العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة

بحث ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية

(تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي)

مقدم من

رشا عبد العزيز الصادق زوبع

إشـــــــــراف

أ.د/ حسام الدين محمود عزب	**د/ معتز محمد عبيد**
أستاذ الصحة النفسية	أستاذ مساعد الصحة النفسية
والإرشاد النفسي	والإرشاد النفسي
كلية التربية – جامعة عين شمس	كلية التربية – جامعة عين شمس

ملخص البحث

إن مشكلة الإدمان مشكلة عالمية غاية الخطورة ، فقد تزايدت أعدد مدمنى المخدرات فى السنوات الأخيرة بشكل كبير فى العالم كلة بما فيه الدول العربية وخاصة مصر الذى تزايد فيها الإدمان وخاصة الحشيش والهيروين والأفيون والترامادول ، فالإدمان مرض مزمن يمكن علاجة ويمكن الانتكاسة لة وخصوصا عندما يكون العلاج إقتصر على الجانب الطبي الدوائى فقط دون الإقتران بالعلاج النفسي وبقية برامج العلاج ، ونجد أن الإحصائيات العالمية مازالت تشير إلى تزايد أعداد المنتكسين بعد العلاج ولكى نحد من عددهم والوقاية من الانتكاسة يجب علينا معرفة العوامل المؤدية للانتكاسة . وبناء على ماسبق يتضح لنا أهمية قيام الباحثون بالمزيد من الأبحاث فى مجال الانتكاسة والذى يتناولها هذا البحث الحالي .

فقد هدف البحث إلى التعرف على إدمان المخدرات وعواملة وطرق علاجة وأيضا فترة التعافي وأهميتها وصولا إلى الانتكاسة وأعراضها واسبابها وأهم النماذج العالمية للوقاية من الوقوع فيها.

وتتجلى مشكلة البحث فى معرفة العوامل النفسية والاجتماعية وراء انتكاسة الادمان وترتيبها والعوامل الاكثر تاثيرا للإنتكاسة .

وقد قام فرض الدراسة على وجود علاقة دالة إحصائيا بين العوامل النفسية والإجتماعية وبين الانتكاسة بعد العلاج .

وقد إستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الإرتباطي لملائمة هذا المنهج لموضوع البحث الحالي.

وقد تكونت عينة البحث من (٧٨) متعافي منتكس مقسمة إلى (٥٧ ذكور، ٢١ أنثى) .

أما بالنسبة لاداة البحث فقد تم إستخدام إستبيان مواقف الانتكاسة (١٠٠) لعام (٢٠١٥) د/عبدالله عسكر ، د/رأفت عسكر ، د/رشا الديدي) .

وبالنسبة للأساليب الإحصائية المستخدمة فى البحث فقد تم إستخدام الإحصاء (البارامتري) والمتمثل فى (النسب المئوية ، المتوسط الحسابي ، الإنحراف المعياري) .

وقد كانت نتيجة التحقق من فرض البحث بوجود علاقة دالة إحصائيا بين العوامل النفسية والإجتماعية وبين الانتكاسة مرة أخرى للادمان بعد العلاج ، وكانت اكثر أبعاد مواقف الانتكاسة بالترتيب كالتالي (ضغوط رفاق التعاطي ، إضطرابات العلاقات بالأخرين ، المكلات الأسرية ، المشاعر غير السارة ، المشاعر السارة ، الألام النفسية والبدنية ، القدرة على سيطرة التعاطي ، و أخيرا الإشتياق وتلميحات العقار) .

ومن نتيجة التحقق من الفرض توصلنا أخيرا فى نهاية البحث إلى صياغة مجموعة من التوصيات الهامة فى مجال الإدمان والانتكاسة .

الكلمات المفتاحية : الإدمان – المخدرات – الوقاية – الانتكاسة .

Treatment of Drug Addiction and Prevention from its Relapse .

Prof. Dr. *Dr.*

Hosam El Din Mahmoud Azab **Moataz Mohamed Ebeid**

Psychological Counseling Professor of Mental Health
Faculty of Education
Ain-Shams University

Psychological Counseling Assistant Prof. of Mental Health
Faculty of Education
Ain-Shams University

Rasha Abd El Aziz El Sadek Zawbaa

Abstract

Drug addiction is a serious problem faced by all countries all over the world. In fact the number of drug addicts has increased sharply in all Arab and foreign countries in recent years. In Egypt in particular a growing number of youths fell victims to drug addiction as they used to take Hasish, Heroin, Opium and Tramadol undoubtedly drug addiction is a choric disease which may be treated effectively or patients may be relapsed into drug addiction after a short period of recovery. The later happened when treatment is only restricted to medicines and medical treatment is not coupled with psychological and Behavioral treatment. Indeed the newly released statistics worldwide are still indicating that there is an increasing number of patients clasped one again into drug addiction after short period of recovery. To minimize the number of patients who relapsed into drug addiction after a short period of recovery, we must identify the most important factors contributing to relapse.

Therefore researches need to carry out further researches and studies in the future in the field of preventing

patients from relapsing into drug addiction after a short period of recovery.

Consequently the aim if our preset research is to identify the problem if drug addiction, propose the most effective solutions to ever come it, to strass the importance of the convalescence, to study the symptoms and causes leading to the relapse of patients into drug addiction after a short period of recovery and to present the most important models applied worldwide to present relapse into drug addiction.

In fact he research's problem can be identified as introducing the most serious social and psychological factors behind drug addiction put in the descendant order from the most severe to the mildest factors.

The researcher proposed that there is a significantly statistical relation between the social and psychological factors and the relapse of patients once again into drug addiction after a short period of recovery.

The researcher uses the descriptive method as it is the method most suitable for the subject of the present research.

The study's as sample consists of a total number of (78) recovered and relapsed drug addicts from both sexes as divided into (57 males and 21 females).

The researcher uses "Relapse situation Questionaire" (100) for the year (2015) prepared by Dr, Abduallah Askar, Dr Raafat Askar and Dr, Rasha el Daidi.

Research's statistical methods:

The researcher uses "The parametric statistics" as represented in (percentages arithmetic mean, standard deviation).

Based upon testing the validity of the research's main hypothesis, the researcher proves that there is a significantly statistical relation between the social and psychological factors and the relapse of patient once again into drug

addiction after a short period of recovery. Such social and psychological factors leading to relapse of patients once again to drug addiction can be put in the following order from the most.

Key words: Addiction −Drugs – Prevention – Relapse.

العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة

بحث ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية

(تخصص صحة نفسية وإرشاد نفسي)

مقدم من

رشا عبد العزيز الصادق زوبع

إشـــــــــراف

أ.د/ حسام الدين محمود عزب	**د/ معتز محمد عبيد**
أستاذ الصحة النفسية	أستاذ مساعد الصحة النفسية
والإرشاد النفسي	والإرشاد النفسي
كلية التربية – جامعة عين شمس	كلية التربية – جامعة عين شمس

مقدمة:

تعد مشكلة الإدمان بوجة عام وتعاطى المخدرات بوجه خاص واحدة من أخطرالمشكلات الاجتماعية التي تواجه المجتمع المدني، نظراً لما تحمله هذة الظاهرة من خطورة على المدمن بشكل خاص وعلى المجتمع المدني والدولة بشكل عام ، وبما أن الإدمان يسبب الكثير من المشكلات فى معظم بلاد العالم مما يحمل الدول مبالغ طائلة للعلاج والمكافحة ، و سن القــوانين الصارمة لمكافحة الاتجار وتداول تلك المدمنات، مما حتم على الباحثين والعلماء في جميع الميادين البحث والعمل الدءوب على إيجاد حل لتلك المشكلة التي تؤدى إلى انهيار المجتمع.

كما تتضح خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطين على جميع النواحي في المجتمع، فمن الناحية القانونية يؤدى الإدمان إلى السرقة والقتل والاغتصاب الخ، ومن الناحية المرضية فهو يرتبط بالاضطرابات العقلية والنفسية وكذلك الأمراض العضوية، ومن الناحية الاقتصادية فإنهم يعتبرون

أشخاص ضعيفي الإنتاج مما يؤدى إلى إعاقة تنمية المجتمع (محمد فتحي عيد، ٢٠٠٢: ١٦).

ومن ثم تظهر ضرورة تحقق العلاج للشخص المتعاطي والاهتمام ليس بالعلاج الطبي فقط وإنما العلاج النفسي أيضاً والذي يهتم بعلاج حالته النفسية التي أدّت به إلى الإدمان واستخدامه لحل مشكلاته بدلاً من وضع حلول ملائمة لها.

كما أن هناك مشكلة أكثر خطورة برزت في مرحلة ما بعد العلاج، حيث أن عدد كبير من المدمنين ارتدوا إلى التعاطي مرة أُخرى، وهو موضوع لم ينل قدر كبير من البحث رغم أهميته، حيث تشير الدراسات إلى إرتفاع نسبة الانتكاسة للإدمان عالمياً وخاصة عندما يكون العلاج مهتماً أكثر بالجانب الطبي فقط.

فمشكلة الانتكاسة أكثر خطورة من الإدمان للمرة الأولى، وذلك لأنه يعتبر إهدار للطاقات والإمكانات بالنسبة للفريق المعالج وللمنتكس وللدولة أيضاً، ومن ناحية أخرى يكون المدمن للمرة الأولى على غير دراية بما ينتظره من مصير مظلم ويعتقد خطأ أن المخدر سوف يساعده على السعادة والهروب من مشاكله، أما المتعافي المنتكس بعد علاجه فمن المفترض أنه على دراية تامة بما آل إليه من إدمانه في المرة الأولى من أثار مدمرة على حياته الشخصية والأسرية والاجتماعية وما هي المراحل الأليمة التي مر بها أثناء تعاطيه وأثناء علاجه أيضاً وذلك لمروره بالآلام العضوية والنفسية المصاحبة لانسحاب المخدر من جسمه وبالرغم من ذلك فإنه يعود مرة أخرى للمخدر.

مشكلة البحث:

تعد مشكلة الإدمان وتعاطي المخـــدرات مشكلة ذات طابع وبائي عميق مترامي الأطراف ومتعددة المكونات فلا هي طبية فقط أو قانونية تماماً أو اقتصادية فحسب أو تربوية اجتماعية أخلاقية من أولها لآخرها ولا نفسية خالصة بل هي كل هذه النواحي متفاعلة مع بعضها البعض، ولها تأثيرات خطيرة على جوانب كثيرة منها تأثيرات على حياة الفرد نفسه فهي تدمره نفسياً واجتماعياً وجسمياً ولها تأثيرات على المجتمع من حوله حيث يتدهور البنيان الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للمجتمع ويؤدى إلى العنف والإرهاب والجرائم والسلوكيات الانحرافية في المجتمع، فهي مشكلة تحتل الصدارة من بين المشكلات الاجتماعية والصحية على الصعيد العالمي، فالتقارير العلمية والإحصائيات تشير إلى استفحال الإدمان وكذلك ارتفاع نسب حالات الانتكاسة ممن سبق لهم العلاج ، وهي تعتبر أكثر انتشارا في سن المراهقة والشباب الذين هم نواة المستقبل وأهّم مصدر من مصادر التنمية، والمشكلة تتجلّى هنا أيضاً في اقتناع الشباب والمراهقين باستخدامها مما يزيد من خطورتها (حسين فايد، ٢٠١٠: ٣٥).

وهنا أيضا تورد صحيفة الشرق الأوسط خلاصة دراسة رسمية صادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في مصر تفيد باتساع سوق التجارة غير المشروعة للمخدرات، إذ بلغ حجم هذه التجارة لعام ٢٠٠٧م نحو (١٨،٢) مليار جنيه مصري منها، وأن كمية المواد المخدرة المضبوطة في عام ٢٠٠٧م بلغت (٤٧) ألف كيلو جرام من البانجو و(٥٦٢٤) كيلو جرام من الحشيش و(٤٩،٠٣) كيلو جرام من الأفيون و(٣،٨٢) كيلو جرام من الكوكايين وأيضا نحو (٨٨) كيلو جرام من الهيروين و(٢٣٨٠) قرص من العقاقير المخدرة ونحو (١٧٢) سم٣ من سائل الماكستون فورت (صحيفة

الشرق الأوسط ٢٠٠٨م) . أما بالنسبة لعام ٢٠٠٧-٢٠٠٨م فأكدت إحصائية المركز القومي للبحوث والدراسات الاجتماعية والجنائية أنَ نسبة ما ينفق على المواد المخدرة قد ارتفعت عن العام الماضي ليصبح (٨،١%) من الدخل القومي للدولة (أحمد عبد العزيز الأصفر، ٢٠١٢: ١١٤-١١٦) . وكذلك نجد أنه تبعاً لإحصائيات (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان) حول واقع المخدرات الآن أن مشكلة الإدمان بدأت في التفاقم أكثر في الفترة الأخيرة خاصة بعد الأحداث التي مرت بها مصر بعد ثورة ٢٥ يناير لعام ٢٠١١؛ وذلك لاستغلال البعض لهذه الظروف في دفع كميات كبيرة من المخدرات وذلك لغياب الأمن والانفلات الأمني، حيث وصلت المخدرات المضبوطة لأرقام خرافية بما يزيد بمعدل عشرة أضعاف ما كان يضبط قبل الثورة (أحمد عبد العزيز الأصفر، ٢٠١٢: ١١٧) . وقد ظهر الاهتمام بموضوع الانتكاسة الذي لم يكن موجود قبل عام ١٩٧٠م وبدأت الدراسات بشكل منظم تبحث في طبيعة الانتكاسة ومنها على سبيل المثال دراسة (Marllat 1978, p: 271-314) لانتكاسة الكحول، ودراسة (Marllat, Gordon 1985, p: 220-250)، وكذلك دراسة (Helen Annis 1990,p: 117-124)، والتي أوضحت في نتائجها أنّ من عوامل أسباب الانتكاسة المشاعر السلبية والضغوط الاجتماعية واشتهاء التعاطي وأكدت على أهمية الوقاية من الانتكاسة حيث تعتبر الوقاية واحدة من المبادئ المؤثرة في علاج الإدمان وأيضاً يتعلم الشخص كيف يتوقع الانتكاسة ويتجنبها (أشرف محمود السرسى، ٢٠٠٢: ١٣). وأول شيء يواجه المدمن المتعافي في فترة النقاهـــة والتعافي هو الرغبة والاشتياق في العودة إلى المخدر وذلك لتعوده عليه فترة طويلة ، فنجد أن معظم الدراسات أظهرت أن الأفراد الذين يعانون من الإدمان للمخدرات ومصحوباً أيضاً باضطرابات نفسية تكون لهم صعوبات خاصة

أثناء العلاج ومعدلات الانتكاسة فيهم تكون مرتفعة وذلك نتيجة الأعراض النفسية التي يعانون منها، بالإضافة إلى غياب الدعم الاجتماعي (نيرمين عبد العزيز محرم، ٢٠١٢: ٣٤) . والتوقف عن التعاطي ليس فقط الامتناع عن تعاطي عقار أو مخدر ولكنه أيضاً تأقلُــم جديــد لحياة جديدة وكيفية تقبُّل الضغوط فيها وكيفية مواجهتها والتعامل معها بطريقة سليمة بعيداً عن مجتمعهم الماضي والعلاقات الخطرة التي تحويها بما فيها رفقاء التعاطي السابقين الذين من الممكن أن يدفعوه إلى الإدمان مرة أخرى والانتكاسة، ومن هنا تأتى أهمية فترة ما بعد العلاج الطبي والعمل على إنجاح العوامل المساعدة على التعافي و الحد من اعداد المنتكسين وكذلك الوقاية من الانتكاسة و لن يحدث ذلك إلا من خلال معرفة العوامل والأسباب المؤدية لانتكاسة المدمن المتعافي مرة أُخرى بعد العلاج وكيفية علاجها والوقاية منها (محمد حسن غانم، أبوالنيل،٢٠٠٥: ٢٦٥) .

