

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدي عينة كويتية من متعاطي المخدرات في  
مركز علاج الإدمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية

د. فوزية عبد الله التركيت<sup>1</sup>

أستاذ مشارك علم النفس

كلية التربية الأساسية

الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب - الكويت

ملخص الدراسة :

" تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر على الفرد والمجتمع ونظراً لتداخل الأسباب في هذه الظاهرة فإن هذا البحث حاول أن يوضح مدى الدعم الأسري على البرامج العلاجية المتكاملة التي تعالج متعاطي المخدرات ، وكيفية تأثير المريض المعتمد على المواد ذات التأثير النفسي في تفادي الانتكاسة لغياب هذه المساندة التي تساعد المرضى على التغلب على مشاعر الانتكاسة.

وجاءت الفروض على النحو التالي :

الفرض الأول :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية في استبيان مواقف الانتكاسة ومتوسطات أبعاد الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة مرضى القسم الداخلي على استبيان مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة.

الفرض الثالث :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة.

---

<sup>1</sup> شكر وامتنان : قامت الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب مشكورة ممثلة بإدارة البحوث وتمويل هذا البحث من بداية حتى مرحلة النهائية مما كان له أكبر الأثر في إنجاز هذا المشروع الحيوي في خدمة المجتمع الكويتي والمجتمعات الأخرى ، راجين من الله أن يستمر هذا الدعم للمشاريع البحثية المختلفة .

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

أما بالنسبة للفرض الأول فقد جاءت النتيجة ذات دلالة إحصائية بدلالة (٠,٠٠١) وبمناقشة النتائج لهذا الفرض فقد أثبت الفرض صحته من أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي والمرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة.

وبالنسبة للفرض الـ

ثاني جاءت نتائج الفرض الثاني ذات دلالة إحصائية في أبعاد مقياس الدعم الأسري ومقياس مواقف الانتكاسة دلالة (٠,٠٠١).

وبالنسبة للفرض الثالث اتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى العيادات الخارجية في الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي لاستبيان مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسري.

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات في

مركز علاج الإدمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية

د. فوزية عبد الله التركيت<sup>2</sup>

أستاذ مشارك علم النفس

كلية التربية الأساسية

الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب - الكويت

مقدمة:

تعتبر مشكلة الانتكاسة في مرض الإدمان من المشاكل التي تتعامل معها معظم البرامج العلاجية حيث إن الانتكاسة جزء من مرض الإدمان ؛ ولذا فسوف تعرض الباحثة هذه المشكلة وعلاقتها بمستويات المساندة الأسرية من حيث أهمية المساندة الأسرية في التقليل أو الحد من الانتكاسة ، ومن هذا المنطلق تستعرض الباحثة دراستها هذه على النحو التالي :

اتجهت المؤسسات العلاجية في ميدان الصحة النفسية إلى اعتماد العديد من البرامج العلاجية لمرضى الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي من نزلاء المستشفيات ، وأولت المؤسسات العلاجية الرسمية والخاصة والأهلية اهتماماً خاصاً لمواجهة مشكلة الإدمان من خلال الوقاية عن طريق العلاج، فهناك المنظور الطبي البيولوجي الذي يرى أن الإدمان مشكلة بيولوجية ذات بعد وراثي أو علة بدنية يمكن مداواتها وقد يتلزم اضطرابات سوء استعمال المواد المؤثرة نفسياً مع اضطرابات الشخصية واضطراب القلق والاكتئاب. (Blume, 1989) وهناك من يعتبرها مشكلة نفسية في المقام الأول ، وأنها محاولة للتداوي الذاتي من الاضطرابات النفسية والتي تتطلب علاجاً نفسياً ، ويرى البعض أنها عادات سلوكية متعلمة وفقاً للسياق الاجتماعي ، ولذا تعتمد هذه المؤسسات على البرامج العلاجية المتكاملة الطبية والنفسية والاجتماعية . إلا أن المشكلة العالمية التي تواجه البرامج العلاجية لمرضى الإدمان أو الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً هي مشكلة الانتكاسة أو العودة إلى التعاطي بعد فترات مسن الإقلاع وخاصة لدى متعاطي الأفيونات والخمر والكوكايين والمهدئات الصغرى . إذ تتراوح

<sup>2</sup> شكر وامتنان : قامت الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب مشكورة ممثلة بإدارة البحوث وتمويل هذا البحث من بدايته حتى مرحلة النهائية مما كان له أكبر الأثر في إنجاز هذا المشروع الحيوي في خدمة المجتمع الكويتي والمجتمعات الأخرى ، راجين من الله أن يستمر هذا الدعم للمشاريع البحثية المختلفة .

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

نسب الانتكاسة بين (٣٠ إلى ٧٠%) طبقاً لنوع التعاطي ، وتتراوح مدة الإقلاع ما بين أقل من يوم بعد العلاج ، وقد تستمر لخمس سنوات حسب تقارير المتابعة التي تعتمدها المؤسسات الدولية في علاج الإدمان. (Gerstein, 1994) بينما تشير تقارير أخرى إلى أن نسبة (٤٠ - ٦٠%) ممن يعالجون من اضطرابات تعاطي المواد المؤثرة نفسياً ينتكسون على مدار العام التالي للعلاج. (Gerstein, 1994)

فالتطرق إلى التعافي يأتي من خلال الدخول في برنامج علاجي فالمدمن إما في طريق التعافي أو في طريق التعاطي ، وطريق التعافي يعني أنه يتفادى الانتكاسة أما طريق التعاطي فيعني أنه يعود إلى المخدر مرة أخرى أي ينتكس بعد العلاج.

ولقد أدرك العاملون في ميدان علاج الإدمان أهمية الانتكاسة كتحدي أساسي لعملية العلاج. وهي في نفس الوقت جزء من العملية العلاجية ، فلا يوجد ما يسمى بالانتكاسة إلا في رحلة علاجية ، فالمتعاطي الذي لا يتردد على العلاج ومحاولات التوقف لا يعرف الانتكاسة ، على خلاف من يمر بخبرة علاجية يتوقف فيها لفترة عن التعاطي ، فبمجرد أن يمتنع المتعاطي ولو لمرة واحدة يعد مكسباً، سبجارة لا يدخلها مدخن هي مكسب في طريق العلاج ، وكل كأس لا يشربه مدمن الخمر يعد مكسباً ، فكل صحياً واقتصادياً ونفسياً. (عبد الله عسكر ، ٢٠٠٩: ص ٩٧-٩٨)

ويضيف عبد الله عسكر " يشكل الهدف الرئيسي لبرامج علاج الإدمان والتعاطي الوصول إلى ما يسمى بالإقلاع أو منع الانتكاسة (Relapse Prevention) وعبر التاريخ الطويل من المحاولات العلاجية التي بدأت بدافعية بعض المتخصصين في العمل مع المتعاطين بشكل منفرد ، حيث بدأت العلاجات بنظرة اختزالية تلك النظرة التي اختزلت الظاهرة ووفقاً للتحيز المعرفي الذي تنطلق منه بنية المتخصصين فالأطباء ينظرون إلى الظاهرة على كونها علة بيولوجية يمكن التعامل معها طبيياً بالعقاقير والأساليب الطبية وينظر علماء النفس إليها على كونها اضطراباً في بنية الشخصية أو اضطراباً سلوكياً - معرفياً يمكن التعامل معه ، وعلماء الاجتماع ينظرون إليها على أنها نتاج لسياق اجتماعي محدد يمكن التعامل معه ، أما رجال الدين والقانون فينظرون إلى الظاهرة على كونها انحرفاً أخلاقياً ودينياً يستوجب الإرشاد وإقامة الحدود والعقوبة ، وعلى الرغم من ذلك فإن معدلات الانتكاسة ترتفع كدليل على فشل العلاج فضلاً عن تفاقم المشكلة بالانتقال من عقار لآخر وهكذا تتعقد الأمور مما أدى إلى فشل النظرة وتراجع المحاولات الفردية". (عبد الله عسكر ، ٢٠٠٩ : ص ٧١ - ٧٢).

وترجع الانتكاسة أو فشل العلاج إلى المناحي العلاجية التقليدية التي تركز على التوجيهات السلبية ( Negative Directives ) كوسيلة لتغيير سلوك التعاطي وهذه التوجيهات السلبية من شأنها أن تقلل التقدير الذاتي للمتعاطين ، حيث إنها تخبرهم بما يجب ألا يفعلوه دون أن تخبرهم بكيفية البحث عن مصادر أخرى بديلة لما يجب أن يفعلوه بدلا من التعاطي مما يولد لديهم استجابات متعارضة تلقائيا لهذه التوجيهات السلبية هذا بالإضافة إلى أن الفنيات المستخدمة في هذه النواحي العلاجية تركز على إزالة العرض (Symptom Removal) فالشفاء من منظورهم يقتصرن بإزالة الأعراض الظاهرية لسلوك التعاطي أي أن المتعاطين في طريقهم للشفاء طالما أنهم لا يتعاطون هذه المواد المؤثرة نفسيا وينتظمون في برامجهم العلاجية دون التركيز على تغيير البنيات الدينامية التي تكمن وراء هذه السلوكيات الإدمانية. ( Tierney, 1990, PP, 142 -143. )

ولهذا توجهت الجهود الدولية والمحلية للوقاية من الوقوع في دائرة الإدمان. إلا أن الأمر لا يتوقف عن التحذير أو تضخيم خطورة الإدمان ، بقدر ما يتوقف على مدى فعالية البرامج العلاجية التي تقدم للمرضى في المراكز العلاجية المتخصصة للعلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة وذلك للحد من الظاهرة أو خفض الطلب على المخدرات والتي ينبغي أن تدعمها الأسرة كركن أساسي في نجاح برامج منع الانتكاسة. المعاندة الأسرية:

الأسرة ذلك النظام الذي يتكون منه المجتمع فالأسرة لها الأساليب الخاصة بها لدعم أفرادها ومساعدتهم في حال المحن والأزمات ونظرا لكون مشكلة المدمن داخل الأسرة لما يسببه هذا المدمن من أزمات له وللأسرة التي ينتمي إليها فمن الواجب على الأسرة أن تتعاون مع هذا الشخص للنهوض به وتعافيه من الإدمان ، ولكن نجد في المجتمعات العربية دور الأسرة يقتصر على الدعم المادي والاقتصادي أكثر من الدعم النفسي والمعنوي وكذلك تحاول الأسرة أن تتعامل مع الإدمان بالإفكار مثلما يفعل المدمن لأن هذا يجلب لها الخزي والعار بالمقارنة بالأسرة التي تجاوزها أو القبيلة التي تنتمي إليها الأسرة ، وهذا يسبب خللا في البرامج العلاجية التي تعتمد على أهمية الدعم الأسري لأفرادها حتى يجتازوا مشكلة العودة للتعاطي . وتوجد لدى الأسر بعض الاعتقادات الخاطئة عن مفهوم الإدمان وكيفية التعامل مع المدمن نظرا لما لهذا الاعتقاد الخاطئ من الأثر السيئ على المتعاطي وبالتالي يقوده إلى العودة للتعاطي مرة أخرى . وفي بعض التعريفات لمرض الإدمان أنه مرض الإنكار أي إنكار الأسرة وكذلك إنكار المريض نفسه للمشكلة.

ومن هذا المنظور رأَت الباحثة أهمية دراسة مستويات المساندة الأسرية لدى هؤلاء المعتمدين وأثر ذلك على فاعلية البرامج العلاجية التي تعتمد على الفريق العلاجي المتكامل والتي تعتمد على المنحى (الحيوي ، النفسي ، الاجتماعي) أو (Bio - Psycho - Social) والتي تركز على أن الإدمان مرض له أسبابه وله أعراضه ويمكن التعافي منه . فالجو العاطفي للأسرة من أهم العوامل التي تجعل الأشخاص يتكيفون مع واقعهم والأسرة تعتبر من أهم عوامل التنشئة الاجتماعية وهي الممثلة الأولى للثقافة وأقوى الجماعات تأثيراً في سلوك الفرد فهي التي تسهم بالقدر الأكبر في الإشراف على النمو الاجتماعي للطفل وتكوين شخصيته وتوجيه سلوكه وبالتالي للأسرة وظيفة اجتماعية ونفسية هامة.(محمّد أشرف أبو العلا، ١٩٩٤، ص ٢٨).

#### العلاقات الأسرية وتعاطي المواد المخدرة والانتكاسة

توضح الدراسات والنظريات التي أجريت على الأسرة والمتعلقة بتعاطي المواد المخدرة السبل لفهم — ليس فقط — لماذا وكيف يصبح الأفراد مدمنين، وإنما أيضاً كيف يتم التمسك بهذا السلوك ولماذا ترتفع معدلات الانتكاسة . بكلمات أخرى فإن العوامل المؤثرة في الانتكاسة ربما تكون هي نفس العوامل التي تدفع الفرد إلى سوء استخدام المواد المخدرة (وقد ركزت التفسيرات المرتبطة بالأسرة المتعلقة بإدمان المخدرات على النمذجة الأبوية (Parental modeling, ) (النماذج الأبوية).

( Kandle, Kessler and Margulies, 1978, Kaufman and Kaufman,

Newlin & Thompson 1990.) (Newcomb & Bentler 1988, 1979; ) (ونظرية

الأنظمة ( Stanton , 1980 ) ونظرية تداخل الأجيال (Bowen, 1978). ففي إطار

منظور تداخل الأجيال ( Intergeneration ) ، تناول ( Bowen, 1987. ) الأسرة بوصفها

نظاماً انفعالياً حيث تتشكل من قوتين متضادتين (الاندماج - التمايز ( Fusion and

differentiation ) بحيث تسعى كل واحدة لتحقيق التوازن للأخرى . وبالتالي فإن نمو الأسرة

السوية ومن ثم الشخصية السوية يمكن فقط أن يتحقق عندما يتم تنمية مهام كافية تسمح

بتحقيق الألفة ( Intimacy ) والاستقلالية (Autonomy). فمن جانب نجد أن التمايز الوالدي

المناسب للذات يعمل على نمو استقلالية الأطفال مما يساعدهم على تحقيق التفاضل والتمايز

الذاتي عن أسرهم الأصلية . ومن جانب آخر نجد أن التمايز الذاتي المناسب لأجد الوالدين دون

الآخر ، أو استمرار الصراعات الأبوية يضع الطفل في مثلث الأسرة ويمنع الطفل من تحقيق

العملية الهامة من التفرد والانفصال عن الأمرة الأصلية للفرد . ومن ثم فقد تم اعتبار إدمان

المخدرات نتيجة لكون الطفل حبيساً في أسرة عدائية ، ( Enmeshed family ) حيث يحاول

الهروب من هذا الاقتحام عبر التمرد أو اتخاذ أسلوب حياتي يتسم بالرغبة في الاتحار وتأييب الذات ( Taxtor ; 1987 ) ، كما تم تفسير الإدمان كأسلوب يشير إلى التحكم المبالغ فيه في حياة الفرد نفسه.( Weidman , 1983 ) أو كأسلوب من الحرية في أن يعبر الفرد عن مشاعره الخاصة غير تلك المفروضة عليه من أسرته .

وفي ضوء نظرية النسق الأسري ، نجد أن إدمان المخدرات قد تم تناوله بوصفه جزءاً من حلقة دائرية من الهيوموستازس ، حيث نجد الإدمان يخدم الحفاظ على النظام الهيوموستازي بينما الأسرة تحافظ على السلوك الإدماني. ( Schwartzman , 1988 ; Stanton , 1980 )

فالنظام الأسري لمسيئي استخدام المواد المخدرة غالباً ما يدور حول العضو المدمن في الأسرة ، أكثر من تلك المشكلات الأسرية التي سبق التركيز عليها . وفي نفس الوقت فإن السلوك الإدماني يجمع بين الصراعات الأسرية التي تؤدي إلى المعاناة إلى جانب العلاقات الزوجية المضطربة ، والبعد العاطفي (Emotional distance) ونقص الألفة. ( Textor , 1987.)

فالعلاقات الزوجية للأسرة الأصلية للمدمن غالباً ما تتسم بالصراعات التي لم يتم حلها مع أحد الأبوين ( عادة الأم ) ، والتي تغالي في احتواء الطفل المدمن (غالباً الابن ) لذلك فإن المدمن وأبويه يشكلان (ثنائياً) أسرياً تفاعلياً قوياً شديداً الارتباط.( Schwartzman , 1988.) زيادة على ذلك فإن عدم الاتفاق بين الأبوين على سلوك الطفل المدمن يبدو أنه يعكس صراعاً زواجياً ، حيث يشكل الطفل المدمن طرفاً ثالثاً في العلاقة الأبوية مما يهدد الشعور بالانفصال الوجداني والاستقلالية للطفل.

هذه الأسر أيضاً يبدو أن لديها صعوبة في عملية التواصل التفاعلي (الوجداني) خاصة في التعبير عن مشاعر الغضب . حيث نجد غموضاً وخطأ مرتبطاً بكل من تحمل المسؤولية ، والشعور والسلوك الملامين ، والتحكم الذاتي للطفل - حيث أوضحت الدراسة مجموعة من النتائج الخاصة بأسر مدمني المخدرات ، تتضمن مشكلات داخل وخارج الأسرة وأدواراً غير سوية وتدميرية مثل : عكس الأدوار والعنف والصرامة والاضطراب وأنماطاً غير ملائمة من التواصل والتفاعل .

وقد وجد ، ( Searight , et al , 1991. ) أن أسر المراهقين من مدمني المخدرات بمقارنتها بالعينة غير الإكلينيكية ( الضابطة ) كانت أكثر تقييداً في التعبير عن مشاعرها

المساعدة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدي عينة كويتية من متعاطي المخدرات  
وأفكارها وأقل احتراماً للحدود الشخصية وأقل ثقة في الآخرين مما عمل على خلق جو أكثر  
سلبية في المنزل ، كما أنها أكثر نقداً وأكثر معاناة فيما يتعلق بالبعد الوجداني.

وقد أوضحت الدراسات الأمبيريقية والنظرية أن العلاقات في أسرة المدمن وكذلك  
العلاقات في الأسرة الأصلية تلعب دوراً هاماً في تطور إدمان المخدرات وفي الحفاظ على السلوك  
الإدماني . ومن ثم فإنه من المفترض أن يكون لهذه العلاقات تأثير في نجاح أو فشل علاج  
الإدمان . وبشكل أكثر تخصيصاً فإنه من المفترض أن المدمن الذي ينمو في أسرة غير سوية  
حيث لا تتحقق الألفة والاستقلالية سيكون أكثر تعرضاً للانتكاسة : إضافة إلى أن الانتكاسة بعد  
العلاج تزداد حدوثاً بين المدمنين الذين يحافظون على علاقات قوية بأسرهم غير السوية أكثر من  
أولئك الذين يحافظون على مسافة أبعد عن أسرهم .  
خصائص الأسرة الأصلية للمنتكسين وزوجاتهم :

أظهرت نتائج بعض الدراسات فروعاً ذات دلالة بين أسر مدمني المخدرات الذين تحرروا  
من الإدمان لفترة ممتدة من الوقت بعد برنامج التخلص من الإدمان ، وأولئك الذين يعانون من  
الانتكاسة . المنتكسون تميزوا بالإقامة في أسر أكثر تقييداً في التعبير عن المشاعر وأقل في  
قبول الآراء ووجهات النظر المختلفة، وأكبر ميلاً في تجنب تحمل المسؤولية إلى جانب مستوى  
عالٍ من عدم الثقة ودرجة أقل في التلاحم ، وإحساس أكبر بالضغط الناتجة عن الصراعات  
البيئية الشخصية . هذه النتائج أبدت ملاحظة (Arestant SBepko , 1993) بأن أسر  
المدمنين تعاني من البعد العاطفي ولا تشجع التعبير الحر عن المشاعر .

في ضوء نظرية النظم الأسرية ، وجد أن خصائص الأسر الأصلية لزوجات المدمنين  
ميزت أيضاً بين الزوجات في المجموعتين ( المقلعين والمنتكسين ) حيث كشفت النتائج عن  
خصائص ميزت أسر زوجات مدمني المخدرات المقلعين ، حيث التعبير بشكل أكبر عن المشاعر  
واحترام وجهة نظر الآخرين وتحمل المسؤولية والعمل على توفير جو أسري فعال وذلك بدرجة  
أكبر دلالة من الخصائص التي ميزت الأسرة الأصلية لزوجات مدمني المخدرات المنتكسين .

وتؤكد هذه النتائج الفكرة القائلة بأن مدمني المخدرات وأزواجهم يشتركون في نظم  
أسرية شائعة على مدى الأجيال وأنماط متشابهة من السلوك غير الفعال (Prest , L.A. (1988)  
& Storm , C. ( 1988) مع ملاحظة أنه بالرغم من أن هذه الخصائص الأسرية تفرق بين  
المقلعين والمنتكسين إلا أن كلا المجموعتين تكونت من مدمني مخدرات. ومن المحتمل أن هناك  
خصائص شائعة لدى المجموعتين من مدمني المخدرات تميزهم عن غير المدمنين وقد صورت  
النتائج أسر المدمنين بالكبت في التعامل مع مشاعر الفقد (Coleman , S.B. (1980)



كما تميز زوجات المدمنين بالثشابه مع أزواجهن في الطرق التي يقابلون بها الضغوط والقلق. (Bowen, 1987.)  
العلاقات داخل أسرة المنتكس :

ولقد وجد (Bowen, 1987.) المنتكسين الذين نشنوا في أسر غير صحية يميلون إلى الحفاظ على علاقات قوية بأسرهم أكثر من الذين نشنوا في أسر صحية. والعكس كان صحيحاً بالنسبة للمقلعين عن الإدمان . حيث تؤيد هذه النتائج نظرية الأنظمة الأسرية التي وفقاً لهذا الإدمان يعد محاولة للحفاظ على نظام الهييموستازس حيث تبقى الأسرة على السلوك الإدماني.

