

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

د. محمد بن نايف الرشيد

إدارة التوجيه والإرشاد بمنطقة الرياض

الملخص.

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

الكلمات المفتاحية: العلاج النفسي الإيجابي - الاكتئاب - الإدمان.

Abstract.

The aim of this study was to reveal the effectiveness of a training program in positive psychotherapy to reduce the level of depression among drug addicts and psychotropic substances at Al Amal Medical Center in Riyadh. Where the researcher applied the Beck Depression List of Peck preparation. To achieve this, the researcher used the experimental method of designing: the two groups (experimental group - control group), in a simple random way, the number of 32 individuals. The most important results were as follows: There were no statistically significant differences in the level of depression among the experimental group and the control group of the addicts in the tribal measurement. And the existence of statistically significant differences in the level of depression in post-measurement in the control and experimental groups, in favor of the experimental group. There are also statistically significant differences in the level of depression among the experimental group in the tribal and remote measures, in favor of post-measurement, due to the positive psychotherapy program. There were also statistically significant differences in the level of depression among the experimental group in the post and post-sequential measurements, in favor of sequential measurement, due to the positive psychotherapy program. In the light of the previous results, the researcher recommended a number of recommendations, the most important of which: To draw the attention of researchers, specialists and interested in the field of addiction, to take into account the depression and addiction to addicts, as it is one of the reasons classified globally behind the addict after the treatment. And attention to the dissemination of mental health and physical awareness of the effectiveness of the practice of positive psychotherapy in improving the level of depression, which in turn contributes to reduce the level of depression of all kinds, and thus improve physical and psychological health. And give more attention at the beginning of any training program, training or therapeutic, to develop and raise the motivation of the participants in the program, especially with regard to the good aspects of each individual, and identify their interests and include the corresponding with the program in order not to leak during the application.

مقدمة الدراسة.

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

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

كما تبين من خلال بعض الدراسات التي تناولت موضوع الإدمان، كدراسة ميموني (٢٠٠٥)؛ أن الإدمان يصيب فئة الشباب الراشدين أكثر من الفئات الأخرى،

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

ومما لا شك فيه أن العالم اليوم يعيش عصر الاكتئاب فلم يعد المرء بحاجة إلى المزيد من الدلائل على صدق وصف عصرنا الحالي بأنه عصر الاكتئاب النفسي، وذلك مقارنة بما أطلق عليه في الماضي القلق، وهي الفترة التي سبقت وصاحبت الحرب العالمية الثانية. حيث تشير تقارير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2018) أن الاكتئاب من العلل الشائعة على مستوى العالم برمته، حيث يؤثر على أكثر من ٣٠٠ مليون شخص. 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 يفضي في أسوأ حالاته إلى الانتحار. وفي كل عام يموت ما يقارب ٨٠٠٠٠٠ شخص من جراء الانتحار الذي يمثل ثاني سبب رئيسي للوفيات بين الفئة العمرية ١٥ - ٢٩ عاماً، وعلى الرغم من وجود طرق علاج معروفة وفعالة لعلاج الاكتئاب، نجد أن أقل من نصف عدد المتضررين في العالم (أقل من ١٠٪ في كثير من البلدان) يتلقون مثل هذا العلاج. وتشمل العوائق التي تقف حائلاً أمام الحصول على الرعاية الفعالة نقص الموارد، وعدم كفاية مقدمي الرعاية الصحية المدربين، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بالاضطرابات النفسية. وهناك عائق آخر يقف أمام تقديم الرعاية الفعالة يتمثل في عدم دقة التقدير. ففي البلدان من جميع مستويات الدخل، لا يتم في كثير من الأحيان تشخيص حالة من يعانون من الاكتئاب بشكل صحيح، ويتم تشخيص حالة الآخرين ممن لا يعانون من هذا الاضطراب في كثير من الأحيان بشكل خاطئ مع وصف مضادات الاكتئاب لهم (WHO, 2018).

لذا فإن الاكتئاب أصبح من الاضطرابات التي لم تغفل عنها البرامج الطبية والنفسية والإرشادية التدريبية الحديثة، والتي يأتي على رأسها من حيث الحداثة ما يُعرف باسم العلاج النفسي الإيجابي الذي لا يزال في المهد إلا أنه استطاع أن يغزو مجال الاكتئاب عند المراهقين والراشدين. ويرى مارتن سليجمان Martin Seligman أن علم النفس الإيجابي، وإن كان مازال حديثاً وفي مراحل الإبتدائية، مكوناً رئيسياً وبائع التأثير والفاعلية في العلاج النفسي، وإذا هذب علم النفس الإيجابي وصيغت له أطر مرجعية نظرية ذات أرضية إكلينيكية وإمبريقية، يمكن أن يصبح بالفعل أكثر المداخل فعالية في العلاج النفسي. ويعتقد سليجمان Seligman أن فنيات أو تكتيكات العلاج النفسي الإيجابي هي من أهم الإستراتيجيات

العميقة في العلاج النفسي، فمثلاً (غرس الأمل) في البناء النفسي للناس بصفة عامة وللمضطربين بصفة خاصة واحدة من الإستراتيجيات الرئيسية في العلاج النفسي. ويقوم العلاج النفسي الإيجابي على الاهتمام بالسمات الإنسانية الإيجابية إلى جانب اهتمامه بعلاج نقاط الضعف لدي الفرد؛ فالعلاجات الطبية تعمل على تسكين الجروح بينما العلاج النفسي الإيجابي يعالج الضعف ويغذي القوة لدي الفرد، فعلاج الاكتئاب على سبيل المثال لا يقوم علي تقديم العقاقير فقط وإنما يتبني إيجاد أساليب إيجابية في الحياة. علاوة على ذلك، هناك منافع طويلة المدى للمشاعر الإيجابية، واحدة من هذه المنافع؛ تعزيز المرونة، وتحسين قدرة الفرد لإيجاد المعنى في التجارب السلبية وأيضاً تعزيز المرونة ضد الاكتئاب أثناء أوقات الاجهاد (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

ويستخدم علم النفس الإيجابي أساليب جديدة في العلاج النفسي أهمها أسلوب غرس الأمل "Instilling hope" و"بناء القوى الحاجزة Buffering Strengths التي تعمل كحائط ضد تعرض الفرد للإصابة بالأمراض النفسية أو العقلية ومن هذه القوى الموجودة في العلاج النفسي الإيجابي: الشجاعة - المهارة البيئشخصية - الاستبصار - التفاؤل - حل المشكلات - تحديد الهدف - القدرة علي السعادة- الواقعية- التدفق النفسي- الامتنان- التسامح (الفضجري، ٢٠٠٨). ويتضح من ذلك أن المدمنين بحاجة إلى لفت الانتباه واليقظة إلى وعيهم بأثر أفكارهم السلبية والنظرة التشاؤمية للحياة مما من شأنه أنه يؤثر على حياتهم، لذا فإنه من المهم استبدال هذه الأفكار والنظرة السلبية للحياة بأخرى إيجابية؛ وذلك بغرس بعض الطرق والقيم الإيجابية في نفوسهم، وصرف تركيزهم إلى الأمور الإيجابية بدلاً من استغراقهم في الجانب المظلم المكتئب من حياتهم؛ للوصول بهم إلى حالة من الوعي الإيجابي البناء (الدغيشي، ٢٠٠٧).

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

وتشير العديد من الدراسات والبحوث كدراسة كلاً من ويلسون وبوهلر ولاوفورد وشميدت ويونغ (Wilson, Buehler, Lawford, Schmidt, & Yong, 2000) إلى أن المدمن هو شخص مكتئب دوماً، وليست لديه القدرة على مواجهة مشاعر الإحباط والألم، فهو يعجز عن مواجهة مشكلاته، وغالباً ما يفتقر إلى الحزم، ولا يقوى على تأجيل رغباته إذ يسعى لإشباع لذاته وغرائزه، والمدمن شخص يحب ذاته، علاقاته مضطربة بالآخرين، إذ ينظر إليهم وكأنهم أداة للمنفعة وليس كأشخاص، لذلك فإن أغلب علاقاته مبنية على مصلحته الخاصة. كما أنه يميل إلى عقاب الذات وتدميرها، وذلك بإصراره على تناول المخدر رغم تدهور صحته وتراكم مشكلاته الاجتماعية والاقتصادية، إلا أنه يظل مدفوعاً قهرياً، لتدمير نفسه، وما يساعده على ذلك هو ضعف الأنا وإحساسه بالعجز والإحباط إزاء الواقع. كما تشير الدراسات والبحوث إلى أن عملية العلاج والإرشاد النفسي من العمليات الدقيقة والمهمة التي يعتمد عليها في إعادة تأهيل المدمنين وتخفيف حالات القلق والاكتئاب لديهم؛ ليصبحوا فاعلين ومنتجين في مجتمعاتهم وليأخذوا دورهم الطبيعي في عمليتي الإنتاج والبناء (الجوهي، ١٩٩٩؛ قواقنة، ٢٠١٢).

ويهدف العلاج النفسي الإيجابي إلى إكساب المدمنين مجموعة من القوى والفضائل الشخصية والاجتماعية والنفسية، التي من شأنها أن تزودهم بحصيلة

إيجابية عن الحياة ومتغيراتها، تسهم في تحسين القدرة على التكيف، ورفع مفهوم الذات، للتخلص من حالات الاكتئاب المرافق لعملية التعاطي (الرشيدى، ٢٠١٨). بالإضافة إلى إكساب المدمنين مهارات شخصية، مثل مقاومة تأثير الإعلام، والتعامل مع ضغط الرفاق، وتقوية مهارات إدارة الذات، ومواجهة التوتر، على افتراض أن المدمنين لديهم حاجة لمثل هذه المهارات والتدخلات النفسية (جبل، ٢٠٠٠). ومن هنا جاءت فكرة تطبيق برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض حدة الاكتئاب لدى عينة من مدمني المخدرات، مستخدماً في ذلك بعض فنيات العلاج النفسي الإيجابي ومنها: (غرس الأمل - نقاط القوى المميزة للشخصية - التفاوض - الإمتنان - التسامح، السرد القصصي - التدفق النفسي)، كأول برنامج في المملكة العربية السعودية (بحسب علم الباحث).

مشكلة الدراسة.

رغم زيادة التطور والاهتمام بفئة المدمنين، إلا أنه من الملاحظ أن معدلات الوقوع في المخدرات والمؤثرات العقلية، والعودة إليها بعد العلاج مازالت مرتفعة، بل في تزايد مستمر؛ الأمر الذي جعل بعض الدراسات السابقة كدراسة قويدري وكبداني (٢٠١٥)، تشير إلى أن من أهم أسباب الوقوع في الإدمان أو العودة إليه عدم قدرة المدمن على مواجهة الضغوط النفسية التي تواجهه، والنظرة السلبية المتشائمة للحياة والنتيجة هي الوقوع في الاكتئاب. فقد أثبتت الدراسات الحديثة في علم الأعصاب أن الضغوط النفسية تقلل من إفراز الدوبامين في المخ فتقل سعادة المدمن ويميل إلى الحزن والاكتئاب فيفكر في نشوة المادة المخدرة، إضافةً إلى تأثير الضغط النفسي على هرمون الكورتيزول الذي يؤدي ارتفاعه إلى زيادة الإجهاد والتوتر وارتفاع معدل الاكتئاب (Mallik, 2015).

ومما لا شك فيه أن معدلات الوقوع في المخدرات والعودة إليها بعد العلاج بسبب الاكتئاب كبيرة وفي تزايد مستمر، وهذا الأمر قد يوحي إلى مصممي البرامج

المتخصصة في الإدمان أن هذه البرامج تحتاج إلى إعادة نظر، ومحاولة التجديد فيها وتطويرها، كمحاولات للتقدم ولو بالشيء القليل، وقد يبدو أن البرامج الحالية تركز في تناولها لعلاج المدمنين أو وقايتهم على تتبّع محتوى الأفكار السلبية وتغييره، وتفنيدته أو مهاجمته، والمشكلة أن المفتاح المفقود في هذه البرامج أنها لم تراعى طبيعة المدمن، الذي يعاني من اضطراب متفاوت بين الزيادة والنقصان في هرمونات المخ، التي تسيطر على تفكير المدمن، مما يؤدي عن غير قصد إلى أن تكون هذه البرامج مساعدة للمدمن ومعززة له على العودة إلى الإدمان، والسبب في ذلك أن المدمن تعلم أن يصارع أفكاره بهدف تغيير محتواها وتفنيدها ومهاجمتها، ولكنه بمجرد تركه للدواء الطبي الذي ينظم إفراز هذه الهرمونات، سوف يقع بلاشك ضحية لأفكاره التي يسعى جاهداً لاستحضارها، ليقوم بتحديدها ثم تفنيدها أو مهاجمتها، الأمر الذي يزيد من حدة الاكتئاب لديه؛ لعدم قدرته على التخلص منها.

