



جامعة الزاوية
إدارة الدراسات العليا والتدريب
كلية آداب الزاوية
قسم الدراسات التربوية والنفسية
شعبة الدراسات النفسية

فاعلية برنامج إرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى لتخفيف
الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات بالمركز الوطني لعلاج
وتأهيل المدمنين

بمدينة مصراته

إعداد الطالبة: نورية عبد السلام رجب القماطي

تحت إشراف

أ.د/ عثمان علي أميمن

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة المرقب

أ.د/ خالد المختار الفار

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة الزاوية

(2025-2024)

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الإجازة الدقيقة الدكتوراه بتاريخ 2025/10/27م
الموافق 05/جمادي الأول/1447هـ قسم الدراسات التربوية والنفسية كلية الآداب جامعة الزاوية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ
مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى ﴾

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ
الرَّحِيمِ

سورة طه - الآية (124).

الإهداء

إلى روح والدي العزيز...

الذي رحل جسداً، تاركاً بصمة لا تُمحي في أعماق قلبي، وأثراً يمنحني القوة المستمدة من أريج ذكراه الطيبة، لقد كانت روحه النقية بعد توفيق الله هي الدافع لما وصلت إليه اليوم، أرجو من الله أن يجعل هذا العمل صدقة جارية له، وأن يملأ قبره بنور العلم والدعاء .

وإلى والدتي الغالية...

التي كانت وما تزال ينبوع الحنان والدعاء الصادق، الداعم الذي أضاء لي الطريق برحابة صدرها وعطائها الذي لا يعرف الحدود، بفضلها بعد إرادة الله، تمكنت من اجتياز هذه المرحلة العلمية.

اليهما أهدي ثمرة جهدي البحثي المتواضع، تعبيراً عن الوفاء والامتنان لكل دعوة صادقة وكل تضحية بلا مقابل، والتي شكلت الأساس لهذا الإنجاز الذي أكتبه بقلبي قبل قلبي.

إلى كل من آمن بي، وشجعني، ورفع همتي حين تعبت.

إلى كل من وقفوا إلى جوارى بكلمة، أو بدعوة، أو بابتسامة.

إليكم جميعاً أهدي ثمرة جهدي المتواضع عرفاناً ووفاءً وامتناناً.

الباحثة

شكر وتقدير

الحمد لله الذي علّم بالقلم، علّم الإنسان ما لم يعلم، والصلاة والسلام على معلم البشرية، وقدوة الباحثين، سيدنا محمد الذي أرسى دعائم العلم، وربط بين طلبه ورفعته الأمة، فقال: "من سلك طريقاً يلتمس فيه علماً، سهّل الله له به طريقاً إلى الجنة".

كانت الرحلة طويلة، والطموح بعيداً، والطريق مليئة بالتحديات، لكن بفضل الله وكرمه ولطفه وصلت إلى ما أطمح إليه. فله الحمد والشكر والثناء بما يليق بعظمته وجلاله.

وبعون الله وتوفيقه، وبفضل من أمّني بالدعم والتوجيه، أضع بين أيديكم هذا الجهد العلمي المتواضع.

أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتنان إلى: سعادة الأستاذ الدكتور/ خالد المختار الفّار، وسعادة الأستاذ الدكتور/ عثمان علي أمين، اللذين شرفتا بالإشراف العلمي من قبلهما، فكانا خير موجهين وأكرم مشرفين، أغنوا هذا العمل بخبرتهم، ودفعوني للاستمرار حين تعثّرت، جزاهما الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بوافر الشكر والتقدير إلى أصحاب الفضل من لجنة المناقشة العلمية:

- سعادة الأستاذ الدكتور/ يوسف أبو القاسم الأحرش.
- سعادة الأستاذ الدكتور/ مفتاح محمد أبو جناح.
- سعادة الأستاذ الدكتور / محمد امحمد غزّالة.
- سعادة الأستاذ الدكتور/ مصطفى خليفة أبراهيم.

تفضّلهم بمناقشة هذه الأطروحة، لتقديم ملاحظاتهم العلمية القيمة التي سيكون لها بالغ الأثر في تطوير هذا العمل وتحسينه، مقدرة لهم جهودهم وحرصهم الأكاديمي الذي سيظل محل اعتزاز وامتنان، والشكر موصول كذلك إلى جميع الأساتذة المحكمين لأدوات الدراسة، الذين ساهموا بملاحظاتهم في تطوير أدوات الدراسة وضبطها.

كما لا يفوتني أن أتوجّه بالشكر من القلب إلى أخي وصديقي خالد، الذي كان سنداً حقيقياً في رحلتي، بدعمه وتشجيعه، فله مني كل العرفان والوفاء.

كما أتقدم بجزيل الشكر ووافر العرفان إلى إدارة المركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصرّاتة، وإلى كل العاملين به على حسن تعاونهم معي في تطبيق أدوات الدراسة.

وأخيراً أتقدم بالشكر والتقدير لكل من دعمني وساندني لإنجاز هذا العمل، فلكم مني جميعاً
أجمل عبارات المحبة والتقدير والاحترام.
سائلاً المولى الكريم أن يجعل هذا العمل خالصاً لوجهه، نافعاً للعلم وأهله، إنه ولي ذلك
والقادر عليه.

الباحثة

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	رت
أ	الآية.	1
ب	الإهداء.	2
ج	شكر وتقدير.	3
ن	ملخص الدراسة باللغة العربية	4
س	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية .	5
16 -2	الفصل الأول مدخل إلى الدراسة	
2	المقدمة.	6
6	مشكلة الدراسة.	7
7	تساؤلات الدراسة .	8
10	أهداف الدراسة.	9
11	أهمية الدراسة.	10
13	مبررات الدراسة.	11
14	منطلقات الدراسة.	12
14	حدود الدراسة.	13
14	مصطلحات الدراسة.	14
16	الخطوات التي تسير وفقها الدراسة.	15
137 - 19	الفصل الثاني الإطار النظري	
40 -20	المبحث الأول: الإرشاد النفسي	16
20	تمهيد.	17
21	مفاهيم الإرشاد النفسي .	18
23	أهداف الإرشاد النفسي.	19
24	أسس الإرشاد النفسي.	20
28	أساليب الإرشاد النفسي.	21
28	الإرشاد النفسي الجماعي.	22
30	مفاهيم الإرشاد الجماعي.	23
31	خطوات نجاح الإرشاد الجماعي.	24
32	أهداف الإرشاد الجماعي في مجال الإدمان.	25
34	أسس الإرشاد الجماعي.	26
35	نظريات الإرشاد النفسي .	27
40	تعقيب على النظريات المفسرة للإرشاد النفسي.	28
71-41	المبحث الثاني: نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى (لفيكتور فرانكل، Viktor Frankl).	29

الصفحة	الموضوع	ر.ت
42	تمهيد.	30
42	الخلفية التاريخية لنظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى.	31
43	التعريف بمؤسس نظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى " فيكتور ايميل فرانكل.	32
44	مفهوم نظرية الارشاد والعلاج بالمعنى	33
46	الافتراضات التي تقوم عليها نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى.	34
49	أهداف العلاج بالمعنى في مجال علاج الإدمان.	35
51	أسس الإرشاد والعلاج بالمعنى.	36
54	خطوات العلاج بالمعنى في علاج الإدمان.	37
56	استراتيجيات وفنيات الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.	38
65	أسباب الاضطراب النفسي وفق نظرية لإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.	39
66	أهمية البحث عن المعنى في علاج الإدمان.	40
69	دور المعالج في العلاج بالمعنى.	41
97- 72	المبحث الثالث: الوحدة النفسية "Psychological Loneliness"	42
73	تمهيد.	43
73	مفهوم الوحدة النفسية.	44
76	مظاهر الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.	45
81	أسباب الشعور بالوحدة النفسية.	46
84	الوحدة النفسية كنتيجة للإدمان.	47
86	أشكال الوحدة النفسية.	48
88	المفاهيم النفسية المرتبطة بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.	49
90	النظريات النفسية المفسرة للوحدة النفسية.	50
93	التعقيب على النظريات.	51
94	علاقة الوحدة النفسية بالإدمان على المخدرات.	52
95	التصور الإسلامي للشعور بالوحدة النفسية.	53
124 -98	المبحث الرابع: الإدمان على المخدرات.	54
99	تمهيد.	55
100	تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها.	56
101	تصنيف المخدرات.	57
102	مفهوم الإدمان.	58

الصفحة	الموضوع	ر.ت
104	مراحل الإدمان.	59
106	أسباب الإدمان.	60
109	أنواع الإدمان.	61
110	خصائص وسمات الأفراد المدمنين.	62
113	الآثار الناتجة عن تعاطي وإدمان المخدرات.	63
116	النظريات المفسرة لسلوك الإدمان على المخدرات.	64
121	التعقيب على النظريات .	65
122	حكم إدمان وتعاطي المخدرات في الشريعة الإسلامية.	66
174 -125	الفصل الثالث الدراسات السابقة	
127	أولاً- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع مدمني المخدرات	67
135	ثانياً- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع متغيرات أخرى	68
144	ثالثاً- دراسات تناولت برامج إرشادية لخفض الوحدة النفسية	69
150	رابعاً- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع مدمني المخدرات	70
156	خامساً- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع متغيرات أخرى	71
164	تعقيب عام على الدراسات السابقة .	72
188	الاستفادة من الدراسات السابقة.	73
188	مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.	74
189	فروض الدراسة.	75
278-175	الفصل الرابع منهج الدراسة وإجراءاتها	
176	تمهيد.	76
176	منهج الدراسة.	77
176	التصميم التجريبي للدراسة.	78
177	مجتمع الدراسة.	79
177	عينة الدراسة.	80
178	أدوات الدراسة	81
178	-استمارة جمع البيانات.	82
178	- تصميم المقياس في صورته الأولية.	83
178	الصياغة النهائية لمقياس الوحدة النفسية.	84
179	طريقة تصحيح مقياس الوحدة النفسية.	85
179	متغيرات الدراسة.	86
180	الدراسة الاستطلاعية	87

الصفحة	الموضوع	ر.ت
180	الخصائص السيكومترية لمقياس الوحدة النفسية.	88
180	1- الصدق.	89
180	- الصدق الظاهري (صدق المحكمين)	90
181	- صدق الاتساق الداخلي.	91
182	- الصدق الذاتي.	92
182	2- الثبات .	93
183	- معامل ألفا كرونباخ	94
183	- التجزئة النصفية	95
183	إجراء الدراسة النهائية وخصائص العينة النهائية	96
191	التوزيع الاعتدالي لاستجابات المبحوثين على مقياس الدراسة.	97
192	- البرنامج الإرشادي.	98
193	الأساس النظري للبرنامج الإرشادي.	99
195	مفهوم البرنامج الإرشادي.	100
196	خطوات بناء البرنامج الإرشادي.	101
197	مصادر بناء محتوى البرنامج.	102
197	أهمية البرنامج الإرشادي.	103
199	أهداف البرنامج الإرشادي.	104
200	فلسفة البرنامج.	105
201	الخدمات التي يقدمها البرنامج.	106
202	المنهج المستخدم في البرنامج الإرشادي	107
202	الحدود الإجرائية للبرنامج	108
203	كيفية تنفيذ البرنامج	109
204	الوسائل المادية التي استخدمت في تنفيذ البرنامج الإرشادي.	110
204	محتويات البرنامج .	111
206	الفتيات المستخدمة في البرنامج .	112
206	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.	113
357-207	الفصل الخامس عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
208	نتائج الفرض الأول وتفسيرها.	114
210	نتائج الفرض الثاني وتفسيرها.	115
211	نتائج الفرض الثالث وتفسيرها.	116
214	نتائج الفرض الرابع وتفسيرها.	117
216	نتائج الفرض الخامس وتفسيرها.	118
218	نتائج الفرض السادس وتفسيرها.	119
221	نتائج الفرض السابع وتفسيرها.	120

الصفحة	الموضوع	ر.ت
222	نتائج الفرض الثامن وتفسيرها.	121
224	نتائج الفرض التاسع وتفسيرها.	122
227	نتائج الفرض العاشر وتفسيرها.	123
230	ملخص النتائج.	124
231	الاستنتاج.	125
232	التوصيات.	126
233	المقترحات.	127
234	قائمة المصادر والمراجع.	128
257	الملاحق.	129
336	المراسلات العلمية.	130

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
177	توزيع أفراد عينة الدراسة.	1
181	حساب الاتساق الداخلي لمقياس الوحدة النفسية.	2
181	حساب الاتساق الداخلي بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الوحدة النفسية وبين الدرجة الكلية للمقياس	3
182	معامل الصدق الذاتي لمقياس الوحدة النفسية	4
183	حساب معاملات ثبات مقياس الوحدة النفسية	5
183	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير العمر	6
184	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير المستوى الدراسي	7
185	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير المهنة	8
185	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير الحالة الاجتماعية	9
186	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير الدخل الشهري	10
187	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير عدد أفراد الأسرة	11
187	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير عدد سنوات التعاطي	12
188	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير وجود متعاطي في الأسرة	13
188	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير مصدر تعلم التعاطي	14
189	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير نوع المادة المتعاطاة	15
190	توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير اسم المدينة	16
191	حساب شكل التوزيع الاعتدالي لمقياس الدراسة	17
204	يوضح أبعاد برنامج الدراسة.	18
208	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجامعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين القبليين	19

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
210	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين.	20
211	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين	21
214	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين	22
216	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين.	23
218	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين	24
221	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية الأساسية وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية	25
222	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية	26
224	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية	27
227	حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعات الدراسة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية.	28
228	مصفوفة نوعية الفروق في القياسات القبلية والبعدية بين مجموعات البحث على مقياس الوحدة النفسية.	29

قائمة الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
258	استطلاع آراء المحكمين عن الصورة الأولية لمقياس الوحدة النفسية.	1
262	نسب اتفاق المحكمين على مقياس الوحدة النفسية .	2
265	لجنة تحكيم أدوات الدراسة.	3
266	مقياس الوحدة النفسية في صورته النهائية.	4
270	جلسات البرنامج.	5
275	استمارة تحكيم برنامج علاجي.	6
332	تقييم الجلسة من أفراد المجموعة.	7
333	صور من جلسات البرنامج.	8

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
179	تصميم الدراسة التجريبية.	1
192	التوزيع الاعتمادي لمقياس الوحدة النفسية.	2

ملخص الدراسة

تستهدف الدراسة الحالية تطبيق برنامج إرشادي لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من مدمني المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته. استخدمت الباحثة المنهج التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس للوحدة النفسية إعداد مصطفى بعلي (2015)، وبرنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى (إعداد الباحثة)، وقد تمتع المقياس بالصدق والثبات، واستخدمت مجموعة من الأساليب الإحصائية لتحقيق أهداف الدراسة مثل: ألفا كرونباخ، ومعامل ارتباط بيرسون، واختبار (t-test) لعينتين غير متساويتين وغير مرتبطتين، وتحليل التباين الأحادي. وطبقت الدراسة على أربع مجموعات مجموعتين ضابطين، ومجموعتين تجريبتين. تعرضت الجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الأساسية لقياسين قبلي وبعدي، وتعرضت الجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية لقياس بعدي فقط، كما تعرضت الجماعة التجريبية الأساسية لقياس تتبعي. وطبق البرنامج الإرشادي لخفض الشعور بالوحدة النفسية على أفراد الجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية في نفس الوقت. وأجريت جميع القياسات البعدية على المجموعات الأربعة في وقت واحد. وأسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج منها:

بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- 1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين القبليين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض الأول للدراسة.
- 2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض الثاني للدراسة.
- 3- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الثالث للدراسة.

- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الرابع للدراسة.
- 5- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والأولى على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الخامس للدراسة.
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض السادس للدراسة.
- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين التتبعي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الثامن للدراسة.
- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين التتبعي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض التاسع للدراسة.
- 9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعدي والتتبعي للجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض العاشر للدراسة.
- 10- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد الجماعة الضابطة الثانية في القياس البعدي وبين القياسات القبلية والبعدي للجماعة الضابطة الأولى والقياس القبلي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعتين الضابطين ولصالح القياس القبلي للجماعة التجريبية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الجماعة الضابطة الأولى في القياس القبلي وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، ووجدت فروق دالة إحصائياً في القياس التتبعي للجماعة التجريبية وبين القياس القبلي للجماعة

الضابطة الأولى وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعة الضابطة الأولى، في حين لا توجد فروق دالة إحصائية في بقية القياسات الأخرى بين المجموعات. وأخيراً قدمت عدة توصيات ومقترحات في ضوء النتائج المتوصل إليها.

الكلمات المفتاحية:

الفاعلية، البرنامج الإرشادي، الوحدة النفسية، العلاج بالمعنى، مدمني المخدرات.

Abstract

The present study aimed to apply a counseling program to reduce the feeling of psychological loneliness among a sample of drug addicts at the National Center for the Treatment and Rehabilitation of Addicts in the city of Misrata. The researcher employed the experimental method to achieve the objectives of the study. The study instruments consisted of a Psychological Loneliness Scale prepared by Mustafa Baali (2015), and a counseling program based on Logotherapy (prepared by the researcher). The scale demonstrated acceptable levels of validity and reliability. A number of statistical methods were used to achieve the study objectives, including Cronbach's alpha, Pearson correlation coefficient, the independent samples t-test for unequal and unrelated samples, and one-way analysis of variance (ANOVA).

The study was applied to four groups: two control groups and two experimental groups. The first control group and the primary experimental group were subjected to pre-test and post-test measurements, while the second control group and the second experimental group were subjected to a post-test measurement only. In addition, the primary experimental group was subjected to a follow-up measurement. The counseling program aimed at reducing psychological loneliness was applied to the members of the first control group and the experimental group at the same time. All post-test measurements were conducted simultaneously for the four groups.

The study yielded a number of results, including the following:

1. There were no statistically significant differences between the mean scores of the participants in the pre-test measurements of the first control group and the primary experimental group on the Psychological Loneliness Scale, as the t-value was not significant at the level of (0.05), which indicates the confirmation of the first hypothesis of the study.
2. There were no statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurements of the first control group and the second experimental group on the Psychological Loneliness Scale, as the t-value was not significant at the level of (0.05), which indicates the confirmation of the second hypothesis of the study.
3. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurements of the first control group and the experimental group on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the first control group, which indicates the rejection of the third hypothesis of the study.
4. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurements of the second control group and the second experimental group on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the second control group, which indicates the rejection of the fourth hypothesis of the study.
5. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurements of the first and second control groups on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the first control group, which indicates the rejection of the fifth hypothesis of the study.

6. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurements of the second control group and the second experimental group on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the second control group, which indicates the rejection of the sixth hypothesis of the study.
7. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the follow-up measurement of the experimental group and the post-test measurement of the second control group on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the second control group, which indicates the rejection of the eighth hypothesis of the study.
8. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the follow-up measurement of the experimental group and the post-test measurement of the first control group on the Psychological Loneliness Scale, in favor of the first control group, which indicates the rejection of the ninth hypothesis of the study.
9. There were no statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test and follow-up measurements of the experimental group on the Psychological Loneliness Scale, as the t-value was not significant at the level of (0.05), which indicates the confirmation of the tenth hypothesis of the study.
10. There were statistically significant differences between the mean scores of the participants in the post-test measurement of the second control group and the pre-test and post-test measurements of the first control group, the pre-test measurement of the experimental group, and the post-test measurement of the second control group on the Psychological Loneliness Scale. These differences were in favor of the two control groups and in favor of the pre-test measurement of the experimental group. In addition, statistically significant differences were found between the mean scores of the first control group in the pre-test measurement and the post-test measurement of the experimental group, in favor of the first control group. Statistically significant differences were also found between the follow-up measurement of the experimental group and the pre-test measurement of the first control group, in favor of the first control group. Meanwhile, no statistically significant differences were found in the remaining measurements among the groups.

Finally, a number of recommendations and suggestions were presented in light of the results obtained.

Keywords:

Effectiveness, Counseling Program, Psychological Loneliness, Logotherapy, Drug Addicts.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- المقدمة.
- مشكلة الدراسة.
- تساؤلات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- أهمية الدراسة.
- مبررات الدراسة.
- منطلقات الدراسة.
- حدود الدراسة.
- مصطلحات الدراسة.
- الخطوات التي تسير عليها الدراسة.

المقدمة:

يُعد تعاطي وإدمان المخدرات من أخطر المشكلات الصحية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات المعاصرة في مختلف دول العالم، حيث تشهد نسب الإدمان تزايدًا ملحوظًا خصوصًا بين فئة الشباب، وتبرز خطورة الإدمان في آثاره الممتدة التي تطل الجوانب النفسية والاجتماعية والاقتصادية لحياة الفرد، إذ يعاني المدمنون غالبًا من اضطرابات نفسية متعددة، مثل: القلق، والاكتئاب، والإحباط، والوحدة النفسية، مما يسهم في تدهور علاقاتهم الاجتماعية وانخفاض جودة حياتهم العامة، ويؤكد المشهداني (2005) أن مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية تؤثر سلبًا على النواحي الاجتماعية والنفسية والأسرية والاقتصادية للمدمنين، وهناك حاجة ماسة للتعامل مع هذا الخطر الجسيم الذي تحمله المخدرات التي تهدد عقول شباب المجتمع العربي عامة والمجتمع الليبي خاصة. (الرويلي، 2015: 2).

هذا ويعد الإدمان على المخدرات حالة مرضية تتميز بالشغف والاعتماد النفسي والجسدي المفرط على هذه المواد، مما يؤدي إلى آثار صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية خطيرة على المدمن، إذ يلجأ بعض الأفراد إلى المخدرات كوسيلة للهروب من ضغوط الحياة، معتقدين أنها الحل الأمثل للتخلص من واقعهم المؤلم الذي يفرضه عليهم عقلهم الباطن، ونظرًا لأن المدمنين هم جزء من المجتمع، فإن إعادة تأهيلهم نفسيًا، واجتماعيًا، تصبح ضرورة ملحة، حيث قد يصل بعضهم إلى التفكير في الإنتحار، بينما يظل الكثير منهم يحملون أفكارًا انتحارية تتجذر في عقولهم، مما يؤثر سلبًا على رؤيتهم للحياة؛ لذا، يصبح من الضروري تطوير أساليب علاجية نفسية لمعالجة هذه القضايا في ظل التغيرات السريعة والمذهلة التي يشهدها أواخر القرن العشرين، لأن عصرنا الحالي لم يعد يتميز بالسهولة واليسر كما كان في العقود السابقة، فقد تعقدت ظروف الحياة وتغيرت الأوضاع الاجتماعية بشكل يصعب التعامل معها وملاحقتها، كما أصاب الوهن القيم بكافة أنواعها وأشكالها، وظهرت أنماط من الظواهر تعود إلى اضطراب العلاقات الانسانية وفقدان الإلتزان على المستوى النفسي، مما دفع بالعديد من الشباب إلى الوقوع في مستنقع الإدمان، حيث لا يقتصر الأمر على إدمان عقار معين، بل ينظر إلى العقاقير بكل أنواعها من كحوليات ومنبهات ومخدرات ومثيرات هلوسة، كما أن أعداد المدمنين في تزايد مستمر، وهذا ما لمستته الباحثة بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته.

فالإدمان لا يؤثر فقط على الصحة الجسدية والعقلية للفرد، بل يترك أيضًا أثرًا عميقًا على الجانب النفسي، إذ يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية متعددة، أبرزها الشعور الحاد بالوحدة، فغالبًا ما يعاني مدمنو المخدرات من العزلة الاجتماعية وفقدان الروابط الإيجابية، مما يعمق إحساسهم بالوحدة واليأس، ويدفعهم لمواصلة السلوك الإدماني كوسيلة للهروب من واقعهم المؤلم. وفي ظل ازدياد الاعتماد على المخدرات في العالم، يجد الكثيرون أنفسهم محاصرين في دوامة العزلة والشعور بالوحدة، وأظهرت الدراسات وجود علاقة وثيقة بين الوحدة واضطرابات تعاطي المواد، وأن مستويات الوحدة تكون أعلى بشكل ملحوظ لدى الأشخاص الذين يعانون من الإدمان بالمقارنة مع غيرهم، مما يؤثر سلبًا على مسار التعافي، أما على الصعيد الوطني في ليبيا، فإن تحديات كبيرة تواجه قطاع خدمات الصحة النفسية وبرامج التأهيل بسبب محدودية التوفر وضعف البنية التحتية والموارد، ما يزيد من الضغوط على المؤسسات الحكومية، هذا الواقع يتطلب تعزيز الجهود الوقائية وتطوير البرامج التشغيلية للحد من انتشار الإدمان ودعم مسارات التعافي.

فالشعور بالوحدة النفسية يمثل إحدى المشكلات الهامة في حياة الإنسان المعاصر لأن هذه المشكلة تعتبر نقطة البداية لكثير من المشكلات التي يتعرض لها المدمن، فهي تجربة مدمرة نفسيًا، تسبب عدّة مشاكل نفسية وجسدية خطيرة، كما تترك تأثيرها السلبي في التفاعل الاجتماعي؛ إذ أن الشعور بالوحدة يقلل من إمكانيات السلوك الوقائي الذاتي كعامل تهديد اجتماعي، وقد نظر علماء النفس إلى الشعو بالوحدة بوصفها مشكلة خطيرة لدى مدمني المخدرات، إذ أن هذا الشعور يمكن أن يزيد من خطر إصابتهم بالاكتئاب، والقلق، والتوتر، والعزلة الاجتماعية، كما يمكن أن يؤدي إلى زيادة الرغبة في تعاطي المخدرات وتفاقم المشكلة وينظر العلماء إلى الشعور بالوحدة عند مدمني المخدرات على أنه يمكن أن يكون نتيجة لعدة عوامل، من بينها: الاعتماد الشديد على المخدرات للتعامل مع المشاعر السلبية، وفقدان الاتصال بالأصدقاء والعائلة الذين قد يكونون داعمين لهم؛ فضلًا عن الخجل، والخوف، من الانتقادات والحكم السلبي من الآخرين، لذلك ينصح الكثير من العلماء بأن يكون لدى المدمنين علاقات اجتماعية صحية وداعمة، وأن يكون لديهم مصادر أخرى لتحقيق الراحة النفسية، مثل: الرياضة، والتأمل، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية، وأن يلجؤوا إلى العلاج النفسي والاجتماعي للتغلب على المشكلات النفسية المرتبطة بالإدمان والوحدة. (جميل، 2008: 13)

وتشير الدراسات إلى أن العديد من الأفراد الذين يعانون من الوحدة النفسية يلجئون إلى تعاطي المخدرات كوسيلة للهروب من مشاعر العزلة والاكتئاب، إذ يُعتبر تعاطي المخدرات بمثابة آلية للتكيف، حيث يسعى الأفراد إلى تخفيف مشاعر الوحدة والقلق من خلال البحث عن شعور مؤقت بالراحة أو النشوة، ومع ذلك، قد يؤدي هذا السلوك إلى تفاقم الحالة النفسية، مما يخلق دائرة مفرغة من الاعتماد على المخدرات لتخفيف الألم النفسي الناجم عن الوحدة، وهذا ما أكدت عليه دراسة عبد المجيد (2018) أن مدمن المخدرات يعاني من مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية، وهو شخص وحيد وليست لديه القدرة على مواجهه مشاعر الألم فهو يعجز عن مواجهة مشاكله، وغالباً ما يفتر إلى الحزم ولا يقوى على تأجيل رغباته، إذ يسعى لإشباع لذاته، وغرائزه، فهو شخص يحب ذاته، وعلاقاته مضطربة مع الآخرين. (عبدالمجيد، 2018: 55)

وتتنوع أساليب علاج الإدمان بين الجانب الطبي الموجه لإزالة السموم، والبرامج النفسية والاجتماعية الموجهة لبناء المهارات المعرفية والسلوكية وتعزيز التكيف، وفي هذا السياق يبرز العلاج بالمعنى (Logotherapy) كأحد الأساليب العلاجية المعاصرة التي وضع أسسها (فيكتور فرانكل)، ويهدف إلى مساعدة الفرد على اكتشاف المعنى والغاية في حياته، وإعادة بناء علاقته بذاته وبالآخرين، وتحسين قدرته على مواجهة الضغوط، مما يجعله مناسباً للتعامل مع مشكلات الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.

ونظراً لأهمية المعنى في الحياة وفقدانه على حياة الإنسان، ركز علماء النفس في الآونة الأخيرة على دراسة الآثار الإيجابية والسلبية التي يتركها تحقيق المعنى في الحياة وفقدانه على حياة الإنسان وعلى صحته النفسية والجسمية.

ومما سبق ولأهمية هذه الفئة في المجتمع والتي يجب الاهتمام بها وتوفير القدر الكافي من الرعاية، جاءت هذه الدراسة الحالية وانطلقت من مسلمة، أن العلاج بالمعنى يسهم انطلاقاً من مبادئه، ومرتكزاته، وأسس، في تحسين مستوى الحياة لدى المصابين بالوحدة بسبب تعاطي المخدرات، انطلاقاً من برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى، مما يترك تأثيره الإيجابي، ويسهم في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لديهم، وقد قسمت الدراسة إلى جانبين نظري وآخر تطبيقي ولقد احتوى الجانب النظري على الفصول الآتية:

الفصل الأول: وتم التطرق فيه إلى مشكلة الدراسة وفرضياتها، وأهدافها، وأهميتها، وحدودها، وكذلك التعريفات الإجرائية.

الفصل الثاني: خصص للإطار النظري التعريف بمفهوم التوجيه والإرشاد النفسي وأنواعه ونظرياته، ومفهوم العلاج بالمعنى ومفهوم الوحدة النفسية، ومفهوم الإدمان.

الفصل الثالث: خصص للدراسات السابقة.

الفصل الرابع: تضمن إجراءات الدراسة الميدانية بدءاً بمنهج الدراسة، وأيضاً الدراسة الاستطلاعية والتي ضمت كلاً من الهدف، ووصف الدراسة والإجراءات، والعينة، والأدوات المستخدمة في الدراسة، والخصائص السيكومترية لدراسة، وصولاً إلى نتائجها، أما الدراسة الأساسية فقد قامت الباحثة بتناول كلاً من إجراءات تطبيقها والأساليب الإحصائية.

الفصل الخامس: فقد تم فيه عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها وفق الفرضيات والدراسات السابقة.

وأخيراً خاتمة الدراسة مع مجموعة من التوصيات والمقترحات في ضوء النتائج المتوصل إليها.

مشكلة الدراسة:

يعتبر الشعور بالوحدة النفسية من الظواهر النفسية المعقدة التي تؤثر بشكل كبير على الأفراد، خصوصًا أولئك الذين يعانون من إدمان المخدرات، فهي خبرة شخصية مؤلمة، يعيشها الفرد نتيجة شعوره بافتقار التقبل والحب والاهتمام من جانب الآخرين، بحيث يترتب على ذلك العجز عن إقامة علاقات اجتماعية مشبعة بالألفة والمودة والصداقة الحميمة، كما تعتبر الوحدة النفسية ظاهرة نفسية يعاني منها الأفراد بصفة عامة، وهي شعور الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين المحيطين به نتيجة افتقاره إمكانية إنخراط، أو الدخول في علاقة مشبعة ذات معنى معهم مما يؤدي إلى شعوره بعدم التقبل والنبذ والقصور وإهمال الآخرين له بالرغم من أحاطتهم به. وفي هذا السياق يؤكد أيزجر (Izgar, 2009) أن الوحدة تنشأ نتيجة عزل الفرد لنفسه عن العالم الخارجي، وعزله للعالم الخارجي عن نفسه، وأنها حالة عاطفية تبدو كشكل من أشكال السلوك أو الإدراك التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد في أي مرحلة عمرية، ويشير كاسيوبو وزملاؤه (Cacioppo et al, 2006) أن الوحدة النفسية هي الكلمة التي تجعل كلاً منا يشعر بعدم الارتياح.

ورغم خطورة الوحدة النفسية ومدى انتشارها بين فئات المجتمع المختلفة فقد ظلت تعاني من قفراً نظرياً، وتجريبياً، فترة طويلة من الزمن (الجزار، 2011: 8) إن الوحدة النفسية خبرة شبه دائمة لها آثارها الواضحة، وغالباً ما يشعر الإنسان بالعجز المطلق في مواجهة هذه الخبرة، حيث أكدت (pirhekayaty, 1986) أن الشعور بالوحدة النفسية غالباً ما يرتبط بتعاطي المخدرات، والكحول، والجريمة، والانتحار، والمرض، وسوء التوافق الاجتماعي، وتشير الكثير من الدراسات إلى الانتشار الواسع لهذا الشعور في المجتمع الحديث، حيث وجد برادبورن (Bradburn, 1969) في بحث مسحي واسع النطاق أن (25%) من أفراد العينة يعانون من الوحدة النفسية.

وترى الباحثة أن الشعور بالوحدة النفسية، هو شعور مؤلم ينتاب الشخص المدمن لعجزه عن التواصل الاجتماعي أو لافتقاره للعلاقات الاجتماعية أو لتعرضه للصدمات والأحداث الضاغطة، أو بفعل خصائصه الشخصية وعجزه الشخصي والنمائي نتيجة لمؤثرات ذاتية أو بيئية، وقد يصاحب ذلك الشعور المؤلم مشكلات واضطرابات نفسية كالاكتئاب، والخجل، والعصابية، أو

مشكلات صحية مختلفة، وهذا ما أكدت عليه (روكاش rokach) أن الشعور بالوحدة النفسية يمثل إحدى المشكلات المهمة في حياة الإنسان ، فهو شعور مؤلم ناتج عن شدة الإحساس بالعجز الانعزال الاجتماعي، والانفعالي، والشعور بأنه غير مرغوب فيه من الآخرين مما يؤدي للإحساس بالتعاسة و التشاؤم والقهر والاكتئاب. (القيق، 2008: 17)

ولقد أثبت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الإدمان والشعور بالوحدة النفسية، حيث أسفرت نتائج دراسة أجراها "سميث" (2018) أن المدمنين يعانون من مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية، مما يؤثر على قدرتهم على التعافي.

ويعد الإرشاد النفسي طريقة فعالة في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية المختلفة حيث أثبت العلاج والإرشاد بالمعنى كفاءته في تخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، حيث أسفرت نتائج الدراسات كدراسة "جونز" (2020) عن انخفاض مستوى الوحدة النفسية بمستوى يصل (20%) لدى مدمني الحشيش كما، أثبتت التجارب أن الاقتصار على العلاج الطبي أو الدوائي لا يكفي في معالجة هذه المشكلة، إذ أن المدمن بعد مرحلة سحب السموم يظل معرضاً للانتكاسة إذا لم يتم العمل على معالجة الجوانب النفسية، والاجتماعية التي دفعته للتعاظم في الأصل، ومن هنا جاء الاهتمام ب الإرشاد النفسي كمدخل أساسي في برامج علاج الإدمان، باعتباره عملية مهنية تقوم على علاقة مساعدة بين المرشد والمسترشد، تهدف إلى مساعدة الفرد على إدراك ذاته وفهم مشكلاته، وتنمية قدراته في مواجهة الضغوط، وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي.

(أبو زعيزع، 2009: 66)

إن الإرشاد النفسي في ميدان علاج الإدمان يتجاوز مجرد الشفاء من المادة المخدرة، إلى إعادة بناء شخصية المدمن بما يعزز ثقته بنفسه، ويطور مهاراته في التعامل مع المواقف الحياتية، ويعيد له الشعور بالمسؤولية والانتماء، فهو يركز على تعديل الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالإدمان، مثل الاعتقاد بأن المخدر وسيلة للهروب من المعاناة أو وسيلة لتحقيق المتعة، ويعمل على استبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية، كما يساعد الفرد على اكتشاف بدائل صحية للتعامل مع القلق والضغط النفسي، مثل ممارسة أنشطة رياضية أو اجتماعية أو روحية.

إلى جانب ذلك، يسهم الإرشاد النفسي في تعزيز مفهوم معنى الحياة لدى المدمنين، وهو ما يعد أحد أهم العوامل الحامية من الانتكاسة، إذ يرى "فرانكل" أن افتقاد الفرد للمعنى يدفعه نحو

الفراغ الوجودي، والذي قد يظهر في صورة سلوكيات إدمانية أو انحرافات سلوكية، بينما يساعد إيجاد معنى للحياة على تعزيز الصمود النفسي ومواجهة الضغوط. (Frankl, 2006.55) وقد دعمت دراسات عديدة هذا الاتجاه، مبينة أن برامج العلاج التي تدمج البعد الوجودي ومعنى الحياة تحقق نتائج أفضل في خفض معدلات الانتكاسة، مقارنة بالأساليب التقليدية.

ونتيجة لزيادة معدلات إدمان الشباب للمواد المخدرة داخل المجتمع الليبي، حيث بلغ عدد المترددين على المركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة خلال العام (2024-2025) (968) حالة ، لذا لا بد من ضرورة تحقيق العلاج للمتعاطي والاهتمام به، والاهتمام لا يكون بالعلاج الطبي فقد وإنما بالعلاج النفسي أيضاً والذي يهتم بعلاج حالته النفسية التي أدت إلى الإدمان، واستخدامه لحل مشكلاته بدلاً من وضع حلول ملائمة لذلك حيث أثبتت العديد من الدراسات ارتفاع نسبة الانتكاسة للإدمان عالمياً وخاصة عندما يكون العلاج مهتماً أكثر بالعلاج الطبي فقط. (موسى، 2022: 733)

ومن خلال إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات السابقة لاحظت تزايد الاهتمام بمشكلة الوحدة النفسية في العديد من فئات المجتمع المختلفة، إلا أن هناك نقصاً في الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية لخفض الوحدة النفسية، ومن ناحية أخرى لا يوجد - على حد علم الباحثة - أن هناك دراسات محلية تناولت برنامج إرشادي في خفض الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات بالاستناد إلى توجهات ومنطلقات نظرية العلاج بالمعنى (Logotherapy) لفكتور فرانكل وأن هذه الفئة لم تتال القدر الكافي من الدراسة، وهذا ما جعل الباحثة تستخدم فعالية البرامج الإرشادية القائمة على نظرية العلاج بالمعنى (Logotherapy) كأداة للتخفيف من هذه المشاعر. إذ تشير الأدبيات إلى أن العلاج بالمعنى يمكن أن يوفر إطاراً يساعد الأفراد على إعادة تقييم تجاربهم الحياتية واكتشاف المعنى في معاناتهم، مما قد يساهم في تقليل مشاعر الوحدة وتعزيز التعافي.

لذا تبرز الحاجة الملحة إلى دراسة فعالية برنامج إرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في تخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات لأن استكشاف هذا المجال قد يساهم في تطوير استراتيجيات إرشادية جديدة، تعزز من فرص الشفاء وتساعد الأفراد على استعادة تواصلهم مع المجتمع ومع أنفسهم، ومما سبق تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فاعلية برنامج إرشادي علاجي في خفض مستوى الوحدة النفسية لدى عينة من مدمني المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة وفق نظرية فيكتور فرانكل للعلاج بالمعنى؟

ويتفرع من التساؤل الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين القبليين لهما عند مستوى (0.05)؟

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05)؟

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05)؟

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين عند مستوى (0.05)؟

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثالثة والجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثالثة والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05)؟

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05)؟

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة عند مستوى (0.05)؟

9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد

الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05)؟

10- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات البحث في القياسات

القبلية والبعدي والتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05)؟

أهداف الدراسة:

تستهدف الدراسة الحالية تحقيق الأهداف الآتية:

1- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد

الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية، على مقياس الوحدة النفسية في القياسين

القبلين لهما عند مستوى (0.05).

2- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات

الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في

القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

3- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات

الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين

البعديين لهما عند مستوى (0.05).

4- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات

الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين

البعديين لهما عند مستوى (0.05).

5- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات

الجماعتين الضابطة الثالثة والجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية في

القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

6- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات

الجماعتين الضابطة الثالثة والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في

القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

7- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

8- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

9- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

10- التعرف على ما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات مجموعات البحث في القياسات القبليّة، والبعديّة، والتتبعيّة، مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

أهمية الدراسة:

تتحدد أهمية الدراسة من أهمية الموضوع الذي تتناوله، حيث تحاول الباحثة من خلال هذه الدراسة تسليط الضوء على موضوع ، يُعد من المواضيع المهمة التي شغلت فكر المهتمين والباحثين في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي آلا وهو موضوع الوحدة النفسية ،حيث أقيمت حوله العديد من الدراسات والأبحاث ولكن الحاجة لاتزال قائمة للمزيد من الدراسات والأبحاث بمثل هذه المواضيع في السنوات الأخيرة مع ازدياد مشاكل الحياة المختلفة، كما تبرز أهمية هذه الدراسة في التحقق من مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة ، ويمكن تحديد أهمية الدراسة من الناحيتين النظرية والتطبيقية على النحو التالي:

أولاً- الأهمية النظرية:

1- تكتسب الدراسة أهميتها من خلال، التركيز على بيان أثر العلاج النفسي بالمعنى والذي ابتكره فيكتور فرانكل (victor frankl) على وأحدة من المتغيرات البالغة الأهمية في العلوم النفسية وهي مشكلة الوحدة النفسية، والجدّة في التعمق فيما ينطوي عليه فقدان المعنى في الحياة لدى المدمنين

وانعكاسه على الشعور بالوحدة النفسية لديهم، فقد تناولت العديد من الدراسات علاج بعض الاضطرابات النفسية، ولكن توجد ندرة في تنمية الجوانب الإيجابية.

2- تستمد الدراسة أهميتها من أهمية العينة التي تتناولها الا وهي فئة الشباب، الفئة التي تعتبر أساس تقدم وبناء إي مجتمع.

3- أن هذه الدراسة تتفق مع العصر الذي نعيش فيه، والذي يتسم بمجموعة من التغيرات السريعة والمتلاحقة والتي تعجز إمكانات الفرد على مسايرتها وملاحقتها، حيث يمثل الشعور بالوحدة النفسية أبرز الظواهر المنتشرة في حياة الانسان في هذا العصر.

4- قلة عدد البحوث العربية التي أجريت في مجال دراسة الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، الامر الذي يجعلنا بحاجة إلى مزيد من البحوث التي تسعى إلى الكشف عن طبيعة هذه الخبرة، ومعرفة أسبابها وأساليب مواجهتها.

5- العمل على إثراء الجانب النظري والعملي لدور البرامج الارشادية، من خلال الأثر الذي تحدثه في التخفيف من حدة الشعور بالوحدة النفسية.

ثانياً - الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية الدراسة من الناحية التطبيقية فيما يلي:

1- تكتسب الدراسة أهميتها من خلال حرص الباحثة على وضع الأساس العملي التجريبي الذي يمكن من خلاله إتاحة الفرصة لغيرها من الباحثين إلى تبني الإرشاد والعلاج بالمعنى كتجربة فعالة في التخفيف من حدة الوحدة النفسية ، مع استخدامه لعلاج إضرابات نفسية مختلفة.

2- تكمن أهمية هذه الدراسة فيما تقدمه من أدوات تم إعدادها وتصميمها والمتمثلة في مقياس الوحدة النفسية، واستمارة جمع البيانات، واستمارة التحقق من فاعلية المعالجة التجريبية، وتصميم وبناء البرنامج الإرشادي، وقد أعدت هذه الأدوات بحيث يمكن أن يستفيد منها الآخرون بتطبيقها في دراسات مشابهة.

3- توفير قدر من المعلومات والبيانات عن مدى فاعلية استخدام البرامج الإرشادية، وخاصة نظرية العلاج بالمعنى في التخفيف من حدة المؤثرات النفسية والاجتماعية التي تدفع البعض للشعور بالوحدة النفسية، والتي من الممكن أن تكون مرجعاً يستفيد منها المهتمين بفئة الشباب وخاصة

مدمني المخدرات من خلال وضع الخطط الإرشادية، والوقائية، والعلاجية، لخفض الوحدة النفسية والاضطرابات المختلفة لدى هذه الفئة.

4- قد تسهم نتائج هذه الدراسة في وضع مقترحات وفتح المجال أمام الباحثين في مجال الإرشاد النفسي، في الاستفادة من هذا البرنامج في علاج مشاكل نفسية أخرى، وعلى فئات مجتمعية أخرى.

5- توفر نتائج الدراسة برنامجاً إرشادياً يمكن استخدامه من قبل المختصين النفسيين في مراكز علاج الإدمان، مما يسهم في تحسين جودة الرعاية النفسية للمدمنين في ليبيا.

6- إذا ما اتسقت نتائج الدراسة مع الإطار النظري في تخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، فإن هذا يفتح المجال أمام الباحثين في إعداد برامج علاجية، وإنمائية، مشابهة تساعد هذه الفئة، والحد من انتشار هذه الظاهرة

إن كل ما سبق يجعل من الدراسة الحالية نموذجاً من شأنه أن يثري المكتبة العربية في مجال الإرشاد والصحة النفسية، واثراء المكتبة بكل ما هو جديد، وخاصة أن هناك نذره واضحة في الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية والتدخلات العلاجية المتعلقة بالعلاج النفسي بالمعنى.

مبررات الدراسة:

- 1- انتشار الوحدة النفسية لدى الشباب الليبي وخاصة الشباب الذين يتعاطون المخدرات.
- 2- افتقار العاملين في مجال الإرشاد النفسي وخاصة في مراكز الإدمان، إلى أهمية البرامج الإرشادية وخاصة أن جل تركيزهم مقتصر على الاختبارات والمقاييس فقط، وهذا ما لمسته الباحثة داخل المركز القومي لعلاج المدمنين بمصراته.
- 3- افتقار المرشدين النفسيين العاملين بالمراكز، إلى البرامج التدريبية الخاصة بعلاج المشكلات والاضطرابات النفسية المختلفة التي يعاني منها أفراد المجتمع.
- 4- التركيز على العلاج المعرفي السلوكي فقط، وعدم محاولة فهم باقي العلاجات الأخرى وتبنيها في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة.
- 5- تزايد نسب الانتكاسة بين المدمنين بعد برامج العلاج التقليدية.
- 6- الحاجة إلى مداخل إرشادية حديثة (مثل العلاج بالمعنى) تركز على إيجاد معنى للحياة بدلاً من الاكتفاء بخفض الأعراض فقط.

منطلقات الدراسة:

انطلقت وتبلورت الدراسة من الآتي:

- 1- نتائج البحوث والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- 2- توصيات المؤتمرات العلمية ونتائجها، في مجال قضايا الإدمان والوحدة النفسية، كظاهرة أصبحت منتشرة تعاني منها كافة المجتمعات.
- 3- أدبيات البحث التربوي والمصادر ذات العلاقة بموضوع الدراسة.
- 4- نتائج البحوث التي أجرتها الباحثة في مجال الدراسة، ونتائج الدراسة الاستطلاعية لموضوع الدراسة.

حدود الدراسة:

- 1- الحدود الموضوعية: وتتمثل في فعالية برنامج إرشادي القائم على العلاج بالمعنى في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من المدمنين على المخدرات.
- 2- الحدود البشرية: اقتصرت الدراسة على عينة من الشباب المدمنين على المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته.
- 3- الحدود المكانية: المركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته.
- 4- الحدود الزمانية: تحددت الدراسة بالفترة الزمنية التي أجريت فيها الدراسة الميدانية وتطبيق البرنامج الإرشادي والذي تمثل بالفترة الزمنية (2024-2025).
- 5- الحدود المنهجية: استخدمت الدراسة الحالية المنهج التجريبي، تصميم أربعة مجاميع مجموعتين تجريبتين، ومجموعتين ضابطين (أي نظام سولومون التجريبي).

مفاهيم ومصطلحات الدراسة:

يمكن تحديد مصطلحات الدراسة في المفاهيم التالية:

1- الفاعلية (The Effectiveness):

يقصد بالفاعلية مدى تحقق أهداف النظام أو البرنامج بنجاح. (القطار، 2022: 17)
كما تعرف بأنها القدرة على تحقيق التنمية المقصودة طبقاً لمقاييس محددة مسبقاً، حيث تزداد الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً. (طوسون، 2003: 12)

وتعرف إجرائياً: بأنها: مقدار التحسن الذي يحدثه البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى لفكتور فرانكل (Viktor Emil Frankl) في خفض الشعور بالوحدة النفسية، لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، مقارنة بأفراد المجموعتين الضابطين (الأولى - والثانية) ويتحدد ذلك بما سوف يسفر عليه القياس البعدي من نتائج المجموعات الأربعة، والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية.

2- البرنامج الإرشادي (Program):

عرفه الهور (2016) بأنه: "هو مجموعة من الخطوات المنظمة والقائمة على أسس علمية بهدف تقديم الخدمات لمساعدة الفرد أو الجماعات لفهم مشاكلهم والتوصل إلى حلول بشأنها وتنمية مهاراتهم وقدراتهم لتحقيق النمو السوي في شتى مجالات حياتهم، ويتم في صورة جلسات منظمة في إطار علاقة متبادلة متفهمة بين المرشد والمسترشد." (الهور، 2016: 8)

ويعرف برنامج الدراسة الحالية إجرائياً بأنه: مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في التخلص من الوحدة النفسية، أو تخفيفها، وإكسابهم مجموعة من المهارات والسلوكيات لمواجهة المواقف، ويعتمد البرنامج الإرشادي على أساليب وفتيات الإرشاد والعلاج بالمعنى بجانبه النظري والتطبيقي.

3- الوحدة النفسية (Loneliness):

عرفها هويشل (2013) بأنها: "شعور الفرد بوجود فجوة نفسية تباعد بينه وبين الوسط المحيط به، وذلك لحدوث خلل في علاقاته الاجتماعية بصورة كمية أو كيفية، وعدم قدرته على الدخول في علاقات مشبعة ومرضية مع الآخرين، إضافة إلى شعوره بالإهمال وعدم التقبل مما يؤدي به إلى الشعور بالوحدة والانزواء." (هويشل، 2013: 9)

وترى روكاتش (rokach): أن الشعور بالوحدة النفسية يمثل إحدى المشكلات المهمة في حياة الإنسان فهي "شعور مؤلم ناتج عن شدة الإحساس بالعجز، الانعزال الاجتماعي والانفعالي، وشعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه من الآخرين مما يؤدي للإحساس بالتعاسة والتشاؤم والقهر والاكتئاب." (الجزار، 2011: 8)

وتعرف إجرائياً بأنها: هي حالة ذاتية يختبرها الفرد المدمن على المخدرات، تتميز بالشعور المستمر بالعزلة الاجتماعية، والنقص في الدعم العاطفي، مع صعوبة تكوين أو الحفاظ على علاقات إيجابية داخل المحيط الاجتماعي.

4- الإرشاد والعلاج بالمعنى (logo Therapy):

هو أحد التيارات الحديثة في العلاج النفسي، وهو نمط من العلاج النفسي يركز على المعنى للوجود الإنساني، ويحث الإنسان عن هذا المعنى في بعده الروحي وتعميق الوعي به، وتأصيل الشعور بالحرية والمسؤولية، واستثارة إرادة المعنى، والتوجه للمستقبل بنظرة متفائلة من خلال تبصير الفرد بالجوانب الإيجابية في حياته. (حنتول، 2018: 218)

ويعرف إجرائياً بأنه: أسلوب إرشادي أي مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة والمعدة مسبقاً على ضوء أسس وفنيات العلاج بالمعنى، يتم تقديمها بشكل جماعي لعينة من الشباب المدمنين بغية خفض وتحسين مستوى الوحدة النفسية لديهم.

5- مدمني المخدرات (Drug Addicts) :

عرف غانم (2005) مدمني المخدرات بأنهم " هم الأفراد الذين يعتمدون نفسياً أو جسدياً على المواد المخدرة، ويعانون من آثارها السلبية على الصحة النفسية والاجتماعية."

(غانم، 2005: 11)

كما عرفهم قازان (2005) بأنهم الأشخاص الذين يصبحون معتادين على استخدام عقار معين ويشكل خطراً على الأمن العام للمجتمع، وهو الشخص الذي فقد سيطرته على نفسه، بسبب الإدمان على المخدرات، والمنشطات العقلية والعقاقير. (نقلاً عن الرشدي، 2008: 272)

ويعرف إجرائياً بأنه: أحد مرضى الإدمان بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة، أثناء مدة تطبيق الدراسة.

الخطوات التي تسير وفقها الدراسة:

- 1- مراجعة البحوث والمصادر والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع الدراسة والاطلاع عليها.
- 2- البحث عن مقاييس تتناسب مع خطة الدراسة.
- 3- اعداد برنامج إرشادي علاجي جماعي، قائم على نظرية العلاج بالمعنى لتخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.
- 4- تقسيم عينة الدراسة إلى أربعة مجاميع (أي نظام سولومون التجريبي).
- 5- إجراء عملية تكافؤ بين أفراد العينة.

6- تطبيق البرنامج الإرشادي العلاجي الجماعي على الأربعة مجاميع، خلال جلستين أسبوعياً لمدة ثلاثة أشهر.

7- إعادة تطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة لمعرفة الأثر الذي تركه البرنامج.

8- استخدام الوسائل الإحصائية المناسبة للتحقق من فروض الدراسة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

- أولاً: الإرشاد النفسي.
- ثانياً: العلاج بالمعنى.
- ثالثاً: الوحدة النفسية.
- رابعاً: الإدمان على المخدرات.

(المبحث الأول)

الإرشاد النفسي (psychological Guidance)

- 1- مفاهيم الإرشاد النفسي.
- 2- أهداف الإرشاد النفسي في علاج الإدمان على المخدرات.
- 3- الأسس العامة للإرشاد النفسي في مجال الإدمان على المخدرات.
- 4- أساليب الإرشاد النفسي.
- 5- الإرشاد النفسي الجماعي.
- 6- مفاهيم الإرشاد النفسي الجماعي.
- 7- خطوات نجاح الإرشاد الجماعي.
- 8- أهداف الإرشاد النفسي الجماعي في مجال علاج الإدمان.
- 9- أسس الإرشاد النفسي الجماعي.
- 10- نظريات الإرشاد النفسي.
- 11- التعقيب على النظريات المفسرة للإرشاد النفسي.

الإرشاد النفسي (psychological Guidance)

تمهيد:

يعتبر الإرشاد بمعناه الواسع قديم قدم العلاقات الإنسانية، ولكنه كان يمارس بدون الإطار العلمي الحالي بحيث ترجع بداية التوجيه والإرشاد كما هو بالشكل الحالي إلى مائة عام عندما انفصل علم النفس الحديث عن أحضان الفلسفة منذ أن أنشأ ولهم فونت (wund1979) في ليبزح بألمانيا أول معمل لعلم النفس التجريبي وبدأت الدراسات العلمية لعلم النفس التطبيقي.

(زهران، 1980: 41)

نشأ الإرشاد النفسي كأحد مجالات الخدمة النفسية الهادفة إلى مساعدة الأفراد والجماعات على مواجهة المشكلات التي تعوق توافقهم النفسي والاجتماعي وإنتاجيتهم. ويُعد الإرشاد خدمة وقائية وتنموية تُوجّه أساسًا إلى الأفراد الذين ما زالوا ضمن إطار السلوك السوي، إلا أنهم يعانون من ضغوط ومشكلات انفعالية أو اجتماعية تتطلب تدخلًا مهنيًا متخصصًا. ومع تزايد حدة المشكلات النفسية والاجتماعية الناتجة عن التحولات الأسرية، والتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية، وتبدل أنماط الحياة، برزت الحاجة المتنامية إلى الإرشاد النفسي بوصفه أحد المجالات الحيوية الداعمة للصحة النفسية، مما يعزز أهمية تصميم وتنفيذ برامج إرشادية قادرة على مساعدة الأفراد على التكيف الإيجابي مع متطلبات الحياة المعاصرة. (عبدالمهدي، 2005: 28)

وانطلاقًا من أهمية الإرشاد النفسي في مساعدة الأفراد على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية الناتجة عن التغيرات المتسارعة في أنماط الحياة، يركّز الإرشاد النفسي على الفرد أو الجماعة بوصفهما محور العملية الإرشادية، بهدف إحداث تغيير إيجابي في أنماط التفكير والمشاعر والاتجاهات نحو المشكلة ونحو البيئة المحيطة. ولا يقتصر دوره على معالجة المشكلة الراهنة، بل يمتد إلى تنمية الاستبصار الذاتي، وزيادة القدرة على ضبط الانفعالات وفهم الذات والبيئة، بما يعزز السلوك الإيجابي والشعور بالكفاية والرضا، ويُسهم في تحقيق الصحة النفسية.

(كفافي، 1999: 11)

وقد أولى الباحثون والمختصون في مجال الإرشاد النفسي اهتمامًا متزايدًا بتصميم وتنفيذ برامج التدخل الإرشادي والعلاجي في ميدان الصحة النفسية، لما تمثله من عنصر أساسي ضمن منظومة الخدمات النفسية والصحية. وتستند هذه البرامج إلى نظريات واتجاهات إرشادية وعلاجية

متعددة أثبتت فاعليتها، حيث تُعد البرامج الإرشادية من أكثر الأساليب استخدامًا كوسيلة علاجية وتتموية، تسهم في تنمية المهارات والخصائص النفسية، وتعزيز القيم النفسية والأخلاقية، وتعديل بعض أنماط السلوك غير السوي، بما يؤدي إلى رفع مستوى الصحة النفسية وتحقيق قدر أكبر من التوافق والاستقرار النفسي، ومساندة الفرد في اتخاذ القرارات السليمة ومواجهة ضغوط الحياة المختلفة.

مفاهيم الإرشاد النفسي:

تعريف الإرشاد في الاصطلاح:

إن تعريف الإرشاد النفسي في كلمة واحدة ليس أمراً يسيراً، لهذا فإن للإرشاد النفسي تعريفات كثيرة، بعض منها ذو طابع إجرائي والبعض الآخر يعبر عن المفهوم، كما أن بعض التعريفات تقوم بالتركيز على عملية الإرشاد النفسي ذاتها في حين أن بعضها الآخر يركز على دور المرشد النفسي والعلاقة الإرشادية، وهناك تعريفات أخرى تُعنى بالنتائج التي يتم جنيها من وراء عملية الإرشاد النفسي.

مما سبق سوف تتطرق الباحثة لعدة تعريفات تناولها العلماء، حتى يصبح مفهوم الإرشاد

النفسي جلياً وواضحاً لنا، منها:

عرف الضامن (2003) الإرشاد النفسي بأنه: "عملية بناءة تسعى إلى مد يد العون للشخص حتى يفهم نفسه وشخصيته، ويحدد قواه وخبراته، ويحل المشكلات التي تواجهه في ظل رغباته وتدريبه ومعرفته، حتى يحقق لنفسه التوافق الأسري والمهني والزواجي، وأيضاً الصحة النفسية" (الضامن، 2023: 55)

ويعرف ليونا تيلور (Leona Tylor, 1969) بأن "الإرشاد ليس هو مجرد إعطاء نصائح، ولا ينجم عن الحلول التي يقترحها المرشد، بل إنه أكثر من تقديم حلول لمشكلة آنية، وهو تمكين الفرد من التخلص من متاعبه ومشاكله الحالية، وتكوين اتجاهات عقلية محضنة تساعد الفرد المسترشد على التخلص من الاتجاهات الانفعالية والأفكار السلبية والتي تعوق من أو تحد من تفكيره". (عبدالمهدي، 2005: 30)

كما عرف جلانز (Glanz, 1962) الإرشاد النفسي بأنه "عملية تفاعلية تقوم نتيجة العلاقة بين شخصين، أحدهما يكون شخصاً متخصصاً وهو المرشد، والآخر هو الشخص المسترشد، ومن

خلال هذه العملية يساعد المرشد الشخص المسترشد على تطوير أساليبه وسلوكياته في التعامل مع المشكلات والظروف التي تقابله أو إعانته على التصدي لمشكلة ما". (البلاوي، 2011: 142) وأوضح زهران (1980) أن الإرشاد النفسي " عملية يتم فيه إرشاد الشخص إلى مختلف السبل التي يتمكن من خلالها أن يستكشف قدراته وإمكاناته ويستخدمها، وتعليمه الأساليب التي تجعله قادراً على العيش في أفضل حال ممكن بالنسبة لذاته ولمجتمعه الذي يحيا فيه".

(زهران، 1980: 10)

ويشير الداھري (2000) إلى أن الإرشاد النفسي " ما هو إلا خدمة نفسية يقوم بها مرشد نفسي مؤهل ومتخصص، ولديه الكثير من الخبرة والمعرفة بفروع علم النفس المتنوعة إلى الشخص الذي يحتاج إلى مساعدة في تحليل إمكانياته وقدراته والواقع الذي يحيا فيه واستيعاب ذاته واستثمار تلك الإمكانيات والقدرات في حل المشكلات التي تقابله والتخطيط الجيد للمستقبل من أجل أن يحيا الشخص متكيفاً على جميع المستويات الاجتماعية والشخصية". (الداھري، 2000: 21)

كما عرفته حسين (1990) على أنه "عملية بناءة تهدف إلى استبصار الفرد بذاته ومساعدته على حل مشكلاته بتدريبه على اتخاذ، ومواجهة قراراته، وتنمية مهاراته الشخصية، من أجل تحقيق ذاته وإثبات وجوده، ومكانته". (حسين، 1989: 30)

وفي ميدان علاج الإدمان، يُعرّف الإرشاد النفسي بأنه:

"عملية منظمة تستند إلى أسس علمية تساعد المدمن على إدراك دوافعه وصراعاته الداخلية، والتعرف إلى الآثار النفسية والاجتماعية للإدمان، وتزويده باستراتيجيات بديلة للتعامل مع الضغوط دون اللجوء إلى المخدرات، بهدف خفض الاعتماد النفسي والسلوكي وتعزيز إعادة الاندماج الاجتماعي". (إسماعيل، 2013: 34)

من خلال عرض التعريفات السابقة ترى الباحثة أن أركان العملية الإرشادية تتجسد في المرشد النفسي، والمسترشد، حيث تبرز العلاقة الإرشادية بينهما، وقد أكدت هذه المفاهيم على ضرورة أن يتمتع المرشد النفسي بخبرة ومهارات ومؤهلات علمية في مجال الإرشاد النفسي، مما يمكنه من إدارة الجلسة والعلاقة الإرشادية بفعالية، كما أشارت إلى أهمية دعم المرشد النفسي المتخصص للمسترشد في التعرف على الجوانب الإيجابية في شخصيته، وفهم إمكانياته الواقعية وقدراته، بالإضافة إلى الظروف الحالية التي يعيشها، بهدف تحقيق التكيف والتأقلم مع واقعه،

وإيجاد حلول لمشكلاته، ووضع خطط لمستقبله، مما يساهم في تعزيز صحته النفسية وتحقيق توازنه النفسي.

أهداف الإرشاد النفسي في علاج الإدمان على المخدرات:

إن الإرشاد النفسي في مجال علاج الإدمان على المخدرات لا يقتصر على التدخل العلاجي المباشر فحسب، بل يمتد ليشمل مجموعة متكاملة من الأهداف التي تتوزع على مستويات تشخيصية، علاجية، وقائية، نمائية واجتماعية، ويأتي هذا التكامل استجابةً لطبيعة الإدمان المعقدة التي تتداخل فيها العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية لذلك يجب أن تكون هذه الأهداف مركزة على مساعدة الفرد على النمو في الاتجاه المرغوب والعمل على توسيع رقعة السوية لديه، كما لأبد أن تكون عملية الإرشاد عملية لاستثمار خبرات الفرد المختلفة، سواء عقلية، أم عاطفية، أم جسمية، وهناك أهداف كثيرة ومتنوعة للتوجيه والإرشاد النفسي منها:

1- **الأهداف التشخيصية:** فعلى المستوى التشخيصي، يسعى الإرشاد النفسي إلى التعرف على الدوافع الكامنة وراء السلوك الإدماني، سواء كانت نفسية مثل ضعف تحمل الإحباط والقلق، أو اجتماعية مثل غياب الدعم الأسري أو تأثير الرفاق، كما يركز المرشد على دراسة السمات الشخصية للمدمن وجمع بيانات شاملة من خلال المقابلات والاختبارات والملاحظات لتحديد طبيعة الإدمان وأبعاده (أبو زعزع، 2009: 35)

2- **الأهداف العلاجية:** أما على المستوى العلاجي، فيتمثل الهدف الرئيس في مساعدة المدمن على الاعتراف بمشكلاته، وتجاوز آليات الدفاع والإنكار التي تعيق التغيير، ويعمل المرشد على تعديل المعتقدات غير العقلانية المرتبطة بالمخدرات، مثل: الاعتقاد بأن المخدر يخفف الضيق، وذلك من خلال توظيف أساليب العلاج المعرفي السلوكي، كما يهدف إلى تدريب المسترشد على استراتيجيات تكيف صحية كإدارة الضغوط، والقدرة على التعامل مع المثيرات البيئية التي قد تؤدي إلى العودة للتعاطي. (Ellis. 2001. 144)

3- **الأهداف الوقائية:** وفيما يتعلق بالأهداف الوقائية، يركز الإرشاد على تقليل احتمالية الانتكاسة بعد العلاج، وذلك عبر تزويد المتعافي بمهارات ضبط الذات، والوعي بالمواقف عالية الخطورة التي قد تثير الرغبة في العودة للتعاطي، كما يتم تحصين الفرد ضد الضغوط البيئية والاجتماعية من خلال تعزيز مهارات الرفض والتوكيدية التي تمكنه من مقاومة تأثير أصدقاء السوء.

4- **الأهداف النمائية:** أما الأهداف النمائية، فهي تسعى إلى إعادة بناء شخصية المدمن بصورة أكثر تكاملاً، من خلال تنمية ثقته بنفسه وتعزيز مفهومه لذاته، ويُعنى المرشد بإكساب المسترشد مهارات حياتية عملية مثل التواصل الفعال، وإدارة الوقت، وحل المشكلات واتخاذ القرار، كما يركز على مساعدته في إيجاد معنى لحياته، عبر تبني قيم واتجاهات إيجابية، وتحديد أهداف مستقبلية تحقق له الإشباع النفسي. (Frankl, 1963.66)

5- **الأهداف الاجتماعية:** وفي جانب الأهداف الاجتماعية، فإن الإرشاد النفسي يسعى إلى تحسين العلاقات الأسرية والاجتماعية، التي غالباً ما تتضرر نتيجة السلوك الإدماني، كما يساعد المدمن المتعافي على إعادة الاندماج في المجتمع والتأهيل المهني، إلى جانب بناء شبكة دعم اجتماعي صحية تشمل الأصدقاء الإيجابيين، الأسرة، والمجموعات العلاجية التي تشكل مصدر دعم مستمر. (أبو زعيع، 2009: 44)

مما سبق ترى الباحثة أن أهداف الإرشاد النفسي في علاج الإدمان تتكامل لتشكل منظومة علاجية شاملة لا تقتصر على علاج الأعراض الظاهرة، بل تمتد لتشمل الوقاية، والحماية من الانتكاسة التي تعتبر الخطوة الأهم بعد الخروج من المركز العلاجي، وإعادة الاندماج الصحيح والسليم داخل المحيط الاجتماعي والأسري، بما يضمن للمدمن حياة أكثر توازناً وصحة.

الأسس العامة للإرشاد النفسي في مجال الإدمان على المخدرات:

يستند الإرشاد النفسي في مجال علاج الإدمان إلى مجموعة من الأسس النظرية والتطبيقية التي تشكل الإطار المرجعي للعملية الإرشادية، وتضمن فعاليتها في مساعدة الأفراد على التخلص من الاعتماد النفسي والسلوكي على المواد المخدرة، والتي يجب أن يدركها المهتمون بهذه العملية ومن أبرز هذه الأسس ما يلي:

أولاً: الأساس الإنساني (Humanistic Basis) :

يقوم الأساس الإنساني على نظرة إيجابية للإنسان باعتباره كائنًا يمتلك قدرات وإمكانات داخلية تمكنه من النمو والتغيير وتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي. ويُنظر إلى الفرد - حتى وإن كان مدمناً - على أنه ليس مريضاً فحسب، بل إنسان يسعى لإشباع حاجاته والبحث عن معنى لحياته، وقد انصرف في محاولاته نحو وسائل غير سوية، ومن هنا فإن دور الإرشاد النفسي يتمثل في توفير مناخ من القبول غير المشروط (Unconditional Positive Regard) ، والتعاطف

الصادق، والاحترام المتبادل بين المرشد والمسترشد، بوصفها مقومات أساسية لبناء العلاقة الإرشادية. إذ إن شعور المدمن بوجود من يتقبله ويفهمه دون أحكام مسبقة، يساعده على الإفصاح عن معاناته الحقيقية، ويهيئه لاكتشاف ذاته وقدراته، وبالتالي البدء في عملية التغيير الإيجابي والتعافي من الإدمان (أبوعطية، 1988: 37)

ثانياً: الأساس النفسي (Psychological Basis):

من الأسس النفسية التي يعتمد عليها الإرشاد النفسي ما يلي:

- 1- مراعاة الفروق الفردية بين الأفراد من حيث قدراتهم واستعداداتهم ومميزات شخصياتهم.
- 1- مراعاة الخصائص الجسمية، والعقلية، والنفسية، للفرد، حيث إنها تختلف من فرد لآخر ومن مرحلة إلى أخرى.
- 2- يرى أن الإدمان نتاج لعوامل داخلية مثل الصراعات اللاواعية (التحليل النفسي)، أو أنماط التفكير غير المنطقي (العلاج المعرفي).
- 3- يسعى الإرشاد النفسي إلى تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالمخدرات، وبناء استراتيجيات بديلة للتكيف مع القلق والضغوط.
- 4- يؤكد على ضرورة معالجة الاضطرابات المصاحبة للإدمان مثل القلق، الاكتئاب، وضعف تقدير الذات.
- 5- اعتبار عملية الإرشاد النفسي عملية تعلم، ليستفيد منها الفرد المدمن، في رسم طريقه في الحياة وتعميم ما اكتسبه من خبرة سليمة على المواقف الجديدة التي تعترض سبيله، والتحديات التي تتطلب المواجهة. (أبو النور، 2015: 57-58)

ثالثاً: الأساس الاجتماعي (Social Basis):

تتميز عملية الإرشاد بمعناها العلمي عن التعليم المحدود، بأنها تأخذ بعين الاعتبار الظروف البيئية التي أدت إلى ظهور المشكلة، وتسعى إلى تعديل هذه الظروف. وبهذا تكون نوعاً من التعلم الاجتماعي الذي يهدف إلى تحقيق التوافق الاجتماعي إلى جانب التوافق الشخصي. يتطلب هذا الدور من المرشد أن يكون ملماً بجميع الوسائل والأساليب المستخدمة في تحديد المشكلة وتقييمها، كما ينبغي أن يمتلك القدرة على البحث عن حلول فعالة، حتى إذا ثبت عدم جدوى طريقة معينة، يتمكن من استخدام طرق بديلة عند الضرورة والاستفادة من المستجدات

باستمرار، ومن المهام الأساسية للمرشد النفسي أن يعرف الوقت والطريقة المناسبة لاستخدام الأساليب الإرشادية، وأن يكون مرناً في تغييرها أو تعديلها أو تحسينها وفقاً لحاجات الفرد وطبيعة المشكلة التي تواجهه، ويجب أيضاً الحرص على أن تتوافق هذه الأساليب مع العادات والتقاليد السائدة في المجتمع الذي يعمل فيه، مما يعزز من فاعلية الإرشاد، كما يُوصى بأن يأخذ المرشد في اعتباره الجماعة التي ينتمي إليها المسترشد، بما في ذلك الخصائص والعادات والتقاليد المرتبطة بها، هذا الفهم يساعد المرشد على استيعاب شخصية المسترشد بشكل أعمق وتحليل دوافع سلوكه بأسلوب يراعي السياق الاجتماعي والثقافي، من ناحية أخرى، يُنظر إلى الإدمان على أنه ليس مجرد ظاهرة فردية، بل مشكلة اجتماعية تتأثر بعوامل متعددة مثل البيئة الأسرية، علاقات الصداقة، والضغوط الاقتصادية والثقافية، في هذا الإطار، يركز الإرشاد النفسي على إعادة دمج الشخص المدمن في المجتمع وتعزيز علاقاته الأسرية والاجتماعية، وبناء شبكة دعم إيجابية تساهم في تحسين جودة حياته وتمكينه من مواجهة التحديات المستقبلية بفاعلية أكبر. (سمارة، ونمر، 1992: 21)

رابعاً: الأساس الأخلاقي والقيمي (Moral & Existential Basis):

يُعتبر الأساس الأخلاقي والقيمي أحد الدعائم الرئيسية في الإرشاد النفسي، لا سيما في سياق علاج الإدمان، فدور العمل الإرشادي لا ينحصر في تعديل السلوكيات أو التخفيف من الأعراض، بل يتعدى ذلك إلى دعم الفرد في إعادة بناء منظومته القيمية واكتشاف معنى أعمق ومغزى لحياته، فغالباً ما يعاني المدمن من فراغ في القيم وشعور بفقدان المعنى، مما يدفعه للبحث عن بدائل زائفة كالمخدرات لتلبية احتياجاته النفسية والوجودية، حيث يركز هذا الأساس على المحاور التالية:

1- **المسؤولية الفردية:** تشجيع المدمن على تحمّل مسؤولية أفعاله واختياراته، بما في ذلك قراره بالتوقف عن التعاطي، حيث يُنمّي لديه وعياً بذاته وثقة بقدرته على التغيير، بدلاً من الاستسلام للأعداء الخارجية.

2- **الحرية والاختيار:** من خلال إبراز قدرة الإنسان على ممارسة حرية الاختيار، باعتبار أن الإدمان ليس حتمية لا مفر منها، بل يمكن التغلب عليه باتخاذ قرارات واعية وتلقي الدعم المناسب.

3- **الضمير والقيم:** العمل مع المسترشد لاستعادة ارتباطه بقيمه الأخلاقية والدينية والاجتماعية، مما يساهم في تحقيق التوازن الداخلي والشعور بالتصالح النفسي .

4- **البحث عن المعنى:** وفقاً لنظرية العلاج بالمعنى، يُعتبر الإدمان أحد أشكال (الفراغ الوجودي) لذا، فإن مساعدة الفرد في العثور على أهداف سامية ومعنى أعمق لحياته، تُعد خطوة محورية في مسار التعافي. (زعيزع، 2009: 43)

من هذا المنطلق، يمثل الأساس الأخلاقي والقيمي إطاراً شاملاً للإرشاد النفسي، فهو لا يقتصر على معالجة السلوك الإدماني فحسب، بل يهدف إلى إعادة تشكيل شخصية الفرد على قواعد إنسانية وقيمية راسخة، مما يزيد احتماليات التعافي المستدام والاندماج الإيجابي داخل المجتمع.

5- **الأساس العلاجي التكاملية (Therapeutic-Integrative Basis):**

يُعتبر العلاج التكاملية من المفاهيم الحديثة في مجال الإرشاد النفسي، خاصة عند معالجة قضايا الإدمان، ففي هذا السياق، يُنظر إلى الإدمان على أنه ظاهرة معقدة ومتعددة الأبعاد تتداخل فيها عوامل نفسية واجتماعية وطبية ووجودية، لذلك الاعتماد على نهج علاجي واحد فقط قد لا يكون كافياً لتحقيق التعافي الطويل الأمد، بل على العكس، يتطلب الأمر دمج عدة مداخل علاجية بشكل تكاملي ومرن يتلاءم مع الاحتياجات الفردية لكل شخص. (Corey, 2017. 134)

ويعتمد هذا الأساس على مجموعة من المبادئ أهمها:

1- **تكامل المدارس العلاجية:** يتم الجمع بين تقنيات العلاج المعرفي بهدف تصحيح الأفكار المشوهة لدى المدمن، والعلاج السلوكي الذي يساهم في تعديل أنماط السلوك الإدماني وتعزيز سلوكيات بديلة أكثر إيجابية، بالإضافة إلى العلاج الجمعي الذي يوفر فرصة للتفاعل الاجتماعي وتبادل الخبرات، والعلاج الوجودي الذي يساعد المريض على البحث عن معنى لحياته وتحمل المسؤولية عن اختياراته.

2- **التنسيق بين الجانب النفسي والطبي:** لا يمكن تجاهل أهمية العناية الطبية في علاج الإدمان، مثل استخدام العلاجات الدوائية والسيطرة على أعراض الانسحاب، يمثل هذا التكامل بين العناية الطبية والعملية الإرشادية خطوة محورية لتخفيف الآلام الجسدية واستقرار الحالة النفسية والعاطفية للمريض. (Norcross, 2018. 89)

3- **الخطة العلاجية الشاملة:** يرتكز هذا المبدأ على وضع خطط علاجية شخصية تراعي الخصائص الفردية لكل حالة، بما يشمل العمر، الجنس، الظروف الأسرية والاجتماعية، ومستوى الحافز للتغيير، هذه المنهجية تجعل التدخل أكثر فاعلية وتزيد من فرص استمرار التعافي على المدى الطويل.

4- **المرونة والتكيف:** يتجنب المرشد اتباع نموذج ثابت لكل الحالات، بل يختار وينسق الأساليب العلاجية بما يلائم احتياجات كل مدمن ومسار تعافيه، حيث يُظهر هذا المبدأ إدراكًا لأهمية الاختلافات الفردية ودورها في تحديد الطريقة المثلى لعلاج الإدمان.

(Miller & Carroll, 2006. 57)

مما سبق ترى الباحثة أنه من خلال هذه المبادئ، يتم بناء نموذج علاجي متكامل وشامل يُعالج جوانب المشكلة المعقدة للإدمان، مما يعزز فاعلية التدخل النفسي والطبي بشكل متناغم لتحقيق أعلى مستويات التعافي لدى مدمني المخدرات.

أساليب الإرشاد النفسي:

تعددت وتنوعت أساليب الإرشاد النفسي؛ لتلبية احتياجات الأفراد المختلفة ، وتحسين جودة الحياة من خلال فهم أعمق للذات وتطوير المهارات اللازمة للتعامل مع ظروف الحياة المختلفة حيث تشمل أساليب الإرشاد النفسي مجموعة واسعة من المنهجيات التي تختلف في النهج والتطبيق، ومن هذه لأساليب الإرشاد السلوكي المعرفي، والإرشاد الموجه لحل المشكلات، والإرشاد العائلي والإرشاد الفردي، والإرشاد الديني، والإرشاد المباشر، والإرشاد غير مباشر، والإرشاد الجماعي، كل هذه الأساليب تهدف إلى تحقيق أهداف محددة من خلال تقنيات وأدوات متنوعة تستخدم بناءً على احتياجات الفرد وطبيعة التحديات التي يواجهها، وما يهمنها وما سنستخدمه في هذه الدراسة هو الإرشاد الجماعي الذي يتناسب مع طبيعة مشكلة الإدمان على المخدرات.

الإرشاد النفسي الجماعي:

يعد الإرشاد النفسي الجماعي أحد الأساليب العلاجية الأكثر فاعلية في التعامل مع مشكلات الإدمان، وذلك لما يوفره من بيئة آمنة وداعمة تسهم في تعزيز التغيير السلوكي والنفسي لدى الأفراد، إذ يقوم هذا النوع من الإرشاد على مبدأ أن التفاعل مع الآخرين الذين يمرون بتجارب

مشابهة يساعد المدمن على فهم ذاته بشكل أعمق، وتنمية مهارات التكيف، وتعزيز الشعور بالانتماء، وهو ما يخفف من العزلة الاجتماعية التي تُعد من أبرز سمات المدمنين. وذلك من خلال الدور الفعال لتأثير الجماعة على الشخص من حيث إمكانية تغيير سلوكه وأفكاره ومواقفه بجانب المساعدة في تسهيل نموه، حيث إن الإنسان كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمفرده أو بمعزل عن الآخرين ولديه حاجات نفسية واجتماعية ولديه مشكلات لا يستطيع حلها أو اشباعها، دون أن يعيش في جماعة حتى يشعر بالأمن والانتماء والتقدير الاجتماعي منها ، وإلا كان عرضة للعزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية، ومن ثم فلا بد له من أن يتفاعل مع الآخرين ويؤثر فيهم ويتأثر بهم ، وتتشكل الجماعة الإرشادية في ضوء عدة متغيرات مثل الحجم (عدد) الأعضاء، والسن، والذكاء، والجنس ونوع الأعراض، وتشكيل الجماعة في ضوء هذه المتغيرات يختلف باختلاف المرحلة العمرية للمسترشد والبيئة الثقافية.

(الزعيبي، 2002: 13)

وفي هذا الأسلوب من العلاج أو (الإرشاد) فإن الفرد يحاول أن يحل مشاكله أو يتحدث عنها في حضور الآخرين ويحاول أثناء ذلك مشاهدة ردود أفعالهم والاستفادة منها. كما أنه في الوقت نفسه يستمع إلى خبرات الآخرين ووسائلهم في حل مشاكلهم وهم يتحدثون عنها بدورهم على مسمع ومرأى منه، إن المعالج يرتب الموقف عادة بحيث يقوم أفراد المجموعة بتبادل الخبرات والآراء وبالتعليق على سلوك بعضهم البعض ويبحث الأعراض التي يشعر به كل واحد منهم، وفي العادة يكون الأفراد في البداية أميل إلى الدفاع عن أنفسهم وغير مرتاحين للكشف عن نقائصهم ونقاط الضعف عندهم، ولكنهم يصبحون بشكل تدريجي أكثر موضوعية فيما يتصل بسلوكهم وأكثر دراية بتأثير سلوكهم واتجاهاتهم. (الفرخ وتيم، 1999: 102)

فالمجموعة الإرشادية يجب أن تعمل على أساس أنها وحدة واحدة وكأن كل فرد فيها يعتر ممثلاً لها مشكلته هي مشكلة الآخرين، لذلك فإن الفرد داخلها سيشعر بالأمن والراحة لأنه لن يكون هو الوحيد الذي يعاني، بل هناك أفراد آخرون لديهم نفس المشكلة، وعندها لن يشعر بالغرابة، بل على العكس سيشعر بالألفة نتيجة تفاعله مع الآخرين وإحساسه بوجود مشكلته لدى الجميع الذين يسعون إلى حلها. (العزة، 2000: 17 - 18)

مفاهيم الإرشاد النفسي الجماعي:

تتعدد تعريفات الإرشاد النفسي الجماعي بتعدد النظريات والمناهج التي اتبعتها كل مدرسة من مدارس علم النفس، ومن أهم هذه التعريفات:

رأى الزعبي (2002) أن الإرشاد الجماعي هو " ذلك النوع من الإرشاد الذي يتم بين المرشد أو المعالج النفسي ومجموعة من المسترشدين يتراوح عددهم بين (3-12) شخصاً أو (6-8) اشخاص لديهم مشكلات عامة أو مشتركة، ويرغبون في مساعدة المرشد لهم من أجل التخلص منها، وهذه المجموعة الإرشادية متجانسة عقلياً وفكرياً وتلتقي عادة مرة اسبوعياً ولمدة ساعة إلى ساعة ونصف". (عبد السلام 1998: 15).

وعرف حسين (2004) الإرشاد الجماعي بأنه "طريقه من طرق الإرشاد النفسي يقوم على إرشاد مجموعة من العملاء تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم النفسية وتتضمن تلك العلاقة عرض ومناقشة موضوعات ذات أهمية خاصة أو عامة للجماعة مما يساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم وتعديل اتجاهاتهم وأنماط سلوكهم". (حسين، 2004: 228)

ويعرف الدايري (2005) الإرشاد النفسي الجماعي أنه "الإرشاد الذي يحقق كل الخدمات الإرشادية أو أغلبها لأكثر من مسترشدين الذين تتفق ميولهم وحاجاتهم الإرشادية إلى حد ما والتي يمكن تحقيقها لهم في مجموعة صغيرة أو كبيرة أو في موقف جماعي مستخدمين أسس وأساليب الإرشاد الجماعي". (الدهراي، 2005: 407)

ورأى أبو حماد (2008) الإرشاد الجماعي على أنه "مناقشة المشكلة المشتركة بين المجموعة الإرشادية والتي تتكون في العادة من (6-8) أشخاص بطريقة تعاونية، حيث يتم اكتشاف أفكارهم واتجاهاتهم حول المشكلة من أجل تغيير سلوكياتهم نحو هذه المشكلة والعمل على تعديلها، حيث يتعلم أفراد المجموعة الإرشادية من خلال الجلسات الإرشادية الثقة بالآخرين والإصغاء لهم، وتعلم التواصل الاجتماعي وبناء الصداقة بين أفراد المجموعة". (أبو حماد، 2008: 168)

استناداً إلى ما تم ذكره، يمكننا استنتاج أن الإرشاد النفسي الجماعي هو عملية علاجية مخططة ومُنظمة، تعتمد على تفاعل عدد من الأفراد الذين يشتركون في مشكلات أو أهداف متشابهة، ويقودهم مرشد نفسي متخصص في جلسات منتظمة، بهدف تحقيق النمو الشخصي وتعديل السلوك والتغلب على الصعوبات النفسية والاجتماعية.

أما التعريف الإجرائي المتبع في هذه الدراسة فهو:

أن الإرشاد النفسي الجماعي هو أحد الأساليب المستخدمة في الإرشاد النفسي يمارسه أعضاء الجماعة الإرشادية، المكونة من مجموعة من الشباب المدمن على المخدرات الذين يعانون من الوحدة النفسية، والمرشد النفسي الذي يحاول توظيف قوة التفاعل الجماعي والدعم المتبادل بين هؤلاء الأعضاء، عن طريق جلسات إرشادية منظمه تستخدم فنيات نظرية العلاج بالمعنى وصولاً لوضع حلول وتطوير استراتيجيات فعالة، لتخفيف الوحدة النفسية والتخلص منها.

خطوات نجاح الإرشاد الجماعي:

- 1- استعداد المرشد النفسي لاستخدام النظريات المختلفة للوصول إلى الهدف.
- 2- القدرة على الإنصات وفتح الباب لكل العملاء للحديث والتعبير عن ذاتهم.
- 3- جمع معلومات عن أفراد المجموعة وتصنيفهم حسب مشكلاتهم بهدف تحديد أعضاء المجموعة وتحديد حجمها، ويتدخل في تحديد عدد المجموعة الهدف من العلاج ونوعية المشكلة التي يعاني منها أفراد المجموعة، ومقدار الوقت والجهد المتوفر، وعادة يتحدد العدد من (4-12) مسترشداً في مناقشة تتعلق بالنواحي الشخصية والانفعالية وقد يصل العدد إلى (24) مسترشداً في بعض المشكلات، كالمشكلات الدراسية أو السلوكية أو المشكلات التي تأخذ منحى واحداً كجماعة المدمنين على المخدرات أو جماعة مدمني التدخين. (مرجع سبق ذكره:169)
- 4- على المرشد القيام بمقابلة فردية مع كل حالة، ويحدد بعدها إذا كان انضمامها للمجموعة مفيد أم لا؟
- 5- أن تكون المجموعة كلها تعاني من المشكلة نفسها أو مشكلات متشابهة ليحصل الترابط فيما بينهم، ويساعدهم ذلك في تقبل ذاتهم، ولكن هناك وجهات نظر مختلفة ترى أن الاختلاف في المشكلات أو الجنس أو المستوى الاجتماعي أو الاقتصادي يحقق التوازن الاجتماعي بصورة أكثر.

6- إعداد مكان التجمع بشكل جيد، من حيث الأثاث الكافي المريح والمساحة الواسعة وغيرها.

7- مدة الجلسة الإرشادية تستغرق (90) دقيقة. (درويش، 2001: 55)

مما سبق ترى الباحثة أن عملية الإرشاد الجماعي تمر بخطوات تساعد المرشدين الوصول إلى تحقيق الغاية منها، وهي خلق إنسان سوي نفسياً واجتماعياً ، بداية من بناء علاقة يسودها

الحب والتفاهم والثقة والاحترام ،بين المرشد والمسترشدين لتحقيق العملية الإرشادية نجاحاً ،وخاصة أن المسترشدين يحتاجون إلى الشعور بالراحة والطمأنينة مع المرشد أولاً حتى يتمكنوا من سرد مشكلاتهم والتعبير عما يجول في خاطرهم ،دون خوف أو تردد ،وبعد ذلك يعمل المرشد على تحديد المشكلة وقيمتها ليتعرف على أبعادها ومن ثم يختار الأسلوب الإرشادي المناسب للتعامل مع المشكلة لمساعدة المسترشدين على تخطيها .

أهداف الإرشاد النفسي الجماعي في مجال علاج الإدمان:

إن أهداف الإرشاد الجماعي تعتمد بشكل أساسي على نوع المجموعة الإرشادية، فأهداف الإرشاد الجماعي لمجموعة المدمنين (Addicts) تختلف عن أهداف العلاج الجماعي لمجموعة الخوف المرضي (Phobia)، حيث تكون لكل مجموعة أهداف خاصة بها، ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الجماعة الإرشادية ليس لها أهداف جماعية وإنما لها أهداف فردية خاصة بكل فرد، حيث إن إرشاد الأفراد داخل الجماعة هو الهدف الأسمى في كل جلسة من الجلسات، وجوهر الإرشاد الجماعي هو أن يتلقى أعضاء الجماعة عوناً إرشادياً يساعدهم على تحقيق أهدافهم الشخصية، والقائد الناجح هو الذي يساعد كل فرد من المجموعة للوصول لأكبر قدر ممكن من الاستقلال النفسي (Psycho Independence) الذي هو هدف كل عضو من المجموعة.

(الحارثي، 2022: 55)

وستعرض الباحثة أهداف الإرشاد النفسي الجماعي من وجهات نظر متعددة، منها:

يرى أسعد (2015) أن من أهم أهداف الإرشاد الجماعي هي:

- 1- **تنمية الوعي بالمشكلة:** مساعدة المدمن على إدراك طبيعة إدمانه، والعوامل التي أسهمت في استمراره، وآثاره السلبية على صحته وحياته الاجتماعية.
- 2- **تخفيف الشعور بالعزلة:** إتاحة بيئة علاجية يشعر فيها الفرد بأنه ليس وحيداً في معاناته، مما يقلل من مشاعر الوحدة والوصمة المرتبطة بالإدمان.
- 3- **تعزيز الدعم المتبادل:** توفير مناخ جماعي يقوم على المساندة والتشجيع، حيث يكتسب الأعضاء قوة إضافية من تفاعلهم مع تجارب الآخرين
- 4- **تنمية المهارات الاجتماعية:** تدريب المشاركين على تحسين قدراتهم في التواصل، وضبط الانفعالات، وحل المشكلات، مما يساهم في تسهيل عملية الاندماج في المجتمع بعد التعافي.

5- تعزيز الدافعية للتغيير: تشجيع الأعضاء على تحمل مسؤولياتهم، وتنمية الإرادة لمواجهة السلوكيات الإدمانية، والالتزام بخطط العلاج.

6- الوقاية من الانتكاسة: تزويد المدمنين باستراتيجيات عملية للتعامل مع الضغوط والمغريات، من خلال خبرات جماعية مشتركة تساعدهم على الثبات في مسار التعافي.

(أسعد، 2015: 66)

وهذا ما لاحظته الباحثة على أفراد المجموعة الخوف والارتباك في الحديث، في الجلسات الأولى للبرنامج، ولكن مع تعدد الجلسات تلاشى هذا الخوف والارتباك والتلعثم في الحديث.

ويرى زهران أن من أهم أهداف الإرشاد الجماعي هي:

1- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر وتقليله.

2- زيادة تقبل وتحمل المسؤولية الشخصية.

3- تعزيز وتدعيم نواحي القوة والتعرف على القدرات وتمييزها. (زهران، 1998: 186)

كما وضع الخطيب (2003) مجموعة من الأهداف للإرشاد الجماعي، تمثلت في:

1- زيادة معرفة الذات.

2- يصبح الفرد أكثر إدراكاً بالاختيارات، مما يساعده في انتقاء اختيارات صحيحة.

3- تعلم مهارات اجتماعية جديدة.

4- تعلم كيفية مواجهة الآخرين باهتمام وصدق وصراحة.

5- تعلم كيفية الثقة بالنفس وبالآخرين. (الخطيب، 2003: 168)

وحدد عماد عطية (2013) الأهداف التي يسعى الإرشاد الجماعي إلى تحقيقها فيما يلي:

1- الهدف البنائي: ويكون التركيز فيه موجهاً توجيهياً أساسياً إلى بناء الفرد أو الجماعة والمجتمع ضد الدخول في المشكلات المهددة للحياة.