في هذه الحالة ، فإن مدمن المخدرات ربما يقع في الإدمان وذلك في الأسر التي لا تعمل على تنمية المهام التي تسمح بالتمايز والاستقلالية . على العكس فإن مدمني المخدرات الذين أفلتوا عنها يتميزون بقدرتهم على إبعاد أنفسهم عن أسرهم غير الفعالة أو بالحفاظ على اتصال جيد بأسرهم الفعالة. ومن هنا فإن أسرة المدمن الأصلية ربما تشكل عاملاً هاماً في الانتكاسة أو عامل حماية ضد الانتكاسة . المجموعتان اختلفوا في العلاقات بأسر الزوجات حيث يخبر أعضاء المجموعة المقلعة عن المخدرات علاقة قوية دالة مع أسر زوجاتهم أكثر من أولئك الذين في المجموعة المنتكسة ، هذه النتائج ربما تبين أن الرجال الذين أكملوا برنامج العلاج وأقلعوا عن الإدمان يميلون إلى الحفاظ على علاقات قوية بأسرة الزوجة ، كما تشير النتائج أيضاً إلى أن أسرة الزوجة تلعب دوراً اتزانياً مما يساعد على التخلص من الإدمان في الخارج لفترة طويلة . في ضوء هذا الرأي فإن العلاقة مع أسرة الأزواج ربما تمثل عاملاً وقائياً ضد الانتكاسة . (Bowen, 1987.)  
الأسرة والإدمان المصاحب:

تظهر في مشكلة تعاطي المخدرات في أحد أفراد الأسرة ما يسمى بالاعتماد المصاحب وقد يكون أخطر من التعاطي نفسه ، ويفسر هذا المفهوم على النحو التالي:  
يمكن أن يطلق مفهوم الاعتماد المصاحب ( Codependency ) أو الإدمان المصاحب على الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تظهر على أفراد الأسرة كنتجـاج للتفاعل المباشر والمستمر مع عضو مدمن فيها . وتعيش أسرة المدمن في بيئة مضطربة ومرهقة من تأثير الإدمان ، وتفرض الطبيعة القهرية الملزمة للإدمان بالقوة تغييرات في حياة المدمن مما يؤدي إلى ظهور دفاعات نفسية قوية تؤثر على حياة أفراد الأسرة الآخرين . وللمدمن عالم منفصل بحميه من معرفة الأسرة لعالمه الداخلي ويتمحور نمط حياته الشخصي حول ذلك الهدف. بالنظر إلى دفاعات المريض يكون الجانب الصعب هو تكيف أعضاء الأسرة مع الإدمان ومع استخدام

المساعدة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدي عينة كويتية من متعاطي المخدرات

المريض للإفكار لتبرير إدمانه ، والذي يؤثر على الحالة العقلية لأفراد الأسرة ويسؤدي إلى اضطراب عقلي بدرجة ما ، ويسبب إحباطات وضغوطات وفي أسوأ الأحوال يظهر الشك في المذكرات وفي الذاكرة. ( David Nayman & James Cocares , 1991 )  
اضطراب شخصية المدمن المصاحب :

### Co addict Personality disorder

ويعرض نايمان وكوكارس (David Nayman & James Cocares , 1991.)

إلى رؤيته الذاهبة إلى إنه يمكنه التعامل مع المدمن المصاحب من خلال مفهوم اضطرابات الشخصية بوصفها فئة نوعية ذات خصائص فردية مرتبطة بشخص مدمن . وافترض محكات محددة للشخصية المعتمدة وقد تعامل مع ذلك المفهوم " المصاحب "

( Co –dependent Personality ) وليس المدمن المصاحب وحدد خصائص

الشخصية المعتمدة كما يلي : شعور دائم بقصور في تقدير الذات خصوصا فيما يتعلق بالقدرة على ضبط الذات ومواجهة الأسرة ، تحمل مسئوليات وأعباء خشية تكليف أحد غيره بها . القلق وآثاره النفسية ، التداخل الشديد في العلاقات الاجتماعية مع أشخاص معتمدين على المواد الكيميائية. ولكي تحدد اضطراب شخصية المدمن المصاحب تتوفر الأعراض التالية في ثلاثة أو أكثر مما يلي: (Bowen , 1987.)

- ١- اعتماد وإفكار زائدان .
- ٢- عواطف مركبة .
- ٣- اكتئاب .
- ٤- حذر زائد .
- ٥- أفعال قسرية .
- ٦- قلق .
- ٧- سوء استخدام لبعض المواد .
- ٨- غالبا ما يكون أو كان ضحية للإيذاء البدني الشديد .
- ٩- ضغوط مرتبطة بأمراض بدنية مع الإبقاء على علاقة أولية مع شخص مدمن نشط لمدة سنتين دون اللجوء إلى طلب المساعدة الخارجية وغالبا ما يحقق المدمن المصاحب للمدمن احتياجاته وعندما يكون هناك تهديد لتلك العلاقة الرمزية يصبح قلقا وخائفا لذا يكون المدمن المصاحب هو الأكثر قدرة على تخريب علاج المدمن ( فقدان الدورة في الحماية المزيفة ) .

مشكلة تعاطي المخدرات في الكويت:

سوف نتناول الباحثة بعض الإحصاءات التي توضح خطورة ظاهرة تعاطي المخدرات على مجتمع صغير مثل المجتمع الكويتي لبيان القضايا والاتجار بالمخدرات والوفيات من جراء الجرعة الزائدة .

جدول (١) يوضح مرتكبي جرائم المخدرات والوفيات الناتجة عنها حسب الجنسية خلال

الفترة من ٢٠٠٥ - ٢٠١٠

الجنسية	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨	٢٠٠٩	٢٠١٠	الجنسية
الاجتار	١١٤	١٣٨	١٤٥	١٦٤	١٢٢	١٥٠	كويتي
	٢٩٣	٢٣٨	٢١٦	١٨٢	٢٦٠	٢٧٨	جنسيات اخرى
	٤٣٨	٤٠٢	٣٥٥	٢٦٦	٣٨٢	٤٢٨	مجموع
الجلب	٧	١	١٣	٤	٦	١٦	كويتي
	٧٠	٧٧	٨٣	٩٦	٩٨	٨٧	جنسيات اخرى
	٧٧	٧٨	٩٦	١٠٠	١٠٤	١٠٣	مجموع
والثلاثي	٥٧٤	٦٧٢	٥٧٢	٦٤٠	٦٥٢	٥٨٩	كويتي
	١٧٣	٢٥٥	٢٣٥	٢٤٠	٢٥٩	٢٥٠	جنسيات اخرى
	٧٤٧	٩٢٧	٨٠٧	٨٨٠	٩١١	٨٣٩	مجموع
اجمالي عدد الوفيات	١٢٦٢	١٤٠٧	١٢٥٨	١٢٤٦	١٣٩٧	١٣٧٠	
الوفيات المنجزة الجرم الزائدة	٤٨	٢٩	٢٥	٤١	٣٦	٣٨	كويتي
	٤	٦	٧	٣	٨	٨	جنسيات اخرى
	٥٢	٣٥	٣٢	٤٤	٤٤	٤٦	مجموع

(عابد الحميدان ، عبد الحميد العباسي ، ص ٢٠١١ ، ص ٢٥٦)

ونظرا لشروع ظاهرة تعاطي المخدرات بدولة الكويت فقد صدر المرسوم الأميري لعام (١٩٨٩م.) بإنشاء اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات كذلك أنشأت الدولة مركز علاج الإدمان كقسم تابع لمستشفى الطب النفسي وتم تطويره وتحديثه بالجهود الذاتية وافتتح في عام (٢٠٠٤م.) لكي يقدم الخدمات العلاجية المتكاملة التي تساهم في الحد من خطورة مشكلة الإدمان كما تم بناء مركز متخصص لعلاج الإدمان بتمويل الكويتي ؛ لكي يقدم خدماته للمواطنين في دولة الكويت وكذلك للمقيمين. فلقد كشفت الإحصاءات أن عدد جرائم المخدرات في عام (٢٠٠٣) بلغ (٧٥٧) جريمة وكان في عام (٢٠٠٢) ، (٧٩٠) جريمة وبلغ عدد الكويتيين من تجار المخدرات (١١٤) تاجرا في عام (٢٠٠٣) بينهم (٣) مواطنات وبلغ عدد جرائم التعاطي (٨٣٣) وأوضحت الإحصاءات أن معظم مرتكبي جرائم حيازة المخدرات هم من المتعاطين للمخدرات. وكان عدد الوفيات من المخدرات في عام (٢٠٠٣) (٤٠) حالة وفاة وفي عام (٢٠٠٢) (٥٠) حالة وفاة.

جدول (٢) يبين جرائم المخدرات في الفترة من (١٩٩٩) حتى (٢٠٠٣)

السنوات	السكان	جرائم المخدرات
١٩٩٩	٢١٠٧١٩٥	١٠٩٥
٢٠٠٠	٢٢٢٨٣٦٣	٨٦٣
٢٠٠١	٢٢٤٣٠٨٠	٦٩٨
٢٠٠٢	٢٣٦٣٣٢٥	٧٩٠
٢٠٠٣	٢٤٨٤٣٣٤	٧٥٧

وكانت أنواع المخدرات التي تم ضبطها ممثلة في الحشيش والهروين والأفيون الطبيعي والكوكايين والماريجوانا والمؤثرات العقلية . ومن هذه الإحصاءات تأتي أهمية الأبحاث التي تحاول إلقاء الضوء على البرامج العلاجية التي تتبع وكيفية تناولها لمشكلة التعاطي. أما في عام (٢٠٠٩م) فكانت إحصائية النيابة العامة بدولة الكويت لقضايا المخدرات على النحو التالي:

جدول (٣) قضايا المخدرات لعام (٢٠٠٩م)

عدد القضايا	الكويتيون	المصريون	السعوديون	أرمنيون وفلسطينيون	هنود
١٦٣٩	٨٣٩	١٤٢	١٧٥	٦٥	٢٨

ونظرا لخطورة الظاهرة وسرعة انتشارها فقد تضاعفت تقريبا عدد القضايا منذ عام (٢٠٠٣م) فكانت (٧٥٧) أما في عام (٢٠٠٩م) فوصلت إلى (١٦٣٩) . ويشير ذلك إلى زيادة أعداد المتعاطين للمواد المؤثرة نفسيا.

البرامج العلاجية للمتعبدين على المواد المؤثرة نفسيا:

البرنامج العلاجي هو الذي أعد خصيصا لمتعاطي المخدرات ويختلف برنامج علاج الإدمان عن البرامج العلاجية الأخرى ففي المستشفيات المتخصصة لعلاج الإدمان تقدم البرامج التالية:-

- ١ - إزالة الأعراض الانسحابية وتنقية الجسم من السموم.
- ٢ - العلاج النفسي الفردي والجماعي والسيكودراما.
- ٣ - برنامج المدمنين (التائبين) والعلاج الديني. (ذكرت في المرجع التائبين ويفضل المتعافين)(الباحثة)
- ٤ - برامج الرعاية اللاحقة ومتابعة المرضى وأسراهم.

٥ - العلاج الأسرى (سلطان عبد العزيز العنقري، ١٩٩٦، ص ٢٦، ٢٨)

ورغم أن هذه البرامج تقدم للمرضى عن طريق فريق علاجي متخصص إلا أن الانتكاسة في الإدمان تكون هي المشكلة الرئيسية التي تتعامل معها هذه البرامج. والانتكاسة (Relapse) في حد ذاتها تعتبر ظاهرة مناوئة للأهداف العلاجية والوقائية. ورغم أن هناك الكثير من الدراسات النفسية والطبية التي تناولت البحث عن الأسباب المؤدية إلى الانتكاسة وكذلك البحث عن الطرق والإجراءات التي تحد منها، إلا أنه من الملاحظ أن معظم الدراسات المتوفرة حالياً ركزت إما على دراسة العوامل المرتبطة بالبرامج العلاجية ومدى فاعليتها مثل دراسات (Ball & Corty, 1988, Ball & Ross, 1991) أو دراسة العوامل المتصلة بمتغيرات الشخصية لدى المتعاطي المنتكس، أما هذه الدراسة فهي تركز على غياب المساعدة الأسرية في برامج علاج الإدمان على المواد المؤثرة نفسياً. أهمية الدراسة:

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر على الفرد والمجتمع ونظراً لتداخل الأسباب في هذه الظاهرة فإن هذا البحث يحاول أن يوضح دور غياب المساعدة الأسرية في حدوث الانتكاسة على البرامج العلاجية المتكاملة التي تعالج المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي. ونظراً للتطور العلمي في هذا المسار ومحاولة وضع الإدمان في الإطار العلمي فقد تطور العلم وأصبح المدمن إنساناً مريضاً يعاني من مشكلة الإدمان بصورة مرضية ويتطلب ذلك علاجه في مؤسسة علاجية تقدم له الخدمات العلاجية لكي تساعد على الإقلاع عن المخدر أو التقليل من الانتكاسة. وسوف يتتبع المتعاطي بعد خروجه من المستشفى لمعرفة مدى تعرضه للانتكاسة أو مواصلة برنامج التعافي مع التركيز على تقديم المساعدة الأسرية اللازمة له ومقارنة ذلك بمتعاطين لم يقدم لهم المساعدة الأسرية، ويكون ذلك بفرصة متابعة المتعاطي لوحدة الرعاية النهارية التي تقدم خدماتها للمرضى في مرحلة النقاهة ومتابعة المريض بعد خروجه من المستشفى. مشكلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن التساؤلات التالية :

التساؤل الأول:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية في استبيان مواقف الانتكاسة ومتوسطات أبعاد الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي؟.

التساؤل الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة مرضى القسم الداخلي على استبيان مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة؟.

التساؤل الثالث :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة؟.  
أهداف الدراسة:

١- معرفة العلاقة بين المساندة الأسرية التي يحصل عليها المرضى الذين يعتمدون على المواد المؤثرة نفسياً وتفادي الانتكاسة في البرامج العلاجية.

٢- معرفة الفروق بين المرضى في الأقسام الداخلية والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية في مواقف الانتكاسة وعلاقته بالمساندة الأسرية . حيث أن مرضى العيادات الخارجية يذهبون إلى بيوتهم ويتعاملون مع أسرهم أما المرضى المنومين فلا يتعاملون مع أسرهم تعامل كامل إلا من خلال الاتصال الهاتفي أو الزيارات الأسرية القليلة والمحددة المدة الزمنية من قبل المستشفى.

٣- الاستفادة من تطبيق أدوات الدراسة والذي يتمثل في استبيان الدعم الأسري الذي أعدته ( عائشة فارس ) وكذلك استبيان مواقف الانتكاسة في الوصول إلى نتائج تفيد التعامل مع المرضى وكيفية تقبلهم للبرامج العلاجية مع المساندة الأسرية وبدونها.  
مصطلحات الدراسة:

الانتكاسة: Relapse

يعرف أنيس ودافيز الانتكاس عرض عام وشامل من أعراض الإدمان أو الاعتماد عموماً، والإيمان أو الاعتماد الكيميائي والعقائري خصوصاً. وهو عملية دينامية ومتطورة ومؤثرة ، وهو حدث مباشر أو غير مباشر ، وهو قرار بشكل أو بآخر، وهو نتيجة لعوامل كثيرة متفاعلة ومتشابكة ، وهو هدف يسعى المدمن المتوقف مع معالجيه للنيل منه ، وللوقاية منه وللانتكاسة نوبات دورية تهاجم المدمن المتوقف بين حين وآخر ، وقد تكون ذات علاقة شرطية ما بمناسبات معينة ، أو أوقات معينة اعتاد المريض الانتكاسة فيها ، وعلى ذلك يمكن تعريف الانتكاسة بأنه مجرد إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك ، وليس فشلاً في تغيير السلوك.

(Annis , H. M. & Davis , C. S. , 1991 , P. 204.) ( وردت في، مدحت عبد

الحميد أبو زيد ، ١٩٩٨م.)

### مواقف الانتكاسة:

وهي المواقف التي يقيسها استبيان مواقف الانتكاسة أو العودة لتعاطي المواد المؤثرة نفسياً (عبد الله عسكر وآخرون ، ٢٠٠٤). وهي: ١- الاشتياق وتلميحات العقار. ٢- اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي. ٣- ضغوط رفاق التعاطي. ٤- المشاعر السارة. ٥- المشاعر غير السارة. ٦- اضطراب العلاقات بالآخرين. ٧- المشكلات الأسرية. ٨- الآلام النفسية والبدنية والوهن .

### المواد المؤثرة نفسياً:

وهي كل مادة تحدث تأثيراً على الحالة النفسية للمتعاطي سواء كانت مخدرة أو منشطة أو مسكنة أو منومة أو مهدئة أو مهلوسة وتسبب الاعتماد البدني أو النفسي ، طبيعية كانت أو مخلفة . (Marlatt & Barrett , 1994.)  
المساعدة الأسرية:

وتعني مدى إدراك الأسرة لخطورة مشكلة سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً واستبصارها بأهمية العلاج ومتابعة جلسات العلاج الأسرى وتنفيذ التوصيات الطبية العلاجية والقيام بالأنوار المساعدة على الإقلاع ومتابعة برامج منع الانتكاسة ويقسم المساعدة الأسرية إلى أربعة مستويات على النحو التالي :

- ١- مستوى مرتفع تتحقق فيه كل عناصر المساعدة الأسرية.
- ٢- مستوى متوسط.
- ٣- مستوى منخفض.
- ٤- غياب المساعدة الأسرية.

### المنمن المتعافي: (Recovered drug addict)

الشخص الذي سبق له الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي ثم خضع لبرنامج علاجي متخصص وتمائل للشفاء واستطاع الإقلاع عن تعاطي المواد المخدرة.  
التعاطي : Drug use

التناول المتكرر لمادة نفسية ؛ بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها أو الإفراط في الاستعمال، ليصل الفرد إلى درجة الإدمان . ( محمد السيد حسين بكر ، ١٩٩٧ )  
الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً :  
هو نمط غير متوافق من استخدام المواد المؤثرة نفسياً مما يؤدي إلى اضطراب واضح إكلينيكي أو شعور بالمعاناة ، كما يتضح من وجود ثلاثة محكات أو أكثر مما يلي في أي وقت في فترة ١٢ شهراً.

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدي عينة كويتية من متعاطي المخدرات

- ١ - التحمل أي الحاجة إلى زيادة الجرعة للتوصل إلى التأثير المطلوب أو ضعف تأثير المادة المعنية مع الاستمرار لتعاطي نفس الجرعة.
- ٢ - الإسحاب الذي يتصف بأعراض انسحابية مميزة لكل مادة أو استخدام نفس المادة أو مادة شبيهة لتخفيف أو تجنب الأعراض الانسحابية.
- ٣ - استخدام المادة بجرعات أكبر أو لفترات أطول من التي كان ينوي عليها أصلاً.
- ٤ - الرغبة الملحة أو المحاولات الفاشلة للتخفيف من استعمال المادة أو للتحكم في جرعتها.
- ٥ - تضييع كمية كبيرة من الوقت في أنشطة لازمة للحصول على المادة أو في تعاطي المادة أو في التغلب على أثرها.
- ٦ - التوقف عن أنشطة اجتماعية أو مهنية جسمية أو نفسية نتجت عن التعاطي أو زادت بسببه (مثل الاستمرار في شرب الخمر برغم معاناته من قرحة المعدة )

(Kaplan et al , 1994.)

الانتكاسة من المنظور السلوكي المعرفي :

لا تعتبر الانتكاسة في حد ذاتها بالكارثة ، إنما هي حدث إجرائي ينبغي أخذه في الاعتبار عند خضوع مريض الإدمان لبرامج علاجية مهما كان نوعها ، 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 ، والتأكيد على تبصير المريض بصعوبة مرضه ومساعدته في تجنب مواقف الانتكاسة بقدر الإمكان من خلال المتابعة المستمرة للمريض خارج المستشفى.

ووفقاً للتقارير العلمية في ميدان علاج الإدمان فإن تعاطي المواد المؤثرة نفسياً من

المنظور السيكولوجي يشكل محاولة للخروج من مأزق نفسي يعيشه الفرد للأسباب الآتية:

- ١- التعاطي من أجل التغلب على مشكلة نفسية كالقلق والاعتئاب كمحاولة لتخفيف الآلام وإصلاح المزاج المبتس ، وهو ما يسمى بمحاولة مداواة أو تطبيب الذات.
- ٢- التعاطي لكبت مشاعر الغضب والاستياء الناتجين عن اضطراب العلاقات الأسرية ، وتهور الفرد ومحاولة السيطرة على عدوان الذات على الآخرين ، وهنا يكون العقار بمثابة وسيلة للبحث عن السيطرة على النفس واندفاعيتها كنتيجة لفشل السيطرة المعرفية المتوازنة.
- ٣- التعاطي للتغلب على الفشل في إسعاد الذات وإرتياحها بصفة عامة.
- ٤- التعاطي للتغلب على الآلام البدنية التي تحتاج إلى مخدرات ذات قوة تسكينية عالية.
- ٥- التعاطي من أجل تقليد النماذج الأسرية أو الاجتماعية المحبوبة ، وهذا ما يسمى بالخلل في تحقيق التكامل والهوية من خلال التوحدات الأسرية السوية.



٦- التعاطي كشرط من شروط الوجود في جماعة ومجاعة الرفاق لحاجة الفرد إلى أن يكون في جماعة ، وهذا ما يسمى بئمن الانتماء إلى جماعة على أساس الحاجات المشتركة.

٧- التعاطي كشكل من أشكال الخروج على السلوك المألوف ، وهو الالتزام ، فيكون شكلاً من أشكال العناد وإثبات الذات.

