

الفروق بين المعتمدين على المواد النفسية وغير المعتمدين في المخططات المعرفية غير التوافقية

إعداد

سناء عبد الصبور أحمد
اختصاصي نفسي
بمستشفى عادل صادق للطب النفسي

أ. د/ عزة عبد الكريم فرج مبروك
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

(المخلص)

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في المخططات المعرفية غير التوافقية. وقد تكونت عينة البحث من (١٠٠) من المعتمدين على المواد النفسية من الذكور (وكان متوسط أعمارهم ٣٣,٨٩ سنة، بانحراف معياري ٤,١٩ سنة)، و(١٠٠) من غير المعتمدين على المواد النفسية (بمتوسط عمري ٣١,٩٥ سنة، وبانحراف معياري ٤,٨٢ سنة). واستخدم مقياس المخططات غير التوافقية لـ"يونج". وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في كل الأبعاد الفرعية للمخططات غير التوافقية والدرجة الكلية في اتجاه عينة المعتمدين. وقد نُوقِشت النتائج في ضوء نظرية المخططات لـ"يونج"، والتفسير المعرفي للإدمان.

الكلمات المفتاحية:

الاعتماد على المواد النفسية - المخططات غير التوافقية المبكرة.

The Differences between dependents and non-Dependents on Psychoactive Substances in Maladaptive Schema

By

prof. Azaa Mbrouk
Psychology Department
Cairo university

Sanaa Abdelsabour Ahmed
Psychologist at Adel Sadek
hospital

Abstract:

The current research aims to examining the differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in the maladaptive Schema. The research sample consisted of (100) male dependents on Psychoactive Substances, and their average age was (33.89 +_ 4.19) years. (100) not dependent on Psychoactive Substances, and their average age was (31.95 +_4.82). Young's maladaptive Schema scale was used. The results indicated that there are differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in all substests of the maladaptive Schema and the total score in favor of the on Psychoactive Substances. In addition, there are differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in all the main areas of the maladaptive Schema and the total score in favor of the dependent on Psychoactive Substances.

Keywords:

Dependent on Psychoactive Substances - Maladaptive Schema

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في المخططات غير التوافقية^(١)؛ حيث تُعدُّ مشكلة الاعتماد على المواد النفسية واحدةً من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تقابل المتخصصين في المجال الإكلينيكي. وتكمنُ خطورة مشكلة اضطراب الاعتماد على المواد النفسية في اقترانها بعدد من المشكلات والأمراض الجسمية الخطيرة، وكذلك مشكلات سوء التوافق النفسي والاجتماعي، وتكرار عدد مرات الانتكاس.

ويُعدُّ الوقوف على البواعث والأفكار المغلوطة وراء ظاهرة مُعيّنة والبحث عن حقيقتها (مثل ظاهرة الاعتماد على المواد النفسية) من الجوانب المهمة التي تساعدنا في وصفها وتفسيرها، وبالتالي تشخيصها بشكل دقيق، مما يمكننا من تقديم العلاج الفعّال لها.

فالمخططات غير التوافقية من الممكن أن تؤدي إلى استخدام المواد النفسية لتجنب الانفعالات السلبية التي تُحرّكها تلك المخططات غير التوافقية؛ حيث وجد بيل وآخرون (Ball et al., 2011) أن هناك مجموعة من المعتقدات المُختلة لدى المدمنين، يتمُّ تنشيطها من خلال المخططات غير التوافقية؛ مثل الرغبة في تحقيق القبول الاجتماعي والسرور، والميل إلى المخاطرة، وحب الفضول، وتكون مسؤولة عن إدمانهم، وربما يكون تعاطي المخدرات استجابةً للألم الوجداني والنفسي الناجم عن تفعيل تلك المخططات غير التوافقية المُبرّكة وتنشيطها (Naeemi et al., 2016).

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

أشار التقرير السنوي للأمم المتحدة، الصادر سنة (٢٠٢١)، إلى أن هناك نحو (٢٩٦) مليون شخص عام (٢٠٢١) أي ما يعادل (٥.٨ %) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (١٥ : ٦٤) عامًا يستخدمون المواد النفسية. ووفقًا للتقرير، فإن

(1) Maladaptive Schema.

القنّب (الحشيش) يُعدُّ أكثر المواد المخدرة استخدامًا في العالم؛ إذ بلغ عدد متعاطيه (٢١٩) مليون شخص خلال العام المذكور ذاته.

ويأتي الضرر الصحي الأكبر الناجم عن تعاطي المواد المخدرة على الإنسان من المواد الأفيونية، بما في ذلك الجرعات الزائدة المميتة، وبحسب التقرير؛ فقد استهلك نحو (٦٠) مليون شخص موادَّ أفيونيةً غير طبية عام (٢٠٢١)، منهم (٣١.٥) مليون شخص استخدموا الهيروين بشكل رئيس. ومثلت المواد الأفيونية (٦٩%) من أسباب الوفيات الناجمة عن اضطرابات تعاطي المخدرات عام (٢٠١٩) (مكتب الأمم المتحدة للمخدرات، ٢٠٢١).

ويرى يونج (Young, 2005) أن المخططات المعرفية غير التوافقية يمكن أن ترتبط بتعاطي المواد النفسية بشكل غير مباشر؛ لأنها قد تكون الحل الوحيد لإقبال الأفراد على تعاطي المواد المخدرة، لتجنّب الانفعالات السلبية التي تحركها المخططات المبكرة غير التوافقية، أما الأفراد ذوو المخططات الإيجابية فيكون لديهم عديد من المهارات والقدرات للتعامل مع المشكلات والمواقف الضاغطة التي يواجهونها بعيدًا عن الاعتماد على المواد النفسية (Saddichha et al., 2012).

وقد أشارت البحوث إلى أن المعتمدين على المواد النفسية لديهم مخططات معرفية غير توافقية أعلى من غير المعتمدين؛ فتعاطي المواد المخدرة يُعدُّ أحد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها هؤلاء الأفراد لتجنّب الآثار السلبية للمخططات غير التوافقية (Taymur et al., 2016)، كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين إمكانية الاعتماد على المواد النفسية والمجالات الخمسة للمخططات المبكرة غير التوافقية (Ostovar et al., 2021).

وعلى سبيل المثال؛ وُجِدَ أن شرب الكحول يمكن أن يكون وسيلة للتعامل مع المعاناة التي تسببها المخططات غير التوافقية، وخاصة الكبت الانفعالي ومخطط العجز عن الاستقلال والأداء (Roper et al., 2010)، وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون الأشخاص المدمنون على الكحول أكثر عُرضةً لإظهار جميع أشكال مخطط الخلل الوظيفي مقارنة بالأشخاص الأصحاء (Brotchie et al., 2004).

وفي الجزائر، وجد عيشوني (٢٠١٢) أنّ هناك تسعة مخطّطات غير توافقيّة لدى المدمنين؛ هي مخططات: الفشل، وعدم القدرة على التحكم في الذات، و السلبية والتشاؤم، والكبت الانفعالي، وعدم الكفاءة، والحرمان الوجداني والعزلة الاجتماعية، و المعايير الصارمة، و القسوة.

وبالنسبة للفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين في المخطّطات غير التوافقيّة؛ قام ماتيو (Matthew, 2019) بدراسة هدفت إلى تحديد عدد المخطّطات غير التوافقيّة المبكّرة لدى المعتمدين الذكور الراشدين ونوعها مقارنةً بغير المعتمدين على المواد النفسية. وقد تكونت العيّنة من (٤٨) راشدًا بواقع (٣٦) متعاطيًا، و(١٢) سويًا، وكشفت النتائج عن أنّ المخطّطات المبكّرة غير التوافقيّة ظهرت أكثر لدى المعتمدين على المواد النفسية، وكان أكثر المخطّطات غير التوافقيّة عند المعتمدين على المواد النفسية هي مخططات الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والإساءة، و الحرمان الوجداني، والحجل والخزي، وعدم الكفاءة والعجز، وعدم القدرة على التّحكّم في الذات.

وفي دراسة قام بها جيمس (James, 2019) لتحديد الاختلافات في نوع وقوة وعدد المخطّطات غير التوافقيّة لدى المعتمدين على المواد النفسية وغير المعتمدين من الذكور، توصلت الدراسة إلى إنقفاء وجود فروق في عدد المخطّطات غير التوافقيّة لدى المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، ولم تنتبأ المخطّطات المعرفية غير التوافقيّة بالاعتماد على المواد النفسية. وتنفق تلك النتيجة مع ما وجده تشودكيويتز وآخرون (Chodkiewicz & Gruszczynrska, 2018) من إنقفاء وجود فروق بين المعتمدين على الكحول وغير المعتمدين في المخطّطات المبكّرة غير التوافقيّة.

وبناءً على ما سبق، فقد تحدّدت مبررات إجراء الدراسة الراهنة في النقاط التالية:

١- التعرف على المخطّطات غير التوافقيّة المبكّرة وعلاقتها باستخدام المواد النفسية؛ دراسة المخطّطات المعرفية والمتغيرات المرتبطة باستخدام المواد النفسية له أهمية كبيرة بالنسبة للعاملين في مجال الطب النفسي والمجال العيادي؛ لفهم المتغيرات الداخلية والخارجية المرتبطة باضطراب استخدام المواد النفسية، حيث

أشارت الدراسات في علم النفس المرضي إلى أهمية المخططات في تكوين مختلف الأعراض النفسية المرضية (Pinto-gouveia et al., 2006)، مثل الرهاب الاجتماعي، واضطراب الوسواس القهري، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات، وضعف العلاقات بين شخصية، وإدمان الجنس (Beigi et al., 2014).

٢- تقوم المخططات غير التوافقية بدور مهم في حدوث الانتكاسة لدى حالات استخدام المواد النفسية، ويؤكد ذلك ما وجدته قسيس (٢٠١٧) من أن المخططات المعرفية غير التوافقية كانت قادرة على التنبؤ بالانتكاسة لدى مدمني المواد النفسية؛ حيث وجد أن المخططات غير التوافقية تزيد من احتمالية حدوث الانتكاسة لدى المدمنين، وكان أعلى المجالات ارتباطاً بالانتكاسة هو الانفصال والرفض، وأقل المجالات ارتباطاً هو التوجه نحو الآخرين؛ وربما يرجع ذلك إلى طبيعة المخططات غير التوافقية؛ حيث تكون راسخة ومقاومة للتغيير، ويؤدي تنشيطها أو استمرارها بعد العلاج إلى الانتكاسة، لذا فمن المهم عند إعداد البرامج العلاجية لحالات استخدام المواد النفسية إدماج جلسات تتعلق بالتعامل مع المخططات غير التوافقية، ويتفق ذلك مع ما وجد في دراسة روبيير وزملائه من أن علاج المخططات كان فعالاً في علاج حالات إدمان الكحول (Roper et al., 2010).

٣- الكشف عن طبيعة الفروق ودلالاتها بين المعتمدين وغير المعتمدين بالنسبة للمخططات غير التوافقية المبكرة؛ حيث وجد تعارض في نتائج الدراسات فيما يتعلق بهذا الأمر؛ إذ أظهر بعض الدراسات إنتفاء وجود فروق بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية، مثل دراسة جيمس (James, 2019)، بينما أشارت الدراسات الأخرى إلى وجود فروق بينهما، مثل دراسة ماتيو (Matthew, 2019).

