدمني الحشيش في تونس أنهم متدهورون في عملهم وتقل صلاحيتهم للعمل تدريجياً كما وجد ارتباطاً بين حالات التدهور في القدرات العقلية وبين إدمان الحشيش في الحالات الخطيرة وكذلك وجد أن التدهور الصحي يسير جنباً إلي جنب مع إدمان الحشيش (الحبيب ، 2003 : 535)

شخصية الحشاش المدمن :

- تقل رغبته للعمل تدريجياً مع استمرار تعاطيه.
- تتدنى لياقة المتعاطي ويخف تحمله لمشاققة العمل.
- يصبح غير مهتم بالنشاط الاجتماعي وبالأخلاقيات والمبادئ.
- يقل نشاطه الجنسي بعد فترة من الزمن.
- يعاني من عدم ترابط أفكاره وتنايق أحاديته.
- يكون تحت تأثير الحشيش ضحوكاً مرحاً ولا يعبأ بما يلقي من قفشات ونكات وبعد فترة يصبح كئيباً قليل الكلام وقد ينتقل من حالة الهدوء والسكينة إلي حالة من الهياج والتوتر والمشاكسة والانفعال والمشاجرة والصدمات العدوانية (الحادقة ، 1991 : 43) .

الخشخاش Poppy Plant

عرفت البشرية منذ أزمنة سحيقة الخشخاش واستخرجت منه مادة الأفيون الذي يأتي في مقدمة المخدرات التي استخدمها الإنسان في الأزمنة

القديمة ويعتقد أن نشأته الأصلية كانت قبل خمسة الف عام بمنطقة جنوب آسيا وشرق البحر الأبيض المتوسط وقد ظهر ذلك في المخطوطات السومرية التي عثر عليها والتي سمى فيها (Hugli) (أي منح السعادة والنشوة وقد وضع ذلك بعد اكتشافات الإنسان المعاصر للوحة سومرية رسمت حوالي 4000 ق.م وقد أطلقوا على النبات في اللوحة اسم نبات السعادة (وهي أقدم تسمية للأفيون وكان أحد أسمائه عند الآشوريين (الأسد) وقد عرف في بلاد فارس بالترياق وقد ذكر برديات إيرسي التي عثر عليها من عام 1833م إن الفراعنة استخدموا الأفيون في المجال الطبي) وافي، 2006 : 44).

وقد أورد جابرا Gabra أن المصريين كانوا يسمون الخشخاش نبات (شبن shepen) وذكر Ebre في كتابه (Papyrus) أن الفراعنة في عصر الدولة الحديث كانوا يستخدمون مزيجاً من بذور نبات شبن ووسخ الذنبان كدواء لتهدئة صراخ الأطفال وعلاج الأطفال كثيري البكاء .

ويشير كاتب "الأوديسا" الشاعر الإغريقي "هوميروس " إلى الأفيون بأنه يبعث السعادة ويزيل الكرب كما ظهر كبسولة الخشخاش على بعض مصكوصات العملة الإغريقية وكذلك الآنية الفخارية والحلي كما ظهرت بعض المنحوتات عن الخشخاش على التماثيل والقيود الرومانية وقد زين قدامى الإغريق إله النوم (هنبوس) وذلك فلخاصيته المنومة وأستعمل أيضاً في الطب الإغريقي كثيراً لعلاج الصداع والمغص وأمراض أخرى عديدة . وعرف اليونانيون القدماء مستحضرين ناتجين من الخشخاش أولها العصارة المستخلصة من تشريط الكبسولة وعرفت بالأفيون ثانيهما عصارة مستخلصة من أوراق وكبسولات تسمى (ميكونين) وهي ذات تأثير أقل من الأفيون وفي كتابات تعود إلى القرن الثامن ق.م ذكر أن هناك مدينة توجد بالقرب من (كودنت) تسمى (ميكوني) أي مدينة الأفيون باليونانية .

وقد جاء تذكرة داؤود الأنطاكي عن الخشخاش): الخشخاش نبات يستخرج منه الأفيون يشترط وهو بارد يابس إذا دق قشره كان جالباً للنوم مخففاً للرطوبة محللاً للأورام وينفع في الصداع والنزلات والسعال وضيق النفس والربو ويذهب الكحة). جاء أيضاً في الحاشية ابن عابدين ما يلي : الأفيون عصارة الخشخاش يكره ويسقط الشهوتين شهوة الطعام وشهوة الجماع وإذا تم التماذي فيه يقتل إذا وصلت الكمية إلى درهمين . ومتى زاد أكله على أربعة أيام متتالية اعتاده بحيث يفضي تركه إلى موته لأنه يحرق الأغشية حرقاً لا يسدها غيره ، وتكثر الإفرازات من مخارج الجسم كلها . وقد ذكر ابن حجر الهيثم الشافعي في كتابه الزواجر الأفيون وعدد مضاره التي زادت عن المائة وخمسة عشرين وقال : هذه القبائح كلها موجودة في الأفيون بل تزيد بأنه مسخاً للخلة كما يشاهد من الأحوال الآكلين وعجيب ثم عجيب ممن يشاهد من أحوال أكلية تلك القبائح التي هي مسخ البدن والعقل وصورتهم إلى أقسى حالة وأرث هيئة وأقدر وصف وأقطع مصاب . لا يتأهلون إلى خطاب ولا يميلون قط إلى ثواب ولا يهتدون إلا إلى خوارم المروءات وهوازم الكلمات وفواحش

الضلالات ثم مع هذه العظائم التي نشاهدها منهم يحب الجاهل أن يندرج في زميرتهم الخاصرة وفرقتهم الضالة الحائرة متعامياً عما فيهم من هذه المسالب ومتغافلاً عما اشتملوا عليه في كثير المعايير ثم نحا نحوهم وحذا حذوهم فهو مفتون المغبون الذي بلغ به الشيطان غاية أمله بعد أن كان يتربص به ريب المنون - لعنة الله - إذا أحل عبداً في هذه الورطة لعب به كما يلعب الصبي بالكرة إذ ما يريد منه الشيطان شيئاً إلا وسابقه إلى فعله لان العقل الذي هو اله الكمال زال عن محله فصار كالأنعام بل هو أضل سبيلاً ومن أهل النيران فبئس ما رضيه لنفسه ومقيلاً وأف لمن نعيم الدنيا والآخرة بتلك الصفقة الخاسرة) كمال، 2008، 71).

الخشخاش أبو النوم Poppy

عشب حولي له أوراق مفصصة وتحوي أنسجة النبات ثقوب من أعلى والجزء الطبي هو ثمار الخشخاش غير الناضجة أما العنصر الفعال في نبتة الخشخاش هي قلويد المورفين وقلويد الكوديين. كانت ثمار الخشخاش حتى ماض قريب تباع عند العطارين في بعد الدول العربية باسم (أبو النوم) وتحتوي هذه الثمار على بذور مستديرة وكان الناس يأكلون البذور التي تحتويها الثمار ويوضع المسحوق على الجبهة لتسكين الصداع . (رويحة د ت : . (436

الأفيون :

الأفيون هو العصارة أو اللبن النباتي الذي يستخرج من نبتة الخشخاش والتي سرعان ما تجف عند تعرضها للهواء ويتغير لونها وهي تسيل من الثمار غير الناضجة .والخشخاش الناضج أو الثمار الجافة أو حتى أوراق الخشخاش لا تحتوي إلا على مواد قليلة جداً وخفيفة تكاد لها تأثير يذكر والمستخدم دائماً الثمرة غير الناضجة وهي التي تستخرج منها المادة المؤثرة . الأفيون الخام يتميز برائحة نفاذة كرائحة النشادر كما أن طعمه شديد المرارة ويسهل إدمانه وصعب علاج مدمنه إذ يسبب إدماناً نفسياً وجسدياً يستمر في الشدة والتمكن باستمرار .وقد استخدم الأفيون بصورة أو بأخرى في مجال الطب الشعبي والرسمي على مدار التاريخ (العشماوي 2009 : 81) .

المنبهات: stimulants منها:

نبات الكوكا والكوكايين :

عرف الإنسان نبات الكوكا منذ أكثر من خمسة عشر قرناً من الزمان وذلك في بوليفيا وبيرو في أمريكا اللاتينية وكانت شجرة الكوكا شجرة مقدسة في حضارة (الأنكا) القديمة المعروفة في أمريكا الجنوبية كما توجد أنواع أخرى من الأشجار ذات اللون الأحمر في الساق تنمو في مناطق جبلية أكثر جفافاً أهمها النوع المسمى (Tenses Exethylon Novograna) ونسبة لخصائصها المنشطة والتخديرية كانت تستعمل في علاج الطبي لكثير من الأمراض كما كانت تستعمل في الطقوس الدينية وقد كانت أسطر هنود (الأنكا) تقول أن الإله أنتي أوجد شجرة الكوكا ليساعد شعب الأنكا على مقاومة متاعب الحياة من جوع وعطش وتعيب . تعرف شجرة الكوكا بالاسم العلمي للنبات (

(Erythoxylon) إيرسيكلون وهى شجرة قصيرة أوراقها بسيطة التركيب خضراء طول الورقة يتراوح من أربعة إلى عشرة سم وتشبه إلى حد ما ورقة القات تحوي الأوراق على نسبة أكبر من المادة الحية . وطريقة استعمال الكوكا من الآثار القديمة لإمبراطورية الأنكاس تشير إلي أن مضغ أوراق الجافة للنبات ولف أعداد منه في شكل كتل للمضغ وكان المواطنين يضيفون لهذه الكتل كميات بسيطة من مزيج قلوي مكون من مسحوق الخضروات وقشور مسحوقة وكان هذا النسيج يوضع داخل قرع عملي (ويسمى الليتيكا. (Litca) وقد تأكد كما ذكر (sang) أن عظمة إمبراطورية (Incas) وبلوغها الذروة فيما قبل التاريخ تحقق في وقت لم تظهر فيه التأثيرات الصادرة الناجمة عن استعمال الكوكا ومرد ذلك أن أباطرة الأنكاس قد حرموا مضغ أوراق الكوكا على الطبقة العامة وقصروه على طبقة القساوسة والنبلاء. تنمو شجرة الكوكا على ارتفاع يزيد عن خمسة ألف قدم في المخدرات الشوقية من سلسلة جبال الإنديز في منطقة قريبة من خط الاستواء ولم تكن تلك الشجرة موجودة في أي مكان في العالم غير تلك البقعة ولكنها أدخلت حديثاً فيجاروا وصارت تزرع بعض الأحيان كمصدر للنبات الطبي في المنطقة. ويذكر عيد أن الدراسات التي أجريت للمكان الرئيسي الذي نبتت على المخدرات فيه شجرة الكوكا لأول مرة إلي أنه يحتمل أن تكون قد نبتت على المخدرات الشرقية لجبال الإنديز قبل تكوين إمبراطورية الأنكاس (Incas)) في عصور ما قبل التاريخ بوقت طويل وقد قيل أن قبائل الأنكاس تعتبر أن بأوراق الكوكا خواص مقدسة فيما يتعلق بإثارة الرغبة الجنسية ولذا مثلوا فينوس آلهة الحب والجمال في فرع الشجرة الكوكا تمسكه بيدها (عيد ، 1988: 104)

على الرغم من أن عادة مضغ أوراق الكوكا ظلت تمارس في بيرو وفي بوليفيا منذ آلاف السنين إلا ان فصل مادة الكوكايين تستعمل بصورتها النقية لم تعرف إلا في نهاية القرن الماضي حيث كانت مادة الكوكايين تستعمل كمخدر موضعي لجراحة العيون والأنف والفم ، ولكنها اليوم لن تعد تستعمل إذ استعوض عنها بمواد أخرى أكثر فاعلية وأقل خطورة . الكوكايين كيميائياً متوفر في شكلين الأول هو الكوكايين القاعدي وهو قليل الأوراق وقابل للذوبان في الدهون وقد يتم تحويله إلى أبخرة في درجة حرارة السيجارة ويجري امتصاصه عن طريق الرئة ، وترقق عجينة الكوكايين في أمريكا الجنوبية ويحتوي المسحوق المنقي الكراك الذي يستنشق في أمريكا الشمالية على الكوكايين القاعدي أما الشكل الآخر للكوكايين فهو أملاح هيدروكلوريد الكوكايين وهو شكل أكثر استقراراً من الكوكايين القاعدي القابل للذوبان في الماء إلا انه يتلف بالحرارة . ويقال أن أول من أكتشف التأثير التخديري للكوكايين هو "شارلس فولو" (Charles Foulles) الذي نشر تقريراً عام 1876م عن تأثير الكوكايين التخديري على الغشاء المخاطي للفم والبلعوم وفي عام 1884م أكتشف (koller) في فيينا تأثير الكوكايين التخديري على

الأغشية المخاطية . ويستخدم هيدروكوريد الكوكايين وهو في شكل محلول في الطب كمخدر موضعي للأغشية المخاطية للأنف والمزور وفي الوقت الحاضر تستخدم المستحضرات الاصطناعية ذات القدرة الضعيفة على إحداث الإدمان (نوفاكايين - نيلوكايين) في التخدير الموضعي باقتران مع الأدرينالين ويعتبر المدمنون الكوكيين المذاب أو الذي يدخل كمسحوق منقي الكراك أرقى أنواع المخدرات الترويحية . وترد تقارير منتظمة عن حالات تعاطي المخدرات المفرطة المميتة من الكوكايين سواء بالاستنشاق أو الحقن أو التدخين وهو في زيادة مستمرة وتحدث الوفاء في مثل هذه الحالات نتيجة قصور القلب أو حدوث شلل نصفي . وباستثناء المناطق التي تمضغ فيها أوراق الكوكا في أوساط السكان الأصليين فإن أوراق الكوكا يجب أن تصنع تصنيعاً مكثفاً حتى تصبح سلعة يمكن تسويقها ويتم إنتاج المستحضر التالي على ثلاث مراحل :

أولها بتحويل الأوراق إلي عجينة ثم تحويل العجينة إلى قاعدة وتحويل القاعدة إلى هيدركلورين الكوكايين وهو الشكل الذي يتم شراؤه في الغرب والدول الأوربية . وتحويل أوراق الكوكا إلي كولمبيا والبرازيل للمزيد من التكرير وهناك مؤشرات حديثة تشير إلي أن بيرو أصبحت أكثر استغلالاً في إنتاجها لهيدروكلوريد الكوكايين وتطوّر أسواقها الخاصة . وما زالت تجارة الكوكايين الدولية تحت سيطرة مهربي كولمبيا - كارتل ميدين وكاليه الذين يشاركون في جميع مراحل إنتاج الكوكايين ومع ذلك زال عصب قوة هؤلاء المهربين في التكرير النهائي والتوزيع الدولي لهيدروكلوريد الكوكايين على نقيض نظرائهم في بيرو وبوليفيا إذ يتجاوزون مرحلة العجينة ويحولون أوراق الكوكا المنتجة محلياً مباشرة إلي قاعدة الكوكايين . وأستعمل الكوكايين كمخدر ممتاز وخاصة في جراحة العيون، وحتى قال بعضهم أنه الدواء السحري الذي يعالج كل الأمراض وفي نفس الوقت أنتشر استعمال الكوكايين كمنشط وباعث للسعادة بين قطاع كبير من أفراد الشعب من الطبقة العالية وكان من بينهم فئة من الأطباء الذين أنتشر بينهم استعمال الكوكايين بشكل واسع وكان "سيغموند فرويد " واحداً من الذين أدمنوا استخدامه . وبعد مضي عدة سنوات على انتشار الكوكايين وإقبال الناس عليه أكتشف الأطباء الخطر الداهم والخطأ الفادح الذي ارتكبه بنشرهم لاستعمال ذلك السم القاتل فراحوا يحابونه بكل الوسائل ويمنعون استعماله منعاً باتاً في العمليات الجراحية حيث حل محله عقار النوفاكايين كمخدر موضعي. (الوريكات ، 2004 : 89) .

الكراك Crack :

وهو المسحوق المنقى من الكوكايين القاعدي إذ اعتبرت منظمة الصحة العالمية الكوكايين كنموذج نمطي أصلي للمخدر المسبب للشعور بالنشوة من فئة المنبهات وتعتبر من أشد المخدرات خطورة فإن الكراك المنقى هو بالتالي اشد خطورة وفتكاً ويحدث امتصاصه في مجرى الدم بكميات تصل

إلي بضعة ملغ مؤثراً ومنبهاً على المخ بإفرازه كمية متراكمة من (عصارة المخ (الفعالة المعروفة باسم (نوربينفرين) وهو قادر على إثارة شعور كبير بالنشوة وحالات هيجان والمبالغة في تقدير قدرات المتعاطي البدنية والفاعلة فيتلاشى التعب ويتحسن الصفاء الذهني وترتبط هذه الآثار العصبية في معدلات ضربات القلب والنفس وضغط الدم فترة تتراوح 30 – 60 دقيقة يعقب حالة الهياج والنشوة والتوتر والتململ ، وعندما يستعمل في شكل مسحوق (الكراك) يعقب القلق الشديد ولان إنتاج المسحوق المنقي (الكراك) يتم إنتاجه في شكل حبوب صغيرة الحجم تشبه الحصى الصغيرة أو شرائح الصابون ويسهل حملها وبالتالي تناولها ولأنها روجت بأسعار متدنية سهل الوصول عليها خاصة من قبل طلبة المدارس والجامعات) عادل، 2003م : (42).

القات GAT

القات من النباتات المصنفة ضمن النباتات المنبهة (Stimulaant) وهو من النباتات القليلة التي ما زالت تثير في بعض الدول جدلاً على اعتبار أنه لا يمكن إدراجه ضمن النباتات ذات الخاصية الإدمانية بالرغم من المخدرات . وشجرة القات تعرف باسم كاثا إيديولس (Cathay Idulis) وقد عرفت شجرة القات في القرن الرابع عشر إي قبل شجرة البن التي عرفت في القرن الخامس عشر ومن المرجح أن نبات القات قد نبت برياً في هضاب إثيوبيا في الأزمان القديمة وأنه عرف واستخدم هناك وأول مرجع تاريخي يذكر القات هو مخطط عربي قديم يرجع إلى العصور الوسطى محفوظ في المكتبة القومية في باريس وورد فيه أن الملك (Ifat) قرر إيقاف من النصف الأول من القرن الرابع عشر زراعة القات في مدينة مأرب . وفي مقام آخر أن الذي أدخل القات في اليمن متصوف حضرمي يدعى "إبراهيم أبو زربين " سافر إلى بلاد الحبشة وفي أثناء تجواله شاهد قطيعاً من الماعز مستسلماً للنوم العميق وفي فم كل شاه بقايا ورق أخضر اقتطفته من أشجار مجاورة وجرب الشيخ هذا النبات وكان هو القات واستعذبه وقرر نقله إلى بلاده . وقد اكتشف العالمان فلوميجر وجيروك في عام 1887م وجود عنصر شبه قلوي عرف بالكافيين وفي عام 1930م أثبت ولفر (wafer) أن المادة تتطابق مع مادة الإيفدرين وفي عام 1974م اكتشف فريق قسم معامل المخدرات في الأمم المتحدة مادة الكاينون وهي المادة المؤثرة في القات . تنمو شجرة القات في ظروف مناخية مشابهة لزراعة البن وتكثر في المنطقة المحصورة بين خطي 12 - 12 وخط طول 41 - 54 درجة وشجرة القات أكثر رواجاً وأكثر ربحاً فهي لا تحتاج إلى رعاية في الزراعة كما أنها تعطي ثمارها بعد ثلاثة سنوات . وشجرة القات تشابه شجرة الشاي وهي بلا شوك ولها أغصان ناعمة وأوراق غضة ذات أعناق قصيرة، وكثيراً ما تشذب لتعطي أغصان رطبة ذات أوراق رقيقة وهذه الأوراق هي التي تقطف وتستعمل باسم القات (العيسوي ، 2005 : 28)

أمكن فصل ثلاثة مركبات قلبية من القات اثنين منها غير متبلورة هي الكاثينين (Catha nine) ولم يعرف خواصهما ، وترجع إليه فاعلية القات والكاثينين وهو قرين أحد مشتقات الإفردين (Ephedrine) أحد سلائف المنشطات والكاثينين ضئيل الأثر ويشبه الكوكايين في احتوائه نوعاً من المخدر ويحدث التتميل كما أنه يشبه الأدرينالين في تأثيره على الأوعية التي يضيقها الأمر يزيد في ضغط الدم من هنا أتى تأثير القات المنبه . كما أنه يشبه المورفين في إحداثه نوعاً من الخفة والنشاط إلا أنه خالي من القدرة على التخدير والتسكين ويقال يشد العضل ويقوي القلب ويحدث نوعاً من السرور والبهجة كذات الأثر الذي تحدثه الكحول . وقد أوضح الدكتور كيرفنجات (kervingat) في نشرة المخدرات الصادرة سنة 1959 م أبريل أن القات عادة لا يحدث إدماناً إلا أنه يحدث اضطرابات معوية شديدة وإمساك ونوع من البرود الجنسي لا سيما عند النساء وقد يكون هو أحد الأسباب الرئيسية في استعماله وتعاطيه في المجتمعات المحافظة . وكمل الدكتوران (D. V. Ayallu V.V.Miron) الأبحاث على القات في معهد لينين الطبي بموسكو وأوردا تقريراً عن آثاره يقول أول ما يبدأ المرء في مضغ القات واستحلابه يتأثر المتعاطي بتأثيرات غير مستحبة كالدوخة والتوهان والكلال ولضغط القلب مع آلام شديدة في المعدة ثم تتحول هذه الأعراض هذه الأعراض تدريجياً الي الشعور بالسعادة والراحة ويصبح المرء وكأنه يحلق في آفاق النعيم ويعتريه وضوح في التفكير وإحساس بالسعادة وبالشجاعة والقدرة فيطيب طبعه ويحسن مزاجه إلا أنه بعد ذلك يفقد شهيته للطعام وتخمد رغبته واهتماماته بأسرته وينتابه اضطراب في الجهاز العصبي والهضمي . ومع كل ما أورد في هذا المجال لا زالت كما ذكرنا أكثر من دولة لا تعتبر القات من ضمن المخدرات بل تعتبره من النباتات الضرورية للحياة اليومية كما في اليمن إذ يعتبر أداة وفاق اجتماعي فهو يجمع يومياً بين مجموعات من الأشخاص على مختلف درجاتهم وأعمارهم في جلسة هادئة في غرفة مستطيلة الشكل وفي الحائط نوافذ صغيرة مغلقة بزجاج ملون تطل هذه النوافذ على منظر الوديان والجبال المحيطة بالمنزل ويطلقون عليها) المنظر) أما إذا كانت الغرفة في الطابق الأرضي فيطلق عليها اسم "المفرج) عبدالمنعم ، 2003م : (28) .

ومن وصف الآثار التي وصفها متعاطي القات هذا يبدو واضحاً أنه يسبب بعض الآثار التي قد تكون آثار الاعتماد وقد ورد في كتاب الدكتور عمروشي أثر القات على الإنسان وهو يتطابق تقريباً مع ما أورده المتعاطين إثبات الباحثون أن للقات آثار منبهة وهو يدخل النبات ضمن العقاقير المؤثرة على النفس . ثم يستدرك الدكتور الغربي في دراسته الآثار الصحية للقات فيقول إن للقات آثاراً صحية سلبية تتطلب وقفة جادة أمامها وهنالك فترة زمنية قد تطول أحياناً قبل ظهور هذه الآثار الخطيرة ويستطرد الأمل هو أن نعمل جميعاً على تكثيف الدراسات حول القات لأنه يميل قنبلة تهدد المجتمع ونحن في غفلة أو تغافل منها) شوقي ، 1997:46 (.

وقد أفتى الشيخ حمزة الناشري اليمني 926 هـ بحرمته وكتب في ذلك منظومة ضمنها أضرار القات ومساوئه وكتب الفقيه أبو بكر بن إبراهيم المقرئ الحرازي اليمني 965 هـ رسالة في تحريم القات وصنف ابن حجر الهيتمي الرسالة التي ذكرها المصنف ذكر فيها الأدلة على تحريم القات وكتب الشيخ حافظ الحكمي (1377 هـ) منظومة بعنوان (نصيحة الأخوان عن تعاطي القات والشمة والدخان) . وقد اتفق العلماء المعاصرون على تحريم القات إذ صدر قرار المشاركون في المؤتمر الإسلامي العالمي لمكافحة المسكرات والمخدرات المنعقد في الجامعة الإسلامية بالمدينة المنورة - 30 / 1402/ 5 هـ وأقروا تطبيق العقوبة الإسلامية الشرعية الرادعة على من يزرع أو يروج أو يتناول هذا الخبيث (نجاتي ، 2005 م : 60) .

وللقات أضرار صحية ونفسية وجنسية تتمثل في الآتي :

- يمنع القات الشعور بالجوع فيصاب المرء بفقدان الشهية للطعام وبصاحب المتعاطي بالإمساك المزمن بسبب مادة التانين (Tannin) الموجودة في القات وبالتالي يؤدي إلي تجمع الغازات في الأمعاء وانتفاخ البطن مما ينتج عنه سوء تغذية .

- تكثر التهابات البلعوم واللوزات بسبب الإفراط في التدخين أثناء عملية التخزين وشرب الماء البارد وضعف مقاومة الجسم للأمراض بشكل عام .
- تنتشر الإصابة بالسل الرئوي بسبب الجلوس في أماكن مغلقة أثناء عملية التخزين بالساعات الطويلة مع الإفراط في التدخين مع أمراض أخرى .
- التعاطي المزمن للقات يقضي على الشعور بالتعب والجوع ويهدئ الاضطرابات العاطفية مثل القنب ثم تحد بعد ذلك حالة من التسمم مصحوب ببعض الأعراض مثل تمدد حدقة العين ، عرق بارد تشنجات - حساسية مفرطة وقد تؤدي حالة تعاطي جرعات متزايدة إلى الموت . والتعاطي المزمن للقات يخدر القوة الذهنية ويؤدي إلى البلاهة والجنون .

وتسبب مادة الكاثين الموجودة في القات للأرق الشديد للمتعاطي بحيث يمضي جزءاً كبيراً من الليل في حالة أرق شديد مترافق بشرود ذهني طويل وتخيم عليه حالة من الكآبة والحزن ولانقباض النفسي مما يسبب حالة من التوتر أحياناً بحيث يلجأ بعضهم إلى شرب الخمر لمعالجة حالة الكآبة ظناً منه أن ذلك سيجديه نفعاً ، وإن كان المرء من الذين يفرطون جداً في تعاطي القات ويواجهون مشاكل حياتية صعبة ومعقدة فإن تكرار القلق ولانقباض وقلّة النوم والتوتر النفسي والعصبي عندهم لفترة قد يدفع بعضهم إلى الجنون العقلي في بعض الحالات النادرة (بنكل ، 2009 م : 76) .

الكافيين :

يرفع الكافيين نسبة الدهون في الدم والسكر مما يؤدي إلى حدوث جلطة في القلب عند المتعاطين المسرفين كما يسبب الكافيين ارتخاء في العضلات اللاإرادية ولذلك يستخدم التيوفيلين لتخفيف نوبات الربو الشعبي ويعطل الكافيين إعادة امتصاص سوائل البول من الشعيرات الكبد وبذلك يزداد إفراز البول بسبب الكافيين والشعور بالنشاط والخفة والنشوة الحقيقية

ويخفف من خده الملل والتعب وعدم التركيز والنعاس ويؤدي استخدام جرعات كبيرة من هذه المواد إلى القلق النفسي والتوتر العصبي ورجفة اليد وإفساد المهارات الحركية والنشاط البدني العام (الشوكاني ، 1415هـ :) 170.

المهبطات - المثبطات Depressants

- المنومات (Barbiturates)

على مدار التاريخ اعتمد الناس على كل أنواع الاستطباقات والعلاجات حتى يستطيعوا النوم إلا أنه لم تكن هناك أي مادة مصنعة تسبب النوم بل اعتمدوا في بعض الحالات على النباتات البرية ذات التأثير البسيط الخفيف في المساعدة على النوم إلى أن تم اكتشاف حامض ذو خاصية منومة وقد كانت الصدفة وحدها هي التي أدت إلى اكتشاف (Bayer) للمنومات (Psychpetics) سنة 1863 م ولكن هذه المواد لم تستخدم في مجال الطب إلا من بداية هذا القرن مع اكتشاف الباربيتال (Barbital) أولاً ثم الفينوباربيتال (Phenobarbital).. وتاريخ استحضار الباربيتورات يرجع إلى قيام العالمين كونارد وتزاين (Conard & Tzaiet) عام 1882م بصنع أول مركب نتيجة اتحاد البولة مع حامض المالونيك سميها باربيتال (Barbial) استمر استعمال الباربيتورات على عقار آخر عدا الكلورال (Chloral Hydrade) غير أن هذا الاستعمال نتجت عنه عدة أضرار كبعض الاضطرابات النفسية وحالات التسمم ومحاولات الانتحار. وقد أثار ذلك جدلاً في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا في السنوات 1920 - 1994 بين مؤيدي ومعارضتي استعمال هذه المواد وبالرغم من أن أحداً لم ينكر في هذا المجال فاعلية هذه العقاقير من علاج القلق والتوتر العصبي والأرق وفعاليتها المضادة للتقلصات إلا أن ذلك لم يمنع المناقشين من الاعتراف بخواصها المسبب للإدمان وفي الولايات المتحدة في عام 1899م تم اكتشاف ما كان أساساً لتصنيع مئات من العقاقير المسببة للنوم وقليل من هذه العقاقير هي التي كان يمكن وصفها طبيياً ومنها (Tunial) و (Seconal) و (Amytal) واستخدامها أصبح مشاعاً وشائعاً وكان الاعتقاد إليها ذات فوائد طبية ونفسية إلا أنها أصبحت تسبب متاعب صحية من خلال تسببها للاعتماد وبالرغم من أن كل المنومات تسبب هبوطاً في الجهاز العصبي إلا أنها تختلف في آثارها وذلك فيما يتعلق بمادة الأثير ودرجة السمية وأكثرها تستعمل كمنوم فمسكن بحسب الغرض الذي من أجله أخذت (عيد ، 2005 : 232) .

المنومات يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مجموعات قصيرة ومتوسطة وطويلة .
أو قد تقسم كما أوردناها هنا ذات المفعول البطيء وذات المفعول المتوسط وذات المفعول السريع .

المنومات ذات المفعول البطيء :

تجعل الإنسان ينوم لعدة ساعات وهي تتفاعل أول الأمر بصورة بطيئة في جسم الإنسان وتسبب (Hangover)) وأضرارها الجانبية قليلة ولكن مع تكرار التناول يمكن أن تحدث في اليوم التالي .

المنومات ذات المفعول المتوسط :

ومفعولها يبدأ من حوالي 15 - 20 دقيقة ويستمر من ساعتين إلى ثمانية ساعات ولا تسبب (Hangover) وتوصف دائماً للأشخاص الذين يجدون صعوبة في النوم كما تستخدم لعلاج القلق والتشنجات وكمسكنات وتستخدم في بعض العمليات الجراحية. والخطورة التي عرفت في هذه العقاقير هي استعمالها في علاج الحالات المستعصية من القلق ذي التبادل الفعلي (Intractable) في حالات المرضى الذين كانوا قد أخذوا بالفعل جرعة من أي مادة منومة أخرى وبالمثل فهي نادراً ما تستخدم لعلاج حالات الأرق وهي أكثر عرضة للاستخدام الخاطئ(غانم ، 2005م، 54) .

المنومات ذات المفعول السريع :

تستخدم حقن وريدية في المستشفيات وهي في الغالب ما تفقد الإحساس كلية لفترة قصيرة أو قبل التخدير الكامل كما أنها تستخدم للسيطرة على حالات التشنج . كانت توصف بواسطة الأطباء خاصة خلال الخمسينات والستينات من هذا القرن ولم تكتشف خاصيتها الإدمانية وخطورتها إلا حينما سلب عليها الضوء من حالات الوفيات التي حدثت جراء الجرعات الزائدة في عام 1978م أكثر من 50% من الذين لقوا حتفهم في لندن كانوا ضحايا العقاقير المنومة وقد قل وصف المنومات الأخرى لاستخدامها وبدأ استخدام البنزوديازيبين (Benzodiazepines) وأصبح يفضل استخدامه في معظم الحالات نتيجة الاستخدام الطويل والذي قد يكون أكثر خطورة من إدمان الأفيون مع آثار انسحاب أشد لأن كميات كبيرة من المنومات قد تم إنتاجها وتوزيعها بالطرق المشروعة إلا أن الكثير منها وجد طريقه للسوق غير المشروعة وسهولة الحصول عليها على مستوى تزايد خاصة في السنوات الأخيرة والاعتماد عليها والتحمل تشابه تلك التي تحدث للمنومات متوسطة المفعول. وتعاطي جرعة صغيرة من الباربيتورات تجعل المتعاطي يبدو مسترخياً وفي حالة نفسية طيبة وتعاطي جرعات كبيرة تحدث ثقلاً في الحركة وبعض الترنج مع احتمال عدم القدرة على الإمساك بالأشياء مع الاستعداد للضحك أو البكاء وسهولة الإثارة وبلي ذلك نوم عميق وتؤدي الجرعات المتكررة في التعاطي المزمّن إلى حالة من الثبات مصحوبة برعشة ودوار (رضوان ، 2009م ، 54) .

إدمان و آثار الانسحاب للمنومات :

الاستعمال لفترة طويلة لهذه المواد تسبب الاعتماد الجسدي والنفسي وإذا توقف إمداد الشخص أو قل حجم الجرعة تنجم عنه آثار انسحاب جادة . بعد انتهاء مفعول العقار المأخوذ لإزالة الأرق أو لتسبب الارتياح أو النوم ينتاب الشخص رعشات ثم تزداد ضربات قلبه ويصاحب ذلك ارتفاع في حرارة الجسم ثم الشعور بالإعياء وربما إغماء وغثيان ودوخة مع تقلصات في العضلات ومغص معوي وقد تحدث نوبات هلوسة وتشنجات مما قد يحدث بالمخ تلفاً وقتياً وإذا لم يأخذ العقار تحت إشراف طبي قد يحدث الموت .المقدار المستعمل من العقار المنوم يحدث نتائج خطيرة ثم إذا تناوله بجرعة زائدة ويتوقف ذلك على نوع العقار وما إن كان هذا العقار قد أخذ معه في نفس الوقت عقار آخر وهنالك خيط رفيع بين استعمال العقار بإدمان وبين استخدام العقار بأمان وبين تسببه من ضرر قد يقضي إلى الموت وقد يكون الموت نتيجة عودة القي عندما يكون الإنسان مستلقياً على ظهره وربما يسبب نوم الشخص في مكان مكشوف الالتهاب الرئوي أو فقدان حرارة الجسم (شارلي 2002 : 41) .

ب- المهدئات : Tranquilizer

المهدئات الكبرى وهى مجموعة من العقاقير تعرف باسم فينوثيازين (Phienthiazine) وتستخدم أساساً في حالات العلاج النفسي كحالات انفصام الشخصية والهوس أو لازمة الجنون والخلل العقلي أو العته وهى هامة لمعالجة اضطرابات الأداء لدى الأطفال . والمهدئات الكبرى لا تسبب الاعتماد النفسي حتى لو تم تناولها لفترة طويلة . المهدئات تجعل الفرد في حالة استرخاء وهدوء دون الحاجة لإنامته أي أنها تصيبه بالخدر النعاسي ولكن معظمها يمكن أن يسبب النوم إذا أخذت على جرعات كبيرة . يمكن تقسيم المهدئات إلى قسمين ذات المفعول المتوسط وذات المفعول الطويل وبالرغم من أن هنالك مخاطر ينجم من الآثار الانسحابية إلا أنه في حالة المهدئات الخطورة أكبر في حالة تراكم العقار في الجسم وبالتالي يتسبب في آثار ضارة بالفرد إذا استعمل العقار لفترة طويلة . والفترة القصيرة تتراوح بين أسبوع إلى أسبوعين والجرعات القليلة التي يمكن وصفها للتخفيف من حالات القلق الحادة (سوف ، 1995م :61) .

الاعتماد والآثار الانسحابية للمهدئات :

البنزوديازيبين له تأثير اعتمادي خفيف على الجهاز العصبي ولكن التحمل يمكن أن يتطور بالتعاطي المنتظم ويمكن اعتماد شبيه بالاعتماد الذي تسببه المنومات ومثل هذه الاعتماد هو جسدي ونفسي وهو يختلف من شخص إلى آخر وآثار الانسحاب قد تحدث في كثير من الحالات بسهولة . وبعض الأفراد قد يعانون بشدة من أثر الانسحاب وقد تكون بالنسبة له على شكل قلق وكآبة واضطرابات نفسية ، والإنسان قد يواجه فجأة بالأعراض الأولى التي جعلته يتعاطى العقار وقد تستمر لأسابيع أو شهور وقد أجريت عدة مسموحات في إنجلترا لمعرفة المدى الذي وصلت إليه مشاكل الاعتماد التي ينجم عنها الاستعمال القانوني للبنزوديازيبين وقد قررت الإحصائيات أن حوالي 3,5 مليون شخص عرضة لخطر الإدمان (محمد ، 2004 : 45) .

