

الفروق في مواقف الانتكاسة وأبعاد التنظيم الانفعالي واليقظة العقلية في ضوء النوع الاجتماعي والمادة الإدمانية

مهيناز عبد المنعم مصطفى شومان^(*)

أ. د/ هناء أحمد شويخ^(*) د/ نيفين نيروز^(*)

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية وفقاً للنوع، والمادة الإدمانية، وتكونت عينة الدراسة من (٥٢) مدمناً من المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى (٣٠) من الذكور و(٢٢) من الإناث، وتراوحت أعمارهم من (٢٠-٣٩) سنة، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة البيانات الأولية (إعداد الباحثين)، واستبيان مواقف الانتكاسة (إعداد عسكر وآخرين ٢٠٠٥)، ومقياس التنظيم الانفعالي (إعداد الباحثين)، ومقياس اليقظة العقلية لـ "بير" وآخرين (تعريب محمد السيد عبد الرحمن، ٢٠١٥)، وأسفرت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق في بعض أبعاد كل من مقياس اليقظة العقلية، ومواقف الانتكاسة، والتنظيم الانفعالي باختلاف النوع، بينما لا توجد فروق طبقاً لنوع المادة الإدمانية (الهيروين- مواد أخرى) في كل من اليقظة العقلية، ومواقف الانتكاسة، والتنظيم الانفعالي.

الكلمات المفتاحية: المواد الإدمانية، التنظيم الانفعالي، اليقظة العقلية، الانتكاسة.

-
- باحثة دكتورة في علم النفس الإكلينيكي .
 - استاذ علم النفس بكلية الآداب - جامعة الفيوم.
 - مدرس علم النفس بكلية الآداب - جامعة الفيوم .

The differences in relapse situations, dimensions of emotional regulation, and dimensions of mental alertness according to gender and addictive substance

Mahinaz Abdel Moneim Mustafa Shoman^(*)

Prof. Hana Ahmed Shuwaikh^(*) Dr. Nevin Nayrouz^(*)

Abstract

The current study aimed to investigate the variation in relapse situations, dimensions of emotional regulation, and dimensions of mental alertness according to gender and addictive substance. The study sample consisted of (52) abusers who used psychological substances attending the outpatient clinics of Heliopolis Hospital for Mental Health, and they were divided into (30 males). (22 females), their ages ranged from (20-39). The study tools included a list of primary data (prepared by the researcher), a relapse attitudes questionnaire (Askar et al., 2005), an emotional regulation scale (prepared by the researcher), and Beer's mental alertness scale (Arabization of Muhammad Al-Sayyid Abdel-Rahman 2015). The results of the current study resulted in differences in some dimensions of each of the mindfulness scales, relapse situations, and emotional regulation depending on the gender, while there are no differences between each of (heroin and other substances) in both mindfulness and Relapse and emotional regulation.

Keywords: substance abuser, emotional regulation, mindfulness, relapse.

-
- Ph.D researcher in clinical psychology
 - Professor of Psychology, Faculty of Arts - Fayoum University..
 - Lecturer of Psychology, Faculty of Arts - Fayoum University.

مقدمة

تعتبر مشكلة إدمان المواد النفسية من المشكلات التي يعاني منها العالم كله بصفة عامة، والمجتمع المصري بصفة خاصة؛ حيث أشارت التقارير العالمية إلى أن حوالي ٥.٥ في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في العام الماضي، في حين أن ٣٦.٣ مليون شخص، أو ١٣ في المائة من العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.

وعلى الصعيد العالمي، يقدر أن أكثر من ١١ مليون شخص يتعاطون المخدرات بالحقن، كما ازداد عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بنسبة ٢٢ في المائة، ويرجع ذلك جزئياً إلى النمو السكاني العالمي.

واستناداً إلى التغيرات الديمغرافية وحدها، تشير التوقعات الحالية إلى زيادة بنسبة ١١ في المائة في عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي بحلول عام ٢٠٣٠، وزيادة ملحوظة بنسبة ٤٠ في المائة في إفريقيا، بسبب النمو السريع للسكان والشباب (تقرير المخدرات العالمي، ٢٠٢١).

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فقد أُفيد بأن ٣.٥% - ٥.٧% ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة على الصعيد العالمي يسيئون استخدام المخدرات، ولكن يقدر أن ما بين ١٠% و ١٥% منهم يصابون بالاعتماد أو بنمط من الاستخدام الضار، ويبلغ انتشار إساءة استخدام المواد النفسية في إقليم شرق المتوسط نحو ٣٥٠٠ لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٣).

بالإضافة إلى ذلك، يشير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي أن نسبة تعاطي المخدرات في مصر حالياً ٥.٩% في الشريحة العمرية من ١٥ إلى ٦٠ عاماً، وهذا أعلى من المعدل العالمي، الأمر الذي يجعلنا نبحث عن أحدث العلاجات التي تعالج إساءة استخدام المواد النفسية للحد من الانتكاسة (مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ٢٠٢٢).

وعلى الرغم من أن نسب الإصابة بالاضطرابات النفسية تكاد تكون متساوية بين الرجال والنساء، فإن هناك فروقات كبيرة بين الجنسين في نمط المرض النفسي، حيث يحدد الجنس الفرق في القوة والسيطرة لدى الرجل والمرأة على العوامل الاجتماعية، والاقتصادية الخاصة بصحتهم النفسية، وحياتهم، ووضعهم الاجتماعي، ومنزلتهم الاجتماعية، وعلاجهم، كما يؤثر الجنس على قابلية التعرض للعوامل التي تزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض النفسية، وتحدث الفروق بشكل خاص في الاضطرابات النفسية الشائعة كالإكتئاب والقلق والتوتر والأعراض الجسدية، ومن الجدير بالذكر أن هذه الاضطرابات -التي تحدث بشكل أكبر لدى النساء- تصيب واحدًا من كل ثلاثة أشخاص في المجتمع وتشكل مشكلة صحية عامة وخطيرة (السيد، ٢٠٢٢).

ويعتبر الأفراد مدمنو المواد النفسية هم أكثر معاناة من المشكلات النفسية والانفعالية التي لها تأثير قوي على حياتهم الشخصية بوجه خاص، وعلى المجتمع والاقتصاد بوجه عام.

وتعد الانتكاسة من أصعب المشكلات التي تواجه هذه الفئة المرضية؛ حيث غالبًا ما ترتبط الانتكاسة ليس فقط بالعودة إلى المخدر وحده، إنما العودة إلى جميع السلوكيات الإدمانية، والحالة النفسية والعقلية والانفعالية السابقة؛ مما يتسبب في مشكلة كبيرة للمريض وأسرته.

ولأن إدمان المواد النفسية اضطراب انتكاسي مزمن، فإنه أصبح مرضًا شائعًا عالميًا، ويؤدي إلى ملايين الوفيات سنويًا، كما أن له تأثيرًا في جودة حياة الفرد، لذلك جاء تدخل البرامج العلاجية للإدمان، وذلك للوقاية من المشكلات المرتبطة بالإدمان من مشكلات سلوكية، وانفعالية، وغيرها، وهذا جعل ضرورة دمج العلاجات المعرفية السلوكية مع اليقظة العقلية كاستراتيجية لتعديل وعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات والمشكلات المرتبطة بالإدمان، وترجع فعالية اليقظة العقلية لتقليل الانفعالات السلبية، مثل: القلق،

والحزن؛ حيث إن هذه المؤثرات السلبية تعد من أهم الدوافع وراء الانتكاس (صيام، ٢٠١٨).

ويشير تقرير الخطة التنفيذية لمواجهة مشكلة المخدرات Informing Alcohol and Drug service planning in Victoria إلى أن استخدام اليقظة العقلية في العلاج النفسي يؤدي إلى التقليل من الضغوط وإدارة اللهفة crave. وبالتالي منع الانتكاسة؛ حيث يشير التقرير إلى وجود ٢٤ دراسة تعتمد على التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية في علاج إساءة استخدام المواد النفسية، وأظهرت هذه البرامج أن اليقظة العقلية لها دور فعال في تقليل استهلاك المعتمدين على المواد المخدرة المختلفة، مثل: الكحول، والأمفيتامين، والكوكايين، والقنب، والتبغ، وذلك مقارنة بالعلاجات التقليدية التي لا يتدخل فيها العلاج باليقظة العقلية.

كما أشارت هذه الدراسات إلى إمكانية تعميم هذه النتائج على الرغم من صغر حجم عينة هذه الدراسات، فالنتائج الفعالة لليقظة العقلية جعلتها قابلة للتعميم، مع ضرورة إجراء أبحاث ودراسات عديدة في هذا المجال على عينات إكلينيكية كبيرة الحجم.

وتقوم اليقظة العقلية على تعزيز الوعي بالأفكار السلبية التلقائية التي بدورها تقود المريض إلى اللهفة للمواد النفسية ومن ثم الانتكاسة، ولذلك تساعد اليقظة العقلية مرضى الإدمان ومرضى الاضطرابات النفسية المختلفة على الوعي التام بهذه الأفكار السلبية وتعليم المريض كيفية تحجيم هذه الأفكار التي تقوده للانتكاسة (Manning, Lubman, & Garcia, 2017).

ولقد نالت اليقظة العقلية اهتمام العديد من الباحثين والمعالجين النفسيين في السنوات الأخيرة، فقد قام المهتمون بالعلوم السلوكية والنفسية بدراسة جذورها التاريخية، والتأصيل النظري لها، وكذلك إعداد أدوات لقياسها وتقنينها على فئات مختلفة، هذا بالإضافة إلى تقديم برامج علاجية وإرشادية لتوظيفها كفنية علاجية للعديد من الاضطرابات، وبالرغم من النشأة الدينية للمفهوم فإن

علماء النفس طوروا هذا المفهوم وتناولوه باعتباره مفهوماً نفسياً يشير إلى التعايش مع الأفكار والمشاعر دون إصدار أحكام سلبية عليها والتعامل معها بموضوعية بدلاً من رؤيتها من زاوية واحدة مع الاعتراف بها مهما كانت مؤلمة (مصطفى، ٢٠١٩، ٣٧٥).

ويكتسب مدمنو المواد النفسية العديد من السلوكيات الإدمانية؛ مثل: العدوان والانفعالات غير المنتظمة؛ مما يؤثر ذلك في استجابة الفرد للأحداث اليومية والمواقف الضاغطة وغيرها من الأحداث التي يواجهها الفرد خلال يومه، وتؤدي الانفعالات دوراً مهماً في التكيف مع الأحداث الحياتية والأحداث الضاغطة أو المؤلمة، ويمكن وصف الانفعالات بأنها ردود أفعال بيولوجية ومعرفية في مختلف المواقف التي يواجهها الفرد.

وعلى الرغم من أن الانفعالات لها أسس بيولوجية فيمكن تنظيمها وتوظيفها بشكل صحيح، وهي على النحو التالي: ١- إدراك الانفعالات وفهمها. ٢- قبول الانفعالات. ٣- القدرة على التحكم في السلوكيات الانفعالية. ٤- التصرف وفقاً للأهداف المرجوة.