وفي ضوء ما سبق، تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة التالية:

- ١- ما المخططات غير التوافقية الأكثر تكراراً لدى كل من المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية؟
- ٢- هل توجد فروق جوهرية بين المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية في المخططات غير التوافقية؟

مفاهيم الدراسة والأطر النظرية المُفسّرة لها:

أولاً: المخططات غير التوافقية:

يُعدُّ مصطلح المخططات مصطلحاً حديثاً في علم النفس، وخاصة في مجال علم النفس المعرفي؛ حيث يرى عديد من الدارسين أن بياجه هو أول من استخدمه في علم النفس، إذ عرّف المخطط بأنه البنية المعرفية الأساسية التي من خلالها تتشكّل المعرفة في صورة عقلية، أو يتمّ تمثيلها واستيعابها عقلياً؛ فمصطلح مخطط مُشتقّ من نظرية معالجة المعلومات التي تفترض أن المعلومات تكون مُرتّبة حسب الموضوع في ذكرياتنا (Genderen et al., 2012)، ففي سنّ مُبكرة يتمّ ترميز ذكرياتنا كمخططات تشمل على الإدراكات الحسيّة^(١) والمشاعر المُختبرة^(٢) ومعانيها، ويمكن أن تعمل بمثابة رموز يفهم الفرد من خلالها نفسه والآخرين والعالم من حوله (Renner et al., 2012; Genderen et al., 2012; Young et al., 2003, p. 7).

ويرى روجرز (Roger, 2007) أنها أنماط انفعالية ومعرفية مُرمّنة تتشكل في وقت مبكر من حياة الفرد، ومتعددة الأبعاد، وذات مستويات مختلفة من الشدّة والانتشار، ويتمّ تفعيلها من خلال مواقف التفاعل مع السُّطة أو العلاقات المهمة.

والمخططات بنية معرفية مستقرّة وعميقة تتضمن قواعد أو تعليمات تُوجّه اختيار المعلومات وتشفيرها وتخزينها واستعادتها، ويتمّ تشكيلها نتيجة الاستعداد الوراثي للفرد، وتعرّضه للتأثيرات البيئية من خلال علاقاته مع الآخرين المُهمّين، والآباء، والمعلمين،

(1) Sensory Perceptions.

(2) Experienced Emotion.

والأشقاء، وتنتج عنها مجموعة من الأفكار والمعتقدات حول الذات والآخرين، وتحدّد الطريقة التي يقيّم بها الفرد مختلفَ المواقف ويفسّرُها (Jose&Romera, 2014). ويُعرّف "يونج وآخرون" (2003) المخطّطات المعرفية غير التوافقية بأنها "أنماط معرفية وأفكار مُختلّة وظيفياً لدرجة كبيرة تتعلق بالشخص وعلاقاته بالآخرين، وتتكوّن هذه المخطّطات من الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسدية؛ حيث تنشأ في مراحل الارتقاء الأولى، ويستمرُّ ظهورها طوال حياة الفرد، وتبدأ هذه المخطّطات باعتبارها توافقاً إيجابياً نسبياً مع بيئة الطفل، ولكنها تتحوّل إلى سوء توافق عندما يكبر. ولكون المخطّطات جزءاً من محاولة الإنسان التماسك، فإنها تكافح للبقاء على قيد الحياة؛ حيث تؤثر تأثيراً كبيراً في تفكير الإنسان وشعوره وتصرفاته وتواصله مع الآخرين، وهي مُختلّة وظيفياً إلى حدّ كبير".

وقد حدّد يونج وزملاؤه (2003) من خلال نظريتهم ثمانية عشر مخططاً غير توافقي مُصنّفة إلى خمسة مجالات، وهذه المجالات والمخطّطات هي:

المجال الأول: الانفصال والرفض^(١) "النّبذ": ويعني توقّع عدم تلبية احتياجات الشخص الوجدانية من قبل الآخرين، أي توقّع الفرد ضمن هذا المجال أن حاجاته المرتبطة بالحب والنقبّل والتّقهُم والمشاركة الانفعالية والأمن والسلامة لن يتمّ تحقيقها، ويمكن تنشيط المخطّطات في هذا المجال عندما يعاني الشخص من الإهمال أو حالة الخسارة، مثل وفاة أحد الوالدين أو تجربة الإساءة الوجدانية أو الجسدية، ويشمل المخطّطات الفرعية الآتية:

١. **مخطط الهجر وعدم الاستقرار^(٢):** هو الاعتقاد أنّ الأشخاص الآخرين المهمّين لن يتمكّنوا من الاستمرار في تقديم المُساندة الوجدانية، وسوف يتخلون عنه؛ حيث يشعر هؤلاء الأشخاص أن شبكة الدعم الخاصة بهم غير مستقرة أو غير متوقّعة أو غير موثوق بها، ويفتقرون إلى الشعور بالأمان. وافترض يونج وآخرون

(1) Disconnection and Rejection.

(2) The Abandonment/Instability Schema.

(2003) أن هؤلاء الأشخاص يعيشون حالة هَجْرٍ شديدة أو يعيشون في بيئة غير مستقرة للغاية، ولا يمكن التنبؤ بها.

٢. **مخطط الحرمان الوجداني**^(١): هو اعتقاد الشخص أن المساندة الوجدانية لن تتمّ تلبيةً لها، ويتكوّن مخطط الحرمان الوجداني من ثلاثة أشكال رئيسية؛ هي:

أ. **الحرمان من الرعاية**^(٢): غياب المودة أو الدفء والاهتمام.
ب. **الحرمان من التعاطف**^(٣): غياب الفهم أو الاستماع أو الإفصاح عن الذات أو التّشّارك المتبادل لمشاعر الآخرين.

ج. **الحرمان من الحماية**^(٤): غياب القوة أو التوجيه من الآخرين (young et al, 2003, p. 13-14).

٣- **مخطط عدم الثقة والإساءة**^(٥): ويعني توقعات الشخص أن الآخرين سيؤذونه، ويخدعونه، ويتلاعبون به، وسيصبحون مُستغلّين.

٤- **مخطط الخجل والخزي**^(٦): هو اعتقاد الفرد بأنه سيّئٌ أو أنه بلا قيمة، أو أنه غير محبوب أو مرغوب فيه من قِبَل الآخرين، ويشعر بالنقص مقارنة بالآخرين، وهو عادةً لديه حساسية كبيرة تجاه النقد أو اللوم أو الرفض؛ فالفرد يشعر بالخجل والخزي تجاه العيوب التي يتصوّر أنها موجودة فيه، سواء أكانت هذه العيوب داخلية أم خارجية.

٥- **مخطط العزلة الاجتماعية والاعتزّاب**^(٧): يتضمن هذا المخطط الإحساس بأن المرء معزول عن العالم، ويختلف اختلافاً جوهرياً عن الآخرين، ولا يتناسب بأي شكل من الأشكال مع أي سياق اجتماعي خارج الأسرة. والأشخاص الذين يكون لديهم هذا المخطط يتعرضون للرفض أو

(1) The Emotional Deprivation Schema.

(2) Deprivation of Nurturance.

(3) Deprivation of Empathy.

(4) Deprivation of Protection.

(5) Mistrust/Abuse Schema.

(6) Shame and Sefectivness.

(7) The Social Isolation / Alienation Schema.

السخرية أو الإذلال من الآخرين (Warburton & McIlwain, 2005).
والفرد الذي ينتمي إلى هذا المخطط يعتقد أنه لا ينتمي إلى أي مجتمع أو
جماعة (Young et al, 2003, p. 13-14).

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال والأداء^(١): يهتم هذا المجال بتوقعات الفرد
عن نفسه، وعن البيئة المحيطة به ، والتي تتداخل مع القدرة المُتصَوِّرة للفرد على
الانفصال أو البقاء على قيد الحياة أو العمل بشكل مُستَقِلٍّ أو الأداء بنجاح. ويتكون
هذا المجال من المُخَطَّطات التي تمَّ تكوينها نتيجةً لعدم إشباع الحاجة الأساسية
للاستقلالية والكفاءة والشعور بالهويَّة؛ فهو ينطوي على مُخَطَّطات تتعلَّق بالشعور
بعدم الاستقلال، وفقدان السيطرة على المصير، والحاجة المفرطة للتوجيه والدعم،
وكذلك تصوُّر أن المرء غير قادر على أداء المهمات اليومية بنجاح دون
مساعدة (Young et al., 2003, pp. 14:15). ويشمل المُخَطَّطات الآتية:

١. **مُخَطَّط الكفاءة / العجز^(٢):** وهو الاعتقاد أن الشخص سيفتقر إلى الكفاءة في
العمل بشكل مستقل دون مساعدة كبيرة من الآخرين، ويتضمن هذا المخطط
الاعتقاد أن المرء غير قادر على إدارة مسؤولياته اليومية (مثل إدارة الأموال،
وحل المشكلات اليومية) بمفرده، دون مساعدة كبيرة من الآخرين.
٢. **مُخَطَّط الاستهداف للمرض أو الضرر^(٣):** هو الخوف من حدوث مصيبة أو
كارثة (عضوية، أو طبيعية، أو انفعالية) ربما تحدث، وأن الشخص لن
يستطيع التعامل معها أو مواجهتها أو منعها أو الوقاية منها.
٣. **مُخَطَّط الفشل^(٤):** هو اعتقاد الشخص أنه قد يفشل في مجالات الإنجاز
بالمقارنة بأقرانه، وأنه أقل منهم. ويشمل هذا المخطط الشعور بأنه أقل ذكاءً، وأقل
موهبة، وأكثر تعرضاً للتجاهل، وأقل مكانة، وأقل نجاحاً من الآخرين.

(1) Impaired Autonomy and Performance.

(2) Dependence / Incompetence.

(3) Vulnerability to Harm or Illness.

(4) Failure.

٤. **مخطط عدم تطوير الذات:** هو التورط الوجداني الشديد مع الآخرين المهمين، أو الانفعال المتزايد، والارتباط الوثيق بشخص واحد ذي أهمية كبيرة جداً، أو أكثر من شخص من ذوي تلك الأهمية (وغالباً ما يقصد الوالدان بذلك)، لدرجة أن الانفصال الطبيعي لن يحدث. ويشعر الأشخاص الذين لديهم هذا المخطط بأنهم لن يكونوا سعداء، ولن يعيشوا دون هؤلاء الأفراد، وهذا يؤدي إلى الإضرار بهوية الفرد أو الإضرار بارتقائه الاجتماعي الطبيعي. وقد يشعر هؤلاء الأشخاص أنهم لا يمتلكون هوية منفصلة (Young et al., 2003, pp. 14-15).

المجال الثالث: عجز الشخص عن وضع القواعد أو الحدود المنظمة لحياته الخاصة "الحدود" (١) المخلّطة: ويتعلق بوجود فُصُورٍ في الحدود الداخلية، وصعوبة تحمّل المسؤولية، مما يؤدي إلى صعوبات في احترام حقوق الآخرين والتعاون معهم، بما يجعل الفرد غير قادر على تحمّل التزامات الحياة، وغالباً ما ينشأ هؤلاء الأفراد في أسرٍ تتّصفُ بعدم تحمّل المسؤولية والنّسأهل مع الآخرين (Young et al., 2003, p. 15) ويشمل المخططات الآتية:

١. **مخطط الاستحقاق / العظمة (٢):** هو اعتقاد الشخص أنّه أفضل من غيره، ومن ثمّ فهو يستحقّ معاملةً خاصة، والأشخاص الذين لديهم هذا المخطط مُقْتَبِعُونَ بأنهم متفوقون، وبالتالي فهم لا يعتبرون أن قواعد التفاعل الاجتماعي الطبيعي تنطبق عليهم، ويؤكدون تفوقهم (على سبيل المثال؛ يجب أن يكونوا مشهورين، أو أن يكونوا الأكثر نجاحاً)، ومن أجل الحصول على القوة والسيطرة يحاولون فرض وجهات نظرهم، ويحاولون أيضاً التحكم في سلوكيات الآخرين؛ لتلبية رغباتهم الخاصة دون الاهتمام باحتياجات الآخرين أو التعاطف معها. وافترض يونج وآخرون أن هؤلاء الأشخاص ربما يكونون قد طوّروا هذا المخطط باعتباره شكلاً من أشكال التعويض المفرط لشعورهم بالخلل والحرمان الوجداني والإقصاء الاجتماعي (Young et al., 2003, p. 15; Warburton & McIlwain, 2005).

