

المخططات اللا توافقية المبكرة لدى مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي وغير المستخدمات لها

عزة محمد صديق رفاعي (*)

الملخص:

هدف البحث الحالي إلى دراسة الفروق في المخططات اللا توافقية المبكرة لدى مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي وغير المستخدمات لها، وتحديد المخططات اللا توافقية المبكرة المنبئة بالتعاطي. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين، الأولى تكونت من مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي وعددهن ٢٠ امرأة من الباحثات عن العلاج، متوسط أعمارهن ٢٩،٧٥ + ٥،٧٩، والثانية تضمنت مجموعة غير إكلينيكية من غير المستخدمات للمواد ذات التأثير النفسي، متوسط أعمارهن ٣٤،٧١ + ٩،٩١. أُجبن عن استخبار يونج للمخططات اللا توافقية المبكرة (النسخة المختصرة)، وصحيفة البيانات الديموجرافية. وقد أسفرت النتائج عن وجود فروق بين المجموعتين في ثمانية مخططات (الحرمان العاطفي، والعزلة الاجتماعية، والقصور، والفشل في الإنجاز، والاعتمادية، والخضوع، والمعايير الصارمة، وعدم كفاية ضبط الذات) وكذلك في الدرجة الكلية للمجال الأول (الانفصال/ الرفض) والمجال الثاني (العجز عن الاستقلال)، وكذلك في الدرجة الكلية للمقياس، والفروق في اتجاه مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي، وعن مجالات المخططات المنبئة بالإدمان كانت (الانفصال / الرفض) و(القمع/ الحذر المبالغ فيه)، وقد تُوقِشت النتائج في ضوء نظرية المخططات ليونج والدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية:

المخططات اللا توافقية المبكرة- الإدمان- أنماط المخططات- نمو المخططات

(*) أستاذ مساعد كلية الآداب - قسم علم النفس - جامعة حلوان - للمراسلات في شأن هذا البحث ترسل إلى
drazasediek@yahoo.com

Early Maladaptive Schemas in Adult Females Substance Users and Non Users

(*) Aza Mohamed Sediek

This research had two aims, the first was to clarify the differences in early maladaptive schemas (EMS) between substance users and nonusers adult females. The second was to know which early maladaptive schemas can predict substance use. The sample consisted of two groups, the first group was 20 inpatient under treatment, their mean age was 29,75, with a standard deviation 5,79, the second group was 21 nonclinical group, with mean age 34,71 and standard deviation 9,91. They answered Young early maladaptive schemas questionnaire (short form 75 items) and demographic sheet. Statistical techniques indicated the following results: Substance users had higher significant means both in eight schemas (emotional deprivation, social isolation, shame, failure, dependence, subjugation, unrelenting standards and insufficient control) and in two domains (disconnection and rejection, impaired autonomy and performance) than nonclinical group. Both disconnection / rejection, and overvigilance/inhibition domains can predict substance use. In general the results support Young's schemas theory.

مقدمة:

لا يزال الضرر الناجم عن تعاطي المخدرات فادحا، فهناك نحو ٥% من سكان العالم البالغين تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في عام ٢٠١٥، والأكثر مدعاة للقلق أن نحو ٥,٢٩ مليونا من متعاطي المخدرات البالغين يعانون من اضطرابات ناشئة عن تعاطي المخدرات إلى درجة أنهم أصبحوا بحاجة إلى العلاج، نظرا لإصابتهم بالعديد من الأمراض التي، قد تؤدي إلى الوفاة أحيانا بسبب طرق التعاطي؛ فهناك ارتفاع في معدل الوفيات بينهم بسبب الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة، أو التهاب الكبد الوبائي من النوع C؛

(*)Assistant Professor In Faculty Of Arts At Helwan University

نظرا للتعاطي عن طريق الحقن. وفي العقد الماضي ازدادت الآثار الصحية السلبية لتعاطي المخدرات بسرعة أكبر بين النساء مقارنة بالرجال، ولا سيما الاضطرابات الناتجة عن تعاطي الأفيون والكوكايين بين النساء؛ فكانت نسبة تعاطيهما بين النساء ٢٥%، و ٤٠% وهي أعلى منه عند الرجال حيث وصلت النسبة بينهم ١٧%، و ٢٦% على التوالي (مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، ٢٠١٧).

