

الصمود النفسي وعلاقته بتجنب الانتكاس لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي

د / امال حسين محمد محمد السيد

أستاذ علم النفس الإكلينيكي المساعد

بكلية الدراسات العليا والبحوث البيئية

٢٠٢٤/١٢/٣ م

تاريخ استلام البحث :

٢٠٢٤/١٢/١٠ م

تاريخ قبول البحث :

amal.hesen@edu.psu.edu.eg

البريد الالكتروني للباحث :

DOI: JFTP-2412-1451

المستخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على الصمود النفسي وعلاقته بتجنب الانتكاس لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى هي المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي. وتضمنت (٣٠) فرداً من المعتمدين على جميع المواد النفسية ممن يترددون على عيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان، أما المجموعة الثانية وهي المتعافين على المواد ذات التأثير النفسي وتضمنت (٣٠) فرداً من المتعافين على جميع المواد النفسية والذين خضعوا لبرنامج علاجي تأهيلي تابع لعيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان لمدة على الأقل ٦ شهور كاملة دون العودة للتعاطي السابق قبل العلاج، ويتراوح أعمارهم في كلاً من المجموعتين من (٢٠-٤٥) سنة، وقد استخدم في هذه الدراسة، مقياس الصلابة النفسية، ومقياس مواقف الانتكاسة، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي الدرجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في الصمود النفسي لصالح عينة (المتعافين)، وتوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي الدرجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في تجنب مواقف الانتكاس لصالح عينة (المعتمدين)، وعدم وجود قدرة تنبؤية بتأثير كلاً من الصمود النفسي وتجنب الانتكاس بحدوث الانتكاس لدى المعتمدين المتعافين على المواد ذات التأثير النفسي.

الكلمات المفتاحية:

الصلابة النفسية - تجنب الانتكاس - المعتمدين - المتعافين - المواد ذات التأثير النفسي.

ABSTRACT

The current study aimed to identify psychological recidivism and its relationship to avoiding relapse among both addicts and substance abusers. The study was conducted on a sample consisting of a group, the first group is addicts of psychoactive substances. It included (30) individuals addicted to all types of substances who visit the addiction treatment hotline clinics. The second group is recovering addicts of psychoactive substances. It included (30) individuals recovering from all types of psychoactive substances. Who underwent a rehabilitation treatment program affiliated with the addiction treatment hotline clinics for at least a full month without returning to previous use before treatment. Their ages ranged from (20-45) years in both groups. The psychological resilience scale was used in this study. The scale of relapse attitudes, and the descriptive comparative correlation approach was used, and the results of the study reached the following: there are statistically significant differences between the average scores between applicants and recovering addicts of psychoactive substances from the psychological column in favor of the sample (the disabled), and there are statistically significant differences between the average scores between dependents 2 and recovering addicts of psychoactive substances in avoiding 1 denial attitudes in favor of the sample (the complex), and the absence of a predictive ability to influence the psychological column marker and avoid relapse on the occurrence of relapse among dependents and those recovering from substances that have a psychological effect.

KEYWORDS:

Psychological resilience – relapse avoidance- dependents- recovering- psychoactive substances.

مقدمة:

يعد الإدمان على المخدرات آفة اجتماعية خطيرة، ورافقت المجتمعات البشرية منذ القدم، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة، فاجتاحت بلادنا النامية، وانتشرت بين جميع فئات المجتمع، ومما يزيد من خطورتها كون أغلب المدمنين هم فئة الشباب، والتي تعد أساس الإنتاج وعماد التنمية في أي مجتمع، مما دفع بالعديد من الباحثين إلى إجراء البحوث والدراسات النفسية والاجتماعية والطبية بهدف دراسة مشكلة الإدمان من كل جوانبها العديدة، والتعرف على العوامل المرتبطة بها، والعمل على التحكم والتنبؤ بها، وتزداد الحاجة إلى دراسة الإدمان في الوقت الراهن، نتيجة لما مر به المجتمع من معاناة (أزهار عبد المعطي، ٢٠١٧).

وكرثت في السنوات الأخيرة الكثير من الدراسات التي تحاول فهم المدمن، والوقوف على دينامياته، ودوافع التعاطي، بل الوصول إلى وجود علاقة ما بين البناء النفسي للشخص المدمن، وطبيعة المخدر (المفضل) بالنسبة له، وهي جهود لا نستطيع أبداً أن نقلل من قيمتها، كما أن الإدمان يؤدي إلى العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية، والانحرافات السلوكية التي تسانده وبمعنى آخر أن المدمن ليس مدمناً من خلال تعاطيه لمواد تقوده إلى الاعتماد على هذه المواد فحسب، ولكنه المحرك الأساسي في إدمانه إلى جانب هذا عدد من الاضطرابات النفسية المختلفة التي تعتبر عناصر جديدة بالاهتمام، وتتمثل في: سيكولوجية المدمن وتوجهاته في الحياة، وقد فرضت هذه الحقيقة بتوجهاتها المختلفة وجهة نظر لها، أي الإدمان يشكل عرضاً لمجموعة مختلفة من الاضطرابات، فعلياً أولاً أن ندرك أن مشكلة الإدمان بصورتها البسيطة ثنائية الأبعاد الأخلاقية والجنائية، بل انتشرت حدود المشكلة وأصبحت ذات أبعاد أعمق تأثيراً بالسلب في المجتمع بمختلف طبقاته وطوائفه، وأن أشكال التزايد في أعداد مرضى الإدمان تعد من أهم الأخطار التي تواجه المجتمع المصري (محمد كمال، ٢٠١٧).

وقد كان الاعتقاد السائد في العالم حتى أواخر القرن التاسع عشر هو: أن إساءة استعمال المخدر راجع إلى العادات المتأصلة لدى المجتمعات والشعوب، ومن ثم اعتبرت مشكلة إدمان المخدرات مشكلة محلية، وبعد ذلك تغيرت النظرة نحو مشكلة تعاطي المخدرات، فبعد أن كانت مشكلة محلية أصبحت مشكلة عالمية، وما كان متعبراً في الأصل خطراً مقصوراً على بعض الأجناس من البشر اعتبر تهديداً متزايداً وخطراً يهدد الصحة العالمية (سعد المغربي، ٢٠١١).

مشكلة الدراسة:

يعد الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي من المظاهر النفسية الخطيرة التي تتفاوت أشكالها ومخاطرها على المستوى الشخصي، والمستوى الاجتماعي والمستوى النفسي، وذلك على نحو يماثل إلى حد كبير الأبعاد المميزة، والأدوية، والعقاقير التي يمكن أن تؤثر في أفكار الناس، وعواطفهم،

ونومهم، ونشاطهم الجنسي، وتعاملهم مع الآخرين في المجتمع، وغير ذلك من الجوانب السلوكية المتعددة (عمر إسماعيل، مها صبري، ٢٠١٤).

يواجه العاملون في مجال الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي مشكلات عديدة ومن أهمها، انتكاس المرضى وعودتهم إلى الاعتماد بعد فترة العلاج الطبي وتطهير الجسم من السموم، حيث تشهد مستشفيات العلاج في عموم أنحاء العالم تشهد نسبة كبيرة من تكرار انتكاس وعودة المعتمد لتعاطي المواد ذات التأثير النفسي، كما أن الانتكاس هو: الفشل في الحفاظ على نمط التغيرات التي طرأت على السلوك، وعدم الالتزام بقواعد التعافي، والجهل بمجموعة العلامات المنذرة، والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي، سواء كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي (مطاول بركات، إقبال العلامة، ٢٠١١).

لهذا يعد الانتكاس والعوامل المسببة له من أهم التحديات التي تواجه المتخصصين في علاج الاعتماد، وخصوصاً بأن نسبة الانتكاس بين المعتمدين قد تصل ما بين (٤٠% - ٦٠%) ممن يخضعون للعلاج من الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي ببرامج علاجية متكاملة، وأنهم مع ذلك ينتكسون خلال العام التالي للعلاج (هاجر أحمد، ٢٠٢١).

ويعد الصمود النفسي أحد المفاهيم الحديثة في مجال علم النفس ولاسيما علم النفس الإيجابي، ويشير إلى ميل الفرد إلى التوازن والحفاظ على هدوئه عند التعرض لضغوط أو مواقف ضاغطة فضلاً عن قدراته على التوافق والمواجهة الفعالة لهذه الضغوط وخصوصاً الضغوط الخاصة بتعاطي المواد ذات التأثير النفسي، وبالتالي سرعة التعافي والتجاوز المستمر للموقف الصادم وتجنب حدوث أي انتكاسات لذلك اعتبار الموقف الضاغط فرصة لتقوية الذات وتحسينها ضد الضغوط والمواقف الخطر الخاصة بتعاطي المواد ذات التأثير النفسي (ريم سليمان، ٢٠١٥).

إن علاج الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي لا يقتصر على العلاج الطبي فقط وهو (انسحاب المواد المخدرة من الجسم) بل أيضاً لا بد من العلاج النفس اجتماعي للوصول إلى الشفاء التام، وهنا تكمن أهمية دراسة الصمود النفسي ودوره المحوري في بناء الشخصية وتحسينها من أي ضغوطات خاصة بتعاطي المواد ذات التأثير النفسي، وتعرف "الجمعية الأمريكية لعلم النفس" الصمود النفسي بأنه: "عملية التوافق الجيد في مواجهة الشدائد والصدمات، والمآسي، أو حتى مصادر الضغوط الأسرية أو بالمشكلات في العلاقات مع الآخرين والمشكلات الصحية الخطيرة، وضغوط العمل، والضغوط الاقتصادية، كما يعني: النهوض أو التعافي في الضغوط الصعبة" (المرجع السابق).

لذا نجد أن الصمود النفسي يساعد على تجنب الانتكاس من الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي وهذا ما أوضحته دراسة كل من: "رود زينسكي" و"سترايكي" (Rud zinski, strike, 2018) أن الصمود النفسي يساهم في خفض الانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي والوقوع ضحية لها، من خلال أبعاده، مثل: المثابرة، والتصميم، والمواجهة الفعالة.

وهذا ما دفع الباحثة بدراسة الصمود النفسي وعلاقته بتجنب الانتكاس لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي.

وتتحدد مشكلة الدراسة في المحاولة على الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما الفرق بين المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، والمتعافين في الصمود النفسي؟
٢. ما الفرق بين المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، والمتعافين في تجنب مواقف الانتكاس؟
٣. هل توجد قدرة تنبؤية للصمود النفسي وتجنب مواقف الانتكاس بحدوث الانتكاس لدى كلا من المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي؟

أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي لدراسة الصمود النفسي وعلاقته بتجنب الانتكاس لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي.

أهمية الدراسة:

١. تعتبر مشكلة الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي من المشكلات التي تهدد أمن المجتمع واستقراره وتؤدي إلى تعطيل الطاقات الشابة، لذا كان من الضروري أن نتصدى لهذه المشكلة بشيء من الدراسة والتحليل.
٢. ارتفاع معدلات الانتكاس لدى المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، وهذا ما تؤكدته الدراسات السابقة مما يدفعنا في البحث وراء هذه الظاهرة هو دراسة الصمود النفسي وعلاقته بتجنب الانتكاس كمنبئين بالانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي.
٣. تصميم برامج (وقائية- علاجية- إرشادية- تأهيلية- تدريبية) لمرضى الاعتماد، تعتمد على تقوية وتعزيز الصمود النفسي للمعتمدين وذلك لمساعدته في الحفاظ على التعافي ومنع الانتكاس.