(1) Impaired Limits.

(2) Entitlement \ Grandiosity.

٢. مخطط عدم القدرة على التَّحَكُّم في الذات^(١): يشير إلى صعوبة ممارسة ضبط النفس الكافي وتحمل الإحباطات لتحقيق الأهداف الشخصية ، أو صعوبة التعبير عن المشاعر والدوافع، ويُتوقع أن المريض يكون لديه تركيز مبالغ فيه على تجنب الانزعاج^(٢)؛ أي تجنُّب الألم أو الصراع أو المواجهة أو المسؤولية أو الإرهاق (Young et al., 2003, p. 15-16).

المجال الرابع: التَّوَجُّه نحو الآخرين^(٣): يشير إلى تركيز الفرد الزائد على رغبات الآخرين ومشاعرهم واستجاباتهم على حساب احتياجاته الخاصة؛ وذلك للحصول على الحب والاستحسان والقبول، واستمرار شعور الفرد بالاتصال وتجنُّب الوحدة. ويهتمُّ الأشخاص في هذا المجال باحتياجات الآخرين وشعورهم ، مع تَجَاهُل احتياجاتهم الخاصة ، وبهذه الطريقة يحاولون كَسْبَ الحب والاستحسان أو الحفاظ على التَّوَأَسُل مع الآخرين، ويكتمون غضبهم، وعادة ما يفتقرون إلى الوعي باحتياجاتهم ورغباتهم. ويشمل هذا المجال المخططات الآتية:

١. مخطط المبالغة في الانضباط^(٤): هو الاعتقاد أن الشخص يجب أن يخضع للآخرين، ويُسلم السيطرة لهم، مع تحقيق رغباتهم واحتياجاتهم؛ من أجل تجنُّب النتائج السلبية الصادرة عنهم ، مثل الغضب، أو الهَجْر، أو الانتقام. ويحدِّد يونج وزملاؤه (2003) نوعين من هذه المخططات؛ هما:

أ. ضبط الاحتياجات^(٥): كَبَّت تفضيلات الفرد وقراراته ورغباته.

ب. ضبط الانفعالات^(٦): كَبَّت الفرد انفعالاته، خاصةً الغضب، وعادةً ما ينطوي على تصوُّر أن رغبات المرء وآرائه ومشاعره ليست مهمة بالنسبة للآخرين، مما يؤدي إلى ظهور أعراض سوء التوافق، مثل السلوك العدواني السلبي، والأعراض النفسجسميَّة، والانسحاب والاعتماد على المواد النفسية.

(1) Insufficient SelfControl / Self Discipline.

(2) discomfort avoidance.

(3) Other Directedness.

(4) Subjugation.

(5) Subjugation of Needs.

(6) Subjugation Emotions.

١. **مخطط التضحية بالنفس (نكران الذات)**^(١): هو اعتقاد الشخص بأنه يجب أن يُلبي حاجات الآخرين ومطالبهم طواعيةً على حساب نفسه؛ وذلك لمنع الآخرين من الإحساس بالألم، ويتألف هذا المخطط من التركيز المفرط على تلبية احتياجات الآخرين و رغبتهم طواعية على حساب إرضاء ذاته، وذلك لتجنب الشعور بالذنب، أو الحفاظ على الاتصال بالآخرين الذين يرى المرء أنهم محتاجون للمساعدة، ويعتقد أن تلبية احتياجاتهم سوف تُنقذه من الألم.

٢. **مخطط طلب الاستحسان**^(٢): يركّز الأشخاص هنا على كسب القبول والاهتمام، والاعتراف بهم من قبل الآخرين، فهم يسعون طوال الوقت للحصول على موافقة الآخرين على حساب أنفسهم؛ فاحترام الفرد لذاته وتقديرها يعتمد على الآخرين. ويتضمن ذلك أحياناً التركيز المفرط على المكانة أو المظهر أو القبول الاجتماعي أو المال أو الإنجاز باعتباره ذلك وسيلةً لكسب الموافقة أو الإعجاب أو الاهتمام (Young et al., 2003, p. 17).

المجال الخامس والأخير: القمع والكبت^(٣): يتعلّق بالتركيز الشديد على أهمية قمع مشاعر الأشخاص ودوافعهم ورغبتهم لتلبية المعايير الداخلية ، على حساب الأنشطة الممتعة والمرحة والراحة الشخصية؛ حيث تكون الأسرة دائماً نموذجية وأحياناً عقابية؛ فالنمط السائد في الأسرة يكون الكمال ، وإتباع القواعد ، وإخفاء المشاعر، وتجنب الأخطاء في مقابل عدم المتعة والفرح والاسترخاء. وعادة ما يكون هناك تيار خفي من التشاؤم والقلق من أن الأشياء يمكن أن تنهار إذا فشل المرء في أن يكون يقظاً وحادراً في جميع الأوقات. ويشمل المخططات الآتية:

١. **مخطط الكبت الانفعالي**^(٤): هو الاعتقاد بأن الشخص يجب ألا يُعبّر عن انفعالاته ومشاعره؛ لتجنب التعرض للرفض والانتقاد من قبل الآخرين. ويشمل أكثر مجالات الكبت شيوعاً ما يلي:

- (1) Self Sacrifice.
- (2) Approval Seeking / Recognition Seeking.
- (3) Overvigilance and Inhibition.
- (4) Emotional Inhibition.

- (أ) كَبَتِ الغضب والعدوان.
- (ب) كَبَتِ المشاعر الإيجابية (مثل: الفرح).
- (ج) صعوبة التعبير عن الضعف أو التواصل بحُرِّيَّة فيما يتعلق بمشاعر الفرد واحتياجاته وما إلى ذلك.
- (د) التركيز المُفْرِط على العقلانية مع تجاهل المشاعر.
٢. **السلبية والتشاؤم:** أي التركيز على المظاهر السلبية للحياة وإهمال قيمة الأحداث الإيجابية. وعادةً ما ينطوي ذلك على خوف مُفْرِط من ارتكاب أخطاء؛ نظرًا لأن الأفراد يبالغون في توقع النتائج السلبية المحتملة، وغالبًا ما يتَّسم هؤلاء الأفراد بالقلق المزمن.
٣. **مخطط المعايير المتشددة "الصَّارِمَة" / الانتقاد الزائد^(١):** هو اعتقاد الشخص في استحالة بلوغ الكمال؟؟ في كلمة محذوفة من النص)، وذلك من خلال السعي لتلبية معايير ومطالب داخلية عالية جدًا من السلوك والأداء؛ لتجنُّب الخزي أو النقد. ووفقًا ليونج وزملائه (2003) فإن المعايير المتشددة تَظْهَرُ عادةً على النحو التالي:
- أ. السعي إلى الكمال، والاهتمام المبالغ فيه بالتفاصيل، أو سوء التقدير أو النظر إلى أداء المرء فيما يتعلق بالقواعد.
- ب. القواعد الصارمة و"اليُنْبَغِيَّات" في عديد من مجالات الحياة، بما في ذلك القواعد الأخلاقية أو الثقافية أو الدينية غير الواقعية.
- ج. الانشغال بالوقت والكفاءة ليتمكن المرء من تحقيق المزيد من النجاحات.
٤. **القسوة:** تشير إلى اعتقاد الفرد أنه يجب أن تتَّيمَّ معاقبة جميع البشر بما فيهم ذاته في حالة ارتكاب أية أخطاء، وغالبًا ما يتضمن عدم قدرة الفرد على مسامحة الآخرين على ارتكاب أي أخطاء، أو مسامحة ذاته في حالة ارتكاب أي خطأ (Young et al., 2003, p. 17).

(1) Unrelenting Standards \ Hypercriticalness.

وتتمثل الخصائص الرئيسة للمُخَطَّطات المُبَكَّرَة غير التَّوَّافِقِيَّة لدى يونج وآخرين (2003) فيما يلي:

١. يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية؛ فالمُخَطَّطات الإيجابية مُخَطَّطات تَوَّافِقِيَّة، بينما المُخَطَّطات السلبية مُخَطَّطات مُخْتَلَّة وغير تَوَّافِقِيَّة.
٢. تكون لديها القدرة على المقاومة للتغيير؛ فالمُخَطَّطات راسخة وثابتة، ويُدرِكها الفرد على أنها حقائق مُطلَّقة وأساسية وجوهرية.
٣. تتكون المُخَطَّطات في مرحلة الطفولة المُبَكَّرَة أو المراهقة، وتستمرُّ مع الفرد طوال حياته، حيث تتكون وترتقي وتتشكَّل من خلال التفاعلات مع مقدِّمي الرعاية الأولية، وخبرات الطفولة المُؤلِّمة والصادمة، ويتمُّ الاحتفاظ بها بسبب التَشوُّهات في طريقة معالجة المعلومات.
٤. عادةً ما تصبح الطبيعة المُخْتَلَّة للمُخَطَّطات أكثر وضوحًا في وقت لاحق من الحياة.
٥. غالبًا ما تكون المُخَطَّطات غير التَّوَّافِقِيَّة مسؤولة عن ظهور الأعراض المرَضِيَّة، مثل القلق، والاكتئاب، وتعاطي المخدرات، والاضطرابات النفسية الجسدية؛ فبمجرد أن تتكون تلك المُخَطَّطات غير التَّوَّافِقِيَّة؛ فإنها ستؤثِّر باستمرار في الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع كلِّ من البيئة والعمليات الداخلية لديه، ومن ثمَّ تُسهم في حدوث عديد من الاضطرابات النفسية.
٦. المُخَطَّطات متعددة الأبعاد، مما يعني أن لديها مستوياتٍ مختلفة من الشدَّة، وكلما زادت حدَّة المخطط، زاد عدد المواقف التي تنشُّطه، وكلما كان المخطط أكثر شدة، زاد التأثير السلبي له عند استثارته، وكانت مدة استمراره أطول.
٧. عادةً ما تكون هذه المُخَطَّطات كامنة، ويتمُّ تنشيطها وفقًا للمواقف والتجارب التي يمرُّ بها الفرد، والتي تتشابه مع المواقف والتجارب التي مرَّ بها في فترة الطفولة، ويحدث ذلك دون وعي منه.
٨. تتعلق المُخَطَّطات بالشخص نفسه، وبعلاقاته مع الآخرين والعالم من حوله.
٩. تتضمن المُخَطَّطات الذكريات والانفعالات والإدراكات والأحاسيس الجِسْمِيَّة.

