

فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين

سهام درويش أبو عيطة، ليلى الحاج حسن *

ملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى استقصاء فاعلية العلاج التعبيري في تحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي وخفض أعراض الاضطرابات النفسية لدى مدمني المخدرات. وتم اختيار (20) مدمنًا بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم بين 19-30 ليمثلوا أفراد الدراسة من مركز علاج وتأهيل المدمنين، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين بطريقة عشوائية؛ مجموعة تجريبية (10) مدمنين ومجموعة ضابطة (10) مدمنين، ولتحقيق الهدف تم اعداد مقياس تقدير الذات وقائمة لشطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي والتأكد من الصدق والثبات. وتم اعداد برنامج ارشاد مستند على العلاج التعبيري. وتكون البرنامج من (9) جلسات إرشادية، مدة كل جلسة (120) دقيقة. تم التطبيق القبلي لأدوات الدراسة مقياس تقدير الذات وقائمة لشطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، ثم تعرض أفراد المجموعة التجريبية إلى البرنامج الإرشادي، في حين لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لذلك. وبعد انتهاء تطبيق البرنامج تم التطبيق البعدي لأدوات الدراسة مقياس تقدير الذات وقائمة لشطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة. وبعد اسبوعين تمت المتابعة بتطبيق أدوات الدراسة مقياس تقدير الذات وقائمة لشطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية.

وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المشترك. وأظهرت نتائج تحليل التباين وجود فروق دالة احصائيا في التطبيق البعدي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في الاضطرابات النفسية، وفي تقدير الذات، وفي الدعم الاجتماعي. ولم تظهر نتائج تحليل التباين فروقا بين التطبيق البعدي والمتابعة في كل من تقدير الذات والدعم الاجتماعي، إلا أنها أظهرت تحسنا في أعراض الاضطرابات النفسية وبدلالة احصائية. ويستنتج بان للبرنامج الإرشادي أثرا إيجابيا. وبناء على هذه النتائج توصي الدراسة بالاستفادة من البرنامج الحالي من قبل العاملين مع المدمنين وبإجراء دراسات أخرى.

الكلمات الدالة: العلاج التعبيري، الاضطرابات النفسية، تقدير الذات، الدعم الاجتماعي، المدمنين.

المقدمة

(Grant, 1990) بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية والعقلية. ومن الناحية النفسية فإن متعاطي المخدرات يشعر في البداية بالراحة والسعادة، ولكن عند اختفاء تأثير المخدر يحس بآثار نفسية؛ أبرزها الشعور الزائف بالاضطهاد والكآبة والعزلة والتوتر العصبي والنفسي، وهلوسات سمعية وبصرية وحسية، وقد يصل الأمر لفقدان الاتصال بالواقع، وميول قوية نحو الانتحار (White and Labouvie, 1994). ويصنف الإدمان Addiction وفق التشخيص الطبي النفسي ضمن مرض الاعتماد على المخدرات (الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لرابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (DSM IV-1994)). والإدمان يعكس حقيقة علاقة أو عملية بناء علاقة حب مرضية بين جهتين: الإنسان وموضوع الإدمان، وهذه العلاقة تأخذ وقتا حتى تتطور. وكل مدمن لديه طريقته الخاصة في تطوير هذه العلاقة، ويتسارع مرتبط ومتوقف على طبيعة الشخص (جسدا وعقلا)، وبالأحوال والظروف، وكذلك طبيعة

إن لظاهرة تعاطي المخدرات أثرا في حياة الفرد والأسرة والمجتمع، فدخل الفرد في دوامة الإدمان يؤدي إلى أضرار جسيمة تؤدي به لعيش حياة قلق مضطربة وهي تؤثر في أسرته وواجباته نحوها. ويصبح قدوة سيئة لأفراد الأسرة وعالة عليها وعلى المجتمع، فالإدمان وسلوك الإدمان من أشد اهتمامات العامة، فهما يمثلان قضية صحية مهمة حظيت بجدل واسع. ويعد التعاطي والإدمان مدخلين للعديد من الأمراض؛ كقذف الذاكرة الناتج عن تلف خلايا المخ، وضعف المقاومة للأمراض، والتهاب الكبد الفيروسي. وأحد الأسباب الرئيسية التي تؤدي للإصابة بمرض الإيدز (Gossop and

* الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن؛ وزارة التربية والتعليم، الأردن. تاريخ استلام البحث 2012/9/20، وتاريخ قبوله 2013/6/6.

والاجتماعية والتأهيلية لتساعدهم في العودة الى الحياة الطبيعية، وقد لمست الباحثان حاجة المدمنين الى برامج ارشاد نفسي تساعدهم في خفض اعراض الاضطرابات المصاحبة للإدمان، خاصة ان هناك تزايداً في اعداد المدمنين الذين يستفيدون من خدمات مركز تأهيل وعلاج المدمنين التابع لمديرية الأمن العام، إذ يتم حجز مدمني المخدرات لحمايتهم من أفة المخدرات ومساعدتهم للتخلص من الإدمان. وهذا يظهر اهمية الدراسة الحالية التي توفر ادوات قياس عدد من المتغيرات التي ترتبط بسلوك المدمن، وبرنامج علاج تعبيرى يهدف الى خفض اعراض الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والتعرف على مصادر الدعم الاجتماعي لدى المدمنين.

أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي مستند على العلاج التعبيري في تحسين تقدير الذات ومصادر الدعم الاجتماعي، وخفض اعراض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المدمنين من خلال التحقق من الفرضيات الصفرية الآتية:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أداء المجموعة الضابطة في تقدير الذات لدى مدمني المخدرات تعزى لبرنامج العلاج التعبيري.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أداء المجموعة الضابطة في خفض الاضطرابات النفسية لدى مدمني المخدرات تعزى لبرنامج العلاج التعبيري.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أداء المجموعة الضابطة في معرفة مصادر الدعم الاجتماعي لدى مدمني المخدرات تعزى لبرنامج العلاج التعبيري.
- 4- ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية في تحسين تقدير الذات وخفض الاضطرابات النفسية ومعرفة مصادر الدعم الاجتماعي لدى المدمنين في القياس البعدي والمتابعة.

محددات الدراسة

- 1- اقتصرت عينة الدراسة من الذكور في مركز ايقاف وتأهيل المدمنين التابع لمديرية الأمن العام.
- 2- تطبيق برنامج الإرشاد في الفترة الزمنية ما بين 1-7-

موضوع الإدمان. وفي كل مرحلة من مراحل الإدمان تجري تغيرات على المدمن وعلى معتقداته وأسلوب حياته، وعلى ممارساته التي تساهم في انتقاله من مرحلة إلى مرحلة أخرى. ان الطبيعة النفسية للمدمن وظروفه الاجتماعية وطبيعة علاقته، وضغوط البيئة الاجتماعية والعلاقات الشخصية والتغيرات الجسمانية التي تطرأ على الجسم وخاصة في حالة إدمان المخدرات لها تأثيرها في سرعة انتقال المدمن وتطوره من مرحلة إدمان إلى أخرى.

والإدمان يعكس حقيقة علاقة أو عملية بناء علاقة حب مرضية بين جهتين: الإنسان وموضوع الإدمان، وهذه العلاقة تأخذ وقتاً حتى تتطور. وكل مدمن لديه طريقته الخاصة في تطوير هذه العلاقة، ويتسارع مرتبط ومتوقف على طبيعة الشخص (جسداً وعقلاً)، وبالأحوال والظروف، وكذلك طبيعة موضوع الإدمان.

ويشمل الإدمان الفئات المنتجة من مختلف الطبقات، وفي الاردن نجد أن أكثر الفئات المقلبة على إدمان المخدرات بما فيها الحبوب هي الفئة العمرية من 18-45 عاماً. وان مادة الكحول تعد أكثر انتشاراً بين المدمنين الذكور، تليها الحبوب المخدرة كالافيونات (الهيروين) والمواد الطيارة، والمهدئ لورنس، والبرلازين الذي يصرف من الصيدليات لحالات القلق النفسي وبعض الأمراض النفسية، والذي يسميه المتعاطون بالبرازيلي. وأن سوء استخدام هذه الأدوية يؤدي إلى الإدمان عليها والبحث عن مواد إدمان بديلة (جريدة الغد، 2009). وتبدو ظاهرة تعاطي المخدرات انها تحدث بزيادة مطردة في المجتمع الأردني. حيث تشير الأرقام إلى تزايد عدد المتعاطين سنوياً، فقد كان عدد المتعاطين الذين تم ضبطهم من قبل مكافحة المخدرات في الأردن (132) مدمناً عام 1994، وارتفع الرقم إلى (157) مدمناً عام 1995، وتجاوز الرقم (479) في النصف الأول من عام 2011 (إدارة مكافحة المخدرات، 2011). وإن كانت هذه الأرقام لا تمثل حجم ظاهرة تعاطي المخدرات، إلا أن زيادتها تعد مؤشراً على تنامي هذه الظاهرة. ويعمل في مركز علاج وتوقيف المدمنين فريق عمل من رجال الأمن والأخصائيين الاجتماعيين وطبيب نفسي يقدمون لهم العديد من الخدمات التي تتطلبها الحياة اليومية. ولم تتوفر خدمات الإرشاد النفسي لهم مما شجع الباحثين على القيام بهذه الدراسة على المدمنين في مركز علاج وتوقيف المدمنين، إذ يعد الإرشاد حاجة ملحة.

مشكلة الدراسة وأهميتها

إن ظاهرة تعاطي المخدرات من المشكلات التي تؤثر سلباً في الفرد والأسرة والمجتمع، لذا تسعى الدول نحو توفير مراكز الرعاية والتأهيل للمدمنين، وتقديم الخدمات الطبية والنفسية

2011 إلى 31-7-2011.

3- انسحاب أحد أفراد المجموعة التجريبية على أثر مرضه وخروجه للعلاج الطبي خارج المركز.

الخلفية النظرية

الإدمان: عرفته هيئة الصحة العالمية (WHO, 2006) بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، وتشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار مزعجة، ويمر المدمن في مراحل، وفي كل مرحلة من مراحل الإدمان تجري تغيرات على المدمن وعلى معتقداته وأسلوب حياته، وعلى ممارساته التي تساهم في انتقاله من مرحلة إلى مرحلة أخرى. وأن فهم طبيعة الإدمان ومراحله يعد بمثابة أداة تشخيصية تمكن وصف العلاج الملائم والاستجابة لحالة المدمن. وأن هذا يساعد في تجنب والوقاية من الإدمان والتمكن من كبح إمكانية تطوره وهو في مراحله الأولى. وجاء بدراسة ناي (Nay, 1997) بأن هناك ثلاث مراحل أساسية في أي عملية إدمان وهي:

الأولى: تغيير في عملية التفكير

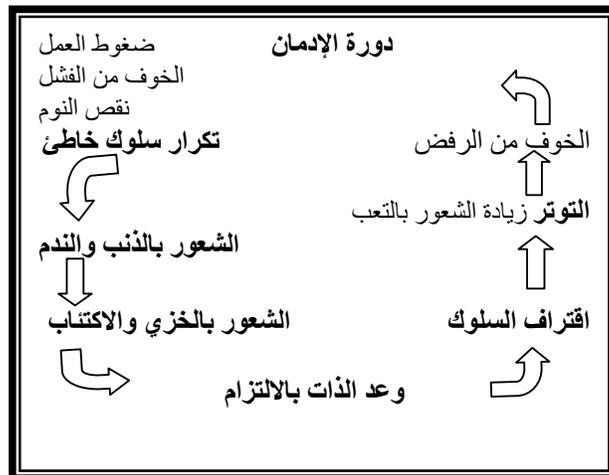
الثانية: تغيير في أسلوب تعامل الناس مع الحياة وعلاقتهم متناقضة مع الآخرين أحياناً جيدة وأخرى لا.

الثالثة: حياتهم وصحتهم الجسمية والعقلية تتآكل حتى يصلوا لمرحلة عدم الضبط، وقد يكون كنتيجة ذلك محاولة الانتحار

وأكد ناي (Nay, 1996) بأن الإدمان يسير في حلقة مفرغة تنتج عن ضغوط الحياة، أي أنه يرجع لعدد من الأشياء التي نواجهها في حياتنا، والتي من الممكن أن تأتي من خبرات الماضي والحاضر والظروف المحيطة. ومن التوقعات نحو

الآخرين أو الخوف من الرفض أو عدم النوم أو مشكلات المدرسة أو الغضب أو علاقتنا مع الآخرين أو الفشل؛ إذ أن هناك عدداً من الأسباب للشعور بضغوط الحياة المسببة للتعب والإجهاد. وهنا تأكيد بتشابه الظروف التي يمر بها جميع الناس وليس فقط المدمن. إذ يقوم الناس أحياناً بسلوك غير مناسب للتخلص من الإجهاد والتعب، وهي ما يسمى الخطيئة، وهو بدلاً من الإيمان بالله وقدرته في مساعدة البشر في هذه الحياة، يلجأ الفرد إلى الاهتمام بالأشياء وبالناس لإيجاد مخرج من ضغوط الحياة، وقد يكون الإدمان أحدها، يقول الذي شفي من الإدمان بأن وجود الله بحياته يجعله يعيش أفضل ويقبل ضغوط الحياة والتعامل معها بالصبر والتقوى. وهناك طرق أخرى للتعبير عن الإجهاد والتعب قد تكون الانغماس والإدمان على الانترنت أو الفيسبوك أو الشوكولاتة، أو التلفزيون أو الأفلام الجنسية أو التعري، أو الأكل أو القمار أو المخدرات أو الرومانسية أو الرياضية.

وذكر جيرالد وماي (Gerald and May, 1988) أن سلوك الإدمان يؤدي إلى الشعور بالذنب والندم، لأن الإنسان يعرف ما هي الخطيئة؛ إلا أن المدمن يلجأ إلى الإدمان ويسير في حلقة الإدمان: (1) عند الشعور بالتعب والإجهاد والذي ينتج عنه التوقعات غير الإيجابية والخوف من الرفض ونقص النوم أو ضغوط الدراسة وسوء العلاقات مع الآخرين والخوف من الفشل، (2) القيام بسلوك خاطئ للتعبير عن الشعور، وقد يكون تكرار لسلوك الإدمان، (3) الشعور بالذنب والندم، (4) الشعور بالخزي والاكنتاب، (5) وعد النفس بالالتزام، (6) عدم الوفاء بالالتزام واقتراف سلوك خاطئ أيضاً، (7) زيادة الشعور بالتعب والإجهاد والخوف من الرفض. والشكل (1) الآتي يوضح سير حلقة الإدمان.