وبناءً على ما سبق تتضح أهمية مشكلة الإدمان بوجه عام ومشكلة الانتكاسة بعد العلاج بوجه خاص وأهمية قيام الباحثون بالمزيد من الأبحاث والدراسات في مجال الانتكاسة ومن ضمنها هذا البحث لكي يمكننا أن نتعامل مع ظاهرة الإدمان بأسلوب واقعي وعلمي يسهم بنسبة كبيرة في الحد من إعداد المتعاطين للمرة الأولى والمنتكسين أيضاّ وانتشار الظاهرة نفسها .

وتتجلى مشكلة البحث فى السؤال التالى :

ما هي العوامل النفسية والاجتماعية وراء انتكاسة الادمان؟ وما هو ترتيبها والعوامل الأكثر تأثيرا للانتكاسة؟

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على الأتى :-

١- ادمان المخدرات والعوامل المؤدية اليه وبرامج العلاج .

٢- التعافى والنقاهة من الادمان ومراحل التعافى .

٣- الانتكاسة وأنواعها وأسبابها وأعراضها وذلك للحد من اعداد المنتكسين والوقاية من الوقوع فيها.

٤- نموذج (مارلت) لتفسير الانتكاسة .

٥- أهم نماذج الوقاية من الانتكاسة .

أهميـــة البحث:

تتلخص أهميـــة البحث الحالى في الجانبين النظري والتطبيقي على النحو التالي:

أ- الأهميـــة النظـــريـــة:

١- إنَّ إدمان المخدرات تعتبر العقبة الكبرى أمام جهود التنمية بسبب ما يفرزه من أمراض اجتماعية، وما يحدثه من آثار اقتصادية وصحية وسياسية سيئة، تعتبر معوقات للتنمية.

٢- إنَّ موضوع الانتكاسة هو أحد أهم الموضوعات التي تشغل المهتمين بهذا المجال نظراً لما تشير إليه التقارير العلمية والإحصائيات من ارتفاع نسب حالات انتكاسة ممن سبق لهم العلاج.

٣- تُعد محاولة علمية للتعرف على بعض العوامل المرتبطة بالانتكاسة.

٤- تكثيف الاهتمام بموضوع الانتكاس والذي لم يجد الاهتمام الكافي فى للدراسات النفسية.

ب- الأهميـــة التطبيقيـــة:

١- التعرف على بعض العوامل المؤدية لانتكاسة الإدمان مما يمكن أن يساعد المتخصصين في مواجهة ظاهرة الإدمان سواء من الناحية العلاجية أو الوقائية وذلك بوضع خطط تتخذها الدولة لمنع انتشار ظاهرة الإدمان سواء عن طريق التربية أو التوعية الأُسرية أو القانون أو عن طريق مؤسسات الدولة من اجل التوصل إلى وضع تصور سليم للعلاج الشامل بناءً على برامج واستراتيجيات تستند إلى فنيات قائمة على أُسس علمية من خلال الدراسات والبحوث العلمية.

٢- إمكانية التنبؤ بالأفراد المهيئين ممن لديهم استعداد للوقوع في الانتكاس.

٣- الحد من انتشار تلك الظاهرة بزيادة برامج التوعية والإرشاد النفسي.

تحديـــد المصطلحـــات :-

المخـــــدرات:

أولاً: التعريفات الخاصة بالمصطلح:

كلمـــة مخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narkosis والتى تعنى يُخدر أو يجعل مخدراً (يزيد بن محمد الشهرى، ٢٠٠٥: ٥٢).

التعريف العلمي للمخدرات:

هي مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم (عادل الدمرداش، ٢٠٠٥: ١٠).

التعريف الاجتماعي للمخدرات:

يعرفها عبد العزيز الغريب (٢٠٠٦: ٣٣) بأنها تلك المواد التي تؤدى بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الجانح وهي أيضاً تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي متعاطيها بسلوك منحرف.

التعريف القانوني للمخدرات:

كما يعرفها محمد إبراهيم الحسن (١٤٠٨هـ: ١٤) بأنها عبارة عن المواد التي تسبب الإدمان، وتؤثر على الجهاز العصبي، ويحظر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض محددة مثل الطب.

التعريف الدولى للمخدرات:

تعريف لجنة المخدرات بالأُمم المتحدة: هي كل مادة خام أو مستحضر يحتوى على مواد منومة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدى إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسمانياً ونفسياً واجتماعيا.

تعريف منظمة الصحة النفسية: المادة المخدرة هي أي مواد يتناولها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من الوظائف الحيوية (عبد الله الوايلي، ٢٠٠٣: ١٣).

ثانياً: تصنيفات وأنواع المواد المخدرة:

طبقاً لأصل المادة وتنقسم إلى:

أ- **مواد طبيعية:** وهي المأخوذة من أجزاء نباتية تحتوى أو لا تحتوى على مادة لها تأثير مهبط أو منشط للجهاز العصبي، مثل الأفيون الذي يستخرج من نبات الخشخاش.

ب- **مواد تخليقية صناعية:** وهى التي تصنع كيميائياً في المعامل وتنقسم إلى مواد منبهة مثل الكوكايين، مواد مهلوسة، ومواد مهبطة.

ج- **مواد نصف تخليقية:** وهى مواد يتم تحضيرها في المعامل ولكن من خلال تفاعل كيميائي بسيط وإنما المادة الأساسية فيه من أصل طبيعي. (جابر بن سالم وآخرون، ٢٠٠٥: ١٠)

طبقا لتصنيف الدليل التشخيصى والإحصائي الخامس والأخير للرابطة الأمريكية للطب النفسي(DSM5): إن العقاقير والمواد المسببة للإدمان تنقسم إلى:

١- الكحوليات (Alcohol).

٢- النيكوتين (Tobacoo).

٣- الماريجوانا (القنب الهندى أو الحشيش Marijuana).

٤- المهدئات(Sedatives): مثل(الأفيون، المورفين، الهيروين، الكوكايين).

٥-المنشطات (Stimulants): وتحتوى على (الإمفيتامينات، الميثامفيتامين)

٦-المهلوسات (Hallucinogens): وتحتوى على (الإيكستاسى "النشوة"، عقار الفيتسيكليدين PCP، LSD). (DSM5 الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للرابطة الأمريكية للطب النفسي، ترجمة:أمثال الهادى واخرون ، ٥٦٧: ٦٠٣)

ثالثا: أنمـــاط التعاطي: Types of abuse

١- **التعاطي الاستكشافى:** وهو ما نلاحظه من إقبال بعض الشباب على المغامـــرة بتعاطي مخدر على سبيل التجربة والاستكشاف .

٢- **التعاطي بالمناسبة:** فهو يتضمن الذين يستمرون في تعاطي المادة المخدرة بعد التعاطي الاستكشافى الأول إلا أنَّ تعاطيهم يتميز بأنه متقطع تبعاً للمناسبات.

٣- **التعاطي بانتظام:** هم أولئك الذين يواظبون على التعاطي باستمرار وهـــذه الفئة هى الأقرب إلى الإدمان أو الاعتماد (عبد العزيز البريثن، ٢٠٠٢: ٦٧).

الإدمـــان Addiction

أولاً: التعريفات الخاصة بالمصطلح:

إن مصطلح الإدمان قد تعرَّض إلى بضعة تغييرات بعد أن أسهمت منظمة الصحة العالمية ولجانها في تناوله كظاهرة بات انتشارها واسعاً في كثير من دول العالم.

-عرفت هيئة الصحة العالمية الإدمان: بأنة حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة للشعور بآثاره النفسية والعضوية (عادل الدمرداش، ١٩٨٢: ٢٠).

-**ويعرفه مصطفى سويف:** هو التعاطي المتكرر وعادة نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١٧).

ثانياً: تشخيـــص حالات التعاطي أو الإدمان:

يمكن الاستدلال على التعاطي من خلال التغيرات التي تطرأ على المتعاطي وهى كالتالى:

١- **التغيرات الجسمانية:** فيكون هناك احمرار في العينين واصفرار في الوجه والذبول، والبدن يصيبه حالة من الضعف، وتكون الشهية للطعام مفقودة وحركته مهتزة والأرق والإحساس بالتعب واضطرابات في الأمعاء.

٢- **التغيرات السيكولوجية:** وأبرزها اختلال المسافات، فقدان السيطرة على الانفعالات، تبلُّد المشاعر.

٣- **التغيرات الاجتماعية:** ينسحب المتعاطي من المناسبات الاجتماعية، وكذلك من محيط الأُسرة وواجباته الاجتماعية، يتخلى تدريجيا عن أصدقائه القدامى الجادين ويلتقي بأصدقاء التعاطي، وتتغير عاداته وأخلاقه .

٤- **التغيرات الاقتصادية:** يلح المتعاطي في الحصول على المال بأي طريقة مشروعة أو غير مشروعة لشراء المخدر، ومن الممكن التورط في جرائم.(عبد الرحمن شعبان عطيات، ٢٠٠٠: ٢٨).

ثالثاً: العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات:

أولاً: العـــوامـــل النفسيـــــة:

١- **الاكتئاب:** فالشخصية المكتئبة غالباً ما تلجأ إلى المخدرات ظناً من صاحبها أنها تعينه على الإحساس بالذات والقوة والتغلب على الأفكار التي تسبب له الضيق ومن ثم الاكتئاب.

٢- **القلـــق:** القلق إما أن يكون عارض ومؤقت أو يكون مزمن مصاحب للإنسان، وقد يشكل القلق المزمن البوابة إلى عالم تعاطي المخدرات على أمل تخفيف حدة التوتر والضيق.

٣- **الاغتـــراب:** وهو يتمثل في شعور الفرد بانفصاله عن ذاته وعن الآخرين الأمر الذي يؤدى إلى الإحساس باليأس فمن الممكن أن يؤدى بة للإدمان .

٤- عدم تكامل بناء الشخصية:حيث يكون الفرد غير مهيأ لحل مشكلاته فيهرب منها بالتعاطي.

٥- زيادة المرح والسعادة الزائفة وحب الاستطلاع والفضول والمغامرة (رياض الجوادي، عبد الله المشرف، ٢٠١١: ٩١).

ثانيـــا: العوامـــل الاجتماعيـــة والثقافيـــة:

- **البيئة الأُسرية:** للأُسرة دور كبير في تشكيل شخصية الأبناء، وقد يؤدى التقصير في هذا الدور إلى الإدمان، فالخلافات الأُسرية والاضطرابات والتفككات الأُسرية والطلاق وتعاطي الأبوين أو أحدُهما المخدرات وضعف الرقابة كل ذلك يدفع إلى إدمان المخدرات.
- **الأصدقـــاء:** لجماعة الرفاق تأثير كبير في شخصية أعضائها وانتقال الأفكار والسلوكيات فيما بينهم سواء كانت إيجابية أو سلبية مثل التعاطي أو التدخين.
- **وقت الفراغ:** إنَّ وقت الفراغ إذا لم يصاحبه أماكن ترفية مُهيأة وعقل واعي وناضج لكيفية قضاء هذا الوقت فربما يؤدى هذا إلى الانحراف والإدمان.
- **وسائل الإعلام:** إن الإعلام من الممكن أن يدعو بشكل غير مباشر إلى الانحرافات السلوكية كتعليم تهريب المخدرات والاتجار بها أو تعاطيها (عبد العزيز البريثن، ٢٠٠٢: ٩٥).
- **ضعف الوازع الدينى:** يؤثر ضعف الوازع الديني على شخصية الإنسان فيتسم بعدم مبالاة في قضايا التحليل والتحريم وقلب المؤمن إذا لم يمتلئ بالإيمان فإن قلبه سينصرف إلى المحرمات ومن الممكن أيضاً أن يكون عند الشخص اعتقاد بعدم تحريمها.
- **رسوخ مفاهيم خاطئة:** تؤخذ أنواع من المخدرات لمعتقدات معينة كأغراض صحية وهمية أولها النشاط الجنسي أو الهروب من المشاكل، التي عندما تقارن مع أضرار الإدمان تبدو في غاية التفاهة، فنجد أنه تبعا لأخر إحصائيات صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي لعام ٢٠١٥م بلغت نسبة من يتعاطون المخدر لرسوخ هذه المفاهيم الخاطئة

لديهم ٣٥،١% وهى نسبة عالية (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي ٢٠١٥م).

- **التأثُر بمجتمعات أُخرى:** لعل السفر للخارج يكون له تأثير على بعض الأفراد بالثقافات الأُخرى انبهاراً بالمجتمعات المتقدمة ومجاراة لعاداتها.(عبدالعزيز البريثن ،٢٠٠٢: ٩٥)
- **البطالة:** تعد البطالة من المشكلات العالمية التي تؤرق الدول وهناك ارتباط وثيق بين البطالة والاتجار بالمخدرات وتعاطيها بهدف تحقيق عائد وفير وسريع، ويعرض الجدول التالي التوزيع النسبي للمتهمين المضبوطين في قضايا المواد المخدرة وفقاً للمهن خلال الفترة (٢٠١١-٢٠١٥م). (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء – يناير٢٠١٦، ٥٧).

جدول التوزيع النسبي والعددي للمتهمين المضبوطين في قضايا المواد المخدرة

السنوات / البيان		عاطل	عامل ماهر	عامل غير ماهر	أطباء وصيادلة	طلبة	رجال أعمال	مهن أخرى	الإجمالي	% معدل التغير
٢٠١١	العدد	١٠١٢٤	٨٣٤١	٧٦٦	١٥	٦٣٤	٣	٨٧٣٣	٢٨٦٠٢	-
	%	٣٥،٤	٢٩،١	٢،٧	٠،١	٢،٢	-	٣٠،٥	١٠٠	
٢٠١٢	العدد	١٤٢٤٧	٣٧٦٤	٦٣٤٣	٥٦	١٠٩٤	٣	١٠٠٧٦	٣٥٥٨٠	٢٠،٣
	%	٣٦،٦	١٥،١	١٣،٦	٠،٣	٣،٠	-	٣١،٠	١٠٠	
٢٠١٣	العدد	١٦٨٩٠	٦١٤٤	٨٩٠٢	٦٩	١٢٢٩	١	١٠٢٤٦	٤٣٥٩١	٥٢،٤
	%	٣٨،٧	١٦،٩	٢٠،٤	٠،٢	٣،١	-	٢٣،٥	١٠٠	
٢٠١٤	العدد	١٦١٧٢	٣٨١٩	١٦٤٣٠	١٤	١٧٧٥	-	٩١٩٠	٤٨٢٨٠	٦٨،٨
	%	٣٥،٢	٨،٠	٣٤،٠	٠،١	٣،٧	-	٢٩،٠	١٠٠	
٢٠١٥	العدد	٨٨٥٧	٣٦٤٨	٣٩٢٦	١٥	٦٠٥	-	٦٥٥١	٢٢٦٣٢	٢٠،٩٠
	%	٣٩،١	١١،٧	١٧،٣	٠،٢	٢،٧	-	١٩،٠	١٠٠	

التقرير السنوي للإدارة العامة لمكافحة المخدرات – وزارة الداخلية.

