

مواقف الانتكاسة وعلاقتها بكل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية^(١)

مهيناز عبد المنعم مصطفى^(٢) أ.د. / هناء أحمد شويخ^(٣)
د/ نيفين نيروز^(٤)

ملخص

استهدفت الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة، وكل من أبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية، وتكونت عينة الدراسة من (١٠) من مسيئي استخدام المواد النفسية، المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى (٥ ذكور) (٥ إناث)، وتراوحت أعمارهم بين (٢٠-٣٩)، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة البيانات الأولية (إعداد الباحثة)، واستبيان مواقف الانتكاسة (إعداد عبد الله عسكر وآخرين)، ومقياس التنظيم الانفعالي (إعداد الباحثة)، ومقياس اليقظة العقلية (إعداد محمد السيد عبد الرحمن)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة عكسية بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة وكل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية.

الكلمات المفتاحية: مسيء استخدام المواد النفسية - التنظيم الانفعالي - اليقظة العقلية

- الانتكاسة.

(١) بحث منشور من رسالة دكتوراه بعنوان " مواقف الانتكاسة وعلاقتها بكل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية " - مقدمة إلى كلية الآداب- قسم علم النفس- جامعة الفيوم.

(٢) باحثة دكتوراه

(٣) أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة القاهرة

(٤) مدرس علم النفس بكلية الآداب جامعة الفيوم

Relapse Situations and Their Relationship to Both Emotional Regulation and Mental Alertness among Psychoactive Substance Abusers

Mahinaz Abdel Moneim Mustafa (*)

Prof. Dr. Hana Ahmed Shuwaikh (*)

Dr. Nevin Nayrouz (*)

Abstract:

The current study aimed to search for the relationship between relapse situations, the dimensions of emotional regulation, and the dimensions of mental alertness. The study sample consisted of (10) psychological substance abusers attending the outpatient clinics of the Heliopolis Mental Health Hospital, and they were divided into (5 males) (5 females) Their ages ranged from (20-39), and the study tools included a list of primary data (prepared by the researcher), a relapse attitudes questionnaire (prepared by: Abdullah Askar and others), a measure of emotional regulation (prepared by the researcher), a measure of mental alertness (prepared by Muhammad Al-Sayyid Abd Rahman), and the results of the current study resulted in the negative a relationship between total of relapse situations and both of emotional regulation and mental alertness.

Keywords: psychological substances abusers - emotional regulation - mindfulness - relapse.

(*) PhD researcher

(*) Professor of Clinical Psychology, Faculty of Arts, Cairo University

(*) Psychology teacher , Faculty of Arts, Fayoum University

مقدمة:

تعد مشكلة استخدام المواد المخدرة، واحدة من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمع، وأصبحت مشكلة عالمية منذ منتصف الستينيات من القرن الماضي وحتى الآن (غانم، ٢٠٠٥)، فقد تجاوز سوء استخدام المواد المخدرة حدود المشكلات الخاصة بالفرد في العصر الحالي، فامتد أثره ليصل إلى المجتمع بأكمله، فهو يشكل ظاهرة اجتماعية خطيرة، لكونه يهدد الكيان البشري في أمنه واستقراره، لذلك نجد علماء النفس والاجتماع، وفقهاء القانون يولون هذه الظاهرة اهتمامًا كبيرًا، من حيث البحث والدراسة، فطبقًا لتقديرات مؤسسات الصحة العالمية، فقد أعرب مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات، حسب التقرير العالمي حول المخدرات لسنة ٢٠١٩، بأن ما يقرب من ٢٧٥ مليون شخص في العالم، تتراوح أعمارهم بين ١٥-٦٤ عامًا قد تناولوا، مرة واحدة على الأقل، مادة من المواد المخدرة خلال ٢٠١٧، كما أفاد التقرير العالمي للمخدرات لعام ٢٠١٩ بأن ٣٥ مليون شخص، في جميع أنحاء العالم، يعانون من اضطرابات مرتبطة باستخدام المواد المخدرة (المخدرات)، في حين أن ١ من كل ٧ فقط يتلقون العلاج (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2019).

ويعد تكرار تعاطي مادة نفسية معينة من الأمور الخطيرة، فذلك يجعل المخ يتكيف مع وجودها بطريقة تشعر المعتمدين عليها بأنهم طبيعيون عندما تكون المادة موجودة فقط، بينما يشعر الفرد المتعاطي بالحاجة إلى مضاعفة جرعة المادة المخدرة المتعاطاة لتحقيق الأثر المرغوب (محمود، ٢٠٢٢)، كما أن حدوث اعتمادية جسدية ونفسية على مادة معينة، قد تؤثر على الحالة العصبية والنفسية والجسمية للفرد (Cheetham, Allen, Yücel & Lubman, 2010).

وقد أشار تقرير المخدرات العالمي (٢٠٢١) إلى أن حوالي ٢٧٥ مليون شخص تعاطوا المخدرات في جميع أنحاء العالم في عام ٢٠٢١، وتشير

التوقعات الحالية إلى زيادة هذه النسبة إلى ١١% في عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي بحلول ٢٠٣٠، بالإضافة إلى زيادة ملحوظة بنسبة ٤٠% في قارة أفريقيا بسبب النمو السريع للسكان والشباب.

بالإضافة إلى ذلك، يشير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي أن نسبة تعاطي المخدرات في مصر حالياً ٥,٩% في الشريحة العمرية من ١٥ إلى ٦٠ عاماً، وهذا أعلى من المعدل العالمي، الأمر الذي يجعلنا نبحث عن أحدث العلاجات التي تعالج إساءة استخدام المواد النفسية للحد من الانتكاسة (صندوق المكافحة، ٢٠٢٢).

وتعد الانتكاسة والارتداد إلى تعاطي المواد النفسية مشكلة كبيرة تواجه المعالجين، إذ يوجد خطر الانتكاس بعد الشفاء في كل الأشكال، وتعتبر الوقاية من الانتكاسة، لمن تم علاجهم من الإدمان، هي الأسلوب الأمثل للوقاية من المخدرات، فعلاج الإدمان ينبغي ألا يتوقف بعد انتهاء العلاج؛ لأن المريض سوف يجد نفسه وسط مواجهة لمواقف تشتمل على مخاطر عديدة، من الممكن أن تدفعه للعودة إلى الإدمان، وأن الحد من الانتكاسة يعتبر هو التحدي الرئيسي في علاج إساءة استخدام المواد، فقد وجدت الدراسات الحديثة أن من ٨٠ إلى ٩٠% من معتمدي المواد المخدرة والكحول غالباً ما ينتكسون بعد سنة من العلاج (بركات والحلاق، ٢٠١١).

والانتكاسة ليست في حد ذاتها بكارثة، إنما هو حدث طبيعي ومتوقع لمريض سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً؛ مهما كان نوعها ومهما كان نوع البرنامج العلاجي المستخدم، فالهدف الأسمى لبرامج العلاج هو منع الانتكاسة، أو إطالة فترة الإقلاع، أو تخفيف مستوى الجرعات، وتعلم الاستعمال الخفيف كمرحلة أولية في العلاج يمكن التعامل معها، وذلك بالإضافة إلى ضرورة تبصير المريض بطبيعة مرضه، ومساعدته في تجنب مواقف الانتكاسة؛ من أصدقاء، وأماكن، ومواقف ضاغطة، ويتم ذلك من خلال المتابعة المستمرة (الديدي، ٢٠٠١).

ولأن إساءة استخدام المواد هي اضطراب انتكاسي مزمن، فإنه أصبح مرضاً شائعاً عالمياً، ويؤدي إلى ملايين الوفيات سنوياً، كما أن له تأثيراً على جودة حياة الفرد، لذلك جاء تدخل البرامج العلاجية للإدمان، وذلك للوقاية من المشكلات المرتبطة بالإدمان من مشكلات سلوكية، وانفعالية، وغيرها، وهذا جعل ضرورة دمج العلاجات المعرفية السلوكية مع اليقظة العقلية كاستراتيجية لتعديل وعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات والمشكلات المرتبطة بالإدمان، وترجع فعالية اليقظة العقلية في تناقص الانفعالات السالبة والمشاعر والعواطف الذاتية غير السارة، مثل: القلق، والحزن؛ حيث إن هذه المؤثرات السلبية تعد من أهم الدوافع وراء الانتكاس (صيام، ٢٠١٨).

ويرتبط عدم تنظيم الانفعالات بأشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك إساءة استخدام المواد النفسية، ويعتبر عدم التنظيم الانفعالي ذا تأثير كبير في شدة الاضطراب، وفي بدء ظهور المرض، وتتطور القدرة الفعالة على تنظيم الانفعالات أثناء مرحلة المراهقة، وإذا لم يتم التعامل في هذه المرحلة بشكل صحيح مع اقتران عوامل الخطر الأخرى، مثل: العوامل الاقتصادية، والبيئية، والأسرية، فسوف يؤدي ذلك إلى زيادة احتمال ظهور إساءة استخدام المواد في مرحلة مبكرة. كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات انفعالية، مثل: القلق، والاكتئاب، عادة ما يلجؤون إلى إساءة استخدام المواد للتخفيف من ألمهم النفسي والجسدي. وعلى عكس من ذلك، تساهم إساءة استخدام المواد إلى زيادة الافتقار إلى مهارات أو استراتيجيات التنظيم الانفعالي؛ مما يؤدي، فيما بعد، إلى الانتكاسة والخلل الانفعالي، بالإضافة إلى أن إساءة استخدام المواد النفسية يعمل على زيادة العجز المعرفي، ويتم ملاحظة هذا العجز أثناء فترة العلاج، من خلال ضعف الإدراك، وهذا يعتبر السبب الأكثر شيوعاً لعدم تكلمة العلاج والانتكاسة (Schmeichel & Tang, 2015).

وقد أثبتت العديد من الأبحاث وجود معدلات عالية من الاعتلال المشترك

بين عدم التنظيم الانفعالي وبين اساءة استخدام المواد النفسية؛ مما يجعل التأثير متبادل بينهما، وعند تجاهل صعوبات التنظيم الانفعالي في علاج مسيء استخدام المواد، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة معدلات الانتكاسة؛ حيث إن الانفعالات السلبية وعدم إدارة الانفعالات هي من الدوافع الرئيسية للانتكاسة، وهذا يدفعنا بالطبع إلى ضرورة الوصول إلى فهم أعمق للعمليات الانفعالية الكامنة تجاه التعاطي الأولي للمواد، ومن ثم الوصول للإدمان والانتكاسة (Dingle, Naves, Alhadad & Hids , 2018).

