

فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة الاكتئاب لدى المراهقين المعتمدين على المواد النفسية

إعداد

نورهان رأفت نصر محمود النجار

باحثة دكتوراه

قسم علم النفس – كلية الآداب – جامعة حلوان

nourhane.elnagar@yahoo.com

مستخلص البحث

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مدي فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي يخدم المراهقين المعتمدين على المواد النفسية في العلاج والتغلب على مشكلاتهم النفسية المؤدية لهذا المرض والانتكاسة والتي تتضمن خفض حدة الاكتئاب. وتم إجراء الدراسة على (20) فرداً وتم تقسيمهم إلى (10) مريضاً من المقيمين بالمستشفى و(10) شخصاً من الأسوياء كعينة ضابطه وكانت أعمارهم (15-20) عاماً. وطبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب إعداد: غريب عبد الفتاح لعام (2015) وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي إعداد: الباحثة. وتوصلت الدراسة الراهنة الي وجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج ووجود فروق بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج ووجود بين أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج

❖ الكلمات المفتاحية : Key words

- الاكتئاب
- المنهج المعرفي السلوكي.

Abstract.

This study aimed to measure the effectiveness of a cognitive-behavioral therapy that serves adolescents dependent on drugs and overcoming their psychological problems leading to this illness and relapse. The study was applied on (20) adolescents divided into (10) hospitalized drug dependent adolescent (as experimental sample) and (10) normal adolescent (as a control sample), their ages were (15-20) years. The researcher has used The Beck Depression Scale which prepared by: Gharib Abdel-Fattah (2015) and the cognitive-behavioral therapy program prepared by: the researcher. The result of study showed that there are differences between the experimental sample compared to the control sample on the scale of depression there are differences between the experimental sample compared to the control sample before and after applying the program, and there are differences between the experimental sample compared to the control sample after applying the program and the Post - applying of the program.

Keywords

- Depression.....
- Cognitive-behavioral therapy.....

• المقدمة

يعد الادمان بصفة عامة وعند المراهقين خاصة مشكلة من المشاكل المحلية والاقليمية والعالمية. لذا فان مصر علي وجه الخصوص تعد اكثر المشاكل عرضة لهذه المشكلة، نظرا لموقعها الجغرافي بين الدول المنتجة للمخدرات بالشرق وسوق الهيروين الكبير بالغرب. ومن المعروف أن المضاعفات الطبية لأدمان المخدرات عديدة وتشمل خطر الجرعات الزائدة وأعراض الانسحاب وعدد لا محدود من المشكلات الصحية والاجتماعية والنفسية. وكذلك ظهور أنماط جديدة وأشكال جديدة للمخدرات مع وجود قصور مادي يؤدي الي تعاطي المخدرات الاقل سعراً.

كما تعد مشكلة الادمان أو تناول العديد من المواد المخدرة من أهم الظواهر التي لها ثقل في مصر فهي فضلا علي انها تؤثر سلباً وبشدة علي اقتصاد الدولة فهي أيضا والأهم أنها تدمر البنية الأساسية للمجتمع وعماد تقدمه وهم أبناؤه ولا سيما أن الشباب منهم، ولذلك نجد أن خطورة الادمان تكمن في سن المراهقة حيث أنها مرحلة تتسم بتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية كبيرة. (منظمة الصحة العالمية، 2000)

ووفقا لأحدث تقارير البحث القومي للأدمان لعام (2016 – 2017) كان معدل انتشار ادمان المواد المخدرة للطلاب والطالبات (0.86%)، وقد ظهر معدل الانتشار في القاهرة والدلتا. وكان الادمان أكثر انتشارا بين الطلبة الذكور عنه بين الطالبات الأناث بنسبة (1: 2) تقريبا وكان معظم الطلاب علي دراية بأسماء جميع المواد المتاحة. وكان القنب والترامبول والكحول الاكثر شهرة كما اثبت التقرير ان القنب الطبيعي والصناعي و مادة البنزوديازيبين كالزاناكس و الابريل الاكثر استخداما بينهم كما بلغ معدل انتشار الكحول بين الطلاب حوالي (3.6%) مع ارتفاع التقديرات بين الطلبة الذكور عن عدد من الطالبات وقد صرح الطلاب والطالبات أن الاسباب الرئيسية التي تؤدي لاستخدام هذه المواد هي الرغبة في تخفيف الضيق، او الانضمام إلي الاصدقاء أو التغلب علي المشكلات. وقد ذكر الطلاب الذكور أنهم يستخدمون المواد المخدرة في الاساس ليتمكنوا من الانضمام الي اقرانهم، أو للتغلب علي قصص الحب الفاشلة أو للتخفيف من حزنهم علي فقد عزيز. وفي الوقت نفسه، صرحت الطالبات الأناث أنها تلجأ لأستخدامها لتحسين التركيز أو للتغلب علي الضيق أو للتغلب علي المشاكل وخاصة الشعور بالوحدة. (البحث القومي للأدمان، 2016/2017)

ومن هنا نري ان الادمان في المقام الاول هو مرض نفسي؛ حيث يؤثر علي الوظائف النفسية المختلفة مثل التفكير والعاطفة والأدراك والسلوك، كما يؤثر علي درجة الوعي والانتباه واليقظة والتناسق الحركي والتوازن ومثل أي مرض نفسي آخر كالاكتئاب او الفصام فإن له جوانب النفسية والاجتماعية والبيولوجية سواء من الناحية السببية أو كأعراض..إذن هو مرض نفسي إجتماعي بيولوجي Psycho-Socio-Biological. (عادل صادق، 2010، 13)

وهذه الوظائف النفسية وغيرها في مكنم الخطر في مرحلة المراهقة حيث انها تنقل الانسان من مرحلة الطفولة الي مرحلة الرشد ويتعرض فيها الإنسان الي صراعات متعددة سواء داخلية او خارجية. (عبداللطيف خليفة و عويد المشعان، 2003)

ومع تناولنا لأخر إحصائية لمنظمة الصحة العالمية عن الاكتئاب فإنه من أكثر العلل الشائعة علي مستوي العالم حيث يتوفر علي أكثر 300 مليون شخص وأن في كل عام يموت 800 الف شخص من جراء الانتحار الذي يمثل ثاني سبب رئيسي للوفيات بين الفئة العمرية (15 – 29) عاما. كما أنه السبب الرئيسي للعجز في جميع أنحاء العالم، وهو المساهم الاساسي في العبء العالمي الكلي للمرض حيث يختلف الاكتئاب عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كاستجابة لتحديات الحياة اليومية. وقد يصبح الاكتئاب حالة صحية خطيرة، لاسيما عندما يكون طويل الأمد وبكثافة معتدلة أو شديدة. ويمكن للاكتئاب أن يسبب معاناة كبيرة للشخص المصاب به، وتردي أدائه في العمل أو في المدرسة أو في الأسرة. ويمكنه أن يفضي في أسوأ حالاته إلى الانتحار. (منظمة الصحة العالمية، 2020).

• مشكلة الدراسة

وفقا لأحدث تقارير البحث القومي للأدمان لعام 2016 – 2017 كان معدل انتشار ادمان المواد المخدرة للطلاب والطالبات (0.86%)، وقد صرح معظم الطلاب أن من الأسباب الرئيسية لاستخدام المواد المخدرة هي الرغبة في تخفيف الضيق أو الانضمام الي الاصدقاء أو التغلب علي مشكلاتهم وخاصة الشعور بالوحدة ووفقاً لأحدث إحصائية لمنظمة الصحة العالمية لعام (2020) عن الاكتئاب فكان من أكثر العلل الشائعة علي مستوي العالم حيث يتوافر أكثر من (300) شخصاً يعاني من الأكتئاب وأن في كل عام يموت (800) الف شخصاً من جراء الانتحار وهذا يمثل السبب الثاني الرئيسي للوفيات بين الفئة العمرية (15-29) عاماً. ولذلك تم العمل علي برنامج علاجي معرفي سلوكي يخفف من حدة الاكتئاب لدي المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية لمساعدتهم في التعافي وعلاج المشكلات النفسية لديهم التي تعوقهم عن ادائهم بشكل ايجابي تجاه أنفسهم والبيئة المحيطة بهم.

• أسئلة الدراسة

- * يمكن تحديد تساؤلات الدراسة في سؤال رئيس وهو :
- ما مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية؟
* ويتفرع من هذا السؤال الرئيسي عدة أسئلة فرعية وهي:
1. ما مدي الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية (المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية) مقارنة بالمجموعة الضابطة (المراهقين الغير معتمدين علي المواد النفسية) على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي للبرنامج المعرفي السلوكي؟
 2. ما مدي الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية (المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية) على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي من تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي؟
 3. ما مدي الفروق بين درجات أفراد المجموعة التجريبية (المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية) على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي والتتبعي من تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي؟

• أهمية الدراسة

وتنقسم أهمية الدراسة الراهنة الى نوعين من الأهمية كالتالي :

أولاً : الأهمية النظرية

1. زيادة معدل انتشار ادمان المواد المخدرة للطلاب والطالبات (0.86%) وفقاً للبحث القومي للادمان لعام (2016-2017)، وقد ظهر معدل الانتشار في القاهرة والدلتا. وكان الادمان أكثر انتشاراً بين الطلبة الذكور عنه بين الطالبات الأناث بنسبة (1:2) تقريباً.
2. الدراسة ستضيف بعداً أكاديمياً وعلمياً يمكن الاستفادة به من خلال ما ستوفره من معلومات واحصاءات.
3. تتجلى أهمية هذه الدراسة في ندرة الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة برامج علاجية لادمان المخدرات لدي المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية.
4. تعد هذه الدراسة محاولة لتزويد المكتبة العربية ببرنامج علاجي يساهم في علاج فئة المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية واستمرارهم في التعافي نظراً لأهمية هذه الفئة للمجتمع.
5. قلة الخدمات النفسية المقدمة لشريحة المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية.

ثانياً : الأهمية التطبيقية

ونظراً لزيادة انتشار المواد المخدرة بين المراهقين وسهولة تداولها وتعاطيها بالنسبة لهم ونظراً لاحتياج الاسر للمساعدة وصعوبة قدرتهم علي التصدي لهذا المرض والتغلب عليه فأن مثل هذه الدراسة ستفيد قطاع عريض من المجتمع والتي تتضمن:

1. توظيف نتائج الدراسة الراهنة في تصميم برامج إرشادية وعلاجية وتأهيلية نفسيه لشريحة المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية من خلال تصحيح المفاهيم الخاطئة والتعديل السلوكي لديهم.
2. مساعدة الجهات المتخصصة والممارسين لعلاج الادمان في تصميم برامج علاجية وتأهيلية للمراهقين المعتمدين علي المواد النفسية.
3. مساعدته في تصميم برامج إرشادية ووقائية لأسر المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية لتوعيتهم بكيفية التعامل مع هذه الفئة.

• الهدف من الدراسة

يتمثل الهدف من الدراسة في الآتي:

الكشف عن مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف حدة الاكتئاب لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية ومساعدته في التعافي.

• مفاهيم البحث

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) (CBT)

وهو خليط من كل من العلاج المعرفي والسلوكي ووضعت مبادئه لمعالجة الاكتئاب بصفة خاصة بواسطة بك Beck وآخرون وأساس العلاج المعرفي السلوكي هو ملاحظة أن المشاعر السالبة تنتج من عمليات المعالجة الذهنية السالبة الخاطئة، حيث ان المعلومات الداخلة تشرح انتقانيا لدرجة أن الإدراكات تتشوه تجاه الاستنتاجات السالبة والمعالجة الخاطئة يتم التعرف عليها بواسطة تفحص افكار المريض التلقائية التي تحدث خلال اليوم بعد احداث معينة، هذه الافكار التلقائية هي المفتاح لفهم جوهر النظام إقتراضات المريض ومعتقداته حول النفس والعالم.