٨- يتفرع عن ذلك العديد من المشكلات البدنية والنفسية والاجتماعية التي لا تجد الحلول السوية ، فيتدخل العقار كوسيط إشباعي يقوم على الحل السحري والسريع للعديد من المشكلات الشخصية المتراكمة.

٩- التعاطي للبحث عن النشاط والإثارة أو الوصول إلى النشوة المطلقة أو السذرة الموهومة.(عبد الله عسكر ، ٢٠٠٩ : ص ص ٦٩ - ٧٠ )

وأوضح كل من بروتشاسكا ونوركروس وديكليمنتى ( Prochaska , Norcross & Diclementi , 1994 ) من خلال ما كتبه عن المراحل النظرية لنموذج التغيير أن أحد أسباب الانتكاسة أو الفشل في العلاج يرجع إلى تعيين الذات بالعملية الإدمانية ( The Identification of the self with the addictive process ) فالمتعاطون الذين لا يقبلون الاعتراف بأنهم مدمنون تكون احتمالية شفاهم ضعيفة جداً بالنسبة لمتعاطين آخرين يعترفون بأنهم مدمنون أمكن شفاهم، والاختلاف هنا يرجع إلى أن حياة المتعاطين تنطوي على معان هدامة وسلبية عندما يعاد تشكيلها وصياغتها في مصطلحات وفقاً للتعريف الثقافي للمدمن وما يقترن بهذا التعريف من معاني الإجرام والاحراف.( Prochaska , et al., 1994:P33 ) ( وردت في دعاء صلاح ، ٢٠٠٦م )

كما أوضحت العديد من الدراسات أن هناك عوامل ومواقف تؤدي لحدوث الانتكاسة تسمى المواقف عالية الخطورة (HRS) ، ففي تحليل لعدد ثلاثمائة وأحد عشر تقريراً ذاتياً لمتعاطي المواد المؤثرة نفسياً عن انتكاساتهم ، وجد أن هناك العديد من المواقف عالية الخطورة تؤدي لحدوث الانتكاسة أهمها :

١- الحالات الانفعالية السلبية : وتتمثل في حالات القلق أو الغضب أو الإحباط أو الاكتئاب وذلك بنسبة (٣٥%) من التقارير الذاتية للعينة.

٢ - الصراع بين الأشخاص: وتمثل (١٦%) من التقارير الذاتية للعينة.

٣- الضغط الاجتماعي: وتتمثل في المواقف التي يتعرض لها المتعاطون مثل تقديم العقاقير إليهم أو الحضور مع أشخاص آخرين من المتعاطين أو رؤية أفلام أو إعلانات ترتبط بالتعاطي وذلك بنسبة (٢٠%) من التقارير الذاتية للعينة. (Larimer. et al., 1999)

(P.152.)

كما يهدف النموذج السلوكي - المعرفي لمنع الانتكاسة إلى تحديد المثبرات والمواقف عالية الخطورة التي ترتبط بحدوث الانتكاسة وتنمية وتقوية الاستراتيجيات التي تمكن المتعاطين من التغلب على هذه المواقف وإعادة البناء المعرفي للمتعاطين واستراتيجيات تعديل وتغيير نمط حياتهم وعاداتهم التي ترتبط بالمتعاطي. (Wilson , 1992 . : P.306.) وعلى الرغم من فعالية هذا النموذج في منع الانتكاسة إلا أن النتائج العلاجية لهذا النموذج لا تعطى الكفاءة نفسها فهو يتطلب خبرة وتدريباً طويلاً ، فضلاً عن حاجة هذا النموذج لشبكة الدعم الاجتماعي وتفعيل الدور الأسري والعمل ، بالإضافة إلى الفروق التعليمية بين الفئات المدمنة فقد تتراجع فعالية النموذج مع غير المتعلمين والذين يحتاجون إلى جهود تثقيفية خاصة وبرامج تعليمية لفترات أطول. (عبدالله عسكر ، ٢٠٠٩ ص ص ٨٨ - ٨٩ )

فالبرامج والنماذج المستخدمة لمنع الانتكاسة تحاول تحسين وخفض معدلات الانتكاسة من خلال تدريب المتعاطين على ميكانيزمات التغلب على المشكلات والمواقف عالية الخطورة بهدف بناء فعالية ذاتية تحد من حدوث الانتكاسة ، ولكن بالرغم من ذلك فإن تأثير هذه البرامج والنماذج تكون مختلفة التأثير بين الجنسين، ويرجع ذلك لأنها لا تضع في اعتبارها التباين والتنوع في الاحتياجات الضرورية لكلا الجنسين لمنع الانتكاسة. (Walton , 2001 . PP.1-2.) يرى أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي أن الفرد يخبر نوعاً من الإحساس بالضبط المدرك إبان فترة الإقلاع ( أي إذعائه لكافة الضوابط المفروضة على السلوك المرفوض ) ويكون السلوك المرفوض تحت السيطرة طالما لا يحدث ، فعلى سبيل المثال: بقدر ما تزداد الفترة التي يستمر المرء فيها في الإقلاع بقدر ما يتضح إدراكه الذاتي لقدرته على التحكم الذاتي. وسيستمر هذا الضبط المدرك طالما يواجه المرء مواقف عالية الخطورة، وهي معرفة بشكل واضح لأي موقف يسبب تهديداً للإحساس بالضبط لدى الفرد ، وتؤدي إلى تزايد خطر الانتكاسة الكامن وذلك كما تبدأ من تحليل مراحل الانتكاسة والتي تم الحصول عليها من المرضى ذوي المشكلات السلوكية المتعددة ( على سبيل المثال مشكلة الشرب والتدخين وإدمان الهيروين وقهر المقامرة، والإسراف في الطعام ) وقد وجد أن ثلاثة مواقف أساسية عالية الخطورة، قد تداعت أو تواترت لدى ( ٧٥% ) تقريباً من كل أشكال الانتكاسة التي خبرتها العينة التي قام بدراستها.

(Cummings, et al ., 1980. ; Marlatt & Gordon , 1985.)

المواقف الدافعة للانتكاسة:

- حالات انفعالية سلبية (٣٥%) من أسباب الانتكاسات وهي المواقف التي يخبر فيها المرء

حالات انفعالية سلبية (أو غير سارة) مثل إحساس بالإحباط والغضب والقلق والانتكاسات  
والملل ... الخ. تسبق أو تتزامن مع حدوث زلّة أو كبوة.

- وتسهم الصراعات في العلاقات الشخصية المتبادلة (بـ ١٦%) من أسباب الانتكاسة وهذه  
الصراعات التي تتضمن صراعات بين الأزواج ، والأصدقاء ، وأفراد الأسرة وزملاء  
ورؤساء العمل والمحاولات والمواجهات التي تحدث بين الأشخاص ، تلك الصراعات التي  
تحرك الغضب والتوتر وتشكل عاملاً خطراً لتعاطي جرعة من المادة التي كان قد أفلح عنها  
بهدف التهينة أو التغلب على الآثار النفسية المرتبطة بتوتر العلاقات بالآخرين.

- كما تسهم أشكال الضغوط الاجتماعية بنسبة (٢٠%) في حدوث الانتكاسة ، هذه الضغوط  
والتي تتمثل في ضغوط اقتصادية مباشرة أو فقد العمل والبطالة، والتعرض للضغوط من  
رفاق التعاطي والمروجين والكبار أو القدوة الذين يشكلون عوامل خطورة.

- كما تشكل عوامل الاشتياق وحالات الآلام البدنية مثل الأعراض الاستحابية ، واختبار  
القدرة على السيطرة عوامل خطورة حدوث الانتكاسة. (Marlatt & Barrett, 1994.)

ونظراً لكون التعاطي والاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً مسئولية شخصية، بمعنى أن  
المتعاطي لا يُكره من الخارج على التعاطي ، إنما يشكل تعاطيه رغبة ذاتية تدعّمها الآثار  
الإيجابية للتعاطي ، والآثار السلبية للإقلاع مع وجود دعائم اجتماعية توفر له الاستمرار في هذا  
السلوك مثل غياب الرقابة الأسرية والاجتماعية وتوفير النقود وتوفير المادة المتعاطاه واستحسان  
سلوك التعاطي لدى الرفاق ، وغياب الأنشطة السوية التي تتطلب أن يكون الفرد في كامل قواه  
البدنية والنفسية أو قصور في القوانين التي من شأنها أن تهدد الفرد في حالة التعاطي ، وشدة  
الغواية أو اللذة التي يحققها التعاطي والتي تجعل الفرد يضحى بكل شيء في سبيل الاستمرار في  
الإقلاع. (Marlatt & Barrett, 1994.) فإن الانتكاسة أيضاً تعد مسئولية شخصية من جانب  
المتعاطي مما يتطلب العمل الفعال مع الفرد وقضاياه النفسية والاجتماعية ، وتغيير أسلوب الحياة  
من الدائرة الإدمانية إلى الدائرة الطبيعية ليستطيع الفرد الوصول إلى الكفاءة الذاتية والقدرة على  
السيطرة على مواقف الحياة الضاغطة التي تشكل له عوامل خطورة تؤدي إلى الانتكاسة.

وفي دراسة لجوسوب وآخرين ( Gossop et al., 1989 ) وجد أن معظم أسباب  
الانتكاسة لدى جماعة ممن تم علاجهم من الاعتماد على الهيروين كانت تحدث بشكل جماعي أو  
الضغط الجماعي لرفاق التعاطي، بينما وجد برادلي وآخرون ( Bradly et al., 1992. ) أن  
هناك ثلاثة عوامل أساسية ترتبط بالانتكاسة وهي: عوامل معرفية ، وحالات المزاج السلبي ،  
والأحداث الخارجية. كما تعزو بعض الدراسات الانتكاسة لعوامل عدم الكفاءة الشخصية

المساعدة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

للقدرة على ضبط السلوك ، بينما تعزوها دراسات أخرى إلى الخبرات الذاتية مثل الحاجة الملحة للعقار والاشتياق أو الخمرمان. (Heather, N. & Stollard, A., 1989)

ولقد وصف مارلات وجوردون (Mariatt & Gordon , 1985) حالات إنكاسة تعود لأسباب بدنية مثل الأعراض الامحابية ، ومحاولة الفرد اختبار قدرته على السيطرة على التعاطي بالإضافة إلى عوامل الاشتياق والإحاح من الآخرين للتعاطي. بينما أقر مارلات وبارت (Mariatt & Barrett , 1994) أنه إذا كان الفرد قادراً على أن ينمي قدرته للتغلب على المواقف الخطرة للانتكاسة ، فإن احتمال الانتكاسة سوف ينقص وهذا يعتمد على الكفاءة الذاتية التي حددها باندورا ( Bandura , 1982 ) " بأنها توقع الفرد للقدرة على التعامل مع أو مواجهة المواقف أو المهام الصعبة" وأن شعوراً بالثقة في قدرات الشخص للتعامل بكفاءة مع المواقف الخطرة يؤدي إلى إدراك الفرد لكفاءته الذاتية.

أما عن تأثير الرفاق والنماذج السلبية من المدمنين وحاملي ومروجي المخدرات والمشجعين على الاستعمال فهي من أقوى عوامل انتشار المخدرات والانتكاسة بين الراشدين الصغار ، ولكنها لا تكون فعالة إلا مع وجود قصور اقتصادي اجتماعي واضطراب أسري ونقص الوازع الديني ونقص القدرات التحصيلية الأكاديمية وانخفاض تقدير الذات وتزايد تحمل الانحراف والحاجة للاستشارة والتعرض لأحداث الحياة الضاغطة والاضطرابات النفسية التي تعد عوامل معجلة للتعاطي ومسببة للانتكاسة بعد العلاج. (Bentler , 1987 , Kaplan , 1975 , Kandel et al . 1978 , and Bentler , 1992)

إن البحث في العوامل المؤدية للانتكاسة هو بحث في العملية العلاجية الوقائية ، لذا ترى الباحثة ضرورة إيضاح هذه العوامل دعماً للشق الإرشادي والوقائي في هذا البحث. وعلى الرغم من الخبرة المحبطة وخيبة الأمل التي تسببها انتكاسة المريض بعد فترة من الانقطاع بالنسبة لكل من المريض ذاته ابتداءً والمعالج وأسرة المريض، نرى أن الأمر يمتد لصلب العملية العلاجية نفسها باعتبارها غير ذات جدوى. غير أنها (أي الانتكاسة) أمر واقع لا مناص منه ، بل نكاد نجزم بحتميتها أثناء عمليات العلاج والتعافي.

دراسات سابقة:

سوف يتم ترتيب الدراسات السابقة من الأقدم إلى الأحدث سواء كانت دراسات عربية أم أجنبية.

وجد هانت وزملاؤه في دراستهم المعدل الزمني لحدوث الانتكاسات بعد إتمام البرامج العلاجية بالنسبة للمخننين والكحوليين ومدمني الهيروين ، وأجروا مسحا لمجموعة من الدراسات المتعلقة بالمجموعات الثلاث ، وتوصل الباحثون إلى أن ثلثي الانتكاسات حدثت خلال (٩٠) يوما من متابعة العلاج . وتبين أيضا تشابه منحنيات الانتكاسة للمجموعات الثلاث (التوباك - الكحول - الهيروين) فيما يتعلق بالفترة الزمنية للانتكاسات . (Hunt et al.: 1971)

وحاول جوسوب وزملاؤه الإجابة عن تساؤل هو: ماذا يحدث لمدمني الهيروين بعد العلاج ؟ وتكونت عينة البحث من (٥٠) من مدمني الهيروين انتظموا في برنامج علاجي لإزالة آثار السموم من الجسد باستخدام الميثادون مدته (٢١) يوما. وثلا تلك فترة تأهيل وتقييم خلال برامج نوعية محددة تناسب احتياجات كل فرد في العينة. وبعد عدة مقابلات مع المفحوصين على فترات زمنية مختلفة قبل العلاج للكيميائي ، وبعد الخروج من المستشفى مباشرة وبعد (٦) أسابيع من الخروج من المستشفى وأشارت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

- ١- ثمانية مرضى تعاطوا الهيروين في المناسبات. أقل من مرة واحدة في اليوم.
- ٢- ستة عشر مريضا تعاطوا الهيروين المخدر يوميا واعتبروا في حكم المنتكسين.
- ٣- ثمانية وثلاثون مريضا من أصل خمسين تعاطوا الهيروين على مراحل مختلفة.
- ٤- تبين أنه من أصل ثلاثة وعشرين مريضا زلوا (الزلة Lapse) وهي هفوة أو كبوة يتعاطى فيها المريض مرة أو مرتين ثم يعود سريعا للإقلاع) قبل أو خلال أسبوع من مغادرة مركز العلاج - تبين - مايلي:

- (أ) خمسة أفراد زلوا أثناء فترة التنويم بالمستشفى.
- (ب) سبعة أفراد زلوا في نفس يوم مغادرتهم للمستشفى.
- (ج) أحد عشر فردا زلوا خلال اليومين التاليين للخروج.
- (د) ثلاثة عشر فردا زلوا خلال الأسابيع الخمسة التالية:

امتدت فترة المتابعة (Follow-up) لهذه الدراسة مدة ستة أشهر قسمها الباحثون على ثلاث فترات متساوية مدة كل فترة شهران وبينت نتائجها ما يلي:

الفترة الأولى: (الشهران الأولان من المتابعة) نجح سبعة عشر فردا في نمط التحضر من التعاطي ، وتعاطي أربعة عشر فردا في المناسبات بينما تعاطي تسعة عشر فردا المخدر بصورة يومية.

الفترة الثانية: (الشهران التاليان) ارتفع عدد غير المتعاطين إلى واحد وعشرين فردا ، وزاد عدد المتعاطين يوميا إلى واحد وعشرين فردا أيضا إضافة إلى ثمانية أفراد كانوا يتعاطون في المناسبات أقل من مرة يوميا.

الفترة الثالثة: (آخر شهرين من المتابعة) ارتفع عدد غير المتعاطين إلى خمسة وعشرين فردا وعدد المتعاطين بصورة يومية إلى تسعة عشر ، إضافة لستة أفراد كانوا يتعاطون أقل من مرة في اليوم الواحد.

ومن نتائج هذه الدراسة التتبعية الهامة أيضا الكشف عن حدوث تغيرات بالنسبة لجرعات التعاطي حيث كان ثلاثة عشر فردا يتعاطون جرعات خفيفة (جرعة خفيفة أقل من ثمن من جرام هيروين يوميا ، جرعة متوسطة من ثمن إلى نصف جرام يوميا وجرعة كبيرة أكثر من نصف جرام يوميا) من الهيروين وستة وعشرون يتعاطون جرعات متوسطة وعشرون يتعاطون جرعات كبيرة عند الدخول لمركز العلاج. هذا الأمر اختلف في آخر شهرين من المتابعة إذ تغير النمط فمن بين خمسة وعشرين فردا نجد أن عشرة منهم كانوا يتعاطون جرعات خفيفة، واثني عشر كانوا يتعاطون جرعات متوسطة وثلاثة أفراد فقط كانوا يتعاطون جرعات كبيرة. تغيرت أيضا طريقة التعاطي خلال أشهر المتابعة الستة حيث كان ثلاثون فردا يتعاطون الهيروين المخدر عن طريق الحقن في الوريد عند الدخول: هذا العدد انخفض بعد المتابعة إلى سبعة عشر فردا فقط. أيضا تعاطي بعض المفحوصين مواد بديلة أثناء فترة المتابعة . فمن بين الخمسة والعشرين فردا الذين انقطعوا عن التعاطي خلال الأشهر الستة تبين أن ثمانية كانوا يتعاطون الحشيش أقل من مرة يوميا ، وفردين تعاطيا الكحول بكثافة ، وتعاطي فردان أيضا الامفيتامينات (المنشطات) أقل من مرة يوميا ، وفردا واحدا كان يتعاطي المهدئات. (Gossop , et al. : 1987.)

وفي دراسة يونيثان وآخرين: (Unnithan , et al, 1992) بعنوان "العوامل المرتبطة بالانتكاسة لدى متعاطي الأفيونات الذين يتلقون علاجاً للأعراض الانسحابية (إزالة

السمية) في العيادات الخارجية". ويهدف فحص ما إذا كان تعرض المدمن لرؤية العقار أو التلميح به، وخبرة المزاج السلبي والحزن، والمزاج الإيجابي: الفرح والنشوة والإحاح والاشتياق، ومشكلات العلاقات الشخصية المتبادلة، أموراً من العوامل المعجلة بالانتكاسة. وجدوا أن عوامل العلاقات الشخصية المتبادلة والإشارات المرتبطة بالعقار ارتبطت أكثر بالعودة إلى تعاطي الأفيون، في معظم الحالات يواجهون مواقف عالية من الخطورة مثل مداومة اللقاء مع الآخرين الذين يستعملون الأفيون ويعرضون عليهم بعض العقار، مع معاناتهم من حالات الوجدان السلبي.

وفي دراسة لعبد الله عسكر وجريفل جوندي (Abdalla Asker & G. Gundy,

1995) كانت الدراسة بعنوان "الفروق في أسباب الانتكاسة بين مدمني الأفيونات من صغار السن والراشدين من نزلاء المستشفيات". بهدف الكشف عن المواقف الأكثر خطورة والفروق في أسباب الانتكاسة بين عينة من ذوي التاريخ القصير والطويل في إدمان الهيروين على عينة قوامها ( ٥٣ ) مريضاً من نزلاء مستشفى الأمل بالرياض، وقد شُمت العينة إلى مجموعتين: أحدهما من صغار السن بمدى عمري قدره ( ١٨ - ٢٣ ) وعدادهم ( ٢٢ )، والأخرى من كبار السن مع تاريخ طويل في الإدمان بمدى عمري قدره ( ٢٩ - ٤٠ ) وعدادهم ( ٣١ )، باستخدام استبيان مواقف الانتكاسة، وقد أشارت النتائج إلى أن العوامل الأكثر خطورة في الانتكاسة وفقاً لمعدل شيوعها وشدتها بالترتيب التالي: ١- المواقف غير السارة ٢- الاشتهاق ٣- الصراعات الأسرية. كما وجدت الدراسة فروقاً إحصائية دالة بين المجموعتين لصالح المجموعة كبيرة السن في شدة المواقف وخاصة في العواطف غير السارة والصراعات الأسرية، حيث حصل مجموعة الكبار على مستويات أعلى من مجموعة الصغار.

كما جاءت دراسة ( عبد الله عسكر، أحمد البراك، ١٩٩٥م. ) والدراسة بعنوان " غياب الدعم الأسري لبرامج علاج الإدمان وعلاقته بارتفاع معدلات الانتكاسة" كانت الدراسة بهدف فحص العلاقة بين ارتفاع معدلات الانتكاسة وغياب الدعم الأسري والعكس. وأجريت الدراسة على ( ٥٠ ) حالة كنموذج من مرضى العيادات الخارجية من الذكور بمركز التأهيل النفسي لعلاج الإدمان بالقصيم، تلقوا برنامجاً علاجياً متكاملًا لمدة شهر، ولقد تم تصنيفهم وفقاً لنوع التعاطي، فكانت أعلى المؤشرات للاعتماد الكحولي مع مخدرات أخرى بنسبة ( ٤٢% ) ثم المنشطات بنسبة ( ٤٦% ) يليها الاعتماد على المذيبات الطيارة، كما أشارت الدراسة إلى أن نسبة ( ٧٨% ) من المرضى قد حضروا لمتابعة البرنامج العلاجي بالعيادات الخارجية تراوحت أعمارهم ما بين ( ٢١ - ٣٥ سنة) وكانت نسبة البطالة ( ٦٦% )، كما كان ( ٦٨% ) منهم يعيشون مع

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

والوالدين، (و ٣٢%) من العينة متزوجين ويعيشون مع أسرهم . وقد تم جمع البيانات من خلال ملاحظات التقدم والتطور العلاجي اليومي والتقارير الطبية المتعلقة بالفحص النفسي والاجتماعي، وخاصة تقارير الأخصائي الاجتماعي الخاصة بمتابعة زيارات الأهل والأقارب للمرضى وأشكال المشاركة في العلاج الأسري الذي يقدم للمرضى وأسرهم. وكشفت البيانات الإحصائية عن علاقة بين غياب الدعم الأسري من خلال إنكار الأهل لمشكلة أبنائهم أو رفض الزيارات خشية العار ، أو عدم المشاركة في جلسات العلاج الأسري ، وبين ارتفاع معدلات الانتكاسة ، حيث أشارت النتائج إلى أن نسبة المراجعين للعيادات الخارجية كان (٥٨%) ممن لديهم دعم أسري وخاصة من الزوجة والأم ، مما يشير إلى ارتفاع معدلات الإقلاع عن التعاطي مع وجود الدعم الأسري ، معنى ذلك أن نسبة (٤٨%) من إجمالي العينة الذين لم يراجعوا العيادات الخارجية قد قرروا الانتكاسة لما لا يجدونه من دعم أسري يشجعهم على متابعة البرامج العلاجية والرعاية اللاحقة.