ولقد ارتبط التنظيم الانفعالي، في الآونة الأخيرة، بميكانيزمات اليقظة العقلية؛ حيث وجد الباحثون أن اليقظة العقلية لها دور قوي في الانتباه والوعي بالانفعالات مما يؤدي إلى تنظيمها، وهذا ما يحتاجه مسيئ استخدام المواد النفسية حيث يعاني مسيئ استخدام المواد من الاندفاعية وعدم التنظيم الانفعالي (Tang , Posner&Hölzel, 2015).

مشكلة الدراسة:

منذ فجر التاريخ نجد أن الإنسان قد اعتاد على البحث عن مواد مختلفة لتخفيف آلامه أو استشفائه، وحتى لتغيير حالات الوعي، وتعتبر المواد المغيرة لحالات الوعي سلاحًا ذا حدين، فهي مواد مهمة للشفاء من ناحية، لكنها من ناحية أخرى مواد تؤثر على الدماغ والجهاز العصبي، من أجل تعديل المزاج، ومن ناحية أخرى، من أجل إحداث مشاعر من المتعة والاسترخاء؛ مما يؤدي من ناحية أخرى إلى الاعتماد عليها. وتعتبر إساءة استخدام المواد من المشكلات التي تهدد كيان الفرد والمجتمع على حد سواء؛ لما ينتج عنها من مشكلات صحية واجتماعية؛ إذ إن أغلب هذه المواد كالكحوليات أو التدخين أو العقاقير الممنوعة وغير القانونية ذات أثر نفسي يؤدي إلى الاعتماد عليها ويصعب التخلص منها، ومما يزيد من حدة المشكلة أن الفرد لم يعد يسيء استخدام مادة واحدة، وإنما أكثر من مادة في نفس الوقت.

وعلى الرغم من النتائج الخطيرة المترتبة على سوء استخدام المواد إلا أن

تأثيراتها المبدئية على الفرد تكون سارة في العادة، وهو عامل ربما يكون كامنا في جذور الاضطرابات المرتبطة بالمواد. وتجعل معاملة الأفراد لمسيئي استخدام المواد بطريقة سيئة، ووصمهم بمصطلحات شاذة، واتهامهم بضعف الإرادة، الطرق العلاجية غير فاعلة معهم؛ لذلك يرى غالبية المتخصصين في الصحة النفسية والجسدية أن سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي والتعلق بها عبارة عن مرض، له علامات وأعراض محددة يمكن علاجه (سالمان، ٢٠١٨).

حيث يؤثر استخدام المواد المخدرة سلبيًا على عمل الدماغ، فالدماغ مسؤول عن تصرفات الشخص وعواطفه وأفكاره وحركاته وسلوكه، كما تؤثر المادة المخدرة التي تدخل جسم الإنسان على عمل، فهي تعطل الدورة الدموية للدماغ، ونظام نقل المعلومات، أي أنها تؤثر على تلقي المعلومات ومعالجتها ونقلها، وقد يؤدي اعتلال الدماغ، نتيجة استخدام المواد المخدرة، إلى انخفاض الذكاء وفقدان الذاكرة وضعف القدرة على التفكير والتحدث بوضوح والتركيز واتخاذ القرارات وإكمال المهام، والصداع والدوخة، ويؤثر على السلوكيات واللغة والقدرة على التحكم في أفعال الفرد (Shydelko, Mayorchak, Bamburak & Holovach, 2022).

ويعتبر الأفراد، مسيئو استخدام المواد النفسية، هم أكثر الأفراد الذين يعانون من المشكلات النفسية والانفعالية، التي يكون لها تأثير سلبي على حياتهم الشخصية بوجه خاص، بالإضافة إلى التأثير السلبي على المجتمع والاقتصاد بوجه عام. وتعد الانتكاسة من أصعب المشكلات التي تواجه الأفراد مسيئو استخدام المواد النفسية؛ حيث غالبًا ما ترتبط الانتكاسة ليس فقط بالعودة إلى المخدر وحده، إنما العودة إلى جميع السلوكيات الإدمانية والحالة النفسية والعقلية والانفعالية السابقة؛ مما يتسبب في مشكلة كبيرة للمريض وأسرته. وتعتبر الوقاية من الانتكاسة جزءًا من برامج التعافي من الإدمان، يتم وضعه ضمن الخطة العلاجية للمريض.

وتؤثر إساءة استخدام المواد النفسية على الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية، كما أن إساءة استخدام المواد النفسية تكسب الفرد العديد من السلوكيات الإدمانية؛ مثل: العدوان والانفعالات غير المنتظمة؛ مما يؤثر على استجابة الفرد للأحداث اليومية والمواقف الضاغطة وغيرها من الأحداث التي يواجهها الفرد خلال يومه، وتلعب الانفعالات دوراً مهماً في التكيف مع الأحداث الحياتية والأحداث الضاغطة أو المؤلمة، ويمكن وصف الانفعالات بأنها ردود أفعال بيولوجية ومعرفية في مختلف المواقف التي يواجهها الفرد. وعلى الرغم من أن الانفعالات لها أسس بيولوجية، إلا أن لها مهارات أو أساليب لتنظيمها وتوظيفها بشكل صحيح، وهي على النحو التالي: ١- إدراك الانفعالات وفهمها، ٢- قبول الانفعالات، ٣- القدرة على التحكم في السلوكيات الانفعالية، ٤- التصرف وفقاً للأهداف المرجوة. ويتضمن الانفعال كل الأساليب الشعورية وغير الشعورية، مثل: الوعي الجسدي والانفعالي، والمشاعر، وقبول الانفعالات، والمشاعر والحفاظ عليها. وتشير نتائج أبحاث كل Choopan, (Sayed, Azani, Doostian, Farhoudian & Massah, 2016) إلى أن اليقظة العقلية تزيد من الانتباه، وتقلل من الانفعالات السلبية؛ مما يجعلها استراتيجية فعالة في مواجهة إساءة استخدام المواد النفسية، فلقد شهد العقد الماضي طفرة في التدخلات القائمة على اليقظة العقلية للأطفال والشباب، حيث دلت الأبحاث على أن اليقظة العقلية مرتبطة ارتباطاً سلبياً بإساءة استخدام المواد النفسية؛ حيث ترتبط اليقظة العقلية بالصحة النفسية والتنظيم الذاتي للانفعالات وإدارة الغضب، الذي يعزز، بدوره، من دور اليقظة العقلية في مواجهة إساءة استخدام المواد النفسية.

ولقد هدفت دراسة (عبد المنعم، ٢٠١٧) إلى محاولة اكتشاف بعض الاضطرابات الشخصية الشائعة لدى المدمنين وعلاقتها بالاتجاه نحو الانتكاس، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٥) مدمنين من الذكور، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (كل مجموعة تكونت من ٢٥ مريضاً)، وهم: مجموعة

المدمنين أثناء تلقي العلاج، ومجموعة المتعافين لمدة ٦ أشهر، ومجموعة المتعافين لمدة سنة. وأشارت نتائج هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب الأفراد الأكثر انتكاسة وبين متوسط رتب الأقل انتكاساً على مقياس اضطرابات الشخصية في الاتجاه نحو الانتكاس في المجموعات الثلاثة؛ مما يدعم فكرة هذه الدراسة بأن الاضطرابات الشخصية لها دور في الاتجاه نحو الانتكاسة.

بينما توصلت دراسة (بركات، الحلاق، ٢٠١١)، التي كان هدفها هو التوصل إلى أسباب الانتكاسة والعودة إلى تعاطي المخدرات بعد تلقي المفحوصين العلاج، والتعرف على الفروق في الانتكاسة باختلاف نوع المادة المخدرة، وباختلاف المستوى التعليمي، إلى أن أسباب الانتكاسة كان أهمها عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط والمشكلات الأسرية؛ مما أدى إلى ظهور مشكلات نفسية، مثل: القلق والاكتئاب، الأمر الذي أدى إلى العودة إلى الاختلاط بمرضى الإدمان، وأثبتت الدراسة أنه لا علاقة للمستوى التعليمي بالانتكاسة لدى عينة البحث، ولا توجد علاقة أيضاً بمتغير المادة الإدمانية. وبالإضافة إلى ذلك قام كل من (الديدي، عسكر، ٢٠٠٥) بدراسة أسباب الانتكاسة، كما يدرکہا مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات، وتلقي هذه الدراسة الضوء عن أسباب الانتكاسة، من خلال التقرير الذاتي للمرضى، باستخدام استبيان مواقف الانتكاسة على عينة قدرها ١٣٢ مريضاً بمتوسط عمري ٢٨ سنة من الذكور من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية والمؤسسات المعنية ببرامج منع الانتكاسة في مصر، وشملت العينة قطاعاً عريضاً من متعاطي الأفيونات والخمور والحشيش والمهدئات والمنشطات والمنومات بتواريخ متنوعة للتعاطي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود العديد من العوامل المسببة للانتكاسة، أهمها: عوامل خاصة بالاشتياق والتوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى، وعوامل القلق والاكتئاب والإشارات الدالة على العقار، ووجود العوامل المساعدة على

التعاطي من رفاق متعاطين يعرضون المخدرات على المريض، فضلاً عن قصور الكفاية الشخصية في اختبار قدرته على التحكم في مستوى التعاطي مع العديد من العوامل التي تدعم الانتكاسة.

وعن علاقة اليقظة العقلية بالانتكاس لدى مسيء استخدام المواد النفسية، فقد وجد "كينشيل" (Kinchla, 2009)، من خلال دراسته حول تأثير اليقظة العقلية في تحقيق الاتزان العقلي لدى مجموعة من مدمني الكحول، زيادة مستوى الاتزان الانفعالي لدى المجموعة التجريبية التي تعرضت لتدريب على برنامج لليقظة العقلية، وانعكس ذلك على تقليل معدل الانتكاسة لديهم بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، كما قام "جورجي" (George, 2015) بالكشف عن تأثير برنامج تكاملي قائم على اليقظة العقلية؛ من أجل التقليل من صعوبات التنظيم الانفعالي للحد من الانتكاسة، وأثبتت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً جوهرية، لصالح المجموعة التجريبية، في إدارة التنظيم الانفعالي وإدارة اللهفة للمخدر، كما وجد أن أفراد المجموعة التجريبية أقل انتكاسة من المجموعة الضابطة. بينما تناول "كافيسيتشي" وزملاؤه (Cavivcchioli, Vivian & Karaaij, 2020) بتقييم دور اليقظة العقلية كعامل أساسي في ظهور السلوك الإدماني. وتكونت عينة الدراسة من ٣١٩ ممن يعانون من سلوكيات إدمانية مختلفة، لكنهم يعانون، بشكل أساسي، من إدمان الكحول، وقام الباحثون بتقييم مستوى القبول للعلاج ومستوى الحكم باللحظة الحالية، ثم قاموا بقياس التنظيم الذاتي للانتباه، وقياس شدة الإدمان، وقياس صعوبة التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية، وأسفرت النتائج عن أنه كلما ارتفع التنظيم الذاتي للانتباه وعدم الحكم، كلما زادت عملية التنظيم الانفعالي؛ وأدى إلى الحد من السلوكيات الإدمانية المرتبطة بالسلوك الإدماني الأساسي.