و من خلال العلاج المعرفي السلوكي يصبح المريض واعياً بأفكاره التلقائية وافتراضاته الكامنة ومعتقداته ويشجع للبحث عنها وتعديلها، وذلك عن طريق فنيات سلوكية مثل تمارين محددة لوقف التفكير والاسترخاء والسيطرة علي النزعة، و قد

يتم مع ملاحظة وضبط أنشطة اليومية لزيادة السيطرة والخبرات السارة . وتشمل الأخطاء المعرفية عمل توقعات حول المستقبل أو كيف يتصرف الآخرون دون برهان كاف، كما يركز بصورة انتقائية على المعلومات المتسقة مع توقعاته ويتجاهل المعلومات التي تخالف توقعاته، ويفترض مسؤولية مبالغ فيها للأحداث السالبة دون قبول الإسهامات التي تتم بواسطة الآخرين أو الموقف، ورؤية المواقف ككل أو لاشئ و يفشل في قبول أو تقبل النجاح الجزئي. كما يهدف العلاج المعرفي السلوكي تحسين الأداء الوظيفي اليومي وتقليل الكرب الإنفعالي وتشجيع العلاقات وتعظيم القدرة الانسانية. (محمود حموده، 2013) وهذا النوع من العلاج النفسي يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، مع الجوانب المعرفية للمريض أو العميل الذي يطلب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة الي ذلك يهتم العلاج السلوكي المعرفي بالجانب الوجداني أو العاطفي للعميل وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات سلوكية، معرفية، انفعالية، اجتماعية، وبيئية لاحداث التغيير المرغوب فيه.

وهكذا فان النموذج السلوكي المعرفي يشتمل علي علاقة المعرفة بالسلوك وبالحالة الوجدانية للفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه ومن هنا فإن لفظ السلوكي مأخوذه من مصطلح السلوك Behavior وهي الافعال او ردود الافعال التي يقوم بها الشخص كاستجابة لمنبه او مثير خارجي او داخلي، بينما كلمة المعرفي فهي مشتقة من مصطلح المعرفة Cognition ويقصد به العمليات الذهنية التي تهتم بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الانسان مع المعارف الموجودة لديه مسبقاً واستخدام هذه المعارف فيما بعد، وهذه العمليات تشتمل علي الادراك والانتباه والتذكر والذاكرة والحكم والتفكير الواعي .

وعن اساسيات هذا النوع من العلاج النفسي فإنه يعتمد علي النموذج المعرفي الذي يقول بأن السلوك والمشاعر الانسانية هي نتيجة لما يفكر فيه الشخص حيث يقسم هذا النموذج المعتقدات الشخصية الي ثلاثة مستويات وهم :
المستوي الاول core Beliefs : وهو مستوي المعتقد الراسخ الذي غالباً ماينشأ مع الانسان منذ نعومة أظافره، ويتأثر هذا المستوي بالوراثة والتربية وكذلك حجم المعاناه التي قد تعرض لها الطفل مما يؤدي الي نشوء بعض المعتقدات الراسخه السلبية او الخاطئه مثل (انا غير كفؤ) او (انا ناقص)! وهذا المستوي قد يصعب جدا تغييره غير مستحيل.

المستوي الثاني intermediate beliefs او dysfunctional assumption : وهو مستوي المعتقدات الافتراضية، وهي الافتراضات الخاطئه او السلبية التي يضعها الانسان عن نفسه ويقوم بالبحث عن أدلة من حياته اليومية لدعم هذه الافتراضات. فمثلا يكون لديه هذا الافتراض عن نفسه (انا لا استطيع الفهم مثل بقية زملائي) وإذا قصر في الاختبار يقول (إنني قصرت لأنني لا استطيع الفهم) وبذلك يغض النظر والتفكير في بقية العوامل الاخرى. وهذا المستوي يمكن تغييره من خلال جلسات العلاج السلوكي المعرفي.

المستوي الثالث: فهو مستوي الأفكار الأوتوماتيكية او الأفكار التلقائية Automatic thoughts: وهو ما يعرفه العامه بحديث النفس الذي يكون له ارتباط مباشر بالمشاعر Emotions كالغضب والحزن والعصبية او الشعور بالذنب، السلوك Behavior مثل السلوك التجنبي او الهروب او الإقدام، وكذلك يرتبط بالاعراض الجسمية physiological symptoms مثل زيادة نبضات القلب وزيادة التنفس والعرق ووجود بعض الامام بالبطن والصدر. وهذا المستوي يكون علي شكل حلقة مفرغة وهذا المستوي الذي غالبا ما يركز علي العميل او المريض وذلك لوجود أعراض جسدية واضحة، ومن خلال هذه الافكار الأوتوماتيكية التلقائية يقوم المعالج بالانتقال الي المستوي الثاني لاحداث التغيير المطلوب ثم الي المستوي الاول لزعة المعتقد الراسخ الخاطئ.

وجلسات العلاج السلوكي المعرفي عبارة عن جلسات علاجية، عادة ما تكون ما بين (6) الي (20) جلسه وفي المتوسط يكون عدد الجلسات تقريبا (13) جلسة مدة الجلسة الواحدة حوالي (45 – 50) دقيقه، وتكرر الجلسات كل اسبوع او كل اسبوعين واحياناً تكون مرتين بالاسبوع حسب مايراه المعالج النفسي مناسب للحالة.

اجراءات الجلسات السلوكيه المعرفيه :

1. يكون هناك مايعرف بالجلسات التمهيديه وتهدف الي بناء علاقة علاجية بين المعالج والمريض
2. يقوم المعالج خلال هذه الجلسات بشرح معني العلاج المعرفي وأهدافه.
3. يقوم المعالج بجمع المعلومات اللازمه وتحليلها لوضع الفرضيات العلاجية حول الحالة.
4. يقوم المعالج بمناقشة الخطة العلاجية مع العميل او المراجع علي المدى القصير وكذلك علي المدى البعيد
5. يقوم المعالج بإعطاء العميل بعض المقاييس النفسية وذلك لمعرفة حدة الاعراض إذا لزم الأمر
6. يقوم المعالج بشرح وإعطاء معلومات للمريض حول الاعراض التي يعاني منها كما يقوم باعطائه بعض المنشورات او المتنبات ذات الصلة بهذه الاعراض لزيادة وعي المريض حول هذه الاعراض.
7. يبدأ المعالج بشرح سجل الافكار Thought record sheet للمريض وكيف يقوم بملا ذلك السجل.
8. عادة لا يطلب المعالج من المريض ملا هذا السجل دفعه واحده بل يتم ذلك علي شكل مراحل يتم شرحها خلال الجلسات المتتالية، وفي كل جلسة من جلسات العلاج التالية يتم ما يلي:
 - * طلب ملخص عن الجلسة الماضية.
 - * عرض اهداف (جدول اعمال) الجلسة الحالية.
 - * مراجعة الواجب السابق.

- * تعليم المريض بعض الفنيات السلوكية مثل الاسترخاء بأنواعه وازالة الحساسية والتعامل مع الافكار السلبية حسب ما تقضيه حاجة المريض.
- * اعطاء المريض واجب جديد حسب سجل الافكار واطافة قائمه جديدة من سجل الافكار حسب المرحلة الحالية.
- * تلخيص ما حدث خلال الجلسة الحالية.

ويقوم المعالج بانهاء جلسات العلاج السلوكي المعرفي عندما يكون المريض أو الشخص قد تعلم كيف يكتشف افكاره الاوتوماتيكية والتلقائية وكيف يتعامل معها وكيف يغير سلوكه بناءً علي وضعه الراهن بمبدأ الحياه بشروطها، ويكون جاهزا لإكمال مسيرة حياته بأقل قدر ممكن من المعاناه، وعندما يبدأ المعالج بتحديد الوقت المناسب لإنهاء الجلسات السلوكية المعرفية المنتظمة والتعويض عنها بما يعرف بجلسات الصيانه وذلك مرة كل (3) او (6) شهور حسب حاجة المريض للاطمئنان علي سير حياة العميل وانه مازال متقناً لما تعلمه ومراجعة مايستجد علي حالته الصحية النفسية.

هناك عدة سمات تميز العلاج السلوكي المعرفي للمدمنين عن غيره من انواع العلاجات الاخرى وهي :

- * أهم ما يميز العلاج السلوكي المعرفي للمدمنين انه قصير المدى ويتناسب مع قدرات وموارد معظم البرامج العلاجية.
- * ان العلاج السلوكي المعرفي موجة نحو تحقيق العديد من الاهداف واهمها التركيز علي حل المشاكل الملحة التي تواجه المدمنين خلال العلاج من اجل السيطرة علي التعاطي.
- * عند استخدام العلاج السلوكي المعرفي علي نطاق واسع من خلال الدراسات الاكاديمية والتجريبية وجد انه علاج فعال في ادمان المخدرات بمختلف انواعها.
- * ان العلاج السلوكي المعرفي علاج مرن بمعنى انه يمكن تكيفه ليشمل طائفة كبيرة وواسعة من المرضى حيث يتناسب مع جميع الفئات فضلا عن انه يمكن الاستفادة منه في الاقسام الداخلية للمستشفيات وكذلك العيادات الخارجية بالاضافة الي انه يتناسب ايضا مع انواع العلاجات المختلفة واهمها العلاج الفردي والعلاج الجمعي.
- * يتوافق العلاج السلوكي المعرفي مع العديد من انواع العلاجات الأخرى التي يخضع لها المدمن خلال العلاج مثل العلاج الدوائي كما انه ذو منهج واسع يمتد ليشمل العديد من المهام العلاجية التي تساعد علي نجاح العلاج من الأدمان. (Rockvill, 2005)

المهام الحاسمة للعلاج السلوكي المعرفي للمدمنين :

- ويشير رونساويل وكارول للعديد من المهام الحاسمة التي لا غني عنها لنجاح العلاج من الأدمان وهي:
- * تعزيز الدوافع التي تساعد علي الامتناع عن التعاطي بمعنى استخدام تكتيات معينة لتعزيز دوافع المدمن للامتناع عن التعاطي من خلال توضيح مكاسب وخسائر الاستمرار في التعاطي.
- * التدريب علي اكتساب المهارات وهذا هو جوهر العلاج السلوكي المعرفي حيث يساعده هذا المنهج المدمنين علي التعرف علي المواقف عالية الخطورة التي تجعلهم عرضة للتعاطي وان يكونوا اكثر فاعلية في مواجهة هذه المواقف.
- * يعمل العلاج السلوكي المعرفي علي استبعاد الخبرات السلبية والحد من السلوكيات والعادات المرتبطة بالادمان عن طريق الاستعاضة عن ذلك بتعديل اسلوب حياة المدمن وتدريبه علي القيام بأنشطة إيجابية.
- * تعزيز القدرة علي التحكم في المثيرات التي تسبب في مشاعر الغضب والقلق والاكنتاب من خلال التدريب علي تطوير أساليب ومهارات جديدة للتعامل مع المواقف والضغوط التي تتسبب في حدوث الانتكاس.
- * تحسين أداء الشخصية وتعزيز الدعم الاجتماعي ويشمل التدريب علي العديد من الجوانب الهامة من المهارات والاستراتيجيات اللازمة لمساعدة المدمنين علي توسيع شبكة الدعم الاجتماعي لهم وإقامة علاقات صحية مع الآخرين. (Raunsville & Carrall, 1992, 492)

عناصر العلاج السلوكي المعرفي للمدمنين :

العنصر الاول: التحليل الوظيفي

ان اعتماد المدمنين علي المخدرات ليس اعتماد جسمي فقط ولكنه في الاساس اعتماد نفسي علي المخدرات في التعامل مع المشاكل الحياتية من خلال تكرار التعاطي فهي الطريقة المفضلة بالنسبة لهم في مواجهة الظروف والمشاكل فتكون المخدرات هي السبيل الوحيد للمدمنين للتعامل في بعض امور الحياة ومن ثم فإنهم يعتمدون علي المخدر نفسياً وهنا يظهر المدمن وكأنه ليس لديه خيار آخر فهو يتعاطي المخدرات لتلبية الاحتياجات في ظل عدم امتلاكه للمهارات التي تكسبه القدرة علي مواجهة هذه الاحتياجات وان هذا العجز في امتلاك المدمن المهارات بشكل عقبة رئيسية في تحقيق التعافي من الاعتماد علي المخدرات ومن هنا فإن توفير مهارات جديدة للمدمن خلال فترة العلاج والقيام بالتدريب عليها تعتبر مرحلة ذات اهمية كبرى لأنه من شأنها ان تطور اساليب بديلة يستطيع المدمن من خلالها تلبية احتياجاته وبالتالي فإن تعديل عوامل الاعتماد النفسي للمدمن علي المخدر باستخدام عناصر العلاج السلوكي المعرفي بدءاً من التحليل الوظيفي لتحديد العلاقة الوظيفية لتعامل المخدرات ومروراً باكسابه المهارات اللازمة لمنع الانتكاسة وهذا التقييم يتم عن طريق اجراء

المقابلات الاكلينيكية او استخدم الاستبيانات وذلك لتوفير البيانات التي تحدد المواقف التي يرجح ان تسبب في الادمان.