ويتضمن الانفعال كل الأساليب الشعورية وغير الشعورية، مثل: الوعي الجسدي والانفعالي، والمشاعر، وقبول الانفعالات، والمشاعر والحفاظ عليها (Massah et al., 2015)، والخلل الانفعالي بالإضافة إلى إدمان المواد النفسية يعمل على العجز المعرفي، ويتم ملاحظة هذا العجز خلال فترة العلاج من خلال ضعف الإدراك، وهذا يعتبر السبب الأكثر شيوعاً لعدم تكلمة العلاج والانتكاسة (Schmeichel & Tang, 2015).

وقد لوحظ في السنوات الأخيرة انتشار المخدرات بين الفتيات، وتزايد نسبة التعاطي بينهن على نحو لم يكن معروفاً في السابق، وقد ترتب على ذلك آثار خطيرة على مستوى صحة النساء موازنة بصحة الرجال، فقد أشار تقرير UNODC إلى أنه بمجرد أن تبدأ النساء في التعاطي، فإنهن يملن إلى زيادة استهلاكهن بسرعة أكبر من الرجال بالاضطرابات الناشئة عن تعاطي

المخدرات. (الشمري، ٢٠٢١).

ولقد اتضحت مشكلة الدراسة الراهنة للباحثين في أثناء التدريب في مستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية وعلاج الإدمان؛ حيث إن مشكلة عدم التنظيم الانفعالي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بإدمان المواد النفسية والانتكاسة؛ حيث يعاني مدمنو استخدام المواد من الاندفاعية وعدم تنظيم الانفعالات الذي يؤدي إلى اللهفة، وبالتالي إلى الانتكاسة؛ وقد أقر العديد من الأفراد أنهم قد انتكسوا نتيجة الاندفاعية وعدم تحمل المشكلات الأسرية والمشاعر السلبية والإيجابية؛ مما يؤدي إلى اللهفة، ومن ثم الانتكاسة.

ومن هنا ظهر مدى التداخل بين متغيرات الدراسة (الانتكاسة، اليقظة العقلية، التنظيم الانفعالي) في تشكيل سلوك هؤلاء المدمنين، ولذا كان من المحتمل التركيز على الفروق بينهم من حيث النوع الاجتماعي، والمادة الإدمانية.

مشكلة الدراسة:

أشار المسح القومي الشامل لظاهرة إساءة استخدام المواد ذات التأثير النفسي لعام ٢٠١٧، أن نسبة تعاطي المواد ذات التأثير النفسي بالنسبة للذكور تعادل (١١.٧%)، وأن نسبة الممتنعين عن تناول أي مواد إدمانية لا تزيد على (٢٠%)، وأن نسبة عدم استكمال العلاج قد تصل إلى حوالي (٥٠%)، وهي تقريباً نفس النسبة لدى مرضى الأمراض المزمنة، مثل: السكر، وضغط الدم (صلاح، ٢٠٢١).

ويشير كل من (Stoica, Knight, Naaz, Patton & Depue, 2021) أن هناك اختلافاً بين الدراسات السابقة في تفسير التنظيم الانفعالي للذكور والإناث، فمنهم من أثبت أن الإناث أكثر استجابةً انفعاليةً للمحفزات السلبية عن الذكور، ومنهم من أثبت العكس؛ مثل دراسة كل من (Fabes and Fischer, 1993; Grossman and Wood, 1993; Hess et al., Martin, 1991; 2000; Plant et al., 2000; Timmers et al., 2003).

ولكننا لا نزال لا نعرف الأساس العصبي خلف الاختلافات بين الجنسين في التنظيم الانفعالي.

ويشير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان في مصر إلى أن الهيروين يحتل المرتبة الأولى في تعاطي المواد المخدرة بنسبة ٣٥.٨٨%، وذلك وفقاً للنتائج الخاصة بالخط الساخن، ثم يليه الحشيش في المرتبة الثانية بنسبة ٣٥,٦١%، ثم الترامادول بنسبة ١٩,٤٧%، بينما جاءت المواد الأخرى بنسبة ١٦,١٢%، ولذلك اهتمت الدراسة الحالية بمقارنة مدمني الهيروين مقابل المواد الأخرى، نظراً للنسبة المرتفعة لتعاطي الهيروين في مصر (صندوق مكافحة، ٢٠٢٣).

ويعتبر الهيروين من أخطر أنواع المخدرات المستخدمة على الإطلاق لأن قوته تتراوح من ضعفين وعشرة أضعاف قوة المورفين، وأسرعها من حيث قدرته على إحداث الإدمان، بالإضافة إلى أن معظم حالات الوفيات التي سجلت نتيجة تعاطي المخدرات كانت لمتعاطي الهيروين، لأن الجرعة القاتلة له نحو ٠,٢ جرام، لذلك قمنا بمقارنة بين مدمني الهيروين ومدمني المواد النفسية الأخرى (محمد، ٢٠٠٣).

أهداف الدراسة:

- ١- التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في كل من أبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية، والانتكاسة.
- ٢- التعرف على الفروق طبقاً للمادة الإدمانية في كل من أبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية، والانتكاسة.

أهمية الدراسة:

- ١- الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في وضع البرامج العلاجية المناسبة باختلاف كل من النوع والمادة الإدمانية حتى نقلل من نسبة الانتكاسة، بالإضافة إلى معرفة أكثر المواقف التي تعرض المتعافي للانتكاسة.

٢- محاولة تقديم تأصيل نظري يوضح الاختلاف في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية طبقاً للنوع والمادة الإدمانية.

٣- الاستفادة مما قد تسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج في توجيه العاملين في وضع برامج متخصصة لعلاج الإدمان.

وبناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة البحث الحالي في الإجابة عن التساولين التاليين:

١- هل توجد فروق في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية باختلاف النوع (ذكور - إناث)؟

٢- هل توجد فروق في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية باختلاف المادة الإدمانية (هيروين - مواد أخرى)؟

مفاهيم الدراسة:

[١] **الانتكاسة:** تُعرف الانتكاسة بأنها "التراجع أو الفشل عند محاولة الفرد في تعديل سلوك ما"، أو "العودة إلى حالة المرض بعد فترة من العلاج"، وقد تحدث الانتكاسة نتيجة نوعين من السلوك: (١) سلوك جيد "صحي": وهو عودة الفرد إلى المسار الصحيح أو السلوك الصحي. (٢) سلوك غير جيد "مرضي": وهو عبارة عن الفشل في تغيير السلوك المرغوب فيه (Marlatt & Gordon, 1985).

وتُشير الانتكاسة إلى "العودة إلى تعاطي المخدرات أو المسكرات بعد فترة من الامتناع، سواء كانت العودة بانتظام، أو كان الامتناع بعد إكمال العلاج، أو في أثناء مراحل العلاج".

وتُعرف بأنها "العودة إلى تناول المخدرات وظهور علامات واضحة لعدم القدرة مع السيطرة على نتائج المخدر" (البناء، ٢٠٠٨).

يُعرف كل من عبد الله عسكر ورشا الديدي مواقف الانتكاسة بأنها "مجموعة

من المواقف الخطرة التي يمر بها مستخدمو المواد النفسية بعد أن تلقى علاجاً خاصاً داخل مؤسسة علاجية أو خارجها أو أقلع من نفسه لظروف صحية أو اجتماعية (عسكر، الديدي، ٢٠٠٥).

ويُعرّف الباحثون في الدراسة الراهنة الانتكاسة بأنها "عملية دينامية متطورة تتمثل في العودة للاستخدام المفرط للمواد الإدمانية بعد فترة من الانقطاع عن التعاطي، وقد تحدث تلك الانتكاسة سواء بعد العلاج أو في أثناءه، بالإضافة إلى الفشل في الحفاظ على التغييرات السلوكية المكتسبة في فترة الانقطاع مع مرور الوقت، والعودة للسلوكيات غير التكيفية السابقة (السلوكيات الإدمانية).

- محفزات الانتكاسة:

لقد قام مارلت وجوردنز (Marlett & Gordens) بتحديد ثمانية أنواع من المواقف المحفزة للسلوك الإدماني والانتكاسة، وهي كالاتي:

(أ) **حالات انفعالية سلبية** (غير سارة): مثل: الشعور بالغضب، والحزن، والإحباط، والشعور بالذنب تجاه الآخرين، والخوف، والملل.

(ب) **حالات انفعالية إيجابية**: مثل: الشعور بالسيطرة في المواقف، والشعور بالفخر، والثقة الزائدة بالنفس، ورغبة المريض في مكافأة نفسه عند تخطي مواقف صعبة.

(ج) **اختبار التحكم الشخصي**: ويظهر ذلك عادة في أن يضع المريض نفسه في اختبار نفسه عما إذا كان سيضعف أمام المخدر أم لا، فيلجأ إلى الذهاب إلى الأماكن التي كان يتعاطى فيها المخدر، أو يتحدث مع أحد أقرانه ممن كان يتعاطى معه، وعادةً تحدث الانتكاسة هنا، وذلك لعدم شعور الفرد بمدى خطورة هذا الموقف.

(د) **الإغراءات- الالهفة**: وتتمثل في أن يتحدث أحد أمامه عن لذة المخدر، وما يحدثه المخدر من سعادة، من هنا تحدث الالهفة، ومن ثم الانتكاسة.

(هـ) **الصراع الشخصي**: ويتمثل في رغبة المريض بتعاطي المخدر لتخطي

أي مشكلة أمامه، وبين التفكير في الأذى النفسي والجسدي الذي سببه له المخدر، وبين التعاطي وعدم التعاطي، والحيرة بين الأمرين، وكثرة التفكير تجعله يتعاطى مرة أخرى، كما تتمثل الصراعات الشخصية في الصراعات بين الأزواج والأصدقاء والرؤساء في العمل وغيرها.

(و) **الضغوط الاجتماعية:** وتتمثل في الضغوط التي يواجهها المريض، سواء في العمل، أو في أسرته، أو بين أقرانه، أو مشكلات بالجنس الآخر.

(ز) **الأوقات الممتعة مع الآخرين:** وهنا يكون المريض غير قادر على التكيف في بعض المواقف الحياتية، مثل: الاندماج مع الآخرين دون المخدر، وعدم الشعور بالسعادة دون المخدر؛ مما يجعله يتعاطى مرة أخرى للشعور بالنشوة أو السعادة والشعور بالاندماج مع الآخرين.

(ح) **مواقف تتعلق بالألم الجسدي:** مثل: الإصابة بمرض معين، أو اضطرابات في النوم، أو الشعور بالتعب والإجهاد؛ مما يجعله يلجأ للمخدر للتخلص من هذا الألم.