ثانياً: الاعتماد على المواد النفسية:

عرّفه سويف (١٩٩٠) بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية، تنتج عن التفاعل بين الكائن والمادة النفسية. وتنتسّم هذه الحالة بصدور استجابات سلوكية وفيزيولوجية تنطوي دائماً على قهر للكائن بأن يتعاطى هذه المادة على أساس مستمر أو مُتَقَطَّع؛ وذلك طلباً لآثارها النفسية، وأحياناً تَحَاشِيًا لما يترتّب على غيابها من متاعب. وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو عدة مواد في آنٍ معاً. وينقسم الاعتماد الى اعتمادٍ عضوي واعتماد نفسي:

أولاً: الاعتماد العُضُوي^(١):

حالة تَكْيُفِيَّة عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معيَّنة ، أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجةً لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتُسَمَّى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تَحْنُصُ بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلُّص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص الى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية. ويُعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية، أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

ثانياً: الاعتماد النفسي^(٢):

موقف يُوجَدُ فيه شعورٌ بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها؛ لاستئثاره المُتَعَّة أو لتَحَاشِي المتاعب. وتُعتبر هذه الحالة النفسية أقوى العوامل التي ينطوي عليها التَّسَمُّ المُزْمِن بالمواد النفسية. وفي بعض المواد

(1) Physical Dependence.

(2) Psychic Dependence.

المخدرة تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف (سويف، ١٩٩٦: ١٤).

ويُعرَّفُ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس هذا الاضطراب بوجود من ٢ إلى ١١ عَرَضًا للاضطراب، تتجمع في أربع مجموعات على النحو التالي:

أ. صعوبة السيطرة على الاستخدام، وتظهر في:

١. تناول كمية أكبر من المواد النفسية أو لفترة أطول مما كان ينبغي المريض.
٢. جهود فاشلة لتقليل أو خفض الاستخدام.
٣. إنفاق قَدْرٍ كبير من الوقت للحصول على أو استخدام أو حتى التعافي من المواد النفسية.
٤. ظهور ما يُسمَّى بالاشتياق أو اللهفة^(١) للمواد النفسية (American Psychiatric Association, 2013).

ب. الخلل الاجتماعي، ويظهر في:

٥. عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الرئيسية في الحياة بسبب الاستخدام.
٦. الاستمرار في تناول المواد النفسية على الرغم من المشكلات الناجمة التي تفاقمت بسبب الاستخدام.
٧. التوقف أو التخلي عن الأنشطة الحياتية المهمة بسبب الاستخدام أو التقليل منها.

ج. الاستخدام الخطر، ويظهر في:

٨. الاستخدام المتكرر في المواقف التي تتسبب بشدّة الخطورة.
٩. مواصلة الاستخدام على الرغم من المشكلات الصحية والنفسية التي تنتج أو تتفاقم بسبب الاستخدام.

د. الاعتمادية الدوائية:

١٠. ظهور ما يُعرَّفُ بالنَّحْمَلُ لآثار المادة.

(1) Craving.

١١. ظهور أعراض الانسحاب في حالة عدم الاستخدام أو حتى التقليل من الجرعات.

ويقترح هذا الدليل استخدام هذه المعايير بصفقتها مقياساً لشدة الاضطراب، فيكون ظهور من (٢-٣) معايير دليلاً على الاضطراب البسيط، وظهور من (٣-٥) معايير دليلاً على الاضطراب المتوسط، أما ظهور ستة معايير فما فوق فيكون دليلاً على الاضطراب الشديد (American Psychiatric Association, 2013).

المنحى المعرفي والاعتماد على المواد النفسية:

يعتمد هذا المنحى على العوامل المعرفية والتوقعات المرتبطة بتأثيرات المواد النفسية، فهذه التوقعات يجري تعلمها وتشكلها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة وجماعات الأقران والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد، ومن المعتقد أن الأشخاص المعتمدين على المواد يتوقعون أن التعاطي يمدّمهم بتأثيرات إيجابية مرغوبة، ويزيد من التوكيدية عندهم (سالم، ٢٠١٣، ص. ١٠٣).

ويقسم النموذج المعرفي وفقاً لـ"ليهى" (٢٠٠٦) ظاهرة تعاطي المخدرات إلى سبعة مكونات، يمثل كل منها حلقة في سلسلة الأحداث التي تجعل الإدمان مستمراً، وهذه المكونات هي:

١. **المثيرات المعرضة (الميسرة)**^(١): وتشمل المثيرات الخارجية مثل الأشخاص والأماكن والأشياء التي يستخدمها الفرد في التعاطي، وهي مثيرات تقع خارج الشخص. وتتمثل المثيرات المعرفية الداخلية في الحالات الانفعالية والفسولوجية التي إما أن تُذكّر متعاطي المخدرات بالأوقات التي تعاطوا فيها هذه المخدرات في الماضي، وإما أن تستثير الرغبة في غير حالة الوعي، باعتبارها وسيلة لتجنب الحالة الداخلية مثل (محاولة كف الشعور بالقلق)، أو لتعزيزها مثل (محاولة تعظيم خبرة جنسية).

(1) High Risk Stimuli.

٢. **المعتقدات غير التوافقية عن المخدرات**^(١): هي وجهات النظر الخاطئة التي يتبناها عديد من متعاطي المخدرات عن المخدرات وتعاطيها، ويحتفظون بهذه المعتقدات. في بعض الأحيان تتشكل هذه المعتقدات لديهم نتيجة للمعلومات الخاطئة، وفي أحيان أخرى يَخْتَلِفُونَ أساطير ذاتية تمكّنهم من الاستمرار في تجاهل الآثار الضارة الناجمة عن سلوك تعاطيها.

٣. **الأفكار الآلية**^(٢): هي الأفكار والصور اللحظية التي تكون لدى المُعْتَمِدِينَ عندما يكونون على شفا الشعور بتعاطم الرغبة الفسيولوجية، ويسعون لاستخدام المواد الكيميائية النفسية.

٤. **اللَهْفَة والرغبات الملحة**^(٣): هي الإحساسات الفسيولوجية التي يذكر متعاطو المخدرات أنها تجعلهم يشعرون بعدم الارتياح، وتُصَعَّبُ عليهم مهمة الإقلاع عن تعاطي المخدرات. ويحتفظ عديد من المدمنين بالاعتقاد الخاطيء أن الطريق الوحيد لقمع الرغبات الملحة هو أخذ المخدر، وهي صحيحة جزئياً؛ لأن أعراض الانسحاب تَسْكُنُ مؤقتاً عندما تدخل المادة الكيميائية للجسم. وعلى الرغم من هذا؛ فإن ذلك يعمل فقط على تقاوم اعتماد المتعاطي على المخدر، ومن ثم فإن اللهفة والإلحاحات المستقبلية تزداد سوءاً في شدتها.

٥. **الأفكار الميسرة (المحرّضة)**^(٤): في سياق العلامات النفسية التقليدية؛ تُعرف هذه الظاهرة باسم "التبرير"^(٥)، ومن خلالها يَتَدَرَّعُ المريض ضِمْنًا (وصراحةً في بعض الأحيان) بأن هناك سبباً معقولاً لتعاطي المخدرات، ويوجد أو لا يوجد سبب معقول يكفي للإقلاع عنها في الوقت الراهن. وهذه العملية المعرفية تساعده على التعاطي دون الشعور بالذنب على الأقل في تلك اللحظة.

(1) Maladaptive Beliefs About Drugs.

(2) Automatic Thoughts.

(3) Craving and Urgs.

(4) Permissiongiving Thoughts.

(5) Rationalization.

٦. الاستراتيجيات الوسيطة^(١): تشير إلى الخطوات السلوكية التي يتخذها مُتَعَاظُ المخدرات من أجل توفير المخدر وتعاطيه.

٧. تعاطي المواد الإدمانية: المرحلة الأخيرة في النموذج سُبَاعِيَّ الخطوات هي تعاطي المريض فعلياً للمخدرات. ويُعتبر ذلك مرحلةً في عملية تَعَاظِي المخدرات، وليس مجرد ناتج. إن النموذج المعرفي (مثله مثل نماذج التعلم الاجتماعي وخفض الضَّرَر) لا ينظر إلى الانتكاس لتعاطي المخدرات باعتباره ظاهرة (إما الكل أو لا شيء) يعود فيها المريض إلى نقطة البداية بمجرد استخدامه للمخدر، وإنما كل مرّة تَعَاظٍ يُنظر إليها على أنها نقطة جديدة على مُتَصِّلٍ اتَّخَذَ القرار لدى المتعاطي.

من خلال العرض السابق لمفاهيم الدراسة، وما ارتبط بها من دراسات، فإن فرضي الدراسة يمكن أن يَتَمَثَّلَ على النحو التالي:

- ١- تختلف المخططات المعرفية غير التوافقية بناءً على نوع العينة (مُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في مقابل غير المُعْتَمِدِينَ).
- ٢- تُوجد فروقٌ جوهريّة بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المخططات المُبَكَّرَة غير التوافقية.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: عيّنة الدراسة: اشتملت الدراسة على عيّنين، هما:

أ. عيّنة الدراسة الاستطلاعية:

هي العيّنة الخاصة بالتحقق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الدراسة، والتي اشتملت على (٢٠) من المُعْتَمِدِينَ الذكور و(٢٠) من غير المُعْتَمِدِينَ، وبلغ متوسط عمر المُعْتَمِدِينَ (٣٣.٤٥) سنة، بانحراف معياري قدره (٤.٣٧) سنة. وكانوا جميعاً من المستوى التعليمي الجامعي أو ما بعد الجامعي. وكانوا جميعاً من المستوى الاقتصادي المتوسط، وكان مستوى ذكاء جميع أفراد العينة متوسطاً أو أعلى من المتوسط على اختباري تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين

(1) Instrumental Strategies.

- النسخة الثالثة، وتمّ الحصول عليهم من مستشفى دار الهدى. أما عيّنة غير المُعتمدين فكان متوسط عمرهم (٢٨.٧٥)، بانحراف معياري قدره (٥.٠٧) سنة. وكانوا جميعاً من المستوى التعليمي الجامعي أو ما بعد الجامعي. وكان جميع أفراد العينة من المستوى الاقتصادي المتوسط، وكان مستوى ذكاء جميع أفراد العينة متوسطاً أو أعلى من المتوسط على اختباري تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين. وتمّ الحصول عليها من موظفي مستشفى عادل صادق. ويوضح جدول (١) خصال تلك العيّنة على النحو التالي:

جدول (١)

التكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات التعليم والحالة الاجتماعية

المتغيرات	المُعتمدون (ن = ٢٠)		غير المُعتمدين (ن = ٢٠)	
	ك	%	ك	%
التعليم				
جامعي	١٨	%٩٠	١٤	%٧٠
ما بعد الجامعي	٢	%١٠	٦	%٣٠
الحالة الاجتماعية				
متزوج	٧	%٣٥	٨	%٤٠
أعزب	٨	%٤٠	١٢	%٦٠
مطلق	٥	%٢٥	-	-

يتضح من الجدول رقم (١) ارتفاع نسبة المتزوجين في عيّنة المُعتمدين في مقابل نسبة غير المتزوجين في عيّنة غير المُعتمدين. وارتفاع نسب التعليم الجامعي لدى المُعتمدين على المواد النفسية، وارتفاع نسب التعليم ما بعد الجامعي لدى عيّنة غير المُعتمدين على المواد النفسية.

