

## دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية

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

### (الملخص)

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية من الذكور. تكونت العينة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى تكونت من (٥٠ منتكسًا) من الذكور المنتكسين على المواد النفسية، وذلك بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٤٢) سنة وبانحراف معياري قدره (٥,٠٥١) سنة، وتكونت المجموعة الثانية من (٥٠ متعافيًا) من الذكور المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٦٢) سنة وبانحراف معياري قدره (٥,٥٣٢) سنة، تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية إعداد شعبان جاب الله رضوان، يتكون من ثلاثة مكونات أساسية للمساندة الاجتماعية هي: المساندة المعرفية والمساندة الوجدانية والمساندة السلوكية، ومقياس المقاومة النفسية إعداد مرودة حسين واصف، وتم حساب خصائصها السيكومترية المتمثلة في الثبات والصدق. أشارت نتائج الدراسة إلى ارتباط المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) ومكوناتها الفرعية بالمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى كل من المجموعتين فيما عدا مكون المساندة الاجتماعية السلوكية ارتبط ارتباطاً ضعيفاً بالمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعة المنتكسين. كما أشارت النتائج أن متغير المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) يفسر المقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى كل من المتعافين والمنتكسين؛ وبالتالي فإن المساندة الاجتماعية تمارس دوراً

في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية، وقد نوقشت النتائج في ضوء مدى تحقق فروض الدراسة والتراث البحثي المتاح.

**الكلمات المفتاحية:** المقاومة النفسية، المساندة الاجتماعية، الاعتماد على المواد النفسية.

## **Role of Social Support in Predicting Psychological Resilience in Relapsed and Psycho Active Substances Dependence- Recovered Patients**

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

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

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

### **Abstract**

The present study aims to reveal the role of social support in predicting psychological resilience among the males relapsing and recovering from dependence on psychoactive substances. The sample consists of two groups. The first group consists of (50 recoveries) of males recovering from dependence on psychoactive substances with an average age of (32,  $62 \pm 5,532$ ) years. The second group consists of (50 relapses) of males relapsing in psychoactive substances with an average age of (32,  $42 \pm 5,051$ ) years. The scale of social support prepared by Shaaban Gaballah Radwan is employed. It consists of three main components of social support: Cognitive, Emotional and Behavioral Support. The psychological resilience scale has been prepared by Marwa Hussein Wasef, after calculating its psychometric properties represented in validity and reliability. The results of the study have indicated the correlation between social support (total score) and psychological resilience (total score) for both groups. except for the behavioral social support component which has weakly correlated with psychological resilience of total score in the group of relapses. In addition, it has been revealed from the results that the variable of social support of total score interprets the psychological resilience of total score for both recoveries and relapses. Accordingly, social support plays a role in predicting psychological resilience for both relapses and recoveries from dependence on psychoactive

substances. The results have been discussed in terms of the extent to which the study hypotheses and available literature have been validated.

**Keywords:** Psychological resilience, Social support, Dependence on psychoactive substances.

## مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن دور المساندة الاجتماعية<sup>(١)</sup> في التنبؤ بالمقاومة النفسية<sup>(٢)</sup> لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية<sup>(٣)</sup> والمنتكسين إليها من الذكور. تتنبأ نماذج الوقاية الحديثة لتعاطي المواد النفسية بجميع أنواعها باحتمال انخفاض أشكال الانحراف والاعتماد لدى الراشدين بفعل العوامل الوقائية التي تقي الفرد تحت وطأة خبرات الحياة المثيرة للمشقة، أو في ظل انخفاض قدراته الحالية التي تساعده على مواجهة مثل هذه الخبرات. وتُصنّف العوامل الوقائية عمومًا إلى مجموعتين: مجموعة العوامل الشخصية، ومجموعة العوامل البيئية؛ مثل: المساندة الاجتماعية. واستنادًا إلى النظرية التي قدمها "بينارد Benard" توجد أربع سمات فردية تُعرف باسم "عوامل المقاومة النفسية"، وهي: الحكم الذاتي<sup>(٤)</sup>، والكفاءة الاجتماعية<sup>(٥)</sup>، وحل المشكلات، والشعور بالهدف والمستقبل، كما توجد ثلاث آليات بيئية تعرف باسم "عوامل الحماية" وهي: العلاقات الأسرية السليمة، والترابط الإيجابي بالمدرسة، والبيئة الآمنة والمساندة للفرد (Dugan, 1996).

يعتمد الأفراد الذين يعانون من الاعتماد على المواد النفسية غالبًا على دعم شبكاتهم الاجتماعية للحفاظ على المكاسب التي تحققت خلال مراحل العلاج. وتختلف وظائف تلك الشبكات الاجتماعية باختلاف النوع، وطرق تأثير هذه الشبكات على المعتمدين أثناء علاجهم (Faleck, 2016).

كما أن تغيير السلوك المرتبط بالاعتماد على المواد النفسية بالنسبة لكثير من الناس خبرة مليئة بالشعور بالوحدة والعزلة، كما أن استخدام قوة الإرادة لا يكفي وحده في هذه

---

(1) Social Support  
(2) Psychological Resilience  
(3) Psychoactive Substances Dependents  
(4) Autonomy  
(5) Social Competence

الحالة؛ لذا أشارت الدراسات إلى تزايد الاهتمام بالمجموعات العلاجية التي تدعم وتساند الفرد في إعادة تشكيل سلوكه ودعم تعافيه؛ فيستكشف الفرد في هذه المجموعات العمليات الاجتماعية والمعرفية التي تمكنه من معالجة مشكلاته التي تسبب الاعتماد على المواد النفسية؛ فترفع لديه المقاومة النفسية، وتساعد في الحفاظ على التعافي (Buckingham&Best,2016).

وبذلك تُعد المساندة أحد أهم مصادر الأمان النفسي بالنسبة للأفراد، ويتعاضد دورها عندما يدرك الفرد أنه غير قادر على مواجهة صعوبات أو أخطار محددة، ويكون في حاجة إلى العون والمؤازرة من الآخرين الذين يمثلون الإطار الاجتماعي الداعم له (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٦)، فإدراك الفرد للمساندة المقدمة يُعد أكثر أهمية من المساندة الفعلية التي يتلقاها (Gregory,Barbar,Irwin&Ciarda,1996,4).

وبالرغم من أهمية المساندة الاجتماعية فإن الأفراد لا يطلبونها بشكل مباشر، فبالرغم من فاعليتها؛ فإن السبب الرئيسي للإحجام عنها هو المخاطر المترتبة على البحث عنها، وأولها خوف الفرد من أن يمثل مع مرور الوقت عبئاً على الآخرين، والسبب الآخر هو عدم الظهور بمظهر جيد أمام الآخرين فالأفراد غالباً يسعون للظهور بأفضل مظهر أمام الآخرين، كما أن طلب المساندة يحتاج أن يثق الطالب في من يسانده ليكشف أمامه عيوبه وعواطفه ونقاط الضعف لديه دون خوف، وهذا يحتاج امتلاك مقدم المساندة بقدر من الحساسية العالية للشعور بالآخرين، وأن يكون مصدر ثقة في الأساس (Junker& Shutterstock, 2011, 202).

وتؤثر المساندة الاجتماعية على العديد من العوامل النفسية للفرد، ومنها المقاومة النفسية، فالمقاومة النفسية، هي الطريقة التي يدير بها الأفراد المواقف الضاغطة في الحياة لتقليل العواقب السلبية والحفاظ على الحالة الصحية، وتتأثر المقاومة النفسية بعدة

عوامل منها المساندة الدينية، ومساندة الأسرة، ومساندة الأقران، ومفهوم الذات، واستراتيجيات التوافق (Firdaus, Setyowati, & Purwatiningsih, 2019).

### مدخل إلى مشكلة الدراسة:

من خلال مراجعة التراث البحثي في دراسة دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية -في حدود علم الباحثين- لا يوجد إطار نظري محدد حتى الآن يوضح العلاقة بين المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية لدى المعتمدين على المواد النفسية؛ وبالتالي لا يوجد إطار نظري يوضح دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية، وبالرغم من الندرة النسبية في هذه الدراسات في هذا الشأن فإن العدد محدود من الدراسات أثبت أن المقاومين ماهرون في طلب المساندة، وفي الحصول عليها خاصة المساندة من خارج الأسرة (Jane,2012).

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

كما لا توجد أية دراسة عربية تناولت موضوع البحث بالدراسة، ومن خلال محاولة رصد الدراسات الأجنبية -أيضًا- التي اهتمت بموضوع البحث، فقد كان الاهتمام الأكبر

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

والذي يزيد من أهمية فحص العلاقة بين متغيري المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية لدى المتعافين تعارض الدراسات بشأن دورهما في الاعتماد على المواد النفسية، كما أن بعض الدراسات أشارت إلى اختلاف الدور الذي تمارسه المقاومة باختلاف النوع مثلاً، وكذلك الحال بالنسبة للدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية فتختلف نوع المساندة -أيضاً- باختلاف النوع.

ومن أمثلة تعارض نتائج الدراسات السابقة التي عنيت بدور المقاومة النفسية لدى المعتمدين على المواد النفسية، ما أشارت إليه نتائج دراسة "مارجريت دوجان" سنة (١٩٩٦) إلى أن عوامل المقاومة النفسية وحدها لا تكفي للحد من احتمالات الاعتماد على المواد النفسية والانحراف لدى الراشدين المعرضين للخطر، فعلى الرغم من أهميتها، فلا تعد المقاومة وحدها مؤشراً قوياً لخفض احتمالات تعاطي المواد النفسية أو التقليل من الانحراف. فكشفت نتائج هذه الدراسة بقوة عن العلاقة الإيجابية التنبؤية بين عوامل الحماية وبين كل عامل من عوامل المقاومة النفسية على حدة، والأكثر أهمية هو العلاقة القوية والثابتة بين انخفاض السلوكيات المحفوفة بالخطر وعوامل الحماية، خاصة العوامل المتعلقة بالأسرة والمدرسة. وفي الواقع، كان الترابط المدرسي من أهم المؤشرات لحدوث نتائج إيجابية عندما تتوفر معه عوامل المقاومة النفسية. ولكن عوامل الوقاية لم تكن مؤشراً قوياً للحد من الاعتماد على المواد النفسية وأشكال السلوك المنحرف، وذلك في حالة غياب أو انخفاض آليات الحماية (Dugan, 1996).



في حين أيدت نتائج الدراسة التي أجراها كل من "مون" Moon وزملاؤه بأن عوامل المقاومة النفسية بشكل عام تمارس دورًا أكبر من عوامل الخطر في الاعتماد على المواد النفسية وعمليات المقاومة للعقائير النفسية (Moon, Jackson & Hecht, 2000) فهل تستطيع المساندة الاجتماعية في تأثيرها على المقاومة النفسية أن تفسر هذا التعارض بين نتائج الدراسات السابقة؟

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

### تساؤلات الدراسة:

- ١- هل توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟
- ٢- هل تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية؟

### الأهمية النظرية والتطبيقية للبحث الحالي:

#### أ) الأهمية النظرية :

- ١- سد الثغرة الناتجة عن عدم وجود أية دراسة عربية أو محلية -في حدود علم الباحثين- تناولت متغيرات الدراسة الراهنة بالفحص والدراسة.
- ٢- تزويد المكتبة العربية ببعض المؤشرات النفسية المنبئة بالتعافي لمن يعتمدون على المواد النفسية، خاصة مع وجود ندرة في الدراسات والبحوث التي اهتمت بدراسة الجوانب النفسية للمتعافين.
- ٣- الإسهام في التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة وتوضيح التعريفات الخاصة بها والأطر النظرية المفسرة لها.

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

٥- إسهام الدراسة الراهنة في تفسير التعارض بين العدد القليل من الدراسات التي اهتمت بدور المقاومة النفسية في مجال الاعتماد على المواد النفسية.

### ب) الأهمية التطبيقية:

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

٢- المساهمة في تصميم برامج وقائية علاجية وإرشادية وتأهيلية لمن وقع بالفعل في مشكلة الاعتماد على المواد النفسية؛ لرفع نسبة المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

٣- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في الاكتشاف المبكر لمن يفتقر لمنبئات تساعد على التعافي، ودعمه بالمهارات اللازمة للتعافي بشكل أكثر كثيفاً، عن من تتخفف لديه هذه المنبئات، لرفع مهاراتهم في الجوانب الأكثر ارتباطاً بالتعافي.

٤- تساعد نتائج هذه الدراسة في توفير عدد من المؤشرات التي تساعد المعالجين على التعرف على منبئات التعافي؛ مما يوفر لهم الوقت والجهد والمال المبذولين على المتعافي والذي يضيع هباءً حال انتكاسته والمساهمة في وضع مؤشرات تساعد الفريق العلاجي على الحفاظ على المتعافين؛ مما يقلل من

المشكلات المرتبطة بالاعتماد على المواد النفسية والتي تهدد أمن المجتمع واستقراره، وتعطيل الطاقات الشبابية به.

٥- تساعد العاملين في مجال الاعتماد على المواد النفسية في تصميم برامج إرشادية وعلاجية أسرية لرفع كفاءة الأسر التي تقدم الشكل الرئيسي في المساندة الاجتماعية، مع تصميم البرامج التي تهتم بأكثر أنماط المساندة الاجتماعية التي تؤثر في العملية العلاجية والتأهيلية بشكل خاص، والتي تساهم في التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

٦- إثراء الجانب التطبيقي من خلال توفير أدوات للباحثين والممارسين في المجال الإكلينيكي على حد سواء، ويمكن استخدامها في عملية تقييم المقاومة النفسية والمساندة الاجتماعية؛ وذلك لسد الفجوة الناتجة عن ندرة الأدوات المصممة في هذا السياق.

٧- تساعد واضعي البرامج العلاجية والوقائية في توفير عدد من المؤشرات التي تساعد في توجيه المال والجهد إليها في العملية العلاجية، أو عند إجراء برامج تدريبية للفريق العلاجي، أو عند ترشيح الاختصاصيين النفسيين أو الأطباء النفسيين لمتابعة المتعافين.

وفيما يلي سنعرض عرضاً موجزاً لمفاهيم الدراسة الراهنة وأهم الأطر النظرية المفسرة لها .

## **المفاهيم والإطار النظري:**

يختص هذا الجزء بتقديم إطار نظري واضح لمفاهيم الدراسة بهدف تحديد معالم كل مفهوم، حيث يكون هذا الإطار النظري بمثابة حجر الأساس الذي يُعتمد عليه في إعداد

مقياس الدراسة الحالية، ويتضمن هذا الجزء خمسة نقاط أساسية يُقدم في كل نقطة تعريف أحد مفاهيم الدراسة، وعرض النماذج والأطر النظرية الخاصة به، سيتم عرضها كالتالي:

أولاً: المساندة الاجتماعية.

ثانياً: المقاومة النفسية.

ثالثاً : الاعتماد على المواد النفسية.

رابعاً: التعافي.

خامساً: الانتكاس.

## وفيما يلي عرض لمفهوم المساندة الاجتماعية:

### أولاً: مفهوم المساندة الاجتماعية:

ترجع بداية ظهور مفهوم المساندة الاجتماعية في الدراسات العلمية منذ عام ١٩٧٠ إلى عدد من الرواد منهم على سبيل المثال "كوب" Cobb و"كاسل" Cassell و"كابلي" Caplan (Gregory,et al.,1996,4). وقد أدرج مصطلح "المساندة الاجتماعية" تحت عناوين مختلفة، مثل: الروابط الاجتماعية، والشبكات الاجتماعية، والاتصال الاجتماعي الهادف، والعشرة الاجتماعية. وعلى الرغم من صعوبة تماثل تلك المفاهيم، فإنها تشترك في التركيز على أهمية العلاقات الإنسانية والأنظمة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد (منار، ٢٠١٥، ١١).

وتنقسم تعريفات المساندة الاجتماعية بشكل عام إلى توجّهين: يشير التوجه الأول بالمساندة الاجتماعية المقدمة للفرد عند مواجهته لموقف ضاغط، أما التوجه الثاني فيشير إلى المساندة الاجتماعية التي تسهم في تنمية المهارات الاجتماعية والارتقاء الاجتماعي (Gregory,et al.,1996,4). فمثلاً يعرف البعض المساندة الاجتماعية على أنها

المساندة المقدمة من قبل الآخرين، بينما تعرف العلاقات الاجتماعية<sup>(١)</sup> على أنها الروابط الاجتماعية بواحد أو أكثر من الأفراد في البيئة المحيطة (Tuliao, 2008)، ويلاحظ أن هذا التعريف قد غفل شق مهم من المساندة الاجتماعية، وهو تقديم المساندة الاجتماعية. فالمساندة الاجتماعية ذات خاصية تبادلية؛ وذلك لكونها علاقة تتضمن وجود قدر من الاعتماد المتبادل يتم إرادياً، ويسمح بالتفاعل الاجتماعي بين الأفراد، وفي ظل هذه العلاقة يحصل الأفراد على فوائد متنوعة، منها: المساندة، والتشجيع، ودعم الثقة بالنفس، والتقويم الإيجابي للذات، والتحقق من الأفكار والآراء الشخصية بعد تهيئة الظروف الميسرة للإفصاح عنها، وكذلك نمو المعارف من خلال التنبهات الاجتماعية المختلفة (عزة، ٢٠٠١، ٨٥).

