

الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي

د/شعبان جاب الله رضوان / **د/شيرين عبد القادر محمود** / **مروة حسين واصف**
أستاذ علم النفس الإكلينيكي / مدرس علم النفس الإكلينيكي / اختصاصية نفسية إكلينيكية
كلية الآداب جامعة القاهرة / كلية الآداب جامعة القاهرة / صندوق مكافحة وعلاج الإدمان

الملخص

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية من الذكور في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي والتي تُمثل في نوع العلاج (نفسى اجتماعي- طبي/ مزدوج) وطبيعة الجلسات (فردى/ جمعى- مزدوج) وخبرة المعالج في مجال الاعتماد (من حيث عدد السنوات). تكونت العينة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى تكونت من (٥٠ منتكساً) من الذكور المنتكسين على المواد النفسية، وذلك بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٤٢) سنة وبانحراف معياري قدره (٥,٠٥١) سنة، والمجموعة الثانية تكونت من (٥٠ متعافياً) من الذكور المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٦٢) سنة وبانحراف معياري قدره (٥,٥٣٢) سنة، تم استخدام مقياس المقاومة النفسية من إعداد مروة حسين واصف ويتكون من ستة مكونات وتم حساب خصائصه السيكومترية المتمثلة في الثبات والصدق. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة بين المنتكسين والمتعافين في المقاومة النفسية في اتجاه مجموعة المتعافين، كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق دالة في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي بالبحث الحالي. وقد نوقشت النتائج في ضوء مدى تحقق فروض الدراسة والتراث البحثي المتاح.

الكلمات المفتاحية: المقاومة النفسية، العلاج، المتابعة، الاعتماد على المواد النفسية.

Differences between Relapsed and Psychoactive Substance Dependence –Recovered Patients in Psychological Resilience in Light of Some Therapeutic ContextVariables *

Prof/ Shaaban Gaballa Radwan
Professor of Clinical Psychology,
Faculty of Arts,
Cairo University

Dr/ Shereen Abdel Kader Mahmoud
Lecturer of Clinical Psychology,
Faculty of Arts,
Cairo University

Marwa Hussein Wasef
Clinical Psychologist
Anti-addiction Treatment
Fund, Cairo

Abstract

The purpose of the present study is to investigate the differences between male relapsed and psychoactive substances dependence-recovered patients in psychological resilience according to some variables in the therapeutic context. These variables are represented in the type of therapy (psychosocial – medical/ dual), the nature of sessions (individual / group - dual) and the experience of the therapist in the field of dependence (in terms of the number of years). The sample consists of two groups. The first group consists of (50 relapsed) of males relapsing in psychoactive substances with an average age of $(32,42 \pm 5,051)$ years. The second group consists of (50 recovered) of males recovering from dependence on psychoactive substances with an average age of $(32,62 \pm 5,532)$ years. The psychological resilience scale prepared by Marwa Hussein Wasef has been employed. It consists of six main components, after calculating its psychometric properties represented in validity and reliability. The study results have revealed that there are significant differences between relapses and recoveries in psychological resilience in the direction of the group

*Study abstracted from the PhD degree in Arts under the supervision of Prof. Shabaan Gaballa Radwan and Dr. Shereen Abdel Kader Mahmoud, Department of Clinical Psychology, Cairo University entitled: Role of Psychological Resilience, Social Support and Some Variables of the Therapeutic Context in Predicting Recovery among Psychoactive Substances Dependents (Clinical Psychology Specialization).

of recoveries. The results have also shown that there are no differences in Psychological Resilience in light of Therapeutic Context Variables in the current study. The results have been discussed in terms of the extent to which the study hypotheses and available literature have been validated.

Keywords: Psychological resilience, therapy, followup, dependence on psychoactive substances.

مقدمة

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية^(١) من الذكور في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي^(٢) التي تُمثل في نوع العلاج (نفسي اجتماعي- طبي/ مزدوج) وطبيعة الجلسات (فردية/جمعي-مزدوج)، خبرة المعالج في مجال الاعتماد (منحيث عدد السنوات).

تدل المؤشرات العالمية والقومية على تفاقم مشكلة الاعتماد على المواد النفسية وزيادة انتشارها، ومع ارتفاع هذه المؤشرات وما تؤدي إليه تلك المشكلة من تداعيات لعل أهمها ما يتحمله أيمجتمع من تكلفة تُستقطع من إجمالي الموارد المخصصة للتنمية، ولا تقتصر التكلفة التي يتحملها المجتمع على ما يُنفق في شراء المادة النفسية، وإنما ما يتحمله من انفاق على جوانب أخرى متعددة، منها الانفاق على الدواعي الأمنية للحد من تجارة هذه المواد، والانفاق الصحي لعلاج المعتمدين على المواد النفسية، والانفاق على تفعيل القانون ومحاكمة التجار، فمشكلات الاعتماد على المواد النفسية كثيرة على المدى القريب أو البعيد مثل المشكلات الأمنية والاقتصادية والصحية والاجتماعية (نجوى، وجمعة، ٢٠٠٧، ٣).

وبالتالي يعتبر اضطراب الاعتماد على المواد النفسية من أكثر الاضطرابات انتشاراً على مستوى العالم. فقد قدر مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجريمة عدد متعاطي العقاقير النفسية بحوالي ١٨٠ مليون شخص حول العالم و ذلك خلال عقد التسعينيات من القرن العشرين. ثم ارتفعت هذه النسبة لتصل إلى حوالي ٢٠٠ مليون فرد يتعاطون المواد النفسية بشكل غير مشروع، وقدّر ذلك بنسبة ٣% من إجمالي سكان العالم، وذلك أيضاً وفقاً لتقديرات مكتب الأمم المتحدة المعني بالجريمة والمخدرات لسنة ٢٠٠٤ (في: سهى، ٢٠١٦، ٣). فمشكلة الاعتماد على المواد النفسية أحد أهم المشكلات

(1) Psychoactive Substances Dependents

(2) Therapeutic Context

التي تواجه العالم بأسره والذي يسعى إلى مواجهتها والتصدي لها لما لها من أضرار بالغة على الفرد والمجتمع، وعند النظر إلى سرعة تفاقم حجم هذه المشكلة نجد أنه على المستوى العالمي يشير تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠١٦ أن هناك فرداً واحداً من كل عشرين فرداً راشداً تعاطى مادة نفسية واحدة على الأقل في عام ٢٠١٤ ممن تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ : ٦٤ سنة (في: إيناس، ٢٠١٧، ٥) و يبلغ عددهم ٢٤٧ مليون فرداً، وأن من يعاني بالفعل من الاعتماد على المواد النفسية وصل إلى ٢٩ مليون معتمداً على مستوى العالم حتى سنة ٢٠١٦ (Colompo Plan Drug Advisory Programme, 2017, 10-11).

بالنظر للوضع الحالي في مصر، نجد أنه في بداية القرن العشرين إزداد معدل تعاطي الهيروين والكوكايين، لكن يظل مخدر الحشيش والبانجو هو الأكثر شيوعاً، كذلك أظهرت الدراسات انخفاضاً واضحاً في متوسط العمر بالنسبة لسن بداية تعاطي المواد النفسية، كما أنه أكثر شيوعاً في الذكور عن الإناث. ويرتبط كذلك بمتغيرات ديموجرافية أخرى تؤثر على مدى وطبيعة انتشار التعاطي. كما أظهرت الدراسات أيضاً ازدياداً تدريجياً لتعاطي الكحوليات في مصر مع توقع بأن يكون أكثر استخداماً في السنوات القليلة المقبلة (عماد، نهى، ألبرت، وأسامة، ٢٠١١، ١٦) كما أشارت البحوث والتقارير الصادرة عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلى انتشار معدلات الاعتماد على المواد النفسية في مصر، حيث بلغت النسبة ٣٤,٨٦% عام ٢٠١١، وارتفعت النسبة بشكل ملحوظ في عام ٢٠١٢ لتصل إلى ٣٩,٤٢% (في: عوض، ٢٠١٦، ٩). وبلغت نسبة الاعتماد على المواد النفسية في المسح القومي الشامل حول التدخين وتعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها سنة ٢٠١٤ بلغت النسبة ٢,٤% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠١٤، ١٠).

ولعل هذا يوضح مدى أهمية البحث والدراسة في مرحلة التعافي والتأهيل. وليس الهدف من التأهيل للمعتمدين على المواد النفسية هو إعادة المعتمد إلى الحالة التي كان

عليها قبل التورط في خبرة الاعتماد، إذا صار مسلماً به في ضوء نتائج الدراسات ببيان نذر الاعتماد على المواد النفسية أن الحالة التي تسبق خبرة الاعتماد على المواد النفسية هي حالة مهياة لهذه الخبرة ودافعة لها. بمعنى آخر أن تمكين المعتمد على المواد النفسية من الإقلاع عن اعتماده من خلال إبعاده عن المواد النفسية دون أن نمكنه من سلوك آخر إيجابي يقارب بينه وبين نواتج يبتغيها مثل تحقيق المتعة الإيجابية والثقة بذاته وبالأخرين وتحقيق ذاته في الحياة فسرعان ما يرتد من جديد إلى سلوكه الاعتمادي. فالأصل في المعتمد على المواد النفسية هو المعتمد نفسه وليس المادة النفسية (محي، ٢٠٠٣، ١٥ - ٣٩).

وفي هذا الإطار نجد أنه من المهم فحص دور المقاومة النفسية في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية. ولقمة مفهوم المقاومة النفسية اهتماماً كبيراً على مدى العقود الأربعة الماضية، منذ أن لاحظ الباحثون أن بعض الأفراد يتعايشون ويتوافقون على الرغم من المحن والشدائد، فعرف البعض المقاومة النفسية بأنها القدرة على الشفاء (فاتن، ٢٠١٣). وعلى الرغم من وجود جدل حول ما إذا كانت المقاومة النفسية سمة أو قدرة أو عملية أو نتيجة، فإن عدداً من الباحثين أشاروا إلى أنها "عملية دينامية من بين عدة عوامل تؤدي دور الوسيط بين الفرد وبيئته والنتيجة أو الهدف الذي يريد الفرد تحقيقه (فاتن، ٢٠١٣). وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن ارتفاع المقاومة النفسية في مرحلة المراهقة المبكرة قد يقي من التعرض لمشاكل تعاطي الكحول والاعتماد على المواد النفسية، على الرغم من أن هذا التأثير غير معروف حالياً لكنها تعد عاملاً وقائياً (Weiland, Welsh, Zubieta, Zucker, Heitzeg, Zucker, & etal., 2012).

إن المقاومة النفسية مفهوم ثنائي البعد، حيث لا يتوافق الفرد فقط مع خبراته، بل وينمي بعد ذلك سلوكيات واستراتيجيات المواجهة لكي يمنع أو يقلل الحدوث المستقبلي لهذه الخبرة مرة أخرى (Masten & Obradavic, 2006)، وبينما يعد بعض الأفراد

مقاومين بطبيعتهم؛ لأن شخصياتهم تسهم في التنبؤ بالمقاومة النفسية، يجب أن يعمل آخرون في اتجاه رفع المقاومة النفسية (Achour& Nor,2014).

وتوجد صعوبة بالغة تواجه الباحثين عند تعريف المقاومة النفسية وذلك لعدة أسباب منها أن مفهوم المقاومة النفسية يتداخل مع العديد من التخصصات، ولا يوجد اتفاق على عملية المقاومة النفسية بين الباحثين، كما أن المقاومة النفسية تختلف من مجتمع لآخر ومن نوع لآخر ومن عمر لآخر، كما يختلف تحديد عوامل الخطورة وكذلك مخرجات المقاومة النفسية من مجتمع لآخر وتختلف بالتالي مقاييسها، بالإضافة إلى أن مخرجاتها لا تتسم بالخطية عند تحليل بياناتها (Kumpfer,1999,182)، وهذا يثير تساؤل مهم في مجال الاعتماد على المواد النفسية والتعافي منها وهو هل تختلف المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي، فلمتغيرات السياق العلاجي دوراً مهماً في استكمال المتابعة، وأشارت الدراسات إلى أن التواصل الفعال يعد منبئاً لعدد من المتغيرات المرتبطة بالمرض، مثل استخدام وسائل الوقاية ودعم العلاقة العلاجية والامتثال للنصح الطبي والثقة بكفاءة الطبيب والعلاج وتحسين نوعية حياة المريض، في حين أن التواصل غير الفعال يترتب عليه التوقف عن الممارسات الصحية أو الانسحاب من الخطة العلاجية (هناء، ٢٠٠٩). لذا كان من الضروري فحص المقاومة النفسية في ضوء السياق العلاجي.

مدخل إلى مشكلة البحث:

يُصنف تعاطي المواد النفسية ضمن الاضطرابات النفسية الاجتماعية في علم الأمراض؛ لذا فإن عملية التقييم والعلاج تكون عملية شاملة ومتعددة (Mee-Lee,& CA, 2009, 2) وتمارس متغيرات السياق العلاجي دوراً مهماً في استكمال المتابعة، فأشارت نتائج الدراسات إلى أن التواصل الفعال يعد منبئاً لعدد من المتغيرات

المرتبطة بالمرض، لكن معظم الدراسات في هذا السياق أجريت في مجال الأمراض الجسمية المزمنة (هنا، ٢٠٠٩).

ومن خلال مراجعة التراث البحثي في دراسة الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي- في حدود علمنا- لا توجد أية دراسة عربية في هذا الصدد، كما أن الدراسات الأجنبية التي اهتمت بهذا المجال لم تفحص متغيرات الدراسة مجتمعة.

وعلى الرغم من أهمية وخطورة مرحلة التعافي فتوجد ندرة في الدراسات التي اهتمت بفحص المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية ومرحلة التعافي منه بشكل عام؛ قد يرجع ذلك إلي وجود اعتقاد من قبل الباحثين يكمن في أنه بمجرد اتخاذ المعتمد لقراره العلاجي والخضوع لبرنامج علاجي يهدف إلي وقف المضاعفات الجسمية والنفسية المترتبة علي الاعتماد والتي يعتبرها البعض المرحلة النهائية في العلاج وأن ما بعد ذلك أمر لا يستحق البحث والدراسة نظراً للاعتقاد بتعافي المعتمد نهائياً، وبالتالي توقع أنه عندما ينقى الجسم سيتم حل المشكلة، ولكن الواقع يعكس قصور هذه النظرة(محمد، ٢٠١٠، ٦) وبذلك يعد تخليص الجسم من السموم هو فقط مدخل أو بوابة لعلاج الاعتماد على المواد النفسية لكن التعافي منها يحتاج في الأساس علاج نفسي متخصص طويل المدى.

ومن خلال محاولة رصد الدراسات الأجنبية أيضاً التي اهتمت بموضوع الدراسة، فقد كان الاهتمام الأكبر للدراسات بمرحلة التعاطي أكثر منه الاهتمام بمرحلة التعافي ومن أمثلة هذه الدراسات ما كشفت عنه دراسة "مارجريت دوجان" Dugan سنة (١٩٩٦) عن دور المقاومة النفسية وعوامل الحماية في التنبؤ بتعاطي الكحول، والتبغ، وغيرها أشكال التعاطي لدى الراشدين. وأشارت نتائج هذه الدراسة بقوة إلى أن عوامل المقاومة النفسية وحدها لا تكفي للحد من احتمالات تعاطي المواد النفسية والانحراف لدى الراشدين المعرضين للخطر (Dugan, 1996).

والذي يزيد من أهمية فحص الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية تعارض نتائج الدراسات بشأن دورها في الاعتماد على المواد النفسية، كما أن بعض الدراسات أشارت إلى اختلاف الدور الذي تمارسه المقاومة باختلاف النوع مثلاً، فهل يختلف هذا الدور أيضاً في ضوء السياق العلاجي؟

وعند فحص متغيرات السياق العلاجي في مجال الاعتماد على المواد النفسية والتعافي منها وجدنا تعارضاً في نتائج الدراسات السابقة أيضاً، فمثلاً وجدنا تعارضاً في حسم دور العلاج الجمعي مقارنة بالعلاج الفردي، فأكدت الدراسات أن للعلاج الجمعي فوائد خاصة منها على سبيل المثال أنه يتفوق على العلاج الفردي في توفير التعلم الاجتماعي وفي تنمية المساندة الاجتماعية وفي تحسين شبكة العلاقات الاجتماعية ويتمتع بعوامل مهمة في الحد من الانتكاس للمعتدين على المواد النفسية، كما أن العلاج الجمعي أكثر فاعلية في علاج حالات السمنة (خاصة وأن جزء من فاعليته يتعلق بخفض الشعور بالوصمة)، ويتعلم المعتدون على المواد النفسية مع أقرانهم عن طريق العلاج الجمعي يتعلمون تعزيز كفاءتهم الذاتية بشكل أفضل منه في العلاج الفردي (In: Yalom&Leszcs, 2005,232).

في حين لم تحسم نتائج الدراسة التي أجراها "بادوك" Paddock وآخرون تأثير نماذج العلاج الجمعي في تغيير الأعراض الاكتئابية أثناء العلاج ولم تؤثر أيضاً على النتائج بعد العلاج (Paddock, Hunter & Leininger, 2014). كما أشار عدداً آخر من نتائج الدراسات إلى فاعلية العلاج الموجز في علاج الاعتماد على المواد النفسية ومن هذه الدراسات دراسة "سوبل" Sobell (In: Bishop, 2000, 162).

وبالرغم من وجود أدلة متزايدة حول فاعلية دور العلاج النفسي الاجتماعي في مقابل العلاج الدوائي في مجال الاعتماد على المواد النفسية فإن القليل من الدراسات يعارض ذلك فأكدت دراسة كل من "كرفيجوير ماك فيل" Crèvecoeur-MacPhail وآخرون على دور العلاج الدوائي في خفض اللهفة في برامج علاج الاعتماد على المواد النفسية (Crèvecoeur-MacPhail, Cousins, Denering, Kim&Rawson, 2018). وتدعم بعض الدراسات استخدام العلاج الدوائي بجانب العلاج النفسي لعلاج

الاعتماد على المواد الأفيونية والكحوليات ومنع الانتكاس خاصة بعد ما وافقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على استخدامهم كعلاج ومن هذه الأدوية: النالتريكسون والبوبرينورفين والميثادونمع التوصية بإجراء المزيد من الدراسات حول إساءة استخدامهم (Peterkin,2020).

في حين أشارت نتائج دراسة أجراها " ماديلينا " Maddalena وآخرون إلى احتمالية إساءة استخدام العقار لدى الأصحاء، وبالتالي يسهل إساءة استخدامه لدى المعتمدين على المواد النفسية (Mereu,Bonci,Hauck,&Tanda, 2013). وأشارت نتائج الدراسة التي أجراها "مكجوفرن" McGovern وآخرون إلى أن العلاج المعرفي السلوكي المتكامل فعال في تحسن المعتمدين على المواد النفسية ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة (McGovern, Lambert-Harris, Alterman, Xie,& Meier,2011).

تشير الدراسات السابقة إلى أن تأثيرات المعالج يمكن أن تكون كبيرة في علاج الاعتماد على المواد النفسية، لكنها دراسات محدودة، فأشارت نتائج الدراسات إلى أن سمات المعالج لها قدرة تنبؤية بنجاح العلاج (Project MATCH Research Group, 2010)، ففي سنة (٢٠١٠) فحص الباحثون العوامل التي يمكن أن تفسر الاختلافات القائمة على الأدلة في فعالية المعالج عند ممارسة العلاج النفسي. أشارت النتائج إلى أن استخدام دليل العلاج والمعالجين الأكثر خبرة ارتبطوا باختلافات صغيرة بين المعالجين (Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, Beck, Carroll, & Perry, 2010). في حين أشارت نتائج دراسات أخرى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين سنوات الخبرة العملية للمعالج النفسي وفاعلية العلاج (Stanislaus,2020).

وبعد الانتهاء من عرض مدخل إلى مشكلة البحث يتم صياغة مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

تساؤلات الدراسة:

١. هل توجد فروق في المقاومة النفسية بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟
٢. هل توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المنتكسين على المواد النفسية؟
٣. هل توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء بعض متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث الحالي:

أ) الأهمية النظرية:

- ١- سد الثغرة الناتجة عن عدم وجود أية دراسة عربية أو محلية تناولت متغيرات الدراسة الراهنة بالفحص والدراسة، فلم يتناول التراث البحثي العربي أو المحلي فحص دور المقاومة النفسية ومتغيرات السياق العلاجي في التنبؤ بالتعافي من الاعتماد على المواد النفسية بالدراسة والفحص.
- ٢- تزويد المكتبة العربية ببعض المؤشرات النفسية المنبئة بالتعافي لمن يعتمدون على المواد النفسية، خاصة مع وجود ندرة في الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة الجوانب النفسية للمتعافين.
- ٣- الإسهام في التأسيس النظري لمفاهيم الدراسة وتوضيح التعريفات الخاصة بها والأطر النظرية المفسرة لها.

٤- تناول مفهوم حديث نسبياً وهو "المقاومة النفسية" لدى عينة لم تحظ بالدراسة بالقدر الكافي وهي "المتعافين" من الاعتماد على المواد النفسية" (Rudzinski, Katherine, 2018).

محاولة إسهام الدراسة الراهنة في تفسير التعارض بين العدد القليل من الدراسات التي اهتمت بدور المقاومة النفسية في مجال الاعتماد على المواد النفسية، مثل دراسة "مارجريت آن دوجان" Margaret Anne Duggan (١٩٩٦) والدراسة التي أجراها "مون" Mon و"جاكسون" Jackson و"هيكث" Hect (٢٠٠٠)، ودراسة "لو" Lu (٢٠١١).

٥- تناول مفهوم السياق العلاجي بمنظور أكثر شمولاً (ليشمل جوانب مرتبطة بنوع العلاج "نفسى اجتماعي- طبي/مزدوج" وجوانب مرتبطة بطبيعة العلاج "جلسات فردية/جلسات جماعية-جلسات مزدوجة تشمل النوعين" وجوانب مرتبطة بخصائص المعالج الماهر"تتمثل في الدراسة الراهنة في خبرة المعالج من حيث عدد السنوات") والتي تلفت النظر إلى أهمية دراسة السياق العلاجي بشكل أكثر شمولاً في مجال التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

٦- إبراز أهمية المقاومة النفسية ومتغيرات السياق العلاجي في القدرة على الاستمرارية في التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

(ب) الأهمية التطبيقية:

١- يسهم تحديد المؤشرات النفسية المنبئة بالتعافي لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في مساعدة العاملين في مجال القياس النفسي على توفير عدداً من المؤشرات ذات الدلالة الإكلينيكية، الأمر الذي يساعد في مجالات التشخيص والعلاج الإكلينيكي والوقاية من الانتكاس.

- ٢- المساهمة في تصميم برامج وقائية علاجية وإرشادية وتأهيلية لمن وقع بالفعل في مشكلة الاعتماد على المواد النفسية؛ لرفع نسبة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- ٣- الإستفادة من نتائج هذه الدراسة في الاكتشاف المبكر لمن يفتقر لمنبئات تساعده على التعافي ودعمه بالمهارات اللازمة للتعافي بشكل أكثر كثيفاً، عن من تتخفف لديه هذه المنبئات، لرفع مهاراتهم في الجوانب الأكثر ارتباطاً بالتعافي.
- ٤- تساعد نتائج هذه الدراسة في توفير عدداً من المؤشرات التي تساعد المعالجين في التعرف على منبئات التعافي مما يوفر لهم الوقت والجهد والمال المبذولين في العلاج أو التأهيل للمتعاقي والذي يضيع هباءً حال انتكاسته، والمساهمة في وضع مؤشرات تساعد الفريق العلاجي في الحفاظ على المتعافين مما يقلل من المشكلات المرتبطة بالاعتماد على المواد النفسية والتي تهدد أمن المجتمع واستقراره وتعطيل الطاقات الشابة به.
- ٥- تساعد العاملين في مجال الاعتماد على المواد النفسية في تحديد السياق العلاجي الذي يساعد علي التعافي، والأخذ في الاعتبار أهم جوانبه عن تصميم برامج إرشادية وعلاجية وتأهيلية للمتعاقيين من الاعتماد على المواد النفسية.
- ٦- إثراء الجانب التطبيقي من خلال توفير أدوات للباحثين والممارسين في المجال الإكلينيكي على حد سواء يمكن استخدامها في عملية تقييم المقاومة النفسية، وذلك لسد الفجوة الناتجة عن ندرة الأدوات المصممة في هذا السياق.
- ٧- تساعد واضعي البرامج العلاجية والوقائية في توفير عدد من المؤشرات التي تساعدهم في توجيه المال والجهد إليها في العملية العلاجية أو عند إجراء برامج تدريبية للفريق العلاجي أو عند ترشيح الاختصاصيين النفسيين أو الأطباء النفسيين لمتابعة المتعافين.

وفيما يلي سنعرض المفاهيم والإطار النظري للبحث الحالي.

