

التفكير السلبي المتكرر عند المتعافين من الإدمان

شهد هشام علي

Shahad.Ali2302m@ircoedu.uobaghdad.edu.iq

أ.م.د. أشرف موفق فليح

ashraf.m@ircoedu.uobaghdad.edu.iq

جامعة بغداد/ كلية التربية ابن رشد للعلوم الإنسانية

الملخص

يهدف البحث الحالي الى التعرف على:

مستوى التفكير السلبي المتكرر عند الأفراد المتعافين من الإدمان، ولتحقيق هدف الدراسة تبني الباحثان مقياس التفكير السلبي المتكرر الذي طوره Ehring وآخرون (٢٠١١)، والمبني استناداً إلى نظرية واتكينز للتفكير المتكرر (Watkins, 2004) حيث تضمن المقياس (١٥) فقرة، وقد بلغ حجم عينة البحث النهائية (٢٠٠) فرداً من المتعافين من الإدمان. وأظهرت النتائج: أن المتعافين من الإدمان يمتلكون مستوى متوسطاً من التفكير السلبي المتكرر، وفي ضوء هذه النتائج، قدم الباحثان مجموعة من التوصيات والمقترحات التي يمكن أن تسهم في تعزيز التعافي وتقليل حدة التفكير السلبي المتكرر. الكلمات المفتاحية: التفكير السلبي المتكرر، المتعافين من الإدمان.

Recurrent Negative Thinking in Recovering Addicts Patients

Shahad Hisham Ali

Asst. Prof. Dr. Ashraf Muwaffaq Falih

University of Baghdad, College of Educational Ibn Rushd for the Human Sciences

Abstract

The current study aims to identify:

The level of repetitive negative thinking among individuals recovering from addiction. To achieve the study's objective, the researchers adopted the Repetitive Negative Thinking Scale developed by Ehring et al. (2011), which is based on Watkins' theory of repetitive thinking

(Watkins, 2004). The scale included (15) items, and the final research sample size was (200) individuals recovering from addiction.

The results showed that recovering addicts possess a moderate level of repetitive negative thinking. In light of these findings, the researchers presented a set of recommendations and suggestions that could contribute to enhancing recovery and reducing the severity of repetitive negative thinking.

Keywords: Repetitive Negative Thinking, Recovering Addicts Patients.

الفصل الأول

مشكلة البحث

يعد التعافي من الإدمان عملية ديناميكية معقدة تتطلب تغييرات جوهرية على مستوى الإدراك والانفعال والسلوك، وهو ما يجعلها عرضة للانتكاس عند مواجهة الفرد لضغوط نفسية أو انفعالات سلبية، لذلك يعد التعافي مسعى طويل الأمد، حيث يؤسس الفرد المتعافي طريقة حياة تتجاوز تلك التي كانت مرتبطة سابقاً بالمخدرات والكحول، وتشير الأدبيات إلى أن الانتكاس بعد العلاج من أكثر التحديات شيوعاً، حيث يعود كثير من المتعافين إلى التعاطي بعد أسابيع أو أشهر من الامتناع، نتيجة لغياب الدعم الاجتماعي، أو ضعف الإرادة، أو صعوبات في إدارة الانفعالات إذ غالباً ما يلجأ الأفراد إلى استخدام المواد المخدرة كوسيلة للهروب من مشاعر شديدة كالتوتر، القلق، والاكتئاب، وفي ظل غياب استراتيجيات فعالة لتنظيم الانفعال، تصبح هذه المشاعر حافزاً قوياً يعيد تفعيل دوافع التعاطي، مما يزيد من احتمالية الانتكاس (Ogilvie & Carson, 2022: 197).

وبالنسبة للأفراد المتعافين من الإدمان فإن التفكير السلبي المتكرر يعتبر تحدياً مزدوجاً؛ فهو من ناحية يعيد تفعيل مشاعر سلبية قوية مثل الذنب والخجل وفقدان الأمل ومن ناحية أخرى يضعف القدرة على استخدام استراتيجيات تنظيم انفعالي فعالة، وقد بينت دراسات حديثة (Garcke et al, 2021) أن المتعافين الذين يعانون من مستويات مرتفعة من التفكير السلبي المتكرر يعانون من مجموعة من الصعوبات الانفعالية والمعرفية إذ يظهرون ضعفاً في القدرة على التركيز، وضعف الإنجاز في أداء المهام، وضعفاً أكبر في السيطرة على سلوكهم عند مواجهة الضغوط الانفعالية السلبية، ويتسمون باندفاعية مرتفعة، وضعف القدرة على تبني استراتيجيات تنظيم انفعالي تتسم بالتكيفية والفعالية (Garcke et al, 2021: 2)، إذ تؤكد الأدبيات النفسية أن العلاقة بين التفكير السلبي المتكرر والتنظيم الانفعالي علاقة تفاعلية

متبادلة، فغياب استراتيجيات التنظيم الانفعالي يجعل الفرد عرضة للغرق في دائرة التفكير السلبي المتكرر، ويؤدي الاستمرار في الاجترار والقلق إلى استنزاف قدرات الفرد على إعادة تفسير المواقف وضبط انفعالاته (Aldao et al, 2010: 220)، وفي حالات التعافي من الإدمان، يكتسب هذا التفاعل خطورة مضاعفة؛ حيث تشير الدراسات إلى أن التفكير السلبي المتكرر يرتبط بزيادة الرغبة الملحة (Craving) للتعاطي، ويزيد من احتمالية العودة إلى السلوك الإدماني عند مواجهة ضغوط أو مثيرات انفعالية شديدة (Tate et al, 2006: 317).

وعلى الرغم من توافر العديد من الدراسات الأجنبية التفكير السلبي المتكرر عند فئات مختلفة، إلا أن الدراسات العربية في هذا المجال ما تزال محدودة لاسيما تلك التي تركز على فئة المتعافين من الإدمان وهو ما أتاح إمكانية دراسة هذا المتغير في البيئات العربية، لكن مع ذلك وعلى حد علم الباحثان لم يدرس بشكل مباشر ضمن عينة من المتعافين من الإدمان خصوصاً في العراق حيث ما تزال هذه الفئة تعاني من محدودية الاهتمام في ميدان الدراسات النفسية، وانطلاقاً مما سبق تتحدد مشكلة البحث الحالي في ندرة الدراسات التي تناولت التفكير السلبي المتكرر عند الأفراد المتعافين من الإدمان خصوصاً في البيئات العربية والعراقية على وجه التحديد.

