مجلة كلية الآداب جامعة بورسعيد
https://jfpsu.journals.ekb.eg/

P-ISSN: 2356-6493 E-ISSN:2682-3551

المخططات المعرفية اللاتكيفية كمنبئات بالانتكاس لدى عينة من المدمنين

همت إبراهيم شحات محمود

باحثة ماجستير بقسم علم النفس، كلية الآداب ، جامعة بورسعيد
hematibrahim19@gmail.com

أ.د. أحمد عبد الهادي أبوزيد

أستاذ علم النفس، كلية الآداب ، جامعة بورسعيد

أ.د. سيد أحمد محمد الوكيل

أستاذ علم النفس ، كلية الآداب ، جامعة الفيوم

أ.م.د. دينا البرنس عادل

أستاذ علم النفس المساعد ، كلية الآداب ، جامعة بورسعيد

10.21608/jfpsu.2024.282812.1343

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0). http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

المخططات المعرفية اللاتكيفية كمنبئات بالانتكاس لدى عينة من المدمنين

مستخلص

هدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وإدمان المخدرات ، وعن دور المخططات اللاتكيفية في التنبؤ بالانتكاسة على المخدرات لدى عينة الدراسة، علاوة على معرفة الفروق بين عينة الدراسة في كل مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية تعزي لمتغير العمر، ولتحقيق هذا الهدف فقد أستخدمت الباحثة المنهج الوصفي بصورته الارتباطية التنبؤية، وقد تم أختيار العينة من المدمنين التابعين لقسم التأهيل النفسي (الهاف واي- منتصف الطريق) لعلاج الإدمان وعددهم(٢٠٠) مدمناً معتمداً على عدة انواع من المواد المخدرة، تراوحت أعمارهم ما بين (٢٠- ٥٠) سنة بمتوسط حسابي (٣١,٢) وانحراف معياري (٩,٤) ، وأُختيرت العينة من الذكور فقط، اعتمدت الباحثة في الدراسة على الادوات الآتية : استمارة جمع البيانات الديمجرافية من إعداد الباحثة، مقياس الانتكاسة للإدمان (عاصم عبد الحميد ،٢٠٢٣)، مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية إعداد جيفري يونج وتعريب (محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان، ٢٠١٥)، تم التحقق من ثبات وصدق الأدوات وأسفرت النتائج عن:

١- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والشعور بالانتكاسة للإدمان.

٢- تُسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالانتكاسة لدى عينة البحث .

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة البحث في الدرجة الكلية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية وفي كل بعد من أبعاده تبعا لمتغير العمر .

الكلمات المفتاحية: الإدمان، الإنتكاسة، المخططات المعرفية اللاتكيفية، المدمنين.

Maladaptive Cognitive Schemas and the Big Five Personality Factors as Predictors of Relapse in a sample of Addicts"

Abstract

The Current research aims to investigate the relationship between maladaptive cognitive schemas, the Big Five personality factors, and drug addiction; in addition to predicting relapse and drug re-use in the study sample. The sample consists of 200 male patient's dependent on various substances, their ages range from (20 – 50) years, The researcher relied on these tools: A Demographic Data Collection Form (designed by researcher), the Addiction Relapse Scale (Asim Abdel Hameed, 2023), the Maladaptive Cognitive Schemas Scale (by Jeffrey Young and translated by Mohamed Abdel Rahman & Mohamed saafan (2015). The results are as follows:

1- There is a positive correlation between maladaptive cognitive schemas and the feeling of relapse in addiction.

2- maladaptive schemas contributing to predicting relapse in the research sample.

3- There are statistically significant differences regarding the means of the research sample scores in the full score of the non-adaptive cognitive schemata scale and in each dimension according to the variables of type of age.

Keywords: Addiction, Relapse, Maladaptive Cognitive Schemas, Addicts.

مقدمة البحث

يُعد إدمان المخدرات من أهم القضايا الاجتماعية الاكثر انتشاراً في العديد من المجتمعات لزيادة إقبال الشباب على تعاطيها وإدمانها الأمر الذي تحول إلى مأساة اجتماعية خطيرة مما يدعو النظر إليها من مستوى اجتماعي وقومي، الامر الذي يتطلب جهود ومساهمة كل الجهات المعنية والمؤسسات الحكومية والدولية لكونها قضية هدًامة لكل مرافق الحياة الأنسانية (عاصم عبد الحميد ،٢٠٢٣، ٣). وفضلاً عن ذلك فهو اضطراب انتكاسي مزمن يتميز بالرغبة القهرية للحصول على المخدر ويؤثر على نشاط مركز المكافاة في المخ ويعمل على تغيير أنظمة الناقلات العصبية، ويتطور بشكل تدريجي من الاستخدام البسيط مروراً بالاعتماد الكلي على المخدرات (دعاء فاروق وسارة نجيب ،٢٠٢١، ١٤). حيث تتسبب المواد المخدرة في غمر النواة المتكئة بالدوبامين مما يؤدي إلى شعور سريع بالمتعة، فتخزن الذاكرة هذا الشعور وتخلق اللوزة استجابة مشروطة للمنبه تشبه الاستجابة التي أنتجها "كلب بافلوف" عندما سمع الجرس مما دل على ارتباطها بين هذا الصوت وتلقي الطعام ، إن الاعتماد على المواد المخدرة يرتبط أرتباطاً مباشراً بالسرعة التي تُفرز بها الناقلات العصبية في الدماغ (DiClemente, 2018, 3).

وفي نفس الصدد يُشكل إدمان المخدرات عائق ضخم يهدد أستكمال العملية العلاجية وتصبح المشكلة أكثر تعقيداً على المريض والعائلة والمجتمع والفريق العلاجي، وأوضحت التقديرات الأخيرة في تقرير المخدرات العالمي لعام (٢٠٢١) والذي أصدره البرنامج العالمي لمكافحة المخدرات والجريمة التابع للأمم المتحدة إلى ارتفاع نسبة متعاطي المخدرات من (٢٦٩) مليون شخص في العالم لعام (٢٠٢٠) إلى نحو (٢٨٤) مليون شخص في العالم لعام (٢٠٢١) أي بما يعادل (٥,٦%) من سكان العالم تعاطوا المخدرات بمختلف أنواعها (عاصم عبد الحميد ،٢٠٢٣، ٣).

وقد وجد إهتمام بحثي بالعوامل المتعلقة بالإدمان وتساهم في العودة إلى التعاطي بعد مسيرة العلاج. وكانت من هذه العوامل هي المخططات المعرفية اللاتكيفية (Carducci & Nave, 2020, 364).

وقد أوضح يونج بأن المخططات هي أنماط عاطفية وإدراكية مشوهه، يتم وضعها في

الاعتبار منذ بداية النمو والتطور وتتكرر طوال حياة الشخص ولكنها تتحكم في حياته بشكل غير فعال، تؤدي المخططات اللاتكيفية إلى تكوين معتقدات لاعقلانية ولها مكونات معرفية وعاطفية وسلوكية، فعندما يتم تنشيطها تطلق مستوى من الإثارة يؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى إضطراب نفسي مثل الاكتئاب والقلق والعجز المهني وتعاطي المخدرات والصراعات الشخصية، وأن استخدام الأدوية يكون وسيلة دفاع غير فعالة ضد الآثار السلبية التي تُحدثه (Minchin,1999 , 167). وفي هذا الإطار تم تحديد ١٨ مخططاً معرفياً غير تكيفياً عند الفرد وقاموا بتقسيمهم إلى خمسة مجالات وهي (الانفصال والرفض، الحدود الضعيفة، ضعف الاستقلالية ،التوجه نحو الاخرين، اليقظة المفرطة) (تيسير شواش وأخرون ،٢٠٢٠، ٤٨٩).

ووفقاً ليونج، قد تكون المخططات المعرفية اللاتكيفية هي الجوهر الرئيسي لاضطرابات الشخصية والعديد من الاضطرابات المزمنة منها تعاطي المخدرات، فقد اقترح كلٍ من (Shorey, Anderson & Stuart ,2011) إن المخططات اللاتكيفية قد تكون ذات صلة بشكل خاص بالأفراد المعتمدين على المخدرات، وأن التركيز المزدوج تعاطي المواد والمخططات قد يؤدي إلى نتائج علاج أكثر فعالية.

لقد أكدت الأبحاث الحديثة أن المدمنين لديهم عدد من المخططات المعرفية اللاتكيفية التي قد تكمن وراء استخدامهم للمخدرات والعودة إلى التعاطي بعد العلاج، وأن العلاج الذي يقدم لتعديل هذه المخططات قد يؤدي إلى نتائج أفضل ومنها دراسة Yazdi (Idrissi Semlali,et al,2018) (Mathew James,2019)(Nezhad,et al, 2017)

وأوضحت نتائج هذه الدراسات إن المخططات المعرفية اللاتكيفية لها أهميتها ودورها الكبير في مشكلة تعاطي المخدرات والانتكاسة حيث تكمن خطورة الانتكاس بالنسبة للمدمن في إعادة تنشيط لمؤشر المخططات لديهم، فهناك ارتباط كبير بين الانتكاس في تعاطي المخدرات وجميع المخططات المبكرة لسوء التكيف، حيث يمكن للمخططات أن تتنبأ معاً بنسبة ٧٢٪ من التباين في خطر انتكاس تعاطي المخدرات وبالتالي عند المحاولة لتغيير مخطط معرفي للفرد لابد من تغيير محتوى المخطط، فالتجارب أو الصدمات أو المواقف المؤلمة تخلق مخططات معرفية محرفة تستثير استجابات انفعالية

مختلة (Jamshidi & Rasoulzadeh, 2020,6).

مشكلة البحث

الإدمان يشبه إلى حد كبير الامراض الأخرى مثل أمراض القلب فكلاهما يعطل الأداء الطبيعي والصحي لعضو في جسم الانسان، وكلاهما له آثار ضارة خطيرة يمكن أن تستمر مدى الحياة وقد تؤدي إلى الوفاة (Diclemente, 2018, 3).

ويرى الباحثون في تعاملهم مع المدمنين وجدوا أن هناك العديد من المتغيرات والأسباب التي تدفع إلى تعاطي المواد المخدرة ومنها الشعور بالراحة والهروب من المشكلات، الشعور بالسعادة الشديدة، التخلص من القلق والتوتر لدى الأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب، القدرة على التركيز وتحسين القوة البدنية، زيادة القدرة الجنسية، الفضول والضغط الاجتماعي، البيئة والأسرة الداعمين للمرض مع الأفكار والمعتقدات التي يتبانها الفرد لخوض تجربة التعاطي والاستمرار إلى ظهور المرض.

وكان من وراء ظهور هذه الأسباب هي الأنماط الادراكية والعاطفية المشوهة التي نشأت في الطفولة نتيجة عدم تلبية الاحتياجات العاطفية وتكررت طوال حياة الفرد وحددت تفاعلاته تجاه نفسه والاخرين والعالم من حوله، وساهمت في تشكيل السمات الشخصية المميزة له نظراً لوصفها بالتصلب والجمود والثبات، وتبلورت هذه الانماط في مخططات معرفية لاتكيفية دفعت الفرد إلى تعاطي المخدرات ، وكان لها دور مؤثر في الانتكاسة عند نتشيطها ، وبالتالي فأن دراسة نظرية المخطط في عملية الوقاية من الانتكاس أثناء علاج الإدمان باستخدام طرق مختلفة من العلاج المخطط تساعد في عملية التعافي والاستمرارية في العلاج (Mhlungu, 2018, 30) .

فعلى الرغم من وفرة الدراسات التي تناولت الإدمان ومسبباته إلا أنه يلاحظ أن هناك ندرة في الدراسات التي تناولت الجوانب المعرفية المتعلقة بالإدمان ومنها: مخططات سوء التكيف المبكرة للشخصية الإدمانية ودورها في التنبؤ بالانتكاسة والعودة إلى التعاطي مرة أخرى– في حدود علم الباحثة– ولهذا تناول البحث الحالي المخططات المعرفية اللاتكيفية كمنبئات بالإنتكاس لدى عينة من المدمنين.

وبالتالي أثار هذا البحث عدداً من الأسئلة والتي تسعى في الإجابة عليها وهي:

١- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والشعور بالانتكاسة لدى عينة البحث من المدمنين؟

٢- هل تسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالإنتكاس على المخدرات؟

٣- هل توجد فروق دالة إحصائياً لدى عينة البحث من المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية تعزي لمتغير العمر ؟

أهداف البحث

١- الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وإدمان المخدرات.

٢- معرفة دور المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالانتكاسة والعودة إلى تعاطي المخدرات لدى عينة البحث.

٣-معرفة الفروق بين عينة البحث في مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية تعزي لمتغير العمر.

أهمية البحث

١ - تنبع أهمية هذا البحث من الدور الذي تؤديه المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى المدمن وبنية شخصيته فى المستقبل فقد أثبتت بحوث كثيرة وجود علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والإدمان.

٢- أتي البحث الحالي كمحاولة علمية هادفة تضاف إلى العديد من المحاولات السابقة التي تناولت ظاهرة إدمان المخدرات من حيث العوامل والمسببات التي تؤدي إليه وأيضاً العوامل المسببة في الانتكاسة كجزء من مراحل العلاج، إلا أن البحث الحالي تميز بمنحاه التنبؤي الهادف إلى تحديد مجموعة العوامل المعرفية والشخصية المرتبطة بالفرد والتي يمكن أن تؤدي به إلى إنتكاسة المرض.

٣- المساهمة فى اثراء التراث السيكولوجي بمعلوماتٍ نظريةٍ عن المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى المدمنين من الجانب النظري والتطبيقى.