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

ويؤيد ذلك، ما ذكره تيممي (2010) Temme أنه لا تزال معدلات الانتكاس عالية بين الأفراد المدمنين المعالجين بالبرامج التقليدية، وقد اقترحت الطرق

الإيجابية كوسيلة لتحسين نتائج العلاج. كما قدمت نتائج الدراسات الغربية أدلة على أن العلاج النفسي الإيجابي وسيلة فعّالة لعلاج الحالات التي تعتمد على المواد الكيميائية، حيث ذكر بروير وسينها وتشن ومايكلسن وبيبيوشيو ونيتش, Brewer, Sinha, Chen, Michalsen, Babuscio & Nich (2009) نتائج بعض الدراسات الحديثة، التي أظهرت أن التدريب على الفنيات الإيجابية يُعدُّ أكثر فاعلية من البرامج المعرفية السلوكية التقليدية (CBT) في خفض الإجهاد والتوتر والاكتئاب والحد من الاشتهاق إلى مادة الإدمان على المستوى النفسي والسيولوجي (Mallik, 2015).

وتفسيراً لما سبق، فإنَّ العلاج النفسي الإيجابي نوعٌ من أنواع التدريب الإيجابي، يَستمدُّ فاعليته من قدرة العقل على تحفيز وتعزيز وظائفه، اعتماداً على الإشارات العصبية التي يستخدمها، ويُنظر إلى التدريب بهدف زيادة الفاعلية الإيجابية للعقل على أنه مُنشِّط للمناطق الهامة والقوية في الدماغ، المرتبطة بالانتباه والوعي واتخاذ القرارات، والوظائف التنفيذية، كما يُنظر إليه على أنه مُخفِّف ومثبِّط للمناطق المسؤولة عن الخوف في الدماغ؛ وهي منطقة اللوزة Amygdala في الدماغ، كما يُعرِّز علم النفس الإيجابي إعادة تنظيم إدراكات الفرد بشأن تفسير الأحداث والضغوط النفسية (Lazar, Kerr & Wasserman, 2005).

وإضافة إلى ما سبق، يرى الباحث أنه لم يُتطرق إلى تدريب المدمنين على مداخل علم النفس الإيجابي عربياً ومحلياً. وانطلاقاً مما سبق فإن البحث الحالي يسعى إلى الوصول إلى إجابة للتساؤل التالي: ما فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في مجمع الأمل للصحة النفسية في مدينة الرياض؟ ويتفرع من هذا التساؤل الرئيس عدد من الأسئلة الفرعية، وهي كالتالي:

١- هل هناك فروق في مستوى الاكثاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي؟

٢- هل هناك فروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي؟

٣- هل هناك فروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي؟

٤- هل هناك فروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي؟

أهداف الدراسة.

١- تعرّف الفروق في مستوى الاكثاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

٢- تعرّف الفروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

٣- تعرّف الفروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

٤- تعرّف الفروق في مستوى الاكثاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

أهمية الدراسة.

تتمثل أهمية هذه الدراسة في جانبين: نظري وتطبيقي، على النحو التالي:

الأهمية النظرية.

تبرز الأهمية النظرية للدراسة الحالية من النقاط التالية:

١- تتضح الأهمية في أهمية عينة الدراسة وخصوصاً في الجانب النفسي المهم من حياة المدمن المتمثل في الاكثاب، الذي لا يجد مخرجاً منه إلا بسلوك

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

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

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

الأهمية التطبيقية.

تبرز الأهمية التطبيقية للبحث الحالي من النقاط التالية:

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

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

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

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

مصطلحات الدراسة.

البرنامج التدريبي Program Training.

التعريف الإجرائي.

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

العلاج النفسي الإيجابي positive psychology

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

الاكتئاب Depression.

عرّف بيك (Beck, (1976) الاكتئاب بأنه: اضطراب ما هو إلا استجابة لا تكيفية مبالغ فيها، وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموع التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للمستقبل، أو للعناصر الثلاثة مجتمعة .

ويُعرفه الباحث إجرائياً بأنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المدمن في مقياس بيك للاكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية من إعداد بيك Beck. الإدمان Addiction.

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

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

المدمن Addicted.

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

يُعرفُ الباحث المدمن إجرائياً، بأنه الشخص الذي جاء إلى مجمع الأمل للصحة النفسية برغبته أو أدخلته أسرته للعلاج نتيجة لاستعماله وإدمانه المخدرات أو

المؤثرات العقلية، وظهرت عليه حالة اعتمادية نفسية أو عضوية أو أعراض انسحابية، نتيجة لعدم التعاطي شُخصت حالته بالإدمان، بناءً على تحليله الإيجابي للمخدرات، ووفقاً للمراجعة العاشرة ICD-10 لمعايير التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والعقلية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992), WHO.

المخدرات والمؤثرات العقلية Drugs and psychotropic substances.

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

حدود البحث.

تم إجراء البحث الحالي وفق الحدود التالية:

- الحدود الموضوعية: اقتصر البحث على تناول متغيرات: العلاج النفسي الإيجابي- الإكتئاب- الإدمان.
- الحدود الزمانية: تم إجراء البحث في العام ١٤٣٩ / ١٤٤٠ هـ.
- الحدود المكانية: مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض.
- الحدود البشرية: عينة من مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة

أولاً: العلاج النفسي الإيجابي positive psychology.

تأسس علم النفس الإيجابي كفرع من فروع علم النفس سنة ١٩٩٨ أثناء فترة ترأس سيلجمان للجمعية أو للرابطة الأمريكية لعلم النفس. ودعم شيكزينتميهالي هذا الفرع الجديد بدراساته المتعمقة عن التدفق والإبداع الإيجابي والسعادة وغيرها من القضايا الرئيسية، إن مصطلح علم النفس الإيجابي من المصطلحات التي صاغها مارتين إي بي سيلجمان، ويمثل حركة في علم النفس تهتم بكل ما هو إيجابي في شخصية البشر أكثر من ما هو سلبي، ليخلص علم النفس من تركيزه الشديد على الجوانب السلبية للخبرة الإنسانية. قلق، اكتئاب، ضغوط. وكل ما هو مدرج في الفئات المرضية في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي. ويحاول علم النفس الإيجابي إعادة التوازن لعلم النفس، وتشجيع علماء النفس على محاولة الإسهام في دراسة الأبعاد والجوانب الإيجابية للحياة، وليس الاهتمام فقط بالجوانب أو الأبعاد السلبية. ومن بين أهم أهداف علم النفس الإيجابي إنتاج تصنيف للفضائل والسجايا الإنسانية ومكامن القوة البشرية الإيجابية كطرح مضاد للدليل التشخيصي الإحصائي الخاص بالاضطرابات والأمراض النفسية، بغية تمكين البشر من السعادة بمعناها الإيجابي الإنساني الحقيقي والمتمثلة فيما وصفه راحة البال أو التنعم الذاتي (Jill, 2006).

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

ويمكن تعريف علم النفس الإيجابي، بأنه الدراسة الموضوعية للخصال الإيجابية في الإنسان، وللمؤسسات النفسية والاجتماعية التي تعمل على ترقية هذه الخصال وتنميتها لإعداد شخصيات إيجابية. لقد أولى علم النفس اهتمامه طيلة عقود من الزمن بالنماذج السيئة من الناس والمرضى والعاجزين، والآن يتجه إلى الاهتمام بالأقوياء والطيبين والحياة الطيبة. إن موضوع علم النفس الإيجابي هو الشخصية الطيبة الفاضلة القوية (معمرية، ٢٠١٠).

وعرفه أبو حلاوة (٢٠١٤) بأنه "الدراسة العلمية لمكامن القوة وللفضائل التي تمكن الأفراد والمؤسسات والمجتمعات من الازدهار، وأسس هذا المجال على اعتقاد مؤاده أن البشر يرغبون في أن يحيوا حياة إنسانية مليئة بالقيمة والمعنى يحققون فيها طموحاتهم ويوظفون فيها قدراتهم الإنسانية للوصول إلى الرضا والسعادة الحقيقية، وتحسين خبراتهم الإنسانية العامة في كافة المجالات الإنسانية ذات القيمة مثل: العلاقات الاجتماعية، العمل، وحتى اللعب" (ص١٧).

فنيات العلاج النفسي الإيجابي:

يستخدم علم النفس الإيجابي أساليب جديدة في العلاج النفسي أهمها أسلوب "غرس الأمل Instilling hope وبناء القوي الحاجزة Buffering Strengths التي تعمل كحائط صد ضد تعرض الفرد للإصابة بالأمراض النفسية أو العقلية ومن هذه القوي الموجودة في العلاج النفسي الإيجابي: الشجاعة - المهارة البينشخصية - الاستبصار - التفاؤل - حل المشكلات - تحديد الهدف - القدرة علي السعادة - الواقعية.

وفيما يلي تعريف مختصر لبعض من فنيات علم النفس الإيجابي (محمود، ٢٠١٥؛ الرشيد، ٢٠١٨):

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

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

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

غرس الأمل The Hope: الأمل يبعث الثقة ويساعد على الإثراء النفسي والارتقاء، فتزداد الذات ثقة بالذات والواقع، ويستخدم الأمل كذلك في العلاج النفسي فيما يسمى العلاج بالأمل، والأمل يعني من منظور الذكاء الوجداني أنك لن تستسلم للقلق الشامل أو للموقف الانهزامي أو الاكتئاب في مواجهة التحديات أو النكسات، والواقع أن الناس الذين يحتضنون الأمل في حياتهم يواجهون اكتئاب أقل من غيرهم لأنهم يحاولون تخطيط حياتهم بما يحقق لهم الوصول إلى أهدافهم (دانيل، ٢٠٠٠).

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

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

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

الاستمتاع Savoring: الاستمتاع بأنه وعي بالمتعة خلال التدخل ومحاولة زيادة شدة التجربة الممتعة وتطويلها عن عمد. إن الميل لتعديل أو للتعود على الأنشطة الممتعة أو السارة - طاحونة اللذة- يجعل من الاستمتاع عبر التدخل مثيرا للتحدي (Diener & Seligman, 2004).

الحياة المفعمة بالحياة The full life: تستلزم الحياة المفعمة بالحياة خبرة الانفعالات (الإيجابية الحياة السارة) واستخدام نقاط القوة المميزة والانهماك في الحياة، والحفاظ على علاقات هادفة مع الأسرة والأصدقاء والمؤسسات التي هي أكبر من الذات (الحياة الهادفة). وعلى النقيض تفتقد الحياة الفارغة هذه العناصر وتسهم في الاكتئاب.

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

تفسير علم النفس الإيجابي للاكتئاب.

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

ويري سليجمان وآخرون (Seligman., et al, (2005 أن التعرض المستمر للمواقف الضاغطة والمؤلمة يعمل على ظهور الاستجابات غير التوافقية مثل اليأس والاكتئاب، ولذلك كانت أولي دروس علم النفس الإيجابي لدي سليجمان هي

التركيز على التفاؤل المتعلم learned optimism بدلاً من العجز المتعلم، حيث أوضح أهمية الأمل والتفاؤل للأفراد والجماعات والشعوب، فالشعوب الأكثر تفاؤلاً هي التي تبقى وتستمر، والأكثر يأساً وشعوراً بالإحباط هي التي تضعف تندثر. وأشار سليجمان وآخرون، (2005) Seligman., et al إلى أن الأشخاص الذين يعانون الحرمان والاكتئاب، أو المعرضين للانتحار يتطلعون لما هو أبعد من التخفيف من معاناتهم، هؤلاء الأشخاص يهتمون بدرجة كبيرة بالفضيلة، بهدف في الحياة، بمعنى، فالخبرات التي تتضمن انفعالات إيجابية تساعد على تراجع الانفعالات السلبية. إن جوانب القوة والفضيلة تعمل كحماية ضد سوء الحظ وضد الاضطرابات النفسية، وقد تكون وسيلة الإنسان إلى شحذ قوته والصمود ومقاومة الصعاب، فالمعالجون في علم النفس الإيجابي لا يعالجون المشكلات فقط، ولكنهم يساعدون الأشخاص علي تحديد جوانب القوة والفضيلة لديهم.

ثانياً: الاكتئاب.

الاكتئاب هو حالة من الحزن والتكدر الشديدين المستمرين لأسباب مجهولة المصدر لدى الشخص المضطرب، فنرى هذا الشخص وكأن هموم الدنيا قد وقعت على رأسه وأثقلت كاهله، والاكتئاب هو حالة صراع عنيف وقاسٍ داخلي، يحدث بين الشخص وذاته. فيشعر الشخص المصاب باحتقار الذات والشعور بالذنب والنقص ولوم الذات واتهامها بشيء لم تفعله، أو لومها عن فعل بسيط لا يصل عند الإنسان العادي إلى مستوى عقاب الذات (إسماعيل، ٢٠١٥) .