(Annis & Martin, 1985, 12)

وفي عملية التحليل الوظيفي يقوم كلا من المعالج والمريض بالعمل معاً من اجل التعرف علي الظروف والمشاعر والافكار التي كانت موجوده لدي المدمن قبل الادمان وبعد الادمان ويحدث ذلك خلال المراحل المبكرة من العلاج مما يجعل المريض علي دراية بمعرفة اسباب ادمانه وتحديد المواقف والصعوبات التي يمكن ان يواجهها خلال العلاج. ويلعب التحليل الوظيفي دوراً حاسماً في مساعدة المدمن والمعالج علي تقييم المحددات والمواقف عالية الخطورة التي تتسبب في التعاطي وتقديم نظر ثاقبة علي بعض الاسباب التي تؤدي بالفرد الي الادمان مثل مواجهة الصعوبات التي يواجهها المريض خلال العلاج واهمها المعاناه من خطر النشوة والتي غالباً ما لا تتوافر في حياة المدمن في وقت لاحق من العلاج والتحليلات الوظيفية لخبرات المدمنين ربما تحدد المواقف التي لا يزال يواحه المدمن صعوبة في مواجهتها وتحقيق الاهداف التي تركز حول العملية التعليمية لتثقيف المدمنين ومساعدتهم علي معالجة المشاكل التي يواجهونها وعادة ما تأخذ هذه العملية فترة زمنية قصيرة المدى بالمقارنة بالعديد من الاساليب العلاجية الأخرى مثل التحليل النفسي والذي قد يستغرق سنوات في العلاج بينما يستغرق العلاج السلوكي المعرفي ما بين (12 الي (16) جلسة. (Rockvill, 2005)

العنصر الثاني : التدريب على المهارات التي تساعد على منع الانتكاس

وتكمن اهمية تدريب المدمنين علي اكتساب المهارات خلال فترة العلاج بأنها الوسيلة الرئيسية في التغلب علي مشاكلهم من خلال مساعدتهم علي نسيان العادات السلبية القديمة وتطوير عادات ومهارات صحية جديدة من خلال تثقيف المدمنين لتغيير الطرق التي كانوا يفكرون بها خلال فترة إدمانهم وتعلم طرق جديدة تكسبهم القدرة علي مواجهة المواقف والظروف التي كانت احدي الاساليب الرئيسية في إدمانهم وتعزيز وتحسين التصدي للمشاعر السلبية كوسيلة للحد من خطر الانتكاس (Connors, Miller & longabaugh, 1996, 53).

ثانياً: الأكتئاب Depression

الاكتئاب من أكثر الأضطرابات النفسية شيوعاً، ويعد جزءاً من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الإنسان وتكرار خيبات الأمل في الكثير من المشاريع النفسية والاجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها، والتي تدفع بالفرد الي معاناة المشاعر الاكتئابية، بينما هناك من الأفراد الذين يعانون الاكتئاب كمرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد وخيبات الأمل لوجود أسس بيولوجية وسيكولوجية تهيئ الفرد للوقوع في الاكتئاب والاستمرار فيه لفترات طويلة. (عبد الستار ابراهيم، عبدالله عسكر، 2012).

ويشير مصطلح الاكتئاب لوصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إما حالة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً لأضطراب بدني، او عقلي، او اجتماعي كما يشير ايضاً إلي مجموعة أعراض فسيولوجية، سلوكية، ومعرفية إلي جانب الخبرة الوجدانية. (ممدوحة سلامة وعبدالله عسكر، 1992، ص 102).

• تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب هو شأن الكثير من الاضطرابات النفسية والوجدانية التي تفصح عن نفسها في مجموعة أعراض المتلزمة، بعضها عضوي وبعضها ذهني ومزاجي، وبعضها إجتماعي. وهذه الاعراض التي نسميها الزملة الاكتئابية. وهي تشمل ببساطة علي جوانب من السلوك والافكار، والمشاعر التي تحدث مترابطة – اغلبها أو بعضها – والتي تساعد في النهاية علي وصف السلوك الاكتئابي، وتشخيصه. (عبد الستار ابراهيم، 2008)

واختلف الباحثون في تناولهم لمفهوم الاكتئاب فجد ارون بيك (1990) Beck يفسره في ضوء النظرية المعرفية الي النظرة المشوهة للنفس والعالم والناس أي ما يعرف بالتلوث السلبي، حيث تؤثر افكار الفرد علي مشاعره وانفعالاته وسلوكه ايجابياً وسلبياً.

كما يشير عبد الله عسكر (1998) الي أن الاكتئاب في ضوء الاتجاه التحليلي يرجع الي الصراع بين الانظمة الشخصية الهوا والانا والانا الاعلي والمواد المكبوتة في اللا شعور منذ الطفولة المبكرة، اما الناحية السلوكية فيرجع الي الصدمات التي يتعرض لها الفرد في الطفولة، ومواقف الفشل والحرمان والاهمال، وخفض مواقف التدعيم الايجابي.

ووفقاً للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس فيتسم الاكتئاب ببعض المعايير التي نستند عليها في تشخيص الاكتئاب وهم:

- * مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن او بالفراغ او باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).
- * إنخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الانشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل علي ذلك بالتعبير الشخصي او بملاحظة الآخرين).
- * فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، او كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لاكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.
- * أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
- * هياج نفسي حركي او خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل او البطء)
- * تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

- * أحاسيس بأعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهماً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
- * انخفاض القدرة علي التفكير او التركيز، او عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- * أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- * ويجب ان توجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض السابقة لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء المهني أو الاجتماعي السابق وغيرها.

• أسباب الاكتئاب

لقد تعددت الاسباب والعوامل التي تقف وراء الاضطرابات المزاجية كالتالي :

أولا العوامل الوراثية :

يلعب العامل الوراثي دور مهماً في نشأة الاضطرابات الاكتئاب وقد تعددت الابحاث بشأن هذا الموضوع، كما أجريت عدة دراسات متسقة في جميع أنحاء العالم بشأن ذلك، ويتضح من هذه الدراسات أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة (من نفس البويضة والحيوان المنوي) تصل الي (60%) والتوائم المناخية (من بويضات مختلفة) نحو (14%) وإذا كان أحد الوالدين مصاباً بمرض الاكتئاب فاحتمال نحو (13-15%) بين أولادهم، وإذا كان كل من الوالدين مصاباً فالاحتمال (40%) بين أبنائهم. أما إذا كان أحد الاخوة هو المصاب، فلا تزيد احتمالات الإصابة بين الأشقاء علي (10%) وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة كلما تقدم سن المريض بين المصابين، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية. أما نوع الموروثات المسببة للمرض، فيتفق معظم العلماء علي انها موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل، اي ان العامل الوراثي له أهمية، ولكن لا يمنع ذلك من تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي. (احمد عكاشة، 2008، 32)

ثانياً العوامل النفسية :

يذكر البعض دور العوامل النفسية في نشأة الاضطرابات المزاجية، ويدعي أن كل الظواهر النفسية في نتيجة للمرض وليست سبباً له، بل هي تنقيب من المريض في تاريخه السابق لتأويل سبب مرضه اللعين، حيث إنه لا يعلم ماهية نشأته وأنه من صفات المرض إجترار الخبرات السابقة.

وقد تعددت النظريات النفسية في نشأة هذا المرض، من إحباط الدوافع اللاشعورية، الي تجد لقدرات الفرد، أو عدم التوافق بين قدراته وإنجازاته وما يطلب منه، ويرى فرويد أن السبب المباشر هو فقدان موضوع الحب، مع النكوص للمرحلة الفمية في تكوين شخصية الفرد. ولم تستطع الابحاث الحديثة إثبات علاقة مباشرة بين هذه الاضطرابات والحرمان الابوي أو عمر الابوين أو ترتيب ميلاد المريض بالنسبة لآخواته، ولا يمنع ذلك من وجود بعض القرائن علي ارتباط النشأة في الطفولة مع اضطرابات الوجدان عند النضوج.

وهناك رأي يقول إن الفترة الحرجة في تحديد العلاقة الاجتماعية للاطفال هي بين (6) أسابيع و (6) أشهر من العمر، وإنه إذا تعرض الطفل للحرمان الاسري في أثناء هذه المدة ينشأ عنده الاستعداد للإصابة بالاكتئاب عند النضوج، ولاشك أن التفاعل الاسري بين الأم والأب والطفل له أثره الواضح في تكوين شخصيته وبالتالي تهيئة الفرد لهذه الامراض بعد نضجه. وقد ثبت أحداث الحياه وصددمات الكرب تسبق اضطرابات المزاج، خاصة في الاسباع الاربعة السابقة علي ظهور الاضطراب. والجدير بالذكر انه عادة ما يسبق النوبة الاولى عوامل نفسية وإجتماعية. أما النوبات التالية فيحتمل ظهورها دون سبب واضح، وكأنما المخ قابلاً للتوجيه دون منبه خارجي. (احمد عكاشة، 2008، 33)

ثالثاً: العوامل الجسمية:

نستطيع تلخيص تأثير تلك العوامل في التالي :

1. تزيد الاعراض الاكتئابية أثناء فترتي الطمث وما قبل الطمث، حيث تشكو النساء من التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء وهذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.
2. تبدأ وتزيد وتشتد الاعراض الاكتئابية، عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية في المراحل العمرية المتقدمة فيما كان يسمى سابقاً بسن اليأس.
3. تظهر أعراض الاضطراب الثنائي القطب (الاكتئاب الموسمي) بكثره بعد الولادة، واثناء التغيرات الفسيولوجية والهرمونية التي تحدث في أثناء هذه الفترة، وكذلك مع تناول أقراص منع الحمل.
4. يصاب مرضي المكسيديما – نقص إفراز الغدة الدرقية – بإعراض اكتئابية شديدة في نحو (40%) من الحالات. بل وتبدأ الحالة أحياناً بهذه الاعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية الجسمية
5. قد يصاب المريض بمرض زيادة إفراز الغدة الدرقية بنوبات من الانتهاج أو الهوس الحاد في اثناء نشاط هذا المرض.
6. تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب او ابتهاج مرضي زيادة إفراز الغدة الكظرية، وأحياناً أثناء علاج بعض المرضي بعقار الكورتيزون.
7. تقل نسبة الاكتئاب الهوسي قبل البلوغ وتزيد مع بدايته. (احمد عكاشة، 2008، 35)

