العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية

إعداد

الباحث/ أيمن حامد أحمد الجوهري

باحث بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة أسيوط

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى تقدير الفروق بين المعتمدين على المواد النفسية من ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وغير المعتمدين فى المخططات غير التوافقية المبكرة ، وتم إجراء الدراسة الحالية على عينة قوامها (٨٠) مبحوثاً جميعهم من الذكور قسموا إلى مجموعتين وتكونت المجموعة الأولى من (٤٠) معتمداً على المواد النفسية من ذوى اضطراب الشخصية الحدية وتكونت المجموعة الثانية من٤٠ مبحوثاً سوياً تم اختيارهم كمجموعة مقارنة مشابهة للخصائص السكانية لمجموعة المرضى. وتم قياس كل من المخططات غير التوافقية واضطراب الشخصية الحدية من خلال مقياسي المخططات غير التوافقية ليونج (النسخة الثالثة المختصرة): ترجمة الباحث، ومقياس اضطرابات الشخصية (لمحمد حسن غانم وآخرين). تبين من نتائج اختبار(ت) للفروق بين المجموعتين قبول الفرض بدرجة كبيرة ، حيث تبين وجود فروق بين مجموعة المعتمدين من ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، ومجموعة الأسوياء فى الدرجة الكلية للمخططات غير التوافقية فى اتجاه المعتمدين فى ثماني مخططات فرعية غير توافقية، وهى كالتالى (الحرمان العاطفي – الهجر / النبذ – عدم الثقة / الإساءة – العزلة الاجتماعية – الخزي / عدم الكفاءة – الاستحقاق / العظمة – الانضباط الذاتي / عدم القدرة على التحكم الذاتي).

مقدمة

حيث شكلت الاضطرابات النفسية المزمنة التي أخفق العلاج المعرفي في التعامل معها، والتي سجلت العديد من الانتكاسات أثناء العلاج عقبات في وجه الباحثين الذين وجدوا صعوبة في تحديد المتغيرات التي ربما تسهم وتساعد في تفسير وشرح الطبيعة المعقدة لتلك الاضطرابات، وقد حظيت هذه الحالات باهتمام جيفري يونج، الذي عمل مع آرون بيك في علاج العديد من الحالات باستخدام العلاج المعرفي، وقادته دراسة تلك العلاجات المخفقة إلى استنتاج وجود بِنى معرفية صلبة وصارمة، مزمنة جدًا وعميقة، تترافق مع مشكلات نفسية مستمرة لمدى الحياة لدى هؤلاء الأشخاص (Kellogg& Young, 2006; Kriston, et al, 2012).

وقد أطلق يونج على تلك البنى المعرفية اسم المخططات غير التوافقية المبكرة[1]، وعرفها يونج بأنّها "أفكار رئيسة نافذة وعريضة تجاه الذات وعلاقات الفرد بالآخرين" (Nordahl, Holthe& Haugum, 2005). وتمتلك هذه المخططات مقومات معرفية وانفعالية وسلوكية، تكونت أثناء الطفولة المبكرة من خلال تجمع واتحاد كل من عوامل الاستعداد الوراثي، والعوامل البيولوجية والخبرات البينية، كما أنّها تستمر في التطور من خلال خبرات الحياة متضمنة التعلق بالآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد، ومن خلال التفاعلات مع البيئة الثقافية التي ينشأ فيها الفرد.

---

[1]– Early Maladaptive Schema

وقد حظيت المخططات غير التوافقية المبكرة، سواء في إطار فهم اضطرابات الشخصية، أم تشخيصها، أم علاجها بعددٍ كبير من الدراسات في العالم، ومنها دراسات نوردال وآخرين (Nordal, et al, 2005)، ونويي وآخرين (Noie, et al, 2010)، وكار وفرانسيس (Carr& Francis, 2010)، إلا أن الدراسات العربية في الإطار الإكلينيكي، أمّا في إطار علم النفس، فلم تولِ هذا الجانب الكثير من الاهتمام، وذلك في حدود علم الباحث. وتعرف اضطرابات الشخصية بأنّها "ضروب من التفاعل الخاصة بالشخص، غير المرنة وقليلة التكيف من الناحية الاجتماعية، والتي يمكن ملاحظتها دائمًا، إلا أنّ إعطاء تشخيص بوجود اضطراب في الشخصية لا يتم طرحه إلا عندما تتطرف اضطرابات العلاقات البين إنسانية إلى درجة تتضرر فيها القدرة على الإنجاز، وعندما يتوقع أن تقود هذه الأضرار إلى متاعب ذاتية" (هانس راينكر، ٢٠٠٩، ص٢٤٧) . حيث تؤكد إحدى الافتراضات المهمة للنظرية المعرفية أن المعتقدات الجوهرية السلبية حول الذات، الآخرين والعالم، إنّما تدل على وجود المخططات غير التوافقية المبكرة، التي تكمن وراء تطور الاضطرابات الانفعالية واستمرارها، ويعتقد أن تلك المخططات المختلة وظيفيًا تتطور في مرحلة مبكرة من حياة الشخص، من خلال التفاعلات السلبية مع مقدمي الرعاية الأولية، وتجعل الشخص أكثر قابلية للإصابة بالمشكلات والاضطرابات النفسية عند مواجهته للمتطلبات الحياتية، والضغوط النفسية على اختلافها (Vlierberghe, et al, 2010). هذه المخططات تكون مفرطة في التعميم، وتظهر بوضوح وبشكل جليّ، وأكثر تفصيلًا خلال حياة الفرد (Glaser, et al, 2002; Riso, et al, 2006; Soygut, Karaosmanoglu& Cakir, 2009; Stalmeisters& Brannigan, 2011)، وتؤدي تلك المخططات دورًا كبيرًا ومفصليًا في حدوث وتطور واستدامة الاضطرابات النفسية عمومًا، وتكرار حدوثها وحصول الانتكاسات في وقت لاحق بعد انتهاء العلاج (Nadort, et al, 2009; Cockram, Dummond& Lee, 2010; Wegener, 2013).