المفاهيم والإطار النظري

يختص هذا الجزء بتقديم إطار نظري واضح لمفاهيم الدراسة بهدف تحديد معالم كل مفهوم، حيث يكون هذا الإطار النظري بمثابة حجر الأساس الذي يُعتمد عليه في إعداد مقياس الدراسة الحالية، ويتضمن هذا الجزء خمسة نقاط أساسية يُقدم في كل نقطة تعريف أحد مفاهيم الدراسة وعرض النماذج والأطر النظرية الخاصة به، سيتم عرضها كالتالي:

أولاً: المقاومة النفسية.

ثانياً: متغيرات السياق العلاجي في البحث الحالي.

ثالثاً: الاعتماد على المواد النفسية.

رابعاً: التعافي.

خامساً: الانتكاس.

أولاً: مفهوم المقاومة النفسية:

مفهوم^١ وافد من علم المواد، ليصف المادة التي تستعيد خواصها بعد التعرض لعوامل خارجية، إذن فهو مفهوم دينامي دال على نشاط المادة، وتعرف المقاومة النفسية في علم المواد بأنها قدرة المادة على استعادة شكلها أو وضعها الأصلي بعد أن تطرق أو تمدد، يمكن تعريف المقاومة النفسية في هذا الإطار بالخصائص التي تسهم في سرعة التعافي الممكن ودرجته بعد التعرض للضغط أو التوتر (سام جولدشتين، وروبرت بروكس، ٢٠١١، ٣١-٣٢).

(1) Resilience

وتأتي كلمة المقاومة النفسية "Resilience" من الكلمة اللاتينية "Resilio" وتعني أن يقفز مرة أخرى أو أن يقفز عائداً أو مرتداً (مثل كرة المطاط) إلى أسفل ثم يرتد(رشاً، ٢٠١٥) "Alire" (يقفز أو يشب) و"raslie" (يقفز إلى الخلف أو يرتد مرة أخرى إلى ما كان عليه) و"Salire" وتعني "To spring, spring up" وكلمة "Resilire" وتعني "Spring back" بمعنى أن المقاومة النفسية هي القدرة على الشفاء (أشرف، ٢٠١١).

وكان أول من قام بدراسة المقاومة النفسية كأحد العوامل الوقائية التي تميز من مر بصعاب واستطاع تجاوزها هم "ويرنر" Werner و"بيرمان" Beierman و"فريش" French سنة ١٩٧١ ثم بلور "لوثر" Luther و"سيكشيتي" Cicchetti و"بيكر" Becker سنة ٢٠٠٠ مفهوم المقاومة النفسية وعرفوها بأنها "عملية دينامية تشمل التوافق الإيجابي في ظل الشدائد الجلل" وأكدوا على أهميتها كأحد الأهم العوامل الوقائية التي تحمي من عوامل الخطر، ومنذ أن قدّم الباحثون مفهوم المقاومة النفسية واجهوا بعض المشكلات المتعلقة بالمصطلح وبالتناقضات في الإطار النظري وبالتعريف وغيرها من المشكلات وأرجع الباحثون ذلك لأن المقاومة النفسية مفهوم يشمل مجالات متعددة (Romand, 2015,56).

وقد اكتسب مفهوم المقاومة اهتماماً كبيراً على مدى العقود الأربعة الماضية، من أواخر القرن العشرين، منذ أن لاحظ الباحثون أن بعض الأفراد يتعايشون ويتوافقون على الرغم من المحن والشدائد (فاتن، ٢٠١٣).

كما تمتد الجذور العميقة لمفهوم المقاومة النفسية إلى مجال الطب، ورغم ذلك فإن التركيز على البحث فيه في العلوم السلوكية بدأ منذ عام ١٩٧٠، حيث تُعد المقاومة النفسية مفهوماً حديثاً نسبياً حظى باهتمام الباحثين كتطور لدراسات علم النفس الإيجابي، وذلك من خلال التركيز على دور عوامل الوقاية والحماية في إدارة المحن والأزمات (منار، ٢٠١٩، ٣٢). فبدأت دراسة المقاومة النفسية منذ خمسين عاماً، وفي هذا الوقت كان عدد

الباحثين محدوداً ومجال الدراسة محدوداً أيضاً، فلم يكن الاهتمام موجهاً نحو العوامل التي تعزل أو تحمي وإنما كيف تؤثر هذه العوامل، وكانت دراسة المقاومة النفسية تركز على المعرضين للخطر^(١) وبصفة خاصة من استطاع منهم التغلب على التحديات والمصاعب العاطفية والنمائية والاقتصادية والبيئية التي واجهته في رحلة العمر (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٢٣).

خلال السنوات الأولى للبحث في تطور المقاومة النفسية، تمت دراسة الظاهرة في مجالات متعددة ومتنوعة على مستوى العالم، وتم الاتفاق على مفاهيم مفتاحية على الرغم من الاختلافات التي مازالت قائمة حتى يومنا هذا. تشير المقاومة النفسية إلى نمط من التوافق الإيجابي في إطار محنة وقعت في الماضي أو قائمة في الحاضر. لا بد من الحكم على قضيتين قبل أن نقر بوجود نمط التوافق الناجم عن المقاومة النفسية أن نقر أولاً بوجود تهديد حقيقي لنمو الفرد وتوافقه، ثم الإقرار بأنه رغم التعرض للتهديد أو المحنة فإن الفرد يتمتع بتوافق جيد، ولا بد من وجود محك موضوعي في الحالتين لوقوع الضرر، وتحقق التوافق الجيد (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٤٧).

تعرف المقاومة النفسية كسمة شخصية بأنها "التوافق بمرونة في إدارة الانفعالات وفقاً لمتطلبات السياق". وقد ارتبط انخفاض المقاومة النفسية بظهور مشكلات لاحقة تتعلق بتعاطي الكحول والاعتماد على المواد النفسية. ولم تعرف حتى الآن الآليات النفسية والعصبية الكامنة وراءها. ولكن من المقترح وجود علاقة بين المقاومة النفسية والذاكرة العاملة^(٢) (Weiland, & etal., 2012)

يمكن تعريف المقاومة النفسية في هذا الإطار بالخصائص التي تسهم في سرعة التعافي الممكن ودرجته بعد التعرض للضغط أو التوتر، يرى "روتر" أن المقاومة النفسية والاستهداف للخطر يمثلان قطبين متصلين يعكس الاستهداف في أحد قطبيه والنتائج

(١) High Risk

(٢) Working Memory

الإيجابية أو الحيادية عند التعرض للخطر عند القطب الآخر (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٣٣).

لاحظ "كونور" Connor و"ديفيدسون" Davidson أن السمات الشخصية التي تشكل المقاومة النفسية تساعد الفرد على التعامل مع الشدائد. في حين عرّف بعض الباحثين الآخرين المقاومة النفسية على أنها عملية ديناميكية يجب تقييمها في مواجهة الشدائد بدلاً من كونها خاصية ثابتة أو خاصية فردية. أكد "ويلكس" Wilkes الجدل بين النظريين الأوائل الذين اعتبروا المقاومة النفسية سمة عامة وخصائص ثابتة إلى حد ما ومنظرين في وقت لاحق تساءلوا عن كيفية كون المقاومة النفسية، بطبيعتها المتعددة الأبعاد تختلف من حيث العمر، أو النوع، أو السياق الاجتماعي، أو الخلفية الثقافية. على الرغم من وجود هذا الجدل إلا أن العنصر المشترك بين جميع التعريفات تقريباً هو توافق الفرد الناجح أو المرن في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والشدائد والمحن (In: Özlem, 2007, 26).

فالمقاومة النفسية لدى الراشدين هي "قدرة الفرد على احتفاظه بمستويات مستقرة نسبياً من الصحة النفسية والجسمية تحت وطأة الأحداث المؤلمة أو الخطرة كوفاة عزيز أو التعرض للعنف بالإضافة لقدرته على توليد خبرات ومشاعر إيجابية من هذه الأحداث (George & Galea, 2007) وبذلك فهي عملية الانتشاء، والرجوع للتغلب على المحن والشدائد، دون جلب النتائج السلبية (أشرف، ٢٠١١).

لا يزال الجدل قائماً حول كيفية نجاح آلية المقاومة النفسية وكيفية عملها في الفرد. فتوجد العديد من التعريفات الإجرائية للمقاومة النفسية في التراث، وبسبب طبيعة هذا المفهوم، لا يتفق الباحثون على تعريف إجرائي مقبول على نطاق واسع. اقترح الباحثون تعريفاتهم الإجرائية للقدرة على التكيف والمحن حسب الحاجة لتصاميمهم البحثية. بالإضافة إلى ذلك، على الرغم من وجود بعض المقاييس المختلفة لتحديد المقاومة النفسية فإن النتائج يصعب تعميمها؛ بسبب طبيعتها متعددة الأبعاد للقدرة على التكيف وغياب

الصيغة النظرية، لكن على الرغم من الاختلافات في التعريف الإجرائي فإن العنصر الأساسي المشترك في جميع التعريفات هو القدرة على "الارتداد" من الشدائد (Özlem, 2007, 8-10). وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم المقاومة النفسية يعد مفهوماً متعدد الأشكال يتفاوت ويتغير اعتماداً على السياق، والوقت والعمر والنوع والثقافة (Malkoc&Yalcin, 2015).

وعلى الرغم من وجود جدل حول ما إذا كانت المقاومة النفسية سمة أو قدرة أو عملية أو نتيجة، فإن عديداً من الباحثين أشاروا إلى أنها "عملية دينامية من بين عدة عوامل تؤدي دور الوسيط بين الفرد وبيئته والنتيجة أو الهدف الذي يريد الفرد تحقيقه (فاتن، ٢٠١٣). كما تتمثل نقطة الاتفاق حول تعريف المقاومة النفسية في تحقيق نتائج إيجابية، وتجنب النتائج السلبية تحت ظروف صعبة يتوقع أن ترتبط بنتائج سلبية (هاوارد، ٢٠١١، ٨١)، فالمقاومة النفسية هي "عملية من التوافق الفعال في مواجهة المحن، وتشمل: المشكلات الأسرية والعلاقات التفاعلية ومشكلات الصحة الخطيرة وضغوط العمل والضغوط المادية" (Jang, 2012).

ويعرف "شارما" Sharma المقاومة النفسية أيضاً بأنها "القدرة على استعادة الصحة النفسية بعد أي فشل أو خسارة أو صدمة وهي واحدة من المهارات الحياتية المهمة التي يحتاجها الفرد لحمايته والمحافظة عليه". وكثيراً ما يستخدم مصطلح المقاومة النفسية لوصف السمة الشخصية المستقرة أو القدرة التي تحمي الأفراد من الآثار السلبية للمخاطر والمحن (Sharma, 2015).

المفاهيم التي تتداخل مع مفهوم المقاومة النفسية مفهوم الصلابة النفسية^(١):

تعد كل من الصلابة والمقاومة النفسية من المتغيرات المعدلة للتأثير السلبي للضغوط التي يتعرض لها الفرد عبر الحياة. فالمقاومة النفسية هي التوافق الذي يتسم

(1) Psychological Hardiness

بالتفائل^(١) كاستجابة تغير من التأثير السلبي للضغوط بشكل عكسي. وتتسم العمليات التي يستخدمها الفرد المقاوم بمعالجة الموقف الضاغط بشكل أكثر تفؤلاً وأكثر إدراكاً لإمكانياته في التصدي لهذا الموقف، كما أن المقاومة النفسية ليست هي الثبات ضد الانهيار والمواقف المهدة، كما أنها ليست مواجهة المواقف المهدة بسلبية بل هالنشاط (الإيجابية) والمشاركة البتاء مع البيئة المحيطة. وبالتالي فالمقاومة النفسية هي القدرة على تحقيق التوازن بين الفرد وحياته النفسية والبيولوجية في مواجهة المواقف الخطرة. وهي درع الفرد الواقضد المواقف الخطرة والعواقب المترتبة عليها. فالمقاومة النفسية هي التوافق الناجح التي تظهر في ساحة المعركة ضد المعاناة والضغوط الشديدة. وأكدت النظريات المبكرة عن المقاومة النفسية على أن الخصال الشخصية المرتبطة بالنتائج تكون إيجابية في مواجهة الشدائد والكوارث. تعد في وقت لاحق، كعوامل داعمة للمقاومة النفسية الفعالة واستعادة التعافي. وتعتبر النظريات الحالية المقاومة النفسية بناء متعدد الأبعاد (Karamipour, Hejazi, & Beheshti, 2015).

أما الصلابة فهي بناء نفسي يتنبأ، كالمقاومة النفسية أيضاً، بالصحة النفسية للأفراد. وهي سمة شخصية تضم ثلاثة مكونات هي: الالتزام^(٢)، والتحكم^(٣)، والتحدى. فالصلابة هي الاعتقاد في التغيير، والتحول، ودينامية الحياة (Van-Breda, 2001; Karamipour, Hejazi, & Beheshti, 2015) وتعد الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية المناعية التي تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، وتعد الطريق إلى المقاومة النفسية لكونها تحافظ على الصحة والأداء وتزيد من الإنتاجية في العمل (مي، ٢٠١٩). ويرى البعض أن الصلابة النفسية قد تكون من العوامل الوقائية التي تتأثر بها المقاومة النفسية إلا أنها ليست من مكوناتها الأساسية، ويرى آخرون بأن الصلابة النفسية من المكونات الأساسية للمقاومة النفسية (صفاء، ٢٠١٧)؛ لذا فالمقاومة النفسية

(1) Optimistic

(2) Commitment

(3) Control

عملية دينامية ولهذا يتبنى الباحثون مفهوم المقاومة النفسية كعملية دينامية بالمعنى الوارد في التعريف السابق الذي صاغه "شارما" سنة ٢٠١٥ وهو التعريف الذي تتبناه الدراسة الحالية، وسنعرض فيما يلي لأهم النماذج والنظريات التي اهتمت بتفسير المقاومة النفسية.

أهم النماذج والنظريات التي اهتمت بالمقاومة النفسية:

وتشمل:

أ- نموذج "ولين" Wolin و"ولين" للمقاومة النفسية الفردية.

ب- نظرية "رينشاردسون" Richardson متعددة الأبعاد للمقاومة النفسية كعملية وكسمة^(١).

ج- نموذج المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية^(٢).

وذلك على النحو التالي:

أ- نموذج "ولين" و"ولين" للمقاومة النفسية الفردية:

قُدم هذا النموذج سنة (١٩٩٣) من خلال فحص تأثير الاعتماد على الكحول وتعاطي المواد النفسية داخل الأسر، أجرى "ولين" و"ولين" مقابلات مع الأفراد الذين استطاعوا التغلب على مثل هذه المآسي مثل العنف والاعتماد على المواد النفسية والعنصرية والفقر والطلاق وإساءة المعاملة والإهمال، كما نظروا إلى هذا "التغلب" كشكل من أشكال المقاومة النفسية وعرفوه على أنه "عملية الاستمرار في مواجهة الشدائد". إكتشف الباحثان أن المقاومة النفسية تنتج من التفاعل بين نوعين من العوامل الداخلية والخارجية (كالفرص والتوقعات المرتفعة والرعاية)، والتي تشكل مهارات وسلوكيات وكفاءات محددة لتكون

(1) A Meta-Theory of Resilience and Resiliency.

(2) Theoretical Model Accounting for Resilience.

المقاومة النفسية التي يستخدمها الأفراد للتغلب على الشدائد بالإضافة إلى ذلك فإن هذه السلوكيات يمكن اكتسابها عن طريق التعلم والتعليم والنمذجة.

وتتكون المقاومة النفسية من سبعة مكونات أساسية يمكنها أن تساعد الفرد عند مواجهته للمحن والشدائد في مراحل حياته المختلفة وهي: الاستبصار^(١) والاستقلال والعلاقات والمبادرة والحس الفكاهي والإبداع والأخلاق، وتتشكل هذه المكونات للمقاومة النفسية خلال ثلاث مراحل تنموية (مرحلة الطفولة، المراهقة، والرشد) وتتضح مع نضوج الفرد (Sixbey, 2005, 23).

ب- نظرية "ريتشاردسون" متعددة الأبعاد للمقاومة النفسية عملية وكسمة:

قدمها بشكل مبدئي "ريتشاردسون" وزملاؤه سنة (١٩٩٠) ثم أجرى "ريتشاردسون" تعديلات عليها ليقدّم هذا النموذج. اقترح ريتشاردسون سنة (٢٠٠٢) نظرية حول المقاومة النفسية كسمة وعملية توصف فيها المقاومة النفسية في ثلاث موجات. ويركز نموذج ريتشاردسون متعدد الأبعاد للمقاومة النفسية كسمة أساساً على التفاعل بين أحداث الحياة السلبية وعوامل الحماية، والتي يطلق عليها "العوامل الوقائية الداخلية/الروحانية النفسحيوية"^(٢). ويعتبر التوازن الداخلي/الروحاني النفسحيوي البيولوجي^(٣) الوقت الفاصل الذي يستطيع الفرد بعده أن يتكيف بدنياً وعقلياً وداخلياً/روحياً مع الظروف سواءً كانت جيدة أو سيئة. (Richardson, 2002; Özlem, 2007, 13) وتمثل الأحداث المستمرة المدمرة عوامل الخطر التي تهدد الاستقرار. كما تتضح عوامل الوقاية النفسية البيولوجية في الهدف من الحياة، واحترام الذات، والمهارات الاجتماعية وعوامل أخرى.

(١) Insight

(2) Biopsychospiritual Protective Factors

(3) Biopsychospiritual Homeostasis

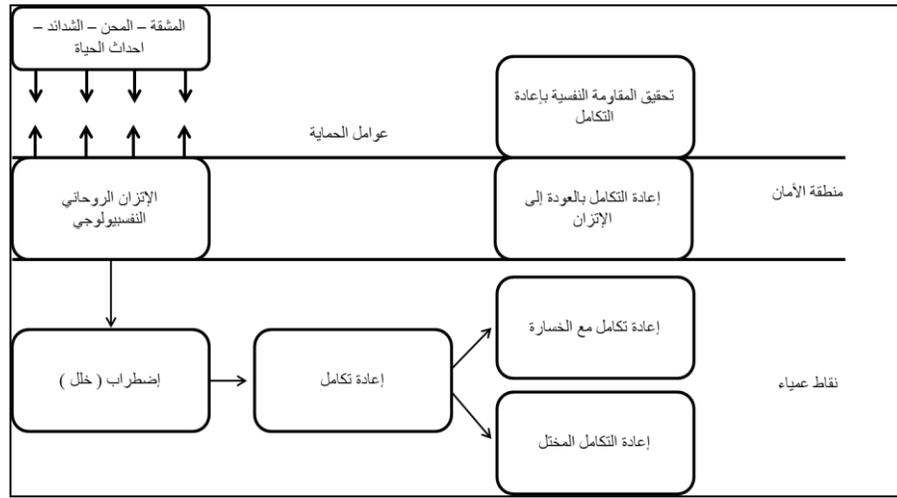
ويمر الأفراد في عملية المقاومة النفسية بمرحلتين رئيسيتين، في المرحلة الأولى: قد يصبح الفرد خائف أو مجروح^(١) أو يشعر بأنه مذنب^(٢) أو مرتبك، ولكن بعد ذلك تظهر عملية التكيف من قبل الفرد الذي يطرح سؤالاً، إما بوعي أو بشكل غير واعي: "ماذا سأفعل؟" ويمثل بداية إعادة التكامل. هناك أربعة أنواع من إعادة التكامل وصفها هذا النموذج: إعادة تكامل المقاومة النفسية^(٣) (الوصول إلى أداء أكثر فاعلية من قبل المشقة أو الضغط)، إعادة التكامل الداخلي^(٤) (العودة إلى نفس مستوى الأداء)، إعادة التكامل بشكل غير متوافق^(٥) (العودة إلى مستوى أدنى من الأداء) إعادة التكامل المختل^(٦) (باستخدام آليات التكيف المختلة تماماً) (Richardson, 2002; Özlem, 2007, 14).

وبالتالي يوضح النموذج الأنواع الأربعة لإعادة التكامل النوع الأول هو تحقيق المقاومة النفسية بإعادة التكامل مع النمو والعودة للاستقرار والتوازن الداخلي (تحقيق التكامل والمقاومة النفسية)، والنوع الثاني وهو النوع العام والشائع وهو إعادة التكامل بالعودة إلى الاتزان الداخلي، ويظهر هذا النوع عندما يتشبث الأفراد "بمناطق الراحة"^(٧) الخاصة بهم ويرفضون فرص النمو تجنباً للاضطرابات ويكون هدفهم فقط هو تحقيق الاتزان الداخلي. أما النوع الثالث فهو إعادة التكامل مع الخسارة أو الفقد، فعلى الرغم من أن جوهر إعادة التكامل لتحقيق التوازن هو التعافي^(٨) و"تجاوز الموقف وتركه يمر"^(٩) فإن إعادة التكامل والعودة إلى التوازن الداخلي النفسيولوجي في بعض المواقف قد لا يكون هو الخيار المتاح ولكن الخيار المتاح في مثل هذه المواقف هو التعافي مع الخسارة أو الفقد مثل بعض حالات الخسارة الجسمية الدائمة أو وفاة أحد الأحباء وهذا هو النوع الثالث. ويعني التعافي مع الخسارة أن الأفراد يتخلون عن بعض الدوافع أو الآمال أو

- (1) Hurmful
- (2) Guilty
- (3) Resilient Reintegration
- (4) Homeostatic Reintegration
- (5) Maladaptive Reintegration
- (6) Dysfunctional Reintegration
- (7) Comfort Zones
- (8) Heal
- (9) Just Get Past

القيادة بسبب مطالب الحياة. أما النوع الرابع وهو إعادة التكامل المختل ويحدث لدى الأفراد عند لجوئهم إلى تعاطي المواد النفسية أو قيامهم بالسلوكيات المدمرة أو وسائل أخرى للتعامل مع دوافع الحياة. معظم الأفراد الذين يعيدون التكامل بشكل مضطرب لديهم نقاط عمياء^(١) في مهاراتهم الاستبطانية^(٢) وتتطلب العلاج ملء هذه الثغوب.

ويوضح الشكل التالي هذا التصور:



شكل رقم (١) نموذج "ريتشاردسون" متعدد الأبعاد للمقاومة النفسية كعملية وكسمة

ج- نموذج المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية:

يعتمد هذا النموذج على فكرة مؤداها أن الأفراد يخلقون واقعهم الخاص من خلال تفسيراتهم المستندة على أبنيتهم الذهنية المؤلفة من الخبرات السابقة والفروق الفردية. فهم يعكسون واقعهم الذاتي عندما يعطون معنيللخبرات الصادمة. ويشكل هذا المعنى بدوره كل من المشاعر والسلوك الذي يصدر عن الفرد؛ لذا يختلف الأفراد في ردود أفعالهم عند

(1) Blind Spots

(2) Introspective Skills

التعرض لنفس الحدث الصادم. وهذا ما أشار إليه المنحى المعرفي السلوكي^(١) الذي يشير إلى أن الأفكار هي العوامل المحركة لكل من المشاعر وللسلوك الوظيفي وللاختلال الوظيفي (Özlem,2007,52).

تعقيب عام : يُلاحظ أن جميع النظريات والنماذج التي تم عرضها تركز على المقاومة النفسية من زوايا مختلفة ومتكاملة والتي تتناسب مع الطبيعة المختلفة والمعقدة لمفهوم المقاومة النفسية؛ لذ فمن الصعب تبني نموذج أو نظرية واحدة في التفسير فالمنحى التكاملي هو الأقرب عند تناول مفهوم معقد كالمقاومة النفسية، ويتبنى الباحثون خاصة التكامل بين نمودي المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية ونموذج ريتشاردسون في الدراسة الراهنة. وبذلك نكون قد انتهينا من عرض لأهم التعريفات والأطر النظرية لمفهوم المقاومة النفسية، وسنعرض فيما يلي عرضاً موجزاً أيضاً للمفاهيم المرتبطة بالسياق العلاجي وأهم الأطر النظرية المفسرة له.

ثانياً: مفهوم متغيرات السياق العلاجي:

ويعرّف السياق العلاجي بأنه السياق الشخصي الذي يتم فيه العلاج، ويشمل العوامل التي تمهد الطريق للتغيير العلاجي كالتحالف العلاجي، وتوقعات المعتمد على المواد النفسية للتغيير، والأساس المنطقي للعلاج، والتأثير العلاجي (Connor,1993).

يقصد بمتغيرات السياق العلاجي في الدراسة الراهنة: المتغيرات المرتبطة بالسياق العلاجي الطبي النفسي الاجتماعي وهي في البحث الحالي ما يلي:

- ١- نوع العلاج: طبي "دوائي" - نفسي اجتماعي.
- ٢- طبيعة الجلسات (العلاج النفسي الفردي - والعلاج النفسي الجمعي).
- ٣- خبرة المعالج.

