

فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض

اعداد

د/محمد بن نايف الرشيدى

إدارة التوجيه والإرشاد بمنطقة الرياض

القبول : ٢٠١٩/٧/٨

الاستلام : ٢٠١٩/٦/٧

المستخلص :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض. حيث طبق الباحث قائمة بيك للاكتئاب من إعداد بيك. ولتحقيق ذلك استخدم الباحث المنهج التجريبي ذا تصميم: المجموعتين المتكافئتين (مجموعة تجريبية- مجموعة ضابطة)، وذلك بطريقة عشوائية بسيطة، بلغ عددهم ٣٢ فرداً. وقد جاءت أهم النتائج على النحو التالي: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من المدمنين في القياس القبلي. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب في القياس البعدي لدى أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، لصالح المجموعة التجريبية. كما أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي. وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتابعي، لصالح القياس التابعي، تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي. وعلى ضوء النتائج السابقة أوصى الباحث بعدد من التوصيات، أهمها: لفت انتباه الباحثين والمتخصصين والمهتمين في مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الاكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالمياً وراء انتكاسة المدمن بعد العلاج. والاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج النفسي الإيجابي في تحسين مستوى الاكتئاب، الذي يسهم بدوره في خفض مستوى الاكتئاب بجميع أنواعه، وبالتالي تحسين الصحة الجسمية والنفسية. وإعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج

إرشادى أو تدريبى أو علاجى، بتنمية ورفع الدافعية لدى المشاركين فى البرنامج، وخصوصاً ما يتعلق بالجوانب الجيدة المهمة لكل فرد، وتعرّف اهتماماتهم وتضمن ما يتوافق منها مع البرنامج؛ لكي لا يحدث تسرب أثناء تطبيقه.
الكلمات المفتاحية: العلاج النفسى الإيجابى- الاكتئاب- الإدمان.

Abstract:

The aim of this study was to reveal the effectiveness of a training program in positive psychotherapy to reduce the level of depression among drug addicts and psychotropic substances at Al Amal Medical Center in Riyadh. Where the researcher applied the Beck Depression List of Peck preparation. To achieve this, the researcher used the experimental method of designing: the two groups (experimental group - control group), in a simple random way, the number of 32 individuals. The most important results were as follows: There were no statistically significant differences in the level of depression among the experimental group and the control group of the addicts in the tribal measurement. And the existence of statistically significant differences in the level of depression in post-measurement in the control and experimental groups, in favor of the experimental group. There are also statistically significant differences in the level of depression among the experimental group in the tribal and remote measures, in favor of post-measurement, due to the positive psychotherapy program. There were also statistically significant differences in the level of depression among the experimental group in the post and post-sequential measurements, in favor of sequential measurement, due to the positive psychotherapy program. In the light of the previous results, the researcher recommended a number of recommendations, the most important of which: To draw the attention of researchers, specialists and interested in the field of addiction, to take into account the depression and addiction to addicts, as it is one of the reasons classified globally behind the addict after the treatment. And attention to the dissemination of mental health and physical awareness of the effectiveness of the

practice of positive psychotherapy in improving the level of depression, which in turn contributes to reduce the level of depression of all kinds, and thus improve physical and psychological health. And give more attention at the beginning of any training program, training or therapeutic, to develop and raise the motivation of the participants in the program, especially with regard to the good aspects of each individual, and identify their interests and include the corresponding with the program in order not to leak during the application.

مقدمة الدراسة:

تُعدُّ ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها من الظواهر التي تهدد الأفراد والجماعات، وقد تغلغت هذه الظاهرة في جميع أنحاء العالم. وتتضح خطورة المخدرات بما تحدثه من أضرار دينية وصحية ونفسية واجتماعية واقتصادية؛ إذ يُعدُّ تعاطيها اعتداءً على الضروريات الخمس التي حرصت الشريعة الإسلامية على الحفاظ عليها وهي الدين والنفس والعقل والعرض والمال، كما أن تعاطيها يقلق المجتمعات والأمة عامة. حيث أساء البشر استخدامها منذ القدم، مع علمهم بمخاطرها الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية. حيث تُعدُّ المخدرات من أخطر الأفعال والسلوكيات المدمرة، التي انتشرت في الأوان الأخير بشكل ملحوظ في كل المجتمعات في جميع أنحاء العالم المتقدمة منها والنامي، وهي خطرٌ رئيسٌ على الصحة الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية والمهنية، فهي مشكلة عالمية تؤثر سلباً على النواحي الاجتماعية والنفسية والاقتصادية للمدمنين (الرويلي، ٢٠١٦).

وبالرغم من الجهود المبذولة عالمياً ومحلياً لمواجهة هذه الظاهرة، إلا أنها مازالت في ازدياد ملحوظ، حيث أظهر تقرير المخدرات العالمي لعام ٢٠١٦، الذي أصدره البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات والجريمة، التابع للأمم المتحدة، أن نحو ٢٥٠ مليون شخص في العالم، أي نحو ٥% تعاطوا المخدرات غير المشروعة بمختلف أنواعها، كما يتضح الارتفاع أيضاً في عدد المتعاطين والمدمنين في العالم العربي، فعلى سبيل المثال؛ بلغ عدد المدمنين في مصر نحو ٩ ملايين شخصاً، وفي عُمان تجاوز ٥١٠٠ مدمن، وفي الجزائر تفاوت العدد ما بين ٣٠٠ - ٤٠٠ ألف مدمن، وفي تونس بلغ ٣١١ ألف مدمن، وفي الكويت نحو ٧٠ ألف متعاطٍ ومدمن للمخدرات، كما أظهرت التقديرات الرسمية لوزارة الداخلية في المملكة العربية السعودية أن عدد المدمنين بلغ أكثر من ٢٠٠ ألف، كما تصدر المملكة نحو ٦٠ طناً من الحشيش سنوياً، وما بين ٥٠ إلى ٦٠ كيلوغراماً من الهيرويين (UNODC, 2016).

كما تبين من خلال بعض الدراسات التي تناولت موضوع الإدمان، كدراسة ميموني (٢٠٠٥)؛ أن الإدمان يصيب فئة الشباب الراشدين أكثر من الفئات الأخرى، وهي مرحلة خطيرة في حياة الانسان لما فيها من تغيرات نفسية واجتماعية واقتصادية، تكون غالباً مصحوبة بالشعور بالقلق والتوتر بسبب كثرة الضغوط النفسية التي تواجهه، مما يسبب له الاضطرابات النفسية والإدمان. كما أظهرت نتائج بعض الدراسات السابقة، كدراسة قويدري وكيداني (٢٠١٥)؛ على أن شخصية المدمن تتميز بعدم الاستقرار والاتزان، والافتقار إلى المكنات والموارد المعرفية التي تساعد على مواجهة المشكلات وتجاوز المواقف الضاغطة بعدة طرق وبأكثر من حل، مما يؤدي به إلى سلوك الإدمان كطريق لتجنب هذه الضغوط والبعد عن الهم والاكتئاب. فالمدمنون يتعرضون لدرجات متباينة من الضغوط النفسية والاكتئاب تختلف من حيث شدتها واستمراريتها ويترتب على ذلك آثار مختلفة على المستوى الجسدي والنفسي والاجتماعي والعقلي التي تمثل عاملاً هاماً في وقوعهم في المخدرات والإدمان عليها عاجلاً أم آجلاً وعدم قدرتهم على الاستمرار في التعافي بعد العلاج مما يحول بينهم وبين التوافق في الحياة اليومية. وهكذا فإن المدمن يحصر نفسه في نطاق رؤية واحدة أو طريقة واحدة لحل المشكلات، إذ يفكر بعشوائية ويعزل فروع المعرفة بعضها عن بعض مما يعيق فاعليته لحل هذه المشاكل المسببة للإكتئاب النفسي التي يعانيه، وقد يكون ذلك بسبب الالتزام الحرفي بالأفكار والمعتقدات السلبية التي تدور في ذهنه دون الوعي بها أو مراقبته لذاته (Masten, 2002).

وتوضيحاً لما سبق؛ فإن علم النفس الإيجابي يساعد الفرد على الانتباه والوصول إلى الوعي الصحيح والفكر الإيجابي بدلاً من الفكر السلبي، مما يحسن من مستوى الاكتئاب الذي يُمكن الفرد من الوعي بأسباب مشكلاته وضغوطه النفسية فيصبح على استبصار بها، ثم يتعامل معها بشكل إيجابي، مما يؤدي إلى التخلص منها أو خفضها. إضافة إلى خفض حدة الضغط النفسي الذي يعتبر من المنبئات لحدوث الاكتئاب عندما يصل إلى مرحلة الإزمان، إضافة إلى تخفيف الانعزالية والوحدة وعدم التواصل الاجتماعي (Susanne, 2003).

مشكلة الدراسة:

رغم زيادة التطور والاهتمام بفئة المدمنين، إلا أنه من الملاحظ أن معدلات الوقوع في المخدرات والمؤثرات العقلية، والعودة إليها بعد العلاج مازالت مرتفعة، بل في تزايد مستمر؛ الأمر الذي جعل بعض الدراسات السابقة كدراسة قويدري وكيداني (٢٠١٥)، تشير إلى أن من أهم أسباب الوقوع في الإدمان أو العودة إليه عدم قدرة المدمن على مواجهة الضغوط النفسية التي تواجهه، والنظرة السلبية المتشائمة للحياة والنتيجة هي الوقوع في الاكتئاب. فقد أثبتت الدراسات الحديثة في علم الأعصاب أن الضغوط النفسية تقلل من إفراز الدوبامين في المخ فتقل سعادة المدمن ويميل إلى الحزن

والاكتئاب فيفكر في نشوة المادة المخدرة، إضافةً إلى تأثير الضغط النفسي على هرمون الكورتيزول الذي يؤدي ارتفاعه إلى زيادة الإجهاد والتوتر وارتفاع معدل الاكتئاب (Mallik, 2015).

ومما لا شك فيه أن معدلات الوقوع في المخدرات والعودة إليها بعد العلاج بسبب الاكتئاب كبيرة وفي تزايد مستمر، وهذا الأمر قد يوحى إلى مصممي البرامج المتخصصة في الإدمان أن هذه البرامج تحتاج إلى إعادة نظر، ومحاولة التجديد فيها وتطويرها، كمحاولات للتقدم ولو بالشيء القليل، وقد يبدو أن البرامج الحالية تركز في تناولها لعلاج المدمنين أو وقايتهم على تتبع محتوى الأفكار السلبية وتغييره، وتفنيده أو مهاجمته، والمشكلة أن المفتاح المفقود في هذه البرامج أنها لم تراعى طبيعة المدمن، الذي يعاني من اضطراب متفاوت بين الزيادة والنقصان في هرمونات المخ، التي تسيطر على تفكير المدمن، مما يؤدي عن غير قصد إلى أن تكون هذه البرامج مساعدةً للمدمن ومعززةً له على العودة إلى الإدمان، والسبب في ذلك أن المدمن تعلم أن يصارع أفكاره بهدف تغيير محتواها وتفنيدها ومهاجمتها، ولكنه بمجرد تركه للدواء الطبي الذي ينظم إفراز هذه الهرمونات، سوف يقع بلاشك ضحية لأفكاره التي يسعى جاهداً لاستحضارها، ليقوم بتحديدتها ثم تفنيدها أو مهاجمتها، الأمر الذي يزيد من حدة الاكتئاب لديه؛ لعدم قدرته على التخلص منها.

كما أن البرامج المستخدمة حالياً في علاج الإدمان- بحسب علم الباحث- لم تتناول التوجه الحديث في علم النفس الإيجابي مع المدمنين. والذي يسعى لتوجيه تفكير الفرد إلى الجوانب الإيجابية في حياته، الذي يؤدي بدوره إلى تنمية الدافعية وبت روح الأمل والنفاؤل (محمود، ٢٠١٥). كما اتضح أن علم النفس الإيجابي له دور في تنظيم هرمونات المخ (الصبوة، ٢٠١٠). وبدلاً من انتهاج التوجه الإيجابي الحديث، يؤكد البعض من القائمين على البرامج الحالية، بتأكيد الظلم الاجتماعي وتحطيم الدافعية لدى المدمنين، عند تأكيدهم لحقيقة مفادها، أن خلايا المخ لدى جميع المدمنين تالفة وخاملة ولا يمكن إعادة تنشيطها أو بنائها؛ وخصوصاً تلك المتعلقة (بالانتباه، والتركيز، والوعي، والالتزام بالمهام، والمسؤولية الاجتماعية، واتخاذ القرارات)، مما يؤدي بالمدمنين إلى الإحباط وخيبة الأمل والاكتئاب، وبالتالي لا يجد المدمن في نفسه دافعية للاستمرار في هذه البرامج أو الاقدام بحثاً عن العلاج، والنتيجة هي الانتكاسة.

وتفسيراً لما سبق، فإن العلاج النفسي الإيجابي نوعٌ من أنواع التدريب الإيجابي، يستمدُّ فاعليته من قدرة العقل على تحفيز وتعزيز وظائفه، اعتماداً على الإشارات العصبية التي يستخدمها، ويُنظر إلى التدريب بهدف زيادة الفاعلية الإيجابية للعقل على أنه مُنَشِّط للمناطق الهامة والقوية في الدماغ، المرتبطة بالانتباه والوعي واتخاذ القرارات، والوظائف التنفيذية، كما يُنظر إليه على أنه مُخَفِّف ومُنَشِّط للمناطق المسؤولة عن الخوف في الدماغ؛ وهي منطقة اللوزة *Amygdala* في الدماغ، كما يُعزِّز علم

النفس الإيجابى إعادة تنظيم إدراكات الفرد بشأن تفسير الأحداث والضغوط النفسية (Lazar, Kerr & Wasserman, 2005).

وإضافة إلى ما سبق، يرى الباحث أنه لم يُنطرق إلى تدريب المدمنين على مداخل علم النفس الإيجابى عربياً ومحلياً. وانطلاقاً مما سبق فإن البحث الحالى يسعى إلى الوصول إلى إجابة للتساؤل التالى: ما فاعلية برنامج تدريبي فى العلاج النفسى الإيجابى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمنى المخدرات والمؤثرات العقلية فى مجمع الأمل للصحة النفسية فى مدينة الرياض؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية، وهى كالتالى:

١. هل هناك فروق فى مستوى الاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج النفسى الإيجابى؟
 ٢. هل هناك فروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى؟
 ٣. هل هناك فروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسى الإيجابى؟
 ٤. هل هناك فروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتابعى تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى؟
- أهداف الدراسة.**

١. تعرّف الفروق فى مستوى الاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج النفسى الإيجابى.
 ٢. تعرّف الفروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى.
 ٣. تعرّف الفروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسى الإيجابى.
 ٤. تعرّف الفروق فى مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتابعى تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى.
- أهمية الدراسة.**

تتمثل أهمية هذه الدراسة فى جانبين: نظري وتطبيقي، على النحو التالى:

الأهمية النظرية.

تبرز الأهمية النظرية للدراسة الحالية من النقاط التالية:

١. تتضح الأهمية فى أهمية عينة الدراسة وخصوصاً فى الجانب النفسى المهم من حياة المدمن المتمثل فى الاكتئاب، الذى لا يجد مخرجاً منه إلا بسلوك الإدمان من وجهة

نظره، فيصبح في دوامة لا يستطيع الخروج منها، مما يزيد سوء التوافق النفسي لديه.

٢. كما تبرز الأهمية في مدى حاجة هؤلاء المدمنين إلى مثل هذه البرامج الحديثة؛ التي ثبت أنها تساعد على تفريغ المخ من الأفكار السلبية المزدحمة لديه، فيصفو الذهن ويعي أهم الأسباب التي تؤدي به إلى الرغبة والاشتياق إلى المخدرات.

٣. وتتأكد أهمية هذا البحث بكونه إضافة علمية جديدة، إذ يُعدُّ التدريب على فنيات علم النفس الإيجابي لعينة المدمنين، الأول من نوعه على مستوى الدول العربية (بحسب علم الباحث)، كما يُعدُّ هذا البحث الأول من نوعه في التدريب على العلاج النفسي الإيجابي بشكل عام في المملكة العربية السعودية، والتي تُعدُّ من الاتجاهات الإيجابية في الإرشاد والعلاج النفسي.

الأهمية التطبيقية.

تبرز الأهمية التطبيقية للبحث الحالي من النقاط التالية:

١. تزويد المدمنين بتقنيات وآليات حديثة من فنيات العلاج النفسي الإيجابي، التي تُعدُّ تقنيات وتدريبات يسيرة لا تحتاج إلى بذل جهد شاق أو استنزاف وقت كبير، إذ توافق هذه التقنيات ميول المدمن أثناء العلاج وبعده، لعدم رغبته في بذل نشاط كبير، بسبب الأفكار العالقة في ذهنه عن مادة الإدمان المسيطرة عليه.

٢. لفت انتباه المعالجين والمتخصصين في مجال العلاج والإرشاد النفسي، إلى تطبيق فنيات العلاج النفسي الإيجابي في برامج الإدمان؛ لتنمية روح الدافعية والتفاؤل والأمل واكتشاف نقاط القوة الإيجابية المميزة للشخصية وتميئتها لدى المدمنين.

