

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج
الذكاء الوجداني البين ذاتي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين بين فعالية برنامج مراحل
التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة:دراسة على عينة من المتعافين من المؤثرات
العقلية.

إعداد الباحث/إبراهيم خليل الحربي

المملكة العربية السعودية

جامعة المؤسس الملك عبدالعزيز

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

قسم علم النفس

مستخلص: هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر العلاقة بين متغيري الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين على فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي المسحي، حيث تم الحصول على البيانات المطلوبة من خلال تطبيق مقياس الذكاء الوجداني البين - ذاتي ومقياس الدافعية على عينة مكونة من (15) فرداً من المتعافين من المؤثرات العقلية في مدينة جدة، والذين تم إخضاعهم لبرنامج مراحل التغيير، ومن خلال تحليل بيانات الدراسة وتفسير نتائجها، فقد خلصت الدراسة إلى أن الذكاء الوجداني البين ذاتياً بعباده (الوعي الانفعالي بالذات، احترام الذات، توكيد الذات، الاستقلالية وتحقيق الذات) تتوفر بدرجة عالية لدى المتعافين من المؤثرات العقلية، ويدل على ذلك قيم المتوسطات الحسابية حيث جاءت على التوالي (2.83، 2.53، 2.61، 2.65، و 2.85)، كما بينت النتائج وجود مستوى مرتفع للدافعية للعلاج لدى المتعافين من المؤثرات العقلية حيث بلغت قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام (2.78). كما بينت النتائج أن ارتفاع مستوى الذكاء الوجداني البين- ذاتي لدى المتعافين يساهم بشكل إيجابي في خفض معدل الانتكاسة لدى أفراد العينة، ويدعم ذلك قيمة معامل بيتا حيث بلغت (-0.672)، مما يبين وجود تحسن في مستوى الاستجابة للعلاج وبالتالي منع الانتكاسة والعودة مرة أخرى للإدمان. كما بينت النتائج أنه على الرغم من أن متغيري الذكاء الوجداني والدافعية للعلاج يفسران نسبة 42.0% من

التغيرات في سلوك المتعافين، إلا أن أثر الدافعية للعلاج - مستقلاً - غير دال إحصائياً. كما كشفت النتائج أن متغيري الذكاء الوجداني والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين يفسران نسبة 60% من التغيرات في مرحلة التعافي، حيث بينت النتائج أن هناك علاقة ارتباط موجب دال عند مستوى المعنوية (0.01) بين الذكاء الوجداني والتعافي، بينما غير دالة بين الدافعية للعلاج والتعافي. ولقد أوصت الدراسة بأهمية تحفيز المتعافين وذلك من خلال تبني برامج علاجية باستخدام مراحل التغيير مع الحرص على تعزيز الذكاء الوجداني البين-ذاتي وتحفيز الدافعية للعلاج، حيث تبين أن تطبيق مراحل التغيير يساهم في منع الانتكاسة. كما أوصت الدراسة على ضرورة متابعة المتعافين لفترة لا تقل عن ثلاثة أشهر بعد الانتهاء من فترة الأعراض الانسحابية الحادة ومرحلة التأهيل المكثفة حتى تساهم تلك المتابعة في التدخل السريع في حالة تعرض المتعافي لأي ضغوط تدفعه الى الانتكاسة لا سمح الله. كذلك أوصت الدراسة بضرورة التعامل الإيجابي من جانب أفراد المجتمع وخاصة الأسرة، مع المتعافين من المؤثرات العقلية، وذلك حتى يتم إبعادهم عن مسببات الانتكاسة، كما أوصت الدراسة بأهمية استخدام تقنيات متعددة مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي، وذلك من خلال تعزيز الدافعية للعلاج والحد من فرص العودة مرة أخرى للإدمان.

المقدمة:

إن مشكلة تعاطي وإدمان المؤثرات العقلية مشكلة لا يلمسها أفراد المجتمع السعودي فحسب بل المجتمعات ككل، وتعد من أخطر المشاكل التي تهدد صحة الشباب النفسية والصحية والاجتماعية والاقتصادية، ومجتمعنا السعودي حاله حال المجتمعات الأخرى يعاني من هذه الآفة الفتاكة والتي تتجلى خطورتها فيما تحدثه من أضرار خطيرة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع ولا سيما أنها تهدد كيان المجتمع ألا وهم الشباب (ربيع، 2010: 2).

ومع ظهور مفهوم الذكاء الوجداني الذي يعتبر من أهم المفاهيم التي اكتسبت مزيداً من الشهرة لمساهمته ودوره البارز في حل الكثير من الأزمات والمشكلات ويساهم في سهولة التواصل مع الأفراد من خلال استعمال الشعور الوجداني، وكما تشير بعض الدراسات الحديثة كدراسة (الخليفي، 2010) أن الأفراد ذوو الذكاء الوجداني المرتفع غالباً ما يتصفون

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

بالوعي الانفعالي والتوكيدي واحترام الذات وتحقيق الذات والاستقلالية وهذه أمور جميعها هامة يحتاجها الأفراد في التفاهم والتفاعل فيما بينهم فعندها يكونوا قادرين على الإدراك والمرونة والحيوية وتقوم بينهم علاقات جيدة ، تساهم في الاستمرارية على التغيير بشكل مستمر .

كما توصلت دراسة عيسى ورشوان (2006) إلى إمكانية التنبؤ بالتوافق والرضا عن الحياة من خلال الذكاء الوجداني، حيث تشير نتائج هذه الدراسة إلى تفوق الأفراد مرتفعي الذكاء الوجداني في التوافق ، والرضا عن الحياة، وفي حل المشكلات، وتحمل الضغوط مقارنة بالأفراد منخفضي الذكاء الوجداني، وبينت دراسة قام بها بار اون (Bar- On- 2005) فاعلية الذكاء الوجداني في تحسين جودة الحياة وتنمية الرضا عن الحياة وتحقيق مستوى أفضل من السعادة الشخصية.

وفى ضوء ما تقدم يرى الباحث أن تأثيراً إيجابياً محتملاً للذكاء الوجداني ، بمكونه البين ذاتي، وأبعاده الفرعية(الوعي الانفعالي بالذات، احترام الذات، التوكيدية، الاستقلالية، تحقيق الذات)، يمكن أن يفيد في استجابة مدمني المؤثرات العقلية لبرامج العلاج، بما يعجل بتعافيهم، ووقايتهم من الانتكاس.

وقد بينت دراسة (الريس 1415هـ) أهمية دور الرعاية اللاحقة للحد من عودة المدمن المتعافى إلى إدمان وتعاطي المؤثرات العقلية حيث بينت أن غالبية العائدين إلى المؤثرات العقلية أفادوا أن المستشفى لم تقم بدور متابعتهم بعد تعافيهم كما بينت أن علاج مشكلة الانتكاسة يكمن في إيجاد وتوفير فرص عمل للمدمن المتعافي العاطل.

أنالانتكاسة ظاهرة طبيعية يعيشها المدمنون المتعافون من الإدمان في المراحل الأولى بعد انتهاء العلاج، حيث يمر المدمن بشعورٍ قويٍ للانتكاسة، وتشير الدراسات إلى أنه من (40% - 60%) من الأفراد الذين يتم علاجهم يمرون بمرحلة الانتكاسة خلال السنة الأولى من العلاج، والانتكاسة هنا ليست اختيارية لان المدمن لا يستطيع السيطرة على الظروف الاجتماعية المحيطة به بعد العلاج" كما بين (مشاقبة، 2007، 110)" مشكلة الدراسة:

الباحث/إبراهيم خليل الحربي
تكمّن مشكلة الدراسة في الآتي:

إن مشكلة تعاطي المؤثرات العقلية تتسبب في تدهور الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحانية والبيئية لدى المتعاطي، ومن المعروف إن مشكلة المدمن لا تنتهي حين يتوقف عن التعاطي فقط فالتوقف هو مرحلة أساسية وأولية في العلاج وتعتبر النقطة الأولى للانطلاق للحياة الحقيقية التي سيعيشها وقد أشار أوتو ماكيل في كتابه المترجم من قبل الدكتور بلال سالم (2013) (الكحول والتبغ) إلى أهمية التحفيز التي ستؤدي بدورها إلى انخفاض في سلوك الاستهلاك للمواد المخدرة وربما الامتناع بشكل تام عن التعاطي.

ومن خلال تجربة الباحث العملية في مجال علاج الإدمان على المؤثرات العقلية والاحتكاك المباشر مع المدمنين وأسرههم خلال فترة العلاج الأولية والممتدة لأكثر من اثني عشر سنة والتي كان يركز فيها على تزويد المتعافين والأسرة بمهارات التعامل مع الحياة بشروطها والتأقلم معالضغوط التي تحتويها، لكي لا يعود المتعافين إلى دائرة التعاطي من جديد بسبب عدم إتقان المهارات التي تحسن من أدائهم في الحياة وتجعل لهم مجموعة من القدرات الشخصية التي يستطيعون بواسطتها تحقيق ذاتهم وإيجاد هوية حقيقية لأنفسهم وقدرة فعلية على التعامل مع مشاعرهم وأفكارهم ومواقف الحياة الضاغطة والتي من الممكن أن تؤدي إلى الانتكاس من جديد.