المورفين Morphine :

هو من مجموعة الفينانثرين (Phenanthrene) وهو من المواد المسكنة لآلم (Analgesic) ويشكل المورفين من 8 — 15 بالمائة تقريبا من وزن الأفيون الخام وتختلف النسبة بحسب نوعية نبتة الخشخاش والمناخ الذي نبتت فيه والمعالجة الكيميائية. ويعتبر المورفين المادة الفعالة في الأفيون كما يعتبر أقوى مسكن لآلم عرفه الإنسان ورغم اكتشاف مواد كيميائية أخرى عديدة قد يكون لبعضها آثار المورفين أو أكثر إلا أن المورفين لا يزال يعتبر حجر الأساس في علاج الآلام الشديدة وتقاس فعالية المواد الأخرى المصنعة عادة من مشتقات المورفين بفعالية المورفين ورغم أن هنالك آلاف البحوث عن خصائص الأفيون والمورفين في جسم الإنسان على وجه التحديد والدقة في الجهاز العصبي حتى تم اكتشاف مادة الأينكفالين (Enkephalin) والأندروفين (Endorphin) والمورفينات الداخلية في جسم الإنسان وذلك في عام 1975م في إسكوتلندا بواسطة كوسترلتر (Coasterletz) وقد أدى

هذا الاكتشاف إلى فتح آفاق جديدة لفهم الجهاز العصبي وكيفية أدائه لعملية والأمراض التي تصيبه من جنون وقلق وكآبة . ولا يزال الأفيون و المورفين في الطب لمعالجة الآلام الشديدة الناتجة عن كسور أو جروح في الحروب أو الحوادث أو الحروق أو جلطات القلب أو الآلام الناتجة عن السرطان . وقاعدة المورفين وهي مرحلة من مراحل تحضير المورفين وهي عادة ما تحوى 60% من كلورهدرات المورفين 40% من قلوبات الأفيون الأخرى مثل الكودايين وبابافرين وغيرها وبعض الشوائب وقاعدة المورفين وهي عبارة عن مسحوق بني اللون يشبه النسكافية . ويعمل المورفين على نهاية الأعصاب الطرفية الحاملة للألم وعلى عقد الجزء الخلفي (Dorsal Root Ganglia) على المادة الهلالية (Substantial Gelationsia) الموجودة في النخاع الشوكي وعلى مسارات الألم إلى جذع الدماغ كما يعمل المورفين في مناطق مخية أخرى مثل الجهاز الجوفي المسئول عن العواطف وبما أن الألم يزداد حدة بشعور الخوف والقلق فإن المورفين يعمل على طرفين :

- تسكين الألم ومسارات الألم من الأعصاب إلى الدماغ المهاد .
- تهدئة الشخص وإعطائه شعوراً بعدم المبالاة , الجهاز الجوفي (Limbic System) ويقال أن متعاطي المورفين هو في الحقيقة لا يفقد الشعور بالألم كلية ولكنه لا يحس بمضايقة الألم له .
وايضاً يعمل المورفين على خفض كمية البروستاجلاندين الذي يزداد إفرازه نتيجة المادة المسببة للألم ثم يعمل على قفل بوابة الألم عند التشابك الموجود في القرن الخلفي للنخاع الشوكي كما يعمل ايضاً على خفض الألم من الأعصاب المنغصة التي تحمل الألم (Fibers Myeinated Adella) وهي المسؤولة عن النقل السريع للألم . ويعمل المورفين ايضاً على الإقلاع من إفراز المواد المهيجة التي تثير عوامل الخوف والقلق عند وجود الألم وبالتالي تزيد من الإحساس بالألم (النور أدرينالين / أدرينالين / الإستيل كولين) كما تغير من إفراز الدوبامين في الجهاز العصبي . ومتناول المورفين يفقد شهية الأكل نتيجة لذلك كما يؤثر على حدقة العين فتضيق جداً عند تناول الأفيون أو المورفين أو مشتقاته في حالات التسمم يعتبر ضيق حدقة العين من العلامات البارزة لتسمم المورفين على التنفس وعلى الجهاز الدوري والقلب والجهاز الهضمي والجهاز البولي والتناسلي كما يسبب في بعض الأحيان القيء والغثيان , كل ذلك إذا تم تناول جرعات منه تزيد من المعتاد أو كانت قوة احتمال الشخص المتعاطي له ضعيف . والمورفين عقار لا يوجد ما يفوقه من قوة تسكين الألم وإذا أخذ بالجرعات الطبية المناسبة قد لا يؤثر على الأحاسيس كالرؤيا والسمع والنطق والمذوق والأحاسيس الجلدية إلا بشكل بسيط جداً لكن زيادة الجرعة تؤدي إلى الهدوء والاسترخاء وعدم الميل للحركة أو التفكير ويشعر المرء بالنعاس وقد ينام سريعاً وأحياناً يشعر بالاكئاب والانزعاج أو يحدث عنده هيجان عصبي شديد وربما يشعر بالسعادة والانشرح والنشوة الوقتية في بعض الحالات وتخف حالات السعال إن وجدت

ويضيق التنفس بشكل واضح بسبب تنشيط المورفين للمراكز العصبية البصلية وتسترخي العضلات الملساء فتضعف حركة الأمعاء فيصاب المرء بالإمساك وبنه الشعور بالغثيان بالمقادير الصغيرة وقد يحدث القيء خاصة بعد الحقنة الأولى لكن هذا الشعور يبدأ بالتلاشي مع تكرار الحقن بينما تنشط مراكز القيء بالمقادير الأكبر ويزداد إفراز العرق بشكل واضح ويقل إدرار البول ويبطيء النبض وتتوسع الأوعية الدموية وينخفض ضغط الدم وتضيق حدقة العين بوضوح وتنقص إفرازات الصفراء والبنكرياس وكذلك الإفرازات المعدية والقضبية. والجرعة الطبية من المورفين 10ملغ فإذا أخذت بالوريد فإن تأثيره يبدأ فوراً و يبلغ أقصى درجته خلال ثلاثين دقيقة وإذا أخذت عن طريق الحقن تحت الجلد فإن تأثيرها يبلغ أقصى درجة في تسعين دقيقة ويستمر هذا التأثير أربعة ساعات إلى ستة ساعات، حيث يقوم الكبد بتحطيم المورفين عن طريق طرحه مع البول (رويحة ، 2009 : 436)

اكتشاف المورفين :

حتى نهايات القرن السادس عشر كان استخدام المخدرات وثمره الخشخاش قاصراً على استخدام العصارة المستخرجة من الكبسولة والأفيون الخام (Opinin Raw) والتي كان لها تأثير مختلف على المرضى حسب نوعية الأفيون ومصدر زراعته إذ تتوقف قوة فعالية الأفيون نفسه على المادة الفعالة في الأفيون الموجود في الأسواق وقتئذ . وكان الأطباء يشكون من فعالية بعض أنواع الأفيون وخطورة استعماله إذ كان يصل في بعض الأحيان مغشوشاً ومخلوطاً بمواد أخرى وكانت الجرعة المحددة لا تكفي أحياناً آخر لتكون زائدة في فعاليتها. وقد تنبه طالب صيدلية الماني الجنسية يدعي سرتونر(1783م — 1841م) إلى أن تهدة الآلام بواسطة الأفيون لا تتعلق بمقدار الأفيون المستخدم وإنما بمادة معينة لا بد أن تكون داخل الأفيون وهي المسببة أو التي لها دور في تسكين الألم . بدأ سرتونر عمله بإجراء عشرات التجارب بعد أن تمكن من حل الأفيون وإذابته في سائل حمضي ثم قام بتعديل السائل الحمضي بالنوشادر وقد حصل في أول الأمر على بلورات رمادية ثم استطاع بعد ذلك الحصول على بلورات بيضاء قام بتجربتها على كلاب الحي فتسببت في موت من جربها عليهم ثم قام بخفض الجرعة وجربها على القطط وأدى ذلك إلى إنامة القطط نوماً هادئاً غير مميت .سمى سرتونر بلورته البيضاء باسم مورفين نسبة لاسم مورفيس (Morpheas) إله الأحلام عند الإغريق وبعدها جربه على نفسه عندما أصيب بآلام الأضراس فسكن الألم ونام نوماً هادئاً . وفي عام 1933م قام الطبيب الانجليزي الكسندر وود (Elexander Wood) بتحضير المورفين بعد إذابته في شكل محلول يصلح أخذه عن طريق الحقن ولما كان المورفين مسكناً للألم قام بتجربته على زوجته التي كانت تشكو حينها آلاماً روماتيزمية حادة فاستراحت بعد تناول الحقنة وسكنت آلامها ونامت نوماً هادئاً مريحاً وبعد أن أفاقت من نومها وبعد حين عاودتها الآلام وتكرر الحقن وهكذا إلى أن أصبحت زوجة الدكتور وود أول

مدمنة للمورفين عن طريق الحقن ونظراً لخاصية المورفين في تسكين الآلام وإزالة الأوجاع المبرحة أنتشر استعماله على نطاق واسع خاصة أثناء الحرب الأهلية الأمريكية وأثناء الحروب الألمانية الفرنسية حيث كان يستخدم في تسكين آلام الكسور والإصابات البالغة وسط الجنود مما جعل الكثير من الجنود يدمنونه .(كمال، 2006، 312).

الهيروين Heroin:

بدأ العلماء والأطباء في البحث عن مادة أخرى يستعاض بها عن مادة المورفين لا يكون لها الأثر الإدماني بينما يكون لها نفس قوة المورفين في إسكات الألم وجلب النوم .

كان أول من حضر مادة الهيروين الدكتور رايت (Rright) من مستشفى سانت ماري في لندن وذلك في عام 1874م إذ تمكن الكيميائي رايت من استخلاص مادة ثنائي خلين المورفين (داي إستيل مورفين) بخلطة بحامض الخليك (البار، 2009 : 105)

في عام 1890م تمكن العالم الألماني دانك وارت (Dank Wart) من أن يحصل على ثنائي خلين المورفين بعد تسخين المورفين اللامائي مع كمية كبيرة من الكلوريد الإستيل (Choloride Acetyl) ثم قام هنريش ديرسر (H.Dirser) بالعديد من الدراسات الفسيولوجية لهذا العقار ونشر أبحاثه وقام بتسمية العقار (هيروين) وهى كلمة يونانية مشتقة من البطولة (Hero) وفي مقال آخر أن كلمة هيروين مشتقة من كلمة (Heroisch) وهى كلمة القاموس الطبي الألماني تعني الدواء ذو تأثير القوي حتى لو تم تعاطيه بجرعات صغيرة .وقد قامت شركة باير (Bayr) الألمانية بإنتاج المستحضر الجديد واحتكاره كما قامت بالدعاية له وترويجه في عام 1898م حتى انتشر استخدامه كمسكن لجميع الآلام وروج له بأنه أفضل من المورفين وقد وضع بعدها أن قوة واحد من الهيروين تساوى ثلاث ملغ من المورفين (غانم ، 2005 : 175).

وينشأ عن الهيروين ارتهان مما يجعله موضع اختيار كثير من المدمنين ولهذا السبب ولسهولة صنعه والاتجار به سرّاً أصبح الهيروين هو الذي يثير أكبر المشكلات الصحية العامة والاجتماعية ولغلاء أسعاره فهو يسبب المشكلات الاقتصادية وكما هو الحال بالنسبة للمورفين فإن الطريقة المفضلة لتعاطيه عند المدمنين هي الحقن في الوريد كما أن التعاطي الهيروين سواء أكان وحده أو ممزوجاً بالتبغ أو الباربيتورات هو أسرع العقاقير عرضة للإدمان . ويزيد التفاوت الكبير في النسبة الفعلية لعقاقير الشوارع (Street Level) من الهيروين وغشه بمواد أخرى من مخاطر المرض أو التسمم والموت بسبب الجرعات المفرطة (237 , 1990 Jadfe)) والهيروين تتعدد أنواعه ومسمياته حسب منطقة زراعته وإنتاجه وتصنيفه ودرجة تفاوته الآتي :

الهيروين الأسمر:

ينتج الهيروين الأسمر بطريقة صناعية لا تضمن التنقية ويكون الناتج أسمر اللون يتكون من قطع كبيرة صلبة تغلب عليه رائحة الخل القوية ولكنه لا يمكن

أن يضيف كهيرون رقم 3 أو رقم 4 ويشار له بكلمة هيرون فقط ويجب أن يصنف حسب صناعته إن كانت معروفة مثلاً هيرون مكسيكي وهيرون الشرق الأوسط وهيرون إيراني وعندما يكون مخففاً بدرجة كبيرة يشار إلى المخدر بوصف (Heroin Street Level). ويسمى الهيرون في تايلندا وبورما بالكوبرا ، النجمة ، الهلال الأفغاني رقم 707 ويسمى في الدول العربية والولايات المتحدة إتشن (H) وسماك (Smak) وستف (Stuf) وسكات (Scat) والنمر (Tiger) وهاري (Harry) والحصان (Horse) والكلب (Dog) والفيل (Elephant) والتنين (Dragoon) وفي مصر تم اكتشاف بعض المتاجرين بالهيرون غير النقي يخلطونه بمسحوق الجماجم والعظام البشرية . والهيرون أخطر مادة تسبب الإدمان أو الاعتماد عليه بعد ثلاث جرعات بالرغم من اختراعه واكتشافه كان بيد الأطباء وعلماء قصدوا أن يكون بديلاً للمورفين ألا أنه كان وباءاً على البشرية وقد بلغ به حدا الشؤم أنه كان أول مخدر يسبب الإدمان للأجنة في بطون الأمهات وقد سجلت حالات كثيرة لمواليد خرجوا إلى الدنيا وهم مدمنون للهيرون ، لذا بدأت حملة واسعة ضد استخدامه وبدأ منعه في كثير من دول العالم وعندما ضجت الدول من انتشار الهيرون ولما حاولت منظمة الصحة العالمية عام 1950م منع استخدام الهيرون كلياً في المجال الطبي احتج الأطباء البريطاني على ذلك وأصر على أنه من حق الأطباء أن يصفوا الهيرون لمرضاهم دون أي قيود ، إلا وان توالى النشرات والاتفاقيات في هذا المجال والندوات أظهر جلياً للعيان مضرار الهيرون وتسببه للإدمان فبدءوا يتراخون من تشددهم إلى أن وقفوا صفاً واحداً مع المنع (كمال ، 2006 : 92) .

الكحول Alcohol

نستطيع أن نقول دون جزم أن الخمر أقدم عقار استعمله البشر على نطاق واسع واستمر استعماله إلى يومنا هذا . وعلماء الجيولوجيا يخبروننا بأن إنسان ما قبل التاريخ كانت لديه المكونات أو المركبات الضرورية كي يصنع شراباً في العصر الحجري الحديث (Neolithic) حيث كانت تستخدم بعض من الأنواع المشروبات المسكرة هذه كجزء من الطقوس الرسمية. كذلك فإن الخمر كانت لها مكانة خاصة لدى قدماء الإغريق الذين انغمسوا في الشرب بإفراط خلال طقوسهم واحتفالاتهم الصاخبة والدينية كذلك فإنه من المعتقد أن قدماء المصريين كانوا يفضلون البيرة (Beer) بينما هنالك أدلة على وجود كثير من الحانات المكتشفة بالموقع الأثرية في الإمبراطورية البابلية . يقال إن الإنسان استعمل العسل كمسكر منذ عام 800 ق.م وخمر التوت وشرب خمره منذ عام 650 ق.م كما قام الأطباء في العصر السومري بوصف البيرة حوالي عام 2100 ق.م في الدساتير البدائية التي وجدت منقوشة على ألواح الطين .وقد ورد ذكرها أيضاً في أوراق البردي الفرعونية عام 1500 ق.م كما وصف الأطباء المصريين في تلك المرحلة النبيذ والبيرة في 16% من صفاتهم تقريباً وتحتوي الأدبيات السامية المنقوشة بالخط المسماري والمكتشفة حديثاً

في منطقة (إوغاديت) بسوريا والتي يعود عهدنا إلى الكنعانيين في مرحلة سابقة لمرحلة الكتاب المقدس . وردت إشارات كثيرة لاستعمال السائل (الخمير) للأغراض الدينية والمنزلية . وقد وردت سيرة الخمير أيضاً في القرآن الكريم في حديث صاحبي يوسف عليه السلام في السجن ودخل معه السجن فتيان قال أحدهما إني أراني أعصر خميراً . وفي سفر التكوين (التوراة) ورد أن الخمير صنعت من الكرم حينما زرعتها (توما) وشرب بعد ذلك الخمير وسكر حتى نام بلا غطاء في خيمته . والمسيحية أيضاً تورد أن السيد المسيح قد حول الماء إلى خمير (نبيذ) في أول معجزة من معجزاته . نظراً لمفعول الكحول في ذلك الوقت على رجل الدين والكاهن والعراف والقساوسة والطبيب البلدي في اليهودية وغيرها ولأنها كانت تقود إلي مرحلة الوجد المرغوبة أو الهياج العصبي الخفيف فقد فهمت هذه المشروبات خطأ وتوهما إنها تعود للآله والأرواح الخارقة كما نظر للنبيذ على أنه رمز لدم الحياة وبهذا المعنى الروحي تحول النبيذ فعلياً إلى قربان في المسيحية . وهكذا انتشر استعمال الخمير بشكل واسع منذ الأزمنة السحيقة وخاصة في الطقوس والممارسات الدينية والوثنية في علاج الأمراض التي كانت شائعة وقتها والسجلات الحية للحضارتين الرومانية والإغريقية واللوحات المرسومة والأساطير توضح أن استعمال النبيذ كان شائعاً كثيراً بين الناس من كل الطبقات وأن ما يسمى بالخمير (ديوديز او باخوس) كانت الأكثر شعبية لكن الأدب الإغريقي لم يفتقر إلى التحذير من التأثيرات الضارة للإفراط في الشرب في تاريخ الصين أيضاً ذكر أن عدة جهود بدأت السيطرة على شرب الخمير أو منعه كلياً ولكنها لم تكن فعالة إلا حينما عولجت بالدين والمعتقدات وأصبح الوازع الديني ردع مجتمعي وقد جاء وصف الخمير في البوذية والهندوسية . وأول من أظهر تعبير الكحول كمصطلح كان عام 1846م على يد السويدي ماكنوس هوس (Macnos Hoos) أما التعريف الطبي للكحول فهو إنها المرض الناجم عن الشرب المزمن بإفراط . والتعريف الفسيولوجي للكحول هو : الحاجة الدائمة لجرعات متزايدة من الكحول لإحداث التأثير المرغوب فيه بالإضافة لحدوث متلازمة الحرمان إذا توقف المرء عن الشرب . وتعاطي الخمور يزيد من تحمل الشخص للمخدرات الأخرى بشكل عام وهذا يفسر تحمل المدمن في شراب الكحول بكمية أكبر من المخدر العام إذا أجريت عملية جراحية له وهذا ما يعرف علمياً بظاهرة التحمل التداخلي التحمل المتصالب.

أيضاً يعرف لوريل هورتن في كتابه أساءة استخدام الكحول (Alcohol Abuse) الكحول بأنها لا شك مخدر وهي المخدر الأكثر انتشاراً بين المراهقين والكبار على حد سواء وكمعظم المخدرات نجد أن الكحول يحتوي على عدد من الآثار الجانبية القاتلة والمميتة والشئ المؤكد على وجه اليقين هو أن الذين يتعاطون الخمور في سن صغير هم الأكثر عرضة للانغماس في

مشكلات ذات صلة وارتباط بتعاطي هذه الخمور بما في ذلك الإدمان والتسمم الكحولي) الخطيب ، 2008 ، 19) .

الخمير في اللغة :

جاء معنى الخمير في اللغة أنها ما خامر العقل وصاحب القاموس عرف الخمير بأنه ما أسكر من عصير العنب أو الشئ اعم ثم ذكر أن العموم أصح لأنها حرمت وما بالمدينة من عصير العنب وما كان شرابهم إلا البسر (البلح الني) والتمر.

وكلمة السُّكر والمسكرات مترادفة للخمر والمسكر هو ما حصل به السُّكر والسُّكر نقيض الصحو. قال في قاموس : سكر كفرح سَكراً وسكراً وسُكراً وسكراناً نقيض صحا وقد حقق معنى السُّكر جماعة من أهل العلم فمنهم من قال هو الطرب والنشوة ومنهم من قال هو زوال الهموم وانكشاف السر المكتوم . وحكى عن مالك : إذا تغير تغير عقله عن حال الصحة فهو سكران . وأما الحنابلة فالسكران عندهم هو ما يخلط في كلامه وقراءته ولا يعرف رداءه من رداء غيره ولا نعله من نعل غيره ويسقط تمييزه بين الأعيان وقال القاضي أبو يعلى في كتابه الأحكام السلطانية 270: حد السكر هو الذي يجمع بين اضطراب الكلام فهماً وإفهاماً وبين اضطراب الحركة مشياً وقياماً فيتكلم بلسان منكسر ومعنى غير منتظم ويتصرف بحركة مختلط ومشى متمايل . وجاء في المعجم الوسيط : السُّكر غيبوبة العقل واختلاطه من الشراب المسكر وقد يعتري الإنسان من الغضب أو العشق أم كلثوم : هل رأى الحب سكارى مثلنا أو القوة أو الظفر يقال : أخذه سكر السباب أو المال أو السلطان أو النوم . ثم ذكر إنها سميت خمراً لأنها تخامر العقل وتستتره وهي مشتقة من كلمة الخمار الذي يحجب وجه المرأة ومعنى آخر أنها تركت حتى أدركت واختمرت أو أنها تخامر العقل أو تخالطه وجاء في معناها : هي كل مسكر مخامر للعقل مغط عليه ، وخمر الشهادة كتمها وخمر وجهه : غطاه واخمر : توارى وخامر الشئ خالطه وخامر العقل داخله وخامره أي دخل جوفه (هيئة الامم المتحدة، ٢٠٠١ م) .

والخمير هي الأشرية التي بها كمية من الكحول أو الغول في أصل اللغة العربية ما ينشأ عن الخمر من صداع وسكر ولأنه يغتال العقل وقد نهى الله سبحانه وتعالى عن خمر الجنة هذه الصفة فقال : بيضاء لذا للشاربين لا فيها غول ولا هم عنها ينزفون) الصافات 46 — 47) .

وأول من اكتشف الغول (الكحول) هم الكيميائيون العرب . ثم ترجم الإفرنج عنهم الكلمة فنقلوها إلى لغتهم فصارت (Alcohol) الكحول والغول . الكحول هو اسم عام يطلق على جملة من المركبات الكيماوية لها خصائص متشابهة ومكونة من ذرات الهيدروجين وهذه المركبات تدعى الغولات أو الأغوال (أبو زيد ، 1998 : 22) .

أما الخمير في الاصطلاح الفقهي وهو ما جاء في كتب الفقه الحنفي (الني من ماء العنب إذا غلا واشتد وقذف بالزبد (القذف بالزبد قيد يثبته الإمام أبو حنيفة . أما صاحبيه فهما يعتبران عصير العنب خمراً إذا غلا واشتد سواء قذف

الزبد أم لم يقذف لتحقيق معنى الإسكار فيه . وبمثله قال الظاهرية والزبدية وبعض فقهاء المالكية عرف الخمر بأنها ما أسكر وخامر العقل . وفي مذهب الأمامية جاء في كتاب الخلاف أنها عصير العنب الذي أشد وأسكر وكذا كل مسكر من الأشربة يسمى خمراً يدل على هذا القول رسول الله صلى الله عليه وسلم إن من العنب خمراً وإن من الشعير خمراً ومن العسل خمراً ومن الزبيب خمراً ومن الحنطة خمراً ومن التمر خمراً وأنهاكم من كل مسكر ويؤكد ذلك قول صلى الله عليه وسلم كل مسكر خمر وكل خمر حرام . وقد سئل الرسول الله صلى الله عليه وسلم عن المرز (شراب يتخذه أهل اليمن من البسر) وتعني (المريسة) وعن التبغ شراب من العسل قال فيها : كل مسكر حرام . رواه البخاري ومسلم . ولما كان قليل من الخمر يدعو إلى كثرة لذا لزم أن يدار التحريم على كون الشأن فيها الإسكار لا وجود الإسكار في الحال وهذا على عكس ما جاء في الموسوعة والمسيحية إذ يمكن أخذ القليل بل تتم الدعوة أخذ القليل لتقوية الروابط الاجتماعية إلا أن المدينتين تحرمان أن يصل إلى السكر . إطلاق الخمر على كل مسكر هو اتجاه الكثير من المذاهب الفقهية وهو اتجاه جمهور الفقهاء فهم يرون أن سائر المسكرات تأخذ حكم الخمر في كل الوجوه سواء من حيث التحريم أو العقوبة أو من حيث الانتفاع . الإمام احمد وأبو داؤود روي عن مالك عن الأشعري أنه سمع النبي صلى الله عليه وسلم يقول : ليشربن أناس من أمتي الخمر ويسمونها بغير أسماءها والخلاف في المصدر التحريم وهل لكل مسلم أم بالنسبة للمتخرج من العنب والباقي ثبت بحرمة بالقياس الذي اقتضته وجود العلة المشتركة بين المنصوص عليه وغيره وهو على الإسكار ويمكن أن يكون موجوداً في أي شيء وعلى هذا فكل مسكر حرام إما بالنص أو بالقياس ولا خلاف في أصل التحريم . وقال ابن شبرمة : ونبذ الزبيب ما أشد منه فهو للخمر والطلاء نسيب واستمر الحال عليها حتى بعد تحريمها في بعض مجالس الأمراء وغيرهم . وقال الأصمعي : دخلت على الرشيد وهو في الفرش منغمس كما ولدته أمه . فقال لي يا أصمعي من أين طرقت اليوم؟ قلت : اجتمعت , قال : وأي شيء أكلت عليها ؟ قلت سكباجة وطهاحة , قال رميتها لا بحجرها (النجمي، 2000 : 32) .

وفي الهندوسية يفرقون بين السورا والسوما ، فالأخيرة تعتبر عصيراً مشروباً مفضلاً في الطقوس الدينية لديهم وبعض المؤرخين كانوا يرون أن مشروب السوما شرابٌ مسكراً باعتباره من عصير النباتات المخلوط مع الحليب وبعض المكيفات , كما يسمونها أهل الشمالية (الشربوت) أو الدكاي وما بين العرقي باللغة الدارجية يستخدم الناس الأول وهو في شكل عصير في كثير من المناسبات إلا أنه حينما يترك لتخمير يصير خمراً ويدخل في دائرة المحرمات التي إن أسكر كثيرها فقليلها حرام والهندوسية من المعتقدات التي تتعامل مع السكر وشرب الخمر بكل قسوة ففي كتب الحكم (Aphorism) والأرتاشاسترا وغيرها من الكتب الهندوسية تعبير أن عقاب من

يتناول السورا أن تسخن وتصب في أنفه . وفي مكان آخر أن من يتناول السورا ستسخن وتصب عليه في الجمجمة وأكثر من ذلك إن أراد الهندوسي أن يستخدم إناء كان يستعمل في تعاطي السورا عليه أن يصوم اثني عشر يوماً حتى يتسنى له استخدام الماعون مرة أخرى.

ويعتبر شراب ال (Bourban) من أصل امريكي وقد أنتج عقب الثورة الأمريكية ضد الاحتلال البريطاني بوقت قصير جداً وحينما توفر هذا المشروب بكثرة وأصبح متاحاً أمام كل الناس تحققت المستعمرات الأمريكية المستقيمة من الأخطار الكامنة في سوء تعاطي الخمور فعاقبت مستعمرة فرجينيا السكاري والتأديب والتوبيخ والاستنكار الذي كان يتم في الخفاء وبصورة شخصية بحتة في المرة الأولى وكان إذا ضبط الشخص في المرة الثانية وهو سكران فإنهم يلجأون للتوبيخ والتأنيب الجماعي والعلني أمام الجمهور وهو أمر كاد أن يكون مأخوذاً من الديانة الإسلامية التي تعني بالجلد وهو نوع من الإهانة وهو أشد وقعاً من التأنيب أمام الجمهور . أما في المرة الثالثة فكان يحبس لمدة 12 ساعة في مخزن للماشية بالإضافة إلى إجباره على دفع غرامه مالية . ومن خلال تاريخ الولايات المتحدة نجد المشروبات الكحولية أو المسكرات شربت واحتفي بها على أنها منحة من الآلهة كما هو واعتقد في الديانة المسيحية إلا أن الديانة المسيحية تتحدث عن الكميات القليلة غير ذات التأثير المسكر على الإنسان . كما أنها لُعنَت باعتبارها شراباً للشياطين وحركة الاعتدال وضبط النفس فيما يتعلق بالمسكرات والولايات المتحدة تعكس بموضوع الغموض العام تجاه هذه المشروبات التي أسست هذه الحركة كمجهود دفاعي يدعو للاعتدال في الشراب إلا أنه بانتشار بشكل كبير وبازدياد حالات الإفراط الزائدة في تعاطي الخمور غيرت الحركة هدفها ولم يعد بعدها الاعتدال في الشراب هو الأساس ولكن الامتناع النهائي عنه في الولايات المتحدة والآن تنتشر أندية الكحوليين المجهولون (A.A) وفي عام 1971م برز اتجاه جديد للمنع لما يسببه شراب الكحول من مآسي وما ترتب عليه من جرائم وتدمير للشباب إلا أن تجربة الماضي جعلت الكثيرين ويتخوفون من سن قوانين المنع وتم الاكتفاء بتحديد سن التعاطي بأكثر من 21 عاماً إضافة إلى منع قيادة السيارات أثناء السكر وجعلته عنصراً مشدداً في العقوبات وفي أوائل الثمانينات احتج الكثيرون من الشباب من الفئة العمرية بين الثامنة عشر والعشرين وساندتهم بعض المنظمات بحجة أنه طالما حدد الدستور الأمريكي قوانين الانتخابات في التصويت وممارسة الحق عند بلوغ الثامنة عشرة وهي سن النضج لابد من السماح لنفس الفئة العمرية بتعاطي الكحول أسوة بالآخرين وتم تعديل الفئة العمرية مرة أخرى من الثامنة عشر إلى أن أعلن الرئيس الأمريكي (ريجان) مرة أخرى رفع السن المسموح به بالتعاطي لما فوق 21 عاماً وهكذا تأرجحت مشكلة الخمر في الولايات المتحدة بين المنع والحظر ورفع الفئة العمرية ثم إنزالها مما يدل على أن هنالك مشكلة حقيقية يعاني منها المجتمع الأمريكي . وفي أفريقيا أيضاً الذرة

والدخن والموز والعسل وغيرها في التخمير ولصناعة النبيذ والبيرة ومن أشهر منتجاتهم بير الكافير ونبيذ الصامر (كمال ، 2009 : 188) .

أنواع الخمور:

بشكل عام يمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات :
الخمور المعروفة باسم الأنبذة وهى التي تصنع من تعفين أو تخمير الفاكهة أو الأعناب تنبعث منها رائحة كريهة وهى دليل التخمير.

النبيذ :

يستخرج من تخمير الفاكهة التي تحتوي على السكريات وخاصة العنب لذلك فالأنبذة كثيرة ومتنوعة وتختلف نسبة الكحول فيها من نوع إلى آخر منها النبيذ المر والحلو والأنبذة المشهية والمزجية -كوكتيل وغيرها وبشكل عام تتراوح نسبة الكحول في الأنبذة ما بين 8% إلى 21% والنبيذ الحقيقي بنسبة 7% إلى 12% والنبيذ في السابق لم يكن يعرف بأنه خمر لأنه كان ماء ينبذ منه- يوضع الرطب والزبيب وبعض الفواكه المجففة وهو ما يسمى ببلاد الشام النقع .

الشري :

ويستخرج من العنب بعد التخمير وبعض الحبوب الأخرى ونسبة الكحول تتراوح ما بين 19 إلى 25%

البيرة :

تستخرج البيرة من تخمير الحبوب وخاصة الشعير بعد أن يتحول النشاء الذي يحويه إلى السكر وتختلف في مذاقها بحسب المادة التي تصنع منها وطريقة الصناعة ونسبة الكحول فيها من 2% إلى 4% المصنوعة من الشعير أما الحبوب الأخرى فتصل من 4% إلى 6% هنالك أنواع أقوى في اليابان حيث يصنعون شراباً يسمى السيكا أو الساك ويسمونه نبيذ الأرز ولكنه في الواقع عبارة عن بيرة تم تحضيرها بطرق ماهرة بحيث تصل نسبة الكحول فيها حوالى 14% وربما تصل إلى 17% وهنالك مشروبات الشوتشر الياباني ونسبة الكحول فيه تصل إلى 25% (فايد ، 2005 م ، 90) .

الخمور المقطرة المشروبات الروحية :

تستخرج المشروبات الروحية من تقطير المشروبات العادية السابقة أي تخمير الثمار أو الفاكهة أو الحبوب ومن ثم تقطر وتعالج بطرق خاصة بكل نوع وهى مشروبات متعددة تختلف قليلاً أو كثيراً فيما بينها من حيث مذاقها ونسبة الكحول فيها ومنها .

العرق :

يستخرج من تقطير خمر العنب بنسبة كحول 50% وفي السودان يستخرج العرقي من البلح والذرة وبعض الحبوب الأخرى حيث تضاف إليه في بعض الأحيان قليل من الإيتورفين ما يسمى ببنج الحصين وهو أقوى من المورفين بأربعين مرة أو يضاف إليه الكربون داىوكسيد من حجارة البطارية الجافة أو أوراق شجر النيم الجاف .

الوسكي :

يستخرج من تقطير خمر الحبوب كالشعير أو البصل وغيرها الوسكي الايرلندي يصنع من البطاطا والاسكتلندي من الشعير الأمريكي من الشوفان والذرة وجميعها بنسبة 45%- 55% ..

الشمبانيا :

تستخرج من عصير التفاح ومن ثم تقطيره ونسبة الكحول 18%

الرم :

يستخرج من تقطير خمر قصب السكر أو خمر العسل الأسود وتختلف فيه نسبة الكحول حسب المعمل المنتج وفي الغالب ما تكون النسبة من 45 إلى 55 % .

البراندي :

وهى مشروبات روحية تم مزجها أثناء صنعها مع السكر وبعض المواد المعطرة ومواد ذات النكهة كاليانسون والنعناع وغيرها ويحتوى عادة على حوالي 50% كحول إيثيلي الكحول الفعالة الموجودة في الخمور كلها الكحول الإيثيلي وتحديداً الإيثانول وهو ما يختلف تماماً عن الكحول الميثيلي المحضر صناعياً من تقطير الخشب لأن هذا الأخير سم زعاف ويسبب تناوله أضراراً كثيرة جداً وبالغة الخطورة مثل العمى والهذيان وغيرها . تخمير الفواكة والحبوب يؤدي إلى نسبة كحول إيثيلي تعادل تقريباً 45% والمعامل المتجة تتحكم في الزيادة المرغوبة برفع نسبة الكحول . والخمور تحتوي على مقادير أخرى ضئيلة من أنواع أخرى من الكحول مثل الكحول الميثيلي والكحول البروميلي والكحول البويثيلي والكحول الأميلي بالإضافة إلى ما يسمى بالمجانسات (Congeners) كـ بعض الحمضيات والألدهيدات والإستيرات والـكيتونات وحمض التينكس (Tennics) وقد تحوي أيضاً على عدد من المواد اللاعضوية بما فيها الفيتامينات والمعادن (عرموش, 2001, : 192)

ماذا يفعل الجسم بالكحول :

يطراً قليل من التمدد البسيط على الخمور بمجرد دخولها إلى الفم ثم تتمدد بشكل فعلي في المعدة وهى الأداة المركزية التي تتلقى الأطعمة والمشروبات لتطعمها أولاً وعندما مع عصارتها ومع ما تحويه من طعام وشراب وبما أن مادة الكحول لا تحتاج إلى هضم فإنها سرعان ما يتم امتصاصها في الدورة الدموية إذ يتم امتصاص قسم قليل منها عبر جدار المعدة ويمر معظم الكحول عبر البوابة والفتحة التي تصل بين المعدة والأمعاء الدقيقة , حيث يتم امتصاصه بسرعة إلى الدورة الدموية. ومعدل امتصاص الكحول دائماً وفقاً لنوعية المشروب ومقدار نسبة الكحول فيه

والفترة التي يستغرقها الشراب أو ما إذا كانت المعدة الشارب فارغة فإن ذلك قد يسبب تشنج البوابة مما يعيق مرور الشراب إلى الأمعاء الدقيقة وبالتالي يبطئ معدل امتصاصه وسرعته والحالة المزاجية للشارب أيضاً تؤثر على معدل الامتصاص . والسوائل الكحولية مثل العرقي والكونيال والوسكي تحول دون امتصاص المعدة لعناصر الأطعمة والأغذية التي تدخلها لأن الكحول من شأنه أن يجمد أو تصلب المواد البروتينية واللحم إذ يمتص منها الماء فيصعب هضمها كما تفعل ذلك المادة السكرية . وتطرح عبر عمليات الاستقلاب التي تتم في الكبد أكثر من 90% من إجمالي الكحول بينما تطرح جزء من الكمية المتبقية بواسطة البول فعندما يمر الدم الجاري عبر الكبد حاملاً معه الكحول فإن إنزيماً خاصاً يسمى نازعة الهيدروجين (ADM) وهو إنزيم يحتوي على التوتياء ويوجد في الكبد يقوم بقلب جزئ الكحول إلى الألدheid الخلي إلى خلات يدخل معظمها في الدورة الدموية وهناك تتأكسد وتتحول إلى ثاني أكسيد الكربون) هيرالد، د.ت : 24).

أثر الخمر على جسم الإنسان :

تؤثر الكحول على الجهاز العصبي تأثيراً ذا طورين مع التركيز المنخفضة جداً أي عند بداية الشرب أو لدى شرب كمية بسيطة يمكن أن يقوم بدور مثير أو محرض لبعض الوظائف ولكن تزايد التركيز أي الاستمرار في الشرب يصبح مثبطاً للجهاز بشكل متواصل حتى يصل مرحلة التركين والخبل والسبات فهو في مراحل الإثارة يتجلى بالعلامات المعروفة من الشعور بالخفة والنشوة وتبدلات في المزاج في بادئ الأمر ثم يتلو ذلك في مرحلة لاحقة : هبوط في النشاط العصبي وفي مرحلة متقدمة من مراحل الشرب يفقد المتعاطي الضوابط والمواقع الاجتماعية ويتجاوز حدود اللياقة ويقدم على أعمال أو يتفوه بكلمات يخجل منها كل إنسان في الحالة العادية وهو نفسه لا يفعل ذلك الفعل إلا تحت تأثير الخمر (زايد , 1989 :) 39 .

مضاعفات إدمان الكحول :

جهاز الهضم : التهاب مزمن في أنسجة الفم والبلعوم والمرئ — التهاب في الغشاء المبطن للمعدة خاصة والأمعاء الدقيقة والغليظة تساعد على حدوث قرحات المعدة والإثني عشر عند السليمين . كما يؤدي إلى مضاعفات القرحة عند المقروحين وإلى التهاب غدة البنكرياس , وسوء التغذية ينتج عنه أمراض كثيرة تتعلق بسوء التغذية ونقص الفيتامينات والمعادن , تساعد على حدوث سرطانات في البلوم والمريء والمعدة والإثني عشر والأمعاء والكبد . الدكتور الغوابي يذكر في كتاب الطب والإسلام : أنه بمجرد تلامس الخمر لسطح الفم يترتب عليه تهيج إفراز غدد اللعاب ويزيد ذلك من إفراز عصير المعدة مثل تأثير الطعام إذا لامس اللسان إلا أن هنالك فارق كبير بين تأثير الطعام وتأثير الخمر فالخمر تزيد من تدفق العصير ولا تؤثر في إفراز خميرته التي تساعد على الهضم وهذه العصارة الناشئة عن تأثير الخمر تعجز عن تحليل المواد الزلالية وهضمها كما أنه يسبب تهيجاً للمعدة . تقول شرلوك لا يوجد أي شك

في أن التليف يصيب مدمن الخمر أكثر من غيره ففي مقابل كل شخص مصاب بتليف الكبد من غير المدمنين نجد 6 من 8 أشخاص من المدمنين مصابين بالتليف الكبدي.

- الجهاز العصبي : الخمر يؤثر على الجهاز العصبي للإنسان لأنه يتكون من مواد دهنية بروتينية ودهنية فورية والكحول لها خاصية الاتحاد مع هذه المواد وتذويبها والخمر يؤثر على الجهاز العصبي تخديراً وتثبيطاً وأول ما تتأثر به هي خلايا القشرة من المخ . ويذكر غلوش أن الكحول تحدث تأثيراً منبهاً أول الأمر إذ تتسبب في تمديد الأوعية الدموية التي تتصل بالمخ وبسطها مثل ما يفعل بالأوعية الأخرى التي تتصل بالجلد وبذا تزداد كمية الدم التي تنطلق خلالها فيحدث التنبيه الوقتي الذي يشعر به السكارى ولكن هذا التنبيه لا يلبث أن يتلاشى سريعاً كما يتلاشى إحساس الجلد بالدفء والحرارة وكذلك وهنا يتولى الخمول والكسل والجمود على المخ فيتلبد الإحساس والشعور وتضعف تبعاً لذلك قوة ضبط المخ لعمل العضلات وتتأخر الرسائل التي يرسلها المخ أو يتلقاها من الحواس وتصبح هذه الرسائل غامضة غير واضحة وهذا يفسر حالة السكارى وهم يمشون الشارع يتمايلون .

- الدماغ : يصاب الدماغ بمضاعفات خطيرة كحدوث سكتة دماغية وجلطة دماغية أو حدوث نزيف دماغي أو حدوث شلل عصبي عام في كامل الجسم ينتهي بشلل مركز ومن بعدها الموت .

- التهاب الأعصاب المحيطة : نقص فيتامين ب المركب الذي يحدث عند مرضى الكحول يشكو المريض من الإحساس بالخدر والتنميل في كفيه مع ضعف الإحساس فيهما كما تضعف عضلات القدمين والساقين .

- عصب الإبصار : يضم عصب الإبصار عند مدمني الخمر وهذا ما يسمى بالضمور الكحولي الذي قد يؤدي إلى حدوث العمى في كثير من الأحيان .

- القلب وجهاز الدوران : تتضرر عضلة القلب بشكل واضح بسبب نقص فيتامين B المركب وتضطرب نظم القلب ويصاب بالهبوط كما يرتفع الضغط الشرياني وتكون احتمالات المرض بالجلطات الدماغية أو القلبية كبيرة المريض تصاب الرئة بالتهابات متكررة , يصاب البلعوم واللوزات بالتهابات مزمنة تشتد أحياناً وتزداد نسبة الإصابة وتحدث الوفاء فجأء .

- الغدد الصماء : يؤثر تعاطي الخمر بشكل فعال على الغدد الصماء وعملها وينتج عنه مضاعفات كثيرة تكون واضحة على المدمن مثال ذلك ضعف الخصيتين في الرجال والمبيضين عند الإناث كما يسبب زيادة نشاط الغدة الدرقية وغدة الكظر , ونقص السكر في الدم أهم مضاعفات إدمان الخمر .

- الكبد والكليتين : من وظائف الكبد تطهير الجسم كله من السموم التي تدخل إليه من الخارج أو تتكون فيه من الداخل وذلك بإخراج هذه السموم مع البول ومن أهم وظائفه تخزين الأغذية ليمد بها الجسم وإفراز الصفراء إلا أن الخمر تصيبه (بفيروز الكبد) أي الالتهاب الكبدي ويسميه بعضهم عرض شارب الجن كما يصيبه بالتهاب في أليافه بما يسمى تليف الكبد أو يصيبه بأورام خبيثة وباستحالة خلاياه إلى شحم يباعد بين الكبد وبين أداء وظيفته في تخزين

الأغذية حيث تتحول خلاياه تحولا دهنيًا ينتهي به إلى التلف وكثيراً ما يتضخم الكبد بسبب هذا التحول تضخماً خطيراً له أسوأ الأثر على الجهاز الرئيسي في الجسم) ريان ، 2010 : 98 .

مضاعفات الكحول العقلية والنفسية :

- اضطراب الذاكرة : ما يسمى بنوبات التعتيم (Black Outs) ذهان كورساكوف والتهاب المخ من نوع فيرينك :يصيب هذان المرضان مدمني الخمر بسبب النقص الشديد في فيتامين ب المركب . أهم أعراضه بعد ظهوره فجأة دون سابق إنذار على شكل خلط ذهني بين الأشياء والذكريات وترنج أثناء المشي وإصابة أعصاب الساقين بالتهاب وشلل في أعصاب العين .
- الخرف الكحولي : تضمر خلايا المخ عادة بسبب إدمان شرب الخمر ويتصف فيها المصاب بالنسيان وضعف إمكانية التركيز وعدم الاهتمام بالأناقة والنظافة وتأخر رد الفعل والانفعال وتدهور في شخصية بشكل عام .