٣. تشجيع القائمين على علاج وإرشاد ورعاية المدمنين على تطبيق فنيات علم النفس الإيجابي، وإدراجها في الخطة العلاجية كجانب علاجي وإرشادي ووقائي فعّال لتحسين مستوى الاكتئاب.

٤. قد يستفاد من نتائج البحث الحالي عند تحقق فاعليته في الجانب التدريبي والإرشادي والعلاجي والوقائي، من المتخصصين في مجال الإدمان.

مصطلحات الدراسة.

البرنامج التدريبي Program Training.

التعريف الإجرائي.

عرّفه الباحث بأنه برنامج تدريبي جمعي، يتضمن مجموعة من الخطوات والإجراءات العلمية الواضحة، والمحددة في مجال الإرشاد النفسي، ويشتمل على بعض الأساليب والفنيات والمهارات التدريبية المستندة إلى العلاج النفسي الإيجابي، الذي تقدم فيه مجموعة من المعلومات والخبرات والأنشطة المختلفة للمدمنين؛ لتدريبهم بهدف تحسين مستوى الاكتئاب لدى عينة البحث.

العلاج النفسي الإيجابي positive psychology

يعرفه سليجمان وآخرون (2005) Seligman., et al بأنه الدراسة العلمية ذات الطبيعة النظرية والتطبيقية للخبرات الإيجابية، وللخصال أو السمات الشخصية الفردية الإيجابية، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل علي تيسير وتنمية هذه الخبرات والخصال والارتقاء بها لخلق إنسان ذي شخصية فعالة ومؤثرة، تهتم بما ينبغي أن يكون).

الإكتئاب Depression.

عرّف بيك (1976) Beck, الاكتئاب بأنه: اضطراب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة .
ويعرّفه الباحث إجرائيًا بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المدمن في مقياس بيك للاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية من إعداد بيك Beck.

الإدمان Addiction.

ورد تعريف الإدمان في المراجعة العاشرة من التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والعقلية ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO، تحت مسمى (الاعتماد) بأنه "مجموعة المظاهر النفسية والسلوكية والمعرفية الناجمة عن استخدام المادة النفسية، وتقديم سلوك استخدام المادة على السلوكيات الأخرى وإعطائه القيمة الأكبر، وإن الصفة الجوهرية الملازمة لأعراض الإدمان هي الرغبة القوية والحنين- الاشتياق- إلى تعاطي العقاقير ذات التأثير النفسي أو العقلي (الموصوفة أو غير الموصوفة طبيًا)، مع صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير، مع بلوغه درجة التحمل لزيادة كمية المادة، والإصرار على التعاطي رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة" (p. 69).

ويتبنى الباحث التعريف السابق لمنظمة الصحة العالمية (1992) WHO، كتعريف إجرائي للإدمان، حيث إنه المعتمد في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.

المدمن Addicted.

عرّفه قازان (٢٠٠٥) بأنه "الشخص الذي يصبح معتادًا استخدام عقار معين، ويشكل خطرًا على الأمن العام للمجتمع، أو الشخص الذي فقد سيطرته على نفسه بسبب الإدمان على المخدرات والمنشطات العقلية والعقاقير" (ص. ١٠).

التعريف الإجرائي.

يُعرّف الباحث المدمن إجرائيًا، بأنه الشخص الذي جاء إلى مجمع الأمل للصحة النفسية برغبته أو أدخلته أسرته للعلاج نتيجة لاستعماله وإدمانه المخدرات أو المؤثرات العقلية، وظهرت عليه حالة اعتمادية نفسية أو عضوية أو أعراض انسحابية، نتيجة لعدم التعاطي شخّصت حالته بالإدمان، بناءً على تحليله الإيجابي للمخدرات، ووفقًا للمراجعة

العاشرة ICD-10 لمعايير التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992), WHO.

المخدرات والمؤثرات العقلية **Drugs and psychotropic substances**

يقصد بلفظ المخدرات والمؤثرات العقلية في هذا البحث، والتي ذكرها السريحة (٢٠١١) ويشمل كل من المواد التالية "المخدرات، وهي: مواد مصنعة وغير مصنعة ومركبة، غير مسموح بتعاطيها طبيًا، مثل الهيروين والكوكايين والحشيش والإمفيتامين وحبوب الهلوسة، التي لا يسمح بتداولها ولا تناولها ويعاقب القانون على حيازتها. والمخدرات الطبية، وهي: عقاقير طبية تستخدم لأغراض طبية، ولا تصرف للاستخدام إلا بوصفة طبية مقننة. والكحول، ويقصد بها: المشروبات الروحية التي تحتوي على نسب من العناصر المسكرة والمذهبة للعقل، نظرًا لاحتوائها على نسب من الكحول، وتشمل المسكرات المصنعة لغرض السكر، والعرق المصنع محليًا، فضلاً عن استخدام الكولونيا العطرية التي يستخدمها قلة من المتعاطين. والمستنشقات، ويقصد بها: المواد الطيارة ذات التأثير العقلي التي توجد عناصرها الفعالة في كثير من المنتجات المنزلية مثل منظفات الفرش والبنزين والدهانات وغيرها من المواد النفاثة، وهي تتسبب في حدوث تغييرات عقلية حين استنشاقها" (ص. ٦).

حدود البحث.

تم إجراء البحث الحالي وفق الحدود التالية:

الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على تناول متغيرات: العلاج النفسي الإيجابي- الإكتئاب- الإدمان.

الحدود الزمانية: تم إجراء البحث في العام ١٤٣٩ / ١٤٤٠ هـ.

الحدود المكانية: مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.

الحدود البشرية: عينة من مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة

أولاً: العلاج النفسي الإيجابي **positive psychology**

تأسس علم النفس الإيجابي كفرع من فروع علم النفس سنة ١٩٩٨ أثناء فترة ترأس سيلجمان للجمعية أو للرابطة الأمريكية لعلم النفس. ودعم شيكزينتيمهالي هذا الفرع الجديد بدراساته المتعمقة عن التدفق والإبداع الإيجابي والسعادة وغيرها من القضايا الرئيسية، إن مصطلح علم النفس الإيجابي من المصطلحات التي صاغها مارتين إي بي سيلجمان، ويمثل حركة في علم النفس تهتم بكل ما هو إيجابي في شخصية البشر أكثر من ما هو سلبي، ليخلص علم النفس من تركيزه الشديد على الجوانب السلبية للخبرة الإنسانية - قلق، اكتئاب، ضغوط - وكل ما هو مدرج في الفئات المرضية في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويحاول علم النفس الإيجابي إعادة التوازن لعلم النفس، وتشجيع علماء النفس على محاولة الإسهام في

دراسة الأبعاد والجوانب الإيجابية للحياة، وليس الاهتمام فقط بالجوانب أو الأبعاد السلبية. ومن بين أهم أهداف علم النفس الإيجابي إنتاج تصنيف للفضائل والسجايا الإنسانية ومكامن القوة البشرية الإيجابية كطرح مضاد للدليل التشخيصي الإحصائي الخاص بالاضطرابات والأمراض النفسية، بغية تمكين البشر من السعادة بمعناها الإيجابي الإنساني الحقيقي والمتمثلة فيما وصف راحة البال أو التمتع الذاتي، (Jill, 2006).

تطور العلاج النفسي الإيجابي داخل سياق حركة علم النفس الإيجابي، ففي الوقت الذي يهتم علم النفس الإيجابي بالدراسة العلمية للانفعالات الإيجابية، ونقاط القوة في الشخصية والعلاقات الهادفة، فإن العلاج النفسي الإيجابي يدعم الهناء والرفاهة والوجود الأفضل للفرد، والأمل، والتفاؤل، ونمو الحياة السارة، والاندماج في الحياة، والحياة الجديرة بأن تعاش، وفاعلية الذات (محمود، ٢٠١٥).

ومن بين أهم ملامح علم النفس الإيجابي أيضا رفضه التام لما يعرف بالنسبية الأخلاقية *relativism moral* ويؤسس هذا الرفض على أن هناك سمات أخلاقية معينة تتضمن طرقاً متعددة للتعبير عنها تحظى باعتراف وتقدير الغالبية العظمى من البشر العاديين في كل الثقافات. وأن الالتزام بهذه السمات والفضائل الأخلاقية والتعبير عنها سلوكياً يزيد من احتمالات السعادة.

فنيات العلاج النفسي الإيجابي:

يستخدم علم النفس الإيجابي أساليب جديدة في العلاج النفسي أهمها أسلوب "غرس الأمل *Instilling hope* وبناء القوي الحاجزة *Buffering Strengths* التي تعمل كحائط صد ضد تعرض الفرد للإصابة بالأمراض النفسية أو العقلية ومن هذه القوي الموجودة في العلاج النفسي الإيجابي: الشجاعة - المهارة البيئشخصية - الاستبصار - التفاؤل - حل المشكلات - تحديد الهدف - القدرة علي السعادة - الواقعية. وفيما يلي تعريف مختصر لبعض من فنيات علم النفس الإيجابي (محمود، ٢٠١٥؛ الرشيدى، ٢٠١٨):

نقاط القوة المميزة في الشخصية بصمات القوة المميزة *Signature Strengths*: وهي نقاط قوة جوهرية في شخصيات الأفراد، تجعلهم يشعرون بالثقة بالنفس أثناء استخدامها في مواقف كثيرة.

تنمية الدافعية: يهتم علم النفس الإيجابي بتحريك وتحفيز الفرد وتنشيطه، وتوجيهه، والمحافظة على استدامت عزيمته للوصول إلى الأهداف المرغوبة، وإعادة التوازن للفرد عندما تختل إرادته أو دافعيته، بمحفزات أو طرق جديدة أكثر فاعلية.

الامتنان والعرفان بالجميل *Gratitude And Thankfulness*: وهو الاعتراف بمشاعر التقدير والعرفان لمن قدم المعروف والجميل الذي يستحق الاحترام والتقدير، فيكسبه تواضعاً للأخرين، وبالتالي الشعور بالرضا عن النفس والسعادة.

غرس الأمل **The Hope**: تزداد الحاجة إلى غرس الأمل كلما تفاقمت المشكلات وأصبح الفرد يشعر بالعجز أو اللاحول، فالأمل يبعث الثقة ويساعد علي الإثراء النفسي والارتقاء، فتزداد الذات ثقة بالذات والواقع، ويستخدم الأمل كذلك في العلاج النفسي فيما يسمى العلاج بالأمل، والأمل يعني من منظور الذكاء الوجداني أنك لن تستسلم للقلق الشامل أو للموقف الانهزامي أو الاكتئاب في مواجهة التحديات أو النكسات، والواقع أن الناس الذين يحتضنون الأمل في حياتهم يواجهون اكتئاب أقل من غيرهم لأنهم يحاولون تخطيط حياتهم بما يحقق لهم الوصول إلى أهدافهم، والأمل هنا هو العامل المحدد للاختلاف بين الطلاب، فالطلبة المتمتعون بدرجة عالية من الأمل يكون رد فعل هذه النتيجة عندهم بذل جهد أكبر، والتفكير في مجموعة من المحاولات لرفع درجاتهم النهائية أما الطلبة المتمتعون بقدر متوسط من الأمل فتجدهم يفكرون في وسائل عدة يمكن أن ترفع درجاتهم لكن تصميمهم علي تحقيق ذلك أقل بكثير من المجموعة الأولى، ومن الطبيعي أن يستسلم الطلبة المفتقرون إلي الأمل إلا بقدر ضعيف وتضعف معنوياتهم (دانيل، ٢٠٠٠).

إن من تحدوهم الآمال العريضة يضعون نصب أعينهم أهدافا كبيرة أكثر من غيرهم ويعرفون كيف يبذلون الجهد من أجل تحقيقها فإذا قارنا بين طلبة لهم نفس الملكات الذهنية في النتائج الأكاديمية نجد أن ما يفرق بينهم هو الأمل (روبنس وسكوت، ٢٠٠٠).

التفاؤل Optimism: توقع الفرد أن الأمور المستقبلية سوف تكون في مصلحته بالرغم من وجود مجموعة من النكسات والإحباطات التي تُواجهه.

التسامح Tolerance: يتمثل في حب واحترام الذات، والتخلي عن الانتقام وإلحاق الأذى بذات الفرد. بمعنى أن التسامح مع الذات يعني: التخلص من الأفكار السلبية وجلد الذات وإحلال الحب والتقدير مكانها.

التدفق النفسي Psychological flow: التدفق حالة يكون فيها الفرد مستغرقا تماما فيما يفعله، ويركز انتباهه ووعيه فيه، بحيث يكون الانتباه في حالة التدفق مركزا تركيزا شديداً، لا يعي الشخص فيه شيئاً بإدراكه الحسي إلا الفعل الجاري في هذه اللحظة.

الاستمتاع Savoring: الاستمتاع بأنه وعي بالمتعة خلال التدخل ومحاولة زيادة شدة التجربة الممتعة وتطويلها عن عمد. إن الميل لتعديل أو للتعود على الأنشطة الممتعة أو السارة -طاحونة اللذة- يجعل من الاستمتاع عبر التدخل مثيرا للتحدي (Diener & Seligman, 2004) وتجنب التعديل، وللحصول على المتعة بشكل متكرر من نشاط، يجب عدم الاشتراك فيه بشكل متكرر، ويجب تنويع الأسلوب الذي يتم به، من موقف إلى آخر.

الحياة المفعمة بالحيوية The full life: تستلزم الحياة المفعمة بالحيوية خبرة الانفعالات (الإيجابية الحياة السارة) واستخدام نقاط القوة المميزة والانهماك في الحياة،

والحفاظ على علاقات هادفة مع الأسرة والأصدقاء والمؤسسات التي هي أكبر من الذات (الحياة الهادفة). وعلى النقيض تفتقد الحياة الفارغة هذه العناصر وتسهم في الاكتئاب.

الانتقاء بدلا من التطلع إلى الكمال Satisficing Instead Of Maximizing: إن مميزات الانتقاء (اختبار بديل جيد من مجموعة بدائل) عن التطلع إلى الكمال اختبار بديل أفضل من جميع البدائل الممكنة، فإن وجود حرية أكثر من اللازم عند الاختيار ربما يكون كذلك سبباً للمشكلات. إن الاستراتيجية المتبناة عند الاختيار تحدد ما إذا كان وجود أو عدم وجود حرية للاختيار يعزز السعادة أو يزيد من القلق.

تفسير علم النفس الإيجابي للاكتئاب.

لاشك أن ظهور الاكتئاب لدى الفرد إنما يعني وفق رؤية علم النفس الإيجابي ضعف في المهارات والقوى الإيجابية التي يمتلكها الفرد، هذه المهارات تستخدم كحائط صد تعوق الإصابة بالمرض النفسي وأن تحديد هذه المهارات والسمات الإيجابية وتعظيمها يساعد الأفراد المعرضين للخطورة المرضية على الوقاية والعلاج من الأمراض.

ويري سليجمان وآخرون (Seligman., et al, 2005) أن التعرض المستمر للمواقف الضاغطة والمؤلمة يعمل على ظهور الاستجابات غير التوافقية مثل اليأس والاكتئاب، ولذلك كانت أولى دروس علم النفس الإيجابي لدى سليجمان هي التركيز على التفاؤل المتعلم *learned optimism* بدلاً من العجز المتعلم، حيث أوضح أهمية الأمل والتفاؤل للأفراد والجماعات والشعوب، فالشعوب الأكثر تفاؤلاً هي التي تبقى وتستمر، والأكثر يأساً وشعوراً بالإحباط هي التي تضعف تندثر.

التطبيقات الممكنة لعلم النفس الإيجابي:

1. تحسين أساليب معاملة وتنشئة وتربية الأطفال لتركز على: الدافعية الداخلية، الوجدان الإيجابي، والإبداع داخل المنازل والمدارس.
2. تحسين العلاج النفسي من خلال تطوير مداخل علاجية تركز على: الأمل، المعنى، التفاؤل، مساندة الذات.
3. تحسين الحياة الأسرية من خلال فهم ديناميات: الحب، التلقائية، الأصالة، والالتزام والانتماء.
4. تحسين الرضا الوظيفي عن العمل عبر مختلف مراحل الحياة بمساعدة البشر على الاندماج في العمل، ومعايشة ما يعرف بخبرة التدفق، وصولاً إلى تحقيق إنجازات مبدعة.
5. تحسين المنظمات والمجتمعات من خلال اكتشاف الظروف والشروط التي تعزز الثقة، التواصل، والغيرية بين الأشخاص.
6. تحسين الخصائص الأخلاقية للمجتمع من خلال فهم وتنمية الدوافع والقيم الأخلاقية والروحية وعرسها داخل الشخصية البشرية (Crystal, 2003).

ثانياً: الاكتئاب.