• التوجهات النظرية المفسرة للاكتئاب

- توجد كثير من مدارس التفسير النفسي لمرضي إضطرابات الاكتئاب وأهمها :
- (1) **النظرية التحليلية** : فسر فرويد وإبراهيم الاكتئاب علي إنه نكوص للمرحلة السادية في التطور الجنسي للشخصية، وان المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً تجاه موضوع الحب الاول (الام). ونتيجة الأحياط وعدم الاشباع في مراحل نموه الاولى، يتولد لدي الانسان الاحساس المتذبذب بين الحب والكرهية، والالتحام والنبذ. وعندما يصاب بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نضوجه، ينكص لحاجاته الاولى بعمليات دافعية لا شعورية من الاسقاط والإدماج والنكوص. ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، ويمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته، ومن هنا يبدأ الانغلاق والعدوان الذاتي، واتهام الانا والاحساس بالدونية الي تطلق الميول الانتحارية، أما نوبات الابتهاج فهي تعبير عن الحرية الطفولية في إطلاق العنان لكل الغرائز.
 - (2) **النظرية المعرفية** : ويلخصها رائدها الدكتور بيك في أن الاكتئاب هو إضطراب في استراتيجيات التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، ومن ثم يتجه العلاج نحو تغيير تلك النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفي، وفي البلدان العربية يتم تقنين العلاج حتي يتناسب مع الثقافة والحضارة العربية، حيث إن النظم المعرفية والدينية وتختلف في أوطاننا عنها في البلد العربية.
 - (3) **نظرية العجز المكتسب** : تتلخص هذه النظرية في أم مواجهة الفرد لأحداث كرب ومشقة مستمرة تؤدي الي اللامبالاة والانسحاب وعدم الاستجابة، ومن ثم الاحساس باليأس والعجز وقلة الحيلة. وأحياناً ما يظهر ذلك علي مستوي الشعوب التي تتعرض للاستبداد والقهر والقمع والدكتاتورية، ثم يتبع ذلك أعراض الاكتئاب الاخري. وقد بنيت هذه النظرية علي أساس نظرية التعلم في الحيوانات وما يحدث لها عند تعرضها لمنبهات كرب وشدة ومشقة.
 - (4) **نظرية التهيوء** : يعتمد الاكتئاب هنا علي التعرض لاحداث حياتيه مؤلمة حديثة، وقد تسبقها، بعض العوامل التي يطلق عليها اسم (عوامل التهيوء) مثل فقدان الام قبل سن الحادية عشر، أو وجود ثلاثة أو أكثر من الاطفال أصغر من سن أربعة عشر عام، غياب الاحساس العاطفي الدافئ مع الزوج او علاقة أخري دافئه تساند الفرد إجتماعياً أو البطالة أو الشعور بعد الامان في وظيفة مؤقتة. (احمد عكاشة، 2008، 34)
- * وستبني الباحثة النظرية المعرفيه حيث انها تتماشى مع ادوات الدراسة المستخدمة.

• انواع وأعراض الاكتئاب:

- ويختلف الاكتئاب عن التقلبات المزاجية العادية والانفعالات العاطفية التي لا تدوم طويلاً، كاستجابة لتحديات الحياة اليومية. وقد يصبح الاكتئاب حالة صحية خطيرة، لاسيما عندما يكون طويل الأمد وبكثافة معتدلة أو شديدة. ويمكن للاكتئاب أن يسبب معاناة كبيرة للشخص المصاب به، وتردي أدائه في العمل أو في المدرسة أو في الأسرة. ويمكنه أن يفرض في أسوأ حالاته إلى الانتحار. فبناءً علي عدد من الاعراض المميزة للاكتئاب وشدتها، يتم تصنيف حالات الاكتئاب باعتبارها طفيفة، او متوسطة، أو حادة.
- وثمة فرق أساسي أيضا بين الاكتئاب لدي الاشخاص الذين سبق لهم أن عانوا من نوبات الهوس أو لم يسبق لهم أن عانوا منها. ويمكن أن يكون نوعا الاكتئاب من الأنواع المزمنة (أي علي مدي فترة طويلة من الزمن) مع حدوث انتكاسات، ولاسيما في حالة ترك الاكتئاب دون علاج. (منظمة الصحة العالمية، 2020)
- **اضطراب الاكتئاب المتكرر**: ينطوي هذا الاضطراب علي نوبات إكتئاب متكرر. وخلال هذه النوبات، يعاني الشخص من اعتلال الحالة المزاجية، وعدم الاهتمام والتمتع بالاشياء، وتدني الطاقة مما يؤدي إلي قلة النشاط لمدة أسبوعين علي الأقل. ويعاني كثير ممن يمرون بحالات الاكتئاب كذلك ما أعراض القلق، واضطراب النوم والشهية، وقد يكون لديهم الشعور بالذنب وقلة التقدير وضعف التركيز، بل وحتى أعراض بدون تفسير طبي.
- وبناء علي عدد الاعراض وشدتها، يمكن تصنيف نوبة الاكتئاب بأنها طفيفة، او متوسطة، أو حادة. وقد يجد من يعاني من نوبات الاكتئاب الطفيفة بعض الصعوبات في الاستمرار في العمل العادي والانشطة الاجتماعية، ولكنه قد لا يتوقف عم العمل تماماً. ومن خلال نوبة الاكتئاب الحادة، فمن غير المرجح تماماً أن يتمكن من يعانون الاكتئاب من مواصلة الانشطة الاجتماعية، أو العمل، أو الانشطة المنزلية، الا بقدر محدود للغاية. (منظمة الصحة العالمية، 2020)
- **الاضطراب الوجداني ثنائي القطب**: وعادة ما يتألف هذا النوع من الاكتئاب من نوبات هوس واكتئاب تفصلها فترات من المزاج الطبيعي. وتتطوي نوبات الهوس علي الروح المعنوية العالية أو المزاج العصبي، والنشاط الزائد، والتحدث بسرعة، وتضخم تقدير الذات، وقلة الحاجة الي النوم. (منظمة الصحة العالمية، 2020).

ويصنف أحمد عكاشة (2008) انواع الاكتئاب بشكل أكثر تفصيلا كالتالي :

1. **الاكتئاب الشديد المصحوب أو غير مصحوب بأعراض ذهانية** : ويتميز هذا النوع بمجموعة من الاعراض وهم:
 - * مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريباً، ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن او بالفراغ او باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعاً).
 - * إنخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الانشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريباً، (ويستدل علي ذلك بالتعبير الشخصي او بملاحظة الاخرين).
 - * فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، او كسب وزن (مثل، التغير في الوزن لاكثر من 5% في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريباً.

- * أرق أو فرط نوم كل يوم تقريباً.
- * هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء)
- * تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.
- * أحاسيس بأنعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.
- * انخفاض القدرة علي التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- * أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار. (الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية، 2013)

2. **اضطراب وجداني ثنائي القطب:** هو اضطراب يتميز بنوبات متكررة (نوبتين علي الأقل) يضطرب فيها مزاج الشخص ومستوي نشاطه بشكل عميق. ويتكون هذا الاضطراب في بعض الاحيان من ارتفاع في المزاج وزيادة في الطاقة والنشاط والهوس أو هوس خفيف، افضل استعمال كلمة الزهو أو الابتهاج أو الانبساط عن الهوس، وفي احيان أخرى من هبوط في المزاج، وانخفاض في الطاقة والنشاط (اكتئاب). ويتميز الاضطراب الوجداني بشقاء كامل الي حد ما للمريض فيما بين النوبات.

3. **المزاج النوبوي:** هو حالة مستمرة من عدم الثبات المزاجي، تتضمن فترات كثيرة من الاكتئاب والابتهاج الخفيف (الهوس الخفيف)، كلاهما ليس بالشدة أو طول المدي التي تبرر تشخيص اضطراب وجداني ثنائي القطب أو اضطراب اكتئابي متكرر. وكثيرا ما نجد هذا النوع بين أقارب مرضي الاضطراب الوجداني ثنائي القطب وقد يصاحب المزاج الدوري باضطراب وجداني ثنائي القطب. ويكون عدم الثبات هذا عادة في بداية الحياة، ويتخذ مساراً مزمناً، وان كان يحدث أحياناً أن يستمر المزاج طبيعياً وثابت لشهور.

4. **عسر المزاج:** هو اضطراب اكتئابي مزمن في المزاج، يستمر لعدة سنوات علي الأقل ولا يكون شديداً وكذلك فان نوباته لا تستمر لفترة كافية بحيث نيمكن تشخيص اي من الاشكال الشديدة أو المتوسطة، أو خفيفة الشدة من الاضطراب الاكتئابي المتكرر علي الرغم من امن مواصفات وشروط النوبه الاكتئابية خفيفة الشدة وقد تكون استوفيت في بداية الاضطراب ويتباين التوازن بين الاطوار المستقلة من الاكتئاب خفيف الشدة والفترات الطبيعية الفاصلة بينها نسبياً، عادة ماتمر علي الافراد فترات (ايام واسابيع متواصلة) يصفون أنفسهم فيها بأنهم علي ما يرام، ولكنهم في اغلب الوقت (لشهور متواصلة في كثير من الاحيان) يشعرون بالتعب والاكتئاب، ويبدو كل شئ مجهداً، ولا يستمتعون بشئ إطلاقاً ويجلسون في سكينه ويكثر رونالشكوي وينامون قليلا ويشعرون بأنهم ليسوا كما ينبغي ولكنهم عادة مايكونون قادرين علي التعامل مع الاحتياجات الاساسية للحياة اليومية لذلك فان عسر المزاج يشترك في سمات كثير مع مفاهيم العصاب الاكتئابي أو الاكتئاب النفسي .

5. **الاضطراب الوجداني الموسمي:** لوحظ ان هناك نوعا من الاكتئاب الموسمي، يظهر في فصل الشتاء عندما تختفي الشمس لمدة طويله في البلاد الشمالية ويختلف عن نوبة الاكتئاب السابق عرضها في ان المرضي يعانون من إفراط في الشهية، خاصة بالنسبة للنسويات وافراط في النوم وظهور الاعراض بشكل موسمي في فصل الشتاء. يستجيب هؤلاء المرضي للتعرض للضوء الصناعي مدة ساعتين الي ثلاث ساعات يوميا أكثر من استجابتهم للعقاقير المضادة للاكتئاب أو جلسات الكهرباء. ويحتمل وجود علاقة بين هذا المرض وهرمون الميلاتونين الذي يتأثر بالضوء. لقد بدأ الاهتمام حديثاً باضطراب مماثل في البلاد الحارة عندما يزيد ضوء الشمس حيث يتعرض المرضي لاضطراب اكتئابي موسمي في فصول الصيف .

6. **الهوس (الابتهاج) أو الزهو:** الهوس أكثر ندرة من الاكتئاب وحيانا ما يتناوب مع نوبات الاكتئاب فتراه اكتئاب واخري مرح وحيانا تكرر نوبات المرح دون نوبات اكتئابية ولكن نعتبر النوبتين جزءا من الاضطراب المزاجي ثنائي القطب وتختلف أعراض ذهان الابتهاج حسب شدة الحالة ونستطيع تصنيف ذهان الابتهاج الي الابتهاج (الهوس) دون الحاد والابتهاج (الهوس) الحاد والابتهاج (الهوس) المزمن وخليط الابتهاج والاكتئاب.

7. **اكتئاب توقف الطمث أو السواد الارتدادي أو منتصف العمر:** يظهر هذا المرض في النساء بين سن (45-55) وفي الرجال من سن (55-65) وهو العمر الذي تبدأ فيه التغيرات العقلية والجسدية المصاحبة لتغير الهرمونات وضمور الغدد التناسلية والذي يكون أكثر وضوحاً في النساء لانقطاع الطمث ولكن يجب تفرقة عن أعراض توقف الطمث الشهري من عرق غزير وسخونية في الوجه وسرعة التأثر وسهولة البكاء والعصبية. (احمد عكاشة، 2018، 40)

• علاج الاكتئاب

من الناحية العملية فإن علاج حالات الاكتئاب النفسي يتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدام بعضها معاً أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي :

1. **العلاج النفسي:** يتضمن جلسات علاجية فرديه او جماعية ويضم عدة اساليب منها استخدام الايحاء والمسانده والتدعيم واسلوب التحليل النفسي والعلاج السلوكي ولكل هذه الاساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون.

