

فعالية برنامج انتقائي تكاملي في خفض معدلات الاشتياق كعامل  
للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة

إعداد

أ.م.د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني

أستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة المنصورة

DOI: 10.21608/PSYB.2022.287180

مجلة علمية نصف سنوية محكمة

مجلة المنهج العلمي والسلوك م ٣، ع (٦) ديسمبر ٢٠٢٢

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: <https://psyb.journals.ekb.eg>

والترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على ٧ درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات بتقييم يوليو ٢٠٢٢

## فعالية برنامج انتقائي تكاملي في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى

مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة

أ.م.د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني

أستاذ علم النفس المساعد - كلية الآداب - جامعة المنصورة

### مستخلص

يهدف البحث إلى دراسة فعالية برنامج انتقائي تكاملي في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة وقد تكونت عينة الدراسة من ١٠ من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين أدوات الدراسة: مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة، ومقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة، ومقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة والبرنامج الانتقائي التكاملي لخفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة وجميعها من إعداد الباحث واستخدم الباحث المنهج شبه التجريبي والأساليب الاحصائية المناسبة. نتائج الدراسة: ثبوت فاعلية البرنامج.

### **The Effectiveness of a Selective Integrative Program to Reduce Longing Rates as a Relapse Factor in Patients with Drug Abuse**

**The Aim of the Study:** The aim of the study is to show the effectiveness of a selective integrative program to reduce longing rates as a relapse factor in the patients with drug abuse. **The Sample of the Study:** The sample includes 10 patients with drug abuse. **The Tools of the Study:** Longing for drugs scale.(prepared by the researcher)• Drug relapse scale. (Prepared by the researcher)•Drug abuse scale.(prepared by the researcher)• Selective integrative program. (Prepared by the researcher)•**The Methods:** The researcher has employed semi-experimental method and suitable statistical methods. **The Results of the Study:** The study proves the effectiveness of the program.

## مقدمة:

إن سوء استخدام العقاقير المخدرة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه مجتمعنا المصري؛ حيث تناول شريحة كبيرة للعقاقير المخدرة، فأصبحت من أكثر المواد النفسية التخليقية انتشارا في الوقت الحاضر، فقد لوحظ في السنوات الاخيرة انتشار هذه العقاقير المخدرة بصورة كبيرة وسط الشباب العامل خاصة في مجال العمل الشاق لتحمل طبيعته، وزيادة القدرة على العمل. هذا؛ بالإضافة إلى تناولها كمخدر لتسكين الالم دون استشارة الطبيب المختص، الامر الذي يؤدي بعد ذلك إلى دخول الفرد إلى دائرة التعلق القهري لهذه العقاقير، كما يلجأ البعض إلى تناول هذه العقاقير للهروب من المشقة النفسية، وكما يتناول من قبل أفراد من أجل الممارسات الجنسية، فتوجد تعددية في الشرائح والفئات المتناولة لهذه النوعية من العقاقير بصور سوء الاستخدام؛ الامر الذي أدى بهم في نهاية الطواف إلى إدمانه وصعوبة التخلي عنه؛ فأصبح هذا الامر يمثل خطراً كبيراً لما له من آثار نفسية، وعصبية فيزيولوجية، واجتماعية شديدة.

وتعد ظاهرة الإدمان من أكبر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تعاني منها كافة دول العالم وأخطرها، وتسعى هذه الدول جاهدة لمحاربتها؛ لما لها من أضرار صحية ونفسية واجتماعية واقتصادية، كما أنها ظاهرة وبائية متعددة التأثير، وهذا ما جعل بعض العلماء يسمونها أخطبوط العصر. ووفقاً لتقرير المخدرات العالمي تشير التقديرات إلى أن ما يزيد عن ٢٧٥ مليون؛ أي ما يزيد عن ٥.٥% من سكان العالم يتعاطون المخدرات، وبلغ عدد الوفيات التي نتجت عن إدمان المخدرات ما يقرب من ٢٠٧٤٠٠ حالة، أي بمعدل ٤٤ حالة وفاة لكل مليون شخص تقريباً، وغالباً ما تتراوح أعمارهم بين ١٥-٦٤ عامًا (تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٨). وتؤكد هذه الاحصائيات تزايد الاقبال على تعاطي المخدرات في العالم أجمع.

وتعاني مصر من انتشار سوء استخدام العقاقير المخدرة؛ ففي التقرير السنوي للإدارة العامة لمكافحة المخدرات تبين أن مصر تعد واحدة من بين (٥١) دولة على مستوى العالم تعاني من سوء استخدام العقاقير المخدرة، فقد شهدت مصر في أوائل التسعينات تحديات جسيمة كان من أخطرها (انتشار ظاهرة تعاطي المواد المخدرة) بصورة تفوق الإطار الطبيعي لانتشار هذه الظاهرة في أي مجتمع آخر، واستمرت هذه الظاهرة في ازدياد (مدحت محمد أبو النصر، ٢٠٠٨: ٤٥).

وعلى الرغم من التزايد الكبير في البرامج العلاجية في دول العالم لمعالجة مدمني المخدرات، فإن هناك نسبة كبيرة من المدمنين المتعافين عادوا إلى الإدمان مرة أخرى؛ حيث تشير عديد من الدراسات، كدراسة أمينة إبراهيم بدوي ومحمود فتوح سعادات (٢٠١٦) ودراسة أيمن جبريل (٢٠١٥)، إلى أن نسبة العودة للإدمان المخدرات عالمياً مرتبة جداً وخاصة عندما يكون العلاج مقتصرًا على الجانب الطبي، وهذا ما يطلق عليه (الانتكاسة)، ويرى الباحث أنها مشكلة تواجهها كثير من المجتمعات، وذلك يعني أن المجتمع لم ينجح من خلال نظمه وقوانينه في إعادة المتعافي من الإدمان إلى حالته الطبيعية لكي يعيش حياة سوية مرة أخرى. وهذا يمثل مؤشراً خطيراً على المجتمع، وتعد ظاهرة مناهضة للأهداف العلاجية والوقائية، كما أنها أيضاً تشكل تحدياً للمراكز العلاجية والتأهيلية معاً؛ لأن العلاج والمكافحة، وإعادة التأهيل، واستيعاب المدمنين في المستشفيات والمراكز المتخصصة لعلاج الإدمان، والخسائر المادية الفادحة تصبح كلها غير مجدية ما لم يتم السيطرة على هذه الظاهرة.

ويلعب العقار بصاحبه ويتحكم في سلوكه وانفعالاته؛ ففي الوقت الذي كان قد اختار فيه التعاطي، لم يكن يعرف إلى أي مدى سيسيطر عليه، وتلعب به هذه المواد المخدرة، ويتمحور حولها سلوكه، فالوجود الحتمي للمخدرات لصيق الصلة بالوجود البشري، فتعاطي المخدرات يقضي على الإنسانية، ويردنا إلى عالمنا الخاص بكل ما

فيه من نرجسية وأوهام، ويعمل على قطع أواصر الارتباط بالعالم الاجتماعي ومرجعياته القيمية والاخلاقية (عبد الله السيد عسكر، ٢٠٠٥: ٨).

ولا شك في أن تعافي الشخص من إدمان المخدرات من الامور الحميدة، لكنّ هناك عوامل تدفع الشخص المتعافي إلى العودة للإدمان مرة أخرى (الانتكاسة)؛ منها: نظرة المجتمع السلبية إليه، والتي تقف حائلاً بينه وبين اندماجه في هذا المجتمع مرة أخرى، كذلك الاوضاع الاسرية والخلافات وفقد العائد والاهمال وغيرها من العوامل، حيث توصلت بعض الدراسات، ومنها دراسة رشا عبد اللطيف (٢٠٠٣) إلى أن العوامل الاجتماعية لها دور كبير في العودة إلى تعاطي المخدرات؛ منها: القسوة في المعاملة، وعدم الرقابة والاهتمام. وتوصلت دراسة باسم الطويسي (٢٠١٣) إلى أن أكثر فئات الشباب عودة للتعاطي هم العاطلون عن العمل، كما توصلت دراسة (Boudy & Colello, 2008) إلى أن الضغوط الاجتماعية التي يواجهها المتعافي بعد خروجه من مراكز العلاج من أهم عوامل الانتكاسة؛ والتي منها: سوء التكيف مع المجتمع أو التأقلم معه، وكذلك توصلت دراسة (Ibrahim & Kumar, 2009) إلى أن الدعم الاجتماعي المتمثل في الرعاية والمساعدة من المحيطين بالمتعافي كالأسرة، والأصدقاء، وزملاء العمل ضروري لتشكيل سلوك جيد للوقاية من الانتكاسة.

وتعد مشكلة سوء استخدام العقاقير المخدرة واحدة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه غالبية المجتمعات، لما وصلت معدلات التعاطي إلى ذروتها في عديد من دول العالم، كما انتشرت هذه الظاهرة بين مختلف الطبقات والفئات والاعمار، وكذلك ظهرت مواد نفسية Psychoactive Substance أشد خطورة مقارنة بالمواد المخدرة التي كانت منتشرة من قبل، فضلاً عن اقتران تعاطي المخدرات بعديد من المشكلات والامراض الصحية الخطيرة، واقتران تعاطي المخدرات بعديد من سوء

التوافق النفسي والاجتماعي في إطار البيئة الثقافية التي يعيش فيها الشخص المدمن (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥: ٢٣).

وفي حالة توقف مريض سوء استخدام العقاقير المخدرة لنوعية العقار المخدر الذي أدمنه أو قلل الجرعة المعتاد عليها بصورة مفاجئة فإنه تظهر عليه أعراض انسحابية وتتمثل في: (القلق- الاكتئاب- الغثيان- الدوار- الام في المعدة- ارتفاع مستوى السكر في الدم- ارتفاع ضغط الدم- التعرق- الارق- تقلصات عضلية- فقدان الذاكرة المؤقت- موجات عدوانية- رهاب الخلاء من الارض الفضاء- خلل في التركيز والانتباه)، والتي تدفع بمريض سوء استخدام العقار المخدر إلى كراهية التوقف خوفا من العودة للآلام، وسرعان العودة مرة أخرى للتعاطي خوفا من الوقوع فريسة لهذه الآلام، وهنا تظهر الانتكاسة في صورة علامات مميزة على الأشخاص معتمدي العقاقير المخدرة، ويرجع ذلك إلى سوء التوظيف في العلاج وذلك نتيجة أعراض ظاهرة سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم اشتياقا داخليا أم ردود فعل مثل المشاكل العاطفية، مما يؤدي إلى ضعف في التحكم والخروج عن القواعد التي إذا لم يتم إدارتها تؤدي إلى العودة مرة أخرى للتعاطي (عبد الله الزهراني، ٢٠١٠: ١٩).

لذلك يرى الباحث أن ظاهرة الانتكاسة التي تحدث لعدد من الشباب أثناء تلقيهم العلاج أو حتى عقب انتهائهم من فترة العلاج تعد من المشكلات المعقدة والتي تعود إلى كثير من العوامل التي يجب بحثها خاصة وأن عددا كبيرا من الشباب قد وقعوا في انتكاسة الإدمان عقب انتهاء فترة علاجه فكان لا بد من معرفة تلك العوامل التي تؤدي بالمتعافي إلى العودة لتعاطي المخدرات مرة أخرى.

ويعد الاشتياق من أخطر المتغيرات التي تؤدي إلى انتكاسة مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المتعافين، والتي تتمثل في المشاعر الإيجابية والحوافز التي تربط المتعاطي بالمخدر، ويطلق عليه المرضى لفظ الشعوذة، وقد استخدم هذا

المصطلح في البداية للإشارة إلى الحوافز القوية لدى المتعاطي في أثناء مرحلة الاعراض الانسحابية، وقد استخدم فيما بعد للتعبير عن الرغبة القوية الملحة لتعاطي أي نوع من المخدرات في أي وقت (وائل ماهر غنيم، ٢٠١٠: ٤٢).

وبالنظر لجميع التدخلات الانتقائية فإن البرنامج الانتقائي التكاملي يُعد منظومة ذات طابع خاص متنسق للفئات العلاجية، تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بشكل تكاملي بحيث تُسهم كل منها في علاج جانب من جوانب مريض سوء استخدام العقاقير المخدرة ويتم انتقاء هذه الفنيات لتشكيل منظومة تكاملية بالرجوع إلى تشخيص دقيق لحالة مريض سوء استخدام العقاقير المخدرة، لتحديد أفضل الفنيات ومدى ملاءمتها للخطة العلاجية.

ومن هنا قام الباحث في الدراسة الحالية بإعداد برنامج انتقائي تكاملي لخفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة، وهذا بالاعتماد على بعض فنيات المدارس العلاجية.

### مشكلة الدراسة:

إن تحديد مشكلة الدراسة من الخطوات الاجرائية الاساسية لأي بحث، فهي الأساس التي يبني عليها خطوات البحث ككل، فهي التي وجهت "الباحث" إلى صياغة أهدافه، وطرح تساؤلاته، والتنبؤ بفروضه، واختيار أدواته البحثية، والاعتماد على أساليب إحصائية معينة دون غيرها. وقد تبلورت مشكلة الدراسة في إطارها العام من خلال ملاحظة مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة في أنهم قد ينجحوا في العلاج والاقلاع عن تعاطي العقار المخدر، ولكن سرعان ما يعودون وينتكسون مرة أخرى.

ولقد صاحبت حركة البحث العلمي في هذا المنحى على مستوى العالم تساؤلات كثيرة تتطلب عمليات البحث في المجالات النفسية الدافعة لعمليات التعاطي والانتكاسة فيما بعد التعافي، ومن هذه الدراسات دراسة (Stephen. Heishman, 2015) ،

ودراسة (Eddie, D. Kim, (2014) ، ودراسة (Anderson E., (2014) ، ودراسة (Kathryn A., (2014) ودراسة منى على العامري (٢٠٠٠) ، ودراسة (2000) D.,Lawrence. ، ودراسة (Gruber, M. (2000) ، ودراسة (Plasse (2001) ، ودراسة (Beatrice R. ، وجميعها تهدف إلى محاولات الوصول إلى تصميم برامج علاجية تسهم في الحد من نسب الانتكاسة من خلال النظريات العلمية والاستراتيجيات العلاجية لفنيات متعددة ، ومن هنا جاءت محاولة الباحث في العمل على تصميم برنامج انتقائي تكاملي قائم على فنيات العلاج المختلفة بناءً على نسب الانتشار التي أوضحتها تقرير الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة فضلاً عن حجم ذلك الانتشار، إذ إن ما يزيد عن ٢٧٥ مليون من سكان العالم يتعاطون المواد المخدرة.

وتعد مشكلة الإدمان مشكلة ذات أبعاد لا تتعلق بالفرد وحده بل تتعداه لتشمل المجتمع بشكل عام، كما أنها لا تتعلق بمجتمع بعينه، وإنما تتعداه إلى المجتمعات كافة وتمتد آثارها إلى جميع الجوانب الانسانية، والاقتصادية، والاجتماعية، والصحية، والامنية مما حدا بالجهود الدولية للتكاتف من أجل التصدي لهذه الظاهرة الخطيرة والعمل على مكافحتها على المستوى المحلي والاقليمي والدولي بكافة الوسائل المتاحة (يوسف المرشدة، ٢٠١٢، ٢٤)

وقد أشار تقرير صادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي بمصر أنه من خلال مسح قومي شامل أطلقته وزارة التضامن تبين أن نسب تعاطي المخدرات بين المصريين وصلت بشكل رسمي إلى ١٠.٤٪ وهذه النسبة تعد أكثر من ضعف المعدل العالمي للتعاطي والذي يصل إلى حوالي ٤٪ في الدولة الواحدة، كما أشار التقرير إلى أن ٨٧٪ من الجرائم التي حدثت في مصر لعام ٢٠١٨ كان سببها تعاطي المخدرات، وأن الحد العمري الأدنى لتعاطي المخدرات انخفض إلى سن ٩-١٠ سنوات (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠١٩)



وبناء على ما سبق فإن هناك حاجة ماسة وملحة لدراسة موضوع العودة لتعاطي المخدرات بعد العلاج (الانتكاسة)؛ حيث إن هناك عددا كبيرا من المتعافين يعانون من مشكلات في التعامل مع أسرهم وبيئتهم ومجتمعهم والتي اضطرتهم للعودة لتعاطي المخدرات مرة أخرى، لذلك جاءت هذه الدراسة لتسليط الضوء على هذه الاشكالية، لبحث الاشتياق كعامل يؤدي إلى الانتكاسة وعودة المدمن المتعالج للإدمان مره أخرى، لما لها من أهمية ينبغي أخذها في الحسبان خلال أي تدخل علاجي أو وقائي مع المدمنين المتعالجين والمتعافين لوقايتهم من الانتكاسة.

من هنا كانت الحاجة ملحة في مواجهة معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، وفي الدراسة الحالية سوف يطبق الباحث برنامجا انتقائيا تكامليا لخفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة، وذلك بالاعتماد على بعض فنيات المدراس العلاجية. ولذلك انحصرت مشكلة الدراسة من وجهة نظر الباحث في محاولة البحث والاجابة على التساؤلات الآتية:

١- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين؟

٢- هل توجد فروق بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين؟

### اهمية الدراسة:

تحدد أهمية الدراسة في النقاط الآتية:

أولاً: الأهمية النظرية:

- ١- أهمية العينة البحثية المختارة التي تناولتها الدراسة وهي فئة الشباب؛ والتي تعد نصف الحاضر وكل المستقبل، فالشباب هو الذى يعبر عن ثروات الامم والمجتمعات، فكان لزاما العناية به.
- ٢- تناولها مشكلة على درجة كبيرة من الاهمية؛ وهي تعاطي المخدرات والعودة إليها بعد التعافي (الانتكاسة).
- ٣- زيادة الاهتمام بمشكلة العودة للإدمان (الانتكاسة)، والتعرف على الأساليب العلاجية والوقائية التي يؤخذ بها للحد من انتكاسة المتعافين من الادمان.
- ٤- حجم التكاليف التي تنفقها الدولة في المكافحة والعلاج تصبح غير ذات جدوى ما لم يتم استحداث البرامج العلاجية المختلفة المتعلقة بالمدمنين وتفعيلها.
- ٥- تتبع أهمية البحث الحالي من أن التعامل مع مخاطرة الانتكاسة الناتجة عن مواجهة المدمن لمواقف ضاغطة تشكل خطورة كبيرة عليه لأنه بعد العلاج ليس لديه أساليب ومهارات للتعامل مع تلك المواقف الضاغطة بمفرده فيحتاج إلى برامج تدخل مهني تهدف لإكسابه تلك الأساليب والمهارات.
- ٦- يمكن أن تسهم نتائج هذا البحث في صياغة برامج وآليات تساعد في تطوير العملية العلاجية التي تقدم للمدمنين لمساعدتهم على التعافي والتقليل من حالات الانتكاسة وتفعيل دورها في معالجة المدمنين، وهذا ما أشار إليه مكتب الامم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة حيث أشار إلى استمرار الانخفاض في الوقاية والعلاج من الإدمان في كثير من دول العالم، وضرورة استحداث أساليب علاجية جديدة (مكتب الامم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٩، ٢).
- ٧- انتشار سوء استخدام العقاقير المخدرة وسط المجتمعات على المستوى العربي والعالمى عامة، وفي المجتمع المصري خاصة.

٨- ندرة الدراسات السابقة -في حدود علم الباحث- التي تناولت متغير الاشتياق كأحد المتغيرات المهمة التي لها الدور الأكبر في ظهور انتكاسة الافراد المتعافين من سوء استخدام العقاقير المخدرة.

### ثانياً: الأهمية التطبيقية:

- ١- تناولت الدراسة الحالية بعض فنيات المدارس العلاجية في مواجهة الاشتياق كعامل للانتكاسة في برنامج انتقائي تكاملي (إعداد الباحث).
- ٢- احتوت هذه الدراسة على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة (إعداد الباحث).
- ٣- احتوت هذه الدراسة على مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة (إعداد الباحث).
- ٤- احتوت هذه الدراسة على مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة (إعداد الباحث).
- ٥- احتوت هذه الدراسة على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة (إعداد عبد العزيز الشخص).
- ٦- مساعدة العاملين في مجال علاج الإدمان من خلال تقديم برنامج للحد من عوامل الانتكاسة.

### أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

- ١- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين.
- ٢- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين.

٣- التعرف على الفئات العمرية أصحاب الخصائص النفسية الأكثر عرضة لمفهوم الانتكاسة للتنبؤ بإمكانية الحد من عوامل الانتكاسة لديهم.

