الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي القهري والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية

Guilt as an intermediary variable between compulsive sexual behavior and targeting for relapse among those dependent on psychoactive substances

مريم ناصر السيد احمد[1]، باحثة ماجستير في علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس، كلية الآداب جامعة الفيوم، mariamnasser167@gmail.com

أ.د. هناء أحمد محمد شويخ[2]*، أستاذ علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس، كلية الآداب جامعة الفيوم، has11@fayoum.edu.eg

أ.د.م. مريم إيهاب داود[3]*، أستاذ الطب النفسي المساعد، كلية الطب، جامعة الفيوم، med11@fayoum.edu.eg

تاريخ الإرسال:	تاريخ القبول:	تاريخ النشر:	المؤلف المرسل:
2026/03/27	2026/04/14	2026/06/02	مريم ناصر السيد احمد

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية والانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية، وكذلك دراسة الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي القهري والانتكاسة، وقد بلغ عدد المشاركين (68) من الخاضعين للعلاج من الإدمان، وتتراوح أعمارهم ما بين 18 إلى 52 سنة، واستخدم الباحثون استبانة البيانات الأولية، ومقياس السلوك الجنسي القهري (إعداد: عزة عبدالكريم)، ومقياس الشعور بالذنب (إعداد: آمال عبدالسميع)، واستبيان مواقف الانتكاسة (إعداد: عبدالله عسكر)، وأسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية من ناحية أخرى، كما تحققت وساطة الدرجة الكلية للشعور بالذنب كمتغير وسيط بين المتغير المستقل (السلوك الجنسي القهري) والمتغير التابع (الدرجة الكلي للانتكاسة).

الكلمات المفتاحية: السلوك الجنسي القهري– الشعور بالذنب– الانتكاسة

Abstract :

The current study aimed to identify the correlation between compulsive sexual behavior and guilt on the one hand, and relapse on the other, among those dependent on psychoactive substances, as well as to study guilt as an intermediary variable between compulsive sexual behavior and relapse. The number of participants was (68) who were undergoing treatment for addiction, and their ages ranged from 18 to 52 years. The researchers used the primary data questionnaire, the Compulsive Sexual Behavior Scale (prepared by Azza Abdel-Karim), the Guilt Scale (prepared by Amal Abdel-Samie), and the Relapse Attitudes Questionnaire (prepared by Abdullah Askar). The results showed a statistically significant positive correlation between compulsive sexual behavior and guilt on the one hand, and the tendency to relapse among those dependent on psychoactive substances on the other. The total score of guilt was also found to be a mediating variable between the independent variable (compulsive sexual behavior) and the dependent variable (total score of relapse).

Keywords: Compulsive sexual behavior - Guilt – Relapse

مقدمة:

تُعد ظاهرة الاعتماد ظاهرة عالمية؛ حيث أصبحت من أكثر التحديات التي تواجه العالم في الآونة الأخيرة؛ فقد أظهر التقرير الصادر من مكتب "الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة" (UNODC) لعام (2014) بأن ما بين (162 إلى 324) مليون فرد تقريبًا في العالم يتعاطون المخدرات بشكل غير مشروع خلال الاثني عشر شهرًا السابقة للدراسة، ويشكل ذلك ما بين (3,5% إلى 7%) من سكان العالم، من الذين تتراوح أعمارهم بين (15 إلى 64) عامًا (اللجنة الوطنية لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية، 2017).

وقد كشف تقرير أصدره مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجريمة في عام (2019) بيانات أكثر دقة، والتي توضح أنَّ العواقب الصحية السلبية لتعاطي المخدرات أكثر خطورة، وأكثر انتشارًا مما كان يُعتقد سابقًا، ووفقًا لآخر تقرير عن المخدرات في العالم، نشره مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، يُعتقد أن ما يقرب من (35) مليون شخص يعانون اضطراب تعاطي المخدرات، ويحتاجون إلى خدمات علاجية، كما سلط التقرير الضوء على استمرار الانخفاض في الوقاية والعلاج في كثير من دول العالم، كما ذكر التقرير أن إحصائيات المُعتمدين على المخدرات في مصر (10%) من إجمالي الذكور، و(5%) من إجمالي الإناث*(United Nation on Drugs and Crime, 2019)*، أما في تقرير المخدرات العالمي لعام (2021) الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات، أظهر أن ما يقرب من (275) مليون

شخص قد استخدم المواد المخدرة في العام الماضي على الصعيد العالمي، وذلك ارتفاعًا بنسبة (22%) من عام (2010) وإلى (2021) مما يشير إلى أن استخدام المواد المخدرة أصبح أكثر ضررًا *(United Nations Office on Drugs and Crime, 2021)*. ووفقا لتقرير المخدرات العالمي لعام (2024)؛ فإن عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات قد ارتفع إلى (292) مليون شخص في عام (2022)، بزيادة تُقدر بحوالي (20%) مقارنة بالسنوات السابقة (United Nations Office on Drugs, 2024). كما تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من (400) مليون شخص حول العالم يعانون اضطرابات نفسية ناتجة عن تعاطي الكحول والمواد المخدرة، وتضيف المنظمة أن المواد النفسية تتسبب سنويًا في وفاة نحو (600) ألف شخص، بينما يسبب الكحول وفاة (2,6) مليون شخص آخرين، معظمهم من الذكور، وتشير الأرقام إلى أن مُعدل الوفيات الناتجة عن تعاطي المواد النفسية يصل إلى (21) حالة لكل (100,000) نسمة، الأمر الذي يعكس مدى خطورة الأزمة الصحية العالمية *(World Health Organization, 2024)*.

ولذلك يمكن القول بأن مشكلة تعاطي المخدرات، وكذلك العودة للتعاطي من جديد، أي حدوث الانتكاسة مشكلة بحاجة إلى مزيد من الاهتمام، وخصوصًا أن العمر الذي يبدأ فيه الأفراد بتعاطي المخدرات بدأ في التناقص بشكل تدريجي ملحوظ خلال الـ(30) سنة الأخيرة؛ فقد توصلت إحدى الدراسات إلى أن (85%) من الحالات التي خضعت للعلاج، حدث لها انتكاسات عديدة (حسين، 2012).

وتمثل الانتكاسة إحدى أكبر المشكلات والعقبات التي تعوق إتمام التعافي من الاعتماد على المواد النفسية؛ حيث تعتبر الانتكاسة حالة يعود فيها الشخص للمستويات أو المراحل السابقة من الاعتماد على المواد النفسية والكحوليات، وهذا يعد فقدان الدافعية نحو التوقف عن الاعتماد على هذه المواد النفسية والامتناع عنها، كما أن الانتكاسة هي حالة مخطط لها؛ حيث لا يكون لدى الشخص خلالها نية إتمام الخطة العلاجية *(Sohrabpour et al., 2024)*. وهناك العديد من العوامل تقف وراء الاعتماد، ومنها الانفعالات السلبية، والمشاعر غير السارة، والمشكلات الأسرية، وضغوط الأقران، والألم الجسدي، واضطراب العلاقات، والبحث عن السعادة، وفقدان القدرة على السيطرة على النفس، كما أتضح أن الكرب النفسي من أهم العوامل التي تؤثر على المُعتمد أثناء العلاج من الاعتماد على المواد النفسية *(Sonbol et al., 2023)*.

وبمراجعة العديد من الدراسات، نجد أن أسباب الانتكاسة لا تختلف كثيرًا عن أسباب التعاطي، فلو كان هناك عشرة أسباب للتعاطي عُولجت، فإن سببًا واحدًا كفيل بحدوث الانتكاسة (الزهراني والنفيعي، 2010).

وتهتم الدراسة الحالية بإحدى الانفعالات السلبية وهي الشعور بالذنب؛ حيث يعتبر الشعور بالذنب مشكلة من المشكلات النفسية التي يمكن أن تعوق بعض الشباب عن أداء دوره في الحياة، وعن توافقه وارتقائه، والشعور بالذنب أحد المكونات الأساسية للاكتئاب، والذي يعد بدوره من أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعا بين الأفراد، وقد أثبتت بعض الدراسات أن من يشعر بالذنب يعاني من صعوبة الاختلاط بالآخرين، و يتوقع

له الفشل وخيبة الأمل في الحياة، ويعاني من القلق وعدم الثقة في النفس والخوف والقلق الاجتماعي والغضب والوحدة (مكاوي، 2011). وهناك عدة أسباب للشعور بالذنب، ومنها محاولة إشباع الحاجات الإنسانية بشكل غير مناسب؛ مثل السعي لإشباع الحاجات الجسدية بشكل مفرط على حساب الحاجات النفسية والروحية، والانحراف عن الطريق المستقيم، وعدم اجتناب المنهيات، وعدم البعد عن المحرمات (الحجار ورضوان، 2005).