٤- أهمية العينة التي تناولها البحث وهم المدمنين في طور العلاج والذين خضعوا بالفعل

للعديد من البرامج العلاجية داخل قسم التأهيل النفسي والسلوكي في مدة علاجية من (٣-٦) أشهر.

٥- تزويد جميع افراد الفريق العلاجي من الطبيب النفسي والاخصائي النفسي والمدمنين المتعافيين القائمين على تيسير الخطوات الأثنى عشر ومجموعات المساندة بالمعلومات اللازمة عن العوامل التي قد تؤدي إلى انتكاسة المدمن بعد رحلة العلاج .

٦- تُسهم نتائج البحث في وضع وتصميم البرامج العلاجية والوقائية القائمة على موانع الانتكاسة مع الأخذ في الاعتبار عوامل الشخصية الاكثر تنبؤا بالانتكاسة وشفاء المخططات لدى المدمنين، مع التطرق لأهمية نظرية العلاج بالمخطط لدى "جيفري يونج" في علاج الإدمان والحرص على تدريب القائمين بتقديم العلاج النفسي على العلاج بالمخططات لدى المدمنين للحد من تزايد نسب الانتكاسة.

مفاهيم البحث

١- المخدرات

تشير إلى جميع المواد ذات التأثير النفسي الطبيعية أو المستحضرة كميائياً، والتي يزعج تعاطيها الجهاز العصبي المركزي، تشترك المخدرات في أنها تعمل بشكل مباشر على دوائر المكافأة في الدماغ والتي تعزز السلوك الإدماني وتؤثر على الدوائر الأخرى التي تعتمد عليها إدارة العواطف والمزاج والتحفيز والتعلم، فهي تولد مشاعر المتعة وتحفز الرغبة في تجديد التجربة وتقود البعض إلى عدم القدرة على التحكم في تعاطيهم (Obradovic ,2020 ,12).

تُعرف المخدرات إجرائياً بأنها "جميع المواد الطبيعية أو الكيميائية التي تحدث تغير في شخصية الفرد وسلوكه ووظائف جسمه عند تعاطيه لها"

٢- المدمن

هو ذلك الشخص الذي ربط حياته بمخدر معين أو بأكثر من مخدر وتعود عليه ويقوم بالبحث عنه في حالة عدم توافره، يعجز عن ممارسة حياته والتزاماته اليومية، فهو شخص مستهلك لمادة سواء كانت تلك المادة طبيعية أو مصطنعة (خالد المهندي، ٢٠١٣، ٥٦).

ويُعرف المدمن إجرائياً (الشخص الذي تعاطى مادة مخدرة وأصبح معتمداً عليها نفسياً أو

جسدياً أو كليهما معاً وأثرت على حياته نفسياً واجتماعياً واقتصادياً وسلوكياً، وكانت لديه محاولات علاجية باءت بالفشل وما زال يكرر المحاولة رغم سيطرة المادة المخدرة على حياته).

٣- إدمان المخدرات

هو اضطراب مزمن انتكاسي يتميز بالرغبة القهرية للحصول على المخدر ويؤثر على نشاط مركز المكافاة في المخ ويعمل على تغيير أنظمة الناقلات العصبية، وهو يتطور بشكل تدريجي من الاستخدام البسيط مرورا بالاعتماد الكلي على المخدرات (دعاء فاروق وسارة نجيب ،٢٠٢١، ١٤).

يُعرف إدمان المُخدرات إجرائياً بأنه (اضطراب مزمن انتكاسي ومتفاقم من الناحية البيولوجية والنفسية والاجتماعية يتميز بفقدان السيطرة على التعاطي والتعود على تناول جرعات زائدة من المواد المُخلقة وغير المُخلقة مما يودي إلى الإدمان فيدفع الفرد للقيام بأي شيء لتحقيق الراحة العقلية والنفسية والحصول على المادة المخدرة التي يريدها ولكي يتم علاجه يخضع المدمن لرحلة طويلة من العلاج) .

٤- الإنتكاسة

عُرَفَ الانتكاس بأنه العودة إلى التعاطي بعد فترة من الامتناع عن المخدر، تُعد الانتكاسات جزءاً شائعاً من المرض. وهناك ما يعرف أيضاً باسم الانزلاق أو الزلة وهو الموقف الذي يشرب فيه المدمن أو يتعاطي ولكن يتوقف سريعاً بعد ذلك متجنباً الانتكاس الكامل، فبعض المدمنين لديهم زلة بسيطة ولكن العودة على الفور لاستكمال تعافيهم تُجنبهم من خطر الانتكاسة الكاملة، ومنهم من يسمح لنفسه بالانتكاسة الكاملة بعد الزلة . (Beck, et al , 2001, 323)

وتُعرف الإنتكاسة إجرائياً بأنها (الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس الانتكاسة للإدمان من إعداد عاصم عبد الحميد)

٥- المخططات المعرفية اللاتكيفية

المخططات اللاتكيفية هي أنماط منتشرة تتضمن الذكريات، الإدراكات، الانفعالات، الأحاسيس الجسدية وهي تتعلق بالشخص نفسه وبنمط علاقاته مع الآخرين من حوله وتنشأ خلال مرحلة الطفولة والمراهقة فهي مختلة وظيفيا وبشكل ملحوظ ولهذا أُطلق عليها بأنها (أنماط معرفية وانفعالية هادمة للذات) وأستناداً لهذا التعريف فإن سلوكيات الفرد ليست جزءاً من المخطط ولكن هي عبارة عن استجابة للمخطط ومشتقة منه (Young,et al , 2003, 21).

وتُعرف المُخططات المعرفية إجرائياً بأنها(الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية من إعداد جيفري يونج وترجمة محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان) .

حدود البحث

- **الحدود المكانية :** تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة من مدمني المخدرات في القسم الداخلي الذين تم تشخيصهم طبياً وتنطبق عليهم المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية لاضطراب الاعتماد على المواد المخدرة وقد تلقوا علاج الإدمان لمدة تتراوح من (٣-٦) شهور وذلك في عدد من المراكز العلاجية لعدة محافظات وهي

١- مستشفى الطب النفسي وعلاج الإدمان بالمجمع الطبي للقوات المسلحة بالمعادي (القاهرة)

٢- مركز نقاء للصحة النفسية وعلاج الإدمان بفرعييه (المنصورة ودمياط)

٣- مركز الحرية لعلاج الإدمان بالمقطم (القاهرة)

٤- مركز خطوة بخطوة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بفروعه الثلاث (الدقهلية)

- **الحدود الزمانية :** تم تطبيق الدراسة في المدة من (اكتوبر ٢٠٢٢ إلى نوفمبر٢٠٢٣)

الإطار النظري للبحث

١- إدمان المخدرات

يُعد الإدمان من الظواهر بالغة الخطورة وذات تهديد حقيقي للمجتمعات التي أُبْتُلِيت به، وذلك لتأثيره الكبير على بنية المجتمع من الناحية الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية، فله العديد من النتائج السلبية منها هدم صحة الفرد، ذهاب عقله، فقدان وعيه، وظيفته، انحطاط كرامته، تفكك أسرته، تشرد أبنائه وصولاً إلى فقره وإفلاسه وهدر كرامته الاجتماعية (محمود عبد الرحمن وإيمان مصطفى ،٢٠٠٠ ، ٣٠٣).

تشترك العقاقير جميعها والتي تؤخذ بشكل زائد في التنشيط المكثف لنظام المكافأة في المخ مما يؤدي إلى إهمال الأنشطة المهمة، فبدل من تفعيل نظام المكافأة عن طريق السلوكيات التكيفية يتم تفعيله وبقوة من خلال المواد التي يُساء استعمالها فهي تنتج مكافآت فورية وشعور عارم بالنشوة (أنور الحمادي ،٢٠٠٦ ، ١٦٠).

ومن بين المواد التي يُساء استخدامها الكحول، الكوكايين، الهيروين، الأفيون، المواد الأفيونية التي تصرف بوصفة طبية، الميثامفيتامين، الكيتامين، المستنشقات، القنبيات، المهلوسات والمؤثرات العقلية الجديدة (Milhorn ,2018 , 25).

تُعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإدمان بأنه

حالة مزمنة من اضطراب تعاطي المواد المخدرة تتسم بعدم التحكم وفقدان السيطرة في التعاطي لمادة ما، مع عدم تقدير العواقب الوخيمة من كثرة الاستخدام إلى الحد الذي تصبح فيه قدرة الشخص على العمل في الحياة اليومية ضعيفة .https://www.psychiatry.org

معايير تشخيص اضطراب تعاطي المواد المخدرة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM- 5

هو مجموعة من الأعراض تلازم تعاطي المواد المخدرة ، وتنقسم هذه الأعراض إلى أربع مجموعات فرعية وهما:

أولاً: فقدان السيطرة (١ – ٤)

١- استخدام الشخص لكمية أكبر، أو لفترة أطول مما هو مخطط له أو أكثر من المعتاد .

٢- أن يعبر الشخص عن رغبته في الامتناع، أو تنظيم استخدامه للمادة مع الاستخدام القهري والقيام بمحاولات فاشلة في الامتناع .

٣- الوقت الكبير الذي يستهلكه في الحصول على المخدر وتعاطى المادة ثم التعافي من آثار المخدر.

٤- الرغبة الملحة: مع التعاطي الشديد فإن كل شيء في الحياة اليومية يدور حول المخدر، وتُعرف الشعوذة بأنها رغبة قوية وملحة للمادة المتعاطاة .

ثانيا : الإعاقة الاجتماعية (٥ – ٧)

٥- التعاطي المتكرر للمواد المخدرة مع الفشل في الإيفاء بالالتزامات الاجتماعية في (العمل، الدراسة، المنزل)

٦- الاستمرار في التعاطي على الرغم من المشاكل الاجتماعية المتكررة والتدمير في العلاقات بسبب تأثيرالمخدر.

٧- التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية والإبداعية المهمة بسبب المخدر، فقد ينسحب الشخص من المشاركة من نشاط عائلي مهم (زواج/ وفاه) لكي يتعاطى المخدر.

ثالثا: الاستخدام الخطر(٨-٩)

٨- الاستخدام المتكرر للمخدرات في مواقف لها خطورة جسدية عالية .

٩- الاستمرار في التعاطي على الرغم من معرفة الشخص بوجود عواقب نفسية وجسدية متكررة أو دائمة.

رابعا: الخواص الدوائية (١٠-١١)

١٠- التحمل: وهو احتياج الشخص لجرعة كبيرة من المخدر للحصول على نفس المفعول السابق أو نقص هذا المفعول عند استخدامه لنفس الجرعة المعتادة من المادة .

١١- أعراض الانسحاب: هي أعراض تنتج عن النقص لمستوى المادة في الدم والأنسجة مما يجبر الشخص على إعادة التعاطي مرة أخرى لتفادي أعراض الانسحاب، فهي تختلف بحسب المواد والأشخاص (First, M. B ,2013,268-270).

النظريات المفسرة للإدمان

١- النظرية البيولوجية

أشارت هذه النظرية إلى تأثير المخدرات في وظائف أعضاء جسم الإنسان، وأن التعاطي للمواد المخدرة ينتج عنه تغيرات فسيولوجية تجعل التخلص منه أمراً معقداً، وتزداد الصعوبة أيضاً في تعود المدمن على التعاطي في المواقف الاجتماعية المختلفة مثل الأفراح والأحزان والمناسبات الخاصة(جواد فطاير ،٢٠٠١ ، ٣٠).

٢- نظرية التحليل النفسي

أرجعت مدرسة التحليل النفسي في تفسيرها للإدمان على أنه السعي لتحقيق اللذة والنشوة عن طريق المخدر وتقليل حالة الاكتئاب والقلق الذي يعاني منه، وترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على بعدي أساسيين هما:

الأول: هو الصراعات النفسية التي تكون بحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي والذي يرجع في الأصل إلى اضطراب علاقة الحب والإشباع العضوي وبخاصة في المرحلة الفمية والحاجة إلى الأمن وإثبات الذات وتأكيدها، وتكرار التعاطي يفسر حالة الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات(عبد الجواد خليفة، ٢٠٢٢،٦٣).

الثاني: يتمثل في التركيب النفسي للمدمن الذي يحدث حالة الاستعداد ومن ثم يأتي الدور الذي تلعبه آثار المخدر الكيمائية وخواصه (عفاف عبد المنعم، ٢٠٠٣ ، ٨٣) .

٣- النظرية السلوكية

قامت هذه النظرية على فكرة المثير والاستجابة، وان إدمان الفرد واعتماده على المخدرات ما هو إلا استجابة للمثيرات التي ترتبط بالمخدر، ومن أبرز الرواد الذين اهتموا بهذا الجانب وتفسيره هو "إيفان بافلوف" والذي يؤكد في توجهه إلى أن كل سلوك يصدر من الفرد ما هو إلا سلوك قديم تم تعلمه من قبل، ومن خلال تجربته الشهيرة والتي عزز بها قانون الارتباط الشرطي من خلال الكلب والطعام والجرس وأكد على أن الاستجابة مقترنة بالمثير (عبد الجواد خليفة ، ٢٠٢٢، ٦٥).

٤- النظرية المعرفية

رأى أصحاب التوجه المعرفي أن سلوك الفرد المضطرب أو الشاذ ومن ضمنه سلوك

التعاطي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب استجابة سلوكية غير متوافقة، والسلوك هنا تم اكتسابه عن طريق الملاحظة والتقليد، ووضح "باندورا" أهمية العوامل المعرفية مثل أفكار الناس ومعتقداتهم في تنظيم السلوك، وأعتبر التفكير بأنه المتغير الوسيط أو الدخيل بين المثير والاستجابة (Beck ,et al ,2001,23).