وقد عرّف "نوريس وكانياتز" المساندة الاجتماعية بأنها: "تلك التفاعلات أو العلاقات الاجتماعية التي تمد الأفراد بالمساعدة الفعلية، أو التي تدمج الأفراد داخل السياق الاجتماعي الذي يعتقدون أنه يمدّهم بالحب والرعاية، أو الشعور بالتعلق بالجماعات الاجتماعية المهمة". ويتضمن هذا التعريف اتجاهين للمساندة الاجتماعية، هما: تلقي المساندة، وإدراك المساندة، فتلقي المساندة يشير إلى سلوكيات المساندة المقدمة فعلياً، بينما يشير إدراك المساندة إلى الاعتقاد بأن سلوكيات المساندة سوف تقدم عند الحاجة إليها. (في: منار، ٢٠١٥، ١٢). كما تعرف المساندة الاجتماعية بأنها شبكة العلاقات الاجتماعية التي توفر الموارد النفسية والمادية، وتعزز من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط، كما أنها عامل واقى من أحداث الحياة الضاغطة، أو هي أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من الأسرة والأصدقاء والآخرين ذوي العلاقة القوية به، والتي تتمثل في: تقديم المساعدة، والمشاركة، والاهتمام، والتوجيه، والتشجيع في جميع جوانب الحياة، والتي تشجع الحاجات المختلفة للفرد، وتشعره بالأمن، وتزود من ثقته بنفسه وإمكاناته، وتساعد على تكوين علاقات اجتماعية جيدة (إيمان، ٢٠١٤).

(1) Social Relationships

ويعرّف "شعبان جاب الله رضوان" المساندة الاجتماعية بأنها مقدار ما يتلقاه الفرد من دعم وجداني ومعرفي وسلوكي من خلال الآخرين في بيئته الاجتماعية عندما يخبر أحداث أو موقف يمكن أن تثير المشقة لديه (شعبان، ٢٠٠٦). ويتبنى الباحثون هذا التعريف في البحث الحالي.

ويرى بعض الباحثين أن المساندة الاجتماعية تشير إلى وجود علاقات مُرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير. وتمثل هذه العلاقات مصدات أو حواجز للضغط (حسين، ٢٠٠٥)؛ ولذلك يعرف "لوبيز" Lopez المساندة الاجتماعية بأنها الإمكانيات الاجتماعية المتاحة للفرد، والتي يمكن أن يستخدمها في أوقات الضيق، وتهدف إلى تدعيم صحة ورفاهية متلقيها. وأشار "معتز سيد عبد الله" إلى أن المساندة الاجتماعية هي الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذي يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويتركون لديه انطباع بأنهم يحبونه ويقدرونه، ويمكن اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاج إليهم، أو الرغبة في الاقتراب من الأشخاص المهمين الذين يمكنهم تقديم المعلومات والحقائق التي تشير إلى الحب والتقدير والالتزام أو التعهد المتبادل. كما قرر "نورتون" Norton و"مام" Mamme أن المساندة الاجتماعية هي الدعم المقدم للأفراد من قبل الأسرة، وبصفة خاصة الزوج والعائلة والأصدقاء والجيران وزملاء العمل، وكذلك الطاقم الطبي المعالج للمرضى، والجهات الإدارية المشرفة (في: أحمد، ٢٠١٣).

وتتكون المساندة من عدد من المكونات الفرعية التي تعد كوظائف تستطيع المساندة تحقيقها، هي: المساندة المادية، والمساندة السلوكية، والتفاعل الحميم<sup>(١)</sup>، والتوجيه<sup>(٢)</sup>، والعائد أو المردود، والتفاعل الاجتماعي الإيجابي<sup>(٣)</sup> (شعبان، ٢٠٠٦)، سنوضحها فيما يلي:

(١) Intimate Interaction

(٢) Guidance

(٣) Positive Social Interaction Feedback

- ١- المساندة المادية: ومنها النقود والأشياء المادية المختلفة.
- ٢- المساندة السلوكية: وتشير إلى مشاركة الآخرين في الأعمال والمهام التي تتطلب جهداً بدنياً (شعبان، ٢٠٠٦).
- ٣- التفاعل الحميم: يظهر في بعض السلوكيات كالإنصات والتعبير عن التقدير والرعاية والفهم (أسماء، وأماني، ٢٠١٤، ٥). فغياب الارتباطات الشخصية القريبة تصحبه زيادة في خطر التعرض للموت (سالي، وويجي، ٢٠١٨، ٦٩٦). وفي هذا الصدد بينت الدراسات أن الشريك المساند لا يحتاج إلى أن يكون حاضراً فعلياً حتى يهدئ استجابات القلب والجهاز الدوري للضغوط، إن مجرد التفكير في صديق قريب قبل الضغوط يمكن أن يخفض استجابات ضغط الدم الانقباضي مقارنة بمن استدعوا مجرد شخص يعرفونه قبل المهمة (سالي، وويجي، ٢٠١٨، ٧٠٢). فتواصل الوالدين واستماعهم وتعاطفهم وتفهمهم لمشكلات أبنائهم خاصة في مرحلة المراهقة، وهو ما يسمى -أيضاً- بالمساندة الوجدانية، من عوامل الحماية لهم، في المقابل إن انخفاض الدعم والمساندة الوالدية المقدمة للأبناء من شأنها أن تزيد من احتمالات اعتماد المراهقين على المواد النفسية (إيناس، ٢٠١٧، ٣٨).
- ٤- التوجيه: ويتمثل في تقديم النصيحة، وإعطاء المعلومات أو التعليمات التي توجه وترشد سلوك الآخر.
- ٥- العائد أو المردود: ويقصد به تلقي الفرد مردوداً عما يقوم به من سلوك، أو ما يتبنى من أفكار، وما يعبر عنه من مشاعر (شعبان، ٢٠٠٦). فالمساندة الاجتماعية يمكن أن تطف أو تحمي استجابات القلب والجهاز الدوري والجهاز الغدي، كذلك فإن الصراع الاجتماعي والخصومة يمكن أن يُظهر أو يهيئ رد الفعل، على سبيل المثال؛ يتزايد رد فعل القلب والجهاز الدوري حين يتصرف الحاضرون بطرق غير مساندة كإظهار الملل، أو عدم الاهتمام، أو معارضة

المشارك صراحة، أو الحط من قدره، وأشارت دراسات أخرى أن التقييم والرفض الاجتماعي قادران على إحداث زيادات كبيرة في الكورتيزول وأن الضغوط التي تتميز بتهديد التقييم الاجتماعي كانت تصاحبها استجابات كورتيزول أكبر ووقت أطول للتعافي بالمقارنة بمن ليس لديهم عنصر التقييم والرفض الاجتماعي (سالي، وويجي، ٢٠١٨، ٧٠٣).

٦- التفاعل الاجتماعي الإيجابي: يشير إلى مشاركة الآخرين في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعي بهدف الحصول على المتعة والاسترخاء (شعبان، ٢٠٠٦).

ويصنف البعض أنماط المساندة الاجتماعية إلى خمسة أنماط، تتمثل في: وجهة المساندة (إما بالأخذ أو بالعطاء أو الاثنين معاً)، الاستعداد لتقديم المساندة الاجتماعية، الشعور بالرضا تجاه المساندة من قبل الآخرين، المحتوى الذي يميز المساندة كالمساندة الوسيلية والمعلوماتية والتقديرية، شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الفرد والتي تتمثل في: أعضاء الأسرة، وجماعة الأصدقاء، والجيران، وزملاء العمل ( أسماء، وأماني ، ٢٠١٤، ٥).

كما يمكن أن تتشكل المساندة الاجتماعية على أساس بعدين أساسيين، هما: البعد البنائي والبعد الوظيفي، ويركز البعد البنائي في المقام الأول على أنماط العلاقات الاجتماعية داخل شبكات العلاقات الاجتماعية المتبادلة التي تُمكن وتوجه التفاعلات الاجتماعية (Tuliao,2008). ومن التعريفات التي تتدرج تحت المنظور البنائي، نجد تعريف "مالون" Malone و" زاريت" Zarit للمساندة الاجتماعية على أنها: "التواصل الداعم والإيجابي مع الآخرين، وتُعد مظهرًا للعلاقات بين الأفراد، والتي تؤدي بالمتلقي إلى الاعتقاد بأنه مُقدر من قبل الآخرين" (منار، ٢٠١٩، ١٢).

ويرى بعض الباحثين وجود علاقة قوية بين التعرض للضغوط والاعتماد على المواد النفسية، حيث يميل المعتمدون على المواد النفسية إلى شرب الخمر والمواد النفسية



الأخرى كسند أو داعم في الأوقات الصعبة، أو في أوقات الأزمات والكوارث؛ نتيجة لأن المعتمد على المواد النفسية يرى أن تعاطي تلك المواد قد يؤدي إلى المواجهة الفضلى للمواقف الضاغطة أو الهروب منها أو للتغلب على المشاعر السلبية المصاحبة لها، وخاصة القلق، ويزيد من مشاعرهم نحو الاستمتاع بالحياة، إلا أنه لا يرى أن تأثير تلك المواد يكون وقتياً وقصيراً، وبمجرد انسحاب أثرها يفاجأ بأن المشكلة سبب الضغط لا تزال موجودة، بل وقد تتفاقم مما يزيد من حالة القلق لديه لتصل في بعض الأحيان إلى نوبات من القلق الحاد مما يدفعه إلى التعاطي مرة أخرى؛ ومن هنا تنشأ الاعتمادية لديه في تعاطي المواد النفسية بطريقة منتظمة في مواجهة الضغوط (خالد، ٢٠١٧، ٢٥-٢٦).

### **النظريات والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية:**

إن تعاطي المواد النفسية مثلما يتسبب في أمراض جسدية يتسبب أيضاً في مشكلات انفعالية ونفسية، فقد تضعف الذاكرة وتتغير الشخصية أو تتدهور، كما أنه قد يصبح من الصعب العيش مع الشخص المضطرب؛ إذ يصبح عصبي المزاج، سريع التهيج، متقلب الأهواء، تصرفاته غير منطقية، أو قد ينطوي وينزوي بنفسه عن الحياة الاجتماعية، كما قد يصبح مكتئباً، وبالتالي تؤثر جميع المشكلات السابقة في الأسرة، فكثيراً ما تتأزم الأمور ويكثر النقاش في محيط الأسرة التي قد ينفق دخلها على شراء المواد النفسية، ومن شأن نقص الإنتاجية أن يؤدي إلى مزيد من النقص في دخل الأسرة، وقد تفضي مثل هذه الظروف إلى إهمال العناية بالأبناء أو اضطراب العلاقات الجنسية بين الزوجين، وغيرها من المشكلات المترتبة على الاعتماد على المواد النفسية (مجدي، ٢٠٠٠، ٢٣٦-٢٣٧)، ومن المنطقي أن يترتب بعد كل هذا نقص في المساندة الأسرية المقدمة من الأسرة، والتي يكون كل من المتعافي من الاعتماد على المواد النفسية أو المنتكس إليها الراغب في العلاج في أمس الحاجة إليها.

وفيما يلي عرض لأهم النماذج والنظريات التي اهتمت بتفسير المساندة الاجتماعية:

أ- نموذج الأثر الرئيسي أو المباشر للمساندة الاجتماعية<sup>(١)</sup>:

قدمه "كوهن" Cohen و"ويلز" Wills سنة ١٩٨٥ (منار، ٢٠١٥، ١٥) تعتمد فكرته الأساسية على أن للمساندة الاجتماعية أثراً عاماً ومفيداً على الصحة الجسمية والنفسية، وذلك بغض النظر عما إذا كان الفرد يتعرض لأحداث حياتية مثيرة للمشقة أم لا (شعبان، ٢٠٠٦)، فالشبكات الاجتماعية يمكن أن تزود الأفراد بخبرات إيجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تلقى الدعم من المجتمع. ويرتبط هذا النوع من المساندة بالسعادة، حيث إنها توفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساساً بالاستقرار مع مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات (إيمان، ٢٠١٤). وقد اشتقت الأدلة على صحة هذا النموذج من خلال التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي للمساندة، وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والمساندة؛ مما دعا بعض الباحثين إلى تسميته "نموذج الآثار الرئيسية" (منار، ٢٠١٥، ١٦).

ب- نموذج الوقاية من المشقة:

قدمه "كوهن" Cohen و"ويلز" Wills سنة ١٩٨٥ (منار، ٢٠١٥، ١٥)، يقوم هذا النموذج على فرضية مؤداها أن أحداث الحياة المثيرة للمشقة، والتي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والجسمية، وأن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للمشقة عليه، ومن ثمّ، فإن المساندة الاجتماعية في ضوء هذا النموذج ترتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يخبرون أحداثاً مثيرة للمشقة (شعبان، ٢٠٠٦)، وبالتالي فإن المساندة الاجتماعية تفيد الأفراد في الأزمات ويمكن أن تحمي الأفراد من التأثيرات السلبية للمواقف الضاغطة،

(1) The Main Effects Mode

حيث توجد آليات عديدة تحمل من خلالها المساندة في ظل هذا النموذج مثل: تعديل التقديرات الخاصة بمثيرات المشقة، والكف من استجابات التعايش (منار، ١٥، ٢٠١٥).

### ج-نظرية التبادل الاجتماعي<sup>(١)</sup>:

صاغها "ثيبوت" Thibaut و"كيللي" Kelley سنة (٢٠٠٤)، وفي ضوء هذه النظرية فإن العلاقات بين الأفراد قائمة على تبادل الفوائد فالأفراد في العلاقات التبادلية يقومون بتقديم الفائدة مع توقع تلقيها في نفس الوقت (Gropanzano&Mitchell,2005; منار، ٢٠١٥، ١٦)، فالأفراد ينضمون إلى الجماعة لإشباع حاجة خاصة. ويقوم الفرد بالإشباع التي يحصل عليها من الجماعة في ضوء محكين، هما: محك المقارنة الشخصي، ويتمثل في تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة، ومحك المقارنة بين البدائل، ويُقصد به مقارنة الإشباع التي يتم الحصول عليها من علاقة معينة، بالإشباع التي يمكن الحصول عليها من خلال علاقة أخرى بديلة، ويسعى الفرد نحو العلاقة التي تحقق له أكبر قدر من الإشباع، في ضوء ما يتلقاه من إثباتات وتكاليف مادية ونفسية (شعبان، ٢٠٠٦). ومن أهم مبادئ نظرية التبادل الاجتماعي مبدأ المعاملة بالمثل<sup>(٢)</sup> وهو يقوم على أساس التبادلية في العلاقات، وينمي الثقة المتبادلة بين الأفراد، كما يقلل من الاعتماد على الآخر، ومن المبادئ المهمة - أيضاً- لنظرية التبادل الاجتماعي مبدأ التفاوض<sup>(٣)</sup> فيمكن للأطراف المتبادلة -أيضاً- التفاوض على القواعد؛ أملاً في التوصل لترتيبات مفيدة، وتميل الاتفاقات المتفاوض عليها إلى أن تكون أكثر صراحة وخالية من التبادل، بالإضافة إلى ذلك فإن الواجبات والالتزامات المتبادلة تكون متبادلة ومفصلة إلى حد ما (Gropanzano & Mitchell, 2005).

(1) Social Exchange Theory

(2) Reciprocity Rule

(3) Negotiated Rule

وتتبنى الدراسة الراهنة نموذج الوقاية من المشقة ونظرية التبادل الاجتماعي خاصة في هذه الدراسة. وبذلك نكون قد انتهينا من عرض لأهم التعريفات والأطر النظرية لمفهوم المساندة الاجتماعية، وسنعرض فيما يلي عرضاً موجزاً -أيضاً- لمفهوم المقاومة النفسية وأهم الأطر النظرية المفسرة له.

## ثانياً: مفهوم المقاومة النفسية:

مفهوم "Resilience" هو مفهوم وافد من علم المواد، ليصف المادة التي تستعيد خواصها بعد التعرض لعوامل خارجية، إذن فهو مفهوم دينامي دال على نشاط المادة (صفاء، ٢٠١١، ٩)، وتعرف المقاومة النفسية في علم المواد بأنها قدرة المادة على استعادة شكلها أو وضعها الأصلي بعد أن تطرق أو تمدد، يمكن تعريف المقاومة النفسية في هذا الإطار بالخصائص التي تسهم في سرعة التعافي الممكن ودرجته بعد العرض للضغط أو التوتر (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٣١-٣٢).

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

وكان أول من قام بدراسة المقاومة النفسية كأحد العوامل الوقائية التي تميز من مر بصعاب واستطاع تجاوزها هم: "ويرنر" Werner، و"بيرمان" Beierman، و"قرينش" French سنة ١٩٧١، ثم بلور "لوثر" Luther، و"سيكشيتي" Cicchetti، و"بيكر" Becker سنة ٢٠٠٠ وعرفوها -أي: المقاومة النفسية- بأنها "عملية دينامية تشمل التوافق الإيجابي في ظل الشدائد الجلل" وأكدوا على أهميتها كأحد الأهم العوامل الوقائية

التي تحمي من عوامل الخطر، ومنذ أن قدّم الباحثون مفهوم المقاومة النفسية واجهوا بعض المشكلات المتعلقة بالمصطلح، وبالتناقضات في الإطار النظري، وبالتعريف، وغيرها من المشكلات، وأرجع الباحثون ذلك لأن المقاومة النفسية مفهوم يشمل مجالات متعددة (Romand, 2015,56).

وقد اكتسب مفهوم المقاومة اهتمامًا كبيرًا على مدى العقود الأربعة الماضية، من أواخر القرن العشرين، منذ أن لاحظ الباحثون أن بعض الأفراد يتعايشون ويتوافقون على الرغم من المحن والشدائد (فاتن، ٢٠١٣). وتوجد صعوبة بالغة تواجه الباحثين عند تعريف المقاومة النفسية؛ وذلك لعدة أسباب، منها: أن مفهوم المقاومة النفسية يتداخل في العديد من التخصصات، لا يوجد اتفاق على عملية المقاومة النفسية بين الباحثين، كما أن المقاومة النفسية تختلف من مجتمع لآخر ومن نوع لآخر ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، كما يختلف تحديد عوامل الخطورة، وكذلك مخرجات المقاومة النفسية من مجتمع لآخر؛ وتختلف بالتالي مقاييسها، كما أن مخرجاتها لا تتسم بالخطية عند تحليل بياناتها (Kumpfer, 1999 ,182).