الجميلة وعدم رؤية أي أذى من التصرفات الجديدة، بل الشعور بالسيطرة على الموقف تماما، ففي هذه المرحلة يصبح التعاطي مألوفاً، ويصبح الشخص مرتاحاً به.

المرحلة الثالثة (الخلخلة): هي المرحلة التي يبدأ فيها إطار الحياة بالاهتزاز والخلخلة، حيث يبدأ الإدمان يأخذ حياة المدمن، وتتسم هذه المرحلة بالاكنتاب وقلة المشاركة في النشاطات الاجتماعية وقلة الحماسة لتحمل المسؤوليات. والبعض يفكر بالانتحار نتيجة الخوف والشعور بالذنب والغضب وعدم اليقين لما سيأتي في المستقبل، وأن الإنكار سمة أساسية في هذه المرحلة، ويقر المدمنون بأن كل يوم يسير في هذه المرحلة، وكل عمل ومهمة وحتى القيام من السرير تتطلب الكثير من الجهد حتى يتمكن القيام بها. إن هذه المرحلة تتميز بالكثير من الانفجار والجدل والتذمر حيث يزداد التوتر في الحياة، وتزداد الخلافات بين الأزواج، ويظهر عدم الاهتمام بالأسرة والسعي نحو الانفصال، وغالباً يلجأ المدمن إلى الترويح عن نفسه من تلك التغيرات السلبية بزيادة التعاطي أو الانتقال إلى مخدر آخر، أو زيادة الجرعة أو البحث عن مخدر أكثر قوة. ويصبح الإدمان أكثر تكلفة، ويؤثر سلباً في الصحة والمسؤوليات والعلاقات مع الآخرين، وتدهور القدرة على التعامل مع المسؤوليات؛ المدرسة، الجامعة والعمل والأسرة والأصدقاء وحتى الصحة. وفي هذه المرحلة يبدأ منطق الإدمان بالسيطرة واختفاء المنطق الطبيعي.

المرحلة الرابعة (الروبايكيا): يستسلم المرء في هذه المرحلة ويضعف أمام ضغوط الإدمان، ويضع كل ما يملكه من ممتلكات مادية ومعنوية للبيع بسعر بخيس في سبيل إشباع رغبات الإدمان، ويصبح الشخص في هذه المرحلة مكشوفاً للآخرين بأن لديه مشكلة مع الإدمان، وأول ما يستغني عنه المدمن وبيعه هو احترامه لنفسه، ويكون واضحاً على مظهره وعلى تصرفاته. ثم يبدأ بالتنازل عن أعلى وأهم علاقاته مع الأسرة، وينمو اتجاه سلبي نحوهم؛ لأنهم لم يساندوه، وهو أهم شيء يريده المدمن. ويصبح دخول السجن لدى المدمن في هذه المرحلة أمراً عادياً؛ لأنه يضبط كثيراً تحت تأثير المخدر، وتكون الأفكار الانتحارية في هذه المرحلة شيئاً متوقعا، ومن علامات هذه المرحلة الواضحة زيادة كمية التعاطي.

المرحلة الخامسة (الزلزال): تبدأ قوة الإدمان في هذه المرحلة بالسيطرة الكاملة على إرادة المدمن وعلى حياته، وما اسم هذه المرحلة إلا تعبير رمزي عن الزلزلة في حياة المدمن بأكملها، وحياة من حوله. وأن هذه المرحلة مليئة بالانفجار والمشكلات في حياة المدمن في صحته وأسرته وعمله، واضطرابات مع القانون والحياة بشكل عام، وقد يفعل المدمن

وذكر ديفور (Defoore, 2005) بان المدمن يسير في دائرة الإدمان وفق الخطوات الآتية:

1. وجود حاجات غير مشبعة
2. تعلق بأنماط سلوكية قديمة
3. بحث ارتباط وإحباط
4. الشعور بالألم وخوف وقلق
5. تطور إحباط الغضب
6. الشعور بالوهن والضعف
7. انفجار الغضب والعداء
8. تحرير الجسم من الألم
9. الاستياء وإيذاء النفس أو إيذاء الآخرين مما حدث
10. الشعور بالندم والخزي والعار

وذكر فطايير (2001) أن هناك ست مراحل يمر بها المدمن:

المرحلة الأولى (الاستكشافية): تعد هذه المرحلة بمثابة الدخول بعلاقة الإدمان، وفي هذه المرحلة يختبر المرء موضوع الإدمان، وهنا يستجيب الجسد والعقل استجابة إيجابية لوقع موضوع الإدمان، وفي هذه المرحلة قلما يكون هناك أذى، بل مجموعة من الأحاسيس الإيجابية والتصورات الرائعة تبني وتختبر، بالإضافة إلى مهارات اجتماعية جديدة تكتشف، وتعطي الإحساس بالقوة والهوية الجديدة. وفي هذه المرحلة يكون الآباء والأمهات غير قلقين على أولادهم، وإن وقعت مشكلات فهي بسيطة، مثل زيادة المصروف أو تصرفات سيئة غالباً ما تفسر بعيداً عن احتمالات الإدمان. ولا نجد مكاناً للاعتمادية الجسمانية ولا العقلية النفسية، فالمبتدئ يستطيع التوقف عن الشرب أو التدخين أو القمار، وتكون السيطرة سهلة.

المرحلة الثانية (شهر العسل): هنا يبدأ المدمن في الإنكار على نفسه بأن هناك مشكلة، ويبدأ بتسويع تلك التصرفات، رغم ما يسمعه من الآخرين أنه تغير. ويبدأ تطور وظهور منطق الإدمان، وأن العقلية الجديدة توجه تصرفات المدمن وتقتعه بأن شربه للكحول ضرورة لسعادته وحياته. ويظهر في هذه المرحلة صراع داخل المدمن بين صنفين من المنطق، المنطق الطبيعي: هنا يبدو قلقاً على الشرب، إذ يرى أن كثرة الشرب عملية مؤذية، ومنطق الإدمان: الذي يقول بأن أولئك مدمنون أما هو فلا يمكن أن يصبح مثلهم، وببساطه هو قادر على ضبط شربه والتحكم فيه، وقد تستمر هذه المرحلة لسنوات أو أشهر. وأن مفهوم شهر العسل جاء بناء على ما يراه المدمنون الذين شاركوا بخبراتهم، وأنهم يصفون الفرق بين المرحلة الأولى والثانية بزيادة الحاجة إلى مادة الإدمان، ووجود الأحاسيس

في ذلك الوقت، إلا أن الحاجة بقيت ملحة لإنشاء مبنى مستقل لإدارة مكافحة المخدرات ترتبط به أقسام الشمال والجنوب، وبالفعل أقيم مبنى مستقل في منطقة العبدلي، واستمرت الإدارة بالتطور وتوسيع أقسامها وزيادة أعداد العاملين فيها سعياً وراء أحكام قبضتها على أيدي العابثين بعقول الشباب؛ إلى أن أصبحت أقسام الإدارة تغطي كافة المحافظات والمدن الرئيسية والمنافذ الحدودية فضلاً عن إقامة مركز خاص لعلاج المدمنين. وفي بداية عام 2002 بوشر العمل في مبنى الإدارة الكائن في ضاحية الياسمين حيث كان قد أعد بناءً حديثاً ومزوداً بكافة الاحتياجات التي تكفل للعاملين فيه كل وسائل وسبل مواكبة تطور المشكلة على الساحة الداخلية. وكان لاهتمام القيادة الهاشمية بموضوع مكافحة المخدرات الدور الأكبر في التطور الذي وصل إليه مستوى مكافحة المخدرات في الأردن، فقد شرف جلالة الملك عبد الله الثاني المعظم إدارة مكافحة المخدرات بزيارة في الثالث والعشرين من حزيران عام 1999، وأشاد جلالتة خلال الزيارة بالجهود التي يبذلها العاملون في الإدارة، وشدد على محاربة شرور هذه الآفة والعمل على اجتثاثها من جذورها، هذا بالإضافة لرعاية جلالتة السامية لمعظم النشاطات والمؤتمرات التي نظمتها الإدارة. وجاء في تقرير عام 2010 لإدارة مكافحة المخدرات أن عدد المتعاطين الذين دخلوا للعلاج في المركز وصل (497)، وهذه النسبة في تزايد وذلك حسب إحصائيات إدارة مكافحة المخدرات (إدارة مكافحة المخدرات، 2010).

الاضطرابات النفسية: تمثل الاضطرابات النفسية؛ مجموعة أعراض مركبة قابلة للتحديد من الناحية العيادية، وهي تتجم عادة عن مجموعة متولفة من العوامل؛ النفسية والاجتماعية والوراثية والجسدية، وقد ترافقها تبدلات عضوية أو شذوذا سلوكيا ظاهرا في التعامل مع المحيط الاجتماعي، كالسلوك الجانح والسلوك غير الاجتماعي والكذب والعدوان الزائد أو غير ذلك. وتترافق هذه الأعراض والشذوذ مع شيء من الأذى للوظائف النفسية على المستويين الفردي والاجتماعي (رضوان، 1996). وتتسأ عن الاضطرابات النفسية أعراض يلاحظها أولئك الذين تصيبهم أو أقاربهم، ومن بين تلك الأعراض: أعراض جسدية (مثل حالات الصداع أو اضطراب النوم)، وأعراض انفعالية (كالشعور بالحزن أو الخوف أو القلق)، وأعراض معرفية (كصعوبة التفكير بوضوح وظهور أفكار شاذة وحدث اضطراب في الذاكرة)، وأعراض سلوكية (كانتهاج سلوك عنيف وعدم القدرة على أداء الوظائف الروتينية اليومية والإفراط في تعاطي مواد الإدمان)، وأعراض إدراكية كروية أو سماع أشياء لا يقدر الآخرون على رؤيتها أو سماعها

أي شيء ممكن حتى يشبع رغبات الإدمان. وتتصف الاضطرابات الجسمانية والنفسية في هذه المرحلة بسماوات واضحة كالهلوسة والتهيؤ والاكتئاب ومحاولات الانتحار. وتصبح كل حياة المدمن تتمحور حول موضوع الإدمان، مع انه فاقد الشعور باللذة والنشوة من موضوع الإدمان، وهنا يدرك المدمن الخطر المحدق به، ولكنه لا يملك القوة العاطفية أو الفكرية أو حتى الجسدية لكي يتجنبه، وأن عقل المدمن قد تتسبع بالكثير من الآراء الخيالية المدمنة، فهو يشرع في السرقة والسطو والكذب والمناورة ومصاحبة العصابات والمشبهين في سبيل إشباع رغبات الإدمان، نجد اللامبالاة قد وضعت بصمتها على معظم جوانب حياة المدمن، وتبدأ النشوة تتلاشى شيئاً فشيئاً، فيحاول زيادة الكمية وخط الأشياء واستخدام أساليب جديدة مبتكرة، وتصبح النشوة خيالاً أو سرايا لا يمكن الإمساك به، وهنا نجد أن المدمن غالباً ما يعتره الغضب والعنف واليأس. وتنتهي هذه المرحلة على مفترق طرق الشفاء أو الموت.

الإدمان في المجتمع الأردني

تتهبت السلطات في الأردن إلى خطورة مشكلة المخدرات، منذ فترة بعيدة بالرغم من كون المشكلة في ذلك الوقت لم تكن بذلك الحجم الذي يدعو إلى القلق، ومن منطلق الحرص على الحد من هذه المشكلة الآخذة بالتزايد، وعملاً بمبدأ التخطيط قبل وقوع المشكلة، فقد تم تأسيس مكتب مختص بمكافحة المخدرات في عام 1968، وكان يتبع لإدارة التحقيقات الجنائية، إلا أن المراسلات مع المكتب العربي لمكافحة المخدرات التابع للجامعة العربية في القاهرة كانت تتم عن طريق قسم القضايا التابع لدائرة الجمارك العامة، وبقيت إدارة التحقيقات الجنائية مباشرة لعملها، وكانت قضايا المخدرات التي يتم ضبطها تودع للمحاكم المدنية عن طريق مديريات الشرطة. وبتوجيهات ملكية سامية، فقد قرر عطوفة مدير الأمن العام بتاريخ 1/4/1973 إنشاء إدارة لمكافحة المخدرات في موقع مبنى مديرية الأمن العام الحالي بناءً على التوصية المنبثقة عن مؤتمر قادة الشرطة العرب، والذي عقد في أبو ظبي آنذاك، وتعد ثاني إدارة لمكافحة المخدرات في الوطن العربي بعد الإدارة العامة في جمهورية مصر العربية.

وتبعاً لتطور مشكلة المخدرات في العالم والذي صاحبه تطور محلي فقد تم في عام 1974 إنشاء قسم مكافحة المخدرات في الشمال مركزه مديرية شرطة محافظة اربد لمتابعة وضع المخدرات في منطقة الشمال، وقسم آخر في الجنوب مركزه مديرية شرطة محافظة العقبة، وكانت القضايا التي تضبط يتم توديعها للمحكمة العرفية مباشرة عن طريق الإدارة

(Drake and Wallach, 1998) إلى عوامل خطر الاضطرابات النفسية، وهي التي تعمل على تطوير اضطراب استخدام المواد، كما ترتبط خطورة الإدمان بالاضطرابات النفسية التي يعاني منها المدمنون كالقلق والاكتئاب (خليفة والمشعان، 1999)، وبين مياسا (1997) أن تعاطي المخدرات يعتبر تعويضاً عن حالة الاكتئاب والقلق التي يعيشها المدمن، وقد يلجأ إلى الإدمان هرباً من حالة الحرمان العاطفي التي يعانيها. وأن الاضطرابات هي التأثيرات التي تصيب منظومة معينة وتؤدي إلى تبدلات أساسية في وظائف هذه المنظومة وحالتها. وقد أظهرت النتائج وجود مستوى عالٍ من القلق ومستوى متدنٍ من تقدير الذات لدى المدمنين مقارنةً بغير المدمنين. وأن المدمنين الذين يقعون في الاضطرابات النفسية يحتاجون لعلاج خاص، وأن علاجهم وتقييمهم صعب، وهم يحتاجون إلى خدمات صحية متنوعة ومجموعة متنوعة من الأنظمة؛ العلاج النفسي وسحب المواد المخدرة من الجسم، وخدمات طبية أخرى ذات تكلفة علاجية أعلى لأنهم يحتاجون لمزيد من التدخلات، وهم أكثر انتكاساً وتوتراً (Amodeo, et al., 2008).