وتختلف الأهداف الإستراتيجية وفقاً لطبيعة المشكلة للشخص المراد تأهيله من خلال طبيعة المجتمع الذي نعد الشخص للاندماج فيه وفي حالة تأهيل متعاطي المؤثرات العقلية تكون الأهداف الإستراتيجية من أجل الوصول بالشخص إلى التوقف التام عن تعاطي المؤثرات العقلية والاستمرار في التعافي، والتأمين التام على دافعية المتعاطين إلى الإبراء من المخدر وعدم الاعتماد عليه من خلال خلق أنشطة وهوايات جديدة، وإتاحة الفرصة للمتعاقي في أن يجد سبيله إلى ممارسة الأدوار المنوطة به في الحياة الاجتماعية وتشجيعه على ذلك وأن يتعلم أو يتدرب على مواجهة أي ضغوط جديدة قد يتعرض لها في بيئته.

ولدراسة هذا الموضوع المهم في علاج المدمنين والذي بدوره قد يساهم في وضع إستراتيجية واضحة وفعالة لعلاج الإدمان ولحماية المتعافين برفع مستوى دافعتهم للعلاج ، كان لا بد من إيجاد نموذج علاجي متكامل يساهم في تحقيق ذلك ويضمن استمراريتهم في

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

التوقف عن التعاطي وعدم الانتكاسة، وقد تم الاستعانة في هذا المقام بنموذج مراحل التغيير لي (بروشاسكا ووديكلمنتي) (Prochaska&DiClemente) لتطبيقه على عينة من الافراد الذين انهوا مرحلة التخلص من الاعراض الانسحابية الحادة بهدف رفع مستوى دافعيتهم للاستمرار في العلاج ووقايتهم من الانتكاسة، وذلك بعد قياس مستوى الذكاء الوجداني البينذاتي ومستوى الدافعية للعلاج لدى أفراد العينة كمتغيرين وسيطين ودراسة مدى تأثير نموذج مراحل التغيير عليهما في الاستمرار على التوقف وعدم الانتكاس، علماً أن النموذج قد تم استخدامه من قبل متخصصين في بعض من دول العالم كإطار يمكن من خلاله دراسة واستيعاب تغير السلوك وتحفيز المتعالجين وقد تم استخدام النموذج من قبل معهد السرطان القومي في بريطانيا العظمى في تطوير مواد الإقلاع عن التدخين من قبل العديد من المختصين لديهم (ليت يتوافر مرجع لهذه الإفادة) وتتمثل مشكلة الدراسة الحالية في مدى خطورة تعاطي المؤثرات العقلية وخاصة بين العاملين في المؤسسات ونسعى من خلال توظيف برامج علاجية أو وقائية مع المدمنين المتعالجين والمتعافين لوقايتهم وحمايتهم من خطر الانتكاسة.

تساؤلات البحث:

يمكن للباحث أن يصيغ تساؤلات الدراسة على النحو التالي:-

1. ما علاقة الذكاء الوجداني البينذاتي ومستوى الدافعية كمتغيرين وسيطين على فعالية نموذج مراحل التغيير (TTM)؟
2. ما دور نموذج مراحل التغيير لدى أفراد العينة من متعاطي (المؤثرات العقلية) للوقاية من الانتكاسة؟

فروض الدراسة :

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء البين-ذاتي في مستوى الاستجابة للعلاج .
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدافعية للعلاج بين مرتفعي الذكاء البين-ذاتي من مدمني المؤثرات العقلية.

3. توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين مستوى الدافعية للعلاج والذكاء الوجداني
البيّن ذاتي لدى مدمني المؤثرات العقلية.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الآتي:

1. الكشف عن علاقة الذكاء الوجداني البيّن-ذاتي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين
بفعالية نموذج مراحل التغيير على عينة من متعاطي المؤثرات العقلية.
2. الكشف عن دور نموذج مراحل التغيير (TTM) في تحسين الدافعية للعلاج لدى أفراد
العينة من متعاطي المؤثرات العقلية.
3. الكشف عن دور نموذج مراحل التغيير (TTM) في منع الانتكاسة لدى أفراد العينة من
متعاطي المؤثرات العقلية.
4. التعرف على أهمية الذكاء الوجداني البيّنذاتي في التوقف عن التعاطي ومنع الانتكاسة
لدى أفراد العينة.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة في جانبيها العلمي والعملّي على النحو التالي:

الأهمية العلمية:

- أ- تتبثق أهمية الدراسة الحالية لكونها تفحص موضوعاً مهماً في عالم الإدمان على مستوى
الفرد، وخصوصاً أن مشكلة التعاطي وإدمان المؤثرات العقلية بدأت تأثيراتها الكبيرة على
الأفراد والمجتمع المحيط بهم، وفي المقابل أن الجهود المبذولة على المستوى الأهلي
والرسمي للحد من هذه الآفة مقارنةً بمستوى انتشارها يعتبر محدودة وبسيطة ويحتاج
إلى دراسات متطورة للحد من انتشارها وعلاج أثارها.
- ب- الإسهام في تقديم برامج ودراسات علمية للكشف عن أهمية العلاقة بين الذكاء الوجداني
البيّنذاتي ومستوى الدافعية للعلاج من خلال برامج مبنية على الأدلة والبراهين.
- ج- اهتمام العاملين في مجال علاج الإدمان بالحد من العوامل والمؤثرات التي تحد من
الاستمرار في التعافي والامتناع عن التعاطي وفقد كل الجهود التي تبذل خلال فترات

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

العلاج الأولية وإيجاد برامج علاجية وتأهيلية تسهم بدورها في تحسين أسلوب الحياة وتفادي المسببات الضاغطة على المتعافين المؤدية لانتكاستهم من جديد.

الأهمية العملية:

- أ- يؤمل من النتائج التي ستسفر عنها الدراسة الحالية المساهمة في إمكانية استحداث برامج تطبيقية تهتم ببناء الدافعية للعلاج من الإدمان على المواد المخدرة ومنع الانتكاس لدى أفراد العينة.
- ب- كما يؤمل من نتائج هذه الدراسة الحالية أن تقيد المسؤولين في التخطيط لكيفية علاج تعاطي المواد المخدرة وتحسين جودة الحياة لدى منسوبيهم من خلال تصميم برامج تسهم في تحسين جودة الحياة لديهم.
- ج- تزويد العاملين في مجال علاج الإدمان من خلال مخرجات البحث بمجموعة من التقنيات والأساليب العلاجية الفعالة لتقديمها للمستفيدين.

حدود الدراسة:

يمكن إجمال هذه الحدود في النقاط التالية:

1. الحدود الموضوعية للدراسة: سوف تتناول الدراسة موضوع الذكاء الوجداني البين-ذاتي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين بين فعالية نموذج مراحل التغير ومنع الانتكاس.
2. الحدود الزمنية للدراسة: سوف تطبق هذه الدراسة خلال العام 1440هـ 2018م.
3. الحدود المكانية: مدينة جدة.

إطار النظري للدراسة

أولاً: الإدمان:

تمهيد:

يعد تعاطي وإدمان المؤثرات العقلية أكبر مشكلة سلوكية تواجهها المجتمعات المعاصرة، تهدد بشكل خاص الصغار والشباب، وتجعل المجتمعات تعيش حالة من القلق نتيجة لما تخلفه من آثار مباشرة مدمرة على مستوى الصحة العقلية والنفسية والجسدية وعلى مستوى الاقتصاد والأمن، ونظراً لاستفحالها وارتباطها بعدد من المشكلات الخطيرة والمدمرة للمجتمع بأثره تزايد الاهتمام بها في السنوات الأخيرة، من خلال إنشاء مراكز البحوث والدراسات من

مختلف التخصصات، بهدف دراستها ورصدها والوصول إلى حل يحد من انتشارها ، ومن ثم السيطرة عليها، والمملكة العربية السعودية أحد هذه المجتمعات التي تأثرت كثيراً في الوقت الحاضر بهذه الظاهرة ، وعليه فإن مشكلة تعاطي وإدمان المؤثرات العقلية مازالت تفرز لنا إشكالات متعددة من الاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية ولتي لم يصل العلم إلى هذه الحظة إلى طريقة وحده للتعامل معها بسبب تعدد جوانب حلولها، وقد أصبحت هذه المشكلة شيء يلمسه الجميع على الصعيد الداخلي والخارجي، وأصبحوا يدركون مدى خطورة أبعادها النفسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية والسياسية أيضاً.

كما تشكل مشكلة إدمان المؤثرات العقلية ظاهرة خطيرة على كافة المستويات لآثارها المدمرة على الفرد والأسرة والمجتمع. إذ تدل الإحصاءات و البيانات الدولية على تزايد الإقبال على تعاطي المؤثرات العقلية بشكل كبير(محمد،1996: 110).

وبالرغم مما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج، وبالرغم من كل الجهود التي تبذل لمواجهة هذه الظاهرة المدمرة، فإن الأمر لا يزال مطروحاً على الساحة لمزيد من الدراسات والأبحاث لكثير من جوانب الظاهرة لعلنا نتوصل لأساليب أكثر إيجابية وفاعلية للوقاية والعلاج من الإدمان. إن الوقوف والتعرف على برامج جديدة تساعد في الحد من للإدمان يمكن أن تعين في التنبؤ وعلاج المشكلة من جذورها لدى المستخدمين.

ومن هذا المنطلق تزايد الاهتمام عند الباحث لإيجاد نموذجاً لبرنامج فعال نستطيع الاعتماد عليه لمساعدة شباننا من الجنسين ويساهم في رفع المعاناة عن الكثير من الأسر التي تضررت بهذه الآفة الفتاكة.