2- الهدف الوقائي: حيث يمارس هذا النوع مع الحالات التي تعاني من مشكلات لم تصل إلى التأثير على الفرد وتفقد السيطرة على مجريات الأمور

3- الهدف العلاجي: يعتبر أكثر أنواع الإرشاد استخداماً، إذ إن الكثيرون لا يلجئون إلى الإرشاد الجماعي وطلب العون والمشورة إلا عندما يعانون من مشكلات تفقد السيطرة على حياتهم

وتعرقلها وتتعارض مع عملهم اليومي. (خماج، 2024: 21)

مما سبق يُعدّ الإرشاد النفسي عملية مهنية تهدف إلى مساعدة أعضاء الجماعة الإرشادية على فهم مشكلاتهم وتعديل سلوكياتهم السلبية وضبط انفعالاتهم، من خلال التفاعل الجماعي وتبادل الخبرات والنماذج الإيجابية، بما يعزز الوعي بالذات وبأثر المشاعر في الآخرين.

أسس الإرشاد النفسي الجماعي:

يُعدّ الإرشاد الجماعي من الأساليب العلاجية الفعّالة في علاج الإدمان، لما يوفره من بيئة تفاعلية داعمة قائمة على القبول والتفهم، تتيح للمشاركين تبادل الخبرات والاستفادة من تجارب الآخرين. ويسهم هذا الأسلوب في خفض مشاعر العزلة والوصمة المرتبطة بالإدمان، وتنمية مهارات التواصل والمسؤولية المشتركة، إلى جانب تعزيز استراتيجيات التكيف الفعّال. كما يركز الإرشاد الجماعي على مبادئ نفسية علمية تستهدف إحداث تغيير إيجابي في أنماط التفكير والسلوك والاستجابات الانفعالية، بما يعزّز الدافعية للتعافي ويحدّ من احتمالية الانتكاسة.

ونستطيع أن نبين الأسس التي يعتمد عليها الإرشاد النفسي الجماعي فيما يلي:

1- توفير فرص تفاعل اجتماعي أوسع تضم مرشداً ومسترشدين، لكل منهم مهمة ويصبح كل منهم مرسلًا ومستقبلًا للتأثيرات الإرشادية، مما يوفر أساساً متيناً في إنجاز الإرشاد النفسي لمهمته.

2- يوفر الإرشاد النفسي الجماعي فرصة للمسترشد لإشباع حاجاته النفسية والاجتماعية في إطار اجتماعي، مثل: الحاجة إلى الأمن والنجاح، وتقدير الذات، والشعور بالمسؤولية تجاه الآخرين، والحاجة إلى الحب والمحبة وغير ذلك.

3- يتيح فرصة للمسترشد بحيث يرى نفسه ومشكلاته رؤية جديدة، حيث تعتبر الجماعة بمثابة مرآة للمسترشد يرى فيها نفسه، ومن خلال الجماعة يستطيع المسترشد مقارنة نفسه بالآخرين، ورؤية نجاحاته ونجاحاتهم، كما يرى فيها مشكلاته ومشكلاتهم مما يخفف لديه إحساسه بخطورة حالته، وهذا ما يعزز سلوكه المعدل.

4- يتيح الإرشاد النفسي الجماعي للمرشد ملاحظة سلوك المسترشد في مواقف اجتماعية واقعية فيها الكثير من المثيرات والاستجابات وأساليب الدفاع.

5- يوفر فرصة لتقديم خدمات الإرشاد لعدد أكبر من المسترشدين تتشابه أنماط حياتهم العامة، كما تتشابه بعض مشكلاتهم واضطراباتهم وحاجاتهم للإرشاد. (كبلان، 2015: 578)

ويضيف الهاشمي (2008) على ما سبق في أن أسس الإرشاد الجماعي تتمثل في:

1- **التفاعل الاجتماعي:** حيث يشجع التفاعل بين أعضاء المجموعة تعزيز الروابط الاجتماعية والشعور بالانتماء، الأمر الذي يساعد الأفراد على مشاركة تجاربهم والتعلم من تجارب الآخرين.

2- **التعبير عن الذات:** يعمل الإرشاد الجماعي على توفير بيئة آمنة للأفراد للتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم دون الخوف من الحكم عليهم، الأمر الذي يساعد في معالجة قضايا المجموعة بشكل أكثر فعالية.

3- **الدعم المتبادل:** يتيح الإرشاد الجماعي فرصة لتبادل الخبرات بين الأعضاء، حيث يجد كل مدمن نفسه في تجارب الآخرين، ما يعزز من شعوره بأنه ليس وحيداً في معاناته، ويقوي الدافعية نحو التغيير.

4- **تعزيز المسؤولية المشتركة:** يشعر أعضاء المجموعة بأنهم مسؤولون عن دعم بعضهم البعض، وهو ما يخلق مناخاً علاجياً يرفع من احتمالية الاستمرار في البرنامج العلاجي.

5- **الشعور بالأمان:** يجب أن تكون بيئة الإرشاد الجماعي آمنة ومحترمة للجميع، بحيث يمكن للأفراد الشعور بالراحة والاطمئنان أثناء مشاركة تجاربهم. (الهاشمي، 2008: 170)

مما سبق ترى الباحثة أن أساس الإرشاد الجماعي هو التركيز على المسترشد والاهتمام به، وتوفير بيئة آمنة له، يشعر فيها بالاطمئنان حتى يستطيع أن ينخرط بكل ثقة في المجموعة العلاجية، ويتفاعل معها لكي يتمكن المسترشد من الوصول لتحقيق الهدف الذي من أجله تكونت المجموعة.

نظريات الإرشاد النفسي:

يُعدّ الإرشاد النفسي من أهم المجالات التي حظيت باهتمام الباحثين والعلماء، لكونه أحد الأساليب التي يمكن من خلالها مساعدة الفرد على مواجهة ما يعترضه من مشكلات مختلفة، ولقد اختلف العلماء في تفسيرهم للإرشاد النفسي، الأمر الذي أدى إلى اختلاف الآراء، وتعدد المدارس والنظريات المفسرة له، وفيما يلي عرض موجز لأهم هذه النظريات:

1- نظرية التحليل النفسي: (psychoanalytic theory):

تعتمد هذه النظرية على مفاهيم التحليل النفسي التي وضعها (سيجموند فرويد Sigmund Freud) حيث تفترض أن السلوك الإنساني يتأثر بالصراعات اللاشعورية بين الهو (Id)، والأنا

(Ego)، والأنا الأعلى (Superego) ، تعتبر هذه النظرية الأولى في مجال دراسة الشخصية، حيث يرى فرويد أن المشكلات النفسية تنشأ بسبب الصراعات الداخلية التي لم يتم حلها في مراحل الطفولة المبكرة، كما تهتم هذه النظرية بالمشكلات التي يواجهها الأفراد، ساعيةً لفهم أسبابها وطرق علاجها. لذا، يتطلب الأمر وجود مرشد يتمتع بالخبرة والمعرفة والمهارة للتعامل مع قضايا المرضى. يعتمد المرشد النفسي على أساليب علاجية متعددة في هذه النظرية مثل التداعي الحر، وتحليل الأحلام، والاستبصار لفهم الأسباب الكامنة وراء المشكلات النفسية التي من خلالها يسعى إلى مساعدة المسترشد في كشف الصراعات اللاشعورية ومعرفة أسلوب حياة العميل، وتنمية مفهوم موجب عن الذات والتقليل من حدة التوتر والقلق ومعالجتها لتحقيق التوازن النفسي لديه.

وتعتمد هذه النظرية على العلاقة الدينامية بين المرشد والمسترشد وفيها يبوح المسترشد بكل مشكلاته وأحاسيسه المكبوتة في اللاشعور عن طريق عملية التداعي الحر وهي وسيلة يستخدمها (فرويد) من أجل الغوص في أغوار الشخصية لمعرفة الذكريات المؤلمة التي يحملها المرشد بداخله. (أحمد، 2000: 94)

4- النظرية السلوكية (Behaviour theory):

يعد (جون واطسون John Watson) مؤسساً لهذه النظرية، ترى النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني مكتسب من البيئة، ويتم تعزيزه أو إضعافه بناءً على العوامل الخارجية. يعتمد هذا الاتجاه على مبدأ الاشتراط الإجرائي (Operant Conditioning) الذي وضعه سكينر، بالإضافة إلى الاشتراط الكلاسيكي لواطسون وبافلوف، ويرى هو وغيره من أنصار هذه النظرية أن السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من العادات التي يتعلمها الفرد أثناء مراحل نموه المختلفة، ويتم تعديل السلوك وفق هذه النظرية من خلال تحديد السلوك غير المرغوب فيه ثمَّ العمل على إطفائه تدريجياً إلى حين التخلص منه، وذلك من خلال المعززات والتي تعمل على تعديل السلوك غير السوي وإحلال السلوك السوي بدلاً منه. (زهران، 2005: 263)

وتستند النظرية السلوكية في الإرشاد النفسي إلى العديد من الافتراضات الأساسية والتي من بينها أن الكائن الحي يستجيب للمثيرات البيئية وفقاً لتوقعاته المنتظرة ووفقاً للنتائج المترتبة على ذلك السلوك، وتعمل النتائج المرضية إلى تقوية السلوك وتكراره وتثبيتته والعكس صحيح، وإن تعديل وتغيير السلوك لا يحدث إلا في البيئة التي يحدث فيها، فالسلوك لا يحدث من فراغ، بل

بسبب مثيرات قبلية أو بعدية، والتي لا يمكن الإلمام بها إلا بدراستها في الظروف التي تحدث فيها والتي ينتج عنها السلوك. (محمود، ب. ت: 55)

مما سبق يمكن القول وفق هذه النظرية أن الإدمان سلوك مكتسب نتيجة التعلم من البيئة المحيطة، حيث يتعلم الفرد أن المخدرات توفر له شعوراً إيجابياً أو تخفف من الضغوط، فيكرر السلوك للحصول على نفس التأثير، ويستند العلاج هنا إلى إعادة التعلم وتقنيات تعديل السلوك، مثل التعزيز الإيجابي والسلبي، والحرمان من المكافآت المرتبطة بالإدمان. (بولوم، 1980: 142)

3- نظرية الذات: (self theory):

إن أشهر من نادى بهذه النظرية هو (كارل روجرز 1902 - 1987)، حيث إن طريقة الإرشاد المتمركز حول المسترشد تتجلى في إقامة علاقة إرشادية وتهيئة جو نفسي يمكن المسترشد من أن يحقق أفضل نمو نفسي، وحدد (روجرز) هدف الإرشاد بأنه مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي وإحداث التطابق بين مفهوم الذات الواقعي وبين مفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي، أي أنه يركز على تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، وإذا تطابق السلوك مع هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي.

وفيما يخص نمو الشخصية يرى (روجرز)، أن الفرد يمتلك قدرة فطرية على النمو وتحقيق التوافق النفسي إذا توفرت له بيئة علاجية مناسبة، وترى النظرية أن السلوك الإدماني قد ينشأ نتيجة فجوة بين الذات الواقعية والذات المثالية، أو بسبب فقدان الدعم والتقبل من الآخرين، مما يقود إلى اضطراب مفهوم الذات ومحاولة تعويضه من خلال التعاطي (روجرز، 2009، ص: 97)

تهدف هذه النظرية إلى أن يستبصر المسترشد بأحواله ويقوم بتفسير سلوكه بدلا من أن يقوم بها المرشد، وذلك بإيصال المسترشد إلى حالة من الوعي (Consciousness) والبصيرة (Insight) والفهم لمشاكله، ومن ثم إصدار القرارات، حيث تركز عملية الإرشاد في هذه النظرية على الشخص المصاب نفسه، كيف يشعر؟ وكيف ينظر إلى الحياة؟ ما هو رأيه في نفسه؟ وما هي علاقته بالآخرين؟ والدافع الأساسي عند روجرز هو المحافظة على الذات وتوكيدها، ومساعدة الفرد أن يكتشف نفسه ومساعدته على أداء وظائفه، واتخاذ قراره وحل مشكلاته وتحقيق ذاته، ويركز روجرز في العلاج (الإرشاد) المتمركز حول المسترشد على إحداث التطابق بين الذات الواقعية (Real-self) وبين مفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي (social - self) ومفهوم

الذات الاجتماعي (Ideal – self) ويركز حول تغيير مفهوم الذات بما يتطابق مع الواقع، وإذا تطابق السلوك مع مثل هذا المفهوم الأقرب إلى الواقع كانت النتيجة هي التوافق النفسي.

(زهران، 1997: 281)

وتتجلى مهمة المرشد في خلق جو من المودة والتعاطف والتقبل والتوضيح واتباع مجموعة من المعطيات لتكوين صورة عن المسترشد وذلك كي يدرك المشكلة كما يراها المسترشد والمرشد لا يقوم بإعطاء وسيلة الإرشاد ولا يقترح على المسترشد ما يجب عمله، ولذلك فإن دور المرشد هو فقط معرفة عالم المسترشد دون الدخول فيه، لذلك يجب أن يكون التعاطف موضوعياً وبدون أي تدخل، كما يعكس مشاعر المسترشد ومدى فهمه واستيعابه لما يقوله ويشعر به، وبذلك يسهل عليه فهم مشاكل المسترشد ويساعده على حلها. (كبلان، 2015: 290)

4. نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي (Rational Emotive Behavior Therapy):

يعد ألبرت اليس (Albert Ellis, 1913) مؤسس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي التي تركز على الجانب السلوكي والعقلي، وتقوم فلسفتها على أن التفكير والانفعال والسلوك تتداخل فيما بينها في علاقات السبب والنتيجة المتبادلة.

وتفترض هذه النظرية أن التفكير يقرر السلوك، أي أن المشكلات التي يمر بها الأفراد تعزى إلى الطريقة التي يفسرون بها الأحداث والمواقف، وكذلك تفترض هذه النظرية أن الناس يولدون ولديهم أفكار عقلانية وأخرى غير عقلانية. وهذا التفكير غير العقلاني وغير المنطقي ينشأ من خلال التعلم غير المنطقي المبكر الذي يكتسبه الفرد من والديه ومن المجتمع، كما أن الاضطراب الانفعالي والنفسي نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، وأن حالة الاضطراب هذه لا تتقرر بفعل الظروف والأحداث الخارجية التي تحيط بالفرد فقط، وإنما تتحدد أيضاً من خلال إدراكات الفرد لهذه الأحداث في اتجاهاته نحوها. (إليس، 2001: 45)

وترى هذه النظرية أنه ينبغي مهاجمة وتحدي الأفكار والانفعالات السلبية وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً وعقلانياً، وهدف الإرشاد النفسي هو أن يوضح المرشد للمسترشد أن حديثه مع ذاته المصدر الأساسي للاضطراب الانفعالي، وأن يبين له أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية وأن يساعده على تعديل تفكيره ليصبح أكثر عقلانية.

إن الغرض الرئيسي في الإرشاد العقلاني الانفعالي هو التركيز على تعديل التفكير اللاعقلاني واستبداله بالتفكير العقلاني، مما يساعد في إزالة أو خفض النتائج السلوكية والانفعالية غير الصحيحة.

وتتلخص عملية الإرشاد النفسي عند إليس في معالجة اللامعقول بالمعقول، ولأن البشر لهم إمكانيات أن يكونوا عقلانيين، لديهم القدرة على تجنب معظم الاضطرابات الانفعالية من خلال أن يفكروا بعقلانية، وهذا ما يحدث في عملية الإرشاد.

وتهدف عملية الإرشاد النفسي في هذه النظرية إلى:

أ- تقليل قلق المسترشد أي لوم نفسه وعدوانيته (لومه للآخرين والعالم).

ب . تعليم المسترشد طريقة لمراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها، والتأكيد لنفسه أن التحسن في حالته سوف يستمر .

ج . مساعدة المسترشد على المدى البعيد كي يصبح منخرطاً في نشاطات تستغرق وقته، ومشاعره. (استيته والقيسي، 2021: 134)

5- نظرية الإرشاد (العلاج) بالواقع (Reality Therapy):

تعد نظرية العلاج بالواقع من النظريات الإرشادية الحديثة التي طورها وليام غلاسر (William Glasser)، وتقوم على افتراض أساسي مفاده أن السلوك الإنساني هو سلوك اختياري يهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للفرد ضمن إطار الواقع. وتُعرف هذه النظرية أيضاً بنظرية (3R) لارتكازها على ثلاثة مفاهيم محورية هي: الواقع، والمسؤولية، والصواب والخطأ.

ويتمثل الهدف الشامل للعلاج بالواقع في مساعدة المسترشدين على تحمّل المسؤولية الشخصية، أي تمكينهم من التصرف بطرق واقعية وفعّالة تُسهم في إشباع حاجاتهم النفسية وتكوين ما يُعرف بـ هوية النجاح. ويتميّز هذا المدخل العلاجي بتركيزه على أهداف قصيرة المدى قابلة للتحقق، إلى جانب غايات بعيدة المدى تسهم في تحسين التكيف النفسي والاجتماعي للفرد.

(Amponsah, 2010. 32)

ويركّز العلاج بالواقع على الحاضر بوصفه المجال الأساسي للتغيير، حيث لا يُعنى بإعادة استحضار الماضي إلا بالقدر الذي يخدم فهم السلوك الحالي. ويرى غلاسر أن السلوك الحاضر

هو المجال الحقيقي لتدخل المرشد، وأن التغيير الفعّال يتحقق من خلال إدراك الفرد لطبيعته سلوكه الحالي ومسؤوليته عنه ضمن حدود الواقع الاجتماعي والمعيشي الذي يفرض ضوابطه وشروطه. كما يسعى المعالج الواقعي إلى تعليم المسترشد مهارات حياتية عامة ومهارات فعّالة في مواجهة المشكلات، بما يعزّز العيش في إطار الواقعية والمسؤولية، ويساعد الفرد على الانتقال من هوية الفشل إلى هوية النجاح. ويشير هذا المدخل إلى أن غياب المسؤولية يدفع بعض الأفراد إلى تشويه الواقع أو إنكاره، مما يؤدي إلى استمرار أنماط سلوكية غير تكيفية (زكي، 2012).

وعلى الرغم من تأكيد غلاسر على إمكانية تطبيق العلاج بالواقع مع مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية، إلا أن استخدامه يبرز بشكل خاص في المؤسسات التربوية والإصلاحية، ويمكن تطبيقه على المستوى الفردي أو الجماعي.

وتهدف عملية الإرشاد في إطار نظرية العلاج بالواقع إلى:

1. بناء علاقة إرشادية إيجابية قائمة على الثقة والاحترام.
2. مساعدة المسترشد على إدراك مسؤوليته عن سلوكه ونتائجه.
3. التركيز على الحلول بدل الانشغال بالمشكلات.
4. تشجيع اتخاذ قرارات واقعية وإيجابية.
- 5- استخدام WDEP System، وهو أسلوب إرشادي يشمل:
 - W: ماذا تريد؟ (What do you want?)
 - D: ماذا تفعل؟ (What are you doing?)
 - E: هل هذا مفيد؟ (Evaluate – Is it working?)
 - P: ما خطتك للتغيير؟ (Plan – What is your plan?) (سفيان، 2018: 43)

التعقيب على النظريات المفسرة للإرشاد النفسي:

في ضوء ما تم عرضه من النظريات في هذا المجال، يتضح لنا تعدد هذه النظريات وفقاً لتعدد الاتجاهات والمدارس حيث نجدها تختلف من حيث الطرق والأساليب والفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في كل منها، وتتفق في أنها تهتم بدراسة وفهم وتفسير السلوك والتنبؤ به وتعديله، حيث تساعد المرشد على فهم العملية الإرشادية وتوجهه بالطرق والأساليب والفنيات التي يمكن أن يستخدمها، ولكي نضمن نجاح أي عملية إرشادية، على المرشد أن يكون ملماً بكافة النظريات، فلكل منها دور فاعل في تفسير وتعديل سلوكيات المسترشد وأفكاره ومشاعره.

(المبحث الثاني)

نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى لـ (فيكتور فرانكل، Viktor Frankl)

- 1- الخلفية التاريخية لنظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.
- 2- التعريف بمؤسس نظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى " فيكتور ايميل فرانكل".
- 3- مفهوم نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى.
- 4- الافتراضات التي تقوم عليها نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى.
- 5- أهداف الإرشاد والعلاج بالمعنى في مجال علاج الإدمان.
- 6- أسس الإرشاد والعلاج بالمعنى.
- 7- خطوات الإرشاد والعلاج بالمعنى في علاج الإدمان.
- 8- استراتيجيات وفنيات الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.
- 9- عملية الإرشاد والعلاج بالمعنى.
- 10- أسباب الاضطراب النفسي وفق نظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.
- 11- دور المعالج في العلاج بالمعنى.
- 12- أهمية البحث عن المعنى في علاج الإدمان.

نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى لـ (فيكتور فرانكل، Viktor Frankl)

تمهيد:

تعد نظرية الإرشاد بالمعنى من المدارس العلاجية النفسية المهمة التي أسسها الطبيب النمساوي فيكتور فرانكل (Viktor Frankl)، كمدسة ثالثة بعد التحليل النفسي لفرويد والمدرسة الفردية لأدلر. وتطورت هذه النظرية من تجربته في معسكرات الاعتقال النازية، حيث لاحظ أن الأفراد القادرين على إيجاد معنى لحياتهم ومعاناتهم كانوا أكثر صمودًا وبقاءً. (عماد الدين، 2022:937) ويهدف الإرشاد بالمعنى إلى مساعدة الأفراد على اكتشاف الأهداف والقيم التي تمنح حياتهم معنى، وتجاوز الأزمات النفسية والفراغ واليأس، من خلال دعم التفكير العميق في تجاربهم وإعادة صياغتها بطريقة إيجابية. ويُعد هذا النهج فعالاً بشكل خاص للأشخاص الذين يواجهون ضغوطاً أو إحباطاً، إذ يعزز من شعورهم بالرضا عن الذات، ويمنحهم القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية، ويتيح لهم حرية اختيار المعنى الشخصي الذي يرغبون في بنائه لحياتهم، مما يجعله إطاراً قوياً لتحقيق الذات والسعادة الداخلية. (الحارثي، 2022: 44)

وفيما يلي عرض شامل للأساس النظري لهذه النظرية وما تتضمنه من مفاهيم وافتراضات علمية:

الخلفية التاريخية لنظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى:

تمتد جذور أسلوب العلاج الوجودي في الفلسفة إلى القرن التاسع عشر، وإلى مجموعة من الفلاسفة الذين شمل عملهم التعامل مع الوجود البشري، ومن الفلاسفة الأكثر ارتباطاً بالعلاج الوجودي هم (سورين كير كجارد وفريدريك نيتشه)، فبينما كان المفكران المؤثران في صراع بشأن إيديولوجيات عصرهما، وكانا ملتزمين باستكشاف الواقع وكيف تم تجربته، افترض كير كجارد "أن السخط البشري لا يمكن التغلب عليه إلا من خلال الحكمة الداخلية، بينما قدم نيتشه فكرة الإرادة الحرة والمسؤولية الشخصية، وبحلول عام (1900)، بدأ الفلاسفة مثل (سارتر) و(هايدجر) استكشاف دور التفسير والتحقيق في عملية العلاج الوجودي وعلى مدى العقود القليلة المقبلة، بدأ المعاصرون الآخرون في الاعتراف بأهمية التجربة من حيث تحقيق أهداف واضحة في أسلوب العلاج الوجودي.

وبحلول منتصف القرن العشرين، أدخل علماء النفس : (بول تيليش) و(رولو ماي)، العلاج الوجودي في التيار الرئيسي للعلاجات النفسية من خلال كتاباتهم وتعاليمهم، كذلك فعل (إرفين يالوم) بعدهم مؤيداً هذا المنهج بالتأثير على نظريات أخرى، بما في ذلك نظريات العلاج المنطقي، الذي طوره (فيكتور فرانكل) عالم النفس الإنساني، في الوقت نفسه، وسع الفلاسفة البريطانيون العلاج الوجودي بشكل أكبر مع تأسيس جمعية فيلادلفيا، وهي منظمة مكرسة لمساعد الناس على إدارة مشاكلهم النفسية باستعمال العلاجات التجريبية ، وتشمل المؤسسات الأخرى التي تجسد نظرية الوجودية جمعية التحليل الوجودي التي تأسست في عام (1988)، والمجتمع الدولي للمستشارين الوجوديين، الذي تم إنشاؤه في عام(2006). (مسعود،2018: 23)

التعريف بمؤسس نظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى " فيكتور ايميل فرانكل:

ولد فيكتور فرانكل في فيينا عام (1905) ودرس الطب وحصل على أعلى الشهادات، عمل اختصاصي للأعصاب والطب النفسي وشغل منصب رئيس للمستشفى الإكلينيكي الشامل للاضطرابات العصبية في فيينا، ثم عمل أستاذاً في عدة جامعات في الولايات المتحدة الأمريكية. يعتبر Viktor. E. Frankel (1905-1997) طبيب الأعصاب النمساوي صاحب هذا الاتجاه في العلاج، وزعيماً للمدرسة النمساوية الثالثة في العلاج النفسي بعد مدرسة (فرويد) و (أدار). استمد مصطلح (logotherapy) العلاج بالمعنى كاسم لنظريته من الكلمة اليونانية (Logos) التي تشير إلى "المعنى (Meaning) وهو يركز على معنى الوجود الإنساني.

كما يعتبر (Frankel) متسامحاً في نظريته مع من سبقوه أو عاصروه، فهو لم يرفض نظرياتهم ولم ينكر مفاهيمهم، حيث تأثر في بادئ الأمر بالفكر الفرويدي عند تفسيره للسلوك البشري، لكنه سرعان ما تحول إلى المفاهيم الوجودية إيماناً منه بعدم كمال التحليل النفسي، فالإنسان من وجهة نظره أكثر من مجرد (جهاز نفسي محكوم بغرائزه الشهوية المكبوتة كما يصوره (أدلر) ففي كثير من الأحيان لا يستجيب الإنسان لنزواته الغريزية مع تمكنه منها، وإنما يستجيب بصورة أقوى لما يتحسس من قيم في عالمه، ولما يدرك من معانٍ كامنة في حياته.

ما تجدر الإشارة إليه أن آراء (Frankel) الوجودية عن الإنسان وعن العلاج ظهرت وتبلورت خلال ثلاث سنوات قضاها في معسكرات الاعتقال النازية، وكان معه في السجن والده وأخوه وزوجته الذين ماتوا جميعاً في المكان نفسه، ومن هذه الحادثة القاسية المرعبة وضع " فرانكل أساسيات

نظريته، فلاحظ في المعتقلات أن السجناء الذين كانوا قادرين على العيش نفسياً، ومقاومة اليأس، هم أولئك الذين يوجد في معاناتهم شيء من المعنى الروحي لتجاوز المحنة، فقادته هذه الملاحظة إلى مجموعة من الاستنتاجات عن الفراغ الوجودي. (مصطفى، 1999: 690)

وفي كتبه المتعددة وصف خبرة الاعتقال التي تعرض لها، إذ كانت خبرته المؤلمة دافعاً أساسياً للعديد من أبحاثه، وبالتالي لعبت الدور الحاسم في بلورة هذا التيار العلاجي. أوضح (Viktor Frankl)، في كتابه الذي ألفه بعد أن خرج من الاعتقال، بشكل مستفيض إيمانه بأن: الكفاح من أجل المعنى هو جوهر أو متضمن أساسي لنظام الدافعية الإنسانية، فالمعنى عند (Viktor Frankl)، هو ما يكون قادراً على مؤازرتنا في دوامات الحياة وتحدياتها، وبذلك تعد النظرية التي قدمها ((Viktor Frankl))، من أهم الإسهامات التي قدمها هذا العالم الوجودي لعلم النفس الحديث، إذ كانت الحياة التي عاشها سبباً أساسياً في وضعه الأساس لهذه النظرية، ولا سيما تلك المرحلة التي عاشها في معتقلات التعذيب الألمانية، وما شهده فيها من آلام وعذاب، وأثناء وجوده في تلك المعتقلات لاحظ "فرانكل أن الرجال الذين كانوا يتعرضون لعمليات التعذيب معه كانوا يستسلمون للموت بمجرد أن يفقدوا كل أحاسيسهم بوجود معنى للحياة مما يؤدي بهم إلى الإحساس بالفراغ الوجودي الذي يجعلهم يستسلمون.

(البهاص، 2009: 43)

مفهوم نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى:

لقد تعددت تعريفات الباحثين للإرشاد والعلاج بالمعنى، الذي يعد مدخلاً علاجياً يستند على مبادئ الفلسفة الوجودية والاتجاه الإنساني في علم النفس، ومن هذه التعريفات: في موسوعة علم النفس أشار كورسين (Corsini, 1984) إلى أن الكلمة اليونانية (Logos) تشير إلى المعنى (Meaning) والعلاج بالمعنى يمكن تعريفه كعلاج نفسي ممرکز حول المعنى، يبحث ويركز على افتقاد ونقص المعنى الذي يميز مجتمعنا.

وفي قاموس (لونجمان) لعلم النفس والطب النفسي أشار جولدينون (Goldenson, 1983) إلى أن العلاج بالمعنى طريقة علاجية أنشأها وطورها (فرانكل) في الخمسينيات والستينيات، وهي تركز على الحالة الإنسانية ومساعدة المريض للتغلب على ما أسماه "العصاب الوجودي" وهو عدم القدرة على رؤية المعنى في الحياة والعمليات العلاجية تتكون من بحث ثلاثة أنماط من القيم هي:

الابتكارية (العمل والإنجاز)، والخبرانية أو التجريبية الفن، والعلم والفلسفة، والفهم، والحب والاتجاهاتية (مواجهة الألم والمعاناة بشجاعة)، ويعتقد (Viktor Frankl)، أنه يجب اندماج المسؤولية الاجتماعية والعلاقات البنائية. (محمد، معوض، 2022: 55)

وأيضًا في قاموس الطب النفسي أشار كامبل (1989) إلى أن العلاج بالمعنى نمط من العلاج النفسي قائم على نظام القيم المعنوية الروحية أكثر من اعتماده على قوانين السيكو بيولوجي، ويؤكد على البحث عن المعنى للوجود الإنساني، فنقص الشعور بالمعنى أحد أهم الأسباب الرئيسة للإحباط في العصر الحاضر، كما يؤكد على القيم الثلاثة والمسؤولية.

ويعتبر العلاج بالمعنى (Logotherapy) أحد الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي وينتمي إلى الاتجاه الإنساني في علم النفس. وهو أحد المدارس العلاجية التي تتبع -" الطب الوجودي " - وهو يهتم ليس فقط بوجود الإنسان ولكن أيضًا بالمعنى، وهو يقوم على فلسفة واضحة للحياة مبنية على ثلاثة أسس هي حرية الإرادة، وإرادة المعنى ومعنى الحياة.

وقد قام (Viktor Frankl) بتطوير هذا العلاج، حيث قد ظهر هذا المصطلح - " العلاج بالمعنى " في كتاباته (1938)، وأنشأ هذه الطريقة العلاجية على أساس الافتراض الأساسي بأن المعنى في الحياة يعتبر أساس الوجود، وأعتقد أنه عندما يجد الناس المعنى في حياتهم يصبحون أصحاء نفسيًا، كما يعتقد أيضاً أن الناس يمكن أن يجدوا المعنى في حياتهم حتى عندما يواجهون تجربة أو خبرة أليمة، أو حين يقعون تحت ضغوط اجتماعية عالية، فالمعاناة الشديدة قد تزيد من المعنى لدى الفرد. (البهاص، 2009: 59)

ورأى عبدالعال (2019) العلاج بالمعنى بأنه " فهم الوجود الإنساني في بعده الروحي، وتعميق الوعي به وتأصيل الشعور بالحرية والمسؤولية واستثارة إرادة المعنى والتي تجعل للحياة والعمل والحب والمعاناة حتى الموت معنى أصيلاً يساعد الفرد على تجاوز ذاته ، والتحرك في الحياة بإيجابية، والتوجه نحو المستقبل بنظرة متفائلة مستفيداً من الإمكانيات المحققة في الماضي لتشكيل الحاضر ورسم صورة واضحة للمستقبل من خلال تبصيره بالجوانب الإيجابية والطاقت والإمكانيات التي يمتلكها بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية وذلك في ضوء الأسس النظرية والأساليب الفنية التي قدمها (Frankel) في نظريته عن العلاج بالمعنى (عبدالعال، 2022: 9)

ويؤكد (Viktor Frankl,2014) أن العلاج بالمعنى "توجه علاجي إنساني يركز على الجانب الروحي في الإنسان، ويهدف إلى مساعدة الفرد على اكتشاف المعاني المفقودة في حياته والتي سببت اضطرابه مع ذاته، ومع عالمه الخارجي، وذلك من خلال تبصيره بالجوانب الإيجابية والطاقات والإمكانات التي يمتلكها بدلاً من التركيز على الجوانب السلبية ومواطن القصور والعجز وهو اتجاه يهدف إلى تأكيد الشعور بالحرية والمسئولية للعميل وجعل للحياة معنى يساعده على تجاوز ذاته والتفاعل مع الحياة بمكوناتها (الحب - العمل - المعاناة) بإيجابية والتوجه نحو المستقبل بنظرة متقاتلة ، ورسم صورة واضحة للمستقبل. (Frankel ,2014.55)

وتُعرف الباحثة العلاج بالمعنى إجرائياً: بأنه مجموعة من الفنيات والأنشطة المستخدمة من أسس العلاج التي قدمها فكتور فرانكل في نظريته (العلاج بالمعنى) والتي تستخدمها الباحثة لمساعدة مدمني المخدرات على اكتشاف جوانب القوة والضعف لديهم واستثمار طاقاتهم لإيجاد معنى الحياة والتوجه نحوها، وبث الثقة في النفس وتحقيق الذات، بما يمكنهم من تحقيق أهدافهم الحياتية والتغلب على مشاعر الوحدة التي يعانون منها.

ومن خلال التعريفات السابقة: ترى الباحثة أن جل التعريفات اتفقت على أن العلاج بالمعنى

هو:

- . توجه إنساني.
- . يركز على البعد الروحي للفرد.
- . مساعدة الفرد على التخلص من مشاعر الفراغ واليأس.
- . مساعدة الفرد على اكتشاف إمكانياته الكامنة حتى يخلق من خلالها معنى يعيش من أجله.
- . تأكيد الشعور بالمسئولية والحرية للفرد.

الافتراضات التي تقوم عليها نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى:

تستند نظرية العلاج بالمعنى إلى مجموعة من الافتراضات الأساسية، والتي تشكل الأساس الفلسفي والنظري لهذا الاتجاه في الإرشاد والعلاج النفسي، ومن أهم هذه الافتراضات:

1- البحث عن المعنى هو الدافع الأساسي للإنسان وليس مجرد دافع ثانوي:

يرى أصحاب نظرية العلاج بالمعنى أن البحث عن المعنى في الحياة يُعتبر الدافع الأهم والأكثر جوهرية للإنسان، وليس مجرد دافع ثانوي يمكن تجاهله، وهذه الرؤية تتجاوز الحاجات

المادية الأساسية، حيث يُعتقد أن الإنسان يسعى لإيجاد غاية وهدف أعمق يوجه مسار حياته. بالنسبة إلى فرانكل، لا يرتبط هذا البحث فقط بالأمر المادية أو بالاحتياجات الأساسية مثل الطعام والماء، بل يتجاوزها إلى الحاجة العاطفية والنفسية العميقة لإيجاد سبب للحياة، وهذا ما يميز الإنسان عن غيره من الكائنات، حيث إن مفهوم المعنى يُعتبر حاجة إنسانية أساسية لا تقل أهمية عن الغذاء والماء، وبناءً على ذلك، يُعتبر غياب المعنى في حياة الفرد أحد الأسباب الرئيسية للاضطرابات النفسية، مثل: القلق والاكتئاب، وذلك لأن الشعور بالمعنى يعطي الحياة قيمة ويساعد الفرد على مواجهة صعوباتها بشجاعة وتفاؤل، وتؤكد الدراسات الحديثة على أن إحساس الفرد بوجود غاية في الحياة يرتبط بتحقيق التوازن النفسي والصحة العقلية، إذ يسهم المعنى في تخفيف المعاناة وتحفيز المرء على تجاوز التحديات، مما يسهم في بناء شخصية قادرة على التعامل مع ضغوط الحياة. (حنتول، 2012: 33)

2- الإنسان لديه القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية عن حياته وتصرفاته:

وفقاً لنظرية العلاج بالمعنى، يمتلك الإنسان القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية الكاملة عن حياته وتصرفاته، وهذه القدرة تشكل جزءاً أساسياً من تحقيق الذات وبناء الشخصية. ولا يُنظر إلى الإنسان ككائن خاضع للبيئة أو العوامل الوراثية فقط، بل يُرى ككيان قادر على اتخاذ خيارات مستقلة وتحديد مساره الشخصي، وهذه الفكرة تعزز الشعور بالمسؤولية الشخصية لدى الأفراد، وتحثهم على التحلي بالشجاعة اللازمة لمواجهة عواقب قراراتهم، وتعد المسؤولية الشخصية أحد المفاهيم المركزية في العلاج بالمعنى، حيث يُنظر إلى القرار الشخصي على أنه جوهر الإنسان وسر قدرته على مواجهة الأزمات وبهذا السياق، تسعى النظرية إلى مساعدة الأفراد على إدراك دورهم في تحديد مسارات حياتهم واتخاذ الخيارات التي تعكس قيمهم وأهدافهم، فعندما يشعر الشخص بالمسؤولية تجاه حياته، يصبح أكثر قدرة على التكيف مع الظروف المختلفة والاستفادة من الفرص المتاحة لتحقيق أهدافه وتطلعاته، ويؤكد العلاج بالمعنى على أن المسؤولية ليست عبئاً، بل هي فرصة للتطور والنمو، إذ تتطلب من الفرد الاعتراف بقدراته وحدوده، والسعي لتحقيق أقصى إمكانياته (عماد الدين، 2022: 937)

3- الإنسان قادر على إيجاد معنى لحياته حتى في أصعب الظروف والمواقف:

من بين الافتراضات الأساسية لنظرية العلاج بالمعنى، يبرز الاعتقاد بأن الإنسان قادر على إيجاد معنى لحياته حتى في أصعب الظروف والمواقف، ويرى (فرانكل) أن الأفراد يمكنهم إيجاد غايات وأهداف حتى في حالات المعاناة أو الأزمات الكبيرة مثل: المرض أو الفقد. ويتضح هذا بشكل خاص في التجارب مثل تجربة فرانكل نفسه في معسكرات الاعتقال النازية، حيث لاحظ أن الذين استطاعوا إيجاد معنى لحياتهم تمكنوا من التكيف بشكل أفضل وتجاوز المحنة بشكل إيجابي، ويؤكد هذا الافتراض أن الفرد يمتلك القدرة على تبني موقف إيجابي تجاه الأزمات، مما يساعده على تطوير قدرته على التكيف والنمو، فحينما يكون الإنسان في مواجهة ظروف صعبة، يمكن أن يتخذ موقفاً يمكنه من تحقيق تحول إيجابي في حياته من خلال العلاج بالمعنى، يُشجع الفرد على اكتشاف هذا المعنى من خلال البحث في ذاته وفي تجاربه. يرى هذا الافتراض أن الأحداث الصعبة، رغم قسوتها، يمكن أن تكون فرصة لإعادة النظر في الحياة واكتشاف جوانب جديدة للنمو والتحول (الحارثي، 2022: 33)

4- الإنسان لديه إرادة إلى المعنى والبحث عنه هو دافع أساسي له:

تنطلق نظرية العلاج بالمعنى من افتراض أساسي بأن البحث عن المعنى هو دافع جوهري في الطبيعة الإنسانية، ويرى (فرانكل) أن هذا الدافع هو ما يميز الإنسان عن غيره من الكائنات، حيث إن الإنسان لديه حاجة داخلية عميقة للبحث عن غاية في الحياة، وأن هذا الدافع هو جوهري وأصيل في الطبيعة الإنسانية، وليس مجرد دافع ثانوي يمكن تجاوزه، كما يعزز العلاج بالمعنى هذا الدافع من خلال مساعدة الأفراد على فهم أهمية المعنى في حياتهم وتوجيههم نحو اكتشاف غاياتهم وأهدافهم. لا يرتبط هذا البحث فقط بالأوقات الجيدة أو الحياة الهادئة، بل يظهر بوضوح في أوقات الشدة والصعوبات، وهذا ما يجعل من إرادة المعنى أداة فعالة لمواجهة التحديات والتغلب على الأزمات، حيث تمنح الإنسان قوة داخلية تدفعه للمضي قدماً. (أحمد، 2017: 82)

5- الإنسان لديه القدرة على التحول والتغير والنمو في اتجاه تحقيق الذات:

تفترض نظرية العلاج بالمعنى أن الإنسان يمتلك القدرة على التحول والنمو الإيجابي من خلال تحقيق الذات. ينظر العلاج بالمعنى إلى الإنسان ككائن يتمتع بقدرة فريدة على التطور والتغيير، بغض النظر عن الظروف التي يواجهها، وتشير النظرية إلى أن هذه القدرة على التحول

تتبع من رغبة الإنسان العميقة في اكتشاف إمكاناته وتحقيق أهدافه الشخصية، ويعزز العلاج بالمعنى هذه الرغبة من خلال مساعدة الأفراد على تجاوز القيود النفسية واستكشاف جوانب جديدة في شخصيتهم، وتؤكد الدراسات الحديثة أن الفرد الذي يتمكن من استثمار الصعوبات والمحن لتحقيق نمو إيجابي يتمتع بقدرة أكبر على تحقيق السعادة والرضا الشخصي. (شدة، 2022: 71)

وبهذه الافتراضات الأساسية، تشكل نظرية العلاج بالمعنى إطاراً فلسفياً وتطبيقياً متكاملًا يساعد في فهم الطبيعة الإنسانية والعوامل المؤثرة في الصحة النفسية والسعادة، كما يقدم هذا الاتجاه منهجًا علاجيًا يركز على تمكين الفرد من اكتشاف معنى لحياته والالتزام به. ووفقاً لهذه النظرية، فإن الإنسان يُعتبر كائناً يتجاوز ذاته ويتطلع إلى ما هو أبعد من حاجاته الأساسية، حيث يسعى دائماً إلى إيجاد قيم وأهداف ذات قيمة عالية تجعل لحياته أهمية وقيمة تتجاوز الوجود المادي، ويُعد هذا الفهم الشامل لوجود الإنسان وغاياته من الركائز الأساسية التي تجعل من العلاج بالمعنى أسلوباً فعالاً في مواجهة تحديات الحياة المعاصرة.

أهداف العلاج بالمعنى في مجال علاج الإدمان:

يهدف العلاج بالمعنى (Logotherapy) إلى مساعدة الأفراد المدمنين على مواجهة أزمتهم الوجودية، من خلال البحث عن معنى لحياتهم، والتغلب على الفراغ الوجودي الذي يشكل أحد الدوافع الأساسية وراء السلوك الإدماني، ومن أبرز أهداف العلاج بالمعنى مع هذه الفئة ما يلي: -

1- إعادة بناء المعنى الشخصي من خلال مساعدة الفرد على تجاوز آلامه، واكتشاف قيمة وجوده بما يمنحه اتجاهًا واضحاً لحياته، بدلاً من الوقوع في دوامة الفراغ، يهدف العلاج بالمعنى إلى مساعدة الفرد على تجاوز آلامه واكتشاف قيمة وجوده، مما يمنحه اتجاهًا واضحاً وهدفًا لحياته. ويرى المنظور الوجودي أن الشعور بالمعنى أساس الصحة النفسية والسعادة، لذا يسعى العلاج إلى تعزيز الإحساس بالهدف والرضا وتنمية قدرة الفرد على النمو والتغير الإيجابي وتحقيق الذات. (القحطاني، 2019: 65)

2- تنمية القدرة على مواجهة الألم، حيث يتم تعليم الفرد مواجهة معاناته واعتبارها جزءاً طبيعياً من الوجود الإنساني، مع التركيز على البحث عن معنى أعمق يتجاوز الألم بدلاً من الهروب منه عن طريق وسائل الإدمان.

3- يهدف العلاج إلى حماية الفرد من الانتكاسة وتعزيز رؤيته لحياة أعمق، عبر ارتباطه بمعنى سامٍ يتجاوز المتعة المؤقتة، وإعادة تعريف حياته بحيث يصبح المعنى الشخصي والقيم الإنسانية أدوات لمواجهة الإدمان والصراعات الداخلية. (سالم، 2020: 132)

4- يهدف العلاج بالمعنى أيضاً إلى تنمية القيم الشخصية للفرد والالتزام بها. فالبحث عن المعنى في الحياة يتطلب من الفرد تحديد القيم والأهداف التي تعطي معنى لوجوده، ولذلك، يساعد العلاج بالمعنى الفرد على اكتشاف، قيمه الحقيقية والالتزام بها، كما يهدف العلاج بالمعنى إلى مساعدة الفرد على تحقيق الذات والشعور بالرضا والسعادة من خلال البحث عن معنى الحياة والالتزام به، وهذا يتحقق من خلال تحقيق الأهداف الفرعية السابقة والتي تتكامل فيما بينها لتحقيق النمو والتطور الشامل للفرد (محمد وصابر، 2021: 55)

5- كما يهدف العلاج بالمعنى إلى تنمية الاتجاه الإيجابي نحو المواقف والتحديات الصعبة في الحياة، ووفقاً لهذا الاتجاه، فإن الإنسان يواجه في حياته العديد من الصعوبات والمعاناة، ولكن عليه أن يتخذ موقفاً إيجابياً منها ويحولها إلى فرص للنمو والتحول، وبالتالي يسعى العلاج بالمعنى إلى مساعدة الفرد على تبني هذا الموقف الإيجابي والتعامل بفاعلية مع التحديات الحياتية. (البخيت، 2020: 241)

6- يعمل الإرشاد بالمعنى على تعزيز الحرية في المسترشد، فالحرية هي حقيقة الوجود الإنساني، وهي الجوهر الذي يقرر ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية.

7- يرى أن الحب هو أقصى وأعلى هدف للكائنات الإنسانية، وأن خلاص الإنسان إنما يكون من خلال الحب.

8- يسعى العلاج بالمعنى إلى مساعدة الشخص على تحمل المعاناة أثناء بحثه عن المعنى، إذ يكون الإنسان مستعداً للتضحية للحفاظ على هذا المعنى. وعندما تفقد الحياة معناها، يظهر الفراغ الوجودي وقد يدفع الشخص إلى الانتحار، ويقسم فيكتور فرانكل المعاناة إلى ثلاثة أنواع:

- معاناة ناتجة عن الفراغ الوجودي.
- معاناة عند إحباط محاولات إيجاد معنى للحياة.
- معاناة نابعة من خبرة مؤلمة أو مصير صعب كفقد شخص عزيز أو الأمراض المزمنة.

(Frank, 1998.55)

9- يهدف العلاج بالمعنى إلى تنمية الضمير الصحيح في اختيار المعاني وتحقيقها، فصحيح أن كل فرد حر في اختيار المعاني في حياته وأن المعالج لا يحاول فرض أي معنى على المتعالج لأن المتعالج يرجع إلى ضميره هو في اختيارها وتحقيقها، إلا أن ذلك لا يعني أن يبقى المعالج متمسكاً بهذه الحيادية حتى في حالات الطوارئ، فعندما يواجه المعالج مثلاً حالة تنطوي على خطر محاولة الانتحار أو قتل الآخر، فإنه يتدخل، فالإنسان حر في اختيار معنى لحياته ولكن دون إيذاء للآخر أو للذات. (كبلان، 2015: 490)

10- يعمل على مساعدة المسترشد في تثبيت إرادته وتقويتها، حيث إن الهدف من العلاج بالمعنى ليس إعطاء معنى جاهز لحيات المتعالج، ولكن إيقاظ المتعالج لإيجاد معنى ملموس لوجوده، ويكون دور المعالج مجرد مساعد للمتعالج كي يقوم بهذه المحاولة.

(عماد الدين، 2022: 952)

أسس الإرشاد والعلاج بالمعنى:

يقوم هذا النهج العلاجي على مجموعة متكاملة من الأسس والمبادئ التي تشكل إطاره النظري والتطبيقي، والتي تميزه عن غيره من المدارس العلاجية النفسية الأخرى، وتتعلق هذه الأسس من رؤية عميقة للطبيعة البشرية وفهم شامل لدوافع الإنسان واحتياجاته الأساسية. ويؤسس العلاج بالمعنى نظريته على فكرة جوهرية مفادها أن البحث عن المعنى هو القوة المحركة الأساسية في حياة الإنسان فالإنسان، وفقاً لفرانكل، لا يسعى فقط لإشباع غرائزه أو تحقيق اللذة كما يرى فرويد، ولا يسعى فقط للقوة والتفوق كما يرى أدلر، بل إن دافعه الأساسي هو البحث عن معنى لوجوده، هذا المعنى هو ما يمنح الحياة قيمتها وأهميتها، ويدفع الإنسان للاستمرار والتطور رغم كل الصعوبات والتحديات التي قد يواجهها. (الحارثي، 2022: 23)

ويرتبط بهذه الفكرة الأساسية مبدأ فردية المعنى، حيث يؤكد (Frank) أن معنى الحياة يختلف من شخص لآخر، ومن موقف لآخر، ومن لحظة لأخرى. فلا يوجد معنى عام أو شامل للحياة يمكن تطبيقه على الجميع، بل إن كل فرد مسؤول عن اكتشاف المعنى الخاص به في كل موقف يواجهه.

ويولي العلاج بالمعنى اهتماماً خاصاً لمفهوم حرية الإرادة كأحد الأسس الجوهرية في فهم الطبيعة البشرية، فرغم القيود البيولوجية والنفسية والاجتماعية المفروضة على الإنسان، إلا أنه يظل حراً في اختيار موقفه تجاه هذه القيود وتجاه الظروف التي يواجهها.

هذه الحرية تجعل الإنسان مسؤولاً عن اختياراته وقراراته، وتمنحه القدرة على تجاوز الظروف الصعبة والمعاناة التي قد يتعرض لها، وقد استمد (Frank) هذا الفهم من تجربته الشخصية في معسكرات الاعتقال النازية، حيث لاحظ أن الأشخاص الذين تمكنوا من الحفاظ على حريتهم الداخلية وإيجاد معنى لمعاناتهم كانوا أكثر قدرة على البقاء والصمود.

(البهاص، 2009: 57)

يقدم العلاج بالمعنى فهماً فريداً للشخصية الإنسانية من خلال نظرية الأبعاد الثلاثة، حيث يرى أن الشخصية تتكون من البعد الجسمي (البيولوجي)، والبعد النفسي (السيكولوجي)، والبعد الروحي (النووتيك) ويعتبر البعد الروحي هو الأساس الذي يميز الإنسان عن غيره من الكائنات، وهو مصدر حريته ومسؤوليته وقدرته على تجاوز ذاته والبحث عن المعنى، هذا الفهم للشخصية يتجاوز النظرة الاختزالية التي تركز فقط على الجوانب البيولوجية أو النفسية، ويقدم رؤية أكثر شمولية وعمقاً للطبيعة البشرية (أحمد، 2017: 66)

ويركز العلاج بالمعنى على مفهوم إرادة المعنى كدافع أساسي للإنسان، ويرى أن الفشل في إشباع هذا الدافع يؤدي إلى ما يسمى بالفراغ الوجودي، إذ يعتبر هذا الفراغ حالة نفسية تتميز بالشعور بفقدان المعنى والهدف في الحياة، وهو مصدر للعديد من المشكلات النفسية، مثل: الاكتئاب، والقلق، والإدمان. ويرى فرانكل (Frank) أن هذه الحالة منتشرة بشكل خاص في المجتمعات الحديثة، حيث فقد الكثير من الناس الإحساس بالمعنى والهدف في حياتهم نتيجة للتغيرات الاجتماعية والثقافية السريعة.

ويؤكد العلاج بالمعنى على الالتزام بالمسؤولية واعتبارها جزء لا يتجزأ عن العلاج بالمعنى، وقد عبر (فرانكل) عن ذلك مشيراً إلى نتائج العلاج - قائلاً: "وهكذا تعيش الآن كما لو كنت تعيش بالفعل من جديد، وكما لو كنت قد سلكت على نحو خاطئ في المرة الأولى مثلما تفعل الآن". وهذا هو المبدأ الذي يستثير إحساس الفرد بالالتزام والمسؤولية، فيتخيل إن الحاضر سوف يصير

ماضياً، وأن الماضي لن يتغير أو يتحسن، في حين أن المستقبل سوف يكون من غير شك قابلاً لهذا التغيير. (Frank, 1998.85)

وبذلك تكون مسئولية الإنسان هي محض تعبير عن وجوده ودليل عليه، ومعناها أنه بإمكانه أن يفعل الصواب، أو أن يرتكب الخطأ والآثام، ولهذا فهو إما مستحق للثواب والثناء، وإما اللوم والعقاب ومفتاحه إلى النهوض بمسئوليته هو أن يتعلم من أخطائه ويسترشد الطريق إلى الصواب بنفسه، فدور المعالج ليس فرض معنى معين على المريض؛ بل مساعدته على اكتشاف المعنى الخاص به من خلال الحوار والتأمل وتوجيه الانتباه إلى الفرص المتاحة لتحقيق المعنى. وقد حدد (Frank) ثلاثة طرق رئيسية لاكتشاف معنى الحياة، القيم الإبداعية: من خلال العمل والإنجاز، والقيم الخبراتية: من خلال التجارب والعلاقات الإنسانية، والقيم الاتجاهية: من خلال الموقف تجاه المعاناة التي لا يمكن تجنبها. (مهمل ومخولف، 2021: 946)

كما يتميز العلاج بالمعنى بمجموعة من التقنيات العلاجية الفريدة التي تساعد في تحقيق أهدافه، فمن أهم هذه التقنيات المقصد المتناقض، الذي يشجع المريض على مواجهة مخاوفه بشكل مباشر، وتحويل الانتباه الذي يساعد المريض على تجاوز التركيز المفرط على مشكلته، والحوار السقراطي الذي يستخدم الأسئلة الموجهة لمساعدة المريض على اكتشاف المعنى، وهذه التقنيات تعمل في إطار متكامل مع الأسس النظرية للعلاج بالمعنى، وتهدف جميعها إلى مساعدة المريض على تجاوز صعوباته وإيجاد معنى لحياته. (حسن، 2020: 22)

ويدرك العلاج بالمعنى أهمية السياق الاجتماعي والثقافي في تشكيل معنى الحياة، فالمعنى لا يوجد في فراغ؛ بل يتأثر بالقيم والمعتقدات الثقافية والظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد، ومع ذلك، يؤكد فرانكل (Frank) أن اكتشاف المعنى يظل في النهاية مسئولية فردية، وأن كل شخص مسؤول عن إيجاد المعنى الخاص به في إطار ظروفه وإمكاناته، كما يؤكد على أهمية اندماج الفرد في المجتمع وإسهامه فيه كمصدر للمعنى، فالإنسان كائن اجتماعي يحتاج للتفاعل مع الآخرين وخدمة مجتمعه.

ويتميز العلاج بالمعنى بالمرونة في التطبيق، فيمكن استخدامه مع مختلف الفئات العمرية والثقافية، ومع مختلف المشكلات النفسية (الحارثي، 2022: 102-190)

وترى الباحثة أن هذا النوع من العلاج يمكن دمجه مع أساليب علاجية أخرى لتحقيق أفضل النتائج العلاجية. ويركز هذا النهج العلاجي على الحاضر والمستقبل أكثر من الماضي، مع التأكيد على إمكانية تجاوز الصدمات والتجارب السلبية السابقة من خلال إيجاد معنى جديد للحياة.

وهكذا تشكل هذه الأسس والمبادئ إطاراً متكاملًا للعلاج بالمعنى، يجمع بين العمق الفلسفي والفعالية العلاجية. وقد أثبت هذا النهج فعاليته في علاج العديد من المشكلات النفسية، خاصة تلك المرتبطة بفقدان المعنى والهدف في الحياة، كما أن مبادئه وأفكاره ما زالت ملهمة ومفيدة في فهم الطبيعة البشرية والتعامل مع تحديات الحياة المعاصرة.

خطوات العلاج بالمعنى في علاج الإدمان:

تتضمن عملية العلاج بالمعنى مجموعة من الخطوات الأساسية، والتي تهدف إلى مساعدة الفرد المدمن على مواجهة الفراغ الوجودي، وإعادة بناء معنى لحياته بما يحقق له التوازن النفسي والاجتماعي. وتتمثل الخطوات الأساسية لتطبيقه فيما يلي:

1- تقييم الحالة والتعرف على مشكلات الفرد وحاجاته:

تبدأ العملية العلاجية بمرحلة شاملة تهدف إلى استيعاب حالة المدمن بشكل متكامل، من خلال إجراء جلسات فردية بالإضافة إلى تقييم الجوانب النفسية والاجتماعية والطبية. تركز هذه المرحلة على تحديد التحديات والمشكلات التي يواجهها الفرد، إلى جانب تحليل طبيعة الإدمان ومدته وأنماطه، وفهم أي اضطرابات نفسية أو مشكلات مصاحبة له مثل الاكتئاب أو القلق أو الانعزال الاجتماعي. كما تسعى هذه المرحلة إلى التعرف على أهداف المريض من العلاج، سواء كان استعادة الصحة الجسدية، تحسين العلاقات مع الآخرين، أو البحث عن معنى جديد للحياة.

2- المساعدة في اكتشاف معنى الحياة:

تعد هذه الخطوة من أهم مراحل العلاج بالمعنى، حيث يساعد المعالج الفرد المدمن على البحث عن معنى لحياته، وإدراك حالة الفراغ الوجودي التي يعيشها، والتي تعد أحد الدوافع الأساسية لسلوك الإدمان، من خلال جلسات حوارية تكشف عن مشاعر العدمية، فقدان الهدف، والإحساس بعدم القيمة. إدراك هذه الحالة يُعد خطوة أولى لتعبئة هذا الفراغ بمعنى جديد. مليء بالرغبة في

التغيير والعيش بعيداً عن السلوم الادماني. (موسى، 2022: 210)

3- تعزيز الشعور بالمسؤولية والقدرة على اتخاذ القرارات:

يُعتبر تحمّل المسؤولية من المرتكزات الجوهرية في العلاج بالمعنى، إذ يرى فرانكل أن الإنسان يمتلك دائماً حرية الاختيار، حتى في أشد الظروف قسوة، وأن هذه الحرية تمنحه القدرة على صياغة موقفه من الحياة، واتخاذ القرارات المناسبة، من خلال تنمية الوعي والفاعلية الذاتية لديه، ويتم ذلك باستخدام فنيات كالحوار السقراطي، والنية المتناقضة، والتغذية الراجعة وبذلك، يتحول المدمن من كائن سلبي خاضع لدوافعه أو لإدمانه، إلى فرد فاعل قادر على تحمل مسؤولية ذاته وحياته، وهو ما يمثل خطوة محورية في رحلة التعافي من الإدمان. (اللحام، 2019: 82)

4- تنمية الاتجاه الإيجابي نحو المواقف الصعبة:

يعد تغيير الموقف من المعاناة والمواقف الضاغطة أحد الأسس المركزية في العلاج بالمعنى، حيث يرى فرانكل أن الإنسان لا يستطيع دائماً تغيير ظروفه، لكنه يمتلك دائماً حرية اختيار موقفه تجاهها، حيث يساعد المعالج الفرد المدمن على اتخاذ موقف إيجابي اتجاه المواقف الضاغطة في حياته، وذلك من خلال تنمية المرونة النفسية والتقبل والتكيف، ويتم ذلك باستخدام فنيات كلعب الأدوار والواجبات المنزلية. (فرانكل، 2008: 101)

5- تعزيز الشعور بالهدف والغرض في الحياة:

يؤكد فرانكل أن تعزيز الهدف في الحياة يمثل خطوة جوهرية في العلاج بالمعنى، حيث يرى أن غياب الهدف والشعور بالفراغ الوجودي هما من العوامل الرئيسية التي قد تدفع الفرد نحو السلوك الإدماني. بناءً على ذلك، يسعى المعالج النفسي إلى مساعدة الشخص في تحديد أهداف شخصية واقعية تتناسب مع إمكانياته وظروفه، بما يتيح له استكشاف آفاق جديدة للحياة بعيداً عن حلقة التعاطي. كما يُركز على تنمية الشعور بالمعنى والغرض من خلال توجيهه نحو الأنشطة ذات القيمة، مثل العمل، بناء العلاقات الإنسانية، المشاركة المجتمعية، أو الالتزام بالقيم الروحية والأخلاقية. ويتم تحقيق هذا عبر استخدام تقنيات علاجية وجودية كالتأمل الوجودي (Existential Meditation) والكتابة الوجودية (Existential Writing) لمساعدة الفرد على اكتشاف ذاته وصياغة معنى جديد لحياته.

وبذلك يصبح الفرد قادراً على إعادة بناء هويته وشعوره بالجدوى، الأمر الذي يقلل من احتمالية الانتكاسة ويزيد من قدرته على التكيف مع تحديات الحياة. (عماد الدين، 2022: 940)

استراتيجيات وفنيات الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى:

الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى يتضمن مجموعة متنوعة من الفنيات والأساليب التي يستخدمها المعالج لمساعدة الفرد في اكتشاف معنى لحياته والالتزام به، فالإرشاد والعلاج النفسي الوجودي يركز على مساعدة الناس في مواجهة مشكلات الحياة وأن يواجهوا الصعوبات ويكافحوها، وفي هذا السياق سنتطرق إلى أهم الفنيات والتقنيات المستخدمة في الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى.

وتأتي هذه الفنيات منسجمة مع المبادئ والافتراضات الأساسية التي تقوم عليها نظرية العلاج بالمعنى، ومن أهم هذه الفنيات:

1- فنية التحليل بالمعنى (Logo Analysis):

يذكر معوض ومحمد (2012) أن هذه الفنية تتمثل في أنها عملية تحليل لخبرات الفرد الماضية للبحث عن مصادر لمعنى جديد. (معوض، محمد، 2012: 325)

أما مسعود (2013) فيرى " أنها أسلوب يساعد العميل على توضيح معنى الحياة من خلال اتساع الوعي الشعوري للعميل، والاستفادة من قدراته الابتكارية أثناء ممارسة الأنشطة الاجتماعية"، وتتمثل هذه الفنية في أنها عملية تحليل لخبرات الفرد للبحث عن مصادر لمعنى جديد، ومن تقييم هذه الخبرات يمكن أن نصل لجوانب جديدة تكتشف منها شعوراً جديداً بالهدف والمعنى في الحياة، وهي عبارة عن سلسلة منظمة وأنشطة مكتوبة تتكون من سبعة تدريبات صممت بحيث يستخدمها الفرد لاكتشاف وإيجاد الهدف والمعنى في حياته". (مسعود، 2013: 411)

كان برنامج التحليل بالمعنى في البداية يتكون من خمس خطوات، ثم طوره (كرومباخ) حتى أصبح سبع خطوات وصفها هينريون (Heroin, 2002,67) بأنها تمثل محتوى تعليمياً، وتدرجات عملية وواقعية، وجلسات علاج نفسي بالمعنى، ويعبر الأفراد لفظياً عن فاعلية البرنامج بالنسبة لكل خطوة منذ بداية التطبيق في حياتهم اليومية، وفي نهاية البرنامج لديهم القدرة على تقييم حالة حياتهم الماضية، وتأثير حياتهم الحالية، واختياراتهم في حياتهم المستقبلية.

ولكي تتمكن من تطبيق مبادئ التحليل بالمعنى، يشير (كرومباخ Crumbauah) إلى ضرورة ممارسة إجراءين يساعدان في الوصول إلى الهدف وقد صُمما للكشف عن القدرات الابتكارية التي نمتلكها وهما: الإجراء الأول توسيع دائرة الوعي الشعوري (Conscious

(awareness) بمعنى أنه يجب أن نصبح أكثر وعياً وإدراكاً بالعالم من حولنا وماذا يحدث فيه؟ أما الإجراء الثاني: فيتمثل في إثارة الخيال الخلاق، وهذه العملية هي التي نستخدم فيها القدرة الابتكارية التي لدينا، وهذا يعني أننا يجب أن نضع خبراتنا وتجاربنا في طرق جديدة بهدف العثور على معان جيدة للحياة، وبعبارة أخرى أن استخدام لقدرتنا الإبداعية في تخيل حلول جديدة للمشكلات القديمة، ومثل تلك العملية تسلط الضوء على مشكلاتنا وتعطينا أملاً جديداً في المستقبل، وبعد أن يتم ذلك، نجد أن لدينا فرصاً جديدة في الحياة، ومعنى هدفاً جديداً يحلان محل المشاعر القديمة من اليأس والقنوط، وبهذا نكون حققنا الهدف من التحليل بالمعنى، وهذا الأسلوب العلاجي ليس من الضرورة استخدامه مع المرضى النفسيين؛ فقط لكنه يستخدم أيضاً مع أولئك الذين ينقصهم الهدف الحقيقي لسبب وجودهم في الحياة، فمن مميزاته أنه من خلال التدريبات التي يتكون منها الأسلوب يمكن لأي فرد أن يحل حياته من أجل اكتشاف معنى جديداً، وهو يقدم للفرد شيئاً محدد الإجراءات خطوة بخطوة في رحلة البحث عن معنى الحياة. (محمد ومعوذ، 2012: 181)

ويحدد كرونباخ (1988,94) ، (Crumb augh) سبعة تدريبات مكتوبة يتضمنها التحليل

بالمعنى تساعد الفرد على إيجاد معنى وهدف في حياته ويمكننا أن نوجزها وفق الآتي:

- **التدريب الأول تقييم الذات (Self-Evaluation):** ويتكون التدريب الأول من ست قوائم وقائمة سابعة تلخص التغيرات التي عملها المتعالج في القوائم الأخرى في أثناء سيره في التدريبات.

القائمة الأولى: الأهداف طويلة المدى، والطموحات، والآمال والاهتمامات.

القائمة الثانية: أوجه القوة في شخصية المتعالج والنجاحات والأحداث الجيدة في الحياة والظروف الجيدة.

القائمة الثالثة: نقاط الضعف في شخصية المتعالج والظروف السيئة أو الفشل الذي صادقه في الحياة ولكن مع عدم المبالغة.

القائمة الرابعة: المشكلات الجديدة التي تسبب صراعات المتعالج وضيقة واضطرابه.

القائمة الخامسة: الآمال والأمني المستقبلية للعميل وماذا يرغب أن يكون ويصبح في الحياة؟

القائمة السادسة: الخطط المستقبلية وماذا يفعل المتعالج لتحقيق أهدافه؟

القائمة السابعة: ملخص لتقدم المتعالج.

- **التدريب الثاني: أفعل كما لو (Act as if):** ففي هذا التدريب يطلب من المتعالج التصرف كما لو كان شخصاً ناجحاً يتمنى أن يصبح مثله، ويستطيع الفرد هنا أن يجعل نفسه يفعل ذلك حتى على الرغم من أنه قد لا يكون مؤمناً بذلك أو معتقداً فيه في البداية، ثم بعد ذلك بوقت قصير يبدأ أوتوماتيكياً في فعل ذلك بصورة أكثر إيجابية، تعد هذه الخطوة تحولاً من المقدر على التفكير الإيجابي إلى المقدر على الفعل الإيجابي.
 - **التدريب الثالث: إيجاد الهدف من خلال إقامة لقاء مواجهة (Encounter):** فقد استخدم المعالجون بالمعنى (Finding purpose by an establishing) مصطلح مقابلة أو مواجهة (Encounter) ليشيروا إلى علاقة عميقة ذات معنى ومغزى مع شخص ما، أي علاقة حميمة ذات ألفة بين شخص وآخر.
 - **التدريب الرابع: تحقيق المعنى من خلال اكتشاف القيم الابتكارية:** صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الابتكارية.
 - **التدريب الخامس: تحقيق المعنى من خلال البحث عن القيم الخبراتية:** صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الخبراتية.
 - **التدريب السادس: تحقيق المعنى من خلال البحث عن القيم الاتجاهية:** صمم هذا التدريب لاكتشاف القيم الاتجاهية
 - **التدريب السابع: إعادة تقييم الذات والالتزام (Self-reevaluation and commitment):** حيث يقوم الفرد بتسجيل ثلاثة أهداف، ثم الالتزام ببرنامج في حياة الفرد المستقبلية لتحقيق هذا الأهداف والمعاني.
- وقد أجريت العديد من الدراسات بهدف التأكد من فاعلية هذه الفنية، ومنها دراسة محمد (2006) التي أثبتت فاعليتها في علاج خواء المعنى، وفقدان الهدف من الحياة لدى طلبة الجامعة من خلال مساعدة الأفراد في اكتشاف مصادر جديدة للمعنى في حياتهم، وإيجاد بعض الأهداف في الحياة.

2- الحوار السقراطي (Socratic Dialogue):

- يستخدم المرشد هذه الفنية من أجل استثارة المعنى لدى المسترشد، وذلك من خلال توجيه أسئلة استفزازية له في إطار حوار تساؤلي، والهدف من هذه الاستراتيجية هو تعليم الأفراد كيفية

سير حياتهم بواسطة أسئلة تقدم بطريقة معينة تجعلهم يحدثون استبصاراً جديداً نحو أعراضهم، وتعديل اتجاهاتهم الحالية وتنمية اتجاهات جديدة لاكتشاف المعنى في الحياة.

ويشير "فان جار سيفلد" (Van Jarsveld, 2004) إلى أن الحوار السقراطي نوع من المواجهة مع المتعالج أكثر من كونها توجيهية أو فرضية، أي مواجهة المتعالج لمساعدته على اكتشاف المعنى المنفرد وإيجاده لديه أكثر من كونها خيارات تفرض عليه، والاستخدام الناجح للأسئلة السقراطية يأتي من الفهم الجيد لموقف المتعالج، حيث تصاغ هذه الأسئلة المفتوحة كاستجابة الموقف المتعالج، وأن لنجاح الحوار السقراطي ينبغي أن يكون المتعالج في حالة من الاسترخاء للبعد عن الإثارة والتوتر والعصبية، فالخوف قد يقيد الوصول إلى المصادر الروحية للعميل، وعليه ففي مثل هذه الحالات على المعالج أن يستفيد من أساليب الاسترخاء قبل إجراء الفنية وعند وضع المتعالج في الحالة المزاجية الصحيحة يبدأ الحوار. (العسكر، 2020: 75)

يبدأ الحوار السقراطي من خلال الأسئلة المتعلقة بخمسة معالم أو أبعاد للبحث في الجوانب التي تتضمن المعنى على الأرجح، ويمكن اكتشافه منها، وتتلخص في:

أ. **اكتشاف الذات:** إذ يمكن تسهيل عملية اكتشاف وإيجاد المعنى من خلال المعرفة الدقيقة والصحيحة للذات (من أنت؟).

ب. **الاختيار:** إذ أن توافر الخيارات أمام المتعالج يزيد من احتمالية توافر المعنى (ماذا تختار؟)
ت. **التفرد:** غالباً ما يوجد المعنى في المواقف الفريدة، والتي لا يمكن لأحد أن يحل محل المتعالج فيها (لماذا هذا الاختيار؟).

ث. **المسؤولية:** يوجد معنى حين تقبل المسؤولية في المواقف التي بها حرية الاختيار، وحينما يقبل الفرد المسؤولية في الأحداث غير القابلة للتغيير (هل تتحمل مسؤولية هذا الاختيار؟).

ج. **التسامي بالذات:** يمكن أن ينشأ المعنى حين يتجاوز الفرد حاجاته الخاصة ولا يكون أنانياً، ويتجه نحو حاجات الآخرين (هل ستكون أفضل من جراء هذا الاختيار؟).

ولكن على المعالج الانتباه لهذه الأبعاد خلال عملية استجوابه للمتعالج من خلال الكلمات والعبارات ونبرة صوت المعالج. (مسعود، 2013: 96)

وباستخدام المعالج لهذه الفنية يمكن أن يحقق مجموعة من الأهداف العامة منها:

1- توضيح المشاكل وتحديدها وتعريفها.

2- المساعدة في تحديد الأفكار، والتخيلات والافتراضات.

3- فحص معاني الأحداث لدى المريض.

2- تقييم النتائج الناتجة عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات.

ويساعد الحوار السقراطي المريض في التوصل إلى الاستنتاج المنطقي القائم على الأسئلة المطروحة في أثناء الجلسات العلاجية، وعلى المعالج ألا يستخدم الأسئلة التي تربك المريض أو التي تقوده إلى نتائج سيئة أو الهجوم عليه، ويساعد الحوار السقراطي المعالج على فهم وجهة نظر المريض حول مشاكله ومناقشته فيها بحساسية، لمساعدته في النظر إلى الافتراضيات بموضوعية وحيادية. (الحارثي، 2022: 125)

3- تشتت التفكير (Dereflection):

قام فرانكل بتصميم هذه التقنية لمواجهة الحالات التي تعاني من العجز بسبب وساوسها القهرية، حيث تعتبر هذه الفنية إحدى الفنيات المهمة للعلاج بالمعنى، وتركز على مبدأ إن الاهتمام الزائد بالشيء كهدف يجعل هذا الهدف يخطئ، ويسمى (فرانكل) هذه الحالة الإفراط في التفكير (Hyper intention) والمتعالج في هذه الحالة يقع في دائرة مغلقة، وهي أن الإفراط في التفكير يؤدي إلى الإفراط في القصد، والإفراط في القصد يؤدي إلى الإفراط في التفكير، الذي يؤدي إلى مشاكل عديدة. (Frankl, 1978. 152)

فالإنسان يركز على نفسه ويصبح مبالغاً في التركيز عليها فقط عندما يخفق في تحقيق رسالته ويحبط بحثه عن المعنى، وبالتالي فإن مبدأ تشتت التفكير هو عملية تحويل انتباه الفرد من أعراضه العصابية إلى مجالات أخرى متبقية داخل شخصيته والتي مازال بإمكانها تأدية وظائفها بشكل كاف، مما يمكنه من إيجاد معنى وهدف يجعلان حياته جديرة بالعيش، فهذه التقنية تهدف إلى تحويل انتباه الفرد من نقاط الضعف الموجودة في شخصيته إلى نقاط القوة وتشجيعه على تجاوز الذات والتوجه إلى العالم الخارجي أكثر منه داخل الذات، لهذا يجب على المريض أن يصرف تفكيره عن قلقه التوقعي إلى شيء آخر، وخلال هذه العملية يمكن للفرد إغفال مشكلته عن طريق تركيز انتباهه بعيداً عن ذاته ويتوجه نحو حياة مفعمة بالمعاني الممكنة وبالقيم ذات الجاذبية الخاصة لإمكاناته الشخصية. (بلان، 2015: 501)

وتستند هذه الفنية على قدرة الإنسان على فصل ذاته عن المواقف أي التحرر الذاتي (self-detachment) بمعنى أنه يستطيع اختيار موقفاً تجاه نفسه، وهذا يعني أن يتخذ موقفاً تجاه ظروفه ومحدداته الجسمية والنفسية والاجتماعية، وعلى قدرة أخرى هي التسامي بالذات (self) أي توجه الإنسان إلى شيء آخر غير ذاته سواء أكان هذا الشيء معنى يلزم تحقيقه أو كائنات إنسانية على المرء أن يقيم علاقات معها. (الفنطار، 2022: 41)

وقد أثبتت فاعلية هذه الفنية في حالات الخلل الوظيفي الجنسي (Sexual dysfunction) والإدمان (Addiction) وهذه المشكلات تحدث بسبب الإفراط في ملاحظة الذات (self-observation) فاستخدام هذه الفنية يكسب المتعالج إبطال الإفراط في ملاحظة الذات، ويشجع المتعالج على استخدام مقدرة نسيان النفس، والتركيز على الآخرين، مع ملاحظة أنه لا يمكننا أن نطلب من المتعالجين أن يمتنعوا عن التفكير في مشكلاتهم، ولكن نطلب منهم التفكير في شيء آخر أكثر إيجابية وموضوعية. (Lukas & Hirsch, 2023.43)

4- فنية تحسين الذات التعويضي (Compensatory Self Improvement):

تهدف هذه الفنية إلى زيادة شعور الفرد بالإمكانات والقدرات التي يمتلكها ومحاولة استغلالها وتطبيقها على جوانب أخرى من الحياة غير تلك التي تبدو بصورة مؤقتة، وتوجيه الفرد إلى جوانب أخرى من الحياة لم تكن مستغلة واستثمار قدرته المبددة في الحزن والألم متحدياً بذلك أزمته ومتجاوزاً إعاقته في الحياة. (حنتول، مسرحي، 2019: 133)

5- فنية القصد المتناقض (Paradoxical intention):

وتتمثل هذه الفنية في استبدال الانفعالات الخاطئة بالانفعالات الصحيحة ويسميه (فرانكل) بالترجع إلى الانفعال السليم، وهذا الأسلوب لا يعتمد على مواجهة القلق والهروب منه إنما على تغيير اتجاه المرض وليس تغيير السلوك، وهذا الأسلوب يشجع الفرد لكي يرى أعمال نفسه ويتبين ما بها، وبالتالي يؤدي إلى كسر الدائرة غير السليمة في أعماقه مما يدفعه إلى التخلص من الأعراض.

وحسب هذه الفنية يتعلم المتعالج كيفية مواجهة موقف مثير للقلق، حيث تستخدم بعض العبارات بطريقة فكاهية للمبالغة في عواقب الخوف، فالتركيز على هذه المواقف الهزلية أو المضحكة المبالغ فيها غالباً تنجح في تخفيف القلق التوقعي ومشاعر الخوف التي يتم استبدالها

برغبة عكسية (Paradoxical Wish) وقد قام (فرانكل) بتطوير هذه الفنية بناء على ما أسماه بالقدرة على التحرر الذاتي أو الاستقلال بالذات (self-detachment) التي تشير إلى قدرة الإنسان على المبادعة بين ذاته وبين مشكلاته ومخاوفه بشكل عكسي، فإذا قصد مواجهة مخاوفه أو الاقتراب منها، فلا يلبث أن يكتشف أنها ليست بمخاوف تستحق ما كانت تسبب له من آلام ومعاناة، وبهذه الفنية يستطيع أن يكتسب الإنسان الشجاعة، وأن يستعيد الثقة بنفسه، فيستدخل هذه الفنية إلى ذاته، ويستخدمها بنفسه، من دون الاعتماد على الآخرين. (Frankl, 2014. 140)

وقد قامت العديد من الدراسات بتأكيد أهمية هذه الفنية، منها: دراسة رشان ومغامس (2017) التي أثبتت فاعليتها في تخفيف القلق الوجودي لدى عينة من المسنين المقيمين بدار المسنين بالجزائر، ودراسة الأزيرجاوي (2012) المقارنة بين فاعلية كل من القصد العكسي وتشتيت التفكير في خفض الإحباط الوجودي لدى طلبة المرحلة الإعدادية، وعلى الرغم من أن الفنيتين كانتا فاعلتين في خفضه إلا أنه عند المقارنة بين الطريقتين، كانت النتائج لصالح فنية القصد العكسي مقابل فنية تشتيت التفكير.

6- فنية تقبل المعاناة (Attitudinal Values):

تهدف هذه الفنية إلى مساعدة الفرد على تقبل المعاناة والصعوبات في حياته باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الوجود الإنساني، ووفقاً لنظرية العلاج بالمعنى، فإن المعاناة والألم هي جزء من تجربة الحياة البشرية، ولا يمكن تجنبها أو تجاهلها، بل يجب على الفرد أن يواجهها بتقبل وتفهم، وأن يحاول تحويلها إلى فرصة للنمو الشخصي والتحول الإيجابي، وتستخدم هذه الفنية تمارين التأمل والمناقشات الموجهة لتمكين الفرد من اعتناق هذا الموقف الإيجابي تجاه المعاناة.

7- تحليل الوجود (Existential Analysis):

تتضمن هذه الفنية مساعدة الفرد على الكشف عن معنى حياته والأهداف التي تجعله يشعر بالغرض والقيمة الوجودية، ويتم ذلك من خلال طرح أسئلة موجهة للفرد حول قيمه وأحلامه وإمكاناته الشخصية، بهدف مساعدته على تحديد ما يعطي حياته معنى ومغزى، كما يتم تشجيع الفرد على التأمل في ذاته والبحث عن الأهداف والمعاني الشخصية التي تدفعه إلى التحرك والعمل. (محمد وصابر، 2021: 41)

8- التأمل الوجودي (Existential Meditation):

تتمثل هذه الفنية مساعدة الفرد على التأمل في ذاته وفي معنى حياته، من خلال ممارسة تمارين التأمل والتركيز على اللحظة الراهنة، فالهدف هنا هو تنمية الوعي الذاتي للفرد وزيادة إدراكه لقيمه الشخصية ومعاني وجوده، وتساعد ممارسة التأمل الفرد على التحرر من الأفكار والمشاعر السلبية التي قد تعيق البحث عن المعنى، وتركيز انتباهه على ما هو جوهري وحقيقي في حياته. (حنتول، 2018: 238)

9- تدريب المنطقة الجبلية لفرانكل (Franki's Mountain - range Exercise) :

أشار Emen (1991) إلى أن (فرانكل) قد ذكر أن - تدريب المنطقة الجبلية - يمكن أن يستخدم في الجلسات الفردية والمجموعات الصغيرة لتوسيع أساس القيم لدى المريض. وقد وصف (فرانكل) ذلك في كتابه "Doctor and Soul" (1986) حيث يدعونا فرانكل لتمثيل حياتنا مثل سلسلة جبال جميلة. وهدف التدريب هو دعوتنا للتفكير في ما من شأنه أن يضعنا على القمم. لم يكن الناس الذين لمسوا حياتنا أو الحياة التي نعتز بها هي التي تحدث الفرق في كيفية رؤيتنا للحياة بشكل كلي، ويمكن أن يدعى المشاركون في المجموعات لرسم مدى هذه القمم، ويعطوا فرصة مناقشة ما يظهر عليها، لتشجيعهم على البحث عن القيم المتكررة، وينعكس ذلك على ما يتلقونه من هذه القيم. وأشار "Ernzen" (1990) أن هذا التدريب يستخدم مع متناولي الكحوليات والمرضى العقليين (الذهانيين) وغالباً الفصامين، من أجل التركيز على قيم أشخاص آخرين قد يندمجوا مع نظام القيم لهؤلاء المشاركين (المرضى)، وأحياناً يستخدم هذا التدريب لمساعدة المشاركين في إدراك أن هناك جوانب إيجابية في حياتهم.

11- فنية الوعي بالقيم (Values Awareness Technique):

وضع هذه الفنية (هوتزل، Hutzell) بناءً على وجهة نظر العلاج بالمعنى من تحديد وعى المريض بحيث يشمل المجال الكلي للمعنى ومحتوى القيم، ومن ثم يكون قادراً على الاختيار من بين هذه القيم ليكتشف في النهاية نظاماً للقيم مشتق داخلياً، هذا الذي يمدّه بحياة ذات معنى. كان (فرانكل) يؤمن إن القيم تنقسم إلى ثلاثة فئات رئيسية:

أ- القيم الاتجاهاتية (Attitudinal values):

تتمثل هذه القيم بالموقف الذي يتخذه الفرد تجاه محنته ومعاناته التي لا يمكنه الهروب منها، مثل القدر أو الموت أو المرض. فالشخص الذي يفتقر إلى القيم الابتكارية والخبرانية يواجه تحديًا في إيجاد المعنى وفي كيفية تحمله لمعاناته والموقف الذي يتبناه للتعامل معها. حتى وإن لم يتمكن الفرد من تغيير الظروف أو الوضع، فإنه لا يزال بإمكانه تغيير موقفه تجاهها، وهذا غالبًا ما يكون وسيلة لتجاوز الذات وتحقيق المعنى، خاصة في حالات المعاناة التي لا مفر منها. (بلان، 2015: 445)

ب - القيم التجريبية (الخبرانية) (Experiential values) :

إن واحداً من أفضل الطرق والوسائل للإحساس بالوحدوية والانسجام والمعنى في الحياة يكون من خلال الخبرات والتجارب المتباينة والمتعاقبة. وتشير القيم التجريبية إلى تلك القيم التي تم إحرازها واكتسابها عن طريق خبرة العمل الابتكاري للآخرين، بالإضافة إلى الاتصال بالطبيعة، وجميع الأنشطة التي تمثل الخبرة الإنسانية التي تبعث على المتعة أو الإحساس بالأهمية والقيمة في الحياة، وخاصة ما يحصل عليه من خلال محاولات البحث عن الحقيقة أو الدخول في علاقات إنسانية مشبعة كالحب أو الصداقة أو من خلال الاستمتاع بالجمال، ويمكن تصنيف هذه الخبرات إلى الخبرات الاجتماعية - الخبرات الجمالية - الخبرات الثقافية.

ج - القيم الابتكارية (Creative values) :

وهي التي تنشأ من خلال الأنشطة الابتكارية، فالمصدر الأكبر للتعبير الابتكاري يمكن أن يوجد في العمل الذي يقوم به الفرد، والذي يعتبر جديراً بالاهتمام وذا فائدة، حيث إن الوسيلة الوحيدة لتحمل الحياة هي وجود مهمة يمكن تنفيذها وإكمالها وتشمل كل ما يستطيع الفرد إنجازه وما يعطيه للعالم من إبداعات وابتكارات ومصادر هذه القيم عديدة، منها: العمل - الهوايات والاهتمامات المختلفة - الاكتشافات والاختراعات. (بن السيلت، 2018: 63)

12- الكتابة الوجودية (Existential Writing) :

تهدف هذه الفنية إلى مساعدة الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره المتعلقة بمعنى الحياة من خلال الكتابة، فالكتابة هنا ليست مجرد أداة للتنفيس أو التعبير الذاتي، ولكن وسيلة لاستكشاف الذات والتأمل في معنى الوجود، وتساعد ممارسة الكتابة الوجودية الفرد على تحديد قيمه وأهدافه الحياتية، والوصول إلى مستويات أعمق من الوعي والفهم الذاتي. (حنتول، مسرحي، 2019: 133)

بالإضافة إلى هذه الفنيات الأساسية، قد يستخدم المعالج في العلاج بالمعنى بعض الأدوات والتقنيات المساعدة كالرسم والموسيقا والدراما، والتي تساعد الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره المتعلقة بالبحث عن معنى الحياة، كما قد يستعين المعالج ببعض النماذج والقصص الملهمة التي تعكس تجارب الأفراد في البحث عن المعنى والتغلب على المعاناة. (البخيت، 2020: 213)

تري الباحثة إن هذه الفنيات العلاجية في مجملها تعمل على تحقيق أهداف العلاج بالمعنى المتمثلة في مساعدة الفرد على اكتشاف معنى لحياته والالتزام به، وتنمية قدرته على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية، وتطوير الاتجاه الإيجابي نحو التحديات الحياتية، وتعزيز الشعور بالهدف والغرض في الحياة. وبذلك، يسهم العلاج بالمعنى في تحقيق الصحة النفسية الشاملة للفرد وتمكينه من النمو والتحول الإيجابي.

أسباب الاضطراب النفسي وفق نظرية الإرشاد والعلاج النفسي بالمعنى:

من وجهة نظر أنصار نظرية العلاج والإرشاد بالمعنى، تنتج الاضطرابات النفسية نتيجة الفشل في مواجهة الطاقات الداخلية أو مواجهة مخاوف الحياة المطلقة، ويؤكد (Frankl) أن الشكوى الشائعة للمضطربين نفسياً، هي أن حياتهم ليس لها معنى، فقد تنقصهم المعرفة أو الوعي أو الهدف الذي يعيشون من أجله. إنهم يتألمون من الفراغ داخل أنفسهم، وهذا ما أطلق عليه (Frankl) الفراغ الوجودي، الذي يمثل أحد الأبعاد الأساسية التي يمكن أن تكون محفزاً رئيسياً للإدمان والشعور بالوحدة، ويُعبّر هذا المفهوم عن حالة يعيشها الفرد عندما يفتقد معنى وهدفاً واضحاً لحياته، مما يؤدي إلى الإحساس بعدم القيمة، الملل، والاعتراب النفسي. وقد بيّن (Frankl) أن هذه الحالة تُعدّ عاملاً جوهرياً وراء الاضطرابات النفسية والسلوكيات الغير سوية، كالسلوكيات الإدمانية، حيث يسعى الأفراد غالباً إلى الهروب من معاناتهم الداخلية عبر اللجوء إلى المخدرات، الكحول، أو سلوكيات قهرية تُخدّر إحساسهم بالفراغ. (Frankl,2006.55)

هذا الفراغ الذي يظهر على شكل ملل أو ضيق أو اكتئاب، ويعتبر سبب الكثير من المشكلات التي تواجه الإنسان، وأحد مظاهر الاكتئاب قد تظهر لدى بعض الأفراد ميول انتحارية أو رغبة في تعاطي المخدرات، أو سلوكيات غير سوية لملء الفراغ مثل: الإفراط في الأكل أو لعب الورق وغيرها.

وقد نجد أن في بعض الأحيان أفراد تظهر لديهم رغبة في الموت؛ لأن الحياة أصبحت خالية من المعنى في نظرهم، وتعكس حالة من الفراغ الوجودي لديهم. وهكذا نجد أن المشكلات النفسية تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لملء هذا الفراغ لدى الإنسان مما يؤدي إلى شعوره بضعف الإرادة وقلة الشعور بالمسؤولية والضييق والقلق. (بلان، 2015: 495)

ونتيجة مواجهة السلوكيات العصابية أو غير التكيفية بالتجنب والانسحاب، فإن الأفراد يطورون أعراض اضطرابات نفسية وانفعالية وسلوكية، وعادة ما يتضمن العلاج مواجهة الذات ومواجهة الحياة واعتناق فكرة الموت والحرية والعزلة واللامعنى للحياة باعتبارها حقائق لا مفر منها وهذا لا يعنى أن الحياة تصبح أسهل، بل إن الأشخاص الذين يواجهون المخاوف المطلقة بإحساس متكامل سوف يواجهون الحياة بقلق وإحساس بالذنب طبيعيين بدلاً من مواجهتها بقلق وإحساس بالذنب غير طبيعيين، وبعكس المناهج العلاجية الأخرى فإن العلاج بالمعنى يرى أن مصدر الصراع في حياة الفرد لا يعود إلى المطالب الغرائزية التي لم يتم إشباعها، أو التي هي في صراع مع مطالب معارضة؛ ولا يعود السبب أيضاً إلى الصراعات مع الآخرين أو إلى التجارب غير المناسبة وغير المكتملة وغير المفهومة، بل يعود السبب إلى درجة تجاوب الفرد مع المعطيات الوجودية، مثل: الوقتية والحرية والمسؤولية، والمواجهة والمعنى، وفقدان المعنى، سواء عن طريق خفضها أو إنكار القلق الذي يتكون منها عن طريق بناء وتبني نظرة عامة عالمية.

(الفقي، 1990: 465)

وتتفق الباحثة مع نظرية الإرشاد والعلاج بالمعنى في أن سبب الاضطرابات النفسية يرجع إلى فقدان الهدف من الحياة، فعندما يفقد الإنسان الهدف يفقد الرغبة في الحياة وتسيطر عليه الأفكار اللاعقلانية، الأمر الذي يؤدي به إلى القلق والخوف والحزن وعدم الرغبة في الحياة، وهذا ما اكتشفته الباحثة من خلال جلساتها مع المدمنين.