مشكلة وتساؤلات الدراسة

تنطلق الدراسة الراهنة من تفسيرات نظرية مهمة تدور حول الدور المتنامي الذي تؤديه الجوانب المعرفية في نشأة واستمرارية الأعراض المرضية لاضطرابات الشخصية بشكلٍ عام، ومن ضمنها اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع من ناحية، واضطراب الاعتماد على المواد النفسية من ناحية أخرى.

لقد أصبح جليًا اقتران اضطراب الاعتماد على المواد النفسية باضطرابات الشخصية، ومن بينهم اضطراب الشخصية الحدّية، والشخصية المضادة للمجتمع (Grant, et al, 2004). وعندما نتجاهل علاج اضطرابات الشخصية لدى المعتمدين على المواد النفسية، فإنّها تؤدي إلى ضعف المردود العلاجي. وعليه فقد اتجهت البحوث في هذه الآلفية إلى البحث في العلاقة ما بين المخططات غير التوافقية واضطرابات الشخصية على سبيل المثال (Jovev& Jakson, 2004; Lawerence, Allen& Chanen, 2011)، والمخططات غير التوافقية، والاعتماد على المواد النفسية على سبيل المثال (Ball, 2007; Brotchie, Meyer, Copello, Kidney& Waller, 2004; Shorey, Anderson& Stuart, 2011)، وعليه فأصبح العمل على تعديل المخططات غير التوافقية جزءا أساسيًا ومتممًا

للعملية العلاجية، لكل من اضطرابات الشخصية، واضطرابات الاعتماد على المواد النفسية (Young, Klosko& Weishaar, 2003, Ball, 1998. 2007, Shorey, Anderson& Stuart, 2012)، وبينما لا يزال هناك فقر في بحث العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة، والأعراض المرضية لاضطرابات الشخصية لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية (Shorey, Anderson& Stuart, 2014).

وتزايد الاهتمام في الألفية الأخيرة من قبل الباحثين والمنظرين بدراسة دور المخططات غير التوافقية في نشأة واستمرارية اضطرابات الشخصية (Beck, Davis& Freeman, 2005; Derbeis, Tang& Beck, 2001)، ويرى يونج أن كل فرد يحمل مجموعة من المخططات غير التوافقية المبكرة، ولكن هذه المخططات تكون أكثر مقاومة للتغيير لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية المزمنة (Young& Klosko, 1994). وفي دراسة لميهايسكو وآخرين (Mihasescu, et al, 2005) أن المرضى باضطرابات الشخصية سجلوا درجات عالية على اختبار يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة. ويفترض بيك أن هناك مخططات غير توافقية بعينها ترتبط باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، مثال: إني في حاجة إلى أن أكون أكثر عدوانية، أو أن ألعب دور الضحية- أني في حاجة إلى أن أكون أكثر اهتمامًا بنفسي (أنانية)- الأفراد الآخرين (Beck, Freeman& Davis, 2004).

تُعد مشكلة الاعتماد على المواد النفسية (الإدمان) مشكلة ضخمة على الصعيد العالمي (United Nations Office on Drugs and Crime, 2009). ويبدأ معظم المراهقين في تجربة المخدرات في سن مبكرة، وتُعد أكثر المواد استخدامًا هي الكحوليات ثم التبغ والقنبيات. وترتبط مشكلة الاعتماد على المواد المخدرة بالعديد من المترتبات السلبية على المستوى الصحي-الاقتصادي- الاجتماعي – الدراسي بالنسبة للمراهقين، ويصاحب تعاطي المخدرات العديد من المشكلات السلوكية لمتعاطيها كالسرقة- المشاركة في المشاجرات- علاقات جنسية يترتب عليها الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا كأمراض الكبد الوبائي والإيدز (Madu& Matla, 2003).