وخلال الأعوام العشرين السابقة، وثق باحثو النشاط الجنسي بشكل متزايد كيف أن النشاط الجنسي هو ظاهرة فردية، وعملية اجتماعية على حد سواء، يتم تنظيمه في ضوء المتغيرات الديموجرافية الاجتماعية، والصحية، كما قام الباحثون بفحص مجموعة واسعة من العوامل التي تؤثر على الآداء الجنسي ورفاهيته، مثل النوع، الهوية الجنسية، والعلاقات والتأثيرات الأسرية، والمدارس، والدين، مع إغفال كيف تؤثر الظروف الاجتماعية والصحية على الأداء الجنسي، بالرغم من أن الحالة الاجتماعية، والصحية هي من بين أكبر التأثيرات على تجارب الناس الحياتية *(Higgins et al., 2022)*، كما أكد "فان هوف" و"موريس" أن العديد من الباحثين في مجال الجنس، والرفاه الجنسي يركزون على العوامل القائمة على الهوية (مثل العرق، والعمر، والجنس)، مع إغفال دور المتغيرات الاجتماعية، والاقتصادية، والصحية، التي قد تحقق، أو تمنع تحقيق المتعة الجنسية *(van Hoof & Morris, 2021)*، والسلوك الجنسي القهري وهو أحد أنواع الإدمانات السلوكية وتعرف بأنها أولئك الذين يضطرون إلى التصرف المتكرر للسلوكيات المعتادة مثل الشراهة في شيء ما(بوكراع، 2020). ويعرف بأنه رغبة تسيطر على الإنسان لمشاهدة المرئيات المثيرة للغريزة الجنسية، سواء كانت تلك المرئيات عبارة عن صور أو أفلام أو مواقع أنترنت، ويكن لديه رغبة شديدة إلى النظر إلى الأعضاء التناسلية للجنس المفضل له أو مشاهدة العملية الجنسية بشكل مصور، وعادة ما يقضي ساعات طويلة بشكل يومي أو شبه يومي في المشاهدة (ميسوم، 2017).

ويعد السلوك الجنسي القهري أحد أنماط فقدان السيطرة السلوكية التي تتسم بالتكرار القهري رغم العواقب السلبية، ويظهر بمعدلات أعلى بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة *(Kafka, 2010)*.

ومن ثم تهدف الدراسة الراهنة إلى معرفة العلاقة الارتباطية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية والانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية، وكذلك دراسة الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي القهري والانتكاسة، والانتكاسة، وتوسط الشعور بالذنب بين السلوك الجنسي القهري والانتكاسة.

أولًا: مشكلة الدراسة

تشير دراسة *(Voon et al., 2014)* إلى وجود تشابهات بنائية بين السلوك الجنسي القهري واضطرابات الإدمان، خاصة فيما يتعلق بخلل نظام المكافأة وصعوبة تنظيم الدوافع، حيث أظهرت الدراسة زيادة نشاط نفس مناطق الدماغ المرتبطة بإدمان المخدرات عند التعرض لمثيرات جنسية، مما يشير إلى تشابه عصبي بين السلوك الجنسي القهري واضطرابات الإدمان. في حين أوضحت دراسة *(Smith & Rodenberg, 2017)* أن ما يقرب من ثلث الرجال الخاضعين لعلاج اضطرابات استخدام المواد يُظهرون مستويات مرتفعة من السلوك الجنسي القهري، وأن هذا السلوك مرتبط بزيادة احتمالية الانتكاس بعد فترة العلاج. كما أظهرت دراسة *(Brewer & Potenza, 2008)* أن الأفراد ذوو السلوك الجنسي القهري يعانون من مستويات مرتفعة من الاندفاعية وصعوبات ضبط النفس، وهي عوامل معروفة بارتباطها القوي بالانتكاسة في اضطرابات تعاطي المخدرات.

في حين أن دراسة *(Batchelder et al., 2022)* أوضحت أن الأشخاص الذين شعروا بمستويات عالية من الشعور بالذنب والعار لم تنخفض لديهم استخدام المنشطات بسرعة خلال فترة المتابعة في برنامج علاجي، حيث كان الشعور بالذنب مرتبطًا باستخدام والعودة إلى المنشطات. وينص نموذج الوقاية من الانتكاس على أن المشاعر السلبية مثل العار والخزي والذنب يمكن أن تحفز السلوك الإدماني مرة أخرى كرد فعل لتجنب هذه المشاعر، مما يساهم في حدوث الانتكاس بعد فترات الامتناع *(Witkiewitz & Marlatt, 2004)*.

وعلاوة على ذلك أظهرت المراجعات البحثية أن الذنب والعار غالبًا ما يرتبطان بزيادة مشاكل الإدمان والعودة لاستخدام المواد، وقد يؤثران سلبًا على الدافع الداخلي للامتناع والاستمرار في العلاج *(Hendershot & et al., 2011)*. وبذلك تُشير الأدلة البحثية إلى أن السلوك الجنسي القهري مرتبط بزيادة الشعور بالعار والذنب بين الأفراد المصابين باضطرابات استخدام المواد، وأن هذه المشاعر الذاتية السلبية تُعد من العوامل المرتبطة تباطؤ التحسن وارتفاع احتمالات الانتكاس بعد العلاج. وتشير نماذج الوقاية من الانتكاس إلى أن الذنب والعار يعملان كحفّازات داخلية للعودة إلى التعاطي بدلاً من الامتناع، مما يستدعي دراسة أثرهما التنبؤي بشكل منهجي في سياق العودة إلى المواد النفسية.

ويمكن بلورة مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية؟

2- هل يُعد الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية؟

ثانيًا: أهمية الدراسة

أ) الأهمية النظرية

تتمثل الأهمية النظرية للدراسة المقترحة في:

1- أهمية المتغيرات التي تتناولها الدراسة وكذلك المرحلة العمرية، حيث تهتم بدراسة السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب والانتكاسة لدى المتعافين من الإدمان للمواد المخدرة.

2- التحقق من الفروض النظرية، والتعرف على العلاقة بين السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب ومساهمتهم في التنبؤ بالانتكاسة مما يسهم في فهم هذا السلوك الانتكاسي.

3- سد الثغرة البحثية الناتجة عن ندرة الدراسات –في حدود علم الباحثون- التي أجريت في المجتمع المحلي والعربي خاصة عن السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب في علاقتهما بالانتكاسة للمواد المخدرة.

4- الإفادة من نتائج الدراسة الحالية في إجراء مزيد من البحوث التي تهدف إلى دراسة العلاقات النوعية بين الأبعاد المختلفة لمفاهيم الدراسة والمتغيرات الأخرى، التي يمكن أن تدخل في تلك العلاقة، وتنبئ بالانتكاسة لدى المتعاطين للفئات المتنوعة من المواد النفسية.

ب) الأهمية التطبيقية

تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة المقترحة في:

1- أمكانية توظيف نتائج الدراسة في معرفة تصميم برامج علاجية لحالات الإدمان تهتم بالتعامل مع السلوكيات الإدمانية الأخرى مثل إدمان الجنس لمنع الانتكاس.

2- أمكانية توظيف أدوات الدراسة في الكشف المبكر عن الاستهداف للانتكاسة إلى المخدرات.

3- تتضمن الدراسة تعميق للمفاهيم الثلاثة للدراسة، والأطر النظرية المفسرة لكل متغير على حدة، وذلك على النحو الآتي: (1) السلوك الجنسي القهري، (2) الشعور بالذنب، (3) الانتكاسة.

ثالثًا: مفاهيم الدراسة

أ- السلوك الجنسي القهري:

ظهر مفهوم السلوك الجنسي القهري في الفترة التي ظهر فيها فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) والمخاوف المرتبطة به، منذ ذلك الحين أصبح هناك مشكلة متزايدة وهي الخوف من زيادة انتشار السلوك الجنسي القهري والخوف من تزايد التغطية الإعلامية، ورقمنة الجنس، وسهولة الوصول إلى المواد الإباحية، ومن ناحية أخرى تطور نظام دعم ذاتي و ابتكار برامج علاجية لهذه المشكلة منذ أن ظهرت وظهر مشاكلها، فمنذ ثمانينات القرن العشرين فصاعدًا خاصة في الولايات المتحدة كانت هناك محاولات لجعل الأمور أكاديمية من خلال تأسيس جمعية مهنية (جمعية تعزيز الصحة الجنسية) ومجلة مرتبطة بها في عام 1994 باسم" الإدمان الجنسي والسلوك الجنسي القهري" والتي أعيد تسميتها مؤخرًا إلى "الصحة الجنسية والسلوك الجنسي القهري"، وعندما نشر "كارنس" Karns كتابه لأول مرة "خارج الظلال" تغير المشهد الجنسي بشكل كبير، حيث جاء أولًا أزمة الإيدز ثم ظهرت "ثورة الجنس السيبراني" ثم ظهرت مشكلة الرجال الذين يمارسون الجنس مع رجال آخرين وهنا ظهر العديد من المصطلحات حيث هناك من استخدم مصطلح "القهر الجنسي" وكان يسبقه مصطلح "الاندفاع الجنسي" الذي كان يُستخدم من قبل الباحثين في مجال الصدمة وغالبًا ما تم استخدام مصطلحي "الإفراط الجنسي" و"الانشغال الجنسي" في مجال الطب الشرعي النفسي وعلم النفس و مصطلح "اضطراب الإفراط الجنسي" وهناك من قدم فئة تشخيصية أطلق عليها اسم "اضطراب متعلق بالانحراف الجنسي" لان مرضى السلوك الجنسي القهري غالبًا ما كانوا يعانون من اضطراب انحرافي مصاحب وكان موجود في التصنيف الدولي للأمراض الطبعة العاشرة باسم "دافع جنسي مفرط" في الفصل الخاص بالخلل الوظيفي الجنسي إلا أن هذا التشخيص نادرًا ما تم استخدامه*(Briken & Turner, 2022)*.

-تعريف السلوك الجنسي القهري

يعرف السلوك الجنسي القهري المعروف أيضًا بإدمان الجنس أو فرط الجنسية بأنه يتميز بالانشغالات المتكررة والمكثفة بالخيالات الجنسية والدوافع والسلوكيات التي تسبب للفرد و/أو تؤدي إلى تدهور نفسي اجتماعي. غالبًا ما يدرك الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك الجنسي القهري أنهم غير قادرين على التحكم في الخيالات أو الدوافع أو السلوك بالإضافة إلى انزعاج كبير وتداخلًا في الحياة اليومية *(Jon, 2018)*.