كما تمتد الجذور العميقة لمفهوم المقاومة النفسية إلى مجال الطب، ورغم ذلك؛ فإن التركيز على البحث فيه في العلوم السلوكية بدأ منذ عام ١٩٧٠، حيث تُعد المقاومة النفسية مفهومًا حديثًا نسبيًا حظي باهتمام الباحثين كتطور لدراسات علم النفس الإيجابي، وذلك من خلال التركيز على دور عوامل الوقاية والحماية في إدارة المحن والأزمات (منار، ٢٠١٩، ٣٢). فبدأت دراسة المقاومة النفسية منذ خمسين عامًا، وفي هذا الوقت كان عدد الباحثين محدودًا، ومجال الدراسة محدودًا -أيضًا-، فلم يكن الاهتمام موجهًا نحو العوامل التي تعزل أو تحمي، وإنما كيف تؤثر هذه العوامل، وكانت دراسة المقاومة النفسية تركز على المعرضين للخطر<sup>(١)</sup>، وبصفة خاصة من استطاع منهم التغلب على

(١) High Risk

التحديات والمصاعب العاطفية والنمائية والاقتصادية والبيئية التي واجهته في رحلة العمر (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٢٣).

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

تعرف المقاومة النفسية كسمة شخصية بأنها "التوافق بمرونة في إدارة الانفعالات وفقاً لمتطلبات السياق". وقد ارتبط انخفاض المقاومة بظهور مشكلات لاحقة تتعلق بتعاطي الكحول والاعتماد على المواد النفسية، ولم تعرف حتى الآن الآليات النفسية والعصبية الكامنة وراءها، ولكن من المقترح وجود علاقة بين المقاومة والذاكرة العاملة<sup>(١)</sup> (Weiland, Welsh, Zubieta, Zucker, & Heitzeg, 2012).

ويمكن تعريف المقاومة النفسية في هذا الإطار بالخصائص التي تسهم في سرعة التعافي الممكن ودرجته بعد التعرض للضغط أو التوتر، فيرى "روتر" أن المقاومة النفسية والاستهداف للخطر يمثلان قطبين متصلين يعكس الاستهداف في أحد قطبيه والنتائج الإيجابية أو الحيادية عند التعرض للخطر عند القطب الآخر (سام، وروبرت، ٢٠١١، ٣٣).

(1) Working Memory

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

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

لا يزال الجدل قائماً حول كيفية نجاح آلية المقاومة النفسية، وكيفية عملها في الفرد. فتوجد العديد من التعريفات الإجرائية للمقاومة النفسية في التراث، وبسبب طبيعة هذا المفهوم، لا يتفق الباحثون على تعريف إجرائي مقبول على نطاق واسع، فاقترح الباحثون تعريفاتهم الإجرائية للقدرة على التكيف والمحن حسب الحاجة لتصاميمهم البحثية بالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من وجود بعض المقاييس المختلفة لتحديد المقاومة النفسية فإن النتائج يصعب تعميمها؛ بسبب طبيعتها متعددة الأبعاد للقدرة على التكيف وغياب الصيغة النظرية، لكن على الرغم من الاختلافات في التعريف الإجرائي فإن العنصر الأساسي المشترك في جميع التعريفات هو القدرة على "الارتداد" من الشدائد

(Özlem, 2007,8-10). وتجدر الإشارة إلى أن مفهوم المقاومة النفسية يعد مفهوماً متعدد الأشكال يتفاوت ويتغير اعتماداً على: السياق، والوقت، والعمر، والنوع، والثقافة (Malkoc&Yalcin,2015).

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

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

**ومن المفاهيم التي تتداخل مع مفهوم المقاومة النفسية مفهوم الصلابة النفسية<sup>(١)</sup>**

تعد كل من الصلابة والمقاومة النفسية من المتغيرات المعدلة للتأثير السلبي للضغوط التي يتعرض لها الفرد عبر الحياة. فالمقاومة النفسية هي التوافق الذي يتسم بالتفاؤل<sup>(٢)</sup> كاستجابة تغير من التأثير السلبي للضغوط بشكل عكسي. وتتسم العمليات التي

(1) Psychological Hardiness

(2) Optimistic



يستخدمها الفرد المُقاوم بمعالجة الموقف الضاغط بشكل أكثر تفاعلاً وأكثر إدراكاً لإمكانياته في التصدي لهذا الموقف، كما أن المقاومة النفسية ليست هي الثبات ضد الانهيار والمواقف المهتدة، كما أنها ليست مواجهة المواقف المهتدة بسلبية بل هي النشاط (الإيجابية) والمشاركة البتاءة مع البيئة المحيطة، وبالتالي فالمقاومة النفسية هي القدرة على تحقيق التوازن بين الفرد وحياته النفسية والبيولوجية في مواجهة المواقف الخطرة. وهي درع الفرد الواقي ضد المواقف الخطرة والعواقب المترتبة عليها، فالمقاومة النفسية هي التوافق الناجح والتي تظهر في ساحة المعركة ضد المعاناة والضغط الشديدة. وأكدت النظريات المبكرة عن المقاومة النفسية على أن الخصال الشخصية المرتبطة بالنتائج تكون إيجابية في مواجهة الشدائد والكوارث. وتعد في وقت لاحق كعوامل داعمة للمقاومة النفسية الفعالة واستعادة التعافي. وتعتبر النظريات الحالية المقاومة النفسية بناء متعدد الأبعاد (Karamipour, Hejazi, & Beheshti, 2015).

أما الصلابة فهي بناء نفسي يتنبأ، كالمقاومة النفسية -أيضاً-، بالصحة النفسية للأفراد. وهي سمة شخصية تضم ثلاثة مكونات، هي: الالتزام<sup>(١)</sup>، والتحكم<sup>(٢)</sup>، والتحدي. فالصلابة هي الاعتقاد في التغيير، والتحول، ودينامية الحياة (Van-Breda, 2001; Karamipour, Hejazi & Beheshti, 2015). وتعد الصلابة النفسية إحدى سمات الشخصية المناعية التي تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، وتعد الطريق إلى المقاومة النفسية لكونها تحافظ على الصحة والأداء، وتزيد من الإنتاجية في العمل (مي، ٢٠١٩). ويرى البعض أن الصلابة النفسية قد تكون من العوامل الوقائية التي تتأثر بها المقاومة النفسية إلا أنها ليست من مكوناتها الأساسية، ويرى آخرون بأن الصلابة النفسية من المكونات الأساسية للمقاومة النفسية (صفاء، ٢٠١٧)؛ لذا فالمقاومة النفسية عملية دينامية؛ ولهذا يتبنى الباحثون مفهوم المقاومة النفسية كعملية دينامية بالمعنى الوارد

(1) Commitment

(2) Control

في التعريف السابق الذي صاغه "شارما" سنة ٢٠١٥، وهو التعريف الذي تتبناه الدراسة الحالية، وسنعرض فيما يلي لأهم النماذج والنظريات التي اهتمت بتفسير المقاومة النفسية.

### أهم النماذج والنظريات التي اهتمت بالمقاومة النفسية:

وتشمل:

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

ب-نظرية "رينشاردسون" Richardson متعددة الأبعاد للمقاومة النفسية كعملية وكسمة<sup>(١)</sup>.

ج-نموذج المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية<sup>(٢)</sup>.

وذلك على النحو التالي:

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

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

(1) Theoretical Model Accounting for Resilience.

(2) A Meta-Theory of Resilience and Resiliency

وكفاءات محددة لتكون المقاومة النفسية التي يستخدمها الأفراد للتغلب على الشدائد، بالإضافة إلى ذلك فإن هذه السلوكيات يمكن اكتسابها عن طريق التعلم والتعليم والنمذجة وتتكون المقاومة النفسية من سبعة مكونات أساسية يمكنها أن تساعد الفرد عند مواجهته للمحن والشدائد في مراحل حياته المختلفة، وهي: الاستبصار<sup>(١)</sup>، والاستقلال، والعلاقات، والمبادرة، والحس الفكاهي، والإبداع، والأخلاق، وتتشكل هذه المكونات للمقاومة النفسية خلال ثلاث مراحل تنموية هي: (مرحلة الطفولة، المراهقة، والرشد)، وتتضج مع نضوج الفرد (Sixbey, 2005,23).

#### ب-نظرية "ريتشاردسون" متعددة الأبعاد للمقاومة النفسية كعملية وكسمة:

قدمها بشكل مبدئي "ريتشاردسون" وزملاؤه سنة (١٩٩٠)، ثم أجرى "ريتشاردسون" تعديلات عليه ليقدم هذه النظرية. اقترح "ريتشاردسون" سنة (٢٠٠٢) نظرية حول المقاومة النفسية كسمة وكعملية وصف فيها المقاومة النفسية في ثلاث موجات. ويركز نموذج ريتشاردسون متعدد الأبعاد للمقاومة النفسية كعملية وكسمة أساساً على التفاعل بين أحداث الحياة السلبية وعوامل الحماية، والتي يطلق عليها "العوامل الوقائية الداخلية/الروحانية النفسية"<sup>(٢)</sup>. ويعتبر التوازن الداخلي النفسي البيولوجي "الوقت الفاصل الذي يستطيع الفرد بعده أن يتكيف بدنياً وعقلياً وداخلياً (روحياً) مع الظروف سواء كانت جيدة أو سيئة. (Richardson,2002;Özlem,2007, 13) الأحداث المستمرة المدمرة تمثل عوامل الخطر التي تهدد الاستقرار. وتتضح عوامل الوقاية النفسية البيولوجية في الهدف من الحياة، واحترام الذات، والمهارات الاجتماعية، وعوامل أخرى.

(1) Insight

(2) Biopsychospiritual Protective Factors

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

وبالتالي يوضح النموذج الأنواع الأربعة لإعادة التكامل، وهي: النوع الأول: هو تحقيق المقاومة النفسية بإعادة التكامل مع النمو والعودة للاستقرار والتوازن الداخلي (تحقيق التكامل والمقاومة النفسية)، والنوع الثاني: وهو النوع العام والشائع، وهو إعادة التكامل بالعودة إلى الاتزان الداخلي، ويظهر هذا النوع عندما يتشبث الأفراد "بمناطق الراحة"<sup>(٧)</sup> الخاصة بهم، ويرفضون فرص النمو تجنبًا للاضطرابات، ويكون هدفهم فقط هو تحقيق الاتزان الداخلي. أما النوع الثالث: فهو إعادة التكامل مع الخسارة أو الفقد، فعلى الرغم من أن جوهر إعادة التكامل لتحقيق التوازن هو التعافي<sup>(٨)</sup> و"تجاوز الموقف وتركه يمر" فإن إعادة التكامل والعودة إلى التوازن الداخلي النفسيولوجي في بعض الموقف قد لا يكون الخيار متاح، ولكن الخيار متاح هو التعافي مع الخسارة مثل بعض حالات الخسارة

---

(3) Hurmful

(4) Guilty

(1) Resilient Reintegration

(2) Homeostatic Reintegration

(3) Maladaptive Reintegration

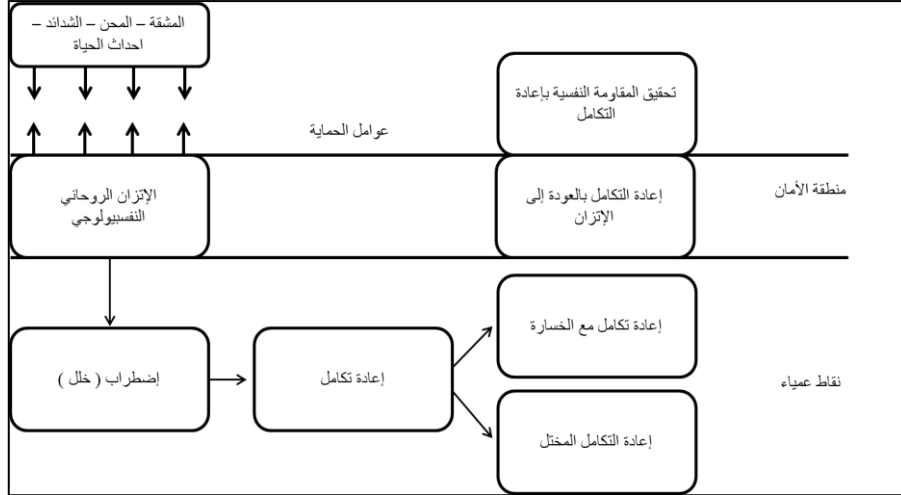
(4) Dysfunctional Reintegration

(5) Comfort zones

(6) Heal

الجسمية الدائمة أو وفاة أحد الأحباء وهذا هو النوع الثالث، ويعني التعافي مع الخسارة أن الأفراد يتخلون عن بعض الدوافع أو الآمال أو القيادة بسبب مطالب الحياة. أما النوع الرابع: وهو إعادة التكامل المختل، ويحدث لدى الأفراد عند لجوئهم إلى تعاطي المواد النفسية أو قيامهم بالسلوكيات المدمرة أو وسائل أخرى للتعامل مع دوافع الحياة. ومعظم الأفراد الذين يعيدون التكامل بشكل مضطرب لديهم نقاط عمياء<sup>(١)</sup> في مهاراتهم الاستبطانية<sup>(٢)</sup> وتتطلب العلاج ملء هذه الثغوب.

ويوضح الشكل التالي هذا التصور:



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

ج- نموذج المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية:

يعتمد هذا النموذج على فكرة مؤداها أن الأفراد يخلقون واقعهم الخاص من خلال تفسيراتهم المستندة على أبنيتهم الذهنية المؤلفة من الخبرات السابقة والفروق الفردية. فهم يعكسون واقعهم الذاتي عندما يعطون معنى للخبرات الصادمة. ويشكل هذا المعنى بدوره

(1) Blind Spots

(2) Introspective Skills

كل من المشاعر والسلوك الذي يصدر عن الفرد؛ لذا يختلف الأفراد في ردود أفعالهم عند التعرض لنفس الحدث الصادم. وهذا ما أشار إليه المنحى المعرفي السلوكي<sup>(١)</sup> الذي يشير إلى أن الأفكار هي العوامل المحركة لكل من المشاعر وللسلوك الوظيفي وللاختلال الوظيفي (Özlem, 2007, 52).

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

### **ثالثاً: مفهوم الاعتماد على المواد النفسية :**

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

أ- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة، وهو ما يعرف بالتحمل.

ب- اعتماد مظاهر فزيولوجية واضحة له.

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

---

(1) The Cognitive Behavior Approach (CBT)

د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.

ه- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع .

وقد استمرت المحاولات منذ العشرينيات المبكرة وحتى أوائل الستينيات من القرن العشرين لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود، باعتبار أن التعود صورة من صور التكيف أقل شدة من الإدمان، ولكن في أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين: الإدمان، والتعود، على أن يحل محلها معاً مصطلح جديد هو الاعتماد (مصطفى، ١٩٩٦، ١٣)، واشترط الخبراء لكي يكون استخدام مصطلح الاعتماد دقيقاً لا بد أن يقرن دائماً باسم المادة أو المواد النفسية (مصطفى، ٢٠٠٤، ١٥٠).

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

يعرف اضطراب تعاطي المواد النفسية طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الصورة الخامسة DSM.5 بأنه مرض مزمن قابل للانتكاس، يصيب المخ، ويتميز برغبة قهرية للتعاطي على الرغم من العواقب الوخيمة، ويتسبب

في تغيرات في مخ الإنسان قد تستمر لفترة طويلة، كما يؤدي لتغيرات ضارة في سلوك المعتمد.

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

يمكن تقسيم النظريات والنماذج التي حاولت تفسير الاعتماد على المواد النفسية إلى نظريات البيولوجية، وتشمل: نظرية العامل الوراثي، ونظرية العوامل الفسيولوجية والحيوية، والنظريات النفسية، وتشمل: نظريات الشخصية، والنظريات السلوكية، والنظريات المعرفية، ونظريات المنحى الاجتماعي، ونظرية التكيف، والعامل الثقافي (محمد، ٢٠٠٥، ٦٩؛ محمد، ٢٠١٠؛ رفاعي، ٢٠١٣، ٨١؛ ضياء الدين، ٢٠١٠، ٥٥-٦٨؛ فؤاد، ٢٠٠٥). (Ahmed, 2017,46;٢٠٠٥).