وقد عرّف العديد من الباحثين في ميدان علم النفس والصحة النفسية الاكتئاب النفسي بعدة تعريفات كالتعريف الذي قدمه زهران (١٩٧٧) بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعتبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. وعرفه كمال (٢٠٠٥) بأنه حالة من

الحزن والكدر والشعور بالذنب، وقد لا يعرف المريض سبباً لهذه المشاعر، ويصاحبها فقدان القدرة على النوم، وفقدان الشهية، وصعوبة ويطء في التفكير والكلام، ونقص في النشاط الحركي، ورغبة المريض في معاقبة نفسه. كما عرفا الخالدي والعلمي (٢٠٠٩) فؤاد ودلال سعد الدين "الاكتئاب: بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر نابع من ظروف مخزونة أليمة، ولا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه. أما عبد العظيم فقد ساق تعريفاً آخر للاكتئاب بأنه زُملة إكلينيكية تشتمل على انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم، وصعوبة في التفكير، وتأخر حركي، وشعور بالذنب مصحوباً بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الشخصية. (حسين، ٢٠١٠).

ويرى والكر (walker, 2008) أن الاكتئاب هو كأنك داخل الثقب الأسود في العاطفة، حيث يعاني المعالج النفسي من صعوبة معرفة مدى حدوث الاكتئاب لدى المريض عند مناقشته، وهناك عدد من الأمراض التي يمكن أن تستمر مدى الحياة نتيجة اكتئاب المريض، حيث نجد عادة أن الاكتئاب الحاد يسبب خوف مرضى، ولخطورة مرض الاكتئاب فلا بد من مقاومة السلوك المرضى الاكتئابي مقاومة لا هوادة فيها حتى يمكن الحد بشكل كامل من هذه القذيفة الاكتئابية المدمرة للنفس؛ ومن الصعب حصر عدد مرضى الاكتئاب، لأن الاكتئاب يسكن داخل الأفراد مثل الطفيليات، ويسيطر عليهم ويجعلهم يعانون من أفكار ومشاعر سلبية، مما يجعلهم يشعرون كأنهم غرباء في وطنهم.

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

يُعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل DSM-IV-TR

(2000) الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية، وتنقسم هذه الاضطرابات إلى أربع

فئات وهذا تبعا لتضمنها على الاكتئاب، وهي كما يلي:

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

أعراضها:

تظهر على الفرد أعراض تتمثل في:

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

التشخيص:

لكي تشخص نوبة الاكتئاب الرئيسي من طرف الممارس العيادي سواء كان

أخصائياً نفسياً أو طبيباً نفسياً، يجب أن تتوفر بعض الشروط وهي:

- التأكد من أن الأعراض جديدة عند الفرد أو زادت سواء عما كانت عليه من قبل.
- تكون هذه الأعراض ظاهرة على الفرد طول اليوم وتقريباً كل يوم ولفترة لا تقل عن أسبوعين متواصلين.
- تكون نوبات الاكتئاب مصاحبة لضعف في العلاقات الاجتماعية (معمرية، ١٩٨٨).

أنواع الاكتئاب:

فيما يلي يتطرق الباحث إلى توضيح بعض أنواع الاكتئاب التي تظهر عند الأفراد ونجملها في الأنواع التالية (عرعار، ٢٠١٤):

١- اكتئاب شرطي: وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة، ويعود

إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة.

٢- اكتئاب سن القعود: ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في

الخمسينيات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد.

٣- الاكتئاب العصابي - الاكتئاب الذهاني:

أ- **الاكتئاب النفسي (العصابي):** إن الاكتئاب العصابي كما يدل اسمه

فهو حالة تأتي من جراء عصاب تطور عند الفرد خلال حياته. والعصاب

هو مرض نفسي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة

أو متكررة أثناء طفولته، وفي أغلب الأحيان تكون هذه الصدمات من النوع

العاطفي.

ب- **الاكتئاب الذهاني: وهو نوعين:**

١- **الاكتئاب الدوري:** وهو نوع من الاضطرابات ثنائية القطب يظهر على

شكل دورات تعقبها أو تسبقها دورات من الهوس، والنشاط الزائد ويطلق

عليه المختصين في الطب النفسي اضطراب الهوس والاكتئاب وهو

أكثر خطورة من الأنواع الثلاثة السابقة (الاستجابي، العصابي،

الداخلي)، لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط بل يصيب جانب

كبير من قدراته العليا، بما فيها قدرته على التفكير السليم وعلاقته

الاجتماعية ويضطرب إدراك الشخص لنفسه وللعالم الخارجي من

- حواله، فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار (DIDIER, 1995).
- ٢- الاكتئاب الفصامي: يكون التناذر الاكتئابي أحد أشكال بداية الفصام، يصبح المريض تدريجيا لا يهتم بانشغالاته اليومية، بمحيطه ونظافته، وغذائه. يكون مغموراً بإحساس عميق من القلق وألم داخلي يحتم عليه أن يقلص من نشاطه بصفه كبيرة جدا ويصل به الحد إلى عدم الخروج من غرفته، ويصبح سلوكه غريبا ويشعر بانفصال جسده بالرغم من أنه لا يشكو من أي تخلف عقلي (DIDIER, 1995).
- ٣- الاكتئاب الاستجابي: وهو النوع الأكثر معرفة من طرف الناس والأقل خطورة والأكثر انتشارا حاليا بسبب الأزمة الاقتصادية وهو الاكتئاب الذي يظهر نتيجة الضغط بمختلف أشكاله.
- ٤- اكتئاب الأمراض العضوية: يستطيع أن يكون الاكتئاب عبارة عن تمظهر لمرض عضوي ومن هذا تتضح أهمية تشخيص المرض العضوي المسؤول على ظهور الأعراض الاكتئابية، لأن علاج المرض العضوي وحده هو الذي يؤدي إلى زوال الاستجابة الاكتئابية، وتظهر الاستجابة الاكتئابية في بعض الالتهابات الدماغية مثل مرض باركسون الأورام الدماغية وبعض أنواع الصرع.
- ٥- الاكتئاب الموسمي: هذا النوع من الاكتئاب عرف في عام ١٩٨٠ عن طريق الطبيب الأمريكي روزنتال (Rosenthal) ويصيب بعض الأفراد في بعض شهور السنة، خاصة في أشهر الشتاء حيث يكون النهار قصيرا والليل طويلا.

٦- اكتئاب الحمل: تتعرض المرأة أثناء الحمل خاصة الأشهر الأولى منه لبعض الاضطرابات في الطبع، وظهور الأعراض العصبية حيث بظهور القلق التي تكون أعراضه الأساسية متمثلة في الغثيان، الدوخة، خفقان القلب، اضطرابات النوم، كوابيس ليلية وتعرض لبعض الأفكار السلبية (DIDIER, 1995).

٧- اكتئاب الأشخاص المسنين: سجلت الزملة الاكتئابية بصماتها بكل جدارة على المسنين الشيء الذي يؤدي إلى احتياج هذه الفئة إلى علاج كيميائي يحتوي على مضادات الاكتئاب (عرعار، ٢٠١٤).

٨- اكتئاب الأطفال: إن أسباب اكتئاب الأطفال تكون بالدرجة الأولى من النوع العاطفي عدم تفاهم الوالدين، الطلاق، جو من العنف المعنوي أو المادي قد تكون أسبابا كافية لتفجير الزملة الاكتئابية، حيث يصبح الطفل بطيئا في أفكاره وفي تحركاته لا يشارك في القسم، يرفض انجاز واجباته المدرسية وقد يسجل تراجع في نتائجه المدرسية كما يصبح حزينا منعزلا عن إخوته ورفقاء اللعب.

أسباب الاكتئاب.

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

أولاً: العوامل البيولوجية: وتتضمن الآتي.

١- الجينات الوراثية: كشفت الدراسات الأسرية، ودراسات التوائم، عن أدلة تشير إلى وجود عامل جيني، له دور مهم في ظهور حالات الاكتئاب.

٢- الأمينات الحيوية: وتشمل: نقص الأمينات الحيوية، ينتج عنه مرض الاكتئاب، أي: نقص الناقل العصبي (السيروتونين) كما في حالة تعاطي العقاقير المهدئة أو الأدوية المثبطة للسيروتونين) الذي يؤدي تناولها إلى

الارتخاء الجسمي، والرغبة في النوم، وهي مضادات لزيادة السيروتونين مما يؤدي إلى الإصابة بالاكتئاب.

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

ثالثاً: العوامل الاجتماعية. ومنها: الطلاق، التفكك الأسري، وانشغال الوالدين بشؤونهم الخاصة، والانفصال بين الوالدين إلى غير ذلك.

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

أعراض الاكتئاب.

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

- **الأعراض الجسمية: ومنها:** الهزال الجسمي وضعف الجسم، شحوب الوجه، اضطراب الشهية، فالمريض بالاكتئاب إما أن يأكل كثيرا دون الشعور بلذة الطعام، أو يفقد الرغبة في الأكل، اضطراب النوم بالزيادة أو النقصان، زيادة الوزن، الصداع، الإمساك، آلام في الظهر، فقدان الرغبة الجنسية، عسر الهضم، توهم المرض، وكثرة الكوابيس المزعجة (إسماعيل، ٢٠١٥).
- **الأعراض السلوكية:** ويقصد بها ما يقوم به الشخص المكتئب من سلوكيات وهي: نقص القدرة على العمل والإنتاج والشعور بالكسل وسرعة التعب ونقص الحركة والخمول الجسدي، عدم القدرة على اتخاذ القرارات، بطء أو توقف الكلام، انخفاض الصوت، عدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة، الصراخ وعدم القدرة على ضبط النفس، العدوانية أحيانا، والسلبية. (كمال، ٢٠٠٥)
- **الأعراض العقلية والمعرفية:** التفكير الدائم في الانتحار واجترار الأفكار السوداوية، صعوبة في التفكير وبطؤ في التفكير، والانشغال بالتفكير التشاؤمي والانهزامي، ونقص الانتباه للمثيرات الخارجية، والإدراك السلبي للحياة، وضعف التركيز، والسرحان (زهران، ١٩٧٧).

ثالثاً: إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية.

يُعدُّ استخدام المخدرات والمؤثرات العقلية سواءً منها ما كان طبيعياً أو كيميائياً، جزءاً من الوجود الإنساني، الذي يعود إلى عشرات الآلاف من السنين، فقد عرف الإنسان المخدرات منذ فجر التاريخ، وقد سجلت كتابات المؤرخين أن الإنسان منذ العصر الحجري توصل إلى اكتشاف نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش)، حيث استخدمه الآشوريون قبل ٤٠٠٠ سنة قبل الميلاد، وكذا الفرس، وسكان آسيا، للحصول على الانشراح والراحة النفسية، وقد أشار العديد من الدراسات إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات والمسكرات عرفت في الحضارات القديمة كالحضارة الفرعونية والرومانية واليونانية والصينية (سوييف، ١٩٩٦).

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

تعريف المخدرات Drugs.

تُعرَّف المخدرات Drugs بشكل عام، بحسب ما ذكره أوبراين وشيفترز (O'brien & Chafetz (1982) أنها "مواد يسبب تعاطيها تَعوُّدًا نفسيًا أو جسميًا، كالكحول، والهيروين، والكوكائين، والحشيش، والمواد المهلوسة، والمهدئات، والمنشطات" (p. 49).

كما عرّفها منظمة الصحة العالمية (WHO (1992 بأنها: "كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية تحتوي على مواد وعناصر مفترية أو مهدئة أو منومة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى نمط من الاعتمادية أو التعلق أو الإدمان تؤدي بالفرد آثاراً نفسية وجسمية واجتماعية سيئة" (p. 68).

المؤثرات العقلية psychotropic substances.

ويطلق عليها أيضاً المؤثرات النفسية أو المواد ذات التأثير النفسي أو ذات التأثير العقلي، وقد استقرت الأمم المتحدة على ترجمتها (المؤثرات العقلية) في الاتفاقية الوحيدة للمؤثرات العقلية المعدلة في عام ١٩٧٢، حيث عرّفت المؤثرات العقلية

بأنها "أي مادة لها تأثير على الجهاز العصبي وعلى العمليات العقلية، سواء كان عن طريق الشم أو التدخين أو البلع أو الحقن، تتسبب في حالة من النشوة أو الفتور أو التنويم أو التنشيط، ويكون من شأن هذه المادة أن تسبب حالة من الإدمان عليها" (ص. ١٥).

وعرّف كلُّ من مرافيك وفكتور وزابرانسكي وبيلاكوفا Mravik, Viktor, Zabransky & Belackova (2016)، المؤثرات العقلية بأنها "مواد ومؤثرات عقلية- نفسية طبيعية أو اصطناعية تسيطر على تعامل الأفراد مع الآخرين، بسبب حالتهم الصحية السيئة أو الآثار الاجتماعية السلبية للفرد والمجتمع" (p.159).