وفيما يلي عرض لهذه المفاهيم:

(1) The Cognitive Behavior Approach (CBT)

١-نوع العلاج : طبي/ دوائي-نفسى اجتماعي:

يقصد بالعلاج^(١): هو جميع إجراءات التدخل الطبي والنفسى الاجتماعى، التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة مصدر الشكوى أو للمضاعفات الطبية والطبية النفسية المصاحبة (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ٨٢). يصنف تعاطي المواد النفسية ضمن الاضطرابات النفسية الاجتماعية في علم الأمراض؛ لذا فإن عملية التقييم والعلاج تكون عملية شاملة ومتعددة (2, Mee-Lee,&CA, 2009).

ولا يمارس العلاج النفسي على نطاق واسع فحسب، بل هو فعال أيضاً: فالذين يتلقون العلاج النفسي يحققون نتائج أفضل بكثير مما لو أنهم لم يتلقوا العلاج النفسي التجارب الإكلينيكية، وقد ثبتت فاعلية العلاج النفسي في علاج الاكتئاب والقلق وعدم الرضا الزوجي وتعاطي المواد النفسية والمشكلات الصحية (بما في ذلك التدخين والألم واضطرابات الطعام) الاختلال الجنسي الوظيفي، ومع مختلف قطاعات المجتمع، بما في ذلك الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن. وبالفعل فإن العلاج النفسي فعال، بل أكثر فاعلية من الأدوية النفسية للعديد من الاضطرابات الذهنية، بما في ذلك العديد من اضطرابات الاكتئاب والقلق، وينتج عنه انخفاض معدلات الانتكاس مقارنة بالعلاج الدوائي (1, Wampold&Carlson, 2011).

وسيتم عرض المفاهيم والنظريات المفسرة لنوع العلاج المقدم سواء كان طبي-نفسى اجتماعيشكل أكثر تفصيلاً فيما بعد عند عرض النظريات البيولوجية والنظريات النفسية ونظريات المنحى الاجتماعى التي تقف خلف تفسير الاعتماد أو الانتكاس.

(1) Treatment

٢- طبيعة الجلسات:

أولاً: العلاج النفسي الفردي:

إن العملية العلاجية عملية تعاونية تسهل تقدم المعتمد على المواد النفسية نحو الأمام لتحقيق الأهداف العلاجية المحددة وتقوم الجلسات الفردية على إنشاء علاقة مساعدة مع المعتمد على المواد النفسية تتسم بالدفء والاحترام والصدق، والتفهم والمعرفة. ومن المهم أن يتمكن المعالج من إتقان عدد من المهارات المهمة منها مهارة الإنصات الفعال، بما في ذلك إعادة الصياغة، والتأمل، والتلخيص و مهارة نقل الدفء والاحترام للمعتمد على المواد النفسية ومهارة إظهار التفهم والتعاطف ومهارة استخدام القوة والسلطة بشكل مناسب لدعم أهداف العلاج (Rockwall, Lane, & Rockville, 1998, 63).

ثانياً: العلاج النفسي الجمعي:

العلاج الجمعي وهو العلاج الذي يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسميتحمي أعضائها ويقودها قائد متمرس. وتهدف تلك الجماعة إلى إحداث تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة. وتحدث تلك التغيرات نتيجة لتفاعلات محدودة ومحكومة داخل الجماعة (لطفي، ١٩٩٣، ٤٩). يستخدم العلاج النفسي الجمعي بكفاءة مع المعتمدين على المواد النفسية، فعلاج الاعتماد على المواد النفسية يتلخص في التغلب على تلك الكمية الهائلة من الأفكار والمقاومة السلبية (محمد، ٢٠٠٣، ٣٧١)، كما تظهر أهميته في كونه يسد الحاجة للانتماء لمجموعة، المجموعة أكثر من مجرد مجموعة من الناس؛ إنه هيكل اجتماعي بين الأفراد يطورون ويحافظون على ثقافة كل ما يخص المجموعة، جميع أعضاء المجموعة لديهم نفس الاحتياجات النفسية الأساسية منها: الحاجة إلى الانتماء، ليشعر الفرد بالأمان، وبأنه مقبول من قبل الآخرين، ليكون لديه شعور بالسيطرة أو الإنجاز الشخصي، والسلامة والتفاعل مع الآخرين، لإيجاد شعور بالهوية الذاتية التي تشجع المشاركة وصنع القرار من قبل أعضاء المجموعة. وتماسك المجموعة هو أكثر من مجرد أشخاص ينجذبون أو يروقون لأفراد مجموعة أخرى.

التماسك هو في الواقع شعور بالانتماء، وهي علاقة بين أعضاء المجموعة التي تشمل الثقة والرغبة في أن يكونوا لطفاء مع باقي الأعضاء داخل المجموعة، ويمتد التغيير الذي يحدث لأعضاء المجموعة فيما بعد خارجها ويعد هذا مؤشراً على نجاح المجموعة (Clanton, 2008, 28-29).

٥- خبرة المعالج:

يقود العلاج النفسي، وإجراء البحوث النفسية في علم النفس الإكلينيكي، مدارس عديدة كان أبرزها قديماً التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والاتجاه الإنساني^(١)، والمدرسة النفسية الدينامية، أما الآن فيقوده الاتجاه المعرفي، والمعرفي- السلوكي، والاتجاه التكاملية-التوفيقي متعدد المحاور^(٢) (محمد، ٢٠١٥، ٢٩). العلاج النفسي موضوع تخصصي يتطلب من الممارس تدريباً وخبرة متعمقين (لويس، ناهد، ليلي، خالد، هبة الله، أحمد، وآخرون، ٢٠٠٧، ١١٣). ويتوقف نجاح العلاج النفسي أو التنبؤ بنجاحه، أو وصفه بأنه فعالاً^(٣) على عدد كبير من العوامل والمتغيرات يرتبط بعضها بالمعالج النفسي^(٤)، ويرتبط بعضها الآخر بالمعتمد على المواد النفسية ويتصل بعضها الثالث والأخير بالعملية العلاجية كعملية مهنية، ومن أهم هذه المتغيرات الخصال والسمات الشخصية للمعالج النفسي، وسمات شخصية المعتمد وخصاله، والعلاقة العلاجية (محمد، ٢٠١٥، ٦٨:٧٥) ويواجه المعالج مواقف كثيرة قد تكون شائعة الحدوث وقد تحدث فجأة ودون توقع، ولهذا كانت مسألة تحديد الدور الذي يقوم به المعالج مهم وحيوي في إقامة العلاقة العلاجية وبنائها (كاميليا، ١٩٩٨، ٩٣). وذلك يتفق مع ما أشار إليه "الصبوة" من أن "المعالج الخبير المتمرس" لن يقترب من أي مريض بنفس الذخيرة من الحيل، فالمعالج يحاول تطوير تصور عن الحالة، آخذاً في الاعتبار مخططات المريض المعرفية الذاتية

(1) Humanistic

(2) Eclectic/Integrative Approach

(3) Effectiveness

(4) Psychotherapist

وأساليب المواجهة والتعايش والواقع التفاعلي (روبرت، ٢٠٠٦، ٣٨)، ومن المنطقي أن تزداد مهارات المعالج بزيادة سنوات خبرته في ممارسة العلاج.

وفيما يخص خبرة المعالج فلم تتطرق إليه الدراسات السابقة في هذا الإطار، وتشير البحوث إلى أن بعض خصائص المعالج النفسي هي مفتاح العلاج الناجح. ويُنظر إلى العلاج النفسي عمومًا على أنه علاج مشروع ومفيد للاضطرابات الذهنية ويتلقى حوالي ٤٠٪ من بين أولئك الذين يبحثون عن خدمات لعلاج الاضطرابات النفسية في الولايات المتحدة العلاج على يد اختصاصي نفسي أو مرشد نفسي ويبلغ عددهم أكثر من ١٠ ملايين أمريكي يتلقى العلاج النفسي سنويًا بتكلفة سنوية تتراوح بين ٥.٧ و ٩.٦ مليار دولار وذلك بالنسبة للعلاج النفسي القائم على الأدلة العلمية (Wampold&Carl, 2011,1).

وفيما يلي سيتم عرض أحد أهم النماذج المفسرة للسياق العلاجي:

النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي:

وهو من النماذج التي اهتمت بالسياق العلاجي خاصة في السياق الطبي والأمراض العضوية والذي يمكن تعميمه ليشمل السياق العلاجي النفسي بشكل عام، ويقوم على فكرة مؤداها أن التواصل بين الطبيب ومريضه يعتمد على كل من الخلفية الطبية للطبيب والجانب النفسي والاجتماعي للمريض وليس على مجرد الأعراض المرضية والأجهزة الجسمية، فالاهتمام بالتواصل يوازي أهمية التشخيص والعلاج (هناء، ٢٠٠٩).

وفي مجال الاعتماد على المواد النفسية يعد هذا النموذج بديلاً عن نموذج الطب الحيوي الذي ينظر إلى الاعتماد على المواد النفسية "الإدمان" على أنه مرض مزمن يصيب الدماغ وقابل للانتكاس. فالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ينظر للاعتماد على المواد النفسية على أنه نتاج التفاعل بين العوامل

البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية (Monica, Skewes, Vivian,& Gonzalez, 2013).

وبالتالي يصنف الاعتماد على المواد النفسية وفقاً للنموذج البيولوجي بأنه مرض يصيب المخ، فيؤدي الاستمرار في تعاطي المواد النفسية من غير وصفة طبية إلى تغيرات عصبية وجزئية في المخ تؤدي إلى تكيفات طويلة الأمد، ويعتقد أن هذه التكيفات تؤثر على المناطق الشبكية ومراكز الذاكرة والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالهفة للتعاطي حتى بعد فترات طويلة من الامتناع (Martínez-Rivera, 2020).

ثالثاً: مفهوم الاعتماد على المواد النفسية:

يقصد بإدمان المخدرات أو الكحوليات التعاطي المتكرر لمادة أو مواد نفسية، لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عنالتعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أى نشاط آخر. ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

- أ- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
- ب- واعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.
- هـ- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

وقد استمرت المحاولات منذ العشرينيات المبكرة وحتى أوائل الستينيات من القرن العشرين لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود، باعتبار أن التعود صورة من صور التكيف أقل شدة من الإدمان. ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط

المصطلحين: الإدمان، والتعود، على أن يحل محلها معاً مصطلح جديد هو الاعتماد (مصطفى، ١٩٩٦، ١٣)، وإشترط الخبراء لكي يكون استخدام مصطلح الاعتماد دقيقاً لا بد أن يقرن دائماً باسم المادة أو المواد النفسية (مصطفى، ٢٠٠٤، ١٥٠).

ويعرف الاعتماد بأنه حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية: وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوى دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطي الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري، وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة نفسية واحدة أو أكثر، وتستخدم عبارة "زملة أعراضاً لاعتماداً" باعتبارها واحدة من فئات التشخيص الطبي النفسي لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد النفسية (مصطفى، ١٩٩٦، ١٤).

يعرف اضطراب تعاطي المواد النفسية طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الصورة الخامسة DSM.5 بأنه مرض مزمن قابل للانتكاس، يصيب المخ، ويتميز برغبة قهريّة للتعاطي على الرغم من العواقب الوخيمة، ويتسبب في تغيرات في مخ الإنسان قد تستمر لفترة طويلة، كما يؤدي لتغيرات ضارة في سلوك المعتمد.

وتوجد مجموعة من الأعراض الملازمة لتعاطي المواد النفسية والتي تعد بمثابة معايير تشخيصية له، تنقسم إلى أربع مجموعات فرعية هي كالتالي: فقدان السيطرة، والخلل الاجتماعي، والاستخدام الخطر، والاعتمادية الدوائية. ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس المواد الاعتمادية إلى عشر مجموعات وهي: الكحوليات والقنبيات والمهلوسات والأفيونات والمهدئات والمنومات والمنشطات والتبغ والكافيين ومواد أخرى (APA, 2013,481,483).

يمكن تقسيم النظريات والنماذج التي حاولت تفسير الاعتماد على المواد النفسية إلى نظريات البيولوجية وتشمل نظرية العامل الوراثي ونظرية العوامل الفسيولوجية والحيوية،

والنظريات النفسية وتشمل نظريات الشخصية والنظريات السلوكية والنظريات المعرفية ونظريات المنحى الاجتماعي ونظرية التكيف والعامل الثقافي (محمد، ٢٠٠٥، ٦٩؛ محمد، ٢٠١٠؛ رفاعي، ٢٠١٣، ٨١؛ ضياء الدين، ٢٠١٠، ٥٥ - ٦٨؛ فؤاد، ٢٠٠٥؛ Ahmed, 2017,46).

وفيما يلي سيتم عرض أهم النظريات والنماذج الممثلة للمناحي النظرية الكبرى في هذا الإطار كما يلي:

أ- نظريات العوامل الفسيولوجية والحيوية:

وهي إحدى أهم نظريات النموذج البيولوجي وتفسر نظريات العوامل الفسيولوجية والحيوية الاعتماد على أساس التركيب الفسيولوجي للمخ، فالمخ عضو مركب يكافح من أجل التوازن، وكلما أعطيناها مادة نفسية نفسد هذا التوازن، ومن ثم يسعى إلى التكيف لإصلاح عدم التوازن هذا عن طريق تقليل آثار المادة النفسية إلى أقل حد ممكن، ويعد فهم هذه العمليات مفتاحاً لفهم سلوك الاعتماد على المواد النفسية (فؤاد، ٢٠١٧). وبالتالي يعتمد النموذج البيولوجي في تفسيره للاعتماد على المواد النفسية على فكرة مؤداها أن الاعتماد على المواد النفسية هو مرض يصيب المخ يقف وراءه عوامل بيولوجية وجينية فريدة تسهم في تطور اضطراب تعاطي المواد النفسية، وذلك على النقيض من نموذج المرض الأمريكي، فيعتبر هذا التصور أيضاً الاعتماد على المواد النفسية هو اعتماد على خصائص المادة في حد ذاتها. ولكي تبدأ عملية الاعتماد يتم تنشيط مناطق المخ المسؤولة عن "مسار المتعة أو المكافأة"^(١) وهذا يحدث في حزمة الفص الأمامي^(٢) التي تمتد من جرع المخ^(٣) والمخ الأوسط^(٤)، مروراً

(1) Pleasure Pathway

(2) Medial Forebrain Bundle

(3) Brain Stem

(4) Midbrain

بالمهاد التحتاني^(١) لتصل لمختلف مناطقالفص الجبهي المسؤولة عن الانفعالات والدافعية والمكافأة وصنع القرار^(٢). ويعد الدوبامين^(٣) هو جهاز الإرسال المسئول الذي يصعد إلى مناطق القشرة المخية والبنائات القشرية للجهاز الطرفي(من الفص الجبهي). ويمارس الدوبامين دور المنظم (المنشط) الثابت لنشاط الخلايا العصبية في الجهاز الطرفي (الحوفي) (Ahmed, 2017, 41).

ب- نظريات الشخصية:

كان لتفسير الاعتماد من منظور الشخصية تأثير عميق على النظرة الإكلينيكية للمواد النفسية ولظاهرة الاعتماد. ومن هذا المنظور طرح "نموذج اضطراب الشخصية" كإطار تفسيري للاعتماد على المواد النفسية، فالأفراد الذين يصبحون معتمدين لديهم استعداد للاعتماد بسبب خصال شخصيتهم. ويعتبر الاعتماد ذاته عرضاً من أعراض هذه المشكلة الكامنة. وهناك عدة دلائل على أن الكثير من المعتمدين على المواد النفسية والكحوليين، الذين يسعون للعلاج يظهرون علامات على وجود صعوبات نفسية أو بروفيالات شخصية غير سوية. فعلى سبيل المثال يوصف الشخص المعتمد على المواد النفسية بعدم النضج، والاعتمادية، والاندفاعية، وسهولة الإحباط، وهو شخص يسعى إلى جذب الانتباه، والميل للمخاطرة (في: سهي، ٢٠١٦، ٦٧).

ج- نظرية تعلم التعاطي عن طريق الإشرط الكلاسيكي:

وهي من أهم نظريات المنحى السلوكي، حيث يكتسب المثير الشرطي خصائص المثير الطبيعي عن طريق الاقتران بينهما فمثلاً يتعلم المعتمد تفريغ مشاعر الضيق باللجوء إلى المادة الاعتمادية بشكل نمطي مما يؤدي إلى الاعتماد عليها نتيجة

(1) Hypothalamus

(2) Decision Making

(3) Dopamine

التكرار، ويستمر التعاطي القهري للمادة النفسية بغرض تحاشي الأعراض الانسحابية غير السارة. فالمواد النفسية الاعتمادية يتم تعاطيها في البداية لتحقيق "اللذة" السارة التي تستثيرها، وتستمر بعد التورط في الاعتماد للهروب من "دني" الانسحاب (محمد، ٢٠١٠، ٢٦؛ فؤاد، ٢٠٠٥)، على سبيل المثال من يشرب الكحول يجد أنه يقلل من الاستجابات الانفعالية مثل القلق والملل ومن ثم يكون مدعماً، وقد يمتنع من يُقدم على شرب الكحول بسبب الغثيان والقيء والحمى التي تعقبه (لويس، ١٩٩٠، ١٢٨).

د- النموذج المعرفي لتفسير تعاطي المواد النفسية والانتكاس:

وهو أحد أهم النماذج المعرفية في هذا الإطار، وهو نموذج لفهم استمرار سلوكيات تعاطي المواد النفسية والميل إلى الانتكاس والمجالات التي يمكن أن تحدث فيها التدخلات العلاجية. ويقسم النموذج المعرفي تعاطي المواد النفسية إلى سبعة مكونات يمثل كل منها حلقة في سلسلة الأحداث التي تديم السلوك المشكل وهي: المثيرات عالية الخطورة والمعتقدات غير التوافقية عن المواد النفسية والأفكار الآلية واللهفة والرغبات الملحة والأفكار الميسرة (المحرضة) والاستراتيجيات الوسييلية وتعاطي المواد النفسية (ضياء، ٢٠١٠، ٦٨).

وقد إشتق العلاج المعرفي السلوكي من النماذج والنظريات المعرفية والسلوكية، وقد أثبت هذا النوع من العلاج في فاعليته وتأثيره بالأدلة العلمية في علاج الاعتماد على المواد النفسية. اكتسب العلاج المعرفي السلوكي والمقابلات التحفيزية أهمية متزايدة في التراث كمنهج يتم اتباعه للمعتدين على المواد النفسية (Clark, 2014). يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على النموذج المعرفي الذي يفترض أن التفكير المختل هو أساس جميع الاضطرابات النفسية، فيؤثر التفكير المختل على الانفعالات والسلوك، وعندما يتعلم الأفراد تقييم أفكارهم بطريقة أكثر واقعية وبطريقة تعيد تكيفهم مع الخبرات التي يمرون

بها، يترتب على هذا تحسن خبراتهم التي يمرون بها وبالتالي تتحسن انفعالهم ويتحسن سلوكهم.

رابعاً: مفهوم التعافي من الاعتماد على المواد النفسية:

لا يوجد اتفاق لدى الباحثين في مجال الاعتماد بشأن تعريف "التعافي" من تعاطي المواد النفسية. طبقاً لتعريف قاموس اكسفورد للتعافي بأنه عملية استرجاع أو العودة إلى الحالة السابقة، أو عملية استخراج المصادر والقوى النفسية من المصادر التي لا تبدو أنها لم تعد ذات جدوى. يتجاوز التعافي الامتناع عن تعاطي المواد النفسية. إنها تجربة "حياة جديدة" وفيرة، وهي عملية مستمرة للنمو، وتغيير الذات، واستعادة الذات. وفي محاولة للتوصل إلى تعريف يتسم بالمعيارية والدقة والشمولية والتفرد والقابلية للقياس والبساطة، يقوم على افتراض مؤداه أن حلول المشكلات الحادة المرتبطة بالتعاطي تكونت عبر فترة طويلة من الزمن. والفترة المفترضة للمتعاقي من الاضطرابات المزمنة المرتبطة بتعاطي المواد النفسية عادة ما تكون خمس سنوات متواصله. وأشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن نتائج العلاج تقيم فترة ما بين ٦ و ٢٤ شهراً بعد المرور بمرحلة تخليص الجسم من السموم. ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع التعافي إلى مرحلتين "تعافي المبكر" تتراوح ما بين "شهر" إلى سنة (طبقاً لتصنيف منظمة الصحة العالمية WHO والجمعية الأمريكية ١٩٩٤ APA)، و"تعافي تام". وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع شروط التام DSM-IV لمدة ٥ سنوات أو أكثر.

وصفت "والاس" Wallace (١٩٩٢) ثلاث مراحل للتعافي، يتطلب كل منها مهام مختلفة من المعتمد على المواد النفسية والمعالج، والتي تشمل مرحلة الانسحاب، تمتد من ١ إلى ١٤ يوماً من الامتناع عن تعاطي المواد النفسية الأولى. ومرحلة إطالة الامتناع عن تعاطي المواد النفسية، وتمتد من ٦ أشهر الأولى من الامتناع عن تعاطي المواد النفسية، ومرحلة السعي إلى استعادة الحياة وهي مرحلة تمتد من ٦ أشهر وبعدها. وتشمل

المهام العلاجية في هذه المرحلة التقييم المستمر وتعزيز نمط حياة مستقرة خالية من الاعتماد على المواد النفسية، ومنع الانتكاس، ومعالجة الأمراض النفسية الأخرى، والتنمية المستمرة للتنظيم الذاتي (Charles, Dodgen, & Shea, 2000).

وبالتالي فإن التعريف الإجرائي للمتعاقي من الاعتماد على المواد النفسية في هذه الدراسة بأنه المتعاقي الذي سبق له الاعتماد على مواد نفسية ومن خلال إستمرار متابعته في أي من البرامج العلاجية المتخصصة استطاع الاستمرارية في التوقف عن التعاطي بشكل طوعي لمدة لا تقل عن ٦ شهور مع حدوث تغيرات إيجابية في شخصيته يشهد بها الفريق العلاجي والمتعاقي وأسرته والتي تظهر من خلال الدرجة التي يحصل عليها من مقاييس الدراسة الراهنة له ورؤية المحيطين به أو توقف النتائج السلبية للتعاطي كالحالة الجنائية أو الديون، وظهور نتائج إيجابية في العمل ونقص المشاحنات الأسرية.

خامساً: مفهوم الانتكاس إلى المواد النفسية:

يعرف تعاطي المواد النفسية بأنه اضطراب انتكاسي (روبرت، ٢٠٠٦، ٣١٥)، ويرجع مصطلح الانتكاس إلى النموذج الطبي الذي يشير للعودة إلى حالة الاضطراب بعد فترة التعافي (أرنست، ٢٠١٥، ٦٩). وقد استخدم مصطلح "الانتكاس" في مجال الاعتماد لفترة طويلة لوصف العودة إلى التعاطي أو استخدام المواد النفسية بعد فترة من الامتناع الطوعي من قبل أولئك الذين لديهم تاريخ من المشكلات المرتبطة بالاعتماد على المواد النفسية. وفي الآونة الأخيرة توجد محاولات للتمييز بين المرور السريع بالتعاطي أو الزلة وبين الانتكاس (العودة لاستئناف التعاطي بشكل مفرد بل وربما أكثر من ذي قبل و التي تتطوي على عودة الأعراض التشخيصية المميزة للتعاطي طبقاً للمعايير التشخيصية لاضطراب الاعتماد على المواد النفسية (White, & Ali, 2010).

ويعرف البعض الانتكاس كحدث منفصل، والذي يحدث في اللحظة التي يعود فيها الفرد للتعاطي مرة أخرى. فهي تعني استئناف الاستخدام المتكرر أو اليومي للمواد

النفسية (Donald, Barbara, & David, 5, 1986) ، في حين يعرف البعض الآخر الانتكاس كعملية انتقالية، تتكون من سلسلة من الأحداث التي تتكشف على مدى الوقت، وعملية الانتكاس تبدأ قبل بعد التعاطي الأولي وقد يستمر التعاطي بعد الاستخدام الأولي للمواد النفسية. يوفر هذا المفهوم إطار مفاهيمي أوسع للتدخل في عملية الانتكاس لمنع أو الحد من نوبات الانتكاس وبالتالي تحسين نتائج العلاج، فيعرف الانتكاس طبقاً لهذا الإطار بأنه عبارة عن خطوات، فلا تحدث انتكاسة مفاجئة (Mary, Rebekka & Marlatt, 1999).

النماذج والنظريات المفسرة للانتكاس:

ومن أمثلتها ما يلي:

أ- النظرية الكيميائية العصبية:

يمكن من خلال هذه النظرية تفسير الانتكاسة في ضوء تأثير نقص الدوبامين والذي يمكن أن يظهر في صورة نفسية مثل الاشتياق، والذي يؤدي بدوره إلى الانتكاسة، وحيث نقص الدوبامين في الخلايا العصبية في منطقة قرن آمون. كما تتعدد حالات الدافعية الموجودة بالجهاز العصبي الطرفي مثل الجوع والمزاج. والذي يمكن أن يكون مرتبطاً بميكانيزمات الاسترجاع، لذلك فالاسترجاع مرتبط بالدوافع. ويصبح تأثير العقاقير على الدوافع عبارة عن ذاكرة مختزنة، والتي يمكن استرجاعها بسهولة نظراً لارتباطها الشديد بالمواد النفسية. كما يمكن أن ترتبط مراكز الإثابة، والذاكرة في الجهاز العصبي الطرفي بحالات الدافعية والحفز التي أثرت بالمواد النفسية مع تبدل وظيفة الدوبامين. وبالتالي يمكن أن يكون للانتكاسة صلة ما بالإثارة التلقائية للخلايا العصبية الخاصة بالدوبامين والتي ينتج عنها استدعاء حالات الحفز والتي تغدو مرتبطة بالمواد النفسية (سهى، ٢٠١٦، ٧٨).