وهدفت دراسة كارفالو وزملائه (Carvalho et al., 1995) إلى فحص العلاقة بين العلاقات الأسرية ومعدل تناول الكحول والمخدرات لدى عينة قوامها (١٦٣٧٨) طالبا برازيليا تراوحت أعمارهم بين (١٣ - ١٨ سنة). فقد ركزت الدراسة اهتمامها على نوعين من المتغيرات، الأول: يتمثل في المتغيرات الذاتية، وتشمل: إدراك المراهقين أنفسهم للعنف في المنزل ، الحوار حول المشكلات، واهتمام الوالدين بهم ، واشتمل النوع الثاني على ما يعرف بالمتغيرات الموضوعية مثل الرضا الزوجي للوالدين. وقد أظهرت نتائج المتغيرات ارتباطا بتعاطي الكحول والمخدرات لدى المراهقين هي: (١) العنف الأسري. (٢) الحوار حول حل المشكلات (٣) الرضا الزوجي (٤) اهتمام الوالدين بالمراهقين ، ثم العنف داخل الأسرة. ومن ثم فإن النتائج تلتفت الانتباه إلى العنف الأسري بوصفه أكثر العوامل ارتباطا بتعاطي الكحول والمخدرات ، وإن المناخ البيئي الأسري أكثر أهمية من الرضا الزوجي في ظهور سلوك التعاطي.

جاءت دراسة بوندي وكليلو (Boundy & Colello , 1998) حول العوامل التي تحد من الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، إلى أن (٦٥% إلى ٨٠%) من الأشخاص المعالجين انتكسوا بعد السنة الأولى من العلاج ، وأن أهم عوامل انتكاستهم وعودتهم لتعاطي المخدرات هي الضغوط الاجتماعية التي يواجهها المتعافي ، حيث بينت الدراسة أن ثلاثة أشخاص من بين أربعة أشخاص من المتعافين ينتكسون بسبب الضغوط النفسية - الاجتماعية التي يتعرضون لها في محيطهم الاجتماعي ، وعادة ما تؤدي تلك الضغوط إلى صور متعددة من سوء التكيف



والتأقلم مع المجتمع.

وأكدت دراسة نركو وزملائه بعنوان ( Nurco , et al. 1988 ) على الأهمية القصوى لحدوث مستوى ملائم من إعادة الاندماج الاجتماعي للمدمن المتعافي وذلك مع محيطه الاجتماعي ، لأن المدمن المتعافي في حاجة إلى إعادة التكيف النفسي - الاجتماعي مع بيئته الاجتماعية ، ومثل هذا التكيف لا يتحقق إلا من خلال ربط البرنامج العلاجي بالوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه الشخص المتعافي لأن البرامج العلاجية (مهما كانت درجة كفاءتها وفعاليتها) لن تستطيع لوحدها إحداث التكيف النفسي - الاجتماعي الذي ينشده المدمن المتعافي. (وردت في،رشا الديدي ، رأفت عسكر ٢٠٠٤)

كانت دراسة عزيز الظفيري ( ٢٠٠١ م.) بعنوان سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين"دراسة إكلينيكية". كانت الدراسة مطبقة على عينه ممثلة من المجتمع الكويتي وكانت مشكلة الدراسة تتلخص في التساؤلين التاليين:

- ١ - التعرف على طبيعة سيكوديناميات العلاقات الأسرية لدى المدمنين.
  - ٢ - التعرف على طبيعة البناء النفسي للمدمن في إطار اضطراب العلاقة بالموضوع.
- وقد استخدم الباحث الأدوات التالية :

- ١- المقابلة الإكلينيكية الحرة.
- ٢- المقابلة الإكلينيكية الموجهة.
- ٣- اختبار تفهم الموضوع (T.A.T.)
- ٤- مقياس شبكة العلاقات الاجتماعية.
- ٥- اختبار رسم الأسرة الإسقاطي.
- ٦- اختبار رسم الأسرة في حركة الإسقاطي.

ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث ما يلي:

- ١- الإيمان بشكل عام يعبر عن وجود اضطراب في الأسرة أو الوحدة الاجتماعية أو اضطراب الأنظمة الفرعية داخل الأسرة.
- ٢- نظام أسرة المدمن من النظم المغلقة قليلة الانفتاح حيث يكون التفاعل في الغالب مع الأم جيدا، ومع الأب ضعيفا، والعلاقة بين الوالدين مضطربة وتكثر بينهما الخلافات التي تصل في كثير من الأحيان إلى الهجر أو الطلاق.
- ٣- أسرة المدمن أسرة مفككة ومتصدعة ومنعزلة.
- ٤- أسرة المدمن أسرة فوضوية والحدود فيها جامدة وضعيفة حيث لا يوجد بين أعضائها تقارب انفعالي.
- ٥- الاتصال بين الأفراد في الأسر المدمنة محدود وغير متكامل .
- ٦ - قلب الأدوار: كما ظهر من خلال نتائج الدراسة أن الأسر المدمنة وشيع فيها نظام قلب

الأدوار بحيث تأخذ الأم دور الأب فتكون هي المسيطرة والأب خاضع وخانع.  
علاقة المدمن بالأب: أظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة بالأب علاقة مضطربة، فالأب إما قاس  
متسلط معاقب يحبط أغلب محاولات الإشباع ويولد لدى الابن الشعور بالحرمان من الأم  
التي كانت نقيض شخصية الأب.

علاقة المدمن بالأم: علاقة تكافلية، علاقة اعتماد طفلي، كما أنها علاقة قائمة على الحب  
والكراهية في نفس الوقت (الثنائية الوجدانية).

علاقة المدمن بالأخوة: علاقة مضطربة قائمة على الكراهية والحسد والتنافس. (عزيز  
الظفيري، ٢٠٠١ ص ص ٤٩٣ - ٤٩٤).

دراسة بير لافسي وديفورا التيروس (٢٠٠١) (Year Lavee Dvora. 2001.)  
الدراسة بعنوان العلاقات الأسرية كأحد المؤشرات في التنبؤ بالانتكاسة ، بعد علاج سوء استخدام  
المواد المخدرة ، دراسة تتبعية ، لمسيئي استخدام المواد المخدرة وزوجاتهم: الملخص: تهتم  
هذه الدراسة بفحص خصائص الأسرة الأصلية (Family-of-Origin) (الأب - الأم) لمسيئي  
استخدام المواد المخدرة وأزواجهم، المشاركين في برنامج لعلاج الإدمان. حيث أوضح التحليل  
المفارق مجموعة من الخصائص ميزت الأسرة الأصلية لـ (٢٥) من الرجال الذين تخلصوا من  
أثر المواد المخدرة لمدة ستة أشهر بعد التسمم ؛ و (٢٥) من الرجال الذين يعانون من  
الانتكاسة. هذه المجموعة من الخصائص نجحت في التنبؤ بالانتكاسة (٣٠ شهرا) فيما بعد.  
الرجال الذين بقوا متحررين من أثر المواد المخدرة (Drug-Free) (المدة بأكملها حافظوا على  
علاقات قوية مع أسر صحية أكثر من الأسر غير الصحية ، بينما أولئك الذين يعانون من  
الانتكاسة حافظوا على علاقات قوية مع أسر غير صحية . مقارنة بأولئك الذين انتكسوا، فإن  
الرجال الذين بقوا متحررين من المادة المخدرة (غير المنتكسين) حافظوا أيضاً على علاقات  
قوية بأسر زوجاتهم . وقد تم مناقشة النتائج في ضوء رؤية النظام الأسري لتعاطي المخدرات،  
إلى جانب الدور الوسيط للأسرة.

في دراسة (Fred Tudiver., 2001) بعنوان هل تعزيز الدعم والتفاعل يؤدي إلى  
الإقلاع عن التدخين يشتمل على بيانات احصائية .

الهدف من البحث هو تحديد ما إذا كان التدخل لتعزيز الدعم يساعد في الإقلاع عن  
التدخين واستخدم برنامج من ستة أشهر إلى تسعة أشهر واستمر لأكثر من (١٢) شهر بعد  
العلاج واستخدم استبيانات احصائية لجمع البيانات واجري الاستبيان قبل وبعد اجراء البرنامج .  
وتوصلت النتائج والتي كانت (٣١) دراسة تشتمل على بيانات احصائية إلى اهمية معرفة

الصديق وكانت هناك فروق ذات دلالة احصائية بلغت الى ( ٠, ٠٠١ ) وكانت المقارنة بين عينة المتزوجين وغير المتزوجين وكانت النتيجة لصالح المتزوجين من ان الشريك يساعد في الإقلاع عن التدخين اذا لم يكن مدخنا .

وفي دراسة مارك جالنتير وآخرون ( ٢٠٠١ ) ، والدراسة بعنوان العلاج عبر الإنترنت للإدمان وإحضار الأسرة والدعم في غرفة الممارسة. العلاج عبر الانترنت تطور كأحد انواع العلاج الفردي والعلاج الجمعي لكي يحقق نجاحا في المكتب والمبنى على العلاج لمرضى الادمان ، باستخدام التحليل النفسي والعلاج السلوكي المعرفي في العلاج النفسي والذي يدخل المرضى في جماعات الدعم عبر شبكة التواصل الاجتماعي وأفراد الأسرة ، واستخدم افراد الأسرة كأحد انواع العلاج عبر شبكة التواصل الاجتماعي بالارتباط مع المريض والمعالج لكي يقدموا الدعم والمساعدة لكي يزيلوا الإبتكار والغرض من ذلك الحفاظ على فترات طويلة من الانقطاع عن المخدر وكذلك لكي يصف الاستقرار المقصود للمريض وكذلك في الاعراض الأسحابية استخدم بعض الأدوية المساندة لكي تمنع الانتكاسة. (Marc Galanter , et al., 2001)

دراسة درباس والحداد ( Derbas , A. N & Al. Haddad , Mk , 2001. ) بعنوان "العوامل المصاحبة للانتكاسة الفورية بين البحرينيين الذين يتعاطون الهيروين". أجريت الدراسة بهدف كشف الأسباب أو العوامل الفردية للانتكاسة الفورية بعد الخروج من مركز علاج الإدمان على عينة من (٤٠) من المرضى الذكور البحرينيين بمتوسط عمري قدره (٣٢,٧) والذين تلقوا برنامجاً علاجياً موجوداً لتأهيل مدمني المخدرات والخمر في البحرين عام (١٩٩٨). ولقد استخدم الباحثان المقابلة الموجهة لعرض البيانات الأساسية وتاريخ العلاج ، وأسلوب التعاطي وعدد مرات العلاج والانتكاسة ، كما استخدم استنباطاً لقياس مواقف الانتكاسات السابقة . وكشفت النتائج عن أن أسباب أو عوامل الانتكاسة كانت في معظمها متعلقة أولاً بالمزاج السلبي والتلميحات المتعلقة بالمخدرات . وأوصت الدراسة بأهمية تكثيف برامج الرعاية اللاحقة في العيادات الخارجية لرفع مستويات مهارات التغلب ومنع الانتكاسة.

في دراسة (باتريكال ز دويكن وآخرون ، ٢٠٠٢ ) ، بعنوان دور الدعم الاجتماعي في الحفاظ علي النتائج الايجابية لمتعاطي المخدرات للمرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية.

هدفت الدراسة الى مقارنة المرضى الذين يعانون من انخفاض وارتفاع الدعم الاجتماعي لمدة ستة أشهر حول العوامل عالية الخطورة وأهمية الدعم الاجتماعي على نتائج العلاج ، وتحديد مستويات الدعم الاجتماعي في توقع الاستمرار بالتعافي.

وكانت العينة في برنامج العيادة الخارجية (ن = ٢٠٦) ولمدة ستة أشهر والعينة الأخرى مكونه من (ن = ١٧٢)

جاءت النتائج موضحة إلى أنه كلما ارتفع الدعم الاجتماعي زادت معدلات التعافي على مر الوقت وكانت هناك بعض الفروق بين المجموعات في اعراض الاكتئاب النفسي والضغط النفسية وكانت بين المرضى الذين لا يحصلون على الدعم الاجتماعي. وكذلك المرضى الذين لا يحصلون على الدعم الاجتماعي كانت نسبة الانتكاسة عالية على الكحول والمخدرات. وكذلك اوضحت النتائج ان المرضى الذين يتمتعون بالدعم الاجتماعي كانت فرصتهم اكبر في الاستمرار في البرنامج وكذلك التقليل من الجرعة الزائدة ولكن كانت النسبة ضئيلة بين المجموعتين .  
(Patricia L. Dobkin , et al., 2002)

دراسة (رشا الديدي ، ورأفت عسكر.) (٢٠٠٤م) بعنوان "أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضي سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا من نزلاء المستشفيات وكانت الانتكاسة أو العودة للتعاطي بعد مرور المتعاطي بخبرة توفيق بعد تلقيه برنامجا علاجيا متكاملًا هي من الأمور المألوفة لدى العاملين في ميدان علاج اضطرابا بات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا ، ويلقى هذا البحث الضوء على أسباب الانتكاسة كما يعكسها التقرير الذاتي للمرضي من خلال استخدام استبيان مواقف الانتكاسة" على عينة قدرها (١٣٢) مريضا بمتوسط عمري (٢٨) سنة بأحرف معياري قدره (٦,١٥) بمدى عمري قدره (١٨-٥٢ سنة) من الذكور من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية والمؤسسات المعنية ببرامج منع الانتكاسة بمصر ، وشملت العينة قطاعا عريضا من متعاطي الأفيونات والخمور والحشيش والمهدئات والمنشطات والمنومات بتاريخ متنوعة للتعاطي.

وأسفرت النتائج عن وجود العديد من العوامل المسببة للانتكاسة أهمها عوامل خاصة بالاستيقاق والتوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى وعوامل القلق والاكتئاب والإشارات الدالة على العقار ووجود العوامل المساعدة على التعاطي من رفقاء متعاطين وتجار يعرضون المخدرات، فضلا عن قصور الكفاية الشخصية في اختبار قدرته على التحكم في مستوى التعاطي ، مع العديد من العوامل التي تدعم الانتكاسة:

دراسة عويد سلطان المشعان (٢٠٠٥م) كانت الدراسة بعنوان "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدى المتعاطين والطلبة في دولة الكويت" هدفت الدراسة إلى:

١ - التعرف على الفروق بين الطلبة والمتعاطين في المساعدة الاجتماعية وسمات الشخصية .

٢- الارتباطات المحتملة بين متغيرات البحث المختلفة لدى عينة المتعاطين والطلبة.

وكانت فروض الدراسة على النحو التالي:

١ - توجد فروق دالة بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين في سمات الشخصية والمساعدة الاجتماعية.

٢- تختلف مصفوفة الارتباطات في حالة عينة المتعاطين عنها في حالة عينة الطلبة.

العينة: كانت العينة مكونة من (١٢١٧) بواقع (٥٥٣) من الطلبة (٢٩٦) من الطالبات، (٣٦٨) من المتعاطين .

الأدوات:

١ - قائمة بيك للاكتئاب إعداد وتعريب ، أحمد محمد عبد الخالق.

٢ - مقياس العصابية ، إعداد وتعريب أحمد محمد عبد الخالق.

٣ - مقياس المساعدة الاجتماعية إعداد وترجمة ( محمد محروس ، ومحمد السيد).

النتائج : وجدت الدراسة الفروق الدالة بين عينة الدراسة ، وتحققت الدراسة من فروضها.

هدفت دراسة عائشة فارس (٢٠٠٧م) إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر على الفرد والمجتمع ونظراً لتداخل الأسباب في هذه الظاهرة فإن هذا البحث حاول أن يوضح آثار غياب الدعم الأسرى على البرامج العلاجية المتكاملة التي تعالج متعاطي المخدرات.

طبقت الباحثة على عينة وعددها : -

١ - (٥٩) من المرضى المنومين بالمستشفى

٢ - (٦٤) من المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية

وتوصلت إلى النتائج التالية:

وجود علاقة جزئية بين معدلات الانتكاسة والدعم الأسرى لدى ( ٣٠ ) حالة من إجمالي

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

عدد الحالات وخاصة المساندة المعرفية تليها المساندة الأدائية ثم المساندة الانفعالية، بينما لا تسهم المساندة المادية في التنبؤ بخفض معدلات الانتكاسة والتي قد تؤدي إلى العكس وهذا ما يؤكد على أهمية الدعم الأسري، في خفض معدل الانتكاسة.

وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه دالة موجبة بين معدلات الانتكاسة واختبار القدرة على السيطرة على التعاطي كعامل من عوامل الانتكاسة بمعنى أن معدلات الانتكاسة ترتفع كلما حاول المتعاطي اختبار قدرته على التحكم في الإقلاع وإقدامه على التعاطي ومن ثم انتكاسته، بينما لا توجد علاقة ارتباطيه دالة بين معدلات الانتكاسة والأبعاد الفرعية الأخرى والمجموع الكلي لاستبيان مواقف الانتكاسة .

وكشفت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعات ومتوسط السن عند مستوى (٠,٠٥) وللتحقق من اتجاه الدلالة استخدمت الباحثة اختبار شيفيه ليكشف عن اتجاه الدلالة للمجموعة الثالثة وهذا يؤكد وجود علاقة موجبة بين السن وإدراك الدعم الأسري بمعنى أنه كلما زاد السن كلما ارتفع متوسط إدراك الدعم الأسري .

واتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى القسم الداخلي ومتوسطات درجات مرضى العيادات الخارجية في الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي لاستبيان مواقف الانتكاسة فيما عدا اضطراب العلاقات الشخصية والمشكلات الأسرية وكلها في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

أن مرضى العيادات الخارجية أقل معاناة من مواقف الانتكاسة والذي يشير إلى نجاح البرنامج العلاجي على خلاف المرضى المنومين والذين لا يزالون تحت البرامج العلاجية.

أما ارتفاع مستويات الدعم الأسري لدى مرضى القسم الداخلي فيعود إلى طبيعة اهتمام الأسرة بالمرضى أثناء تواجده في المستشفى ويقف هذا الدعم مع خروج المريض.

جاءت دراسة يه اتج هسير بعنوان ( توقع التعافي على المدى الطويل لمدمني الهيروين النتائج من دراسة تتبعية لمدة ٣٣ سنة ) (Yih-Ing Hser,2007)

يتزايد ايمان الهيروين ويعرف على انه مرض معرض للانتكاسة ولكن لا يعرف إلا القليل عن عمليات التعافي منه على المدى الطويل ويحافظ المريض على فترات طويلة من عدم التعاطي وكذلك ممارسة الجنس.

وتهدف هذه الدراسة الى تحديد المؤشرات على التعافي على المدى الطويل لمدمني الهيروين وكانت العينة (٢٤٢) من مدمني الهيروين تتبعت حالتهم لأكثر من (٣٠) سنة. وأظهرت النتائج ان مجموعة المتعافين وغير المتعافين لم تحدد السلوك المنحرف ومشاكل الأسرة والمدرسة في مراحل الطفولة وكلا المجموعتين حاولا العلاج وتوجيه الذات. والتعافي الذاتي او العلاج الذاتي لفترات طويلة بينما المجموعة الغير متعافيه كانت هناك فروق ذات دلالة .

وأبضا كانت هناك فروق ذات دلالة لصالح مجموعة التعافي والتي كانت تستخدم الدعم الاجتماعي من خلال العمل والكفاءة الذاتية. وخلصت الدراسة الى ان التعافي الطويل المدى يعطى الاستقرار لدى المريض وزيادة الكفاءة الذاتية له والدعم والمساندة الاجتماعية .

وكشفت دراسة وإحصائية لجنة تدابير خفض الطلب على المخدرات التابعة للإدارة العامة للوقاية من المخدرات وزارة الداخلية دولة الكويت عن وفاة نحو (٢٢٤) كويتيياً بجرعات زائدة في السنوات الأربع الماضية ، مقارنة بوفاة (٣٢) مقيماً في البلاد. أظهرت البيانات أن قضايا المخدرات بلغت (٣٦٣٦) قضية تعاطت في زمن وجيز أغلبها لشباب . وبلغ عدد المتوفين جراء السموم في عام (٢٠٠٨م) (٤٤) حالة وفاة مقارنة ( ٣٢ حالة في ٢٠٠٧). (عايد الحميدان ، عبد الحميد العباسي ، (٢٠١١) وذكرت الدراسة أن مروجي المخدرات والخمور تتنوع مصادر جلبهم من البلدان ، ويقوم المهريون باتباع خطوط سير تشمل في الأعم الأغلب على التوالي « تركيا ، العراق ثم الكويت » والمهريون يجلبون من هذه البلدان غالباً « حبوب الكبتاجون والحشيش والحبوب المخدرة الأخرى ، فيما يجلبون من إيران الأفينيون والهيروين والحشيش وغيرها . كما يجلبون من لبنان وسوريا والأردن والسعودية حبوب الروش والكبتاجون والحشيش . وكشفت البيانات أن كميات الحشيش المضبوطة خلال عام (٢٠٠٨) بلغت نحو (٢٣٠) كيلو غراما ، والأفيون (١٧) كيلو غراما ، والهيروين (٣٧) كيلو غراما ، فيما تم ضبط أكثر من نصف مليون حبة مؤثرات عقلية ، إضافة إلى ضبط كمية كبيرة من القات اليعني والآس وغيرها . وأوضحت الإحصائية أن عدد مرتكبي جرائم المخدرات في عام (٢٠٠٨م) ارتفع إلى (١٢٩٠) شخصا منهم (٧٤٩) كويتيياً (٥٤١) من الجنسيات الأخرى المقيمة في البلاد ، وبلغ معدل ارتكاب جرائم المخدرات (٣٩) متهما لكل (١٠٠) ألف من السكان في البلاد.