ثالثـــاً: العوامـــل الاقتصاديـــة:

بالنسبة لخطورة تعاطي المخدرات وإدمانها نجد أن المخدرات تنشر في الدول المتقدمة اقتصادياً والدول النامية الفقيرة على حد سواء، فمن لا يملك المال يهرب إلى المخدرات كي ينسى آلامه، ومن يملكه يهرب إليه بحثاً عن ملذاته، ومن هنا يأتي دور الجريمة في حياة المدن. كما أن المستثمرات الأجنبية دور كبير وخطير في نشر الوعي المخدرات التطبيقية أو التصنيعية، وأقوى شركات الأدوية التي تعد أكثر الشركات ربحاً بعد شركات السلاح هي الولايات المتحدة بحجة فائدتها في علاج بعض الأمراض وإما غايتها ترويج هذه السموم (فتحي الحارس، ٢٠٠٠: ٦٠).

عـــــلاج الإدمان Addiction Cure

تاريـــــخ معالجـــــة الإدمان:

بالنسبـــة للوطن العـــربـــــى:

على الرغم من أن تعاطي المخدرات هو من المشكلات القديمة في عالمنا العربى فإن التفكير في علاج المدمنين لم يظهر عندنا إلا بعد أن قرر المجلس الاقتصادى والاجتماعي التابع للأمم المتحدة عام ١٩٥٨م أن يدعوا إلى عقد مؤتمر لإقرار اتفاقية وحيدة للمخدرات لإستبدالها بالمعاهدات المتعددة الأطراف التي كانت قائمة في ذلك الوقت وعدد الدول التي شاركت في هذا المؤتمر سبع دول هي: (الأردن، تونس، مصر، سوريا، العراق، لبنان، المغرب) وثمانى دول إسلاميةغير عربية وهى: (أفغانستان، ألبانيا، إندونسيا، إيران، باكستان، السنغال، تركيا، نيجيريا) .

وكـــان من أهـــم قـــــرارات المؤتمـــــر مـــا يلي:

١- أجازت اتفاقيات الأمم المتحدة والاتفاقية العربية لمكافحة الإتجار غير المشروع للمخدرات أن يتم تطبيق أساليب أخرى غير العقوبة للمتعاطين مثل

العلاج وإعادة التأهيل والرعاية الاجتماعية حتى يعودوا للمجتمع أفراد صالحين ويندمجوا فيه.

٢- وعلى المستوى العربى صدرت الاتفاقية العربية لمكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات سنة ١٩٩٤م أنه يجوز للمتعاطين استبدال العقوبات بتدابير أخرى مثل التوعية والعلاج وإعادة التأهيل والإدمـــاج في المجتمـــع.

٣- وبتوقيع الدول العربية على الاتفاقيات الخاصة بالمخدرات بدأ اهتمامها بتطبيقها وخاصة فيما يتعلق بمعاملة المدمن (ميلاد الجواد عبد الله الشوفي ٢٠١١: ١٤٤).

٢- بالنسبـــة للـــدول الأجنبيـــــة:

في العصور القديمة كان الناس يتم إرشادهم عن طريق الوعظ والنصح لترك المواد الإدمانية. ولكن العلاج الفعلي بدأ عن طريق الطبيب الأمريكى **(Rush)** وقد بدأ هذا الطبيب في العلاج للإدمان على الكحول ولم يعطى اهتماماً كثيراً بالنظر إلى المخدرات (عبد العزيز البريثن، ٢٠٠٢: ٤٠) . ولم تنل المخدرات العناية والاهتمام إلا في نهاية القرن التاسع عشر وذلك لتزايد الإقبال على التعاطي.

وعندما بدأت الحرب العالمية الأولى بدأ إدمان الأفيون وكانت المخدرات تباع علناً في المحلات إلى أن وضع الرئيس الأمريكي (هاريسون ١٩١٤م) بعض القيود على بيعها وأنشأ أول مصحة لعلاج الإدمان، ثم استحدث نموذج (مينسوتا) وهو نموذج يدرك مظاهر الإدمان والبيئة المحيطة بالمدمن أثناء العلاج. ثم ظهر النموذج البيولوجي النفسي- الاجتماعي الذي يبحث في تأثير المخدرات على الجسم والعقل والنواحي الاجتماعية.(عبدالعزيزالبريثن، ٢٠٠٢: ٤١)

وفى النهاية يجب أن يكون علاج الإدمان متكامل من جميع التخصصات (النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية والأمنية) ومن المهم التقدم الاختيارى

للعلاج لأنه يضمن تعاون المدمن مما ييسر عملية العلاج (عبد العزيز البريثن، ٢٠٠٢: ٤٢).

مراحـــل التفكيـــر في العـــــلاج:

وهي ست مراحل وهى:

١- **ما قبل التفكير:** حيث لا تطرأ فكرة العلاج أو الشفاء في ذهن المدمن.

٢- **التفكير:** يبدأ التفكير في العلاج وتكون مجرد فكرة تراوده من وقت لآخر.

٣- **القرار:** وفى لحظـــة معينـــة يتخـــذ القـــرار بأن يعالـــج.

٤- **التنفيذ:** في هذه المرحلة يبدأ بتنفيذ قراره الذي أتخذه ويبدأ في السير بخطوات جادة للعلاج.

٥- **الاستمرار:** لا يكفى الحماس والقرار المبدئي ولكن لابد من استمرار هذا الحماس لأن العملية العلاجية في الإدمان شاقة وطويلة لذلك لا بد وأن تستمر شحنة الحماس والدافعية.

٦- **الانتكاســـة:** وفى أي لحظة وفي أي مرحلة يمكن أن ينتكس المدمن وبهذا يعـــود ليبـــدأ دورة العلاج من جديد (أشرف محمود السرسى، ٢٠٠٢: ٣٠).

أنـــــــواع العـــــــــلاج

هناك عدة اتجاهات لعلاج الإدمان فلا توجد طريقة مثلى لعلاج الإدمان بل توجد طرق تعطى نتائج أفضل من بعض الطرق الأخرى وحتى هذه الطرق قد تصلح في مجتمع ما دون الآخر؛ وذلك لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية هي التي تحدد الطريقة المثلى للعلاج (منى العامرى، ٢٠٠٠: ٦١)، ويتوقف نجاح طريقة العلاج على رغبه المدمن في العلاج وتعاونه مع فريق العلاج.

وقد حدد خبراء منظمة الصحة العالمية مراحل علاج الإدمان كالآتي:

١- **المرحلة الأولى:** وتسمى المرحلة المبكرة في العلاج وهى تتطلب رغبة صادقة من جانب المدمن في العلاج وبالتالى الدخول في مرحلة صراع قاس بين احتياجه الشديد للمخدر من جانب وبين عزمه على عدم تعاطيه من جانب آخر، ويجب على فريق العلاج في هذه المرحلة أن يواجه مشكلات المدمن جنباً إلى جنب مع علاج إدمانه.

٢- **المرحلة الثانية:** إذا نجح العلاج في مرحلته الأولى فإن المدمن يتخلص من التسمم الناتج عن تعاطي المخدرات، ثم تظهر بعض المشكلات مثل (نقصان الوزن، إرتفاع ضغط الدم، زيادة ضربات القلب) وتستمر لمدة تتراوح مابين ستة أشهر وسنة ثم تعود أجهزة الجسم إلى طبيعتها، وفى هذه الفترة يجب تشجيع المدمن على عدم العودة للتعاطي.

٣- **المرحلة الثالثة:** ويطلق عليها مرحلة الاستقرار حيث يصبح الشخص الذي عولج في غير إلى خدمات أو مساعدة. وينصح خبراء منظمة الصحة العالمية أن يكون المتعافين في هذه المرحلة جمعيات لتقديم العون للمدمنين لتشجيعهم على التقدم للعلاج والوقوف بجوارهم حتى يكتمل الشفاء ويجب أن يسير علاج المدمن جنباً إلى جنب مع تأهيلهم نفسياً واجتماعياً، والتأهيل النفسي يكون بفحص قدرات ومهارات المدمن والارتقاء بها بالتدريب واستخدامها في العمل الذي يتناسب معها، والتأهيل الاجتماعي يكون بتشجيع القيم الاجتماعية البناءة وتنمية الهوايات المفيدة واستغلال وقت الفراغ فيما يفيد (منى صالح العامرى، ٢٠٠٠: ٦١-٦٢).

وأخيراً فإن مشكلة الإدمان مشكلة متعددة الجوانب لذلك فإن علاجها أيضاً يجب أن يكون متعدد الجوانب والبرامج العلاجية، ومن أهم برامج علاج المتعاطين للمخدرات البرامج التالية:

١- العلاج الطبي ٢- العلاج النفسي

٣- العلاج الانفعالي العقلاني ٤- العلاج بالتحليل النفسي

٥- العلاج من خلال النظرية السلوكية المعرفية

٦- العلاج الاجتماعي ٧- العلاج الأسرى

٨ - العلاج بالعمل ٩- طريقة تعديل العمليات العضوية

١٠- إعادة التأهيل ١١- العلاج الإسلامى

ونذهب هنا إلى شيء من التفصيل:

١- العلاج الطبي:

ويهدف إلى تحرير الفرد فسيولوجياً (الاعتماد الكيميائى) من تأثير المخدر وسحبه من الجسم وعلاج أعراض الانسحاب تدريجياً. (ذياب البداينة، ٢٠١٢: ١٢٥).

٢- العلاج النفسي:

والذي يهدف إلى تقوية التيار النفسي عند الفرد وإعادة الثقة بالنفس لدى المتعافي ليتمكن من مواجهة الضغوط الحياتية التي يتعرض لها ولكي لا يبحث عن مخارج غير صحية لحل مشكلاته . وفيما يلي أهداف العلاج النفسي:

- إعادة ثقة المدمن في نفسه وإشعاره بقيمته وبفائدته لنفسه ولأسرته ولمجتمعه.
- محاولة تغيير سلوك المدمن شيئا فشيئا وجعله يكره حياته السابقة مع المخدر.

- محاولة دفع المدمن إلى تغيير نظرته للحياة والمجتمع المحيط به.
- مساعدة المريض على استعادة إرادته المسلوبة من طرف المخدر واتخاذة قراراته بنفسه.
- جعل المدمن يغير اتجاهه نحو المخدر وذلك بإعطائه المعلومات الصحيحة عن الآثار والنتائج المأساوية للإدمان، وتقييم حالات واقعية للمدمنين وجعله يلاحظ بنفسه النتائج المترتبة للإدمان.
- إقناع المدمن بإمكانية استرجاع شخصيته الحقيقية السوية قبل الإدمان وذلك عن طريق معرفة أسباب الإدمان ومحاولة علاجها (حامد زهران، ١٩٩٧: ٤٤٥).

٣- العلاج الانفعالي العقلاني:

يركز هذا المنحى العلاجي على أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط وهذا ما سماه صاحب هذا المنحنى (Ellis) بقلق الانزعاج، وهي الحالة التي تصيب المدمن بسبب تفكيره اللاعقلاني في موضوع الإدمان بفعل التحمل المنخفض عن الامتناع عن المخدر. وتؤدي إلى إشارات محرضة للإدمان، أو الحيرة في الاختيار أو الاستسلام للتعاطي، ويركز هذا العلاج على المعتقدات الخاطئة التي تقود نحو الإدمان وتبديلها بأفكار عقلانية (ذياب البداينة، ٢٠١٢: ١٢٥).

٤- العلاج بالتحليل النفسي:

يعلى التحليل النفسي بافتراض وجود قوى لاشعورية مكبوتة تهيئ الفرد للإدمان، فمع قلق الفرد في حل صراعاته الداخلية والتعامل مع الواقع

نجده يلجأ إلى التخلي كطريقة لاشعورية للعلاج فقلة في حل صراعاته الداخلية. (محمد فتحي سليمان،٢٠٠٨: ٦٩).

٥- العلاج من خلال النظرية السلوكيـــة المعرفيـــة:

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي الحديث فنيات رفع المهارات الاجتماعية والكفاية الذاتية والتحكم الداخلي للأحداث والتغلب على الضغوط وإبدال الأفكار الانفعالية اللاعقلية بأفكار عقلانية معرفية، والتدريب على الاسترخاء وذلك لمساعدة المدمن على خفض معدلات القلق والاشتياق والتعامل بكفاءة مع الآخرين ، وتفترض النظرية السلوكية المعرفية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبيه الصحي والمرضى، وهذه العناصر هي:

أ- الخبرة أو المواقف المرتبطة بالحالة النفسية.

ب- الحالة الانفعالية موضوع الشكوى.

ج- تفسيراتنا للخبرة أو الموقف . (محمد فتحى سليمان، ٢٠٠٨: ٧٠)

٦- العـــــلاج الاجتماعـــي:

يبدأ العلاج الاجتماعي عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي ويركز على السياق الاجتماعي الذي يوجد فيه الفرد لما له من أهمية في اقتراب أو ابتعاد الفرد من المخدرات.

٧- العـــــلاج الأُســـــرى:

يتم العلاج الأسرى بالأسلوب الجمعى لتكوين تحالفاً علاجيا مع أعضاء الأسرة وفحص طبيعة الاضطرابات الأسرية، ويهدف هذا العلاج إلى إعادة التوازن الأسرى وتحسين مستويات التواصل ورفع مستوى استبصار الأسرة بطبيعة الإدمان وخطورته. (محمد فتحى سليمان، ٢٠٠٨: ٧٣).

٨- العـــــلاج بالعمـــــل:

هو أسلوب علاجي يستخدم في مجالات متعددة منها مجال إدمان المخدرات يقوم به اختصاصي العلاج بالعمل يكون مؤهلاً علمياً وعملياً لهذا المجال، ويهدف العلاج بالعمل في مجال الإدمان إلى مساعدة المدمن للتعبير عن نفسه والتنفيس عما في داخله، وتسهيل تعلم المهارات والمهن اللازمة للإنتاج، الارتقاء بالصحة الجيدة والمحافظة عليها وإشغال المدمنين بأنشطة مفيدة (ذياب موسى البداينة، ٢٠١٢: ١٢٦-١٢٧).

٩- طريقة تعديـــل العمليـــات العضويـــة:

هو أسلوب من الأساليب العلاجية المستخدمة في مصحات علاج الإدمان. ويقوم هذا على تدريب الأفراد على تعديل العمليات العضوية الداخلية مثل نبضات القلب وضغط الدم والتوتر أو الشد العضلي والأنشطة الدماغية عن طريق الملاحظة والمراقبة الذاتية، وعادة ما تستخدم أجهزة ميكانيكية لتزويد المدمن بالمعلومات المتصلة بالتغييرات التي حدثت في عملية أو أكثر من العمليات العضوية المستهدفة ثم يقوم المعالج بمساعدة المدمن للتحكم في هذه العمليات وتوضيح الأسلوب المستخدم في إنجاز التعديل وتعليمه طريقة استخدامه لكي يصبح قادراً على تطبيقها وقت الحاجة (ذياب موسى البداينة، ٢٠١٢: ١٢٧).

١٠- إعـــادة التأهيـــــل:

إعادة التأهيل من الإدمان هو للشخص الذي تلقَّى العلاج في مصحة متخصصة في علاج الإدمان، ولكنه لا يزال في حاجة إلى تأهيل ليمارس دوره الاجتماعي في الحياة الطبيعية، وتهدف إلى التغلب على المشكلات الحياتية التي يواجهها المدمن بعد نقاهته وذلك لمنع الانتكاسة بعد العلاج مرة أُخرى (ذياب موسى البداينة، ٢٠١٢: ١٢٧).١

١١- العـــلاج الإســلامـــي:

ويشتمــل على أنــواع العــلاج الآتيــة:

(أ) العلاج الإسلامي بتنمية العقيدة الدينية للمتعاطي.

(ب) العلاج الإسلامي بالتنمية الخلقيــة للمتعاطي.

(ج) العلاج الإسلامي بالتنميــة العقليــة للمتعاطي.

(د) العلاج الإسلامي بتنمية القيم الاجتماعية للمتعاطي.