أهمية البحث عن المعنى في علاج الإدمان:

يُعتبر البحث عن المعنى أحد الركائز الأساسية في علاج الإدمان وفقاً لنهج العلاج بالمعنى (Logotherapy). هذا النهج ينطلق من فكرة أن تخطي معاناة الإنسان لا يتحقق فقط عبر التخلص من الأعراض السلبية للإدمان، بل من خلال اكتشاف هدف أعمق يمنح للحياة قيمة ومعنى. فالمدمن غالباً ما يعيش حالة من الفراغ الوجودي وفقدان الهدف، مما يجعله يلجأ إلى

المخدرات كوسيلة مؤقتة للهروب من الشعور بالعبثية. لذا، فإن مساعدة الفرد على استعادة الشعور بمعنى مميز لحياته تُعد خطوة أساسية في رحلة التعافي، حيث تُساهم في تعزيز إحساسه بالمسؤولية وتمكنه من الانفتاح على فرص جديدة للتكيف بشكل إيجابي مع حياته، مما سبق تتبلور أهمية البحث عن المعنى في الآتي:

1- تعزيز الدافعية الداخلية:

الدافعية الداخلية تُعد عاملاً أساسياً في نجاح علاج الإدمان، حيث لا يستطيع المدمن الاستمرار في رحلة العلاج إلا إذا ولد داخله رغبة صادقة في التغيير، والبحث عن معنى للحياة يلعب دوراً بارزاً في تحفيز هذه الدافعية، إذ يعمل على ربط الفرد بقيم سامية وأهداف نبيلة تمنحه شعوراً بأن حياته ذات قيمة وأن بإمكانه تحقيق إنجازات إيجابية بعيداً عن المخدرات، كما يمنح هذا الإحساس بالمعنى قوة نفسية تدفع الفرد لمقاومة الانتكاسات والتغلب على تحديات العلاج. فقد أشار فرانكل (1985) إلى أن وجود هدف أو معنى للحياة يمكن الإنسان من الصمود أمام أقسى أشكال المعاناة ويحفزه على مواجهة التحديات بروح إيجابية، وأكدت دراسة أجراها (Benrom Suwanphahu وآخرون، 2018) استخدام برنامج علاجي قائم على العلاج بالمعنى مع مجموعة من الشباب المتعاطين للمخدرات في بانكوك. كشفت أن المشاركة في جلسات هذا العلاج ساعدت الشباب على إعادة اكتشاف أهداف شخصية ذات قيمة، مثل متابعة التعليم أو بناء علاقات أسرية صحية. هذا الشعور بالمعنى الجديد دفعهم إلى الالتزام بخطة العلاج وقلل رغبتهم في العودة إلى التعاطي. (مهمل، 2022: 943)

2- تنمية الشعور بالمسؤولية:

السعي للبحث عن معنى في الحياة يساهم في تعزيز شعور الفرد المدمن بالمسؤولية تجاه نفسه وتجاه الآخرين. من خلال إدراكه أن تصرفاته وقراراته لها تأثير مباشر على حياته وعلى حياة من حوله، يبدأ المدمن في فهم أنه يمتلك دوراً ورسالة قابلة للتحقيق، هذا الفهم يدفعه إلى الالتزام بتحمل تبعات اختياراته والابتعاد عن السلوكيات التي تضر به. وفق دراسة أجراها فرانكل عام (1984)، فإن الشخص الذي يتمتع بمعنى واضح في حياته يصبح أكثر قدرة على تحمل مسؤولياته ومواجهة التحديات المختلفة، حيث يعود ذلك إلى إدراكه لدوره الفاعل بدلاً من أن يعتبر نفسه مجرد

ضحية للظروف، هذا الإحساس بالفاعلية يُعزز الصورة الذاتية الإيجابية للمدمن ويجعله أكثر تقبلاً لفكرة الالتزام بمسار علاجي جدي ومستدام. (اللحام، 2019، 102)

3- إعادة بناء الهوية والشعور بالانتماء:

البحث عن المعنى في الحياة يلعب دوراً جوهرياً في مساعدة المدمن على إعادة تشكيل هويته الشخصية واستعادة شعوره بالانتماء، خاصة بعدما تسبب الإدمان في تشويه صورته الذاتية وقطع روابطه الاجتماعية، فعندما ينجح الشخص المدمن في اكتشاف هدف أسمى يسعى لتحقيقه، يبدأ في تأسيس هوية إيجابية بعيداً عن تصنيف "المدمن"، مما يساهم في تعزيز ثقته بنفسه وترسيخ رؤية جديدة لحياته، بالإضافة إلى ذلك، يُعد تعزيز روح الانتماء للأسرة أو المجتمع أو مجموعات الدعم علاجاً فعالاً يساعد في الحد من العزلة والوحدة النفسية، هذا الانتماء يوفر دعماً اجتماعياً ضرورياً يحمي المدمن من الوقوع في الانتكاس، وقد أكدت دراسة اللحام (2019) أن إعادة بناء العلاقات الاجتماعية والإحساس بالانتماء يشكلان عناصر حاسمة لتحقيق التعافي الدائم من الإدمان. (عائض، 2019: 70)

4- تنمية القدرة على الصمود النفسي:

يسهم البحث عن معنى للحياة في تعزيز قدرة المدمن على الصمود النفسي أمام الضغوط والتحديات التي تواجهه. حيث يصبح أكثر استعداداً لمواجهة المواقف الصعبة دون الحاجة للجوء إلى المخدرات كوسيلة للهروب، إذ يمنحه وجود هدف يوجه حياته طاقة داخلية تمكنه من التكيف مع الألم والمعاناة، إضافة إلى النظر للأزمات باعتبارها فرصاً للنمو والتغيير الإيجابي. يشير (Frankl, 2006) إلى أن إدراك الإنسان لمعنى معاناته يتيح له تحملها بقوة وصلابة أكبر، مما يعزز من قدرته على التكيف النفسي. وهذا ما يجعل برامج العلاج التي تركز على البحث عن المعنى أدوات فعالة في تقليل احتمال الانتكاس، وتعزيز قدرة الفرد على مقاومة إغراء العودة إلى الإدمان. (عنتر، 2023: 55)

5- تحسين التكيف النفسي والاجتماعي:

البحث عن معنى في الحياة يُسهم بشكل كبير في تحسين قدرة المدمن على التكيف النفسي والاجتماعي، عبر تطوير استراتيجيات مواجهة فعالة للتعامل مع الضغوط اليومية والتحديات التي يواجهها على الصعيد النفسي والاجتماعي، هذا النهج يقلل من احتمالية اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للهروب، فعندما ينجح الفرد في اكتساب شعوراً بالمعنى والغاية في حياته، يصبح أكثر

قدرة على التفوق في مواجهة الضغوط باستقرار أكبر، مما يمكنه من إعادة بناء علاقاته الصحية مع الأسرة والمجتمع وقد أشار (Sartori & Macchiarola,2019) أن تطبيق البرامج العلاجية القائمة على تعزيز معنى الحياة يساعد المدمنين على زيادة مرونتهم النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى تحسين مهارات اتخاذ القرار لديهم وتعزيز شعورهم بالانتماء، مما يقلل من احتمالية الانتكاسة ويحفز عملية التعافي المستدام، كما أكدت دراسة عبدالحليم، عريشي (2015) أن تعزيز الإحساس بمعنى الحياة لدى المدمنين يؤدي إلى تحسين ملحوظ في مهارات التكيف النفسي والاجتماعي، والحد من مشاعر الوحدة والعزلة التي قد تعيق تعافيتهم. (عبدالحليم وعريشي، 2015: 429)

مما سبق ترى الباحثة إن البحث عن المعنى يمثل عنصرًا جوهريًا في الحد من الإدمان، إذ يعالج الفراغ الوجودي والوحدة النفسية، ويقوي الصمود النفسي، ويعزز الدافعية الداخلية للتغيير، ويخلق أرضية صلبة لنجاح برامج العلاج النفسي المتكامل.

دور المعالج في العلاج بالمعنى:

يلعب المعالج في العلاج بالمعنى دورًا محوريًا ومتعدد الأبعاد في مساعدة الفرد على اكتشاف معنى لحياته والالتزام به، فالمعالج هنا ليس مجرد موجه أو مرشد، ولكنه شريك في رحلة البحث عن المعنى والغرض، ومن أهم أدوار المعالج في هذا الاتجاه:

1- المساعدة على الكشف عن قيم الفرد وأهدافه الشخصية: يقوم المعالج بطرح أسئلة موجهة تساعد الفرد على التعرف على قيمه الحقيقية وما يعطي حياته معنى وغرضًا، كما يشجع الفرد على التأمل في ذاته والبحث عن الأهداف والمعاني الشخصية التي تدفعه إلى التحرك والعمل. (الحارثي، 2022: 121)

2- تنمية الوعي الذاتي والمسؤولية: يساعد المعالج الفرد على زيادة وعيه بذاته وبقدرته على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية عن حياته، ويعزز لديه الإحساس بالحرية والقدرة على التصرف والتغيير، بما يمكنه من تحقيق ذاته.

3- تشجيع التحول والنمو الإيجابي: يحفز المعالج الفرد على التغيير والتحول نحو تحقيق الذات وإيجاد معنى لحياته، ويساعده على التخلص من الأفكار والمشاعر السلبية التي قد تعيق هذه العملية، واستبدالها بأفكار وسلوكيات بناءة وأكثر إيجابية. (يوسف، 2018: 304)

4- تنمية المرونة النفسية: يساعد المعالج الفرد على اكتساب مهارات التكيف الإيجابي مع الصعوبات والتحديات في الحياة، والهدف هنا هو تمكين الفرد من مواجهة المعاناة والألم بطريقة بناءة، وتحويلها إلى فرصة للنمو والتطور.

5- تقديم الدعم العاطفي والمعنوي: يوفر المعالج للفرد جواً من الأمان والقبول والتفهم، مما يساعده على الشعور بالثقة والأمل، كما يشجعه على التعبير عن مشاعره وأفكاره المتعلقة بمعنى الحياة دون خوف أو حرج. (حسن، 2020: 77)

6- التشجيع على الالتزام بالمعنى: يحرص المعالج على توجيه الفرد نحو الالتزام بالمعنى الذي اكتشفه وتحقيق الأهداف المرتبطة به، ويساعده على وضع خطط عملية لتطبيق ما تعلمه في حياته اليومية.

7- المتابعة والتقييم: يقوم المعالج بمتابعة تقدم الفرد وتقييم فعالية العلاج بشكل مستمر، مع إجراء التعديلات اللازمة على خطة العلاج بما يتناسب مع احتياجات الفرد ومستجدات حالته. وبهذا يلعب المعالج دوراً محورياً في مساعدة الفرد على اكتشاف معنى لحياته والالتزام به، مما يساهم في تحقيق الصحة النفسية والشعور بالرضا والسعادة، فالمعالج هنا ليس مجرد خبير أو موجه، ولكنه شريك في رحلة البحث عن المعنى والغرض. (عماد الدين، 2022: 944)

ولكي تكون العلاقة الإرشادية ذات جدوى وضع (فرانكل) مجموعة من القواعد التي تحدد العلاقة بين المرشد والمسترشد ودور كل منها، ومن أهمها:
القاعدة الأولى: يحتاج الأفراد إلى إيجاد معنى للحياة، ليس فقط في الحياة نفسها، ولكن أيضاً في المعاناة والموت .

القاعدة الثانية: المعالج ليس ملزماً بإيجاد معنى لحياة المريض، بل يجب على المريض اكتشاف هذا المعنى المحدد وإيجاده لنفسه، ومهمة المعالج هي ببساطة مساعدة المتدرب. للسعي لإيجاد المعنى لحياته لا يعني معنى مختلفاً، بل اكتشافه، وهذا يؤكد بوضوح مسؤولية المرشد سواء في إيجاد المعنى للحياة أو في الاتجاه الذي يسلكه تجاه ظروفه وصعوباته وأهدافه ويعتبر دور المستشار في العلاج بالمعنى نشط وليس سلبي .

القاعدة الثالثة: نهتم في الإرشاد بضرورة أن يحقق الفرد رسالته في الحياة، وأن يلتزم بتحقيقها، وأن تكون معاناته جزءاً من هذا الالتزام .

القاعدة الرابعة: تتجلى بوعي الفرد بأن تجاوز الذات هو جوهر الوجود، أي أن الوجود يكون بالقدر الذي يكون فيه إشارة إلى شيء خارج عن نفسه. إن معنى حياة الإنسان يتحقق من خلال سبب خارج نفسه، يسعى من أجله، وهو على استعداد للموت والعيش من أجله - القاعدة الخامسة: يجب أن يكون هناك ما يكفي من التوتر في حياة الإنسان، وبما أن مثل هذا التوتر يمكن أن يؤدي إلى المرض، يبدو من التناقض أن يسعى الإنسان إلى توفيره في حياته. ومبرر ذلك أن بعض الأمراض يكون سببها التوتر، كما أن بعض الأمراض يكون سببها فقدان هذا التوتر.

القاعدة الأخيرة: أساس نظرية توجيه المعنى هو أن أصل عصاب المعنى لا يكمن في الصراع بين الدوافع المختلفة أو بين الأشكال النفسية للهو والأنا والأنا العليا، كما هو الحال في "عصاب المعنى". الأمراض النفسية العصبية، ولكن تجد جذورها في الصراع الذي يحدث بين القيم المختلفة، أو في جهود الشخص لتحقيق المعنى النهائي لحياته، وتبين هذه القاعدة بوضوح أن العلاج بالمعنى يرتبط بفشل الشخص في جهوده للعثور على المعنى الحياة، وفي رغبته المحبطة في المعنى، فهو عرضة لجميع الأمراض الناشئة عن الإحباط الوجودي. (العلاج باستخدام العلاج بالمعنى).

(محمد، معوض، 2012: 117)

(المبحث الثالث)

الوحدة النفسية "Psychological Loneliness"

- 1- مفهوم الوحدة النفسية.
- 2- مظاهر الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.
- 3- أسباب الشعور بالوحدة النفسية.
- 4- الوحدة النفسية كنتيجة للإدمان.
- 5- أشكال الوحدة النفسية.
- 6- المفاهيم النفسية المرتبطة بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات.
- 7- النظريات المفسرة للشعور بالوحدة النفسية.
- 8- التعقيب على الدراسات السابقة.
- 9- علاقة الوحدة النفسية بالإدمان على المخدرات.
- 10- التصور الإسلامي للشعور بالوحدة النفسية.

الوحدة النفسية "Psychological Loneliness"

تمهيد:

تُعد الوحدة النفسية من المفاهيم المحورية في مجال علم النفس الإكلينيكي والاجتماعي، حيث تعبر عن تجربة ذاتية معقدة تتجلى في مشاعر العزلة والانفصال العاطفي عن الآخرين، حتى في وجود تفاعل اجتماعي ظاهري، هذه الحالة ليست مجرد غياب للعلاقات، وإنما تعكس إحساساً مؤلماً بعدم تلبية الاحتياجات الإنسانية الأساسية، مثل الانتماء والمودة والتقدير من قبل الآخرين، وقد أشار مصلح (2011) إلى أن الوحدة النفسية حالة سلبية ترتبط غالباً بالاكتئاب، القلق، وفقدان معنى الحياة، مما قد يدفع الفرد إلى البحث عن حلول وهمية للتخفيف من المعاناة، كتعاطي المخدرات أو الانخراط في سلوكيات هروبية، وعلى الجانب الآخر، تختلف الوحدة النفسية عن العزلة الاجتماعية التي تُعتبر مفهوماً أكثر موضوعية، يتعلق بضعف أو قلة الروابط الاجتماعية أو انخفاض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، فالعزلة الاجتماعية قد تكون اختيارية يلجأ إليها الفرد بحثاً عن التأمل أو الاستقلالية أو الراحة النفسية، أو قد تكون إجبارية نتيجة لظروف معينة كالمشاكل الاجتماعية، الاقتصادية، أو الصحية، ووفقاً لما ذكره مصلح (2011)، تُعد العزلة أقل خطورة مقارنة بالوحدة النفسية طالما لم تُرافقها مشاعر الحرمان أو اغتراب الذات.

(مصلح، 2011: 44)

ويشير الدوسري (2023) إلى أن الفرق الأساسي بين المفهومين يكمن في أن الوحدة النفسية تعبر عن إدراك داخلي يواجه فيه الفرد شعوراً بغياب علاقات مُرضية، بينما تعكس العزلة الاجتماعية حالة موضوعية تتعلق بمحدودية العلاقات الفعلية فقد يشعر الشخص بالوحدة النفسية رغم وجوده ضمن شبكة اجتماعية واسعة النطاق، بينما قد يختار آخر الانعزال دون الإحساس بالحرمان النفسي أو الوحدة الداخلية. (الدوسري، 2023: 55)

مفهوم الوحدة النفسية:

اختلفت الآراء ووجهات النظر حول مفهوم الوحدة النفسية كما هو الحال في باقي المصطلحات النفسية والتربوية، وعلى الرغم من هذا الاختلاف وتعدد المفاهيم الخاصة بالوحدة النفسية إلا أن معظم المقاييس المرتبطة بها تشير إلى التفرد والنقص في العلاقات الاجتماعية والانعزال، والانعزال، عن الآخرين.

وفيما يلي توضيح للمعنى اللغوي والاصطلاحي للوحدة النفسية: .

الوحدة النفسية (لغة):

في المعجم الوسيط (1979) يقصد بالوحدة النفسية الانفراد، وقد اشتق من معنى (وَحَدَّ) في القاموس العربي الوسيط يَحْدُ وَوَحَّدًا وُوْحُوْدًا، ووحدة أي انفرد بنفسه، فهي من المصدر (وحد)، ويميل إلى الوحدة، أي إلى الانعزال بنفسه (مجمع اللغة العربية، 2004: 776)

وجاء في لسان العرب أن "الواحد مبني على انقطاع النظير ودون المثل، والوحيد بني على الوحدة والانفراد عن الأصحاب، عن طريق الانقطاع عنهم" (لسان العرب، 630 هـ: 231)

مما سبق ترى الباحثة أن هذه المعاجم اتفقت على أن الوحدة تعني الانفراد كعملية إرادية، إذ يحدث أن يعمد الفرد إلى اعتزال الناس بمحض إرادته والاختلاء بنفسه مع فكرة أو موضوع ما، ولا يشعر الفرد بالضيق أو التوتر بسبب كونه وحيداً.

أما في معاجم اللغة الأجنبية: مقارنة بمعاجم اللغة العربية نجد أنها أكثر تحديداً وتفسيراً للوحدة النفسية، حيث نجد اتفاق كل من (Larousse & Nilsson, 1966) على أن مصطلح وحدة نفسية (Solitude psychique) يشتق من الصفة (Solitaire)، التي يقصد بها منفرد، متوحد وحيد ... الخ، من غير رفيق، ليس عضواً متفاعلاً في جماعة أو شلة، وكل هذه المفاهيم في مضمونها تشير إلى إحساس الفرد بكونه منفصلاً أو منعزلاً عن أبناء جنسه، والوحدة النفسية هي حالة تصاحبها معاناة الفرد لكثير من ضروب الوحشة، والاعتراب (Alienation)، والاكئاب (Depression) من جراء كونه وحيداً، ولقد ربط لاروس (1972) في معجمه بين الوحدة وبين إحساس الفرد بالتعاسة (Misérable) من جراء اضطرابه إلى اعتزال الرفيق أو الصديق.

(شيببي، 2005: 12)

الوحدة النفسية (اصطلاحاً):

عرفت الغامدي (2020) الوحدة النفسية "بأنها حالة من العزلة العاطفية والاجتماعية التي تنشأ عندما يشعر الفرد بأن حاجاته للتواصل والتفاعل مع الآخرين لا تُلبى بالشكل المطلوب، مما يؤدي إلى شعوره بالفراغ الداخلي والافتقار إلى الدعم الاجتماعي"، ويتشكل هذا الشعور على إثر غياب العلاقات الاجتماعية الإيجابية والمستدامة، أو عدم رضا الفرد عن نوعية العلاقات التي يُحافظ عليها. وتعد الوحدة النفسية شعوراً ذاتياً يتفاوت بين الأفراد، حيث يُمكن أن يشعر شخص

ما بالعزلة حتى في وجود عدد كبير من الأصدقاء والمعارف، بينما قد يشعر آخرون بالرضا رغم قلة العلاقات الاجتماعية. يعتبر هذا المفهوم من بين الظواهر النفسية التي يُعزى إليها العديد من العوامل الاجتماعية، والنفسية، والشخصية، مثل: نوعية العلاقات، وطبيعة الشخصية، ومدى قدرة الفرد على التواصل والانفتاح. (الغامدي، 2020: 1479)

أما شيببي (2005) فقد عرفت الوحدة النفسية بأنها "شعور الفرد بالنبذ، والعزلة، والرفض، وإحساسه بعدم كفاءته إلى جانب شعوره بعدم الثقة في نفسه، وعدم تقدير الآخرين لآرائه، وانعدام القدرة لديه على الارتباط العاطفي، والاجتماعي". (شيببي، 2005: 34)

وأوردت علوان (2007) الوحدة النفسية بأنها "حالة نفسية تنشأ من إحساس الفرد ببعد عن الآخرين نتيجة موقف أو أزمة مر بها فيتربط عليها عزلة وانسحاب، قلة الأصدقاء، الشعور بالإهمال" (علوان، 2007: 48)

كما تعرف المشرف (1998) خبرة الشعور بالوحدة النفسية بأنها "استجابة انفعالية من جانب الفرد للتغيير الذي يحدث في بيئته ويتربط عنها حرمان الفرد من مواصلة الانخراط في علاقات مهمة كانت متاحة له قبل حدوث هذا التغيير وبافتقاده لهذه العلاقات يصبح غير قادر على الوفاء بمتطلبات بعض الأدوار والممارسات المهمة في حياته". (المشرف، 1998: 185)

من خلال التعريفات السابقة ترى الباحثة أن تلك التعريفات تتفق فيما بينها في الآتي:

- 1- أن الوحدة النفسية تنشأ من إحساس الفرد بالبعد عن الآخرين.
- 2- أن الوحدة النفسية تنشأ من فقدان الفرد الثقة في نفسه، وعدم تقدير الآخرين له، وتتفق الباحثة مع آراء الباحثين في هذا الجانب؛ لأنها لمست ذلك مع أفراد العينة، وشعورهم بعدم تقدير الآخرين لهم نتيجة إدمان المخدرات.
- 3- أن الوحدة النفسية هي عبارة عن شعور سلبي يحس به الفرد ويؤثر عليه في كامل جوانبه النفسية والفكرية، ويحدث نتيجة وجود خلل في علاقاته الاجتماعية، سواء كان هذا الخلل نوع (سطحية العلاقة) أو كمي (قلة عدد الأصدقاء) مما يولد فجوة بين الفرد وتواصله مع الآخرين، وهذا ما يسبب له عدم الارتياح.

وتستخلص الباحثة أيضاً من خلال التعريفات السابقة بأن الوحدة النفسية: هي حالة وجدانية داخلية يشعر فيها الفرد بالعزلة والانفصال عن الآخرين، حتى وإن كان محاطاً بهم. وغالباً

ما تكون الوحدة مرتبطة بإحساس الشخص بعدم وجود تواصل عاطفي أو اجتماعي عميق مع الآخرين، مما يتركه في حالة من الفراغ أو الحزن.

مظاهر الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات:

تتعدد مظاهر الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، وهي مظاهر متشابكة تعكس الأبعاد الانفعالية والمعرفية والاجتماعية التي يمر بها الفرد، وقد أكدت الأدبيات أن الوحدة النفسية لدى المدمنين ليست مجرد حالة شعورية عابرة، بل هي خبرة نفسية مزمنة تُسهم في تكوين الدافعية للتعاطي وتعمق من استمرار السلوك الإدماني. (Peplau & Perlman, 1982. 36) ، ويمكن تصنيف هذه المظاهر كما يلي:

أولاً: المظاهر الانفعالية:

تعد الجوانب الانفعالية من أكثر الأبعاد وضوحاً في تجربة الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، إذ تنعكس هذه الخبرة في صورة اضطرابات وجدانية متكررة ومشاعر سلبية متنامية، فالمدمن يعيش حالة من الفراغ الداخلي، والحزن، والقلق، نتيجة افتقاده للدعم العاطفي والعلاقات المرضية مع الآخرين، الأمر الذي يجعله أكثر عرضة للاضطرابات المزاجية والانفعالية ومن هذه المظاهر:

1- الرغبة في شخص ما: شعور الفرد بالحاجة المفرطة إلى وجود شخص معين يمثل وسيلة لملء فراغه العاطفي والتعويض عن مشاعر النقص الداخلي والحرمان النفسي لا يعكس فقط رغبة طبيعية في التواصل، بل يمتد ليصبح شكلاً من التعلق غير الصحي. هذا النوع من التعلق ينبع غالباً من إحساس عميق بالوحدة وعدم القدرة على إشباع الاحتياجات الانفعالية بشكل متوازن.

يتضح هذا السلوك بشكل ملحوظ عند بعض المدمنين، الذين يجدون أنفسهم يتشبثون بشخص معين كمحاولة لتعويض غياب الدعم النفسي والاجتماعي، هذا التمسك قد يؤدي إلى تفاقم حالتهم النفسية ويعزز استمرارهم في التعاطي كوسيلة للهروب من الألم الناتج عن الحرمان العاطفي، وأكدت دراسة حامد (2014) أن هناك علاقة وثيقة بين الرغبة الشديدة في الارتباط بشخص معين وبين تجارب الوحدة النفسية التي يعيشها المدمنون، بالإضافة إلى شعورهم بالعجز عن بناء شبكة دعم اجتماعي متوازنة تساعدهم على تجاوز تحدياتهم الانفعالية. (عطية، 2010: 172)

2- الحزن المستمر والاكتئاب: يُعتبر الحزن المستمر والاكتئاب من أبرز السمات العاطفية المرتبطة بالوحدة النفسية، حيث يعيش المدمن في حالة دائمة من الكآبة ويفقد الرغبة في الانخراط بأنشطة الحياة اليومية. غالبًا ما تتبع هذه المشاعر من الإحساس بالفراغ الداخلي وغياب الدعم العاطفي، مما يعمق الشعور بالعزلة والانفصال عن الآخرين. وفقًا لدراسة السرطاوي (2003) فإن المدمنين الذين يعانون من الوحدة النفسية يُظهرون مستويات أعلى من الحزن والاكتئاب مقارنة بغيرهم. وتؤكد الدراسة أن هذه الحالة النفسية تمثّل دافعًا قويًا للاستمرار في التعاطي كآلية للهروب من الألم الداخلي. (موسى، 2022: 221)

3- الإحساس بالفراغ الداخلي: يُعد الإحساس بالفراغ الداخلي من المظاهر الجوهرية للوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، حيث يشعر الفرد بانعدام المعنى والجدوى في حياته، وفقدان الاهتمام بالأنشطة التي كانت تحقق له المتعة سابقًا. هذا الفراغ يرتبط غالبًا بالشعور بالاغتراب عن الذات والآخرين، وبالعجز عن تحقيق الأهداف أو إقامة علاقات إنسانية مشبعة. ويرى فرانكل أن غياب المعنى في حياة الإنسان يؤدي إلى ما يُعرف بـ "الفراغ الوجودي"، وهو حالة داخلية من الخواء تدفع الفرد للبحث عن بدائل وهمية قد يكون من أبرزها الإدمان. (Frankl, 1985) وقد أوضحت بعض الدراسات العربية أن الإحساس بالفراغ الداخلي يزداد لدى المدمنين نتيجة غياب الدعم الاجتماعي وتدني مستوى الطموح والشعور بالانعزال، مما يجعلهم أكثر عرضة للقلق والاكتئاب وتبني سلوكيات انسحابية (العباسي، 1999: 41)

4- القلق والتوتر: يعتبر القلق والتوتر من أبرز المظاهر الانفعالية المصاحبة للوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، إذ يعيش الفرد حالة دائمة من الانزعاج الداخلي، والشعور بالتهديد وعدم الأمان نتيجة إدراكه لعزله الاجتماعية وضعف شبكة دعمه. وتظهر هذه الحالة في صورة أفكار سلبية متكررة، توقعات تشاؤمية مرتبطة بالمستقبل، واضطرابات فسيولوجية مثل الأرق وزيادة معدل ضربات القلب والتوتر العضلي. وقد أشار عدد من الباحثين إلى أن الوحدة النفسية والحرمان من العلاقات الاجتماعية الداعمة يسهمان بشكل مباشر في رفع مستويات القلق والتوتر، وهو ما يجعل المدمن يلجأ إلى التعاطي كآلية هروب أو تخفيف مؤقت لمعاناته، مما يزيد من حدة الإدمان ويكرس دائرة المعاناة (اللحام، 2019: 27)

ثانياً: المظاهر المعرفية:

تؤثر الوحدة النفسية عند مدمني المخدرات بشكل واضح على الأداء المعرفي لديهم، حيث تؤدي إلى اضطرابات في طريقة التفكير وفهم الذات والآخرين، حيث يعاني المدمنون عادة من تكرار الأفكار السلبية وتكوين تصورات مشوهة عن واقعهم، إلى جانب ضعف قدرتهم على التركيز واتخاذ القرارات بشكل صحيح. هذه العوامل تجعلهم أكثر عرضة للعجز في مواجهة تحديات الحياة وعدم القدرة على التكيف معها بشكل فعال، ومن هذه المظاهر:

1- **الأفكار السلبية عن الذات:** تعتبر الأفكار السلبية من أبرز مظاهر الوحدة النفسية لدى المدمنين، حيث يشعر الفرد بأنه غير مرغوب فيه وغير كفاء، ويقلل من تقديره لذاته وقدراته على بناء علاقات اجتماعية صحية (أبو درويش، 1996: 118). هذه الأفكار تتفاقم نتيجة التجارب السلبية المرتبطة بالرفض الاجتماعي، أو الفشل في الحفاظ على علاقات داعمة، ما يؤدي إلى تعميق الانعزال النفسي وزيادة الاعتماد على المخدر كوسيلة للهروب من المشاعر السلبية. وقد أكد (Russell et al, 1980) أن هذا النمط المعرفي يساهم في استمرار دائرة الإدمان، حيث يُضعف قدرة المدمن على التعامل مع الضغوط الاجتماعية بشكل تكيفي. (Russell et al, 1980.36)

2- **الإحساس بالاعتراب:** يتبنى المدمن رؤية مشوهة للعالم حيث يشعر الفرد بعدم الانتماء إلى محيطه الاجتماعي، وكأن الآخرين لا يفهمونه أو لا يقدرّون تجربته، هذا الإحساس يفاقم الانعزال النفسي ويُضعف القدرة على إقامة علاقات عاطفية واجتماعية متينة، مما يؤدي إلى تفاقم الاعتماد على المخدرات كوسيلة للتخفيف المؤقت من شعور الانفصال الداخلي.

3- **تشوه التوقعات الاجتماعية:** والذي يعبر عن التصور غير السليم الذي يتبناه المدمن اتجاه البيئة المحيطة به نتيجة إحساسه بالوحدة النفسية، فغالبًا ما يشعر المدمن بأن الآخرين ينظرون إليه بنظرة سلبية أو يرفضونه، رغم غياب أدلة واقعية تدعم هذه الفكرة، هذا التصور المشوش يؤدي إلى زيادة العزلة الاجتماعية، وفقدان الثقة بالآخرين، مما يعمق الإحساس بالانفصال الداخلي والاعتراب النفسي. إضافة إلى ذلك، تسهم هذه التوقعات المضللة في تعزيز استمرارية التعاطي، حيث يلجأ المدمن إلى المخدرات كوسيلة للتغلب على الضغط النفسي الناتج عن قناعته بعدم تقبل الآخرين له. (محدب وسليمان، 2022: 35)

ثالثاً: المظاهر السلوكية:

الوحدة النفسية لها تأثير كبير على تصرفات الفرد في حياته اليومية، حيث يمكن أن تسهم مشاعر العزلة الداخلية والإحباط في تشكيل سلوكيات غير تكيفية، مما يُضعف قدرة الشخص على بناء علاقات اجتماعية سليمة. في كثير من الحالات، قد يجد البعض في المواد المخدرة وسيلة للهروب من هذه المشاعر السلبية بالنسبة لمدمني المخدرات، تعكس هذه السلوكيات جانباً عميقاً من الأزمة النفسية التي يعايشونها، وذلك يبدو واضحاً من خلال المظاهر التالية:

(Weiss, 1973 .33)

1- **الانسحاب الاجتماعي:** يعتبر سلوك الانسحاب الاجتماعي مظهراً من مظاهر سوء التكيف لدى الأفراد المدمنين نتيجة الشعور بعدم الأمان، والشعور بالنقص وعجز المدمن عن مواجهة مشكلته، حيث يتجنب المدمن اللقاءات الأسرية والاجتماعية، والانعكاف على الذات، والاكتفاء بعلاقات سطحية غالباً مرتبطة بممارسة التعاطي. (الشمري، 2023: 1106)

2- **اللجوء للتعاطي كوسيلة للهروب:** يُعتبر تعاطي المخدرات وسيلة يلجأ إليها البعض للهروب من الوحدة النفسية وآلامها العاطفية، حيث يسعى المدمن من خلالها إلى تخفيف المشاعر السلبية والحصول على شعور مؤقت بالراحة والطمأنينة في مواجهة الفراغ الداخلي الذي يعانيه. وتتحول هذه الممارسة إلى آلية دفاعية غير ملائمة تحاول الالتفاف على الألم النفسي الناتج عن العزلة وفقدان الروابط الاجتماعية. كما يرى البعض في المخدرات بديلاً وهمياً لإشباع حاجاتهم العاطفية غير المحققة، ووسيلة لتناسي مشاعر الاغتراب والإحباط التي تنقل كاهلهم. (أبوعجوة، 2013: 188)

3- **انخفاض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية:** يُعدّ ضعف المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أحد السلوكيات الشائعة المرتبطة بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، حيث يظهر لديهم فتور ملحوظ تجاه الفعاليات الاجتماعية والأنشطة الجماعية، مما يدفعهم إلى تجنب التفاعل مع الآخرين، هذا السلوك يسهم في تقليص شعورهم بالانتماء، ويؤدي إلى زيادة عزلتهم عن أفراد الأسرة والمجتمع (خضر، 2005: 214). إضافة إلى ذلك، أظهرت دراسات أخرى أن العزلة الاجتماعية الناتجة عن الإدمان تحدّ من قدرة المدمن على المشاركة في الأنشطة الإيجابية، وتجعل منه أكثر عرضة للانسحاب والانعكاف على ذاته، وأن ضعف المشاركة

الاجتماعية يُفقد الفرد مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الضرورية لمواجهة الضغوط الحياتية، مما يدفعه في كثير من الأحيان إلى الاعتماد بشكل أكبر على المخدرات كآلية بديلة للتكيف. (عطية، 2010: 166)

رابعاً: المظاهر الاجتماعية:

تظهر الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات في عدة مظاهر اجتماعية، حيث تُلاحظ تراجعات ملموسة في علاقاتهم بأفراد الأسرة والأصدقاء، مما يؤدي إلى ضعف اندماجهم في البيئة الاجتماعية التي ينتمون إليها. يعيش المدمن في عزلة اجتماعية تُفقد الروابط التي تقدم الدعم والمساندة اللازمة، مما يزيد من شعوره بالاعترا ب والانعزال عن محيطه المجتمعي. وتكشف الدراسات العربية أن المشكلات الاجتماعية الناتجة عن الإدمان ليست مجرد تأثير مباشر لتعاطي المخدرات، بل تسهم أيضاً في تكرار هذا السلوك وتفاقم تأثيراته النفسية والسلوكية، ويتضح ذلك من عدة جوانب يمكن ملاحظتها في الآتي:

- 1- **ضعف العلاقات الأسرية:** يُعتبر أحد أبرز العوامل الاجتماعية التي تعكس الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، حيث يسود العلاقة بين المدمن وأفراد أسرته حالة من الاضطراب والتوتر نتيجة فقدان الثقة وكثرة المشكلات المرتبطة بالإدمان، فغالباً ما يشعر المدمن بالرفض أو بعدم تفهم أسرته لمعاناته، مما يدفعه إلى الابتعاد عن البيئة الأسرية والبحث عن علاقات أو مصادر أخرى للدعم، والتي قد تكون في كثير من الأحيان محفوفة بالمخاطر، وأظهرت الدراسات أن غياب الدعم العائلي الفعّال يُضاعف من إحساس المدمن بالعزلة، ويزيد من احتمالية استمراره في التعاطي كوسيلة للهروب من مشاعر الإحباط وانعدام القبول. (عبد الرحمن، 2017: 142)
- 2- **الافتقار إلى الدعم الاجتماعي:** يفقد المدمن شبكة العلاقات التي توفر له المساندة العاطفية والاجتماعية في مواجهة مشكلاته، فغياب الدعم من الأسرة أو الأصدقاء يؤدي إلى ضعف القدرة على التكيف مع الضغوط، مما يدفع الفرد إلى الاعتماد على المخدرات كوسيلة بديلة للتخفيف من معاناته، وقد أشارت الدراسات العربية كدراسة جودة (2005) إلى أن غياب الدعم الاجتماعي يزيد من حدة الشعور بالاعترا ب والعزلة، كما أوضحت دراسة موسى (2022) أن نقص الدعم الأسري والاجتماعي يجعل المدمن أكثر عرضة للانتكاس والاستمرار في التعاطي. (جودة، 2005: 676-696)

3- فقدان الانتماء: يعيش المدمن حالة من الاغتراب عن قيم المجتمع وأعرافه، وهو ما يعزز شعوره بالعزلة الداخلية، وعدم الارتباط بمجتمعه أو مجموعته الاجتماعية، فغياب الإحساس بالانتماء يؤدي إلى عزلة عاطفية واجتماعية، ويضعف قدرة الفرد على إقامة علاقات قائمة على الثقة والدعم المتبادل، مما يزيد من الاعتماد على المخدرات كوسيلة للهروب من شعور الفراغ والوحدة (أبو درويش، 1996: 125). وقد أشارت الدراسات العربية، كدراسة العباسي (1999)، إلى أن فقدان الانتماء الاجتماعي يعمق الشعور بالاغتراب النفسي ويزيد من صعوبة إعادة الإدماج الاجتماعي للفرد المدمن، كما يضعف القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية بطريقة تكيفية. (العباسي، 1999: 66)

مما سبق ترى الباحثة بأنه يمكن القول إن مظاهر الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات تتشابه عبر أبعاد متعددة يتبعها الفرد للهروب من الوحدة النفسية، ولكن ما يغلب على هذه الأساليب أن هناك وعياً لدى الشخص المعاني من الوحدة النفسية، وأدراك كامل بمعاناته، ولكن من الملاحظ أن الأساليب التي يتبعها تتبع من العجز وعدم القدرة والضعف وتتبع الجانب السلبي والضعيف للتخفيف من معاناته، وكل هذه المظاهر اكتشفت الباحثة وجودها لدى مدمني المخدرات وخاصة في المرحلة الثانية من الإدمان أي بعد أن تصبح المادة المخدرة الصديق الوحيد للمدمن.
أسباب الشعور بالوحدة النفسية:

تتعدد الأسباب التي تؤدي إلى شعور الفرد بالوحدة النفسية وتختلف بحسب العوامل الشخصية والاجتماعية والنفسية التي تؤثر على حياة الأفراد، حيث يُمكن أن تنشأ الوحدة النفسية نتيجة للفشل في تكوين علاقات اجتماعية إيجابية تلبي احتياجات الفرد وتوفر له دعماً عاطفياً واجتماعياً، إذ أن البعض قد يواجهون صعوبة في التواصل وبناء الصداقات بسبب ضعف مهاراتهم الاجتماعية أو القلق الاجتماعي الذي يعوق قدرتهم على التفاعل بحرية وثقة، ومن جانب آخر، قد يكون الانتقال إلى بيئة جديدة أو التعرض لأحداث حياتية مؤلمة، مثل: الطلاق، أو فقدان شخص مقرب من أهم الأسباب التي تدفع الفرد إلى الشعور بالعزلة والانفصال عن محيطه، حيث تؤدي هذه الأحداث إلى تقليص الشبكات الاجتماعية للفرد وتحد من فرصه في الحصول على الدعم الاجتماعي والعاطفي. (عبد الوهاب، 2022: 318)

كما قد تعود بعض أسبابها لطبيعة الشخص نفسه، والبعض الآخر يعود للاضطرابات في شكل العلاقات الاجتماعية سواء كانت كمية أو كيفية، وقد برز اختلاف كبير بين العلماء حول المسبب الرئيسي للشعور بالوحدة النفسية: هل هو الفرد نفسه أم البيئة أم كليهما؟

حيث ترى بعض الدراسات أن الشعور بالوحدة النفسية يعود إلى عدم رضا الفرد عن بيئته أو إلى الإطار الأسري الذي يعيش فيه الفرد، والمتمثل في مستوى التعليم للوالدين، ومستوى دخل الأسرة وعدد أفرادها، بالإضافة إلى نوعية العلاقات في المنزل، والتي تشمل علاقة الوالدين ببعضهما، علاقة الإخوة فيما بينهم، وعلاقة الوالدين بالأبناء. (الجزار، 2011: 66)

ويرى بيبيلو وبيرلمان (Peplan & Periman, 1981) ثلاث طرق يمكن أن تساهم فيها خصائص الشخصية في الشعور بالوحدة النفسية، منها:

أولاً: احتمال، أن تجعل خصائص الشخصية صاحبها شخصاً غير مرغوب، الأمر الذي يؤدي إلى قلة شبكة العلاقات الاجتماعية، ومن ثم ازدياد درجة الشعور بالوحدة النفسية.

ثانياً: قد تؤثر الفروق الفردية في السلوك بين الأشخاص وتجعل الحفاظ على العلاقات من أمراً صعباً، مما يؤدي إلى قطع العلاقات، وتعاضم إمكانية الوقوع في دائرة الشعور بالوحدة النفسية.

ثالثاً: غالباً ما تؤثر خصائص الشخصية في كيفية رد فعل الفرد إزاء التغيرات الحادثة في العلاقات الاجتماعية، ومدى الفاعلية في الاستجابة اتجاه خبرة الشعور بالوحدة والتغلب عليها.

ورأى روكاتش (1989) أن من أهم العوامل التي يمكن أن تسبب الشعور بالوحدة النفسية هو الفقد كموت شخص ذي أهمية. كما أن خبرة فقدان الأطفال لأحد الوالدين في الطفولة بموت أو طلاق يجعله مستهدفاً للشعور بالوحدة، ويعتبر التطور والتقدم التكنولوجي مصدراً للشعور بالوحدة النفسية وعدم الأمان في بعض الأحيان، فطبيعة التفاعل الإنساني في المجتمع التكنولوجي الحديث أضعف الروابط الاجتماعية بين أفراد المجتمع مما قلل من أهمية دور الأسرة وإفقاد الفرد كثيراً من مقومات بناء الشخصية السوية وانتشار وسائط معقدة في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين كالإعلام والإنترنت ما يجعل الفرد يكتسب قيماً قد تخالف عادات أسرته ومجتمعه. (علي، 2018: 38)

ورأى ايبي روكاتش (Rokeach 1988) أن للوحدة النفسية أربعة عناصر تساهم في تكوينها وقد حددها في النموذج التالي:

1- اغتراب الذات **Self - Alienation**: وهو شعور الفرد بالفراغ الداخلي والانفصال عن الآخرين واغتراب الفرد عن نفسه وهويته والحط من قدر الذات.

2- العزلة في العلاقات الشخصية المتبادلة: ويتمثل ذلك في المشاعر كون الفرد وحيداً انفعالياً وجغرافياً واجتماعياً، وشعور الفرد بعدم الانتماء ونقص في العلاقات ذات المعنى لديه، وإدراك الفرد للغياب الاجتماعي. (علي، 2024: 55)

3- ألم وصراع عنيف (**Agony**):

يتمثل هذا العنصر في الاحتياج (**turmoil Inter**) أي البحث في داخل الذات عن احتياجات تتزامن مع سرعة الحساسية والغضب وفقدان القدرة على الدفاع والمواجهة، كما يصاحب ذلك أيضاً الارتباك والاضطراب واللامبالاة وفقدان الاتجاه والإحساس بأن العالم أصبح يبدو غير واقعي وغير معروف، كما نجده في الهبات الانفعالية التي تدور حول الألم والأذى والتعاسة، وعدم الثقة التي تتضمن بدورها القلق والخوف والتوهم كون الفرد وحيداً ، والغضب حيث يفرغ الانفعالات السلبية التي يشعر بها بالعداوة والمرارة وادمان المخدرات ، وحتى بمشاعر الكراهية.

(نجم، 2020: 133)

4- ردود الأفعال الموجعة الضاغطة (**Distress Reaction**):

والتي تحدث نتيجة الألم والمعاناة من الخبرة المعاشة للشعور بالوحدة النفسية، وهي تركز على الضغوط الفيزيولوجية كالصداع والإنهاك والصراع والنوم أكثر من المعتاد، والضغوط الاجتماعية والتقليل من قدر الذات وكذلك الأفكار السلبية. (جودة، 2005: 66)

وترى الباحثة أن من أهم أسباب الوحدة النفسية كدافع رئيسي لدى المدمنين، بناءً على

الجلسات التي كانت معهم واستخلصتها الباحثة من تلك الجلسات:

أ- العزلة الاجتماعية: الإدمان يدفع الأشخاص إلى الانسحاب من علاقاتهم الاجتماعية بسبب

الشعور بالخجل أو الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإدمان. هذا الانسحاب يخلق فراغاً عاطفياً

ويزيد من الشعور بالوحدة النفسية لديهم.

ب - تدهور العلاقات الشخصية: كثير من المدمنين يخسرون أصدقاءهم وعائلاتهم نتيجة

لسلوكياتهم المؤذية أو انشغالهم المستمر بتعاطي المواد المخدرة، مما يتركهم دون دعم عاطفي.

ج - **الاعتماد على المادة المخدرة:** المادة المخدرة تصبح بديلاً عن العلاقات الإنسانية، حيث يلجأ المدمن إليها للهروب من مشاعر الحزن، أو الألم النفسي، لكنها تعمق الوحدة النفسية على المدى الطويل.

ح - **الشعور بالرفض ونقص اشباع الحاجة إلى الحب والانتماء:** الفرد الذي يفتقر إلى الدعم العاطفي والإحساس بالانتماء داخل أسرته أو مجتمعه، ويشعر بالرفض وعدم التقبل من محيطه، فضلاً عن عجز الآخرين عن استيعاب معاناته، غالباً ما ينغمس أكثر في العزلة. ومع ازدياد شعوره بالفراغ والوحدة، قد يلجأ إلى المخدرات كوسيلة للهروب من تلك الحالة النفسية المتأزمة.

هـ - **الخبرات الصادمة أو الحرمان النفسي المبكر:** مثل فقدان أحد الوالدين أو التعرض للإهمال، حيث تخلق هذه التجارب فراغاً عاطفياً يعزز شعور الفرد بالوحدة، ويدفعه أحياناً للجوء إلى المخدرات كوسيلة للتعويض أو الهروب من الألم النفسي.

الوحدة النفسية كنتيجة للإدمان:

تتجاوز الوحدة النفسية كونها مجرد عامل يحفز على الإدمان، لتصبح نتيجة حتمية لاستمراره إذ يؤدي الإدمان تدريجياً إلى تدهور العلاقات الاجتماعية وفقدان الثقة مع المحيط العائلي والأصدقاء، مما يزيد من شعور المدمن بالعزلة والانفصال. ومع تصاعد اعتماده على المخدرات، تضعف قدرته على الاندماج في المجتمع، وتتفاقم مشاعر الفراغ الداخلي والوحدة لديه، وهكذا، تنشأ حلقة مفرغة تربط بين الإدمان والوحدة النفسية، مما يزيد من تأثير كل منهما على الآخر بشكل متداخل ومتزايد، وبذلك تتولد الوحدة النفسية لدى المدمنين كنتيجة طبيعية لعدد من العوامل المترتبة على استمرار التعاطي، ومن أبرزها:

1- تفكك العلاقات الاجتماعية والأسرية:

تفكك العلاقات الاجتماعية والأسرية يُعد أحد أبرز آثار الإدمان، حيث يعمق الشعور بالوحدة النفسية لدى المدمن. فالإدمان المستمر يؤدي إلى تآكل الثقة بين أفراد الأسرة ويزيد من حدة الصراعات، مما يضع المدمن في موقف يواجه فيه الرفض والابتعاد من أقرب الناس إليه. بالإضافة إلى ذلك، فإن ابتعاد المدمن تدريجياً عن الأصدقاء وضعف الروابط الاجتماعية الطبيعية يفاقم شعوره بالانعزال والاعتراب العاطفي، الأمر الذي يسهم في تعزيز حلقة الوحدة النفسية والإدمان بشكل مترابط ومتزايد. (السرطاوي، 2003: 201)

2- الوصمة الاجتماعية:

تُعتبر من العوامل الرئيسية التي تزيد من عمق الشعور بالوحدة النفسية لدى المدمنين، حيث يُنظر إليهم في إطار مجتمعي كأشخاص منحرفين أو فاقدين للسيطرة على حياتهم، مما يؤدي إلى شعورهم بالرفض والإقصاء، هذا التصور السلبي من قِبَل الآخرين يُساهم في تعزيز الإحساس بالدونية ويُضعف ثقة المدمن بنفسه، ليدفعه باتجاه عزلة أكبر وانسحاب من الحياة الاجتماعية. وقد أكدت دراسة عطية (2010) على أن الوصمة الاجتماعية تشكل أحد العوائق الكبرى لإعادة دمج المدمن في محيطه الاجتماعي، فيما بينت دراسة أبو زعيزع (2009) أن هذه الوصمة تزيد من حدة الوحدة النفسية لدى المدمن، مما يُعقّد عملية التعافي بشكلٍ ملحوظ. (أبو زعيزع، 2009: 149)

3- العجز عن التكيف الاجتماعي:

يساهم الإدمان في تقليل قدرة الفرد على التكيف مع مختلف المواقف الاجتماعية، حيث يؤدي التعاطي إلى تغييرات سلوكية ومعرفية تُضعف من كفاءة المدمن في التفاعل مع الآخرين. وبمرور الوقت، يجد الشخص المدمن صعوبة في المشاركة الاجتماعية بشكل صحي أو التواصل الإيجابي، مما يجعله يميل تدريجياً إلى الانسحاب والعزلة المتزايدة. وتشير دراسة اللحام (2019) إلى أن ضعف مهارات التكيف الاجتماعي يُعد من أبرز العوامل التي تعمق شعور المدمنين بالعزلة النفسية وتجعل اندماجهم في المجتمع أكثر تحدياً. (اللحام، 2019: 98)

4- فقدان المكانة الاجتماعية:

يسهم الإدمان بشكل كبير في تقليل قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الاجتماعية المتنوعة، حيث يؤدي التعاطي إلى تغييرات سلوكية ومعرفية تحد من كفاءته في التعامل مع الآخرين. نتيجة لذلك، يجد المدمن صعوبة في التفاعل الإيجابي أو الانخراط بشكل صحي في الأنشطة الاجتماعية، مما يدفعه نحو الانطواء وزيادة العزلة. ووفقاً لما ذكرته دراسة اللحام (2019) يُعتبر ضعف مهارات التكيف الاجتماعي لدى المدمنين أحد العوامل الرئيسية التي تقاوم شعورهم بالوحدة النفسية وتعرقل اندماجهم في المجتمع بصورة فعّالة. (عبد الخالق: 2003: 211).

مما سبق ترى الباحثة، أن الوحدة النفسية حلقة مفرغة ذات طابع جدلي في علاقتها مع الإدمان؛ إذ تمثل في البداية دافعاً جوهرياً نحو التعاطي، إلا أنها لا تلبث أن تتفاقم لتصبح إحدى

نتائج الوخيمة، ونتيجة لذلك، تتعمق عزلة الفرد، ويتسع شعوره بالفراغ النفسي، مما يعزز استمرارية دورة الإدمان. وبالتالي، تبرز ضرورة إدماج بُعد خاص ضمن البرامج العلاجية يركز على تلبية احتياجات الانتماء والتواصل الاجتماعي للمدمنين، بالإضافة إلى السعي نحو إعادة إعطاء الحياة معنى وقيمة في نظرهم.

أشكال الوحدة النفسية:

تتجلى الوحدة النفسية في أشكال متعددة وتصنيفات تتباين تبعاً لطبيعة العلاقات الاجتماعية ونوعية التفاعل الذي يفتقده الفرد، ومن أبرز أشكال الوحدة النفسية كما رآها العديد من الباحثين: حدد راسيل Rasil (1984) شكلين رئيسيين للشعور بالوحدة النفسية، هما:

1- الوحدة العاطفية (Emotional Loneliness) :

يشعر الشخص بهذا النوع من الوحدة عند غياب العلاقة الحميمة القادرة على تلبية الاحتياجات العاطفية للفرد، إذ قد يكون لدى الشخص علاقات اجتماعية واسعة لكنه يفتقر إلى وجود علاقة عميقة ومقربة تكفل له الدعم العاطفي، وتجعله يشعر بالتواصل العاطفي الحقيقي، مثل علاقة الصداقة القوية أو العلاقة مع الشريك. (صالح، 2017: 20)

2- الوحدة الاجتماعية (Social Loneliness) :

يحدث هذا النوع من الوحدة عندما يشعر الشخص بالعزلة الاجتماعية أو نقص في الانتماء إلى مجموعة أو مجتمع معين، قد يشعر الشخص هنا بعدم وجود شبكة اجتماعية تدعمه وتمنحه الشعور بالأمان والتواصل والدعم أو يشاركها اهتماماته. (الدسوقي، 1998: 55)

ويرى إبراهيم قشقوش (1988) أن للوحدة النفسية عدة أنواع، وهي كالاتي:

أ- الوحدة النفسية الأولية (Primary psychological unit):

وهي اضطراب في إحدى سمات الشخصية يصاحبه الانسحاب الانفعالي عن الآخرين، ما يؤدي إلى العجز في تكوين علاقات مشبعة، قد تدفع بهم إلى الانخراط في علاقات مؤذية أو مرضية مع الآخرين ومحاولة الهروب من الإحساس بالوحدة، وهذا النوع سامة سائدة في الشخصية وليس له أحداث أو مفاجئة لحدوثها، وهو اضطراب في الشخصية يؤثر على أشكال السلوك الاجتماعي ويسهم في عدم إشباع حاجات الذات.

ب - الوحدة النفسية الثانوية (Secondary psychological unit):

يحدث هذا النوع من الشعور بالوحدة النفسية بسبب تمزق في العلاقات السوية والمشبعة للبيئة الاجتماعية للفرد، تحدث كاستجابة من جانب الفرد للحرمان المفاجئ الذي طرأ في حياته من آخرين كان يعتبرهم ذوو أهمية ومصدر سعادة لديه، وعادة ما يحدث هذا النوع عقب حدوث مواقف معينة في حياة الفرد كالطلاق أو الترمل أو فشل في العلاقات العاطفية أو تصدع مفاجئ في البيئة الاجتماعية والأسرية.

ج . الوحدة الوجودية (Existential Loneliness) :

من أعمق أنواع الوحدة حيث يشعر الفرد بالعزلة العميقة الناتجة عن بحثه عن معنى وهدف لحياته وعدم تمكنه من إيجاد ارتباط حقيقي يضيء شعوراً بالمعنى والقيمة الذاتية، ويعتبر هذا الشكل من الوحدة مرتبطاً بتجارب وجودية عميقة قد يمر بها الفرد عند مواجهة أزمات الهوية أو فقدان الهدف من الحياة. (قشقوش، 1988: 77).

وصنف عبد العظيم ومعوذ (2018) الوحدة النفسية في أربعة صور، وهي:

أ- الشعور بالوحدة الأسرية: وتتمثل بعدم فهم الأفراد داخل الأسرة للفرد واعتبار الأسرة سجنًا له، وعدم الاهتمام بالفرد وشعوره بالملل والاكتئاب مع أفراد الأسرة، والتجاهل التام له من قبل أفراد الأسرة والشعور بالانعزال داخل المحيط الأسري.

ب- الشعور بفقدان التقبل: ويظهر ذلك بعدم انسجام الشخص مع الآخرين وعدم فهم الأصدقاء لدوافعه وأفكاره، وعدم مشاركة الأصدقاء لأرائه وعدم تمتعه بالشهرة بينهم، وشعوره بعدم الرضا والتوافق بين الأصدقاء وعدم وجود درجة كافية من القبول والمرغوبية الاجتماعية.

ج- الشعور بالحرمان: ويظهر بشعور الشخص بالرفض والحرمان والتجاهل من قبل الأصدقاء والرغبة في وجود صديق مقرب.

ح- الشعور بالوحدة الانفعالية: ويظهر بالرغبة الشديدة لمشاركة حياته مع شخص ما، وخاصة الرغبة في المشاركة الوجدانية. (النيرب، 2016: 17)

وبهذا ترى الباحثة أن الوحدة النفسية ليست مجرد غياب للعلاقات الاجتماعية فقط، بل تتخذ أشكالاً متعددة قد تكون فيها العلاقات موجودة ولكنها لا تلبى احتياجات الفرد الأساسية للشعور

بالانتماء والقيمة، وترى الباحثة أن أنواع الوحدة النفسية التي أشار إليها (عبد العظيم ومعوذ) كانت موجودة لدى أفراد الدراسة وخاصة الشعور بالوحدة الأسرية.

المفاهيم النفسية المرتبطة بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات:

تتداخل الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات مع العديد من المفاهيم النفسية التي تؤثر على سلوكهم وحالتهم النفسية، حيث إن الشعور بالعزلة النفسية قد يدفع المدمنين إلى تعاطي المخدرات كوسيلة للهروب من مشاعر الفراغ الداخلي وعدم القدرة على تكوين علاقات إيجابية تدعمهم عاطفياً، فالوحدة النفسية ترتبط بشكل وثيق بكلٍ من:

1- الاغتراب النفسي: يُعد من أبرز المفاهيم المرتبطة بالوحدة النفسية، حيث يشعر الفرد المدمن

بحالة من الانفصال الداخلي عن ذاته وعن الآخرين من حوله، هذه الحالة تولّد شعوراً بالعزلة والانفصال عن الواقع الاجتماعي المحيط به، ويتجلى هذا الاغتراب في فقدان الإحساس بالانتماء، وغياب المعنى في العلاقات الإنسانية، إلى جانب الشعور بالفراغ الداخلي وعدم القدرة على تحقيق التوافق مع الذات أو المجتمع، ويؤدي ذلك إلى خلق بيئة خصبة تزيد من حدة الوحدة النفسية لدى المدمن، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات كوسيلة بديلة للتعويض عن غياب الإشباع النفسي والاجتماعي، وقد بينت دراسة العباسي (1999، 85) أن ارتفاع مستوى الاغتراب النفسي لدى المراهقين يرتبط بشكل وثيق بتصاعد إحساسهم بالوحدة النفسية، وهو ما ينعكس سلباً على سلوكياتهم غير المتوافقة. كما أشارت دراسة أبو درويش (1996)، إلى أن الأفراد الذين يتعاطون المخدرات يعانون من درجات أعلى من الاغتراب مقارنة بمن لا يتعاطونها، مما يؤدي إلى تعزيز شعورهم بالعزلة والانفصال عن المجتمع المحيط بهم.

(أبودرويش، 1996: 112)

2- الضغوط النفسية: تُعتبر الضغوط النفسية من أبرز الأسباب التي تُقاوم الشعور بالوحدة النفسية

لدى الأفراد المدمنين على المخدرات، وخاصة عندما يتعرض هؤلاء لمواقف حياتية معقدة أو أحداث ضاغطة تتجاوز قدراتهم على التأقلم والمواجهة، فينشأ لديهم إحساس بالعجز يدفعهم نحو الانطواء والعزلة، الأمر الذي يُضاعف شعورهم بالوحدة، ونتيجة لافتقار المدمن عادةً إلى آليات فعّالة لمواجهة تلك الضغوط، يلجأ إلى استخدام المخدرات كحيلة مؤقتة لتخفيف التوتر أو الهروب من الواقع، غير أن هذا السلوك يُعمّق من عزلته ويؤثر سلباً على علاقاته

الاجتماعية. وفقاً لدراسة مصلح (2011: 147)، تُعتبر الضغوط النفسية أحد العوامل التي تُحفّز على تعاطي المخدرات. إذ يميل الأشخاص الذين يعانون من ضغوط شديدة إلى البحث عن وسائل سريعة للتخلص من معاناتهم، مما يعزز لديهم الإحساس بالوحدة النفسية، كما أوضحت دراسة الحمادي والهجين (2009، ص. 56) وجود علاقة سلبية بين مستوى الضغوط النفسية لدى المتعاطين ومستوى تأقلمهم الاجتماعي والنفسي، وهو ما يؤدي إلى تعميق حالة العزلة والانفصال عن المحيط الاجتماعي. (الحمادي والهجين، 2009: 56)

3- الانفصال العاطفي: يُعد أحد العناصر الأساسية التي تؤدي إلى الشعور بالوحدة النفسية، حيث يميل الشخص المدمن إلى فقدان قدرته على بناء علاقات وجدانية متبادلة مع أفراد أسرته ومحيطه الاجتماعي، غالباً ما يرجع هذا الانفصال إلى تجارب نفسية سابقة، مثل التعرض للحرمان العاطفي أو الإهمال أو الرفض، مما يُسفر عن ظهور أنماط دفاعية مثل الانسحاب العاطفي وتجنب التعبير عن المشاعر، هذا التأثير لا يقتصر على العلاقات الاجتماعية فقط، بل يمتد ليشمل العلاقة مع الذات أيضاً، حيث يعاني المدمن من ضعف في إدراك ذاته انفعالياً وعدم القدرة على تنظيم مشاعره، ما يجعله أكثر عرضة لاضطرابات المزاج كالاكتئاب والقلق. وفقاً لدراسة العباسي (1999: 134)، فإن غياب التفاعل العاطفي والتواصل الوجداني يشكلان عوامل جوهرية تسهم في إحساس الأفراد بالعزلة النفسية، ما يزيد احتمالية انخراطهم في السلوكيات الإدمانية. ودعمت نتائج دراسة موسى (2022) هذا الاتجاه، حيث بينت أن الافتقار إلى دعم عاطفي كافٍ وعدم توفر شبكات وجدانية آمنة يؤدي إلى تعميق شعور المدمنين بالوحدة النفسية، مما يقلل من فرصهم في تحقيق التكيف النفسي والاجتماعي بشكل فعال.

(العباسي، 1999: 134)

4- القلق الاجتماعي: يُعد القلق الاجتماعي من الاضطرابات النفسية الشائعة التي تسهم في تكوين وتعزيز مشاعر الوحدة النفسية، حيث يعاني الفرد من خوف مفرط من المواقف الاجتماعية، ومن تقييم الآخرين السلبي له، هذا النمط من القلق يدفع المدمن إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية، والانسحاب من المواقف التي تتطلب حضوراً وتواصلًا فعالاً، مما يعزز من عزلته ويزيد شعوره بالوحدة والانفصال عن الآخرين.

ويُظهر مدمني المخدرات مستويات مرتفعة من القلق الاجتماعي مقارنة بغيرهم، نتيجة لتراجع ثقتهم بأنفسهم وتعرضهم للوصمة الاجتماعية، وهو ما يضعف قدرتهم على تكوين علاقات صحية وداعمة. كما يرتبط القلق الاجتماعي لديهم بمحاولة اللجوء إلى المخدر كوسيلة لتقليل التوتر وتحقيق الإحساس المؤقت بالراحة في المواقف الاجتماعية، الأمر الذي يؤدي إلى ترسيخ حلقة مفرغة من الإدمان والعزلة.

وقد أشارت دراسة الحمادي والهجين (2009: 63) إلى أن الأفراد المدمنين يظهرون درجات عالية من القلق الاجتماعي، مما يسهم في زيادة معاناتهم من الوحدة النفسية ويقلل من فرص اندماجهم في الأنشطة الاجتماعية. كما دعمت دراسة الدوسري (2022) هذه النتائج، موضحة أن القلق الاجتماعي يعد من أبرز المحددات التي تعيق تكيف المدمنين النفسي والاجتماعي وتزيد من احتمالية الانتكاسة. (الدوسري، 2022: 320)

النظريات النفسية المفسرة للوحدة النفسية:

تعددت النظريات النفسية التي سعت إلى تفسير الشعور بالوحدة النفسية وتحليل أبعاده وتأثيراته على حياة الأفراد.

1- النظرية السلوكية (Behavioral Theory) :

يرى جون واطسون (1878-1958) أن الشعور بالوحدة النفسية نمط سلوكي لم يتوفر له تعزيز إيجابي، أما سنكر (1904) فيعتقد أن الشعور بالوحدة النفسية سلوك يتخذه الفرد على أساس إدراكه لاستجابات الآخرين في البيئة الاجتماعية.

أما روترز وبأندورا (1925) يريان أن الشعور بالوحدة النفسية تنشأ على أساس التعلم بالملاحظة، ويؤدي وظيفة لأنه سلوك ارتبط بالتعزيز من خلال نموذج حقق نتائج، وهو عبارة عن إحساس الفرد بضعف فعالية الذات وتوقعه عدم القدرة على السيطرة في المواقف الاجتماعية بجهوده الذاتية. (صالح، 2016: 26)

مما سبق نرى أن النظرية السلوكية تفسر الوحدة النفسية بأنه سلوك يتخذه الفرد من خلال الملاحظة للآخرين وأيضاً من خلال المثيرات الخارجية الموجودة في البيئة الاجتماعية التي تحيط بالفرد.

2- النظرية الإنسانية (Humanistic Theory) :

اتفق أصحاب هذه المدرسة أن الشعور بالوحدة النفسية ينشأ من التناقض بين الذات الداخلية للفرد والذات الظاهرة للآخرين أي الذات الخارجية.

حيث يرى (روجرز) في نظريته العلاج المتمركز حول العميل بأن الإنسان لديه نزعة فطرية للذات، والأحداث عند الفرد لا معنى لها إلا المعنى الذي يدركه منها ويفهمه عنها، فالواقع في حقيقته لا يهم الفرد ولا يؤثر في سلوكه، لأنه يتعامل مع الواقع كما يدركه، فإذا كان إدراكه للواقع ذا قيمة موجبة و متمشية مع نزعته يتكون لدى الفرد الحاجة إلى تقدير الذات الموجب، وعندما تتعارض الخبرات التي تعرض لها الفرد مع فكرته ومع ذاته ودافعه لتقدير ذاته وقع فريسة للصراع، حيث يرى أن كل خبرة لا تتماشى مع ذاته تعتبر تهديدا له، وهنا ينشأ القلق والتوتر، ويلجأ إلى استخدام ميكانزمات الدفاع، ومنها العزلة والوحدة والتشويه والتحريف وغيرها.

(النيرب 2016: 27)

وهنا اختلف (روجرز) مع أصحاب النظرية التحليلية في تأثير الطفولة على الفرد، ويرى أن العوامل الحاضرة تسهم إلى حد ما في تكوين الشعور بالوحدة النفسية.

(سعيدي وعنانو، 2023: 37)

مما سبق نرى أن النظرية الإنسانية فسرت سبب الوحدة النفسية إدراك الفرد للواقع الذي يعيش فيه فإذا كان الواقع ذا قيمة و متماشي مع طموحاته تتكون لدى الفرد ذات إيجابية صحيحة خالية من الاضطرابات، ولكن لو اختلفت أفكاره مع الواقع الذي يعيش فيه وتعارضت مع ذاته فإنه يقع فريسة للصراع والوحدة النفسية.

3- النظرية الاجتماعية للوحدة النفسية (Social Theory of Loneliness) :

يرى بومان (Bowman 1981) أن هناك مواصفات للمجتمع قد تسهم في تغير طبيعة العلاقات الإنسانية كالضعف علاقات الأفراد بالمجموعة الأولى وهي الأسرة، وزيادة الحراك في الأسرة والمجتمع، وهي جميعها أمور تقلل من دور الأسرة وتسهم في غياب نسق الأسرة الممتد، ما يترتب عليه صعوبة في سبل التواصل الاجتماعي مع الآخرين، ويسهم الحراك في تزايد إحساس الفرد بالانفصال، وعدم الانتماء، وضعف الروابط الاجتماعية والشعور بعدم الاستقرار ما يؤدي إلى تأصيل الشعور بالوحدة النفسية لدى الأفراد في المجتمع المعاصر. (هامان، 2016: 27).

ويرى (ماسلو) أن الفرد الذي لا يستطيع إشباع احتياجاته الأساسية، مثل: حاجته للأمان والانتماء، يصبح أكثر عرضة للشعور بالعزلة النفسية، إذ يعتبر تلبية هذه الاحتياجات خطوة أساسية للوصول إلى مستويات أعلى من تحقيق الذات، وبالتالي فإن غياب هذه الروابط العاطفية والاجتماعية يجعل الفرد يشعر بالوحدة ويبدأ في البحث عن سلوكيات تعويضية كالإدمان. (التركي، 2015: 33)

4- نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):

يرى أنصار نظرية التحليل النفسي أن التأثيرات التي يمر بها الفرد تلعب دوراً مهماً في إحداث الوحدة النفسية، حيث يرى (فرويد) أن الوحدة النفسية ذات خصائص مرضية يرجع سببها إلى التأثيرات المبكرة التي مر بها الفرد، كما يفسرها بأنها عملية صراع بين المكونات داخل الفرد والأنا، والأنا الأعلى، مما يؤدي إلى سوء توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية، ويمكن النظر إلى الشعور بالوحدة النفسية بأنه نتيجة القلق العصابي الطفولي، وله وسيلة دفاعية نفسية تعمل للحفاظ على الشخصية من التهديد الناشئ من البيئة الاجتماعية، ويعبر عنه على شكل عزلة وانسحاب، أما (أدللا) فيرى أن الشعور بالوحدة النفسية يرجع إلى إساءة الوالدين له في الطفولة أو حرمانه من الحب والعطف والتشجيع، مما يؤدي إلى شعوره بالنقص؛ نظراً لافتقاره إلى عامل الشعور الإنساني، ويؤكد (أريكسون) على ما سبق حيث رأى أن الفشل في تقاضي أزمة الألفة مقابل العزلة في مرحلة الشباب يؤدي إلى تجنب الفرد العلاقات الشخصية التي تتيح للفرد الانغماس الاجتماعي، بالإضافة إلى عدم مقدرة الفرد على تكوين علاقات اجتماعية ناجحة، تجعله يشعر بالخواء الاجتماعي والعزلة، أما (هورني) فتري أن الفرد حينما يخفق في محاولاته في الحصول على الدفء والعلاقات المشبعة مع الآخرين فإنه يعزل نفسه عنهم، ويرفض أن يربط نفسه بهم ويتحرك بعيداً عنهم. (جابه، 2023: 461)

ويعتبر (زيلبورج) أول من قام بتحليل علمي عن الوحدة وفرق بين الشخص الذي ينتابه شعور مؤقت بالوحدة النفسية، والشخص الوحيد، فالشعور المؤقت بالوحدة النفسية أمر طبيعي، وحالة عقلية عابرة، وتنتج عن فقدان شخص معين، أما الوحدة المزمنة فهي استجابة لفقدان الحب أو شعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه، ولا فائدة منه، مما يؤدي به إلى الاكتئاب والانهيار العصبي. (أبو هويشل، 2013: 37)

التعقيب على النظريات:

من خلال استعراض النظريات النفسية المختلفة المفسرة للوحدة النفسية ترى الباحثة أن الشعور بالوحدة النفسية لا يمكن تفسيره من منظور واحد فقط؛ بل هو نتاج لتداخل عوامل متعددة ترتبط بالبنية النفسية للفرد، وبتجاربه الحياتية، وطبيعة علاقاته مع الآخرين، والبيئة الاجتماعية التي ينتمي إليها. وقد حاولت النظريات النفسية تفسير هذه الظاهرة من زوايا مختلفة، للوصول لفهم أعمق لهذه الخبرة النفسية المركبة.

فمن منظور النظرية السلوكية، فإن الشعور بالوحدة النفسية يُنظر إليه كسلوك مكتسب من خلال أنماط التعزيز السلبي، أو نتيجة للتعلم بالملاحظة ضمن بيئة اجتماعية تعزز الانسحاب والعزلة. فالفرد يتعلم أن العزلة سلوك مقبول أو مألوف حين لا يتلقى استجابات إيجابية من الآخرين، أو حين يلاحظ نماذج اجتماعية تتعامل بالانغلاق والتجنب. هذا التفسير يبرز أهمية البيئة الاجتماعية كعامل سلوكي في تعزيز مشاعر الوحدة، لكنه يُغفل إلى حدّ ما الجوانب الذاتية والوجدانية المرتبطة بتجربة الفرد الداخلية.

أما النظرية الإنسانية، فقد قدّمت تفسيراً أكثر عمقاً واتساعاً، حيث ربطت الوحدة النفسية بالصراع بين الذات الحقيقية والذات المتصورة أو الظاهرة، مشيرة إلى أن الفرد قد يشعر بالوحدة حتى في وجود الآخرين، إذا لم يشعر بالتطابق بين ما هو عليه فعلاً وما يُتوقع منه أن يكون عليه. فالوحدة هنا ليست فقط نتيجة للبعد الاجتماعي، بل هي أيضاً انعكاس لفقدان التوافق الداخلي وفقدان التقدير الذاتي، وإذا فشل الفرد في تحقيق التقدير الذاتي الإيجابي، يصبح أكثر عرضة للعزلة والانكفاء النفسي.

في حين تركّز النظرية الاجتماعية على تأثير تحولات المجتمع على بنية العلاقات الإنسانية، وترى أن التغيرات الحديثة، كضعف الترابط الأسري، وتسارع وتيرة الحياة، وتزايد الحراك الاجتماعي، قد أسهمت في تفكيك البنية الاجتماعية التقليدية، مما زاد من إحساس الفرد بالانفصال، وهذا التفسير مهم جداً عند التعامل مع الفئات التي تعاني من الهشاشة الاجتماعية، كمدمني المواد المخدرة، الذين يعانون غالباً من انقطاع علاقاتهم الأسرية والاجتماعية، مما يرسّخ لديهم مشاعر العزلة والوحدة المزمّنة.

أما التحليل النفسي، فقد أعاد جذور الشعور بالوحدة إلى المراحل الأولى من النمو النفسي، مشيرًا إلى أن الطفولة المبكرة، وما تحمله من حرمان عاطفي أو صراع داخلي، تزرع في الفرد شعورًا بالنقص وعدم الأمان، يتطور لاحقًا إلى عزلة نفسية. فالوحدة في هذا السياق تُعد انعكاسًا لصراعات بين الهو والأنا والأنا الأعلى، أو نتيجة لفشل الفرد في تجاوز أزمة "الألفة مقابل العزلة بحسب (إريكسون) كما تشير نظريات (أدلر وهورني) إلى أن الإخفاق في الحصول على علاقات مشبعة في الطفولة والمراهقة يدفع الفرد إلى الانسحاب من العلاقات وتجنّب الارتباطات الاجتماعية. ومن خلال دمج هذه الرؤى النظرية، يمكن التأكيد أن الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات ليس مجرد حالة عابرة أو استجابة ظرفية، بل هو نتاج لتراكم خبرات وجدانية واجتماعية وسلوكية ممتدة عبر الزمن، ويأتي تعاطي المخدرات أحيانًا كمحاولة للهروب من هذا الشعور القاسي، أو كوسيلة مؤقتة لتعويض غياب العلاقات الحقيقية أو فقدان التقدير الذاتي.

لذا، فإن فهم الوحدة النفسية من هذا المنظور التكاملي يُعد خطوة ضرورية لتصميم تدخلات علاجية فعّالة تستند إلى دمج الأبعاد النفسية - الاجتماعية - الذاتية في علاج هذه الفئة، وتُراعي الخلفيات المختلفة التي قد تسهم في تشكّل الوحدة النفسية وتفاقمها.

علاقة الوحدة النفسية بالإدمان على المخدرات:

تُعد الوحدة النفسية من العوامل النفسية المؤثرة في زيادة مخاطر الإدمان على المخدرات، حيث يجد الأشخاص الذين يعانون من شعور عميق بالوحدة النفسية أنفسهم أكثر عرضة للجوء إلى المخدرات كوسيلة للتعامل مع مشاعر الفراغ والانعزال التي تسيطر عليهم، إذ أن غياب الدعم الاجتماعي والعلاقات الإيجابية يُضعف من قدرة الفرد على مقاومة الضغط النفسي، ويزيد من احتمالية اعتماده على المخدرات كآلية للتكيف مع مشاعر الحزن والعزلة، وتبرز هنا العلاقة الوثيقة بين الوحدة النفسية والإدمان، حيث تُسهم الوحدة في تعزيز شعور الفرد بعدم الأهمية، مما يدفعه للبحث عن وسائل تُحقق له شعورًا مؤقتًا بالراحة والتواصل، ولو كان ذلك من خلال تعاطي المخدرات التي توفر له ملاذًا زائفًا من مشاعر الوحدة (سعيد، 2010: 41)

كما أن الشعور بالعزلة والعجز عن التفاعل الإيجابي مع المحيط قد يُعزز الميل نحو السلوكيات الإدمانية، حيث يسعى الفرد إلى الهروب من واقع الوحدة من خلال تجارب تُخفف من شعوره بالعزلة وتُمكنه من العيش لحظات من النشوة أو الراحة المؤقتة التي توفرها المخدرات،

ويعاني المدمنون من دائرة مغلقة تجمع بين الوحدة والإدمان، حيث يؤدي الإدمان إلى مزيد من العزلة الاجتماعية وانقطاع العلاقات، مما يُفاقم من الشعور بالوحدة ويزيد من تعقيد الوضع النفسي للفرد، الأمر الذي يعزز اعتماده على المخدرات كوسيلة للهروب من هذا الواقع .

(الشيخي، 2022: 185)

التصور الإسلامي للشعور بالوحدة النفسية:

تُعد الوحدة النفسية من التحديات الكبيرة التي يواجهها الإنسان في العصر الحديث، حيث تؤثر سلبيًا على الصحة العقلية والعاطفية. في هذا السياق، يقدم الدين الإسلامي رؤية شاملة تعالج هذه القضية من خلال تعاليمه الروحية والنفسية، والتي تسهم في تعزيز التواصل الاجتماعي والروحي، وتوفير الإحساس بالانتماء والطمأنينة.

إذ يعتبر الدين الإسلامي الوحدة النفسية حالة تحتاج إلى علاج من خلال تعزيز العلاقات الاجتماعية والروحية. فالإسلام يعرف الإنسان ككيان متكامل، حيث يتفاعل الجسد مع الروح والعقل، ومن خلال هذا التكامل، يُمكن للإنسان أن يتغلب على مشاعر العزلة والوحدة. وتُشير الآيات القرآنية والأحاديث النبوية إلى أهمية التواصل الاجتماعي والروحي، مثل قوله تعالى ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾ (المائدة: 2)، والتي تؤكد على أهمية التعاون والترابط الاجتماعي.

ويؤكد العلماء ورجال الدين الإسلامي على أهمية دور الفرد في الحياة الدنيا، وذلك لتحقيق المبادئ التي جاء بها الإسلام، والتي تهدف إلى مساعدة الإنسان في تحقيق التكامل والتوازن بين حياته الدنيوية والدينية، فالدين يقدم رؤية شاملة لطبيعة الإنسان، ويشير إلى أن ارتكاب الأخطاء والابتعاد عن أوامر الله يمكن أن يؤدي إلى مشاعر الذنب والخوف والعزلة والقلق. ولعلاج هذه الجوانب، يتطلب الأمر العودة إلى الله والالتزام بتعاليم الدين لتجاوز المحن التي يمر بها الفرد. فالإسلام لا يُنظر للوحدة كمشكلة نفسية فقط، بل كحالة يمكن علاجها من خلال التوازن بين الروح والجسد والعلاقات الاجتماعية. الإسلام يقرّ بأن الإنسان قد يشعر بالوحدة، لكنه يضع حلولاً تعالجها من جذورها وقد أكد على هذا العلاج من خلال:

- تقوية العلاقة بالله: الإيمان والتوكل على الله يمنحان الإنسان شعورًا بالأمان والطمأنينة، كما أن الذكر والعبادات تساعد على الشعور بالارتباط الروحي العميق، قال تعالى ﴿ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾ (الرعد: 28). الذكر، الصلاة، والدعاء تقوي الروح وتخفف الشعور بالوحدة.
- تعزيز الروابط الاجتماعية: الإسلام يحث على صلة الرحم، التزاور، الجماعة في الصلاة، والمشاركة في الأعمال الخيرية، مما يخفف العزلة ويعزز الانتماء.
- مفهوم الأخوة في الإسلام: المسلم يشعر بأنه جزء من أمة واحدة، حيث الإحسان للآخرين والتواصل معهم جزء من الإيمان.
- القرآن كرفيق دائم: القرآن ليس مجرد كتاب ديني، بل هو مصدر للسلوى والطمأنينة. فالقراءة اليومية والتأمل في معانيه تساعد على التخلص من مشاعر الوحدة وتعزز الشعور بالقرب من الله.
- التوازن بين العزلة والاختلاط: الإسلام لا يدعو للانعزال التام ولا للاندماج المفرط، بل يوجه المسلم ليعيش في مجتمع مع الحفاظ على أوقاته الخاصة للعبادة والتأمل.
- ويرى الإسلام أن الوحدة النفسية ليست دائمًا سلبية، فقد تكون انعزالًا محمودًا للتأمل والتقرب إلى الله، مثل خلوة النبي ﷺ في غار حراء قبل البعثة. لكن عندما تتحول إلى عزلة مرضية، فهي تحتاج إلى معالجة. (علي، 2012: 66)
- وقد أكد ديننا الإسلامي على أهمية المودة والرحمة مع الجماعة من خلال ما جاء في حديث الرسول (صلى الله عليه وسلم) إذ قال: " المؤمن يألف ويؤلف، ولا خير فيمن لا يألف ولا يؤلف، وخير الناس أنفعهم للناس".
- ومن أساليب القرآن في الحث على الجماعة أن الله جعل من أخص صفات الجماعة المؤمنين أنهم أولياء بعضهم فقال الله عز وجل: ﴿وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَيُؤْتُونَ الزَّكَاةَ وَيُطِيعُونَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَأُولَئِكَ سَيَرْحَمُهُمُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ حَكِيمٌ﴾ (التوبة: 71)
- يجمع الإسلام بين قلوب المسلمين ومشاعرهم وظروفهم المعيشية من خلال أداء الشعائر، مثل صلاة العيدين (عيد الفطر وعيد الأضحى) وفريضة الصوم في شهر رمضان المبارك، بالإضافة إلى فريضة الزكاة. هذه الشعائر تساهم في تعزيز التكافل الاجتماعي والتآلف الإنساني

بين أفراد الأمة الإسلامية، مما يقربهم من بعضهم البعض، فالأغنياء يشعرون بالرحمة تجاه الفقراء، بينما يبادل الفقراء الحب والتقدير للأغنياء. وبالتالي، يعزز الإسلام شعور الفرد بالانتماء إلى الجماعة ويفخر بها، كما ينمي روح التعارف والتآلف والترابط والتعاون والتماسك، ويعزز قيم الرحمة والمحبة والمودة والإخاء وتبادل المنفعة والمساعدة بين أبناء الأمة الإسلامية.

(النيرب، 2016: 31-32)

وليس أدل على ذلك من قول الله سبحانه وتعالى في محكم التنزيل ﴿إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخْوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ﴾. (الحجرات: 10)

وقوله تعالى ﴿وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعاً وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَةَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَاناً وَكُنْتُمْ عَلَىٰ شَفَا حُفْرَةٍ مِّنَ النَّارِ فَأَنْقَذَكُم مِّنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ﴾. (آل عمران 103). وقد بين القرآن الكريم والسنة النبوية وجوب الاتحاد وعدم الفرقة بين المسلمين، وقد ظهر بالنهي الصريح عن الافتراق والاختلاف والذي هو ضد الوحدة والاجتماع، فقد قال الله تعالى ﴿وَأَطِيعُوا اللَّهَ وَرَسُولَهُ، وَلَا تَتَزَعَّوْا فَتَفْشَلُوا وَتَذْهَبَ رِيحُكُمْ وَأَصْبِرُوا إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾. (الأنفال: 46). وقوله تعالى: ﴿وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ تَفَرَّقُوا وَاخْتَلَفُوا مِنْ بَعْدِ مَا جَاءَهُمُ الْبَيِّنَاتُ وَأُولَٰئِكَ لَهُمْ عَذَابٌ عَظِيمٌ﴾ آل عمران: 105).

وقد نهى الله تعالى عن الاعتزال والبعد عن الجماعة إلا في أمور، منها: الفراغ للعبادة والتعبد والتخلص من فتنة الجماعة وتخليص النفس من المعاصي والخلاص من شر الناس ومن الغيبة وسوء الظن، فقد قال الله تعالى ﴿وَأَعْتَرَلَكُمْ وَمَا تَدْعُونَ مِنْ دُونِ اللَّهِ وَأَدْعُوا رَبِّي عَسَىٰ أَلَّا أَكُونَ بِدُعَاءِ رَبِّي شَقِيحًا﴾ (مريم: 148). (قبوقب وسعيد، 2016: 223)

مما سبق ترى الباحثة أن الإسلام بصفة عامة يرفض كل المظاهر والأحوال التي من شأنها أن تؤدي إلى الوحدة أو الانفراد أو الفرقة أو التشتت أو الابتعاد أو الانعزال عن الجماعة، فالإنسان كائن اجتماعي بفطرته ولديه حاجات نفسية واجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي ضمن علاقات اجتماعية سليمة متبادلة مع الآخرين.

(المبحث الرابع)

الإدمان على المخدرات (Drug Addiction)

- 1- تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها.
- 2- تصنيف المخدرات.
- 3- مفهوم الإدمان.
- 4- مراحل الإدمان.
- 5- أسباب الإدمان.
- 6- أنواع الإدمان.
- 7- خصائص وسمات الأفراد المدمنين.
- 8- الآثار الناتجة عن تعاطي وإدمان المخدرات.
- 9- النظريات المفسرة لسلوك الإدمان على المخدرات.
- 10- حكم المخدرات في الشريعة الإسلامية.

الإدمان على المخدرات (Drug Addiction)

تمهيد:

يُعد الإدمان من أخطر المشكلات التي تواجه الأفراد والمجتمعات، حيث يؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية للمدمنين، ويُضعف من قدرتهم على التكيف مع متطلبات الحياة، ويُعطل إمكانياتهم للتفاعل الصحي مع المجتمع، وقد استخدم الإدمان بعدة مفاهيم منها الإدمان، والتعاطي، والاعتماد، حيث قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد رسمياً بوصفه بديلاً عن الإدمان عام (1964)، وتشير حالة الاعتماد إلى مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية التي تلي استخدام المادة المخدرة. (الخالدي، 2016: 320)، ونتيجة لذلك يجد المدمن نفسه عالقاً في دائرة من الاعتماد النفسي والجسدي على المواد المخدرة، مما يؤدي به إلى إهمال حياته الشخصية والعائلية، ويزيد من احتمالية وقوعه في مشاكل قانونية وصحية واجتماعية، ويتجاوز الإدمان مجرد الاعتقاد على المخدرات ليشمل فقدان السيطرة على السلوك، حيث يصبح المدمن عاجزاً عن كبح رغبته في تناول المخدرات أو المواد التي تسبب له النشوة والراحة، حتى وإن كان ذلك يؤدي إلى إلحاق الأذى بنفسه أو بالآخرين، كما أن الإدمان لا يُؤثر فقط على الفرد، بل يمتد تأثيره السلبي إلى الأسرة والمجتمع ككل، ويخلق تحديات كبيرة للجهات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية، ويُعتبر التعامل مع المدمنين وتقديم الدعم المناسب لهم خطوة بالغة الأهمية للمساعدة في تحسين جودة حياتهم ودمجهم مجدداً في المجتمع، بالإضافة إلى أن الوقاية من الإدمان وتوفير برامج التأهيل تعد من الضرورات الملحة لتحقيق الأمن النفسي والاجتماعي للأفراد والمجتمعات. (حمودة، 2018: 55)

تعريف المخدرات والمفاهيم المرتبطة بها:

تختلف مفاهيم المخدرات باختلاف النظرة إليها فلا يوجد تعريف يتفق عليه العلماء يوضح هذا المفهوم، وذلك للتداخل في معنى الكلمة، وفي تحديد بين ما هو مخدر وغير مخدر، وقد يرجع هذا الاختلاف أيضاً إلى مكان استخدام الكلمة سوى في الجانب العلمي أو الجانب الطبي والقانوني، ومما سبق يمكن تعريف المخدرات من خلال هذه المفاهيم:

مفهوم المخدرات لغوياً:

يرجع أصل كلمة "مخدرات" في اللغة العربية إلى كلمة خدر، والمخدر اسم فاعل من الفعل خدر، بمعنى استتر وهي بكسر الخاء، وكل ما يستتر الشيء، خدر العضو بفتح الخاء إذا استرخى

فلا يطيق الحركة، وخدرت عينه ثقلت، والخدر والضعف والفتور يصيب الأعضاء والبدن. والمخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد. (ابن منظور الأنصاري، 1993)
مفهوم المخدرات اصطلاحاً:

عرفها الدمرداش (1982) بأنها: "كل مادة طبيعية أو مستحضرة في المصانع من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعة الموجهة أو الرشيدة أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان الذي يضر بالصحة الجسمية والنفسية للفرد والمجتمع، أو هي مواد تسبب للإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة" (سعيد، 2010: 267)

وعرفتها لجنة المخدرات في الأمم المتحدة: بأنها: "كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر منومة أو مسكنة من شأنها، عند استخدامها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسمانياً أو نفسياً أو اجتماعياً" (الحميدان، 2004: 45).

ويعرف شافي (2012) المخدرات بأنها: "مواد كيميائية تؤثر على وظائف الجهاز العصبي المركزي للفرد، مما يؤدي إلى تغييرات في الإدراك والحالة المزاجية والسلوك، وتشمل المخدرات مجموعة واسعة من المواد التي تتفاوت في تأثيراتها وطريقة استخدامها، حيث إن بعضها يتمثل في مواد طبيعية كالأفيون والماريجوانا، بينما يُعد بعضها الآخر مواد مصنعة كالكوكاين والأمفيتامينات، وتعمل المخدرات بشكل أساسي على تعزيز أو تثبيط نشاط الجهاز العصبي بطرق مختلفة، مما يؤدي إلى شعور مؤقت بالنشوة أو الاسترخاء أو الهروب من الواقع".

(شافي، 2012: 12)

وترى الباحثة أن المخدرات من أخطر المواد التي تؤدي إلى الإدمان بسبب قدرتها العالية على إحداث الاعتماد النفسي والجسدي، حيث إن تعاطي المخدرات بصورة متكررة يؤدي إلى التكيف مع تأثيرها، وبالتالي يضطر الفرد لزيادة الجرعة تدريجياً للوصول إلى نفس المستوى من التأثير، وهذا التكيف الجسدي يعزز من الاعتماد، ويجعل من الصعب جداً على المدمن التوقف عن التعاطي، وتختلف المخدرات في تأثيراتها السلبية حسب نوعها وطريقة استخدامها ومدة تعاطيها، حيث أن بعضها يسبب تلفاً دائماً في الدماغ، بينما يؤدي البعض الآخر إلى أضرار جسدية خطيرة مثل: اضطرابات القلب والرئة والكبد، ويصاحب تعاطي المخدرات مجموعة من

الآثار السلبية على مستوى السلوك، مثل: زيادة العنف والتصرفات العدوانية، ويزيد من قابلية الفرد للانخراط في السلوكيات الخطيرة والمعادية للمجتمع، مما يشكل تهديداً للصحة العامة والأمن الاجتماعي.

مفهوم المخدرات قانونياً:

يعرف المشرع القانوني المخدرات بأنها: "كل مادة مسكرة، طبيعية أو مستحضرة كيميائياً، تؤدي إلى زوال العقل جزئياً أو كلياً، وتناولها يؤدي للإدمان بما ينتج عنه تسمم في الجهاز العصبي فتضر الفرد والمجتمع، ويحضر تناولها، أو زراعتها، أو صنعها، إلا لأغراض يحددها القانون وبما لا يتعارض مع الشريعة الإسلامية" (سعيد، 2016: 130)

وعرف منصور (1989) المخدرات بأنها "المادة التي تشكل خطراً على صحة الفرد والمجتمع، لذا فإن جميع المخدرات توضع تحت ما هو مصطلح متفق عليه (بالعقاقير الخطرة)". (بلحمر، 2022: 33)

التعريف العلمي للمخدرات: "المخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وهي ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يخدر أو يجعله مخدراً". (بن زيان، 2022: 2)

تصنيف المخدرات:

رغم انتشار المخدرات بشكل كبير داخل المجتمعات العربية والعالمية إلا أنه لا يوجد تصنيف متفق عليه، لذلك يلجأ الباحثون والمهتمين بهذا النوع من القضايا إلى اعتماد تصنيفات عدة، منها:

1- حسب نوع المخدر.

2- حسب اللون.

3- حسب تأثير المادة المخدرة.

4- حسب الحجم.

وما يهمنا هنا في هذه الدراسة هو التصنيف حسب دليل تشخيص الاضطرابات

النفسية (DSMIV, 1994):

1- الكافيين (Caffeine).

- 2- الحشيش (Cannabis).
- 3- الكوكايين (Cocaine).
- 4- المهلوسات (Hallucinogens).
- 5- المواد الطيارة (Inhalants).
- 6- النيكوتين (Nicotine).
- 7- الأفيونات (Opiates).
- 8- الفنسيسلايدين (Phencyclidine).
- 9- المسكنات (Analgesics).
- 10- المهدئات (Tranquilizers).
- 11- مسببات القلق (Anxiogenics).

مما سبق نرى أنه توجد تصنيفات كثيرة ومتنوعة وكل تصنيف لديه أنواع مختلفة، وما لاحظته الباحثة من خلال هذه الدراسة أن أكثر أنواع المخدرات استخداماً لدى عينة الدراسة كان الحشيش ومن بعده المسكنات.