الاكتئاب هو حالة من الحزن والتكدر الشديدين المستمرين لأسباب مجهولة المصدر لدى الشخص المضطرب، فنرى هذا الشخص وكأن هموم الدنيا قد وقعت على رأسه وأثقلت كاهله، والاكتئاب هو حالة صراع عنيف وقاسٍ داخلي، يحدث بين الشخص وذاته. فيشعر الشخص المصاب باحتقار الذات والشعور بالذنب والنقص ولوم الذات واتهامها بشيء لم تفعله، أو لومها عن فعل بسيط لا يصل عند الإنسان العادي إلى مستوى عقاب الذات. ويعتبر الاكتئاب أحد الأمراض النفسية التي يعاني منها العديد من الأفراد، يظهر في المراحل العمرية المختلفة عبر الحياة، وبذلك فإن الفرق بين أنواع الاكتئاب لا يكون في النوع ولكن في الدرجة، ومصطلح اكتئاب في حد ذاته يشير إلى درجة تتراوح من المزاج الطبيعي الذي يتأثر أغلبنا بأي تغيير في حياتنا سواء تأثراً بسيطاً أو شديداً وبين المزاج غير الطبيعي، ومعظم الأفراد يصيبهم اكتئاب خفيف، استجابة للعديد من الأحداث الصادمة في حياتهم، بينما عدد أقل لديهم رد فعل اكتئابي شديد تجاه نفس هذه الأحداث، ويعتمد تشخيص الاكتئاب لدى الأفراد أو قابليتهم للإصابة به على عوامل عديدة كالعوامل البيولوجية والوراثية، والعوامل البيئية. والفرق بين الاكتئاب النفسي (العصابي) والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، ففي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذات الخفية وهلاوس (إسماعيل، ٢٠١٥).

تعريف الاكتئاب حسب بيك Beck:

يشير بيك (1976) Beck، إلى ضرورة تنظيم ظواهر الاكتئاب المختلفة في تسلسل مفهوم كي يتسنى لنا فهم الاكتئاب، ويتساءل إن كان الاكتئاب هو اضطراب وجداني في أساسه فيمكن رد أعراضه إلى اضطراب الوجدان وتفسيره على أساس الحالة الانفعالية، ويوضح بيك أن الحالات الداخلية المؤلمة في مرض الاكتئاب مثل الألم الجسمي، الغثيان قصر النفس والقلق، قليلاً مما تؤدي إلى الأعراض المميزة للاكتئاب مثل الانسحاب الكلي عن الآخرين، تضييع الغايات الكبرى من الحياة، والرغبة في الموت.

تصنيف الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV-TR (2000)

يُعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (2000) DSM-IV-TR الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية، وتنقسم هذه الاضطرابات إلى أربع فئات وهذا تبعاً لتضمنها على الاكتئاب، وهي كما يلي:

أولاً: نوبة الاكتئاب الرئيسي. إن السمة التي تميز نوبة الاكتئاب الرئيسي هي معاناة الفرد من الحزن وعدم الشعور بالسعادة من ممارسة أي نشاط في فترة لا تقل عن ١٤ يوماً.

أعراضها:

- تظهر على الفرد أعراض تتمثل في:
- زيادة أو نقص الأكل.
 - النوم الزائد أو الأرق.
 - نقص أو زيادة الوزن.
 - الشعور بفقدان قيمة الذات.
 - صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات.
 - اجترار بعض الأفكار مثل أفكار الموت والانتحار، والتخطيط له والإقدام عليه في بعض الأحيان.

التشخيص:

- لكي تشخص نوبة الاكتئاب الرئيسي من طرف الممارس العيادي سواء كان أخصائياً نفسياً أو طبيبياً نفسياً، يجب أن تتوفر بعض الشروط وهي:
- التأكد من أن الأعراض جديدة عند الفرد أو زادت سواء عما كانت عليه من قبل.
 - تكون هذه الأعراض ظاهرة على الفرد طول اليوم وتقريباً كل يوم ولفترة لا تقل عن أسبوعين متواصلين.
 - تكون نوبات الاكتئاب مصاحبة لضعف في العلاقات الاجتماعية (معمريه، ١٩٨٨).

ثانياً: اضطراب الاكتئاب الرئيسي.

يتسم بوجود نوبات اكتئابية تتميز بالحزن وفقدان القدرة على الاستماع بكل أنواع النشاط، والإحساس الدائم بالتعب والإجهاد، ونسجل ارتفاع نسبة الانتحار في هذا النوع من الاضطراب حيث تصل إلى ١٥% وتتنخفض نشاطات المكتئب الاجتماعية، وتكون مصاحبة باضطراب الطعام، فقدان الشهية أو زيادة الشهية (معمريه، ١٩٨٨).

أنواع الاكتئاب:

- ما يعرف بالاكتئاب المرضي فهو يمتاز بأربع خصائص:
 - يكون مستمراً لفترات طويلة.
 - يكون أكثر حدة وشدّة.
 - يعرقل الفرد بدرجة كبيرة عن أداء واجباته ونشاطاته المعتادة.
 - قد تكون أسبابه غير واضحة (عبد الستار، ١٩٩٨).
- تعددت أنواع الاكتئاب بتعدد مدارس علم النفس إلا أن هذه التصنيفات وإن تعددت في مناحيها ومسمياتها، إلا أنها متفقة في التشخيص والتحليل والمعالجة. وتصنف أنواع الاكتئاب كما يلي:
- اكتئاب خفيف:
 - وهو أخف صور الاكتئاب.

- اكتئاب بسيط:
 - وهو أبسط صور الاكتئاب.
 - اكتئاب حاد (السواد):
 - وهو أشد صور الاكتئاب حدة.
 - اكتئاب مزمن:
 - وهو دائم وليس في مناسبة فقط.
 - اكتئاب تفاعلي (أو موقفي): وهو رد فعل لحدوث الكوارث، وهو قصير المدى.
- وفيما يلي يتطرق الباحث إلى توضيح بعض أنواع الاكتئاب التي تظهر عند الأفراد ونجملها في الأنواع التالية (عرعار، ٢٠١٤):
١. اكتئاب شرطي: وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة، ويعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.
 ٢. اكتئاب سن القعود: ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينيات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد. ويشاهد فيه القلق والهـم والتـهيج والهـذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحياناً سواد سن القعود.
 ٣. الاكتئاب العصابي- الاكتئاب الذهاني:

أ. الاكتئاب النفسي (العصابي):

ويسميه الآخرون بالاكتئاب العصابي، حيث انتشاره يأتي في المرتبة الثانية بعد النوع الاستجابي. إن الأكتئاب العصابي كما يدل اسمه فهو حالة تأتي من جراء عصاب تطور عند الفرد خلال حياته. والعصاب هو مرض نفسي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة أو متكررة أثناء طفولته، وفي أغلب الأحيان تكون هذه الصدمات من النوع العاطفي.

ب. الاكتئاب الذهاني: وهو نوعين:

١. الاكتئاب الدوري

وهو نوع من الاضطرابات ثنائية القطب يظهر على شكل دورات تعقبها أو تسبقها دورات من الهوس، والنشاط الزائد ويطلق عليه المختصين في الطب النفسي اضطراب الهوس والاكتئاب وهو أكثر خطورة من الأنواع الثلاثة السابقة (الاستجابي، العصابي، الداخلي)، لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط بل يصيب جانب كبير من قدراته العليا، بما فيها قدرته على التفكير السليم وعلاقته الاجتماعية وبضطرب إدراك الشخص لنفسه وللعالـم الخارجي من حوله، فيصبح الفرد خطراً على نفسه وعلى الآخرين بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار حيث أن ١٥% من الحالات الاكتئابية المينخولية يموتون عن طريق الانتحار (DIDIER, 1995).

٢. الاكتئاب الفصامى: الفصام هو ذهان خطير يصيب ١% من المجتمع الراشد، يكون التناذر الاكتئابى أحد أشكال بداية الفصام، يصبح المريض تدريجيا لا يهتم بانشغالاته اليومية، بمحيطه ونظافته، وغذائه. يكون مغموراً بإحساس عميق من القلق وألم داخلى يحتم عليه أن يقلص من نشاطه بصفه كبيرة جدا ويصل به الحد إلى عدم الخروج من غرفته، ويصبح سلوكه غريبا ويشعر بانفصال جسده بالرغم من أنه لا يشكو من أي تخلف عقلي. خطر الانتحار قائم يمكن أن تتطور حالته وتتجه نحو الفصام (DIDIER, 1995). إن الاكتئاب الذهاني يمكن أن يظهر بواسطة الهذيان والهلوسة المناسبين للمزاج مع مضامين متطابقة للاكتئاب النموذجي بعدم الكمال والشعور بالذنب والمرض والموت والعقاب والتأثير وتسجيل الأفكار ونشرها ويشير ستوبر (١٩٨١) أن المواضيع الهذيانية هي نفسها عند المراهق والراشد (هنري، ١٩٩٨). والفرق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة، وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجى وتصاحبه أوهام وهذيان الخطيئة. (زهران، ٢٠٠٥).

٤. الاكتئاب الاستجابى: وهو النوع الأكثر معرفة من طرف الناس والأقل خطورة والأكثر انتشارا حاليا بسبب الأزمة الاقتصادية وهو الاكتئاب الذي يظهر نتيجة الضغط بمختلف أشكاله. ولقد بين كل من كلارك، لامبارس، نيتوسل، كابسي، ايلدر (١٩٨٨) (ELDER-CAPSI-NETUSIL – LEMPERS-CLARCK)، ماري، لويس، فريدمان (١٩٨٦) (MARIE-LUISE-FRIEDMAN) وماكلويد، قوني، ويلسون، لين (١٩٩٠) (MACLOYD – VONNIE –) (WILSON-LEON) أن الظروف الاقتصادية تؤثر تأثيرا بالغا في الأطفال داخل أسرهم من خلال التغيرات التي تتعرض لها الأسرة في علاقاتها وتكيفاتها الاقتصادية كما توصل هؤلاء العلماء إلى أن الأطفال والمراهقين يتأثرون بالظروف المالية للأسرة وتنعكس عليهم بالكآبة (عبدالباقي، ١٩٩٢). يظهر الاكتئاب الاستجابى عند الأطفال الخاليين من أي مرض سيكياتري ويظهر عند الأشخاص الذين يعانون القلق ولديهم إفراط في الحساسية والذين يحتاجون دائما إلى التشجيع والتقدير ليجدون توازنهم. هذا النوع من الاكتئاب يكون نتيجة أو استجابة لمواقف خارجية مأساوية لذا يدعى بالاكتئاب الاستجابى كموت أحد الأقارب والأعزاء والانفصال الخسائر المادية، وغالبا ما يرتبط بالموقف الذي أثاره والذي يستمر أكثر من أسبوعين ومن أعراضه الشعور بالتعب والاجهاد والملل العضوي الشعور بالحزن والقلق والألام الجسمية. (DIDIER, 1995) كما يستطيع أن يصاب الفرد في هذا النوع بحزن شديد حتى أن المريض لا يستطيع أن يخفف معاناته وآلامه

- بالكفاء، يرفض الأكل يصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة وقد تراوده أفكار انتحارية (KORKINA, 1982).
٥. اكتئاب الأمراض العضوية: يستطيع أن يكون الاكتئاب عبارة عن تمظهر لمرض عضوي ومن هذا تتضح أهمية تشخيص المرض العضوي المسؤول على ظهور الأعراض الاكتئابية، لأن علاج المرض العضوي وحده هو الذي يؤدي إلى زوال الاستجابة الاكتئابية، وتظهر الاستجابة الاكتئابية في بعض الالتهابات الدماغية مثل مرض باركسون الأورام الدماغية وبعض أنواع الصرع. وبصفة عامة فإن كل الأمراض المتعبة تكون مرفوقة باستجابة اكتئابيه بفعل التعب النفسي الذي يحدثه: السل، السرطان، أمراض الدم. ففي دراسة لكشاني على مرضى يعالجون في وحدات متعلقة بالدم وجد ٦ حالات من الاكتئاب الأساسي و ٤٨% من الأعراض الاكتئابية (هنري، ١٩٩٨).
٦. الاكتئاب الموسمي: هذا النوع من الاكتئاب عرف في عام ١٩٨٠ عن طريق الطبيب الأمريكي روزنتال (Rosenthal) ويصيب بعض الأفراد في بعض شهور السنة، خاصة في أشهر الشتاء حيث يكون النهار قصيرا والليل طويلا، يظهر الاكتئاب الموسمي إكلينيكيًا بالتقريب مثل الاكتئاب الاستجابي أهم أعراضه تتمثل في الحزن، تعب مع انخفاض النشاط، الحاجة إلى النوم مع رغبة شديدة للأكل، خاصة الأطعمة الغنية بالسكريات، انخفاض في الرغبة الجنسية. ويستمر عادة ٦ أشهر من شهر أكتوبر إلى شهر فيفري فيما يخص تطور الاكتئاب الموسمي عادة ما ينحو تجاه الشفاء لكن إذا اشتدت أعراضه فإن خطر الانتحار يبقى قائما شأنه شأن الاكتئاب الاستجابي لذا لا بد أن يأخذ هذا النوع من الاكتئاب بعين الاعتبار مثله مثل أي نوع من الأنواع الأخرى (عرعار، ٢٠١٤).
٧. اكتئاب الحمل: تتعرض المرأة أثناء الحمل خاصة الأشهر الأولى منه لبعض الاضطرابات في الطبع، وظهور الأعراض العصابية حيث نسجل ظهور القلق التي تكون أعراضه الأساسية متمثلة في الغثيان، الدوخة، خفقان القلب، اضطرابات النوم، كوابيس ليلية وتعرض لبعض الأفكار السلبية كونها أم المستقبل، الخوف من فقدان طفلها والتخوف من أن يولد غير طبيعي وكذلك يظهر لديها قلق الموت أثناء الولادة وعندما تستمر المرأة الحامل في هذه الوضعية طويلا، وعندما تكون أعراضها شديدة تستطيع أن تصل إلى حالة اكتئابية عصابية (الاكتئاب العصابي) (DIDIER, 1995).
٨. اكتئاب الأشخاص المسنين: اكتئاب الأشخاص المسنين هو نوع منتشر وخطير أكثر مما نتصور حيث بينت دراسات لـ (DIDIER LECHEMIA 1994) بفرنسا أن ٤٠% من المرضى البالغين أكثر من ٦٥ سنة والزائرين لأطباء لديهم أعراض اكتئابيه. فتسود الزملة الاكتئابية عند ١٠% إلى ٢٠% من هذه الحالات.

سجلت الزملة الاكتئابية بصماتها بكل جدارة على المسنين الشيء الذي يؤدي إلى احتياج هذه الفئة إلى علاج كيميائي يحتوي على مضادات الاكتئاب. إن انتشار هذا النوع من الاكتئاب عند هذه الشريحة من الأشخاص تفسر عن طريق بعض العوامل المفجرة له، حيث نجد ضغوط الحياة والأحداث اليومية تحتل المرتبة الأولى في تكوين الاستجابة الاكتئابية بما فيها موت أو مرض أحد الأقرباء أو التقاعد الذي يصادف هذه الفترة من الحياة، والذي يعني الوحدة وضعف القدرة الشرائية عند المسن. تكون أعراض هذا النوع من الاكتئاب بالدرجة الأولى جسمية مثل: التعب، آلام مختلفة اضطرابات معدية مع تغيرات في الشهية ونوم مضطرب وهنا يصعب التمييز بين هذا النوع من الاكتئاب وبداية ظهور ذهان الشيخوخة لأن مرض الشيخوخة يكون غالباً مرفوقاً بحالة اكتئاب، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن حالة اكتئاب بسيطة يمكن أن تظهر على شكل ذهان الشيخوخة بأعراض تتمثل في هبوط ذهني فقدان الاهتمام بالنشاطات المعتادة واضطرابات الذاكرة والأرق (عرعار، ٢٠١٤).

٩. اكتئاب الأطفال: إن أسباب اكتئاب الأطفال تكون بالدرجة الأولى من النوع العاطفي عدم تفاهم الوالدين، الطلاق، جو من العنف المعنوي أو المادي قد تكون أسباباً كافية لتفجير الزملة الاكتئابية، حيث يصبح الطفل بطيئاً في أفكاره وفي تحركاته لا يشارك في القسم، يرفض إنجاز واجباته المدرسية وقد يسجل تراجع في نتائجه المدرسية كما يصبح حزينا منعزلاً عن إخوته ورفقاء اللعب. ويستطيع أن يكون هذا النوع من الاكتئاب مقنع بأعراض عامة وأحياناً تكون عبارة عن أعراض خادعة حيث يستطيع أن يشتكي فقط من آلام في الرأس وأوجاع في البطن، أرق نقص الشهية أو تعب غير معتاد وكذلك نستطيع نلاحظ عند الأطفال الصغار تكوص نفسي ومادي: إعادة ظهور التبول اللاإرادي (الثانوي) أو العودة إلى الرضاعة ونكوص في الكلام، لقد أوضح سبيتز (Spitz) من خلال دراسته على أطفال الأمهات العازبات اللواتي تعشن في السجن والمنفصلات عن أطفالهن أن استجابة الاكتئاب تظهر على هؤلاء الأطفال والتي تتميز بملامح البؤس قصور التعبير والانسحاب (عبد الستار، ١٩٩٨).

أسباب الاكتئاب.