ونأتي هنا إلى شيء من التفصيل:

(أ) **العلاج الإسلامي بتنمية العقيدة الدينية للمتعاطي:** تتم تنمية العقيدة الدينية عبر طريقين:

١-**القــرآن الكريــم:** من خلال مساعدة المدمن على حفظ وفهم آيات القرآن الكريم تبعاً لقدراته وكذلك التفكر في خلق الله .

٢- **السنة النبوية:** يأخذ العلاج عن طريق السنة النبوية نفس طريق العلاج بالقرآن الكريم فنجد أن الأحاديث النبوية الشريفة ذخيرة غنية يمكن أن تسهم في تغيير صورة الحياة التي يعيشها المدمن وتجعل هذه الصورة مليئة بالتفاؤل وبضرورة تجاوز المشكلات .

(ب) **العلاج الإسلامي بالتنمية الخلقية للمتعاطي:** يراد بالتنمية الخلقية تدريب الفرد على السلوك الرشيد وتكوين الخلق الحميد في شخصيته ويسعى الفرد بعد التعود على ذلك إلى تحقيق الأعلى في سلوكه وتفاعله مع الآخرين. (أحمد الأصفر، ٢٠٠٤: ١٣٣)

(ج) العلاج الإسلامي بتنمية العقلية المتعاطي: الحق الذي نعمة من الله ولذلك كرم الله الإنسان بالعقل، والإسلام دين العلم، والعلم على تنمية الإنسان عقليا .

(د) **العلاج الإسلامي بتنمية القيم الاجتماعيـــة للمتعاطي:** يتجه الإسلام في بنائه للشخصية نحو تعزيز عملية التواصل الاجتماعي وتشكل محبة الآخرين الأساس الذي تبنى عليه العلاقات الاجتماعية السليمة فهي حاجة أساسية لا بد من إشباعها وإذا لم تتحقق يشعر الفرد بكراهيته للناس. (أحمد عبد العزيز الأصفر، ٢٠٠٤: ١٣٤).

مرحلة النقاهـــة والتعافي من الإدمان

تعرف **داليا على حسن** (٢٠١٣: ٦) التعافي على أنه: الفترة الانتقالية التي يخرج فيها المدمن من سيطرة المادة المخدرة التي اعتاد الجسم عليها إلى مرحلة الاستغناء التام عن المخدر.

فالتعافي من الإدمان في مرحلة النقاهة يتطلب توافر درجة عالية من الدافعية لدى المدمن المتعافي يمكن الوصول إليها في تلك المرحلة عن طريق الإرشاد النفسي وفنياته التي تحقق التوجيه وخلق البصيرة ومن ثم الدافعية في الاستمرار في الإقلاع عن الإدمان.

ولا يكتفي الإدمان بالعلاج الطبي وما يلبث أن تختفي الأعراض الانسحابية ويبدأ في الظهور مرة أخرى بالرغبة والإلحاح والاشتياق للمخدر وتحت دعاوى يبررها المدمن المتعافي لنفسه، ولذا فإن مرحلة التعافي تعد فترة تدريب وتأهيل للعديد من الفنيات والأساليب التي تشغل المدمن المتعافي بكل ما هو مفيد؛ حتى تملأ الفراغ الذي تركه الإدمان في شخصيته وما إرتبط به من سلوكيات خاطئة (مريم حسن البصرى، ٢٠١٢: ٣٣).

والهدف من مرحلة التعافي تغيير السلوكيات السلبية التي كان ينتهجها المدمن في حياته والتى هيأت له الوقوع في الإدمان وذلك من خلال تدريبه على ممارسة أدواره الطبيعية التي كان يقوم بها قبل الإدمان بشكل أكثر إيجابية. وأيضاً دمجه في الحياة الطبيعية أثناء مرحلة النقاهة لمساعدته في ممارسة أدواره داخل الحياة العامة. وإكساب المدمن المتعافى قدر من المهارات الاجتماعية اللازمة لحسن توافقه مع الحياة العامة.

كما أن هناك مجموعة من الأهداف ترتبط بشخصية المدمن في مرحلة النقاهة وهي: استبصار المدمن الناقه لذاته وفهمه لنفسه ومن حوله، والتقبل لذاته ومعرفة إمكانياته وقدراته الكامنة ومحاولة تنميتها، وتقليل التوترات والانفعالات إلى أدنى حد ممكن بما يساعد المدمن الناقه على مواجهة مشكلاته وتحمل الإحباطات والصدمات التي يمكن أن يواجهها بعد العلاج والتعافي، والتدريب على كيفية الحصول على السعادة بدون مخدر وكذلك مواقف الشدة والألم (مريم حسن البصرى، ٢٠١٢: ٣٤).

مراحـــل التعافي:

التعافي هو عملية تتكون من ست مراحل ولكل مرحلة هدف رئيس وهي كالتالي:

أ- **مرحلة ما قبل العلاج:** وهدفها التخلّي عن الحاجة إلى التعاطي.

ب- **مرحلة الاستقرار:** وهدفها التعافي من الإدمان والتوقف عن التعاطي

ج- **المرحلة المبكرة في التعافي:** وهدفها التغيير الداخلى المرتبط بالإدمان.

د- **المرحلة المتوسطة من التعافي:** هدفها الإصلاح الخارجى للأضرار المتعلقة بنمط الحياة.

هـــ- **المرحلة المتأخرة من التعافي:** وهدفها إحداث تغيير في الشخصية من خلال الوعي بتأثير مشاكل الطفولة على التعافي، والوعى بإشكاليات

العلاقات الأسرية مع التفحص الواعي لتاريخ الطفولة، والاستفادة من هذا التاريخ لإحداث تغيير في نمط الحياة.

و- **مرحلة صيانة التعافي:** وهدفها النمو والتطور المستمر وتتم من خلال الاستمرار في متابعة برنامج التعافي.

وبصفة عامة ينبغي الأخذ بما يلي من أجل تعافي المدمن وعدم انتكاسته بعد العلاج:

١- أن يقرر المدمن بأنه توقف عن تعاطي المخدر بشكل دائم.

٢- أن يستكمل خطة العلاج في المستشفى والتى تستغرق ٣٠ يوم.

٣- المشاركة النشطة في كافة أنشطة العلاج طوال فترة تواجده في المستشفى.

٤- متابعة برنامج علاجى عقب مغادرته للمستشفى.

٥- يتآلف مع شخص متخصص يقوم بتشجيعه ليظل ممتنعاً عن التعاطي ليبقى في حالة اتزان واعتدال ويتحادث معه يومياً خاصة عندما تنتابه حالة الاشتياق لتعاطي المخدر.

٦- أن يتزود بأكبر قدر من النشاط الدينى (محمد فتحى سليمان، ٢٠٠٨: ٦٣-٦٤).

الانتكاســـــة Relapse

لعل أصعب وأخطر ما يواجه المدمن وفريقه العلاجى هو ما يسمى (الانتكاسة) أي العودة للتعاطي ونفس السلوك الإدمانى بكل تبعاته مرة أخرى. ففي الوقت الذي يبتعد فيه المتعاطي عن العقاقير بفعل وجودة في المستشفى وتدريبه على تحمل دورات الاشتياق الحادة للمخدر فإنه غالبا ما ينتكس لمجرد مروره بالأجواء التي تعيده إلى ذكريات الإدمان على الرغم من تحرره الكامل من الآثار الكيميائية للمخدر إلا أن الوسيط الخيالي الذي تربى

في أحضان السلوك الإدماني يظل فعالا على المستوى اللاشعوري ليدخل المدمن الدائرة الشريرة مرةأخرى. (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥: ١٧٥).

أولاً: التعريفات الخاصة بالمصطلح:

كلمة (انتكاسة) أخذت من كلمة لاتينية (Relapia) والتي تعنى العودة والانخراط في السلوكيات المصاحبة للمشكلة السابقة للعلاج (عبده السيد المدبولى، ٢٠٠٨: ٢٠).

ويعرفها **فيصل الزراد** (٢٠٠٩: ٤١): بأنها عودة مدمن المواد المخدرة إلى استعمال هذه المواد، بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة معينة.

تعرفها **داليا على حسن** (٢٠١٣: ٦): بأنها تلك المرحلة الأولى من الاعتياد على المخدر والتي يعود إليها الفرد بعد وصوله لمرحلة من الاستغناء عن المادة المخدرة.

يعرفها **برنامج الولايات المتحدة للوقاية من التعاطي** (U.N.D.C.P,2002): بأنها عودة التعاطي بعد فترة من الانقطاع مصحوبا بالسلوكيات الاعتمادية المصاحبة للاعتماد. (عبدالعزيز البريثن، ٢٠٠٢: ٢٠).

تصنيفـــــات الانتكاس

- تبعاً لطبيعـــة الانتكاس:

أ- الانتكاسة العقاقيرية: وهي تعنى العودة لتعاطي مادة مخدرة.

ب- الانتكاسة السلوكية (الجافة): وهي تعنى العودة للسلوكيات الاعتمادية والأنماط السلوكية الإدمانية السابقة للعلاج أثناء التعاطي سابقا ولكن ذلك يكون بدون تعاطي المخدر.

- تبعاً للثبـــات على المادة المخدرة:

أ-الانتكاسة الثابتة: وهى العودة لاستخدام نفس المادة التي كان يستخدمها المدمن قبل العلاج.

ب- الانتكاسة العابرة: وتعنى العـــودة لاستخدام عقـــار بديـــل لكن من نفـــس المجموعـــة.

ج- الانتكاسة غير العابرة: وتعنى العودة لاستخدام عقـــار بديـــل لكن من مجموعة أخـــرى.

- تبعاً لمضمون الانتكاس:

أ- انتكاس تام أو كامل: أي العودة إلى تعاطي المخدر مدة طويلة بالجرعات المعتاد عليها.

ب- انتكاس جزئى: أي العودة لتعاطي المخدر لمدة يوم أو يومين ثم التوقف لفترة طويلة مرة ثانية (عبده السيد المدبولى، ٢٠٠٨: ٣٩).

ثالثـــاً: المواقـــف المثيـــرة للانتكاســـة (أسباب الانتكاسة):

غالباً ما تؤدى المواقف التي تتطلب قدراً عالياً من المخاطرة وبخاصة في المراحل الأولى من التوقف عن التعاطي إلى انتكاسات كثيرة تحدث في الأيام الأولى من التوقف، وتوجد أيضا اعتقادات خاطئة لكثير من المعتمدين تؤدى بهم إلى الانتكاسة مرة أخرى وخاصة الذين أدمنوا المخدرات لفترات طويلة. وتلك المواقف هي:

- الأحوال الوجدانية السلبية أو المشاعر السلبية غير السارَّة .

- الأحوال البدنية السلبية والمشاكل الجسمية .

- المشاعر السارَّة (المشاعر الوجدانية الإيجابية) .

- محاولة اختبار التحكم في الذات أو الإرادة الشخصية .

- سوء التوافـــق مع الآخرين .

- **الضغوط الاجتماعيـــة .**

أعـــراض الانتكاســـة:

حيث تمر تلك الأعراض بعشرة مراحل وهى كالتالي:

١- **عودة الإنكار.** ٢- **التجنب واستعادة الحائط الدفاعي**

٣- **التغيير على المستوى البنائى**

٤- **التجميد:** حيث يعجز المدمن عن القدرة على البدء في أي عمل وتقوده أهواء الحياة بدلاً من أن يقودها.

٥- **الارتباك وردود الأفعال المفرطة:** خلال هذه المرحلة لا يستطيع المدمن أن يفكر تفكيراً واضحاً ويصبح سريع الانفعال وردود أفعال مبالغ فيها

٦- **الاكتئاب والآلام النفسية والتفكير في الانتحار.**

٧- **غياب الرقابة الذاتية:** وفى خلال هذه المرحلة يصبح المدمن غير قادر على تنظيم وضبط سلوكه وبرنامج علاجه اليومي.

٨- **فقدان السيطرة:** وفى هذه المرحلة ينهار إنكار المدمن ويدرك فجأة كم كانت مشاكله قاسية والذي كان يمكنه بقليل من الانضباط أن يحلها ويؤدى الوعي بهذه الآلام إلى درجة أكبر من العزلة.

٩- **الانحدار:** حيث تتوقف المشاعر بسبب الآلام النفسية الحادة اضطراب القدرة على التحكم والتوجيه.

١٠- **التعاقب الحاد للانتكاسة:** ويصبح المدمن في هذه المرحلة غير قادر على العمل بشكل عادى ولكونه عاد إلى التعاطي، فإنه لن يستطيع الوفاء بعمله. (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥: ١٨٠-١٨٣).

- وعلى الرغم من ذلك فإن الانتكاسة على هذا النحو تشكل منحدر في طريق العلاج ولمجرد أن يصل المدمن إلى قناعة بأن العقار قد فشل في السيطرة

على آلامه؛ فإنه قد يستعيد الاستبصار بطلب العلاج وفى هذه الحالة تعد الانتكاسة أحد خطوات العلاج، ومع قبوله في المجتمع العلاجي ينبغي مساعدته على التخفف من مشاعر الذنب واستنهاض البنية المعرفية العلاجية السابقة لدية التي عاشها قبل ذلك في مرحلة علاجه السابقة لانتكاسته والتعرف على أسباب انتكاسته والعمل على سد الثغرات التي دفعت به إلى الانتكاسة مرة أخرى (عبد الله عسكر، ٢٠٠٥: ١٨٥).

نموذج (Marlatt) لتفسير الانتكاسة:

كانت النظرة السائدة في القرن الماضى أن الانتكاسة يساوى الفشل في العلاج ثم بدأت النظرة تتغير شيئا فشيئا نظراً لظهور نماذج تفسيرية كثيرة في الوقت الحاضر تحت مظلة التفسير النفسي الاجتماعي للإدمان ولعل أهمها نموذج **مارلت** حيث إن **مارلت وزملائه** نظروا للانتكاس باعتباره عملية انتقالية تتكون من عدة حلقات تفضى كل منها إلى الأخرى إلى أن تنتهى بحدوث الانتكاس التام، ويفترض **مارلت** أن النموذج المعرفى للتعاطي والانتكاس ليس نموذج لنشأة المرض لأن الأسباب العميقة لتعاطي المخدرات متعددة ومتباينة ومتفاعلة، فالاستعداد الوراثى والعوامل الاجتماعية والاقتصادية وضغوط الحياة والاتجاهات نحو تأثير المادة المخدرة والتعرض للمواقف عالية الخطورة يمكنها أن تفسر حدوث التعاطي وكذلك الانتكاس من شخص لآخر ولدى الشخص الواحد من مرة لأخرى.