فوفقًا لمكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008) يزداد تعاطي المخدرات سوءًا وفقًا لعدة عوامل اقتصادية – اجتماعية (كالفقر- البطالة- ارتفاع معدلات الجريمة). ويبدأ معظم المراهقين في تعاطي المخدرات في سن مبكرة، كوسيلة للتجربة وحب الاستطلاع، بالإضافة إلى رغبتهم في الشعور بأنهم أكبر عمرًا، ولكنهم لا ينظرون للعواقب السلبية المترتبة على تعاطي المخدرات (Madu& Matla, 2003).

تساؤلات الدراسة:

يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

-هل توجد فروق بين المعتمدين على المواد النفسية من ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وغير المعتمدين في المخططات غير التوافقية المبكرة؟

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحديد دور العوامل المعرفية في نشأة واستمرارية اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من المعتمدين، من خلال دراسة دور المخططات غير التوافقية المبكرة وعلاقتها باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من المعتمدين، وتتمثل الأهداف الرئيسة للدراسة فيما يأتي:

– الكشف عن وجود فروق بين المعتمدين على المواد النفسية من ذوي اضطراب الشخصية الحدية، وغير المعتمدين في المخططات غير التوافقية.

مفاهيم الدراسة :

أولًا: مفهوم المخططات غير التوافقية المبكرة:

افترض يونج ١٩٩٠-١٩٩٩ أنّ بعض المخططات، وخاصة تلك التي تتطور في الأصل كنتيجة لخبرات سيئة مرّ بها الفرد أثناء مرحلة الطفولة، ربما تكون هي جوهر اضطرابات الشخصية، والسبب الأساسي في مشكلات الطباع، والعديد من الاضطرابات النفسية المزمنة الأخرى، المصنفة على المحور الأول (Axis I) مثل اضطرابات المزاج، واضطرابات القلق، والاضطرابات الجنسية، واضطرابات الأكل، والاضطرابات جسدية الشكل، واضطرابات إساءة استخدام العقاقير. وأطلق يونج على تلك المخططات اسم المخططات غير التوافقية المبكرة، وعرفها، وقام بتحديدها، وبشكل أكثر تفصيلًا من خلال النقاط الآتية:

١- أنماط رئيسة منتشرة نافذة وعريضة.

٢- تتضمن الذكريات، الانفعالات، الإدراكات والأحاسيس الجسدية.

٣- تتعلق بالشخص نفسه وبعلاقاته مع الآخرين من حوله.

٤- تتطور خلال الطفولة المبكرة والمراهقة.

٥- تظهر بشكل أكثر وضوحًا وتفصيلًا خلال فترة حياة الفرد.

٦- مختلّة وظيفيًا وبدرجة ملحوظة.

ويمكن القول إنّ هذه المخططات غير التوافقية المبكرة هي أنماط معرفية وانفعالية هادمة للذات، تبدأ مبكراً خلال تطور الفرد ونموه وتتكرر خلال حياته اللاحقة. واستنادًا إلى هذا التعريف فإنّ سلوكيات الفرد ليست جزءًا من المخطط بحد ذاتها، حيث افترض يونج أنّ هذه السلوكيات غير التوافقية هي عبارة عن استجابات للمخطط، وهي مشتقة من المخطط نفسه، ولكنها في الوقت نفسه ليست جزءًا منها (Young, Klosko& Weishaar, 2003, p. 7

١- التحمل[١]: وهو الاحتياج إلى زيادة كميات المادة بدرجات ملحوظة للوصول إلى التأثير المرغوب، أو هو تناقص التأثير بدرجة ملحوظة عند الاستمرار في استخدام الكمية نفسها من المادة.

٢- الانسحاب[٢]: ويتمثل في زملة الانسحاب الناتجة عن تعاطي المادة (المخدرة أو المنشطة)، كما يتمثل في أخذ المادة نفسها أو (مادة وثيقة الصلة بها) لإزالة أو تجنب أعراض الانسحاب.

٣- غالبًا ما يتناول الشخص المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم.

ويتسق هذا التعريف مع تعريف زملة الاعتماد[٣]، على أنّه عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية، والسلوكية، والمعرفية، تأتي عقب استخدام متكرر لمادة ما، وتتضمن بشكل محوري الرغبة الشديدة في تناول العقار، واختفاء السيطرة على استخدامه والاستمرار في ذلك على الرغم من التبعات الضارة، ويكون تعاطيها ذا أولوية تفوق أي سلوكيات أو التزامات أخرى مع زيادة في تحمل المادة، مع وجود حالات انسحاب حادة، وقد تكون زملة الاعتماد مرتبطة بمادة نفسية محددة، مثل التبغ، والكحل، والديازيبام، أو بفئة من المواد كالأفيونات، أو بنطاق أوسع من مختلف المواد الدوائية نفسية الفعالية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص٤٤٣).