أهمية البحث

التفكير السلبي المتكرر يمثل عملية معرفية عابرة للتشخيص (Transdiagnostic) تسهم في تعقيد هذه الصورة؛ إذ يتسم هذا النوع من التفكير بتكرار الأفكار السلبية غير المرغوبة وصعوبة التحكم فيها، مع تركيزها على معانٍ شخصية كالفشل والتهديد والخسارة وتشمل في بنيتها مكوني الاجترار والقلق (Ehring et al., 2011)، وأنه لا يقتصر على اضطراب نفسي واحد بل يشكل عامل خطورة مشترك في نشوء واستمرار طيف واسع من الاضطرابات النفسية، ويوجد ارتباط وثيق بين هذا النمط من التفكير وبين بدايات واستمرار الاضطرابات المزاجية والانفعالية إذ غالباً ما يكون مقترناً بمحاولات فاشلة للتنظيم الانفعالي، ويسهم في تعزيز دائرة التجنب والانفعال السلبي مما يفاقم من شدة اعراض الاضطرابات واعاقة مسار التعافي منها (Adame, 2023: 7-8)، وأن هذا النمط لا يتوقف عند كونه استجابة تلقائية لمثيرات خارجية فحسب بل ينشأ من خلال تفاعلات داخلية معقدة بين مكونات معرفية وانفعالية تشمل الذاكرة العاملة، والانتباه، والحالة الانفعالية، إذ يظهر الأفراد قابلية متزايدة لاختيار واستحضار تمثيلات معرفية سلبية خاصة في البيئة التي يقل فيها الانخراط في مهام محددة مما يؤدي إلى تكوين حلقة دائرية تبقي الفرد في حالة من التكرار الذاتي للأفكار السلبية (Amir & Bernstein, 2021: 41-42)، وقد بينت الأدبيات أن استمرار هذا النوع من التفكير يؤدي إلى استنزاف

الموارد المعرفية وزيادة حدة التوتر النفسي مما يجعل الفرد أكثر عرضة لضعف التنظيم الانفعالي (Mansueto et al., 2024: 64).

ويؤدي التفكير السلبي المتكرر دوراً مهماً في عملية التعافي من الإدمان بشكل عام حيث أوضحت الدراسات المعاصرة ان التفكير السلبي المتكرر يؤثر سلباً على المتعافي، اذ لان الافراد المتعافين قد يكونون عرضة لنمط من التفكير المتكرر يتمحور حول تجاربهم السابقة مع التعاطي وما يصاحبها من مشاعر الذنب او الخزي او الفشل، او الشك في القدرة على الحفاظ على الامتناع عن التعاطي، مما يؤدي الى تنشيط حالات انفعالية سلبية كالحزن والقلق مما يحد من قدرة الفرد عن التكيف الإيجابي، ويتداخل مع كفاءة الأداء التنفيذي، كما يعزز من استجابات الفرد السلبية للضغوط والمثيرات المرتبطة بالمادة المخدرة، الامر الذي يزيد من احتمالية حدوث الانتكاس وبالتالي تعيق استيعاب الفرد للذات بوصفها متعافية، وتغذي التصورات السلبية عن المستقبل (Zawadzki, 2015: 4-5).

فتكمن أهمية البحث الحالي في سعيه إلى تسليط الضوء على الدور الذي يمارسه التفكير السلبي المتكرر في إضعاف استقرار عملية التعافي عند الأفراد المتعافين من الإدمان، وبوصفه عاملاً أساسياً يمكن أن يسهم في زيادة احتمالية الانتكاس مما يجعل النتائج المتوقعة ذات قيمة علمية وتطبيقية عالية؛ فمن الناحية العلمية يسهم البحث في إثراء المعرفة النفسية حول الآليات المعرفية المرتبطة بعملية التعافي، أما من الناحية التطبيقية فيفتح آفاقاً لتطوير الممارسات الإرشادية والتدخلات العلاجية التي تساعد على تعزيز فرص التعافي المستدام عند الأفراد الذين تجاوزوا مرحلة الإدمان.

أهداف البحث

- التعرف على مستوى التفكير السلبي المتكرر عند الافراد المتعافين من الادمان.
- التعرف على دلالة الفروق ذات الدلالة الإحصائية في التفكير السلبي المتكرر عند المتعافين من الإدمان تبعاً لمتغير العمر.
- التعرف على دلالة الفروق ذات الدلالة الإحصائية في التفكير السلبي المتكرر عند المتعافين من الإدمان تبعاً لمتغير مدة التعافي.

حدود البحث

يتحدد البحث الحالي بالأفراد المتعافين من الإدمان في مستشفيات ومراكز محافظة بغداد للأمراض النفسية، للأعوام (٢٠٢٤ - ٢٠٢٥).

تحديد المصطلحات

أولاً: التفكير السلبي المتكرر (Repetitive negative thinking - RNT) عرفه كل من:

- (Ehring & Watkins, 2008) :

هو نمط معرفي يتمثل في تكرار الأفكار السلبية بشكل متطفل وغير مرغوب فيه وغالباً ما يكون من الصعب السيطرة عليه، ويركز عادة على محتوى سلبي مثل مشاعر الفشل، أو الأخطاء، أو التهديدات المحتملة (Ehring & Watkins, 2008).

- (Nolen-Hoeksema et al, 2008) :

هو نمط معرفي يتسم بتكرار مستمر لأفكار سلبية يصعب التحكم فيها، وترافقه حالة من الانزعاج الانفعالي تظهر أثناء أو بعد التعرض لمواقف يدركها الفرد على أنها سلبية أو مهددة، ويتجلى هذه النمط من التفكير في شكل اجترار يتركز على أحداث ماضية، وقلق مفرط بشأن أحداث مستقبلية، بوصفه استراتيجية لتجنب التهديد أو الخطر، مما يضعف قدرة الفرد على التفاعل النشط والفعال مع المواقف الحياتية (Nolen-Hoeksema et al, 2008)

- التعريف النظري للتفكير السلبي المتكرر:

اعتمد الباحثان تعريف (Ehring & Watkins, 2008) لأنهم تبنا المقياس الذي تم اعداده بناء الى نظرية واتكينز للتفكير المتكرر (Watkins, 2008).

- التعريف الاجرائي للتفكير السلبي المتكرر:

هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد المتعافي من الإدمان استناداً إلى استجاباته على مقياس التفكير السلبي المتكرر.

ثانياً: التعافي من الادمان (Recovery from addiction) :

- (Carson & Ogilvie, 2022) :

هو عملية ديناميكية طويلة الأمد تسهم في بناء رأس مال للتعافي، من خلال تنمية مهارات التكيف والاندماج الاجتماعي، بما يتجاوز مجرد الامتناع عن التعاطي (Carson & Ogilvie, 2022).

- عبد العزيز (٢٠١٩) :

هو مرحلة من التغير الإيجابي يمر بها المدمن بعد التوقف عن التعاطي، تتجسد في إعادة بناء الذات وتبني أسلوب حياة سليم خال من السلوكيات الإدمانية، مع القدرة على التكيف مع الضغوط الحياتية (عبد العزيز، ٢٠١٩).