إن الخبرة التي اكتسبها الباحث خلال فترة عمله في هذا المجال والتي استمرت لأكثر من اثني عشر سنة تقريباً والتي تكونت من خلال احتكاكه وتعامله المباشر مع مرضى الإدمان في معظم المراكز العلاجية ومستشفيات علاج الإدمان سواء داخل المملكة أو خارجها ووقوفه شخصياً على البرامج العلاجية والتأهيلية التي تقدم في تلك المراكز فقد قرر أن يكون بحثه في هذه القضية الشائكة للخروج من هذه الدراسة بمجموعة من النتائج والتوصيات المفيدة لحل هذه المشكلة عند كثير من أفراد مجتمعنا الغالي وذلك بتطبيق برنامج مراحل

الذكاء الوجداني البين - ذاتي والدافعية للعلاج

التغير وقياس تأثير الذكاء العاطفي بمحاورة الخمسة وتأثيره في رفع مستوى الدافعية للتعافي والاستمرار فيه لدى المتلقي.

ومن خلال العرض التالي سوف أذكر تعريف الإدمان، العوامل المؤدية للإدمان على المؤثرات العقلية، تشخيص إدمان المؤثرات العقلية، الاتجاه النفسي في تفسير الإدمان، النظريات والنماذج المفسرة للإدمان.

1. تعريف الإدمان:

أ- تعريف معجم المصطلحات في علم النفس ونظرية المعرفة (حجازي، 2010: 128) هو كما يلي: "الإدمان اعتماد الفرد على آثار عقار من طلب الزيادة المستمرة من جرعاته، ويتعرض الفرد إلى حالة من التوتر إذا حيل بينه وبين تعاطي العقار".

ب- تعريف منظمة الصحة العالمية: هو حالة نفسية وأحيانا جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية والدواء أو المخدر، يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر الذاتي في تناول المادة الإدمانية تناولاً مستمراً أو متقطعاً وذلك من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمان عن تناوله لسبب من الأسباب، وفي تعاطي المادة المحدث للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعة مع الزمن، وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد. (حجازي، 1413 هـ: 26).

ت- ويشير الباحث إلى إن الإدمان هو الخضوع والحاجة المستمرة لاستخدام المؤثرات العقلية بحيث لا يمكن الاستغناء عنها ويجعل الشخص يتعاطى بصورة مستمرة بلا انقطاع ولا تحكم حتى يصل إلى مرحلة التي يصبح فيها الفرد غير قادر على التخلص من هذه المادة المخدرة دون مساعدة.

2. النظريات والنماذج المفسرة للإدمان:

اختلف كثير من الباحثين والعلماء حول أسباب نشأة الإدمان وتفسيره، وسيعرض الباحث لأهم هذه النظريات والنماذج وهي النظرية التحليلية، النظرية السلوكية، النظرية المعرفية، النظرية المعرفية الاجتماعية، النموذج الفسيولوجي ، والنموذج الأخلاقي.

أ- نظرية التحليل النفسي:

من رواد هذه النظرية العالم فرويد حيث يرى أن مشكلة الإدمان تطرح كما يطرح غيرها من مشكلات السلوك الإنساني السوي منه والمرضي، على أساس أن لكل سلوك سبب، وأنه يخضع لحتمية معينة تكمن في التفاعل بين الفرد وبيئته، كما إن للسلوك دلالة ومعنى يتبين من خلاله تكوين الفرد وبناء شخصيته، كما إن له وظيفة تحقق للفرد إشباعاً معيناً وخفضاً لقلقه وتوتراته، فالتحليل النفسي يعتبر المشكلة ليست في المخدر وإنما في الدافع إلى استعماله، ويرى بأن نوع المخدر ليس في المقام الأول من الأهمية وإنما الأكثر أهمية هو تحريف إدراك الواقع الذي تسببه المخدرات، كما يرى التحليل النفسي إن الاستعداد لتعاطي المخدر موجود قبل خبرة التخدير (عيسي، 1998م، ص87).

ب- النظرية السلوكية:

يقول أصحاب هذه النظرية أن الشخص المتوتر القلق يشعر بالهدوء والسكينة ونوع من التخدير والاسترخاء عندما يشرب خمرًا أو يتعاطى عقاراً مخدرًا مما يدفعه إلى تكرار فعل ذلك عدة مرات ليحصل على نفس الشعور مع استمرار التعاطي يصبح الجسم بحاجة لمزيد من تلك المواد باستمرار حتى لا تحدث عند الفرد آثار الانسحاب فتحدث في نفسه ضرورة لاستعمال تلك المواد والعقاقير فيجد نفسه في عداد المدمنين ويدعم أصحاب هذه النظرية رأيهم بأن التعاطي فقد ع يشعر في بادئ الأمر بأي ضرر أو انزعاج مع استعمال العقار بل العكس رض شعوراً إيجابياً ولا يتأثر كثيراً بالأضرار المحتملة في المستقبل ويستمر في تعاطيه للعقار، وترى النظرية أن هناك فترة معينة لحدوث التشريط والاستجابة إذ ترى أنه يجب ألا

الذكاء الوجداني البين - ذاتي والدافعية للعلاج

يكون الفاصل الزمني بين التشريط وحدث الاستجابة طويلاً حيث ترى أن تكرار المواقف بين المثيرات والاستجابة تدفع الفرد للتعاطي. (السيد، 2012م: 34).

النظرية المعرفية:

جاءت النظرية المعرفية في النصف الأخير من القرن الماضي رافضة وجهات النظر التقليدية الثلاثة التحليلية، السلوكية والطبية حيث بنيت النظرية على فكرة عقلانية تعني ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن احتياجاتهم وتطوراتهم (باترسون، س. ه، 1990).

فخلال النمو يكتسب الناس مخزوناً واسعاً من المعلومات والمفاهيم والمعادلات التي يستخدمونها في التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية وتستخدم هذه المعرفة أثناء ملاحظة الفروض وتطويرها واختبارها وأثناء إصدار الأحكام وهي تجعل الفرد يتصرف بالضرورة كعالم علمي فمن خلال الميراث الثقافي، ومن خلال التربية والخبرة يتعلم الناس استعمال أدوات المنطق أو التفكير المنطقي فيشكلون الفروض ويختبرونها ويقومون بعمليات التمييز والتعلل لحل الصراعات وليروا ما إذا كانوا منفعلين بالمواقف بطريقة واقعية.

إن صياغة المشكلات النفسية في صور من المقدمات الخاطئة والنزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة يبرز الانحراف الحاد عن الصياغات المقبولة بصفة عامة للاضطرابات النفسية.

فترى النظرية أن الأساس في السلوك الادماني ليس الظروف والعوامل الخارجية والأحداث المهمة كتوافر المخدر أو وجود أصدقاء مدمنين وإنما المعتقدات الخاطئة والبيئة المعرفية هي الدافعة للإدمان.

علاج الإدمان:

تعتبر آفة الإدمان من الآفات التي يصعب علاجها أحياناً حيث يشترك في العملية العلاجية عدداً من المتخصصين والأطباء والمساعدين، ويتمثل فريق العلاج في الأطباء العقلين - الأخصائيين النفسيين - أخصائي القياس النفسي - أخصائي التربية - رجال الإرشاد - الأخصائيين الاجتماعيين بالإضافة إلى مجموعة من الممرضين المساعد.

الباحث/إبراهيم خليل الحربي

ويمكن تلخيص العلاج في مايلي

- أ- العلاج بالتنويم والتحذير.
 - ب- العلاج عن طريق حظر المخدر.
 - ج- علاج حالات الاكتئاب.
 - د- العلاج بالصدمات الكهربائية.
 - هـ- العلاج النفسي
 - و- العلاج السلوكي (أحمد، 2006 : 355).
 - ز- العلاج الجماعي
 - ح- العلاج المعرفي
 - ط- العلاج الاجتماعي
- ثانياً: الانتكاسة:

1) تعريف الانتكاسة:

الانتكاس هو العودة إلى الحالة السابقة أو الرجوع إلى مرحلة نشطة من المرض بعد تعافي جزئي وهذا يعني أنه ما لم يكن الشخص قد حقق فترة من التعافي من مرض ما فإنه لا يمكن الحديث عن الانتكاس.

ام افى ما يخص مرض الإدمان فالانتكاس هو الرجوع إلى مواقف وأفكار ومشاعر وانفعالات وسلوكيات تؤدي إلى الإدمان النشط وهو شيء وارد بشكل كبير لدى المدمن. (ممدوح ، 2003م: 284).

2) المواقف التي تدفع إلى الانتكاس:

أ- المواقف المتعلقة بالحالات المزاجية والنفسية: إن المواقف الخاصة بالحالات المزاجية باعتبارها موقف ذات خطورة عالية بالنسبة للانتكاس تعد كثيرة ومتعددة وذات فاعلية كبيرة في إحداث الانتكاس والحالات المزاجية تنقسم إلى قسمين:

1. حالات المزاج السالبة

2. حالات المزاج الايجابية: (طه، 1993م: 256).

ب- مواقف ذات طبيعية علاجية: وتنحصر في التالي:

- 1) الشعور المبكر بالشفاء.
- 2) الإحساس بعدم جدوى العلاج.
- 3) تقبل العلاج ولكن بشروط.
- 4) عدم إتباع الخطة العلاجية.
- 5) الإقامة الغير مناسبة في المؤسسة العلاجية. (غانم، 2005: 325).

ج-المواقف المتعلقة بالمخدر:

- 1) توفر المخدر في الشارع.
- 2) الاشتياق أو الشعورباللهفة. (أبو زيد، 2003: 32)

ثالثاً: الذكاء الوجداني:

يعتبر موضوع الذكاء من الموضوعات التي أسهب فيه الباحثون وعلماء النفس، فتناولوا كل جوانبه بالبحث والتقصي وظهرت نظريات تفسره ووضعوا مقاييس لتقييمه، ولكنهم بالمقابل لم يعطوا أهمية للجوانب الوجدانية الانفعالية، التي كانت غامضة ويصعب السيطرة عليها، وبـل كانت تقف عائقاً أمام نجاح الفرد.