وأعد الباحث عايد الحميدان دراسة ميدانية عن واقع مشكلة المخدرات في الكويت وتوصل إلى عدة عوامل تزيد تعاطي الشباب المخدرات أبرزها طلاق الأبوين والتفكك الأسري وضعف الرقابة وأصدقاء السوء والترف الزائد ، مشيراً إلى تزايد انتشار المخدرات في الفئة العمرية بين (١٥ و ٣٠ سنة). (عايد الحميدان ، عبد الحميد العباسي ، (٢٠١١)

التطبيق على الدراسات السابقة :

الدراسات السابقة تكون مناهجاً للباحثة لكي تستقي منها المعلومات العلمية التي تساعد الباحثة في فرض فروض البحث والتحقق من صحتها والتوثيق العلمي لمناقشة الفروض لما جاءت به الدراسات السابقة التي تناولت من قريب أو بعيد مشكلة الدراسة ، وفي الدراسات السابقة ركزت معظمها على أبعاد مقاربية وأحياناً متباعدة عن مشكلة الدراسة فرأت الباحثة أن تتناول بحثها هذا في إطار جديد للتركيز على المساندة الأسرية (الدعم الأسري وعلاقته بما تتول إليه فعالية البرنامج العلاجي المقدم للمرضى في مجتمع متحفظ مثل المجتمع الكويتي ) الذي أحيانا تنكر بعض الأسرة مشكلة الإيمان لدى أبنائها مثلما يفعل المدمن نفسه ، وهذا ما سوف تجيب عنه تساؤلات الدراسة . الكشف عن جدوى البرامج العلاجية وأوجه القصور التي يمكن التغلب عليها ، والكشف عن معدلات الانتكاسة وتنوعها وترتيب العوامل من حيث الخطورة ، والكشف عن العوامل المشتركة والمتباينة وفقاً للمتغيرات الديمجرافية للعينة ونوع العقار المستخدم ، ومدة الإيمان والإقلاع، وعدد مرات العلاج والانتكاسة.

التساعل الأول :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية في استبيان مواقف الانتكاسة ومتوسطات أبعاد الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي؟.

التساعل الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة مرضى القسم الداخلي على استبيان مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة؟.

التساعل الثالث :

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة؟.

من خلال العرض النظري والدراسات السابقة وصياغة المشكلة صاغت الباحثة فروض الدراسة على النحو التالي:



الفرض الأول :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية في استبيان مواقف الانتكاسة ومتوسطات أبعاد الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي.  
الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة مرضى القسم الداخلي على استبيان مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة.  
الفرض الثالث :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة المرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسرة.  
المنهج والإجراءات والأدوات:  
أولا - المنهج :

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي للكشف عن غياب المساعدة الأسرية في البرامج العلاجية المتكاملة لمتعاطي المخدرات لعينة من متعاطي المخدرات يقدم لها المساعدة الأسرية وأخري لم يقدم لها المساعدة الأسرية وذلك لمحاولة الكشف بصورة عامة عن أثر غياب المساعدة الأسرية وعلاقتها بنجاح البرامج العلاجية . وتمتعين الباحثة بالنمط الخاص بالدراسة العلية (السببية) المقارنة " والتي تحاول أن تكشف عن ماهية الظاهرة لكي يكشف العوامل أو الظروف التي يصاحب أحداثا أو ظروفًا أو ممارسات معينة ، والتي تكشف الدراسة الوصفية عن حقيقة وجود علاقة ما ومعرفة ما إذا كانت هذه العلاقة قد تسبب الحالة أو تسهم فيها أو تفسرها." ( فان دالين ، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون ٢٠٠٣ ، ص ص . ٣٤٠، ٣٣٩ ) .

وفي ذلك يقرر(روز) ( Rose, 1959 ) طالما أن العلوم الاجتماعية تتناول الظواهر الاجتماعية على المستوى الذي يمكن منه ملاحظتها بطريقة مباشرة ، فإنها لا تستطيع أن تتوصل إلى قوانين السبب - و النتيجة ، التي تنطبق بصفة عامة على كل الثقافات المعروفة والممكنة ( ورد في محمد نبيل نوفل ، ٢٠٠٣ م )  
ثانيا - أدوات الدراسة:

١- استمارة جمع البيانات الديموجرافية ونوع التعاطي من إعداد الباحثة.

تمثلت في البيانات الأساسية مثل السن والمستوى التعليمي والعمل والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة وعدد مرات الدخول للمستشفى وعدد مرات متابعة العيادات الخارجية وأنواع المواد النفسية المتعاطاة.

٢- استبيان مواقف الانتكاسة: إعداد ، عبد الله عسكر ، ورشا الديدي ، ورأفت عسكر.

ويتكون الاستبيان من ( ١٠٠ ) عبارة تشير كل عبارة إلى سبب يؤدي إلى الانتكاسة ، ولقد تم إعداد هذا الاستبيان استناداً إلى عدد من الاستبيانات الأجنبية أهمها استبيان التقرير الذاتي للمنتكسين وغير المنتكسين.(Unnithan et al., 1992 ) وقائمة مواقف التعاطي ( Annis & Graham, 1991 ) وقائمة أسباب الانتكاسة ( Asker & Gundy, 1995. )

ويتركز الاستبيان إلى ثمانية مواقف على النحو التالي :

جدول رقم (٤) يبين مواقف الانتكاسة

عدد العبارات	الموقف
١٥	١- الاشتياق وتلميحات العطر
٩	٢- اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي
٦	٣- ضغوط رفاق التعاطي
١٩	٤- المشاعر السارة
١٨	٥- المشاعر غير السارة
١٥	٦- اضطراب العلاقات بالآخرين
٥	٧- مشكلات الأسرية
١٣	٨- الآلام النفسية والبدنية والوهن

ويقوم المفحوص بوضع علامات ( ✓ ) أمام العبارة التي تنطبق عليه ، ويعطى درجة واحدة على كل علامة تنطبق عليه ، ويتم التصحيح وفقاً لمفتاح التصحيح المعد لذلك وتحسب الدرجات .

التعريف بالاستبيان:

استبيان مواقف الانتكاسة من استبيانات التقرير الذاتي الذي يغطي معظم المواقف الخطرة التي تؤدي للانتكاسة بعد مرور الفرد بفترة من الإقلاع نتيجة لتلقيه علاجاً خاصاً داخل مؤسسة علاجية أو خارجها أو أفلح من نفسه نظروف صحية أو نفسية أو اجتماعية ، ويقاس الاستبيان ثمانية مواقف خطيرة على النحو التالي :

١- الاشتياق وتلميحات العقار :

ويعني الحالة النفسية المصاحبة لتذكر المادة المؤثرة نفسياً ومواقف التعاطي السابقة والتي تثير حالة من القلق والتوتر كمؤشر للرغبة في التعاطي من خلال استدعاء الصورة الذهنية ورؤية رفاق التعاطي وظهور أدوات التعاطي أو المادة نفسها والمرور بمكان التعاطي أو الجلوس فيه أو رؤية المروج أو التاجر أو أية إشارات دالة على العقار.

٢- اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي:

وتشير إلى قصور في الكفاية الذاتية وإدراك الفرد بأنه يستطيع أن يتحكم في جرعات التعاطي للوصول إلى جرعة صغيرة تؤدي أعراض الجرعات الكبيرة ليكتشف بأنه قد وقع مرة

أخرى في زيادة الجرعات وعاد إلى حيث كان قبل العلاج أو الإقلاع، ويكشف هذا الموقف عن قصور الاستبصار والدافعية المتناقضة ظاهرياً وإنكار حقيقة طبيعته الإدمانية وأوهام الثقة في النفس والقدرة على التغلب على التعاطي.

٣- ضغوط رفاق التعاطي:

وتشير إلى عدوى الانتكاسة التي تظهر من خلال ظهور رفيق العلاج في حالة تعاطي أو عرض أحد الرفاق المادة المتعاطاة على الفرد أو أشخاص من ذوي تأثير على الشخص مما يؤدي به للانتكاسة . وترتبط أيضاً بقصور الكفاية الذاتية في الاستمرار في الإقلاع .

٤- المشاعر السارة :

وتعني البحث عن اللذة وزيادة الاستمتاع ورفع مستوى المزاج للاطلاق مع الآخرين والاستمتاع الجنسي والوصول إلى حالات الانسجام مع النفس والآخرين والاحتفالات بالمناسبات السارة كالنجاح والأفراح والأعياد والتفاؤل إزاء المستقبل وتذكر المواقف السارة المرتبطة بالتعاطي.

٥- المشاعر غير السارة :

وتعني حالات المزاج السلبي مثل الشعور بالحزن واليأس والمحنة والسأم والابتساق والتأخر النفسي الحركي والأسى على الذات ، وتذكر الهموم والشعور بالذنب والخزي والعار المرتبط بالتاريخ الإدماني والتشاؤم وفقدان الثقة في النفس وتفجر نوبات الغضب وخيبة الأمل في الحب والشعور بالعجز والوقوع تحت سيطرة الآخرين.

٦- اضطراب العلاقات بالآخرين :

اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة التي لا يستطيع فيها الشخص أن يحل صراعاته مع الآخرين وخاصة الأصدقاء ، وشعوره بالاضطهاد والنبيذ من الآخرين والشعور بالوحدة وتدخل الآخرين في قراراته على نحو تسلطي ووجود صراعات مع زملاء العمل والرؤساء والرفض من الجنس الآخر ، وتفجر نوبات الغيرة من الآخرين والعجز عن مواجهة الناس . وترتبط هذه المواقف بمستوى الكفاية الشخصية التي تشير إلى فشل الفرد في التعامل السوي مع الآخرين مما يجعل الصراع مع الآخرين موقفاً خطراً يؤدي به إلى الانتكاسة.

٧- المشكلات الأسرية :

وتعني غياب الأمن والهدوء في المنزل وكثرة الصراعات والشجار وتكثف الأسرة ضد الفرد وفقدان الدعم الأسري والاهتمام بأحواله وإدراك مشكلته على نحو معرفي يؤدي لمساندته في الإقلاع.

٨- الآلام النفسية والبدنية والوهن :

وتعني ظهور الآلام النفسية والبدنية مثل التوتر العصبي العضلي والأرق واضطرابات

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدي عينة كويتية من متعاطي المخدرات  
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.  
تقنين الاستبيان:

الخصائص السيكومترية للاستبيان: من إعداد معدوا الاستبيان  
أولا الصدق: حسب معاملات صدق الاختبار على عينة قدرها (٦٠) مبحوثا بمتوسط  
عمره (٢٩) سنة باتحراف معياري قدره (٣,١٨) من نزلاء مستشفى مصر الجديدة  
للصحة النفسية ومستشفى الخاتكة من أقسام علاج الإدمان بالطرق الآتية:  
١- الصدق التلازمي:

حسبت معاملات الارتباط بين أبعاد الاستبيان واستمارة التقرير الذاتي لأسباب الانتكاسة  
من إعداد عبد الله عسكر، والتي تحتوي على (٣٤) سبباً شائعاً للانتكاسة يضاف إليها عدد  
غير محدود من الأسباب التي يراها المفحوص أنها سبب في انتكاسته، وبلغت معاملات الارتباط  
بين مجموع الاستبيان والاستمارة (٠,٧٨)  
٢- صدق المحكمين:

عرض الاستبيان على ثمانية أطباء نفسيين وأربعة أخصائيين نفسيين وأخصائي  
اجتماعي وثلاثة مرشدين لعلاج الإدمان، وبلغ معامل الاتفاق (٠,٧٤).  
الصدق الذاتي: بلغ معامل الارتباط الداخلي للمقياس (٠,٩٤)  
ثباتياً: الثبات

حسب معامل ثبات ألفا للاستبيان والمواقف الفرعية. وأشارت النتائج إلى ارتفاع  
معاملات الثبات كما هو موضح بجدول (٤)

جدول (٥) معاملات ثبات ألفا للاستبيان

م	المواقف	معاملات ثبات ألفا
١	الاشتياق وتلميحات العقار	٠,٨٩
٢	اختبار القدرة على السيطرة	٠,٨١
٣	ضغوط رفاق التعاطي	٠,٧٧
٤	المشاعر السارة	٠,٩٠
٥	المشاعر غير السارة	٠,٨٩
٦	اضطراب العلاقات بالآخرين	٠,٨٦
٧	المشكلات الأسرية	٠,٧٦
٨	الآلام النفسية والبدنية	٠,٨٦
٩	والوهن	٠,٩٧
	الثبات الكلي للاستبيان	

كما حسبت معاملات الثبات بأسلوب التجزئة النصفية لبيانات الاستبيان:

وبلغ معامل ثبات جوتمان للتجزئة النصفية ٠,٩٢

وبلغ معامل ثبات ألفا لكل جزء ٠,٩٣

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

(عبد الله عسكر وآخرون ، ٢٠٠٤م)

حساب ثبات استبيان مواقف الانتكاسة على عينة الدراسة:

قامت الباحثة الحالية بإعادة حساب ثبات استبيان مواقف الانتكاسة وبلغت معاملات

الثبات مستويات مرتفعة ومقبولة كما يتضح من جدول (٦)

جدول (٦) معاملات ثبات استبيان مواقف الانتكاسة

٢	الأبعاد الفرعية	ثبات ألفا	التجزئة النصفية
١.	الاضطرابات	٠,٨٧	٠,٨٨
٢.	اختيار القدرة على السيطرة	٠,٧٩	٠,٨٠
٣.	ضغط الرفاق	٠,٧٦	٠,٧٨
٤.	المشاعر السارة	٠,٨٥	٠,٨٨
٥.	المشاعر غير السارة	٠,٨٦	٠,٨٨
٦.	اضطراب العلاقات بالآخرين	٠,٧٣	٠,٧٦
٧.	المشكلات الأسرية	٠,٦٧	٠,٧٠
٨.	الآلام البدنية والوهن	٠,٨٨	٠,٩٠
٩.	الثبات الكلي للاستبيان	٠,٧٩	٠,٨٧

٣- استبيان مستويات الدعم الأسري لمرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً : إعداد - عائشة فارس ( ٢٠٠٧ )

يقيس هذا الاستبيان أربعة مستويات للدعم الأسري لبرامج منع الانتكاسة لمرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً وهي: ١- دعم مرتفع ٢- دعم متوسط ٣- دعم بسيط ٤- دعم ضعيف.

ويتكون الاستبيان من ( ٣٠ ) عبارة تقيس أربعة أنواع من الدعم الذي يساعد في إتجاح البرامج العلاجية لمنع الانتكاسة أو إرجائها وهي:

١- الدعم المعرفي: ويحتوي على ( ١١ ) عبارة تقيس مدى تفهم أفراد الأسرة لطبيعة مرض الإدمان والسلوك الإدماني والاستبصار بطبيعة المشكلة التي يعاني منها مريضهم والتفكير العقلاني في التعامل مع هذه الحالة والتواصل الإيجابي معها.

٢- الدعم الاتفالي: ويحتوي على ( ٧ ) عبارات تقيس مدى تحرر الأسرة من مشاعر

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات  
الخزي والخذل تجاه مريضهم والتعامل السوي مع نوبات الغضب واضطراب المزاج التي  
تظارد مريضهم وتدفعه للانتكاسة وإتاحة جو أسري يسمح بالتعبير التلقائي عن المشاعر  
والانفعالات والقبول والدفء والمحبة .

٣- الدعم المادي: ويحتوي على (٤) عبارات تقيس مدى تقديم الأموال ومستلزمات  
الحياة المادية وتوفير فرص العمل المناسبة لرفع مستوى تقدير المريض لنفسه وحمايته من  
المفرقة والاحتياج والتسول أو ترويح المخدرات وما إلى ذلك من مسالك قد تدفعه للانتكاسة.

٤- الدعم الأدائي: ويحتوي على (٨) عبارات تقيس مدى قيام أفراد الأسرة بمسالك  
ملموسة لدعم البرامج العلاجية من قبيل إتباع تعليمات الفريق المعالج وإتباع قواعد وإجراءات  
الزيارة بالمستشفى ومتابعة برامج الرعاية اللاحقة ومساعدته في المشاركة في الأنشطة  
الرياضية والترويحية وتكوين صداقات جديدة خارج ميدان الإدمان ودعم الأنشطة الثقافية  
والدراسية التي تساعد على رفع مستوى تقدير الذات ومنع الانتكاسة .  
لعمل مفتاح التصحيح:

عبارات الدعم المعرفي هي ١-٢-٣-٧-١٣-١٤-١٥-١٧-١٩-٢٠-٢١

عبارات الدعم الانفعالي هي ٦-٩-١٠-٢٤-٢٥-٢٦-٣٠

عبارات الدعم المادي هي ١٢-١٦-٢٨-٢٩

عبارات الدعم الأدائي هي ٤-٥-١١-٨-١٨-٢٢-٢٣-٢٧-

الخصائص السيكومترية لاستبيان المساندة الأسرية:

عينة التفتين: بلغت عينة الثبات ( ٦٠ ) ملحوظا من بين المنومين والمتابعين في  
العيادات الخارجية بمتوسط عمري قدره ( ٣٢,٤٩ ) بانحراف معياري قدره ( ٧,١٩ ) وكلهم  
من الذكور.

حساب معامل الثبات: معامل ثبات ألفا

الدعم المعرفي ٠,٨٥

الانفعالي ٠,٧٤

المادي ٠,٦٦

الأدائي ٠,٧٢

معامل ثبات ألفا للمقياس ٠,٩٢

معامل ثبات المقياس بالتجزئة النصفية

معامل الارتباط بين النصفين = ٠,٧٨

معامل ثبات جوتمان للتجزئة النصفية ٠,٨٨

معامل ثبات ألفا للجزء الأول ٠,٨٧.