الفصل الثاني

التفكير السلبي المتكرر Repetitive Negative Thinking

نشأة المفهوم وتطوره التاريخي بدأ الاهتمام بالتفكير السلبي المتكرر في أواخر القرن العشرين في سياق الدراسات الاكلينيكية التي لاحظت وجود أنماط معرفية من التفكير غير التكيفية تتسم

بالتكرار والاستمرارية وترتبط باضطرابات المزاج لا سيما الاكتئاب والقلق، حيث أشارت نولين هوكسما (Nolen-Hoeksema, 1991) الى دور التفكير المتكرر في أسباب ونتائج المشكلات الشخصية والانفعالات السلبية في زيادة حدة واستمرارية الاكتئاب (Nolen-Hoeksema, 1991: 569)، ولاحقاً تطرقت النماذج المعرفية للقلق الى نمطاً آخر من التفكير السلبي يتمثل في القلق الوسواسي والذي وصفه بوركوفيتش وزملاؤه (Borkovec et al., 1983) بأنه نمط معرفي متكرر يتركز على التهديدات المستقبلية والمخاطر المحتملة، ويعزز حالة من الاستعداد المزمن للمواجهة دون حسم أو إنهاء (Borkovec et al, 1983: 11).

ولقد تم التمييز بين نمطي القلق الوسواسي (Worry) والاجترار (Rumination) وذلك استناداً إلى عدد من الأبعاد المفاهيمية التي تعكس اختلافات في المحتوى الزمني والانفعالي للتجربة المعرفية؛ إذ ينظر إلى القلق الوسواسي على أنه سلسلة من الأفكار المتكررة والسلبية التي تتركز حول تهديدات مستقبلية محتملة وغير مؤكدة، في حين يتمثل الاجترار في انشغال ذهني متكرر بالأحداث الماضية التي تتسم غالباً بطابع الخسارة أو الفشل (Papageorgiou & Wells, 2004: 6)، ورغم هذه الاختلافات تشير العديد من الدراسات إلى أن أوجه التشابه بين النمطين تتجاوز الفروق الظاهرية؛ فكلهما يتميز بالتكرار، وصعوبة التحكم، والسلبية في المحتوى، فضلاً عن أنهما يتخذان غالباً شكل المعالجة اللفظية الداخلية، وينشآن استجابة تلقائية لأفكار غير مرغوب فيها، بحيث يسهم استمرار هذه الأنماط الى توجيه الانتباه نحو محتوى معرفي سلبي بطريقة يصعب التحكم فيها، ما يؤدي بدوره إلى تعزيز استدامة المشاعر السلبية، ويسهم في ترسيخ واستدامة الاضطرابات الانفعالية (Watkins & Moulds, 2005: 320)، ومع تطور الأدبيات، نشأت الحاجة إلى نموذج أوسع يشمل كلا من نمطي الاجترار والقلق الوسواسي كجزء من ظاهرة معرفية أعم وأكثر شمولاً وهو التفكير السلبي المتكرر بوصفه نمطاً معرفياً عابراً للاضطرابات، وقد اتسع نطاق الاهتمام بهذا المفهوم ليشمل فئات سريرية متنوعة، من بينها الأفراد المتعافين من الإدمان الذين ينظر إليهم على أنهم أكثر عرضة للتفكير السلبي المتكرر مما قد يسهم في زيادة احتمالية الانتكاس (Caselli et al., 2008: 565).

التفكير السلبي المتكرر والاضطرابات النفسية

لا يقتصر ظهور التفكير السلبي المتكرر على اضطرابات المزاج فحسب، بل تشير الأدبيات إلى كونه سمة معرفية مركزية ذات طابع عابر للتشخيص (transdiagnostic)، تتجلى عبر طيف واسع من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطرابات القلق، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وتبرز خطورة هذا النمط من التفكير في كونه يمثل آلية معرفية فعالة تسهم في إدامة المعاناة النفسية

وتعقيد مسارات العلاج والتعافي، كما يعد من أبرز العوامل المعرفية التي تنتبأ بالانتكاس لاسيما لدى الأفراد المتعافين من الإدمان من خلال تضخيم الاستجابات الانفعالية السلبية، وزيادة الانشغال الذهني بالمشكلات الضاغطة وإضعاف القدرة على استخدام استراتيجيات المواجهة التكيفية (Ehring & Watkins, 2008: 192-194).

ويمكن دور التفكير السلبي المتكرر في هذه الحالات في قدرته على استمرار الاعراض المختلفة وتعزيزها، من خلال عدد من الآليات المعرفية والانفعالية، من أبرزها:

١. تنشيط الشبكات المعرفية المرتبطة بالألم والمرض لفترات طويلة: حيث يؤدي الانخراط المزمن في التفكير المتكرر إلى استدعاء وتثبيت المخططات المعرفية السلبية الخاصة بالتهديد الجسدي، مما يبقي الأعراض نشطة على المستوى الإدراكي والانفعالي حتى في غياب مؤشرات عضوية ملموسة.

٢. تضخيم الإحساس بالأعراض وتفسيرها على أنها علامات لمرض خطير: إذ يتسبب التفكير المتكرر في تضخيم الانتباه إلى الأحاسيس الجسدية الطبيعية، مع تفسيرها تلقائياً كدلائل على وجود مرض خطير، وهو ما يعزز من مشاعر القلق ويزيد من إدراك التهديد.

٣. تكوين مسارات معرفية خاطئة تعزز من إدراك التهديد: يسهم التفكير السلبي المتكرر في ترسيخ أنماط معرفية مشوهة، مثل التوقع الدائم للأسوأ، أو الإحساس بالافتقار إلى السيطرة على الجسد، مما يؤدي إلى حلقة مفرغة من القلق والمعاناة المستمرة (Temoshok et al, 2004: 100).

النظرية المفسرة للتفكير السلبي المتكرر

نظرية نمط المعالجة للتفكير المتكرر (Edward Watkins, 2004)

مع التقدم المستمر في دراسة العمليات المعرفية والانفعالية المرتبطة بالحالات المزاجية السلبية، شهدت نظرية أنماط الاستجابة تطوراً تمثل في إعادة تفسير مفاهيمها المركزية وتوسيع نطاقها النظري والمنهجي، حيث اتاحت إسهامات إدوارد واتكنز (Edward Watkins) بتوسيع نطاق النظرية لفهم التفكير السلبي المتكرر (RNT) ليُدرج ضمن بعد أكثر شمولاً باعتباره نمط معرفي يتجاوز حدود الاجترار الذهني ليشمل مختلف أشكال التفكير التي تتسم بالتكرار والطابع السلبي، إضافة إلى ضعف القدرة على اتخاذ قرارات فعالة أو التوصل إلى حلول واقعية (Watkins, 2008: 189).