ويرى **مارلت** أن عملية تفسير الانتكاس تعتمد على نوعين من المحددات هما:

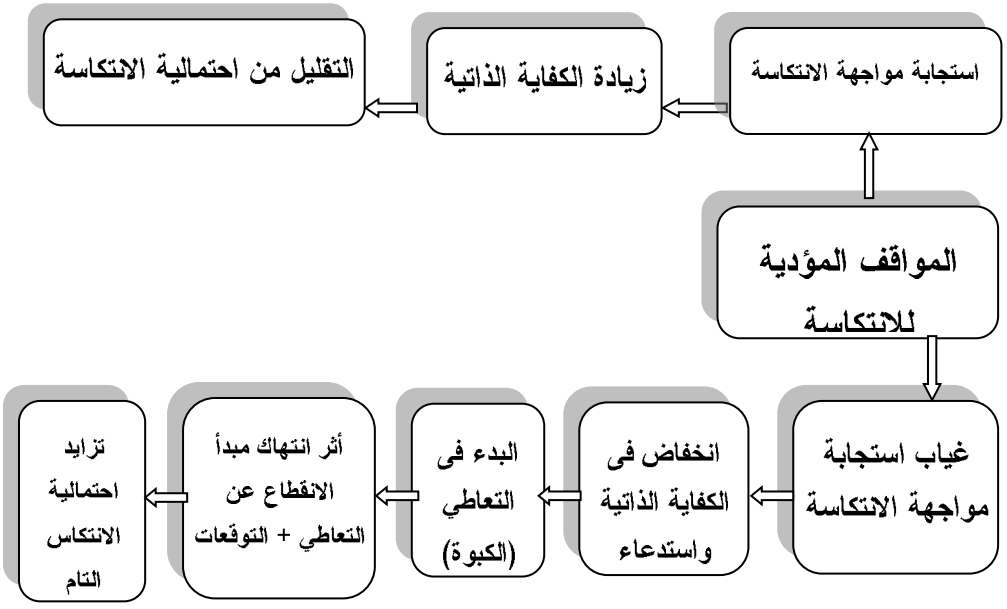
(أ) المحددات المباشرة أو القريبة. (ب) المحددات البعيدة أو الضمنية.

وفيمـــا يلي شيء مـــن التفصيـــل:

(أ) المحددات المباشرة أو القريبة:

يتكون هذا الشكل **لمارلت** من سلسلة من الحلقات تتمثل أول حلقة في أن يواجه المتعافي أحد المواقف المثيرة للانتكاسة ويطلق عليها (مواقف الخطر)

(عبد العزيز الغريب، ٢٠٠٦: ٧٤).



شكل يوضح المحددات المباشرة لعملية الانتكاس في ضوء نموذج مارلت

أما الحلقة الثانية فتتمثل في مهارات مواجهة هذه المواقف المثيرة للانتكاسة وكيفية الاستجابة لها، فإذا كانت لدي المتعافي مهارات مواجهة فعالة يرتفع إحساسه بكفاءة الذات وتنخفض احتمالات الانتكاسة أما إذا لم تكن لديه مهارات مواجهة فينخفض إحساسه بكفاءة الذات ويعود للانتكاسة . والكفاءة الذاتية المنخفضة تدخل المدمن المتعافي في الحلقة الرابعة وهي (البدء في

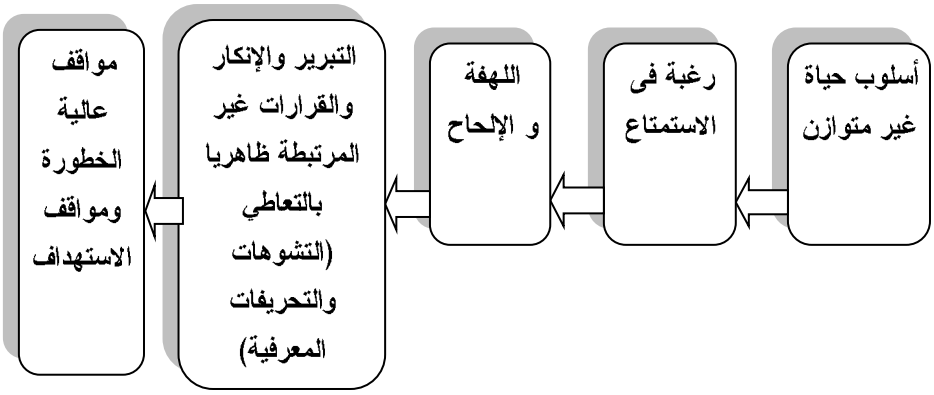
التعاطي أو الكبوة) وهذه الكبوة قد تدخل المدمن المتعافي إلى الحلقة الأخيرة وهي (الانتكاس التام).

وأوضح مارلات أن هذا يتوقف على (أن ينتهك مبدأ الانقطاع عن التعاطي) ومؤداه أن الوعد الذي يستجيب إلى الكبوة قد يعزوها إلى سبب شخصية مثل (ضعف الإرادة) لذلك غالباً ما يقع في الشوبه المعرفي بين إدراكه بأنه مدمن متعافي قشفي تماما وبين إدراكه للتعاطي الذي يتناقض مع هذه الصورة وهذا الشوبه يخلق لديه شعور بالذنب، ولكي يتخلص من هذا الشعور يعود مرة أخرى للتعاطي والانتكاس، ولكن إذا استجاب للكبوة بأن عزاها إلى سبب خارجة عن إرادته ومؤقتة فإنه يعتبره موقف خطأ ويتجنبه ومن ثم لا تحدث الانتكاسة ومن خلال التدريب لمهارات مواجهة ترتفع لدية الكفاية الذاتية وتجعل الشخص قادراً على التحكم في انفعالاته مما تمكنه من تجاوز الانتكاسة (عبد العزيز الغريب ٢٠٠٦: ٧٥).

(ب) المحددات البعيدة أو الضمنية:

بالإضافة إلى المحددات المباشرة السابق ذكرها وجد **مارلت وزملاؤه** من خلال تحليلهم الدقيق لحالات الانتكاسة أنه توجد أيضا محددات بعيدة أو ضمنية وتزيد هذه المحددات من استهداف المتعافي للكبوة من خلال زيادة احتمالات تعرضهة لمواقف الخطر أو الاستهداف للتعاطي التي لم يكن يتوقعها وتتضمن هذه المحددات البعيدة أاو الضمنية أسلوب الحياة غير المتوازن بمعنى أن المعتمد المتعافي يعيش حياة مليئة بالواجبات والمتطلبات دون أن يكون لديه ما يكافئ ذلك من قدرة على إشباع حاجاته الشخصية وهو ما يمثل مستوى مرتفع من المشقة وقد تعبر هذه المشقة عن نفسها في شكل لهفة وإلحاح لممارسة التعاطي. وهناك اتجاهات إيجابية نحو التعاطي يطلق عليها (التشوهات أو التحريفات المعرفية) وهذه تسهل على المعتمد المتعافي تحقيق رغبته في الاستمتاع الذاتي دون أن يحمل نفسه المسئولية مثل التبرير

والإنكار وهذه الآليات تدفع العتمد المتعافي دون أن يشعر بالاقتراب من حافة المواقف عالية الخطورة أو مواقف الاستهداف وكذلك نقص المساندة والدعم الاجتماعي ومن ثم يصعب مقاومة التعاطي فيها.



شكل يوضح المحددات البعيدة أو الضمنية لعملية الانتكاس في ضوء نموذج مارلت

ووفقاً لما قدمه **مارلت** في نموذجه التفسيري للانتكاس قد تختلف العوامل التي تدفع الانتكاس من شخص إلى آخر ولدى نفس الشخص من مرة إلى أخرى (عبد العزيز الغريب، ٢٠٠٦: ٧٦).

الوقايـــة من الانتكاســـة

الوقاية من الانتكاسة عبارة عن برنامج للمعالجة الذاتية من أجل تقوية وتعزيز مرحلة المحافظة والإبقاء على عملية تغيير السلوك من حالة الاعتماد إلى الامتناع أو التوقف. ويهدف لمنع الانتكاسة من خلال زيادة درجة الوعي لدى المريض بالعادات والسلوكيات الاعتمادية، وكذلك إلى تطوير المهارات للتغلب على المشاكل والصعاب التي تواجهه والقدرة على مراقبة الذات وكذلك تطوير الأحاسيس والشعور بالثقة والكفاءة الذاتية.

ويشير **جروكسى وميلر** (١٩٨٦) إلى أن الوقاية من الانتكاسة هي برنامج أو جهود لمنع الانتكاسة وهي أيضا عملية حيوية لكل من المعتمد ومساعد المعتمد (مساعد المعتمد: الزوج أو الزوجة أو أي فرد من أفراد الأُسرة) من خلال خطوات أو إجراءات ويمكن أن تتم عملية الوقاية من الانتكاسة على مستوى فردى أو جماعى على أن يكون المريض على معرفة بالعلامات التحذيرية والمشاكل التي يمكن أن يتعرض لها وأن يتعلم كيفية التغلب عليها.

ومن النماذج العلاجية للوقاية من الانتكاسة وأهمها وصفت في كثير من المراجع العلميةالأتى:

أولاً: النموذج السلوكى المعرفى لمارلت وجوردون:

والاستراتيجيات الرئيسة لهذا النموذج تحتوى على الآتي:

١- التعرف على مواقف أو مواضيع عالية الخطورة للانتكاسة.

٢- التغلب على حالات الوجدان السلبي.

٣- التغلب على التناقضات الشخصية.

٤- التغلب على الضغوط الاجتماعية.

٥- تعلم مهارات تدريبية جديدة مثل الاسترخاء.

٦- التأهب أو الاستعداد للتعامل مع المواقف عالية الخطورة.

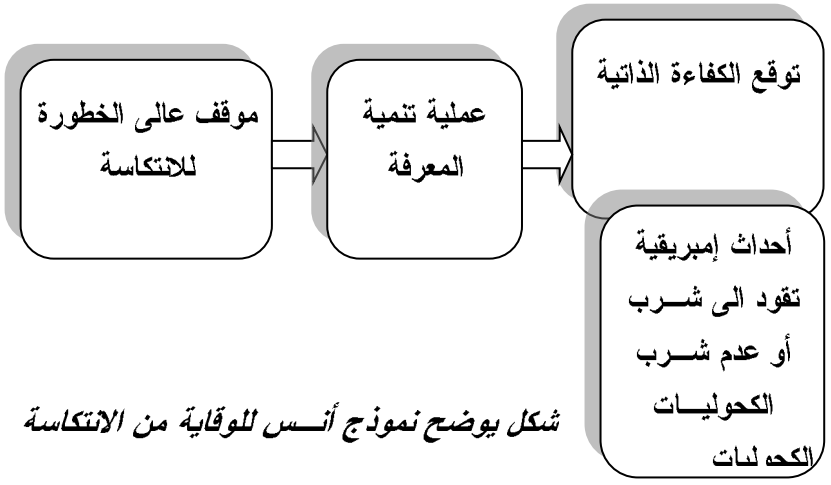
٧- معالجة طريقة الحياة الاعتمادية.

٨- عمل نظام تدعيمي للمريض.

٩- محاضرات تعليمية عن تأثير المخدرات.

ثانياً: النموذج السلوكي المعرفي لأنـــس:

وهذا النموذج يتداخل مع نموذج **مارلت** السابق، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل يوضح نموذج أنـــس للوقاية من الانتكاسة

يقوم هذا النموذج للوقاية من الانتكاس على أساس نظرية الكفاءة الذاتية التي تفترض أنه عندما يتعرض المريض لموقف يتطلب قدراً عالياً من المخاطرة للانتكاسة فإن عملية تنمية المعرفة للخبرات الماضية تتحرك إلى نقطة ما في الفكر أوتوقعات الكفاءة الذاتية وذلك عند بعض المرضى لقدرتهم على التعامل مع المواقف عالية الخطورة (عبده المدبولى، ٢٠٠٨: ٥٤).

ثالثاً: النموذج النفسي التعليمى لدالـــى:

يمكن تلخيص مفاتيح موضوعات الوقاية من الانتكاسة طبقاً لهذا النموذج كالاتى:

١- مساعدة المرضى في التعرف على المواقف عالية الخطورة والمؤدية للانتكاسة.

٢- مساعدة المريض في فهم الانتكاسة كعملية فالمرضى الذين يعالجون لأول مرة يمكنهم أن يستفيدوا من مراجعة أهم العلامات التحذيرية التي تم التعرف عليها من انتكاسة الآخرين وكذلك أيام ظهور هذه العلامات وهى تغير الاتجاهات والأفكار المزاج والسلوك.

٣- مساعدة المرضى في الفهم والتعامل مع مثيرات الانتكاسة والاشتياق.

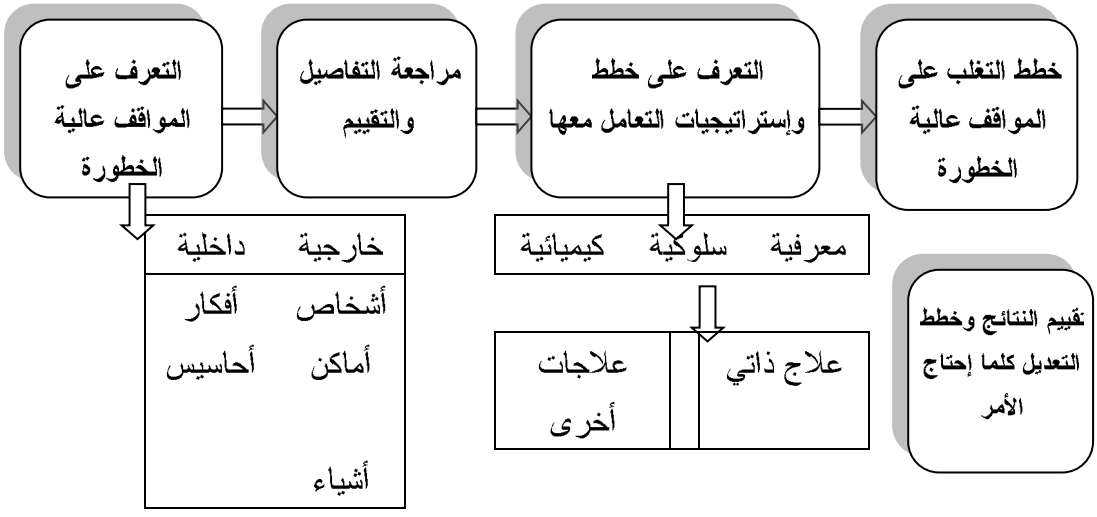
٤- مساعدة المرضى في الفهم والتعامل مع الضغوط الاجتماعية.

٥- مساعدة المرضى في التغلب على حالات الوجدان السلبى.

٦- مساعدة المرضى على تعلم موضوعات معرفية وذلك للتغلب على المثيرات.

٧- مساعدة المرضى في تطوير خطط تدعيمية للوقاية من الانتكاسة.

٨- مساعدة المرضى في عمل توازن لطريقة حياتهم (Daley&Marla,1992) فى عبده المدبولي، ٢٠٠٨: ٥٥).



الدراسات السابقة :

[١] دراسة: منى العامرى (٢٠٠٠) بعنوان (دراسة فاعلية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان في دولة الإمارات العربية المتحدة):

الهدف: تحديد الأسباب التي تؤدى إلى انتكاس المدمن في فترة النقاهة بعد انتهاء العلاج، وكذلك فاعلية العلاج النفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض الحالات من المدمنين العائدين للتعاطي.

عينة الدراسة: (٩) أفراد مدمنين من الذكور تم تقسيمها إلى ثلاث مجموعات: (٣) أفراد في المجموعة التجريبية الأولى، (٣) في المجموعة التجريبية الثانية و(٣) في المجموعة الضابطة

أدوات الدراسة: (المقابلة الشخصية، استبيان أسباب العودة للإدمان، مقياس ماسلو للطمأنينة الانفعالية، اختبار تفهم الموضوع، البرنامج العقلاني الانفعالي، العلاج المتمركز على العميل).

نتائج الدراسة: تعد الأسباب الشخصية من أهم الأسباب التي تؤدى إلى العودة للتعاطي مرة أخرى يليها الأسباب الاجتماعية والاقتصادية ثم الأسباب الثقافية والدينية فالأسباب الأسرية، وكذلك فاعلية كلٍ من البرنامجين (العقلاني الانفعالي والعلاجي المتمركز على العميل) في زيادة الشعور بالطمأنينة الانفعالية لدى المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

[٢] دراسة: (Fiorentine Robert, 2002) بعنوان (منع الانتكاسة عند مدمني المخدرات من خلال نموذج الإقلاع الذاتي):

الهدف: منع الانتكاسة عند مدمني المخدرات من خلال نموذج الإقلاع الذاتي الذي يستند إلى الاتجاه الاجتماعي المعرفي في فهم السلوك الإنساني والذي يتضمن أيضا نظرية الكفاءة الذاتية والتعلم الاجتماعي والنمذجة عند باندورا.