مصطلحات الدراسة:

١. الصمود النفسي: psychological resilience

يعرف (chon, fredrickson, brown & Conway, 2009) الصمود النفسي بأنه: سمة من السمات الشخصية إلى حد ما مستقرة، وهي تعكس قدرة الفرد على التكيف المرن مع البيئات المتغيرة، وهذه الاستجابات التكيفية قد تتضمن: تحديد الفرص، التكيف مع الظروف الصعبة، والعودة من التأثير السلبي، وسوء الحظ، وعدم الوقوع في المحن الخطيرة".

٢. الانتكاس Relapse:

يشير مصطلح "الانتكاس" إلى: "الفشل في المحافظة على نمط التغيرات، والتي طرأت على السلوك ولا يشير الانتكاس فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاطي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي، وإنما أيضًا الجهل بمجموعة العلامات المنذرة، والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي، سواء

كانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أم بعض الاشتياق واللهفة من داخل الشخص المتعافي، أي المتوقف حالياً عن فعل التعاطي" (محمد غانم، ٢٠٠٥).

٣. الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي: Dependence

حالة نفسية وأحياناً عضوية، تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، ومن خصائصها: وجود استجابات وأنماط سلوك مختلفة، وتشمل دائماً: الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية، بسبب آثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره، وقد يُدمن الفرد التعاطي على أكثر من مادة واحدة (مصطفى سويف، ٢٠٠١).

الإطار النظري:

الصمود النفسي Resilience:

إذا نظرنا إلى المعتمد المتعافي، نجد أن الأحداث والمواقف التي يمر بها المعتمد أثناء فترة تعافيه، قد تجعله عرضة للانتكاس والعودة إلى الاعتماد النشط على المواد ذات التأثير النفسي، أو العودة إلى ظهور سلوكيات إدمانية قديمة، ودون اللجوء إلى تعاطي المواد ذات التأثير النفسي ولذلك لا بد من المعتمد المتعافي أن يتحلى بمجموعة من المهارات والقدرات والسلوكيات والأفعال الرامية إلى التعامل مع الشدائد وهي قدرة المعتمد على الصمود أي: القدرة على توقع آثار الشدائد وتحقيق وطأتها، ومواكبتها والتعافي منها وبناء عليه، فإن القدرة على الصمود لا تعني فقط: القدرة على الاستجابة في مواجهة الأحداث السلبية ولكنها عملية تكيف إيجابي وتبدأ قبل وقوع المشكلة، وتستمر خلالها وفيما بعدها (أحمد عبد الوهاب، ٢٠١٩).

تعريف الصمود النفسي:

تعرف "صفاء الأعسر" الصمود بأنه: "القدرة على التوقع والتحمل، والتعافي من الضغوطات والصدمات الخارجية، سواء كانت جسدية أو عاطفية أو اقتصادية، أو كانت مرتبطة بالكوارث أو النزاعات بطرق تقي من خسارة الهوية الأساسية والحفاظ على الوظائف الأساسية" (صفاء الأعسر، ٢٠١٠).

ويشير "محمد أبو حلاوة" إلى أن الصمود النفسي هو: "القدرة على المحافظة على الحالة الإيجابية، والتأثير الفعال، والتماسك، والثبات الانفعالي في الظروف الصعبة، مع الشعور بحالة من الاستبشار والتفاؤل والاطمئنان إلى المستقبل" (محمد أبو حلاوة، ٢٠١٣).

أهمية الصمود النفسي:

١. النظرة الإيجابية للحياة "إدراك معنى الحياة":

كُلما كان الإنسان مُتحملي بصفة الصمود، كان أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله؛ فالنظرة الإيجابية في الحياة هي التي تحدد أيضاً مكانته، وقيمه الاجتماعية في الحياة؛ لأنها بسبب في العمل والحركة.

٢. تحقيق الصحة النفسية:

وتعني: النضج الانفعالي والاجتماعي، وتوافق الفرد مع نفسه، ومع العالم من حوله، والقدرة على تحمل مسؤوليات الحياة، ومواجهة ما يقابله من مشكلات، وتقبل الفرد لحياته، والشعور بالرضا والسعادة، وأشارت منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٥) إلى أن: هناك الكثير من النماذج حول مفهوم الصحة النفسية الإيجابية، ومنها: "الصمود النفسي"، وتجنب الانهيار عند مواجهة الشدائد، ولا تعد جميع الاستجابات نحو الشدائد مرضية، وربما تستخدم نتاج البيئة أو الثقافة، وأنه عملية متداخلة يمكن أن تعدل العوامل الواقعية من استجابات الشخص للمخاطر البيئية؛ ولذلك فالنتيجة ليست دائماً سيئة، وربما تصبح العوامل الواقعية قابلة للكشف عن مواجهة المحن والشدائد.

٣. الاستمرارية في العطاء:

لا يؤدي العمل المنقطع ثماره، ويورث العمل المتكرر الكآبة، والإنسان الصامد يكتسب استمرارية لا تعرف الانقطاع، وعمله لا يعرف الكآبة والملل؛ فهو يواصل العمل بنشاط، وحماس، وروح، وإتقان في عطاء متجدد ومستمر.

٤. الاتصال الفعال:

يرتبط نجاح الإنسان بمدى قدرته على إقامة علاقات إنسانية، ويرتبط فشله بفشل هذه العلاقات؛ وبالتالي بمستوى اتصال الإنسان بالآخرين، والإنسان الصامد والمرن يمتلك خاصية التواصل الفعال؛ لأن لديه القدرة على تقبل الآخرين. (هاجر رمضان، ٢٠٢١).

مكونات "الصمود النفسي":

وأشار "وجنلد" و"يونج" (Wagnild & Young, 1993) إلى: أبعاد "الصمود النفسي"، ومنها: بُعد (الرصانة)، ويعني: سيطرة الفرد على نفسه عند الحزن والفرح، وبعد (المثابرة)، ويعني: قدرة الفرد على تنفيذ الخطط والأهداف التي يضعها، وإصراره على القيام بالأعمال التي يحبها، مهما كانت النتيجة، وبعد (الثراء الوجودي)، ويعني: قدرة الفرد على الاستمتاع بما يقوم، مع التزامه بالقيم والمبادئ، وبعد (الاعتماد على الذات)، ويعني: قدرة الفرد على الاعتماد أكثر على نفسه أكثر من الاعتماد على أي شخص آخر، وبعد (معنى الحياة)، ويعني: اعتقاد الفرد، بأن لحياته هدفاً يعيش من أجله.

ويوضح "دافيدسون" (Davidson, 2005) أن: "الصمود النفسي" متغير من متغيرات علم النفس متعدد الأبعاد، ويتضمن متغيرات أساسية، منها ما هو مزاجي، ومنها ما هو معرفي، ويمكن إجمالها على النحو التالي:

١. المزاج الإيجابي: من المكونات الرئيسية للصمود النفسي، ومنها المستويات المرتفعة من الانفعالات الإيجابية؛ مما يساعد الفرد في العودة مرة أخرى عن الخبرات الصادمة.

٢. التعبير عن الذات، والإحساس بها، من خلال النظرة الإيجابية للذات، والإحساس بالمقدرة على الفعل والشجاعة.

٣. القدرة على تقبل المشاعر السلبية، والتعامل معها.

٤. المرونة الشخصية.

٥. مهارة حل المشكلات.

٦. التواصل الجيد، والقدرة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين. (زينب درويش، ٢٠١٤).

المفاهيم المرتبطة بالصمود:

يرتبط مفهوم "الصمود النفسي" بالعديد من المفاهيم الأخرى، ويرى الباحث أهمية توضيح هذه المفاهيم، وهي: (المناعة النفسية- المرونة النفسية- الصلابة النفسية- المقاومة النفسية).

١. المناعة النفسية (Psychological immunity):

تُعرف "المناعة النفسية"، بأنها: "قدرة الفرد على حماية نفسه من التأثير السلبي الناتج عن الضغوط، والتهديدات، والمخاطر، والإحباطات، والأزمات النفسية، والتخلص منها عن طريق التحصين النفسي، باستخدام المواد الذاتية الداخلية، والإمكانات الكامنة في الشخصية مثل: التفكير الإيجابي، والإبداع، وحل المشكلات، وضبط النفس، والاتزان، والصمود، والمرونة النفسية"، والتحدي، والمثابرة، والدافعية، والتفاؤل، والتكيف مع البيئة". (عصام زيدان، ٢٠١٣).

٢. المرونة النفسية (psychological Flexibility):

تُعرف "المرونة النفسية"، بأنها: "عملية دينامية تدل على قدرة الفرد على التكيف المرن مع مواقف الحياة الضاغطة، والظروف الصعبة التي يمر بها، والقابلية للتغير وفقاً لمتطلبات المواقف الضاغطة الصعبة التي يمر بها الفرد". (أحمد محمد، ٢٠١٦).

٣. الصلابة النفسية (Psychological Hardiness):

يُعرف (Foster & Dino, 2003) "الصلابة النفسية"، بأنها: "هي سمة شخصية تمد الفرد بالشجاعة والقوة؛ لمواجهة التحديات، والصعاب، والشدائد، وتحويل هذه الصفات السلبية إلى صفات إيجابية بدلاً من الشعور بالعجز والنقص".

٤. المقاومة النفسية (Psychological Resistance):

يعرف كل من: (سيرون وثيون، ٢٠١٠) مع (كولا، ٢٠١١) "المقاومة النفسية"، بأنها: "عملية دينامية تفاعلية يمكن الاستدلال عليها، من خلال قياس عوامل الوقاية والحماية، والتي تتوفر لدى الفرد من مصادر خارجية: (الأسرة، والمدرسة، والمجتمع)، أو مصادر داخلية، والتي تتمثل في: المهارات والاستعدادات الشخصية للفرد". (إنجيل جورج، ٢٠١٦، ٤٢-٤٣).

لقد أشارت "صفاء الأعسر" إلى: أن مصطلح "الصمود" هو الترجمة المناسبة (resiliency) بدلاً من: الصلابة، ومقاومة الانكسار، والمرونة، والتعافي، والتي تدل على قصور احتواء المعنى

الأصلي؛ وبالتالي تجاوز "الصمود" لمصطلح المدلول اللغوي إلى المدلول النفسي لكلمة المرونة النفسية بمعناها المتعارف عليه. (أزهار عبد المعطي، ٢٠١٧).

وبعد العرض السابق لمفهوم "الصمود النفسي" والمصطلحات القريبة منه يتضح لنا أن: مفهوم "الصمود النفسي" مفهوم مركب من كل المفاهيم القريبة منه.

النماذج والنظريات المفسرة للصمود النفسي:

نظرية "التحليل النفسي":

ارتبط تطور التحليل النفسي في أوائل القرن العشرين بمحاولة "فرويد" تفسير لمضمون الواقع النفسي، والظواهر النفسية، وقدم "فرويد" تحليلاً لمفهوم "قوة التحمل النفسي"، من خلال طرحه لمفهوم "الأنا". ويرى "فرويد" أن جهاز السيطرة الإداري المنظم للشخصية بالنسبة لـ "فرويد" مكونا من ثلاثة مكونات، وتتمثل في: (الأنا - الهو - الأنا الأعلى).