٥- نظرية الوصمة الاجتماعية

تُعد نظرية الوصم الاجتماعي من النظريات التي فسرت الإدمان في قضيتين، الأولى تكون في الهوة بين حكم بعض الأفراد على سلوكيات معينة وحكم الجماعة التي ينتمون إليها فعندما يبيح الأفراد لأنفسهم من ارتكاب هذه السلوكيات نجد الجماعة تُحرم وتُجرم هذه السلوكيات وتحكم على فاعلها بخروجه عن قواعد المجتمع (DiClemente ,2018, 13).

والقضية الثانية تتمثل في الأبعاد السلبية لقوة الضبط الاجتماعي على الأفراد والتي قد تدفعهم إلى الإجرام بعد فقدانهم السعي إلى الصيت الحسن وشهادة الأخلاق الاجتماعية (ولاء تقي الدين، ٢٠١٧ ، ٥١٧) .

٦- نظرية التعلم الاجتماعي

رأت هذه النظرية أن الأفراد الذين يتعاطون المخدرات ويدمنون عليها تكون نتيجة مخالطتهم لأشخاص مدمنين يرون هذا التصرف أمر عادي، شعور الفرد بالانتماء إلى هذه الجماعة الاجتماعية المحيطة به يجعله يتبنى الكثير من الأفكار الخاصة بها والتصرفات ومنها الإدمان ، والكلام الإيجابي الذي يقال عن تأثير المخدرات في خفض التوتر والقلق والإحساس بالنشوة والبعد عن المشاكل يجعل الفرد يلجأ إلى ممارسة هذه السلوكيات وتقليدها (Milhorn , 2018,42).

٧- النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي

النموذج التكاملي يهتم بجمع الكثير من التفسيرات السابقة من أهمية الناحية البيولوجية والنفسية والسلوكية والاجتماعية وأيضاً عوامل الانتكاسة فهو يهتم بالعوامل الوراثية والفسيولوجية وبتأثير المخدرات في وظائف أعضاء جسم الإنسان وبالصراعات النفسية التي أدت إلى تراكم الخبرات السلبية في حياة الفرد مما جعلته يلجأ للمخدرات لتخفيف

شعوره بالقلق والاكتئاب بالإضافة إلى المحتوى المعرفي الذي يتسم بالمعتقدات الخاطئة التي يتبناها المدمن وعوامل الضغط الاجتماعي والعوامل الأسرية والتقليد لسلوكيات التعاطي (DiClemente ,2018,20).

أنواع المواد المخدرة

- المثبطات (الكحوليات، الأفيون ومشتقاته ومنها الهيروين–الكودايين– الكيتامين– الترامادول– عقار – GHBالبنزو (المهدائات)
- المنشطات (الأمفيتامينات، الإكستاسي، الكوكايين، الكراك، الكريستال ميث، الكابتجون)
- القنبيات (الحشيش ، البانجو ، الماريجوانا ، الهيدرو)
- المهلوسات : عقار (LSD- MDMA)
- المستنشقات (مواد البنزين، الصمغ، مواد الطلاء، الأستون ، سائل الولاعات)

متلازمة الانتكاس

هناك اعتقاد خاطئ شائع حول الانتكاس هو أنه يحدث فجأة دون سابق إنذار، والحقيقة هي أن العديد من العلامات التحذيرية تسبق الانتكاس، المدمنون الذين يعتقدون أن الانتكاس يحدث فجأة لا يستطيعون تحديد العلامات التحذيرية التي تسبق انتكاستهم على المخدر مرة أخرى. (Milhorn, 2018, 234) .

مراحل الانتكاس

الانتكاس العاطفي، الانتكاس العقلي، الانتكاس الجسدي

١–**الانتكاس العاطفي:** مع الانتكاس العاطفي لايفكر المدمنون المتعافون في التعاطي ولكن عواطفهم وسلوكياتهم تجعلهم عرضة للانتكاس في المستقبل، يشغل الإنكار جزءاً كبيراً من الانتكاس العاطفي (محمد توفيق ،٢٠١٩، ٩٩) .

٢– **الانتكاس العقلي:** في الانتكاس العقلي، جزء من المدمن يريد التعاطي والجزء الأخر لايريد ويكون في حالة من الصراع الداخلي في تنفيذ الفكرة أم لا، علامات الانتكاس العقلي هي التفكير في الأشخاص والأماكن والأشياء التي تنطوي على تعاطي الكحول أو المخدرات الأخرى، التسكع مع الأصدقاء القدامى، التفكير والتخطيط للانتكاس (Mhlungu, 2018, 30).

٣- **الانتكاس الجسدي أو الفعلي:** بمجرد أن يبدأ المدمن في التفكير في الشرب أو التعاطي فلن يستغرق الأمر وقتا طويلاً للانتقال من الانتكاس العقلي إلى الانتكاس الجسدي، من الصعب إيقاف عملية الانتكاس في هذه المرحلة (رشا الزويعي ،٢٠١٧، ٨٠).

٢-المخططات المعرفية اللاتكيفية

وصفها يونج بأنها التنظيم الذي يأخذ منبعه في الطفولة ويؤثر على كل حياتنا وينتج عن ظروف تحملها الفرد من عائلته وأصدقائه من إهمال وانتقاد وإفراط في الحماية، ويكون ضحية الإساءة، الرفض من المحيط حوله أو التعرض للحرمان مع فقدان كل شيء بإمكانه أن يؤدى إلى صدمة، مع الوقت يندمج المخطط بشدة مع الشخصية لذا فهو أساس التكيف مع ظروف الحياة (Young , et al, 2003, 19).

ويمكن تعريف المخططات المعرفية اللاتكيفية كما يلي:

- هي نموذج أو موضوع واسع الانتشار.
- مشكلة من ذكريات وعواطف ومعارف وأحاسيس جسدية.
- تخص الذات والعلاقات مع الآخرين.
- تتطور خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة.
- أنماط معرفية وانفعالية هادمة للذات (Saddichha, et al ,2012 , 512) .

خصائص المخططات المعرفية اللاتكيفية

تتمثل خصائص المخططات المعرفية فيما يلي:

١) إن المخططات تُعد حقائق، مطلقة، أساسية وجوهرية لا ترتكز فقط على الصدمات التي حدثت أثناء الطفولة وإنما هناك عوامل أخرى تُسبب تطورها فالتجارب السيئة المتكررة أثناء الطفولة والمراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات (Van Vreeswijk,et al,2015,29).

٢) هي مدعمة للذات وتساعد على استمرارها ومن ثم فهي مقاومة لأي تغيير يحدث للذات(Saddichha, et al ,2012 , 524).

٣) تظهر المخططات خلال مرحلة الطفولة والمراهقة وتتشكل نتيجة تجارب الفرد وخبرات

حياته السابقة مثل علاقته بأسرته والآخرين ذوي الأهمية الذين يؤثرون في حياته خلال مراحل نموه (محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان، ٢٠١٥، ٩).

٤) تُعد المخططات هادمة للذات وتعود أسبابها إلى الخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة والمراهقة وتؤثر على الحياة الشخصية، العاطفية، الاجتماعية والمهنية للشخص (عزي نعيمة، ٢٠١٩، ٦٦٣) .

٥) تؤثر المخططات على طريقة إدراك الشخص للأشياء وكيفية التصرف والسلوكيات تُصبح مماثلة للوضعيات التي تشبهها فهي تضع بصمة الماضي والطفولة على الحاضر (Carducci & Nave, 2020, 365).

٦) يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة، فالمخططات الإيجابية المتأخرة هي مخططات تكيفية بينما المخططات السلبية المبكرة هي مخططات اختلالية وغير تكيفية وتؤدي إلى مشاكل نفسية عديدة (Farrell & Shaw, 2017, 9).

٧) يمكن أن تكون إشراطية أو غير اشراطية، فالإشراطية تتكون مؤخراً وتكون قابلة للتغيير، بينما الغير إشراطية تتطور مبكراً وتصبح معتقدات أساسية صلبة ولاعقلانية لأنها تتشكل في سن مبكرة وتصبح مألوفة (Minchin ,1999 , 167).

– فالمخططات المشروطة هي خمسة: الخضوع، التضحية، البحث عن الاستحسان، الاعتراف بالجميل، الإفراط في التحكم الانفعالي والمتطلبات المثالية/ النقد المفرط (Farrell, et al, 2017, 24).

– والمخططات غير المشروطة هي ثلاثة عشر مخططاً: التخلي/ عدم الاستقرار، الحذر/ التعدي، النقص العاطفي، عدم الإتقان/ الخجل، الانطواء الاجتماعي، التبعية/ عدم الكفاءة، الخوف من الخطر أو من المرض، الاندماجية/ شخصية غير ناضجة، السلبية/ التشاؤم، العقاب، الحقوق الشخصية المفرطة/ التكبر، نقص مراقبة الذات/ نقص التحكم الذاتي والفشل (Young, et al. 2003, 35).

مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية

لقد حدد يونج وزملاؤه بصورة عامة ١٨ مخطط معرفي غير تكيفي مبكر عند الفرد وقاموا بتقسيمهم إلى خمسة مجالات وهذه المخططات هي:

١- مجال الانفصال والرفض

يحتوي هذا المجال على مخططات تتسم بالإحباط فإن المرضى الذين لديهم مخططات في هذا المجال يكونون غير قادرين على تكوين علاقات آمنة مع الآخرين نتيجة عدم تلبية احتياجاتهم الأساسية من الاستقرار، الأمان، الرعاية ، الحب والانتماء حيث إن العائلات التي نشئوا فيها تتميز بعدم الاستقرار، لديها برود انفعالي، تفاعلات مسيئة وناقدة ومنعزلة عن العالم الخارجي (Lungu & Stomff, 2017, 426) .

ويحتوي على مخططات (الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/ الإساءة، الحرمان العاطفي، العيب/ الخجل ،العزلة الاجتماعية/ الاغتراب)

٢- مجال ضعف الأستقلالية وعدم الكفاءة

فالأشخاص الذين لديهم هذه المخططات يعتبرون أنفسهم تابعين، يشعرون بعدم الأمان، يعانون من ضعف السيطرة ، يخشون أن تؤدي القرارات المستقلة إلى إتلاف العلاقات المهمة ويتوقعون الفشل في المواقف الصعبة وأنهم غير قادرين على إنجاز المهام اليومية دون مساعدة (Farrell, et al, 2017,25).

وهي تحتوي على مخططات (الاعتمادية / العجز، القابلية للضرر/ المرض ، التعلق بالاخرين/ عدم النضج الذاتي ، الفشل) (Young, et al, 2003, 28).

٣- مجال الحدود الضعيفة

يفتقر الأشخاص الذين لديهم مخططات في هذا المجال إلى الانضباط الذاتي لإدارة حياتهم اليومية أو دراساتهم أو وظائفهم اليومية، يشمل أيضاً هذا المجال قلة الوعي باحتياجات الآخرين وعدم القدرة على كبت الرغبات والشعور بالاستعلاء Lungu & (Stomff, 2017, 427)، وتحتوي على مخططات (الاستحقاق/ العظمة، عدم ضبط النفس/ الانضباط الذاتي).

٤- مجال التوجهات نحو الآخرين

عادة ما يضع هذا المجال للأشخاص مخططات تتمثل في وضع احتياجات ورغبات الآخرين قبل احتياجتهم فإن معظم جهودهم موجهة نحو تلبية احتياجات الآخرين. ومع ذلك تختلف الطرق التي يحاولون بها ذلك باختلاف نوع المخطط الذي يمتلكونه، فهم

يعتقدون أن كل وظيفتهم هي جعل الآخرين يشعرون بالرضا (Lowery, 2019, 42). وتحتوي على مخططات (الخضوع/ الإذعان، التضحية بالنفس، السعي للقبول من الآخرين)

٥- اليقظة المفرطة والكبت

يتجنب الأشخاص الذين لديهم هذه المخططات الدخول في خوض أي تجارب وكذلك التعبير عن المشاعر والاحتياجات الأساسية ويقللون من قيمة التجارب الداخلية مثل العواطف فهم يكبتون مشاعرهم وخياراتهم ودوافعهم على حساب سعادتهم والتعبير عن أنفسهم ويؤدي ذلك إلى شعورهم بالحزن، الافتقار للعاطفة، عدم التأثر واعتلال الصحة (صفوت فرج ،٢٠٠٨، ٢٨٥) وتتضمن مخططات (السلبية/ التشاؤم، التثبيط العاطفي ، المعايير الصارمة / الحساسية للنقد ، القسوة/ العقاب) (Young, et al . 2003, 26).