ب- نموذج الوقاية من الانتكاس:

قدم "مارلط" Marlatt نموذج "الوقاية من الانتكاس" الذي يندرج تحت النموذج المعرفي السلوكي، وأشار فيه إلى وجود نوعين من العوامل تسهم في الانتكاس وهى:

١- العوامل المباشرة: على سبيل المثال التعرض للمواقف عالية الخطورة، ومهارات المواجهة أو التعايش، والنتيجة المتوقعة، وأثر انتهاك الانقطاع عن التعاطي.

٢- العوامل غير المباشرة/ السوابق: على سبيل المثال: أسلوب الحياة، والرغبة الملحة واللهفة.

٣- ويسمح هذا النموذج للمعالج أن يستخدم استراتيجيات محددة للتدخل في أى مرحلة من مراحل الانتكاس؛ فالانتكاس طبقاً لهذا النموذج عبارة عن خطوات، فلا تحدث انتكاسة مفاجئة (Mary, Rebekka, & Marlatt, 1999).

ج- النموذج المعرفي في تفسير الانتكاسة:

يرى أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي أن الفرد يخبر نوعاً من الاحساس بالضبط المدرك إبان فترة الاقلاع، ويستمر هذا الضبط المدرك طالما يواجه المرء مواقف عالية الخطورة، وتؤدي إلى تزايد خطر الانتكاسة الكامن، وقد وجد ثلاثة مواقف أساسية عالية خطورة وهى: الوجدان السلبيواضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة والضغط الاجتماعي والاقتصادية. فإذا كان الفرد قادراً على تحقيق استجابة فعالة للمواجهة مع مواقف الانتكاسة الخطرة فإنه يقلل من احتمالية حدوث الانتكاسة. ومع التعاطي المبدئي كنتيجة لتعرض الفرد لمواقف خطيرة، والذي يسمى "الكبوة أو الزلّة" فإن مجرد وجود استراتيجيات مواجهة ناجحة من شأنه أن يرفع الكفاية الذاتية والقدرة على السيطرة مما يحرك الآليات الفعالة للتغلب على المواقف الخطرة من خلال تذكر المكاسب الإيجابية للاقلاع والعواقب السلبية المرتبطة بالتعاطي (رشا، ورأفت، ٢٠٠٥).

الدراسات السابقة:

من خلال البحث في التراث العربي والأجنبي-في حدود علم الباحثين- لا توجد أية دراسة تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة عند المتعافين.

وسيتم تقسيمها وفقاً لما يلي:

أولاً: الدراسات التي اهتمت بالمقاومة النفسية في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بالسياق العلاجي في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

وسيتم تقسيمها وفقاً لثلاث فئات كما يلي:

أ) الدراسات التي اهتمت بفحص نوع العلاج من حيث: العلاج الطبي/الدوائي في مقابل العلاج النفسي الاجتماعي في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

ب) الدراسات التي اهتمت بفحص طبيعة الجلسات العلاجية في مجال الاعتماد على المواد النفسية .

ج) الدراسات التي اهتمت بفحص المتغيرات الخاصة المعالج النفسي في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: الدراسات التي اهتمت بالمقاومة النفسية في مجال الاعتماد على المواد النفسية:

هدفت دراسة تتبعية أجراها "جرين" Green وآخرون إلى التحقيق في الآثار الطويلة للمقاومة النفسية ضد إساءة استخدام الكحول. تم ضبط العوامل الاجتماعية الديموغرافية، والمتغيرات المرتبطة بالصدمات النفسية، وتاريخ تعاطي الكحول. وذلك من خلال بيانات الدراسة الوطنية للتوافق بعد التعرض للصدمات^(١) على عينة قوامها (١٠٩٠) فرداً شاركوا في الدراسة الاستكشافية الأساسية وتم متابعتهم لمدة سنة واحدة من الدراسة الأساسية، وتم

(^١) The National Post-Deployment Adjustment Study (NPDAS)

قياس المقاومة النفسية الأساسية والتغيير في المقاومة النفسية (زيادة أو نقصان) كمتغيرات مستقلة نقيّم إساءة استخدام الكحول خلال فترة المتابعة. كشفت النتائج عن ارتباط كل من المقاومة النفسية المنخفضة في خط الأساس وكذلك السن الأصغر وكون النوع ذكراً ووجود تاريخ سابق من تعاطي الكحول كلها متغيرات مرتبطة بإساءة استخدام الكحول في المتابعة لمدة سنة واحدة. كشف تحليل الانحدار المنفصل، عن وجود علاقة بين التغيير في المقاومة النفسية (من خط الأساس إلى المتابعة لمدة سنة واحدة) وإساءة استخدام الكحول في المتابعة لمدة سنة واحدة. أخيراً، أسفرت تحليلات الانحدار اللوجستي لبيانات المتابعة لمدة سنة إلى أن زيادة المقاومة النفسية مرتبط عكسياً بإساءة استخدام الكحول والوقاية من إساءة استخدامه مع مرور الوقت. وتُدعم هذه النتائج تصوّر أن المقاومة النفسية كعملية تتطور بمرور الوقت (Green, Beckham, Youssef, & Elbogen, 2014).

استخدمت دراسة أجراها "ستينسون" Stinson المنهج المختلط وذلك بعمل دراسة استكشافية ومقابلات شبه مقننة لفحص المقاومة النفسية لدى الذكور الراشدين الأمريكيين من أصول أفريقية المتعافين من تعاطي كراك الكوكايين في جنوب الولايات المتحدة. وبلغ عدد المشاركين (٢٦٦) مشاركاً، تراوحت مدة تعافهم ما بين سنتين حتى ٧٤ شهراً (حوالي ٦ سنوات) من الامتناع المستمر عن تعاطي الكراك. كان متوسط عمر المشاركين هو ٥١ سنة، واستكملوا ١٢ سنة من التعليم. تم جمع البيانات الوصفية للمتغيرات التي أثرت على المقاومة النفسية من خلال الاستطلاع، ثم تم اختيار ١٢ مشاركاً بشكل عشوائي من الاستطلاع لإجراء مقابلات شبه منظمة لمناقشة تجاربهم المتعلقة بتعاطي الكوكايين أو عدم تعاطيه. ووجد ثلاثة موضوعات مهمة تتعلق بعملية المقاومة النفسية (القابلية للتغيير والوعي الذاتي^(١) والفعل/التنفيذ). كشفت النتائج أن كل من المتغيرات التالية له دور في تعاطي أو عدم تعاطي الكراك وهي: التغييرات في الأنشطة

(1) Self-Awareness

الاجتماعية ومجموعة الأقران وصعوبة إدارة الانفعالات وتغيرات الحالة المالية، والسعي لتحقيق التوازن، والتغيير في عدد الخلافات مع الشريك، والإنجاز الشخصي المتميز (Stinson, 2014).

وفي دراسة قام بها "بورجيس" Borges وآخرون هدفت فحص العلاقة بين المقاومة النفسية والمعالجة الحسية والمواقف وسلوكيات الاستهلاك للكحول والتبغ وغيرها من المواد ذات التأثير النفساني. تكونت العينة من (٣٤٠) مشاركاً راشداً من الأسوياء، منهم ٢٦١ من الإناث و٧٩ من الذكور. بالنسبة إلى العمر الزمني، تراوح المدى العمري بين ١٨ سنة و٧٦ سنة بمتوسط عمر قدره ٣٩ سنة وانحراف معياري قدره ١١ سنة. أشارت النتائج إلى ارتباط المعالجة الحسية بالمقاومة النفسية. فكان للاختلافات الحسية دوراً في انخفاض المقاومة النفسية (Borges, Marzo, Castillo & López, 2017).

قام "رادزينسكي Rudzinski وكاترين Katherine بإجراء دراسة نوعية لفحص استجابات الإيذاء وأنواع استراتيجيات المواجهة أو التعايش^(١) المستخدمة لدى (٣٠) معتمداً من المتورطين في التعاطي المنتظم للكراك في الشوارع في جنوب أونتاريو، كندا. وأظهرت النتائج أن المشاركين يحشدون قدراتهم وامكاناتهم من أجل "الارتداد" / (التعافي) من الإيذاء عندما يمارسون مهارات المقاومة النفسية المختلفة (Rudzinski & Katherine, 2018).

أجرى "كورتز" Kurtz وآخرون دراسة فحصت دور المقاومة النفسية كمتغير معدل لنتائج التدخل الإكلينيكي للمعتمدين على المواد النفسية لدى كل من تعرضوا لصدمات نفسية شديدة^(٢) ومعتمدين لم يتعرضوا لمثل تلك الصدمات، وذلك من خلال التدخل الإكلينيكي لدى عينة مكونة من (٦٠٢)، شملت العينة مجموعة من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين ١٨ و ٣٩ سنة. وتم قياس النتائج بعد مرور ٩٠ يوماً من الاعتماد على المواد

(1) Coping Strategies

(2) Severe Traumatic Stress

النفسية والامتناع عن التعاطي. تم قياس المقاومة النفسية باستخدام مقياس المقاومة النفسية في مركز دراسات المقاومة النفسية لدى الراشدين^(١) ومقياس المشقة الناتجة عن التعرض لصدمة من التقييم العام للاحتياجات الفردي^(٢). وتم استخدام التحليلات الاحصائية الخطية الهرمية.

وأظهرت النتائج أن المقاومة النفسية المرتفعة تتبأت بتحسن في القدرة على التوقف عن التعاطي، وكان ترتيب آثار التدخل لدى المشاركين ذوي المقاومة النفسية المرتفعة خطوة بخطوة من خلال شدة حالة التدخل. فكان المشاركون ذوي الدرجات المنخفضة أفضل من المشاركين ذوي المقاومة النفسية المنخفضة في تحسنهم، ولم تتأثر النتائج إلى حد كبير بحالة التدخل. أظهرت نتائج المشاركين المعتمدين على المواد النفسية الذين لم يتعرضوا لصدمات شديدة لم يؤثر التدخل الإكلينيكي عليهم على غرار العينة بشكل عام. وبغض النظر عن مستوى المقاومة النفسية، لم يستفد المشاركون في المجموعة التي تعرضت لصدمات نفسية شديدة من التدخلات الإكلينيكية. تشير النتائج إلى أهمية الفحص لكل من المقاومة النفسية ومستوى المشقة الناتجة عن التعرض للصدمة قبل التدخل لزيادة تأثير التدخلات السريعة لمنع الانتكاس على المواد النفسية، وكذلك ربط أولئك الذين يحتاجون إلى تدخلات إضافية مكثفة ورعاية مهنية (Kurtz, Pagano, Buttram, & Ungar, 2019).

وهدفت دراسة "وانج" Wang وزملاؤه دراسة الأدوار الوسيطة والمعدلة للمقاومة النفسية على العلاقة بين المشقة المدركة والاكتماب لدى المعتمدين على الهيروين. وذلك لدى مجموعة مكونة من (١٣٨) معتمداً على الهيروين، وتم استخدام مقاييس لكل من المشقة المدركة والمقاومة النفسية والاكتماب. أشار تحليل الارتباط إلى أن المشقة المدركة ترتبط إيجابياً بالاكتماب. كما أن المقاومة النفسية ارتبطت سلبياً بكل من المشقة المدركة

(1) Resilience Research Centre's Adult Resilience Measure (RRC-ARM)

(2) The Traumatic Stress Scale from the Global Appraisal of Individual Needs (GAIN)

والاكتئاب. كشف تحليل المتغير الوسيط^(١) أن المقاومة النفسية توسطت جزئياً العلاقة بين المشقة المدركة والاكتئاب. ومع ذلك، لم تقلل المقاومة النفسية من تأثير المشقة المدركة على الاكتئاب (Wang, Zhu, & Liang, 2019).

هدفت دراسة "كيندي" Kennedy وآخرون إلى إجراء فحص العلاقة بين مقاومة الشعور بالمشقة في مرحلة المراهقة المتأخرة وتعاطي الراشدين للمواد على عينة مكونة من (٩٣٨١) أثناء فحوصات التجنيد العسكري، والذين استجابوا لاحقاً لمسح صحي شامل، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٤.٠ ± ٧.٢ سنة)

بما في ذلك معلومات تفصيلية عن تعاطي المواد النفسية، أشارت النتائج إلى أن المقاومة النفسية المنخفضة للشعور بالمشقة في مرحلة المراهقة قد أعطت مخاطر متزايدة لجميع مقاييس السلوك الاعتمادي، ارتبطت المقاومة النفسية المنخفضة بالتدخين المنتظم وشرب الكحوليات وتعاطي المواد النفسية. وبالتالي فإن المقاومة النفسية المنخفضة للشعور بالمشقة في مرحلة المراهقة تتنبأ بتعاطي المواد النفسية في مرحلة الرشد (Kennedy, Chen, Fang, Valdimarsdottir, Montgomery, Larsson & et al., 2019).

فحصت دراسة "فيرداوس" Firdaus وآخرون الدور الوسيط الذي تمارسه المقاومة النفسية الداخلية^(٢) لهذه العوامل وشدة تعاطي المواد النفسية لدى عينة مكونة من ٢٤٣ طالباً من طلاب المدارس الثانوية العليا في جنوب كاليمانتان. أظهرت نتائج هذه الدراسة أنكل من مساعدة الأسرة، ومساندة الأقران، ومفهوم الذات، واستراتيجيات التوافق جميعها أنبأت عن شدة تعاطي المواد النفسية، وأن المقاومة الداخلية توسطت هذه العلاقة، باستثناء استراتيجيات التوافق (Firdaus, Setyowati, & Purwatiningsih, 2019)

(1) Mediation Analysis

(2) Spiritual Resilience

سعيكل من "كيندلر" Kendler وآخرون إلى تحديد وفحص العلاقة السببية بين المقاومة النفسية في سن ١٨ وتعاطي المواد النفسية في المستقبل لدى عينة من الراشدين السويديين (ن = ٨٠٠)، بمتوسط عمر ٣٠.٣ سنة، تم الحصول على العينة من خلال التجنيد العسكري وتعاطي المواد النفسية ومن السجلات الطبية والجنايئة والصيديات. أشارت نتائج الدراسة إلى أن المقاومة النفسية المنخفضة لدى ٤٠% من أفراد العينة كانت سبباً في تعاطي المواد النفسية وبالتالي تنتبأ المقاومة النفسية المنخفضة بشدة بمخاطر تعاطي المواد النفسية. لذا مهم العمل لإعداد برامج وقائية لرفع المقاومة النفسية في مرحلة المراهقة والتي من شأنها أن تقلل بشكل كبير من المخاطر طويلة الأجل لتعاطي المواد النفسية. (Kendler, Ohlsson, Clouston, Fagan, Sundquist, & Sundquist, 2019).

واستكشفت الدراسة التي أجراها "كاو" Cao و"ليو" Liu الارتباطات المحتملة بين النوع والشعور بالوحدة والمقاومة النفسية والاكنتاب في وقت واحد لدى عينة مكونة من ٥١٣ معتمداً على المواد النفسية (٣٩٩ ذكر و ١١٤ أنثى). وخاصة لفحص الدور الوسيط للمقاومة النفسية والنوع على العلاقة بين الشعور بالوحدة والاكنتاب. شمل المشاركون في هذه الدراسة ٥١٣ كانوا تحت العلاج في مؤسستين للعلاج الإجماري. أشارت النتائج أن الإناث أكثر شعوراً بالوحدة وبالاكنتاب من الذكور. كما أشارت النتائج أن المقاومة النفسية توسطت جزئياً العلاقة بين الشعور بالوحدة والاكنتاب كما توسطت العلاقة بين الوحدة والاكنتاب (Cao & Liu, 2020).

هدف "تام" Tam وآخرون إجراء دراسة لاستكشاف العلاقة بين الشعور بالمشقة المدركة، والأعراض النفسية (الاكنتاب والقلق الاجتماعي)، المقاومة النفسية (شملت: المثابرة، والتسامح^(١)، والقبول، والسيطرة، والداخلية)، والاعتماد على المواد النفسية (المواد الأفيونية والمهدئات ومهدئات القلق والمنشطات) لدى طلاب الجامعات، وتم جمع

(1) Tolerance

البيانات عبر الإنترنت على عدد مكون من (١٠٥٢) طالباً جامعياً (٦٨.٧٪ من الإناث) بمتوسط عمر يبلغ ١٩.٨ سنة لمدة ثلاثة أشهر. أشارت النتائج إلى أن المقاومة النفسية مع الأعراض النفسية توسطت بشكل كامل آثار المشقة المدركة في علاقتها بالاعتماد على المواد النفسية. كما توسطت المقاومة النفسية بشكل كامل العلاقة بين الشعور بالمشقة المدركة والأعراض النفسية. وبالتالي يبدو أن المقاومة النفسية توفر الحماية التي يمكن أن تخفف من آثار الشعور بالمشقة المدركة والأعراض النفسية في علاقتهم بالاعتماد على المواد النفسية (Tam, Benotsch & Weinstein, 2020).

كما هدف "دوى" Dewi وزملاؤها إجراء دراسة على طلاب المرحلة الثانوية لفحص احتمالية تعاطي المواد النفسية وفقاً للتقارير الذاتية للمعلمين والتي يبلغ مجموع التعاطي فيها ٩٦ طالباً. تم جمع البيانات من الطلاب باستخدام الاستبيانات والاختبارات، وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل المسار. أوضحت النتائج أن استخدام التكنولوجيا ليس له تأثير على الإمكانات الذاتية^(١)، تم قياسها من خلال الذكاء ومركز الضبط^(٢)، كما أشارت النتائج أن استخدام التكنولوجيا يؤثر على الوعي بأضرار التعاطي، والمهارات الحياتية، والإرشاد الديني^(٣)، وأشارت النتائج أيضاً أن الوعي بأضرار التعاطي، والمهارات الحياتية، والإرشاد الديني يؤثر على المقاومة النفسية الذاتية^(٤) لبدء التعاطي، وأخيراً وجد الباحثون أن إمكانات الذات لا تؤثر على المقاومة النفسية الذاتية لبدء التعاطي

(Dewi, Dalimunthe, Rahmadana, Dalimunthe, & Airlangga, 2020)

أجرى "كالك" Kulak وآخرون دراستهم على عينة من جنود الجيش الأمريكي الحرس الوطني تكونت من ٢٦٠ جندياً من الذكور والإناث، هدفت دراستهم فحص مكون الصلابة النفسية من مكونات المقاومة النفسية التي قد تنبئ بانخفاض خطر الاعتماد

-
- (1) Self-Potential
 - (2) Locus of Control
 - (3) Spiritual Guidance
 - (4) Self-Resilience

على الكحول في المستقبل، وتم قياس الصلابة النفسية لهم ومتابعتهم بعد سنة لاستخراج النتائج. و كشفت نتائج الدراسة عن أن الصلابة النفسية استطاعت التنبؤ بانخفاض شرب الكحول من حيث الكمية والتكرار بشكل دال احصائياً لدى الجنود الذكور وليس لدى الجنود من الإناث، كما كشفت النتائج أيضاً عن كل بعد من أبعاد الصلابة (الالتزام والسيطرة والتحدي) أثر بشكل مختلف عن الآخر في شرب الكحول (Kulak, Homish, Hoopsick, Fillo, Bartone, & Homish, 2020).

ثانياً: الدراسات التي اهتمت بالسياق العلاجي في مجال الاعتماد على المواد النفسية:-

وسيتم تقسيمها وفقاً لما يلي:

(أ) الدراسات التي اهتمت بفحص طبيعة العلاج (العلاج الطبي/الدوائي في مقابل العلاج النفسي الاجتماعي في مجال الاعتماد على المواد النفسية):

منالدراسات السابقة التي اهتمت بمتغيرات الدراسة الراهنة الدراسة التي أجراها من "أوكسفورد" Orford و "إدوارد" Edwards سنة ١٩٧٧ والتي كشفت نتائجها عن أن المزج بين التدخل الداخلي والخارجي والعلاج الدوائي والعلاج النفسي الاجتماعي على المدى الطويل ليس أفضل من التدخل قصير المدى وذلك خلال متابعتهم لأكثر من ٢٠ سنة (In: Bishop,2000, 161-162).

وأكدت دراسة "ميلر" سنة (٢٠٠٠) أيضاً على أن العلاج قصير المدى أفضل من العلاج طويل المدى للمعتمدين على المواد النفسية خاصة المعتمدين على الخمر ذوي التشخيص المزدوج الاكتئاب لكن التدخل قصير المدى لم يكن فعالاً في حالة المعتمدين على المواد النفسية فقط (In: Bishop,2000, 161-162).

كما أجرى "باتريك" Patrick وآخرون دراسة هدفت إلى فحص مرحلة التعافي من الاعتماد على المواد النفسية. وقد تم الحصول على الصفات الخاصة بالمتعافين على

المدى الطويل في متابعة لمدة ٥ سنوات على عينة قوامها ٤٣٢ من الخاضعين لبرامج علاج الميثادون من ١٨ عيادة من العيادات الخارجية. تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين مجموعة متعافين ومجموعة غير متعافين بالاستناد على عدد من المعايير الدقيقة والتي شملت كل منالفحوص البيولوجية والتقارير الذاتية لمتعاطي المواد الأفيونية أو متعاطي الكوكايين، ومعدل أقل من الاستخدام اليومي للكحول، وتوقف أى نشاط غير قانوني خلال السنة السابقة للمقابلة. وذكر ٢٨٪ من المتعافين في السنة الخامسة أنهم كانوا يعتمدون في المقام الأول على الدوافع الشخصية والخبرات العلاجيةوالتدينوالأسرة والعمل. وكانت أكثر الجوانب ارتباطاً بالتعافي المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء المقربين، مما يدل على أهمية بذل جهود أكبر لتنمية الشبكات الاجتماعية (Patrick, George, Kirk, Dwayne,& Barry,2003).

أجرى "بيتي" Petry وزملاؤه دراسة لتقييم إجراء "إدارة الطوارئ أو الأزمات"^(١)منخفضة التكلفة لتقليل استخدام الكوكايين وتعزيز حضور العلاج الجمعي لدى (٧٧) معتمداً على الكوكايين ويتم علاجهم بالميثادون. تم اختيار المعتمدين عشوائياً لمدة ١٢ أسبوعاً من العلاج القياسي^(٢) أو العلاج القياسي مع إدارة الطوارئ، حيث حصل المعتمدون على فرصة للفوز بجوائز تتراوح بين ١ دولار إلى ١٠٠ دولار لتقديم عينات سلبية من الكوكايين وحضور العلاج. قدم المعتمدون في حالة "إدارة الطوارئ" عينات أكثر سلبية من الكوكايين وحضروا مجموعات أكثر من التي حضرها المعتمدون في العلاج القياسي. وكان أفضل مؤشر للامتناع عن تعاطي الكوكايين في فترة المتابعة هو الامتناع عن التعاطي أثناء العلاج، حصلالمعتمدون في حالة "إدارة الطوارئ" في المتوسط على ١١٧ دولاراً من الجوائز. تشير بيانات هذه الدراسة إلى أنه يمكن تنفيذ بعض جوانب التعزيز في العلاج الجمعي في العيادات المجتمعية (Petry, Martin,&Simcic, 2005).

(١) Contingency Management(CM)

(٢) Standard Care

أجرى "ماك جوفر" وآخرون دراستهم سنة (٢٠١١) تجربة عشوائية محكمة تجمع ما بين العلاج المعرفي السلوكي المتكامل^(١) لاضطرابات ما بعد الصدمة والاعتماد على المواد النفسية وذلك على عينة مكونة من (٥٣) معتمداً تم إختيارهم بصورة عشوائية من سبعة برامج لعلاج الإدمان ومروا جميعا بالعلاج المعرفي السلوكي المتكامل بالإضافة إلى الرعاية القياسية أو جلسات للمشورة الفردية خاصة بالاعتماد على المواد النفسية^(٢) بالإضافة إلى الرعاية القياسية^(٣). تحت إدارة (١٤) معالجاً، وتم تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وأعراض تعاطي المواد النفسية، والاستمرار في العلاج. أشارت النتائج أن العلاج المعرفي السلوكي المتكامل أكثر فاعلية من جلسات المشورة الفردية في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وإعادة تشخيصه. كانت المشورة الفردية الخاصة بالاعتماد على المواد النفسية فعالة نسبياً مع العلاج السلوكي المعرفي المتكامل في نتائج تعاطي المواد النفسية وعلى باقى المشكلات الإكلينيكية الأخرى المترتبة على التعاطي. لكن المعتمدين ذوي الدرجات المرتفعة الشدة من أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة كانوا أقل استجابة في البدء والمشاركة في الاستشارات النفسية الفردية مقارنة باستجابتهم في العلاج المعرفي السلوكي المتكامل. بشكل عام، كان المشاركون الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة الشديدة أكثر عرضة للاستفادة من العلاج السلوكي المعرفي المتكامل، وبناءً على هذه النتائج فإن العلاج المعرفي السلوكي المتكامل فعال في تحسين المعتمدين على المواد النفسية ذوي اضطراب كرب ما بعد الصدمة (McGovern, Lambert-Harris, Alterman, Xie, & Meier, 2011).