ومن خلال ما سبق، لا بد من الإشارة إلى أن عوامل الانتكاسة عديدة ومتعددة، حيث يجب ألا نغفل أي عامل من عوامل الانتكاسة، سواء كانت عوامل اجتماعية، أو اقتصادية، أو شخصية، فكل من هذه العوامل يعمل جنباً إلى جنب لحدوث الانتكاسة (Breslin, zack, Mccmain, 2020, 277).

وتبعاً للدراسات النظرية المفسرة للانتكاسة:

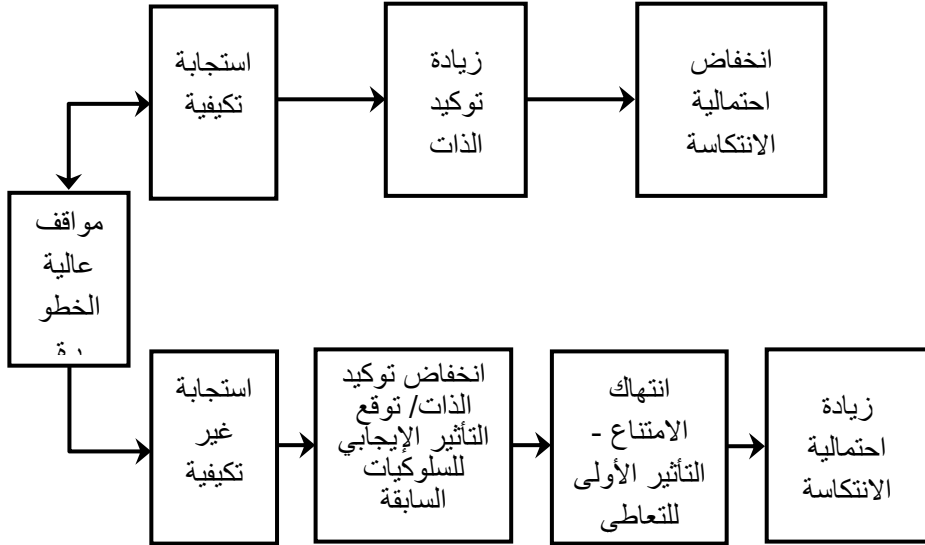
النظرية السلوكية:

تفسر النظرية السلوكية الاعتماد على المواد النفسية على أنه استجابة متعلمة ومكتسبة؛ مما يجعل الفرد يستمر في تكرار السلوك الإدماني والانتكاسات المتكررة، كما يفسر هذا النموذج أنه يوجد العديد من الأسباب والعوامل المهيئة للاعتماد على المواد، مثل: توافر المادة المخدرة، وسهولة الحصول عليها، وضغط الأصدقاء، وذلك بالإضافة إلى محاولة الفرد تهدئة

القلق الذي يعاني منه نتيجة للضغوط الاجتماعية والنفسية. كما يهتم هذا النموذج بسلوك المحاكاة الذي يتعرض له الفرد في المراحل الأولى من عمره؛ مما له من أهمية بالغة في تشكيل سلوكه. كما أن للتعلم أهمية في استمرار التعاطي عند تعرض الفرد لأي مواقف ضاغطة تجعله يلجأ للمخدر كشيء أساسي للتخلص من المعاناة والألم (Marx, 1986, 434; Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986).

نظرية العوامل المعرفية السلوكية "لمارلت":

يعد "مارلت" وزملاؤه من مؤسسي هذه النظرية، وترجع أصول هذه النظرية إلى دراسة قد أجراها "مارلت" وزملاؤه على عينة من مدمني الكحول قوامها (٧٠)، وانتهت الدراسة إلى أن معظم المنتكسين كان السبب الرئيسي للانتكاسة لديهم هو التعرض للمواقف عالية الخطورة؛ مما يدفعهم للرجبة الشديدة للتعاطي ثم الانتكاسة. ويتضح ذلك في الشكل التالي (١):



شكل (١)

النموذج المعرفي السلوكي لمارلت Marlatt للانتكاسة

يوضح هذا الشكل أهمية استجابة الفرد في المواقف عالية الخطورة،

فإذا كان لدى الفرد استجابة تكيفية فعّالة في التعامل مع المواقف عالية الخطورة فإن احتمالية الانتكاسة تقل، أما إذا كانت لديه استجابة غير تكيفية في مواجهة المواقف عالية الخطورة فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض توكيد الذات وتوقع التأثير الإيجابي للمخدر، ومن ثم تكون احتمالية الوقوع في الزلة، ومن ثم الانتكاسة أكبر (Marx, 1986, 434; Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986).

[٢] التنظيم الانفعالي: ويُعرف "جروس" و"تمبسون"

(Grose & Thopson, 2007) التنظيم الانفعالي بأنه "قدرة الشخص على فهم وقبول انفعالاته، وممارستها في استراتيجيات صحية لإدارة عواطفه وانفعالاته غير المريحة، وتعد مهارة التنظيم الانفعالي هي المهارة التي نتعلمها لفهم الكيفية، التي تعمل بها عواطفنا وانفعالاتنا، والمهارات التي نحتاجها لإدارة عواطفنا، بدلاً من أن تدار من قبل الآخرين، وذلك للحد من ضعف التحكم في مشاعرنا السلبية، ولبناء تدعيم الخبرات الانفعالية الإيجابية، كما عرفها "جروس" بأنها العمليات التي تحدث عندما يحاول الفرد أن يؤثر في نوع وكيفية الانفعال الذي يخبره، هو والآخرون من حوله، وكيفية التعبير عن الانفعالات، وأشار "كول" إلى التنظيم الانفعالي بأنه العمليات التي من خلالها يستطيع الأفراد إدارة انفعالاتهم، وتعمل الانفعالات مثل نظام التنبيه الآلي؛ حيث تجعل الفرد يتجنب موقفاً معيناً ولا يتجنب موقفاً آخر (Kooie, 2009).

ويعاني الأفراد مستخدمو المواد من عدم التنظيم في الانتقال للمشاعر السلبية وتهديتها، مثل: الإجهاد؛ وذلك يظهر في الرغبة الشديدة للتعاطي وبالتالي الإدمان (Tate, Brown, Glasner, Unrod & McQuaid, 2006).

وُعرف "الدو" (Aldao, 2013) تنظيم الانفعالات بأنها العملية التي يقوم من خلالها الأفراد بتعديل تجاربهم الانفعالية واستجاباتهم للمواقف، التي تثير انفعالاتهم من أجل إنتاج استجابات مناسبة لتتناسب مع متطلبات البيئة واحتياجاتهم باستمرار.

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

النظريات المفسرة للتنظيم الانفعالي:

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

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

٣- نموذج "كامبوس" وآخرين (Campos, Frankel & Camras, 2004):

ووضح النموذج أن عملية الانفعال وتنظيم الانفعال هما عمليتان متكاملتان، لا يمكن الفصل بينهما؛ حيث قد تختلف العمليتان، في ظاهرهما، لكنهما عملية واحدة، ويستخدم مصطلح الانفعال في توصيف تعامل الفرد مع الحدث، أما مصطلح تنظيم الانفعال فيشير إلى تنوع اتجاهات الفرد، طبقاً للمتغيرات البيئية، أما المصطلحان فيتم تعريفهما معاً على أنهما الأسلوب الذي يتعامل به الفرد تجاه المشكلات التي يواجهها.

[٣] اليقظة العقلية:

إن اليقظة العقلية هي ترجمة لكلمة تم استخدامها في النصوص البوذية القديمة لكلمة يقظة Pali وكلمة Santi، التي تدل على الانتباه والتذكر، وقد تم إدراج الكلمة لقاموس اللغة الإنجليزية على يد "دافيدس" Davids و"ستيد" Stede (Sigel, 2008).

وعلى الرغم من وجود اتفاق بين علماء النفس والعلوم الفلسفية على أن اليقظة العقلية تمثل الانتباه للحظة الحاضرة، فإن هناك اتفاقاً أقل بشأن كيفية تعريفها، فبعضهم ينظر إليها على أنها سمة، وبعضهم الآخر يعرفها على أنها مجموعة من مهارات أو تمارين، يمكن تحسينها وتطويرها، وينظر إليها بعض ثالث على أنها انتباه هادف، ووعي بالحاضر، ويرى آخرون أنها بناءً متعدد الأبعاد.

ونذكر بعض هذه التعريفات في الآتي: عرف "زين" (Kabat Zinn, 2015) اليقظة العقلية باعتبار أنها تتلخص أساساً في الانتباه، بمعنى القدرة على تركيز انتباه الفرد على المحفزات الداخلية والخارجية.

ويذكرها (Hölze, Lazar, Grad, Olivier, Vago & Ott, 2011) أنها عبارة عن ممارسة من التأمل تؤدي إلى تحسين وتنظيم الانتباه، كما أنها تساعد الفرد على أن يكون أكثر مرونة، وأكثر تقبلاً، وأكثر تفتحاً لما هو جديد.

ويعرفها "ريكس" و"بيرناي" (Rix & Bernay, 2014)، بأنها "عبارة عن مجموعة من الممارسات أو التدريبات التي يقوم بها الفرد، وتتضمن: الوعي والانتباه الكامل للحظة الحالية، وعدم إصدار الأحكام، وتبنيه حواسنا وأجسادنا لما يدور الآن.

وعلى الرغم من تنوع التعريفات، فإن جوهر اليقظة العقلية يتلخص في الآتي: التركيز عن قصد، والانتباه للحظة الحالية، والتفتح والقبول لما يحدث في اللحظة الحالية، سواء كان سلبياً أم إيجابياً. ويعرف الباحثون اليقظة العقلية

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

النظريات المفسرة لليقظة العقلية:

عند الاطلاع على بعض النظريات المفسرة لليقظة العقلية نجد اتفاق الباحثين والعلماء في تفسير اليقظة العقلية على الآتي:

- ١- عدم الحكم Non judging: أي محاولة عيش الخبرة، كما هي (هنا والآن) دون إصدار أحكام تقييمية عليها، مثل: جيدة، أو سيئة.
- ٢- الصبر Patience: أي الفهم والتقبل بأنه في بعض الأحيان يجب أن نتكشف بعض الأمور في الوقت المناسب.
- ٣- عقل مبتدئ Beginners Mind: أي رؤية الخبرات كأنها تحدث لأول مرة.
- ٤- الثقة: أي أن نتفق الآن، وأن نضع قدرتنا فيما نفعله الآن، في هذه اللحظة بالذات، بعيداً عن التفكير فيما يجب أن نفعله في زمان ومكان آخرين.
- ٥- عدم السعي: أي عدم السعي نحو تغيير ما لا يمكن تغييره في الواقع، وهو ممارسة التحرير الواعي لأنفسنا من القلق حول الأحداث والمواقف التي نستطيع تغييرها.
- ٦- التقبل: أي قبول رؤية الخبرات كما هي في الواقع في اللحظة الحالية.
- ٧- دعها تذهب: أي ترك الأفكار والمشاعر والمواقف والخبرات تذهب بعيداً عنك، دع الأمور كما هي الآن أمامك (صيام، ٢٠١٨).

