

البحث (١٠)

فاعلية برنامج ماركس في خفض معدلات الانتكاسة لدى مدمني الكبتاجون

إهداء :

الباحث الرئيسي:

د. ناصر محمد ناصر الشهري

دكتوراه في الآداب / علم النفس

أخصائي أول نفسي بمركز القوات المسلحة للرعاية النفسية
بالبطائف بالمملكة العربية السعودية

الباحثون المشاركون:

أ. علي جبران محمد القحطاني

ماجستير خدمة اجتماعية، أخصائي أول خدمة اجتماعية بمركز القوات
المسلحة للرعاية النفسية بالبطائف بالمملكة العربية السعودية

أ. رائد محمد حمدان الشريف

دبلوم فني عمليات فني غرف عمليات بمركز القوات المسلحة للرعاية النفسية
بالبطائف بالمملكة العربية السعودية

أ. عبد الحميد فهد أحمد السليمان

دبلوم معلوماتية صحية، فني معلوماتية صحية بمركز القوات المسلحة للرعاية
النفسية بالبطائف بالمملكة العربية السعودية

فاعلية برنامج ماتركس في خفض معدلات الانتكاسة لدى مدمني الكبتاجون

الباحث الرئيسي:

د. ناصر محمد ناصر الشهري

دكتوراه في الآداب / علم النفس

إخصائي أول نفسي بمركز القوات المسلحة للرعاية النفسية

بالبطائف بالملكة العربية السعودية

الباحثون المشاركون:

أ. علي جبران محمد القحطاني

ماجستير خدمة اجتماعية، إخصائي أول خدمة اجتماعية بمركز القوات المسلحة

للرعاية النفسية بالبطائف بالملكة العربية السعودية

أ. رائد محمد حمدان الشريف

دبلوم فني عمليات، فني غرف عمليات بمركز القوات المسلحة للرعاية النفسية

بالبطائف بالملكة العربية السعودية

أ. عبد الحميد فهد أحمد السليمان

دبلوم معلوماتية صحية، فني معلوماتية صحية بمركز القوات المسلحة للرعاية

النفسية بالبطائف بالملكة العربية السعودية

• ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج ماتركس في خفض معدلات الانتكاسة لدى مدمني الكبتاجون، من خلال تطبيق البرنامج بوصفه أحد الأساليب المعرفية السلوكية الحديثة المستخدمة في علاج الاضطرابات الإدمانية والوقاية من الانتكاسة. واعتمدت الدراسة على عينة مكونة من (٢٢) مريضاً من مدمني الكبتاجون المقيمين في مراكز علاج الإدمان بمدينة الطائف بالملكة العربية السعودية. وتم استخدام مقياس الانتكاسة قبل وبعد تطبيق برنامج ماتركس العلاجي لقياس أثر البرنامج على المشاركين. وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج في خفض معدلات الانتكاسة لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجاتهم في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. كما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتتبعي، مما يشير إلى استمرارية أثر البرنامج على المدى الزمني اللاحق. كذلك، كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. وتوصي الدراسة بأهمية تبني برنامج ماتركس ضمن البرامج العلاجية في مراكز إعادة تأهيل مدمني الكبتاجون، نظراً لفاعليته في الحد من الانتكاسة وتعزيز الاستقرار النفسي للمستفيدين.

الكلمات المفتاحية: برنامج ماتركس، الانتكاسة، إدمان الكبتاجون.

The effectiveness of the Matrix program in reducing relapse rates among Captagon addicts

Dr. Nasser Mohammed Nasser Al-Shahri

Ali Jibrán Mohammed Al-Qahtani

Raed Mohammed Hamdan Al Sharif

Abdul Hamid Fahd Ahmed Al-Sulaimani

Abstract:

The present study aimed to examine the effectiveness of the Matrix program in reducing relapse rates among Captagon addicts by implementing the program as one of the modern cognitive-behavioral approaches used in the treatment of addictive disorders and relapse prevention. The study relied on a sample of (22) patients addicted to Captagon who were residing in addiction treatment centers in the city of Taif, Kingdom of Saudi Arabia. A relapse scale was used before and after the implementation of the Matrix therapeutic program to measure its effect on the participants. The study results indicated the program's effectiveness in reducing relapse rates among members of the experimental group, as there were statistically significant differences between their mean scores in the pre- and post-tests in favor of the post-test. Furthermore, no statistically significant differences were found between the post-test and follow-up test scores, which suggests that the program's impact persisted over time. The findings also revealed statistically significant differences between the experimental and control groups in the post-test results in favor of the experimental group. The study recommends adopting the Matrix program within rehabilitation centers for Captagon addicts, due to its proven effectiveness in reducing relapse and enhancing the psychological stability of beneficiaries.

Keywords: Matrix Program, Relapse, Captagon Addiction.

• مقدمة:

تعد المنشطات وخاصة الكبتاجون - من أكثر المواد انتشاراً في المملكة، إذ ارتفعت معدلات استخدامها بين فئات الشباب، بينما أشارت دراسات أخرى إلى ارتباط تعاطي المخدرات بارتفاع نسب الجرائم الجنائية والاعتداءات الجنسية. ويُعرف الإدمان بأنه حالة من الاعتماد النفسي والجسمي تدفع الفرد إلى الاستخدام القهري للمادة المخدرة، مما يؤدي إلى آثار سلوكية ونفسية وعصبية متفاوتة الحدة، فضلاً عن معاناة المدمن من أعراض الانسحاب عند التوقف عن التعاطي (حمزة، ٢٠١٧).

وتُعد الانتكاسة من أكبر التحديات في علاج الإدمان، إذ تمثل عودة المتعافٍ إلى التعاطي بعد فترة من الامتناع نتيجة ضعف الضبط السلوكي أو الإحباط والاكتئاب. وتشير الأدبيات إلى أن الانتكاس لا يعني الفشل في العلاج، بل هو جزء من عملية التعافي يتطلب المتابعة والدعم المستمر.

وفي هذا السياق، يُعد برنامج ماتريكس من الأساليب المعرفية السلوكية الحديثة التي أثبتت فعاليتها في علاج إدمان المنشطات مثل الميثامفيتامين والكوكايين والكبتاجون. وقد طُوِّر البرنامج في الثمانينيات ويُعد نموذجاً علاجياً تكاملياً يعتمد على العلاج الخارجي المكثف، ويمتد عادة لستة عشر أسبوعاً مع إمكانية التمديد حتى عام وفقاً لحالة المريض. وتشير الدراسات إلى أن البرنامج يساهم في إطالة فترة التعافي وتعزيز الاتساق الذاتي للمريض، إلا أن فعاليته في علاج انتكاسة إدمان الكبتاجون لم تُدرس بشكل كافٍ في المملكة العربية السعودية رغم انتشار هذا النوع من الإدمان، وهو ما يمثل مبرراً رئيسياً لإجراء هذه الدراسة.

أما الكبتاجون، فهو عقار منبه للجهاز العصبي المركزي ينتمي إلى مجموعة الأمفيتامينات، واسمه العلمي "الفينتين". وقد أدرج عام ١٩٨٦م ضمن الجدول الثاني لاتفاقية المؤثرات العقلية لعام ١٩٧١م. ويُسَاء استخدامه في منطقة الخليج لأغراض تنشيط الذاكرة ومقاومة التعب، خصوصاً بين الطلبة أثناء الامتحانات، مما جعله من أكثر العقاقير المنشطة انتشاراً في المملكة.

• مشكلة الدراسة:

من خلال ما تقدم يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤل التالي: ما مدى أثر وفعالية برنامج ماتريكس لعلاج الانتكاسة من إدمان الكبتاجون لدى عينه من السعوديين؟

وينبثق من هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة:

« هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي؟

« هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية؟

« هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) بين القياسين البعدي والتبعي بعد مرور أربع شهور من توقف البرنامج؟

• أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر برنامج ماتريكس لعلاج الانتكاسة من إدمان الكبتاجون لدى عينة من السعوديين.

وتتحدد أهداف الدراسة فيما يلي:

« معرفة أثر برنامج ماتريكس في علاج الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون من حيث الشعور باللهفة لتناول الكبتاجون.

« معرفة أثر برنامج ماتريكس في علاج الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون من حيث الخضوع لضغوط الآخرين لتناول الكبتاجون.

« معرفة أثر برنامج ماتريكس في علاج الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون من حيث المشاعر السارة لتناول الكبتاجون.

« معرفة أثر برنامج ماتريكس في علاج الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون من حيث العلاقة بالآخرين.

« معرفة أثر برنامج ماتريكس في علاج الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون من حيث الآلام والوهن لتناول الكبتاجون؟

• أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة في ندرة الأبحاث النفسية التي تناولت الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون، مما يجعلها إضافة علمية جديدة تسهم في توسيع المعرفة حول فاعلية برنامج ماتريكس في علاج هذه الفئة.

وتكمن أهميتها التطبيقية في أنها تمهد لبحوث مستقبلية في مجال الإرشاد النفسي لعلاج إدمان الكبتاجون، وتقدم برنامجاً علاجياً عملياً يستهدف المثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالانتكاسة. كما تسهم في تزويد المختصين ومراكز علاج الإدمان بأدوات واستراتيجيات فاعلة تساعد على استمرار التعافي والحد من الانتكاسة، إضافة إلى فتح آفاق بحثية جديدة في تطبيقات البرامج المعرفية السلوكية لعلاج الإدمان.

• مصطلحات الدراسة:

• الاعتماد وإدمان المخدرات:

يُعرف الاعتماد بأنه حالة نفسية وبيولوجية تنشأ نتيجة التعاطي المتكرر لعقار طبيعي أو تخليقي ذي تأثير عصبي يؤدي إلى رغبة قهرية أو ملحة في الاستمرار في تعاطيه سواء بصورة متصلة أو متقطعة. وينقسم الاعتماد إلى نوعين: الأول هو الاعتماد النفسي الذي يتمثل في رغبة الفرد في تناول المادة المخدرة لتجنب الألم أو الحصول على اللذة والنشوة، كما في حالة تناول المنشطات والأمفيتامينات

(ومنها الكبتاجون)، أما الثاني فهو الاعتماد العضوي الذي يتمثل في تكييف أجهزة الجسم مع المادة بحيث يؤدي غيابها إلى ظهور أعراض انسحابية كالتعب والصداع وارتفاع ضغط الدم وفقدان الشهية والتهمة للمخدر، وهو أشد خطورة لأنه قد يؤدي إلى اضطرابات جسدية حادة أو الوفاة (Shilpi Tripathi, 2021: 121). ويُفترق بين الاعتماد والإدمان في أن الإدمان يقتصر على الجانب الجسمي، بينما يشمل الاعتماد البعدين النفسي والجسدي معاً (McLellan, Lewis, 2016: 26). (O'Brien & Kleber, 2016). إجرائياً، يُقصد بالاعتماد في هذه الدراسة الدرجة التي تُظهر مدى اعتماد المشاركين على الكبتاجون نفسياً وجسدياً كما تقاس بنتائج مقياس الانتكاسة المستخدم في البحث الحالي.