٤- تقديم برنامج يساعد على الحد من عوامل الانتكاسة لدى القطاعات المماثلة لعينة الدراسة.

### المصطلحات والمفاهيم الاجرائية للدراسة:

**الفعالية: Effectiveness** يرى عادل عبد الله محمد أن الفعالية تشير إلى مدى الاثر الذي يمكن أن تحدثه المعالجة التجريبية باعتبارها متغيراً مستقلاً في أحد المتغيرات التابعة (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، ١١).

ويرى منير البعلبكي أن الفعالية في اللغة الانجليزية تشير إلى Effectiveness وتعني فعالاً أو مؤثراً أو نافذ المفعول (منير البعلبكي، ٢٠٠٣: ٣٠٤).

**البرنامج: Program** يرى حسين الدريني، ومحمد كامل أن البرنامج عبارة عن مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والاجراءات، والانشطة، والخبرات، التي توصف بأنها مخططة، ومتنوعة، ومنظمة، ومتكاملة، وذات مغزى سيكولوجي معين، وتهدف إلى إحداث تغيير مقصود في سلوك المشاركين أثناء البرنامج وبعد انتهائه، سواء أكان هذا التغيير راجعاً إلى التعلم أو التدريب أو الإرشاد أو العلاج النفسي بصورة عامة (حسين الدريني، ومحمد كامل، ٢٠٠٦: ٥).

### البرنامج الانتقائي التكاملية: integrative elective program

يعرفه الباحث بأنه: منظومة من الإجراءات التي تتسق فيما بينها وتتضمن مجموعة من الفنيات والتي تنتمي كل منها إلى نظرية علاجية معينة، ويتم اختيار هذه الفنيات بحيث تسهم كل منها في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.

**الاشتياق: craving** عرفة كل (Tlano, S. Schlein) من بأنه رغبة عارمة لمادة أو عقار ذي تأثير نفسي أو مزاجي، أو هو رغبة في الحصول على التأثيرات السمية للعقار أو المتعة. والاشتياق عبارة عن حافز مكتسب أشد حدة، وأكثر كثافة من دافع الجوع أو الجنس، وله ارتباط وثيق بمنطقة الدماغ الأوسط ( Tlano, S. Schlein, ) (2003: 468)

ويعرف الباحث الاشتهاق بأنه: رغبة عارمة في الحصول على مادة أو عقار ذي تأثير نفسي لتدعيم المشاعر الإيجابية لدى الفرد، والتخلص من المشاعر السلبية، وهو شعور فردي، وخاص.

ويشير "الباحث" إلى التعريف الاجرائي للاشتهاق بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس المستخدم في هذه الدراسة "كمقياس الاشتهاق للعقاقير المخدرة".  
**الانتكاسة: relapse** يعرفها (محمد حسن غانم) بأنها "الفشل في المحافظة على نمط التغيرات التي طرأت على السلوك، ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي يتم من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي، وإنما أيضا الجهل لمجموعة العلامات المنذرة، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات في البيئة الخارجية أم بعض الاشتهاق" (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥: ٣٩).

ويعرفها الباحث بأنها: عودة المدمن مرة أخرى للمخدر بعد فترة من الانقطاع عنه، ويرى الباحث أن الانتكاسة لا تعنى فشل العملية العلاجية لأن المسيء لاستخدام العقاقير، قد توقف بعد العلاج عن المخدر لفترة ما، ولكن تشير إلى عدم اكتمال العملية العلاجية، وقصور في عملية المتابعة الدورية لمرضى سوء الاستخدام العقاقيري.

وأشار الباحث إلى التعريف الإجرائي للانتكاسة بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس المستخدم في هذه الدراسة لقياس الانتكاسة لمرضي سوء استخدام العقاقير المخدرة.

### سوء استخدام العقاقير المخدرة: Drug Abuse

عرف مصطلح سوء استخدام العقاقير "Drug Abuse" من قبل منظمة الاغذية والعقاقير "FDA" بأنه تعاطي المادة لغرض مقصود، ولكن ليس بالكمية، والتكرار، والقوة، والنمط المناسب، فهو تعاطي المادة لأكثر من غرض محدد، وبطريقة يمكن ان ينتج عنها تدمير صحة الفرد أو قدرته على العمل ( O'Brien., Kohen., ) (2014: 176).

وعرفه الباحث بأنه سعي الفرد الدائم للحصول على المخدر أو العقار، والافراط في الاستعمال بصورة متصلة ودورية بهدف الشعور بالراحة، دون استشارة الأشخاص المحولين بوصف الأدوية قانونياً، وإذا تركه الشخص فقد تصيبه بعض الأضرار جراء ذلك.

وأشار "الباحث" إلى التعريف الاجرائي لسوء استخدام العقاقير المخدرة بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في المقياس المستخدم في هذه الدراسة لقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة.

### الإطار النظري:

#### المحور الأول: العلاج الانتقائي التكاملي:

تواجد هذا النوع من العلاج على يد "Thorn" ، والذي يرى أنه لا بد أن تتم دراسة شخصية المريض واحتياجاته لكي يتم اختيار المعالج الفنيات والأساليب العلاجية المناسبة مع طبيعته، ويدعو أصحاب هذا الاتجاه إلى تجنب التحيز النظري وذلك باستخدام المنهج العلمي لتمييز التقنيات والفنيات الأكثر فعالية في علاج

المرضى؛ إذ يؤكد أنه لا بد على المعالج أن يكون ملماً بكافة النظريات والفنيات العلاجية التي يكون حتماً بحاجة إليها لمعالجة المشاكل المتنوعة للأفراد (Slife، B.، Reper، J., 2001: 215).

### مفهوم الانتقائية والتكاملية:

الافتراض الأساسي لـ (Thorn) هو أن الحالات والظروف المختلفة تستدعي ألواناً مختلفة من العلاج، ويعتمد ذلك على طبيعتها وتطورها، وأن الانتقاء التكاملي يقوم على أساس: التميز والانتقاء والتجميع والتوفيق بين نظريات العلاج النفسي المختلفة وأساليبه وإجراءاته بما يتناسب مع ظروف كل من المعالج والمتعالج وطبيعة الاضطراب والعملية العلاجية بصفة عامة (Drummond 2001: 37).

### المبادئ الأساسية للعلاج الانتقائي:

يقوم العلاج الانتقائي على مجموعة من المبادئ الرئيسية التي يتبناها ويعتمدها في العملية العلاجية، فهي بمثابة الخريطة للمعالج والمتعالج كي يصلوا إلى الأهداف المنشودة، وقد أشار "جلانج" إلى هذه المبادئ فيما يأتي:

- يمكن الربط بين الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المتنوعة ودمجها في منظومة جديدة متناسقة تكون ذات فعالية وتكامل.
- يتضمن الاتجاه الانتقائي استخدام نظريتين علاجيتين أو أكثر على أن يكون المعالج النفسي على درجة من الفاعلية والانتقاء لاستخدامهما.
- تركز النظرية الانتقائية على الفرد الشخصي، ولكل متعالج شخصية فريدة.
- تتعدد وتتوغل الطرق والفنيات العلاجية، ولا توجد طريقة واحدة هي الأفضل دائماً.
- لكل مشكلة مجموعة من البدائل العلاجية.

(عبد الله أحمد العطاس، ٢٠١٠: ٥٥).

## إيجابيات النظرية الانتقائية:

هناك عدة إيجابيات للنظرية الانتقائية؛ ومنها:

- تضمنت مناقشات (Thorn) للتشخيص والعلاج كل الأساليب الرئيسية للعلاج النفسي، حيث إن (Thorn) عرض أشمل تصنيف وأكثره تفصيلاً.
  - إن عمل (Thorn) محاولة جريئة في علم النفس حيث كان هدفها تكامل كل المعرفة النفسية في نسق شامل.
  - الاتجاهات ذات المرونة في وضع البرنامج العلاجي الانتقائي.
  - يعد أسلوب (Thorn) أشمل أساليب علاج الاضطرابات النفسية لأنه مبني على النسق الطبي الذي يعتبر الاضطرابات النفسية شبيهاً بالاضطرابات الجسمية.
  - تجنب (Thorn) أي محاولة للعرض النظري وهو يشعر أن كل النظريات الموجودة محدودة وغير كافية. ولهذا فضل الأسلوب الانتقائي.
- (كمال بلان، وسمر الحلق، ٢٠١١: ١٥٧).

**بعض الفنيات العلاجية المختارة ضمن البرنامج الانتقائي التكاملي في  
الدراسة الحالية:**

**أولاً: التعرض: exposure**

تستند فنية التعرض إلى الافتراض الذي مؤداه ان المخاوف المرضية، والتي ستؤدي إلى مسالك التجنب، يمكن التغلب عليها بتعريض المريض- في الخيال أو في الواقع- إلى المواقف عند أعلى مستوى من الشدة، وبشكل غامر، لفترات طويلة من الوقت، مما يؤدي إلى إطفاء الاستجابات التجنبية في نهاية الامر (Patterson, G.R., 2007: 420).



ويرى رشدي منصور أن التعرض هو أسلوب مواجهة الفرد لموضوع بالغ الحساسية بالنسبة له دفعة واحدة ثم يتم ذلك حتى يعتاد هذا المثير الحساس فيلقاه بعد ذلك (رشدي منصور، ٢٠٠٠: ٩١).

### استخدام التعرض وآليته:

إن ميكانيزم التعرض هو إجراء يعتمد مواجهة المريض الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته، وقد يتم ذلك على مستوى الواقع أو التخيل، وهذا للتخلص التدريجي من الحساسية، إلا أن النتائج تكون أفضل باستخدام المواقف الواقعية. وقد تتراوح فترة التعرض في كل جلسة من (٥ - ٢٥) دقيقة تبعاً لخصائص المريض وتاريخ الاضطراب لديه. وفي الجلسة التالية التي يستحسن أن تكون بعد يوم أو اثنين يتوقع أن يقل القلق في البداية وأن تقل المدة المطلوبة ثم تتكرر الجلسات على فترات أطول لتجنب الانتكاسة. ومن الضروري عدم إنهاء العلاج قبل الوقت المناسب. ويتطلب الأمر عادة (٥ - ٢٠) جلسة. وقد وجد أن ساعتين من التعرض تقلل من الأجورافوبيا بقدر أكبر مما تحدثه أربع جلسات مقدار كل منها نصف ساعة. (Bandura. A., 2008: 445)

### الانتكاسة

تعد الانتكاسة من المشكلات الخطيرة والمعقدة، والتي تعود إلى عديد من العوامل وإن الهدف الحقيقي للبرامج العلاجية للإدمان هو منع حدوث الانتكاسة؛ حيث يرى الباحث أن الوقاية من الانتكاسة تتحدد في مجموعة من البرامج والخدمات المقدمة للمتعافين بهدف مساعدتهم للاستمرار في عملية الشفاء دون حدوث العودة للإدمان مرة أخرى، كما يؤكد الباحث أهمية الرعاية اللاحقة من خلال عرض الدور العلاجي للأخصائي مع المرضى المتعافين حيث يجب متابعة المتعافين من الإدمان في بيئتهم الطبيعية حتى يتم التأكد من عدم عودتهم إلى الإدمان مرة أخرى، وتدعيم التغييرات

الإيجابية التي غيرت سلوك المدمن مع نفسه ومع أسرته والعمل على مواجهة ما يظهر من مشكلات وصعاب قد تؤثر على إرادته في البعد عن إدمان المخدرات، كذلك يرى الباحث أن أهداف خطط الرعاية اللاحقة للمتعالجين من الإدمان وبرامجها يجب أن تعكس حاجاتهم النفسية والاجتماعية وتساعدهم في التعامل مع المشكلات التي يمكن أن تواجههم خلال فترة تعافهم.

ويرى (أورهان كاس ، ٢٠٠٩ : ٣٦) أنه للوقاية من الانتكاسة يجب مساعدة المتعافي وزوجته لحل مشاكلهم الزوجية التي تنشأ بينهما وتسبب سوء التوافق، ومساعدة المتعافي في حل مشكلاته الوظيفية، مساعدة المتعافي لمعرفة عيوب رفاق السوء وسلبات الارتباط بهم، وزيادة العلاقة الإيجابية بين المتعافي ووالديه وأخوته، الاهتمام بالتغذية الجيدة والرياضة لتجنب الانتكاسة. كما يرى (محمد أحمد مشاقبة ، ٢٠٠٧ : ٢٥) أنه للوقاية من الانتكاسة يجب تكوين صداقات جديدة للمتعافي ودمجه في نشاطات المجتمع التطوعية وهذا يسهم في خلق أجواء نفسية واجتماعية صحية مع أشخاص جدد، واختيار مجالات عمل تتوافق مع قدرات المتعافي تكون بعيدة عن كافة العلاقات السابقة في مرحلة الإدمان، والتخلي عن الإدمان ومواجهة الإلحاح والرغبة في العودة ، وتغيير نمط حياة المتعافي القديم واستبداله بنمط جديد أكثر مسؤولية لا يحمل في طياته أي ملامح من العادات السابقة لأنها تعد من المنبهات للانتكاسة.

ويرى (على عايض القحطاني، ٢٠٠٩ : ٤١) أنه الوقاية من الانتكاسة يجب توفير الرعاية النفسية والطبية والاجتماعية والتأهيلية اللازمة للمتعافي وخفض فترة التتويم ، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي للمتعافي وأسرته، و مساعدة المتعافي وأسرته في الحصول على الخدمات المجتمعية، ومساعدة المتعافي وأسرته في فهم المشكلات التي يمكن أن تواجههم بعد التعافي وإكسابهم المهارات اللازمة للتعامل معها.

من هنا يرى الباحث أن وقاية المتعافي من الانتكاسة تعد أمراً مهماً وضرورياً، ويجب أن يعمل المتخصصون في علاج الشخص المدمن بطريقة سليمة كي لا يعود للإدمان مرة أخرى، حيث إن هناك متعافين يعودون لتعاطي أنواع جديدة من المخدرات أخطر من التي تركوها بسبب الأسلوب الذي اتبع عند علاجهم، وتعامل الأسرة والمجتمع معهم بعد تعافيتهم . فكما تشير نظرية الوصم الاجتماعي إلى أن كثيراً من الأفراد يتجهون إلى الانحراف بسبب النظرة والانطباع النفسي والاجتماعي الذي يكون ضدهم من قبل المجتمع الذي الصق بهم هذه الوصمة نتيجة سلوكهم الجانح، وهذه الوصمة تظل عالقة في حياتهم لكل من يتعامل معهم (أيمن جبريل، ٢٠١٥: ٢٩) وبتطبيق هذه النظرية على العودة لإدمان المخدرات (الانتكاسة) نجد وجود علاقة مليئة بالشبهات بين المتعافي من المخدرات والمجتمع الذي وصمه بالمدمن، فيلزمه جرح الشعور وتدني الذات مما يدفعه إلى الانتكاسة؛ أي العودة لتعاطي المخدرات مرة أخرى.

كما تؤكد نظرية الضبط الاجتماعي أن العودة إلى التعاطي بعد العلاج يكون نتيجة لضعف الرابطة ما بين المتعاطي والمجتمع، ومن أشكال هذا الضعف: قلة الارتباط، والذي يعزز شعوره بأنه شخص غير مهم، وكذلك نقص التزامه بالقيم كالسمعة والشرف، وضعف المشاركة في أنشطة المجتمع وخاصة مع غياب القيم الدينية. (عايد الوريكات، ١٢٠١٣: ٢٠) كما أن نظرية الضغوط العامة ترى أن الضغوط التي يتعرض لها المتعافون هي الحرمان من تحقيق الإنجازات أو فقدان حوافز ذات قيمة فقد ينتج الضغط عن فقدان الزوجة أو الأم أو الأب، حيث إن فقدان المثير الإيجابي يدفع الفرد إلى محاولة إيجاد بديل أو الانتقام من الشخص المسئول عن ذلك بالعودة للتعاطي وكذلك الفشل في تحقيق الأهداف الإيجابية أما المثير السلبي

فيمثل ضغوطاً على المتعافي والتي تدفعه إلى العودة لتعاطي المخدرات كالفرض الوالدي والضبط الزائد والشدة والعنف والبطالة والتهميش في العمل والنزاعات الزوجية.

### الترابط بين التعرض والاشتياق والانتكاسة:

إذا تكرر التعرض لمثير بيئي لعدد من المرات متتالية دون انقطاع ودون السماح للمريض في إصدار سلوك انتكاسي فإننا نتوقع أن الارتباط بين المثير وظهور الاستجابة الشرطية سوف يضعف ويتضاءل، ويصبح المفحوص قادراً على التعرض للمثيرات المتعلقة دون أن تكون لديه رغبة في التعاطي (Childress, A. R., 2011: 27). ووجد Daley, D. أن جلسات الانطفاء ساعدت بدرجة دالة على خفض معدلات كل من الاشتهاق وأعراض الانسحاب لمرضى منقطعين وكانوا معتمدين على الكوكايين والأفيون (Daley, D. C., 2008: 254). ويضيف Daley, D. بعداً آخر للإنطفاء التجريبي حيث يقرر أن محاولات الإنطفاء التي تتخللها فترات متقاربة بين كل محاولته وأخرى تتميز عن محاولات الإنطفاء والتي تتخللها فترات متباعدة بين كل محاولة وأخرى من حيث معدل الانخفاض العام بالنسبة للاستجابة الشرطية (Daley, D. C., 2009: 105).

ويرى Davies, D أن التعرض المنظم غير المنقطع للمثير الشرطي يقلل من الاشتهاق إما عن طريق إطفاء الاشتهاق أو عن طريق إطفاء الاستجابة الشرطية التي أثارها هذا الاشتهاق (Davies, D. L., 2012: 94). لكن على الرغم من الدراسات المتعددة التي أشارت إلى ارتباط المثير بانخفاض الاشتهاق عند الكحوليين خاصة، فالأمر لازال في طور التجريب بالنسبة لمدمني الأفيونات حيث لم تظهر دراسات منضبطة بشكل كاف لإظهار تأثيرات عرض المثير بالنسبة لمدمني الأفيونات (Dolinsky, Z. S. et al., 2017: 296).

وتعد العودة التلقائية للاستجابة الشرطية التي سبق انطفائها أحد المبادئ التطبيقية الخاصة بالتعلم وذلك فيما يتعلق بالعلاج عن طريق التعرض لمثيرات

الاشتياق، وتشير إلى إعادة الاستجابة الشرطية عندما يتم تقديم المثير الشرطي بعد فترة طويلة من انطفاء الاستجابة الشرطية. حيث يستعيد المثير الشرطي قوة الظهور وتعود الاستجابة الشرطية إلى كامل قوتها تقريباً ويستعيد السلوك المتعلم والذي تم إنطاؤه سابقاً (Hepple, J., Robson, P 2006: 269). ويعد هذا الأمر أحد المحددات الأساسية للعلاج عن طريق عرض مثيرات الاشتياق إذ أنه يضعف من امكانية التنبؤ بحدوث الانتكاسة مع مرور الوقت (Hrubec, Z., Omenn, G., 2011: 207).

### التعرض في مواجهة الاشتياق:

يقرر Marlett, G., Palmar, R أن التعامل مع الاشتياق من أجل تخفيفها يمكن أن يتأتى من خلال العلاج بالتعرض للمثيرات، والتدريب على اكتساب المهارات، لكن القضية التي يجب إيضاحها تكمن في التساؤل الآتي: ما الذي يفعله العلاج بالتعرض للمثيرات؟ وقد حاول Marlett, G., Palmar, R عرض الإجابة كالاتي:

- إطفاء الاستجابات المثيرة للشعور بالاشتياق.

- تعديل توقعات العائد. (Marlatt, G., Palmar, R., 2019: 309)

### ثانياً: التنفير:

إن التنفير يعمل على استئصال السلوك غير الملائم من قبيل الإدمانات بأنواعها وكذلك الانحرافات الجنسية بأنواعها المختلفة، فالفنيات التنفيرية تتميز أكثر من غيرها من الفنيات الترهيبية، بأنها تستبعد أو تزيل المسالك سيئة التوافق عن طريق ربط المثيرات التنفيرية من قبيل الصدمات الكهربائية أو العقاقير المقيئة بالسلوك المراد استبعاده (Jones, H. G., 2008: 533). ويرى Wessler أن التنفير اسلوب يتضمن اقتران منبه ذي مكافئ موجب مثل الكحول مع منبه منفر مثل مادة مقيئة، بحث ينتج المنبه الأول استجابة منفرة (Wessler, 2008: 365). كما يرى عبد الستار ابراهيم أنه: نموذج من نماذج العلاج المستخدمة حالياً، ويقوم على أساس تقديم

خبرات غير سارة بجوار السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه (عبد الستار ابراهيم، ١٩٨٠: ٧٧).