ويعرف السلوك الجنسي القهري أيضًا: بأنه انشغال كبير بالتخيلات والإلحاح أو السلوكيات الجنسية التي يصعب التحكم فيها، مما يُسبب الضيق أو يؤثر سلبًا على الصحة أو العمل أو العلاقات أو أنحاء أخرى في الحياة وقد يتضمن السلوك الجنسي القهري مجموعة مختلفة من التجارب الجنسية الشائعة مثل العادة السرية

والجنس عبر الإنترنت وتعدد الشركاء الجنسيين واستخدام المواد الإباحية والدفع مقابل العلاقة الجنسية (بشاطة وشليحي، 2023).

- **النظريات المفسرة للسلوك الجنسي القهري (الإدمان الجنسي)**

1- النظرية السلوكية "جون واطسون"

تقوم النظرية السلوكية ومؤسسها إيفان بافلوف و جون واطسون بالاستفادة من نظريات ثورنديك وكلارك وسكينر على مبدأ أن الفرد في نموه يكتسب السلوك السوي أو السلوك المرضي عن طريق عملية التعلم والاكتساب وتركز النظرية على أهمية فترة المراهقة في حياة الفرد وهي الفترة التي يكن بها لدى المراهق مشاعر قلق وخوف ويسيطر التفكير الخرافي و التفاؤل والتشاؤم ويكون لديه حساسية مرهفة لأي مخالفة جنسية وسرعه الشعور بالذنب والإحساس بالضعف ويحتاج إلى السند والقوة والنصح بالتي هي أحسن وبطريقة غير مباشرة، وتتجه أفكاره نحو القضايا الكونية ويميل إلى الإكثار من العبادة حيث يخفف الدين من القلق النفسي الذي يعاني منه المراهق وله صلة كبيرة بالنمو والناحية الجنسية عند المراهقين فيوجد ارتباط بين الناحية الجنسية والناحية الدينية كبير ويتخذ الناحية الدينية لإعلاء النزعات الجنسية، إذ ان المراهقين لديهم طاقة قوية نشأت من النمو الجسمي والنفسي ويمكن أن تتجه هذه الطاقة بالفرد إلى ما لا يقره المجتمع وهنا يستخدم المراهق الدين للسيطرة على هذه النزعات وترى المدرسة السلوكية أن عدم الاكتراث بالشعور الديني من المؤثرات في تكوين المشكلات الجنسية لذا يجب مراعاة الحماسة الدينية التي تناسب سن المراهقة (متولي، 2012).

2- نظرية التعلق

نظرية التعلق يوجه النظام العائلي تنظيم التعلق، الذي يوفر الأساس لتنظيم المشاعر، وتكوين علاقات حميمة (جنسية وغير جنسية) مع الآخرين ومع النفس. يظهر التعلق في وقت مبكر من التطور وينطوي على عملية تعلم أن الفرد قادر على البحث عن الأمان والطمأنينة من شخص موثوق به استجابةً لتهديد حقيقي. يحدث التعلق الآمن عندما يكون مقدم الرعاية مشاركًا بنشاط ومتوافرًا، مما يوفر شعورًا بالأمان خلال المواقف المجهدة، وبالتالي يعلم الأطفال أنهم يمكنهم الاعتماد على الآخرين، وكذلك تنظيم المشاعر أثناء الضغط. يمكن أن تعيق الاضطرابات في نظام التعلق التطور العاطفي والنفسي، وتؤدي إلى تشكيل هوية غير كافية واستراتيجيات غير تكيفية لتلبية الاحتياجات الحميمية. تتكون هوية غير آمنة وكذلك تعلق قلق تجاه الآخرين. عندما لا تكون الشخصيات المتعلق بها متاحة ومستجيبة في أوقات الحاجة، يتعلم الطفل أنه لا يمكنه الاعتماد بشكل موثوق على هذه الشخصيات، وبالتالي يطور استراتيجيات بديلة لتنظيم مشاعره، متبنيًا أنماط سلوك مقلقة أو تجنبية. وغالبًا ما تثبت مثل هذه الاستراتيجيات أنها تكيفية في سياقات غير مستقرة أو غير متوقعة. أي تعلم أنه من غير الآمن أو غير الحكيم مشاركة معلومات شخصية خاصة ومرهقة أو الاعتماد على الآخرين في أوقات الحاجة والتفكير في طرق أخرى لتحقيق الاحتياجات يعتبر تكيفيًا عندما يكون مقدمو الرعاية غير

مستجيبين. ومع ذلك، عندما تستمر هذه الأنماط غير الآمنة من التعلق في مرحلة البلوغ، فإن هذه الاستراتيجيات تعيق قدرة المرء على تشكيل علاقات حميمية مع الآخرين. بالنسبة للشخص الذي يعاني من السلوك الجنسي القهري غالبًا ما تشمل الهوية غير الآمنة والتعلقات القلقة واستراتيجيات التنظيم السلوكي المتعلمة اللجوء إلى الجنس (سواء بمفرده أو مع شريك) لتقليل القلق والخوف والوحدة وعدم اليقين، أو للتشتت أو التخفيف أو تجنب مشاعر انعدام الأمان الشخصي والحفاظ على مسافة آمنة مع الآخرين. ثم تصبح هذه الاستراتيجيات وسيلة لتنظيم المشاعر خلال أوقات الاستجابة المتزايدة *(Coleman, 2018)*.

ب- الشعور بالذنب:

إن تاريخ البحوث النفسية التي تعرض الشعور بالذنب حديث نسبيًا، ولعل السبب في ذلك أن هذا المفهوم من المفاهيم الحديثة في الدراسات النفسية التي لم تحظ باهتمام علماء النفس إلا خلال السنوات القليلة الماضية، وعند استعراض تراث الشعور بالذنب يُلاحظ أن "هيلين لويس" هي صاحبة الفضل في إبراز مفهوم الشعور بالذنب كمفهوم مستقل عن المفاهيم الأخرى قريبة البناء مثل الخزي، من حيث أن الشعور بالذنب يختلف عن الخزي في الآثار الاجتماعية والنفسية والتوافقية الناجمة عن الشعور بالذنب، حيث كان يخلط العديد من علماء النفس ما بين الشعور بالذنب والخزي باعتبارهما حالات نفسية يصعب التفرقة بينهما، وقد فرق كل من "لوبي، وبلدان" بين الشعور بالذنب والخزي، ويكمن أساس التفرقة بينهما في الذات وتقويمها، ففي الشعور بالذنب لا تعد الذات هدفًا أساسيًا للتقويم السلبي، حيث إن الفعل الذي ارتكبه الفرد هو مركز إثارة الشعور بالذنب، ولذلك فإن التفسير الذاتي الذي يلحقه الفرد بالأحداث أو الأفعال التي ارتكبها هو مصدر الشعور بالذنب، وليس نظرة الفرد السلبية والدونية للذات في كل الجوانب، حيث يدرك الفرد . في حالة الشعور بالخزي . أنه شخص سيئ، ولذلك يلوم ذاته على الفعل الذي اقترفه، أو يحكم على نفسه حكمًا ذاتيًا يؤدي إلى تغير إدراكه لذاته، ومن ثم يشعر بأنه عديم الفائدة وعديم المقدرة (مكاوي، 2011).

تعريف الشعور بالذنب:

يُعرف الشعور بالذنب بأنه عاطفة غير سارة تحتوي على مكون قوي من لوم الذات، وتظهر نتيجة لأفعال غير اجتماعية أو غير أخلاقية حقيقية أو متخيلة، أو سلوكيات دون المستوى، أو أفعال تجعل شخصًا آخر يشعر بالضيق. في أفضل حالاته، قد يعكس الشعور بالذنب ضميرًا صحيًا وقد يعمل كردع ضد الأفعال الخاطئة المتوقع حدوثها. وقد أفاد الباحثون أن الأطفال الذين لديهم مستويات أعلى من الشعور بالذنب، مقارنةً بأولئك الذين لديهم مستويات أقل، يمتلكون معدل أقل من الانحراف والسلوك العدائي، ويظهرون سلوكيات مساعدة أكثر، ولديهم أداء أكاديمي أفضل. في أسوأ حالاته، يمكن أن يكون الشعور بالذنب عاطفة مؤلمة ومدمرة مرتبطة بمعاناة شخصية وصحة نفسية ضعيفة. الأفراد الذين لديهم مشاعر مرضية من الذنب، على

سبيل المثال، هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب، والمعاناة من اضطرابات الوسواس القهري، ووجود اضطرابات في الأكل*(Williams & Bybee,1994)* .

كذلك يمكن القول بأنه استجابة عاطفية تنشأ بسبب التنافر بين معتقدات الفرد وسلوكياته المقابلة، أي أن الأفراد يمرون باضطراب نفسي عندما يمتلكون أفكارًا متناقضة أو يشاركون في أفعال تتعارض مع قيمهم الشخصية *(Tam-Tri & Ruining, 2024)*.

النظريات المفسرة للشعور بالذنب:

1- النظرية الوجودية

يرى الفيلسوف الوجودي كيركجورد الشعور بالذنب أنه خبرة ذاتية مرتبطة بنوع القرارات التي يتخذها الفرد في حياته حيث ظن الإنسان يكون دائمًا في مواجهة خيارين اولًا خيار المستقبل الذي يستدعي القلق، ثانيًا خيار الماضي المصحوب بالذنب والاثنين انفعالين متأصلين في طبيعة الإنسان حيث يوجد نمطين أساسين من الأشخاص هما: الشخص الأصيل والشخص غيلا الأصيل، إذ يميل الأول إلى أن يشعر بالقلق لأنه يتطلع إلى المستقبل، فيما يميل الثاني إلى أن يشعر بالذنب لأنه يخاف من المستقبل فيبقى منشدًا إلى الماضي يندب حظه على الفرص التي ضاعت منه، لأنه لا يمتلك قدرة الأصيل على خلق المعنى لنفسه الذي يتطلب زيادة متواصلة من الخبرة التي لا تأتي إلا من خلال التغير والتعلق بالمستقبل.