معامل ثبات ألفا للجزء الثاني ٠,٨٥

ويتضح مما سبق اتسام المقياس بمعاملات ثبات عالية ومقبولة (عائشة فارس، ٢٠٠٧م. حساب معامل الثبات على عينة الدراسة الحالية:

وقد قامت الباحثة الحالية بحساب معامل ثبات ألفا لمقياس المساندة الأسرية للباحثة

(عائشة فارس وكانت الدرجات على النحو التالي:

٠,٧٧ الدعم المعرفي

٠,٦٨ الانفعالي

٠,٦٩ المادي

٠,٧٠ الأدائي

٠,٨٢ معامل ثبات ألفا للمقياس

عينة الدراسة:

شملت العينة عدد ( ١١٦ ) مريض من معتمدي المواد ذات التأثير النفسي وتم التشخيص الطبي بناء على مراجعة الملف الطبي ومعرفة المواد التي يتعاطاها المريض وتشخيصها وتم استبعاد الحالات التي لديها سوء استخدام على المواد المؤثرة نفسياً حتى تتشابه العينة مع بعضها البعض. وجاء تقسيم العينة من حيث مرضى القسم الداخلي والمرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية بعد خروجهم من المستشفى على النحو التالي ( ٦٢ ) حالة من مرضى القسم الداخلي و ( ٥٤ ) حالة من المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية. وذلك في مركز بيت التمويل الكويتي لعلاج الإدمان والذي هو وحدة من مركز الكويت للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة ( دولة الكويت ) وجميع المرضى من الذكور ، ونظرا لعدم وجود حالات كافية من الإناث بالمركز موضوع الدراسة فلم تتمكن الباحثة من توفير العينة اللازمة من الإناث وحاولت الباحثة أن توفر العينة ولكن لندرة الإناث وعدم مراجعتهم للمستشفى ، لأسباب مجتمعية وأسباب ثقافية اكتفت الباحثة بالعينة من الذكور ولكن نظرا لأهمية المشكلة فتدعو الباحثة جميع المشتغلين في هذا الميدان إذا توفرت عينة ممثلة من الإناث أن يجرؤا عليها الأبحاث التي تخدم التراث السيكولوجي خدمة للباحثين والبحث العلمي في هذا المجال. وصنفت العينة على النحو التالي:

جدول (٧) يوضح خصائص العينتين من حيث التعليم والعمل والحالة الاجتماعية

والعمر ونوع المادة المتعاطاه

المتغير	الفئات	العينة مرضى القسم الداخلي عدد (١٢)		العينة مرضى العيادات الخارجية عدد (٥٤)	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد
التعليم	جمالي لما فوق	٧,٧%	٧	٦,٠%	٦
	ثقوي	٣٤,٦%	٢٢	٣٦,٠%	١٩
	متوسط	٥١,٩%	٢٩	٥٢,٠%	٢٦
	ابتدائي	٥,٨%	٤	٦,٠%	٣
	المجموع	١٠٠%	٦٢	١٠٠%	٥٤
العمل	موظف	٣٦,٥%	٢٢	٣٦,٥%	١٦
	عسكري	١٩,٢%	١٢	١٩,٢%	١١
	رجل أصل	٧,٧%	٦	٧,٧%	٧
	متقاعد	٥,٨%	٤	٥,٨%	٥
	لا يصل	٣٠,٨%	١٨	٣٠,٨%	١٥
الحالة الاجتماعية	متزوج	٥٩,٦%	٣٥	٥٩,٦%	٣١
	أعزب	٣٢,٧%	١٩	٣٢,٧%	١٦
	مطلق	٥,٨%	٧	٥,٨%	٦
	أرمل	١,٩%	١	١,٩%	١
	من ٢٠-٣٠	٣٦,٥%	٢٤	٣٦,٥%	٢١
السن	من ٣٠-٤٠	٤٨,١%	٢٦	٤٨,١%	٢٥
	من ٤٠-٥٠	١٥,٤%	١٢	١٥,٤%	٨
	من ٥٠-٦٠	٩,٦%	٩	٩,٦%	٧
نوع المادة المتعاطاة	مشروبات الأفيون	٢٣,١%	١٢	٢٣,١%	١٣
	الحشيش	١٣,٥%	٩	١٣,٥%	٦
	الكحول	٥,٨%	٤	٥,٨%	٤
	المهيدت	٣,٨%	٢	٣,٨%	٢
	المنومات	٥,٨%	٥	٥,٨%	٢
	المنشطات	٣,٨%	٢	٣,٨%	٢
	مواد متعددة	٣٨,٥%	٢١	٣٨,٥%	١٨

نتائج الدراسة:

الفرض الأول:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى القسم الداخلي ومرضى العيادات الخارجية في متوسطات استبيان مواقف الانتكاسة ومتوسطات أبعاد الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

تود الباحثة أن توضح هنا أنه بالنسبة لمشكلة الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً وعدم المعرفة الحقيقية للشخص المعتمد أنه منكمس أم غير منكمس بعد خروجه من المستشفى وذلك لعدم وجود متابعة أو وسيلة تفيد بأن هذا الشخص متعاف من فترة أم أنه يتعاطى وهذه هي المشكلة التي تجعل معظم الباحثين لم يستطيعوا معرفة النسبة الحقيقية للمنتكسين من غير المنتكسين للبرامج العلاجية. كما أن الانتكاسة من الناحية العلمية والعملية بالنسبة لمعتدي المواد المؤثرة نفسياً هي أن يدخل المريض المركز العلاجي أياً كان نوع البرنامج الذي يتلقاه



ويتم علاجه من الأعراض الإسحابية ومن ثم يبدأ في إكمال البرنامج في العيادة الخارجية وإذا انتكس أثناء رحلة تعافيه يعتبر منتكس أما إذا دخل المريض المستشفى أول مرة أم كان متردد الدخول لم يعتبر منتكسا حاليا إلا أنه كان معتمد على المخدر في الفترة السابقة لدخوله المستشفى فالانتكاسة تأتي أثناء رحلة العلاج في برنامج علاجي ومن هنا لا تستطيع الباحثة تقسيم العينة إلى منتكسين وغير منتكسين ولكنها قسمت العينة على نوع العلاج بعينة داخلية وعينة خارجية. وكان الهدف أيضا من معرفة المواقف التي تؤدي إلى الانتكاسة بين هاتين العينتين من حيث تلقيهم للدعم الأسري والمساعدة الأسرية وكيف يؤثر ذلك على تفادي الانتكاسة أو بمعنى آخر التقليل من المواقف عالية الخطورة التي تسبب الانتكاسة وهذا ما سوف يتضح من فروض الدراسة والتحقق من صحة هذه الفروض بين عينتي الدراسة التي قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة عليها.

ولكن ما قامت به الباحثة أنها قامت بتطبيق الأدوات على العينتين حيث أن العينة الداخلية وهي التي تقيم بالمستشفى أكثر من ( ٢١ يوم) أما العينة التي تراجع العيادات الخارجية فهي حرة طليقة تراجع المريض المستشفى برغبة منه في المضي في طريق التعافي وتفادي الانتكاسة وكانت الباحثة أثناء تطبيق الأدوات قد راعت أن المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية لم ينتكسوا لمدة ستة أشهر على الأقل وكانت تتحقق من الملف الطبي الموجود لكل مريض حيث أن نظام المستشفى لم يقبل أي مريض في العيادة الخارجية إلا إذا كان تحليله سلبي من المواد المؤثرة نفسيا . حتى يسمح له بالاستمرار في برنامج العيادة الخارجية. وللتحقق من صدق هذا الفرض حسبت الباحثة قيمة ( ت ) كما تبدو في جدول (٨) مع عرض للمتوسطات والانحرافات المعيارية للمجموعتين على متغيرات الفرض.

جدول ( ٨ ) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ( ت ) ومستوى الدلالة للمتغيرات

المتغيرات	مرضى القسم الداخلي ن = ٦٢		مرضى العيادات الخارجية ن = ٥٤		مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م	
الاشتياق	٤,٠٥	٧,٠٨	٤,٦١	٣,١٤	**
اختبار التحكم	٢,١٩	٤,٥٨	٢,٩٢	٢,٢١	*
ضغوط الرفق	١,٩٧	٣,١٩	٢,١٨	٢,٦١	**
المضاعف المصرة	٤,٨٦	٧,٦٤	٤,٩٥	٣,٦٠	**
المضاعف غير المصرة	٥,١٣	٨,٣٩	٥,٤٥	٢,٩٩	**
اضطراب العلاقات الشخصية	٤,٥٢	٥,٢٠	٤,١٤	١,٨٧	غير دال
المشكلات الأسرية	٢,٠٠	٢,٣٠	١,٦٧	١,٥٦	غير دال
الآلام البدنية	٣,٥٤	٥,٥٣	٣,٨٢	٢,٤٣	*
المجموع الكلي	٢٣,٦٣	٤٤,٦٦	٢٥,٤٩	٣,٠١	**
الدعم المعرفي	٧,٦٠	١٨,١٣	٧,٠٧	٤,٥٣	**
الدعم الاتقالي	٥,١٣	١١,٨٣	٤,٥١	٣,٩٥	**
الدعم المادي	٣,٠٩	٦,١٣	٢,٨٠	٤,٤٨	**
الدعم الأدبي	٥,٤٥	١٤,٠٣	٥,٥٣	٤,٥٢	**
المجموع الكلي	١٨,٧٤	٥٠,٥٨	١٨,١٠	٤,٨١	**

\*\* دال عند مستوى ٠,٠١

\* دال عند مستوى ٠,٠٥

ويتضح من جدول ( ٨ ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى القسم الداخلي ومتوسطات درجات مرضى العيادات الخارجية في الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي لاستبيان مواقف الانتكاسة فيما عدا اضطراب العلاقات الشخصية والمشكلات الأسرية وكلها في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

كما تكشف النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متوسطات الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي لاستبيان الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي. معنى هذا أن مرضى العيادات الخارجية أقل معاناة من مواقف الانتكاسة والذي يشير إلى نجاح البرنامج العلاجي على خلاف المرضى المنومين والذين لا يزالون تحت البرامج العلاجية. أما ارتفاع مستويات الدعم الأسري لدى مرضى القسم الداخلي فيعود إلى طبيعة اهتمام الأسرة بالمرضى أثناء تواجدهم في المستشفى ويقبل هذا الدعم مع خروج المريض.

وبالنظر إلى الجدول رقم ( ٨ ) والذي يشير إلى المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة ( ت ) ومستوى الدلالة للمتغيرات كانت النتائج على النحو التالي.

- ١- الاشتياق كانت الدرجة دالة عند مستوى الدلالة ( ٠,٠١ ) وكانت قيمة ( ت = ٣,١٤ ) ويشير ذلك إلى أن الاشتياق لدى المريض عند دخوله تكون اقوي من خروجه من المستشفى ويرجع ذلك إلى عدم الامتناع عن التعاطي فترة طويلة.

٢- اختبار التحكم كانت الدرجة دالة عند مستوى (٠,٠٥) وقيمة (ت = ٢,٢١) ويرجع ذلك إلى أن المريض داخل المستشفى في حماية الفريق العلاجي وعدم الخروج من المستشفى إلا لأمر ضروري جدا مهما كانت الظروف الخارجية للمدمن ويعتبر ذلك حماية للمدمن من المواقف التي تؤدي إلى الانتكاسة خارج المستشفى.

٣ - ضغوط الرفاق كانت الدرجة دالة عند مستوى (٠,٠١) وقيمة (ت=٢,٦١) ويشير ذلك إلى أن ضغط رفاق التعاطي يقل داخل المستشفى بالإضافة إلى عدم الخروج مما يقلل هذه الضغوط وكذلك وجود البرنامج العلاجي الذي يوضح أهمية ضغط الجماعة على المدمن في التعاطي وكذلك ضغط الجماعة في حالة التعافي.

٤ - المشاعر السارة كانت الدرجة دالة عند مستوى (٠,٠١) وكانت قيمة (ت = ٣,٦٠) وتشير هذه النتائج إلى أن المدمن بعيد عن الضغوط وعن المشاعر الغير سارة في المجتمع سواء كانت هذه الضغوط أسرية أو مجتمعية.

٥- المشاعر غير السارة كانت الدرجة دالة عند مستوى (٠,٠١) وكانت قيمة (ت=٢,٩٩) وتشير الدرجة إلى أن المريض داخل المستشفى يبتعد كثيرا عن المشاعر غير السارة ويعيش فكرة بقائه في المستشفى مع نفسه ويبدأ في التفكير في مشاكله.

٦ - أما اضطراب العلاقات الشخصية والمشكلات الأسرية فكانت الدرجة غير دالة إحصائيا.

٧ - الآلام البدنية كانت الدرجة دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) وكانت قيمة (ت = ٤,٤٣) ويرجع ذلك إلى تخلص المدمن من الأعراض الانسحابية والآلام التي يسببها المدمن في حالة الخمران والتعاطي.

وجاء المجموع الكلي لمواقف الانتكاسة دالاً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) وكانت قيمة (ت = ٣,٠١)

٨- أما في استبيان الدعم الأسري فكانت الدرجة دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١) لكل من الدعم المعرفي والدعم الانفعالي والدعم المادي والدعم الأدائي وكذلك في المجموع الكلي للاستبيان وكانت قيمة ت في الدعم المعرفي (= ٤,٥٣) وفي الدعم الانفعالي (٣,٩٥) وفي الدعم المادي (٤,٤٨) وفي الدعم الأدائي (٤,٥٢) وكانت قيمة ت في المجموع الكلي (= ٤,٨١) وتشير النتائج إلى أن الأسر تقدم للمريض الدعم بكامله وهو داخل المستشفى أما إذا تم خروجه فتركه وشأنه وهذا يرجع إلى الفهم الخاطئ أن المريض طالما خرج من المستشفى فيكون تم شفاؤه وهذا مفهوم خاطئ لدى معظم الأسر ويعتبرون الإدمان مرضاً كأي مرض جسدي وربما يحتاج ذلك إلى أجيال وأجيال لتغيير هذه المفاهيم

لدى الأسرى.

في هذه الحالة ، فإن مدمن المواد المؤثرة نفسياً ربما يقع في الاعتماد وذلك في الأسر التي لا تعمل على تنمية المهام التي تسمح بالتمايز والاستقلالية . على العكس فإن معتمدي المواد المؤثرة نفسياً الذين أقلعوا عنها يتميزون بقدرتهم على إبعاد أنفسهم عن أسرهم غير الفعالة أو بالحفاظ على اتصال جيد بأسرهم الفعالة . ومن هنا فإن أسرة المعتمد على المواد المؤثرة نفسياً الأصلية ربما تشكل عاملاً هاماً في الانتكاسة أو عامل حماية ضد الانتكاسة. إن التدخل في حياة المعتمدين على المواد المؤثرة نفسياً، وكذلك برامج علاج منع الانتكاسة بعد العلاج، لا يمكن أن تغير من التاريخ الشخصي للفرد. ومن ثم فإن نتائج الدراسات ( Nurco et al . 1988 , Coleman 1982 , Daley 1992.) تقترح أن يحسن المعالجون فعالية برامج علاج المواد المؤثرة نفسياً بإدماج خبرات الأسرة الأصلية للمعتمد. حيث أن هذه الخبرات تمثل نموذجاً عملياً من خلالها يمكن للفرد أن يدرك بيئته ، حيث أن أساليب التعامل مع الصعوبات في العلاقات يتم تعلمها في أسرة الفرد. كما أن مناقشة الأنماط الإيجابية والسلبية للتعبيرات الانفعالية وقبول الاختلاف في الآراء المختلفة ووجهات نظر الآخرين والاتجاهات نحو حلول الصراعات وقدر الثقة المعطى لهم ربما يساهم في زيادة فعالية برنامج العلاج ومنع الانتكاسة.

ارتفاع معدلات الانتكاسة تبين الصعوبة الهائلة في الامتناع عن المواد المؤثرة نفسياً لفترة طويلة ، وابتياج برنامج علاج التسمم فإن المعتمد يبقى منتقداً بشكل كبير بينما يواجه العديد من صعوبات الحياة ، مثل هذه القابلية للنقد ربما يعمل على زيادتها المحيط الأسرى وأنماط التفاعل بين الأعضاء داخل الأسرة.

ومن هنا فإن البيئة الأسرية يبدو أنها عامل هام يساهم في عودة المعتمد للأنماط السلبية من الإصراف في الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً. لذلك فإنه من المهم جداً أن يكون المعتمد قادراً على أن يدرك العلاقات غير الفعالة في أسرته الأصلية ، وأن يتعلم كيف يتعامل معها. نفس الوقت فإن العلاج الأسرى للأسرة الأصلية للمعتمد ربما يعمل على تغيير العلاقات غير الفعالة التي تعمل كتهديد لملوك الإقلاع عن المواد المؤثرة نفسياً ؛ على العكس من ذلك فإن العلاقة القوية للمعتمد بالأسرة الأصلية للزوجة يبدو أنها تعمل كعامل حماية ضد الانتكاسة ، ومن ثم فإن المعالجين ربما يساعدهم في منع الانتكاسة وإطالة مدة الامتناع عن المواد المؤثرة نفسياً التركيز الأكبر على تقوية علاقة المعتمد بالأسرة الأصلية للزوجة.

وهذا ما تؤكدته دراسة ( Delay, 1989 ) إلى أن هناك بحثاً محدداً عن الدور الذي تلعبه الأسرة في فهم ظاهرة الانتكاسة ، على الرغم من الفكرة القائلة بأن الأسرة تلعب دوراً هاماً في

شفاء المعتمد على المواد المؤثرة نفسياً، أو الفكرة التي تشير إلى أن "الأسرة يمكنها شعورياً أو لا شعورياً أن تعوق عملية شفاء المعتمد على المواد المؤثرة نفسياً" وبمراجعة الدراسات التي أجريت في عن الانتكاسة ، فقد أشارت إلى أن الباحثين ما زالوا يركزون بشكل كبير على المتغيرات والخصائص الشخصية (متضمنة خصائص الشخصية والمتغيرات البيئية والمعرفية والوجدانية) مع تركيز أقل في الاهتمام بخصائص الأسرة ، ويستندون في النقد الموجه إليهم إلى أن خصائص الشخصية تتضمن إدراكات الشخص ، واستجاباته الوجدانية، والأنماط التي يسلكها، وهي غالباً ما تتشكل بداخل الأسرة الأصلية للفرد . لذلك فإنه من المهم أن نقف على الخصائص التي تميز الأسرة وتؤثر في حدوث الانتكاسة بعد علاج سوء استخدام المواد المخدرة.

كذلك دراسة (باتريكال ل زويكين وآخرون ٢٠٠٢ ) جاءت النتائج موضحة الى أنه كلما ارتفع الدعم الاجتماعي زادت معدلات التعافي على مر الوقت وكانت هناك بعض الفروق بين المجموعات في اعراض الاكتئاب النفسي والضغط النفسية وكانت بين المرضى الذين لا يحصلون على الدعم الاجتماعي . وكذلك المرضى الذين لا يحصلون على الدعم الاجتماعي كانت نسبة الانتكاسة عالية على الكحول والمخدرات . وكذلك اوضحت النتائج ان المرضى الذين يتمتعون بالدعم الاجتماعي كانت فرصتهم اكبر في الاستمرار في البرنامج وكذلك التقليل من الجرعة الزائدة ولكن كانت النسبة ضئيلة بين المجموعتين . (Patricia,L.Dobkin, et al.,2002)

فلقد أظهرت العوامل الأسرية تأثيراً واضحاً على إلحاق المعتمد على المواد المؤثرة نفسياً بالعلاج . على سبيل المثال ، قرر كل من (Maglione , Polinsky , Anglin , 1998) أن المشكلات الأسرية تقلل من دافعية معتمدي المواد المؤثرة نفسياً للإحالة العلاجية. كما استنتج كل من (Dobkin , Robertson , 2000) استعداد أعضاء الأسرة للالتحاق بالعلاج يعتمد على كل من حرية العميل في تلقي المساعدة وكذلك دعوة المعالج للفعالة لهم في العملية العلاجية.

الفرض الثاني:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عينه مرضى القسم الداخلي على مقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسري.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قامت الباحثة بإدخال الدرجات للاختبارين واستخلصت النتائج من البرنامج الإحصائي ( spss. ) وجاءت على النحو التالي:

جدول رقم (٩)

يوضح المتوسط والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودرجة الحرية ومستوى الدلالة لمقياس مواقف الانتكاسة والمساندة الأسرية لمرضى القسم الداخلي

المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الاشتياق	٩٠,٢٨٨٥	٤,٢١١٧٣	١٥,٩٠٣	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
اختبار القدرة على السيطرة	٦٠,٠٣٨٥	٣,٧٢٥٢٦	١١,٠٢٢١	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
ضغوط الرقابة	٤,٧٥٠٠	٣,٠٤١٣٨	١١,٠٢٦٢	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشاعر المسارة	٨,٩٢٣١	٨,٠١٣٣٥٤	١٣,٤٠٢	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشاعر غير المسارة	١٠,٢٦٩٢	٥,٠٨٧٩١	١٤,٥٥٥	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
اضطراب العلاقات بالآخرين	٦,٥٠٠٠	٤,٣٠٠٠٢	١٠,٩٠٠	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشكلات الأسرية	٣,٥٩٦٢	٣,٣٦٢١٩	٧,٧١٣	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الآلام البدنية والوهن	٦,٣٢٦٩	٣,٤٦٨١٨	١٣,١٥٥	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المجموع	٥٥,١٩٢٣	٢٣,٣٣٩٨١	١٧,٥٥٢	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم المعرفي	٢٤,٩٨٠٨	٧,١١٦٦٥	٢٥,٣١٢	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم الاتعالي	١٦,١٧٣١	٤,٩٥٣٥٩	٢٣,٥٤٤	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم المادي	٨,٨٠٧٧	٣,٦٨٩٠٩	١٧,٢١٧	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم الأدائي	١٩,٥١٩٢	٥,٤٣٥٨٧	٢٥,٨٩٤	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الإجمالي	٦٩,٣٤٦٢	١٦,٦٢٩٦٣	٣,٠٠٧١	٦١	دالة فيما وراء ٠,٠٠١

قيمة (ت) الجدولية عند (٠,٠٠١) تساوي (٣,٤٦٠)

بالنظر إلى الجدول رقم (٩) والذي يوضح قيمة (ت) ومستوى الدلالة لمقياس مواقف الانتكاسة، ومقياس الدعم الأسري جاءت النتيجة في بعد الاشتياق فكان مستوى الدلالة دالة إحصائياً وقيمة (ت) تساوي (١٥,٩٠٣) ويرجع ذلك إلى أن المجموعة الداخلية كان لديها اشتياق إلى المخدر بدرجات دالة إحصائياً مع الدعم الأسري والذي جاء قيمة (ت) في الدعم المعرفي (٢٥,٣١٢) ويفسر ذلك على أن درجة الاشتياق للمخدر لا تنقطع من مريض الإيمان إلا بعد فترة زمنية متباعدة حيث يقل الاشتياق النفسي وكذلك الاشتياق البدني أما عند دخول المريض المستشفى وتوحيده لمدة شهر أو أقل أو أكثر لا تلغى الاشتياق تماماً وكذلك إذا خرج من المستشفى فيكون هناك مثيرات للاشتياق من أدوات التعاطي ورفاق التعاطي بالرغم من أنه يراجع العيادة الخارجية.

أما في بعد اختبار القدرة على السيطرة فكانت الدرجة دالة إحصائياً فيما وراء (٠.٠٠١) وجاءت قيمة (ت) مساوية (١١.٧٢١) ويفسر ذلك بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى المنومين في المواقف عالية الخطورة والدعم الأسرى حيث جاءت قيمة (ت) في بعد الدعم الانفعالي (٢٣.٥٤٤) ، والمريض داخل المستشفى يعاني كثيراً من اختبار قدرته على السيطرة على المخدر حيث أنه مخير بين دخوله المستشفى وعدم خروجه إلا بعد قضاء فترة علاجه وإذا تيسر له وقام المرضى بتهدئة مخدرات إلى المستشفى يكون الاختبار الحقيقي لبعض المرضى من أنهم يتعاطون أم لا .