[٤] إدمان المواد النفسية:

وهو أحد الاضطرابات الناتجة عن استخدام الشخص مادة أو أكثر من المواد النفسية مخلقاً مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية التي تسبب له مشكلات في المنزل أو المدرسة أو العمل، وتقع اضطرابات هذه المواد في عدة فئات، حسب نوع المادة المساء استخدامها، ومنها:

- ١- اضطرابات تعاطي الكحول.
- ٢- اضطرابات استخدام المسكنات.

- ٣- اضطرابات استخدام التبغ.
 - ٤- اضطرابات استخدام المواد الأفيونية.
 - ٥- اضطراب استخدام الماريجوانا.
 - ٦- اضطراب استخدام المنشطات (عسكر، ٢٠٠٥).
- ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب استخدام المواد بأنها تتمثل في نمط من مشكلات الاستخدام التي تسبب خللاً وظيفياً، ومن معايير إساءة استخدام المواد لا بد من توافر عاملين أو أكثر في خلال سنة:

- ١- الفشل في الوفاء بالالتزامات.
- ٢- تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية.
- ٣- تكرار مشكلات العلاقات.
- ٤- الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام.
- ٥- التحمُّل.
- ٦- الانسحاب.
- ٧- تناول المادة لمدة أطول أو بكمية أكبر من المعتاد.
- ٨- عدم فعالية محاولات التقليل أو التحكم في الاستخدام.
- ٩- إهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.
- ١٠- التوقف أو التقليل من ممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية والمهنية أو التقليل منها.
- ١١- اللهفة أو الرغبة القوية في استخدام المواد (الحويلة، شويخ، سلامة، جاسم، عبد الله، ٢٠١٥).

وينتج الإدمان أساساً من خلل في الجهاز العصبي المركزي، مع عوامل وراثية ونفسية واجتماعية وبيئية.. إلخ، ويشير في الدراسة الراهنة بأنه "عدم

القدرة على التوقف عن تناول المخدر، بالإضافة إلى الاستخدام القهري، والهدف أو الحنين للمخدر، على الرغم من الأذى الذي يسببه للمريض (Herie, Godden, Shenfeild & Kelly, 2010).

الدراسات السابقة:

فيما يلي عرض لبعض الدراسات السابقة المتعلقة بالفروق في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية طبقاً للنوع والمواد الإدمانية، ومن هذه الدراسات ما يلي:

بالنسبة إلى الانتكاسة في مجال الإدمان، وُجد أن المؤسسات العلاجية في ميدان الصحة النفسية تتجه نحو اعتماد العديد من البرامج العلاجية لمرضى الإدمان، إلا أن المشكلة التي تواجه البرامج العلاجية هي مشكلة الانتكاسة أو العودة الى التعاطي بعد فترة من الإقلاع (الديدي، ٢٠٠١).

وكشفت دراسة (Giordano, Robert & Futer, 2014) أن نسبة الانتكاسة لمدمني المواد النفسية تصل إلى ما يقرب من ٨٠% ممن يتعاطى المواد النفسية المختلفة، هذا ما يجعلنا أمام مشكلة حقيقية تحتاج إلى العديد من البرامج العلاجية.

كما قامت دراسة (عسكر، الديدي، ٢٠٠٥) بالكشف عن أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات، وذلك باستخدام استبيان مواقف الانتكاسة على عينة قدرها ١٣٢ مريضاً بمتوسط عمري ٢٨ سنة من الذكور، ومن متعاطي الأفيونات والخمور والحشيش والمهدئات والمنشطات والمنومات بتواريخ متنوعة للتعاطي، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود العديد من العوامل المسببة للانتكاسة، أهمها: عوامل خاصة بالاشتياق والتوتر الناتج عن معاودة الفرد لحياته بعد الخروج من المستشفى، وعوامل القلق والاكتئاب والإشارات الدالة على العقار، ووجود العوامل المساعدة على التعاطي من رفاق متعاطين يعرضون المخدرات على

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

وقام (السيد، ٢٠١٦) بدراسة تهدف إلى الكشف عن العوامل الاجتماعية والفيزيائية السائدة والمؤدية إلى الانتكاسة، مع ترتيب كل هذه العوامل من حيث خطورتها، وتكونت عينة الدراسة من ٣٠ حالة من الذكور والإناث تتراوح أعمارهم بين ١٥-٤٠، وتوصلت الدراسة إلى أن من أهم أسباب الانتكاسة هو المهنة؛ حيث إن (الحرفيين كانت نسبتهم الأكبر)، والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالمخدر، واللهفة والاشتياق للمخدر، بالإضافة إلى مجموعة من المشاعر السارة، والحصول على المادة بسهولة، والمرور بأماكن بيع المخدر، والاستمتاع الجنسي، والشعور بالمتعة والسعادة، كذلك المشكلات الأسرية.

في حين قام (عبد المنعم، ٢٠١٧) بدراسة هدفت إلى محاولة اكتشاف بعض الاضطرابات الشخصية الشائعة لدى المدمنين وعلاقتها بالاتجاه نحو الانتكاس، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٥) مدمنين من الذكور، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، كل مجموعة تكونت من (٢٥ مريضاً): مجموعة المدمنين في أثناء تلقي العلاج، ومجموعة المتعافين لمدة ٦ أشهر، ومجموعة المتعافين لمدة سنة.

وكشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب الأفراد الأكثر انتكاسة، وبين رتب الأقل انتكاساً على مقياس اضطرابات الشخصية في الاتجاه نحو الانتكاس وذلك في المجموعات الثلاث؛ مما يدعم فكرة هذه الدراسة بأن الاضطرابات الشخصية لها دور في الاتجاه نحو الانتكاسة.

أما عن التنظيم الانفعالي: فقد قام "كوبيرا" وزملاؤه (Kopera, Jakubczyk, Suszek & Glass, 2013) بدراسة هدفها إيجاد العلاقة بين الانفعالات والانتكاسة لدى مجموعة من المعتمدين على الكحول، وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) من المعتمدين على الكحول في الأقسام الداخلية الذين يتلقون

العلاج، وتم تطبيق الأدوات الآتية: استمارة جمع البيانات، ومقياس الذكاء الانفعالي، ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي، واختبار توريننتو Toronto لقياس الانفعالات، وبعد متابعة العينة لمدة ١٢ شهراً بعد الانتهاء من البرامج العلاجية لهم، وجدت نتائج الدراسة أن لصعوبات التنظيم الانفعالي دوراً قوياً، ليس فقط في إيمانهم الكحول، وإنما إلى العودة مرة أخرى للكحول بعد الانتهاء من العلاج؛ مما يشير إلى أهمية وجود برامج تهتم بالانتكاسة وعلاج العوامل المؤدية للانتكاسة.

وهدف كل من (Gardener, Carr, MacGregor & Felmingham, 2013) إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في تنظيم الانفعال لدى عينة مكونة من (٢٠) من الذكور، و(٢٣) من الإناث، وطبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي لموسرو وآخرين، واستبيان المتغيرات الديموجرافية.

وتوصلت النتائج إلى أن الإناث لديهن استجابة انفعالية عالية للمثيرات السلبية مقارنة بالذكور، مما يشير إلى قابلية الإناث للإصابة باضطرابات القلق أكثر من الذكور.

كما قام (Sorman et al., 2022) بدراسة الهدف منها التحقق تجريبياً لثلاثة مقاييس لقياس التنظيم الانفعالي لعينة من مدمني المواد النفسية، وتكونت عينة الدراسة من ٨٤٣ مدمناً (٤٥٩ من الإناث، ٣٨٤ من الذكور) بمتوسط عمري قدره ٣٠ سنة، وتوصلت الدراسة إلى أن الإناث كانت درجاتهن أعلى من الذكور في أعراض القلق والاكتئاب، بينما الذكور كان مستوى الكبت الانفعالي أعلى بشكل دال مقارنة بالإناث.

وهدفت دراسة (Hoover, Yu, Duval, & Gearhardt, 2022) إلى توضيح العلاقة بين صدمات الطفولة، وإيمان المواد المخدرة، والتنظيم الانفعالي، وتكونت عينة الدراسة من ٣١٠ أفراد من الجنسين (ذكور وإناث)، وتوصلت الدراسة إلى أن الخلل الانفعالي كان أقوى بالنسبة للذكور مقارنة بالإناث، مما يجعلهم أكثر عرضة للإدمان.

ووجدت دراسة (Kaur, Kailash, Sureshkumar & Rumaisa, 2022) - عند المقارنة بين الذكور والإناث ممن لديهم تاريخ مرضي من الاضطرابات النفسية ولكنهم لم يعانون في الوقت الحالي من أي اضطرابات نفسية في نسبة الخلل الانفعالي لدى عينة مكونة من ٦٠ فردا من الجنسين (٣٢ أنثى، و ٢٨ ذكراً)، وبعد أن تم تعرضهم إلى أشعة الرنين، وتطبيق مقاييس التنظيم الانفعالي، أن نسبة التحكم في الاندفاعية ونسبة قبول المشاعر كانت أقل بكثير عند الذكور مقارنة بالإناث، بينما جاءت درجات الإناث أقل بكثير من الذكور في بُعد الوعي بالمشاعر، بينما بُدع اجترار الأفكار السلبية جاء مرتفعاً عند المقارنة بدرجات الذكور.

وأجرى (Carlson, Saarikallio, Toiviainen, Bogert, Kliuchko & Brattico, 2015) دراسة من أهدافها التعرف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي لدى عينة تكونت من (١٢٣) مشاركاً منهم (٥٥ ذكراً و ٦٨ أنثى)، تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٥٥) عاماً بمتوسط عمري (٢٨.٨) عام. وتبين من النتائج أن الذكور أكثر استخداماً لاستراتيجيات التنظيم الانفعالي التكيفية مقارنة بالإناث.

بينما قام "يعقوب" (٢٠١١) بدراسة هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في التنظيم الانفعالي لدى عينة بلغت (١٠٠) طالب بثانوية الجواهري للمتميزين وثانوية الحرية للمتميزات بمحافظة ديالى بالعراق، وطبق عليهم مقياس التنظيم الانفعالي لجروس.

وتوصلت النتائج إلى أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى عالٍ من التنظيم الانفعالي، وأنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في تنظيم الانفعال.

وأخيراً بالنسبة لليقظة العقلية: فقد كشف في السنوات الأخيرة العديد من المعالجين النفسيين أن اليقظة العقلية تعمل على تحسين الأداء؛ حيث كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الإكلينيكية ودراسات علم الأعصاب أن اليقظة العقلية قد تكون استراتيجية فعالة في تحسين التركيز وتنظيم المشاعر، كما

تسهم اليقظة العقلية في تنمية العديد من المهارات الإيجابية التي لها دور فعال في صحة الفرد النفسية، فتجعل الفرد قادرًا على توجيه حياته بطريقة مستقلة عن الآخرين، فالفرد اليقظ عقلياً يشعر بعواطفه وانفعالاته بشكل كامل وواضح، ويستطيع أن يتخطى الأمور السلبية في حياته؛ مما يجعله يشعر بالسعادة النفسية والرضا عن حياته، ومن إيجابيات ممارسات اليقظة العقلية تعزيز الصحة العقلية، وتحسين التواصل والتعاطف، وتحسين الصحة البدنية، والرضا عن الحياة، وتقليل الإجهاد والضغط التي تواجه الفرد في حياته اليومية (Hasker, 2016).