• الكبتاجون:

الكبتاجون هو عقار منبه للجهاز العصبي المركزي يُعرف علمياً باسم فينيثيلين (Fenethylamine) ويُصنف ضمن الأمفيتامينات المنشطة، ويظهر عادة في شكل أقراص بيضاء صغيرة محفورة على أحد وجوهها قوسان متداخلان، ويُعرف شعبياً باسم أبو ملف أو الحبوب البيضاء. يؤدي تعاطيه المنتظم إلى ظهور أعراض نفسية وسلوكية متعددة تشمل جفاف الفم، فرط الحركة، ضعف الشهية، الهلوس السمعية والبصرية، القلق، الاكتئاب، والعدوانية، وقد يسبب كذلك اضطرابات في الجهاز العصبي والقلب. ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) إلى أن أعراض الانسحاب من الكبتاجون تشمل الاكتئاب، اضطراب النوم، الإجهاد، ضعف التركيز، الهلوس، والعصبية الزائدة، وتظهر غالباً خلال الأيام الثلاثة الأولى من التوقف عن التعاطي (APA, 2013). إجرائياً، يُقصد بالكبتاجون في هذه الدراسة العقار المنبه الذي يعتمد عليه المبحوثون والذي يطبق برنامج ماتريكس لعلاج آثاره وخفض معدلات الانتكاسة الناتجة عنه.

• الانتكاسة:

تُشير الانتكاسة إلى عودة الشخص المتعاطي إلى تعاطي المواد المخدرة بعد فترة من الإقلاع، سواء باستخدام نفس المادة أو من خلال عودة السلوكيات الإدمانية القديمة في التعامل مع الآخرين. وتُعد الانتكاسة من أكثر المشكلات شيوعاً في علاج الإدمان، إذ تمثل انتكاساً في السلوك العلاجي بعد فترة من التحسن، وقد تكون نتيجة عوامل نفسية أو اجتماعية مثل الإحباط أو الضغط أو التعرض لمثيرات التعاطي. إجرائياً، تُعرف الانتكاسة في هذه الدراسة بأنها الدرجة التي يحصل عليها المعتمد على الكبتاجون في مقياس الانتكاسة المستخدم في البحث الحالي، والذي يقيس مدى عودة المريض إلى السلوك الإدماني بعد تلقي العلاج.

• برنامج ماتريكس:

برنامج ماتريكس هو برنامج علاجي معرفي سلوكي وُضع لمساعدة المعتمدين على المواد المخدرة المنشطة مثل الميثامفيتامين والكوكايين والكبتاجون على بناء نمط حياة خال من التعاطي. ويُعد البرنامج نموذجاً علاجياً تكاملياً يجمع بين جلسات فردية وجماعية، ويعتمد على استراتيجيات معرفية وسلوكية تشمل مجموعات منع الانتكاسة، ومجموعات التعافي المبكر، والدعم الاجتماعي، بالإضافة إلى العلاج الأسري والمقابلات التحفيزية. يتميز البرنامج بكونه علاجاً مكثفاً يُنفذ في العيادات الخارجية، ويمتد عادة لمدة ستة عشر أسبوعاً قابلة للتعميد حسب حالة المريض، وقد أثبت فعاليته في علاج اضطرابات الاعتماد على المنشطات (Shilpi Tripathi, 2021). إجرائياً، يُقصد ببرنامج ماتريكس في هذه الدراسة البرنامج العلاجي الذي طُبّق على عينة من مدمني الكبتاجون بهدف خفض معدلات الانتكاسة لديهم من خلال تقنيات معرفية وسلوكية منظمة.

• الإطار النظري:

• الاعتماد على المخدرات:

تُعرّف المخدرات بأنها مواد كيميائية تُحدث تأثيراً على الجهاز العصبي المركزي، فتُسبب النعاس وغياب الوعي وتسكين الألم، وتؤدي إلى فقدان السيطرة على السلوك (WHO, 2022). أما الإدمان أو الاعتماد فهو حالة نفسية وجسدية ناتجة عن التفاعل المستمر مع المادة المخدرة، بحيث تنشأ حاجة قهرية لتناولها بشكل دوري لتجنب الأعراض النفسية والجسدية المؤلمة الناتجة عن سحبها. ويُميز بين التعاطي الذي يبدأ بدافع المتعة، والاعتماد الذي يتطور لاحقاً لتجنب الألم (McLellan et al., 2016). كما أشار (Shilpi Tripathi, 2021) إلى أن شدة الاعتماد ترتبط بمواقع المستقبلات العصبية في الدماغ، ما يفسر الأعراض الانسحابية الشديدة عند التوقف.

وتُقسم المواد المخدرة إلى فئتين رئيسيتين: الأولى تُحدث اعتماداً نفسياً فقط مثل الحشيش والقات والتبغ، حيث يمكن التوقف عنها بالإرادة دون أعراض انسحابية واضحة، والثانية تُحدث اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل الأفيون، الهيروين، الكوكايين، والخمور، إضافة إلى المنشطات العصبية مثل الكبتاجون، والتي يُسبب الإقلاع عنها أعراضاً جسدية ونفسية قاسية (Sinisa Franjic, 2021). وتؤدي هذه المواد إلى اضطرابات في التفكير والمزاج والسلوك، وقد تُسبب ضموراً في خلايا الدماغ الأمامية المسؤولة عن الحكم واتخاذ القرار (WHO, 2022).

ويرتبط الاعتماد على المخدرات ارتباطاً وثيقاً بانتشار السلوكيات المنحرفة والعنف في المجتمع، إذ ترتفع معدلات العنف الأسري بنسبة تصل إلى ٩٧% في

الأسر التي يوجد بها مدمن (عبد الله، ٢٠٢٢). كما بينت تقارير منظمة الصحة العالمية أن نحو ٨٦٪ من جرائم القتل و٥٠٪ من جرائم الاغتصاب وقعت تحت تأثير المخدرات، فيما أشار (الباز، ٢٠١٧) إلى أن ربع مليون وفاة سنوياً في الولايات المتحدة تُعزى إلى تعاطي المخدرات. وخلصت دراسات متعددة إلى أن المدمنين يتصفون بسمات مثل العدوانية، الكذب، ضعف الثقة بالنفس، الاندفاعية، والافتقار للمهارات الاجتماعية (Wilson & Ross, 2001؛ Rashda & Rathshanda, 2022).

وتتعدد العوامل المؤدية للاعتماد وتشمل عوامل فردية كالمعتقدات الخاطئة عن المخدرات، والعوامل الاجتماعية مثل تقليد الأقران وضغوط الحياة، إضافة إلى العوامل البيولوجية المتعلقة بالتكيف العصبي للجسم مع المادة المخدرة. وتوضح الدراسات أن التعاطي غالباً ما يبدأ بالتجربة والفضول أو تقليد الآخرين، ثم يتطور بفعل التعلم الشرطي والتدعيم الإيجابي إلى سلوك اعتيادي قهري. فالمخدرات تُعزز مؤقتاً مشاعر الراحة أو النشوة، مما يدفع التعاطي إلى تكرار التجربة (Bandura, 1986). كما تشير النظرية السلوكية إلى أن الاعتماد سلوك متعلم ناتج عن الارتباط بين التعاطي وآثاره المريحة، بينما ترى النظرية المعرفية أن الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول قدرة المخدر على تخفيف الألم أو التوتر هي التي تحافظ على سلوك التعاطي (Beck, 1993).

• الاعتماد على الكبتاجون:

الكبتاجون (Captagon) أو فينيثيلين (fenethylamine) مركب منشط مشتق من الأمفيتامين والثيوفيلين يؤثر في الجهاز العصبي المركزي، استُخدم تاريخياً لعلاج فرط الحركة والاكئاب ولتعزيز التركيز والقدرة الجنسية قبل أن يُحظر لتسببه في خصائص إدمانية عالية (WHO, 2022). يعمل بآليات أدرينرجية شبيهة بالأدرينالين والنورأدرينالين ويعدل النقل العصبي عبر الكاتيكولامينات (الدوبامين/النورإبينفرين/الإبينفرين)، بما ينعكس على الانتباه والمزاج والسلوك، ويرفع الضغط ومعدل القلب والجلوكوز ويزيد اليقظة ويؤخر الإحساس بالإرهاق (Sinisa Franjic, 2021).

ويتوافر غالباً على هيئة أقراص صغيرة تحمل علامة تشبه الحرف C، وتضم خلائط من الأمفيتامينات والكافيين. تتفاوت الأسعار من أقل من دولار إلى نحو ١٤ دولاراً للحبة، مع استمرار التصنيع والتهريب وتقدير قيمة المضبوطات عالمياً بنحو ٢.٩ مليار دولار. في المملكة العربية السعودية يحتل الكبتاجون صدارة قضايا المخدرات (حوالي ٣٤.١٪ من القضايا و ٣٧.١٪ من المتهمين)، ويُساء استعماله بين الطلبة وقت الامتحانات وبعض السائقين بسبب أثره المنشط (WHO, 2022).

ويؤيد الكبتاجون إلى اعتماد وهلاوس بصرية وسمعية، تقليل النوم والطعام، وعدوانية ورجفان وتشنجات، مع مخاطر قلبية ووعائية وعصبية. تشمل العلامات الشائعة: فرط الحركة والكلام، تقلب المزاج، صداع ودوخة، صرير الأسنان، تعرق، جفاف الأنف، ضعف الشهية ونقص الوزن. عند التوقف تظهر أعراض انسحاب خلال ثلاثة أيام: اكتئاب، إجهاد، اضطراب نوم، كثرة الأحلام (REM)، قلق وعصبية وقد تتفاقم إلى مظاهر ذهانية (DSM-5؛ WHO, 2022).