أما عن علاقة التنظيم الانفعالي بالانتكاسة لدى مسيء استخدام المواد النفسية، فقد قام "استفيز" وزملاؤه (Estevez, Jauregui, Marcos & Gonzale, 2019) بدراسة كان الهدف منها هو الكشف عن التعلق والتنظيم

الانفعالي لاستخدام المواد المتعددة لدى عينة من الراشدين من مسيئي استخدام المواد النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (٢٤١) ممن يعانون من عدم التنظيم الانفعالي والإدمان، وعينة ضابطة تتكون من (٢٤١) ممن لا يعانون من الإدمان، وبعد تطبيق اختبار بيك للاكتئاب، ومقياس تايلور للقلق الصريح، ومقياس التنظيم الانفعالي، أتضح أن درجات مقياس القلق والاكتئاب وصعوبة التنظيم الانفعالي كانت أعلى بكثير لدى العينة التجريبية من العينة الضابطة، وأضاف أن ذلك انعكس على الحد من الانتكاسة. وفي دراسة أخرى (Orr, Rogers, Shepherd, Buckner, Ditre, Bakhshaie, et al , 2020) كان هدفها الإجابة على التساؤل التالي: هل توجد علاقة بين مشكلات تعاطي القنب وخلل التنظيم الانفعالي؟ وجد أن هناك علاقة غير مباشرة بين تعاطي القنب وكل من القلق والاكتئاب والتفكير الانتحاري، وينعكس ذلك على حدوث خلل في التنظيم الانفعالي، والانتكاس.

وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة وأبعاد التنظيم الانفعالي لدى مسيئي استخدام المواد النفسية؟
- ٢- هل توجد علاقة ارتباطية بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة وأبعاد اليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية؟

أهداف الدراسة:

- ١- الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة والتنظيم الانفعالي لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.
- ٢- الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة واليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.

أهمية الدراسة:

١. الأهمية النظرية: محاولة تقديم تأصيل نظري، يوضح العلاقة بين

مواقف الانتكاسة وكل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية.

٢. **الأهمية العملية:** الاستفادة مما قد تسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج في توجيه العاملين في مجال الإدمان في وضع برامج وخطط أكثر ملائمة لمسيء استخدام المواد النفسية.

مفاهيم الدراسة:

[١] الانتكاسة:

قبل أن نتناول تعريف مواقف الانتكاسة، لا بد أن نذكر تعريف الانتكاسة؛ ومن أشهر تعريفات الانتكاسة الآتي:

الانتكاسة هي "العودة إلى تعاطي المخدرات أو المسكرات بعد فترة من الامتناع، سواء كانت العودة بانتظام، أو كان الامتناع بعد إكمال العلاج، أو أثناء مراحل العلاج". كما تعرف الانتكاسة بأنها العودة إلى تناول المخدرات وظهور علامات واضحة لعدم القدرة مع السيطرة على نتائج المخدر (البناء، ٢٠٠٨)، بينما يعرف (غانم، ٢٠٠٥) الانتكاسة بأنها "الفشل في المحافظة على نمط التغيير، الذي طرأ على السلوك، ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاطي وطرق القواعد الخاصة بالتعافي، وإنما أيضا إلى مجموعة من العلامات والإشارات التحذيرية، التي تظهر قبل قيام الشخص بتعاطي المخدر، سواء كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية، أو اشتياقا داخليا". وتعرف الانتكاسة بأنها "مجرد إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك، وليس فشلاً في تغيير السلوك"، (أبو زيد، ١٩٩٨).

ولقد تبنت الباحثة تعريف (الديدي، عسكر، ٢٠٠٥) لمواقف الانتكاسة بأنها "مجموعة من المواقف الخطرة التي يمر بها مسيء المواد النفسية بعد أن تلقى علاجاً خاصاً داخل مؤسسة علاجية أو خارجها أو أفلح من نفسه لظروف صحية أو اجتماعية".

وقد تعددت المناحي النظرية لتفسير للانتكاسة، ومنها:

(أ) **التفسيرات البيولوجية:** حيث يصف نموذج الإدمان، باعتباره مرضاً يركز على الاستعدادات الجينية للفرد، وعلى الخلل البيوكيميائي، ويرى هذا النموذج أن استخدام المواد المخدرة يؤدي إلى خلل في التوازن الكيميائي بالجهاز العصبي، بحيث يصبح الإدمان هو محصلة تهيؤ جيني أو نتيجة حركة كيميائية أثرت على المخ. ويرى أن المدمن يصاب بخلل في جهازه العصبي، الذي يرسل إشارات الألم أو السعادة إلى سائر الجهاز العصبي، الذي بدوره ينتقي الاستجابات، ولاحظوا أن الأشخاص، من غير مرضى اضطراب استخدام المواد المخدرة الذين يتعرضون لإصابات في المنطقة المخية بالقشرة الأمامية، لا يتعلمون من أخطائهم عند إصدار القرارات الحاسمة، ويرى أصحاب هذه النظرية أن هناك تشابهاً بين كل من مرضى اضطراب استخدام المواد المخدرة وأصحاب الإصابات بالقشرة المخية، فكلاهما ينكر وجود مشكلة لديه، ولا يستطيعون حساب عواقب أفعالهم، كما يبدو أن ميكانيزمات اتخاذ القرار عندهم بها خلل، ويتحول المعتمدون على المواد المخدرة من الإدارة الذاتية للسلوك إلى السلوك الآلي للإشباع الحسي، وتمكنت المسوح الطبية بالأشعة على المخ، من اكتشاف خلل بالمخ في القدرة على اتخاذ القرارات، نتيجة الحاجة القهرية لتعاطي المخدر أو العقار، وسلوك قهري لتعاطي المخدر، وهكذا يبحث المعتمد على المواد المخدرة في دائرة مفرغة لإدمانه، ويكون الإنكار هو الرفيق الأكثر لإدمانه، فيبقى الشخص في دائرته الإدمانية، ويساعده الخلل في القدرة على التعلم، والدافعية، واتخاذ القرارات، على البقاء في الدائرة نفسها (West, & Brown, 2013).

(ب) **المنحى النفسي:**

يرى "فرويد" أن السلوك الإدماني قد يكون محاولة للهروب من ظروف بيئية مرعبة، مثل الألم، وخيبة الأمل، وذهب إلى أن الحياة كثيراً ما تكون صعبة، وتضعنا أمام مهام مستحيلة، ورأى أنه بالتعرض لتلك المواقف الصعبة، قد يلجأ بعضهم إلى إجراءات التسكين، وهم ثلاثة: الانحرافات القوية، الرضا

السلبى، المواد المخدرة، ورأى "جولفر" أن السلوك الإدماني، يوجد للسيطرة على رغبات سادية، أو نزعات مثلية أو لمنع النكوص المؤدى إلى الشخصية الفصامية (Demetrovics, & Kun, 2010).

(ج) النظرية السلوكية:

تفسر هذه النظرية ظاهرة التعاطي والإدمان على ضوء عدة قوانين، من أهمها: (١) قانون الأثر: فكل من حصل على إشباع في مواقف متمثلة في تعاطي المخدر، فقد زادت لديه أهمية الموقف المتمثل في تكرار الاستجابة، وتثبيت السلوك الذي يؤدي إلى ارتياح الفرد وإشباع رغباته.

(٢) التكرار: يؤدي تكرار سلوك تعاطي المخدرات إلى تثبيته وتدعيمه، خاصة إذا كانت الخبرات الناتجة من هذا السلوك فيها إشباع للحاجات.

(٣) التعزيز: فعدم وجود معوقات عند قيام الفرد بسلوك معين يشبع رغبة ويثبت السلوك، فعندما يتعود الفرد على تعاطي المواد المخدرة، ولا يجد أية معوقات تمنعه من تناوله، فإن هذا يشبع رغبته ويدفعه إلى تثبيت ذلك السلوك.

(٤) تقوية العادة: قد تقوى العادة الضارة عندما يهتم الفرد بذاته، دون النظر إلى معايير المجتمع، وعندما يعتمد الفرد على العقار أو المخدر لا يهتم شيئاً، سوى الحصول على إشباع رغباته، وتقوية عادة الحصول على العقار، وهذا يجعله لا يهتم إلا بذاته، بدون النظر إلى معايير المجتمع أو الأسرة (West & Brown, 2013)، كما يرى أصحاب هذا المنحى أن الاعتماد على المواد هو استجابة متعلمة ومكتسبة؛ مما يجعل الفرد يستمر في تكرار السلوك الإدماني والانتكاسات المتكررة، ويؤكد وجود العديد من الأسباب والعوامل المحفزة للاعتماد على المواد، مثل: توافر المادة المخدرة، وسهولة الحصول عليها، وضغط الأصدقاء، بالإضافة إلى ذلك، محاولة الفرد تهدئة القلق الذي يعاني منه نتيجة للضغوط الاجتماعية والنفسية (Marx, 1986).

(د) نظرية التعلم الاجتماعي: وتشمل:

١- **نظرية الاشرط:** افترض "وكلر" أن عوامل الاشرط تؤدي دوراً مهماً في إدمان العقاقير والمخدرات، ولذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابة القائمة على الشرط الإجرائي، حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو منبهات الجهاز العصبي، مثل الامفيتامينات أو الكوكايين، أو بالمسكنات مثل الباربيتورات، ويذهب "وكلر" إلى أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعمقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح معززات ثانوية، نتيجة للتزاوج المتكرر مع التعزيز الأولي المتعمق بتعاطي العقاقير والمخدرات.