وأجرت "مادلينا" وآخرون سنة (٢٠١٣) على العقاقير المعتاد استخدامها لعلاج اضطرابات النوم وهي عقار "Modafinil" وعقار "R-enantiomer". كما يتم استخدامها كما كمحسنات معرفية^(٤) لدى من يعانون من اضطرابات ذهنية والتي من بينها المعتمدين على المواد النفسية الذين يعانون من خلل في الوظائف المعرفية. ومما يثير

(١) Integrated Cognitive Behavioral Therapy

(٢) Individual Addiction Counseling

(٣) Cognitive Enhancers

(٤) Standard Treatment

الجدل هو إساءة استخدام هذا العقارلدي الأصحاء بالرغم من كونه عقاراً لتحسين الجوانب المعرفية لديهم (Mereu, Bonci, Hauck,&Tanda, 2013).

أجرى "كرفيجوير ماك فيل" وآخرون دراسة هدفت فحص التغييرات في الرغبة الشديدة لتعاطي الكحول لدى (٣٣٧) معتمداً تم إعطاؤهم نالتريكسون طويل المدى^(١) بالتزامن مع العلاج النفسي الاجتماعي في برامج علاج الاعتماد على المواد النفسية. تم تقييم الرغبة الشديدة في سلوك التعاطي واستخدامه في نقاط زمنية متعددة (خط الأساس؛ الأسابيع ١ و ٢ و ٣ بعد الجرعة الأولى؛ شهرياً بعد التقييمات الأربعة الأولى؛ وبعد ٣٠ إلى ٦٠ يوماً من آخر جرعة). وتناول غالبية المعتمدين (٦٥٪) أكثر من جرعة واحدة. أشارت النتائج إلى انخفاض درجات شغف أو اللهفة لتعاطي الكحول من ١٩ إلى ٥.٧ بعد أول جرعة من النالتريكسون وانخفاض عدد أيام من تعاطي الكحول عن خط الأساس بمتوسط (١٠,١±١٠,٥) ولم يتعاطي ٧٩.٨٪ عن الكحول، في المتابعة الأولى، لم يتعاطي ٧٧.٨٪ الكحول، في المتابعة الثانية، ولم توجد علاقة بين الآثار الجانبية للعقار والجرعة اللاحقة. لكن تؤخذ على هذه الدراسة عدم فحص المتغيرات التي قد تؤثر على النتائج مثل الدافع للعلاج والاستمرار فيه. وبالتالي أشارت النتائج إلى أن استخدام الدواء المضاد لنالتريكسون قد يكون مرتبطاً بانخفاض كبير في اللهفة لتعاطي الكحول واستخدامه أثناء وجود المعتمد في العلاج، ويستمر تأثيره بعد ٣٠ إلى ٦٠ يوماً من الجرعة النهائية. (Crèvecœur-MacPhail, Cousins, Denering, Kim,&Rawson, 2018).

قام "ماجيل" Magill وآخرون بمراجعة للتراث وتحليلاً نوعياً لمحتوى لـ ٣٠ مصدراً علمياً (بمعنى: كتيبات العلاج ومراجعة التراث وإرشادات الممارسة المهنية الصادرة عن الحكومة) ومقاطع الفيديو (بمعنى: مقاطع فيديو توضيحية للعلاج). وأشارت نتائج هذه المراجعة إلى تحديد ١٠ مبادئ و ٣٠ ممارسة علاجية قائمة على الأدلة، وتشير هذه المبادئ إلى أن التدريب على المهارات في علاج الاعتماد على المواد النفسية المستند

(^١) Naltrexone (XR – NTX)

على الأدلة يمكن وصفه بأنه منهج يركز على المعتمد في التعليم النفسي والممارسة السلوكية. وتشمل الممارسات المحددة أربعة محاور وظيفية هي: (١) تحديد الأهداف التي تركز على الفرد، (٢) بناء الكفاءة الذاتية للأفراد، (٣) الانخراط في التعليم النفسي، (٤) الانخراط في الممارسة (Magill, Martino, & Wampold, 2020).

هدفت الدراسة التي أجراها "ونج" Wong وزملاؤه إلى فحص تأثير العلاج المعرفي السلوكي المتكامل والذي يشمل المقابلة الدافعية والعلاج المعرفي السلوكي ومنع الانتكاس على المعتمدين على المواد النفسية. أجريت الدراسة على عينة من المعتمدين على المواد النفسية من الصينيين تتراوح أعمارهم من ١٨ إلى ٢٥ سنة تم تقسيمهم إلى مجموعتين عن طريق منهج المجموعات المتماثلة، تكونت المجموعة الأولى، وهي المجموعة التجريبية، من (٣٩) معتمداً، والمجموعة الثانية، وهي المجموعة الضابطة أو المحكية، والتي لم تتلقى العلاج المعرفي السلوكي المتكامل وتكونت من (٣٨) معتمداً وتم تحديد خط الأساس قبل التدخل ثم تم قياسه بعد التدخل مباشرة وبعد ٤ شهور من إنتهاء التدخل العلاجي. أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المتكامل في التعافي من الاعتماد على المواد النفسية خلال فترة المتابعة، كما أشارت نتائج الانحدار اللوجيستي الدرجة تأثير العلاج المعرفي السلوكي المتكامل على معدل الاعتماد على المواد النفسية وشدته وعلى نوعية الحياة وعلى مهارات التعايش لدى الشباب الصيني المشارك في الدراسة (Wong, Zhuang, & Ng, 2020).

كما هدفت دراسة أجراها "كافيكشيولي" Cavicchioli وآخرون إلى فحص فاعلية التدريب على مهارات العلاج الجدلي السلوكي^(١) في علاج الاعتماد على الكحول بافتراض أن كل من تنظيم الانفعالات^(٢) والقدرة على التجنب^(٣) هما مفاتيح التحكم في السلوك الاعتمادي، تم إجراء الدراسة على عينة مكونة من ١٨٦ معتمداً على الكحول (١١٠)

(1) Dialectical Behavior Therapy Skills Training

(2) Emotion Regulation

(3) Experiential Avoidance

ذكور و ٧٦ إناث). وكشفت النتائج تحسناً كبيراً خلال ٣ شهور من المتابعة وفاعلية هذا النوع من العلاج (Cavicchioli, Ramella, Vassena, Simone, Prudenziati, Sirtori, & et al., 2020).

فحص "أجر" Ager وزملاؤه دور العلاج الأسري في حث المعتمدين على الكحول للعلاج من ناحية، وتقييم فاعليته على الاستمرار في التوقف أو الحد من الشرب من ناحية أخرى، تكونت عينة الدراسة من (٤٢ زوجاً) من غير المعتمدين على الكحول، و(٣١ زوجاً) كمجموعة محكية لم تتلقى هذا النوع من العلاج، وتم إجراء ٤ قياسات متكررة على ٤ فترات زمنية، كشفت النتائج عن نجاح هذا النوع من العلاج في التوقف أو الحد من الشرب والتحسين طويل المدى على الصحة النفسية (Ager, Yoshioka, & Adams, 2020).

وهدفت الدراسة التي أجراها "بيتراكيس" Petrakis وآخرون إلى فحص العلاج المعرفي السلوكي المستند على الأدلة مع المزج بينه وبين العلاج الدوائي "زونيساميد" Zonisamide في التخفيف من وطأة أعراض كرب ما بعد الصدمة والتقليل معدل شرب الكحول، تم إجراء العلاج لمدة ١٢ أسبوعاً، وتم إعطاء ٤٠٠ مجم من عقار "زونيساميد" كعلاج مساعد للعلاج المعرفي السلوكي وذلك على مجموعة من المحاربين تكونت من ٢٤ محارباً تم اختيارهم بشكال عشوائي ممن يعانون من التشخيص المزدوج لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والاعتماد على الكحول وتم مقارنة نتائج العلاج مع مجموعة محكية قدم لها عقاراً وهمياً. كشفت نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود تأثير لعقار "زونيساميد" سواءً في خفض أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة أو خفض معدل شرب الكحول والتوقف عن الشرب (Petrakis, Ralevski, Arias, DeNegre, Newcomb, Gianoli & et al., 2020).

كما هدفت الدراسة التي أجراها "هلهزوير" Holzhauer وزملاؤه إلى المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المخصص للإناث في مقابل العلاج المعرفي السلوكي

القياسي (المحايد) أجريت الدراسة على مجموعة مكونة من ٩٩ معتمدة على المواد النفسية من الإناث منهن ٥٥ خضعن للعلاج المعرفي السلوكي المخصص للإناث و ٤٤ منهن خضعن للعلاج المعرفي السلوكي القياسي. وتم عمل تقييمات بعد تلقي العلاج مباشرة و على مدار ٦ و ١٢ شهراً بعد تلقي العلاج، أشارت نتائج هذه الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المخصص للإناث بشكل أكبر من العلاج المعرفي السلوكي القياسي في خفض معدل الشرب أو التوقف عنه وفي الاستقلالية وفي المساندة الاجتماعية المقدمة لهن (Holzhauer, Hildebrandt, Epstein, McCrady, Hallgren, & Cook, 2020).

ب) الدراسات التي اهتمت بفحص نوع الجلسات العلاجية في مجال الاعتماد على المواد النفسية:

أشار كل من "ميلر" وآخرون في دراسة لهم سنة (٢٠٠٠) إلى أن التغيير الأكبر للمعتمد على المواد النفسية يحدث في المراحل الأولى للعلاج خاصة ما بين الجلسة الأولى والسابعة، كما أن ٤٠% من التغييرات ترجع إلى عوامل خاصة بالمعتمد على المواد النفسية وعوامل خارجية وتشكل توقعات المعتمد على المواد النفسية والعلاج الوهمي نسبة ١٥% من التغيير، و ٣٠% من التغيير يرجع لعوامل خاصة بالعلاقة العلاجية (In: Mee-Lee & CA, 2009, 4).

في حين أشار عدد آخر من الدراسات الى فاعلية العلاج الموجز في علاج الاعتماد على المواد النفسية ومن هذه الدراسات دراسة أجراها "سوبيل" Sobell سنة (٢٠٠٠) وجد أن العلاج الموجز لا يختلف كثيرا عن العلاج طويل المدى للمعتمدين على المواد النفسية، خاصة الماريجوناء، فأجرى مقارنة على عدد (٤٥٠) معتمداً على الماريجوناء من مختلف الفئات الاجتماعية والاقتصادية والعرقية بين مجموعة تلقت علاج موجز يتكون من إثنين من الجلسات الفردية تدور حول المقابلة التحفيزية ومقانتهم بمجموعة أخرى تلقت علاج ممتد يتكون من ٩ جلسات بعدد ٢ جلسة مقابلة دافعية فردية و ٥ جلسات علاج جمعي معرفي

سلوكي و ٢ جلسة لمعالجة أسلوب الحياة المتبع، أشارت النتائج إلى أن كلا المجموعتين انخفض فيهما الاستخدام (In: Bishop, 2000, 162) .

أجرى كل من "ماركويز" Marques و"فورميجوني" Formigoni دراسة إكلينيكية عشوائية لتقييم تأثير شكلين من أشكال العلاج النفسي المعرفي السلوكي (الفردى مقابل الجمعي) في علاج المعتمدين على الكحول والمعتمدين على المواد النفسية. بلغ عدد المعتمدين (١٥٥) معتمداً على الكحول وعلى مواد نفسية أخرى. تم إختيارهم عشوائياً لإشراكهم في جلسات العلاج الفردي وبلغ عددهم (٧٧)، وبلغ عدد المرشحين للعلاج الجمعي (٧٨). تم تقسيم العلاج إلى مرحلتين، المرحلة الأولى هي الاكتساب (الوعي)^(١) (٨ جلسات)، والمرحلة الثانية هي الاستمرارية^(٢) (٩ جلسات)، موزعة على فترة ٨ أشهر. تم تقييم شرب الكحول وتعاطي المواد النفسية الأخرى ، وشدة الاعتمادية، والمشكلات المرتبطة بالتعاطي في مرحلة ما قبل العلاج وبعد ١٥ شهراً من قبول الالتحاق بالعلاج. أشارت نتائج المتابعة أن مستويات كلتا المجموعتين من المعتمدين مماثلة في التعاطي وفي المشكلات المرتبطة به. وعلى الرغم من أن معدل التعاطي لدى المعتمدين الذين عولجوا في العلاج الجمعي كان أعلى قليلاً (سواء في خط الأساس أو في المتابعة) لكنه لم يصل لمستوى الدلالة. كانت درجة الامتثال للعلاج^(٣) وشدة الاعتمادية تنبئ بنجاح المعتمدين على المواد النفسية. ارتبط عدد حضور الجلسات بالنجاح في العلاج. وبالتالي يتضح أن نتائج العلاج الجمعي تماثل نتائج العلاج الفردي كما أنها تنسم بتوفير الوقت والجهد والتكلفة (Marques&Formigoni, 2001).

هدفت الدراسة أجراها "نيس" Ness و"أويو" Oei التي تقييم فاعلية الالتحاق ببرنامج جمعي قصير المدى للعلاج المعرفي السلوكي للمقيمين المعتمدين على الكحول. وبلغ عدد

(١) Acquisition

(2) Maintenance

(3) Compliance with Treatment

المعتمدين (٣٧) من الذكور و(٣٤) من الإناث. حضر المعتمدون ٤٢ جلسة العلاج المعرفي السلوكي على مدى ثلاثة أسابيع، مدة كل جلسة مدة ساعة واحدة. تم رصد معدلات حضور المجموعة يومياً. أجريت مكالمات هاتفيتان منتظمتان في شهر واحد وثلاثة أشهر بعد العلاج. أظهرت النتائج أن معدلات حضور جلسات العلاج المعرفي السلوكي الجمعية لم تتماشى نتائج التحسن الذي تم العثور عليها في نهاية العلاج أو في سلوكيات الشرب في متابعة لمدة ثلاثة أشهر (Ness&Oei,2005).

أجريت دراسة علمية محكمة على ٣٢ دراسة تجريبية مستخدمة العينات العشوائية لتحديد الفاعلية النسبية لكل من النوعين من العلاج سنة (٢٠٠٥)، أشارت نتائجها إلى تفوق العلاج الجمعي على العلاج الفردي بنسبة ٢٥%، بينما أظهر ٧٥% من النتائج تساوى كلا النوعين من العلاج في الفاعلية، فيما عدا ٣ حالات كان العلاج الفردي لهم أكثر فاعلية من العلاج الجمعي (In: Yalom&Leszcs, 2005,232).

أجرى كل من "بادوك" Paddock وآخرون سنة (٢٠١٤) دراسة هدفت إلى فحص النتائج الثانوية من أعراض الاكتئاب التي تم جمعها من دراستين للعلاج الجمعي أجريتا في علاج الاعتماد على المواد النفسية وشملت عينتي الدراسة عدد (٤٤ و ١٣٢) مشاركاً على التوالي، إنخفضت أعراض الاكتئاب في كلتا الدراستين بشكل كبير ذا دلالة إكلينيكية خلال مرحلة العلاج النشط. لكن انخفاض الأعراض لم يكن ذا دلالة في النموذج النمطي في الدراسة الأكبر (Paddock, Hunter&Leininger, 2014).

ج) الدراسات التي اهتمت بفحص المتغيرات الخاصة المعالج النفسي في مجال الاعتماد على المواد النفسية:

فحص "كينج" King و"كانادا" Canada العوامل التي تتبى بالتسرب المبكر لدى عينة غير المتجانسة من الذكور والإناث من المعتمدين على المواد النفسية بالعيادات الخارجية المسجلين في برنامج الاعتماد على المواد النفسية. تم اعتبار المعتمدين الذين

فشلوا في حضور خمس جلسات علاج فردية أو أكثر "غير مشاركين في العلاج". ٦٤% من العينة شاركت في العلاج الأولي، مقارنة بـ ٣٦% الذي نتسربوا في وقت مبكر. كانت المجموعة الأخيرة، مقارنةً بالمجموعة السابقة، أقل تعليماً بدرجة كبيرة وكان من المرجح أن تكون من الأمريكيين من أصل أفريقي ومن الإناث منبئين مستقلين بالتسرب من العلاج المبكر، على الرغم من أن العوامل المرتبطة بالمواد النفسية أثرت على نتائج العلاج، فإن آثارها كانت ضعيفة عند أخذها في الاعتبار مع العوامل الديموغرافية مثل النوع والعرق (King&Canada, 2004). وتعليقاً على هذه الدراسة فهل إذا تم أخذ المتغيرات الخاصة بالمعالج النفسي في الحسبان هل ستؤثر على معدلات التسرب من العملية العلاجية؟

في سنة (٢٠١٠) فحص الباحثون العوامل التي يمكن أن تفسر الاختلافات في فعالية المعالج القائمة على الأدلة في ممارسة العلاج النفسي. تم فحص العوامل التالية: (١) استخدام دليل العلاج، (٢) متوسط مستوي خبرة المعالج، (٣) طول فترة العلاج، و (٤) نوع العلاج (المعرفي السلوكي مقابل النفسي الدينامي). تم الحصول على البيانات من نتائج خمسة عشر دراسة عن العلاج النفسي التي أنتجت ٢٧ مجموعات علاجية منفصلة، تم حساب حجم تباين النتائج بسبب الاختلافات المعالجين لكل مجموعة علاجية. أشارت النتائج إلى أن استخدام دليل العلاج والمعالجين الأكثر خبرة ارتبطوا باختلافات صغيرة بين المعالجين، في حين ارتبطت أكثر من المعالجين منخفضي الخبرة ولا يستخدمون دليل العلاج بآثار أكبر للمعالج (Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, Beck, Carroll,&Perry, 2010).

بحثت دراسة أجراها "دان دود" Dodd (٢٠١٥) بعض المتغيرات لدى العاملين في مجال إرشاد المعتمدين على المواد النفسية وهذه المتغيرات هي: "أ) العلاقة بين مستوى الاحتراق النفسي^(١) وشدة المعتقد المتعلق بمفهوم مرض الإدمان، (ب) العلاقة بين مستوى

(1) Burnout

الاحترق النفسي وحالة التعافي، و (ج) العلاقة بين حالة التعافي وشدة المعتقد المتعلق بمفهوم مرض الإدمان. تم إجراء ٦ مسح على مجموعة من المتطوعين من العاملين المهنيين بالعيادات الخارجية وكان قوامها ١٣٠ مبحثاً وفي نهاية الدراسة كان العدد النهائي ٦٦ منهم ٤٥ من الإناث و ٢٠ من الذكور، ومسح واحد لم يسجل صاحبه النوع. وكانت أكبر الفئات العمرية ٤١ سنة فما فوق. وتم تطبيق قائمة ماسلاش للاحتراق النفسي ومقياس المعتقد الإدماني. وأشارت النتائج إلى أنه كلما زادت شدة المعتقد في مفهوم الإدمان كمرض، انخفض مستوى الإنهاك الانفعالي/ الاحتراق النفسي. لم يوجد ارتباط بين الاختبارات الفرعية للاحتراق النفسي لاختلال الإنية^(١) والإنجاز الشخصي.

وبالإضافة إلى ذلك، لم يوجد ارتباط بين كل من مستوى الاحتراق النفسي وحالة التعافي، ولم يوجد ارتباط بين حالة التعافي وشدة المعتقد المتعلق بمفهوم مرض الإدمان. ويشير هذ البحث التساؤل الخاص " لماذا يترك العاملون المهنيون العمل بهذا المجال في حين يستمر فيه آخرون؟ " (Dodd,2015).

هدفت الدراسة التي أجراها "نيفيل ستانيسكلوس" Nievel Stanisclaus إلى فحص بعض المتغيرات الخاصة بالمعالج النفسي في مجال الاعتماد على المواد النفسية بشكل خاص وهي: سنوات خبرة المعالج في مجال العلاج ومستوى تعليمه وحصوله على ترخيص مزاوله المهنة أو حصوله على شهادة تتنبأ بالفاعلية والكفاءة الذاتية في مزاوله المهنة. وتم جمع البيانات عن طريق مسح أجراه الباحث خلال الانترنت تكونت عينة الدراسة من ٤٧ استشاري في مجال الاعتماد على المواد النفسية. وكشفت نتائج تحليل الانحدار المتعدد عن عدم وجود علاقة ذات دلالة بين سنوات الخبرة العملية ومستوى التعليم وامتلاك ترخيص أو شهادة والفاعلية الذاتية لمستشار الاعتماد على المواد النفسية (Stanisclaus,2020).

(1) Depersonalization

وبهذا نكون انتهينا من عرض الدراسات السابقة الخاصة بالسياق العلاجي وفيما يلي تعليق عام على هذه الدراسات .

تعليق عام على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات، نورد عدداً من الملاحظات على الدراسات السابقة والتي تعد بمثابة مبررات لإجراء الدراسة الحالية:

١- لا توجد دراسة عربية واحدة اهتمت بدراسة الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية عامة في المقاومة النفسية، وبالتالي لا توجد أي دراسة عربية فحصت الفروق بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي في البيئة المحلية أو العربية*^١، كما لا توجد أية دراسة عربية بحثت متغيرات السياق العلاجي ودوره في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

٢- بالإضافة إلى اهتمام أغلب الدراسات الأجنبية بمتغير المقاومة النفسية في سياقات أخرى غير التعافي من الاعتماد على المواد النفسية ومن ثم، فإن المجال يحتاج لمزيد من البحوث والدراسة. كما اهتمت الدراسات بفحص المقاومة النفسية في إطار التشخيصات المزدوجة خاصة اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب وليس في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية بشكل خاص مثل دراسة "وانج" وزملاؤه.

٣- على الرغم من اهتمام دراسة "ستينسون" بفحص متغير المقاومة النفسية في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، فإن علينا الأخذ في الاعتبار كبر

* من خلال البحث في قاعدة بيانات Proquest ومكتبات جامعة القاهرة و حلوان وعين شمس ومجلة دراسات نفسية والمجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي.

متوسط أعمار المشاركين في هذه الدراسة، خاصة أن المقاومة النفسية تتأثر بتغير العمر، كما اهتمت بدراسة التعاطي الأحادي ليس المتعدد.

٤- والدراسات الأجنبية التي فحصت المقاومة النفسية وجدت تعارضاً بين نتائجها في الدور الذي تمارسه المقاومة النفسية لدى المعتمدين على المواد النفسية، مثل التعارض بين دراسة "مارجريت دوجان" (١٩٩٦) حيث أشارت نتائجها إلى أن عوامل المقاومة وحدها لا تكفي للحد من احتمالات الاعتماد على المواد النفسية والانحراف السلوكي لدى الراشدين المعرضين للخطر (Dugan, 1996). في حين أيدت نتائج الدراسة التي أجراها كل من "مون" و"زملاؤه" بأن عوامل المقاومة النفسية بشكل عام تمارس دوراً أكبر من عوامل الخطر في الاعتماد على المواد النفسية وعمليات المقاومة للأدوية (Moon, Jackson, & Hecht, 2000).

٥- يلاحظ من جميع الدراسات السابقة التي تم عرضها عن المقاومة النفسية أنها اهتمت بمرحلة المراهقة على وجه الخصوص، وندر اهتمامها بفحص المقاومة النفسية في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية لدى الراشدين.

٦- لم تدرس أي من الدراسات السابقة المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي التي تناولها البحث الحالي.

٧- كما أن المتغيرات الخاصة بالمقاومة النفسية اختلفت في مدى تأثيرها، كما اختلفت حسب النوع وحسب المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد (يزداد تأثيرها أو يقل)، وبالتالي فمن المنطقي أن يختلف تأثيرها حسب السياق العلاجي والذي لم يتم فحصه في الدراسات السابقة.

٨- يتضح مما سبق أن العلاج النفسي الاجتماعي أثبت فاعليته في علاج الاعتماد على المواد النفسية، كما يوجد حتى الآن جدل حول فاعلية العلاج الدوائي في علاج الاعتماد على المواد النفسية.

٩- لم تتناول الدراسات السابقة فحص طبيعة الجلسة فردي -جمعي في مجال التعافي من الاعتماد على المواد النفسية بقدر كافي سوى في عدد محدود من الدراسات.