تتعدد الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى ظهور حالات الاكتئاب عند الإنسان ومنها (إسماعيل، ٢٠١٥):

أولاً: العوامل البيولوجية: وتتضمن الآتي.

الجينات الوراثية: كشفت الدراسات الأسرية، ودراسات التوائم، عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني، له دور مهم في ظهور حالات الاكتئاب، فقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات معينة، واستنتج من ذلك أهمية الأصول الجينية في حدوث الاكتئاب،

والتفسير الوراثي للاكتئاب يظهر وجود علاقة بين الاستعداد الوراثي للإصابة بالاكتئاب ومدى استعداد الفرد لذلك، أي: توفر المكونات الوراثية المحفزة للإصابة به، وذلك إذا كان لدى الوالدين أو أحدهما تاريخ مرضي بالاضطرابات النفسية، وبخاصة إذا هيأت الظروف البيئية بما فيها من ضغوط لإظهار تلك الاستجابات الاكتئابية .

الأمينات الحيوية: وتشمل: نقص الأمينات الحيوية، ينتج عنه مرض الاكتئاب، أي: نقص الناقل العصبي (السيروتونين) كما في حالة تعاطي العقاقير المهدئة أو الأدوية المثبطة للسيروتونين) الذي يؤدي تناولها إلى الارتخاء الجسمي، والرغبة في النوم، وهي مضادات لزيادة السيروتونين مما يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب، ويحدث الاكتئاب عند حالات مدمني الكحول، وأحيانا بعد ترك التعاطي، ويعرف بالحالات الانسحابية، وهناك حالات اكتئابية أخرى تنتج من تعاطي المخدرات.

ثانياً: العوامل النفسية. وتتضمن: التوتر الانفعالي، والظروف المحزنة والخبرات الأليمة، الحرمان، فقد الحب والمساندة العاطفية، أو فقد ثروة أو مكانة اجتماعية، أو فقد الكرامة، أو التعرض للاغتصاب، الصراعات اللاشعورية، الإحباط والفشل، والكبت والقلق، والعنوسة، وسن القعود، وأسلوب التربية الخاطئ (القسوة، التسلسط، الإهمال، الانتقاد الدائم للطفل)، وجود عاهة أو إعاقة، والتربية الاعتمادية. (زهران، ١٩٧٧)

ثالثاً: العوامل الاجتماعية. ومنها: الطلاق، التفكك الأسري، وانشغال الوالدين بشؤونهم الخاصة، والانفصال بين الوالدين (يعيشون في نفس البيت ولكن منفصلين نفسياً)، تعرض الفرد للعنف في المدرسة، تصلب الأم أو الأب في المعاملة، الظروف الاقتصادية السيئة، وتعاطي الكحول والمخدرات بشراهة. (كمال، ٢٠٠٥)

رابعاً: العوامل الفسيولوجية. وتتمثل في: خلل في التوازن الهرموني، أو خلل في الغدة الدرقية وفي كيمياء المخ يسبب النقص في الناقلات العصبية مثل السيروتونين والدوبامين .

أعراض الاكتئاب.

الأعراض النفسية: يصاحب الاكتئاب عدد من الأعراض النفسية ومنها: الحزن والكدر الشديدين، الشعور بالذنب، والرغبة في معاقبة الذات واحتقارها، والشعور بالتشاؤم المفرط، والعجز واليأس، وهبوط الروح المعنوية، والشعور بالخوف والقلق، وفقدان القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، والشعور بعدم قيمة الحياة وعيشة الوجود وتمني الموت، وخيبة الأمل، ونقص الاهتمامات والميول والدافعية وفقدان الأمن النفسي، وضعف الثقة بالنفس، واللامبالاة الانفعالية .

الأعراض الجسمية: ومنها: الهزال الجسمي وضعف الجسم، شحوب الوجه، اضطراب الشهية، فالمريض بالاكتئاب إما أن يأكل كثيراً دون الشعور بلذة الطعام، أو يفقد الرغبة في الأكل، اضطراب النوم بالزيادة أو النقصان، زيادة الوزن، الصداع، الإمساك، آلام

في الظهر، فقدان الرغبة الجنسية، عسر الهضم، توهم المرض، وكثرة الكوابيس المزعجة (إسماعيل، ٢٠١٥).

الأعراض السلوكية: ويقصد بها ما يقوم به الشخص المكتئب من سلوكيات وهي: نقص القدرة على العمل والإنتاج والشعور بالكسل وسرعة التعب ونقص الحركة والخمول الجسدي، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، بطء أو توقف الكلام، انخفاض الصوت، عدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة، الصراخ وعدم القدرة على ضبط النفس، العدوانية أحياناً، والسلبية. (كمال، ٢٠٠٥)

الأعراض العقلية والمعرفية: التفكير الدائم في الانتحار واجترار الأفكار السوداوية، صعوبة في التفكير وبطء في التفكير، والانشغال بالتفكير التشاؤمي والانهمامي، ونقص الانتباه للمثيرات الخارجية، والإدراك السلبي للحياة، وضعف التركيز، والسرطان (زهرا، ١٩٧٧).

ثالثاً: إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية.

مع بداية القرن الحالي فقد أخذت إساءة استعمال المخدرات تشغل بال المسؤولين، حيث بدأت تتدقق على البلدان كميات كبيرة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان، وأقبل على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، بعد أن كان التعاطي محصوراً في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه للطبقة العليا، ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الكوكايين، بسرعة امتدت إلى باقي الطبقات الأخرى من الشعب (المهندي، ٢٠١٣).

المؤثرات العقلية psychotropic substances.

ويطلق عليها أيضاً المؤثرات النفسية أو المواد ذات التأثير النفسي أو ذات التأثير العقلي، وقد استقرت الأمم المتحدة على ترجمتها (المؤثرات العقلية) في الاتفاقية الوحيدة للمؤثرات العقلية المعدلة في عام ١٩٧٢، حيث عرّفت المؤثرات العقلية بأنها "أي مادة لها تأثير على الجهاز العصبي وعلى العمليات العقلية، سواء كان عن طريق الشم أو التدخين أو البلع أو الحقن، تتسبب في حالة من النشوة أو الفتور أو التنويم أو التنشيط، ويكون من شأن هذه المادة أن تسبب حالة من الإدمان عليها" (ص. ١٥).

المخدرات والمؤثرات العقلية الجديدة (Drugs and Psychotropic Substances) (NPS).

يشير مصطلح المؤثرات العقلية الجديدة (NPS)، أو المؤثرات النفسانية الجديدة إلى المؤثرات النفسية العقلية لمجموعات كيميائية مختلفة، لا تخضع للرقابة بموجب اتفاقيات الأمم المتحدة الدولية، ولا تخضع عموماً للمراقبة كمخدرات أو مؤثرات عقلية على المستوى الوطني أو الاتحاد الأوروبي. وكان أول ظهور للمؤثرات العقلية الجديدة (NPS) على معرض المخدرات يعود إلى ١٩٩٠، ويرتبط مع ألكسندر

شولجين وزملائه، في العمل على تطوير واختبار المُركَّبات المحفزة والمهلوسة (Shulgin & Shulgin, 1997).

تعريف الإدمان Addiction.

فيما يلي يستعرض الباحث هذا المفهوم من عدة زوايا، قد يتضح من خلالها المراد بهذا المصطلح:

الإدمان لَعَّة: ورد في لسان العرب (٢٠٠٣) "مدمن وأدمن الشراب وغيره، لم يُقلع عنه. ويقال: فلان يُدمن الشرب والخمر إذا لزم شربها. ومدمن الخمر الذي لا يُقلع عن شربها. ويُقال: فلان مُدمن خمر أي مداوم شربها" (ابن منظور، ص. ١٤٢٨).

أما تعريف الإدمان بشكل عام، بحسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV- TR, (2000) فهو "نمط غير قادر على التأقلم، من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض التي تحدث في أي وقت في فترة ١٢ شهرا الماضية، والمتمثلة في: زيادة كميات المواد التي تحقق التسمم أو التأثير المطلوب بشكل ملحوظ، واستمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة، ووجود رغبة مستمرة، أو جهود غير ناجحة، لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات، وأنه في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم، مع رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات" (p. 50).

كما عرفه المجلس الوطني لمجالس التمريض (NCSBN, 2011) Council of State Boards of Nursing, Inc بأنه "الاستخدام القهري للمواد الكيميائية، (المخدرات أو الكحول) وعدم القدرة على التوقف عن استخدامها، على الرغم من كل المشكلات الخطيرة الناجمة عن استخدامها، الصحية والاقتصادية والمهنية والقانونية والروحية والعواقب الاجتماعية" (p. 2).

وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣) في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5، إلى مفهوم الإدمان تحت مسمى (اضطراب سوء استعمال المواد) وعرفته بأنه "مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسولوجية تشير إلى أن الفرد يواصل استخدام المادة على الرغم من المشكلات الخطيرة المرتبطة بتعاطي المادة والحنين- أو الاشتياق- إليها" (p. 483).

أما كازمي (Kazemi (2013 فقد عرّف الإدمان بأنه "التعود النفسي والجسمي على منتج، أو مادة معينة، لها خاصية تغيير طبيعة وظائف المخ، وتركيبه، والطريقة التي يعمل بها، وهذه التغييرات قد تمتد لأمد طويل، كما أنها تؤدي لسلوكيات ضارة وملازمة لسلوك المتعاطي المدمن، يمكن رؤيتها على بعض من يتعاطون المخدرات والمؤثرات العقلية" (p. 222).

خصائص الإدمان.

قام روجوفين (2016) Rogovin، من خلال اطلاعه على الأبحاث والدراسات السابقة، بجمع الخصائص التي يتسم بها مدمنو المخدرات والمؤثرات النفسية، كما يلي:

1. الاستخدام بهدف النشوة والمتعة، والهدوء النفسي، مع تزايد متدرج في كمية المادة الإدمانية.

2. انفعالات مفاجئة لا تناسب الموقف، مع عدم المبالاة بما يحدث نتيجة هذا الانفعال (تظهر بوضوح في المراحل المتقدمة من التعاطي).

3. ضعف العضلات الجسمية، وسرعة الإرهاق عند بذل أقل جهد بدني.

4. إهمال النظافة الشخصية، وإهمال المهام الأسرية والاجتماعية والمهنية.

5. الرغبة الملحة في الاستمرار في التعاطي، والحصول على مادة الإدمان بأي وسيلة.

6. زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم مادة الإدمان.

7. فقدان الشهية، وشحوب الوجه، وصدور رائحة كريهة من الجسم.

8. كثرة الغياب عن الجامعة أو العمل وضعف الإنتاج المهني.

9. الابتعاد عن المناسبات العائلية والاجتماعية، والإقبال على المتعاطين والمدمنين الآخرين.

10. الانطواء والانزغال النفسي والاجتماعي تدريجياً.

11. الوقوع في أزمات مالية، إضافة إلى استخدام الكذب والاحتيال، للحصول على المادة المتعاطاة وقد يصل الأمر إلى السرقة.

12. زيادة في خفقان القلب، مع ضيق في النفس، والإسهال، وكثرة الأرق عند الانقطاع عن المادة الإدمانية.

أسباب وعوامل الإدمان.

قام بعض الباحثين بتفصيل أسباب وعوامل خطر الوقوع في تناول المخدرات والمؤثرات العقلية، وهي كالآتي (أدم، ٢٠١٠):

1. أسباب شخصية تعود إلى الفرد، تتمثل في:

- أ. حب التقليد والفضول، وقد يرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة إثبات ذواتهم وتطاولهم إلى الرجولة قبل أوانها عن طريق تقليد الكبار في أفعالهم، وخاصة تلك الأفعال المتعلقة بالتدخين، أو تعاطي المخدرات، من أجل إضفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء أو الجنس الآخر، كما أن الفضول وحب التجربة- خاصة في فترة المراهقة- يعد من أسباب التعاطي، إذ إن كثيراً من الشباب مندفعون وراء عنفوانهم الكامن في حب الاستطلاع واكتشاف المجهول، خاصة في وجودهم مع الأقران يستمعون أو يرون أو يقرؤون الأفلام والبرامج والمجلات التي تتحدث عن تأثير المخدرات.

- ب. الجهل بمخاطر المخدرات: أيضاً يعد أحد أسباب التعاطي؛ إذ إن بعض الأفراد يظن أنه سيدخل في تجربة نوع من العقار وأنه ذو عزيمة تمكّنه أن يتوقف عن التعاطي، إلى أن يقع في شبكة الإدمان.
- ج. رفاق السوء: تكاد تجمع جميع الدراسات النفسية والاجتماعية التي أجريت، على أسباب تعاطي المخدرات، وبصفة خاصة بالنسبة للمتعاطي لأول مرة، على أن عامل الفضول وإلحاح الأصدقاء أهم حافز على التجربة، كأسلوب من أساليب المشاركة الوجدانية مع هؤلاء الأصدقاء، فالصحبة السيئة تستخدم الضغط والإغراء والتيسير والتضليل (بفوائد مواد الإدمان) لكي تقنع الشخص بالتعاطي.
- د. ضعف الوازع الديني: فالإنسان جسم وروح، وهو قلب وعقل، وعواطف وجوارح، لا يسعد ولا يرقى رقياً متزناً عادلاً حتى تنمو فيه هذه القوى، كلها نمواً متناسباً، والمخدر يبعد الإنسان عن واقعه، ويضعه في عالم من الوهم، ينسى وجوده وفضائله وارتباطه بمجتمعه وتكرار هذا الانفصال عن الواقع يجعل المتعاطي في حالة تبعية للسم الذي يتعاطاه، فيؤثر على جهازه العصبي، ويحطم شخصيته ويصبح بالتالي عالة على نفسه وعلى ذويه، فاقداً للإرادة، مريضاً في جسده وعقله، والمسلمين اليوم الذين أنهكتهم المخدرات قطعت صلّتهم بدينهم الذي يحملون اسمه ويجهلون كنهه، ويأخذونه بالوراثة أكثر مما يتخذونه بالمعرفة؛ فاندفعوا بإرادتهم للمهالك، وقد كان ابتعادهم عن دينهم سبب تورطهم فيما أضاعهم وأضعفهم.
- هـ. شخصية المدمن: تتميز شخصية المدمن بأنها شخصية مستعدة للإدمان، غير ناضجة، ومثقلة انفعالياً، وعدوانية، وانطوائية وقلقة، واكتئابية؛ أيضاً من أسباب الإدمان التي تتعلق بشخصية المدمن، عدم النضج الانفعالي، وضعف الأنا وما يترتب عليه من ضعف الإرادة، وعدم القدرة على التحكم في القدرات.
- و. أوقات الفراغ: وقت الفراغ يقصد به الوقت الحر، الذي يتجرد فيه الفرد من المهام، الملزم بأدائها بشكل مباشر وغير مباشر، ويتجه بإرادته لأداء نشاطات أخرى مرغوب فيها، ترضي ميوله، وتضفي على حياته تنوعاً، وتجعل لها معنى، وتجلب له السعادة والسرور.
- ز. السفر إلى الخارج: السفر إلى الخارج مع وجود كل وسائل الإغراء وأماكن اللهو، وعدم وجود رقابة على الأماكن التي يتم فيها تناول المخدرات، وأيضاً عدم وجود رقابة على الشخص المسافر، لبعده عن أسرته ومجتمعه، يعتبر من أسباب تعاطي وإدمان المخدرات، ويمكن ربط ذلك بضعف الوازع الديني لدى الفرد.

- ح. توفر المال: إن توفر المال في أيدي بعض الشباب، بسهولة قد يدفعه إلى شراء أعلى الطعام والشراب، وقد يدفعه حب الاستطلاع ورفقاء السوء إلى شراء أعلى أنواع المخدرات.
- ط. الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية: تزويج أقاويل عن المخدرات بأن هناك علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وزيادة القدرة الجنسية، من حيث تحقيق أقصى إشباع جنسي، وإطالة فترة الجماع، وكثير من المتعاطين يقدمون على تعاطي المخدرات سعياً وراء تحقيق اللذة الجنسية، والواقع أن المخدرات لا علاقة لها بالجنس؛ بل تعمل على عكس ما هو شائع بين الناس.
٢. عوامل نفسية تعود للفرد، وتتمثل فيما يلي:
- أ. الضغوط النفسية الكبيرة الناتجة عن الفشل في تحقيق الاحتياجات الملحة للفرد، والشعور بمركب النقص، نتيجة للإعاقة أو عدم القدرة على مجاراة الآخرين في مستويات طبقية أو ثقافية معينة.
- ب. وجود رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع والمجازفة، أو وجود توهم بأن تعاطي المخدرات يدل على الاستقلالية وقوة الشخصية.
- ج. عدم الرضا عن الحياة بصورة عامة، أو عدم الرضا عن مكتسبات معينة، والإحساس بالاغتراب الاجتماعي.
٣. الأسباب التي تعود إلى الأسرة، وتتمثل فيما يلي:
- أ. القدوة السيئة من قبل الوالدين:
- ب. انشغال الوالدين عن الأبناء:
- ج. القسوة الزائدة على الأبناء:
- د. كثرة تناول الوالدين للأدوية والعقاقير:
٤. أسباب ترتبط بالمجتمع، وتتمثل فيما يلي:
- أ. توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين
- ب. تأثير الحي السكني
- ج. العمالة الأجنبية.
- د. التساهل في استخدام العقاقير المخدرة وتركها دون رقابة.
٥. أسباب ترتبط بالجانب الاقتصادي، وتتمثل فيما يلي:
- أ. ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة، نتيجة الحاجة إلى مستلزمات الحياة الضرورية، وعدم توفر الدخل الكافي، كما أن كثيراً من الناس تضخمت لديه النزعة الاستهلاكية وتأثير القيم والعادات والتقاليد الحديثة، التي ألقت بالمزيد من الأعباء على الفرد، وارتفاع مستوى المعيشة بصورة عامة، مما يثقل كاهل الأسرة والفرد، تجعله عاجزاً تجاهها مما يدفعه إلى تعاطي المخدرات كمحاولة منه للهروب من الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه.