2. **العلاج البيئي :** وتعني بها إيجاد بيئه ملائمه يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض ويتم ذلك بانتقال المريض الي وسط العلاجي او في مكان للاستشفاء من وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتي يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الي عودته للحياه مرة اخري.
3. **العلاج بالادوية النفسية :** يتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت اشراف الاطباء النفسيين ويقوم الطبيب باختيار الدوتء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتي تتحسن حالته وسيتم عرض الادوية المستخدمه لعلاج الاكتئاب في موضع لاحق بشئى من التفصيل.
4. **اساليب علاجية أخرى :** استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل علي اعادة تنظيم ايقاع الجهاز العصبي او استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي Hypnosis والوخز بالابر Acupuncture واستخدام الدواء الخادع Placebo الذي يحقق نتائج في بعض الحالات.

ثالثا: الاعتماد على المواد النفسية Drug dependence

قامت منظمة الصحة العالمية عام (1973) بتغيير كلمة الإدمان إلى الاعتماد على المواد النفسية، ويقصد به الاعتماد النفسى والعضوى، فالاعتماد النفسى يعنى الشعور بالارتياح حيث تكون هناك دوافع نفسية كالتخلص من القلق أو تجنب الالم أو الشعور باللذة أو البحث عن السعادة، وهناك علاقة وثيقة بين الاعتماد النفسى والعضوى وعادة ما يحدث الاعتماد النفسى أولا . وقد أشارت منظمة الصحة العالمية (1973) إلى أن الإدمان يعنى الاعتماد، وهو حالة من التسمم الدورى أو المزمّن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستخدام المتكرر للعقار الطبيعى او المصنوع، كما يتصف بقدرته على إحداث رغبة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار فى تناول العقار والسعى الجاد للحصول عليه بأى وسيلة ممكنة، وذلك لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسى والعضوى، كما قد يدمن الفرد أكثر من مادة (WHO, 2001,2002) .

ويعرفه أحمد عكاشه، طارق عكاشة (2010) بأنه عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية، وتأتي بعد استخدام متكرر لمادة ما، وتتضمن بشكل محور الرغبة الشديدة في تناول العقار وإخفاء السيطرة على استخدامه، والاستمرار في ذلك علي الرغم من التبعات الضارة، ويكون تعاطيها ذا أولويه تفوق اي سلوكيات أو التزامات أخري، مع زيادة في احتمال المادة وأحيانا وجود حالات إنسحاب. وقد تكون زملة الاعتماد مرتبطة بمادة نفسية الفاعلية محددة مثل التبغ والكحول والديازيبام، أو بفضة من المواد (الافيونيات)، أو بنطاق أوسع من المواد الدوائية النفسية الفاعلية المختلفة.

مؤشرات تشخيصية :

- يستخدم تشخيص الاعتماد فقط، إذا أظهر الشخص أو أبدي ثلاث أو أكثر من النقاط التالية أثناء العام السابق:
- 1) رغبة أو احساس قهري بضرورة تعاطي العقاقير.
 - 2) وعي ذاتي باختلال القدرة علي التحكم في سلوك تناول العقار، فيما يتعلّق ببدايته و إنهائه ومعدل إستخدامه.
 - 3) يستخدم العقار بغرض التخفيف من أعراض الانسحاب، وبوعي أن هذه الخطة مؤثرة.
 - 4) وجود حالة انسحاب فسيولوجية.
 - 5) توافر دليل علي حدوث التحمل ؛ بمعنى أن الشخص يحتاج دوماً إلي زيادة جرعات المادة ؛ ليحصل علي الأثر نفسه، الذي كانت تحدّته من قبل جرعات أقا منها.
 - 6) ضيق في المخزون الشخصي في انماط استخدام العقار او الكحول.
 - 7) الإهمال المتزايد لأي متع أو اهتمامات بديلة لصالح استخدام العقار.
 - 8) المثابرة علي استخدام العقار علي الرغم من وجود دليل واضح علي التبعات الضارة البيئية (التبعات الضارة قد تكون طبية مثل إيذاء الكبد من خلال الإفراط في الشرب، أو اجتماعية كما في حالة فقدان العمل نتيجة لأضطراب الاداء المرتبط بتعاطي العقار، أو نفسية، كما في حالات المزاج الاكتئابي المترتبة علي فترات من الاستخدام المكثف للمادة).

(أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010، 527).

وعرفه صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (2010) بأنه حاله نفسية، وأحياناً جسمية تنتج عن تفاعل بين كائن حي، وبين أحد العقاقير، وتتضمن هذه الحالة دائماً نوعاً من القهر لتناول العقار باستمرار، من أجل الشعور بأثارة النفسية، أو من أجل تجنب متاعب غيابه. (صندوق مكافحة وعلاج الأدمان والتعاطي، 2010، 7)

أسباب الاعتماد (الإدمان)

منذ بدء الخلق و الانسان يحاول تعتميم الوعي و الهروب بطرق مختلفة و يجب ان تتحلي بالقناعة في استحالة المنع التام للسلوك الادمانى في اي مجتمع ولكن محاولة تخفيض وطأته و تخفيض الطلب.ولا يوجد سبب مباشر للإدمان، و لكنه تراكم عدة عوامل، مع استعداد خاص بيولوجي في الفرد

اولا: العوامل البيولوجية

1- الوراثة : لوحظ ان الادمان يزيد في عائلات معينة، حيث ان مدمن الكحول (علي سبيل المثال) يزيد الادمان بين اطفاله الي اربعة امثاله لدي اطفال الاباء الغير المدمنين كما لوحظ ان التوأم المماثلة يزيد الادمان الي الضعف عنه بيبين التوأم الغير متماثل، ويحتمل ان ينتقل ادمان الكحول الي الطفل، عن طريق المستقبلات لمخية بتأثير الصبغات الوراثية.

- 2 - وجود الالام جسمانية مزمنة، مثل: آلام المفاصل و وآلام السرطانية الناتجة عن ورم سرطاني.
3- ادمان الام اثناء الحمل يجعل الطفل يولد، ولديه اعتماد فيسيولوجي.

4 - احتمال اضطراب غير مميز في المستقبلات الأفيونية أو مستقبلات الجابا. (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010، 559)

ثانياً: العوامل النفسية

- 1 – وجود مرضي نفسي ، مثل القلق والاكتئاب ومحاولة الشخص علاج نفسه، بعيدا عن الذهاب لطبيب نفسي، حتي لا يقال عنه أنه مجنون. وقد وجد المؤلف في أحد أبحاثه ان حوالي من (30 – 40 %) من المدمنين يعانون من القلق والاكتئاب أو خليط منهما.
2 – ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية التي ترتبط بالمبول الفمية.
3 – سلوك مستمر باحث عن اللذة والاشباع الفوري
4- العناد والرغبة في المقامرة المدمرة لوجود عدوان موجه ضد الذات (تحطيم ذاتي غير مباشر)
5 – الاحباط وغياب الهدف واشتداد المعاناه في ازمة الهوية، التي يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .
6 – القابلية للاستهواء بواسطة رفاق سوء.
7 - وجود افكار خاطئة، مثل: زيادة الطاقة الجنسية بواسطة المخدرات، والعكس هو الصحيح. (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010، 559)

ثالثاً: العوامل الاجتماعية

- 1 – اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين افرادها أو سيطرة الأب الباعثة علي التمرد، أو ادمان احد الوالدين، بالاضافة الي الطلاق او الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين بالعمل المتواصل أو بالهجرة، و تفكك الروابط الاساسية التي فرضتها القيم المدني وخروج المرأة للعمل، و تقلص دور الام في حياتها، وأدخال اجهزة (مثل التلفاز قللت من الحوار بين افراد الاسرة الواحدة).
2 - تخبط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب الهدف القومي العام.
3- نقص مشاركة الشباب، وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع و المنظمات السياسية .
4 – الاحباط الجماعي لقدرات الشباب بغياب التطلع لفرصة عمل حقيقية، حيث البطالة المقنعة والغالبية تنتظر في طابور القوي العاملة، وحيث قروش قليلة لا تمن و لا تغني من جوع لقاء ذلك.
5 – سوء العملية التعليمية التي تركز علي حشو الرأس وقهر الطفل وجعله في موقف المتلقي السلبي، وهو الامر الذي ينمي اعتماديته والقابلية للاستهواء، وجعله يقبل ما يعرض عليه دون نقاش أو تفكير. (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010، 559)

• رابعاً: المراهقة *Adolescence*:

قال ابن منظور في (لسان العرب) في مادة رهق: ومنه قولهم: غلام مراهق. أي: مقارب للحلم، وراهق الحلم: قاربه. وفي حديث موسى والحضر فلو أنه أدرك أبويه لأرهقهما طغيانا وكفرا، أي: اغشاهما واعجلهما. وفي التنزيل: أن يرهقهما طغيانا وكفرا، ويقال: طلبت فلانا حتي رهفته. اي : حتي دنوت منه، فربما أخذه وربما لم يأخذه، ورهق شخوص فلان أي: دنا وازف وافد، والرهق: العظمه، والرهق: العيب، والرهق: الظلم، وفي التنزيل: فلا يخاف بخسا ولا رهقا أي: ظلما، وقال الازهري: في هذه الايه الرهق اسم من الإرهاق، وهو أن يحمل عليه ما لا يطيقه. ورجل مرهق إذا كان يظن به سوء.

ويعني هذا ان المراهقة كلمة مشتقة من فعل رهق، بمعنى قارب فترة الحلم والبلوغ. وقد تدل المراهقة علي العظمه والقوه والظلم. (ابن منظور، 2003).

وتؤكد سعدية بهادر (1993) أن هناك فرق بين المراهقه والبلوغ، فالبلوغ يعني "بلوغ المراهق القدرة علي الإنسال، أي اكتمال الوظائف الجنسية عنده، وذلك بنمو الغدد الجنسية، وقدرتها علي اداء وظيفتها"، اما المراهقة فتشير الي " التدرج نحو النضج الجسمي والعقلي والنفسى والاجتماعي". وعلي ذلك فالبلوغ ما هو الا جانب واحد من جوانب المراهقه، كما أنه من الناحية الزمنية يسبقها، فهو اول دلائل دخول الطفل مرحلة المراهقة.

كما تؤكد ان المراهقه مصطلح وصفي للفترة التي يكون فيها الفرد غير ناضج إنفعالياً وذو خبره محدوده ويقتررب نموه البدني والعقلي وهي كلمة لاتينية Adolescent ومعناها ينمو او ينمو الي النضج وهي الفترة من حياة الشخص التي تقع فيما بين نهاية مرحلة الطفولة المتأخره وبداية الرشد وعلي ذلك فالمرهق ليس طفلا وليس راشداً. (سعدية بهادر، 1993، 329)

وبمراجعة نظريات المراهقة وجد ان تلك النظريات اخذت اتجاهين مختلفين في تحديد نضجهم الاجتماعي، ونموهم الانفعالي وتوافقهم مع انفسهم ومع الاخرين فيشير انصار الاتجاه الاول ومنهم علي سبيل المثال لا الحصر Stanly hall الي ان المراهقه مرحلة زوابع وعواصف نفسية، كنتيجة طبيعية لما يمر به المراهق من تحولات طبيعية بيولوجية، وتجعل المراهق يتأرجح بين النقيض والنقيض من الحالات النفسية في تتابع سريع.