من التعريفات السابقة، يتضح أن المخدرات مصطلح يطلق غالباً على مواد طبيعية ذات أصل نباتي، أما المؤثرات العقلية فتطلق على المواد التصنيعية من المواد الكيميائية التي تؤدي إلى تأثير مشابه للمخدرات الطبيعية، إلا أنه عندما يفترق المصطلحان فإنه يشار غالباً إلى لفظ المخدرات بما يشير للمخدرات الطبيعية والتصنيعية والتي تشمل المؤثرات العقلية.

تعريف الإدمان Addiction.

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

وقدم المعهد الوطني لتعاطي المخدرات (NIDA, 2014) تعريفاً للإدمان بأنه "الاستمرار في الاستخدام والبحث عن المادة الإدمانية، وبشكل قهري، على الرغم من

معرفته بالعواقب الضارة، التي قد تسبب تغييراً في آلية عمل الدماغ، أو تؤدي إلى سلوكيات ضارة" (p. 10).

ويعرفه الرشيدى (٢٠١٨) بأنه: سلوك قهري يؤدي إلى ضعف قدرة المدمن على التوقف عن استخدام المادة التي يتعاطاها، وتؤدي إلى انهياره وعدم قدرته على التماسك، وبالتالي إعاقة نفسيًا واجتماعيًا، فتصبح المادة الإدمانية شغله الشاغل، مما يجعله يزيد في الجرعة بشكل مستمر، للحصول على نفس المفعول السابق من المنشوة النفسية والجسدية، مع علمه بالمضار النفسية والصحية والاجتماعية، وشعوره المستمر بالخوف من الأعراض الانسحابية في حال عدم توفر المادة المتعاطاة، التي تختلف شدتها حسب مدة التعاطي ونوع المادة الإدمانية.

أسباب وعوامل الإدمان.

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

- ١- أسباب شخصية تعود إلى الفرد، تتمثل في: حب التقليد والفضول، والجهل بمخاطر المخدرات، ورفاق السوء، وضعف الوازع الديني، وشخصية المدمن التي تتميز بأنها شخصية مستعدة للإدمان، وأوقات الفراغ، والسفر إلى الخارج، وتوفير المال، والاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية.
- ٢- عوامل نفسية تعود للفرد، وتتمثل فيما يلي: الضغوط النفسية الكبيرة الناتجة عن الفشل في تحقيق الاحتياجات الملحة للفرد، والشعور بمركب النقص، نتيجة للإعاقة أو عدم القدرة على مجاراة الآخرين في مستويات طبقية أو ثقافية معينة، ووجود رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع والمجازفة، أو وجود توهم بأن

تعاطي المخدرات يدل على الاستقلالية وقوة الشخصية، وعدم الرضا عن الحياة بصورة عامة.

٣- الأسباب التي تعود إلى الأسرة، وتتمثل فيما يلي: القدوة السيئة من قبل الوالدين، وانشغال الوالدين عن الأبناء، والقسوة الزائدة على الأبناء، وكثرة تناول الوالدين للأدوية والعقاقير.

٤- أسباب ترتبط بالمجتمع، وتتمثل فيما يلي: توفر مواد الإدمان عن طريق المهربين والمروجين، وتأثير الحي السكني، والعمالة الأجنبية، والتساهل في استخدام العقاقير المخدرة وتركها دون رقابة.

٥- أسباب ترتبط بالجانب الاقتصادي، وتتمثل فيما يلي: ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة، نتيجة الحاجة إلى مستلزمات الحياة الضرورية، وعدم توفر الدخل الكافي، والبطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة، فضلاً عن قلة فرص العمل وتوفر الفراغ لدى الشباب.

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

الدراسات والبحوث السابقة.

دراسات تناولت برامج العلاج النفسي الإيجابي.

قام سليجمان وآخرون (2006) Seligman, et, al بدراسة هدفت إلى اختبار تأثير التدريبات في العلاج النفسي الإيجابي والتي تزيد من المشاعر الإيجابية، المشاركة، الإحساس بالمعنى في علاج أعراض الاكتئاب. وتكونت عينة الدراسة من ٣٢ طالب، قسمت بالتساوي على مجموعتين المجموعة الأولى شملت مجموعة من الطلاب الذين لديهم مستوى إكتئاب خفيف إلى متوسط ويتم متابعتهم خلال عام،

المجموعة الثانية تضمنت الأفراد الذين يعانون من اكتئاب شديد واستخدم العلاج النفسي الإيجابي بالإضافة إلى الدواء. حيث استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت الدراسة إلى أنه من المفيد علاج الاكتئاب عن طريق التدريبات التي تزيد بشكل واضح المشاعر الإيجابية، المشاركة، والإحساس بالمعنى.

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

وهدف دراسة كرامتسيفا (2008) Khramtsova, إلى تنمية أربعة من الجوانب الإيجابية في الشخصية هي (التفاؤل، والإيثار، والامتنان، والعضو) لتحقيق الشعور بالسعادة لدى عينة من الطلاب الجامعيين، وتكونت عينة الدراسة من (٤٦) طالباً من الجنسين (١٧ من الذكور، ٣٩ من الإناث). وتركت الحرية للطلاب لاختيار أي من الجوانب الأربعة المذكورة بغرض تحسينها في نفسه، وكشفت الدراسة أن أغلبية أفراد العينة اختاروا الامتنان من أجل تنميته لديهم حيث اختاره عدد (٢٣) طالباً من العينة الكلية، في حين جاء الإيثار في المرتبة الثانية حيث اختاره (١٣) طالباً، بينما اختار العضو (٦) أفراد، وأخيراً اختار التفاؤل (٤) أفراد فقط، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة (٦١٪) من أفراد العينة أقرروا بتحسين حياتهم الشخصية، ونسبة (٦٣٪) أقرروا أنهم أصبحوا أكثر وعياً بالأفكار الإيجابية، بينما نسبة (٧٦٪) أقرروا بزيادة

مشاعر الامتنان والرغبة في مساعدة الآخرين في أوجه الخير، وأخبر نسبة (٧٤%) بزيادة إحساسهم بالسعادة، وحوالي (٨٦%) بزيادة تفهم الذات وقبولها.

وأجرى فيتش (Fitch, 2009) دراسة تناولت تأثير أحد تدخلات علم النفس الإيجابي على السعادة والرضا عن الحياة لدى الطلاب المراهقين، وهدفت إلى استخدام فاعلية فنييتين من فنيات علم النفس الإيجابي (ثلاثة أشياء جميلة في الحياة، خطاب امتنان وشكر) لزيادة السعادة والتوافق النفسي لدى عينة من المراهقين، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) طالباً من المدارس المتوسطة الثانوية في مدينة نيويورك، وقسمت إلى مجموعتين إحداهما تجريبية عددها (٢٥) طالباً، والأخرى ضابطة عددها (٢٥) طالباً وطبق عليهم مقياس السعادة والرضا عن الحياة، وأشارت النتائج إلى فاعلية فنيات علم النفس الإيجابي وخاصة تلك التي تركز على الشكر والامتنان في تحسين مستوى السعادة وزيادة معدل الرضا عن الحياة لدى أفراد العينة.

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

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

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

دراسات تناولت متغير الاكتئاب لدى المدمنين.

قام ويسبرج وبورتر (Waisberg & Porter, (1994) بدراسة تهدف إلى التحقق من فعالية العلاج بالمعنى في خفض الاكتئاب لدى عينة من مدمني المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من ١٤٦ مدمناً تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الاعتماد على الكحول واختبار الهدف من الحياة لكرومباخ واختبار بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى المدمنين، وعدم وجود فروق ذات دلالة

إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج، كما أظهرت الدراسة فعالية العلاج بالمعنى في علاج الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

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

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

كما قامت حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعنى المقترح في خفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، والتعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي

المقترح. وتكونت عينة الدراسة من (١٤) فرداً من الشباب المدمن في مرحلة التعافي بأحد مراكز علاج الإدمان من الذكور. حيث استخدم الباحث اختبار الاكتئاب إعداد محمد إبراهيم عيد (١٩٩٧). حيث أظهرت النتائج وجود مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى المدمنين، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

وقدم قواقنة (٢٠١٢) دراسة هدفت إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وقد تكونت عينة الدراسة من ٣٠ مدمناً وتم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. واستخدم الباحث مقياس المهارات الاجتماعية والقلق من إعداده، ومقياس بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج تطوراً في المهارات الاجتماعية وانخفاضاً في الاكتئاب المرتفع والقلق بعد تطبيق البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق التتبعي.

كما قام الرويلي والشاوي (٢٠١٦). دراسة هدفت إلى تقصي فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب، وتحسين تقدير الذات لدى مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. وقد بلغ عدد العينة الكلي (٣٠) مدمناً ممن توصل الباحثان إلى إقناعهم بالمشاركة بالبرنامج، وقد قسم أفراد العينة إلى مجموعتين بالتساوي. وطبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية. واستخدم الباحثان مقياس تقدير الذات من إعدادهما، ومقياس بيك للاكتئاب. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض الاكتئاب على مقياس بيك لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم

في خفض الاكتئاب. وبينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر المجموعة على مقياس تقدير الذات لصالح المجموعة التجريبية.

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

التعليق على الدراسات والبحوث السابقة.

أولاً/ الأهداف: من خلال عرض الدراسات السابقة يُلاحظ أن الدراسة الحالية تتفق معها من حيث الهدف إذ تهدف إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسي الإيجابي ؛ كدراسة سليجمان وآخرون (٢٠٠٦)؛ والفضجري (٢٠٠٨)؛ وكرامتسوا (2008) Khramtsova, وفيتش (2009) Fitch, ونجلاء نصر الله، (نصر الله، ٢٠١١)؛ ورمضان (٢٠١٤)؛ وجودمون وآخرون (2016) Goodmon, et al. مع اختلاف الدراسة الحالية مع هذه الدراسات؛ من حيث تناول هذه الدراسات لمتغيرات أخرى لم تتناولها الدراسة الحالية؛ إذ تناول البعض منها متغيرات مثل قلق المستقبل كدراسة والفضجري (٢٠٠٨). والبعض منها تناول متغير الجوانب الإيجابية في الشخصية؛ كدراسة كرامتسوا (2008) Khramtsova، ونجلاء نصر الله، (نصر الله، ٢٠١١). كما اختلف البعض الآخر من هذه الدراسات من حيث تناوله لمتغير جودة الحياة؛ كالدراسة التي قام بها رمضان (٢٠١٤). وفي الجانب الآخر من هذه الدراسات التي تناولت متغير الاكتئاب في دراستها نجد أيضاً بعض الاختلاف والاتفاق مع الدراسة الحالية إذ تناولت جميع هذه الدراسات متغير الاكتئاب في

دراساتها. كما نجد الاختلاف بين هذه الدراسات في التحقق من فعالية العلاج بالمعنى في خفض الاكتئاب؛ كدراسة كلاً من ويسبرج وبورتر Waisberg & Porter, (1994)؛ ودراسة سوموف Somov, (2007)؛ ودراسة حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠).

ثانياً/ العينة: يتفق العديد من الدراسات السابقة على أن تكون عينتها هم الطلاب؛ كدراسة كلاً من سليجمان وآخرون (٢٠٠٦)؛ والفضجري (٢٠٠٨)؛ وكرامتسوا Khramtsova, (٢٠٠٨)؛ وفيتش Fitch, (٢٠٠٩)؛ ورمضان (٢٠١٤)؛ وجودمون وآخرون Goodman, et al (٢٠١٦). كما تتفق الدراسة الحالية مع غالبية الدراسات السابقة من حيث تناولها لمدمني المخدرات عينة لها في الدراسة؛ كدراسة كلاً من ويسبرج وبورتر Waisberg & Porter, (١٩٩٤)؛ وسوموف Somov, (2007)؛ وبولماش وآخرين Bulmash et al (٢٠٠٩)؛ وحنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ ومحمدين (٢٠١٨)

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

رابعاً/ النتائج: من خلال عرض نتائج الدراسات والبحوث السابقة، فإن بعض هذه النتائج تتفق مع الدراسة الحالية، من حيث فاعلية برنامج العلاج النفسي في

خفض الاكتئاب؛ كدراسة كلٌّ من سليجمان وآخرون Seligman., et, al, (2006)؛ وجودمون وآخرون Goodmon., et al, (2016). كما اتفقت الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة في ارتفاع مستوى الاكتئاب لدى عينة المدمنين؛ كدراسة كلٌّ من ويسبرج وبورتر Waisberg & Porter, (1994)؛ وسوموف (2007) Somov,؛ وحنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ ومحمدين (٢٠١٨). كما اتفقت الدراسة الحالية مع بعض من الدراسات السابقة في عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج؛ كدراسة ويسبرج وبورتر Waisberg & Porter, (1994)؛ والرويلي، والشاوي (٢٠١٦). كما اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة سوموف (2007) Somov,؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ من حيث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لصالح التطبيق البعدي للمجموعة التجريبية. إضافة إلى اتفاق الدراسة الحالية مع دراسة حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب وذلك لصالح المجموعة التجريبية. وأخيراً فقد اتفقت الدراسة الحالية مع دراسة كلٌّ من سوموف (2007) Somov,؛ وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ من حيث وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية لصالح التطبيق التتابعي. كما تختلف الدراسة الحالية مع جميع الدراسات السابقة من حيث تطبيقها فنيات العلاج النفسي الإيجابي لخفض الاكتئاب على عينة مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

وجه التفرد في الدراسة الحالية:

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

فروض الدراسة.