وفي بعد ضغوط الرفاق جاءت النتيجة دالة إحصائياً فيما وراء (٠.٠٠١) وجاءت قيمة (ت) مساوية (١١.٢٦٢) ، وهذه النتيجة أيضاً توضح أن ضغوط الرفاق للمرضى المنومين تختلف عن المرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية حيث إن المريض داخل المستشفى لم يكن لديه أحاديث أو حوارات جانبية إلا في التعاطي وكيفية التعاطي وكيفية الاستمتاع بالجرعة بعد الخروج من المستشفى وإذا أتيج للمرضى أن يتعاطوا داخل المستشفى فلا يفوتون الفرصة ليس جميع المرضى بل الأغلبية منهم وفي خبره الباحثة العملية عندما كانت تطبق في مركز بيت التمويل الكويتي لعلاج الإدمان التابع لمركز الكويت للصحة النفسية التابع لوزارة الصحة بدولة الكويت كان المرضى الذين لديهم دافعية للعلاج يشكون مر الشكوى من المرضى الآخرين الذين يثرونهم بالحديث في التعاطي ولذة المخدر للمرضى المنومين أما المرضى الخارجيون فليدبرهم خيارات كثيرة في المجتمع على سبيل المثال أن ينشغل بأسرته أو يستطيع أن يغير الصديق أو يسأل متعافياً أن يساعده في كيفية التعامل مع ضغط رفاق التعاطي.

وفي بعد الدعم المادي جاءت قيمة (ت) مساوية (١٧.٢١٧) وذلك الدعم تعطيه الأسر للمرضى داخل المستشفى حيث نظام المستشفى يسمح للأسر أن تضع مبالغ مادية ليست بالكثيرة للمريض أثناء فترة تنويمه حتى يستطيع أن يشتري أغراض خاصة له من مشروبات غازية وبعض أنواع المأكولات رغم أن المستشفى يوفر لهم ذلك .

وفي بعد المشاعر السارة جاءت النتيجة دالة إحصائياً وكانت قيمة (ت) مساوية (١٣.٤٠٢) ويشير ذلك أن مشاعر المرضى السارة من مواقف الانتكاسة في الداخل مثلما هي في الخارج لأن المريض المدمن يحصل على لذة خاصة من المخدر سواء المريض بالداخل أو بالخارج ويكون ذلك أثناء التعاطي وتعتبر من الذكريات التي تجعل بعض المرضى يعودون إلى التعاطي مرة أخرى للحصول على هذه المشاعر السارة لعجز مريض الإدمان وعدم استمتاعه بالحياة إلا في وجود المخدر.

وفي بعد المشاعر غير السارة جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وجاءت قيمة (ت) مساوية (١٤,٥٥٥) حيث تشير هذا النتيجة إلى أن مشاعر المرضى الذين يعتمدون على المواد المؤثرة نفسيا تكون ضعيفة نسبيا للمشاعر غير السارة منها للمشاعر السارة.

وفي بعد اضطراب العلاقات بالآخرين جاءت الدرجة دالة إحصائيا وقيمة (ت) مساوية (١٠,٩٠٠) ، ويفسر بأن المرضى سواء المنومين أو الذين يراجعون العيادة الخارجية لا تزال علاقاتهم بالآخرين مضطربة ولم يستطيع المريض أن يعيد العلاقة بالآخرين إلا بعد فترة طويلة من الانقطاع عن المخدر وإصلاح ما أفسده السلوك الإدماني ويأخذ هذا وقتا كبيرا وجهدا أيضا من المريض ومن المعالجين وإذا نظرنا إلى الخطوات الاثنتي عشرة نجد أن إعادة العلاقات تأتي في الخطوة الخامسة عندما يثق المريض في نفسه ويثق به المحيطون به وتسمى الجرد الأخلاقي.

وفي بعد المشكلات الأسرية جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وقيمة (ت) مساوية (٧,٧١٣) ويفسر ذلك على أن المرضى الذين يحاولون أن يقلعوا عن المخدر ويرجعوا العيادة الخارجية تبدأ المشكلات الأسرية في التحسن ولم تكن مواقف حادة للانتكاسة أو دائما في وجهه نظر الأسرة عندما يقتنع المريض من اتجاهه إلى دخول المستشفى هناك بعض المفاهيم لدى بعض الأسرة من أن حالة المريض ستتحسن وبذلك تبدأ المشكلات الأسرية في الانخفاض . ولم تكن مواقف مثيرة للانتكاسة المريض مثلما كان المريض في حالة التعاطي النشط والمستمر.

وفي بعد الآلام البدنية والوهن جاءت النتيجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وقيمة (ت) مساوية (١٣,١٥٥) ويختلف هنا الآلام البدنية من مريض الداخل إلى مريض الخارج حيث أن المرضى المنومين يكونوا قد انقطعوا عن المخدر حديثا فتكون الأعراض البدنية والآلام البدنية زيادة وهم في مرحلة الأعراض الانسحابية أما عندما يقضون شهرا في المستشفى فتقل الآلام البدنية وكذلك الوهن عندما يراجعون العيادة الخارجية.

وفي إجمالي المقياس جاءت الدرجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وقيمة (ت) مساوية (١٧,٠٥٢)

كما جاءت قيمة (ت) في باقي أبعاد مقياس الدعم الأسري في الدعم الآدائى مساوية (٢٥,٨٩٤) ودالة فيما وراء (٠,٠٠١) وكذلك الإجمالي لمقياس الدعم الأسري جاءت قيمة (ت) مساوية (٣٠,٠٧١) وبالنظر إلى النتيجة النهائية لمقياس مواقف الانتكاسة ومقياس الدعم الأسري جاء المتوسط الأعلى دائما لصالح مقياس الدعم الأسري والذي يدل هذه المتوسطات المرتفعة لصالح مقياس الدعم الأسري إلى حاجة المريض الحقيقية إلى دعم أسرته له حتى



يستطيع أن يتغلب على المواقف عالية الخطورة لأنه من مشكلات الاعتماد على المخدر ترك الأسرة للمريض وعدم مساعدته للسمعة والمشاكل التي يعملها المريض لأسرته ولكن من هذا الفرض تستطيع الباحثة أن تنوه إلى أنه كلما زاد الدعم الأسري للمريض قلت مواقف الانتكاسة لديه.

ويشير ذلك إلى تحقيق الفرض الذي من أجله تم تطبيق أدوات الدراسة. فكانت الدرجة الإجمالية دالة فيما وراء (٠,٠٠١) ، وجاءت الأبعاد الدالة إحصائياً في مقاسي الدعم الأسري ومواقف الانتكاسة وتتفق هذه النتيجة مع ما جاءت به نتائج دراسة كل من: دراسة عائشة فارس (٢٠٠٧) حيث كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة موجبة بين معدلات الانتكاسة واختبار القدرة على السيطرة على التعاطي كعمل من عوامل الانتكاسة بمعنى أن معدلات الانتكاسة ترتفع كلما حاول المتعاطي اختبار قدرته على التحكم في الإقلاع وإدماجه على التعاطي ومن ثم انتكاسته. وبينت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى القسم الداخلي في الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي لاستبيان مواقف الانتكاسة فيما عدا اضطراب العلاقات الشخصية والمشكلات الأسرية وكلها في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

جاءت دراسة يه اتج هسير (Yih-Ing Hser, 2007) أظهرت النتائج أن مجموعة المتعافين وغير المتعافين لم تحدد السلوك المنحرف ومشاكل الأسرة والمدرسة في مراحل الطفولة وكلا المجموعتين حاولا العلاج وتوجيه الذات. والتعافي الذاتي أو العلاج الذاتي لفترات طويلة بينما المجموعة الغير متعافيه كانت هناك فروق ذات دلالة. وايضا كانت هناك فروق ذات دلالة لصالح مجموعة التعافي والتي تستخدم الدعم الاجتماعي من خلال العمل والكفاءة الذاتية. وخلصت الدراسة إلى أن التعافي الطويل المدى يعطى الاستقرار لدي المريض وزيادة الكفاءة الذاتية له والدعم والمساعدة الاجتماعية .

وفي دراسة عبد الله عسكر وجوندى (1995) وجدت الدراسة فروقاً إحصائية دالة بين المجموعتين لصالح المجموعة كبيرة السن في شدة المواقف وخاصة في العواطف غير السارة والصراعات الأسرية ، حيث حصل مجموعة الكبار على مستويات أعلى من مجموعة الصغار. وفي دراسة عبد الله عسكر ، أحمد البراك ، (١٩٩٥) كشفت البيانات الإحصائية عن علاقة بين غياب الدعم الأسري من خلال إتكار الأهل لمشكلة أبنائهم أو رفض الزيارات خضية العار ، أو عدم المشاركة في جلسات العلاج الأسري ، وبين ارتفاع معدلات الانتكاسة ، حيث أشارت النتائج إلى أن نسبة المراجعين للعيادات الخارجية كان (٥٨%) ممن لديهم دعم أسري وخاصة من الزوجة والأم ، مما يشير إلى ارتفاع معدلات الإقلاع عن التعاطي مع وجود الدعم الأسري ،

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

معنى ذلك أن نسبة ( ٤٨% ) من إجمالي العينة الذين لم يراجعوا العيادات الخارجية قد قرروا الانتكاسة لما لا يجدونه من دعم أسري يشجعهم على متابعة البرامج العلاجية والرعاية اللاحقة.

وجاء في دراسة رشا الديدى ورأفت عسكر (٢٠٠٤) حيث أسفرت النتائج 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 علي العقار ووجود العوامل المساعدة علي التعاطي من رفاق متعاطين وتجار يعرضون المخدرات، فضلا عن قصور الكفاية الشخصية في اختبار قدرته علي التحكم في مستوى التعاطي ، مع العديد من العوامل التي تدعم الانتكاسة. كما جاء في دراسة يونيثان وآخرين: ( Unnithan, et al, 1992) حيث وجدوا أن عوامل العلاقات الشخصية المتبادلة والإشارات المرتبطة بالعقار ارتبطت أكثر بالعودة إلى تعاطي الأفيون ، في معظم الحالات يواجهون مواقف عالية من الخطورة مثل مداومة اللقاء مع الآخرين الذين يستعملون الأفيون ويعرضون عليهم بعض العقار ، مع معاناتهم من حالات الوجدان السلبي. وبمناقشة النتائج لهذا الفرض فقد أثبت الفرض صحته من أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المرضى المنومين والمرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس مواقف الانتكاسة.

الفرض الثالث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين يراجعون العيادة الخارجية على مقياس الدعم الأسري ومقياس مواقف الانتكاسة.

جدول رقم (١٠) يوضح المتوسط والانحراف المعياري وقيمة (ت) ودرجة الحرية ومستوى الدلالة لمقياس مواقف الانتكاسة والدعم الأسري للمرضى الخارجيين .

المتغيرات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الاشتباق	٦,٩٢٠٠	٤,٢٨٩٧١	١١,٤٠٧	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
اختيار القدرة على السيطرة	٤,٧٦٠٠	٢,٧٥٩٤٧	١٢,١٩٧	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
ضغوط الرفق	٣,٨٦٠٠	٢,٣٦٤٧٩	١١,٥٤٢	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشاعر السارة	٩,٣٨٠٠	١٣,٧٠٢٢١	٤,٨٤١	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشاعر غير السارة	٧,٩٢٠٠	٤,٨٢٢٧٤	١١,٦١٢	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
اضطراب العلاقات بالآخرين	٥,٩٤٠٠	٣,٤٠٧١٤	١٢,٣٢٨	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المشكلات الأسرية	٤,٣٠٠٠	٢,٦١٢٧٦	١١,٦٣٧	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الآلام البدنية والوهن	٥,٠٨٠٠	٢,٨٦٣١٤	١٢,٣٢٨	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
المجموع	٤٩,٠٨٠٠	٢٠,٩١٥٦١	١٦,٥٩٣	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم المعرفي	٢٦,٠٦٠٠	٧,١٣٢٥٩	٢٥,٨٣٥	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم الانفعالي	١٦,٣٦٠٠	٤,٩١٠٤٦	٢٢,٥٥٨	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم المادي	١٥,٦٦٠٠	٦,٦١٦٦٥	١٦,٧٣٦	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الدعم الأدبي	١٩,٩٢٠٠	٥,٥٤٣٣٠	٢٥,٤١٠	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١
الإجمالي	١٠٥,٧٤٠٠	٤٥,٠٠٩٢١	١٦,٦١٢	٥٣	دالة فيما وراء ٠,٠٠١

قيمة (ت) الجدولية عند (٠,٠٠١) تساوي (٣,٤٦٠)

لتحقيق هذا الفرض تم عمل النتائج الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (١٠) والذي يوضح قيمة (ت) ومستوى الدلالة لمقياس الدعم الأسري ، وجاءت النتائج في البند الأول الخاص بمقياس الدعم الأسري والمتمثل في الدعم المعرفي جاءت النتيجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وجاءت قيمة (ت) مساوية (٢٥,٨٣٥) وتشير هذا النتيجة إلى أن الأسرة تقوم بالمساعدة المعرفية لمرضاهم حيث إن الاهتمام بظاهرة تعاطي المخدرات يأخذ حيزا كبيرا في وسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة مما يوفر المعلومات التي قد تساعد الأسر في فهم مشكلة التعاطي وكيفية التعامل مع فرد مدمن في الأسرة وان لم يكن التناول الأمثل في وسائل الإعلام أو المحاضرات التوعوية لكنها تعطي قوائدها في بعض الأسر .

وفي بعد الدعم الانفعالي جاءت النتيجة دالة فيما وراء (٠,٠٠١) وجاءت قيمة (ت) مساوية (٢٣,٥٥٨) وتشير هذه النتيجة إلى أن أسر المدمنين يتناهبهم المشاعر العاطفية والتفاعل مع المريض المدمن سواء التفاعل الإيجابي أو السلبي وتقصد هنا الاعتماد المصاحب الذي تصاب به أسرة المدمن من جراء السلوكيات الإدمانية التي يمارسها المدمن أثناء فترات

المساندة الأسرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات  
التعاطي وتتأصل هذه السلوكيات لدى أسر المدمنين مما يصبح نمطا سلوكيا إدمانيا تعايشه  
الأسرة على المستوى الاتفاعلي.

وفي بعد الدعم المادي جاءت النتيجة دالة فيما وراء ( ٠.٠١ ) وقيمة (ت) مساوية  
( ١٦.٧٣٦ ) وتشير هذه النتيجة أيضا إلى تقديم الدعم المادي من الأسرة للمريض المدمن وفي  
بعض التجارب العلاجية التي كانت تجريها الباحثة مع أسرة مدمن في جلسات العلاج الأسري  
جاءت أم المريض ويسؤالها من أين يأتي المريض بالمال الذي يشتري به المخدر أفادت الأم أنها  
هي التي تعطيه المال لكي يشتري المخدر خوفا من أن يسرق أو يسبب لهم مشكلة مع الجيران  
وكان هذا الدعم دعما سلبيا فربما بعض الأسر تفهم الدعم المادي على أنه توفير المال للمريض  
حتى يعيش عيشة عادية ولكن ما يقصد بالدعم المادي هنا هو توفير سبل الإعاشة والإقامة  
للمريض حتى يستطيع أن يكمل مشوار التعافي. لكون بعض الأسر لم تتعامل مع المدمن وتركه  
في الشارع بلا مأوى وبلا مصروف وهذا يسبب الانخراط الزائد في التعاطي إما عن طريق  
الترويج أو عن طريق السرقة وهذا يعيق طريق التعافي.

وفي بعد الدعم الأدائي جاءت النتيجة دالة وجاءت قيمة (ت) مساوية ( ٢٥.٤١٠ ) وتشير  
ذلك إلى أن بعض الأسر قد ينقصها تعلم كيفية تقديم الدعم الأدائي للمريض المدمن ويتطلب ذلك  
إجراء المحاضرات التثقيفية والدورات التدريبية لأسر المرضى وكذلك للمرضى حتى يتعلموا ما  
هو الدعم الادائي وكيفية تقديمه للمريض حتى يستفيد منه في طريق التعافي من الإدمان وكذلك  
المساعدة في تفادي الانتكاسة. وفي بند الإجمالي لبنود المقياس جاءت النتيجة دالة فيما وراء  
( ٠.٠١ ) وجاءت قيمة (ت) مساوية ( ١٦.٦١٢ ) وتشير هذه النتيجة إلى أن المقاييس قد جاءت  
بفروق ذات دلالة إحصائية في تفادي الانتكاسة إذا قدم دعم أسري للمريض وبذلك تحقق الفرض  
موضوع الدراسة . وجاءت هذه النتيجة مطابقة لنتائج كل من: فلي دراسة عائشة فارس  
( ٢٠٠٧ ) كشفت عن وجود علاقة جزئية بين معدلات الانتكاسة والدعم الأسري لدى ( ٣٠ ) حالة  
من إجمالي عدد الحالات وخاصة المساندة المعرفية تليها المساندة الأدائية ثم المساندة الانفعالية  
، بينما لا تسهم المساندة المادية في التنبؤ بخفض معدلات الانتكاسة والتي قد تؤدي إلى العكس  
وهذا ما يؤكد على أهمية الدعم الأسري. في خفض معدل الانتكاسة. كما كشفت النتائج عن وجود  
فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في متوسطات الأبعاد الفرعية والمجموع الكلي  
لاستبيان الدعم الأسري في اتجاه مرضى القسم الداخلي.

معنى هذا أن مرضى العيادات الخارجية أقل معاناة من مواقف الانتكاسة والذي يشير إلى  
نجاح البرنامج العلاجي على خلاف المرضى المنومين والذين لا يزالون تحت البرامج العلاجية.

أما ارتفاع مستويات الدعم الأسري لدى مرضى القسم الداخلي فيعود إلى طبيعة اهتمام الأسرة بالمرضى أثناء تواجده في المستشفى ويقل هذا الدعم مع خروج المريض . وفي دراسة ( Coleman , 1982 . كشفت الدراسة عن أن الأشخاص الذين يسيئون استخدام المواد المؤثرة عصبيا لديهم تاريخ خاص باضطراب التآلف الأسري مما يشير إلى وجود علاقة بين اضطراب التآلف الأسري وسوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا. كما يشارك الأشخاص الذين يعايشون مشاكل جنسية في نفس أشكال قصور الشخصية كما يتشابهون في مراحل النمو الباكراة والتي تعتبر من أهم العوامل المسببة لتلك المشاكل الجنسية وفي كثير من الحالات نجد أن سوء استخدام المواد المؤثرة يكون الدافع الأساسي ضد اختلال التآلف الأسري على علاقات الفرد في المراهقة والرشد كما ينتقل ذلك عبر الأجيال من جيل إلى آخر. كما كشفت الدراسة عن أن هناك علاقة سببية قوية بين سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا وبين الاحترافات الجنسية الأسرية. وفي دراسة عزيز الظفيري ( ٢٠٠١ ) ومن أهم النتائج التي توصل إليها الباحث ما يلي:

١- الإدمان بشكل عام يعبر عن وجود اضطراب في الأسرة أو الوحدة الاجتماعية أو اضطراب الأنظمة الفرعية داخل الأسرة.

٢- نظام أسرة المدمن من النظم المغلقة قليلة الانفتاح حيث يكون التفاعل في الغالب مع الأم جيدا ، ومع الأب ضعيفا ، والعلاقة بين الوالدين مضطربة وتكثر بينهما الخلافات التي تصل في كثير من الأحيان إلى التهجور أو الطلاق.

٣ - أسرة المدمن أسرة مفككة ومتصدعة ومنعزلة.

٤- أسرة المدمن أسرة فوضوية والحدود فيها جامدة وضعيفة حيث لا يوجد بين أعضائها تقارب انفعالي.

٥- الاتصال بين الأفراد في الأسر المدمنة محدود وغير متكامل .

٦ - قلب الأدوار: كما ظهر من خلال نتائج الدراسة أن الأسر المدمنة يشيع فيها نظام قلب الأدوار بحيث تأخذ الأم دور الأب فتكون هي المسيطرة والأب خاضع وخانع.

علاقة المدمن بالأب: أظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة بالأب علاقة مضطربة ، فالأب إما قاس متسلط معاقب يحبط أغلب محاولات الإنشباع ويولد لدى الابن الشعور بالحرمان من الأم التي كانت نقية شخصية الأب.

علاقة المدمن بالأم: علاقة تكافلية ، علاقة اعتماد طفلي ، كما أنها علاقة قائمة على الحب والكراهية في نفس الوقت ( الثنائية الوجدانية ) .

علاقة المدمن بالأخوة : علاقة مضطربة قائمة على الكراهية والحسد والتنافس. (عزيز

الظفيري ، ٢٠٠١ ص ص. ٤٩٣-٤٩٤).

حيث توضح هذه الدراسة أهمية البناء النفسي للمدمن وأسرتة حيث يوجد خلل في البناء النفسي للمدمن ناتج عن البناء النفسي الهش للأسرة. كما جاء في دراسة نركو وزملائه (Nurco, et al. 1988) حيث أكدت الدراسة على الأهمية القصوى لحدوث مستوى ملائم من إعادة الاندماج الاجتماعي للمدمن المتعافي وذلك مع محيطه الاجتماعي ، لأن المدمن المتعافي في حاجة إلى إعادة التكيف النفسي - الاجتماعي مع بيئته الاجتماعية ، ومثل هذا التكيف لا يتحقق إلا من خلال ربط البرنامج العلاجي بالوسط الاجتماعي الذي ينتمي إليه الشخص المتعافي لأن البرامج العلاجية ( مهما كانت درجة كفاءتها وفعاليتها ) لن تستطيع لوحدتها إحداث التكيف النفسي - الاجتماعي الذي ينشده المدمن المتعافي.

وذكر في دراسة يه. اتج هسير (Yih-Ing Hser,2007) اظهرت النتائج ان مجموعة المتعافين وغير المتعافين لم تحدد السلوك المنحرف ومشاكل الأسرة والمدرسة في مراحل الطفولة وكلا المجموعتين حاولا العلاج وتوجيه الذات. والتعافي الذاتي او العلاج الذاتي لفترات طويلة بينما المجموعة الغير متعافيه كانت هناك فروق ذات دلالة .