الدعم الاجتماعي: هنالك تعريفات متعددة للدعم الاجتماعي، فهي المساندة الاجتماعية والارتباط والانتماء لشبكة اتصالات اجتماعية، تتطلب القيام بواجبات متبادلة بين أفراد المجموعة داخل الشبكة، ويتم خلالها تفاعل، وبنشاً من خلالها في النهاية علاقة حب واعتناء متبادلة بين أفراد الشبكة (Cop, 1976). وذكر سارسون وسارسون (Sarason Sarason and Pierce, 1993) بأنه شعور الفرد بوجود أشخاص مقربين يقفون بجانبه عند حاجته إليهم. ويشار إليه بمقدار الدعم الذي يقدمه الأشخاص المهمين في حياة الفرد، والذين يقدمون له الدعم بشكل أو بآخر. ويمكن أن يكون الدعم عاطفياً، أو مالياً أو استشارياً. ويمكن قياس شكل آخر من أشكال الدعم والذي يساعد الفرد في الوصول إلى شبكة أوسع من الأشخاص، بما يسهم في تشكيل هيكل شبكة اتصالات الفرد اجتماعياً. وقد ذكر نيوكومب وبينتلير (Newcomb and Bentler, 1988) أن للدعم الاجتماعي آثار إيجابية على مختلف أنواع المشكلات التي يعاني منها المراهقون. وقد أظهرت دراسة ماكثري وانجلن (McCarthy and Anglin, 1990) بأن نقص الدعم العائلي يفتح المجال لإدمان المواد المتنوعة لدى الأطفال. فالبيئة الأسرية التي يجد فيها الفرد ما يحتاج إليه من دعم تخفف من احتمال تعرضه للاضطرابات النفسية. وقد وجدت دراسة ويلز وكليري (Wills and Cleary, 1996) أن دعم الوالدين يرتبط عكسياً باستعمال المخدرات. وتبين نتائج دراسة ديني (Denny, 2004)

(WHO, 2006). وتختلف العلامات المميزة الأولى باختلاف الاضطرابات. ولا بد للأشخاص الذين يظهر عليهم واحد أو أكثر من الأعراض المبيّنة أعلاه التماس مساعدة المهنيين المتخصصين في حال استمرار تلك الأعراض، أو تسببها في ضيق نفسي كبير، أو في تعطيل الملكات اللازمة للاضطلاع بالوظائف اليومية. ومن بين الاضطرابات النفسية المعروفة الاكتئاب وإدمان المواد والفصام والانتواء على الذات في مرحلة الطفولة والخرف. ويمكن أن تصيب تلك الاضطرابات الرجال والنساء في كل مراحل العمر أياً كانت أصولهم وأعرافهم. وعلى الرغم من عدم الإلمام كلياً بالأسباب المؤدية إلى حدوث الكثير من الاضطرابات النفسية، فإن هناك من يرى أنها تحدث جزاءً مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مثل المصائب الكبرى التي تحلّ بالإنسان، وصعوبة الأوضاع الأسرية، والأمراض التي تصيب الدماغ، والعوامل الوراثية أو الجينية والمشاكل الطبية. ويمكن في معظم الأحيان تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها بفاعلية (WHO, 2006)، وتشمل الأعراض النفسية كل التغيرات التي يشعر بها المريض ويبلغها للطبيب أو المعالج (الجزائري وآخرون، 1999).

وأظهر سويف وآخرون (1994) أن هنالك علاقة بين التعاطي والإصابة بالمرض النفسي أو العضوي. ووجد ديمبو وآخرون (Dembo et al., 1990) أن الشباب الذين تم تصنيفهم أن لديهم مشكلات انفعالية كالقلق والاكتئاب وغيرها، أو أنهم معزولون اجتماعياً، ووحيدون يميلون لتعاطي الكحول والماريجوانا واستخدام المخدرات غير المشروعة بمستويات أعلى من غيرهم من الشباب الذين ليس لديهم مشكلات نفسية وانفعالية. وأكد كل من المعهد الوطني لمتعاطي المخدرات (1993) وميلير وجيفرسون ولوكفيلد (Miller, Leukefeld and Jefferson, 1994) أن الاضطرابات النفسية المرضية الأكثر شيوعاً مع تعاطي المخدرات هي؛ الاكتئاب، واضطرابات القلق بما في ذلك الرهاب، والشخصية المعادية للمجتمع. ووجدت دراسة (Nishith, Mueser and Gupta, 1994) أن استعمال مواد الهلوسة يرتبط بمستويات أعلى من الذهان (وهي إحدى الاضطرابات النفسية). وهذه النتيجة تتفق مع ما وجدته دراسة مبكرة من أن الانغماس في استعمال الماريجوانا يرتبط بدرجة مرتفعة من القلق والعصابية والذهانية (Wells and Stacey, 1976). وفي دراسة (Brooner, 1997) حول الاضطرابات النفسية وإساءة استعمال عقار الميثادون على عينة مكونة من (716) فرد من الذكور والإناث، وجد أن (47%) من العينة وجدت لديهم علاقة بين الاضطراب والإدمان. وقد أشار (Mueser,

والخارجي، وتتقارب المثالية مع الخبرة المعاشة. أما روزنبرغ (Rosenberg, 1989) يعرف تقدير الذات أنه "التقييم الذي يقوم به الفرد لذاته، ويعمل على المحافظة عليه نحوها، أي هو اتجاه الفرد نحو ذاته سلبي أو إيجابا، ويعبر عنه باتجاهات القبول أو الرفض وهو تقييم كلي لقيمته. ويرى ريزونر (Reasoner, 2000) انه تقييم الفرد لنفسه متضمنا قبول الفرد لذاته أو رفضها، ومدى شعوره بالجدارة والفاعلية، ويرى أتكسون وهورني (Atkinson and Hornby, 2002) بأنه شيء مكتسب يتعلمه الفرد منذ طفولته من خلال الخبرات والظروف التي يمر بها، ومن تعامله مع الآخرين، أي انه يبدأ في التطور منذ الطفولة. وأن هناك عدة عوامل تؤثر في تقدير الفرد لذاته؛ منها ما يتعلق بالفرد نفسه مثل استعداداته وقدراته والفرص التي يستطيع أن يستغلها بما يحقق له الفائدة، ومنها ما يتعلق بالبيئة الخارجية وبالأفراد الذين يتعامل معهم؛ فإذا كانت البيئة تهيب للفرد المجال والانطلاق والإنتاج والإبداع فإن تقديره لذاته يزداد، أما إذا كانت البيئة محبطة وتضع العوائق أمام الفرد بحيث لا يستطيع أن يستغل قدراته واستعداداته ولا يستطيع تحقيق طموحاته فان تقديره لذاته ينخفض، كذلك فان نمو تقدير الذات لا يتأثر بالعوامل البيئية والموقفية فحسب ولكنه يتأثر بعوامل دائمة مثل ذكاء الفرد وقدراته العقلية وسمات شخصيته والمرحلة العمرية التي يمر بها (سلامة، 1978). ويرى مورفين وبومستير (Muraven, and Baumeister, 2000) أن تقدير الذات يتكون من مكونات هي (1) الشعور بالانتماء، أي يشعر الفرد بأنه ينتمي إلى جماعة مقبول فيها. (2) الشعور بالكفاءة، أي أن الفرد يشعر بأنه يحقق أهدافه من خلال انجازاته التي ترتبط بهذه الأهداف. (3) الشعور بالقيمة، يشعر الفرد باهتمام الآخرين من خلال تفاعله معهم، ويحس بتقبلهم له بما يرفع تقديره لذاته، وأكد كراناوا وآخرون بأن الأفراد ذوي التقدير المرتفع للذات هم الأكثر قدرة على السيطرة على أنفسهم والتحكم في حياتهم وهم متفائلون وواقعيون في مواجهة التحديات. أما ذوي تقدير الذات المتدني يشعرون بالعجز والتشاؤم ويفقدون حماسهم بسرعة ويستسلمون بسهولة ويصفون أنفسهم بصفات سلبية ويتعاملون مع الغضب والتعب بطريقة غير مناسبة فيتجهون نحو الانتقام من أنفسهم أو من الآخرين (شيفر وميلمان، 2008). وأهم ما يميز شخصية المدمن هو اهتزاز هذا الاتساق، حيث يبدو القلق كنتيجة لانخفاض اعتبار الذات واحترامها، وتتعدّد الصورة عند الدخول في دائرة التعاطي، حيث ينظر إليه الآخرون نظرة تجعله محاصرا وبالتالي ينظر إلى نفسه بشكل سلبي ويزداد انخفاض تقديره لذاته، فتتزايد الحاجة للهروب من خلال الدخول في بوابة

أن الصلات الأسرية والأقران تعمل كواق من الإصابة بالاكنتاب.

وفي دراسة فترباتريك وآخرين (Fitzpatrick, Piko, Wright and LaGory, 2005) على عينة من السود الأمريكيين تبين أن هنالك علاقة عكسية بين الدعم الاجتماعي والأعراض الاكتئابية مما يشير إلى أن الدعم الاجتماعي يعمل كواق من نشوء الأعراض الاكتئابية. وتؤكد نتائج دراسة بينويل وبامر (Banwell and Bammer, 2006) بأن الإناث اللواتي يتعاطين مواد مخدرة بصورة غير قانونية لا يجدن الدعم الاجتماعي الذي تجده الأخريات. ويمثل الدعم الاجتماعي وبالذات الأسري خطا دفاعيا واقيا ضد التعرض لأحداث الحياة الضاغطة. ويساهم الدعم الاجتماعي في صحة الفرد إيجابيا، إذ أن شبكة الدعم الاجتماعي تتبنى سلوكيات صحية وتشكل نمط صحي مثل ممارسات التوقف عن التدخين، وتقديم شبكة الدعم الاجتماعي سلوك مبادر في أوقات المرض والحاجة، وتقديم المشورة اللازمة وتحفز الفرد على القيام بسلوكيات إيجابية، وفي حالة الإدمان تكون ممارسات الأسرة سلبية، ولا أن تكون دائما إيجابيا. وهناك إستراتيجيتان لتحسين شبكة الدعم الاجتماعي، الأولى: أن يصبح أكثر اعتمادا على الذات، والكشف عن دعمه للآخرين، وبالتالي تحسين على الشبكة القائمة. أما الإستراتيجية الثانية: هي الانضمام إلى فريق الدعم التي هي في جوهرها شبكة من الناس الذين يتشاركون لمواجهة مشكلة معينة، ويلتقون سويا لمساعدة بعضهما البعض. وهناك العديد من مجموعات الدعم التي تقدم مساعدة لمشكلات كثيرة ومتنوعة. إذ أن الدعم الاجتماعي يمثل خطا دفاعيا واقيا ضد التعرض لأحداث الحياة الضاغطة (Guerrero, Hishinuma, and Andrade, 2006).

تقدير الذات: يعرف انجلش وانجلش (English and English, 1958) بأنه التركيز على تقييم صريح للنقاط الحسنة والسيئة في الفرد. ويعرفه روجرز (Rogers, 1969) بأنه اتجاهات الفرد نحو ذاته والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي، أن كل فرد ينظر إلى نفسه بطريقه ما، فالبعض يرون أنفسهم أقل من الآخرين، وبالتالي ينعكس ذلك على سلوكهم فنجدهم لا يتصرفون بحماس وإقبال نحو غيرهم من الناس، والبعض الآخر يقدرون أنفسهم حق قدرها. وبالتالي ينعكس ذلك أيضا على سلوكهم نحو غيرهم، نجدهم يتصرفون أفضل مع غيرهم. ويعود تقدير الذات إلى القدرة الشخصية على تحقيق تألف بين اتجاهات الفرد وقيمه وجدارته وكفايته في نظام متكامل داخل الشخصية، ويتأرجح تقدير الذات وفقا لتأرجح هذه المنظومة بين الإيجابية والسلبية، ومستوى الرضى الداخلي

العقاقير والإدمان (عسكر، 2010).