اذ أكد واتكنز (Watkins, 2013) أن ما يجعل هذا النمط من التفكير غير تكيفي لا يتعلق بمحتوى أو طبيعة الأفكار بحد ذاتها كاسترجاع أحداث الماضي في حالات الاكتئاب، أو التوجه نحو المستقبل في اضطرابات القلق، أو التفكير القهري في العودة لتعاطي المواد المخدرة في حالات الإدمان وإنما يتمثل في نمط المعالجة المعرفية المستخدم التي تتسم بالتكرار، والتجريد،

والطابع التحليلي غير المنتج، والانشغال المستمر بمحتوى سلبي بطريقة لا تؤدي الى التكيف او التقدم نحو الحلول الفعالة (Watkins, 2013: 43-44)، لذلك اكد على اهمية طرق المعالجة المعرفية التي تفسر الكيفية التي يعالج بها الأفراد التجارب الصادمة أو الضاغطة، لا سيما عندما يتركز التفكير حول محاولة فهم أو التكيف مع أحداث مؤلمة حدثت في الماضي، وتشير الى أن الأفراد عند تعرضهم لأحداث مؤلمة أو مهددة ينخرطون في أنماط تفكير متكررة تهدف إلى معالجة وفهم الحدث ومكانته ضمن منظومة معتقداتهم وأهدافهم الشخصية، وتم تعريف المعالجة المعرفية والعاطفية على انها عملية التفكير النشط في الضغوطات النفسية والأفكار والمشاعر المرتبطة بها ومعرفة تأثيراتها الآنية والمستقبلية على حياة الفرد (Watkins, 2013: 7).

وافترض واتكينز (Watkins, 2004) أن المعالجة المعرفية للمعلومات تتم من خلال نمطين معرفيين يختلف كل منهما في آلياته الإدراكية وتبعاته النفسية (Kornacka et al., 2019: 2-4) وفيما يلي توضيح لكل نمط من هذه الأنماط:

النمط الأول: نمط المعالجة التحليلية المجردة (Abstract Analytic Mode – AA):

يشير إلى نمط من المعالجة المعرفية يتمثل في تحليل الأسباب والنتائج والدلالات العامة المرتبطة بالتجارب الانفعالية السلبية، ويعد هذا النمط متجذراً في التفكير المتكرر ذي الطابع السلبي الذي يتسم بالصعوبة في ضبطه ويتوجه نحو قضايا انفعالية مستمرة ومثيرة للضيق، ويتميز هذا النمط باستدلال ذاتي تجريدي يعالج المعلومات ذات الصلة بالذات على مستوى معرفي عام وعالي التجريد وغالباً ما يكون عرضة لتشوهات معرفية شائعة كالتعميم الزائد الذي يقود إلى استنتاجات غير دقيقة أو مبالغ فيها عن الذات أو عن العالم المحيط، ويتجه التفكير ضمن هذا النمط إلى إعادة تقييم الماضي بحثاً عن تفسير عام أو دلالة معينة للحدث.

النمط الثاني: نمط المعالجة التجريبية الملموسة (Concrete Experiential Mode – CE):

يتضمن هذا النمط تركيز الانتباه بشكل مباشر على الخبرة الانفعالية الحالية والإحساسات الجسدية والعناصر البيئية المرتبطة بالموقف الحالي، ويتسم هذا النمط بانخفاض مستوى التجريد إذ يعالج الفرد المعلومات ذات الصلة بتجاربه الانفعالية من خلال انخراط مباشر وحسي مع الموقف الآني، وتشير الأدبيات إلى أن هذا النمط من المعالجة في سياق التفكير المتكرر يسهم بشكل فعال في تعزيز التنظيم الانفعالي وذلك من خلال الحد من التأثيرات السلبية المرتبطة بالمعالجة المجردة (Kornacka et al., 2019: 2-4).

واقترح كل من نولين-هوكسما وواتكينز (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011) ان التفكير السلبي المتكرر (RNT) يتمتع بمجموعة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي تميزه

عن غيره من أنماط التفكير والتي تجعله نمطاً معرفياً غير تكيفي يؤدي الى إدامة المعاناة النفسية وعدم القدرة على التكيف الانفعالي والسلوكي (Ehring et al, 2011: 230-231)، وفيما يلي توضيح لهذه الخصائص:

١. **الطابع التكراري:** يتسم هذا النمط بالاستمرارية والدوران حول نفس المحتوى السلبي، دون الوصول إلى نتائج أو حلول ملموسة، مما يبقى الفرد عالقاً في دائرة مغلقة من التفكير السلبي.
٢. **الطابع التطفلي:** تظهر الأفكار السلبية بشكل تلقائي ومفاجئ في وعي الفرد، دون أن يسعى إليها عمداً، الأمر الذي يعزز شعور العجز وفقدان السيطرة على محتوى الأفكار.
٣. **الطابع اللاإرادي:** غالباً ما يدرك الأفراد أنهم غير قادرين على إيقاف هذه الأفكار أو التحكم في استمرارها، ما يزيد من حدة التوتر والضغط.
٤. **ضعف الإنتاجية المعرفية:** يعد التفكير السلبي المتكرر غير بناء، إذ يحد من قدرة الفرد على اتخاذ القرارات أو التعامل بفعالية مع المشكلات، ويؤدي إلى استنزاف الموارد المعرفية المتاحة.
٥. **السيطرة على الانتباه:** يتسبب هذا النمط في تضيق نطاق الانتباه، مما يضعف التفاعل مع الأنشطة اليومية ويؤثر سلباً على الانخراط في السلوكيات الإيجابية والموجهة نحو الهدف.
٦. **الاعتماد على المعالجة اللفظية:** يميل الأفراد ضمن هذا النمط إلى استخدام اللغة الداخلية المجردة في التفكير (كالكلمات والجمل) بدلاً من الصور أو التمثيلات الذهنية، وهو ما يرتبط بمزيد من الاستغراق في التفكير وزيادة استمرارية المشاعر السلبية.
٧. **السلبية العاطفية:** يتسم محتوى التفكير السلبي المتكرر بشحنات انفعالية سلبية، تشمل مشاعر القلق، الذنب، الحزن، أو الخوف، مما يطيل أمد المعاناة النفسية، ويزيد من حدة الأعراض الانفعالية المصاحبة (Ehring et al, 2011: 230-231).

الفصل الثالث

منهجية البحث

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي لأنه أكثر ملائمة لتحقيق اهداف البحث، وهو المنهج الذي يستند الى وصف الظاهرة موضوع البحث بدقة وتفصيل، من خلال دراسة مختلف أبعادها الكيفية والكمية والنوعية، بهدف تقديم صورة شاملة تعبر عن ملامحها الأساسية وخصائصها وحجمها، فضلاً عن تحليل تأثيرها وتأثرها بالعوامل المحيطة بها (الغندور، ٢٠١٥: ١٧٩).