وبعد تناول متغيرات البحث، أكدت العديد من الأبحاث بأن المخططات المعرفية اللاتكيفية لها دور في إدمان المخدرات وأيضاً لها دور تنبؤي بالانتكاسة والعودة إلى المخدر مرة أخرى بالإضافة إلى علاقة المتغيرات فيما بينها ومنها **دراسة Razavi, Soltaninejad & Rafiee (2012)** والتي استهدفت المقارنة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الرجال المدمنين وغير المدمنين وأمكانية التنبؤ بالإدمان، تكونت العينة من (٢٠٥) رجال مدمنين وغير مدمنين في مدينة كرمان، شارك فيها (٩٦) مدمنا و(١٠٦) غير مدمن، وتم أخذ العينة من خلال استخدام إستمارة تتكون من المعلومات الديموغرافية وتطبيق أستبيان يونج للمخططات، ووفقا لهذه الدراسة فإن أهم المخططات للرجال المدمنين هي الحرمان العاطفي، التضحية بالنفس، التثبيط العاطفي، المعايير الصارمة، الاستحقاق، عدم كفاية ضبط النفس / الانضباط الذاتي، الانفصال وكذلك الانتماء، التعرض للضرر، ومن المخططات التنبؤية للمرض حيث أظهر تحليل الأنحدار إن مخططات مثل عدم الثقة / سوء المعاملة، والتعرض للأذى أو المرض، الفشل، الحرمان العاطفي، التضحية بالنفس، عدم كفاية ضبط النفس/الإنضباط الذاتي، التشابك، العيب / الخجل، الهجر / عدم الاستقرار والعزلة الاجتماعية / الاغتراب يؤثر على الإدمان ويمكن أن يكون منبئات قوية للإدمان

والأضرار النفسية والشخصية. وتظهر النتائج إن الحرمان العاطفي والعيوب / مخططات العار تلعب دورا مهما في شدة الإدمان.

الدراسات السابقة

دراسة **(Oraki, M ,2019)** استهدفت التحقق من فعالية العلاج التخطيطي على الاكتئاب والانتكاس لدى الرجال المعتمدين على الهيروين ، المنهج: أعتمدت على المنهج شبه التجريبي ، أُجريت الدراسة على الأشخاص الذين أحالوا إلى عيادة علاج الإدمان (بطهران – إيران) من أكتوبر إلى فبراير (٢٠١٧) ، شارك في الدراسة عينة قوامها (٤٠) مريضاً وتم تعينهم بشكل عشوائي في مجموعات تجريبية (٢٠) ومجموعة ضابطة (٢٠)، في هذه الدراسة : تلقت المجموعة التجريبية برنامج العلاج بالمخطط (Schema Yang) بعدد ١٠جلسات لمدة ٩٠ دقيقة، بينما كانت المجموعة الضابطة على قائمة انتظار العلاج، النتائج: أظهرت النتائج أنه في مرحلة ما بعد الاختبار أن العلاج القائم على شفاء المخطط أدى إلى التحسن بشكل كبير من الاكتئاب ومعدل الانتكاس لدى الرجال المعتمدين على الهيروين مقارنة بالمجموعة الضابطة، يمكن استنتاج أن معدل الانتكاسة في المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج التخطيطي كان أقل من المجموعة الضابطة.

قام **(Lowery James ,2019)** بدراسة كان الهدف منها هو تحديد الأختلافات في عدد ونوع وقوة مخططات سوء التكيف لدى مجموعة من الشباب المتعاطي للمواد المخدرة مقارنة مع غيرهم من غير المتعاطين، وتكونت العينة من (٤٨) من الشباب وتم تقسيمهم (٣٦) من المتعاطين، (١٢) من غير المتعاطين ، وتم استخدام استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية ، وأشارت النتائج إلى أن من يعانون من أضطراب تعاطي المواد المخدرة لديهم قدر أكبر من مخططات سوء التكيف مقارنة بمجموعة غير المتعاطين وكانت المؤشرات عالية على مخططات الهجر/ عدم الاستقرار، انعدام الثقة / الإساءة، الحرمان العاطفي، العيب/ العار، الاعتماد/ عدم الكفاءة، عدم كفاية ضبط النفس/ الانضباط الذاتي .

وفي دراسة **(عبد العظيم محمد ، ٢٠٢٠)** كان الهدف منها هو الكشف عن النموذج البنائي الذي يوضح الدور الوسيط للصمود النفسي بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وبين احتمالية الإدمان لدى عينة من طلاب الجامعة، أعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي بصورته الارتباطية التنبؤية، العينة تم أختيارها بطريقة عشوائية من طلاب جامعة سوهاج بلغ عددهم (١٥٠١) طالبا وطالبة، وطبقت عليهم: مقياس الصمود النفسي (تقنين الباحث) واستبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية ليونج (تقنين الباحث)، ومقياس احتمالية الإدمان (تقنين الباحث)، وجاءت أبرز النتائج في إنه يوجد إرتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) للدرجة الكلية ولبعض المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على احتمالية الإدمان لدى طلاب الجامعة وهي (التشكيك والأساءة ، العيب/ العار، الاستحقاق ،الحرمان العاطفي ، التضحية بالنفس)، كما يوجد إرتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) للدرجة الكلية ولبعض أبعاد الصمود النفسي على احتمالية الإدمان لدى طلاب الجامعة ، كذلك يوجد إرتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) للدرجة الكلية ولبعض المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على الصمود النفسي لدى طلاب الجامعة.

دراسة (Jamshidi & Rasoulzadeh, 2020) أستهدفت تحديد العلاقة بين مخططات سوء التكيف المبكرة وخطر الانتكاس في تعاطي المخدرات، الطريقة : استخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وتضمنت العينة : جميع المرضى الذين يعانون من إدمان المواد الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠ و ٤٥ عاما بمدينة (مشهد بإيران) في عام (٢٠١٨ –٢٠١٩)، ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام استبيان المخططات (١٩٩٨) واستبيان التعرض للإدمان، النتائج: أشارت إلى وجود ارتباط كبير بين خطر الانتكاس في تعاطي المخدرات وجميع المخططات المبكرة لسوء التكيف، بما في ذلك الفشل (٠,٦٨٥)، العيب / العار (٠,٦٢٧)، الحرمان العاطفي (٠,٥٦٩)، عدم كفاية ضبط النفس / الانضباط الذاتي (٠,٧٧١)، التعرض للأذى أو المرض (٠,٥٤٨)، الاستحقاق / العظمة (٠,٤٧٠)، عدم الاستقرار (٠,٥٢٢)، عدم الثقة (٠,٥٧٩)، الحرمان العاطفي (٠,٤٩١)، العزلة الاجتماعية / الاغتراب

(٠,٦٧٩)، التضحية بالنفس (٠,٣٣٠)، الهجر / عدم الاستقرار (٠,٤٨٧)، القهر (٠,٦٤٩)، معايير صارمة / حرجة مفرطة (٠,٦٦٢)، والتبعية / عدم الكفاءة (٠,٤٧٤). وفقاً لذلك، يمكن لمتغيرات المخططات المبكرة لسوء التكيف أن ترتبط معاً بنسبة ٧٢ ٪ من التباين في خطر انتكاس تعاطي المخدرات. أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن المقاييس الفرعية للفشل، وعدم كفاية ضبط النفس / الانضباط الذاتي والحرمان العاطفي من أقوى المخططات التي ترتبط بخطر الانتكاس.

دراسة **(Ghailan, Karjouh, Ahami & Azzaoui ,2021)** أستهدفت تقييم المخططات المبكرة لسوء التكيف (EMS) بين متعاطي الهيروين وعلاقتهم بالانتكاسة أثناء العلاج بالميثادو ، الطريقة : أجريت هذه الدراسة على ١٦٦ متعاطي للهيروين عولجوا بالميثادون في مركز الطب النفسي في شمال المغرب خلال عام ٢٠١٧. ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام استبيان المخطط النسخة القصيرة (YQS)واستبيان (ASI مؤشر خطورة الإدمان) لقياس شدة الإدمان على المخدرات، أظهرت النتائج أن أكثر المخططات نشاطاً في مجمل العينة كانت الخوف من فقدان السيطرة والنقص العاطفي والفشل، وجود تنشيط لمخططات الرفض والانفصال والافتقار إلى الاستقلالية في النساء أكثر من الرجال فيما يتعلق بالانتكاس أثناء العلاج، كان هناك ارتباط إيجابي وهام بين تعاطي الهيروين مع عشرة من ثلاثة عشر مخطط ، مما يعني أنه كلما زادت مخططات سوء التكيف زادت احتمالية الانتكاسة، فإن المخططات التي تم تحديدها على أنها الأكثر تنشيطاً لدى متعاطي الهيروين هي: الخوف من فقدان السيطرة، والحرمان العاطفي، والفشل، وعدم الثقة والتخلي فتنتمي غالبية هذه المخططات إلى فئة الفصل والرفض.

تعليق عام على الدراسات السابقة

بعد الاطلاع على نماذج من الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية ، اتضح لنا إن المخططات المعرفية اللاتكيفية لها دور في إدمان المخدرات وأيضاً لها دور تنبؤي بالانتكاسة والعودة إلى المخدر مرة أخرى بالاضافة إلى علاقة المتغيرات فيما بينها ، وكان لهذا الإرث العلمي من الدراسات السابقة الدافع الذي جعل الباحثة تتناول في

الدراسة الحالية هذه المتغيرات مجتمعة لمعرفة دورها التنبؤي في حدوث الانتكاسة بعد تلقي المرضى للعلاج الذي يشمل تدخلات علاجية قائمة على ازالة السموم، استخدام الادوية، العلاج المعرفي السلوكي، المقابلات الدافعية، الخطوات الاثني عشر، مجموعات الدعم، العلاج الجمعي.

فروض البحث:

١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والشعور بالانتكاسة لدى عينة البحث من المدمنين.

٢- تسهم المخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالإنتكاس على المخدرات.

٣- توجد فروق دالة إحصائياً لدى عينة البحث من المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية تعزي لمتغير العمر.

منهج البحث وإجراءاته

١- **منهج البحث:** اعتمد البحث على استخدام المنهج الوصفي بتصميمه الارتباطي والمقارن لملائمته لطبيعة البحث

٢- **عينة البحث:** تكونت العينة من (٢٠٠) مدمناً معتمداً لعدة أنواع من المواد المخدرة، تابعين لقسم التأهيل النفسي الهاف واي (منتصف الطريق) لعلاج الإدمان ويخضعون لعدد من التدخلات العلاجية قائمة على ازالة السموم، استخدام الادوية، العلاج المعرفي السلوكي، المقابلات الدافعية، الخطوات الإثني عشر، مجموعات الدعم، العلاج الجمعي، تراوحت أعمارهم من (٢٠- ٥٠) سنة بمتوسط حسابي (٣١,٢) وانحراف معياري (٩,٤)، وأُختيرت العينة من الذكور فقط.

جدول (١)

خصائص العينة من حيث العمر، التعليم، العمل، الحالة الاجتماعية، محل الاقامة، الجزاءات القانونية، ونوع المخدر.

خصائص العينة			
المتغير	الفئات	العدد	النسبة المئوية
التعليم	تعليم عالي	١٠٨	%٥٤
	دبلوم	٦٨	%٣٤
	اعدادية	١٣	%٦,٥
	إبتدائية	١١	%٥,٥
العمل	أطباء	٢٤	%١٢
	مهندسين	٢٠	%١٠
	موظفين	٤٨	%٢٤
	أعمال حرة	٢٩	%١٤,٥
	طلبة	١٢	%٦
	مهنيين	٣٧	%١٨,٥
	لا يعمل	٣٠	%١٥
السن	٣٠-٢٠	٩٤	%٤٧
	٤٠-٣٠	٨٢	%٤١
	٥٠-٤٠	٢٤	%١٢
الحالة الاجتماعية	متزوج	٦١	%٣٠,٥
	اعزب	١٢٨	%٦٤
	مطلق	١١	%٥,٥
محل الاقامة	مدينة	١٢٢	%٦١
	قرية	٧٨	%٣٩
المشاكل القانونية	يوجد	٤٣	%٢١,٥
	لا يوجد	١٥٧	%٧٨,٥
مادة التعاطي	مشتقات الافيون	٤٢	%٢١
	القنبيات	٣٢	%١٦
	الامفيتامينات	٢٩	%١٤,٥
	الكحوليات	٨	%٤
	المهدئات	٢	%١
	مواد متعددة(هيروين ،كريستال ، حشيش)	٨٧	%٤٣,٥

يتضح من الجدول (١) التوزيع التكرري لخصائص العينة حيث جاءت تمثيل العينة من التعليم في المرتبة الاولى التعليم العالي بنسبة (٥٤%) ، يليه الدبلوم بنسبة (٣٤%) ، ثم الاعدادية بنسبة (٦,٥%) وأخيراً مرحلة الابتدائية بنسبة (٥,٥%) ، أما عن الحالة الوظيفية فجاءت فئة الموظفين بأعلى نسبة وهي (٢٤%) من أجمالي عدد العينة ، ثم

المهنيين بنسبة (١٨,٥%) ، يليها العاطلين (١٥%) ، ثم الاعمال الحرة (١٤,٥%) ، الاطباء (١٢%) ، المهندسين بنسبة (١٠%) واخيراً فئة الطلبة بنسبة (٦%) ، وجاء التوزيع التكراري لمتغير العمر لفئة (٢٠-٣٠) بنسبة (٤٧%) ، ويليها فئة (٣٠-٤٠) بنسبة (٤١%) وجاءت في المرتبة الأخيرة فئة (٤٠-٥٠) بنسبة (٢١%) ، وأنقسمت العينة من حيث متغير الحالة الاجتماعية إلى فئة الغير متزوجين بنسبة (٦٤%) ثم يليها فئة المتزوجين بنسبة (٣٠,٥%) وفي الفئة الاخيرة جاءت المطلقين بنسبة (٥,٥%) ، أما بالنسبة لمحل الإقامة جاء سكان المدينة بنسبة (٦١%) والقرويين بنسبة (٣٩%) ، أما من حيث الحالة القانونية قد تعرض (٤٣) فرد من أفراد العينة بنسبة (٢١,٥%) إلى المشاكل والجزاءات القانونية أما باقي العينة وبلغ عددها (١٥٧) بنسبة (٧٨,٥%) لم يتعرضوا لأي مشاكل قانونية بسبب التعاطي ، واخيراً اتضح ممن الجدول نوع المخدر الذي تم تعاطيه من قبل عينة الدراسة وتفرعت أنواع المخدرات إلى الافيونات بنسبة (٢١%) ، القنبيات (١٦%)، الامفيتامينات (١٤,٥%)، الكحوليات (٤%) المهدئات (١%) وجاءت المواد المتعددة وهي الهيروين والحشيش والكريستال ميث أو الشبو بنسبة (٤٣,٥%).