مفهوم الإدمان (Addiction):

الإدمان في اللغة:

"الإدمان مصدر أدمن أي: بمعنى الإدامة والاستمرار. (المعجم الوسيط، 1996: 233) ويقال: دمن على الشيء أي لزمه، وأدمن على الشراب وغيره، أدامه ولم يقلع عنه، ويقال أدمن الأمر وواظب عليه. (المهندي، 2013: 47)

مفهوم الإدمان اصطلاحاً:

ورد تعريف الإدمان في المراجعة العاشرة من التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية والعقلية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO.1992)، تحت مسمى (الاعتماد) وهو "مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية تأتي بعد استخدام المادة المخدرة أو الكحول بشكل متكرر، مع رغبة قوية في استخدامه على الرغم من أخطاره، بحيث تتحكم المادة في الشخص وتكون لها الأولوية في حياته.

وعرفت ألبرت بآندرو (A. Bandura): الإدمان بأنه: "اضطراب يتميز بحاجة أو رغبة مرضية قهرية وملحة على فقدان الرقابة على الذات، حيث تدفعه هذه الرغبة الملحة لتعاطي المخدر، أي يفقد الشخص الرقابة الكلية عن الذات، وهذه الأخيرة تدل على ضعف الفعالية الذاتية للفرد على مقاومة الضغوط". (طلحي، 2016: 11)

وعرف أبو الخير (2013) الإدمان بأنه: "الاستخدام القهري لمادة مخدرة طبيعية كانت أم صناعية، وينتج عن هذا الاستخدام الضرر للفرد والمجتمع أو الاثنين معاً، وفي الوقت ذاته ينتج عن هذا الاستخدام اعتماد نفسي وعضوي يجبر المتعاطي على قبول التحمل ويضعف لهفته واشتياقه للمادة عند انتهاء فاعلية الجرعة التي تعاطاها". (أبو الخير، 2013: 26)

وعرفه الهويش (2016) بأنه: "حالة مزمنة تصيب الفرد نتيجة لتكرار استهلاك مادة معينة أو ممارسة نشاط معين بشكل مفرط إلى درجة تؤدي إلى تغيير أنماط السلوك، حيث يفقد الشخص القدرة على السيطرة على حاجته المتزايدة للحصول على هذه المادة أو ممارسة هذا النشاط، ويصبح غير قادر على التوقف عنها على الرغم من علمه بتأثيراتها السلبية على حياته وصحته".

(الهويش، 2016: 251)

كما عرف الإدمان (2022) حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الإصدار الخامس المعدل (DSM-5-TR) بأنه: "نمط إشكالي من استخدام مادة معينة يؤدي إلى خلل أو انزعاج كبير يُشخَّص هذا الاضطراب إذا توفر اثنان أو أكثر من (11) معيارًا خلال فترة (12) شهرًا وتشمل هذه المعايير:

- استخدام المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصودًا.
- رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة لتقليل الاستخدام.
- قضاء وقت طويل في الحصول على المادة أو استخدامها أو التعافي منها.
- الرغبة الشديدة (Craving).
- الاستمرار بالاستخدام رغم المشاكل الصحية أو النفسية.
- ظهور أعراض انسحاب أو تحمل (Withdrawal & Tolerance).

مما سبق ترى الباحثة أن الإدمان هو رغبة قهرية تمتلك الشخص ودون وعي منه في الحصول على المادة المتعاطاة بأي طريقة حتى يشعر بالنشوة والارتياح كما في اعتقاده.

مراحل الإدمان:

يعكس الإدمان طبيعة علاقة معقدة تتمثل في إنشاء ارتباط غير صحي بين الفرد والمادة المدمنة، حيث تتطور هذه العلاقة مع مرور الوقت ومن خلال مراحل متعددة. حيث تلعب العوامل النفسية للمدمن، بالإضافة إلى ظروفه الاجتماعية ونوعية علاقاته، دورًا كبيرًا في هذه العملية. كما تؤثر الضغوط البيئية والتغيرات الجسدية الناتجة عن إدمان المخدرات بشكل سريع على انتقال المدمن من مرحلة إلى أخرى. ومن بين هذه المراحل:

1- مرحلة التجربة (Experimentation):

تعد هذه المرحلة بمثابة البوابة لدخول العلاقة الإدمانية والاحتكاك بعالم الإدمان، وخاصة في ظل وجود رفقاء متعاطين، حيث أثبتت معظم الدراسات كدراسة الركابي (2011) أن أسباب التعاطي هم الأصدقاء أو الرفقاء (الركابي، 2011، 75-107)، وفي هذه المرحلة يختبر الفرد الموضوع الإدماني سواء كان مخدرًا كالخمر والسجائر، أو خبرة مفرحة ومشوقة كلعب القمار وغيره، ويقوم الفرد بتجربة المادة أو العقار بدافع الفضول أو للتخلص من الضغوطات النفسية والاجتماعية، وغالبًا ما يكون هذا التعاطي في إطار محدود وغير متكرر، ولكن بمرور الوقت ومع تكرار الاستخدام، ينتقل الفرد إلى مرحلة أكثر خطورة. (عطيات، 2000: 55)

2- مرحلة شهر العسل (The Honeymoon Stage):

تعتبر هذه المرحلة بمثابة الحد الفاصل بين الأفراد الذين سيصبحون مدمنين عن غيرهم الذين يبقون في المرحلة الاستكشافية غير مدمنين، ففي هذه المرحلة تطرأ على شخصية المتعاطي تغيرات، وكان الشخص أصبح إنساناً جديداً بمشاعر جديداً وتفكير جديد هذه الشخصية هي الشخصية المدمنة والتي ماهي إلا إنتاج لتغيرات وتطورات جسمانية وإدراكية وعاطفية وروحية تنمو مع تطور الإدمان، حيث يبدأ المحيطون كالأسرة والأصدقاء بملاحظة التغيرات والعزلة والسرية لدى المدمن، ويبدأ المدمن في الابتعاد عن عالمه الأول ويركز على عالمه الجديد إذ يعتبر أن عالمه الجديد أقدر على فهمه ودعمه أكثر من أسرته وأصدقائه القدامى. (هاشم، 2018: 204)

إن مفهوم شهر العسل جاء بناءً على فهم المدمنين الذين كانوا يشاركون خبراتهم، حيث تركوا المرحلة الاستكشافية الأولى واصفون الفرق بين المرحلة الأولى والثانية بزيادة الحاجة

إلى زيادة الإدمان، ولكن مع وجود الأحاسيس الجميلة وعدم رؤية أي ضرر من التصرفات الجديدة، بل بالشعور والسيطرة على الموقف تماماً باعتقاد أنها بداية النهاية للشعور بأن الأمور كلها تسير كما يريد هو، حيث يصبح التعاطي أمراً منتظماً وإن لم يصل بعد إلى حالة الاعتماد، وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد في الإحساس بآثار المادة أو السلوك بوضوح ويعتمد عليها تدريجياً كوسيلة للشعور بالراحة أو الاسترخاء. (فطائر، 1999: 44)

وتعد مرحلة شهر العسل بداية النهاية للأوجه الإيجابية للسلوك أو العلاقات الإدمانية، حيث يبدو أن حجم المربح أكثر من حجم الخسائر، أنها نهاية الاحتفال وبداية سماع ناقوس الخطر في حياة المدمن وأسرته.

3- مرحلة الاعتماد النفسي (Psychological Dependence Stage):

تعتبر المرحلة التي يتعلق بها عقل المدمن بالمخدر، حيث يبدأ الشعور بضرورة استخدام المادة أو ممارسة السلوك كجزء من حياته اليومية، فيصبح تعاطي المادة أو القيام بالسلوك أمراً ضرورياً لتجنب التوتر والقلق، وتصبح الآثار النفسية المترتبة على غيابها مزعجة للفرد، مما يدفعه إلى الاعتماد عليها لتعزيز شعوره بالراحة النفسية والاستقرار (شاهين، 1999: 30)

4- مرحلة الاعتماد الجسدي (Stage of Physical Dependence):

ففي هذه المرحلة يصبح الجسم متكيفاً مع وجود المادة لدرجة تجعله غير قادر على العمل بشكل طبيعي في حال غيابها، وتظهر أعراض انسحابية شديدة عند التوقف عن التعاطي، مما يجعل الفرد في حالة دائمة من الاعتماد الجسدي والنفسي.

5- مرحلة فقدان السيطرة (Loss of Control Stage):

يصبح المدمن في هذه المرحلة غير قادر على التحكم في سلوكه ويتحول الإدمان إلى جزء أساسي من حياته، فيتخلى عن مسؤولياته، ويتأثر أداءه الوظيفي والاجتماعي بشكل كبير، ويصبح هدفه الأساسي هو تأمين المادة أو القيام بالسلوك الذي يدمن عليه بأي ثمن، حتى لو كان ذلك على حساب صحته أو علاقاته الاجتماعية، وتعتبر هذه المرحلة من أخطر المراحل حيث يتغير الدماغ فعلياً ويصبح لا يشتغل إلا في وجود المخدر فقط، ويتوقف عن الاستجابة للأشياء الطبيعية (مثل الأكل أو العلاقات). (هاشم، 2018: 208)

أسباب الإدمان (The Causes Of Addiction):

تتعدد وتختلف أسباب الإدمان حيث تشير معظم الدراسات إلى أن الأفراد الذين يدخلون دائرة الإدمان هم من يعانون من اضطرابات نفسية، وخلقية، واجتماعية، ويشكون من التدهور الاجتماعي، أي أنهم أفراد سيئو التوافق مع من حولهم، وأهم هذه الأسباب:

1- الأسباب البيئية:

والتي تتمثل في المحيط الأسري والاجتماعي، حيث تغفل بعض الأسر عن منح أبنائها الاهتمام من حب وتقبل، وبالتالي يصبح الابن فريسة سهلة لأقران السوء الذين يوهمونهم بالحب والاحترام الذي فقده داخل البيئة الأسرية، فيصبح الابن متوحد مع هؤلاء في الطباع والخلق ويسلك الطريق نفسه في التدخين والتعاطي. (سامي، 2008: 173)

2- الأسباب الحضارية والثقافة والاجتماعية:

تعتبر الثقافة إحدى المقاييس المهمة في استخدامها لمعرفة تقدم أي مجتمع أو تأخره، كما تلعب دوراً رئيسياً في انتشار المخدرات أو الحد منها، فجهل الشباب بكل ما يتعلق بالمخدرات من ناحية ومضارها وأخطارها وعدم التخلص منها، حيث لا يعرف الشباب عن المخدرات إلا ما قام به صديقه عندما أخبره أن يجرب التعاطي ناثراً في طريقه الورود ويعظم له حسنات المخدر، فالجهل وقلة المعرفة يشكلان الدافع الأساسي بالشباب إلى التعاطي وهذا الجهل نابع من المجتمع والأهل الذين يرفضون حتى مبدأ التكلم عنها، أو لفظ اسمها بحجة انها آفة خطيرة. (تمراز، 2014: 99)

ففي فرنسا توقفت صناعة النبيذ أثناء الحرب العالمية الثانية فانخفضت نسبة تليف الكبد بشكل كبير وعند استئناف الصناعة مرة أخرى عادت النسب إلى معدلاتها قبل الحرب، وفي اليابان لجأ العمال إلى استخدام الامفيتامينات رغبة منهم في زيادة ساعات العمل والإنتاج.

(أبو الخير، 2016: 40)

كما أشار الخالدي (2016) أن أكثر العوامل الاجتماعية سبباً في الأدمان على المخدرات

هي:

1- اضطرابات الحياة الأسرية وانعدام الاستقرار، ووجود مشاعر الغربة بين أفراد الأسرة الواحدة.

2- ادمان أحد الوالدين.

3- التفكك الأسرى والطلاق وغياب الرعاية والمتابعة المطلوبة للأبناء، وتوفير احتياجات الأبناء النفسية والاجتماعية والمادية.

4- التغيرات الاجتماعية الطارئة أو المستمرة وعدم وضوح الرؤية وغياب الهدف الاجتماعي العام.

5- اختلال القيم الاجتماعية والأخلاقية والرغبة في التراء السريع بمختلف الأساليب من غش وسرقة وتحايل على القانون.

6- الشعور بالإحباط الناتج عن غياب الحلم بتحقيق فرص العمل أو المهنة التي ينشدها الشباب بعد استكمال دراستهم. (الخالدي، 2016: 330).

3- التأثيرات الكيميائية:

تؤثر بعض العقاقير المستخدمة بشكل كبير على جسم المتعاطي وأعضائه على سبيل المثال، المرضى الذين أصيبوا خلال الحروب تناولوا مسكن الترامادول كجزء من علاجهم لفترة محدودة، إلا أن معظم هؤلاء المرضى وقعوا في فخ الإدمان على هذا النوع من العقاقير، حيث يؤدي دخول بعض المواد والمركبات الكيميائية إلى الاعتماد النفسي والجسدي تستقبل الخلايا العصبية هذه المواد عبر مستقبلات العقار، وعندما تتطابق تلك الجزيئات مع المستقبلات يصبح للعقار تأثير فعال، أما إذا لم تتطابق فإن تأثيره يكون ضعيفا أو معدوماً ، وبالتالي يعتبر العقار فعالاً عندما يتسبب في اعتماد الجسم عليه وتكيفه معه.

(المهندي، 2013: 41)

تتفق الباحثة مع هذا الرأي إذ أن بعض المدمنين في المركز حاولوا تعاطي أكثر من نوع من المخدرات إذ يعود ذلك إلى عدم فعالية المخدر المعين أو عدم تحقيقه التأثير المطلوب الذي يسعى المتعاطي للوصول إليه.

4- الأسباب الوراثية:

بعض الناس عندهم تركيبة جينية تجعلهم أكثر عرضة للإدمان من غيرهم حيث أشارت العديد من الدراسات التي أجريت عام(1972)، بجامعة واشنطن في سانت لويس، بأن الأطفال المتبنين الذين كانوا آبائهم الحقيقيون مدمني مخدرات كانوا أكثر إقبالاً وترحيباً بمعاينة الخمر من

أقرانهم الذين هم من سنهم ولكنهم لا ينتمون إلى آباء متعاطين بمعنى عند وجود شخص في العائلة مدمن، تزيد احتمالية أن أفراداً من نفس العائلة يكون عندهم نفس القابلية. (المهندي، 2013: 67)

5- الأسباب النفسية:

يلجأ بعض الشباب إلى تعاطي المخدرات توهماً منهم بأنها ستخلصهم من المشكلات النفسية، والتقليل من حدة حالات الاكتئاب لدى البعض، إذ أن الشخصية المكتتبة غالباً ما تلجأ إلى التعاطي في اعتقاد صاحبها أنها تعينه على الإحساس بالذات، والقوة وبتقبل الآخرين له، والتغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق وتخفيف مستويات الشعور بالقلق واستجلاب السرور والسعادة. كذلك وجود أفكار مشوشة وخاطئة عن المخدرات كزيادة الطاقة الجنسية، والعناد والرغبة في المغامرة المدمرة لوجود عدوان موجه نحو نفسه (تكسير الذات). (الهويش، 2016: 259)

6- تعاطي بعض أنواع العقاقير دون وصفة طبية:

بعض الشباب يستخدمون نوعيات من الأدوية من دون وصفة طبية، مثل: المهدئات وبعض مضادات الاكتئاب أو القلق بهدف التغلب على القلق، والتوتر مثل عقار (Zanaex)، أو الترامادول، حيث يتورط الفرد في الإدمان على هذه العقاقير، والتي تمنحه شيئاً من النشوة والارتياح لفترة محددة دون أن تحل له أصل مشكلته.

7- حب التقليد:

يمر الفرد بعدة مراحل في حياته، ففي مرحلة المراهقة التي تسمى بمرحلة الخروج من شرنقة الطفولة إلى حياة جديدة بها العديد من المتغيرات، إذ يقوم بعض المراهقين بمحاولة إثبات ذاتهم وتطلعهم إلى الرجولة قبل آوانها عن طريق تقليد الكبار في أفعالهم وخاصة تلك الأفعال المتعلقة بالتدخين وتعاطي الخمر والمخدرات، وذلك من أجل إضفاء طابع الرجولة أمام زملائهم وأمام الجنس الآخر. (أوحيدة، 2017: 14)

وفي دراسة قام بها الخالدي (2003) على عينات من المدمنين في مجتمع عربي اتضح أن المتغيرات المرتبطة بالاعتماد الكحولي والمخدرات تتسع لتشمل جوانب شخصية واجتماعية واقتصادية، منها:

1- الإحباط الجماعي الذي يقاسيه الشباب بغياب الحلم بفرصة عمل حقيقية لا بطالة مقنعة.

- 2- الهروب من ضغوط الحياة ومتطلباتها، والعجز عن القيام بالواجبات الشخصية والمهنية والاجتماعية، والتعويض عن حالة الفشل بالعدوان على النفس والمجتمع.
- 3- اضطراب الأسرة وعدم استقرارها، ووجود غربة بين أفرادها، أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد، أو إدمان الأب، بالإضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين، أو غياب أحد الوالدين وخاصة الأب بسبب العمل المتواصل، وتفكك الروابط الأسرية التي فرضتها مطالب الحياة بخروج المرأة إلى العمل، وتقلص دور الأم.
- 5- سوء العملية التعليمية التي تركز على التلقين للمعلومات وحشو الأدمغة، وقهر الناشئة وجعلهم في موقف المتلقي السلبي، الأمر الذي ينمي لديهم سلوك الاعتمادية والقابلية للاستهواء، وجعل الشباب يقبلون ما يعرض عليهم دون مناقشة وتفكير.
- 6- سوء التنشئة الوالدية (الاجتماعية) كاستخدام أساليب التسلط، أو القهرية، أو أساليب الحماية الزائدة (التدليل المفرط)، الأمر الذي ينمي لدى الناشئة الأفكار الهروبية وضعف الثقة بالنفس، وعدم تحمل المسؤولية، وتجنب الالتزام بالقيم الاجتماعية السائدة.
- 7- اختلال قيم المراهقين والشباب وميلهم إلى إشباع أساليب الغش، والسرقه، والتحايل على القوانين والتعليمات الأصولية المتعارف عليها في المجتمع (سلوك سيكوباتي).
- 8- انتشار المواد المخدرة وإمكانية الحصول عليها بواسطة التجار والمهربين، وعدم تنفيذ القوانين الصارمة والمباشرة بحقهم. (الخالدي، 2006: 324)
- وبالنظر إلى الدراسات السابقة سواء النفسية أو الاجتماعية التي أجريت من أجل التعرف على أهم الأسباب التي تقف وراء تعاطي الشباب المخدرات وخاصة لأول مرة وجد أن عامل الفضول وإحاح الأصدقاء يعتبر من أهم الحوافز على خوض التجربة كأسلوب للمشاركة الوجدانية مع الأقران والأصدقاء، وهذا ما لاحظته الباحثة وأكد عليه أفراد الدراسة أن الأصدقاء كانوا السبب الأول في تعاطي المخدرات.**

أنواع الإدمان:

يتنوع الإدمان بشكل كبير ليشمل مجموعة واسعة من المواد والسلوكيات التي تؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي، ويُعد الإدمان على المواد المخدرة أحد أكثر أنواع الإدمان شيوعاً، ويتضمن الاعتماد على مواد كيميائية كالكحول، والمخدرات، مثل: الحشيش والهيروين والكوكايين

والماريجوانا، حيث تسبب هذه المواد تأثيرات قوية على الجهاز العصبي المركزي تؤدي إلى الشعور بالنشوة أو التخفيف من التوتر، ويصبح من الصعب على المدمن التوقف عنها بسبب الأعراض الإنسحابية التي يعاني منها. وهناك أيضاً الإدمان على الأدوية الطبية الذي يشمل الاعتماد على مسكنات الألم والأدوية النفسية التي تُستخدم دون إشراف طبي، حيث يؤدي التعاطي المفرط لهذه الأدوية إلى تغييرات في كيمياء الدماغ، وزيادة حاجة الفرد إلى الجرعات للحصول على نفس التأثير، مما يجعل من الصعب السيطرة على سلوكه. (حركات، 2014: 55)

كما يشمل الإدمان (الإدمان السلوكي) الذي يُعنى بالاعتماد على سلوكيات معينة وليس مواد كيميائية، مثل (الإدمان على القمار) الذي يجعل الفرد غير قادر على التوقف عن المراهنة حتى مع وجود خسائر مادية كبيرة، وكذلك (إدمان الإنترنت والألعاب الإلكترونية) حيث يشعر الفرد بضرورة قضاء وقت طويل على الإنترنت أو اللعب، ما يؤثر على حياته الاجتماعية، والنفسية، بالإضافة إلى (إدمان التسوق) الذي يدفع الفرد للشراء المفرط بشكل غير ضروري لتحقيق شعور بالرضا المؤقت. ويُعتبر الإدمان السلوكي خطراً بحد ذاته لأنه قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية، وضعف الإنتاجية، والاضطرابات النفسية التي قد تحتاج إلى تدخلات علاجية طويلة الأمد. (هاشم، 2018: 222)

خصائص وسمات الأفراد المدمنين:

يمتاز الأفراد المدمنون بخصائص نفسية وسلوكية تميزهم عن غيرهم، حيث غالباً ما يُظهر المدمنون صعوبة في التحكم بالنزوات والرغبات، مما يجعلهم أكثر عرضة للانجذاب نحو السلوكيات الإدمانية، فهم يميلون إلى البحث عن الإشباع الفوري للحاجات، ويواجهون تحديات في تأجيل المتعة أو مقاومة المغريات، كما يعاني الأفراد المدمنون من ضعف القدرة على التكيف مع الضغوطات النفسية والاجتماعية، حيث يلجؤون إلى المخدرات أو السلوكيات الإدمانية كوسيلة للهروب من المشاكل أو التوترات اليومية، ومن خصائصهم أيضاً أنهم يميلون إلى العزلة الاجتماعية، حيث يؤثر الإدمان على علاقاتهم بالآخرين ويدفعهم إلى الانطواء والانفصال عن المجتمع، مما يعزز من شعورهم بالوحدة والانفصال العاطفي. كما يتميز الأفراد المدمنون بعدم استقرارهم العاطفي، إذ تتأثر حالتهم المزاجية بشكل كبير بنقص أو توفر المادة التي يدمنون عليها، ويعانون من تقلبات مزاجية قد تؤدي إلى سلوكيات عدوانية أو اكتئاب حاد. (العابدين، 2009: 44)

وغالباً ما يعاني المدمنون من تدني تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس، حيث يشعرون بالدونية والفشل نتيجة لعجزهم عن التحكم في سلوكهم، ويصاحب ذلك الشعور بالذنب والندم الذي يزيد من تعقيد حالتهم النفسية، وأيضاً، فإن الأفراد المدمنين يُظهرون صعوبة في تحمل المسؤولية والالتزام، حيث يتجنبون أداء واجباتهم الشخصية والاجتماعية، ويؤثر ذلك على أدائهم المهني والعائلي، وقد يؤدي إلى مشاكل قانونية أو مالية (شعوبي، 2020: 30)

وتوصل عبد السلام (1977) في دراسته أن مدمني المخدرات يتميزون بعدة خصائص نفسية، منها:

- عدم الشعور بالأمن والطمأنينة الانفعالية ويكون المدمن أكثر عصابية وميلاً إلى اضطراب الذهان.
- ينتمي المدمنون إلى المستويات الدنيا من الذكاء بصورة عامة.
- ينظر المتعاطي إلى المستقبل نظرة سلبية نتيجة التراكمات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها والناجمة عن الديمومة في التعاطي.
- تتمثل صراعاته بشكل أساسي في النجاح وتحقيق المتعة (صيام، 2015: 34)

وتتسم الشخصية المدمنة بمجموعة من السمات النفسية والسلوكية التي تجعلها أكثر عرضة للانخراط في سلوكيات الإدمان وتكرارها، ومن أبرز هذه السمات (الاندفاعية)، حيث يميل الأفراد المدمنون إلى اتخاذ قرارات سريعة وغير مدروسة دون التفكير في العواقب المحتملة لأفعالهم، مما يجعلهم أكثر عرضة للتجربة والانجذاب نحو المخدرات أو السلوكيات الإدمانية، ومن السمات الأخرى (ضعف القدرة على التكيف مع الضغوطات) إذ أن المدمنين يعانون من صعوبة في التعامل مع المشاكل والضغوطات الحياتية، ويفضلون الهروب إلى المخدرات كوسيلة لتخفيف التوتر أو الهروب من الواقع، كما أن (انخفاض تقدير الذات) يعد من السمات البارزة في الشخصية المدمنة، حيث يشعر المدمنون بالدونية والضعف، ويعتمدون على المخدرات لتعزيز شعورهم بالراحة والأمان النفسي (الشيخي، 2022: 66)

ومن خلال الدراسة التي قام بها (chien) و (disenfeld) على المخدرات وجدوا أن المدمنين على المخدرات هم أشخاص ممزقين نفسياً، كما أنهم لديهم استعداد الإدمان ويعانون

الضعف والانهيار النفسي، إذ أن الشخصية المدمنة شخصية غير ناضجة نفسياً، وهذا النقص في النضج يجعلها متهيئة للوقوع في دائرة الإدمان على المخدرات (سليماتي، 2012: 45)

وكذلك (حب المخاطرة والبحث عن الإثارة) من السمات التي تدفع الأفراد المدمنين إلى تجربة المخدرات كوسيلة لتلبية حاجتهم إلى التجارب المثيرة والخروج عن المألوف، وأيضاً، فإن المدمنين يظهرون (الاعتمادية على الآخرين) إذ يميلون إلى الاعتماد على المحيطين بهم للحصول على الدعم النفسي والعاطفي، مما يجعلهم أكثر عرضة للانخراط في بيئات غير صحية، كما أن (الانطوائية والعزلة الاجتماعية) تُعتبر من السمات التي تسهم في تفاقم مشكلة الإدمان حيث يفضل المدمنون الابتعاد عن التواصل الاجتماعي والانغماس في عالمهم الخاص، مما يزيد من شعورهم بالوحدة ويعزز حاجتهم إلى التعاطي كوسيلة للتعامل مع العزلة، وتُعد "عدم تحمل الفشل والإحباط" أيضاً من السمات النفسية التي تدفع المدمنين إلى تعاطي المخدرات لتجنب مواجهة الواقع وقبول التحديات، وبالإضافة إلى ذلك، فإن المدمنين يظهرون "التعلق الشديد بالمتع الفورية" حيث يسعون وراء الشعور بالمتعة الآنية دون النظر إلى الأثر البعيد، وهذا التعلق بالمكافآت السريعة يجعل من الصعب عليهم التوقف عن الإدمان. (حمودة، 2018: 77)

ومن خلال الدراسات التي تناولت ظاهرة تعاطي المخدرات بالمجتمع الليبي كدراسة أحمد (2001) حول ظاهرة الإدمان وتعاطي المخدرات، ودراسة عمر (2006) حول المشكلات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية أمكن تحديد بعض الخصائص السيكولوجية والنفسية لمتعاطي المخدرات، منها:

1- قلة الاستعداد لدى بعض الشباب من متعاطي المخدرات للاستقلال والاعتماد على النفس، حيث يعتمد معظمهم على الأهل لتلبية متطلباتهم.

2- اضطراب الشخصية لدى بعض الشباب من متعاطي المخدرات، بسبب التنشئة الاجتماعية الخاطئة، بسبب جهل الوالدين وانخفاض مستوى تعليمهم، وبالتالي فإن أساليب التنشئة تعتمد على القسوة والضببط الزائد للسلوك، أو تكون بالعكس حيث تعتمد على التذليل وانخفاض الرقابة والإهمال مما يسبب حالة فراغ يدفع الشباب إلى الانحراف والتعاطي.

3- انخفاض المستوى التعليمي لدى بعض الشباب.

4- الفراغ الفكري والغزو الثقافي الذي يعاني منه أغلب الشباب نتيجة تقصير مؤسسات المجتمع كالأُسرة والمدرسة والاعلام، والقيام بدورها في الاهتمام بهذه الفئة الأمر الذي ينتج شخصيات ضعيفة ليس لديها أفكاراً واضحة عن ذاتها أدت بها إلى حالة من القلق والخوف، شخصيات غير قادرة على تحديد حاجاتها وطموحاتها وأهدافها في الحياة، الأمر الذي يجعل هؤلاء فريسة سهلة للانحراف بجميع أنواعه.

5- تتسم أغلب شخصيات المتعاطين بالضيق والتوتر النفسي نتيجة عدم الحصول على أعمال مناسبة وعدم توفر الدخل المناسب الأمر الذي ادي للهروب من الحياة بأساليب مختلفة من بينها التعاطي. (الفار، 2016: 78)

الآثار الناتجة عن تعاطي وإدمان المخدرات:

يترتب على تعاطي وإدمان المخدرات على اختلاف أنواعها العديد من الآثار السلبية على الفرد، إذ تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي، وعلى مستوى الدافعية لديه سوء كان موظفاً أو طالباً، فعملية ارتباط المدمن بالمخدر تصبح عملية معقدة يصعب التخلص منها، حيث تسيطر على شخصيته ويصبح المدمن مسلوب الإرادة ضعيف الشخصية، لا يهتمه شيء في الحياة إلا توفر المادة المخدرة، ويصبح عرضه للعديد من الأمراض الجسمية، والنفسية، ومن هذه الاثار:

أ- الاضرار الجسمية:

إن آثار التعاطي تختلف كماً وكيفاً تبعاً للتكوين الجسمي للمتعاطي، وتبعاً لقوة المادة الفعالة الموجودة في المادة المخدرة، وكذلك تختلف هذه الآثار باختلاف التكوين السيكولوجي للفرد، إن تعاطي المخدرات يصيب الانسان بأضرار صحية عديدة قد تؤدي بحياته ومن هذه الأضرار:

- يظهر تأثير المخدرات على المخ والجهاز العصبي فيصاب المدمن بتلف في خلايا المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكوّن المخ، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة والهلاوس السمعية والبصرية والفكرية.
- تعاطي المخدرات يؤثر في الجهاز التنفسي حيث يصبح المدمن أكثر إصابة بالنزلات الشعبية والرئوية وتوقف التنفس في بعض الحالات (خاصة مع المسكنات والمهدئات) وكذلك انتفاخ الرئة والسرطان.

- يؤدي تعاطي المخدرات إلى ارتفاع وانخفاض ضغط الدم والإصابة بنوبات قلبية مفاجئة، بالإضافة إلى الضعف في عضلة القلب. (سليمان، 2000: 283)
- يعاني متعاطي المخدرات من فقدان الشهية والقِي والغثيان المتكرر وسوء الهضم، خاصة إذا كانت المادة المخدرة مأخوذة عن طريق الفم، وفي بعض الأحيان يصاب بفشل كبدي أو كلوي نتيجة تراكم السموم في الجسم.
- أما بالنسبة لتأثير المخدرات على الناحية الجنسية فقد اثبتت الدراسات أن متعاطي المخدرات يصاب بضعف القدرة الجنسية، وكذلك العقم عند الرجال والنساء.
- وكذلك الإصابة بنوبات صرعية بسبب الاستبعاد للعقار؛ وذلك بعد ثمانية أيام من الاستبعاد. وأيضاً إحداث عيوب خلقية في الأطفال حديثي الولادة. وأيضاً هناك مشاكل صحية لدى المدمنات الحوامل مثل: فقر الدم ومرض القلب، والسكري والتهاب الرئتين والكبد والإجهاض العفوي، ووضع مقلوب للجنين الذي يولد ناقص النمو، هذا إذا لم يمت في رحم الأم. ويعد تعاطي جرعة زائدة ومفرطة من المخدرات قد يكون في حد ذات (انتحاراً).

(زهران، 2004: 509)

ب - الأضرار النفسية:

والتي تتمثل في اضطراب الوظائف العقلية، فتعاطي المخدرات يؤدي إلى اختلال في التفكير العام وصعوبة وبطء به، وبالتالي يؤدي إلى فساد الحكم على الأمور والأشياء الذي يحدث معها بعض أو حتى كثير من التصرفات الغريبة، إضافة إلى الهذيان والهلوسة، وأيضاً الآثار النفسية مثل القلق، والتوتر المستمر، والشعور بعدم الاستقرار، والشعور بالانقباض والهبوط مع عصبية وحدة في المزاج، وإهمال النفس والمظهر، وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه، (الخواج، 2003: 33). كما يحدث تعاطي المخدرات اضطراباً في الإدراك الحسي العام وخاصة إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر، هذا بالإضافة إلى الخلل في إدراك الزمن بالاتجاه نحو البطء واختلال إدراك المسافات بالاتجاه نحو الطول، واختلال أو إدراك الحجم نحو التضخم، كذلك تحدث اختلالاً في الاتزان والذي يؤدي إلى التشنجات والصعوبات في النطق والتعبير عما يدور بذهن المتعاطي بالإضافة إلى صعوبة المشي، ويصاب المتعاطي أيضاً باضطراب في الوجدان، حيث ينقلب المتعاطي من حالة المرح والنشوة والشعور بالرضى

والراحة (بعد تعاطي المخدر) ويتبع هذا ضعف في المستوى الذهني، وذلك لتضارب الأفكار لديه فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم وواقع مؤلم مصحوب بخمول واكتئاب، وتظهر هذه الآثار بوضوح في النتائج التي توصلت إليها دراسة صادقي (2022) التي أجريت على ثلاث حالات من المدمنين، ودراسة بريطانية أجريت على متعاطي الحشيش (2016)، كذلك دراسة الباز (1999) عن الأداء المهني لمدمني المخدرات إذ تبين من خلال نتائج الدراسة أن الأداء المهني للمتعاطين منخفض الأمر الذي يؤكد تأثير المخدر على الحالة الجسدية والنفسية والعقلية فالمخدر يؤدي إلى الخمول والبلادة والإهمال.

(الباز، 1999: 13)

ج- الأضرار الاجتماعية والأسرية:

إن تعاطي أي نوع من أنواع المخدرات من شأنه أن يضر بالفرد ، وإن انتشار وتوزيع تعاطي المخدرات يحدث بين الفئات الاجتماعية المختلفة ،حيث ينتشر بين الشباب بصفة عامة خاصة، وأنه يتجه إلى الانتشار بين الأصغر سنا عنه بين الأكبر سناً، ويظهر هذا الضرر الذي يلحق بالفرد بنتائجه على الضرر الذي يلحق بالأسرة، بصورة اضطرابات في العلاقات الأسرية، ويؤكد (مياسا، 1997) في كتابه مأساة المخدرات إن إدمان المخدرات ليس مأساة المتعاطي فقط ،بل مأساة الأسرة بالكامل، حيث أن الأمراض الاجتماعية التي تنمو في مستنقع المخدرات تنتقل إلى الأسرة الزوجة والأطفال لتنتف سمومها فيهم. (تمراز، 2014: 97)

إن تعاطي المخدرات يحطم إرادة الفرد المتعاطي وذلك لأن تعاطي المخدرات يجعل الفرد يفقد كل القيم الدينية والأخلاقية، ويتعطل عن عمله الوظيفي والتعليمي مما يقلل إنتاجيته ونشاطه اجتماعياً وثقافياً، وبالتالي يحجب عنه ثقة الناس به، ويتحول بالتالي بفعل المخدرات إلى شخص سطحي غير موثوق فيه ومهمل ومنحرف في المزاج والتعامل مع الآخرين، كما يصبح شخص سريع الاستتارة وينفعل بسرعة ولأسباب تافهة. وذو أمزجة منحرفة في تعامله مع الناس ومع أسرته.

ولقد لخصت العديد من الدراسات هذه الآثار، كدراسة أجرتها ربيع (2022) أن من أهم

هذه الآثار:

أ- التفكك الأسري.

ب- الجرائم والمشاكل الأمنية

ت- الفقر والبطالة.

ث- وصمة العار والنزاع الاجتماعي.

ج- انهيار القيم والأخلاق

ح- عدم القدرة على إقامة علاقات طيبة من المجتمع. (ربيع، 2022: 55)

النظريات المفسرة لسلوك الإدمان على المخدرات:

تتعدد النظريات التي سعت إلى تفسير سلوك الإدمان على المخدرات، حيث تنطلق هذه

النظريات من زوايا علمية مختلفة، ومن هذه النظريات:

1- نظرية التحليل النفسي (Psychoanalytic Theory):

لفت فرويد (Freud) في عام (1905) انتباه الباحثين إلى أهمية المرحلة الفموية في حياة الأفراد الذين يميلون بشكل كبير إلى الشرب والتدخين. بناءً على هذه الفكرة، قدم فرويد تفسيره لظاهرة الإدمان على الكحول والمخدرات، حيث اعتبر أن المخدرات تمثل وسيلة يستخدمها المدمنون للتعامل مع الألم. كما اعتبر أن المدمنين يعانون من تثبيت في المرحلة الفموية، ويتميزون بنزعة نحو تحطيم الذات، بالإضافة إلى وجود ميل جنسية كامنة. ويُعتبر استخدامهم للمخدرات وسيلة لإشباع الرغبات الجنسية، فضلاً عن كونه تعبيراً عن الحاجة إلى الأمان والحفاظ على الذات في الوقت نفسه. (زيان، 2022: 8).

مما سبق نرى أن التحليليين يركزون في تفسير الإدمان على أنه صراعات نفسية ترجع

أساساً إلى:

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفموية.

- الحاجة إلى الأمان.

- الحاجة إلى إثبات الذات. (أوحيدة، 2017: 20)

ويعتبر (فرويد) من الذين اهتموا بموضوع الإدمان وتفسيره، فهو يرى أن تعاطي الأفراد

للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل، أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من

الإحباطات، أي أن الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدى الفرد الإحباط، ويجعله في موقف القلق وعدم الاستقرار.

وتصنف مدرسة التحليل النفسي مظاهر الإدمان على المخدرات في المظاهر التالية:

- المرح والانبساط وهو الشكل الأساسي للإدمان.
 - إضراب النشاط الجنسي.
 - تدهور عقلي.
 - تدهور خلقي، اجتماعي ومهني. (سليماتي، 2012: 41)
- فالأصل في ظاهرة الإدمان حسب هذه النظرية هو تحقيق النشوة عن طريق المخدر أو بعبارة أخرى تخفيف الاكتئاب الذي يعاني منه المدمن وليس مجرد إزالة للتوترات الفسيولوجية الناجمة عن تأثير المخدر، فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة، ووفقاً لذلك يفسر الإدمان بأنه:

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.
- تعويض عن إحباط شديد ينتج من حرمان أو إشباع حاجات أساسية.
- التنشئة الاجتماعية الناقصة أو الصعبة.
- سلوك يعبر عن فقد للمعايير الاجتماعية.
- سلوك شخصي يشكل عصاباً. (بن زيان، 1995: 9)

كما تقدم هذه النظرية تفسيراً آخر للإدمان، حيث ترى أن الإدمان ينشأ نتيجة لاضطراب في العلاقة مع الشيء المدمن عليه. في هذا السياق، يُعتبر المخدر بمثابة تعويض عن هذا الشيء، كما تؤكد النظرية على وجود ارتباط بين الإدمان وبعض سمات الشخصية، مثل: النرجسية، وانخفاض مستوى تقدير الذات، والاعتمادية. (زعاف، أم الجليلي، 2016: 76)

2- النظرية السلوكية (Behaviorism):

يرى السلوكيون أن الإدمان هو سلوك مكتسب نتيجة للتعلم من المحيط، حيث يتعلم الفرد أن المخدرات توفر له شعوراً إيجابياً أو تخفف من ضغوطه، فيقوم بتكرار هذا السلوك ليحصل على نفس التأثير، وتؤكد هذه النظرية على أهمية المحيط الاجتماعي في تعزيز السلوك الإدماني من خلال التجربة والتعلم، ويتفق (ليند سميت) (Lind smith, 1968) في أن الإدمان

نوع من السلوك مثل باقي أنواع السلوك الأخرى ،فهو متعلم من خلال الاشتراط ،وهو مشابه بكثير لنفس الطريق التي يسيل بها لعاب كلاب (بافلوف) من صوت الجرس ،وقد ميز (سميت) بين إدمان المخدرات واعتيادها ،فالإدمان سلوك متعلم أساسا من خلال التعزيز السلبي الناتج عن أعراض المنع وأيضاً من التعزيز الإيجابي الناتج عن الأثر المريح للمخدر الذي يرتبط بأحكام مع الاعتياد على استخدام المخدر، ويحدث الإدمان وفقاً للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه المخدر من آثار سارة ،وكذلك نتيجة وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر، وبذلك يكون الإدمان سلوك يتعلمه الفرد من البيئة المحيطة به.(إسماعيل، 2011: 82)

3- النظرية الاجتماعية (Social Theory):

يفسر أصحاب هذا الاتجاه أن ظاهرة الإدمان تعتبر رغبة الإنسان الكامنة في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم، حيث تدفعه هاتان الرغبتان للاتجاه لأي طريق يحققهما فهم ينظرون إلى تعاطي المخدرات ما هو إلا نوع من الحيل الاجتماعية تمثل سلوكاً لا شعورياً تتمثل في أداء سلسلة من الخطوات غير السوية المعقدة لتحقيق المتعاطي لرغبته. وتفسر ظاهرة الإدمان من الناحية الاجتماعية أنها ليست على أساس كونها مرضاً أو علة نفسية، بل على أساس حيلة أو خدعة اجتماعية.

يصنف علماء الاجتماع المدمنين وفق هذه النظرية من خلال الحيل والخدع الاجتماعية إلى ثلاثة أنواع:

أ- **المدمن المتحدي**: وهو الشخص الذي يضع نفسه في موقف يسمح للآخرين بالسخط عليه وعلى تصرفاته ويتلذذ بهذا العقاب ويتعاطيه يشعر بنفسه أنه يتحداهم.

ب- **المدمن الذي يستجدي العطف**: وهو الشخص الذي يشعر بأنه غير مهتم به من قبل الآخرين ولا يشعر منهم بالحب والرعاية، فيقوم بتدمير صحته عن طريق التعاطي حتى يكسب عطف الآخرين وعنايتهم واهتمامهم به.

ت- **المدمن المتفاني**: وهو الشخص الذي ينقص من قيمته الاجتماعية والشخصية حتى لا يشعر شريكته بنقص موجود بها، معتقداً أنه بهذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر.

(الذويبي، 1999: 30)

كما تؤكد النظرية الاجتماعية على أن تخطيط المجتمع وعدم وضوح الرؤية وغياب الأهداف القومية، وغياب القدوة ونقص مشاركة الشباب وعدم وجود دور واضح لهم في المجتمع والإحباط الاجتماعي لقدراتهم، كما تؤكد هذه النظرية على أهمية جماعة الأصدقاء وتأثيرها على الانخراط في بوابة الانحرافات. (محمد، 1999: 47)

4- النظرية البيولوجية والوراثية (Biological and Genetic Theory):

يعتبر أصحاب هذا الاتجاه أن إدمان المخدرات ظاهرة وراثية، حيث أظهرت نتائج الدراسات التي تناولت موضوع التبني، مثل: دراسة كادوريت وزملائه (Cadoret et al.1994)، ودراسة دراسة ستوكهولم للتبني (Stockholm Adoption Study,1981) أن الأطفال الذين يولدون لوالدين غير مدمنين للكحول لم يشهدوا زيادة في معدلات الإدمان. في المقابل، فإن الأطفال الذين يولدون لأبوين مدمنين على الكحول يُسجلون معدلات إدمان تتراوح بين واحد إلى خمس أضعاف مقارنة بأولئك المولودين لوالدين غير مدمنين.

ويؤكد العلماء أن العوامل الوراثية تلعب دوراً كبيراً في إمكانية تعرض الفرد للإدمان، حيث تُشرعها بنسبة تتراوح بين (40-60%) إلى جانب تأثير العوامل البيئية الأخرى مثل ضغط الأصدقاء والبيئة المحيطة.

كما أشارت الأبحاث العلمية إلى أن الجينات لها تأثير واضح في تشكيل الاستعداد الوراثي للإدمان، حيث يعتبر التاريخ العائلي في تعاطي المواد المخدرة أو الكحول مؤشراً قوياً لاحتمالية تعاطي الفرد لهذا السلوك.

وتتفق الباحثة مع هذا الاتجاه في أن عامل الوراثة يلعب دوراً كبيراً في خطر الإدمان على الكحول، لكن البيئة والتربية السليمة يمكن أن تقلل من هذا الخطر. (أحمد، 2022: 143)

5- نظرية الذات (Self Theory):

تسعى هذه النظرية إلى توضيح كيفية تكوّن شخصية الفرد وكيفية تفاعل "الذات" مع التحديات الداخلية، مثل التوتر والصراعات النفسية، والخارجية، مثل البيئة والمجتمع. وتؤكد على أن نضج "الأنا" يعد أساساً لتشكيل شخصية متوازنة وفعالة، ومن خلال هذه النظرية، تُعتبر المشكلات النفسية، بما في ذلك الإدمان، انعكاساً لاضطراب في توازن الذات أو ضعف في نضج الأنا، مما يؤدي إلى سلوكيات هروبية تهدف إلى تحقيق توازن زائف أو مؤقت. فالأنا تمثل طاقة قادرة على

الإدراك والإحساس والتفكير والإنجاز، وتؤدي وظائف تكيفية ودفاعية. وقد أصبح التركيز على الأنا أو الذات محورًا أساسيًا في تعديل وتعزيز الشخصية، خاصة فيما يتعلق بتحقيق التوازن بين نزعات الهو والذات العليا (الضمير) والفرد وبيئته الاجتماعية. تفسر مدخل سيكولوجية الذات إدمان المخدرات كعرض يدل على عدم كفاءة الشخصية في أداء وظائفها ونقص نضج الأنا. فإذا كان التعاطي سلوكًا، فإنه يعكس شخصية تعتمد على الآخرين وتفتقر إلى القدرة على تحمل الإحباط، حيث يرى الفرد أن التعاطي هو وسيلة للهروب من مواجهة الواقع. كما تقدم النظرية تفسيرًا آخر يتعلق بضعف الشخصية. (روجرز، 2009: 66)

يمكن تفسير الإدمان وفقًا لفرضيات هذه النظرية على النحو التالي:

أ- الإدمان وسيلة دفاعية، لمقابلة فشل وضعف الأنا في القيام بوظائفها.

ب- الإدمان هو اضطراب في تكوين الذات.

ت- الإدمان فراغ داخلي.

ث- يحدث الإدمان نتيجة غياب الهوية.

6- نظرية العوامل المتعددة (Multiple Factor Theory):

يُعدّ تعاطي المخدرات من الظواهر النفسية والاجتماعية المعقدة التي لا يمكن تفسيرها بعامل واحد فقط.، حيث تعتبر نظرية العوامل المتعددة من الأطر التحليلية التي تستخدم لفهم الظواهر المعقدة، مثل، الإدمان من خلال تفاعل مجموعة متكاملة من العوامل، وتقتض أن السلوكيات مثل تعاطي المخدرات لا تعزى لسبب واحد بل تتأثر بمجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية والاقتصادية أهمها:

أ- أسباب نفسية: كالاكتئاب والقلق، والشعور بالحزن المزمن، ضعف تقدير الذات، والإحساس بعدم القيمة أو الفشل، والعجز في التعامل مع الضغوط وضعف المهارات النفسية في مواجهة مشكلات الحياة اليومية، والفراغ والملل وغياب الهدف أو المعنى في الحياة.

ب- أسباب اجتماعية: كالتفكك الأسري غياب الوالدين، كثرة الخلافات، أو الإهمال العاطفي، وتأثير الأصدقاء أو الرغبة في إثبات الذات داخل المجموعة، والقذوة السيئة المتمثلة في وجود شخصيات مؤثرة في حياة الفرد (كالأب، الأخ، أو النجم المفضل) يتعاطون المخدرات.

ت- أسباب اقتصادية: كالفقر والبطالة والإحباط الناتج عن صعوبة الحياة، والشعور بعدم العدالة الاجتماعية والشعور بالحرمان من الفرص الإيجابية في الحياة، فيتجه للمخدرات كوسيلة للراحة أو الانتقام من الواقع.

ث- أسباب ثقافية وبيئية: كسهولة الحصول على المخدرات والقبول المجتمعي، وقلة التوعية نقص المعلومات والجهل بخطورة الإدمان.

ج- أسباب بيولوجية ووراثية: وجود تاريخ عائلي للإدمان، واختلال كيميائي في الدماغ، والاستعداد الوراثي. (محمد، 2007، 55)

ووفقاً لما ذكره البرتين (Brett O. Vargas,2002) فإن الشخص لا يُقبل على تعاطي المخدرات فقط بسبب توفر المادة المخدرة، وإنما لوجود مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيولوجية التي تسهم في جعله أكثر قابلية للوقوع في هذا السلوك، فالإدمان لا يحدث بسبب واحد، بل هو (تراكم ضغوط وأسباب)، وكل ما زادت هذه العوامل وتداخلت، زادت خطورة الإدمان. (صيام، 2011، 36)

التعقيب على النظريات:

من خلال العرض السابق للنظريات ترى الباحثة أن الإدمان ليس مجرد عادة، بل هو ظاهرة متعددة الأبعاد اختلفت النظريات في تفسيرها حسب الزاوية التي تنظر منها، حيث اعتبرت المدرسة التحليلية الإدمان صراعات لاشعورية واحتياجات لم تشبع ونكوص إلى مرحلة الطفولة (المرحلة الفمية) وخاصة مع الإحباط وضعف تقدير الذات، فالإدمان هو سلوك نفسي دفاعي يُستخدم كبديل للحنان أو المتعة المفقودة نتيجة لخلل أو اضطراب في النمو النفسي، أما الاتجاه السلوكي يرى أن الإدمان سلوك متعلم ناتج عن تجارب وتعزيزات إيجابية مثل (المتعة)، وسلبية مثل: (الهروب من الألم)، إذ يعتبر عادة مكتسبة ناتجة عن التعلم ويمكن وفق هذه النظرية تغييرها بإعادة التعلم، أما النظرية الاجتماعية اعتبرت الإدمان حيلة دفاعية لاشعورية أو طريقة غير واعية لتحقيق رغبات اجتماعية كالتحدي أو كسب العطف أو التفاني في العلاقة، فالإدمان ظاهرة اجتماعية تعكس مشاكل المجتمع كفقْدان القدوة وغياب الأهداف وتأثير الجماعة، وركزت النظرية البيولوجية والوراثية على عامل الوراثة واضطرابات كيميائية في الدماغ أي ترى أن الإدمان مرض بيولوجي وراثي، وقد ينتقل عبر الجينات لكنه أيضاً يتأثر بالبيئة أم نظرية الذات فسرت الإدمان

بأنه اضطراب في تكوين الذات أو ضعف الأنا، وهو وسيلة للهروب من الواقع أو تعويض النقص، ونتيجة ضعف في الهوية ونقص في النضج النفسي، يعبر عن فشل في التكيف أو أداء الوظائف النفسية وفسرت نظرية العوامل المتعددة سبب الإدمان بأنه تفاعل معقد بين عوامل نفسية، اجتماعية، اقتصادية، ثقافية، وبيولوجية، ولا يمكن تفسيرها بعامل واحد، بل بتشابك الضغوط والمحفزات.

ومما سبق ترى الباحثة أن تفسير ظاهرة الإدمان لا يمكن حصرها في إطار نظري واحد، نظراً لتعقيد الظاهرة وتشابك أبعادها النفسية والاجتماعية والبيولوجية والاقتصادية، فكل نظرية من النظريات السابقة تقدم إسهاماً مهماً في فهم جانب معين من الظاهرة، إلا أنها - منفردة - لا تقدم تفسيراً شاملاً وكاملاً.

وعليه، تميل الباحثة إلى تبني (نظرية العوامل المتعددة) كنموذج تفسيري أكثر تكاملاً وواقعية حيث ترى أن الإدمان هو نتاج تفاعل ديناميكي بين مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والوراثية والبيولوجية والثقافية والبيئية.

وتؤكد الباحثة أن هذا التوجه الشمولي لا يسهم فقط في الفهم العميق للأسباب المؤدية للإدمان، بل يمكن أيضاً من تصميم برامج وقائية وعلاجية فعالة تأخذ بعين الاعتبار خصوصية كل حالة وظروفها الفردية والاجتماعية.

حكم المخدرات في الشريعة الإسلامية:

حرم الإسلام تعاطي المخدرات بجميع أنواعها، باعتبارها من المحرمات مثل الخمر، لما تسببه من أضرار جسيمة للعقل والجسد، وتهدد الضرورات الخمس التي حرص التشريع الإسلامي على صيانتها: الدين، النفس، العقل، العرض، والمال. ويشير ابن القيم في كتابه *زاد المعاد* إلى أن كل ما يسكر، سواء كان سائلاً أو صلباً، يُعد خمراً، بما في ذلك الحشيش، وفقاً لما ورد عن النبي ﷺ: "كل مسكر خمرة"، وهو ما أكده علماء الأمة، فمن المنظور النفسي الإسلامي، يُنظر إلى المخدرات على أنها عامل مباشر لفقدان التوازن النفسي والاجتماعي، إذ يؤدي التعاطي إلى تدمير الصحة العقلية والجسدية، وزيادة الشعور بالفراغ والاضطراب الانفعالي، وفقدان القدرة على التحكم في النفس واتخاذ القرارات الصائبة. وبالتالي، يرتبط التحريم الشرعي بالمقاصد النفسية والاجتماعية، حيث يسعى الإسلام إلى حماية الفرد من الانحراف والإدمان، وتعزيز الوعي الذاتي

والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، بما يضمن التوافق النفسي والاجتماعي ويعزز المسؤولية الشخصية تجاه الذات والمجتمع. (صيام، 2011: 30)

تعتبر المخدرات من أخطر الآفات التي تهدد المجتمعات المعاصرة لما لها من تأثير مدمر على الفرد والعقل والنسيج الاجتماعي. وقد جاءت الشريعة الإسلامية بمنهج شامل لحماية مقاصد الدين الخمسة، ومن أهمها حفظ النفس والعقل. وبناءً عليه، فإن الإسلام يحرم تعاطي المخدرات تحريمًا قطعياً، لما فيها من إفساد للعقل وإهلاك للنفس.

وقد شبّه علماء الشريعة المخدرات بالخمير من حيث تأثيرها، والتغيب المؤقت للعقل، ولذلك فهي محرّمة شرعاً سواء تم تعاطيها بالشرب أو التدخين أو الحقن أو غيره.

ويؤكد الإمام (ابن تيمية) أن كل ما غيب العقل دون أن يسكر يُعد محرماً، إذ يقول: "كل ما غيب العقل فهو حرام، ولو لم يكن مسكراً كالمفترتات"، فكما قال النبي ﷺ: "كل مسكرٍ خمر، وكل خمرٍ حرام"، كما أصدر مجمع الفقه الإسلامي الدولي (1985) قراراً ينص على أن المخدرات بجميع أنواعها وأسمائها محرّمة شرعاً، ولا يجوز تعاطيها بأي وجه من الوجوه إلا لأغراض طبية وبضوابط صارمة.

وقد اعتبر جمهور الفقهاء، ومنهم المالكية والحنفية والشافعية والحنابلة، أن تعاطي المواد المفترّة أو المخدرة يدخل في باب الكبائر لما يترتب عليها من مفسد دينية يتعارض بشكل صارخ مع مقاصد الشريعة الإسلامية، ولذلك فإن تحريمها لا يقتصر على النصوص، بل يشمل أيضاً مبدأ حماية الإنسان من نفسه ومن كل ما يؤدي إلى الهلاك، لقوله تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾ (سورة البقرة: 195).

ولأن المخدرات لم تكن موجودة في وقت التشريع، إلا أن الإسلام قد عالج قضية الخمر التي هي أساس المخدرات بل أساس كل خبيث من خلال أمرين:

الأول: النهي عن تناولها وتحريم تعاطيها فقال الله تعالى: "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ". المائدة (90).

إن متعاطي المخدرات بحرصه على تجرعها يتجرع سماً أجمع العقلاء والعلماء والأطباء على فتكه بالأجساد وتدميره للأنفس وقتلها قتلاً بطيئاً، فإذا هلكت الأجساد وضعفت، واختلت موازين الحق والخير وتزلزلت؛ فسدت الأسر وهي المحضن الطبيعي للنسل نشأة وترعراً وقوة، ويعد متعاطي المخدرات فاقدًا لسويته البشرية وكرامته الإنسانية، لذلك فإن المخدرات بمختلف أنواعها وسائر نتائجها تعتبر اعتداءً سافراً على النفس البشرية، وتهديداً قاطعاً للضروريات الخمس التي ذكرناها، فمتعاطي المخدرات لا يبالي بأي حكم من أحكام الدين، الإسلامي، ولا يلتفت لواجبه نحو خالقه جل وعلا، فلا يحرص على طاعة الله، ولا يخشى من معصيته، مما يترتب على فساد دينه وضياع آخرته وضياع صحته، حيث اكتشف العلماء ولا يزالون يكتشفون المزيد بما يتعلق بالآفات الجسمية للمخدرات، المؤثرة على الدماغ وعلى القلب وعلى سائر أعضاء الإنسان التي خلقها الله تبارك وتعالى، فالضرر الذي يلحق العقل هو تعطيله فإن الأطباء والمختصين أفاضوا في ذكر ما يؤدي إليه الإدمان من أخطار على عقل الإنسان وتركيبته الفسيولوجية، وأما أذيته للنسل فإنه يُضعف القدرة الجنسية ويشوه الأجنة ويفرط بالشرف. (الزير، 2020: 8)

وقد ورد تحريم المخدرات في القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة وأقوال العلماء، كقوله تعالى: {يُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ} {الأعراف (157)}. وفي السنة النبوية، قال رسول الله صل الله عليه واله وسلم "كل شراب تكون عاقبته كعاقبة الخمر فهو حرام كتحريم الخمر" رواه الدار قطني.

وترى الباحثة أن متعاطي المخدرات يفقد إنسانيته وكرامته، حيث يصبح ضحية لتجار الموت، باحثاً عن سراب لا يجلب سوى الهلاك. يفقد قدرته على التفكير السليم والتوازن الضروري، مما يجعله عاجزاً عن اتخاذ القرارات الصائبة التي يسعى إليها العقلاء، يضحي بنفسه وماله في سبيل الوصول إلى نهايته بأبشع الطرق، لذا، فإن تصوير حالة المدمن الذي هلك بسبب المخدرات يستدعي تحريمه بشكل قاطع دون أي جدال، نظراً للآثار السلبية الواضحة والمخاطر الجسيمة التي تترتب على تعاطيها، والتي تؤثر سلباً على الأفراد والمجتمعات.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- 1- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع مدمني المخدرات.
- 2- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع متغيرات أخرى.
- 3- دراسات تناولت برامج ارشادية في خفض الوحدة النفسية.
- 4- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع مدمني المخدرات.
- 5- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع متغيرات أخرى.

الدراسات السابقة

تمهيد:

يشكّل هذا الفصل أحد المرتكزات الأساسية التي تقوم عليها الدراسة الحالية، حيث يُسلّط الضوء على أبرز الجهود البحثية ذات العلاقة بموضوع الدراسة، والتي دارت حول ثلاثة محاور رئيسية: الوحدة النفسية، الإدمان، والبرامج الإرشادية المبنية على نظرية العلاج بالمعنى.

لقد أظهرت الأدبيات النفسية والبحثية اهتمامًا متزايدًا بدراسة المشكلات النفسية المرتبطة بالإدمان، خصوصًا ما يتعلق بالوحدة النفسية التي تُعدّ أحد أبرز العوامل المرتبطة بظهور السلوك الإدماني واستمراره. ومن هنا برز دور البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتبنى أُطرًا نظرية عميقة مثل العلاج بالمعنى، الذي يُركّز على إكساب الأفراد فهماً أعمق لمعنى حياتهم، ومساعدتهم على تجاوز الفراغ الوجودي الذي غالبًا ما يُرافق حالات الإدمان.

وبعد مراجعة الباحثة للعديد من الأبحاث والدراسات السابقة المتعلقة بموضوع دراستها، لاحظت عدم وجود دراسة تناولت المتغيرات الخاصة بالدراسة الحالية، خاصةً في السياق العربي، والتي تبحث في فعالية برنامج إرشادي مستند إلى نظرية العلاج بالمعنى لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات. وذلك وفقًا لما هو متاح من معلومات للباحثة. في هذا الجزء من الإطار النظري، قامت الباحثة بتقسيم الدراسات السابقة إلى:

- 1- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع مدمني المخدرات.
- 2- دراسات تناولت الوحدة النفسية مع متغيرات أخرى.
- 3- دراسات تناولت برامج إرشادية في خفض الوحدة النفسية.
- 4- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع مدمني المخدرات.
- 5- دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع متغيرات أخرى.

أولاً: الدراسات التي تناولت الوحدة النفسية مع مدمني المخدرات:
أ. الدراسات المحلية:

لم تجد الباحثة حسب اطلاعها على الإرث التربوي للدراسة وفي حدود علمها إلا على دراسة واحدة جمعت بين الوحدة النفسية والإدمان.

1- دراسة عبد الرحمن (2011): بعنوان: "الفرق بين المدمنين على تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية دراسة على عينه من المراهقين بليبيا".

هدفت الدراسة إلى الكشف الفرق بين المدمنين علي تعاطي المخدرات والأسوياء في مدي الثقة بالنفس وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية، كما هدفت الدراسة إلى التعرف على علاقة المستوى التعليمي لعينه المدمنين بالمتغيرات السابقة، وتكونت عينه الدراسة من (600) منهم (300) حالة من المدمنين (300) حالة من العاديين، تراوحت أعمارهم ما بين (18-22) سنة واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الثقة بالنفس، واختبار تقدير الذات واختبار الشعور بالوحدة النفسية إعداد الباحث، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات المدمنين والعاديين لصالح المدمنين في ضعف الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات، والشعور بالوحدة النفسية.

- وجود علاقة داله بين ضعف الثقة بالنفس والشعور بالوحدة النفسية لدي عينه المدمنين، في حين كان الارتباط بين انخفاض تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية موجبا غير دال.

- أن اجتماع انخفاض تقدير الذات مع ضعف الثقة بالنفس يزيد من الشعور بالوحدة النفسية لدي المدمنين.

- أن اجتماع انخفاض تقدير الذات مع ضعف الثقة بالنفس يزيد من الشعور بالوحدة النفسية لدي العاديين.

- وجود علاقة ارتباطيه داله بين في ضعف الثقة بالنفس والشعور بالوحدة النفسية وكذلك بين انخفاض تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدي عينه الأسوياء.

- أن المستوى التعليمي للمدمنين على المخدرات له علاقة بالثقة بالنفس وليس له علاقة بتقدير الذات.

- أن انخفاض المستوى التعليمي لعينه المدمنين يرتبط ايجابياً بمدى الشعور بالوحدة النفسية.

ب - الدراسات العربية:

1- دراسة زلوف، وبن حميدة (2023) بعنوان: " دور التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات (دراسة عيادية لحالتين من ولاية المسيلة).

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات عبر المقابلة النصف موجهة ، واستخدام كلاً من مقياس أساليب التنشئة الاجتماعية لليقين أحمد سلامة عبد الرحيم ، و مقياس الشعور بالوحدة النفسية لراسيل (1996) تعريب وتقنين مجدي محمد الدسوقي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم إتباع المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، بلغت عينة الدراسة حالتين تم اختيارهم بطريقة قصدية تتراوح أعمارهم ما بين (25 - 26 سنة) من الشباب المدمنين على المخدرات وأسفرت النتائج عن :

- تساهم التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات. (الحالة الأولى بدرجة متوسطة والحالة الثانية بدرجة مرتفعة)

- يختلف الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات باختلاف أساليب التنشئة الاجتماعية - أساليب التنشئة الاجتماعية ساهمت في إيمان الشاب على المخدرات.

3- دراسة عبد المجيد، وصديق (2018): بعنوان: "الوحدة النفسية وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات بمركز حياة بولاية الخرطوم".

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية بالقدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات بمركز حياة بولاية الخرطوم، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، بلغ حجم العينة (86) مدمن، تكونت أدوات الدراسة من مقياس الوحدة النفسية إعداد سارة محمد الكاشف، وتم جمع البيانات وتحليلها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) واعتمدت الباحثة على اختبار (ت) لمجتمع واحد وتحليل التباين الأحادي وارتباط بيرسون ومعامل ألفا كرونباخ وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يتميز الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات بالارتقاء.
- تتسم القدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات بالانخفاض.
- توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الشعور بالوحدة النفسية والقدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات

- لا توجد فروق في الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات تبعاً لمتغير العمر.

- لا توجد فروق في الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات تبعاً لمتغير لمدة التعاطي.
- عدم وجود فروق في تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المتعاطين تعزى للعمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد أفراد الأسرة ومكان الإقامة الدائم كشفت الدراسة أيضاً بأن أعلى نسبة للمتعاطين كانت الفئة العمرية (21-26) سنة، حيث بلغت نسبتهم 48 %، أما المستوى التعليمي فقد شكل مستوى الثانوية العامة أعلى النسب، حيث بلغت نسبتهم (70%)، أما الحالة الاجتماعية فقد شكلت فئة (أعزب) أعلى النسب حيث بلغت (52%)، وفيما يتعلق بعدد أفراد الأسرة فكانت الأسر من فئة (7-12) شخص أعلى النسب حيث بلغت (56 %).

4- دراسة سعيدي (2016): بعنوان "أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ ثانويات- مدينة بسكرة- دراسة مقارنة.

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق بين المراهقين المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين في الاغتراب النفسي. والكشف عن الفروق بين المراهقين المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين في كل بعد من أبعاد الاغتراب النفسي (العزلة الاجتماعية-العجز-اللامعيارية - اللامعنى -التمرد) .

تكونت عينة الدراسة من (100) تلميذ مقسمة إلى قسمين، (50) تلميذ متعاطي للمخدرات و (50) غير متعاطي من تلاميذ الطور الثانوي الثاني والثالث من ثانويات مدينة بسكرة، الذي يمثل مجتمع الدراسة خلال السنة الدراسية (2013-2014) تم اختيارهم بطريقة قصديه. اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي بأسلوب المقارنة، كما اعتمدت في جمع بياناتها على مقياس الاغتراب النفسي لزينب شقير، ثم عولجت البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS V 20) وأسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين في الاغتراب النفسي .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في العزلة الاجتماعية بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

- وجود فروق دالة إحصائية في العجز بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.
- وجود فروق دالة إحصائية في اللامعنى بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.
- وجود فروق دالة إحصائية في التمرد بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

5- دراسة أبو عجوة (2013): "دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين".

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة مستوى سمات الشخصية للسجناء المدمنين والمروجين للمخدرات والأشخاص العاديين (الغير سجناء) في المجتمع الفلسطيني، ومعرفة الفروق بينهم في سمات الشخصية تبعاً لمتغير السكن والوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي وخبرة التعاطي ونوع المخدرات، وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي وتكونت أدوات الدراسة من مقياس سمات الشخصية لا يزنك الانحراف السيكوباتي (لمنسوتا) وتضمن (136) فقرة وهي اسئلة موجهه لأفراد العينة، وبلغت عينة الدراسة (105) أشخاص بين مروج وعادي ومتعاطي وهي ما تيسر للباحث من أفراد العينة، والعينة المستخدمة غير عشوائية هم أفراد وجدوا بالمصادفة في السجون الفلسطينية، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين السجناء المدمنين والمروجين للمخدرات والأشخاص العاديين (الغير سجناء) في سمات الشخصية وفقاً للمقياس مانسوتا ومقياس إيزنك.

- كما توصلت الدراسة أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند (0.05) بين الأشخاص العاديين (الغير سجناء) في سمات الشخصية تعزى لمتغير السكن والوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.

- كما توصلت الدراسة أنه مستوى دلالة لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين السجناء المتعاطين للمخدرات في سمات الشخصية تعزى لمتغير السكن والوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي وخبرة التعاطي ونوع المخدرات.

- كما توصلت الدراسة أنه لا توجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين السجناء المروجين للمخدرات في سمات الشخصية تعزى لمتغير السكن والوضع الاقتصادي والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والخبرة ونوع المخدرات المروجة.

6- دراسة خلفي (2011): بعنوان: "أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطين وعلاقته بكل من الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى عينة من المدمنين ذوي السوابق الإجرامية".

- هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي وكلاً من الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى المدمنين ذوي السوابق الإجرامية، تمثلت عينة الدراسة في (36) شخص من الذكور في منطقة تمرست، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاستعانة بكل من مقياس الوحدة النفسية، واختبار أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي ومقياس تقدير الذات، وللإجابة على فرضيات الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وحساب معاملات الارتباط باستخدام معامل الارتباط بيرسون واستخدام اختبار T. Test حيث أشارت النتائج الى ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى المدمنين من ذوي السوابق الإجرامية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي بالوحدة النفسية لدى المدمنين ذوي السوابق الإجرامية.

- لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أسباب تعاطي المخدرات كما يدركها المتعاطي بتقدير الذات لدى المدمنين ذوي السوابق الإجرامية.

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الوحدة وتقدير الذات لدى المتعاطين ذوي السوابق الإجرامية.

7- دراسة أبو درويش (1996): بعنوان: "تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الافراد المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين من نفس الاسرة في الأردن".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تقدير الفرد المتعاطي للمخدرات لذاته ومدى شعوره بالوحدة مقارنة مع أحد افراد الأسرة من غير المتعاطين ومع عينة من غير المتعاطين من المجتمع من خلال الإجابة على مجموعة من الأسئلة منها: هل يختلف تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الفرد المتعاطي للمخدرات من غير المتعاطي للمخدرات من نفس الأسرة؟ - هل يختلف تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الفرد المتعاطي للمخدرات من غير المتعاطي للمخدرات من المجتمع؟

- هل يختلف تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الفرد المتعاطي للمخدرات باختلاف العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية وعدد أفراد الأسرة ومكان الإقامة الدائم؟ ولتحقق هدف الدراسة قامت الباحثة بتطبيق مقياس تقدير الذات الذي طوره جبريل (1983)، و مقياس الشعور بالوحدة الذي طوره رسيل و رفاقه (1980)، تكونت عينة الدراسة من (50) فرداً من غير المتعاطين للمخدرات و (50) من المتعاطين للمخدرات، منهم (32) متعاطياً في مراكز الإصلاح والتأهيل (18) متعاطياً يتعالجون من آثار الإدمان، تمت مقارنة (23) منهم مع أحد إخوانهم الذكور غير المتعاطين وللإجابة عن تساؤلات الدراسة استخدمت الباحثة اختبار (ت)، واختبار تحليل التباين الأحادي، والنسب المئوية للمتغيرات الديموغرافية توصلت نتائج الدراسة إلى :

- وجود فرق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والشعور بالوحدة لصالح الإخوة غير المتعاطين، فقد أظهر المتعاطون مستوى متدنياً في تقدير الذات وشعوراً عالياً بالوحدة.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والشعور بالوحدة لصالح غير المتعاطين من المجتمع، فقد أظهر المتعاطون أيضاً مستوى متدنياً في تقدير الذات وشعوراً عالياً بالوحدة النفسية.

ج- الدراسات الأجنبية:

1- دراسة كرستين، وآخرون (2020) بعنوان: "ارتباط تعاطي الماريجوانا وليس الكحول بزيادة الشعور بالوحدة النفسية والضيق النفسي وقلّة الازدهار بين الشباب".

هدفت الدراسة إلى معرفة درجة ارتباط تعاطي الماريجوانا وليس الكحول بزيادة الشعور بالوحدة النفسية والضيق النفسي وقلّة الازدهار بين الشباب الأمريكي، تكونت عينة الدراسة من (562) شاباً، تراوحت أعمارهم ما بين (22-29) سنة تضمّنت الدراسة مقياساً يتكون من ثلاثة بنود للوحدة، ومقياساً من أربعة بنود لأعراض الاكتئاب والقلق، ومقياساً من (12) بنداً للازدهار، بالإضافة إلى مقياس لتكرار تعاطي الماريجوانا والكحول. واستُخدمت نماذج خطية وخطية معممة لتقدير ارتباط تكرار تعاطي الماريجوانا والكحول بمؤشرات الرفاهية توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- توجد علاقة دالة إحصائية بين زيادة تعاطي الماريجوانا وارتفاع مستوى الوحدة النفسية لدى أفراد العينة.

- كما توصلت الدراسة إلى أن أفراد الدراسة يعانون من تراجع مستوى السعادة.

2- دراسة انغرام، وآخرون (Isabella, Ingram, et al, 2020): بعنوان: "التأثير الوسيط للاكتئاب على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وتعاطي المخدرات لدى المراهقين الكوريين".

هدفت الدراسة الى تحديد التأثير الوسيط للاكتئاب على العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وتعاطي المخدرات لدى المراهقين الكوريين، تكونت عينة الدراسة من (53310) مراهق، بطريقة المسح السابع عشر لسلوك الشباب الكوري عبر الانترنت، استخدم الباحثون وحدة تحليل عينات معقدة، وتحليل الانحدار التسلسلي، استخدم الباحثون مقياس الاكتئاب ومقياس الوحدة النفسية إعداد الباحثون، توصلت الدراسة الى:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوحدة والاكتئاب في تعاطي المخدرات.

3- دراسة كيلى، وآخرون (Peter J. Kelly et al, 2020): بعنوان: "تصورات الشعور بالوحدة بين الأشخاص الذين يتلقون العلاج من اضطراب تعاطي المخدرات".

سعت هذه الدراسة إلى استكشاف تجربة الوحدة لدى الأشخاص الذين يتلقون علاجًا لاضطرابات تعاطي المخدرات. واستُكشفت على وجه التحديد العوامل المساهمة في الوحدة وعواقبها ومُخففاتُها.

إجريت الدراسة على عينة تكونت من (20) شاباً في مركز العلاج السكني في استراليا، استخدم الباحثون برنامج المقابلة الفردي، ومقياس الوحدة النفسية، توصلت الدراسة إلى مجموعة نتائج منها:

- أن هناك أربع محاور رئيسية كمسببات وعواقب للوحدة النفسية لدى الشخص المدمن هي: الإدراك انعدام الثقة، والدعم المتصور من الآخرين، وانخفاض قيمة الذات، والخوف من التقييم السلبي، وجودة العلاقات ومصداقيتها، والسلوكيات الشخصية غير المفيدة، ودور تعاطي المخدرات، أشار المشاركون إلى أن التغلب على العوامل المعرفية والسلوكية المسببة للوحدة ساعد في تخفيفها، ووصفوا أيضاً فائدة مجموعات الدعم، والسعي إلى علاقات حقيقية، والأنشطة التي تُعزز الشعور بالهدف، بأنها مفيدة.

4- دراسة أشرفيون، وآخرون (Lisham Ashrafion, et al,2024) بعنوان: "تجربة سريرية عشوائية لتقييم جدوى وقبول والآثار الأولية للعلاج السلوكي المعرفي المقدم عن بعد للعزلة الاجتماعية المتصورة بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد الأفيونية".

تمثل هدف الدراسة في الإبلاغ عن جدوى وقبول وفعالية البيانات الأولية للعلاج المعرفي السلوكي للعزلة المتصورة (CBT-PSI) مقارنة بالالتقيف الصحي بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية (OUD) والذين أفادوا بارتفاع الشعور بالوحدة، تكونت عينة الدراسة من (125) من المصابين بإضرار استخدام المواد الأفيونية، والذين أبلغوا عن ارتفاع شعورهم بالوحدة نتيجة التعاطي، تمثلت أدوات الدراسة في استخدام الإعلانات الإلكترونية للمشاركة في التجربة تلقى المشاركين جلسة علاج سلوكي معرفي مع إرشاد نفسي تكون من (6) جلسات بلغ عدد المجموعة التي تلقت العلاج السلوكي والإرشاد النفسي (63) فرد وتلقى عدد (62) فرداً تنفيهاً صحياً فقط، كذلك تم تطبيق مقياس الشعور بالوحدة النفسية، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تحقق هدف التجربة من خلال مقاييس الوحدة النفسية والانفصال الاجتماعي وتعاطي المواد حيث بلغ معدل الاستثناء على نجاح التجربة للمجموعتين أكثر من (80%)، حيث أثبت العلاج السلوكي والتقيف الصحي نتيجة مجدية لدى الأفراد المتعاطين، إذا انخفضت الوحدة النفسية، وزادت التفاعلات الاجتماعية في المجموعتين، وفي تقييمات المتابعة. انخفض تعاطي المواد الأفيونية وتعاطي المواد بشكل عام في كلتا الحالتين؛ ومع ذلك، كانت الانخفاضات بين المشاركين الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي PSI - أكبر بكثير مقارنةً بالالتقيف الصحي.

5- دراسة بخشاني، وآخرون (Samia Bakhshani et al ,2014) بعنوان: "الوحدة العاطفية والاجتماعية لدى الأفراد المصابين وغير المصابين باضطراب الاعتماد على المواد المخدرة".

هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم الأبعاد العاطفية والاجتماعية والرومانسية والأسرية للوحدة لدى الأفراد المدمنين وغير المدمنين على المخدرات، تمثلت عينة الدراسة في (228) مدمناً للمخدرات، اختيروا بطريقة عشوائية، من بين المرضى المحالين إلى مستشفى بهاران للأمراض النفسية، واختير (110) أفراد غير مُدمنين على المخدرات من بين مراقبيهم وطلابهم وموظفيهم. تمثلت أدوات الدراسة في النسخة الإيرانية المختصرة من مقياس الوحدة الاجتماعية والعاطفية

للبالغين (SELSA-S) لتقييم المشاركين. بالإضافة إلى المقابلات السريرية وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وُجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أبعاد الوحدة الأربعة: العاطفية، والاجتماعية، والأسرية، والرومانسية لدى الأفراد المدمنين على المخدرات.
 - ورغم عدم وجود فروق بين درجات الرجال والنساء، إلا أن متوسط درجات الأبعاد العاطفية والرومانسية كان أعلى لدى النساء غير المدمنات على المخدرات.
 - كان مستوى الشعور بالوحدة النفسية أشد لدى متعاطي المخدرات منه لدى غير المتعاطين.
- 6- دراسة (Rakach, Eand Orzec, t, 2002): بعنوان: "العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وبين إساءة استخدام المراهقين للمخدرات".

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية كما يتضمن (القلق والاكتئاب والاعتراّب) وبين إساءة استخدام المراهقين للمخدرات، وتكونت عينه الدراسة من (624) متعاطياً للمخدرات و (194) غير متعاطي للمخدرات، واستخدم الباحث مقياس الوحدة النفسية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين وغير متعاطين في الوحدة النفسية.
- كما توصلت الدراسة إلى أن القلق والاكتئاب والاعتراّب لصالح عينه المتعاطين.

ثانياً: دراسات تناولت الوحدة النفسية مع متغيرات أخرى:

أ- الدراسات المحلية:

1- دراسة أبو مزريق، وآخرون (2024) بعنوان: "الوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة كلية التربية جامعة مصراته".

سعت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى طلبة كلية التربية جامعة مصراته، تكونت عينة الدراسة من (201) طالب وطالبة، تراوحت أعمارهم ما بين (17-52) سنة، أعتمد الباحثون على المنهج الوصفي الارتباطي، استخدم الباحثون كلاً من مقياس الوحدة النفسية إعداد راسيل وكاثرونا، تعديل قشقوش (2012-2013)، ومقياس تقدير الذات إعداد كوبر سميت (1967) ترجمة وتعديل (قشقوش) (2012-2013)، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- مستوى الشعور بالوحدة النفسية كان منخفضاً.

- مستوى الشعور بتقدير الذات كان عالياً.

- توجد علاقة سالبة قوية جداً دالة معنوية بين مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى طلاب الجامعة.

2- دراسة عبد المالك (2024) بعنوان: "الشعور بالوحدة النفسية وفقاً لبعض المتغيرات لدى عينة من كبار السن المصابين بالأمراض السيكوسوماتية".

سعت الدراسة إلى التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من كبار السن بمدينة بنغازي، تكونت عينة الدراسة من (100) فرداً مصاباً بالأمراض السيكوسوماتية، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الشعور بالوحدة النفسية إعداد راسيل (1996) تعريب مجدي دسوقي، توصلت الدراسة إلى:

- مستوى الشعور بالوحدة النفسية كان منخفض لدى عينة الدراسة.

- لا توجد فروق عائدة للنوع، والعمر، ونوع المرض، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي في مستوى الوحدة النفسية.

3- دراسة جودر (2022) بعنوان: "الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية لدى طلاب كلية التربية بمدينة العجيلات".

هدفت الدراسة إلى استكشاف مستوى الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب كلية التربية في مدينة العجيلات، كما سعت الدراسة إلى تحليل العلاقة بين الإدمان على الإنترنت والوحدة النفسية، بالإضافة إلى دراسة الفروق الإحصائية في أبعاد متغيرات الدراسة بين الجنسين. شملت عينة الدراسة (221) طالباً وطالبة، منهم (75) من الذكور و(146) من الإناث، تم اختيارهم بشكل عشوائي من مجتمع كلي يتكون من (1307) طالباً من جميع الأقسام في الكلية، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدمت مقياس الإدمان على الإنترنت الذي أعدته بشرى أرنوط سنة (2007)، ومقياس الوحدة النفسية لراسيل سنة (1996) وترجمته مريم مراكشي سنة (2014) وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن مستوى كلاً من الإدمان على الإنترنت والوحدة النفسية لدى الطلاب جاء متوسطاً.

- وجود علاقة ارتباطية عكسية ضعيفة دالة إحصائية بين الإدمان على الإنترنت والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب كلية التربية بمدينة العجيلات.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى بعد التحمل وفق المتغير النوع لصالح الذكور .

- توجد فروق دلالة إحصائية في مستوى الشعور بالوحدة النفسية وأبعاده لدى طلاب كلية التربية بمدينة العجيلات وفقا لمتغير النوع (ذكور، إناث).

4- دراسة هامان (2016) بعنوان: "العلاقة بين الوحدة النفسية وديناميات الأمل لدى عينة من المراهقات الأيتام بمدينة مصراته".

سعت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الوحدة النفسية وديناميات الأمل لدى عينة من المراهقات الأيتام وغير الأيتام، ولمعرفة العلاقة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي والنسبي المقارن، واستخدمت الباحثة مقياس الشعور بالوحدة النفسية من إعداد (وفاء عابد)، ومقياس الأمل من إعداد (دعاء أبو طالب) وتكونت عينة الدراسة من (280) طالبة، وتم جمع البيانات ومعالجتها باستخدام البرنامج الإحصائي (Spss) وذلك لحساب معاملات الارتباط، والنسب المئوية ، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وكذلك الانحدار الخطي وتحليل التباين الثاني اختبار (T)، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها :

- عدم وجود فروق بين الأيتام وغير الأيتام في الشعور بالوحدة النفسية والأمل، وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة عند مستوى (0.01) بين الوحدة النفسية وديناميات الأمل، وهناك تأثير دال إحصائياً للوحدة النفسية كمتغير منبئ بديناميات الأمل.

- وكشفت النتائج عن وجود اختلاف جوهري بين متوسطات أداء عينة البحث على اختبار الوحدة النفسية ومجال الحاجة للدعم الاجتماعي، ويتمثل هذا الاختلاف في وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي أداء أفراد عينة التقدير الأقل من الجيد وبين التقدير الممتاز، والجيد جداً، لصالح التقدير الأقل من الجيد.

- كما أشارت النتائج إلى وجود اختلاف جوهري بين متوسطات أداء أفراد العينة على اختبار ديناميات الأمل ومكوناته الفرعية وتحدد هذا الاختلاف في وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05)، وتحدد هذا الاختلاف في وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين متوسطي أداء عينة التقدير الأقل من الجيد وبين التقدير الممتاز والجيد جداً، وذلك لصالح عينة التقدير الممتاز والجيد جداً في إدراكهن لمستوى تحصيلهن.

5- دراسة السعفي (2011) بعنوان: "الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمستشفى صبراتة للأورام ومستشفى طرابلس المركزي".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى السرطان في ضوء بعض المتغيرات، تمثلت عينة الدراسة في (200) مريض من مستشفى صبراتة للأورام ومستشفى طرابلس المركزي منهم (40) ذكور (160) إناث تم اختيارهم بطريقة القصدية، وقد استخدمت الباحثة الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات إحصائياً باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، والاختبار الثاني (t-test) واختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وطريقة المقارنات بين المتوسطات الحسابية (LSD) وقد أسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج منها:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات مرضى السرطان ونوع الجنس (ذكور - إناث) في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات مرضى السرطان والعمر في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات مرضى السرطان والمستوى الاجتماعي في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطي درجات مرضى السرطان والمستوى التعليمي في درجة الشعور بالوحدة النفسية.

ب - الدراسات العربية:

1- دراسة سعدي، وعنانو (2023) بعنوان: "الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين بجامعة قاصدي مرباح ورقلة، طبقت الدراسة على عينة مكونة من (240) طالباً، استخدمت الباحثة مقاييس الشعور بالوحدة النفسية أعداد راسيل (1996) ومقياس قلق المستقبل إعداد زينب محمود شقير (2005)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود علاقة موجبة بين الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلاب.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الشعور بالوحدة النفسية وقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين باختلاف المستوى الدراسي.

2- دراسة محمود (2022) بعنوان "الشعور بالوحدة النفسية وفقاً لبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من كبار السن المصابين بالأمراض السيكوسوماتية".

هدفت الدراسة إلى التعرف عن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من كبار السن. وتكونت عينة الدراسة من (100) مسناً مصاب بالأمراض السيكوسوماتية (الضغط والسكر) تراوحت أعمارهم ما بين (45- 75) وتمثلت أدوات الدراسة بقياس الشعور بالوحدة النفسية إعداد راسيل (1996)، استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن، وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أهمها:

- أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية كان منخفض لدى عينة الدراسة.
- لا توجد فروق عائدة للعمر ونوع المرض والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والمهني.
3- دراسة سلوم (2022) بعنوان: "الوحدة النفسية وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى أبناء الشهداء من طلاب المرحلة الثانوية العامة في مدينة حمص".

سعت الدراسة إلى التعرف علاقة الوحدة النفسية بالقلق الاجتماعي لدى أبناء الشهداء من طلاب المرحلة الثانوية، والتعرف على الفروق في كل من الوحدة النفسية، والقلق الاجتماعي لدى أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير النوع، وقد اشتمل مجتمع الدراسة على (232) طالب وطالبة من أبناء الشهداء في المدارس الثانوية في مدينة حمص، وتم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية، وتم استخدام: مقياس الوحدة النفسية لـ (راسيل (1992)، ومقياس القلق الاجتماعي لـ (الحمد) وآخرين (2016)، بينت نتائج الدراسة:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الشعور بالوحدة النفسية والقلق الاجتماعي.
- كما بينت النتائج أيضاً أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الوحدة النفسية لدى أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير النوع، وهذه الفروق لصالح الإناث.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي وفقاً لمتغير النوع.

4- دراسة الضبياني (2021) بعنوان: "الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات لدى الطلبة اليمنيين في الصين".

هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة الشعور بالوحدة النفسية ومستوى كلٍ من القلق والاكتئاب وإدارة الضغوط والمساندة الاجتماعية لدى الطلبة اليمنيين في الصين ومعرفة علاقة الوحدة النفسية بتلك المتغيرات وإن كانت هناك فروق في استجابات عينة البحث طبقاً لمتغير النوع الاجتماعي. وتكون مجتمع الدراسة من الطلبة اليمنيين في الصين والملتحقين بالعام الجامعي (2019-2020)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي كما تم استخدام الاستبيان كأداة لجمع البيانات من عينة بلغت (509) طالباً وطالبة تم اختيارهم بأسلوب العينة العشوائية البسيطة، وبعد إجراء التحليل الإحصائي بواسطة برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- أن الشعور بالوحدة النفسية ومستوى القلق لدى الطلبة اليمنيين في الصين كانا بدرجة مرتفعة، بينما مستوى بقية المتغيرات (الاكتئاب - إدارة الضغوط - المساندة الاجتماعية) كانت بدرجة متوسطة.
- توجد علاقة طردية بين الشعور بالوحدة النفسية وكلاً من القلق وإدارة الضغوط، والاكتئاب، فيما كانت العلاقة عكسية مع متغير المساندة الاجتماعية.
- وجود فروق بين استجابات عينة البحث لدرجة الشعور بالوحدة النفسية ومستوى القلق لصالح الإناث، وفروق في إدارة الضغوط والمساندة الاجتماعية طبقاً لمتغير النوع الاجتماعي لصالح الذكور.
- لا توجد فروق بين استجابات عينة البحث لمستوى الاكتئاب.

5- دراسة المومني (2021) بعنوان: " جودة الحياة وعلاقتها بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى معلمي وزارة التربية والتعليم في محافظة عجلون الأردن".

هدفت الدراسة إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى معلمي وزارة التربية والتعليم في محافظة عجلون، تكونت عينة الدراسة من (387) معلم ومعلمة، تراوحت أعمارهم ما بين (22-40) سنة، وقد استخدمت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، تمثلت أدوات الدراسة في استبانة جودة الحياة إعداد الباحثة، ولتحليل النتائج استخدم برنامج الرزم

الإحصائية التي تمثلت في التكرارات والنسب المئوية للمتغيرات الشخصية للدراسة، معامل الاتساق الداخلي (كرونباخ الفا)، معاملات ارتباط بيرسون، والمتوسطات والانحرافات المعيارية، وأظهرت نتائج الدراسة:

- وجود درجة متوسطة في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة، ووجود درجة متوسطة في مستوى الوحدة النفسية لدى عينة الدراسة كذلك وجود درجة متوسطة لمستوى الأكتئاب لدى عينة الدراسة.

- كما وأظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين جودة الحياة والوحدة النفسية، ووجود علاقة عكسية بين جودة الحياة والاكتئاب.

6- دراسة عزيزي (2020) بعنوان: "الصحة النفسية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المصابين بالبدانة".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الصحة النفسية والشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المصابين بالبدانة، والكشف عن الفروق في مستوى الصحة النفسية والشعور بالبدانة تبعاً لمتغير جنس المراهق، تمت الدراسة على عينة قوامها (45) مراهق، استخدمت الباحثة مقياس الصحة النفسية (Audrypelleter,2025) ومقياس الشعور بالوحدة النفسية، إعداد راسيل (1980)، كما استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة نتائج أهمها:

- وجود علاقة بين الصحة النفسية والشعور بالوحدة النفسية، لاتوجد فروق دالة احصائياً في مستوى الشعور بالوحدة النفسية تعزى لمتغير الجنس.

7- دراسة أبو هويشل (2013) بعنوان: "الشخصية السيكوباتية وعلاقتها بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء المودعين بسجن غزة المركزي".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الشخصية السيكوباتية والوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء في ضوء بعض المتغيرات، طبقت الدراسة على عينة مكونة من (469) سجين، استخدم الباحث مجموعة من المقاييس منها مقياس الشخصية السيكوباتية، ومقياس الوحدة النفسية، ومقياس تقدير الذات، استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، وأسفرت الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشخصية السيكوباتية والوحدة النفسية، وعلاقة سالبة بين الشخصية السيكوباتية وتقدير الذات لدى السجناء بسجن غزة المركزي.

- توجد فروق بين الشخصية السيكوباتية والوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية، كما توجد فروق بين الشخصية السيكوباتية والوحدة النفسية وتقدير الذات تبعاً لمتغير عدد مرات السجن.

ج - الدراسات الأجنبية:

1- دراسة تشينغ وفيرنهام (Cheng Et Furnham,2002) بعنوان: "الشخصية والعلاقة مع الثقة بالنفس وقدرتها على التنبؤ بالوحدة النفسية والسعادة".

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الثقة بالنفس والأداء المدرسي وسمات الشخصية والصدقة المدرسية والوحدة النفسية، استخدم الباحثان مقياس الوحدة النفسية (UCLA)، ومقياس أيزنك للشخصية، وتوصلت الدراسة إلى:

- وجود ارتباط سلبي بين الثقة بالنفس، الأداء المدرسي والصدقة المدرسية، الانبساط، الوحدة النفسية وارتبطت العصابية ارتباط موجب مع الوحدة النفسية.

2- دراسة (أندرو ستيكلي، وآخرون (Andrew stickley,et,2016) بعنوان: "الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالمشكلات الصحية النفسية والجسدية بين المراهقين التشيكيين والروس والأمريكيين في مدينة طوكيو باليابان".