ب. عَيَّة الدراسة الأساسية:

وتنقسم إلى مجموعتين على النحو التالي:

المجموعة الأولى: عَيَّة المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية:

تكونت من (١٠٠) معتمداً على المواد النفسية من ذوي التعاطي المُتَعَدِّد، والذين تمَّ تشخيصهم من قِبَل الطبيب النفسي باضطراب استخدام المواد النفسية، مع استبعاد الحالات ذات التشخيص المزدوج، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٣,٨٩ + ٤,١٩) سنة. وبلغ متوسط مدة التعاطي لديهم (١٢,٥٥ + ٥,١٦) سنة، وهي عَيَّة عَمْدِيَّة تمَّ الحصول عليهم من مستشفى العباسية، ومستشفى دار الهدى. ويوضح لنا جدول رقم (٢) توزيع أفراد العَيَّة على تلك المستشفيات كما يلي:

جدول (٢)

توزيع أفراد عَيَّة المُعْتَمِدِينَ حسب المستشفيات

مكان التطبيق	ك	%
مستشفى العباسية	٤٩	%٤٩
مستشفى دار الهدى	٥١	%٥١

ونعرض في الجدول رقم (٣) الخِصَال الديموجرافية لعَيَّة المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وهو ما يتضح لنا على النحو التالي:

جدول (٣)

توزيع المُعْتَمِدِينَ على متغيرات التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية

المتغيرات	ك	%	
المستوى التعليمي	جامعي	٩٤	%٩٤
	فوق الجامعي	٦	%٦
الحالة الاجتماعية	متزوج	٤٧	%٤٧
	غير متزوج	٣٧	%٣٧
	خاطب	٦	%٦
	مطلق	١٠	%١٠

٤٩	٤٩	يعمل	المهنة
٥١	٥١	لا يعمل	
٢١	٢١	نعم	الأمراض الجسدية
٧٩	٧٩	لا	

ويعرض لنا جدول رقم (٤) بعض المتغيرات التي تتعلق بالتعاطي، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤)

توزيع المُعْتَمِدِينَ على المتغيرات التي لها علاقة بالاعتماد على المواد النفسية

المتغيرات	ك	%
عدد مرات دخول المستشفى	٥	٤.٢%
أكثر من مرّة	٩٥	٩٥.٨%
عدد مرات الانتكاسة	٢٤	٢٤%
أكثر من مرّة	٧٦	٧٦%

المجموعة الثانية: عينة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية:

تكونت العينة من (١٠٠) من غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وبلغ متوسط أعمارهم (٣١,٩٥ + ٤.٨٢) سنة، وتمّ الحصول عليها من الموظفين العاملين في مستشفى عادل صادق للطب النفسي. ونعرض فيما يلي الخصال الديموجرافية لعينة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وهو ما يوضّحه لنا جدول (٥) على النحو التالي:

جدول (٥) توزيع أفراد عينة غير المُعتمدين على متغيرات التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية

المتغيرات	ك	%
المستوى التعليمي	جامعي	٨٧
	فوق الجامعي	١٣
الحالة الاجتماعية	متزوج	٦٦
	غير متزوج	٢٢
	خاطب	٩
	مطلق	٣
المهنة	يعمل	٢٢
	لا يعمل	٧٨
الأمراض الجسمية	نعم	١
	لا	٩٩

وقد تمَّ اختيارُ أفراد عينة الدراسة في المجموعتين بناءً على عدد من المحكَّات هي:

- أن يتراوح المدى العمري لهم من (٢٠:٤٠) سنة، إذ وُجِدَ أن الغالبية العظمى من المُعتمدين على المواد النفسية تتركز في تلك الفئة العمرية (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٣، ٢٠١٧).
- أن يكون المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأفراد العينة متوسطاً.
- يُشترط أن يكون المستوى التعليمي لهم هو التعليم الجامعي فما فوق.
- أن يكون مستوى الذكاء متوسطاً على الأقل، وتمَّ ضبطُ هذا المتغير عن طريق تطبيق اختباري تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين - النسخة الثالثة، على شرط أن يحصل المشاركون على (٧) درجات موزونة فأعلى.

ثانياً: أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

تضمنت الدراسة الحالية مقياس المخططات المبكرة غير التوافقية لـ"جيفرى يونج ويراون" (٢٠٠٣)، (ترجمة وإعداد الباحثين)، بالإضافة إلى استمارة البيانات الأولية؛ مثل: العمر، ومستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وعدد سنوات الإدمان، ونوع المواد الإدمانية، وعدد مرات الانكاسة.

ويتكون المقياس في نسخته الأصلية من (٢٣٢) بنداً، تم توزيعهم على ثمانية عشر مخططاً، وصنفت المخططات في خمسة مجالات، وتتراوح بدائل الإجابة عنه من الدرجة (١) والتي تعني لا تنطبق تماماً إلى الدرجة (٦) والتي تعني تنطبق تماماً. توزيع المخططات غير التوافقية على المجالات الخمسة وعبارات كل مخطط، وذلك على النحو التالي :

المجال الأول: الانفصال والرفض "النبد": ويتكون من (٦٨) بنداً، متمثلة في البنود (١-٦٨)، ويشمل المخططات الفرعية الآتية:

١. مخطط الهجر وعدم الاستقرار: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في

البنود (١-٩).

٢. مخطط الحرمان الوجداني: ويتكون من (١٧) بنداً، متمثلة في البنود (١٠-

٢٦).

٣. مخطط عدم الثقة والإساءة: ويتكون من (١٧) بنداً، متمثلة في البنود (٢٧-

٤٣).

٤. مخطط الخجل والخزي: ويتكون من (١٥) بنداً، متمثلة في البنود (٥٤-٦٨)

٥. مخطط العزلة الاجتماعية والاعتراب: ويتكون من (١٠) بنود، متمثلة في

البنود (٤٤-٥٣).

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال والأداء: ويتكون من (٤٧) بنداً، متمثلة في

البنود (٦٩-١١٥)، ويشمل المخططات الآتية:

١. مُخطط الكفاءة /العجز: ويتكون من (١٥) بنداً، متمثلة في البنود (٧٨-٩٢).
 ٢. مُخطط الاستهداف للمرض أو الضر: ويتكون من (١٢) بنداً، متمثلة في البنود (٩٣-١٠٤).
 ٣. مُخطط الفشل: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في البنود (٦٩-٧٧).
 ٤. مُخطط عدم تطوير الذات: ويتكون من (١١) بنداً، متمثلة في البنود (١٠٥-١١٥).
- المجال الثالث: "الحدود المختلة" ويتكون من (٢٦) بنداً، متمثلة في البنود (١٦٨-١٩٣). ويشمل المخططات الآتية:
١. مُخطط الاستحقاق / العظمة: ويتكون من (١١) بنداً، متمثلة في البنود (١٦٨-١٧٨).
 ٢. مُخطط عدم القدرة على التحكم في الذات: ويتكون من (١٥) بنداً، متمثلة في البنود (١٧٩-١٩٣).
- المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين: ويتكون من (٦١) بنداً ، متمثلة في البنود (١١٦-٢٠٧) ويشمل المخططات الآتية:
١. مُخطط المبالغة في الانضباط: ويتكون من (١٠) بنود، متمثلة في البنود (١١٦-١٢٥).
 ٢. مُخطط التضحية بالنفس: ويتكون من (١٧) بنداً، متمثلة في البنود (١٢٦-١٤٢).
 ٣. مُخطط طلب الاستحسان: ويتكون من (١٤) بنداً، متمثلة في البنود (١٩٤-٢٠٧).
- المجال الخامس: القمع والكبت: ويتكون من (٣٠) بنداً ، ويشمل المخططات الآتية:

١. مخطط الكبت الانفعالي: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في البنود (١٤٣-١٥١).
٢. السلبية والتشاؤم: ويتكون من (١١) بنوداً، متمثلة في البنود (٢٠٨-٢١٨).
٣. مخطط المعايير المتشددة الصارمة: ويتكون من (١٦) بنوداً، متمثلة في البنود (١٥٢-١٦٧).
٤. القسوة: ويتكون من (١٤) بنوداً، متمثلة في البنود (٢١٩-٢٣٢).

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

تمَّ اتِّباع الخطوات التالية للتحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أ- الاتساق الداخلي:

تمَّ حساب معامل الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس، والبنود والدرجة الكلية للبعد، ووُجِدَ أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية والفرعية تراوحت بين (٠.٣) إلى (٠.٨٧) لدى عَيَّنَتِي الدراسة، الأمر الذي لم يجعلنا نحذف أيَّ بند من بنود المقياس، وبذلك تكوَّن المقياس في صورته النهائية من (٢٣٢) بنوداً؛ وتراوحت الدرجة الكلية عليه بين (٢٣٢) إلى (١٣٩٢).

ب- الثبات:

تمَّ التَّحَقُّق من ثبات المقياس من خلال استخدام مُعَامِل ألفا كرونباخ والقِسْمَة النَّصْفِيَّة بعد تصحيح الطول، وهو ما يوضحه لنا جدول رقم (٦) على النحو التالي:

جدول (٦)

معاملات ثبات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بطريقة ألفا كرونباخ والقسمة النصفية

غير المُعتمدين ن=٢٠		المُعتمدون ن=٢٠		البعد
القسمة النصفية	مُعامل ألفا	القسمة النصفية	مُعامل ألفا	
٠.٨١٠	٠.٨٧٤	٠.٥٢٣	٠.٧٢٤	الحرمان الوجداني
٠.٩٦٤	٠.٩٣١	٠.٨٧٤	٠.٩٢٠	الهجر وعدم الاستقرار
٠.٩١٤	٠.٩٤٥	٠.٧٨١	٠.٨٧٦	عدم الثقة / الإساءة
٠.٩٦٧	٠.٨٩٤	٠.٨٠٦	٠.٨٨٦	العزلة الاجتماعية
٠.٦١٩	٠.٨٥٩	٠.٧٤٤	٠.٨٨٤	الخزي والحجل
٠.٩٥٢	٠.٩٥٥	٠.٨٢١	٠.٨٠٤	الفشل
٠.٦٧٨	٠.٧٢٨	٠.٦٤٢	٠.٦٦٣	الكفاءة / العجز
٠.٧٢٤	٠.٧٥٦	٠.٩٤٠	٠.٩٣٥	الاستهداف للمرض أو الضرر
٠.٨١٦	٠.٨٤٩	٠.٨٣١	٠.٨٦٦	عدم تطوير الذات
٠.٩٤٦	٠.٨٠٠	٠.٦٩٤	٠.٨٦٤	الاستحقاق / العظمة
٠.٩٨٧	٠.٩٥٧	٠.٩٣٥	٠.٩١٦	عدم القدرة على التحكم الذاتي
٠.٦٥١	٠.٨٢٥	٠.٨٩٥	٠.٩٠١	المبالغة في الانضباط
٠.٩٥٢	٠.٩٤٩	٠.٩٦٢	٠.٩٥٤	التضحية بالنفس
٠.٨٦٨	٠.٨٩٠	٠.٨٤٢	٠.٩٢٨	طلب الاستحسان
٠.٩٦٥	٠.٩٥٢	٠.٦٨٣	٠.٨٥٩	الكبت الانفعالي
٠.٨٩٧	٠.٩٣٩	٠.٩٣٥	٠.٩١٦	المعايير المتشددة / الصارمة
٠.٩٨٢	٠.٩٥٣	٠.٨٢٧	٠.٩١٠	السلبية / التشاؤم
٠.٧٨٦	٠.٧٩٨	٠.٧٢٧	٠.٨٨٤	القسوة
٠.٧٦٨	٠.٩٨٧	٠.٩٠٠	٠.٩٨٣	الدرجة الكلية للمخططات غير التوافقية

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل القسمة النصفية للأبعاد والدرجة الكلية لدى عيني الدراسة.