في ضوء الإطار النظري الذي تم تناوله فيما سبق، وفي ضوء ما انتهت إليه البحوث والدراسات السابقة التي تناولت العلاج النفسي الإيجابي والاكتئاب، والتي سبق التفصيل فيه، يضع الباحث لدراسته الفروض التالية:

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب بين المجموعتين التجريبية والضابطة قبل تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق برنامج العلاج النفسي الإيجابي.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.

منهج الدراسة.

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

جدول (١): التصميم التجريبي للبحث.

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

مجتمع الدراسة.

يتكون مجتمع الدراسة فيما يخص (المنهج التجريبي)، من جميع المرضى المنومين في أقسام الإدمان (للرجال) في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وقت تطبيق البرنامج، الذين قُدِّرَ عددهم (٢٨٢) مريضاً (إدارة التدريب والبحوث والتعليم المستمر بمجمع الأمل بالرياض، ٢٠١٨)، ممن تم تشخيصهم من قبل الفريق المختص بأنهم مدمنون ولديهم اعتمادية على نوع من أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية، وفقاً لمعايير تصنيف منظمة الصحة العالمية (1992) WHO، في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10، بحسب المعمول به في مجتمعات الأمل للصحة النفسية، وجميعهم لا تقل أعمارهم عن ١٩ سنة.

عينة الدراسة.

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

وقدرة المشارك على فهم ما يطلب منه، وممارسة القراءة والكتابة، وعدم معاناة المشارك أعراضاً انسحابية.

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

الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.

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

١- العمر. تعددت الفئات العمرية لعينة الدراسة على النحو التالي:

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

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الفئات العمرية
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
١٨,٧٥%	٣	١٢,٥%	٢	٢٥-١٩
٣١,٢٥%	٥	٣١,٢٥%	٥	٣٥-٢٦

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		الفئات العمرية
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
٢٧,٥%	٦	٤٣,٧٥%	٧	٤٥-٣٦
١٢,٥%	٢	١٢,٥%	٢	٦٠-٤٦
١٠٠%	١٦	١٠٠%	١٦	المجموع

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في الفئات العمرية لدى أفراد

المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:

أ- المجموعة التجريبية: الفئة العمرية الأغلب لأفراد المجموعة التجريبية كانت

(٣٦ - ٤٥)، بنسبة ٤٣,٨%، ثم الفئة (٢٦ - ٣٥)، بنسبة ٣١,٢%، ويليهما الفئتان

(١٩ - ٢٥) و (٤٦ - ٦٠) بنسبة ١٢,٥%.

ب- المجموعة الضابطة: الفئة العمرية الأغلب لأفراد المجموعة الضابطة كانت (٣٦ -

٤٥)، بنسبة ٣٧,٥%، ثم الفئة (٢٦ - ٣٥)، بنسبة ٣١,٢%، ويليهما الفئة (١٩ - ٢٥)،

بنسبة ١٨,٨%، وأخيراً الفئة العمرية الأقل للمجموعة الضابطة فئة (٤٦ - ٦٠)،

بنسبة ١٢,٥%.

ويلاحظ من خلال الفئة العمرية للمجموعتين، أن الفئة العمرية (٣٦ - ٤٥)،

هي الأعلى، ويليهما الفئة (٢٦ - ٣٥)، لكلا المجموعتين، إضافة إلى تساوي المجموعتين

في الفئة الثالثة (١٩ - ٢٥)، إلا أن المجموعة الضابطة كانت أعلى نسبة من المجموعة

التجريبية بنسبة قدرها ٩%، وأخيراً تتساوي المجموعتان في الفئة العمرية (٤٦ - ٦٠)،

التي تمثل ١٢,٥%. ومن الملاحظ أن الفئة العمرية (٣٦ - ٤٥)، هي الأعلى لدى أفراد

المجموعتين، وقد يعود السبب في ذلك إلى أن الفرد في هذه المرحلة يفترض أن قد

استقر من حيث الأسرة والمهنة والحالة الاقتصادية، وعندما يخفق في تحقيقها فقد

تكون النتيجة تراكم الضغوط النفسية بسبب شعوره بالنقص عن الآخرين ممن هم

في مثل سنة، مما يلجئه إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هرباً من ضغوطه

الحياتية.

١- المؤهل العلمي. تعددت المؤهلات العلمية لعينة الدراسة على النحو التالي:

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

المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المؤهل العلمي
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
١٢,٥%	٢	٦,٢٥%	١	ابتدائي
٤٣,٧٥%	٧	٥٠,٠%	٨	متوسط
٣٧,٥%	٦	٣٧,٥%	٦	ثانوي
٦,٢٥%	١	٦,٢٥%	١	جامعي
١٠٠%	١٦	١٠٠%	١٦	المجموع

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في المؤهلات العلمية لدى أفراد

المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:

أ- المجموعة التجريبية: النسبة الكبرى من أفراد العينة التجريبية مؤهلهم العلمي

(متوسط) بنسبة ٥٠٪، يليها الفئة (ثانوي) بنسبة ٣٧,٥٪، ثم الفئتان

(الابتدائي- الجامعي)، بنسبة قدرها ٦,٢٥٪ لكل فئة.

ب- المجموعة الضابطة: النسبة الكبرى مؤهلهم العلمي (المتوسط) بنسبة قدرها

٤٣,٧٥٪، يليها الفئة (ثانوي) بنسبة ٣٧,٥٪، ثم الفئة (ابتدائي) بنسبة ١٢,٥٪،

والفئة الأخيرة هي (جامعي) بنسبة قدرها ٦,٢٥٪.

ومن الملاحظ أن أغلب المدمنين من أفراد العينة في المجموعتين انقطع

تعليمهم بعد المرحلة المتوسطة والثانوية، مما قد يشير إلى أن المراهق في المراحل

الدراسية المتوسطة والثانوية قد يكون ضحية لرفقاء السوء بالوقوع في شباك

المخدرات.

٢- عدد سنوات الإدمان.

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

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

من الجدول السابق يتضح: وجود اختلاف في عدد سنوات الإدمان لدى أفراد

المجموعتين، الضابطة والتجريبية، كما يلي:

أ- المجموعة التجريبية: نجد أن عدد سنوات الإدمان الأغلب لأفراد المجموعة التجريبية، هي الفئة (٤ - ٦ سنوات)، بنسبة قدرها ٣٧,٥%، يليها الفئتان (٧ - ٩) و(١٠ سنوات فأكثر)، بنسب متساوية لكل فئة، قدرها ٢٥%، ثم يليهما الفئتان (سنة فأقل) و(١ - ٣) سنوات بنسب متساوية قدرها ٦,٢%، لكل فئة.

ب- المجموعة الضابطة: نجد أن عدد سنوات الإدمان الأغلب لأفراد المجموعة الضابطة، هي الفئة (٧ - ٩ سنوات)، بنسبة قدرها ٤٣,٨%، يليها الفئة (٤ - ٦) بنسبة قدرها ١٨,٨%، يليها الفئة (١٠ سنوات فأكثر) بنسبة قدرها ٢٥%، ثم يليها الفئتان (سنة فأقل) و(١ - ٣) سنوات بنسب متساوية، قدرها ٦,٢%، لكل فئة. ومن الملاحظ من الجدول السابق أن النسب الأقل لكلا المجموعتين لأصحاب الفئتين (أقل من سنة إلى ثلاث سنوات)، وهذا يبين أن الضرد عندما

يقع في تعاطي المخدرات والإدمان عليها لا يطلب العلاج إلا بعد أن تتمكن منه تماماً وقد أنهكت جميع جوانب حياته الصحية والنفسية والأسرية والاجتماعية والمادية، إذ أن أغلب عدد سنوات الإدمان لأفراد المجموعتين للفئات (٤ - ٦) و(٧ - ٩) و(١٠ سنوات فأكثر).

التكافؤ بين المجموعتين.

يستلزم المنهج التجريبي، تحقق افتراض التجانس (تساوي التباين) لأفراد عينة الدراسة التجريبية؛ وتحري الدقة والضبط للعوامل والمؤثرات التي يتوقع الباحث أنها تؤثر على المتغيرات التابعة، وسلامة التجربة وظروفها؛ مما يؤدي إلى عدم الدقة في النتائج أو الأثر الحقيقي للمتغير المستقل على المتغير التابع؛ وبناءً على ذلك قام الباحث بمحاولة لتحري أقصى حد ممكن من الضبط، لعدد من المتغيرات الدخيلة (الخارجية)؛ التي تمثلت في عدد من المتغيرات الديموغرافية، وهي: (العمر، والمستوى التعليمي، وعدد سنوات الإدمان)؛ ولتحقق من تكافؤ التباين في هذه المتغيرات لدى أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة)، استخدم الباحث اختبار (ت) لعينتين مستقلتين Independent Samples T- Test، لتعرف القيمة الفائية (ف)، ومستوى دلالتها، المتحصلة من اختبار ليفين لتساوي التباين Levene's Test for Equality of Variances، وجاءت النتائج، كما يلي:

١- العمر.

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

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

من الجدول السابق، يتضح أن قيمة (ف) تساوي (٠,١٨٣)، ومستوى دلالتها (٠,٦٧٢) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥٪، مما يدل على أنها غير دالة إحصائياً، وهذا يشير إلى التجانس وتساوي تباين المجموعتين في متغير (الفئة العمرية).

٢- المؤهل العلمي.

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

اختبار (ت) لتساوي المتوسطات			اختبار ليفين لتساوي التباين		افتراض تساوي التباين	المؤهل العلمي		
فترة حدود الثقة عند ٩٥٪		مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)			قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أعلى	أدنى							
٠,٦١٧	٠,٤٩٢-	٠,٨١٩	٣٠	٠,٢٣٠	٠,٦٨٨	٠,١٦٤		

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

٣- سنوات الإدمان.

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

اختبار (ت) لتساوي المتوسطات			اختبار ليفين لتساوي التباين		افتراض تساوي التباين	سنوات الإدمان		
فترة حدود الثقة عند ٩٥٪		مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة (ت)			قيمة (ف)	مستوى الدلالة
أعلى	أدنى							
٠,٦٢٥	١,٠١٠-	٠,٦٤٥	٣٠	٠,٤٦٦	٠,٦٩٥	٠,١٥٦		

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

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

أدوات البحث.

قائمة بيك للاكتئاب BDI.

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

وصف قائمة بيك.

منذ نشر الصورة المختصرة لمقياس بيك الأول المعدل للاكتئاب بالعربية، استخدم المقياس على نطاق واسع في مصر والبلاد العربية، كأداة بحثية رئيسة في دراسة الاكتئاب، لكي يكون المقياس أداة مناسبة لتشخيص اضطرابات الاكتئاب، من جانب الأطباء النفسيين والأخصائيين والمرشدين النفسيين على حد سواء، مستخدمين في ذلك لغة العصر الحالي في التعامل مع الاضطرابات العقلية.

والواقع أنه منذ ظهور الصورة الأولى للمقياس عام ١٩٦١ وإلى صدور هذه النسخة عام ١٩٩٦، أصبح مقياس بك للاكتئاب BDI أكثر مقاييس الاكتئاب انتشارا واستخداما في المجال، لتقويم شدة الاكتئاب للمرضى بهذا الاضطراب - وأيضا- في متابعة الاكتئاب المحتمل لدى الأفراد العاديين. وهناك العديد من الدراسات التي اهتمت بتطبيقات مقياس الاكتئاب BDI ومواصفاته السيكومترية. وقد بني مقياس بك للاكتئاب الصورة الأولى BDI على عبارات وصفية نمطية فيما يتعلق بالأعراض التي أعلنت بشكل متكرر بوساطة المرضى النفسيين المشخصين بالاكتئاب، والتي أعلنت بشكل أقل تكرارا من المرضى النفسيين غير المشخصين بالاكتئاب.