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

#### أهم النظريات والنماذج الممثلة للمناحي النظرية الكبرى:

##### أ-نظريات العوامل الفسيولوجية والحيوية:

وهي إحدى أهم نظريات النموذج البيولوجي، وتفسر نظريات العوامل الفسيولوجية والحيوية الاعتماد على أساس التركيب الفسيولوجي للمخ، فالمخ عضو مركب يكافح من أجل التوازن، وكلما أعطيناها مادة نفسية تفسد هذا التوازن، ومن ثمَّ يسعى إلى التكيف لإصلاح عدم التوازن هذا عن طريق تقليل آثار المادة النفسية إلى أقل حد ممكن، ويُعد فهم هذه العمليات مفتاحًا لفهم سلوك الاعتماد على المواد النفسية (فؤاد،



(٢٠١٧). وبالتالي يعتمد النموذج البيولوجي في تفسيره للاعتماد على المواد النفسية على فكرة مؤداها أن الاعتماد على المواد النفسية هو مرض يصيب المخ يقف وراءه عوامل بيولوجية وجينية فريدة تسهم في تطور اضطراب تعاطي المواد النفسية، وذلك على النقيض من نموذج المرض الأمريكي، فيعتبر هذا التصور -أيضاً- الاعتماد على المواد النفسية هو اعتماد على خصائص المادة في حد ذاتها. ولكي تبدأ عملية الاعتماد يجب أن يحدث حدثان؛ الحدث الأول: هو تنشيط مناطق المخ المسؤولة عن "مسار المتعة أو المكافأة"<sup>(١)</sup>، وهذا يحدث في حزمة الفص الأمامي<sup>(٢)</sup> التي تمتد من جرع المخ<sup>(٣)</sup> والمخ الأوسط<sup>(٤)</sup>، مروراً بالمهاد التحتاني<sup>(٥)</sup> لتصل لمختلف مناطق الفص الجبهي المسؤولة عن الانفعالات والدافعية والمكافأة وصنع القرار<sup>(٦)</sup>. ويُعد الدوبامين<sup>(٧)</sup> هو جهاز الإرسال المسئول الذي يصعد إلى مناطق القشرة المخية<sup>(٨)</sup> والبنائات القشرية للجهاز الطرفي (من الفص الجبهي). ويمارس الدوبامين دور المنظم (المنشط) الثابت لنشاط الخلايا العصبية في الجهاز الطرفي (الحوفي) (Ahmed, 2017, 41).

#### ب- نظريات الشخصية:

كان لتفسير الاعتماد من منظور الشخصية تأثير عميق على النظرة الإكلينيكية للمواد النفسية ولظاهرة الاعتماد. ومن هذا المنظور طرح "نموذج اضطراب الشخصية" كإطار تفسيري للاعتماد على المواد النفسية، فالأشخاص الذين يصبحون

- 
- (1) Pleasure Pathway
  - (2) Medial Forebrain Bundle
  - (3) Brain Stem
  - (4) Midbrain
  - (5) Hypothalamus
  - (6) Decision making
  - (7) Dopamine
  - (8) Subcortical

معتمدين لديهم استعداد للاعتماد بسبب خصال شخصيتهم. ويعتبر الاعتماد ذاته عرضاً من أعراض هذه المشكلة الكامنة. وهناك عدة دلائل على أن الكثير من المعتمدين على المواد النفسية والكحوليين، الذين يسعون للعلاج يظهرون علامات على وجود صعوبات نفسية أو بروفيلاات شخصية غير سوية. فعلى سبيل المثال يوصف الشخص المعتمد على المواد النفسية بعدم النضج، والاعتمادية، والاندفاعية، وسهولة الإحباط، وهو شخص يسعى إلى جذب الانتباه، والميل للمخاطرة (في: سهى، ٢٠١٦، ٦٧).

#### ج- نظرية تعلم التعاطي عن طريق الإشراف الكلاسيكي:

وهي من أهم نظريات المنحى السلوكي، حيث يكتسب المثير الشرطي خصائص المثير الطبيعي عن طريق الاقتران بينهما، فمثلاً يتعلم المعتمد تفريغ مشاعر الضيق باللجوء إلى المادة الاعتمادية بشكل نمطي؛ مما يؤدي إلى الاعتماد عليها نتيجة التكرار، ويستمر التعاطي القهري للمادة النفسية بغرض تحاشي الأعراض الانسحابية غير السارة. فالمواد النفسية الاعتمادية يتم تعاطيها في البداية لتحقيق "اللذة" السارة التي تستثيرها، وتستمر بعد التورط في الاعتماد للهرب من "دني" الانسحاب (محمد، ٢٠١٠، ٢٦؛ فؤاد، ٢٠٠٥)، على سبيل المثال من يشرب الكحول يجد أنه يقلل من الاستجابات الانفعالية مثل القلق والملل ومن ثم يكون مدعماً، وقد يمتنع من يُقدم على شرب الكحول بسبب الغثيان والقيء والحمى التي تعقبه (لويس، ١٩٩٠، ١٢٨).

#### د- النموذج المعرفي لتفسير تعاطي المواد النفسية والانتكاس:

وهو أحد أهم النماذج المعرفية في هذا الإطار، وهو نموذج لفهم استمرار سلوكيات تعاطي المواد النفسية والميل إلى الانتكاس والمجالات التي يمكن أن تحدث فيها التدخلات العلاجية. ويقسم النموذج المعرفي تعاطي المواد النفسية إلى سبعة

مكونات يمثل كل منها حلقة في سلسلة الأحداث التي تديم السلوك المشكل، وهي: المثيرات عالية الخطورة، والمعتقدات غير التوافقية عن المواد النفسية، والأفكار الآلية، واللهفة، والرغبات الملحة، والأفكار الميسرة (المحرضة)، والاستراتيجيات الوسيلية، وتعاطي المواد النفسية (ضياء، ٢٠١٠، ٦٨).

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

#### رابعاً: مفهوم التعافي من الاعتماد على المواد النفسية:

لا يوجد اتفاق لدى الباحثين في مجال الاعتماد بشأن تعريف "التعافي" من تعاطي المواد النفسية. طبقاً لتعريف قاموس اكسفورد للتعافي بأنه عملية استرجاع أو العودة إلى الحالة السابقة، أو عملية استخراج المصادر والقوى النفسية من المصادر التي لا تبدو أنها لم تعد ذات جدوى. يتجاوز التعافي الامتناع عن تعاطي المواد النفسية. إنها تجربة "حياة جديدة" وفيرة، وهي عملية مستمرة للنمو، وتغيير الذات، واستعادة الذات. وفي محاولة للتوصل إلى تعريف يتسم بالمعيارية والدقة والشمولية والتفرد والقابلية للقياس والبساطة، يقوم على افتراض مؤداه أن حلول المشكلات الحادة المرتبطة بالتعاطي تكونت عبر فترة طويلة من الزمن. والفترة المفترضة للتعافي من الاضطرابات المزمنة المرتبطة

بتعاطي المواد النفسية عادة ما تكون خمس سنوات متواصلة. وأشارت نتائج العديد من الدراسات إلى أن نتائج العلاج تقيم فترة ما بين ٦ و ٢٤ شهرًا بعد المرور بمرحلة تخليص الجسم من السموم. ويصنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع التعافي إلى مرحلتين "تعافي المبكر" تتراوح ما بين "شهر" إلى سنة (طبقًا لتصنيف منظمة الصحة العالمية WHO والجمعية الأمريكية ١٩٩٤ APA)، و"تعافي تام". وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع شروط التام DSM-IV لمدة ٥ سنوات أو أكثر.

وصفت "والاس" Wallace (١٩٩٢) ثلاث مراحل للتعافي، يتطلب كل منها مهام مختلفة من المعتمد على المواد النفسية والمعالج، والتي تشمل مرحلة الانسحاب، تمتد من ١ إلى ١٤ يومًا من الامتناع عن تعاطي المواد النفسية الأولى. ومرحلة إطالة الامتناع عن تعاطي المواد النفسية، وتمتد من ٦ أشهر الأولى من الامتناع عن تعاطي المواد النفسية، و مرحلة السعي إلى استعادة الحياة وهي مرحلة تمتد من ٦ أشهر وبعدها. وتشمل المهام العلاجية في هذه المرحلة التقييم المستمر وتعزيز نمط حياة مستقرة خالية من الاعتماد على المواد النفسية، ومنع الانتكاس، ومعالجة الأمراض النفسية الأخرى، والتمتية المستمرة للتنظيم الذاتي (Charles, Dodgen,& Shea, 2000).

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

## خامساً: مفهوم الانتكاس:

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

ويعرف البعض الانتكاس كحدث منفصل، والذي يحدث في اللحظة التي يعود فيها الفرد للتعاطي مرة أخرى، فهي تعني استئناف الاستخدام المتكرر أو اليومي للمواد النفسية (Donald, Barbara & David, 1986, 5)، في حين يعرف البعض الآخر الانتكاس كعملية انتقالية، تتكون من سلسلة من الأحداث التي تتكشف على مدى الوقت، وعملية الانتكاس تبدأ قبل بعد التعاطي الأولي، وقد يستمر التعاطي بعد الاستخدام الأولي للمواد النفسية، ويوفر هذا المفهوم إطار مفاهيمي أوسع للتدخل في عملية الانتكاس لمنع أو الحد من نوبات الانتكاس وبالتالي تحسين نتائج العلاج، فيعرف الانتكاس طبقاً لهذا الإطار بأنه عبارة عن خطوات، فلا تحدث انتكاسة مفاجئة (Mary, Rebekka & Marlatt, 1999).

## النماذج و النظريات المفسرة للانتكاس:

أ-النظرية الكيميائية العصبية:

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

#### ب- نموذج الوقاية من الانتكاس:

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

- ١- العوامل المباشرة: على سبيل المثال التعرض للمواقف عالية الخطورة، ومهارات المواجهة أو التعايش، والنتيجة المتوقعة، وأثر انتهاك الانقطاع عن التعاطي.
- ٢- العوامل غير المباشرة/ السوابق: على سبيل المثال: أسلوب الحياة، والرغبة الملحة واللهفة.
- ٣- ويسمح هذا النموذج للمعالج أن يستخدم استراتيجيات محددة للتدخل في أى مرحلة من مراحل الانتكاس؛ فالانتكاس طبقاً لهذا النموذج عبارة عن خطوات، فلا تحدث انتكاسة مفاجئة (Mary,Rebekka & Marlatt,1999).

#### ج- النموذج المعرفي في تفسير الانتكاسة:

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

## الدراسات السابقة:

من خلال البحث في التراث العربي والأجنبي-في حدود علم الباحثين- لا توجد أية دراسة تناولت متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة عند المتعافين، وسيتم تقسيمها وفقاً لما يلي:

أولاً: الدراسات التي اهتمت تناولت المساندة الاجتماعية فقط لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

ثانياً: الدراسات التي اهتمت تناولت المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية معاً لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

أولاً: الدراسات التي اهتمت تناولت المساندة الاجتماعية فقط لدى المنتكسين  
والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية:

أجرى "باتريك" Patrick وزملاؤه دراسة عن مرحلة التعافي من الاعتماد على المواد النفسية. وقد تم الحصول على الصفات الخاصة بالمتعافين على المدى الطويل في متابعة لمدة ٥ سنوات على عينة قوامها (٤٣٢) من الخاضعين لبرامج علاج الميثادون من ١٨ عيادة من العيادات الخارجية. تم تقسيم المشاركين إلى مجموعتين -متعافين وغير متعافين- بالاستناد إلى عدد من المعايير الدقيقة والتي شملت كل من الفحوص البيولوجية والتقرير الذاتي للمعتمدين على المواد الأفيونية أو الكوكايين، وشرب الكحول بمعدل أقل من الاستخدام اليومي، وتوقف أي نشاط غير قانوني خلال السنة السابقة للمقابلة. وذكر ٢٨٪ من المتعافين في السنة الخامسة أنهم كانوا يعتمدون في المقام الأول على الدوافع الشخصية والخبرات العلاجية، والتدين، والأسرة، والعمل. وكانت أكثر الجوانب ارتباطاً بالتعافي هي المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء المقربين، مما يدل على أهمية بذل جهود أكبر في تنمية الشبكات الاجتماعية. (Patrick, George, Kirk, Dwayne, & Barry, 2003)

واهتمت الدراسة التي أجراها "جيمس" James وآخرين بفحص بعض العوامل التي لها آثار ثابتة في التنبؤ بالتوقف عن تعاطي الكحول والكراك والكوكايين على المدى الطويل "ثلاث سنوات" لدى الراشدين من الذكور والإناث، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، مجموعة المعتمدين على الكحوليات تكونت من (٨١٠) معتمداً، منهم ٥٩% من الذكور، بمتوسط عمر قدره ٣٥,٥ وانحراف معياري قدره ٨,٤ سنة، ومجموعة المعتمدين على الكراك تكونت من (٦١٠) معتمداً، منهم ٥٣% من الذكور، بمتوسط عمر قدره ٣٥,٥، وانحراف معياري قدره ٧,٦ سنة، وشملت المجالات التي تم تقييمها الدافعية، الفاعلية الذاتية، والمساندة الاجتماعية، شدة الأعراض النفسية، والعمالة، وحالة السكن، وحضور اجتماعات جماعة المساندة الذاتية من خط الأساس وكل ٦ و ١٢ و ٢٤ و ٣٠ شهر من



المتابعة. أشارت النتائج إلى دور المساندة الاجتماعية والفاعلية الذاتية لدى المعتمدين على الكحول في التوقف عن التعاطي، بينما تتبأت الفاعلية الذاتية فقط بالتوقف عن التعاطي لدى المعتمدين على الكراك. (James,Carol,Richard,Peter, Evelyn,& Wendy, 2005)

وقارنت دراسة أجراها "تالايو" Tuliao بين المساندة الاجتماعية البنائية والوظيفية (الوجدانية والسلوكية) لدى الراشدين الذين يعانون من الاعتماد على الميثامفيتامين حمض الهيدروكلوريك، أو المعروف محلياً باسم "شابو"<sup>(١)</sup>. من الذكور من سن ١٨ فما فوق من طلاب الجامعات، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، مجموعة المنتكسين تكونت من (٣٠) منتكساً سبق لهم الانتكاس على الأقل مرة واحدة، ومجموعة المتعافين تكونت من (١٣) متعافياً لمدة ٦ أشهر على الأقل، ولم يسبق لهم الانتكاس. أشارت نتائج هذه الدراسة أن المساندة الاجتماعية البنائية<sup>(٢)</sup> أقل بكثير لدى مجموعة المنتكسين، وكشفت النتائج أيضاً عن عدم وجود فروقاً جوهرية بين مجموعة المنتكسين ومجموعة المتعافين في المساندة الاجتماعية الوظيفية<sup>(٣)</sup> على الرغم من أن مجموعة المتعافين تتلقى مساندة اجتماعية إضافية من مجموعات المساندة الذاتية. وهذا على عكس فروض الدراسة، تشير هذه النتيجة إلى أن نسق ودينامية المساندة الاجتماعية في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية ليست عملية خطية، وأشارت النتائج كذلك إلى وجود فرقاً جوهرياً في المساندة الاجتماعية البنائية لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة غير المنتكسين، لكن لم توجد فروقاً جوهرية في المساندة الاجتماعية الوظيفية، كما كشفت النتائج عن وجود فرقاً كبيراً في المساندة الاجتماعية بين المجموعتين، فكانت مجموعة غير المنتكسين أعلى مقارنةً بمجموعة المنتكسين لكنه لم يصل إلى مستوى الدلالة، كما كشفت نتائج تصنيف العلاقات أن مجموعة المنتكسين عادة ما يحصلون على المساندة الاجتماعية من أسرهم

(1) Shabu

(2) Structural Domain

(3) Functional Domain

بنسبة ٩١.٦٧٪ ومن الأصدقاء بنسبة ٥٨.٣٣٪، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أن مجموعة غير المنتكسين عادة ما يحصلون على المساندة الاجتماعية من الأسرة بنسبة ١٠٠٪ ومن الأصدقاء بنسبة ٧٠٪. ومع ذلك؛ على عكس مجموعة المنتكسين، يحصل مجموعة غير المنتكسين على المساندة الاجتماعية من مجموعة المساندة المتمثلة في زملاء البرنامج العلاجي والمعالجين بنسبة ٧٠٪ (Tuliao, 2008).

ولدراسة أثر مساندة الأقران في التعافي أجرى "لينلي" Linley سنة (٢٠١٦) دراسة طبقت على ١٠٠ من المتعاطيات للمواد النفسية اللاتي انتهت فترة عقوبتهن، وأجرى الباحث مقابلة مع ١٠٠ من المقيمت السابقات في المجتمع العلاجي داخل السجن مع مجموعة من المشاركات بالفعل من مجموعة الخريجات، وافترض أن المستويات الأعلى للمشاركة في مجموعة الخريجات ستترتب بنتائج أفضل بالنسبة لكل من الحالة الجنائية والانتكاس إلى تعاطي المواد النفسية، ونوعية الحياة. ولم تدعم النتائج افتراض الباحث، فوجد دعم محدود للارتباط بين مشاركة مجموعة الخريجات وانخفاض معدلات الحالة الجنائية. ولم تدعم النتائج الأخرى بشكل مباشر باقي الافتراضات، ولكنها قدمت أدلة إضافية حول دور المساندة الاجتماعية في التعافي. وعلى وجه التحديد، ارتبطت المساندة الاجتماعية المتلقاة للخريجات خلال الثلاثين يوماً الماضية بانخفاض الانتكاس إلى تعاطي المواد النفسية منذ إطلاق سراحهن، وكانت المساندة الاجتماعية المقدمة إلى الخريجات الأخريات خلال الثلاثين يوماً الماضية مرتبطة بانخفاض نوعية الحياة المادية.