- الهلوسة الكحولي :هلوسات سمعية ومعتقدات وهمية بحيث يسمع طينياً في أذنيه أو يسمع أصواتاً تحدثه بمواضع مختلفة وبأساليب متنوعة ويعتقد أنه مضطهد مظلوم وبأنه مستهدف شخصياً وتتأبه حالة تشبه الفصام . يصاب المدمن بنوبات من الرعب والكآبة الشديدة والقلق وهى الحالة المعروفة بأسم المناخوليا وكذلك الفصام الشخصي والهلوسة الحادة وارتعاش واختلاج في العضلات وخاصة عضلات اليدين والوجه وتكون هذه الارتعاشات لا إرادية وفجة وقد تقود إلى الإصابة بالجنون الوقتي وفي هذه الحالة يفقد الشخص جميع قدراته على التحكم في نفسه ويجد نفسه مدفوعاً بقوى قاهرة تدفعه دفعاً إلى المزيد من الشراب وكلما زاد في الشراب زاد السعير الذي يتأجج في داخله حتى يفقد الوعي ويدخل في غيبوبة عميقة قد يفيق منها وقد لا يفيق وقد تصل حالة كثير من المدمنين إلى مرحلة الجنون الكحولي ويكون المريض في هذه الحالة أشبه ما يكون بحالة السكران الذي وصل إلى مرحلة السكر البين وجاوزها إلى مرحلة السكر الطافح

-اتهام الشريك بالخيانة :انتقال الخمر بين الوعي واللاوعي تتأبه ثورة من الغضب لأتفه الأسباب إذ يتصف سلوك الفرد بالشك والظن في شريكه لمجرد إيماءة أو فعل أو تصرف يظن معه أن شريكه يمارس الخيانة فيثور لأتفه الأسباب . يذكر لوويل هودتون أيضاً أن تعاطي الكحوليات المخدرة يتسبب في التدهور في التحصيل الأكاديمي وفي الوصول بشريحة لا يستهان بها من أفراد المجتمع إلى نوع من السلوك العدواني والمخرب الذي يتسبب في كثير من المشكلات بين الأسر مع الأصدقاء وأكثر من ذلك أنه يصل بالفرد إلى الخراب الاقتصادي (عبدالله ، 2004م : 23) .

بيلادونا (ست الحسن) :

وهو عشب من الفصيلة الباذنجانية له جذور سميقة تخرج منها أفرع هوائية تحمل أوراقاً خضراء داكنة بسيطة وأزهاراً محمولة على أعناق منحنية والثمار لينة سوداء صغيرة وعصيرها شديد السمية والنبات عامة يستخدم لعلاج نوبات الربو والنزلات الشعبية والمغص المعوي والسعال الديكي، ومن تأثيراتها أنها

تعمل على اتساع العين ولمنع التصاق القرنية أو العدسة في حالة التهابها كما أن السيدات الإيطاليات كن يضعن قطرة من عصير النبات في عيونهن ليولد فيها لمعان وبريق ولم يكن يعبان بالغشاوة في نظر التي كانت تصحب ذلك . وكل أجزاء التبات سامة فهو يسبب ارتفاع درجة الحرارة فيصبح الجلد حاراً يابساً ومتورداً ثم يولد غشاوة في البصر ويسبب الهلوسة . وقد اسم النبات من جزئين بيلا بمعنى جميلة ودونا بمعنى سيدة وهما كلمتين إيطاليتان لذا سمى النبات بست الحسن .

داتورة بنج:

وتسمى بالطاطورة أيضاً (Thrn Apple) وهو من الفصيلة الباذنجانية في الحقول المهملة في جميع أنحاء العالم ومنها البلاد العربية ومن ضمنها السودان وهو عشب حولي كربه الرائحة ويحتوي على قلويد الداتورين وهو عبارة عن خليط من الأتروبين والهوسيامين كما يوجد به مركب الإسكوبالامين الذي يستخدم في التخدير الجزئي عند الولادة . يستعمل العقار كبديل للبيلادونا لإراحة عضلات الصدر في حالات الأزمات الصدرية في لفائف ، والداتورة لها بعض التأثيرات المنبهة لخلايا الجسم (الرشيدي 2008 :165)

السيكران (Henbane):

ويسمى (السيكران - الشوكران - بنج الفلزلز) وهو من الفصيلة الباذنجانية وموطنه الأصلي الجزيرة العربية ومصر والسودان وليبيا ويزرع اليوم في كثير من الدول العالم بينما يقوم عشوائياً في أغلب المناطق وخاصة في السودان . وهو عشب ثنائي الحول بمعنى أنه ينبت مرتين في العام وأحياناً حولي أو معمر تغطيه شعيرات رائحته كريهة يحمل أوراقاً كبيرة بيضاوية ومقصفة أو متكاملة وأزهار بنفسجية غامقة والبتلات ذات عروق أرجوانية والثمرة تحتوي على بذور سوداء . كان البابليون يستعملونه بكميات قليلة لتخفيف آلام الأسنان كما كان معروفاً أيضاً بكونه مولداً للنوم والهلوسة . يحتوي على عدة قلويدات منها الهيلوسيامين والسكوبلامين والأتروبين وقد جاء ذكره في تذكرة داوود كما يلي : (البنج هو السيكران وهو يختلف حباً أسود وأصفر وأحمر وكلها في أقماع وهو بارد يابس يسكن الصداع المزمن وآلام المغص والنقرس وعرق النساء إذا طبخ بالخل وأوراقه تذهب الحمى شرباً ووجع الأسنان تغرغراً بالخل وهو يخلط العقل) . وفي الطب الشعبي تسخن الأوراق وتوضع على العين لزوال الآلام ويرجع استخدام السيكران في الطب إلى قديم الزمان فقد ذكره المصريون في أوراق البردي التي يرجع تاريخها إلى 180 ق.م وذكر سقراط وابن البيطار ووصفه ديسقوريدس بصفة جلبية كدواء . وتسبب المادة السامة فيه شللاً في العضلات فتشل السيقان والأذرع أولاً ثم عضلات الصدر فتجعل التنفس أمراً صعباً وقد سقاه الإغريق القدماء لسقراط حينما حكموا عليه بالموت عام 377 ق.م ويقال أن سكان اليونانية كانوا يشربون كأساً من السيكران السام حينما يتقدم بهم العمر وكان الرومان على علم تام بالسيكران السام (زهرا ن .1977م : 56) .

أرجيمون (Prickly Poppy) :

وهو من فصيلة الخشخاش ويسمى بالأرجمون مكسيكانا وهو نبات عشبي ينبت عشوائياً وحولي له عصارة صفراء اللون ويصل ارتفاع النبتة إلى 90سم أوراقه شائكة الحواف تحيط بالساق الأزهار مفردة طرفية جميلة لونها أصفر والثمرة عبارة عن علبة شوكية تفتح عند قمتها وتحوي عدداً من البذور الصغيرة .يحتوي النبات على قلويدات بريدات (Berberine) وسانجنارين (Sanginaring) وبروتوبين (Proptopine) ويكون تركيزها عالياً في البذور وهو من النباتات السامة وطعمه غير مستساغ ولذلك فإن حالات التسمم فيه قليلة غير أن الخطر يكمن في اختلاط بذور هذا النبات مع بذور أخرى كالقمح أو الفول المصري وعند أكلها فأنها تسبب الصرع ونوعاً من الهلوسة (كمال . 2006م :80) .

الزعفران (Saffron) :

مادة دهنية تستخرج من ميسم (Srigam) زهرة نبات الزعفران الحمراء المعروفة علمياً باسم (Crocus Sativus) ويستعمل الزعفران في إصلاح الطعام كجوزة الطيب وفي الطب الشعبي وكمادة ملونة ويستخدم الزعفران كمخدر (Sedative) وقد ذكر الملك المظفر ملك اليمن) في كتابه (المعتمد في الأدوية المفردة خصائص الزعفران النباتية والطبية وذكر أنه يهيج الباءة ويساعد على الهضم ويذهب الغازات ويساعد على تعذر نزول المشيمة والزائد على الجرام سم قاتل . يمنح الشخص مادة مخدرة حتى وإن كانت بدون مقابل أو بمقابل ولم يرتضيها لأي سبب من الأسباب ويتنازل عنها , فالقانون يطال المتنازل حتى إن كان تنازله من غير مقابل مادي تجعله مخالفاً للقانون طالما لم يتصل بأي من أجهزة العدالة (عبدالمنعم , 2004 : 176).

المخدرات ووهم الجنسي :

يعتقد الكثيرون ممن يتعاطون الحبوب المنشطة أياً كانت أنها تزيد من قدرتهم الجنسية أو تقوى من هذا النوع من النشاط وهي بالفعل تثير في البداية النشاط الجنسي ثم ما يلبث أن يصاب المتعاطي بالضعف بعد طول استعمالها . وقد ساعد هذا النشاط بعض المتعاطين على الاعتماد الخاطئ بقدرة العقاقير على إحداث المتعة الجنسية بما تحمله من إطالة لفترة الجماع وعلاج بعض المشاكل الجنسية الخاصة بسرعة القذف أو ضعف الرغبة الجنسية أو بإزالة التوتر والقلق عند عملية الممارسة . وكثير من الغارقين في عالم المخدرات الجهاز التناسلي والأمر يتعلق بما يحدثه العقار انهباطية على خلايا الجنسية ومن قبل ذلك على الخيال والإدراك الجنسي الذي يكون مصدره العقل والذي يتعرض بدوره للتلف من جراء التعاطي المسرف للمخدرات (يعتقدون في ذلك دون وعي منهم وإدراك ولا يدركون أن للمخدر أياً كان بعد طول استعمال آثاراً سلبية (شوقي , 1985 : 12)

تري الباحثة أن ما يحدث للمتعاطي من تهيج جنسي في بداية التعاطي لا يستمر طويلاً حتى تصاب الخلايا الجنسية بالضمور والضعف بعد فترة من

الاستخدام ويصبح الشعور أو الإحساس بعد ذلك مجرد عارض سيكولوجي أكثر من كونه تأثير فارماكوجيا على الأعضاء التناسلية ذاتها .
وقد أسفرت نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في كل من هونج كونج

وبانج وبانجكوك عام 1964م عن الآتي :

1- إن التخدير الجزئي الناجم عن تعاطي المخدر يجعل الرجل غير واعي أو غير مدرك تماماً لعملية الجماع الجنسي حيث يكون تفكيره متقطعاً وغير مركز الأمر الذي يطيل زمن الجماع وهو ما يطلبه الرجل يرضى أثنائه جنسياً ويشعر هو الآخر باحترام رجولته .

2 - أن الحالة النفسية التي تظهر نتيجة التعاطي على المخدرات تكون واضحة في فقدان السيطرة على تقديـر الزمن والمسافة والمساحة الأمر الذي يعتقد معه الرجل أن عملية الجماع الجنسي قد استمرت ساعات طويلة هي في الحقيقة الأمر لم تتعد دقائق معدودة .

3- إن الأحلام الكاذبة واللذة المصطنعة تترك بصماتها واضحة على عملية الاتصال الجنسي ويعتقد متعاطي المخدرات أنه في أعلى مستوى اللذة (زبور ، 1999 : 48) .

أسباب تعاطي المخدرات ودوافعها .

توجد عناصر وعوامل متعددة تمثل في مجموعها أبعاد ظاهرة تعاطي المخدرات , بعض هذه العوامل يتعلق بالفرد , وبعضها يتعلق بالبيئة التي يعيش فيها بكل ما فيها من مؤثرات , ومن خلال إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات والبحوث التي تناولت أسباب ودوافع تعاطي المخدرات ويمكن استخلاص بعض هذه الأسباب على النحو التالي :

- سلبية الذات وانخفاض مستوى الطموح لدى الفرد وعدم الثقة بالنفس .
- الشعور بالاكتئاب والعجز وافتقار الإحساس بالأمن النفسي .
- عدم قدرة الفرد على إقامة علاقات وثيقة بالآخرين .
- قسوة الحياة وتفكك القيم الاجتماعية السائدة .
- كثرة الأوهام والخوف واختلال القدرات العقلية .
- الاعتقاد الخاطيء بأن المخدرات تساعد على تحمل مشاق العمل ، أو استخدام الطلاب لها بدوافع السهر للاستذكار .
- حب الاستطلاع حيث يلجأ بعض الشباب إلى تعاطي المخدرات بدافع الاستكشاف .

- كثيراً ما يصبح رفاق السوء سبباً قوياً من أسباب تعاطي المخدرات فالرغبة في التقليد تدفع الكثير من الشباب لتعاطي المخدرات إما بدافع المجازاة ، أو الرغبة في التفاخر والمباهاة .
- قد تدفع الأمراض المزمنة أو المؤلمة صاحبها إلى استخدام العقاقير المخدرة لتسكين الألم .

- تلعب المشاكل الأسرية دوراً مهماً في تعاطي المخدرات , حيث تزيد نسبة تعاطي المخدرات لدى الأبناء داخل الأسر المفككة المتصارعة ، والتي تعاني من انفصام في العادات الأسرية ، وانعدام رقابة الوالدين .

- من الأسباب والدوافع التي تؤدي بالأفراد إلى تعاطي المخدرات هو عدم إحساسهم باحترام الكبار لهم وبالتالي فهم يهربون إلى المخدرات من باب تأكيد الذات.

- قد تكون الأمراض العقلية سبباً في تعاطي المخدرات , حيث يلجأ المريض إلى العقاقير المخدرة لمحاولة العلاج لما يعانيه من أعراض وعندئذ يصبح الإدمان عرضاً سطحياً لمرض عقلي مزمن.

- توفير العقار فكلما كان الحصول على العقار سهلاً أو ثمنه منخفضاً ارتفعت نسبة التعاطي.

- سوء الحالة الاقتصادية وعدم الحصول على عمل مناسب وانتشار الفقر والبطالة.

- الإحباط الشديد الذي تعجز قدرات الفرد عن مواجهته, وبالتالي يعتبر تعاطي المخدرات وسيلة للهروب من حقائق مؤلمة.

- أساليب تربوية فاشلة في تكوين ذات ناضجة لدى الفرد نتيجة اضطراب العلاقات الأسرية واختلال الدور الاجتماعي للفرد (النجمي , 2000 : 65) .

النظريات والاتجاهات المفسرة لتعاطي المخدرات :

تتعدد الآراء والنظريات والاتجاهات التي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات , ولأنها ظاهرة متعددة الجوانب فقد تناولها العديد من الباحثين كل حسب اهتمامه وحسب رؤيته التي يستند إليها في تفسيره لاختلالات السلوك واضطرابات الشخصية , وترى الباحثة أن كل وجهات النظر التي تفسر سيكولوجية المتعاطي تنطوي على جزء من الحقيقة دون أن تستأثر واحدة منها بالحقيقة الكاملة لذلك تحاول الباحثة أن تعرض وجهات النظر هذه بشئ من الإيجاز وعلى النحو التالي :

التعاطي من وجهة نظر التحليل النفسي :

أشار فيصل إلى أن نظرية التحليل النفسي ترى أن تعاطي المخدرات هو النكوص والرجوع إلى ممارسة أنواع من السلوك القديمة , أو العودة إلى الاقتناع بأفكار كان يمارسها الفرد في مرحلة حياته المبكرة , وهي نتيجة عدم استطاعته تقبل الحياء الواقعية , فالمتعاطي يشعر بالسعادة أثناء تعاطيه العقار لأنه يستأثر منطقة شبقية في الجسم وهي الشفاء والفم , وأن تعاطي المخدرات هي اندفاعات مرضية , والباعث وراء هذه الاندفاعات هو الحاجة إلي الحصول على شئ لا يضمن مجرد الإشباع الجنسي وإنما يضمن أيضاً الشعور بالأمن , فتعاطي المخدرات عموماً يقع في دائرة مغلقة عواقبها وخيمة , لان التعاطي لا يصبح كافياً لإشباعه نفسياً فيستمر في التعاطي سعياً وراء هذا الإشباع الذي لم يصل إليه (العشماوي , 2009 : 68).

ويوضح الميلادي بأن متعاطي المخدرات في وجهة نظر التحليل النفسي يتصف بثلاث صفات هي (الانهباطية , الانطوائية , والانسحابية) وهذه الصفات ترجع إلى علاقة المتعاطي النرجسية بذاته, ويرجع التحليل النفسي مصادر هذه السمات الثلاث إلى المرحلة الفمية المتأخرة (ستة شهور إلى سنة) فعندما تتحدد صراعات المرحلة الفمية المبكرة تضطرب علاقة الحب بالكراهية تجاه

الأم بحيث يمتزجان امتزاجاً كبيراً وتصبح العلاقة بالألم مزدوجة الاتجاه , ولذلك يشعر الطفل بأن مشاعره ليست ملكاً له بل هي جامحة لا يضمن اتجاهها فكل حب تجاه الأم تعقبه نوبة من الكراهية وكذلك الحال إذا ما شعر تجاهها بالكراهية ولذلك تظهر دورات الانهباط الشديد والهوس بحيث تعد كل دورة مشعلاً للدورة المضادة فعندما يكون على صدر أمه ويشع +رغبته يكون في حالة من المرح والسرور تصل إلى البهجة والهوس , وإذا ما أبعد عن صدرها انتابته حالة من الاكتئاب والانهباط لفقدان موضع الحب , وفي الحالة الأولى يكون منبسطاً راعياً في الاتصال بالعالم مطمئناً إلى مشاعره , أما في الحالة الثانية فيكون انطوائياً راعياً عن الاتصال بالعالم غير ومطمئن إلى مشاعره . والمتعاطي في حالة صحوة شخص منطوي يبعد عن تأثير العالم عليه ولا يعطى له اهتماماً , وفي انطوائه يعبر عن كراهيته ونفوره من العالم وتفضيل ذاته على الآخرين , لذلك يقوم التخدير بإعطائه نوبة من الهوس وعودة للاتصال بالعالم معرباً عن رغبة فيه , أما الانسحابية فهي المظهر الثالث للعلاقة النرجسية بالذات , فانسحاب الطفل إلى تخيلاته يعني أنه يفضل أن يتعامل مع أمه المتخيلة عن أمه الواقعية , وبالتالي فإن التعاطي هو ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والخلاص منه كما يحدث تلقائياً لدى مرضى الهوس والاكتئاب (الميلادي, 2004 : 29) .

يشير عادل إلى أن المتعاطي وفق نظرية التحليل النفسي عبارة عن شخص يعاني من نقص في قدراته على التعامل مع العالم ومن عجزه عن تقبل المثيرات ومن ضعف في إمكانياته في الاستجابة مما يدعو إلى كف تأخر هدف المثيرات عليه , ولكنه تحت تأثير العقار ينقلب حالة فيصبح قادراً على التعامل مع العالم ومتمكناً من تقبل المثيرات وتزيد قدرته على الاستجابة أي تقبل حاجاته إلى الكف , فالعقار وسيلة المتعاطي في رفع الكف , فالمتعاطي الذي يعجز عن الاستجابة المرنة للعالم هو شخص يكف رغبة داخلية للاندماج في العالم من جانب ويخاف العالم لأنه يحرك فيه هذه الرغبة لذلك فهو يقوم بإعاقة العمليات النفسية التي تتحرك في ذاته لكي يندفع إلى العالم) عادل, (2003 : 213)

وتؤكد فرويد على أن مفهوم التعاطي عن نفسه التحليل النفسي لا يساوي شيئاً لوجود القلق المستمر لديه , فإن العقار يبني له جسوراً للتغلب على هذا القلق عن طريق انسحابه من التفاعل الاجتماعي , فقد يستمر في مهنته أو وظيفته ولكنه لا يعتمد عليها في إحساسه بقيمة حياته, إن القيمة الأساسية يستمدّها من عالمه المغلق وإشباعاته الذاتية التي يستطيع بها أن ينفصل تماماً عن العالم المحيط به (فرويد, 2000 : 73) .

من خلال العرض السابق لوجهة نظر التحليل النفسي في تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات, ترى الباحثة أن التعاطي هو حالة انتقال الفرد من الواقع المحيط الفاشل للذات إلى حالة تخيلية وهمية عن طريق التخدير , حيث أن المتعاطي عن طريق التخدير يستطيع تجاهل فقدانه لموضوع الحب ويظل

بعيداً عن مشاعر الحرمان طالما كان قادراً على الاستقرار في التعاطي , لذلك فإن الفرد المتعاطي وفقاً لهذا المنظور يتسم بعدم الشعور بالثقة ولديه حالات إحباط متكررة وشعور بالحرمان . وانخفاض شعوره بالأمن النفسي .

التعاطي من وجهة نظر الطب النفسي :

أن الطب النفسي الحديث أصبح يهتم بالصورة الدينامية لشخصية المتعاطي وجوانبها النفسية باعتبارها أساسية لفهم عملية التعاطي , كما يستخدم من أجل الوصول إلى هذا الفهم كثيراً من أساليب علم النفس وأدواته التي يستخدمها في القياس والتشخيص , ويطلق على هذه المعالجة الحديثة اسم الطب النفسي الدينامي , والطب النفسي يرى في تعاطي المخدرات مشكلة من حيث هي مرض من أمراض الشخصية واضطرابات (كمال , 1998 : 23) .

التعاطي من وجهة نظر نظرية التعلم :

أشار العيسوي إلى أن أصحاب نظرية التعلم يرون أن الشخص يشعر بالهدوء والسكينة , والاسترخاء عندما يشرب خمراً أو يتعاطى مخدراً مما يدفعه إلى تكرار فعل ذلك عدة مرات , ومرات مقبلة ليحصل على الشعور بنفسه , ومع الاستمرار في التعاطي تصبح النفس والجسم بحاجة إلى المزيد من المواد المخدرة ويجد نفسه متعوداً عليها , إذ أن مع يحدث للمتعاطي هو أنه يتعلم بواسطة سلوكه أي أنه كلما تعاطى مخدراً زال توتره وهمومه وهو ارتباط شديد يضعف تدريجياً , لهذا فهو يزيد من الجرعة كي يحصل على التأثير نفسه الذي كان يحصل عليه في بداية التعاطي (العيسوي 2005 (43):

التفسير النفسي و الاجتماعي للتعاطي :

أن علم النفس الاجتماعي يهتم بمبدأين أساسيين في هذا الشأن هما : الذات والدور الاجتماعي للفرد, فالذات هي بناء أو تكوين اجتماعي يعبر عن وجهة نظر الفرد , وأن الذات ناتجة من خلال التفاعل الاجتماعي فنعرف من نحن بملاحظة ردود فعل الآخرين لسلوكنا , وقد وصف الذات على أنها متقلبة ومتغيرة , أما المبدأ الأساسي الثاني فهو الدور الاجتماعي , ويعتبر هذا الدور حيوياً في تشكيل الذات وتحديدها , فمعظم علماء النفس الاجتماعي يعتقدون أن لدور الاجتماعي أنماط سلوك متوقع , وفي الواقع فإن الأدوار الاجتماعية تجعل المجتمع متجانساً , ويؤدي الأفراد عدداً مختلفاً من الأدوار , وهذه الأدوار تعكس وتشكل مفهوم الذات عند الفرد , ولقد أدلى لندسمث (Lined smith) بأول نظريات علم النفس الاجتماعي عن تعاطي المخدرات التي تحتل فيها الذات مكانة مركزية , وقد ذكر أن المتغير الأكيد الذي يفصل بين الذين يتعاطون المخدرات والذين لا يتعاطونها هو الطريقة التي يفسرون بها العرض الانسحابي , ويقول لندسميث إن الدافعية لأخذ المخدرات تتغير فجأة , فلم تعد الدافعية الأساس في البحث عن السعادة بل تجنب أعراض الانسحاب (الطبشي , 1986 : 29)

من جهة أخرى أوضح الجوهري أن السلوك المنحرف يعبر عن انتهاك القواعد التي تنظم العلاقات الاجتماعية , وأن فقدان المعايير وصراع القيم

الفردية مع قيم المجتمع يؤثر على سلوك الأفراد ويدفعهم نحو فقدان التوازن الاجتماعي والاتجاه نحو الانحراف بشكل واضح , كما قد يؤدي التغير المفاجئ في القيم إلى اتجاه أفراد المجتمع نحو ممارسة بعض ألوان السلوك المنحرف وتعاطي المخدرات(الريبات, 2001 : 278)

أن تعاطي المخدرات قد يكون بديلاً لتفادي الحرمان والإحباط أو أنه نشاط تعويضي لإعادة التوازن بين القصور والعجز من جهة والإنجاز والعمل من جهة أخرى , كما أن سوء فكرة المتعاطي عن نفسه وإحساسه بأنه منبوذ وإنه غير مرغوب فيه حسب فكرته عن نفسه تجعله يميل إلى عدم الاكتراث بالأمر المحيط به ويتسم بالسلبية والفضل .

مما سبق يتضح أن كافة جهات النظر المفسرة للتعاطي تشير إلى أن تعاطي المخدرات هو مفر وهمي من الواقع المتمثل أمام المتعاطي الناشئ عن عدم قدرته على تحمل الواقع الذي يود إزالته بواسطة تعاطي المخدرات , فمشاعر الخوف والقلق والشعور بعدم الأمن , والضغوط النفسية من شأنها أن تدفع الفرد إلى البحث عن المفر الوهمي من الواقع , كما تشير بعض التفسيرات إلى أن المتعاطي هو شخص يشعر بعدم التوافق الاجتماعي وعدم إشباع الحاجات الاجتماعية من حيث عدم القبول والرفض الاجتماعي الذي يشعر به , كما تفترض بعض النظريات أن تعاطي المخدرات سلوك متعلم يتعلمه الإنسان بشكل متتابع . وفي النهاية تستنتج الباحثة من كل هذه الآراء المفسرة لمتعاطي المخدرات بأن كل نظرية تفسر بعض دوافع التعاطي وعندما تتكامل هذه النظريات فأنها يمكن أن تصل إلى نظرية متكاملة تعطينا تفسيراً كاملاً لهذه الظاهرة .

الخصائص السلوكية والنفسية لشخصية متعاطي المخدرات :

كشفت البحوث والدراسات المتعلقة بظاهرة تعاطي المخدرات أن هناك مجموعة من الخصائص السلوكية والنفسية التي يتصف بها متعاطي المخدرات ومن أبرز هذه الصفات كما أشار إليها الركابي ما يلي :

- عدم النضج والسلبية وعدم استقلال الشخصية .
- أملاك مستويات عالية من الطموح غير مستندة على أسس واقعية .
- السلوك العدواني للمجتمع والمتمثل في الثورة ضد أخلاقيات المجتمع التقليدية وعدم القدرة على تحمل المسؤولية الاجتماعية .

كما أشار الركابي إلى عدد آخر من السمات النفسية والسلوكية لمتعاطي المخدرات منها:

- الشخصية الانطوائية : حيث يكون الشخص خجولاً , شديد الحساسية , يهرب من الناس ومن المجتمعات لأنه لا يقدر على مواجهتهم , ويحاول اللجوء إلى مادة تزيد الحواجز بينه وبين الناس فيقع في دائرة تعاطي المخدرات .
- الشخصية السيكوباتية : التي تأتي أفعالاً لا اجتماعية ولا أخلاقية مثل السرقة والقتل والاعتصاب الخ

- الشخصية القلقة : أو التي تتسم بعدم الصبر , والاستثارة السريعة , وعدم النضج الاجتماعي والتعجل في الأمور (الركابي , .) (79 : 2009)

مما سبق تتضح أهمية الأفكار والمشاعر التي يكونها الفرد عن نفسه , وتقدير الفرد لقيمه كشخص , وهو ما يعرف لمفهومه عن ذاته الذي يتحدد من خلال خبرات الفرد واحتكاكه بالبيئة التي يعيش فيها , ومدى تأثره بالأحكام التي يتلقاها من الآخرين من ذوي الأهمية في حياته , ويعبر مفهوم الذات عن الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه سلباً أو إيجاباً , وتساعد في تقييم نفسه حيث يعبر عما لديه من آراء وأفكار ومعتقدات ومشاعر واتجاهات تؤثر في مختلف نواحي حياته , كما تتضح أهمية الشعور بالأمن النفسي من خلال إحساس الفرد بالثقة والطمأنينة والحماية لوجوده في بيئة تشجع حاجاته من الحب والاستقرار , وشيوع مناخ من الألفة والدفء العاطفي والمودة والتعاون والتسامح بينه وبين المحيطين به , مما يحقق شعوره بالأمن النفسي .

من خلال الدراسات التي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات أن دراسة عبد الله (2006) حول "المشكلات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية" ودراسة عتيق (2005) حول "آثار تعاطي المخدرات على الفرد والأسرة والمجتمع" أمكن تحديد بعض الخصائص السيكولوجية والنفسية لمتعاطي المخدرات وهى على نحو التالي :

- قلة الاستعداد لدى بعض الشباب من متعاطي المخدرات للاستقلال والاعتماد على النفس , حيث يعتمد بعض الشباب على الوالدين في توفير متطلباتهم وتلبية رغباتهم المادية والمعنوية حتى بعد سن النضج .
- اضطراب الشخصية لدى بعض الشباب من متعاطي المخدرات وهذا ربما يرجع إلى حالات التنشئة الأسرية الخاطئة بسبب جهل الوالدين , وانخفاض مستوى تعليمهم , وبالتالي فإن معظم أساليب التربية داخل الأسرة تتميز بالقسوة والضييق الزائد للسلوك , أو تعتمد على عوامل التدليل والمعاملة المفرطة , وانخفاض الرقابة والإهمال , مما يسبب حالة فراغ لدى الشباب ويدفعهم نحو الانحراف وتعاطي المخدرات.
- انخفاض المستوى التعليمي والتحصيل الدراسي لدى بعض الشباب من متعاطي المخدرات , حيث كان معظمهم يعتمد على الأخوة والأقارب في إنجاز الواجبات المدرسية أو في الامتحانات النهائية .
- فراغ الفكر والغزو الثقافي الذي يعاني منه عدد من الشباب الناتج عن عدم قيام مؤسسات المجتمع كالأسرة والمدرسة والمسجد والإعلام بدورها على الوجه المطلوب , مما نتج عنه شخصيات ضعيفة ليس لديها أفكار واضحة عن ذاتها أدى بها إلى القلق والخوف والاضطراب فأصبح شخصيات غير قادرة على تحديد حاجاتها وطموحاتها وأهدافها في الحياة تتسم بسهولة الانقياد نحو الانحراف بجميع أنواعه وتعاطي المخدرات على وجه الخصوص .
- تتسم أغلب شخصيات متعاطي المخدرات بالضيق والتوتر النفسي نتيجة عدم الحصول على أعمال مناسبة , وعدم توافر الدخل المناسب الأمر الذي أدى إلى الهروب من الحياة بأساليب مختلفة ومن بينها تعاطي المخدرات (عبد الله , 2006 , عتيق , 2005 : 66) .

يعتبر العامل النفسي أهم العوامل المهيأة للتعاطي، فمعظم المتعاطين يقدمون على هذه التجربة نتيجة لعجزهم عن التوافق النفسي الذي تتمثل مظاهره في ضعف الشخصية والعجز عن الاستقلال، والميل إلى السلبية والعدوان، وضعف المهارات الاجتماعية اللازمة لإقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، وكذلك الإصابة بمرض نفسي أو عقلي، أو مواجهة خبرات الفشل العاطفي أو الدراسي. فقد أثبتت بعض الدراسات أن بعض المصابين بالاكتئاب أكثر عرضة للإدمان بغرض التخلص من أحزانهم (فايد ، 2005 : 312).

وقد أوضحت دراسة درويش (1984) المذكور في السوابق ، أن المدخنين يتصفون بقدر أعلى من القلق والتوتر والانفعال المتطرف واختلال الرضا عن النفس وضعف القدرة على التحكم في الذات والارتفاع على مقياس الميل إلى الجريمة، وهذا يعني أن لديهم استعداداً مرتفعاً لارتكاب السلوك الإجرامي ومخالفة القانون.

وأشارت دراسة عكاشة (1976) وهي مرجع قديم إلى أن شرب الكحوليات يزيد بين الأشخاص الذين تتصف شخصياتهم بسمات الخجل الشديد، والنقد الذاتي المستمر، والشعور بالنقص، والإحساس باليأس. وقد أوضح بحث البرنامج الدائم لتعاطي المخدرات الطبيعية الذي أجرى على عينة من طلاب الثانوية العامة في مصر، أن تعاطي المخدرات لديهم مرتبط ببعض مظاهر سوء التوافق النفسي، ومن أوضحها الفشل الدراسي، وذلك لأن الفشل الدراسي يصاحبه عادة الشعور بالإحباط ، والاستياء من جانب الأسرة ، وهذا يؤدي إلى نفور الطالب الفاشل من الموقف التعليمي، ومحاولة تجربة نشا طات بديلة يخفف من خلالها شعوره بالتوتر النفسي مثل الهروب من المدرسة، أو ارتكاب سلوكيات منحرفة، أو تعاطي المخدرات. ويعني هذا أن العلاقة بين الفشل الدراسي وتعاطي المخدرات تمثل دائرة مفرغة أو حركة في مسار دائري لا يتوقف (سويف، 1992 : 242).

طرق تعاطي المخدرات :

أكد المليجي أن معظم المخدرات تؤخذ طبيعياً عن طريق الفم أو الحقن ، فإذا أخذت عن طريق الفم تؤخذ في شكل محلول أو أقراص تعطى للمرضى تحت الإشراف الطبي الدقيق ، كذلك يفضل تعاطي المخدرات عن طريق الحقن في العضل أو تحت الجلد ، أما الحقن عن طريق الوريد لا يستخدم إلا في الحالات الطارئة نظراً لفعالية المخدر إذا اتصل بالدم مباشرة ، لذا كان تعاطي بعض المخدرات عن طريق التدخين أقل طرق التعاطي تأثيراً ، لذا لا يجوز تعاطي المخدر وخاصة الأفيون ومشتقاته عن طريق الحقن في غير الإشراف الطبي الدقيق حتى لا يحدث حالة الاعتماد السريع ، أما غير مجالات الإشراف الطبي فتستخدم المخدرات من أجل إشباع حالات الاعتماد الانفعالي والجسماني ونجد طرق عديدة لتعاطي المخدر ، ويعتبر طرق التدخين أقل الطرق ضرراً من تعاطي بالحقن وذلك لقدرة المتعاطي ، لها تأثيرها على الإحساس بآثار المخدر ، فالمخدر عن طريق الحقن يحدث تأثيره على نحو

أسرع منه عندما يؤخذ عن طريق الفم . كذلك فإن حالة النشوة التي يصفها ويشعر بها المتعاطي على نحو واضح في حالة التعاطي عن طريق الوريد بصفة خاصة ، فإن طريقة تعاطي المخدر ترتبط بتأثيره من حيث السرعة والشدة والاستمرار (المليجي, 2002 : 89)

أنواع تعاطي :

يشير أبو الروس أن التعاطي هو تناول ، ومتعاطي المادة المخدرة المقصودة منه تناولها وإدخالها الجسم ، أي وسيلة كانت لتؤثر على الأجهزة الموجودة بالجسم وأشار إلى أن صور التعاطي تكون كالآتي :

أولاً : التعاطي بالصدفة :

ويكون ذلك بتأثير وميل من متعاطي المواد المخدرة الذين يحبون استهواء رفقاتهم إليها وتزينها لهم والمبالغة في وصف آثارها في نفوسهم وأجسادهم تبصيرهم بأحسن الطرق لتعاطيها ، وكثير ما يلعب حب الاستطلاع دوراً أساسياً في تجربة المخدرات للتأكد من مفعولها وقد يلجأ الرفاق المعتادون على التعاطي بالضبط على زملائهم وذلك عن طريق تعبيرهم بالجبن وعدم النضج وقد يكون التعاطي لمرة واحدة أو مرات عديدة يصير معها اعتماداً أو إدماناً .

ثانياً : التعاطي لمناسبة

فهناك طوائف معينة تقوم بتقديم المخدرات في المناسبات التي تستم فيها البهجة مثل أفراح الزواج وأعياد الميلاد والحفلات الخاصة ومن هنا تبدأ الخطوة الأولى في طريق الإدمان المخدرات (أبوالروس (90 : 1980 ,

أسباب انتشار المخدرات :

لقد أمتد انتشار المخدرات إلى أبناء الطبقات الراقية وتفشى فيها شم الهيروين والكوكايين وغيرها من أنواع المخدرات بدرجة تفوق مثلها في أندية الشبابية التي لا توجد بها إلا النشاط الرياضي ، ولعل السبب في ذلك هو أن أبناء الطبقات الراقية يجدون المال اللازم والسهل لتحويل عادات الشم الباهظة التكاليف وكذلك بسبب حياة الترف وانشغال الأم والأب خارج نطاق البيت والتأثير بأقران السوء ويحكم التقليد والمحاكاة وضعف الرقابة الأسرية وقلة الإشراف الوالدي وسيطرة التقاليد والبدع والتأثير بالغزو الثقافي الأوربي من جوانبه السيئة والبعد عن حياة الكفاح والنضال والسعي الجاد وراء لقمة العيش والتعود على السهر خارج المنزل وقد يكون التدليل سبباً وراء إدمانهم إلى جانب الشعور بالضيق والفراغ والوحدة النفسية والعزلة) العيسوي ، (2002 : 344).

انتشار المخدرات في السودان :

أوضح عبد الرحيم أن ظهور المخدرات في السودان بدأ وسط الطلاب السودانيين الذين ابعثوا للدراسة في الخارج وفشلوا في دراستهم فصاروا عرضة لعصابات المخدرات وكان انتشار المخدرات محدوداً لغلاء سعرها والصعوبة الحصول عليها ، لذلك لم تجد سوى طريق أبناء المذوات والأثرياء ولعل إحصائية العشرة سنوات السابقة تقدم صورة واضحة عن مدى انتشارها أما أخطر هذه الأنواع التي تدخل السودان فهي الحبوب المنشطة التي تعرف

بحبوب "الكنغو" لأنها تأتي من الكنغو وفي الأصل كانت تصنع في أوروبا غير أن أشداد مكافحة المخدرات في غرب إفريقيا ومن هنالك تسافر في رحلتها بحثاً عن الأسواق عبر الحدود السودانية وهذا يتم عن طريق التسلل عبر الحدود مع انتشار الموصلات والاتصال بالعالم الخارجي , بدأت تظهر الأنواع السابقة من المخدرات , وفضلاً في انتشارها في السودان يعد محدوداً لكن المشكلة أن السودان بحدوده الواسعة التي تطل على ثمان دول وساحل البحر الأحمر إضافة إلى مساحة السودان الواسعة والتي تبلغ مليون ميل مربع, هذا قبل الانفصال , والمشكلة أن اتساع الحدود وغير طرقها إلي الأسواق في مصر والخليج العربي وقد حفلت تقارير الأمم المتحدة خلال السنوات الماضية بعض المؤشرات أن السودان قد أصبح معبر لتجارة وانتشار المخدرات في أفريقيا والشرق الأوسط , وبالرغم من أن منطقة دارفور تعد من مناطق العبور الرئيسية للمخدرات الواردة من غرب أفريقيا إلى العاصمة القومية وبقية مدن السودان , إلا أن المنطقة الرئيسية لعبور المخدرات إلى الدول المجاورة هي منطقة ساحل البحر الأحمر ويتضح من الإحصائيات أن 25% من الحبوب المخدرة 95% من الحشيش اللبناني تم ضبطها في الساحل , وتوجهت مكافحة تهريب المخدرات عبر الحدود بفضل عون الكريم الذي قدمته المملكة العربية السعودية في إقامة ثلاثة خطوط دفاعية تشكل خط دفاع المملكة , وقد ناقم من ازدياد نشاط التهريب عبر السودان في السنوات الماضية ضعف العقوبة المنصوص عليها في قانون الحشيش 924 مما استنفرت جهود إدارة مكافحة المخدرات في المطالبة بتعديل قانون المادة الرابعة والتي وصلت العقوبة إلى الإعدام أن اكبر ضبط للمخدرات في السودان بلغ 16 طناً و 19 متهماً حاولوا تهريب هذه الكمية إلى مصر عبر مدينة حلايب , أما حالة الضبط الثانية فقد كانت 520 ألف حبة منشطة وثلاثة كيلو هيروين كانت في طريقها إلى المملكة العربية السعودية) عبد الرحيم , 1990 : 60)

بدايات التعاطي من الناحية العمرية وظروفه:

تؤكد الأبحاث والدراسات أن تعاطي المخدرات لدى فئة الأطفال المراهقين لا تزال مصدر قلق صحي للمجتمع ؛ لما تحمله من إشارات واضحة وخطيرة للمستقبل (William, & Paul L. 2001), ففي نتائج الاستبانة لاستشراف مستقبل سنة 2000, أوضحت الدراسات أنه على الرغم من تراجع تعاطي بعض المخدرات عن أعلى مستوى لها في الثمانينات, استمرت المخدرات الأخرى مثل: مخدر الماريجوانا, والإمفاتيمانات, والباربيتيراتس, والترانقيليزر, والكحول, والمخدرات المصنعة ل س د, على مستوياتها السابقة, إضافة إلى ذلك, فإن الاستبانة أوضحت ازدياد تعاطي المورفين والستيرويدس من بعض الطلاب, وكذلك استخدام "ecstasy" "the club drug" من جميع مستويات الطلاب.