أدوات البحث

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية:

١- استمارة جمع البيانات الديمجرافية (إعداد الباحثة)

وتمثلت في معرفة البيانات الأساسية من السن، الوظيفة، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، محل الاقامة، المشاكل القانونية، نوع المخدر، مدة التعاطي وعدد الانتكاسات السابقة.

٢- مقياس الإنتكاسة للإدمان (إعداد /عاصم عبد الحميد ٢٠٢٣)

يتضمن الجزء الأول من المقياس البيانات الأولية للمفحوص مثل (الأسم، السن، الحالة الاجتماعية، مستوى التعليم، عدد سنوات الإدمان، المستوى الاقتصادي، نوع المادة المخدرة) بهدف معرفة درجة تأثير هذه الخصائص على الانتكاسة، الجزء الثاني أحتوى

على عبارات المقياس المكونة من (٦٤) عبارة موزعة على مجموعتين وهم كالتالي:
أ- المجموعة الأولى: هي عبارة عن بنود تقيس درجة الانتكاسة للإدمان ويُطلب من المفحوص الاجابة عليها لما يتطابق الموقف مع حالته الشخصية وتتراوح الإجابة بين ثلاثة مستويات وهي (دائماً – غالباً- أحياناً) وتتضمن هذه المجموعة (٥٧) عبارة تقيس سبعة أبعاد رئيسية وهي (البُعد المعرفي – الثقة بالنفس- الناحية العلاجية – الناحية السلوكية- الناحية النفسية- معني الحياة – بُعد اللهفة وتلميحات العقار)
ب- المجموعة الثانية: صممت لقياس درجة المصداقية لدى المفحوص حيث أنها تقيس أيضا الابعاد السبعة الرئيسية ولكنها صيغت في شكل مواقف من حياة الفرد على هيئة (١٣) عبارة ومكتوب تحتها مجموعة من التصرفات التي قد يلجا إليها العميل في التعامل مع هذه المواقف وبناءاً على استجاباته يتوصل الباحث لقياس درجة الانتكاسة للإدمان (عاصم عبد الحميد ،٢٠٢٣، ١٦-١٧).

الخصائص السيكومترية لمقياس الانتكاسة للإدمان في البحث الحالي

أولاً: ثبات المقياس: تم الاعتماد على نوعين من الثبات هما: الثبات بطريقة ألفا كرونباخ والثبات بطريقة إعادة تطبيق المقياس ويمكن تناولهما فيما يلي:

- طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة ألفا لكرونباخ للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ، والجدول (٢) التالى يُبين قيم معاملات ألفا:

جدول (٢)

قيم معامل ألفا لمقياس الانتكاسة للإدمان (ن=٢٠٠)

البعد	قيمة معامل ألفا
البعد المعرفي	٠,٨٥٧
الثقة بالنفس	٠,٨١٩
الناحية العلاجية	٠,٨٤٥
الناحية السلوكية	٠,٨٣٢
الناحية النفسية	٠,٨٢٥
اللهفة وتلميحات العقار	٠,٨٤٤
معنى الحياة	٠,٨٥٠
الدرجة الكلية للثبات	٠,٨٥٧

يتضح من جدول (٢) السابق أن قيم معامل ألفا لجميع الأبعاد تُعبر عن ثباتها، وهذا يُشير إلى أن المقياس يتسم بثبات ملائم.

ثانياً: صدق المقياس: تم الاعتماد على صدق المحك للتحقق من صدق المقياس الحالي وذلك على النحو التالي:

– الصدق المرتبط بالمحك: حيث تم تطبيق استبيان مواقف الانتكاسة إعداد (عبد الله عسكر وآخرين، ٢٠٠٥) والذي يتكون من (١٠٠) مفردة موزعة على ثمانية أبعاد ويغطي هذا الاستبيان المواقف الخطرة التي تؤدي إلى الانتكاسة في تعاطي المواد المخدرة بعد مرور الفرد بفترة من الامتناع عن التعاطي نتيجة لتلقيه علاج خاص داخل مؤسسة علاجية أو خارجها أو أمتنع من نفسه لظروف صحية أو نفسية أو اجتماعية، وأشارت كل عبارة إلى سبب يؤدي إلى الانتكاسة، ويتكون هذا الاستبيان من ثمانية أبعاد وهم (الاشتياق وتلميحات العقار، اختبار القدرة على السيطرة، ضغوط رفاق التعاطي، المشاعر السارة، المشاعر غير السارة، اضطرابات العلاقات بالآخرين، المشكلات الأسرية، الآلام النفسية والبدنية والوهن)، وتم أستخدامه كمحك لمقياس الانتكاسة للإدمان المستخدم في البحث الراهن والذي يتكون (٦٤) مفردة موزعة على سبعة أبعاد وهم (البُعد المعرفي– الثقة بالنفس– الناحية العلاجية – الناحية السلوكية– الناحية النفسية– معني الحياة– بُعد اللهفة وتلميحات العقار)، وتم توزيعه على المشاركين في التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (٢٠٠) مشارك، فبلغ معامل الارتباط (٠,٧٣٩) بما يشير إلى صدق المقياس.

٣– مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (إعداد جيفري يونج وترجمة محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان ٢٠١٥)

يتكون من ٧٤ بند موزعة على ١٥ بعد بواقع ٥ بنود أو فقرات لكل بعد من أبعاد هذا المقياس وهي كالأتي:

جدول (٣)

أبعاد مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية

أبعاد المقياس	البنود
١- الحرمان العاطفي	١-٥
٢- الهجر / عدم الاستقرار	٦-١٠
٣- التشكيك / الإساءة	١١- ١٥
٤- العزلة الاجتماعية / الوحدة	١٦-٢٠
٥- العيب / العار	٢١-٢٥
٦- الفشل	٢٦-٣٠
٧- الاتكالية / الاعتمادية	٣١-٣٥
٨- توهم الأذى أو المرض	٣٦- ٤٠
٩- التعلق / هدم الذات	٤١- ٤٥
١٠- الاذعان أو الانقياد	٤٦- ٥٠
١١- التضحية بالنفس	٥١- ٥٥
١٢- الكبت العاطفي	٥٦- ٦٠
١٣- المعايير الصارمة / النفاق	٦١- ٦٥
١٤- الاستحقاق / هوس العظمة	٦٦-٧٠
١٥-العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	٧١- ٧٥

واعتمد على مدرج خماسي (لا تنطبق على إطلاقاً، لا تنطبق على إلى حدٍ ما ، تنطبق على بدرجة متوسطة ، تنطبق على بدرجة مرتفعة وتنطبق على تماماً) وتكون الإجابة على المقياس بطريقة (ليكرت) حيث تتراوح الدرجات بين لا تنطبق على الاطلاق (درجة واحدة) وتنطبق علي تماما (٦ درجات) وتتراوح درجة كل بعد بين (٥-٣٠) درجة (محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان ،٢٠١٥ ، ٥١).

الخصائص السيكومترية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية في البحث الحالي

أولاً: ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس على الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

– طريقة ألفا كرونباخ: للأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (٤) التالى يُبين قيم معاملات ألفا:

جدول (٤)

قيم معامل ألفا لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (ن=٢٠٠)

البعد	قيمة معامل ألفا
الحرمان العاطفي	٠,٨١٤
الهجران/ عدم الاستقرار	٠,٧٩١
التشكيك/ الإساءة	٠,٨١٦
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	٠,٨٠٩
العيب/ العار	٠,٨٠٧
الفشل	٠,٨١٩
الاتكالية/ الاعتماد	٠,٧٨٨
توهم الأذى أو المرض	٠,٨٢٩
التعلق/ هدم الذات	٠,٨٣١
الإذعان أو الانقياد	٠,٨٢٧
التضحية بالذات	٠,٨٠٩
الكبت العاطفي	٠,٧٨١
المعايير الصارمة/ النفاق	٠,٨٠٣
الاستحقاق/ هوس العظمة	٠,٨٣٠
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	٠,٨٠٤
ثبات المقياس ككل	٠,٨٠٤

يتضح من جدول (٤) السابق أن قيم معامل ألفا لجميع الأبعاد تُعبر عن ثباتها، وهذا يُشير إلى إن المقياس يتسم بثبات ملائم.

ثانياً: صدق المقياس: تم الاعتماد على الاتساق الداخلي لبنود المقياس كمؤشر لصدقه، وذلك من حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، ودرجة كل بُعد والدرجة الكلية للمقياس؛ والجدول (٥)، (٦) يوضحان ذلك:

جدول (٥)

الاتساق الداخلي لمفردات مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (ن = ٢٠٠)

المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
١	٠,٧٣٦	٢٢	٠,٧٨٥	٣٩	٠,٧٣٨	٥٧	٠,٧٤٣
٢	٠,٧٥٨	٢٠	٠,٨٣٧	٤٠	٠,٧٦٤	٥٨	٠,٦٨٥
٣	٠,٨٤٧	٢١	٠,٨٢٩	٤١	٠,٨٢٩	٥٩	٠,٨٥٤
٤	٠,٨٥٣	٢٣	٠,٧٧٤	٤٢	٠,٨٠٤	٦٠	٠,٨٢٠
٥	٠,٨٧٧	٢٤	٠,٧٤٨	٤٣	٠,٦٩٢	٦١	٠,٧٠٣
٦	٠,٧٦٩	٢٥	٠,٧٩٥	٤٤	٠,٧٣٢	٦٢	٠,٧٤٩
٧	٠,٧٧٢	٢٦	٠,٨٤٤	٤٥	٠,٨٠٣	٦٣	٠,٦٩٩
٨	٠,٨٣٧	٢٧	٠,٨٧٢	٤٦	٠,٧١٤	٦٤	٠,٨٤٧
٩	٠,٨٨٢	٢٨	٠,٧٦٣	٤٧	٠,٨٠٠	٦٥	٠,٨٩٦
١٠	٠,٧٩٦	٢٩	٠,٧٢٨	٤٨	٠,٨٧٤	٦٦	٠,٨١٤
١١	٠,٦٩٧	٣٠	٠,٨١١	٤٩	٠,٧٢٥	٦٧	٠,٧٧٢
١٢	٠,٧٦٤	٣١	٠,٧٠٨	٥٠	٠,٨٦٩	٦٨	٠,٨٧٦
١٣	٠,٨٥٦	٣٢	٠,٨٤٦	٥١	٠,٨٢٩	٦٩	٠,٦٩٧
١٤	٠,٧٤٥	٣٣	٠,٨٨١	٥٢	٠,٧١٥	٧٠	٠,٧٧٤
١٥	٠,٧٩٠	٣٤	٠,٧٥٣	٥٣	٠,٧٣٤	٧١	٠,٧٢٨
١٦	٠,٨٢١	٣٥	٠,٧٤٩	٥٤	٠,٨٠٩	٧٢	٠,٨٥٣
١٧	٠,٨٥٩	٣٦	٠,٦٩٥	٥٥	٠,٧٢٥	٧٣	٠,٧٤١
١٨	٠,٧١٤	٣٧	٠,٨٣٦	٥٦	٠,٦٨٧	٧٤	٠,٨٢٥
١٩	٠,٦٨٩	٣٨	٠,٨٢٧				

يتبين من جدول(٥) السابق أن جميع مفردات المقياس ترتبط مع الدرجة الكلية للمقياس، وأن جميع قيم معاملات الاتباط تجاوزت الحد الأدنى للتشبع المقبول للبند وهو ٠,٣ مما يُعبر عن الاتساق الداخلي لبنود المقياس.

جدول (٦)

الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (ن = ٢٠٠)

البعد	قيمة معامل ألفا
الحرمان العاطفي	٠,٨٠٤
الهجران/ عدم الاستقرار	٠,٨٣٩
التشكيك/ الإساءة	٠,٧٥٨
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	٠,٨٠٩
العيب/ العار	٠,٨٤٤
الفشل	٠,٧٦٣
الاتكالية/ الاعتماد	٠,٧٢٤
توهم الأذى أو المرض	٠,٨٩٧
التعلق/ هدم الذات	٠,٨٧٤
الإذعان أو الانقياد	٠,٧٦٣
التضحية بالذات	٠,٨٨٠
الكبت العاطفي	٠,٨٩٦
المعايير الصارمة/ النفاق	٠,٨٤٨
الاستحقاق/ هوس العظمة	٠,٧٣٥
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	٠,٧٧٢

كذلك يتبين من جدول(٦) أن جميع أبعاد المقياس ترتبط مع الدرجة الكلية بدرجة كبيرة وأن جميع قيم معاملات الاتباط تجاوزت الحد الأدنى للتشبع المقبول للبند وهو ٠,٣ مما يُعبر عن الاتساق الداخلي لبنود المقياس.