مجتمع البحث

يتألف مجتمع البحث الحالي من الذكور المتعافين من تعاطي المواد المخدرة في محافظة بغداد، ممن يتلقون خدمات العلاج الطبي والنفسي داخل المستشفيات العامة ومراكز التأهيل النفسي

الواقعة ضمن الرقعة الجغرافية لجانب الرصافة، وذلك خلال العام (٢٠٢٤/٢٠٢٥)، وقد جرى حصر المؤسسات الصحية المعنية وتصنيفها وفقاً لقدراتها الاستيعابية لتقديم خدمات العلاج النفسي والتأهيل السلوكي لمرضى الإدمان وشمل مجتمع البحث مستشفى بغداد التعليمي، مستشفى ابن رشد للطب النفسي، مستشفى العطاء لعلاج الإدمان، ومركز القناة للتأهيل الاجتماعي وكان المجموع الكلي للمتعاين من الإدمان في هذه المستشفيات (٣٥٠) متعافي.

عينة البحث

قام الباحثان باختيار عينة البحث بالطريقة القصدية (العمدية)، إذ بلغت نسبة العينة (٢٠٠) متعافي، مقسمة على أربعة مستشفيات وهي كالاتي: مستشفى بغداد التعليمي (٣٠) متعافي، مستشفى ابن رشد للطب النفسي (٢٠) متعافي، مستشفى العطاء لعلاج الإدمان (٥٠) متعافي، ومركز القناة للتأهيل الاجتماعي (١٠٠) متعافي.

أداة البحث

مقياس التفكير السلبي المتكرر Repetitive Negative Thinking

بعد اجراء مراجعة للأدبيات النفسية والدراسات الأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث، بالإضافة الى تحليل الأدوات القياسية المستخدمة في هذا المجال، قام الباحثان باعتماد وترجمة مقياس التفكير السلبي المتكرر الذي طوره (Ehring et al., 2011) كأداة مناسبة لتحقيق أهداف الدراسة الذي تم بناءه وفقاً لنظرية واتكينز للتفكير المتكرر، ويعتبر هذا المقياس أداة مستقلة وموثوقة تستخدم لقياس التفكير السلبي المتكرر بوصفه عملية معرفية عامة وعابرة للتشخيص (Transdiagnostic) لا تقتصر على محتوى محدد او اضطراب نفسي معين، لان الأدوات المتاحة السابقة تقتصر على قياس أنماط محددة من التفكير السلبي المتكرر مثل الاجترار المرتبط بالاكئاب (Rumination) او القلق الوسواسي (Worry)، مما استدعى الحاجة إلى أداة موحدة وشاملة تقيس التفكير السلبي المتكرر كنمط معرفي عام وعابر لمختلف التشخيصات النفسية، ويتكون المقياس من (١٥) فقرة موزعة على خمسة مجالات رئيسية هي: (التكرار، التطفل، صعوبة التوقف عن التفكير، الإنتاجية المتصورة للتفكير التكراري، التفكير التكراري وتأثيره على الموارد العقلية)، وكل فقرة لها خمسة بدائل وهي (ابداء، نادراً، احياناً، غالباً، دائماً) والوزن المخصص لها: (٠، ١، ٢، ٣، ٤)، ويتم حساب درجة كلية للمقياس من خلال جمع الدرجات التي يحصل عليها المستجيب عن كل بديل يختاره من كل فقرة من فقرات المقياس.

الخصائص القياسية (السيكومترية) للمقياس

قام الباحثان باحتساب هاتين بحسابها استناداً الى الخطوات الآتية:

أولاً: صدق المقياس (Validity of the Scale)

لقد استخرج للمقياس الحالي ثلاثة مؤشرات للصدق هما الصدق الظاهري، وصدق البناء، والصدق العملي وفيما يأتي توضيح لكيفية التحقق من كل مؤشر منها:

١. الصدق الظاهري

قام الباحثان بالتحقق من هذا النوع من الصدق من خلال تقديم الصيغة الأولية لمقياس التفكير السلبي المتكرر الى مجموعة من الخبراء المتخصصين في قسم العلوم التربوية والنفسية لبيان مدى صلاحية الفقرات في قياس ما أُعد لقياسه، بالإضافة الى تقييم صياغة التعليمات ومدى وضوح بدائل الإجابة عن الفقرات، وإذا ما كانت هناك حاجة لأجراء أي تعديلات او إضافات على محتوى الفقرات او تعليماتها او بدائلها.

٢. صدق البناء

قد تحقق الباحثان من صدق البناء من خلال اعتماد اربعة مؤشرات وهي :

- التمييز من خلال إيجاد الفروق بين المجموعتين المتطرفتين .
- علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس .
- علاقة الفقرة بدرجة المجال التي تنتمي اليها.
- مصفوفة الارتباطات الداخلية للمقياس.

٣. الصدق العملي

تم التحقق من الصدق العملي لمقياس التفكير السلبي المتكرر عن طريق استخدام التحليل العملي التوكيدي ببرنامج (Amos 24) لدى عينة البحث البالغة (٢٠٠) فرد، حيث افترض ان ابعاد المقياس الخمسة وهي (التكرار، التطفل، صعوبة التوقف عن التفكير، الانتاجية المتصورة للتفكير التكراري، التفكير التكراري وتأثيره على المواد العقلية) تتشعب بعامل كامن واحد وهو (التفكير السلبي المتكرر ذاتياً).

ثانياً: ثبات المقياس Scales Reliability

لاستخراج ثبات المقياس اعتمد الباحثان طريقتين هما:

١. طريقة الاختبار - إعادة الاختبار Test-Retest

ولغرض استخراج الثبات بهذه الطريقة فقد أُعيد تطبيق المقياس على عينة الثبات التي تكونت من (٣٠) فرد من المتعافين من الادمان وبفاصل زمني بلغ (١٤) يوماً من التطبيق الأول، ثم حسب معامل ارتباط بيرسون بين درجات التطبيق الأول والثاني وبلغ معامل الارتباط (٠,٩٢) للمقياس، وتعد هذه القيمة مؤشراً جيداً على استقرار إجابات الأفراد على المقياس عبر الزمن.

٢. معادلة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha

لقد أستخرج الثبات بهذه الطريقة من درجات استمارات عينة التحليل الاحصائي البالغة (٢٠٠) استمارة، وباستعمال معادلة كرونباخ بلغ معامل ألفا (٠,٨٩) وهو معامل ثبات جيد.