2- النظرية التربوية

يشير وطفة إلى أن نسق المبادئ التربوية التي تنطلق منها التربية العربية تقوم على ان (الطفل شرير بطبعه و تقديم التعليم على التربية وان الطفل راشد صغير والتربية إعداد للحياة وليست هي الحياة نفسها والتربية ترويض وليست تحريرًا) وبناء على ذلك تنمي التربية في الطفل مشاعر الضعف والنقص والاغتراب والقصور والدونية والإحساس بالذنب وتؤدي إلى حالة اغتراب شاملة، ويرى حليم بركات أن بنية العائلة العربية تقوم على طابع الأوامر والتهديد والتلقين والمنع والتحذير و التخويف والتخجيل والاستهزاء والشتم والتحريم وتوليد الشعور بالذنب والقلق ويقترن ذلك بالبكاء و التذلل وإخفاء الأسرار والمشاكل والتحجج والمكر والمسايرة والإحساس بالذنب ويتفق ذلك مع استنتاج شرابي الذي يرى أن التنشئة في الأسرة العربية تنمي في الطفل الإذعان للسلطة والخوف منها وأنها تعتمد أساليب التخجيل والتهكم والازدراء وخلق إحساس بالدونية التي تؤدي إلى عقد النقص والشعور بالذنب (صالح والزبيدي، 2002).

ج- الانتكاسة

تعد الانتكاسة أصعب وأخطر ما يواجه المُعتمد وفريقه العلاجي، وتعني العودة للتعاطي، وقطع البرنامج العلاجي، والعودة إلى نفس السلوك الاعتمادي مرة أخرى، ففي الوقت الذي يبتعد فيه المُتعاطي عن العقاقير؛ بفعل وجوده في المستشفى، وبفعل تدريبه، ورعايته على تحمل أعراض الانسحاب؛ فإنه –غالبا– ما ينتكس لمُجرد مروره بالظروف التي تعيده إلى ذكريات الاعتماد؛ فالمُعتمد مثلًا قد ينتكس لمُجرد مروره بمكان التعاطي، أو رؤيته لمادة مُخدرة، أو أدوات التعاطي، أو نتيجة للاشتياق، والاندفاع القهري للتعاطي، على الرغم من تخلصه الكامل من الآثار الكيميائية للعقار، إلا أن سلوك الاعتماد يظل فعالًا على عدم الوعي (عسكر أخرون، 2005).

وعند الانتكاسة لابد من إدراك أن عملية التغيير توقفت، ولابد البدء من جديد من إحدى المراحل المبكرة، ومن ثم؛ لابد من اللجوء للمساعدة، والبحث عما كان يحدث قبل الانتكاسة؛ حتى يمكن التعرف على نقاط تساعد على تحديد مكان البدء من جديد، وتجنب السلبيات والقرارات الخاطئة *(Forman et al,2006)*.

ويتطلب التعافي من الاعتماد جهودًا طويلة الأمد، مُكثفة؛ فمحاولة التخلص من الاعتماد ترتبط بحدوث الانتكاسة، والعودة إلى التعاطي من جديد؛ مما يؤدي إلى فشل عملية التعافي من الاعتماد، سواء كان ذلك بإرادة المُتعاطي أو بمساعدة أسرته (حسن، 2020).

تعريف الانتكاسة

تعني الانتكاسة بأنها العود إلى استخدام المادة الإدمانية بعد التعافي بحيث إذا كان الاستخدام مرة واحدة أو عدد محدود من المرات يسمى انزلاق أو انتكاسة صغيرة، أما الانتكاس الفعلي يكن بعودة الشخص لحالته السابقة مرة أخرى بعد العلاج، وهي شعور ينتاب الفرد ويدفعه للعودة لتعاطي المخدرات وهذا بغض النظر عن نوعية المخدر او كيفية استعماله (بوخاري، 2023).

هو أن يعاود مريض الإدمان التعاطي مرة أخرى بعد أن يتوقف عن التعاطي لفترة يجتاز خلالها مرحلة الأعراض الإنسحابية (وهي مرحلة خروج المخدر من الجسم) والانتكاس من المصطلحات الهامة والرئيسية عند وصف مرض الإدمان. وذلك لأن الأزمة الحقيقية التي يعيشها مريض الإدمان ليست في أن يتوقف عن التعاطي عن طريق العلاج الدوائي (وهي مجموعة من الأدوية الطبية يوصفها الطبيب لمريض الإدمان كي تساعده على تحمل الآلام الناتجة عن خروج المخدر من جسده) وبالفعل تستطيع تلك الأدوية أن تحمية من هذا الآلم. كما أن بعض المرضى قد أكدوا أنه باستطاعتهم تحمل تلك الآلام بدون أي أدوية ولكنهم بالطبع يعانوا بشدة خلال مرحلة انسحاب المخدر من الجسم ولكنهم في النهاية يستطيعوا تحملها. أما ما لا يستطيع المريض أن يتحمله فعليا هو كيفية حماية نفسه من الانتكاس فعلى الرغم من خروج المخدر من جسده إلا انه

سرعان ما يشعر برغبة شديدة في العودة إلى التعاطي مرة أخرى وهنا لا يمكن للعلاج الدوائي أن يقدم أي مساعدة تذكر في حماية مريض الإدمان من الانتكاس (عبد الله،2017).

النظريات المفسرة للانتكاسة

1- نظرية "مارلات" Marlatt:

صيغت هذه النظرية من دراسة أجراها مارلات على عينة بلغت (65) من المعتمدين على الكحول، ووجد أنَ معظم العائدين للتعاطي كانوا يتعرضون لمواقف خطيرة في حياتهم تدفعهم للانتكاسة، وقد قسم العينة إلى مجموعتين: ضابطة وتجريبية، وتعرضت للبرنامج العلاجي المقُترح، وترى النظرية أنَ العودة للتعاطي تتأثر بثلاثة عوامل، هي (البيئة، والشخص المُنتكس، والعقار). ومن أهم فرضيات نظرية مارلات Marlatt أنَه على الرغم من تأثير العوامل الأخرى في الانتكاسة كالخصائص الديموغرافية، والفروق الفردية، والتاريخ الاعتمادي، ودرجة النضج العقلي، ونوع البرنامج العلاجي المُستخدم، فإنَ مواقف عالية الخطورة، واستجابة الأفراد لها تُعد من أهم العوامل المؤدية للانتكاسة.

كما أنَ عدم معرفة المُعتمد بكيفية التعامل مع المواقف البيئية يزيد من احتمالية الانتكاسة، وأنَ مشكلة الانتكاسة، هي نوع من العلاج؛ حيث إنَ العودة للتعاطي أصبحت مُعتادة؛ لمواجهة المواقف الحياتية الضاغطة.

كما أشار "مارلات" إلى أنَ هناك عوامل معرفية وسلوكية تؤثر في العودة للتعاطي، لعل من أهمها القلق الاجتماعي، والغضب والمزاج السلبي، وضغط الجماعة، والنموذج السلبي، وتجنب المشاعر غير السارة، ودرجة التحمل، وغيرها والتي قد تختلف من شخص لآخر، إلا أنَها تتفق على تأثير الموقف ذاته على العودة للتعاطي *(Marlatt, 2000)*.

ويرى "مارلات" أنَه توجد عدة مُحددات أساسية تنتظم في مرحلتين؛ لتشكيل الاستجابة النهائية لحدوث التعاطي والانتكاسة، وهاتان المرحلتان هما:

1- مرحلة العمليات المُنشطة: وهذه المرحلة تشمل متغيرات الخطورة، والتي تسهم في حدوث التعاطي والانتكاسة، ومن أبرزها: وجود تاريخ أسري أو وجود بيئة تسهمُ في دعم مُعتقدات وسلوك الفرد نحو التعاطي، وكذلك اتجاهات المُعتمد نحو التعاطي، أي الاتجاهات الإيجابية نحو التعاطي، والتي تؤثر على سلوكه؛ ومن ثَمَ تجعل سلوكه معتمدًا.

2- مرحلة الاستجابات: وتبدأ هذه المرحلة بالعمليات المعرفية المُيسرة للتعاطي؛ ومن ثَمَ حدوث الانتكاسة، وتشمل هذه العمليات عددًا من المُحددات الأساسية، ومنها فاعلية الذات؛ باعتبارها المنبئ الأول للمخرجات، كافة السلوكيات الاعتمادية، خاصة في مجال الاعتماد، أي أنَ فاعلية ذات المُعتمد

الموجهة نحو القيام بالعملية العلاجية لا تكون في نفس قوة ومستوى فاعلية الذات المُوجهة نحو تعاطي المادة المُخدرة، وكذلك المخرجات المُتوقعة، أي توقع الفرد بتأثيرات الخبرات المستقبلية للاعتماد على مادة مُخدرة، وكل هذه التوقعات تؤثر على الاستجابات السلوكية للفرد، والتي بدورها تعتمد على مضمون هذه التوقعات نحو مترتبات المادة المُخدرة، سواء أكانت إيجابية أو سلبية، ومن هذه العمليات أيضًا الدافعية؛ حيث أن دافعية المُعتمد ترتبط بحدوث الانتكاسة *(Marlatt,2000)*.