وفي دراسة عن حجم التعاطي لدى طلاب المرحلة الثانوية في بعض الولايات الأمريكية, وجد أن ثلاثة أرباع الطلاب سبق أن تعاطوا الماريجوانا,

ونصف الطلاب 49%، يتعاطونه حالياً، علاوة على ذلك فإن فترة الخطر العالية أصبحت أطول بالنظر إلى أن بداية التعاطي هبطت إلى عمر الثانية عشرة (Richard, J. Bonnie , 2001). بسبب كل ذلك قد يكون من المهم أن نقيم عوامل لها علاقة ببيئة العائلة يمكن أن تكون فعالة في عدم تعاطي المخدرات (Reis, 1996 ; U.S. Department of Health and Human Services, 1993). ويؤكد ذلك دراسات سابقة على المستويين المحلي والعالمي عن انخفاض العمر المتوالي الذي يبدأ فيه تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب على سبيل التجريب سواء في تدخين السجائر التي يغلب أن يبدأ تعاطيها من حوالي سن 12 سنة، أو المخدرات التي يغلب البدء في تعاطيها في سن 16 سنة أو 17 سنة (المليجي، 2002 : 79)

ويشير عكاشة إلى أن المدمن في بعض الدول العربية يبدأ عادة في سن 17 - 18 سنة بالسجائر والحشيش ثم الحبوب، وينتشر الهيروين بين سن 21- 28 سنة، كما وجد أن 98% من متعاطي الهيروين سبق لهم أن استخدموا السجائر والحشيش. وأن ثمة ظروفًا أسرية تعزز ظهور المدمنين في الأسرة هي:

- التباعد العاطفي بين أفراد الأسرة.
 - القلق والاكتئاب النفسي.
 - عدم الثقة في النفس والشعور بانخفاض قيمة الذات.
 - عدم وجود حافز والفتش الدراسي.
 - ضعف الميول الدينية.
 - البحث الدائم عن اللذة الحسية.
 - استعمال المواد المهدئة والمنومة من أفراد الأسرة.
 - الاختلاط بأقران السوء أكثر من الأسرة (عكاشة , 1997, 69)
- ويبين بارديس في دراسته الاستطلاعية لمعرفة نوعية المخدرات التي تنتشر بين الناشئين في مصر، أن الأدوية النفسية المتمثلة بالأدوية المنومة والمهدئة والمنشطة والمهلوسة، أكثر انتشاراً بين طلاب المرحلة المتوسطة حتى الجامعية ذكوراً وإناثاً، وذلك لسهولة الحصول عليها وعدم تحريمها من المجتمع. وقد كانت صورة الأب سلبية لدى معظم المتعاطين لأنه كان يتصف بالغياب عن الأسرة معظم الوقت، عصبي المزاج، لا يحاول مطلقاً تفهم أو احترام رغبات ومشاعر الابن، ويسيء استخدام المواد المخدرة، وغير متدين غالباً، وكانت صورة الأم أفضل (بارديس , 2009م : 67)

أسباب تعاطي المخدرات

وقد أكد الكثير من المدمنين عند دراسة حالتهم النفسية والاجتماعية ما يشعرون به من احتقارهم لأنفسهم، وأنهم لم يخلقوا ناجحين، وأن استعداداتهم لا تؤهلهم للعمل، لذا يتجهون للمخدرات هرباً من واقعهم الناتج عن تصورهم الذاتي لأنفسهم (ألعفي، 1406هـ).

كما أن دراسة الرئاسة العامة لرعاية الشباب، قد ذكرت أن تعاطي الأطفال للمخدرات ربما يعود إلى:

- الصحة ورفاق السوء، وخاصة أن بعضهم يبالغ بوصف الاستمتاع والنشوة التي يجدها لإغراء صاحبه وتوريطه معه حتى لا يشعر بالندم وحده.

- غياب رقابة الوالدين، وتفكك الأسرة ، وعدم تقديم النصح والإرشاد للأطفال وتركهم في ممارسة الأعمال اللا أخلاقية بحسب هواهم.

- وجود مخطط صهيوني دنيء موجه إلى أبناء الأمة الإسلامية لنشر المخدرات بين أبنائه بهدف إفساد الأجيال القادمة من جهة، وبهدف تكوين سوق شرائية لترويج تجارة المخدرات في البلاد الإسلامية.

- الفشل الدراسي، وهذا يؤدي إلى شعورهم بالنقص والضعف ومن ثم الشعور بالحاجة الماسة إلى ما ينسيهم ما هم فيه، ويكون ذلك عادة من جراء التصرفات الطائشة غير المدروسة من قبل الأهل، في مقابل هذا الفشل فالأهل بدلاً من أن يخففوا وقع الحدث على الطفل ويراقبوه جيداً في أوقات فراغه ليستمر في المذاكرة ويعوض النقص الذي حصل له، يقومون بتعنيفه وربما ضربه وحرمانه من أشياء كثيرة كان يحبها ثم يتركونه بدون مراقبة ولا مساعدة على الاستذكار، فيصيبونه بذلك بحالة نفسية قاسية، فهو لا ثقة له في نفسه ولا احترام له بين الناس مع وجود فراغ كبير قد يقضيه وحيداً أو مع رفاق السوء، وهذه العوامل تساعد على الانزلاق في هاوية تعاطي المخدرات.

فساد أحد أفراد الأسرة وتعاطيه للخمور أو المخدرات من دون استنكار من باقي أفراد الأسرة ورفض لوجوده بينهم وخاصة إن كانت القدوة السيئة لهم من أقرب الناس إليه كالأب أو العم أو الأخ الكبير ونحوهم.

- وجود وكر قريب من المنزل أو المدرسة يتجمع فيه الفاسدون المنحرفون من مدمني الخمر والمخدرات متعادي الزنا واللواط من دون إنكار من أهل الحي والتبليغ عنهم ومحاربتهم.

- مشاهدة الأفلام الخليعة التي لا تخلو من حفلات راقصة وتعاطي الخمر والمخدرات على صورة رقي حضاري واجتماعي (الرئاسة العامة للشباب، 1408هـ).

المتغيرات الاجتماعية المسؤولة عن تعاطي المخدرات:

هناك ارتباط واضح وكبير بين الصحة النفسية والجسمية بالسلوك الاجتماعي، فقد أصبح من المعروف أن الأفراد الذين يعانون سوء التكيف الاجتماعي بفعل شخصيتهم العدوانية ، وتفاعلاتهم غير اللائقة، وعلاقتهم الاجتماعية المتوترة مع الآخرين، هم أكثر عرضة من غيرهم لمشكلات صحية نفسية وجسمية، في حين يتمتع ذو العلاقات الاجتماعية والأسرية المتوازنة بصحة جيدة ، ويحتفظون بصحتهم حتى في وجه أحداث الحياة الضاغطة والمواقف الصعبة التي قد يتعرضون لها ، فالمساندة الاجتماعية بأبعادها العاطفية والمادية والمعنوية في وقاية الفرد من الآثار السلبية للضغوط النفسية وفي تخفيف الإصابة من الاضطرابات النفسية والفسولوجية وفي تحقيق التكيف النفسي الاجتماعي (عادل، 2003م، 88).

التنشئة الأسرية والمخدرات :

وتوصلت دراسات عديدة إلى أن الشباب الذين ينتمون إلى عائلات تعطيهم فرصة للحديث والتواصل الإيجابي من خلال المناقشات الهادفة كانوا أقل عرضة لتعاطي المخدرات (Brody et al. 1998 ; Gil and Biafra 1998). كما أن المناقشات والأفعال التي توضح السلوكيات الصحيحة من السلوكيات الخاطئة للآباء مع أطفالهم، وتجعل الأطفال يألّفون السلوكيات الطبيعية الصحيحة بحيث يتجنبون السلوكيات الخاطئة (Ogborne, 2000; Langer, 1983).

إضافة إلى ذلك فإن نجاح الآباء في التواصل مع أبنائهم في قيم مهمة مثل الحديث عن أهمية العائلة ، والدين ، والتعليم، والعمل، كل ذلك يجعل هؤلاء الأبناء أقل عرضة لتعاطي المخدرات، في حين أن الأبناء الذين لا يهتمون بمثل هذه القيم والمفاهيم كانوا أكثر عرضة لتعاطي المخدرات (Leinua and Karin, 2002). وأكدت دراسات أخرى، أن للتدين أثراً كبيراً في عدم تعاطي المخدرات والمسكرات ، فقد وجد أن الشباب المتدينين كانوا أقل كثيراً في تعاطي المخدرات والمسكرات من نظرائهم من الشباب الذين يعتبرون أقل التزاماً بالتدين (Stephen, 2001, Johnson 1995) وفي دراسة لبحث تأثير التدين على تعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية ، وجد أن الأمريكيين من أصل إفريقي يعتبرون أكثر تديناً من الأمريكيين من أصل أوروبي، وهذا التدين كان السبب المباشر في قلة تعاطي الأمريكيين من أصل إفريقي مقابل أقرانهم الأمريكيين من أصول أوروبية (Patricia , 1998). وفي دراسة عن أثر التواصل بين الآباء والأبناء على العلاقة العائلية والبعد عن السلوكيات الخاطئة ، كان من نتائج الدراسة أن الأبناء المراهقين عندما سئلوا عن من يلجئون إليه في السؤال عن نقص معلوماتهم في الكحول والمخدرات ذكر 31% من الأبناء أنهم يلجئون إلى أصدقائهم الذين بنفس عمرهم، و 27% منهم يلجئون إلى أمهاتهم، و 22% يلجئون إلى آبائهم، في حين أن 7% يلجئون إلى المرشد الطلابي في المدرسة، و 6% يلجئون إلى بعض المعلمين، كما أن الأبناء المراهقين هؤلاء أكدوا أنهم سبق لهم الحديث مع من هم حولهم عن مخاطر تناول المسكرات، أو المخدرات ، وقد جاء الحديث مع الأمهات في المرتبة الأولى ، والآباء في المرتبة الثانية، والمعلمين في المرتبة الثالثة ، وبين هؤلاء المراهقون أن البداية الفعلية للحديث مع الآباء كانت في عمر يراوح بين 10 سنوات و 12 سنة (Whittinghill, & Rudenga, 2000).

- توافر ظروف اجتماعية مهياة للتعاطي:
- ويعني ذلك الأفكار والقيم والتصرفات الشائعة في المجتمع حيال المخدرات أو ما يسمى بعوامل التخطيط الحضاري التي تؤثر في إقبال أو إحجام الأشخاص على التعاطي، ويتمثل ذلك في:
- الأفكار الشائعة حول ارتباط المخدرات بالإبداع والقدرة الجنسية والفحولة والاسترخاء.
- تغيير محل الإقامة، إلى حيث توجد جماعات أو بيئات مستهدفة للتعاطي.

- طبيعة المناسبات الاجتماعية التي يتعاطى فيها الأفراد المواد المخدرة، مثل الأفراح أو مجالسة الأقران أو مواجهة ظروف محيطة أو مشكلات نفسية اجتماعية، وكذلك المتاعب الجسمية والإرهاق، فقد ارتبط تعاطي الحشيش والأفيون بالمناسبات الترويجية ، في حين ارتبط تعاطي الأدوية بالرغبة في التداوي وتخفيف الآلام (سويف، 1999: 74) .

تستخلص الباحثة من عرض الإطار النظري، أن تعاطي المخدرات عالمياً ومحلياً انخفض من حيث معدل العمر إلى مرحلة المراهقة فنجدته يبدأ في أمريكا مثلاً في الثانية عشرة ، وفي مصر في السابعة عشرة من العمر ، وفي المملكة في الخامسة عشرة من العمر تقريباً. كما أن تعاطي المخدرات يكون نتاجاً لحالة المتعاطي النفسية وظروفه الاجتماعية، التي تلعب دوراً هاماً وكبيراً في الجنوح وتعاطي المخدرات وأكدت بعض الدراسات وجود روابط قوية بين التدخين وتناول المسكرات على بداية التعاطي ، وجدت بعض الدراسات أيضاً تأثيراً للتدين وقوة التواصل بين أفراد الأسرة على البعد عن تعاطي المخدرات.

- إقامة الأبناء بعيداً عن الأسرة أو السفر إلى الخارج بهدف التعلم أو العمل.
- وفاة الأب أو الأم، فقد تبين أن نسب بقاء الأب والأم أقل بين المتعاطين مقارنة بغير المتعاطين

المخدرات والجريمة :

تعددت الدراسات في هذا المجال ولكن إلى الآن لم يستقر الرأي على دراسة واحدة متكاملة تحدد علاقة المخدرات بالجريمة وأن كانت المخدرات تدفع بالشخص للجنوح والانغماس في عالم الجريمة حتى ولو لم يكن الأشخاص من الذين لديهم دوافع إجرامية بحكم تركيبتهم النفسية والبيولوجية .

وقد دلت بعض الدراسات الحديثة أن الشباب الذين يتعاطون المخدرات ومنهم من هم دون الثامنة عشر يرتكبون الجرائم بدون تمييز حيث بلغت نسبة الشباب الذين يتعاطون المخدرات والذين قاموا بجرائم عنف ضد الغير في فرنسا 66% وأن نسبة 52% منهم أيضاً قاموا بجرائم قتل و 76% قاموا بجرائم التعدي على الموظفين العموميين ، وقد وجد كل من ماسكاي (Massaki) 1956 وناجهما (Nagham) 1968 في اليابان وكذلك أنجي (Ingle) في السويد زيادة كبيرة في ارتكاب الجرائم بين مستعملي الأمفيتامينات لأن الأمفيتامينات تبعث في المتعاطي تخيلاً وهمياً بالشجاعة والإقدام والنشاط ، كما وجد ألين (Elin Wood) 1976 في محاولته المقارنة بين عينتين من المتعاطين للأمفيتامينات وغيرهم من المتعاطين للعقاقير الأخرى أن المتعاطين الذين يتناولون 30 ملغ فأكثر من عقار الأمفيتامين يتصفون بمعدلات زائدة للسلوك الانحرافي أكثر من غيرهم . وقد أوجز العشماوي أهم ملامح العلاقة بين الاعتماد والجريمة في مجموعة من النقاط :

- لا يمارس المتعاطون كل أنواع السلوك الإجرامي . فلكل عقار أو لمخدر خصائص معينة ذات علاقة بشكل أو أكثر من أشكال هذا السلوك .

- يمارس المتعاطي الجريمة في بعض الأحيان تحن تأثير العقار أو المخدر نتيجة لقوة الوهمية التي تبعثها أنواع معينة من العقاقير أو المخدرات وقد يمارسها دون مخدر للبحث عن المخدر في حد ذاته

- يمارس المتعاطي الجريمة في حالات الضغط الاقتصادي والعجز في القوة الشرائية كبديل لدعم عاداته في التعاطي تحت إلحاح الحاجة القهرية والضغط السريع لدوافعه .

- أن تعاطي المخدرات وحيازتها أو الاتجار بها جريمة تحاسب عليها القانون إلا إذا تقدم المدمن طواعية واختيار للعلاج في بعض القوانين .

- إن إيداع المتعاطي إحدى المؤسسات العقاب السجون يعرضه لعمليات تعليم وتعلم ولهذا قد يصبح مجرمًا وقد يسهم في جعل الآخرين يقعون في دائرة الإدمان (فريد ، 1978 : 282) .

في بعض الدراسات وجد أن الأشخاص الذين لديهم سجل حافل بالسرقاات أو التدخين أو تعاطي المخدرات في سن مبكر يقومون بهذا السلوك لا اعتقادهم الخاص بأنهم بهذا السلوك يتمتعون بحرية أكبر في الرأي والتفكير والسلوك سواء كان ذلك بإبراز مظاهر سلوكية متعددة منها العمل ضد السلطة وما تصدره من قوانين أو العدوان على الآخرين ، التخريب وما إلى ذلك .

مما سبق ترى الباحثة أنه توجد علاقة بين متعاطي المخدرات والاتجاه نحو ارتكاب جرائم العنف وأن العودة إلى ارتكاب جرائم السرقة البسيطة وجرائم البغاء من أجل توفير مصدر مالي لشراء المخدرات تعد نتيجة حتمية للتعاطي . لذلك يرى علماء النفس والتربية أن التعاطي المخدرات قد يكون بديلاً لتفادي الحرمان والإحباط أو أنه منشط ومقو لإعادة التوازن بين القصور والعجز من جهة والإنجاز والعمل من جهة- أخرى .

حكم تعاطي المخدرات في الإسلام :

نهى الإسلام عن شرب الخمر وتعاطي المخدرات أو التعامل بها لأضرارها الجسيمة على صحة وعقل الإنسان وما تسببه من أمراض خطيرة تؤدي به إلى التهلكة . قال تعالى: { يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رَجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ * إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ } (سورة المائدة آية 90-91). ونهى الله سبحانه وتعالى الخمر وحذر منها وفي الحديث (اجتنبوا الخمر فإنها أم الخبائث وهي مفتاح كل شر) وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : (ما أسكر كثيرة فقليله حرام) . وقال رسول الله صلى الله عليه وسلم في حديث أورده البيهقي في السنن الكبرى، كتاب الصلح باب لا ضرر ولا ضرار الجزء السادس ص 69 " لا ضرر ولا ضرار " فإذا طبقنا مضمون هذا الحديث الشريف على المخدرات نجد أن لها من الأضرار الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية ما لا تعد ولا تحصى فهي مفسدة للدين والعقل والنسل والنفس والمال وقد أثبت العالم أجمع ضررها وخبر مخاطرها

وأضرارها مما جعله يحرمها دولياً في جميع المجتمعات وفي شتى أرجاء المعمورة . فالمخدرات تجعل صاحبها شخص منهك القوى ضعيف الجسد عرضة للأمراض، وتؤدي به عادة للوفاة، والله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل يأمرنا بأن لا نلقي أنفسنا بالمهالك، وما المخدرات إلا إحداها، قال سبحانه وتعالى في محكم التنزيل: ﴿وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ (البقرة/195) (مهدي، 2002).

طرق العلاج من تعاطي المخدرات :

في بداية الاهتمام بمكافحة المخدرات وتعاطيها وإدمانها كان ينظر إليها كما ينظر إلى الجراثيم والميكروبات التي تهاجم الناس وتصيبهم بالمرض فبدأ الأمر وكأن المتعاطي إنسان لا إرادة له استدرجه تاجر المخدرات وأعوانه حتى جعلوه يدمنها فلما انفق كل ما يملكه عليها تحول إلى مروج لها يغرر بالناس كما غرر به. وهذا ليس صحيحاً إلا في حالات قليلة للغاية ، أما في الغالبية العظمى من الحالات فإن تعاطي المخدرات وما تبعه من إدمان كان عملاً واعياً أقدم عليه الشخص عن علم واختيار وإرادة كاملة لا ينتقص منها أن يكون قد تأثر بعوامل نفسية أو اجتماعية .

ونتيجة لهذه النظرة الضيقة إلى المخدرات وجهت الحكومات ومؤسساتها على اختلافها اهتمامها إلى الأشخاص الذين يجلبون المخدرات والذين يتجرون فيها فشددت عقوباتهم المرة تلو المرة ، لعل ذلك بشيهم عن جلبها والاتجار فيها . ولم تنس المتعاطي والمدمن ، فشددت العقوبة المنصوص عليها في القانون بالنسبة لهما أيضاً كي يفيقا ولا يدعا هؤلاء وأولئك يخدعونهما أو يغررون بهما .

وهكذا فإن الحكومات أن تدرك إن تشديد العقوبات ، سواء بالنسبة للجالبين والمهربين والتجار، أو بالنسبة للمتعاطين والمدمنين لا يكفي بذاته لمنع الفريق الأول من جلب المخدرات والاتجار فيها ولا لصرف الفريق الثاني عن تعاطيها وإدمانها(هيئة الأمم المتحدة ، 2000 : 67) .

هل التعاطي له علاج ؟

التعاطي له علاج ، وكل مدمن يمكن علاجه وشفائه -بإذن الله- والتوقف فوراً عن الإدمان قد يؤدي إلى عواقب خطيرة .الوقت ليس متأخراً أبداً .. فالإنسان يعيش مرة واحدة في الدنيا ، والحياة قصيرة ، والمخدرات تسرق منك حياتك ، ولذلك لا بد أن تكون في أمرك حازماً ، وفي قرارك حاسماً . قرر التوقف عن التعاطي من هذه اللحظة ، لتعود إنساناً سوياً ، ورجلاً فاعلاً . لا تقل إن الوقت قد فات ، لا تقل إنك في مرحلة متأخرة ، احذر أن تياس من شفائك ، احذر التفكير في الماضي ، احذر أن تفكر أنك ضيعت وقتك وعمرك وصحتك في التعاطي ... في هذه الحالة قد تندفع إلى المزيد من التعاطي ، لكي تجهز على البقية الباقية من حياتك فاستعن بالله ، وتوكل عليه ، وقوي عزيمتك ، وشد إرادتك على تركها ، حتى تحيي حياة هائلة فلا حياة مع المخدرات بل هي التعاسة والضحك (غانم، 2005: 95) .

أهمية الوقاية :

مهما قيل فلن يقال أبلغ مما قال العرب : (درهم وقاية خير من قنطار علاج .)

- 1 - نشر التوعية بخطورة المخدرات وأساليب ترويجها وسبل معالجتها وأنواعها وعلامات متعاطيها نشر ذلك على كافة المستويات .
- 2 - توعية أرباب الأسر بالاهتمام بأفراد أسرهم ، وأهمية ذلك لوقايتهم من هذا الشر المستطير ، وبيان الثغرات في التربية التي تكون سببا لانتشار هذا الوباء .
- 3 - إنزال أقصى العقوبات بالتجار والمروجين ، وتكثيف ملاحقة المتعاطين لمعاقبتهم أو معالجتهم قبل أن يستفحل الأمر في أنفسهم وفي أهلهم وأعراضهم .
- 4 - توعية الشباب خصوصاً إذا ما وقعوا في الشراك كيف يتصرفون قبل أن يستفحل الأمر فيهم ، فإن من نجا من الفخ الأول نجا ومن سقط فيه فستجرئه واستحي وخاف فقد هوى .
- 5- الرجوع جميعاً إلى الله ، وتقواه وجعل هذا الدين الحنيف منهج حياة ومنهج وقاية ومنهج معالجة ومن حفظ الله حفظه) عبدالله ، 2004 : 68) .

أهم خطوات العلاج :

ويبدأ العلاج في اللحظة التي يقرر فيها الشخص التوقف عن تعاطي المخدرات. ومن الأهمية يجب أن يكون هو الذي اتخذ القرار بالتوقف ولم يفرض عليه وإلا فإنه لن يلبث أن يعود إلى التعاطي في أول فرصة تسنح له. وهنا يثور تساؤل حول القرار الذي يصدره القاضي بإيداع الشخص الذي قدم إلى المحكمة ، وثبت لها أنه مدمن، لإحدى المصحات ليعالج فيه لمدة معينة والذي يبدو بجلاء أنه ليس هو الذي اتخذه وإرادته وإنما فرضته عليه المحكمة وهل يرجح ألا يستجيب للعلاج ولا يلبث أن يعود إلى التعاطي؟ نعم من المرجح أن يحدث ذلك ، وهو ما أكدته الدراسات التي أجريت على عينة من المدمنين الذين تم إيداعهم المصحات لتلقي العلاج وتبين أنهم استمروا في تعاطي المخدرات أثناء وجودهم فيها وبعد خروجهم منها (الشناوي، 1998 : 44) .

العلاج الاجتماعي:

- 1- المسارعة إلى المعالجة إن العاقل هو الذي يسارع في علاج ما أصابه قبل أن يستفحل وقبل أن يتحول المرض إلى كارثة خلقية أو اجتماعية أو بدنية ، يصعب بعد ذلك معالجتها ووضع الحلول لها فكلما بادر المريض إلى العلاج ، كان الشفاء أقرب .
 - 3- البعد الفوري عن أصحاب السوء مهما كانت التكاليف .
 - 4-الرجوع إلى الله ، والإنابة إليه ، والإكثار من عمل الصالحات .
- وفي ذلك مصلحتان :

الأولى : التوبة والغفران فإن عذاب الآخرة أشد وأبقى .
الثانية : أن عمل الصالحات يعين على معالجة المرض ، إذ يقوي العزيمة ،
ويشرح الصدر ويطيب النفس قال تعالى { مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ دُونِ أَوْ أَنْتَى

وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ {
(سورة النحل آية 97)

5- الإكثار من ذكر الله والدعاء قال تعالى { الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ
اللَّهِ أَلَّا يَذَّكَّرِ اللَّهُ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ } (سورة الرعد آية 28)

6- مصاحبة الصالحين ، وحضور حلق الذكر .
إن من أنفع ما يعين المرء في حياته ومشكلاته ، الصحة الصالحة التي لا تريد
من صحبتها إلا الإصلاح والخير للناس جميعاً .

7- المسارعة إلى دخول أحد مراكز العلاج اليوم قبل الغدا (نجاتي ، 2005 :
65)

العلاج الطبي

الطريقة المثلى لعلاج المدمن والتعامل معه يمكن القول: إن المدمن يمر أثناء
علاجه بثلاث مراحل ، حيث يقيم المريض بالمستشفى أثناء المرحلتين الأولى
والثانية . والمرحلة الثالثة وهي مرحلة المتابعة . وعلاج المدمن طويل الأجل
قد يصل إلى عدة أعوام داخل وخارج المستشفى .

المرحلة الأولى : التوقف التام عن التعاطي ، ويتم العلاج في غرف فردية أو
مزدوجة ، حسب حالة المريض بإشراف الأطباء الأخصائيين في الطب النفسي
، وفريق العلاج المكون من أخصائيين اجتماعيين ونفسيين ، وأعضاء هيئة
التمريض بالمستشفى ، أو المركز المتخصص ، مع وجود معمل (طبي
كيميائي) لإجراء الفحوص المختلفة ، وتحديد نوع المخدر الذي يتعاطاه المدمن
، ومتابعة سير العلاج ، والتأكد من أن المريض قد انقطع فعلاً عن تعاطي
المخدر ، ويتم العلاج بالأدوية حسب نوع المخدر ، وأعراض الانسحاب التي
تظهر على المريض ، وهذه المرحلة تسمى مرحلة إزالة السموم من جسم
المريض . وتتراوح فترة العلاج في هذه الفترة من أسبوع إلى أسبوعين وأحياناً
أكثر من ذلك .

المرحلة الثانية : إعادة التأهيل : يحاول المعالجون اكتشاف الصراعات التي
تكمُن في نفس المريض ، واقتراح الحلول لها والطريقة المفضلة : تكون هذه
الطريقة باستخدام العلاج النفسي الجماعي ، ويكملها عند الحاجة جلسات من
العلاج النفسي الفردي ويتراوح هذا البرنامج من مجرد النصح إلى العلاج
الأسري ، ويتدخل في العلاج الطبيب والأخصائي النفسي والاجتماعي.العوامل
المهمة والصعوبات المتوقعة :

أ- خداع النفس : خداع النفس أحد أهم الصعوبات المتوقعة في العلاج ،
وإعادة التأهيل ؛ وذلك بسبب العمليات العقلية الدفاعية التي يستخدمها
المريض ، باعتباره غير قادر على اكتشاف نفسه على حقيقتها وهذا يؤدي إلى
أن المريض يستخدم في أسلوب حياته طريقة وسواسيه ، تدفعه إلى الكذب
وخداع النفس ولذلك فإن الإدمان عبارة عن قناع يخفي وراءه حقيقة نفسه ،
وتصبح الأكاذيب طريقه الطبيعي للحياة ورؤية المدمن لنفسه من خلال عيون
الآخرين ، تجعله يحصل على تصور حقيقي لنفسه ، لا يستطيع الحصول عليه

بمفردته.

ب- المواجهة : إن الشفاء في أغلب الأمراض الأخرى بعد إرادة الله هو مسؤولية الطبيب أساساً .
أما في الإدمان فإن الشفاء بعد إذن الله هو مسؤولية المريض نفسه .

ج - سرية العلاج : السرية في العلاج مطلوبة وضرورية ، لكي يصبح العلاج مؤثراً . وما يقال داخل الجلسة يجب أن يبقى داخلها ويجب أن يتعلم أعضاء الجماعة ، أن يحافظوا على هذه السرية .
ويصبح العلاج الجماعي قوياً عندما يشمل كل الأعضاء. فالغضب والخوف والحب والكراهية والفرح والحزن كلها مشاعر ، وهذه تعتبر استجابات عاطفية ، أما الأفكار فهي تعتبر استجابات عقلية .
المرحلة الثالثة : وهي مرحلة المتابعة بعد خروج المدمن من المستشفى يستحسن أن يقوم بها الفريق العلاجي نفسه الذي أشرف على علاجه في المراحل السابقة . وهذه الفترة قد تصل إلى عدة أعوام ، وحتى نتأكد فعلاً من أن المريض قد شفي تماماً من الإدمان (الشديقات ، 2005 : 23) .

المبحث الخامس الدراسات السابقة

تمهيد :

قام العديد من الباحثين بدراسة مشكلة المخدرات، واختلفت هذه الدراسات تبعاً لمتغيراتها والأهداف التي تسعى لتحقيقها، حيث كانت هناك كثير من الدراسات التي تناولت العوامل النفسية والاجتماعية لمتعاطي ومدمني المخدرات وبعضها تناول الخصائص الشخصية للمتعاطي والجوانب النفسية لدى فئات مختلفة من المتعاطين وعينات ذات متغيرات ديموغرافية مختلفة استخدمت بها مقاييس نفسية متعددة. ورغم وفرة الدراسات التي تطرقت لمشكلة المخدرات إلا أنه لم يعثر على أية دراسة لها نفس الاهتمام الذي تقوم عليه البحث الحالي، وسوف يتم استعراض عدداً من الدراسات التي تناولت تعاطي المخدرات في علاقته بعدد من المتغيرات ذات العلاقة بالتوافق ومفهوم الذات مثل (الاضطرابات، العدوانية ، الانطواء، السلبية) وغيرها من المتغيرات ذات العلاقة بالتوافق الشخصي الاجتماعي ، وفق التصنيف التالي:

أولاً : الدراسات المحلية :

1 - دراسة زهر الدين الأمين حامد ((2012 بعنوان : فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى معتمدي المخدرات . هدفت هذه الدراسة إي معرفة فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى معتمدي المخدرات بمستشفى السلاح الطبي وتيجاني الماحي . اتبع الباحث في هذه الدراسة

المنهج التجريبي بنظام المجموعة الواحدة . وشملت عينة الدراسة (11) مريضاً من معتمدي المخدرات . الأدوات التي استخدمها الباحث في هذه الدراسة مقياس الثقة بالنفس لشر وجر) ومقياس تقدير الذات (لكوبر سميث (SPSS) واستخدم الباحث الأساليب الآتي : اختبار ألفا كرونباخ , واختبار (ت) للعينة الواحدة واختبار (ANOVAS) لتحليل التباين الأحادي , ومعامل ارتباط بيرسون , توصل الباحث إلى النتائج الآتية: يؤدي تطبيق برنامج العلاج النفسي الجماعي إلى تنمية الثقة بالنفس وتقدير البحث لدى معتمدي المخدرات . توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات باستخدام برنامج العلاج النفسي الجماعي لدى معتمدي المخدرات في القياس القبلي والبعدي لصالح البعدي . توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات باستخدام برنامج العلاج النفسي الجماعي لدى معتمدي المخدرات تعزي للحالة الاجتماعية , المستوى التعليمي , العمر , فترة التعاطي, لنوع المخدر.

2- دراسة أماني والي محمد توفيق (2003) بعنوان : بعض سمات الشخصية لمعتمدي المخدرات المصنعة المترددين على مراكز العلاج النفسي بولاية الخرطوم . هدفت هذه الدراسة للكشف عن بعض السمات الشخصية لمعتمدي المخدرات المصنعة المترددين على مراكز العلاج النفسي بولاية الخرطوم, واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي , وبلغ حجم العينة (100) فرد , وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الخرطوم لشخصية من أعداد مهيد واستخدمت المعالجات الإحصائية الوسط الحسابي- الانحراف المعياري - اختبار (ت) لمتوسط واحد ومعامل ارتباط الرتب (لسيرمان) واختبار (مان) لمعرفة دلالة الفروق التي تعزي لمتغير النوع . وتوصلت نتائج الدراسة إلى : لا توجد فروق دالة إحصائية لمعتمدي المخدرات المصنعة في سمات موضع الدراسة . كما توجد علاقة ارتباطية طردية بين المستوى التعليمي وسمات الشخصية موضع الدراسة . ولا توجد علاقة ارتباطية بين المستويات العمرية والسمات موضع الدراسة لدى معتمدي المخدرات . وأيضاً لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السمات موضع الدراسة تعزي لمتغير النوع والحالة الاجتماعية .

3 - دراسة عبد العزيز محمد حسن الفكي (2003) بعنوان: سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات . هدفت الدراسة لتحقيق من الآتي : وجود سمات محددة تميز متعاطي المخدرات عن غيرهم . وجود مستويات تعليمية محددة تميز المتعاطي . انتماء متعاطي المخدرات لفئات سكنية بعينها من حيث الكثافة . حيث طبق الباحث مقياس أيزنك للشخصية على عينة عشوائية تألفت من (120) فرد كلهم من الذكور (60) متعاطي حشيش و(60) من غير المتعاطين بولاية الخرطوم، وتراوحت أعمارهم ما بين 18- 40 عام وكانت أهم نتائج التي توصلت إليها الباحث : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئتي المستخدمين للحشيش في سمات الانبساط والعصبية والذهنية بمقياس أيزنك . ينتشر

تعاطي المخدرات بين الفئات الأقل في المستوى التعليمي وأصحاب المهن العمالية .

4 - دراسة ياسر عبد الرحيم الماحي (2001) بعنوان: العلاقة بين تعاطي الحشيش ومستوى الاكتئاب النفسي وسط طلاب الجامعات بولاية الخرطوم . هدفت الدراسة لمعرفة علاقة إدمان الحشيش بالاكتئاب ومن ثم التوعية بخطورة أمان الحشيش ودراسة وجود علاقة بين نوع الطلاب والتعاطي وذلك مقارنة ما بين المساقين العلمي والأدبي ومن حيث درجة التعاطي ومستوى التعاطي . استخدم الباحث مقياس (بيك) لقياس درجة الاكتئاب , وتم استخدم مقياس (كأي) وسيرمان لمعرفة نتائج الارتباط , وتوصلت الدراسة لنتائج الآتية : انتشار إدمان الحشيش بصورة أكبر بين الطلاب الذكور , كما ينتشر الحشيش وسط طلاب السنين النهائية بصورة أكبر مقارنة بالسنوات الأخرى. وكذلك ينتشر بين الكليات العلمية بصورة أكبر . وتوجد علاقة ارتباطيه بين إدمان الحشيش ومستويات الاكتئاب لدى طلاب جامعات ولاية الخرطوم .

5- دراسة سليمان عيسى إسماعيل (1997) بعنوان: السمات الشخصية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لشريحة مدمني المخدرات . هدفت الدراسة التعرف على علاقة الإدمان بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي . والتعرف على هل هناك علاقة بين التعاطي والمستوى التعليمي . واستخدم الباحث الأدوات الآتية : مقياس كاتل ألعاملي للشخصية ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي. وبلغ حجم العينة (200) فرد من المدمنين من مصحة الرازي العلاجية وإصلاحية سجن طرابلس . وكانت أهم النتائج التي توصل إليها الباحث : عدم وجود علاقة الإدمان بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي. وايضاً عدم وجود صلة بين مستوى التعليمي للمدمن ونوعية المخدر المستعمل .

ثانياً : الدراسات العربية :

1- دراسة فيصل ربيع الحارثي (2013) بعنوان : التشوهات المعرفية وعلاقته بالعدوان لعينة من متعاطي المخدرات بمستشفى الأمل . هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التشوهات المعرفية والعدوان لدى مدمني المخدرات ومعرفة الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في التشوهات المعرفية والعدوان وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت العينة من (200) فرد من الذكور ، تم اختيارهم من مرضى مستشفى الأمل بجدة ، والمجموعة الثانية من غير المدمنين تم اختيارهم من المجتمع العام بجدة مع تساوي المجموعتين في العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والمهنية، وقد قام الباحث بتطبيق مقياس السلوك العدواني ومقياس التشوهات المعرفية ، وقد خرجت الدراسة بالنتائج الآتية : توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية وبين العدوان ، وقد فسرت التشوهات المعرفية قدرأً من التباين في درجات العدوان يتراوح من (1.96%) .

2- دراسة محمد حسين سعد الدين (2012) بعنوان : فعالية العلاج النفسي الجماعي في تعديل بعض المتغيرات النفسية لدى متعاطي المخدرات ، تناولت

هذه الدراسة عرضاً لبعض المتغيرات النفسية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمتمثلة في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والتوافق النفسي والاجتماعي مع عرض لبرنامج علاجي بالسيكودراما .ومحاولة لإثبات مدى فعالية هذه البرنامج من خلال التطبيق , قام بتطبيق الاختبار الاسقاطي " تفهم الموضوع " بالإضافة إلى الأدوات السيكومترية (اختبار تقدير الذات — اختبار المساندة الاجتماعية — واختبار التوافق النفسي تكونت عينة الدراسة من (30) متعاطي للحشيش. توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن برنامج بالسيكودراما أدى إلى تحسن عينة الدراسة التي تعرضت للبرنامج العلاجي في متغيرات الدراسة .

3- دراسة لمياء ياسين الركابي (2011) بعنوان : أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الإعدادية . هدف البحث التعرف على أسباب تعاطي المخدرات لدى طلبة المرحلة الإعدادية , تكونت عينة الدراسة من (180) طالب وطالبة من الدراسات الصباحية لمدينة بغداد , إذ تم اختيارهم بالطريقة العشوائية , وقامت الباحثة ببناء مقياس أسباب تعاطي المخدرات . وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: إذ ظهر أن أهم الأسباب التي تؤدي لتعاطي المخدرات كانت كالأتي ضعف الوازع الديني حصل على المرتبة الأولى , وتأثير الأسرة حصل على المرتبة الثانية , تأثير رفقاء السوء, حصل على المرتبة الثالثة , ولم تظهر هناك إي فروق في أسباب تعاطي المخدرات يمكن إرجاعها إلى الجنس .

4- دراسة وسام عزت سلام (2009) بعنوان : سوء التوافق النفسي والشعور بالاغتراب وعلاقتهما بالانتكاسة لدى مدمني المواد المخدرة التخلفية . تهدف هذه الدراسة لمحاولة الكشف عن علاقة الانتكاسية بكلاً من المتغيرين سوء التوافق النفسي , والشعور بالاغتراب, وذلك بنسبة لعينة من مدمني المواد المخدرة التخلفية (الهيرويين-ماكستون فروت-عقاقير الهلوسة L S D- الكوكايين) تكونت عينة الدراسة من (25) من مدمني المواد المخدرة الذين تعرضوا للانتكاس بعد العلاج و(25) من الذين لا يتعرضون إلى انتكاس. واستخدم الباحث مقياس التوافق النفسي من إعداد شقير ومقياس الاغتراب النفسي من إعداد عيد , تم اختيار الأساليب الآتية : تحليل التبيان أحادي الاتجاه , اختبار (ت) وبرنامج SPSS وتوصلت نتائج الدراسة : توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة مدمني المواد المخدرة التخلفية الذين تعرضوا للانتكاسة وبين مجموعة مدمني المواد المخدرة التخلفية الذين لم يتعرضوا للانتكاسة في بعد سوء التوافق النفسي , كما توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعة مدمني المواد المخدرة التخلفية الذين تعرضوا للانتكاسة وبين الأسوياء في بعد الشعور بالاغتراب .

5- دراسة عبد الرحمن عبيد العازمي (2008) بعنوان : التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالإدمان

هدفت الدراسة إلى الكشف عن التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالإدمان لدى عينة من نزلاء المصحات النفسية في المملكة العربية السعودية وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات الأخرى. وتكونت عينة الدراسة من (180) نزلياً من مختلف الأعمار في مجمع الأمل الطبي في مدينة الرياض، وطبق عليها مقياس التوافق النفسي والاجتماعي ومقياس شدة الإدمان، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه بين التوافق النفسي ببعديه الحسي والنفسي وشدة الإدمان، حيث كانت العلاقة سلبية بين التوافق النفسي على البعد الأسري وشدة الإدمان، وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق داله إحصائياً في شدة الإدمان تعزى إلى مدة الإدمان، وعدم وجود فروق داله إحصائياً في شدة الإدمان تعزى إلى العمر. وكذلك عدم وجود فروق داله إحصائياً على جميع أبعاد التوافق تعزى إلى العمر ومدة الإدمان. وأظهرت النتائج كذلك عدم وجود فروق في شدة الإدمان والتوافق تعزى إلى نوع المخدر.

6- دراسة محمد احمد خدام (2008) بعنوان : فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات . هدفت الدراسة للتعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات، وتألقت مجتمع الدراسة من جميع النزلاء في المركز الوطني لتأهيل المدمنين في عمان ، بينما تألفت عينة الدراسة من (20) فرداً ، وقد قسمت العينة إلى مجموعتين : ضابطة (10) فرد والتجريبية (10) فرد، واستخدم الباحث مقياس سلوك الإدمان ومقياس السلوك الاجتماعية لقياس قبلي وبعدي لتحديد مستوى الانخفاض في سلوك الإدمان والتحسين في المهارات الاجتماعية . ولقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق داله إحصائياً في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية بين المجموعة التجريبية والضابطة . وبينت النتائج وجود فروق لصالح المجموعة التجريبية وحيث انخفضت سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية.