وقد تم التوصل إلى ٢١ بنداً، لكي تكون ممثلة للأعراض والاتجاهات الاكتئابية، ونظمت هذه البنود تبعاً لشدة محتوى العبارات البديلة الأربع لكل بند، ورتبت العبارات في كل بند على مقياس من أربع نقاط من صفر (٠ - ٣). وذلك حسب شدة العرض الذي تمثله مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر مختلفة، ويطلب من الشخص الذي يخضع للاختبار أن يضع علامة (X) أمام العبارة المناسبة من كل مجموعة والتي تنطبق على حالته. ويضم الاختبار مجموعات من العبارات حول الشعور بالحزن، والتشاؤم من المستقبل والشعور بالفشل، وعدم الرضا، والشعور بالذنب، وتوقع العقاب، وخيبة الأمل، واللوم والانتقاد، والأفكار الانتحارية، والبكاء، والضيق، وفقد الاهتمام، والشكل والصورة الجسمية، والكفاءة بالعمل، والنوم، والإجهاد، وشهية الطعام، والانشغال بالصحة، والاهتمام بالجنس (غريب، ٢٠٠٠).

تصحيح قائمة بيك:

استخدم في هذه الدراسة قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory الصيغة المعدلة وهو من وضع العالم أرون بيك، وقدمت هذه القائمة أول مرة عام (١٩٧١) ومصممة لتقدير شدة الاكتئاب لدى المراهقين والراشدين وتشتمل

على (٢١) بندا، وكل بند يتكون من أربع عبارات تقدر من (صفر - ٣) والدرجة الكلية القصوى هي (٦٣)، وبالنسبة لمستويات الاكتئاب فقد قسمت إلى أربع أقسام: من (صفر - ٩) اكتئاب بسيط، من (١٠ - ١٦) اكتئاب طفيف، من (١٧ - ٢٩) اكتئاب متوسط، من (٣٠ - ٦٣) اكتئاب شديد. Severe. وهذه النسخة من ترجمة أحمد عبد الخالق (١٩٩٦) وتقنيته الذي أجرى تقنين للقائمة على عينات متعددة ذات أحجام كبيرة مشتقة من أربع دول عربية هي: مصر، والسعودية، والكويت، ولبنان.

صدق قائمة بيك:

استُخدمت عدة طرق لتقدير صدق الصيغة العربية من قائمة "بيك" للاكتئاب على عينات عربية، وهي، صدق التكوين، والصدق التلازمي، وتمت البرهنة على صدق التكوين من خلال حساب معاملات الارتباط لبيرسون لقائمة بيك للاكتئاب، واتضح أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات المكونة لقائمة بيك للاكتئاب، وبين المجموع الكلي للمقياس تراوحت بين (٠,٥٦٠ - ٧٢٠)، وجميعها قيم دالة عند مستوى الدلالة ٠,٠١. وتمت البرهنة على الصدق التلازمي للقائمة إذ بلغ تشبع الدرجة الكلية للقائمة بعامل عام للاكتئاب هو (٠,٨٠) مما يشير إلى صدق عاملي مرتفع. وحصل المكتتبون على أعلى متوسط للدرجات بين مجموعات الأسوياء والفصامين والمدمنين، مما يؤكد الصدق التمييزي للقائمة.

ثبات قائمة بيك:

للتأكد من ثبات مفردات المقياس استُخدمَ معامل ألفا كرونباخ، واتضح أن ثبات قائمة بيك للاكتئاب مرتفع، حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ ٠,٧٩، مما يدل على وجود درجة عالية من الثبات في المقياس. وبلغ معامل الثبات بطريقة

التجزئة النصفية (٠,٩٢). وبلغ ثبات إعادة التطبيق للصيغة العربية لقائمة "بيك" للاكتئاب إلى (٠,٦٢).

الخصائص السيكومترية لقائمة بيك للاكتئاب BDI في الدراسة الحالية:

للكشف عن صلاحية القائمة للتطبيق على عينة الدراسة الحالية قام

الباحث، بما يلي:

أولاً: الصدق Vallidity.

تحقق الباحث من صدق قائمة بيك للاكتئاب، بالآتي:

صدق الاتساق الداخلي.

وقد تأكد صدق المقياس بتحقق الباحث من الاتساق الداخلي، عن طريق

معامل ارتباط بيرسون بحساب درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول

التالي يوضح ذلك:

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

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

❖ دالة عند مستوى ٠,٠١٪.

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الارتباط بين العبارات المكونة لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية، وبين المجموع الكلي للمقياس تراوحت بين (٠.٥٩١ - ٠.٩٥٢)، وجميعها قيَم مرتفعة دالة عند مستوى الدلالة ٠.٠١.

ثانياً: الثبات Reliability.

١- معامل ألفا كرونباخ. للتأكد من ثبات مفردات المقياس استُخدمَ معامل ألفا كرونباخ، والجدول التالي يوضح ذلك:

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

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
٢١	٠,٧٩

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

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

جدول (١٠) ثبات قائمة بيك للاكتئاب بالتجزئة النصفية.

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

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

٠٠٨٥٦. والنتائج السابقة بشكل عام، تدل على ثبات جيد لقائمة بيك للاكتئاب، من إعداد بيك Beck، وصلاحياتها للتطبيق الميداني.

البرنامج التدريبي.

الإطار النظري للبرنامج.

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

إجراءات بناء البرنامج.

أعد الباحث هذا البرنامج مُتبعاً، الخطوات الآتية:

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

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

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

جامعات.

صدق المحكمين:

قام الباحث بعرض البرنامج التدريبي، على عدد من المحكمين المختصين من

عدة جامعات محلية في مجالات مختلفة، كما يلي:

قام الباحث بعرضه على نخبة من الأساتذة في المجالات التالية:

- علم النفس العام والتربوي والإرشادي في الجامعات السعودية.
- أساتذة في الطب النفسي (متخصصون في الإدمان) في مجمع الأمل للصحة النفسية.
- أساتذة في علم الاجتماع (متخصصون في مكافحة الإدمان والجريمة) في اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (نبراس)، وفي مجمع الأمل للصحة النفسية.

وبعد اطلاع السادة المحكمين على محتويات البرنامج التدريبي ومكوناته،

قدموا مجموعة من الآراء والملاحظات المهمة وبعض التعديلات التي ساهمت في تطوير

البرنامج وتم أخذها بعين الاعتبار، بما يتناسب مع طبيعة أفراد العينة وخصائصهم

في البيئة المحلية، ومنها ما يلي:

أهداف البرنامج:

الهدف العام: خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات

العقلية في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض، وذلك بتدريبهم على

تدريبات العلاج النفسي الإيجابي.

الأهداف الخاصة: يسعى البرنامج إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- ١- تعريف المشاركين بماهية العلاج والإرشاد النفسي الإيجابي، وأهميته في تنمية الدافعية وبتش روح الأمل والتفاؤل.
- ٢- إكساب المشاركين بعض المهارات المناسبة لزيادة القدرة على التركيز والانتباه والوعي بما يدور حولهم من الأمور المسببة للاكتئاب.
- ٣- تنمية قدراتهم على التعامل مع الانفعالات التي تسببها الأفكار السلبية، التي تراودهم، والتركيز على الجوانب الإيجابية في أفكارهم وانفعالاتهم.
- ٤- مساعدة المدمنين في الجانب العلاجي لإسراع خروجهم من المستشفى، وفي الجانب الوقائي لحمايتهم من قطع العلاج والعودة إلى الإدمان مرة أخرى، وتنمية قدراتهم على مواجهة الضغوط النفسية المسببة للاكتئاب في المستقبل للوقاية من الانتكاسة إلى تعاطي المخدرات.

الفئة المستهدفة في البرنامج:

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

أسلوب تطبيق البرنامج:

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

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

- ١- تقييم المشاركين (في المجموعة التجريبية)، اليومي لكل جلسة تدريبية، بتعبئة استمارة (تقييم جلسة تدريبية).
- ٢- تقييم المشاركين الختامي (في المجموعة التجريبية)، في نهاية البرنامج التدريبي، بتعبئة استمارة (التقييم الختامي للبرنامج التدريبي).
- ٣- مقارنة أداء استجابات أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) في القياس البعدي.
- ٤- مقارنة أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.
- ٥- تقييم مدى استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي، عن طريق إجراء قياس تتبعي لأفراد المجموعة التجريبية بعد شهر وثلاثة أسابيع من تطبيق البرنامج ومقارنته بالقياس البعدي.

أسس البرنامج:

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

مخطط البرنامج:

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

جدول (١١) مراحل تنفيذ البرنامج التدريبي.

الجلسات	إجراءات المرحلة	المرحلة
الجلسة (١)	القياس القبلي. وتكوين علاقة مهنية إيجابية مع المشاركين والتعريف بالبرنامج وأهدافه. مناقشة عوامل نجاح الجلسات، وتوقيع نموذج الموافقة المستنيرة على المشاركة في البرنامج، وتحديد قواعدها ومواعيدها.	مرحلة البدء Initial Stage
الجلسات (٢-٣)	التعرف على العلاج النفسي الإيجابي وفنياته. وتنمية الدافعية وروح الأمل والتفاؤل والتحلي بالتسامح والامتنان. والتعرف على أبرز نقاط القوة والجوانب الإيجابية في الشخصية.	مرحلة الانتقال Transition Stage
الجلسات (٤-١٣)	التعريف بماهية المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان ومسبباته، ومؤشرات الانتكاسة. والتعرف على مفهوم الاكتئاب وعلاقته بالإدمان. والتعريف بفنيات العلاج علم النفس الإيجابي وما يرتبط بها من فوائد وأبحاث وعناصر، وطرق التدريب الإيجابية؛ والعلاقة بين الاكتئاب وعلم النفس الإيجابي. وكيفية وصول الفرد إلى التدفق النفسي بسهولة.	مرحلة البناء والعمل Working Stage
الجلسة (١٤)	تقديم التغذية الراجعة من الباحث والمشاركين لجلسات البرنامج التدريبي. والقياس البعدي، بتطبيق المقاييس على المشاركين في المجموعتين (التجريبية والضابطة). تحديد موعد القياس التتابعي.	مرحلة الإنهاء Ending Stage

المدة الزمنية لتنفيذ جلسات البرنامج.

نُصِّد البرنامج في (١٤ جلسة)، بواقع جلستين إلى ثلاث في الأسبوع الواحد، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (١٢) : الجدول الزمني لتنفيذ جلسات البرنامج التدريبي

الجلسة	الزمن	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة
١	٦٠ دقيقة	بناء العلاقة الإرشادية. توقيع الاتفاقيات، والقياس القبلي.	١. تطبيق القياس القبلي. ٢. التعرف وبناء العلاقة الإرشادية. ٣. التعريف بالبرنامج التدريبي، وأهدافه، وعوامل نجاحه وفوائده. ٤. توقيع نموذج الموافقة المستنيرة، ونموذج الالتزام بقواعد الجلسة التدريبية.
٢	٩٠ دقيقة	مفهوم العلاج النفسي الإيجابي وفنياته.	١. التعرف على فنيات العلاج النفسي الإيجابي. ٢. تنمية الدافعية، وغرس روح الأمل، والتفاؤل، ودور التسامح، والامتنان، في الشعور بالرضا والسعادة. ٣. دور العلاج النفسي الإيجابي، في مواجهة الإدمان.
٣	٩٠ دقيقة	نقاط القوة الإيجابية للميزة للشخصية.	١. تعرف أبرز نقاط القوة الإيجابية في الشخصية. ٢. تعرف أبرز تصرفات الفرد الإيجابية في أصعب المواقف.