وايضا كانت هناك فروق ذات دلالة لصالح مجموعة التعافي والتي كانت تستخدم الدعم الاجتماعي من خلال العمل والكفاءة الذاتية. وخلصت الدراسة الى ان التعافي الطويل المدى يعطى الاستقرار لدى المريض وزيادة الكفاءة الذاتية له والدعم والمساندة الاجتماعية. وفي دراسة (Fred Tudiver, et al 2001) ، وتوصلت النتائج والتي كانت (٣١) دراسة تشمل على بيانات احصائية الى اهمية معرفة الصديق وكانت هناك فروق ذات دلالة احصائية بلغت الى (٠,٠٠١) وكانت المقارنة بين عينة المتزوجين وغير المتزوجين وكانت النتيجة لصالح المتزوجين من ان الشريك يساعد في الأكلع عن التدخين اذا لم يكن مدخنا .

وذكر في دراسة كارفالو وزملائه (Carvalho et al., 1995) أن النتائج لغت الانتباه إلى العنف الأسرى بوصفه أكثر العوامل ارتباطا بتعاطي الكحول والمخدرات ، وان المناخ البيئي الأسرى أكثر أهمية من الرضا الزواجي في ظهور سلوك التعاطي. كما جاء في دراسة بير لافي وديفورا التيوس (٢٠٠١) (Year Lavee Dvora Altus. 2001) جاءت النتائج مشيرة إلى أن الرجال الذين بقوا متحررين من أثر المواد المخدرة ( Drug-Free ) المدة بأكملها حافظوا على علاقات قوية مع أسر صحية أكثر من الأسر غير الصحية ، بينما أولئك الذين يعانون من الانتكاسة حافظوا على علاقات قوية مع أسر غير سوية. مقارنة بأولئك الذين انتكسوا ، فإن الرجال الذين بقوا متحررين من المادة المخدرة (غير المنتكسين) حافظوا أيضاً ،

على علاقات قوية بأسر زوجاتهم . وقد تم مناقشة النتائج في ضوء رؤية النظام الأسرى لتعاطي المخدرات ، إلى جانب الدور الوسيط للأسرة.  
أولا :المراجع العربية

١- أحمد فائق (٢٠٠١): الأمراض النفسية الاجتماعية ، دراسة في اضطراب علاقة الفرد بالمجتمع ، دار آتون للطباعة والنشر، القاهرة.

٢- بشير صالح الرشدي ، إبراهيم محمد الخليفي (١٩٩٧): سيكولوجية الأسرة الوالدية ، ذات السلاسل ، الكويت.

٣- حمدي محمد ياسين، واحمد محمد مبارك الكندري (١٩٩٦): سيكولوجية الأسرة العربية، مدخل في كيفية الزواج السعيد وسبل تجنب الوقوع في الطلاق ، الكويت.

٤- دعاء صلاح الدين (٢٠٠٦): مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية في منع الانتكاسة لدى عينه من متعاطي المواد المؤثرة نفسيا ، رسالة ماجستير، كلية الآداب جامعة الزقازيق ، جمهورية مصر العربية.

٥- رشا الديدي ، رأفت عسكر (٢٠٠٤): أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسيا من نزلاء المستشفيات ، بحث مقدم للمؤتمر العربي السادس للوقاية من الإدمان الفترة ( من ٢٤ - ٢٥ نوفمبر ، ٢٠٠٤ ) ، بالقاهرة.

٦- سلطان عبد العزيز العنقرى (١٩٩٦): الإدمان وجهود المملكة في علاج المدمنين ، الندوة السعودية الفرنسية الأولى للتعاون في مجال مكافحة المخدرات ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، الرياض (١٢ - ١٥ شعبان ، ١٤١٦ هـ).

٧- عايد الجميدان ، عبد الحميد العباسي (٢٠١١) مؤشرات جرائم المخدرات في دولة الكويت ( الواقع ... والتوقعات المستقبلية) الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، قسم التوعية. وزارة الداخلية، دولة الكويت. الطبعة الثانية.

المساندة الأبرية وعلاقتها بتفادي الانتكاسة لدى عينة كويتية من متعاطي المخدرات

٨- عايد الحميدان ، عبد الحميد العباسي (٢٠١١): المخدرات في دولة الكويت.. الأسباب والوقاية والعلاج ، دراسة تطبيقية محكمة علميا من مطبوعات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لجنة دراسة تدابير خفض الطلب على المخدرات ، وزارة الداخلية ، دولة الكويت.

٩- عائشة فارس (٢٠٠٧): معدلات الانتكاسة لدى مرضى إساءة استخدام المواد المؤثرة نفسيا وعلاقتها بمستويات الدعم الأبري للبرامج العلاجية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ، مصر.

١٠- عبد الباسط محمد حسن (١٩٧٩): أصول البحث الاجتماعي (القاهرة : مكتبة وهبة ) ص

٢٥٥

١١- عبد الله عسكر (٢٠٠٩): الإيمان بين التشخيص والعلاج : القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٢- عبد الله عسكر ، أحمد البراك (١٩٩٥): غياب الدعم الأبري لبرامج علاج الإيمان وعلاقته بارتفاع معدلات الانتكاسة ، المؤتمر السنوي الأول للخدمة الاجتماعية الطبية- مستشفى الولادة والأطفال بجدة ، المملكة العربية السعودية.

١٣- عبدالله عسكر، رشا اللبدي، رأفت عسكر (٢٠٠٤): استبيان مواقف الانتكاسة ، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٤- عزيز الظفيري (٢٠٠١): سيكوديناميات العلاقات الأبرية لدى المدمنين ، دراسة إكلينيكية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة الزقازيق ، مصر.

١٥- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٥): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصابية والاحتئاب والعوانية لدى المتعاطين والطلبة في دولة الكويت ، المؤتمر السنوي الثاني عشر لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

== (١٥٨) = المجلة المصرية للدراسات النفسية - العدد ٨١ المجلد الثالث والعشرون - أكتوبر ٢٠١٣ ==



١٦- فان دالين ، ديوبولد ب وآخرون (٢٠٠٣): ترجمة محمد نبيل نوقل وآخرون ، سليمان الخضري الشيخ ، طلعت منصور غبريال ، مراجعة سيد أحمد عثمان ، مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، الطبعة الخامسة ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.

١٧- منحت عبد الحميد ابو زيد (١٩٩٨): الارتكاس العقائري ، مثيراته وهوائفة وعوامله ، والاتجاه نحوه ، ونمو العقار البديل في ضوء حجم الارتكاسات السابقة لدى عينة من مدمني الهيروين - دراسة عاملية مقارنة . دار المعرفة الجامعة الإسكندرية ، مصر.

١٨- محمد أشرف أحمد مصطفى أبو العلا (١٩٩٤): غياب الأب وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الأمهات والأبناء في مرحلة المراهقة ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس ، القاهرة ، مصر.

١٩- محمد السيد حسين بكر (١٩٩٧): الدوافع النفسية والاجتماعية لتعاطي المخدرات لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

٢٠- مكتب الإماء الكويتي (٢٠٠٠) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، اضطرابات التعاطي والإيمان (١) : دولة الكويت ، الديوان الأميري ، المجلد الرابع، الطبعة الأولى.

ثانيا المراجع الأجنبية

21-Abdulaziz, Saud D. (1992): " Substance abuse recidivism in Saudi Arabia. " Unpublished Ph.D. Theses . U.S.A. University of Pittsburgh.

- 22- Annis , H.M., (1990) , Relapse to substance abuse : empirical findings within a cognitive - social learning approach , Journal of Psychoactive drugs Vol. (22) No. (2), pp. 117-124
- 23-Annis, H.M. & Graham, J.M. (1991):. Inventory of Drug-taking situation. Toronto, Addiction Research Foundation of Ontario.
- 24-Asker, A. & Gundy, G. (1995) : . The Differences in the reasons & relapse between young and adult opiate inpatients addicts. The Egyptian Journal of Mental Health, Cairo, vol. 36 pp. 67-86.
- 25-Baab,K., (1992): Neruro - linguistic Programming and Hypnosis during intervention with substance abusing adolescents, In : G., Lawson , A. , Lawson (Eds) , adolescent substance abuse : Etiology , treatment , and Prevention, Aspen Publishers , Inc. , Gaithersburg , pp. 197-205.
- 26-Ball, J.C. and Corty, E. (1988): ." Basic issues pertaining to the effectiveness of methadone maintenance treatment. "- In: Leukefeld , C.G. and Tims , F.M. (Eds.) , Compulsory Treatment of Drug Abuse : Research and Clinical practice National Institute on Drug abuse Research , Monograph (86).
- 27-Ball, J.C. and Ross, A. (1991): . The effectiveness of methadone treatment : patients, programs, services, and outcome . Springer – Verlag , New York.
- 28-Bandura, A., (1982) : Self- Efficacy Mechanism in Human Agency. American Psychologist , 37, pp.122-147.,
- 29-Bentler P.M. (1992) : .Étiologies and consequences of adolescent drug use . Implications for prevention . Journal of addictive Disease , vol. 11 (3) pp. 47-61.
- 30-Bentler, P.M (1987): . Drug use and personality in adolescence and young adulthood : Structural models with non normal variables. Child Development Journal vol. 58, pp 65-69.
- 31-Berscheid, E. (1999) : The greening of relationship science American Psychologist, 54 (4), 260-266.
- 32-Blume, S.B . (1989): Dual diagnosis : Psychoactive substance dependence and the personality disorders . Journal of Psychoactive Drugs vol. 12: pp. 139-144.

- 33-Boundy, D. & Colello , T. (1998): Preventing relapse among inner - city recovering addicts . Research reports (Phase1) . National Institute on Drug Abuse.
- 34-Bowen, M. (1987): . Family therapy in clinical practice . New York : Jason Aronson.
- 35-Bradly , B P , Gossop , M . Boewin C R , Philips , G . Green , L (1992 ) : Attributions and relapse in opiate addicts , J . consult . Clinic . Psycho. 60 ( 3 ) 470 -472.
- 36-Carvalho,V., Pinsky , I. , De-Souza, et al. (1995): Drug and alcohol use and family characteristics : A study among Brazilian high - school students. *Addiction* , vol. 90 , 1 , 65-72.
- 37-Coleman, E. (1982): Family intimacy and chemical abuse , the connection , *Journal of Psychoactive drugs* vol. 14 (1 supl.) Pp. 153- 158.
- 38-Coleman , S.B. (1980): . Incomplete mourning and addict / family transactions : A theory for understanding heroin abuse. In D.J. Lettieri , M. Sayers , & H.W. Pearson (Eds.) , *Theories on drug abuse* (pp.83-89) . NIDA Research monograph # 30. Rockville , MD.
- 39-Cummings , C., Gordon , J, R. , Marlatt , G, B., (1980): Relapse Prevention and Prediction. (Eds.) In Miller , W., *The Addictive Behaviors* , New York: Plenum,.
- 40-Daly, D, C., and Marlat, G, A. , (1992) : Relapse Prevention : Cognitive and Behavioral Intervention . ( Eds. ) In Lowinson , J, A . , Ruiz , p . , Millman , R, B. , Langrod , J, G., *Substance Abuse : A Comprehensive Text Book* , Williams & Williams , Wilkins , Baltimore ,.
- 41- David , Nayman , James Cocares , (1991) : Co - Addiction treatment of family therapy , Osaka Hospital summit , New Jersey .
- 42-Derbas, A. N & Al . Haddad , M.K. (2001) : Factors associated with Immediate relapse among Bahraini heroin abusers , by www . emro. Who. Int / emhj / 0703 / facrors . htm ..
- 43-Fred Tudiver, MD, (2001) Division of Research and Community Health, Department of Family Medicine, James H. Quillen College of Medicine, East Tennessee State University, Box 70621, Johnson City, TN 37614, tudiverf@mail.etsu.edu A

version of this paper was presented at the North American Primary Care Research Group Meeting, Halifax, Nova Scotia, October 31, 2001.

- 44-Gerstein, D R., (1994) : Outcome research, Drug abuse. In Marc Galanter & Herbert D.Kleber (Eds) : Textbook of Substance Abuse Treatment. pp. 25-33 Washington DC., The American psychiatric press.
- 45-Gossop, M. & Green, L., Philips , G.(1989): . Relapse and survival among opiate addicts after treatment., A prospective follow up study. British Journal of Psychiatry.
- 46-Gossop , M. Green, L. , Philip, G. , Bradley, and B., (1987) :What Happens To Opiate Addicts Immediately After Treatment: A Prospective Follow Up Study . Brit Medical J. Vol . 294, 30 May,.
- 47-Heather, N. & Stollard, A. (1989): . Does the Marlatt model underestimate the importance of conditioned craving in the relapse process ? , in , Relapse and addictive Behavior , edited by , Gossop , M. , London : Routledge.
- 48-Heather, N., Stallard, A. , Tebutt, T., (1991) : Important Of Substance Cues in Relapse among Heroin Users : Comparison of Two Methods of Investigation. Addictive Behaviors , Vol.16, pp.41-46,.
- 49-Hunt W.A . , Barrett , L.W., and Branch, L.G., (1971): Relapse Rate in Addiction Programs . Journal of Clinical Psychology , 27, 355,.
- 50-Kandel D.B., Kessler R.C. and Margulies , R.Z. (1978): Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use : A developmental analysis . Journal of Youth adolescent. Vol. , 7: pp. 13-40.
- 51-Kaplan, H.B. (1975) : Increase in self- rejection as antecedent of deviant response . Journal of Youth adolescent . Vol., 4 : pp. 438- 458.
- 52-Kaplan . H.L. , Sadock , and V.J.: (1994): Synopsis of Psychiatry , Williams& Wilkins , 7thedition , PP387 , 31 , 743 , 250 .
- 53-Kaufman, E., & Kaufman , P. (1979):. From a psychodynamic orientation to a structural family therapy approach in the treatment of drug dependency . In E . Kaufman & P . Kaufman

- (Eds.) family therapy and alcohol abuse ( pp. 43-54 ) . New York : Gardner Press.
- 54-Khantzian, E.J. Halliday , K.S. , & Golden , S. ( 1992 ):. Modified group therapy for substance abuse : A psychodynamic approach to relapse prevention. American Journal on Addiction , 1 , 67-76.
- 55-Krestant , J.A ., & Bepko , C. (1993) :. On lies, secrets and silence: The multiple levels of denial in addictive families. In E.T. Block ( Ed. ), Secrets in families and family therapy ( pp. 141-159 ). New York : Norton.
- 56-Larimer, M., Palmer , R., Marlatt,G . , ( 1999 ): Relapse Prevention , an over view of Marlatt , s cognitive – behavioral Model , alcohol research , health , Vol. 23 (2) , pp. 151-160. www. niaa. nih. Gov / publications / arh 23- 2 / 151 : 160, pjf.
- 57-Marlatt, A, B., Barrett, K., (1994): Relapse Prevention. (Eds.) In Galanter , M., Kleber,H., The American Psychiatric Press, Textbook Of Substance Abuse , American Psychiatric Press, Inc , .
- 58-Marlatt , G , A. , Tapert , S , F. , ( 1993 ) : Harm Reduction : Reducing the Risk of Addictive Behaviors . ( Eds. ) In Bear , J , S . , Marlatt , G , A. , McMahon . , Newbury , Park , C , A. , Addictive Behaviors , Across The Life Span , pp. 143-273 , Sage Publications , 3 .
- 59-Marlatt, G.A. , & Gordon , J.R. (1980) :. Determinants of relapse : Implications for the maintenance of behavioral change. In P. Davidson & Davidson ( Eds. ) , Behavioral medicine : Changin health lifestyles ( pp. 410-452 ) . New York : Brunner / Mazel.
- 60-Marlatt, G.A. , & Gordon , J.R. (1985) :. ( Eds. ). Relapse prevention : Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors . New York : Guilford Press .
- 61-Marc Galanter, David Brook , (2001). Network Therapy for Addiction: Bringing Family and Peer Support into Office Practice. International Journal of Group Psychotherapy: Vol. 51, Group Therapy and Substance Abuse, pp. 101-122.
- 62-Newcomb M.D. (1988) : Drug use in the work place : Risk factors for disruptive substance use among young adults. Dover, M A : Auburn House.

- 63-Newcomb, M.D., & Bentler , P.M. ( 1988 ):. The impact of family context, deviant attitudes, and emotional distress on adolescent drug use: Longitudinal latent-variable analysis of mothers and their children. *Journal of Research in Personality*, 22 , 154 - 176.
- 64-Nurco , D. N. ,Stephenson , P.E. and Hanlon , T.E. (1990) : "After care relapse Prevention and the self- help movement " *international Journal of addiction* , 25( Aug ) , 1179-1200.
- 65-Patricia L. Dobkin , Mirella De Civita Antonios Paraherakis Kathryn Gill ,(2002) : The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction . Volume 97 , Issue 3 , pages 347-356 , March 2002.*
- 66-Philip Barker , (1992) : *Basic family therapy , Third Edition , Blackwell scientific Publication .*
- 67-Prest , L. A. , & Storm , C. ( 1988 ): , The codependent relationships of compulsive eaters and drinkers: Drawing parallels . *American Journal of Family Therapy* , 16 , 339 - 350.
- 68-Santon , M.D. , & Todd , T.C. (1979):. Structural therapy with drug addicts. In E. Kaufman & P. Kaufman (Eds.) , *Family therapy of drug and alcohol abuse* (pp.55-59). New York: Gardner Press.
- 69-Schwartzman , J. (1988):. Continuities and discontinuities in the family treatment
- 70-Stanton, M.D. (1980) :: Drug abuse as a family phenomenon. In J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse* ( pp . 147—156 ). NIDA Research Monograph #30. Rockville, MD.
- 71-Stanton, M. D. , &Shadish , W.R. (1997) :Outcome, attrition , and family-couples treatment for drug abuse:A meta-analysis and review of the controlled , comparative studies. *Psychological Bulletin* , 122 ( 2 ) , 170-191.
- 72-Stanton , M. D. , & Todd , T. C. ( 1982 ):. *Family therapy for drug abuse and addiction . New York : Guilford Press.*

- 73-Tierney , M. , ( 1990 ) : Neuro-linguistic As a treatment Modality for alcoholism and substance abuse In : C. , Sterman,(Ed):The Haworth Press , New York , London pp141-153.
- 74-Textor , M. R. ( 1987 ):. Family therapy with drug addicts : An integrated approach. American Journal of Psychiatry , 57 , 495—507.
- 75-Unnithan S. , Gossop M . & Strong J. ( 1992 ) : . Factors associated with relapse among opiate in an outpatient detoxi - fication programme . British J. of . Psychiatry , vol. , 161 : pp. 654-657.
- 76-Walton , M . , ( 2001 ) :Diversity In relapse Prevention needs : Gender and race comparison among substance abuse treatment Patients , American Journal of drug and alcohol abuse May , www. find articles . com.
- 77-Waldron , H.B. , Slesnick , N. , Brody , J. L. , Turner , C.W. , & Peterson , T. R. ( 2001 ) : . Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4 - and 7 - months assessments . Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69 ( 5 ) , 802 - 13.
- 78-Weidman, A. ( 1983 ) : .The compulsive adolescent substance abuser:Psychological differentiation and family process . Journal drug Education 13 , 161 - 172.
- 79-Wilson P . H. ( 1992 ) :Principles and practice of relapse prevention , New York , Guilford .www.Drug.Rehablition
- 80-Year Lavee Dvora Altus ( 2001 ) :Family relation ships as a predictor of past treatment drug abuse relapse : follow- up study of drug addicts and their spouses.
- 81-Yih-Ing Hser,(2007):Predicting Long-Term Stable Recovery , from Heroin Addiction: Findings from a 33-Year Follow-Up Study . Journal of Addictive Diseases , Vol . 26 ( 1 ) , Available online at http : // jad . haworthpress . com 2007 by The Haworth Press , Inc . All rights reserved.

**Title "family support and correlates with the levels of Rates of relapse among patients of psychoactive substances dependant." at Kuwait center of mental health.**

Dr.Fawzia Abdallah Turkairt.

Job/Assistant professor of Psychology at College of Basic Education.

The Public Authority for Applied Education& Training. Kuwait.

### Summary

The problem of relapse in the disease of addiction is one of the problems dealt with in most treatment programs as a part of the addiction disease. Therefore, the researcher offers this problem and its relationship to the levels of family support in terms of the importance of family support in minimizing or reducing the relapse. From this standpoint, the researcher reviews her study, but the global problem facing treatment programs for addiction patients or those dependent on psychoactive substances is a problem of relapse of returning to the deal after periods off, especially among opiate abusers, alcohol, cocaine and minor tranquilizers

### Hypotheses of the study

- 1-There is a great correlation between high families support level and low rates of relapse when patients misuse psychoactive substances.
- 2-There is a correlation between the rates of relapse and the average sub-dimensions and the total of the relapse questionnaire done on the research sample.
- 3-Differences with statistic relevance exist between patients of inner section and outpatient clinics in the averages of relapse positions and averages of family support dimensions.

### Sample

Researcher applied the study on a sample as follows:-

1-(62)of hospital patients inpatient

2-(54)of the outpatients

### Results of the study

The findings revealed that there is a positive correlation between the rates of relapse and test of the ability to control the abuse as a factor in the relapse. Meaning that the relapse rates go up whenever the user tries to test his ability to control the off and deal and then his relapse. While there is no correlation between the rates of relapse function and other subsidiary dimensions and the total of relapse positions questionnaire.

The findings revealed differences between the groups function and the



average age at the level of(0.05)and,(0,001)To confirm this, the researcher used Schaffer test to reveal the significance of the third set, this confirms the existence of a relationship between age and the realization of family support, meaning that the higher the age, the more people realize the family support.

It turned out that there are statistically significant differences between averages degrees of inner section patients and averages degrees of outpatient in sub-dimensions and the total of relapse positions questionnaire, with the exception of personal relationships disturbances and family problems are all in the direction of inner section patients . Results also revealed that there are statistically significant differences between the two groups in the average sub-dimensions and the total of family support questionnaire in the direction of inner section patients . The high levels of family support to the inner section patients are attributed to the nature of family attention during visits in the hospital and less support with the patient discharge the hospital.