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الاعتماد بأنّه "حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال للعقار الطبيعي أو المصنع، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة، أو حاجة ملحة، لا يمكن قهرها أو مقاومتها، للاستمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره، كما يتصف بالميل نحو زيادة كمية الجرعة، ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي على العقار، وقد يدمن المتعاطي أكثر من مادة واحدة (هاني عرموش، ١٩٩٣، ص ٢٩).

الدراسات السابقة:

حيث هدفت دراسة كورال وكالفيتي (Corral& Calvete, 2014) إلى رصد العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة وسمات اضطرابات الشخصية لدى عينة من مرتكبي العنف ضد شركائهم المقربين، وتم تطبيق استخبار يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة (النسخة القصيرة المختصرة)، واختبار ميلون لاضطرابات الشخصية. وأشارت النتائج إلى ارتباط فئة مخططات الانفصال، والنبذ، وفئة مخططات عجز الشخص عن وضع القواعد المحددة أو المنظمة لحياته الخاصة، بالأعراض المرضية لاضطراب الشخصية الحدية والشخصية المضادة للمجتمع.

---

[١]- Tolerance.

[٢]- Withdrawal.

[٣]- Dependence Syndrome.

وهدفت دراسة بوساري Busari, 2015) إلى الكشف عن دور العلاج بالمخططات الموجهة في خفض حدة الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من المسجونين (ن=٣٠٠)، وتم تطبيق استخبار الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (إعداد الباحث)، وأُجْرِيَ قياسٌ قَبلي وبعدي لشدة الأعراض، وأشارت النتائج إلى وجود تأثير دال جوهري للعلاج بالمخططات الموجهة في خفض حدة الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع.

وهدفت دراسة أوزدمير (Ozdemir, 2016) إلى البحث في العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة، والأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وتكونت عينة الدراسة من ١٣٧ مشاركًا تم تقييم اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لديهم باستخدام مقياس ليفنسون للتقرير الذاتي للسيكوباتية[1]، وتم تطبيق استخبار يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة، وأشارت النتائج إلى ارتباط الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع بفئتي مخططي الانفصال والنبذ، وعجز الشخص عن وضع القواعد الخاصة والمنظمة لحياته، وبالمخطط الفرعي (عدم القدرة على التحكم الذاتي/ الانضباط الذاتي).

منهج الدراسة:

اتبع البحث الحالي المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث تهدف الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المعتمدين من ذوي اضطراب الشخصية الحدية في المخططات غير التوافقية المبكرة .

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة على النحو التالي:

١- المجموعة الاولى (مجموعة المعتمدين ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع): وتتكون من ٤٠ من المعتمدين على المواد النفسية ومشخصاً باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، وتراوح المدى العمري لهمْ من (٢٣ إلى ٣٤) سنة، بمتوسط حسابي قدرهُ ٢٩,١٥ سنة، وانحراف معياري قدرهُ ٥,٤٢ سنة، وتراوح مستوى التعليم لهم من المتوسط إلى الجامعي بمتوسط حسابي قدره ٢,٠٥ سنة، وانحراف معياري قدره ٠,٧٨ سنة. وقد تمت مراعاة أن تخلو هذه المجموعة من الأمراض العضوية المزمنة والأمراض النفسية التي تعيق التطبيق أو تؤثر في وجهة الاستجابة. وقد سُحبت مجموعة المعتمدين من ذوي اضطراب الشخصية الحدية من مستشفى المشفى للصحة النفسية (د. عبد الناصر عمر)، وتراوحت مدة المرض ما بين سنتين و١٢ سنوات بمتوسط

---

[1]- Levenson Self-Reported Psychopathy.

حسابي قدره ٥,٤، وانحراف معياري قدره ٢,٦٦. وبلغ المتوسط الحسابي لعدد مرات الدخول للمستشفيات للعلاج ٣,٠٨، وانحراف معياري قدره ١,٢١، بينما بلغ متوسط الإقامة داخل المستشفيات ٣,٥٨، وانحراف معياري قدره ٢,١١. كما لم يسبق لهذه المجموعة الإصابة باضطراب نفسي أو التردد على المستشفيات أو العيادات النفسية لسبب نفسي آخر غير اضطراب الاعتماد على المواد النفسية، كما اشتُرط أيضاً عدم وجود تاريخ عائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية أو العصبية.

المجموعة الثانية (مجموعة الأسوياء): وتكونت من ٤٠ مبحوثاً سويًا تم اختيارهم كمجموعة مقارنة مشابهة للخصائص السكانية لمجموعتي المرضى، وتراوح المدى العمري لهم من (٢٣ إلى ٣٧) سنة أيضًا، وبمتوسط حسابي قدرهُ ٣٠,١٣ سنة، وانحراف معياري قدرهُ ٦,٤٩ سنة، وهم من مستويات تعليمية متنوعة تتراوح بين المرحلة الإعدادية والمرحلة الجامعية، حيثُ تم استبعاد كل مَن قَل تعليمهم عن المرحلة الإعدادية أو غير المتعلمين، وتراوح مستوى التعليم لهم من المتوسط إلى الجامعي بمتوسط حسابي قدره ٢,٠٣ سنة وانحراف معياري قدره ٠,٧٣ سنة. كما لم يسبق لهذه المجموعة الإصابة باضطراب نفسي أو التردد على المستشفيات أو العيادات النفسية، كما اشتُرط أيضاً عدم وجود تاريخ عائلي للإصابة بالاضطرابات النفسية أو العصبية.