هدفت الدراسة إلى فحص العوامل المرتبطة بالشعور بالوحدة لدى المراهقين في ثلاث دول ذات خلفيات ثقافية مختلفة: التشيك، روسيا، والولايات المتحدة، وتحديد ما إذا كان الشعور بالوحدة مرتبطاً بمشكلات صحية نفسية وجسدية تم استخدام البيانات المأخوذة من دراسات استقصائية مدرسية، والتقييم الاجتماعي والصحي (SAHA) لفحص هذه العلاقات، تمثلت عينة الدراسة في (6,250) مراهقاً، منهم (2,205) من التشيك، (1,995) من روسيا، (2,050) من الولايات المتحدة، تراوحت أعمارهم ما بين (13-15) عاماً، وتم إجراء تحليل لمعرفة مدى ارتباط العوامل الديموغرافية أو الأبوية أو الشخصية أو المدرسية بالشعور بالوحدة النفسية (الاكتئاب والقلق) أو الأعراض الجسدية مثل الصداع والألم، وتوصلت النتائج إلى:

- وجود ارتباط بين الأمومة غير المتسقة، والخجل، وإداء الأقران، وارتفاع احتمالات أعلى للوحدة في (4) على الأقل ما لا يقل عن المجموعات الفرعية على أساس البلد والنوع أي التشيك، والروسية، والأولاد والبنات الأمريكيون، وتبين أن دفة الوالدين كان عاملاً وقائياً ضد الشعور بالوحدة بين الفتيات التشيكيات والامريكيات، وأن المراهقين التي شعروا بالوحدة النفسية كانت لديهم احتمالات أعلى للإبلاغ عن الصداع والقلق وأعراض الاكتئاب في جميع المجموعات الفرعية، وارتبط الشعور بالوحدة النفسية بأعراض جسدية أخرى في نصف المجموعات الفرعية للمراهقين على الأقل، وارتبط الشعور بالوحدة النفسية بسوء صحة المراهقين عبر البلدان.

3- دراسة جينتر، ودونيل (1996) بعنوان: "الوحدة النفسية لدى الشباب وعلاقتها بكل من القلق والدعم الاجتماعي".

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الوحدة النفسية وعلاقتها بالقلق والدعم الاجتماعي.

تكونت عينة الدراسة من (138) شاباً، (37) منهم يعانون من الوحدة النفسية، و(107) لا يعانون

من الوحدة النفسية، استخدم الباحثان المنهج المقارن، توصلت الدراسة إلى:

- وجود علاقة دالة احصائياً بين الوحدة النفسية وكلاً من القلق والدعم الاجتماعي.

- كذلك وجود فروق بين العينتين في القلق والدعم الاجتماعي.

ثالثاً: دراسات تناولت برامج ارشادية لخفض الشعور بالوحدة النفسية:

أ- الدراسات المحلية:

1- دراسة خماس (2024) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية التعلم الاجتماعي

في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من طالبات

السنة الأولى ثانوي بمدينة الزاوية".

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج قائم على نظرية التعلم الاجتماعي في خفض مستوى

الشعور بالوحدة النفسية وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من طالبات السنة الأولى ثانوي بمدينة

الزاوية، والتأكد من فاعليته بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج تكونت عينة الدراسة من (20)

طالبة ممن تحصلن على أعلى درجات في استبيان مقياس الوحدة النفسية تم تقسيم العينة الى

مجموعتين متساويتين تجريبية عددها (10) طالبات والمجموعة الضابطة عدد(10) طالبات،

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، تمثلت أدوات الدراسة في: استبيان الوحدة النفسية، واستبيان

الكفاءة الاجتماعية، واستمارة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والبرنامج الإرشادي (إعداد الباحثة)، كما استخدمت مقياس الذكاء (لأحمد زكي صالح)، تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائي (spss) توصلت الدراسة الى مجموعة نتائج تمثلت في:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للأفراد المجموعة التجريبية في مستوى الشعور بالوحدة النفسية والكفاءة الاجتماعية لصالح القياس البعدي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة في مستوى الشعور بالوحدة النفسية والكفاءة الاجتماعية لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في مستوى الشعور بالوحدة النفسية والكفاءة الاجتماعية.

2- دراسة جابة (2023) بعنوان: "فاعلية الارشاد السلوكي في خفض الإحساس بالوحدة النفسية لدى عينة من الايتام في دار الرعاية بمدينة مصراته".

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي مبني على فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الإحساس بالوحدة النفسية لدى الأطفال في دور الرعاية الاجتماعية بمدينة مصراته، تكونت عينة الدراسة من (24) طفلاً يتيماً من الأطفال المتواجدين بدار رعاية الطفل تراوحت أعمارهم ما بين (12- 16) سنة، تم تقسيمهم على مجموعتين: تجريبية عددها (12) طفل يتيم، وضابطة عددها (12) طفل يتيم، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الوحدة النفسية إعداد الباحثة، وبرنامج إرشادي قائم على العلاج المعرفي السلوكي إعداد الباحثة، مكون من (15) جلسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس الوحدة النفسية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقى أفرادها البرنامج الإرشادي.
- وكذلك أشارت النتائج إلى وجود استمرارية لأثر البرنامج على المجموعة التجريبية بعد شهر من تطبيق البرنامج.

3- دراسة عطية (2022) بعنوان: "فعالية برنامج إرشادي سلوكي في خفض مستوى الوحدة النفسية لدى أبناء النازحين اللبيين".

هدفت الدراسة إلى خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى النازحين اللبيين، تم الاعتماد في الدراسة على عينة تكونت من (30) تلميذ وتلميذة، تراوحت أعمارهم ما بين (10- 13) سنة، تم تقسيمهم على مجموعتين: تجريبية وضابطة، عدد كل مجموعة (15) تلميذ، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الوحدة النفسية إعداد الباحثة، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي إعداد الباحثة، مكون من (14) جلسة بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أسفرت على استمرار فاعلية البرنامج بعد شهرين من انتهائه.

ب: الدراسات العربية:

1- دراسة عبد الخالق (2023) بعنوان: "فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الأيتام المقيمين بدور الرعاية".

سعت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الأيتام المقيمين بدور الرعاية، وتكونت عينة الدراسة من (26) طفلاً وطفلة من الأطفال الأيتام، تراوحت أعمارهم ما بين (9-12) سنة بجمعية الصفا بطلحاء، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، تكونت كل مجموعة من (13) طفلاً وطفلة منهم (04) ذكور، (09) إناث، للمجموعة التجريبية، و(05) ذكور و(09) إناث للمجموعة الضابطة، اعتمدت الباحثة على مقياس الوحدة النفسية للأطفال إعداد أمانى عبد المقصود (2014)، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الأيتام المقيمين بدور الرعاية (إعداد الباحثة)، واستخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الآتية: اختبار مان ويتي واختبار ويلكسون لإشارة الرتب، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الوحدة النفسية لصالح المجموعة التجريبية.

- كما توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس وحدة النفسية لصالح القياس البعدي.

- بينما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوحدة النفسية.

- وجود تأثير دال للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الأيتام للمجموعة التجريبية.

2- دراسة سامي (2022) بعنوان: "برنامج إرشادي تكاملي لخفض حدة الشعور بالعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية لدى المسنين في ظل جائحة كورونا".

هدفت الدراسة إلى خفض حدة الشعور بالعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية لدى المسنين في ظل جائحة كورونا من خلال برنامج إرشادي تكاملي بما يتضمنه من فنيات متعددة، تم الاعتماد في الدراسة على عينة تكونت من عشرين (20) مسناً، من الذكور تراوحت أعمارهم ما بين (60 - 65) سنة، تم تقسيمهم على مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتكونت أدوات الدراسة مقياس العزلة الاجتماعية، ومقياس الوحدة النفسية إعداد الباحثة، وبرنامج إرشادي تكاملي إعداد الباحثة، مكون من (13) جلسة بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- فاعلية البرنامج الإرشادي التكاملي في تخفيف الشعور بالعزلة الاجتماعية والوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، كما أسفرت على استمرار فاعلية البرنامج بعد شهرين من انتهائه.

3- دراسة موسى (2021): بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوحدة النفسية لدى تلاميذ ضعاف السمع".

سعت الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوحدة النفسية لدى التلاميذ ضعاف السمع، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (12) طفلاً، منهم (6) أطفال مجموعة تجريبية، و(6) أطفال مجموعة ضابطة، تراوحت أعمارهم من (9- 12) سنة، وأجريت الدراسة بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بمحافظة بورسعيد، وتمثلت أدوات الدراسة في، مقياس الوحدة النفسية إعداد أحلام العقباوي (2010)، والبرنامج الإرشادي الانتقائي إعداد الباحثة، أسفرت نتائج الدراسة على:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق القبلي على الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الصم وابعاده الفرعية حيث كانت قيم (z) غير دالة إحصائياً.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التطبيق البعدي على الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الصم وأبعاده الفرعية لصالح المجموعة التجريبية، حيث كانت قيم (z) دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والتتبعي على الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال الصم وأبعاده الفرعية حيث جاءت قيم (2) غير دالة إحصائياً، مما يؤكد استمرار فاعلية البرنامج وتحقيق جميع فروض الدراسة.

4- دراسة زكي (2015): بعنوان "فعالية برنامج إرشادي لخفض درجة الوحدة النفسية ورفع مستوى التدين لدى طلاب جامعة الطائف".

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية البرنامج في خفض الشعور بالوحدة النفسية ورفع مستوى التدين لدى طلاب جامعة الطائف، تم الاعتماد في الدراسة على عينة تكونت من (20) طالب، تراوحت أعمارهم ما بين (19 - 21) سنة، تم تقسيمهم على مجموعتين: تجريبية وضابطة، عدد كل مجموعة (15) تلميذ، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس التدين، ومقياس الوحدة النفسية إعداد الباحثة، وبرنامج إرشادي إعداد الباحثة، مكون من (15) جلسة بمعدل ثلاثة جلسات في الأسبوع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

5- دراسة العطاوي (2014): بعنوان "فعالية برنامج إرشادي لخفض الوحدة النفسية لدى الأرملة العاملات وغير العاملات".

هدفت الدراسة إلى خفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الأرملة العاملات وغير العاملات من خلال برنامج إرشادي معرفي سلوكي، تم الاعتماد في الدراسة على عينة قصدية تكونت من (7514) أرملة، تراوحت أعمارهن ما بين (20 - 50) سنة، اختارت الباحثة منهن (20) أرملة ممن تحصلن على درجة عالية في مقياس الوحدة النفسية تم تقسيمهم على مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتكونت أدوات الدراسة من مقياس الوحدة النفسية إعداد عابد (2008)، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي إعداد الباحثة، مكون من (12) جلسة بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
6- دراسة الزهراني (2013): بعنوان "فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة".

هدفت الدراسة إلى خفض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (456) طالبًا طبق عليهم مقياسي (الوحدة النفسية، والطمأنينة النفسية)، وبعد ذلك تم اختيار عينة قصدية وهي عينة الطلاب الحاصلين على درجات مرتفعة في كل من مقياسي الوحدة النفسية من إعداد (قشقوش 1988)، والطمأنينة النفسية إعداد (الدليم وآخرون، 1993)، وبلغت عينة الدراسة الفعلية (20) طالبًا تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة تتكون من (10) طلاب، مجموعة تجريبية تتكون من (10) طلاب، وتم اتباع المنهج التجريبي، حيث أخضعت المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد الباحث، وجاءت نتائج الدراسة على النحو التالي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الإحساس بالوحدة النفسية بعد تطبيق البرنامج وكانت لصالح المجموعة التجريبية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في درجة الأمن النفسي مما يشير إلى فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في زيادة درجة الأمن النفسي لدى عينة الدراسة في المجموعة التجريبية.

7-دراسة المشاقبة (2004): بعنوان "أثر برنامج إرشادي جماعي في تطوير مفهوم الذات وخفض سلوك الإدمان".

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي جماعي في تطوير مفهوم الذات وخفض سلوك الإدمان ومعرفة أثر برنامج الإرشاد الجماعي في تطوير مفهوم الذات والمهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان طبق البرنامج على (10) أفراد بواقع (12) جلسة، توصلت الدراسة إلى:
- وجود فروق دالة احصائيا بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الإدمان.
- انخفاض أداء الافراد وسلوكهم الادمانى في القياس البعدي عنه في القياس القبلي مما يدل على أن البرنامج المطبق أثبت فعاليته في خفض سلوك الإدمان.

8- دراسة الغول (2010): " فعالية برنامج إرشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية لدى متعاطي المخدرات من الطلاب بالجمهورية الليبية".

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية لدى متعاطي المخدرات من الطلاب في ليبيا، وتكونت عينة الدراسة من (15) طالب يتعاطون المخدرات وتتراوح أعمارهم بين (20-23) سنة، وتم تقسيم عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات بواقع (5) أفراد في كل مجموعة وتم تقسيمهم حسب نوع المادة التي يتعاطونها (الحشيش الهيروين، التعاطي المتعدد) استخدم الباحث مجموعة من الأدوات تمثلت في : اختبار مينسونا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل ، اختبار تفهم الموضوع التات (TAT)، استمارة المقابلة الشخصية و البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث).

وتوصلت الدراسة إلى أن البرنامج قد حقق أهدافه، حيث أثبتت النتائج:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين درجات أفراد مجموعات التعاطي التجريبية الثلاثة (الحشيش، الهيروين، التعاطي المتعدد) في القياس القبلي والبعدي على المقاييس العيادية لاختبار مينسونا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل وهي: توهم المرض الاكتئاب الهستيريا التحولية، الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة، جنون العظمة والاضطهاد، الوسواس القهري، الفصام، الهوس الخفيف، مما يؤكد على وجود اتجاه إيجابي للمجموعات الثلاثة نحو البرنامج.

- كذلك توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق داله إحصائياً بين أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لعلاج بعض الاضطرابات لدى متعاطي المخدرات من الطلاب، وبعد مرور فترة المتابعة على أبعاد المقاييس العيادية لاختبار مينسونا المتعدد الأوجه للشخصية المعدل باستثناء بعض المقاييس التي لها دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)، مما يعني أن البرنامج له تأثير إيجابي مستمر.

رابعاً: دراسات تناولت برامج إرشادية والعلاج بالمعنى مع مدمني المخدرات:

أ- الدراسات العربية:

1- دراسة بن السليط (2018): بعنوان "الألم النفسي وعلاقته بمعنى الحياة لدى المدمنين (الخمير والمخدرات)".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الألم النفسي ومعنى الحياة لدى المدمنين، وتكونت عينة الدراسة من (80) مدمناً، منهم (41) ذكراً و(39) أنثى، من مدمنين على كل من الخمر والمخدرات، يتراوح أعمارهم ما بين (18-33) سنة، استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي، طبق الباحث كلاً من مقياس الألم النفسي للحمداني (2008)، ومقياس معنى الحياة لهارون توفيق الرشيد (1996)، استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية (spss) لتحليل النتائج منها النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل ارتباط بيرسون واختبار (t) وتحليل التباين الأحادي، وتوصلت نتائج الدراسة الى :

- أن مستوى الألم النفسي لدى المدمنين متوسط، ومستوى معنى الحياة لدى المدمنين كان متوسط.
- وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الألم النفسي ومعنى الحياة لدى المدمنين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الألم النفسي لدى المتمنين تعزى لمتغير النوع، عدم وجود فروق في معني الحياة لدى المدمنين تعزى لمتغير الجنس.
- عدم وجود فروق دالة احصائياً في الألم النفسي تعزى لمتغير المادة المتعاطاة.

2- دراسة مخامرة، زهيرة يوسف (2017): بعنوان "فاعلية برنامج إرشادي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدارس البلدة القديمة بمدينة الخليل".

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة، في مدارس البلدة القديمة في الخليل، وعلاقتها ببعض المتغيرات وهي: النوع ويتضمن (الذكور، الإناث).

تكون مجتمع الدراسة، من طلبة المرحلة الثانوية في البلدة القديمة في الخليل، والمنتظمين في الفصل الدراسي الثاني من العام (2016-2017)، وبلغت عينة الدراسة (40) طالباً وطالبة من مجموع الطلاب وتم استخدام مقياس أولي، ومقياس قبلي وبعدي للعمل مع المجموعتين

الضابطة والتجريبية، للحصول على البيانات وتجميعها وتحليلها إحصائياً، باستخدام برنامج الرزم الإحصائية (SPSS)

استخدمت الباحثة المعالجة الإحصائية للبيانات باستخراج الأعداد والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وفحص فرضيات الدراسة عند مستوى دلالة باستخدام الاختبارات الإحصائية التالية: معامل الارتباط بيرسون، اختبار التباين الأحادي المصاحب اختبار معامل كرونباخ الفا.

وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية ولصالح القياس البعدي في كافة مجالات الدراسة المجال الصحي، والمجال النفسي، والمجال الاسري، والمجال الاقتصادي والاجتماعي،
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية ولصالح القياس البعدي في كافة مجالات الدراسة المجال الصحي، المجال النفسي، المجال الأسري، المجال الاقتصادي، المجال الاجتماعي، مما يشير إلى أن البرنامج الإرشادي الوقائي المطبق كان له تأثير كبير في مجالات الدراسة كافة نحو توعية طلبة المرحلة الثانوية في البلدة القديمة في الخليل من خطر العقاقير الخطرة والمخدرات ومخاطرها على الصحة، والمجتمع في كافة الجوانب.
- كذلك ظهرت فروق بين متوسطات أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في كافة مجالات الدراسة ولصالح المجموعة التجريبية.

3- دراسة الرويلي (2015): بعنوان "أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من مدمني المخدرات في المملكة العربية السعودية".

هدفت الدراسة إلى تقصي فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من مدمني المخدرات في المملكة العربية السعودية، تكون مجتمع الدراسة من جميع مدمني المخدرات الذين يراجعون مستشفى الأمل في جدة بالمملكة العربية السعودية، وقام الباحث باختيار عينة متيسرة من المفحوصين، وقد بلغ عدد العينة الكلي (30) مدمناً ممن توصل الباحث إلى إقناعهم بالبرنامج، وتم الاتفاق مع (15) مدمناً ليشكلوا مجموعة تجريبية، و (15)

مدمناً مجموعة ضابطة، مستمرين في العلاج الذي يقدمه لهم المستشفى ، استخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب ،ومقياس تقدير الذات اعداد الباحث ،ولتحليل النتائج استخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ،واختبار (T) ،وتحليل التباين الأحادي وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج تمثلت في:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية (0.05) تعزى لأثر المجموعة على مقياس بيك حيث بلغت قيمة ف (6.946) وبدلالة إحصائية (0.014)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية مما يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) تعزى لأثر المجموعة على مقياس تقدير الذات حيث بلغت قيمة ف (7.389) وبدلالة إحصائية (0.011)، وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية) عند (0.05) في المتوسطات الحسابية بين القياسين البعدي والتتبعي المقياس بيك، حيث بلغت قيمة T (1.784) وبدلالة إحصائية (0.096) وجاءت الفروق لصالح القياس التتبعي.

4- دراسة صيدم (2015) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الصلابة النفسية وأثره على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مدمني المخدرات".

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الصلابة النفسية واثره على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مدمني المخدرات ، وتكونت عينة الدراسة من (30) مدمناً، من الذكور يتراوح أعمارهم ما بين (18 -35) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية تمثلت في (15) مدمناً ،وضابطة تمثلت في (15) مدمن ، استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي ،طبق الباحث كلاً من مقياس الصلابة النفسية إعداد عماد مخيمر، ومقياس الرضا عن الحياة (إعداد مجدي) واستخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية (spss) لتحليل النتائج منها النسب المئوية والمتوسط الحسابي والانحراف المعياري ومعامل ارتباط بيرسون واختبار (t) للعينات المستقلة لدلالة الفروق ، وتحليل التباين الأحادي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى :

- عدم وجود فروق دالة احصائيا بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي في جميع أبعاد مقياس الصلابة النفسية وكذلك في المقياس ككل قبل تطبيق البرنامج.

- ارتفاع مستوى الصلابة النفسية بشكل واضح على أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
5- دراسة الخزاعي، وآخرون (2010) بعنوان: "التوقف عن إدمان المخدرات وأثره على تحسين نوعية الحياة، دراسة اجتماعية تطبيقية".

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر التوقف عن إدمان المخدرات في تحسين نوعية الحياة، استخدم الباحث منهج المسح الاجتماعي الشامل، وبلغت عينة الدراسة (203) متوقف عن الإدمان، تراوحت أعمارهم ما بين (25-39) سنة، وتوصلت الدراسة إلى:

- أن نسبة مدمني المخدرات الذين توقفوا عن الإدمان كانت بين الذكور أكثر من الإناث، وكلما ارتفعت نسبة الدخل ارتفعت نسبة الإدمان على المخدرات.

6- دراسة سلامه (2010) بعنوان: "فعالية برنامج ارشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لعينه من الشباب المدمن في مرحلة التعافي".

هدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج العلاج بالمعنى المقترح في خفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، والتعرف الى مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح، من حيث تطبيقه على عينة الدراسة بعد فترة المتابعة، أي بعد شهر ونصف من تطبيق البرنامج، وتكونت عينة الدراسة من (14) فرداً من الشباب المدمن في مرحلة التعافي، واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار الاكتئاب إعداد محمد ابراهيم عبد (1997) وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية.

- كما توصلت الدراسة أيضاً الى أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب لصالح القياس البعدي وأن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والتتبعي على مقياس الاكتئاب، وأن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس معنى الحياة، وذلك لصالح المجموعة التجريبية أن هناك فروقاً بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي على مقياس الحياة لصالح القياس البعدي.

- كما توصلت الدراسة إلى أن هناك لا توجد فروق بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والتتبعي على مقياس معني الحياة..

7- دراسة متولي (2010): بعنوان: "فعالية برنامج للتخفيف من حدة الخجل لدى عينة من المراهقين المدمنين".

هدفت الدراسة إلى بحث مدى فعالية البرنامج المقترح للتخفيف من حده الخجل لدى عينة من المراهقين المعتمدين، كما هدفت الدراسة إلى مساعدة المعتمدين في أن يستجيبوا بصورة أكثر إيجابية لخجلهم، بلغت عينة الدراسة (16) مراهق معتمد، واستخدم الباحث الأدوات التالية: اختبار، مكروسكي للخجل (McCrisken SHYNESS SCALE) ترجمة مجدي حبيب (2008)، ومقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي إعداد محمد البحيري (2002)، برنامج للتخفيف من حدة الخجل إعداد (بيرارودو, 2005, Bermarao, j) ترجمة الباحث، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- إثبات البرنامج فاعليته في خفض حدة الخجل بشكل دال احصائياً لصالح التطبيق القبلي، حيث ظهر تحسن ملحوظ لدى المجموعة التجريبية في مهارات التواصل مع الزملاء والمعالجين والأهل.

- كما توصلت الدراسة أيضاً إلى تحسن تقديرهم لأدواتهم وكذلك تحسن أدائهم في البرنامج العلاجي بالمستشفى، كما توصلت الدراسة أيضاً أن استخدام البرنامج المقترح أدى إلى انخفاض حدة الخجل بصورة داله احصائياً لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة والتي لم تتلق البرنامج العلاجي.

ب - الدراسات الأجنبية:

1- دراسة سووانفاهو (Suwanfaho et al, 2018) بعنوان: " تطبيق العلاج بالمعنى لتعزيز صحة الشباب الذين يعانون من تعاطي المخدرات".

سعت الدراسة إلى تحسين الصحة لدى الشباب الذين يعانون من مشاكل سلوكية وتكيف مع المجتمع نتيجة التعاطي، تكونت عينة الدراسة من (180) شاباً منحرفاً، تتراوح أعمارهم بين (18- 22) عاماً ويتعاطون المخدرات في مراكز مراقبة وحماية الأحداث في جنوب تايلاند. استخدم الباحثون المنهج شبه التجريبي، تكونت أدوات الدراسة من مقياس العافية، وثمانى جلسات جماعية لمدة (90) دقيقة من العلاج بالمعنى لتعزيز صحة الشباب. وفي المجموعات التجريبية، قدم الباحث

جلسات العلاج بالمعنى أسبوعيًا لمدة (8) أسابيع متتالية. وفي الوقت نفسه، قامت مجموعات المراقبة بالأنشطة الروتينية للمراكز، أكمل المشاركون مقياس العافية في الأسبوع الأول (الاختبار الأولي)، والأسبوع الرابع (أثناء العلاج)، والأسبوع الثامن (الاختبار اللاحق)، والأسبوع الثاني عشر (متابعة لمدة شهر)، ولتحليل نتائج الدراسة استخدم الباحثون التحليل التباين المشترك متعدد المتغيرات (MANCOVA) مع القياس المتكرر لتحليل البيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن درجات العافية لدى الأحداث الجانحين الذين يتعاطون المخدرات في الأسبوع الثاني والأسبوع الرابع والأسبوع الثامن بعد تلقي العلاج بالمعنى كانت أعلى بشكل ملحوظ من تلك الموجودة في الأساس.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العافية بعد الاختبار للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تعديل درجات الاختبار القبلي.

2- دراسة أشرفيون، وآخرون (Ashrafion, et al, 2018) بعنوان: "فعالية العلاج الجمعي بالمعنى في زيادة المرونة النفسية وتقليل الاكتئاب لدى الأفراد المتأثرين بتعاطي المخدرات في طهران".

تهدف الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج الجمعي بالمعنى (Logotherapy) في تعزيز المرونة النفسية وتقليل مستويات الاكتئاب لدى الأفراد الذين يعانون من تعاطي المخدرات في طهران، استخدمت الدراسة تصميمًا شبه تجريبي مع اختبار قبلي وبعدي ومجموعة ضابطة. شملت العينة (36) فردًا يعانون من تعاطي المخدرات، تم اختيارهم من مركز إعادة تأهيل في طهران. تم تقسيم المشاركين عشوائيًا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. خضعت المجموعة التجريبية لعشر (10) جلسات علاج جمعي بالمعنى، مدة كل منها (90) دقيقة، تمثلت أدوات الدراسة في استخدام مقياس بيك للاكتئاب، (BDI) ومقياس كونور-ديفيدسون للمرونة النفسية (CD-RISC) لتقييم التغيرات في الاكتئاب والمرونة النفسية قبل وبعد التدخل، توصلت نتائج الدراسة إلى:

- أن العلاج الجمعي بالمعنى أدى إلى زيادة ملحوظة في المرونة النفسية وتقليل مستويات الاكتئاب لدى المشاركين في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وأكدت على أن العلاج بالمعنى

يمكن أن يكون نهجًا فعالاً في تعزيز الشعور بالهدف والمعنى في الحياة، مما يساهم في تحسين الصحة النفسية وتقليل الاكتئاب لدى الأفراد الذين يعانون من تعاطي المخدرات .

3- دراسة سوانفاهو (Suanvaho, et al. 2016) بعنوان: "تطبيق العلاج بالمعنى لتعزيز الرفاهية لدى الشباب المنحرفين المتعاطين للمخدرات".

سعت الدراسة إلى تقييم فعالية العلاج بالمعنى (Logotherapy) في تحسين الرفاهية النفسية لدى الشباب المنحرفين الذين يعانون من تعاطي المخدرات، تكونت عينة الدراسة من (180) شاباً، تتراوح أعمارهم ما بين (18 - 22) عاماً من مراكز المراقبة والحماية في جنوب تايوان. تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة. تلقت المجموعة التجريبية ثمانية (8) جلسات أسبوعية من العلاج بالمعنى، مدة كل منها (90) دقيقة، في حين استمرت المجموعة الضابطة في الأنشطة الروتينية للمراكز. تم تقييم الرفاهية باستخدام مقياس الرفاهية في الأسبوع الأول (الاختبار الأول)، والأسبوع الرابع (أثناء العلاج)، والأسبوع الثامن (الاختبار اللاحق)، والأسبوع الثاني عشر (متابعة لمدة شهر). تم استخدام تحليل التباين المشترك متعدد المتغيرات (MANCOVA) مع القياس المتكرر لتحليل البيانات. توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن درجات العافية لدى الأحداث الجانحين الذين يتعاطون المخدرات في الأسبوع الثاني والأسبوع الرابع والأسبوع الثامن بعد تلقي العلاج بالمعنى كانت أعلى بشكل ملحوظ من تلك الموجودة في الأساس.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العافية بعد الاختبار للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تعديل درجات الاختبار القبلي.

خامساً: دراسات تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع متغيرات أخرى:

أ- الدراسات المحلية:

لم تجد الباحثة حسب اطلاعها على الإرث التربوي للدراسة وفي حدود علمها إلا على دراسة واحدة تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى.

1- دراسة الصقر (2017) بعنوان: "فعالية العلاج بالمعنى في تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية".

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية العلاج بالمعنى في تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية تكونت عينة الدراسة الوصفية من (200) مراهق ومراهقة منهم (100) ذكور (100) إناث، بمدرسة شهداء الشط، ومدرسة على السيادة الثانوية بطرابلس، تراوحت أعمارهم ما بين (16-17) سنة، تم تقسيم أفراد العينة على مجموعتين (المجموعة التجريبية) و(المجموعة الضابطة)، بحيث تكونت كل مجموعة من (10) مراهقين، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والتجريبي، استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات تمثلت في استمارة المستوى الاقتصادي، ومقياس تقدير الذات، ومقياس معنى الحياة، وبرنامج العلاج بالمعنى (اعداد الباحثة)، ومقياس الذكاء المصور (اعداد أحمد زكي صالح)، توصلت الدراسة إلى :

- تحسين تقدير الذات لدى المجموعة التجريبية عنه لدى المجموعة الضابطة في القياس البعدي.
 - تحسن معنى الحياة لدى المجموعة التجريبية عنه لدى المجموعة الضابطة في القياس البعدي.
 - استمرار التحسن في تقدير الذات في القياس التتبعي.
- ب - الدراسات العربية:

1. دراسة الخواجة (2023) بعنوان: "فعالية برنامج الإرشاد الجمعي بالمعنى في تحسين التدفق النفسي لدى عينة من طلاب جامعة نزوي".

هدفت الدراسة إلى بناء برنامج علاجي يستند على نظرية العلاج بالمعنى ومعرفة فاعليته في تحسين التدفق النفسي لدى أفراد العينة تكونت عينة الدراسة من (32) طالباً، تم اختيارهم بطريقة قصدية، تم تقسيم أفراد العينة عشوائياً على مجموعتين (المجموعة التجريبية) و(المجموعة الضابطة)، بحيث تكونت كل مجموعة من (16) طالب، استخدم الباحث مقياس التدفق النفسي أعداد الباحث، والبرنامج الإرشادي إعداد الباحث والذي تكون من (8) جلسات بواقع جلستين في الأسبوع، استخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحليل التباين المشترك، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) يساوي أو أقل بين المتوسطات الحسابية للمجموعتين التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي لمقياس التدفق النفسي وكان

لصالح المجموعة التجريبية التي خضعت للتدريب مما يشير إلى فعالية البرنامج في تعزيز وتحسين مستوى التدفق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات القياسين مما يشير إلى احتفاظ أفراد العينة بآثار البرنامج ووجود مستوى مرتفع من التدفق النفسي.

2- دراسة قاسم (2023): "فعالية العلاج بالمعنى لتحسين مستوى الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من طلاب الجامعة".

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية العلاج بالمعنى في تحسين الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من طلاب الجامعة، ولقد أجريت الدراسة على عينة مقدارها (50) مريض من طلاب الجامعة بمتوسط عمر (2008) سنة وانحراف معياري (0,41)، تم اختيارهم بطريقة قصدية ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة عدد كل منهما (08) طلاب، وتم التطبيق بشكل فردي واستخدم المنهج شبه التجريبي لفحص فاعلية البرنامج العلاجي، تكونت أدوات الدراسة من مقياس الأمل (إعداد الباحثة)، ومقياس نمو ما بعد الصدمة والبرنامج العلاجي، ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى :

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الأمل ونمو ما بعد الصدمة في القياسين القبلي والبعدي الصالح القياس البعدي.

- وتوجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في الدرجة الكلية لمقياس الأمل ونمو ما بعد الصدمة في القياس البعدي الصالح المجموعة التجريبية.

3- دراسة الحارثي (2022) بعنوان: " فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بمنطقة مكة المكرمة".

هدفت الدراسة إلى خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بمنطقة مكة المكرمة، كما هدفت إلى التحقق من مدى فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل، كما هدفت إلى التعرف على مدى استمرارية البرنامج بعد فترة المتابعة، استخدم الباحث المنهج التجريبي، شملت عينة الدراسة (20) حدث تم تقسيمهم إلى مجموعتين (10) مجموعة تجريبية و(10) مجموعة ضابطة. تم استخدام مقياس الضغوط النفسية اعداد زينب شقير (2002) ومقياس قلق المستقبل اعداد غالب بن محمد

المشيخي (2009)، واستمارة جمع البيانات إعداد الباحث والبرنامج الإرشادي إعداد الباحث، ولاختبار فرضيات الدراسة استخدم الباحث اختبار مان وتتي واختبار ويلكسون، توصلت الدراسة الى عدة نتائج أهمها:

- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

- توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

- لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي.

- لا توجد فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والنتبعي.

4- دراسة القنطار (2022): بعنوان: "دراسة مقارنة بين فاعلية برنامج ارشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى وبرنامج قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد".

استهدفت الدراسة التعرف أيهما أكثر فعالية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى أو البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، تكونت عينة الدراسة من (24) أم من أمهات أطفال التوحد، تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات متجانسة (8) للمجموعة التجريبية الأولى و(8) للمجموعة التجريبية الثانية (8) للمجموعة الضابطة، استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، تم استخدام مقياس الضغوط النفسية اعداد ملحم (2014)، وبرنامج علاجي قائم على نظرية العلاج بالمعنى والعلاج السلوكي، استخدمت الباحثة مجموعة من الأساليب الإحصائية لتفسير وتحليل النتائج منها: معامل ارتباط بيرسون، واختبار مان وتتي واختبار كروسكال - ويلز، واختبار ويلكوكسون، توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:-

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح

التطبيق البعدي، ما يؤكد فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعادها لفرعية.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاد في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الأولى.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، ما يؤكد فاعلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالنسبة للمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لجميع أبعاده الفرعية.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية ومتوسط درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل بعد من أبعاده الفرعية في التطبيقين البعدي والتتبعي لصالح التطبيق التتبعي، وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية.

- وكذلك يوجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية الثانية، ما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال

المصابين بالتوحد من المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الأولى ومتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية الثانية على مقياس الضغوط النفسية ككل وعلى كل من أبعاده في التطبيق التتبعي لصالح المجموعة التجريبية الثانية، وبالتالي يوجد فروق دالة إحصائياً لصالح المجموعة التجريبية الثانية، مما يؤكد أفضلية البرنامج القائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في القدرة على الاحتفاظ بالفاعلية بعد شهرين من انتهاء التجربة على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في المجموعة الثانية، بالنسبة لمقياس الضغوط النفسية ككل وبالنسبة لأبعاده الفرعية.

5- دراسة حسن (2020): بعنوان "ممارسة العلاج بالمعنى في خدمة الفرد لتحسين معنى الحياة لدى المراهقين نزلاء المؤسسات الإيوائية".

استهدفت الدراسة اختبار فعالية ممارسة برنامج التدخل المهني باستخدام العلاج بالمعنى لدى المراهقين نزلاء المؤسسات الإيوائية، تكون مجتمع الدراسة الكلي (37) من نزلاء المؤسسة، وبعد تطبيق مقياس معنى الحياة إعداد الباحث اختيرت العينة الأساسية وتكونت من (10) مراهقين، وتم تطبيق برنامج التدخل المهني القائم على العلاج بالمعنى، تم إعادة القياس البعدي وتحديد درجة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي، توصلت الدراسة الى نتائج منها:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي.
- ولا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الأمل ونمو ما بعد الصدمة في القياسين البعدي والتتبعي.

6- دراسة عبدالعال (2019) بعنوان "فعالية ممارسة العلاج بالمعنى في خدمة الفرد لتحسين التوجه نحو الحياة للأحداث الضالين".

هدفت الدراسة الى اختبار فعالية ممارسة العلاج بالمعنى في خدمة وتحسين التوجه نحو الحياة للأحداث الضالين،،أعتمد الباحث على المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بلغت عينة الدراسة (24)حدث والذين تم تطبيق مقياس التوجه نحو الحياة وحصولهم على أقل الدرجات تراوحت أعمارهم ما بين (12-17) سنة ،استخدم الباحث استمارة البيانات الأولية للأحداث الضالين اعداد الباحث ومقياس التوجه نحو الحياة للأحداث

الضالين اعداد الباحث ،استخدم الباحث برنامج الرزم الإحصائية (spss) لتحليل النتائج واستخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (T) الجدولية لمعرفة الفروق بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة ،توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التوجه نحو الحياة.

- وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على بعد الثقة وتحقيق الذات راجع إلى تأثير ممارسة برنامج العلاج بالمعنى لدى أفراد الدراسة.

- وتوصلت الدراسة أيضاً إلى وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات المجموعتين في القياس البعدي على بعد الضيق والحزن لصالح المجموعة التجريبية.

- كذلك وجود فروق دالة احصائياً بين متوسط درجات المجموعتين في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وبذلك يكون البرنامج قد حقق الهدف الذي بني من أجله.

7- دراسة اللحام (2019) بعنوان: "فعالية العلاج بالمعنى في تنمية معنى الحياة وخفض بعض السلوكيات المضادة للمجتمع لدى المدمنين".

هدفت الدراسة الكشف عن فاعلية برنامج علاجي قائم على نظرية العلاج بالمعنى في تنمية معنى الحياة وخفض بعض السلوكيات المضادة للمجتمع، وقد استخدم الباحث في الدراسة الأدوات الآتية: مقياس معنى الحياة، ومقياس السلوك المضاد للمجتمع، وبرنامج العلاج بالمعنى (إعداد الباحث)، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (20) مدمناً من المسجونين في قطاع غزة، وهم من منخفضي معنى الحياة ومرتفعي السلوك المضاد للمجتمع، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية، وعددهم (10) أفراد، ومجموعة ضابطة، وعددهم (10) أفراد، وتم تحديد العينة بشكل قصدي، واستخدم الباحث المنهج التجريبي القائم على القياس القبلي والبعدي والنتبجي لمتغيرات الدراسة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى:

- فاعلية العلاج بالمعنى في تنمية معنى الحياة وخفض السلوك المضاد للمجتمع لدى أفراد المجموعة التجريبية.

8- دراسة أحمد (2017) بعنوان: "برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى لتنمية حب الحياة لدى عينة من المطلقين الذكور".

هدفت الدراسة إلى تصميم برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى لتنمية حب الحياة لدى المطلقين الذكور ومعرفة المشكلات التي يواجهها المطلق، تكونت عينة الدراسة من (138)، وقام الباحث باختيار (20) رجل مطلق من منخفضي حب الحياة، تم تقسيمهم إلى (10) مجموعة تجريبية و(10) مجموعة ضابطة، استخدمت الدراسة مقياس حب الحياة إعداد الباحث، وبرنامج الإرشاد القائم على العلاج بالمعنى إعداد الباحث. توصلت الدراسة إلى:

- فاعلية البرنامج القائم على استخدام فنيات العلاج بالمعنى في تنمية حب الحياة لدى المطلقين، كذلك اتبنت نتائج الدراسة وجود أثر للبرنامج بعد القياس التتبعي وأما مستوى الشعور بحب الحياة جاء مرتفعاً.

ج - الدراسات الأجنبية:

1- دراسة ساينتي وآخرون (Suyanti and other, 2018) بعنوان: "فاعلية العلاج بالمعنى والعلاج الأسري في خفض الشعور بالوصمة والاكئاب لدى ربوات البيوت المصابات بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)".

استهدفت الدراسة اختبار فعالية العلاج بالمعنى والعلاج الأسري في خفض الشعور بالوصمة والاكئاب لدى ربوات البيوت المصابين بنقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، اشتملت عينة الدراسة على (60) أمراه من ربوات البيوت المصابات بمرض نقص المناعة المكتسبة، استخدم المنهج التجريبي من خلال تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية ومجموعة ضابطة، وأشارت نتائج الدراسة إلى:

- أن المجموعة التي تم ممارسة برنامج التدخل المهني معها أظهرت انخفاضاً كبيراً في الشعور بالوصمة والإصابة بالاكئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة، مما يشير إلى فعالية العلاج بالمعنى والعلاج الأسري في هذه الدراسة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

بعد أن قامت الباحثة بمراجعة الأدبيات التربوية المرتبطة بموضوع دراسة، الإدمان والعلاج بالمعنى والوحدة النفسية، لاحظت وجود مجموعة متنوعة من الأبحاث التي تناولت هذه المتغيرات

وعلاقتها مع متغيرات أخرى. شملت هذه الأبحاث فئات مختلفة من المجتمع مثل النساء، والشباب، وكبار السن، والمراهقين، والطلاب واستخدمت مناهج بحث متعددة، لكن معظمها أعتمد على المنهج الوصفي. وعلى الرغم من ذلك، لم تجد الباحثة دراسات مشابهة تركز على هذه المتغيرات مجتمعة وخاصة في السياق العربي.

وهكذا، يتضح وجود فجوة بحثية في الدراسات التي تجمع بين جمع متغيرات الدراسة الحالية معاً، رغم الاهتمام المتزايد من قبل الباحثين، لاسيما في البلدان الأجنبية، بهذه المواضيع خلال السنوات الأخيرة نظراً للزيادة الملحوظة في انتشار مشكلة الإدمان على المخدرات.

ومن خلال مراجعة الباحثة للأبحاث السابقة المرتبطة بمتغيرات الدراسة، تم استخراج أهم المعلومات من تحليل هذه الدراسات، والتي شملت الموضوع، الهدف، حجم العينة، الأدوات المستخدمة، والنتائج، كما يلي:

أولاً: الدراسات التي تناولت الشعور بالوحدة النفسية:

1- من حيث الأهداف:

تنوعت واختلفت الدراسات سوى كانت العربية منها أو الأجنبية في تناولها موضوع الوحدة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات، حيث هدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن مستوى الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى المدمنين على المخدرات والفرق بينهم وبين الأسوياء كدراسة عبدالرحمن ، ودراسة خلفي (2011) ، ودراسة صبح (1996)، ودراسة أبو مزريق (2024)، ودراسة أبو هويشل (2013)، بينما ركزت بعض الدراسات على دور التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات كدراسة بن حميدة (2013)، وبينما هدفت دراسة صديق (2018) إلى معرفة العلاقة بين الوحدة النفسية والقدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات ، وهدفت دراسة سعيدي (2016) إلى معرفة الفروق بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين في مستوى الاغتراب النفسي ،حيث تتفق هذه الدراسة مع الدراسة الحالية في مقياس العزلة الاجتماعية لدى المدمنين وهدفت دراسة كرستين إلى معرفة درجة ارتباط الماريجوانا بزيادة مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المدمنين ،بينما هدفت بعض الدراسات إلى معرفة العلاقة بين الاكتئاب والوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات كدراسة انغرام (2020)، ودراسة (Rakach,eandorzec,2002) ، ودراسة المومني (2012) وهدفت بعض الدراسات إلى تقييم الأبعاد العاطفية والاجتماعية والرومانسية والأسرية

لدى الأفراد المتعاطين وغير المتعاطين كدراسة بخشاني وآخرون (2014)، وهدفت دراسة سعيدي وعنانو (2023)، ودراسة سلوم (2022)، ودراسة الضبياني (2021)، ودراسة جينترودونيل (1996) إلى معرفة علاقة الوحدة النفسية بالقلق والدعم الاجتماعي، وهدفت دراسة فرحات (2013) إلى معرفة العلاقة بين الاغتراب النفسي والوحدة النفسية لدى طلاب المرحلة الإعدادية وهناك بعض الدراسات هدفت الى معرفة العلاقة بين الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية كدراسة جبريط (2017)، في حين تناولت دراسات أخرى برامج إرشادية لمعرفة أثرها في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية كدراسة خماج (2024)، ودراسة جابة (2023)، ودراسة عطية (2022)، ودراسة عبدالخالق (2023)، ودراسة سامي (2022)، ودراسة محمد (2015) ودراسة العاطفي (2014) ودراسة خليفة (2010)، فجميع الدراسات (محلية وعربية) أجمعت على أن البرامج الإرشادية كانت فعّالة في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الفئات المختلفة (طلاب، أيتام، نازحين، مسنين، أرامل) سواء استخدمت البرامج الإرشاد السلوكي، المعرفي السلوكي، أو التكاملي، جميعها أدت إلى تحسن ملحوظ في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي.

وتتنفق الدراسة الحالية مع الدراسات التي تناولت البرامج الإرشادية لأن هدفها واحد يتمثل في تخفيف مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد العينات التي تناولتها هذه الدراسات.

2- من حيث العينات:

بالنظر إلى أحجام العينات التي أجريت عليها الدراسات السابقة ترى الباحثة أن هناك اختلاف من دراسة إلى أخرى، حيث كان حجم العينة في بعض الدراسات كبير كدراسة أندرو ستكلي، وآخرون (Andrew stickley, et, 2016) الذي بلغ حجم العينة فيها (6250)، تليها دراسة ايزابيلا انغرام، وآخرون (Isabella, Ingram, et al, 2020) حيث بلغ حجم عينتها (5310) مراهق، وهو عدد كبير مقارنة بالدراسات التي تم عرضها، وكذلك دراسة عبدالرحمن (2011) حيث بلغ عدد العينة فيها (600) مراهق أما في دراسة (Rakach, Eand) Orzect, 2002 (2002) فقد بلغ حجم العينة (624) مراهق وبلغت عينة دراسة (كرستين، ورو، وآخرون, 2020) (562) شاباً، بينما بلغ أصغر حجم عينة في دراسة زلوف، ودراسة بن حميدة (2023)، والتي بلغ عددها (02) من الشباب المدمن، وهو عدد صغير جداً مقارنة بباقي الدراسات التي تم عرضها، ويرجع الاختلاف في حجم العينة إلى طبيعة كل دراسة والمنهج المستخدم، كما اختلفت الدراسات في نوع

العينات التي طبقت عليها فبعضها طبق على الذكور فقط كدراسة جبريط(2007) ودراسة أبوهويشل(2013) ودراسة خليفة (2010) ودراسة بيترجيه كيللي(2020)، ودراسة خلف وفرحات(2013)، ودراسة عبدالملك(2024) ودراسة يشام اشرفيون(2024)، ودراسة خلفي (2011) ودراسة صديق(2018) ودراسة سعدي(2016)، ودراسة أبو درويش(1996)، ودراسة إكرستين واسحاق (2020)، ومنها ما أجري على الإناث فقد كدراسة هامان(2008)، ومنها ما أجري على الإناث والذكور كدراسة أبو مزريق وآخرون(2024)، ودراسة جودر(2022)، ودراسة السعفي(2011)، ودراسة سلوم (2022)، ودراسة الضبياني(2021)، ودراسة عبدالخالق (2023)، أما من حيث عمر العينة فقط تنوعت الفئات العمرية من دراسة إلى أخرى فقد تراوحت أعمار المفحوصين في بعض الدراسات من (18-22) سنة كما في دراسة عبدالرحمن، وكان عمر المفحوصين في دراسة سامي (2022) ما بين (60-65) سنة، وفي دراسة أبو مزريق وآخرون (2024) ما بين (17-52) سنة، وتراوح في دراسة المومني ما بين (22-40) سنة وفي دراسة (أندرو ستكلي، وآخرون (Andrew stickley,et,2016) تراوح عمر المفحوصين ما بين (13-15) سنة وفي دراسة جابة تراوح عمر العينة ما بين (12-16) سنة وفي دراسة عطية كان عمر العينة (10-13) سنة وبلغ عمر العينة في دراسة عبدالخالق (9-12) سنة وتتفق الدراسة الحالية مع الدراسات التي تناولت عينات من الذكور، ولم تتفق أي دراسة في حجم العينة مع الدراسة الحالية التي بلغ عددها (56) مفحوص.

3- من حيث المنهجية:

اختلفت المنهجية المتبعة في الدراسات السابقة حيث اتبعت بعض الدراسات المنهج الوصفي الارتباطي كدراسة أبو مزريق وآخرون (2024) ودراسة سعدي وعنانو (2023)، ودراسة سلوم (2022)، كذلك دراسة جودر (2022)، ودراسة هامان (2017)، ودراسة أبوهويشل (2013)، ودراسة خلف وحسن (2013)، ودراسة السعفي (2011)، ودراسة عزيزي (2020)، ودراسة تشينغ وفيرنهام (Cheng Et Furnham,2002)، ودراسة (أندرو ستكلي، وآخرون Andrew stickley,et,2016)، واستخدمت دراسات أخرى المنهج الوصفي التحليلي كدراسة عبدالرحمن، ودراسة خلفي (2011)، ودراسة أبو درويش(1996)

، ودراسة المومني ودراسة الضبياني (2021)، واستخدمت دراسات أخرى المنهج المقارن كدراسة سعدي (2016)، ودراسة جينتر ودونيل (1996)، واستخدمت دراسات أخرى المنهج العيادي كدراسة زلوف وبن حميدة (2023) ودراسة بيتر جي كليي وآخرون (2020)، واستخدم المنهج التجريبي في الدراسات التي استخدمت البرامج الإرشادية حيث كان شائعاً في معظم الدراسات حيث اعتمدت على مجموعتين تجريبية وضابطة، وبعض الدراسات اعتمدت أيضاً على القياسات القبليّة والبعديّة والتتبعي لمقارنة التحسن.

واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات التي استخدمت البرامج الإرشادية واختلفت معهم في طبيعة البرنامج القائم على نظرية العلاج بالمعنى ليفيكتور فرانكل.

5. من حيث الأدوات:

جميع الدراسات السابقة استخدمت الاستبيان والمقاييس لقياس الوحدة النفسية، وجمع البيانات للحصول على النتائج، حيث استخدمت بعض الدراسات مقاييس مقننة تمثلت في مقياس راسيل (1996) كدراسة زلوف، وبن حميدة (2023)، ودراسة صديق (2018)، ودراسة صبح (1996) وكذلك دراسة أبومزريق (2024)، ودراسة عبدالمالك (2024)، ودراسة جودر (2022) ودراسة سعدي، وعنانو (2023)، ودراسة كلاً من محمود وسلوم (2022)، ودراسة عزيزي (2020)، ودراسة خلف، وفرحات (2013)، بينما استخدمت دراسة سعدي (2016)، مقياس (زينب شقير)، ودراسة سمية بخشاني، وآخرون (2014) (Samia Bakhshani) واستخدمت دراسة هامان (2017) مقياس (وفاء عابد) للوحدة النفسية، بينما بعض الدراسات قامت بإعداد مقاييس واستبانات تم تقنينها والتأكد من صدقها وثباتها لتلائم مجتمع الدراسة كدراسة عبدالرحمن (2011)، ودراسة ايزابيلا انغرام، وآخرون (Isabella, Ingram, et al, 2020)، وتميزت بعض الدراسات بكثرة استخدام المقاييس مما قد يؤدي بالمفحوصين إلى الملل، ومن تم إعطاء إجابات غير صادقة وغير ثابتة ومن تم نتائج غير دقيقة كدراسة رائد أحمد أبو هويشل (2013)، ودراسة كرستين، رو، إسحاق، وآخرون (2020)، في حين استخدمت بعض الدراسات برامج إرشادية إلى جانب مقاييس أخرى كدراسة خماج (2024)، ودراسة جابة، ودراسة عبدالخالق (2023)، ودراسة عطية (2022)، ودراسة سامي (2022)، ودراسة محمد (2015)، ودراسة العطايفي (2014)، نلاحظ أن مقياس الوحدة النفسية هو الأداة المشتركة الأكثر استخداماً بين

معظم الدراسات التي تم تقديمها واقتصرت الدراسة الحالية على استخدام مقياس فقط إلى جانب برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى ليفكتور فرانكل.

6 . من حيث النتائج:

تباينت النتائج التي توصلت إليها الدراسات في مفهوم الوحدة النفسية، فنجدها في سياق أن أغلبها اتفقت على ارتفاع مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى المدمنين مقارنةً بغير المدمنين كدراسة مفتاح (2011)، ودراسة مناهل (2018)، ودراسة أبو درويش (1996)، ودراسة (Rakach, Eand Orzect, 2002)، ودراسة (Ingram, ae el, 2020)، ودراسة كيلي (Kelly et al, 2020)، واتفقت دراسة كلا من انغرام وآخرون (Ingram, ae el, 2020)، ودراسة كيلي (Kelly et al, 2020)، ودراسة بخشاني (Bakhshani, 2014) ،

على أن الوحدة النفسية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بتعاطي المخدرات، وأوضحت بعض الدراسات أن الوحدة النفسية مرتبطة بانخفاض تقدير الذات وضعف الثقة بالنفس كدراسة خلفي، ودراسة مفتاح (2011)، وأبو درويش (1996)، بينما لم تجد بعض الدراسات علاقة دالة بين التعاطي والشعور بالوحدة النفسية ، مما يعني أن تصورات الفرد عن التعاطي قد تختلف عن الواقع النفسي المؤثر عليه ، واتفقت دراسة كلاً من أبو مزريق وآخرون (2024) ، ودراسة عبدالمالك (2024) ، ودراسة محمود ودراسة جودر (2022)، ودراسة مومني (2021) أن مستوى الوحدة النفسية لدى أفراد العينة كان منخفض إلى متوسط ، وأوضحت بعض الدراسات أن هناك علاقة موجبة بين الوحدة النفسية والعديد من المتغيرات الأخرى كدراسة سعيدي ، و عنانو (2023) التي أوضحت وجود علاقة قوية بين الوحدة وقلق المستقبل ، ودراسة سلوم (2022) التي أوضحت وجود علاقة موجبة بين الوحدة والقلق الاجتماعي، ودراسة أبو هويشل (2013) التي أوضحت وجود علاقة موجبة بين الوحدة والشخصية السيكوباتية، ودراسة خلف ، و فرحات (2013) التي بينت وجود علاقة موجبة بين الوحدة والاعتراب النفسي، وأوضحت بعض الدراسات وجود علاقة سالبة للوحدة النفسية مع بعض المتغيرات كدراسة هامان (2017) ، ودراسة مومني (2021)، أما بالنسبة لنوع وتأثيره على الشعور بالوحدة النفسية فقد كانت الإناث أكثر شعور بالوحدة النفسية وهذا ما أكدته دراسة جود ، ودراسة سلوم (2022)، ودراسة الضبياني (2021). أما بالنسبة للبرامج الإرشادية جميع الدراسات اتفقت على أن البرامج الإرشادية فعالة ومؤثرة في خفض الشعور بالوحدة النفسية، مع

استمرار الأثر الإيجابي بعد انتهاء البرنامج، عبر استخدام منهجيات تجريبية دقيقة، وفاعلية على مختلف الفئات العمرية والمجتمعية.

ثانياً: الدراسات التي تناولت برامج الإرشاد والعلاج بالمعنى:

1- من حيث الأهداف:

تنوعت أهداف الدراسات التي تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع مدمني المخدرات حسب الهدف التي تسعى الى تحقيقه حيث هدفت دراسة السليت(2018) إلى الكشف عن طبيعة الألم النفسي ومعنى الحياة لدى مدمني المخدرات ،كما هدفت دراسة مخامرة (2017) إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي جماعي للوقاية من المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدينة الخليل ،واتفقت دراسة الرويلي(2015)، ودراسة سلامة(2010)، ودراسة ليشام أشرفيون، وآخرون (Lisham Ashrafion, et al,2018) إلى معرفة فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات والمرونة النفسية لدى عينة من مدمني المخدرات ، بينما هدفت دراسة صيدم (2015) إلى معرفة مدى فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الصلابة النفسية وأثره على رفع مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة من مدمني المخدرات ،وهدفت دراسة الخزاعي وآخرون(2010) إلى معرفة أثر التوقف عن إدمان المخدرات في تحسين نوعية الحياة ،وهدفت دراسة متولي(2010) بحث مدى فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من حده الخجل لدى عينة من المراهقين المدمنين ،وهدفت دراسة بنروم سوانفاهو وآخرون (Benrom Suwanfaho et al, 2018) تحسين الصحة لدى الشباب الذين يعانون من مشاكل سلوكية وتكيف مع المجتمع نتيجة التعاطي، وأختلفت الدراسات التي تناولت الإرشاد والعلاج بالمعنى مع متغيرات أخرى حسب الهدف التي تسعى للوصول إليه حيث هدفت دراسة الصقر(2017) ، ودراسة حسن (2020) معرفة فاعلية العلاج بالمعنى في تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة لدى المراهقين وهدفت دراسة الخواجبة(2023) إلى بناء برنامج علاجي يستند على نظرية العلاج بالمعنى ومعرفة فاعليته في تحسين التدفق النفسي لدى طلاب الجامعة ،بينما هدفت دراسة قاسم (2023) إلى معرفة فاعلية العلاج بالمعنى في تحسين الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان من طلاب الجامعة واتفقت دراسة الحارثي، ودراسة القنطار(2022) معرفة مدى فاعلية برنامج ارشادي قائم على العلاج بالمعنى في خفض الضغوط النفسية ، وهدفت دراسة ساينتي وآخرون (Suyanti et al., 2018) إلى اختبار

فعالية العلاج بالمعني والعلاج الأسري في خفض الشعور بالوصمة والاكنتاب لدي ربات البيوت المصابين بنقص المناعة المكتسبة (الإيدز).

2- من حيث الأدوات:

تعددت واختلفت أدوات الدراسة حسب نوع وطبيعة موضوع الدراسة فقد استخدم باحثين مقاييس من إعدادهم كدراسة الصقر (2017)، ودراسة الخواجة ودراسة (2023) كذلك دراسة حسن (2020)، ودراسة عبدالعال، ودراسة ليشام أشرفيون، وآخرون (Lisham Ashrafion, et al, 2018) ، بينما دراسات آخري استخدمت مقاييس وقامت بتقنينها حسب مجال الدراسة وبيئة الدراسة ، كدراسة السليتي (2018) التي استخدمت مقياس معنى الحياة ، ودراسة مخامرة (2017) التي استخدمت مقياس إبو عين (2008)، (لهارون الرشيد (1996) ومقياس الألم النفسي للحمداني (2008) ، واتفقت دراسة الرويلي (2015)، ودراسة ليشام أشرفيون، وآخرون (Lisham Ashrafion, et al, 2018) في استخدام مقياس بيك للاكتئاب، واستخدم صيدم مقياس الصلابة النفسية إعداد مخيمر ومقياس الرضا عن الحياة إعداد مجدي، واستخدم سلامة (2010) مقياس الاكتئاب إعداد محمد عبد (1997)، كما استخدم متولي مقياس مكروسي للخجل ترجمة مجدي حبيب (2008)، ودراسة الحارثي (2022) استخدمت مقياس الضغوط إعداد شنقير (2002)، ومقياس قلق المستقبل اعداد المشيخي (2009)، واستخدمت القنطار (2022) مقياس الضغوط النفسية إعداد ملحم (2014)، واتفقت ايضاً معظم الدراسات في استخدامها لأدوات الدراسة من حيث البرنامج الإرشادي كدراسة الخواجة ودراسة قاسم (2023)، ودراسة الحارثي (2022)، ودراسة حسن (2020)، ودراسة عبدالعال، ودراسة عمر (2019)، ودراسة الحمد والرشيدي (2010)، بينما استخدمت بعض الدراسات نوعين من البرامج في نفس الدراسة كدراسة القنطار (2022)، ودراسة حسن (2020)، ودراسة عمر (2019)، ودراسة أحمد (2017)، واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدامها للبرنامج الارشادي من حيث النظرية.

3- من حيث النتائج:

اتفقت نتائج العديد من الدراسات السابقة، حيث أكدت هذه الدراسات على فعالية برنامج العلاج بالمعنى في تخفيف المشكلات النفسية، خاصة في مجالات الوحدة النفسية، وضغوط الحياة، واضطرابات المزاج، كذلك في تحسين جوانب عدة من الحياة النفسية مثل تقدير الذات كدراسة

الصقر (2017)، ومعنى الحياة كدراسة، قاسم (2023)، وتخفيف الضغوط النفسية كدراسة الحارثي (2022)، وتحسين الأمل والنمو بعد الصدمة، كدراسة صلاح، وقاسم (2023)، والتوجه نحو الحياة. كدراسة الحمد (2010) ودراسة حسن (2020)، واختلفت بعض الدراسات مع نتائج الدراسات السابقة حيث أظهرت أن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون أكثر فعالية في بعض الحالات، مثل دراسة هبة يونس القنطار (2022) التي قارنت بين العلاج بالمعنى والعلاج المعرفي السلوكي وفي بعض الدراسات، مثل دراسة سعيد عايض الحارثي (2022)، لوحظ أن هناك تحسينات في القياسات البعدية ولكن دون تغيرات ملحوظة في القياسات التبعية، وفي معظم الدراسات، كانت النتائج تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج بالمعنى، مقارنة بالمجموعة الضابطة. هذا يشير إلى فعالية العلاج في تحقيق التغيرات النفسية المرغوبة. على سبيل المثال دراسة مخامرة (2017) ودراسة عبد الفتاح الخواجة (2023) ودراسة هبة يونس القنطار (2022)، تم العثور على فروق دالة لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي، وأظهرت بعض الدراسات أن التحسينات التي تحققت عبر العلاج بالمعنى كانت مستمرة بعد فترة من المتابعة، مثلما لوحظ في دراسة الحارثي (2022) ودراسة الخواجة (2023)، حيث استمرت التحسينات في التدفق النفسي حتى بعد فترة المتابعة.

ورغم اختلاف الفئات العمرية والاجتماعية ومجالات التطبيق، إلا أن جميع الدراسات السابقة توصلت إلى نفس النتيجة الأساسية وهي أن الإرشاد بالمعنى يعد أسلوبًا علاجيًا ناجحًا في تعزيز الجوانب الإيجابية من حياة الفرد وتقليل الضغوط والمشكلات النفسية.

الاستفادة من الدراسات السابقة:

ترى الباحثة أن الدراسات التي تناولت الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات محدودة، وأغلبها أجري في بيئات غير عربية، أما بالنسبة للدراسات المحلية فلم تتوصل الباحثة لأي دراسة أجريت في هذا المجال في المجتمع الليبي. على حد علم الباحثة. وقد استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في تحديد متغيرات الدراسة، كما استفادت الباحثة من هذه الدراسات في تحديد المشكلة، وكيفية صياغة التساؤلات، واختيار نوع العينة، ومجتمع الدراسة، وتحديد حجمها المناسب، والأدوات المناسبة لجمع المعلومات حول متغيرات الدراسة، والمتمثلة في مقياس الوحدة النفسية إعداد مصطفى فهمي، وتصميم البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى لفكتور فرانكل

إعداد الباحثة، واستفادت الباحثة أيضاً من الدراسات السابقة في التعرف على كيفية تكييف مقياس الوحدة النفسية واستخراج معاملات صدقه وثباته على عينة الدراسة (مدمني المخدرات بالمعهد القومي لعلاج الإدمان بمدينة مصراتة)، وتحديد الأساليب الإحصائية المناسبة لإجراء التحليل الإحصائي من خلالها، ومن تم الاستفادة منها في تفسير النتائج.

مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة:

رغم تعدد الدراسات السابقة التي تناولت الوحدة النفسية لدى فئات متعددة مثل: المراهقين، طلاب الجامعات، كبار السن، والسجناء، وكذلك دراسات أخرى ركزت على المدمنين من حيث سماتهم النفسية والاجتماعية، إلا أن هناك نقصاً واضحاً في الدراسات التي تستهدف تخفيف الوحدة النفسية تحديداً لدى المدمنين.

1. دمجت بين العلاج الوجودي الحديث (العلاج بالمعنى) والواقع النفسي الخاص بالمدمنين، وهي مقاربة نادرة في الأدبيات العربية.

2. استخدمت تصميمًا شبه تجريبياً يقيس الأثر الحقيقي للتدخل، وليس مجرد العلاقة النظرية.

3. استهدفت عينة من مدمني المخدرات، وهي فئة غالباً ما تُهمل في بحوث التدخلات النفسية ذات الطابع الإيجابي.

4. اعتمدت على برنامج إرشادي مخطط ومبني على أسس علمية، قابل للتطبيق في مراكز العلاج من الإدمان.

وبذلك تتمنى الباحثة أن تسد هذه الدراسة فجوة علمية مهمة، وتُسهم في تطوير برامج إرشادية واقعية وقابلة للتنفيذ، مما يعزز من فاعلية الجهود الوقائية والعلاجية في مجال الإدمان.

فروض الدراسة:

استناداً إلى ما تم عرضه من إطار نظري ونتائج البحوث والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

تستهدف الدراسة الحالية اختبار الفروض التالية عند مستوى دلالة (0.05):

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد الجماعتين الضابطة الأولى

والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين القبليين لهما عند مستوى

(0.05).

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين التجريبية الثانية والجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين التجريبية الثانية والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

10- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات الدراسة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

- منهج الدراسة.
- التصميم البحثي للدراسة.
- مجتمع الدراسة.
- عينة الدراسة.
- متغيرات الدراسة.
- أدوات الدراسة.
- البرنامج الإرشادي للدراسة.
- الأساليب الإحصائية.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية المستخدمة في هذه الدراسة، والتي تم إتباعها لتحقيق أهداف الدراسة، متضمناً مجتمع وعينة الدراسة، والخطوات التي تم إتباعها في إعداد أدوات الدراسة، وتصميم البرنامج الإرشادي، والتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، متمثلة في (الصدق، والثبات)، كما يتضمن الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في معالجة البيانات واستخراج النتائج وفيما يلي عرضاً مفصلاً لهذه الإجراءات.

أولاً: منهج الدراسة:

استخدم المنهج التجريبي الذي يُراد به ذلك "المنهج الذي تتضح فيه معالم الطريقة العلمية في التفكير بصورة جلية، لأنه يتضمن تنظيمً يجمع البراهين بطريقة تسمح باختبار الفروض والتحكم في مختلف العوامل التي يمكن أن تؤثر في الظاهرة موضع الدراسة، والوصول إلى العلاقات بين الأسباب والنتائج" (الشيباني، 1975: 155)

هذا ويستند المنهج التجريبي إلى التجربة التي يقصد بها "الملاحظة تحت ظروف مضبوطة". ويتحقق الضبط بالنسبة لـ "تشابن" في طريق اختبار الحالات التي تتم عليها الدراسة وعن طريق الضبط والتحكم في العوامل" (الشيباني، 1975: 159)

ثانياً: التصميم التجريبي للدراسة:

تتعدد التصميمات التجريبية في البحوث العلمية، على حسب طبيعة المشكلة ونوع الظاهرة المدروسة وفي هذه الدراسة تقرر تطبيق تصميم سولومون "Solomon" وهو تصميم قبلي-بعدي يتم فيه استخدام أربعة مجموعات. اقترحه سولومون (1949)، وقد اعتبره "كامبل" واحداً من أقوى التصميمات التجريبية وذلك بسبب عمليات الضبط المتقنة التي يتضمنها ذلك التصميم، ويتم في هذا التصميم توزيع المبحوثين عشوائياً على أربع مجموعات، منها مجموعتان تجريبيتان، ومجموعتان ضابطتان، وفيما يلي توضيح لخطوات تطبيق هذا اللون من التصميمات: -

أ- المجموعة التجريبية الأولى: وتختبر قبلياً، ثم تعالج تجريبياً، وأخيراً تختبر بعدياً.
 ب- المجموعة التجريبية الثانية: لا تختبر قبلياً ولكن تستقبل نفس المعالجة التي تستقبلها المجموعة التجريبية وفي وقت واحد، ثم تختبر بعدياً في نفس توقيت اختبار المجموعة التجريبية بعدياً.

ج- المجموعة الضابطة الأولى: وتختبر قبلياً ولا تستقبل أي معالجة ثم تختبر بعدياً ويتم الاختبار القبلي والبعدي فيها في نفس توقيت إجراء الاختبار القبلي والبعدي في المجموعة التجريبية.

د) المجموعة الضابطة الثانية وهذه المجموعة لا تختبر قبلياً ولا تتلقى معالجة ولكنها تختبر بعدياً على المتغير التابع وذلك في نفس توقيت اختبار المجموعة التجريبية بعدياً.

(عطيفة، 2012: 200)

يجدر الإشارة إلى أن كل مجموعة من المجموعات السابقة كانت تتألف من (14) مفحوصاً.
 ثالثاً: مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من جميع الشباب المدمنين بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته، والمقيمين لغرض العلاج، وقت إجراء الدراسة لسنة (2024-2025).
 رابعاً: عينة الدراسة:

اشتملت عينة الدراسة على عينة قوامها (56) مجروحاً (ذكور فقط)، تراوحت أعمارهم ما بين (18-38) سنة، ممن طبق عليهم مقياس الوحدة النفسية وتحصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الوحدة النفسية، حيث تم تقسيمهم بطريقة عشوائية على أربعة مجموعات متساوية، مجموعتين تجريبيتين، ومجموعتين ضابطتين من حيث العدد، وتكونت كل مجموعة من (14) مجروحاً كما هو موضح بالجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة

نوع الجماعة	العدد	المجموع%
الجماعة الضابطة الأولى	14	25
الجماعة الضابطة الثانية	14	25
الجماعة التجريبية الأولى	14	25
الجماعة التجريبية الثانية	14	25
المجموع	56	100

خامساً: أداة جمع البيانات:

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الأدوات التالية:

أ- استمارة جمع البيانات إعداد الباحثة.

ب- مقياس الوحدة النفسية إعداد مصطفى بعلي (2015).

ت- البرنامج الإرشادي إعداد الباحثة.

ويمكن تفصيل ذلك وفق المجالات التالية:

- 1- **المجال الأول:** وتضمن تلك المتغيرات ذلك العلاقة بالخلفية الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمبحوثين مثل العمر، تقدير الدخل الشهري، المهنة، المستوى التعليمي، مدة التعاطي للمخدرات، مادة التعاطي، طريقة تعلم التعاطي ونحوها، وبلغ عددها (11) متغيراً.
- 2- **المجال الثاني:** وتضمن مقياس الوحدة النفسية، وهو من إعداد مصطفى بعلي (2015)، تكون من (42) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، ويُجاب عنها بالخيارات (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، وتعطى الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي عند تصحيح الفقرات الإيجابية، في حين يُقلب نظام تصحيح الفقرات السالبة؛ حيث تُعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي. والفقرات السالبة تمثلها الأرقام (2، 4، 9، 11، 13، 14، 19، 20، 22، 24، 27، 31، 38، 42). والفقرات موزعة على أربعة أبعاد، وهي: (أ) بعد الرفض الاجتماعي وتمثله الفقرات (1، 3، 5، 6، 7، 8، 10، 12، 2، 4، 9، 11، 13)، (ب) بعد قصور المهارات الاجتماعية وتمثله الفقرات (15، 16، 17، 18، 21، 23، 14، 19، 20، 22، 24)، (ج) بعد الاغتراب الاجتماعي وتمثله الفقرات (25، 26، 28، 29، 30، 32، 33، 27، 31)، (د) بعد الإدراك السلبي للذات وتمثله الفقرات (34، 35، 36، 37، 39، 40، 41، 38، 42). وقد طبق المقياس على عينة من طلبة المرحلة الثانوية وتمتع بالصدق الظاهري، حيث وافق عدد من الخبراء في علم النفس على صلاحية المقياس لقياس ما يود قياسه، وبلغت نسبة الموافقة على كل فقرة من فقراته (80%)، كما تمتع بصدق الاتساق الداخلي؛ حيث ارتبطت درجة كل فقرة من فقراته بالدرجة الكلية للمقياس، وكانت معاملات الارتباط دالة عند مستوى (0.05، 0.01)، وتمتع بالصدق التمييزي؛ حيث ميزت الدرجة الكلية للبعد الواحد والدرجة الكلية للمقياس ككل بين الذين يتسمون بالوحدة النفسية وبين الذين لا يتسمون بها، وكانت جميع قيم (ت) دالة عند مستوى (0.01)، وتمتع المقياس بالثبات، حيث بلغ معامل ثباته بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار (0.76)، وبلغ معامل ثباته بطريقة الفا كرونباخ

(0.90)، وكانت جميع معاملات ثبات الدرجات الكلية لكل بعد دالة إحصائياً، وتراوحت معاملات الارتباطات بين (0.61، 0.82)، وبلغ معامل الثبات لجميع الأبعاد (0.78).
(بعلي، 2015: 148-156).

طريقة تصحيح مقياس الوحدة النفسية:

تم تصحيح مقياس الدراسة بتوزيع الدرجات على بدائل كل فقرة على النحو التالي:
(دائماً) أخذت خمسة درجات، (غالباً) أخذت أربع درجات، (أحياناً) أخذت ثلاث درجات.
(نادراً) أخذت درجتين، (ابداً) أخذت درجة واحدة.

سادساً: متغيرات الدراسة:

1- **المتغيرات المستقلة:** وتضمنت برنامج الإرشاد العلاجي بالإضافة إلى المتغيرات المتعلقة بالخلفية الاجتماعية والاقتصادية والنفسية للمبحوثين.

3- **المتغير التابع:** وتضمن مقياس الوحدة النفسية، وهو مقياس رتبي تابع.

تم وفقاً لذلك اختيار الشباب المدمنين بشكل عشوائي، وفي ضوء اختيار المنهج التجريبي تم تصميم الدراسة التجريبية، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة قليلاً والمتمثلة في (مقياس الوحدة النفسية)، على المجموعتين التجريبية والضابطة الأولى ومن تم قدم البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى للمجموعة التجريبية الأولى، والمجموعة التجريبية الثانية، وبعد انتهاء فترة تطبيق البرنامج طبقت الباحثة مقياس الوحدة النفسية على المجموعتين، تم طبقت المقياس مرة أخرى على المجموعة التجريبية الأساسية فقط (القياس التتبعي)، وتم تحليل الفروق بين المجموعات الأربع باستخدام المعالجات الإحصائية المناسبة، والشكل التالي يوضح تصميم الدراسة التجريبية.



شكل رقم (01)

سابعاً: الدراسة الاستطلاعية:

طبقت الدراسة الاستطلاعية على (57) مبحثاً بمركز علاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراته، حيث طبق عليهم مقياس الوحدة النفسية، وفيما يلي عرض للخصائص السيكومترية لمقياس الوحدة النفسية، وذلك على النحو الآتي:

- صدق المقياس:

يقصد بالصدق هو ان يقيس الاختبار ما وضع من أجل قياسه، ومن المهم أن يكون الاختبار صادقا لأننا نريد أن نقيس ظاهرة معينة وليس ظاهرة أخرى. (عبيدان، وآخرون، 1998: 149)

1- الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم التحقق من الصدق الظاهري للمقياس من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين، بلغ عددهم (10) وهم من ذوي الخبرة والاختصاص في مجالات علم النفس والصحة النفسية. وقد حصل المقياس على نسبة اتفاق بلغت (80%) من قبلهم بشأن معظم الفقرات، وذلك من حيث وضوح الصياغة اللغوية وملاءمتها للأبعاد التي تنتمي إليها. كما تم الالتزام بكافة التعديلات التي اقترحوها، سواء كانت تتعلق بالتعديل أو الحذف أو الإضافة، مع اعتماد نسبة اتفاق لا تقل عن (70%) لكل فقرة لاستمرارها والملحق رقم (02) الخاص بجدول نسب اتفاق المحكمين يوضح ذلك.

2- حساب الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الوحدة النفسية:

حسب الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الوحدة النفسية عن طريق حساب ارتباط درجة الفقرة الواحدة بالدرجة الكلية للمقياس، وقد وجد أن هناك (11) فقرة ترتبط درجاتها ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية للمقياس، فتم حذفها عند تطبيق الدراسة النهائية. وبذلك أصبح المقياس النهائي يتضمن (31) فقرة. والجدول التالي يعرض حساب الاتساق الداخلي لمقياس الوحدة النفسية للدراسة الاستطلاعية.

جدول (02) يوضح حساب الاتساق الداخلي لمقياس الوحدة النفسية

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	*0.325	9	**0.413	17	**0.531	25	**0.620
2	0.119	10	**0.557	18	**0.545	26	**0.689
3	**0.534	11	0.113	19	**0.328	27	**0.650
4	0.223	12	0.131	20	**0.430	28	**0.700
5	**0.557	13	0.169	21	**0.485	29	**0.381
6	0.134	14	**0.380	22	**0.426	30	**0.622
7	0.138	15	**0.489	23	**0.603	31	**0.731
8	**0.348	16	**0.514	24	**0.400	-	-

* دالة عند مستوى (0.05) ** دالة عند مستوى (0.01) ن = 56 د. ح = 54

تشير بيانات الجدول رقم (03) إلى أن أكثر درجات فقرات مقياس الوحدة النفسية ترتبط ارتباطاً دالاً بالدرجة الكلية للمقياس باستثناء درجات الفقرات (2، 4، 6، 7، 11، 12، 13)، وقد تم تعديل صياغتها لترفع درجة صدق المقياس، ولتمكين المقياس من قياس ما يود قياسه.

3- حساب الاتساق الداخلي بين الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية لمقياس الوحدة النفسية:

حسب الاتساق الداخلي بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الوحدة النفسية وبين الدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (03) يوضح حساب الاتساق الداخلي بين الدرجات الكلية لأبعاد مقياس

الوحدة النفسية وبين الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	الرفض الاجتماعي	قصور المهارات الاجتماعية	الاغتراب الاجتماعي	الإدراك السلبي للذات	الوحدة النفسية
الرفض الاجتماعي		**0.416	**0.558	**0.575	**0.769
قصور المهارات الاجتماعية	**0.416		**0.563	**0.562	**0.773
الاغتراب الاجتماعي	**0.558	**0.563		**0.705	**0.849
الإدراك السلبي للذات	**0.575	**0.562	**0.705		**0.887
الوحدة النفسية	**0.769	**0.773	**0.849	**0.887	

* دالة عند مستوى (0.01) ن = 56 د. ح = 54

توضح بيانات الجدول رقم (03) أن جميع الدرجات الكلية لأبعاد مقياس الوحدة النفسية ترتبط بالدرجة الكلية للمقياس عند مستوى (0.01)، وهو ما يعني تمتع أبعاد المقياس بالاتساق الداخلي، كما يعني تمتع المقياس بالصدق المحكي؛ حيث تعد الدرجة الكلية للمقياس بمثابة محك يقاس به مدى ارتباط أبعاده به.

4- حساب الصدق الذاتي لمقياس الوحدة النفسية:

يعرف الصدق الذاتي بأنه صدق الدرجات التجريبية للاختبار بالنسبة للدرجات الحقيقية التي خلصت من شوائب أخطاء القياس. وبذلك تصبح الدرجات الحقيقية للاختبار هي الميزان الذي ننسب إليه صدق الاختبار. وحيث إن الثبات يقوم في جوهره على معامل ارتباط الدرجات الحقيقية للاختبار نفسها إذا أعيد إجراء الاختبار على نفس مجموعة الأفراد التي أجري عليها أول مرة، إذن ستكون الصلة وثيقة بين الثبات والصدق الذاتي. ويُقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات الاختبار. فإذا كان معامل ثبات الاختبار = 0.64، فإن معامل الصدق الذاتي = $\sqrt{0.64} = 0.8$. (السيد، 1978: 302). وقد تمتعت مقاييس الدراسة الحالية بالصدق الذاتي، والجدول التالي يعرض معاملات الصدق الذاتي).

جدول (04) يوضح معامل الصدق الذاتي لمقياس الوحدة النفسية

المقياس	معامل الثبات	معامل الصدق الذاتي
الوحدة النفسية	0.848	0.921

توضح بيانات الجدول رقم (04) أن معامل الصدق الذاتي لمقياس الوحدة النفسية مرتفع ودال عند مستوى (0.01)، ما يعني تمتعه بالصدق الذاتي، ويعني قياس المقياس لما يود قياسه.

ب- حساب ثبات مقياس الوحدة النفسية:

يقصد أو يعرف الثبات بأنه الاستقرار (stability) بمعنى لو كررت عمليات قياس الفرد لأظهرت شيئاً من الاستقرار. (ملحم، 2000: 280).

وللتحقق من ثبات مقياس الوحدة النفسية تم حساب معاملات ثباته بطريقتي الفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية مصححة بطريقة سيبرمان-براون، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (05) يوضح حساب معاملات ثبات مقياس الوحدة النفسية

بطريقة التجزئة النصفية		معاملات الثبات	المقياس
بعد التصحيح	قبل التصحيح	بطريقة ألفا كرونباخ	
0.848	0.736	0.883	الوحدة النفسية

توضح بيانات الجدول رقم (05) أن مقياس يتمتع بالثبات، حيث إن معاملات ثباته مرتفعة ما يعكس اتساق وثبات إجابات المبحوثين عند إجابتهم على بيانات الدراسة.

ثامناً: إجراء الدراسة النهائية وخصائص العينة النهائية:

بعد التأكد من تمتع مقياس الدراسة بخاصيتي الصدق والثبات، تقرر تطبيقه على المجموعات الأربع السالفة الذكر. وبعد جمع بياناتها روجعت استماراتها التي بلغت (56) استمارة بواقع (14) لكل جماعة، ووجد أن جميعها صالحة للتفريغ. وفيما يلي عرض لخصائص المجموعات الأربعة وذلك على النحو الآتي:

1) متغير العمر:

تضمنت عينة الدراسة مبحوثين يختلفون في أعمارهم، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (06) يوضح توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير العمر

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	الفئات العمرية
7.1	1	1	0	2	18 سنة فما دون
	7.1	7.1	0.0	14.3	
26.8	5	6	4	0	22-19
	35.7	42.9	28.6	0.0	
37.5	4	3	9	5	26-23
	28.6	21.4	64.3	35.7	
3.6	0	1	0	1	30-27
	0.0	7.1	0.0	7.1	
16.1	1	1	1	6	34-31
	7.1	7.1	7.1	42.9	
8.9	3	2	0	0	38-35
	21.4	14.3	0.0	0.0	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

توضح بيانات الجدول رقم (06) أن أكثر أعمار المبحوثين المتعاطين تتراوح ما بين (23-26) سنة بنسبة (37.5%)، تليها الفئة العمرية الذين تتراوح أعمارهم بين (19-22) سنة بنسبة (26.8%)، ثم الذين تتراوح أعمارهم بين (31-34) سنة بنسبة (16.1%). كشفت الدراسة أيضاً بأن أعلى نسبة للمتعاطين كانت الفئة العمرية (21-26) سنة.

(2) متغير المستوى الدراسي:

تضمنت عينة البحث مبحوثين يختلفون في مستوياتهم الدراسية، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (07) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير المستوى الدراسي

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	المستوى الدراسي
33.9	6	5	2	6	جامعي
	42.90	35.70	14.30	42.90	
42.9	4	5	9	6	ثانوي
	28.60	35.70	64.30	42.90	
19.6	3	3	3	2	إعدادي
	21.40	21.40	21.40	14.30	
3.6	1	1	0	0	دبلوم
	7.10	7.10	0.00	0.00	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

تشير بيانات الجدول رقم (07) إلى أن الفئة ذات التعليم الثانوي كانت أكبر نسبة حيث بلغ عدد الحالات (24) حالة بنسبة (42.9%)، يليها المبحوثين تعلموا الذين تعلموا تعليماً جامعياً حيث بلغ عددهم (19) حالة بنسبة (33.9%)، ثم الذين تعلموا تعليماً إعدادياً بعدد (11) حالة بنسبة (19.6%).

(3) متغير المهنة:

تضمنت عينة البحث مبحوثين يختلفون في المهن التي يمارسونها، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (08) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير المهنة

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	نوع المهنة
42.1	6	7	6	4	عمل حر
	42.9	50.0	42.9	28.6	
32.1	3	2	6	7	موظف
	21.4	14.3	42.9	50.	
14.3	3	3	0	2	عاطل من العمل
	21.4	21.4	0.0	14.3	
3.6	0	0	1	1	مهندس
	0.0	0.0	7.1	7.1	
5.4	1	1	1	0	عسكري
	7.1	7.1	7.1	0.0	
3.6	1	1	0	0	طالب
	7.1	7.1	0.0	0.0	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

تشير بيانات الجدول رقم (08) إلى أن أكثر الباحثين يمارسون أعمالاً حرة حيث بلغ عدد الحالات (23) حالة بنسبة (42.1%)، يليها الموظفون الذين بلغ عدد حالاتهم (18) حالة بنسبة (32.1%)، تم العاطلون عن العمل ممن بلغ عدد حالاتهم (08) حالات بنسبة (14.3%).

4) متغير الحالة الاجتماعية:

تضمنت عينة البحث مبحثين يختلفون في حالتهم الاجتماعية، وبيانات الجدول التالي تعرض

ذلك.

جدول (09) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير الحالة الاجتماعية

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	الحالة الاجتماعية
21.4	3	2	1	6	متزوج
	21.4	14.3%	7.1	42.9	
78.6	11	12	13	8	أعزب
	78.6	85.7	92.9	57.1	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

من الجدول رقم (09) يمكن القول إن أكثر المبحوثين المتعاطين كانوا من فئة (أعزب) حيث كان عددهم (44) حالة بنسبة (78.6%)، يليهم المتزوجون البالغ عددهم (12) حالة بنسبة (21.4%). وبالنظر إلى ما سبق ذكره من دراسات يتضح اتفاق الباحثين فئة (أعزب) أكثر فئة تعاطي من فئة المتزوجين.

5) متغير الدخل الشهري:

تضمنت عينة البحث مبحوثين يختلفون في دخولهم الشهرية، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (10) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير الدخل الشهري

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	الدخل الشهري
17.9	4	4	0	2	لا يوجد
	28.6	28.6	0.0	14.30	
25	3	2	7	2	1000 دينار فما دون
	21.4	14.3	50	14	
17.9	2	4	1	3	1500-1001
	14.3	28.6	7.1	21. %	
28.6	5	4	4	3	2000-1501
	35.7	28.6	28.6	21.4	
8.9	0	0	2	3	2500- 2001
	0.0	0.0	14.3	21.4	
1.8	0	0	0	1	2501 دينار فأكثر
	0.0	0.0	0.0	7.1	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

تشير بيانات الجدول رقم (10) إلى أن أكثر المبحوثين المتعاطين يتراوح دخلهم الشهري ما بين (2000-1501) دينار شهرياً، حيث بلغ عدد الحالات (16) حالة بنسبة (28.6%)، تم من هم دخلهم الشهري (1000) فما دون، حيث بلغ عدد الحالات (14) حالة بنسبة (25%) ثم الذين يتراوح دخلهم بين (1500-1001) دينار شهرياً، إذا بلغ عدد الحالات (10) حالات بنسبة (17.9%) كما أن أقل من خمس مبحوثين لا يملكون دخلاً شهرياً.

(6) متغير عدد أفراد الأسرة:

تضمنت عينة البحث مبحثين مختلفين في عدد أفراد أسرهم، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (11) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير عدد أفراد الأسرة

عدد أفراد الأسرة	الجماعة الضابطة الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة التجريبية الثانية	المجموع %
4 أفراد فما دون	4	1	2	3	17.9
	28.6	7.1	14.3	21.4	
5-7	6	8	8	7	51.8
	42.9	57	57	50	
8 أفراد فأكثر	4	5	4	4	30.4
	28.6	35.7	28.6	28.6	
المجموع	14	14	14	14	56
	100	100	100	100	100

تشير بيانات الجدول رقم (11) إلى أن أكثر أسر المبحثين تتضمن أفراداً يتراوح عددهم بين (5-7) أفراد حيث كان عدد الحالات (29) حالة بنسبة (51.8%)، يليهم الذين اسرهم تتضمن ثمانية أفراد فأكثر وضم عدد الحالات (17) حالة بنسبة (30.4%).

(7) متغير عدد سنوات التعاطي:

تضمنت عينة البحث مبحثين مختلفين في عدد سنوات تعاطيهم المخدرات، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (12) يوضح توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير عدد سنوات التعاطي

عدد سنوات التعاطي	الجماعة الضابطة الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة التجريبية الثانية	المجموع %
3 سنوات فما دون	4	5	4	5	32.1
	28.6	35.7	28.6	35.7	
4-6	3	5	7	6	37.5
	21.4	35.7	50	42.9	
7 سنوات فأكثر	7	4	3	3	30.4
	50	28.6	21.4	21.4	
المجموع	14	14	14	14	56
	100	100	100	100	100

تشير بيانات الجدول رقم (12) إلى أن أكثر المبحثين سبق لهم التعاطي وأن أكبر نسبة لتعاطي المخدرات منذ مدة تتراوح بين (4-6) سنوات حيث ضم عدد الحالات (21) حالة بنسبة

(37.5%)، تم يليها يليهم خبرة ثلاث سنوات فما دون حيث كان عدد الحالات (18) حالة بنسبة (32.1)، ثم الذين يتعاطونها منذ سبعة سنوات فأكثر ضمت عدد (17) حالة بنسبة (30.4%).

8) متغير وجود متعاطي في الأسرة:

تضمنت عينة البحث مبحثين لديهم أفراد يتعاطون المخدرات في أسرهم، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (13) يبين توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير وجود متعاطي في الأسرة

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	وجود متعاطي في الأسرة
73.2	10	10	9	12	لا يوجد
	71.4	71.4	64.3	85.7	
26.8	4	4	5	2	يوجد
	28.6	28.6	35.7	14.3	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

تشير بيانات الجدول رقم (13) إلى أن أكثر المبحثين يقولون إنه لا يوجد متعاطي للمخدرات في أسرهم، في حين بين أكثر من ربعهم بقليل أنه لديهم متعاطون للمخدرات في أسرهم.

9) متغير مصدر تعلم التعاطي:

تضمنت عينة البحث مبحثين تعلموا طرق التعاطي من عدة مصادر، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (14) يبين توزيع أفراد الجماعات الاربع وفق متغير مصدر تعلم التعاطي

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	مصدر تعلم التعاطي
78.6	12	12	9	11	عن طريق الأصدقاء
	85.7	85.7	64.3	78.6	
17.9	2	2	4	2	بهدف التجريب
	14.3	14.3	28.6	14.3	
1.8	0	0	0	1	عبر وسائل الإعلام
	0.0	0.0	0.0	7.1	
1.8	0	0	1	0	أثناء إصابة حرب
	0.0	0.0	7.1	0.0	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

تشير بيانات الجدول رقم (14) إلى أن أكثر المبحوثين تعلموا تعاطي المخدرات عن طريق الأصدقاء، حيث بلغ عدد الحالات (44) حالة بنسبة (78.6%)، ثم الذين تعلموا تعاطيها بهدف التجريب وعددهم (10) حالات بنسبة (17.9%).

(10) متغير نوع مادة التعاطي:

تضمنت عينة البحث مبحوثين يختلفون في المواد المخدرة التي يتعاطونها، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (15) يبين توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير نوع المادة المتعاطاة

المجموع %	الجماعة التجريبية الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة الضابطة الأولى	نوع المادة المتعاطاة
14.3	0	0	3	5	ترامادول
	0.0	0.0	21.4	35.7	
5.4	0	0	1	2	حشيش وروج
	0.0	0.0	7.1	14.3	
1.8	0	0	0	1	وادي الذئاب
	0.0	0.0	0.0	7.1	
35.7	5	5	6	4	حشيش
	35.7	35.7	42.9	28.6	
5.4	0	1	1	1	حشيش ووادي الذئاب
	0.0	7.1	7.1	7.1	
7.1	1	1	1	1	حشيش واريكا
	7.1	7.1	7.1	7.1	
1.8	0	0	1	0	اريكا
	0.0	0.0	7.1	0.0	
17.9	3	6	1	0	حشيش وترامادول
	21.4	42.9	7.1	0.0	
7.1	4	0	0	0	حشيش واريكا وترامادول
	28.6	0.0	0.0	0.0	
3.6	1	1	0	0	توسكان
	7.1	7.1	0.0	0.0	
56	14	14	14	14	المجموع
100	100	100	100	100	

نلاحظ من الجدول رقم (15) أن أكثر المبحوثين يتعاطون (06) أنواع من المخدرات، واحتلت مادة الحشيش أعلى نسبة، حيث بلغ عدد الحالات (21) حالة بنسبة (35.7%)، يليها

الذين يتعاطون مادتي الحشيش والترامادول بواقع (10) حالات وما نسبته (17.9%)، ثم مادة الترامادول بعدد (8) حالات بنسبة (14.3%)، فالذين يتعاطون مواد الحشيش والأريكة الترامادول منهم (8) حالات بنسبة (7.1%).

11) متغير اسم المدينة:

تضمنت عينة البحث مبحثين يختلفون في المدن التي ينحدرون منها، وبيانات الجدول التالي تعرض ذلك.