ويذكر أن اليقظة العقلية تؤثر بشكل كبير في تغيير المناطق المسؤولة عن التعاطف والرحمة في الدماغ، وهذه صفات يمكن أن تزيد من الشعور بالانتماء والسلوكيات الإيجابية (Rix & Bernay, 2014).

وقام (عبد الحميد، ٢٠٢٣) بدراسة كان هدفها هو معرفة الفروق بين الذكور والإناث مدمني المواد النفسية في اليقظة العقلية وتنظيم الذات، وتكونت العينة من (٣٠ من الذكور - ٣٠ من الإناث) تراوحت أعمارهم ما بين (٣٠-٤٠ سنة)، وقد أسفرت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اليقظة العقلية وتنظيم الذات لدى الذكور والإناث، بالإضافة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث المعتمدين على المواد النفسية في كل من اليقظة العقلية وتنظيم الذات.

ولقد أجمعت العديد من الدراسات، مثل: دراسة (Kabbat-Zinn, 2003, 2015)، ودراسة (Weerasinghe & Batron 2016) أن لليقظة العقلية أهمية بالغة، وذلك للأسباب الآتية:

(١) زيادة التركيز: فعندما يتدرب الفرد على تركيز الانتباه، فإنه يحسن قدرة الفرد على السيطرة في جميع مجالات الحياة، وذلك يظهر في تحسين جودة العمل، والدراسة، وتحسين العلاقات الاجتماعية.

(٢) الاستمتاع بما تمدنا به حواسنا: فكلما امتلنا القدرة على الاسترخاء،

وعدم الحكم، وتركيز الاهتمام بحواسنا، كلما استمتعنا بتذوق الطعام، وسماع الموسيقى، وقراءة الكتب، وممارسة الرياضة بشكل كبير.

فروض الدراسة:

- ١- توجد فروق دالة إحصائياً في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية باختلاف النوع (ذكور - إناث).
- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، واليقظة العقلية باختلاف المادة الإدمانية (هيروين - مواد أخرى).

المنهج وإجراءات الدراسة:

• المنهج:

اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن لتحديد العلاقة الارتباطية بين مواقف الانتكاسة والتنظيم الانفعالي واليقظة العقلية لدى مسيء استخدام المواد النفسية المتعددة باختلاف النوع والمادة الإدمانية.

• عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٥٢) من مدمني المواد النفسية هيروين ومواد أخرى (ترامادول - حشيش - كبتاجون)، المترددين على العيادات الخارجية لمستشفى مصر الجديدة للصحة النفسية، وتم تقسيمهم إلى (٣٠ من الذكور) و(٢٢ من الإناث)، وتراوح أعمارهم بين (٢٠ - ٣٩)، وقد تراوح المستوى التعليمي من متوسط إلى عالٍ، ويوضح جدول (١) الخصائص الديموجرافية للعينة.

جدول (١)

توزيع أفراد العينة مع الخصائص الديموجرافية

نوع المادة		الحالة المهنية		الحالة الاجتماعية			العمر		المستوى التعليمي	
مواد أخرى	مهيئين	لا يعمل	يعمل	مطلق	متزوج	أرنب	أكثر من ٢٠	أقل من ٢٠	عال	متوسط
١٢	٤٠	٢٩	٢٢	٨	١٩	٢٥	٣٥	١٧	٣٠	٢١

• أدوات الدراسة:

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

[٢] مقياس التنظيم الانفعالي: بعد أن تم الاطلاع على بعض المقاييس المهمة بالتنظيم الانفعالي والأطر النظرية التي تم عرضها، تم صياغة بنود المقياس، في صورته الأولية، ليتكون من ٥٣ عبارة موزعة على خمسة أبعاد (الوعي بالانفعالات- قبول الانفعالات- استراتيجيات التنظيم الانفعالي- لوم الذات- لوم الآخرين). وتم عرض الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من الأساتذة المحكمين، وعددهم (٦)^(١) من أعضاء هيئة التدريس في مجال

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

الصحة النفسية، وعلم النفس، والقياس النفسي، لمعرفة آرائهم حول مناسبة البنود التي تقيس كل مكون من مكونات المقياس، وبعد التحكيم أصبح المقياس مكونًا من (٥٠) بندًا، ثم حذفت العبارات غير الدالة فأصبح المقياس ٣٥ عبارة؛ ويطلب من المفحوص الإجابة عن البنود باختيار بديل من أحد البدائل الخمسة: (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، نادرًا، أبدًا)، وتأخذ هذه الاختيارات تقديرات من ١:٥ على الترتيب بالنسبة للبنود التي صيغت بصورة موجبة، والعكس مع البنود التي صيغت بصورة سالبة، وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (٣٥-١٧٥). وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود إيجابي للتنظيم الانفعالي والعكس بالعكس.

تم حساب صدق مقياس التنظيم الانفعالي بالطرق الآتية:

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

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

أما عن الثبات:

١- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: وذلك للتحقق من ثبات المقياس ككل، حيث كانت قيم "ر" على بُعد الوعي بالانفعالات ٠.٣٨، بينما بُعد قبول الانفعالات كانت قيم "ر" ٠.٢٦، وبُعد استراتيجيات التنظيم الانفعالي ٠.٦٤، وبُعد لوم الذات كانت قيم "ر" عليه ٠.٧٩، وبُعد لوم الآخرين ٠.٥٦، أما معامل ألفا للمقياس الكلي فقد جاء ٠.٧٦.

٢- الثبات بطريقة التجزئة النصفية: فقد جاء معامل الارتباط بعد التجزئة النصفية وتصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان في مقياس الوعي بالانفعالات ٠.٢٨، ومقياس قبول الانفعالات معامل الارتباط كان ٠.٦٣، ومقياس إستراتيجيات التنظيم الانفعالي ٠.٦٩، ومقياس لوم الذات ٠.٧٨، ومقياس لوم الآخرين ٠.٧٠، بينما الدرجة الكلية للمقياس ٠.٧٨، وهو ما يؤثر إلى ثبات المقياس.

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

وتم حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي، من خلال حساب دلالة ارتباط درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس، وبالتالي تم حذف البنود التي جاءت غير دالة إحصائياً، وهي البنود التالية (٤ - ١١ - ٣٠ - ٣٥ - ٣٩) وبالتالي أصبح الاختبار ٣٤ بنداً.

أما عن الثبات، فقد أوضحت نتائج الثبات بطريقة ألفا كرونباخ بأنه تمتع بُعد المقياس والدرجة الكلية بدرجة جيدة من الثبات، إذ تراوحت بين ٠.٦٢ و ٠.٨١، بينما جاءت درجات ثبات الأبعاد في مقياس اليقظة العقلية في الآتي: ثبات مقياس الملاحظة ٠.٥٤، ومقياس الوصف ٠.٠٣، ومقياس التعامل مع الوعي ٠.٨٣، ومقياس إصدار أحكام ٠.٥٧، ومقياس عدم إصدار ردود أفعال ٠.٣١، والدرجة الكلية للمقياس ككل ٠.٨٦.

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

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

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

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

ج- **ضغوط رفاق التعاطي:** ويتكون من سبع عبارات، وتشير إلى عدوى الانتكاسة التي تظهر من خلال ظهور رفيق العلاج في حالة تعاطي أو عرض

أحد الرفاق المادة المتعاطاة على الفرد أو أشخاص من ذوي التأثير على الشخص مما يؤدي به للانتكاسة.

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

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

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

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

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

ويقوم المفحوص بوضع علامة (صح) أمام العبارات التي تنطبق عليه، ويعطي درجة واحدة، على كل علامة تنطبق عليه، ويتم التصحيح وفقاً لمفتاح التصحيح المعد لذلك، وتحسب الدرجة على كل مقياس أو موقف فرعي،

وتجمع الدرجة الكلية، التي تشير إلى معدل الخطورة، وفقاً للنسبة المئوية لعدد العبارات، التي تنطبق، من عدد عبارات كل موقف.

ولقد اعتمدنا على **صدق الاستبيان** من خلال تقدير الاتساق الداخلي، من أجل حساب دلالة ارتباط الدرجة على كل بند على حدة بالدرجة المجمعة على المقياس الفرعي، والدرجة المجمعة على المقياس الكلي، وقد تم حذف كل البنود غير الدالة إحصائياً، وهي (١، ٦، ٣٠، ٦٣، ٥٢، ٦٩، ٧٥، ٩٢، ٨٤، ٨٩، ٩٩، ٤٠، ٥٤)، ومن ثم انخفض عدد البنود في مقياس الانتكاسة من ١٠٠ بند إلى ٨٧ بنداً. كما تم حساب الثبات على طريقة ألفا كرونباخ، وكانت درجة الثبات ٠.٩٥. وجاء معامل الثبات، بطريقة القسمة النصفية، وكانت الدرجة ٠.٩٤، كما كانت الدرجة الكلية لثبات الاستبيان بطريقة إعادة التطبيق ٠.٩٧، وهذا يشير إلى ارتفاع ثبات الاستبيان لأنه دال عند ٠.٠٠١.

الأساليب الإحصائية:

١- **اختبار T Test**: يتم استخدام اختبار ت في اختبار دلالة الفروق بين متوسطي درجات مجموعتين من الأفراد .

٢- **اختبار مان ويتني** : هو اختبار لا معلمي بديل لاختبار ت وهو يستخدم عندما تكون المستويات فترية أو نسبية كاختبار ت ولكن لا تنطبق عليها شروط اختبار ت، وهو يستخدم مع مجموعات مستقلة ويتعامل مع مستويات رتبية، ونظراً لأن شروط اختبار ت لا تتحقق كأن يكون حجم العينة صغير أو التوزيع ملتوي التواء موجب أو سالب ولا ينتمي للتوزيع الطبيعي (فيتم تحويل البيانات إلى بيانات رتبية (مراد، ٢٠١١).

٣- **ثبات الاختبار**: يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداء الفرد في اختبار ما ، ومعنى ثبات الدرجة أن المفحوص يحصل عليها في كل مرة يختبر فيها سواء بالاختبار نفسه أو بصورة مكافئة له تقيس الخاصية نفسها (فرج، ٢٠٠٧). ومن الأساليب التي تم

استخدامها في البحث الحالي:

- (أسلوب إعادة الاختبار):

يعتبر أسلوب إعادة الاختبار من أهم أساليب حساب الثبات، ويتلخص هذا الأسلوب في اختبار عينة من الأفراد ، ثم إعادة اختبارهم مرة أخرى بالاختبار نفسه في ظروف مشابهة تماما للظروف التي سبق اختبارهم فيها ، ثم حساب معامل الارتباط المناسب بين أدائهم في المرتين ، ويعبر معامل الارتباط الذي نحصل عليه عن ثبات الاختبار .