2- النظرية السلوكية

ترى هذه النظرية أن المُعتمد المتوقف قد يشعر بحالة من الخطر البيئي، خاصة عند رؤية المُعتمد لمُثير ما مرتبط بالتعاطي السابق؛ فالمخ وحده يمكنه أن يتعاطى العقاقير، دون أن يتعاطاه جسم المُعتمد، والسبب في ذلك وجود اشتراطات مُعتقدة، حيث تستند هذه النظرية إلى مبدأ الاشتراط الكلاسيكي والذي يقوم على أن السلوك يؤدي إلى استجرار السلوك الآخر، فعلى سبيل المثال إذا مر قرب المكان الذي اعتاد أن يشتري منه المخدر فسوف يشعر بالاشتياق وبالتالي سوف يستجر سلوك الشراء، لأن ذهنه سوف يستدعي السلوك الانبساطي الذي يقدمه المخدر للجسم، وبالتالي سوف يشتري المخدر، ومن الممكن أن ينطفئ هذا السلوك إذا الباعة رحلوا من المكان ولكنه لا يزول؛ فإذا وجدهم في مره سوف ينشط سلوك الشراء بل ويزداد قوة أكثر من السابق، وهذا ما يسمى الاستعادة التلقائية (السعيد وابو عيطة، 2017).

رابعًا: الدراسات السابقة

هدفت الدراسة "ستورهولم" *(Storholm,2012)* إلى التعرف على العلاقة بين الاكتئاب وتعاطي المخدرات او الكحول و السلوك الجنسي القهري و المخاطرة لدى عينة من الشباب الذين يمارسون الجنس مع الرجال بمتوسط عمري بين 18 و 19 عامًا في مدينة نيويورك الحضرية باستخدام قائمة جرد السلوك الجنسي القهري وإجراء تحليل عامل استكشافي لتقييم بنية العوامل الأساسية على عينة مكونة من 509 من الرجال، وتوصلت الدراسة إلى بعض النتائج وهي ان هناك علاقة بين معدلات الاكتئاب المرتفعة و مزيد من الجنس الشرجي القهري أو الإكراه الجنسي والمخاطرة الجنسية، وتبين أن تعاطي الكحول والمخدرات يتوسط بشكل كبير العلاقة بين السلوك الجنسي القهري والجنس الشرجي غير المحمي(المخاطرة).

كما هدفت دراسة معيني *(Moeen,2016)* إلى تحديد منبئات الانتكاسة بين مجموعة من مستخدمي الأمفيتامينات في إيران باستخدام نموذج المخاطر النسبية كوكس لتحديد العوامل المرتبطة بوقت إعادة الارتباط في برنامج علاج ماتريكس الذي قدمه المركز الوطني الإيراني لدراسات الإدمان، وتوصلت إلى نتائج وهي: المشاركة في المزيد من جلسات العلاج ارتبطت مع انخفاض احتمال الانتكاسة، من جهة أخرى كان المرضى الذين لديهم دعم عائلي أقل والذين يعتمدون لفترة أطول على المنشطات الأمفيتامينية، وأولئك الذين لديهم تجربة في ممارسة الجنس العرضي ولديهم تاريخ من الجرائم الجنائية أكثر عرضة للتراجع و الانتكاسة.

وتوصلت دراسة (قماز، 2009) إلى تحديد العلاقة بين إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات وكذلك معرفة الفروق بين هذه الفئة وفئة غير المتعاطين، وللتأكد من فرضيات الدراسة فقد شارك 200 شابًا فيما يخص إدراكهم لمعاملة الآباء على حدا ومعاملة الأمهات. وللتأكد من الفروض فقد شارك في هذه الدراسة 200 شابا طبق عليهم مقياس ادراك المعاملة الوالدية، تنقسم العينة إلى 100 شاب متعاطي، و100 شاب غير متعاطي متوسط أعمارهم 24 وقد توصلت الدراسة إلي وجود علاقة موجبة بين ادراك المعاملة الوالدية التي تتسم بالرفض واسلوب المراقبة عن طريق الشعور بالذنب وتعاطي المخدرات ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين ادراك المعاملة التي ترتبط بالعطف وتعاطي المخدرات، كما توصلنا إلى أنه يوجد فروق دالة بين أباء وأمهات المتعاطين وآباء وأمهات غير المتعاطين بالنسبة لإدراك المتعاطي للمعاملة الوالدية بالنسبة للأسلوبي الرفض وبالنسبة لأسلوب المراقبة عن طريق الشعور بالذنب.

وفحصت دراسة (المكتسب ومحمد، 1998) الانحرافات السلوكية الجنسية لدى طلاب الجامعات بولاية الخرطوم وعلاقتها بالقلق والشعور بالذنب باستخدام استبيان الانحرافات الجنسية واستبيان القلق الصريح والشعور بالذنب على عينة حجمها (970) طالبًا وطالبًة تم اختيارها بالطريقة العشوائية الطبقية من مجتمع الدراسة، باستخدام المنهج المسحي الارتباطي وتوصل إلى نتائج وهي: 1- العادة السرية والجنسية الغيرية والتلصص هي الانحرافات الأكثر انتشارًا بين طلاب الجامعات في مجتمع الدراسة. 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والطالبات في متوسط الانحرافات الجنسية المتعلقة بانحرافات المشاركة. 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والطالبات في متوسط الانحرافات الجنسية المتعلقة بالانحرافات الفردية. 4- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المستوى الصفي وكل من انحرافات المشاركة والانحرافات الفردية. 5- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الانحرافات الجنسية وكل من القلق والشعور بالذنب. 6- الشعور بالذنب هو أكثر متغيرات الدراسة قدرة على التنبؤ بالانحرافات الجنسية.

ودراسة (دياب، 2007) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة للجنس وبين الشعور بالذنب لدى عينة من طلاب كلية التربية، والكشف عن دلالة الفروق بين الذكور والإناث في الاتجاه نحو مشاهدة تلك البرامج والأفلام والشعور بالذنب، والكشف عن دلالة الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو مشاهدة تلك الأفلام والبرامج في الشعور بالذنب، وكذلك الكشف عن حجم تأثير الاتجاه نحو مشاهدة تلك البرامج والأفلام وإسهامه في الشعور بالذنب، وكانت عينة الدراسة الكلية (658) طالبًا وطالبة، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة إعداد الباحث، ومقياس الشعور بالذنب إعداد الباحث، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة وبين الشعور بالذنب، كما وجدت فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين الذكور والإناث في الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة لصالح الذكور، كما وجدت فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين الذكور والإناث في الشعور بالذنب لصالح الإناث، كما

وجدت فروق دالة إحصائيا بين مرتفعي ومنخفضي الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة في الشعور بالذنب لصالح مرتفعي الاتجاه، كما تبين أن هناك حجم تأثير مرتفع لمستوى الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة على الشعور بالذنب.

خامسًا: فروض الدراسة

1) توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية.

2) الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية.

سادسًا: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الذي يتضمن نوعين؛ الارتباطي، حيث يهدف الأول منهما إلى الكشف عن دلالة العلاقات بين الارتباطية واتجاهاتها بين السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب والانتكاسة للمواد النفسية، وكذلك معرفة الدور الوسيطي لمتغير الشعور بالذنب.

أ- عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من ثمان وستين (ن=68) متعافي من الاعتماد على المواد النفسية، وتراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 52 سنة بمتوسط عمري 34.62 وانحراف معياري 7.33 سنة، وقد جاءت مدة التعاطي تتراوح ما بين سنة إلى 28 سنة، بمتوسط 11.21 وانحراف معياري قدره 7.99 سنة. ومدة التعافي الحالية تراوحت ما بين شهر إلى 6 سنوات، بمتوسط 16.38 وانحراف معياري قدره 9.53 شهر. أما عدد مرات الانتكاسة فتراوحت ما بين صفر إلى 6 مرات، بمتوسط 4,25 وانحراف معياري قدره 1,39مرة. وفيما يلي يوضح جدول (1) خصائص عينة الدراسة.

جدول (1) خصائص عينة الدراسة

الحالة الاجتماعية				مستوى التعليم		
أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	أقل من المتوسط	تعليم متوسط	تعليم جامعي
27	30	9	2	11	37	20
الحالة الوظيفية				الإقامة		
يعمل		لا يعمل		ريف		حضر
55		13		6		62
عدد المواد الإدمانية				هل تعاني من مرض نفسي؟		
مادة واحدة		أكثر من مادة		نعم		لا
21		47		6		62
هل تتلقي علاج نفسي أو دوائي؟				هل تعاني من مرض جسمي؟		
نعم		لا		نعم		لا
8		60		18		50

ب- أدوات الدراسة

يتم التطرق خلال الفقرات التالية إلى عرض مفصل للبطارية النفسية المستخدمة خلال الدراسة الراهنة، من حيث: وصف المقياس، وطريقة التطبيق وخصائصها السيكومترية، وإجراءات التقنين التي قامت بها الباحثة. وتتكون من:

1- استبانة البيانات الأولية:

تتكون هذه الاستبانة من البيانات الأساسية التي تمثل المتغيرات الديموجرافية، وهي العمر (السن)، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، أرمل، مطلق)، ومنطقة الإقامة (حضر، ريف)، ونوع التعاطي (أحادي، متعدد)، ومده التعاطي قبل العلاج، ومده التعافي الحالية، وعدد مرات حدوث الانتكاسة من قبل إن حدثت، وهل يعاني من أمراض نفسية أو جسدية، وهل يتلقى دواء نفسي حاليًا.