ب. البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة، فضلاً عن قلة فرص العمل وتوفر الفراغ لدى الشباب.

وهكذا تتعدد العوامل التي تدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات وإدمانها، ولكل مدمن سببه الذي يختلف به عن غيره، وأحياناً يكون هناك أكثر من سبب يؤدي إلى التعاطي والإدمان. وحقيقة الأمر أن كل الأسباب التي ذُكرت تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

الدراسات والبحوث السابقة.

دراسات تناولت برامج العلاج النفسي الإيجابي.

أجرى الفنجرى (٢٠٠٨) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج يقوم على استراتيجيات علم النفس الإيجابي وقياس مدى فاعلية هذا البرنامج في التخفيف من قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ طالبا وطالبة بكلية التربية النوعية بينها واعتمدت الدراسة على استخدام مجموعة من المقاييس من أهمها مقياس قلق المستقبل، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي المعد من قبل الباحث، وقد أكدت نتائج هذه الدراسة على فاعلية البرنامج الإرشادي المعتمد على استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل

وهدفت دراسة كرامتسوفا (2008) Khramtsova, إلى تنمية أربعة من الجوانب الإيجابية في الشخصية هي (التفاؤل، والإيثار، والامتنان، والعفو) لتحقيق الشعور بالسعادة لدى عينة من الطلاب الجامعيين، وتكونت عينة الدراسة من (٤٦) طالباً من الجنسين (١٧ من الذكور، ٣٩ من الإناث). وتركت الحرية للطلاب لاختيار أي من الجوانب الأربعة المذكورة بغرض تحسينها في نفسه، وكشفت الدراسة أن أغلبية أفراد العينة اختاروا الامتنان من أجل تنميته لديهم حيث اختاره عدد (٢٣) طالباً من العينة الكلية، في حين جاء الإيثار في المرتبة الثانية حيث اختاره (١٣) طالباً، بينما اختار العفو (٦) أفراد، وأخيراً اختار التفاؤل (٤) أفراد فقط، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة (٦١%) من أفراد العينة أقرروا بتحسين حياتهم الشخصية، ونسبة (٦٣%) أقرروا أنهم أصبحوا أكثر وعياً بالأفكار الإيجابية، بينما نسبة (٧٦%) أقرروا بزيادة مشاعر الامتنان والرغبة في مساعدة الآخرين في أوجه الخير، وأخبر نسبة (٧٤%) بزيادة إحساسهم بالسعادة، وحوالي (٨٦%) بزيادة تفهم الذات وقبولها.

وأجرى فيتش (2009) Fitch, دراسة تناولت تأثير أحد تدخلات علم النفس الإيجابي على السعادة والرضا عن الحياة لدى الطلاب المراهقين، وهدفت إلى استخدام فاعلية فئيتين من فنيات علم النفس الإيجابي (ثلاثة أشياء جميلة في الحياة، خطاب امتنان وشكر) لزيادة السعادة والتوافق النفسي لدى عينة من المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طالباً من المدارس المتوسطة الثانوية في مدينة نيويورك، وقسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية عددها (٢٥) طالباً، والأخرى ضابطة عددها (٢٥) طالباً

وطبق عليهم مقياس السعادة والرضا عن الحياة، وأشارت النتائج إلى فاعلية فنيات علم النفس الإيجابي وخاصة تلك التي تركز على الشكر والامتنان في تحسين مستوى السعادة وزيادة معدل الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

كما قامت نجلاء نصر الله (نصر الله، ٢٠١١) بدراسة هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي إيجابي في تحسين عدد من الجوانب النفسية الإيجابية لدى عينة من الأحداث الجانحين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) حدثاً جانحاً، تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٢ - ١٦) عاماً، من مؤسسة أم كلثوم للرعاية الاجتماعية والتدريب المهني، دار التربية الشعبية بمحافظة القاهرة، وتكونت العينة من مجموعتين: (١٠) مجموعة تجريبية الذين سوف يطبق عليهم البرنامج الإرشادي، (١٠) مجموعة ضابطة الذين لا يتعرضون للبرنامج الإرشادي. واستخدمت الباحثة مقياس الجوانب النفسية الإيجابية من إعداد الباحثة، البرنامج الإرشادي الإيجابي من إعداد الباحثة. وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الإيجابي في تحسين عدد من الجوانب النفسية الإيجابية لدى عينة الدراسة من الأحداث الجانحين.

وأجرى رمضان (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية استخدام برنامج علاجي متعدد المكونات لعلم النفس الإيجابي علي تحسين جودة الحياة الذاتية لدى الأفراد. تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طالباً وطالبة من طلاب كلية التربية على مجموعتين أحدهما تجريبية يطبق عليها جلسات البرنامج العلاجي متعدد المكونات لعلم النفس الإيجابي، والأخرى عشوائية لم تتلق أي جلسات. حيث استخدم الباحث مقياس جودة الحياة. وقد أظهرت نتائج تقييم برنامج التدخل العلاجي سواء البعدي أو التتبعي مدى فاعلية البرنامج العلاجي علي تحسين مستوى جودة الحياة الذاتية لدي أفراد العينة التجريبية.

وأخيراً فقد أجرى كلاً من جودمون و تشايلدرز، بيتراسوك ومدليديتش (Goodmon, Middleditch, Childs, Pietrasiuk, 2016) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي في علم النفس الإيجابي على الاكتئاب والتوتر والعافية لدى الطلبة في كندا. حيث تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طالباً وزعت على مجموعتين ضابطة تجريبية وضابطة. واستخدم مقياس الاكتئاب لبليك، ومقياس التوتر والسعادة. وأظهرت النتائج أن برنامج علم النفس الإيجابي عزز الصحة النفسية وقلل من أعراض الاكتئاب والتوتر عند الطلبة.

دراسات تناولت متغير الاكتئاب لدى المدمنين.

قام ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, 1994) بدراسة تهدف إلى التحقق من فاعلية العلاج بالمعنى في خفض الاكتئاب لدى عينة من مدمني المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من ١٤٦ مدمناً تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الاعتماد على الكحول واختبار الهدف من

الحياة لكرومباخ واختبار بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى المدمنين، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج، كما أظهرت الدراسة فعالية العلاج بالمعنى في علاج الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

أما سوموف (Somov, 2007) فقد قام بدراسة هدفت إلى استخدام العلاج الجماعي بالمعنى في خفض مشاعر القلق والاكتئاب والفراغ والإحباط الوجودي، وتكونت عينة الدراسة من ٩ مدمنين في مرحلة التعافي، وتتراوح أعمارهم ما بين ١٩-٤٥ عاماً، وتكونت أدوات الدراسة من اختبار بيك للاكتئاب واختبار الهدف من الحياة لكرومباخ، وأسفرت الدراسة عن ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى المدمنين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج فعالية العلاج بالمعنى في خفض مشاعر القلق والاكتئاب لدى المدمنين واستبصارهم بالمعنى وإكسابهم توجه أفضل نحو حياتهم.

وأجرى بولماش وهاركنز وستيوارت وباجي (Bulmash, Horkenss, StewBagby, 2009) دراسة في تورنتو بكندا هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين سمات الشخصية وأحداث الحياة الضاغطة والاستجابة للعلاج عند المدمنين المصابين بالاكتئاب الشديد، وتكونت عينة الدراسة من (١١٣) فرداً يراجعون مراكز صحية متخصصة بالإدمان وعلاج الاكتئاب. وخضع المشاركون لعلاج سلوكي معرفي لمدة (١٦) أسبوعاً ثم طبق عليهم مقياس بدفورد لأحداث الحياة الضاغطة. وأظهرت الدراسة أن الضغوطات التي تقع على الفرد وسببت له الاكتئاب تزيد من حالته سوءاً إلا إذا تم علاج هذه الأحداث وإنهاؤها مسبقاً. كما بينت الدراسة أن التوتر يصيب أولئك الذين ينتقدون أنفسهم أكثر، وبالتالي يصابون بنسب أعلى من الاكتئاب.

كما قامت حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعنى المقترح في خفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، والتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح. وتكونت عينة الدراسة من (١٤) فرداً من الشباب المدمن في مرحلة التعافي بأحد مراكز علاج الإدمان من الذكور. حيث استخدم الباحث اختبار الاكتئاب إعداد محمد إبراهيم عيد (١٩٩٧). حيث أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المدمنين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وقدم قواقة (٢٠١٢) دراسةً هدفت إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠ مدمناً وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية

وضابطة. واستخدم الباحث مقياس المهارات الاجتماعية والقلق من إعداده، ومقياس بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج تطورًا في المهارات الاجتماعية وانخفاضًا في الاكتئاب المرتفع والقلق بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق التتابعى.

كما قام الروبلى والشاوى (٢٠١٦). دراسة هدفت إلى تقصى فاعلية برنامج إرشادى جمعى فى خفض الاكتئاب، وتحسين تقدير الذات لدى مدمنى المخدرات فى مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. وقد بلغ عدد العينة الكلى (٣٠) مدمنا ممن توصل الباحثان إلى إقناعهم بالمشاركة بالبرنامج، وقد قسم أفراد العينة إلى مجموعتين بالتساوى. وطبق البرنامج الإرشادى على المجموعة التجريبية. واستخدم الباحثان مقياس تقدير الذات من إعدادهما، ومقياس بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى خفض الاكتئاب على مقياس بيك لصالح المجموعة التجريبية فى القياس البعدى، مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم فى خفض الاكتئاب. وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المجموعة على مقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية.

وأخيرًا قام محمدين (٢٠١٨). بدراسة هدفت إلى التعرف على الضغوط النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المدمنين بالمراكز العلاجية بولاية الخرطوم. وتكونت عينة الدراسة من ٧٣ مدمنًا. واستخدم الباحث عدة مقاييس، منها مقياس الضغوط النفسية للمدمنين من إعداد الباحث، ومقياس بيك المصغر للاكتئاب. وكان من أبرز نتائج الدراسة أن السمة العامة للاكتئاب النفسى لدى المدمنين تتسم بالارتفاع. كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية بين الضغوط النفسية والاكتئاب.

التعليق على الدراسات والبحوث السابقة.

أولا/ الأهداف: من خلال عرض الدراسات السابقة يُلاحظ أن الدراسة الحالية تتفق معها من حيث الهدف إذ تهدف إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسى الإيجابى ؛ كدراسة الفنجرى (٢٠٠٨)؛ وكرامتسوف (2008) Khramtsova؛ وفيتش (2009) Fitch؛ ونجلاء نصر الله ، (نصر الله، ٢٠١١)؛ ورمضان (٢٠١٤)؛ وجودمون وآخرون (2016) Goodmon, et al. مع اختلاف الدراسة الحالية مع هذه الدراسات؛ من حيث تناول هذه الدراسات لمتغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية؛ إذ تناول البعض منها متغيرات مثل قلق المستقبل كدراسة والفنجرى (٢٠٠٨). والبعض منها تناول متغير الجوانب الإيجابية فى الشخصية؛ كدراسة كرامتسوف (2008) Khramtsova؛ ونجلاء نصر الله ، (نصر الله، ٢٠١١). كما اختلف البعض الآخر من هذه الدراسات من حيث تناوله لمتغير جودة الحياة؛ كالدراسة التى قام بها رمضان (٢٠١٤). وفى الجانب الآخر من هذه الدراسات التى تناولت متغير الاكتئاب فى دراستها نجد أيضًا بعض

الاختلاف والاتفاق مع الدراسة الحالية إذ تناولت جميع هذه الدراسات متغير الاكتئاب في دراستها. كما نجد الاختلاف بين هذه الدراسات في التحقق من فعالية العلاج بالمعنى في خفض الاكتئاب؛ كدراسة كلاً من ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, 1994)؛ ودراسة سوموف (Somov, 2007)؛ ودراسة حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠).
ثانياً/ العينة: يتفق العديد من الدراسات السابقة على أن تكون عينتها هم الطلاب؛ كدراسة كلاً من الفنجرى (٢٠٠٨)؛ وكرامتسوا (Khrantsova, ٢٠٠٨)؛ وفيتش (Fitch, ٢٠٠٩)؛ ورمضان (٢٠١٤)؛ وجودمون وآخرون (Goodman, et al, ٢٠١٦). كما تتفق الدراسة الحالية مع غالبية الدراسات السابقة من حيث تناولها لمدمني المخدرات عينة لها في الدراسة؛ كدراسة كلاً من ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, ١٩٩٤)؛ وسوموف (Somov, 2007)؛ وبولماش وآخرين (٢٠٠٩) (Bulmash et al, ٢٠١٠)؛ وحنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ ومحمدين (٢٠١٨).

ثالثاً/ الأدوات: تختلف البحوث والدراسات السابقة مع الدراسة الحالية من حيث الأداة المستخدمة إذ لم تتفق فيما بينها من حيث استخدام مقياس قلق المستقبل كدراسة والفنجرى (٢٠٠٨). والبعض منها تناول مقياس الجوانب الإيجابية في الشخصية؛ كدراسة كرامتسوا (Khrantsova, 2008)؛ ونجلاء نصر الله، (نصر الله، ٢٠١١). كما اختلف البعض الآخر من هذه الدراسات من حيث تناوله لمقياس جودة الحياة؛ كالدراسة التي قام بها رمضان (٢٠١٤). وفي الجانب الآخر من هذه الدراسات التي تناولت متغير الاكتئاب في دراستها أنها استخدمت مقياس بيك للاكتئاب. وهو ما تتفق فيه الدراسة الحالية مع هذه الدراسات السابقة.

رابعاً/ النتائج: من خلال عرض نتائج الدراسات والبحوث السابقة، فإن بعض هذه النتائج تتفق مع الدراسة الحالية، من حيث فاعلية برنامج العلاج النفسي في خفض الاكتئاب؛ كدراسة كل من سليجمان وآخرون (Seligman., et, al, 2006)؛ وجودمون وآخرون (Goodman., et al, 2016). كما اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى عينة المدمنين؛ كدراسة كل من ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, 1994)؛ وسوموف (Somov, 2007)؛ وحنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ ومحمدين (٢٠١٨). كما اتفقت الدراسة الحالية مع بعض من الدراسات السابقة في عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج؛ كدراسة ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, 1994)؛ والرويلي، والشاوي (٢٠١٦). كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة سوموف (Somov, 2007)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ من حيث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي للمجموعة

التجريبية. إضافة إلى اتفاق الدراسة الحالية مع دراسة حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة التجريبية. وأخيراً فقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كلٌّ من سوموف (Somov, 2007)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ من حيث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق التتبعي. كما تختلف الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة من حيث تطبيقها فنيات العلاج النفسي الإيجابي لخفض الاكتئاب على عينة مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

وجه التفرد في الدراسة الحالية: أن الباحث الحالي تناول تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي على مدمني المخدرات الذي لم يسبق تطبيقه على هذه العينة من قبل (حسب علم الباحث).

منهج الدراسة.

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج التجريبي؛ بهدف اختبار فاعلية التدريب على العلاج النفسي الإيجابي في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة الدراسة المستهدفة. حيث اعتمد على تصميم المجموعتين المتكافئتين: (تجريبية، وضابطة) بقياس (قبلي-بعدي) للمجموعة الضابطة، وقياس (قبلي-بعدي-تتبعي)، للمجموعة التجريبية. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (١): التصميم التجريبي للبحث.

توزيع عشوائي R	المجموعة G	القياس القبلي 01	تطبيق البرنامج التدريبي X	القياس البعدي 02	القياس التتبعي 03
R	التجريبية G1	01	X	02	03
R	الضابطة G2	01		02	

مجتمع الدراسة.

يتكون مجتمع الدراسة فيما يخص (المنهج التجريبي)، من جميع المرضى المنومين في أقسام الإدمان (للرجال) في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وقت تطبيق البرنامج، الذين قُدر عددهم (٢٨٢) مريضاً (إدارة التدريب والبحوث والتعليم المستمر بجمع الأمل بالرياض، ٢٠١٨)، ممن تم تشخيصهم من قبل الفريق المختص بأنهم مدمنون ولديهم اعتمادية على نوع من أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية، وفقاً لمعايير تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO 1992)، في المراجعة

العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10، بحسب المعمول به في مجتمعات الأمل للصحة النفسية، وجميعهم لا تقل أعمارهم عن ١٩ سنة.