٢- **نظرية التوقع:** التوقعات عمليات معرفية، تتعمق بربط الأحداث، أو تتوقع، بشكل أدق، النتائج المترتبة على أحداث معينة، ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقة بين الأحداث أو الموضوعات في موقف قادم، فيما ترى نظرية التوقع في تفسير الإدمان أن ما يتعلمه الفرد هو العلاقة بين استخدام المادة والنتائج المرغوبة أو المعززة.

٣- **نظرية الضغوط العامة:** وتم تفسير الانتكاسة على أساس تعرض الفرد لإحباط شديد ناتج عن الضغوط الثلاثة التالية:

أ- **الفشل:** وهو الإخفاق في تحقيق الأهداف الإيجابية نتيجة لوجود عوائق تمنع الفرد من تحقيق أهدافه.

ب- **المثير السلبي:** وهي تشكل ضغوطاً على المتعافي، والتي تدفعه إلى العودة لتعاطي المخدر كالرفض الوالدي، والضبط الزائد، والشدة، والبطالة، والتهميش في العمل، والنزاعات الزوجية.

ج - **تغيير المثير الإيجابي:** كالحرمان من تحقيق الإنجازات، أو فقدان حوافز ذات قيمة (West, & Brown, 2013).

هـ) **النظرية النفسية الاجتماعية الموقفية:** ويفسر "ليتمان" ١٩٧٩ الانتكاسة على أنها نتيجة تفاعل عوامل عديدة، منها: الموقف ومدى خطورته،

ومدى إدراك الفرد له، ومدى ما يحمله من مثيرات، ومستوى تفاعل الفرد مع الموقف، ومدى تمكنه من مواجهة الموقف بمهارات واستراتيجيات التأقلم، ومستوى العجز المكتسب الذي يشعر به. وفي هذا الصدد أيضا قدم "باندورا" Bandura نظرية الكفاءة الذاتية، التي اشتقت من المنحى الاجتماعي المعرفي، وتدور حول مقدار الحكم الشخصي للفرد على ذاته، في مدى مقدرته على مواجهة المواقف الخطرة أم لا، وهذا الاعتقاد هو الذي سيحدد في الغالب تعاطي الفرد (الانتكاس) أم لا (عسكر، ٢٠١٦).

[٢] التنظيم الانفعالي:

يُعرف "جروس" و"ثمبسون" (Grose & Thopson, 2007) التنظيم الانفعالي بأنه "قدرة الشخص على فهم وقبول انفعالاته، وممارستها في استراتيجيات صحية لإدارة عواطفه وانفعالاته غير المريحة، وتعد مهارة التنظيم الانفعالي هي المهارة التي نتعلمها لفهم الكيفية، التي تعمل بها عواطفنا وانفعالاتنا، والمهارات التي نحتاجها لإدارة عواطفنا، بدلا من أن تدار من قبل الآخرين، وذلك للحد من ضعف التحكم في مشاعرنا السلبية، ولبناء تدعيم الخبرات الانفعالية الإيجابية، كما عرفها "جروس" بأنها العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع وكيفية الانفعال الذي يخبره، هو والآخرين من حوله، وكيفية التعبير عن الانفعالات، وأشار "كوول" (Koole, 2009) إلى التنظيم الانفعالي بأنه العمليات التي من خلالها يستطيع الأفراد إدارة انفعالاتهم، وتعمل الانفعالات مثل نظام التنبيه الآلي؛ حيث تجعل الفرد يتجنب موقفاً معيناً ولا يتجنب موقفاً آخر. ويعاني الأفراد مسيئاً استخدام المواد من عدم التنظيم في الانتقال للمشاعر السلبية وتهديتها، مثل: الإجهاد؛ وذلك يظهر في الرغبة الشديدة للتعاطي وبالتالي الإدمان (Tate, Brown, Glasner, Unrod, & McQuaid, 2006).

وتُعرف "الدو" (Aldao, 2013) تنظيم الانفعالات بأنها العملية التي يقوم من خلالها الأفراد بتعديل تجاربهم الانفعالية واستجاباتهم للمواقف، التي تثير

انفعالاتهم من أجل إنتاج استجابات مناسبة لتتناسب مع متطلبات البيئة واحتياجاتهم باستمرار.

ويقصد بالتنظيم الانفعالي في الدراسة الراهنة هو "قدرة الشخص على الوعي والفهم وقبول انفعالاته، وممارستها في استراتيجيات صحية لإدارة عواطفه وانفعالاته سواء كانت سلبية أو إيجابية".

النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي:

١- نموذج "جروس" و"تومبسون" (Grose & Thompson, 2007)، الذي يفترض أن الأفراد لا يحاولون فقط تنظيم انفعالاتهم السلبية، مثل: الغضب، والحزن، والقلق، وإنما يحاولون زيادة انفعالاتهم الإيجابية، مثل: الحب، والاهتمام، والفرح، وفي بعض الأحيان يحاول الأفراد زيادة انفعالاتهم السلبية، مثل: "الغضب عند تراكم الديون"، أو تقليل انفعالاتهم الإيجابية، مثل: "التسلية أو اللهو أثناء اجتماع في العمل"، ومهما كانت أهدافهم، يفعل الأفراد الكثير من الاستراتيجيات من أجل تنظيم هذه الانفعالات، وذلك من خلال معالجة المعلومات.

٢- نظرية التنظيم الانفعالي والسلوكيات الخطرة (خاصة الانفعالات الإيجابية): تشير إلى أن عدم القدرة على التنظيم الانفعالي قد يزيد من احتمالية الانخراط في السلوكيات الخطرة؛ نتيجة الانفعالات الشديدة، فعلى سبيل المثال: الأفراد الذين يظهرون خللاً أكبر في الانفعالات قد يكونون أكثر ميلاً للانخراط في سلوكيات خطيرة، في محاولة للتخفيف أو إلهاء أنفسهم عن مشاعر سلبية أو مكروهة.

٣- نموذج "كامبوس" وآخرين (Campos, Frankel & Camras, 2004): ووضح النموذج أن عملية الانفعال وتنظيم الانفعال هما عمليتان متكاملتان، لا يمكن الفصل بينهما؛ حيث قد تختلف العمليتان، في ظاهرهما، لكنهما عملية واحدة، ويستخدم مصطلح الانفعال في توصيف تعامل الفرد مع

الحدث، أما مصطلح تنظيم الانفعال فيشير إلى تنوع اتجاهات الفرد، طبقاً للمتغيرات البيئية، أما المصطلحان فيتم تعريفهما معاً على أنهما الأسلوب الذي يتعامل به الفرد تجاه المشكلات التي يواجهها.

[٣] اليقظة العقلية:

إن اليقظة العقلية هي ترجمة لكلمة تم استخدامها في النصوص البوذية القديمة لكلمة يقظة Pali وكلمة Santi، التي تدل على الانتباه والتذكر، وقد تم إدراج الكلمة لقاموس اللغة الإنجليزية على يد "دافيدس" Davids و"ستيد" Stede (Sigel, 2008). وعلى الرغم من وجود اتفاق بين علماء النفس والعلوم الفلسفية على أن اليقظة العقلية تمثل الانتباه للحظة الحاضرة، فإن هناك اتفاقاً أقل بشأن كيفية تعريفها، فالبعض ينظر إليها على أنها سمة، والبعض الآخر يعرفها على أنها مجموعة من مهارات أو تمارين، يمكن تحسينها وتطويرها، وينظر إليها بعض ثالث على أنها انتباه هادف، ووعي بالحاضر، ويرى آخرون أنها بناءً متعدد الأبعاد. ونذكر بعض هذه التعريفات في الآتي: عرف "زين" (Zinn, 2015) اليقظة العقلية باعتبار أنها تتلخص أساساً في الانتباه، بمعنى القدرة على تركيز انتباه الفرد على المحفزات الداخلية والخارجية، ويذكر (Hölze, Lazar, Grad, Olivier, Vago & Ott, 2011) أنها عبارة عن ممارسة من التأمل تؤدي إلى تحسين وتنظيم الانتباه، كما أنها تساعد الفرد على أن يكون أكثر مرونة، وأكثر تقبلاً، وأكثر تفتحاً لما هو جديد.

ويعرفها "ريكس" و"بيرنابي" (Rix & Bernay, 2014)، بأنها "عبارة عن مجموعة من الممارسات أو التدريبات التي يقوم بها الفرد، وتتضمن: الوعي والانتباه الكامل للحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام، وتبنيه حواسنا وأجسادنا لما يدور الآن، وعلى الرغم من تنوع التعريفات، فإن جوهر اليقظة العقلية يتلخص في الآتي: التركيز عن قصد، والانتباه للحظة الحالية، والتفتح والقبول لما يحدث في اللحظة الحالية، سواء كان سلبياً أو إيجابياً. وتعرف الباحثة

اليقظة العقلية بأنها الانتباه والوعي لكل من المشاعر والأفكار والأحداث في اللحظة الحاضرة، دون إصدار أحكام.

النظريات المفسرة لليقظة العقلية:

عند الاطلاع على بعض النظريات المفسرة لليقظة العقلية نجد اتفاق

الباحثين والعلماء في تفسير اليقظة العقلية في الآتي:

- ١- عدم الحكم Non judging: أي محاولة عيش الخبرة، كما هي (هنا والآن) دون إصدار أحكام تقييمية عليها، مثل: جيدة، أو سيئة.
- ٢- الصبر Patience: أي الفهم والتقبل بأنه في بعض الأحيان يجب أن نتكشّف بعض الأمور في الوقت المناسب.
- ٣- عقل مبتدئ Beginners Mind: أي رؤية الخبرات كأنها تحدث لأول مرة.

٤- الثقة: أي أن نتفق الآن، وأن نضع قدرتنا فيما نفعله الآن، في هذه اللحظة

بالذات، بعيدا عن التفكير فيما يجب أن نفعله في زمان ومكان آخرين.

٥- عدم السعي: أي عدم السعي نحو تغيير ما لا يمكن تغييره في الواقع، وهو ممارسة التحرير الواعي لأنفسنا من القلق حول الأحداث والمواقف التي نستطيع تغييرها.

٦- التقبل: أي قبول رؤية الخبرات كما هي في الواقع في اللحظة الحالية.

٧- دعها تذهب: أي ترك الأفكار والمشاعر والمواقف والخبرات تذهب بعيداً عنك، دع الأمور كما هي الآن أمامك (صيام، ٢٠١٨).

كما تتلخص اليقظة العقلية في الآتي:

(١) التنظيم الذاتي للانتباه^(١): وهي عبارة عن حالة تشمل ممارسات التأمل واليوغا لتحفيز الانتباه، كما تساعد اليقظة في تقوية القدرات المعرفية وتوظيفها، فهي تساعد على التركيز لفترات طويلة، والانتباه لأشياء محددة، كما تعمل

(1) Self-regulation of attention

على تحسين قدرات التنظيم الذاتي والمرونة العقلية، وذلك مع الممارسات المستمرة.