العلاج التعبيري: أن العلاج التعبيري هو احد أساليب العلاج النفسي التي تعتمد على عملية تفاعلية بين شخص وموئل يستكشف الأفكار والمشاعر والسلوك للمساعدة في حل المشكلة، واستخدام مجموعة متنوعة من العلاجات لحل المشكلات. وقد انشئ في جامعة ليزلي أول أكاديمية للعلاج التعبيري في عام 1974. واستخدم المعالجون طرائق الفن التعبيري المتعددة إلى جانب أساليب أخرى في العلاج النفسي، ولكن غالباً ما تركز على طريقة محددة. ويعتمد العلاج التعبيري على الفنون والتعبير الإبداعي في عملية الشفاء. ويشيع استخدام هذا النوع من العلاج لعلاج أمراض مثل الاكتئاب والقلق والحزن من بين حالات مرضية أخرى (Malchiodi, 2005). وقد ثبت فعاليته في علاج المدمنين الذين يعانون من اضطراب الاعتماد على المخدرات في الولايات المتحدة، كما أن هذا النوع من العلاج يعمل على غرس الالتزام بعملية التغيير للنجاح والتعافي من تعاطي المخدرات والاعتماد عليها، كذلك تسمح للمعالج في الحصول على صورة أوضح لمشكلات المسترشدين والحلول من وجهة نظرهم (Diehls, 2008). ويعتمد العلاج التعبيري على الفن والموسيقى والدراما وغيرها من الوسائل التعبيرية، وقد لعبت الفنون والنشاطات التعبيرية دوراً مهماً في علاج المضطربين قديماً، ففي حدود العام 500 قبل الميلاد اعتمد المصريون القدماء الحفلات الموسيقية والرقص في معالجة المرضى العقليين، كما استعمل اليونان العمل الدرامي المسرحي كطريقة لتطهير الأفراد المتوترين من مشاعر القلق، واستخدمت أمم أخرى الموسيقى وفنون أخرى للترويج عن النفس والاسترخاء. بينما اعتمد الرومان على الأدب والشعر للترفيه عن النفس المتضررة (أبو الكباش ونزال، 2011). وقد ظهر العلاج التعبيري لأول مرة باعتباره شكلاً من العلاج المعترف به في عام 1940 في أوائل القرن 20، بدأ الأطباء النفسيين استخدام التشخيص بالفن للمرضى الذين يعانون من مرض عقلي، وبدأ المربون يدركون أن الأعمال الفنية التي أنشأها الأطفال يمكن أن تشير إلى حقائق هامة حول التقدم الذي أحرزوه، واكتشف خبراء الصحة النفسية والتربوية أن الفن يعمل على التعبير عن الذات، ويلعب دوراً حاسماً في التواصل والحفاظ على صحة الفرد. وبدأ تقديم "العلاج بالفن" منذ عام 1950، في المناهج الدراسية لاستكمال العلاجات التقليدية. وقد أظهرت ممارسته فعالية كبيرة في العديد من مجالات المعاملة الإنسانية (Battaglia, 2009). ويعتمد العلاج التعبيري على ردود المسترشدين البصرية واللفظية، وكذلك صور لسرد قصة. لأن الصور هي شكل من

أشكال التواصل غير اللفظي، ويفترض أن يسعى المعالج لإظهار الرسائل المخفية لدى المسترشدين من خلال الصور (Diehls, 2008). وذكرت روجرز (Rogers, 2001) إن التقنيات التي يستخدمها المعالج لخلق مكان آمن للتغيير ويشمل التعاطف والصدق والانفتاح والتشجيع والرعاية، وهي صفات تساعد على خلق بيئة مريحة للمسترشدين للتعبير واستكشاف مشاعرهم. ويشمل العلاج التعبيري الرقص والدراما والأدب والموسيقى والشعر والفنون البصرية مع ممارسة العلاج النفسي.

العلاج بالفن: تم استخدام الفن لأول مرة في عام 1930، ومثل غيرها من أشكال العلاج التعبيري، ويمارس الآن في المستشفيات والعيادات والمؤسسات العامة والمجتمع، ومراكز للاستشفاء، والمؤسسات التعليمية والشركات والعيادات الخاصة. وتتمثل بتطبيق مجموعة متنوعة من الطرائق الفنية بما في ذلك؛ الرسم والصلصال، والرسم والنحت. ويعتقد أن هذه الأساليب الفنية قد تساعد الناس على التعامل مع الصراعات الداخلية، بحيث يصبح أكثر وعياً للذات الداخلية.

العلاج الحركي/الرقص: وهذا النوع من العلاج التعبيري يتضمن فنون الدفاع عن النفس فضلاً عن العديد من أنواع الرقص، إنه يهدف إلى مساعدة الناس في الإفراج عن العواطف المكبوتة والحصول على السلام الداخلي. وقد يكون مفيداً بشكل خاص في الوصول إلى الشعور بالسلام مع جسده بعد تعرضه لسوء المعاملة. وأصبح هذا النوع من العلاج متميزاً في عام 1940، ويعرف استخدام العلاج النفسي بالعلاج بالحركة.

العلاج الدرامي: العلاج الدرامي هو الاستخدام المتعمد لعمليات الدراما و/أو المسرح لتحقيق الأهداف العلاجية. ذلك هو علاج فعال، وهو يقوم على التجربة. ويمكن أن يوفر إطاراً بديلاً للمريض لربط الصراعات الداخلية والمشاعر. ويمكن أن يستكشف نشاط الخبرات الداخلية، وتعزيز مهارات العلاقات بين الأشخاص.

العلاج بالموسيقى: استخدمت الموسيقى كأداة للشفاء منذ القدم فهي مشار لها في الكتابات القديمة مثل كتابات فيثاغورس وأرسطو وأفلاطون. وفي كتابات العصر الحديث، وأصبح العلاج بالموسيقى معترف به في أوائل القرن العشرين.

العلاج بالشعر: لقد استخدمت الكتابة الإبداعية كطريقة للعلاج في الولايات المتحدة منذ أكثر من 200 عام في أحد مستشفيات ولاية بنسلفانيا. ويستخدم حالياً لعلاج مجموعة واسعة من الاضطرابات.

العلاج باللعب: يستخدم المعالجون القوى العلاجية لمساعدة

أما دراسة آل خليفة (2007) التي هدفت تقييم فاعلية العلاج المقدم للمدمنين والمشكلات التي تواجههم أثناء فترة العلاج، فتألفت عينتها من (90) من المدمنين، وقد استخدمت الباحثة استبانتيين لجمع البيانات، الأولى للمدمنين حول فاعلية العلاج المقدم لهم والثانية للفريق المعالج، وقد تم جمع البيانات من خلال المقابلة الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى عدم فاعلية العلاج المقدم لهم من وجهة نظر المدمنين.

الدراسات ذات العلاقة بالدعم الاجتماعي:

أشارت دراسة ونرايت وشارلوت (Wainright and Charlotte, 2006) إلى أن الانحرافات السلوكية واستعمال المخدرات يقل بين المراهقين الذين يصفون علاقتهم بالديهم بأنها علاقة حميمة، لذا يحتاج المدمنون إلى برامج علاجية للتخفيف من الاضطرابات النفسية والاستفادة من دعم الأسرة. وفي دراسة (Abdul Rahman, et al.,2009) التي هدفت للتعرف على الدعم الاجتماعي المتصور من قبل المدمنين بين ثلاث جماعات عرقية وهي (الماليزية والهندية والصينية) وقد شارك في هذه الدراسة (163) من المدمنين الذكور من مختلف مراكز إعادة التأهيل، وتألفت عينة غير المدمنين من (94) طالبا من جامعة كابينكسان الماليزية، وقد استخدم في هذه الدراسة؛ المقابلة بهدف توجيههم للتعرف على مصادر الدعم المتوفرة في مجتمعهم، وطبق استبانة لاستكشاف أسباب العودة للإدمان. وأظهرت النتائج وجود تشابه في الدعم الاجتماعي من قبل الثلاث عرقيات، وهي إستراتيجية فاعلة لتغلب على أسباب العودة للإدمان ولإعادة تأهيل المدمنين.

الدراسات ذات العلاقة بتقدير الذات

في دراسة (O'mahony and Smith,1984) التي هدفت لمعرفة واقع تقدير الذات لدى متعاطي الهيروين وغير المتعاطين داخل السجون وخارجها، على عينة مكونة من (20) متعاطيا للمخدرات داخل السجن و(20) فردا من غير المتعاطين داخل السجن، و(20) فردا من غير المتعاطين خارج السجن في الولايات المتحدة الأمريكية واستخدم الباحثان في هذه الدراسة مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، فقد أظهرت النتائج مستويات متدنية من تقدير الذات لدى المتعاطين وغير المتعاطين داخل السجن مقارنة مع غير المتعاطين خارج السجن. أما دراسة المالكي (1990) والتي هدفت إلى تحليل بعض السمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في دولة قطر، وطبقت على عينة مكونة من (60) فردا من المتعاطين، و(30) من غير متعاطين، و(30) من المتعاطين لمادة الهيروين، وتم تطبيق مقياس أيزنك للشخصية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تدن في تقدير الذات لدى المتعاطين

المسترشدين على حل الصعوبات النفسية وتحقيق النمو والتنمية النفسية. واحد مجالات العلاج باللعب؛ العلاج بالرمال (الرمل) هو شكل إيداعي من العلاج النفسي يستخدم الرمل لاستكشاف المسترشد طبقات النفس العميقة بشكل جديد تماما عن طريق إنشاء سلسلة من "صور الرمال" ويستخدم نهج الفنون المتكاملة أو الوسائط المتعددة الذي يشمل اثنين أو أكثر من العلاجات التعبيرية لتعزيز الوعي وتشجيع النمو العاطفي، وتعزيز العلاقات مع الآخرين (Malchiodi, 2005).

الدراسات السابقة: سيتم عرض الدراسات السابقة وفق متغيرات الدراسة:

الدراسات ذات العلاقة بالاضطرابات النفسية

أشارت البيومي (2002) بدراسة تجريبية لمعرفة فاعلية برنامج إرشادي لدى طلاب الثانوية من مدمنين البانجو في القاهرة- مصر، على عينة الدراسة (64) طالبا من طلاب المرحلة الثانوية، وقسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، واستخدمت مقياس تعاطي المخدرات الذي أعده عبد الله عسكر في جامعة الزقازيق، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للدكتور عبد العزيز الشخص في جامعة عين شمس، ومقياس العوامل الاجتماعية النفسية المؤدية لتعاطي البانجو، وكانت نتائج الدراسة تدل على وجود فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية.

أما في دراسة قوافنة (2006) التي هدفت إلى خفض القلق والاكتئاب لدى عينة من المدمنين، وقد كانت عينة الدراسة (30) مدمنًا وقد اختيروا بطريقة قصديه، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد استخدم مقياسي القلق والاكتئاب في دراسته، وطبق عليهم برنامج إرشاد جمعي، وأظهرت نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس الأبعدي للقلق والاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة الزعبي (2007) التي هدفت إلى التعرف على مستوى القلق وتقدير الذات لدى عينة من المدمنين، وقد تألفت عينة الدراسة من (120) فردا، منهم (60) فردا من المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية والخاضعين للعلاج في مراكز علاج المدمنين، و(60) فردا من غير المدمنين. وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة مقياس سيبيلبرغ لقياس القلق ومقياس تقدير الذات، وأظهرت نتائج اختبار (ت) وجود فروق في مستوى القلق وتقدير الذات بين المدمنين وغير المدمنين، وأظهرت نتائج الاختبار فروقاً في مستوى القلق وتقدير الذات بين المدمنين وغير المدمنين حسب المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية.

القصدية وعددها (106) مدمنين. وقد توصلت الدراسة إلى أن درجات أفراد عينة الدراسة مرتفعة على مقياس الضغط النفسي الاجتماعي (الأسري المهني والاقتصادي)، كذلك وجود علاقة سالبة بين درجات الضغط النفسي الاجتماعي ومستوى تقدير الذات لدى أفراد عينة الدراسة. أما دراسة كيرش (Kirsch, 2008) التي هدفت لخفض حدة القلق والاكتئاب ورفع تقدير الذات لدى متعاطي المخدرات. وتكون أفراد الدراسة من (50) ممن تروحت أعمارهم بين 18-25، وقد استخدمت الباحثة اختبار روزنبرغ لتقدير الذات واختبار يونغ (Yong Schema)، واختبار بيك للاكتئاب واختبار القلق لبيك، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج أدى إلى مستويات خفض الاكتئاب والقلق مما كانت عليه قبل العلاج. أما دراسة أبو غزالة (2010) التي هدفت إلى خفض حدة الإدمان ورفع تقدير الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، وقد استخدمت الباحثة في هذه الدراسة مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، وتكونت عينة الدراسة من 26 طالبا ممن حصلوا على درجات منخفضة على مقياس تقدير الذات، وتم تقسيم أفراد الدراسة إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، وقد استخدمت الباحثة اختبار ويلك وكسون للكشف عن دلالة الفروق، ووضحت نتائج هذه الدراسة فاعلية البرنامج الإرشاد الجمعي في تحسين تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

الدراسات التي تناولت العلاج التعبيري:

وهناك عدد من الدراسات السابقة هدفت إلى معالجة المدمنين من خلال برامج إرشاد كاملة بالطب النفسي منها، دراسة كوكس وبرايكس (Cox and Price, 1990) التي هدفت إلى علاج المدمنين باستخدام العلاج عن طريق الفن كأداة للتحويل على إنكار المراهقين المشاركين في العلاج من تعاطي المخدرات. وكان أفراد الدراسة (8) مدمنين وأعمارهم ما بين (13-18) عام. وجرى تقييم المرضى في البداية لمساعدتهم في التخلص من إدمانهم، وقد كان أحد أشكال التدخل هي رسم الحدث. وساعدت في معرفة القضايا الكامنة وراء الإنكار مثل الشعور بالخجل من خلال تقديم الحادث الذي وقع أثناء الشرب". وجعل لدى المدمنين نظرة ثاقبة في عدم القدرة على التحكم في إدمانهم. وأفاد أن تجهيز رسومات الحادث لها آثار قوية عندما تم تفسير الرسوم المشتركة في إطار المجموعة. وسهلت على المجموعة عملية فهم الآثار السلبية من تعاطي المخدرات، كما أن المشاركين سجلوا ردود فعل على الحوادث الخاصة بهم، وأظهرت النتائج أن طبيعة العملية الفنية سمحت للمراهقين في التخفيف من الدفاعات والانفتاح للعملية العلاجية.

مقارنة بغير المتعاطين. وقد أجرى كنيبر وآخرون (Kinner, et al., 1994) دراسة هدفت إلى التعرف على أثر استخدام المخدرات بتقدير الذات والاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (61) مدمنا ومتعاطيا للمخدرات، منهم (48) متعاطيا من مدرسة ثانوية و(13) مدمنا على المخدرات من مصحيتين علاجيتين. وبينت الدراسة أن الأفراد المدمنين على المخدرات والخاضعين للعلاج أكثر اكتئابا وأقل تقديرا لذاتهم مقارنة مع الطلبة المتعاطين، وأن تقدير الذات يتناسب عكسيا مع شدة تعاطي الإدمان، أي كلما تدنى تقدير الفرد لذاته كلما ازداد التعاطي للمخدرات وشدة الإدمان عليه. وفي دراسة (الشرعة وأبو درويش، 1999) والتي من أهدافها التعرف على تقدير الذات لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات مقارنة بغير المتعاطين من نفس الأسرة في الأردن، وتكونت عينة الدراسة من (73) فردا منهم (50) متعاطيا للمخدرات و(23) من إخوتهم غير المتعاطين. وقد استخدم الباحثان مقياس تقدير الذات الذي طوره جبريل (1983) ومقياس الشعور بالوحدة الذي طوره رسل وزملاؤه 1980. وأظهرت نتائج اختبار (ت) وجود تدني في تقدير الذات لدى المتعاطين مقارنة بإخوانهم غير المتعاطين. ويعاني الأفراد الذين يتعاطون المخدرات في كثير من الأحيان من تدني تقدير الذات، فالثقة بالنفس هي مفتاح التركيز في العمل. وقد جاء بدراسة مايرك (Mierke, 1995) بأن زيادة الثقة في الذات تساعد المسترشدين على التأقلم والاستفادة من العلاج، وأن زيادة احترام الذات يساعدهم على التغيير ويزيد قدرتهم الذاتية، ويعمل الثقة على مساعدة المسترشدين في المحافظة على الرصانة ورفض سلوك التعاطي عند تواجده المواد. ويساعد تقدير الذات المسترشدين على التأقلم مع الصعوبات التي تواجههم عند عملية الشفاء، وذكر (Velasquez et al., 2001) بأن رفع تقدير الذات لدى الأفراد الذين يسيئون استخدام المواد يمكن أن يزيد ثقتهم وقدرتهم على العلاج والشفاء. وقد وجدت دراستي (Silverstone and Salsali, 2003) , (Overholser, Adams, Lehnert, and Brinkman, 1995) وجود علاقة بين تدني تقدير الذات واضطرابات نفسية وعلى وجه التحديد مع تشخيص الأفراد الذين يتعاطون المواد المخدرة، وجد أنهم يعانون من مستويات أقل بتقدير الذات في المقارنة مع ظروف نفسية أخرى مثل القلق واضطراب ثنائي القطب والمزاج الاكتئابي وتقدير الذات.