### التنفير والاشتياق:

إن استخدام التنفير في مواجهة ارتفاع معدلات الاشتياق للعقار المخدر يعد أمراً مهماً لمحاولة مواجهة الانتكاسة والعودة للعقار بعد التعافي، وذلك ما توضحه دراسة: هسيو "Hsu, J." حيث بدأ بعلاج (٤٠) مدمنا من مدمني الكحول بالصدمات الكهربائية فوجد أن حالات الانتكاسة تقدر ب (٧) من المرضى الذين تعرضوا للعلاج خلال ستة أشهر من بداية العلاج، وهذا الأمر كان مبشراً إلى حد كبير لمدى فعالية فنية التنفير في مواجهة معدلات الاشتياق لمواجهة الانتكاسة (Hsu, J., 2005: 504). ويتضح من العرض الشامل لنتائج العلاج التنفيري لمرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة، والذي استخلص منه Franks أن معدل الامتناع التام عن تعاطي هذه النوعية من العقاقير يصل إلى (60%)، وذلك بعد فترات متفاوتة من التتبع للحالات التي طبق عليها التنفير (Franks.C M., 2009: 318).

وهناك عدد من المتغيرات تؤثر على نجاح عملية التنفير؛ والتي منها (الرغبة في الشفاء - العلاقة بين المريض والمعالج) فمتغيرات التأثير الاجتماعي هي أساس التشريط التنفيري (Krasner. L., 2010: 506). كما خلص Freye, E., et, al. إلى عوامل نجاح عملية التنفير؛ والتي منها الاعتقاد والتوقع والاتساق المعرفي بين سلوك المريض ومعتقداته لما لها أهميتها في العلاج التنفيري (Freye, E., 2010: 12). ويقرر Tralgold. R., Wolff. H. أن التشريط التنفيري يعمل بواسطة مزاجية السلوك المشكل مع مثير منفر، إلا أن الإيحاء والتشبع والعوامل غير النوعية الأخرى تبرز بشكل لا يمكن تجاهله (Tralgold. R. & Wolff. H., 2007: 357). وفي نيويورك توصل Alling, F. إلى أن الإثارة الكهربائية الدماغية، كأحد أساليب التنفير،

تعد أفضل من الميثادون في إزاله سمية العقاقير المخدرة، كما أنها تساعد في تخفيف الشعور بالاشتياق، وتبشر بعدم اللجوء إلى الكيماويات لهذا الغرض (Alling, F.A. 2009: 173).

ويرى "الباحث" من خلال ما سبق أن التنفير له فعالية في مواجهة معدلات الاشتياق التي تكون سببا مهما في ظهور الانتكاسة وإعادة التعاطي مرة أخرى للمخدر الذي تعافى منه المريض ومن ثم العودة مرة أخرى للانتكاسة، فله الفعالية في خفض معدلات الاشتياق ومن ثم التحكم في الانتكاسة وعدم ظهورها.

### ثالثاً: فنية الاسترخاء:

جاء Jakochi وأقر أهميه الاسترخاء كأحد الإجراءات المهمة في التقليل من الانفعالات واستقرار معدلات انقباض العضلات التي تصاحب الحالة الانفعالية، واقترح أن الاسترخاء سيكون الحالة المضادة لحالة الانفعال، فإذا انخفض التوتر العضلي فإن الفرد لن يشعر بالإثارة الانفعالية، وإن الآثار الذاتية التي تصحب حالة الاسترخاء القوية هي عكس الآثار التي يشعر بها الفرد في حاله القلق وفي تأييده لهذه الفكرة، وقرر Jakochi أن معدل النبض وضغط الدم يرتفعان في الحالات الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق (إجلال محمد سري، ٢٠٠٠: ١٦٤).

### الاسترخاء والاشتياق:

إن عملية الاسترخاء تقوم على أن المريض يقوم بالتدريبات الاسترخائية بنفسه كلما شعر بالاشتياق للعقار المخدر الذي توقف عن تعاطيه، وهذه التدريبات من شأنها أن تزيل التوتر والقلق والاستثارة وتسبب الراحة، فهي نوع من التطبيب الذاتي، ويتم ذلك بعد إتمام عملية تعلم المريض لميكانيزم الاسترخاء وكيفية ممارسته ذاتياً، فالاسترخاء

يعمل على انطفاء مثيرات الاشتياق المسبب للانتكاس وهذا ضمن إجراءات ما بين المعالج والمريض لكي يستطيع مواجهة مثيرات الاشتياق والقدرة على إحداث انطفاء لهذه المثيرات التي من الممكن أن تتسبب في وقوع الحالة في دائرة الانتكاسة (Beck, A., et. al., 2003: 292).

وقد ذهب "Chang" وآخرون في دراسة بالولايات المتحدة الأمريكية لمدى فعالية استخدام الاسترخاء في مواجهة ارتفاع معدلات الاشتياق لمرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة والمسئول عن حدوث الانتكاسة، وتوصلوا إلى أنه يمكن استخدام فنية الاسترخاء كعلاج مع مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة لخفض معدلات الاشتياق للعقار المخدر والذي يكون مسئولاً عن انتكاسة المتعافي بعد فترة زمنية بعد التوقف عن التعاطي، وكانت النتائج إيجابية؛ حيث وجد ان استجابة الاسترخاء لديها تداخلات ذات نتائج جيدة لدى عينة الدراسة من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة، مع تسجيل حضور بنسبة (٧٥ - ٨٠%) لدى المجموعة؛ حيث أظهرت المجموعة انخفاضاً في مستوى الاشتياق واللهفة ومستويات التوتر، وتحسناً كبيراً في البعد الروحاني لجودة الحياة وتحسن كبير في الحالة العقلية (Chang, Bei- hung, 2010: 390).

## أنماط الاسترخاء:

### ١ - الاسترخاء التدريجي:

في السنوات الأولى من القرن الماضي، قام أحد الأطباء الأمريكيين الذي يدعى جاكوبسون بتطوير أسلوب الاسترخاء التدريجي، ويقوم هذا الأسلوب من الاسترخاء على التركيز على مجموعات العضلات الموجودة في الجسم ثم استرخائها وبالتالي يتدرج هذا الشعور بالاسترخاء من القدمين وحتى الرأس مروراً بجميع أجزاء الجسم وهكذا حتى يشعر الجسم بأكمله بالاسترخاء، وفي بادئ الأمر، كان اتباع أسلوب الاسترخاء التدريجي عبارة عن عملية شاملة ومرهقة في الوقت نفسه. وذلك نظراً لأن الفرد يمر خلاله بعدد لا حصر له من الجلسات، يتم خلالها التركيز بدقة على



العضلات والتي تستمر لأسابيع. ولا يزال حتى الآن يتم استخدام أسلوب الاسترخاء التدريجي الكلاسيكي بهذه الطريقة (Anton W.D., 2016: 518).

ويعتمد أسلوب الاسترخاء التدريجي على المبدأ القائم على أن القلق واسترخاء العضلات لا يمكن أن يجتمعا معا. وبالتالي، فإذا تعلم الناس كيفية تحقيق استرخاء عضلاتهم، فلن يؤدي ذلك إلى شعورهم بالاسترخاء البدني فحسب بل سيقبل أيضا من شعورهم بالقلق. لذا، يعكس أسلوب الاسترخاء التدريجي التفاعل الذي يتم بين الجسم والعقل؛ استرخ واستشعر بصفاء البال. ويعد أيضا طريقة لاستخدام العضلات التي يستطيع الفرد السيطرة عليها بهدف تحقيق استرخاء أجهزة الجسم الأخرى المستقلة التي لا يستطيع السيطرة عليها، ويعد هذا الأسلوب مفيدا خاصة بالنسبة للأشخاص الذين يخضعون لأساليب الاسترخاء للمرة الأولى (Aronfreed. J., 2019: 412).

## ٢- الاسترخاء العضلي:

ويتضمن إرخاء العضلات واستخدام المشاهد التخيلية المثيرة للهدوء والسكينة. ويفيد هذا النوع من الاسترخاء المتعالجين الذين يحتاجون إلى قليل من التدريب على الاسترخاء نظرا لوجود خبرة سابقة لديهم في مضمار الاسترخاء، والتأمل أو التقنيات الأخرى المماثلة، كما يفيد أولئك الذين يكون مستوى توترهم العضلي خفيف الدرجة، وفي هذا النوع من الاسترخاء لا يطلب من المتعالج توتير عضلاته ومن ثم إرخاؤها، بل الدخول في عملية نشر الاسترخاء في الجسم والنفس في جلسة استرخائية تدريبية تستغرق من (١- ١٢) دقيقة. وهذا الأسلوب هو الأكثر شيوعا واستخداما من سائر الطرق الاسترخائية (سيد عبد العظيم محمد، ١٩٩٨: ٨٩).

## ٣- الاسترخاء المتصاعد:

يتم فيه تناوب عملية توتير العضلات وإرخائها بصورة منتظمة، ولا يصاحبها التخيل لمشاهد سارة. وهذا النوع من الاسترخاء له فعالية مع المتدربين أو المرضى

الذين يجدون صعوبة في الاتصال مع عضلات أجسادهم والسيطرة عليها، والذين يحتاجون إلى ما يسمى (بعملية بدأ تحريك) لإرخاء جهازهم العضلي. وتطبق هذا التقنية في الحالات الآتية:

- أ- إذا اتضح أن الاسترخاء العضلي غير كاف.
- ب- إذا كان تمييز المريض لحالتي التوتر والارتخاء العضلي ضعيفا.
- ج- إذا لم ينخفض مستوى التوتر، بحيث إن المدرب يحتاج إلى وعي أكبر لحالتي التوتر العضلي والإرخاء. (Brokovec, T. 2013: 620).

#### ٤- الاسترخاء الجماعي:

وهو الشكل الأطول والأكثر استكمالا، ويفيد إن كان الوقت كافياً لإتمام تقنية استرخائية نموذجية وشامله. وهذا النوع من الاسترخاء له فائدة خاصة في التدريب الجماعي على الاسترخاء (Marlett, G. A., 2010: 402).

#### ٥- الاسترخاءات المقتضبة المختصرة (التفاضلي):

وهي تتناسب الحالات التي نصادفها في الحياة اليومية. ويحفز المدرب على تطبيقها واستخدامها في حالات مثل: انتظار مكالمات هاتفية، والوقوف في الصف لقطع تذكرة دخول سينما أو مسرحية، أو الحصول على سلعة ، أو انتظار إشارة السير الكهربائية، أو في أي موقف مثير للتوتر (إيهاب عبد الباقي الببلاوي، ١٩٩٩: ٦٧).

#### رابعاً: المتصل المعرفي:

وفي هذه الفنية يُطلب من المريض أن يُوضح كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة؟ ويبدأ من (صفر - ١٠٠%). وهي تعمل على استبدال الأفكار

التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي (عبد الوهاب خالد، ٢٠٠٦: ٢٥).

#### خامساً: المحاكاة:

وهي عبارة عن تقليد سلوك شخص، أو جماعة، أو موضوع بصورة مقصودة، أو بصورة غير مقصودة. والتقليد أو المحاكاة شكل من أشكال التعلم الذي حدث بالنسبة لكثير من مهاراتنا، وإيماءاتنا، واهتماماتنا، واتجاهاتنا، وكذلك أساليب سلوك الدور، وعاداتنا الاجتماعية وتعبيراتنا اللفظية (عبد الرحمن السيد سليمان، ٢٠٠١: ١٦٤).

#### سادساً: الحث:

تحتاج الحالات إلى الحث (المساندة والدعم) حتى تتمكن من أداء المهارات أو السلوكيات المطلوبة منهما، ويعد الحث من الفنيات التعليمية التي تساعد الحالة على أداء الاستجابة الصحيحة بما يقلل من خطأ الحالة ويدعم إحساسها بالنجاح، كما يلعب الحث دوراً مهماً في توضيح الاستجابة المتوقعة من الحالة. والمخاطرة الوحيدة في استخدام الحث هي أن الحالة قد يصبح معتمداً عليه لإعطاء الاستجابة الصحيحة إلا أنه يمكن تشجيع الحالة على الأداء باستقلالية بعد ذلك عن طريق استخدام فنية الاستبعاد التدريجي للحث (فوزي محمد جبل، ٢٠٠٠: ٨٨).

#### سابعاً: المحاضرات والمناقشات:

إن المحاضرة والمناقشات طريقة تقوم في جوهرها على تبادل الخبرات، وفيها يعتمد المعالج على تقديم المعرفة بالبرنامج العلاجي وطبيعة الاضطراب وكيفية مواجهة مثيرات الانتكاسة للتعاطي مرة أخرى بعد التوقف. ولذلك تتضمن جلسات المرحلة التمهيديّة للبرنامج (توفير معلومات عن جلسات البرنامج العلاجي- وطبيعة سوء استخدام العقاقير المخدرة- والاشتياق- والانتكاسة) عن طريق المحاضرات والمناقشات

لما يتميز به هذا الأسلوب من إتاحة الفرصة لعينة الدراسة لتبادل الخبرات ومهارات التعامل مع الاشتياق كعامل للانتكاسة لتعاطي العقاقير المخدرة.

### ثامناً: الواجبات المنزلية:

يعرف الواجب المنزلي في الدراسة الحالية بأنه عبارة عن مجموعة من الأنشطة التي ينبغي على الحالات تطبيقها داخل المنزل أو خارجه بمساعدة أو بدون مساعدة، ويتم في الجلسة التالية مناقشة ما قامت به الحالة من هذه الأنشطة، وتزويدها بتغذية راجعة.

### تاسعاً: التغذية المرتدة:

وهي مراجعة ما تم تنفيذه في الجلسة السابقة، مع مراجعة ما تم إنجازه من الواجبات المنزلية للجلسة السابقة.

### عاشراً: وقف الأفكار:

وهي فنية تساعد المريض على ضبط الأفكار والتخيلات غير المنطقية أو القاهرة للذات عن طريق استبعاد أو منع هذه الأفكار السلبية أو عندما تراود الإنسان خواطر وأفكار لا يستطيع السيطرة عليها تتعلق بحياته المستقبلية، ويفيد أسلوب وقف الأفكار المريض الذي ينخرط في تفكير متكرر غير واقعي وسلبى أو في تخيلات منتجة للقلق، ويبدأ هذا الأسلوب بالطلب من المريض أن يفكر ملياً بالأفكار التي تزعجه وبعد مدة قصيرة يعطي المعالج أمراً لفظياً قائلاً: "توقف عن ذلك"، فعادة تستخدم هذه الفنية كأسلوب للتنظيم الذاتي.

### حادي عشر: المراقبة الذاتية:

يُقصد بالمراقبة الذاتية قيام المريض بملاحظة ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وتسجيله وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها؛ لمتابعة العملية العلاجية. وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي، في الغالب، إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته (عبد الوهاب خالد، ٢٠٠٦: ٣٨).

### ثاني عشر: الجدل المباشر:

وهي المواجهة المباشرة من المعالج تجاه المريض، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمريض رغبة في الانتكاسة للتعاطي، فيجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً (Miltenberger, R., 2010: 169).

### المحور الثاني: الاشتياق:

يرى Tlano, S. Schlein أنه رغبة عارمة لمادة أو عقار ذي تأثير نفسي أو مزاجي، أو هو رغبة في الحصول على التأثيرات السمية للعقار أو المتعة. والاشتياق عبارة عن حافز مكتسب أشد حدة، وأكثر كثافة من دافع الجوع أو الجنس، ويرتبط

ارتباطا وثيقا بمنطقة الدماغ الأوسط (Tlano, S. Schlein, 2003: 36)، كما يرى Drummond أنه خبره مستمرة للرغبة في تعاطي المواد المخدرة، ومن هنا على سبيل المثال يسجل الفرد معدلات مرتفعة في لهفة تعاطي الكحوليات بالتشابه مع التعريف كـرغبة مؤثرة قوية تحت الفرد على تعاطي المخدر (Drummond, 2001: 33).

### ماهية الاشتياق:

إن عملية الاشتياق تتحدد ضمن بعض المثيرات؛ منها: (مقابلة أصدقاء التعاطي القدامى في حفلة من الحفلات- والشعور المفاجئ بالفرح- والشعور بالملل)، كما تتحدد ببعض المعتقدات والأفكار المتعلقة بالعقار؛ والتي منها: (التعاطي يعني مزيدا من المتعة- لا أستطيع تحمل هذا الشعور بالملل أساساً فلماذا لا أتعاطي؟)، وهناك معتقدات أخرى مثل: (أنا فاشل- حياتي بلا أمل)، وهناك أفكار آلية تتحدد في الآتي: (أذهب للعقار- هذا سوف يبدو ممتعاً) (Tlano, S. Schlein, 2003: 472).

### الاشتياق وتفسيره:

يظهر اللغز الخاص بالاشتياق عندما تحدث الانتكاسة؛ حيث يتم التركيز فقط على محتوى الذاكرة وما بها من خبرات تخص التعاطي. ويندرج عنصر واحد بشكل واضح تحت مسمى لهفة تعاطي العقار المخدر بغض النظر عن المخدرات المندرجة وهو الذاكرة حيث إنها تحتوي الخبرات السارة المفرحة التابعة للاشتياق لتعاطي العقار المخدر، ولا تخص فقط الاحساس بالسعادة لكن تهتم أيضاً بزوال الألم النفسي. وهذا يشمل نقصاً في السيطرة على المشاعر السلبية؛ مثل (الغضب، والقلق، والحزن بالانفصال عن الواقع، وإنتاج الاكتئاب العقلي). فالنظر إلى الهدفين الرئيسيين المندرجين تحت تعاطي العقاقير المخدرة المزمنة نجدهما أولاً في: زيادة الإحساس بالسعادة، ثانياً: في قلة الإحساس بالألم (Fortuna, L., 2008: 9).

### المحور الثالث: الانتكاسة:

إن العاملين في مجال علاج الإدمان أدركوا أهمية الانتكاسة كحد أساسي لعملية العلاج؛ فهي تحارب العملية العلاجية، فإذا امتنع المتعاطي ولو لمرة واحدة كان مكسباً، فكل سيجارة لا يدخنها مدخن هي مكسب في طريق العلاج، وكل كأس لا يشربه مدمن الخمر يعد مكسباً نفسياً وصحياً (عبد الله السيد عسكر، ١٩٩٦: ٩٧). ويعرفها إسماعيل سعيد، ويحيي تركي بأنها العودة إلى تعاطي المخدرات أو المسكرات بعد فترة من الامتناع سواء أكانت العودة بانتظام أم نادرة، وسواء أكان الامتناع بعد استكمال العلاج الرسمي أو أثناء مراحل العلاج (اسماعيل سعيد، ويحيي تركي، ٢٠٠٢: ٨٩). ويعرفها محمد حسن غانم بأنها الفشل في المحافظة على نمط التغييرات التي طرأت على السلوك. ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي يتم من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي، وإنما أيضاً إلى الجهل بمجموعة العلامات المنذرة، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات في البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥: ٣٩).

### أعراض الانتكاسة:

تتحدد أعراض الانتكاسة ضمن ما يأتي: مشكلات في الذاكرة والنوم والتأخر، وسوء الوظيفة الخارجية، والإنكار، والتجنب، والاندفاعية، بالإضافة إلى المعاناة من الاكتئاب، وفقدان السيطرة على السلوك، سوء الوظيفة الداخلية، والضعف الفكري، والضعف الانفعالي، (Groski, Miller., 2006: 165).

### الانتكاسة واتجاهات المريض:

يرى واشنطن " Washnton " في دراسته التي أجراها في نيويورك "أنه لكي يتجنب المدمن حدوث الانتكاسة لابد من إحداث تغيير جذري في اتجاهات المدمن نفسه". ولا يمكن تجنب الانتكاسة دون دراسة اتجاه المدمن نحو المخدر، مع الإجابة

عن التساؤل الذي يخص أهمية المخدر في حياة المدمن، وما موقفه من الإقلاع أو الاستمرار أو الانتكاسة (Washton, M., 2008: 36).