ويسبب الاستخدام المزمن تعديلات مستمرة في كيمياء الدماغ تشمل اضطرابات نظام GABA (انخفاض مستقبلات GABA-A) وتكيفات في NMDA مرتبطة بفرط الاستثارة خلال الانسحاب، وقد ترتفع الهرمونات المرتبطة بالإجهاد وتحدث سمية عصبية. رُصدت تغيرات في تخطيط القلب والدماغ، وارتفاع كورتيكوتروبين وانخفاض الدوبامين بما يفسر الضيق والاكتئاب أثناء الانسحاب (Lopatko, 2021؛ Sinisa, 2021؛ Mayo-Smith, 2019).

ويرتبط سوء استخدام الكبتاجون باضطرابات القلق والوسواس القهري والذهان عند الجرعات العالية (هلوسات، ضلالات اضطهادية، تدهور الشخصية)، كما يُستخدم أحياناً كـ«علاج ذاتي» للقلق والاكتئاب مما يزيد تفاقم الحالة. بينت دراسة Mirin وآخرون (2022) أن ٥٢٪ من عينة سريرية كانوا مدمنين على منشطات عصبية و ٣٧٪ يعانون قلقاً/اكتئاباً. وأظهرت دراسة الشهري (2016) على مدمني الحشيش والأمفيتامين ارتفاع توهم المرض والهستيريا والاكتئاب.

• الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون:

تُعرف الانتكاسة (Relapse) عموماً بعودة أعراض الاضطراب بعد فترة من التحسن/العلاج، وهي شائعة بين المتعافين من الإدمان؛ إذ تُقدَّر نسبتها بنحو ٤٠-٦٠٪، وتُعد الأشهر الثلاثة الأولى الأكثر خطراً لاحتمال عودة التعاطي، مع بقاء القابلية قائمة مدى الحياة وإن كانت تقل كثيراً بعد مرور عام كامل من الامتناع. ويرتبط بالمفهوم مصطلحات فرعية مثل الهفوة (Slip/Lapse) كتعاطٍ أولي عابر بعد الانقطاع، والكبوة الأمامية كمرحلة وسيطة يمكن الرجوع منها للعلاج، والانهيار التام حيث يتكرر التعاطي ويتكرس المسار الانتكاسي (Reinout, 2015: 6؛ Bowen, 2011: 12؛ McCaul & Petry, 2014).

وتتعدد مسببات الانتكاسة لتشمل المثيرات الداخلية والخارجية (الأقران، روائح/أماكن مرتبطة، اللهفة)، الضغوط النفسية والاجتماعية، ونقص الرعاية اللاحقة، وسوء الفهم العلاجي (مثل الاعتقاد بأن زوال أعراض الانسحاب يكفي). وتشير الأدلة إلى أن الوقاية الفعالة تتطلب حزمة مؤلفة من: العلاج النفسي (لا

سيما المعرفي السلوكي)، والعلاج الدوائي المنتظم، والأسري/الاجتماعي، مع تدريب ممنهج على مهارات المواجهة والمحافظة على تغييرات نمط الحياة؛ إذ يقلل دمج CBT + الدواء من معدلات تكرار الانتكاسة، بينما يرتبط التوقف العفوي عن الدواء أو ضعف الالتزام العلاجي بارتفاع المخاطر (Lawrence Palinkas et al., 2016: 51؛ Vuchinich, 2020: 45؛ Khan, 2016: 16؛ Satyanarayana, 2022: 26).

وتظهر العلامات المبكرة في الرومَنسة المعرفية لذكريات التعاطي، والانسحاب الاجتماعي، والقلق/الاكتئاب، والشك بجدوى العلاج أو مقاطعة الجلسات الجماعية. وتُصنّف نماذج الوقاية من الانتكاسة التسلسل إلى ثلاث مراحل : عاطفية (انفعال سلبي وشكوك بفاعلية العلاج)، ثم عقلية (صراع معرفي بين الإقلاع والعودة)، وأخيراً جسمية مع أول جرعة تعاطٍ تُطلق حلقة الاعتماد مجدداً. ويؤكد نموذج مارلات وزملائه على التثقيف بالإنذارات المبكرة، ورفع الوعي الذاتي، والتواصل المستمر مع المعالجين/شبكات الدعم، إلى جانب مهارات التأقلم وتوكيد الذات، بما يحد من الانزلاق من الهفوة إلى الانتكاسة الكاملة (Marlatt, 2021: 21؛ Bowen, Chawla & Marlatt, 2011: 32؛ Marlatt, 2020: 29).

• علاج انتكاسة الكبتاجون:

تعتمد معالجة انتكاسة الكبتاجون على مرحلة الانتكاسة ذاتها؛ فكلما كان التدخل أبكر (في المرحلة العاطفية أو العقلية) كان أسهل وأكثر فاعلية مقارنةً بمرحلة الانتكاسة الجسدية/الكاملة. وتبدأ الخطوة الأولى بتقييم الحاجة إلى العودة لمصحة أو إمكان الاكتفاء بتعديل خطة المتابعة خارجياً، ويفضّل الحسم عبر الطبيب المعالج. وعند تقدم الانتكاسة ووقوع التعاطي مجدداً، تُعدّل الخطة وقد تستلزم إقامة علاجية، مع مراقبة داعمة غير مُحبطة واعتبار الانتكاسة مرحلة ضمن مسار التعافي لا دليلاً على فشل العلاج (Reinout, 2015: 21؛ Bowen, 2011: 6؛ McCaul & Petry, 2014: 12؛ عبد العزيز، ٢٠٢٠).

ولا يتعامل النموذج المعرفي مع الانتكاسة بمنطق “الكل أو لا شيء”، بل يرى كل تعاطٍ نقطة على متصل القرار؛ إذ قد تولد الزلة ندماً وكتئاباً يصيران مثيرات مهيئة تكرر الحلقة. لذا يزود العلاج المعرفي السلوكي العميل بأدوات ملاحظة الذات ومعالجتها (مثل: عدم ترك الزلة تتحول إلى انتكاسة كاملة)، مع التأكيد أن المنبهات يمكن مجابتهها في أي حلقة وأن نتائج التدخل تختلف تبعاً لذلك (Bowen, 2011: 6؛ Reinout, 2015: 21).

وتُظهر الأدلة أن خفض تكرار الانتكاسة يتطلب حزمة مدمجة: علاج معرفي سلوكي، وعلاج دوائي منتظم، وعلاج أسري/اجتماعي، وتدريب مهارات مواجهة وتنظيم ذاتي؛ بينما يُعدّ ضعف الالتزام أو إيقاف الدواء مبكراً عامل خطر مهماً. كما تؤكد النماذج التطبيقية ضرورة التثقيف بعوامل الانتكاسة، وفهم الضغوط والمثيرات الداخلية/الخارجية، والتخطيط لاستجابات وقائية (Vuchinich, 2020: Khan, 2016: 16؛ Lawrence Palinkas et al., 2022: 51) Bowen, Chawla & Marlatt, 2021: 21؛ Satyanarayana, 2016: 26؛ 45 Marlatt, 2020: 29؛ Marlatt, 2011: 32).

والعلاج الدوائي لا يعالج الاعتماد نفسه بل يخفف أعراض الانسحاب (تسرع القلب، الصداع، القلق، الأرق...)، ويُستخدم ضمن بروتوكولات إزالة السموم التي تُجرى عادةً في بيئات داخلية وبأدوية مثل البنزوديازيبينات وفق تقدير المخاطر. تُعد مرحلة السحب الأكثر صعوبة وتباين شديتها تبعاً للجرعة والمدة وتعدد المواد والتكيف العصبي، وقد تُسجل تغيرات فسيولوجية (EEG/ECG، كورتيكوتروبين) تستلزم إشرافاً طبياً لصيقاً (Heilig et al., 2021؛ Mayo-Smith, 2019).

ويثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليته عبر تصحيح التشوهات المعرفية وبناء مهارات (حل المشكلات، التواصل، إدارة الوقت، التوكيدية)، مع فنيات سلوكية مثل التعدييم، النمذجة، لعب الدور، ضبط الذات، الواجبات المنزلية. وتشمل الترسانة: المقابلة الدافعية والعلاج التحفيزي المعزز (MET) قصير المدى لرفع الدافعية ووضع خطط تغيير، إضافة إلى العلاج الفردي/الجماعي/الأسري والزواجي، مع مواءمة الدواء للأعراض المرافقة (الاكتئاب/القلق/الضغط) (Miller & Rollnick, 2019؛ Centers for Disease Control and Prevention, 2019) Satyanarayana, Bowen, 2022؛ Jonathan Fielding et al., 2019؛ 2012: 32 Shilpi Tripathi, 2021؛ Khagendra Nath Gangai et al., 2019؛ 2017).

وتبدأ المسارات العملية بالتقرير والفحص الطبي/النفسي، ثم اختيار البرنامج العلاجي، فمرحلة الاستغناء/الانسحاب مع خطط منع الانتكاسة والمتابعة المستمرة. وتستهدف التدخلات: تجنب المثيرات) الخارجية والداخلية (HALT، تفكيك المعتقدات الخاطئة) وهم السيطرة، أساطير "الفوائد"، إدارة الاشتياق/اللهفة بالتأجيل المنظم وتدريب التحمل، ومعالجة الأفكار المحرّضة والإنكار عبر حوار دافعي غير مُهَدّد وتدرّج مراحل التغيير. تُستكمل الخطة بدعم اجتماعي منظم (مجموعات أقران/بيوت منتصف الطريق) وتنسيق متعدد التخصصات لضمان الاستمرارية خارج المؤسسة العلاجية (Marlatt, 2021: 21)؛

؛ Heilig et al., 2021؛ Asukai, 2021؛ Bowen, Chawla & Marlatt, 2011: 32
Lawrence Palinkas & Atkins, 2022: 132).