"الهو" يعتبر الأكبر والأقدم بينهم، وأما "الأنا" فهو يطور من أجل أن يحقق الرغبات التي يظهرها "الهو" بطريقة عقلانية وسليمة، و"الأنا الأعلى" يتكون من: الضمير، والذات المثالية، ويبحث عن الكمال، وهي تنشأ من الأبوين، وهذه المكونات تندمج مع بعضها البعض، وتكمل بعضها البعض، وفي الشخصية الناضجة "الأنا" هو المنفذ، والذي يتحكم ويسيطر على "الهو" و"الأنا الأعلى"، ويعمل كوسيط ما بين طلباتهم والعالم الخارجي، ويرى "فرويد" أن بتقوية "الأنا"، نستطيع أن ننضج، ونكون أكثر وعياً لدوافعنا، ونتعامل معها بفاعلية أكثر، أي: كلما كانت "الأنا" قوية كلما تحققت الشخصية السوية، وهنا يُقدم "فرويد" لنا نظريته: "التحليل النفسي" تأثيراً ديناميكياً للصمود النفسي. (زهرة شريف، ٢٠١٩).

النظرية الوجودية:

تؤكد النظرية الوجودية على فكرة (الوحدة غير القابلة للتفكك)، وهي ما يطلق عليها العلماء مصطلح (الوجود في العالم).

وتشتمل النظرية الوجودية على مجموعة من الأساسيات، وتتضمن الكثير من الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع "الصمود النفسي"، وأكدت هذه النظرية على أن الإنسان يسعى؛ للبحث عن وجوده في الحياة، وأن بيئته الاجتماعية، والاقتصادية، والسياسية في تغير؛ ولذلك تركز هذه النظرية على فكرة "وجود الفرد".

ويرى "فرانكل" أن "الوجودية" تعني: جهود الفرد؛ ليحس بوجوده، من خلال إيجاد معنى لهذا الوجود، وعلى ضوء ذلك ترى أن الأشخاص قادرون على تحدي الظروف الصعبة، وتحويل أحداث الحياة الشاقة إلى مصالح؛ فالبشر هم وحدهم القادرون على اختيار سلوكهم في أي وقت؛ ولهذا نجد أن بناء الشخصية عند الفرد هو الأساس، والتي تتعرض للضغوط مختلفة عن فرد آخر مر بنفس الدرجة من الضغوط؛ ولذلك يتضح مفهوم "الصمود النفسي" بالنسبة للنظرية الوجودية، وهو: "أنه

تحمل مسؤولية الفعل والقرار، بالاعتماد على العقل عند تحمل الأحداث الضاغطة، ومواجهتها من خلال وجود هدف للحياة". (حازم منصور، ٢٠١٥، ٥).

نظرية "مايكل روتر":

يعد "مايكل روتر" من أبرز العلماء في مجال الصمود النفسي، وهو أستاذ الطب النفسي، وقد أجرى بحثاً حول القدرة على الصمود النفسي منذ أواخر السبعينيات، وفي عام (٢٠٠٦) عرف "مايكل روتر" "الصمود النفسي"، بأنه: "مفهوم تفاعلي يهتم بجمع الخبرات الخطيرة، ويعطي نتائج إيجابية نسبياً على الرغم من تلك التجارب".

وأوضح أن "الصمود النفسي" أكثر أهمية من الكفاءة الاجتماعية أو الصحة النفسية الإيجابية، ويجب أن توجد الكفاءة مع الخطر، وأن تكون القدرة على الصمود النفسي، وهي: أن بعض الأفراد لديهم نتيجة أفضل، على الرغم من تعرضهم لضغوط ومحن شديدة، وتكون نتائجهم أفضل من نتائج الأفراد الآخرين، والذين عانوا من نفس التجارب.

وضع "روتر" عدة مبادئ لنظرية "القدرة على التوافق" استناداً إلى أبحاثه، ومن المبادئ التي يلتزم بها، هو: أن "الصمود النفسي" ليس ذي صلة بالخصائص النفسية الفردية أو الأداء المتفوق، وإنما هو التوافق العادي؛ نظراً للمصادر المناسبة، وأشار إلى أن: الفروق في القدرة على الصمود النفسي راجعة إلى تأثيرات وراثية، وأخذ "روتر" نهجاً حيويًا للصمود النفسي؛ إذ قال "إن الصمود النفسي ليس كيميائياً اللحظة، ولكن شيئاً قد يكون أكثر وضوحاً في أوقات مختلفة من حياة الفرد".

وأكد "روتر" والباحثون الآخرون، والذين قد انحازوا إلى هذه النظرية، واقترح أنه سيكون من غير المحتمل أن يكون أي فرد صامداً في جميع الحالات على مدى الحياة. (حسن أحمد، جبار وادي، ٢٠١٩).

نظرية "رتشاردسون":

من أوائل النظريات لتفسير عملية "الصمود النفسي"، ووضع مفهومًا للصمود النفسي، بأنه: "القوة التي توجد داخل الفرد، والتي تدفع الفرد إلى تحقيق الذات، والإيثار، والحكمة، وأن يكون على تواصل تام مع المصدر الروحي للقوة".

ويكمن الفرض الأساسي لهذه النظرية في: فكرة "التوازن البيولوجي الروحي"، وهو الذي يسمح لنا بالتكيف: (الجسم، والعقل، والروح) مع ظروف الحياة؛ حيث تؤثر الضغوط النفسية، والأحداث الضاغطة، وأحداث الحياة الأخرى المتوقعة، وغير المتوقعة في قدرتنا على التكيف، ومواجهة مثل هذه الأحداث في الحياة، وتتأثر بصفات الصمود النفسي، وإعادة التكامل والتفاعل بين الضغوط النفسية اليومية، والعوامل الوقائية، وتؤدي عملية إعادة التكامل بالفرد إلى أربع نتائج، ومنها:

١. إعادة تكامل الصمود النفسي؛ حيث يؤدي التكيف إلى أعلى مستوى من التوازن.

٢. الشفاء من الفقد؛ مما يرسخ مستوى أقل للتوازن.

٣. إعادة توازن الجهد؛ لتجاوز التمزق.

٤. يحدث حالة مختلفة في الوظيفة؛ حيث الاستراتيجيات سيئة التكيف (السلوكيات المدمرة للذات) تستخدم لمواجهة الضغوط النفسية؛ ولذلك يعتبر الصمود النفسي يتجه نحو قدرات لمواجهة الناجحة (المرجع السابق).

سمات الأفراد ذوي الصمود النفسي المرتفع:

توجد عدة سمات يتميز بها الأفراد ذوو الصمود النفسي المرتفع، ومنها:

١. تحقيق التوازن النفسي.
٢. الاستمرار في حياتهم رغم المحن والصعاب.
٣. يوجد لديهم معنى للحياة وسط المشكلات النفسية.
٤. لديهم قدرات خاصة عالية، وثقة بأنفسهم.
٥. لا يشعرون بالضغط، ويستطيعون مواجهتها بمفردهم.
٦. لديهم القدرة على المواظبة، والاستمرار، والمثابرة.
٧. لديهم قدرة على مواجهة الضغوط والصعوبات نفسها، والتي يخبرها أي فرد آخر؛ فهم ليسوا مستثنين من الضغوط، ولكنهم تعلموا، كيف يتعاملون مع ضغوط وصعوبات الحياة، وهذه القدرة هي التي تجعلهم مميزين عن غيرهم (المرجع السابق).

الانتكاس والأطر النظرية التي تناولته:

احتدم الجدل حول التعريف الدقيق لمفهوم الانتكاس، فيرى البعض أن الانتكاس يعني فشل العلاج، ويرى آخرون أنه يعني الردة إلى الاعتماد. وأن ما يصعب الوصول لتعريف الانتكاس يتمثل في عدم وجود شيء محدد يمكن القياس عليه، حيث يتعرض بعض الأفراد لانتكاسه كاملة، بينما هناك آخرون يتعاطون نفس المواد لكنهم لا يعودون لنفس المستوى السابق من التعاطي (Dally & Marlatt, 1992)، وفي هذا السياق تعرض الباحثة أهم التعريفات الخاص بالانتكاس وذلك لتوضيح المفهوم بدرجة أكثر وضوحاً.

بداية تشير كلمة انتكاسة، إلى "الزلة" وهي الارتداد إلى نفس الحالة السابقة بعد التحسن، أو هي ارتداد وعودة المرض وكذلك الردة لممارسة العادات السيئة (Walton, 1995).

ومن أهم التعريفات المتاحة في التراث للانتكاس، التعريف الذي قدمه أنيس (Annis, 1986)، حيث يعني بالانتكاس الفشل في الاحتفاظ بالسلوك الذي يكون قد تعافى.

والانتكاسة هي "عملية العودة إلى نفس قوة أو شدة استخدام المواد المخدرة بعد فترة من التوقف"، وتحدث عملية الانتكاسة هذه عبر مرحلتين هما:

١. الزلّة:

وتعرف الزلّة أو ما يمكن أن يطلق عليه الكبوة بأنها نوبة أولية لتعاطي المادة المخدرة بعد فترة انقطاع أو استخدام معتدل.

٢. الانهيار التام أو الانتكاسة الكاملة:

ويحدد الباحثان هنا الفرق بين الزلّة والانتكاس، حيث الانتكاس يعني استمرار التعاطي، بينما الزلّة هي أول تعاطٍ بعد فترة توقف أو انقطاع عن التعاطي، بينما يعرف الانهيار التام أو الانتكاسة الكاملة بتكرار حدوث الانتكاس بشكل مستمر (Daly & Marlatt, 1992).

وهناك مفهوم آخر يرتبط بالانتكاسة هو اللهفة ويرى سويف أن هذا المصطلح يشير إلى حالة الرغبة القوية والملحة في الحصول على آثار المخدر، واللهفة لها بعض الخصائص الوسواسية والتي غالبًا ما تكون مصاحبة بمشاعر سيئة (مصطفى سويف، ٢٠٠١: ١٨).

تصنيفات الانتكاس:

لانتكاس تصنيفات عديدة وصور متباينة تختلف باختلاف طبيعة الشخص والموقف والظروف المحيطة، وشدة الأعراض المصاحبة، وأيضًا نمط الانتكاس ذاته، ولعل من أهم هذه التصنيفات ما يلي:

١. التصنيف من حيث عواقب الانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس له مرتبات إيجابية: حيث يمكن أن يعود بالنفع على صاحبة إذا كان في حاجة إلى تعلم شيء جديد، ومن ثم يكون سببًا في تقوية التشافي.

ب. انتكاس له مرتبات سلبية: وهو الأكثر شيوعًا والذي يعود بالضرر على صاحبه فيمكن أن يلقي حتفه إثر جرعة زائدة.

٢. التصنيف من حيث شدة الانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس يمكن تجنبه: هو أقل شدة ويمكن تجنبه بقدر من مهارات المواجهة.

ب. انتكاس لا يمكن تجنبه: وهو مصحوب برغبة شديدة ومثيرات عديدة للتعاطي مع ضعف في استخدام مهارات المواجهة.

٣. التصنيف من حيث طبيعة الانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس عقاقيري: أي العودة لتعاطي العقاقير.

ب. انتكاس سلوكي: أي العودة للسلوكيات الإدمانية السابقة من دون تعاطي العقاقير.

٤. التصنيف من حيث التخطيط للانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس مخطط له مسبقًا: وفيه يقوم الفرد بالتخطيط للانتكاس من حيث الموعد والمكان وتقديم التبريرات عن قصد وتعمد بعد فترة من التوقف عن التعاطي.

ب. انتكاس غير مخطط له: حيث لا يخطط الفرد مسبقاً للانتكاس ولكن عندما يتعرض لضغوط مختلفة تضعف مقاومته ويحدث الانتكاس.

٥. التصنيف من حيث تكرار حدوث الانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس نادر: وهو يحدث عندما يوجد تباعد بين الفترات الزمنية الفاصلة بين كل انتكاس وآخر.