### مثيرات الانتكاسة:

غالبًا ما تلعب المثيرات التي تتسم بالمخاطرة وبخاصة في المراحل الأولى من التوقف عن التعاطي دورًا في انتكاسات كثيرة تحدث في الأيام الأولى من التوقف، ومن الممكن أن تكون مصحوبة بأعراض انسحابية أو تفاعلات شرطية محتملة تظهر نتيجة التعرض لمثيرات الانتكاسة (Pomerleau, O. F. & Ceoney, N., 2013: 88). وسوف يقوم الباحث بعرض مثيرات الانتكاسة، في ضوء المثيرات الداخلية، والمثيرات الخارجية:

### أولاً: المثيرات الداخلية:

وهي تشمل كل المحددات التي تحتوي على مثيرات داخل الشخص، والمتمثلة فيما يأتي:

#### أ - المشاعر السلبية غير السارة:

من المشاعر السلبية الاضطراب العاطفي الذي قد يعاني منه المعتمد والذي يحوى (الملل، والاكتئاب، والشعور بالذنب، والخوف، أو توقع الشر لأحداث قادمة على وشك الظهور، ومشاعر الغضب، والحزن، والقلق، والسأم، والضجر).

#### ب - الاضطراب الجسدي:

هو الذي يخص الأحاسيس الفسيولوجية أو العضوية المؤلمة، والتي تتأثر بالأعراض الانسحابية الجسدية أو الاشتياق لتعاطي المواد المخدرة للتخفيف من الأعراض المرتبطة بها؛ وتشمل: الأعراض الانسحابية أو الاشتياق، والأعراض



العضوية الأخرى المتمثلة في الألم والمرض والإصابة والتي تحدث نتيجة استخدام المخدرات (Witkiewitz, K., Marlatt, G., 2004: 201).

### ج - المشاعر الوجدانية الإيجابية:

إذ نجد المعتمد يلجأ إلى تعاطي المادة المخدرة ليزيد من إحساسه بالسعادة، والبهجة، والحرية، والاحتفالات. فعادة ما يذهب المعتمد بعقله وتفكيره في اوقات السفر أو في الأجازات إلى العبارة المترددة على لسانه وعلى مستوى التفكير (يا سلام لو فيه شريط تامول معاهه الوقتي) والمقصود هنا توافر السعادة والإثارة بتوافر المادة المخدرة (Marlatt, G., Palmar, R., 2019: 309).

### د - الاشتياق:

فالاشتياق للمادة المخدرة يلعب دورا مهما في الانتكاسة والعودة للمخدر بعد التعافي، وتشمل وجود مثير للمادة المخدرة، وفي هذه الحالة يرتبط استعمال المادة بوجود مثير؛ مثل أن يرى أدوات التعاطي، أو مقابلة أصدقاء قد تعاطى معهم، أو المرور بمكان قد تعاطى فيه أو اشترى منه مخدرات من قبل (Lerner, R., 2002: 157)

### ثانيا: المثيرات الخارجية:

وتتمثل المثيرات الخارجية للانتكاسة فيما يأتي:

أ- العلاقات بين المعتمدين والتي تشمل مواقف مثل: وجود تأثير من الأشخاص الآخرين كجزء من مسببات الحدث.

ب- التأثير بأشخاص يحدثون تأثيرا سلبيا على المعتمد في وجود الآخرين.

ج- وهناك مجموعة من المثيرات الخارجية والتي تتمثل في: عدم التوافق مع الآخرين - والاحباط - والغضب.

د- عوامل تنتج من التفاعل مع الآخرين، والتي تتمثل في القلق - الخوف - الضغط العصبي (Marlatt. G. A., 2015: 278).

### المحور الرابع: سوء استخدام العقاقير المخدرة:

يطلق هذا المصطلح عندما يسبب استعمال العقار هدمًا أكثر منه بناء سواء أكان بالنسبة للفرد أم المجتمع، وإن من الصعب علينا أن نقرر إذا كان استعمال دواء يروج الهدم أو البناء، فالاعتقاد على تناول الامفيتامينات مدة طويلة وبجرعات كبيرة يولد أعراضًا غير مرغوب فيها للجهاز العصبي المركزي، ومن المهم جدا التمييز بين سوء استعمال دواء ما بدون اعتياد وإدمان عليه وهذان المصطلحان ليسا مترادفين فقد يساء استعمال دواء ما دون تولد إدمان واعتياد وربما يسبب الاثنان معا، وقد يعد استعمال أحد الأدوية الخطرة مرة واحدة فقط سوءا للاستعمال رغم كونه لا يؤدي إلى الإدمان، بينما لا يعد استعمال الأنسولين بغرض السيطرة على داء السكري سوءا في الاستعمال رغم استعماله بصورة دائمة وبصورة عامة (عبد الوهاب خالد، ٢٠٠٦: ٣٥).

ويرى إبراهيم عبد الجليل أن سوء استخدام العقاقير المخدرة هو الاصرار أو التعود أو الإفراط في استعمال الأدوية بدون استشارة طبية، مما يسبب أضرارًا للصحة البدنية، والنفسية (إبراهيم عبد الجليل، ٢٠٠٢: ٢١). ويعرف محمد حسن غانم سوء استخدام العقاقير المخدرة بأنه سعي الفرد الدائم للحصول على العقار المخدر، وإذا تركه الشخص فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك، إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الاعتماد، على الرغم من أن الاستخدام قد يحدث خلال بعض الوظائف الحياتية للفرد (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥: ٣٦). ويرى Rosner, Richard أن العقار هو كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الجهاز العصبي عند تعاطيها , Rosner, Richard (2013: 289).

**المحكات الشخصية لسوء استخدام العقاقير المخدرة:**

- أ. الاستخدام المستمر لمادة العقار المخدر رغم معرفة الفرد بحدوث مشكلات مستديمة ومتكررة سواء كانت اجتماعية أم نفسية أم جسدية نتيجة استخدام هذا العقار المخدر.
- ب. الاستخدام المتكرر لمادة العقار المخدر الذي ينتج عنه العجز عن القيام بالتزاماته الرئيسية في أداء عمله.
- ج. الاستخدام المتكرر لمادة العقار المخدر الذي ينتج عنه خطر جسيم للفرد، بالإضافة إلى توقف الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترويحية أو تعطّلها أو انخفاضها. (Hejzer, J., 2014: 28).

### أسباب سوء استخدام العقاقير المخدرة:

إن سوء الاستخدام العقاقيري هو الحلقة النهائية في سلسلة متصلة تبدأ بمرحلة التعامل مع العقار والعلم بوجوده، ثم التجريب، ثم الإفراط في استخدامه (Van Hasselt, 2013: 9) ويؤكد Egger, G. أن حاله سوء الاستخدام ليست حاله الكل أو اللا شيء، ولكنها الدرجة القصوى على متصل يبدأ بالتعاطي. ويرى Egger أن استخدام العقار يمكن أن يحدث على أي مستوى، حينها ينتج التحول إلى الاعتماد أو سوء الاستخدام من تفاعل شخصية معينة مع عوامل بيئية مهينه، حيث تجد هذه الشخصية في استخدام العقار الراحة من الضغوط بصورة دائمة أو مؤقتة (Egger, G., 2008: 163) ويذهب Spitz, H. I., & Spirz, S. T. إلى أن هناك ثلاثة أسباب رئيسة تسهم في بداية تعاطي العقاقير لأغراض غير طبية، والتي يمكن بدورها أن تؤدي إلى الاعتماد النفسي؛ وهذه الأسباب تتمثل فيما يأتي:

١- الفرد: ويشمل (الاستعداد الشخصي، والاستعداد الوراثي البيوكيميائي).

٢- العقار: ويشمل (مادة العقار، وطريقة التوجيه).

٣- البيئة: وتشمل (العوامل الثقافية، والعوامل الأسرية).

(Spitz, H. I., & Spirz, S. T., 2017: 202)

كما يذكر Marlatt, G. et. al. أسباب سوء استخدام العقاقير المخدرة ضمن ما يأتي:

أ. التحول من أنماط التعاطي الاجتماعي إلى أنماط التعاطي المنحرف.

ب. التأثيرات الفارماكولوجية للعقار.

ج. الوضع السيكولوجي للفرد المستخدم للعقار والذي يشمل: (الوظيفة الشخصية،

والاتجاهات، والحالات المزاجية، والتوقعات الخاصة بتأثير العقار على الوظيفة

الجسمية، والمشاعر، والتفكير، والسلوك).

(Marlatt, G.A., 2018: 224).

### الدراسات السابقة:

أجرت سلوان محمود إبراهيم (٢٠٢١) دراسة هدفت إلى الكشف عن تأثير تقنيات الحرية العاطفية على الأعراض النفسية والرغبة الشديدة بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات تتصل بالمواد المخدرة، وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية تقنيات الحرية العاطفية في انخفاض مستويات الاشتهاء بين المرضى بشكل كبير بعد تطبيق البرنامج، كما كشفت عن وجود علاقة بين تطبيق تقنيات الحرية العاطفية وبين اشتهاؤ المواد المخدرة للمرضى، والكشف عن انخفاض مستويات الأعراض النفسية بين المرضى بشكل كبير بعد تطبيق البرنامج. كما أجرت عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٩) دراسة هدفت إلى الكشف عن فاعلية برنامج التدخل المهني المعتمد على العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة المواقف شديدة الخطورة المؤدية لانتكاسة المتعافي من الهيروين، وتحديد المواقف شديدة الخطورة المتمثلة في مثيرات الانتكاسة الداخلية والخارجية وسمات اضطرابات شخصية المتعافي من الهيروين.. وأظهرت نتائج الدراسة مدى فعالية برنامج التدخل المهني بالعلاج المعرفي السلوكي في خفض

معدلات الانتكاسة شديدة الخطورة. كما أجرى أحمد محمد على (٢٠١٩) دراسة هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة، وبينت أهم نتائجها فاعلية برنامج التدخل في تحسين جودة الحياة للمراهقين المعتمدين على المواد المخدرة.

كما أجرى ( Abdul Rahman & Dzuilkifli Dawood & Mohamad, )

دراسة هدفت إلى التعرف على الدعم الاجتماعي المدرك من قبل المدمنين، وبينت أهم نتائجها أن الدعم الاجتماعي يعد استراتيجية فاعلة للتغلب على أسباب العودة للإدمان وإعادة تأهيل المدمنين. كما أجرت شيماء إسماعيل إبراهيم (٢٠١٨) دراسة هدفت إلى التعرف على أساليب مجابهة حل المشكلات للمدمنين المتعافين، والتعرف على أهمية بناء برنامج لتنمية أساليب مجابهة حل المشكلات بهدف خفض معدل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين والتحقق من فعالية هذا البرنامج. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح القياس البعدي. ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس أساليب مجابهة حل المشكلات لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاستعداد للانتكاسة لصالح القياس البعدي. كما أجري (Geibel, 2018) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الدعم الاجتماعي وعلاقته بحدوث الانتكاسة، وبينت أهم نتائجها أن الأشخاص الذين تلقوا الدعم ظلوا متعافين وتجنبوا العودة مرة أخرى للتعاطي.

كما أجرت فاطمة خليفة السيد (٢٠١٧) دراسة هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة

من مرضى الإدمان السعوديين، وبينت أهم نتائجها نجاح برنامج العلاج في تنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان. كما أجرى سمير بوخروف (٢٠١٧) دراسة هدفت إلى محاولة التعرف على أهم الأسباب التي تقف وراء انتكاسة المدمن، وبينت أهم نتائجها أن ضعف مستوى الدعم الاجتماعي يؤدي إلى حدوث الانتكاسة لدى المدمن. كما أجرى عبد الغاني تيايبي (٢٠١٥) دراسة هدفت إلى بناء برنامج إرشادي والذي يشمل الإرشاد العقلائي الانفعالي المقترح لعلاج مشكلة الإدمان على المخدرات في ضوء لهفة الإدمان. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي المبني على العلاج الانفعالي العقلائي في علاج مشكلة الإدمان على المخدرات من خلال التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان، والتخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، والتخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر.

كما أجرى (Heishman., Stephen. (2015) دراسة هدفت إلى معرفة فاعلية التنفير في خفض معدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة. وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، ومن ثم المحافظة على عدم حدوث الانتكاسة للتعاطي. وأجرى (Eddie, D., Kim., (2014) دراسة هدفت إلى دراسة التنفير وأثره في خفض معدل الاشتياق لدى البالغين الخاضعين لعلاج اضطرابات تعاطي العقاقير المخدرة وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق، ومن ثم المحافظة على عدم حدوث الانتكاسة للتعاطي. كما أجرى (Kathryn A., (2014) دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، وأشارت النتائج إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق لدى العينة البحثية من مرضى تعاطي الأفيون.

وأجرى ( Anderson E., (2014) دراسة هدفت إلى الكشف عن مدى فعالية الأساليب التنفيرية في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، وتوصلت النتائج إلى أن الاشتياق المرتبط بإدمان الأفيون مرتبط بقوة بالانتكاسة الناتجة من تعاطي الأفيون بين مجموعة من المرضى الذين تم علاجهم باستخدام الأساليب التنفيرية. كما أجرى مصطفى حسن (٢٠٠٩) دراسة هدفت إلى الكشف عن فعالية فنية التعرض في مواجهة مثيرات الانتكاسة لدى عينة من المدمنين. وأشارت نتائج الدراسة إلى مدى فعالية التعرض العلاجي لمثيرات الانتكاسة لدى فئات الدراسة (الهيروين، الحشيش، الأمفيتامينات) وهذا فيما يتعلق بإمكانية التحكم في الاشتياق والرغبة في التعاطي، وكذلك بالنسبة لتعلم المهارات اللازمة للتعامل مع الانتكاسة والحد من معدلاتها لدى عينة الدراسة. كما أجرى (Plasse, Beatrice R. (2001) دراسة هدفت إلى استخدام مجموعتين من تمارين الاسترخاء والتأمل وأساليب البناء الإدراكية لتعليمهم التأمل والاسترخاء لمساعدته الأعضاء على إدراك التشهوات الناتجة عن التوتر وتصحيحها لكي توفر لديهم أفكار إيجابية. وأشارت نتائج الدراسة إلى ان فنية الاسترخاء لها الفعالية مع العينة البحثية في خفض معدلات الاشتياق لديهم ومن ثم القدرة على التحكم في نسب الانتكاسة ومعدلاتها والعودة لتعاطي المخدر بعد فترات من التوقف.

ويرى "الباحث" أن هذه المحاولة تتيح بيانات مبشرة لدراسات أكبر حجماً تثبت مدى صلاحية آثار استخدام الاسترخاء لمنع حدوث انتكاسة لمدمني المخدرات والكحوليات، والعقاقير المخدرة، وهذا لدور الاسترخاء الفعال في خفض معدلات الاشتياق.

كما أجرى (Gruber, M. (2000) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاج السلوكي بالتعرض لمنع الانتكاسة لدي مسيئ استخدام المخدر. وتوصلت إلى نتائج مؤداها أن مرضى المعالجة القائمة على التعرض، كانت النتائج إيجابية في إحداث

الانطفاء لمثيرات الاشتياق، الأمر الذى يدعم خفض معدلات الانتكاسة، والعودة لتعاطي المخدر. وأجرت منى على العامري (٢٠٠٠) دراسة هدفت إلى دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل لعلاج حالات الإدمان. وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل، وتعد الأسباب الشخصية من أهم الأسباب المؤدية للعودة إلى التعاطي. كما أجرى Lawrence., D. (2000) دراسة هدفت إلى التعرف على أهمية العلاج السلوكي بالتعرض لمثيرات الاشتياق لعينة من مسيئ استخدام المخدرات، للكشف عن مدى فعالية التعرض في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة. وأشارت النتائج إلى نجاح فنية التعرض في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، ومن ثم حدوث انخفاض في معدلات الانتكاسة لدى افراد العينة البحثية.

### فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين لصالح القياس البعدي.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين.

### المنهج والإجراءات:

تناول الباحث عرضاً للخطوات الإجرائية للدراسة الحالية من منهج الدراسة، واختيار العينة ومواصفاتها من حيث بعض المتغيرات (السن- والحالة الاجتماعية- والمستوى التعليمي- والمستوى الاجتماعي والاقتصادي- والدرجات التي حصلوا عليها على كل من مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة، ومقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة،



ومقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة) والأدوات المستخدمة من حيث خطوات الأعداد والتقنين، والأساليب الإحصائية لاستخلاص النتائج.

### منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج شبه التجريبي في هذه الدراسة لملاءمته لطبيعة الدراسة الحالية التي تعتمد على استخدام المجموعة الواحدة في الضبط التجريبي كون طبيعة الدراسة تتطلب استخدام مجموعة من المتعاطين للعقاقير المخدرة، وبيان جدوى البرنامج، محل الدراسة، في خفض معدلات الانتكاسة لديهم.

### إجراءات الدراسة:

#### عينة الدراسة:

##### أ- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين، وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (١٥) من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين من الذكور، وتم اختيارهم بشكل عشوائي من مستشفى الصحة النفسية بالدقهلية (دميرة)، ووحدة الإدمان بمستشفى المنصورة الجامعي، وقد أزيلت السموم الناتجة عن سوء استخدام العقاقير المخدرة.

##### ب- عينة الدراسة الأساسية وأسس اختبارها:

تم مراعاة عدة عوامل في اختيار عينة الدراسة كمحاولة لتحقيق لأهداف الدراسة وإختبار فروضها، وهي:

- أن تكون أفراد العينة ممن هم في مرحلة الشباب في عمر زمني يتراوح بين

(٢٥ - ٣٥) سنة.

- أن تكون من مرضي سوء استخدام العقاقير المخدرة وحصولهم على درجة مرتفعة على مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة.
- حصولهم على درجة مرتفعة على مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة (منتكسين).
- حصولهم على درجة مرتفعة على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة.
- تعرضهم للانتكاسة أكثر من ثلاث مرات بعد التعافي.
- الرغبة في الاشتراك في البرنامج.

والذي بلغ عددهم (ن = ١٠) يتحقق بينهم شروط الدراسة والمتمثلة في (ارتفاع معدلات الاشتياق وحصول الحالات على درجة مرتفعة على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة، وارتفاع معدلات الانتكاسة وحصول الحالات على درجة مرتفعة على مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة، وحصول الحالات على درجة مرتفعة على مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة)، وقد تراوحت أعمارهم بين (٢٥ - ٣٥) سنة، بمتوسط (٢٩.٢)، وانحراف معياري (٢.١).

جدول (١) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة

المجموعة	العدد	طبيعة العينة
	١٠	من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين

وقد تم التجانس لعينة الدراسة من حيث المتغيرات الآتية:

- أ) من حيث متغير العمر الزمني: يتراوح أعمار أفراد العينة البحثية من (٢٥ - ٣٥) عاماً، وقد تم حساب المتوسط (٢٩.٢)، والانحراف المعياري (٢.١) لأعمار أفراد العينة (جميع أفراد العينة محل الدراسة الحالية من الذكور).
- ب) من حيث متغير الحالة الاجتماعية: روعي في اختيار العينة تثبيت الحالة الاجتماعية لأفرادها، وذلك لضمان تجانس العينة.

ج) من حيث متغير المستوى التعليمي: روعي في اختيار العينة تثبيت المستوى التعليمي لأفرادها، وذلك لضمان تجانس العينة (جميع أفراد العينة محل الدراسة الحالية من المؤهلات الجامعية).

د) من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي: روعي في اختيار العينة تثبيت المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأفرادها والذين ينتمون لفئة المتوسط على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة لـ (عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣)، وذلك لضمان تجانس العينة.

### أدوات الدراسة:

#### ١ - مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة: (إعداد/ الباحث)

##### \* وصف المقياس:

قام الباحث بإعداده على البيئة المصرية، ويشمل (٣٤) عبارة تهدف إلى قياس معدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة لدى عينة من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.

##### \* تطبيق المقياس:

يطبق مقياس (الاشتياق للعقاقير المخدرة) بصورة فردية أو جماعية، وقد قام الباحث بتطبيقه بصورة فردية حيث يعطى المفحوص ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس، ويطلب منه قراءتها ليحجب على عبارات هذا المقياس، ضمن ثلاث استجابات (نعم - أحياناً - لا).

##### \* تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لثلاثة مستويات للإجابة؛ وهي: (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)،. والدرجة من (٣٤-٦٨) تشير إلى انخفاض معدلات الاشتياق، أما الدرجة من (٦٩-١٠٢) فتشير إلى ارتفاع معدلات الاشتياق.

**\* ثبات المقياس وصدقه:****أولاً: حساب ثبات المقياس:**

تم حسابه عن طرق (التجزئة النصفية)

جدول (٢) معاملات ثبات مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة:

ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية		المقياس
	جتمان	سيرمان / براون	
٠,٨٢	٠,٨٣	٠,٨٦	مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة

وفي الدراسة الحالية قام الباحث بحساب الثبات على عينة مكونة من (١٥) من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة بطريقة التجزئة النصفية والاعتماد على معاملات الارتباط باللجوء إلى (معادلات سيرمان/ براون، وجتمان، وألفا كرونباخ)، ومن ثم التعويض بمعادلة الثبات  $(2 \times r) \div (r + 1)$ . وتشير النتائج في الجدول السابق إلى معاملات ثبات مرتفعة.