العينة:تكونت العينة من (١٥٠) مدمن، وبعد ذلك متابعة المرضى لمدة (٦) اشهر.

النتائج: أن من أهم أسباب الانتكاسة هو نقص الكفاءة الذاتية يليها زيادة وعى المريض بالعواقب السلبية للتعاطي يدعم رفع الكفاءة الذاتية لاتخاذ قرار التوقف.

[٣] دراسة: (Heather Martin, 2002) بعنوان (العوامل المصاحبة لانتكاسة تعاطي الهيروين):

الهدف: معرفة الأسباب أو العوامل الفردية للانتكاسة بعد الخروج من مركز الإدمان.

العينة: تكونت العينة من المرضى الذكور بمتوسط عمري (٣٢) عام ممن تلقوا برنامجا علاجيا للتخلص من إدمان المخدرات والخمر.

النتائج: أوضحت النتائج أن عوامل الانتكاسة كانت متعلقة بالمزاج السلبي والتلميحات المتعلقة بالتعاطي والافتقاد لمهارات المواجهة.

[٤] دراسة: (Stewart Jhon, 2003) بعنوان (أحداث الحياة الضاغطة والانتكاسة وسلوك البحث عن المخدر):

عينة الدراسة: تكونت العينة من (٨٥) من مدمني الهيروين.

أدوات الدراسة: مقياس الضغوط الحياتية والقدرة على التوافق.

نتائج الدراسة: إن من المشكلات الأساسية في العملية العلاجية هي مدى نجاح المدمن في العودة لحياتة الطبيعية ومواجهة ضغوط الحياة بنجاح دون اللجوء إلى المخدر مرة أخرى بعد العلاج.

[٥] دراسة: (Major Jhon, 2004) بعنوان (الكفاءة الذاتية كمصدر للوقاية من انتكاسة التعاطى)

الهدف: معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والوقاية من الانتكاسة.

العينة: (٥٢) فردا مقسمين إلى مجموعتين كالتالي: (٢٩) ذكور و(٢٣) أنثـــى.

وخضع المرضى لبرنامج علاجى لتحسين كفاءة الذات أثناء إقامتهم بالمستشفى، وبعد ذلك تمت متابعة المرضى لمدة (٦) أشهر بعد الخروج من المستشفى.

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة إحصائيا عند مستوى ٠،٠١ بين الكفاءة الذاتية وفترة التعافي لفترة أطـــول.

[٦] دراسة: (Salah elgaily &Tah basher, 2005) بعنوان (المواقف الخطرة للانتكاسة والكفاءة الذاتية، دراسة مقارنة بين مدمني الكحول ومدمني الهيروين):

الهدف: معرفة الاختلاف بين مدمني الكحول ومدمني الهيروين فيما يتصل بمتغيرات ومواقف الانتكاسة ومقارنتها بالكفاءة الذاتية على المقاومة على التعاطي مرة أخرى بعد العلاج .

العينة: تكونت عينة الدراسة من (١٨٠) مريضا ذكر بمستشفى الأمل بالسعودية، وتم تقسيم المجموعة الكلية إلى مجموعتين بحسب نوع المادة المتعاطاة.

المجموعة الأولى: هي مجموعة مدمني الهيروين (١٠٥) فردا و(٧٨،١%) من أفراد العينة دخلوا للعلاج قبل ذلك وانتكسوا أكثر من أربع مرات.

المجموعة الثانية: وهي مجموعة مدمني الكحول (٧٥) فردا و(٣٧%) من أفراد العينة انتكسوا أكثر من أربع مرات.

الأدوات: (قائمة مواقف تعاطي المخدرات وتقيس المواقف عالية الخطورة المسببة للانتكاسة، اختبار مواقف الثقة ويقيس قدرة المريض على التحكم في نفسه).

النتائج: أظهرت النتائج التالي:

١- معدل الانتكاسة لدى مدمني الهيروين أعلى وبشكل دال عن مدمني الكحول.

٢- أسباب الانتكاسة بالترتيب تتمثل في: الانفعالات السلبية، توفر المخدر، الضغوط الاجتماعية، الاشتياق للمخدر لدى كل من المجموعتين.

٣- مدمن الكحول أعلى في متوسط كفاءة الذات وبشكل دال عن مدمني الهيروين.

[٧] دراسة: رشا الديدى، رأفت عسكر (٢٠٠٥م) بعنوان (أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا من نزلاء المستشفيات):

الهدف: فحص أسباب الانتكاسة كما يدركها المتعاطون.

العينة: تكونت من (١٣٢) من المنتكسين الذكور من مستشفيات الصحة النفسية.

أدوات الدراسة: استبيان مواقف الانتكاسة (١٠٠) .

نتائج الدراسة: إن اشد المواقف خطورة التي تتسبب في حدوث الضغوط النفسية مما يؤدى إلى الانتكاسة هي (المشاعر غير السارة متمثلة في مشاعر الحزن والقلق والاكتئاب والتوتر، وكذلك الاشتياق للمخدر والعلامات والإيحاءات الدالة علية وأصدقاء التعاطي).

[٨] دراسة: محمد حسن غانم (٢٠٠٥م) بعنوان (العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين مع دراسة عن الانتكاسة):

الهدف: معرفة أسباب الانتكاس بعد التعافي من التعاطي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٩٤) مدمن من الذكور.

أدوات الدراسة: استبيان أسباب وعوامل الانتكاسة.

نتائج الدراسة: توصلت النتائج إلى أن أسباب الانتكاسة بالترتيب كالتالي:

١- عدم السيطرة على الشوق للمخدر وبلغت نسبتها (١٨،٥٢%).

٢- عدم التغيير في الواقع الخارجي وبلغت نسبتها (١٢،٥٩%).

٣- كثرة المشاكل وسلوك المخاطرة وبلغت نسبتها (١،٤٣%).

[٩] دراسة: خالد عبد الوهاب (٢٠٠٦م) بعنوان (مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان المعودين):

الهدف: الاهتمام بمهارات التعامل مع الضغوط الحياتية كعامل من عوامل الانتكاسة وكيفية تنمية مجموعة من المهارات الإيجابية لدى عينة من المدمنين لتتكامل مع ما يقدم من برامج علاجية لهم وقد تؤدى إلى التوقف عن التعاطي والحماية من خطر الانتكاسة لهم.

عينة الدراسة: تكونت من (٦٠) مريض ممن انهوا علاجهم بالمستشفى وقد مروا بانتكاسات عديدة، وتم تقسيمهم إلى عينتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة.

أدوات الدراسة: (مقياس عمليات تحمل الضغوط، برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية مجموعة من الأساليب الإيجابية اللازمة للتعامل مع الضغوط).

نتائج الدراسة:

١- عدم وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس أساليب مواجهة الضغوط.

٢- وجود فروق بين المجموعتين بعد تعرض التجريبية للبرنامج العلاجي مما يشير إلى فاعليته في تنمية أساليب التفاعل الإيجابي للمواقف الضاغطة المرتبطة بانتكاسة التعاطي.

[١٠] دراسة:عبد العزيز الغريب (٢٠٠٦م) بعنوان (ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي):

الهدف: التعرف على ظاهرة العودة للإدمان في العالم العربي من حيث الظاهرة وخصائص العائدين للإدمان اجتماعيا، واهم العوامل التي تلعب دور في العودة للإدمان وذلك في الدول التالية: (المملكة العربية السعودية، سوريا، لبنان، السودان، قطر، البحرين، الأردن، عمان).

عينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من عينة من المؤسسات العلاجية الخاصة بمعالجة الإدمان في بعض الدول العربية وكذلك عينة من مسئولي المؤسسات العلاجية بهذه الدول وعددهم (١٤) مسئول، واتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي.

أداة الدراسة: استبيان لجمع بيانات الدراسة الميدانية المتعلقة بواقع الظاهرة في هذه الدول.

نتائج الدراسة: من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي: من العوامل المؤثرة للانتكاسة ومرتبة على التوالي (عدم التزام المدمن ببرامج الرعاية اللاحقة، السمات الشخصية للمنتكس، الأوضاع الأسرية السيئة، قضاء وقت

الفراغ والبطالة والفقر، الضغوط الاجتماعية، تدنى خدمات العلاج، وسائل الإعلام).

[١١] دراسة: (Kristen Anderson et al ,2006) بعنوان (ضغوط الحياة وقدرة الشباب على التوافق– دراسة نماذج للتعرض للضغوط الحياتية وعلاقتها بالانتكاسة):

الهدف: التنبؤ بمدى تأثير الضغوط الحياتية ومهارات التوافق معها على الانتكاسة بعد العلاج.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٨٠) شابا، وتم متابعتهم خلال ٦ أشهر بعد العلاج.

أداة الدراسة: مقياس الضغوط الحياتية والقدرة على التوافق.

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة الآتي: إن الأحداث الحياتية السلبية وعدم التوافق معها لها تأثير كبير على الانتكاسة للتعاطي مرة أخرى، وتقترح الدراسة بأن القدرة على التوافق مع مشاكل الحياة يكون عامل دفاعي ضد الانتكاسة.

[١٢] دراسة: (Gebard Husler, 2007) بعنوان (العوامل النفسية والاجتماعية السلبية المنبئة بانتكاسة تعاطي مخدر القنب عند المراهقين):

الهدف: الكشف عن العوامل النفسية والاجتماعية المنبئة لتعاطي القنب (الحشيش) لأول مرة وكذلك الانتكاسة للتعاطي مرة أخرى وذلك بين الشباب السويسريين.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (١٨٠) شابا سويسريا.

نتائج الدراسة: وجود علاقة ارتباطية بين العوامل الاجتماعية المتمثلة في (التفكك الاجتماعي، غياب المساندة الاجتماعية، أصدقاء السوء) وبين التعاطي للمرة الأولى وكذلك الانتكاسة لمرات عديدة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية بين العوامل النفسية المتمثلة في (المشاعر السلبية) وبين التعاطي للمرة الأولى وكذلك الانتكاسة لمرات عديدة.

[١٣] دراسة: عائشة التيبى (٢٠١٠م) بعنوان (معدلات الانتكاسة لدى مرضى إساءة استخدام المواد المؤثرة نفسيا وعلاقتها بمستويات الدعم الأسرى للبرامج العلاجية):

الهدف: معرفة معدلات الانتكاسة لهؤلاء المرضى وعلاقتها بمستويات الدعم الأسرى للبرامج.

العينة:تكونت من(٥٩) من المدمنين المنومين بالمستشفى،(٦٤) من مدمنين العيادات الخارجية.

أدوات الدراسة: استبيان مواقف الانتكاسة.

نتائج الدراسة:

١- وجود علاقة ارتباطية دالة بين معدلات الانتكاسة واختبار القدرة على سيطرة التعاطي.

٢- وجود علاقة جزئية بين معدلات الانتكاسة والدعم الأسرى لدى (٣٠)حالة من اجمالى العدد.

[١٤] دراسة: نيرمين محرم (٢٠١٢م) بعنوان (دراسة الانتكاس في حالات سوء استخدام المواد في عينة مصرية):

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلى مقارنة الانتكاسة بعوامل مختلفة مثل: عوامل ديموغرافية ، عوامل مرضية مصاحبة، وأنواع المواد المخدرة.

العينـــة: تم اختيار (٤٠ مريض) من مستشفى خاص للأمراض النفسية والإدمان.

أدوات الدراسة: تم عمل استبيان من إعداد الباحثة يتضمن الآتي: معلومات عن السن، النوع، الحالة الاجتماعية، التعليم، الوظيفة، نوع مادة التعاطي والجرعة اليومية للتعاطي، وسن بداية التعاطي، مدة التعاطي، سن بداية الإقلاع عن التعاطي، نوع الطريقة العلاجية المستخدمة للإقلاع، مدة العلاج، مدة التوقف عن التعاطي، العوامل المسببة للانتكاسة، التاريخ العائلي لأي اضطرابات بسيطة طبية أو نفسية ومآل الحالة، تعرض المريض لأي سوء معاملة جنسية أو بدنية أو عاطفية، التاريخ الزواجي والجنسي والديني للمريض، أسلوب حياة المريض وجود أي اضطراب نفسي أو أمراض مصاحبة لدى المريض.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة الحالية أن من أهم أسباب الانتكاسة لدى عينة الدراسة هي: (أصدقاء التعاطي القدامى، ضغوط العمل، البيئة الأسرية السيئة، اضطراب العلاقات الاجتماعية بالأشخاص في المجتمع).

[١٥] دراسة: عفاف أبو الفتح (٢٠١٣م) بعنوان (فعالية نمـــوذج التركيـــز علي المهام في تأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقتـــه بتقليـــل معدلات الانتكاسة):

الهدف من الدراسة: هدفت الدراسة إلي اختبار فعالية نموذج التركيـــز علـــي المهام في تأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقته بتقليل معـــدلات

الاة.

العينة: تم اختيار (٦) حالات من الأشد احتياجا للتأهيل.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة الحالية ما يلي:

١. توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق برنامج التدخل المهني وفقا لنموذج التركيز علي المهام وتأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقته بتقليل معدلات الانتكاسة.

٢. توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق برنامج التدخل المهني وفقا لنموذج التركيز علي المهام وتقليل العوامل المؤدية إلى الانتكاسة من وجهة نظر الأسرة.

٣. توجد علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تطبيق برنامج التدخل المهني وفقا لنموذج التركيز علي المهام وتقليل العوامل المؤدية إلى الانتكاسة من وجهة نظر المدمن.

إجراءات البحث :

منهج البحث:

إستخدمت الباحثة المنهج الوصفى الارتباطى وذلك لملائمتة لطبيعة البحث الحالى .

فرض البحث :-

وجود علاقة دالة احصائيا بين العوامل النفسية والاجتماعية وبين الإنتكاسة لمرة اخرى للإدمان .

تم تطبيق أداة البحث في مستشفى الصحة النفسية والطوارئ النفسية بمصر الجديدة المطورة (قسم الرعاية النهارية – القسم الداخلي الاقتصادي (رجال)

– العيادة الخارجية (سيدات، رجال) – الخط الساخن)، وكذلك مستشفى الصحة النفسية العباسية (القسم الداخلى (سيدات) – القسم الداخلى (رجال) – عيادة العلاج التأهيلى للإدمان (سيدات، رجال)).

عينة البحث : تكونت عينة البحث من (٧٨) متعافي منتكس للإدمان مقسمة كالتالى :

(٥٧ ذكور، ٢١ أنثى) .

أداة البحث: إستخدمت الباحثة للبحث الحالي (استبيان مواقف الانتكاسة (١٠٠) عام (٢٠١٥))

(د/عبد الله عسكر، رأفت عسكر، رشا الديدى) حيث يغطي هذا الاستبيان مظلم لمواقف النفسية لاجتماعية لخطرة التي تؤدي إلى لانتكلسة للتعطي بعد مرور لفرد بفترة من لإقلاع لتلقيه للعلاج ويتكون لاستبيان من (١٠٠) عبارة تشير كل منها لسبب يؤدى لانتكلسة .