2- مقياس السلوك الجنسي القهري (إعداد: عزة عبد الكريم):

يتكون المقياس من يتكون من ٢٥ عبارة يجاب عليها بنعم ولا، وإذا أجاب الفرد بنعم تأخذ درجة واحدة، بينما إذا أجاب بلا يأخذ صفر، ثم بعد ذلك يتم تحديده شدة إدمان الجنس بناء على المعايير التالية: الشدة من

١-٣ لا يوجد إدمان، ٤-١٠ مؤشر على وجود مشكلة، ١١-١٤ مؤشر على وجود مرحلة مبكرة من إدمان الجنس، ١٥-٣٥ إدمان جنسي. كما تم تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب دلالة ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على الأبعاد الفرعية والمقياس الكلي، واتضح ارتباط جميع البنود ارتباطًا دال إحصائيًا بالدرجة الكلية لمقياس السلوك الجنسي القهري عند مستوى دلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.340** و0.692**)، مما يشير ذلك إلى وجود أتساقًا داخلياً، وهذا يعكس مؤشر للصدق. كما تم التحقق من الصدق التمييزي لمقاييس الدراسة من خلال المقارنة بين مجموعتين متميزتين؛ وهما المجموعة المرتفعة في مقابل المجموعة المنخفضة على الدرجة الكلية، حيث تم تقسيم عينة الدراسة وفقاً لمتغيرات على النحو الآتي: السلوك الجنسي القهري حيث قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، تمثلت المجموعة الأولي الربيع الأدنى (أقل من 4 درجات)، والمجموعة الثانية (الربيع الأعلى أكثر من 16 درجة). واتضح أن الدرجة الكلية لمقياس السلوك الجنسي القهري قد أظهرت فروقًا دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب المجموعة المرتفعة والمنخفضة عند مستوى دلالة (0.001)، مما يعكس تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق التمييزي. كما تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وبطريقة التجزئة النصفية للدرجة الكلية بالاستعانة بمعادلة جتمان Guttman Split-Half Coefficient، وجاءت معامل ثبات ألفا كرونباخ (0,892)، ومعامل التجزئة النصفية (0,868)، حيث يتضح أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، جاءت مرتفعة مما يدل على أن المقياس على درجة جيدة من الثبات.

3-مقياس الشعور بالذنب (إعداد: آمال عبد السميع):

يتكون المقياس من 46 عبارة يجاب عليها بالاختيار بين بدائل وهي (إطلاقًا، أحيانًا، بدرجة متوسطة، دائمًا)، وتتراوح الدرجة على بنود الاختبار ما بين صفر، 3 (صفر، 1، 2، 3) أي أن الدرجة توضع في أربع مستويات والدرجة المنخفضة تدل على مشاعر ذنب منخفضة والدرجة العالية تدل على مشعر ذنب عالية. كما تم حسابها عن طريق حساب دلالة الارتباط بين كل بند على حدة والدرجة الكلية على المقياس الكلي، واتضح ارتباط أغلب البنود ارتباطًا دال إحصائيًا بالدرجة الكلية لمقياس الشعور بالذنب عند مستوى دلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.317** و0.769**)، مما يشير ذلك إلى وجود أتساقًا داخلياً، وهذا يعكس مؤشر للصدق. وقد تم حساب الصدق التمييزي من خلال تقسيم إلى مجموعتين، مجموعة منخفضي الشعور بالذنب وتمثل الربيع الأدنى (أقل من 50 درجة)، ومجموعة مرتفعي الشعور بالذنب وتمثل الربيع الأعلى (أكثر من 88 درجة). واتضح أن الدرجة الكلية لمقياس الشعور بالذنب قد أظهرت فروقًا دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب المجموعة المرتفعة والمنخفضة عند مستوى دلالة (0.001)، مما يعكس تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق التمييزي. كما تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وبطريقة التجزئة النصفية للدرجة الكلية بالاستعانة بمعادلة جتمان Guttman Split-Half Coefficient، وجاءت معامل

ثبات ألفا كرونباخ (0,892)، ومعامل التجزئة النصفية (0,868)، حيث يتضح أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، جاءت مرتفعة مما يدل على أن المقياس على درجة جيدة من الثبات.

4- استبيان مواقف الانتكاسة (إعداد: عبد الله عسكر):

يتكون استبيان مواقف الانتكاسة ١٠٠ من استبيانات التقرير الذاتي الذي يغطي معظم المواقف الخطرة التي تؤدي للانتكاسة لتعاطي المواد المؤثرة نفسياً، بعد مرور الفرد بفترة من الإقلاع نتيجة لتلقيه علاجاً خاصاً داخل مؤسسة علاجية أو خارجها أو أقلع من نفسه لظروف صحية أو نفسية أو اجتماعية، ويتكون الاستبيان من ١٠٠ عبارة تشير كل عبارة إلى سبب يؤدي إلى الانتكاسة، حيث يضم المواقف التي قد تؤدي بالفرد إلى الانتكاسة، وهذه المواقف هي: الاشتياق والتلميحات العقار(15)عبارة، اختبار القدرة على السيطرة على التعاطي(9) عبارات، ضغوط رفاق التعاطي (7) عبارات، المشاعر السارة (18) عبارة، المشاعر غير السارة (18) عبارة، اضطراب العلاقات بالآخرين (15) عبارة، المشكلات الأسرية (5) عبارات، الآلام النفسية والبدنية والوهن (13) عبارة. ويقوم المفحوص بوضع علامات أمام العبارة التي تنطبق عليه ويعطي درجة واحدة على كل علامة تنطبق عليه، ويتم التصحيح وفقاً لمفتاح التصحيح المعد لذلك وتحسب الدرجة على كل مقياس أو موقف فرعي وتجمع الدرجة الكلية التي تشير إلى معدل الخطورة وفقا للنسبة المئوية لعدد العبارات التي تنطبق من عدد عبارات كل موقف. ويتم تصحيح الاختبار بأن تأخذ العبارة المجاب عليها بـ تنطبق (1)، والعبارة المجاب عليها بـ لا تنطبق (صفر)، ثم تجمع درجات كل موقف من المواقف السابق ذكرها. وتحسب عن طريق درجة البعد بعد الجمع على عدد بنود البعد في ١٠٠. تم حساب الاتساق الداخلي من خلال حسابها عن طريق حساب دلالة الارتباط بين كل بند على حدة والدرجة الكلية على المقياس الكلي، واتضح ارتباط جميع البنود ارتباطًا دال إحصائيًا بالدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاسة عند مستوى دلالة (0.01)، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.382** و0.772**)، مما يشير ذلك إلى وجود أتساقًا داخلياً، وهذا يعكس مؤشر للصدق. كما تم حساب الصدق التمييزي من خلال تقسيم إلى مجموعتين، مجموعة منخفضي الاستهداف للانتكاسة وتمثل الربيع الأدنى (أقل من 22 درجة)، ومجموعة مرتفعي الاستهداف للانتكاسة وتمثل الربيع الأعلى (أكثر من 75 درجة). وباستخدام اختبار "مان – ويتني" (اختبار U) لدلالة الفروق بين متوسطات مجموعتين مستقلتين في كل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لكل متغير على حدة، أن كل من الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاسة قد أظهرت فروقًا دالة إحصائيًا بين متوسطات رتب المجموعة المرتفعة والمنخفضة عند مستوى دلالة (0.001)، مما يعكس تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق التمييزي. كما تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس ككل، وبطريقة التجزئة النصفية للدرجة الكلية بالاستعانة بمعادلة جتمان، وجاء معامل ثبات ألفا (0,980)، ومعامل التجزئة النصفية (0,917) ويتضح أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، جاءت مرتفعة مما يدل على أن المقياس على درجة جيدة من الثبات.

سابعًا: نتائج الدراسة ومناقشاتها

الفرض الأول: ينص الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية":

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام دلالة معامل ارتباط بيرسون Person's correlation coefficient بين درجات عينة الدراسة على كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (2) نتائج معامل ارتباط بيرسون بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية (ن=68)

المتغيرات		الدرجة الكلية للاستهداف للانتكاسة
(أ)	الدرجة الكلية للسلوك الجنسي القهري	0.377**
(ب)	الدرجة الكلية للشعور بالذنب	0.217*

(*) تشير إلى مستوى دلالة عند مستوى 0.05

(**) تشير إلى مستوى دلالة عند مستوى 0.01

يتّضح من الجدول السابق تحقق الفرض بشكل كلي الذي ينص على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية، فقد كشفت النتائج عن:

تشير نتائج معاملات الارتباط إلى وجود علاقات ارتباطية متفاوتة الدلالة بين الاستهداف للانتكاسة من ناحية وكلٍ من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية.

أولًا: تشير النتائج إلى وجود علاقة ارتباط موجبة ذات دلالة إحصائية بين السلوك الجنسي القهري والاستهداف للانتكاسة، بما يعني أن زيادة حدة السلوك الجنسي القهري لدى الأفراد ترتبط بزيادة احتمالية تعرضهم للانتكاسة.

ثانيًا: أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباط موجبة دالة إحصائيًا بين الشعور بالذنب والاستهداف للانتكاسة، حيث يرتبط ارتفاع مستويات الشعور بالذنب بزيادة الاستعداد النفسي للانتكاسة.

وبوجه عام، تؤكد هذه النتائج أن كلًا من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب يُعدان من العوامل النفسية المرتبطة بزيادة الاستهداف للانتكاسة، مع اختلاف قوة تأثير كل منهما.