**ثانياً: صدق المقياس:**

**صدق المحكمين:** بعرض عبارات المقياس على ثمانية أساتذة من المحكمين المتخصصين في علم النفس، وأشارو الأساتذة المحكمون إلى مناسبة عبارات المقياس، مع الاهتمام بمقترحات الأساتذة المتمثلة في التقليل من طول العبارة، وعدم احتواء العبارة على أكثر من مضمون لتفادي ضعفها، وتراوحت نسبة اتفاق المحكمين ما بين (٨٧.٥% - ١٠٠%).

**٢- مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة: (إعداد/ الباحث)****\* وصف المقياس:**

قام الباحث بإعداده على البيئة المصرية، ويشمل ثلاثين عبارة تهدف إلى قياس معدلات الانتكاسة لدى عينة من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.

**\* تطبيق المقياس:**

يطبق مقياس (الانتكاسة لمرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة) بصورة فردية أو جماعية، وقد قام الباحث بتطبيقه بصورة فردية حيث يعطى المفحوص ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس ويطلب منه قراءتها ليجيب على عبارات هذا المقياس. ضمن ثلاث استجابات (نعم- أحيانا- لا).

**\* تصحيح المقياس:**

يُصحح المقياس وفقاً لثلاثة مستويات للإجابة؛ وهي (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، والدرجة من (٣٠-٤٥) تشير إلى انخفاض معدلات الانتكاسة، أما الدرجة من (٤٦-٩٠) فتشير إلى ارتفاع معدلات الانتكاسة.

**\* ثبات المقياس وصدقه:**

**أولاً: حساب ثبات المقياس:** وقد تم حسابة عن طرق (التجزئة النصفية)

جدول (٣) معاملات ثبات مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سيرمان / براون	
٠,٨٤	٠,٨٥	٠,٨٩	مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة

وفي الدراسة الحالية قام "الباحث" بحساب الثبات على عينة مكونة من (١٥) من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة بطريقة التجزئة النصفية والاعتماد على معاملات الارتباط باللجوء إلى (معادلات سيرمان/ براون، وجتمان، وألفا كرونباخ)، ومن ثم التعويض بمعادلة الثبات  $(2 \times r) \div (r + 1)$ . وتشير النتائج في الجدول السابق إلى معاملات ثبات مرتفعة.

**ثانياً: صدق المقياس:**

**صدق المحكمين:** بعرض عبارات المقياس على ثمانية أساتذة من المتخصصين في علم النفس، أشاروا إلى مناسبة عبارات المقياس، مع الاهتمام بمقترحات الاساتذة المتمثلة في التقليل من طول العبارة، وعدم احتواء العبارة على أكثر من مضمون لتقادي ضعفها، وتراوح نسبة اتفاق المحكمين ما بين (٨٧.٥% - ١٠٠%).

### ٣- مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة: (إعداد/ الباحث)

#### \* وصف المقياس:

قام "الباحث" بإعداده على البيئة المصرية، ويشمل (٢٤) عبارة تهدف إلى قياس معدلات سوء استخدام العقاقير المخدرة لدى عينة من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.

#### \* تطبيق المقياس:

يطبق مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة بصورة فردية أو جماعية، وقد قام الباحث بتطبيقه بصورة فردية؛ حيث يعطى المفحوص ورقة التعليمات الخاصة بالمقياس ويطلب منه قراءتها ليجيب على عبارات هذا المقياس، وذلك ضمن ثلاث استجابات (نعم- احيانا- لا).

#### \* تصحيح المقياس:

يُصحح المقياس وفقاً لثلاثة مستويات للإجابة؛ وهي: (نعم = ٣، أحياناً = ٢، لا = ١)، وتشير الدرجة المرتفعة (٤٩-٧٢) على المقياس إلى زيادة معدلات سوء الاستخدام، والدرجة من (٢٤-٤٨) تشير إلى انخفاض معدلات سوء الاستخدام.

#### \* ثبات المقياس وصدقه:

#### \* أولاً: حساب ثبات المقياس:

وقد تم حسابه عن طرق (التجزئة النصفية).

جدول (٤) معاملات ثبات مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة:

ألفا كرونباخ	التجزئة التصفية		المقياس
	جتمان	سيرمان / براون	
٠,٨٢	٠,٨٤	٠,٧٨	مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة

وفي الدراسة الحالية قام "الباحث" بحساب الثبات على عينة مكونة من (١٥) من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة بطريقة التجزئة النصفية والاعتماد على معاملات الارتباط بالجوء إلى (معادلات سيرمان/ براون، وجتمان، وألفا كرونباخ)، ومن ثم التعويض بمعادلة الثبات  $(2 \times r) \div (r + 1)$ . وتشير النتائج في الجدول السابق إلى معاملات ثبات مرتفعة.

**ثانياً: صدق المقياس:**

**صدق المحكمين:**

بعرض عبارات المقياس على ثمانية أساتذة من المتخصصين في مجال علم النفس، أشاروا إلى مناسبة عبارات المقياس، وتراوحت نسبة اتفاق المحكمين ما بين (٨٧.٥% - ١٠٠%).

٤- مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة: (إعداد: عبد العزيز الشخص،

(٢٠١٣)

يهدف هذا المقياس إلى تحديد وضع الأسرة بالنسبة للمستوى العام للأسر المصرية؛ لأن الأسرة تعد البيئة الأولى التي ينشأ فيها الفرد وينمو. وفيها توضع اللبنة الأولى لشخصيته؛ حيث تتفق النظريات النفسية على أن أسس شخصية الفرد توضع خلال السنوات الأولى من حياته، وهي التي تحدد بدرجة كبيرة نوعية شخصية الفرد، ولكي يتحقق للأسرة دورها في تنشئة الطفل بصورة متكاملة يتعين عليها توفير سبل الرعاية المناسبة له، بما يحقق إشباع حاجاته المختلفة (العضوية، والعقلية،

والنفسية والاجتماعية (...). وإن نجاح الأسرة في إتمام عملية التنشئة الاجتماعية لأطفالنا بصورة مناسبة يرتهن بمختلف العوامل والظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تتوافر فيها. وقد قام معد المقياس بتصنيف مستويات الأبعاد المستخدمة في تحديد المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية إلى ثلاثة أبعاد كالاتي:

- بعد الوظيفة أو المهنة (للجنسين) ويتكون من تسعة مستويات.
- بعد مستوى التعليم (للجنسين) ويتكون من ثمانية مستويات.
- بعد متوسط دخل الفرد في الشهر، ويتكون من سبع فئات.

جدول (٥) تصنيفات المستويات الاجتماعية الاقتصادية للأسرة على مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة:

المستوى	الدرجات
منخفض جداً	١٠ - ١٩
منخفض	٢٠ - ٢٩
دون المتوسط	٣٠ - ٣٩
متوسط	٤٠ - ٤٨
فوق المتوسط	٤٩ - ٥٨
مرتفع	٥٩ - ٦٨
مرتفع جداً	٦٩ - ٧٧

٥- البرنامج الانتقائي التكاملي لخفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة

لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة. (إعداد/ الباحث)

يعرف البرنامج الانتقائي التكاملي بأنه برنامج نفسي تعليمي منظم في ضوء أسس وفنيات علمية تتضمن عددا من النشاطات والمهارات والتدريبات والمفاهيم، ويتم



من خلال تدريب فردي قائم على فنيات علاجية تنتمي لمدارس علاجية متعددة، لمساعدتهم على خفض معدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة المسؤولة مسؤولة مباشرة عن الانتكاسة، والعودة للتعاوي بعد فترات من التوقف.

### أهمية البرنامج:

تعد البرامج الانتقائية التكاملية ذات أهميه واضحة في العلاج؛ حيث إن المشكلات النفسية والسلوكية غالباً ما تظهر بصورة واضحة في مرحلة الشباب، الأمر الذي يتطلب إرشاداً، إلا أن أي مشكلة سلوكية أو نفسية لا تظهر بشكل مفاجئ إذ أن بدايتها تكمن في مرحلة سابقة وإن مضاعفاتها تظهر في مراحل تالية، وهنا يبرز دور البرامج الانتقائية التكاملية في تلاقي المشكلات النفسية والسلوكية حيث إن برنامج الدراسة الحالية يقوم على أساس مواجهة مرضي سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين لمعدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة المسؤولة عن الانتكاسة والعودة للتعاوي بعد فترات من التوقف والمعافاه، وذلك لدى عينة تدرج في مرحلة الشباب من سن (٢٥ - ٣٥) للوقاية من الانتكاسة والمحافظة على التعافي وعدم العودة مرة أخرى للتعاوي، الأمر الذي يتضح أهميته في النقاط الآتية:

تضمن هذا البرنامج مجموعة من الفنيات والأنشطة والتقنيات التي تساعد أفراد العينة البحثية على مواجهة معدلات الاشتياق المرتفعة والعمل على انخفاض تلك المعدلات.

### أهداف البرنامج:

سعى البرنامج إلى مساعدة أفراد العينة البحثية باستخدام العلاج الانتقائي التكاملية، ومساعدتهم على مواجهة معدلات الاشتياق المرتفعة للعقاقير المخدرة ومحاولة التخلص من هذه المعدلات ومحاولة خفض تلك المعدلات للوقاية من الانتكاسه والتأكيد على أن دور المشاركين يكمن في عملية التعليم واستخدام البناء

السلوكي الصحيح، وأن البرنامج ما هو إلا محاولة للعمل على التركيز على قدرة المشاركين على الإصرار والتنفيذ وحل المشكلات بالأساليب الواقعية، وينبثق من هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف؛ هي:

أ - **هدف علاجي:** ويتمثل في خفض الدرجة المرتفعة من معدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة.

ب - **هدف نمائي:** ويتمثل في إتاحة الفرصة أمام أفراد العينة البحثية إلى مزيد من النمو النفسي، ومزيد من النضج عن طريق تعزيز مهاراتهم في مساعدتهم على إدارة الضغوط.

ج - **هدف وقائي:** ويتمثل في تحصين أفراد العينة البحثية نفسياً وتدريبهم على ممارسة مجموعة من الفنيات والتكتيكات التابعة لمدارس علاجية مختلفة.

د - **هدف سلوكي:** ويتمثل في كيفية مواجهة معدلات الاشتياق المرتفعة لدى عينة من الشباب من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين للوقاية من الانتكاسة.

### الأهداف الإجرائية:

وتتحقق هذه الأهداف من خلال العمل المثمر داخل الجلسات بما يحتويه من أنشطة وواجبات منزلية يكلف بها المريض، والتي تتعلق بالمواقف المثيرة للاشتياق للعقاقير المخدرة، وتتخلص الأهداف الإجرائية فيما يأتي:

#### ١ - مرحلة تكوين المفاهيم: "Conceptualization Phase"

هذه المرحلة يتم التعرف منها على الدور الذي يؤديه الاشتياق للعقاقير المخدرة، ومدى ارتباطه بالانتكاسة والعودة مرة أخرى للتعاطي بعد فترات من التوقف.

#### ٢ - مرحلة الاكتساب والتعميق والتدريب عليها: "Acquisition and Rehearsal"

وهي اللازمة لإدارة الضغوط والتعايش معها في المواقف المتنوعة المسببة لهذه الضغوط، وفيها يتم التدريب على مهارات إدارة الضغوط من خلال التدريب الذي يتم تعلمه من خلال جلسات البرنامج.

### ٣ - مرحلة تطبيق المهارات: "Skill Application"

ويتم التدريب عليها باستخدام بعض الفنيات العلاجية التي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج وتساعد على مواجهة معدلات الاشتياق المرتفعة، وهذا باللجوء إلى فنية التعرض والتي من خلال تكرارها يتم التوصل إلى نقطة الانطفاء، بالإضافة إلى فنية التنفير، وفنية الاسترخاء، وعديد من الفنيات التي تمت الإشارة إليها في الاطار النظري والتي عندها تنخفض معدلات الاشتياق للعقاقير المخدرة.

٤ - التعرف على الدور الذي يؤديه التعرض للعقاقير المخدرة في خفض معدلات الاشتياق لدى العينة البحثية من مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين أثناء جلسات البرنامج العلاجي.

### الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

#### ١ - الأسس العامة:

من حيث إتاحة الفرصة لأفراد العينة في التعبير عن آرائهم وأفكارهم، مع رفض الأفكار السلبية والخاطئة والإبقاء على علاقة إيجابية، واحترام حريتهم وإرادتهم في الاختيار نحو التغيير.

#### ٢ - الأسس السلوكية:

يقوم البرنامج على أسس سلوكية متمثلة في (أن السلوك المرضى ما هو إلا عبارة عن عادات سلوكية متعلمة أو مكتسبة، ومن ثم يمكن علاجها في محو هذا التعلم أو إزالته. وإذا كانت هذه السلوكيات الخاطئة قد تعلمها الانسان عن طريق التعلم الشرطي أو التشريط أو الاقتران الشرطي، فإننا نقوم بعملية تشريط مضاد؛ بحيث نزيل

من خبرة الإنسان ما تعلمة عن طريق الخطأ حتى تكون لديه عادات أخرى أكثر إيجابية.

### ٣ - الأسس العصبية والفسولوجية:

تلعب الإثارة النفسية دورا مهما في حدوث الإثارة الفسيولوجية والعكس بالعكس، وذلك من خلال استخدام فنية التعرض.

### الطريقة التي يقوم عليها البرنامج:

يقوم البرنامج أساسا على تبني طريقة علاجية فردية؛ نظراً لما تتمتع به هذه الطريقة من مزايا وفوائد متعددة عن الطرق العلاجية الأخرى تكون منصبة على أن محور الاهتمام هو المريض، وهذا الأمر يكون بمثابة تشجيع للمريض على اجتياز جلسات البرنامج بشكل متعاون وفعال.

### خطوات البرنامج:

تكون البرنامج من (٢٦) جلسة علاجية، بواقع جلستين أسبوعياً، وتتضمن عملية التنفيذ ثمانية مراحل؛ هي كالاتي:

#### ١ - مرحلة الإعداد القبلي للجماعة: Pre- grouping Preparation

هدفت هذه المرحلة إلى إعداد المجموعة، وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من العمليات العلاجية، ويمكن الاستعانة بالمقابلات الفردية لكل فرد في الجماعة على حدة، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة بالبرنامج والهدف منه وزيادة معدل الأمان وتقليل حدة القلق داخل أعضاء المجموعة المتطوعة، وإعداد الجماعة لمبادئ العلاج، وتستغرق هذه المرحلة جلسة واحدة وهي الجلسة رقم (١) من جلسات البرنامج العلاجي.

#### ٢ - مرحلة التقويم القبلي: Pre- evaluation

هدفت هذه المرحلة إلى تحديد المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة من حيث تحديد طبيعتها وشدتها وكثافتها والتي تخص معدلات الاشتياق لدى أفراد المجموعة المتطوعة وذلك باستخدام مقياس الاشتياق للعقاير المخدرة، إعداد "الباحث"، ويكون هذا المقياس بمثابة التقويم القبلي لشدة ومعدلات الاشتياق لدى أفراد المجموعة المتطوعة، وهذه المرحلة تستغرق جلسة واحدة، وهي متطلبات الجلسة رقم (٢) من متطلبات البرنامج العلاجي.

### ٣ - مرحلة الغزو الرئيسي: Care Intervention

وتحتوي هذه المرحلة على (٦) مراحل فرعية، وتستغرق (١٦) جلسات تتوزع على النحو الآتي.

#### جدول (٦) مرحلة الغزو الرئيسي للبرنامج القائم على فنية (التعرض)

رقم الجلسات	أسماء المراحل الفرعية	عدد الجلسات	المراحل الفعلية
٤-٣	بناء التحالف العلاجي والثقة مع الحالات	٢	الأولى
٦-٥	التوعية بالبرنامج وتطبيقاته وكيفية تطبيقه	٢	الثانية
٩-٧	التعرض للعقار، مع اللجوء لميكانيزم الاسترخاء.	٣	الثالثة
١٢-١٠	متابعة التعرض للعقار لإحداث الانطفاء	٣	الرابعة
١٥-١٣	التفسير الرمزي، والتفسير التصوري	٣	الخامسة
١٨-١٦	اللجوء إلى ميكانيزم الجدل المباشر، والمراقبة الذاتية، ووقف الأفكار، والمتصل المعرفي- الإبدال والإحلال.	٣	السادسة

### ٤ - مرحلة التقويم البعدي: Post-evaluation

وهذه المرحلة تستغرق جلسة واحدة وهي الجلسة رقم (١٩) ويسير فورمتها وفق فورمات الجلسة رقم (٢)، وتهدف إلى إعادة تطبيق المقياس الذي طبق في الجلسة رقم (٢)؛ وذلك بهدف التعرف على الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين هذا التطبيق

والتطبيق القبلي الذي تم في الجلسة رقم (٢) للتأكد من جوهريتها لتسجيل التقدم الذي أحرزته المجموعة العلاجية بالبرنامج.

#### ٥ - مرحلة الإنهاء المؤقت: Termination Phase

واستغرقت هذه المرحلة جلسة واحدة هي الجلسة رقم (٢٠)، ويستكمل فيها ما تم نقاشه في الجلسة السابقة ثم يعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج بشكل مؤقت في جو من المودة والايجابية.

#### ٦ - مرحلة المتابعة والرعاية: Follow up & after care

استقرت هذه المرحلة لمدة شهرين وذلك بهدف الاطمئنان على الحالات ومدى تطبيقها لما تم تعلمه من علاج وتغيير واستبصار، ومدى ممارسة الصيانة، والتعرف على المشكلات والمعوقات في بدايتها قبل استئصالها، ومدى نجاح الحالات في ممارسة مهارات التأقلم مع المواقف العامة والمواقف الجديدة، ومدى فعالية الأفكار الجديدة والتصورات الجديدة، ومدى الاعمال المعرفي الذي يمارسه كل فرد في الجماعة، والتدعيم المتبادل بين الحالات ومواصلي التصدي للمشكلات المستقبلية لأفراد الجماعة وتستغرق أربع جلسات، وهي الجلسات أرقام (٢١ - ٢٢ - ٢٣ - ٢٤) بمعدل جلسة كل اسبوعين.

#### ٧ - مرحلة التقييم التبعي: Up - evaluation

هدفت هذه المرحلة إلى تحديد المشكلات الخاصة بأفراد الجماعة وتحديد طبيعتها وشدتها وكثافتها والتي تخص معدلات الاشتياق لدى أفراد المجموعة المتطوعة وذلك باستخدام مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة، (إعداد الباحث)، ويكون هذا المقياس بمثابة التقييم التبعي لشدة معدلات الاشتياق بعد مرحلة المتابعة لأفراد المجموعة المتطوعة، وهذه المرحلة تستغرق جلسة واحدة، وهي الجلسة (٢٥) من متطلبات البرنامج العلاجي.

## ٨ - مرحلة الإنهاء العام للبرنامج: General Termination

واستغرقت هذه المرحلة جلسة واحدة هي الجلسة رقم (٢٦) والأخيرة في البرنامج، ويستكمل فيها ما تم نقاشه في جلسات البرنامج جملة، ثم يعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج في جو من المودة والإيجابية.

### الأساليب الإحصائية:

استخدم "الباحث" الأسلوب الإحصائي في هذه الدراسة للتحقق من الفروض، وذلك باستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية S.P.S.S كما يأتي:

١. الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

٢. حساب معامل الارتباط باستخدام طريقة

- سبيرمان/ براون.

- جتمان

- ألفا كرونباخ

٣. حساب معامل الثبات.

٤. اختبار (ويلكوكسن).

## نتائج الدراسة وتفسيرها

### نتائج الفرض الأول وتفسيره:

أشار الفرض الأول إلى أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين القبلي والبعدي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام "الباحث" باستخدام معادلة (ويلكوكسن)، لحساب دلالة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة البحثية من مرضى سوء الاستخدام المخدرة (ن=١٠). وجاءت النتائج تشير إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين القياسين القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي في الاتجاه الإيجابي، والذي يشير إلى خفض معدلات الاشتياق بعد البرنامج وهذا ما أشار إليه القياس البعدي، وهذا يشير إلى فعالية البرنامج الانتقائي التكاملي في خفض معدلات الاشتياق في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي. والجدول رقم (٧) يوضح ذلك.