١٠- وجود تعارض في نتائج الدراسات السابقة فيما يخص نوع الجلسة فردي أم جمعي فتعارضت بعض الدراسات السابقة في نتائجها في أفضلية استخدام الجلسات الفردي في مقابل الجلسات الجمعية في مجال الاعتماد على المواد النفسية مثل نتائج دراسة "ماركويز" و"فورميجوني" التي أشارت إلى أن نتائج العلاج الجمعي تماثل نتائج العلاج الفردي كما أنها تتسم بتوفير الوقت والجهد والتكلفة (Marques&Formigoni, 2001). كما أشارت نتائج الدراسة المقننة التي أجريت سنة (٢٠٠٥) إلى تفوق العلاج الجمعي على العلاج الفردي بنسبة ٢٥%، بينما أظهر ٧٥% (In: Yalom&Leszcs, 2005, 232). في حين أشارت نتائج دراسة "نيس" و"أويو" أن معدلات حضور جلسات العلاج المعرفي السلوكي الجمعية لم تتماشى نتائج التحسن الذي تم العثور عليها في نهاية العلاج أو في سلوكيات الشرب في متابعة لمدة ثلاثة أشهر (Ness&Oei.,2005).

١١- كما تناول عدد محدود من الدراسات السابقة متغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات بالدراسة والفحص في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

١٢- وأخيراً، وجود تعارض بين الدراسات في حسم دور متغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات في كفاءة العلاج، فأشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أن المعالجين الأكثر خبرة حققوا نتائج علاجية أفضل (Crits-Christoph, Baranackie, Kurcias, Beck, Carroll, & Perry, 2010) في حين أشارت نتائج دراسة أخرى عن عدم وجود علاقة ذات دلالة بين سنوات الخبرة

العملية والفاعلية الذاتية لمستشار الاعتماد على المواد النفسية (Stanislaus, 2020).

وننتقل فيما يلي لعرض فروض الدراسة.

فروض الدراسة:

من خلال العرض السابق يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- توجد فروق في المقاومة النفسية بين المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في اتجاه المتعافين.

٢- توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المنتكسين على المواد النفسية.

٣- توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الفارقي.

عينة الدراسة:

أجريت الدراسة الحالية على مجموعتين أساسيتين: المجموعة الأولوهي مجموعة المتعافين تكونت من (٥٠) متعافياً من الذكور، بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٦٢ ± ٥,٥٣٢) سنة. تم اختيار مجموعة من المتعافين، وهم من استمروا في التوقف عن التعاطي لمدة ستة أشهر على الأقل، وتم اختيارهم من المترددين على عيادات الخط الساخن بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، والمشخصين طبياً وتنطبق عليهم محكات

الاعتماد الواردة في الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس. بلغ متوسط مدة التوقف بشكل عام لدى مجموعة المتعافين ($20,375 \pm 25,004$) شهراً. وانتكسوا في المتوسط ٥ انتكاسات سابقة ومنهم ٦ لم يسبق لهم الانتكاس.

وتكونت المجموعة الثانية وهي مجموعة المنتكسين من (٥٠) منتكساً من الذكور، وذلك بمتوسط للعمر قدره ($32,42 \pm 5,051$) سنة. وهم المنتكسون الذين مروا بخبرة العلاج الدوائي أو النفسي التأهيلي أو كليهما واستطاعوا التوقف فترة لا تقل عن شهر ثم عادوا للتعاطي مرة أخرى، وتم إختيارهم بعد مرورهم بمرحلة تخليص الجسم من السموم والتي تتراوح ما بين ٧-١٠ أيام، ومتوسط مدة التوقف بشكل عام لدى مجموعة المنتكسين ($1,644 \pm 2,059$) شهراً، وجميع المشاركين يتعاطون تعاطي متعدد للمواد النفسية، وانتكسوا في المتوسط ٥ انتكاسات سابقة.

يوجد عدد من المتغيرات التي تم أخذها في الاعتبار عند إختيار العينة وهي: مراعاة التجانس بين مجموعتي الدراسة في العمر والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والمستوى التعليمي وتم استبعاد مرضى التشخيص المزوج، كما تم مراعاة ألا تزيد مدة الإقامة داخل المكان العلاجي عن شهرين، وذلك لتجنب عامل تدهور القدرات العقلية الذي ينتج عن طول البقاء بالمستشفى والحرمان الحسي. وتراوحت مدة الإقامة ما بين شهر الى شهرين بحد أقصى وذلك في مجموعة المشاركين المنتكسين والمتعافين، في حالات حجز المتعافي من أجل الحماية من الانتكاس. مع الحصول على موافقة مكتوبة من كل مشارك في الدراسة، كما تراوح المستوى التعليمي لأفراد مجموعتي الدراسة بشكل عام من الثانوية العامة أو الدبلومات الفنية كحد أدنى، والشهادة الجامعية سواء ليسانس أو بكالوريوس. ويوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير مستوى التعليم لدى مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين ودلالة الفروق بينهم.

جدول رقم (١)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير مستوى التعليم لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها ودلالاتها

الدلالة	النسبة الدرجة	مجموعة المنتكسين ن=٥٠		مجموعة المتعافين ن=٥٠		المستوى التعليمي
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
-	-	٦٠,٠%	٣٠	٦٠,٠%	٣٠	متوسط
غيردالة	٠,٧	١٢,٠%	٦	٨,٠%	٤	فوق متوسط
غيردالة	٠,٤	٢٨,٠%	١٤	٣٢,٠%	١٦	عالي

** عند مستوى دلالة ٠,٠١

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥

بالنظر في الجدول السابق، يتضح أن معظم أفراد كلا المجموعتين ينتمون إلى المستوى المتوسط من التعليم يليه مستوى التعليم العالي ثم فوق المتوسط. كما يتضح عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في مستويات التعليم.

كما تم مراعاة التجانس بين مجموعتي الدراسة في متغير الحالة الاجتماعية كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (٢)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير الحالة الاجتماعية لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين ودلالاتها

الدالة	النسبة الدرجة	المنتكسون ن=٥٠		المتعافون ن=٥٠		الحالة الاجتماعية
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
غيردالة	٠,٢	%٥٦,٠	٢٨	%٥٨,٠	٢٩	أعزب
غيردالة	٠,٨	%٤٠,٠	٢٠	%٣٢,٠	١٦	متزوج
غيردالة	١,٢	%٤,٠	٢	%١٠,٠	٥	مطلق

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ** عند مستوى دلالة ٠,٠١

ويوضح الجدول السابق توزيع مجموعتي الدراسة على مستويات الحالة الاجتماعية الثلاثة حيث تركز أغلب أفراد المجموعتين في الفئة الأولى للحالة الاجتماعية "أعزب" يليها فئة "متزوج" يليها فئة "مطلق". وهذا يتفق مع المسح الذي تم على نزلاء أقسام علاج الإدمان في بعض المستشفيات بالقاهرة الكبرى سنة ٢٠٠٠ والذي أشارت نتائجه إلى أن ما يقرب من نصف المعتمدين على المواد النفسية لم يسبق لهم الزواج (أعزب) أي أن الاعتماد على المواد النفسية ينتشر بين غير المتزوجين أكثر (سهير، ٢٠٠٠، ٢). كما يتضح عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في مستويات الحالة الاجتماعية.

كما تم مراعاة التجانس بين مجموعتي الدراسة في متغير المهنة كما يوضحه الجدول

التالي:

جدول رقم (٣)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير المستوى المهني لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين ودلالاتها

الدلالة	النسبة الحرجة	المنتكسون ن=٥٠		المتعافون ن=٥٠		المهنة
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
غيردالة	٠,٣	١٢%	٦	١٤,٠%	٧	موظف
غيردالة	١,٥	٣٨%	١٩	٢٤,٠%	١٢	أعمال فنية وحرفية
غيردالة	٠,٦	٢%	١	٤,٠%	٢	طالب
غيردالة	١,٠	٤٨%	٢٤	٥٨,٠%	٢٩	لا يعمل

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ** عند مستوى دلالة ٠,٠١

ويوضح الجدول السابق توزيع مجموعتي الدراسة على متغير المهنة حيث تركز أغلب أفراد المجموعتين في الفئة الرابعة للحالة المهنية "لا يعمل" يليها فئة "الأعمال الفنية والحرفية" يليها فئة "الموظف" يليها فئة "الطالب". تتفق هذه النتائج مع المسح الذي تم على نزلاء أقسام علاج الإدمان في بعض المستشفيات بالقاهرة الكبرى سنة ٢٠٠٠ والذي أشارت نتائجه إلى أن الاعتماد على المواد النفسية يسود بين من يعملون في الأعمال الحرفية (سهير لطفي على، ٢٠٠٠، ٢) مع ملاحظة أن هذا المسح لم يشمل فئة "لا يعمل". ويتفق هذا أيضا مع نتائج الدراسات التي تمت في نيويورك على المعتمدين على الهيروين، وهم في سن الأربعين من العمر، أن ٨٠% منهم كانوا عاطلين في ٨٠% من حياتهم، كما اتضح أن ما بين ٦٥% و ٨٥% منهم لا يعملون (محمد حسن غانم

٢٠٠٥، ٢٠٠٥)، كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين لمتغير المستوى المهني. وفيما يلي عرض لأدوات الدراسة المستخدمة.

وبلغ متوسط مدة المرض لمجموعة المتعافين $(١٤,٠٢ \pm ٥,٢٤٧)$ سنة، كما بلغ متوسط مدة المرض لدى مجموعة المنتكسين $(١٤,٧٦ \pm ٥,٢٦٧)$ سنة. كما بلغ متوسط العمر عند بداية التعاطي لمجموعة المتعافين $(٣,٤٧٠ \pm ١٦,٨٦)$ سنة، كما بلغ متوسط العمر عند بداية التعاطي لمجموعة المنتكسين $(٤,٥٠٧ \pm ١٧,٦٦)$ سنة وجميع أفراد العينة يتعاطون تعاطي متعدد للمواد النفسية فيما عدا ٧ من مجموعة المتعافين، ومشاركاً واحداً فقط من مجموعة المنتكسين كان يعتمد على مادة الهيروين فقط، كما أن جميع المشاركين من المجموعتين يتعاطون تعاطي متعدد للمواد النفسية وهذا يتفق مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة في أن الغالبية العظمى ممن يتعاطون المواد النفسية لهم تاريخ طويل من التعاطي المتعدد (ليزا أمورو ومارتين روبردز وجوديث أ. ساكستون وكيم ميثين، ٢٠١٨، ٥٦٢؛ عوض حسانين عوض، ٢٠١٦، ٥٢)، وجميع أفراد العينة يخضعون للتحاليل العشوائية المنتظمة تحت إشراف الاختصاصي النفسي المتابع.

ويوضح الجدول التالي دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة في العمر ومدة التعاطي.

جدول (٤)

دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة على أساس متغير العمر ومدة التعاطي

الدالة	قيمة ت	مجموعة المنتكسين ن=٥٠		مجموعة المتعافين ن=٥٠		المجموعات المؤشر الاحصائي
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
غير دالة	٠,١٨٩	٥,٠٥١	٣٢,٤٢	٥,٥٣٢	٣٢,٦٢	العمر
غير دالة	-٠,٧٠٤	٥,٢٦٧	١٤,٧٦	٥,٢٤٧	١٤,٠٢	مدة التعاطي
غير دالة	٠,٣٥٢	٦,٥٢٥	١٨,٨٠	٨,٦٦١	١٩,٣٤	عدد السجائر اليومية
غير دالة	٠,٩٩٥-	٤,٥٠٧	١٧,٦٦	٣,٤٧٩	١٦,٨٦	العمر عند بداية التعاطي
دالة*	٧,٩٣٧	١,٦٤٤	٢,٠٥٩	٢٠,٣٧٥	٢٥,٠٠٤	مدة التوقف عن التعاطي بالشهور

*دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

بالنظر في الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة بين مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين على المواد النفسية على جميع المتغيرات بالجدول السابق فيما عدا متغير مدة التوقف عن التعاطي. ويوضح الجدول التالي التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير نوع العلاج لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها ودلالاتها:

جدول رقم (٥)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير نوع العلاج لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين ودلالاتها

الدلالة	النسبة الحرجة	المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		متغير نوع العلاج
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
دالة **	٢,٧	%٧٢	٣٦	%٩٢,٠	٤٦	نفسي اجتماعي
غير دالة	١,٨	%٦	٣	%٠,٠	٠	طبي /دوائي
دالة *	٢,٠	%٢٢	١١	%٨,٠	٤	مزدوج

** عند مستوى دلالة ٠,٠١

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة بين مجموعة المتعافين والمنتكسين على متغير نوع العلاج فيما يخص العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج المزدوج الذي يمزج ما بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي. وعدم وجود فروق دالة فيما يخص العلاج الدوائي بين مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين.

ويوضح الجدول التالي دلالة الفروق بين مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين على أساس متغير طبيعة الجلسات.

جدول رقم (٦)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير طبيعة الجلسات لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها ودالاتها

الدالة	النسبة الحرجة	المنتكسون ن=٥٠		المتعافون ن=٥٠		متغير نوع العلاج
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
غيردالة	١,٥	%٨	٤	%٠,٠	٠	فردى فقط
دالة*	٢,١	%٨	٤	%١٨,٠	٩	جمعى فقط
غير دالة	٠,٣	%٨٤	٤٢	%٨٢,٠	٤١	مزج مابىن الفردى والجمعى

** عند مستوى دلالة ٠,٠١

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥

ىتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة بىن مجموعة المتعافىن ومجموعة المنتكسىن على أساس طبىعة الجلسات الجمعىة فقط، ولا توجد فروق دالة بىن المجموعتىن على أساس كل من طبىعة الجلسات الفردىة فقط والمزج بىن الجلسات الفردىة والجمعىة.

وىوضح الجدول التالى التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغىر خبرة المعالج من حبث عدد السنوات لدى المتعافىن من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسىن إليها ودالاتها:

جدول رقم (٧)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها ودالاتها

الدالة	النسبة الحرجة	المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		متغير عدد سنوات الخبرة
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
دالة **	٢,٩	١٤,٠%	٧	٠,٠%	٠	١
غير دالة	٢,١	٠,٠%	٠	٤,٠%	٢	٣
غير دالة	١,٤	٤,٠%	٢	٠,٠%	٠	٤
غير دالة	٠,٦	٤,٠%	٢	٢,٠%	١	٥
غير دالة	١,٤	٢,٠%	١	٨,٠%	٤	٦
غير دالة	١,٠	٢,٠%	١	٠,٠%	٠	٧
غير دالة	١,٠	٢,٠%	١	٠,٠%	٠	٨
غير دالة	٠,٨	٥٤,٠%	٢٧	٤٦,٠%	٢٣	١٠
غير دالة	٦,٠%	٤,٠%	٢	٢,٠%	١	١٢
غير دالة	٠,٨%	١٤,٠%	٧	٢٠,٠%	١٠	١٥
دالة **	٣,٣%	٠,٠%	٠	١٨,٠%	٩	١٧

* عند مستوى دلالة ٠,٠٥ ** عند مستوى دلالة ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة جوهرياً بين مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين على أساس عدد سنوات خبرة المعالج سنة فأقل و ١٧ سنة فأكثر. ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين كل من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها في السياق العلاجي:

جدول رقم (٨)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين بين كل من المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين في السياق العلاجي بالدراسة الراهنة

الدلالة	قيمة ت	المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		وجه المقارنة
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
دالة	٢,٠٦٤	٠,٢٧٤	١,٩٢	٠,٠٠٠	٢,٠٠	العلاج النفسي الاجتماعي
دالة	-٢,٨٩٢	٠,٤٦٣	١,٣٠	٠,٢٧٤	١,٠٨	العلاج الطبي
دالة	-١,٩٧٩	٠,٤١٨	١,٢٢	٠,٢٧٤	١,٠٨	العلاج المزدوج
غير دالة	-١,١٤٩	٠,٣٠٣	١,٩٠	٠,٣٨٨	١,٨٢	الجلسات الفردية
دالة	٢,٣٣٣	٠,٣٠٣	١,٩٠	٠,٠٠٠	٢,٠٠	الجلسات الجماعية
دالة	١,٩٧٩-	٠,٤١٨	١,٢٢	٠,٢٧٤	١,٠٨	المزج بين الجلسات الفردية والجماعية
دالة	٢,٨٣٨	٣,٧٣٣	٩,٠٦	٣,٨٠٧	١١,٢٠	عدد سنوات خبرة المعالج

وبالنظر في الجدول السابق يتضح ما يلي:

- ١- وجود فروق دالة بين المتعافين والمنتكسين على كل من العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الجمعي في إتجاه المتعافين.
- ٢- وجود فروق دالة بين المتعافين والمنتكسين على كل من العلاج الطبي والعلاج المزدوج والمزج بين الجلسات الفردي والجمعي في إتجاه المنتكسين.
- ٣- كما توجد فروق دالة في اتجاه المتعافين في عدد سنوات خبرة المعالج.
- ٤- ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين في نوع الجلسة العلاجية الفردية.

المقاييس:

مقياس المقاومة النفسية:

من إعداد مروة حسين واصف يتكون المقياس من (٥٦) بنداً موزعة على (٦) مكونات كبرى تشتمل تتمثل في المكونات الآتية: مكون النظرة الإيجابية للحياة ويشمل (١٢) بنداً، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ١٢:٤٨، ومكون كفاءة مواجهة المشكلات والإفادة من الخبرة ويشمل (١٤) بنداً، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ١٤:٥٦، ومكون الدعم الذاتي وتقبل النقد ويشمل (٦) بنود وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٦:٢٤، ومقياس المرونة ويشمل (٧) بنود وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٧:٢٨، ومكون المساندة الاجتماعية ويشمل (٩) بنداً وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٩:٣٦، ومكون المثابرة والصمود ويشمل (٨) بنود وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٨:٣٢. وتم ترتيب البنود بحيث تكون ممثلة على مدار المقياس ويقوم الفرد بالاختيار من بين أربعة بدائل (دائماً=٤، أحياناً=٣، نادراً=٢، أبداً=١)، وذلك في البنود الموجبة في اتجاه المقاومة النفسية، و(دائماً=١، أحياناً=٢، نادراً=٤، أبداً=٤) في العبارات العكسية. وبذلك تتراوح الدرجة على المقياس ما بين ٥٦ إلى ٢٢٤.

وتم إعداد مقياس المقاومة النفسية بعد الاطلاع على المقاييس العربية والأجنبية المتاحة مثل مقياس المقاومة النفسية من إعداد "ويجلاند" Wagnild و"يونج" Young ومقياس المقاومة النفسية إعداد وفاء إمام عبد الفتاح ولم يتم الاستعانة بمثل هذه المقاييس في الدراسة الحالية لأنها أجريت على سياقات أخرى وعدم ملائمتها لمجال الاعتماد على المواد النفسية مما اضطر الباحثون لإعداد مقياس الدراسة الحالي.

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

حسبت الخصائص السيكومترية للمقياس على مجموعتي الدراسة السابق وصفهما (ن=٥٠) لكل من المنتكسين والمتعافين.

أولاً الصدق:

تم حساب الصدق بطريقتين هما:

أ- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على ١٠ محكمين* من المتخصصين في علم النفس، وقد جاءت نسب الاتفاق بين المحكمين على البنود مقبولة حيث تراوحت نسب الاتفاق ما بين ٧٠% - ١٠٠% (تركزت معظمها حول نسب اتفاق ١٠٠%).

ب- الصدق التمييزي:

من خلال مؤشر القدرة التمييزية للمقياس بين المتعافين والمنتكسين، وسيوضح ذلك عند عرض النتائج الخاصة بالفرض الأول.

ثانياً: الثبات:

تم حساب ثبات المقاومة النفسية بثلاث طرق هي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية والاتساق الداخلي وذلك كما يلي:

أ- ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية:

يوضح الجدول التالي معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لحساب ثبات مقياس المقاومة النفسية لدى مجموعتي الدراسة.

* يشكر الباحثون السادة المحكمين: أ.د/ فكري العتر وأ.د/ صفاء اسماعيل وأ.د/ عزة عبد الكريم وأ.د/ أميمة محمد أنور وأ.د/ نبوية شاهينود/إيمان عبد الحليم ود/ خالد عبد المحسن بدر ود/ أميمة البطاويود/مياذريسود/ راندة رضا عباس .

جدول رقم (٩)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية (بعد تصحيح الطول) لحساب ثبات مقياس المقاومة النفسية لدي مجموعتي الدراسة

مجموعة المنتكسين ن=٥٠			مجموعة المتعافين ن=٥٠			وجه المقارنة
القسمة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	القسمة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	
٠,٨٨٨	٠,٩٢٥	٥٦	٠,٨١٨	٠,٩٢٧	٥٦	المقاومة النفسية الدرجة الكلية
٠,٧٣٨	٠,٨٠٠	١٢	٠,٧٩٧	٠,٨٣١	١٢	النظرة الإيجابية للحياة
٠,٨٣٤	٠,٨٦٦	١٤	٠,٧٢٣	٠,٨٣٨	١٤	كفاءة مواجهة المشكلات والافادة من الخبرة
٠,٥٠٣	٠,٥٠٩	٦	٠,٥٥٩	٠,٤٩٥	٦	الدعم الذاتي وتقبل النقد
٠,٧٥٦	٠,٧١٨	٧	٠,٦٤٣	٠,٦٦٥	٧	المرونة
٠,٨٣٦	٠,٧٢٨	٨	٠,٦٥٠	٠,٦٦٠	٨	المثابرة والصمود
٠,٧١٢	٠,٧٩٤	٩	٠,٦١٦	٠,٧٣٢	٩	المساندة الاجتماعية

بالنظر للجدول السابق نجد أن جميع معاملات الثبات مرضية بشكل عام فيما عدا مكون الدعم الذاتي وتقبل النقد وهذا قد يرجع لقلة عدد بنوده.

أ- حساب ثبات الاتساق الداخلي:

ب- تكون المقياس بعد العرض على المحكمين من ٦٥ بنداً، وتم حساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياس المقاومة النفسية من خلال حساب الارتباط بين البند والدرجة الكلية على المقياس، وتم استبعاد البنود التي لم تصل معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية لمجموعة المتعافين أو مجموعة المنتكسين إلى مستوى الدلالة

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ١٤ يناير ٢٠٢١، ص ١ إلى ص ١٠٧)

٠,٠٥ فتم استبعاد تسعة بنود وتم إعادة حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بعد استبعاد البنود منخفضة الثبات، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الاجراء.

جدول (١٠)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس المقاومة النفسية

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند	معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند
مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠		مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠	
**٠,٦٥٣	**٠,٤٦١	٢٩	**٠,٤٥٧	٠,٢٤٦	١
**٠,٥٤٢	**٠,٤٦١	٣٠	**٠,٥١٣	**٠,٤٣٥	٢
**٠,٥٢٧	**٠,٤٥٦	٣١	**٠,٤٦٩	**٠,٤٩٢	٣
**٠,٤٢٩	**٠,٥٥٢	٣٢	**٠,٦٤٥	**٠,٤٣٠	٤
**٠,٥٥٣	**٠,٥٦٠	٣٣	**٠,٤٢٦	*٠,٣١٤	٥
**٠,٤٨٢	*٠,٣٥٣	٣٤	*٠,٣٣٩	**٠,٦٢٤	٦
**٠,٥٧٠	**٠,٦٢٧	٣٥	**٠,٥٤٨	**٠,٦٤٧	٧
**٠,٤٨٥	**٠,٥٤٩	٣٦	**٠,٤١٧	*٠,٣١٩	٨
**٠,٥٥٦	**٠,٤٥٩	٣٧	*٠,٣٣٧	**٠,٤٥٤	٩
**٠,٤٤٨	*٠,٣١٨	٣٨	**٠,٤٩٢	**٠,٤٧٢	١٠
*٠,٣٧١	**٠,٧٠٤	٣٩	**٠,٣٩٨	٠,٢٥٦	١١
**٠,٤٥٧	**٠,٦٥٩	٤٠	**٠,٦٥٥	**٠,٤٠٩	١٢
**٠,٧٤٠	**٠,٣٩٧	٤١	٠,١٠٠	*٠,٣٥٧	١٣
**٠,٥٢٩	*٠,٣٤٦	٤٢	**٠,٦٠١	**٠,٤٤٠	١٤
**٠,٥٨٩	*٠,٣٥٤	٤٣	**٠,٤٥٦	**٠,٥٩٩	١٥
**٠,٤٣٦	**٠,٤٨٦	٤٤	**٠,٤٥٨	**٠,٦١٠	١٦
٠,٢٨٦	**٠,٥٠١	٤٥	**٠,٥١٦	**٠,٤٨٢	١٧

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ١٤ يناير ٢٠٢١، ص ١ إلى ص ١٠٧)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند	معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند
مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠		مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠	
*٠,٣٢٢	**٠,٥٢٣	٤٦	*٠,٤٢٦	٠,٢٤٧	١٨
**٠,٤٥١	*٠,٣٥١	٤٧	**٠,٤٦٦	**٠,٥٠٢	١٩
*٠,٤٨٢	**٠,٤٩٢	٤٨	**٠,٤٢٦	**٠,٦٧١	٢٠
**٠,٥٨٨	**٠,٦٩٠	٤٩	٠,٢٠٢	**٠,٤٥٤	٢١
**٠,٥٢٦	**٠,٦٠٤	٥٠	*٠,٣٣٥	**٠,٥٣٦	٢٢
**٠,٦٤٤	**٠,٥٧٨	٥١	**٠,٤٥٨	**٠,٥٤٩	٢٣
**٠,٦٦٤	**٠,٥٢٨	٥٢	**٠,٦١٣	**٠,٧٤٦	٢٤
**٠,٤١٦	*٠,٣٢٨	٥٣	**٠,٦٦٥	**٠,٥٢٨	٢٥
**٠,٥٥١	**٠,٤٨٤	٥٤	**٠,٥٢٧	**٠,٤٤٨	٢٦
**٠,٥٧٠	٠,٢١٣	٥٥	**٠,٤٤٦	**٠,٤٤٥	٢٧
**٠,٤٦٧	**٠,٦١٨	٥٦	**٠,٦٨٨	**٠,٥٣٤	٢٨

*معامل الارتباط الدال عند ٠,٠٥، ن=٥٠ هو ٠,٢٨٨

**معامل الارتباط الدال عند ٠,٠١، ن=٥٠ هو ٠,٣٧٢

يوضع فوق الجدول تابع معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس المقاومة النفسية

بالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

١- ارتبطت البنود التالية ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية لدى مجموعة المتعافين،

وهي: ١، ١١، ١٨، ٥٥.