7- يزيد بن محمد الشهري (2005) بعنوان : السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات بمجمع الأمل للصحة النفسية. هدفت هذه الدراسة على التعرف على المستوى السلوك التوكيدي لدى مدمني المخدرات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض . كما هدفت على التعرف على الفروق بين أنماط الإدمان الأربعة على مستوى السلوك التوكيدي وفقاً على أنماط الإدمان الأربعة ، واستخدم المنهج الوصفي . تم اختيار العينة اختياراً قصدياً بحيث يكون حجم العينة (200) فرد . أما أساليب المعالجة الإحصائية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون ، التكرار والنسبة المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار L S D البعدي ومعامل ألفا كرونباخ . وتوصلت نتائج الدراسة: أن مستوى السلوك التوكيدي لدى مدمني المخدرات مرتفع إلى حد ما . كما انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك بين المدمني

تعزى إلى العمر ، الوظيفة ، تعليم الوالدين ، المستوى التعليمي ، مدة التعاطي .

8 - دراسة جمل الليل (2005) بعنوان: العلاقة بين تعاطي المخدرات وسلوك المسايرة .هدفت الدراسة إلى التحقق من وجود علاقة بين الاتجاه نحو تعاطي المخدرات وسلوك المسايرة والفرق فيها لدى عينة من طلاب وطالبات أم القرى. والاختلاف في المستوى التعليمي والاقتصادي ، وقد تكونت عينة الدراسة من(200) طالب وطالبة. وقد تم استخدام كل من مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات من إعداد أبو بكر مرسي (1998) . وقد أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة دالة إحصائية في الاتجاه نحو تعاطي المخدرات وسلوك المسايرة ، وأيضاً أظهرت الدراسة وجود فروق دال إحصائياً في الاتجاه نحو تعاطي المخدرات وفق اختلاف المستوى الدراسي لعينة الدراسة لصالح المجموعة التي تدرس في المستوى الثاني.

9 - دراسة عبد الله بن احمد الوائلي (2003م) بعنوان: فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات . هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق الهدف الرئيسي يتمثل في التعرف على فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات . تكونت عينة الدراسة من(71) مدمن مخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض، و قد استخدم الباحث المنهج التجريبي. لقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية :لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقياس القبلي والبعدي في متوسط درجة القلق على كل مجموعة من مجموعة الدراسة التجريبية والضابطة . كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى درجة القلق لجميع أفراد العينة . كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقياس القبلي والبعدي في درجة القلق بين المجموعة التجريبية والضابطة تعزى لمتغير (المهنة ، نوع التعاطي ، الحالة الاجتماعية).

10 - دراسة يوسف سظام (2003) بعنوان : المقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الإيفيتامين والعادين في بعض خصائص الشخصية . هدفت الدراسة إلى المقارنة بين خصائص شخصية مدمن الإيفيتامين والشخصية العادية في خاصية القلق ، خاصية العدوانية ، خاصية الدافعية في الانجاز وبعض المتغيرات الديموغرافية. واستخدم الباحث المنهج الوصفي ، قد تكونت عينة الدراسة من (30) فرد مقسومة على ثلاث بالتساوي . توصلت الدراسة إلى وجود فروق جوهرية دالة بين مدمني الحشيش ومدمني الإيفيتامين في خاصية القلق وخاصة العدوان وخاصة الدافعية والانجاز . وأيضاً توجد فروق دالة إحصائياً لدى مدمني الحشيش ومدمني الإيفيتامين والعادين في خاصية القلق وخاصة العدوان وخاصة الدافعية للإنجاز تبعاً للخصائص الديموغرافية .

11 - دراسة راوية محمد حسين الدسوقي (1995) بعنوان : دراسة لبعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحول وغير المتعاطين. هدفت الدراسة إلى

معرفة الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في كل من المتغيرات النفسية التالية (أبعاد مفهوم الذات ، تقدير الذات، وموضع لضبط)، واستخدمت الباحثة مقياس تقدير الذات من إعداد محمد سلامة، ومقياس رويتر للضغط الداخلي / الخارجي من إعداد جوليات ، واختبار تفهم الموضوع من إعداد هنري مواري . وبلغ عينة الدراسة (80) مفحوصاً انقسمت إلى مجموعتين ، بلغت الأولى (40) حالة من متعاطي الكحوليات ، ومن أصحاب الأعمال الحرة ، الحاصلين على مؤهل متوسط وجامعي ، وتراوحت أعمارهم بين 21- 24 عاماً وتم اختيار عينة ضابطة تتكون من (40) حالة بنفس مواصفات العينة التجريبية . وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في أبعاد مفاهيم الذات والفروق لصالح غير المتعاطين . توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في تقدير الذات لصالح غير المتعاطين . توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في موضع الضغط الخارجي لصالح المتعاطين .

12 - دراسة ماجدة حسين محمود (1991) بعنوان : سيكولوجية المدمن العائد، دراسة نفسية اجتماعية .هدفت هذه الدراسة على الوقوف على الأسباب والدوافع التي أدت إلى العودة مرة أخرى للتعاطي من وجهة نظر المدمن العائد ، والفريق العلاجي ، وأفراد أسرة المدمن العائد. وتكونت عينة الدراسة من (60) حالة من الشباب العائدين لأول مرة لإدمان الهيروين والذين يطلبون العلاج لأول مرة في بعض مستشفيات مصر. واستخدمت الباحثة : استمارة لإجراء مقابلة مع عينة الدراسة ومع الفريق الطبي والأخصائيين النفسيين واختبار الشخصية لبرويتر . وقد توصلت الباحثة للنتائج الآتية : يبدو على المدمنين العائدين للإدمان مرة أخرى للقلق ، وانعدام الطمأنينة ، والشعور بالذنب ، وعدم الاستقرار الانفعالي وانخفاض تقدير الذات . توصلت أيضاً من أسباب التي تدفع المدمن إلى العودة مرة أخرى ، الشلة المصاحبة للمدمن والفراغ الذي يعيشه .

13- دراسة نايف محمد العمراني (1990) بعنوان : العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة لتعاطي المخدرات . وهدفت الدراسة لتعرف على العوامل النفسية والاجتماعية التي تدفع الفرد إلى تعاطي المخدرات والكشف عن خصائص المتعاطي من حيث العمر الزمني والحالة الاجتماعية ، والمستوى التعليمي ، والمهنة والحالة السكنية . وقد طبق الباحث دراسته على عينة قوامها (100) فرد من المحكوم عليهم بالسجن بجرائم متعلقة بتعاطي المخدرات ، وجميعهم من نزلاء سجون منطقة المدينة المنورة، واستخدم مقياس العوامل النفسية والاجتماعية الدافعة لتعاطي المخدرات . توصلت نتائج الدراسة : يشعر متعاطين للمخدرات بالاكئاب، الوحدة ، الإحباط ، ضعف الإرادة ، والشعور بعدم الأهمية زيادة الحيوية والنشاط ، الهروب من المشاكل ، والرغبة في توكيد الذات . كما تقع بداية تعاطي المخدرات في الفئة العمرية

من 16 = 20 سنة , والعمر الزمني للمعظم المتعاطين يقع بين 25 = 30 سنة.

14- دراسة صالح عمر الحازمي (1409هـ) بعنوان : دراسة لبعض الخصائص العقلية والانفعالية والخلقية الأسرية لمدمني المنبهات , ومدمني المهدئات من نزلاء السجون بالمنطقة الغربية . وجاءت الدراسة بهدف التعرف على بعض الخصائص العقلية والانفعالية , والخلقية الأسرية لمدمني المنبهات, ومدمني المهدئات من ناحية , وبينهم وبين العاديين في الخصائص المشار إليها من ناحية أخرى . وقد شملت عينة الدراسة على ثلاث مجموعات وعددهم (100) متعاطي, وقد استخدم الباحث الأدوات التالية : اختبار الشخصية لبرنروينز - اختبار المصفوفات المتتالية لرأفن واستمارة الخلقية الأسرية. توصلت نتائج الدراسة : إن مدمني المنبهات أقل اتزاناً , وأكثر انفعالية من مدمني المهدئات. ومدمني المنبهات أكثر انطوائية , وميل إلى الخضوع , وحساسية , وأقل ثقة بالنفس من أقرانهم من مدمني المهدئات . ومدمني المهدئات والممنهات أقل اجتماعية وأكثر ميلاً للعزلة من العاديين .

ثالثاً : الدراسات الأجنبية

1- دراسة جيرى وكمبرلي (Jerei & Kimberly, 2008) بعنوان : العلاج الانتقائي وأثره على المهارات الاجتماعية . هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إستراتيجيتين في العلاج الانتقائي على المهارات الاجتماعية عند مجموعة من الأفراد متعاطي المخدرات , تكونت عينة الدراسة من (180) فتاة وأجابت الفتيات عن الأسئلة في صندوق خاص مع المرشد التربوي واستخدمت مقياس تقدير الذات والمهارات الاجتماعية . وأظهرت النتائج أن الاستراتيجيات المستخدمة القائمة على العلاج الانتقائي كانت فعالة مع المتعاطين وأن الأفراد الذين تلقوا البرنامج أظهروا تحسناً في تقدير الذات وفي المهارات الاجتماعية .

2- دراسة لدنسي ومكوثي, (2002) بعنوان : السلوك السائد لدى مجموعة من المراهقين متعاطي المخدرات.هدفت الدراسة على المجتمع الأمريكي بهدف دراسة السلوك السائد لدى مجموعة من المراهقين تحت تأثير تعاطي التدخين وبعض المواد المخدرة لمدة 3 سنوات سابقة هذه العينة مكون من 121 مراهقاً, أسفرت الدراسة عن شيوع مشاعر وسلوكيات تتسم بالعدوانية والسلوك المضاد للمجتمع والميل للخداع والكذب وضعف المشاعر العاطفية تجاه الوالدين والآخرين وتزييف المشاعر والعنف مع الزملاء والبعد عن المنزل لأوقات متأخرة ويزداد هذا السلوك الاضطرابي لدى البنين والبنات

3- دراسة كوبر ومكرومات (1992) Cooper And Mccwamat بعنوان : أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض من الشعور بالوحدة النفسية وعدد من المشكلات النفسية لدى مجموعة من المراهقين من متعاطي الكحول . وقد هدفت هذه الدراسة إلى تخفيض المشكلات المصاحبة لمتعاطي الكحول كالإحساس بالوحدة النفسية , القلق والعدوان والإجباط

وذلك من خلال جلسات العلاج النفسي الجماعي . تكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية من المراهقين وبلغ حجمها (24) مراهقاً ممن يتعاطون الكحول وقد طبق عليهم برنامج علاجي، وقد أظهرت النتائج تفسيراً للأحسن وسلوكاً اجتماعياً أفضل، كما انخفض لديهم الإحساس بالعزلة والوحدة النفسية.

4- وفي دراسة قام بها مالهورثا ومورثي (Malhotra & Murthy, 1977) بعنوان : أنماط السلوك المضاد للمجتمع لدى متعاطي المخدرات، طبقوا فيها مقياس عوامل الشخصية ومقياس تفهم الموضوع ومقياس منيسوتا للشخصية إضافة لتاريخ مفصل لكل فرد من عينة البحث المكونة من عشرة مدمني مخدرات وعشرة من المرضى السيكاثرين وعشرة من الأسوياء وذلك في الهند، تراوحت أعمارهم بين 18-30 سنة. ومن أهم النتائج التي توصلوا لها أن مجموعة المدمنين كانت اقرب في خصائصها من مجموعة المرضى، وكانت درجات المدمنين أعلى بشكل دال إحصائياً في العدوانية والانحراف السيكوباتي والتوتر مقارنة بمجموعة الأسوياء الضابطة، واتضح وجود سمات عصبية وأنماط من السلوك المضاد للمجتمع أكثر خلال مراحل طفولة المدمنين مقارنة بالمجموعتين الأخيرتين .

رابعاً : التعقيب على الدراسات والبحوث السابقة

قامت الباحثة في هذه الفصل بمراجعة ما تمكنت من الحصول على الدراسات السابقة لها صلة بموضوع البحث الحالي . وقد كان الهدف من المراجعة تغذية معلوماتها حول الدراسات التي تناولت موضوع دراستها حتى تستطيع الإلمام بموضوع وعناصر دراستها , وقد تفاوتت هذه الدراسات في أهدافها وفرضياتها وتساؤلاتها .بالإضافة إلى تفاوت الأدوات المستخدمة في كل منها وكذلك اختلاف نتائجها. وقد استفادت الباحثة من هذه الدراسات في رسم الإطار النظري للدراسة الحالية وفي رسم تصوري للإجراءات التي اتخذتها لوضع هدف الدراسة موضع التنفيذ .

إما الدراسات والبحوث التي تناولت الجوانب النفسية والاجتماعية بالتطوير والتعديل وهى دراسة زهرالدين الأمين حامد (2012م) التي استخدمت فعالية العلاج النفسي الجماعي في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى معتمدي المخدرات ودراسة محمد احمد خدام (2008) التي استخدمت فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. ودراسة محمد حسين سعد الدين (2012) بعنوان : فعالية العلاج النفسي الجماعي في تعديل بعض المتغيرات النفسية لدى متعاطي المخدرات . دراسة عبد الله بن احمد الوائلي (2003م) التي استخدمت فعالية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات.إما الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت بغرض التعاطي هي دراسات كثيرة جداً.

استخدمت البحوث والدراسات التي تم الرجوع إليها من قبل الباحثة المنهج التجريبي والمنهج الوصفي التحليلي. والتجريبي بشكل خاص في تصميم البرامج العلاجية المستخدمة في تغيير العملاء وذلك نسبياً لأنه المنهج الأكثر ملائمة لمثل هذه البرامج العلاجية . كما قامت الدراسات على تقسيم عينات الدراسات إلى مجموعات تجريبية وضابطة الأمر الذي يحتاجه هذا النوع من المناهج البحثية . كما استخدم الباحثين اختبارات قبلية وبعديّة مع العملاء وذلك حتى يمكنهم هذا الأمر من قياس آثار وفعالية علاج تلك البرامج المصممة من قبل الباحثين وتقديم الخدمة والعلاج لهم . عدا بعض الدراسات التي تناولت أساليب دراسية أخرى . كما تشابهت أعداد عينات البحوث إذ تراوحت أعدادهم بين العشرات إلى بضع مئات في أغلبها لا تصل الخمسمائة وذلك تحسباً للضبط والإحاطة والتزاماً بشروط الإرشاد والعلاج النفسي , إما من ناحية الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات عن عينات الدراسات وقد جاءت متشابهة إلى حد كبير, وإن هذا التشابه ليس بمستغرب وذلك نسبياً للتشابه أهداف تلك الدراسات , إما فيما يختص بالنتائج فقد نجحت أغلب الدراسات السابقة بنسب ودلالات إحصائية مقدرّة . عدا القليل منها الذي كانت نتائجه غير دالة .

الاستفادة من الدراسات والبحوث السابقة في البحث الحالي :

- من خلال الدراسات السابقة تمكنت الباحثة من اختيار المنهج المناسب والملائم للبحث الحالي .
- أتاحت للباحثة التعرف على الإطار النظري الخاص بموضوع البحث .
- من خلال هذه الدراسات تمكنت الباحثة من صياغة فرضيات الخاصة بالبحث الحالي .
- إطلاع الباحثة على الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة والاستفادة منها في تصميم الأدوات الخاصة بالبحث الحالي .
- الاستفادة من الدراسات السابقة في اختيار أفضل المعاملات الإحصائية الملائمة للبحث الحالي .

موقع البحث الحالي من الدراسات السابقة :

- معظم الدراسات السابقة أجريت في بيئات مختلفة سواء كان داخل السودان أو خارجها .
- لا توجد دراسات سودانية تناولت متغير مفهوم الذات والتوافق والمخدرات على حسب علم الباحثة.
- خصوصية البيئة التي أجريت فيها هذه البحث وهي التي من شأنها أن تعطي نتائج مختلفة .

الفصل الثالث منهج البحث وإجراءاتها

الفصل الثالث منهج والإجراءات الميدانية

تمهيد

يتضمن هذا الفصل عرضاً لمنهج البحث ومجتمعها وعينتها، وطريقة اختيار العينة ، والأدوات التي استخدمت في جمع البيانات وصدقها وثباتها ، وكذلك وصفاً للإجراءات التي اتبعتها الباحثة في تطبيق أدوات البحث للحصول على النتائج ، ومتغيرات الدراسة وتصميمها والمعالجة الإحصائية للبيانات.

منهج البحث:

مصطلح المنهج يعني الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيم على سير العقل وتحرر عملياته حتى تصل إلى نتيجة معلومة (عطية ، 2002، 45) . استخدمت الباحثة في هذا البحث المنهج التجريبي Experimental Method الذي يقصد به تعديل الظروف التي حولها كثيراً أو قليلاً عن طريق خلق بعد الظروف المصطنعة إذ إن التجربة هي القدرة على توفير الظروف التي تجعل ظاهرة ما ممكنة الحدوث في حدود الإطار الذي يحدده الباحث. بهذا التعريف يتضح أن المنهج التجريبي يستخدم في الأبحاث التي تختبر فروضاً سببية (الأمين ، 2007، 78) .

ويؤكد سامي بأن المنهج التجريبي يعد أقرب مناهج البحث لحل المشكلات بالطريقة العلمية، والمدخل الأكثر صلاحية لحل المشكلات التعليمية النظرية والتطبيقية وتطوير بنية التعليم وأنظمتها المختلفة (سامي ، 2005، 33) . كما تعرف التجربة بأنها مجموعة الإجراءات المنظمة والمقصودة التي سيدخل من خلالها البحث في إعادة تشكيل واقع الحدث أو الظاهرة وبالتالي الوصول إلى نتائج تثبت الفروض أو تنقيها(غنيم، 2000:52) . تهدف الباحثة من استخدام المنهج التجريبي إلى التعرف على العلاقات السببية بين المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة والكشف عن المشكلة ومستوى التغيير أو التأثير في المتغيرات التابعة نتيجة كل تغير في المتغيرات المستقلة . واستخدمت الباحثة التصميم التجريبي بنظام المجموعة الواحدة ذات التطبيق القبلي والبعدي للأسباب الآتية :

- يوفر هذا التصميم التجريبي مؤشراً إحصائياً جيداً على أن التغيير الإيجابي في الأداء على الاختبارات البعدية وثبات هذا المتغير لصالح المتغير المستقل وليس نتيجة عوامل أخرى بثقة عالية نسبياً (عودة ، فتحي ، 1999: 402) .
- لان هدف الدراسة هو معرفة فاعلية برنامج علاج نفسي جماعي في تحسين التوافق النفسي ومفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات . وليس مقارنة مجموعة بمجموعة أخرى . فيفضل استخدام المنهج ذو المجموعة الواحدة وذات القياس القبلي والبعدي . تعرضت مجموعة البحث الحالي لاختبار قبلي لمعرفة حالتها قبل إدخال المتغير التجريبي ، ثم عرض المتغير التجريبي ومن ثم إجراء اختبار بعدي

مجتمع البحث: Population Pool

أن مجتمع البحث هو عبارة عن مجموعة من الأشخاص محددة تحديداً واضحاً ويهتم الباحث بدراستها وتقييم نتائج البحث بالرجوع إليها (أبو علام ، 2002 : 223) .

إما في هذا البحث يتكون مجتمع البحث من عدد من المتعاطين الذين ثبت تعاطيهم قانونياً وأصدرت أحكام ضدهم بالمواد المختلفة (20أ- 16أ- 15أ) والذين يقدر عددهم حسب تقرير إدارة السجون (1611) نزيل كلهم من الذكور. علماً بأن سجن الهدى يضم كل متعاطي المخدرات المحكومين من كل ولايات السودان .

عينة البحث Sample :

العينة هي جزء يتم اختياره من مجتمع البحث بحيث تمثل هذه العينة المجتمع Population وتحتوي على الصفات الأساسية للمجتمع (أبو زينة : 2005م).

وهي مجموعة أو مجموعات من الأفراد أخذت من المجتمع الأصلي على أنه تمثله تمثيلاً حقيقياً أي صادقاً ويقصد بالتمثيل الصادق أن تتوفر في العينة المأخوذة كل متغيرات الدراسة التي تجري عليها بنفس المستويات التي توجد بها في المجتمع حيث يتم تقسيم هذا المجتمع إلى أقسام أو طبقات حسب الخصائص الخاصة به (أبو علام ، 2003 : 321) .

حيث تم اختيار عينة هذا البحث بالطريقة العشوائية البسيطة المنظمة ، تم اختار العينة من سجن الهدى للرجال بامدرمان . لأن مجمع الهدى يضم جميع حالات التعاطي من جميع أنحاء السودان. حيث بلغ حجم عينة البحث (60) متعاطي وتتراوح أعمارهم 21- 41 سنة .

الجدول رقم (1) يوضح توزيع العينة حسب مستوى العمر

النسبة المئوية	التكرار	العمر
61.67%	37	20 - 30
36.67%	22	31 - 40
1.67%	1	41 - 50
100%	60	المجموع

يتضح من الجدول السابق إن 73.33 من عينة البحث يقعون في الفئة (20) - (30) .

الجدول رقم (2) يوضح توزيع عينة حسب مستوى التعليم

النسبة	التكرار	مستوى التعليم
3.33%	2	أمي
68.3%	41	أساس
16.67%	10	متوسط
11.67%	7	ثانوي
0	0	جامعي
0	0	فوق الجامعة
100%	60	المجموع

يتضح من الجدول السابق إن نسبة 68.3% من أفراد العينة تعليمهم أساس

الجدول رقم (3) يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
50%	30	عازب
31.67%	19	متزوج
18.33%	11	مطلق
0	0	أرمل
100%	60	المجموع

يتضح من الجدول السابق إن 50% من أفراد العينة غير متزوجين .

الجدول رقم (4) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الولايات

الولاية	العدد	النسبة	الولاية	العدد	النسبة	الولاية	العدد	النسبة
الخرطوم	10	16.7%	نيالا	23	38.3%	النيل الأزرق	2	3.33%
سنار	2	3.33%	الفاشر	4	6.7%	غرب كردفان	0	
الشمالية	0		الجنينة	1	1.7%	كسلا	0	
الجزيرة	1	1.7%	شرق دارفور	9	15%	القضارف	2	3.33%
جنوب كردفان	3	5%	وسط دارفور	2	3.33%	نهر النيل	0	
شمال كردفان	0		النيل الأبيض	0		بحر الأحمر	1	1.7%

يتضح من الجدول أعلاه أن 38% من المتعاطين من ولاية جنوب دارفور

أدوات البحث :

1- مقياس مفهوم الذات لبيرس وهارس:

وصف مقياس مفهوم الذات :

استخدمت الباحثة مقياس بيرس وهارس Piers & Harris لمفهوم الذات الذي قاما بتصميمه عام 1964م ويتضمن المقياس ستة أبعاد تشمل : السلوك - المظهر الجسمي- التقبل الاجتماعي- السعادة والرضا- القلق والحالة الأكاديمية. توزعت عليها فقراته الثمانون التي حددت الإجابة عليها بنعم ولا ،

بالتالي تكون الدرجة القصوى 80 والدرجة الدنيا صفر. وقد تم تعريف المقياس وتقنيته على البيئة السعودية 1987م، وأن المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات عالية في نسخته الأصلية ونسخته المعربة على البيئة السعودية . حيث بلغت نسبة الاتساق الداخلي للاختبار في نسخته الأصلية من 0.78 - 0.93 ومعاملات الارتباط بين تطبيقين للاختبار من 0.71 = 72 أما النسبة للنسخة المعربة فقد بلغ معامل الاتساق الداخلي 0.84 وتراوحت معاملات الارتباط بين درجات التلاميذ على الأبعاد الستة وبين درجاتهم الكلية بين -0.17- 0.77 وكانت كلها دالة إحصائياً (Allowably 1987). يعتبر مقياس بيرس وهارس لقياس مفهوم الذات من المقاييس التي سبق أن استخرج له معامل الصدق في بيئات متعددة وتم تعريبه إلى اللغة العربية وتطبيقه على البيئة الأردنية من قبل الداوود (1882) .

حساب صدق المقياس في البحث الحالي:

إن توافر صفة الصدق في الاختبار يعني أن يكون الاختبار ناجحاً في مقياس السلوك الذي وضع الاختبار (المقياس) لقياسه (الخطيب, 2000: 155) .
لأجل تحقيق ذلك قامت الباحثة بتقنين فقرات المقياس وذلك من أجل حساب الصدق المقياس في البحث الحالي تم اعتماد الطريقة العلمية التالية :

أولاً : الصدق الظاهري :

حيث تم عرض مقياس مفهوم الذات لبيرس وهارس بصورته الأولية الملحق رقم (6) على نغمة من المحكمين حيث أبدوا آراءهم في صلاحية الفقرات لقياس الأبعاد التي وضعت لقياسها بعد أن أعطوا شرحاً وافياً لطبيعة هذه الإبعاد والمقصود بكل بعد منها ، ويتكون مقياس مفهوم الذات من ستة أبعاد _ بعد السلوك وتتمثل في البنود 1- 11، القلق تتمثل في البنود 12- 24 ، البعد الاجتماعي تتمثل في البنود 25- 36 والمظهر الجسمي تتمثل في البنود 37- 41 ، والسعادة والرضا تتمثل في البنود 42- 56. تم استبعاد بعد الحالة الأكاديمية ، وقد أجمع جميع المحكمين على أن هذه الفقرات مناسبة للغرض التي وضعت من أجله ، وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد البند رقم (47) من المقياس (سأكون إنساناً مهماً عندما أكبر) وأصبح عدد فقرات المقياس (55) فقرة بدلاً من (56) فقرة

الجدول رقم (5) يوضح العبارات التي تم تعديل في مقياس مفهوم الذات

الرقم	العبرة قبل التعديل	العبرة بعد التعديل
35	تشعر بالأرق كثيراً	نومك قليل ؟
30	يوجد تشوه بسيط في جسمك بشعرك بالحر ؟	يوجد عيب بسيط في جسمك يشعرك بالحر ؟
4	أنت تشعر بالخجل في بعض المواقف ؟	تشعر بالخجل في بعض المواقف ؟

من أجل التأكد من وضوح فقرات المقياس من حيث الصياغة والمعنى والمضمون , وكذلك معرفة مدى وضوح التعليمات وبدائل الاستجابات وللوقوف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه التطبيق , تم إجراء دراسة استطلاعية أولية للمقياس , قامت الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدل بتوجيهات المحكمين على عينة استطلاعية حجمها (30) مفحوص تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من مجتمع البحث الأصلي , لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية لأبعاد الفرعية بمقياس مفهوم الذات قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من الدرجة الكلية للمقياس الفرعي الذي تقع تحته الفقرة المعينة وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها الحاسب الآلي , من ثم قامت الباحثة بالآتي :

الجدول رقم (6) يوضح معامل ارتباط الدرجة الكلية للمقياس الفرعية بمقياس مفهوم الذات .

البند	الارتباط								
1	0,76	13	0,94	25	0,71	37	0,38	48	0,75
2	0,68	14	0,85	26	0,96	38	0,89	50	0,66
3	0,83	15	0,82	27	0,86	39	0,97	51	0,83
4	0,59	16	0,65	28	0,98	40	0,87	52	0,92
5	0,76	17	0,74	29	0,54	41	0,77	53	0,73
6	0,71	18	0,72	30	0,69	42	0,86	54	0,59
7	0,92	19	0,83	31	0,88	43	0,91	55	0,84
8	0,84	20	0,94	32	0,93	44	0,51		
9	0,68	21	0,79	33	0,97	45	0,96		
10	0,74	22	0,52	34	0,84	46	0,76		
11	0,65	23	0,68	35	0,68	47	0,84		
12	0,81	24	0,89	36	0,93	48	0,69		

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق أن أبعاد المقياس يتمتع بارتباط جيد , فقد تراوحت معامل صدق ارتباط بيرسون بين (79% - 91%). وقيمة مقياس ارتباط بيرسون الكلي يساوي (0.78%) وهذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بثبات معقول .

ثبات المقياس :

مفهوم ثبات الاختبار (المقياس) هو أن يعطي المقياس نفس النتائج إذا تكرر استخدامه لأكثر من مرة على أفراد المجموعة أنفسهم . وهو يشير إلى مدى اتساق نتائج المقياس وعدم تناقضها (الخطيب , 2005م , 56). لحساب معامل الثبات قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية البالغ عددها (30) فرد الذين تم اختيارهم عشوائياً وتوصلت للآتي:

الجدول رقم (7) يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس مفهوم الذات وأبعاده

محاور المقياس	عدد فقرات الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
السلوك	11	79%
المظهر الجسمي	11	88%
التقبل الاجتماعي	10	83%
القلق	12	88%
الرضاء والسعادة	11	91%
المقياس الكلي	55	85.8%

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق أن أبعاد مقياس مفهوم الذات يتمتع بثبات قوي ، فقد تراوحت معامل ثبات ألفا كرونباخ بين (79% - 91%) وقيمة مقياس ألفا كرونباخ الكلي يساوي (85.8%) وهذا دليل على أن أبعاد المقياس يتمتع بمعامل ثبات عالي .

مفتاح التصحيح :

يتم تصحيح المقياس وفقاً لثلاثة مستويات ، وتتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين ثلاثة درجات ودرجة واحدة كالتالي: تنطبق على دائماً (3) ، تنطبق على إلى حد ما (2) ، لا تنطبق على أبداً (1). وعليه تتراوح الدرجة الكلية (55-165) درجة .

2- مقياس هيو م . بل للتوافق Belles Adjustment Inventoryh

وصف مقياس التوافق النفسي :

صدرت هذه القائمة عن مطبعة جامعة ستانفورد بأمريكا عام 1934م. وتتكون من نسختين ؛ الأولى يمتد تطبيقها من تلاميذ المرحلة الإعدادية إلى طلاب التعليم الجامعي ، والنسخة الثانية للراشدين ، وظهرت الترجمة العربية للنسخة الأولى عام 1960م بعنوان " اختبار التوافق للطلبة " من إعداد محمد عثمان نجاتي . وتتكون النسخة الأمريكية من 160 بنداً . أما النسخة العربية فتتكون من 140 بنداً ويجب عنها في حدود ثلاثة احتمالات هي " نعم ، لا ، ؟ " وتقيس القائمة أربعة أبعاد للتوافق ، كل بعد يقيس 35 بنداً والأبعاد الأربعة للتوافق هي : التوافق المنزلي - التوافق الصحي- التوافق الانفعالي- والتوافق الاجتماعي . وتم حساب ثبات القائمة بطريقة التصنيف الفردي / الزوجي، واستخدم معادلة سييرمان- برومان لتصحيح الطول على حجمها 258 من تلاميذ الثانويين وطلاب الجامعات الأمريكية فتراوحت المعاملات بين 0.80 و 0.93 للأبعاد الأربعة للتوافق والدرجة الكلية . وقد وجدت درجة الثبات على البيئة المصرية كالتالي : التوافق المنزلي 89 ، - 0 والتوافق الصحي 80 ، 0 والتوافق الاجتماعي 89 - 0 والتوافق الانفعالي 85 - 0 وكانت درجة ثبات المقياس 93 ، 0 (نجاتي ، د ، ت ، 6)

أما الصدق فتم حسابه بقدره البنود على التمييز بين طرفي التوزيع ، وبطريقة التلازم بين الاستخبارات الفرعية للتوافق وبعض الاستخبارات الأخرى المعروفة في ذلك الوقت وهي اختبار السيطرة - الخضوع واستبيان الشخصية لثريستون ، فتراوحت معاملات الارتباط بين 0.73 و 0.94 . واستخدم أيضاً صدق المحك وصدق التمييز في نفس الوقت . ويكون التصحيح في اتجاه سوء التوافق، إي أنه كلما ارتفعت الدرجة على أي بعد من أبعاد التوافق الأربعة ، دل ذلك على أن للمفحوص سوء توافق ، وكلما انخفضت دل ذلك على حسن التوافق . (معمريه ، 2009 ، 347) وتم تقينته على البيئة السودانية في دراسة سليمان على وعباس الصادق .

مميزات المقياس :-

- تم استخدام هذه الاختبار من قبل مع متعاطي المخدرات .

- لمقياس الاختبار معاملات ثبات وصدق عالية مما يجعل من الممكن استخدامه للمقارنة بين الأفراد هو أكثر الاختبارات شيوعاً في ميدان دراسة علم نفس .
- يسمح بتحديد المجال الخاص الذي يعاني فيه الفرد من مشكلات توافقية .
- تدل درجة الفرد في المقياس معين على توافقه في نفس المقياس وتستخدم الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد في هذا الاختبار للتعرف على درجة توافقه العام .
- ليس له زمن محدد للإجابة عن أسئلته :-

حساب صدق المقياس في البحث الحالي:

للأجل تحقيق ذلك قامت الباحثة بتقنين فقرات المقياس وذلك من أجل حساب الصدق المقياس في البحث الحالي تم اعتماد الطريقة العلمية التالية :

أولاً : الصدق الظاهري :

حيث تم عرض مقياس ومقياس التوافق النفسي لهيوم. بل , بصورته الأولية الملحق رقم (7) على نفس المحكمين حيث أبدوا آراءهم في صلاحية الفقرات لمقياس الأبعاد التي وضعت لمقياسها بعد أن أعطوا شرحاً وافياً لطبيعة هذه الإبعاد والمقصود بكل بُعد منها , وقد أجمع جميع المحكمين على أن هذه الفقرات مناسبة للغرض التي وضعت من أجله , وفي ضوء تلك الآراء , وأصبح عدد فقرات مقياس التوافق (48) فقرة بدلاً من (49) فقرة . إما بالنسبة للأبعاد فالتوافق الاجتماعي يضم البنود 1-15 و التوافق الانفعالي يضم البنود من 16 - 28 و التوافق الصحي يضم 29- 37 , و التوافق الأسري يضم البنود 38 - 48. وتم تعديل بعض الفقرات . الجدول أدناه يوضح ذلك .

الجدول (8) يوضح العبارات التي تم تعديل في مقياس والتوافق النفسي

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
3	لديك عدم المقدرة في الوقوف أمام الجماعة ؟	تجد صعوبة في الوقوف أمام الجماعة ؟
1 5	تكون فرحان مجرد وجودك مع الناس ؟	تسر مجرد وجودك مع الناس ؟
2 4	الفقر سبب في جعل حياتك تعيسة ؟	قلة المال جعل حياتك تعيسة ؟
2 9	تشعر بأن جسمك متعافي	تشعر بأن جسمك سليم ؟

ثانياً : صدق الاتساق الداخلي لمقياس:

من أجل التأكد من وضوح فقرات المقياس من حيث الصياغة والمعنى والمضمون , وكذلك معرفة مدى وضوح التعليمات وبدائل الاستجابات وللوقوف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه التطبيق , قامت الباحثة بتطبيق صورة المقياس المعدل بتوجهات المحكمين على عينة استطلاعية حجمها (30) مفحوص تم اختارهم بالطريقة العشوائية البسيطة من مجتمع البحث الأصلي , لمعرفة صدق اتساق الفقرات مع الدرجة الكلية لأبعاد الفرعية بمقياس التوافق النفسي , قامت الباحثة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من الدرجة الكلية لمقياس الفرعي الذي تقع تحته الفقرة المعينة وبعد تصحيح الاستجابات قامت الباحثة برصد الدرجات وإدخالها الحاسب الآلي , من ثم قامت الباحثة بالآتي :

الجدول رقم (9) يوضح معاملات ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للمقاييس الفرعية بمقياس التوافق النفسي بمجتمع البحث الحالي .

البنود	الارتباط	البنود	الارتباط	البنود	الارتباط
1	0,872	19	- 0,575	37	0,978
2	0,674	20	0,644	38	0,652

0,773	39	0,551	21	0,542	3
0,534	40	0,947	22	0,564	4
0,856	41	0,541	23	0,749	5
0,772	42	0,747	24	0,661	6
0,576	43	0,499	25	0,573	7
0,921	44	,0887	26	0,912	8
0,892	45	0,664	27	0,531	9
0,984	46	0,455	28	0,634	10
0,732	47	0,374	29	0,478	11
0,515	48	0,897	30	0,762	12
0,722	49	0,672	31	0,873	13
		0,377	32	0,542	14
		0,764	33	0,912	15
		0,879	34	0,346	16
		0,543	35	0,882	17
		0,901	36	0,654	18

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات ارتباطات جميع الفقرات دالة إحصائياً عند مستوى معنوية 0,01 و 0,05 وتمتع بصدق واتساق داخلي قوي في مجتمع البحث الحالي عدا الفقرة (19) سالبة الارتباط تم حذفها حتى لا تؤثر على المقياس .

ثبات المقياس :

لمعرفة الثبات للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي في صورته النهائية المكونة من (48) فقرة في مجتمع البحث الحالي ، قامت الباحثة بتطبيق معاملة ألفا كرونباخ على بيانات العينة الاستطلاعية فبينت نتائج هذا الإجراء النتائج المعروضة بالجدول التالي .

الجدول رقم (10) يوضح نتائج ألفا كرونباخ للمقياس التوافق النفسي وأبعاده .

معايير المقياس	عدد فقرات	قيمة ألفا كرونباخ
التوافق الأسري	13	59%
التوافق الصحي والجسمي	10	89%
التوافق الاجتماعي	12	84%
التوافق الانفعالي	10	80%
الثبات الكلي	45	78%

من الجدول السابق يتضح أن قيمة معامل ألفا كرونباخ الكلي لمقياس التوافق النفسي يساوي (78%). وبناءً على هذه النتيجة فإن المقياس بأبعاده يصلح للإجابة على تساؤلات وفرضيات البحث الحالي .

مفتاح التصحيح :

توجد أمام كل عبارة ثلاث إجابات (نعم - لا - أحياناً) ، ويكون التصحيح في اتجاه سوء التوافق ، أي أنه كلما ارتفعت الدرجة على أي بعد من أبعاد التوافق الأربعة ، دل ذلك على سوء التوافق ، وكلما انخفضت دل ذلك على حسن التوافق .

3 - البرنامج العلاجي الجمعي :

هو ذلك المخطط المنظم الذي يقدم الخدمات العلاجية المباشرة وغير المباشرة بشكل فردي وجماعي للمفحوصين بهدف مساعدتهم في تحقيق نموهم الشامل والمتكامل في شتى المجالات. (الخطيب, 2000: 96) .
لقد قامت الباحثة بعرض برنامج العلاج النفسي بصورته الأولية الملحق رقم (10) على عدد من المتخصصين في مجال علم النفس وأبدوا بعض الملاحظات على صياغة بعض العبارات , حيث أبدوا آراءهم في صلاحيته .
مصادر بناء محتوى البرنامج المقترح :

- النظرية المعرفية السلوكية .
- الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث .
- الإطلاع على بعض البرامج الإرشادية والعلاجية التي لها علاقة .

أهداف برنامج العلاج النفسي :

- مساعدة متعاطي المخدرات على الإقلاع من التعاطي .
- التعود على الحث والإيجابية داخل المجموعة وبالتالي في المجتمع الأكبر.
- التعبير عن الأفكار والمشاعر بسهولة وصدق وأمانة في جو من السماح والتقبل .
- استبدال الأفكار والمشاعر والسلوكيات السلبية الهدامة للفرد بأخرى إيجابية.

- الوصول إلى درجة عالية من التكيف الاجتماعي .
- مساعدة الشخص على اتخاذ القرار بالتغيير للأفضل .
- بناء الثقة بالنفس . انظر الملحق (10)

قامت الباحثة بإعداد برنامج علاج نفسي جماعي لمجموعة من متعاطي المخدرات، وكانت المجموعة مكونة من (60) فرد. وذلك للتعرف على فاعلية هذا البرنامج في تحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى أفراد العينة، وتكون البرنامج من 12 جلسة علاجية ، تم تنفيذها في (60) يوماً وذلك بمعدل جلستين في الأسبوع ، وزمن الجلسة تتراوح ما بين (45) إلى (90) دقيقة . فالجلسة الأولى هي الافتتاحية وتقوم على تعارف أفراد العينة مع بعضهم البعض ومع المعالج (الباحثة) من ثم تعريف أفراد العينة بالمشكلة وتبصيرهم بماهيتها وكيفية التخلص منها بطريقة علمية صحيحة، بينما قامت الباحثة في الجلسات العلاجية الأخرى باستخدام تقنية علاجية من تقنيات العلاج النفسي وتطبيقها على العينة وذلك باستخدام طريقة إلقاء المحاضرة التعليمية لأعضاء الجماعة . بعد أن تم إعداد واختبار الموضوعات المتنوعة بكل عناية وذلك من أجل توضيح الصورة السلبية لسلوك الفرد عن نفسه وعن الآخرين والعمل على إعادة الثقة بنفسه كعضو فعال في الجماعة العلاجية التي تنتمي إليها، للتأكد من الصدق الظاهري للبرنامج قامت الباحثة بعرض الصورة المبدئية للبرنامج والمكونة من اثنا عشرة جلسة علاجية على مجموعة من المحكمين من أساتذة الجامعات بأقسام علم النفس.

إجراءات وأنشطة البرنامج :

الجدول رقم (11) يوضح جلسات البرنامج العلاج النفسي

الجماعي .