٤- الصدق: ويقصد به قدرة الاختبار على التنبؤ ببعض وظائف أو أشكال السلوك المحددة والمستقلة عن الاختبار والتي تعد محكاً لصدق الدرجة.

- صدق المضمون أو صدق المحكم: هو إجراء فحص منظم لمجموع العمليات والبنود والمنبهات التي يتضمنها الاختبار لتقدير مدى تمثيلها للمجال السلوكي المعين الذي أعد الاختبار لقياسه (فرج، ٢٠٠٧).

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول: استخدم اختبار "T. test" لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين للتحقق من صحة الفرض الأول القائل بأنه توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية.

جدول (٢)

دلالة الفروق بين الذكور والإناث في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية

م	متغيرات الدراسة	مجموعة الذكور (ن=٣٠)		مجموعة الإناث (ن=٢١)		قيمة "ت"
		ع	م	ع	م	
١	أبعاد	٧.١٠	٣.٩٨	٩.٢٣	٣.٤٥	**٢.٠١-
٢	استبتيان مواقف الانتكاس	٣.٩٠	٣.١٢	٥.٤٥	٣.٩٥	١.٥٩-
٣	مقياس الاشتياق وتلميحات العقار	١.٢٠	١.٨٨	١.٧٣	٢.٠٧	٠.٩٦-
٤	مقياس القدرة على السيطرة على التعاطي	٦.٨٠	٤.٩٩	٥.٦٨	٤.٠٩	٠.٨٦-
٥	مقياس ضغوط رفاق التعاطي	٨.٢٧	٤.١٨	١١.٣٦	٣.٨٩	**٢.٧٢-
٦	مقياس المشاعر غير السارة	٥.١٧	٤.٠٦	٣.٦٤	٢.٤٦	١.٥٧
٧	مقياس اضطراب العلاقات بالآخرين	٢.٢٣	١.٤٣	٣.٩١	١.٤٨	*١.٩٨-
٨	مقياس المشكلات الأسرية	٤.٦٠	٣.٤٩	٦.٣٢	٣.٩١	١.٦٧-
	الدرجة الكلية لمقياس الانتكاس	٣٣.٦٠	١٩.٧٠	٤١.٣٦	١٨.٩٠	١.٤٣-
١	مقياس الوعي بالانفعالات	٤٦.١٧	٥.٣٧	٤٣.٨٢	٨.٥٨	١.٢١
٢	مقياس قبول الانفعالات	٢٧.٣٠	٣.٤٨	٢٦.٤١	٢.٩٩	٠.٩٧
٣	مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي	٣٢.١٣	٧.٣٦	٣٤.٠٩	٦.٧٤	٠.٩٨-
٤	مقياس نوم الذات	٤١.١٧	٧.٦٤	٤١.٥٩	٦.٩٧	٠.٢١-
٥	مقياس نوم الآخرين	٢٢.٩٧	٥.٦٤	٢٣.١٤	٥.٣٧	٠.١١-
	الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي	١٤١.١	٣٣.٩٨	١٣٢.٩٤	٢٧.٦٨	٠.٩١
١	أبعاد اليقظة العقلية	٢٥.٧٣	٦.٤٣	٢٤.٧٣	٦.٣٩	٠.٥٦
٢	مقياس الملاحظة	٢٥.٠٧	٦.٦٧	٢٦.٥٩	٦.٦٧	٠.٨١-
٣	مقياس الوصف	٢١.١٠	٦.٥٧	٢٢.٣٦	٧.٠٢	٠.٦٧-
٤	مقياس التعامل مع الوعي	٢٠.٣٠	٤.٣٦	٢٠.٥٠	٤.٠٤	٠.١٧-
٥	مقياس إصدار ردود أفعال	٢١.٦٠	٤.٢٨	٢٠.٧٣	٤.٦٤	٠.٧٠-
	الدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية	١٢٢.١	٢٠.٧٣	١١٠.٦٤	١٦.٢٨	**٢.١٤

(*) تشير إلى مستوى دلالة عند ٠.٠٥

(**) تشير إلى مستوى دلالة عند ٠.٠١

يتضح من الجدول السابق:

بالنسبة لأبعاد استبيان مواقف الانتكاس: وجد أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل أبعاد التالية: الاشتياق وتلميحات العقار، والمشاعر غير السارة، والمشكلات الأسرية لصالح الإناث. أما عن باقي أبعاد استبيان مواقف الانتكاس، فهي: القدرة على السيطرة على التعاطي، وضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، واضطراب العلاقات بالآخرين، والآلام البدنية والوهن، وكذلك الدرجة الكلية لاستبيان مواقف الانتكاس، فقد جاءت الفروق غير دالة بين المجموعتين (الذكور - الإناث).

أما عن أبعاد التنظيم الانفعالي: فقد جاءت النتائج غير دالة بين المجموعتين (الذكور والإناث)، في كل من الأبعاد التالية: الوعي بالانفعالات، وقبول الانفعالات، واستراتيجيات التنظيم الانفعالي، ولوم الذات، ولوم الآخرين، وكذلك الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي.

وأخيراً بالنسبة لأبعاد اليقظة العقلية: وجد أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية اليقظة العقلية في صالح الإناث، بينما جاءت الفروق في كل الملاحظة، والوصف، والتعامل مع الوعي، وإصدار أحكام، وعدم إصدار ردود أفعال غير دالة إحصائية بين المجموعتين.

نتائج الفرض الثاني: استخدم اختبار "مان - ويتني" Man-Whitney

لدلالة الفروق بين رتب مجموعتين مستقلتين للتحقق من صحة الفرض الثاني القائل بأن هناك فروقاً بين المادة الإدمانية (الهيروين في مقابل مواد أخرى) في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية.

جدول (٣)

نتائج دلالة الفروق بين متوسطي رتب مجموعتي الدراسة (مجموعة الهيروين في مقابل مجموعة المواد الأخرى) في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية

م	متغيرات الدراسة	متوسط رتب مجموعة الهيروين (ن=٤٠)	متوسط رتب مجموعة مواد أخرى (ن=١١)	قيمة (Z)
(١)	أبعاد	١٠.٣٩	١١.٥٠	٠.٢٦-
	١ مقياس الاشتياق وتلميحات العقار			
	استبيان	١٠.٨٩	٧	٠.٨٨-
	٢ مقياس القدرة على السيطرة على التعاطي			
	مواقف	١٠.٩٢	٦.٧٥	٠.٩٦-
	٣ مقياس ضغوط رفاق التعاطي			
	الانتكاس	١٠.٠٦	١٤.٥٠	١.٠١-
	٤ مقياس المشاعر السارة			
(٢)	٥ مقياس المشاعر غير السارة	١٠.٥٦	١٠	٠.١٣-
	٦ مقياس اضطراب العلاقات بالآخرين	٩.٦٤	٨.٢٥	٠.٤٨-
	٧ مقياس المشكلات الأسرية	١٠.٤٢	١١.٢٥	٠.٩٤-
	٨ مقياس الآلام البدنية والوهن	١٠.٣٩	١١.٥٠	٠.١٩-
	الدرجة الكلية لمقياس الانتكاس	١٠.١١	١٤	٠.٨٨-
	١ مقياس الوعي بالانفعالات	١٠	١٥	٠.١٩-
	٢ مقياس قبول الانفعالات	١٠.٤٢	١١.٢٥	٠.٣٩-
	٣ مقياس استراتيجيات التنظيم الانفعالي	١٠.٣٣	١٢	٠.٧٦-
(٣)	٤ مقياس لوم الذات	١٠.١٧	١٣.٥٠	١.١٩-
	٥ مقياس لوم الآخرين	٩.٨٩	١٦	٠.٧٦-
	الدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي	١٠.١٧	١٣.٥٠	١.١٤-
	١ مقياس الملاحظة	١٠	١٥	٠.٣٢-
	٢ مقياس الوصف	١٠.٦٤	٩.٢٥	٠.٦٤-
اليقظة العقلية	٣ مقياس التعامل مع الوعي	١٠.٧٨	٨	١.١٥-
	٤ مقياس إصدار أحكام	١١	٦	٠.٤٤-
	٥ مقياس عدم إصدار ردود أفعال	١٠.٦٩	٨.٧٥	٠.١٣-
	الدرجة الكلية لمقياس اليقظة العقلية	١٠.٥٦	١٠	٠.٣٨-

يتضح من الجدول السابق:

بالنسبة لأبعاد استبيان مواقف الانتكاس: لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (الهيرويين في مقابل مواد أخرى) في الدرجة الكلية لمواقف الانتكاس، وأبعادها التالية: الاشتياق وتلميحات العقار، القدرة على السيطرة على التعاطي، ضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، المشاعر غير السارة، المشكلات الأسرية، اضطراب العلاقات بالآخرين، الآلام البدنية والوهن.

أما عن أبعاد التنظيم الانفعالي: لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (الهيرويين في مقابل مواد أخرى) في كل أبعاد التالية: الوعي بالانفعالات، قبول الانفعالات، استراتيجيات التنظيم الانفعالي، لوم الذات، لوم الآخرين، والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي.

وأخيراً بالنسبة لأبعاد اليقظة العقلية: لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة (الهيرويين في مقابل مواد أخرى) في الدرجة الكلية لليقظة العقلية، وأبعادها التالية: الملاحظة، الوصف، التعامل مع الوعي، إصدار أحكام، عدم إصدار ردود أفعال.

مناقشة النتائج:

لقد اتضح من نتائج الدراسة الراهنة، أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في كل أبعاد مواقف الانتكاس: الاشتياق وتلميحات العقار، والمشاعر غير السارة، والمشكلات الأسرية. وكذلك في الدرجة الكلية لليقظة العقلية في صالح الإناث، في حين اختفت الفروق على باقي كل من أبعاد مواقف الانتكاس، وأبعاد التنظيم الانفعالي والدرجة الكلية، وأخيراً في أبعاد اليقظة العقلية.

وتتفق تلك النتائج مع دراسة (عسكر، الديدي، ٢٠٠٥) أن للضغوط الاجتماعية والمشكلات الأسرية دوراً مهماً في الانتكاسة. أما عن باقي أبعاد استبيان مواقف الانتكاس، فهي: القدرة على السيطرة على التعاطي، ضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، اضطراب العلاقات بالآخرين، الآلام البدنية

والوهن فقد جاءت الفروق غير دالة بين المجموعتين، ومعنى ذلك أن نسبة الانتكاسة واحدة بالنسبة للمجموعتين (الذكور - الإناث).