ب. انتكاس متكرر: وهو يحدث عندما يوجد تقارب بين الفترات الزمنية الفاصلة بين كل انتكاس وآخر.

٦. التصنيف من حيث الثبات (العودة إلى المادة نفسها أو إلى غيرها) ويشمل:

أ. انتكاس ثابت: أي معاودة تعاطي العقار أو المخدر المفضل دون تغييره.

ب. انتكاس متعدد: أي معاودة التعاطي ولكن لعقار آخر شبيهه بالعقار الذي اعتاد الشخص تعاطيه.

٧. التصنيف من حيث مضمون الانتكاس ويشمل:

أ. انتكاس عام أو كامل: أي العودة إلى تعاطي المخدر أو العقار لمدة طويلة بالجرعات المعتاد عليها.

ب. انتكاس جزئي: أي العودة لتعاطي المخدر أو العقار لمدة يوم أو يومين ثم التوقف لفترة طويلة مرة ثانية (Landry, 1994: 84).

بعض النظريات والنماذج المفسرة للانتكاس:

سوف نعرض بإيجاز لعدد من الأطر النظرية المفسرة للانتكاس:

١. نظرية التحليل النفسي:

نفترض نظرية التحليل النفسي أن الاعتماد شأنه شأن أي سلوك مرضي، لا بد وأن ينشأ من تعدد الصدمات والأحداث المثيرة للإحباط، بحيث يصبح الاعتماد على المادة المخدرة وسيلة هروبية ينجم عنها إشباع لدفاعات الهو المتراكمة وعند إشباع هذه الدفاعات يسيطر الهو على كافة آليات الفرد النفسية الشعورية والانفعالية وكذلك المعرفية ليرتكز شعور الفرد على اللذة فقط مما يدفعه إلى تعاطي المادة مرة أخرى ومن ثم الدخول في دائرة الاعتماد وحدث الانتكاسات المتكررة، وأن الصراع الناشئ بين رغبات الهو ومحاذير الأنا الأعلى يدفع الفرد إلى تبني استراتيجيات سلوكية تعويضية لحل هذا الصراع أو للهروب منه فيختار الغياب عن هذا الواقع باستخدام مادة ما تعوض ما انتقص منه في مراحل حياته الأولى خاصة في الطفولة وحتى يتفادى مشاعر الذنب والتأنيب المستمر التي يغذيها الأنا الأعلى يلجأ إلى التبرير والإنكار لدوره الإرادي في تعاطي المادة المخدرة، وسرعة زمن الرجوع، بإقناع ذاته والمحيطين بأنه ضحية (Saint, 1998: 34).

٢. النظرية السلوكية:

يفترض أصحاب النظرية السلوكية في تفسيرهم للاعتماد، أن الاعتماد عملية متعلمة ومكتسبة وأن البيئة التي يوجد فيها الفرد تسهم إلى حد كبير في نشأة واكتساب الاعتماد واستمراره وحدوث الانتكاسات المتكررة، وأن هناك عديداً من الأسباب المهيأة للاعتماد مثل توافر المادة المخدرة وسهولة الحصول عليها وضغط الأقران، هذا بالإضافة إلى عدم توافر نموذج القدوة في بيئة المعتمد والقلق الذي يسعى الفرد إلى التخفيف من وطأته والظروف المعيشية، كما تفترض النظرية السلوكية أن سلوك المحاكاة الذي يتبناه المعتمد منذ طفولته المبكرة يمثل المكون الأساسي في تشكيل عاداته السلوكية، كما أن لمفهوم التعليم دوراً كبيراً في اكتساب الفرد لسلوك التعاطي عبر ملاحظته للمترتبات الإيجابية والسلبية التي تقع على الشخص المتعاطي، حيث يقوم الفرد بتقييم سلوك التعاطي وفقاً لهذه المترتبات، ثم يحتفظ به في شكل عملية إجرائية لها رموزها وأدواتها وبدائيتها ومراحلها المتتابعة وصولاً إلى أن يستدعيها بكل تفاصيلها لاختبار مدى فاعليتها في التخلص من المواقف الضاغطة من أجل الوصول إلى الشعور المرغوب، الذي يعد بمثابة الدعم، وبمجرد حدوثه يتكون الارتباط الشرطي بين كلا الجانبين (Smith, 2003: 313).

٣. النظرية الفيزيولوجية:

حيث تفسر الانتكاس في ضوء التغيرات والتبدلات الفيزيقيه في مقاومة الخلايا العصبية في المخ، فضلاً عن التأثير الإكلينيكي لنقص الدوبامين، والذي يمكن أن يظهر في صورة سيكولوجية مثل الاشتياق والذي يؤدي إلى الانتكاس ونقص الدوبامين في الخلايا العصبية في منطقة قرن آمون في الدماغ، والذي يمكن أن ينتج عنه زيادة الحساسية وشدتها تلقائياً عند أدنى مستوى من مستويات الإثارة (مدحت عبد الحميد، ١٩٩٨: ١١٢).

٤. النظرية المعرفية:

يرى ألبرت أليس أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية التي تقوده إلى السواء عكس الحال عندما يتبنى الشخص الأفكار غير العقلانية، والانتكاس يحدث نتيجة التقييم المعرفي الخاطئ للموقف الذي يمر به المتوقف عن التعاطي، حيث يتسم تقييم الموقف بالمبالغة المفرطة، وفي نفس الوقت لا يستطيع الشخص مواجهته مما يقلل من قدر ذاته في هذا الموقف وتكون النتيجة المحتملة هي الانتكاس (عبد الله العتيبي، ١٩٩٩).

وتقدم لنا النظرية المعرفية إحدى النماذج لتفسير الانتكاس وهو النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات والانتكاس نموذج مارلت Marlatt.

٥. نموذج Marlatt

كانت النظرية السائدة في القرن الماضي أن الانتكاس يساوي فشل العلاج، ثم بدأت هذه النظرة تتغير شيئاً فشيئاً، نظراً لظهور نماذج تفسيرية كثيرة في الوقت الحاضر تحت مظلة التفسير

النفسي الاجتماعي على المواد النفسية، ولعل أهمها النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات والانتكاس، ويعرف هذا النموذج باسم نموذج مارلت، حيث أن مارلت وزملاؤه نظروا للانتكاس باعتباره عملية انتقالية تتكون من عدة حلقات تفضي كل منها إلى الأخرى، إلى أن تنتهي بحدوث الانتكاس التام، أي العودة إلى نفس المستوى السابق من التعاطي قبل الانخراط في عملية العلاج من الاعتماد.

ويفترض مارلت أن النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات والانتكاس ليس نموذجاً لنشأة المرض، لأن الأسباب العميقة لتعاطي المخدرات متعددة ومتباينة ومتفاعلة، فالاستعداد الوراثي والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، وضغوط الحياة وسوء التوافق النفسي، والاتجاهات والمعتقدات نحو تأثير المادة المخدرة، ونقص التوكيدية والتعرض للمواقف عالية الخطورة المنبئة بالتعاطي والانتكاس، وعوامل أخرى عديدة يمكنها أن تفسر حدوث تعاطي المخدرات وكذلك الانتكاس من شخص لآخر ولدى الشخص الواحد من مرة لأخرى (Marlatt, 2000: 210).

المواد ذات التأثير النفسي:

تعرف المواد ذات التأثير النفسي بأنها: كل مادة تحدث تأثيراً على الحالة النفسية للمتعاطي سواء أكانت مخدرة أم منشطة أم مسكنة أم منومة أم مهدئة أم مهلوسة، وتسبب الاعتماد البدني أو النفسي، طبيعية كانت أو مخلقة، وتحدد منظمة الصحة العالمية قائمة المواد المسببة للاعتماد وأطلق عليها اسم "المواد النفسية" وهي كالاتي:

- الكحول.
- الأفيونات.
- القنبيات (الحشيش).
- المواد المهدئة أو المنومة.
- الكوكايين.
- المواد المنشطة (القهوة).
- المهلوسات.
- التبغ.
- المذيبات الطيارة.

وتؤدي هذه المواد إلى الإدمان والذي عرفته منظمة الصحة العالمية، بأنه مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والمعرفية والتي تكون فيه المادة المؤثرة نفسياً على قائمة أولويات الشخص أكثر من السلوكيات المهمة في حياته (عبدالله محمد العتبي، ١٩٩٩: ٤٥).

ولكي يطلق على الشخص لفظ "معتمد" ينبغي توافر ثلاث أو أكثر من الخصائص التالية وهي:

١. وجود رغبة قاهرة للتعاطي.
٢. صعوبة الضغط والتحكم في التعاطي.

٣. وجود أعراض انسحابية عند التقليل من المادة المتعاطاه.
 ٤. زيادة الجرعة للوصول إلى نفس التأثير السابق.
 ٥. إهمال الاهتمامات الأخرى، وقضاء وقت للحصول على المادة النفسية.
 ٦. الاستمرار في التعاطي بالرغم من الأضرار الواضحة.
- ويلاحظ أن المؤشر البارز والدال على حدوث الاعتماد هو ظهور الأعراض الانسحابية (النفسية أو الجسمية أو كليهما) على التعاطي نتيجة التوقف أو تقليل الكمية.
- وهناك عدة مصطلحات ترتبط بمفهوم الاعتماد، ويجدر التفرقة بينهما وأهمها ما يأتي:
١. التعاطي: هو تناول المتكرر لمادة نفسية إلى الحد الذي يوقع المتناول في أضرار ناجمة عن تأثير هذه المادة أو عن نتائجها الاجتماعية أو الاقتصادية ويستخدم تعبير التعاطي على نطاق واسع للإشارة إلى تناول الضار أو الخطر (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ١).
 ٢. الإدمان: ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن لهفته الشديدة في التعاطي وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وهنا تصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي.
 ٣. الاعتماد: وإما أن يكون نفسياً أو جسماًياً أو كلاهما. ويشير الاعتماد الجسمي إلى حالة فسيولوجية (جسمية) نتيجة طول فترة التعاطي وتتميز، بظهور أعراض الأفيون ومشتقاته، أما الاعتماد النفسي فيشير إلى تعاطي الشخص للعقار للحصول على الراحة النفسية. ومن المواد المؤدية للاعتماد النفسي (الامفيامينات، المهلوسات، الكوكايين) ولا يكون هناك اعتماد نفسي إلا ويسبقه اعتماد جسمي (مصطفى سويف، ٢٠٠١).

التأهيل:

يعرف التأهيل على أنه مجموعة الإجراءات التي تتخذ مع مدمني المخدرات ومتعاطيها لإعدادهم نفسياً واجتماعياً وطبياً لممارسة أدوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية التي خلغوا أنفسهم منها من جراء اعتمادهم على مادة من المواد المؤثرة نفسياً. وتعبير آخر، وتأسيساً على صياغة منظمة العمل الدولية يعرف التأهيل، على أنه مجموعة الإجراءات التي تتخذ كسبيل إلى تمكين المدمن من الإقلاع عن إدمانه، واتخاذ مسار له في الحياة يبعد بينه وبين حدة الإدمان، وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدني ونفسي واجتماعي يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفاعلية كفيل أن يحقق به فرصاً في الحياة تتناظر مع الفرص المتاحة لأقرانه من أبناء المجتمع الذين يماثلونه عمراً.