ويعد الإدمان مرضا جسديا ونفسيا واجتماعيا، وتؤدي فيه عوامل ما قبل الإدمان دورا أساسيا في تكوينه، والمخططات اللا توافقية المبكرة تعد عامل خطورة لمعظم الاضطرابات النفسية خاصة المزمنة منها والمقاومة للتغيير مثل تعاطي المواد ذات التأثير النفسي (Shorey, Stuart & Anderson, 2014) والمخططات اللا توافقية المبكرة هي معتقدات غير توافقية عن الذات وعلاقة الفرد بالآخرين. وتنشأ من خبرة أحداث الحياة الضاغطة التي مر بها الفرد في مرحلة الطفولة، وعندما تنشط تؤدي به إلى الشعور بالكرب النفسي (Thimm, 2017)

وتعد المخططات اللا توافقية المبكرة، أحد العوامل المفترض وقوفها وراء تعاطي المواد المخدرة (Bojed & Nikmanesh, 2013) إذ إن لها تأثيرا قويا على استراتيجيات المواجهة؛ فهي تؤثر على الجانب المعرفي للفرد (فجده يتجنب التفكير في أمور معينة) أو الجانب الانفعالي (كما يتمثل في كف المشاعر) أو الجاني السلوكي (ويتجلى في الهروب من مواجهة الموقف الضاغطة، وذلك بتعاطي الكحوليات أو المواد ذات التأثير النفسي) و/ أو جسمية كما تظهر في صورة أعراض جسمية، وبعبارة أخرى فهي أساليب لتجنب أو كف الأفكار والمشاعر والانفعالات المرتبطة بتنشيط المخططات (Khosravani, Seidisarovei & Alvani, 2016)

وعلى ذلك بدأت تتزايد الأبحاث المهمة بالمخططات اللا توافقية المبكرة لدى المتعاطين، التي أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين درجات المدمنين وغير المدمنين والفروق كانت إلى جانب المدمنين في الغالبية العظمى من تلك

المخططات، وإن تباينت تلك المخططات من دراسة لأخرى (e.g: Razavi, Soltaninezhad & Rafiee, 2012; Nikmanesh, Kazemi, Khosravi & Bahoner, 2015)، فضلا عن ارتباط المخططات اللا توافقية المبكرة بالتعاطي لدى الشباب والراشدين (Shorey, Anderson & Stuart, 2013). وقد أشارت بعض الدراسات (Shorey, Anderson & Stuart, 2012; Shorey et al., 2014; Jablonski & Chodkiewicz, 2017) إلى أن درجات الإناث أعلى من درجات الذكور على معظم المخططات غير التوافقية المبكرة، ومن ثمَّ فقد يكون للمخططات غير التوافقية المبكرة أهمية خاصة لدى المدمنات، والأكثر من هذا أشارت بعض الدراسات إلى أن علاج التعاطي الذي يركز على خفض المخططات اللا توافقية المبكرة يؤدي إلى تحسين النتائج على المدى البعيد، ورغم أهمية النتائج التي توصلت لها الدراسات السابقة؛ فإنه يصعب تعميمها على المدمنات؛ وذلك لندرة الأبحاث التي أجريت على عينات من المدمنات، كما أن معظم الأبحاث أجريت على عينات من المدمنين الذكور، أو أجريت في ثقافة أخرى -جنوب شرق الولايات المتحدة في دراسة شورى ٢٠١٤ مثلاً-، أو لاختلاف خصائص العينة من حيث العمر، مادة التعاطي، الخضوع للعلاج من عدمه (Shorey, et al., 2014).

وقد ترجع ندرة تلك الدراسات إلى إمكانية الوصول لعينات من الذكور المدمنين مقارنةً بالإناث، أو لعدم إفصاح الإناث عن التعاطي خشية الوصمة، أو لعادات المجتمع وتقاليدته التي تقف حائلاً أمام طلب الأنثى للعلاج من الإدمان مقارنةً بالذكور. وإن كانت هناك إشارة في تقرير المخدرات العالمي المُقدم من قبل مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة (٢٠١٧) بتزايد نسبة التعاطي بين الإناث، بل وإقبال المدمنات على طلب العلاج، وإن كانت نسبتهن أقل من الذكور -في مجتمعاتنا الشرقية- ولذلك فالأمر بحاجة إلى إجراء مزيداً من الأبحاث على المدمنين بوجه عام والمدمنات بوجه خاص، وذلك للوقوف على المخططات اللا توافقية المبكرة لديهن، باعتبارها عوامل