جدول (16) يوضح توزيع أفراد الجماعات الأربع وفق متغير اسم المدينة

اسم المدينة	الجماعة الضابطة الأولى	الجماعة الضابطة الثانية	الجماعة التجريبية الأولى	الجماعة التجريبية الثانية	المجموع %
زليتن	1	0	1	1	5.4
	7.1	0.0	7.1	7.1	
مصراته	3	10	5	4	39.3
	21.4	71.4	35.7	28.6	
طرابلس	5	2	5	5	30.4
	35.7	14.3	35.7	35.7	
صرمان	1	0	0	0	1.8
	7.1	0.0	0.0	0.0	
سرت	1	0	0	0	1.8
	7.1	0.0	0.0	0.0	
الخمس	1	0	0	0	1.8
	7.1	0.0	0.0	0.0	
الزاوية	2	0	0	0	3.6
	14.3	0.0	0.0	0.0	
بنغازي	0	1	1	1	5.4
	0.0	7.1	7.1	7.1	
سبها	0	1	1	1	5.4
	.0	7.1	7.1	7.1	
مزدة	0	0	1	1	3.6
	0.0	0.0	7.1	7.1	
بني وليد	0	0	0	1	1.8
	0.0	0.0	0.0	7.1	
المجموع	14	14	14	14	56
	100	100	100	100	100

من الجدول رقم (16) يمكن القول إن أكثر المتعاطين ينحدرون من مدينة مصراته، حيث بلغ عدد الحالات (22) حالة بنسبة (39.3%)، فالذين ينحدرون من مدينة طرابلس بواقع (17) حالة بنسبة (30.4%)، ثم الذين ينحدرون من مدينتي زليتن، وبنغازي، حيث تساوت المدينتين في عدد الحالات وضمت (6) حالات بنسبة (5.4%)

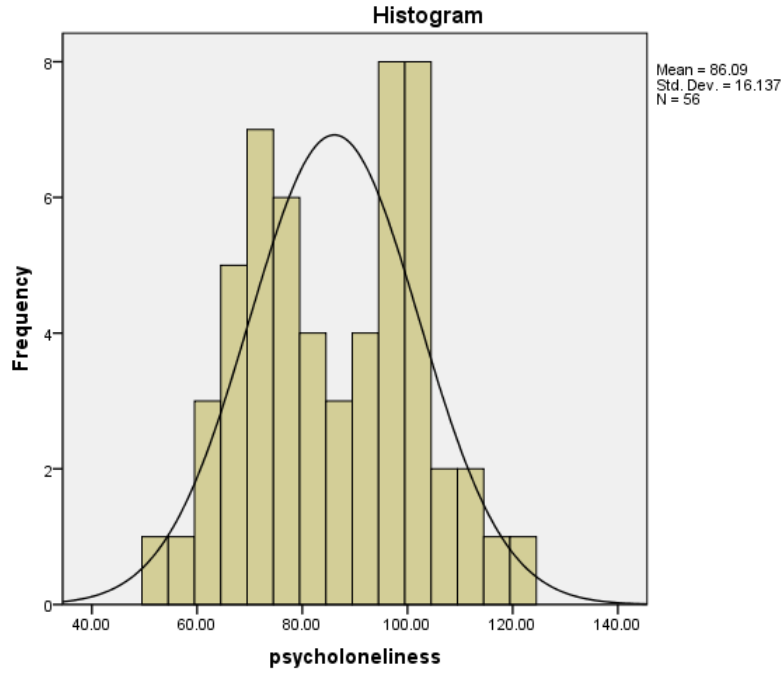
تاسعاً: شكل التوزيع الاعتمادي لاستجابات المبحوثين على مقياس الدراسة:

استخدم اختبار كولوموجروف-سميرنوف لمعرفة شكل توزيع استجابات المبحوثين على مقياس الوحدة النفسية، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (17) يوضح حساب شكل التوزيع الاعتمادي لمقياس الدراسة

الوحدة النفسية	الإحصاء	الإحصاء والمقاييس
		المعلومات
56	-	العدد
86.0893	المتوسط	المعلومات السوية
16.13723	الانحراف المعياري	
0.105	المطلقة	الفروق المتطرفة الأعلى
.088	-	الإيجابية
-0.105	-	السلبية
0.789	-	كولوموجروف-سميرنوف (ز)
0.562	-	مستوى الدلالة

تشير بيانات الجدول (17) إلى أن شكل توزيع استجابات المبحوثين على مقياس الوحدة النفسية تأخذ الشكل الاعتمادي؛ حيث لم تكن قيمة كولوموجروف-سميرنوف (ز) دالة إحصائياً، وهو ما يعني انتماء جميع المبحوثين إلى خصائص مجتمع واحد، والشكل التالي يعرض شكل التوزيع الاعتمادي بيانياً لمقياس الوحدة النفسية.



شكل رقم (02) يوضح التوزيع الاعتدالي لمقياس الوحدة النفسية

وبناءً على ذلك يتضح أن مجوئي الدراسة الاستطلاعية يمثلون تقريباً جميع النزلاء بمركز علاج الإدمان، كما يمكن استخدام إحصاءات بارمترية مثل اختبار (ت) و (ف) للإجابة عن أسئلة الدراسة.

ثالثاً: البرنامج الإرشادي للدراسة:

تمهيد:

تعد ظاهرة إدمان المخدرات من أبرز القضايا التي تهدد توازن المجتمعات، نظراً لما تسببه من أضرار نفسية، واجتماعية، وصحية على الأفراد. وتشير الدراسات النفسية إلى أن الأفراد المدمنين غالباً ما يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية متراكمة، من أبرزها الشعور بالوحدة النفسية، التي تعدّ أحد العوامل المساهمة في تطور الإدمان واستمراره. فالعزلة والفراغ الوجودي والانفصال عن المعاني والدوافع الإيجابية للحياة، تجعل المدمن أكثر عرضة للهروب نحو سلوكيات غير تكيفية مثل تعاطي المخدرات. (الباحثة).

وانطلاقاً من أهمية المعنى في حياة الإنسان، ظهر العلاج بالمعنى (Logotherapy) الذي أسسه العالم النفسي فيكتور فرانكل - كأحد المناهج الإرشادية الفعالة في التعامل مع الاضطرابات الوجودية والشعور بالفراغ النفسي. ويقوم هذا النوع من العلاج على مساعدة الفرد في

اكتشاف المعنى الشخصي لحياته، وتحقيق الإدراك الواعي لقيمه ومسؤولياته، حتى وسط المعاناة، وهو ما يجعله مناسباً بدرجة كبيرة للفئات المهمشة مثل مدمني المخدرات.

يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تطبيق مبادئ وتقنيات العلاج بالمعنى لتخفيف الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، من خلال برنامج مخطط يتضمن مجموعة من الجلسات الإرشادية التي تركز على:

- استكشاف القيم والمعاني الشخصية.
 - تعزيز الإحساس بالهدف والاتصال بالآخرين.
 - تدريب المشاركين على التعامل مع مشاعر الوحدة بشكل تكيفي وفعال.
- وتكمن أهمية هذا البرنامج في كونه يقدم مقاربة علاجية إنسانية تدمج بين الأبعاد النفسية والروحية والاجتماعية، وتفتح المجال أمام إعادة بناء الهوية النفسية للمدمن من خلال المعنى، وليس فقط من خلال الامتناع عن التعاطي.

الأساس النظري للبرنامج:

يسند الأساس العلمي للبرنامج الإرشادي المستخدم في هذه الدراسة على الأسس النظرية التي وضعها رائد العلاج بالمعنى فيكتور فرانكل (Viktor Frankl) أحد التيارات الحديثة في العلاج النفسي، حيث يعد برنامج العلاج بالمعنى أحد العلاجات التي لها دور كبير وفعال في مجال العلاجات النفسية وخاصة في السنوات الأخيرة، وفقاً للأسس ومبادئ الإرشاد والعلاج بالمعنى، أشار فرانكل إلى أن نشأته مراكز توعية للشباب في فيينا جاءت استجابة لملاحظاته المتكررة لانتشار مشاعر اليأس، الاكتئاب والوحدة التشتت الذهني، والمعاناة الوجودية بين الشباب من مختلف الفئات العمرية. ومن خلال ملاحظاته الإكلينيكية وتجربته الذاتية، خلص إلى أن غياب الإحساس بالهدف والمعنى يُعد من أبرز العوامل المرتبطة بالمعاناة النفسية، وأن هذا الفراغ الوجودي يقود الأفراد إلى حالة من التدهور النفسي يصعب تجاوزها دون تدخل متخصص.

(Frankl, 2006. 21–23)

وعليه، قام فرانكل بتطوير نهج علاجي قائم على الافتراض القائل بأن البحث عن المعنى هو المحرك الأساسي للسلوك الإنساني، وأن الإنسان يتمتع بإمكانات روحية تمكنه من تجاوز الألم والمعاناة عندما يجد لمعاناته مغزى، ويؤكد على أن الأشخاص الذين يدركون مغزى وجودهم يكونون أكثر قدرة على مواجهة الضغوط والتكيف النفسي. (Frankl, 1985. 104–106).

ويرتكز العلاج بالمعنى على ثلاثة مبادئ أساسية:

- 1- حرية الإرادة: قدرة الفرد على اتخاذ موقف تجاه أي ظرف.
- 2- إرادة المعنى: رغبة الإنسان في البحث عن مغزى لحياته.
- 3- معنى الحياة الفردي: المعنى الذي يبحث عنه كل فرد فريد من نوعه، ويعتمد على ظروفه وقيمه. (Goldenson, 1984. 338).

وقد رأى فرانكل أن الصراعات النفسية التي يعاني منها الفرد، وخاصة القلق والاكتئاب، غالباً ما ترتبط بما يُعرف بـ (العصاب الوجودي)، (Existential Neurosis)، وهو اضطراب ناتج عن عدم قدرة الفرد على إدراك معنى لحياته أو الشعور بالخواء الداخلي. (Frankl, 1985. 108)

ومن هنا، فإن العلاقة العلاجية تُعد عنصراً أساسياً في تمكين الفرد من استكشاف تلك الأزمات الوجودية، وتحفيزه لتحمل المسؤولية عن حياته (Frankl, 2006. 37).

يسعى العلاج بالمعنى إلى تعزيز البعد الروحي للفرد، وتقوية حس المسؤولية الذاتية، وتوجيهه نحو بناء سلوك قائم على الأهداف ذات المغزى. ويركز المعالج، منذ الجلسات الأولى، على استكشاف تجارب المسترشد الوجودية، والتحديات التي مر بها، وتقييم مدى التزامه بتحقيق أهدافه المستقبلية، ومن خلال العلاج، يتم توجيه الفرد إلى إدراك أنه قادر على اختيار مواقفه بحرية تجاه المعاناة، وأن لديه القدرة على تحويل التجارب السلبية إلى فرص للنمو، وهو ما يُعزز الحرية النفسية ويُعيد بناء المعنى. (Frankl, 2006. 43).

وقد حدد فرانكل ثلاث طرق رئيسية لاكتشاف المعنى في الحياة:

- 1- تحقيق عمل أو إنجاز ما.
- 2- عيش تجربة وجدانية أو حب إنساني.
- 3- الارتقاء من خلال المعاناة عندما لا يكون التغيير الخارجي ممكناً، وتحويل الألم إلى تجربة انتصار داخلي.

أما من الناحية النظرية، فقد عرّف جولدينسون (Goldenson, 1984) العلاج بالمعنى بأنه: "أسلوب علاجي طوره فرانكل في ستينيات القرن العشرين، ويركز على تمكين الأفراد من التغلب على العصاب الوجودي، ويعتمد على المبادئ الثلاثة المذكورة سابقاً. (Frankl, 1985. 115-118).

واستنادًا إلى ذلك، فإن الوحدة النفسية تُعد من الاضطرابات الشائعة لدى فئة المدمنين على المخدرات، حيث يترافق الإدمان مع شعور عميق بالفراغ الوجودي، والعزلة الاجتماعية، وفقدان الهدف. ويساهم البرنامج الإرشادي الحالي في التخفيف من تلك المشاعر من خلال تعزيز الشعور بالمعنى والاتجاه في الحياة، مما ينعكس بشكل إيجابي على مراحل التعافي والاندماج الاجتماعي. (محمد ومعوذ، 2012، 46).

وقد تم تصميم البرنامج ليتناسب مع خصائص الفئة المستهدفة، من خلال سلسلة من الجلسات الإرشادية التي تجمع بين التأمل الذاتي، التمارين النفسية، والحوار العميق، بما يُحفّز المدمنين على استكشاف ذواتهم، وتحديد أهداف جديدة، والارتقاء بإدراكهم الوجودي بعيدًا عن السلوكيات الإدمانية. وبهذا يُعد العلاج بالمعنى أحد الأساليب التكاملية التي تُراعي الجوانب النفسية والاجتماعية والروحية، وتُشكّل أداة فعالة في برامج التأهيل وإعادة الإدماج.

مفهوم البرنامج الإرشادي:

مفهوم البرنامج الإرشادي يمكن تلخيصه بالاعتماد على التعريفات التي قدمها العلماء حوله، ومن بين هذه التعريفات:

عرف حامد زهران (2005) البرنامج الإرشادي بأنه "برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية، لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرداً وجماعة، لجميع من تضمهم المؤسسة وخارجها، ويرى أن البرنامج الإرشادي يحدد: ماذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى" (زهران، 2005: 33).

وعرفه الخالدي (2008) بأنه "عملية تربوية تهدف إلى مساعدة الفرد على فهم شخصيته، وتنمية إمكاناته ليستطيع حل مشكلاته، في ضوء معرفته، ورغبته وتعليمه وتدريبه، لكي يحقق أهدافه التي يسعى إليها في حياته، وبهذا يحافظ على صحته النفسية". (الخالدي، 2008: 41) ويرى كلٌّ من عبد الهادي، والعزة (2007) بأن البرنامج الإرشادي هو "البيان الكلي لأنواع النشاط التي تقرر اتخاذها للقيام بعمل إرشادي معين، أو بيان عن الموقف وتحديد المشكلات النفسية وتحديد الأهداف المنشودة، ثم حصر المواد المتاحة، ووضع خطة عمل يمكن من خلال تنفيذها التغلب على المشاكل وتحقيق الأهداف في أقصر وقت وبأقل جهد وتكاليف ممكنة. (عبد الهادي، والعزة، 2007: 149)

وعرف طه (2007) البرنامج الإرشادي بأنه: "مجموعة من الأنشطة والممارسات والألعاب والمواقف والزيارات والرحلات التي يقوم الفرد من خلالها الانتقال التدريجي من دائرة الذات إلى العالم الخارجي، لذا يجب أن تبدأ تلك الخبرات بخبرة تعرف الأفراد بذواتهم". (طه، 2007: 15). ويعرفه سعفان (2005) بأنه: "مزيج من الأهداف الخاصة والاستراتيجية الإرشادية الموجهة لتحقيق هذه الأهداف والتصميم البحثي الملائم ومحتوى البرنامج وإجراءات التنظيمية وتنفيذ البرنامج وتقويمه، والتنسيق بين كل ما سبق". (سعفان، 2005،: 202)

مما سبق تستخلص الباحثة تعريفاً للبرنامج الإرشادي وترى بأنه: برنامج منظم مصمم لبلوغ أهداف محددة، يتم تطويره بناءً على نظريات الإرشاد والتوجيه النفسي، معتمداً على تقنيات ومبادئ وأساليب مدروسة، بحيث يهدف البرنامج إلى تقديم خدمات إرشادية مباشرة أو غير مباشرة خلال فترة زمنية يحددها المرشد بناءً على طبيعة المشكلة المستهدفة، سواءً نُفذ البرنامج بشكل فردي أو جماعي، فإنه يسعى إلى دعم أفراد المجموعة الإرشادية من خلال تعزيز التوافق النفسي، ومساعدتهم على تجاوز مشكلاتهم وسلوكياتهم السلبية، بالإضافة إلى تمكينهم من اكتساب مهارات وخبرات جديدة.

ومن خلال التعريفات السابقة ترى الباحثة أن تلك التعريفات تتفق فيما بينها في الآتي:

- 1- أن البرنامج الإرشادي يقوم على أسس علمية منظمة.
- 2- أن البرنامج الإرشادي هدفه واحد وهو مساعدة الفرد في حل مشكلاته وتحقيق أهدافه.
- 3- أن البرنامج الإرشادي مجموعة من الأنشطة والممارسات التي تخدم الفرد وتخرجه من دائرته الصغيرة وتمركزه على نفسه إلى دائرة أكبر أعمق بالمحيطين به.
- 4- أن البرنامج الإرشادي يستند على نظريات وفتيات الإرشاد النفسي.

وتعرف الباحثة برنامج الدراسة الحالية بأنه: مجموعة الجلسات المخططة والمنظمة التي استمدتها الباحثة من الأسس العلمية لتقديم برنامج إرشادي معتمدة على نظرية العلاج بالمعنى (لفكتور فرانكل) وفتياتها المختلفة، لمجموعة من المدمنين على المخدرات بالمركز القومي لعلاج المدمنين بهدف مساعدتهم في تخفيف الوحدة النفسية لديهم.

خطوات بناء البرنامج موضوع الدراسة:

- 1- تحديد الهدف العام والأهداف الخاصة للبرنامج الإرشادي المقترح للدراسة.

2- إعداد وصياغة البرنامج في صورته الأولى من حيث الأساس النظري للبرنامج وخدماته ومصادر بنائه وعدد جلساته والمدة التي سيتم فيها تطبيق البرنامج وعدد جلساته والفنيات المستخدمة وفق نظرية العلاج بالمعنى لفرانكل.

3- عرض البرنامج في صورته الأولى على مجموعة من المحكمين ذوي الخبرة والاختصاص في علم النفس لأبداء رأيهم حول محتواه النظري والعملية.

4- الأخذ بأراء المحكمين والقيام بتعديل البرنامج وفق الملاحظات والآراء التي أبدوها عن البرنامج.

مصادر بناء محتوى البرنامج:

تم الاعتماد في إعداد محتوى البرنامج من خلال الآتي:

1- الاطلاع على الإطار النظري للدراسات السابقة التي تناولت متغير الوحدة النفسية كدراسة

زلوف وبن حميدة (2023) ودراسة خلفي (2011) ودراسة سعدي (2016) أبو درويش

(1996) ودراسة المشاقبة (2004) ودراسة السليت (2018) ودراسة الرويلي (2015).

2- الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت البرامج الإرشادية لخفض الوحدة النفسية كدراسة

عبد الخالق (2023) ودراسة سامي (2022) ودراسة العطافي (2014) ودراسة الزهراني

(2013) ودراسة خليفة (2010) ودراسة الرويلي (2015) ودراسة سلامة (2010) ودراسة

الصقر (2017) ودراسة قاسم (2023).

3- الاعتماد على الأساس العلمي والفلسفي لنظرية العلاج بالمعنى (لفيكتور فرانكل) وما اشتملت

عليه من أسس واستراتيجيات وفنيات علاجية في تخفيف الوحدة النفسية.

4- الاستناد على مآتم وصفه وتحديد من أهداف عامة واجرائية لمحتوى جلسات البرنامج

وترجمتها في صورة ممارسات علمية تطبيقية قائمة على الفنيات العلاجية لنظرية (فرانكل).

أهمية البرنامج:

أهمية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى لتخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني

المخدرات تتجسد في النقاط التالية:

1- التخفيف من الشعور بالعزلة: يعاني العديد من مدمني المخدرات من الوحدة النفسية الناتجة

عن الفجوة التي يشعرون بها بين أنفسهم والمجتمع، هذا البرنامج يساعدهم على معالجة هذا

الشعور، مما يساهم في تحسين حالاتهم النفسية والتقليل من الميل للعزلة.

- 2- إعادة بناء المعنى في الحياة: بعد تجربة الإدمان، قد يشعر الأفراد بأن حياتهم فقدت قيمتها أو معناها. من خلال العلاج بالمعنى، يتم تشجيع المدمنين على اكتشاف أبعاد جديدة لمعنى حياتهم، مما يمنحهم قوة دافعة للاستمرار في التعافي.
- 3- تعزيز التواصل الاجتماعي والعلاقات الشخصية: كثيراً من المدمنين يعانون من صعوبة في بناء علاقات صحية، يساعد البرنامج على تحسين هذه المهارات من خلال تعزيز التواصل العاطفي والاجتماعي مع الآخرين، مما يعزز الدعم الاجتماعي ويساعد في تخفيف الوحدة.
- 4- توجيه المشاركين نحو التعافي المستدام: من خلال فهم أعمق لمعنى الحياة وتحديد أهداف جديدة، يساعد البرنامج المدمنين على إيجاد طرق بديلة للتعامل مع التحديات والصعوبات، مما يعزز من فرصهم في التعافي المستدام بعيداً عن العودة إلى الإدمان.
- 5- زيادة الوعي الذاتي والتقبل الشخصي: يساعد المدمنين على اكتساب الوعي الكامل بأسباب الإدمان في حياتهم والتحديات التي واجهوها. هذا الوعي يمكن أن يساهم في تقبل الذات ويقلل من مشاعر الذنب أو الندم، مما يسهل عملية الشفاء النفسي والعاطفي.
- 6- تقوية القدرة على إدارة المشاعر: تعلم مهارات إدارة العواطف والأفكار السلبية يوفر أدوات فعالة للتعامل مع مشاعر الوحدة والضغط النفسية المرتبطة بالإدمان، مما يساهم في تحسين الصحة النفسية العامة.
- 7- تحفيز الأمل والتفاؤل بالمستقبل: من خلال بناء فهم جديد للحياة والفرص، يعزز البرنامج الأمل في المستقبل ويشجع المدمنين على تحديد أهداف حياتية جديدة، مما يساعدهم على النظر إلى المستقبل بتفاؤل.
- 8- تحقيق التكامل النفسي والعاطفي: من خلال التركيز على المعنى في الحياة، يساعد البرنامج المدمنين على الوصول إلى حالة من التكامل النفسي والعاطفي التي تساهم في نموهم الشخصي وشفائهم.
- مما سبق ترى الباحثة أن البرنامج ذي أهمية كبيرة في دعم مدمني المخدرات لتجاوز التحديات النفسية التي يواجهونها (الوحدة النفسية)، وتقديم الدعم العاطفي والعقلي اللازم لاستمرارهم في مسار التعافي.

أهداف البرنامج:

تشمل أهداف البرنامج ما يلي:

أ- **الهدف العام:** والذي يتمثل في تمكين مدمني المخدرات من خفض مشاعر الوحدة النفسية، وتعزيز قدراتهم على إعادة بناء معنى حياتهم من خلال برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى، مما يساهم في تعزيز عملية التعافي والاستدامة النفسية.

ب-الأهداف الإجرائية:

- 1- التعرف على مشاعر الوحدة النفسية: مساعدة المشاركين على التعرف على مشاعر الوحدة والعزلة النفسية التي يعانون منها، وفهم تأثيرها على صحتهم النفسية والجسدية.
- 2- تعزيز مهارات التواصل الاجتماعي: تدريب المشاركين على تحسين مهارات التواصل مع الآخرين وبناء علاقات صحية وداعمة للمساعدة في تقليل العزلة الاجتماعية.
- 3- مساعدة المشاركين في إيجاد معنى لحياتهم: تشجيع المدمنين على استكشاف قيمهم الشخصية، والبحث عن أهداف ومعنى لحياتهم بعد تجربة الإدمان.
- 4- تعزيز تقبل الذات: مساعدة المشاركين في تقبل أنفسهم، والتغلب على مشاعر الذنب والندم الناتجة عن الماضي، من خلال إعادة تقييم تجاربهم السابقة بطريقة صحية.
- 5- تحقيق التوازن العاطفي والنفسي: تدريب المشاركين على كيفية إدارة مشاعرهم العاطفية بشكل فعال، بما في ذلك مشاعر الوحدة والقلق، باستخدام أدوات العلاج بالمعنى.
- 6- تشجيع اتخاذ خطوات إيجابية نحو التعافي المستدام: دعم المشاركين في وضع أهداف قابلة للتحقيق تساعدهم على البقاء ملتزمين بالتعافي وتجاوز التحديات التي قد يواجهونها.
- 7- تعزيز التفكير المستقبلي والتخطيط: مساعدة المدمنين على التفكير في مستقبلهم بطريقة إيجابية، ووضع خطة للمستقبل تكون خالية من الاعتماد على المخدرات.
- 8- تحفيز الوعي الذاتي: مساعدة المشاركين في زيادة الوعي بأنفسهم، والاعتراف بأسباب الإدمان وكيفية التأثير على سلوكهم الحالي بشكل إيجابي.
- 9- بناء أفق جديد للعيش بدون المخدرات: تمكين المشاركين من تطوير أسلوب حياة صحي لا يعتمد على المخدرات، من خلال استخدام أساليب العلاج بالمعنى كأساس للنجاح العاطفي والنفسي. (الباحثة).

فلسفة البرنامج:

فلسفة البرنامج تقوم على تعزيز الإيمان بقدرة الإنسان الداخلية على إحداث تغييرات إيجابية في حياته، مع التركيز على البحث عن معنى أعمق للحياة، كمدخل أساسي للتعافي من الإدمان. تهتم هذه الفلسفة بتشجيع التواصل الاجتماعي، تقبل الذات، والعناية بالجوانب العاطفية والجسدية، مما يساهم في بناء حياة أكثر توازناً، حيث يهدف البرنامج في جوهره، إلى تحويل مشاعر الوحدة والفراغ إلى فرص للنمو الشخصي والتطور، مع توجيه المدمنين نحو حياة تتسم بالصحة والتوازن وتمتلى بالمعنى الحقيقي. (الباحثة).

1- **الإيمان بقدرة الفرد على التغيير:** يعتمد البرنامج على الفلسفة التي تؤمن بأن كل فرد يمتلك القدرة على التغيير والنمو، مهما كانت الظروف الصعبة التي مر بها. ويركز على إيقاظ الدوافع الداخلية لدى المدمنين، ليشعروا بأن لديهم القوة الكامنة لإحداث تغيير إيجابي في حياتهم، وأنهم ليسوا محكومين إلى الأبد بماضيهم أو إدمانهم. (Frankl, 1984, 55).

2- **البحث عن معنى الحياة كأساس للشفاء:** تركز فلسفة البرنامج على فكرة أن الشعور بالوحدة النفسية والإدمان غالباً ما ينشأ نتيجة لغياب معنى واضح للحياة. ومن خلال العلاج بالمعنى، يسعى البرنامج إلى تشجيع الأفراد على استكشاف أهداف جديدة تمنحهم دافعاً للاستمرار في رحلة التعافي. كما يتم النظر إلى الألم والمعاناة كجزء لا يتجزأ من التجربة الإنسانية، حيث يمكن أن تكون فرصة للنمو الشخصي إذا تم فهمها وتقديرها بشكل صحيح. (طه، 2007: 15)

3- **العلاج من خلال الاتصال والتواصل:** يركز البرنامج على فكرة أن العزلة والوحدة تلعبان دوراً أساسياً في تفاقم مشكلة الإدمان. وبالتالي، تعتمد فلسفة البرنامج على أهمية تعزيز شبكات دعم اجتماعية قوية، تهدف إلى تشجيع المدمنين على تحسين قدراتهم في التواصل مع الآخرين، وتعليمهم كيفية إنشاء علاقات صحية تساهم في دعمهم خلال عملية التعافي.

(Kelly & Westerhoff, 2010. 44)

4- **تعزيز تقبل الذات والنمو الشخصي:** يعتمد نهج البرنامج على فكرة أن الفرد يجب أن يتقبل نفسه كما هو، بما في ذلك عيوبه وجوانب ضعفه. بدلاً من الاستغراق في الندم أو لوم الذات، يُحث المدمنون على إعادة صياغة نظرتهم لتجاربهم، بحيث يرون الأخطاء على أنها فرص للتعلم والتطور، مما يساعد على تعزيز شعورهم بقيمة الذات وزيادة ثقتهم بأنفسهم.

(Neff, 2016, 43).

5 - تحقيق التوازن بين العقل والجسد والروح: يعكس البرنامج الفلسفة التي تؤمن بأن تحقيق الصحة النفسية يستوجب تحقيق توازن بين الجوانب المختلفة للإنسان، والتي تشمل العقل والجسد والروح. ويولي اهتمامًا خاصًا لمعالجة مشاعر الوحدة، ليس فقط عبر تعزيز الفهم العقلي، بل أيضًا من خلال تحسين الحالة العاطفية والجسدية. كما يحفز المشاركين على الاهتمام بذواتهم بشكل متكامل، جسديًا وعاطفيًا وروحيًا، كجزء لا يتجزأ من رحلة التعافي الشاملة.

(عبد الهادي، والعزة، 2007: 149)

6- التركيز على الحاضر والمستقبل بدلاً من الماضي: تتمحور فلسفة البرنامج حول فكرة أن المدمنين يحتاجون إلى تغيير تركيزهم من الانغماس في ذكريات الماضي المؤلمة إلى التوجه نحو الحاضر والمستقبل. فالتفكير المستمر في الماضي لا يثمر سوى المزيد من الألم، في حين أن الانشغال بالحاضر واستشراف المستقبل يفتح أمامهم آفاقًا جديدة للنمو والتطور. يساهم البرنامج أيضًا في مساعدة المشاركين على وضع أهداف جديدة تحفزهم على تحقيق حياة صحية خالية من تأثيرات الإدمان (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012. 35)

7- فهم الوحدة كأداة للنمو وليس كعائق: في فلسفة البرنامج، يُعتبر الشعور بالوحدة ليس فقط كتجربة سلبية، ولكن كأداة لفهم الذات بشكل أعمق، تشجع الباحثة المشاركين على استخدام مشاعر الوحدة كدافع للبحث عن معنى أكبر في الحياة وتطوير مهارات جديدة تعزز من قدرتهم على التكيف مع التحديات. ويُنظر إلى الوحدة كجزء من التجربة الإنسانية التي يمكن تجاوزها إذا تم التعامل معها بطريقة صحية. (سيفان، 2005، 202)

- الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج الإرشادي المقترح عدد من الخدمات وتتمثل في:

1. الخدمات الإرشادية (ذات البعد الوجودي): تهدف إلى مساعدة الأفراد على اكتشاف المعنى في حياتهم رغم معاناتهم مع الإدمان والوحدة النفسية ويتم ذلك من خلال جلسات جماعية تركز على تعزيز الشعور بالقيمة والهدف الشخصي، وتوجيه المشاركين لإعادة بناء تصوراتهم تجاه الذات والمستقبل.
2. الخدمات النمائية: تتضمن تقديم محتوى معرفي وسلوكي يساعد المشاركين على تنمية الوعي الذاتي وتحمل المسؤولية عن اختياراتهم. يُساعد البرنامج في تهيئتهم لفهم أعمق لدوافعهم النفسية وسلوكياتهم، مما يعزز قدراتهم على التعامل مع مشاعر العزلة والإحباط.

3. الخدمات العلاجية (بالمعنى): يُركز على دعم المشاركين لتجاوز الألم النفسي الناتج عن الوحدة والإدمان من خلال إيجاد وتفعيل معنى شخصي لحياتهم، باستخدام تقنيات علاجية.

4. الخدمات الوقائية: تدريب المشاركين على استراتيجيات مستمدة من نظرية العلاج بالمعنى (فرانكل)، تساعدهم في مواجهة المشاعر السلبية المرتبطة بالفراغ الوجودي مثل:

- التأمل في التجارب الصعبة باعتبارها فرصة للبحث عن المعنى.
- تطوير حوار داخلي بناء يعيد تفسير المعاناة بشكل إيجابي.
- تشجيع اتخاذ قرارات يومية تعكس القيم الشخصية العميقة.

5. الخدمات الاجتماعية: تهدف إلى إعادة دمج المشاركين في علاقات إنسانية ذات مغزى من خلال بناء شبكة دعم متبادلة بين الأفراد داخل المجموعة العلاجية، وتشجيع التفاعل الإنساني القائم على القبول والتقدير بعيداً عن الأحكام.

6. خدمات المتابعة والتقييم: تشمل متابعة الباحثة للمشاركين بعد الانتهاء من البرنامج، مع تطبيق اختبارات تتبعه لقياس مدى استمرارية التحسن في إدراكهم للمعنى بالحياة، وانخفاض مستويات الشعور بالوحدة، وثباتهم في رحلة التعافي من الإدمان.

- المنهج المستخدم في البرنامج الإرشادي:

تم الاعتماد على المنهج التجريبي في تطبيق الدراسة، وتم تنفيذ جلسات البرنامج الإرشادي المقترح باستخدام أسلوب الإرشاد الجماعي نظراً لملائمته لطبيعة المشكلة المدروسة ومحتوى الجلسات.

الحدود الإجرائية للبرنامج:

1- الحدود البشرية:

تم تطبيق البرنامج على (56) شاباً مدمناً للمخدرات، تم توزيعهم على أربع مجموعات متساوية، واحدة تجريبية، وثلاثة ضابطة، ضمت كل مجموعة (14) شاباً مدمناً.

2- الحدود المكانية:

تم إجراء جلسات البرنامج بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين، وهو أحد المراكز الحكومية بمدينة مصراته بليبيا، وذلك لوجود عينة الدراسة في هذا المكان بغرض تلقي العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي.

3- الحدود الزمنية:

استغرق تطبيق البرنامج ثلاثة أشهر بواقع جلستان في الأسبوع، والزمن المستغرق لكل جلسة تراوح ما بين (60-90) دقيقة بحيث كان العدد الكلي لجلسات البرنامج (29) جلسة.

كيفية تنفيذ البرنامج:

تم تقسيم خطوات تنفيذ البرنامج إلى أربعة مراحل رئيسية وهي:

أولاً- المرحلة التمهيدية: خلال هذه المرحلة، تم عقد لقاء مع الشباب المدمنين من أفراد المجموعة التجريبية، حيث تم الاتفاق على بدء تطبيق البرنامج وتحديد الزمان والمكان المخصص لعقد الجلسات الإرشادية. في الجلسة الأولى، تم التعارف بين الباحثة والشباب، حيث رحبت بهم وشكرتهم على مشاركتهم في البرنامج. قدمت الباحثة نفسها للمجموعة وشرحت طبيعة عملها، كما تعرفت على أسماء أفراد المجموعة لتعزيز الثقة بينهم. بعد ذلك، قدمت الباحثة عرضاً توضيحياً حول محتوى وأهداف البرنامج الإرشادي. في نهاية الجلسة، تم التأكيد على أهمية الالتزام بالحضور في الوقت والمكان المحددين. كما تم مراعاة الخطوات التالية خلال هذه المرحلة :

1- تواصلت الباحثة مع رئيس المركز للحصول على الإذن لبدء تطبيق الدراسة الميدانية وتنفيذ جلسات البرنامج في قاعة الاجتماعات الخاصة بهم.

2- تم تهيئة المكان الذي ستُعقد فيه الجلسات الإرشادية بما يتناسب مع محتوى الجلسات ومتطلباتها من إمكانيات وأجهزة مادية.

ثانياً- المرحلة التنفيذية: تم تصميم البرنامج بحيث تم تخصيص الجلستين الأولى والثانية للتعارف والتمهيد. أما الجلسة الثالثة، فقد تناولت توضيح مفهوم العلاج بالمعنى ومؤسسه والأسس التي يستند إليها. في حين تم تخصيص الجلسة الرابعة للتعرف على مفهوم الوحدة النفسية وأنواعها ومخاطرها. واستمر هذا النهج في باقي الجلسات الإرشادية. كما تم تدريب الشباب المدمنين في كل جلسة على أساليب وفتيات سلوكية تعتمد على العلاج بالمعنى، تلتها مناقشة حول الفوائد التي اكتسبها من الأنشطة والفتيات المتنوعة، التي تم تنفيذها ضمن البرنامج، مع التركيز على تقليل الشعور بالوحدة النفسية ومدى التحسن الذي طرأ عليهم.

ثالثاً- مرحلة الإنهاء: تُعتبر هذه المرحلة النهائية في البرنامج، حيث تم مراجعة المحتوى الذي تم تناوله خلال الجلسات السابقة وتقييم الفوائد التي حصل عليها الشباب المدمنون من مشاركتهم في

البرنامج الإرشادي من خلال استخدام استمارة لتقييم فاعلية البرنامج، بالإضافة إلى إجراء قياس بعدي لمقياس الوحدة النفسية لتحديد مدى تأثير البرنامج المستخدم في الدراسة .
 رابعاً - **مرحلة المتابعة:** خلال هذه المرحلة، تم تطبيق مقياس الوحدة النفسية بعد مرور ثلاثة أشهر على انتهاء البرنامج الإرشادي، بهدف تقييم مدى استمرارية فاعلية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية.

الوسائل المادية التي استخدمت في تنفيذ البرنامج:

- 1- قاعة مجهزة ومناسبة للجلسة.
- 2- جهاز حاسوب.
- 3- جهاز عرض (Data Show).
- 4- أوراق وأقلام لتسجيل ما يطلب من أفراد الجلسة أثناء الجلسة.

- محتويات البرنامج:

خطة البرنامج:

جدول (18) يوضح أبعاد البرنامج

رقم البعد	اسم البعد	جلسات كل بعد
1	المرحلة الأولى: التأسيس وبناء الأساس	1. التعارف وتحديد الأهداف الجماعية. 2. استكشاف مفهوم الوحدة النفسية. 3. الحوار السقراطي (حول القيم الشخصية) 4. المعاناة كفرصة للنمو. 5. القيم المشتركة. 6. بناء الثقة.
2	المرحلة الثانية: تعزيز المعنى وتحقيق الأهداف	7. الإرادة الحرة والمسؤولية. 8. النية المتناقضة (1) 9. النية المتناقضة (2) 10. التأمل الجماعي على القيم. 11. إعادة بناء السرد الشخصي (1) 12. إعادة بناء السرد الشخصي (2) 13. إيجاد معنى في الألم والمعاناة. 14. الأهداف المستقبلية الجماعية والفردية. 15. تعزيز الروابط الاجتماعية داخل المجموعة 16. الخدمة والمعنى.

17. التحضير لمواجهة التحديات المستقبلية. 18. التفكير في الإنجازات.		
19. تعزيز الثقة الجماعية. 20. تطبيق النية المتناقضة في الحياة اليومية. 21. التأمل على القيم في الحياة اليومية. 22. تطبيق النية المتناقضة في الحياة اليومية 23. تعزيز القيم الجماعية. 24. مراجعة الأهداف الشخصية والجماعية. 25. إعادة بناء السرد الشخصي (دعم متقدم) 26. إيجاد المعنى في العلاقات الجديدة. 27. تطبيق التقنيات في العلاقات الجديدة. 28. تطبيق التقنيات في الحياة اليومية. 29. خطة ما بعد البرنامج. 30. التقييم والاحتفال.	المرحلة الثالثة: التطبيق العملي والإنهاء	3

الفنيات المستخدمة في البرنامج:

- الحوار السقراطي: Socratic Dialogue
- النية المتناقضة: Paradoxical Intention
- إعادة بناء السرد الشخصي: Reconstruction of Personal Narrative
- تأمل القيم: Reflection on Values
- تشتت التفكير: Dereflection
- التركيز على المعاناة كفرصة للنمو: Focusing on Suffering as an Opportunity for Growth
- الأنشطة الموجهة نحو المعنى: Meaning-Oriented Activities
- التحضير لمواجهة التحديات: Preparation for Facing Challenges
- الاحتفال بالإنجازات: Celebration of Achievements

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

(1) اختبار (ت) لعينة واحدة مرتبطة:

- (2) اختبار (ت) لعينتين متساويتين في الحجم: واستخدم لحساب دلالة الفرق بين جماعتين مستقلتين.
- (3) معامل ارتباط بيرسون: واستخدم لحساب الارتباط الاتساق الداخلي بين الدرجة الكلية لمقياس الوحدة النفسية وأبعاده.
- (4) معامل ألفا كرونباخ: واستخدم لحساب معامل ثبات مقياس الوحدة النفسية.
- (5) تحليل التباين الأحادي: واستخدم لحساب نوعية الفرق بين متوسطات درجات المبحوثين على مقياس الوحدة النفسية في القياسات المختلفة عندما تكون قيمة (ف) دالة إحصائياً.
- (6) اختبار شيفيه: واستخدم لمعرفة الجماعات التي جاءت الفرق لصالحها في القياسات المختلفة.
- (7) اختبار كولوموجروف-سميرنوف: واستخدم لمعرفة شكل التوزيع الاعتدالي لاستجابات المبحوثين على مقياس الوحدة النفسية.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.
- خاتمة.
- توصيات ومقترحات.
- المراجع
- الملاحق

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تستعرض الباحثة في هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها من خلال تحليل البيانات الإحصائية والتحقق من صحة فروض الدراسة، وتفسير ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ومن ثم عرض ملخص لهذه النتائج والتوصيات والبحوث المقترحة.

1- نتائج الفرض الأول والذي ينص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين القبليين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطتين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول رقم (19) يوضح حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين القبليين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.106	1.735	13	4.57233	17.10809	97.9286	14	الجماعة الضابطة الأولى
		13	3.30578	12.36909	88.9286	14	الجماعة التجريبية الأساسية

تشير بيانات الجدول رقم (20) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الباحثين في القياسين القبليين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية، وهذا يدل على أن التجربة بدأت في ظروف مناسبة من حيث مستوى المتغير التابع (الوحدة النفسية) في كل من المجموعة التجريبية والضابطة، وبالتالي، يمكننا أن نستنتج أن أي تغير يحدث يعود أساسًا إلى تأثير المتغير المستقل، وهو البرنامج الذي تعرضت له

المجموعة التجريبية دون الضابطة. حيث بلغت قيمة (ت) مع ثلاث عشرة درجة حرية (1.735)، وكان مستوى الدلالة (0.106)، وهو أكبر من (0.05)، مما يعني تحقق الفرض الأول للدراسة، إذ إن أفراد هاتين الجماعتين ينتمون إلى خصائص مجتمع وأحد قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، وأن خبرة الشعور بالوحدة النفسية تكاد تكون سمة أساسية لدى مدمني المخدرات، حيث أشار (pirhekayaty,1986) أن الشعور بالوحدة النفسية غالباً ما يرتبط بتعاطي المخدرات والكحول والجريمة والانتحار والمرض وسوء التوافق الاجتماعي، وتشير الكثير من الدراسات إلى الانتشار الواسع لهذا الشعور في المجتمع الحديث، حيث وجد برادبورن (Bradburn,1969) في مسح واسع النطاق أن (25%) من أفراد العينة يعانون من الوحدة النفسية، ولقد أثبت العديد من الدراسات وجود علاقة بين الإدمان والشعور بالوحدة النفسية، حيث أسفرت نتائج دراسة أجراها "سميث" (2018) أن المدمنين يعانون من مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية، مما يؤثر على قدرتهم على التعافي. وأكدت سعيدي (2016) في دراستها حول مستوى الاغتراب النفسي لدى المراهقين المدمنين وغير المدمنين، أن المدمنين يعانون بشكل أكبر من الاغتراب النفسي والشعور بالوحدة مقارنة بالمراهقين العاديين، كما أظهرت دراسة أبو درويش (1996) التي تناولت تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى الأفراد المتعاطين وغير المتعاطين، أن تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية كان لصالح الأفراد غير المتعاطين، حيث أظهر المتعاطون مستوى منخفضاً في تقدير الذات وشعوراً مرتفعاً بالوحدة النفسية، وهذا يتماشى مع نتائج الدراسة الحالية، خاصة قبل تطبيق البرنامج العلاجي. من جهة أخرى، يرى السلوكيون أن الإدمان هو سلوك مكتسب نتيجة التعلم من البيئة المحيطة، حيث يتعلم الفرد أن المخدرات تمنحه شعوراً إيجابياً أو تخفف من ضغوطه، مما يدفعه لتكرار هذا السلوك للحصول على نفس التأثير، وتؤكد هذه النظرية على أهمية البيئة الاجتماعية في تعزيز السلوك الإدماني من خلال التجربة والتعلم. ويتفق ليند سميث (1968) على أن الإدمان هو سلوك مثل غيره من السلوكيات، وهو متعلم من خلال الاشتراط. كما يُعزى تجانس استجابات أفراد العينة إلى تشابه خصائصهم.

تتوافق نتائج الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة، مثل دراسة (طوسون، 2003) ودراسة (صيدم، 2015) ودراسة (موسى، 2021)، التي أظهرت أنه لا توجد فروق ذات دلالة

إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج على مقياس الوحدة النفسية.

2- نتائج الفرض الثاني والذي ينص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول رقم (21) يبين حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.905	-0.122	13	4.53267	16.95971	89.3571	14	الجماعة الضابطة الأولى
		13	2.52025	9.42990	90.0000	14	الجماعة الضابطة الثانية

تشير بيانات الجدول رقم (21) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشاركين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) - مع ثلاث عشرة درجة حرية - (-0.122)، وهي قيمة منخفضة، مما يدل على أن الفرق بين المجموعتين شبه متساوي، كما أن مستوى الدلالة بلغ (0.905)، وهو أعلى من (0.05)، مما يعني تحقق الفرض الثاني بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجماعتين الضابطين في مقياس الوحدة النفسية بعد التجربة، وهذا يشير إلى تماثلهما في الخصائص النفسية المرتبطة بالشعور بالوحدة.

تُعتبر هذه النتيجة مؤشراً إيجابياً على نجاح ضبط المتغيرات الداخلية في تصميم الدراسة، مما يضمن مصداقية نتائج البرنامج الإرشادي التجريبي في المستقبل.

ويُعتبر تجانس العينة في الخصائص النفسية والاجتماعية أحد الشروط الأساسية التي تعزز من صدق الفروض في البحوث التجريبية، خاصة عند دراسة فعالية البرامج الإرشادية

والعلاجية، ففي هذه الدراسة، تم اختيار المشاركين من فئة مدمني المخدرات الذين يتلقون العلاج في نفس البيئة، مما يضمن توافر ظروف علاجية ونفسية متقاربة بينهم، هذا الأمر ساهم في تحقيق درجة عالية من التجانس بين أفراد العينة. وبالتالي، فإن المشاركين يتشاركون في خصائص نفسية واجتماعية مثل الشعور بالوحدة، والانفصال الأسري، والميل إلى الانعزال، وهي عوامل تم توثيقها في الأدبيات السابقة كمشاركات نفسية لدى المدمنين. (صديق، 2018: 55)، ساهم هذا التجانس في تعزيز نتائج الفرض الثاني من الدراسة، حيث أن تقارب خصائص أفراد المجموعة يجعل أي فروق لاحقة تُعزى بشكل أكبر إلى تأثير البرنامج الإرشادي بدلاً من الاختلافات الداخلية بين أفراد المجموعات، تتوافق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (اللحام، 2019) في دراسته حول فاعلية العلاج بالمعنى في تقليل السلوكيات المضادة للمجتمع لدى المدمنين، حيث أكد على أهمية تكافؤ المجموعات في الخصائص النفسية قبل تنفيذ أي تدخل علاجي لضمان التفسير الصحيح للأثر. كما أوضحت دراسة (صديق، 2018) أن الشعور بالوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات يتسم بالتقارب بين أفراد البيئة العلاجية الواحدة، خاصة في ظل تشابه المعاناة النفسية والاجتماعية، مما يعزز من تماثل درجات الجماعتين في هذه الدراسة.

من ناحية أخرى، توضح دراسة (بن جرجس، 1998) أن البرامج الإرشادية المعتمدة على العلاج بالمعنى تكون فعالة في تقليل مشاعر الفراغ والاضطرابات النفسية، ولكن فقط عند تطبيقها على عينات متجانسة نسبياً، وهذا يعزز أهمية التماثل بين المجموعات الضابطة لضمان فعالية التدخل العلاجي.

3- نتائج الفرض الثالث والذي ينص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطتين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول رقم (22) حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.007	3.193	13	4.53267	16.95971	89.3571	14	الجماعة الضابطة الأولى
		13	2.06003	7.70792	73.7857	14	الجماعة التجريبية الأساسية

تشير بيانات الجدول رقم (22) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) وبثلاث عشرة درجة للحرية (3.193)، ومستوى الدلالة (0.007) وهو أقل من (0.05) ما يعني عدم تحقق الفرض الثالث للبحث؛ ومن ثم يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرض البديل الذي مؤداه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة التجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.007) ولصالح الجماعة الضابطة الأولى.

وبناءً على ذلك تبين أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة الضابطة ظل مستمراً في الارتفاع لصالح القياس البعدي، ويعزى ذلك لعدم إخضاع المجموعة الضابطة الأولى للبرنامج الإرشادي وما تضمنه من أنشطة وفتيات متنوعة تسهم في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لديهم الأمر الذي أدى إلى بقاء شعور أفرادها بالوحدة النفسية، ولم يحدث عليه أي تغيير لانهم لم تتح لهم فرصة الاندماج والتغلب على عقدة الخجل، والنقص، في مواجهة الآخرين وهذا ما أشار إليه الشريفين والمفلح (2013) أن الشخص الذي يميل إلى الوحدة يبدو منعزلاً عن الآخرين وينتابه شعور مؤلم، لعجزه عن التواصل الاجتماعي، أو الافتقار للعلاقات الاجتماعية، أو تعرضه للصدمات والأحداث الضاغطة، أو بفعل خصائص شخصية وعجز شخصي ونمائي نتيجة لمؤثرات ذاتية، أو بيئية، وقد يصاحب ذلك الشعور المؤلم مشكلات واضطرابات نفسية كالاكتئاب والخجل والعصابية، أو مشكلات صحية مختلفة. (هامان، 2016: 15).

كما أن الأفراد الذين يعانون من الوحدة النفسية قد يظهر عليهم انخفاض ملحوظ في المزاج وزيادة في مشاعر الحزن والقلق، مما قد يؤدي بهم إلى الانسحاب التدريجي من الأنشطة اليومية وانخفاض مستوى الإنتاجية، وفي بعض الحالات، قد يظهر الشعور بالوحدة النفسية من خلال

مظاهر جسدية كالتعب المستمر، وفقدان الشهية، أو اضطرابات النوم، حيث أن الآثار النفسية للوحدة تنعكس على الصحة الجسدية للفرد، مما يزيد من معاناته ويجعله أكثر انعزلاً عن الآخرين. (محدب وسليمان، 2022: 35).

وقد أشار ويس (weiss,1973) أن النقص في نسيج العلاقات الاجتماعية التي يكون فيها الفرد جزءاً من مجموعة من الأصدقاء يشتركون في الاهتمامات والأنشطة يقودهم إلى الشعور بالوحدة النفسية. (شيببي، 2005: 23).

لذلك ترى الباحثة أن العلاقات الاجتماعية من العوامل الجوهرية في دعم تعافي المدمنين، إذ تلعب دوراً مركزياً في تعزيز الشعور بالانتماء، وتوفير بيئة داعمة نفسياً وسلوكياً. وقد أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن الأفراد المدمنين الذين يتمتعون بعلاقات اجتماعية إيجابية كانوا أكثر قدرة على التكيف النفسي، والاجتماعي، وأظهروا تحسناً ملحوظاً في مؤشرات التوازن الانفعالي ومستويات القلق، والوحدة النفسية.

ويُمكن تفسير ذلك من خلال ما توفره العلاقات الاجتماعية من احتواء وتفهم، مما يخفف من مشاعر العزلة التي غالباً ما ترتبط بالإدمان، كما أن التفاعل مع شبكة اجتماعية داعمة يسهم في بناء الدافعية للاستمرار في برامج العلاج وعدم الانتكاسة، ويعزز مفاهيم الذات الإيجابية، وهو ما يتوافق مع العديد من الدراسات السابقة في مجال الصحة النفسية والإدمان.

وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق البرنامج الإرشادي أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد الجماعة التجريبية، في حين ظل هذا الشعور مرتفعاً لدى أفراد الجماعة الضابطة الأولى باعتبارها لم تخضع للبرنامج العلاجي، وتعزى هذه النتيجة إلى التأثير الإيجابي للبرنامج الإرشادي في تحسين التكيف الاجتماعي، وخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية، مما يؤكد فعاليته كوسيلة يمكن اعتمادها في البرامج الإرشادية مع حالات مشابهة.

وقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة بعض الدراسات السابقة في أن المجموعة الضابطة التي لم تخضع لأي برنامج لم يحدث لها إي تغيير يذكر كدراسة الزهراني (2015)، ودراسة عطية (2022) ودراسة عبد الخالق (2023).

4- نتائج الفرض الرابع والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطتين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول رقم (23) يبين حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.001	4.577	13	2.52025	9.42990	90.0000	14	الجماعة الضابطة الثانية
		13	2.06003	7.70792	73.7857	14	الجماعة التجريبية الثانية

تشير بيانات الجدول (23) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الباحثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) وبثلاث عشرة درجة للحرية (4.577)، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الرابع للدراسة؛ ومن ثم قبول الفرض البديل الذي مؤداه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.007) ولصالح الجماعة الضابطة الثانية. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن تطبيق البرنامج الإرشادي أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى محوئين الجماعة التجريبية، في حين ظل هذا الشعور مرتفعاً لدى أفراد الجماعة الضابطة الثانية باعتبارها لم تخضع للبرنامج العلاجي.

وهذه النتيجة تؤكد أهمية البرنامج العلاجي الذي اعتمده الباحثة والذي أعتمد على العلاج بالمعنى وفتياته المتنوعة وتوظيفها في خفض الشعور بالوحدة لدى المحوئين، بحيث انخفض الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب المدمن بعد تطبيق البرنامج وأصبحوا أكثر واقعية وتفاؤلاً فقد ساهم العلاج بالمعنى في خروج الشباب من دائرة الوحدة النفسية والشعور بفقدان القيمة والمعنى الى الشعور بالإيجابية والتفاؤل والشعور بقيمة الحياة، وأن لكل واحد منهم هدف يريد أن يحققه

وتتفق نتائج الدراسة مع العديد من الدراسات التي تناولت العلاج بالمعنى كدراسة (بنروم سووانفاهو (Benrom Suwanfaho et al, 2018) التي استخدمت العلاج بالمعنى لتعزيز صحة الشباب الذين يتعاطون المخدرات ، ودراسة (أشرفيون، وآخرون، 2018) (Ashrafion, et al, 2018) التي استخدمت العلاج بالمعنى في زيادة المرونة النفسية وتقليل الاكتئاب عند مدمني المخدرات ، كذلك دراسة (الصقر، 2017) التي استخدمت العلاج بالمعنى في تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية ودراسة (قاسم، 2023) التي استخدمت الإرشاد والعلاج بالمعنى في تحسين مستوى الأمل ونمو ما بعد الصدمة لدى مرضى السرطان ، ودراسة (الحارثي، 2022) التي استخدمت الإرشاد بالمعنى في خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى الأحداث الجانحين ، كذلك دراسة (حسن، 2020) والتي استخدمت العلاج بالمعنى في تحسين معنى الحياة لدى المراهقين، كما استخدمت دراسة (عمر، 2019) الإرشاد بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين ، ودراسة (كامل، 2008) التي استخدمت العلاج بالمعنى في تخفيف قلق الموت لدى المسنين . واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج هذه الدراسات.

وتتفق نتائج هذا الفرض كذلك مع الإطار النظري والدراسات السابقة التي أكدت أن البرامج الإرشادية ، ومنها البرامج القائمة على العلاج بالمعنى بفيناته المختلفة يساعد في تحسين جوانب الشخصية ، وعلاج الاضطرابات المختلفة ومنها الشعور بالوحدة النفسية ، كما أن الإطار النظري والتوجه الذي يستند إليه البرنامج العلاجي يعتمد على التوجه الإنساني في علم النفس الإيجابي ، وهو توجه يعمل كما يراه الصبوة (2010: 165) على تنمية الشخصية الإيجابية ، ويجعل من الأفراد أشخاصاً سعداء ، اعتماداً على تمثلهم لقيمهم الإيجابية ، وتطوير كفاءتهم الذاتية ، وتحسين نوعية حياتهم ، وتوظيف أساليب تفكيرهم الإيجابية التفاضلية .

وهذه النتيجة تؤكد فلسفة الإرشاد النفسي الجماعي والدور الفعال لتأثير الجماعة على الشخص من حيث إمكانية تغيير سلوكه وأفكاره ومواقفه بجانب المساعدة في تسهيل نموه ، حيث إن الانسان كائن اجتماعي لا يستطيع أن يعيش بمفرده ، أو بمعزل عن الآخرين ولديه حاجات نفسية ، واجتماعية ، ولديه مشكلات لا يستطيع حلها أو اشباعها ، دون أن يعيش في جماعة حتى يشعر بالأمن والانتماء والتقدير الاجتماعي منها ، وإلا كان عرضة للعزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة النفسية ، ومن ثم فلا بد له من أن يتفاعل مع الآخرين ويؤثر فيهم ويتأثر بهم.

5- نتائج الفرض الخامس والذي ينص على أنه" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول رقم (24) يبين حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الأولى والجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين

نوع الجماعة	الحجم	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	د.ح	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الجماعة الضابطة الأولى	14	90.0000	9.42990	2.52025	13	4.577	0.001
الجماعة الضابطة الثانية	14	73.7857	7.70792	2.06003	13		

تشير بيانات الجدول رقم (24) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الباحثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والأولى على مقياس الوحدة النفسية. حيث بلغت قيمة (ت) مع ثلاث عشرة درجة حرية (4.577) ومستوى دلالة (0.001)، وهو أقل من (0.05) وأقل من (0.01). وهذا يدل على وجود فرق حقيقي بين الجماعتين في درجة الشعور بالوحدة النفسية، بعد القياس البعدي، وكان الفرق لصالح الجماعة الضابطة الثانية، حيث بلغ متوسط درجاتها (73.78) بينما كان متوسط الجماعة الأولى (90.00). وبالتالي، لم يتحقق الفرض الخامس للدراسة، مما يستدعي قبول الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والأولى على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين عند مستوى (0.001) ولصالح الجماعة الضابطة الثانية.

تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء أن الفروق التي ظهرت بين الجماعتين الضابطتين الأولى والثانية ولصالح الجماعة الثانية - رغم عدم تعرض أيٍّ منهما للبرنامج الإرشادي - قد تعود إلى عوامل نفسية أو بيئية غير محكومة أثرت في مستوى شعور أفراد الجماعة الثانية بالوحدة

النفسية. إذ قد يكون أفراد هذه الجماعة قد مرّوا خلال فترة التطبيق بخبرات اجتماعية أو انفعالية إيجابية ساعدت على تخفيف شعورهم بالوحدة، مثل زيادة التفاعل الاجتماعي داخل المركز العلاجي، أو تطور علاقاتهم بزملائهم أو المعالجين. كما يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء ما تشير إليه الأدبيات النفسية من أن التحسن النسبي في بعض المؤشرات النفسية قد يحدث بفعل ما يُعرف بـ تأثير القياس أو الوعي بالاختبار (Testing Effect) ، حيث يؤدي تعرض الأفراد للقياس الأول إلى رفع مستوى وعيهم الذاتي بمشكلاتهم، مما ينعكس على سلوكهم واتجاهاتهم لاحقاً، حتى دون تدخل علاجي مباشر.

كذلك قد تُعزى الفروق إلى ما يسمى بـ العوامل الدافعية الداخلية أو التحسن الطبيعي الذاتي (Spontaneous Recovery)، أي ميل بعض الأفراد إلى التكيف مع واقعهم النفسي بمرور الوقت نتيجة الدعم الذاتي أو التغيرات الطبيعية في السياق العلاجي.

ومن منظور نظري، يمكن تفسير النتيجة في ضوء مبادئ نظرية فيكتور فرانكل في العلاج بالمعنى، إذ يفترض أن مجرد وجود الفرد في بيئة تحمل طابعاً علاجياً أو حوارياً يمكن أن يثير لديه تساؤلات وجودية تدفعه لإعادة تقييم ذاته ومعنى معاناته، مما يساهم في تخفيف شعوره بالوحدة حتى دون تطبيق مباشر للبرنامج الإرشادي.

تنفق هذه النتيجة جزئياً مع ما أشارت إليه بعض الدراسات السابقة التي وجدت أن التغيير في مستوى الشعور بالوحدة النفسية قد يحدث لدى المجموعات الضابطة نتيجة عوامل غير تجريبية، مثل التحسن الطبيعي أو التأثيرات البيئية والاجتماعية المحيطة. فقد توصلت دراسة (عبد الرحمن، 2018) إلى أن الأفراد المقيمين في بيئات علاجية جماعية قد يختبرون انخفاضاً تدريجياً في مشاعر العزلة والوحدة حتى دون تدخل إرشادي مباشر، وذلك بفعل زيادة فرص التفاعل والدعم الاجتماعي. كما أوضحت دراسة (سامي، 2022)، أن المشاركة في البحث بحد ذاتها قد تولّد شعوراً بالاهتمام والرعاية، مما يساهم في رفع الدافعية وتحسين الحالة الانفعالية، وهو ما يُعرف في الأدبيات النفسية بـ تأثير هاوثورن. (Hawthorne Effect) .

وعليه، يمكن تفسير التحسن النسبي في درجات الجماعة الضابطة الثالثة في هذه الدراسة بأنه نتيجة لتأثيرات بيئية أو اجتماعية داخلية ارتبطت بعملية القياس أو بطبيعة البيئة العلاجية،

أكثر من كونه نتاجًا لتدخل إرشادي منظم، وهو ما ينسجم مع الاتجاهات الحديثة في تفسير التغيرات غير التجريبية في الدراسات النفسية.

وتؤكد الباحثة على أهمية العوامل السياقية والاجتماعية في التأثير على مستوى الشعور بالوحدة النفسية، حتى في غياب التدخل الإرشادي المباشر، فوجود الأفراد في بيئة علاجية تتميز بالتفاعل والمشاركة، أو شعورهم بالانتماء إلى جماعة بحثية تلقى اهتمامًا، قد يساعد على تحسين حالتهم النفسية بشكل ملحوظ نسبيًا. كما تعتبر هذه النتيجة دعوة إلى الاهتمام بمزيد من الضبط الدقيق للمتغيرات الخارجية في الدراسات المستقبلية، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير الظروف المحيطة على النتائج. وتشير الباحثة كذلك إلى أن التحسن الذي ظهر لدى أفراد الجماعة الضابطة الثالثة قد يعكس دورًا غير معلن للدافعية الذاتية لدى بعض الأفراد، في محاولة التغيير أو البحث عن معنى للحياة، وهو ما يتوافق مع مبادئ العلاج بالمعنى، حيث يتم تسليط الضوء على الإرادة والاختيار كأدوات فعالة لتجاوز المعاناة النفسية.

6- نتائج الفرض السادس والذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطتين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (25) حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.000	9.590	13	2.52025	9.42990	90.0000	14	الجماعة الضابطة الثانية
		13	1.22442	4.58138	65.2857	14	الجماعة التجريبية الثانية

تشير بيانات الجدول (25) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) وبثلاث عشرة درجة للحرية (9.590)، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض السادس للدراسة؛ ومن ثم قبول الفرض البديل الذي مؤداه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الجماعتين الضابطة الثانية والجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية في القياسين البعديين لهما عند مستوى (0.000) ولصالح الجماعة الضابطة الثانية وتفسر هذه النتيجة بأن تطبيق البرنامج الإرشادي أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى مبحوثي الجماعة التجريبية الثانية، في حين ظل هذا الشعور مرتفعاً لدى أفراد الجماعة الضابطة الثانية باعتبارها لم تخضع للبرنامج العلاجي.

يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء أن البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى، أتاح لأفراد الجماعة الضابطة الثانية فرصاً للتعبير عن مشاعرهم، وإعادة بناء معنى لحياتهم، والانخراط في أنشطة تفاعلية تعزز التواصل الإنساني الإيجابي، مما انعكس على تقليل الإحساس بالعزلة والانفصال عن الآخرين، في المقابل، ظل أعضاء الجماعة الضابطة الثانية في حالة من الجمود النفسي والاجتماعي لغياب أي تدخل علاجي، مما أبقى على مستويات عالية من الوحدة النفسية لديهم. وتتسق هذه النتيجة مع ما أشارت إليه نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura, 1997)، والتي تفترض أن السلوك الإيجابي يُكتسب من خلال النمذجة والملاحظة والتفاعل الاجتماعي البناء، فالبرنامج، من خلال أنشطته التفاعلية وتمارينه العملية، أتاح للمشاركين فرصاً لتجريب سلوكيات جديدة في بيئة داعمة، مما ساهم في تعديل أنماط التفكير السلبي المرتبطة بالعزلة، وتعزيز الشعور بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية فعالة.

تتفق هذه النتيجة مع ما أكدته الدراسات السابقة بأن التدخلات القائمة على إكساب الفرد معنى وهدف في حياته تسهم في خفض الوحدة النفسية وتعزيز التوافق النفسي والاجتماعي، وهو ما تحقق للجماعة الضابطة الثالثة بخضوعها للبرنامج، كدراسة اللحام (2019) التي أوضحت أن العلاج بالمعنى يسهم في تنمية معنى الحياة وخفض بعض السلوكيات المضادة للمجتمع لدى المدمنين، وهو ما يدعم دور هذا النوع من البرامج في تعديل المشاعر السلبية مثل الوحدة النفسية ودراسة الخزاعي (2010) الذي أشار إلى أن التوقف عن الإدمان والانخراط في برامج علاجية

يسهم في تحسين نوعية الحياة والاندماج الاجتماعي، مما يقلل من مظاهر العزلة والوحدة ودراسة العباسي (1999) التي أوضحت أن المراهقات المقيمات في دور الرعاية أن التدخلات الإرشادية تقلل من الشعور بالوحدة النفسية عبر تعزيز التفاعل الاجتماعي ، كما اتفقت نتائج الدراسة أيضاً مع دراسة جولوم ودي جوزمان (Gullone & De Guzman) (2013) التي أكدت أن العلاج بالمعنى يخفف من الإحساس بعدم المعنى لدى المرضى المقيمين، وهو ما يتفق مع أثر البرنامج الحالي في تقليل الوحدة النفسية.

كما اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسات كل من العطايفي (2014)، وموسى (2020، 2021)، وسامي (2022)، وعبد الخالق (2023)، والزهراني (2013)، حيث أظهرت جميعها أن البرنامج الإرشادي ساهم في تقليل درجات المجموعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية. ويشير فرانكل (Frankl) إلى أن الإنسان الذي يكتشف معنى وهدفاً لحياته هو القادر على تحمل الألم والافتقار إلى المكانة والنفوذ، دون أن يؤثر ذلك سلباً على سعادته أو صحته النفسية. فيرى أن السعي الأساسي للإنسان، وفقاً للعلاج بالمعنى، هو تحقيق المعنى في الحياة، وليس مجرد السعي وراء اللذة أو المكانة. (فرانكل، 1998: 10).

سعت الباحثة إلى بناء علاقة إرشادية فعّالة مع أفراد المجموعة الثانية، تقوم على الفهم المتبادل وحرية التعبير عن المشاعر، انسجاماً مع مبادئ العلاج بالمعنى الذي يؤكد أن دور المعالج يتمثل في مساعدة الفرد على اكتشاف معنى حياته بنفسه وليس فرض معنى جاهز عليه. وقد التزمت الباحثة في ذلك بتطبيق القواعد التي وضعها فرانكل لضمان نجاح العلاقة الإرشادية، والتي تنظر إلى العلاقة العلاجية بوصفها لقاءً إنسانياً وجودياً يقوم على الاحترام والتفاعل الحقيقي بين المرشد والمسترشد.

كما حرصت الباحثة على تعزيز الثقة بين أطراف العملية الإرشادية واستخدام أساليب علاجية متنوعة مثل الحوار السقراطي، والمناقشات الهادفة، والأنشطة التطبيقية، مما أسهم في تمكين المشاركين من التعبير عن مشاعرهم بوضوح واكتشاف نقاط قوتهم وضعفهم. وقد انعكس ذلك إيجاباً في انخفاض مستوى الوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة الثانية مقارنة بالمجموعة الضابطة الثالثة.

وترى الباحثة أن العلاقة الإرشادية وجلسات البرنامج قد أسهمت في تغيير أفكار أفراد المجموعة نحو مزيد من الإيجابية والواقعية، مما ساعدهم على النظر إلى الحياة بتفاؤل والتفكير بمستقبلهم بشكل إيجابي، كما أتاح لهم البرنامج فرصة لاكتشاف جوانب قوتهم وضعفهم. وقد ساهمت المشاعر الإيجابية تجاه البرنامج القائم على الإرشاد والعلاج بالمعنى في تمكين أفراد المجموعة من الاستفادة منه، حيث اعتبروه دعماً قوياً لإرادتهم في إيجاد المعنى، مما دفعهم لتحسين أنفسهم وحياتهم من خلال تحديد أهدافهم والمثابرة لتحقيقها. وكان الهدف الأول لأفراد المجموعة هو التخلص من الإدمان وتجنب الانتكاسة، أما بالنسبة للمجموعة الثالثة التي لم تشارك في البرنامج، فلم يطرأ عليها أي تحسن خلال الفترة بين القياس القبلي والبعدي، حيث استمرت في نفس المستوى الذي كانت عليه قبل القياس.

7- نتائج الفرض السابع والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية الأساسية وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (26) حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية الأساسية وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	د.ح	الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط	الحجم	نوع الجماعة
0.014	2.820	13	2.52025	9.42990	90.0000	14	الجماعة التجريبية الثانية
		13	2.43059	9.09444	78.6429	14	القياس التتبعي للجماعة التجريبية الأساسية

تشير بيانات الجدول رقم (26) إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الباحثين في القياس التتبعي للجماعة التجريبية الأساسية والقياس البعدي للجماعة

التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) وبثلاث عشرة درجة للحرية (2.820)، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الثامن للبحث، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعة الضابطة الثانية، ومن ثم قبول الفرض البديل الذي مؤداه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية الأساسية وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، وهو ما يعني أن البرنامج الإرشادي أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى شعور أفراد الجماعة التجريبية الأساسية من الوحدة النفسية، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (الزهراني، 2013) ودراسة المشاقبة، (2004) ودراسة (الصقر، 2017)، ودراسة (الرويلي، 2015)، ودراسة (القنطار، 2022) والتي جميعها أكدت فعالية البرامج الإرشادية النفسية في تقليل مستويات الشعور بالوحدة، وهو ما يعزز من مصداقية نتائج هذه الدراسة ويدعم الفرض البديل.

8- نتائج الفرض الثامن والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (27) حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية

نوع الجماعة	الحجم	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	د.ح	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الجماعة الضابطة الأولى	14	89.3571	16.95971	4.53267	13	2.724	0.017
القياس التتبعي للجماعة التجريبية الأساسية	14	78.6429	9.09444	2.43059	13		

تشير بيانات الجدول رقم (27) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد القياس التتبعي للجماعة التجريبية ومتوسط درجات القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى

على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت قيمة (ت) (2.724) عند مستوى دلالة (0.017)، وهو أقل من (0.05)، مما يعني رفض الفرض الصفري التاسع وقبول الفرض البديل الذي ينص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية وبين القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية، وأن هذه الفروق جاءت لصالح القياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني أن عدم تلقي أفراد الجماعة الضابطة الأولى للبرنامج الإرشادي جعل مستوى شعورهم بالوحدة النفسية مرتفعاً.

وتدل هذه الفروق على أن مستوى الشعور بالوحدة النفسية في الجماعة الضابطة الأولى التي لم تتلق البرنامج الإرشادي كان أعلى مقارنةً بالقياس التتبعي للجماعة التجريبية، التي خضعت للبرنامج القائم على العلاج بالمعنى (Logotherapy) حيث يؤكد فرانكل (Frankl, 1986)، أن الإنسان، عندما يجد معنى وهدفاً في الحياة، تقل معاناته، ويشعر باتصال أعمق بذاته والآخرين، مما يحد من مشاعر العزلة والفراغ النفسي، وقد ساهم البرنامج الإرشادي في مساعدة المشاركين على إعادة بناء تصورهم لمعنى الحياة، وتوجيه انتباههم نحو قيم عليا وعلاقات ذات مغزى.

تتنفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه عدة دراسات أكدت أن عدم وجود تدخل إرشادي ممنهج يترك الأفراد عرضة لاستمرار المشكلات النفسية كدراسة (عطية، 2022) التي أوضحت أن المجموعة التي لم تتلق البرنامج الإرشادي، حافظت على مستويات مرتفعة من الوحدة النفسية في القياس البعدي، مقارنةً بالمجموعة التي خضعت لبرنامج معرفي سلوكي، ودراسة (جابه، 2023) التي أوضحت أن البرامج المبنية على العلاج بالمعنى تقلل من الشعور بالوحدة لدى الأيتام، وأكدت أن الأفراد الذين لم يتلقوا البرنامج استمروا في المعاناة من مشاعر العزلة والانفصال النفسي، وكذلك دراسة (Yazdanbakhsh et al, 2016) التي أظهرت أن كبار السن الذين شاركوا في جلسات جماعية للعلاج بالمعنى ظهر عليهم انخفاضاً واضحاً في الشعور بالوحدة، مقارنةً بأولئك الذين لم يشاركوا في البرنامج، كذلك ودراسة (الصقر، 2017) ودراسة (الخواجة، 2023) ودراسة (الحارثي، 2022)، ودراسة (حسن، 2020)، ودراسة (عمر، 2019)، ودراسة (أحمد، 2017)، ودراسة (الحمد والرشيدي، 2010)، ودراسة (كامل، 2008). التي أوضحت أن البرامج المبنية على العلاج بالمعنى تقلل من الشعور بالوحدة النفسية.

تُبرز النتيجة أهمية البرامج الإرشادية - وخاصة القائمة على العلاج بالمعنى - في إحداث أثر نفسي إيجابي مستمر، وتكشف في المقابل عن أثر غياب التدخل النفسي، حيث بقيت مشاعر الوحدة مرتفعة في الجماعة الضابطة. وتدل هذه الفروق على أن البرنامج لا يحقق تحسناً مؤقتاً فحسب، بل يسهم في بناء مناعة نفسية مستدامة ضد الشعور بالوحدة النفسية وهو ما يعزز من قيمة التدخلات النفسية الموجهة والمعنوية، من خلال الفنيات الأساسية، التي تم استخدامها كالرسم والدراما، والحوار السقراطي والمناقشة والتي تساعد الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره المتعلقة بالبحث عن معنى الحياة والاستشهاد ببعض النماذج والقصص الملهمة التي تعكس تجارب الأفراد في البحث عن المعنى والتغلب على المعاناة.

ترى الباحثة إن هذه الفنيات العلاجية في مجملها تعمل على تحقيق أهداف العلاج بالمعنى المتمثلة في مساعدة الفرد على اكتشاف معنى لحياته والالتزام به، وتنمية قدرته على اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية، وتطوير الاتجاه الإيجابي نحو التحديات الحياتية، وتعزيز الشعور بالهدف والغرض في الحياة. وبذلك، يسهم العلاج بالمعنى في تحقيق الصحة النفسية الشاملة للفرد وتمكينه من النمو والتحول الإيجابي.

9- نتائج الفرض التاسع والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا الفرض، استخدم اختبار (ت) لعينيتين متساويتين وغير مرتبطتين، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (28) يبين حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد الجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية

نوع القياس	الحجم	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري	د. ح	قيمة (ت)	الدلالة
القياس البعدي للجماعة التجريبية	14	73.7857	7.70792	2.06003	1 3	-1.913	0.078
القياس التتبعي للجماعة التجريبية	14	78.6429	9.09444	2.43059	13		

تشير بيانات الجدول رقم (28) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المشاركين في القياسين البعدي والتتبعي للجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية. حيث بلغت قيمة (ت) مع ثلاث عشرة درجة حرية (-1.913) وقيمة الدلالة (0.078)، وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمد في الدراسة (0.05). وهذا يعني تحقق الفرض العاشر للدراسة، حيث حافظ المشاركون في الجماعة التجريبية على التغيير الإيجابي بعد البرنامج (القياس التتبعي)، مما يدل على انخفاض شعورهم بالوحدة النفسية بعد تلقي البرنامج الإرشادي.

وتُعزى الباحثة استمرار تأثير البرنامج الإرشادي بعد شهر من تطبيقه وإجراء القياس التتبعي، الذي أظهر انخفاض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب المدمن في المجموعة التجريبية، إلى الفنيات والأنشطة المتنوعة التي استخدمتها خلال جلسات البرنامج. فقد اعتمدت على الحوار السقراطي، والمناقشة، وكسر حاجز الخوف، خاصة في جلسة بناء الثقة، حيث أتيحت الفرصة لأعضاء المجموعة للتحدث عن تجاربهم، سواء كانت شخصية أو اجتماعية. وقد شارك أفراد المجموعة تجاربهم الشخصية، التي كانت سبباً عند البعض منهم في خوض دائرة الإدمان كعلاقات الحب الفاشلة، وعدم الاهتمام الأسري، ومن خلال طرح هذه المشكلات، أكد أفراد المجموعة أنهم تمكنوا من التخلص من أشياء كانت تعيقهم، وأن الحديث عنها منحهم شعوراً بالراحة وساعدهم في التخلص من الأفكار غير المنطقية المرتبطة بها، كما أشاروا إلى حاجتهم إلى شخص يتقون به لمساعدتهم في حل مشاكلهم، ليكون بمثابة متنفس لهم للتخفيف من ضغوط المواقف التي واجهوها في حياتهم، وقد ساهم ذلك في شعورهم بالراحة لوجود آخرين يشاركونهم معاناتهم، مما ساعد في تقليل شعورهم بالوحدة النفسية، كما تعززت ثقتهم بأنفسهم وبالآخرين من حولهم، مما أدى إلى تنمية روح التفاعل الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك، كان لتطبيق أساليب الحوار السقراطي والمناقشة العلمية، بالإضافة إلى تكليفهم بواجبات منزلية، أثر واضح على نجاح البرنامج واستمراريته وقد أشار (ما سلو) إلى أن الفرد الذي لا يستطيع إشباع احتياجاته الأساسية، مثل: الحاجة إلى الأمان، والانتماء، والحب، والتقدير، يصبح أكثر عرضة للشعور بالعزلة النفسية، إذ تُعتبر تلبية هذه الاحتياجات خطوة أساسية نحو تحقيق الذات، وبالتالي فإن غياب الروابط العاطفية والاجتماعية يجعل الفرد يشعر بالوحدة. (التركي، 2015: 33).

وقد أشار هينسن وآخرون (Hansen et al 1982) بهذا الخصوص إلى أن أحد الجوانب العامة للإرشاد تتمثل في أن المرشد يسمح للعميل أن يضع الأهداف حيث يصبح الأخير مشاركاً بقوة دافعة أساسية، وذلك لحاجته لتحقيق الذات، وخاصة لدى فئة مدمني المخدرات الذين يعانون من تدني حاد في الذات، وعدم الثقة بأنفسهم، حيث اتضح أن الفرد إذا منح ظروفاً مناسبة ووضعت به الثقة، يمكن من خلالها أن يطور وينظم سلوكه، وهذا السلوك سوف يصبح سلوكاً إيجابياً. ويحظى بالقبول الاجتماعي Socially acceptable، وبناءً على هذا فإن المرشد الذي يستطيع إقامة ظروف مناسبة تمكن العميل من أن يستعيد نموه العادي، ومع هذا فإن هدف المرشد يتمثل في مساعدة الفرد في إعادة إنشاء العملية نحو تحقيق الذات Self-actualization وذلك بإزالة العقبات، والهدف يكون بإطلاق السلوكيات المتعلمة للعميل والتي تعوق hinder الميل الداخلي innate tendency نحو تحقيق الذات المساعدة للعميل في إعادة نمو مصادره الخاصة والكامنة، وبالرغم من أن الأهداف العامة التي تتعلق بالعملاء تشابهه، إلا أنه من المتوقع أن كل عميل سوف يضع أهدافاً خاصة. (الفحل، 2014: 41-42).

وأشار أفراد المجموعة الإرشادية خلال فترة المتابعة إلى أنهم أصبحوا أكثر ثقة بأنفسهم وبذواتهم، وأن نظرتهم لمن حولهم قد تغيرت، كما أبدوا تقاولاً أكبر تجاه الحياة، وتحسنت علاقاتهم بأسرهم ومحيطهم، مما أدى إلى إيجابية أكبر في تلك العلاقات، وأكدوا أنهم بدأوا في استعادة الثقة التي فقدوها نتيجة الإدمان، خاصةً في علاقاتهم مع والديهم، وقد ساعدهم ذلك في التغلب على المشاعر السلبية، بما في ذلك الشعور بالوحدة النفسية هذا يتماشى مع نتائج الدراسة الحالية التي أظهرت استمرار انخفاض الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب المدمن، وفي هذا السياق، يشير بومان (1981) إلى أن هناك خصائص اجتماعية قد تسهم في تغيير طبيعة العلاقات الإنسانية، مثل ضعف الروابط الأسرية وزيادة الحراك الاجتماعي. هذه العوامل تقلل من دور الأسرة وتؤدي إلى غياب النسق الأسري الممتد، مما يسبب صعوبة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين، كما يسهم هذا الحراك في زيادة شعور الفرد بالانفصال وعدم الانتماء، وضعف الروابط الاجتماعية، مما يؤدي إلى تعزيز الشعور بالوحدة النفسية لدى الأفراد.

تنفق نتائج هذا الفرض، مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي استخدمت برامج علاجية مع متغيرات مختلفة والتي أظهرت استمرار فعالية البرامج الإرشادية في تقليل الشعور بالوحدة

النفسية بعد انتهاء تطبيقها. ومن بين هذه الدراسات: دراسة محمود (2023: 274)، ودراسة الرويلي (2015)، ودراسة سلامة (2010)، ودراسة أشرفيون وآخرون (2018)، ودراسة الصقر (2017)، ودراسة الحارثي (2022)، ودراسة حسن (2020)، ودراسة عمر (2019)، ودراسة أحمد (2017)، ودراسة الحمد والرشيدي (2010). حيث توصلت جميع هذه الدراسات إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجات القياس البعدي والقياس التتبعي لأفراد المجموعة التجريبية.

10- نتائج الفرض العاشر والذي ينص على أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات البحث في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية عند مستوى (0.05).

وللإجابة عن هذا السؤال، استخدم تحليل التباين الأحادي، والجدول التالي يعرض ذلك.

جدول (29) حساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات مجموعات الدراسة في القياسات القبلية والبعدية والتتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
بين الجماعات	10894.374	6	1782.391	12.662	0.000
داخل الجماعات	12809.500	91	140.764		
المجموع	23503.847	97			

تشير بيانات الجدول رقم (29) إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات البحث في القياسات القبلية، والبعدية، والتتبعية مجتمعة على مقياس الوحدة النفسية، حيث بلغت درجات للحرية (6.91.97) وقيمة (ف) = (12.662) عند مستوى دلالة (0.000)، وهي أقل بكثير من (0.05)، مما يدل على أن الفروق بين المجموعات حقيقية وليست ناتجة عن الصدفة. وبناءً على ذلك، تم رفض الفرضية الصفرية التي تفترض: عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياسات المختلفة، وقبول الفرض البديل الذي يؤكد وجود فروق حقيقية بين هذه المجموعات، ولمعرفة الجماعات التي جاءت الفروق لصالحها، استخدم اختبار شيفيه، والجدول التالي يعرض نوعية الفروق بين متوسطات درجات مجموعات البحث في القياسات القبلية والبعدية، والقيم الحرجة لشيفيه.

جدول (30) مصفوفة نوعية الفروق في القياسات القبلية والبعديّة بين مجموعات الدراسة على مقياس الوحدة النفسية

متوسّطات المجموعات	بعدي ضابطة الثانية (65.29)	بعدي تجريبية (73.78)	تجريبية تتبعية (78.64)	قبلي تجريبية (88.92)	ضابطة اولى بعدي (89.35)	ضابطة ثانية بعدي (90)	ضابطة اولى قبلي (97.92)
بعدي ضابطة ثانية (65.29)		8.50	-13.35	*23.64	*24.07	*24.71	*32.64
بعدي تجريبية (73.78)			4.85	15.14	-15.57	16.21	*24.14
تجريبية تتبعية (78.64)				10.28	10.71	11.35	*19.28
قبلي تجريبية (88.92)					0.42	1.07	9
ضابطة اولى بعدي (89.35)						-0.64	8.57
ضابطة ثانية بعدي (90)							7.92
ضابطة اولى قبلي (97.92)							

تبين بيانات الجدول رقم (30) أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد الجماعة الضابطة الثانية في القياس البعدي وبين القياسات القبلية والبعديّة للجماعة الضابطة الأولى والقياس القبلي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس

الوحدة النفسية، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعتين الضابطين الأولى والثانية ولصالح القياس القبلي للجماعة التجريبية، ما يعني أن البرنامج الإرشادي للجماعة التجريبية أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لأفراد هذه الجماعات، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الجماعة الضابطة الأولى في القياس القبلي وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، ما يعني أن البرنامج الإرشادي أسهم إسهاماً دالاً إحصائياً في تخفيض مستوى الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد الجماعة التجريبية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في القياس التتبعي للجماعة التجريبية وبين القياس القبلي للجماعة الضابطة الأولى وأن، هذه الفروق جاءت لصالح الجماعة الضابطة الأولى، ما يعني أن انخفاض مستوى الشعور بالوحدة النفسية أصبح السمة الغالبة لدى مبحوثي الجماعة التجريبية، بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً في بقية القياسات الأخرى بين المجموعات.

أي بمعنى أن البرنامج الإرشادي كان فعالاً جداً في خفض الشعور بالوحدة النفسية، خصوصاً في الجماعة التجريبية الأولى والثانية بعدي، واستمر تأثيره مع الوقت. وأن انخفاض الشعور بالوحدة النفسية أصبح واضحاً عند المشاركين، مقارنة بنتائجهم قبل البرنامج، أو بمجموعات لم تستفيد من البرنامج.

هذه النتيجة تؤكد فعالية البرنامج المستخدم والمبني على أسس نظرية العلاج بالمعنى لفرانكل (Frankl, 1986)، التي تؤكد أن إعادة توجيه الفرد نحو اكتشاف المعنى في حياته تعزز من الشعور بالاتصال بالذات والآخرين، وتقلل من مشاعر الفراغ والعزلة، فقد ساعد البرنامج الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى أفراد الجماعة التجريبية، على بناء تصور إيجابي لحياتهم وعلاقاتهم، ما أدى إلى انخفاض ملحوظ في مستوى الوحدة النفسية.

كما تدعم النتيجة نظرية ويس (Weiss, 1973) التي ترى أن الوحدة النفسية تتأثر بجودة العلاقات الاجتماعية والمعنى المتحقق من هذه العلاقات. لذا، فإن الانخراط في برنامج إرشادي يوفر بيئة داعمة، وتفاعلية، ساهم في تعزيز التفاعل الاجتماعي، والانفعالي، لدى أفراد الجماعة التجريبية.

واتفقت نتيجة هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة (جابه، 2023) ودراسة (عطية، 2022). ودراسة (عمر، 2019)، ودراسة (اللحام، 2019) كذلك دراسة (كامل، 2008).

خلاصة النتائج ترى الباحثة أن التدخل الإرشادي القائم على العلاج بالمعنى لا يحقق نتائج وقتية فقط، بل يحدث تحولات نفسية عميقة ودائمة في بنية الشعور بالذات والانتماء، ما يقلل من الوحدة النفسية بشكل فعال. في المقابل، تظهر القياسات القبلية والبعديّة للمجموعات الأخرى غياب هذا الأثر، مما يُبرز أهمية وجود برنامج نفسي ممنهج موجه بالمعنى والقيمة لتحقيق أثر نفسي ملموس لدى الأفراد.

ملخص نتائج الدراسة:

بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- 1- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين القبليين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الأساسية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض الأول للدراسة.
- 2- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض الثاني للدراسة.
- 3- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الأولى والتجريبية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الثالث للدراسة.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الرابع للدراسة.
- 5- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والأولى على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الخامس للدراسة.
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعديين للجماعتين الضابطة الثانية والتجريبية الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض السادس للدراسة.

- 7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين التتبعي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الثانية، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض الثامن للدراسة.
- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين التتبعي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الأولى على مقياس الوحدة النفسية، ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، وهو ما يعني عدم تحقق الفرض التاسع للدراسة.
- 9- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المبحوثين في القياسين البعدي والتتبعي للجماعة التجريبية على مقياس الوحدة النفسية، حيث لم تكن قيمة (ت) دالة عند مستوى (0.05)، وهو ما يعني تحقق الفرض العاشر للدراسة.
- 10- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات أفراد الجماعة الضابطة الثانية في القياس البعدي وبين القياسات القبلية والبعدي للجماعة الضابطة الأولى والقياس القبلي للجماعة التجريبية والقياس البعدي للجماعة الضابطة الثانية على مقياس الوحدة النفسية، وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعتين الضابطتين ولصالح القياس القبلي للجماعة التجريبية، كما وجدت فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الجماعة الضابطة الأولى في القياس القبلي وبين القياس البعدي للجماعة التجريبية ولصالح الجماعة الضابطة الأولى، ووجدت فروق دالة إحصائياً في القياس التتبعي للجماعة التجريبية وبين القياس القبلي للجماعة الضابطة الأولى وأن هذه الفروق جاءت لصالح الجماعة الضابطة الأولى، في حين لا توجد فروق دالة إحصائياً في بقية القياسات الأخرى بين المجموعات.

الاستنتاج:

لقد كشفت نتائج الدراسة الحالية، على أن مبحوثي الجماعات الأربعة ينتمون إلى خصائص مجتمع واحد؛ حيث إنهم متجانسون في خصائصهم الاجتماعية والديموغرافية، وأن معظمهم من الشباب، وأن نتائج الدراسة جاءت في الاتجاه المتوقع حيث ظل مستوى الشعور بالوحدة النفسية مرتفعاً لدى أفراد الجماعتين الضابطتين الأولى والثانية، في حين انخفض انخفاضاً دالاً إحصائياً لدى أفراد الجماعتين التجريبيتين اللاتي تعرضتا للبرنامج الإرشادي، وهو ما يعني أن العلاج بالمعنى أسهم في تخفيف شعور المبحوثين بالوحدة النفسية. كما أن شعور المبحوثين

بالوحدة النفسية، يبدو أنه دفعهم لتعاطي المخدرات للهروب من واقعهم المرير. وهو ما يعني أن شعور الفرد بالمساندة الاجتماعية، والنفسية، والتقدير، والحب في أسرته ومجتمعه، يحميانه من تعاطي المخدرات إلى حد كبير.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في تخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، ترى الباحثة ضرورة الأخذ بالتوصيات الآتية:

- 1- الاستمرار في تطبيق البرنامج الإرشادي القائم على نظرية العلاج بالمعنى في المؤسسات والمراكز المتخصصة بعلاج الإدمان، لما أظهره من أثر إيجابي في تخفيف حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد الجماعة التجريبية.
- 2- ضرورة إدخال أساليب العلاج بالمعنى ضمن البرامج العلاجية والإرشادية المقدمة للمدمنين، لما تسهم به من تعزيز الإحساس بالهدف والمعنى في الحياة، وهو ما يساعد على تجاوز مشاعر العزلة والانفصال النفسي.
- 3- أهمية تدريب الأخصائيين النفسيين والمرشدين العاملين في مجال علاج الإدمان على مهارات استخدام العلاج بالمعنى في الممارسة الإرشادية، لضمان تنفيذ البرنامج بكفاءة وفاعلية.
- 4- إعادة تطبيق البرنامج على عينات أكبر ومتنوعة من حيث الجنس والفئة العمرية ونوع المادة المخدرة، للتحقق من إمكانية تعميم النتائج وثباتها عبر متغيرات مختلفة.
- 5- تشدد الباحثة على أهمية المتابعة التتبعية للمدمنين بعد الانتهاء من البرنامج، لضمان استمرارية الأثر الإيجابي للبرنامج وتقليل احتمالية الانتكاس النفسي أو العودة إلى التعاطي.
- 5- توصي الباحثة بضرورة تكاتف الجهود بين المؤسسات العلاجية والاجتماعية والإعلامية في نشر ثقافة الوعي النفسي والمعنى الإنساني للحياة، لما له من دور وقائي في الحد من ظاهرة الإدمان.
- 7- إدماج أنشطة جماعية علاجية ضمن البرامج الإرشادية تسهم في تعزيز التفاعل الاجتماعي والدعم المتبادل بين المتعافين من الإدمان للحد من مشاعر الوحدة النفسية.

8- إشراك الأسرة بشكل فاعل في البرامج الإرشادية المقدمة للمدمنين، لما تمثله الأسرة من مصدر دعم أساسي يسهم في تقليل مشاعر الوحدة النفسية ويعزز فرص التعافي.

10- حث الجهات المعنية على تصميم برامج مجتمعية تستهدف إعادة دمج المتعافين في أنشطة ذات معنى (اجتماعية- مهنية- أو تطوعية) بما يعزز لديهم الشعور بالجدوى والانتماء ويحد من الإحساس بالعزلة.