اما انصار الاتجاه الثاني فيرون ان المراهقه مرحلة انماء وليست مرحلة مشاكل وقلق فقد رفضوا حتمية الاضطراب في المراهقه، وقد تزعم هذا الاتجاه علماء النمو والتعلم الاجتماعي والشخصية وغيرهم وتقوم تلك النظرية الحديثة علي اساس ان ما يحدث في المراهقه من تغيرات جسميه ونفسية واجتماعية قد يكون مصدره سعادة او شقاء المراهق بسبب تكوينه

النفسي والذي خرج به من سن الطفولة او ظروفه الاسرية التي عاشها في الطفولة ويعيشها في المراهقة. (سعدية بهادر، 1993)

مراحل المراهقة وخصائصها:

1. مرحلة المراهقة الاولى (11-14 عاماً)، وتتميز بتغيرات بيولوجية سريعة.
2. مرحلة المراهقة الوسطى (14-18 عاماً)، وهي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية.
3. مرحلة المراهقة المتأخرة (18-24)، حيث يصبح الشباب او الفتاه إنساناً راشداً بالمظهر والتصرفات.

ويوجه عام تطراً علامات او تحولات بيولوجية على المراهق، إشارة لبداية هذه المرحلة عنده وهي:

1. النمو الجسدي: حيث تظهر قفزه سريعة في النمو، طوياً ووزناً، تخلف بين الذكور والاناث، فتبدو الفتاه اطول واثقل من الشاب خلال مرحلة المراهقة الاولى، وعند الذكور تكون الساقان طويلتان بالنسبة لبقية الجسد، وتنمو العضلات.
2. النضوج الجنسي: يتحدد النضوج الجنسي عند الاناث بظهور الدورة الشهرية، ولكنه لا يعني بالضرورة ظهور الخصائص الجنسية الثانوية (مثل: نمو الثديين) أما عند الذكور، فالعلامة الاولى للنضوج الجنسي هي زيادة حجم الخصيتين مع زيادة حجم العضو التناسلي، وفي حين تظهر الدورة الشهرية عند الاناث في حدود العام الثالث عشر، ويحدث التغيرات الذكورية في العام الخامس عشر تقريباً.
3. التغير النفسي: ان للتحويلات الهرمونية والتغيرات الجسدية في مرحلة المراهقة تأثيراً قوياً على الصورة الذاتية والمزاج والعلاقات الاجتماعية، فظهور الدورة الشهرية عند الاناث، يمكن ان يكون لها ردة فعل معقدة، تكون عبارة عن مزيج من الشعور بالمفاجأة والخوف والانزعاج، بل والابتهاج احياناً، وذات الامر قد يحدث عند الذكور مزيج من المشاعر السلبية والايجابية عند حدوث القذف المنوي الاول، ولكن المهم هنا ان اكثرية الذكور يكون لديهم علم بالامر قبل حدوثه، في حين ان معظم الاناث يتكلن على امهاتهن للحصول على المعلومات او يبحثن عنها في المصادر والمراجع المتوافرة. (سيد صبحي، 2002)

• الدراسات السابقة

قام **محمد السيد عبد الرحمن وأميرة جابر هاشم (٢٠٠٨)** بدراسة بعنوان بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات لدي طلبة الجامعة، هدفت إلى بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات لطلبة الجامعة، وتحقيقاً لهذا الهدف تم بناء برنامج إرشادي صمم للوقاية من الإدمان، وتكون البرنامج من مرحلتين هما المرحلة الأولية والرحلة الثانوية والأسرة والجامعة، وبلغ عدد الجلسات (٦٢) جلسة إرشادية، وتم بناء البرنامج في ضوء قائمة الأسباب المؤدية للإدمان من وجهة نظر الطلبة، وتكونت عينة الأسباب المؤدية إلى الإدمان من (150) طالب، وتم اختيارهم عشوائية من كليات جامعة الكوفة في محافظة النجف الأشرف للدوام النهاري، وتوصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج الوقائي المقترح للوقاية من المخدرات.

و قامت **حنان سلامة (2010)** بدراسة هدفت الي معرفة مدي فاعلية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدي عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي وتكونت عينة الدراسة من (14) فرداً من الشباب المدمن في مرحلة التعافي وتم تقسيم العينة الي مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية والاخرى ضابطة وإستخدامت الباحثة إختبار الإكتئاب إعداد محمد إبراهيم عيد (1997) وتوصلت الدراسة الي وجود علاقة طردية بين الاكتئاب والادمان ، كما أن الاكتئاب كم

ودراسة **أحمد أحمد خدام (٢٠١٣)** بعنوان فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات تكون مجتمع البحث من جميع الأفراد النزلاء في المركز الوطني لتأهيل المدمنين في عمان، بينما تألفت عينة البحث من (٢٠) فرداً من المدمنين، وهم الأفراد المتواجدين في المركز أثناء فترة إجراء البحث، وقد اهتمت الدراسة بمعرفة أثر برنامج إرشادي جمعي سلوكي كمتغير مستقل، وسلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية كمتغيرات تابعة، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام مقياس سلوك الإدمان ومقياس المهارات الاجتماعية كقياس قبلي وبعدي لتحديد مستوى الانخفاض في سلوك الإدمان والتحسين في المهارات الاجتماعية، وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين المجموعة الضابطة (10) أفراد والمجموعة التجريبية (10) أفراد. وبينت النتائج وجود فروق في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت تدريباً على البرنامج، حيث انخفض سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية للمجموعة التجريبية.

وجاءت **وفاء محمد الجعافرة (2014)** بدراسة بعنوان علاقة التشوهات المعرفية بالاكتئاب وتقدير الذات لدي عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية في محافظة الكرك وهدفت الدراسة الي معرفة علاقة التشوهات المعرفية بالاكتئاب وتقدير الذات لدي عينة من المراهقين ولتحقيق ذلك تم استخدام ثلاثة مقاييس وهم مقياس التشوهات المعرفية ومقياس الاكتئاب ومقياس تقدير الذات وقد طبقت علي (340) طالباً وطالبة وتوصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج وهم وجود علاقة ايجابية ودالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية وابعدها والاكتئاب، ووجود علاقة سلبية ودالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية وابعدها وتقدير الذات لدي المراهقين وأشارت النتائج بإمكانية التنبؤ بالاكتئاب من خلال جميع ابعاد مقياس

التشوهات المعرفية كالفقر الي النتائج والاستنتاجات، تفكير كل او لا شئ الحتميات، المبالغة في لوم الذات، التعميم المفرط في حين اشارت الي امكانية التنبؤ بتقدير الذات من خلال ثلاثة ابعاد من المقياس (الحتميات، المبالغة في لوم الذات، التعميم المفرط) اهم العوامل المسببة للادمان، ومن أهم الاضطرابات المصاحبة للادمان والتي تحتاج الي علاج فعال كما ان هناك علاقة عكسية بين الادمان ومعنى الحياة حيث يعاني مرضي الادمان من انخفاض الشعور بمعني الحياه وغياب الهدف والفراغ الوجودي

وفي دراسة **داليا علي حسين (2014)** بعنوان برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي. التي هدفت إلي محاولة الكشف عن مؤشرات مخاطر احتمالات الانتكاسة التي يتعرض لها عينة من مدمني البانجو في مرحلة التعافي، إعداد وتطبيق برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من مدمني البانجو في مرحلة التعافي، وبيان مدى فاعليته. تكونت عينة الدراسة (10) طلاب من المدمنين على البانجو في مرحلة التعافي ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (18 - 22) سنة من المرتدين للعلاج في مستشفى العباسية للصحة النفسية - محافظة القاهرة. واستخدمت الدراسة مقياس الاحتمالات الانتكاسية، البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي. وخلصت الدراسة إلى: وجود فروق دالة بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، مما يعني انخفاض درجات أفراد المجموعة التجريبية وبالتالي تحسنهم بعد تعرضهم لجلسات البرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي، عدم وجود فروق دالة بين درجات الأفراد بالمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبقي، وعلى جميع أبعاد مقياس احتمالات الانتكاسة والدرجة الكلية للمقياس، مما يعني استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية .

وفي اطار ذلك قام **محمود عبد الكريم إسحاق (2015)** بدراسة هدفت الي التعرف على الاكتئاب وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى المعتمدين بولاية الخرطوم. اتبع الباحث المنهج الوصفي تكونت العينة من (50) من المعتمدين كلهم ذكور تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، كما استخدم الباحث مقياس الاكتئاب والسلوك العدوانى. وتوصل للنتائج الي انخفاض الاكتئاب لدى المعتمدين و انخفاض السلوك العدوانى لدى المعتمدين كما توجد علاقة ارتباطية بين الاكتئاب والسلوك العدوانى لدى المعتمدين. ولا توجد فروق دالة احصائية في السلوك العدوانى لدى المعتمدين تبعاً لمتغير العمر وكذلك لا توجد فروق دالة احصائية في الاكتئاب لدى المعتمدين تبعاً لمتغير العمر. ولا توجد فروق دالة احصائية في السلوك العدوانى لدى المعتمدين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية. ولا توجد فروق دالة احصائية في الاكتئاب لدى المعتمدين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

كما قام **محمد توائل حجازي (2016)** بدراسة هدفت الي التحقق من مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة القلق لدي عينة من المراهقين وتكونت عينة الدراسة من 30 فردا مقسمين علي مجموعتين مجموعة تجريبية و يبلغ عددهم (15) ومجموعة ضابطة و يبلغ عددهم (15) وتم اختيارهم من مستشفى الدكتور جمال ماضي ابو العزائم وقد استخدم الباحث مقياس المستوي الثقافي الاقتصادي الاجتماعي إعداد محمد البحيري (2002) ومقياس تبلور للقلق الصريح إعداد مصطفى فهمي ومحمد أحمد غالي (1992) وبرنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدي عينة من المراهقين المعتمدين إعداد الباحث وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للعلاج . وقام **شبهان عبد الملك (2017)** بدراسة هدفت الي تصميم برنامج علاجي نفسي جماعي سلوكي في الامتناع وخفض أعراض الادمان علي المخدرات لدي المراهقين المدمنين المتمدرسين وقد طبق علي عينة من سبعة اشخاص المراهقين المدمنين وقد استخدم الباحث قائمة تشخيص الاعتماد علي المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM-IV) كتطبيق قبلي او بعدي لتحديد مستوي الامتناع في أعراض الادمان كما استخدم الباحث المنهج العيادي بأدواته المختلفة (دراسة الحالة، المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية) والبرنامج العلاجي النفسي الجماعي في اثني عشرة جلسة علاجية وكان من اهم نتائج البرنامج العلاجي النفسي الجماعي السلوكي ان له تأثير فعالا لدي معظم الحالات السابعة في مساعدتهم عن الامتناع عن التعاطي وانخفاض مستوي الاعراض الادمانية الانسحابية لديهم وتجنبهم الانتكاسة. فالزيادة المتدرجة بالتحسن كانت ملحوظة أثناء وبعد الجلسات العلاجية الجماعية ويشير هذا الي تأثير البرنامج علي زيادة امتناع المدمنين عن المخدرات واقناعهم بعدم فائدتها.

وقام **احمد محمود علي محمود (2019)** بدراسة هدفت الي مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العمدية المقصودة، وتكونت في صورتها النهائية من (20) مراهقاً معتمداً مقسمين (10) مجموعة تجريبية، (10) مجموعة الضابطة تم اختيارهم من قسم علاج الاعتماد على المواد النفسية بمستشفى الدكتور جمال ماضي أبو العزائم - فرع مدينة نصر واستخدم الباحث استمارة بيانات أولية - من إعداد الباحث و مقياس المستوي الاقتصادي والاجتماعي والثقافي (إعداد: محمد احمد إبراهيم سعفان، دعاء محمد خطاب، 2016) و مقياس جودة الحياة إعداد: زينب محمود شقير (2009) و برنامج تحسين جودة الحياة - من إعداد الباحث وأشارت النتائج الي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية علي مقياس جودة الحياة قبل تطبيق البرنامج وبعده في اتجاه التطبيق البعدي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة علي مقياس جودة الحياة بين القياسيين قبل تطبيق البرنامج وبعده، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج والقياس التتبقي علي مقياس جودة الحياة.