٢) الانتباه للحظة الحالية^(١): ويعتبر أصل التنظيم الذاتي هو التركيز على الخبرة الحالية (هنا والآن)، والتركيز على الحالة الداخلية والخارجية أو الأفكار الحالية، وتتمثل الداخلية في (ضغط - تتميل - اهتزاز - حرارة.. إلخ)، والأفكار، مثل: (أشعر بالملل - هذا سخي - متى يمكنني أن أتحرك؟) في حين أن الظواهر الخارجية تنشأ من خارج الفرد، مثل: (الأصوات، والمشاهد، والروائح)، وفي كل الحالات، يتم توجيه الانتباه مرة أخرى إلى التجربة الحالية، مع ملاحظة المشاعر والأفكار والأحاسيس التي تدور في اللحظة الحالية، مثال: عند ممارسة تمارين التنفس أثناء جلسة اليقظة العقلية يطلب المرشد من الأفراد ذكر كل ما يطرأ عليهم من تغيرات، مثل: (تغيرات في درجة الحرارة - الإحساس بالهواء في القصبة الهوائية - حركة القفص الصدري - حركة البطن أثناء التنفس ... وغيرها)، وبالتالي تساعد اليقظة على زيادة إحساسنا بما يحدث بداخلنا.

٣) الفصل^(٢): وهو الفصل في التفكير أو الاجترار، بمعنى أنه في حالة اليقظة العقلية لا بد أن يفصل الفرد نفسه عن فكره أو أي أفكار قد تبعده عن اللحظة الحالية، أو تشتت انتباهه عنها، وليس معنى ذلك أن اليقظة العقلية هي عبارة عن عملية قمع، وإنما تطلب من الفرد أنه عندما يتشتت انتباهه أن يتذكر دائماً أن يركز انتباهه في اللحظة الحالية، وبالتالي استعادة انتباهه لما يحدث الآن.

٤) عدم الحكم^(٣): وهي عبارة عن عدم الحكم على اللحظة الحالية، وذلك من خلال تقبل الخبرات الجديدة، وعدم الحكم على التجارب التي يمر بها الفرد، سواء كانت جيدة أو سيئة.

(1) Present-moment focus

(2) No elaboration

(3) Nonjudgmental

٥) التسامح^(١): فكلما تطورت القدرة على اليقظة، كلما زادت القدرة على تحمل الظواهر غير السارة. وتشبه اليقظة العقلية العلاج بالتعرض في العلاج النفسي، حيث يتم تعريض الفرد لمجموعة من الخبرات المؤلمة؛ من أجل أن يغير مشاعره وأفكاره، مع الاستمرار على هذه الممارسات، وعند تعرض الفرد لخبرات حقيقية، فإن أحاسيسه ومشاعره ستكون أقل تفاعلاً، عما كانت عليه من قبل (Lichtemstein, 2016).

- أنواع اليقظة العقلية:

ذكر (مصطفى، ٢٠١٩) أن اليقظة العقلية تنقسم إلى أربعة أنواع أساسية:

١- اليقظة العقلية المعرفية: التي تحدث عندما يتحرر العقل من الرغبة والكرهية والتجاهل؛ حيث تشير الرغبة إلى المشاعر الموجهة تجاه الأشياء، سواء مادية أو غير مادية، وغالبا ما تكون هذه الرغبات مصدرا للألم والمعاناة النفسية.

٢- اليقظة العقلية الانفعالية: وتهدف إلى فهم أفضل للانفعالات، سواء أكانت إيجابية أو سلبية، فبدون اليقظة العقلية يمكن أن تحدث هذه الانفعالات، وأفكار عقلية تؤثر على انفعالات الفرد وجسمه.

٣- اليقظة العقلية الجسمية: التي تتضمن التأمل والوعي بالجسم وكيفية توظيفه في تنمية التركيز والتحكم في النفس بطريقة غير مباشرة؛ حيث يعد الاسترخاء مظهرًا أساسيًا من ممارسات اليقظة العقلية الجسمية.

٤- اليقظة العقلية للظواهر الطبيعية: التي تتضمن إدراك الفرد لجميع الظواهر على أنها تحدث بطريقة ثابتة؛ مما يحد من المعاناة النفسية، ويزيد من فرص النمو النفسي السليم.

[٤] إساءة استخدام المواد النفسية:

وهي إحدى الاضطرابات الناتجة عن استخدام الشخص مادة أو أكثر من المواد النفسية مخلفا مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية التي

(1) Tolerance

تسبب له مشكلات في المنزل أو المدرسة أو العمل، وتقع اضطرابات هذه
المواد في عدة فئات، حسب نوع المادة المساء استخدامها، ومنها:

- ١- اضطرابات تعاطي الكحول.
- ٢- اضطرابات استخدام المسكنات.
- ٣- اضطرابات استخدام التبغ.
- ٤- اضطرابات استخدام المواد الأفيونية.
- ٥- اضطراب استخدام الماريجوانا.
- ٦- اضطراب استخدام المنشطات (عسكر، ٢٠٠٥).

أنواع المواد النفسية:

- ١- **الامفيتامينات:** وهي أحد أنواع المخدرات، التي تعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي، ومن تأثيرها (فرط الحركة، خفقان القلب، الطاقة المفرطة، الإحساس بالسعادة، الاكتئاب، تقلب المزاج، ضعف الذاكرة، اضطراب الشخصية، الذهان).
- ٢- **الكوكايين:** يعمل على ارتفاع ضغط الدم والشعور بالطاقة والقوة والابتهاج والاكتئاب والإنهاك والرغبة في تعاطي المزيد.
- ٣- **الـ LSD:** دواء يستعمل في عمليات التخدير وفيه (يرى الشخص أشكالاً بصرية ملونة واصواتا وانغاما موسيقية واضطرابا وهلاوس في الكلام والتفكير).
- ٤- **الكيثامين:** دواء يستخدم في عمليات التخدير ومن تأثيره (تخدير عام للجسم، وانفصال عن الذات، وهلاوس، واضطراب في الذاكرة)، كما أن زيادة الجرعة تؤدي إلى اختلاجات وتوقف التنفس والموت.
- ٥- **الماريجوانا والحشيش:** يتمثل تأثيره في الاسترخاء والنعاس والابتهاج الكاذب وعدم الإحساس بالزمن وتشوه الذاكرة وارتفاع نبضات القلب والتسمم العصبي، وهو ما قد لا يكون واضحاً بالنسبة للبعض، نظراً لأن النوعين يتم استخراجهما من نبات واحد وهو "القنب"، لذلك يعتقد الكثيرون

أنهما مخدر واحد له أكثر من اسم، وهو اعتقاد خاطئ لأنهما مختلفان على الرغم من انتمائهما إلى نفس النبتة.

٦- الأفيون: يتمثل تأثيره في (الاسترخاء والهلوسة ويعتبر من أسوأ أنواع المواد التي تسبب إدماناً شديداً خلال فترة قصيرة (محمد، ٢٠٠٨).

٧- الهيروين: من مركبات المورفين، التي تستخرج من نبتة الخشخاش المنوم، ويحضر مخبرياً على شكل حجارة أو مسحوق شديد النقاوة، فالهيروين مخدر قوي للجهاز العصبي المركزي، وكان يستعمل، في بادئ الأمر حين اكتشافه، كعلاج للآلام الحادة أو السعال، وإلى الآن يستعمل، بشكل قانوني، في بعض المشافي لآلام ما بعد الجراحة أو السرطان أو الإصابات الجسدية الحادة.

٨- الترامادول: هو مسكن ألم ينتمي لمجموعة من العلاجات التي تسمى الأفيونات، يستخدم الترامادول أنواع الألم المتوسطة إلى الشديدة، حيث يعمل على تثبيط مستقبلات الألم في الجهاز العصبي المركزي (Duke, Bigelow, Lanier & Strain, 2011).

والإدمان، أساساً، ينتج من خلل في الجهاز العصبي المركزي، مع عوامل وراثية ونفسية واجتماعية وبيئية... إلخ، وتتبنى الباحثة تعريف إساءة استخدام المواد بأنه: عدم القدرة على التوقف عن تناول المخدر، بالإضافة إلى الاستخدام القهري، واللهفة أو الحنين للمخدر، على الرغم من الأذى الذي يسببه للمريض (Herie, Godden, Shenfeld & Kelly, 2010).

فروض الدراسة:

١- توجد علاقة، ذات دلالة إحصائية، بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة وأبعاد التنظيم الانفعالي لدى مسيئ استخدام المواد النفسية.

٢- توجد علاقة، ذات دلالة إحصائية، بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة

وأبعاد اليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.

منهج وأدوات الدراسة:

• المنهج:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي، لتحديد العلاقة الارتباطية بين مواقف الانتكاسة وكل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية، لدى مسيئي استخدام المواد النفسية المتعددة.

• أدوات الدراسة:

[١] استمارة جمع البيانات: وهي تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية الخاصة بالمريض، كالعمر، النوع، مستوى التعليم، عدد مرات الانتكاسة، المستوى التعليمي، نوع المادة المخدرة، والحالة الاجتماعية والمهنية.

[٢] مقياس التنظيم الانفعالي: بعد أن تم الاطلاع على بعض المقاييس المهمة بالتنظيم الانفعالي والأطر النظرية التي تم عرضها، تم صياغة بنود المقياس، في صورته الأولية، لينتكون من ٥٣ عبارة موزعة على خمسة أبعاد (الوعي بالانفعالات- قبول الانفعالات- استراتيجيات التنظيم الانفعالي- لوم الذات- لوم الآخرين). وتم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين، وعددهم (٦)^(١) من أعضاء هيئة التدريس في مجال الصحة النفسية، وعلم النفس، والقياس النفسي، لمعرفة آرائهم حول مناسبة البنود التي تقيس كل مكون من مكونات المقياس، وبعد التحكيم أصبح المقياس

(١) شكر وتقدير للأساتذة المحكمين لمقياس التنظيم الانفعالي، وهم: أ.د/ علي مفتاح علي، أستاذ علم النفس الإكلينيكي، بكلية الآداب، جامعة بنها، أ.د/ بدرية كمال، أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب جامعة المنصورة، أ.د/ تحية محمد عبد العال، أستاذ علم النفس بكلية التربية قسم الصحة النفسية، جامعة بنها، أ.د/ أمال إبراهيم الفقي، أستاذ قسم الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة بنها، أ.د/ عبد الرحمن أحمد شحاته، أستاذ بكلية التربية قسم الصحة النفسية، جامعة بنها، أ.د/ أمينة بدوي، أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية الآداب، جامعة بنها.