الزمن	الموضوع الجلسة	رقم الجلسة
ساعتين ونصف	جلسة تمهيدية (تعارف + الفكرة العامة + المقياس القبلي)	الجلسة الأولى
45 دقيقة	أهداف وتوقعات المفحوصين + شرح مفهوم الذات والتوافق النفسي	الجلسة الثانية
45 دقيقة	المخدرات بصورة عامة .	الجلسة الثالثة
45 دقيقة	أثر المخدرات على جسم الإنسان	الجلسة الرابعة
45 دقيقة	تأثير المخدرات على الفرد وإنتاجيته . المناقشة الجماعية	الجلسة الخامسة
45 دقيقة	الأضرار الصحية والنفسية والجنسية . إعادة البناء المعرفي تدريجياً	الجلسة السادسة
45 دقيقة	المتغيرات النفسية والاجتماعية المسئولة عن تعاطي المخدرات	الجلسة السابعة
ساعة ونصف	نموذج من الدراما الذي له علاقة مباشرة بالمخدرات من تأليف الباحثة وأداء أفراد العينة و فنية لعب الدور	الجلسة الثامنة
45 دقيقة	ضرب الأمثال والحكم , والمشاركة والمناقشة مع أفراد العينة .	الجلسة التاسعة
45 دقيقة	العلاج بالتنفير- النمذجة	الجلسة العاشرة
45 دقيقة	الاسترخاء العضلي	الجلسة الحادية عشر
ساعة ونصف	المقياس البعدي	الجلسة الثانية عشر

المعالجات الإحصائية :

تم تحليل البيانات بواسطة الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) ولمعالجة البيانات تم استخدام المعادلات التالية :

اختبار بيرسون لمعامل الصدق
اختبار (T) لعينة واحدة
- اختبار (ANOVA One Way) تحليل التباين الأحادي
- معادلة ألفا كرونباخ لحساب معامل الثبات
- إحصاءات وصفية ومنها : النسب المئوية - المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري .

خطوات إجراءات البحث :

- أعداد الإطار النظري الذي سيكون مقدمة لاختيار أدوات البحث .
- جمع الدراسات السابقة للاستفادة منها في فرضيات وأدوات وعينة البحث.
- بدأت الباحثة بإعداد المقاييس وتحديد أبعادهم بعد الاتفاق مع المشرف على الإبعاد وإطلاع المشرف إليهم تم عرضهم على المحكمين المتخصصين لتحكيمهم , وبعد الانتهاء من تحكيم المقاييس خلص المقاييس بعدة تعديلات .
وبالتالي أصبح المقاييس جاهزة للتطبيق.
- قامت الباحثة بمخاطبة إدارة السجون بخطاب من كلية الدراسات العليا جامعة السودان بالسماح لها بتطبيق أدوات البحث على عينة البحث وذلك الملحق رقم (1) .

- أخذت الباحثة خطاب موافقة من إدارة السجون موجه إلى أكاديمية الشرطة العليا وتم الموافقة وأخذت خطاب من الأكاديمية موجه إلى سجن الهدى الملحق رقم (2) (3) .
- بعد ذلك قامت الباحثة بتحديد عينة البحث , حيث تم اختيار عينة عشوائية بسيطة قوامها (60) من قائمة السجل من داخل السجن. من ثم بدأت الباحثة جلساتها العلاجية بمعدل جلستين أسبوعياً وطبقت المقاسين في الجلسة الأولى والجلسة الأخيرة . تم شرح بنود المقاسين بند بند , وتم ملء بعض المقاييس من قبل الباحثة خاصةً للذين لا يعرفون الكتابة .
- بعد انتهاء الباحثة من الجلسات والاختبار البعدي قامت برصد الدرجات وفقاً لأسلوب تصحيح كل اختبار على حدة .
- قامت الباحثة بمعالجة الدرجات بالأساليب الإحصائية المناسبة بغرض الوصول على نتائج المتعلقة بفرضيات هذا البحث. وتم تحليل النتائج وتفسيرها من قبل الباحثة للتحقق من صحة الفرضيات وتوصلت إلى النتائج وبعض التوصيات والمقترحات .
- تلخيص البحث لتسهيل التعرف على محتواها وترجمة الملخص إلى اللغة الانجليزية ليتم الاستفادة منها .

الفصل الرابع

عرض وتفسير وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل الرابع عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

مقدمة :

هدف هذه البحث لمعرفة مدى فعالية برنامج علاج نفسي جمعي لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بأمر درمان ، ولتحقيق من ذلك أجريت بحث على عينة قوامها (60) نزيل (متعاطي مخدرات) حيث طبق عليهم مقياس مفهوم الذات لبيرس وهارس، ومقياس التوافق النفسي لهيوم. بيل قبل البرنامج التدريبي وبعده ، ثم تفرغ البيانات التي تضمنتها.

أولاً : عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

بعد تبويب وتحليل البيانات الخاصة بفرضية البحث الأولى والتي تقرأ (تتسم مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بانخفاض). بدت النتائج كما تشير إليها بيانات الجدول رقم (12) التالي

الجدول رقم (12) يوضح تكرار المتوسطات والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بُعد من أبعاد مقياس مفهوم الذات.

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد البنود	المقياس القبلي
3	55.03	1,94	18,16	11	السلوك
1	66,94	3,92	22,09	11	التقبل الاجتماعي
2	61,27	3,27	18,38	10	المظهر الجسمي
4	42,52	1,32	15,31	12	القلق
5	22,60	1,59	7,46	11	السعادة والرضا
	49,67		44.94	55	المجموع

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة المتوسط الحسابي لكل بُعد على الدرجة الكمية لكل بُعد ثم ضرب الناتج في 100 .

يتضح من الجدول السابق إن بُعد التقبل الاجتماعي احتل المرتبة الأولى بوزن نسبي 66,94 يلي ذلك بُعد المظهر الجسمي بوزن نسبي 61,27 ثم يليه بُعد السلوك بوزن نسبي 55.03 ثم يليه بُعد القلق بوزن نسبي 42,52 وأخيراً بُعد السعادة والرضا بوزن نسبي 22,60. وبالنظر إلى الوزن النسبي للدرجة الكلية لمفهوم الذات تتساوى 49,67 وهي أقل من 50 % مما يدل على مستوى مفهوم الذات منخفض ، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرضية بشكل كلي .

عرض وتحليل الفرضية الثانية :

التي تُقرأ (تتسم سوء التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بالارتفاع).

الجدول رقم ((13) يوضح تكرار المتوسطات والانحراف المعياري والوزن النسبي لكل بُعد من أبعاد مقياس التوافق النفسي .

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	البنود	المقياس القبلي
1	76,79	3,22	29,95	13	التوافق الأسري
3	73,37	4,14	21,99	10	التوافق

					الاجتماعي
4	69,75	3,99	25.11	12	التوافق الصحي
2	73,73	4,38	22,12	10	التوافق الانفعالي
	73.41	12,51	103.17	45	المجموع

يتم حساب الوزن النسبي بقسمة المتوسط الحسابي لكل بُعد على الدرجة الكلية لكل بُعد ثم ضرب الناتج في 100

تبين من خلال النتائج الموضحة في الجدول (13) إن بُعد التوافق الأسري قد حصل على المرتبة الأولى بوزن نسبي 76,49 وتلي بُعد التوافق الانفعالي في المرتبة الثانية بوزن نسبي 73,73 ثم بُعد التوافق الاجتماعي بوزن نسبي 73,37 وأخيراً بُعد التوافق الصحي بوزن نسبي 69,75، إما الدرجة الكلية للمقاس ككل حصلت على وزن نسبي 73.41. وهذه تحقق صحة الفرضية .

عرض وتحليل الفرضية الثالثة :

نص الفرضية (توجد فروق في درجات مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي .) . لتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين مرتبطين .

الجدول رقم (14) يوضح اختبار (T Test) لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار القبلي والبعدي للدرجات مفهوم الذات .

مستوى الدلالة	قيمة T المحسوبة	البعدي		القبلي		البعد
		الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
*0.002	2.25	5.28	55.39	5.48	54.03	السلوك
*0.03	2.64	5.09	43.54	4.92	40.14	التقبل الاجتماعي
* 0.07	1.08	6.23	43.38	6.63	56.49	المظهر الجسمي
*0.02	2.61	5,61	45.76	5.77	38.67	القلق
*0.03	3.15	5.93	56.73	5.76	55.19	الرضا والسعادة
0.026 4	2.18		51.3		46.7	الدرجة الكلية

*دالة إحصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) ، (ت) الجدولية (1.96)

يتضح من الجدول (14) يوجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.0$) في مقياس مفهوم الذات بين القياس القبلي والقياس البعدي على كل الأبعاد : السلوك ، التقبل الاجتماعي، القلق ، والسعادة والرضا لصالح المقياس البعدي ، وبينما كانت الفروق غير دالة في بعد المظهر الجسمي لصالح المقياس القبلي ، والدرجة الكلية للمقياس تدل على وجود فروق دالة إحصائية .

عرض وتحليل الفرضية الرابعة:

نص الفرضية (توجد فروق في درجات أبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى قبل وبعد تنفيذ البرنامج للصالح البعدي) . لتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين مرتبطين .

الجدول رقم (15) يبين نتائج اختبار ((T Test لدلالة الفروق بين الاختبار القبلي والبعدى لأبعاد التوافق النفسي .

د	القبلي		البعدى		قيمة T المحسوبة	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
لتوافق الأسري	2.8	0.29	2.09	0.28	1.92	0.008
التوافق الصحي	2.06	0.23	2.17	0.29	2.86	*0.09
التوافق الاجتماعي	0.28	0.33	2.07	2.96	2.04	*0.23
التوافق الانفعالي	2.16	0.31	2.34	0.37	3.01	*0.07
الدرجة الكلية	2.5		2.19		2.50	*0.71

*دالة إحصائية عند مستوى $(\alpha=0.05)$, (ت) الجدولية (1.96)

يتضح من الجدول رقم (15) المخصص لنتائج اختبار T Test لدلالة فروق أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha= 0.05)$ بين الاختبار القبلي والبعدى في الأبعاد (التوافق الاجتماعي ، التوافق الانفعالي ، والتوافق الصحي ، إما فيما يختص بـ (التوافق الأسري) فقد تبين انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين الاختبار القبلي والبعدى . وفيما يتعلق بنتائج التوافق النفسي الكلي أنه توجد فروق دالة بين الاختبار القبلي والاختبار البعدى .

عرض وتحليل الفرضية الخامسة : نص الفرضية (توجد فروق في درجات الاختبار البعدى لأبعاد مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر) لتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين

الجدول رقم (16) يوضح نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين متوسطين لمتغير العمر في أبعاد مفهوم الذات

المجموعات	الفئة العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الاز	قيمة T	مستوى الدلالة *
السلوك	40- 31 سنة	55.15	5.92	الانحراف المعياري	2.20	0.000
	40- 31 سنة	57.16	5.94			
	40- 31 سنة	52.50	5.97			
المظهر الجسمي	20-03 سنة	95.20	1.87	الانحراف المعياري	2.12	0.017
	40- 31 سنة	95.10	7.90			
السعادة والرضا	20-03 سنة	57.21	57.21	الانحراف المعياري	2.12	0.017
	40- 31 سنة	52.33	56.75			

* دال إحصائيًا عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)

يتبين من الجدول رقم (16) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد مفهوم الذات تبعاً لمتغير العمر لأفراد العينة , لان قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية في كل الأبعاد , بناءً على ما تقدم يمكن القول إن والفرضية الصفرية مقبولة الفرضية البديلة مرفوضة .

عرض نتائج الفرضية السادسة

نص الفرضية (لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لمفهوم الذات

لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي) .

لإجابة عن السؤال استخدم تحليل التباين الأحادي .

الجدول رقم (17) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغير

المستوى التعليمي في مقياس مفهوم الذات

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة	مستوى الدلالة
السلوك	بين المجموعات	52.5	2	26.252	578.	0010.
	داخل المجموعات	1225.362	7	45.384		
	المجموع	1277.867	9			
التقبل الاجتماعي	بين المجموعات	31.705	2	15.852	37	0.010
	داخل المجموعات	1152.162	7	42.673		
	المجموع	1183.867	9			
المظهر الجسمي	بين المجموعات	105.276	2	52.638	93	0.006
	داخل المجموعات	1514.090	7	56.077		
	المجموع	1619.367	9			
القلق	بين المجموعات	1.276	2	.638	013.	0.01
	داخل المجموعات	1308.090	7	48.448		
	المجموع	1309.367	9			
السعادة والرضا	بين المجموعات	7.886	2	3.943	233.	0.003
	داخل المجموعات	456.814	7	16.919		
	المجموع	464.700	9			

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) قيمة F عند درجات الحرية =29 =1.85

يتضح من الجدول (17) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في أبعاد مفهوم الذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي , لان قيمة F الجدولية اكبر من قيمة F المحسوبة .

عرض نتائج الفرضية السابعة :

نص الفرضية (لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد مفهوم

الذات لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية) .

لتحقق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار T Test لدلالة الفروق

بين متوسطين

الجدول رقم (18) يبين اختبار T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في أبعاد التوافق النفسي لمتغير الحالة الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة T	متزوج		عازب		البعد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
*0.07	1.8	7.017	27.167	7.582	25.778	السلوك
*0.08	1.12	6.238	27.097	7.216	23,561	التقبل الاجتماعي
*21.0	1.42	008.9	35.612	8.390	35.07	المظهر الجسمي
0.013	0.448	7.75901	24.7333	.49827	1.4000	القلق
0.009	-18.2	6.68366	23.1333	.49827	1.4000	الرضا والسعادة

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (18) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مفهوم الذات على الأبعاد (السلوك - المظهر الجسمي - والتقبل الاجتماعي) بينما هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مفهوم الذات على الأبعاد (القلق - والسعادة والرضا) لصالح المتزوجين . الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض جزئياً.
عرض نتائج الفرضية الثامنة :

نص الفرضية (لا توجد فروق في درجات الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير العمر) . لتحقيق من صحة هذا الفرضية استخدمت الباحثة اختبار (T Test) لدلالة الفروق بين متوسطين

الجدول رقم (19) يوضح نتائج T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لمتغير العمر

مستوى الدلالة	قيمة T المحسوبة	31-40		20-30		البعد المتغير
		لانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0490.	036.	7.01	22.33	6.96	21.83	التوافق الأسري
0.00	1.69	6.45	20.01	5.56	19.54	التوافق الاجتماعي
0.00	- 15.73	6.39	20.08	6.94	21.72	التوافق الانفعالي
0.00	1.09	7.28	25.44	7.84	25.20	التوافق الصحي

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

يتضح من الجدول (19) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في أبعاد مقياس التوافق النفسي بين الفئة العمرية (20-30) سنة والفئة العمرية (31-40) لان قيمة (T) المحسوبة اقل من قيمة (T) الجدولية.

عرض نتائج الفرضية التاسعة :

نص الفرضية (توجد فروق في درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لمتغير المستوى التعليمي.)

الجدول رقم (20) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي لمتغير المستوى التعليمي في أبعاد مقياس التوافق النفسي

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
التوافق الأسري	بين المجموعات	.766	2	.383	.024	0.037
	داخل المجموعات	436.200	27	16.156		
	المجموع	436.967	29			
التوافق الاجتماعي	بين المجموعات	68.638	2	34.319	706.	0020.
	داخل المجموعات	1312.162	27	48.599		
	المجموع	1380.800	29			
التوافق الانفعالي	بين المجموعات	29.659	2	14.829	456.	0080.
	داخل المجموعات	877.141	27			
	المجموع	906.800	29	32.487		
التوافق الصحي	بين المجموعات	1.205	2	.602	034.	0.006
	داخل المجموعات	474.662	27	17.580		
	المجموع	475.867	29			

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) قيمة F عند درجت الحرية = 29 = 1.85

يوضح الجدول (20) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على كل أبعاد مقياس التوافق النفسي عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) تعزى لمتغير مستوى التعليم. لان قيمة F الجدولية اكبر من قيمة F المحسوبة .

عرض نتائج الفرضية العاشرة :

نص الفرضية (توجد فروق في درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى تعزى لحالة الاجتماعية) .

الجدول رقم (21) يوضح نتائج T Test لدلالة الفروق بين متوسطين في الاختبار البعدي لأبعاد التوافق النفسي لمتغير الحالة الاجتماعية .

مستوى الدلالة	قيمة T المحسوبة	متزوج		عازب		البعد
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
*0.09	-122.08	6.12	22.07	6.66	21.42	التوافق الأسري
0.003	0.86	6.39	20.77	7.15	20.69	التوافق الاجتماعي
0.000	3.36	6.34	25.08	7.14	23	التوافق الانفعالي
0.004	0.71	7.79	32.31	8.54	31.44	التوافق الصحي

*دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول (21) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على أبعاد (التوافق الاجتماعي , والتوافق الصحي, والتوافق الانفعالي) لصالح المتزوجين . وبينما توجد فروق في

درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على بُعد (التوافق الأسري) .

المبحث الثاني : ثانياً : تفسير ومناقشة النتائج :

لقد كشفت نتيجة فحص الفرضية الأولى إن الوزن النسبي للدرجة الكلية لمفهوم الذات 49,67 وهي أقل من 50 % مما يدل على مفهوم ذات منخفض , وهذه النتيجة تحقق صحة الفرضية بشكل كلي . و تعزى الباحثة ذلك إلى المواقف والخبرات التي مر بها المتعاطين مما أدى بهم إلى اكتساب مفاهيم سلبية نحو ذاتهم ويشعرون بالعجز وعدم التقدير لذاتهم. فيرى باركر (Parker,1990,68) أن الانخفاض في مفهوم الذات ربما يعتبر السمة الأساسية أو العلامة المميزة لمتعاطي المخدرات , ويستطرد باركر قائلاً " يبدو معقولاً اقتراح أن الذين لديهم مفهوم منخفض للذات يكونون أكثر قابلية للمخدرات , وأشارت دراسة هاي إلى أن الأفراد ذوي الفعالية المنخفضة تتكون لديهم أفكار سلبية من خلال الرؤية المسبقة للمهام وتتكون لديهم أخطاء معرفية أكثر سلبية وتؤثر على أدائهم وتفكيرهم وذلك من خلال الرؤية المستقبلية للمهام (Hay,1991) . تتفق هذه النتيجة مع دراسة راوية الدسوقي (1995) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطين وغير المتعاطين للكحوليات في أبعاد مفهوم الذات والفروق لصالح غير المتعاطين .

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية :

توصلت نتيجة الفرضية الثانية إلى إن أفراد عينة البحث يتسمون بسوء توافق مرتفع. وترجع الباحثة ذلك إلى الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشونها النزلاء يؤدي إلى حدوث بعض الاضطرابات النفسية نتيجة المعاناة التي يمرون بها . ويشير صالح (2004) أن السجن يزيد من المعاناة النفسية ويزيد من درجة الضغط النفسي والميل إلى المخاطرة , وسوء التوافق النفسي والاجتماعي . كما يؤكد عسلي (2005) إن السجن تسبب في انتشار العديد من الاضطرابات النفسية بين النزلاء وتزيد من سوء التوافق النفسي والاجتماعي نتيجة الظروف الصعبة التي يعيشونها , وإن كثيراً من أساليب التنشئة والتربية النفسية , والأسرية والاجتماعية , والمدرسية الخاطئة وخاصة الخبرات المؤلمة منها قد تؤثر في شخصية الفرد بصفة عامة , وفي مفهومه عن ذاته وعن الآخرين بصفة خاصة. فيجعله يشعر بالدونية والاحتقار وال فشل رغم أنه يمتلك إمكانيات وقدرات النجاح. وذلك الشعور بالدونية والفشل والاحتقار يصاحبه نوع من التوتر والقلق وسوء التوافق في الشخصية , الأمر الذي قد يدفعه إلى (تعاطي المخدرات) كمحاولة لخفض التوتر وإعادة التوافق للشخصية.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

اتضح من نتيجة الفرضية الثالثة أن قيمة (ت) المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية , عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) في جميع الأبعاد وهذا يدل على وجود فروق جوهرية في تلك الأبعاد بين التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي . وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى أثر فاعلية البرنامج

المقترح في تحسين مفهوم الذات عند النزلاء ، فمفهوم الذات تكوين فرضي يظهر نتيجة فهم الأفراد لذواتهم ، من خلال تفاعلهم وتواصلهم مع الآخرين عندما يعبروا عن أنفسهم . وقد ساهمت فنيات البرنامج وما يتضمنه من أنشطة وفعاليات مختلفة كالأنشطة (الفنية ، القصصية ، والحركية ، والموسيقية ، والمسرحية و....) والتي كانت معظمها تحاكي إمكانية الإقلاع عن التعاطي، مما أسهم في تفاعله بشكل ايجابي الشئ الذي أنعكس بدوره علي شعوره بالأهمية ، كما زادت قدرتهم، وانغماسهم بالأنشطة علي التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم واحترام أنفسهم والآخرين. وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة محمد خدام (2008) التي أكدت على أهمية العلاج النفسي وكما اتفقت هذه النتيجة مع دراسة زهرالدين الأمين (1012) والتي أثبتت نتيجتها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي لدى مرضى الاكتئاب المعتمدين على الحشيش لصالح القياس البعدي إلا أن دراسة زهر الدين كانت تعتمد على مجموعتين ضابطة وتجريبية وتلك الدراسة كانت تهدف لمعالجة أعراض الاكتئاب لدى معتمدي الحشيش وبينما الدراسة الحالية تهدف لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي .

والعلاج النفسي ليس مفيداً فقد للمتعاطي المخدرات وإنما مفيد لعلاج كثير من المشكلات الأخرى والباحثة استفادت من خبرات المتعاطين وخاصة عند تعرفها على مشكلة كل واحد والسبب الذي دفعه للتعاطي وكيفية شراء المخدر وإعداده وتعاطيه وتعرف على أنواع أخرى منه هذا أثناء تطبيق البرنامج .

والعلاج النفسي الجماعي كما أشار لطفي فطيم (2008) هو أحد الوسائل التي ترجع إليها لتقديم العون للأفراد الذين يعانون من مشكلات في علاقاتهم الشخصية بأنفسهم وعلاقاتهم بالآخرين .

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

يتضح من الجدول رقم (15) المخصص لنتائج اختبار T لدلالة فروق أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين الاختبار القبلي و البعدي في مقياس التوافق النفسي على الأبعاد (التوافق الاجتماعي والتوافق الانفعالي ، والتوافق الصحي) وذلك يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في تحسين سوء التوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات، وهذه النتيجة تحقق صحة الفرضية، إما فيما يختص ببعده (التوافق الأسري) فقد تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) كانت الفروق لصالح الاختبار القبلي . وقد تعزى الباحثة وجود هذه الاختلافات إلى أن الأسرة التي تربي ونشأ فيها المتعاطي غير مستقرة ويسودها الاضطراب في العلاقات بين الوالدين والأخوة، وأنها غير قادرة على تهيئة الجو العاطفي اللازم للفرد. ولذلك فإن الفرد الذي ينشأ في مثل هذه الأسرة يكون مفهومه الأسري للذات مختلف عن الآخرين. وقد يكون ذلك هو أحد الأسباب التي تدفعه إلى تعاطي المخدرات ، وترى نظرية التحليل النفسي إن المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعثر فيه ، فيجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن (عبد المنعم، 2003م ، 38) ، كما قال محمد مراد (1425هـ) تبدو مظاهر سوء التوافق أو التكيف الاجتماعي في الخلافات الأسرية والتصدع الأسري والفضول المدرسي والفضول في مجال العمل هو الشعور بالإحباط الاجتماعي والسلوك العدواني ، كما أشار. (1984: Belkin الأسرة هي المصدر الأول لتوفير الحاجات للفرد منذ صغره فهي تساهم في التوافق الإيجابي أو السلبي لدى الأبناء، من خلال قبول الوالدين لأبنائهم وإشراكهم في اتخاذ القرار وتعليمهم الحدود المقبولة للسلوك وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أسماء محمد الحسين (2009) والتي أوضحت نتائجها وجود فروق إحصائية في درجة الشعور بالوحدة النفسية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي إلا أن دراسة أسماء كانت تهدف للتحسين الوحدة النفسية بواسطة برنامج علاج نفسي جماعي . وتختلف هذه النتيجة مع نتيجة دراسة عبدالله الوائلي (2003) والتي هدفت إلى معرفة فعالية العلاج النفسي الجماعي في درجة القلق لدى مدمني المخدرات ، والتي أشارت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي في متوسط درجة القلق على كل مجموعة من مجموعات الدراسة (التجريبية - الضابطة) .

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

اتضح من نتائج الفرضية الخامسة لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة العمرية (20-30) و (31-40) على الأبعاد السلوك - المظهر الجسمي - التقبل الاجتماعي - والرضا والسعادة) عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) , بناءً على ما تقدم يمكن القول إن الفرضية الصفرية مقبولة , تتفق مع نتيجة دراسة منوية خليفة (2008) والتي أشارت نتيحتها إلى عدم فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في الاستجابة وفقاً للمتغير العمر . وأيضاً أشارت دراسة زهرالدين (2012) إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين برنامج العلاج النفسي الجماعي والعمر. وترجع الباحثة ذلك إلى تقارب أعمارهم . كما ترى أن عدم وجود فروق في متغير العمر قد يرجع إلى تساوي المثيرات التي تعرض لها كل منهم , أو البيئة النمطية التي أصبحت لا تفرق بينهم . وفيما كانت الفروق دالة لصالح الفئة (31-40) على بعد القلق. تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليها ليمياء ياسين ألكاكي (2011) التي تؤكد وجود فروقا في أبعاد مفهوم الذات يمكن إرجاعها إلى العمر.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة :

لقد أتت نتائج الفرضية السادسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) في مقياس مفهوم الذات تعزى لمتغير المستوى التعليمي. بناءً على ما تقدم يمكن القول إن الفرضية البديلة مقبولة والفرضية الصفرية مرفوضة. ويمكن تفسير تلك النتائج بأن مستويات الدراسية لمتعاطلين لا تشكل عائق في تكوين مفهوم ذات إيجابي وخاصةً أن أفراد العينة يتقاربون في السن والتعليم بشكل كبير ولا توجد بينهم فجوة عمرية تساعد فئة دون غيرها. وترجع الباحثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مجالات التوافق النفسي إلى تدني مستوى التعليمي لأفراد العينة حيث خبراتهم وثقافتهم محدودة و هذا له تأثير كبير على التوافق النفسي. تتفق هذه مع نتيجة دراسة زهرالدين (2013) والتي أشارت نتيحتها إلى عدم وجود فروق جوهرية في مستوى التحسن باستخدام برنامج العلاج النفسي الجماعي لمتعاطلي الحشيش تعزى للمستوى التعليمي . وتفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن برنامج العلاج الجماعي فعال لكل المستويات العلمية التي تناولتها الدراسة الحالية وأن العلاج النفسي الجماعي لا يتأثر بمتغير المستوى التعليمي لكن عندما يكون المتعاطلي ذو مستوى تعليمي عالي كلما قلت جلسات العلاج النفسي الجماعي وقل زمن لاستيعاب المجموعة العلاجية للمحاضرات التي تقدم لهم . وكذلك المستوى التعليمي يساعد تأقلم المتعاطلين مع بعضهم البعض أي تفاعلهم مع بعض ويجعل المتعاطلين أكثر التزاماً بالزمان والمكان وتقديراً للمعالج الذي يتعامل معهم .

الفرضية السابعة :

كما أشارت نتائج الفرضية السابعة. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)) في مفهوم الذات على الأبعاد (السلوك - المظهر

الجسمي - والتقبل الجسمي) بينما هناك فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في مفهوم الذات على الأبعاد (القلق- والسعادة والرضا) لصالح المتزوجين. تعزى الباحثة أن المتزوجين يشعرون بالإحباط والحرمان والشعور بالضيق ، والعجز عن الكفاية ، وهذه المشاعر مجلبة للتوتر والقلق ، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرضية جزئياً. ترجع الباحثة ذلك للشخصية المتعاطي ، لان تعاطي المخدرات يؤدي إلى تغيرات جذرية في الشخصية يجعل الفرد هابط الأخلاق والمبادئ والقيم الدينية والخلقية وتحوله إلى شخص سريع التهيج وشكاك وخائف وجبان وسريع الاتجاه للسلوك العدواني .لذلك يقلق من أجل زوجته وأولاده. ويؤدي التعاطي إلى آثار نفسية مثل القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار والشعور بالانقباض والهبوط مع عصبية وحدة في المزاج وإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه .

الفرضية الثامنة

يتضح من خلال نتائج الفرضية الثامنة لا توجد فروق دالة إحصائية بين فئتي (20-30) و(31 - 40) سنة في أبعاد التوافق (الأسري - والاجتماعي - والصحي) حسب متغير العمر عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$). وعليه يمكن القول أن وجود المتعاطين في بيئة اجتماعية متشابهة تجعلهم لا يختلفون في توافقهم النفسي في متغير العمر. وهذا يؤكد أن برنامج العلاج النفسي الجماعي مفيد لكل الفئات العمرية التي تعاني من قلة مفهوم الذات وسوء التوافق النفسي وخاصة الذين اعتمدوا على المخدرات وأصبحوا أكثر اعتماداً عليها ينفع معهم هذا البرنامج ويساعدهم كثيراً في تحسين التوافق . بينما كانت هناك فروق دالة في بعد التوافق الانفعالي لصالح (31-40). ويختلف ذلك مع توصل إليه عبدا لرحمن العازمي (2008) الذي يؤكد وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد التوافق تعزى لمتغير العمر .

الفرضية التاسعة :

أشارت نتيجة الفرضية التاسعة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي على كل مجالاته تعزى لمتغير مستوى التعليم. تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة زهر الدين الأمين (2013م) والتي أشارت نتيجتها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التحسن باستخدام برنامج العلاج النفسي الجماعي لدى معتمدي الحشيش تعزى للمستوى التعليمي. تفسر الباحثة هذه النتيجة إلى أن برنامج العلاج النفسي الجماعي فعال لكل المستويات العلمية التي تناولتها الدراسة الحالية وأن العلاج النفسي الجماعي لا يتأثر بمتغير المستوى التعليمي .

الفرضية العاشرة :

إما الفرضية الأخيرة أشارت إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاختبار البعدي للتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على أبعاد (التوافق الاجتماعي ، والتوافق الصحي، والتوافق الانفعالي) . وبينما توجد فروق في درجات الاختبار البعدي للتوافق

النفسي لدى متعاطي المخدرات عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) على بعدي (التوافق الأسري) ترجع الباحثة ذلك إلى عدم تمتع الأفراد العينة بعلاقات سوية مع أسرهم ومدى القدرة الأسرية على توفير الإمكانيات الضرورية ومدى توفير الحب والتعاون والتضحية بين أفراد الأسرة , تتفق مع دراسة عبد الرحمن العازمي (2008) التي توصلت إلى سلبية التوافق النفسي على البعد الأسري والتأثير المباشر على الفرد في ممارسة الإهمال الأسري للجوانب التربوية.

الفصل الخامس المراجع والملاحق

الفصل الخامس الخاتمة

أولاً : النتائج

- قد توصلت البحث إلى :
- إن مستوى مفهوم الذات منخفض لدى متعاطي المخدرات وكما أظهرت ارتفاع سوء التوافق النفسي.
- وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً في مقياس مفهوم الذات والتوافق النفسي لصالح المقياس البعدي ,
- كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق في القياس القبلي البعدي تعزى لمتغير (العمر, والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية).

ثانياً : التوصيات :

- إجراء فحوصات طبية وتحليل معملية لكافة طلاب المدارس والجامعات للتأكد من خلوهم من المخدرات
- الاهتمام بإنشاء وتوسيع وحدات رعاية الشباب في مراحل التعليم المختلفة , في الأحياء السكنية .
- تخطيط وتنظيم الأنشطة التربوية البناءة لشغل أوقات الفراغ وأهمها البدنية والنفسية والاجتماعية .
- تبصير الشباب بالتحديات المعاصرة التي تستهدف الشباب الإسلامي .
- يجب على الأسرة أن تقوم بدور إيجابي وفعال اتجاه تربية الطفل وتنشئته لأن مسؤوليتها. ولا تقتصر تلك المسؤولية على تلبية احتياجات الطفل المادية فقط بل أنها أكبر من ذلك. فهي المسؤولة عن إتاحة الجو العاطفي.
- غرس القيم والتقاليد الإسلامية في الشباب .
- العمل على تثقيف الطلاب وتوعيتهم بقضية المخدرات من خلال المناهج الدراسية المختلفة .
- ضرورة إخضاع المتعاطين الذين نفذت بحقهم أحكام عقابية بالحبس في الجرائم المخدرات لرعاية لاحقة من قبل السلطات الأمنية بعد انتهاء مدة عقوبتهم .
- على المسؤولين مساعدة الباحثين وتمليكهم المعلومات المطلوبة وعدم إخفاء الحقائق .
- توعية المجتمع بأن هنالك نوع من العلاج النفسي يساعد في علاج تعاطي المخدرات وهو غير مكلف مادياً وزمناً .

ثالثاً : المقترحات :

- دراسة فعالية الرقية الشرعية وأثره في تحسين مفهوم الذات لدى متعاطي المخدرات .
- دراسة مدى تقبل أفراد المجتمع لظاهرة تعاطي المخدرات .
- دراسة العلاج بالإيحاء الديني وأثره في التوافق النفسي.

المراجع والمصادر.

- إبراهيم ، زيري السيد (2006م): العلاج المعرفي ، ط (بدون) ، القاهرة ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- إبراهيم ، عبد الستار (1999م) : علم نفس الإكلينيكي، في ميزان الطب النفسي ، ط (2) ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- ابن عاشور، محمد بن الطاهر (1986 م) : تفسير التحرير والتنوير ، تونس ، الدار التونسية .
- أبو جادو، صالح [علم النفس التربوي]، عمان [دار المسيرة للنشر والتوزيع]
- أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2001م) : العلاج النفسي الجماعي وتطبيقاته الجماعية ، ط (1) ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- أبو زيد ، مدحت عبد الحميد (2002م): الإحصاء في العلوم السلوكية ، (ب.ط) ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .
- أبو زينة ، فريد كامل (2005م) : الإحصاء في البحث العلمي، ط (1) ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .
- أبو الدوس ، احمد (1980م) : مشكلة المخدرات والإدمان وكيفية معالجة الإدمان ، دار الأندلس للطباعة والنشر ، أبو دلو، جمال ، (2009م) : الصحة النفسية ، ط (1) ، الأردن ، دار أسامة للنشر والتوزيع .
- أبو غلام ، رجاء محمود ، (2001م) : مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية ، ط (3) ، مصر ، دار النشر الجامعية .
- أبو النيل ، محمود السيد (2005م): الصحة النفسية ، ط (1) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- أبو النيل ، محمود السيد، (1984م) : علاقة الاضطرابات السكوسوماتية بالتوافق المهني ، القاهرة ، دار المعارف .
- إسماعيل ، محمد عماد الدين، (2010م) : الطفل من مرحلة الطفل إلي الرشد ، عمان ، دار الفكر للنشر .
- أرجايل ، ميشيل، (١٩٨٢) : علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية ، ترجمة عبد الستار إبراهيم)، ط ٣، القاهرة ، مكتبة مدبولي .
- الأشول ، عادل عز الدين ،: (1989) علم النفس والنمو، ط (2) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- الأشول ، عادل عز الدين ، (2004م): علم النفس الاجتماعي ، ط (بدون) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
- البار ، محمد علي، (1985م) : المخدرات الخطر الداهم الأفيون ومشتقاته ، دمشق ، دار القلم .
- البستاني ، أنطول ، (1979م) : المخدرات اعرف عنها وتحنيها ، ط (بدون) ، بيروت ، المكتبة الشرقية .
- الجوهرى ، محمد ، (1990م) : الطفل والتنشئة الاجتماعية ، الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية

- الحادقة ، احمد أمين، (1991م): أساليب ومكافحة المخدرات . الجزء الأول : ، الرياض ، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .
- الحبيب ، طارق علي، (2003م) : الطب النفسي المبسط ، (ب ط) الرياض ، جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع .
- الحسين ، أسماء عبد العزيز ، (2002م) : المدخل المبسر في الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (1)، الرياض ، دار عالم الكتب .
- الخالدي ، أديب محمد ، (2007م) : الصحة النفسية ، (3) عمان ، دار وائل للنشر والتوزيع .
- الخالدي ، عطا الله فؤاد ، (2009م) : علم الإرشادي الجمعي تطبيقاته عملية ، ط (1) ، دار صفاء للنشر ، عمان .
- الخطيب، جمال محمد سعيد، (2008م): تعديل السلوك الإنساني ، ط (1) ، الكويت ، مكتبة الفلاح لنشر والتوزيع .
- الخطيب ، محمد جواد ، : (2000) التوجيه والإرشاد النفسي بن النظرية والتطبيق ، ط (3) غزة، فلسطين: مكتبة آفاق .
- الداهري ، صالح حسن،: (2008) أساسيات التوافق النفسي والاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسس والنظريات (ط 2 ، عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع .
- الداهري ، صالح حسن ، (2005م) : أساسيات القياس النفسي في الإرشاد والصحة النفسية ، ط (1) ، عمان ، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع .
- الدسوقي ، مجدي محمد ، (2008م) : دراسات في الصحة النفسية ، المجلد الأول ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- الدسوقي ، كمال (1994م) : علم النفس ودراسة التوافق ، ط (1) ، القاهرة ، دار النهضة للطباعة والنشر .
- الدمرداش ، عادل ، (1999م) : الإدمان مظاهره وعلاجه ، العدد (56) ، سلسلة عالم المعرفة ، الكويت، المجلس الوطني للفنون والآداب .
- الديب ، أميرة عبد العزيز ، : (1990) سيكولوجية التوافق النفسي في الطفولة المبكرة ، ط (1)، الكويت ، مكتبة دار الفلاح .
- الرشيدى ، هارون توفيق ، (2004م): سيكولوجية الابداع والمواهب الخاصة ، توزيع المكتبات الكبرى بالقاهرة .
- الريان ، احمد علي طه، (2010م) : المخدرات بين الطب والفقہ ، القاهرة ، دار الاعتصام .
- الرفاعي، نعيم، ((2005 : الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف ، ط (5)، جامعة دمشق .
- الزراد ، فيصل محمد ،(1993م) : تعديل السلوك البشري ، ط (بدون) ، الرياض ، دار المريخ للنشر
- الزيات، فتحى، (2002) : علم النفس المعرفي مصر: دار النشر للجامعات .
- الزهري ، صلاح حسن، (2008م) : علم نفس الإرشادي - أساليبه ونظرياته الحديثة ، ط (1) ، القاهرة، دار وائل للنشر والتوزيع .

- السيد ، محمد عبد الرحمن، (1998م): نظريات الشخصية ، ط (1) ، القاهرة ، دار منابر للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة .
- الشديقات ، محمد موسى، (2005م): الإدمان ، تغ ، خمور ، مخدرات ، ط (1) ، عمان ، الطريق للنشر والتوزيع.
- الشناوي ، محمد محروس، (1998م) : العلاج السلوكي الحديث ، أسسه وتطبيقاته ، (ب.ط) ، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
- الشوكاني ، القاضي، (1415هـ) : المسكرات والمخدرات البحث المسفر ، د (ط. م . ن) .
- الطبيشي ، خميس مسعود: (1986م): ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع القطري ، ط (بدون) ، دار الكتب القطرية ، قطر .
- الظاهر ، القحطان، (2004) : مفهوم الذات من النظرية والتطبيق ، الأردن ، دار وائل للنشر .
- الظاهر ، القحطان، (2004): تعديل السلوك ، ط(2) ، الأردن ، دار وائل للنشر .
- العشماوي، السيد متولي، (٢٠٠٩ م): الجوانب الاجتماعية لظاهرة الإدمان، الجزء الأول ، الرياض:المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (2002م): الجرعة والإدمان ، ط (1) ، الإسكندرية ، دار الكتاب الجامعية.
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (2002م): الأسس السلوكية للشخصية والسلوك ، رواد المعرفة الجامعية
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (2001م): محالات الإرشاد والعلاج النفسي ، ط (1) ، بيروت ، دار الراتب الجامعية.
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (1984م): العلاج النفسي ، ط (بدون) ، بيروت ، دار النهضة العربية.
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد ، (2005م): المخدرات وأخطارها ، ط (بدون) ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعي الإسكندرية .
- العيسوي ، عبد الرحمن محمد، (1990م): باثولوجيا النفس ، ط (1) ، الإسكندرية ، دار الفكر الجامعي.
- الغامدي ، احمد عطية ، (2010م): أثر المخدرات على الأمة وسبل الوقاية منها ، الرياض ، مطابع دار الثقافة .
- ألفقي ، حامد عبد العزيز ، (1990م) : نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، ط (1) ، الكويت. ، دار القلم للنشر والتوزيع .
- الفيومي ، ابن علي ، (1925 م) : المصباح المنير في غريب الشرح الكبير للرافعي ، القاهرة ، مطبعة الأميرية .
- القذافي ، رمضان محمد ، (2010م): علم نفس العام ، ط(3) ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث.
- القريب ، عبد العزيز على ، (2006م): ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي ، الرياض ، جامعة نايف للعلوم الأمنية

- المليجي ، أمال عبد السميع ، (2002م): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (2) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- المغربي ، سعد (1963م) ظاهرة تعاطي المخدرات ، ط (2) ، بيروت ، دار الراتب الجامعية
- المنجد في اللغة والأدب (1967م) . ، بيروت ، منشورات دار المشرق .
- المهدي، محمد (2002) : مستويات النفس. الإسكندرية: الملتقى المصري لابداع والتنمية.
- الميلادي ، عبد المنعم (2004م) : الصحة النفسية ، ط (بدون) ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة.