وقام محمود نعيم إبراهيم علي (2020) بدراسة هدفت إلى مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في إدارة الغضب لدى عينة من المراهقين تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العمدية المقصودة وتكونت في صورتها النهائية من (20) مراهقاً معتمداً ثم تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وتراوحت أعمارهم ما بين (14-18) عاماً وتم اختيارهم من قسم علاج الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي بمستشفى الدكتور جمال ماضي ابو العزائم – فرع مدينة نصر واستخدم الباحث بالدراسة المقياس العربي للغضب إعداد: علاء الدين كفاي، ومايسة أحمد النيال، (2000) ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي (إعداد: محمد أحمد إبراهيم سغان، ودعاء محمد حسن خطاب، 2016) وبرنامج معرفي سلوكي لإدارة الغضب إعداد: الباحث، استمارة البيانات الأولية إعداد: الباحث و توصلت الدراسة الحالية إلى وجود فروق دالة احصائياً بين أفراد المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

من خلال عرض الدراسات السابقة نلاحظ اتفاق الباحثون على الآتي :

1. أهمية البرامج النفسية العلاجية الموجهة للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية ومدى فاعليتها في مساعدتهم في تعاقبهم وتأهيلهم وخفض سمات الشخصية الاعتمادية لديهم.
2. مدى ارتباط الاكتئاب ارتباطاً سلبياً بالاعتمادية على المواد النفسية على المراهقين وتعرضهم للضغوط النفسية والتفكير اللاعقلاني وانعكاس ذلك على قراراتهم وقدراتهم على التوافق مع البيئة المحيطة بهم .

فروض الدراسة :

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج

المنهج والجراءات

المنهج :

تتبع الدراسة الحالية المنهج شبه التجريبي الذي ينطوي على معالجة تجريبية تطبق على عينة تم اختيارها وفقاً لظروف الواقع في مجتمع البحث؛ إذ يتم التحقق من فاعلية برنامج معرفي سلوكي المستخدم بصفته متغيراً مستقلاً في خفض حدة الاكتئاب بوصفه متغيراً تابعاً.

التصميم البحثي :

يندرج التصميم البحثي للدراسة الراهنة ضمن التصميمات البحثية ذات المجموعة التجريبية الواحدة متمثلاً في القياس القبلي والبعدي، وكذلك القياس التتبعي بعد إنتهاء البرنامج. واستخدمت الباحثة هذا التصميم البحثي نظراً لطبيعة العينة المستخدمة في الدراسة، وصغر عددها إذ لم يتسع للباحثة الحصول على عدد أكبر لأفراد العينة التجريبية، إذا تم عدد من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية لأسباب منها عدم إستكمال إجراءات التطبيق، وعدم الالتزام بإستكمال خطة العلاج لديهم، بالإضافة الي عدم رغبة بعضهم في البرنامج العلاجي.

والجدول التالي يوضح التصميم البحثي للدراسة وذلك كما يلي :

جدول (1) التصميم البحثي للدراسة

القياس للمجموعة التجريبية	قياس قبلي للمتغيرين التابعين	التعرض للبرنامج المعرفي السلوكي	قياس بعدي للمتغيرين التابعين	قياس تتبعي (بعد 3 شهور) للمتغيرين التابعين
	✓	✓	✓	✓

عينة الدراسة :

تتألف العينة الأساسية للدراسة الحالية من (20) فرداً؛ وذلك بواقع (10) مريضاً من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية كعينة تجريبية، و(10) من المراهقين الغير معتمدين على المواد النفسية، وقد تراوحت أعمارهم من بين (15-20) عاماً، وقد اختبرت عينة الدراسة من مستشفى ملاذ للطب النفسي وطب الأدمان، وقد تم استبعاد استجابات (8) فرداً؛ وهم كل من لا يستكمل الحضور لجلسات لبرنامج العلاجي او عدم استكمال تطبيق المقاييس النفسية؛ وبذلك أصبح المجموع النهائي لأفراد العينة الأساسية التي اعتمدت الباحثة على نتائجهم في الدراسة الحالية (20) فرداً؛ بواقع (10) مريضاً من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية، و(10) من المراهقين الغير معتمدين على المواد النفسية.

أدوات الدراسة

لتحقيق هدف الدراسة الحالية؛ المتمثل في مدي فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأكتئاب لدي المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية، ومقارنتهم بالأسوياء، وللتحقق من مدي صحة فروضها، استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

1. استمارة المقابلة الاكلينيكية ودراسة الحالة (إعداد: محمد حسن غانم) لعام (2004).
2. مقياس بيك للاكتئاب إعداد (غريب عبد الفتاح) لعام (2015).
3. برنامج العلاج المعرفي السلوكي – اعداد (الباحثه).

• مقياس بيك للاكتئاب: Beck Depression Inventory

قام بهذا المقياس العالم و الطبيب النفسي الأميركي المعروف (Aaron Beck) ، الأستاذ بجامعة بنسلفانيا الأمريكية، وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية. ويعتبر مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II هو أحدث صورة مطورة لمقياس بك للاكتئاب BDI ويتكون المقياس من 21 بنداً مستخدماً أسلوب التقرير الذاتي Self report لقياس شدة الأكتئاب لدي المراهقين والبالغين بدءاً من سن 13 عاماً من المرضى المشخصين نفسياً، وقد تم بناء هذا المقياس كمؤشر لوجود الاعراض الاكتئابية وشدتها متناعماً ومتسقاً ومتفقا في ذلك مع الدليل الرابع التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM-IV. وعلى الرغم من أن مؤلف المقياس قام بحساب الصدق والثبات للمقياس بطرق متعددة، فإن طبيعة هذه الدراسة، واختلاف العينة، جعلاً من المهم التأكد من صدقه وثباته، وذلك بالبحث في الجانب الميداني بتوزيع استبيانات لدراسة بعض مفردات البحث وحصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع البحث، ومن ثم تفرغها وتحليلها باستخدام برنامج Statistical Package for Social Science (SPSS) الإحصائي واستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة .

➤ صدق الاتساق الداخلي لمقياس بيك للاكتئاب

جدول (2) معاملات الارتباط لكل عبارة من عبارات المحور بالدرجة الكلية لمكونه الفرعي لمقياس بك للاكتئاب.

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.593**	العبارة رقم 12	0.534**	العبارة رقم 1
0.632**	العبارة رقم 13	0.632**	العبارة رقم 2
0.890**	العبارة رقم 14	0.525**	العبارة رقم 3
0.492**	العبارة رقم 15	0.595**	العبارة رقم 4
0.484**	العبارة رقم 16	0.714**	العبارة رقم 5
0.422*	العبارة رقم 17	0.497**	العبارة رقم 6
0.439*	العبارة رقم 18	0.589**	العبارة رقم 7
0.642**	العبارة رقم 19	0.525**	العبارة رقم 8
0.496**	العبارة رقم 20	0.583**	العبارة رقم 9
0.722**	العبارة رقم 21	0.555**	العبارة رقم 10
---	---	0.686**	العبارة رقم 11

يتضح من الجدول رقم (2) أن جميع معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، مما يشير إلى صدق الاتساق الداخلي بين فقرات البعد والدرجة الكلية للبعد.

➤ معامل الثبات لمقياس بيك للاكتئاب

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما: طريقة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية لمقياس الاكتئاب والجدول التالي يوضح معاملات الثبات:

جدول (3) معامل الثبات لمقياس بيك للاكتئاب.

التجزئة النصفية (سبيرمان براون)		معامل ألفا كرونباخ	مقياس الاكتئاب
معامل الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة (سبيرمان براون)	معامل الثبات قبل تصحيح الطول		
0.805**	0.789**	0.775**	

يتضح من الجدول (3) أن جميع معاملات الثبات مرتفعة والذي يؤكد ثبات مقياس الاكتئاب وذلك من خلال قيم معاملات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية والتي كانت مرتفعة وتدل على تجانس وتكافؤ نصفى الاختبار، وبذلك فإن الأداة المستخدمة تتميز بالصدق والثبات ويمكن استخدامها علمياً.

• **البرنامج المعرفى السلوكى لخفض حدة الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية. (إعداد الباحثة)**

أولاً: تعريف البرنامج: هو مجموعة من الإجراءات التي يحكمها مجموعة من الاسس والمبادئ والمحكات المعينة تساعد على التقييم وتحتوي علي مجموعة من الأنشطة والخبرات والمواقف المترابطة والمتكاملة المناسبة لطبيعة وخصائص العينة، وتتم من خلال مجموعه من الفنيات والأساليب العملية المحددة وذلك بهدف تنمية واكساب الفرد مجموعة من المهارات الايجابية وخفض السلوكيات السلبية. (محمد البحيري، 2007)

ثانياً: تحديد الفئه التي وضع من أجلها البرنامج:

هم مجموعة من مرضي الاعتماد علي المواد النفسية بمستشفى ملاذ للطب النفسي وطب الأدمان و عددهم 20 من الذكور المراهقين والمقسمين علي مجموعتين أحدهما تجريبية والاخرى ضابطة، وسوف يراعي ان يتراوح المدي العمري لعينة الدراسة ما بين 15 الي 20 عاماً، كما سيراعي التكافؤ بين المجموعتين في المستوى التعليمي علي ان يكونوا في مرحلة الثانوية كما سيراعي التكافؤ بين المجموعة من حيث المستوى الاجتماعي والاقتصادي.

ثالثاً : أهداف البرنامج :

بيان فاعلية العلاج المعرفى السلوكى للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في الاتي:

1. إدراك العلاقة بين المشاعر والافكار والسلوك وبالتالي يمكن تعديل احد الأركان هذا الثلاثي يتعدل باقي الأركان .
2. تعليم المرضى ان يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربه او المؤلمه.
3. تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئه او تشوهات فكرية.
4. تدريب المرضى علي استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة او عند مواجهة مشكلات مستقبلية.
5. تحسين المهارات الاجتماعية للمرضي من خلال تعليمهم حل المشكلات.
6. تدريب المرضى علي توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتاده في التفكير باستخدام الحوار الذاتي.
7. تدريب المرضى علي زيادة الوعي الذاتي والتميز بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية.

رابعاً : الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

- **الأسس العامة :** وتتمثل هذه الأسس مراعاة مرونة السلوك الأنساني، وحق المريض في التقبل دون قيد او شرط، وكذلك حقه في العلاج النفسي، كما راعي الباحثة الأسس الهامه التي يقوم عليها العلاج المعرفى السلوكي وهي قابلية السلوك للتعديل والتدريب وضرورة الاستمرار بالجلسات حتي النهاية بالبرنامج.
- **الأسس الفلسفية :** استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية السلوكية بشكل عام، وكذلك مراعاة طبيعة الانسان، واخلاقيات العلاج النفسي، ومن سرية المعلومات الخاصة بكل مريض علي حده وخصوصية المجموعة ككل وتوفير جو من الأمان بين أفراد المجموعة.
- **الأسس الاجتماعية :** وهذه الأسس تشمل الأهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وان الضغوط الاجتماعية تؤثر علي شخصية الفرد. فالباحثة استخدمت أسلوب العلاج المعرفى السلوكي، حيث أظهرت الدراسات ان هذا الأسلوب ذو فاعلية في علاج الاضطرابات النفسية.
- **الأسس الفسيولوجية والعصبية :** يجب أن يتأكد الباحثة من قيام الجسم بجميع وظائفه والخلو من الأمراض العضوية التي تؤثر علي الجوانب النفسية .