• الدراسات السابقة:

• الدراسات التي تناولت الاعتماد على المخدرات والكبتاجون:

أشارت دراسة بريف (Preve, 2022) إلى أن إساءة استخدام الكبتاجون بين فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٢-٣٥) سنة ترتبط في بداياتها باعتقاد خاطئ حول قدرته على علاج الاكتئاب وتعزيز الطاقة، إلا أن الاستخدام الممتد أدى إلى ظهور أعراض سُمّية خطيرة مثل الهلاوس السمعية والبصرية والشمية وفقدان الأنبة، خاصة نتيجة خلطه بالأمفيتامينات. بينما ركزت دراسة أليسون وزملاؤها (Alison et al., 2022) على مقارنة الخصائص النفسية بين فئتين من المعتمدين على الأمفيتامينات والكبتاجون — إحداهما راغبة في العلاج والأخرى غير راغبة — حيث بينت النتائج أن الراغبين في العلاج يتميزون بارتفاع القلق والاكتئاب وتحكم أفضل بالذات، مقابل لامبالاة وانخراط في سلوكيات إدمانية إضافية كالمقامرة لدى الفئة الثانية. وفي السياق المحلي، توصلت دراسة الشريف (2017) إلى أن البطالة وغياب فرص العمل يمثلان من أبرز العوامل المفسرة لتعاطي المخدرات في السعودية، إذ أظهرت النتائج أن ٤٦.٢٪ من العينة لا يعملون وأن النسبة الأكبر من المتعاطين من فئة الشباب، مؤكدة العلاقة بين الفراغ الاقتصادي والانحراف السلوكي. وأظهرت دراسة يوسف (2020) ضعف التأهيل المهني والمعرفي للمرشدين الطلابيين في الوقاية من المخدرات، إذ أبدوا نقصاً في المعرفة العلمية والمهارات التطبيقية، مما استدعى التوصية ببرامج تدريبية متخصصة. أما العريني (2017) فقد كشفت دراسته الميدانية في مدارس الرياض الثانوية أن أكثر أساليب التوعية استخداماً كانت التوجيه الفردي والنصح المباشر وإبلاغ أولياء الأمور، وأن الكبتاجون يُعد المخدر الأكثر شيوعاً بين الطلاب، مع الدعوة لتفعيل التعاون بين المدارس ومؤسسات العلاج والمكافحة. من جهة أخرى، حللت دراسة عبدالله (2017) عينات من حبوب الكبتاجون المضبوطة وأثبتت احتواءها على مواد شديدة السمية مثل الأمفيتامين والفينثيلين والكافيين والثيوفيلين، مما يعزز خطورتها وضرورة تحليل مكوناتها دورياً. وأكدت Hsakin (2022) أهمية دور المرشدين في الكشف المبكر عن الطلاب المعرضين للخطر عبر برامج معرفية وسلوكية تدمج أولياء الأمور وتطور بيئة وقائية داعمة. كما أظهرت دراسة Allen, Cahngo, Schad & Marston (2022) أن تأثير الأصدقاء في سلوك المراهقين نحو التعاطي يمكن الحد منه من خلال دعم الأسرة وتنمية الاستقلالية الشخصية. وأثبتت أوسال الحلاق (2017) فاعلية برنامج إرشادي

لتنمية توكيد الذات وإدارة العلاقات الاجتماعية لدى المدمنين في دمشق، في حين بينت سهام (2022) أن العلاج بالتعبير الفني يعد وسيلة تشخيصية وعلاجية فعالة تساعد المدمنين على تفريغ الصراعات والانفعالات والحد من دوافع التعاطي. كما أوضح أبو عمه (2018) في دراسته الإقليمية أن غالبية المتورطين في قضايا المخدرات من الذكور الجامعيين العاطلين، وأنهم يميلون إلى السلوك العدواني والانحراف القيمي، في حين كشفت الخوالدة والخياط (2017) أن المشكلات الأسرية وضعف الوازع الديني والرغبة في المتعة والهروب من الهموم هي الأسباب الجوهرية للتعاطي. وأخيراً، أكدت Knight (2021) أن الدعم الأسري الإيجابي وخفض الصراعات العائلية يساهمان في تحسين نتائج العلاج والحد من السلوكيات الإجرامية خلال التعافي، بينما تؤدي الضغوط الأسرية وسوء الأقران إلى زيادة احتمالات الانتكاس.

• الدراسات التي تناولت الانتكاسة والبرامج العلاجية للمعتمدين على المخدرات:

أظهرت دراسات الانتكاسة والبرامج العلاجية لدى المعتمدين على المخدرات طيفاً واسعاً من النتائج؛ إذ بينت دراسة فوستر وآخرون (Foster et al., 2021) أن حقن ٥٠٠ ملغم من النالتركسون تحت الجلد بعد إزالة السموم وفر حماية مبكرة قوية (نتائج فحوصات سلبية خلال ٥ أسابيع)، رغم أن ٢١٪-٢٦٪ استأنفوا التعاطي لاحقاً، ما يستدعي تطوير البروتوكول؛ وكشفت كاتلين وبروس (Kathleen & Bruce, 2022) أن فشل العلاج يرتبط بقلّة التكيف وضعف الثقة بالنفس وتورطاً بسلوكيات إجرامية؛ وعلى مستوى عربي، رصد الغريب (2017) ارتفاعاً بظاهرة العود خلال أول ٣-٦ أشهر بعد الخروج، مع سمات مخاطرة اجتماعية/اقتصادية (عزوبية، بطالة، دخل منخفض) وضعف التزام بالرعاية اللاحقة؛ ووجدت فيشر وآخرون (Fisher et al., 2018) أن ارتفاع العصابية وانخفاض الوعي يتنبأ بقوة بالانتكاس؛ وأكدت إبراهيم (2019) علاقة سلبية بين دعم المجتمع والانتكاسة، مع بقاء وصمة الإدمان عائقاً لإعادة الإدماج؛ وأثبتت برامج الإرشاد والمهارات الاجتماعية فعاليتها؛ فبرنامج جمعي طوّره المشاقبة (2016) خفض سلوك الإدمان وحسّن المهارات الاجتماعية، كما دعمت سلطاني (2017) فاعلية العلاج النفسي الجماعي في تعزيز الثقة والمساندة وتعديل السلوك، وبينت سهام ولبينا (2018) أن العلاج التعبيري حسّن تقدير الذات والدعم الاجتماعي وخفض الأعراض النفسية؛ وطوّرت ميثيا وورارات وويرن (Methpiya, Worarat & Wirun, 2018) برنامجاً تدريبياً يجمع تعديل السلوك المعرفي والتعلم التحويلي عزز المرونة ومنع الانتكاسات، فيما حسّن تدريب مهارات الحياة لدى الجامعيين السلوكيات الوقائية وفق موشكي وحسن (Moshki & Hassan, 2022)؛ وعلى

صعيد تعديل الانحراف المعرفي، خفض برنامج إلكتروني قصير التعاطي للكحول والمخدرات لدى رينوت وآخرين (Reinout et al., 2019)؛ محلياً، خفض برنامج إرشاد جمعي الاكتئاب ورفع تقدير الذات لدى الرويلي (2017)، وبنت تبابنه (2019) نموذجاً تكاملياً (عقلاني انفعالي) خفض القلق والأفكار اللاعقلانية؛ وأظهرت سليمان (2019) اتجاهات طلابية سلبية نحو الإدمان وإيجابية نحو الإرشاد الوقائي مع دور لافت للأقران؛ وأبرزت آلاء (2018) أهمية العلاج الجماعي المؤسسي في تصحيح المفاهيم وتخفيف الضغوط؛ وفعل مخامرة (2018) برنامجاً وقائياً مدرسياً رفع الوعي (مع حاجة لتوضيح فنياته)، بينما قدمت غادة نديم لقيانية (2019) برنامجاً وقائياً قائماً على الفنون حسن المعرفة ومهارات التواصل وحل النزاعات والصورة الذاتية والتفاؤل لدى أبناء المدمنين؛ وكشفت العنزي (2020) فروقاً لصالح غير المنتكسين في وجهة الضبط الداخلية مع توصية بتوظيف الذكاء الانفعالي؛ وحددت مطاوع بركات وإقبال الحلاق (2011) أسباب الانتكاس في الضغوط النفسية والعودة لدوائر المدمنين والمشكلات الأسرية؛ وأثبت سكوما سينجدوينتشاي وآخرون (Sukuma Saengduenchai et al., 2011) أن الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والدعم الاجتماعي يقلل الانتكاس المبكر بحلول الشهر الثالث؛ وبيّنت سائل حدة وحيدة (2011) فاعلية تدريب حل المشكلات والاسترخاء؛ وأظهر كينجارات جانجي (2013) أن دمج CBT مع الدواء يحسن الموقف من الإدمان والكفاءة الذاتية واستعداد التغيير؛ وربطت رغدة عبد المجيد نصره (2014) ارتفاع الوصمة بانخفاض الدافعية وارتفاع الانتكاس، والعكس صحيح؛ ووجد إبراهيم خليل الحربي (2016) أن الذكاء الوجداني البين -ذاتي يخفض الانتكاسة ويعزز الاستجابة لبرنامج مراحل التغيير؛ وأظهرت دراسة فيحان فراج هقشه وآخرين (2016) دوراً جامعياً متوسط الفاعلية يستلزم تفعيلاً وقائياً/تربوياً؛ وكشفت هيفاء يوسف الكندري (2017) تعثراً بعد العلاج بسبب ضغط الأقران ونظرة المجتمع؛ وأثبتت فاطمة خليفة السيد (2017) أن برنامج CBT ينمي الصلابة النفسية ويقي من الانتكاسة؛ وأشارت حنورة (2000) لاقتراح المنشطات/الأمفيتامينات باضطرابات نفسية وجنوح؛ وأظهرت ديمبو وآخرون (Dembo et al., 2017) ارتباطاً مباشراً بين التحرش الجنسي والتعاطي وعلاقات مباشرة/غير مباشرة مع الإساءة البدنية؛ وبيّنت Sheer (2021) لدى المراهقين المترددين على العيادات شعوراً بالدونية وانخراطاً جنسياً عالي الخطورة؛ وأثبت محمد حسن محمد عبيد (2020) أن CBT يرفع الدعم الاجتماعي ويقلص الانتكاس؛ وحددت مناور عبيد العنزي (2020) أن ضعف الخطة العلاجية واستمرار علاقات الأقران المنحرفة والفقر والبطالة تعزز العود،

مع توصية بمتابعة طويلة وتنوع برامج التدخل؛ كما أكد طارق عزيز مرعي (2021) أن عدم الاستقرار الأسري ورفض المجتمع وضعف الرعاية اللاحقة تزيد العودة، واقترح آليات خدمة اجتماعية للأسر؛ وأخيراً، أثبتت تجربة ياموتو وآخرون (Yumoto et al., 2021) أن برنامج CBT من ١٢ جلسة يتفوق على التثقيف النفسي في رفع الكفاءة الذاتية والسلوكيات المواجهة ومنع الانتكاس لدى مرضى المنشطات العصبية في بيئة غير غربية.