مكونا من (٥٠) بنداً، ويطلب من المفحوص الإجابة عن البنود باختيار بديل من أحد البدائل الخمسة: (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، وتأخذ هذه الاختيارات تقديرات من ١:٥ على الترتيب بالنسبة للبنود التي صيغت بصورة موجبة، والعكس مع البنود التي صيغت بصورة سالبة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٥٠-٢٥٠)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود إيجابي للتنظيم الانفعالي.

تم حساب صدق المقياس بالطرق الآتية:

١- **صدق المحكمين:** حيث تم عرض المقياس، في صورته الأولية المكونة من (٥٥) بنداً، على (٦) من أعضاء هيئة التدريس من المتخصصين في الصحة النفسية والقياس النفسي، لمعرفة آرائهم حول مدى مناسبة البنود، التي تقيس كل مكون من مكونات المقياس، وأسفرت نتائج التحكيم عن حذف (٥) بنود لم تحظ باتفاقهم ليصبح المقياس مكوناً من (٥٠) بنداً مع تعديل مضمون البنود التي يصعب فهمها حتى تكون أكثر إجرائية وملاءمة لقياس المكون الذي تنتمي إليه.

٢- **الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي لمقياس التنظيم الانفعالي من خلال تحديد مدى ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمكون، الذي تنتمي إليه، وارتباط الدرجة الكلية، لكل مكون من مكونات المقياس، بالدرجة الكلية للمقياس ككل، ولقد وجدنا تفاوتاً في دلالة قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية، وتم حذف العبارات غير الدالة إحصائياً وهي (١، ٢، ١١، ١٧، ١٦، ١٩، ٢٦، ٣٥، ٤٧، ٤٤، ٤٠)، ومن ثم انخفض عدد البنود في مقياس التنظيم الانفعالي بعد الحذف إلى (٣٥) بنداً بعد أن كان ٥٠ بنداً.

أما عن الثبات:

١- **حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:** وذلك للتحقق من ثبات المقياس ككل، حيث كانت الدرجة على بُعد الوعي بالانفعالات ٠,٣٨، بينما بُد قبل

الانفعالات كانت الدرجة عليه ٠,٢٦، وبُعد استراتيجيات التنظيم الانفعالي ٠,٦٤، وبُعد لوم الذات كانت الدرجة عليه ٠,٧٩، وبُعد لوم الآخرين ٠,٥٦، أما معامل ألفا للمقياس الكلي فقد جاءت ٠,٧٦.

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: فقد جاء معامل الارتباط بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان . براون ٠,٧٨، وهو ما يؤشر إلى ثبات المقياس.

[٣] مقياس اليقظة العقلية (تعريب محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠١٦): والهدف من المقياس قياس مهارات اليقظة العقلية، متمثلة في خمسة أبعاد، هي: الملاحظة، الوصف التعامل مع الوعي، عدم إصدار أحكام وردود أفعال، حيث يتكون مقياس اليقظة العقلية من ٣٩ بندا، موزعة على خمسة أبعاد، ويتم تصحيح المقياس من خلال الإجابة عن كل بند فيه على مقياس متدرج من خمسة اختيارات، وتحصل الإجابة إطلاقاً على درجة واحدة، والإجابة نادراً على درجتين، والإجابة أحيانا على ثلاث درجات، والإجابة غالباً على أربع درجات، والإجابة دائماً على خمس درجات، إذا كانت العبارة في الاتجاه الموجب، والعكس مع العبارات السالبة، وهي العبارات المعكوسة.

وتم حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، من خلال حساب دلالة ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس، وبالتالي تم حذف البنود التي جاءت غير دالة إحصائياً، وهي البنود التالية (٤-١١-٣٠-٣٥-٣٩).

أما عن الثبات، فقد أوضحت نتائج الثبات بطريقة ألفا كرونباخ تمتع أبعاد المقياس والدرجة الكلية بدرجة جيدة من الثبات، إذ تراوحت بين ٠,٦٢ و ٠,٨١، ولأبعاد، وبلغت ٠,٧٨ للمقياس الكلي، كما تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق، وجاء معامل الثبات في القياس ككل ٠,٨١.

[٤] استبيان مواقف الانتكاسة (إعداد عسكر وآخرين، ٢٠٠٥):

وكان الهدف من المقياس هو تحديد المواقف المثيرة للانتكاسة، التي

يتعرض لها المتعافي، من أجل معرفة الأسباب التي قد تكون سببا في انتكاسة كل متعافٍ، ويتمثل استبيان مواقف الانتكاسة، من استبيانات التقرير الذاتي الذي يغطي معظم المواقف الخطرة، التي تؤدي للانتكاسة لتعاطي المواد المؤثرة نفسياً، وتشير كل عبارة إلى سبب يؤدي إلى الانتكاسة. ويتكون الاستبيان من ثمانية مواقف هي:

أ- **الاشتياق وتلميحات العقار:** ويتكون من خمس عشرة عبارة، ويعني الحالة النفسية المصاحبة لتذكر المادة المخدرة ومواقف التعاطي السابقة، التي تثير حالة من القلق والتوتر كمؤشر للربغة في التعاطي من خلال استدعاء صور ذهنية ورؤية رفاق التعاطي وظهور أدوات التعاطي أو المادة نفسها.

ب- **اختبار القدرة على السيطرة:** ويتكون من تسع عبارات، وتشير إلى قصور في الكفاءة الذاتية وإدراك الفرد بأنه يستطيع أن يتحكم في جرعات التعاطي للوصول إلى جرعة صغيرة تؤدي أغراض الجرعات الكبيرة ليكتشف بأنه قد وقع مرة أخرى في زيادة الجرعات، وعاد إلى حيث كان قبل العلاج والإقلاع.

ج- **ضغوط رفاق التعاطي:** ويتكون من سبع عبارات، وتشير إلى عدوى الانتكاسة التي تظهر من خلال ظهور رفيق العلاج في حالة تعاطي أو عرض أحد الرفاق المادة المتعاطاه على الفرد أو أشخاص من ذوي التأثير على الشخص مما يؤدي به للانتكاسة.

د- **المشاعر السارة:** ويتكون من ثماني عشرة عبارة، وتعني هنا بالبحث عن اللذة والاستمتاع ورفع مستوى المزاج والعلاقات مع الآخرين والاستمتاع الجنسي والوصول إلى الانسجام مع النفس والآخرين.

هـ- **المشاعر غير السارة:** ويتكون من ثمانية عشرة عبارة، وتعني حالات المزاج السلبي مثل الشعور بالحزن واليأس والهموم والسأم والتأخر النفسي حركي والأسى على الذات.

و- اضطراب العلاقات بالآخرين: ويتكون من خمس عشرة عبارة، وهي عبارة عن مجموعة من العبارات، التي تقيس اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة، التي لا يستطيع فيها الشخص أن يحل صراعاته مع الآخرين وخاصة الأصدقاء، بالإضافة إلى الشعور بالنبذ والاضطهاد من الآخرين والشعور بالوحدة، مما يجعل ذلك موقفاً خطراً يؤدي إلى الانتكاسة.

ل- المشكلات الأسرية: ويتكون من خمس عبارات، وتعني غياب الأمن والهدوء النفسي في المنزل، وكثرة الصراعات والشجار، وتكتل الأسرة ضد الفرد.

م- الآلام النفسية والبدنية والوهن: يتكون من ثلاث عشرة عبارة، وتعني ظهور الآلام النفسية والبدنية، مثل التوتر العضلي والأرق واضطراب الهضم والإجهاد والتعب والصداع، مع حالات الوهن، التي تشير إلى عدم القدرة على التعبير عن العواطف، حيث توجد علاقة بين العناصر البدنية والنفسية والسلوكية في أي حالة عاطفية.

ويقوم المفحوص بوضع علامة (صح) أمام العبارات التي تنطبق عليه، ويعطي درجة واحدة، على كل علامة تنطبق عليه، ويتم التصحيح وفقاً لمفتاح التصحيح المعد لذلك، وتحسب الدرجة على كل مقياس أو موقف فرعي، وتجمع الدرجة الكلية، التي تشير إلى معدل الخطورة، وفقاً للنسبة المئوية لعدد العبارات، التي تنطبق، من عدد عبارات كل موقف.

ولقد اعتمدنا على صدق الاستبيان من خلال تقدير الاتساق الداخلي، من أجل حساب دلالة ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعي، والدرجة المجمعة على المقياس الكلي، ولقد وجدنا أن هناك تفاوتاً في دلالة قيم معاملات ارتباط البنود بالدرجة على كل من المقاييس الفرعية، وقد تم حذف كل البنود، التي جاءت معاملات الارتباط غير دالة إحصائياً فيها، وهي (١، ٦، ٦٣، ٣٠، ٥٢، ٦٩، ٧٥، ٩٢، ٨٤، ٨٩، ٩٩

٤٠، ٥٤)، ومن ثم انخفض عدد البنود في مقياس الانتكاسة من ١٠٠ بند إلى ٨٧ بنداً. كما تم حساب الثبات على طريقة ألفا كرونباخ، وكانت درجة الثبات ٠,٩٥. وإعادة التطبيق كان معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني ٠,٩٧. وجاء معامل الثبات، بطريقة القسمة النصفية، بعد تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان. براون ٠,٩٤، وهذا يشير إلى ارتفاع ثبات المقياس.

• عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (١٠) من مسيئي استخدام المواد النفسية، المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى (٥ ذكور) (٥ إناث)، وتراوح أعمارهم بين (٢٠-٣٩)، وقد تراوح المستوى التعليمي من متوسط إلى عالٍ، ويوضح جدول (١) الخصائص الديموجرافية للعينة.

جدول (١) توزيع أفراد العينة مع الخصائص الديموجرافية

المستوى التعليمي	العمر	الحالة الاجتماعية	الحالة المهنية	نوع المادة	عدد مرات الانتكاسة
متوسط	٢٠	متزوج	مطلق	لا يعمل	١
عال	٢٠	متزوج	يعمل	يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١
٢٠	٢٠	متزوج	لا يعمل	لا يعمل	١

نتائج الدراسة الراهنة:

أولاً: نتائج الفرض الأول

تم استخدام اختبار معامل ارتباط "سبيرمان" لدلالة الارتباط بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاسة، وكل أبعاد التنظيم الانفعالي لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.