المقترحات:

استنادًا إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية، ترى الباحثة أن العلاج بالمعنى لا يزال يشكل مجالًا غنيًا يستحق المزيد من البحث والدراسة، نظرًا لدوره الكبير في تعزيز الصحة النفسية والتخفيف من الأزمات الوجودية التي يعاني منها الأفراد، وخاصة المدمنين، بالنظر إلى ذلك، ومع الأخذ بعين الاعتبار الحاجة لتوسيع الأفق النظري والتطبيقي لهذا المجال، تُقترح الباحثة مجموعة من الموضوعات البحثية المستقبلية التي يمكن أن تمثل إضافة نوعية لهذه الدراسة وتسهم في تطوير البرامج الإرشادية والعلاجية المستندة إلى نظرية العلاج بالمعنى، وذلك كما يلي:

- 1- إجراء دراسة مماثلة بعدة مراكز لعلاج الإدمان بمدن ليبية أخرى.
- 2- تصميم برنامج إرشادي وقائي قائم على العلاج بالمعنى للحد من الشعور بالفراغ النفسي لدى المراهقين.
- 4- تصميم برنامج إرشادي مدمج بين العلاج بالمعنى والإرشاد الإيجابي لتنمية الإحساس بالهدف في الحياة لدى المدمنين.
- 5- استمرارية أثر العلاج بالمعنى في خفض الوحدة النفسية لدى المتعافين من الإدمان: دراسة تتبعية طويلة المدى.
- 6- تطبيق البرامج العلاجية بالعيادات النفسية في ضوء النتائج التجريبية المتوصل إليها عبر تطبيق برامج إرشادية على المشكلات النفسية والاجتماعية للشباب.
- 7- بناء مقياس عربي لقياس الإحساس بالمعنى في الحياة لدى فئة المدمنين.
- 8- دور الدعم الأسري والاجتماعي في التنبؤ بفاعلية برامج العلاج بالمعنى لدى المدمنين.
- 9- تجارب المتعافين من الإدمان مع جلسات العلاج بالمعنى: دراسة ميدانية تفسيرية.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: القرآن الكريم.

ثانياً: الكتب:

1. أبو النور، محمد عبد التواب(2015) : برامج التوجيه والإرشاد النفسي: النظرية والتطبيق، الدمام: مكتبة المتنبى، السعودية.
2. أبو زعيزع، عبد الله (2009): أساسيات الارشاد النفسي والتربوي، الدار العلمية للنشر، عمان، دار يافا العلمية.
3. أبو غزالة، نصح عبد الغني. (2007) :العلاج بالمعنى: أسسه النظرية وتطبيقاته. عمان: دار الفكر.
4. أبو عيطة، سهام درويش، سعد، على مراد (1988): الإرشاد الجمعي. التدخل والفنيات، دار الفكر، المملكة الأردنية الهاشمية
5. أحمد، سهير كامل (2010): سيكولوجية الشخصية، دار الزهراء، الرياض، السعودية
6. أسعد، أحمد (2015): الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي، مركز دبيونو لتعليم التفكير، المملكة الأردنية الهاشمية، ج2.
7. إسماعيل، عبد الرحمن (2011) :مبادئ نظرية في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي .
8. إليس، ألبرت. (2001). :العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ترجمة: حمدي عبد الله عبد العظيم). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
9. باترسون (1999): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، الجزء الثاني. ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
10. بعبيع، نادية محمد، إسماعيل، يامنة عبد القادر (2011): الارشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان. الاردن
11. بلان، كمال يوسف (2015): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الإعصار العلمي، عمان.

12. بن زيان، مليكة (2022): *النظريات والنماذج المعاصرة المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات* جامعة 20 أوت، سكيكدة. الجزائر.
13. جودة، عبد القادر، آمال (2005): *الوحدة النفسية، علم الصحة النفسية، جامعة الأقصى*
14. حسين، طه، عبد العظيم. (2004). *الإرشاد النفسي: النظرية، التطبيق، التكنولوجيا*. عمان: دار الفكر الجامعي.
15. درويش، سهام، سعد، مراد علي (2001): *الإرشاد الجمعي التدخل والفنيات*، دار الفكر، الأردن، عمان.
16. ربيع، عفاف عبد الكريم (2022): *الآثار الاقتصادية والاجتماعية للمخدرات على التنمية البشرية في الدول العربية: الأردن والكويت والمغرب ولبنان ومصر نموذجا*، دار جامعة نايف للنشر الأردن.
17. روجرز، كارل. (2009). *الإرشاد والعلاج النفسي الإنساني*. ترجمة: محمد علي. بيروت: دار الفكر العربي.
18. زهران، حامد عبد السلام (2005): *مبادئ التوجيه والإرشاد*، القاهرة. دار الكتب.
19. زهران، حامد عبد السلام. (1998). *التوجيه والإرشاد النفسي* (ط.3) القاهرة: عالم الكتب.
20. سعدي، هاجر محمد (1992): *برنامج تربية أطفال ما قبل المدرسة بين النظرية والتطبيق*، القاهرة ط2، دار النيل للطباعة.
21. سعفان، محمداحمد إبراهيم (2005): *العملية الإرشادية التشخيص-الطرق العلاجية-البرامج الإرشادية -إدارة الجلسات والتواصل*، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
22. سفيان، نبيل صالح (2018): *نظريات العلاج النفسي والإرشاد الحديثة وما بعد الحداثة*. جدة: دار الجمال العلمية للنشر والتوزيع.
23. سمارة، عزيز، نمر، عصام (1992): *محاضرات في التوجيه والإرشاد*. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. (ط.2).
24. شاهين، سيف الدين حسين (1999): *المخدرات والمؤثرات العقلية*، الرياض مكتبة العبيكان.

25. شعوبي، فضيلة. (2020): *واقع المخدرات في الجزائر وعوامل انتشارها، أعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع: تشخيص الظاهرة وسبل الوقاية والعلاج*.
26. صادق، حامد عبد السلام. (2003): *المخدرات والمجتمع*: دار المعرفة الجامعية
27. صالح، عبد الرحمن. (2013): *فنيات وأساليب العملية الإرشادية، عمّان: دار المناهج للنشر والتوزيع*.
28. عبد السلام، فاروق (1977): *سيكولوجية الإدمان: دراسات نفسية واجتماعية لبعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان، عالم الكتب، القاهرة*.
29. عبد العظيم، حمدي عبد الله. (2013): *البرامج الإرشادية للأخصائيين النفسيين وطرق تصميمها* مكتبة أولاد الشيخ للتراث، مصر.
30. عبيدات، ذوقان وآخرون (1998): *البحث العلمي، مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر للطباعة والنشر، (ط.6)، عمان*.
31. عطيات، عبد الرحمن شعبان (2000): *المخدرات والعقاقير ومسؤولية المكافحة، أكاديمية نايف للعلوم الأمنية، الرياض*.
32. عطيفة، حمدي أبو الفتوح (2012): *منهجيات البحث العلمي في التربية وعلم النفس، القاهرة: دار النشر للجامعات*.
33. غانم، محمد (2005): *الإدمان، أضراره، نظرياته تفسيره وعلاجه، القاهرة، دار غريب للنشر والتوزيع*.
34. فرانكل، فيكتور ايميل (1966): *إرادة المعنى أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى، ترجمة ايمان فوزي، (2014)، كلية التربية، جامعة عين شمس، دار زهراء الشرق*.
35. فرانكل، فيكتور ايميل (1981). *مستقبل العلاج بالمعنى. المنتدى الدولي للعلاج بالمعنى*.
36. فرانكل، فيكتور ايميل (2014): *أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى، دار زهراء الشرق، القاهرة*.
37. فطائر، جود (1999): *الإدمان، انواعه، مراحلها، علاجه، دار الشروق، القاهرة*.
38. الببلاوي، إيهاب عبد العزيز، خضير، محمد (2010): *المعاقون بصرياً، دار الزهراء، الرياض، السعودية*.

39. كفاي، علاء الدين (1999): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، دار الفكر العربي، القاهرة.
- 40- كوري، جيرالد. (2016). النظريات في الإرشاد النفسي. ترجمة: أحمد عبد الله. عمان: دار المسيرة.
- 41-الجزار، هاني (2011): أسباب الشعور بالوحدة النفسية لدى الشباب، جامعة الزقازيق دار هلا للنشر والتوزيع.، مصر
- 42-الحمادي، حماد بن علي، الهجين، عادل عبد الفتاح (2009): حقيبة تدريبية أكاديمية برامج التوجيه والإرشاد النفسي والأسري، جمعية البر في الإحساء، مركز التنمية الاسرية، جامعة الملك فيصل. السعودية.
- 43-الحميدان، عايد علي (2004): أهوال المخدرات في المجتمعات العربية، (ط2)، مطبعة دار الحكومة، الكويت.
- 44-الخالدي، أديب محمد (2006): علم النفس الإكلينيكي المرضي، دار وائل للنشر والتوزيع.
- 45-الخالدي، عطا (2008): الإرشاد المدرسي والجامعي، النظرية والتخطيط، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- 46-الخطيب، محمد أحمد (2014): دليل المرشد التربوي في الإرشاد الجمعي، منتدى بوابة السماء للإرشاد، الأردن.
- 47-الخواجة، عبد الفتاح (2003): مقدمة في برامج الإرشاد والعلاج الجماعي وبناء البرامج العلاجية، عمان، الأردن، دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- 48-الداهري، صالح حسن أحمد (2011): أساسيات القياس النفسي في الإرشاد والصحة والنفسية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- 49-الدسوقي، مجدي محمد: (1998) مقياس الشعور بالوحدة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو.
- 50-السرطاوي، علي محمد(2003): علم النفس الاجتماعي: المدخل والمجالات. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 51-الشناوي، محمد محروس، بن عامر، وسيلة (1999): تقنيات تطبيق المقابلة الارشادية، دار غريب للطباعة.

- 52- الشيباني، عمر محمد التومي (1975): *مناهج البحث الاجتماعي (ط.2)*. طرابلس، منشورات الشركة العامة للنشر والتوزيع والإعلان.
- 53- الضامن، مندر عبد الحميد. (2003). *الإرشاد النفسي: أسسه الفنية والنظرية*. مكتبة الفلاح.
- 54- العزة، حسين سعيد (2000): *الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية*، عمان. مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 55- الفار، خالد المختار (2016): *سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والامن النفسي لدى متعاطي المخدرات*، مكتبة جزيرة الورد.
- 56- الفحل، نبيل محمد (2014): *دليلك لبرامج الإرشاد النفسي من التصميم إلى التطبيق في البحوث والإرشاد الطلابي*، دار العلوم للنشر والتوزيع.
- 57- الفرخ، كاملة، تيم، عبد الجابر (1999): *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 58- القذافي، رمضان محمد (1997): *التوجيه والإرشاد النفسي*، طرابلس، دار الرواد للنشر والتوزيع؛ بيروت، دار الجيل.
- 59- الفقي، عبد المنعم (1990): *العلاج النفسي الحديث: نظرياته وتطبيقاته*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 60- المهندي، خالد حمد (2013): *المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية*، مجلس التعاون لدول الخليج الدوحة. قطر.
- 61- ماي، رولو (1999): *مدخل إلى العلاج النفسي الوجودي*، ترجمة، عادل مصطفى، مؤسسة هنداوي للنشر والتوزيع.
- 62- محمد بن مكرم، بن علي، أبو الفضل، الانصاري، جمال الدين ابن منظور (1994): *لسان العرب*، الثالثة، دار صادر بيروت.
- 63- محمد، سيد عبد العظيم،، ومعوض، محمد عبد التواب. (2022): *أساليب العلاج النفسي المعاصر: الاتجاهات النظرية والتطبيقية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- 64- محمد، سيد، عبد العظيم، ومعوض، محمد، عبد التواب (2012): *العلاج بالمعنى. النظرية -الفنيات-التطبيق*، دار الفكر العربي.

- 65- محمد، عقاف عبد المنعم (2007): *الادمان*، دار المعرفة الجامعية، القاهرة. مصر.
- 66- محمود، إبراهيم وجيه (د.ت) *التعلم أسسه ونظرياته وتطبيقاته*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 67- مصلح، محمد أحمد. (2011). *علم النفس الاجتماعي: المفاهيم والنظريات*، عمان، دار المسيرة.
- 68- ملحم، سامي (2000): *مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس*، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1. عمان.
- 69- ملحم، سامي محمد (2000) *:القياس والتقويم في التربية وعلم النفس*. عمان، دار المسيرة.
- 70- وايس، روبرت. (1973). *الوحدة: تجربة العزلة الاجتماعية والانفعالية*، كامبريدج، معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا.
- 71- يولوم، إيرفينج. (1980) *نظرية العلاج الجماعي*، نيويورك: جامعة هارفارد، ترجمة مصطفى البيلاوي.

ثالثاً: الرسائل العلمية:

1. أبو درويش، منى علي صبح (1996) *تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى الأفراد المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين من نفس الأسرة في الأردن* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة مؤتة، كلية العلوم التربوية، الأردن.
2. أبو عجوة، معتز (2013) *دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، غزة.
3. أبو هويشل، رائد أحمد (2013) *:الشخصية السيكوباتية وعلاقتها بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء المودعين بسجن غزة المركزي* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
4. أحمد، رانيا سامي (2022) *:البناء النفسي لمدمن متعافٍ من إدمان بعض المواد ذات التأثير النفسي (دراسة حالة)* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة حلوان، كلية التربية.

5. أوحيدة، الحسين علي محمد (2017) *تعاطي المخدرات وعلاقته بمفهوم الذات لدى عينة من النزلاء المتعاطين بمدينة مصراته، (رسالة ماجستير غير منشورة)، الأكاديمية الليبية، مصراتة.*
6. بعلي، مصطفى (2015): *القبول والرفض الوالدي كما يدركه الأبناء وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية بمدينة المسيلة، (أطروحة دكتوراه منشورة)، جامعة محمد خيضر، بسكرة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.*
7. بن السيلت، مجدة (2018) *:الألم النفسي وعلاقته بمعنى الحياة لدى المدمنين على الخمر والمخدرات (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف، الجزائر.*
8. بن دهنون، سامية شيرين (2017): *بعض الخصائص النفسية وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والمستوى التعليمي (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة وهران، الجزائر.*
9. تمارز، حازم بسام (2014) *:الإضطرابات النفسية لدى متعاطي الترامادول من الأحداث وعلاقتها بالتوافق الأسري في محافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة..*
10. جبريط، سارة (2017) *:الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية لدى عينة من المسنين المقيمين مع أسرهم (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة غرداية، الجزائر.*
11. جودر، سهير الشريف فرح (2022) *:الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالوحدة النفسية لدى طلاب كلية التربية بمدينة العجيلات (رسالة ماجستير غير منشورة)، الأكاديمية الليبية للدراسات العليا، جنزور.*
12. حركات، بسمة (2014) *:أثر تعاطي المخدرات في ظهور العدوانية لدى المراهق . (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أم البواقي.*
13. حسام محمود زكي (2012) *:فعالية الإرشاد بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى الطلبة المتأخرين دراسياً (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة المنيا.*

14. خمّاج، رقية سالم (2024): فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية التعلم الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية وتنمية الكفاءة الاجتماعية لدى عينة من طالبات السنة الأولى ثانوي بمدينة الزاوية، (أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزاوية)، كلية الآداب.
15. زكي، حسام محمود (2012) بفعالية الإرشاد بالواقع لتنمية فعالية الذات الاجتماعية لدى عينة من الطلبة المتأخرين دراسياً بكلية التربية جامعة المنيا (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة المنيا.
16. زلوف، منال، بن حميدة، سلمى (2023) دور التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات (دراسة عيادية لحالتين من ولاية المسيلة). (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
17. سالم خمّاج، رقية (2024) بفاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية التعلم الاجتماعي في خفض مستوى الشعور بالوحدة النفسية (رسالة دكتوراه غير منشورة)، جامعة الزاوية، ليبيا.
18. سليمان، فتحية (2012): الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة وهران. كلية العلوم الاجتماعية. الجزائر.
19. سبع، سهام، عثمان، غنيمّة (2021) التفاوض والتشاور والوحدة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أكلي محند أولحاج، الجزائر.
20. سعيد، فطيمة (2012): الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى طلبة المرحلة الثانوية (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة مسيلة، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، الجزائر.
21. سعدي، إيمان وعنانو، أمّنة (2023) الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بقلق المستقبل لدى الطلبة الجامعيين (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
22. سعدي، نورة (2023) بفعالية برنامج إرشادي في خفض الوحدة النفسية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر.

- 23.سلامه، محمد (2010) :فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لعينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 24.سليماتي، فتحية (2012) :الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة وهران، الجزائر.
- 25.سليمان، محمد عبد العزيز (2000): تصميم برنامج إرشادي لتحسين مفهوم الذات عند أطفال المؤسسات الإيوائية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة.
- 26.شافي، فهد بجاد (2012) :دور وسائل الإعلام الكويتية في الوقاية من الإدمان على المخدرات (رسالة ماجستير في الإعلام، جامعة الشرق الأوسط).
- 27.شدة، كلثوم (2022) :فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى لتحسين جودة الحياة الدراسية لدى التلاميذ المتفوقين بالمرحلة الثانوية (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة.
- 28.شيببي، الجوهره بنت عبد القادر (2005) :الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة أم القرى، مكة، السعودية.
- 29.صادقي، فاطمة (2022): الاضطرابات النفسية لدى مدمني المخدرات-دراسة ميدانية على ثلاث حالات بمركز الوسيط لعلاج المدمنين، المجلة الجزائرية للدراسات السوسيوولوجية. الجزائر.
- 30.صالح، نورة (2016) :الوحدة النفسية وعلاقتها بسمات الشخصية (السيطرة، الاتزان الانفعالي والاجتماعية) لدى المراهق المتمدرس في السنة الأولى ثانوي، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، الجزائر.
- 31.صيام، طارق محمد (2011): هوية الذات والتوافق النفسي لدى السجناء متعاطي المخدرات وأبنائهم (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.

32. طلحي، فريدة (2016) *فعالية برنامج علاجي عقلاني-انفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة محمد لمين دباغين، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر..
33. طوسون، حسام الدين مصطفى (2003) *فعالية برنامج خدمة الجماعة للتخفيف من الشعور بالوحدة النفسية لدى تلاميذ الصف الخامس الابتدائي* (رسالة ماجستير غير منشورة). معهد الدراسات العليا.
34. عابد، وفاء جميل دياب (2008) *الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء في ضوء بعض المتغيرات* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
35. عبد الجليل، بلقصة محمد (2023) *إيمان وسائل التواصل الاجتماعي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى الطالب الجامعي* (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ابن خلدون، تيارت، الجزائر.
36. عزيزي، منى (2020) *الصحة النفسية وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المصابين بالبدانة*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
37. علي، خديجة حمو (2012) *علاقة الشعور بالوحدة النفسية بالاكنتاب لدى عينة من المسنين المقيمين بدور العجزة والمقيمين مع ذويهم*، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
38. كامل، هند يحي (2008) *فاعلية العلاج بالمعنى في تخفيف قلق الموت لدى عينة من المسنين*، (أطروحة ماجستير غير منشورة)، جامعة بنها، كلية التربية، بنها، مصر.
39. الجوهري، عبد الله (1999) *أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في خفض القلق لدى عينة من المعتمدين على الهيروين* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الملك فيصل، السعودية.
40. الحارثي، سعيد، عايض عويض (2022) *فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى الأحداث الجانحين المودعين بدار الملاحظة الاجتماعية بمنطقة مكة*

المكرمة (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الملك عبد العزيز.

41. الحياي، يحي داوود سليمان (1992) بناء برنامج في الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي لطلبة الجامعة (أطروحة دكتوراه غير منشورة). الجامعة المستنصرية، كلية الآداب، بغداد.
42. الذويبي، نايف، بن خربوش (1999): علاقة تعاطي المخدرات (الهروين-الحشيش-الكبتاجون) بالتوافق الشخصي والاجتماعي: دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين في محافظة جدة (رسالة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم القرى، كلية التربية.
43. الركابي، لمياء ياسين (2011): أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الابتدائية.
44. الرويلي، فليح راطي (2015) أثر برنامج إرشادي جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من مدمني المخدرات في المملكة العربية السعودية (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية التربية، جامعة اليرموك.
45. الزهراني، بالخير محمد بن حسن (2013) فاعلية برنامج إرشادي معرفي-سلوكي في تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة (أطروحة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
46. السعفي، خديجة محمد (2011) الشعور بالوحدة النفسية لدى مرضى السرطان وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية بمستشفى صبراتة للأورام ومستشفى طرابلس المركزي، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة طرابلس.
47. السعيد، عتيقة (2016) أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ الثانويات بمدينة بسكرة - دراسة مقارنة . (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر.
48. الصقر، هاجر علي محمد (2017): فعالية العلاج بالمعنى في تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة لدى المراهقين بالمرحلة الثانوية، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، قسم علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

- 49.العابدين، فارس زين (2009). *القمع النفسي في حالة تقطيع الذات عند الشباب الراشد المدمن على المخدرات* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- 50.العباسي، عبلة بنت حسني (1999). *الحرمان وعلاقته بالشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقات المقيمات بدور الرعاية الاجتماعية بالمنطقة الغربية* (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة الملك عبد العزيز، المدينة المنورة.
- 51.الغول، حسين علي (2010). *فعالية برنامج إرشادي لعلاج بعض الاضطرابات النفسية لدى متعاطي المخدرات من الطلاب بالجمهورية الليبية* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة طرابلس، كلية التربية، طرابلس، ليبيا.
- 52.القنطار، هبة يوسف (2022). *دراسة مقارنة بين فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى وبرنامج قائم على نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد* (رسالة ماجستير غير منشورة)، قسم الإرشاد النفسي، جامعة البعث، كلية التربية، حمص، سوريا.
- 53.النيرب، نسرين محمود محمد (2016). *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالنسق القيمي لمدمني مواقع التواصل الاجتماعي* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 54.اللحام، موسى علي (2019). *فعالية العلاج بالمعنى في تنمية معنى الحياة وخفض بعض السلوكيات المضادة للمجتمع لدى المدمنين* (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 55.محمد، سلامه (2010). *فعالية برنامج إرشادي لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الشباب المدمن في مرحلة التعافي* (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الإسلامية، غزة.
- 56.مخامرة، زهيرة يوسف (2017). *فعالية برنامج إرشادي وقائي من الإدمان لدى طلبة المرحلة الثانوية* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليل، فلسطين.

57. منال زلوف، منال، بن حميدة، سلمى (2023) *بور التنشئة الاجتماعية في الشعور بالوحدة النفسية لدى الشاب المدمن على المخدرات* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة المسيلة، الجزائر.

58. مناهل، عبد المجيد عوض صديق (2018) *الوحدة النفسية وعلاقتها بالقدرة على اتخاذ القرار لدى مدمني المخدرات بمركز حياة* (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة النيلين، السودان.

رابعاً- المجالات العلمية والمؤتمرات:

1. إبراهيم، ماحي (2014): *الشعور بالوحدة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلاب الجامعة* مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد(16) ، ص ص 70-85.

2. أحمد، معتز محمد (2017): *برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى لتنمية حب الحياة لدى عينة من المطلقين الذكور* مجلة الإرشاد النفسي، كلية التربية، عين شمس، المجلد (01)، العدد (25) ص ص 62-82.

3. استيتية، ريماء محمد سعد، القيسي، لما ماجد (2012): *فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض الضغط النفسي لدى عينة من أمهات ذوي متلازمة داون في الأردن*، مجلة العلوم النفسية، المجلد (05)، العدد (18)، ص 134.

4. بالحمرة، إيمان (2023): *مفهوم المخدرات وتصنيفاتها وأهم أنواعها* مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية، المجلد (5)، العدد(17) ، ص ص 31-38.

5. جابة، فيروز صالح (2023): *فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الوحدة النفسية* . مجلة العلوم الإنسانية والطبيعية، المجلد (4)، العدد (2)، ص 450.

6. حدة، يوسف (2018): *مقترح برنامج إرشادي قائم على معنى الحياة لتخفيف المعاناة النفسية لدى التلاميذ الموهوبين والمتفوقين*، مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، العدد (8)، ص 304.

7. حسن، أحمد محمود (2020): *ممارسة العلاج بالمعنى لتحسين معنى الحياة لدى المراهقين* . مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية المجلد (3)، العدد (51)، ص 233.

8. حمود، خديجة محمد عبد المالك (2022): الشعور بالوحدة النفسية وفقاً لبعض المتغيرات الديمغرافية لدى عينة من كبار السن المصابين بالأمراض السيكوسوماتية. مجلة كلية الآداب، جامعة بنغازي، العدد (52).
9. حمودة، حكيمة (2018): إيمان الإنترنت وعلاقته بمستوى القلق. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد (18)، ص ص 42-56.
10. حمور، روان جمال (2023): الوحدة النفسية وعلاقتها باضطراب الشخصية الحدية. مجلة ابن خلدون للدراسات والابحاث، المجلد (3). العدد (4). ص ص 218-226.
11. حنتول، أحمد بن موسى (2018): فاعلية العلاج بالمعنى لتحسين التوافق النفسي. مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد (6). العدد (1)، 212-238.
12. سعيد، صالح. (2012): دور المرشد النفسي في المؤسسات التعليمية لوقاية الشباب من آفة المخدرات. مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (26)، ص ص 265-278.
13. سلوم، مرج. (2022): الوحدة النفسية وعلاقتها بالقلق الاجتماعي لدى أبناء الشهداء. مجلة جامعة البعث، كلية التربية، المجلد (44). العدد (24).
14. سالم، أحمد عبد الله. (2020): الوحدة النفسية وعلاقتها بالاضطرابات السلوكية لدى المدمنين. مجلة الدراسات النفسية، جامعة عين شمس، المجلد (30)، العدد (3).
15. شاهين، محمد أحمد، الديك، إلهام عمر. (2023): القدرة التنبؤية لإيمان وسائل التواصل الاجتماعي والعزلة الاجتماعية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (7)، العدد (22). ص ص 117-135.
16. شلبي، عالية السادات (2012): الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات والوحدة النفسية. مجلة بحوث التربية النوعية، جامعة المنصورة، العدد (27)، ص ص 127-159.
17. صادقي، فاطمة (2022): الاضطرابات النفسية لدى مدمني المخدرات. المجلة الجزائرية للدراسات السوسولوجية، العدد (30)، ص ص 122-155.
18. صلاح عنتر قاسم، سالي. (2023): فعالية العلاج بالمعنى لتحسين الأمل ونمو ما بعد الصدمة. مجلة الإرشاد النفسي، المجلد (03)، العدد (74). ص 49.

19. صيدم، محمد رشيد (2015): فاعلية برنامج إرشادي تكاملي لتنمية الصلابة النفسية .
المجلة العلمية للبحوث، المجلد (31). العدد (05). ص 323.
20. الضبياني، عامر محمد (2021): الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات .
مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد (5)، المجلد (12)، ص 166.
21. عادل، نغم. (2020). الشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات كلية التربية. مجلة الفنون
والأدب وعلوم الإنسانيات والاجتماع، العدد(57)، ص ص 197-231.
22. عبد الرحمن، مفتاح محمد (2011): الفرق بين المدمنين والأسوياء في تقدير الذات والوحدة
النفسية. مجلة دراسات الطفولة، المجلد (14)، العدد (52)، ص 135.
23. عبد القادر، إبراهيم طه إبراهيم (2024). حكم تعاطي المخدرات في الشريعة الإسلامية .
مجلة البحوث الفقهية والقانونية، المجلد (36)، العدد (45). ص 2472-2566.
24. عبد الله عثمان، ياسمين (2023): فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض الشعور بالوحدة
النفسية. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، المجلد (4)، العدد (122). ص 2083-
2116.
25. عبد الوهاب، إسماعيل عبد المقصود (2022): الشعور بالوحدة النفسية وضبط الذات لدى
المراهقين المكفوفين. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (2)، المجلد (116)، ص
ص 2-8.
26. عبدالعال، السيد منصور (2019): فعالية العلاج بالمعنى في خدمة الفرد لتحسين التوجه
نحو الحياة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، المجلد (46)، العدد
(1)، ص ص 188-229.
27. عبد الرحمن، صفاء محمد (2017) العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بإدمان
المخدرات لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة كلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد (33)،
العدد (2)، 133 ص ص -158.
28. عبد الحليم، آمال رمضان، عريشي، إبراهيم يحيى (2015): التوافق النفسي والاجتماعي
وعلاقته بالإدمان لدى عينة من سجناء المصحات النفسية في المملكة السعودية، المجلد
(9)، العدد (1)، ص 429.

29. عزب، حسام الدين محمود، فاروق، صابر، وآخرون (2022): الخصائص السيكومترية لمقياس الشعور بالوحدة النفسية. مجلة الإرشاد النفسي، المجلد (7)، العدد (70)، ص 57-85.
30. علي، حمدي أحمد عمر. (2022). تعاطي المخدرات وتأثيره على التنمية المستدامة: دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج. مجلة كلية الآداب، قنا، المجلد (31). العدد (55)، ص ص 479-609.
31. علي، نزار عصمت. (2024). الوحدة النفسية لدى الطلبة النازحين في جامعة زاخو. المجلة الأكاديمية لجامعة نوروز، العدد (13)، ص ص 526-531.
32. عماد الدين، مهمل. (2022). نظرية العلاج النفسي الوجودي بالمعنى عند فرانكل. مجلة طبية للدراسات العلمية الأكاديمية المجلد (5)، العدد (1)، ص ص 937-952.
33. عمر، علي عبد المنعم. (2019): فاعلية برنامج تكاملي قائم على العلاج بالمعنى. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، المجلد (3)، العدد (43)، ص ص 117-226.
34. عطية، حنان ميلاد علي (2022): فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الوحدة النفسية لدى أبناء النازحين. مجلة كلية التربية بالإسماعيلية، العدد (2)، ص ص 1-25.
35. كاسوحة، أسامة مراد (2020). المهارات الاجتماعية والوحدة النفسية لدى طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة البعث - العلوم التربوية، المجلد (42)، العدد (8)، ص ص 107-153.
36. الباز، راشد بن سعد (1999): الأداء المهني لمدمني المخدرات: دراسة ميدانية. مجلة شؤون اجتماعية، المجلد (16)، العدد (62) ص ص 13-44.
37. البخيت، منى بركة (2020): الإرشاد النفسي بالمعنى مدخلاً للتخفيف من الاحتراق النفسي وتنمية الكفاءة الذاتية لدى معلمات التربية الخاصة. مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، جامعة منهور، المجلد (12) العدد (2)، ص ص 241-264.
38. البهاص، سيد أحمد (2009). فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض قلق العنوسة وتحسين معنى الحياة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد (19)، المجلد (65)، ص ص 167-213.

39. التركي، غازي عبد الصمد. (2015): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الوحدة النفسية وتحسين الأمن النفسي لدى طلاب المرحلة الثانوية مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، العدد(162) ، ص ص 12-24.
40. الحارثي، سعيد عايض (2022): فعالية الإرشاد بالمعنى في خفض الضغوط النفسية وقلق المستقبل لدى الأحداث الجانحين، المجلة العربية للنشر العلمي. العدد (44)، ص 190.
41. الشمري، سالم بن زيدان عسكر (2023): الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالانسحاب الاجتماعي، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (123)، ص 1107.
42. الحمد، نايف فدعوس، الرشيدي، حمود أحمد (2010): فاعلية الإرشاد والعلاج بالمعنى في التخفيف من ضغوط الحياة النفسية. مجلة الطفولة والتربية، المجلد (2) العدد (24)، ص 126.
43. الخزاعي، حسين (2010): التوقف عن إيمان المخدرات وأثره على تحسين نوعية الحياة. المجلة الجزائرية للدراسات السوسولوجية، المجلد (3)، العدد (1)، ص ص 11-34.
44. الخواجة، عبد الفتاح (2023): فاعلية برنامج الإرشاد الجمعي بالمعنى في تحسين التدفق النفسي مجلة ابن خلدون للدراسات والابحاث، المجلد (3). العدد (5)، ص ص 1-14.
45. الدوسري، نايف عبد العزيز. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات. المجلة العربية للنشر العلمي، المجلد (2)، العدد(45)، ص ص 312-326
46. الدوسري، هيفاء بنت شبنان (2023): الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالإفشاء عن الذات. مجلة العلوم الإسلامية للعلوم التربوية والاجتماعية، المجلد (2). العدد (15)، ص ص 203-284.
47. الرشيدي، محمد بن نايف (2020): فاعلية برنامج تدريبي في العلاج النفسي الإيجابي لخفض مستوى الاكتئاب مجلة كلية التربية، الزقازيق، العدد (107)، ص 230.
48. الزير، أنيس سعد (2020): آفة المخدرات وآثارها على المجتمع الإسلامي وسبل علاجها. مجلة كلية الآداب والعلوم، جامعة عمر المختار، العدد (29)، ص ص 230-235.
49. الشريفيين، أحمد المفلح، إيمان (2013): فاعلية العلاج بالقراءة والإرشاد الجمعي في خفض الوحدة النفسية. المجلة الأردنية للعلوم التربوية، المجلد (10)، العدد (20). ص 120

50. الشیخی، عبد الله حسن. (2022). مدى تقبل الأسرة لمدمن المخدرات المتعافي. *المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي*، العدد(33) ، ص ص 185-198.
51. العطاوي، حسن عبد الله (2014): فاعلية برنامج إرشادي لخفض الوحدة النفسية لدى الأرامل مجلة الإسناد، المجلد (2)، العدد(208) ، ص ص 297-324.
52. الغامدي، أحلام أحمد محمد (2020): الوحدة النفسية وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، المجلد (5). العدد (110). ص ص 1479-1532.
53. القحطاني، فهد عائض (2019): دور القيم الأسرية في تشكيل معنى الحياة. *المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة أسيوط، العدد (25)، المجلد (10)، المجلد (25)، ص ص 65-75.*
54. المومني، لينا محمود محمد (2021): جودة الحياة وعلاقتها بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المعلمين مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (5)، العدد(50) . ص ص 158-176.
55. الهويش، يوسف بن محمد (2016): أسباب انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب . *المجلة العربية للدراسات الأمنية، المجلد (33)، العدد (70)، ص ص 251-280.*
56. لمشرف، فريدة (1998): تأثير الجنس والتخصص في الشعور بالوحدة النفسية. *مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد (88)، ص ص 171-195.*
57. قاسم، سالي صلاح عنتر . (2023). فعالية العلاج بالمعنى لتحسين الأمل ونمو ما بعد الصدمة. *مجلة الإرشاد النفسي، المجلد (3)، العدد (74)، ص ص 1-66*
58. قبوقب، عيسى، سعدي، عتيقة (2016): أبعاد الاغتراب النفسي بتعاطي المخدرات لدى المراهقين. *مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، المجلد (5)، العدد (3)، ص ص 169-194.*
59. قشقوش، إبراهيم (1988): علاقة الإحساس بالوحدة النفسية ببعض الأبعاد التوادية. *مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، العدد (18)، ص ص 325-395.*

60. متولي، عبد المجيد محمد سيد أحمد (2019): برنامج للتخفيف من الخجل لدى المراهقين المدمنين. مجلة دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، العدد (13)، المجلد (46)، ص 215.
61. محذب، زريقة، وسليمانى، مليكة (2022): الوحدة النفسية والصراع النفسي الاجتماعي. مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (16)، العدد (1)، ص 394-417.
62. محسن أبو مزريق، بشير، وآخرون (2024): الوحدة النفسية وتقدير الذات لدى طلبة التربية. المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة مصراته المجلد (3)، العدد (1)، ص 129-148.
63. محمد عبد المالك، خديجة (2024): الشعور بالوحدة النفسية لدى كبار السن المصابين بأمراض سيكوسوماتية، مجلة كلية الآداب، جامعة بنغازي، العدد (52)، ص 188-203.
64. محمد، سعد رياض (2015): فعالية برنامج إرشادي لخفض الوحدة النفسية ورفع التدين. مجلة كلية الآداب، جامعة بنها، العدد (40)، ص 155.
65. محمد، هاني فؤاد، وصابر، سارة عاصم (2021): فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة عين شمس، المجلد (22)، العدد (12)، ص 436-485.
66. محمد، هاني فؤاد، وصابر، سارة عاصم (2021): فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى في تنمية التوجه الإيجابي نحو الحياة لدى طلبة الجامعة المكفوفين. مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة عين شمس، المجلد (22)، العدد (12)، ص 436-458.
67. محمود، هبة سامي (2022): برنامج إرشادي تكاملي لخفض حدة العزلة الاجتماعية والوحدة النفسية لدى المسنين في ظل جائحة كورونا. مجلة البحث العلمي في التربية، جامعة عين شمس، المجلد (23)، العدد (1)، ص 151-177.
68. مخلف، منى محمد، فرحان، حسن صباح (2013): الاغتراب النفسي وعلاقته بالوحدة النفسية لدى طلاب المرحلة الإعدادية مجلة جامعة الأنبار للعلوم البدنية والرياضية، المجلد (2)، العدد (8)، ص 230.

69. ملحم، مازن (2010): الشعور بالوحدة النفسية وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية .
مجلة جامعة دمشق، المجلد (6)، العدد (4)، ص ص 627-638.
70. موسى، زينب إبراهيم موسى (2022): فاعلية برنامج علاجي تكاملي في خفض إدمان
المواد المخدرة لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد (119) ص
ص 245-276.
71. موسى، فاطمة عابدين (2021): فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوحدة النفسية
لدى تلاميذ ضعاف السمع. مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد، (34)، ص ص 752-
778.
72. نعمات، شعبان علوان (2008): الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية: دراسة ميدانية
على زوجات الشهداء الفلسطينيين. مجلة الجامعة الفلسطينية، العدد (2)، ص ص 2115-
277.
- 73- نجم، نغم عادل (2020): الشعور بالوحدة النفسية لدى طالبات كلية التربية، مجلة الفنون
والأدب وعلوم الانسانيات والاجتماع، العدد 57، ص 197-213.
- 74- هاشم، أميرة جابر (2018): بناء برنامج إرشادي وقائي مقترح للوقاية من الإدمان لدى
طلبة الجامعة. مجلة القادسية في الآداب والعلوم التربوية، المجلد (7)، العدد (1)، 204-222.

خامساً- المراجع الأجنبية:

1. Amponsah, M. (2010). Non UK University students stress levels and their coping strategies. Educational Research, UK University, 1(4), 88-98.
2. Andrew Stickley, et al. (2016). Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russia and U.S. adolescents.
3. Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52(1), 1-26.
4. Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

5. Beck, A. T., & Dozois, D. J. A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, 62, 397-409.
6. Benrom Suwanphahu, et al. (2018). Applying meaning therapy to promote the health of young people with substance abuse. Faculty of Psychology, Chulalongkorn University, Bangkok.
7. Bonrom Suanvaho, et al. (2016). Applying meaning therapy to enhance well-being in delinquent drug-using youth. *Journal of Health Research*, 30(4).
8. Bowlby, J. (2012). *Attachment: Volume 1 of Attachment and Loss*. Basic Books.
9. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
10. Denize, et al. (2005). The social skills and loneliness at university students within kinds of friendless.
11. Ellis, A. (2001). *Overcoming destructive beliefs, feelings, and behaviors: New directions for rational emotive behavior therapy*. New York: Prometheus Books.
12. Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed: A review*. W.W. Norton & Company.
13. Frankl, V. (2011). *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. New York.
14. Frankl, V. E. (1967). *Psychotherapy and existentialism: Selected papers on logotherapy*. New York: Simon & Schuster.
15. Frankl, V. E. (1984). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
16. Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
17. Frankl, V. E. (2006). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy (Rev. ed.)*. New York: Vintage Books.
18. Freud, S. (1917). *Introductory lectures on psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
19. Goldenson, R. M. (1984). *Longman dictionary of psychology and psychiatry*. New York: Longman.
20. Golom, A. M., & De Guzman, R. (2013). The effectiveness of a meaning therapy program in reducing feelings of meaninglessness

- among hospitalized patients with paralysis. *International Journal of Psychology and Psychotherapy*, 13(3), 357–371.
21. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
 22. Isabella, Ingram., Peter, J., & Kelly. (2020). Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug and Alcohol Review*. doi:10.1111/DAR.13064
 23. Kelly, J. F., & Westerhoff, C. M. (2010). Does it work? A meta-analysis of treatment outcome studies on Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(4), 361-373.
 24. Lisham Ashrafion, et al. (2018). The effectiveness of group meaning therapy in increasing psychological resilience and reducing depression among individuals affected by drug abuse in Tehran. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 5(1).
 25. Lisham Ashrafion, et al. (2020). A randomized clinical trial to evaluate the feasibility, acceptability, and preliminary effects of telemedicine-delivered cognitive behavioral therapy for perceived social isolation among individuals with opioid use disorder. *International Journal of High-Risk Behavioral*, 258.
 26. Miller, W., & Carroll, K. (2006). *Rethinking substance abuse: What the science shows, and what we should do about it*. Guilford Press.
 27. Neff, K. D. (2016). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow.
 28. Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). Oxford University Press.
 29. Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York: Wiley.
 30. Peter, J. Kelly, et al. (2020). Perceptions of loneliness among people receiving treatment for substance use disorder. *Australian Professional Association for Alcohol and Other Drugs*.
 31. Porges, S. W. (2017). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. W.W. Norton & Company.
 32. Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

33. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Press.
34. Samia Bakhshani, et al. (2014). Emotional and social loneliness in individuals with and without substance dependence disorder. *Zahedan University of Medical Sciences*, 55.
35. Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
36. Suyanti, T. S., Keliat, B. A., & Daulima, N. H. C. (2018). The effectiveness of logotherapy and family therapy in reducing stigma and depression among housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica*, 28(Suppl 1), 98–101.
37. Yalom, I. D. (2020). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins.

الملاحق

- استطلاع آراء المحكمين عن الصورة الأولية للمقياس الوحدة النفسية.
- جدول نسب اتفاق المحكمين على مقياس الوحدة النفسية.
- لجنة تحكيم المقياس.
- مقياس الوحدة النفسية في صورته النهائية.
- جلسات البرنامج.
- استمارة تحكيم برنامج علاجي.
- تقييم الجلسة من أفراد المجموعة.

ملحق رقم (01)

استطلاع آراء المحكمين عن الصورة الأولية للمقياس الوحدة النفسية

جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الآداب - قسم الدراسات التربوية والنفسية

شعبة الدراسات النفسية

=====

سعادة الأستاذة/الدكتورة/المحترمة/.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بدراسة بعنوان (فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج بالمعنى لتخفيف الوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة) للحصول على درجة الإجازة الدقيقة (الدكتوراه) في علم النفس وهي الآن بصدد تقنين مقياس عن الوحدة النفسية (لمصطفى بعلي: 2005)، وتتنصر الإجابة عن فقراته في البدائل: (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، لا)، وتعطى الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) على التوالي عند تصحيح الفقرات الايجابية في حين يقلب نظام تصحيح الفقرات السالبة؛ حيث تعطى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على التوالي. والفقرات السالبة تمثلها الأرقام (2، 4، 9، 11، 14، 19، 20، 22، 24). والفقرات موزعة على أربعة أبعاد، وهي:

أ- بعد الإدراك السلبي للذات: ويتمثل في نظرة الفرد السلبية لنفسه وشعوره بعدم الكفاءة أو القيمة وتمثله الفقرات (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9).

ب - بعد الرفض الاجتماعي: ويتمثل في الشعور بالنبذ أو بعدم القبول من الآخرين، وتمثله الفقرات (10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21).

ج - بعد قصور المهارات الاجتماعية: ويقصد به الصعوبة في التواصل والتعبير، والحوار الجيد مع المحيطين ونقص الفعالية الاجتماعية في مواقف الحياة المختلفة وتمثله الفقرات (22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34).

ح - بعد الاغتراب الاجتماعي: ويتمثل في الفراغ، والانفصال عن الذات والمجتمع والشعور بفقدان الانتماء (وتمثله الفقرات (35،36،37،38،39،40،41،42).

ونظراً لما تتمتعون به من كفاءة علمية وخبرة واسعة في مجال البحوث التربوية والنفسية

فإنها تدعو حضرتكم للتفضل بإبداء آرائكم البناءة حول الآتي:

1- مدى ملائمة كل فقرة للبعد الذي تنتمي إليه.

2- مدى سلامة الفقرة من حيث الصياغة.

4- التعديل المقترح إذا كانت الفقرة بحاجة إلى تعديل.

5- إضافة فقرات ترونها مناسبة أو حذف فقرات ترونها غير مناسبة.

شاكراً حسن تعاونكم سلفاً

الباحثة

مقياس الوحدة النفسية في صورته الأولية

أولاً: بعد الإدراك السلبي للذات				
م	العبارة	مناسبة	غير مناسبة	التعديل المقترح
1	أشعر بعدم الثقة في نفسي.			
2	يلازمني الشعور بالنقص.			
3	أشعر أنني لا أساوي شيئاً.			
4	أرى أنني شخص لا يجيد التحدث أمام الآخرين.			
5	أشعر دائماً أن الفشل يلازمني.			
6	أشعر دائماً أن حظي سيئ.			
7	أرى أنني شخص تعس لأنني وحيد.			
8	أرى أنني شخص يحب التفاوض.			
9	أرى أنني شخص جذاب وجميل.			
ثانياً - بعد الرفض الاجتماعي:				
ت	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	التعديل المقترح
1	شعور بالنبذ أو بعدم القبول من الآخرين			
2	أشعر أنني غير مرغوب في وجودي ممن حولي.			
3	أشعر أن الآخرين ينفرون من وجودي بينهم.			
4	لا يشاركني من حولي مشكلاتهم وأسرارهم الخاصة.			
5	لا أجد الاهتمام من الآخرين.			
6	لا أجد شخصاً يفرح بلفائني.			
7	لا يشاركني الآخرون مشاعري وأفكاري.			
8	أشعر أن الآخرين يسخرون مني.			
9	لا أشعر بالانتماء اتجاه شخص ما.			
10	فتقدني الجميع إذا غبت عنهم.			
11	يرغب الجميع في التحدث معي.			
12	يؤمن (يقدر) من حولي آرائني في كثير من المواقف			
ثالثاً - بعد قصور المهارات الاجتماعية:				
ت	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	التعديل المقترح
1	أخجل في كثير من المواقف.			
2	أجد صعوبة في التعاون مع الآخرين.			

				3	لا أتمتع بالحيوية والنشاط.
				4	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري.
				5	لا أستطيع المبادأة في الكلام.
				6	أجد صعوبة في مشاركة الآخرين النشاطات السارة.
				7	أتجنب الدخول في مناقشات مع الآخرين.
				8	أرى أنني شخص لا يجيد التحدث أمام الآخرين.
				9	أحسن الاستماع لما يقوله الآخرون.
				10	أتعامل مع الآخرين بحكمة.
				11	أتمتع بموهبة عالية في إدارة الحوار مع الآخرين.
				12	أتمتع بموهبة عالية في فهم الآخرين.
				13	أقدم المساعدة إذا احتاجها الآخرون.
رابعاً- بُعد الاغتراب الاجتماعي:					
ت	الفقرات	مناسبة	غير مناسبة	التعديل المقترح	
1	شعر أن الصداقة الحقة لم تعد موجودة في مجتمعنا.				
2	لا أشعر بالانتماء اتجاه شخص ما.				
3	يلازمني الشعور بالفراغ دائماً.				
4	أشعر أن الحياة أصبحت مملة.				
5	أرى أنني فرد غير فعال في المجتمع.				
6	أفضل الابتعاد عن الآخرين.				
7	أشعر أنني جزء مهم في مجتمعي.				

ملحق رقم (02)

نسب اتفاق المحكمين على مقياس الوحدة النفسية

أولاً: بعد الإدراك السلبي للذات				
م	العبرة	عدد المحكمين	النسبة المئوية%	التعديل المقترح
1	أشعر بعدم الثقة في نفسي	8	80%	تحذف
2	يلازمني الشعور بالنقص.	10	100%	
3	أشعر أنني لا أساوي شيئاً.		100%	
4	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري	7	70%	تحذف
5	أشعر دائماً أن الفشل يلازمني.	10	100%	
6	أشعر دائماً أن حظي سيئ.	9	90%	
7	أشعر بالنعاسة لأنني شخص منعزل	10	100%	تحذف
8	أرى أنني شخص متقابل	8	80%	أرى أنني شخص يحب التفاوض
9	أرى أنني شخص جذاب وجميل.	9	90%	تحذف
ثانياً- بعد الرفض الاجتماعي:				
ت	الفقرات	عدد المحكمين	نسبة المئوية%	التعديل المقترح
1	أحظي بالدعم والتشجيع من الآخرين	10	100%	
2	أشعر أنني غير مرغوب في وجودي ممن حولي.	10	100%	أشعر أن وجودي غير مرغوب ممن حولي.
3	أشعر أن الآخرين يتضايقون من وجودي بينهم	8	80%	أشعر بنفور الآخرين اثناء تواجدي بينهم.
4	لا يشاركني من حولي مشكلاتهم وأسرارهم الخاصة.	10	100%	
5	أشعر بعدم الاهتمام من الآخرين	8	80%	لا اشعر باهتمام الآخرين
6	لا أجد شخصاً يفرح بلقائي.	8	80%	تحذف
7	أشعر بالاختلاف في المشاعر والأفكار مع الآخرين	9	90%	تختلف مشاعري وأفكاري عن الآخرين

أشعر بسخرية الآخرين مني	%100	10	أشعر أن الآخرين يسخرون مني.	8
لا أشعر بالانتماء اتجاه شخص ما	%80	8	لا أشعر بالانتماء للآخرين	9
	%100	10	يفتقدني الجميع إذا غبت عنهم.	10
تحذف	%80	8	يرغب الجميع في التحدث معي.	11
تحذف	%80	8	يثنى (يقدر) من حولي رأئي في كثير من المواقف	12
ثالثاً - بُعد قصور المهارات الاجتماعية:				
التعديل المقترح	غير مناسبة	مناسبة	الفقرات	ت
أجمل في كثير من المواقف	%100	10	أشعر بالخجل في كثير من المواقف	1
لا أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين	%100	10	أجد صعوبة في التعاون مع الآخرين.	2
تتقضي الحيوية والنشاط	%100	10	لا أتمتع بالحيوية والنشاط.	3
	%90	9	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري.	4
يمكنني اتخاذ زمام المبادرة	%100	10	لا أستطيع اتخاذ زمام المبادرة	5
	%100	10	أجد صعوبة في مشاركة الآخرين النشاطات السارة.	6
	%100	10	أتجنب الدخول في مناقشات مع الآخرين.	7
تحذف	%80	8	أرى أنني شخص لا يجيد التحدث أمام الآخرين.	8
أستمع لما يقوله الآخرين	%100	10	أحسن الاستماع لما يقوله الآخرون.	9
تتقضي الحكمة في التعامل مع الآخرين.	%100	10	أحاول أن أتعامل مع الآخرين بحكمة	10
لدى قدرة على إدارة الحوار مع الآخرين	%100	10	أتمتع بموهبة عالية في إدارة الحوار مع الآخرين.	11

لدى موهبة عالية في فهم الآخرين	%100	10	أتمتع بموهبة عالية في فهم الآخرين.	12
	%100	10	أقدم المساعدة إذا احتاجها الآخرون.	13
رابعاً- بُعد الاغتراب الاجتماعي:				
التعديل المقترح	النسبة المئوية	عدد المحكمين	الفقرات	ت
أفقر إلى الأصدقاء الحميمين	%90	9	ليس لدي أصدقاء حميمين	1
تحذف	%80	8	لا أشعر بالانتماء للآخرين	2
	%100	10	يلازمني الشعور بالفراغ دائماً.	3
تحذف	%100	10	أشعر أن الحياة أصبحت مملة.	4
	%100	10	أرى أنني فرد غير فعال في المجتمع.	5
أفضل الابتعاد عن الآخرين	%80	8	أفضل العزلة عن مخالطة الآخرين	6
تحذف	%80	8	أشعر أنني جزء مهم في مجتمعي.	7

ملحق رقم (03)

لجنة تحكيم أدوات الدراسة

ر.م	الاسم	الجامعة	الكلية	الدرجة العلمية	التخصص العام	التخصص الدقيق
1	عبدالله على البكوش	المرقب	الآداب والتربية	استاذ	علم نفس	الطب النفسي
2	نظمي عودة أبو مصطفى	جامعة الأقصى	الآداب والتربية	استاذ	علم النفس	إحصاء تربوي
3	عبدالحكيم امحمد غزالة	الزاوية	الآداب	استاذ	علم النفس	مناهج
4	مفتاح محمد الشكري	المرقب	الآداب	أستاذ	علم النفس	علم النفس التربوي
5	محمد صالح محمد الدرزي	فزان	الآداب والتربية	أستاذ	علم اجتماع	علم الاجتماع التربوي
6	سلامة الشارف العباني	جامعة الزيتونة	الآداب	استاذ	علم النفس	صحة نفسية
7	نبيلة بلعيد سعد شرتيل	مصراتة	الآداب	استاذ	علوم التربية	أصول التربية
8	غزالة اللطيف	مصراتة	الآداب	أستاذ مساعد	علم نفس	ارشاد وتوجيه
9	عبدالقادر عبدالسلام أبو غرارة	سبها	الآداب	أستاذ مساعد	علم النفس	علم النفس التربوي
10	مؤمن نظمي أبو مصطفى	هون	الآداب	أستاذ	علم النفس	صحة نفسية

ملحق رقم (04)

مقياس الوحدة النفسية في صورته النهائية

جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الآداب - قسم الدراسات التربوية والنفسية

شعبة الدراسات النفسية

أخي الشاب:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة بإجراء دراسة للحصول على درجة الاجازة الدقيقة (الدكتوراه) في علم النفس بعنوان: (فاعلية برنامج إرشادي قائم على نظرية العلاج بالمعنى لتخفيف الوحدة النفسية لدى عينة من الشباب المدمنين على المخدرات بالمركز الوطني لعلاج وتأهيل المدمنين بمدينة مصراتة).

وعليه تضع بين يديك هذا المقياس لغرض التعرف على مستوى الوحدة النفسية لديك ويتكون المقياس من عدة فقرات وقد أعطي لكل فقرة خمسة بدائل للإجابة عنها وهي: ((دائماً - غالباً - أحياناً - نادراً - أبداً)).

والمطلوب منك قراءة كل عبارة بدقة وتحديد إجابتك عنها بوضع علامة (√) أمام الاختيار الذي يعبر عن داخلك وتشعر به ، علماً بأنه ليست هناك إجابات صحيحة وإجابات خاطئة، وأن المعلومات التي ستدلي بها ستكون موضع السرية التامة، ولن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي فقط.

ملاحظة:

ارجو عدم ترك إي سؤال بدون إجابة.

الباحثة

نورية عبد السلام القماطي

مقياس الوحدة النفسية في صورته النهائية:

أولاً: البيانات الأولية:

الاسم:

- 1- العمر: أ- 18 سنة ما فوق () ب- 19-22 () ج- 23-26 ()
د- 27-30 () و- 31-34 () هـ- 35 فأكثر () .
- 4- المستوى الدراسي: أ- ابتدائي فما فوق () ب- اعدادي () ج- ثانوي ()
د- جامعي () هـ- فوق الجامعي () :تعليم آخر يذكر () .
- 5- المهنة: - أ- لا يعمل () ب- موظف () ج- طبيب ()
د- مهندس () هـ- محامي () و- معلم () ي- شرطي أو عسكري ()
و- عمل حر () ط- عمل آخر يذكر () .
- 4- الحالة الاجتماعية: أ- متزوج () ب- أعزب () ج- (مطلق د- أرمل () .
- 5- عدد أفراد الأسرة () .
- 6- دخلك الشهري: . أ- 1000 دينار فما فوق () ب- 1000.1500 دينار ()
ج- 2500 فأكثر () .
- 7- كم تقدر مدة تعاطيك للمخدرات : () .
- 8- هل لديك متعاطي في الأسرة: () .
- 9- كيف تعلمت التعاطي: أ. عن طريق الأصدقاء () ب. عن طريق وسائل الاعلام ()
ج. وجود فرد متعاطي في الاسرة () د. بهدف التجريب () هـ. أسباب آخره تذكر ()
10- ما نوع المخدر الذي تتعاطاه: () .
- 11- المدينة: () .

ثانياً: المقياس:

م	العبارة	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
1	أشعر أن وجودي غير مرغوب ممن حولي.					
2	يفتقدني الجميع إذا غبت عنهم.					
3	أشعر بنفور الآخرين اثناء تواجدي بينهم.					
4	لا يشاركني من حولي مشكلاتهم وأسرارهم الخاصة					
5	لا أشعر باهتمام الآخرين					
6	تختلف مشاعري وأفكاري عن الآخرين.					
7	أنسجم مع الآخرين من حولي.					
8	أفتقر إلى الأصدقاء الحميمين.					
9	أحظى بالدعم والتشجيع من الآخرين.					
10	أشعر بسخرية الآخرين مني.					
11	أستمع لما يقوله الآخرون.					
12	أخجل في كثير من المواقف.					
13	لا أجد صعوبة في التعاون مع الآخرين.					
14	تتقصني الحيوية والنشاط.					
15	أجد صعوبة في التعبير عن مشاعري.					
16	تتقصني الحكمة في التعامل مع الآخرين.					
17	لدي قدرة على إدارة الحوار مع الآخرين.					
18	يمكنني اتخاذ زمام المبادرة					

					19	لدي موهبة عالية في فهم الآخرين.
					20	أجد صعوبة في مشاركة الآخرين النشاطات السارة.
					21	أقدم المساعدة إذا احتاجها الآخرون.
					22	أتجنب الدخول في مناقشات مع الآخرين.
					23	أفضل الابتعاد عن الآخرين.
					24	لا أشعر بالانتماء اتجاه شخص ما.
					25	يلازمني الشعور بالفراغ دائماً.
					26	أرى أنني فرد غير فعال في المجتمع.
					27	يلازمني الشعور بالنقص.
					28	أشعر أنني لا أساوي شيئاً.
					29	أرى أنني شخص يحب التفاوض.
					30	أشعر دائماً أن الفشل يلازمني.
					31	أشعر دائماً أن حظي سيئ.

ملحق رقم (05) جلسات البرنامج

كيفية توزيع جلسات البرنامج وأهدافه وفنياته والزمن المحدد لكل جلسة

رقم الجلسة	الأسبوع	موضوع الجلسة	الهدف من الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
1	الأول	التعارف وتحديد الأهداف الجماعية	<ul style="list-style-type: none"> - بناء الثقة بين الباحث وأعضاء المجموعة - تعريف أفراد المجموعة بأهمية البرنامج الإرشادي وتحديد الأهداف الفردية والجماعية لهم. - أن يفهم أفراد المجموعة أهمية الالتزام بحضور الجلسات والمشاركة والحوار والنقاش أثناء الجلسات. - الاتفاق بين الباحث وأعضاء المجموعة على مجموعة قوانين لسير عليها حتى انتهاء مدة البرنامج. 	دوائر التعارف، الحوار، المناقشة	90 دقيقة
2	الأول	توضيح ماهية العلاج بالمعنى ودوره في حياة الفرد	تمكين المشاركين من فهم مفهوم العلاج من حيث (Logotherapy) بالمعنى المبادئ الأساسية له، وفنياته، وتوضيح كيف يمكن لاكتشاف المعنى أن يسهم في تحسين الصحة النفسية والتقليل من مشاعر الوحدة والفراغ	المحاضرة المناقشة والحوار	60 دقيقة
3	الثاني	استكشاف مفهوم الوحدة النفسية	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين على فهم ماهية الوحدة النفسية، ومظاهرها، وأثرها في حياتهم، وتشجيعهم على التعبير عن تجاربهم الخاصة مع الشعور بالوحدة، تمهيداً لإعادة تفسير هذه المشاعر في الجلسات اللاحقة. 	المناقشة والمحاضرة تبادل التجارب، مناقشة الأسباب المشتركة للوحدة	60 دقيقة

	المناقشة والمحاضرة تبادل التجارب، مناقشة الأسباب المشتركة للوحدة	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين على فهم ماهية الوحدة النفسية، ومظاهرها، وأثرها في حياتهم، وتشجيعهم على التعبير عن تجاربهم الخاصة مع الشعور بالوحدة، تمهيداً لإعادة تفسير هذه المشاعر في الجلسات اللاحقة 	استكمال لمفهوم الوحدة النفسية	الثاني	4
	تحليل المعنى من خلال أسئلة تحفيزية، مناقشة القيم الشخصية	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة الأعضاء على اكتشاف وتحديد القيم الشخصية الأساسية في حياتهم، وتعزيز فهمهم لكيفية تحويل هذه القيم إلى مصدر للمعنى يعزز من شعورهم بالانتماء ويخفف من الوحدة النفسية. 	القيم الشخصية	الثالث	5
	الحوار السقراطي (Socratic Dialogue)	<ul style="list-style-type: none"> - تعزيز الانتماء للمجموعة من خلال تحديد القيم المشتركة وتطبيقها في حياتهم اليومية، وإبراز نقاط الالتقاء الإنسانية التي تسهم في تقليل الشعور بالوحدة النفسية - مساعدة المشاركين على اكتشاف القيم والمعاني بأنفسهم، وربطها بالشعور بالانتماء وتقليل الوحدة النفسية. 	القيم المشتركة من الانفصال إلى الانتماء"	الثالث	6
	تشنت التفكير مناقشة المعاناة، كتابة رسالة للألم	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين (المدمنين) على رؤية معاناتهم ليس كفشل أو ضعف... بل كأداة لفهم الحياة وتطوير الذات. - تخفيف الشعور بالذنب والعار المرتبط بالماضي. - مساعدة المشاركين على تغيير طريقة تفسيرهم لمعاناتهم وتجاربهم المؤلمة، وتحويلها إلى نقاط بداية للشفاء، والنمو، واكتشاف المعنى الإيجابي الأعمق في من التجارب الصعبة. 	المعاناة كفرصة للنمو	الرابع	7
	القيم الموقفية (Attitudinal Values) الحرية النفسية	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين على إدراك قدرتهم على اختيار مواقفهم وردود أفعالهم تجاه الحياة، بغض النظر عن الظروف، 	الإرادة الحرة والمسؤولية أنا أختار موقفي	الرابع	8

		<ul style="list-style-type: none"> - تعزيز الوعي بالحرية الشخصية وتحمل المسؤولية في اتخاذ القرارات. 			
60 دقيقة	النية المتناقضة (1) تطبيقها على المخاوف المشتركة	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين على فهم آلية القلق والرغبة القهرية، وتعلم مهارة التحكم بها عن طريق التعامل العكسي مع الخوف. - مساعدة الأعضاء على مواجهة مخاوفهم المتعلقة بالإدمان وإعادة بناء الثقة بأنفسهم. 	لا تخاف... بالغ في خوفك	الخامس	9
60 دقيقة	تطبيق النية المتناقضة (2) على مواقف شخصية	تمكين الأعضاء من استخدام النية المتناقضة في مواقف حياتية شخصية وجماعية.	النية المتناقضة (2)	الخامس	10
90 دقيقة	استحضار القيم الخبرية (Experiential Values) رحلة القيم، تخيل الحياة بعد تحقيق الأهداف.	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة المشاركين على الانغماس الواعي في تجارب عاطفية وروحية تتصل بالقيم، وتعزيز الشعور بالمعنى من خلال التأمل والتشارك الجماعي، لتقوية الرابط مع الذات والآخرين. - تحفيز الأعضاء على التفكير في حياتهم المستقبلية من خلال قيمهم وأهدافهم. 	التأمل الجماعي في القيم.	السادس	11
90 دقيقة	إعادة بناء السرد الشخصي (1)	<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة الأعضاء على تحديد اللحظات الإيجابية وتحويل التجارب السلبية إلى فرص للنمو وفتح المجال للمستقبل 	الانتهاء من قصتي القديمة	السادس	12
90 دقيقة	إعادة بناء السرد الشخصي (2)	<ul style="list-style-type: none"> - تمكين أعضاء المجموعة من ترسيخ السرد الجديد لهويتهم وتعزيز نظرتهم لذاتهم كبشر أقوياء، ناجحين، وقادرين على العيش بالمعنى، من خلال التعبير الفني والمشاركة الجماعية. - كتابة سرد جديد للحياة، تبادل السرد مع المجموعة. 	قصتي الجديدة	السابع	13
90 دقيقة	مناقشة المعاناة، كتابة رسالة للألم	<ul style="list-style-type: none"> - تحويل المعاناة إلى مصدر للإلهام واكتساب معنى إيجابي من الألم. 	إيجاد معنى في الألم والمعاناة	السابع	14

15	الثامن	الأهداف المستقبلية الجماعية والفردية	- تعزيز التزام الأعضاء بتحقيق أهدافهم المستقبلية مع دعم المجموعة.	تحديد الأهداف الشخصية والجماعية، مناقشة كيفية الدعم	60دقيقة
16	الثامن	تعزيز الروابط الاجتماعية داخل المجموعة	- تعزيز التزام الأعضاء بتحقيق أهدافهم المستقبلية مع دعم المجموعة.	"جسر الروابط"، تقديم النصائح والدعم.	60دقيقة
17	التاسع	تعزيز الثقة الجماعية	- بناء الثقة الجماعية من خلال الاحتفاء بالنجاحات والتقدم الذي تحقق.	"احتفل بالنجاح"، مشاركة الإنجازات الشخصية	60دقيقة
18	التاسع	التحضير لمواجهة التحديات المستقبلية	- تعزيز الشعور بالإنجاز والاحتفال بالتقدم الذي تحقق خلال البرنامج.	كتابة قائمة بالإنجازات، مناقشة ما تم تعلمه.	60دقيقة
19	العاشر	تطبيق النية المتناقضة في الحياة اليومية	- تعزيز قدرة الأعضاء على استخدام النية المتناقضة في حياتهم اليومية بشكل عملي.	تطبيق النية المتناقضة في مواقف حقيقية	60دقيقة
20	العاشر	التأمل على القيم في الحياة اليومية	- تعزيز تطبيق القيم الأساسية في الحياة اليومية لمواجهة التحديات.	تأمل جماعي في القيم، تطبيق القيم في الحياة اليومية	60دقيقة
21	الحادي عشر	تطبيق تقنيات النية المتناقضة في الحياة اليومية	- تمكين الأعضاء من استخدام تقنيات العلاج بالمعنى في حياتهم اليومية لمواجهة تحدياتهم.	تطبيق النية المتناقضة على مواقف الحياة اليومية	60دقيقة
22	الحادي عشر	تعزيز القيم الجماعية	- تعزيز التزام الأعضاء بالقيم الجماعية وتعزيز الدعم المتبادل لتحقيق الأهداف.	مناقشة القيم الجماعية، تطبيقها في الحياة اليومية	90دقيقة
23	الثاني عشر	مراجعة الأهداف الشخصية والجماعية	- تعزيز الإحساس بالتقدم من خلال مراجعة ما تم إنجازه وتحديد الأهداف المستقبلية.	مراجعة الأهداف وتحديد التحسينات	60دقيقة
24	الثاني عشر	دعم متقدم: إعادة بناء السردي الشخصي	- دعم الأعضاء في تحسين سردهم الشخصي ليتوافق مع أهدافهم وقيمهم الجديدة.	تطبيق تقنيات إعادة بناء السرد الشخصي	60دقيقة

25	الثالث عشر	دعم متقدم: تطبيق التقنيات على العلاقات الجديدة	- تعزيز قدرة الأعضاء على تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى في بناء علاقات صحية وجديدة.	إعادة بناء السرد الشخصي، تطبيق المعنى في العلاقات	60 دقيقة
26	الثالث عشر	دعم متقدم: إيجاد المعنى في الحياة اليومية	- مساعدة الأعضاء على تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى في حياتهم اليومية لتحقيق التوازن.	مناقشة تطبيق التقنيات في الحياة اليومية	60 دقيقة
27	الرابع عشر	خطة ما بعد البرنامج	تمكين الأعضاء من وضع خطة لاستمرار تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى بعد انتهاء البرنامج.	التخطيط الشخصي، الدعم الجماعي	60 دقيقة
28	الرابع عشر	ختام البرنامج والاحتفال	- التقييم وتطبيق المقياس البعدي للوحدة النفسية. - مناقشة وتقييم مدى الاستعادة من البرنامج - تمكين الأعضاء من وضع خطة لاستمرار تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى بعد انتهاء البرنامج. - الاتفاق على موعد بعد شهر للمقياس التتبعي	المناقشة	90 دقيقة

ملحق رقم (06)

جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الآداب - قسم الدراسات التربوية والنفسية

شعبة الدراسات النفسية

(استمارة تحكيم برنامج إرشادي)

تحية طيبة

سعادة الأستاذة/ة الدكتور/ة

المحترم/ة.....

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.....

استنادًا إلى خبرتكم العلمية في مجال علم النفس، تقدم الباحثة برنامجًا إرشاديًا يعتمد على العلاج بالمعنى، والذي تهدف إلى تطبيقه على مدمني المخدرات..

عليه تأمل الباحثة منكم الحصول على آرائكم حول ملاءمة جلسات البرنامج، والأساليب والأهداف المستخدمة، بالإضافة إلى أي ملاحظات ترونها حول البرنامج.

رقم الجلسة	رأي المحكم بالأهداف	رأي المحكم بالفنيات الارشادية	رأي المحكم بطريقة التطبيق	رأي المحكم بالوسائل المستخدمة	رأي المحكم بالتقويم	رأي المحكم بالواجبات المنزلية
الاولى	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لاتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>
الجلسة الثانية	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>
الجلسة الثالثة	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لاتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>

مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة السادسة عشر
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة العشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الواحد والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الثانية والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الثالثة والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الرابعة والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الخامسة والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة السادسة والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة السابعة والعشرون
مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	تحقق الهدف <input type="checkbox"/> لأتحقق <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسبة <input type="checkbox"/>	مناسبة <input type="checkbox"/> غير مناسب <input type="checkbox"/>	الجلسة الثامنة والعشرون

ملخص التعديلات إن وجدت/.....

.....

معلومات المحكم

		اسم المحكم رباعياً
		الدرجة العلمية
		الجامعة المنتسب لها

شاكرة لكم حسن تعاونكم

الباحثة

ملحق رقم (07)

يوضح تنفيذ جلسات البرنامج

جلسات البرنامج:

تضمّن البرنامج الإرشادي (29) جلسة علاجية، حيث تم في كل جلسة توضيح الأهداف العامة والأهداف الإجرائية الخاصة بها، إلى جانب تحديد الأدوات والفنيات العلاجية المستخدمة، وشرح إجراءات تنفيذ الجلسة، وخطوات تقييمها بدقة. كما يُرفق في الملحق رقم (5) جدولاً يوضّح ملخصاً شاملاً لتوزيع الجلسات وفق تسلسلها الزمني، وموضوع كل جلسة، بما يساهم في تقديم تصور كامل لبنية البرنامج ومحتواه العلاجي.

الجلسة الأولى والثانية: التعارف وتحديد الأهداف والتمهيد للبرنامج الإرشادي: موضوع الجلسة:

التعارف بين أعضاء المجموعة، تقديم مفهوم العلاج بالمعنى، وتحديد الأهداف الفردية والجماعية.

الهدف العام من الجلسة:

- 1- بناء بيئة آمنة وداعمة لتعزيز الثقة بين الأعضاء.
- 2- تعريف المشاركين بأهمية البرنامج الإرشادي، وأهداف البرنامج وأساسه والمدة التي سوف يتم فيها تنفيذ البرنامج.
- 3- تعريف المشاركين بأهمية البرنامج الإرشادي وأهدافه وأساسه والمدة التي سوف يتم فيها تنفيذ البرنامج.
- 4- أن يدرك المشاركون أهمية حضور الجلسات والمشاركة في النقاش والالتزام بأداء الواجبات المنزلية.
- 5- تحديد أهداف فردية وجماعية واضحة لتوجيه العمل خلال الجلسات القادمة.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

- في نهاية الجلسة، يُتوقع أن يكون المشاركون قادرًا على أن:
- 1- يعرف ما هو العلاج بالمعنى ومن مؤسسه (فيكتور فرانكل) بطريقة مبسطة.

2- يُدرك أهمية وجود معنى في حياة الإنسان، خاصة في مواجهة الألم والمعاناة.

3- يشرح العلاقة بين فقدان المعنى وظهور الوحدة النفسية.

4- يُبدي استعدادًا لاكتشاف معناه الشخصي من خلال البرنامج الإرشادي.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- التفاعل الاجتماعي: لتشجيع التعارف بين الأعضاء.
- الحوار السقراطي: لتوضيح مفاهيم العلاج بالمعنى.
- التخطيط الشخصي والجماعي: لتحديد الأهداف.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام لكل مشارك، لوحة بيضاء وأقلام ملونة، كراسي مرتبة بشكل دائري لتسهيل التواصل البصري ملصقات صغيرة لكتابة الأسماء.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (15 دقائق): رحبت الباحثة بالمشاركين في البرنامج، وقدمت نفسها معبرة عن شكرها للجميع على انضمامهم، بهدف تعزيز الألفة والاطمئنان وخلق بيئة داعمة داخل المجموعة. كما أوضحت لهم أهمية العمل الجماعي في تحقيق الأهداف المشتركة.
- تم تنفيذ نشاط "دوائر التعارف" لمدة (15 دقائق)، حيث طلبت الباحثة من كل عضو أن يقدم نفسه للمجموعة، متضمنًا اسمه، ما يتوقع تحقيقه من البرنامج، وأحد إنجازاته البسيطة. كما استخدمت الباحثة بعض الأسئلة التحفيزية مثل: لماذا انضممت إلى هذه المجموعة؟ وما الذي ترغب في تغييره؟
- التعريف ببرنامج العلاج بالمعنى (20 دقيقة): استخدمت الباحثة جهاز العرض "بروجكتر" لتقديم شرح مبسط وموجز لمفهوم العلاج بالمعنى، وأهدافه، وأساسياته، بالإضافة إلى التعريف بالشخص الذي أسس هذا النوع من العلاج. كما تناولت كيف يمكن أن يساعد الأفراد في إيجاد معنى لحياتهم، ودوره في تعزيز الصحة النفسية والتغلب على الشعور بالوحدة النفسية. وأوضحت الباحثة أهداف البرنامج خلال الجلسات، ومن أبرز النقاط التي تناولتها في هذا السياق:

- يُعتبر العلاج بالمعنى منهجًا نفسيًا أسسه الطبيب النمساوي فيكتور فرانكل، ويعتمد على فكرة أن الدافع الأكبر في حياة الإنسان هو البحث عن معنى.
- يمكن للبشر تحمل الألم إذا فهموا "لماذا" يعانون - .عندما يفقد الشخص معنى حياته، يدخل في حالة تُعرف بالفراغ الوجودي، مما قد يؤدي إلى الشعور بالوحدة أو الإدمان.
- يساعد العلاج في اكتشاف مصادر المعنى، والتي تشمل العمل، والعطاء، والحب، والعلاقات، والقدرة على الصمود أمام الألم.
- أكدت الباحثة لأعضاء المجموعة على أهمية الحفاظ على السرية وعدم مناقشة ما يحدث داخل الجلسات خارج إطار البرنامج، لتعزيز شعورهم بالطمأنينة وتحقيق الانسجام والتفاعل الحقيقي بينهم .
- منحت الباحثة أعضاء لمجموعة فرصة لطرح أي أسئلة أو استفسارات، بهدف إزالة أي غموض قد يسبب لهم القلق ويؤثر على جلسات البرنامج.
- قامت الباحثة بإعطاء نشاط كتابي تمثل في تحديد الأهداف الشخصية والجماعية (20 دقيقة)، الجزء الأول (الأهداف الشخصية): طلبت الباحثة من كل عضو كتابة هدفين شخصيين يرغب في تحقيقهما خلال البرنامج. مستخدمة أسلوب التشجيع، وحث الشباب على التفكير بعمق وربط الأهداف بقيمهم.
- الجزء الثاني (الأهداف الجماعية): طلبت الباحثة من المجموعة مناقشة الأهداف المشتركة التي يمكن أن تحققها معًا، مثل دعم بعضهم البعض، تعزيز التفاهم المتبادل، أو تحسين العلاقات الاجتماعية، بعد ذلك قامت الباحثة بتسجيل الأهداف على اللوحة البيضاء.
- **اختتام الجلسة (10دقائق):** قامت الباحثة بتلخيص أهم النقاط التي تمت مناقشتها وشكرت المشاركين على تفاعلهم، وذكرت المشاركين بالجلسة القادمة والالتزام بالحضور في الوقت المحدد للجلسة.
- **تقييم الجلسة:** تم تقييم الجلسة من خلال:
 - التفاعل: مراقبة مستوى التفاعل بين الأعضاء أثناء التعارف.
 - الأهداف: عدد الأهداف الشخصية والجماعية التي تم تحديدها.

- ردود الأفعال: طلبت الباحثة من المشاركين مشاركة رأيهم عن الجلسة وشعورهم تجاه المشاركة الجماعية من خلال نموذج اعد لذلك.
- الواجب المنزلي: طلبت الباحثة من كل عضو كتابة يوميات صغيرة يجيب فيها عن الأسئلة التالية:
- حدد توقعاتك واهدافك التي ترغب في تحقيقها من خلال مشاركتك في جلسات هذا البرنامج؟
- شارك هذه الإجابة باختصار في الجلسة القادمة.
- الجلسة الثالثة والرابعة: استكشاف مفهوم الوحدة النفسية:
موضوع الجلسة:

استكشاف مفهوم الوحدة النفسية، وفهم أسبابها وتجاربها المختلفة، والتعرف على كيفية التغلب عليها من خلال البحث عن معنى في الحياة.
الهدف العام للجلسة:

- 1- مساعدة المشاركين على فهم مفهوم الوحدة النفسية وأسبابها.
 - 2- توفير مساحة آمنة للتعبير عن التجارب الشخصية المتعلقة بالوحدة النفسية.
 - 3- توضيح كيف يمكن إيجاد المعنى في الحياة كوسيلة لتخفيف الوحدة النفسية.
- الأهداف الإجرائية للجلسة:

في نهاية الجلسة، يتوقع أن يكون المشارك قادرًا على:

- 1- تعريف مفهوم الوحدة النفسية بلغة بسيطة.
- 2- مشاركة مشاعره وتجربته مع الشعور بالوحدة.
- 3- التعرف على أثر الوحدة النفسية في سلوكيات الإدمان والعزلة.
- 4- إدراك أن الوحدة مشكلة يمكن معالجتها.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- التعبير الجماعي: لتبادل التجارب الشخصية.
- الحوار السقراطي: لفهم الأسباب المشتركة للوحدة.
- التأمل العميق: للتفكير في طرق التغلب على الوحدة.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء أو أوراق كبيرة مع أقلام ملونة لتسجيل النقاط الأساسية، ترتيب الجلوس على شكل دائرة لتعزيز التفاعل البصري والمشاركة.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقيقة): بدأت الباحثة الجلسة بتحية الأعضاء وشكرهم على التزامهم، مشيرة إلى موضوع النقاش الذي سيتناول مفهوم الوحدة النفسية وكيفية التعامل معها بشكل جماعي. وأكدت على أهمية الاحترام المتبادل وخصوصية المشاركات.
- ثم انتقلت لمناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. بعد ذلك استخدمت الباحثة جهاز العرض (بروجكتر) لتقديم شرح مبسط لمفهوم الوحدة النفسية (30 دقيقة) موضحة أنها شعور مؤلم يختبره الفرد نتيجة انخفاض تقدير الذات وعدم احترام الآخرين له. كما أشارت إلى أن هذا الشعور يؤدي إلى نقص في العلاقات الاجتماعية، مما يدفع الفرد إلى الرغبة في العزلة والانطواء والانسحاب من المجتمع..
- تناولت الباحثة أيضًا الأسباب الرئيسية للوحدة النفسية لدى مدمني المخدرات، موضحة أن لها جوانب متعددة تشمل النفسية والاجتماعية والجسدية. ومن أبرز الأسباب التي تجعل الوحدة شائعة في حالات الإدمان هو التأثير الاجتماعي للإدمان، حيث يعاني المدمنون من العزلة بسبب الوصمة الاجتماعية، وغالبًا ما يشعرون بالحكم عليهم من قبل المجتمع أو الأهل، مما يدفعهم للانسحاب من محيطهم.
- تدمير العلاقات: يؤدي الإدمان إلى سلوكيات تقوض الثقة بين المدمن وأصدقائه أو أفراد عائلته، مما يسبب فقدان شبكة الدعم الأساسية
- التأثير النفسي للإدمان والانفصال عن الذات: يشعر المدمن بفقدان السيطرة على حياته، مما يعمق شعوره بالفراغ الداخلي والعزلة.
- الدائرة المغلقة للإدمان: يتجه المدمن إلى الاعتماد على المخدرات لتلبية احتياجاته العاطفية، مما يقلل من رغبته في التواصل مع الآخرين. كما أن الخوف من المواجهة يجعله يشعر بالخجل أو الذنب، مما يمنعه من طلب الدعم أو مواجهة الآخرين.
- تأثير المخدرات على الدماغ: تؤثر المخدرات على كيمياء الدماغ، مما يعيق مراكز المكافأة ويجعل الشخص يفقد القدرة على الاستمتاع بالتواصل الاجتماعي أو الأنشطة الطبيعية.

- الانفصال عن المشاعر الحقيقية: تؤدي المخدرات إلى تخدير المشاعر، مما يمنع الفرد من إقامة علاقات عاطفية حقيقية مع الآخرين. كما يشعر الشخص بفقدان هويته ويفتقر إلى الهدف أو المعنى في حياته، حيث يركز الإدمان على تعاطي المخدرات فقط، مما يزيد من شعوره بالوحدة.
 - تغير القيم الشخصية: قد يدفع الإدمان الشخص إلى اتخاذ قرارات تتعارض مع قيمه، مما يؤدي إلى شعور داخلي بالانعزال والعار .
 - عدم القدرة على طلب المساعدة: يشعر المدمن بالخوف من الأحكام، مما يجعله يعتقد أن لا أحد يمكنه فهم معاناته، فيفضل العزلة.
 - الشعور بعدم الاستحقاق: يشعر البعض بأنهم لا يستحقون الدعم أو الحب بسبب إدمانهم .
 - الانسحاب من الحياة اليومية: يؤدي الإدمان إلى الابتعاد عن الأنشطة الاجتماعية، حيث يركز الشخص على تعاطي المخدرات بدلاً من التفاعل مع الآخرين. كما أن الروابط الاجتماعية التي تُبنى أثناء الإدمان غالباً ما تكون مع أشخاص آخرين يعانون من نفس المشكلة، مما يجعلها روابط هشة وغير داعمة.
 - قامت الباحثة بفرصة تبادل التجارب الشخصية مع الوحدة، حيث طلبت من المشاركين مشاركة تجاربهم الشخصية مع الوحدة النفسية، وشجعتهم على التحدث بحرية، مع التأكيد على أن الهدف هو تبادل الخبرات وليس الحكم عليها.
- تم قدمت أسئلة توجيهية لهم تمثلت في:
- ما هو أكثر موقف شعرت فيه بالوحدة؟
 - كيف أثرت الوحدة على حياتك اليومية وعلاقاتك؟
- بعد أن تحصلت الباحثة على إجابات أفراد المجموعة، قامت بتجميع النقاط المشتركة التي ظهرت في مشاركاتهم على اللوحة، دون ذكر أسماء المشاركين. ثم ناقشت الأسباب المشتركة للشعور بالوحدة النفسية مع أفراد المجموعة، واستنتجت أن الأسباب المتفق عليها من قبل معظمهم تشمل: فقدان العلاقات الاجتماعية، فقدان الأحبة، الجوانب العاطفية، المرض، الشعور بعدم الفهم أو القبول من الآخرين، والانطواء بسبب الإدمان.

- بعد ذلك أوضحت الباحثة كيف يمكن للعلاج بالمعنى أن يساعد في مواجهة الوحدة من خلال إيجاد غاية أو هدف يمنح الحياة معنى، وذلك من خلال البحث عن علاقات ذات قيمة قائمة على الاحترام والدعم.

- كما قدمت الباحثة نشاطاً تأملياً يركز على البحث عن المعنى، حيث طلبت من المشاركين التفكير بصمت والإجابة كتابياً على الأسئلة التالية:

ما الشيء الأكثر أهمية بالنسبة لك الآن؟ كيف يمكن لهذا الشيء أن يساعدك في التغلب على الوحدة؟

اختتام الجلسة (10 دقائق): شكرت الباحثة المشاركين على شجاعتهم في مشاركة تجاربهم، مع التأكيد على أهمية البحث عن معنى لتخفيف الوحدة النفسية وتم الاتفاق على اللقاء في الجلسة القادمة بنفس الموعد.

تقييم الجلسة: تم تقييم الجلسة من خلال:

- التفاعل: مشاركة الأعضاء وتفاعلهم أثناء التمرين الجماعي.
- الإدراك: قدرة الأعضاء على تحديد أسباب الوحدة النفسية وكيفية التغلب عليها.
- ردود الأفعال: طلبت الباحثة من الأعضاء التعبير عن شعورهم تجاه الجلسة وما استقدوه منها.

الواجب المنزلي: طلبت الباحثة من المشاركين كتابة فقرة قصيرة عن تجربة شعروا فيها بالوحدة، وكيف يمكنهم استخدام أهدافهم الشخصية وقيمهم للتغلب عليها، وتشجيعهم على مشاركة هذه الفقرة في الجلسة القادمة إذا رغبوا.

الجلسة الخامسة: الحوار السقراطي حول القيم الشخصية.

موضوع الجلسة:

استكشاف القيم الشخصية من خلال الحوار السقراطي، ومناقشة كيفية ارتباطها بإيجاد

معنى في الحياة.

الهدف العام من الجلسة:

1- مساعدة المشاركين على التعرف على قيمهم الأساسية وربطها بحياتهم اليومية.

2- تعزيز الوعي الذاتي وزيادة الفهم لكيفية إعطاء القيم معنى للحياة.

3- تقوية الروابط الجماعية من خلال مشاركة الأفكار والقيم.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

بنهاية الجلسة، سيكون المشاركون قادرًا على أن:

1. يحدد القيم الأساسية التي تمثله شخصيًا.
2. يميز بين القيم المتعلقة بالذات وتلك المفروضة من البيئة أو الماضي.
3. يعبر عن ارتباطه الوجداني بقيمة أو أكثر.
4. يضع خطوات عملية لتفعيل هذه القيم في حياته اليومية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- الحوار السقراطي: لتحفيز التفكير العميق والمناقشة البناءة.
- التأمل الذاتي: للتعمق في القيم الشخصية.
- المشاركة الجماعية: لتشجيع تبادل الأفكار والمفاهيم بين الأعضاء.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، قائمة بأسئلة الحوار السقراطي، لوحة بيضاء أو أوراق كبيرة

لتسجيل الأفكار الرئيسية.

ترتيب الجلوس على شكل دائرة لتعزيز التفاعل.

إجراءات الجلسة:

- **الترحيب ومقدمة الجلسة (15 دقيقة):** رحبت الباحثة بالمشاركين، معبرة عن شكرها لالتزامهم بالحضور في الوقت المحدد. وأكدت أن جلسة اليوم ستركز على استكشاف القيم الشخصية من خلال النقاش الجماعي، مشددة على أهمية احترام آراء الآخرين وتشجيع التفكير العميق، كما أعربت عن امتنانها لمشاركتهم الفعالة في مناقشة الواجب من الجلسة السابقة.
- **(30 دقيقة)** أوضحت الباحثة أننا نعيش وفق قيم نؤمن بها، حتى وإن لم نكن واعين لها، مثل الأمان أو الحب أو الحرية. وأشارت إلى أنه خلال هذه الجلسة، يجب على كل فرد أن يتعمق في نفسه ليكتشف ما يمثله وما هي القيمة التي إذا عاشها ستمنحه شعورًا بالمعنى والإنسانية.
- كما شرحت الباحثة مفهوم القيم لأعضاء الجلسة، موضحة أنها تمثل المبادئ والمعايير التي يعتبرها الناس مهمة في حياتهم، وتوجه سلوكياتهم واختياراتهم. ووصفت القيم بأنها بمثابة

بوصلة داخلية تساعدنا في التمييز بين الصواب والخطأ، والأمور المهمة وغير المهمة. وأشارت إلى وجود أنواع مختلفة من القيم، منها: الشخصية، الاجتماعية، العاطفية، الروحية، الصحية، الجسدية، والمادية، بالإضافة إلى القيم المعرفية.

- تم قامت بتوزيع ورقة فيها مجموعة من القيم، وطلبت من كل عضو اختيار (5) قيم تمثله وبعد ذلك يختار قيمة واحدة فقط تمثل الجوهر بالنسبة له.

- تم قامت الباحثة بطرح أسئلة لتحفز المشاركين على التفكير في قيمهم الشخصية، منها:

- لماذا اخترت هذه القيمة؟

- ما هو شعورك وانت تتخيل أنك تعيش يومك بهذه القيمة؟

- إذا نظرت إلى حياتك من منظور أكبر، ما الذي يمنحها معنى؟

- ما هي القيمة التي لا يمكنك التخلي عنها أبداً، ولماذا؟

- تم قامت بمنح كل عضو دقيقة للتفكير والإجابة، وأعطت الفرصة للآخرين لطرح أسئلة متابعة لتعميق الحوار و قامت بتسجيل القيم المتكررة والمشاركة على اللوحة لتوضيح أوجه التشابه والاختلاف بين الأعضاء ،وقامت الباحثة بعد ذلك بمناقشة جماعية حول الإجابات التي تم تقديمها، والقيم التي اتفق عليها الأعضاء والتي منها: التعافي من الإدمان، الصحة والعافية، العلاقات الصحيحة، مساعدة الآخرين، الاجتهاد في العمل، التمسك بالله الاهتمام بالدراسة، الصلاة في وقتها، السعادة مع العائلة، النجاح، الاحترام الذاتي، الحرية من الإدمان، تم طرحت الباحثة أسئلة إضافية لتعميق النقاش: منها:

- ما هي التحديات التي تواجهكم في العيش وفقاً لهذه القيم؟

- كيف يمكن لهذه القيم أن تساعد في التغلب على الوحدة النفسية أو الإدمان؟

- كيفية تطبيق هذه القيم في حياتكم اليومية.

- أعطت الباحثة نشاط تأملي قصير، وطلبت من المشاركين كتابة جملة قصيرة تلخص أهم قيمة بالنسبة لهم ولماذا تعتبر مهمة جداً، وشجعتهم على مشاركة هذه الجمل مع المجموعة إذا رغبوا.

اختتام الجلسة (15 دقيقة): شكرت الباحثة المشاركين على صراحتهم وتفاعلهم، موضحة كيف أن استكشاف القيم الشخصية يشكل خطوة هامة في بناء حياة ذات معنى.

تقييم الجلسة:

- مؤشرات التفاعل: مشاركة الأعضاء في النقاش والإجابة على الأسئلة.
- التأمل الذاتي: قدرة المشاركين على تحديد قيمهم الشخصية وربطها بحياتهم.
- ردود الأفعال: طلبت من المشاركين مشاركة مشاعرهم حول الجلسة ومدى استفادتهم منها.

الواجب المنزلي: طلبت الباحثة من المشاركين كتابة فقرة قصيرة عن:

- القيمة التي حددها اليوم.
- كيف يمكنهم تعزيز هذه القيمة في حياتهم اليومية؟
- يتم مناقشة هذه الفقرة في الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة: القيم المشتركة:

موضوع الجلسة:

التعرف على القيم الشخصية للأعضاء واكتشاف القيم المشتركة لتعزيز الانتماء للمجموعة مما يقلل من مشاعر العزلة والوحدة النفسية.

الهدف العام من الجلسة:

- 1- مساعدة المشاركين على التعبير عن قيمهم الأساسية.
- 2- تعزيز الشعور بالانتماء من خلال تحديد القيم المشتركة.
- 3- تقوية الروابط الجماعية من خلال مناقشة القيم.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

بنهاية الجلسة يتوقع كل مشارك أن يكون قادراً على:

- 1- التعرف على القيم المتكررة بين أفراد المجموعة.
- 2- يدرك المشارك أن لديه نقاط التقاء إنسانية مع الآخرين رغم اختلاف التجارب أو الخلفيات.

3- التعبير عن مشاعره تجاه هذه القيم المشتركة.

4- الربط بين القيم المشتركة وتخفيف مشاعر العزلة والوحدة النفسية.