١. تعرف أبرز النقاط والعناصر في إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية. ٢. تعرف خطر الضغط النفسي في حدوث الانتكاسة.	- إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية.	٩٠ دقيقة	٤
١. تعرف الاكتئاب (المفهوم، الأسباب، الأضرار). ٢. دور الاكتئاب في سلوك الإدمان. ٣. دور العلاج النفسي الإيجابي في مواجهة الاكتئاب.	- الاكتئاب.	٩٠ دقيقة	٥
١. استعراض جميع الواجبات المنزلية السابقة. ٢. استعراض يوميات الدعم الإيجابي اليومي ونقاط القوة المميزة، والصعوبات والفوائد. ٣. مناقشة دور العلاج النفسي الإيجابي في مواجهة الاكتئاب وسلوك الإدمان.	- فحص مستوى التقدم النظري.	٩٠ دقيقة	٦
١. تعرف الفنيات وفوائدها. المبدأ الأساسي لعمل النفس الإيجابي.	فنيات علم النفس الإيجابي.	٩٠ دقيقة	٧
١. تعرف أفضل القصص التي استخدموا فيها المشاركين نقاط القوة في شخصيتهم.	السرد القصصي.	٩٠ دقيقة	٨
١. تطبيق المشاركين لكتابة أهم الفضائل والقوى المميز لشخصيتهم. ٢. تطبيق كل مشارك لنقاط القوة أمام زملائهم.	- التدريب على تحديد نقاط القوة المميزة للشخصية بشكل مركز.	٩٠ دقيقة	٩
١. التعرف على فنية الامتحان بشكل مركز. ٢. تفعيل نقاط القوة المميزة للشخصية أثناء ممارسة كتابة وإلقاء خطاب الامتحان. ٣. تزويد المشاركين بمعلومات إضافية لتحسين صحة الممارسة.	- الامتحان والعرفان.	٩٠ دقيقة	١٠

<p>١. أن يطبق المشاركون نقاط القوة الإيجابية بشكل جماعي.</p> <p>٢. تصحيح الأخطاء في الممارسة أثناء التطبيق الجماعي والفردى.</p> <p>٣. مناقشة المشاركين في آية عمل خطاب امتنان وفوائده.</p> <p>٤. مناقشة صعوبات الممارسة.</p> <p>٥. توجيه كل مشارك إلى الاستفادة من نقاط القوة المميزة لشخصيته لتعزيز ثقته بنفسه لاستمرار التحسن.</p>	<p>- التأكد من اتقان المشاركين لفنية نقاط القوة الإيجابية وكتابة والامتنان.</p>	٩٠ دقيقة	١١
<p>١. مناقشة أفضل الظروف البيئية، لممارسة وصلل القوى الإيجابية في الشخصية.</p> <p>٢. تطبيق كل مشارك لنقاط القوة المميزة وخطاب الامتنان بشكل صحيح.</p> <p>٣. تعرف كيفية تفعيل نقاط القوة المميزة للشخصية أثناء الأفكار السلبية.</p>	<p>- فحص مستوى التقدم العملي.</p>	٩٠ دقيقة	١٢
<p>تعرف مفهوم التدفق النفسي، كفنية مساعدة على الاستمتاع بالأنشطة السارة والشعور بالسعادة. والتعرف على كيفية الاستفادة من التدفق النفسي أثناء التفكير السلبي.</p>	<p>- التدفق النفسي وفوائده الإيجابية وعلاقته بالاكتناب.</p>	٧٠ دقيقة	١٣
<p>الجلسة الختامية.</p> <p>تلخيص أهم فوائد البرنامج التدريبي والجلسات السابقة.</p> <p>القياس البعدي للمجموعتين (التجريبية - الضابطة).</p> <p>تكريم المجموعتين (شهادات عرفان وامتنان، وشهادة حضور برنامج تدريبي: كمتدرب وليس مدمن) وتوزيع هدايا التكريم.</p> <p>تحديد موعد القياس التتابعي.</p>	<p>- إتمام البرنامج وتقييمه، والقياس البعدي.</p> <p>- الاتفاق على موعد القياس التتابعي، بعد شهرين من انتهاء آخر جلسة تدريبية، الموافق (الأثنين - ٢٢/٥/٢٠١٧).</p>	١٢٠ دقيقة	١٤

مخطط الجلسة التدريبية.

تتضمن كل جلسة تدريبية العناصر الآتية:

- ١- عنوان الجلسة، وتاريخها، ومدتها، وأهدافها.
- ٢- الأساليب والفنيات المستخدمة لتحقيق أهداف الجلسة.
- ٣- الأدوات اللازمة لتنفيذ الجلسة.
- ٤- الواجب المنزلي.
- ٥- تقييم الجلسة.

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

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

الأساليب والمعالجات الإحصائية.

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

التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث :

- معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient لحساب صدق الاتساق الداخلي ومعامل ارتباط التجزئة النصفية.
- معامل ألفا كرونباخ Cronbach's alpha لحساب الثبات.

- معاملات ارتباط سبيرمان - براون Spearman-Brown - جتمان Guttman للتحقق من الثبات بالتجزئة النصفية.

تَعْرِفُ الخصائص الديموغرافية للعيينة :

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

التحقق من توفر شروط الإحصاء البارامتري :

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

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

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

اختبار كولجروف - سمير نوف - الاكتئاب للمجموعتين		
القيمة الحرجة	العدد	مستوى الدلالة
٠,١٠٣	٣٢	٠,٢٠٠

يتضح من الجدول السابق أن القيمة الحرجة لقائمة الاكتئاب لبيك لدى المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، جاءت غير دالة في اختبار كولجروف - سمير

نوف Kolmogorov-Smirnov، مما يؤكد اعتدالية البيانات وأنها آتية من توزيع طبيعي.

اختبار صحة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent Samples T-Test، بهدف تَعْرِفُ وجود فروق بين مجموعتين مستقلتين (ضابطة- تجريبية)، في متغير الاكتئاب.

- اختبار "ت" لعينتين مترابطتين Paired Samples T-Test لتَعْرِفُ الفروق بين بيانات اختبارين (قبلي- بعدي) و (بعدي- قتابعي) مستمدة من مجموعة واحدة (المجموعة التجريبية).

حجم التأثير "د" Size Effect d لتَعْرِفُ حجم تأثير الفروق الناتجة من اختبار "ت"، باستخدام معادلة كوهين Cohen's d، وذلك من المعادلة التالية:

$$\text{Cohen's } d = (M_1 - M_2) / d$$

- حيث يعني المؤشر "d": الفرق بين المتوسطين (M1- M2) للمجموعتين، مقسوماً على الانحراف المعياري لإحدى المجموعتين بشرط التجانس بينهما، ويسمى "d" المقياس الوصفي.

وقد أعطى كوهين تفسيراً لقيمة "d"؛ حيث حجم التأثير يكون صغيراً إذا كانت قيمة $d=0.2$ ، ومتوسطاً إذا كانت $d=0.5$ ، وكبيراً إذا كانت $d=0.8$ (عبد السلام، ٢٠٠٦).

إضافة إلى أساليب الإحصاء الوصفي من مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت، ومنها المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

عرض نتائج البحث.

- **الفرض الأول:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس الاكتئاب.

لاختبار صحة هذا الفرض استُخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent T- Test، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٤) الفروق في مستوى الاكتئاب بين أفراد المجموعتين (القياس القبلي).

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة
الاكتئاب	التجريبية	١٦	٣٢,٨١	٢,٠٠٧	٠,٣٤٠	٣٠	٠,٧٢٧
	الضابطة	١٦	٣٢,٥٦	٢,١٦٠			

من الجدول السابق، يتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ٠,٠٥ في القياس القبلي للاكتئاب لدى المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث إن قيمة "ت" ٠,٣٤٠ عند مستوى دلالة ٠,٧٢٧، وهي أكبر من مستوى الدلالة الإحصائية ٠,٠٥، مما يبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعتين التجريبية والضابطة على القياس القبلي للاكتئاب، وبالتالي يتم قبول الفرض الصفري ورفض الفرض البديل.

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

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

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار "ت" لعينتين مترابطتين Paired Samples T-Test، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٥) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى الاكتئاب لأفراد المجموعة التجريبية.

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

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

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

- **الفرض الثالث:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي. ولاختبار صحة الفرض الثالث استخدم اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Test - Independent T ، وجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (١٦) الفروق في القياس البعدي لمستوى الاكتئاب لأفراد المجموعتين (الضابطة والتجريبية).

المتغير	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة d	حجم التأثير
الاكتئاب	التجريبية	١٦	٢٢,٣٨	٢,٥٥	١١,٠٠	٢٠	٠,٠١	٢,٧	كبير
	الضابطة	١٦	٢٢,٠٠	٢,٣٩					

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

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع جميع الدراسات السابقة، التي تم استعراضها؛ إذ توصلت جميعها إلى فاعلية العلاج النفسي الإيجابي في خفض الاكتئاب، وتفوق

المجموعة التجريبية في انخفاض مستوى الاكتئاب إلى معدله الطبيعي؛ ومن هذه الدراسات دراسة كلُّ من حنان سلامة (سلامة، ٢٠١٠)؛ وقواقنة (٢٠١٢).

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

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

جدول (١٧) الفروق بين القياسين البعدي والتابعي في مستوى الاكتئاب لأفراد

المجموعة التجريبية

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

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

وتتفق نتيجة هذا الفرض مع جميع الدراسات السابقة، التي تم استعراضها؛ ومنها دراسة كلُّ من سوموف (2007) Somov، وقواقنة (٢٠١٢)؛ والرويلي والشاوي (٢٠١٦)؛ إذ توصلت هذه الدراسات إلى فاعلية التدريب على العلاج النفسي

الإيجابي في خفض الاكتئاب واستمرار التحسن بعد انتهاء البرنامج التدريبي. ومما سبق، نستنتج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين في القياس البعدي والقياس التتابعي في مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، لصالح القياس التتابعي يعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي، مما يشير إلى أن هناك تحسناً مستمراً على المدى البعيد باستمرار ممارسة تدريبات البرنامج. وبالتالي يتم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل.

مناقشة نتائج البحث.

تناول البحث الحالي فاعلية تدريب المدمنين على فنيات العلاج النفسي الإيجابي في متغير الدراسة (الاكتئاب)، البحث، لتعرف الفروق في حجم الأثر الذي أسهم به البرنامج طبقاً لنوع المجموعة (تجريبية، ضابطة)، ومن ثم تعرف أثر البرنامج على المدى الطويل بالقياس التتابعي للمجموعة التجريبية، وجاءت النتائج مدللة على الآتي:

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس الاكتئاب.
- ٢- ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لصالح القياس البعدي تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي.
- ٣- كما أظهرت النتائج، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية تعزى إلى برنامج العلاج النفسي الإيجابي، كما أن حجم تأثير هذه الفروق كان كبيراً.

٤- وأخيراً، فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات استجابات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتابعي على مقياس الاكتئاب، كما أن حجم تأثير هذه الفروق كان متوسطاً. وتشير هذه النتائج إلى تحقق جميع الافتراضات التي افترضها الباحث في بداية تطبيق الدراسة، ومن ثم تحقق الهدف الرئيس لهذا البحث، وهو فاعلية برنامج العلاج النفسي الإيجابي في خفض مستوى الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

توصيات البحث.

على ضوء النتائج التي توصل إليها البحث الحالي يقدم الباحث عدداً من التوصيات، وهي كما يلي:

١- لفت انتباه الباحثين والمتخصصين والمهتمين في مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الاكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالمياً وراء انتكاسة المدمن بعد العلاج؛ بسبب اضطراب في إفراز هرموني الكورتيزول المسؤول عند الضغط النفسي والدوبامين المسؤول عن السعادة، بعد انتهاء مفعول الأدوية النفسية التي تنظم إفراز هذه الهرمونات على وجه الخصوص؛ إذ تسبب الزيادة في إفراز هرمون الكورتيزول زيادة في مستوى الضغط النفسي، يؤثر بدوره على جميع أجهزة الجسم، وخصوصاً ما يتعلق بالجوانب المزاجية من الشعور بالقلق والهم والكدر النفسي، ويقابل ذلك انخفاض شديد في إفراز هرمون الدوبامين (السعادة)، المسؤول عن جوانب المتعة والسعادة والفرح، الذي يتأثر بسبب تدفق كميات عالية حفزتها سابقاً المواد الإدمانية مما يجعل المدمن المتعافى يعود لإدمانه باحثاً عن ضالته المتمثلة في الراحة النفسية والبعد عن الاكتئاب.

- ٢- الاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج النفسي الإيجابي في تحسين مستوى الاكتئاب، الذي يسهم بدوره في خفض مستوى الاكتئاب بجميع أنواعه، وبالتالي تحسين الصحة الجسمية والنفسية.
- ٣- إعطاء المزيد من الاهتمام في بداية أي برنامج إرشادي أو تدريبي أو علاجي، بتنمية ورفع الدافعية لدى المشاركين في البرنامج، وخصوصاً ما يتعلق بالجوانب الجيدة المهمة لكل فرد، وتعرّف اهتماماتهم وتضمن ما يتوافق منها مع البرنامج؛ لكي لا يحدث تسرب أثناء تطبيقه.
- ٤- التدريب والتطبيق للبرامج القائمة على مداخل العلاج النفسي الإيجابي، في المؤسسات التربوية في المدارس والجامعات، وفي المؤسسات الصحية والاجتماعية والعقابية على عينات مختلفة؛ كالذكور والإناث وطلبة المدارس، والمرضى الذين يعانون أمراضاً نفسية.
- ٥- توجيه القائمين على الرعاية والعلاج في المؤسسات التربوية والصحية والاجتماعية، بتفعيل دور العلاج النفسي الإيجابي، والتركيز على مواطن القوة المميزة لشخصية كل فرد على حدة، وتعزيز هذه الجوانب الشخصية وتنميتها ورعايتها، بدلاً من البحث عن مواطن الضعف والسلبية في شخصية الفرد، فانسجام عقل وفكر الفرد في جانب مميز في شخصيته حتماً سوف يبعده عن التفكير في الجانب السلبي المقابل له.

بحوث مقترحة:

- ٦- فاعلية برنامج تدريبي في علم النفس الإيجابي لخفض الضغوط النفسية والاكتئاب لدى الجانحين في المؤسسات العقابية (دور الملاحظة- السجون).

- ٧- فاعلية برنامج إرشادي قائم على علم النفس الإيجابي لتنمية القدرة على مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية (طلاب- طالبات).
- ٨- أثر برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لتحسين القلق لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

المراجع.