جدول (٢)

نتائج دلالة الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاسة
وأبعاد التنظيم الانفعالي لدى مسيئي استخدام المواد النفسية

الدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاسة		متغيرات الدراسة	م
مستوى الدلالة	معامل الارتباط		
٠,٠٠١	-٠,٨٧	الوعي بالانفعالات	١
غير دال	-٠,٤٤	قبول الانفعالات	٢
غير دال	-٠,٣٥	استراتيجيات التنظيم الانفعالي	٣
غير دال	-٠,٢١	لوم الذات	٤
غير دال	-٠,١٤	لوم الآخرين	٥
٠,٠٣	-٠,٦٧	الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي	

يتضح من الجدول السابق، وجود علاقة سلبية دالة، بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاس، وكل من بُعد الوعي بالانفعالات والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي، بمعنى أن زيادة الوعي بالانفعالات والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي يصاحبه انخفاض في الانتكاسة والعكس صحيح، بينما لم نجد أي علاقة ارتباطية بين باقي أبعاد التنظيم الانفعالي (قبول الانفعالات، استراتيجيات التنظيم الانفعالي، لوم الذات، لوم الآخرين)، والدرجة الكلية لمواقف الانتكاس لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.

ثانياً: الفرض الثاني

تم استخدام اختبار معامل ارتباط "سبيرمان" لدلالة الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمواقف الانتكاسة وأبعاد اليقظة العقلية لدى مسيئي استخدام المواد النفسية.

جدول (٣)

نتائج دلالة الارتباط بين الدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاسة
وأبعاد اليقظة العقلية لدى مسيئ استخدام المواد النفسية

م	متغيرات الدراسة	الدرجة الكلية للاستبيان لمواقف الانتكاسة
		مستوى الدلالة
		معامل الارتباط
١	الملاحظة	٠,٦٧-
٢	الوصف	٠,٣٥-
٣	التعامل مع الوعي	٠,٦٩-
٤	إصدار أحكام	٠,٠٣-
٥	عدم إصدار ردود فعل	٠,٥١-
	الدرجة الكلية لليقظة العقلية	٠,٧٨-
		٠,٠٠١

يكشف جدول (٣) عن جود علاقة سلبية دالة بين الدرجة الكلية لمواقف الانتكاس وكل من بُعدي الملاحظة، والتعامل مع الوعي والدرجة الكلية لليقظة العقلية، بمعنى أن زيادة الملاحظة والتعامل مع الوعي والدرجة الكلية لليقظة العقلية يصاحبها انخفاض في الانتكاسة والعكس صحيح، بينما لم نجد أي علاقة ارتباطية بين باقي أبعاد اليقظة العقلية (الوصف، إصدار أحكام، عدم إصدار ردود أفعال) والدرجة الكلية لمواقف الانتكاس لدى مسيء استخدام المواد النفسية.

مناقشة النتائج:

لقد أتضح، من نتائج الدراسة الراهنة، أنه توجد علاقة، ذات دلالة إحصائية سلبية، بين الدرجة الكلية لاستبيان الانتكاسة وكل من الدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي واليقظة العقلية، وبعض أبعادهما، وهذا يعني أن انخفاض كل من التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية يصاحبه ارتفاع في معدل الانتكاسة لدى مسيء استخدام المواد النفسية.

ولقد اتضحت مشكلة الدراسة الراهنة أثناء التطبيق في مستشفى مصر

الجديدة للصحة النفسية وعلاج الإدمان، حيث إن مشكلة عدم التنظيم الانفعالي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بإساءة استخدام المواد والانتكاسة؛ فيعاني مسيء استخدام المواد من الاندفاعية وعدم تنظيم الانفعالات الذي يؤدي إلى اللهفة، ومن ثم إلى الانتكاسة؛ حيث أقر العديد من المدمنين أنهم قد انتكسوا نتيجة الاندفاعية وعدم تحمل المشكلات الأسرية والمشاعر السلبية والإيجابية؛ مما يؤدي إلى اللهفة، ومن ثم الانتكاسة.

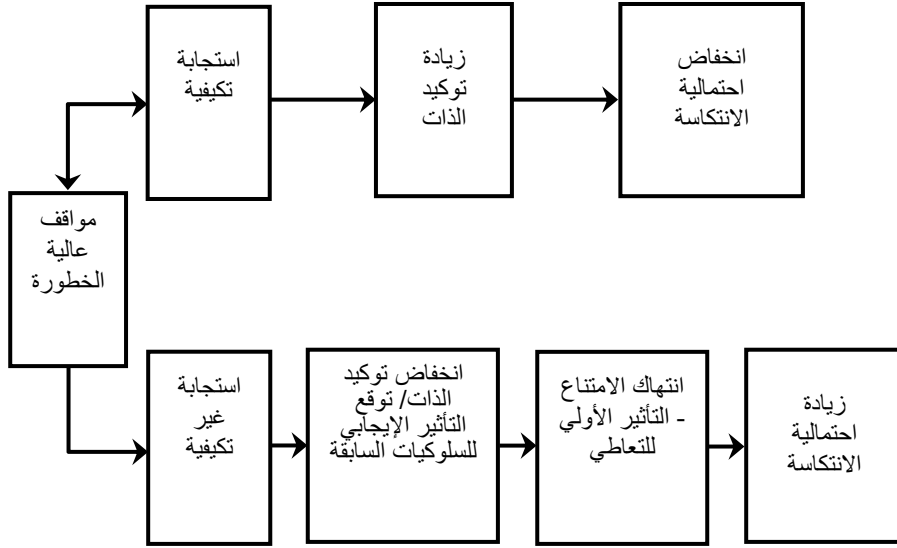
تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه "كينشيل" (Kinchla, 2009)، الذي أثبتت دراسته، أن لليقظة العقلية دوراً في تحسين مستوى الاتزان العقلي، لدى المجموعة التجريبية مقابل المجموعة الضابطة، وانعكس ذلك على الحد من الانتكاسة، كما تتفق نتيجة الدراسة الراهنة مع دراسة "بريوير" وآخرين (Brewer, Sinha, Chen, Ravenna, Babuscio, Nich et al., 2009) التي أكدت أن الأفراد، الذين تدربوا على ممارسات اليقظة العقلية، كانوا أقل ضغطاً وإحباطاً، وانتكاساً من المجموعة الضابطة، كما ظهر ذلك أيضاً في دراسة (George, 2015) التي أثبتت فيها وجود فروق واضحة، لصالح المجموعة التجريبية في إدارة الانفعالات وإدارة اللهفة للمخدر، وانخفاض عدد مرات الانتكاسة مقارنة بالمجموعة الضابطة، واستخلصت أن العلاج القائم على اليقظة العقلية كان أكثر فعالية في تقليل نسبة الاندفاع والانتكاسة مقارنة بالعلاجات الأخرى، وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات (Fillo, Alfano, Daniel, Paulus, Smits et al., 2016; Chen, Wang, Zhou, Winkler, Pauli, Sui et al., 2018) وهو أن هناك فعالية ملحوظة لليقظة العقلية في تقليل نسبة الاندفاع والانتكاسة.

هذا وقد ذكر (عبيد، ٢٠٢٠) أنه قد لا يستمر المدمن في التعافي نتيجة لمجموعة من الضغوط العامة، التي تنعكس على قدرته على التنظيم الانفعالي، وهي: (أ) الفشل في تحقيق الأهداف الإيجابية نتيجة لوجود عوائق تمنع الفرد من تحقيق أهدافه. (ب) المثير السلبي: وهو من الجوانب التي تشكل ضغوطاً

على المتعافي، وتدفعه إلى العودة لتعاطي المخدر، كالرفض الوالدي والضببط الزائد والشدة والبطالة والتهميش في العمل والنزاعات الزوجية. (ج) تغيير المثير الإيجابي: كالحرمان من تحقيق الإنجازات أو فقدان حوافز ذات قيمة، فقد ينتج الضغط عن فقدان الدعم الاجتماعي، بفقدان الزوجة أو الأم أو الأب، حيث فقدان المثير الإيجابي يدفع الفرد إلى محاولة إيجاد بديل أو الانتقام من الشخص المسؤول عن ذلك بالعودة للتعاطي.

وقد تفسر لنا نظرية "ليتمان" ١٩٧٩ الانتكاسة على أنها نتيجة تفاعل عوامل عديدة، منها: الموقف ومدى خطورته، ومدى إدراك الفرد له، ومدى ما يحمله من مثيرات، ومستوى تفاعل الفرد مع الموقف، ومدى استطاعته مواجهة الموقف بمهارات واستراتيجيات التأقلم، ومستوى العجز المكتسب الذي يشعر به، وفي هذا الصدد أيضا قدم "باندورا" Bandura نظرية الكفاءة الذاتية، التي اشتقت من المنحى الاجتماعي المعرفي، وتدور حول مقدار الحكم الشخصي للفرد على ذاته في مدى مقدرته على مواجهة المواقف الخطرة أم لا، وهذا الاعتقاد هو الذي سيحدد في الغالب تعاطي الفرد (الانتكاس) أم لا (عسكر، ٢٠١٦، ١٠٥).

وتتماشي نتائج الدراسة الراهنة مع نظرية العوامل المعرفية السلوكية لـ "مارلت" وزملائه، وترجع أصول هذه النظرية إلى دراسة تم إجراؤها على عينة من مدمني الكحول، قوامها (٧٠)، وانتهت الدراسة إلى أن معظم المنتكسين كان السبب الرئيسي لانتكاسهم، هو التعرض للمواقف عالية الخطورة؛ مما يدفعهم للرغبة الشديدة في التعاطي ثم الانتكاسة. وفقاً إلى الشكل التالي (١):



شكل (1)

النموذج المعرفي السلوكي لمارلت Marlett للانتكاسة

ويوضح هذا الشكل أهمية استجابة الفرد، في المواقف عالية الخطورة، فإذا كان لدى الفرد استجابة تكيفية فعالة في التعامل مع المواقف عالية الخطورة فإن احتمالية الانتكاسة تقل، أما إذا كانت لديه استجابة غير تكيفية في مواجهة المواقف العالية الخطورة، فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض توكيد الذات وتوقع التأثير الإيجابي للمخدر، ومن ثم تكون احتمالية الوقوع في الزلة، ومن ثم الانتكاسة، أكبر (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Willson,; Marx,1986).