<u>أدوات الدراسة:</u>

اعتمدت الدراسة الراهنة على "مقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة" و"اختبار اضطرابات الشخصية لمحمد حسن غانم، عادل الدمرداش، وهما المقياسان الرئيسيان لاختبار فروض الدراسة الراهنة، وبالإضافة إلى استبانة مبدئية لجمع البيانات الديموجرافية .

وصف لأدوات الدراسة:

١-استبانة جمع البيانات الأولية:

تم إعداد هذه الأداة بهدف جمع البيانات الأولية عن أفراد العينة (الاسم – السن – المستوى التعليمي – البيانات الوظيفية – مدة المرض – عدد مرات دخول المستشفيات – مدة الإقامة داخل المكان العلاجي بالشهور)، وهذه البيانات تخدم أهداف الدراسة الحالية.

٢-مقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة:

يُعد مقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة استخبارًا للتقدير الذاتي، وتوجد صورتان للمقياس (النسخة الطويلة والنسخة القصيرة المختصرة بهدف سرعة التطبيق) ويرمز للنسخة الطويلة بالرمز (L)[1] وللنسخة المختصرة

---

[1]– Long Form.

بالرمز (S)[1]. كما توجد ثلاثة نماذج لكل من الصورة الطويلة للمقياس والصورة القصيرة المختصرة منه. و تتكون النسخة الثالثة المختصرة، والتي تتكون من ٩٠ بندًا لقياس ١٨ مخططًا فرعيًا مقسمة إلى خمس قنات رئيسية، وكانت المخططات المضافة إلى النسخة الثالثة الطويلة والقصيرة المختصرة عنها في النسخ السابقة، هي مخططات (السلبية/التشاؤم، البحث عن الاستحقاق/البحث عن التعرف، القسوة)، وتُعد هذه النسخة هي أكثر الأدوات القياسية للمخططات المعرفية غير التوافقية حداثة وتطبيقًا لنظرية يونج للمخططات، ويتم توزيع البنود التي تقيس كل مقياس فرعي داخل المقياس بشكل عشوائي يعكس ما كان يحدث في النسخ السابقة للمقياس، والتي كانت تجمع بنود كل مخطط معًا، ويتم حساب متوسط الدرجات لكل مقياس فرعي.

اختبار اضطرابات الشخصية:

تم إعداد المقياس من قبل د. محمد حسن غانم، د. عادل الدمرداش، ويُعد اختبار اضطرابات الشخصية استخبارًا للتقدير الذاتي لتشخيص اضطرابات الشخصية، ويتكون من ١٢٠ بندًا لقياس ١٥ اضطرابا للشخصية. ويتمتع الاختبار بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة

تقدير الكفاءة السيكومترية لمقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة في الدراسة الراهنة:

أ- حساب صدق مقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة:

الاتساق الداخلي:

تم حساب الاتساق الداخلي لجميع الاختبارات الفرعية المتضمنة في المقياس من خلال حساب معامل ارتباط بين أبعاد المقياس الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ، ونجد أن معاملات صدق الاتساق الداخلي الخاصة بارتباط درجات المقاييس الفرعية بالدرجة الكلية للمقياس لدى مجموعتي الدراسة مقبولة إلى حدٍّ كبير، حيث تتراوح معاملات الصدق بين ٠,٥ إلى ٠,٩ ومن ثَمّ يتمتع المقياس ومقاييسه الفرعية باتساق داخلي مناسب، مَا يعد مؤشرًا على صدق التكوين للمقاييس المتضمنة داخل المقياس، ومن ثَمّ لم يتم حذف أي بند من بنود المقياس.

حساب معاملات الثبات لمقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة:

تم حساب معاملات الثبات لمقياس يونج للمخططات غير التوافقية المبكرة من خلال ثلاث طرق هي إعادة الاختبار، وألفا كرونباخ، والقسمة النصفية.

---

[1]- Short Form

و نجد أن طرق حساب معاملات الثبات بطرق إعادة الاختبار وألفا كرونباخ والقسمة النصفية أجمعت على أن مقياس يونج للمخططات غير التوافقية يتمتع بمعاملات ثبات مقبولة لجميع المقاييس الفرعية المتضمنة داخل المقياس لدى مجموعتي الدراسة، بحيث لم تقل معاملات الثبات عن ٠,٧ لجميع الاختبارات الفرعية الثمانية عشر والدرجة الكلية للمقياس، بينما تقاربت معاملات الثبات للمقياس التي تم حسابها بطريقة إعادة الاختبار بمعامل ألفا كرونباخ بمعاملات الثبات نفسها التي تم حسابها بطريقة القسمة النصفية لمجموعات الدراسة، ما يبين أن هناك قدرًا من الثقة في معاملات الثبات المحسوبة للمقياس، وهذا ما يتفق مع معاملات ثبات المقياس في التراث البحثي.