وتختلف مع ما توصل إليه (السيد، ٢٠١٦) من أن أهم أسباب الانتكاسة هو المهنة؛ حيث إن (الحرفيين كانت نسبتهم الأكبر)، والمعتقدات الخاطئة المرتبطة بالمخدر، واللهفة والاشتياق للمخدر، بالإضافة إلى مجموعة من المشاعر السارة، والحصول على المادة بسهولة، والمرور بأماكن بيع المخدر، والاستمتاع الجنسي، والشعور بالمتعة والسعادة، كذلك المشكلات الأسرية.

وتتفق أيضًا مع دراسة (مظلوم، ٢٠١٧) ودراسة (يعقوب، ٢٠١١) التي أثبتت نتائج كل منهم عن عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث على مقياس تنظيم الانفعال.

واختلفت مع دراسة (Sorman et al., 2022) التي وجدت أن الإناث كانت درجاتهن أعلى من الذكور في أعراض القلق والاكتئاب، بينما كان مستوى الكبت الانفعالي أعلى لدى الذكور بشكل دال مقارنةً بالإناث.

وكذلك دراسة (Hoover et al., 2022) التي توصلت إلى أن الخلل الانفعالي كان أقوى بالنسبة للذكور مقارنةً بالإناث، مما يجعلهم أكثر عرضة للإدمان.

كما وجدت دراسة (Kaur et al., 2022) أن نسبة التحكم في الاندفاعية ونسبة قبول المشاعر كانت أقل بكثير عند الذكور مقارنةً بالإناث، بينما جاءت درجات الإناث أقل بكثير من الذكور في بُعد الوعي بالمشاعر، بينما بُعد اجترار الأفكار السلبية جاء مرتفعًا عند المقارنة بدرجات الذكور.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Rahman, 2015) والتي قارنت بين الذكور والإناث في اليقظة العقلية، وانتهت الدراسة أن الإناث أكثر يقظة من الذكور، ولكن بفارق بسيط. وتختلف مع نتائج دراسة (عبد الحميد، ٢٠٢٣) التي وجدت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث المعتمدين على

المواد النفسية في كل من اليقظة العقلية وتنظيم الذات.

أما عن الفروق حسب المادة الإدمانية (الهيروين في مقابل مواد أخرى) في كل من مواقف الانتكاسة، وأبعاد التنظيم الانفعالي، وأبعاد اليقظة العقلية: فقد جاءت النتائج لتؤكد عدم وجود فروق بينها في الدرجة الكلية لمواقف الانتكاس، وأبعادها التالية: الاشتياق وتلميحات العقار، القدرة على السيطرة على التعاطي، ضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، المشاعر غير السارة، المشكلات الأسرية، اضطراب العلاقات بالآخرين، الآلام البدنية والوهن. وأيضاً في الوعي بالانفعالات، قبول الانفعالات، استراتيجيات التنظيم الانفعالي، لوم الذات، لوم الآخرين، والدرجة الكلية لمقياس التنظيم الانفعالي. وكذلك في الدرجة الكلية اليقظة العقلية، وأبعادها التالية: الملاحظة، الوصف، التعامل مع الوعي، إصدار أحكام، عدم إصدار ردود أفعال.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Maehira et al., 2013) التي أثبتت أنه لا يوجد أي اختلاف أو فروق بين الإدمان على المواد الأفيونية ومواد أخرى في الانتكاسة. كذلك ما أكدته دراسة "هيتش" (Hitch, 2019)، التي وجدت بأنه توجد علاقة ارتباطية بين الكحول وعدم التنظيم الانفعالي، وهذا يدل على أن خلل التنظيم الانفعالي لا يقتصر فقط على الهيروين وإنما على جميع المواد الإدمانية.

ويذكر كل من (Kang, Gruber & Gray, 2013) أن ميكانيزمات اليقظة العقلية تتلخص في أربع عمليات معرفية، وهي: (الوعي - الانتباه - التركيز في اللحظة الحاضرة - القبول)؛ حيث إن هذه الأربع عمليات في إمكانها خلق بيئة لازمة لحدوث التكيف مع البيئة، وتقوم اليقظة العقلية بتجهيز هذه العمليات مع تقليل معالجة الاستدلال التلقائي (الآلي)، وتعزيز التحكم المعرفي، وتسهيل النظرة ما وراء المعرفية، ومنع كبت الأفكار وتشويهها.

وتقوم ميكانيزمات اليقظة العقلية على التكيف الذاتي بشكل منظم، والوصول إلى الصحة النفسية، وتعرف السلوكيات التلقائية أو الآلية هنا على أنها القدرة على

الانخراط في السلوكيات دون عناء أو إعطاء اهتمام لتفاصيل التجارب، وعادة ما تكون التلقائية نتيجة مرغوبة للتعلم الذي يعكس درجة من الإتقان والممارسة، ولكن هذا التفاعل التلقائي المعرفي والانفعالي يمكن أن يؤدي إلى مجموعة واسعة من النتائج الضارة، مثل: التحيز، والأفكار والمشاعر السلبية، ونقص السيطرة المدركة على الاستجابات الاندفاعية، وعادة ما يرتبط هذا العجز بمجموعة من المشاعر المؤلمة التي تؤدي إلى الإدمان والاكتئاب والقلق؛ وهذا يدعم النتيجة الحالية أنه لا يوجد اختلاف في اليقظة العقلية باختلاف المادة المخدرة بمعنى أن مستخدمي المواد النفسية باختلاف أنواعها يعانون من قصور في الوعي والانتباه الذي من أهم فنيات اليقظة العقلية التي بدورها قادت إلى تعاطي المواد المخدرة. وهذا ما أكدته دراسة كل من (Fernandez, Wood, Stein, & Rossi, 2010; Karyadi & Cyders, 2015) إلى أن اليقظة العقلية تزيد من التحكم في الانتباه، وتقلل من الانفعالات السلبية؛ مما يجعلها إستراتيجية فعالة في مواجهة الإدمان.

ومن أحد العوامل التي تسهم في أهمية اليقظة العقلية لمنع الأفراد من استخدام المخدرات هو أن هؤلاء يعانون من قصور في العمليات الإدراكية العصبية؛ حيث تم ربط عجز التحكم في الدوائر العصبية من أعلى إلى أسفل إلى زيادة احتمالية الشروع في استخدام المواد، والرغبة الملحة في تجنب الألم في المواقف الضاغطة باستخدام المخدرات، ولقد لاحظ (Zelazo & Lyons 2012) أن التدريب على اليقظة العقلية يدعم من السيطرة في الدوائر العصبية من أعلى إلى أسفل؛ مما يقلل الاندفاع نحو التعاطي. والعامل الثاني الذي يدعم اليقظة العقلية في مجال الاعتماد على المخدرات هو أنها تحسن من المهارات الاجتماعية للفرد، وتقوم بالتنظيم الذاتي السلوكي، والاستقرار الانفعالي، والصحة النفسية، والتعاطف، والتفاؤل، وقبول الآخرين، وكل هذه العوامل عوامل حماية من تعاطي المخدرات (Broderick & Metz, 2009).

هذا وقد ذكر (عبيد، ٢٠٢٠) أنه قد لا يستمر المدمن في التعافي نتيجة لمجموعة من الضغوط العامة، التي تتعكس على قدرته على التنظيم الانفعالي،

وهي: (أ) الفشل في تحقيق الأهداف الإيجابية نتيجة لوجود عوائق تمنع الفرد من تحقيق أهدافه. (ب) المثير السلبي: وهو من الجوانب التي تتشكل ضغوطاً على المتعافي، وتدفعه إلى العودة لتعاطي المخدر، كالتعرض الوالدي والضبط الزائد والشدة والبطالة والتهميش في العمل والنزاعات الزوجية. (ج) تغيير المثير الإيجابي: كالحرم من تحقيق الإنجازات أو فقدان حوافز ذات قيمة، فقد ينتج الضغط عن فقدان الدعم الاجتماعي، بفقدان الزوجة أو الأم أو الأب؛ حيث إن فقدان المثير الإيجابي يدفع الفرد إلى محاولة إيجاد بديل أو الانتقال من الشخص المسؤول عن ذلك بالعودة للتعاطي.

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

توصيات الدراسة:

١. جعل مهارات اليقظة العقلية من المهارات الأساسية لعلاج مدمني استخدام المواد النفسية في جميع أقسام الإدمان.
٢. ضرورة دمج البرامج العلاجية المختلفة من أجل الحد من الانتكاسة لدى مدمني استخدام المواد.
٣. ضرورة توفير أماكن للبحث العلمي حتى نستفيد من الخبرات العلمية والعملية في مجال إساءة استخدام المواد من أجل تحقيق أفضل النتائج

للدراسة.

٤. إن اضطراب إساءة استخدام المواد في حاجة دائمة إلى البحث العلمي للتصدي من زيادة نسبة انتشار الانتكاسة والحد من التعاطي.

رابعاً: البحوث المقترحة

١. فعالية برنامج معرفي قائم على اليقظة العقلية في علاج الأفكار اللاعقلانية وتنمية مهارات التنظيم الانفعالي لدى مسيء استخدام المواد.

٢. المقارنة بين العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي في الحد من الانتكاسة لدى مسيء استخدام المواد.

٣. فعالية برنامج تكاملي قائم على (برنامج الاثنتي عشرة خطوة - الماتركس-اليقظة العقلية - العلاج المعرفي السلوكي) في علاج مسيء استخدام المواد المختلفة.

٤. التنظيم الانفعالي وعلاقته بتقدير الذات لدى مسيء استخدام المواد النفسية.

٥. فاعلية برنامج قائم على القبول والالتزام في تنمية مهارات التنظيم الانفعالي لدى عينة من مسيء استخدام المواد.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

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

الحويلة، أمثال؛ عياد، فاطمة؛ شويخ، هناء؛ الرشيد، ملك؛ حمدان، ملك. (٢٠١٥). علم النفس المرضي: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. القاهرة: الأنجلو المصرية.

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

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

السيد، آمال. (٢٠١٦). تأكيد الذات والتوافق النفسي وعلاقته بالانتكاس لدى المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، قسم علم نفس، جامعة حلوان.

السيد، هند. (٢٠٢١). الصحة النفسية للنساء ومخاطر الوقوع في عالم المخدرات والإدمان. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب. ٥١٣ - ٥٣٤.

الشمري، سعود. (٢٠٢٢). السلوك التوكيدي لدى مدمني الحشيش والكتبانجون، دراسة وصفية مقارنة مطبقة على نزلاء مجمع إرادة للصحة النفسية في مدينة الحائل. مجلة كلية التربية، جامعة طنطا. ٨٥ (١).