أولاً- أبعاد الذكاء الوجداني البين- ذاتي Intrapersonal Ei.

يشير (عادل هردى، 2018) أن الذكاء الوجداني البين-ذاتي يتضمن: الوعي

الانفعالي بالذات، واحترام الذات، التوكيدية، الاستقلالية، تحقيق الذات .

1- الوعي الانفعالي بالذات Emotional Self-Awareness.

الانفعالي بالذات هو إحساس الفرد الداخلي بمشاعره الخاصة، وقدرته على التمييز

بينها، والتعرف على مصدرها واتجاهها.

2- احترامالذات Self-Regard.

اما احترام الذات هو السلوك الشخصي في ضوء تقييم وتقويم الفرد لنفسه: كمحصلة

لإدراكه عيوبه من جهة ، وإدراكه لقدراته وخصائصه الإيجابية.

التوكيدية هي ما يتوافر لدى الفرد من مهارات التواصل والتأثير الاجتماعي، ومنها القدرة على توجيه النقد، إبداء الإعجاب، إظهار الاختلاف، التعبير عن الغضب، الاستقلالية، ضبط النفس، المصارحة، الاعتذار العلني، الكفاح من أجل حقوقه والدفاع عنها.

ويشير (عادل هريدي، 2001) أيضاً بأن الاستقلالية هي اعتداد المرء بهويته الذاتية، وبقدرته على المبادرة، وإدارة شئونه بنفسه، والحصول على الرضا من مصادر داخلية، ورفضه أن يكون تابعاً أو إمعة.

هوا عملية دائمة لدى بعض الأفراد لتفعيل إمكاناتهم ومقدراتهم ومواهبهم من أجل الانتقال من الحاجات الضرورية للبقاء إلى حاجات الارتقاء، نزوعاً نحو الوحدة والتكامل. ثانياً: الربط بين الذكاء الوجداني البين-ذاتياًبعادهالخمسةوبين الدافعية للعلاج والتعافي وعدم الانتكاسة:

ان دراستنا الحالية تقودنا الى ادراك المفاهيم الأساسية للتغير ومراحله ومدى تأثير هذا التغير المتسلسل بخطوات متتالية تبدأ بادراك أهمية التغير في حياة الانسان الذي امضى فترة من حياته تحت واطئة سلوك مضطرب أدى الى تشوه معرفي وسلوكي وولد استجابات غير صحيحة في تفاعله مع الحياة من حوله وكون خبرات مؤلمه وهدامة لذاته كانسان مستغل داخل منظومة متداخلة ومترابطة وناقده بشده كل ما يصدر من تصرفات متهورة وغير مسئولة من قبل المتعاطي وتنتهيبالعمل على التغير الحقيقي الذي سيمنحه الفرصة مجددا في تحسين جودة حياته وبناء هوية حقيقية تتسم بسمات وصفات إيجابية تمكنه من ضبط النفس في مواقف الصراع وتجعل له اتزان في سلوكه وقدرة على التعايش مع ضغوط الحياة بعد ان يتأمل في نتائج قراراته التي أدت الى اضطراب حياته وحيات من حوله وجعلت له مقدار كبير من الخسائر النفسية والاجتماعية والروحانية والجسدية وجعلته يتمحور حول ذاته المريضة والتي فقد بسبب تعاطيه للمواد المبدلة للمزاج قدرته على تحقيق

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

واحترام ذاته او الوعي بها واضعفت استقلاليته بسبب تحكمها في حياته وافقدته القدرة على توكيد حقوقه.

وهنا يلعب الذكاء البين-ذاتي بأبعاده الخمسة التي ركز عليها الباحث في دراسته وهي الوعي الانفعالي بالذات، احترام الذات، تحقيق الذات، التوكيدية، والاستقلالية لما لها من أهمية ودور كبير في بناء شخصية المتعالج وتمكينه من قبول ماضيه وتقبل نظرة المجتمع اليه بل وتساهم هذه الابعاد في رفع مستوى إدراك المتعالج بأهمية التعافي وتمكنه من تحقيق مكاسب حقيقية تشعره بنشوة الإنجاز التي ستؤدي بدورها الى رفع مستوى دافعيته للعلاج واستمراره في التعافي وتقيه من خطر الانتكاسة.

رابعاً: مراحل التغيير :

وضع نموذج مراحل التغيير The Trans Model theoretical والذي يرمز له TTM مسبقاً برسم تخطيطي يظهر كيف يتمكن الأشخاص من إحداث تغييرات بحياتهم بنجاح وذلك وفقاً للدراسة التي قام بها بروهاسكاو ديكلمنتني عام 1984 حيث وجدوا عدداً من الخصائص الشائعة لدى كافة أنماط التغيير الناجح تحت جميع الظروف كما وجدوا أن التغيير يحدث مع مرور الوقت على خمس

مراحل مميزة هي:

- 1- التمهيد: لا يرى مشكلة.
- 2- التفكير: إدراك المشكلة والنظر فيما يمكن فعله حيالها.
- 3- التحضير والإعداد: وضع خطط ملموسة للعمل سريعاً.
- 4- العمل : القيام بما يلزم للتغيير.
- 5- المحافظة والمداومة: العمل على استبقاء التغيير.

كما حدد بروهاسكاو ديكلمنتني، عام 1984، 10 عمليات محددة للتغيير تمكن الأشخاص من الحراك من مرحلة إلى التي تليها ويمكن اعتبارهم كمحركات التغيير حيث تنقسم عمليات التغيير تلك إلى مجموعتين تركز المجموعة الأولى (العمليات التجريبية) على عمليات التفكير الداخلية وكيف يرى الشخص وضعه وتعتبر تلك العمليات هي الأكثر ملاءمة في مراحل التغيير الأولى في حين تركز المجموعة الثانية (العمليات السلوكية) على

الباحث/إبراهيم خليل الحربي

الأداء والسلوك وهي الأكثر أهمية في مراحل التغيير الأخيرة وتعتبر كل تلك العمليات عناصر مهمة في الحراك عبر المراحل وحاسمة في مساعدة الأشخاص على القيام بعمل الشيء الصحيح في الوقت الصحيح .

وتشتمل عمليات التغيير على (10) عشر عمليات، تتوزع على محورين، هما (العمليات التجريبية)، وعددها خمس عمليات، (والعمليات الإدراكية)، وعددها خمس كذلك، وهي كالآتي:

أولاً - العمليات التجريبية:

- 1- إيقاظ الوعي.
- 2- التجارب المثيرة.
- 3- إعادة التقييم الذاتي.
- 4- إعادة التقييم البيئي.
- التحرر الاجتماعي.

ثانياً - العمليات السلوكية:

- 1- تجنب السياقات والمواقف المحفزة: .
- 2- الاشراف المضاد.
- 3- التعامل مع التعزيز والتدعيم من قبل الآخرين.
- 4- التحرر الذاتي.
- العلاقات المساندة.

التحرك عبر مراحل التغيير:

تمثل مراحل التغيير نقاطاً على طول مسار التغيير الكامل كما تستخدم لتمييز موقف الفرد من صنع التغيير فكل مرحلة من مراحل التغيير قابلة للتنبؤ محددة جيداً تستغرق فترة من الزمن ويستلزم مصاحبة مجموعة من المدركات أو السلوكيات كما ذكر من قبل.

الدراسات السابقة:

سوف يستعرض الباحث الدراسات السابقة التي تناولت الذكاء الوجداني والإدمان والمؤثرات العقلية والانتكاسة من خلال محورين وذلك كما يلي :

تناولت القاسم (2011م) بدراسة هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الذكاء الوجداني وكل من السعادة والأمل، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي للدراسة ، وقد تكونت العينة من (400) من طالبات جامعة أم القرى بواقع (200 علمي 200 أدبي) وتراوحت أعمارهن من (18-25 سنة) وقد استخدم مقياس الذكاء الوجداني لعثمان ورزق (2001) وقائمة اكسفورد للسعادة إعداد عبد الخالق (2003) ومقياس الأمل إعداد عبد الخالق (2004) وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الذكاء الوجداني والسعادة والأمل، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات السعادة والأمل ببعديه لدى (مرتفعات - منخفضات) في اتجاه مرتفعات الذكاء الوجداني.

ثانياً: دراسات تناولت موضوع الذكاء الوجداني وعلاقته بالإدمان:

قام هانري (Hanry.2006) بدراسة هدفت إلى التعرف على الانفعالات الوجدانية التي يواجهها منتكسون الكوكايين، وقد تكونت العينة من (60) منتكساً على مادة الكوكايين و(50) على مجموعة ضابطة من أفراد المجتمع، وطبق مقياس مهارات الضبط الانفعالي كأداة للدراسة، وكانت أهم نتائج الدراسة: بأن المنتكسين على مادة الكوكايين ليس لديهم القدرة على فهم المشاعر الانفعالية وإدارتها والسيطرة عليها، وقد أوضحت بأن الانفعالات مؤشر لحدوث الانتكاسة، وقد أوصت الدراسة على أن يكون أحد أوجه العلاج إكساب المدمنين والمنتكسين مهارات ضبط الانفعالات والسيطرة عليها.