نتائج البحث ومناقشتها

١- نتائج الفرض الاول

ينص الفرض الأول على أنه: " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والشعور بالانتكاسة للإدمان لدى المدمنين". وللتحقق من هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات المدمنين في مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية ودرجاتهم في مقياس الانتكاسة للادمان، وجدول (٩) يوضح نتيجة هذا الإجراء:

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والانتكاسة للإدمان

الانتكاسة للادمان / المخططات المعرفية اللاتكيفية	البعد المعرفي	الثقة بالنفس	الناحية العلاجية	الناحية السلوكية	الناحية النفسية	اللهفة وتلميحات العقار	معنى الحياة	الدرجة الكلية
الحرمان العاطفي	**٠,٤٧٢	**٠,٢١٤	*٠,١٥٠	**٠,٢٤٧	**٠,٢٨٨	**٠,٥٠٣	**٠,٢٨٤	**٠,٣٩١
الهجران/ عدم الاستقرار	**٠,٥٣١	**٠,٤٣١	٠,٦٠٠	*٠,١٤٢	**٠,٥٣١	**٠,٤٣١	**٠,٣٩٤	**٠,٤٠٢
التشكيك/ الإساءة	**٠,٣٧٤	**٠,٤١٠	**٠,٤٤٩	**٠,٢٩٨	**٠,٣٦٦	**٠,٢٩٦	**٠,٤٧٢	**٠,٢٥٧
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	**٠,٥٤١	**٠,٥٢٧	**٠,٣٠٢	**٠,٤٧٧	**٠,٥٥٣	**٠,٣٦١	**٠,٣٨٩	**٠,٢٣٩
العيب/ العار	**٠,٢٩٦	**٠,٣٧٨	**٠,٣٨٤	**٠,٥٣٦	**٠,٤١٧	**٠,٥٢٦	**٠,٤٢٩	**٠,٣٨٩
الفشل	**٠,٤٠٣	**٠,٤٧٢	**٠,٢٥٧	**٠,٣٨٧	**٠,٤٠٣	**٠,٢٧٨	**٠,٢٧٤	**٠,٣٦٩
الاتكالية/ الاعتماد	**٠,٣٣٢	**٠,٤١٦	**٠,٢٩٨	**٠,٣٤٧	**٠,٣٥٦	**٠,٤٢٧	**٠,٣٢٦	**٠,٤٤١
توهم الأذى أو المرض	*٠,١٤٢	*٠,١٥٠	**٠,٢٢٤	**٠,٣٥٢	**٠,٣٠٤	**٠,٢٩٧	*٠,١٤٧	**٠,٣٣١
التعلق/ هدم الذات	**٠,٢٩٨	**٠,٥٠٣	**٠,٥٤١	**٠,٣٩٦	**٠,٤٢١	**٠,٣٩٧	**٠,٢٩٨	**٠,٣٨٤
الإذعان أو الانقياد	**٠,٣٩٦	**٠,٤١٧	**٠,٣٨٧	**٠,٤٧٨	**٠,٣٩٧	**٠,٢٧٤	**٠,٣٥٧	**٠,٣٦٢
التضحية بالذات	**٠,٢٩٨	**٠,٦٠٢	**٠,٥٨٧	**٠,٣٣٦	**٠,٥٨٢	**٠,٣٩٨	**٠,٢٣٩	**٠,٤٢٩
الكبت العاطفي	**٠,٥٨٦	**٠,٢٤١	**٠,٤٩٣	**٠,٥٧٢	**٠,٤١٢	**٠,٥١٤	*٠,١٤٢	**٠,٥٢٢
المعايير الصارمة/ النفاق	**٠,٤٤١	**٠,٥٠١	**٠,٥٣٢	**٠,٣٤١	**٠,٥٦٩	**٠,٤٤٧	**٠,٤٧٢	**٠,٣٤٧
الاستحقاق/ هوس العظمة	**٠,٤١٢	**٠,٤٥٧	**٠,٤٢٧	**٠,٤٧٩	**٠,٤٣٦	**٠,٢٩٦	**٠,٥٠٩	**٠,٤٤١
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	**٠,٥٠٨	**٠,٤٩٣	**٠,٤٨٦	**٠,٥٣٦	**٠,٤٨٦	*٠,١٤٩	**٠,٤٠١	**٠,٤٧٢
الدرجة الكلية	**٠,٥٣١	**٠,٥٦٨	**٠,٥٧٩	**٠,٤٩٧	**٠,٤١٧	**٠,٥٢٤	**٠,٤٩٦	**٠,٥٧٤

***داله عند مستوى ٠,٠٥، ** دالة عند مستوى ٠,٠١**

يتضح من جدول(٧) أنه توجد علاقة ارتباطيه موجبة داله إحصائياً بين الدرجات الكلية لأفراد العينة الأساسية على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية ودرجاتهم الكلية على مقياس الانتكاسة للإدمان، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بينهما (٠,٥٧٤)، وهي قيمة

دالة إحصائياً عند مستوى(٠,٠١)، بما يشير إلى أنه كلما ارتفع مستوى المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى المدمن كلما زاد احتمال أن يحدث له انتكاسة والعودة إلى الإدمان ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى (٠,٠١) دالة إحصائياً بين الدرجات الكلية لأفراد العينة الأساسية على أبعاد مقياس الانتكاسة للإدمان ودرجاتهم على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية ، بحيث كان معامل ارتباطها مع بعد (الناحية العلاجية) هو الأكبر بقيمة (٠,٥٧٩)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الثقة بالنفس) بقيمة (٠,٥٦٨)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (البعد المعرفي) بقيمة (٠,٥٣١)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (اللهفة وتلميحات العقار) بقيمة (٠,٥٢٤)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الناحية السلوكية) بقيمة (٠,٤٩٧)، وكان أقلها معامل ارتباطها مع بعد (معنى الحياة) بقيمة (٠,٤١٧)، بما يشير إلى أنه كلما ارتفعت المخططات المعرفية اللاتكيفية ارتفعت مؤشرات الانتكاسة لدى المدمن ، كما توجد علاقة ارتباطية موجبة عند مستوى (٠,٠١) دالة إحصائياً بين الدرجات الكلية لأفراد العينة الأساسية على أبعاد مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية ودرجاتهم على مقياس الانتكاسة للإدمان ، بحيث كان معامل ارتباطها مع بعد (الكبت العاطفي) هو الأكبر بقيمة (٠,٥٢٢)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات) بقيمة (٠,٤٧٢)، ويليه معامل ارتباطها مع بعدى (الاستحقاق/ هوس العظمة، والاتكالية / الاعتماد) بقيمة (٠,٤٤١)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (التضحية بالذات) بقيمة (٠,٤٢٩)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الهجران/ عدم الاستقرار) بقيمة (٠,٤٠٢)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الحرمان العاطفي) بقيمة (٠,٣٩١)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (العيب/ العار) بقيمة (٠,٣٨٩)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (التعلق/ هدم الذات) بقيمة (٠,٣٨٤)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الفشل) بقيمة (٠,٣٦٩)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (الإذعان أو الانقياد) بقيمة (٠,٣٦٢)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (المعايير الصارمة/ النفاق) بقيمة (٠,٣٤٧)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (توهم الأذى أو المرض) بقيمة (٠,٣٣١)، ويليه معامل ارتباطها مع بعد (التشكيك/ الإساءة) بقيمة (٠,٢٥٧)،وكان أقلها معامل ارتباطها مع بعد (العزلة الاجتماعية/ الوحدة) بقيمة (٠,٢٣٩). وبذلك تم قبول العلاقة الاولى من الفرض

الاول.

– تتفق نتائج هذا الفرض مع العديد من الدراسات التي أشارت إلى العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وبين إدمان المخدرات وأيضا بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وبين إحتمالية الإدمان وبالتالي علاقتها بالشعور بالانتكاسة ستكون أيضا علاقة موجبة وهذا يحدد من خلال الدور الذي تؤديه المخططات اللاتكيفية على عدم التوافق مع الذات ومع العالم الخارجي ومن هذه الدراسات هي دراسة **(Lowery, 2019)** والتي أشارت إلى أن من يعانون من أضطراب تعاطي المواد المخدرة لديهم قدر أكبر من مخططات سوء التكيف مقارنة بمجموعة غير المتعاطين وكانت المؤشرات عالية على مخططات الهجر/ عدم الاستقرار، انعدام الثقة / الإساءة، الحرمان العاطفي، العيب/ العار، الاعتماد/ عدم الكفاءة، عدم كفاية ضبط النفس/ الانضباط الذاتي . وأشارت دراسة **(Haciomeroglu,et al,2015)** بأنه تم التنبؤ بشكل كبير بنوع التعاطي على الكحول والمخدرات من خلال مخططات الحرمان العاطفي ، التثبيط العاطفي ، الاندماج/ الاعتماد ، الاستحقاق / عدم كفاية ضبط النفس ، الهجر / عدم الاستقرار ، العقاب ، العيب / العار ، التعرض للأذى أو المرض والمعايير الصارمة . وأوضحت دراسة **Agin, et al, (2019)** إلى إن هناك ارتباطات بين المقاييس الفرعية لإحتمالية تعاطي المواد والمخططات المبكرة لسوء التكيف وهي مخطط سوء الثقة / إساءة الاستخدام والمعايير الصارمة / مخطط الحرج المفرط قادران على توقع إحتمال التعاطي والتوجه للإدمان، فإن مخططات سوء التكيف المبكرة لها دور في تشكيل الموقف تجاه تعاطي المخدرات. وفي دراسة **(عبد العظيم محمد ، ٢٠٢٠)** أوضح على إنه يوجد إرتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) للدرجة الكلية لجميع المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة على احتمالية الإدمان وكان الاكثر تنبؤا مخططات (التشكيك والأساءة ، العيب/ العار، الاستحقاق ،الحرمان العاطفي ، التضحية بالنفس) ، دراسة **(Yazdi Nezhad & Abdollahi, 2017)** أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد المدمنين على المخدرات لديهم عدد من المخططات المبكرة لسوء التكيف من عدم الثقة والعيوب والحرمان العاطفي والتبعية وضبط النفس .

فقد أتفقت بعض الدراسات على نوعية المخططات المؤدية للإدمان مع نوعية المخططات المؤدية للشعور بالإنتكاسة في الدراسة الحالية وهي (التثبيط العاطفي، العجز عن ضبط الذات ، الاستحقاق ، العيب/ العار، الحرمان العاطفي، الهجر وعدم الاستقرار، التضحية بالذات) ولكنها أختلفت معاها في عدد المخططات المرتبطة بالإدمان ومنهم دراسة **(Agin, et al, 2019)** ودراسة **(Zamirinejad, et al, 2018)** .

– وبهذا ترى الباحثة إن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نتجت من عدم إشباع الحاجات الأساسية في مرحلة الطفولة والاحباط المسمم للرغبات والتعرض للمواقف الصادمة أو الإيذاء فينمو لدى المريض العديد من المخططات من أمثال مخطط سوء الظن/ سوء المعاملة، العيب/ العار عدم الثقة، الحرمان وعدم الكفاءة والخجل ، ومن الخبرة العملية فأن العديد من المرضى قد تعرضوا لمواقف إيذاء وصدمات وأنتهاكات شخصية أدت إلى ظهور العديد من نقاط الضعف في الشخصية مما يجعلهم يستخدموا استراتجيات تكيف مدمرة للذات.

٢– نتائج الفرض الثاني

ينص الفرض الثاني على أنه: يمكن التنبؤ بالانتكاسة من خلال المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة البحث . وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل الانحدار البسيط Simple Regression لمعرفة دلالة المعادلة التنبئوية للمخططات المعرفية اللاتكيفية في التنبؤ بالإنتكاسة لدى عينة البحث .

جدول (٨)

نتائج تحليل الانحدار البسيط بالمخططات المعرفية اللاتكيفية على التنبؤ بالإنتكاسة

مصدر الانحدار	معامل الانحدار	الخطأ المعياري	معامل بيتا	ت	الدلالة
الثابت	٣١,٧١٨	٩,١٤١	-	٦,٨٩	٠,٠٠
الحرمان العاطفي	٠,٢٨٥	٠,١٣٠	٠,٣٠٦	٢,١٢	٠,٠٤
الهجران/ عدم الاستقرار	٠,٢٩٩	٠,١٩١	٠,٢٣٩	٣,١٦	٠,٠٠
التشكيك/ الإساءة	٠,٣٦١	٠,١٥٣	٠,٢٤١	٢,٦٥	٠,٠٠
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	٠,٣٤١	٠,٢٠٠	٠,٢٥٦	٢,٠٩	٠,٠٤
العيب/ العار	٠,٣٣٩	٠,١٠٠	٠,٢٥٤	٢,١٥	٠,٠٤
الفشل	٠,٢٩٧	٠,١٩٠	٠,٢٤١	٣,٠٢٠	٠,٠٠
الاتكالية/ الاعتماد	٠,٢٨٢	٠,١٨١	٠,٢٥٢	٢,٩٤١	٠,٠٠
توهم الأذى أو المرض	٠,٣٠٩	٠,١٤٥	٠,٢٤٥	٣,٤١٦	٠,٠٠
التعلق/ هدم الذات	٠,٣٤٤	٠,١٩٨	٠,٢٦٥	٢,٧٤٢	٠,٠٠
الإذعان أو الانقياد	٠,٣١٥	٠,١٩٩	٠,٢٦٨	٢,٨٤٤	٠,٠٠
التضحية بالذات	٠,٣٢٣	٠,١٩١	٠,٢٥٠	٣,١٠٢	٠,٠٠
الكبت العاطفي	٠,٣٤٧	٠,٢٠١	٠,٢٤٨	٣,٠٠٨	٠,٠٠
المعايير الصارمة/ النفاق	٠,٣٥٨	٠,٢٠٣	٠,٢٤٩	٢,٩٨١	٠,٠٠
الاستحقاق/ هوس العظمة	٠,٣٦٤	٠,٢٠٨	٠,٢٤٧	٣,١٦٤	٠,٠٠
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	٠,٣٣١	٠,١٩٨	٠,٢٣٩	٣,٤٤٢	٠,٠٠