❖ وصف المقياس بصورته النهائية

يتألف مقياس التفكير السلبي المتكرر في البحث الحالي بصورته النهائية من (١٥) فقرة موزعة على خمسة مجالات رئيسية هي: (التكرار، التطفل، صعوبة التوقف عن التفكير، الإنتاجية المتصورة للتفكير التكراري، التفكير التكراري وتأثيره على الموارد العقلية)، وكل فقرة لها خمسة بدائل وهي (ابدأ، نادراً، احياناً، غالباً، دائماً) والوزن المخصص لها: (٠، ١، ٢، ٣، ٤)، ويتم حساب درجة كلية للمقياس من خلال جمع الدرجات التي يحصل عليها المستجيب عن كل بديل يختاره من كل فقرة من فقرات المقياس، لذلك فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب (٦٠) درجة التي تمثل أعلى الدرجات، وأقل درجة يحصل عليها هي (٠) درجة والتي تمثل أدنى درجة كلية للمقياس، وبذلك فإن المتوسط النظري للمقياس يكون (٣٠) درجة.

الفصل الرابع

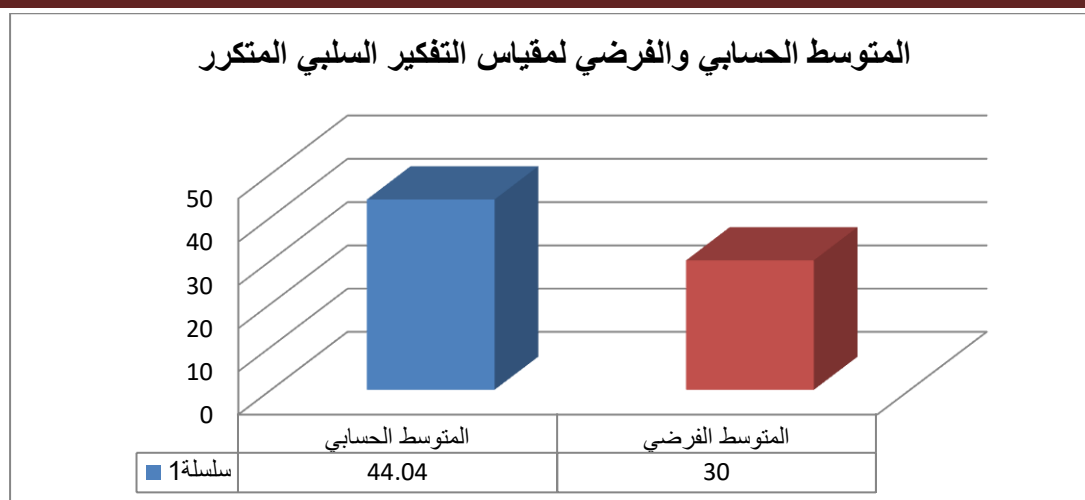
عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها:

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها بناء على الأهداف التي حددت مسبقاً للدراسة، وتفسير هذه النتائج ومناقشتها استناداً الى الإطار النظري والدراسات السابقة، وخصائص مجتمع البحث الذي تمت دراسته في البحث الحالي ومن ثم الخروج بمجموعة من الاستنتاجات والتوصيات العلمية والمقترحات، وفيما يلي عرض النتائج كما يأتي:

الهدف الأول: التعرف على مستوى التفكير السلبي المتكرر عند الافراد المتعافين من الادمان.
لتحقيق هذا الهدف قام الباحثان بتطبيق مقياس التفكير السلبي المتكرر المتكون من (١٥) فقرة على عينة البحث المتكونة من (٢٠٠) متعافي من الإدمان، وأظهرت نتائج البحث إلى أن المتوسط الحسابي لدرجات هذه العينة على المقياس قد بلغ (٤٤,٠٤٠) درجة وبانحراف معياري قدره (١٠,٢٧٥) درجة، وعند معرفة دلالة الفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي الذي بلغ (٣٠) درجة، تبين ان الفرق دال احصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥)، إذ بلغت القيمة التائية المحسوبة (١٩,٣٢٣) وهي اكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦)، وبدرجة حرية (١٩٩) والجدول (١) والشكل (١) يوضحان ذلك.

جدول (١) المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والقيمة التائية لمقياس التفكير السلبي المتكرر

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة التائية t		الدلالة (٠,٠٥)
					المحسوبة	الجدولية	
التفكير السلبي المتكرر	٢٠٠	٤٤,٠٤٠	١٠,٢٧٥	٣٠	١٩,٣٢٣	١,٩٦	دالة



الشكل (١) المتوسط الحسابي والفرضي لمقياس التفكير السلبي المتكرر

ولمعرفة مستوى التفكير السلبي المتكرر عند المتعافين من الإدمان قام الباحثان بوضع معيار بالاعتماد على معادلة الأهمية النسبية لفقرات المقياس إذ قاما بمقارنة الوزن النسبي لفقرات المقياس بالمعيار المعتمد كما هو موضح في جدول (٢).

المتغير	مستوى ضعيف	مستوى متوسط	مستوى عالي
التفكير السلبي المتكرر	اقل من ٦٠%	٦٠% - ٧٥%	اكثر من ٧٥%

وبعد استخراج الوزن النسبي لفقرات المقياس وجد الباحثان انه بلغ (٧٣,٤%) وعند مقارنته بالمعيار المشار اليه اعلاه وجد الباحثان ان مستوى التفكير السلبي المتكرر لدى أفراد العينة قد كان متوسط لكونه ضمن المعيار المعتمد للدرجة المتوسطة.

وفسر الباحثان النتيجة وفقاً للآطار النظري لنظرية نمط المعالجة للتفكير المتكرر، فإن النتيجة الحالية قد تعكس ميلاً لدى هؤلاء الأفراد إلى استخدام نمط المعالجة التحليلية المجردة الذي يركز على تفسير الأسباب والدلالات العامة للأحداث السلبية بشكل تجريدي ومطول دون التفاعل المباشر مع التفاصيل الحسية أو الجوانب الواقعية للموقف، وهذا النمط وإن كان في المستوى المتوسط إلا انه يظل قادراً على إدامة المعاناة النفسية وزيادة احتمالية عودة الضيق الانفعالي، خاصة لدى الأفراد ذوي التاريخ الشخصي المليء بالخبرات الضاغطة والصدمات المرتبطة بالإدمان، وتشير نظرية واتكينز كذلك إلى أن المستوى المتوسط من التفكير السلبي المتكرر قد يعكس مرحلة انتقالية يكون فيها الأفراد قادرين نسبياً على كبح بعض حلقات التفكير غير التكيفي، إلا أنهم يظلون معرضين لخطر تنشيط هذه الحلقات عند مواجهة المواقف الضاغطة أو المثيرات الانفعالية السلبية، وهذا يتفق مع الخصائص التي وصفها النظرية مثل الطابع التكراري واللاإرادي وضعف الإنتاجية المعرفية والتي يمكن أن تؤثر حتى عند المستويات المتوسطة، خاصة في الفترات الحرجة من التعافي حيث تكون مهارات ضبط الذات في طور إعادة البناء.