ويوضح لنا جدول (٧) معاملات الثبات الخاصة بالمجالات الخمسة للمقياس، وذلك على النحو التالي:

جدول (٧)

معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل ثبات القسمة النصفية لمجالات المخططات المبكرة غير التوافقية

غير المعتمدين ن=٢٠		المعتمدين ن=٢٠		البعد
معامل القسمة النصفية	معامل الفا	معامل القسمة النصفية	معامل الفا	
٠.٩٦٤	٠.٩٧٣	٠.٧٨١	٠.٩٥٧	مخطط الانفصال والرفض
٠.٩٥٠	٠.٩٢٧	٠.٦١٦	٠.٩١٩	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء
٠.٩٠٢	٠.٩٤٨	٠.٧٧٣	٠.٩٢٣	الحدود المختلة
٠.٩٦٢	٠.٩٦٥	٠.٩٢٦	٠.٩٧٠	مخطط التوجه نحو الآخرين
٠.٧٨٧	٠.٩٦٢	٠.٨١٥	٠.٩٦٢	مخطط القمع والكبت

يُضح لنا من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل القسمة النصفية بالنسبة لكل المخططات الخمسة.

ج - الصدق:

تم حساب صدق مقياس المخططات غير التوافقية في الدراسة الحالية من خلال صدق المفهوم على النحو التالي:

تم حساب صدق المفهوم من خلال حساب معامل الارتباط بين كل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس المخططات غير التوافقية، وكذلك معامل الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض والأبعاد والمجالات، وهو ما توضحه لنا الجداول (٩) و(١٠) و(١١) على التوالي:

جدول (٨)

مُعامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المُخطَّطات غير التَّوافقيَّة

غير المُعتمدين ن=٢٠	المُعتمدون ن = ٢٠	المُخطَّطات الفرعية
٠.٣٠٢	٠.٣٥٠	الحرمان الوجداني
**٠.٧١٢	**٠.٧٨٥	الهجر وعدم الاستقرار
**٠.٩٣٢	**٠.٧٢٩	عدم الثقة / الإساءة
**٠.٦٩٦	**٠.٨٦٦	العزلة الاجتماعية
**٠.٧٢٤	**٠.٧١٢	الخجل والخزي
**٠.٩٤٨	**٠.٥١١.	الفشل
*٠.٥١٩	**٠.٦٣٠	الكفاءة / العجز
**٠.٩١٢	**٠.٨٨٢	الاستهداف للمرض أو الضرر
**٠.٤٠٧	**٠.٧٤٦	عدم تطوير الذات
**٠.٧٧١	**٠.٦٧٦	الاستحقاق / العظمة
**٠.٨٩٤	**٠.٥٩٤	عدم القدرة على التحكم في الذات
**٠.٧٩٨	**٠.٩١٩	المبالغة في الانضباط
**٠.٩٧٨	**٠.٦٨٧	التضحية بالنفس
**٠.٩٣٤	**٠.٨٦٣	طلب الاستحسان
**٠.٨٩٠	**٠.٧٤٧	الكَبْت الانفعالي
٠.٢٨٣	**٠.٦١٨	المعايير المتشددة / الصارمة
**٠.٨٦١	**٠.٩١٤	السلبية / التشاؤم
**٠.٧٩٤	**٠.٧٩١	القسوة

**دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط دالّ إحصائياً بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥ لدى المُعتمدين وغير المُعتمدين على المواد النفسية.

جدول (٩)

مُعامل الارتباط بين مجالات المخططات غير التوافقية والدرجة الكلية

الدرجة الكلية		البعد
غير المعتمدين ن=٢٠	المُعتمِدُونَ ن=٢٠	
**٠.٨٢٠	**٠,٩٢٧	مخطط الانفصال أو الرفض
**٠.٨٥٧	**٠,٩١٦	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء
**٠.٩٠٠	**٠,٧٨٨	مخطط الحدود المَحْتَلَّة
**٠.٩٨٥	**٠,٩٠٠	مخطط التوجه نحو الآخرين
**٠.٧٥٥	**٠,٩٢٣	مخطط الكِبْت أو القَمَع

**دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائياً بين المخططات الخمسة بالدرجة الكلية لدى كل من المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية عند مستوى معنوية ٠,٠٠١.

جدول (١٠) الارتباط بين مجالات المخططات المبكرة غير التوافقية وبعضها البعض

غير المعتمدين					المعتمدون					
مخطط الكبت أو القمع	مخطط التوجه نحو الآخرين	مخطط الحدود المختلة	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	مخطط الانفصال أو الرفض	مخطط الكبت أو القمع	مخطط التوجه نحو الآخرين	مخطط الحدود المختلة	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	مخطط الانفصال أو الرفض	
*٠,٣٢٧	**٠,٧٢٧	*٠,٥٢٦	**٠,٧٣٠	١	**٠,٨١٣	**٠,٧٧٨	**٠,٨٢٦	٠,٨٦٥ **	١	مخطط الانفصال أو الرفض
*٠,٤٣٣	**٠,٨٥٩	**٠,٧٠٢	١	**٧٣٠	**٠,٧٨٤	**٠,٧٣٨	**٠,٦٤٩	١	٠,٨٦٥ **	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء
**٠,٨٨١	**٠,٩٣٨	١	**٠,٧٠٢	*٥٢٦	**٠,٧٨٥	**٠,٧٣٥	١	٠,٦٤٩ **	٠,٨٢٦ **	مخطط الحدود المختلة
**٠,٧٣٩	١	**٠,٩٣٨	**٠,٨٥٩	**٧٢٧	**٠,٩٤١	١	**٠,٧٣٥	**٧٣٨	٠,٧٨٨ **	مخطط التوجه نحو الآخرين
١	**٠,٧٩٣	**٠,٨٨١	*٠,٤٣٣	*٣٢٧	١	**٠,٩٤١	**٠,٧٨٥	٠,٧٨٤ **	٠,٨١٣ **	مخطط الكبت أو القمع

**دال عند ٠.٠١ *دال عند ٠.٠٥

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي:

تمّ الاعتمادُ على اختبار دلالة الفروق "ت" للعينات المُستقلّة للتحقق من فرض الدراسة الرئيس، هذا فضلاً عن معامل ارتباط بيرسون، ومعادلة مان ويتني لحساب دلالة الفروق بين عيّنتين مُستقلّتين. مامنطق استخدام وعينتك تكونت من ١٠٠ معتمد، و ١٠٠ غير معتمد

ولم يبرز نتائج خاصة به في عرضك للنتائج

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولاً: الإحصاءات الوصفية:

نعرض فيما يلي الإحصاءات الوصفية من متوسطات وانحرافات معيارية ومعاملات الالتواء للمُخطّطات غير التوافقية لدى عيني المُعتمدين وغير المُعتمدين على المواد النفسية، وهذا ما يوضحه لنا جدول (١١) على النحو التالي:

جدول (١١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء للمُخطّطات غير التوافقية لدى عينة المُعتمدين وغير المُعتمدين على المواد النفسية

المتغيرات	المُعتمدون ن=١٠٠			غير المُعتمدين ن=١٠٠		
	م	ع	معامل الالتواء	م	ع	معامل الالتواء
الحرمان الوجداني	٢٥.٤٩	٨.٥٩	١.٣٠	٢٢.١١	٥.٤٠	٠.٠٦
الهجر وعدم الاستقرار	٦٦.٣٨	١٠.١٨	٠.٠٠٠	٣٩.٩٠	١١.٨٥	٠.٧٦
عدم الثقة والإساءة	٦٧.٦٧	١٣.٢١	٠.٣٧	٣٢.٨٨	١٠.٠٧	١.٣٩
العزلة الاجتماعية والاعتراب	٣٦.٧٠	٨.٩٥	٠.٤٣	١٩.٩٠	٦.٤٥	١.٣٩
الخلل والخزي	٥٠.٢٣	١٥.٧٢	٠.٠١-	٢٨.٠٠	٩.٠٠١	٠.٥٥

غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠			المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠			العَيِّنة المتغيرات
معامل الالتواء	ع	م	معامل الالتواء	ع	م	
١.٩٠	٦.٨١	١٥.٨٤	٠.٢٠-	١١.٠١	٢٨.٨٩	الفشل
٠.٢٥-	٦.٨١	٣٨.٨٠	٠.٩٣	١٦.٩٦	٤٨.٠٥	الكفاءة / العجز
٠,٣٦٩	٥.١٠	٢١.١١	٠.٤٩-	١١.٧٤	٤٢.٦٠	الاستهداف للمرض أو الضرر
٠,٤٦٧	٧.٠٦	٢١.٤٧	٠.٥٥.	١٢.٩٤	٣٨.٩٦	عدم تطوير الذات
٠,٣١٧	٨.٢٣	٣٠.٧٧	٤٠٩.-	٩.٥٩	٤٢.١٨	الاستحقاق / العظمة

جدول (١٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء للمُخَطَّطات غير التَّوَافِقِيَّة لدى
عَيِّنة المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية

غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠			المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠			العَيِّنة المتغيرات
معامل الالتواء	ع	م	معامل الالتواء	ع	م	
١.٣٧٤	١٠.٥٨	٢٧.٣٦	٠,٢٩-	١٣.٧٧	٥٩.١٥	عدم القدرة على التحكم في الذات
٠,٤٥٦	٥.٧١	١٦.٧١	١.١٨-	٩.١٤	٣٦.٣٦	المبالغة الانضباط في
١.٣٩٠	١٣.١٧	٣٨.٣٨	٠,٥٤٩-	٢١.٦٧	٦٢.٥٥	التضحية بالنفس
٣.٦٢	٦.٦٨	٣٢.٠٨	٠,٩١٤-	١١.٥٧	٥٥.٩٦	طلب الاستحسان
١.٣٣	٩.١٧	١٩.٢٠	٠,٥٦١-	١٢.٤٢	٣٦.٣١	الكَبْت الانفعالي

غير المُعتمدين ن=١٠٠			المُعتمدون ن = ١٠٠			العينة المتغيرات
معامل الالتواء	ع	م	معامل الالتواء	ع	م	
-	١٣.٧٧	٤٣.١٠	١.٢٢٣-	١٣.٩٨	٦٥.٧٠	المعايير المتشددة الصارمة
١.٠٢٧	٨.٣٧	٢١.٤٤	٠,٧٢٧-	١٢.٣٤	٤٠.٨٩	السلبية / التساوم
٠,٠٨٢	٧.٩٩	٢٩.٤٨	٠.٣٢-	١٥.١	٥٣.٧١	القسوة
١.٧٣	٩٩.٠٢	٤٩٨.٥٣	٠,١١٠-	١٣٦.٦ ٢	٨٦٣.٠٧	الدرجة الكلية للمخططات المبكرة غير التوافقية
١.٠٣٥	٣٧.٢٢	١٤٢.٧٩	٠,١٦٠-	٣٨.٩٢	٢٤٦.٤٧	مخطط الانفصال والرفض
-	٢١.٨٨	٩٧.٢٢	٠,٢١٣	٣٧.٩٩	١٥٩.٢٩	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء
٩٨.١	١٤.٥١	٥٨.١٣	٠,٨٢٣-	١٧.٥٢	١٠١.٣٣	مخطط الحدود المختلة
١.٦٥	٢٣.٧٠	٨٧.١٧	٠,٦٩٤-	٣٦.٥٩	١٥٤.٨٧	مخطط التوجّه نحو الآخرين
٠,٨٣٧	٣١.٢٢	١١٣.٢	٠,٤٦٣-	٤١.٦٠	١٩٦.٦١	مخطط الكبت