- أساليب التحليل الإحصائي:

استخدم الباحث للتحقق من احتمالات صدق فروض الدراسة الراهنة وتحليل بياناتها الأساليب الإحصائية الآتية، بناءً على الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (S.P.S.S):

١- الإحصاءات الوصفية هي المتوسطات والانحرافات المعيارية لمتغيرات الدراسة.
٢- اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

عرض و مناقشة نتائج الدراسة :

تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات لاختبار الفرض فى الدراسة الحالية حيث تم استخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات للكشف عن الفروق بين مجموعة المعتمدين من ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والأسوياء في المخططات غير التوافقية المبكرة (الدرجة الكلية، الدرجات الفرعية) و قد أوضحت النتائج الاتى :

أ- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المعتمدين ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والأسوياء في الدرجة الكلية للمخططات غير التوافقية في اتجاه المعتمدين، وذلك عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠.

ب- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المعتمدين ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والأسوياء في سبع مخططات فرعية غير توافقية في وجهة المعتمدين ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، هي كالتالي (الحرمان العاطفي – الهجر/ النبذ – عدم الثقة/ الإساءة – العزلة الاجتماعية – الخزي/ عدم الكفاءة – الاستحقاق/ العظمة – الانضباط الذاتي/ عدم القدرة على التحكم الذاتي)، وذلك عند مستوى دلالة ٠,٠٠٠.

ج- بينما لم تظهر فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين في المخططات غير التوافقية الآتية (القسوة- السلبية/ التشاؤمية – البحث عن القبول – الفشل – كبت المشاعر – عدم القدرة على تطوير الذات- المبالغة في الانضباط – الالتزام الصارم بالمعايير/ التحرر منها – التضحية بالنفس – القابلية للإيذاء أو المرض).

ويرى بيك وفريمان (Beck& Freeman, 1990) أن الأفراد ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لديهم ما أسموه تأخر في النضوج القيمي والوظائف المعرفية. ويشير بيك وآخرون (Beck, et al, 2015) إلى

أن الأفراد ذوي اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع لديهم نظرة متمركزة حول ذواتهم، وأن العالم الذي يعيشون به هو عالم شخصي وليس تفاعليًا. فهم غير قادرين على فهم وجهة نظر الآخرين في الأمور، ولديهم قدرة ضعيفة على التعاطف، فهم تعلموا ألّا يثقوا في الآخرين، وأن يثقوا فقط في أنفسهم. وذلك لخوفهم من الاستغلال أو الإهانة من الآخرين. ولهذا فهم يعيشون في عالمهم الخاص بقواعدهم وقيمهم الخاصة، ولذلك فإن عدوانهم غالبًا ما يوجه نحو الآخرين ويتسمون بالمجادلة والقسوة والاستغلال (Ozdel, et al, 2015).

ويفترض بعض المنظرين أن الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وكأنّها توفر للأفراد نوعًا من الميكانزيمات الدفاعية ضد المشاعر أو الشعور بالعجز والاعتمادية (Ozdel, et al, 2015)، بينما وجد بول وسيسرو (Ball& Ceccero, 2001) أن مخططات (الإساءة/ عدم الثقة- كبت المشاعر) ارتبطت إيجابيًا بالأعراض الشخصية المضادة للمجتمع لدى عينة من المعتمدين على المواد النفسية. بينما أشار لوبر (Looper, 2003) إلى أن فئة مخططات الانفصال والنبذ ارتبطا إيجابيًا بالأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع. وهذا ما أكدته دراسة لتريمبلى ودوزيس (Rremblan& Dozis, 2009) و التى وجدت أن هناك ارتباطًا جوهريًا وقويًا بين مخططات (عدم الثقة/ الإساءة- الحرمان العاطفي- العزلة الاجتماعية- الاستحقاق/ العظمة) والسلوكيات العدوانية، وفيما ارتبطت جميع المخططات غير التوافقية المبكرة بالعدوان بدرجات متفاوتة، ولم يرتبط مخطط التضحية بالنفس بالعدوان. ونجد أن المخططات الثمانية التي وجدت فيها فروق تتناسب مع طبيعة الأعراض المرضية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع والطبيعة الإدمانية للعينة.