تناول العنزي (2010) بدراسة هدفت إلى التعرف على الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، وتكون مجتمع الدراسة على المنتكسين على المخدرات الذين خضعوا للعلاج أكثر من مرة، وغير المنتكسين المتوقعين عن تعاطي المخدرات والذين يراجعون الرعاية اللاحقة، وتم استخدام المنهج الوصفي لكونه الأنسب لفهم هذه الظاهرة حيث يشمل ضمن أجزائه الأسلوب المقارن، وكانت أهم نتائج الدراسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح المنتكسين، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في وجهة الضبط (الداخلية - الخارجية) بين المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات لصالح غير

المنتكسين ذوي وجهة ضبط داخلية، وأهم المتغيرات التي تنبئ بالانتكاسة على المخدرات هي وجهة الضبط بعد إدارة الانفعالات، وأهم التوصيات اكتساب المهارات العلاجية للمنتكسين لتوظيف الذكاء الانفعالي ليتحقق التعافي من تعاطي المخدرات.

ثالثاً: دراسات تناولت موضوع المؤثرات العقلية والإدمان والانتكاسة:

قام عبد الله وآخرون (2004) بدراسة تهدف إلى معرفة الدوافع التي تدفع المدمنين في مدينة القدس للعلاج وهل لدى المدمن رغبة حقيقية في العلاج أم أنه لأسباب أخرى، وتتمثل عينة الدراسة من الأشخاص المدمنين الذين يتوقفون عن الإدمان في منطقة القدس، حيث بلغ عدد أفراد العينة (71) مبعوثاً، ومتوسط أعمارهم 37 سنة وتراوح مدة إدمانهم من شهر - 34 شهراً تم تطبيق الدراسة من خلال استبانة معدة من قبل الباحثين وقد خرجت نتائج الدراسة إلى أن 97.2% من المبعوثين يرغبون في التوقف عن الإدمان ولديهم الدوافع لذلك، ومن أسباب دوافع العلاج من الإدمان على المؤثرات العقلية فقد كانت خمسة دوافع اختلت نفس المرتبة وبلغ متوسطها (4.9) من هذه الدوافع "أريد أن أبدأ حياة جديدة ونظرة الآخرين السلبية لي، والرغبة في مزولة الحياة بشكل طبيعي والرغبة في التغيير، والتخلص من الألم وكذلك ينظر في النتائج أن أقل الدوافع التي دفعت المدمنين للعلاج هي" الشرطة وعدم توفر المؤثرات العقلية" وقد أوصى الباحثون بأنه يجب على المعالجين الذين يتعاملون مع المدمنين عدم الاهتمام بجانب واحد وإهمال الجوانب الأخرى، بل أخذ كافة الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والدينية، والأسرية في علاج الإدمان مع تكيف جلسات العلاج النفسي والجماعي بهدف زيادة استثارة دافعيته للعلاج وتغيير الصورة بأنه يعاني من مشكلة.

وقام السبيعي (2006) بدراسة هدفت إلى التعرف على أهم برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود إلى تعاطي المؤثرات العقلية، ودور برامج الرعاية في الحد من العودة لتعاطي المؤثرات العقلية، وتم استخدام المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته للدراسة، واستخدم الباحث عينة الدراسة من المتعاطين المتعالجين في مستشفى الأمل بالدمام بالمنطقة الشرقية، وتم استخدام أداة الدراسة (الاستبيان) من تصميم الباحث، وقد خرجت نتائج الدراسة بما يلي: أن أهم برامج الرعاية اللاحقة التي تحد من العودة إلى المؤثرات العقلية هو البرنامج الطبي

الذكاء الوجداني البيند - ذاتي والدافعية للعلاج

وجاء في المرتبة الثانية البرنامج النفسي من حيث درجة الأهمية يليه البرنامج الديني في المرتبة الثالثة أما المرتبة الرابعة حصل عليها البرنامج الرياضي أما البرنامج الاجتماعي في المرتبة الخامسة، وقد كان هناك إجماع من أفراد العينة أن هناك تدني في مستوى الخدمات الاجتماعية المرتبطة بالمتعاطي وأسرته وكذلك بالمتعاطي وعلاقاته بالآخرين من خلال الأنشطة التي يقدمها البرنامج الاجتماعي.

الإجراءات المنهجية للدراسة

منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة فقد استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي ، حيث شمولية كافة أفراد البرنامج العلاجي ، وذلك من أجل تحقيق أهداف الدراسة.

مجتمع الدراسة والعينة:

يتمثل مجتمع الدراسة الحالية في المتعافين من المؤثرات العقلية في مدينة جدة .

عينة الدراسة:

عينة قصدية انتقائية تم تحديدها من الأفراد من المتعافين من المؤثرات العقلية بإحدى مؤسسات الاستشفاء، حيث بلغ حجم العينة (15) فرداً، سيبدأ إخضاعهم لبرنامج مراحل التغيير، شروعاً في علاجهم من الإدمان. وبالتالي فقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من الأفراد الذين لديهم تجربة مع التعاطي وتم انتقاؤهم للبرنامج بعد الانتهاء من مرحلة الأعراض الانسحابية الحادة ومن ثم تعريضهم للبرنامج.

أدوات الدراسة:

في سبيل تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة، وهو التعرف على دور الذكاء الوجداني البيند - ذاتي والدافعية للعلاج كمتغيرين وسيطين في فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة، فقد لجأ الباحث إلى استخدام أكثر من أداة للحصول على البيانات التي تدعم تحقيق أهداف الدراسة، حيث استخدم الباحث مقياس الذكاء الوجداني البيند-ذاتي من إعداد عادل هريدي (2001) ومقياس الدافعية للعلاج من الإدمان من إعداد يزيد الشهري (1431) والذي تم تعديل بعض فقراته من قبل الباحث لأسباب موضوعية وإجرائية.

وصف الأدوات:

هو أحد المقاييس الفرعية بقائمة الذكاء الوجداني (EMI) والتي وضعها عادل هريدي، ويشتمل هذا المقياس على (50) عبارة موزعة على خمسة أبعاد هي: (الوعي الانفعالي بالذات، التوكيدية، احترام الذات، تحقيق الذات، والاستقلالية). ويتكون المقياس الفرعي لكل بعد من أبعاد الذكاء الوجداني البين-ذاتي من عشر فقرات أحادية العبارة بصيغة التقرير الذاتي، يستجيب لها المبحوث باختيار أحد البدائل الأربعة للإجابة وهي: (تتطبق تماماً، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق أبداً) على أن يكون تقدير استجابة المبحوث للعبارة (4، 3، 2، 1) للعبارة المتسقة مع التعريف الاجرائي للبعد، ويتم عكس تقدير درجة استجابة المبحوث في حال العبارات ذات المضمون النقيض لتكون (1، 2، 3، 4).

الصدق Validity فضلاً عن تمتع المقياس بصدقه العاملي، في دراساته الأساسية على عينة من المصريين (أنظر: عادل هريدي، 2002). وحرصاً من الباحث على التأكد من صدق المحتوى، وملاءمته من حيث الصياغة اللغوية للبيئة السعودية، تم عرض المقياس بأبعاده الفرعية على نخبة من أساتذة علم النفس، لتقرير ملائمة صياغة الفقرات لقياس ما صيغت من أجله، فضلاً عن وضوحها، مع اقتراح بدائل لبعضها عند الحاجة لذلك.

وتطبيقاً للقاعدة المعتمدة باعتبار العبارة صالحة من حيث البناء والصدق، بموافقة 80 بالمائة من مجموع السادة المحكمين، لم يتم تعديل أو حذف أي من عبارات مقياس الذكاء الوجداني البين - ذاتي.

الاتساق الداخلي Consistency

للتحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الذكاء الوجداني البين-ذاتي تم تطبيق المقياس على عينة مكونه من (15) فرداً من مجتمع الدراسة، حيث تم حساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي:

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

جدول رقم (1-1) معاملات الإتساق لمقياس الذكاء الوجداني، وأبعاده الفرعية

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
الوعي الانفعالي	0.786**	0.001
احترام الذات	0.826**	0.00
توكيد الذات	0.525*	0.04
الاستقلالية	0.831**	0.00
تحقيق الذات	0.528*	0.04

* تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)

** تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)

ويتضح من النتائج بالجدول رقم (1-1) أن هناك علاقة ارتباط دالة إحصائياً بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية لمقياس الذكاء الوجداني البين-ذاتي، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط ما بين (0.525-0.831)، وعليه نستنتج من ذلك أن كل بعد من أبعاد المقياس يرتبط على نحو دال إحصائياً مع المقياس، مما يشير إلى تحقق الاتساق الداخلي لمقياس الذكاء الوجداني الوجداني وأبعاده الفرعية الخمسة .

ثبات مقياس الذكاء الوجداني الوجداني

تم التحقق من ثبات المقياس في صورته المقننة في البيئة السعودية بالدراسة الحالية عن طريق حساب معامل ألفا كرونباخ، لدرجات أفراد العينة، وذلك لتقدير الثبات الكلي للمقياس، والذي بلغت قيمته (0.743).

ثانياً: الأهلية السيكومترية لمقياس الدافعية للعلاج

وصف المقياس: مقياس الدافعية للعلاج من إعداد (يزيد الشهري، 1431هـ) ويتكون المقياس من عدد (54) بند أو عبارة، حيث يهدف المقياس إلى قياس حاجات الفرد ورغباته غير المشبعة والتي تؤثر على التفكير وعدم إدراكه لكثير من الأمور. ويعرف الدافع إجرائياً بأنه الحاجة التي يسعى الفرد إلى إشباعها أي أنه ينظر إلى الدافع باعتباره قوة داخلية تتبع من نفس الفرد وتوجهه للتصرف في اتجاه معين وبقوة محددة. ويتكون هذا المقياس في الأساس من تسعة أبعاد، تشتمل على عدد (98) فقرة أو بند.