وفي إطار الدراسة فإن المقصود بالتأهيل هو المرحلة التي تلحق بمرحلة إزالة السموم من الجسم، وهي ما تعرف بمرحلة الأعراض الانسحابية للمخدر حيث يعد التأهيل بمثابة مرحلة الإعداد النفسي للمعتمدين للوصول إلى مرحلة التعافي من خلال إخضاعهم إلى مجموعة من الخطوات

والمراحل العلاجية باستخدام العديد من الأساليب العلاجية، والتي تشتمل على العلاج الدوائي والعلاج الدينامي مروراً بالعلاج السلوكي والمعرفي وفيها يتم تقديم الدعم المعتمد من خلال الكشف عن الصراعات والدوافع اللاشعورية المكبوتة لديه وكذلك تعديل السلوكيات والمعتقدات الخاطئة المسيطرة عليه وتنمية المهارات اللازمة لمنع الانتكاس وتحقيق الاستمرارية في التعافي. (محمد كمال، ٢٠١٧).

الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات التي تناولت الصمود النفسي في علاقته بالانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي:

هدفت دراسة "لو" (Lo, K, 2011) إلى: الكشف عن انتشار الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي لدى المراهقين، وفحص عوامل الوقاية، والمخاطرة، والصمود النفسي لدى المراهقين، وفحص عوامل الوقاية، والمخاطرة، والصمود النفسي في استمرارية الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي، وتكونت العينة من (٣٥٥٠) من المراهقين، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٤-١٦) عاماً، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس "السلوكيات الصحية للمراهقين" واستبيان الصمود النفسي وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة سلبية دالة إحصائية بين الصمود النفسي، والاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي، كما أظهرت النتائج كذلك أن: "الصمود النفسي" يتنبأ باستمرارية الاعتماد وبالتالي الانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي بعد العلاج وأن الصمود النفسي من العوامل الوقائية.

كما تم إجراء دراسة لكل من: "فوزية"، و"صبحي"، و"تين"، و"سرنون" و"علوي" (I.fouziah, N.subhi, S. Nen, n.Sarnon & K.alavi, 2013)، وهدفت إلى: الكشف عن مستويات الصمود النفسي ما بين المراهقين المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، بالإضافة إلى تحديد الإستراتيجيات اللازمة للوقاية، وإعادة التأهيل؛ للتغلب على الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي. وقد تكونت العينة من (٢٠٠) من الذكور، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٣-٢١) عاماً، ومن إحدى المدارس الثانوية الماليزية، وجميعهم من المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي. وتم تطبيق استبيان "الصمود النفسي". وأوضحت النتائج أن: مستوى الصمود لدى المراهقين كان متوسطاً، كما اتضح أن ارتفاع مستويات الصمود النفسي ينتج عنها التغلب على المشكلات الاجتماعية، ومشكلات الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي، كما تم التأكد على أن إدراج استراتيجيات وأساليب الصمود النفسي ضمن الخطط العلاجية والتأهيلية يساهم في التغلب على الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي، وعدم الانتكاس إليها مرة أخرى.

أشارت دراسة "ستينسون" (Stinson, 2014) إلى: دراسة الصمود النفسي بين معتمدي الكوكايين، وعلاقته بالتعافي أو الانتكاس عليه. وتكونت عينة الدراسة من (٣٥٥) مفحوصاً، وجميعهم من الذكور، وبمتوسط عمري (٥١) عاماً. وتم تطبيق الأدوات التالية: استبيان؛ لجمع البيانات الوصفية عن ستة أبعاد تؤثر في الصمود النفسي للمعتمدين، وهي: (خبرات النمو، خبرات الدافعية، أساليب المواجهة، مشكلات التوافق الاجتماعي، المعتقدات، الاتجاهات)، وتم إجراء مقابلات شبه مقننة مع

المفحوصين"، كما تم تطبيق استبيان للمعلومات الشخصية؛ لفهم الصمود النفسي لدى المفحوصين. وأبرزت النتائج أن: هناك ثلاثة عوامل تؤثر بشكل دال على الصمود النفسي، وهي: (الانفتاح على التغيير، والوعي الذاتي، اتخاذ القرار والتصرف)، وأوضحت النتائج كذلك وجود علاقة دالة بين أبعاد الصمود النفسي، والاستمرار أو التعافي من الاعتماد. كما أسفرت نتائج الدراسة عن: أن زيادة مستوى الصمود النفسي يرتبط بانخفاض مستوى الانتكاس، وعلى الاعتماد على الكوكايين لدى المفحوصين. وأجرى "جاونت" (Gaunt, 2016) دراسة هدفت إلى: الكشف عن أسباب انتكاس الإناث على المواد ذات التأثير النفسي، والرجوع إلى الاعتماد بعد فترة طويلة من التعافي. وقد تكونت العينة من (٦) من السيدات، وتراوحت أعمارهم ما بين (٤٣-٦١) عامًا. وتم الاعتماد على الأدوات التالية: مقابلات مع المفحوصات؛ لتوضيح تجربتهن مع الاعتماد، والتعافي والانتكاس، كما اعتمدت هذه الدراسة على تحليل الظواهر التفسيرية. وأوضحت النتائج أن: هناك عدة أسباب للانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي، ومن ضمنها: انخفاض مستويات الصمود النفسي، التشجيع، الالتزام، الضغوط الحياتية.

هدفت دراسة "رود زينسكي" و "سترايكي" (Rudzinski, strike, 2018) إلى: الكشف عن العلاقة بين ممارسات الصمود النفسي، وعدم الانتكاس على الكوكايين، أو الوقوع ضحية للاعتماد عليه.

وتكونت العينة من (٣٠) معتمداً على الكوكايين: (١٥) من الذكور، و(١٥) من الإناث، وبمتوسط عمري (٤٥) عامًا. وتم تطبيق الأدوات التالية: مقابلات مقننة مع المفحوصين، وتم الاعتماد على نموذج "بورديو" للصمود النفسي، واستمارة "جمع البيانات الديموغرافية والاجتماعية". وأوضحت النتائج أن: "الصمود النفسي" يساهم في خفض الانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي والوقوع ضحية لها، من خلال أبعاده، مثل: (المثابرة، التصميم، المواجهة الفعالة).

كما أجرى (أحمد عبد الوهاب، ٢٠١٩) دراسة هدفت إلى: فحص العلاقة بين الدافعية للعلاج، والصمود النفسي، وبين الانتكاس، والدور الذي تساهم فيه الدافعية للعلاج، والصمود النفسي؛ للحد من الانتكاس، والتنبؤ به. وتكونت العينة من (١٢٠) معتمداً، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠-٤٠) عامًا، وجميعهم من الذكور. وشملت أدوات الدراسة: مقياس "الدافعية للعلاج"، ومقياس "الصمود النفسي"، واستبيان "مواقف الانتكاس". وقد أوضحت النتائج أنه: توجد قدرة تنبؤية لكل من: "الدافعية للعلاج" و"الصمود النفسي" في التنبؤ بالانتكاس لدى مجموعة المتعافين من الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي.

ثانياً: الدراسات التي تناولت الانتكاس:

أجرى الجابلي (٢٠٠٣) دراسة بعنوان الكشف عن الفروق بين متعاطي الكحوليات والهيروين فيما يتصل بمواقف الانتكاس شديدة الخطورة والتي يتم قياسها باصطناع مواقف معينة لتعاطي المواد

ذات التأثير النفسي ومقارنتها بالكفاءة الذاتية على المقاومة من خلال استبيان الشقة بالنفس، وقد شملت عينة الدراسة (١٨٠) معتمد من الذكور وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: الأولى قوامها (١٠٥) من معتمدي الهيروين، والثانية قوامها (٧٥) من معتمدي الكحوليات، وأظهرت النتائج أن أشد حالات الانتكاسة خطورة هي مواقف المشاعر السلبية وكذلك الضغط الاجتماعي والإغراءات الخاصة بالتعاطي لدى كل من المجموعتين.

كما ركزت دراسة كل من رشا عبد الفتاح ورأفت عسكر (٢٠٠٥) على فحص أسباب الانتكاسة كما يدركها متعاطي المواد النفسية من نزلاء المستشفيات، وتمثلت أهداف الدراسة في الكشف عن جدوى البرامج العلاجية وأوجه القصور التي يمكن التغلب عليها وإلى الكشف عن معدلات الانتكاس وكذلك ترتيب عوامل الانتكاس من حيث الخطورة، وتكونت عينة الدراسة من ١٣٢ من المتعاطين الذكور بمتوسط عمري قدره ٢٨ سنة من نزلاء مستشفيات الصحة النفسية في القاهرة والخانكة، ووادي النطرون، وأوضحت النتائج أن أشد المواقف خطورة والتي تتسبب في حدوث الانتكاسة هي المشاعر غير السارة والتي تكشف عن معاناة الفرد من المشاعر الاكتئابية والحزن والقلق والتوتر، وهي المشاعر تتسبب في حدوث الضغوط النفسية مما يجعل الفرد عرضه للانتكاس.

وقد أجرى محمد حسن غانم (٢٠٠٥) دراسة على عينة قوامها ٩٤ مدمناً من الذكور تراوحت أعمارهم بين ١٧ و ٨١ عاماً، بعنوان أسباب الانتكاس وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن أسباب الانتكاس تتدرج من حسب الأهمية كالاتي: عدم السيطرة على الشوق للمخدر وبلغت نسبتها ١٨.٥٢% يليه عدم التغيير في الواقع الخارجي وبلغت نسبتها ١٢.٥٩%، وبالنسبة لصفات شخصية المدمن فقد احتلت صفة العصبية قائمة الصفات ونسبتها ١٥.٧٥% يليها صفة الضعف أو الاستسلام أمام المخدر ونسبتها ١٢.٦٦% وجاء في كثرة المشاكل وسلوك المخاطرة وبلغت نسبتها ١٠.٤٣%.
من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح ما يلي:

١. بعض الدراسات اتفقت مع هدف الدراسة الحالية والتي هدفت إلى: دراسة العلاقة بين "الصمود النفسي وتجنب الانتكاس" كدراسة "ستينسون" (Stunson, 2014) ودراسة "رودزينسكي" و"سترايكي" (Rudzinski, strike, 2018)، ودراسة (أحمد عبد الوهاب، ٢٠١٩).
٢. دعمت أغلب الدراسات الأجنبية وجود علاقة بين "الصمود النفسي وتجنب الانتكاس" وهذا الأمر من شأنه وجه اهتمام الباحثة في فحص تلك العلاقة في البيئة المصرية.
٣. ندرت الدراسات العربية التي تناولت هذه المتغيرات والربط بينهم وذلك في حدود علم الباحثة.

فروض الدراسة:

١. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في الصمود النفسي.

٢. توجد فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في تجنب مواقف الانتكاس.
٣. توجد قدرة تنبؤية للضمود النفسي وتجنب الانتكاس بحدوث الانتكاس لدى المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي.

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

يتوقف اختيار الباحثة لمنهج معين على أساس طبيعة مشكلة الدراسة ونوع البيانات المستخدمة، وقد فرضت مشكلة الدراسة إتباع المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وهو أحد مناهج البحث المستخدمة في علم النفسي والذي يهتم بدراسة العلاقات بين المتغيرات والمقارنة بين العينات المختلفة ويعد من أكثر الأساليب البحثية واسعة الانتشار.

ثانياً: عينة الدراسة:

١. عينة الدراسة الاستطلاعية: وتكونت من (٥) من المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، و٥ من المتعافين الذين خضعوا لبرنامج علاجي مدته على الأقل ٦ شهور كاملة). وقد روعي أن تكون متشابهة مع عينة الدراسة الأساسية من حيث العمر والتعليم، وذلك للتحقق من وضوح التعليمات، وفهم المفحوصين للبنود. وقد كان الهدف من تلك التجربة الاستطلاعية هو التحقق من وضوح التعليمات وفهم المفحوصين للبنود وتقدير الوقت المستغرق للتطبيق.