يَتَضَح من الجدول السابق أن كل المخططات المبكرة غير التوافقية والدرجة الكلية تتميز بمعاملات التواء أقل من ٣ في عينة المُعتمدين، ما عدا بُعد طلب الاستحسان في عينة غير المُعتمدين على المواد النفسية، مما يشير إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

ثانياً: التَّحَقُّق من فَرَضِي الدراسة:

الفرض الأول: القائل بأنه "تختلف مستويات المخططات المعرفية لدى عينتي الدراسة"، وللتَّحَقُّق منه تمَّ حساب درجات المخططات باستخدام الربيع الأعلى وسوف

يتم التركيز علي الأبعاد التي يرتفع الربيع الأعلى لها عن (٧٥)، وهو ما يوضحه لنا الجدول رقم (١٣) على النحو التالي:

جدول (١٣)

نسب انتشار المخططات المختلة في عينة المعتمدين وغير المعتمدين على المواد النفسية

غير المعتمدين ن=١٠٠		المعتمدون ن=١٠٠		المتغير
النسبة	التكرارات	النسبة	التكرارات	
٢٦%	٢٦	٣٠%	٣٠	الحرمان الوجداني
١%	١	٥٢%	٥٢	الهجر وعدم الاستقرار
١%	١	٥١%	٥١	عدم الثقة والإساءة
١%	١	٥٠%	٥٠	العزلة الاجتماعية والاغتراب
٠	٠	٥٣%	٥٣	الخبث والخزي
١%	١	٥٦%	٥٦	الفشل
١١%	١١	٥٧%	٥٧	الكفاءة والعجز
٠	٠	٥٩%	٥٩	الاستهداف للمرض أو الضرر
١%	١	٤٩%	٤٩	عدم تطوير الذات
١%	١	٥٢%	٥٢	الاستحقاق / العظمة
١%	١	٤٨%	٤٨	عدم القدرة على التحكم في الذات
٠	٠	٥٢%	٥٢	المبالغة في الانضباط
١%	١	٥٨%	٥٨	التضحية بالنفس
١%	١	٣٤%	٣٤	طلب الاستحسان
١%	١	٥٤%	٥٤	الكثب الانفعالي
١%	١	٤٣%	٤٣	المعايير المتشددة الصارمة
١%	١	٦٢%	٦٢	السلبية / التشاؤم
١%	١	٥٠%	٥٠	القسوة

يُلاحظ من الجدول السابق وجود المخططات المبكرة غير التوافقية لدى المعتمدين بنسبة أكبر من غير المعتمدين، وكان ترتيب تلك المخططات كالتالي: كان مخطط

السلبية / التشاؤم هو المخطط الأكثر ظهورًا لدى عَيِّنَةِ الْمُعْتَمِدِينَ بنسبة (٦٢%) ، يليه مخطط الاستهداف للضرر بنسبة (٥٩%) ، ثم مخطط التضحية بالنفس بنسبة (٥٨%) ، ثم مخطط العجز بنسبة (٥٧%) ، يليه مخطط الفشل بنسبة (٥٦%) ، ثم مخطط الكَبْتِ الانفعالي بنسبة (٥٤%) ، ثم الخجل والخِزْي بنسبة (٥٣%) ، وجاء مخطط المبالغة في الانضباط بنسبة (٥٢%) ، وفي المرتبة الأخيرة جاء مخطط القسوة والعزلة بنسبة (٥٠%) ، ثم جاءت باقى المُحَطَّطَات بنسبة أقل من (٥٠%) ، وذلك مقارنة بعَيِّنَةِ غير الْمُعْتَمِدِينَ.

وتتفق تلك النتيجة مع دراسة عيشوني (٢٠١٢) التي أشارت إلى أن هناك تسعة مُحَطَّطَات غير تَوَافُقِيَّة لدى المدمنين، هي مخططات الفشل، وعدم القدرة على التحكم في الذات، والسلبية والتشاؤم، والكبت الانفعالي، ومخطط عدم الكفاءة، ومخطط الحرمان الوجداني، ومخطط العزلة الاجتماعية، ومخطط المعايير الصارمة، ومخطط القسوة.

كما تتفق مع دراسة ماتيو التي أوضحت أن أكثر المُحَطَّطَات غير التَوَافُقِيَّة عند الْمُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية كانت مخطط الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والإساءة، ومخطط الحرمان الوجداني، والخجل والخِزْي، ومخطط عدم الكفاءة والعجز، وعدم القدرة على التحكم في النفس.

الفرض الثاني: القائل بأنه "توجد فروق بين الْمُعْتَمِدِينَ وغير الْمُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُحَطَّطَات المُبَكَّرَة غير التَوَافُقِيَّة"، وللتحقُّق من ذلك تمَّ استخدامُ معادلة "ت" لدلالة الفروق بين عَيِّنَتَيْنِ مستقلَّتَيْنِ، وهو ما يوضحه لنا جدول (١٤) على النحو التالي:

جدول (١٤)

دلالة الفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في الأبعاد الفرعية
للمُخَطَّطات المُبَكَّرَة غير التَّوَافُقِيَّة

الدلالة	قيمة (ت)	غير المُعْتَمِدِينَ ن = ١٠٠		المُعْتَمِدُونَ ن = ١٠٠		المتغيرات العينية
		ع	م	ع	م	
.....	٤.١١-	٥.٤٠	٢٢.١١	٨.٥٩	٢٥.٤٩	الحرمان الوجداني
٠٠١.	٣.٣٢	١١.٨٥	٣٩.٩٠	١١.٨٤	٣٩.٩٠	الهجر / عدم الاستقرار
.....	١٦.٩٥	١٠.٠٧	٣٢.٨٨	١٠.٠٧	٣٢.٨٨	عدم الثقة والإساءة
.....	٢٠.٩٣	٦.٤٥	١٩.٩٠	٨.٩٥	٣٦.٧٠	العزلة الاجتماعية
.....	١٥.٢٢	٩.٠٠	٢٨.٠٠	١٥.٧٢	٥٠.٢٣	الخجل والخزي
.....	١٢.٢٦	١٦.٩٦	٤٨.٠٥	١١.٠١	٢٨.٨٩	الفشل
.....	١٠.٢٦	١١.٧٤	٤٢.٦٠	١٦.٩٦	٤٨.٠٥	الكفاءة / العجز
.....	٥.٠٥	٥.١٠	٢١.١١	١١.٧٤	٤٢.٦٠	الاستهداف للمرض أو الضرر
.....	٥.٠٥	٧.٠٦	٢١.٤٧	١٢.٩٤	٣٨.٩٦	عدم تطوير الذات
.....	١١.٨٥	٨.٢٣	٣٠.٧٧	٩.٥٩	٤٢.١٨	الاستحقاق / العظمة

٠٠٠٠	٩.٠٢	١٠.٥٨	٢٧.٣٦	١٣.٧٧	٥٩.١٥	عدم القدرة على التحكم في الذات
٠٠٠٠	١٨.٢٩	٥.٧٣	١٦.٧١	٩.١٤	٣٦.٣٦	المبالغة في الانضباط
٠٠٠٠	٩.٥٢	١٣.١٧	٣٨.٣٨	٢١.٦٧	٦٢.٥٥	التضحية بالنفس
٠٠٠٠	١٢.٢٦	١٦.٩٦	٤٨.٠٥	١١.٠١	٢٨.٨٩	الفشل
٠٠٠٠	١٧.٨٧	٦.٦٨	٣٢.٠٨	١١.٥٧	٥٥.٩٦	طلب الاستحسان
٠٠٠٠	١١.٠٩	٩.١٧	١٩.٢٠	١٢.٤٢	٣٦.٣١	الكبت الانفعالي
٠٠٠٠	١١.٥١	١٣.٧٧	٤٣.١٠	١٣.٩٨	٦٥.٧٠	المعايير المتشددة الصارمة
٠٠٠٠	١٣.٠٣	٨.٣٧	٢١.٤٤	١٢.٣٥	٤٠.٨٩	السلبية / التشاؤم
٠٠٠٠	١٤.١٣	٧.٩٩	٢٩.٤٨	١٥.١٦	٥٣.٧١	القسوة
٠٠٠٠	٢١.٥٦	٩٩.٠٢	٤٩٨.٥٣	١٣٦.٦٢	٨٦٣.٠٧	الدرجة الكلية للمخططات

يُنَّضح من الجدول السابق وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل الأبعاد الفرعية لمقياس المخططات المبكرة غير التوافقية والدرجة الكلية في اتجاه زيادة درجات عينة المُعْتَمِدِينَ، ويوضح لنا الجدول رقم (١٥) دلالة الفروق بين العيّنين في مجالات المخططات المبكرة غير التوافقية.

جدول (١٥)

دلالة الفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في مجالات المخططات المُبَكَّرَة غير التوافقية

المتغيرات	عينة الدراسة	المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠		قيمة (ت)	دلالتها
		ع	م	ع	م		
مخطط الانفصال والرفض	٢٤٦.٤٧	٣٨.٩٢	١٤٢.٧٩	٣٧.٢٤	١٩.٢٥	٠.٠٠٠	
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	١٥٩.٢٩	٣٧.٩٩	٩٧.٢٢	٢١.٨٨	١٤.١٤	٠.٠٠٠	
مخطط الحدود المُخْتَلَّة	١٠١.٣٣	١٧.٥٢	٥٨.١٣	١٤.٥١	١٨.٩٨	٠.٠٠٠	
التوجه نحو الآخرين	١٥٤.٨٧	٣٦.٥٩	٨٧.١٧	٢٣.٧٠	١٥.٥٢	٠.٠٠٠	
الكبت أو القمع	١٩٦.٦١	٤١.٦٠	١١٣.٢٢	٣١.٢٢	١٦.٠٣	٠.٠٠٠	

يُتَّضَح من الجدول السابق وجودُ فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل مجالات المخططات المُبَكَّرَة غير التوافقية والدرجة الكلية في اتجاه عينة زيادة درجات المُعْتَمِدِينَ. وتتفق تلك النتيجة مع دراسة ماتيو (Matthew, 2019) التي كشفت نتائجها أن المخططات المُبَكَّرَة غير التوافقية ظهرت بشكل أكبر لدى المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، مقارنةً بغير المُعْتَمِدِينَ.

مناقشة النتائج:

كشفت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق بين المُعتمدين وغير المُعتمدين على المواد النفسية في الأبعاد الفرعية للمُخططات المُبكرة غير التوافقية والمجالات الخمسة الفرعية في اتجاه عينة المُعتمدين على المواد النفسية.

وعندما نتجه إلى تفسير هذه النتيجة، نجد أن هناك مجموعة من الافتراضات تقف خلف هذه النتيجة، وتتمثل في النقاط التالية:

أولاً: أن الأشكال المتنوعة من المُخططات المُبكرة غير التوافقية هي التي تخلق لدى المُعتمدين الاستعداد للتعاطي والإدمان.