وفي الدراسة الحالية قام الباحث باختصار أبعاد المقياس إلى ثمانية أبعاد، بعد حذف البعد السابع وبالتالي أصبح عدد الأبعاد ثمانية أبعاد، حيث احتوى كل بعد من الأبعاد على 6 فقرات، بينما البعد الأخير احتوى على عدد (12) فقرة. وبالتالي أصبح المقياس يحتوي على (54) فقرة. والسبب وراء حذف البعد السابع (الفاعلية الذاتية) هو وجود تشابه كبير بين فقرات البعد المحذوف ومضمون الأبعاد الأخرى في المقياس فلاحاجة لتكرار الفقرات التي تؤدي الى نفس المعنى.

ويُقاس الدافع اجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس (الدافعية للعلاج) والملتحق ببرنامج إعادة التأهيل بمركز الرعاية اللاحقة والذي يتكون من (54) فقرة. يتكون المقياس من عدد "ثمانية" أبعاد هي: تحمل المسؤولية، الاستقلال، الاستبصار بمشكلة الإدمان، الدافعية الايجابية، المثابرة والتوجه للمستقبل، الشعور بأهمية الزمن، الحاجة إلى التقبل، التعافي الإيجابي. ويحتوي كل بعد من الأبعاد السبعة الأوائل على عدد (6) فقرات، بينما البعد الأخير التعافي الإيجابي فقد احتوى على عدد (12) فقرة، وفيما يلي يتناول الباحث مؤشرات الثبات لمقياس الدافعية للعلاج، كما يلي:

مقياس الدافعية للعلاج:

للتحقق من ثبات مقياس الدافعية تم استخدام معامل ألفا كرونباخ وذلك لحساب الثبات الكلي للمقياس، وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول رقم (1-2) معامل ألفا كرونباخ للثبات الكلي لمقياس الدافعية للعلاج، ومقاييسه الفرعية.

أبعاد المقياس	عدد الفقرات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول: تحمل المسؤولية	6	0.805
البعد الثاني: الاستقلالية	6	0.880
البعد الثالث: الاستبصار بمشكلة الإدمان	6	0.897
البعد الرابع: الدافعية الايجابية	6	0.842
البعد الخامس: المثابرة والتوجه للمستقبل	6	0.686
البعد السادس: الشعور بأهمية الزمن	6	0.896
البعد السابع: الحاجة إلى التقبل	6	0.860
البعد الثامن: التعافي الإيجابي	12	0.934
الثبات الكلي	54	0.966

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

ويتضح من الجدول رقم (1-2) أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت (0.966) وهذا يدل أن مقياس الدافعية للعلاج قد حقق درجة عالية من الثبات، مما يبين صلاحية المقياس للتطبيق وجمع المعلومات التي تساهم في تحقيق أهداف الدراسة. مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية للعلاج :

للتحقق من مؤشرات الاتساق الداخلي لمقياس الدافعية للعلاج، قام الباحث بحساب درجة ارتباط كل عبارة من عبارات المقياس مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي:

جدول رقم (1-3) معاملات الارتباط لمقياس درجة ارتباط كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس

الدافعية

البعد الأول		البعد الثاني		البعد الثالث		البعد الرابع		البعد الخامس	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	*0.614	7	**0.791	13	**0.913	19	**0.825	25	0.366
2	**0.866	8	**0.747	14	**0.924	20	0.473	26	0.445
3	**0.672	9	**0.803	15	**0.857	21	**0.906	27	*0.586
4	**0.878	10	**0.879	16	**0.698	22	**0.663	28	**0.642
5	**0.664	11	**0.770	17	**0.799	23	**0.777	29	**0.752
6	*0.573	12	**0.760	18	**0.819	24	**0.812	30	**0.886
		البعد السادس		البعد السابع		البعد الثامن			
31	*0.616	37	**0.904	43	**0.775	49	**0.929		
32	**0.737	38	**0.869	44	**0.668	50	**0.748		
33	**0.946	39	0.215	45	**0.762	51	**0.859		
34	**0.952	40	**0.676	46	*0.637	52	**0.718		
35	**0.864	41	**0.858	47	**0.773	53	**0.853		
36	**0.799	42	**0.942	48	**0.757	54	**0.853		

* تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)

* تشير إلى أن معامل الارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)

ويتبين من النتائج بالجدول رقم (1-3) أن جميع فقرات مقياس الدافعية للعلاج ترتبط على نحو دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، حيث تراوحت القيم ما بين

الباحث/إبراهيم خليل الحربي

(0.952 - 0.573). باستثناء العبارات 20 ، 25 ، 26 ، 39 وبالتالي نستنتج من ذلك أن فقرات المقياس تحقق الأهداف المرجوة منها بصفة عامة ، مما يدعم مصداقية المقياس وموثوقيته في قياس مستوى الدافعية.

كذلك قام الباحث بحساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس الدافعية للعلاج مع الدرجة الكلية للمقياس وجاءت النتائج كما هو مبين بالجدول التالي :

جدول رقم (1-4) معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد مقياس الدافعية للعلاج مع الدرجة الكلية للمقياس

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
البعد الأول: تحمل المسؤولية	0.843**	0.00
البعد الثاني: الاستقلالية	0.823**	0.00
البعد الثالث: الاستبصار بمشكلة الإدمان	0.626*	0.013
البعد الرابع: الدافعية الايجابية	0.798**	0.00
البعد الخامس: المثابرة والتوجه للمستقبل	0.791**	0.00
البعد السادس: الشعور بأهمية الزمن	0.816**	0.00
البعد السابع: الحاجة إلى التقبل	0.941**	0.00
البعد الثامن: التعافي الإيجابي	0.788**	0.00

ويتضح من النتائج بالجدول أعلاه أن جميع أبعاد مقياس الدافعية للعلاج في هذه الدراسة ترتبط على نحو دال إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس، وهذا يبين أن جميع أبعاد المقياس تحقق أهداف القياس.

تقدير الدرجات في مقياس الدافعية للعلاج :

تتدرج استجابات المبحوث على المقياس وفق التدرج الرباعي (تنطبق تماماً، تنطبق، لا تنطبق، لا تنطبق أبداً) حيث أعطيت الدرجات 4، 3، 2 ، 1 على التوالي.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات:

لتحليل بيانات الدراسة تحليلاً مؤسماً على المبادئ العلمية تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي بالحزمة الإحصائية (SPSS) حيث تم إدخال بيانات الدراسة والتي تم الحصول عليها والتي تشتمل على استجابات أفراد العينة على (مقياس الذكاء الوجداني البين ذاتي، ومقياس الدافعية للعلاج والبيانات المتعلقة بتحليل مراحل العلاج التي قدمت لأفراد العينة من

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

مدمني المؤثرات العقلية)، في البرنامج تم معالجتها إحصائياً من خلال ترميزها، حيث أعطيت الإجابات حسب تدرج القياس الرباعي (تطبق تماماً، لا تنطبق، لا تنطبق أبداً) حيث أعطيت الدرجات (1،2،3،4) للبنود إيجابية المضمون ، بينما العكس بالنسبة للبنود سلبية المضمون .

تم استخدام الأساليب الإحصائية الوصفية في الدراسة والتي شملت التكرارات والنسب المئوية، وذلك لتوصيف عينة الدراسة وفقاً لخصائصها الديمغرافية، وكذلك تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وذلك لتقدير استجابات العينة حول فقرات أبعاد مقياس الذكاء الوجداني البين ذاتي ومقياس الدافعية للعلاج.

كما تم استخدام بعض أساليب الإحصاء الاستدلالي ومن بين تلك الأساليب معاملات الارتباط و تحليل الانحدار الخطي المتعدد وذلك لقياس علاقة المتغيرين الوسيطين وهما (الذكاء الوجداني- ذاتي والذكاء الوجداني- ذاتي) كما تم استخدام اختبار مربع كاي (كا2) واختبار مان وتني وذلك لقياس الفروق الفردية بين أفراد العينة.

أولاً: تحليل استجابات أفراد العينة لأبعاد مقياس * الذكاء الوجداني البين- ذاتي

ويبين الجدول التالي مدى استجابات أفراد العينة لأبعاد مقياس * الذكاء الوجداني

البين- ذاتي من مدمني المؤثرات العقلية وفقاً لأبعاد مقياس الذكاء الوجداني البين- ذاتي

جدول رقم (1-5) استجابات أفراد العينة لأبعاد مقياس * الذكاء الوجداني البين- ذاتي

الترتيب	ينطبق بدرجة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أبعاد الذكاء الوجداني البين- ذاتي
3	عالية	0.40	2.83	الوعي الانفعالي
4	عالية	0.23	2.61	احترام الذات
5	عالية	0.29	2.53	توكيد الذات
1	عالية	0.31	2.99	الاستقلالية
2	عالية	0.35	2.85	تحقيق الذات
	عالية	0.26	2.65	المتوسط العام للذكاء الوجداني

يتضح من النتائج بالجدول رقم (1-5) أن بعد الاستقلالية يعتبر من أهم أبعاد مقياس الذكاء الوجداني البين-ذاتي الأكثر توفر لدى أفراد العينة المتعافين من المؤثرات العقلية المشاركين في الدراسة الحالية، ويدعم ذلك قيمة المتوسط الحسابي حيث بلغت (2.99) ويليه في المرتبة الثانية بُعد تحقيق الذات بمتوسط حسابي (2.85)، ثم يلي ذلك في المرتبة الثالثة بعد الوعي الانفعالي بمتوسط حسابي (2.83)، وفي المرتبة الرابعة جاء بُعد احترام الذات بمتوسط حسابي (2.61) وأخيرا في المرتبة الخامسة جاء بعد توكيد الذات بمتوسط حسابي (2.53).