وفي هذا الإطار أجرى "بيسيرفالك" Peyser Faleck دراسة فحص فيها مدى اختلاف الذكور عن الإناث في طبيعة المساندة الاجتماعية التي يتلقونها عند دخولهم العلاج، ومدى تأثير شبكة المساندة الاجتماعية بين الممتنعين عن التعاطي في مقابل المتعاطين على كل من تعاطي المواد النفسية والحالة الوظيفية خلال ١٢ شهراً من المتابعة. وشملت هذه الدراسة (٤٦٩) من الإناث و(١٣٧٩) من الذكور من "مشروع

ماتش" (مماثلة علاجات الكحول لتغاير المعتمد)<sup>(١)</sup> و"مشروع أرك" (روتجرز مركز بحوث الكحول)<sup>(٢)</sup>. وتم تقسيم أفراد العينة على أساس طبيعة المساندة الاجتماعية عند دخولهم العلاج ومعدل التواصل مع أفراد شبكة الدعم الاجتماعي المنضم لعضويتها. وقد اختلف الذكور عن الإناث في تكوين شبكات دعمهم الاجتماعي؛ ولذلك أجريت جميع التحليلات اللاحقة كل على حدة. وتم تصنيف الذكور والإناث بشكل منفصل إلى أربع وخمس شبكات اجتماعية، على التوالي. ووجدت فروقاً جوهرية في أنماط تعاطي المواد النفسية خلال المتابعة بين الذكور في فئة المساندة التي كانت محدودة وسلبية مقارنة بجميع الفئات الأخرى، فكان أفراد هذه الفئة الأقل في عدد أيام الامتناع عن التعاطي مقارنة بباقي الفئات. ولم تظهر أية فروق ذات دلالة جوهرية في عينة الإناث، علاوة على ذلك، فإن الفرق بين الفئات في كل من نوعية الحياة والحالة الوظيفية لم تكن ذات دلالة إحصائية. وتسلط نتائج هذه الدراسة الضوء على أثر المساندة الاجتماعية السلبية في سلوكيات تعاطي المواد النفسية، ولا سيما لدى الذكور.

وأجرى "برافو" Bravo وزملاؤه دراسة هدفت إلى فحص آثار المساندة الاجتماعية على معدلات الاكتئاب والتعاطي للخطر للكحول لدى عدد مكون من (٦٣) مشاركاً من أفراد البحرية الأمريكية تم تعيينهم في مدمرة لذوي الخبرة في إحدى العمليات العسكرية لمدة ٨ أشهر بعد العملية. وتم الفحص قبل حوالي ٦ أسابيع من العملية، وبعد ٦ أسابيع من العملية، و٦ أشهر بعد العملية، أكمل المشاركون مقاييس خاصة بالمساندة الاجتماعية وأعراض الاكتئاب وجوانب التعاطي الخطر. كشفت النتائج أن ارتفاع المساندة الاجتماعية في مرحلة ما بعد العملية ينبيء بانخفاض ملحوظ في أعراض الاكتئاب وأعراض الاعتماد على الكحول والمشكلات المرتبطة بتعاطيه. بالنسبة للأعراض الاكتئابية أشارت نتائج الدراسة أن المساندة الاجتماعية كانت بمثابة عازل ضد أعراض الاكتئاب في مرحلة ما

(1) Project Match (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity)

(2) ARC (Rutgers Alcohol Research Center)

قبل وما بعد العملية، وكذلك إعادة الإدماج لمدة ٦ أشهر (Bravo,Kelley,&Hollis, 2016).

كان الهدف من الدراسة التي أجراها "وين" Wynn و"جيس" Jesse هو فهم أفضل لبعض الجوانب في حياة الطالب الجامعي (مثل: المشقة المدركة، وأساليب المواجهة، والمساندة الاجتماعية) وكيف يمكن لمجموع هذه المتغيرات معاً أن تساهم في مستويات أعلى من استهلاك الكحول. تناولت هذه الدراسة العلاقة بين المشقة المدركة، واستراتيجيات المواجهة الفعالة، واستراتيجيات المواجهة غير الفعالة، والمساندة الاجتماعية المدركة باستخدام نموذج لازاروس وفولكمان للمشقة، والتقييم، والواجهة<sup>(١)</sup>. على عينة مكونة من (٢٠١) طالباً من طلاب جامعة دنفر تتراوح أعمارهم ما بين ١٨ و ٢٥ سنة. أشارت النتائج إلى أن استخدام استراتيجيات المواجهة الفعالة يعد مؤشراً ذا دلالة إحصائية على انخفاض مستويات استهلاك الكحول.

وفي دراسة مسحية هدفت إلى فحص ما إذا كانت المشاركة الدينية والمساندة الاجتماعية تمارس دوراً في الحد من وتيرة تعاطي الكحول على عينة عشوائية مكونة من (٣٦٤) طالباً من دراسة أكبر مكونة من ٧٦٠ من طلاب الجامعات - ١٨ سنة وما فوق - على مدى فترة شهرين. تألف المسح المستخدم في هذه الدراسة من ١٢٤ بنداً، وجمعت معلوماته لتشمل مجالات مثل: الاعتماد على المواد النفسية، والنشاط الجنسي، واستخدام المواد الإباحية، والعلاقات والممارسات الدينية الشخصية، والمساندة الاجتماعية كشفت الدراسة أن المشاركة الدينية كانت مؤشراً على انخفاض تكرار تعاطي الكحول، في حين أن المساندة الاجتماعية لم تكن مؤشراً على انخفاض تكرار تعاطي الكحول (Thompson, 2017).

(1) Lazarus and Folkman's Model of Stress, Appraisal, and Coping

هدفت دراسة أجراها "نيكمانش" Nikmanesh وآخرون إلى فحص دور معتقدات الفاعلية الذاتية<sup>(١)</sup> والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالانتكاس لدى المعتمدين على المواد النفسية. شملت عينة الدراسة (١٦٦) مشاركًا منهم (٨٣) مشاركًا لم ينتكسوا، و(٨٣) مشاركًا يعانون من الانتكاس، تم اختيارهم باستخدام أخذ عينات كرة الثلج خلال فترة أربعة أشهر من المشاركة التطوعية في المراكز. كشفت النتائج عن اختلافات كبيرة بين المشاركين الذين لم ينتكسوا والمشاركين المنتكسين في "معتقدات الفاعلية الذاتية"، و"المساندة الاجتماعية". فمتغيري الفاعلية الذاتية والمساندة الاجتماعية المدركة كانتا أفضل منبئ لتجنب الانتكاس. وبناءً على نتائج هذه الدراسة، يمكن أن نستنتج أن الفاعلية الذاتية والمساندة الاجتماعية المدركة يمارسان أدوارًا فعالة في منع المعتمدين على المواد النفسية من الانتكاس (Nikmanesh, Baluchi, & Motlagh, 2017).

تناول "ليفرس" Lyvers وآخرون في دراستهم فحص خصائص العائلة الأساسية لعدد (٢٥) من المعتمدين على المواد النفسية وأزواجهم من الذكور، الذين شاركوا في برنامج للعلاج بالعقاقير في المنزل. كشف التحليل التمييزي عن مجموعة من الخصائص لكل من استطاع التوقف عن التعاطي لمدة ٦ شهور ومن انتكس خلال هذه الفترة. فتميز من استطاع التوقف عن التعاطي لمدة ٦ شهور في قدرته على بناء علاقات وثيقة مع أسر سوية أكثر من الأسر المضطربة، وتنبأت هذه العلاقات بنجاح التوقف عن التعاطي حتى بعد ٣٠ شهرًا (Lyvers, Holloway, Needham, & Thorberg, 2019).

وفي دراسة أخرى قام بها "أوكسيونج" Xiong و"جيا" Jia فحصت المساندة الاجتماعية للمعتمدين على المواد النفسية أثناء إعادة التأهيل الإلزامي<sup>(٢)</sup> لتوفر تقديرًا أوليًا للعلاقة بين المساندة الاجتماعية والانتكاس في مرحلة تخليص الجسم الإلزامي من

(1) Self-Efficacy

(2) Compulsory Rehabilitation

السموم<sup>(١)</sup> ومرحلة إعادة التأهيل، باستخدام التقرير الذاتي للانتكاس خلال المتابعة لمدة ٦ أشهر على مجموعة مكونة من (٥٣٥). تم فحص المساندة الاجتماعية الخارجية والداخلية في حالة وجودها أو غيابها. مع ضبط بعض المتغيرات الديموغرافية والمتغيرات المرتبطة بعوامل الخطورة، تنبأت المساندة الاجتماعية الخارجية بصورة أكبر بانخفاض خطر الانتكاس (خاصة المساندة التي تم قياسها من خلال عدد الأبناء)، وتشير هذه النتائج إلى وجود تأثير إيجابي لإعادة التأهيل الإلزامي (Xiong&Jia,2019).

وهدفت الدراسة التي أجراها "لى" Lee وآخرين إلى فحص الدور الوسيط للمساندة الاجتماعية والاكتئاب في العلاقة بين المصادر الاجتماعية والاقتصادية (من حيث الإقامة المستقرة ومستوى الدخل والعمل المستقر) وبين نوعية الحياة لدى المعتمدين على الكحول، وذلك على عينة مكونة من (٤٠٤) معتمداً تراوحت أعمارهم ما بين ١٩ إلى ٦٥ سنة. أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية، وكل من العمل المستقر والإقامة المستقرة والدخل، كما أشارت النتائج أنه لا توجد علاقة بين الاكتئاب، وكل من العمل المستقر والإقامة المستقرة والدخل، لكن مارست المساندة الاجتماعية دوراً وسيطاً في العلاقة الاكتئاب وبين نوعية الحياة. وتوجد علاقة سلبية بين الاكتئاب والمساندة الاجتماعية (Lee, Chung, Seo, Jung & Park, 2020).

هدفت دراسة "لشنر" Lechner وزملاؤه فحص آثار هذه الإجراءات غير المسبوقه وسط جائحة فيروس كورونا<sup>(٢)</sup> على معدل شرب الكحول وفقاً للتقارير الذاتية خلال الأسبوع قبل وبعد إغلاق الحرم الجامعي من خلال تحليل البيانات لدى ١٩٥٨ طالباً، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن التقارير الذاتية للطلاب أكدت شرب الكحول في الثلاثين يوماً الماضية، وأن معدل شرب الكحول (المبلغ عنه وتكرار شربه) زاد مع مرور الوقت. كما أفاد أولئك الذين يعانون من أعراض شديدة من الاكتئاب والقلق بزيادة أكبر في شرب

(1) Coercive Detoxification

(2) Coronavirus

الكحول (تم تقييمهم من خلال متابعة الجدول الزمني بأثر رجعي) مقارنة بالطلاب الذين يعانون من أعراض أقل في الشدة. علاوة على ذلك، أفاد الطلاب ذوي المساندة الاجتماعية المدركة المرتفعة معدل شرب أقل للكحول. وتسلط هذه النتائج مجتمعة الضوء على ضرورة قيام الجامعات بتقديم خدمات وبرامج للطلاب لتقليل عوامل الخطر وتقليل عوامل الحماية للحد من تعاطي الكحول أو منعه أثناء انتشار جائحة الفيروسات التاجية (Lechner, Laurene, Patel, Anderson, Grega & Kenne, 2020).

وهدفت دراسة "كوجل" Cogle وآخرين إلى فحص دور المساندة الاجتماعية ودور اضطرابات الشخصية في الاعتماد على القنبيات والفروق في دورهم مقارنة بالاعتماد على الكحوليات من خلال مراجعة المسح الوبائي الوطني للكحول الذي تم إجراؤه سنة ٢٠٠٤-٢٠٠٥ على عدد (٣٤٥٠٠) معتمداً على الكحول، وتم استخلاص النتائج منه والتي كشفت عن أن الاعتماد على القنبيات ارتبط بارتفاع معدلات اضطرابات الشخصية وبانخفاض المساندة الاجتماعية، وارتبط الاعتماد على القنبيات فقط دون الاعتماد على الكحوليات معها ارتبط بمعدلات أعلى لجميع اضطرابات الشخصية مقارنة بالاعتماد على الكحول فقط دون الاعتماد على القنب معه (باستثناء اضطراب الشخصية الحدية). كما ارتبط الاعتماد على القنب وحده -أيضاً- بانخفاض المساندة الاجتماعية مقارنة بالاعتماد على الكحوليات وحدها (Cogle, McDermott, Hakes, & Joyner, 2020)

### **ثانياً: الدراسات التي تناولت المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية معاً لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية:**

أجرى كل من "جورج" و"جالي" دراسة مسحية تناولت هذه الدراسة نماذج من العلاقة بين المقاومة النفسية والعوامل المختلفة للسياق الاجتماعي. وتم تجميع البيانات من خلال مسح الهاتف والاتصال العشوائي بالأرقام، تم الاتصال على عينة تكونت من (٢٧٥٢) في مدينة نيويورك بعد الهجوم الإرهابي لأحداث ١١ سبتمبر ٢٠٠١. وقد تم قياس

المقاومة بثلاثة مؤشرات، هي: وجود أو عدم وجود أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وباعتبارها مرتبطة مع انخفاض مستويات الاكتئاب وتعاطي المواد النفسية. كشفت النتائج عن أن العوامل التي تنبئ بالمقاومة النفسية منها: النوع، والعمر، والعرق، والتعليم، ومستوى التعرض للحدث الصادم، والتغير في الدخل، والمساندة الاجتماعية، وتكرار الأمراض المزمنة، والضغوط الحياتية اليومية، والتعرض لضغوط سابقة (George & Galea, 2007).

وفي دراسة أجراها "لو" Lo للكشف عن دور كل من عوامل الخطر وعوامل الحماية والوقاية من الاعتماد على المواد النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. استخدم "مسح السلوك الصحي لدى الراشدين" كأداة للفحص، وقام الطلاب باستكمال استبيان ذاتي عبر الإنترنت، وتم اختيار عينة هذه الدراسة من ٣١ مدرسة من مدارس المرحلة الثانوية بلغ عددها ٣٥٥٠، كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة عكسية بين المقاومة النفسية والاعتماد على المواد النفسية، وكذلك بين عوامل الحماية والاعتماد على المواد النفسية، كما وجدت علاقة إيجابية بين عوامل الخطر والاعتماد على المواد النفسية، وكشفت النتائج أيضاً عن أن المقاومة النفسية كمتغير وسيط بين عوامل الخطورة والاعتماد على المواد النفسية لها تأثير إيجابي طفيف في الحد من الاعتماد على المواد النفسية. وكانت للمتغيرات الأساسية، كالنوع والسن، تأثيرات مختلفة في الاعتماد على المواد النفسية .

وفي دراسة أجراها "نانشاتسان" Nanchatsan وآخرين هدفت إلى تطوير مقياس المقاومة النفسية لدى الإناث المعتمدات على المواد النفسية في تايلاند وكان الغرض استناداً إلى تجارب الإناث التي تعتمد على المواد النفسية على عينة مكونة من ٢٥٢ من الإناث المعتمدات على المواد النفسية. أظهرت النتائج النوعية أن المقاومة النفسية يتم تعريفها بثلاثة عوامل، هي: عامل الفرد، وعامل الأسرة، وعامل المجتمع، وتألفت من ثلاث عشرة فئة مختلفة. هذه الدراسة يمكن أن تساعد المعالجين في اكتساب فهم أشمل بشأن العمليات المعقدة للمقاومة النفسية لدى الإناث اللاتي تعتمدن على المواد النفسية



وتقديم العون لهن بالتدخلات المناسبة, (Sakunpong, Choochom, & Taephant, 2015).

هدفت دراسة أخرى أجراها "رمضان" Ramadhan وآخرين إلى تحديد أثر التدريب على تأكيد الذات والعلاج النفسي التعليمي للأسر على المقاومة الذهنية<sup>(١)</sup> لدى المراهقين في الوقاية من تعاطي المواد النفسية في المدارس الداخلية، واستخدم الباحثون التصميم شبه التجريبي في الدراسة. تم اختيار (٦٤) طالباً من المراهقين في المدارس الداخلية. وتقسيمهم إلى مجموعتين، تلقت مجموعة التدخل ١ تدخل التمريض العام<sup>(٢)</sup> فقط، وتلقت مجموعة التدخل ٢ تدخل التمريض العام، والتدريب على المهارات التوكيدية، وعلاج التعليم النفسي الأسري، أظهرت النتائج أن التدريب على المهارات التوكيدية والعلاج التعليمي الأسري يؤثر على المقاومة الذهنية لدى المراهقين في الوقاية من تعاطي المواد النفسية لدى المقيمين في المدارس الداخلية (Ramadhan, Keliat, & Wardani, 2019).

أجرى "فيرداوس" Firdaus وزملاؤه دراسة هدفت إلى فحص الدور الوسيط الذي تمارسه المقاومة الداخلية<sup>(٣)</sup> بين مساندة الأسرة، ومساندة الأقران، ومفهوم الذات، واستراتيجيات التوافق وبين شدة تعاطي المواد النفسية لدى عينة مكونة من ٢٤٣ طالباً من طلاب المدارس الثانوية العليا. أظهرت نتائج هذه الدراسة أن كل من مساندة الأسرة، ومساندة الأقران، ومفهوم الذات، واستراتيجيات التوافق جميعها أنبأت بشدة تعاطي المواد النفسية، وأن المقاومة الداخلية توسطت هذه العلاقة، باستثناء استراتيجيات التوافق (Firdaus, Setyowati, & Purwatiningsih, 2019).

### تعليق عام على الدراسات السابقة:

- (1) Mental Resilience
- (2) General Nursing Intervention
- (3) Spiritual Resilience

نورد فيما يلي عددًا من الملاحظات على الدراسات السابقة والتي تعد بمثابة مبررات لإجراء الدراسة الراهنة:

١- على الرغم من توفر دراسات سابقة اهتمت بدراسة المساندة الاجتماعية في مجال الاعتماد على المواد النفسية فإنها قليلاً ما تناولت المساندة الاجتماعية بالدراسة في مجال التعافي من الاعتماد على المواد النفسية، مثل دراسة "تالايو".