وبناءً على ما تقدم فإنه يمكن صياغة معادلة انحدار المخططات المعرفية اللاتكيفية على الانتكاسة هي:

الانتكاسة= ٣١,٧١٨ + ٠,٢٨٥× الحرمان العاطفي + ٠,٢٩٩×الهجران/ عدم الاستقرار + ٠,٣٦١× التشكيك/ الإساءة +٠,٣٤١× العزلة الاجتماعية/ الوحدة+ ٠,٣٣٩ × العيب/ العار+ ٠,٢٩٧× الفشل +٠,٢٨٢× الاتكالية/ الاعتماد+٠,٣٠٩× توهم الأذى أو المرض+٠,٣٤٤× التعلق/ هدم الذات+ ٠,٣١٥× الإذعان أو الانقياد+٠,٣٢٣× التضحية بالذات+ ٠,٣٤٧× الكبت العاطفي+٠,٣٥٨× المعايير الصارمة/ النفاق+ ٠,٣٦٤× الاستحقاق/ هوس العظمة+ ٠,٣٣١× العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات

وأوضحت النتائج بأنه قد تنبأت جميع المخططات اللاتكيفية بالانتكاسة على المخدرات لدى عينة المدمنين الذين تلقوا علاج تأهيلي في فترة ما بين (٣:٦) أشهر وكانت أعلى درجات للمخططات التي تنبئات بالانتكاسة (العجز عن ضبط الذات، توهم الأذى أو

المرض، الاستحقاق وهوس العظمة، التضحية بالذات، الهجر وعدم الاستقرار، الكبت العاطفي، الفشل، المعايير الصارمة، الاتكالية والاعتمادية ، التعلق وهدم الذات ، الاذعان والمعايير الصارمة

وهذا يشير أن المخططات اللاتكيفية ليست فقط تتنبأ بأحتمالية الإدمان ولكن أيضا تتنبأ بالإنتكاسة والعودة مرة أخرى إلى التعاطي، وهذا من بداية الانتكاس العاطفي الذي يقع فيه المدمن بعد فترة من العلاج وصولاً إلى الانتكاس البدني أو الفعلي .

-فقد أتفقت نتائج هذا الفرض مع دراسة **(Jamshidi& Rasoulzadeh, 2020)** والتي أشارت نتائجها على وجود ارتباط موجب بين خطر الانتكاس في تعاطي المخدرات وجميع المخططات المبكرة لسوء التكيف، بما في ذلك الفشل (٠,٦٨٥)، العيب / العار (٠,٦٢٧)، الحرمان العاطفي (٠,٥٦٩)، عدم كفاية ضبط النفس / الانضباط الذاتي (٠,٧٧١)، التعرض للأذى أو المرض (٠,٥٤٨)، الاستحقاق / العظمة (٠,٤٧٠)، عدم الاستقرار (٠,٥٢٢) ، عدم الثقة (٠,٥٧٩)، الحرمان العاطفي (٠,٤٩١)، العزلة الاجتماعية / الاغتراب (٠,٦٧٩)، التضحية بالنفس (٠,٣٣٠)، الهجر / عدم الاستقرار (٠,٤٨٧)، القهر (٠,٦٤٩)، معايير صارمة / حرجة مفرطة (٠,٦٦٢)، والتبعية / عدم الكفاءة (٠,٤٧٤). وفقاً لذلك، يمكن لمتغيرات المخططات المبكرة لسوء التكيف أن ترتبط معاً بنسبة ٧٢ ٪ من التباين في خطر انتكاس تعاطي المخدرات. ومع دراسة **(Ghailan, et al, 2021)** أوضحت العلاقة بين المخططات و الانتكاسة خاصة في إدمان مخدر الهيروين كان هناك ارتباط إيجابي وهام بين الانتكاسة وعشرة من ثلاثة عشر مخطط ، مما يعني أنه كلما زادت مخططات سوء التكيف زادت احتمالية الانتكاس.

- وأختلفت نتائج الفرض مع دراسة **(Oraki, M ,2019)** والتي أشارت إلى أن العلاج القائم على شفاء المخطط أدى إلى التحسن بشكل كبير من الاكتئاب ومعدل الانتكاس لدى الرجال المعتمدين على الهيروين ، وأن معدل الانتكاسة في مجموعة العلاج تحت التخطيطي كان أقل من المجموعة التي لم تتلق هذا التدخل.

- تفسر الباحثة هذه النتائج بأن ما يحرك المدمن من وقت لأخر أثناء خوض رحلة

العلاج هو الصراع بين التخلي عن الاستمتاع التي تحدثه المخدرات متناسياً الخسائر التي تعرض لها أثناء التعاطي وبين الامتثال لقرار العلاج ، ومن هذا يحتاط المرضى بمجموعة من البرامج العلاجية التي تقدم لهم في قسم التأهيل النفسي من خلال العلاج المعرفي السلوكي، مجموعات المساندة من خلال فلسفة ال١٢ خطوة، المقابلات الدافعية، العلاج الجمعي وهذا يتم بجانب العلاج الدوائي للتخلص من السموم بالجسم تحت الأشراف الطبي، ولكن برغم هذه البرامج العديدة التي يخضع لها المدمن في مرحلة العلاج قد تفتقر هذه البرامج من رؤية الباحثة إلى العلاج القائم على شفاء المخططات والذي يُعد من العلاجات النفسية التكاملية والتي تجمع بين تقنيات علاجية موجودة سابقا وهي تقنيات معرفية وتجريبية وسلوكية ، بالإضافة إلى تقنيات العلاقة العلاجية. فهذه التقنيات يكون الهدف منها مساعدة الفرد على تلبية أحتياجاته الأساسية بطريقة تكيفية وهذا من خلال تحسين وضع التأقلم للبالغين بحيث يتم تشغيل المخططات بشكل يكون أقل في التكرار والكثافة ويُمكّن الفرد من التعافي بسرعة أكبر، فهو علاج يهدف إلى شفاء المخططات التي تعوق الفرد في التعامل بشكل صحي في المواقف الحياتية التي يمر بها . ويمكن من هذا نستنبط أن وجود المخططات اللاتكيفية قد تؤثر على نتائج العلاج وتتنبأ بالإنتكاسة على المخدرات فتتجلي المخططات في(العجز عن ضبط الذات ، توهم الأذى أو المرض ، الاستحقاق وهوس العظمة ، التضحية بالذات ، الهجر وعدم الاستقرار، الكبت العاطفي ، الفشل ، المعايير الصارمة ، الاتكالية والاعتمادية ، الإذعان والمعايير الصارمة) والدور التي تؤديه في تشكيل الاوضاع اللاتكيفية فيصبح الفرد حبيسا لمخططاته ورهين وظائفها المختلة ويصبح عاجز على تجاوزها.

٣-نتائج الفرض الثالث ومناقشته:

ينص الفرض هذا على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى عينة البحث من المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية تُعزي لمتغير العمر.

وللتحقق من هذا الفرض فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي لبيان دلالة الفروق بين المدمنين.

جدول (٩)

نتائج تحليل التباين لدى عينة الدراسة من المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية تبعاً للمستوى العمري

المتغير	مصدر التباين	مجموع المربعات	متوسط المربعات	درجات الحرية	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
السلبية والتشاؤم	بين المجموعات	٥٢١,١٢٤	٢٦٠,٥٦٢	٢	١١,٢٥٩	٠,٠٠
	داخل المجموعات	٤٥٥٨,٩٥	٢٣,١٤٢	١٩٧		
	كلي	٥٠٨٠,٠٨٠		١٩٩		
الهجران/ عدم الاستقرار	بين المجموعات	١٧,٦٧٧	٨,٨٣٩	٢	٠,٣٦	٠,٧٠
	داخل المجموعات	٤٩١٠,٧١٨	٢٤,٩٢٨	١٩٧		
	كلي	٤٩٢٨,٣٩٥		١٩٩		
التشكيك/ الإساءة	بين المجموعات	١١٠,٢٧٥	٥٥,١٣٨	٢	٢,٨١١	٠,٠٦
	داخل المجموعات	٣٨٦٤,٣٢٠	١٩,٦١٦	١٩٧		
	كلي	٣٩٧٤,٥٩٥		١٩٩		
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	بين المجموعات	٥٦٣,٢٣٧	٢٨١,٦١٨	٢	١٢,١٣٤	٠,٠٠
	داخل المجموعات	٤٥٧٢,٢٨٣	٢٣,٢١٠	١٩٧		
	كلي	٥١٣٥,٥٢٠		١٩٩		
العيب/ العار	بين المجموعات	٩,١٨٦	٤,٥٩٣	٢	٠,٢٠	٠,٨٢
	داخل المجموعات	٤٤٣٩,٦٨٩	٢٢,٥٣٦	١٩٧		
	كلي	٤٤٤٨,٨٧٥		١٩٩		
الفشل	بين المجموعات	٤٤,٥٦٨	٢٢,٢٨٤	٢	٠,٩٤	٠,٩٤
	داخل المجموعات	٤٦٧٧,٣٥٢	٢٣,٧٤٣	١٩٧		
	كلي	٤٧٢١,٩٢٠		١٩٩		
الاتكالية/ الاعتماد	بين المجموعات	٩٢,٢٩٦	٤٦,١٥	٢	٢,٠٤	٠,١٣
	داخل المجموعات	٤٤٥٥,٦٥٩	٢٢,٦١٨	١٩٧		
	كلي	٤٥٤٧,٩٥٥		١٩٩		
توهم الأذى أو المرض	بين المجموعات	٦,٣٣٩	٣,١٧٠	٢	٠,١٣	٠,٨٨
	داخل المجموعات	٤٧٠٥,٨١٦	٢٣,٨٨٧	١٩٧		
	كلي	٤٧١٢,١٥٥		١٩٩		
التعلق/ هدم الذات	بين المجموعات	١٦,٨٠١	٨,٤٠٠	٢	٠,٣٣	٠,٧٢
	داخل المجموعات	٤٩٥٢,٧٩٤	٢٥,١٤١	١٩٧		
	كلي	٤٩٦٩,٥٩٥		١٩٩		
التثبيط العاطفي	بين المجموعات	٢٠٩,٣٤٣	١٠٤,٦٧٢	٢	٤,٨٦٤	٠,٠٠
	داخل المجموعات	٤٢٣٩,٥٣٢	٢١,٥٢٠	١٩٧		
	كلي	٤٤٤٣,٩٥٦		١٩٩		
المعايير الصارمة	بين المجموعات	٢٢,٣٩٥	١١,١٩٨	٢	٠,٥٥	٠,٩٣
	داخل المجموعات	٤٠٣٤,٦٠٠	٢٠,٤٨٠	١٩٧		
	كلي	٤٠٥٦,٩٩٥		١٩٩		
الإذعان / الإنقياد	بين المجموعات	١٦,٢٣٧	٨,١٦٣	٢	٠,٤٩	٠,٥٨
	داخل المجموعات	٣٣١٠,٢٢٨	١٦,٨٠٣	١٩٧		
	كلي	٣٣٢٦,٥٥٥		١٩٩		
التضحية بالذات	بين المجموعات	٢٦٨,١٩٩	١٣٤,٠٩٩	٢	٥,٩٤٥	٠,٠٠
	داخل المجموعات	٤٤٤٣,٩٥٦	٢٢,٥٥٨	١٩٧		
	كلي	٤٧١٢,١٥٥		١٩٩		
الاستحقاق/ هوس العظمة	بين المجموعات	١٣٥,٨٣٧	٦٧,٩١٨	٢	٢,٩٢	٠,٠٦
	داخل المجموعات	٤٥٧٨,٣١٨	٢٣,٢٤٠	١٩٧		
	كلي	٤٧١٤,١٥٥		١٩٩		
العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات	بين المجموعات	١٢,٤٦١	٦,٢٣٠	٢	٠,٨٨	٠,٦١
	داخل المجموعات	٢٤٦٣,٨٩٤	١٢,٥٠٧	١٩٧		
	كلي	٢٤٧٦,٣٥٥		١٩٩		
الدرجة الكلية	بين المجموعات	١٢٧٦١,٥٨٨	٦٣٨٠,٧٩٤	٢	٤,٧٠١	٠,٠١
	داخل المجموعات	٢٦٧٣٧٢,٠٠٧	١٣٥٧,٢١٨	١٩٧		
	كلي	٢٨٠١٣٣,٥٩٥		١٩٩		

يتضح من جدول (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطات درجات عينة الدراسة من المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية تبعاً للمستوى العمري في كل من (التثبيط العاطفي، والعزلة الاجتماعية، السلبية أو التشاؤم، التضحية بالنفس، والدرجة الكلية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية)، بينما يتضح من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة الدراسة في باقي المتغيرات تبعاً لمستوى السن، ولمعرفة اتجاه الفروق بين متوسطات الدرجات ودلالتها، قامت الباحثة بمتابعة تحليل التباين باستخدام اختبار " شفيه " وكانت النتائج كما يوضحها جدول (١٠) التالى :

جدول (١٠)

نتائج اختبار "شيفيه" لتحديد اتجاه الفروق بين في مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية تبعاً للمستوى العمري

الأبعاد	المجموعات	المتوسطات	٢٠-٣٠	٣٠-٤٠	٤٠-٥٠
التثبيط العاطفي	٢٠-٣٠	١٢,٤٥	-	١,١٨	٤,٨٢
	٣٠-٤٠	١٤,٦٣	-	-	٢,٦٤
	٤٠-٥٠	١٧,٢٧	-	-	-
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	٢٠-٣٠	١٢,٩٢	-	٠,٣٢	٣,١٣
	٣٠-٤٠	١٣,٢٤	-	-	٢,٧١
	٤٠-٥٠	١٦,٠٥	-	-	-
السلبية والتشاؤم	٢٠-٣٠	١١,٤٠	-	٠,١٧	٤,١٣
	٣٠-٤٠	١١,٦٧	-	-	٣,٦٠
	٤٠-٥٠	١٥,٢٧	-	-	-
التضحية بالنفس	٢٠-٣٠	١٢,٤٣	-	١,٣٤	٤,٢٥
	٣٠-٤٠	١٣,٧٧	-	-	٢,٩١
	٤٠-٥٠	١٦,٦٨	-	-	-
الدرجة الكلية	٢٠-٣٠	٢٠٣,٧٨	-	٤,٣٥	٢٦,٩٠
	٣٠-٤٠	٢٠٧,٤٣	-	-	٢٢,٧٥
	٤٠-٥٠	٢٣٠,٦٨	-	-	-

يتضح من جدول (١٠) أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين متوسطات درجات عينة البحث تبعاً لمستوى السن، في كل من (التثبيط العاطفي، والعزلة الاجتماعية، السلبية / التشاؤم، التضحية بالنفس، والدرجة الكلية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية)

لصالح الأكبر سناً.