كامنة وراء الإدمان بوجه عام، والمميزة لهن بشكل خاص، حتى يمكن علاجها، وعلى هذا يحاول البحث الحالي الإجابة عن السؤالين التاليين:

١- هل توجد فروق بين مستخدمات المواد النفسية وغير المستخدمات في المخططات اللاتوافقية المبكرة؟

٢- هل للمخططات اللاتوافقية المبكرة القدرة على التنبؤ باستخدام المواد ذات التأثير النفسي لدى عينة المستخدمات؟

أهمية الدراسة:

الأهمية النظرية: إجراء بحث على عينة لم تلق اهتمامًا في كثير من الأبحاث (المدمنات)، وتوفير مادة علمية للباحثين والمعالجين عن أحد المتغيرات المهمة (المخططات اللاتوافقية المبكرة) التي تقف وراء استخدام المواد النفسية، والاستمرار، بل والانتكاسة أيضًا، وتحديد أهم المخططات المميزة لهن حتى يُتعامل معها. إذ يؤكد الباحثون ضرورة تغيير المخططات اللاتوافقية المبكرة، بالإضافة إلى علاج الإدمان، وأنَّ هناك حاجة ملحة إلى إجراء مزيد من البحوث في هذا المجال (Jablonski & Chodkiewicz, 2017).

الأهمية التطبيقية: وتتجلى في جانبين، الجانب الأول ويختص بالتعامل مع مريض الإدمان: ويتضمن عمل برامج للإرشاد والعلاج النفسي تهدف إلى علاج تلك المخططات وإضعافها، على أن تُقدم هذه البرامج بشكل فردي أو جمعي، فتعديلها بشكل يتزامن مع العلاج الدوائي قد يؤدي إلى تحسين نتائج العلاج ويقلل من احتمالية الانتكاسة (Shorey et al., 2014).

الجانب الثاني للأهمية التطبيقية: ويختص بعمل برامج للإرشاد والعلاج الأسري لإرشاد المقبلين على الزواج، ولأسر المدمنين، وغير المدمنين، أي تقديم برامج وقائية بمستوياتها الثلاثة تستهدف مختلف الفئات الاجتماعية، لإرشادهم بكيفية التعامل مع الأبناء، والأهمية النفسية للاهتمام بالأبناء وتوفير الأمن والحب والرعاية لهم، وضرورة الاستماع لهم، وتدريبهم على التعبير عن ذواتهم، والاعتماد على أنفسهم... لبناء شخصية سوية.

مفاهيم الدراسة:

أولاً: مفهوم المخططات اللا توافقية المبكرة:⁽¹⁾

أُسْتُخْدِمَ مفهوم المخطط لأول مرة بواسطة بارتليت 1932 Bartlett لشرح كيفية فهم الأفراد للعالم، كما ينظم من خلاله المعلومات في بنائهم المعرفي، وفي عام ١٩٧٦ وضع بيك Beck نظرية تشير إلى أن انفعالات وسلوكيات الفرد تتشكل وتظهر من خلال المعارف أو المخططات المعرفية لديه، وعرف المخططات بأنها أبنية معرفية يستخدمها الفرد لترميز وفحص وتفسير المعلومات التي يواجهها في البيئة، ورغم أن المخططات يمكن أن تنمو في أي مرحلة عمرية، فإنه يعتقد أنها تنمو خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وتستمر مدى الحياة، وتمثل مستويات أعمق من المعتقدات عن الذات، وهي عامة وجامدة (متصلبة) (Roper, Joanne, Dickson, Tinwell, Booth & Booth, 2016; McGuire, 2010; Shorey, Anderson & Stuart, 2012; Irkorucu, 2016). وقد جمع يونج 1990 Young ما قدمه بيك ١٩٧٦ وبولبي 1988 Bowlby، وقدم تعريفاً للمخططات بأنها موضوعات ثابتة ودائمة، تتألف من الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسمية المرتبطة بالذات وعلاقة الفرد بالآخرين. وهي تتطور أثناء الطفولة وتمتد على مدى حياة الفرد، وهي مختلة وظيفياً إلى حد كبير، وتنشأ من التفاعل بين الحالة المزاجية للطفل (كالقلق، الخجل، السلبية...)، وخبرات الحرمان و/أو الإحباط والإساءة من قبل الوالدين أو الأشقاء أو الأقران. وتوجد هذه المخططات لدى الأسوياء، ولكنها تصبح متطرفة لدى ذوي الاضطرابات (Young, Klosko & Wishaar, 2003; Calvete, Corral, Estevez, 2007; Neacsu, 2016; Marengo, Klibert, Rohling, Warren & Smalley, 2018; Basile, Tenore & Mancini, 2019) فقد تبين لفلهانتدوست ودولتشي وخاني ونوري (Falahatdoost, Dolatshahi, Khani & Nouri, 2013) أن التعرض للعنف يُنشِط المخططات اللا توافقية