– تقنيـــن الاستبيان:

أ– الصـــدق:

تم حساب معاملات صدق لاختبار على عينة قوامها (١٢٠) بمتوسط عمري (٣٦) سنة بانحراف معياري قوة ٣٤١٨ من بين زلاء أقسام علاج لإدمان بمستشفى صحة الجديدة للصحة النفسية ومستشفى لخانكة ومستشفى لكوم عالصدق للصحة النفسية ومراكز الحرية للعلاج لإدمان ومركز نجو حياة أقل بالطرق لآتية:

١- الصدق التلازمى:

تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبيان والدرجة الكلية الذي لأسباب الانتكاسة (عبد الله عسكر، ٢٠٠٠) والتي تحتوى على (٣٤) سبباً رئيساً لانتكاسة يلجأ إليها عدداً غير محدود من الأسباب التي يراها المفحوص أنها سبباً في انتكاسته حيث بلغت معاملات الارتباط بين مجموع الاستبيان والدرجة ٠،٧٨

٢- صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان على ثمانية أطباء نفسيين وأربعة أخصائيين نفسيين وأخصائي اجتماعي وثلاث مرشدين لعلاج الإدمان، وبلغ معامل الاتفاق ٠،٧٤,

٣- **الصدق الذاتي:** بلغ معامل الارتباط الداخلى للاستبيان ٠،٩٤ .

ب- **الثبـــات:** تم حساب معاملات الثبات على النحو التالي:

أولا: التجانس الداخلى:

معاملات الارتباط بين عبارات الاستبيان والمجموع الكلى دالة عند مســـتوى (٠،٠١، ٠،٠٥).

وفيما يلي نتائج التجانس الداخلي للمقاييس الفرعية أو المواقف الفردية للانتكاسة:

١- الاشتياق وتلميحات العقار:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى للاشتياق

العبارة	١	٩	١٧	٢٥	٣٣	٤١	٤٨	٥٥
معامل الارتباط	٠،٦٦	٠،٦٠	٠،٥٦	٠،٥٧	٠،٥٤	٠،٥٦	٠،٦٤	٠،٦٦
العبارة	٦١	٦٧	٧٢	٧٧	٨٢	٨٧	٩١	
معامل الارتباط	٠،٧٤	٠،٧١	٠،٦٩	٠،٦٦	٠،٦٥	٠،٦٥	٠،٦٨	

٢- اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى لاختبار القدرة على السيطرة

العبارة	٢	١٠	١٨	٢٦	٣٤	٤٢	٤٩	٥٦	٦٢
معامل الارتباط	٠،٥٧	٠،٥٥	٠،٦٣	٠،٦٤	٠،٦٥	٠،٦٢	٠،٦٤	٠،٧٢	٠،٦٠

٣- ضغوط رفاق التعاطي:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى لضغوط رفاق التعاطي

العبارة	٣	١١	١٩	٢٧	٣٥	٤٣	٥٠
معامل الارتباط	٠،٧١	٠،٧٢	٠،٥٣	٠،٧٠	٠،٧٩	٠،٦٢	٠،٦٤

٤- المشاعر السارة:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى لإختبار المشاعر السارة

العبارة	٤	١٢	٢٠	٢٨	٣٦	٤٤	٥١	٥٧	٦٣
معامل الارتباط	٠،٤٧	٠،٤٩	٠،٥٠	٠،٥١	٠،٦٤	٠،٦٢	٠،٦٦	٠،٤٦	٠،٦٣
العبارة	٦٨	٧٣	٧٨	٨٣	٨٨	٩٢	٩٥	٩٧	٩٩
معامل الارتباط	٠،٦٣	٠،٦٤	٠،٦٤	٠،٦٢	٠،٦٧	٠،٦١	٠،٧٣	٠،٦٧	٠،٤٥

٥- المشاعر غير السارة:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى لاختبار للمشاعر غير السارة

العبارة	٥	١٣	٢١	٢٩	٣٧	٤٥	٥٢	٥٨	٦٤
معامل الارتباط	٠،٤٨	٠،٥٧	٠،٤١	٠،٦٣	٠،٧٠	٠،٦٠	٠،٥٥	٠،٥٩	٠،٥٦
العبارة	٦٩	٧٤	٧٩	٨٤	٨٩	٩٣	٩٦	٩٨	١٠٠
معامل الارتباط	٠،٦٥	٠،٧١	٠،٧٣	٠،٦٣	٠،٨٠	٠،٦٧	٠،٦٥	٠،٦٨	٠،٥٧

٦- اضطرابات العلاقات بالآخرين:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى لاضطراب العلاقات بالآخرين

العبارة	٦	١٤	٢٢	٣٠	٣٨	٤٦	٥٣	٥٩
معامل الارتباط	٠،٦١	٠،٦٥	٠،٥٣	٠،٦١	٠،٥٧	٠،٤٩	٠،٥٧	٠،٦٦
العبارة	٦٥	٧٠	٧٥	٨٠	٨٥	٩٠	٩٤	
معامل الارتباط	٠،٤١	٠،٥١	٠،٥٤	٠،٦٠	٠،٦٢	٠،٦٢	٠،٦٩	

٧- المشكلات الأسرية:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى للمشكلات الأسرية

العبارة	٧	١٥	٢٣	٣١	٣٩
معامل الارتباط	٠،٧٣	٠،٦٢	٠،٦٤	٠،٨٢	٠،٧٤

٨- الآلام البدنية والوهن:

جدول يوضح معاملات الارتباط بين العبارات والمجموع الكلى للآلام البدنية والوهن

العبارة	٨	١٦	٢٤	٣٢	٤٠	٤٧	٥٤
معامل الارتباط	٠،٥٥	٠،٤١	٠،٦٢	٠،٤٣	٠،٦١	٠،٥٩	٠،٥٩
العبارة	٦٠	٦٦	٧١	٧٦	٨١	٨٦	
معامل الارتباط	٠،٧٢	٠،٦٥	٠،٦٨	٠،٧٤	٠،٧١	٠،٦٩	

ثانيا: معامل ثبات ألفا:

تم حساب معامل ألفا للاستبيان والمواقف الفرعية، وأشارت النتائج لإرتفـــاع معاملات الثبات.

جدول يوضح معاملات ثبات ألفا للاستبيان

م	الموقـــف	معاملات ثبات ألفا
١	الاشتياق وتلميحات المخدر	٠،٨٩
٢	اختبار القدرة على السيطرة على المخدر	٠،٨١
٣	ضغوط رفاق التعاطي	٠،٧٧
٤	المشاعر السارة	٠،٩٠
٥	المشاعر غير السارة	٠،٨٩
٦	اضطرابات العلاقات بالآخرين	٠،٨٦
٧	المشكلات الأسرية	٠،٧٦
٨	الآلام النفسية والبدنية والوهن	٠،٨٦
٩	الثبات الكلى للاستبيان	٠،٩

كما تم حساب معاملات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية لعبارات الاستبيان كالآتي: بلغ معامل ثبات جوتمان للتجزئة النصفية (٠،٩٢)، كما بلغ معامل ثبات ألفا لكل جزء(٠،٩٣).

وتم حساب معاملات ثبات المفردات إذا تم حذف العبارة ولم تتغير معاملات الثبات بالارتفاع.

طريقة تصحيح الإستبيان: يتم حساب مجموع أعداد أفراد العينة الذين أشاروا بالإيجاب على كل موقف من المواقف الثمانية للاستبيان.

-**الأساليب الإحصائية:** استخدمت الباحثة الأسلوب الإحصائي (البارامترى)المتمثل فى الأساليب الإحصائية التالية : (النسب المئوية ، المتوسط الحسابي ، الانحراف المعياري).

- نتائج التحقق من فرض البحث ومناقشتة:

تم حساب النسب المئوية للوجنات (وتم الاعتماد على النسبة المئوية حيث أن الوجنة الكلية لكل بعد مختلفة وتم الاعتماد على النسبة المئوية كي تتم عملية المقارنة) لكل بعد من أبعاد موقف الانتكاسة وتم حساب المتوسط الحسابي لهذه النسب وكذلك انحرافها المعياري وكانت النتائج كما بالجدول التالي:

جدول يوضح متوسط النسبة المئوية والانحراف المعيارى وترتيب كل بعد من أبعاد مواقف الانتكاسة للأفراد المتعافين (ن= ٧٨)

البعد	المتوسط الحسابى للنسب المئوية	الانحراف المعياري للنسب	الترتيب
الاشتياق وتلمحيات العقار	٥٩،٠٦	٢٢،٧٣	٨
اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي	٥٩،٤٦	٢١،٨٦	٧
ضغوط رفاق التعاطي	٦٨،٠٦	١٨،١٠	١
المشاعر السارة	٦١،٦٧	١٩،٣٢	٥
المشاعر غير السارة	٦١،٨٩	٢٢،٣١	٤
اضطرابات العلاقات بالآخرين	٦٢،٣٩	٢٣،٤٧	٢
المشكلات الأسرية	٦٢،٠٥	٢٢،٢٤	٣
الآلام النفسية والبدنية والوهن	٥٩،٦٣	٢٣،٤٩	٦

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة دالة احصائيا بين العوامل النفسية والاجتماعية وبين الانتكاسة مرة أخرى للإدمان لدى عينة البحث وأن أكثر أبعاد موقف الانتكاسة تأثيراً هو بعد ضغوط رفاق التعاطي بمتوسط نسبة (٦٨،٠٦)، يليه بعد اضطرابات العلاقات بالآخرين بمتوسط (٦٢،٣٩)، ثم بعد المشكلات الأسرية بمتوسط (٦٢،٠٥)، فبعد الشعور غير السارة بمتوسط (٦١،٨٩)، ثم بعد

المشاعر المؤلمة بمتوسط (٦٦،٦٧)، فبعد الآلام النفسية والبدنية والوهن بمتوسط (٥٩،٦٢)، ثم بعد اختبار القوة على الجلوة على التخلي بمتوسط (٤٣،٥٩)، وأخيراً بعد الاشتياق والحنين للعقار بمتوسط (٥٠،٥٦).

خطـــوات البحث :

اتبعت الباحثة في إجراء بحثها الخطوات التالية:

١- الإطلاع على الدراسات العربية والأجنبية المتعلقة بالدراسة الحالية وجمع المادة العلمية .

٢- الإطلاع على الاستبيانات والاختبارات التي صممت ولها علاقة بموضوع الانتكاسة .

٣- اختيار عينة الدراسة من المتعافين المنتكسين (ذكور وإنـــاث) بمستشـــفى الصحة النفسية الطوارئ النفسية بمصر الجديدة وكـــذلك مستشـــفى الصـــحة النفسية العباسية ، وعددهم (٧٨) متعافي منتكس للإدمان مقسمة (٥٧ ذكـــور، ٢١ إناث) .

٤- تطبيق استبيان مواقف الانتكاسة (١٠٠) على أفراد عينة الدراسة.

(د/ عبد الله عسكر، د/ رأفت عسكر، د/ رشا الديدى)

٥- بعد الانتهاء من تطبيق أداة البحث قامت الباحثة بتصـــحيحها ومعالجتهـــا احصائيا.

٦- وأخيرا طرح مجموعة من توصيات للبحث .

توصيات البحث :

١- مناقشة الشباب للوصول إلى جذور المشكلة وعواملها وتعديل اتجاهاتهم تجاه المخدرات.

٢- تشجيع الشباب في التغلب على مشكلاتهم ومقاومة ضغوط الحياة.

٣- تذليل بعض المشاكل التي تواجه المتعافي وتوعية المجتمع لتقبلهم وذلك لتجنب الانتكاسة.

٤- متابعة وتأهيل المتعافي نفسيا واجتماعيا بعد خروجه من المصحة.

٥- زيادة اهتمام المؤسسات العلاجية بأسر المتعافين وتوطيد العلاقة معهم لتجنب الانتكاسة.

٦- عمل برامج وقائية في أماكن تجمعات الشباب (المدارس – الجامعات – النوادي).

إستبيـــــان

مــواقـــف الإنتكــاســـــة (١٠٠)

إعـــداد

أ.د/ عبد اللـــة عسكـــر

د/ رأفـــت عسكـــر

د/ رشـــا الديـــدى

لعــام (٢٠١٥) م

الرقم أو الإسم ---------- المستوى التعليمى ----------

الوظيفة ---------

النوع ---------- الحالة الإجتماعية ----------

محل الميلاد ----------

السن ---------- محل الإقامة ----------

المؤسسة العلاجية -------

عدد مرات العلاج بالقسم الداخلى ---------- وبالعيادة الخارجية - ----------

نوع المواد التى تتعاطاها أو كنت تتعاطاها

ضع علامة (√) فى الخانة المناسبة

أفيون هيروين مورفين كودايين حشيش

بانجو كوكايين

ويسكى براندى فودكا نبيت شمبانيا

بيرة

حبوب مهدئة حبوب منشطة حبوب منومة أخرى :

أذكرها --------

حبوب مهلوسة مواد أخرى : أذكرها ---------

إستنشاق المواد برائحة نفاذة : بوية كلة غراء بنزين

نفط غيرها

ما هو الشئ الذى تفضل تعاطية فى الوقت الحالى ؟ ----------

فيما يلى عدد من المواقف التى ترى أنها تدفعك للتعاطى أو الإنتكاسة إقرأ كل عبارة بعناية وأجب من واقع تعاطيك وضع علامة (√) فى الخانة التى تنطبق أو تراهـــا سببـــا ودع خانة لا تنطبق فارغة .