عينة الدراسة.

قام الباحث قبل اختيار العينة التجريبية، بحصر مجتمع الدراسة، وقد كانت عينة البحث (التجريبية)، من المنومين في أقسام الإدمان (للرجال) في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وقت تطبيق البرنامج، لعام ٢٠١٩. كما اعتمد الباحث عدة معايير، كشرط للانضمام إلى عينة البحث (التجريبية)، إضافة إلى الشرط التالي: بقاء المشارك في قسم الإدمان مدة لا تقل عن ٦ أسابيع لاستكمال تطبيق البرنامج. وتتضمن الشروط التالية:

- سلامة الحالة من أي أعراض ذهانية.
- قدرة المشارك على فهم ما يطلب منه.
- ممارسة القراءة والكتابة.
- عدم معاناة المشارك أعراضاً انسحابية.

وهؤلاء بلغ عددهم (١١٩) مدمناً، من أصل المجتمع المكون من (٢٨٢) مدمناً، وبعد ذلك عرض عليهم الباحث الاشتراك في البرنامج التدريبي، بعد تعريفه البرنامج وأهدافه وفوائده وآلية تطبيقه، وأبدى الأغلب من هؤلاء اقتناعهم وموافقتهم على الاشتراك في البرنامج التدريبي؛ بلغ عددهم (٧٢) مدمناً، ثم أعطي كل فرد منهم رقمًا عشوائيًا بدءًا من (١ - ٧٢)، وبعد خلط هذه الأرقام في وعاء زجاجي، أستخدمت الطريقة العشوائية البسيطة Simple Random Smaple (القرعة)، واختير أول (٣٢) رقمًا فرديًا بشكل عشوائي، كعينة تجريبية للبحث، وقسم هؤلاء إلى مجموعتين: بحيث تمثل الأرقام الفردية المجموعة الأولى، وتمثل الأرقام الزوجية المجموعة الثانية، وباستخدام الطريقة العشوائية البسيطة (القرعة)، تم تعيين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.

جاءت خصائص عينة الدراسة الديموغرافية، المكوّنة من (٣٢) مدمناً، منهم (١٦) مدمناً في المجموعة التجريبية، و(١٦) يمثلون المجموعة الضابطة، وفيما يلي، وصف لهذه الخصائص:

١. العمر.

تعددت الفئات العمرية لعينة الدراسة على النحو التالي:

جدول (٢) الفئات العمرية لعينة الدراسة (ن=٣٢).

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الفئات العمرية
النسبة المئوية	التكرار	النسبة لمئوية	التكرار	

د/محمد بن نايف الرشيدى

٢٥ - ١٩	٢	١٢,٥%	٣	١٨,٧٥%
٣٥ - ٢٦	٥	٣١,٢٥%	٥	٣١,٢٥%
٤٥ - ٣٦	٧	٤٣,٧٥%	٦	٣٧,٥%
٦٠ - ٤٦	٢	١٢,٥%	٢	١٢,٥%
المجموع	١٦	١٠٠%	١٦	١٠٠%

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في الفئات العمرية لدى أفراد المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:
أ. المجموعة التجريبية:

الفئة العمرية الأغلب لأفراد المجموعة التجريبية كانت (٣٦ - ٤٥)، بنسبة ٤٣,٨%، ثم الفئة (٢٦ - ٣٥)، بنسبة ٣١,٢%، ويليهما الفئتان (٢٥ - ١٩) و (٤٦ - ٦٠) بنسبة ١٢,٥%.

ب. المجموعة الضابطة:
الفئة العمرية الأغلب لأفراد المجموعة الضابطة كانت (٣٦ - ٤٥)، بنسبة ٣٧,٥%، ثم الفئة (٢٦ - ٣٥)، بنسبة ٣١,٢%، ويليهما الفئة (١٩ - ٢٥)، بنسبة ١٨,٨%، وأخيراً الفئة العمرية الأقل للمجموعة الضابطة فئة (٤٦ - ٦٠)، بنسبة ١٢,٥%.

ويلاحظ من خلال الفئة العمرية للمجموعتين، أن الفئة العمرية (٣٦ - ٤٥)، هي الأعلى، ويليهما الفئة (٢٦ - ٣٥)، لكلا المجموعتين، إضافة إلى تساوي المجموعتين في الفئة الثالثة (١٩ - ٢٥)، إلا أن المجموعة الضابطة كانت أعلى نسبة من المجموعة التجريبية بنسبة قدرها ٩%، وأخيراً تتساوي المجموعتان في الفئة العمرية (٤٦ - ٦٠)، التي تمثل ١٢,٥%.

ومن الملاحظ أن الفئة العمرية (٣٦ - ٤٥)، هي الأعلى لدى أفراد المجموعتين، وقد يعود السبب في ذلك إلى أن الفرد في هذه المرحلة يفترض أن قد استقر من حيث الأسرة والمهنة والحالة الاقتصادية، وعندما يخفق في تحقيقها فقد تكون النتيجة تراكم الضغوط النفسية بسبب شعوره بالنقص عن الآخرين ممن هم في مثل سنة، مما يلجئه إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هرباً من ضغوطه الحياتية.

٢. المؤهل العلمي.

تعددت المؤهلات العلمية لعينة الدراسة على النحو التالي:

جدول (٣) المؤهل العلمي لعينة الدراسة (ن=٣٢).

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المؤهل العلمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة لمئوية	التكرار	
١٢,٥%	٢	٦,٢٥%	١	ابتدائي

متوسط	٨	٥٠,٠%	٧	٤٣,٧٥%
ثانوي	٦	٣٧,٥%	٦	٣٧,٥%
جامعي	١	٦,٢٥%	١	٦,٢٥%
المجموع	١٦	١٠٠%	١٦	١٠٠%

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في المؤهلات العلمية لدى أفراد المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:
أ. المجموعة التجريبية:

النسبة الكبرى من أفراد العينة التجريبية مؤهلهم العلمي (متوسط) بنسبة ٥٠,٠%، يليها الفئة (ثانوي) بنسبة ٣٧,٥%، ثم الفئتان (الابتدائي- الجامعي)، بنسبة قدرها ٦,٢٥% لكل فئة.

ب. المجموعة الضابطة:

النسبة الكبرى مؤهلهم العلمي (المتوسط) بنسبة قدرها ٤٣,٧٣%، يليها الفئة (ثانوي) بنسبة ٣٧,٧٥%، ثم الفئة (ابتدائي) بنسبة ١٢,٥٠%، والفئة الأخيرة هي (جامعي) بنسبة قدرها ٦,٢٥%.

ومن الملاحظ أن أغلب المدمنين من أفراد العينة في المجموعتين انقطع تعليمهم بعد المرحلة المتوسطة والثانوية، مما قد يشير إلى أن المراهق في المراحل الدراسية المتوسطة والثانوية قد يكون ضحية لرفقاء السوء بالوقوع في شباك المخدرات.
٣. عدد سنوات الإدمان.

جدول (٤) عدد سنوات الإدمان لعينة الدراسة (ن=٣٢).

سنوات الإدمان	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة	
	التكرار	النسبة لمئوية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من سنة	١	٦,٢%	١	٦,٢%
١-٣ سنوات	١	٦,٢%	١	٦,٢%
٤-٦ سنوات	٦	٣٧,٥%	٣	١٨,٨%
٧-٩ سنوات	٤	٢٥,٠%	٧	٤٣,٨%
١٠ سنوات فأكثر	٤	٢٥,٠%	٤	٢٥,٠%
المجموع	١٦	١٠٠%	١٦	١٠٠%

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في عدد سنوات الإدمان لدى أفراد المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:
أ. المجموعة التجريبية:

نجد أن عدد سنوات الإدمان الأغل لأفراد المجموعة التجريبية، هي الفئة (٤-٦ سنوات)، بنسبة قدرها ٣٧,٥%، يليها الفئتان (٧-٩) و(١٠ سنوات فأكثر)، بنسب

د/محمد بن نايف الرشيدى

متساوية لكل فئة، قدرها ٢٥%، ثم يليهما الفئتان (سنة فأقل) و(١ - ٣) سنوات بنسب متساوية قدرها ٦,٢%، لكل فئة.
ب. المجموعة الضابطة:

نجد أن عدد سنوات الإدمان الأغلب لأفراد المجموعة الضابطة، هي الفئة (٧ - ٩ سنوات)، بنسبة قدرها ٤٣,٨%، يليها الفئة (٤ - ٦) بنسبة قدرها ١٨,٨%، يليها الفئة (١٠ سنوات فأكثر) بنسبة قدرها ٢٥%، ثم يليها الفئتان (سنة فأقل) و(١ - ٣) سنوات بنسب متساوية، قدرها ٦,٢%، لكل فئة.

ومن الملاحظ من الجدول السابق أن النسب الأقل لكلا المجموعتين لأصحاب الفئتين (أقل من سنة إلى ثلاث سنوات)، وهذا يبين أن الفرد عندما يقع في تعاطي المخدرات والإدمان عليها لا يطلب العلاج إلا بعد أن تتمكن منه تمامًا وقد أنهكت جميع جوانب حياته الصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية والمادية، إذ أن أغلب عدد سنوات الإدمان لأفراد المجموعتين للفئات (٤ - ٦) و(٧ - ٩) و(١٠ سنوات فأكثر).
التكافؤ بين المجموعتين.

١. العمر.

جدول (٥): اختبار (ت) للتكافؤ بين المجموعتين تبعًا للفئة العمرية (ن = ٣٢).

اختبار (ت) لتساوي المتوسطات		اختبار ليفين لتساوي التباين				افتراض تساوي التباين	الفئة العمرية
		قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية		
الأعلى	الأدنى	٠,١٨٣	٠,٦٧٢	٠,٣٨١	٣٠	٠,٧٠٦	٠,٥٤٦-٠,٧٩٦

من الجدول السابق، يتضح أن قيمة (ف) تساوي (٠,١٨٣)، ومستوى دلالتها (٠,٦٧٢) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٥,٠%، مما يدل على أنها غير دالة إحصائيًا، وهذا يشير إلى التجانس وتساوي تباين المجموعتين في متغير (الفئة العمرية).

٢. المؤهل العلمي.

جدول (٦): اختبار (ت) للتكافؤ بين المجموعتين تبعًا لمتغير المؤهل العلمي (ن = ٣٢).

اختبار (ت) لتساوي المتوسطات		اختبار ليفين لتساوي التباين				افتراض تساوي التباين	المؤهل العلمي
		قيمة (ف)	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجات الحرية		
أعلى	أدنى	٠,١٦٤	٠,٦٨٨	٠,٢٣٠	٣٠	٠,٨١٩	٠,٤٩٢-٠,٦١٧

من الجدول السابق، يتضح أن قيمة (ف) تساوي (٠,١٦٤)، ومستوى دلالتها (٠,٦٨٨) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥%، مما يدل على أنها غير دالة إحصائيًا، وهذا يشير إلى التجانس وتساوي تباين المجموعتين في متغير (المؤهل العلمي).

٣. سنوات الإدمان.

جدول (٧) اختبار (ت) للتكافؤ بين المجموعتين تبعًا لسنوات الإدمان (ن=٣٢).

اختبار (ت) لتساوي المتوسطات		اختبار ليفين لتساوي التباين				افتراض تساوي التباين	سنوات الإدمان
فترة حدود الثقة عند ٩٥%	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	قيمة (ف)		
أعلى	أدنى						
٠,٦٣٥	١,٠١٠-	٠,٦٤٥	٣٠	٠,٤٦٦	٠,٦٩٥	٠,١٥٦	

من الجدول السابق، يتضح أن قيمة (ف) تساوي (٠,١٥٦)، ومستوى دلالتها (٠,٦٩٥) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥%، مما يدل على أنها غير دالة إحصائيًا، وهذا يشير إلى التجانس وتساوي التباين لدى المجموعتين في متغير (سنوات الإدمان).

ومما سبق، يتضح وجود تجانس بين تباين المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، في جميع المتغيرات الديموغرافية (العمر، المؤهل العلمي، وعدد سنوات الإدمان)؛ مما يشير إلى تحقق تساوي التباين وتكافؤ المجموعتين (الضابطة والتجريبية).

أدوات البحث.

قائمة بيك للاكتئاب BDI.

للتحقق من الخصائص السيكومترية لهذه القائمة وصلاحيتها للتطبيق على عينة الدراسة، قام الباحث بتطبيقها على عينة استطلاعية، تكونت من ٦١ فردًا، من المدمنين في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وفيما يلي عرض للخصائص السيكومترية للمقياس:

الخصائص السيكومترية لقائمة بيك للاكتئاب BDI في الدراسة الحالية.

للكشف عن صلاحية القائمة للتطبيق على عينة الدراسة الحالية قام الباحث، بما يلي:

أولاً: الصدق Vallidity.

تحقق الباحث من صدق قائمة بيك للاكتئاب، بالآتي:

صدق الاتساق الداخلي.

وقد تأكد صدق المقياس بتحقق الباحث من الاتساق الداخلي، عن طريق معامل ارتباط بيرسون بحساب درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (٨) الاتساق الداخلى لعبارات مقياس بيك (ن = ٦١).

معامل بيرسون	رقم العبارة	معامل بيرسون	رقم العبارة	معامل بيرسون	رقم العبارة
**٠,٨١٤	١٥	**٠,٨١٢	٨	**٠,٦٥٤	١
**٠,٨٦٦	١٦	**٠,٧٩٤	٩	**٠,٥٦١	٢
**٠,٨١١	١٧	**٠,٨٣٤	١٠	**٠,٥٧٢	٣
**٠,٨٠٠	١٨	**٠,٧٤٢	١١	**٠,٨١٤	٤
**٠,٦٥٢	١٩	**٠,٨٣٥	١٢	**٠,٧٨٠	٥
**٠,٦٩٧	٢٠	**٠,٨٠٧	١٣	**٠,٨٠٥	٦
٠,٨٦٥	٢١	**٠,٨٤٦	١٤	**٠,٥٩١	٧

**دالة عند مستوى ٠,٠١%.

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات المكونة لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية، وبين المجموع الكلى للمقياس تراوحت بين (٠,٥٩١ - ٠,٩٥٢)، وجميعها قيم مرتفعة دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١.

ثانياً: الثبات Reliability.

١. معامل ألفا كرونباخ.

للتأكد من ثبات مفردات المقياس استُخدم معامل ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٩): معامل ثبات ألفا كرونباخ لقائمة بيك.

معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
٠,٧٩	٢١

من الجدول السابق، يتضح أن ثبات قائمة بيك مرتفع، حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ ٠,٧٩، مما يدل على وجود درجة عالية من الثبات في المقياس.

٢. التجزئة النصفية.

تم تقسيم فقرات المقياس إلى قسمين، وحساب معامل الارتباط بينهما بمعامل ارتباط بيرسون، ولأجل الحصول على ثبات كامل الاختبار تم حساب معامل سبيرمان- براون ومعامل جتمان، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (١٠) ثبات قائمة بيك للاكتئاب بالتجزئة النصفية.

معامل جتمان	معامل سبيرمان- براون	معامل الارتباط النصفى	المعاملات الإحصائية
٠,٨٥٦	٠,٨٥٦	٠,٧٤٨	قائمة بيك للاكتئاب

يتضح من الجدول السابق، أن معامل الارتباط بين نصفي الاختبار قيمته ٠,٧٤٨، ومعامل سبيرمان- براون بلغت قيمته ٠,٨٥٦، بينما معامل جتمان قيمته

٠,٨٥٦. والنتائج السابقة بشكل عام، تدل على ثبات جيّد لقائمة بيك للاكتئاب، من إعداد بيك Beck، وصلاحياتها للتطبيق الميداني.

البرنامج التدريبي.

الإطار النظري للبرنامج.

استند الباحث في تصميمه للبرنامج إلى نموذج العلاج النفسي الإيجابي Positive psychology المُستمد من علم النفس الإيجابي، الذي أرسى دعائمه عام ١٩٩٨ كلُّ من مارتن سليجمان ومهيالي نتمينالي Seligman & Ntminalyi, 1998 (الصبوة، ٢٠١٠). إذ يهتم هذا النوع من العلاج بالجوانب والفضائل الإنسانية الإيجابية إلى جانب اهتمامه بعلاج نقاط الضعف لدى الفرد، كما يُعدُّ من الاتجاهات المعاصرة في علم النفس الحديث، التي أكّدت التفكير الإيجابي للفرد في رؤيته للأمر وحته على التفاؤل، وعدم التفكير في السلبيات المتعلقة بالماضي، وطرحها جانباً، حتى يشعر بالسعادة والتفاؤل والأمل والإقبال على الحياة (الفجري، ٢٠٠٨).

إجراءات بناء البرنامج.

أعد الباحث هذا البرنامج مُتبعاً، الخطوات الآتية:

أولاً: زار الباحث عدة مؤسسات حكومية للاطلاع على أهم المشكلات التي تواجهها مع المدمنين لكي يستكشف الوضع الحقيقي للمشاكل القائمة في مجال بحثه التي قد تكون منطلقاً لمشكلة بحثية تستحق بذل الجهد، وتقيد المجتمع ولو بالشيء اليسير، فزار الباحث اللجنة العامة لمكافحة المخدرات، ومجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.