٢- أشارت الدراسات السابقة إلى وجود تعارض في دور المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالتعافي لدى المعتمدين على المواد النفسية، مثل نتائج الدراسة التي أجراها "باتريك" وزملاؤه، وأشارت نتائجها إلى أن أكثر الجوانب ارتباطاً بالتعافي هو المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء المقربين في حين أشارت نتائج الدراسة التي أجراها "جروف" إلى أن المستوى الأعلى من المساندة الاجتماعية المدركة لم يرتبط بالنجاح في التعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

٣- يلاحظ في كثير من الدراسة الأجنبية التي تناولت الاعتماد على الكحول خاصة أنها اهتمت بتقليل جرعة التعاطي (الاستخدام اليومي) وليس التوقف عن التعاطي؛ وهذا قد يرجع لتفاقم الاعتماد على الكحول بشكل خاص في الثقافة الغربية (World Health Organization, Regional Office For Europe, 2017 (Spillane, Shiels, Best ,Withrow, Haozous, Withrow,&etal., 2020) وهذا قد يفسر اهتمام معظم الدراسات الأجنبية بفحص الاعتماد على الكحوليات بشكل خاص، كما قد يرجع أيضاً هذا الاهتمام بدراسة الاعتماد على للفروق ثقافية بين الثقافة الغربية والثقافة الشرقية؛ لذا فمثل هذه الدراسات لم تنطرق للتعافي بالمعنى الوارد في الدراسة الحالية.

٤- توجد ندرة في الدراسات التي اهتمت بفحص المقاومة النفسية لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية. الدراسة الوحيدة للمقاومة النفسية في إطار التعافي من الاعتماد على المواد النفسية التي وجدت هي الدراسة التي أجراها "ستينسون" مع

الأخذ في الاعتبار كبر متوسط أعمار المشاركين في هذه الدراسة، خاصة أن المقاومة النفسية تتأثر بتغير العمر واهتمام الدراسة بالاعتماد على الكراك الكوكابين، وليس التعاطي المتعدد كما في دراستنا الراهنة.

٥- اهتم الباحثون في معظم الدراسات السابقة بدراسة المقاومة النفسية في علاقتها بالتعرض للصدمة النفسية وتعاطي الكحوليات خاصة أكثر من اهتمامهم بدراسة المقاومة النفسية لدى المتعافين والتعاطي بكافة أنواعه بصفة عامة، كما اهتم الباحثون بدراسة المقاومة النفسية في فئة الأطفال والمراهقين والمحاربين أكثر من اهتمامهم بدراستها في فئة الراشدين، وانشغلت الدراسات السابقة بوصف وتحليل الاستهداف للتعاطي والمخاطر المترتبة.

٦- توجد نتائج متعارضة بين الدراسات السابقة حول دور المقاومة النفسية مثل التعارض بين نتائج الدراسة التي أجرتها "مارجريت دوجان" لفحص دور المقاومة النفسية وعوامل الحماية في التنبؤ بتعاطي الكحول، والتبغ، وغيرها من أشكال التعاطي لدى الراشدين، وأشارت نتائج هذه الدراسة بقوة إلى أن عوامل المقاومة وحدها لا تكفي للحد من احتمالات تعاطي المواد النفسية والانحراف لدى الراشدين المعرضين للخطر، في حين أيدت نتائج الدراسة التي أجراها "مون" وزملاؤه أنه يجب الاهتمام بعوامل المقاومة قبل بدء تعاطي الذكور للمواد النفسية. وذلك عند دراسة المقاومة النفسية في إطار الوقاية من الدرجة الأولى، فهل سنحصل على نتائج متعارضة أيضاً حول دور المقاومة النفسية عند دراستها في إطار الوقاية من الدرجة الثالثة أم ستسهم هذه الدراسة في محاولة تفسير هذا التعارض؟

٧- على الرغم من كبر حجم عينة بعض الدراسات السابقة باعتبارها دراسات مسحية مثل دراسة "أوكسيونج" و"جيا" فإنها ينقصها الدقة المنهجية باستخدامها الإنترنت أو الاعتماد على التقارير الذاتية فقط في جمع بياناتها لما له من مساوئ عديدة خاصة مع طبيعة الاعتماد على المواد النفسية الذي يتسم بالكذب والمراوغة.

ووفقاً للعرض السابق، يمكن صياغة فروض الدراسة الحالية في الآتي:

### **فروض الدراسة:**

- ١- توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.
- ٢- تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية.

### **منهج الدراسة واجراءاتها:**

#### **المنهج:**

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي الارتباطي.

### **عينة الدراسة:**

أجريت الدراسة الحالية على مجموعتين أساسيتين هما: المجموعة الأولى، وهي مجموعة المتعافين تكونت من (٥٠) متعافياً من الذكور، بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٦٢ ± ٥,٥٣٢) سنة. تم اختيار مجموعة من المتعافين، وهم من استمروا في التوقف عن التعاطي لمدة ستة أشهر على الأقل، بلغ متوسط مدة التوقف بشكل عام لدى مجموعة المتعافين (٢٥,٠٠٤ ± ٢٠,٣٧٥) شهراً، وتم اختيارهم من المترددين على عيادات الخط الساخن بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، والمشخصين طبياً وتنطبق عليهم محكات الاعتماد الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس.

المجموعة الثانية وهي مجموعة المنتكسين وتكونت من (٥٠) منتكسًا من الذكور، وذلك بمتوسط للعمر قدره (٣٢,٤٢ ± ٥,٠٥١) سنة، وهم المنتكسون الذين مروا بخبرة العلاج الطبي (الدوائي) أو النفسي التأهيلي أو كليهما، واستطاعوا التوقف فترة لا تقل عن شهر ثم عادوا للتعاطي مرة أخرى، وتم اختيارهم بعد مرورهم بمرحلة تخليص الجسم من السموم والتي تتراوح ما بين ٧-١٠ أيام، بلغ متوسط مدة التوقف بشكل عام لدى متوسط مدة التوقف بشكل عام لدى مجموعة المنتكسين (١,٦٤٤±٢,٠٥٩) شهرًا.

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

### جدول رقم (١)

التكرارات والنسب المئوية والنسب الحرجة لمتغير مستوى التعليم لدى المتعافين

من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين ودلالاتها

المستوى	مجموعة المتعافين	مجموعة المنتكسين	النسبة	الدلالة
	ن = ٥٠	ن = ٥٠		

التعليمي	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	الدرجة
متوسط	٣٠	%٦٠,٠	٣٠	%٦٠,٠	-
فوق متوسط	٤	%٨,٠	٦	%١٢,٠	٠,٧ غير دالة
عالي	١٦	%٣٢,٠	١٤	%٢٨,٠	٠,٤ غير دالة

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

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

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

### جدول رقم (٢)

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

الدالة	النسبة الحرجة	المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		الحالة الاجتماعية
		النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	

أعزب	٢٩	%٥٨,٠	٢٨	%٥٦,٠	٠,٢	غير دالة
متزوج	١٦	%٣٢,٠	٢٠	%٤٠,٠	٠,٨	غير دالة
مطلق	٥	%١٠,٠	٢	%٤,٠	١,٢	غير دالة

\*\* عند مستوى دلالة ٠,٠١

\* عند مستوى دلالة ٠,٠٥

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

### جدول رقم (٣)

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

الدالة	النسبة الدرجة	المنتكسون ن=٥٠		المتعافون ن=٥٠		المهنة
		التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	

موظف	٧	%١٤,٠	٦	%١٢	٠,٣	غير دالة
أعمال فنية وحرفية	١٢	%٢٤,٠	١٩	%٣٨	١,٥	غير دالة
طالب	٢	%٤,٠	١	%٢	٠,٦	غير دالة
لا يعمل	٢٩	%٥٨,٠	٢٤	%٤٨	١,٠	غير دالة

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

ويوضح الجدول السابق توزيع مجموعتي الدراسة على متغير المهنة حيث تركز أغلب أفراد المجموعتين في الفئة الرابعة للحالة المهنية "لا يعمل" يليها فئة "الأعمال الفنية والحرفية" يليها فئة "الموظف" يليها فئة "الطالب". تتفق هذه النتائج مع المسح الذي تم على نزلاء أقسام علاج الإدمان في بعض المستشفيات بالقاهرة الكبرى سنة ٢٠٠٠، والذي أشارت نتائجه إلى أن الاعتماد على المواد النفسية يسود بين من يعملون في الأعمال الحرفية (سهير لطفي علي، ٢٠٠٠، ٢) مع ملاحظة أن هذا المسح لم يشمل فئة "لا يعمل". ويتفق هذا -أيضاً- مع نتائج الدراسات التي تمت في نيويورك على المعتمدين على الهيروين، وهم في سن الأربعين من العمر، وأن ٨٠% منهم كانوا عاطلين في ٨٠% من حياتهم، كما اتضح أن ما بين ٦٥% و ٨٥% منهم لا يعملون (محمد، ٢٠٠٥، ٢٠٥)، كما يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين لمتغير المستوى المهني. وفيما يلي عرض لأدوات الدراسة المستخدمة.

وبلغ متوسط مدة المرض لمجموعة المتعافين (١٤,٠٢ ± ٥,٢٤٧) سنة، كما بلغ متوسط مدة المرض لدى مجموعة المنتكسين (١٤,٧٦ ± ٥,٢٦٧) سنة. كما بلغ متوسط العمر عند بداية التعاطي لمجموعة المتعافين (١٦,٨٦ ± ٣,٤٧٠) سنة، كما بلغ متوسط العمر عند بداية التعاطي لمجموعة المنتكسين (١٧,٦٦ ± ٤,٥٠٧) سنة، وجميع أفراد العينة يتعاطون تعاطياً متعدداً للمواد النفسية فيما عدا فيما عدا ٧ من مجموعة المتعافين،



ومشاركًا واحدًا فقط من مجموعة المنتكسين كان يعتمد على مادة الهيروين فقط، كما أن جميع المشاركين من المجموعتين يتعاطون تعاطيًا متعددًا للمواد النفسية، وهذا يتفق مع ما أشارت إليه الدراسات السابقة في أن الغالبية العظمى ممن يتعاطون المواد النفسية لهم تاريخ طويل من التعاطي المتعدد (ليزا، ومارتين، وجوديث، وكيم، ٢٠١٨، ٥٦٢؛ عوض، ٢٠١٦، ٥٢)، وجميع أفراد العينة يخضعون للتحاليل العشوائية المنتظمة تحت إشراف الاختصاصي النفسي المتابع.

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

جدول (٤)

دلالة الفروق بين المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين  
على أساس متغير العمر ومدة التعاطي

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

\*دالة عند مستوى دلالة ٠,٠٥.

بالنظر في الجدول السابق يتبين عدم وجود فروق دالة بين مجموعة المتعافين  
ومجموعة المنتكسين على المواد النفسية على جميع المتغيرات بالجدول السابق فيما عدا  
متغير مدة التوقف عن التعاطي.

## مقاييس الدراسة:

تنقسم مقاييس الدراسة إلى فئتين:

### ١- مقياس المساندة الاجتماعية:

من إعداد شعبان جاب الله رضوان، يتكون من (٢٨) بنداً، مقسمين على ثلاثة مكونات أساسية المكون الأول هو المساندة المعرفية، وتتكون من (١٠) بنود، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ١٠: ٥٠، والمكون الثاني هو المساندة الوجدانية، وتتكون من (١٠) بنود، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ١٠: ٥٠، والمكون الثالث هو المساندة السلوكية، وتتكون من (٨) بنود، وتتراوح الدرجة عليه ما بين ٨: ٤٠، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين ٢٨-١٤٠ درجة، ويتم الإجابة عليه من خلال خمسة بدائل، يأخذ البديل لا يحدث إطلاقاً الدرجة (١)، ويأخذ البديل نادراً الدرجة (٢)، يأخذ البديل أحياناً الدرجة (٣)، أخذ البديل كثيراً الدرجة (٤)، يأخذ البديل دائماً الدرجة (٥).

### الكفاءة السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية:

#### أ- الصدق:

قام معد المقياس بحساب صدق المقياس في الدراسة التي أجراها سنة ٢٠٠٦، وتم حساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معاملات ارتباط البنود، وكل من الدرجة الكلية للمقياس والمكون الفرعي الخاص به لدى عينة من الأسوياء (ن=٢٠٨)، وجاءت جميع معاملات الارتباط دالة، بما يشير إلى وجود درجة مقبولة من الاتساق الداخلي، ومن ثم صدق المقياس وتجدر الإشارة إلى أن هذا الأسلوب في تقدير الصدق يعد أحد أساليب صدق المفهوم (شعبان، ٢٠٠٦)، وقد تم الاعتماد عليه في البحث الحالي.

## الثبات:

قام معد المقياس بحساب الثبات في الدراسة التي أجراها سنة ٢٠٠٦، وجاءت معاملات الثبات مقبولة (شعبان جاب الله رضوان، ٢٠٠٦).

كما تم حساب ثبات المقياس في دراستنا الحالية من خلال طريقتين هما:

١- معاملات ثبات ألفا كرونباخ.

٢- حساب معاملات ثبات القسمة النصفية.

ويوضح الجدول التالي معاملات الثبات بطريقتي ألفا كرونباخ والقسمة النصفية لمقياس المساندة الاجتماعية لدى مجموعتي الدراسة.

### جدول رقم (٥)

معاملات ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية (بعد تصحيح الطول)

لمقياس المساندة الاجتماعية لدى مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين

مجموعة المنتكسين ن=٥٠			مجموعة المتعافين ن=٥٠			مقياس المساندة الاجتماعية
القسمة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	القسمة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	
٠,٨٢٢	٠,٩٣١	٢٨	٠,٩٢٧	٠,٩٥٩	٢٨	١-المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية)
٠,٧٩٨	٠,٨٣٤	١٠	٠,٨٧٥	٠,٨٦٣	١٠	٢-المساندة المعرفية
٠,٨١٨	٠,٨٩١	١٠	٠,٨٩٨	٠,٩٤٢	١٠	٣-المساندة الوجدانية
٠,٨١٣	٠,٨٣٣	٨	٠,٨٤٠	٠,٨٧٩	٨	٤-لمساندة السلوكية

بالنظر للجدول السابق نجد أن جميع معاملات الثبات مرضية.

## ٢- مقياس المقاومة النفسية:

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

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

## الكفاءة السيكومترية للمقياس:

### أولاً الصدق:

تم حساب الصدق بطريقتين هما:

#### أ- صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على ١٠ المحكمين\*<sup>١</sup> من المتخصصين في علم النفس، وقد جاءت نسب الاتفاق بين المحكمين على البنود مقبولة، حيث تراوحت نسب الاتفاق ما بين ٧٠% - ١٠٠% (تركزت معظمها حول نسب اتفاق ١٠٠%).

#### ب- الصدق التمييزي:

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

### ثانياً الثبات:

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

#### أ- ثبات ألفا كرونباخ والقسمة النصفية:

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

<sup>١</sup> \* يشكر الباحثون السادة المحكمين: أ.د/ فكري العتر وأ.د/ صفاء اسماعيل وأ.د/ عزة عبد الكريم وأ.د/ أميمة محمد أنور وأ.د/ نبوية شاهين ود/ إيمان عبد الحليم ود/ خالد عبد المحسن بدر ود/ أميمة البطاوي ود/ مي إدريس ود/ راندة رضا عباس .

جدول رقم (٦)

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

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

بالنظر للجدول السابق نجد أن جميع معاملات الثبات مرضية بشكل عام فيما عدا مكون الدعم الذاتي وتقبل النقد عند حساب ثباته بمعزل عن الدرجة الكلية، وهذا قد يرجع لقلّة عدد بنوده.

أ- حساب ثبات الاتساق الداخلي:

تكون المقياس في صورته المبدئية بعد عرضه على المحكمين من ٦٥ بنداً، وتم حساب ثبات الاتساق الداخلي لمقياس المقاومة النفسية من خلال حساب الارتباط بين

البند والدرجة الكلية على المقياس، وتم استبعاد البنود التي لم تصل معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية لمجموعة المتعافين أو مجموعة المنتكسين إلى مستوى الدلالة ٠,٠٥ حيث تم استبعاد تسعة بنود، وتم إعادة حساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي بعد استبعاد البنود منخفضة الثبات، ويوضح الجدول التالي نتائج هذا الاجراء.

جدول (٧)

معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية لمقياس المقاومة النفسية

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



معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند	معاملات ارتباط البند بالدرجة الكلية (عدد البنود ٥٦)		رقم البند
مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠	البند	مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠	البند
**٠,٥٨٩	*٠,٣٥٤	٤٣	**٠,٤٥٦	**٠,٥٩٩	١٥
**٠,٤٣٦	**٠,٤٨٦	٤٤	**٠,٤٥٨	**٠,٦١٠	١٦
٠,٢٨٦	**٠,٥٠١	٤٥	**٠,٥١٦	**٠,٤٨٢	١٧
*٠,٣٢٢	**٠,٥٢٣	٤٦	*٠,٤٢٦	٠,٢٤٧	١٨
**٠,٤٥١	*٠,٣٥١	٤٧	**٠,٤٦٦	**٠,٥٠٢	١٩
*٠,٤٨٢	**٠,٤٩٢	٤٨	**٠,٤٢٦	**٠,٦٧١	٢٠
**٠,٥٨٨	**٠,٦٩٠	٤٩	٠,٢٠٢	**٠,٤٥٤	٢١
**٠,٥٢٦	**٠,٦٠٤	٥٠	*٠,٣٣٥	**٠,٥٣٦	٢٢
**٠,٦٤٤	**٠,٥٧٨	٥١	**٠,٤٥٨	**٠,٥٤٩	٢٣
**٠,٦٦٤	**٠,٥٢٨	٥٢	**٠,٦١٣	**٠,٧٤٦	٢٤
**٠,٤١٦	*٠,٣٢٨	٥٣	**٠,٦٦٥	**٠,٥٢٨	٢٥
**٠,٥٥١	**٠,٤٨٤	٥٤	**٠,٥٢٧	**٠,٤٤٨	٢٦
**٠,٥٧٠	٠,٢١٣	٥٥	**٠,٤٤٦	**٠,٤٤٥	٢٧
**٠,٤٦٧	**٠,٦١٨	٥٦	**٠,٦٨٨	**٠,٥٣٤	٢٨

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

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

بالنظر إلى الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

١- ارتبطت البنود التالية ارتباطاً ضعيفاً بالدرجة الكلية لدى مجموعة المتعافين، وهي: ١، ١١، ١٨، ٥٥.