ومن ثم فإن الرغبة في تعاطي المخدر تخلق إحساسا وشعورا بالتحكم الذاتي، وكلما استمرت فترة الامتناع عن المخدر كلما أصبح إدراك الذات أكثر تأثيرا، وأثناء فترة الامتناع عن المخدر يكون من المحتمل بشكل كبير التعرض للمواقف العالية الخطورة، مثل: الصراع مع الآخرين، والانفعالات، أو المشاعر السلبية، والضغوط الاجتماعية، وهنا لا بد من توضيح كل هذه المواقف للمريض، لكي يتجنبها، حتى لا يعود للمخدر مرة أخرى (Brownell, Marlett, Lishtensen, & Weilson, 1986).

ولقد قرر "باندورا" Bandura أنه، إذا كان الفرد قادرا على مواكبة الموقف، فإن فاعلية الذات تكون في مرحلة التطور، وعلى الجانب الآخر، فإنه إذا لم تتم عملية الاستجابة بطريقة جيدة أو ملائمة بسبب الخوف، فهذا يقلل من مستوى الفاعلية، بالإضافة إلى الإحساس باللامبالاة، وبالتالي قد يزيد الميول إلى تعاطي المواد المخدرة، كآلية للتعامل مع المواقف، وعندما تقل فاعلية الذات، نتيجة عدم القدرة على مواكبة المواقف عالية الخطورة بطريقة مناسبة، يكون الناتج الإيجابي راجعا لآثار المادة المخدرة (أبو زيد، ١٩٩٨).

ومن هنا تتضح أهمية متغيري الدراسة، وهما التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية، كعاملين مرتبطين بالحد من الانتكاسة لدى مسيء استخدام المواد النفسية.

أولاً: المراجع العربية:

أبوزيد، مدحت (١٩٩٨). لهفة الاعتماد العقائري والإبر الصينية. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

بركات، مطاوع ؛ الحلاق، إقبال(٢٠١١). أسباب الانتكاسة من وجه نظر المدمنين دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني للرعاية الشباب في دمشق". مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، ٣٣(٥)، ١٥٩-١٨٠.

البناء، صفاء (٢٠٠٨). تنمية مهارات المواجهة الفعالة للحد من الانتكاسة لمدمني المخدرات من الشباب. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، ٢٥(٢)، ٦٤٣-٦٧٧.

الديدي، رشا ؛ عسكر ، عبد الله (٢٠٠٥). أسباب الانتكاسة كما يدركه مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات، مجلة دراسات نفسية، ١ (٣)، ٣٥٣-٣٩٧.

الديدي، رشا(٢٠٠١). المرأة والإدمان "دراسة نفسية اجتماعية من منظور التحليل النفسي". القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

سالمان، الشيماء (٢٠١٨). النموذج البنائي للعلاقات المسببة بين التنظيم الانفعالي والمفهوم المدرك للشريك والرضا المهني لدى الأخصائيين النفسيين بالمنيا. مجلة الإرشاد النفسي، ٥٥ (١)، ١-٥١.

صندوق المكافحة والتعاطي (٢٠٢٢). <https://www.vetogate.com/4753433>

صيام، ياسمين (٢٠١٨). فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على الوعي الآني لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى معتمدي الترامادول من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
عبد المنعم، تامر(٢٠١٦). الاتجاه نحو الانتكاس عند المرتفعين والمنخفضين على اضطرابات الشخصية لدى عينة من مدمني

- الهيروين خلال المراحل العلاجية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، قسم علم نفس، جامعة المنوفية.
- عسكر، عبد الله (٢٠٠٥). الإدمان بين التشخيص والعلاج. ط٥، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عسكر، ابراهيم (٢٠١٦). المتغيرات الاجتماعية والفيزيقية للمنتكسين من علاج الإدمان، رسالة دكتوراه (غير منشورة) معهد الدراسات والبحوث البيئية جامعة عين شمس.
- غانم، محمد (٢٠٠٥). العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. مكتبة الانجلو، القاهرة.
- محمد، عفاف (٢٠٠٨). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- عبيد، محمد (٢٠٢٠). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٥٠ (١)، ٤٥-٧٢.
- محمود، شرين (٢٠٢٢). الاشفاق على الذات وعلاقته بأعراض الاكتئاب لدى المعتمدين على المواد المخدرة في مرحلة الرشد المبكر، مجلة كلية الآداب، جامعة سوهاج، ٦٥ (١)، ١٨٥-٢١٥.
- مصطفى، محمد (٢٠١٩). فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين. المجلة التربوية، ٧ (٦٢)، ٣٦٦-٤٥٥.

ثانياً: مراجع أجنبية:

- Aldao,A. (2013). The Future of Emotion research: Capturing context. **Journal of Association for psychological science**, 8 (2), 155-172.

- Brewer, J., Sinha, R., Chen, J., Ravenna, M., Babuscio, T., Nich, C., Grier, A., Bergquist, K., Reis, D., Potenza, M., Carroll, K., Rounsaville, B. (2009). Mindfulness Training and Stress Reactivity in Substance Abuse: Results from A Randomized, Controlled Stage I Pilot Study. **Journal of substance Abuse**, 30(4), 306-317.
- Brownell, K., Marlatt, A., Lichtenstein, E., Willson. (1986). Understanding and prevention relapse, **Journal of American psychologist**, 41(7), 765-782.
- Campos, J., Frankel, C., & Camras, L. (2004). On The Nature of Emotion Regulation. **Journal of Child Development**. 25(2), 377-394.
- Cavivcchioli, G., Vivian, T., & Karaaij. (2020). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. **European Journal of Psychological Assessment** , 23(3), 141-149.
- Cheetham, A., Allen, N., Yücel, M., & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. **Clinical**
- Chen, X., Wang, D., Zhou, L., Winkler, M., Pauli, P., Sui, N., Li, Y. (2018). Mindfulness-based relapse prevention combined with virtual reality cue exposure for methamphetamine use disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. **Journal of contemporary clinical trials**. 70, 99-105.
- Choopan, H., Sayed, M., Azani, Y., Doostian, Y., Farhoudian, A., & Massah, O. (2016). Effectiveness of Emotion Regulation Training On The Reduction of Craving in Drug Abuse. **Journal of Addict Health**, 8(2), 68-75.

- Demetrovics,Z.,Kun,B.(2010).Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. **Journal of Substance use&Misuse**,45(8):1131-1160.
- Dingle, G., Naves, D., Alhadad, S., Hides. (2018). Individual and interpersonal emotion regulation among adults with substance use disorders and matched controls. **British Journal of clinical psychology**,57(2), 186-202.
- Duke, A. N., Bigelow, G. E., Lanier, R. K., & Strain, E. C. (2011). Discriminative stimulus effects of tramadol in humans. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, 338(1), 255-262.
- Estevez, A., Jauregui, P., Marcos, I., Gonzale, H.(2019).Attachment , Emotional Regulation , And Substance Use Among Substance Using Adults. **Journal of Behavioral addictions**, 6(53), 339-441.
- Fillo, J., Alfano.C., Daniel, J. Paulus., Smits, M., L.Davis. , Rosen., Field, D., Bass, H., Marcus, Timothy, S., Church, Mark, B., Powers & Zvolensky, M. (2016). Emotion Dysregulation Explains Relations between Sleep Disturbance and Smoking quit- Related Cognition. **Journal of Addict Behavior**, 57(3), 6-12.
- George, B. (2015). Efficacy of Acceptance and Mindfulness Relapse Prevention Program On Emotion Regulation Difficulty Among Alcoholics In Kerala India. **Journal of Alcoholism And Drug Dependence**, 3 (3), 2-24.
- Grose, J., & Thompson, R. (2007). **Emotion Regulation: Conceptual Foundations. Handbook**. New York: Guilford press.
- Herie, M., Godden, T., Shenfeild, J., & Kelly, K. (2010). Addiction an Information guide. World health

- organization collaborating center. Canada. Retrieved from: <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/addiction-guide=en&hash>
- Kinchla, M.(2009). **Mindfulness and Sustained Recovery from Alcoholism**. Doctoral of psychology, Massachusetts School of Professional Psychology.
- Koole, S. L. (2009). Does emotion regulation help or hurt self-regulation. *Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes*. New York, **Psychology Press**. 11, 217-231.
- Lichtenstein, B. (2016). The Mindfulness Imperative: How The pedagogical principles of Mindfulness provide the foundation for Biofeedback. **Journal of Biofeedback**. 44(3). 121-125.
- Marx, R. (1986). Relapse Prevention for Managerial Training: A model for Maintenance and Behavior change. *Academy of Management Review*. Retrieved From <http://homepages.se.edu/cvonbergen/files/2013/01/Relapse-Prevention-for-Managerial-Training-A-Model-for-Maintenance-of-Behavior-Change.pdf>
- Orr, M., Rogers, A., Shepherd, J., Buckner, J., Ditre, J., Bakhshaie, J., & Zvolensky, M. (2020). Is There a Relationship Between Cannabis use Problems, Emotion Dysregulation, and Mental Health Problems among Adults with Chronic Pain? **Journal of Psychology**, 25(6), 742–755.
- Rix, G., Bernay, R.(2014). A Study of the Effects of Mindfulness in Five Primary Schools in New Zealand. **journal of Teachers work**. New Zealand. 11(2). 201-220.
- Schmeichel, B., & Tang, J. (2015). Individual Differences in

- Executive function and their relationship to emotional processes and responses. **Journal of Association Science**, 24(2), 93-98.
- Shydelko, A., Mayorchak, N., Bamburak, N., & Holovach, T. (2022). Social and Psychological Rehabilitation of People Addicted to Psychoactive Substances: Research Results. **BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience**, 13(1), 387-419.
- Sigle, D. (2008). **The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems**. New York: The Guilford Press.
- Tang, Y., Hölzel, B., Posner, M., I., (2015). Mindfulness and training attention. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson & B. P. Meier (Eds) **Handbook of mindfulness and self-regulation** (pp. 23–32). New York: Springer Science.
- Tate, S. R., Brown, S. A., Glasner, S. V., Unrod, M., & McQuaid, J. R. (2006). Chronic life stress, acute stress events, and substance availability in relapse. **Addiction Research & Theory**, 14(3), 303-322.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2019). Global Study on Homicide: Homicide trends, patterns and criminal justice response. **united nation**.
- West, R., & Brown, J. (2013). **Theory of addiction**. New York: John Wiley & Sons.
- Zinn, J. (2015). Mindfulness Original Ratio in conscious. **Journal of Mindfulness**, 6(6). 1481-1483.