تدعم النتائج الحالية الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين كل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب من ناحية، والاستهداف للانتكاسة من ناحية أخرى لدى المعتمدين على المواد النفسية. ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء عدة نماذج ونظريات نفسية معاصرة:

أولًا، العلاقة بين السلوك الجنسي القهري والانتكاسة يمكن تفسيرها في إطار نموذج التنظيم الانفعالي (Emotion Regulation Model)، حيث يُنظر إلى السلوكيات القهرية – ومنها السلوك الجنسي القهري – كوسيلة للهروب من المشاعر السلبية مثل القلق والتوتر. وعليه، فإن الأفراد الذين يعانون من هذا النمط من السلوك يكونون أكثر عرضة لاستخدام المواد النفسية كاستراتيجية مواجهة، مما يزيد من احتمالية الانتكاسة. كما تتفق هذه النتيجة مع نموذج الانتكاسة لـ مارلات وجوردون(Marlatt & Gordon) ، الذي يؤكد أن ضعف مهارات المواجهة ووجود محفزات داخلية (مثل الرغبات القهرية) يزيدان من خطر العودة إلى التعاطي.

وتتسق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة *Kafka (2010)* التي أوضحت أن السلوك الجنسي القهري يرتبط بأنماط اندفاعية وإدمانيه مشابهة لتعاطي المواد، مما يعزز من احتمالية التداخل بينهما. كما أشارت دراسة *Reid et al. (2011)*إلى أن الأفراد ذوي السلوك الجنسي القهري يعانون من ضعف في ضبط الذات، وهو ما يزيد من القابلية للانتكاسة.

ثانيًا، العلاقة بين الشعور بالذنب والاستهداف للانتكاسة يمكن تفسيرها من خلال النموذج المعرفي السلوكي، حيث يُعد الشعور بالذنب أحد الانفعالات السلبية التي تسهم في تكوين أفكار تلقائية سلبية عن الذات، مثل الشعور بالفشل أو عدم القيمة، وهو ما قد يدفع الفرد للعودة إلى التعاطي كوسيلة للهروب أو التخفيف المؤقت من هذا الشعور. كما يفسر نموذج "تأثير انتهاك الامتناع(Abstinence Violation Effect) هذه النتيجة، حيث يؤدي الشعور بالذنب بعد أي سلوك خاطئ أو انتكاسة جزئية إلى تعميم الفشل، مما يزيد من احتمالية الانتكاسة الكاملة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة *Tangney et al. (2007)* التي أوضحت أن الشعور المفرط بالذنب يرتبط بسلوكيات غير تكيفية، خاصة عندما يتحول إلى لوم ذاتي مرضي. كما دعمت دراسة *Dearing et al. (2005)*هذه النتيجة، حيث وجدت أن الشعور بالذنب والعار يرتبطان بزيادة احتمالات الانتكاسة لدى المدمنين.

ثالثًا، تُظهر النتائج أن قوة العلاقة بين السلوك الجنسي القهري والاستهداف للانتكاسة (0.377) أكبر من العلاقة مع الشعور بالذنب (0.217)، وهو ما يشير إلى أن السلوكيات القهرية قد تمثل عامل خطر مباشر

أكثر تأثيرًا مقارنة بالانفعالات الداخلية. ويمكن تفسير ذلك بأن السلوك الجنسي القهري يتضمن مكونًا سلوكيًا اندفاعيًا فعليًا، بينما يظل الشعور بالذنب عاملًا معرفيًا–انفعاليًا غير مباشر.

وبوجه عام، تتسق هذه النتائج مع النموذج التكاملي للإدمان الذي يرى أن الانتكاسة ناتجة عن تفاعل معقد بين العوامل السلوكية والانفعالية والمعرفية، وليس عاملًا واحدًا فقط.

الفرض الثاني: وينص على أن الشعور بالذنب كمتغير وسيط بين السلوك الجنسي والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية:

وللتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم استخدم طريقة بارون–وكيني Baron–Kenny القائمة أساسا على تحليل الانحدار، والتي تشترط وجود الشروط الثلاثة التالية:

1– ارتباط المتغير المستقل بالمتغير التابع (الأثر الكلي أو العلاقة الأصلية) يجب أن تكون دالة.
2– الارتباط بين المتغير المستقل والمتغير الوسيط يجب أن يكون دالا.
3– علاقة المتغير الوسيط بالمتغير التابع يجب أن تكون دالة عند تثبيت علاقة المتغير المستقل بالمتغير التابع باستعمال تحليل الانحدار.

وفيما يلي يبين جداول (3)، (4)، (5) نتائج تحليل الانحدار لمتغيرات الدراسة.

جدول (3) نتائج تحليل الانحدار المتغيرات المستقل: الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري؛ المتغير التابع: الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة

	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
1-	الثابت	الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة	36.194	–	6.453	000.
2-	الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري		1.788	377.	3.308	002.

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 10.94 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.37

جدول (4) نتائج تحليل الانحدار المتغيرات المستقل: الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري؛ المتغير الوسيط: الدرجة الكلية للشعور بالذنب

	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
1-	الثابت	الدرجة الكلية للشعور بالذنب	57.361	–	11.920	000.
2-	الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري		1.469	0.363	3.167	002.

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 10.03 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.36

جدول (5) نتائج تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: الدرجة الكلية لكل من السلوك الجنسي القهري والشعور بالذنب؛ المتغير التابع: الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة

م	المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
(1)	الثابت	الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة	29.978	–	3.000	004.
(2)	الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري		1.629	0.344	2.798	0.007
(3)	الدرجة الكلية للشعور بالذنب		1081.	0.392	0.7532	0.005

علماً بأن قيمة "ف" تساوي 5.719 بدلالة عند 0.01، ور^2 = 0.38

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدال (3)، (4)، (5) تحقق الشروط الثلاثة لطريقة بارون–وكيني Baron–Kenny، حيث جاء الارتباط بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري) والمتغير الوسيط (الدرجة الكلية للشعور بالذنب) دال، وكذلك جاءت علاقة المتغير الوسيط (الدرجة الكلية للشعور بالذنب) بالمتغير التابع (الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة) دالة عند تثبيت علاقة المتغير المستقل (الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري) بالمتغير التابع (الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة) باستعمال تحليل الانحدار. ومن ثم تشير النتائج إلى تحقق وساطة متغير الدرجة الكلية للشعور بالذنب كمتغير وسيط بين المتغير المستقل (الدرجة الكلية لسلوك الجنسي القهري) والمتغير التابع (الدرجة الكلية لاستهداف للانتكاسة) لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية، ومن ثم قبول الفرض الثاني.

وتشير نتائج تحليل الانحدار إلى تحقق شروط نموذج *Baron & Kenny (1986)* للوساطة، مما يدعم الفرض القائل بأن الشعور بالذنب يؤدي دورًا وسيطًا في العلاقة بين السلوك الجنسي القهري والاستهداف للانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية. ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء عدد من الأطر النظرية والدراسات السابقة كما يلي:

أولًا، تدعم هذه النتيجة النموذج المعرفي السلوكي للإدمان، الذي يفترض أن السلوكيات الإدمانية لا ترتبط فقط بالعوامل السلوكية المباشرة، بل تتأثر أيضًا بعمليات معرفية وانفعالية وسيطة. فالسلوك الجنسي

القهري قد يُنتج حالة من الصراع الداخلي والتقييم الذاتي السلبي، ما يؤدي إلى تنشيط مشاعر الذنب، والتي بدورها تزيد من احتمالية اللجوء إلى التعاطي كآلية للتخفيف الانفعالي، وبالتالي رفع خطر الانتكاسة.

ثانيًا، يمكن تفسير الدور الوسيط للشعور بالذنب في ضوء نموذج "تأثير انتهاك الامتناع" (Abstinence Violation Effect) ضمن نظرية الوقاية من الانتكاسة لـ *Marlatt & Gordon (1985)*، حيث يؤدي الشعور بالذنب بعد الانخراط في سلوك غير مقبول (مثل السلوك الجنسي القهري) إلى تضخيم الإحساس بالفشل وفقدان السيطرة، وهو ما يزيد من احتمالية العودة إلى التعاطي. وبذلك، لا يؤثر السلوك القهري على الانتكاسة بشكل مباشر فقط، بل من خلال ما يثيره من انفعالات سلبية.

ثالثًا، تتفق هذه النتيجة مع نموذج التنظيم الانفعالي، الذي يرى أن الأفراد الذين يعانون من صعوبات في إدارة انفعالاتهم يميلون إلى استخدام استراتيجيات غير تكيفية، مثل السلوكيات القهرية أو تعاطي المواد، للتعامل مع مشاعرهم. في هذا السياق، يعمل الشعور بالذنب كحلقة وصل انفعالية بين السلوك القهري والانتكاسة، حيث يعزز الحاجة إلى الهروب النفسي.

رابعًا، تدعم هذه النتيجة ما أشارت إليه دراسات سابقة، حيث أوضحت دراسة *Dearing et al. (2005)* أن مشاعر الذنب والعار تلعب دورًا مهمًا في التنبؤ بالانتكاسة لدى المدمنين، خاصة عندما تكون مصحوبة بتقييمات ذاتية سلبية. كما بيّنت دراسة *Tangney et al. (2007)* أن الذنب قد يكون دافعًا للسلوك التكيفي في بعض الحالات، لكنه في السياقات المرضية قد يتحول إلى عامل خطر يزيد من السلوكيات غير الصحية. كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة *Reid et al. (2011)*، التي أوضحت أن الأفراد ذوي السلوك الجنسي القهري يعانون من مستويات مرتفعة من الضيق النفسي والانفعالات السلبية، بما في ذلك الذنب، وهو ما يدعم فكرة وجود مسار غير مباشر يربط هذا السلوك بالنتائج السلبية مثل الانتكاسة.