• التعليق على الدراسات السابقة:

تجمع الدراسات السابقة -على تنوع محاورها وبيئاتها وأدواتها- على أن الوقاية والعلاج الفعّالين من تعاطي المخدرات والانتكاسة يتطلبان اشتغالاً متزامناً على ثلاث دوائر: الأسرة/المدرسة والمجتمع والبرامج العلاجية النفسية؛ فدراسات إلهام (٢٠١٧) وهاسكين (٢٠٢٢) وآلن وكانجو وشاد ومارستون (٢٠٢٢) أبرزت أدوار الأسرة ومرشد المدرسة وتأثير الأقران في بدايات التعاطي لدى المراهقين وإمكان تحييد هذا التأثير بتنمية الاستقلالية والدعم الأسري والاصطفاء الاجتماعي للأصدقاء، بينما أثبتت تجارب أوسال الحلاق (٢٠١٧) والمشاقبة (٢٠١٨) وسهام ولينا (٢٠١٧/٢٠١٨) وميثبيا وورارات وويرن وموشكي وحسن ورينوت وآخرون والرويلي وتيابه (أعوام مختلفة) فاعلية الطيف العلاجي المعرفي -السلوكي والتعبيري والجمعي في خفض سلوك الإدمان، وتخفيف القلق والاكتئاب، ورفع تقدير الذات والدعم الاجتماعي، وتعزيز مهارات الحياة (الوعي الذاتي، قول لا، حل المشكلات، إدارة الضغط) والانحراف المعرفي الإيجابي، مع نجاح تدخلات فنية/ثقافية مكيفة سياقياً (غادة لقمانية، ٢٠١٩) في تحسين المعرفة والمواقف ومهارات التواصل وحل النزاعات والصورة الذاتية والتفاؤل لدى الفئات المعرضة للخطر؛ وتكشف خرائط العينات اختلافات منهجية واسعة: من مراهقين بمتوسط ١٣.٥ سنة إلى مدمنين في برامج علاجية، وطلاب جامعات، ومتخصصين/متعافين، مع تصميمات شبه تجريبية وتجريبية وضابطة، وأدوات قياس متنوعة (تقدير الذات، القلق، الأفكار اللاعقلانية، الدعم الاجتماعي، الكفاءة الذاتية، الانحراف المعرفي، مقاييس مهارات الحياة)، وجلسات علاجية تمتد عادة ٩-١٢ جلسة أسبوعية؛ وعلى مستوى النتائج، تتكرر دلائل الفروق الدالة لصالح المجموعات التجريبية بعد التدخل واستمرار الأثر في المتابعات، وتظهر بوضوح محددات الانتكاسة وعواملها: ضعف الرعاية اللاحقة، الضغوط النفسية، عودة شبكات الرفاق، بطالة/فقر، وصمة اجتماعية، ونقص فرص الإدماج، في مقابل عوامل حماية فاعلة: بيئة أسرية مساندة، برامج مهارية -تحفيزية، ذكاء وجداني وصلابة نفسية، وتمكين اجتماعي (وظيفة/قبول)، وتكامل علاجي يجمع

CBT والتعبير الفني والدعم الجمعي؛ وبذلك ترسم هذه المتون إطاراً متسقاً يُرجّح الحلول متعددة المستويات: تدخلات مدرسية وأسرية مبكرة، حزم نفسية - سلوكية معيارية قابلة للتكيف الثقافى، مسارات رعاية لاحقة ممتدة تركز على المهارات والاندماج والعمل، وسياسات تخفف الوصمة وتغلق دوائر المخاطر البنيوية، بما يقلص الميل للتعاطي واحتمال العود ويُحسّن نوعية حياة المتعافين.

• **فروض الدراسة:**

بعد الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة الخاصة بالاعتماد على المخدرات والكبتاجون والانتكاسة يقترح الباحث الفروض التالية:

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس البعدي.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية.

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) بين القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور أربع شهور من توقف البرنامج.

• **الإجراءات المنهجية للدراسة:**

• **منهج الدراسة:**

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لملاءمته لطبيعة الموضوع؛ إذ تم إجراء مقارنة لأسباب الانتكاسة والعودة للاعتماد على الكبتاجون لدى عينة ذكورية من المعتمدين، في ضوء متغيرات مرتبطة بالانتكاسة ومواقفها وآثار انسحاب الكبتاجون، وذلك باستخدام مقياس الانتكاسة لعبد الله عسكر بصورته المعدلة ذات الأبعاد الخمسة: الاشتياق، وضغوط الرفاق، والمشاعر السارة، واضطراب العلاقة بالآخرين، والآلام النفسية والبدنية والوهن، بعد استبعاد ثلاثة متغيرات من الأصل لعدم اتساقها مع طبيعة اعتماد الكبتاجون. كما تم توصيف البيانات المستخرجة من أداة البحث حول مواقف وأسباب الانتكاسة، مع الاستفادة من برنامج «ماتريكس» لمواقف الانتكاسة، بما أتاح عرض الأطر النظرية والدراسات المتخصصة في تفسير الاعتماد على الكبتاجون والعوامل المسهمة في الانتكاسة؛

مثل اللهفة والاشتياق، والمشاعر السارة، واضطراب العلاقات، وضغط الآخرين، والآلام البدنية والنفسية.

• عينة الدراسة:

تم اعتماد عينة استطلاعية قوامها (١٧) مفحوصاً من المعتمدين على الكبتاجون تراوحت أعمارهم بين (٢٥-٤٥) سنة، بمتوسط عمري (٢٧.٢) وانحراف معياري (٣.٢)، واستخدمت للتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات من حيث الصدق والثبات؛ كما تم اعتماد العينة الأساسية للدراسة وعددها (٢٢) مريضاً من مدمني الكبتاجون المقيمين في مراكز علاج الإدمان بمدينة الطائف بالمملكة العربية السعودية ضمن الفئة العمرية نفسها (٢٥-٤٥) سنة، بمتوسط عمري (٢٦.١) وانحراف معياري (٣.٤).

• أدوات الدراسة:

• المقابلة الإكلينيكية:

تم استخدام مقابلة إكلينيكية ببعدين: (أ) مقابلة لجمع البيانات تسجل التاريخ النمائي والطبي والتعليمي والمهني والأسري والانفعالي عبر الطفولة والمراهقة والرشد، و(ب) مقابلة دافعية لاستثارة الاستبصار والاستعداد للعلاج. شملت الأسئلة المحورية: المشكلات الرئيسية في الحياة والتعليم، وصعوبات العلاقات الأسرية والقربانية، ودافعية العلاج (رغبة ذاتية أم استجابة لضغط الأسرة)، والتصورات الشخصية لأسباب الإدمان ولماذا اختيار الكبتاجون تحديداً، وما إذا كان يجلب المتعة أم يخفف الألم، وأثر الإدمان على الحياة الأسرية، والتفاوض بالشفاء، وتوقع العودة للتعاطي بعد الخروج من المركز العلاجي.

• مقياس مواقف الانتكاسة (إعداد/ عبد الله عسكر):

تم تطبيق مقياس مواقف خطرة تؤدي إلى الانتكاسة بعد فترات الامتناع (عقب علاج مؤسسي/ خارجي أو امتناع ذاتي)، ويتكوّن من جزء للمعلومات الأولية (مع فقرات مضافة بعد تحكيم علمي) وجزء ثان يضم (١٠٠) عبارة تُشير كلّ منها إلى سبب محتمل للانتكاسة. يغطي المقياس ثمانية أبعاد أصلية: الاشتياق وتلميحات العقار، اختبار القدرة على السيطرة، ضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، المشاعر غير السارة، اضطراب العلاقات بالآخرين، المشكلات الأسرية، والآلام النفسية والبدنية والوهن. ولأغراض الدراسة الحالية تم الاقتصار على خمسة أبعاد هي: الاشتياق، ضغوط الرفاق، المشاعر السارة، اضطراب العلاقة بالآخرين، والآلام النفسية والبدنية والوهن.

• الاتساق الداخلي لمقياس مواقف الانتكاسة:

أثبت الاتساق الداخلي بحساب معاملات الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية، وبين درجات الأبعاد والدرجة الكلية، ثم انتقاء أعلى العبارات ارتباطاً حتى استقر المقياس في صورته النهائية على (٧٥) عبارة موزعة على خمسة أبعاد. أظهرت معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية (ن=١٧) قيمة دالة عند ٠.٠١: الاشتياق (٠.٧٨)، ضغوط الرفاق (٠.٦٩)، المشاعر السارة (٠.٦٧)، اضطراب العلاقة بالآخرين (٠.٥٦)، الآلام والوهن (٠.٥٤)، بما يدل على اتساق مقبول. وعلى مستوى المفردات، تراوحت معاملات الارتباط مع المجموع الكلي بين (٠.٨٩-٠.٥٤) عند مستوى دلالة ٠.٠١، ما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع واعتمادية جيدة للدرجات المستخرجة.

• الثبات (Reliability):

قيس الثبات بثلاث طرائق على عينة (ن=١٧): معامل ألفا كرونباخ بلغ (٠.٦٢)، وإعادة الاختبار (٠.٧٨)، والتجزئة النصفية (٠.٧١). تُظهر هذه المؤشرات مستوى ثبات مقبول يتيح استخدام الأداة في الدراسة الحالية، مع دعم إضافي لاحق من دراسات التقنين الأصلية عالية الثبات (مذكورة أدناه).

• الصدق (Validity):

أُتيحت أدلة متعددة على الصدق: (أ) الصدق بالمقارنة الطرفية بين فروقاً دالة إحصائياً عند ٠.٠١ بين مجموعة مرتفعة (<٢٥٪) وأخرى منخفضة (>٢٥٪) في جميع محاور الانتكاسة؛ إذ جاءت الفروق لصالح المجموعة المرتفعة في الاشتياق، المشاعر السارة، اضطراب العلاقة بالآخرين، والآلام والوهن، مع فروق مماثلة في ضغوط الرفاق، بما يؤكد قدرة المقياس على التمييز. (ب) الصدق الظاهري تحقق عبر تحكيم (١٠) متخصصين وبلوغ نسبة اتفاق ٧٤٪ على صلاحية العبارات والتعليمات (يقبل ≤ ٥٠٪). (ج) وفق عسكر وآخرين (٢٠٠٥) على عينة تقنين (ن=١٢٠؛ متوسط عمر ٣٢±٣.١) توفرت أدلة قوية إضافية: صدق تلازمي مع استمارة التقرير الذاتي لأسباب الانتكاسة (r=0.78)، صدق محكمين (٠.٧٤)، صدق ذاتي/اتساق داخلي عام (٠.٩٤)، وثبات ألفا كلي مرتفع جداً (٠.٩٨) مع ثبات للأبعاد بين (٠.٨٤-٠.٩٥)، وتجزئة نصفية جوتمان (٠.٩٢) وألفا لكل نصف (٠.٩٣). هذه النتائج مجتمعة تؤكد أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية متينة من حيث الاتساق والثبات والقدرة التمييزية.