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

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

### إجراءات التطبيق\*١:

بدأ التطبيق من شهر ٤ سنة ٢٠١٨ حتى شهر ٤ سنة ٢٠١٩، وتم تقديم مقاييس الدراسة على التوالي بعد أخذ موافقة مكتوبة من كل مشارك في الدراسة وجمع البيانات الأساسية تم تقديم مقياس المقاومة النفسية يليه مقياس المساندة الاجتماعية بشكل فردي لكل مشارك على حدة، واستغرق زمن التطبيق ما بين ٢٠ دقيقة إلى ٢٥ دقيقة.

### الأساليب الإحصائية:

١- الإحصاءات الوصفية لمتغيري الدراسة لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية .

٢- معامل ارتباط بيرسون الخطي لفحص العلاقة لكل من مجموعة المتعافين ومجموعة المنتكسين على المواد النفسية.

٣- تحليل الانحدار الخطي البسيط للكشف عن مدى إسهام المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية.

\*يتقدم الباحثون بشكر خاص للمتعافين والمشاركين في البحث الحالي من المنتكسين ولجميع فريق العمل بعيادات الخط الساخن لما قدموه من جهد لخدمة البحث العلمي .



## عرض النتائج ومناقشتها:

أولاً: الإحصاءات الوصفية:

يوضح الجدول التالي المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيري الدراسة لدى المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية والمنتكسين.

### جدول (٨)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيري الدراسة

لدى مجموعة المنتكسين ومجموعة المتعافين

المنتكسون ن = ٥٠		المتعافون ن = ٥٠		وجه المقارنة
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
١٨,٤٥٨	٨٢,٩٢	٢٠,٤٢٢	١٠١,٥٦	المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية)
٧,٠٩٠	٢٩,٨٢	٦,٨٩٢	٣٦,٨٢	المساندة المعرفية
٧,٨٢٠	٣٠,١٠	٨,٤٣٣	٣٧,٤٤	المساندة الوجدانية
٢٤,٤٨	١٢,٠٣٣	٦,٨٤٢	٢٧,٤٠	المساندة السلوكية
٢٤,٣٣٦	١٥٥,٨٠	١٩,٦٢٢	١٨١,٧٤	المقاومة النفسية (الدرجة الكلية)

### ثانياً: نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض الأول على أنه "توجد علاقة بين المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء إحصاء معاملات الارتباط الخطي البسيط، ويوضح الجدول التالي قيم معاملات الارتباط عند مستوى دلالة ٠,٠١ في الاتجاهين.

### جدول (٩)

معاملات الارتباط بين المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) بمكوناتها الفرعية والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعتي الدراسة

مجموعة المنتكسين ن=٥٠	مجموعة المتعافين ن=٥٠	المجموعة متغيرات الدراسة
٠,٤٨٢	٠,٥٣٣	المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية)
٠,٤٧١	٠,٥٤٢	مكون المساندة الاجتماعية المعرفية والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية)
٠,٤١٥	٠,٥١٢	مكون المساندة الاجتماعية الوجدانية والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية)
٠,٢٩٦	٠,٤٣٩	مكون المساندة الاجتماعية السلوكية والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية)

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- ١- وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) للمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعة المتعافين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠,٠٠١.
- ٢- يتضح من الجدول السابق وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) للمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعة المنتكسين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠,٠٠١.

٣- وجود علاقة إيجابية بين مكون المساندة الاجتماعية المعرفية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

٤- وجود علاقة إيجابية بين مكون المساندة الاجتماعية المعرفية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

٥- وجود علاقة إيجابية بين مكون المساندة الاجتماعية الوجدانية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

٦- وجود علاقة إيجابية بين مكون المساندة الاجتماعية الوجدانية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

٧- وجود علاقة إيجابية بين مكون المساندة الاجتماعية السلوكية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المتعافين، ويعني ذلك أن ارتفاع الدرجة على أحدهما يرتبط بارتفاع الدرجة على الآخر، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

٨- وجود علاقة إيجابية لدى مجموعة المنتكسين بين مكون المساندة الاجتماعية السلوكية وبين الدرجة الكلية للمقاومة النفسية، وذلك عند مستوى الدلالة ٠.٠٠١.

### تفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول:

يتضح مما سبق أن كل من المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) وجميع مكونات المساندة الاجتماعية من ناحية ترتبط بالدرجة الكلية للمقاومة النفسية من ناحية أخرى لدى كل من المجموعتين، مجموعة المنتكسين ومجموعة المتعافين، فيما عدا الارتباط

الضعيف بين مكون المساندة الاجتماعية السلوكية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين .

تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه التراث البحثي، ويمكن تفسير ذلك في ضوء ما أشار إليه التراث والدراسات السابقة أن الأفراد الذين يعانون من الاعتماد على المواد النفسية يعتمدون غالباً على دعم شبكاتهم الاجتماعية للحفاظ على المكاسب التي تحققت خلال مراحل العلاج المختلفة (Faleck,2016). كما أشارت دراسة "ساكونبونج" وآخرين سنة (٢٠١٥) أن المقاومة النفسية يتم تعريفها بثلاثة عوامل، هي: عامل الفرد وعامل الأسرة وعامل المجتمع (Sakunpong,Choochom&Taephant, 2015) ، وبالتالي توجد علاقة كبيرة بين المقاومة النفسية والمساندة الاجتماعية، وأكدت ذلك دراسة "باتريك" وآخرون حيث أشارت إلى أن أكثر الجوانب ارتباطاً بالتعافي هو المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء المقربين، مما يدل على أهمية بذل جهود أكبر لتنمية الشبكات الاجتماعية (Patrick, George, Kirk, Dwayne&Barry,2003) .

ويتفق ذلك مع تعريف المقاومة النفسية بأنها المقاومة النفسية هي الطريقة التي يدير بها الأفراد المواقف الضاغطة في الحياة لتقليل العواقب السلبية والحفاظ على الحالة الصحية (Firdaus,Setyowati,&Purwatiningsih, 2019)، فأشار هذا التعريف أن الفرد هو الذي يدير الموقف، فالمساندة الاجتماعية قد تؤثر بشكل إجمالي على المقاومة النفسية.

كما أشار تعريف "شارما" للمقاومة النفسية -أيضاً- بأنها "القدرة على استعادة الصحة النفسية بعد أي فشل أو خسارة أو الصدمة، وهي واحدة من المهارات الحياتية المهمة التي يحتاجها الفرد لحمايته والمحافظة عليه" (Sharma, 2015).

وهذا يتفق مع التفسيرات الاجتماعية بوجود مشكلات أسرية ارتبطت ببدء التعاطي وأيضاً الرغبة في مشاركة الأصدقاء في التعاطي وجدانياً بدلاً من الأسرة فقد اتضح أن

٥٩% من المترددين على العلاج يعيشون مع والديهم، فوجود الآباء في كثير من الحالات أصبح يقتصر على الوجود الجسدي والمالي، في حين غاب نسبياً الوجود النفسي والتربوي للوالدين (أرنست، ٢٠١٥، ١٣٢)، وبالتالي يلجأ المتعافي للمعالج أو الجماعة العلاجية، ويتعلم طلب وتقديم المساندة الاجتماعية واستقبالها سواءً من داخل الأسرة أو من خارجها إذا لم يستطع إيجادها من داخل الأسرة؛ وهذا يفسر ارتباط المساندة الاجتماعية بالمقاومة النفسية لكل من المنتكس والمتعافي من الاعتماد على المواد النفسية.

وهذا ما أيدته الدراسات السابقة فهي عملية دينامية مستمرة، فالمتعافون لديهم مقاومة نفسية أعلى، وهذا يتوافق مع نموذج المحاسبة النظرية للمقاومة النفسية الذي يشير إلى أن الأفراد يخلقون واقعهم الخاص من خلال تفسيراتهم المستندة على أبنيتهم الذهنية المؤلفة من الخبرات السابقة والفروق الفردية، فهم يعكسون واقعهم الذاتي عندما يعطون معنى إلى الخبرات الصادمة. ويشكل هذا المعنى بدوره كل من المشاعر والسلوك الذي يصدر عن الفرد؛ لذا يختلف الأفراد في ردود أفعالهم عند التعرض لنفس الحدث الصادم. ويتفق - أيضاً - مع ما أشار إليه المنحى المعرفي السلوكي الذي يشير إلى أن الأفكار هي العوامل المحركة لكل من المشاعر والسلوك الوظيفي وللاختلال الوظيفي (Özlem, 2007, 52).

ويمكن تفسير ذلك في ضوء كل من النموذج المعرفي ونظرية التبادل الاجتماعي، فسّر أصحاب المنحى المعرفي الاعتماد على المواد النفسية وفقاً لعوامل معرفية، فالمنتكس أو المتعافي يحتاج إلى المساندة الاجتماعية المعرفية لإعادة البنية المعرفية لديه وبحث الأمل في التعافي من جديد، ويحتاج للمساندة الوجدانية لتؤكد لديه ذلك، وأخيراً المساندة الاجتماعية السلوكية وفقاً لاحتياجاته في هذه المرحلة، وكذلك المتعافي يحتاج إلى المساندة المعرفية التي ساعدته على الاستمرار في التعافي، ويحتاج إلى المساندة الوجدانية والمساندة السلوكية وفقاً لمتطلبات المرحلة التي يمر بها.



وفي ضوء نظرية "ثيبوت" و"كيلي" فإن العلاقات بين الأفراد قائمة على تبادل الفوائد فالأفراد في العلاقات التبادلية يقومون بتقديم الفائدة مع توقع تلقيها في نفس الوقت (منار، ٢٠١٥، ١٦)، فالأفراد ينضمون إلى الجماعة لإشباع حاجة خاصة؛ وفي تصورنا أن كل من المنتكس والمتعافي لديه احتياج لفهم المرحلة العلاجية التي يمر بها في المرتبة الأولى.

ويمكن تفسير الارتباط الضعيف بين مكون المساندة الاجتماعية السلوكية والدرجة الكلية للمقاومة النفسية لدى مجموعة المنتكسين أن المساندة الاجتماعية السلوكية هي الأكثر ارتباطاً بالسلوكيات الإدمانية لدى المنتكس لأنها مرتبطة بسلوكيات إدمانية كالاستغلال من ناحية، ولاستمرار نقص ثقة المحيطيين به وتخوفهم من تقديم المساندة السلوكية له نتيجة لأفعاله الإدمانية والإيذاء الذي لحق بهم نتيجتها من ناحية أخرى، كما يمكن تفسيرها -أيضاً- بأن المقاومة النفسية لكي ترتفع لدى المنتكس فإنه يحتاج لأن يتوقف عن السلوك الاعتمادي على الآخرين فيحتاج لأن يرفض أشكال المساندة السلوكية التي يمكن أن تقدم له -قدر الإمكان- كجزء من برنامجه العلاجي.

جاءت الارتباطات ذات الدلالة لمكونات المساندة الاجتماعية في علاقتها بالمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لكل من المجموعتين بالترتيب التالي المساندة المعرفية يليها المساندة الوجدانية يليها المساندة السلوكية. ويمكن تفسير ذلك في ضوء كل من النموذج المعرفي ونظرية التبادل الاجتماعي، فسّر أصحاب المنحى المعرفي الاعتماد على المواد النفسية وفقاً لعوامل معرفية، فالمنتكس أو المتعافي يحتاج إلى المساندة الاجتماعية المعرفية أولاً لإعادة البنية المعرفية لديه وبتحقيق الأمل في التعافي من جديد، ثم يحتاج للمساندة الوجدانية لتؤكد لديه ذلك، وأخيراً المساندة الاجتماعية السلوكية وفقاً لاحتياجاته في هذه المرحلة، وكذلك المتعافي يحتاج إلى المساندة المعرفية التي ساعدته على الاستمرار في التعافي، ويحتاج إلى المساندة الوجدانية والمساندة السلوكية وفقاً لمتطلبات المرحلة التي يمر بها.



### ثالثاً: نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "تسهم المساندة الاجتماعية في التنبؤ بالمقاومة النفسية لدى المنتكسين والمتعافين من الاعتماد على المواد النفسية". وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء إحصاء تحليل الانحدار الخطي البسيط، ويوضح الجداول أرقام (١١) و(١٢) قيم تحليل الانحدار الخطي البسيط.

#### جدول (١٠)

تحليل الانحدار الخطي البسيط باعتبار أن المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) والمساندة الاجتماعية بمكوناتها الفرعية متغيرات مستقلة والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) متغير تابع لدى مجموعة المتعافين

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	ر	ر <sup>٢</sup>	معامل الانحدار المعياري Beta	معامل الخطأ المعياري	قيمة ف	دلالة ف	قيمة ت	دلالة ت	القيمة الثابتة
المساندة الاجتماعية الكلية	المقاومة النفسية الكلية	٠,٥٦٢	٠,٢٥٥	-٣,٢١٥	١٣,٥٧٨	٥,١٩٥	٠,٠٠٢	٩,٤٠٩	٠,٠٠٠١	١٢٧,٧٥٢

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- ١- أن متغير المساندة الاجتماعية (الدرجة الكلية) تسهم في تفسير ٢٥,٥% من تباين المقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى المتعافين.
- ٢- كما يتضح أن المكونات الفرعية للمساندة الاجتماعية لا تفسر المقاومة النفسية (الدرجة الكلية).

### جدول (١١)

تحليل الانحدار الخطي البسيط باعتبار أن المساعدة الاجتماعية (الدرجة الكلية) والمساعدة الاجتماعية بمكوناتها الفرعية متغيرات مستقلة والمقاومة النفسية (الدرجة الكلية) متغير تابع لدى مجموعة المنتكسين

المتغيرات المنبئة	المتغيرات التابعة	ر	ر <sup>٢</sup>	معامل الخطأ المعياري	قيمة ف	دلالة ف	قيمة ت	دلالة ت	الثابت
المساعدة الاجتماعية الدرجة الكلية	المقاومة النفسية الكلية	٠,٤٩٧	٠,٢٤٧	١٤,٧٩١	٣,٦٨٢	٠,٠١١	٦,٩٤٧	٠,٠٠٠١	١٠٢,٠٦٠

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- ١- أن متغير المساعدة الاجتماعية (الدرجة الكلية) يسهم في تفسير ٢٤,٧% من تباين المقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعة المنتكسين.
- ٢- لم تفسر المكونات الفرعية للمساعدة الاجتماعية المقاومة النفسية (الدرجة الكلية) لدى مجموعة المنتكسين.

### تفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني:

ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن المنتكس يحتاج المساعدة الاجتماعية بشكل عام لدعم مقاومته النفسية العامة ولدعم صورته عن ذاته بشكل خاص، والتي تتأثر بالانتكاس وتظهر لديه في دعمه لذاته وتشجيعها على الاستمرار في تحقيق الهدف أو لتبنيها بماذا بعد العودة لسلوك خطر، والحديث الذاتي الذي يشمل قبوله لحياته ومساره فيها، وإيمانه بذاته وقدرتها (رشا، ٢٠١٥، ٥-٨) فالخسارة التي قد تحدث لدى المنتكس على المواد النفسية كثيراً ما تتمثل في المساعدة الاجتماعية المقدمة له من المحيطين به؛ لهذا المنتكس في حاجة شديدة إلى المساعدة الاجتماعية بكافة مكوناتها لرفع المقاومة النفسية

لديه ودعم ما سبق بداخله، وبالتالي تؤثر المساندة الاجتماعية إجمالاً على المقاومة النفسية.

وكلما ارتفعت المساندة الاجتماعية بشكل عام كلما ارتفعت لدى المنتكس قدرته على طلب المساندة وتقديمها من وإلى زملاءه مثلاً في التعافي، ويتضمن طلب المساندة الاجتماعية محاولات الفرد للبحث عن من يسانده في محنه ويمده بالتوجيه للتعامل مع الحدث (كالمعالج أو المتعافين في تصورنا)، وإيجاد المواساة والمساعدة لمواجهة هذه الأحداث بصورة أكثر إيجابية، سواءً من المجموعة العلاجية والفريق العلاجي والأهل وغيرهم، (السيد، ٢٠١٦).

ويمكن تفسير ذلك -أيضاً- بأن المتعافي ترتفع لديه المقاومة النفسية في الأساس وكلما تعافي كلما استطاع أن يعيد اكتساب المساندة الاجتماعية ممن حوله. وقد لا يتوفر في بيئة المتعافي ما يغير شكل المساندة لديه من جانب أسرته لكنها تتغير من جانب المجموعة العلاجية التي ينتمي لها فهي تقدم مساندة معرفية ووجدانية له في الأساس، خاصة أن حوالي ٥٧% من أبناء الأسر ذوي السلوك المضاد للمجتمع، بما فيه الاعتماد على المواد النفسية، من أسر مفككة (جيرالد، وكارين، ٢٠١٨، ٣٥٤) فالمتعافي في جميع مراحلها في حاجة للمساندة الاجتماعية التي تساعده على الاستمرار في التعافي.

كما يقصد بتقديم المساندة الاستعداد لتقديم المساندة الاجتماعية لشبكة العلاقات الاجتماعية لدى الفرد والتي تتمثل في أعضاء الأسرة، وجماعة الأصدقاء، والجيران، وزملاء العمل (أسماء، وأماني، ٢٠١٤، ٥)؛ لذا استطاعت المساندة الاجتماعية بشكل عام التنبؤ بالمقاومة النفسية بشكل عام لدى المنتكسين والمتعافين، وتدعم هذه النتائج نتائج الفرض الأول بوجود علاقة بين المساندة الاجتماعية والمقاومة النفسية؛ لذا استطاعت المساندة الاجتماعية تفسير التباين في المقاومة النفسية لوجود علاقة بينهما في الأساس.