خامسًا، من الناحية التفسيرية، تشير الوساطة إلى أن تأثير السلوك الجنسي القهري على الانتكاسة ليس تأثيرًا مباشرًا فقط، بل يتم جزئيًا عبر الشعور بالذنب، وهو ما يعكس الطبيعة المعقدة والمتعددة الأبعاد لظاهرة الانتكاسة. وهذا يتسق مع النماذج التكاملية للإدمان التي تؤكد أن الانتكاسة نتاج تفاعل بين العوامل السلوكية والانفعالية والمعرفية.

وتشير هذه النتائج إلى أهمية:

1- استهداف مشاعر الذنب المرضي في البرامج العلاجية.

2- تدريب المرضى على تنظيم الانفعالات بدلًا من الهروب منها.

3- التعامل مع السلوكيات القهرية كجزء من خطة الوقاية من الانتكاسة، وليس كعرض منفصل.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

بشاطة، منير وشليحي، رابح (2023). الأعراض والسمات الجنسية الشاذة المنبأة باضطراب السلوك الجنسي القهري لدى التوحدي المراهق وقياس درجة شيوعها في ضوء آراء الأولياء والمتخصصين. ***مجلة دراسات نفسية وتربوية. مج16***، ع. 327-310.

بوخاري، سهام (2023). الانتكاسة عند المدمنين على المخدرات وتفسيرها وفق النظرية العقلانية الانفعالية. ***مجلة البحوث التربوية والتعليمية. مج12***، ع1، ص224-211.

بوكراع، سهام (2023). الإنتكاسة عند المدمنين على المخدرات وتفسيرها وفق النظرية العقلانية الانفعالية. ***مجلة البحوث التربوية والتعليمية. ج12***، ع1.

الحجار، بشير ورضوان، عبد الكريم. (2005) ***مدى الشعور بالذنب لدى طلبة الجامعة الإسلاميو وعلاقته بمستوى الالتزام لديهم***. الجامعة الإسلامية بغزة. كلية أصول الدين.

حسن، محمد (2020). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات، دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة. ***مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 1*** (50)، 43-72.

حسين، آمال (2012). ***بعض المحددات النفسية الاجتماعية المنبئة بالانتكاس لدى المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية***. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة(القاهرة).

دياب، عاشور (2007) الاتجاه نحو مشاهدة البرامج والأفلام المثيرة وعلاقته بالشعور بالذنب لدى عينة من شباب الجامعة. جامعة المنيا: كلية التربية. ***مجلة البحث في التربية وعلم النفس. مج20***، ع4.

الزهراني، عبد الله والنفيعي، عابد (2010). ***العلاقة بين مواضيع الإنتكاسة وبعض سمات الشخصية لدى عينة من مدمني الكبتاجون والحشيش المراجعين لمستشفى الأمل بجدة***. جامعة (أم القرى). كلية التربية.

السعيد، ليندا وابو عيطة، سهام. (2017). ***فاعلية برنامج ارشادي جمعي يستند إلى نظرية النظم في تحسين المناخ الأسري وخفض الانتكاسة لدى الأبناء المدمنين***. جامعة العلوم الإسلامية العالمية بالاردن: كلية الدراسات العليا.

صالح، قاسم والزبيدي، هيثم (2002). الشعور بالذنب وعلاقته بالامراض النفسية الجسمية المظهر: بحث ميداني. ***مجلة الآداب***. ع61، ص56-35.

عبد الله، محمد (2017). بوابة التعافي من الإدمان. مكتبة الأنجلو المصرية. ص51.

عسكر، عبد الله، عسكر، رأفت، الديدي، رشا (2005). ***استبيان مواقف الانتكاسة (100)***، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

قماز، فريدة (2009) ***إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات. جامعة منتوري قسنطينة. ع31.***

اللجنة الوطنية لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية. (2017)، قرار مجلس الوزراء، دولة قطر.

متولي، فكري (2012). ***فعالية برنامج إرشادي في علاج بعض المشكلات الجنسية لدى المراهقين ذوي الإعاقة السمعية***. كلية التربية قسم العلوم التربوية والنفسية.

مكاوي، صلاح (2011) دراسة تنبؤية لأثر الشعور بالذنب على الصحة النفسية والتوافق النفسي لدى الشباب الجامعي المتعاطين للبانجو. جامعة الزقازيق. ***مجلة كلية الآداب***. ع85, 174-127.

المكتسب، عيسى ومحمد، عبد الله (1998) ***الانحرافات السلوكية الجنسية لدى طلاب الجامعات بولاية الخرطوم وعلاقتها بالقلق والشعور بالذنب: دراسة مسحية ارتباطية***. رسالة ماجستير. جامعة إفريقيا العالمية: كلية التربية والدراسات الإنسانية.

ميسوم، ليلى (2017). إدمان الجنس في السيبر: بين إدمان الإنترنت والاضطراب الجنسي. ***مجلة الحوار الثقافي. ج6***، ع3، 2.

المراجع الاجنبية:

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. ***Journal of Personality and Social Psychology, 51***(6), 1173–1182.

Batchelder, A. W., Glynn, T. R., Moskowitz, J. T., Neilands, T. B., Dilworth, S., Rodriguez, S. L., et al. (2022). The shame spiral of addiction: Negative self-conscious emotion and substance use. ***PLoS ONE, 17***(3), e0265480. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265480.

Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. ***Biochemical Pharmacology,*** ***75***(1), 63–75. https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.06.043.

Briken, P & Turner, D. (2022). What does “Sexual” mean in compulsive sexual behavior disorder? Commentary to the debate: “Behavioral addictions in the ICD-11”. ***Journal of Behavioral Addictions. 2***, 222–225.

Coleman, E., Dickenson, J. A., Girard, A., Rider, G. N., Candelario-Pérez, L. E., Becker-Warner, R., … Munns, R. (2018). An Integrative Biopsychosocial and Sex Positive Model of Understanding and Treatment of Impulsive/Compulsive Sexual Behavior. ***Sexual Addiction & Compulsivity, 25***(2–3), 125–152. https://doi.org/10.1080/10720162.2018.1515050.

Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. ***Addictive Behaviors, 30***(7), 1392–1404.

Forman, S. Bry,B. & Urga, P. (2006). Substance abuse In G. G. Bear & K. M. Minke (Eds) Childern's needs: Development, prevention, and intervention Bethesda. ***MD: National Association of School Psychologist***, 1011-1023.

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. ***Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6***, 17.

Higgins, J. A., Lands, M., Ufot, M., & McClelland, S. I. (2022). Socioeconomic and erotic inequity: a theoretical overview and narrative review of associations between poverty, socioeconomic conditions, and sexual wellbeing. ***The Journal of Sex Research, 59***(8), 940-956.

Jon, E. (2018). Compulsive sexual behavior: A nonjudgmental approach. ***Current Psychiatry. Vol.17***, no.2.

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. ***Archives of Sexual Behavior, 39***(2), 377–400.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). ***Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors***. New York: Guilford Press.

Marlatt,G. (2000). Taxonimy of high –risk Situation for alcohol relapse. Evolution and development of a cognitive- behavioral model addiction. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,91*** (3),37-49.

Moeeni, M. (2016). ***Predictors of time to relapse in amphetamine-type Substance users in the matrix treatment program in Iran: a cox Prorotioonal hazard model application***.

Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory. ***Sexual Addiction & Compulsivity, 18***(1), 30–51.

Smith, P. N., & Rosenberg, H. (2017). Depression, anxiety, and compulsive sexual behaviour among men in residential treatment for substance use disorders: The role of experiential avoidance. ***Journal of Addiction Treatment, 89***, 10-17.

Sohrabpour, M., Kamyab, A., Yari, A., Harsini, P.a., & Khani jeihooni, A. (2024). The factors affecting substance abuse relapse based on theory of planned behavior in male addicts covered by addiction treatment centers in Southern Iran. ***BMC public health, 24*** (1), 1265.

Sonbol, H. M., Arockiasamy, A. P. R., & Amr, M. a. M. (2023). Relapse in Substance Use Disorder and Its Relation to Stigma: An Outpatient Based Cross Sectional Study. ***European Journal of Medical and Health Research, 1*** (2), 98-105.

Storholm.E(2012). ***Compulsive sexual behavior, substance abuse, and sexual risk-taking among emerging adult gay and bisexual men in New York City***.65,543.

Tam-Tri, L. Ruining, J (2024). Vortex of regret: How positive and negative coping strategies correlate with feelings of guilt. ***ScienceDirect. 247***.

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. ***Annual Review of Psychology, 58***, 345–372.

United nations office in drugs and crime. (2019). ***World drug report***. Un, office on drugs and crime.

Van Hooff, J., & Morris, S. P. (2021). Sexual wellbeing and social class in Britain: An analysis of nationally representative survey data. ***Sociological research Online 26***(2), 288-308. https://doi.org/10.1177/1360780420925489.

Voon, V., Mole, T. B., Banca, P., Porter, L., Morris, L., Mitchell, S., Lapa, T. R., Karr, J., Harrison, N. A., Potenza, M. N., & Irvine, M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. ***PLoS ONE, 9***(7), e102419.

Williams, C. Bybee, J (1994) What Do Children Feel Guilty About? Developmental and Gender Differences. ***The American Psychology.vol30***,5,617-623.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. ***American Psychologist, 59***(4), 224–235.

World Health Organization. (2024). ***World health statistics 2024: monitoring health for the SDGS, sustainable development goals***. World Health Organization.