٢- ارتبطت البنود التالية ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية لدى مجموعة المنتكسين وهي: ١٣، ٢١، ٤٥.

وبذلك يوضح الجدول السابق وجود معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية معاملات ارتباط مقبولة، ومن ثمَّ لم يُحَدَف أي بند من بنود مقياس المقاومة النفسية المكون من (٥٦) بنداً.

إجراءات التطبيق:

بدأ التطبيق من شهر ٤ سنة ٢٠١٨ حتى شهر ٤ سنة ٢٠١٩، وتم تقديم مقاييس الدراسة على التوالي بعد أخذ موافقة مكتوبة من كل مشارك في الدراسة وجمع البيانات الأساسية تم تقديم مقياس المقاومة النفسية بشكل فردي لكل مشارك على حدة واستغرق زمن التطبيق ما بين ١٥ دقائق إلى ٢٠ دقيقة.

الإحصاء المستخدمة:

- تم إجراء اختبارات "ت" لفحص دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة.
- تم إجراء إحصاء "مان ويتي" لفحص دلالة الفروق بين المجموعات الصغيرة عند التعامل مع عينتين مستقلتين قد لا تتبع التوزيع الاعتمالي (ديوبولد ب فان دالين، ٢٠٠٣، ٥٢٠-٥٢١).

النتائج ومناقشتها:

أولاً نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد فروق بين المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها في المقاومة النفسية". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء إحصاء اختبارات "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين، ويوضح الجدول التالي نتائج اختبار "ت".

جدول (١١)

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين في المقاومة النفسية

الدالة	قيمة ت	المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		وجه المقارنة
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
دالة	٥,٥٠٣	٦,٣٥	٣٢,٥٠	٦,٠٧	٣٩,٣٤	النظرة الإيجابية للحياة
دالة	٤,٠٦٦	٧,٤١	٣٧,١٢	٦,٢٥	٤٢,٧٠	كفاءة مواجهة المشكلات والإفادة من الخبرة
دالة	٤,٧٣٧	٢,٩٥٢	١٦,٩٨	٢,٧٠٠	١٩,٦٦	الدعم الذاتي وتقبل النقد
دالة	٢,٠٨٤	٣,٢٩	١٦,٤٨	٤,١٤	١٨,٠٤	المرونة
دالة	٤,٧١٥	٤,٠٤	٢٢,٢٠	٣,٥٧	٢٥,٨٠	المثابرة والصمود
دالة	٥,٣٣٩	٥,٨٢	٣٠,٤٢	٤,٥٤	٣٦,٠٠	المساندة الاجتماعية
دالة	٥,٨٦٧	٢٤,٣٣٦	١٥٥,٨٠	١٩,٦٢٢	١٨١,٧٤	الدرجة الكلية للمقاومة النفسية

بالنظر للجدول السابق يتضح أن جميع قيم "ت" جاءت دالة في اتجاه المتعافين.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول:

كشفت نتائج الدراسة عن تحقق هذا الفرض، حيث ميز مقياس المقاومة النفسية بين المتعافين والمنتكسين بصورة دالة إكلينيكية، سواءً في الدرجة الكلية أو في الأبعاد الفرعية للمقاييس مما يؤكد أن المتعافين لديهم مقاومة نفسية أفضل من المنتكسين.

وتتسق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات القليلة السابقة ومنها الدراسة التتبعية لمدة سنة التي أجراها "جرين" وآخرون سنة (٢٠١٤) والتي أشارت نتائجها إلى أن زيادة المقاومة النفسية مرتبط عكسياً بإساءة استخدام الكحول والوقاية من إساءة استخدامه مع مرور الوقت. بالإضافة إلى ذلك، دعمت نتائج هذه الدراسة تصوّر أن المقاومة النفسية كعملية تتطور بمرور الوقت (Green, Beckham, Youssef, Elbogen, 2014).

كما أكدت أيضاً نتائج الدراسة التي أجراها "رادزينسكي" و"كاثرين" سنة (٢٠١٨) أن المعتمدين على الكراك يحشدون قدراتهم وامكاناتهم من أجل التعافي عندما يمارسون مهارات المقاومة النفسية المختلفة (Rudzinski, Katherine, 2018).

وكذلك كشفت نتائج دراسة "كتز" وآخرين سنة (٢٠١٩) عن أن المقاومة النفسية المرتفعة تنبأت بتحسن في القدرة على التوقف عن التعاطي (Kurtz, Pagano, Buttram, Ungar, 2019).

ولم تتعارض نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت الى أن العلاقة بين المقاومة النفسية والاعتماد على المواد النفسية هي عملية نفسية غير خطية ومتعددة العوامل (Borges, Marzo, Castillo, & López, 2017)، ويمكننا تفسير ذلك بأن هذه الدراسات تناولت المقاومة النفسية كمتغير واقى من الدرجة الأولى، لكن في حالة تناول المقاومة النفسية كعامل واقى من الدرجة الثانية تظهر العلاقة الخطية.

وهذا يتفق مع تعريف المقاومة النفسية لدى الراشدين فهي "قدرة الفرد على احتفاظه بمستويات مستقرة نسبياً من الصحة النفسية والجسمية تحت وطأة الأحداث المؤلمة أو الخطرة كوفاة عزيز أو التعرض للعنف بالإضافة لقدرته على توليد خبرات ومشاعر إيجابية من هذه الأحداث". (George & Galea, 2007)، كما تتفق مع تعريف "شارما" للمقاومة النفسية بأنها "القدرة على استعادة الصحة النفسية بعد أي فشل أو خسارة أو

الصدمة وهي واحدة من المهارات الحياتية المهمة التي يحتاجها الفرد لحمايته والمحافظة عليه" (Sharma, 2015).

ثانياً: نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المنتكسين على المواد النفسية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء إحصاء اختبار "مان وبيتني" لدلالة الفروق بين المجموعتين.

ويوضح الجدول التالي نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير نوع العلاج نفسي اجتماعي فقط - مزدوج "دوائي ونفسي اجتماعي" بطريقة مان وبيتني:

جدول رقم (١٢)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير نوع العلاج نفسي اجتماعي فقط - مزدوج "دوائي ونفسي اجتماعي" بطريقة مان وبيتني

الدالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	مزدوج "مزج بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي" ن=٤٣	نفسى اجتماعي ن=٧
غير دالة	٠,٩٦٥	٠,٠٤٣	٢٥,٦٤	٢٥,٤٤

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ١٤ يناير ٢٠٢١، ص ١ إلى ص ١٠٧)

يوضح الجدول السابق أن سياق نوع الجلسة لا يؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع الجلسة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين إلى المواد النفسية.

ويوضح الجدول التالي نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير طبيعة الجلسات من حيث نوع واحد من الجلسات " فردي فقط أو جمعي فقط" في مقابل المزج مابين الجلسات الفردية والجلسات الجمعية - بطريقة "مان ويتنى":

جدول رقم (١٣)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير طبيعة الجلسات من حيث نوع واحد من الجلسات " فردي فقط أو جمعي فقط" في مقابل المزج مابين الجلسات الفردية والجلسات الجمعية - بطريقة "مان ويتنى"

الدالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	المزج مابين الجلسة الفردي والجلسة الجمعي ن=٤٢	نوع واحد من الجلسات "فردي فقط أو جمعي فقط" ن=٨
غير دالة	٠,٢٥٠	١,١٥١	٢٦,٥٤	٢٠,٥٦

يوضح الجدول السابق أنواع الجلسة لا يؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع الجلسة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين إلى المواد النفسية.

ويوضح الجدول التالي نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات بين المعالجين المنخفضين في سنوات الخبرة والمعالجين المرتفعين في سنوات الخبرة بطريقة "مان ويتنى":

جدول رقم (١٤)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى المنتكسين في ضوء متغير خبرة
المعالجن حيث عدد السنوات بين المعالجين المنخفضين* في سنوات الخبرة
والمعالجين المرتفعين** في سنوات الخبرة بطريقة "مان ويتنى"

الدالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	المعالجون المرتفعون في سنوات الخبرة ن=٣٦	المعالجون المنخفضون في سنوات الخبرة ن=١٤
غير دالة	٠,٦٧٣	٠,٤٢١	٢٦,٠٤	٢٤,١١

- المعالجون المنخفضون في سنوات الخبرة هم من يبلغ عدد سنوات خبرتهم أقل من ١٠ سنوات.
- المعالجون المرتفعون في سنوات الخبرة هم من يبلغ عدد سنوات خبرتهم ١٠ سنوات فأكثر.

يوضح الجدول السابق أن خبرة المعالج من حيث عدد السنوات لا تؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير المعالجين المنخفضين في عدد سنوات الخبرة والمعالجين المرتفعين في عدد سنوات الخبرة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين إلى المواد النفسية.

ثالثاً: نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي محل الدراسة وهي (نوع العلاج وطبيعة الجلسات وعدد سنوات خبرة المعالج) لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية" وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء إحصاء

اختبار "مان ويتني" لدلالة الفروق بين المجموعتين، وتوضح الجداول التالية نتائج اختبار "مان ويتني":

جدول رقم (١٥)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين في ضوء متغير نوع العلاج نفسي اجتماعي فقط - مزدوج "دوائي ونفسي اجتماعي" بطريقة "مان ويتني"

الدلالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	مزدوج "مزج بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي" ن=٤	نفسى اجتماعى ن=٦
غير دالة	٠,٥٩١	٠,٥٣٧	٢١,٧٥	٢٥,٨٣

يوضح الجدول السابق أن سياق نوع الجلسة لا يؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع الجلسة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين من المواد النفسية.

جدول رقم (١٦)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين في ضوء متغير طبيعة الجلسات من حيث نوع واحد من الجلسات "فردى فقط أو جمعى فقط" في مقابل المزج مابين الجلسات الفردية والجلسات الجمعية - بطريقة "مان ويتني"

الدلالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	المزج مابين الجلسة الفردى والجلسة الجمعى ن=٤١	نوع واحد من الجلسات "فردى فقط أو جمعى فقط" ن=٩
غير دالة	٠,٣٩٧	٠,٨٤٦	٢٤,٦٨	٢٩,٢٢

يوضح الجدول السابق أن نوع الجلسة لا يؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع الجلسة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

جدول رقم (١٧)

نتائج الفروق في المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية في ضوء متغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات بين المعالجين المنخفضين* في سنوات الخبرة والمعالجين المرتفعين** في سنوات الخبرة بطريقة "مان ويتنى"

الدالة	إحصاء الاختبار		متوسط الرتب	
	قيمة P	Z	المعالجون المرتفعون في سنوات الخبرة ن=٤٣	المعالجون المنخفضون في سنوات الخبرة ن=٧
غير دالة	٠,٥٦٦	٠,٥٧٣	٢٥,٩٨	٢٢,٥٧

- المعالجون المنخفضون في سنوات الخبرة هم من يبلغ عدد سنوات خبرتهم أقل من ١٠ سنوات.
- المعالجون المرتفعون في سنوات الخبرة هم من يبلغ عدد سنوات خبرتهم ١٠ سنوات فأكثر.

يوضح الجدول السابق أن خبرة المعالج من حيث عدد السنوات لا تؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير المعالجين المنخفضين في عدد سنوات الخبرة والمعالجين المرتفعين في عدد سنوات الخبرة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني والفرض الثالث معاً:

ينص الفرض الثاني على أنه "توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي لدى المنتكسين على المواد النفسية".
وينص الفرض الثالث على أنه "توجد فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".
كشفت نتائج الدراسة عن عدم تحقق كلا الفرضين في البحث الحالي ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما يلي:

فيما يخص متغير نوع العلاج، أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن سياق نوع العلاج لا يؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع العلاج النفسي الاجتماعي فقط في مقابل العلاج المزدوج الذي يمزج ما بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي الاجتماعي على المقاومة النفسية لدى مجموعتي المتعافين والمنتكسين إلى المواد النفسية.

لا تتسق نتائج الدراسة الراهنة مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على دور العلاج النفسي الاجتماعي في التعافي وتفوقه على المزج بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي ومن هذه الدراسات الدراسة التي أجراها "بيتراكيس" وآخرون (Petrakis, etal.,2020)، ونتائج دراسة "ماكوفيرن" وآخرين (McGovern, Lambert-Harris, 2011)، كما لا تتسق هذه النتائج مع طبيعة مفهوم المقاومة النفسية والذي تتعدد أشكاله ويتفاوت ويتغير اعتماداً على السياق (Malkoc & Yalcin, 2015).

ويمكن تفسير ذلك لصغر حجم عينة الدراسة؛ فقد خضع جميع المتعافين للعلاج النفسي الاجتماعي ولم يخضع سوى أربعة منهم للمزج بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي. ويؤيد هذا ما أشارت إليه نتائج البحث الحالي من وجود فروق دالة بين

مجموعة المتعافين والمنتكسين على متغير نوع العلاج فيما يخص العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الجماعي اتجاه المتعافين، ووجود فروق دالة بين المتعافين والمنتكسين على كل من العلاج الطبي والعلاج المزوج والمزج بين الجلسات الفردي والجماعي اتجاه المنتكسين، كما توجد فروق دالة في اتجاه المتعافين في عدد سنوات خبرة المعالج، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين في نوع الجلسة العلاجية الفردية. فعندما تم إعادة تقسيم عينة الدراسة وفقاً للمقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي صغر حجم العينة وبالتالي تلاشت الفروق. ويمكن أن تظهر الفروق إذا ما كان حجم العينة أكبر أو عند المقارنة بين العلاج النفسي الاجتماعي والعلاج الدوائي كل على حدة.

وفيما يخص طبيعة الجلسات أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن طبيعة الجلسة لا تؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق في تأثير متغير نوع واحد من الجلسات "فردي فقط أو جمعي فقط" في مقابل المزج ما بين الجلسات الفردية والجلسات الجماعية على المقاومة النفسية لدى مجموعتي المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها.

ولم توجد دراسات سابقة، في حدود علمنا، قارنت بين استخدام أي من النوعين على حدى والمزج بين النوعين من الجلسات الفردية والجماعية، لكن اتسقت نتائج البحث الحالي مع نتائج بعض الدراسات السابقة التي قارنت بين الجلسة الفردية والجلسة الجماعية والتي أشارت إلى أن نتائج العلاج الجماعي تماثل نتائج العلاج الفردي (Marques & Formigoni, 2001).

في حين لم تتسق نتائج البحث الحالي مع بعض نتائج الدراسات السابقة التي أشارت نتائجها إلى تفوق العلاج الجماعي على العلاج الفردي (In: Yalom & Leszcs, 2005, 232)؛ ويمكن تفسير ذلك لصغر حجم عينة الدراسة الحالية.

ويمكن بهذا تفسير نتائج البحث الحالي بأن متغيرات السياق العلاجي الخاصة بطبيعة العلاج النفسي الاجتماعي، سواءً كان فردي أو جمعي أو مزج مابين الفردي والجمعي، لا تؤثر بشكل مباشر على المقاومة النفسية.

فتكنا أهمية العلاج الفردي أو الجمعي أو كليهما للمتعافي خاصة تكمن في خفض شعوره بالخزي وبالوحدة ورفع درجة الوعي بذاته وبالمرحلة العلاجية التي يمر بها أثناء مراحل تعافيهن المواد النفسية، ويسد العلاج الجمعي خاصة الحاجة للانتماء والشعور بالأمان وبالقبول من قبل الآخرين (Clanton, 2008, 28-29)؛ لذا أشارت الدراسات إلى تزايد الاهتمام بالمجموعات العلاجية التي تدعم وتساند الفرد في إعادة تشكيل سلوكه ودعم تعافيه. فيستكشف الفرد في هذه المجموعات العمليات الاجتماعية والمعرفية التي تمكنه من معالجة مشكلاته التي تسبب الاعتماد على المواد النفسية. وترفع لديه المقاومة النفسية وتساعد في الحفاظ على التعافي (Buckingham&Best,2016).

وتسد جلسات العلاج النفسي الاجتماعي سواءً كانت الجلسات الفردية أو الجمعية أو كليهما أيضاً الاحتياجات النفسية لدي المنتكس والتتبعه وتلبي احتياجاته النفسية لتخطي ألم الانتكاس، وهذا قد يرجع إلى حاجة المنتكس إلى أن يرى الأمور من زوايا مختلفة وليس من منظوره هو فقط، فيكتسب من الجلسة الفردية أو الجلسة الجمعية أو كليهما ما يحتاجه خاصة في بداية علاجه ومروره بألم الانتكاس، وبالتالي فالمنتكس يكون في أشد الحاجة إلى من يسانده بالمعلومات لكي يتمكن من التغلب على الانتكاس وإعادة بنيته المعرفية ومقاومته للمشاعر السلبية التي إنتابته نتيجة للانتكاس أيًا كانت طبيعة الجلسة العلاجية فردية أو جمعية أو مزج بينهما.

ومن المكونات الأساسية للمقاومة النفسية الاستبصار (Sixbey, 2005,23) والتي تتحقق من خلال العلاج النفسي الاجتماعي بشكليه الفردي والجمعي لذا لم يظهر أية فروق في المقاومة النفسية بين طبيعة الجلسات لأنها بنوعها تحقق نفس الغرض.

ويتفق هذا التفسير مع ما أشار إليه "مارلط" في نموذج "الوقاية من الانتكاس" من أن المنتكس يحتاج لدعم مهاراته المنتكس للتعامل مع المواقف عالية الخطورة، ورفع الفاعلية الذاتية لديه، وتفنيد المعتقدات الخاطئة والتفكير الخرافي الخاص بالتعاطي، وإعادة البناء المعرفي وإدارة المشاعر السلبية المرتبطة بأثر إنتهاك الإنقطاع عن التعاطي فيما يخص عملية الانتكاس كلها عوامل تساهم في منع الانتكاس (Mary, Rebekka & Marlatt, 1999) وهذا يتحقق من خلال الجلسات العلاجية الفردية أو الجمعية أو كليهما.

كما يمكن تفسير نتائج البحث الحالي في أن المعتمدين على المواد النفسية يحتاجون دعم شبكاتهم الاجتماعية للحفاظ على المكاسب التي تحققت خلال مراحل العلاج. وتختلف وظائف تلك الشبكات الاجتماعية باختلاف النوع، وباختلاف طرق تأثير هذه الشبكات على المعتمدين أثناء علاجهم (Faleck,2016). فالمتعافي يحتاج لدعم ومساندة المعالج والجماعة العلاجية بشكل عام، والمنتكس يحتاج مساندة المعالج والجماعة العلاجية لتخطي الصعوبة التي يمر بها في مواجهة أفراد أسرته أو مجموعته العلاجية عقب الانتكاس. وبالتالي فإن متغير طبيعة الجلسات العلاجية يعد الإطار الأساسي الذي يستقبل كلاً من المنتكس والمتعافي بغض النظر عن متغير المقاومة النفسية.

وفيما يخص متغير خبرة المعالج من حيث عدد السنوات فقد أشارت نتائج البحث الحالي إلى أن خبرة المعالج من حيث عدد السنوات لا تؤثر على المقاومة النفسية، فلم توجد فروق دالة في تأثير متغير المعالجين المنخفضين في عدد سنوات الخبرة والمعالجين المرتفعين في عدد سنوات الخبرة على المقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها.

اتفقت نتائج البحث الحالي مع الدراسة التي أجراها "تيفيل ستانيسكلوس" سنة (٢٠٢٠) والتي كشفت نتائجها عن عدم وجود علاقة ذات دلالة بين سنوات الخبرة العملية ومستوى التعليم وامتلاك ترخيص أو شهادة والفاعلية الذاتية لمستشار الاعتماد على المواد النفسية (Stanislaus,2020). ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن متغير خبرة المعالج ليس هو

المتغير الوحيد الذي قد يؤثر على كفاءة العملية العلاجية بشكل عام وعلى المقاومة النفسية بشكل خاص، بل من المهم فحص المتغيرات الأخرى المرتبطة بالمعالج وأخذها بعين الاعتبار. خاصة عند فحصه في إطار المقاومة النفسية.

وهذا ما أشار إليه الباحثون من أن العلاج النفسي الناجح أو التنبؤ بنجاحه، أو وصفه بأنه فعالاً يتوقف على عدد كبير من العوامل والمتغيرات يرتبط بعضها بالمعالج النفسي، ويرتبط بعضها الآخر بالمريض أو المعتمد على المواد النفسية ويتصل بعضها الثالث والأخير بالعملية العلاجية كعملية مهنية، ومن أهم هذه المتغيرات الخصال والسمات الشخصية للمعالج النفسي، وسمات شخصية المرضى النفسيين وخصالهم، والعلاقة العلاجية (محمد، ٢٠١٥، ٧٥:٦٨).

وتعارضت نتائج البحث الحالي مع نتائج بعض الدراسات منها دراسة "ميلر" وآخرين والتي أشارت إلى أنه كلما كان المعالج خبيراً في إقامة علاقة علاجية ناجحة كلما استطاع أن يحقق التغيير المطلوب في المراحل المبكرة من العلاج (In: Mee-Lee, &CA, 2009, 4). ويمكن تفسير ذلك إلى صغر حجم عينة الدراسة مما جعل من الصعوبة احصائياً توضيح الفارق في سنوات الخبرة، فمنخفضي سنوات الخبرة في البحث الحالي هم من ينخفض عدد سنوات خبرتهم عن ١٠ سنوات وهذه المدة ليست منخفضة، في الواقع، كما أشارت نتائج الفروق في النسب الحرجة إلى ظهور فروق ذات دلالة احصائية جوهرية في مدة الخبرة الأقل من سنة مقارنة مع مدة الخبرة الأكثر من سبعة عشر سنة وهو مدى يسمح بالمقارنة ويتضح منه الفارق؛ لكن نظراً لصغر حجم عينة البحث الحالي لم نستطع وضع مدى احصائي يسمح بتوضيح الفارق.

ويمكن تفسير ذلك أيضاً في ضوء تحقق الفرض الأول من وجود فروق دالة في المقاومة النفسية بين المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين إليها وعدم وجود فروق في المقاومة النفسية في ضوء متغيرات السياق العلاجي

عامه ونوع العلاج خاصة، يمكن تفسير ذلك في ضوء أن المقاومة النفسية تنتج من تفاعل بين العوامل الداخلية والعوامل الخارجية (كمغيرات السياق العلاجي في البحث الحالي) (Sixbey,2005,23) وأن المقاومة النفسية تتأثر بالعوامل الداخلية أكثر من تأثرها بالعوامل الخارجية لدى المتعافين من المواد النفسية والمنتكسين إليها.

ويمكن تفسير ذلك أيضاً في إطار مراحل التعاطي الذي أشار إليه بوزارث في نمودجه:

فقسم الباحث مراحل التعاطي إلى مرحلتين: الأولى، مرحلة الاكتساب، والثانية مرحلة مواصلة التعاطي.

ويشير الباحث إلى أن الدوافع في الحالتين لا تتشابه تماماً سواء أكانت من حيث الكيف أم من حيث الكم. فمن حيث الكيف، تتحكم الدوافع الشخصية، والدوافع الناشئة عن التفاعل بين الأفراد (كحب الاستطلاع، والبحث عن اللذة، وتشجيع الأقران إلخ) في دفع الفرد للبدء في التعاطي (مرحلة الاكتساب).

أما في المرحلة الثانية (مرحلة مواصلة التعاطي)، فعلى الرغم من استمرار تأثير الدوافع النفسية الاجتماعية، فإن الدافعية ذات الأساس البيولوجي (الناجمة عن السمية والتأثير الفارماكولوجي للمادة النفسية) يكون لها الغلبة في هذه المرحلة. أما من حيث الكم، يعتبر الباحث أن الانتقال من المرحلة الأولى إلى الثانية هو نتاج تغير كمي في شدة الدافعية (من خلال: أيمن عامر، ٢٠١٧).