أما في دراسة بوزقاق (2008) التي تناولت علاقة الضغوط النفس اجتماعية بتقدير الذات لدى المدمنين المسجونين. ولقد استخدمت: مقياس تقدير الذات لكوير سميث واستبيان الضغوط النفس اجتماعية. طبقت على عينة اختيرت بالطريقة

تجريبية (10) افراد ومجموعة ضابطة (10) افراد. والجدول (1) يمثل وصفاً لأفراد الدراسة.

أدوات الدراسة: استخدم في هذه الدراسة خمس أدوات على النحو الآتي:

أولاً: استبانته المعلومات الديموغرافية: تضمنت أسئلة تتعلق بمعلومات عن العمر والمستوى التعليمي، المادة التي يتعاطاها والحالة الاجتماعية، وتم جمع المعلومات من كل عضو خلال الجلسة التمهيدية قبل بدء البرنامج.

ثانياً: مقياس روزنبرغ لتقدير الذات: صمم اختبار تقدير الذات لروزنبرغ في منتصف 1960، من أجل دراسة تقدير الذات لدى عينة عشوائية شملت على طلبة (10) مدارس ثانوية بمقاطعة نيويورك، وضمت (5024) من المراهقين تتراوح أعمارهم ما بين (12 - 19) سنة. وصممت الإجابة عنه في الأصل على طريقة مقياس جوتمان ثنائي الوزن، إلا أنه تم تعديل الإجابة للاختبار وفق تدرج قياس ليكرت يشمل 4 بدائل للإجابة هي: موافق بشدة، موافق، غير موافق، غير موافق بشدة. ويتكون الاختبار من (10) بنود أو عبارات، تقيس تقييم الذات العام، منها 5 بنود موجبة، و5 بنود سالبة. وتكون الإجابة في حالة البنود الموجبة: 1،2،3،4، وتأخذ الدرجات في الحالة السالبة: 3،4،1،2. (Wang, et al., 2001).

صدق المقياس: تحقق الصدق الظاهري للمقياس أي صدق المحتوى من خلال عرضه على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والإرشاد لبيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات المقياس ووضوحها، وكان نسبة الاتفاق على الفقرات 80%، وتم تعديل بعض الفقرات بناء على آراء المحكمين مثل (على العموم أنا ميال للإحساس بأني شخص فاشل، فقد تم تعديلها ل(أشعر بأني شخص فاشل).

ثبات المقياس: تم استخراج معامل الاتساق للمقياس باستخدام معامل كرونباخ ألفا وبلغ (0.86)، ومعامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار، حيث تم تطبيق المقياس على عينة خارج عينة الدراسة من نزلاء مركز علاج وتأهيل المدمنين التابع دائرة مكافحة المخدرات في الأمن العام في عرجان، والبالغ عددهم (22) متعاطياً لمختلف أنواع المخدرات، والذين تراوحت أعمارهم بين (19-64)، وبعد (12) يوم تم إعادة تطبيق الاختبار على نفس الأفراد وبلغ معامل ارتباط بيرسون (0.74).

ثالثاً: مقياس الدعم الاجتماعي (NSSQ): هو مقياس نوربيك (Norbeck) الذي يقيم الدعم الاجتماعي الذي يقدمه الأفراد في شبكة المشاركة الاجتماعية، حيث تضم شبكة المشاركين كل شخص مهم في حياة الفرد. وللمقياس مكونات متعددة من الدعم الاجتماعي وخصائص فنية للدعم الاجتماعي

أما دراسة مايرك (Mierke,1995) التي استخدمت فيها العلاج بالفن كأداة تدخل في 90 يوماً لمدمني المخدرات والكحول، وقد استخدمت خطوات أل (12) لمتعاطي الكحول المجبولين والذي استخدم كمصدر لمواجهة الإنكار وعواقب سلوك الإدمان من خلال العمليات الفنية في كل أسبوع. وكان هدف هذه الدراسة رفع تقدير الذات، وتم استخدام تصميم المجموعة الواحدة في دراسة نوعية، واستخدمت نظام التقدير الذاتي بعد كل جلسة لقياس مشاعرهم نحو مهام الفن والاستبصار الذاتي من خلال خبرة العلاج، كما استخدمت مقياس روزنبرغ لتقدير الذات توصلت إلى أن العلاج بالفن ساعد المشاركين في مواجهة الإنكار والاعتراف وتقبل مشاعرهم وإنهم سيتجنبون عواقب سلوك الإدمان لحماية ذاتهم.

وفي دراسة ديبلز (Diehls, 2008) التي تناولت فعالية العلاج بالفن في علاج الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الإدمان وكان أفراد الدراسة (12) مشاركاً من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (20-57) وقد اختيروا بطريقة قصديه. وكان يتم علاج المشاركين في مركز علاج تعاطي المخدرات من خلال مراحل التغيير، وقد استخدم مقياس (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) لقياس مراحل التغيير المسيطرة، وكانت مدة العلاج (4) أسابيع، وقد تم تسجيل استجابات المشاركين اللفظية وغير اللفظية، وقد تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مترابطين، وأظهرت النتائج تحسناً على القياس البعدي لمقياس (SOCRATES)، وفي البيانات النوعية أظهر المشاركون زيادة في المشاركة والشعور بالراحة مع عملية العلاج بالفن، وكانت نتائج الدراسة مشجعة لاستخدام العلاج عن طريق الفن مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الإدمان.

يتضح مما تم عرضه بالإطار النظري والدراسات السابقة بأننا نجد ندرة في البرامج والمعالجين النفسيين والمرشدين الذين يعملون في المراكز والمستشفيات التي تقدم علاج طبي نفسي للمدمنين وخاصة البرامج التي تعتمد على الأسلوب التعبيري. كما انه لا يوجد خدمات نفسية إرشادية من خلال برامج إرشاد لمساعدة المدمنين أثناء مرحلة إعادة التأهيل أو التعافي أو الدعم الاجتماعي لهم. وهناك حاجة إلى خدمة الإرشاد وفق برامج علاجية معدة لهذه الفئة.

الطريقة والإجراءات

أفراد الدراسة: تكون أفراد الدراسة من المدمنين الموجودين في مركز تأهيل وعلاج المدمنين التابع لمديرية الأمن العام في منطقة عرجان في عمان. وعددهم (20)، وقد اختيروا بالطريقة القصدية، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة

منها الدعم العاطفي والمادي، وخصائص الشبكة الدعم (مثل) الاستقرار العلاقات، وتواتر الاتصال)، وبيانات وصفية عن الخسائر الأخيرة للعلاقات الداعمة؛ بالإضافة إلى حساب مقدار الدعم من مصادر معينة (مثل الأقارب والأصدقاء). وهذه البيانات، تسهل الوصول إلى الخبرة الداعمة إحصائياً للتسجيل والتفسير.

الجدول (1): وصف لأفراد الدراسة

الرقم	العمر الزمني	مستوى التعليم	الحالة الاجتماعية	الدخل الشهري	نوع المادة المتعاطة
1	23	طالب جامعي	أعزب	3000 د.أ	كوكابين
2	32	دبلوم	أعزب	600	مواد متنوعة
3	26	دبلوم	أعزب	400	مواد متنوعة
4	19	دبلوم	أعزب	100	حشيش وكحول
5	30	بكالوريوس	أعزب	2000	هيروين
6	27	بكالوريوس	متزوج	320	مواد متنوعة
7	29	بكالوريوس	أعزب	280	حشيش وكحول
8	19	ثانوي	أعزب	(700)	كوكابين ومواد أخرى
9	26	دبلوم	متزوج	350	غراء وكحول
10	23	اعدادي	أعزب	300	مواد متنوعة
11	20	طالب جامعي	أعزب	2000	كوكابين
12	24	مبرمج كمبيوتر	أعزب	1600	كوكابين وماريجوانا
13	36	بكالوريوس	متزوج	غير محدد	مواد متنوعة
14	22	طالب جامعي	اعزب	1000	كوكابين وحبوب
15	24	طالب جامعي	اعزب	300	جميع المواد
16	28	ماجستير	متزوج	3000	حبوب وكحول
17	22	بكالوريوس	اعزب	300	حبوب كحول
18	20	طالب جامعي	اعزب	2500	جميع المواد
19	33	بكالوريوس	متزوج	2000	هروين وكحول
20	21	طالب جامعي	اعزب	غير محدد	كحول وكتباجون

باختيار من تدرج ليكيرت (0-4) حيث (0) ليس في جميع الأحوال إلى (4) متفق بشكل كبير. ويطلب من كل فرد الإجابة حسب وجهة نظر الحالة لكل شخص يعتقد بأنه يقدم له الدعم، لذا فإن الحالة الواحدة يكون لها أكثر من شخص يقدم الدعم الاجتماعي. ويطلب من المفحوص الإجابة على قائمة مقياس الدعم بذكر الأسماء الأولى أو الأحرف الأولى لكل شخص مهم في حياتهم الشخصية، والذي قدم أو يقدم الدعم لهم، ثم يشير إلى نوع العلاقة (مثل الزوج أو الشريك، أو أفراد الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء أو شركاء العمل أو المدرسة أو الجيران، أو مقدمي الرعاية الصحية أو المعالج، أو رجل دين) أي كل شخص يمكن أن يكون على قائمة هذه الشبكة. ثم

وفي عام 1981 تم استخدام مقياس NSSQ واختبار ثباته وصدقه (Norbeck, Lindsey, and Carrieri, 1981). وفي 1983 أجري المزيد من التجارب لتحقيق من ثباته وصلاحيته التنبؤية، وإيجاد البيانات المعيارية مع البالغين العاملين (1995) (Norbeck). وتتطلب الإجابة عن الأسئلة حول نوع الدعم الذي يقدم له من قبل كل شخص من الشبكة الاجتماعية، فضلاً عن معلومات أخرى عن هذه العلاقة. ويتم تنسيق الإجابة وفق جدول للمقياس عمودياً وأفقياً؛ بأن تتم محاذاة العناصر بصرياً للأسئلة من (1-8) بشكل عمودي، ومع قائمة الأفراد المهمين بشكل أفقي. وتستخدم جداول الدعم العاطفي للتعرف على معدل توفير الدعم من خلال الإجابة عن فقرات المقياس

خامسا: الرغبة الملحة (OC-Obsessive-Compulsive) وتقيسه الفقرات (36،5،15،26،27،32)

سادسا: العداة (HOS - Hostility) وتقيسه الفقرات (6)، (46،41،40،13)

سابعا: القلق الرهابي (HOB - Phobic Anxiety) وتقيسه الفقرات (8و28و31و43و47)

ثامنا: الاكتئاب (DEP-Depression) وتقيسه الفقرات (9و16و17و18و35و50)

تاسعا: الحساسية الشخصية (IS - Interpersonal Sensitivity) وتقيسه الفقرات (20، 21، 22، 42)

أما الفقرات المحايدة فهي: (11، 25، 30، 39، 52).

وتتم الإجابة عن فقرات المقياس وفق تدرج ليكيرت (4،3،2،1،0) حيث يشمل 5 بدائل: لا يحدث أبداً، نادراً، أحياناً، غالباً، دائماً، ويستغرق تطبيق الاختبار من 8-10 دقائق.

الصدق: تم التحقق من لصدق الظاهري للقائمة من خلال عرضه على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والإرشاد لبيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات المقياس ووضوحها، وكان نسبة الاتفاق على الفقرات 80%، وتم تعديل بعض الفقرات وتم تعديل ما طلب تعديله مثل (عدم الهدوء والراحة حتى أنك لا تستطيع الجلوس) ل (لدي إحساس بعدم الهدوء والراحة لدرجة تمنعني من الجلوس) - وحذف ما طلب حذفه مثل (الحاجة للاختيار والتأكد من الاختيار).

ثبات المقياس: لقد استخراج معامل الاتساق الداخلي للقائمة باستخدام كرونباخ ألفا وبلغ (0.90)، ومعامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار على عينة الدراسة من نزلاء مركز علاج وتأهيل المدمنين التابع لوزارة الداخلية - الأمن العام - دائرة مكافحة المخدرات - عرجان، والبالغ عددهم (22) متعاطيا لمختلف أنواع المخدرات، والذين تراوحت أعمارهم بين (19-64)، وبعد (12) يوم تم إعادة تطبيق الاختبار على نفس الأفراد. وتم استخراج معامل بيرسون للمقياس ككل بلغ (0.76)، وللأبعاد التسعة: القلق (0.56)، الجسدية (0.43)، الذهان (0.48)، العظمة (0.82)، الرغبة الملحة (0.48)، العداة (0.43)، القلق الرهابي (0.62)، الاكتئاب (0.92)، الحساسية (0.72)،

خامسا: برنامج الإرشاد: هو برنامج إرشاد جمعي يعتمد على العلاج التعبيري ويتضمن (9) جلسات الزمنية للجلسة (120) دقيقة، وقد تم تطبيق البرنامج ما بين 1/7 إلى 31/7/2011، وجلسة المتابعة في 15/8/2011.