5- اختيار قيمة جماعية تمثل روح المجموعة وتسهم في تعزيز التعاون والتعاطف بينهم.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- تمرين بصري: لكتابة القيم على "شجرة القيم".
- التفاعل الجماعي: لاكتشاف القيم المشتركة.
- التأمل الجماعي: لتعزيز الشعور بالانتماء.
- التحليل بالمعنى.

الأدوات المستخدمة: لوحة كبيرة مرسومة عليها شجرة (الجذع والأغصان)، أوراق صغيرة على شكل أوراق شجر، أقلام ملونة.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): بدأت الباحثة بتحيةة الأعضاء والترحيب بهم، معبرة عن شكرها للالتزامهم واهتمامهم. ثم قدمت بعض الحلوى والقهوة لكسر روتين الجلسة. بعد ذلك، شرعت في توضيح فكرة الجلسة (20 دقيقة) حيث أوضحت: سنتناول اليوم قيمنا الشخصية المشتركة وكيف يمكن لهذه القيم أن توحدنا وتخلق انتماءً قويًا للمجموعة. وأوضحت أن القيم المشتركة هي المبادئ أو المعاني التي يتفق عليها أكثر من فرد داخل المجموعة، وتشكل قاعدة إنسانية أو وجدانية يتشارك فيها الناس رغم اختلافاتهم. كما حددت الباحثة مجموعة من هذه القيم، وهي: الأمان، الصدق، الاحترام، العائلة، الحرية، التعافي، والكرامة.
- قامت الباحثة بتنفيذ نشاط شجرة القيم (20 دقيقة): حيث وزعت أوراقًا صغيرة على شكل أوراق شجر، وطلبت من كل مشارك كتابة قيمة شخصية أساسية، مع إمكانية كتابة أكثر من واحدة. تم لصق هذه الأوراق على الشجرة المرسومة على اللوحة، مع توضيح جذور القيم الفردية والأغصان التي تمثل القيم المشتركة.
- بعد ذلك تم مناقشة القيم المشتركة وتحديد القيم التي تكررت على الشجرة، مثل الصدق، التعاون، التعافي، والاحترام. وتحدثت الباحثة مع المجموعة حول كيفية تعزيز هذه القيم في حياتهم اليومية وفي تعاملاتهم مع الآخرين، وكيف يمكن أن تعزز الشعور بالانتماء، وتساهم في بناء هوية جماعية إيجابية، وتساعد في تشكيل شبكة دعم داخل المجموعة.
- تم قامت الباحثة بطرح سؤال لنقاش:
 - كيف تعزز هذه القيم شعورنا بالانتماء؟

• ما الذي يمكن أن نفعله لدعم بعضنا البعض بناءً على هذه القيم؟

اختتام الجلسة (10 دقائق): شكرت الباحثة المشاركين على مساهماتهم في النقاش والاهتمام بالجلسة، مؤكدة لهم أهمية القيم المشتركة كعنصر أساسي في تعزيز التعافي والانتعاش.

تقييم الجلسة:

• التفاعل: من خلال القيم التي تم طرحها ومناقشتها.

• الانتماء: شعور المشاركين بالاتصال مع الآخرين من خلال القيم المشتركة.

• ردود الأفعال: آراء المشاركين حول التمرين ومدى استفادتهم منه.

الواجب المنزلي: كلفت الباحثة المشاركين التفكير في كيفية تطبيق إحدى القيم المشتركة في حياتهم اليومية خلال الأسبوع القادم.

الجلسة السابعة: المعاناة كفرصة للنمو.

موضوع الجلسة:

التعرف على المواقف الصعبة التي واجهها المشاركون وكيف يمكن استخدامها كفرصة

للنمو وإيجاد معنى في الحياة.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على إعادة صياغة تجاربهم المؤلمة والصعبة لتكون مصدرًا للنمو

الشخصي والمعنى، وتعزيز النقبل الداخلي لها بوصفها جزءًا من المسار الإنساني.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

يتوقع في نهاية الجلسة أن يكون كل مشارك قادرًا على أن:

1- استدعاء موقفًا صعبًا أو مؤلمًا مرّ به في حياته ويمتلك الوعي الكافي للتعبير عنه كتابيًا.

2- يعبر عن مشاعره المرتبطة بالموقف المؤلم بطريقة تأملية تساعده على الفهم لا على اللوم أو الإنكار.

3- يحدد الدروس المستفادة من تلك التجربة وما الذي تعلمه منها عن نفسه أو عن الحياة.

4- يعيد صياغة تجربته الصعبة بشكل إيجابي من خلال ربطها بقيمة إنسانية (مثل: التعافي الإصرار على النجاح).

5- يشارك تجربته مع أعضاء المجموعة في بيئة آمنة وداعمة، مما يعزز الشعور بالترابط والتفاهم.

6- يكتب جملة تمثل "المعنى الذي خرج به" من تلك التجربة، كتعبير عن التحول الداخلي الذي تحقق.

7- يدرك أن الألم جزء طبيعي من الحياة، وأنه يمكن أن يكون مصدرًا للنمو وليس فقط للمعاناة.
مدة الجلسة 60 دقيقة.

نوع التدريب: جلسة جماعية - إرشاد نفسي قائم على العلاج بالمعنى
الغنيات المستخدمة في الجلسة:

- الكتابة التأملية: للتعبير عن المواقف الصعبة.
- إعادة الصياغة: لتحويل المعاناة إلى فرصة إيجابية.
- المشاركة الجماعية: لمناقشة التجارب واستخلاص الدروس.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء أو أوراق كبيرة لتسجيل النقاط المشتركة، ترتيب الجلوس على شكل دائرة.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): قامت الباحثة بتحية المشاركين، ومناقشة الواجب المنزلي وشرح موضوع الجلسة: سنتحدث اليوم عن كيفية استخدام المعاناة كفرصة للنمو وتغيير نظرتنا للتحديات التي نواجهها.

- نشاط جماعي: كتابة المواقف الصعبة (20 دقيقة): طلبت الباحثة من المشاركين تدوين موقف صعب مروا به، وما الدروس التي تعلموها منه، وكيف كانت مشاعرهم خلال تلك التجربة، وكيف أثرت عليهم حتى الآن. تحدث كل فرد عن معاناته، حيث تحدى أحد الأعضاء في المجموعة بأنه كان لديه صديق طفولة مقرب جداً. في بداية تعاطيه، نصحه بالابتعاد عن هذا الطريق، لكنه اعتبره في تلك اللحظة عدوه اللدود، مما جعله يشعر بالاستياء ويفترق عنه لفترة. بعد مرور بعض الوقت، وعندما واجه صعوبات، عاد إليه وقال له: "إذا كنت تريدني أن أترك الحشيش، فعليك أن تترك الدخان." وبما أن الصديق كان يحبه، ترك الدخان، ونجح هو في الابتعاد عن التعاطي. لكن بعد فترة، خالف الوعد وعاد إلى التعاطي مرة أخرى، مما ترك في نفسه ألماً كبيراً ومعاناة، وفقد أعز أصدقائه. بعد ذلك، شجعت الباحثة المشاركين على اختيار مواقف يشعرون بالراحة في مشاركتها مع المجموعة.

- مناقشة: تحويل المعاناة إلى معنى إيجابي (20 دقيقة): طلبت الباحثة من كل مشارك، إذا رغب، مشاركة ما كتبه، تم بعد ذلك ناقشت المجموعة كيفية تحويل هذه المواقف إلى فرص للنمو، باستخدام أسئلة مثل:

- "ما الدرس الذي تعلمته من هذا الموقف؟"
 - "كيف يمكن لهذا الدرس أن يؤثر على حياتك الآن؟"
 - لو مررت بشخص يمر الآن بنفس الموقف ماذا ستقول له.
- تم قامت الباحثة بطرح سؤال ما لشيء الذي لم يكن يتحقق لو أنكم لم تمرؤوا بهذا الآلام؟ بعد ذلك قامت الباحثة بتسجيل الأفكار المشتركة على اللوحة، حيث كانت الأفكار المشتركة للمجموعة الإصرار على الشفاء، التفكير في المستقبل، الصبر على مصاعب الحياة، الرضا بالقضاء والقدر، التفكير في العائلة "التقدير للأشياء البسيطة.
- اختتام الجلسة (10 دقائق):** شكرت الباحثة المشاركين على شجاعتهم في مشاركة تجاربهم ووضحت لهم أهمية التركيز على ما يمكن أن نتعلمه من المعاناة بدلاً من التركيز فقط على الألم تم طلبت الباحثة من كل مشارك كتابة جملة واحدة تمثل له المعنى الذي خرج به من معاناته تم قامت الباحثة بقراه الجمل التي كتبها كل مشارك دون ذكر الأسماء.

تقييم الجلسة:

- التفاعل: مستوى المشاركة أثناء النشاط والمناقشة.
 - التأمل: مدى قدرة المشاركين على استخراج معانٍ إيجابية من تجاربهم.
 - ردود الأفعال: شعور المشاركين حيال الجلسة ومدى استفادتهم منها.
- الواجب المنزلي:** طلبت الباحثة من المشاركين كتابة موقف صعب آخر مروا به والتفكير في درس أو معنى يمكن استخلاصه منه.

الجلسة الثامنة: بناء الثقة.

موضوع الجلسة:

- بناء الثقة الذاتية وتعزيز شعور الأفراد بأن لديهم القدرة على إحداث تغيير إيجابي في حياتهم.
- الهدف العام للجلسة:**
- مساعدة المشاركين على تعزيز الثقة بالنفس من خلال استحضار تجارب النجاح وتأكيد قدرتهم على إحداث تغيير إيجابي في حياتهم، رغم التحديات.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

- نتوقع في نهاية الجلسة أن يكون كل مشارك قادرًا على أن:
- 1- يستدعي موقفًا شخصيًا ناجحًا مرّ به سابقًا وشعر فيه بالقدرة والإنجاز.
 - 2- يعبر عن مشاعر الفخر والثقة المرتبطة بتلك التجربة.
 - 3- يحدد القيم أو القدرات التي استخدمها لتحقيق النجاح في ذلك الموقف (مثل: الصبر، الشجاعة، المبادرة...).
 - 4- يشارك قصته مع المجموعة في بيئة آمنة خالية من الحكم، مما يعزز من الثقة الجماعية.
 - 5- يكتب فكرة أو درسًا مستفادًا من تجربته يدعم بها ثقته بنفسه مستقبلاً.
 - 6- يستنتج أن التحديات السابقة لا تُنقص من قدره، بل يمكن أن تكون دليلاً على قوته.
- مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- مشاركة القصص الشخصية: لتعزيز الثقة من خلال تجارب النجاح.
 - التشجيع الإيجابي: من خلال ملاحظات المدرب والأعضاء.
 - التأمل الذاتي: لتمكين الأعضاء من التذكر والتفكير في لحظات القوة والإنجاز.
- الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام لكتابة ملاحظات قصيرة، لوحة بيضاء أو أوراق كبيرة لتسجيل النقاط الرئيسية، ترتيب الجلوس على شكل دائرة لتعزيز التواصل.
- إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (5 دقائق): رحبت الباحثة بالمشاركين وتناقشوا في الواجب السابق، تم وضحت لهم أن الجلسة اليوم ستتمحور حول بناء الثقة الذاتية من خلال استرجاع لحظات النجاح الشخصي، ووضحت لهم أن الهدف من الجلسة هو تعزيز الشعور بالقدرة على التغيير الإيجابي بغض النظر عن التحديات.
- نشاط: "قصص النجاح" (20 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو في المجموعة أن يشارك قصة نجاح شخصية أو لحظة في حياته شعر فيها بالقدرة على إحداث تغيير إيجابي، سواء في حياته الشخصية أو الاجتماعية، واعطت الفرصة للمشاركين ذكر التحديات التي واجهوها وكيف استطاعوا تخطيها بنجاح.

تم قامت بتوجيه الأسئلة التالية أثناء النشاط:

- "ما الذي جعلك تشعر بالثقة في تلك اللحظة؟"
- "كيف أثر ذلك النجاح على حياتك بشكل عام؟"

بعد أن تحدث الجميع وعرض كل عضو في المجموعة الموقف الذي مر به، قامت الباحثة بتسجيل الأفكار الإيجابية التي شاركها الأعضاء على اللوحة لتسليط الضوء على الثقة والنمو الشخصي.

مناقشة جماعية: تعزيز الثقة (15 دقيقة): بعد أن تحدث كل عضو، فتحت الباحثة المجال للمناقشة الجماعية حول كيفية بناء الثقة في النفس من خلال النجاحات الصغيرة والكبيرة. تم وجهت للمجموعة مجموعة من الأسئلة منها:

- "كيف يمكننا تطبيق هذه اللحظات الناجحة في حياتنا اليومية؟"
 - "ما الذي يساعد في تعزيز الثقة في أنفسنا عندما نواجه التحديات؟"
- تم أوضحت للمجموعة أن كل نجاح، مهما كان صغيراً، هو خطوة نحو بناء الثقة بالنفس.
- التأمل الذاتي: (5 دقائق):** طلبت الباحثة من المشاركين كتابة فكرة قصيرة تلخص ما تعلموه حول بناء الثقة بالنفس من هذه الجلسة، وطلبت منهم تطبيق هذا الدرس في حياتهم اليومية.
- اختتام الجلسة (5 دقائق):** شكرت الباحثة المشاركين على مشاركتهم الإيجابية والمحفزة، موضحة أن الثقة بالنفس يمكن أن تُبنى من خلال التعرف على النجاحات السابقة واستخدامها كمصدر للإلهام في مواجهة التحديات المستقبلية.

تقييم الجلسة:

- مؤشرات التفاعل: مشاركة القصص الشخصية ومستوى المشاركة في المناقشة.
- الثقة الذاتية: قدرة المشاركين على التعرف على لحظات القوة والتغيير الإيجابي في حياتهم.
- ردود الأفعال: تطلب الباحثة من المشاركين تقييم شعورهم بعد الجلسة ومدى استفادتهم منها.

الواجب المنزلي: طلبت الباحثة كتابة موقف آخر في حياتهم كان يمثل تحدياً وتغلبوا عليه، مع التركيز على كيفية تعزيز الثقة في النفس من خلال هذا الموقف.

الجلسة التاسعة: الخروج من دائرة الوحدة.

موضوع الجلسة:

التحرر من الوحدة والابتعاد عن الحلقة المغلقة من التفكير الذاتي.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على تخفيف الشعور بالوحدة النفسية من خلال توجيه انتباههم خارج ذواتهم، والتركيز على قيمهم، والآخرين، والمعنى الأكبر من وجودهم، بعيدًا عن الحلقة المغلقة من التفكير الذاتي.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

بنهاية الجلسة، سيكون المشاركون قادرين على:

1. فهم مفهوم تشتت التفكير ودوره في تخفيف الألم النفسي المرتبط بالوحدة.

2. التعرف على أنماط التفكير الذاتي المفرط التي تزيد من شعور العزلة.

3. ممارسة أنشطة عملية تساهم في تحويل الانتباه نحو الآخرين أو القيم.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- تحويل تركيز الشخص من ذاته أو من أعراضه النفسية إلى هدف خارجي أو معنى أكبر.
- التركيز خارج الذات.

• الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام لكتابة ملاحظات قصيرة، لوحة بيضاء أو أوراق كبيرة

لتسجيل النقاط الرئيسية، ترتيب الجلوس على شكل دائرة لتعزيز التواصل.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق) بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالمشاركين، معبرة عن

شكرها لالتزامهم بالحضور. تم مناقشة الواجب السابق، حيث أوضحت أن موضوع الجلسة

اليوم سيركز على التحرر من الوحدة النفسية. وأكدت أن الهدف هو التفكير خارج نطاق الذات

واستكشاف المعنى الأعم لوجودهم، بعيدًا عن الانغماس في الأفكار الداخلية.

- معلومات حول تشتت الانتباه وفقًا لفرانكل: (20 دقيقة) قدمت الباحثة بعض المعلومات حول

مفهوم تشتت الانتباه، مشيرة إلى أن المعاناة النفسية غالبًا ما تنجم عن التركيز المفرط على

الذات (Hyper-Reflection)، خاصة في حالات القلق والإدمان والشعور بالوحدة.

وأوضحت أن هذه التقنية تهدف إلى تحويل انتباه الشخص بعيدًا عن ذاته، وتوجيهه نحو هدف

خارجي أو علاقة أو مهمة ذات مغزى. وأشارت إلى أن شعور الوحدة لدى مدمني المخدرات غالباً ما يكون نتيجة للشعور بالرفض والذنب وفقدان العلاقات. لذا، تم استخدام هذه التقنية لتشجيع المشاركين على بناء اتصال جديد بالعالم الخارجي بدلاً من الانغماس في المشاعر الذاتية المؤلمة.

- **نشاط: (كلنا بعيدين عن الوحدة) (20 دقيقة):** قامت الباحثة بتقديم سؤال مفتوح للمجموعة

تضمن متى أحسست بالوحدة بدرجة كبيرة؟ وما الذي كنت تفكر فيه وقتها؟

بعد طرح السؤال، بدأ النقاش بين أعضاء الجلسة. حيث عبّر أحدهم عن شعوره بالوحدة

بعد وفاة والده، مما دفعه إلى الانعزال عن الناس واللجوء إلى المخدرات، التي اعتبرها صديقه الوحيد. ثم تحدث آخر، مشيراً إلى شعوره بالوحدة بعد خذلان من اعتبرهم أصدقاء، والذين دمروا حياته وأوقعوه في العديد من المشاكل، مما جعله يلجأ أيضاً إلى المخدرات. وتحدث شخص آخر عن شعوره بالوحدة بعد فقدان أخيه، الذي كان صديقاً له، حيث اعتقد أن الحياة قد انتهت ولم يكن قادراً على التكيف مع فقدانه، فبحث عن الهروب في المخدرات. بعد ذلك، تدخلت الباحثة مشيرة إلى أن الشعور بالوحدة يتفاقم عندما نركز على مشاكلنا، وأن تجاهلنا لهذه المشكلات يعيدنا إلى ما كنا عليه قبل حدوثها.

بعد ذلك، طلبت الباحثة من كل عضو في المجموعة أن يكتب اسم شخص يحتاج إلى

دعم أو كلمة طيبة، حتى لو كان من داخل المجموعة. وأشارت إلى أن هذا الفعل قد يبدو بسيطاً، لكنه يمكن أن يساهم في تخفيف شعور الوحدة لدى ذلك الشخص.

تقييم الجلسة:

- مؤشرات التفاعل: مشاركة المواقف التي شعروا فيها أعضاء المجموعة بالوحدة.
 - الثقة الذاتية: قدرة المشاركين على التعرف على لحظات القوة والتغيير الإيجابي في حياتهم.
 - ردود الأفعال: يُطلب من المشاركين تقييم شعورهم بعد الجلسة ومدى استفادتهم منها.
- الواجب المنزلي: (10 دقائق)** طلبت الباحثة من المشاركين ذكر موقف آخر شعروا فيه بالوحدة وكيف أثر هذا الموقف على حياتهم.

المرحلة الثانية: تعزيز المعنى وتحقيق الأهداف (الجلسات 10-18):

الجلسة العاشرة: الإرادة الحرة والمسؤولية:

موضوع الجلسة:

اكتشاف مفهوم الإرادة الحرة وكيفية تأثيرها في اتخاذ القرارات وتحمل المسؤولية.

الهدف العام للجلسة:

- مساعدة المشاركين على فهم دور الإرادة الحرة في حياتهم اليومية.
- تعزيز المسؤولية الفردية في اتخاذ القرارات والتصرفات.
- تحفيز الأعضاء على التفكير في الحرية والاختيارات المتاحة لهم.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة: مناقشة القصص: لتحفيز التفكير حول الإرادة الحرة. والتمرين

الجماعي: لتحفيز الأعضاء على التفكير في أفعالهم وقراراتهم.

الأدوات المستخدمة: قصة قصيرة أو حقيقية عن حرية الإرادة، أوراق وأقلام للكتابة.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): رحبت الباحثة بالمشاركين وشكرتهم على حسن التزامهم في حضور الجلسات، تم تمت مناقشة الواجب المنزلي معهم، تم افتتحت الجلسة بتوضيح مفهوم الإرادة الحرة ودورها في اتخاذ القرارات والمسؤولية موضحة لهم كيف يمكن لكل عضو أن يتحمل مسؤولية اختياراته وتصرفاته.

- نشاط: مناقشة قصة قصيرة عن حرية الإرادة (20 دقيقة): قامت الباحثة بعرض قصة قصيرة مع المجموعة تركز على حرية الإرادة، تجسدت في شخص تمكن من تغيير حياته بقراره الخاص، بعد القصة، وجهت الباحثة مجموعة من الأسئلة. وكان عنوان القصة:

المفتاح في جيبى:

في أحد السجون القديمة، كان هناك سجين يُدعى "سامي"، أمضى سنوات طويلة خلف القضبان. لم يكن سجيناً فقط في المكان، بل في داخله أيضاً... كان مقتنعاً أن حياته انتهت، وأنه لا يملك خياراً سوى الانتظار حتى النهاية في أحد الأيام، دخل سجين جديد يُدعى "خالد"، كان يحمل كتباً ويتحدث عن التغيير. ضحك سامي وقال له: "أنت لا تفهم... نحن هنا أسرى، لا نملك حرية ولا خيارات". ابتسم خالد وقال له بهدوء: "أسرى الجدران؟ ربما.. لكننا لسنا أسرى أفكارنا، ولا مشاعرنا. حرية الاختيار ما زالت في داخلنا".

مرت الأيام، وبدأ سامي يقرأ من كتب خالد، وبدأ يكتب. كتب رسائل إلى عائلته، وطلب مسامحة من أخيه الذي لم يكلمه منذ 10 سنوات. بعد أشهر، أصبح سامي إنساناً مختلفاً... حتى وجهه تغير، أصبح أكثر هدوءاً وامتلاءً بالأمل. وقبل الإفراج عنه، قال سامي: "كنت أظن أن السجن هو السبب... لكنني كنت أنا من أغلق الباب على نفسي. واليوم فقط، أدركت أن المفتاح كان في جيبي طوال الوقت".

بعد ان استمع أفراد المجموعة للقصة قامت الباحثة بتوجيه الأسئلة الثالثة:

- ما لرسالة التي وصلتك من القصة.
 - كيف كان بطل القصة قادراً على تغيير حياته؟
 - ما هو المفتاح الذي يمكن أن تفتحه لتغيير حياتك؟
 - هل تعتقد أن لديك القدرة على اتخاذ مثل هذه القرارات في حياتك؟
- تمرين جماعي: إذا كنت حرّاً تماماً الآن، ماذا ستفعل؟ (20 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو أن يكتب على ورقة إذا كنت حرّاً تماماً الآن، ماذا ستفعل؟ تم طلبت من كل عضو وضع تصور لقراراتهم المستقبلية بعد ذلك قامت بتشجيع المشاركين على المشاركة الجماعية ومناقشة إجاباتهم، موضحة للمشاركين أن فهم الحرية يأتي مع المسؤولية وأن اختياراتهم تحدد حياتهم.

اختتام الجلسة (10 دقائق): شكرت الباحثة المشاركين على التفاعل موضحة لهم أن الإرادة الحرة تتيح لنا أن نكون مسؤولين عن حياتنا وقراراتنا، وأن التغيير يبدأ من الداخل.

تقييم الجلسة:

- مستوى التفاعل مع القصة: مدى مشاركة الأعضاء في مناقشة قصة حرية الإرادة.
- الإجابات الفردية: ملاحظة ردود الأعضاء على سؤال: إذا كنت حرّاً تماماً الآن، ماذا ستفعل؟ لتقييم فهمهم لفكرة الحرية والمسؤولية.
- الوعي بالمسؤولية: مراقبة مدى تعبير الأعضاء عن شعورهم بالمسؤولية تجاه قراراتهم.

الواجب المنزلي:

تحديد قرار مسؤول: طلبت الباحثة من الأعضاء اتخاذ قرار بسيط خلال الأسبوع يعبر عن شعورهم بالمسؤولية، مثل ترتيب أوقاتهم بشكل أفضل أو اتخاذ خطوة لتحقيق هدف معين، ثم تقديم تقرير عن تجربتهم في الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشر: النية المتناقضة (1):

موضوع الجلسة: تعريف تقنية "النية المتناقضة" واستخدامها في مواجهة المخاوف المشتركة مثل إعادة بناء العلاقات الاجتماعية والتغلب على الوحدة.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على فهم تقنية "النية المتناقضة" واستخدامها كأداة نفسية لمواجهة المخاوف الاجتماعية، وتحرير أنفسهم من القلق المفرط الذي يعيقهم عن التفاعل الطبيعي مع الآخرين.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

- تعليم المشاركين كيفية استخدام تقنية النية المتناقضة لتجاوز المخاوف والقلق.
- تمكين الأعضاء من إعادة تأطير مخاوفهم لتصبح مصدرًا للفرص وليس العوائق.
- يعبر عن أهمية التحرر من نية السيطرة على المشاعر وترك مساحة للسخرية البناءة منها.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- النية المتناقضة: لتحويل الخوف إلى رغبة.
- المشاركة الجماعية: لمناقشة كيفية تطبيق التقنية على المخاوف المشتركة.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء لتسجيل الملاحظات.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (30 دقائق): بدأت الباحثة بشكر المجموعة ومناقشة واجب الجلسة السابقة، تم بدأت في طرح تقنية "النية المتناقضة" مع توضيح استخدامها في تغيير الأفكار السلبية. وبدأت في شرح أن النية المتناقضة (Paradoxical Intention) موضحة لهم أن هذه الفنية تعتبر من التقنيات العلاجية في العلاج بالمعنى تقوم على فكرة أن الخوف من حدوث الشيء يزيد من احتمال حدوثه، وان محاولاتنا المفرطة في تجنب المواقف تسبب المزيد من التوتر والقلق.

وأن فكرة هذه التقنية تتمثل في أنه يطلب من الشخص وعن قصد أن يتمنى حدوث ما يخشاه أو أن يبالغ في توقعه بشكل ساخر ومبالغ فيه، ومن خلال هذه الفنية تكسر حلقة الخوف والقلق وينتقل الشخص من وضعية الضحية إلى المتحكم، ويحرره هذا الأسلوب من ضغط الرغبة المفرطة في السيطرة.

- **نشاط: مناقشة المخاوف المشتركة (20 دقيقة):** طلبت الباحثة من المشاركين تحديد المخاوف التي يواجهونها بشأن إعادة بناء العلاقات الاجتماعية بعد الإدمان، يتم مناقشة هذه المخاوف في المجموعة، مثل: "الخوف من رفض الآخرين" أو "الخوف من عدم قبول الذات أو الخوف من رفض الوالدين أو الخوف من مواقف تسبب لهم قلقاً اجتماعياً.

- **تطبيق جماعي للنية المتناقضة (25 دقيقة):** بعد ذلك طلبت الباحثة من كل عضو التفكير في كيفية استخدام النية المتناقضة مع مخاوفهم. على سبيل المثال، إذا كان الشخص يخشى الرفض من الآخرين، فإنه يتخيل أنه يرغب في أن يُرفض عمداً من أجل مواجهة هذا الخوف، وقامت الباحثة بتقديم أمثلة للمساعدة في تطبيق التقنية على المواقف المختلفة للمشاركين. وبعد ذلك طلبت الباحثة من كل فرد في المجموعة أن يختار موقفاً شخصياً يسبب له القلق والوحدة، تم إعادة تخيله باستخدام النية المتناقضة، فمثلاً أحد المشاركين قال أنا أخاف عندما أخرج من هنا أفقد تقي المحيطين، وأكون منبوذ بينهم، وقدمت لهم الباحثة بعد ذلك أسئلة منها: كيف شعرت بعد هذا الموقف هل تغير أحساسك ما الذي اكتشفته عن قدراتك لتحكم في الموقف.

اختتام الجلسة (15 دقيقة): في نهاية الجلسة قامت الباحثة بتلخيص الجلسة بالتعاون مع أفراد المجموعة لتبث فيهم الاهتمام والحماس شاكرة كل الأعضاء على حسن انتباههم وتركيزهم في الجلسة موضحة لهم أهمية استخدام هذه الفنية في التعامل مع المخاوف وتطبيقها في حياتهم اليومية، وتشجيع المشاركين على استخدام هذه التقنية في الأيام القادمة لتغيير ردود أفعالهم تجاه القلق.

التقييم:

- مدى تقبل التقنية: تقييم مدى تفاعل الأعضاء مع تقنية النية المتناقضة.
- القدرة على التطبيق الجماعي: ملاحظة مدى نجاح المجموعة في تطبيق التقنية على المخاوف المشتركة ومناقشة نتائجها.
- موقف ترغب فيه استخدام هذه التقنية.

الواجب المنزلي:

طلبت الباحثة من الأعضاء اختيار مخاوف صغيرة في حياتهم اليومية وتجربة التعامل معها باستخدام النية المتناقضة، مثل مواجهة موقف اجتماعي كانوا يتجنبونه، ومشاركة تجربتهم في الجلسة التالية.

الجلسة الثانية عشر: النية المتناقضة (2):

موضوع الجلسة: تطبيق عملي لتقنية النية المتناقضة على مواقف شخصية يختارها الأعضاء.

الهدف العام للجلسة:

تمكين المشاركين من استخدام تقنية "النية المتناقضة" بشكل عملي لمواجهة المواقف التي تنثير القلق والخوف في حياتهم اليومية، مما يساعدهم على استعادة التحكم والاستجابة السلوكية الهادئة.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

يتوقع في نهاية الجلسة أن يكون كل مشارك قادرًا على أن:

- 1- تعزيز قدرة المشاركين على استخدام تقنية النية المتناقضة في مواقف حياتية واقعية.
- 2- تحفيز المشاركين على تحدي مخاوفهم بشكل عملي.
- 3- تحديد موقفًا من حياته الشخصية يُثير لديه القلق أو الخوف.
- 4- يصف رد فعله المعتاد تجاه هذا الموقف قبل استخدام التقنية.
- 5- يصف شعوره قبل وبعد تطبيق التقنية.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي- إرشاد نفسي قائم على العلاج بالمعنى.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- النية المتناقضة: لمواجهة المواقف الشخصية.
 - التفاعل الجماعي: لمشاركة تطبيقات النية المتناقضة.
- الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء لتسجيل الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (30 دقيقة): رحبت الباحثة بالمشاركين وقامت بتذكيرهم بتقنية النية المتناقضة التي تطرقت اليها في الجلسة السابقة، موضحة لهم اننا اليوم سوف نقوم بتطبيق الفنية على مواقف شخصية حقيقية وكيف يمكنكم تحدى مخاوفكم عن طريق هذه الفنية. مراجعة تقنية النية المتناقضة (10 دقائق): قامت الباحثة بمراجعة كيفية تطبيق النية المتناقضة على المخاوف، وقدمت لهم امثلة على مواقف اجتماعية صعبة، كالرغبة في العلاج والخوف من وصمة المجتمع والمحيطين.

تمرين جماعي: (25 دقيقة): طلبت الباحثة من المشاركين تحديد مواقف شخصية معقدة أو مخاوف لديهم، لتطبيق تقنية النية المتناقضة عليها. مناقشة جماعية (10 دقائق): قامت الباحثة بفتح مناقشة جماعية لتبادل الأفكار حول كيف ساعدت النية المتناقضة في تغيير طريقة التفكير حول المواقف الشخصية، وقامت بتشجيع الأعضاء على التعليق ومشاركة تجاربهم. التقييم:

قامت الباحثة بتوجيه بعض الأسئلة لا عطاء المجموعة من خلال

- مناقشة الأمثلة الفردية المتمثلة في مراقبة مدى استعداد الأعضاء لمشاركة تجاربهم مع التقنية.
- قامت الباحثة بتوجيه سؤال كيف شعرت وأنتم تتصرفون بهذه الطريقة الجديدة وهل تغير ادراككم للموقف وهل ترون أنفسكم
- قادرون على تحقيق ذلك في الواقع.
- التحسن في إدارة المخاوف: ملاحظة إذا كانت هناك تغييرات إيجابية في طريقة تعامل الأعضاء مع مخاوفهم.

الواجب المنزلي:

طلبت الباحثة من الأعضاء الاستمرار في تطبيق التقنية على مواقف مختلفة أكثر تحدياً، وتسجيل ما يشعرون به بعد استخدام التقنية. لمناقشته في الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشر: التأمل الجماعي على القيم:

موضوع الجلسة:

التفكير والتأمل في القيم الشخصية وكيفية تحقيق الأهداف التي تتوافق مع هذه القيم.

الهدف العام للجلسة:

تمكين المشاركين من التعرف على قيمهم الشخصية الأساسية وتأملها بعمق، وتحويل هذه القيم إلى أهداف واقعية تمنح حياتهم وضوحًا واتزانًا داخليًا.

الأهداف الإجرائية للجلسة:

تمكين الأعضاء من التفكير في القيم التي تمثلهم وكيفية تحويلها إلى أهداف حقيقية. الربط بين هذه القيم وبين الأهداف التي يسعون لتحقيقها في حياتهم. تعزيز الإحساس بالاتجاه والأهداف الشخصية التي تمنح الحياة معنى. مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

التمرين التأملي: رحلة القيم.

التفاعل الجماعي: لمناقشة تحقيق الأهداف القائمة على القيم.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء لكتابة الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): قامت الباحثة بالترحيب بأعضاء الجلسة ورحبت بكل عضو باسمه واطمأنت عن حال كل واحد منهم أبدوا ارتياحهم وشكروا الباحثة على اهتمامها بهم وانهم يشعرون بالراحة والاطمئنان في الجلسات، فرحت الباحثة بذلك وشكرتهم على كلامهم الطيب، تم تناقشت معهم في الواجب السابق، وبدأت في التطرق لموضوع الجلسة موضحة لهم أن هذه الجلسة فرصة للتأمل في القيم الشخصية وكيف يمكن لهذه القيم أن توجه الأهداف الحياتية لديكم.

تم تطرقت الى نظرية القيم الإنسانية للعالم شالوم شوارتز (Schwartz's Theory of Basic Human Values)، هذه النظرية تفسر لماذا الأفراد يتصرفون بطرق معينة بناءً على القيم التي يؤمنون بها، موضحة لهم أن كل الافراد من مختلف الثقافات عندهم مجموعة من القيم الأساسية التي تحركهم وان هذه القيم هي التي تؤثر على قراراتنا وسلوكنا وحتى شعورنا بالرضا عن الحياة ومن هذه القيم:

- التحفيز الذاتي (Self-Direction): ويتمثل في حب الاستقلال والاعتماد على النفس في التفكير واتخاذ القرار.
 - التحفيز (Stimulation): البحث عن التنوع، التحديات، والإثارة في الحياة.
 - المتعة (Hedonism): السعي للمتعة وإشباع الرغبات الحسية.
 - النجاح (Achievement): السعي للتميز وتحقيق الإنجازات الشخصية.
 - السلطة (Power): الرغبة في السيطرة، المكانة، والتأني.
 - الأمان (Security): البحث عن الاستقرار، النظام، والحماية الشخصية والاجتماعية.
 - المطابقة (Conformity): احترام القواعد، التقاليد، والامتثال للمعايير الاجتماعية.
 - التحفظ (Tradition): الالتزام بالعادات والمعتقدات الثقافية أو الدينية.
 - الخير العام (Benevolence): الاهتمام بالآخرين، المساعدة، والرحمة.
 - عالمية القيم (Universalism): التسامح، العدالة، وحماية الرفاه للجميع وللطبيعة.
- تمرين رحلة القيم (30 دقيقة): بعد أن قامت الباحثة بعرض القيم، طلبت من كل عضو تخيل حياته بعد تحقيق أهدافه الشخصية المرتبطة بالقيم التي يحددها وماهي الطرق التي يمكن بها تحقيق هذه الأهداف
- تم طلبت من كل مشارك يختار أهم (03) قيم تمثله حالياً، ثم يكتب لماذا اختار هذه القيمة ولماذا هي مهمة لك وكيف تظهر هذه القيم في الحياة وكانت أغلب القيم التي اختاروها النجاح والتحفظ والخير العام.
- مناقشة جماعية (10 دقائق): بعد ذلك فتحت الباحثة باب النقاش للأعضاء وكيف يشاركون تأملاتهم حول كيفية تحقيق أهدافهم بناءً على القيم الشخصية التي اختاروها، ثم قامت الباحثة بتسجيل الأفكار الأساسية حول كيفية تحويل القيم إلى أفعال.
- اختتام الجلسة (10 دقائق): في ختام الجلسة قامت الباحثة بتشجيع المشاركين على تطبيق ما تعلموه وتحديد خطوات عملية لتحقيق أهدافهم بناءً على القيم التي اكتشفوها داخل أنفسهم.
- التقييم:**
- مشاركة الأفكار حول القيم: متابعة مدى انخراط الأعضاء في تمرين "رحلة القيم" ومناقشة النتائج.

- التعبير عن القيم الشخصية: ملاحظة مدى قدرة الأعضاء على تحديد قيمهم الأساسية وربطها بأهدافهم المستقبلية.

الواجب المنزلي:

تطبيق القيم في الحياة اليومية: طلبت الباحثة من الأعضاء اختيار قيمة واحدة أساسية ومحاولة تطبيقها في حياتهم اليومية، مثل قيمة الاحترام أو الصدق، ثم تقديم تقرير عن أثر ذلك على حياتهم في الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشر: إعادة بناء السرد الشخصي (1):

موضوع الجلسة:

استكشاف التغييرات الإيجابية في الحياة وكيف يمكن إعادة صياغة السرد الشخصي ليركز على القوة الداخلية والتغيير.

الهدف العام للجلسة:

تمكين المشاركين من اكتشاف التحولات الإيجابية التي مرّوا بها، ومساعدتهم في إعادة صياغة سردهم الشخصي بشكل يعزز الشعور بالقوة والهدف والكرامة الإنسانية.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة، سيكون المشاركون قادرين على:

- 1- مساعدة الأعضاء على التعرف على التغييرات الإيجابية في حياتهم.
- 2- تعزيز الوعي بالقوة الشخصية والقدرة على التغيير.
- 3- تحليل قصصهم الشخصية من منظور القوة والتطور، بدلاً من الألم فقط.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

• التمرين التأملي (لحظة تحول)

- السرد الشخصي الجديد: لتحفيز الأعضاء على مشاركة تجاربهم وتغيير رواياتهم.
- المناقشة الجماعية: لتعزيز القوة والنقاط الإيجابية في السرد.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء أو شاشة عرض لكتابة الملاحظات.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة وشكرتهم على انضباطهم بحضور الجلسات، تم بدأت بتذكيرهم بالجلسة السابقة وحل الواجب المنزلي ومناقشته مع بعض، أوضحت لهم على لوحة العرض عنوان الجلسة، تم قامت بتحديد مفهوم "إعادة بناء السرد الشخصي" وكيف أن حياتنا يمكن أن تُروى بطريقة تركز على القوة والتغيير، وقامت بتذكيرهم بفكرة العلاج بالمعنى وعلى ماذا يرتكز وأجاب الجميع بأن البحث عن المعنى هو الأساس وأن البحث عن المعنى هو الدافع الأساسي في حياة الانسان، وأن فرانكل يرى أن الناس قادرون على تحمّل الألم والمعاناة، إذا وجدوا لهما معنى.

من أهم مبادئه:

- الإنسان حر في اتخاذ الموقف الذي يريده تجاه ظروفه.
- المعاناة يمكن أن تتحول إلى فرصة للنمو.
- لكل إنسان قصة، ويمكنه إعادة صياغتها ليعكس كرامته وقيمه.

- نشاط: (30 دقيقة) طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة أن يتحلوا بالهدوء التام، وأن يغلقوا أعينهم لاسترجاع لحظة شعروا فيها أنهم قد تغيروا نحو الأفضل، حتى وإن كانت تلك اللحظة صغيرة. وطلبت منهم التركيز على الشعور الذي عاشوه بقوة وشجاعة .

- كما طلبت الباحثة من كل عضو أن يسجل اللحظة التي شعر فيها بأنه يسير نحو الأفضل. وأشار معظم الأعضاء إلى أن اللحظة التي شعروا فيها بالقوة كانت عندما أصروا على العلاج والتخلص من الإدمان. وقد كان لهذه اللحظة تأثير إيجابي، حيث كانت الدافع وراء وجودهم في هذا المكان بهدف التعافي من الإدمان جسديًا ونفسيًا، واستعادة حياتهم الاجتماعية كما كانت قبل الإدمان. ثم طلبت من كل عضو أن يكتب فقرة قصيرة بعنوان: (أنا الشخص الذي...) حيث يقوم كل عضو بإكمال الفقرة بسرد جديد يعكس قوته وقيمه والدروس المستفادة من التحديات، كما شجعتهم على مشاركة سردهم مع المجموعة، مع التأكيد على أهمية أن يكونوا داعمين ومستمعين لكل من يروي قصته.

- تمت مناقشة تجارب كل عضو في المجموعة، حيث أشار أحدهم إلى أنه تمكن من التغلب على شعور الوحدة، وأصبح يحب نفسه ويقدر ذاته. وقد اكتشف أنه قادر على العيش بدون أشياء كانت تُعتبر أساسية في حياته.

- مناقشة في المجموعة لتحديد نقاط القوة في كل قصة (30 دقيقة): بعد أن سرد كل عضو من أعضاء المجموعة قصته تمت مناقشة نقاط القوة التي ظهرت في كل قصة مثل الصبر، القوة الداخلية، والقدرة على التكيف، تم قامت الباحثة بتشجيع الأعضاء على المناقشة والتعبير عن كيف يمكن لكل واحد منهم تعزيز هذه الصفات في حياته.

اختتام الجلسة (10 دقائق): وفي ختام الجلسة قامت الباحثة بتلخيص كيف يمكن للمشاركين إعادة بناء سردهم الشخصي بالتركيز على الإنجازات والقدرات تم قامت بشكر المشاركين على تفاعلهم وحماسهم داخل الجلسة.

التقييم:

- مراقبة المشاركة الجماعية: ملاحظة مدى مشاركة الأعضاء في سرد قصصهم والتفاعل مع الآخرين.
- التفاعل بين الأعضاء: مدى التفاعل الإيجابي والملاحظات التي يقدمها الأعضاء لبعضهم.

الواجب المنزلي: كتابة سرد حياتي: كلفت الباحثة الأعضاء بكتابة سرد شخصي جديد يركز على التحديات التي تم التغلب عليها والنقاط الإيجابية التي يمكن الاستفادة منها في الحياة اليومية ومناقشة ذلك في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشر: إعادة بناء السرد الشخصي (2):

موضوع الجلسة:

كتابة السرد الشخصي الجديد الذي يركز على القيم والأهداف.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على إعادة صياغة سردهم الشخصي بشكل إيجابي ومتناسك يعكس القيم التي يحملونها والأهداف التي يسعون لتحقيقها، في جو داعم يتيح تبادل القصص وتوليد الأمل الجماعي.

مع نهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:

- 1- كتابة نسخة جديدة من سردهم الشخصي تركز على المعنى والنمو.
- 2- التعبير عن القيم التي اكتشفوها في تجاربهم السابقة.
- 3- مساعدة الأعضاء في إعادة صياغة سرد حياتهم بشكل يعكس قيمهم وأهدافهم.

4-تعزيز التفاعل الجماعي ودعم الأعضاء في هذا التحول.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- كتابة السرد الشخصي: لتمكين الأعضاء من توثيق تحولاتهم الشخصية.
- التبادل الجماعي: لتوفير الدعم والتشجيع من الأعضاء الآخرين.

الأدوات المستخدمة:

أوراق وأقلام، لوحة بيضاء أو شاشة عرض لكتابة الملاحظات.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): رحبت الباحثة بالمشاركين وشكرتهم كما في كل مرة على التزامهم وحرصهم الشديد على حضور الجلسات، تم افتتاح الجلسة بحل واجب الجلسة السابقة وشكرت الكل على حرصه واهتمامه بالتكليف المنزلي وتمت مناقشته معه واجابة الباحثة على كل استفسار قام بطرحه افراد المجموعة، وبعد ذلك أوضحت عنوان الجلسة على لوحة العرض وهي تكمله للجلسة السابقة ولكن بأهداف جديدة وهي كتابة السرد الشخصي من خلال فحص القيم والأهداف الجديدة.
- كتابة سرد جديد للحياة يبرز القيم والأهداف (25 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء كتابة سرد جديد لحياتهم يركز على القيم والأهداف التي يريدون تحقيقها وتشجيعهم في التركيز على القيم التي يعتبرونها أساسية لتحقيق معنى حياتهم موضحة لهم أن العلاج بالمعنى يركز على قدرة الانسان على إعطاء معنى للتجربة، خصوصاً الألم والمعاناة وتحويل قصة كل انسان من ضحية الى قائد في رحلته الذاتية، وأوضحت الباحثة للمشاركين أن هذا يتم عن طريق هذه الفنية ،التي تساعدكم في اكتشاف القيم الجوهرية في تجاركم ،وذلك من خلال كتابة قصة جديدة مليئة بالأهداف والامل بدلاً من الألم ،مع التوضيح لأفراد الجلسة أن عملية الكتابة هنا ليست مجرد تفريغ أفكار بل هي أداة لإعادة البناء النفسي لكل فرد من أفراد المجموعة.
- تبادل السرد مع أعضاء المجموعة (15 دقيقة): بعد كتابة السرد الشخصي طلبت الباحثة من كل عضو أن يشارك قصته مع الآخرين، وطلبت من أعضاء المجموعة ان كل عضو

يكون جاهز لتدوين ملاحظات إيجابية ودعم بعضهم البعض. تم توزيع نموذج كتابة بسيط فيه:

- من أنا؟
- ما الذي تعلمته من تجربتي؟
- ما هي القيم التي ظهرت في رحلتي؟
- ما الذي أطمح له؟
- رسالتي لنفسي أو للعالم هي؟

ولكي تقوم الباحثة بالهام أعضاء المجموعة ومساعدتهم على سرد قصصهم اعطتهم مثال على ذلك يقول:

أنا الشخص اللي كان يخاف من التغيير، وخوض تجربة العلاج، لكن علمني الانكسار معنى الصبر. اليوم أنا أعيش بقيمة الأمل، وأطمح أن أكون متشافي داعمًا للآخرين الذين مروا بنفس تجربتي.

تم قامت الباحثة بتمرين لمدة (5 دقائق) مع موسيقى هادئة تساعد على الألهام والسرد، حيث طلبت من كل مشارك أن يكتب في قصاصات الورق التي وزعت عليهم الأسئلة التالية:

- اكتب درس تعلمته من الماضي؟
- ماهي أول خطوة ستقوم بها لتحقيق هدفك القادم؟

اختتام الجلسة (5 دقائق): في ختام الجلسة شكرت الباحثة المشاركين وقامت بتشجيعهم على تطبيق السرد الجديد في حياتهم اليومية واستخدامه كإطار لإعادة تشكيل اختياراتهم المستقبلية.

التقييم:

- مراجعة السرد الشخصي: تم تقييم مدى قدرة الأعضاء على صياغة سرد جديد يعكس القيم والأهداف الشخصية.

- التفاعل الجماعي: متابعة مدى دعم الأعضاء لبعضهم أثناء تبادل السرد الشخصي.

الواجب المنزلي: مراجعة وتعديل السرد: طلبت الباحثة من الأعضاء مراجعة سردهم الشخصي الجديد وتعديله بناءً على الملاحظات التي تم تلقيها من المجموعة.

الجلسة السادسة عشر: إيجاد معنى في الألم والمعاناة:

موضوع الجلسة:

اكتشاف كيف يمكن للمعاناة أن تكون مصدرًا للمعنى والإلهام.

الهدف العام للجلسة:

تمكين المشاركين من اكتشاف كيف يمكن للمعاناة أن تُشكّل دافعاً للنمو الشخصي، وتمنح حياتهم اتجاهاً ومعنى أعمق.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:

- 1- مساعدة الأعضاء على فهم كيف يمكن للمعاناة أن تمنح الحياة معنى وتوجّهاً جديداً.
- 2- تشجيع الأعضاء على تحويل المعاناة إلى فرصة للنمو والتعلم.
- 3- تحديد تجارب شخصية مؤلمة، ومحاولة اكتشاف ما أضافته هذه التجارب لهم على

صعيد القيم والنضج.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- التأمل الجماعي: حول معنى الألم والمعاناة.
- كتابة الرسائل: لمساعدة الأعضاء على التعبير عن مشاعرهم تجاه معاناتهم.
- تحليل المعنى.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء لكتابة الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): بدأت الباحثة بالترحيب والشكر لأعضاء المجموعة مطمئنة عن حالهم وأحوالهم، تم شرعت معهم في مناقشة الواجب المنزلي وشكرتهم على اهتمامهم وحرصهم على مناقشة الواجب، تم قامت بكتابة عنوان الجلسة على اللوحة البيضاء وقامت بشرح فكرة أن المعاناة يمكن أن تكون وسيلة لاكتشاف معنى أعمق في الحياة موضحة لهم أن النظرية التي صمم وفقها البرنامج تقوم على مبدأ "ليس المهم ما نعانيه، بل كيف نرد على هذه المعاناة، موضحة لهم ان فرانكل يرى الإنسان بأمكنة أن يجد المعنى في الحياة حتى في أحلك اللحظات سوى من خلال :
- التجربة (الخبرة الحسية والإنسانية)
- الإبداع (ما نُقدمه أو نُنجزه)

• الموقف (كيف نواجه الألم أو المواقف التي لا نستطيع تغييرها)

والمعاناة عندما لا تكون قابلة للتغيير تصبح مجالاً لاكتشاف الذات، وتحقيق النضج الروحي.

- مناقشة: كيف يمكن لمعاناتنا أن تكون مصدرًا للإلهام؟ (20 دقيقة): قامت الباحثة بفتح النقاش مع أفراد المجموعة حول كيف يمكن للمعاناة أن تصبح مصدرًا للمعنى والإلهام في حياة الشخص وشجعتهم على مناقشة القصص والتجارب الشخصية المتعلقة بالمعاناة وكيف تحولت إلى فرص.

- نشاط: كتابة رسالة إلى "الألم" حول ما تعلمه الأعضاء منه (20 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء كتابة رسالة شخصية إلى (الألم) يشرحون فيها ما تعلموه من معاناتهم وكيف ساعدتهم على النمو كما شجعتهم على التعبير عن مشاعر الامتنان للألم كجزء من عملية النمو تم طلبت منهم قراءات الرسائل التي كتبوها، وبعد ذلك يفتح باب النقاش ليتلقى أفراد المجموعة من تعليقات بعضهم البعض.

اختتام الجلسة (10 دقائق): اختتمت الباحثة الجلسة وشكرت أفراد المجموعة على تفاعلهم ونقاشهم وقامت بتشجيع الأعضاء على استخدام ما تعلموه لتحويل معاناتهم إلى فرص للتعلم والنمو الشخصي.

التقييم:

• التحليل العاطفي: يتم تقييم كيف يتفاعل الأعضاء مع مناقشة المعاناة وكيفية ربطها بالمعنى الشخصي.

• التعبير الكتابي: مدى قدرة الأعضاء على التعبير عن مشاعرهم من خلال الكتابة.

الواجب المنزلي: كتابة رسالة إلى الألم: يطلب من الأعضاء كتابة رسالة إضافية إلى معاناتهم يعبرون فيها عن الدروس التي تعلموها من الألم وكيف ساعدتهم في النمو الشخصي.

الجلسة السابعة عشر: الأهداف المستقبلية الجماعية والفردية:

موضوع الجلسة:

التخطيط للأهداف المستقبلية التي تعزز المعنى في حياة الأعضاء.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة الأعضاء على بناء رؤية واضحة للمستقبل تتناغم مع قيمهم الشخصية، وتوجيه طاقتهم نحو أهداف فردية وجماعية تمنح الحياة معنى أعمق.

الأهداف الإجرائية:

- بنهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:
- 1- مساعدة الأعضاء في تحديد الأهداف المستقبلية التي تدعم القيم الشخصية.
 - 2- التعبير عن التزامهم الداخلي بخطوة عملية نحو تحقيق تلك الأهداف.
 - 3- تحديد هدف شخصي يعبر عن قيمة جوهرية في حياتهم.
 - 4- تشجيع الأعضاء على العمل نحو الأهداف الجماعية والفردية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة في الجلسة:

- تحديد الأهداف: لتمكين الأعضاء من تحديد أهداف واقعية ترتبط بالقيم.
- التفاعل الجماعي: لمناقشة كيفية دعم الأعضاء لبعضهم البعض لتحقيق هذه الأهداف.
- الحوار السقراطي.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحة بيضاء لتسجيل الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق) بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بالحضور، معبرة عن شكرها لالتزامهم بالوقت ورجبتهم في المشاركة. ثم انطلقت في مناقشة الواجب المنزلي، حيث أبدى الجميع اجتهادهم في إنجازه، وتبادلوا الآراء حول ما كتبوه. بعد ذلك، تناولت الباحثة عنوان الجلسة، وكتبت على اللوحة البيضاء، موضحة أهمية تحديد الأهداف لتحقيق معنى الحياة وتوجيه الجهود المستقبلية.

- نشاط: تحديد الأهداف الفردية والجماعية (30 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو تحديد هدف فردي يتماشى مع قيمه، بالإضافة إلى هدف جماعي يمكن تحقيقه من خلال التعاون. وشددت على ضرورة أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقيق. كما أوضحت أن فرانكل أكد أن الإنسان يمكنه تحمل أي "كيف" إذا كان لديه "لماذا"، مما يجعل الأهداف المرتبطة بالقيم والمعنى أكثر قوة وثباتاً من الأهداف السطحية. وأكدت أن الأهداف ليست مجرد وسيلة للنجاح، بل هي بوابة لمعنى أعمق، وأن ربط الأهداف بالقيم يساعدنا على مواجهة الصعوبات. كما أشارت إلى أن الأهداف الجماعية تعزز الإحساس بالانتماء وتساعد في تخفيف العزلة النفسية.

- تم قامت الباحثة بتمرين بصري بعنوان "رحلة الى مستقبلي " فكرته أن يتخيل كل واحد نفسه بعد ثلاث سنوات ما لذي ستفعله، ومع من؟ كيف تشعر. وما لقيم التي تعيشها بوضوح؟ وطلبت من المشاركين كتابة هذا التأمل في فقرة قصيرة، ليتم مناقشته فيما بعد.

- مناقشة كيفية دعم المجموعة لبعضها البعض (10 دقائق): أعطت الباحثة الفرصة لكي يناقش الأعضاء كيفية تقديم الدعم والتشجيع لبعضهم في تحقيق الأهداف المحددة بينهم. وقامت الباحثة بتشجيع وتعزيز التعاون والشعور بالمسؤولية الجماعية.

اختتام الجلسة (10دقائق): ختمت الباحثة الجلسة وشكرت الأعضاء على حسن تفاعلهم بقرات الجلسة، وقامت بتشجيع الأعضاء على متابعة تحقيق أهدافهم ومراجعتها بانتظام.

التقييم:

- تقييم الأهداف المحددة: تقييم الأهداف الفردية والجماعية المحددة من قبل الأعضاء ومدى ارتباطها بالقيم الشخصية.
- التحفيز الجماعي: ملاحظة مدى تعاون الأعضاء في دعم أهداف بعضهم البعض.

الواجب المنزلي:

متابعة الأهداف: طلبت الباحثة من الأعضاء تحديد خطوات صغيرة للعمل نحو تحقيق أهدافهم الشخصية والجماعية خلال الأسبوع المقبل.

الجلسة الثامنة عشر: تعزيز الروابط الاجتماعية داخل المجموعة:

موضوع الجلسة:

تعزيز التواصل الاجتماعي والتعاون بين الأعضاء لدعم النمو الشخصي والجماعي.

الهدف العام للجلسة:

بناء مناخ داعم ومترايط داخل المجموعة، يُعزز من التواصل الإنساني، ويحفز التعاون والمساندة بين الأعضاء لتحقيق النمو الشخصي والجماعي.

الأهداف الإجرائية:

- 1- تعزيز الروابط الاجتماعية بين الأعضاء لتعزيز الدعم والتعاون.
- 2- تحفيز الأعضاء على تقديم الدعم والنصيحة لبعضهم البعض.
- 3- تنمية الشعور بالانتماء للمجموعة والاحترام المتبادل.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الغنيات المستخدمة في الجلسة:

- دعم جماعي: لتعزيز الروابط الاجتماعية والتعاون.
 - التفاعل الاجتماعي: لتشجيع الأعضاء على تبادل النصائح والدعم.
- الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، لوحات بيضاء أو شاشات لكتابة الملاحظات.

إجراءات الجلسة:

- الترحيب ومقدمة الجلسة (10 دقائق): بدأت الباحثة الجلسة بالترحيب بأعضاء المجموعة، معبرة عن شكرها لالتزامهم بالوقت وحرصهم على حضور الجلسات. وأشارت إلى غياب أحد الأعضاء بسبب ظروف صحية، متمنية له الشفاء العاجل. ثم انتقلت الباحثة إلى عرض موضوع الجلسة على اللوحة البيضاء، حيث أكدت على أهمية التعاون والتواصل الاجتماعي في عملية التعافي. وأوضحت أن فرانكل يرى أن المعنى لا يُبنى من التجارب الفردية فقط، بل يتشكل من خلال العلاقات الإنسانية العميقة. وأشارت إلى أن الدعم المتبادل بين الأعضاء يفتح الأبواب لاكتشاف المعاني المشتركة من الأمل والأمل، وأن العطاء للآخرين يعد أحد السبل لإيجاد المعنى، لأنه يساعدنا على الخروج من دائرة الذات الضيقة، كما استشهدت بعبارة فرانكل الشهيرة: (حين نكون هناك من أجل الآخرين، نكون أيضاً هناك من أجل أنفسنا).
 - نشاط: (جسر الروابط) (30 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو أن يقدم نصيحة أو دعماً لعضو آخر في المجموعة، متضمنة مجموعة من نصائح عن الحياة اليومية أو الدعم العاطفي.
 - تم أعطت الباحثة نشاط بعنوان (خريطة الدعم) طلبت من كل عضو أن يجيب في قصصه الورق التي أمامه على السؤال التالي: من الشخص الذي في المجموعة ساعدك أو ألهمك خلال الجلسات السابقة؟ وكيف تكون أنت الآن داعماً له؟
- ومن تم فتحت الباحثة النقاش بين أفراد المجموعة لتبادل الحديث بين كل الأشخاص الداعمين لبعض لتقوية الروابط الشخصية بينهم.
- مناقشة حول كيفية تعزيز الروابط الاجتماعية (10 دقائق): مناقشة حول كيفية الحفاظ على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بعد الجلسة.

اختتام الجلسة (10 دقائق): شكرت الباحثة في ختام الجلسة على حسن مشاركاتهم ونقاشاتهم الإيجابية واحترامهم بعضهم البعض وأكدت لهم أن يستمروا في الحفاظ على الروابط الاجتماعية وتعزيزها في حياتهم اليومية.

التقييم:

• مراقبة التفاعل الاجتماعي: متابعة تفاعل الأعضاء مع بعضهم البعض أثناء نشاط (جسر الروابط).

• التقييم العاطفي: ملاحظة إذا كان الأعضاء يشعرون بزيادة في الدعم المتبادل والثقة داخل المجموعة.

الواجب المنزلي:

مواصلة دعم المجموعة: طلبت الباحثة من الأعضاء التواصل مع عضو آخر في المجموعة خلال الأسبوع (يمكن أن يكون عبر الهاتف أو رسائل) لدعمهم في تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى.

المرحلة الثالثة: التطبيق العملي والإنهاء (الجلسات 19-29):

الجلسة التاسعة عشر: تعزيز الثقة الجماعية:

موضوع الجلسة:

الاحتفال بالنجاحات لتعزيز الروابط والثقة الجماعية.

الهدف العام للجلسة:

تعزيز الروابط الاجتماعية والثقة الجماعية من خلال استعراض النجاحات والإنجازات الشخصية، في بيئة داعمة تُشجع على التقدير والتكامل.
الأهداف الإجرائية

1- تعزيز الروابط الاجتماعية بين الأعضاء.

2- تحسين الثقة بالنفس والشعور بالإنجاز الشخصي والجماعي.

3- استحضار لحظات التغيير والنمو التي مروا بها خلال الرحلة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: الاحتفال بالنجاح، التفاعل الاجتماعي الإيجابي.

الأدوات المستخدمة: بطاقات كتابة، سبورة أو أوراق كبيرة لتدوين الإنجازات المشتركة.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (15 دقيقة): رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة شاكرة لهم حماسهم في الحرص على حضور الجلسات، تم افتتاح الجلسة بعد أن عم الهدوء على المكان بعد نقاش مع الباحثة عن أهمية ما يتعلموه بعد ذلك تمت مناقشة الواجب المنزلي، وشددت الباحثة على أهمية التقدير والاحتفاء بالنجاحات، موضحة لهم ان فرانكل صاحب العلاج بالمعنى يرى أن لحظات الإنجاز والتقدير هي تجسيد للمعنى القيمي الذي نعيشه في الحياة، عبر الاحتفال الواعي بالنجاح، ويصبح الماضي بالنسبة لكم ليس مجرد أحداث وإنما رحلة فيها معنى وتطور وانتقال من مرحلة الإدمان والوحدة الى مرحلة التشافي والعلاقات الاجتماعية الناجحة.
- نشاط: (احتفل بالنجاح) (30 دقيقة): طلبت الباحثة بعد ذلك من كل عضو مشاركة إنجاز يفخر به منذ انضمامه إلى البرنامج، وكتبت الإنجازات على السبورة لتوضيح الجهود المشتركة، تم فتحت الباحثة النقاش وشجعت المشاركين على تبادل التعليقات الإيجابية حول تجارب بعضهم البعض.
- اختتام (15 دقيقة): ناقشت الباحثة أهمية الاعتراف بالنجاح كخطوة نحو تعزيز المعنى في الحياة، تم قدمت شكر جماعي لجميع الأعضاء على جهودهم أثناء الجلسة.

التقييم:

- مراقبة مستوى المشاركة والتفاعل بين الأعضاء.
- قياس زيادة الثقة بالنفس من خلال تعليقات الأعضاء.

الواجب المنزلي:

كلفت الباحثة كل عضو بتحديد إنجاز جديد يسعى لتحقيقه خلال الأسبوع المقبل ومشاركته في الجلسة القادمة.

الجلسة العشرون: تطبيق تقنية النية المتناقضة في المواقف الحياتية:

موضوع الجلسة:

ممارسة تقنية النية المتناقضة للتغلب على المخاوف المتعلقة بالوحدة.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على استخدام تقنية "النية المتناقضة" للتعامل مع مشاعر الوحدة، وكسر دائرة القلق المرتبطة بالعزلة والخوف من الانفصال الاجتماعي.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة سيكون المشاركون قادرين على:

- 1- تمكين المشاركين من استخدام تقنية النية المتناقضة في مواجهة المواقف المسببة للوحدة.
- 2- تعزيز المرونة العاطفية في التعامل مع الوحدة النفسية.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: النية المتناقضة.

الأدوات المستخدمة: أوراق عمل تشرح خطوات تقنية النية المتناقضة، أمثلة مكتوبة عن مواقف حياتية يمكن تطبيق التقنية عليها.

إجراءات الجلسة:

- **المقدمة (10 دقائق):** رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة وشكرتهم على تجاوبهم وحرصهم على الحضور في الموعد المحدد، تم قامت بالمراجعة الدورية للواجب المنزلي والذي قدم في الجلسة السابقة، مقدمة لهم التعزيز والشكر لأدائهم الجيد.

- تم قامت الباحثة بتذكير أعضاء المجموعة الإرشادية بتقنية النية المتناقضة والتي تقوم على فكرة كسر حلقة القلق والخوف من خلال "الرغبة في الشيء الذي نخاف منه وبشكل ساخر أو مبالغ فيه، يؤدي إلى تفكيك سلطة الخوف عليه أي بمعنى عندما يأتي إليك شعور الوحدة بدل الهروب منه نوجهه بسخرية وتحدث معه بقولنا تعال لي أيها الشعور.

النشاط العملي (30 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء تحديد موقف معين سبب لهم مشاعر الوحدة، وأن يقوموا بممارسة النية المتناقضة عن طريق تخيل هذا الموقف بطريقة مبالغ فيها وسلبية، ثم ناقشت كيف يمكن أن يؤدي ذلك إلى تخفيف حدة المشاعر السلبية.

مناقشة جماعية (10 دقائق): مناقشة تجارب الأعضاء وأثر استخدام التقنية على مشاعرهم.

اختتام (10 دقائق): شكرت الباحثة الجميع وقامت بتشجيعهم على تطبيق التقنية في حياتهم اليومية. **التقييم:** تقييم فهم الأعضاء لتطبيق التقنية من خلال مشاركاتهم.

الواجب المنزلي: تطبيق تقنية النية المتناقضة على موقف جديد وتسجيل النتائج لمناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الواحد والعشرون: تطبيق تقنية التأمل على القيم.

موضوع الجلسة:

استكشاف القيم الشخصية وتطبيقها في الحياة اليومية.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على استكشاف قيمهم الشخصية الأساسية من خلال التأمل، وربط هذه القيم بسلوكياتهم اليومية، مما يمنحهم إحساسًا أعمق بالمعنى ويخفف من مشاعر الوحدة النفسية. الأهداف الإجرائية:

1- تعزيز وعي الأعضاء بقيمهم الأساسية.

2- تمكينهم من استخدام القيم كأداة لمواجهة الوحدة وتحقيق المعنى.

3- تحديد خطوة عملية تُعبّر عن إحدى قيمهم في الحياة اليومية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الغنيات المستخدمة: التأمل على القيم.

الأدوات المستخدمة: بطاقات تحمل قيمًا مختلفة، أوراق وأقلام لتدوين الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): رحبت الباحثة بأعضاء الجلسة موضحة لهم عنوان الجلسة على اللوحة البيضاء وبعد ذلك قامت بإعطاء معلومات عن مفهوم التأمل على القيم وأهميته في توجيه السلوك موضحة لهم ان القيم هي أحد المسارات الأساسية لاكتشاف المعنى في الحياة وهذه القيم هي:

4- القيم الإبداعية (ما نقدهم).

5- القيم التجريبية (ما نخنبره).

6- القيم السلوكية (الموقف تجاه ما لا نستطيع تغييره).

نشاط التأمل الجماعي (30 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء اختيار (3) قيم أساسية من بين

القيم المعروضة على البطاقات، وتخيل كيف يمكن لهذه القيم أن تقود حياتهم اليومية.

مناقشة جماعية (10 دقائق): بعد ذلك تمت مناقشة الأعضاء كيف يمكنهم تطبيق قيمهم في مواقفهم الحياتية.

اختتام (10 دقائق): في نهاية الجلسة شكرت الباحثة الجميع على حسن التركيز والاهتمام والتجاوب في الجلسة، وقامت مع أعضاء المجموعة بتلخيص أهمية العيش وفقاً للقيم.

التقييم: مراقبة قدرة الأعضاء على تحديد القيم وتخيل تطبيقها.

الواجب المنزلي: طلبت الباحثة من الأعضاء اختيار موقف يومي ومحاولة العيش وفقاً لقيمة أساسية وتسجيل التجربة.

الجلسة الثانية والعشرون: تعزيز القيم المشتركة داخل المجموعة:
موضوع الجلسة:

تحديد القيم المشتركة وتعزيز التعاون داخل المجموعة.

الهدف العام للجلسة:

تعزيز الروابط الإنسانية والانتماء داخل المجموعة من خلال التعرف على القيم التي تجمعهم، وتوظيف هذه القيم لبناء تعاون وعلاقات أكثر دفئاً وثقة.
الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة سيكون المشاركون قادرين على:

1- تحديد قيم شخصية يشعرون أنها محورية في حياتهم.

2- تقوية الروابط الاجتماعية بين الأعضاء.

3- خلق شعور بالانتماء إلى المجموعة من خلال القيم المشتركة.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: التأمل على القيم، المناقشة الجماعية.

الأدوات المستخدمة: سبورة أو أوراق كبيرة لتدوين القيم المشتركة.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة شاكرة لهم الالتزام بالحضور في الموعد المحدد، تم عرضت الباحثة على مناقشة الواجب المنزلي شاكرة كل المهتمين بذلك، تم عرضت عنوان الجلسة على اللوحة البيضاء، موضحة أهمية القيم المشتركة في تعزيز الشعور

بالانتماء، لافتة انتباههم إلى أن القيم لا تتبع من داخل الفرد بل تتجلى في العلاقة مع الآخرين، مؤكدة لهم أننا عندما نشارك القيم نشعر بأننا جزء من الآخرين وليس متفردين عنهم، وإن الإحساس بالانتماء القيمي يعالج الوحدة والفرغ الوجودي.

- **نشاط (شجرة القيم) (30 دقيقة):** طلبت الباحثة من كل عضو كتابة قيمة شخصية يعتقد أنها تساعد في بناء مجموعة قوية ثم مناقشة القيم المكتوبة والتوصل إلى قائمة بالقيم المشتركة بين أفراد المجموعة.

- **مناقشة جماعية (10 دقائق):** تم مناقشة كيفية تطبيق القيم المشتركة بين أعضاء المجموعة في الأنشطة الجماعية، حيث أكد الجميع على قيمة الصحة والتعافي وعدم الانتكاسة. **اختتام (10 دقائق):** وفي ختام الجلسة شكرت الباحثة الجميع وشجعتهم على أهمية القيمة التي اتفقوا عليها موضحة لهم لا بد أن تكون هذه القيمة وسيلة لتعزيز الروابط الاجتماعية فيما بينكم. **التقييم:** تقييم تفاعل الأعضاء ومشاركتهم في تحديد القيم.

الواجب المنزلي: كلفت الباحثة الأعضاء بالتفكير في كيفية تطبيق إحدى القيم المشتركة في حياتهم اليومية وتقديم تقرير في الجلسة المقبلة. **الجلسة الثالثة والعشرون: مراجعة الأهداف الشخصية والجماعية: موضوع الجلسة:**

تقييم الأهداف التي تم تحديدها سابقاً ومراجعة التقدم المحرز.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة الأعضاء على تقييم مدى التقدم الذي أحرزوه نحو تحقيق أهدافهم الشخصية والجماعية، من خلال مراجعة نواياهم السابقة والاحتفاء بما تحقق، مع تحديد الخطوات التالية لتعزيز النمو المستمر.

الأهداف الإجرائية:

1- مساعدة الأعضاء على مراجعة الأهداف الشخصية والجماعية التي حددها في بداية

البرنامج.

2- تعزيز الوعي بالإنجازات وتحديد المجالات التي تحتاج إلى تحسين.

3- تحديد العوامل التي ساعدتهم أو أعاقتهم.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفيئات المستخدمة: التقييم الذاتي، المناقشة الجماعية إعادة صياغة الأهداف.
الأدوات المستخدمة: نماذج أو أوراق تحتوي على الأهداف الشخصية والجماعية التي تم تحديدها مسبقاً، سبورة أو أوراق كبيرة لتدوين الأفكار، أقلام وأوراق لتدوين النقاط المهمة.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): رحبت الباحثة بالأعضاء تم ناقشت الواجب المنزلي الذي تم تكليفهم به في الجلسة السابقة، وتذكيرهم بأهمية مراجعة التقدم الجيد، تم قامت بتقديم نبذة عن الجلسة، موضحةً أنها فرصة للتفكير في الإنجازات وتحديد خطوات التطوير تم استرسلت معهم في الحديث ان الانسان يحقق المعنى من خلال النية الواعية والفعل القيمي موضحة لهم ان مراجعة الأهداف ليس لمقارنة النتائج فقط وانما لرؤية النمو الداخلي لكل عضو منكم وكيف اصبحتم أكثر انتران ووضوح ومسؤولية.

- نشاط التقييم الذاتي (15 دقيقة): قامت الباحثة بتوزيع النماذج التي تحتوي على الأهداف الشخصية والجماعية التي تم تحديدها في الجلسات السابقة، يتم طلبت من كل عضو مراجعة أهدافه وتدوين:

- الأهداف التي تم تحقيقها.
- الأهداف التي لا تزال قيد العمل.
- الأهداف التي تحتاج إلى تعديل أو تطوير.

المناقشة الجماعية (20 دقيقة): بعد مراجعة الأهداف، سألت الباحثة أعضاء المجموعة أسئلة تمثلت في:

- ما الذي ساعدك على تحقيق أهدافك؟
- ما العقبات التي واجهتها؟
- كيف يمكننا كفريق دعم بعضنا البعض لتحقيق المزيد؟

تم قامت الباحثة بكتابة النقاط المشتركة على السبورة لمناقشتها.

إعادة صياغة الأهداف (10 دقائق): بناءً على المناقشة بين أعضاء المجموعة طلبت الباحثة من الأعضاء تعديل وتطوير أهدافهم الشخصية والجماعية لتكون أكثر قابلية للتحقيق أو ملائمة لوضعهم الحالي.

اختتام (5 دقائق): في ختام الجلسة شكرت الباحثة الحضور على حسن الاستماع والمشاركة الفعالة مؤكدة لهم أهمية استمرار العمل على الأهداف حتى بعد انتهاء البرنامج. بعد ذلك طلبت الباحثة من الجميع تلخيص النقاط البارزة من الجلسة.

التقييم:

- تقييم مدى وعي الأعضاء بتقديمهم في تحقيق الأهداف.
- قياس مستوى المشاركة في النشاط والمناقشة.

الواجب المنزلي:

- طلبت الباحثة من افراد المجموعة اختيار هدف واحد من الأهداف الشخصية التي لم تتحقق بعد، ووضع خطة محددة تتضمن خطوات عملية لتحقيقه.
- تطبيق الخطة خلال الأسبوع وتسجيل الملاحظات لتتم مناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة والعشرون: إعادة بناء السرد الشخصي (1):

موضوع الجلسة:

استكشاف السرد الشخصي السابق وتحديد كيفية إعادة صياغته بطريقة تعكس القيم والأهداف الجديدة.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على اكتشاف السرد الشخصي القديم الذي يغذي الشعور بالوحدة أو الألم، وإعادة التفكير فيه بطريقة تعكس القيم الحقيقية والأهداف الجديدة التي تمنح حياتهم اتجاهاً أعمق.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة سيكون المشاركون قادرين على:

1- مساعدة الأعضاء على التعرف على أنماط التفكير القديمة التي قد تساهم في الشعور بالوحدة.

2- تعزيز السرد الشخصي الذي يدعم القيم والمعنى في الحياة.

3- فهم تأثير هذه السرديات على نظرتهم لذواتهم وحياتهم.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: السرد الشخصي، التفكير التأملي، الدعم الجماعي.
الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، قوائم إرشادية لكتابة السرد (تشمل أسئلة محفزة مثل: (ما الدروس التي تعلمتها؟).

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (15 دقيقة): رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة، تم ناقشت معهم الواجب المنزلي شاكراً لهم حرصهم على انجاز هذه المهمة، تم قامت بتقديم فكرة السرد الشخصي وتأثيره على نظرتنا للحياة، موضحة كيفية استخدام السرد لإعادة صياغة التجارب السلبية وإيجاد معنى إيجابي ووضحت لهم أن الانسان لا يتحرر من معاناته فقط بل لأبد أن يعطيها معنى وان العلاج السردي يساعد على تفكيك القصص السلبية التي يراها الإنسان عن نفسه ولأبد من كتابتها بطريقة صحيحة تمنح الفرد القدرة والكرامة.

- نشاط فردي (15 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو كتابة قصة قصيرة عن تجربة سابقة أثرت فيه بشدة، ووجهت لهم أسئلة تمثلت في:

• ماذا تعلمت من هذه التجربة؟

• كيف ساعدتك هذه التجربة على النمو؟

مناقشة جماعية (20 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو أن يشارك قصته مع المجموعة، مع تقديم دعم إيجابي من الأعضاء الآخرين والتأكيد على نقاط القوة في القصة.
اختتام (10 دقائق): وفي نهاية الجلسة شكرت الباحثة الأعضاء على التفاعل الجيد، تم قامت بتلخيص الفكرة الرئيسية: بأن السرد الشخصي يمكن أن يكون أداة قوية للتحويل الإيجابي، تم شجعت الأعضاء على التفكير في قصص أخرى يمكن إعادة صياغتها.

التقييم:

• تقييم مدى قدرة الأعضاء على إعادة صياغة السرد بشكل إيجابي.

• ملاحظة المشاركة والتفاعل بين الأعضاء.

الواجب المنزلي: كتابة قصة أخرى عن تجربة سلبية ومحاولة إعادة صياغتها لتظهر فيها القيم أو الدروس المستفادة.

الجلسة الخامسة والعشرون: إعادة بناء السرد الشخصي (2)

موضوع الجلسة:

مواصلة العمل على السرد الشخصي ومشاركة القصص المعاد صياغتها للحصول على دعم المجموعة.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة الأعضاء على تعزيز قدرتهم على إعادة صياغة سردهم الشخصي من خلال الكتابة الواعية ومشاركة قصصهم المُعاد بناؤها، في بيئة داعمة، تُعزز الشعور بالتقبل والانتماء والنمو.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:

- 1- تعزيز الثقة في القدرة على إعادة بناء السرد الشخصي.
- 2- تقديم الدعم الجماعي لتحسين النظرة الإيجابية للتجارب السابقة.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: السرد الشخصي، التعزيز الإيجابي.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): رحبت الباحثة بأعضاء المجموعة، تم قامت بمراجعة ما تم في الجلسة السابقة، والتأكيد على أهمية الدعم الجماعي في إعادة بناء السرد ووضحت لهم ان الانسان قادر على إعطاء معنى لتجاربه بما فيها الألم عندما يعيد تفسيرها عبر منظور القيم والغاية، وتفكيك القصة السلبية وإعادة كتابتها بطريقة تساعد على التقدم.
- نشاط فردي (20 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء مراجعة القصة التي كتبوها في الواجب المنزلي، لتحسين السرد بناءً على التأمل والتعلم من التجربة.
- نشاط جماعي (20 دقيقة): طلبت الباحثة من كل عضو أن يشارك القصة المعدلة مع المجموعة، ليشارك جميع الأعضاء ملاحظات إيجابية وتشجيعية حول نقاط القوة في القصة.
- اختتام (10 دقائق): في نهاية الجلسة شكرت الباحثة الجميع، موضحة لهم أن السرد الشخصي ليس ثابتاً، ويمكن تغييره مع نمو الشخص، وقامت بتشجيع الأعضاء على مواصلة التأمل في تجاربهم اليومية.

التقييم:

- ملاحظة التحسن في جودة السرد الشخصي.
- تقييم التفاعل بين الأعضاء ودعمهم لبعضهم البعض.

الواجب المنزلي: كلفت الباحثة الأعضاء بتحديد تجربة حالية يمرون بها ومحاولة صياغة سرد إيجابي لها.

الجلسة السادسة والعشرون: إيجاد المعنى في العلاقات الجديدة:

موضوع الجلسة:

استكشاف كيفية بناء علاقات جديدة وإيجاد معنى من خلالها.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة الأعضاء على الانفتاح لبناء علاقات جديدة بعد الصدمات أو العزلة، واكتشاف كيف يمكن للعلاقات الإنسانية أن تكون مصدرًا للمعنى، الدعم، والنمو الشخصي.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:

- 1- التعبير عن مواقف سابقة أثرت على قدرتهم على بناء علاقات.
- 2- تشجيع الأعضاء على الانفتاح لبناء علاقات جديدة.
- 3- تعزيز فهم أهمية العلاقات في إيجاد المعنى ومكافحة الوحدة.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: التفكير الجماعي. المحادثة التأملية.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام لتدوين الأفكار.

إجراءات الجلسة:

- **المقدمة (15 دقيقة):** رحبت الباحثة بالأعضاء وشكرتهم على الالتزام والاهتمام، تم شرعت للدخول في الجلسة بعد مناقشة الواجب السابق، تم شرح أهمية العلاقات في تعزيز الشعور بالمعنى والتغلب على الوحدة موضحة لهم ان أحد الطرق لاكتشاف المعنى هي العلاقات الإنسانية والتجارب العاطفية، وخاصة عندما نرتبط بصدق مع الآخرين نكتشف ذواتنا عبر

أعينهم، وان العلاقات الحقيقية تمكننا من تجاوز الانغلاق والشعور باننا مقبولين ومهمين لدى الآخرين وان الوحدة النفسية لأتعالج فقد بالعدد وانما بالعمق والجودة في العلاقات.

- **نشاط جماعي (15 دقيقة):** قامت الباحثة بمناقشة مفتوحة حول صفات العلاقة الصحية والمفيدة.

وطرحت الأسئلة التالية:

• ما الذي يجعل العلاقة ذات معنى؟

• كيف يمكنك المساهمة في بناء علاقات جديدة؟

تمرين تأملي (20 دقيقة):

طلبت من كل عضو كتابة قائمة بصفات الأشخاص الذين يرغبون في بناء علاقات معهم، تم مشاركة الأعضاء أفكارهم مع المجموعة، مما يعزز الشعور بالهدف المشترك.

اختتام الجلسة (10 دقائق): ختمت الباحثة الجلسة بعد ان شكرت الجميع على التزامهم وتقيدهم بموضوع الجلسة تم قامت بالمشاركة مع أعضاء المجموعة:

• تلخيص أهمية بناء العلاقات الجديدة ودورها في التعافي.

• قامت بتشجيع الأعضاء على تطبيق ما تعلموه في حياتهم اليومية.

• تقييم قدرة الأعضاء على تحديد صفات العلاقات ذات المعنى.

• قياس مدى استعدادهم للانفتاح على بناء علاقات جديدة.

الواجب المنزلي: تحديد شخصين أو ثلاثة يمكن بدء علاقة جديدة معهم ومحاولة التواصل معهم.

الجلسة السابعة والعشرون: تقوية المعنى في العلاقات الحالية:

موضوع الجلسة:

تعزيز الروابط الحالية وإيجاد معنى أعمق في العلاقات القائمة.

الهدف العام للجلسة:

تعزيز قدرة المشاركين على إعادة النظر في علاقاتهم الحالية بنظرة أعمق، واكتشاف

المعاني، والقيم، والدروس التي يمكن أن تتبع منها، مما يعزز الإحساس بالدعم والانتماء.

الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة، سيتمكن المشاركون من:

1- مساعدة الأعضاء على تحسين العلاقات الحالية وتعميقها.

2- تعزيز الشعور بالانتماء والدعم الاجتماعي.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: التقييم العاطفي، التفكير الجماعي.

الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): تم الترحيب بأعضاء المجموعة، ومناقشة الواجب المنزلي، تم التطرق لمراجعة أهمية العلاقات في البرنامج، وتوضيح كيفية تعميق الروابط الحالية موضحة لهم ان العلاقات هي واحدة من أهم مصادر اكتشاف المعنى، حتى العلاقات التي مرت بصعوبات يمكن أن تحتوي على معاني خفية مرتبطة بالصبر والحب والمغفرة والنمو، فحين نحب الآخر نراه على حقيقته ليس فقط كما هو بل كما يمكن أن يكون، ووضحت لهم أن المعنى لا يولد من المثالية في العلاقات، بل من النية الواعية لعيش القيم خلالها.

نشاط فردي (15 دقائق): طلبت الباحثة من أعضاء المجموعة التفكير في علاقتين أو ثلاث علاقات حالية مهمة بالنسبة لهم وكيفية تعزيز هذه العلاقات وإيجاد معنى أعمق فيها. مناقشة جماعية (20 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء مشاركة أفكارهم وخططهم لتعزيز العلاقات والحصول على دعم وملاحظات إيجابية من المجموعة. اختتام (15 دقيقة): في ختام الجلسة شكرت الباحثة أعضاء المجموعة تم طلبت منهم مشاركتها في تلخيص أهمية تحسين العلاقات الحالية ودورها في تعزيز التعافي، تم قامت بتشجيعهم على تطبيق خططهم على الفور.

التقييم:

• تقييم وضوح خطط الأعضاء لتحسين العلاقات.

• قياس استعدادهم للتطبيق العملي.

الواجب المنزلي: طلبت الباحثة من الأعضاء تنفيذ خطوة واحدة لتعزيز علاقة حالية ومشاركة النتائج في الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة والعشرون: خطة ما بعد البرنامج:

موضوع الجلسة:

وضع خطة شخصية لكل عضو لمواصلة تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى في حياتهم اليومية.

الهدف العام للجلسة:

مساعدة المشاركين على صياغة خطة واقعية وعملية لتطبيق تقنيات العلاج بالمعنى في حياتهم اليومية، من أجل استمرار التعافي وتقوية الشعور بالمعنى وتجنب الوحدة النفسية بعد انتهاء البرنامج.

الأهداف الإجرائية:

- بنهاية الجلسة سيكون المشاركون قادرين على:
- تحديد أكثر التقنيات أو المفاهيم التي أثرت فيهم خلال البرنامج.
- مساعدة الأعضاء على وضع خطط مستقبلية ملموسة لاستمرار التعافي وتجنب الشعور بالوحدة.
- تعزيز الاستقلالية في تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: التخطيط الشخصي. التفكير الاستباقي. الدعم الجماعي.
الأدوات المستخدمة: أوراق وأقلام، قائمة مرجعية تشمل التقنيات التي تعلمها الأعضاء خلال البرنامج.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (10 دقائق): رحبت الباحثة بأعضاء الجلسة، تم ناقشت معهم الواجب المنزلي، ومن تم قامت بمراجعة أهداف البرنامج وتذكير الأعضاء بالتقنيات التي تعلموها، مثل النية المتناقضة، التأمل على القيم، تشتت التفكير، وإعادة بناء السرد الشخصي، شرح أهمية التخطيط الشخصي في الحفاظ على التعافي.

- نشاط فردي (25 دقيقة): طلبت الباحثة من الأعضاء أن يكتب خطة تتضمن:

- أهداف شخصية طويلة وقصيرة المدى.
- كيفية تطبيق تقنيات العلاج بالمعنى لتحقيق هذه الأهداف.
- الخطوات المحددة التي سيتخذها عند مواجهة تحديات أو شعور بالوحدة.

- مناقشة جماعية (15 دقيقة): طلبت الباحثة أن يشارك كل عضو خطته مع المجموعة للحصول على تعليقات ودعم وتم تشجيع الأعضاء على تقديم اقتراحات لتحسين خطط زملائهم. اختتام (10 دقائق): وفي ختام الجلسة شكرت الباحثة الجميع على تفاعلهم وحرصهم على النقاش، تم طلبت منهم مشاركتها في تلخيص الجلسة، مؤكدة لهم أهمية الالتزام بالخطة الشخصية، وطلبت منهم أن لا يتغافلوا على ان المجموعة ستكون دائماً مصدراً للدعم إذا احتاجوا إليه.

التقييم:

- تقييم وضوح الخطط المكتوبة ومدى توافقها مع التقنيات التي تعلمها الأعضاء.
- ملاحظة استعداد الأعضاء للانتقال إلى مرحلة الاستقلالية.

الواجب المنزلي: تنفيذ الخطوة الأولى من الخطة الشخصية ومراقبة تأثيرها.

الجلسة التاسعة والعشرون: التقييم والاحتفال (رحلتنا نحو المعنى)
موضوع الجلسة:

القياس البعدي لمقياس الشعور بالوحدة النفسية، مراجعة إنجازات البرنامج والاحتفال بنجاح الأعضاء وتعزيز الشعور بالإنجاز الجماعي.
الهدف العام للجلسة:

الختام التقييمي والاحتفالي للبرنامج من خلال قياس أثره على الشعور بالوحدة النفسية، مراجعة إنجازات المشاركين، وتعزيز الشعور بالنجاح والانتماء الجماعي.
الأهداف الإجرائية:

بنهاية الجلسة سيكون المشاركون قادرين على:

- 1- تطبيق المقياس البعدي لمقياس الشعور بالوحدة النفسية.
- 2- تقييم تأثير البرنامج على تقليل الشعور بالوحدة وتحسين الشعور بالمعنى.
- 3- تعزيز الروابط الاجتماعية والاحتفاء بالتقدم الشخصي والجماعي.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

نوع التدريب: جماعي.

الفنيات المستخدمة: القياس البعدي، التقييم الجماعي. التعزيز الإيجابي. الاحتفال.

الأدوات المستخدمة: مقياس الشعور بالوحدة النفسية، نموذج تقييم شامل للبرنامج، شهادة تقدير أو هدية رمزية لكل عضو.

إجراءات الجلسة:

- المقدمة (20 دقيقة): عبّرت الباحثة عن شكرها للأعضاء على التزامهم وتفاعلهم خلال البرنامج، مشيرة إلى أن اليوم يمثل الجلسة الأخيرة من رحلتنا المشتركة. وأكدت أن هذا اليوم ليس نهاية البرنامج، بل هو بداية جديدة لكل واحد منكم، بداية تتسم بوعي أعمق وقيم أوضح ونظرة مختلفة للحياة ولأنفسكم، على مدار الأسابيع الماضية، خضنا رحلة لم تكن سهلة، حيث شهدت تأملات ولحظات صمت لبعض الأعضاء، ومشاركات مليئة بالضحك والبكاء من آخرين. لكن ما لمستته هو أنكم كنتم حاضرين بصدق.

فالיום: نقيم كيف تغيروا إحساسكم بالوحدة، وتراجعون خطواتكم وقيمكم التي أصبحتم تعيشونها وتحفلون بنسختكم الجديدة التي وأجهت المعاناة للوصول لمعنى جديد في الحياة، موضحة لهم ان فرانكل لم يكن يبحث عن الخلاص الفردي من الألم، بل على القدرة على تحويل الألم الى معنى تم الى علاقة تم الى رسالة.

تقييم جماعي (30 دقيقة): وزعت الباحثة مقياس الوحدة النفسية (القياس البعدي)، وتوزيع نماذج تقييم البرنامج، تم مناقشة جماعية حول:

- ما الذي تعلموته؟
- ما هي التحديات التي تغلبتوا عليها؟
- كيف ساعدكم البرنامج في تقليل الشعور بالوحدة؟

نشاط احتفالي (20 دقيقة):

• طلبت الباحثة من كل عضو أن يشارك إنجازًا شخصيًا أو لحظة فارقة أثناء البرنامج.

• تم وزعت الباحثة هدايا رمزية كتعبير عن الاحتفاء بإنجازاتهم.

اختتام (20 دقائق): في ختام الجلسة كررت الباحثة شكرها وقامت بتشجيع الأعضاء على البقاء على تواصل ودعم بعضهم البعض.

تم ختمت الباحثة أنتم اليوم لستم نفس الأشخاص الذين بدأوا هذه الرحلة، فكل واحد فيكم مرّ بلحظات مواجهة، وصدق، وتأمل، ومشاركة، وكل خطوة كانت شهادة على قوتكم الداخلية، قد لا يكون المستقبل خاليًا من التحديات، لكن الفرق الآن؟ إن معكم أدوات، ومعكم قيم، ومعكم قصة جديدة، أنت من يكتبها وليس الألم.

- أنتم تعلمتم كيف تحكون قصتكم بمعنى.

• تعلمتم أن الوحدة شعور، وليست هوية.
اليوم لا أودعكم بل أودع نسخة قديمة منكم، ونحتفل ببداية نسخة أكثر وعي، أكثر شجاعة، وأكثر إنسانية.

احملوا ما تعلمتموه معكم في تفاصيل يومكم، في نظرتكم لأنفسكم، في علاقتكم بالناس، وحتى في أصعب لحظاتكم، المعنى موجود دائماً، أحياناً يحتاج فقط نيتك، وجرأتك، ونظرة جديدة.
تم قالت الباحثة للمجموعة نلتقي بعد شهر لتطبيق المقياس للمرة الأخيرة.

التقييم:

- قياس رضا الأعضاء عن البرنامج من خلال النماذج والمناقشة.
- ملاحظة الشعور العام بالإنجاز والتفاؤل بين الأعضاء.

الواجب المنزلي:

كتابة رسالة شخصية لأنفسهم يصفون فيها مشاعرهم الآن وخططهم المستقبلية، وقراءتها بعد شهر كوسيلة للتذكير بإنجازاتهم.

ملحق رقم (08)

جامعة الزاوية

إدارة الدراسات العليا والتدريب

كلية الآداب - قسم الدراسات التربوية والنفسية

شعبة الدراسات النفسية

يوضح تقييم الجلسة من أفراد المجموعة

غير مقبول	مقبول	جيد	جيد جدًا	ممتاز	الأسئلة
					إلى أي مدى كان محتوى الجلسة واضحًا ومفيدًا لك؟
					كيف تقييم أداء الباحثة في تسهيل الجلسة؟
					ما رأيك في الأنشطة والتجارب التي تم تقديمها خلال الجلسة؟
					هل شعرت أن مشاركتك في هذه الجلسة أضافت لك شيئًا مفيدًا؟

ملاحظاتك واقتراحاتك (اختياري):

.....

.....

.....