- النجمي ، محمد بن يحيى () 2000 : المخدرات وأحكامها الشرعية الإسلامية ، جامعة نايف للعلوم الأمنية .
- النيال ، مياسة محمد، (2002م): الخلل وأبعاد الشخصية ، ط (1) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية.
- الوريكات، عايد، عواد ، (٢٠٠٤) : نظريات علم الجريمة ، ط (١) ، عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع
- الهابط ، محمد ، : (1987) التكيف والصحة النفسية ، ط (2) ، القاهرة ، المكتب الجامعي الحديث
- بهارد ، سعدية محمد على، (1999م) : سيكولوجية المراهقة ، ط (2) ، الكويت ، دار البحوث العالمية
- جبل ، فوزي محمد ، : (2000) الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية ، مصر، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية .
- جلال ، سعد ، (1992م) : التوجيه النفسي والتربوي والمهني مع مقدمة عن التربية
- حجازي ، مصطفى (2000): الصحة النفسية : منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة . الدار البيضاء . المركز الثقافي العربي.
- حنا ، جميل (1974م): الاعتماد على المخدرات وتنظيم أجهزة لمكافحتها ، القاهرة ، معهد الدراسات العليا لضباط الشرطة.
- حقي ، الفت (2001م) : علم نفس المعاصر ، (د.ط) ، الإسكندرية ، مركز الإسكندرية للكتاب.
- خير الله ، محمد سيد . (1992م.): مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقية ، بيروت ، دار النهضة العربية.
- خير الله ، محمد سيد (1992م): المدخل الي السلوكية (ب.ط) ، القاهرة ، دار الكتب .
- حَلِيفَة ، عَبدُ اللطيف مَحْمَدَ (2005) . : علم النفس الاجتماعي ، القاهرة : دَارَ عَرِيبَ لِلطَبَاعَةِ

- والنشر والتوزيع.
- دويدار ، عبد الفتاح، (1999): سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات ، الإسكندرية . دار المعرفة الجامعية.
- دعبس ، محمد يسري إبراهيم ، (1994) : الحياة الاجتماعية للمدمن، دراسة اجتماعية في أنثروبولوجية الجريمة، الإسكندرية: جامعة الإسكندرية
- راجح ، أحمد عزت، : (1985) أصول علم النفس ، ط (2) ، القاهرة ، دار المعارف
- رضوان، سامر جميل، (2009) : الصحة النفسية ط (3) ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- رويحة ، أمين (2009م)، النباتات الطبيعية ، د (، ط ، م) .
- زايد ، محمد ، (1988 م) : أفة المخدرات ، (د . ط) ، بيروت ، دار الأندلس .
- زهران ، حامد عبد السلامة، (2005م): التوجه والإرشاد النفسي ، ط (4) ، القاهرة ، عالم الكتب
- زهران ، حامد عبد السلام، (1987م) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (3) ، القاهرة ، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .
- زهران ، حامد عبد السلام زهران، (1980م): الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (3) ، القاهرة ، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .
- زهران ، حامد عبد السلام زهران، (1977م) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (بدون) ، القاهرة ، عالم الكتب .
- زهران ، حامد عبد السلام ، (2005م) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط (5) ، القاهرة ، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع .
- زهران ، حامد عبد السلام زهران ، (2003م) : الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، ط (1) ، القاهرة ، عالم الكتب والنشر.
- زهران ، حامد عبدالسلام، (1400هـ) : المخدرات وأضرارها وضرورة تحنها ، الرياض، الجزيرة المسائية.
- زيور ، مصطفى ، (1999م : تعاطي الحشيش كمشكلة نفسية (التحليل النفسي) محاولة التخدير بالحشيش ، القاهرة ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سامر ، رضوان: (2002م) : الصحة النفسية ، ط (1) ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- سري ، إجلال محمد (1990م) الأمراض النفسية والاجتماعية ، ط (بدون) ، القاهرة ، عالم الكتب.
- سري ، إجلال محمد ، (2000م) : علم النفس العلاجي ، ط (2) ، القاهرة ، عالم الكتب.
- سويف ، مصطفى ، (1992م) : تعاطي المخدرات الطبيعية ، القاهرة ، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سلطان ، ابتسام محمود محمد ، (2007م) : التطور الخلقي للمراهقين ، (1) ، عمان ، دار صفاء للنشر والتوزيع .
- سليمان ، على السيد ، (2015م) : علم نفس الإرشادي والعلاج النفسي ، ط (1) ، القاهرة ، دار الجوهر للنشر والتوزيع .

- سهيل ، المطيري (2005): : الصحة النفسية مفهومها واضطراباتها ، ط 1 ، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .
- شازلي ، عبدالحميد محمد ، (2002م): الصحة النفسية وسكولوجية الشخصية ، ط (2) ، الإسكندرية ، مكتبة الجامعة الرزايطة.
- شحاتة ، حسن احمد، (2006م): التدخين والإدمان وإعاقة التنمية ، القاهرة ، مكتبة دار المعرفة
- صلاح الدين شروخ، () : علم النفس الاجتماعي والإسلام ، (ب.ط)، الجزائر ، دار العلوم للنشر والتوزيع.
- شوقي ، مدحت عزيز (1985م) : أسطورة المخدرات والجنس ، القاهرة ، الهيئة العامة للكتاب.
- شقير ، زينب: (2003) مقياس التوافق النفسي ، ط (5) ، طنطا ، كلية التربية.
- صالح ، يوسف محمد ، (2010م) : الانحراف والصحة النفسية ، ط (1) ، عمان ، دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- عادل ، عبد الله محمد ، (2003م): العلاج المعرفي السلوكي ، ط (4) ، مصر، الدار الدولية للاستثمار الثقافية.
- عبد الخالق، احمد محمد ، (2007م): علم النفس المعاصر ، ط (بدون) ، القاهرة ، مكتبة دار المعرفة الجامعية .
- عبد الخالق ، احمد محمد، (2003م) : أسس علم النفس ، ط (3) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية، .
- عبد الخالق ، احمد محمد ، (1998م): الطب النفسي المعاصر ، ط (بدون) ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية .
- عبد الخالق احمد محمد، (1997م) : أسس علم نفس ، ط (3) ، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية
- عبد الخالق ، احمد محمد ، (1996م): المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية ، ط (بدون) ، القاهرة ، المجلس الوطني للثقافة والفنون
- عبد الخالق ، احمد محمد، (1994م): العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، ط (بدون) ، الكويت ، دار القلم للنشر والتوزيع.
- عبدالرحمن ، يعقوب (2004م) : التطورات المنهجية ، وعملية البحث العلمي ، ط (1) ، الأردن ، دار وائل ، للنشر والتوزيع.
- عبد المنعم ، عفاف محمد ، (٢٠٠٣) : الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، مصر: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الله ، حسيب عبد المنعم (2001) : مقدمة في الصحة النفسية ، ط 1 ، الاسكندرية ، دار الوفاء.
- عبد الله ، محمد قاسم، (2004م): مدخل إلى الصحة النفسية ، ط (2) ، عمان ، دار الفكر .
- عبد العزيز ، مفتاح محمد ، : (2003) مدخل إلى الصحة النفسية ، ط (1) ، عمان ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع .

- عبد الغني ، أشرف محمد ، (2001م): المدخل إلى الصحة النفسية ، ط (بدون) الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .
- عبد الفتاح ، كاميليا، (1975م) : سيكولوجية العلاج الجماعي ، ط (بدون) ، القاهرة ، دار قباة للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد القوي ، سامي، (1986م): المدخل إلى علم الأدوية النفسية ، (ب.ط) ، القاهرة ، دار الفكر
- عبد اللطيف ، رشا احمد ،(2007م): السئة والإنسان - منظور اجتماعي ، ط (1) ، الإسكندرية ، دار الفاء للطباعة والنشر .
- عرموش ، هاني، (1998م): المخدرات إمبراطورية الشيطان ، دار النفائس . العربي .
- عسلي ، محمد إبراهيم والبنا ، أنور حمودة : (2005) علم النفس الاجتماعي ، (ب ط) ، فلسطين ، هيئة الكتاب الجامعي، جامعة الأقصى ، غزة .
- عسكر ، عبد الله، (2005م): الإدمان بين التشخيص والعلاج ، ط (5) ، القاهرة ، مكتبة أنجلو المصرية القاهرة .
- عشوي ، مصطفى ، (2010) : مدخل إلى علم النفس المعاصر ، ط 3 ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية .
- عطفية ، حمدي أبو الفتوح ، (2002م): منهجة البحث العلمي وتطبيقاتها في الدراسات التربوية والنفسية، ط (1) ، القاهرة ، دار النشر للجامعات.
- غلام ، صلاح الدين محمود ، (2003م) : البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية ، ط (1) ، القاهرة ، دار الفكر العربي
- علي ، صبره محمد ، شريت اشرف محمد ، : (2004) الصحة النفسية والتوافق النفسي، (ب ط) ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .
- عكاشة ، احمد ، (2003م): الطب النفسي المعاصر ، ط (بدون) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- العودة ، عمر (2002م): التدين والتكيف النفسي ، ط (بدمن) ، الجزائر، دار الهوى .
- عيد ، محمد إبراهيم ، (2005م) : مقدمة في الإرشاد النفسي ، (ب.ط) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية
- عودة ، حسن احمد ، سليمان ، وفتحي ، (2009م): أساليب البحث العلمي في التربية والعلوم ، ط. (2) ، الأردن، إربد .
- عيد ، محمد فتحي، (1988م) : حريمة تعاطي المخدرات ، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية
- غانم ، محمد حسن ، (2002م) : الأمراض النفسية للشخصية ، (ب.ط) ، الإسكندرية ، المكتبة المصرية .
- غانم ، محمد حسن ،(2005م): سيكولوجية الإدمان والمدمنين ، (ب.ط) ، القاهرة ، دار غريب .
- غانم ، محمد حسن ،(2005م): الامراض النفسية والعلاج الاسلامي ، (ب.ط) ، الاسكندرية ، المكتبة المصرية .

- غانم ، محمد حسن ، (2008م): العلاج النفسي الجمعي - سن النظرية والتطبيق ، ط (1) ، القاهرة ، المكتبة المصرية
- غنيم ، سيد محمد ، (1987م): سيكولوجية الشخصية محدداتها ، قياسها ، نظرياتها ، ط (بدون) ، القاهرة ، دار النهضة العربية.
- فايد ، حسين ، (2005): دراسات في السلوك والشخصية ، ط (1) ، القاهرة ، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع
- فرج ، صفوت ، (2000) : مرجع علم النفس الاكينيكي ، ط (بدون) ، القاهرة ، مكتبة الانجلو.
- فرغلي ، علاء الدين (2003م) : دراسات ميكروبيولوجية على مدمني المخدرات ، مجلة النفس المطمئنة ، العدد (74) .
- فريد ، محمد ابراهيم ، (1987م) : ادمان المخدرات (د. ط) ، بيروت ، دار الطباعة للنشر.
- فطيم ، لطفي ، (1993م) : العلاج النفسي الجمعي ، ط (1) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية
- فطيم ، لطفي ، (1983م) : العلاج النفسي الجمعي ، ط (بدون) ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- فهمي ، مصطفى ، (١٩٧9): الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف ط (2) ، القاهرة: مكتبة الخانجي.
- قحطان، الظاهر ، (2007م) : تعديل السلوك ، ط (2) ، الأردن ، دار وائل للنشر.
- قولي ، أسامة إسماعيل ، (2006م) : العلاج النفسي بين الطب والإيمان ، ط (1) ، بيروت ، دار الكتب العلمية
- كمال ، على ، (1998م): العلاج النفسي قديماً وحديثاً ، ط (1) ، بغداد ، دار واسط للطباعة والنشر.
- كفاني ، علا الدين ، (1990م): الإرشاد والعلاج النفسي ، ط (1) ، القاهرة ، دار الفكر العربي
- كفاني ، علا الدين ، (1989م) : التنشئة الوالدية والأمراض النفسية ، القاهرة ، هجر للطباعة والنشر . - مرسى ، محمد عبد الحليم (1406هـ): دور البرامج الدينية في معالجة قضايا ومشكلات المجتمع ، الرياض ، جامعة الملك عبدالعزيز بن محمد .
- مراد مرداسي ، (2009م): مواضع علم النفس وعلم النفس الإجتماعي ، ط (1) ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية .
- محمد ، جاسم محمد ، (2004) : مشكلات الصحة النفسية وأمراضها وعلاجها ، ط (1) ، الأردن ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- محمود ، حمدي شاكر ، (2003م): الصحة النفسية والعلاج النفسي للمرشدين والمعلمين ، ط (1) ، السعودية ، دار الأندلس للنشر والتوزيع.
- مصباح ، عبد الهادي ، (2004م): سلسلة الحينات والسلوكيات (الإدمان) ، ط (1) ، القاهرة ، الدار المصرية اللبنانية . مصطفى ، فتحي ، (1999م) : علم النفس العام ، ط (بدون) ، القاهرة ، دار الوثائق القومي .

- معمريّة ، بشير ، (2009م) : مدخل لدراسة القياس النفسي ، ط (1) ، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، المنصورة .
- منسي ، حسن ، (2000م) : الصحة النفسية ، ط (2) ، اربد ، الأردن ، دار الكندي للنشر والتوزيع .
- منسي ، محمود عبد الحليم حامد ، (1986م) : قياس مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة ، جدة ، مركز النشر العلمي ، بجامعة الملك عبد العزيز .
- موفق الاحرش ، وآخرون ، (٢٠٠٢) : المدخل إلى التوعية والإرشاد النفسي ، دار الكتب ، ليبيا الوطنية ، بنغازي .
- مهدي ، محمد عبدالفتاح ، (2002م) : العلاج النفسي في ضوء الإسلام ، ط (1) ، المنصورة ، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع .
- نجاتي ، محمد عثمان ، (2005م) : القرآن الكريم وعلم النفس ، ط (8) ، القاهرة ، دار الشروق .
- ود حجر ، الشيخ أبو طالي ، (د.ت) : الخمير وسائر المسكرات والمخدرات والتدخين ، الطبعة ، الأخيرة المكتب الإسلامي دمشق .
- هنا ، عطية محمود ،: (2005) علم النفس والتكيف النفسي الاجتماعي ، القاهرة : دار القاهرة للكتاب .
- هيئة الأمم المتحدة ، (٢٠٠١ م) : الأمم المتحدة ومراقبة إساءة استعمال المخدرات ، ترجمة المركز العربي للعلوم الأمنية والتدريب .
- ياسين ، عطوف محمود ، (1988م) : مدخل في علم نفس الاجتماعي ، ط (بدون) ، بيروت ، دار النهار للنشر .
- يونس ، انتصار ، (١٩٩٣) : السلوك الإنساني ، (د.ط) ، القاهرة ، دار المعارف .
- ثانياً : المراجع المترجمة**
- بارد يس ، هانس : ترجمة سامر جميل رضوان ، (2009م) : في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ، ط (1) ، غزة ، فلسطين ، دار الكتاب الجامعي .
- بنكر ، هانس : ترجمة سامر جميل رضوان ، (2009م) : علم نفس الإكلينيكي أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد ، ط (1) ، غزة ، دار الكتاب الجامعي .
- بنكل ، باربرا كوتمان ، (1964م) : ترجمة زكريا عبدالعزيز ، الشفاء من الإدمان ، الدار الدولية للنشر والتوزيع .
- بول ، ل. ليند زاي . : ترجمة : صفوت فرج ، (2000م) : علم النفس الإكلينيكي للراشدين ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
- تراياك ، هيرالد (د.ت) ، ترجمة ابراهيم سويدان ، أخطار التدخين ، ط (بدون) ، دار الشرق الأوسط للطباعة والنشر .
- دورتي دوسيك ودانييل : ترجمة عمر شاهين وخضر نصار ، (1989م) : المخدرات حقائق وأرقام ، ط (1) ، الأردن ، مركز الكتب الأردني .
- رولان يدورون وفراس واز : ترجمة فؤاد شاهين ، (1997م) : موسوعة علم النفس ، المجلد (1) . القاهرة .

- ميشيل أرجايل، (١٩٨٢:) علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية ، ترجمة عبد الستار إبراهيم (ط ٣ ، القاهرة ، مكتبة مدبولي.

ثالثاً : المعاجم :

- بدوي ، احمد، (1997م): معجم العلوم الاجتماعية ، بيروت، مكتبة لبنان.
- عبد الحميد، جابر وكفاني ، علاء الدين ، (1995م) : معجم علم النفس والطب ، المجلد (7) ، بيروت، دار النهضة العربية.
- عبد الحميد، جابر و كفاني ، علاء الدين ، (1990م) : معجم علم النفس والطب النفسي ، (د . ط) ، دار النهضة العربية ، بيروت .

رابعاً : الدراسات الجامعية :-

- أبو زيد ، هويدا عباس ، (2009 م :) تصميم برنامج للإرشاد النفسي الجماعي وأثره على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لطلاب المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير، كلية التربية ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا ، السودان.
- أبو زيد ، مدحت عبد الحميد ، (1998م) : الفروق بين ذوي العلاج الداخلي والعلاج الخارجي من معتمدي الهيروين في بعض المشكلات المتعلقة بالعلاج النفسي الجماعي ، مصر، رسالة دكتوراة منشورة.
أبو زيتون ، جمال عبد الله (2004) : أثر برنامج تدريبي في تنمية المهارات الواسية والتحصيل ومفهوم الذات الأكاديمي لدى الطلبة ذوي صعوبات التعلم. رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية، عمان ، الأردن .
- إسماعيل ، سليمان عيسى (1997) : السمات الشخصية والخصائص الاجتماعية والاقتصادية لشريحة مدمني المخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، السودان ، جامعة الخرطوم .
- الداود، أسعد فرحان محمد (1988م): اشتقاق معايير أردنية لمقاييس بريس- هاريس لمفهوم الذات. رسالة ماجستير غير منشورة ، الأردن ، جامعة اليرموك .
- الزعبي، عيسى، (2007) : أثر برنامج التعلم النشط وفق النظرية المعرفية الاجتماعية على درجة مفهوم الذات والتحصيل الدراسي لدى طلبة الصف الثالث الأساسي، رسالة دكتوراه غير منشور الجامعة الأردنية ، عمان ، الأردن.
- الحارثي ، فيصل ربيع ، (2013م) : التشوهات المعرفية وعلاقته بالعدوان لعينة من متعاطي المخدرات بمستشفى الأمل بجدة ، رسالة ماجستير منشورة ، السعودية .
- الحازمي ، صالح عمر ، (1409هـ) : دراسة لبعض الخصائص العقلية والانفعالية والخلقية الأسرية لمدمني المنبهات ومدمني المهدئات من نزلاء السجون بالمنطقة الغربية ، رسالة ماجستير غير منشورة مكة المكرمة، كلية التربية ، جامعو أم القرى.
- الحربي ، عواض بن محمد عوض ، (2003) : العلاقة بين مفهوم الذات والسلوك العدواني لدى طلبة الصم، رسالة ماجستير منشور ، السعودية، جامعة نايف للعلوم الامنية .

- الشهري ، يزيد بن محمد ، (2005): السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات بمجمع الأمل للصحة النفسية ، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية .
- الفكي ، عبدالعزيز محمد حسن ، (2003م) : سمات الشخصية لمتعاطي المخدرات ، رسالة ماجستير
- الماحي ، ياسر عبدالرحيم ، (2001م) : العلاقة بين متعاطي الحشيش ومستوى الاكتئاب النفسي وسط طلاب الجامعات بولاية الخرطوم .
- النجمة ، علاء الدين ابراهيم يوسف ، (2008م) : مدى فعالية العلاج النفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الثانوية ، رسالة ماجستير منشورة ، غزة .
- العازمي ، عبد الرحمن (2008 م) : التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالإدمان ، المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة .
- القطناني ، علاء سمير موسى، (2011م) : الحاجات النفسية ومفهوم الذات وعلاقتها بالطموح لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في ضوء محددات الذات ، فلسطين ، رسالة ماجستير منشورة .
- الوايلي ، عبدالله احمد (2003م) : فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى متعاطي المخدرات ، رسالة ماجستير منشورة ، السعودية .
- توتو، هويدا سر الختم عبد الرحيم، (2005 م) : فاعلية برنامج إرشادي نفسي تنموي في تحسين مفهوم الذات لدى طالبات مدرسة الراشدين الثانوية بأم درمان ، رسالة دكتوراه ، السودان ، كلية التربية ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا .
- توفيق ، امانى والي محمد ،(2003م): بعض سمات الشخصية لمعتدي المخدرات المصنعة المترددين على مراكز العلاج النفسي بولاية الخرطوم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، السودان ، جامعة النيلين .
- جمل الليل ، محمد جعفر محمد ،(2005م) : العلاقة بين الاتجاه نحو تعاطي المخدرات والمسابقة وارتباطهما بعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة ، السعودية، مجلة الملك سعود ، مجلد 16 ، 345- 380 .
- حسين ، نشوة عبد التواب، وعبد الغفار، غادة محمد ،() مفهوم الذات والسلوك العدوانى
- لدى ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالحركة المفرط ، دراسات عربية في علم النفس
- خدام ، محمد احمد ،(2008م) فعالية برنامج إرشادي في تطوير مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات ، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية ، المجلد 23، العدد الرابع ، 265- 291
- زهر الدين الأمين حامد، ((2012 : فاعلية برنامج العلاج النفسي الجماعي في تنمية الثقة بالنفس وتقدير الذات لدى معتمدي المخدرات بمستشفى السلاح الطبي ، رسالة دكتوراه منشورة ، السودان ، الجامعة الإسلامية .

- سطاتم ، يوسف (2003م): المقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الامفيتامين والعادين في بعض خصائص الشخصية ، رسالة ماجستير منشورة ، جامعة نايف العربية الامنية ، قسم العلوم الاجتماعية .
- سعدالدين ، (2012) : فعالية العلاج النفسي الجماعي في تعديل بعض المتغيرات النفسية لدى متعاطي المخدرات ، بحث دكتوراه منشور ، جامعة طنطا ، كلية الآداب .
- سلام ، وسام عزت ، (2009م) : سوء التوافق النفسي والشعور بالاغتراب وعلاقتها بالانتكاسية لدى عينة من متعاطي المواد المخدرة التخلقية ، رسالة ماجستير منشورة ، الرياض ، جامعة بنها ، كلية الآداب .
- صوالحة ، محمد (1990) : علاقة مستوى مفهوم الذات وشكل التغذية الراجعة بفاعلية تعلم مفاهيم علمية لدى طلاب الثامن الإعدادي في الأردن، دراسة دكتوراه غير منشورة ، مصر ، جامعة عين شمس .
- عبدالرحمن (2000): التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بالإدمان لدى عينة من المدمنين في المستشفيات الأمل ، رسالة ماجستير غير منشورة ، العلوم الاجتماعية ، السعودية ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
- عبد السلام ، فاروق ، (2004م): سيكولوجية الإدمان ، دراسة نفسية. كلية التربية. جامعة الأزهر. رسالة دكتوراه .
- عبدالقادر ، حسين ، (1986م) : العلاج الدرامي والسيكودراما - دراسة في العلاجات الاجتماعية ، دكتوراه غير منشورة ، القاهرة ، آداب عين شمس .
- عبد اللطيف، أذار: (2001) : العلاقة بين مفهوم الذات والتكيف الاجتماعي لدى المعوقين حسيدياً ، رسالة ماجستير، كلية التربية، مصر ، جامعة دمشق.
- عبد المتعال ، أسماء (2009م): فعالية برنامج إرشادي نفسي في سوء التوافق النفسي والاجتماعي والدراسي لطلاب المدارس محلية بحري. رسالة دكتوراه غير منشورة ، السودان ، جامعة السودان .
- لدنسي ومكوثي، (2002): السلوك السائد لدى مجموعة من المراهقين متعاطي المخدرات لأمركي
- علي، نجود النور عثمان ،: (2005) - فاعلية الإرشاد النفسي الجماعي في خفض قلق الدراسة لدى الطلاب المراهقين، رسالة ماجستير، السودان ، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- محمود ، ماجدة حسين ، (1998م) : سيكولوجية المدمن العائد دراسة نفسية اجتماعية ، رسالة ماجستير، مصر ، كلية البنات ، جامعة عين شمس .
- وافي ، ليلي أحمد،: (2006) الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى -
- الأطفال الصم والمكفوفين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، غزة ، كلية التربية علم نفس .
- وافي ، ليلي أحمد، (2006) الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى -

- الأطفال الصم والمكفوفين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، غزة ، كلية التربية علم نفس .

خامساً : الدوريات

- إبراهيم ، يعقوب ، (1992م) : مفهوم الذات في مرحلة المراهقة: أبعاده وفروق الجنس و المستوى الدراسي (دراسة ميدانية) . مجلة أبحاث اليرموك، جامعة اليرموك، ع 4 ، 45-76.

- أبو جادو ، صالح محمد ، (2011م) : أثر استخدام استراتيجيات التعلم النشط في تحسين التحصيل العلمي ومفهوم الذات الأكاديمية لدى طالبات الصف الثالث الأساسي ، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 38 ، ملحق 2 ، 456-466
- أبو زيتون ، جمال (2010م) : أثر برنامج تدريبي في تنمية مهارات الاستماع ومفهوم الذات الأكاديمي لدى الطلبة المعوقين بصرياً ، مجلة جامعة دمشق -المجلد 26 - العدد الرابع ، 215-250.

- أحمد ، عبد الرؤوف (2010م) : التوافق النفسي وعلاقته بالانتماء الوطني لدى الأسيرات الفلسطينيات ، مجلة جامعة الأزهر بغزة ، سلسلة العلوم الإنسانية 2010 ، المجلد 12 ، العدد 2 - ص 621-666

- خدام ، محمد احمد (2008) : فاعلية برنامج إرشادي جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات ، عمان، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد الحادي والعشرون، العدد الرابع ، 265-291 .

- البشر ، سعاد عبد الله (2009) : مفهوم الذات وعلاقته بسوء التوافق النفسي اجتماعي ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، جامعة البحرين ، العدد 2- ص 13 - 36 .

- البجاوي ، احمد يونس محمود (2010م) : أثر برنامج إرشادي في تعديل مفهوم الذات لدى طلبة كلية التربية ، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية ، المجلد 11، العدد 2 ، ص 37-61
- الدليم ، فهد بن عبدالله بن علي ، (2004م) : الفروق في أبعاد مفهوم الذات لدى المراهقين والشباب ، الرياض ، جامعة الملك سعود ، Fadlaim@yahoo.com
- الديب ، علي ، : (1988) التوافق الشخصي الاجتماعي للراشدين دراسة استطلاعية ، مجلة الدراسات التربوية ، العدد 13، ص 24 .

- الرشيد وآخرون ، بشير، (2008م) : سلسلة تشخيص الأمراض النفسية (اضطرابات التعاطي والإدمان) ، ط (1) ، المجلد الخامس ، الكويت ، مكتبة الإنماء الاجتماعي.
- الرشيد وآخرون ، بشير (2000م) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، (المجلد السابع المكتبة الوطنية الكويت .

- الركابي ، ليمياء ياسين (2011) : أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الإعدادية، بغداد ، مجلة العلوم النفسية ، العدد 19، 76-106 .

- السرطاوي ، زيدان أحمد ، دراسة مقارنة لمفهوم الذات بين الطلاب العاديين والطلاب ذوي صعوبات التعلم . مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية والدراسات الإسلامية ، عدد 2
- المستعان ، عويد سلطان ، (2007م) : أسباب تعاطي المخدرات والآثار الناجمة عنها ، مجلة التقدم العلمي ، الكويت ، العدد 2

- النبال ، مياسة (1997م) : الغضب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية ، القاهرة ، مجلة الإرشاد النفسي العدد (6) ، ص 107-180.
- بركات ، زياد، (2008م) : علاقة مفهوم الذات بمستوى الطموح لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة ، المجلة الفلسطينية للتربية المفتوحة ، المجلد الاول ، العدد الثاني ، فلسطين ، جلمعة القدس المفتوحة.
- جلال ، أحمد سعد (2013 م) : مفهوم الذات المصور أطفال الروضة في مملكة البحرين(الخصائص السيكومترية ومعايير التقنين) ، البحرين ، مجلة العلوم التربوية والنفسية ، المجلد 14 العدد 1.
- حافظ ، احمد خيرى ، مجدى، حسن (1990م): أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها ، وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية ، مجلة علم نفس ، العدد ، (4) ، السنة الرابعة ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- حسين ، محمود ،(1987م) : مفهوم الذات وعلاقته بمستويات الطمأنينة و الانفعالية . مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 15، ع 3 .
- داود ، معمر ، (2010) : مدخل إلى علم الاجتماع ، ط(1) ، الجزائر ، منشورات دار طليطلة .
- (دسوقي ،) راوية محمود حسين، (1994) : الحرمان الأبوي وعلاقته بكل من التوافق النفسي ومفهوم الذات والاكثاب لدى طلبة الجامعة. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العلمية.
- رضا ، منى ،(2006م): العلاج الهوائي والنفسي ، مجلة التربية ، اللجنة الوطنية للتربية والثقافة والعلوم ، قطر العدد (159) السنة الخامسة والثلاثون . 657- 711
- سليمان ، فريال خليل ، (2013م) : مفهوم الذات وعلاقته بمستوى الذكاء لدى أطفال الرياض ، مجلة جامعة دمشق -المجلد 29 - العدد الأول ، 105-142.
- شكعة ، علي ، (1999) : الاتجاهات العامة لمفهوم الذات لدى طلبة مرحلتي التعليم الثانوي والجامعي في الضفة الغربية ، مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي، العدد الرابع عشر، السنة نابلس: فلسطين.
- صوالحة ، محمد ،: (1992) دراسة تطويرية لمقياس مفهوم الذات ، مجلة أبحاث - اليرموك سلسلة العلوم الاجتماعية ، مجلد 8، عدد 4، جامعة اليرموك، ص 112- 75)
- عدنان، عتوم ، وفرح عدنان، (1995) : أثر المتغيرات الديمغرافية في مفهوم الذات لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن، مجلة أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية (المجلد 11 ، العدد 2، ص . 78- 53
- عفيفي ، يوسف أحمد، (1425هـ): دور الأسرة في أمن المجتمع. ندوة المجتمع والأمن-المؤسسات المجتمعية والأمنية- المسؤولية المشتركة- كلية الملك فهد الأمنية- مركز البحوث والدراسات- 21-24/2/1425هـ الموافق 11-14/4/2004م.
- موسى ، ماجدة، (2010م): مفهوم الذات الاجتماعي وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى الكفيف ، مجلة جامعة دمشق ،
- موسى ، رشا علي ، (2005م): سيكولوجية التدين ، مجلة القياس والتقويم النفسي ، العدد 9 ، السنة الخامسة .

- محمود علي التائب، (1415 هـ) : مجلة الصحة النفسية ، العدد العاشر ، ص 37 .
- عبد الحميد ، محمد ، (1994م) : العنوان وعلاقتها بتقدير الذات ، القاهرة ، مجلة علم النفس ، العدد (3) ، ص 31-59.
- روي روبرت ون . ترجمة يوسف اسعد، (1989م): الهيروين والإيدز وأثرها في المجتمع ، مجلة علم النفس ، العدد (87) ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- العلاج الدوائي والنفسي ، مجلة التربية ، اللجنة الوطنية للتربية والثقافة والعلوم ، قطر ، العدد (159) ، السنة الخامسة والثلاثون .
للكتاب.

المراجع الأجنبية :

- Leinua, Van Schoick-edstorm & Karin S, Frey & Kathy, Beland . (Karin), Changing adolescents attitudes about relational and physical aggression: an early evaluation of A school-based intervention. School Psychology Review, vol. 31 Issue 2, P:201
 - Stephen, N. Elliott. (2001), New directions in social skills assessment and intervention for elementary and middle school students. Exceptionality, vol. 9 Issue 1, P:19
 - Patricia, A. Markos & Steven, Grierson. (1998) , A case study of private correctional substance abuse treatment program. Guidance & Counseling, vol. 13 Issue 3, P:40
 - Ogborne, C. Alan. (2000), Identifying and treating patient with alcohol-related problems. Canadian Medical Association Journal, vol. 162 Issue12, P:1705
 - Richard, J. Bonnie. (2001), Addiction and responsibility. Social Research, vol. Issue 3, P:813 68
 - William, R. Miller & Paul L. Wilborne. (2002)., Mesa grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol disorders. Addiction, vol. 97 Issue 3, P:265
- Whittinghill, Daved & Rudenga , Whittinghill & Larry C, Loesch. (2000) , The - benefits of self- efficacy approach to substance abuse counseling in era managed care. Journal of Addiction & Offender counseling, vol. 20 Issue 2, P:4

ملحق (2)

بسم الله الرحمن الرحيم
وزارة الداخلية
رئاسة قوات الشرطة
الإدارة العامة للسجون والإصلاح

تاريخ 2022/11/18

أ.ع.س. 1/14/2022/18

المعيد / مدير معهد البحوث الجنائية والاجتماعية

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته...

- الموضوع / الطلبة / نور الشام مسلم اشرف

المرجع :-

- خطاب السيد/ مدير المكتب التنفيذي للرئاسة بالتمرة 1/18/2022 بتاريخ 2022/11/18 ويرفقته
- خطاب السيد/ مسؤل كلية الدراسات العليا والبحث العلمي بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا
- 1- مشيراً للمرجعين اعلاه - محال لكم صورة من الخطاب المشار اليه في المرجع اعلاه بحكم الاختصاص
- 2- من جانبنا نوصي لها بالتصديق والشوايط المعمول بها
- 3- للتكرم بالعلم والتفضل بالإجراء والإفادة
- 4- ولكم لشكر

في علم
مفكرات
له في

الإدارة العامة للسجون والإصلاح
معهد شرطة
الطاهر علي الطاهر

مدير الإدارة العامة للسجون والإصلاح

مرفقات
الخطاب
اللهم

ملحق (3)

وزارة الداخلية
جامعة الرباط الوطني
معهد البحوث والدراسات الجنائية والاجتماعية

التاريخ: 2013/7/14م

ج.د.و / م.ب.د.ج / 20/ت/50

السيد/ مدير سجن الهدى

سلام عليكم ورحمة طوبى لكم

الطالبة/ نور الشام سالم اشرم

المرجع:

- خطاب السيد/مدير سجن الهدى -الجهة المختصة -الجهة المعنية بالتمرة / ا.خ.خ.م. من ت/52/14 بتاريخ 2013/7/11م .
- تنظيمات السيد المدير العام رقم (2012/12م)
- إشارة للمرجع أعلاه نوصي بتقديم العون لها، بإجراء بحثها بعنوان (تقنية برنامج إرشادي جماعي (بشوك مغربي) لدى منمنى المخدرات والمروجين) وتقديم المساعدة لها في إطار العمل الأكاديمي وفق الضوابط على أن تقدم نسخة من الدراسة لمعهد البحوث والدراسات الجنائية والاجتماعية .
- ولكم الشكر .

د. محمد أحمد أنور
مدير معهد البحوث والدراسات
الجنائية والاجتماعية

ملحق (4)

قائمة بأسماء المحكمين

الاسم	الدرجة لعلمية	الجامعة
عبد الباقي دفع الله احمد	أ . د	جامعة الخرطوم
رقية السيد	أ . د	جامعة الخرطوم
مهيد	أ . د	جامعة الإسلامية
الجيلي بشير على	دكتوراه	جامعة الإسلامية
احمد محمد احمد السوار	دكتوراه	جامعة الإسلامية
إسماعيل حسين هاشم	دكتوراه	جامعة الفاشر
سلوى الحاج	دكتوراه	جامعة السودان
عبير عبدالرحمن	دكتوراه	جامعة الخرطوم
ياسر جبريل	دكتوراه	جامعة السودان
سعاد موسى احمد	دكتوراه	جامعة الأحفاد
خليفة محمد ابراهيم	دكتوراه	اكاديمية الشرطة العليا

بسم الله الرحمن الرحيم
جامعة السودان
ملحق (5)

إستبانه المحكمين على الصدق الظاهري لأدوات البحث

الدكتور الفاضل /.....

بعد التحية

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان : **فعالية برنامج علاج نفسي جمعي لتحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى** . وهى دراسة علمية ضمن متطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس , وباعتباركم من الذين يتميزون بالخبرة في هذا المجال لذلك أرجو شاكراً إبداء رأيكم في فقرات المقاييس المرفقة من حيث وضوح فقراتها ومحاورها , ومدى شموليتها وملاءمتها للغة وارتباط فقراتها , مع إجراء أي تعديل أو حذف أو إضافة علماً بأن هذه المقاييس سيتم تطبيقها على عينة من متعاطي المخدرات وتشمل :

أولاً : **مقياس مفهوم الذات** : إعداد بيرس وهارس .

ثانياً : **مقياس التوافق الاجتماعي** : إعداد هيو م . بل .

ثالثاً : **برنامج العلاج النفسي** . من إعداد الباحثة

وتنتهز الباحثة هذه الفرصة لتعبر عن شكرها وتقديرها لكم ولاشك أن خبرتكم وكفاءتكم وقدرتكم سيكون لها أثر كبير في الحكم على فقرات هذه المقاييس من حيث تطبيقها على عينة الدراسة .

وجزأكم الله خيراً

إشراف الدكتور
على فرح

إعداد الطالبة
نورا لشام سالم اسرم

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق (6)

الصورة المبدئية

مقياس مفهوم الذات : إعداد بيرس وهارس

أخي الكريم

تحية طيبة

تقوم الباحثة بدراسة حول برامج العلاج النفسي الجماعي في تحسين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى . باعتباركم من الذين وقع عليهم الاختيار ليكون أحد أفراد عينة الدراسة , لذلك ستجد في هذه الاستمارة عبارات عن مدى شعورك بالحب والقبول والاستقرار والمطلوب أن تقرأ كل عبارة منها وأن تحدد مدى انطباقها عليك .
فإذا كانت العبارة فتعبر عن شعورك فضع إشارة () أمام البديل الذي يناسبك وللتوضيح إليك نموذج للإجابة :

العبرة	لا تنطبق عليّ دائماً	تنطبق عليّ إلى حد ما	لا تنطبق عليّ على أبدأ
ألوم نفسي على أفعالي			
أشعر بقدرتي على مواجهة المشكلات			

وتذكر أخي الكريم بأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك وشعورك , وأن هذه الاستمارة أعدت للاستخدام للأغراض العلمية , كما أنه لا ضرورة لكتابة أسمك وأن المشاركة في ملية هذه الاستمارة ليست إجبارية فالمهم هو رغبتك في المشاركة , لذلك نأمل أن تكون صادقاً وأميناً في إجاباتك ورجاء ألا تترك عبارة من دون إجابة وتقبلوا شكر الباحثة وتقديرها لتعاونكم

			أنا راض عن سلوكي	23
			أحرص على أداء الشعائر الدينية	24
			أحاول أن أرضي الآخرين	25
			أن راض عن الطريقة التي أعامل بها الآخرين	26
			أروج الشائعات في بعض الأحيان	27
			أشعر أحياناً بالرغبة في السب	28
			اعتني بصحتي جيداً	29
			أهتم بمظهري	30
			أشعر أنني مخلص نحو ديني	31
			أقوم بأعمال سيئة	32
			أفعل أشياء بدون تفكير مسبق فيها	33
			أشعر باهتمام نحو أسرتي	34
			أسعى لتحقيق الفوز في نشاطاتي	35
			أشعر أنني على ما يرام معظم الوقت	36
			أشعر بالاضطراب في نومي	37
			أفعل ما هو صواب	38
			أحل مشاكلني بنفسي	39
			بفهمي عدد قليل من الذين من حولي	40
			أتردد في اتخاذ القرار	41
			أهرب من المشاكل التي تواجهني	42
			أتشاجر مع أسرتي	43
			تراودني أحلام مزعجة أثناء نومي	44
			أتضايق عندما أكون مع الآخرين	45
			أجد صعوبة في التحدث مع الغرباء	46
			أوجل عمل اليوم إلى الغد	47
			أشعر بأنني أقل من الآخرين	48
			أستطيع أن أعبر عن نفسي بسهولة	49
			حياتي مليئة بالمشاكل	50
			أجد صعوبة في السيطرة على رغباتي	51
			أشعر برغبة في العدوان	52
			أشعر أنني قوي الإرادة	53

			أتجاهل ما يقوله عنى الآخرين	54
			أتحمل نتيجة أفعالي	55
			يتتابني إحساس بعدم الأمن	56
			أشعر الخوف من الفشل في الحياة	57
			إنني غالباً حزين	58
			إنني السبب في الأخطاء التي تقع مني	59
			أسبب المتاعب لعائلتي	60
			لا يحالفني التوفيق في أعمالي	61
			إنني شخص جيد	62
			إنني مخلص في عملي وعلاقاتي واستحق ثقة الناس	63
			إنني إنسان ذكي	64
			سأكون إنساناً مهماً عندما أكبر	65
			إنني لا أعرف الكثير من الأشياء	66
			إنني شخص قوي	67
			مظهري أنيق وجميل	68
			إنني خجول	69
			يصعب علي تكوين الأصدقاء	70

الملحق (7)

الصورة المبدئية لمقياس التوافق النفسي والاجتماعي .