– فقد تتفق هذه النتائج مع دراسة **(Saddichha, S., et al, 2012)** فيما يخص مخطط التضحية بالذات حيث أوضحت النتائج بأن هناك ارتباط دال إحصائيا بين متغير العمر ومخطط التضحية بالذات يعزي لمن هم أكبر سناً ، مما يعني أن التقدم في العمر ربما أدي إلى زيادة الحساسية لمشاعر واحتياجات الآخرين غالبا على حساب أرضاء النفس، ومع دراسة **(أحمد حمزة وولاء العشري ،٢٠٢١)** والتي أوضحت نتائجها إلى وجود فروق دات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) تعزي لمتغير العمر لصالح الأكبر عمرا ، و أختلفت هذه النتائج مع دراسة **(Semlali Wafae, et al 2018,** والتي أشارت إلى عدم وجود أرتباط دال بين المخططات اللاتكيفية ومستوى العمر فيما عدا مخطط فقدان التحكم

– ويمكن تفسير هذه النتائج في ضوء ما أشار له يونج **(Young, et al, 2003,45)** إلى الاختلاف في المخططات والنماذج التكيفية فكل حالة تستعمل أسلوب تكيفي مختلف وفي أوضاع مختلفة لفترات زمنية من الحياة لكي يتكيف مع نفس المخطط ، فأسلوب التكيف الذي يضعه الفرد ليس ثابت عبر الزمن ولكن المخطط الأصلي لا يحدث له أي تغيير ، فمن خلال ملاحظة الأفراد أكتشف أن المخطط الموضوع لتكيف الفرد يظهر عن طريق نماذج سلوكية مختلفة وفي بعض الاحيان تكون متناقضة ، فالسلوك التكيفي ليس محتوى جوهري في حد ذاته ولكن هناك مخطط ينبع منه ، فقد يستجيب من هم أكبر عمرا بنماذج تكيفية تتلائم مع المرحلة العمرية الخاصة بهم من الكبت العاطفي والعزلة الاجتماعية التي تم تطويرها في وقت لاحق والتي لا تعكس ديناميكيات الاسرة النووية والسلبية والتشاؤم والتضحية بالنفس والتي استخدمت أشكال من أنماط المواجهة والتي ننظر إليها على أنها من إستراتيجيات البقاء التي تم تطويرها في مرحلة الطفولة للتعامل مع المواقف الصعبة وتتطور عبر مراحل العمر، فقد يكون العمر بالنسبة للمريض من عوامل القوة في العلاج وأيضا من عوامل الضعف وبما أن اتضحت الفروق في ثلاث مخططات لصالح الفئة الاكبر عمرا وهي (٥٠:٤٠) هنا يصبح العمر من عوامل الضعف التي تدفع المريض إلى السلبية والتشاؤم والتركيز

السلبي على نواحي الحياة المختلفة والتجنب من الدخول في خوض أي تجارب مما يقوده إلى التضحية بالنفس من خلال الإفراط في تناول المخدرات كأستراتيجية تكيفية لتخفيف الألم.

التوصيات

١- عمل برامج وقاية تستهدف اكتشاف المخططات المعرفية اللاتكيفية وعلاجها في مرحلة المراهقة لمنع الاشخاص من الإصابة بإضطراب تعاطي المخدرات .

٢- اختيار النهج العلاجي بناءاً على السمات الشخصية المميزة لدى المرضى المعتمدين على المخدرات لتفادي خطر الإنتكاسة .

٣- إجراء دراسات حول المخططات المعرفية اللاتكيفية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى المتعافين من الإدمان بعد إنهاء العلاج وبين المدمنين على المخدرات والعاديين والمنتكسين.

٤- إجراء دراسات حول أساليب المعاملة الوالدية والتنشئة الأسرية والمستوى التعليمي للأب والأم وعلاقتهم بالمخططات المعرفية اللاتكيفية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى المراهقين المحتمل تعاطيهم للمخدرات.

٥- إعداد برامج علاجية متكاملة وتشمل العلاج القائم على شفاء المخططات التي يخضع لها المرضى المتعاطين في أقسام التأهيل النفسي .

٦- معرفة عوامل الشخصية الخمسة الكبرى والمخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالانتحار لدى المدمنين والمنتكسين .

٧- إجراء مزيد من الأبحاث حول المخططات المعرفية اللاتكيفية وعوامل الشخصية الخمسة لدى عينات اكلنيكية مشخصة بمختلف الاضطرابات النفسية نظرا لأهميتهم في تشكيل الاضطرابات .

٨- إعداد برامج توعوية للوالدين لأهمية المراحل الأولى في تكوين شخصية الطفل وتلبية احتياجاته النفسية بشكل متوازن والبيئة الداعمة والمهيئة لتنمية شخصية سوية خالية من أي اضطرابات .

المراجع

المراجع العربية

- أحمد حمزة وولاء العشري . (٢٠٢١) . *المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة من طالبات جامعة الاميرة نورة بنت عبدالرحمن*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية . ١ (٢٩) . ٦٦٣-٦٧٠ .

- أنور الحمادي . (٢٠١٦) . *الدليل التشخيصي والأحصائي للأضطرابات النفسية والعقلية DSM- 5* . لبنان .الدار العربية للعلوم ناشرون .

- تيسير شواش ، سامي صابر وأحمد هاشم .(٢٠٢٠). *فنيات العلاج المعرفي دليل الممارسيين*. الاردن. دار الفكر.

- جواد فطاير . (٢٠٠١) . *الإدمان ، أنواعه ، مراحله ، علاجه* . القاهرة. دار الشروق.

- خالد محمد المهندي . (٢٠١٣) .*المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي* . قطر. مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات .

- دعاء فاروق وسارة نجيب . (٢٠٢١) . *المخططات المعرفية اللاتكيفية واضطرابات الشخصية المنبئة باحتمالية تعاطي المخدرات والإدمان لدى عينة من طلاب الجامعة والمدمنين* . مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي. كلية التربية . جامعة أسيوط . ٤(٤).٢-٤٦ .

- رشا الزويعي . (٢٠١٧) . *العلاج من الإدمان والوقاية من الانتكاسة* . جامعة عين شمس . كلية التربية . ٤١ (٢) . ٤٨- ١٢٣.

- صفوت فرج . (٢٠٠٨) .*علم النفس الإكلينيكي* . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.

- عاصم عبد الحميد .(٢٠٢٣) . مقيلس الإنتكاسة للإدمان. القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.

- عبد الجواد خليفة . (٢٠٢٢) . *العلاج المعرفي السلوكي لأضطرابات الشخصية* . ط٢

. القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.

– عزي صالح نعيمة . (٢٠١٩). العلاج المعرفي السلوكي مقاربة نظرية حول نظرية آرون بيك وجيفري يونج . *مجلة آفاق علمية* . ١١ (٣) . ٦٥٦-٦٧١ .

– عفاف عبد المنعم . (٢٠٠٣) . *الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه* . الإسكندرية . دار المعرفة الجامعية للنشر والتوزيع .

– محمد توفيق . (٢٠١٩) . *الإدمان على المخدرات مدمرات العقول* . الرياض . المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية . مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر والتوزيع .

– محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان . (٢٠١٥) . *مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية* . القاهرة. دار الكتاب الحديث .

– محمد عبد العظيم . (٢٠٢٠) .*النموذج البنائي للعلاقات بين احتمالية الإدمان والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة والصمود النفسي لدى طلاب الجامعة* . مجلة كلية التربية . جامعة المنصورة. ١١١(١) .٣٧٥- ٤٥١ .

– محمد غباري . (٢٠٠٧) . *الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي*. الإسكندرية. دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر

– محمود عبد الرحمن وإيمان مصطفى. (٢٠٠٠) . إدمان الكحول والمشروبات الكحولية. *مجلة أسيوط للدراسات البيئية*. ع ١٩ . ٢٩٢-٣٦٢.

– ولاء محمد تقي الدين . (٢٠١٧) . أسباب تعاطي المخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الأبناء. *المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال* . جامعة المنصورة. ٤(١) . ٥١١-٥٤١ .

المراجع الأجنبية

- Agin, K., Dehaghi, A. M. B., & Babaei, M. (2019). *Assessment of the Relationship between Attitude toward Substance Abuse and Early Maladaptive Schemas in Medical Students*. J Psychol Psychother, 9(353), 2161-0487.

- Aaron T. Beck, Fred D. Wright , Cory F. Newman , Bruce S. Liese (2001). *Cognitive therapy of substance abuse.* Guilford Press . London.

- Carducci, B. J., Nave, C. S., Mio, J. S., & Riggio, R. E. (2020). *The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Volume I.USA.
- DiClemente, C. C. (2018). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York .Guilford Publications.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2017). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. Guilford Publications.
- First, M. B. (2013). *DSM-5® handbook of differential diagnosis*. American Psychiatric Pub.
- Ghailan, T., Karjouh, K., Ahami, A. O. T., & Azzaoui, F. Z. (2021). *Early maladaptive schemes and relapse during methadone maintenance treatment among drug addicts (a cognitive approach). L'encephale*, 48(5), 538-545.
- HACIÖMEROĞLU, B., AK, M., GARİP, B., ÇINAR, A., & CONGOLOĞLU, E. (2015*). The role of early maladaptive schemas and coping strategies in substance dependence. Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 3*(3), 162-162.
- JAMSHIDI, S., & RASOULZADEH, T. S. (2020). *The Role of Early Maladaptive Schemas in Predicting the Risk of Substance Abuse Relapse*. MIDDLE EASTERN JOURNAL OF DISABILITY STUDIES.10(1),1-141.
- Lowery, M. J. (2019). *Early Maladaptive Schemas in Adult Male Substance Abusers and Non-abusers* (Doctoral dissertation) , Adler University. Chicago.
- Lungu, V., & Stomff, M. (2017). *The Early Maladaptive Cognitive Schemas and Personality Traits in Emerging Adulthood. LUMEN Proceedings, 1*, 424-437.
- Mhlungu, S. A. (2018). *Exploring the perceived effectiveness of cognitive behavioural therapy as a treatment model for substance use disorders with co-occurring disorders at substance abuse rehabilitation centres in Gauteng* (Doctoral dissertation). UNIVERSITY OF SOUTH AFRICA.
- Milhorn, H. T. (2018). *Substance use disorders. A Guide for the Primary Care Provider. Switzerland:* Springer International

Publishing AG.
- Minchin, L. (1999). *The Early Maladaptive Schema Model of Personality Disorder: An Assessment of Young and Brown's Schema Questionnaire (Short Form)*. University of Surrey (United Kingdom).
- Obradovic, I. (2020). *Drugs and addictions in Overseas Territories. Condition of the premises and problems*. Paris, OFDT, coll. Thema.
- Oraki, M. (2019). *The effectiveness of the schema therapy on depression and relapse in heroin-dependent individuals. Biquarterly Iranian Journal of Health Psychology, 2*(1), 9-18.
- Roccas, S., Sagiv, L., Schwartz, S. H., & Knafo, A. (2002). *The big five personality factors and personal values*. *Personality and social psychology bulletin*, *28*(6), 789-801.
- Saddichha, S., Kumar, A., & Pradhan, N. (2012). *Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive?*. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, *17*(6), 523.
- Semlali Wafae, I., Tarik, G., Ahmed, A., Fatima-Zahrae, A., Khadija, K., & Khaoula, M. (2018). *Measurement of early maladaptive schemas in heroin addicts treated with methadone in north of Morocco. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *8*(3), 185-196.
- Semlali Wafae, I., Tarik, G., Ahmed, A., Fatima-Zahrae, A., Khadija, K., & Khaoula, M. (2018). *Measurement of early maladaptive schemas in heroin addicts treated with methadone in north of Morocco. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, *8*(3), 185-196.
- Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2011). *Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. Addictive disorders & their treatment*, *10*(4), 169.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2015). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema*

therapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press.
- Zamirinejad, S., Hojjat, S. K., Moslem, A., MoghaddamHosseini, V., & Akaberi, A. (2018). *Predicting the risk of opioid use disorder based on early maladaptive schemas*. *American journal of men's health*, *12*(2), 202-209.
-https://www.psychiatry.org/patients-families/climate-change-and-mental-health-connections