الهدف الثاني: التعرف على الفروق ذات الدلالة الاحصائية في التفكير السلبي المتكرر عند الافراد المتعافين من الادمان تبعاً لمتغير العمر (١٦- ٢٥ , ٢٦- ٣٥ , ٣٦ فأكثر) سنة. للتعرف على هذا الهدف قام الباحثان باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث تبعاً لمتغير العمر وكانت كما موضحة في جدول (٢).

الجدول (٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعينة البحث تبعاً للعمر

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١٦- ٢٥ سنة	٩٢	٤١,٣١٨	١٠,٨٤٧
٢٦- ٣٥ سنة	٦٦	٤٤,٩٤٦	١٠,١٥٧
٣٦ سنة فأكثر	٤٢	٤٦,٣٣٣	٨,٨٢٠

ولمعرفة دلالة الفروق الاحصائية بين هذه المتوسطات استعمل الباحثان تحليل التباين الاحادي وكانت النتائج كما موضحة في الجدول (٣).

جدول (٣) نتائج تحليل التباين الاحادي لدرجات عينة البحث تبعاً للعمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	النسبة الفائية	الدلالة (٠,٠٥)
بين المجموعات	٧٨٥,٣٠٠	٢	٣٩٢,٦٥٠	٣,٨٢٤	دالة
داخل المجموعات	٢٠٢٢٦,٣٨٠	١٩٧	١٠٢,٦٧٢		
الكلي	٢١٠١١,٦٨٠	١٩٩			

تبين من خلال نتائج الجدول اعلاه ان القيمة الفائية المحسوبة البالغة (٣,٨٢٤) هي أكبر من القيمة الفائية الجدولية البالغة (٣,٠٠)، عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجتي حرية (٢, ١٩٧) وهذا يدل على انه يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجاميع الثلاث في التفكير السلبي المتكرر، ولمعرفة الفروق لصالح اي مجموعة استعمل الباحثان اختبار شيفية للعينات غير المتساوية وكانت النتائج كما موضحة في الجدول (٤).

جدول (٤) الوسط الحسابي والفرق بين الوسطين وقيمة شيفية المحسوبة والحرية

المقارنات	المتوسط الحسابي	قيمة شيفية المحسوبة	قيمة شيفية الحرية	مستوى الدلالة (٠,٠٥)
١٦- ٢٥ سنة	٤١,٣١٨	٣,٦٢٧	٤,٠٠٢	غير دالة
٢٦- ٣٥ سنة	٤٤,٩٤٥			
١٦- ٢٥ سنة	٤١,٣١٨	٥,٠١٥	٤,٥٠٩	دالة لصالح ٣٦ سنة فأكثر
٣٦ سنة فأكثر	٤٦,٣٣٣			
٢٦- ٣٥ سنة	٤٤,٩٤٥	١,٣٨٨	٤,٩٠١	غير دالة
٣٦ سنة فأكثر	٤٦,٣٣٣			

من خلال الجدول اعلاه يتبين ان هناك فرق ذو دلالة احصائية في التفكير السلبي المتكرر تبعاً للعمر في مقارنة واحدة بين (١٦-٢٥ و ٣٦ سنة فأكثر) ولصالح الفئة (٣٦ سنة فأكثر) لكون قيمة شيفية المحسوبة هي أكبر من قيمة شيفية الحرجة.

فسر الباحثان هذه النتيجة وفقاً لنظرية نمط المعالجة للتفكير المتكرر ان الأفراد الأكبر سناً أنهم يميلون إلى المعالجة التحليلية المجردة والتي تتميز بالتركيز على الأسباب والدلالات العامة للأحداث السلبية وإعادة تقييم الماضي بشكل مستمر، وهذا النمط من المعالجة يعزز الطابع التكراري والتجريدي للتفكير السلبي ويحد من القدرة على التوصل إلى حلول عملية مما يزيد من الانشغال بالمحتوى السلبي وتأثيراته الانفعالية، اما الفئة الأصغر سناً تميل إلى المعالجة التجريبية الملموسة التي تركز على الخبرة الانفعالية الحالية والانخراط المباشر مع الموقف الحاضر مما يقلل من استمرارية التفكير السلبي ويعزز التعامل الفعال مع المشكلات.

الهدف الثالث: التعرف على الفروق ذات الدلالة الاحصائية في التفكير السلبي المتكرر عند الافراد المتعافين من الادمان تبعاً لمتغير مدة التعافي (اقل من ٦ أشهر، ٦ أشهر فأكثر) سنة.

لغرض التحقق من هذا الهدف قام الباحثان بأخذ استجابات عينة البحث البالغة (٢٠٠) فرد على مقياس التفكير السلبي المتكرر، وبعد معالجة البيانات إحصائياً استخرج الباحثان متوسطات درجات افراد العينة على المقياس تبعاً لمدة التعافي، وتبين ان متوسط درجات الفئة اقل من ٦ أشهر بلغ (٤٦,٣٦١) بانحراف معياري قدره (٨,٥٥٠)، ومتوسط درجات الفئة ٦ أشهر فأكثر بلغ (٤٠,٤١٠) بانحراف معياري قدره (١١,٦٦٧)، ولمعرفة الفروق بين الفئتين استخدم الباحثان الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وكانت النتائج كما موضحة في الجدول (٥).

الجدول (٥) الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لدلالة الفرق في التفكير السلبي المتكرر تبعاً لمتغير مدة

التعافي

المتغير	مدة التعافي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية		مستوى الدلالة (٠,٠٥)
					المحسوبة	الجدولية	
التفكير السلبي المتكرر	اقل من ٦ أشهر	١٢٢	٤٦,٣٦١	٨,٥٥٠	٤,١٥٤	١,٩٦	دالة
	٦ أشهر فأكثر	٧٨	٤٠,٤١٠	١١,٦٦٧			

يتبين من الجدول اعلاه وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الفئتين في التفكير السلبي المتكرر ولصالح فئة (أقل من ٦ أشهر) كون القيمة التائية المحسوبة (٤,١٥٤) أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (١,٩٦) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ودرجة حرية (١٩٨).