الجلسة التمهيدية: جلسة جمع البيانات قبل البدء بتطبيق

يطلب منه أن يوصف مقدار الدعم المتاح من كل شخص على قائمة شبكة الاتصال الخاصة بهم لثمانية الأسئلة التي يتضمنها المقياس.

صدق المقياس: لقد تحقق الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على عدد من المحكمين المختصين في التربية وعلم النفس والإرشاد لبيان مدى مناسبة كل فقرة من فقرات المقياس ووضوحها. وكان نسبة الاتفاق على الفقرات 90%، وتم تعديل بعض الفقرات.

ثبات المقياس: تم استخراج معامل الاتساق باستخدام كرونباخ ألفا وبلغ (0.95)، ومعامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار، حيث تم تطبيق المقياس على عينة خارج عينة الدراسة من نزلاء مركز علاج وتأهيل المدمنين التابع لوزارة الداخلية - الأمن العام - دائرة مكافحة المخدرات - عرجان، والبالغ عددهم (22) متعاطيا لمختلف أنواع المخدرات، والذين تراوحت أعمارهم بين (19-64)، وبعد (12) يوم تم إعادة تطبيق الاختبار على نفس الأفراد، وبلغ معامل ارتباط بيرسون (0.92).

رابعا: قائمة شطب الأعراض النفسية: صممت هذه القائمة لعكس أنماط الأعراض النفسية للمرضى النفسيين وغير المرضى. وقد تم وضعت قائمة شطب الأعراض الحالية من القائمة الأصلية التي طورها ديروكاتس Derogatis عام 1983، والمكونة من 90 فقرة للتقييم النفسي. وهي قائمة أعراض موجزة عبارة تقدم تقرير ذاتي للحالة، وقد اعتمد في تحقيق الصدق التمييزي لقائمة الشطب الموجزة على اختبار منسوتا متعدد الأوجه (MMPI). وتم استخراج معامل الاتساق الداخلي لقائمة الأعراض الموجزة الحالية باستخدام كرونباخ ألفا وبلغ (0.85). والاختبار وإعادة الاختبار وبلغ (0.71). وتم التحقق من الثبات والصدق في أكثر من 400 من البحوث والدراسات، ووجد أنها تكون بديلا مقبولا للاختبار الأصلي، وأنها جيدة ودالة إحصائيا في تمييز الأعراض النفسية (Derogatis and Melisaratos, 1983). وهي تتكون من 53 فقرة تقسم إلى (9) أبعاد للأعراض النفسية وهي:

أولا: القلق (ANX-Anxiety) وتقيسه الفقرات (1،12،19،38،45،49)

ثانيا: الجسدية (SOM - Somatization) وتقيسه الفقرات (2، 37،33،29،23،7)

ثالثا: الذهان (PSY - Psychoticism) وتقيسه الفقرات (3، 53،44،34،14)

رابعا: العظمة (PAR - Paranoid Ideation) وتقيسه الفقرات (51،48،24،10،4)

وإجراء التطبيق البعدي وتقييم البرنامج وعمل تلخيص لما جاء بالجلسات، وما هي الاستفادة من البرنامج بشكل عام.

جلسة المتابعة: تمت المتابعة بعد اسبوعين إذ طبقت أدوات الدراسة مقياس تقدير الذات وقائمة لشطب الأعراض النفسية ومقياس الدعم الاجتماعي على أفراد المجموعة التجريبية.

عرض النتائج

سيتم عرض النتائج من خلال التحقق من فرضيات الدراسة على النحو الآتي:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $(\alpha=0.05)$ بين متوسط إجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من مدمني المخدرات في الاضطرابات النفسية تعزى لبرنامج العلاج التعبيري.

لتتحقق من الفرضية الأولى تم استخراج متوسطات الإجابات والانحرافات المعيارية للاضطرابات النفسية للمجموعتين التجريبية والضابطة والتي نتضح نتائجه في بيانات الجدول (2).

الجدول (2): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات القلبية والبعدي للاضطرابات النفسية للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

متغيرات الدراسة	التجريبية		الضابطة	
	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري
الاضطرابات النفسية- قبلي	108.00	39.54	106.45	20.07
الاضطرابات النفسية- بعدي	40.88	21.97	95.09	19.23

يتضح من بيانات الجدول (2) أن هناك فروقا بين متوسط إجابات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط إجابات أفراد المجموعة الضابطة في الاستجابة للاضطرابات النفسية وفقا لنتائج الاداء على قائمة الشطب للأعراض النفسية، حيث أن متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (108.00)، ومتوسط أداء أفراد المجموعة الضابطة (106.45). أما بعد تطبيق البرنامج فإن متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية (40.88)، ومتوسط أداء أفراد المجموعة الضابطة (95.10).

ولاختبار الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تم استخدام تحليل التباين المشترك والتي توضح نتائجه بيانات الجدول (3).

البرنامج لجمع البيانات، وتشمل تعبئة استبانة البيانات الشخصية وتطبيق الاختبار القبلي لقائمة الأعراض النفسية ومقياس تقدير الذات ومقياس الدعم الاجتماعي، والمقابلات الفردية مع الأعضاء لتوضيح هدف البرنامج والإجابة عن استفساراتهم.

الجلسة الأولى: تمهيد وتعارف وتشمل: تعارف، وتعريف بالإرشاد والإرشاد الجمعي، وأهدافه وأخلاقيات مهنة الإرشاد، وتوضيح دور المرشد في المجموعة، والتعرف على توقعات الأعضاء من البرنامج الإرشادي.

الجلسة الثانية: التعرف على أخطار المخدرات وآثارها على الفرد والمجتمع، والتعريف بدورة الإدمان وتطبيقها.

الجلسة الثالثة: التعبير عن المشاعر باستخدام الفن (الرسم).

الجلسة الرابعة: التعبير عن خبرة الإدمان الذاتية من خلال عرضهم قصص تشكلت من خبرات معينة.

الجلسة الخامسة: الاعتراف والمواجهة وتلقي الدعم من المجموعة من خلال الانفتاح على الخبرات للمشاعر والأفكار، مع التركيز ومناقشة سبب وجودهم في المجموعة، واستخدام عمل فني باستخدام قصاصات المجلات واختيار ما يوضح نقاط العجز لديهم من خلال أشكال أو ألوان محددة تم تفسيرها أثناء الجلسة.

الجلسة السادسة: تقدير الذات وتمت مناقشة مفهوم الذات ومكوناته وأنواع الذات، وماذا تعني الذات لكل فرد، وكيف عليه أن يحقق تقدير ذاته، وأن يعمل على تقدير ذاته وتم بعد استخدام التخيل والمجاز.

الجلسة السابعة: التعرف على مصادر الدعم الاجتماعي من خلال ذكر الأفراد المهمين في حياتهم، وتحديد الدعم الذي يقدمه كل فرد من الأفراد المهمين لهم باستخدام جدول دعم الذات الذي طبق سابقا في القياس القبلي، بهدف مراجعة كل فرد بعلاقته مع الآخرين ممن يحيطون به، وبالتالي التأكد من نواياهم نحوه وإعادة التفكير بأمر حياته اليومية بطريقة ايجابية.

الجلسة الثامنة: توفير الدعم للتغيير في علاقة الأعضاء مع الآخرين من خلال نموذج عجلة التأثير، والتي توضح الأفراد المؤثرين على كل عضو سواء كان التأثير إيجابيا أو سلبيا، وتقدير كل فرد من الأفراد المؤثرين لانجازات كل عضو من الأعضاء، والبدء بالتفكير بتحديد الأشخاص الداعمين له الموفرين له الرعاية والنصح، ويساعدونه بالابتعاد عن مادة الإدمان وتعاطيها.

الجلسة التاسعة (النهائية): جلسة ختامية وإنهاء البرنامج

المجموعة الضابطة في الاستجابة لتقدير الذات وفقا لنتائج الاداء على مقياس تقدير الذات، حيث أن متوسط أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (23.56)، ومتوسط أداء أفراد المجموعة الضابطة (27.45). أما بعد تطبيق البرنامج فإن متوسط أداء المجموعة التجريبية (33.22)، ومتوسط أداء المجموعة الضابطة (30.18).

ولاختبار الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك للمجموعتين التجريبية في الاستجابة لتقدير الذات وتوضح نتائجه بيانات الجدول (5).

يتضح من بيانات الجدول (5) وجود فروقا دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، وفقا لنتائج الاداء على مقياس تقدير الذات، أن قيمة (ف) هي (19.24) وهذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.000)، وهذا يشير لرفض الفرضية الثانية.

يتضح من بيانات الجدول (3) أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاستجابة للاضطرابات النفسية وفقا لنتائج الاداء على قائمة الشطب، حيث أن قيمة (ف) هي (7.42) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.014). وهذا يشير إلى رفض الفرضية الأولى.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أداء المجموعة الضابطة من مدمني المخدرات في تقدير الذات تعزى لبرنامج العلاج التعبيري. ولتحقق من الفرضية الثانية تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لتقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة، وتوضح نتائجه بيانات الجدول (4).

يتضح من بيانات الجدول (4) أن هناك فروقا بين متوسطات إجابات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات أفراد

الجدول (3): نتائج تحليل التباين المشترك للمجموعتين التجريبية والضابطة في الاستجابة للاضطرابات النفسية.

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعدي	6351.98	1	6351.98	10.60	.005
المجموعة	4443.04	1	4443.04	7.41	.014
التفاعل	3047.94	1	3047.94	5.08	.038
الخطأ	10186.73	17	599.22	-	-
الكل المعدل	16550.55	19	-	-	-

الجدول (4): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات القبلية والبعدي لتقدير الذات للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

متغيرات الدراسة	التجريبية		الضابطة	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقدير الذات - قبلي	23.55	2.40	27.45	2.87
تقدير الذات - بعدي	33.22	2.22	30.18	2.89

الجدول (5): نتائج تحليل التباين المشترك للمجموعتين التجريبية والضابطة في الاستجابة لتقدير الذات.

المجموع	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
التفاعل	9.95	1	9.95	1.76	.201
البعدي	33.22	1	33.22	5.90	.027
المجموعة	108.31	1	108.31	19.23	.000
الخطأ	95.72	17	5.63	-	-
الكل المعدل	204.20	19	-	-	-

الدلالة الإحصائية لهذه الفروق، تم استخدام تحليل التباين المشترك، والتي تتضح نتائجه من بيانات الجدول (7). يتضح من الجدول (7) أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاستجابة للدعم الاجتماعي وفقا لنتائج الاداء على مقياس الدعم الاجتماعي، حيث أن قيمة (ف) هي (45.55) وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.000). وهذا يشير إلى رفض الفرضية الثالثة. الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية في خفض الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى المدمنين في القياس البعدي والمتابعة. للتحقق من صدق من الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لإجابات المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة لمقاييس الاضطرابات النفسية وتقدير الذات والدعم الاجتماعي. وبيانات الجدول (8) توضح نتائجه.

الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط أداء المجموعة الضابطة في معرفة مصادر الدعم الاجتماعي لدى مدمني المخدرات تعزى لبرنامج العلاج التعبيري. ولتحقق من الفرضية الثالثة تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية للدعم الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة، وتتضح نتائجه من خلال بيانات الجدول (6): يتضح من بيانات الجدول (6) أن هناك فروقا بين متوسط إجابات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط إجابات أفراد المجموعة الضابطة في الاستجابة للدعم الاجتماعي وفقا لنتائج الاداء على مقياس الدعم الاجتماعي، حيث أن متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (24.00)، وأن متوسط أداء أفراد المجموعة الضابطة هو (25.00). أما بعد تطبيق البرنامج فإن متوسط أداء أفراد المجموعة التجريبية هو (29.88)، وأن متوسط أداء أفراد المجموعة الضابطة هو (26.27). ولاختبار

الجدول (6): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات القبلية والبعديّة للدعم الاجتماعي للمجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.

الضابطة		التجريبية		متغيرات الدراسة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
2.449	25.00	1.93	24.00	الدعم الاجتماعي - قبلي
2.004	26.27	1.16	29.88	الدعم الاجتماعي - بعدي

الجدول (7): نتائج تحليل التباين المشترك للمجموعتين التجريبية والضابطة في الاستجابة للدعم الاجتماعي.

التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
البعدي	68.16	1	68.16	53.05	.000
المجموعة	58.52	1	58.52	45.55	.000
التفاعل	4.07	1	4.07	3.16	.093
الخطأ	21.84	17	1.28	-	-
الكل المعدل	94.95	19			

الجدول (8): المتوسطات والانحرافات المعيارية للدرجات البعديّة والمتابعة للاضطرابات النفسية وتقدير الذات والدعم الاجتماعي للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج والمتابعة.

المجموعة التجريبية		متغيرات الدراسة	
الانحراف المعياري	المتوسط		
21.97	40.88	بعدي	الاضطرابات النفسية
17.58	30.77	متابعة	
2.22	33.22	بعدي	تقدير الذات
3.04	32.00	متابعة	
1.16	29.88	بعدي	الدعم الاجتماعي
1.13	29.44	متابعة	

متوسط استجاباتهم للدعم الاجتماعي فقد كانت (29.88)، أما متوسط المتابعة للمجموعة التجريبية فقد كان (29.44). ولتحقق من مستوى الدلالة الإحصائية، فقد تم استخدام تحليل التباين المشترك، والتي تتضح نتائجه في بيانات الجدول (9).

يتضح من بيانات الجدول (8) أن هناك فروقا بين متوسط إجابات أفراد المجموعة التجريبية التطبيق البعدي والمتابعة في كل من الاضطرابات النفسية بمتوسط بعدي للمجموعة التجريبية (40.88)، ومتوسط متابعة للمجموعة التجريبية (30.77)، وتقدير الذات بمتوسط بعدي للمجموعة التجريبية (33.22)، ومتوسط المتابعة للمجموعة التجريبية (32.00)، أما

الجدول (9): نتائج تحليل التباين المشترك للمجموعة التجريبية في الاستجابة للاضطرابات النفسية وتقدير الذات والدعم الاجتماعي في التطبيق البعدي والمتابعة.