وإذا حاولنا تفسير النتائج في ضوء هذا النموذج فيمكن تفسير الدور الذي تمارسه المقاومة النفسية، واستكمالاً لمراحل النموذج، كمرحلة ثالثة من مراحل هذا النموذج في مراحل التوقف عن التعاطي حيث تعود العوامل الشخصية خاصة عملية المقاومة النفسية في الظهور لتساعد الفرد في الاستمرارية في التوقف عن التعاطي وفي التعافي بشكل عام.

التوصيات:

- ١- إجراء المزيد من الدراسات حول المتغيرات المتعلقة بالمعالج وبالعلاقة العلاجية والتي من شأنها أن تتجسح العملية العلاجية خاصة في مجال الاعتماد على المواد النفسية، وعلى عينة أكبر من حيث العدد ومدة التوقف عن التعاطي.
- ٢- دراسة الأشكال المختلفة للعلاج النفسي الاجتماعي في مجال الاعتماد على المواد النفسية والمقارنة بينهما لتحديد جواب القوة والضعف فيها في بيئتنا العربية والمحلية والتي قد تختلف عن نتائج الدراسات الأجنبية.
- ٣- تصميم برامج علاجية لتنمية المقاومة النفسية.
- ٤- الاهتمام بإعداد برامج خاصة بالارشاد والعلاج الأسري في مجال الاعتماد على المواد النفسية والتعافي منها.
- ٥- الاهتمام بإعداد برامج تدريبية متخصصة يمارسها متخصصون مؤهلون تهدف لرفع كفاءة الفريق العلاجي وإكسابه المهارات اللازمة في إدارة الجلسات العلاجية الفردية والجمعية وإقامة علاقة علاجية ناجحة مع المعتمد على المواد النفسية والمتعافي منها.

قائمة المراجع

- أرنست (خليل سليمان). (٢٠١٥). دور نوعية الحياة في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية والانتكاس إليه. رسالة ماجستير، (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- أشرف (محمد محمد). (٢٠١١). الصمود الأكاديمي وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طلاب التعليم المفتوح. دراسات نفسية، دورية علمية ربع سنوية محكمة، القاهرة: رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ٢١ (٤)، ٥٧١-٦٢١.
- أيمن (عامر). (٢٠١٧). التورط في التعاطي بين الدافعية والمخاطرة : تصور نظري مقترح. دراسات نفسية، دورية علمية ربع سنوية محكمة، القاهرة : رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، ٢٧ (١)، يناير، ١-٣٤ .
- إيناس (راضي عبد المقصود). (٢٠١٧). دور أنماط التفاعل الأسري في التنبؤ بتنظيم الذات وكفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- ديوبولد (فان دالين). (٢٠٠٣). الإحصاء الإستدلالي، ترجمة: محمد نبيل نوفل وسلطان الخضري الشيخ وطلعت منصور غبريال، مراجعة: سيد أحمد عثمان. مناهج البحث في التربية وعلم النفس. القاهرة: الأنجلو المصرية، ٤٦٩-٥٢٥.
- رشا (عبد الفتاح الديدي)، ورأفت (السيد عسكر). (٢٠٠٥). أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات. دراسات نفسية، ١٥ (٣)، ٣٥٣-٣٩٧.

رشا (محمد عبد الستار). (٢٠١٥). مقياس مرونة التكيف (المرونة النفسية). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

رفاعي (صالح سيد). (٢٠١٣). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والأساليب المعرفية لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة حلوان: كلية الآداب، قسم علم نفس.

روبرت (ليهي). (٢٠٠٦). تدخلات العلاج المعرفي. ترجمة: جمعة سيد يوسف ومحمد نجيب الصبوة. العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. تحرير روبرت ليهي. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع.

سام (جولدشتين) وروبرت (بروكس). (٢٠١١). لماذا ندرس الصمود النفسي، ترجمة: صفاء الأعسر، في: سام جولدشتين وروبرت ب. بروكس (محررين). الصمود لدى الأطفال، القاهرة: المركز القومي للترجمة، ٢٣-٤٤.

سهى (سامي محمود). (٢٠١٦). دور اضطرابات النوم في التنبؤ بالانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية، رسالة ماجستير، (غير منشورة)، جامعة القاهرة، قسم علم النفس.

سهير (لطي على). (٢٠٠٠). ملخص المسح الشامل لظاهرة تعاطي وإدمان المخدرات، المرحلة الثالثة، دراسة على المدمنين من نزلاء أقسام علاج الإدمان "القاهرة الكبرى". القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

شعبان (جاء الله رضوان). (٢٠٠٦). دور المساندة الاجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الاجتماعي لدى الفصاميين والاكنتابين. دراسات نفسية ، ١٦ (٢)، ١٧١-٢٢٠.

صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.(٢٠١٤).تقرير فني عن أنشطة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي خلال عام ٢٠١٤. القاهرة: وزارة التضامن الاجتماعي وصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

صفاء (إسماعيل مرسى).(٢٠١٧). الصلابة النفسية كمتغير معدل بين مدة الزواج وخطط الحفاظ على استمرار الحياة الزوجية لدى عينة من الأزواج والزوجات.المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، يوليو ٥(٣)، ٣٣٩-٤٠٢.

ضياء الدين (عادل محمد).(٢٠١٠). الفروق بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على الأمفيتامينات وبين الأسوياء في الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة: كلية الآداب قسم علم نفس.

عماد (حمدي غز) ونهى (أحمد صبري) وألبرت (ادوارد سدراك) وأسامة (رفعت ابراهيم) (٢٠١١). البحث القومي للإدمان: معدلات إستعمال وإدمان المخدرات والكحوليات في القاهرة-التقرير النهائي.القاهرة: الأمانة العامة للصحة النفسية وحدة البحوث-كلية الطب قسم الطب النفسي جامعة القاهرة.

عوض (حسانين عوض).(٢٠١٦). مكونات تنظيم الذات لدى المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب. رسالة ماجستير، (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

فاتن (طلعت قنصوة).(٢٠١٣). دور الصمود وخطط التعايش في التنبؤ باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى عينة من المغتصبات. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي.١(٢).

فؤاد (أبو المكارم).(٢٠٠٥).التغيرات النفسية الناجمة عن عمليات التكيف العصبي للإدمان (اقتراحات وفروض). المجلة القومية للتعايش والإدمان، ١(٢).

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٧، ١٤ يناير ٢٠٢١، ص ١ إلى ص ١٠٧)

فؤاد (أبو المكارم). (٢٠١٧). المواد النفسية والأسس البيولوجية لتعاطيها. دراسات نفسية، القاهرة: رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، ٢٧(١)، يناير، ٨٠-٣٥.

لطفى (فطيم). (١٩٩٣). العلاج النفسي الجماعي. القاهرة: الأنجلو المصرية.

لويس (كامل مليكة). (١٩٩٠). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة: دار القلم للنشر والتوزيع.

محمد (حسن غانم). (٢٠٠٣). العلاج النفسي الجماعي بين النظرية والتطبيق.

محمد (حسن غانم). (٢٠٠٥). العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين. القاهرة: الأنجلو المصرية.

محمد (كمال عبد الله). (٢٠١٠). تطور التوافق النفسي خلال المراحل العلاجية لدى عينة من المتعافين من الاعتماد على المواد المؤثرة نفسياً. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

محمد (نجيب الصبوة). (٢٠١٥). أسس العلاج النفسي المعاصر ونظرياته. الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.

محي الدين (أحمد). (٢٠٠٣). التأهيل النفسي والاجتماعي لمتعاطي المخدرات ومدمنيها، الدليل الأول، مدخل تمهيدي إلى تأهيل مدمني المخدرات، الجيزة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

مروة (سعيد عويس). (٢٠١٦). المرونة النفسية وعلاقتها بالتفكير الأخلاقي لدى الطلاب في ضوء المتغيرات الديموجرافية المرتبطة بالنوع والثقافية الفرعية والتخصص الأكاديمي والفرقة الدراسية. دراسات نفسية. ١٦(٢)، ٤٧١-٢٩٣.

مصطفى (سويف). (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة.
منار (محمد عكاشة). (٢٠١٩). الصمود النفسي والأفكار الآلية السلبية كمتغيرين
معدلين للعلاقة بين تنظيم الذات والسلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطرابات
المسلك والأسوياء. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب،
قسم علم النفس.

مي (حسن علي). (٢٠١٩). صورة الجسم لدى مرضى البهاق وعلاقتها بالصلابة
النفسية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي. الجمعية المصرية
للمعالجين النفسيين: الجيزة، ٧(٣)، يوليو، ٤٠١-٤٣٧.

نجوى (الحوال) وجمعة (يوسف). (٢٠٠٧). الإستراتيجية القومية الشاملة لمواجهة مشكلة
المخدرات في مصر. القاهرة: المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان وصندوق
مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.

هارون (توفيق الرشيد). (١٩٩٨). مقياس معنى الحياة. كلية التربية: كفر الشيخ.

هاوارد (كابلن). (٢٠١١). فهم مفهوم الصمود النفسي، في: الصمود لدى الأطفال،
تحرير: سام جولدستين وروبرت ب. بروكس، ترجمة: صفاء الأعرس، القاهرة:
المركز القومي للترجمة، ٨١-٩٤.

هناء (أحمد محمد). (٢٠٠٩). التواصل الفعال بين المريض والطبيب وعلاقته بالثقة لدى
مرضى بعض فئات الأمراض المزمنة. دراسات نفسية. ١٩(١)، يناير ٧٩-
١١٩.

وفاء (إمام عبد الفتاح). (٢٠١٧). مقياس المقاومة النفسية (غير منشور). ملحق برسالة
دكتوراه عنوانها المقاومة النفسية كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية الحياة وزملة
أعراض التعب المزمن (غير منشورة). جامعة القاهرة، قسم علم النفس.

- Achour, M. & Nor, M. (2014).The Effects of Social Support and Resilience on Life Satisfaction of Secondary School Students. **Journal of Academic and Applied Studies**, 4(1), 12 -20.
- Ager, R.D., Yoshioka, M.R.& Adams, K.B.(2020). Unilateral Spouse Therapy to Reach the Treatment-Resistant Alcohol Abusing Partner: A Randomized Controlled Trial. **Research on Social Work Practice**.
- Ahmed, N. (2017). **Mu opioid receptor gene (oprm 1) polymorphism in patients with opiate us**. MD Degree in Psychiatry, Faculty of Medicine, Cairo University.
- Bishop M.,F. (2002). Alcohol and Substance Abuse, Brief Cognitive-Behavioral Intervention for Substance Abuse, chapter 9(161-186), **Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy**, Edited by: Frank W.Bond &Windy . New York, NY, USA: Albert Ellis Institute.
- Borges, J.M., Marzo, J.C., Castillo,G.,D., J.A.& López,D.,C., Á.G. (2017) .Relationship between sensory processing, resilience, attitudes and drug use in Portuguese adults. **Paideia**, , 27 (68), 255-262.
- Buckingham, S., &Best, D. (2016) .Addiction, behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery. **Addiction, Behavioral Change and Social Identity: The Path to Resilience and Recovery**, pp. 1-212. Cited 1 time.

- Calpe-López, C., García-Pardo, M.P., Martínez-Caballero, M.A., Santos-Ortíz, A.& Aguilar, M.A.(2020).Behavioral Traits Associated With Resilience to the Effects of Repeated Social Defeat on Cocaine-Induced Conditioned Place Preference in Mice. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, 13, art. No. 278, .
- Cao, Q.& Liu, L. (2020).Loneliness and depression among Chinese drug users: Mediating effect of resilience and moderating effect of gender. **Journal of Community Psychology**, 48 (2), pp. 414-425.
- Cavicchioli, M., Ramella, P., Vassena, G., Simone, G., Prudenziati, F., Sirtori, F., Movalli, M., Maffei, C.(2020).Dialectical behaviour therapy skills training for the treatment of addictive behaviours among individuals with alcohol use disorder: the effect of emotion regulation and experiential avoidance. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 46 (3), pp. 368-384.
- Charles E., Dodgen, W. & Shea, M. (2000). Treatment II: Planning, implementing, and managing treatment and the course of recovery. **Substance Use Disorders**, 139-147.
- Clark, A.A.(2014).Narrative Therapy Integration Within Substance Abuse Groups. **Journal of Creativity in Mental Health**, 9 (4), pp. 511-522. Cited 3 times.

- Clanton, E., (2008). **Group Interventions in Schools promoting Mental Health for Atrisk Children and Youth**. University of South California USA: Springer.
- Crèvecoeur-MacPhail, D., Cousins, S.J., Denering, L., Kim, T., Rawson, R.A. (2018). Effectiveness of extended release naltrexone to reduce alcohol cravings and use behaviors during treatment and at follow-up. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 85, pp. 105-108. Cited 2 times.
- Connor-Greene, P.A. (1993). The therapeutic context: Preconditions for change in psychotherapy. **Psychotherapy**, 30 (3), 375-382. Cited 11 times.
- Colompo Plan Drug Advisory Programme(DAP).(2017) .**The Universal Treatment Curriculum for Substance Use Disorder (UTC), Participant Manual, Course 5.3rd Edition**.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K. & Perry., (2010). MetaAnalysis of Therapist Effects in Psychotherapy Outcome Studies. **Journal Psychotherapy Research**, 81-91 published online: 25 Nov.
- Dewi, R., Dalimunthe, R.Z., Rahmadana, M.F., Dalimunthe, M.B., Airlangga, E.(2020). Self-resilience of students in drug initiations. **International Journal of Scientific and Technology Research**, 9 (1), pp. 2724-2729.
- Dodd, D. D. (2015). **Is there a relationship between alcohol/drug counselor's strength of belief in the disease concept of**

addiction and burnout? DAI-B 77/07(E), Dissertation Abstracts International. United States: Ann Arbor.

Donald, R. Wesson, Barbara, E., Havassy, & David, E., & Smith (1986). Theories of Relapse and Recovery and Their Implications for Drug Abuse Treatment. **Relapse and Recovery in Drug Abuse**. Editors: Frank M. Times, Ph.D. & Carl G. Leukefeld, D.S.W., NIDA Research Monograph 72: National Institute on Drug Abuse.

Dugan, Margret Ann (1996). **Families & family life; Personal relationships; Sociology; Behavioral sciences; Public health; Welfare**. Dissertation Abstracts International, Dissertations & Theses. United States: California.

Faleck, P., (2016). **Sex differences in social support and substance use disorders: Implications for mechanisms of change and treatment outcomes**. Dissertations & Theses, M.S. United States -- New Jersey: Rutgers the State University of New Jersey - New Brunswick. ProQuest.

Firdaus, S., Setyowati, A. & Purwatiningsih, E.S. (2019) .Spiritual resilience model on drug abuse intensity among senior high school students, South Kalimantan: A path analysis. **Indian Journal of Public Health Research and Development**, 10 (3), pp. 348-353.

George A. Bonanno & Galea, S. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. **Journal of**

Consulting and Clinical Psychology by the American Psychological Association. 75, No. 5, 671–68.

Green, K.T., Beckham, J.C., Youssef, N., & Elbogen, E.B. (2014). Alcohol misuse and psychological resilience among U.S. Iraq and Afghanistan era veterans. **Addictive Behaviors**, 39 (2), pp. 406-413.

Holzhauser, C.G., Hildebrandt, T., Epstein, E., McCrady, B., Hallgren, K.A., & Cook, S. (2020). Mechanisms of Change in Female-Specific and Gender-Neutral Cognitive Behavioral Therapy for Women With Alcohol Use Disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**.

Jang, J. (2012). **The Effect of Support Type on Resilience**. Master of Arts, the Department of Communication Studies, the Graduate School of the University of Alabama.

Karamipour, M., Hejazi, M. & Beheshti Yekta, Z. (2015). The -Role of Resilience and Hardiness in Mental Health of Athletes and Non-athletes. **Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences**. 4 [2] January: 37-43.

Kendler, K.S., Ohlsson, H., Clouston, S., Fagan, A.A., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2019). The causal effect of resilience on risk for drug abuse: A Swedish national instrumental variable, co-relative and propensity-score analysis. **Psychological Medicine**, Cambridge University, Scopus Article in Press.

- Kennedy, B., Chen, R., Fang, F., Valdimarsdottir, U., Montgomery, S., Larsson, H., & Fall, K. (2019). Low stress resilience in late adolescence and risk of smoking, high alcohol consumption and drug use later in life. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 73 (6), 496-501.
- King, A.C. & Canada, S.A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 26 (3), pp. 189-195.
- Kulak, J.A., Homish, D.L., Hoopsick, R.A., Fillo, J., Bartone, P.T., & Homish, G.G. (2020). Hardiness Protects Against Problematic Alcohol Use in Male, but Not Female, Soldiers. **Psychological Services**.
- Kumpfer, K. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience, In: **The Resilience Framework. Resilience and Development: Positive Life Adaptation**. Edited by: Glantz & Johnson. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Kurtz, S.P., Pagano, M.E., Buttram, M.E., & Ungar, M. (2019). Brief interventions for young adults who use drugs: The moderating effects of resilience and trauma. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 101, pp. 18-24.
- Martínez-Rivera, & Arlene. (2020). **Can L-Type Calcium Channel Blockers Be Re-Purposed to Treat Cocaine Addiction?**. Dissertations & Theses, Weill Medical College of Cornell

University. ProQuest Dissertations Publishing, 2020. 27962931.

McGovern, M.P., Lambert-Harris, C., Alterman, A.I., Xie, H., & Meier, A. (2011). A randomized controlled trial comparing integrated cognitive behavioral therapy versus individual addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. **Journal of Dual Diagnosis**, 7 (4), pp. 207-227.

Mary E. Larimer, Rebekka S. Palmer, & Marlatt A., G. (1999). Relapse Prevention an Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. **Alcohol Research & Health** . 23, No. 2.

Masten, A. & Obradavic, J. (2006). Competence and resilience in development . **Annals of the New Academy of Sciences**. 1094, 13-27.

Marques, A.C.P.R. & Forgone, M.L.O.S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. **Addiction**, 96 (6), pp. 835-846.

Mee-Lee, D., & CA, D., (2009). **Skill-Building in Treatment Plans that Make Sense to Clients**. July.29, DAVMEELEE@aol.com www.DavidMeeLee.com Newark, DE.

Mereu, M., Bonci, A., Hauck, A. & Tanda, G. (2013). The neurobiology of modafinil as an enhancer of cognitive performance and a potential treatment for substance use disorders.

psychopharmacology. 229:415-434.Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Magill, M., Martino, S.& Wampold, B.E.(2020).The process of skills training: A content analysis of evidence-based addiction therapies. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 116, art. no. 108063.

Malkoc, A. & Yalcin, i. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-being among University Student.**Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal**.5 (43), 35-43.

Monica C., Skewes, Vivian M.& Gonzalez. (2013). **The Bio psychosocial Model of Addiction. Principles of Addiction**, Chapter 6 - , Pages 61-70

Moon, D.G., Jackson, K.M., Hecht, M.L. (2000). Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. **Journal of Drug Education**, 30 (4), pp. 373-398.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIH). [http://www.niaaa.nih.gov/news-events/news-releases / niaaa-reports-project-match-main-findings](http://www.niaaa.nih.gov/news-events/news-releases/niaaa-reports-project-match-main-findings)

Ness, M.L.& Oei, T.P.S. (2005).The effectiveness of an inpatient group cognitive behavioral therapy program for alcohol dependence. **American Journal on Addictions**, 14 (2), pp. 139-154.

- Özlem, k., (2007). **Investigation of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors: a model testing study.** A thesis submitted to the graduate school of social sciences of Middle East technical university. For the degree of doctor philosophy in the department of educational sciences. Ph.D., department of educational sciences: turkey
- Paddock, S.M., Hunter, S.B.& Leininger, T.J(2014) .Does group cognitive-behavioral therapy module type moderate depression symptom changes in substance abuse treatment clients?.**Journal of Substance Abuse Treatment**, 47 (1), 78-85.
- Patrick, M., Flynn, George, W. Joe, Kirk, M., Broome, Dwayne, D., Simpson& Barry, S., Brown. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. **Journal of Substance Abuse Treatment**, Volume 25, Issue 3, October, 177-186.
- Peterkin, Melissa M.(2020). **Identifying the Optimal Therapeutic Strategy in the Treatment of Substance Use Disorders: Can Pharmacological Therapies Prevent Relapse in Opioid- and Alcohol-Addicted Patients?.** Dissertations & Theses. University of Bridgeport, ProQuest Dissertations Publishing, 2020. 27833756.
- Petrakis, I., Ralevski, E., Arias, A.J., DeNegre, D., Newcomb, J., Gianoli, M., McCarthy, E., Meshberg-Cohen, S.,& Yoon, G.(2020). Zonisamide as an Adjunctive Treatment to

Cognitive Processing Therapy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Alcohol Use Disorder: A Pilot Study. **American Journal on Addictions**.

Petry, N.M., Martin, B., Simcic Jr., F. (2005). Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: Integration with group therapy in a methadone clinic. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 73 (2), pp. 354-359. Cited 98 times.

Project Match Research Group, NIAAA. (1998). matching patients with alcohol disorders to treatments: Clinical implications from Project MATCH. **Journal of Mental Health**. 7, Issue 6, 589-602. published online: 06 Jul. 2009.

Project MATCH Research Group. (2010). Therapist Effects in Three Treatments for Alcohol Problems. **Journal Psychotherapy Research**, 455-474 | published online: 25 Nov.

Richardson, G., (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. **Journal of Clinical Psychology**, 58(3), 307-321. © 2002 Wiley Periodicals, Inc.

Rockwall, Lane, f., & Rockville (1998). **Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice Technical Assistance Publication Series**, 21 .U.S. :Public Health Service Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Romand,J.(2015). **Prevention Psychology,Enhanceing Personal and SocialWell-Being.** Washongton,D C:American Psychological Association.
- Rudzinski, Katherine. (2018). **A Bourdieu Sian Analysis of Resilience among Victimized Individuals Who Smoke Crack Cocaine.** Ph.D. University of Toronto (Canada), ProQuest Dissertations Publishing, Dissertations &Theses.
- Sharma, B. (2015). A study of resilience and social problem solving in urban Indian adolescents .**The International Journal of Indian Psychology.** 2, (3), April to June. PP.2349-3429.
- Stinson, Fred, (2014). **In search of resilience: Developmental and motivational perspectives on sustained abstinence amongAfrican American men who used crack cocaine.** Capella University, Ph.D. Dissertations &Theses. United States: Ann Arbor. Proust Dissertations Publishing,
- Sixbey, M., (2005). **Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience.** Dissertation Thesis Ph.D. Doctor of Philosophy. University of Florida.
- Stanislaus, Nievel Marisa. (2020). **Predictors of Substance Abuse Counselor Self-Efficacy when Working with Dually Diagnosed Clients.** Dissertations & Theses.Walden University, ProQuest Dissertations Publishing, 27997471.

- Tam, C.C., Benotsch, E.G. & Weinstein, T.L. (2020). Resilience and psychiatric symptoms as mediators between perceived stress and non-medical use of prescription drugs among college students. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 46 (1), pp. 120-130.
- Van-Breda, A. (2001). **Resilience Theory: Literature Review**. Pretoria, South Africa: South Africa Military Health Service. Available: <http://www.vanbreda.org/Adrian/resilience.htm>.
- Wagnold, G., & Young. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. **Journal of nursing measurement**. 1 (2). Springer publishing company.
- Wampold, B. & Carlson, J. (2011). Qualities and Action of Effective Therapists. **American Psychological Association**. http://www.div12.org/Psychological_Treatments/treatments.html).
- Wang, L., Xu, B., Gu, Y., Zhu, J. & Liang, Y. (2019). The mediating and moderating effects of resilience on the relationship between perceived stress and depression in heroin addicts. **Journal of Community Psychology**, 47 (3), 495-503.
- White, W. & Ali, S. (2010). **Lapse and relapse: Is it time for a new language**. Posted at www.facesandvoicesofrecovery.org.
- Weiland, B.J., Nigg, J.T., Welsh, R.C., Yau, W.-Y.W., Zubieta, J.-K., Zucker, R.A., & Heitzeg, M.M. (2012). Resiliency in

Adolescents at High Risk for Substance Abuse: Flexible Adaptation via Subthalamic Nucleus and Linkage to Drinking and Drug Use in Early Adulthood. **Alcoholism. Clinical and Experimental Research**, 36 (8), pp. 1355-1364.

Wong, D.F.K., Zhuang, X.Y.& Ng, T.K. (2020) . Effectiveness of a culturally-attuned integrated cognitive behavioural therapy for Chinese young people with drug abuse in Hong Kong. **Children and Youth Services Review**, 113, art. no. 104970, .

Yalom, I.& Leszcs, M., (2005).**The theory and Practice of Group Psychotherapy Fifth Edition**. New York: Basic Books, a Memberof the Perseus Books Group.