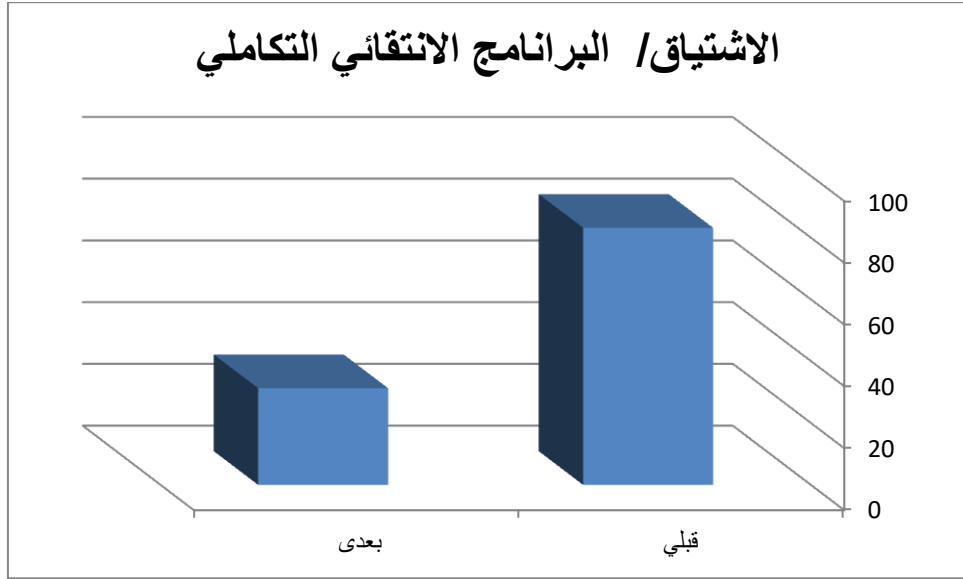
جدول (٧) الفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية على القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة باستخدام معادلة ويلكوكسن "Wilcoxon"

البعد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمه Z	مستوى الدلالة
الاشتياق	قبلي / بعدي	-	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠	٢,٨٢	٠,٠١
		+	صفر	صفر	صفر		
		=	صفر	صفر	صفر		
		المجموع	١٠				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (٧) وجود فروق داله إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة في القياس القبلي



ومتوسط الرتب في القياس البعدي على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة لصالح القياس البعدي، وهو ما يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.



الشكل رقم (١) يوضح التمثيل البياني للفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية في القياسين القبلي والبعدي

التمثيل البياني لدرجات أفراد العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج الانتقائي التكاملي للقياسين (القبلي والبعدي) على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة.

- تفسير نتائج الفرض الأول:

تشير تلك النتيجة إلى فاعلية برنامج العلاج في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى عينة البحث، ويمكن تفسير ذلك باستفادة المشاركين من فنيات البرنامج العلاجي وما ورد فيه من أساليب ومعلومات أقتعت المشاركين من عينة البحث بضرورة التعرف على مصادر خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة وتغيير علاقتهم بالمحيطين بهم.

ويرى الباحث أن ظاهرة إدمان المخدرات من المشكلات الخطيرة والتي تزداد خطورتها مع انتكاس المتعاطي بعد علاجه، وذلك لأن كثيرا من المتعافين من الإدمان

قد يكونوا معرضين للانتكاسة والعودة للإدمان من جديد، وللتخلص من الإدمان بشكل نهائي يتطلب ذلك إحداث تغيير في نمط حياة المتعافي وتكوين استراتيجيات إيجابية لديه لمواجهة المواقف النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يتعرض لها أثناء فترة العلاج أو بعد تعافيه من الإدمان، وهناك كثيرا من المتعافين لا يستطيعون مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية التي يتعرضون لها أثناء أو بعد التعافي.

كما يرى الباحث أن التعافي من الإدمان يتطلب جهودًا مضنية وطويلة الأمد، فمحاولة التخلص من هذه العادة تعرقها ظاهرة الانتكاسة والعودة إلى تعاطيها من جديد، مما يؤدي إلى فشل عملية التعافي من الإدمان سواء أكان ذلك بإرادة المدمن أم بعون من أسرته، وهو ما أدى بالقول إلى أن خطورة الانتكاسة تفوق خطورة الإدمان.

هذا ولا يمكن الاطمئنان إلى أن المدمن تعافي نهائيًا من الإدمان إلا بعد فترة زمنية يحتاج فيها المدمن المعافي في الدرجة الأولى لدعم وإعانة المحيطين به، حيث يعاني المدمنون المتعافون إثر إتمام علاجهم من صعوبات تعترض طريقهم للاستمرار في تعافيتهم وقد تكون سببًا في الانتكاسة والعودة إلى التعاطي مجددًا، خاصة إذا شعر المتعافي بعدم تقبل المجتمع لشخصه ومعاملته على أنه منبوذ وسيء (لطيفة بنت محمد بن حميد، ٢٠١٩، ٥٧). ويمكن تفسير (الانتكاسة) بناء على نظرية الوصم الاجتماعي، حيث تشير هذه النظرية إلى أن كثيرا من المتعافين يتجهون إلى الإدمان مرة أخرى بسبب النظرة والانطباع الاجتماعي الذي يكون ضدهم من قبل المجتمع، كما تتفق هذه النتيجة مع نظرية الضبط الاجتماعي، فالعودة إلى التعاطي بعد التعافي بناء على هذه النظرية هو نتيجة لضعف الرابطة ما بين المتعاطي والمجتمع، ومن أشكال هذا الضعف: قلة الارتباط الأسري وكثرة المشاكل. وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات السابقة منها دراسة محند سمير (٢٠١٨)؛ حيث أظهرت النتائج أهمية الرابط الأسري في التقليل من احتمال العود للتعاطي مرة أخرى (الانتكاسة)، دراسة باسم

الطويس (٢٠١٣)؛ حيث توصلت النتائج إلى أن أكثر فئات الشباب تعاطيًا وعودة إلى الإدمان هم العاطلون عن العمل، يليهم طلبة الجامعات. ودراسة محمود الخوالدة وماجد الخياط (٢٠١١)؛ حيث توصلت النتائج إلى أن أهم عوامل تعاطي المخدرات كانت المشكلات الأسرية، والحصول على اللذة والمتعة، والهروب من الأزمات المالية، ومسيرة الرفاق، إضافة إلى نسيان الهموم والمشكلات. ودراسة مطاوع بركات وإقبال الحلاق (٢٠١١)، حيث توصلت النتائج إلى أن غالبية أفراد العينة قد انتكست وعادت للتعاطي أكثر من مرة، ومن أهم أسباب الانتكاسة: عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط والعودة للاختلاط مع المدمنين. أكدت نتائج الدراسة الحالية أنه "باستخدام البرنامج الانتقائي التكاملي أدى إلى انخفاض معدلات الاشتياق لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين". وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات والتي كانت تسعى إلى خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة وجاءت هذه النتيجة متفقة مع نتيجة دراسة سلوان محمود إبراهيم (٢٠٢١) حيث كشفت النتائج عن فعالية تقنيات الحرية العاطفية في انخفاض مستويات الاشتهاء بين المرضى بشكل كبير بعد تطبيق البرنامج، كما كشفت عن وجود علاقة بين تطبيق تقنيات الحرية العاطفية وبين اشتهاؤ المواد المخدرة للمرضى، والكشف عن انخفاض مستويات الأعراض النفسية بين المرضى بشكل كبير بعد تطبيق البرنامج. ودراسة عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٩)؛ حيث بينت أهم نتائجها فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحديد أساليب مواجهة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة. ودراسة أحمد محمد على (٢٠١٩)؛ حيث بينت نتائجها فاعلية برنامج التدخل في تحسين جودة الحياة للمراهقين المعتمدين على المواد المخدرة. ودراسة ( Abdul Rahman & Dzuilkifli Dawood & Mohamad, 2019)؛ حيث بينت نتائجها أن الدعم الاجتماعي يعد استراتيجية فاعلة للتغلب على أسباب العودة للإدمان وإعادة تأهيل المدمنين. ودراسة (Geibel, 2018) حيث بينت

نتائجها أن الحالات التي تلقت الدعم ظلوا متعافين وتجنبوا العودة مرة أخرى للتعاطي، ودراسة فاطمة خليفة السيد (٢٠١٧)؛ حيث بينت نتائجها نجاح برنامج العلاج في تنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان. كما تتفق نتيجة هذا الفرض أيضا مع دراسة سمير بوخروف (٢٠١٧)؛ حيث بينت نتائجها أن ضعف مستوى الدعم الاجتماعي يؤدي إلى حدوث الانتكاسة لدى المدمن. ومع دراسة (Green, 2014) حيث بينت نتائجها ضرورة تقديم الدعم والمساعدة للمتعافين من الإدمان، حيث إنهم كلما تلقوا مساعدات وتفاعلا مع المحيطين ساعد ذلك في الحفاظ على التعافي والتقدم لمستويات أعلى. ومع دراسة إيمان محمد إبراهيم أحمد (٢٠١٣) حيث أظهرت نتائجها اختلاف درجات شدة الإدمان قبل وبعد التدخل ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي وانخفاض أعداد ذوي الإدمان الكارثي من ٣ أفراد إلى فرد واحد، ودراسة (Cheung & Nagi, 2013)، حيث أظهرت نتائجها فاعلية البرنامج العلاجي في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات. و دراسة آيات إبراهيم صبيح (٢٠٠٦)، حيث بينت نتائجها أن هناك عوامل تتعلق بالمحيط الاجتماعي بالمعافى من الإدمان تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة والتي تهدد تعافيه حيث إن نظرة المجتمع للمدمن تجعله لا يستطيع التخلص من الشعور بالوصمة فيتعامل معه المحيطون به كمدمن وليس متعافيا. كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٩) حيث أظهرت النتائج مدى فعالية برنامج التدخل المهني بالعلاج المعرفي السلوكي في خفض معدلات الانتكاسة شديدة الخطورة. ومع دراسة شيماء إسماعيل إبراهيم (٢٠١٨)، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاستعداد للانتكاسة لصالح القياس البعدي ومع دراسة عبد الغاني تيايبية (٢٠١٥)؛ حيث توصلت النتائج إلى فعالية البرنامج الإرشادي المبني على العلاج الانفعالي العقلاني في علاج مشكلة الإدمان

على المخدرات من خلال التخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات بشدة أعراض لهفة الإدمان، والتخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نوع المخدر، والتخفيف من درجات شعور المدمنين على المخدرات باللهفة نحو نشوة المخدر. ومع دراسة (2015) Heishman., Stephen. أشارت النتائج إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، ومن ثم المحافظة على عدم حدوث الانتكاسة للتعاطي. كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة Eddie, D., (2014) Kim. حيث أشارت النتائج إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق، ومن ثم المحافظة على عدم حدوث الانتكاسة للتعاطي. ومع دراسة (Kathryn., A., (2014)؛ حيث أشارت النتائج إلى فعالية التنفير في خفض معدلات الاشتياق لدى العينة البحثية من مرضى تعاطى الأفيون، ومع دراسة (Anderson E., (2014)؛ حيث توصلت النتائج إلى أن الاشتياق المرتبط بإدمان الأفيون مرتبط بقوة بالانتكاسة الناتجة من تعاطى الأفيون بين مجموعة من المرضى الذين تم علاجهم باستخدام الأساليب التنفيرية.. ومع دراسة مصطفى حسن (٢٠٠٩) حيث أشارت النتائج إلى مدى فعالية التعرض العلاجي لمثيرات الانتكاسة لدى فئات الدراسة (الهيروين، الحشيش، الأمفيتامينات)، هذا فيما يتعلق بإمكانية التحكم في الاشتياق والرغبة في التعاطي، وكذلك بالنسبة لتعلم واكتسابها المهارات اللازمة للتعامل مع الانتكاسة والحد من معدلاتها لدى عينة الدراسة. كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة (2001) Plasse, Beatrice R ؛ حيث أشارت النتائج إلى أن فنية الاسترخاء لها الفعالية مع العينة البحثية في خفض معدلات الاشتياق لديهم ومن ثم القدرة على التحكم في نسب الانتكاسة ومعدلاتها والعودة لتعاطي المخدر بعد فترات من التوقف. كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة (Gruber, M. (2000) ؛ حيث توصلت النتائج إلى أن مرضى المعالجة القائمة على التعرض، كانت النتائج ايجابية في احداث الانطفاء لمثيرات

الاشتياق، الأمر الذي يدعم خفض معدلات الانتكاسة، والعودة لتعاطي المخدر. ومع دراسة منى على العامري (٢٠٠٠) حيث أسفرت النتائج عن فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل، وتعد الأسباب الشخصية من أهم الأسباب المؤدية للعودة إلى التعاطي، ومع دراسة (Lawrence., D. (2000)؛ حيث أشارت النتائج إلى نجاح فنية التعرض في خفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة، ومن ثم حدوث انخفاض في معدلات الانتكاسة لدى أفراد العينة البحثية.

### عرض نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

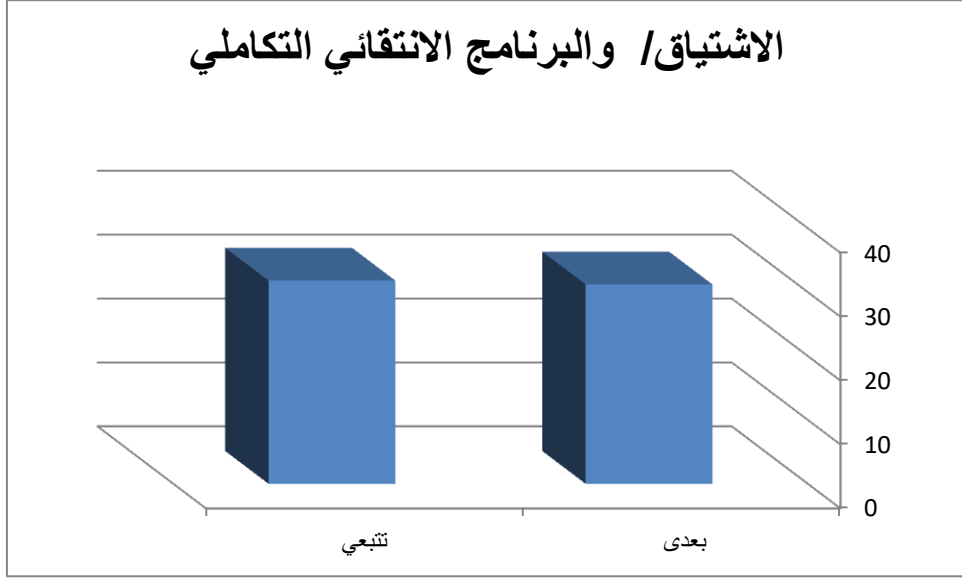
أشار الفرض الثاني إلى أنه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي للبرنامج الانتقائي التكاملي في الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة المنتكسين". ولتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام معادلة (ويلكوكسن)، للتحقق من دلالة الفروق الإحصائية بين القياس البعدي، والقياس التتبعي على مقياس الاشتياق، وهذا بعد فترة الرعاية اللاحقة بالبرنامج (٣ أشهر)، والجدول رقم (٨) يوضح ذلك.

جدول (٨) الفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الاشتياق باستخدام معادلة ويلكوكسن "Wilcoxon"

البعد	نوع القياس	اتجاه الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمه Z	مستوى الدلالة
الاشتياق	بعدي /	-	٨	٣,٠٠	٢٤,٠٠	٠,٧٣	غير دال
	تتبعي /	+	٢	٣,٢٠	٦.٤٠		
	=		صفر				
	المجموع		١٠				

ويتضح من نتائج الجدول رقم (٨) أنه لا توجد فروق داله إحصائية بين متوسط رتب الدرجات التي حصل عليها أفراد المجموعة في القياس البعدي ومتوسط الرتب في

القياس التتبعي على مقياس الاشتياق، وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض وهذا يؤكد استمرارية عينة الدراسة الحالية في التعافي بعد فترة التتبع.



الشكل رقم (٢) يوضح التمثيل البياني للفرق بين متوسطات درجات أفراد العينة البحثية في القياسين البعدي والتتبعي.

التمثيل البياني لدرجات أفراد العينة البحثية المطبق عليهم البرنامج السلوكي القائم على فنية التعرض والتغيير للقياسين (البعدي - التتبعي) على مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة.

### تعقيب عام على نتائج الدراسة وتفسيرها:

بينت نتيجة الفرض الأول فاعلية البرنامج العلاج في خفض معدلات الاشتياق كعامل للإنتكاسة لدى عينة البحث، كما بينت نتائج الفرض الثاني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى عينة البحث على مقياس الاشتياق كعامل للإنتكاسة مما يعطي مؤشرا قويا على وجود استمرارية للبرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه لدى عينة البحث، ويعد استمرار التحسن جانبا وقائيا يقلل من احتمال حدوث الانتكاسة، وهي مشكلة في معالجة الإدمان؛ إذ إن المدمن

معرض للعودة إلى الإدمان بعد التوقف عنه بفترة قصيرة، ويمكن القول بأن هذا التغيير للبرنامج الانتقائي التكاملي الحادث لعينة البحث بات عادة سلوكية راسخة لديهم تتم عن قناعة فكرية داخلية لديهم بأهمية الاستفادة من الجوانب الإيجابية للتعامل مع الآخرين، كما أن حرص المشاركين من عينة البحث على حضور جلسات البرنامج في موعدها بانتظام وعدم الغياب واهتمامهم بالمشاركة الفعالة والحوار والمناقشة والتزامهم بالواجبات المنزلية كان من الأسباب الداعمة والمحفزة لاستمرار تأثير البرنامج وفعاليتها. ويرى الباحث أن الدراسة الحالية توصلت إلى نتائج مهمة ترتبط بمشكلة سوء استخدام العقاقير المخدرة وكيفية التعامل معها؛ ألا وهي أهمية الانتباه إلى معدلات الاشتياق لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة، فقد أظهرت نتائج الدراسة (في حدود عينة الدراسة) أن مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة معرضون للانتكاسة بعد التعافي، وهذا يرجع إلى ارتفاع معدلات الاشتياق لدى هذه الحالات، الأمر الذي نبهنا لضرورة التعامل مع هذا المتغير، بتصميم برنامج انتقائي تكاملي قائم على فنيات تنتمي لأكثر من مدرسة علاجية. وإن نجاح البرنامج، كما أشار الباحث من قبل إنه يرجع إلى الأثر الإيجابي لمحتوي البرنامج الانتقائي التكاملي والذي عمل على توفير وتهيئة الجو النفسي الآمن وتهيئته، وسهل لأعضاء المجموعة العلاجية الإقبال على العملية العلاجية، والمشاركة والتفاعل الإيجابي، كما عمل على إعطاء مساحات نفسية، واجتماعية لأعضاء المجموعة لرؤية أنماط سلوكهم في المواقف التي يتعرضوا فيها للعقاقير المخدرة، ودعوتهم للحكم على هذه التصرفات وتقويمها ذاتيا، والتدريب على مهارات التعرض بشتى صورته للعقاقير المخدرة كي يحدث الانطفاء، بالإضافة إلى فنية التنفير، وحل المشكلات والمراقبة الذاتية، وهو ما تحقق لدى أفراد المجموعة التي تم تطبيق البرنامج عليها والتي كانت متمثلة في مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.



## التوصيات والبحوث المقترحة:

يتضمن هذا الجزء عرضاً لمجموعة من التوصيات في ضوء ما أسفر عنه البحث من نتائج، ثم يختتم "الباحث" هذا الجزء بعرض مجموعة من البحوث المقترحة التي تفيد دراستها في استكمال الجهود التي يمثلها البحث الحالي:

### أولاً: توصيات الدراسة:

١. الاهتمام ببرامج العلاج السلوكي في مواجهة الانتكاسة.
٢. أهمية الدعم الكامل الرسمي والأهلي لبرامج الوقاية من الانتكاسة.
٣. الحاجة إلى طرح أفكار جديدة مبتكرة للتعامل مع مشكلة سوء الاستخدام للعقاقير المخدرة بحيث تتواءم مع حجم الانتشار.
٤. عقد محاضرات لتوعية الشباب بالآثار الضارة لتعاطي العقاقير المخدرة وذلك بصفة مستمرة، وتوعيتهم بالآثار النفسية والجسمية المدمرة الناتجة عن سوء استخدام العقاقير المخدرة.
٥. بث البرامج الإعلامية المسموعة والمرئية التي تصحح الأفكار الخاطئة التي تدفع الشباب لسوء استخدام العقاقير المخدرة.
٦. الإكثار من حملات التوعية للشباب وتنمية الأفكار الإيجابية التي تساعدهم على عدم الانزلاق في تعاطي العقاقير المخدرة، والتصدي بشدة لهذه الظاهرة.
٧. التنسيق والدعم التكاملي بين مؤسسات المجتمع لتقوم كل مؤسسة بدورها الفعال في مواجهة انتشار ظاهرة سوء استخدام العقاقير المخدرة بين الشباب.
٨. إجراء دراسات مسحية واسعة يعتمد عليها في التخطيط للمعالجة الوقائية والإرشادية.