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
الاضطرابات النفسية	التفاعل	1	26.79	.783	.406
	المتابعة	1	3623.41	105.91	.000
	الخطأ	7	34.21	8.72	
تقدير الذات	الكللي المعدل	8	3862.88		
	التفاعل	1	26.93	7.33	.030
	المتابعة	1	13.83	3.76	.093
	الخطأ	7	3.67		
الدعم الاجتماعي	الكللي المعدل	8	39.55		
	التفاعل	1	11.67	7.52	.029
	المتابعة	1	.03	.01	.893
	الخطأ	7	1.55	-	
الكللي المعدل	8	10.88	-	-	

وخفض الاضطرابات النفسية وتصور أفراد الدراسة من المدمنين للدعم الاجتماعي ممن حولهم. فقد أظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى خفض أعراض الاضطرابات النفسية لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتائج مع دراسة كل من (قواقنة، 2006) وكريش (Kirsch, 2009)، والتي أظهر فيها الأفراد تحسن حالتهم النفسية في خفض الاضطرابات النفسية الاكتئاب والقلق بعد تلقى العلاج مقارنة مع قبل العلاج. وتتفق أيضا مع دراسة ديلز (Diehls, 2008) والتي استخدم فيها العلاج بالفن وهو أحد أنواع العلاج التعبيري وأظهر فيها أفراد الدراسة تحسنا في خفض الاضطرابات لديهم. وتتفق هذه الدراسة في ذلك مع دراسة (Lubman et al., 2004).

وقد يرجع ذلك إلا ما تضمنته جلسات برنامج الإرشاد من أوراق عمل مثل التعريف بمخاطر المخدرات وآثارها على صحة وحياة كل فرد منهم، وكشف البعض منهم عما يجول

يتضح من بيانات الجدول (9) أن هناك فروقا دالة إحصائية بين القياس البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية على مقياس الاضطرابات النفسية، حيث أن قيمة (ف) (105.913) وهي دالة إحصائية. ولا توجد فروق دالة إحصائية في تقدير الذات إذ أن قيمة (ف) (3.766) وهي غير دالة إحصائية، وفي الدعم الاجتماعي إذ أن قيمة (ف) (0.019) في قياس المتابعة للدعم الاجتماعي وهي غير دالة إحصائية.

مناقشة النتائج

أن هدف الدراسة الحالية التحقق من فاعلية برنامج إرشادي مستند على العلاج التعبيري في رفع تقدير الذات ومعرفة مصادر الدعم الاجتماعي وخفض أعراض الاضطرابات النفسية لدى عينة من المدمنين من خلال استقصاء الفرضيات الصفرية، ويتضح من نتائج الإجابة عن فرضيات الدراسة بان هناك أثراً لبرنامج الإرشاد التعبيري في تحسين تقدير الذات

الرسم والقصة والحوار إذ اكتسب المسترشدون مهارات جديدة للتعبير عن أنفسهم، وخاصة أن النشاطات كانت التي تتعلق بالتعرف على المواقف التي تسبب الغضب لديهم من خلال تفسير ما جاء بالرسم. وكانت إحدى الرسومات التي قدمها أحد المسترشدين عبارة عن رسم لرجلين أحدهما يرفع السكين على الآخر، وقد بدأ المسترشد بسرد موقف حصل معه حيث تعرض للطعن من أحد الأفراد، وأنه كلما يتذكر هذا الموقف يشعر بالغضب، ويريد أن يردها للشخص الذي ضربه؛ لكنه لم يجده، وقد سأله المشاركون عن الوقت الذي حصل معه هذا الموقف، فأجاب منذ (3) سنوات، ويشعر بالغضب في كل مرة يتم معانيته على الموقف الذي حصل معه، "علم علي" هذا ما قاله، ثم سألت المرشدة: هل هذا الموقف يدل على رغبة في التعاطي؟ فأجاب: "في كل مرة أتذكر أروح أشرب وأحشش" وهنا تم تذكيره وتنبيه الأعضاء الآخرين بأن من الخاسر هنا، وهل أصيب الشخص الذي طعنه بأذى عندما يشرب أو يحشش، بل انه يزيد من الإساءة لنفسه، ويجب أن يضع باعتباره أن القانون يأخذ مجراه في مثل هذه الحوادث، وان هذا درس له لكي يبتعد عن المنحرفين والمجرمين. وأما مسترشد آخر فقد رسم نفسه في غرفة وحده، وكتب (لا أحد يعبرني ويتروني في مكان لا أحبه)، واستخدم اللون الأحمر، عندما سئل عن سبب اختيار هذه اللون؛ فقد أجاب أنه في كل مرة يريد أن يفعل الذي يريده فإنه يقوم بجرح نفسه حتى يستجيب له أهله، فلو أنه لم يجرح نفسه لما كان حول إلى هذا المركز. ويؤكد ذلك على أن النشاطات لها دور في رفع تقدير الذات لدى المسترشدين، مثلاً؛ نشاط التعرف على نقاط الضعف لديهم أو ما يمثل ضعفاً، وكذلك نشاط البحث عن صور في مجلات تمثل ضعفاً بالنسبة لديهم، ولصقها على ورق أبيض (A4)، فقد قام أحد المسترشدين بلصق صورة مدرسة ولم يعلق عليها بأي كتابة، سألت المرشدة: ما علاقة هذه الصورة بنقاط الضعف لديك؟ فأجاب أنه كان يريد أن يكمل دراسته، وأنه كان مجتهداً في الدراسة لكنه لا يستطيع الوصول إلى المدرسة لأنها تذكره بأخيه الذي قتل بطريق الخطأ، حيث ان اخاه قتل أثناء شجار، والذي قتله هو عمه لكن بطريق الخطأ. فالمدرسة تذكره بالأوقات التي كان يقضيها مع أخيه في المدرسة، وهو ما يمثل نقطة ضعف بالنسبة لديه، وأن شعوره بالنقص لعدم إكماله دراسته يعكس على تقديره لذاته. وهنا اقترح عليه بأن يذهب إلى مدرسة أخرى، ويحاول أن يحقق بعض النجاح؛ لان المشاعر التي ترتبط بعدم الانجاز تؤدي إلى مفهوم ذات سلبي ويؤدي إلى التقدير المنخفض للذات، وأن لدى كل فرد إمكانية الفرد رفع تقدير ذاته وتحسينه بإرادته، وان التغذية الراجعة من

بخاطره في فترات التعاطي، فقد أشار أحدهم بأنه ولأكثر من مرة قد رأى نهراً عريضاً وكان يجلس بجانبه للتفكير في كيفية عبور هذا النهر، ولكن نتيجة مشاركته بنشاطات جلسات الإرشاد أكتشف بأنه لا وجود لهذا النهر، وهذا يعد نوعاً من الهلوس البصرية المصاحبة لتعاطي المواد المخدرة أو غيرها من المهلوسات أو الحبوب، وقد اظهر أعضاء المجموعة تحمسا في العمل خلال الجلسة، وخاصة انه كان يتاح أمام أفراد المجموعة الإرشادية فرص مناقشة بعض التهيؤ الذي كانوا يرونه في فترات التعاطي، وتم توفير حرية التعبير بجو يسوده السرية والأمان والمودة التي بذلت أثناء تطبيق جلسات الإرشاد. وخاصة عند محاولة نشر الوعي بالمواد المخدرة وأخطارها. إذ ذكر أعضاء المجموعة بأن مادة الحشيش لا تسبب إدماناً، وهي شبيهة بالقات الذي يتناوله اليمينيون في الأماكن العامة، وان الحشيش كالماريجوانا مسموح بتناولها في الدول الغربية كالولايات المتحدة الأمريكية مثلاً، إلا أنه تمت مناقشة الآثار السلبية لكل من القات والحشيش والماريجوانا. وأعطيت فرصة للتعبير عن آرائهم وتقديم التغذية الراجعة لهم، وتم التوضيح لهم بأن مادة الحشيش مدخل لتعاطي المواد الأخرى.

كما أن ورقة العمل التي تتعلق بالمقارنة بين خصائص الأفراد الذين يتعاطون المواد التي تسبب الإدمان وغيرهم ممن لا يتعاطون، والتي أكدت إدراك أعضاء المجموعة لأسباب الاضطرابات النفسية، وخاصة التي ترتبط بالإدمان، وكذلك من خلال الورقة الخاصة بالتعرف على (دورة الإدمان) التي جعلت لديهم وعياً بالمراحل التي يمر فيها الفرد المدمن؛ جراء التوتر والقلق ثم الدخول في نقطة ضعف وأساليب التعامل معها، وقد أكدوا على خبراتهم التي مروا بها، وأنها شبيهة لما جاء بورقة التعريف بالإدمان ودورته. وقد يرجع ذلك إلى أن المسترشدين كانوا يشعرون بالارتياح والأمان أثناء تطبيق الجلسات الإرشاد، وخاصة تلك التي تتعلق بالكشف عن أمور شخصية جداً، كذلك ما وفرته إدارة مركز إعادة تأهيل وعلاج المدمنين من الحرية في التعامل مع المسترشدين بكل خصوصية وسرية.

وأظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية وجود فروق دالة إحصائية في تحسين تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة مايرك (Mierke, 1995) والتي استخدم فيها برنامج إرشاد جمعي مستندا على العلاج بالفن، وقد أظهر فيها أفراد الدراسة تحسناً في تقدير الذات، وتتفق أيضاً مع دراسة (Kirsch, 2008) ودراسة (أبو غزالة، 2010).

وقد يرجع ذلك إلى استخدام أساليب التعبير الحر مثل

تحليل التباين بأنه ليس هناك فروق دالة إحصائية بين التطبيق البعدي والمتابعة في كل من تقدير الذات والدعم الاجتماعي، وظهر تحسن في الاضطرابات النفسية إذ نقص المتوسط بعشر درجات، وهذا يدل على أن المتغيرات الأخرى من تقدير ذات ودعم اجتماعي أدت إلى تحسن الصحة النفسية وتناقص أعراض الاضطرابات النفسية. وقد يرجع احتفاظ المجموعة التجريبية بخفض أعراض الاضطرابات النفسية والمحافظة على تقدير الذات والدعم الاجتماعي بعد مرور اسبوعين من انتهاء البرنامج إلى الأثر الذي تركته المعالجة في المدمن، وأن استمرارية التأثير يؤكد أهمية استراتيجيات العلاج التعبيري وتفاعل المدمنين أثناء تطبيق هذه الاستراتيجيات، وخاصة انخفاض أعراض الاضطرابات النفسية ومتابعة هذا التحسن بعد ذلك. وأما نجاح البرنامج فقد يرجع إلى مساعدة المركز في تهيئة المكان والمسترشدين للمشاركة ودعم الباحثين، إذ استمر اثر البرنامج في المتابعة. وبهذا تكون قد تحققت أهداف برنامج الإرشاد في خفض أعراض الاضطرابات النفسية وتحسن تقدير الذات والدعم الاجتماعي لدى أفراد الدراسة من المدمنين.

التوصيات

بناء على نتائج الدراسة الحالية التي توضح بان هناك أثراً لبرنامج الإرشاد التعبيري في تحسين تقدير الذات لدى أفراد الدراسة من المدمنين وخفض أعراض الاضطرابات النفسية وتصورهم للدعم الاجتماعي ممن حولهم بدرجة دالة إحصائية، واستمرار اثره عند تطبيق المتابعة في تقدير الذات والاضطرابات النفسية وتصورهم للدعم الاجتماعي، اي ان البرنامج فعال في الحالة النفسية للمدمنين بدرجة اكبر من المتغيرات الأخرى بناء على ذلك نوصي بالآتي:

- الاستفادة من برنامج الدراسة الحالية في علاج الاضطرابات النفسية لدى فئات مرضية أخرى.
- الاستفادة من برنامج الدراسة الحالية في علاج المدمنين لما له من الاثر الفعال في تقدير الذات والدعم الاجتماعي والاضطرابات النفسية.
- اجراء دراسات تجريبية علاجية من خلال فريق عمل بما يحقق الفائدة اكبر للمدمنين.
- توفير مصادر دعم مجتمعية تساعد المدمنين الذين تم شفاؤهم للمحافظة على تقدير ذاتهم إيجابا وتحقيق الدعم. نشر الوعي بالمواد المخدرة وأخطارها وخصوصا مادة الحشيش بسبب المفاهيم المغلوطة المرتبطة بها، وأنها لا تسبب إدماناً، إذ تعد مادة الحشيش مدخلاً لتعاطي المواد الأخرى.

أعضاء المجموعة قد كان لها دور في تحسين تقدير الذات لدى المسترشدين. فقد أتاحت فرص الانفتاح وتبادل المعلومات والنقاش بين أعضاء المجموعة حول الأساليب الإيجابية في مواجهة الصعاب، وعدم اللجوء إلى الإدمان أو أساليب مواجهة سلبية والتي تعود بنتائج سلبية على الفرد نفسه. وقد يكون ذلك حقق درجة من الثقة لدى هذا المسترشد وباقي أعضاء المجموعة. وقد تم التحدث عن أهمية النظرة إلى الماضي والبحث عن جوانب ايجابية، إذ إنه لا يمكننا العودة للماضي ولكن يمكننا التغلب على آثاره السلبية حالياً. وتم من خلال تطبيق ورقة العمل (النجاحات السابقة) الوعي بالإنجازات التي حققتها، والتي تمثل نقاط قوة بالنسبة لهم وتعمل أيضا على رفع تقديرهم لذواتهم.