(1) Early Maladaptive Schemas

المبكرة، كما أنّ تلك المخططات تُهيئ المعنفات لقبول عنف الزوج أو الشريك الحميم. وتأكّدت هذه النتيجة في دراسة أخرى أجراها على (٢٠١٥) على عينة من النساء الأردنيات وتبين له ارتفاع متوسط درجات المخططات المعرفية اللا توافقية لدى المعنفات مقارنة بغير المعنفات. كما أنّ المخططات اللا توافقية المبكرة تُعيق الارتقاء الطبيعي نحو الاستقلالية والتعبير عن الذات وقبولها، وتكوين علاقات متناغمة مع الآخرين؛ فتزيد درجات مثل هؤلاء الأفراد في مخططات مثل العزلة الاجتماعية/الاغتراب، والفشل في الإنجاز، والاعتمادية/عدم الكفاءة، والتعرض للأذى، والخضوع... (Abedini, Mirnasab & Azar, 2017) كما أنّها عميقة، ومركزية لإحساس الفرد بذاته، وتتنشط عندما تُسببها أحداث الحياة اليومية ذات الصلة بها (Neacsu, 2016)، وعندما تنشط هذه المخططات اللا توافقية؛ فإنّها تؤدي إلى أنواع متباينة من الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب (Roper et al., 2010) والإفراط في تناول الطعام والشره وزيادة الوزن (Basile et al., 2019) والاختلالات الجنسية (Dikmen& Afak, 2020) وتعاطي المواد المخدرة (Razavi et al., 2012; O'jei, Karami, Massah& Farhoudian, 2015)

تصنيف المخططات اللا توافقية المبكرة:

صنف يونج وزملاؤه المخططات اللا توافقية المبكرة في ١٨ مخططاً

تتنظم في خمسة مجالات، وهي على النحو التالي:

المجال الأول: الانفصال والرفض^(١): ويرتبط هذا المجال بإحساس الطفل بافتقاد المودة والاستقرار والرعاية بوجه عام، فضلاً عن صعوبة إقامة علاقة عاطفية قوية وصحية (Medeiros& Ribas, 2014)، ويتضمن هذا المجال المخططات التالية:

١- **الحرمان العاطفي^(٢):** ويشير إلى اعتقاد الفرد بأن احتياجاته للدعم

(1) Disconnection And Rejection

(2) Emotional Deprivation

- والتواصل لن يفى بها الآخرون بشكلٍ كافٍ (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012)، وهناك ثلاثة أشكال للحرمان هي:
- (أ) الحرمان من الرعاية (المودة)^(١) ويقصد بها قلة الاهتمام أو المودة أو الدفء.
- (ب) الحرمان من التعاطف بمعنى غياب الفهم، أو الاستماع له، أو الإفصاح عن الذات، أو مشاركة الآخرين مشاعرهم والعكس.
- (ج) الحرمان من الحماية أي غياب الحماية أو التوجيه من الآخرين (Boder & Vane, 2001)
- ٢- **الهجر**^(٢): ويشير إلى اعتقاد الفرد بعدم وجود الآخرين معه، أو عدم ثقته في دعمهم وتواصلهم معه (Shorey et al., 2012)، ويرجع ذلك إلى ما يسيطر عليه من مشاعر بأن الآخرين المهمين لن يقدموا له الدعم العاطفي أو يتواصلون معه، أو يحمونه لأنه غير متزن انفعالياً، ولا يمكن التنبؤ مثلاً بنوبات الغضب عنده، أو لأنهم لا يتقنون به، أو أن وجودهم مؤقت؛ لأنهم سيموتون قريباً، أو لأنهم سينخلون عنه لاهتمامهم بمن هو أفضل منه (Boder & Vane, 2001)
- ٣- **عدم الثقة / الإساءة**^(٣): ويشير إلى الاعتقاد بأنه سوف يتعرض للإيذاء، والإساءة، والإذلال، والاستغلال، والتلاعب من الآخرين، الذين يعتمدون هذا دون مبرر (Boder & Vane, 2001; Thimm, 2010; Shorey et al., 2012)
- ٤- **العزلة الاجتماعية / الإغتراب**^(٤): ويتضمن شعور الفرد بأنه معزول عن العالم، وأنه مختلف عن الآخرين و/أو أنه ليس جزءاً من المجتمع (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012)