شكل رقم (1) درجة توفر الذكاء الوجداني البين-ذاتي بأبعاده لدى المتعافين من المؤثرات العقلية

ثانياً: تحليل استجابات أفراد العينة المتعلقة بمستوى الدافعية للعلاج. ويبين الجدول التالي مستوى الدافعية لدى أفراد العينة من مدمني المؤثرات العقلية وفقاً لأبعاد مقياس الدافعية للعلاج في القياس القبلي والبعدي:

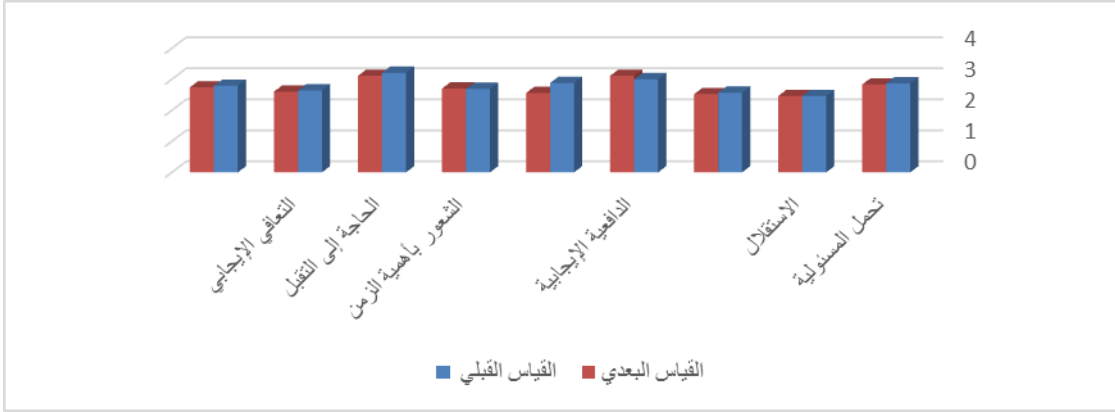
الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

جدول رقم (1-6) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة

لأبعاد مقياس الدافعية للعلاج في القياس القبلي والبعدى

رقم البعد	أبعاد الدافعية للعلاج	القياس القبلي		القياس البعدى		
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	تحمل المسؤولية	2.87	0.29	4	2.83	0.28
2	الاستقلال	2.46	0.33	8	2.46	0.45
3	الاستبصار بمشكلة الإدمان	2.57	0.20	7	2.52	0.43
4	الدافعية الإيجابية	3.00	0.42	2	3.11	0.29
5	المثابرة والتوجه للمستقبل	2.88	0.32	3	2.56	0.37
6	الشعور بأهمية الزمن	2.69	0.38	5	2.70	0.28
7	الحاجة إلى التقبل	3.21	0.47	1	3.11	0.43
8	التعافي الإيجابي	2.64	0.36	6	2.60	0.32
	المتوسط الحسابي المرجح العام	2.79	0.14		2.74	0.19

بينت النتائج بالجدول رقم (1-6) استجابات أفراد العينة حول مقياس الدافعية للعلاج وأبعاده، حيث يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي المرجح العام بلغت (2.74) من إجمالي درجات (4) في القياس البعدى بانحراف معياري (0.19)، بينما بلغت في القياس القبلي (2.79) بانحراف معياري قدره (0.14). وهذا يبين أن هناك مستوى مرتفع من الدافعية للعلاج لدى أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية. كما يتضح من النتائج من أن بعد الحاجة إلى التقبل يعد من أهم الأبعاد لدى أفراد العينة، حيث يتبين أن هناك حاجة بدرجة عالية للتقبل، يليه في المرتبة الثانية بعد الدافعية الإيجابية ويلي ذلك في المرتبة الثالثة بعد تحمل المسؤولية في القياس البعدى بمتوسط حسابي ، بينما نال في القياس القبلي المرتبة الرابعة، بينما بعد الشعور بأهمية الزمن نال المرتبة الرابعة في القياس البعدى والخامسة في القياس القبلي. كما جاء في المرتبة الخامسة بعد التعافي الإيجابي في القياس البعدى، بينما نال المرتبة السادسة في القياس القبلي.



شكل رقم (2) مستوى الدافعية للعلاج لدى عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي
نتائج الدراسة:

- في ضوء تحليل بيانات الدراسة، فقد خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:
1. أظهرت نتائج الدراسة وجود مؤشرات إيجابية تدعم توفر الوعي الانفعالي بالذات لدى المتعافين من المؤثرات العقلية ومن أهم ما يبين ذلك أن الغالبية يدركون وبدرجة عالية أسباب تغير مشاعرهم نحو شخص ما، كما يرى الغالبية أن مشاعرهم المتغيرة يتم تسجيلها في العقل لحظة بلحظة. كما أن الغالبية يعتقدون وبدرجة عالية أنه عند تحقيقهم لأي نجاح في عمل ما، يعملون على تهنئة أنفسهم.
 2. بينت النتائج أن احترام الذات يتوفر لدى غالبية المتعافين من المؤثرات العقلية المتابعين لمراحل العلاج، ومن أبرز ما يبين ذلك يتمثل في أن غالبية أفراد العينة يعتقدون وبدرجة عالية أنهم يتعاملون مع الآخرين باحترام متبادل، كما بينت النتائج أن الغالبية يعتقدون وبدرجة عالية أنهم جديرون باحترام الآخرين، كما أن لديهم اعتزاز بشخصياتهم بدرجة عالية.
 3. أظهرت النتائج وجود العديد من المؤشرات التي تبين أن المتعافين يتمتعون بدرجة عالية من توكيد الذات ومن أهم ما يشير إلى ذلك يتمثل في: القدرة على التعبير عن الرأي بوضوح وإن اختلف مع الآخرين، القدرة على الدفاع عن الحقوق تحت كل الظروف، وامتلاك الصراحة في القول.

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

4. كشفت الدراسة أن مفهوم الاستقلالية يتوفر لدى غالبية أفراد العينة من المتعافين من المؤثرات العقلية ومن أهم ما يدعم ذلك يتمثل في: أن غالبية المتعافين يعتقدون أنهم يفضلون ممارسة الهوايات الخاصة في أوقات الفراغ، كما أن الغالبية يرفضون تدخل الآخرين في أمورهم الخاصة.
5. بينت نتائج الدراسة أن مفهوم تحقيق الذات يتوفر لدى أفراد العينة من المتعافين بدرجة عالية ومن أهم ما يشير إلى ذلك أن الغالبية يعتقدون أن كل شخص له أهميته في الحياة، مما يعني أنهم يدركون معني الوجود في الحياة، كما أن هناك اعتراف بدرجة عالية من جانب أفراد العينة أن حياتهم مليئة بالنهايات الفاشلة الشيء الذي يؤكد اقدمهم وبتهور احياناً على اكتشاف وتعلم أشياء جديدة في حياتهم كما أظهرت النتائج جسعاياأزراء تحقيق الذات.
6. بينت نتائج الدراسة بشكل عام أن هناك مستوى مرتفع من الدافعية للعلاج لدى أفراد العينة من المتعافين الخاضعين لجلسات وبرامج العلاج، ومن أهم الأبعاد التي أشارت إلى ذلك الحاجة للتقبل سواء من المجتمع، الأسرة أو الأصدقاء الأسوياء، ويلييه في المرتبة الثانية الدافعية الإيجابية، ويلي ذلك في المرتبة الثالثة تحمل المسؤولية، وفي المرتبة الرابعة التعافي الإيجابي.
7. كشفت الدراسة أن ارتفاع مستوى الذكاء الوجداني البين- ذاتي لدى المتعافين من المؤثرات العقلية يساهم بشكل إيجابي في خفض معدل الانتكاسة لدى المبحوثين، مما يعني وجود تحسن في مستوى الاستجابة للعلاج وبالتالي منع الانتكاسة. بينما لم تبين النتائج وجود أثر دال إحصائيا لمتغير الدافعية للعلاج في منع الانتكاسة.
8. أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر إيجابي لمتغير الذكاء الوجداني البين ذاتي على التعافي لدى المتعافين من المؤثرات العقلية، بينما بينت النتائج أنه ليس هناك أثر دال إحصائياً لمتغير الدافعية للعلاج في مرحلة التعافي. كما أشارت النتائج أن المتغيرين الوسيطين الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج يفسران نسبة 60% من التغيرات لدى المتعافين من المؤثرات العقلية في مرحلة التعافي.

9. بينت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء الوجداني البين ذاتي في مستوى التعافي، وقد يعزى ذلك إلى تطبيق الأنشطة العلاجية من خلال حضور الجلسات العلاجية، حيث أسهم ذلك في تعزيز الذكاء الوجداني لهم الذي أدى إلى رفع مستوى التعافي.
10. كشفت نتائج الدراسة أنه ليست هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية (0.01) بين مرتفعي ومنخفضي الدافعية للعلاج في مستوى التعافي، وقد يعزى ذلك لأسباب التغيب وعدم الانتظام في جلسات الأنشطة المتعلقة بالعلاج.
11. أظهرت النتائج أنه لا توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين الوسيطين مستوى الذكاء الوجداني البين-ذاتي ومستوى الدافعية للعلاج لدى المتعافين من المؤثرات العقلية.