وتلعب المخططات غير التوافقية دورا هاما فى نشأة و استمرارية الاعراض المرضية لاضطراب الاعتماد وعليه فقد قامت العديد من البحوث فى الألفية الجديدة للبحث فى العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة واضطراب الإدمان (الإعتماد على المواد النفسية) (e.g., Ball & Young, 2001; Brotchie et al., 2004; Roper et al., 2010; Shorey et al., 2012). وتوسع بول بناءً على مفهوم يونج عن المخططات غير التوافقية المبكرة الذى يرى أنه يلعب الدور الخفى فى ظهور العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، وبدأ فى البحث عن العلاقة ما بين المخططات غير التوافقية واضطراب الإعتماد على المواد المخدرة. حيث يفترض يونج وآخرين (Young et al., 2003) وبول (Ball, 1998) أن مستخدمى المخدرات من الممكن أن يستخدموا المخدرات كوسيلة لتجنب الشعور بالألم الناتج عن المخططات غير التوافقية لديهم، بالإضافة إلى هذا تشير بعض البحوث إلى ارتباط المحاولات المعرفية والسلوكية لتجنب المخططات غير التوافقية بزيادة نسب تعاطى المخدرات (Brotchie, Hanes, Wendon & Waller, 2007). ، وعليه يقترح بول Ball أن محاولة العمل على تغيير هذه المخططات غير التوافقية المبكرة تجاه الذات والأخرين والعالم ككل من الممكن أن تحسن نسب تعافى هؤلاء المرضى من اضطراب الإعتماد على المواد النفسية . وأشارت البحوث الحديثة لبول (Ball, 2007) إلى البرامج العلاجية التى تتضمن العمل على وتعديل المخططات غير التوافقية المبكرة لدى المعتمدين على المواد

النفسية ينتج عنها نتائج علاجية أفضل عندما يتم مقارنتها بالبرامج العلاجية التقليدية (برنامج المدمنين المجهولين).

ومن الدراسات التى أكدت هذا دراسة بروتشى وآخرين (Brotchie et al., 2004) التى هدفت إلى الكشف عن الفروق بين عينة من المعتمدين على المواد المخدرة وعينة من غير المعتمدين فى المخططات غير التوافقية المبكرة، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق فى ١١ مخطط فى اتجاه غير المعتمدين.

ودراسة لروبير وآخرين (Roper et al., 2010) هدفت إلى الكشف عن الفروق ما بين عينة من المعتمدين على المواد المخدرة وعينة من غير المعتمدين وأشارت نتائجها إلى وجود فروق فى ١٢ مخطط فرعى فى إتجاه عينة المعتمدين، ولم تجد أى دراسة منهما وجود فروق فى أى مخطط من الثمانية عشر مخطط فى إتجاه عينة غير المعتمدين، وتقترح هذه الدراسات إلى أنه من الممكن أن تلعب المخططات غير التوافقية المبكرة دوراً رئيسياً فى نشأة واستمرارية اضطراب الإعتماد على المواد المخدرة والذى يتفق مع البناء النظرى الذى قدمه لنا جيفرى يونج (Ball, 1998; Young et al., 2003).

أى أنه فى النهاية تلعب المخططات غير التوافقية المبكرة وفقاً للبحوث والدراسات السابقة دوراً محورياً فى نشأة واستمرارية الاعراض المرضية لاضطرابات الشخصية واضطراب الإعتماد على المواد النفسية، فالعديد من المعتمدين لديهم طرق سلبية ثابتة فى نظرتهم لأنفسهم والأخرين والمجتمع المحيط بهم وهذا من الممكن أن يوضح لنا لماذا هذا الاضطراب يُعد مزمناً وذوو نسب إنتكاسة عالية.

المراجع :

١- أحمد عكاشة (١٩٩٨). الطب النفسى المعاصر، ط٢؛ القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٢- محمد العيسوى عبد الرحمن(١٩٩٧). سيكولوجية المجرم ، بيروت : دار الراتب الجامعية.
٣- محمد العيسوى عبد الرحمن(٢٠٠٤). اتجاهات جديدة فى علم النفس الجنائى، منشورات الحلبى.
٤- محمد بن أبى بكر الرازى (١٩٩٤). مختار الصحاح، الكويت: دار الكتاب الحديث، ط١.
٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٦- المطوع محمد بن عبد الله (٢٠٠٠) . الجديد فى علم النفس الجنائى ، ط ١ ، الرياض : مطبعة الجبلاوى .
7- Ball , S.A., & Cecero , J.J . (2001) . Addicted patients with personality disorders : traits , schemas and presenting problems . Journal of personality disorders, 15, 72-83.
8- Ball, S. & Cecero, J. (2001). Addicted Patients with Personality Disorders: Traits, Schemas and Presenting Problems. Journal of Personality Disorders, 15, 72–83.

9- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York, NY: Guilford Press.

10- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). Cognitive therapy of personality disorders (3rd ed.). New York, NY: Guilford.

11- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). Cognitive therapy of personality disorders (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

12- Beck, A.T, Alford , B.A. (1997). The Integrative power of cognitive therapy . The Guilford Press, New York .

13- Beck, A.T, Freeman,A., Pretzer,J., Davis,D.D., Flemming,B., Ottavani, B,Beck ,J., Simon, K.M., Padesky,c., Meyer,J., & Trexler,l .(1990). Cognitive therapy of personality disorders. Behaviour Research and Therapy, 41(5), 509-528.