٩. ضرورة تعليم الشباب، كيفية استخدام أساليب المواجهة السليمة والفعالة والإقدامية في حل مشاكلهم، وتجنب اللجوء لأساليب الهروب باللجوء إلى تعاطي العقاقير المخدرة.
١٠. إجراء مزيد من الدراسات التي تستهدف فحص فاعلية البرامج العلاجية مع فئة المدمنين.
١١. العمل على تطوير برامج علاجية للتأهيل ذات طابع شمولي تتناول الجوانب الانفعالية والنفسية والاجتماعية لمنع الإدمان أو تقليله.
١٢. ضرورة تواجدهم أخصائيين اجتماعيين ونفسيين على مستوى عال من المهارة تتابع هذه الفئة وتقدم المساعدة لهم ولأسرهم .
١٣. وضع خطط لتطوير البرامج العلاجية والتي تشمل على العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي للمدمنين، كذلك إنشاء عديد من المراكز العلاجية وتحسين جودة الخدمات بها والتأكيد على توفير الرعاية اللاحقة للمتعافي، وتدعيم مكانته في المجتمع من خلال مساعدته في الحصول على عمل لتخطي مشاكله.
١٤. تصميم البرامج الوقائية والإعلامية لتوعية الشباب وأسره من خطورة تعاطي المخدرات وإدمانها.
١٥. تهيئة البيئة المحيطة بالمتعافي لاستقباله والتكيف معه بعد العلاج؛ وذلك من خلال إشراك الأسرة والمجتمع ومكان العمل في تحسين علاقاتهم بالمتعافي لضمان أفضل نتائج علاجية.
١٦. تعليم المتعافين من الإدمان كيفية التعامل مع الضغوط والمشاكل التي تواجههم بعد خروجهم من المؤسسات العلاجية، وأيضًا كيفية التعامل مع رفاقهم ممن يتعاطون المخدرات، وكيفية التغلب على إلحاحهم للعودة للتعاطي مرة أخرى.

## ثانياً: البحوث المقترحة :

- ١- دراسة إكلينيكية لأكثر من حالة من مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً.
  - ٢- الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بسوء استخدام العقاقير المخدرة.
  - ٣- إجراء دراسات تهتم بمعرفة الفروق بين الجنسين من المراهقين في سوء الاستخدام العقاقيري.
  - ٤- فعالية برنامج إرشادي لتنمية الصلابة النفسية لتخفيف حدة الضغوط النفسية لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.
-

## المراجع

أولاً: المراجع العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

---

## المراجع

### أولاً: المراجع العربية:

- ١- إبراهيم عبد الجليل (٢٠٠٢): بعض العوامل المؤدية لحالات العودة لتعاطي المخدرات، رسالة ماجستير بكلية العلوم الاجتماعية التطبيقية ثم التوجيه والإرشاد النفسي والاجتماعي، جامعة الفاتح بطرابلس.
- ٢- إجلال محمد سرى (٢٠٠٠): علم النفس العلاجي، ط٢، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ٣- أحمد محمد على (٢٠١٩). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد المخدرة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- ٤- إسماعيل عبد الحميد سعيد ويحيى تركى الخزرج (٢٠٠٢): عوامل الانتكاسة من مراحل الاعلاج والاستشفاء، مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
- ٥- أمينه إبراهيم بدوي، ومحمود فتوح سعادات (٢٠١٦). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة، غزة، جامعة فلسطين.
- ٦- أودهان كاس (٢٠٠٩). الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، ترجمة سامر رضوان، ط١، الإمارات العربية: دار الكتاب الجامعي.
- ٧- آيات إبراهيم صبيح (٢٠٠٦). العوامل المرتبطة بالعودة إلى إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها من منظور خدمة الفرد، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية-جامعة حلوان، مصر.
- ٨- إيمان محمد إبراهيم أحمد (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.

- ٩- أيمن جبريل (٢٠١٥). العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية ودورها في عودة مدمني المخدرات المتعالجين إلى تعاطي المخدرات بعد تلقيهم العلاج، رسالة دكتوراه، الأردن: جامعة مؤتة.
- ١٠- إيهاب عبد الباقي الببلاوي (١٩٩٩): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى ذوي الإعاقة البصرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- ١١- باسم الطويسي (٢٠١٣). اتجاهات الشباب نحو المخدرات دراسة ميدانية في محافظة معان، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية.
- ١٢- تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠١٨). عدد المتعاطين على مستوى العالم عام ٢٠١٧م، <https://www.unodc.org>.
- ١٣- حسين عبد العزيز الدريني، ومحمد على كامل (٢٠٠٦): معايير تقويم جودة تصميم برامج التدخل السيكولوجي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد (١٦)، العدد (٥٢)، القاهرة.
- ١٤- رشاد عبد اللطيف (٢٠٠٣). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، ط١، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- ١٥- رشدي منصور (٢٠٠٠): علم النفس العلاجي والوقائي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ١٦- سلوان محمود إبراهيم (٢٠٢١): أثر تقنيات الحرية العاطفية في الأعراض النفسية والرغبة الشديدة لدى مرضى الاضطرابات المتعلقة بالمواد المخدرة. رسالة دكتوراه- قسم ترميض الصحة النفسية- كلية التمريض- جامعة عين شمس.

- ١٧- سمير بوخروف (٢٠١٧). دور العلاقة طبيب-مريض والدعم الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المعافى، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، ع(٤)، الجزائر.
- ١٨- سيد عبد العظيم محمد (١٩٩٨): أثر الإرشاد المعرفي في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين، مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.
- ١٩- شيماء إسماعيل حامد إبراهيم (٢٠١٨): برنامج تكاملي لتنمية استراتيجيات مجابهة حل المشكلات لخفض معدل الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، رسالة دكتوراه- قسم علم النفس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية- جامعة عين شمس.
- ٢٠- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠١٩). التقرير السنوي للإدمان.
- ٢١- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): العلاج المعرفي السلوكي: أسس وتطبيقات، ط ١، دار الرشاد، القاهرة.
- ٢٢- عايد الوريكات (٢٠١٣)، نظريات علم الجريمة، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- ٢٣- عبد الرحمن سيد سليمان (٢٠٠١): إعاقة التوحد، ط (٢)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- ٢٤- عبد الستار ابراهيم (١٩٨٠): العلاج النفسي الحديث، قوة للإنسان، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- ٢٥- عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٣): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٦- عبد الغاني تيايبية (٢٠١٥): مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، جامعة سطيف، الجزائر.

٢٧- عبد الله أحمد العطاس (٢٠١٠): فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين مستوى النضج المهني لدى عينة من الطلبة المستجدين بجامعة أم القرى: دراسة شبه تجريبية، المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة، الفترة من ٢٩ نوفمبر - ١ ديسمبر، المجلد الأول، ٥١ - ٨٢.

٢٨- عبد الله الزهراني (٢٠١٠): العلاقة بين مواضع الانتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المنتكسين المراجعين لمستشفى الأمل بجدة، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.

٢٩- عبد الله السيد عسكر (١٩٩٦): الاضطرابات النفسية وعلاقتها بتعاطي المراهقين للبانجو، مجلة الصحة النفسية، مجلد (٣٧)، القاهرة.

٣٠- عبد الله السيد عسكر (٢٠٠٥): الإدمان بين التشخيص والعلاج، الطبعة الخامسة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٣١- عبد الوهاب خالد (٢٠٠٦): مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، مجمع الأمل للصحة النفسية في الدمام - وزارة الصحة - المملكة العربية السعودية.



- ٣٢- عفاف عادل أبو الفتح (٢٠١٩). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة للمتعافين من إدمان الهيروين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر.
- ٣٣- على عايض القحطاني (٢٠٠٩). الرعاية المستمرة لمدمني المخدرات وأسره، الدورة التدريبية الخاصة: خفض الطلب على المخدرات لمنسوبي الحرس الملكي، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- ٣٤- فاطمة خليفة السيد (٢٠١٧). فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الصلابة النفسية والوقاية من الانتكاسة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، بحث منشور، مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٢(٢٥)، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- ٣٥- فوزي محمد جبل (٢٠٠٠): الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
- ٣٦- كمال بلان، وسمر الحلق (٢٠١١): العلاقة بين قلق المستقبل والتوافق النفسي لدى عينة من طلاب الصف الثاني الثانوي في محافظة ريف دمشق، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، سوريا، ٣٣ (٣)، ١٤٥-١٦٢.
- ٣٧- لطيفة بنت محمد بن عبد الرحمن بن حميد (٢٠١٩). الضغوط المرتبطة بانتكاسة المدمن بعد التعافي، بحث منشور، مجلة الخدمة الاجتماعية، ٦١(١)، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين.
- ٣٨- محمد أحمد مشاقبة (٢٠٠٧). الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع. القاهرة.

- ٣٩- محمد حسن غانم (٢٠٠٥): الإدمان بين الشباب العربي: الوقاية والعلاج، الإسكندرية، المكتبة المصرية.
- ٤٠- محمود الخوالدة، وماجد الخياط (٢٠١١). أسباب المواد الخطرة والمخدرات من منظور متعاطيها في المجتمع الأردني، مجلة الدراسات الأمنية، ع ٥.
- ٤١- محند سمير (٢٠١٨). نوعية التقمصات لدى المراهق المدمن "الإدمان على المخدرات نموذجًا"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه، الجزائر: جامعة محمد بوضياف.
- ٤٢- مدحت محمد أبو النصر (٢٠٠٨): مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات العوامل والآثار والمواجهة مع الإشارة إلى تجارب من مصر والإمارات والكويت وأمريكا، الطبعة الأولى، الدار العالمية للنشر والتوزيع، القاهرة .
- ٤٣- مصطفى حسن حسين حسن (٢٠٠٩): دراسة في أثر التعرض العلاجي لمثيرات الانتكاسة على بعض المتغيرات النفسية لدى بعض فئات المدمنين، رسالة دكتوراه- قسم علم النفس- كلية الآداب- جامعة المنيا.
- ٤٤- مطاوع بركات، وإقبال 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).
- ٤٥- مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠١٩). تقرير المخدرات العالمي، المكتب الإعلامي للأمم المتحدة، مصر.
- ٤٦- منى على العامري (٢٠٠٠): فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز حول العميل في علاج الإدمان، رسالة دكتوراه- قسم علم النفس- كلية التربية- جامعة بنغازي.

٤٧- منير البعلبكي (٢٠٠٣): معجم المصطلحات التربوية والنفسية، ط (١)، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة .

٤٨- وائل ماهر غنيم (٢٠١٠): فعالية برنامج معرفي سلوكي لمواجهة أحداث الحياة الضاغطة للوقاية من الانتكاسة لدى عينة من المراهقين مدمني المواد المخدرة التخليقية، رسالة دكتوراه، جامعة بنها.

٤٩- يوسف المراشدة (٢٠١٢). جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، ط١، عمان، دار الحامد، الأردن.

- 50- Abdul Rahman, R., Dzulkifli, M., Dawood, S. & Mohamad., M. (2019). Social support among Malay, Chinese and Indian drug addicts in Malaysia. University Kembangan Malaysia alcoholics and nonalcoholic. Journal of Studies on Alcohol, (37).
- 51- Alling, F. A. (2009): Cranial electrostimulation (CES) use in the detoxification of opiate – dependent patients, Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. (7), No. (3), pp. 173 – 180.
- 52- Anderson E., (2014): The American Journal of Drug and Alcohol Abuse. Vol.40(2),pp. 163-169.
- 53- Anton, W. D., (2016): An Evaluation of outcome variables in the systematic desensitization of the text Anxiety. J. Behave. Res. And Therapy vol. 14, pergamon press. Printed in great Britain, pp. 518 – 522.
- 54- Aronfreed. J. (2019): “The problem of imitation, In Advances in child Development and Behavior”, ed. H. W. pers. New York, pp. 412.
- 55- Bandura, A., (2008): Modelling approaches to the modification of fobic disorders. In Ruth porter. The Role of

- 
- learning in psycho-therapy, printed by J. & A. Churchill Ltd. Great Britain, pp. 445 – 452.
- 56- Beck , A , Wright F.Newman , C , & Liese , B , (2003): " Cognitive Therapy Of Substance " , The Guilford Press , New Yourk, P. 292.
- 57- Boudy, D & Colello, T (2008). Preventing Relapse among Inner City Recovering Addicts, Research Report, National Institute on Drug Abuse.
- 58- Brokovec, T (2013): Efficacy of applied relaxatation and congnitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder, journal of consulating and clinical psychology, p.p. 611-619.
- 59- Chang, Bei-hung, (2010): Acupuncture and relaxation response for substance use disorder recovery, Journal of Substance Use. Vol.15(6), USE , P. 390-401.
- 60- Cheung, C., & Ngai, S. (2013). Reducing youth's drug abuse through training social workers for cognitive-behavioral integrated treatment. Children & Youth Services Review, 35 (2)
- 61- Childress, A. R., (2011): Addressing the Problem of Triggered By Drug-Related Cues. Presented at the NIDA/ARC Symposium on Craving , Baltimore, MD, February. 27 – 28.
- 62- Daley, D. C., (2008): Relapse Prevention Treatment Alternative and Aids, Bradenton: Human Services Institute, pp. 254.
- 63- Daley, D. C., (2009): An Approach to Relapse Prevention, J. Chem Depen Treat 2, pp. 105 – 124.
- 64- Davies, D. L.,(2012): Normal Drinking in Recovery Alcoholics Q. L., Stud Alcohol, 23, pp. 94 – 104,.
- 65- Dolinsky, Z. S., Morse, D. E., Kaplan, R. F., Mayer, R. E., Corry, D., Pomerleau, O. F.,(2017): Neuroendocrine Psychophysiological And Subjection Reactivity To An
-

- 
- Alcohol Placebo In Male Alcoholic Patients. *Alcohol Clin. Exp.* 11, pp. 296 – 300.
- 66- Drummond, D. C., (2001): Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, Vol 96, (1), pp. 33 – 40.
- 67- Eddie, D. Kim, (2014): Applied Psychophysiology and Biofeedback. Vol.39(3-4),pp. 181-192.
- 68- Egger, G., (2008): Psycho-social Aspects of Increasing Drug Abuse: A Postulated Economic Cause, *Social Science and Medicine*, Vol. (14A), No. 1, pp. 163 – 170.
- 69- Fortuna, J. L., (2008): The phenomenon of drug craving. *Journal of psychoactive drug.*  
<http://findarticles.com/p/articles/mi6831/is240/ain31462572/> 11/09
- 70- Franks, C. M., (2009): “Conditioning and abnormal behavior” in Eysenck, H. J. (ed.), *Hand Book of Abnormal psychology*, pitman, p: 318.
- 71- Freye, E. & Levy, J., (2010): Acute obstinence syndrome following abrupt cessation of long-term use of tramadol (Ultram): a case study, *Eur J Pain*, 4(3): 11 – 307.
- 72- Geible, S (2018). The relationship between approach and avoidance coping strategies and substance abuse relapse in adult substance abusers, Ph. D, California, Say brook Graduate School and Research Center.
- 73- Green, D (2014). Relapse among recovering addiction professionals: Prevalence and predictors, Ph. D, USA, The University of Utah.
- 74- Groski, T. & Miller. M., (2006): “Staying Sober. A guide For Relapse Prevention” Independence Press, pp. 165.
- 75- Gruber, M. (2000): “Reinforcement – based intensive outpatient treatment for inner city opiate abuses: A short – term evaluation” *Drug & Alcohol dependence* vol 57 (3) Jan.
- 76- Stephen Heishman (2015): *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Vol.41(1), pp. 82-87.
-

- 
- 77- Hejzer, J. E. (2014): Psychoactive substance Abuse and Its Relation to Dependence. In Thomas A. Widiger, et al. (Eds), DSM-IV Sourcebook, Vol, I. Washington, D.C.: American Psy-chiatric, Association, p: 28.
  - 78- Hepple, J., Robson, P., (2006): The Effect of Caffeine on Cue Exposure Responses in Ex-Smokers. *Addiction*, 91(2), pp. 269 – 273.
  - 79- Hrubec, Z. & Omenn, G. S., (2011): Evidence Of Genetic Predisposition to Alcoholic Cirrhosis and Psychosis: Twin Concordance for Alcoholism and Its Biological and Points by Zygosity among Male Veterance. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 5, pp. 207 – 215.
  - 80- Hsu. J., (2005): Electroconditioning Therapy of alcoholics: a preliminary report, *J. stud. Alcohol* Vol. 26., P: 504.
  - 81- Ibrahim, Fauziah & Kumar, Naresh (2009). The influence of community on relapse. *European journal of social sciences*, 11, (3), 471-476.
  - 82- Jones, H. G., (2008): Behavior Therapy and Conditioning Techniques, in Emanuel Miller, foundations of child psychiatry, Copy right by pergamon press Ltd. London, pp. 533-540.
  - 83- Kathryn A., (2014): Drug and Alcohol Dependence. Vol.145 , pp. 121-126.
  - 84- Krasner, L. (2010): History of behavior Modification. In A. S. Belck, M. Hersen, International Hand-book of behavior modification and therapy, New York: Plenum Press., PP: 502- 806.
  - 85- Lawrence, D. (2000): “Cognitive – Behavior Treatment Veterans with Substance Abuse Problems” *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, Vol. 13 (3) BC Decher Periodicals, Canada, pp. 124 – 129.
-

- 
- 86- Lerner, R. (2002): Adolescence: Development, Diversity, Context, and Application. New Jersey. Prentice Hall, pp. 155-157.
  - 87- Marlatt, G. Palmar, R., (2019): Relapse Prevention: an overview of Marlatt's cognitive behavioral model alcohol research and health, Vol (23), pp. 309 – 311.
  - 88- Marlatt, G. A. (2018): Addictive Behaviors, Etiology and Treatment, Annual Review of Psychology, Vol. 39, pp. 224 – 252.
  - 89- Marlatt, G. A., (2015): Self efficacy in addictive Behavioral, in: Bandura, A (Ed): Self efficacy in Changing Societies, New York University Press, pp. 411 – 417.
  - 90- Marlatt. G. A., (2010): Situational and Determination of Relapse Skill training interventions, pp. 278 – 279.
  - 91- Miltenberger, R., (2010): Behavior Modification: Principles and Procedures, Toronto: Wasworth Thomas Learning, pp. 166.
  - 92- Obrien Kohen (2014): the Encyclopedia of Drug Abuse, New York, fact on file, Inc, P.176-178.
  - 93- Patterson, G. R., (2007): Behavior intervention procedures in the classroom and in the house. In H. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), New York: Wiley, pp. 420 – 427.
  - 94- Beatrice R Plasse, (2001): Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice. Vol.24(3-4), Taylor & Francis, United Kingdom, pp. 117-133.
  - 95- Pomerleau, O. F. & Ceoney, N, (2013): Reactivity of alcohol cases in alcoholics and non alcoholics, implication for a stimulate control analysis of drinking, addictive behavioral, Vol (8), pp. 88.
  - 96- Rosner, Richard (2013): Clinical handbook of adolescent addiction, pp. 289-294.
  - 97- Slife, B., Reper, J (2001): Eclecticism in psychotherapy. Is it really the best substitute For traditional theories?, Critical
-

- 
- issues in psychotherapy Translating new ideas into Practice.  
PP: 213- 233.
- 98- Spitz, H. I., & Spirz, S. T., (2017): Family Therapy of Cocaine Abuse, In: Spitz H.I and Rosecan, J.S. (eds.): Cocaine Abuse, New York, Brunner/Mazel, Inc. pp. 202 – 203.
- 99- Tlano, S. Schlein (2003): Coping With The Temptation To Use Heroin : An Analysis Of The Reliability And Validity Of The Opiate Abuse”, Coping Response Inventory OACFI, PH.D, Fairleigh Dickinson University, pp. 36 – 39.
- 100- Tralgold, R. & Wolff. H. (2007): Psychiatry in general practice, copyright international universities, presses Inc. New York, pp. 357 – 360.
- 101- Van Hasselt, V. B. (2013): Social Skill and Depression in Adolescent substance Abusers, Addictive Behavior, Vol. 18, No. 1, PP: 9-18.
- 102- Washton, A. M., (2008): “Prevention Relapse To Cocaine” Journal Of Clinical Psychiatry, Vol. (44), pp. 34 – 38.
- 103- Wessler, R.I. (2008): Rationale motives the rapy and related cognitively oriented psychotherapies .jns.lang, newyork, P.365.
- 104- Witkiewitz, K & Marlatt, G., (2004): Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems: The Waszen, this is too. Am psychol, Vol. (59), pp. 201 – 205.
-



## الملاحق

- ملحق (١): قائمة السادة المحكمين.
- ملحق رقم (٢): مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة.
- ملحق رقم (٣): مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة.
- ملحق رقم (٤): مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة.
- ملحق رقم (٥): مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة (إعداد/ عبد العزيز الشخص، ٢٠١٣).
- ملحق رقم (٦): قائمة تاريخ استعمال العقاقير المخدرة (ن = ١٠).
- ملحق رقم (٧): قائمة تاريخ الانتكاسات للعقاقير المخدرة (ن = ١٠).
- ملحق رقم (٨): جلسات البرنامج الانتقائي التكاملي.