فسر الباحثان النتيجة وفقاً لنظرية نمط المعالجة للتفكير المتكرر التي تؤكد أن استمرار هذا النوع من التفكير مرتبط بالنمط المعرفي المستخدم وليس بمحتوى الأفكار فقط، إذ في هذه المرحلة يكون الأفراد أكثر ميلاً للاعتماد على النمط التحليلي المجرد الذي يركز على التكرار والانشغال بالمحتوى السلبي للأفكار مما يعزز الجمود المعرفي والانفعالي، أي أن المرحلة الزمنية للتعافي تعد عاملاً مؤثراً في طبيعة المعالجة المعرفية عند المتعافين من الإدمان فالأفراد الذين لم تتجاوز مدة تعافيتهم ستة أشهر ما زالوا في مرحلة إعادة التكيف المعرفي والانفعالي الأولى حيث تظل أنماط التفكير السلبي المتكرر أكثر حضوراً نتيجة استمرار تأثير الخبرات السابقة المرتبطة بالإدمان وضعف الشعور بالاستقرار النفسي، أما الأفراد الذين تجاوزوا ستة أشهر من التعافي أنهم قد اكتسبوا قدراً أكبر من الوعي المعرفي والمرونة الذهنية بفضل الانخراط في البرامج العلاجية والدعم الاجتماعي المتواصل مما ساعدهم على خفض مستويات التفكير السلبي المتكرر تدريجياً مما يعزز استقرار التعافي ويقلل من احتمالية العودة إلى دوائر التفكير السلبي المرتبطة بالإدمان.

التوصيات

في ضوء نتائج البحث الحالي، يمكن ان يوصي الباحثان بما يأتي:

١. أهمية دمج برامج تنمية المهارات المعرفية والانفعالية ضمن خطط تأهيل المتعافين من الإدمان، بما يساهم في الحد من التفكير السلبي المتكرر وتعزيز القدرة على التكيف النفسي، وتقليل مخاطر الانتكاس.
٢. أهمية تعزيز وتفعيل دور المدرسة كمؤسسة اجتماعية داعمة للوقاية من الإدمان، من خلال إدخال برامج تدريبية مستمرة، وتدريب الكادر التعليمي ليتمكن من التعرف المبكر على أعراض الإدمان والاضطرابات النفسية المرتبطة به لضمان تدخل مبكر.
٣. ضرورة تعزيز الوعي داخل الأسرة وتشجيع التواصل المفتوح والداعم بين أفرادها، لما له من تأثير مباشر في بناء مقاومة نفسية ضد التفكير السلبي المتكرر والسلوكيات المهيئة للإدمان.

المقترحات

بناء على ما اوضحته الدراسة الحالية من نتائج يقترح الباحثان إجراء عدد من الدراسات والبحوث استكمالاً للدراسة الحالية وهي كالاتي:

١. إجراء دراسة مماثلة على عينات أكبر وأكثر تنوعاً بما يتيح التحقق من إمكانية تعميم النتائج على نطاق أوسع.
٢. تطبيق برنامج للعلاج المعرفي السلوكي لعلاج التفكير السلبي المتكرر عند المتعافين من الإدمان.

المصادر

- عبد العزيز (٢٠١٩)، **التعافي من الإدمان بين النظرية والتطبيق**، القاهرة: دار الفكر العربي.
- الغندور، محمد جلال (٢٠١٥)، **البحث العلمي بين النظرية والتطبيق**، ط١، القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
- Adame, L.R. (2023), **The relationship between repetitive negative thinking, cognitive fusion, experiential avoidance, and psychological maladjustment in a non-clinical population**, Master's thesis in General Health Psychology, European University of Madrid.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010), **Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta analytic review**, Clinical Psychology Review, 30(2), 217-237.
- Amir, I. & Bernstein, A. (2021), **Dynamics of Internal Attention and Internally-Directed Cognition: The Attention-to-Thoughts (A2T) Model**.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983), **Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes**, Behaviour Research and Therapy, 21(1), 9-16.
- Caselli, G., Bortolai, C., Leoni, M., Rovetto, F., Spada, M. M., & Wells, A. (2008), **Rumination in problem drinkers. Addictive Behaviors**, 33(10), 1340-1348.
- Ehring, T. & Watkins, E.R, (2008), **Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process**, Article in International Journal of Cognitive Therapy, 1 (3), 192-205.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011), **The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking**, Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 42(2), 225-232.

- Garke, M.A., Isacsson, N.H., Sorman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K.L., Berghoff, C.R., Sinha, R., Tull, M.T. (2021), **Emotion dysregulation across levels of substance use**, Psychiatry Research, 296.
- Kornacka, M., Krejtz, I., & Douilliez, C. (2019), **Concrete vs. abstract processing in repetitive negative thinking: Distinct functional effects on emotional reactivity and attentional control**, Frontiers in Psychology, 10, Article 1372.
- Mansueto, G., Palmieri, S., Sassaroli, S., Ruggiero, G.M., Caselli, G., Calligaro, D., Manigrasso, A., Nikčević, A., Spada, M.M. (2024), **Emotion dysregulation in participants with substance use disorders: A metacognitive perspective**, Journal of Affective Disorders, 363, 63–71.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991), **Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes**, Copyright 1991 by the American Psychological Association, Inc.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., Lyubomirsky, S. (2008), **Rethinking Rumination**, Perspectives on Psychological Science, 3 (50), 400–424.
- Ogilvie, L. & Carson, J. (2022), **Positive addiction recovery therapy: a pilot study**, Emerald Publishing Limited, Advances in Dual Diagnosis, 15(4), 196–207.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.) (2004), **Depressive rumination: Nature, theory and treatment**, John Wiley & Sons.
- Paul, G., Elam, B., & Verhulst, S. J. (2007), **A longitudinal study of students' perceptions of using deep breathing meditation to reduce testing stresses**, Teaching and Learning in Medicine, 19(3), 287–292.
- Schlagman, S., Kvavilashvili, L. (2008), **Involuntary autobiographical memories in and outside the laboratory: How**

different are they from voluntary autobiographical memories?, Memory & Cognition 36(5), 920–932.

- Tate, S. R., Brown, S. A., Glasner, S. V., Unrod, M., McQuaid, J.R. (2006), **Chronic life stress, acute stress events, and substance availability in relapse**, Addiction Research and Theory, 14(3), 303–322.
- Temoshok, L., Nykliček, I., Vingerhoets, A. (Eds.) (2004), **Emotional expression and health: Advances in theory**, assessment and clinical applications [E-book edition], Brunner–Routledge.
- Watkins, E. R., & Moulds, M. (2005), **Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression**, Emotion, 5(3), 319–328.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005), **Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population**, Behaviour Research and Therapy, 43, 1577–1585
- Watkins, E.R (2013), **Constructive and unconstructive repetitive thought**.
- Watkins, E. R. (2008), **Constructive and Unconstructive Repetitive Thought**, Psychological Bulletin, 134(2), 163–206.
- Zawadzki, M. J. (2015), **Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies**, Psychology & Health, 30 (10), 1146–1163.