14- Busari, A.O. (2015). Antisocial Personality Disorder among Prison Inmates: The Mediating Role of Schema-Focused Therapy, International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 17, (1), pp. 327-332, ISSN 1522-4821.

15- Corral, C.,& Calvete, E.(2014). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. Span Journal of Psychology.17(1);10-16.

16- Diana, L.J. (2015). Early Maladaptive Schemas in an Australian Adult Alcohol Dependent Clinical Sample: Differences between Men and Women. A Report Submitted in Partial Fulfilment of the Requirements for the Award of Bachelor of Arts (Psychology) Honours, Faculty of Health, Engineering and Science. Cowan University.

17- Dobson, K. (2009). Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies (3rd ed.). USA: The Guilford Press.

18- Donald, D., Lazarus, S. & Peliwe, L. (2007). Educational psychology in social context. (3rd ed.). Cape Town: Oxford University Press.

19- Drug addiction and drug abuse. (2008). The Columbia Encyclopedia. (6th ed.) Retrieved April 20, 2008, from http://www.encyclopedia.com/doc/1E1.drugaddi.html

20- Frías, Á, Navarro, S., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Salvador, A., Aluco, E., Martínez, B., & Solves, L. (2017). Early maladaptive schemas associated with dimensional and categorical psychopathology in patients with borderline personality disorder. Clinical Psychology Psychotherapy.17.

21- Glaser, B. Campbell, L. Calhoun, G. Bates, J. Petrocelli, J. (2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire-short form: a construct validity study. Measurement and Evaluation in Counseling and Development. 35, 2- 13.

22- Kriston , L., Schafer , J., Jacob , G.A., Harter , M., & Holzel , L.P. (2013). Reliability and validity of the german version of the young schema questionnaire-short form 3 (YSQ-S3), European Journal of Psychological Assessment, 29(3), 205-212.

23- Lawrence, K., Allen, S., & Chanen, A. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. Cognitive Therapy and Research, 35, 30–39.

24- Lawrence, K.A., Allen, J.S.& Chanen, A.M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. Cognitive Therapy Research, 35, 30-39.

25- Madu, S. N. & Matla, M. P. Q. (2003). Illicit drug use, cigarette smoking and alcohol. Drinking behavior among a sample of high school adolescents in the Pietersburg Area of the Northern Province, South Africa. Journal of Adolescence, 26 (1), 121-136.

26- Nordahl, H., Holthe, H., & Haugum, J. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief?. Clinical Psychology and Psychotherapy, 12, 142–149.

27- Nole, Z. Farid, L. Fata, L. Ashoori, A.(2010). Comparison of Early Maladaptive Schemas and their Parental Origion in OCD patients and nonclinical individuals. Advances in Cognitive Science. 12, (1).

28- O'Neill, A. & Frodl, T. (2012). Brain structure and function in borderline personality disorder. Brain Structure and Function, 217, 767–782.

29- Kazemi, R.,Dideh R.,& Soniya. (2010). A comparison of early maladaptive schemas and psychological health in healthy individuls and drug abusers, psychiatry and clinical psychology, (summary of 1th annual conference held by scientific association of Iranian psychiatrists).

30- Kellogg, S. Young, J.(2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorders. Journal of Clinical Psychology. 62(4), 445–458.

31- Kettendörfer , S . (2015). The effectiveness of Schema Therapy within a clinical group setting (Early maladaptive schemas and psychological distress in clients with personality disorders). Unpublished Master's thesis. University of Twente.

32- Lawrence, K., Allen, S., & Chanen, A. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. Cognitive Therapy and Research, 35, 30–39.

33- Nahid, A. D., & Banoudokht, N. (2015). A Comparison of Early Maladaptive Schemas in Drug Abusersand Healthy Individuals in Rasht City. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences. 5(7); 261–265.

34- Özdemir , U., (2016). The relation between secondary psychopathy and early maladaptive schemas. Bachelor thesis Psychology and Health ,Tilburg University

35- Riso, L. Froman, SH. Raouf, M. Gable, PH. Maddux, R. Santorelli, N. Pennam, S. Blandion, J. Jacobs, C. & Cherry, M. (2006). The Long- Term Stability of Early Maladaptive Schemas. Cognitive Therapy & Research. 30, (4), 515–529.

36- Siddiqui , S . (2014). Recovery in people with a diagnosis of borderline personality disorder. Unpublished PHD thesis, University of Manchester.

37- Sima, S.N.(2012). Relationship between personality disorders and types of used drugs in addicts. International Conference and Exhibition on Addiction Research & Therapy. Embassy Suites Las Vigas, USA.

38- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Cakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3. Turkish Journal of Psychiatry, 20, 75-84.

39- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Annual Report. Retrieved March 29, 2008, from; http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR08WEB.PDF.

40- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford press.