وأظهرت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة فاعلية العلاج التعبيري في التعرف على مصادر الدعم الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، إذ أن متوسط إجابات أفراد العينة التجريبية جاءت أعلى بعد تطبيق البرنامج. وتتفق هذه النتائج مع دراسة كل من (Watts and Wright,1990) و (Abdul Rahman et al.,2009) و (Wills and Cleary, 1996) ودراسة. (Watts and Wright,1990) وقد يرجع إلى استخدام أساليب التعبير الحر، إذ اكتسب المسترشدون مهارات جديدة في التعبير عن أنفسهم، وإعادة النظر والتحقق ممن حولهم في تقديم الدعم، وقد يرجع إلى شعورهم بدعم المرشدة وأعضاء المجموعة لهم أثناء النقاش، وتقديم التغذية الراجعة، وخاصة عند الطلب من أعضاء المجموعة أن يحاولوا تذكر دعم أفراد أسرهم أو أصدقائهم وتقديم النصح والدعم، ومن خلال الاستبصار بالأفراد المهمين في حياة كل فرد منهم، ودرجة التأثير عليهم، وكان ذلك من خلال ورقتي عمل الجلستين السابعة والثامنة اللتين تتعلقان بمعرفة مصادر الدعم وعجلة التأثير، واللتين جعلتاهم يتذكرون ويتعرفون على علاقاتهم مع من حولهم وتحديد نوع العلاقة معهم، وإعادة تفسير علاقاتهم التي عملت على تذكر جوانب ايجابية نحوهم، وربما ان هذه النشاطات جعلت لديهم استبصاراً بماضيهم وخبراتهم التي كانوا لا يدركونها، وإعادة تفسير علاقاتهم مع من حولهم؛ مثل الدرجة التي يشعرون فيها بأنهم محبوبون، وان هناك ثقة بمصادر الدعم، وبما اثر على تقييمهم لمختلف أنواع الدعم العاطفي والمادي والمعنوي في حياتهم؛ إذ تمت مناقشة مفهوم الدعم الاجتماعي وأنواع الدعم وقدم المشاركون تغذية راجعة من خلال خبراتهم لمن قدم الدعم لهم.

أما بالنسبة للفرضية الرابعة التي تتعلق بمدى استمرارية اثر البرنامج عند متابعة أفراد المجموعة التجريبية فقد أظهرت نتائج

المراجع

- أبو غزالة، سميرة، 2010، فاعلية برنامج للإرشاد بالواقع في خفض حدة إدمان الانترنت ورفع تقدير الذات لدى طلاب الجامعة، القاهرة: مجلة الإرشاد النفسي، 75، 25-105.
- البيومي، عواطف، 2002، مدى فاعلية برنامج إرشادي لدى طلاب المرحلة الثانوية من مدمنين البانجو، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- آل خليفة، نورة إبراهيم، 2007، فاعلية علاج المدمنين على المخدرات في مملكة البحرين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية: عمان.
- إدارة مكافحة المخدرات، 2010، التقرير السنوي، الأمن العام، عمان الأردن.
- أبو الكباش، شادي، وفلسطين نزال، 2011، العلاج التعبيري في الإرشاد، الضفة الغربية، قسم علم النفس، جامعة النجاح: الضفة الغربية.
- بورقاق، سميرة، 2008، علاقة الضغوط النفس اجتماعية بتقدير الذات لدى المدمنين المسجونين - دراسة ميدانية بمدینتي بسكرة وورقلة، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر.
- الجزائري، حسين وآخرون، 1999، المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، إعداد نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي.
- خليفة، عبد اللطيف وعويد المشعان، 1999، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت، مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت، 5-7 أبريل.
- رضوان، سامر، 1996، الصحة النفسية بين السواء والاضطراب، بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الزعيبي، ياسين جعفر، 2007، العلاقة بين مستوى القلق وتقدير الذات لدى عينة من المدمنين المتعاطين للمؤثرات العقلية مقارنة بغير المدمنين، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- سلامة، عبد الفتاح، 1987، مقارنة نحو الذكاء ونحو تقدير الذات في الطفولة والمراهقة، دراسة ميدانية، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- سوييف، مصطفى وآخرون، 1994، نماذج استعمال المخدرات بين الطلاب والعمال في مصر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1994.
- الشرعة، حسين ومنى أبو درويش، 1999، دراسة مقارنة في تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المتعاطين للمخدرات وأخوة غير متعاطين من نفس الأسرة، مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، 16: 25-55.
- شيفر، شارلز وميلمان هوارد. مترجم؛ نسيمه داوود ونزيه حمدي، 2008، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها. عمان: دار الفكر.
- عسكر، عبد الله، 2010، الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- المالكي، مريم، 1990، دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية عند المتعاطين وغير المتعاطين في المجتمع القطري، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس.
- مليكة، لويس، 1960، دراسة الشخصية عن طريق الرسم - اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، مطبعة دار التأليف، مصر (كتاب مترجم لجون باك).
- مياسا، محمد، 1997، مأساة الإدمان سيكولوجيا وقاية وعلاج، بيروت: دار الخليل.
- فطير، جواد، 2001، الإدمان - أنواعه، مراحل، علاجه، القاهرة: دار الشروق.
- قواقنة، حازم، 2006، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية.
- جريدة الغد، نشر بتاريخ 2009/11/8.
- Abdul Rahman, R., Dzulkifli, M., Dawood, S. and Mohamad., M. 2009. Social Support Among Malay, Chinese And Indian Drug Addicts In Malaysia. University Kebangsaan Malaysia alcoholics and non-alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37:99-104
- American Art Therapy Association. 2004. *Annual Report*, Mundelein, Illinois. <http://www.arttherapy.org>.
- Amodeo, M., Chassler, D., Oettinger, C., Labiosa, W., and Lundgren, L. 2008. Parental risk factors on timing of emancipation, drug use onset, Pre addiction incarcerations and educational achievement. *Journal of Drug Issues*, 20(1), 99- 123.
- Atkinson, M. and Hornby, G. 2002. *Mental Health Handbook for School*. London, Rutledge Flamer.
- Banwell, C., Bammer, G. 2006. Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use. *International Journal of Drug Policy*. 17(6), 504-513.
- Muraven, M., and Baumeister, R. F. 2000. Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259.
- Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., and Bigelow, G.E. 1997. Psychiatric and substance use comorbidity among contemporary treatment seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54, 71-80.
- Cop, S. 1976. Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-313.
- Cox, K., and Price, K. 1990. Breaking through: Incident drawings with adolescent substance abusers. *The Arts in Psychotherapy*, 17, 333-337.
- Defoore, W. 2005. *The cycle of addiction*. Institute for

- 10-11.
- Kirsch, J. 2008. Early maladaptive schema, Self-esteem, and changes in depression and anxiety in young adults during residential substance abuse treatment, Widener University.
- Leukefel, C. and Jefferson. B. 1994. substance abusing offenders into treatment Journal: *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 24, .3., 169-177.
- Malchiodi, C. A. 2005. *Expressive therapies history, theory, and practice*. Guilford Publications.
- McCarthy, W. J., and Anglin, M. D. 1990. Narcotics addicts: Effect of family and parental risk factor on timing of emancipation; Drug use onset. *Journal of Drug Issues*, 20,1, 99-123.
- Meuser, K.T., Drake, R.E., and Wallach, M.A. 1998. Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.
- Mierke, L. K. 1995. *Group art therapy with African-American Women: Enhancing self-esteem in addiction treatment*. Ursuline College. Ohio.
- Miller, T.W., Leukefeld, C., and Jefferson, B. 1994. Dual diagnosis: Clinical issues in substance abuse treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 24, 169-177.
- Moore, R. 1983. Art therapy with substance abusers: A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy*, 10,251-260.
- Nay.A. 1997. Three cycles and stages of any addiction. Annette Nay.com.
- Nay, A. 1996. *A Wholistic Approach to the Control of Addiction*. Annette Nay.com.
- Newcomb, M. D. and Bentler, P. M. 1988. Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A Longitudinal Study. *Journal of Abnormal Psychology*. 97(1), 64-75.
- Nishith, P., Mueser, K. T. and Gupta, P. 1994. Personality and Hallucinogen abuse in a college population from India. *Personality and Individual Differences*. 17(4), 561-563.
- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., and Carrieri, V. L. 1981. The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- Norbeck, J. S. 1995. *Scoring instructions for the Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)*, Unpublished manual: Retrieved on 11, 2011 from www.nurseweb.ucsf.edu.
- personal and professional development*. Addison. Texas.
- Dembo, R., Williams, L., Wish, E.D., Berry, E., Getreu, A.M., Washburn, M., and Schmeidler, J. 1990. Examination of the relationships among drug use, emotional/ psychological problems, and crime among youths entering a juvenile detention center. *The International Journal of the Addictions* 25:1301-1340.
- Denny, S.; Clark, T. C., Fleming, T., and Wall, M. 2004. Emotional resilience: Risk and protective factors for depression among alternative education students in New Zealand. *American Journal of Orthopsychiatry*. 74(2), 137- 149.
- Derogatis, L. R., and Melisaratos, N. 1983. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Diehls, A, Victoria. 2008. *Art therapy substance abuse and the stages of change*, A Thesis. The Department of Psychology and Special Education. Emporia State University.
- DSM-IV R: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2001. Washington, D.C., American Psychiatric Association.
- English, H. and English, A. 1958. *A comprehensive dictionary of psychology terms*. New York. David Mokay Company. Inc, p. 138.
- Fitzpatrick, K. M.; Piko, B. F.; Wright, D. R., and LaGory, M. 2005. Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75 (2), 262-274.
- Gossop, M. and Grant, M. 1990. *Preventing and controlling drug abuse*, World Health Organization, Geneva.
- Gerald G. May,.D. 1988. *Addiction and Grace: Love and Spirituality in the Healing of Addictions*. New York: Harper Collins, 3.
- Guerrero, A. P., Hishinuma, E. S.; Andrade, N. N., Nishimura, S, T., and Cunanan, V. L. 2006. Correlations among socioeconomic and family factors and academic, behavioral, and emotional difficulties in Filipino adolescents in Hawai'i. *International Journal of Social Psychiatry*. 52(4) 343-359.
- Kinnier, R. ; Metha, A; Keim, J; Okey, J; Adler, T.; Berry, M. and Mulvenon, S. 1994. Depression, Meaninglessness and Substance Abuse: Normal and hospitalized adolescents. *Journal of Drug Issues*. 24 (2),

- Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 2.
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., and DiClemente, C. 2001. *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: Guilford Press.
- Wainright, J. L. and Charlotte J. P. 2006. Delinquency, victimization, and substance use among adolescents with female same-sex parents. *Journal of Family Psychology*. 20 (3), 526-530.
- Wang, J., Siegal, H., Falck, R., and Carlson, R. 2001. *Factorial structure of Rosenberg's self-esteem scale among Crack-Cocaine Drug Users*. Biological Sciences Building, Center of Interventions, Treatment, and Addictions Research, School of Medicine, Wright State University.
- Watts, W. D., and Wright, L. S. 1990. *The drug use- violent delinquency link among Mexican-Americans*. In M. De La Rosa, E. Lambert, and B. Gropper, *Drugs and violence: Causes, correlates and consequences*. NIDA Research Monograph. Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Wells, B. and Stacey, B. 1976. A further comparison of cannabis (marijuana) Users and non-users. *British Journal of Addiction*. 71(2), 161-165.
- White, H. and Labouvie, E. 1994. Generality versus specificity of problem behavior, psychological and function differences; *The Journal of Drug Issues*, 24 (1), 55-74.
- WHO. 2006. <http://www.who.int/features/qa/38/ar/>.
- Wills, A. T. and Cleary S. D. 1996. How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*. 71,(5), 937-952.
- O'mahony, P. and Smith, E. 1984. Some Personality Characteristics Of imprisoned Heroin Addicts, *Journal of Drug And Adolescence*, 12(1), 55- 63.
- Overholser, J.C., Adams, D.M., Lehnert, K.L., and Brinkman, D.C. 1995. Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(7), 919-929.
- Battaglia. 2009. *Post-Acute Withdrawal Syndrome – What You Need to Know*. Retrieved on 11, 2011 from <http://www.drugalcoholaddictionrecovery.com> .
- Reasoner, R. 2000. *Self - esteem and youth: What research has to say about it*. International Council for Self – Esteem Port Ludlow, WA.
- Rogers, C. 1969. *Freedom to learn*. Columbus. Ohio: Merrill.
- Rogers, N. 2001. *Person-centered expressive arts therapy: A path to wholeness*. In J.
- Rogers, N. 2004. *From the AHP perspective*, Reprinted with permission of the Association for Humanistic Psychology.
- Rosenberg, M. 1965. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., Schooler, C., and Schoenbach, C. 1989. Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54(6), 1004-1018.
- Sarason, B. R; Sarason, I. G; and Pierce, G. R. 1993. *Traditional views of social support and their impact on assessment*. New York: John Wiley and Sons.
- Silverstone, P. H., and Salsali, M. 2003. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis.

Effectiveness of Expressive Therapy in Reducing Psychological Disorders, Improving Self-Esteem, and Social Support among Addicts

*Siham D. Abueita, Lena Al Haj Mahmud Hassan **

ABSTRACT

This study aimed at investigating the effectiveness of an expressive therapy program in reducing psychological disorders, improving self-esteem, and social support among drug addicts. The proposed sample of the study included (20) addicts, aged from 19-30 years, who were exposed to addiction staff were taken from *Rehabilitation Center of Staf Abus* center. The sample was divided randomly into two groups, experimental group included 10 addicts and the control group included 10 addicts. For that purpose the research developed the psychological disorders list, self-esteem, and social support scales, the validity and reliability were conducted. A group counseling program was developed based on expressive therapy; consisting of nine sessions. Every counseling session around 120 minutes. A pre-test; the psychological disorders, self-esteem, social support scales on the two groups were applied. The experimental group was exposed to the counseling program, the control group did not receive any training. At the end of the program, the post-test was applied on the two groups. After two weeks from ending the program, retention were estimated on the psychological disorders, self-esteem, social support scales, were applied.

The ANCOVA results indicated statistically significant differences at $0.05 \geq \alpha$ between the two groups, on the post test, in the the psychological disorders, self-esteem, and social support, compared to the control group. And ANCOVA results in retention indicated that no statistically significant differences in self esteem and social support, but indicated statistically significant differences at $0.05 \geq \alpha$ the psychological disorders between the two tests. The experimental group showed improvement in the the psychological disorders. The study concluded a positive effect to the counseling program, which was developed for improving the psychological disorders, self-esteem, social support of drug addicts, and recommended to use the counseling program of this study by all concerned sectors of the society that deal with the addicts and in the further studies.

Keywords: Expressive therapy, Psychological Disorders, I Self-Esteem, Social Support, Addicts.

* Department of Educational Psychology, Faculty of Sciences Education, Hashemite University. and Department of Counseling in Zarka. Ministry of Education. Received on 20/9/2012 and Accepted for Publication on 6/6/2013.