٢. عينة الدراسة الأساسية: اختير أفراد المجموعتين وفقاً للمحكات الآتية:

أ. أن يشخصوا من قبل طبيب نفسي، إذ يستبعد من يعاني من أي إصابات أو أمراض عضوية بالجهاز العصبي أو أي أعراض ذهانية.

ب. أن يكونوا جميعهم من الذكور، ويرجع سبب اختيار عينة الدراسة من الذكور فقط إلى تزايد عدد الذكور المعتمدين على المواد المخدرة، إذ أن ظاهرة تعاطي المخدرات في مجتمعنا هي ظاهرة ذكورية في الأساس لطبيعة الثقافة والتقاليد التي توفر حماية أعلى للإناث، إذ وصلت نسبة الذكور المتعاطين إلى ٩٧.٦% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٩: ١٠٠).

ج. أن يتم اختيارهم من المدى العمري الذي يتراوح بين ٢٥-٤٥ عاماً إذ تتركز الغالبية العظمى من المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية في تلك الفئة العمرية (المرجع السابق).

د. أن يتعاطى جميع المواد المخدرة أي لا يوجد نمط من التعاطي الأحادي.

هـ. أن يكون المؤهل المتوسط هو المستوى التعليمي للمشاركين وذلك لضمان درجة مناسبة من الفهم للتعليمات وبنود المقاييس.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

١. مجموعة المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي في الحالة النفسية في بداية التعاطي، وتضمنت هذه المجموعة (٣٠) فرداً من المعتمدين الذكور على جميع المواد المؤثرة في الحالة النفسية ممن يترددون على عيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان.

٢. مجموعة المتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في الحالة النفسية، وتضمنت هذه المجموعة (٣٠) فرداً من المتعافين الذكور الذين خضعوا لبرنامج علاجي تأهيلي تابع للخط الساخن لعلاج الإدمان مدته على الأقل ٦ شهور كاملة دون العودة للتعاطي السابق قبل العلاج.

الوصف الإحصائي لعينة الدراسة:

جدول رقم (١) توزيع عينة الدراسة تبعاً للبيانات الأساسية

النسبة المئوية	التكرار	المتغيرات	البيانات الأساسية	
%5	3	20	السن	
%5	3	24		
%5	3	25		
%5	3	26		
%5	3	27		
%5	3	28		
%8.3	5	29		
%8.3	5	30		
%3.3	2	31		
%5	3	32		
%8.3	5	33		
%1.7	1	34		
%1.7	1	35		
%8.3	5	36		
%8.3	5	37		
%6.7	4	38		
%5	3	40		
%5	3	41		
%١٠٠	٦٠			الإجمالي
%38.3	23	أعزب		الحالة الاجتماعية
%45	27	متزوج		
%16.7	10	مطلق		
%١٠٠	٦٠		الإجمالي	
%23.3	14	مؤهل متوسط	المستوى التعليمي	
%33.3	20	مؤهل فوق متوسط		
%43.3	26	مؤهل جامعي		
%١٠٠	٦٠		الإجمالي	

جدول رقم (٢) حالة الشخص وفقاً لمفردات عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	حالة الشخص
٥٠%	٣٠ معتمد	المعتمدين
٥٠%	٣٠ متعافي	المتعافين
١٠٠%	٦٠	الإجمالي

جدول رقم (٣) تكرار الانتكاسات من المواد المؤثرة في الحالة النفسية للمعافين قبل الوصول إلى التعافي التام

النسب المئوية	التكرار	الانتكاسات
13.3%	4	مرة واحدة
10.0%	3	مرتين
23.3%	7	٣ مرات
23.3%	7	٤ مرات
30.0%	9	٦ مرات
١٠٠%	30	الإجمالي

جدول رقم (٤) فترات التوقف عن التعافي بالشهور لمفردات عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	فترات التوقف
3.3%	2	أقل من شهر
5%	3	شهر
3.3%	2	شهرين
5%	3	ثلاثة شهور
8.3%	5	٧ شهور
5%	3	٨ شهور
6.7%	4	٩ شهور
10%	6	١٠ شهور
16.7%	10	١١ شهر
6.7%	4	١٨ شهر
13.3%	8	٣١ شهر
3.3%	2	٣٦ شهر
11.7%	7	٤٨ شهر
1.7%	1	٥٤ شهر
3.3%	2	٢٢٨ شهر
١٠٠%	٦٠	الإجمالي

ثالثاً: أدوات الدراسة:

مقياس "الصمود النفسي":

وصف مقياس "الصمود النفسي": وهو من إعداد "وجنلد" و"يونج" (Wagnild & Young, 1993)، وقامت بترجمته، وأعدته للعربية "صفاء الأعرس" (٢٠١٠)، ويتكون من (١٤) بنداً، وهو يشتمل على خمسة أبعاد، وهي:

١. بعد (الرصانة): ويشتمل على ثلاث فقرات (٣-١).
 ٢. بعد (المثابرة): ويشتمل على ثلاث فقرات (٦-٤).
 ٣. بعد (الثراء الوجودي): ويشتمل على عبارتين (٨-٧).
 ٤. بعد (الاعتماد على الذات): ويشتمل على ثلاث فقرات (١١-٩).
 ٥. بعد (معنى الحياة): ويشتمل على ثلاث فقرات (١٤-١٢).
- وتقيس هذه الأبعاد وفقراتها قدرة الفرد على التعامل مع الخبرات الانفعالية السلبية في المواقف المختلفة.

أما عن تصحيح المقياس، فتحسب من خلال الإجابة على كل فقرة من فقراته بخمسة احتمالات: (تنطبق تماماً) = (٥) درجات - تنطبق = (٤) درجات - بين بين = (٣) درجات - لا تنطبق = درجتان - لا تنطبق مطلقاً = درجة واحدة)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع "الصمود النفسي".
الخصائص السيكومترية لمقياس "الصمود النفسي" في الدراسة الحالية:
أولاً: الثبات:

حسب الثبات لمقياس "الصمود النفسي" وأبعاده بطريقتين، وهما: معامل ثبات (ألفا-كرونباخ)، وطريقة (التجزئة النصفية)، وفيما يلي عرض للنتائج:
أ. الثبات باستخدام معادلة "ألفا-كرونباخ" (Alpha cronbach):
للتحقق من ثبات المقياس استخدمت الباحثة معادلة "ألفا-كرونباخ" (Alpha cronbach)، ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات الناتجة باستخدام هذه المعادلة:

جدول (٥) ثبات العبارات لأبعاد مقياس "الصمود النفسي"، وباستخدام معادلة (ألفا-كرونباخ)

أبعاد المقياس	عدد العبارات	قيمة "ألفا"
البعد الأول: الرصانة	٣	٠.٥١١
البعد الثاني: المثابرة	٣	٠.٧٦٧
البعد الثالث: الثراء الوجودي	٢	٠.٥٥٨
البعد الرابع: الاعتماد على الذات	٣	٠.٨٦٥
البعد الخامس: معنى الحياة	٣	٠.٨٧٠
إجمالي المقياس	١٤	٠.٩٢٣

ويتضح من الجدول (٢١) أن: قيم معاملات الثبات لأبعاد مقياس "الصمود النفسي" قيم مقبولة؛ حيث كانت قيم معامل الثبات أعلى من (٠.٥٠)، وكانت قيمة (ألفا) للدرجة الكلية للمقياس (٠.٩٢٣)، وهي قيمة مرتفعة؛ مما يشير لصلاحية العبارات، والاعتماد عليها في النتائج.
ب. الثبات بالتجزئة النصفية لمقياس "الصمود النفسي":

جدول (٦) ثبات مقياس (التجزئة النصفية) لمقياس "الصمود النفسي"

المتغيرات	معامل ارتباط بيرسون	معامل الارتباط بعد التصحيح
الجزء الأول	**٠.٧٨٩	*٠.٧٩٦
الجزء الثاني	**٠.٩٢٢	

قام الباحث بالتحقق من ثبات المقياس، باستخدام طريقة (التجزئة النصفية)؛ حيث تم تقسيم العبارات إلى جزئين، وبلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لعبارات الجزء الأول، والدرجة الكلية للمقياس (٠.٧٨٩)، وحسب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لعبارات الجزء الثاني، والدرجة الكلية للمقياس، وبلغت (٠.٩٢٢)؛ مما يشير لثبات كل من الجزئين كما هو مدون بالجدول، وبلغ معامل الارتباط لإجمالي المقياس (٠.٧٩٦).

ثانياً: الصدق:

١. صدق التمييز:

قامت الباحثة بترتيب درجات العينة ترتيباً تنازلياً على كل بعد من أبعاد المقياس، ثم قارن بين درجات الإرباعي الأعلى، والإرباعي الأدنى في كل بعد كما بالجدول التالي:

جدول (٧) اختبار "ت" لتوضيح دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى، والأدنى على

مقياس "الصمود النفسي"

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الإرباعي الأعلى		الإرباعي الأدنى		الأبعاد
		ع	م	ع	م	
٠.٠٠١	١٧.٧٥٦	١.٥٣	١١.٢١	١.٥٦	٧.٣٣	البعد الأول: الرصانة
٠.٠٠١	٩.١٢٣	٢.٢٠	١١١.٧١	٢.٠٣	٨.٩٨	البعد الثاني: المثابرة
٠.٠٠١	٧.١١٦	١.٨٢	٧.٧٩	١.٧٨	٥.٩٨	البعد الثالث: الثراء الوجودي
٠.٠٠١	٨.٤٥٦	٢.٣١	١١.٧٦	٢.٤٢	٨.٩٣	البعد الرابع: الاعتماد على الذات
٠.٠٠١	٧.٤٧٤	٢.٥٩	١١.٦٥	٢.٥٦	٨.٩٣	البعد الخامس: معنى الحياة
٠.٠٠١	١١.٨٥٠	٨.٨٧	٥٤.١٢	٧.٧٦	٤٠.١٥	إجمالي المقياس

قيمة "ت" عند مستوى الدلالة (٠.٠٠١) = (١.٩٦)

ويتضح من الجدول (٢٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٠١)، بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى، والإرباعي الأدنى على جميع أبعاد مقياس "الصمود النفسي"، والدرجة الكلية للمقياس؛ مما يعطي مؤشراً على جودة الأداة؛ للتمييز بين الأفراد.

٢. صدق الاتساق الداخلي:

وقد قامت الباحثة بإيجاد معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للبعد، والدرجة الكلية للمقياس، وفيما يلي عرض لمعاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس مع الدرجة الكلية كالاتي:

جدول (٨) صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس "الصمود النفسي" مع الدرجة الكلية للمقياس

الدرجة الكلية لمقياس الصمود النفسي		المتغيرات
معامل ارتباط "بيرسون"	الدلالة المعنوية	
٠.٧٧٥	٠.٠٠١	البعد الأول: الرصانة
٠.٨٨٠	٠.٠٠١	البعد الثاني: المثابرة
٠.٨٢٥	٠.٠٠١	البعد الثالث: الثراء الوجودي
٠.٩١٠	٠.٠٠١	البعد الرابع: الاعتماد على الذات
٠.٨٨٥	٠.٠٠١	البعد الخامس: معنى الحياة

ويوضح الجدول (٢٤) صدق الاتساق الداخلي لمقياس "الصمود النفسي"؛ حيث وجد أن قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٠١)، وبلغت قيم معامل الارتباط: (٠.٧٧٥)، (٠.٨٨٠، ٠.٨٢٥، ٠.٩١٠، ٠.٨٨٥) لكل من: (البعد الأول: الرصانة- البعد الثاني: المثابرة- البعد الثالث: الثراء الوجودي- البعد الرابع: الاعتماد على الذات- البعد الخامس: معنى الحياة) على التوالي، وهي قيم تؤكد على صدق المقياس.

استبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠":

وصف استبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠":

استبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠"، إعداد عبدالله عسكر، رأفت عسكر، رشا الديدي، ٢٠٠٥. حيث يعطي هذا الاستبيان المواقف الخطرة التي تؤدي إلى الانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي، بعد مرور الفرد المتعاطي بقدر من الإقلاع؛ نتيجة لتلقيه علاجاً خاصاً داخل مؤسسة علاجية، أو خارجها، أو أقلع من نفسه لظروف صحية، أو نفسية، أو اجتماعية.

ويتكون الاستبيان من جزئين: الجزء الأول: وهو: المعلومات الأولية والجزء الثاني، ويتضمن (١٠٠) عبارة، وتشير كل عبارة إلى مواقف أو أسباب تؤدي إلى الانتكاسة.

الخصائص السيكومترية لاستبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠" (الدراسة الأصلية):

أ. الصدق التلازمي:

بلغت معاملات الارتباط بين مجموعة الاستبيان، واستمارة التقرير الذاتي لأسباب الانتكاسة (عسكر، ٢٠٠٠) (٠.٧٨).

ب. صدق المحكمين:

وقد قام واضع الاستبيان بعمل صدق محكمين، وذلك بعرض الاستبيان على ثمانية أطباء نفسيين، وأربعة أخصائيين نفسيين، وأخصائي اجتماعي، وثلاثة مرشدين لعلاج الإدمان، وبلغ معامل الاتفاق (٠.٧٤).

ج. الصدق الذاتي:

بلغ معامل الارتباط الداخلي للمقياس (٠.٩٤).

الخصائص السيكومترية لاستبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠" في الدراسة الحالية:
أولاً: الثبات:

حسب الثبات لاستبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠" بطريقتين، وهما: معامل ثبات (ألفا-كرونباخ)، وطريقة (التجزئة النصفية)، وفيما يلي عرض للنتائج:
أ. الثبات باستخدام معادلة "ألفا-كرونباخ" (Alpha cronbach):

جدول (٩) قيم معاملات الثبات

المتغيرات	عدد العبارات	قيمة ألفا
البعد الأول: الاشتياق		٠.٧١٨
البعد الثاني: السيطرة		٠.٦٩٧
البعد الثالث: ضغوط الرفاق		٠.٧٣٦
البعد الرابع: مشاعر السارة		٠.٧٤٠
البعد الخامس: المشاعر الغير السارة		٠.٦٦١
البعد السادس: الاضطرابات العلاقات		٠.٨٢٠
البعد السابع: المشكلات الأسرية		٠.٧٠٣
البعد الثامن: الآلام البدنية		٠.٨١٠
الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة	١٠٠	٠.٩٥٩

ويتضح من الجدول السابق أن: قيم معاملات الثبات لأبعاد مقياس "الانتكاسة" قيمة مرتفعة؛ حيث كانت قيم معامل الثبات أعلى من (٠.٥٠)، وكانت قيمة "ألفا" للدرجة الكلية للمقياس (٠.٩٥٩)، وهي قيمة مرتفعة؛ مما يشير لصلاحية العبارات، والاعتماد عليها في النتائج.
ب. الثبات بالتجزئة النصفية لاستبيان "مواقف الانتكاسة ١٠٠":

جدول (١٠) ثبات التجزئة النصفية لمقياس الانتكاسة

المتغيرات	معامل ألفا الجزء الأول	معامل ألفا الجزء الثاني	معامل الارتباط بين الجزئين	معامل سبيرمان	معامل جتمان
القيم	٠.٩٢٢	٠.٩٢٥	٠.٨٧١	٠.٩٣١	٠.٩٣١

قامت الباحثة بالتحقيق من ثبات المقياس باستخدام طريقة (التجزئة النصفية)؛ حيث تم تقسيم العبارات إلى جزئين، وبلغ معامل "ألفا" بين الدرجة الكلية لعبارات الجزء الأول، والدرجة الكلية للمقياس، وهي: (٠.٩٢٢)، وحسب معامل "ألفا" بين الدرجة الكلية لعبارات الجزء الثاني، والدرجة الكلية للمقياس بلغت (٠.٩٢٥)؛ مما يشير لثبات كل من الجزئين كما هو مدون بالجدول.
وبلغ معامل الارتباط بين الجزئين لإجمالي المقياس (٠.٨٧١)، وكان كل من: معامل "سبيرمان" و"جتمان" (٠.٩٣١) على التوالي، وتشير القيم لثبات المقياس.

ثانياً: الصدق:

١. صدق التمييز:

جدول (١١) اختبار مان ويتني لتوضيح دلالة الفروق بين متوسطات درجات الإرباعي الأعلى والأدنى على مقياس الانتكاسة

مستوى الدلالة	قيمة "Z"	الإرباعي الأعلى		الإرباعي الأدنى		الأبعاد
		مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	
٠.٠٠١	٣.٢٧٠	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الأول: الاشتياق
٠.٠٠١	٣.٢٩١	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الثاني: السيطرة
٠.٠٠١	٣.٣٦٦	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الثالث: ضغوط الرفاق
٠.٠٠١	٣.٢٧٦	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الرابع: مشاعر السارة
٠.٠٠١	٣.٢٨٥	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الخامس: المشاعر الغير السارة
٠.٠٠٢	٣.١٠٣	٩٠.٥٠	١١.٣١	٢٩.٥	٤.٢١	البعد السادس: الاضطرابات العلاقات
٠.٠٠١	٣.١٨٢	٩١.٠٠	١١.٣٨	٢٩.٠٠	٤.١٤	البعد السابع: المشكلات الأسرية
٠.٠٠١	٣.٢٦١	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	البعد الثامن: الآلام البدنية
٠.٠٠١	٣.٢٥٢	٩٢.٠٠	١١.٥٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة

ويتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، بين متوسطات رتب الإرباعي الأعلى، والإرباعي الأدنى لأبعاد مقياس "الانتكاسة، والدرجة الكلية لمقياس" الانتكاسة؛ مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين الأفراد.

٢. صدق الاتساق الداخلي لاستبيان مواقف الانتكاسة ١٠٠:

جدول (١٢) صدق الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس الانتكاسة مع الدرجة الكلية للمقياس

الدلالة المعنوية	الدرجة الكلية لمقياس الانتكاسة	
	معامل ارتباط بيرسون	المتغيرات
٠.٠٠١	٠.٤١١	البعد الأول: الاشتياق
٠.٠٠١	٠.٤١٦	البعد الثاني: السيطرة
٠.٠٠١	٠.٥٠٥	البعد الثالث: ضغوط الرفاق
٠.٠٠١	٠.٦٣٧	البعد الرابع: مشاعر السارة
٠.٠٠١	٠.٤٦١	البعد الخامس: المشاعر الغير السارة
٠.٠٠١	٠.٤٠٦	البعد السادس: الاضطرابات العلاقات
٠.٠٠١	٠.٣٦٩	البعد السابع: المشكلات الأسرية
٠.٠٠١	٠.٤٨٩	البعد الثامن: الآلام البدنية

ويوضح الجدول السابق صدق الاتساق الداخلي لمقياس "الانتكاسة"؛ حيث وجد أن قيم معامل الارتباط دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (٠.٠٥)، وبلغت قيم معامل الارتباط: (٠.٤١٦، ٠.٥٠٥، ٠.٦٣٧، ٠.٤٦١، ٠.٤٠٦، ٠.٣٦٩، ٠.٤٨٩) لكل من: (البعد الأول: الاشتياق، البعد الثاني: السيطرة، البعد الثالث: ضغوط الرفاق، البعد الرابع: المشاعر السارة، البعد الخامس: المشاعر غير السارة، البعد السادس: اضطرابات العلاقات، البعد السابع: المشكلات الأسرية، البعد الثامن: الآلام البدنية) على التوالي، وهي قيم تؤكد على صدق المقياس.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

توصلت الدراسة التالية إلى عدد من النتائج التي كشفت عنها التحليلات الإحصائية، وسيتم عرض هذه النتائج فيما يلي:

نتائج الفرض الأول ونصه:

"توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير في الصمود النفسي".

جدول (١٣) اختبار "ت" لتوضيح الفروق الإحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة (المعتمدين) على المواد ذات التأثير النفسي، و(المتعافين) في مقياس الصمود النفسي.

المتغيرات	المعتمدين (ن=٣٠)		المتعافين (ن=٣٠)		قيمة "ت"	الدالة المعنوية
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
البعد الأول: الرصانة	٨.٦٧	٢.١٢	١٠.٨٣	٢.٠٧	٤.٠٠٣	دالة ٠.٠٠٠
البعد الثاني: المثابرة	٩.٤٠	١.٩٦	١١.٥٧	٢.٢٥	٣.٩٧٤	دالة ٠.٠٠٠
البعد الثالث: الثراء الوجودي	٥.٧٧	١.٦٥	٧.٨٧	١.٨٠	٤.٧١٢	دالة ٠.٠٠٠
البعد الرابع: الاعتماد على الذات	٨.٥٧	٢.٣٠	١١.١٠	٢.٤١	٤.١٦٤	دالة ٠.٠٠٠
البعد الخامس: المشاعر الغير السارة	٩.٤٠	٢.٩١	١١.٩٠	٢.٦٧	٣.٤٦٩	دالة ٠.٠٠٠
مقياس الصمود	٤١.٨٠	٩.١٢	٥٣.٢٧	٩.٢٦	٤.٨٣٢	دالة ٠.٠٠٠

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة (المعتمدين) و(المتعافين) لإجمالي مقياس "الصمود النفسي" عند مستوى معنوية (٠.٠٥) حيث كانت قيمة "ت" المحسوبة (١٠.٥)، وهي قيمة أكبر من "ت" الجدولية (١.٩٨)، وبلغ متوسط عينة (المعتمدين) (٤١.٨)، ومتوسط عينة (المتعافين) (٥٣.٢٧)، ولصالح عينة (المتعافين)، وهذا يؤكد ما أشار إليه "وجندل" و"يونج" (Wagnild & youn, 1993) في أبعاد الصمود النفسي لصالح (المتعافين) وتوضح في بعد (الرصانة) والذي يمكن تفسيره بأن (المعتمدين) لا يستطيعون السيطرة على أنفسهم عند الحزن والفرح، بينما (المتعافين) يستطيعون السيطرة على مشاعرهم، وأيضاً من بعد (المثابرة) (المعتمدين) غير قادرين على تحقيق الأهداف، لأنهم شخصية اعتمادية يسيطر عليها مشاعر اليأس والاكتئاب

ومن ثم نجدهم غير قادرين على وضع الخطط وتنفيذها على عكس (المتعافين) وفي بعد (الثراء الوجودي) نجد (المعتمدين) أقل التزاماً بالقيم والمحافظة عليها، والدليل عليه: ما توصل إليه من اعتماد على المواد ذات التأثير النفسي على عكس (المتعافين) الذين نجحوا في الحفاظ على القيم والمبادئ لأنها جزء من البرامج العلاجية بتعافيتهم.

أما بعد (الاعتماد على الذات) يكون لدى (المتعافين) لأنهم يعتمدون على أنفسهم ولديهم ثقة بالنفس بينما (المعتمدين) لديهم عدم ثقة بأنفسهم واعتمادية كبيرة جداً على الآخرين. نتائج الفرض الثاني ونصه:

"توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات بين المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي في تجنب مواقف الانتكاس".