المراجع العربية:

- ابن القيم، محمد بن أبي بكر (١٩٩٦). مدارج السالكين بين منازل إياك نعبد وإياك نستعين (فصل فوائد تدبر القرآن وتأمل معانيه). تحقيق: محمد المعتصم بالله البغدادي. القاهرة: دار الكتاب العربي.
- ابن منظور، جمال الدين محمد (٢٠٠٣). لسان العرب. بيروت: دار صادر.
- أبو حلاوة، محمد السعيد. (٢٠١٤). علم النفس الإيجابي: ماهيته ومنطلقاته النظرية وآفاقه المستقبلية. الكتاب العربي للعلوم النفسية. ٣٤ (١). ٢- ٢٥.
- إدارة التدريب والبحوث والتعليم المستمر بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض (٢٠١٨). إحصائيات غير منشورة. الرياض: مكتب البحوث والإحصاء بالمجمع.
- آدم، خالدة متوكل (٢٠١٠). فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والاكتئاب لدمني الكحول: دراسة تجريبية لدى مدمني الكحول بمستشفى عبدالعال الإدريسي. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- آرون بيك، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة مصطفى عادل دار النهضة العربية بيروت، ٢٠٠٠م، ص ١١٨.
- إسماعيل، عبد السلام عمارة. (٢٠١٥). الاكتئاب النفسي: الأسباب - الأعراض - أساليب العلاج. مجلة التربوي، جامعة المرقب - كلية التربية بالخمس ٧ (١). ٧٢ - ٨٢.

الأشول، عادل عز الدين. شند، سميرة محمد. عباس، الزهراء علي. (٢٠١٥). برنامج مقترح باستخدام بعض فنيات العلاج النفسي الإيجابي لخفض الأعراض الاكتئابية لدي عينة من المراهقات. مجلة الإرشاد النفسي. ٤١ (١). ٤٩٣ - ٥٢٧.

بتروفسكي (١٩٩٦)، معجم علم النفس المعاصر "ترجمة" حمدي عبد الجواد، وعبد السلام رضوان، القاهرة: دار العالم الجديد.

جيل، فوزي محمد. (٢٠٠٠). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية. الإسكندرية: المكتبة الجامعية.

الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣). الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية: DSM-5. ترجمة وتلخيص: علي مصطفى؛ ومحمد يوسف. الرياض: دار الزهراء.

الجوهي، عبد الله. (١٩٩٩). أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في خفض القلق لدى عينة من المعتمدين على الهيروين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك فيصل، الاحساء، السعودية.

حسين، طه عبد العظيم، (٢٠١٠)، الصحة النفسية ومشكلاتها لدى الأطفال، القاهرة، ط١، دار الجامعة الجديدة.

الخالدي، عطا الله فؤاد، العلمي، دلال سعد الدين (٢٠٠٩)، الصحة النفسية وعلاقتها بالتكيف والتوافق، الأردن، ط١، دار الصفا.

دانيل، جولمان (٢٠٠٠). الذكاء العاطفي، ترجمة: لى لى الحبالى، مراجعة محمد يونس، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٦٢، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

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

- الرخاوي، يحيى. (١٩٧٤)، حياتنا والطب النفسي، القاهرة: دار الغد.
- الرشيدي، محمد نايف. (٢٠١٨). أثر برنامج تدريبي في التأمل التجاوزي لتحسين مستوى اليقظة العقلية وخفض الضغط النفسي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الرياض. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الملك خالد، كلية التربية.
- رمضان، هاله عبد اللطيف. (٢٠١٤). فعالية برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة الذاتية باستخدام التدخلات العلاجية متعددة المكونات لعلم النفس الإيجابي. دراسات عربية في التربية وعلم النفس. ٥٤ (١). ٢٥١ - ٢٨٠.
- روبنس وسكوت (٢٠٠٠). الذكاء الوجداني، ترجمة صفاء الأعسر وعلاء الدين كفاي، ط١. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- الرويلي، فليح قتال. الشاوي، رعد لفته. (٢٠١٦). أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدي مدمني المخدرات في مركز الأمل بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. ٤ (١٣). ٣١٠ - ٢٨٥.
- زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥) الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٤، القاهرة، عالم الكتب.
- زهران، حامد عبد السلام، (١٩٧٧)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، ط٢، عالم الكتب.
- السريحة، سعيد فالح (٢٠١١). ظاهرة الإدمان في المجتمع السعودي: عوامل تعاطي المؤثرات العقلية والإدمان عليها من مراحل الخطورة المبكرة في الطفولة إلى مراحل التعافي الحرجة. دراسة مسحية غير منشورة، الأمانة العامة - اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات.
- سلامة، حنان. (٢٠١٠). فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن من مرحلة التعافي. **مجلة الإرشاد النفسي**. ٢٤ (١). ١٦٧ - ١٨٢

- سوييف، مصطفى (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية: مواجهة مشكلة المخدرات بين الواقع والمستقبل. الكويت: عالم المعرفة.
- صالح، أحمد محمد. (١٩٨٩)، تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، (٦ط)، القاهرة: مكتب الأنجلو.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). دور علم النفس الإيجابي في تفعيل إجراءات الوقاية والعلاج النفسي. مجلة دراسات عربية في علم النفس - مصر، ٩ (١)، ٢٥ - ٢٠.
- عبد الباقي، سلوى. (١٩٩٢). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس: دراسات نفسية. ٢ (١). ٤٧٩ - ٤٤٩.
- عبد الستار، إبراهيم. (١٩٩٨). الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، دار المعرفة الكويت.
- عتيقة، سعدي (٢٠١٦). أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق: دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة محمد خنيسر، بسكرة.
- عرعار، سامية. (٢٠١٤). الإكتئاب : المفهوم والأنواع والأعراض. مجلة التربوية، جامعة الأزهر - كلية التربية. ١٦١ (٢). ٦٣٣ - ٦٦٤.
- غريب، عبد الفتاح غريب. (٢٠٠٠). البناء العاملي لمقياس بك الثاني للاكتئاب BDI-II على عينة مصرية من طلاب الجامعة. دراسات نفسية. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية. ١٠ (٣).
- المنجري، حسن عبد الفتاح (٢٠٠٨). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل. المجلة المصرية للدراسات النفسية. ١٨ (٥٨)، ٣٦ - ٧٩.

- قازان، عبد الله محمد (٢٠٠٥). إدمان المخدرات والتفكك الأسري. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- قواقنة، حازم. (٢٠١٢). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، عمان، الأردن.
- قويدري، بشاوي؛ وكبداني، خديجة (٢٠١٥). بناء سلم الكوبينغ خاص بالمدمنين على المخدرات بمدينة وهران. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية- الجزائر، (١٩)، ٢٥-١٥.
- كمال، طارق، (٢٠٠٥)، الصحة النفسية للأسرة، الإسكندرية، ط١، مؤسسة شباب الجامعة .
- مجموعة العمل المالي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (٢٠١١). تقرير الاتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤثرات العقلية وغسل الأموال. البحرين.
- محمددين، أبو بكر محمددين. (٢٠١٨). الضغوط النفسية والاكتئاب لدى مدمني المخدرات بالمراكز العلاجية بولاية الخرطوم. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النيلين، كلية الآداب، السودان.
- محمود، الفرحاتي السيد. (٢٠١٥). قضايا ومداخل العلاج النفسي الإيجابي. مجلة الإرشاد النفسي. ٤٢ (١). ١٠٥٥ - ١٠٩٩.
- معمرية، بشير. (٢٠١٠). علم النفس الايجابي اتجاه جديد لدراسة القوى الفضائل الإنسانية. دراسات نفسية. ٢ (١). ٩٧ - ١٥٨.
- معمريه، بشير. (١٩٨٨). مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة جامعة الجزائر/ خاصة بعروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية، الجزء الأول، ص١٥٦.

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

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

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

المراجع الأجنبية:

- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press.
- Bulmash, E; Horkens, K; Stewart, J and Bagby, M. (2009). Personality, Stressful Life Events and Treatment Response in Major Depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (6): 1067- 1077.
- Crystal L. Park (2003). The Psychology of Religion and Positive Psychology. PSYCHOLOGY OF RELIGION NEWSLETTER, VOLUME 2 8 , N O . 4, PP. 1-20. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION DIVISION 36.
- DIDIER, LECHÉMIA. (1995). Les depressions de la prevention á la guérison, éditions Dahlab, Alger, P.21
- Diener, E., & Seligman, M. E. P, (2004). Beyond money: Toward an economy of well-being. Psychological Science in the Public Interests, 1-31.
- DSM- IV- TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (2000). American Psychiatric Association. (4th ed, text rev). Washington, D. C: Author.

- EMCDDA. (2015). New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fitch, K.(2009): Examination of the Impact of an Intervention in Positive Psychology on the Happiness and Life Satisfaction of Children, Doctor of Philosophy, University of Connecticut. UMI Number: 3361015.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Gable, S. & Haidt, J (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110.
- Goodmon, L; Middleditch, A; Childs, B; Pietrasiuk, S. (2016); Positive Psychology Course and Its Relationship to Well-Being, Depression, and Stress. *Teaching of Psychology*, 43(3), p232-237.
- Jill Macnaught (2006). Coaching For Happiness: Understanding The Drivers of WellBeing And Success, 2nd Health Coaching Symposium Newcastle, NSW 13th October 2006, CENTRE FOR COACHING & POSITIVE PSYCHOLOGY.
- Khramtsova, I. (2008): Character Strengths in College: Outcomes of a Positive Psychology Project, *Journal of College & Character*.. 3, 1-14.
- KORKINA, MILLER. (1982). *Leçons pratiques et psychaitrie*, Editions Mir, Moscou
- Lauri, P. (1967). *Drugs: Medical, Psychological and social facts*. England: Penguin books middlesex.
- Lazar, S. W.; Kerr, C. E.; Wasserman, R. H.; Gray, J. R.; Greve, D. N.; Treadway, M. T. & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroscience Research*, 16 (17), 1893-1897
- Mallik, D. A. (2015). Meditation use in drug treatment: An Examination of the effects of meditation and progressive

relaxation on substance and psychological distress and dysfunction. Unpublished doctoral dissertation, Louisiana University at Lafayette.

Masten, A. S. & Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), Handbook of Positive Psychology, New York: Wiley.

Mravik, V.; Viktor, M.; Zabransky, T. & Belackova, V. (2016). Narcotic and psychotropic substances. Proposal for a legal definition of illicit drugs in the Czech Republic. Journal of Adiktologie, 16 (2), 156-164.

NCSBN. (2011). Substance use disorder in nursing. National Council of State Boards of Nursing. Printed in the United States of America.

NIDA (2014). Drugs, Brains, and Behavior The Science of Addiction. National Institute on Drug Abuse.

O'brien, R. & Chafetz, M. (1982). The Encyclopedia of Akoholism. New York.

Person, R, (2005). Counseling and social support: Perspective and Practice. California: sage Publication, Inc.

Robertson, I. (2000). Social problems and Drugs. New York: Random House Press.

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (1999 September 15). Prevention works: Nurse training course on the prevention of alcohol and drug abuse. Retrieved, Jan. 21, 2016 from:

<http://preventiontraining.samhsa.gov/Nur01/transpa2.htm>.

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55, 5-14.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55, 5-14.

- Seligman, M. E.; Steen, T. A.; Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-425.
- Seligman, M.; Rashid, T.; parks; A. (2006). Positive psychotherapy - *American psychologist* . vol.61(8), nov 2006, pp.774-788 .
- Sheldon, K. M., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1997). TIHKAL: The Continuation (pp. 527-531). Berkeley: Transform Press, California.
- Somove, P. (2007). Meaning of life group: Group application of logo therapy for substance abuse treatments. *Journal for specialists, in group work*, Vol, 32 N4, Pp 316-355.
- Susanne, P. (2003). Social Skills Training with Children and young people: Theory, evidence and Practice. *Child and Adolescents Mental Health*, 8 (2): 84- 96.
- Temme, L. L. (2010). Meditation to decrease the risk for relapse among adults seeking treatment for chemical dependency. Unpublished doctoral dissertation Adelphi University Garden City.
- UNODC (2016). World drug report. Vienna: United Nations publication.
- Waisberg, J, and porter, A. (1994). Purpose in life and outcome treatment for alcohol dependence. *British Journal of clinical psychology*, Vol,33, N2.Pp 49-63
- WHO: World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: Switzerland. Retrieved, Jan. 23, 2016, from: <http://www.who.int/classifications/icd>.
- WHO: World Health Organization. (2018). The Depression. Geneva: Switzerland. Retrieved, Mars. 22, 2018, from: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wilson, E. , Buehler, R. , Lawford, H. , Schmidt, C. , & Yong, A. G. (2012). Basking in projected glory: The role of subjective temporal distance in future self- appraisal. *European Journal of Social Psychology*, 42 (4): 342- 353. 321