## ملحق رقم (١) قائمة السادة المحكمين

م	الاسم	الوظيفة	المكان
١	أ.د/ أحمد عبد الفتاح عياد	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة طنطا
٢	أ.د/ أحمد محمد درويش	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة أسيوط
٣	أ.د/ بدرية كمال أحمد	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة
٤	أ.د/ حسين سعد الدين	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة المنصورة
٥	أ.د/ شيماء شكري خاطر	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة طنطا
٦	أ.د/ عماد عبد الرازق	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة الزقازيق
٧	أ.د/ عماد مخيمر	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة الزقازيق
٨	أ.د/ هبه بهي الدين ربيع	أستاذ	قسم علم النفس - كلية الآداب - جامعة طنطا

## ملحق رقم (٢)

## مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة:

## إعداد "الباحث"

البيانات:

رقم الملف الطبي:	الاسم (اختياري):
الحالة الاجتماعية:	السن:
المهنة:	المستوى التعليمي:
المؤسسة العلاجية:	محل الإقامة:
تاريخ آخر جرعة:	التشخيص:
	التعليمات:

فيما يلي بعض العبارات السيكو مترية المتعلقة بالاشتياق تجاه العقاقير المخدرة، لقياس مدى اشتياق الحالة إلى العقاقير المخدرة الذي كان متعلق به قبل الإجراء العلاجي للتعافي من سوء استخدام هذا العقار المخدر، ومطلوب قراءة العبارات جيدا، ووضع علامة (√) في إحدى الفئات الثلاثة وفقا لما تري وتشعر به؛ مع العلم أنه لا توجد هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

وشكرا لحسن تعاونك.

## مقياس الاشتياق للعقاقير المخدرة:

### إعداد "الباحث"

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحيانا	لا
١	عند تناول العقار المخدر أشعر بالسعادة			
٢	اشتاق للعقار المخدر أكثر من اشتياقي لدافع الجوع			
٣	أشعر برغبة ملحة لتناول العقار المخدر			
٤	تتناوبني نوبات من الاشتياق للعقار المخدر بصفة متكررة			
٥	أسرح بخيالي في الاشتياق للعقار المخدر			
٦	جسدي يستمتع بالعقار المخدر			
٧	أشعر بالنشوة بمجرد تناول العقار			
٨	حياتي خالئة من المشاكل بمجرد تناول العقار المخدر			
٩	أشعر بالمتعة عند تناول العقار المخدر			
١٠	عند تعاطي العقار المخدر أسرح في أحلام يقظة ممتعة			
١١	أفكر في العقار المخدر معظم الوقت			
١٢	أشتاق إلى صحبة التعاطي للعقار المخدر			
١٣	حالي النفسية مفرحة بمجرد تناول العقار المخدر			
١٤	أشتاق إلى طقوس التعاطي للعقار المخدر مع الصحبة			
١٥	أشعر بالاشتياق إلى ذكريات التعاطي للعقار المخدر			
١٦	أشتاق إلى جلسة تعاطي العقار المخدر			
١٧	أحب النكات مع الصحبة وقت تعاطي العقار المخدر			
١٨	أشعر بالاشتياق إلى رؤية العقار المخدر ولو مرة واحدة			
١٩	أشعر بالحزن لحرمانني من العقار المخدر			
٢٠	أشعر بأن العقار المخدر هو صديقي			
٢١	ذكرياتي مليئة بخبرات سارة مع العقار المخدر			

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحيانا	لا
٢٢	أنادي عقاري كأنه محبوب غائب عني			
٢٣	أعجز عن التفكير في أي شيء آخر عن العقار المخدر			
٢٤	أفضل العقار المخدر عن أي شيء في حياتي			
٢٥	أفقد السيطرة على اشتياقي للعقار المخدر			
٢٦	أشعر بالقلق كلما زاد اشتياقي للعقار المخدر			
٢٧	حرمني من العقار المخدر يجعلني أكثر عصبية			
٢٨	أفقد قدرتي على العمل بسبب اشتياقي للعقار المخدر			
٢٩	أعاني من فقدان الشهية			
٣٠	يصعب التعامل مع الآخرين عند حرمني من العقار المخدر			
٣١	اشتاق للعقار المخدر أكثر من اشتياقي لدافع الجنس			
٣٢	أشعر بالاكنتاب عند حرمني من العقار			
٣٣	أشعر بالتوتر النفسي			
٣٤	تنتابني نوبات الغضب			

## ملحق رقم (٣)

## مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة:

## إعداد "الباحث"

## البيانات:

رقم الملف الطبي:	الاسم (اختياري):
الحالة الاجتماعية:	السن:
المهنة:	المستوى التعليمي:
المؤسسة العلاجية:	محل الإقامة:
تاريخ آخر جرعة:	التشخيص:

## التعليمات:

فيما يلي بعض العبارات السيكو مترية المتعلقة بمعدلات الانتكاسة لمرضي سوء استخدام العقاقير المخدرة، لقياس معدلات انتكاسة الحالة إلى العقار المخدر الذي كان متعلق به قبل الإجراء العلاجي للتعافي من سوء استخدام هذا العقار المخدر، ومطلوب قراءة العبارات جيدا، ووضع علامة (√) في إحدى الفئات الثلاثة وفقا لما تري وتشعر به؛

مع العلم أنه لا توجد هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

وشكرا لحسن تعاونك.

## مقياس الانتكاسة للعقاقير المخدرة:

## إعداد "الباحث"

م	العبارة	الاستجابات		
		نعم	أحيانا	لا
١	لدي رغبة ملحة في العودة للعقار المخدر مرة أخرى			
٢	لدي رغبة في تحقيق النشوة والمتعة بالرجوع للعقار المخدر			
٣	لدي رغبة في العودة للعقار المخدر			
٤	أشتاق للتأثيرات النفسية التي حققها العقار المخدر عند أول مرة			
٥	أرغب في العودة للعقار المخدر أكثر من أي وقت مضى			
٦	أبحث عن العقار المخدر			
٧	تنتابني أحلام كثيرة بالعقار المخدر الذي أعتدت عليه			
٨	ينتابني فترات من الملل وقت التوقف عن التعاطي			
٩	أشعر بأنني متعطش جدا للعقار المخدر بعد التوقف عن التعاطي			
١٠	ينتابني النسيان بمجرد التوقف عن التعاطي			
١١	أتخيل أي نوع من العقاقير بأنه عقاري المفضل			
١٢	قدرتي تضعف عند البعد عن العقار المخدر			
١٣	صعب على بعدي عن العقار المخدر			
١٤	تنتابني فترات كثيرة للعودة لتعاطي العقار المخدر			
١٥	أشعر بالالاكتئاب عند توقفي عن التعاطي			
١٦	بمجرد التوقف عن التعاطي أشعر بالرغبة الملحة للعودة			
١٧	أفضل في توقف التعاطي للعقار المخدر			
١٨	أجد صعوبة في الابتعاد عن التعاطي			
١٩	أنقطع عن التعاطي وأعود إليه			
٢٠	أشعر بالذنب تجاه العودة للتعاطي			
٢١	أعاني من اضطرابات النوم بمجرد التوقف عن التعاطي			

الاستجابات			العبارة	م
لا	أحيانا	نعم		
			لدي رغبة شديدة في العودة للعقار المخدر	٢٢
			لدي ضعف عام على المستوى الفكري في حل المشكلات	٢٣
			قدرتي ضعيفة في السيطرة على السلوك (سلوك التعافي)	٢٤
			لدي خوف وقلق في الاستمرار في الحياة بدون العقار المخدر	٢٥
			لدي مشاعر قوية للعودة للعقار المخدر	٢٦
			ينتابني الغضب وقت التوقف عن التعاطي	٢٧
			أبحث عن السعادة بعودتي للعقار المخدر	٢٨
			تنتابني صراعات بين التوقف والعودة للعقار المخدر	٢٩
			لدي شعور عام بالإحباط خاصة بعد التوقف عن التعاطي	٣٠



## ملحق رقم (٤)

## مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة:

## إعداد "الباحث"

## البيانات:

رقم الملف الطبي:	الاسم (اختياري):
الحالة الاجتماعية:	السن:
المهنة:	المستوى التعليمي:
المؤسسة العلاجية:	محل الإقامة:
تاريخ آخر جرعة:	التشخيص:

## التعليمات:

فيما يلي بعض العبارات السيكو مترية المتعلقة بسوء استخدام العقاقير المخدرة، لقياس مدى إساءة الحالة في استخدام العقاقير المخدرة، ومطلوب قراءة العبارات جيدا، و وضع علامة (√) في إحدى الفئات الثلاثة وفقا لما تري وتشعر به؛ مع العلم أنه لا توجد هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.

وشكرا لحسن تعاونك.

## مقياس سوء استخدام العقاقير المخدرة:

### إعداد "الباحث"

م	العبارة	الاستجابة		
		نعم	أحياناً	لا
١	أستخدم العقار المخدر باستمرار رغم حدوث مشاكل صحية من استخدامه			
٢	قدرتي على الامتناع عن العقار المخدر أصبحت صعبة			
٣	استمر في تعاطي العقار المخدر مهما كانت الظروف			
٤	أسعي دائماً للحصول على العقار المخدر مهما كانت النتائج			
٥	افرط في استخدام العقار المخدر			
٦	أتمادى في استخدام العقار المخدر للشعور بالراحة			
٧	أعطى العقار المخدر بكميات كبيرة دون الرجوع للطبيب			
٨	استخدم العقار المخدر بطريقه تخالف الأغراض الطبية			
٩	أتناول العقار المخدر باستمرار رغم أضراره			
١٠	لدي مشاكل في الأسرة بسبب كثرة تعاطي العقار المخدر			
١١	لدي مشاكل في الأسرة بسبب كثرة تعاطي العقار المخدر			
١٢	لدي مشاكل اجتماعية بسبب كثرة تعاطي العقاقير المخدر			
١٣	أعاني من مشاكل زوجية بسبب كثرة تعاطي العقاقير المخدرة			
١٤	تتناوبني في بعض الأوقات خفقان في القلب نتيجة الاستخدام المتكرر للعقاقير المخدرة			
١٥	علاقتي بأصدقائي متوترة بسبب الاستخدام المتكرر للعقار المخدر			
١٦	ينقص وزني بسبب كثرة تعاطي العقاقير المخدرة			
١٧	أشعر بالقيئ نتيجة الاستخدام المتكرر للعقار المخدر			
١٨	أفقد وعي نتيجة الاستخدام المتكرر للعقاقير المخدرة			

الاستجابة			العبارة	م
لا	أحيانا	نعم		
			أشعر بآلام في المفاصل لكثرة تعاطي العقاقير المخدرة	١٩
			يصيبني رعشة في العضلات معظم الوقت	٢٠
			تنتابني في بعض الأوقات خفقان في القلب نتيجة الاستخدام المتكرر للعقاقير المخدرة	٢١
			أشعر معظم الوقت بنوبات من الغضب	٢٢
			أتناول العقار المخدر يوميا	٢٣
			لدي ارتباط قوي بالعقار المخدر	٢٤

## ملحق رقم (٥)

## مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة

(إعداد/ عبد العزيز السيد الشخص)

استمارة جمع بيانات عن الحالة الاجتماعية- الاقتصادية للأسرة:

- الاسم: .....
- المدرسة/الجامعة: .....
- وظيفة رب الأسرة أو مهنته بالتفصيل: .....
- المرتب الشهري لرب الأسرة: .....
- مستوى تعليم رب الأسرة (أعلى مؤهل حصل عليه): .....
- وظيفة ربة الأسرة أو مهنتها بالتفصيل: .....
- المرتب الشهري لربة الأسرة: .....
- مستوى تعليم ربة الأسرة (أعلى مؤهل دراسي حصلت عليه): .....
- مصادر أخرى لدخل الأسرة: .....
- قيمة الدخل من تلك المصادر: .....
- إجمالي دخل الأسرة في الشهر: .....
- عدد أفراد الأسرة: .....
- دخل الفرد في الشهر: .....

ملحوظة: تحاط بيانات هذه الاستمارة بالسرية التامة- ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

استمارة تفرغ البيانات:

م	مهنة رب الأسرة	مستوى تعليمه	مهنة ربة الأسرة	مستوى تعليمها	دخل الفرد
	٩ - ١		٩ - ١	٨ - ١	٧ - ١





## ملحق رقم (٧)

قائمة تاريخ الانتكاسات للعقاقير المخدرة (ن=١٠).

إعداد "الباحث"

الانتكاسة السادسة	الانتكاسة الخامسة	الانتكاسة الرابعة	الانتكاسة الثالثة	الانتكاسة الثانية	الانتكاسة الأولي	
						الحالة رقم (١)
						الحالة رقم (٢)
						الحالة رقم (٣)
						الحالة رقم (٤)
						الحالة رقم (٥)
						الحالة رقم (٦)
						الحالة رقم (٧)
						الحالة رقم (٨)
						الحالة رقم (٩)
						الحالة رقم (١٠)

## ملحق رقم (٨)

جلسات البرنامج الانتقائي التكاملي لخفض معدلات الاشتياق كعامل للانتكاسة لدى مرضى سوء استخدام العقاقير المخدرة.

المرحلة	الجلسة	التنكيكات المستخدمة	الأهداف	زمن الجلسة
المرحلة الأولى: (الإعداد القبلي)	الجلسة رقم (١)	- تعارف - المناقشة - الإجابة على أي استفسارات - الشرح	- إقامة علاقة بين المريض والمعالج. - التعرف على تصورات المجموعة عن البرنامج وما يتوقعونه منه مع عرض نبذة موجزة عن مشكلة كل فرد منهم. - إزالة الغموض عن البرنامج. - تشجيع المجموعة على ضرورة الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات. - توضيح عام ببنود البرنامج وشرح مختصر بطبيعة سوء الاستخدام والانتكاسة والاشتياق وفنية التعرض.	٦٠ دقيقة
المرحلة الثانية: (مرحلة التقويم القبلي)	الجلسة رقم (٢)	- تسخين - الشرح - المناقشة - تقدير المشكلات خلال مقياس الاشتياق.	- تحديد المشكلة الخاصة ومعدلات الاشتياق لدى أفراد العينة البحثية بتطبيق مقياس الاشتياق. - تنمية دافعية المريض للعلاج.	٦٠ دقيقة



المرحلة	الجلسة	التنكيكات المستخدمة	الأهداف	زمن الجلسة
المرحلة الثالثة: (الغزو الرئيسي)	الجلسة رقم (٤، ٣)	- تسخين - الشرح - المناقشة - تقدير المشكلات - الواجب المنزلي	- بناء التحالف العلاجي والثقة مع الحالات.	٦٠ دقيقة لكل جلسة
	الجلسة رقم (٥، ٦)	- تسخين - الشرح - المناقشة - الواجب المنزلي	- التوعية بالبرنامج. - توضيح تطبيقات البرنامج وكيفية تنفيذه.	٦٠ دقيقة لكل جلسة
	الجلسة رقم (٧، ٨، ٩)	- تسخين - الشرح - المناقشة - مساعدة الحالات في حالة التعرض للعقار المخدر - الاسترخاء	- التوعية بفنية التعرض. - شرح الفنية (التعرض) وكيفية تطبيقها. - التعرض للعقار المخدر. - استخدام الاسترخاء الذهني، والعضلي.	٦٠ دقيقة لكل جلسة
	الجلسة رقم (١٠، ١١، ١٢)	- تسخين - المناقشة - التفاعل - الشرح - المراجعة. - التغذية المرتدة	- مناقشة التعرض للعقار لإتقان الحالات استخدام هذه التقنية في مواجهة الاشتياق وخفض معدلاته وإحداث الانطفاء.	٦٠ دقيقة لكل جلسة

المرحلة	الجلسة	التكنيكيات المستخدمة	الأهداف	زمن الجلسة
		- الواجب المنزلي		
	الجلسة رقم (١٣، ١٤، ١٥)	- تسخين - المناقشة - التفاعل - الشرح - المراجعة. - التغذية المرتدة - الواجب المنزلي - التنفير - الرومزي. - التنفير - التصوري.	- التوصل لحالة من التنفير تجاه تعاطي العقاقير المخدرة لدى الحالات.	٦٠ دقيقة لكل جلسة
	الجلسة رقم (١٦، ١٧، ١٨)	- تسخين - المناقشة - التفاعل. - الجدل المباشر. - المراقبة الذاتية. - وقف الأفكار. - المتصل - المعرفي. - الشرح. - الإبدال - والإحلال. - المراجعة.	- التخلص من كافة الأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى مريض سوء استخدام العقاقير المخدرة تجاه العقار المخدر. - محاولة إبدال وإحلال للأفكار والمعتقدات الخاطئة لدى مريض سوء استخدام العقاقير.	٦٠ دقيقة لكل جلسة

المرحلة	الجلسة	التنكيكات المستخدمة	الأهداف	زمن الجلسة
		- التغذية المرتدة. - الواجب المنزلي.		
المرحلة الرابعة: (التقويم البعدي)	الجلسة رقم (١٩)	- تسخين - الشرح - المناقشة - المراجعة - التغذية المرتدة - الواجب المنزلي	- إعادة تطبيق الاختبار (الاشتياق للعقاقير المخدرة) للتأكد من فعالية الفنيات والتنكيكات المستخدمة في البرنامج.	٦٠ دقيقة
المرحلة الخامسة: (الإنهاء المؤقت)	الجلسة رقم (٢٠)	- تسخين - الشرح - المناقشة - التفاعل - المراجعة - التغذية المرتدة - الواجب المنزلي	- استكمال ما تم نقاشه في الجلسة السابقة يعلن فيها المعالج انتهاء البرنامج بشكل مؤقت	٦٠ دقيقة
المرحلة السادسة: (المتابعة والرعاية اللاحقة)	الجلسة رقم (٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤)	- تسخين - مراجعة ما سبق - الشرح - المناقشة - التعامل - التغذية المرتدة	- الاطمئنان على الحالات و المتابعة لها. - التأكد من عدم العودة والانتكاسة للتعاطي مرة أخرى بعد التوقف. - تأكيد الوقاية من الانتكاسة. - صيانة ما تم إهداره بعد توقف البرنامج لفترة.	٦٠ دقيقة لكل جلسة

المرحلة	الجلسة	التنكيكات المستخدمة	الأهداف	زمن الجلسة
		- الواجب المنزلي	- التدعيم المتبادل بين الحالات. - مواصلة التصدي للمشكلات المستقبلية المرتبطة بالانتكاسة والعودة للتعاطي.	
المرحلة السابعة: (التقويم التتبعي)	الجلسة رقم (٢٥)	- تسخين - مراجعة ما تم في الجلسة رقم (٢، ١٩) - المناقشة - التفاعل - التغذية المرتدة - الواجب المنزلي	- إعادة تطبيق مقياس (الاشتياق للعقاقير المخدرة) للتأكد من استمرار فعالية البرنامج العلاجي لفترة ما بعد الإنهاء المؤقت.	٦٠ دقيقة
المرحلة الثامنة: (الإنهاء)	الجلسة رقم (٢٦)	- تسخين - مراجعة ما تم في الجلسات السابقة - المناقشة - التفاعل - التغذية المرتدة.	- استكمال ما تم نقاشه. - شكر الحالات على الالتزام والتعاون. - دعم الحالات على الاستمرار في التعافي وعدم العودة للتعاطي مرة أخرى.	٦٠ دقيقة