• برنامج ماتريكس:

برنامج ماتريكس هو نموذج علاجي متكامل لاعتماد/تعاطي المواد يجمع بين أنجع مكونات العلاج المعرفي - السلوكي والمقابلات الحافزة والعلاج الداعم حول

الأشخاص والعلاج الأسري وعلاج القرين/ الزوج والعلاج الجماعي مع تنمية المهارات الاجتماعية، بالإضافة إلى مجموعات الاثنتي عشرة خطوة. قوته في المزج المنظم لهذه المقاربات داخل بنية علاجية مكثفة خارجية، ما يجعله مناسباً للمستجدين ومن أخفقوا سابقاً في التعافي. يتطلب النموذج معالجا متمرساً قادراً على تيسير الجلسات الفردية والجماعية والأسرية، التنسيق مع مقدمي الخدمات الاجتماعية، غرس حضور مستمر في اجتماعات الخطوات، ترسيخ مهارات CBT لربط الأفكار بالمشاعر والسلوكيات، التعزيز الإيجابي للسلوك المرغوب، وبناء تساوq وبنية واضحة للتوقعات ضمن بيئة آمنة غير حكمية.

هيكال البرنامج مكثف: يُحضر المريض على الحضور ثلاثة أيام أسبوعياً للعلاج الرسمي مع تشجيعه على المشاركة في اجتماعات الدعم/ الخطوات في بقية الأيام. يتضمن المسار ثلاث جلسات فردية رئيسة مدة كل منها ٥٠ دقيقة: الأولى للتوجيه والالتحاق وتحديد الأهداف، الثانية تُحدد خلال ٥-٦ أسابيع (أو عند وقوع انتكاسة) لمراجعة التقدم وتدبير الأزمات كاللهفة الشديدة، والثالثة في ختام المرحلة الأساسية لوضع خطة تعافٍ لما بعد العلاج. تُشرك الأسرة أو الأشخاص الداعمين متى أمكن فيما يُعرف بـ «الجلسات المشتركة» لتفريغ الأزمات، فهم اضطراب التعاطي واحتياجات المريض، وتعلم أدوار الدعم المنزلي الآمن مع الانتباه لمخاطر العنف الأسري. يبدأ المرشد الجلسة في وقتها، يقابل العميل منفرداً أول ٢٥ دقيقة ثم يدخل الأسرة للنصف الثاني، مع تأكيد السرية والاحترام والتعامل المتعاطف.

يرتكز الشهر الأول على «مهارات التعافي المبكر»: ثماني جلسات جماعية قصيرة (نحو ٥٠ دقيقة) تُعقد مرتين أسبوعياً وتهدف تعليمياً إلى رفع احتمالات الامتناع المبكر، تعريف العملاء بالأدوات الأساسية، تهيئتهم لثقافة المجموعات والاثنتي عشرة خطوة، وتطبيع المشاركة في بيئات المساعدة المتبادلة. يقود الجلسة مرشد البرنامج بمساندة «قائد مساعد متعافٍ» (عميل ممتنع ≤ ٨ أسابيع، نشط في مجموعة تعافٍ خارجية) كنموذج قدوة وداعم للأقران—على أن يلتقي القائد والمرشد قبل الجلسة به ١٥ دقيقة لتنسيق الموضوعات دون تداول معلومات سرية. تُفتتح الجلسة بتأكيد مكاسب الامتناع، يُخصّص نحو ٣٥ دقيقة لمادة الجلسة، وتُختتم بضبط الواجبات المنزلية والمتابعة.

تغطي الجلسات الثماني محاور عملية متسلسلة: إيقاف دورة التعاطي عبر التعرف إلى المحفزات والرغبات الشديدة واستخدام إيقاف الأفكار وجدولة اليوم؛

تحديد المحفزات الخارجية ورسم خرائطها البيئية؛ تحديد المحفزات الداخلية وتمثيلها؛ التقديم العملي لبرامج الاثنتي عشرة خطوة وبدائل المساعدة المتبادلة؛ كيمياء الجسم في التعافي وكيفية التكيف الجسدي؛ التحديات الشائعة وأساليب مواجهة خالية من التعاطي؛ علاقة التفكير - الشعور - الفعل وفق CBT وربط أنماط الاستجابة بسلوك التعاطي؛ وحكمة الخطوات مع تحديد مواقف الهشاشة العالية وخطط التعامل معها. تُرسخ المهارات عبر واجبات تطبيقية بين الجلسات ومتابعة تقدم العملاء.

تُعد «الوقاية من الانتكاسة» حجر الزاوية في المسار؛ مجموعة مدتها ٩٠ دقيقة في مطلع ونهاية كل أسبوع تعمل على مبدأ أن الانتكاسة متوقعة وقابلة للرصد المبكر. يبدأ اللقاء بتعارف موجز للأعضاء الجدد (تاريخ مختصر ونوع المادة ودافع الالتحاق دون إسهاب)، ثم عرض تعليمي مركزي يعقبه نقاش موجّه حول موضوعات مثل الخزي والذنب، إدارة الوقت، استنهاض الإيجابية، التعرف إلى المقدمات، وبناء رقابة ذاتية عملية تقلل الاعتماد على «قوة الإرادة» وحدها. تُخصّص الدقائق الأخيرة للمسائل الفردية الطارئة مع ترتيب مواعيد متابعة فردية عند الحاجة، وتُختتم بتذكير بالسرية والالتزام بالجلسة التالية.

يتكامل ذلك مع «التوعية الأسرية» عبر ١٢ جلسة أسبوعية (٩٠ دقيقة) خلال الأشهر الثلاثة الأولى ضمن برنامج يمتد ١٦ أسبوعاً، تُزوّد فيها الأسرة بمعلومات عن الإدمان ومسار التعافي وعلامات الانتكاسة وكيفية تعديل السلوكيات لتصبح أكثر دعماً للمريض وأكثر نفعاً له. يُحضّر المرضى وأفراد أسرهم على الحضور معاً، وتُستخدم المادة التي نوقشت في الجلسات الفردية والأسرية لبناء لغة مشتركة وخطة منزلية وافية تعزّز استدامة التعافي وتقلل احتمالات الانتكاس.

• نتائج الدراسة:

• **الفرض الأول:** ينص الفرض الأول على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياسين القبلي و البعدي في اتجاه القياس البعدي.

وللتأكد من صحة الفرض الحالي تم حساب معادلة ويليكسون لدلالة الفروق كما يتضح في الجدول التالي:

جدول (١): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون وأبعاده في القياسين القبلي والبعدى في اتجاه القياس البعدى

مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون	تطبيق	متوسط الرتب		مجموع الرتب		قيمة Z	حجم التأثير و الدلالة
		الايجابيّة	السلبيّة	الايجابيّة	السلبيّة		
الاشتياق	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	٠.٧٥٦	٧٧٪ دلالة
	بُعدي	٠	٧.٥	٠	٥٥		
ضغوط الرفاق	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	٠.٢١٣	٧٩٪ دلالة
	بُعدي	٠	٧.٥	٠	٥٥		
المشاعر السارة	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	١.١٣٤	٧٨٪ دلالة
	بُعدي	٠	٧.٥	٠	٥٥		
العلاقة بالآخرين	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	١.٠	٨٩٪ دلالة
	بُعدي	٠	٧.٥	٠	٥٥		
الآلام والوهن	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	١.٠	٨٩٪ دلالة
	بُعدي	٠	٧.٥	٠	٥٥		
الدرجة الكلية	قبلي	٠	٧.٥	٠	٥٥	٠.٣٤٣	٨٩٪ دلالة
	بُعدي						

يتضح من جدول (١) أن متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي أكبر من متوسطات رتب نفس المجموعة قبل تطبيق البرنامج العلاجي مما يدل على تحسن درجات الأفراد على مقياس مواقف الانتكاسة وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي مقارنة بأنفسهم قبل تطبيق البرنامج العلاجي وهو ما يحقق الفرض الأول للدراسة. وقد تراوح قيمة معامل التأثير ما بين ٧٧٪ إلى ٨٩٪ مما يعد مؤشراً على فعالية البرنامج العلاجي في تحسين مواقف الانتكاسة.

• الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) في القياس البعدي في اتجاه المجموعة التجريبية، وللتأكد من صحة الفرض الحالي تم حساب معادلة مان ويتني للمجموعات المرتبطة كما في الجدول التالي:

جدول (٢): دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي

مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون	تطبيق	مجموع تجريبية		مجموع ضابطة		قيمة Z		حجم التأثير
		متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة	
الاشتياق	بُعدي	١٥.٥	١٥٥	٥.٥٠	٥٥	٣.٨٤٧	٠.٠١	٩٩
ضغوط الرفاق	بُعدي	١٥.٥	١٥٥	٥.٥٠	٥٥	٣.٨٥٥	٠.٠١	٩٩.٥
المشاعر السارة	بُعدي	١٥.٥	١٥٥	٥.٥٠	٥٥	٣.٩١٨	٠.٠١	٩٩.٨
العلاقة بالآخرين	بُعدي	١٥.٥	١٥٥	٥.٥٠	٥٥	٣.٩١٠	٠.٠١	٩٥.٧
الآلام والوهن	بُعدي	١٥.٥	١٥٥	٥.٥٠	٥٥	٣.٨٥٠	٠.٠١	٩٥.٩
الدرجة الكلية	بُعدي	١١.٧٥	١٥٥	٩.٢٥	٥٥	٣.٧٩٥	٠.٠١	٩٩.٧

يتضح من الجدول (٢) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على مقياس الانتكاسة بأبعاده المختلفة والدرجة الكلية لصالح المجموعة التجريبية كما تراوح قيم

حجم التأثير ما بين ٩٥٪ إلى ٩٩٪ مما يعد مؤشراً إلى فعالية البرنامج العلاجي المقدم في تحسين الانتكاسة ومظاهرها المختلفة لدى أفراد المجموعة التجريبية.