توصيات الدراسة:

- من أجل الوصول إلى برامج علاجية فعالة والحد من ظاهرة تعاطي المؤثرات العقلية يوصي الباحث بما يلي:
1. أوصت الدراسة على أهمية تحفيز المتعافين من المؤثرات العقلية وذلك من خلال تبني برامج علاجية باستخدام مراحل التغيير مع الحرص على تعزيز الذكاء الوجداني البين-ذاتي وتحفيز الدافعية للعلاج، حيث تبين أن تطبيق مراحل التغيير يساهم في منع الانتكاسة.
 2. ضرورة التعامل الإيجابي من جانب أفراد المجتمع وعلى وجه الخصوص الأسرة، مع المتعافين من المؤثرات العقلية، وذلك حتى يتم إبعادهم عن مسببات الانتكاسة.
 3. هناك أهمية لزيادة جلسات العلاج الخاصة بالمتعافين من المؤثرات العقلية، من خلال تطبيق مراحل التغيير، حتى يتم ضمان تعديل السلوك مع مراعاة تجانس جماعة المتعافين من حيث الجوانب العقلية والمعرفية.
 4. كما اثبت النتائج ان جاهزية المتعافين لبرامج التأهيل تعتمد بشكل كامل على انتهاء المستفيدين مرحلة اعراض الانسحاب الأولية لكي يكونو قادرين على تلقي المعلومات والتفاعل مع البرامج التأهيلية التي تبدأ بعد فترة انسحاب السموم من الجسم.

الذكاء الوجداني البين- ذاتي والدافعية للعلاج

5. بث الأمل بين المتعافين الذين يخضعون لبرامج علاجية من أجل تعزيز الثقة لديهم وإتباع أساليب التوجيه المناسبة مع فتح المجال للتفيس عن المشاعر في بداية الجلسات.
6. ضرورة استخدام تقنيات متعددة مستوحاة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي، وذلك من خلال تعزيز الدافعية للعلاج والحد من فرص العودة مرة أخرى للإدمان.

قائمة المراجع:

- أبو زيد، مدحت (2003) لهفة الإدمان تشخصيها وعلاجها، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة.
- أحمد، سهير كامل (2006) الشخصية المدمنة، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.
- أوتو مايكل (2013) الكحول والتبغ، الجوانب الطبية والاجتماعية للاستخدام والتعاطي والإدمان، ترجمة وتحقيق: بلال سالم، وأيمن اللبان، دار العلم للملايين للنشر والتوزيع.
- باترسونس. هـ، (1990)، نظرية الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة وتحقيق: حامد عبد العزيز الفقي، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- البريثن، عبد العزيز بن عبد الله، (2002) الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المؤثرات العقلية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.
- حجار، محمد حمدي، (1413) الأراضية العلمية والإرشادية العلاجية للإدمان وفقا للنظرية الانفعالية والمدرسة السلوكية ، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- الخليفي، حنان ناصر (2010) الرضا الوظيفي وعلاقته بالذكاء الوجداني لدى عينة من معلمات المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، كلية التربية.
- الريس ، عبد العزيز ناصر، (1415هـ) العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعود إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود، الرياض.

ربيع، عفاف عبد الكريم مرشد (2010) درجة الانتكاسة لدى عينة من المتعافين والمدمنين على المخدرات، دراسة مقارنة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القدس، عمادة الدراسات العليا، فلسطين.

زهران، حامد عبد السلام، (1985)، دراسات في الصحة النفسية والعلاج النفسي والصحة العقلية، دار الطليعة للنشر والتوزيع، بيروت، الطبعة الأولى.

زيغور، علي (1986) أحاديث نفسانية واجتماعية ومبسطات في تحليل النفسي والصحة العقلية، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.

السيد، رضوان أحمد (2012) تنامي تعاطي المؤثرات العقلية والإدمان وسط طلاب الجامعات ودور المؤسسات الرسمية والمجتمعية في مكافحتها، بحث قدم في ورشة عمل إقليمية حول تنامي ظاهرة الإدمان على المؤثرات العقلية بين طلاب الجامعات ودور المؤسسات الرسمية ومنظمات المجتمع المدني في مواجهتها، قدمت بجامعة أفريقيا العالمية (غير منشور).

السبيعي، منصور عبد الله، (2006) دور برامج الرعاية اللاحقة في الحد من العود لتعاطي المخدرات، جامعة نايف للعلوم الأمنية، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض.

طه، فرج عبد القادر (1993) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح. عيسى، سليمان إسماعيل، (1998) السمات الشخصية والسمات الاقتصادية لشريحة متعاطي المؤثرات العقلية في ليبيا، بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الفلسفة في علم النفس، كلية الآداب، جامعة الخرطوم، غير منشور.

عيسى، جابر محمد، ورشوان، ربيع عبده (2006) الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال، مجلة دراسات تربوية واجتماعية، كلية التربية جامعة حلوان، مج 12، ع4، ص 45-130

العنزي، يوسف بن سطاتم، (2010) الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، الرياض.

الذكاء الوجداني البين - ذاتي والدافعية للعلاج

العيسوي، على محمد (1999) علم النفس الشواذ والصحة النفسية، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى.

هريدي، عادل (2001) الفروق الفردية فى الذكاء الوجداني. دراسات عربية فى علم النفس، م . 2 ، ع ، 20.

عبد الخالق، أحمد محمد (2004) الصيغة العربية لمقياس سنادير للأمل ، مجلة دراسات نفسية، مج 14، عدد 2، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين ، القاهرة.

عبد الخالق، أحمد محمد، (2003) معدلات السعادة لدى عينات مصرية مختلفة في المجتمع الكويتي، مجلة دراسات النفسية، المجلد الثالث عشر، العدد الرابع، تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين.

غرموش، هاني، (2012) المؤثرات العقلية، إمبراطورية الشيطان، التعريف ، الإدمان، والعلاج، دار النفائس للطباعة والنشر ، بيروت، لبنان.

غانم، محمد (2005) العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.

الغريب ، عبد العزيز على (2006) ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.

فايد ، حسين (2006) علم النفس المرضي، مؤسسة للنشر والتوزيع، القاهرة.

القاسم، موزي محمد (2011م) الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من السعادة والأمل لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى ، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى.

لاري، آر، سكووير وآخرون، (2002) الذاكرة من العقل إلى الجزيئات ، تعريب سامر عرار، مكتبة العبيكان ، الرياض.

مشاقبة، محمد أحمد (2007) الإدمان على المخدرات - الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع.

ممدوح ، عبد المطلب، (2003) جرائم تعاطي المؤثرات العقلية في القانون الاتحادي لدول الإمارات ، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد 32، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

الباحث/إبراهيم خليل الحربي

محمد ، محمد الظريف سعد (1996) برنامج مقترح لتدعيم دور المؤسسات الشبابية في الوقاية من الإدمان " دراسة ميدانية مطبقة بدولة قطر"، المؤتمر العلمي التاسع لكلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان في الفترة 13 - 15 مارس.
منظمة الصحة العالمية (1999) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض - تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، المكتب الإقليمي لحوض البحر الابيض المتوسط، الاسكندرية.
ناكين، كرايج، (2006) الشخصية المدمنة، ترجمة إنس محمد أحمد قاسم، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

(2005): The impact of emotional intelligence on ، R.,Bar- On
vol. 23 (2) 41- ،subjective well-being. Personality in education

62

John ، Theory and Research،Lawrence A. Pervin (1989). Personality
INC.،Wiley & Sons

HenryCottenceau H.(2006) conduite addictive et teoubles de la
.personalities .PES. de psychiatric Paris

**Intrapersonal Emotional Intelligence, and Treatment Motivation as moderator Variables between the Effectiveness of Changing-stages Program for Addiction Treatment, and Relapse Prevention:
a Study among a Sample of recovered from psychotropic Substances**

Abstract: The study aimed to examine the impact of the relationship between the two moderator variables, Intrapersonal emotional intelligence and treatment motivation on the effectiveness of using the transtheoretical modal as an addiction, and relapse prevention program .

To achieve the research objectives, descriptive survey methodology has been used. The required data obtained through implementing the intrapersonal emotional intelligence subscale (Haridy,2001), and treatment motivation scale on a selected sample (15) who recovered from substances abuse in Jeddah city, who have been enrolled in a program that used transtheoretical modal treatment.

Based on data analysis and interpretation, the study concluded that, the intrapersonal emotional intelligence with its all five dimensions (Emotional Self-Awareness, self- regard, Independency, self Assertiveness, independence, and self- actualization) are available at a high level among the recovered sample, as the response mean values come successively as (2.83, 2.53, 2.61, 2.65, and 2.85).

The results also show that, there is a high level of treatment motivation among subjects of the study, as the response mean value is reaching (2.78). The results also reveal that, the high level of intrapersonal emotional intelligence for the sample of the study contributed positively on preventing relapse, which was supported by beta value (-0.672), meaning that there is a noticeable improvement in the level of response for treatment, and preventing relapse. The results also show that, although the two moderator variables explain around 42.0% of the changes in the behavior of the recovered individuals, **but the effect of treatment motivation is not significant.** Furthermore, the results show that, the intrapersonal emotional intelligence, and treatment motivation as moderator variables explain around 60% of the changes in stages of recovery. In addition to that, there is a

positive significant relationship at the (0.01) level between the high level of intrapersonal emotional intelligence and recovery among sample of the study.

The study recommended that, it is necessary to incentive the recovered individuals through adoption of treatment programs by implementing the transtheoretical modal stages, and give attention to enhancing the intrapersonal emotional intelligence and treatment motivation, as it was found that, the application of such stages contribute in preventing relapse. The study also recommend that, it is necessary to follow the recovered for not less than three months after completing the period of acute withdrawal symptoms, and intensive rehabilitation phase, in order to contribute in urgent intervention in case the recovered exposed to any pressures that leads him to status of relapse. In addition the study recommend that community members, in particularly family, should deal positively with the persons recovered, in order to supoort them not to relapse. Finally, using of different techniques inspired of cognitive behavioral treatment and emotional rational treatment, This is by increasing motivation to treatment and working on reducing the chances of relapse.