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
١	حينما تذكرت طعم المخدر .		
٢	عندما أقنعت نفسى بأننى إنسان جديد ويمكننى أن أعتدل فى التعاطى.		
٣	عندما كنت فى صحبة الأصدقاء و قاموا بعزومتى على التعاطى .		
٤	عندما شعرت بالثقة و الهدوء .		
٥	عندما شعرت بأننى بخست قيمة نفسى .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٦	حينما إختلفت مع صديقى .		
٧	حينما كانت هناك مشاجرات فى المنزل .		
٨	عندما شعرت بصعوبة فى النوم .		
٩	عندما حصلت على المخدر الذى أفضل تعاطية .		
١٠	عندما إعتقدت بأن المخدرات أو الخمور لم تعد مشكلة لى .		
١١	عندما كنت مستريحا مع أحد الأصدقاء و أردنا قضاء وقت ممتع .		
١٢	لأنى كنت منسجما مع نفسى .		
١٣	عندما تذكرت أمورا محزنة حدثت فى الماضى .		
١٤	لأنى شعرت بأن الناس لا تحبنى .		
١٥	عندما شعرت بأنة ليس لى مكان بين أسرتى أرجع إلية .		
١٦	عندما رغبت فى زيادة متعتى الجنسية .		
١٧	عندما كنت فى مناسبة إجتماعية إعتدت على التعاطى فيها .		
١٨	عندما تعجبت من قدرتى على السيطرة على التعاطى وشعرت برغبة فى التعاطى لإختبار مدى تحكمى فى الكمية .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
١٩	عندما كنت فى مناسبة يتعاطى فيها الأخرون .		
٢٠	لأننى كنت منسجم مع نفسى .		
٢١	عندما سمعت أن شخص عزيز لدى وقع فى مشكلة .		
٢٢	لأننى كنت وحيد .		
٢٣	عندما سبب لى أحد أقربائى بالضيق والتوتر .		
٢٤	لأننى كنت تعبان و مجهد .		
٢٥	عندما مررت بمكان البياع .		
٢٦	عندما شعرت بالثقة فى أنى أستطيع أن أتعاطى كمية قليلة .		
٢٧	عندما وجدت رفيقى فى العلاج يتعاطى .		
٢٨	عندما شعرت بأننى فوق العالم من السعادة .		
٢٩	عندما خشيت من أن الأمور لن تكون على ما يرام .		
٣٠	عندما شعرت بالضيق لحضور شخص لا أحب رؤيتة .		
٣١	عندما شعرت بأن كل أسرتى ضدى .		
٣٢	لأنى عجزت عن فعل شئ حاولت عملة .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٣٣	عندما وجدت شئ يقودنى الى التعاطى بلا وعى .		
٣٤	عندما رأيت أن مرة واحدة لا تمثل مشكلة .		
٣٥	عندما عرضت على المخدرات وخجلت أن أرفض .		
٣٦	عندما زارنى أصدقاء أعزاء و كنت حينها فى حالة راحة .		
٣٧	عندما شعرت بتراكم الهموم على .		
٣٨	عندما رغبت فى التقرب الى شخص أحبة .		
٣٩	عندما شعرت بأنة ليس هناك أحد مهتم بما حدث لى .		
٤٠	عندما غالبنى النعاس وأنا أريد السهر .		
٤١	عندما فكرت فى أخذ القليل مما أتعاطاة لمجرد الشوق .		
٤٢	عندما رأيت بأنى لن أعرف حدودى فى التعاطى إلا من خلال التجريب .		
٤٣	عندما ألح على أحد الأشخاص بأن أشعر بالسعادة وأشاركة التعاطى		
٤٤	عندما شعرت بالرضا عن شئ فعلتة .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٤٥	عندما شعرت بالضيق .		
٤٦	عندما تدخل الأخرون فى قراراتى وحياتى .		
٤٧	عندما شعرت بالغثيان .		
٤٨	عندما وجدت بالصدفة نوع المخدر الذى أرغبة .		
٤٩	عندما أردت أن أثبت لنفسى أننى أستطيع تعاطى القليل بدون أن أتخدر.		
٥٠	عندما عرض على مديرى أن أشاركة التعاطى .		
٥١	عندما كنت فى نزهة مع أصدقائى و رغبت فى زيادة الإستمتاع .		
٥٢	عندما شعرت بأنى لن أصل الى ما يتوقعة الأخرون منى .		
٥٣	عندما حدثت لى مشاكل مع زملائى فى العمل .		
٥٤	عندما شعرت بالملل .		
٥٥	عندما شاهدت شئ يذكرنى بالمخدر التى أتعاطاها .		
٥٦	عندما أردت معرفة مدى قوتى وأننى أستطيع أن أتوقف بعد مرة أومرتين .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٥٧	عندما شعرت بالإنسجام مع أسرتى .		
٥٨	عندما كنت غضبان الى درجة من بعض الأمور .		
٥٩	عندما إنتقدنى أحد الأشخاص .		
٦٠	عندما شعرت بالإرهاق .		
٦١	عندما رأيت بأنى لا أستطيع التخلى عن التعاطى .		
٦٢	عندما بدأت أعتقد بأنى لست مدمنا .		
٦٣	عندما كنت فى حديث جيد مع أحد الأشخاص .		
٦٤	حينما رأيت أن لا شئ مما عملتة يبدو صحيحا .		
٦٥	عندما شعرت بأن فكرة الناس عنى لم تتغير على الرغم من توقفى عن التعاطى		
٦٦	عندما شعرت بإضطراب و أرتباك فى المعدة .		
٦٧	عندما تشوقت بلهفة للمخدر الذى أتعاطاة .		
٦٨	عندما كانت هناك مناسبة سعيدة أردت الإحتفال بها .		
٦٩	عندما سارت الأمور الى الأسوأ .		
٧٠	عندما زادت أعباء العمل بسبب كثرتة .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٧١	عندما شعرت بالتوتر البدنى و العصبى .		
٧٢	عندما حصلت على النقود التى تمكننى من شراء المخدر .		
٧٣	عندما أردت مشاركة صديق لى فى سعادتة .		
٧٤	عندما شعرت بالحيرة و الإرتباك تجاة شئ يجب أن أعملة .		
٧٥	عندما شعرت بأنى مرفوض من ممارسة الجنس .		
٧٦	عندما شعرت بالتعب والمرض .		
٧٧	عندما كنت فى موقف تعودت أن أتعاطى فية .		
٧٨	عندما أردت الإحتفال بأحد الأعياد .		
٧٩	عندما بدأت أشعر بالذنب تجاة خطأ فعلتة .		
٨٠	عندما شعرت بالغيرة من أحد الأشخاص .		
٨١	عندما كنت أشك فى نشاطى و حيويتى و أردت أن أزود نشاطى .		
٨٢	عندما شاهدت صورة أو إعلان عن المخدر الذى أحب تعاطية .		
٨٣	عندما بدأت أشعر بالتحسن .		
٨٤	عندما كنت غير قادر على التعبير عن		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
	مشاعرى لأحد الأشخاص .		
٨٥	عندما كنت فى حاجة الى شجاعة لمواجهة أحد الأشخاص .		
٨٦	عندما أصابنى الصداع .		
٨٧	عندما رأيت الأدوات التى كنت أستعملها فى التعاطى .		
٨٨	عندما شعرت بأن أمورى سوف تتحسن أخيرا .		
٨٩	عندما سمعت أخبار سيئة خاصة بى .		
٩٠	عندما كنت غير قادر على الإتفاق مع زملائى فى العمل .		
٩١	عندما مررت بمكان التاجر الذى كنت أتعامل معة .		
٩٢	عندما عاملنى بعض الناس بطريقة مريحة .		
٩٣	عندما كنت متشائم من كل شئ .		
٩٤	عندما شعرت برفض أصدقائى لى .		
٩٥	عندما كنت مستمتعا فى موقف و أردت زيادة المتعة .		
٩٦	عندما أصابنى الهم و أردت أن أفكر بهدوء و تركيز .		

الرقم	العبـــــــــــــــــــــــارة	تنطبـــق	لا تنطبق
٩٧	عندما شعرت بالسعادة لتذكرى شئ سار .		
٩٨	عندما فكرت فى الفرص التى ضيعتها فى حياتى .		
٩٩	عندما كنت مع زوجتى و أردت أن أزود قوتى الجنسية .		
١٠٠	عندما شعرت بأن أحد الأشخاص يتحكم فى حياتى بشكل سلطوى وأردت أن أشعر بالحرية والإستقلال .		

إستمارة تصحيح إستبيان مواقـــف الإنتكاســـة (١٠٠)

الاسم أو الرقم : **السن :** **النوع :**

تاريخ التطبيق :

الإشتياق	السيطرة	ضغوط الرفاق	المشاعر السارة	المشاعر غير السارة	إضطرابات العلاقات	المشكلات الأسرية	الآلام البدنية
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨
٩	١٠	١١	١٢	١٣	١٤	١٥	١٦
١٧	١٨	١٩	٢٠	٢١	٢٢	٢٣	٢٤
٢٥	٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠	٣١	٣٢
٣٣	٣٤	٣٥	٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠
٤١	٤٢	٤٣	٤٤	٤٥	٤٦		٤٧
٤٨	٤٩	٥٠	٥١	٥٢	٥٣		٥٤
٥٥	٥٦		٥٧	٥٨	٥٩		٦٠
٦١	٦٢		٦٣	٦٤	٦٥		٦٦

٦٧			٦٨	٦٩	٧٠		٧١
٧٢			٧٣	٧٤	٧٥		٧٦
٧٧			٧٨	٧٩	٨٠		٨١
٨٢			٨٣	٨٤	٨٥		٨٦
٨٧			٨٨	٨٩	٩٠		
٩١			٩٢	٩٣	٩٤		
			٩٥	٩٦			
			٩٧	٩٨			
			٩٩	١٠٠			
المجموع الكلى :							

المراجـــــع

أولا: المراجع العربيـــة:

١) أحمد عبد العزيز الأصفر (٢٠١٢): **أسباب تعاطي المخدرات في الوطن العربى** – جامعة نايف للعلوم الأمنية – الرياض.

٢) أحمد عبد العزيز الأصفر (٢٠٠٤): **عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربى** – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية – الرياض.

٣) أشرف محمود أبو اليزيد السرسى (٢٠٠٢): المواقف المثيرة لانتكاسة التعاطي وتحييدها باستخدام التغذية الرجعية البيولوجية في ضوء بعض متغيرات الشخصية– **رسالة دكتوراة** – كلية الآداب – جامعة طنطا.

٤) الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء (٢٠١٦): **مجلة السكان (بحوث ودراسات)** – مجلة نصف سنوية – إصدار يناير ٢٠١٦.

٥) **الدليل التشخيصى والإحصائى الخامس للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSM5)** – الإصدار الخامسة– الطبعة الثانية عشرة– ترجمة: د.امثال الهادى الحويلة واخرون– مكتبة الأنجلو المصرية (٢٠١٦ م)– القاهرة .

٦) جابر بن سالم موسى وآخرون (٢٠٠٥): **المعجم العربى للمواد المخدرة والعقاقير النفسية** – الطبعة الثانية – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

٧) حامد زهران (١٩٩٧): **الصحة النفسية والعلاج النفسي** – القاهرة – عالم الكتب.

٨) خالد عبد الوهاب (٢٠١٢): **مدى فاعلية برنامج علاجى في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين** – مجمع الأمل للصحة النفسية في الدمام – المملكة العربية السعودية.

٩) داليا على حسن (٢٠١٣): فاعلية برنامج تكاملى للعلاج البيئي لخفض مخاطر احتمالات الانتكاسة لدى عينة من الطلاب المدمنين في مرحلة

التعافي– **دكتوراة** – كلية التربية – قسم الصحة النفسية– جامعة عين شمس.

١٠) ذياب موسى البداينة (٢٠١٢): **الشباب والإنترنت والمخدرات** – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية – الرياض.

١١) رشا عبد الفتاح الديدى، رأفت عسكر (٢٠٠٥): أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا من نزلاء المستشفيات – **دراسات نفسية** – مجلد (١٥)، عدد (٣)، (٣٥٣-٣٩٧).

١٢) حسين فايد (٢٠١٠): **علم نفس الإدمان** – دار الزهراء للنشر والتوزيع– الرياض.

١٣) رياض الجوادى، عبد الله المشرف (٢٠١١): **المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة** – جامعة نايف للعلوم الأمنية بالرياض .

١٤) صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي – **التقرير السنوى لعام ٢٠١٥** – جمهورية مصر العربية.

١٥) عائشة فارس التيبى (٢٠١٠): معدلات الانتكاسة لدى مرضى إساءة استخدام المواد المؤثرة نفسيا وعلاقتها بمستويات الدعم الأسرى للبرامج العلاجية – **رسالة ماجستير** – كلية الآداب جامعة الزقازيق.

١٦) عادل الدمرداش (١٩٨٢): **الإدمان مظاهرة وعلاجه** – الكويت – المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

١٧) عبد الرحمن شعبان عطيات (٢٠٠٠): **المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة** – الطبعة الأولى – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية – الرياض.

١٨) عبد العزيز البريثن (٢٠٠٢): **الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات** – الرياض– أكاديمية نايف للعلوم الأمنية .

١٩) عبد العزيز الغريب (٢٠٠٦): **ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربى**– الرياض – مركز الدراسات والبحوث جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .

٢٠) عبد الله الوايلى (٢٠٠٣): فاعلية العلاج النفسي الجماعى في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات – **رسالة ماجستير** – جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

٢١) عبد الله عسكر (٢٠٠٥): **الإدمان بين التشخيص والعلاج** – القاهرة – مكتبة الأنجلو المصرية .

٢٢) عبده السيد المدبولى (٢٠٠٨): العلاقة بين الاتجاهات الوالدية المتبادلة بين الآباء وأبنائهم المدمنين وعلاقتها بانتكاستهم – **ماجستير** – كلية الآداب قسم علم النفس – عين شمس.

٢٣) عفاف عادل أبو الفتح حافظ (٢٠١٣): فعالية نموذج التركيز علي المهام في تأهيل أسر المدمنين لمرحلة ما بعد العلاج وعلاقته بالوقاية من الانتكاسة – **رسالة ماجستير**– كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان.

٢٤) فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٩): **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات في العقل (التشخيص والعلاج)**– جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية–الرياض – مركز الدراسات والبحوث – الرياض .

٢٥) محمد بن إبراهيم الحسن (١٤٠٨هـ)ـ: **المخدرات والمواد المشابهة المسببة للإدمان** – – الريـــاض – مكتبة الخريجى.

٢٦) محمد حسن غانم، محمود السيد أبو النيل (٢٠٠٥): **سيكولوجية الإدمان والمدمنين (الإدمان أضراره – نظريات تفسيره – علاجه)**، دراسة عبر ثقافية في مصر ودول الخليج العربى – دار غريب – القاهرة.

٢٧) محمد حسن غانم (٢٠٠٥): **العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين مع دراسة عن المتكاسة (الأسباب، العلاج، الوقاية)** – القاهرة – مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٨) محمد فتحى سليمان (٢٠٠٨) : فعالية برنامج سلوكى معرفى لتحسين مفهوم الذات لدى مدمني الهيروين في إطالة الفترة الزمنية للتعافي – **رسالة دكتوراة** – كلية الآداب جامعة بنها.

٢٩) محمد فتحى عيد (٢٠٠٢): **التقنيات الحديثة في مجال مكافحة المخدرات** – الطبعة الأولى – جامعة نايف للعلوم الأمنية – الرياض.

٣٠) مريم حسن البصرى (٢٠١٢): فاعلية برنامج إرشادى على بعض متغيرات الشخصية لدى المدمن الناقة (دراسة إكلينيكية) – **رسالة دكتوراة** – معهد الدراسات التربوية – قسم الإرشاد النفسي – جامعة القاهرة.

٣١) مصطفى سويف (١٩٩٦): **المخدرات والمجتمع (نظرة تكاملية)** – الكويت – المجلس الوطنى للثقافة والفنون – عالم المعرفة.

٣٢) منى صالح العامرى(٢٠٠٠): دراسة فاعلية الإرشاد لنفسي العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية لمتحدة– **دكتوراة** – معهد البحوث والدراسات التربوية جامعة القاهرة.

٣٣) نيرمين عبدالعزيز محرم (٢٠١٢): دراسة الانتكاس في حالات سوء استخدام المواد في عينة مصرية – **ماجستير** – كلية الطب قسم الطب النفسي والصحة العقلية – جامعة بنها.

٣٤) يزيد بن محمد الشهرى (٢٠٠٥): السلوك التوكيدى لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات (دراسة مقارنة بين مدمني المخدرات المنومين بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض) – **ماجستير** – الرياض.

ثانيا: المراجع الأجنبيـــة:

35) Fiorentine Robert (2002): Self - efficacy, expectancies and abstinence acceptance: further evidence for the addicted. Self model of cessation of alcohol and drug", **American Journal of drug and alcohol abuse**, Vol (3), No (1) , pp 121-134.

36) Gebard Husler (2007): "Psycho social of relapse cannabis use in adolescents at risk", **prevention science**, Vol 6 M , No 3.

37) Heather Martin (2002): "importance of substance cues in relapse among herion users: comparison of two methods of investigations, **addictive Behaviors**, Vol (16) , 14-49.

38) Kristen , Anderson , Brown , Sandra (2006): " Life Stress, coping and comorbid youth " – **journal of Psychoactive Drugs (peer Reviewed Journal)**, United Kingdom , Vol 38 (3), sep 2006, pp 255-262.

39) Major John (2004): "Is self-mastery always a helpful resource coping with paradoxical findings in relation to Relapse addictive self -efficacy" **American journal of alcohol abuse**, Vol (6), No(2), pp26-32

40) Salah elgaily &Taha basher (2005): "High-risk relapse situation and self-efficacy: comparison between alcoholics and heroin addicts " **J.OF addictive behaviors**, Vol (29) , pp 753-758.

41) Stewart Jhon (2003): " Stress and relapse to drug seeking" **American journal & addiction** , jan-feb 12 (1) , pp 1-17.