• **الفرض الثالث:** ينص الفرض الثالث على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة بأبعاده الخمس (الاشتياق - ضغوط الآخرين - المشاعر السارة - العلاقة بالآخرين - الآلام والوهن) بين القياسين البعدي والتابعي بعد مرور أربع شهور من توقف البرنامج وللتأكد من صحة الفرض الحالي تم حساب معدلة ويليكسون كما في الجدول التالي:

جدول (٣): دلالة الفرق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون وأبعاده في التطبيق البعدي التتابعي

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب		متوسط الرتب		تطبيق	مقياس الانتكاسة للمعتمدين على الكبتاجون
		الإيجابية	السلبية	الإيجابية	السلبية		
غير دالة	٠.٧٥٦	٧	٣	٢.٣٣	٣	بعدي تتابعي	الاشتياق
غير دالة	٠.٢١٣	١١.٥٠	٩.٥٠	٣.٨٣	٣.١٧	بعدي تتابعي	ضغوط الرفاق
غير دالة	١.١٣٤	٢	٨	٢	٢.٦٧	بعدي تتابعي	المشاعر السارة
غير دالة	١.٠	صفر	١	صفر	١	بعدي تتابعي	العلاقة بالآخرين
غير دالة	١.٠	صفر	١	صفر	١	بعدي تتابعي	الآلام والوهن
غير دالة	٠.٣٤٣	١٦	١٢	٤	٤	بعدي تتابعي	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول (٣) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات الأفراد في المجموعتين بعد تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط رتب نفس الأفراد بعد مرور (٤ شهور) من تطبيق البرنامج العلاجي على الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة مما يدل على استمرار الأثر طويل المدى لبرنامج ماتريكس في تحسين الانتكاسة.

• مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها:

أظهرت نتائج الدراسة انخفاضاً ملحوظاً في أبعاد الاشتياق والآلام والوهن لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج ماتريكس، بعد أن كانت درجاتهم مرتفعة جداً قبله، بما ينسجم مع الإطار النظري والدراسات السابقة التي تشير إلى أن ارتفاع الاشتياق والآلام والوهن من أبرز محددات الانتكاسة لدى المعتمدين على الكبتاجون، وأن التدخلات متعددة المكونات—وفي مقدمتها ماتريكس—تقلل الاشتياق وتزيد تحمل ألم الانسحاب عبر تعليم مهارات المواجهة وإدارة المثيرات.

وتتوافق هذه النتيجة مع أدبيات الاعتماد التي أكدت أن مثيرات الحياة السلبية وضغوط الأقران والحنين إلى تجارب التعاطي والمشكلات الانفعالية تنذر بالانتكاسة (Haskin, 2019; Tiffany, 2022)، كما تفسر الفروق الملحوظة على أبعاد اختبار القدرة على السيطرة وضغوط الرفاق والمشاعر غير السارة واضطرابات

العلاقات بما مرّ به المتعاقدون من خبرات انسحاب وما اكتسبوه من مهارات تصدّ أثناء العلاج. ويُعزّد ذلك ما ذهبت إليه دراسات ربطت الانتكاسة بالمشاعر السلبية أولاً، ثم الضغوط الاجتماعية ثانياً، ثم أعراض الانسحاب والرغبة في «التسامي» ثالثاً (Amy, 2019)، إلى جانب شيوع الاضطراب النفسي وسرعة الاستثارة لدى المتعاطين (العنزي، ٢٠٢٠).

النتائج المناقشة أيضاً تلازماً قوياً بين إساءة استعمال الكبتاجون والاكتئاب والقلق، حيث يظهر «المرح» بعد التعاطي كآلية دفاعية إزائية للاكتئاب، بينما تتفاقم اضطرابات القلق—من نوبات هلع ورهاب الساحات—خلال التسمم أو الانسحاب، ما يدفع لاستخدام المادة كعلاج ذاتي يزيد المشكلة بدل تخفيفها. وتتسع الدائرة لتشمل تداخلات مع الوسواس القهري (صعوبات التركيز والذاكرة والحكم)، وأنماط ذهنية—هلاوس واضطراب فكر—عند الجرعات العالية والتسمم المزمن، وصولاً إلى الذهان البارانويدي والهذيان والعدوانية والانسحاب الاجتماعي؛ وهي صورة سريرية تؤكد بيانات ارتباط الاضطرابات النفسية بتعاطي المنشطات العصبية (Mirin, 2022).

ومن منظور آليات العصبية، يفضي الاعتماد المزمن إلى تغيرات تكيفية في كيمياء الدماغ—لا سيما نظام GABA (انخفاض مستقبلات GABA-A وتعديلات جينية) ونظام NMDA—ترتبط بحالة الاستثارة العالية في متلازمة انسحاب المنشطات وبارامترات هرمونية مرتفعة قد تسهم في السمية العصبية (Lopatko, 2021; Sinisa, 2021). وتسجّل المرحلة الحادة للانسحاب اضطرابات في تخطيط القلب والدماغ، وزيادة إفراز الكورتيكوتروبين، وانخفاض الدوبامين بما ينعكس ضيقاً وتوتراً واكتئاباً (Mayo-Smith, 2019). إن نجاح ماتريكس في تخفيف الاشتياق والآلام يمكن قراءته بوصفه تخفيفاً وظيفياً لحدة هذه التغيرات عبر بناء روتين منتظم، وتقليل التعرّض للمثيرات، وتعزيز مهارات التنظيم الانفعالي.

وتُسدّد النتائج نظرية مارلت «المواقف الشديدة» التي ترى أن ضعف مهارات التعامل مع المواقف الطبيعية عالية الخطورة—«الثالوث المحرّم»: المادة/الأماكن/الأشخاص—يرفع احتمالية الانتكاسة؛ مع دور فاعل لضغوط الرفاق والمشاعر السلبية واضطرابات العلاقات والمشكلات الأسرية والآلام والوهن بوصفها مثيرات متكررة لدى المتعاقدين. كما تُبرز النتائج وزن الأسرة في الوقاية من الانتكاسة؛ فخلل البنية الأسرية ورفض المحيط الاجتماعي يقترنان بعودة أعلى للتعاطي (Elliot, 2011)، وهو ما يتوافق مع دلائل تربط دوافع تعاطي

الكتبات بالصددمات الانفعالية والتجارب العاطفية الفاشلة والسعي للمسايرة الاجتماعية (Nikolas, 2022).

وكذلك تُفسّر الآثار الإيجابية لبرنامج ماتريكس في هذه الدراسة بصرامة تطبيقه على مسارات خفض التعرّض للمثيرات الخارجية (الأماكن/الأصدقاء/الوصول للمادة) والداخلية (HALT: الجوع، الغضب، الوحدة، الإرهاق) مع تدريب معرفي - سلوكي على كشف المعتقدات غير العقلانية والتصدي للأفكار الميسرة للتعاطي - مثل أساطير تعزيز الذاكرة أو «التجربة للتحكم» - واستبدالها بحوار ذاتي وظيفي وتأجيل الاستجابة للهفة حتى تنحسر تلقائياً (Asukai, 2021; Amy, 2015; Allen, 2012). كما شمل التدخل التعامل العلاجي مع الإنكار وتبعات الوصمة، وتفعيل الدعم الأسري والاجتماعي، ما يفسر الانخفاض اللاحق في الاشتياق والألام والوهن واتساق النتائج مع أدبيات الفعالية لمناهج الوقاية من الانتكاسة.

• قائمة المراجع:

- إبراهيم خليل الحربي (٢٠١٦): الذكاء الوجداني البين ذاتي والإيجابية للعلاج كمتغيرين وسيطين بين فعالية برنامج مراحل التغيير لعلاج الإدمان، ومنع الانتكاسة: مجلة بحوث كلية الآداب، المملكة العربية السعودية. جامعة الملك عبد العزيز كلية الآداب والعلوم الإنسانية.
- أحمد حسن حراشة (٢٠١٢): إدمان المخدرات والمنشطات وأساليب العلاج، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- أحمد حسين حسن (٢٠١٨) العوامل المهيأة لتعاطي المخدرات بين السائقين الشباب وظاهرة المخدرات، دراسة على عينت من شباب السائقين.
- أحمد عبد العزيز (٢٠١٧) عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض .
- أحمد عكاشة، (٢٠١٢) طلاب الجامعة الناجحين والراسبين الذين يستخدمون المخدرات، (من كتاب: الإدمان: أضراره - نظريات تفسيره - علاجه - دراسة عبر ثقافية بين المدمنين في مصر ودول الخليج العربي).
- أحمد محمود علي (٢٠١٩)، فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينت من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- آلاء محمد علي (٢٠١٨): دور المؤسسات الاجتماعية في تعديل سلوك المدمن باستخدام العلاج الجماعي - دراسة ميدانية مركز حياة للعلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي. رسالة ماجستير، جامعة النيلين، كلية الدراسات الاقتصادية والاجتماعية.
- إلهام صلاح حسن (٢٠١٠): دور الأسرة في علاج مدمني المنشطات والمخدرات الذين يخضعوا للعلاج بمؤسسه علاجيه في السودان، جامعه الخرطوم، بحث تكميلي ماجستير غير منشورة، الخرطوم.