ثانياً: رجوع الباحث إلى المصادر والمراجع والدراسات والبحوث العلمية والمجلات المحكمة والفهارس الإلكترونية في الموضوعات التالية: الإدمان، وعلم النفس الإيجابي، الاكتئاب، كما طالع العديد من الكتب المُتخصصة في تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية.

ثالثاً: عرض الباحث البرنامج على عدد من المحكمين المختصين من عدة جامعات.

صدق المحكمين: قام الباحث بعرض البرنامج التدريبي، على عدد من المحكمين المختصين من عدة جامعات محلية وأجنبية في مجالات مختلفة، كما يلي:
قام الباحث بعرضه على نخبة من الأساتذة في المجالات التالية:

- علم النفس العام والتربوي والإرشادي في الجامعات السعودية.
 - أساتذة في الطب النفسي (متخصصون في الإدمان) في مجمع الأمل للصحة النفسية.
 - أساتذة في علم الاجتماع (متخصصون في مكافحة الإدمان والجريمة) في اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (نبراس)، وفي مجمع الأمل للصحة النفسية.
- وبعد اطلاع السادة المحكمين على محتويات البرنامج التدريبي ومكوناته، قدموا مجموعة من الآراء والملاحظات المهمة وبعض التعديلات التي ساهمت في تطوير البرنامج وتم

أخذها بعين الاعتبار، بما يتناسب مع طبيعة أفراد العينة وخصائصهم في البيئة المحلية، ومنها ما يلي:

أهداف البرنامج: الهدف العام: خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وذلك بتدريبهم على تدريبات العلاج النفسي الإيجابي.

الأهداف الخاصة: يسعى البرنامج إلى تحقيق الأهداف الآتية:

١. تعريف المشاركين بماهية العلاج والإرشاد النفسي الإيجابي، وأهميته في تنمية الدافعية وبت روح الأمل والتفاؤل.

٢. إكساب المشاركين بعض المهارات المناسبة لزيادة القدرة على التركيز والانتباه والوعي بما يدور حولهم من الأمور المسببة للاكتئاب.

٣. تنمية قدراتهم على التعامل مع الانفعالات التي تسببها الأفكار السلبية، التي تراودهم، والتركيز على الجوانب الإيجابية في أفكارهم وانفعالاتهم.

٤. مساعدة المدمنين في الجانب العلاجي لإسراع خروجهم من المستشفى، وفي الجانب الوقائي لحمايتهم من قطع العلاج والعودة إلى الإدمان مرة أخرى، وتنمية قدراتهم على مواجهة الضغوط النفسية المسببة للاكتئاب في المستقبل للوقاية من الانتكاسة إلى تعاطي المخدرات.

الفئة المستهدفة في البرنامج: تكونت عينة الدراسة في هذا البرنامج من (٣٢) مدمناً في مجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض، يمثل النصف منهم المجموعة التجريبية وعددهم (١٦) مدمناً، ويمثل النصف الآخر المجموعة الضابطة.

أسلوب تطبيق البرنامج: طُبِّق البرنامج بطريقة جماعية، واشتملت الجلسات الجماعية على بعض اللقاءات الفردية، حتى تكون هناك فرصة للتعبير بحرية عن المشاعر والأحاسيس التي قد يخلج العميل من التعبير عنها وسط الجماعة.

مكان تطبيق البرنامج: عُقدت الجلسات بقاعة التدريب والتطوير المستمر، في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.

تقييم ومتابعة البرنامج: تم تقييم البرنامج التدريبي، بما يلي:

١. تقييم المشاركين (في المجموعة التجريبية)، اليومي لكل جلسة تدريبية، بتعبئة استمارة (تقييم جلسة تدريبية).

٢. تقييم المشاركين الختامي (في المجموعة التجريبية)، في نهاية البرنامج التدريبي، بتعبئة استمارة (التقييم الختامي للبرنامج التدريبي).

٣. مقارنة أداء استجابات أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي.

٤. مقارنة أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

٥. تقييم مدى استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي، عن طريق إجراء قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية بعد شهر وثلاثة أسابيع من تطبيق البرنامج ومقارنته بالقياس البعدي.

أسس البرنامج: استند البرنامج التدريبي إلى أسس محددة، سواء أكانت فلسفية أو اجتماعية أو نفسية أو تربوية، حتى يمكنه تحقيق الأهداف المرجوة منه. وقد أعدت أسس البرنامج على ضوء ما ذكره حامد زهران. ومن هذه الأسس: ثبات السلوك الإنساني نسبيًا، وإمكان التنبؤ به، ومرونته، واستعداد الفرد للتوجيه والإرشاد، وحقه في التوجيه والإرشاد، ومبدأ تقبل العميل، واستمرار عملية العلاج، كما أن الدين ركن أساسي في هذه العملية، وأن هناك أسسًا فلسفية للبرنامج تراعي طبيعة الإنسان وأخلاقيات العلاج النفسي، والاهتمام بالجماليات والمنطق، وكذلك الاهتمام بكيونة الإنسان وصيرورته، وهناك أسس نفسية كمرعاة الفروق الفردية، ومطالب النمو، وهناك أسس اجتماعية كالاهتمام بالفرد كعضو في جماعة، والاستفادة من الهيئات والمؤسسات الاجتماعية المختلفة، إضافة إلى الأسس العصبية، والفسيولوجية للأفراد (زهران، ٢٠٠٥).

مخطط البرنامج: البرنامج في هذه الدراسة مُكوّن من أربع مراحل أساسية؛ وهي: مرحلة البدء، ومرحلة الانتقال ومرحلة البناء والعمل، ومرحلة الإنهاء. ويوضح الجدول التالي هذه المراحل وإجراءات كل مرحلة وجلساتها.

جدول (١١) مراحل تنفيذ البرنامج التدريبي.

الجلسات	إجراءات المرحلة	المرحلة
الجلسة (١)	القياس القبلي. وتكوين علاقة مهنية إيجابية مع المشاركين والتعريف بالبرنامج وأهدافه. مناقشة عوامل نجاح الجلسات، وتوقيع نموذج الموافقة المستنيرة على المشاركة في البرنامج، وتحديد قواعدها ومواعيدها.	مرحلة البدء Initial Stage
الجلسات (٢-٣)	التعرف على العلاج النفسي الإيجابي وفنياته. وتنمية الدافعية وروح الأمل والتفاؤل والتحلي بالتسامح والامتنان. والتعرف على أبرز نقاط القوة والجوانب الإيجابية في الشخصية.	مرحلة الانتقال Transition Stage
الجلسات (٤-١٤)	التعريف بماهية المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان ومسبباته، ومؤشرات الانتكاسة. والتعرف على مفهوم الاكتئاب وعلاقته بالإدمان. والتعريف بفنيات العلاج علم النفس الإيجابي وما يرتبط بها من فوائد وأبحاث وعناصر، وطرق التدريب الإيجابية؛ والعلاقة بين الاكتئاب وعلم النفس الإيجابي. وكيفية وصول الفرد إلى التدفق النفسي بسهولة.	مرحلة البناء والعمل Working Stage
الجلسة	تقديم التغذية الراجعة من الباحث والمشاركين لجلسات البرنامج	مرحلة الإنهاء

(١٥)	التدريبي. والقياس البعدي، بتطبيق المقاييس على المشاركين في المجموعتين (التجريبية والضابطة). تحديد موعد القياس التتابعي.	Ending Stage
------	---	--------------

الفنيات والأساليب والوسائل التدريبية المستخدمة في البرنامج. فنيات العلاج النفسي الإيجابي:

استند الباحث في إعداد البرنامج إلى بعض الأساليب والفنيات المستمدة من العلاج النفسي الإيجابي، التي تتناسب مع التدريب على خفض الاكتئاب؛ وهي كالآتي: تنمية الدافعية الإيجابي، والسرد القصصي، وGRS الأمل، والتفؤل، والامتنان، والتسامح، والجوانب الإيجابية في الحياة، ونقاط القوة المميزة للشخصية، والتدفق النفسي. إضافة إلى المناقشة والحوار، والتغذية الراجعة، والواجبات المنزلية، والنمذجة والمحاكاة، والملاحظة المباشرة.

الأساليب والمعالجات الإحصائية.

في ضوء أهداف وفروض البحث استخدم الباحث الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 19، للتعامل مع البيانات الكمية في البحث ومعالجتها، وتتمثل تلك المعالجات فيما يلي:

التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث:

- معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient لحساب صدق الاتساق الداخلي ومعامل ارتباط التجزئة النصفية.
 - معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alpha لحساب الثبات.
 - معاملات ارتباط سبيرمان- براون Spearman- Brown وجتمان Guttman للتحقق من الثبات بالتجزئة النصفية.
- تعرّف الخصائص الديموغرافية للعينة:**

تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية، وأساليب عرض تبويب البيانات الوصفية من جداول ورسوم بيانية.

التحقق من توفر شروط الإحصاء البارامتري:

لتحديد الأساليب الإحصائية الملائمة لاختبار صحة الفروض تحقق الباحث أولاً من توفر شروط الإحصاء البارامتري التالية:

- مناسبة حجم العينة، حيث إن حجم العينة مكون من (٣٢) مشاركاً، منهم (١٦) للمجموعة التجريبية، و(١٦) للمجموعة الضابطة.
- مستوى القياس للمتغير التابع من النوع الفترى أي أن بياناته في صورة رقمية.
- التوزيع الاعتدالي للبيانات، وللتحقق من ذلك استخدم الباحث اختبار كولمجروف-سمير نوف، لاختبار فرضية أن البيانات آتية من توزيع طبيعي وكانت نتائج الاختبار كما يلي:

جدول (١٢) اختبار اعتدالية توزيع البيانات للمجموعتين (الضابطة والتجريبية).

اختبار كولمجروف- سمير نوف- الاكثتاب للمجموعتين		
القيمة الحرجة	العدد	مستوى الدلالة
٠,١٠٣	٣٢	٠,٢٠٠

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الحرجة لقائمة الاكثتاب لبيك لدى المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، جاءت غير دالة في اختبار كولمجروف- سمير نوف Kolmogorov-Smirnov، مما يؤكد اعتدالية البيانات وأنها آتية من توزيع طبيعي.

عرض نتائج البحث.

الفرض الأول: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس الاكثتاب. لاختبار صحة هذا الفرض استُخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent T-Test، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٣) الفروق في مستوى الاكثتاب بين أفراد المجموعتين (القياس القبلي).

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الاكثتاب	التجريبية	١٦	٣٢,٨١	٢,٠٠٧	٠,٣٤٠	٣٠	٠,٧٣٧
	الضابطة	١٦	٣٢,٥٦	٢,١٦٠			

من الجدول السابق، يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ في القياس القبلي للاكثتاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث إن قيمة "ت" ٠,٣٤٠ عند مستوى دلالة ٠,٧٣٧، وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥، مما يبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي للاكثتاب، وبالتالي يتم قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل.

وهذه النتيجة تؤيد ما توصل إليه اختبار كولمجروف- سميرنوف السابق، من حيث تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية وتوزيع البيانات اعتدالياً، وبناءً على ذلك يمكن للباحث استخدام اختبارات وأساليب الإحصاء البارامترية المناسبة لكل فرض كل بحسبه. حيث تتفق هذه النتيجة مع ماتوصلت إليه دراسة ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, 1994)؛ والرويلي، والشاوي (٢٠١٦).

الفرض الثاني: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكثتاب لصالح القياس البعدي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت" لعينتين مترابطتين Paired Samples T-Test، وجاءت النتائج على النحو التالي:
جدول (١٤) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الاكتئاب لأفراد المجموعة التجريبية.

المتغير	نوع القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	قيمة 'd'	حجم التأثير
الاكتئاب (الدرجة الكلية)	القبلي	١٦	٣٢,٨١	٢,٠٠	١٢,٩٤٩	٠,٠١	٤,٥٥	كبير جداً
	البعدي	١٦	٢٢,٣٨	٢,٥٥				

يتبين من خلال الجدول السابق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠١ في متوسطات درجات التطبيقين القبلي والبعدي، حيث بلغت قيمة "ت" ١٢,٩٤٩، ومستوى دلالتها ٠,٠١، ويشير ذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، وكانت هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث إن متوسط درجات الاكتئاب في القياس البعدي قدره ٢٢,٣٨، مقابل متوسط حسابي قدره ٣٢,٨١ للقياس القبلي. كما بلغت قيمة حجم التأثير لكوهين 'd' (٤,٥٥)، وهو تأثير كبير جداً، يشير إلى وجود نسبة ١٠٠% من عدم التطابق بين توزيع الدرجات في كلا التطبيقين.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع جميع الدراسات السابقة، التي تم استعراضها، حيث توصلت هذه الدراسات إلى فاعلية التدريب على العلاج النفسي الإيجابي في خفض الاكتئاب في القياس البعدي مقارنة بارتفاعه في القياس القبلي؛ ومن هذه الدراسات دراسة كل من سوموف (Somov, 2007)؛ ووقاينة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦).

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

ولاختبار صحة الفرض الثالث استخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent T-Test، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٥) الفروق في القياس البعدي لمستوى الاكتئاب لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية).

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة d	حجم التأثير
الاكتئاب	التجريبية	١٦	٢٢,٣٨	٢,٥٥	١١,٠٠	٣٠	٠,٠١	٢,٧	كبير
	الضابطة	١٦	٣٢,٠٠	٢,٣٩					

يتبين من الجدول السابق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠١، في درجات المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، تعود لاختلاف نوع المجموعة، حيث إن قيمة "ت" ١١,٠٠، ومستوى دلالتها ٠,٠١، فيشير ذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية، وكانت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث إن متوسط درجات الاكتئاب لأفراد المجموعة قدره ٢٢,٣٨، مقابل متوسط حسابي قدره ٣٢,٠٠ للمجموعة الضابطة. كما بلغت قيمة حجم التأثير لكوهين 'd' (٢,٧)، ويشير ذلك إلى وجود نسبة ٩٠,٠% من عدم التطابق بين توزيع الدرجات في كلتا المجموعتين.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع جميع الدراسات السابقة، التي تم استعراضها؛ إذ توصلت جميعها إلى فاعلية العلاج النفسي الإيجابي في خفض الاكتئاب، وتوقع المجموعة التجريبية في انخفاض مستوى الاكتئاب إلى معدله الطبيعي؛ ومن هذه الدراسات دراسة كلٌّ من حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ ووقاينة (٢٠١٢).

الفرض الرابع: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي على مقياس الاكتئاب.

للتحقق من صحة الفرض استخدم اختبار "ت" لعينتين مترابطتين Paired Samples T-Test، وجاءت النتائج كالتالي:

جدول (١٦) الفروق بين القياسين البعدي والتتابعي في مستوى الاكتئاب لأفراد المجموعة التجريبية

المتغير	القياس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة d	حجم التأثير
الاكتئاب	البعدي	١٦	٢٢,٣٨	٢,٥٥	٣,٨٧٣	١٥	٠,٠٠٢	٠,٦١	متوسط
	التتابعي	١٦	٢٠,٨٨	٢,٣٦					

يتبين من خلال الجدول السابق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠١ في متوسطات درجات التطبيقين في القياس (البعدي والتتابعي)، حيث بلغت قيمة "ت" ٣,٨٧٣، ومستوى دلالتها ٠,٠٠٢، مما يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتابعي)؛ وكانت الفروق لصالح القياس التتابعي، حيث إن متوسط درجات (الضغط النفسي) في القياس التتابعي قدره ٢٠,٨٨، مقابل متوسط حسابي قدره ٢٢,٣٨ للقياس البعدي. كما بلغت قيمة حجم التأثير لكوهين 'd' (٠,٦)، وهو تأثير متوسط، يشير إلى وجود نسبة ٣٨,٢٠% من عدم التطابق بين توزيع الدرجات في كلا التطبيقين.

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع جميع الدراسات السابقة، التي تم استعراضها؛ ومنها دراسة كلٌّ من سوموف (Somov, 2007)؛ ووقاينة (٢٠١٢)؛ والرويلي

والشواوى (٢٠١٦)؛ إذ توصلت هذه الدراسات إلى فاعلية التدريب على العلاج النفسى الإيجابى فى خفض الاكتئاب واستمرار التحسن بعد انتهاء البرنامج التدريبى. ومما سبق، نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين فى القياس البعدى والقياس التتابعى فى مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، لصالح القياس التتابعى يعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى، مما يشير إلى أن هناك تحسناً مستمراً على المدى البعيد باستمرار ممارسة تدريبات البرنامج. وبالتالي يتم رفض الفرض الصفرى وقبول الفرض البديل.

مناقشة نتائج البحث.