## التوصيات:

- ١- تصميم برنامج علاجي لتنمية مهارات المساعدة الاجتماعية والتي تتمثل في طلب المساعدة واستقبالها وتقديمها.
- ٢- الاهتمام بدعم المساعدة الاجتماعية خاصة المعرفية والوجدانية في البرامج العلاجية للمعتمدين على المواد النفسية.
- ٣- الاهتمام بإعداد برامج خاصة بالإرشاد والعلاج الأسري في مجال الاعتماد على المواد النفسية والتعافي منها.
- ٤- تصميم برامج علاجية لتنمية المقاومة النفسية خاصة التي تتعلق بالنظرة الإيجابية إلى الحياة.

## قائمة المراجع

أحمد (محمد درويش). (٢٠١٢). الفروق بين الأحداث المعتمدين على استنشاق بعض المذيبات الطيارة والأحداث المعتمدين على تناول الكودايين في بعض المتغيرات النفسية. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، الحولية الثامنة، الرسالة الرابعة، فبراير.**

أحمد (محمد درويش). (٢٠١٣). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالشعور بالأمن والتوافق الشخصي والرضا عن الحياة لدى المراهقين ضعاف السمع وفاقد البصر. **حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، الحولية التاسعة، الرسالة الثانية عشر، ديسمبر.**

أرنست (خليل سليمان). (٢٠١٥). دور نوعية الحياة في التنبؤ بالاعتماد على المواد النفسية والانتكاس إليه. رسالة ماجستير، (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

أسماء (السرسى). أماني (عبد المقصود). (٢٠١٤). مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين والشباب. القاهرة: الأنجلو المصرية.

أشرف (محمد محمد). (٢٠١١). الصمود الأكاديمي وعلاقته بتقدير الذات لدى عينة من طلاب التعليم المفتوح. **دراسات نفسية، دورية علمية ربع سنوية محكمة، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٢١ (٤)، ٥٧١-٦٢١.**

السيد (مصطفى راغب). (٢٠١٦). مدى إسهام بعض استراتيجيات المواجهة في التنبؤ بالاغتراب النفسي لدى المراهقين بدولة الكويت. **دراسات عربية في علم النفس. ١٥ (١). يناير، ٧٣-٩٤.**

إيمان (نصري شنودة). وشيماء (عزت باشا). (٢٠١٤). الصمود والمساندة الاجتماعية والضغوط كمنبئات بالتفكير الإنتحارى لدى طلاب الجامعة. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادى*. ٢(٤).

إيناس (راضى عبد المقصود). (٢٠١٧). دور أنماط التفاعل الأسري في التنبؤ بتنظيم الذات وكفاءة حل المشكلات الاجتماعية لدى عينة من المراهقين المعتمدين على المواد النفسية. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

جيرالد (أريانرسون). كارين (بورجر). (٢٠١٨). السلوك المضاد للمجتمع عند الأطفال والمراهقين، تحليل خاص بالنمو ونموذج للتدخل. ترجمة: عز الدين جميل عطية، مراجعة المصطلحات العلمية: أيمن عامر، القاهرة: المركز القومي للترجمة.

حسين (علي فايد). (٢٠٠٥). ضغوط الحياة والضبط المُدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غيرإكلينيكية. *دراسات نفسية*، ١٥(١)، ٥٣-٥.

خالد (محمود عبد الوهاب). (٢٠١٧). الإدمان وعلاجه، رؤية نظرية ودراسات ميدانية. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

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

رشا (عبد الفتاح الديدي). (٢٠٠٥). أسباب الانتكاسة كما يدركها مرضى سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً من نزلاء المستشفيات. *دراسات نفسية*، ١٥(٣)، ٣٩٧-٣٥٣.



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

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

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

سالي س. (ديكيرسون). وبيجي م. (زوكولا). (٢٠١٨). نحو بيولوجيا المساندة الاجتماعية، ترجمة: صفاء الأعصر، في: شين ج. لوبيز وس.ر. سنايدر (محررين). دليل علم النفس الايجابي، الجزء الثاني، القاهرة: المركز القومي للترجمة، ٦٩٥-٧١٦.

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

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

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

شيرين (عبد القادر محمود). (٢٠١٢). كفاءة بعض الوظائف المعرفية لدى مرتفعي ومنخفضي مظاهر اضطراب الشخصية الحدية في ضوء النموذج الارتقائي العصبي. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة القاهرة: كلية الآداب قسم علم نفس.

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

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

عزة (عبد الكريم مبروك). (٢٠٠١). استخدام المساندة الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي لدى المسنين. رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

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

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

فريد (لوثانز). كارولين (م. يوسف). (٢٠١٨). أماكن عمل إيجابية، ترجمة: صفاء الأعصر، في: شين ج. لوبيز وس.ر.سنايدر(محررين). دليل علم النفس الإيجابي، الجزء الثاني، القاهرة: المركز القومي للترجمة، ٨٨٢-٨٥٥ .

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

فؤاد (أبو المكارم). (٢٠١٧). المواد النفسية والأسس البيولوجية لتعاطيها. دراسات نفسية، دورية علمية ربع سنوية محكمة، القاهرة: رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٢٧(١)، يناير، ٨٠-٣٥ .

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

ليزا (أ.مورو). مارتين (روباردز) جوديث (أ.ساكستون) كيم (ميثين). (٢٠١٨). السموم في الجهاز العصبي المركزي: الكحوليات والأدوية المخدرة المحرمة والمعادن الثقيلة، والمذيبات العضوية، والتعرض لها، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، في: جول إي مورجان وجوزيف هويكر(محررين). المصنف في علم النفس العصبي الإكلينيكي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، ٥٦١-٥٩٠ .

منار (محمد عكاشة). (٢٠١٥). المساندة الاجتماعية واستراتيجيات التعايش كمتغيرات منبئة بنوعية الحياة لدي المعاقين بصرياً كلياً والمبصرين. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

منار (محمد عكاشة). (٢٠١٩). الصمود النفسي والأفكار الآلية السلبية كمتغيرين معدلين للعلاقة بين تنظيم الذات والسلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطرابات المسلك والأسوياء. رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

مجدي (أحمد محمد). (٢٠٠٠). علم النفس المرضى، دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. الأسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

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

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

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

مصطفى (سوف). (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة.

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

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

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

- وفاء (إمام عبد الفتاح). (٢٠١٧). مقياس المقاومة النفسية (غير منشور). ملحق برسالة دكتوراه عنونها المقاومة النفسية كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية الحياة وزملة أعراض التعب المزمن (غير منشورة). جامعة القاهرة، قسم علم النفس.
- Achour, M. & Nor, M. (2014). The Effects of Social Support and Resilience on Life Satisfaction of Secondary School Students. **Journal of Academic and Applied Studies**, 4(1), 12-20.
- Ahmed, N. (2017). **Mu opioid receptor gene (opr1) polymorphism in patients with opiate use**. MD Degree in Psychiatry, Faculty of Medicine, Cairo University.
- Alexandre, B. L. (2007). **Practice Journal of Substance Abuse Treatment**, 33(3), October 2007, Pages 243-256.
- APA. (2013). **DSM-5 Diagnostic Criteria Mobile App**. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing.
- Bravo, A.J., Kelley, M.L., Hollis, B.F. (2016). Social support, depressive symptoms, and hazardous alcohol use among navy members: An examination of social support as a protective factor across deployment. **Journal of Social and Clinical Psychology**, 35 (8), 693-704.
- Buckingham, S., & Best, D. (2016). Addiction, behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery. **Addiction, Behavioral Change and Social Identity: The Path to Resilience and Recovery**, pp. 1-212.
- Cao, Q., Liang, Y. (2017). Perceived social support and life satisfaction in drug addicts: Self-esteem and loneliness as mediators. **Journal of Health Psychology**, Article in Press.

- Charles E., Dodgen, W. & Shea, M. (2000). Treatment II: Planning, implementing, and managing treatment and the course of recovery. **Substance Use Disorders**, 139-147.
- Clark, A.A.(2014). Narrative Therapy Integration Within Substance Abuse Groups. **Journal of Creativity in Mental Health**, 9 (4), pp. 511-522.
- Cougle, J.R., McDermott, K.A., Hakes, J.K., Joyner, K.J. Personality disorders and social support in cannabis dependence: A comparison with alcohol dependence. **Journal of Affective Disorders**, 265, pp. 26-31.
- Donald, R., Wesson, B. E., Havassy, & David E. S. (1986). Theories of Relapse and Recovery and Their Implications for Drug Abuse Treatment. **Relapse and Recovery in Drug Abuse**. Editors: Frank M. Times, Ph.D. & Carl G. Leukefeld, D.S.W., NIDA Research Monograph 72: National Institute on Drug Abuse.
- Dugan, M. A.(1996). Families & family life; Personal relationships; Sociology; Behavioral sciences; Public health; Welfare. **Dissertation Abstracts International, Dissertations & Theses**. United States: California. Ph.D.
- Faleck ,P.( 2016). Sex differences in social support and substance use disorders: Implications for mechanisms of change and treatment outcomes. **Dissertations & Theses, M.S**. United States -- New Jersey: Rutgers the State University of New Jersey - New Brunswick.
- Firdaus, S., Setyowati, A. & Purwatiningsih, E.S. (2019) .Spiritual resilience model on drug abuse intensity among senior high school students, South Kalimantan: A path analysis. **Indian Journal of Public Health Research and Development**, 10 (3), pp. 348-353.

- George A. B., & Galea, S. (2007). What Predicts Psychological Resilience After Disaster? The Role of Demographics, Resources, and Life Stress. **Journal of Consulting and Clinical Psychology by the American Psychological Association**. 75( 5), 671-68.
- Gregory, R., Barbar, R., Irwin G.,& Ciarda. A.(1996).In: Gregory, R.,Barbar, R.,Irwin, G.(Eds). **Handbook of Social Support and Family** (4-24).New York:Plenum press.
- Gropanzano, R., & Mitchell, M. (2005). Social Exchange Theory :An Interdisciplinary Review. **Journal of Management**. 31(6), December, 874-900.
- James, R., McKay, C. F., Richard, C., Stephens, P. J., Leahy, E. M., Crowley,& W. K. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers . **Journal of Substance Abuse Treatment**, 28(2), Supplement, March, 73-S82.
- Jang,J.(2012).**The Effect of Support Type on Resilience**. Master of Arts, the Department of Communication Studies, the Graduate School of the University of Alabama.
- Junker & Shutterstock. (2011) .**Linking Health Communication with Social Support**. Chapter6. Mattson `s Health as Communication Nexus: Property of Kendall Hunt Publishing Co .
- Karamipour, M., Hejazi, M. & Beheshti, Y. Z. (2015) .The -Role of Resilience and Hardiness in Mental Health of Athletes and Non- athletes. **Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences**. 4 (2) January 2015: 37-43.
- Keppel, N. J. (2015).**Does Parent Substance Use Always Engender Risk for Children? An examination of the relationships between substance use patterns, social**

**support type, and child maltreatment behaviors.**  
Dissertation/Thesis Ph.D. United States – California:  
University of California, Los Angeles. Proust.

- Kumpfer, K. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience, the Resilience Framework. **Resilience and Development: Positive Life Adaptation.** Edited by: Glantz&Johnson. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Lamis, D.A., Ballard, E.D., May, A.M.,& Dvorak, R.D. (2016). Depressive Symptoms and Suicidal Ideation in College Students: The Mediating and Moderating Roles of Hopelessness, Alcohol Problems, and Social Support. **Journal of Clinical Psychology**, 72 (9), 919-932.
- Laurence, M., (1991). Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: Neuropsychology, personality, and cognitive style. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 8(4),PP. 277-291.
- Lechner, W.V., Laurene, K.R., Patel, S., Anderson, M., Grega, C.,& Kenne, D.R. (2020). Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related University closings. **Addictive Behaviors**. 110, art. no. 106527 .
- Lee, S., Chung, S., Seo, S., Jung, M., & Park, H. (2020). Socioeconomic resources and quality of life in alcohol use disorder patients: the mediating effects of social support and depression. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**.
- Linley, J. V. (2016). **Social Support in Substance Abuse Recovery and Community Re-entry: The Impact of Alumni Group Participation on Women Following Discharge from a Correctional Therapeutic Community.**



Dissertations &Theses, Ph.D. United States: The Ohio State University, Proust Dissertations.

- Lo, K. F. (2011). A Study of Risk Factors, Protective Factors and Resilience of Drug Abuse among Secondary School Students in Hong Kong. **Dissertation Abstracts International, Dissertations & Theses**. United States: The Chinese University of Hong Kong (Hong Kong).
- Lyvers, M., Holloway, N., Needham, K., & Thorberg, F.A. (2019). Resilience, alexithymia, and university stress in relation to anxiety and problematic alcohol use among female university students . **Australian Journal of Psychology**, in press.
- Malkoc, A. & Yalcin, i. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-being among University Student. **Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal**.5 (43), 35-43.
- Martínez-Rivera, A. (2020). Can L-Type Calcium Channel Blockers Be Re-Purposed to Treat Cocaine Addiction?. **Dissertations &Theses**. Weill Medical College of Cornell University. ProQuest Dissertations.
- Mary, E. L., Rebekka, S. P., & Marlatt A., G. (1999). Relapse Prevention an Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. **Alcohol Research & Health** . 23( 2).
- Masten, A. & Obradavic, J. (2006).Competence and resilience in development. **Annals of the New Academy of Sciences**. 1094, 13-27.
- Moon, D.G., Jackson, K.M., Hecht, M.L.(2000). Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence. **Journal of Drug Education**, 30(4), pp. 373-398.

- Nikmanesh, Z., Baluchi, M.H., Motlagh, A.A.P. (2017) .The role of self-efficacy beliefs and social support on prediction of addiction relapse. **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction**, 6 (1), art. no. e21209.
- Özlem, k., (2007). **Investigation of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors: a model testing study**. A thesis submitted to the graduate school of social sciences of Middle East technical university. For the degree of doctor of philosophy in the department of educational sciences. Ph.D., department of educational sciences: turkey
- Patrick, M. F., George, W. J., Kirk, M. B., Dwayne, D., Simpson & Barry, S. B. (2003). Recovery from opioid addiction in DATOS. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 25(3), October 2003, 177-186.
- Ramadhan, I., Keliat, B. A., Wardani, I. Y. (2019) .Assertiveness training and family psychoeducational therapies on adolescents mental resilience in the prevention of drug use in boarding schools. **Enfermeria Clinica**, 29, pp. 326-330.
- Richardson, G., (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. **Journal of Clinical Psychology**, 58(3), 307–321.
- Romand, J. (2015). **Prevention Psychology, Enhanceing Personal and Social Well-Being**. Washongton, D.C: American Psychological Association.
- Rudzinski, K. (2018). **A Bourdieusian Analysis of Resilience among Victimized Individuals Who Smoke Crack Cocaine**. Ph.D. University of Toronto (Canada), Proust Dissertations Publishing, Dissertations & Theses.
- Sakunpong, N., Choochom, O. & Taephant, N. (2015). Development of a resilience scale for Thai substance- dependent women: A

- mixed methods approach. Asian. **Journal of Psychiatry**, In Press, Accepted Manuscript, Available online 2 November.
- Salvatore, J. E., Prom-Wormley, E., Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (2015). Overlapping genetic and environmental influences among men's alcohol consumption and problems, romantic quality and social support. **Psychological Medicine**, 45 (11), pp. 2353-2364.
- Sharma, B. (2015). A study of resilience and social problem solving in urban Indian adolescents . **The International Journal of Indian Psychology**. 2( 3), April to June, PP. 2349-3429.
- Sixbey, M., (2005). **Development of the Family Resilience Assessment Scale to Identify Family Resilience**. Dissertation Thesis Ph.D. Doctor of Philosophy. University of Florida.
- Tuliao, A., (2008). Structural and Functional Social Support and Drug Abuse Recovery: A Comparison between Relapse and Non-relapse Groups. <https://www.researchgate.net/publication/230681690> .**Article in Loyola Schools Review** .
- Van-Breda, A. (2001). Resilience Theory: Literature Review. Pretoria, South Africa: South Africa Military Health Service. Available: <http://www.vanbreda.org/Adrian/resilience.htm>.
- Wagnold, G., & Young, H., (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. **Journal of nursing measurement**. 1 (2). Springer publishing company.
- Weiland, B.J., Nigg, J.T., Welsh, R.C., Yau, W.-Y.W., Zubieta, J.-K., Zucker, R.A., Heitzeg, M.M. (2012). Resiliency in Adolescents at High Risk for Substance Abuse: Flexible Adaptation via Subthalamic Nucleus and Linkage to Drinking and Drug Use in Early Adulthood. **Alcoholism. Clinical and Experimental Research**, 36 (8), pp. 1355-1364.

- William, L. W. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. **Journal of Substance Abuse Treatment**. 13 April 229–241.
- White, W. & Ali, S. (2010). Lapse and relapse: Is it time for a new language. **Posted at [www.facesandvoicesofrecovery.org](http://www.facesandvoicesofrecovery.org)**.
- Wynn, J. (2017). **The Roles of Perceived Stress, Coping Styles, and Perceived Social Support on the Alcohol Consumption among American College Students**. University of Denver, Proust Dissertations Publishing, United States, Ann Arbor. Ph.D. Dissertations &Theses.
- Xiong, H., Jia, J. (2019). Situational Social Support and Relapse: An Exploration of Compulsory Drug Abuse Treatment Effect in China. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, 63 (8), pp. 1202-1219.