- أوسال الحلاق (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مهارات إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات دراسة تجريبية لدى عينة من المدمنين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في محافظة دمشق، أطروحة دكتوراه، جامعة دمشق، سوريا.
- إيمان محمد إبراهيم (٢٠١٣)، ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد للحد من إدمان المكفوفين، بحث منشور، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، مصر.
- أيمن جبريل (٢٠١٥): العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية في عودة مدمني المخدرات المتعالجين إلى تعاطي المخدرات بعد تلقيهم العلاج، رسالت دكتوراه، جامعة مؤتة، الأردن.
- تياينة عبد الغنى (٢٠١٦): مساهمة في بناء إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالت دكتوراه، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة سطيف.
- حمزة عبد المطلب المعايطة (٢٠١٥): تصورات طلبة الجامعات الأردنية الحكومية نحو ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني، عمان: دار زهران للنشر والتوزيع.
- رأفت السيد أحمد (٢٠١١)، المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى معتمدي المواد المؤثرة نفسياً، بحث منشور، مجلة دراسات عربية.
- رباب عادل عبد العظيم (٢٠١٩)، خفض أعراض القلق الاجتماعي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى مدمني المخدرات، مجلة البحث العلمي في الآداب، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.
- زهيرة مخامرة (٢٠١٨): فاعلية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية، كلية الآداب، جامعة الخليل، فلسطين.
- زينا مغريل (٢٠١٤): المخدرات، الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
- سائل حدة وحيدة (٢٠١١): التدريب على حل المشكلات وعلى الاسترخاء لدى المدمنين على المخدرات في طور العلاج - فعالية التدريب، جامعة البليدة، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية عدد ٦.
- سليمان محمد آدم (٢٠١٦): برامج الإرشاد الوقائي وعلاقتها باستخدام المخدرات وسط طلاب الجامعات من وجهة نظر طلاب كلية التربية بجامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا رسالت ماجستير، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- سليمة سلطاني (٢٠١٤): دور العلاج النفسي الجماعي في التخفيف من تعاطي المخدرات لدى فئة من الشباب، جامعة محمد بوضياف، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
- سمير بوخروف (٢٠١٧)، دور العلاقة بين الطبيب - مريض والتعزيز الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المعافي، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ع (٤)، الجزائر.
- سهام بدر الدين (٢٠٢٢): التعبير الفني وسيط تشخيصي لعلاج ظاهرة الإدمان في المجتمع المصري، مجلة العلوم التربوية.
- سهام درويش عطية، ليلى الحاج حسن (٢٠١٤): فاعلية العلاج التعبيري في تقليل الاضطرابات النفسية وتحسين تقدير الذات والتعزيز الاجتماعي لدى المدمنين، دراسات العلوم التربوية، المجلد (٤١)، العدد (١).

- الشريف، عبد الإله محمد (٢٠١٧) العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية (دراسة ميدانية على متعاطي المخدرات في مجتمعات الأمل للصحة النفسية ورقة مقدمة للمؤتمر العالمي نحو إستراتيجية فعالة للتوعية بأخطار المخدرات)، الرياض.
- شريف فهيم، ناصر لوزا (٢٠١٠): الطريق للعلاج من الإدمان، مستشفى بهمان للصحة النفسية بحلوان، القاهرة، مصر.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠١٩)، التقرير السنوي للإدمان.
- طارق عزيز مرعى (٢٠٢١): تصور مقترح من منظور الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية للتخفيف من حدة الضغوط الحياتية لأسر العائدين للإدمان"، مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، العدد (٦٦)، الفيوم، مصر.
- عابد أبو مغصيب (٢٠١١): الإدمان على المنشطات والمخدرات والمؤثرات العقلية، الطبعة السادسة، بيروت: اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
- عادل الدمرداش (٢٠١٧)، الإدمان، مظاهره وعلاجه، مطابع الإنماء، ط ٣ المملكة العربية السعودية.
- عبد الله عمر الجوهري (٢٠٠٨)، أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عيئة من مدمني المنشطات، بحث منشور، مجلة دراسات عربية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصريين.
- عبد العزيز البريثن (٢٠٠٢)، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- عبد العزيز ناصر الرئيس (٢٠١٤): العوامل الاجتماعية المرتبطة بالعود إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، رسالت ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- عبد الله عسكر (٢٠١٠): الإدمان بين التشخيص والعلاج، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبدالعزيز العربي (٢٠١٧) دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات (دراسة ميدانية، ندوة دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية 2-4/2557)، الرياض.
- عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٩)، فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة للمتعافين من إدمان المنشطات، رسالت دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، مصر.
- غادة نديم لقينانية (٢٠١٩): بناء برنامج إرشاد وقائي جمعي قائم على الفنون ومناسب ثقافياً لأبناء المدمنين على المخدرات، رسالت ماجستير، جامعة بيرزيت - فلسطين.
- غدة عبد المجيد نصره (٢٠١٤): الوصمة الاجتماعية المدركة ومستوى الإيجابية للعلاج وعلاقتها بالانتكاس لدى مدمني المنشطات والمخدرات، أطروحة ماجستير، جامعة عمان الأهلية، الأردن.
- فاطمة خليفة السيد (٢٠١٧): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عيئة من مرضى الإدمان السعوديين، بحث منشور، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٢(٢٥)، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.

- فريدة قمار (٢٠٠٩): عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
- فليح فتال الرويلي (٢٠١٥): أثر برنامج إرشاد جمعي في خفض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من مدمني المخدرات في المملكة العربية السعودية، أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، إربد، الأردن.
- فؤاد البهي السيد (٢٠٠٦): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، القاهرة: دارا لفكر العربي.
- فيحان فراج هقشه، عادل عبد الفضيل عيد، محمد سيد محمد عبد اللطيف (٢٠١٦): "دور جامعة الأمير سطام بن عبد العزيز في التوعية والوقاية من المؤثرات العقلية - دراسة ميدانية"، رسالة دكتوراه، جامعة الأمير سطام بن عبد بن عبد العزيز، المملكة العربية السعودية.
- فيصل الزراد، عابد أبو مغيصيب (٢٠١١): الإدمان على المنشطات والمخدرات والمؤثرات العقلية، الطبعة السادسة، بيروت: اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع، دمشق.
- لخضر معاشو (٢٠١٦): تعاطي المخدرات: الأسباب والآثار وطرق الوقاية والعلاج منها، جامعة طاهري، الجزائر.
- محمد أحمد المشاقبة (٢٠١٣): فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد (٢١)، العدد (٤).
- محمد أحمد مشاقبة (٢٠١٧): الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- محمد الحاج على (٢٠١٦): المخدرات سموم وهموم، منشورات كلية العلوم الإسلامية، طيبة، السعودية.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠١٤): موسوعة الصحة النفسية "علم الأمراض النفسية العقلية"، الأسباب والأعراض - والتشخيص والعلاج، ج، ط ٢، زهران الشرق، القاهرة، مصر.
- محمد حسن محمد عبيد (٢٠٢٠): "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق التعزيز الاجتماعي لدى عينة من مدمني المخدرات - دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، العدد (٥٠)، المجلد (١).
- محمد حمدي الحجار (٢٠١٨)، العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، السعودية.
- محمد عيد (٢٠١٠): الارهاب والمخدرات، منشورات مركز الدراسات العربية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
- محمد كمال عبد الله (٢٠١٧): بوابة التعافي من الإدمان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- محمد نزيه حمدي (٢٠١٧): فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى نموذج مايكنباوم في خفض الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، (١٣)١.
- مريم الزيادات (٢٠١٣): فاعلية برنامج تدريبي للذكاء الانفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيئين استخدام العقاقير. رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

- مصطفى زيور، تعاظم الحشيش مشكلة نفسية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، القاهرة، بدون سنة.
- مطاوع بركات، إقبال الحلاق (٢٠١١): أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين، دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في دمشق، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، مج (٣٣)، ع (٥).
- مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (٢٠١٩): تقرير المخدرات العالمي، المكتب الإعلامي للأمم المتحدة، مصر.
- مكي، التهامي (٢٠١٣): "ظاهرة تعاظم المخدرات في أوساط الشباب المغربي"، مجلة الدفاع الاجتماعي، المنظمة العربية للدفاع الاجتماعي، العدد ١٢.
- مناور عبيد العنزي (٢٠٢٠): العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني المخدرات دراسة ميدانية على الأشخاص العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض. كلية علوم الجريمة جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، العدد الخامس عشر.
- منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٢): المعايير الدولية لمعالجة الاضطرابات الناجمة عن تعاظم المخدرات، طبعة منقحة تضم نتائج الاختبار الميداني، مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (UNODC).
- هاني غرموش (٢٠١٢): المؤثرات العقلية، إمبراطورية الشيطان، التعريب، الإدمان، والعلاج، دار النفائس للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- هيفاء يوسف الكندري (٢٠١٧): العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى عينة من مدمني المخدرات من المتعافين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي"، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد (٧٦)، الجزء ٦، جامعة المملكة العربية السعودية، المملكة العربية السعودية.
- يوسف المرشدة (٢٠١٢): جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، ط١، عمان، دار الحامد.
- يوسف بن سطات العنزي (٢٠١٠): 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.
- Amy, A. Mericle, Jennifer Miles, Fred Way (2015), Recovery Residences and Providing Safe and Supportive Housing for Individuals Overcoming Addiction.
- Asukai (2021): A 12-session relapse prevention program vs psychoeducation in the treatment of Japanese heroine patients: A randomized controlled trial. Neuropsychopharmacology Reports published by John Wiley & Sons Australia, Ltd on behalf of The Japanese Society of Neuropsychopharmacology.
- Bowen S, Chawla N, Marlatt GA (2011): Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide, New York: Guilford Press.
- Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Carroll HA, Harrop E., Collins SE, Lustyk MK, Larimer ME (2014):

- Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. JAMA Psychiat 71:547–556.
- DSM -V., (2022), the fifth edition of diagnostic and statistical manual of mental disorder, published by American psychiatric association.
 - Hand, A (2019): Perceptions about Alternative Reinforces in Early and Later Drug. Treatment, A Case study. PhD, Sandi ego, California, USA.
 - Heilig M, Goldman D, Berrettini W, and O'Brien CP. (2011). Pharmacokinetic approaches to the treatment of heroin addiction. Nat Rev Neurosci, 12(11), 670 – 84.
 - Hsakin, N, (2012): The school counselor's role with students at- risk for substance abuse. Ideas and Research You Can Use, 1, 1-8.
 - Khagendra, K, (2013): Effectiveness Of Cognitive Behavior Therapy On Relapse Among Heroines: A Study * Asian Academic Research Journal of Social Sciences and Humanities. Volume-1, Issue-14.
 - Khan A, Tansel A, White DL, Kayani WT, Bano S, Lindsay J, El-Serag HB, Kanwal F(2016). Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining heroin abstinence in patients with chronic liver disease: A systematic review. Clin Gastroenterol Hepatol. 14:191–202.e1–4; quiz e20.
 - Lawrence A. Palinkas & Catherine J, Atkins, (2022): Social skills training In effective for prevention in high-risk teens. The
 - Lopatko, (2021): Quick Reference Guide to the Treatment of Heroin Problems Companion Document to The Guidelines for the Treatment of Heroin Problems. Australian Government Department of Health and Ageing.
 - Methpiya, K, Worarat, P., & Wirun, N, (2019): A non-formal education program to enhance drug abuse resilience quotient of youth at-risk of drug relapse: The approaching of the transformative. Orthopsychiatry. 74(2)
 - Tiffany, J (2022): Finding Meaning in Addiction Misery: Can Stressful Situations Provide Meaning in life, Unpublished Doctoral Dissertation. North Dakota State University.