ثانياً: من أهم العوامل الرئيسة التي يحتاجها الفرد لمواجهة مختلف مواقف الحياة، والتي قد تدفعه إلى الإدمان، وجود استبصار حقيقي بذاته (الأستبصار يؤدي إلى الإدمان؟؟ أعيدى الصياغة)، ووعيه بقدراته على مواجهة الإحباطات والمواقف الضاغطة، وهذه الجوانب يكون بها خلل لدى المُعتمدين، ويتفق ذلك مع ما افترضته النظرية المعرفية من أن استجابات الأفراد وفقاً للمُخططات غير التوافقية غالباً ما تكون آليات جامدة وذاتية وانهازامية، مثل تعاطيهم المواد المخدرة (Shorey et al., 2013)، ومن ثم تؤدي المُخططات المعرفية غير التوافقية إلى أشكال واضطرابات شخصية مختلفة تفضي -بشكل مباشر أو غير مباشر- عند تنشيط تلك المُخططات إلى الضيق النفسي والاكتئاب وعدم الكفاءة في العمل، وقد يؤدي ذلك إلى تعاطي المخدرات (Nordahl et al., 2005).

ثالثاً: وفقاً لنظرية المُخططات لـ"يونج"، فإن الأفراد الذين لديهم اعتماد على الكحوليات والمواد النفسية يستخدمونها باعتبارها استراتيجية للتوافق أو التعايش مع الضغوط المتعلقة بأنفسهم أو العالم المحيط بهم، فعندما تكون المُخططات نشطة يعاني الأفراد من عديد من الانفعالات السلبية كالشعور بالذنب والغضب والحزن والضيق والإحباط والإحراج؛ نتيجةً لإدراك المواقف والأحداث المؤلمة التي يمرُّون بها بشكل مشوّه، وقد يتعاطون المواد المخدرة لتجنب تلك الانفعالات السلبية (Young et al., 2003, P. 33). وغالباً ما يحاول الأفراد الذين توجد لديهم مُخططات غير

تَوَافُؤِيَّةَ التَّعَايُشِ مع انفعالاتهم السلبية أو محاولة تنظيمها من خلال تعاطي المخدرات باعتبارها من الأساليب التَّجَنُّبِيَّةَ للتَّعَايُشِ. وعلى سبيل المثال، وُجِدَ أن مخطط عدم القدرة على وضع حدود ، ومخطط التضحية بالنفس، وعدم القدرة على ضبط النفس ، واستحقاق العقاب والقهر، وعدم الثقة والإساءة ، والتَّخَلِّي والحرمان الوجداني كانت منتشرة لدى المُعْتَمِدِينَ على الكحول (Young et al., 2003, p. 44; Brothie et al., 2007; Shorey et al., 2012).

وبالنسبة للمُحَطَّطَات الأكثر انتشارًا لدى عَيِّنَةِ المُعْتَمِدِينَ في الدراسة الحالية وعلاقتها بالاعتماد على المواد النفسية، فنرى أن وجود بعض المُحَطَّطَات غير التَوَافُؤِيَّة -مثل مخطط التضحية بالنفس- ربما يرتبط ببعض السلوكيات الإدمانية لدى المُعْتَمِدِينَ؛ مثل عدم تأكيد الذات من قِبَلِ المدمنين مع ضغوط أقرانهم ، وضغوط إغراء تناول المواد النفسية، فوفقًا ليونج تُعَدُّ هذه المُحَطَّطَات نِتَاجَ الخبرات المُبَكَّرَةِ غير الداعمة من قِبَلِ الأسرة، وغيرها من الخبرات المُهَدِّدَةِ للصحة النفسية للفرد، وبالتالي إذا كان الفرد يملك الكفاءة الذاتية الكافية فإن هذه المواقف تمرُّ بسلام، أما إذا كان الفرد يشعر بالعجزِ والفشلِ فسوف يقوم بكَيْتِ مشاعره والتعاطي، في محاولة منه لإرضاء أقرانه وكسب ودِّهم على حساب قيمته عند التعرُّض للمواقف عالية الخطورة.

ونستخلص مما سبق أن استكشاف المُحَطَّطَات غير التَوَافُؤِيَّة في مراحل مبكرة من العمر يكون له دور مهم في عملية الوقاية الأولية للأفراد من الوقوع فريسة للأمراض النفسية والإدمان.

وفي ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية وما طرحته من تساؤلات،
يمكننا وضع التوصيات التالية:

- ضرورة قياس المخططات غير التوافقية في مراحل مبكرة من العمر
لاستكشاف المخططات المختلة منها.
- إعداد برامج وقائية تُقدّم في المراحل المبكرة من العمر لتعديل المخططات
المبكرة غير التوافقية.
- تصميم برامج علاجية للمخططات المبكرة غير التوافقية للمُعتمدين على المواد النفسية
قائمة على العلاج بالمخططات لجيفرى يونج.

قائمة المراجع

- الزياتي، مني راشد. (٢٠١٢). الاتجاه نحو الوقاية من الإدمان لدى عيّنة من المعلمين والطلبة بمملكة البحرين - مدرسة الحكمة الدولية نموذجًا. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ٤ (٨٩)، ٢٠٦-٢٥٤.
- سالم، حنان سيد. (٢٠١٣). مظاهر اضطرابي الشخصية الحدية والمُعادية للمجتمع لدى المُعتمَدات على المواد النفسية (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- سويف، مصطفى. (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. سلسلة عالم المعرفة. المجلس الأعلى للثقافة والفنون والآداب.
- سويف، مصطفى. (١٩٩٠). تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري. المجلد الأول: مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الويائية. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- صديق، عزة محمد. (٢٠٢١). المخططات اللاتوافقية المبكرة لدى مُسْتخدِمات المواد ذات التأثير النفسي وغير المُسْتخدِمات لها. مجلة دراسات نفسية. ٣١ (٢)، ١٦٣-٢٣٠.
- ظافر، أسمية. (٢٠١٤). المخططات الاستغراقية غير التكييفية المبكرة وعلاقتها بمتغيري الجنس والاختصاص لدى عيّنة من طلاب كلية التربية بجامعة دمشق. مجلة البحث، ٣٦ (٢٦)، ٧٧-١٠٤.

عبد الجواد، هبة شفيق. (٢٠١٧). تنمية الفاعلية الذاتية المُدركة لمواجهة
المواقف عالية الخطورة المُنبئة بالانتكاسة لدى المدمنين في مرحلة
التعافي (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب،
قسم علم النفس.

عيشوني، شهرزاد. (٢٠١٢). المخططات المعرفية غير المتكيفة عند المُعتمدين
على المخدرات (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر.

قسيس، روجيه نادر. (٢٠١٧). القدرة التنبؤية للبنى المعرفية اللاتكيفية في
الانتكاس لدى مدمني المخدرات (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة
عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

ليهى، روبرت. (٢٠٠٦). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج المعرفي في
الاضطرابات النفسية (يوسف، جمعة سيد؛ الصبوة، محمد نجيب،
ترجمة). دار إيتراك للنشر والتوزيع.

مكتب الأمم المتحدة للمخدرات. (٢٠٢١). تقرير المخدرات العالمي.
<https://wdr.unodc.org/>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and
Statistical manual of mental disorder* (5th ed , text revision).
Washington .

Ball, S.A ., Maccarelli, L.I ., LaPaglia, D.O., & Ostrowski, M.A.
(2011). Randomized trial of dual-focused versus single-
focused individual therapy for personality disorders and
substance dependence. *J NervMent Dis*, 119(5), 319- 328.

- Beigi, A. S., Eghlidi, J.B., & Arab Ahmadi, M. F. (2014). A comparison of early maladaptive schema and procrastination in medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University of medical sciences. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 12(3), 455-65
- Brotchie, J.A., Meyer, C.A., Copello, A.L., Kideny, R.O., & Waller, G.L. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Br J Clin Psychol*, 43(3), 337- 342.
- Chodkiewicz ,J.A., & Gruszczynrska,E.W.(2018). Maladaptive Schemas among People Addicted to Alcohol: Heterogeneity but not Specificity. *Alcohol and Alcoholism*, 53(6), 682–687.
- Dilek.B,I ., & Tanguil,C. E.(2019). Investigation of the relationship between early stage maladaptive schema and anger levels in people with substance use disorder. *Journal of psychiatric nursing*, 10(2),117-123.
- Gendered , V.A., Rijkeboer,H.M & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 27–40). Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch2>
- James , M.A .(2019). *Early maladaptive schemas in adult male substance abusers and non-abusers* (Doctoral Dissertation).University ofalder.

- Jose, A. N ., Romera, D. A. (2014). Early Maladaptive Schemas in Adolescence: A Quantitative Study. *Social and Behavioral Sciences, 132*, 504-508.
- Matthew, L.M. (2019). *Early Maladaptive Schemas in Adult Male Substance Abusers and Non-abusers* (Doctoral Dissertation). University of Cambridge.
- Naeemi, N, E., Gheyarani, B. B., & Ghahari, S. H. (2016). The Role of Early Maladaptive Schemas in Prediction of Dysfunctional Attitudes toward Drug Abuse among Students of university. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5(7)*, 571-575.
- Nordahl, H.M., Holthe, H & Haugum, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders modification predict symptomatic relief. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12(2)*, 142-149
- Ostovar ,S.H., Bagheri,R.E., Hashimah,I.A., &Griffiths, M.A.(2021). Internet addiction and maladaptive schemas: The potential role of disconnection/rejection and impaired autonomy/performance. *Clin Psychol Psychother, 2(1)* 1-16
- Pinto-gouveia,J.O.,Castilho,P.A.,Galhardo,A.N&Pinto- antunes, M. A. (2006). *Cognitive therapy and research, 30(5)*, 571-584.
- Renner, f. A., Lobbsteal, j .S., Poeters, M., Arntz, A.A& Huiberis,M.N .(2012). Early Maladaptive schemes in depressed patients, stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment . *Journal of Affective disorder, 1(36)*,581- 590.

- Roger, B. R. (2007). *Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone -maintenance treatment*. Fordham University. [https:// research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3286413](https://research.library.fordham.edu/dissertations/AAI3286413)
- Roper, L . O., Dickson. J. O., Tinwell, C. L., & Booth , P.E. (2010). Maladaptive cognitive schemes in alcohol dependence changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research, 1*(1), 1-10 .
- Roper,L.O., Dickson,J.O.,Tinwell,C.L., Booth,P.E.,&Mcguire ,J.A. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Change associated with a brief residential abstinence program. *cogn ther res,34*, 207-215.
- Saddichha, S.B., Kumar, A.M., & Pradhan, N.A. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive?. *Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 17*(6), 523–526.
- Shorey ,R.Y., Brasfield, H.O., Anderson, S.C.,& stuart, G.R.(2015). The relation Between Trait Mindfulness and early maladaptive schemas in Men Seeking substance use treatment *Mindfulness,6*(2) ,348 355.
- Shorey, R.C., Stuart, G.L., & Anderson, S.E. (2011). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use and Misuse, 47*, 108-116. doi: 10.3109/10826084.2011.629706 .

- Warburton, W.A., & McIlwain, D.O. (2005). The Role of Early Maladaptive Schema in Adult Aggression. *Psychology, Psychiatry, and Mental Health Monograph*, 2(2), 17-34.
- Young J, E., Klosko J,A., & Weishaar, M. A. (2003). *Schema Therapy A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- Zamirinejad, S.O., Hojjat, S.E., Moslem, A.L., Hosseini, V.A., & Araberi, A.R.(2018).Predicating the risk of opioid use disorder based on early maladaptive schemas *American journal of men's health* ,12(2),202- 209.