الشمري، محمد. (٢٠٢١). العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات لدى النساء، دراسة حالة مطبقة على النساء المحكومات في قضايا التعاطي في سجون

- منطقة مكة المكرمة. مجلة العلوم الإنسانية، ٨ (١)، ١٤٦ - ١٧٦.
- تقرير المخدرات العالمي للأمم المتحدة، الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (٢٠١٢).
- صلاح، عمر. (٢٠٢١). الذكاء الوجداني كمنبئ بالانتكاس لدى عينة من المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسي. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة حلوان.
- صندوق مكافحة والتعاطي وعلاج الإدمان (٢٠٢٢). المسح القومي الشامل لتعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية. متاح من خلال <http://drugcontrol.org.eg>
- صيام، ياسمين. (٢٠١٨). فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على الوعي الآني لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى معتمدي الترامادول من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- عبد الحميد، محمد. (٢٠٢٣). الفروق بين المعتمدين والمتعافين من استخدام المواد النفسية في اليقظة العقلية وتنظيم الذات. المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان. ٢٠ (٢)، ٥١ - ٩٠.
- عبد المنعم، تامر. (٢٠١٧). الاتجاه نحو الانتكاس عند المرتفعين والمنخفضين على اضطرابات الشخصية لدى عينة من مدمني الهيروين خلال المراحل العلاجية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنوفية.
- عبيد، محمد. (٢٠٢٠). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٥٠ (١)، ٤٥ - ٧٢.
- عسكر، إبراهيم. (٢٠١٦). المتغيرات الاجتماعية والفيزيائية للمنتكسين من

- علاج الإدمان. رسالة دكتوراة (غير منشورة) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس.
- عسكر، عبد الله؛ عسكر، رأفت؛ الديدي، رشا. (٢٠٠٥). استبيان مواقف الانتكاسة. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- فرج، صفوت. (٢٠٠٧). القياس النفسي. الأنجلو المصرية. القاهرة .
- محمد، خالد. (٢٠٠٣). الهيروين وطرق الكشف عنه في جسم المدمن. مجلة البحوث الأمنية. ١١ (٢٣)، ٨٣-١٢٦.
- مراد، أحمد. (٢٠١١). الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية. الأنجلو. القاهرة.
- مصطفى، محمد. (٢٠١٩). فعالية برنامج إرشادي معرفي قائم على اليقظة العقلية في خفض مشكلات التنظيم الانفعالي وتحسين صورة الجسم لدى عينة من طلاب الجامعة المكفوفين. المجلة التربوية، ٧ (٦٢)، ٣٦٦-٤٥٥.
- مظلوم، مصطفى. (٢٠١٧). تنظيم الانفعال وعلاقته بالأليكسيثيميا لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة دراسات عربية في علم النفس، ٣٢ (٢)، ١٢٢-١٤٣.
- منظمة الصحة العالمية (١٩٩٩). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية. منظمة الصحة العالمية للمكتب الإقليمي لشرق الأوسط، تم الحصول عليه من <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119609?show=ful>
- يعقوب، حيدر. (٢٠١١). التنظيم الانفعالي للطلبة المتميزين في محافظة ديالى. المؤتمر العلمي العربي الثامن لرعاية الموهوبين والمتفوقين بكلية التربية الأصمعي، جامعة ديالى بالعراق من ١٥-١٦ أكتوبر، ٤٥١-٤٦٧.

ثانياً: مراجع أجنبية:

- Aldao, A. (2013). The Future of Emotion research: Capturing context. **Journal of Psychology**, 8 (2), 155-172.
- Broderick, P. & Metz, S.(2009). Learning to Breathe: A pilot study Trail of a Mindfulness curriculum for adolescents. **Journal of Mintal Health promotion**, 2(1), 35-46.
- Campos, J. J., Frankel, C., & Camras, L. (2004). On The Naure of Emotion Regulation. **Journal of Child Development**. 25(2), 377-394.
- Carlson, E., Saarikallio, S., Toiviainen, P., Bogert, B., Kliuchko, M., & Brattico, E. (2015). Maladaptive and adaptive emotion regulation through music: A behavioral and neuroimaging study of males and females.**Journal In Human Neuroscience**, (9), 1 – 9.
- Carr,A., Macgregor, A., & Felmingham, K. (2013). Sex Differences and Emotion Regulation: An Event-Related Potential Study. **Journal of psychology**, 8(10),1-9.
- Fabes, R. A., & Martin, C. L. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 17, 532-540. doi: 10.1177/0146167291175008.
- Fernandez, A. C., Wood, M. D., Stein, L. A. R., & Rossi, J. S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. **Journal of Psychology of Addictive Behaviors**, 24(4), 608–616.
- Fischer, A. H., & Manstead, A. S. R. (2008). **Functions of emotion from an organizational perspective**. In N.M. Ashkanasy & C. L. Cooper (Eds.) Research companion to emotions in organizations (pp. 605-616). Cheltenham, UK: New horizons in organizations.
- Gardener, E., Carr, A., MacGregor, A., & Felmingham, K. L. (2013). Sex differences and emotion regulation: An event-related potential study. **PLoS ONE Article**, 8(10), 175-192.
- Giordano, A., Robert, C. & Futer, B. (2014). Predicting Substance Abuse Relapse: The Role of Social Interest and Social Bonding. **Journal of Addictions and Offender Counseling**, 35(2), 215-236.
- Grose, J. J., Thompson, R, A.(2007). **Emotion Regulation: Conceptual Foundations**. Handbook. Guilford press. New

York.

- Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: A social role interpretation. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, 1010-1022. doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1010
- Hasker, S. (2016). **Evaluation of the Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) Approach for Enhancing Athletic Performance**. Doctoral Dissertation, Indiana, Indiana University of Pennsylvania.
- Herie, M., Godden, T., Shenfeild, J., & Kelly, L. (2007). **Addiction an Information guide. World health organization collaborating center**. Canada. From: camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/addiction-guide-en.pdf?la=en
- Hess, U., Senecal, S., Kirouac, G., Herrera, P., Philippot, P., & Kleck, R. E. (2000). Emotional expressivity in men and women: Stereotypes and self-perceptions. **Cognition & Emotion**, 14, 609-642. doi: 10.1080/02699930050117648.
- Hitch, A.(2019). **Abuse, Emotion Dysregulation And problematic Alcohol Use In African American Young Woman**. From http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=ucin156352554_5282689
- Hölzel, B., Lazar, Grad, T., Olivier, Z, S., Vago, D., & Ott, U. (2011). How Dose Mindfulness Meditation work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural perspective. **Journal of The association for psychological science**. 6(6), 537-539.
- Hoover, L., Yu, H., Duval, E., & Gearhardt, A. (2022). Childhood trauma and food addiction: The role of emotion regulation difficulties and gender differences. **Journal of addiction**, 177(1), 122-145.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. Original Ration in conscious. **Journal of Mindfulness**, 6(6). 1481-1483
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past present and future. **Journal of clinical psychology science and practice**, 10 (2), 144-156.
- Kang, Y., Gruber, J., & Gray, J. (2013). Mindfulness and De-Automatization. **Journal of Emotion Review**, 5(2), 192-201.
- Karyadi, K., & Cyders, M. (2015). Elucidating the Association Between Trait Mindfulness and Alcohol Use Behaviors Among College Students. **Journal of Mindfulness**, 6(2),

1242-1249

- Kaur, A., Kailash, S., Sureshkumar, K., & Rumaisa, N. (2022). Gender differences in emotional regulation capacity among the general population, **IAIM**, 9(1), 22-28.
- Koole, S. (2009). Does emotion regulation help or hurt self-regulation. **Psychology of self-regulation: Cognitive, affective, and motivational processes**, 11, 217-231.
- Kopera, M., Jakubczyk, A., Suszek, H., & Glass, J. (2014). Relationship Between Emotional Processing, Drinking Severity and Relapse in Adults Treated for Alcohol Dependence in Poland. **Journal of Alcohol and alcoholism**, 50(2), 40-45.
- Maehira, Y., Chowdhury, E., Reza, M., Drahozal, R., Gayen, T., Masud, I., Frin, S., Takamura, N., & Azim, T. (2013). Factors associated with relapse into drug use among male and female attendees of a three-month drug detoxification -rehabilitation program in Bangladesh's a prospective short study. **Journal of Harm deduction**, 10(14), 15-26.
- Manning, V., Lubman, D., Garcia, A. (2017). Neurocognitive impairment in addiction and opportunities for intervention. **Journal of behavioral science**, 13(2), 40-45.
- Marlatt, A., & George, W. (1985). Relapse prevention: Introduction and Overview of The model. **British Journal of Addiction**, 79, 261-275.
- Massah, O., Farmani, F., Karimi, R., Karami, H., Hoseini, F., & Farhoudian, A. (2015). Iranian Rehabilitation. **Journal of Psychology**, 13(1), 75-120.
- Plant, E. A., Hyde, J. S., Keltner, D., & Devine, P. G. (2000). The gender stereotyping of emotions. *Psychology of Women Quarterly*, Cambridge University Press, 24, 81-92. doi: 10.1111/j.1471- 6402. 2000.tb01024.x
- Rahman, A. (2015). A Comparative study of Mindfulness between male and female intervarsity taekwondo players of India. **Journal of education and practice**, 6(25), 18-25.
- Rix, G., & Bernay, R. (2014). A Study of the Effects of Mindfulness in Five Primary Schools in New Zealand. **Journal of Techer's work**. 11(2), 201-220.
- Schmeichel, B., & Tang, D. (2015). Individual Differences in Executive Functioning and Their Relationship to Emotional Processes and Responses. **Journal of Psychological Science**,

24(2) 93-98.

Sigle, D. (2008). **The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems**. New York: The Guilford Press.

Sorman, K., Gark, M., Isacsson, N., Jangard, S., Bjureberg, J., Hellner, C., Sinha, R., & Lindstrom, N.(2021). Measures of emotion regulation: Convergence and psychometric properties of the difficulties in emotion regulation scale and emotion regulation questionnaire. **Journal of Clinical Psychology**, 78(2), 201-217.

Stoica, K., Knight, L., Naaz, F., Patton, S., & Depue, B.(2021). Gender differences in functional connectivity during emotion regulation. **Journal Of Neuropsychologia**.7(3), 725-812.

Tate, S, R., Brown, S., Glasner, S., Hnrod, M., Mcquaid, J.(2006). Chronic Life Stress, Acute Stress Events, And Substance availability in Relapse. **Journal of Addiction Research &Theory**, 14(3), 303-322.

Timmers, M., Fischer, A. H., & Manstead, A. S. R. (2003). Ability versus vulnerability: Beliefs about men's and women's emotional behavior. **Cognition and Emotion**, 17, 41-63. doi: 10.1080/02699930143000653

Weerasinghe, S., & Batrone, S., (2016). Mindfulness for addiction recovery: A cognitive disciplinary prevention approach to avoid relapse into substance abuse. **Journal of basic Applied sciences**, 12, (1), 81-91.

Weerasinghe, S., Batrone, S., (2016). Mindfulness for addiction recovery: A cognitive disciplinary prevention approach to avoid relapse into substance abuse. **Journal of basic Applied sciences**, 12, (1), 81-91.