جدول (١٤) اختبار "ت" لتوضيح الفروق بين متوسطي درجات عينة الدراسة (المعتمدين) على المواد ذات التأثير النفسي و(المتعافين) في مقياس مواقف الانتكاسة.

المتغيرات	المعتمدين (ن=٣٠)		المتعافين (ن=٣٠)		قيمة "ت"	الدلالة المعنوية
	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
	٤٧.٣	١٨.٢	٣٤.٧	١٨.٤	٤.٨٨٦	٠.٠١

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات عينة الدراسة (المعتمدين) و(المتعافين) لإجمالي مقياس "مواقف الانتكاسة" عند مستوى معنوية (٠.٠١)، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (٤.٨٨٦) وهي قيمة أكبر من (ت) الجدولية (١.٩٦) وبلغ متوسط عينة (المعتمدين) (٤٧.٣) ومتوسط عينة المتعافين (٣٤.٧) لصالح عينة (المعتمدين) وهذا يتفق مع ما أشار إليه (محي الدين حسين، ٢٠٠٧) إلى أن الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي وراءه مجموعة كبيرة من الاضطرابات التي تغذيه وتسانده وهذا يؤكد ما أوضحه (Miller, 2003) أن المواقف التي تنطوي على قدر عالٍ من الخطورة مثل الآلام البدنية وعدم الارتياح وأعراض الانسحاب تعرض الشخص المعتمد على المواد ذات التأثير النفسي إلى الاستمرارية في التعاطي وحدوث انتكاسات متعددة.

وهذا أيضاً ما أكده (ضياء الدين عادل، ٢٠١٠) في أن المعتمدين لديهم مجموعة من الأفكار اللاعقلانية بشأن فوائد المخدر وآثاره السلبية التي يترتب عليها عدم مقدرة الشخص المعتمد في أن تكون لديه دافعية للتغيير وطلب العلاج والتوقف عن تعاطي المواد ذات التأثير النفسي ومن ثم عدم القدرة على مواجهة المواقف عالية الخطورة ومن ثم حدوث انتكاسات متعددة.

وقد أوضح لنا (جنيفر وآخرون ٢٠٠٦) أن المتعافين من المواد ذات التأثير النفسي أثناء العلاج والالتزام بخطوات التأهيل للوصول للتعافي يتعلموا الانفصال عن كل الأحداث والمواقف والأشخاص المرتبطة بتعاطي المواد ذات التأثير النفسي مع كبح لجميع الأفكار اللاعقلانية الخاصة

بتنشيط دلائل المخدرات من أماكن وأشخاص ومواقف وأفكار، أي كيفية التعامل مع المواقف عالية الخطورة وذلك للحفاظ على التعافي وعدم حدوث أي انتكاسات.

نتائج الفرض الثالث ونصه:

"توجد قدرة تنبؤية للصمود النفسي وتجنب الانتكاس بحدوث الانتكاس لدى المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي".

جدول (١٥) اختبار الانحدار المتعدد لتأثير كل من الصمود النفسي وتجنب الانتكاس على "الانتكاس"

المتغيرات	العينة	معامل الانحدار (B)	قيمة ت (T)	مستوى المعنوية	معامل الارتباط (R)	معامل التحديد (R ²)	قيمة ف (F)	مستوى المعنوية
مواقف الانتكاسة	٤٤.٤١٣	١.٢٦٢	٠.٢					
	٠.٥٣٧	٠.٤٤٢	٠.٧		٠.٠٩٥	٠.٠٠٩	٠.١٢٣	٠.٩
الصمود النفسي	٠.٠٠٤	٠.٠٨١	٠.٩					
	١٥.٦٠٤	٠.٥٩٥	٠.٦		٠.١٩٤	٠.٠٣٨	٠.٥٣٠	٠.٦
	٠.٧٣٣	١.٠٠٣	٠.٣					

وأُسفرت نتائج الفرض الثالث كما هو موضح في الجدول السابق من: عدم وجود قدرة تنبؤية بتأثير الصمود النفسي وتجنب الانتكاس على "الانتكاس" لدى المعتمدين والمتعافين على المواد ذات التأثير النفسي، ولكن تختلف هذه النتيجة مع معظم الدراسات مثل دراسة كل من: هاريس، سموك (Harris & Smock, 2011) التي أوضحت أهمية دعم وتعزيز الصمود النفسي خلال عمليتي العلاج والتعافي من تعاطي المواد ذات التأثير النفسي، من أجل التعامل مع المواقف عالية الخطورة ومنع الانتكاس على المواد ذات التأثير النفسي وذلك من خلال زيادة مستويات تقدير الذات والثقة بالنفس واستخدام آليات المواجهة للتعامل مع المواقف عالية الخطورة.

وأيضاً هذا ما أكدته (أحمد عبد الوهاب، ٢٠١٩) في دراسة بأنه توجد قدرة تنبؤية لكل من: الدافعية للعلاج والصمود النفسي في الحد من الانتكاس والتنبؤ بالتعافي.

توصيات الدراسة: توصي الدراسة ببناء على نتائجها بما يلي:

١. وضع برامج وقائية، إرشادية، علاجية وتأهيلية لمرضى الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي، والتي تأخذ في الاعتبار جميع جوانب الحياة النفسية، المعرفية، الجسمية، والاجتماعية للمعتمد.
٢. تصميم البرامج الإرشادية المناسبة لتحسين "الصمود النفسي" للمعتمدين حتى يتمكنوا من التغلب على الصعوبات والأزمات التي يواجهونها في طريقهم خلال التعافي.
٣. تصميم برامج علاجية لكيفية التعامل مع مواقف الانتكاسة للحد من خطر حدوث الانتكاسات المتكررة.

المراجع

المراجع العربية:

- أحمد عبد الوهاب (٢٠١٩)، الدافعية للعلاج، والصمود النفسي كمنبئات للانتكاس لدى المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي، رسالة ماجستير، كلية الآداب، قسم (علم النفس)، جامعة (حلبان).
- أحمد محمد (٢٠١٦)، المرونة النفسية كمتغير وسيط بين أحداث الحياة الضاغطة، والصحة النفسية، مجلة جامعة دمشق، ٣٢ (٢).
- أزهار عبد المعطي غيث، الشعور بالأمل كمتغير وسيط بين الصمود النفسي والضغط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بعد العدوان على غزة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأقصى.
- إنجيل جورج (٢٠١٦)، العلاقة بين المقاومة النفسية، وتقدير الذات لدى المراهقين المعاقين سمعياً، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- حازم منصور (٢٠٠٩)، قوة التحمل النفسي، سلسلة محاضرات علم النفس، كلية التربية الرياضية، جامعة بغداد.
- حسن أحمد، جبار وادي (٢٠١٩)، الأمن الفكري، وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلاب المرحلة الإعدادية، مجلة البحوث التربوية والنفسية، ١٦ (١٦).
- رشا الديدي، رأفت عسكر (٢٠٠٥): أسباب الانتكاسة كما يدركها مرض سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من النزلاء المستشفيات، دراسة نفسية، مجلد ١٥، عدد (٣).
- ريم سليمان (٢٠١٥)، الصمود النفسي، ومعنى الحياة، والتدفق من وجهة نظر علم النفس الإيجابي: دراسة تحليلية لصمود الجيش العربي السوري، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٣٧ (٤)، (٨٩-١٠٥).
- زهرة شريف (٢٠١٩)، الصمود النفسي، وعلاقته بالتوجه نحو الحياة لدى الطلبة المقبلين على التخرج، رسالة ماجستير، كلية (العلوم الإنسانية والاجتماعية)، جامعة (محمد بوضياف) بالمسيلة- الجزائر.
- زينب درويش (٢٠١٤)، الصمود النفسي، وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج بمدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة (نايف العربية للعلوم الأمنية).
- سعد المغربي (٢٠١١): تعاطي الأفيون ومشتقاته، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- صفاء الأعسر (٢٠١٠): الصمود من منظور علم النفس الإيجابي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٠ (٦٦)، (ص ٢٥-٢٩).

صلاح الجايلى (٢٠٠٣): الخطر الكبير للانتكاسة، بعد النقاهة بين المدمنين، المؤتمر الأول للجمعية النفسية، ع٤، م٢٤.

عبدالله محمد العتيبي (١٩٩٩) دور التدريب على السلوك التوكيدي في التقليل من احتمالية الانتكاسة بعد العلاج لدى عينة من معتمدي الكحول، كلية التربية، جامعة الملك سعود.

عصام زيدان (٢٠١٣): المناعة النفسية: مفهوماً، وأبعادها، وقياسها، مجلة كلية التربية، جامعة (طنطا)، (١٥١)، ص٨١٢-٨٨٢.

عمر إسماعيل مهاجري (٢٠١٤): علم النفس المرضي، الرياض، دار الزهراء للنشر والتوزيع.

محمد أبو حلاوة (٢٠١٣)، حالة التدفق: المفهوم، الأبعاد، والقياس، شبكة العلوم النفسية العربية، ٢٩. محمد حسن غانم (٢٠٠٥)، العلاج والتأهيل النفسي، والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

محمد كمال (٢٠١٧)، بوابة التعافي من الإدمان، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

مدحت عبد الحميد (١٩٩٨)، الارتكاس العقائري: قلقه، ومثيراته، ومواقفه، وعوامله، والاتجاه نحوه، ونحو العقار البديل في ضوء حجم الارتكاسات السابقة لدى عينة من مدمني الهيروين: (دراسة عملية مقارنة) دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

مصطفى سويف (١٩٩٦)، "المخدرات والمجتمع"، المجلس الوطني للثقافة، والفنون، والآداب، الكويت. مطاوع بركات، إقبال الحلاق (٢٠١١)، أسباب الانتكاس من وجهة نظر المدمنين، دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني لرعاية شباب دمشق، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، ٣٣(٥).

هاجر رمضان (٢٠٢١)، الصمود النفسي وعلاقته بالأفكار الانتحارية لدى المعتمدين، وغير المعتمدين، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة (حوان).

المراجع الأجنبية:

Daley, D.C & Mariatt, G.A. (2000), Relapse prevention: cognitive and behavioral interventions in: Lowinsom, J.H. (Ed), substance abuse: Acomperhens: ve text book (2ed)., Baltimore: Williams & Wilkins.

Foster, M. & Dion, K. (2003). Dispositional hardiness and women's well-being relating to gender discrimination: The role of minimization, psychology of women quarterly. American psychological Association Blackwell publishing "USA", 27 (35), 197-208.

Gaunt, J. (2016). The Necessity of Failure, Women's severe substance Use Disorders, Long-term Recovery and RELAPSE (doctoral Dissertation), The faculty of pacifica Graduate institute.

Landry, M, J.,(1994): understanding drug abuse, Washington: American psychiatry, press, Inc.

National institute for Health and Clinical Excellence. (2006). Computerized cognitive behavior therapy for depression, anxiety, February, London.

Ruszinski, K. Strike, C. (2018), Resilience in The Face of victimizations: A bourdieusian and a lysis of Dealing with harms and hurts among street- involved individuals smoke crack cocaine. Contemporary Drug problems, 47 (1), 3-28.

Saint, G, (1998). General theories of addiction psychoanalysis approaches, center city, Hazlen.

She afred A, & smith T., L., Deappen JB, Eng B A, Hassel brok Vm, Narnberjer J and Bucholz, K (2001) Clinical relevance of distinction between alcohol dependence without physiological component, AMJ psychiatry.