تناول البحث الحالى فاعلية تدريب المدمنين على فنيات العلاج النفسى الإيجابى فى متغير الدراسة (الاكتئاب)، البحث، لتعرف الفروق فى حجم الأثر الذى أسهم به البرنامج طبقاً لنوع المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ومن ثم تعرف أثر البرنامج على المدى الطويل بالقياس التتابعى للمجموعة التجريبية، وجاءت النتائج مدللة على الآتى:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى القياس القبلى على مقياس الاكتئاب.
 ٢. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس الاكتئاب لصالح القياس البعدى تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى.
 ٣. كما أظهرت النتائج، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى القياس البعدى على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى برنامج العلاج النفسى الإيجابى، كما أن حجم تأثير هذه الفروق كان كبيراً.
 ٤. وأخيراً، فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتابعى على مقياس الاكتئاب، كما أن حجم تأثير هذه الفروق كان متوسطاً.
- وتشير هذه النتائج إلى تحقق جميع الافتراضات التى افترضها الباحث فى بداية تطبيق الدراسة، ومن ثم تحقق الهدف الرئيس لهذا البحث، وهو فاعلية برنامج العلاج النفسى الإيجابى فى خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمنى المخدرات والمؤثرات العقلية.

توصيات البحث.

على ضوء النتائج التى توصل إليها البحث الحالى يقدم الباحث عدداً من التوصيات، وهى كما يلي:

١. لفت انتباه الباحثين والمتخصصين والمهتمين فى مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الاكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالمياً

وراء انتكاسة المدمن بعد العلاج؛ بسبب اضطراب في إفراز هرموني الكورتيزول المسؤول عند الضغط النفسي والدوبامين المسؤول عن السعادة، بعد انتهاء مفعول الأدوية النفسية التي تنظم إفراز هذه الهرمونات على وجه الخصوص؛ إذ تسبب الزيادة في إفراز هرمون الكورتيزول زيادة في مستوى الضغط النفسي، يؤثر بدوره على جميع أجهزة الجسم، وخصوصًا ما يتعلق بالجوانب المزاجية من الشعور بالقلق والهم والكدر النفسي، ويقابل ذلك انخفاض شديد في إفراز هرمون الدوبامين (السعادة)، المسؤول عن جوانب المتعة والسعادة والفرح، الذي يتأثر بسبب تدفق كميات عالية حفزتها سابقًا المواد الإدمانية مما يجعل المدمن المتعافي يعود لإدمانه باحثًا عن ضالته المتمثلة في الراحة النفسية والبعد عن الاكتئاب.

٢. الاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج النفسي الإيجابي في تحسين مستوى الاكتئاب، الذي يسهم بدوره في خفض مستوى الاكتئاب بجميع أنواعه، وبالتالي تحسين الصحة الجسمية والنفسية.

٣. إعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج إرشادي أو تدريبي أو علاجي، بتنمية ورفع الدافعية لدى المشاركين في البرنامج، وخصوصًا ما يتعلق بالجوانب الجيدة المهمة لكل فرد، وتعرّف اهتماماتهم وتضمن ما يتوافق منها مع البرنامج؛ لكي لا يحدث تسرب أثناء تطبيقه.

٤. إجراء المزيد من الدراسات والأبحاث التجريبية أو المقارنة، التي تقارن نتائج الدراسات السابقة بالدراسات اللاحقة، أو مقارنة نتائج القياس البعدي بالقياس التتابعي، والتأكد من أنّ التحسّن الذي قد يحصل لدى أفراد المجموعة التجريبية هو بفعل التدريب على مهارات علم النفس الإيجابي وممارسته، وليس بفعل الاهتمامات الشخصية.

٥. التدريب والتطبيق للبرامج القائمة على مداخل العلاج النفسي الإيجابي، في المؤسسات التربوية في المدارس والجامعات، وفي المؤسسات الصحية والاجتماعية والعقابية على عيّناتٍ مختلفة؛ كالذكور والإناث وطلبة المدارس، والمرضى الذين يعانون أمراضًا نفسية.

٦. توجيه القائمين على الرعاية والعلاج في المؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية، بتفعيل دور العلاج النفسي الإيجابي، والتركيز على مواطن القوة المميزة لشخصية كل فرد على حدة، وتعزيز هذه الجوانب الشخصية وتنميتها ورعايتها، بدلًا من البحث عن مواطن الضعف والسلبية في شخصية الفرد، فانسجام عقل وفكر الفرد في جانب مميز في شخصيته حتمًا سوف يبعده عن التفكير في الجانب السلبي المقابل له.

المراجع.

المراجع العربية:

- ابن منظور، جمال الدين محمد (٢٠٠٣). لسان العرب. بيروت: دار صادر.
- أبو حلاوة، محمد السعيد. (٢٠١٤). علم النفس الإيجابي: ماهيته ومنطلقاته النظرية وآفاقه المستقبلية. الكتاب العربي للعلوم النفسية. ٣٤ (١). ٢٠ - ٢٥.
- إدارة التدريب والبحوث والتعليم المستمر بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض (٢٠١٨). إحصائيات غير منشورة. الرياض: مكتب البحوث والإحصاء بالمجمع.
- آدم، خالدة متوكل (٢٠١٠). فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لمدمني الكحول: دراسة تجريبية لدى مدمني الكحول بمستشفى عبدالعال الإدريسي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة مصطفى عادل دار النهضة العربية بيروت، ٢٠٠٠م، ص ١١٨.
- إسماعيل، عبد السلام عمارة. (٢٠١٥). الاكتئاب النفسي: الأسباب - الأعراض - أساليب العلاج. مجلة التربوي، جامعة المرقب- كلية التربية بالخمس ٧ (١). ٧٢ - ٨٢.
- الأشول، عادل عز الدين. شند، سميرة محمد. عباس، الزهراء علي. (٢٠١٥). برنامج مقترح باستخدام بعض فنيات العلاج النفسي الإيجابي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من المراهقات. مجلة الإرشاد النفسي. ٤١ (١). ٤٩٣ - ٥٢٧.
- بتروفسكي (١٩٩٦)، معجم علم النفس المعاصر "ترجمة" حمدي عبد الجواد، وعبد السلام رضوان، القاهرة: دار العالم الجديد.
- جبل، فوزي محمد. (٢٠٠٠). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣). الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية: DSM-5. ترجمة وتلخيص: علي مصطفى؛ ومحمد يوسف. الرياض: دار الزهراء.
- الجوهي، عبد الله. (١٩٩٩). أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في خفض القلق لدى عينة من المعتمدين على الهيروين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك فيصل، الاحساء، السعودية.
- حسين، طه عبد العظيم، (٢٠١٠)، الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال، القاهرة، ط١، دار الجامعة الجديدة.
- الخالدي، عطا الله فؤاد، العلمي، دلال سعد الدين (٢٠٠٩)، الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، الأردن، ط١، دار الصفا.
- دانيل، جولمان (٢٠٠٠). الذكاء العاطفي، ترجمة: ليلى الحبالي، مراجعة محمد يونس، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٦٢، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

الدغيشي، صفية راشد (٢٠٠٧). ممارسات التفكير التأملي في صنع القرار لدى مديري المدارس بسطنة عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة السلطان قابوس، عمان.

الرخاوي، يحيى. (١٩٧٤)، حياتنا والطب النفسي، القاهرة: دار الغد. الرشدي، محمد نايف. (٢٠١٨). أثر برنامج تدريبي في التأمل التجاوزي لتحسين مستوى اليقظة العقلية وخفض الضغط النفسي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الملك خالد، كلية التربية.

رمضان، هاله عبد اللطيف. (٢٠١٤). فعالية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة الذاتية باستخدام التدخلات العلاجية متعددة المكونات لعلم النفس الإيجابي. دراسات عربية في التربية وعلم النفس. ٥٤ (١). ٢٥١ - ٢٨٠.

روبنس وسكوت (٢٠٠٠). الذكاء الوجداني، ترجمة صفاء الأعرس وعلاء الدين كفاقي، ط١. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

الرويلي، فليح قتال. الشاوي، رعد لفته. (٢٠١٦). أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدي مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. ٤ (١٣). ٣١٠ - ٢٨٥.

زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط ٤، القاهرة، عالم الكتب.

زهران، حامد عبد السلام، (١٩٧٧)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، ط٢، عالم الكتب.

السريحة، سعيد فالح (٢٠١١). ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي: عوامل تعاطي المؤثرات العقلية والإدمان عليها من مراحل الخطورة المبكرة في الطفولة إلى مراحل التعافي الحرجة. دراسة مسحية غير منشورة، الأمانة العامة - اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.

سلامة، حنان. (٢٠١٠). فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن من مرحلة التعافي. مجلة الإرشاد النفسي. ٢٤ (١). ١٦٧ - ١٨٢

سوييف، مصطفى (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية: مواجهة مشكلة المخدرات بين الواقع والمستقبل. الكويت: عالم المعرفة.

صالح، أحمد محمد. (١٩٨٩)، تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، (ط٦)، القاهرة: مكتب الأنجلو.

- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). دور علم النفس الإيجابي في تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسي. مجلة دراسات عربية في علم النفس- مصر، ٩ (١)، ١ - ٢٥.
- عبد الباقي، سلوى. (١٩٩٢). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس: دراسات نفسية. ٢ (١). ٤٤٩-٤٧٩.
- عبد الستار، إبراهيم. (١٩٩٨). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، دار المعرفة الكويت.
- عتيقة، سعيدي (٢٠١٦). أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق: دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد خنيسر، بسكرة.
- عرار، سامية. (٢٠١٤). الإكتئاب : المفهوم والأنواع والأعراض. مجلة التربية، جامعة الأزهر - كلية التربية. ١٦١ (٢). ٦٣٣-٦٦٤.
- غريب، عبد الفتاح غريب. (٢٠٠٠). البناء العاملي لمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة. دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. ١٠ (٣).
- الفنجري، حسن عبد الفتاح (٢٠٠٨). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ١٨ (٥٨)، ٣٦-٧٩.
- قازان، عبد الله محمد (٢٠٠٥). إدمان المخدرات والتفكك الأسري. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- القرآن الكريم.
- قواقنة، حازم. (٢٠١٢). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، عمان، الأردن.
- قويدري، بشاوي؛ وكيداني، خديجة (٢٠١٥). بناء سلم الكوبينج خاص بالمدمنين على المخدرات بمدينة وهران. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية- الجزائر، (١٩)، ٢٥-١٥.
- كمال، طارق، (٢٠٠٥)، الصحة النفسية للأسرة، الإسكندرية، ط١، مؤسسة شباب الجامعة .
- مجموعة العمل المالي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (٢٠١١). تقرير الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية وغسل الأموال. البحرين.
- محمدين، أبو بكر محمدين. (٢٠١٨). الضغوط النفسية والاكتئاب لدى مدمني المخدرات بالمراكز العلاجية بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النيلين، كلية الآداب، السودان.

محمود، الفرحاتي السيد. (٢٠١٥). قضايا ومداخل العلاج النفسي الإيجابي. مجلة الإرشاد النفسي. ٤٢ (١). ١٠٥٥-١٠٩٩.

معمريه، بشير. (٢٠١٠). علم النفس الايجابي اتجاة جديد لدراسة القوى الفضائل الإنسانية. دراسات نفسية. ٢ (١). ٩٧-١٥٨.

معمريه، بشير. (١٩٨٨). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة جامعة الجزائر/ خاصة بعروض الياام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، الجزء الأول، ص١٥٦.

المهندي، خالد حمد (٢٠١٣). المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. قطر: مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.

نصر الله، نجلاء. (٢٠١١). فاعلية برنامج إرشادي إيجابي في تحسين عدد من الجوانب النفسية الإيجابية لدي عينة من الأحداث الجانحين. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة عين شمس.

هنري، شابرول. الاكتئاب والمراهقة، عويدات للنشر والطباعة ١٩٩٨، ص٩.

المراجع الأجنبية:

- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press.
- Bulmash, E; Horkenss, K; Stewart, J and Bagby, M. (2009). Personality, Stressful Life Events and Treatment Response in Major Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (6): 1067- 1077.
- CDER: Center for Drug Evaluation and Research (2017 January 19) U.S. Department of Health and Human Services. Food and Drug Administration, Assessment of Abuse Potential of Drugs. Retrieved, July. 30, 2017, from: <http://www.fda.gov/Guidances/UCM198650>.
- Crystal L. Park (2003). The Psychology of Religion and Positive Psychology. PSYCHOLOGY OF RELIGION NEWSLETTER, VOLUME 2 8 , N O . 4, PP. 1-20. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION DIVISION 36.
- DIDIER, LECHEMIA. (1995). Les depressions de la prevention á la guérison, éditions Dahlab, Alger, P.21

- Diener, E., & Seligman, M. E. P, (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interests*, 1-31.
- DSM- IV- TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2000). American Psychiatric Association. (4th ed, text rev). Washington, D. C: Author.
- EMCDDA. (2015). New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fitch, K.(2009): Examination of the Impact of an Intervention in Positive Psychology on the Happiness and Life Satisfaction of Children, Doctor of Philosophy, University of Connecticut. UMI Number: 3361015.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gable, S. & Haidt, J (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Goodmon, L; Middleditch, A; Childs, B; Pietrasiuk, S. (2016); Positive Psychology Course and Its Relationship to Well-Being, Depression and Stress. *Teaching of Psychology*, 43(3), p232-237.
- Jill Macnaught (2006). Coaching For Happiness: Understanding The Drivers of WellBeing And Success, 2nd Health Coaching Symposium Newcastle, NSW 13th October 2006, CENTRE FOR COACHING & POSITIVE PSYCHOLOGY.
- Khramtsova, I. (2008): Character Strengths in College: Outcomes of a Positive Psychology Project, *Journal of College & Character..* 3, 1-14.
- KORKINA, MILLER. (1982). *Leçons pratiques et psychaitrie*, Editions Mir, Moscou
- Lauri, P. (1967). *Drugs: Medical, Psychological and social facts*. England: Penguin books middlesex.

- Lazar, S. W.; Kerr, C. E.; Wasserman, R. H.; Gray, J. R.; Greve, D. N.; Treadway, M. T. & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroscience Research*, 16 (17), 1893-1897
- Mallik, D. A. (2015). Meditation use in drug treatment: An Examination of the effects of meditation and progressive relaxation on substance and psychological distress and dysfunction. Unpublished doctoral dissertation, Louisiana University at Lafayette.
- Masten, A. S. & Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, New York: Wiley.
- Mravik, V.; Viktor, M.; Zabransky, T. & Belackova, V. (2016). Narcotic and psychotropic substances. Proposal for a legal definition of illicit drugs in the Czech Republic. *Journal of Adiktologie*, 16 (2), 156-164.
- NCSBN. (2011). Substance use disorder in nursing. National Council of State Boards of Nursing. Printed in the United States of America.
- NIDA (2014). *Drugs, Brains, and Behavior The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse.
- O'brien, R. & Chafetz, M. (1982). *The Encyclopedia of Akoholism*. New York.
- Person, R. (2005). *Counseling and social support: Perspective and Practice*. California: sage Publication, Inc.
- Robertson, I. (2000). *Social problems and Drugs*. New York: Random House Press.
- Rogovin, T. (2016). Changing implicit and explicit attitudes toward addiction in students in a substance abuse counseling psychology masters program: A longitudinal academic review. Unpublished Doctoral Dissertation, The New School for Social Research, East Eisenhower Parkway.

- SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1999 September 15). Prevention works: Nurse training course on the prevention of alcohol and drug abuse. Retrieved, Jan. 21, 2016 from: <http://preventiontraining.samhsa.gov/Nur01/transpa2.htm>.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E.; Steen, T. A.; Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-425.
- Seligman, M.; Rashid, T.; parks; A. (2006). Positive psychotherapy - *American psychologist* . vol.61(8), nov 2006, pp.774-788 .
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1997). *TIHKAL: The Continuation* (pp. 527-531). Berkeley: Transform Press, California.
- Somove, P. (2007). Meaning of life group: Group application of logo therapy for substance abuse treatments. *Journal for specialists, in group work*, Vol, 32 N4, Pp 316-355.
- Susanne, P. (2003). *Social Skills Training with Children and young people: Theory, evidence and Practice*. *Child and Adolescents Mental Health*, 8 (2): 84- 96.
- Temme, L. L. (2010). *Meditation to decrease the risk for relapse among adults seeking treatment for chemical dependency*. Unpublished doctoral dissertation Adelphi University Garden City.
- UNODC (2016). *World drug report*. Vienna: United Nations publication.
- Waisberg, J, and porter, A. (1994). Purpose in life and outcome treatment for alcohol dependence. *British Journal of clinical psychology*, Vol,33, N2.Pp 49-63

- Walker ،Carl (2008) ،What Is Depression ،Springer New York ، vol. 10 ،pp. 3-30.
- WHO: World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Switzerland. Retrieved, Jan. 23, 2016, from: <http://www.who.int/classifications/icd>.
- WHO: World Health Organization. (2018). The Depression. Geneva: Switzerland. Retrieved, Mars. 22, 2018, from: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wilson, E. , Buehler, R. , Lawford, H. , Schmidt, C. , & Yong, A. G. (2012). Basking in projected glory: The role of subjective temporal distance in future self- appraisal. *European Journal of Social Psychology*, 42 (4): 342- 353.