خامساً: الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج:

1. بناء البرنامج :

اعتمدت الباحثة في بناء البرنامج على العديد من المصادر أهمها:

- ❖ الدراسات السابقة والتراث والأدبيات السيكولوجية والاجرائية التطبيقية التي تناولت برامج خفض الأكتئاب وكذلك في مجال الإدمان.
- ❖ الإطار النظري الخاص بخصائص وسمات المراهقين بصفه عامة والمعتمدين الذين يعانون من الأكتئاب
- ❖ القراءات المتعددة في مجال البرامج المعرفية السلوكية لكثير من الاضطرابات النفسية وعلي رأسها الأكتئاب.

❖ الأطلاع علي العديد من الكتب والمراجع ومواقع الأنترنت المختلفة في هذا المجال.

2. مدة البرنامج: سوف يستغرق المدة الزمنية للبرنامج 6 أسابيع، بواقع جلستين إسبوعياً، وتتراوح مدة الجلسة من 45 دقيقة وحتى 60 دقيقة بدون فترات راحة.

3. فنيات البرنامج: يهدف البرنامج الحالي إلي خفض درجة الأكتئاب لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد النفسية بإستخدام العديد من الفنيات السلوكية والمعرفية ويمكن تعليم هذه الفنيات للمرضي لتساعدهم في الإستجابة بطريقة وظيفية أكثر وهذه الفنيات هي:

• الفنيات المعرفية: تستخدم هذه الفنيات للحد من عملية إجترار الأفكار التي تساعد علي إستمرار المشكلة وهي مهمه بالذات في بداية العلاج إلي ان يتدرب المريض علي ايجاد بدائل الأفكار السلبية وبالتالي يؤدي إلي تحسن مزاج المريض ويساعده في حل مشكلته

4. العرض على المحكمين: بعد ان تم تصميم البرنامج الحالي في صورته المبدئية تم عرضه علي مجموعة ما اساتذة علم النفس والطب النفسي واطباء واخصائين للاستفادة من ارائهم حول اهداف البرنامج وأهميته وخطوات البرنامج تم تحديدها ومدي مناسبة كل جلسة لأهدافها.

وبناء علي آراء المحكمين تم عمل ما يلي :

- تعديل بعض أهداف المحتوي المبدئي للبرنامج
- إضافة بعض الأنشطة الي جلسات البرنامج
- دمج بعض الانشطة مع بعضها البعض
- لم تحدث اي زيارة في الجلسات ولكن كان هناك إشارة من البعض لتقليل عددها.

5. الدراسة الاستطلاعية:

طبقت الدراسة الاستطلاعية علي عدد من مرضي قسم الادمان بشكل عشوائي، وكان الهدف منها:

- التعرف علي مشكلات هولاء المرضي مع الاكتئاب ومدي وعيهم بمرضهم وأهمية هذا الوعي في البدء في البرنامج.
- التعرف علي مدي وجود الافكار السلبية عن أنفسهم وكانت معظمها تدور حول (الدونية، العجز، عدم الاستمرارية، عدم الاكتراث بالعواقب، الانانية).
- التعرف علي اساليب المعاملة الوالديه لهولاء المرضي وطبيعة علاقتهم بأسرهم والاحتكاك المباشر مع الوالدين لمعرفة وتحديد اسباب الاكتئاب لديهم.
- التعرف علي بعض مشكلاتهم النفسية والاجتماعية
- التعرف علي مدي ملائمة الأنشطة والفنيات المستخدمة في البرنامج مع طبيعة هولاء المرضي من حيث السن.
- تحديد الزمن المطلوب لكل جلسة من جلسات البرنامج
- معرفة نوع التدعيم المناسب لهولاء المرضي أثناء البرنامج.

أساليب المعالجة الإحصائية

بعد أن تم تطبيق أدوات الدراسة وتفرغ البيانات وجدولتها، تم معالجة البيانات إحصائياً باستخدام حزمة البرامج الإحصائية المستخدمة في العلوم الاجتماعية والمعروفة باسم SPSS ، ومن الأساليب التي استخدمت:

1. التكرارات والنسب والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
 2. اختبار "ت" Independent Sample t-test للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
 3. اختبار "ت" Paired Sample t-test للكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية، وأيضاً الكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية.
 4. استخدام معامل الارتباط سبيرمان لحساب صدق الاتساق الداخلي، وللتأكد من تماسك العبارات بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه نقوم بقياس صدق الاتساق الداخلي للأداة من خلال بيانات استجابات أفراد الدراسة بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المحور والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه.
- واعتمدت الباحثة على معادلة ألفا كرونباخ في حساب ثبات المقياس حيث قام بحساب قيمة ثبات كل محور والمقياس ككل.

نتائج الدراسة ومناقشتها

❖ ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج".

وللتحقق من هذا الفرض، استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمقارنة ما بين درجات كل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج، ويتضح ذلك من الجدول (4).

جدول (4): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات المراهقين المعتمدين على المواد النفسية في المجموعتين (التجريبية والضابطة) في الاختبار القبلي لمقياس الاكتئاب.

مقياس الاكتئاب	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		اختبارات	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية
درجات مقياس الاكتئاب	41.20	6.03	14.10	2.38	13.215	18
						**0.01

يتضح من الجدول السابق أن قيمة الدلالة عند (0.01)، عند درجة حرية (18) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة في الاختبار القبلي لاختبار مقياس الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة الضابطة بمتوسط أقل مقارنة بالمجموعة التجريبية، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (13.215) وبما أن قيمة اختبار "ت" المحسوبة أكبر من قيمة اختبار "ت" الجدولية (2.10)، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج".

❖ **ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج".**

وللتحقق من هذا الفرض، استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمقارنة ما بين درجات أفراد المجموعة التجريبية للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل البرنامج وبعد تطبيق البرنامج، ويتضح ذلك من الجدول (5).

جدول (5): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في المجموعة التجريبية في (القياس القبلي والقياس البعدي للبرنامج).

مقياس الاكتئاب	القياس القبلي		القياس البعدي		اختبارات	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية
درجات مقياس الاكتئاب	41.20	6.03	14.60	3.47	12.025-	9
					26.60-	**0.01

يتضح من الجدول السابق أن قيمة الدلالة عند (0.01)، عند درجة حرية (9) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عالية بين متوسطي القياس القبلي والقياس البعدي وذلك بمتوسط أقل في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي لمقياس الاكتئاب، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (12.025) وبما أن قيمة اختبار "ت" المحسوبة أكبر من قيمة اختبار "ت" الجدولية (2.26)، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية قبل وبعد تطبيق البرنامج".

❖ **ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج".**

وللتحقق من هذا الفرض، استخدمت الباحثة اختبار "ت" للمقارنة ما بين درجات أفراد المجموعة التجريبية للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في القياس البعدي والقياس التتبعي، ويتضح ذلك من الجدول (6).

جدول (6): المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة "ت" ودلالاتها الإحصائية بين متوسط درجات مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في المجموعة التجريبية في (القياس البعدي والقياس التتبعي للبرنامج).

مقياس الاكتئاب	القياس البعدي		القياس التتبعي		اختبارات	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية
درجات مقياس الاكتئاب	14.60	3.47	13.20	3.05	8.573-	9
					1.40-	**0.01

يتضح من الجدول السابق أن قيمة الدلالة عند (0.01)، عند درجة حرية (9) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذو دلالة إحصائية عالية بين متوسطي القياس البعدي والقياس التتبعي وذلك بمتوسط أقل في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي

لمقياس الاكتئاب، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (8.573) وبما أن قيمة اختبار "ت" المحسوبة أكبر من قيمة اختبار "ت" الجدولية (2.26)، فإننا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة وهي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب للمراهقين المعتمدين على المواد النفسية في القياس البعدي والقياس التتبعي".

أولاً : المراجع العربية

- ابن منظور: لسان العرب، مادة رهق، حرف الراء، دار صادر، بيروت، لبنان، طبعه 2003.
- أحمد خدام (٢٠١٣). فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد الحادي والعشرون، العدد الرابع، ص ٢٩٠ ص ٢٩١ أكتوبر
- أحمد عكاشة (2008)، الاكتئاب...مرض العصر، مركز الاهرام للترجمة والنشر، القاهرة.
- احمد عكاشة، طارق عكاشة(2010)، الطب النفسي المعاصر، الانجلو المصرية، القاهرة.
- احمد عكاشة، طارق عكاشة(2018)، الطب النفسي المعاصر، الانجلو المصرية، القاهرة
- أحمد محمد (2020)، أثر استخدام عقار الترامدول علي الاصابة بالاكتئاب ونوعية الحياه، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة بنها.
- احمد محمود (2019)، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدي عينة من المراهقين المعتمدين علي المواد المخدرة ، رسالة ماجستير، قسم الدراسات النفسية للاطفال، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- الامانة العامة للصحة النفسية وعلاج الادمان (2016- 2017)، البحث القومي للادمان، وحدة الابحاث القومية للادمان، وزارة الصحة.
- حنان سلامة (2010)، فاعلية برنامج إرشادي لخفض الاعراض الاكتئابية لدي عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر
- داليا حسين (2014)، برنامج إرشادي عقلائي إنفعالي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدي عينة من الشباب مدمني البانجو في مرحلة التعافي، رسالة دكتوراه، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- سعدية بهادر (1993)، في علم النفس النمو، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت.
- سيد صبحي (2003)، الانسان وصحة النفسية، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر.
- شبهان عبد الملك (2017). أثر البرنامج العلاجي النفسي الجماعي في الامتناع عن الأدمان علي المخدرات عند المراهق المتمدرس، جامعة وهران، الجزائر.
- صالح ابو جادو(2010)، سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، كلية العلوم التربوية، دار المسيرة، عمان، الاردن.
- صندوق مكافحة وعلاج الادمان والتعاطي (2010)، الدليل الطبي للعلاج من الأدمان، (ط1)، رئاسة مجلس الوزراء، القاهرة.
- عادل صادق (2010)، دليل الاسرة في علاج الادمان، دار الصحوة للنشر.
- عبد الستار ابراهيم و عبدالله عسكر (2008)، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- عبد الستار ابراهيم، عبدالله عسكر(2012)، علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- عبد اللطيف خليفة – عويد المشعان (2003)، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت " دراسة وبائية" ، جامعة الكويت، الكويت.
- محمد تواكل (2016)، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة القلق لدي عينة من المراهقين المعتمدين، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- محمد عبد الرحمن و أميرة هاشم (٢٠٠٨) . بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الإدمان على المخدرات لدي طلبة الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مصر.
- محمود حموده (2013)، العلاج النفسي، مركز الطب النفسي والعصبي للأطفال ، القاهرة، مصر.
- محمود نعيم (2020)، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لإدارة الغضب لدي عينة من المراهقين المتعافين من المواد النفسية، رسالة ماجستير ،قسم الدراسات النفسية للاطفال، كلية الدراسات العليا للطفولة ،جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- ممدوحة سلامة، عبدالله عسكر(1992)، علم النفس الاكلينيكي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- منظمة الصحة العالمية (2000) موقع W.H.O، نظرة شاملة حول سوء استخدام المواد النفسية، جينيف.
- منظمة الصحة العالمية (2001)، الادمان، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، القاهرة، مصر.

- منظمة الصحة العالمية (2020)، الادمان، المكتب الاقليمي للشرق المتوسط، القاهرة، مصر.
- وفاء الجعافرة (2014)، علاقة التشوهات المعرفية بالاكتئاب وتقدير الذات لدي عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية في محافظة الكرك، رسالة ماجستير، كلية العلوم التربوية، جامعة مؤتة، الاردن.

ثانيا : المراجع الانجليزية

- Annis & Martin (1985): Inventory of drug – taking situations Toronto addiction research foundation.
- Connors, Longabaugh, Miller (1996): looking forward and back to relapse: implications for research and practice.
- Rounsaville, BJ, and carrall, Km (1992): individual psychotherapy for drug abusers, second edition, New York.