الرقم	العبارة	نعم	لا	إحياز
1	تكون مسروراً عند وجودك مع مجموعة من الناس ؟			
2	تتولى تقديم زملائك في البرامج الثقافية داخل السجن ؟			
3	تجد صعوبة في الوقوف أمام الجماعة ؟			
4	تميل أن يكون لك عدد قليل من الأصدقاء ؟			
5	أنت تشعر خجول في بعض المواقف ؟			
6	تكسب أصدقاء جدد بسهولة ؟			
7	كانت لك تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة ؟			
8	تشعر بالوحدة حتى لو كنت مع الناس ؟			
9	تحب أن تشارك في الحفلات التي تنظمها إدارة السجن ؟			
10	تتردد في الدخول إلى غرفة ما حين ما يكون بها مجموعة من الناس ؟			
11	تحب أن تتناول واجباتك مع زملائك في عنبر؟			
12	كثير ما تنضطر إلى السكوت أو مغادرة الغرفة لكي تحقق الهدوء			
13	تميل إلى البقاء في المؤخرة في الحفلات الاجتماعية ؟			
14	من السهل إن تكون علاقات صداقة مع الجنس الآخر.			
15	تسر من جرد وجودك مع الناس ؟			
16	تضعف همته بسهولة إذا أوكل إليك أي عمل ؟			
17	كثيراً ما تشعر بالأسف على الأعمال التي تقوم بها ؟			
18	لأحد أصدقائك بعض العادات الشخصية التي تثيرك ؟			
19	يجرح شعورك بسهولة ؟			
20	يستمر معك الضيق والقلق مدة طويلة إذا تعرضت لجرح ؟			
21	تثيرك النقد ؟			
22	تشغلك أفكار حتى لا تستطيع النوم ؟			
23	تشعر أن أصدقاءك اسعد منك ؟			
24	قلة المال سبب في جعل حياتك تعيسة ؟			

			تكون سعيد عندما تنجز مهمة تفيد المجتمع ؟	25
			تهتم بان تكون صادقاً حتى مع غير الصادقين ؟	26
			تشغلك أفكار لا تستطيع معها النوم ؟	27
			أنت راضي بالطريقة التي تتعامل بها مع الآخرين ؟	28
			تشعر بأن جسمك سليم ؟	29
			يوجد تشوه بسيط في جسمك يشعرك بالحرج ؟	30
			تشكو كثيراً من الألم في المعدة أو الأمعاء ؟	31
			ترى التغيير الاجتماعي ظاهرة حضارية وصحية ؟	32
			تعتقد إن الشكل مهماً لو متناسق ؟	33
			أنت شخص حقود ؟	34
			تشعر بالأرق كثيراً	35
			تشعر بالتعب بأقل مجهود ؟	36
			تشعر بالضيق كثيراً ؟	37
			يزورك اهلك في السجن كثير ؟	38
			تشعر بعدم توفر الحب والود في البيت ؟	39
			أسرتك الدعم الأول بالنسبة في حياتك الماضية والحاضرة ؟	40
			يفرض احد والديك سيطرته عليك أكثر من اللازم ؟	41
			قلبك ملئ بالحب نحو أسرتك ؟	42
			أسرتك تأخذ برأيك ؟	43
			أحدى والديك لا يفهمك تماماً ؟	44
			يسود أسرتك الخلاف أكثر من الاتفاق ؟	45
			تنزعج لانتقاد أحد والديك ؟	46
			أسرتك متماسكة	47
			لو كان هناك أسرة غير أسرتك التجأت إليها ؟	48
			تتشاجر مع أسرتك ؟	49

بسم الله الرحمن الرحيم
ملحق (8)
مقيس مفهوم الذات المعدل

المحور الأول : مقيس مفهوم الذات

لا تنطبق على أبداً	تنطبق على إلى حد ما	تنطبق على دائماً	العبارة	الرقم
			أنا راض عن سلوكي	1
			أنا شخص ضعيف من الناحية الأخلاقي	2
			يصعب التحكم في ميولي العدوانية	3
			أنا شخص أمين	4
			أروح الشائعات في بعض الأحيان	5
			أشعر أحياناً بالرغبة في السب	6
			أقوم بأعمال سيئة	7
			أهرب من المشاكل التي تواجهني	8
			ألوم نفسي على أفعالي	9
			أسبب المتاعب لعائلتي	10
			أشعر برغبة في العدوان	11
			أنا شخص مريض	12
			أنا شخص مريض	13
			ينتابني شعور التخلص من هذه الحياة	14
			أشعر بأنني لا فائدة مني	15
			أحل مشاكلي بنفسي	16
			أشعر الخوف من الفشل في الحياة	17
			تراودني أحلام مزعجة أثناء نومي	18
			أتردد في اتخاذ القرار	19
			أجد صعوبة في السيطرة على رغباتي	20
			أشعر أنني مسئول عما ألاقه من متاعب	21
			إنني غالباً حزين	22
			لا يحالفني التوفيق في إعمالي	23
			حياتي مليئة بالمشاكل	24
			أحاول أن أرضي الآخرين	25
			أنا محبوب من أصدقائي	26
			ثقة الناس بي ضعيفة	27
			أتضايق عندما أكون مع الآخرين	28
			أحاول أن أرضي الآخرين	29
			أجد صعوبة في التحدث مع الغرباء	30
			يفهمي عدد قليل من الذين من حولي	31
			أنا غاضب من الناس	32
			أتجاهل ما يقوله عنى الآخرين	33
			يصعب علي تكوين الأصدقاء	34
			إنني خجول	35
			أشعر أنني غير محبوب من أسرتي	36
			اعتني بصحتي جيداً	37
			أهتم بمظهري	38

			مظهري أنيق وجميل	39
			إنني شخص قوي	40
			يبدو لي جسمي سليم	41
			أشعر أنني مخلص نحو ديني	42
			يتتابني شعور بالذنب عندما أفعل شيئاً خاطئاً	43
			إنني إنسان ذكي	44
			إنني شخص جيد	45
			أن راض عن الطريقة التي أعامل بها الآخرين	46
			سأكون إنساناً مهماً عندما أكبر	47
			أستطيع أن أعبر عن نفسي بسهولة	48
			أشعر أنني غير راض عن تصرفاتي	49
			أسعى لتحقيق الفوز في نشاطاتي	50
			إنني مخلص في عملي وعلاقاتي واستحق ثقة الناس	51
			أحل مشاكلني بنفسي	52
			أشعر بأنني أقل من الآخرين	53
			أتحمل نتيجة أفعالي	54
			أشعر أنني قوي الإرادة	55
			أتجاهل ما يفعله الآخرين	56

ملحق (9)

مقياس التوافق النفسي والاجتماعي بعد التعديل.

الرقم	العبارة	نعم	لا	أحيانا
1	تكون مسروراً عند وجودك مع مجموعة من الناس ؟			
2	تتولى تقديم زملائك في البرامج الثقافية داخل السجن ؟			
3	تجد صعوبة في الوقوف أمام الجماعة ؟			
4	تميل أن يكون لك عدد قليل من الأصدقاء ؟			
5	تشعر بالخجل في بعض المواقف ؟			
6	تكسب أصدقاء جدد بسهولة ؟			
7	كانت لك تجارب عديدة في الظهور أمام المجتمعات العامة ؟			
8	تشعر بالوحدة حتى لو كنت مع الناس ؟			
9	تحب أن تشارك في الحفلات التي تنظمها إدارة السجن ؟			
10	تتردد في الدخول إلى غرفة ما حين ما يكون بها مجموعة من الناس ؟			
11	تحب إن تتناول واجباتك مع زملائك في عنبر؟			
12	كثير ما تنضطر إلى السكوت أو مغادرة الغرفة لكي تحقق الهدوء			
13	تميل إلى البقاء في المؤخرة في الحفلات الاجتماعية ؟			
14	من السهل ان تكون علاقات صداقة مع الجنس الآخر.			
15	تسر من جرد وجودك مع الناس ؟			
16	تضعف همته بسهولة إذا أوكل إليك أي عمل ؟			
17	كثيراً ما تشعر بالأسف على الأعمال التي تقوم بها ؟			
18	لأحد أصدقائك بعض العادات الشخصية التي تثيرك ؟			
19	يجرح شعورك بسهولة ؟			
20	يستمر معك الضيق والقلق مدة طويلة إذا تعرضت لجرح ؟			
21	تثيرك النقد ؟			
22	تشغلك أفكار حتى لا تستطيع النوم ؟			
23	تشعر أن أصدقاءك اسعد منك ؟			
24	قلة المال سبب في جعل حياتك تعيسة ؟			

			تكون سعيد عندما تنجز مهمة تفيد المجتمع ؟	25
			تهتم بان تكون صادقاً حتى مع غير الصادقين ؟	26
			تشغلك أفكار لاستطيع معها النوم ؟	27
			أنت راضي بالطريقة التي تتعامل بها مع الآخرين ؟	28
			تشعر بان جسمك سليم ؟	29
			يوجد عيب بسيط في جسمك يشعرك بالحرج ؟	30
			تشكو كثيراً من الألم في المعدة أو الأمعاء ؟	31
			ترى التغيير الاجتماعي ظاهرة حضارية وصحية ؟	32
			تعتقد أن الشكل مهماً لو متناسق ؟	33
			أنت شخص حقوق ؟	34
			نومك قليل ؟	35
			تشعر بالتعب بأقل مجهود ؟	36
			تشعر بالضيق كثيراً ؟	37
			يزورك اهلك في السجن كثير ؟	38
			تشعر بعدم توفر الحب والود في البيت ؟	39
			أسرتك الدعم الأول بالنسبة في حياتك الماضية والحاضرة ؟	40
			يفرض احد والديك سيطرته عليك اكثر من اللازم ؟	41
			قلبك ملئ بالحب نحو أسرتك ؟	42
			أسرتك تأخذ برأيك ؟	43
			أحدى والديك لا يفهمك تماماً ؟	44
			يسود أسرتك الخلاف أكثر من الاتفاق ؟	45
			تنزعج لانتقاد أحد والديك ؟	46
			تتشاجر مع أسرتك ؟	47
			لو كان هناك أسرة غير أسرتك التجأت إليها ؟	48

ملحق (10) برنامج العلاج النفسي

مقدمة :

ظاهرة تعاطي المواد المخدرة بأنواعها المختلفة أصبحت هاجساً يؤرق شعوب العالم جميعها ، مما تسببه من مصاعب ومتاعب في شتى مناحي الحياة ، فقد أدى تعاطي المخدرات للكثير من المشاكل الاجتماعية والاقتصادية بل والسياسية على مستوى الدول والأفراد .

التعاطي يقلل من عمر الإنسان أو سعة حياته بعدة سنوات ويزيد من خطورة تعرضه للإصابة بالأمراض ، وعلى وجه الخصوص أمراض السرطان والأمراض القلبية الوعائية ولا يوجد نوع واحد من السلوك يعرض حياة الإنسان للخطر كما يفعل سلوك تعاطي المادة المخدرة . فرص الوفاء بالسرطان تزداد في حالة التعاطي ، كلما زاد تعاطي الفرد كلما زادت هذه الفرص ، وإذا توقف عن التعاطي فإن فرصته في الحياة تتحسن تدريجياً على مدى 15-20 سنة حتى تصبح صحته تشبه صحة أولئك الذين لم يتعاطوا . (عيتاني ، 2008م:14).

يتضح مما سبق مدى الانهيار الذي أصاب المجتمع الدولي ومدى تأثير المواد المخدرة على الأسرة والفرد معاً ، من خلال التدهور الاقتصادي والتفكك الأسري من جراء حالات الوفاة والطلاق والإفلاس ، وتشرد الشباب واندماجهم في المخدرات وتأرجحهم وبالتالي بين الموت المحقق وفقدان العقل أو الوقوف في أحضان الأمراض النفسية . (إسماعيل ، 2010م:42)

من خلال هذا البرنامج تستطيع الباحثة تزويد المتعاطين بمعلومات عن ضرر تعاطي المواد المؤثرة نفسياً والمخدرة والمساوي الناجمة عنه .

• مصادر بناء محتوى البرنامج المقترح :

- 1 النظرية السلوكية والمعرفية .
- 2 الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة .
- 3 الإطلاع على بعض البرامج العلاجية والإرشادية .
- 4 خبرة الباحثة من خلال ممارسة الإرشاد والعلاج النفسي بمستشفى نيالا .

مفهوم البرنامج العلاجي : يعرف رضوان إبراهيم (2003م) البرنامج العلاجي : بأنه نشاط مخطط يقوم به المعالج النفسي بهدف تحقيق تغيرات إيجابية في الفرد لتصبح حياته إما أسعد وإما أكثر فاعلية ، أو كليهما معاً .

- ويضيف سعفان (2005م) : بأنه مزيج من الأهداف الخاصة والإستراتيجية والعلاج والإرشاد الموجهة لتحقيق هذه الأهداف ، والتصميم البحثي الملائم ومحتوى البرنامج والإجراءات التنظيمية وتنفيذ البرنامج وتقويمه والتنسيق بين كل ما سبق .

- ويعرفه عارف (2008م) : بأنه برنامج العلاج ويعمل وفق نظريات العلاج النفسي على مساعدة وتبصير الأفراد على حل مشكلاتهم والتي تؤدي إلى سوء التوافق ويعمل البرنامج على تبصير الأفراد على حل المشكلات بما يحقق سعادة الفرد مع الآخرين بحيث يصل الفرد إلى أفضل مستوى من التوافق والرضا والصحة النفسية .

- ويرى سليمان (2000م:ص 39) ك أنه يغلب على هذه البرامج صفة التعليم وتقديم المعلومات ، ومن هذه البرامج تعليم مهارات إتخاذ القرارات وحل المشكلات وتخطيطها .
 - فأما العلاج الجمعي فيعرفه عبدالستار (2003، 580) : بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى والتعديل من نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم ، من خلال وضعهم في جماعة بحيث يعمل التفاعل الذي يتم بينهم من جهة وبينهم وبين المعالج من جهة إلى تحقيق الأهداف العلاجية .
 - في ضوء ما سبق تعرف الباحثة البرنامج العلاجي المستخدم في البحث بأنه مجموعة من الإجراءات والخطوات المنظمة والمخططة بناءاً على أسس علمية مستندة على مبادئ العلاج النفسي وفتياته ونظرياته ، تتضمن مجموعة من المهارات والأنشطة التي تقدم لأفراد المجموعة التجريبية من متعاطي المواد المخدرة خلال فترة زمنية محددة بهدف تقليل والاقلاع من التعاطي
- الحاجة إلى البرنامج العلاجي :**

نظراً لتزايد ظهور ووضوح مشكلة تعاطي المواد المؤثرة نفسياً في المجتمع السوداني بشكل عام ودارفور بشكل خاص ، وتنبه الجهات الرسمية والغير رسمية في السودان لهذه الظاهرة والتي أصبحت تشكل قلقاً حقيقياً للجميع ، وتعالى الأصوات المطالبة بضرورة وضع حد لأشكال التعاطي في السودان . فقد ارتأت الباحثة وبحكم تخصصها في الإرشاد النفسي ، أن تقوم بالعمل على تطوير برنامج لتقليل التعاطي لدى متعاطي المخدرات بسجن الهدى بامدرمان ، بالاستناد إلى برامج سابقة ، ولكن مع قيام الباحثة بإدخال العديد من الفنيات والأنشطة والتي لوحظ إفتقار تلك البرامج لها .

ويؤكد عبدالله (2002،33) : على أنه نتيجة للتغيرات الهائلة التي تعرضت لها المجتمعات الإنسانية في عصرنا الحاضر والتي شملت جوانب الحياة المختلفة كالإجتماعية والسياسية والإقتصادية والنفسية ، والتي أدت إلى ظهور العديد من المشكلات والضعف النفسية التي تواجه الفرد ، بدأت المجتمعات المتقدمة بتقديم خدمات نفسية وإرشادية وعلاجية تهدف إلى مساعدة الإنسان في حل مشكلاته النفسية بأساليب علمية ، وقد أصبح توفر مثل هذه الخدمات مؤشراً على تقدم المجتمع وإهتمامه بالإنسان .

• الإعتبارات التي روعيت في برنامج العلاجي :

- في الأبحاث الإستطلاعية حددت الباحثة بعض الإعتبارات التي يتعين مراعاتها عند تنفيذ البرنامج وهى :-
- 1 تحديد إجراءات تطبيق جلسات البرنامج من حيث عدد الجلسات وأهدافها ، والمدى الزمني لكل جلسة بشكل يمكن أن يحدث تأثيره إيجابياً على متعاطي المواد المخدرة .
- 2 تدعيم العلاقة المهنية بين الباحثة والمتعاطي على أساس من الثقة والإحترام المتبادل .
- 3 إستخدام اللغة السهلة والبسيطة التي تلائم عينة البحث .

• أهداف البرنامج :

يعد تحديد البرنامج العلاجي من الخطوات الرئيسية التي يجب أخذها عند تصميم البرنامج وتتنوع الأهداف المرجو تحقيقها إلى أهداف عامة وأهداف خاصة ، وتعرض الباحثة في هذا الإطار أهداف البرنامج العلاجي العام والخاص .

• الهدف العام للبرنامج :

الهدف العام للبرنامج المقترح هو مساعدة متعاطي المخدرات على التقليل والإقلاع من التعاطي ، وإكسابهم المهارات اللازمة لتعديل تلك السلوكيات ، وذلك للوصول إلى حالة من التوافق النفسي ، تحقيق المشاركة الفاعلة والناجحة التي تؤدي إلى التغيير الإيجابي .

• الأهداف الخاصة :

وعادة تشمل أهداف العلاج الخاصة في الآتي :-

- 1 خفض المشكلات النفسية والاجتماعية ، أو مشكلات أخرى ذات علاقة بمشكلة المخدرات .
- 2 خفض السلوك المؤذي المرتبط بتعاطي المخدرات.
- 3 إحراز تقدم في قدرة المتعاطي على التحكم في الإستخدام غير الإعتيادي أو الإستخدام غير المنطوي على المشكلات في إدمان المادة المخدرة .
- 4 إحراز إمتناع إرادي عن مشكلة التعاطي .
- 5 بناء حياة بعيدة عن المخدرات.
- 6 المساهمة في التأهيل الإجتماعي والمهني والإقتصادي .
- 7 إعادة المتعاطي إلى المجتمع بعد خلعه .
- 8 تنمية القدرة على الإندماج في المواقف الإجتماعية .
- 9 بناء الثقة بالنفس .
- 10- إتباع أساليب التعاون الإيجابي مع الآخرين في المواقف المختلفة .
- 11- غرس القيم الدينية والأخلاقية في نفوس المتعاطين .
- 12- تعزيز وتدعيم السلوكيات المرغوبة لدى العينة بما يشجعهم على تكرارها وتثبيتها .
- 13- تنمية وإكساب أفراد عينة البحث السلوكيات الإيجابية وزيادة القدرة على تحمل الإحباط ومواجهة الصعوبات .

• الأسس التي يقوم عليها البرنامج العلاجي :-

- 1 الإطار النظري والخاص بالنظريات التي تناولت موضوع البحث وهو تعاطي المواد المخدرة لدى متعاطي المخدرات بمصحة الفاشر . علاوة على نظريات العلاج النفسي خاصة النظرية السلوكية والمعرفية كما سوف يتم التعرض على الدراسات السابقة التي قامت بدراسة هذا الموضوع الخاص بتعاطي المواد الغير إجتماعية وبعض الكتب والمراجع والمصادر والدوريات العلمية بهدف الحصول على معلومات تفيد موضوع الدراسة .
- 2 الأسس النفسية :
- إن تعاطي الفرد للمواد المؤثرة والمخدرة بغض النظر عن الطريقة التي يتم بها تؤدي بالشخص إلى اضطرابات نفسية وإجتماعية .
- 3 الأسس التربوية :
- إن الأشخاص الذين يتعاطون المخدر يستطيعون من خلال العلاج النفسي تقليل الأثر النفسي والشعور بالقلق والخوف الناتج من التعاطي ، كما يستطيعون مواجهة الواقع والتعامل معه بصورة أفضل ، بدرجة تمكنهم من خلال التوجيه والتدريب وإكساب مهارات وخبرات تمكنهم من التكيف والتفاعل والتوافق مع المجتمع .

4 الأسس الأخلاقية :

وتمكن في حق المتعاطي في الخدمات العلاجية التي تعينه على العيش الكريم بدون مشاكل وإضطرابات .

• الفئة المستهدفة في البرنامج العلاجي :

- الفئة المستهدفة هم المتعاطون المواد المخدرة بولاية شمال دارفور .
- الإعداد للبرنامج العلاجي :

تقوم الباحثة بتحديد عينة من المتعاطين ، ويتم تطبيق البرنامج العلاجي الجمحي عليهم بسجن الهدى بامدرمان وتهيئة الظروف المناسبة من حيث الوقت والمكان الذي سيتم فيه عقد الجلسات العلاجية .

• إستراتيجيات البرنامج العلاجي :

1. البرنامج الجماعي :
هو علاج عدد من العملاء الذين تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أوفي فصل (الفحل ، 2009،59) .

• العلاج الديني :

للمعاني القرآنية النبيلة أثرها الطيب على تمتع الإنسان بالصحة النفسية والعقلية والإجتماعية والأخلاقية وعلى تمتعه بالفطرة السوية والتكيف النفسي وكل كلمة في القرآن تحمل المعاني العظيمة التي تحفظ على الإنسان حياته ، وصحته ، وعرضه وشرفه ، وكرامته وإنسانيته وحقوقه ، فالقرآن يبعد الإنسان عن شر العزلة والوحدة والإنطواء والكراهية والعدوان والإنتقام وهي من اعراضه النفسية .

• الطرق العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي :

- 1 المحاضرات : وهي أسلوب بسيط وغير مكلف وثبتت في العديد من من البرامج العلاجية ، بحيث يتم تقديم معلومات بسيطة وبعبارة تتناسب مع أفراد العينة عن تعاطي المواد المخدرة ، وبعض المفاهيم الخاطئة عن تعاطي المخدرات وكيفية تعديل هذه المفاهيم .

وفي هذا الأسلوب تقوم الباحثة بإلقاء محاضرة محددة الهدف سهلة العبارات مقيدة بزمن ، ويتبادل فيها أعضاء المجموعة العلاجية الأدوار ويتداولون الآراء والمناقشات ويكسبون فيها المزيد من المعرفة والأفكار بهدف تغيير الإتجاهات وتعديل الأفكار والمشاعر والسلوك نحو الذات ونحو الآخرين ونحو المجتمع الذي يعيشون فيه (الشهري، 2008، 66) .

2 المناقشة الجماعية :

وتتمثل في تبادل الآراء حول موضوع المحاضرة بين الباحث والمتعاطين. ومن ناحية أخرى بين بعضهم البعض ، ويمكن من خلال تعديل الأفكار الخاطئة حول الموضوع .

ويذكر ربيع (2005، 32) أن المناقشات الجماعية عادة ما تؤدي إلى أفضل النتائج في تغيير إتجاهات العملاء إتجاه أنفسهم ونحو زملاءهم والناس الآخرين ، كما تتغير نظرتهم إلى طبيعة مشكلاتهم .

يتمثل المضمون التطبيقي لفنية المحاضرة البسيطة في تقديم معلومات مبسطة عن سلوك تعاطي المخدر ، وأسبابها ومظاهرها وكيفية تأثير هذا السلوك على التكيف النفسي والإجتماعي للمتعاطين .

أما فنية المناقشة الجماعية والحوار فيتمثل المضمون التطبيقي في تبادل الرأي حول موضوع المحاضرة البسيطة بين الباحثة والمتعاطين ومن ناحية

أخرى بين المتعاطين بعضهم مع بعض، وبهذا فإن المادة العلمية للمحاضرة تصبح نقاش وحوار ، وتعتبر المناقشة الجماعية والحوار أسلوب من أساليب العلاج الجماعي .

3 فنية لعب الدور :

ويمثل لعب الأدوار منهجاً من مناهج التعليم الإجماعي يدرّب بمقتضاه المتعاطي على تمثيل جوانب من المهارات الإجماعية حتى يتقنها وهي أداة علاجية يتكشف من خلالها جوانب هامة من شخصية المتعاطي ودوافعه وحاجاته وصراعاته ، وهو يركز على تقمص الشخصية .
كما أن لعب الأدوار من أهم الجوانب الإسقاطية والتي يمكن أن تستفيد منها الباحثة في التعرف على الأسباب الحقيقية للسلوك الشاذ والدافع لذلك ، (إبراهيم وآخرون ، 1993م:99) ، ويهدف استخدام هذا الأسلوب إلى تحقيق العديد من الجوانب الإنمائية مثل توضيح المشكلات وتنمية المهارات المتعلقة بالحياة الإجماعية للجماعة (منشورات جامعة القدر المفتوحة ، 2004م، 300) .

4 إعادة البناء المعرفي تدريجياً :

تعمل فنية إعادة البناء المعرفي على إعادة تقييم رؤية المتعاطي غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة مما يساعده على التمييز بين التهديد الحقيقي في البيئة ، والتهديد المحسوس بشكل خاطئ على أنه خطر .
ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المتعاطي على إكتشاف أن أفكاره المعرفية غير الواقعية هي السبب في إحساسه بحاجته لممارسة السلوك الشاذ وليست المواقف والأحداث التي تعد بمثابة مادة شك في إقرار المسترشد (متعاطي) بعدم واقعية أفكاره ، وهذا ينمي قدرة المسترشد على التفكير العقلاني المنطقي ، وسوف يتم تطبيق هذه العملية من خلال ما يسمى نظام التعلم الذاتي التدريبي حيث يتدرب المتعاطي من خلال هذا النظام على أن يصبحوا أكثر وعياً بأفكارهم الداخلية .

5 أسلوب التمثيل المسرحي (السيكودراما):

السيكودراما أو الدراما النفسية ؟ من أشهر أساليب العلاج الجماعي وأكثرها فعالية ، فهي بالإضافة لكونها أسلوباً علاجياً فهي أسلوباً تربوياً وتعليمياً يتم التدريب من خلالها بأساليب ترويجية مقربة من النفوس ، وهو إسقاطي وشكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي يقوم بتجسيد الفرد لبعض الأدوار أو المواقف الحياتية أو العلاقة بين الآخرين بطريقة إرتجالية سواء كان ذلك في الماضي أو الحاضر أو المستقبل ، وذلك في حضور الموجه والأدوار المساعدة والجمهور ، مما يتيح للفرد أن يعبر عن الإنفعالات والصراعات التي تشقيه في بيئة محمية ، ويحقق استبصار لسلوكه الإجماعي والتعلم من خلال خبرة الدور الذي يؤديه ، وتعديل أنماط سلوكه غير الملائمة (الشهري ، 2008 ، 67) .

ويضيف شقير (2005م، 66) أن التمثيل المسرحي الدرامي أداة تنفيسية للتفريغ الإنفعالي لحالات العنف في الطفولة والمراهقة ، وهو الأكثر استخداماً في هذا المجال لنجاحه في خفض السلوك الشاذ لدى متعاطين ، كما أنه يعطي لكل فرد في المجموعة دور يعرض فيه الدور الواقعي للمشكلة ثم يطلب من جميع أفراد الجلسة العلاجية المشاركة في النقاش لتفريغ الطاقة الإنفعالية (أبو عطية ، 1997 ، 289) .

ويشير أحمد أن السيكدوراما تنمي الخيال والتعاون والمحادثة وتنمي المهارات اللغوية وتسهم في إخراج شحنات الكبت من خلال الأدوار التي يقوم بها العميل ، زيادة على أنها تقوي الثقة بالنفس والتعبير عنها (أحمد ، 2007، 88) .

6 الإسترخاء العضلي :

وهي فنية من فنيات الإتجاه السلوكي ، يتم فيها تدريب المتعاطي على تحقيق الهدوء والإرتخاء وتحقيق التوازن الجسمي ، ويعتبر التدريب على الإسترخاء العضلي من الأساليب المناسبة في ضبط الإنفعالات وهو وسيلة ناجحة من وسائل خفض القلق والتوتر (Schwebel, p151, 1990) .
وبعد هذا الأسلوب لتصفية العقل من كافة الأفكار لأنه ليس مجهوداً يبذل وإنما هو إمتناع تام عن كل مجهود ، ويعتمد أسلوب الإسترخاء على بديهية فسيولوجية وهي خفض التوتر العضوي والعضلي (إبراهيم وآخرون، 1993م، 64).

وتضيف حداد ودحادحة (1998م، 54) أن الإسترخاء عملية إزالة التوتر من العضلات، ويتضمن شد مجموعة مختلفة من عضلات الجسم وإرخاؤها ، يتم التجريب عليها على شكل خطوات متتابعة .
ويضيف السيد (2006م، 109) فقد ذكر بأنه نظراً لشيوع استخدام أسلوب الإسترخاء أطلقت عليه الأوساط العلمية مسمى اسبيرين الطب السلوكي .

هو التوافق الكامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر ، وبذلك يختلف عن النوم والهدوء الظاهري فبالرغم من النوم أو الإستلقاء على أريكة إلا أن الشخص لا يكف عن إبداء مجموعة من الحريات الإرادية والتي توضح الإضطراب العضوي والشحنات والصراعات والأفكار .
ويستخدم الإسترخاء لأن العلماء الفسيولوجيون أثبتوا أن الناس يستجيبون للإضطرابات الإنفعالية بزيادة الأنشطة العضلية أو تغييرها . حيث تؤدي هذه الأنشطة إلى توترات في الرقبة والمفاصل وعضلات المعدة والقفس الصدري .

7 النمذجة :

وهي فنية علاجية تنتمي إلى نظرية التعلم الإجتماعي التي جاء بها باندورا والتي تعرف كذلك بالتعلم بالملاحظة ، وتقوم على نموذج سلوكي من أجل إيصال معلومات أو صور أو مهارات تساهم في إحداث تغيير في الأنماط السلوكية أما بإكتساب سلوك جديد أو تنمية لسلوك حالي أو إنقاص أو تعديل سلوك غير مناسب وتقوم فكرة النمذجة كفنية علاجية على أثر التقليد والمحاكاة للسلوك الملاحظ ، فالشخص المتعاطي عندما يلاحظ أساليب التعاطي محاكاة لنماذج قام بملاحظتها لديه نفس القدرة على محاكاة النماذج الإيجابية التي يغلب عليها الرفق والسماع على الإتران ، وتهدف النمذجة إلى مساعدة ومشاركة المتعاطي في تعديل أنماط السلوك والإرتقاء بها (الهمشري ، 2008م، 204).

8 فعالية الضبط الذاتي :

يعد الضبط الذاتي "التحكم الذاتي" من الأساليب الفنية السلوكية المعرفية ، ويمثل الجهد الذي يبذله الفرد والفعالية الواعية المقصودة التي يقوم بها في مواجهة المواقف ، وبعد أسلوباً للمعالجة الذاتية بهدف المباداة في التحكم في

الإنفعالات والمشاعر والأفكار والتأثير المسبق على السلوك الشخصي ، ويعتمد على قدرة الفرد ورغبته ومقدار الجهد الذي يبذله والمجاهدة التي يفرضها على نفسه ، وبمقدار ذلك يتم إكتسابه لمهارات هذا الإسلوب التي تزيد من قدرته وكأته الذاتية في التعامل مع المواقف والأحداث (الشهري ، 2008م، 208).

العلاج بالتنفير : 9

استخدم منهج العلاج السلوكي في علاج إدمان المواد المخدرات، يرتبط سلوك المتعاطي بالشعور بالنشوة والبهجة إبتداءً من رؤية زجاجة أو كأس أو أي نوع من أنواع المواد المخدرة ، وهذه الصورة السعيدة المرتبطة بالتعاطي أمكن تحويلها إلى صورة مقرفة مثيرة للإشمئزاز والألم والكرهية ، وذلك عن طريق ربط المخدر بمشاعر القرف أو قلب المعدة أو المغص أو الألم أو القيء ، وذلك إذا قام المعالج بدس مادة تسبب المغص والدوخة في زجاجة الشراب أو أي نوع من أنواع المخدرات ، فبدلاً من شعور المتعاطي بالسعادة يشعر بالقيء والدوخة والقرف وبكف المدمن عن التعاطي .

10-المكان والزمان :

إن الزمان والمكان هما من الجوانب المهمة في تنفيذ البرنامج العلاجي ، بحيث يتم الإلتقاء مع المجموعة مرة واحدة في كل أسبوع كل يوم سبت في الساعة الثانية عشر ظهراً بحيث لا يزيد زمن الجلسة عن ساعة ونصف ولا يقل عن ساعة .

أما المكان الذي يتم تنفيذ البرنامج العلاجي فيه ولاية شمال دارفور محلية الفاشر قاعة الاجتماعات داخل المصحة .

13-تصميم البرنامج العلاجي ومواضيع الجلسات العلاجية :

تتضمن كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي الخطوات التالية :-

1 بداية الجلسة بمراجعة الجلسة السابقة ما عدا الجلسة الأولى .

2 مناقشة الواجب المنزلي في الجلسة السابقة .

3 مناقشة موضوع وهدف الجلسة .

4 تطبيق الفنيات والأساليب العلاجية .

5 تلخيص وختام الجلسة وإعطاء الواجب المنزلي .

• **جلسات البرنامج العلاجي :**

- الجلسة الأولى : جلسة تمهيدية وتعارف .

أولاً : موضوع الجلسة

بناء الإلفة + جمع المعلومات + تطبيق المقياس القبلي .

ثانياً: أهداف الجلسة :

1 إقامة علاقة ودية قائمة على الثقة والإحترام والقبول .

2 كسر الحاجز النفسي بين أفراد العينة .

3 تعريف المتعاطين بأضرار المخدر والهدف من البرنامج العلاجي .

4 تحفيز وتشجيع المتعاطين والنقاش .

5 الإتفاق على المواعيد الخاصة بالجلسات والحضور .

6 التعرف على توقعات المشاركين .

7 تطبيق القياس القبلي .

ثالثاً: الإجراءات :

1 الترحيب بأفراد العينة وحثهم على المشاركة وإجراء تعارف .

- 2 سرد نكتة أو موقف وذلك للفكاهة والضحك لكي يعمل على كسر الحاجز .
- 3 محاولة الباحثة إعطاء فكرة عامة عن البرنامج العلاجي بالنسبة لأفراد العينة .
- 4 تعريف المشاركين بالإجراءات المتبعة والأشياء المطلوبة في كل جلسة .
- 5 إتاحة فرصة للتكهن بالتوقعات بنهاية جلسات البرنامج .
- 6 شرح وتطبيق القياس القبلي .

رابعاً : الأساليب :

(أ) المحاضرة (ب) المناقشة (ج) الحوار

خامساً : عدد الجلسات :

يتوقف عدد الجلسات وفقاً على الآتي :

- 1 طبيعة الموقف العلاجي .
- 2 الظروف البيئية لعينة أنفسهم
- الجلسة الثانية :
- أولاً : موضوع الجلسة
- تعريف المتعاطين بمفهوم المواد المخدرة وأهداف البرامج والأفكار
- والمعلومات الخاصة به . وإعطاء المتعاطين فكرة كاملة عن المخدرات .
- ثانياً : الإجراءات :
- حثهم على الإلتزام بالحضور .
- تعريفهم بالعلاج النفسي .
- إعطاء واجب منزلي .
- ثالثاً : الأساليب :

1 المحاضرة .

2 المناقشة .

3 الحوار .

رابعاً : الوقت (الزمن):

الزمن المقترح للجلسة ساعة ونصف .

الجلسة الثالثة :

1 مواصلة الجلسة السابقة حول المعلومات والأفكار التي تم تناولها وربطها بالجلسة الثالثة .

2 التحدث عن كيف تؤثر المواد المخدرة على الرئتين .

3 مناقشة المشاعر السالبة الذاتية عن المخدرات .

4 تقوم الباحثة بالشرح في الجوانب السلبية بهذه المخدرات .

5 المناقشة والحوار .

الجلسة الرابعة :

• موضوع الحلقة :

- إزالة التوتر والقلق الناتج عن تعاطي المواد المخدرة .

- تغيير المفاهيم الخاطئة المرتبطة بالتعاطي وتشجيعهم على التغيير .

الجلسة الخامسة :

يتم فيها التحدث عن المواد المخدرة وعلاقتها بالأمراض الجسمية وخاصة

السرطان وتضخم القلب وتصلب الشرايين وعرض الصورة المخيفة .

الجلسة السادسة :

يتم فيها التحدث عن كيفية الإقلاع والامتناع عن المخدر .

الجلسة السابعة :

التدريب على استخدام مهارة حل المشكلات واستخدامها في التعامل مع
مثيرات السلوك الشاذ .

الجلسة الثامنة :

السلوك السوي مقابل السلوك الشاذ من التمثيل الدرامي والقصص المثيرة
نفسياً والأدلة من القرآن والسنة.

الجلسة التاسعة : ضرب الأمثال والحكم , والمشاركة والمناقشة مع أفراد العينة .

الجلسة العاشرة : العلاج بالتنفير- النمذجة

الجلسة الحادية عشر: الاسترخاء العضلي -

الجلسة الثاني عشر : الختام , المقياس البعدي

• وصف تفصيلي للجلسات :

الجلسة الأولى

أولاً : موضوع الجلسة .

التعارف بين المشاركين .

ثانياً : أهداف الجلسة :

1-التعارف بين الباحثة والمجموعة العلاجية بهدف تكوين علاقة "الإلفة " بينهم
قبل البدء في تطبيق البرنامج العلاجي .

2- إعطاء فكرة عن البرنامج والهدف منه

3- إلقاء الضوء على نظام الجلسات ويجب إتباعه أثناء البرنامج .

4- كسر الحاجز النفسي والجسدي بين أفراد المجموعة (تمكين أفراد
المجموعة من بناء علاقات تفاعل إجتماعي فيما بينهم). وبناء المجموعة .

ثالثاً : فنيات الجلسة وإحتياجاتها :

1- فعالية تنشيطية لكسر الجليد .

2- مناقشة .

3- كرة , قاعة خالية من العوائق .

رابعاً : المؤشرات :

الثقة واللعب والتسامح .

الوقت المطلوب :

ساعة ونصف .

سادساً : سير الجلسة :

1- تبدأ الجلسة بحضور الباحثة وعينة الدراسة في البرنامج العلاجي , حيث
يجلس الجميع في شكل دائري يرى كل واحد منهم الآخر .

2- ثم تبدأ الباحثة الجلسة بالتعريف عن نفسها وطبيعة عملها والدور الذي
سيقوم به خلال الجلسات العلاجية .

3- ثم تترك المجال للمشاركين حيث يبدأ كل واحد بالتعريف عن نفسه
وعمره وأي معلومات أخرى يريد إضافتها كالهوايات أو مكان السكن وغير
ذلك .

4- توضح الباحثة بعض قواعد العمل الجماعي والإتفاق مع المشاركين عليه
من بداية الجلسات وبعض القوانين الهامة التي يجب الإلتزام بها مثل :-

* المشاركة الفعالة .

* الواجبات والمسؤوليات الموكلة لكل عنصر .

* الاحترام وحرية التعبير.

* عدم المقاطعة وعدم الغياب وعدم التأخر .

* كل مشارك لديه الحق في الحديث والمشاركة والحق في عدم الحديث أو المشاركة إذا لم يرغب .

* عدم التشويش على الآخرين .

* عدم الإفصاح عمل يجري من الإنفعالات في قاعة التدريبات لمن هم خارج البرنامج (والمقصود هنا الإنفعالات والمشاعر وليس الفعاليات والتمارين).
على الباحثة قياس التوقعات وتوجيهها والتعرف على قدرات المشاركين في البرنامج وملاحظة إن وجد حالات مرضية وقدرات جسدية لدى المشاركين ويفضل أن يكون ذلك مكتوباً على لوح بوستر يتم التوقيع عليه من قبل كل المشاركين بعد الإنتهاء منه .

5- تقوم "الباحثة بتوضيح ماهية البرنامج العلاجي والأهداف المرجوة منه ، وكذلك عدد جلساته ومكان تنفيذها والموعد المحدد لها والإجراءات التي يقوم الجميع بالمشاركة في تنفيذها خلال الجلسات العلاجية .

6- تنتهي الجلسة الأولى بالإتفاق المحدد للجلسة المقبلة وموضوعها ، وترك مجال آخر لأي تعليق أو إضافة من قبل المشاركين على نقطة تم مناقشتها خلال فترة الجلسة الأولى .

ملاحظة هامة :

- تمرير المعلومات والأهداف بطريقة مبسطة وقابلة للإستيعاب .
- التعرف على التوقعات من خلال فعالية وليس على شكل مباشر (مثلاً قيام كل مشارك/ بالوقوف وإعطاء رأي وتوقع من الجلسات والمشاركة في البرنامج).
الإنهاء :

تقوم الباحثة بإجمال ما تم عمله في الجلسة ويشارك المشاركون بمشاعرهم وأفكارهم ويتم إغلاق الجلسة من خلال حركة جماعية . والإتفاق على موعد الجلسة القادمة المعد سلفاً . وهكذا في كل الجلسات.