(1) Nurturance

(2) Abandonment

(3) Mistrust/Abuse

(4) Social Isolation/Alienation

٥- الخزي / القصور^(١): ويشير إلى شعور الفرد بالقصور، أو أنه سيء، أو غير مرغوب فيه، أو أنه أقل شأنًا أو ليس له قيمة، وأنه لن يكون محبوبًا من الآخرين إذا ما عرفوا ما به من قصور. وقد يتضمن هذا المخطط فرط الحساسية للنقد والرفض واللوم والمقارنات، وشعوره بأنه لا يؤتمن، والإحساس بالخجل من العيوب التي يراها في نفسه، وقد تكون هذه العيوب خاصة بالفرد (إذ يتسم مثلًا بالأنانية والغضب والرغبات الجنسية غير المقبولة)، أو عامة (كالمظهر غير اللائق، والحرج الاجتماعي) (Boder & Vane, 2001)

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال/ الأداء

ويشير هذا المخطط إلى وجود شعور بعدم الكفاءة وعدم القدرة على الأداء والسيطرة، ومثل هؤلاء الأفراد ينتمون عادة إلى أسر مفرطة في حماية الطفل، ولا تعزز استقلاليته (Medeiros & Ribas, 2014)، ويتضمن هذا المجال المخططات التالية:

(١) الفشل في الإنجاز

وهو اعتقاد الفرد بأنه قد فشل، أو سيفشل حتمًا، أو أنه غير كفء مقارنة بأقرانه في مجالات الإنجاز المتباينة (المدرسة، المهنة، الرياضة... إلخ) وغالبًا ما ينطوي على الاعتقاد بأنه غبي، وغير كفء، وغير موهوب، وجاهل، وأقل مكانة، وأقل نجاحًا من الآخرين، وما إلى ذلك (Boder & Vane, 2001; Thimm, 2010; Shorey et al., 2012).

(٢) الاعتمادية

وهو اعتقاد الفرد بأنه غير قادر على التعامل مع أمور الحياة اليومية، وتحمل المسؤولية بكفاءة دون مساعدة الآخرين (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012) في أمور الحياة اليومية مثل (العناية بالذات، وحل المشاكل اليومية التي تواجهه، والحكم الجيد على الأمور، والقيام بالمهام الجديدة، والقدرة على

(1)Defectiveness/Shame

اتخاذ قرارات جيدة)، فغالبًا ما يظهر في مثل هذه الأمور على أنه عاجز
(Boder & Vane, 2001)

٣) القابلية إلى التعرض للمرض أو الضرر^(١)

ويشير هذا المخطط إلى الخوف المبالغ فيه من وقوع أحداث مأساوية،
وليس هناك ما يمكنه فعله لمنع حدوثها (Shorey et al., 2012)، وقد تكون
كوارث صحية مثل الخوف من الإصابة بنوبات قلبية أو الإيدز... أو كوارث
انفعالية مثل الخوف من الجنون، أو كوارث خارجية مثل انهيار المصاعد، أو
كوارث جنائية مثل أن يكونوا ضحايا لمجرمين، أو حوادث طبيعية مثل الزلازل
(Boder & Vane, 2001; Thimm, 2010).

٤) عدم القدرة على تطوير الذات^(٢) / والتقيد بالآخرين^(٣)

ويشير إلى الانغماس العاطفي بشكل مفرط والارتباط بالأشخاص المهمين
(غالبًا الوالدين)، على حساب الاستقلال الكامل أو الاجتماعي المعتاد للآخرين،
ويعتقد أنه لا يمكنه البقاء على قيد الحياة أو أن يكون سعيدًا دون الدعم المستمر
من الشخص الآخر المهم بالنسبة له. وقد يشمل أيضًا الشعور بسيطرة الآخرين،
أو توحيده معهم، أو أنه غير كفء ويشعر بالفراغ والتخبط، وأنه ليس لديه اتجاه
محدد (Boder & Vane, 2001; Shorey et al., 2012)

المجال الثالث: التوجه نحو الآخرين:

ويركز الفرد في هذا المجال بشكل مفرط على تلبية رغبات الآخرين
 واحتياجاتهم على حساب رغباته واحتياجاته الخاصة؛ للحصول على موافقة
 ورضا الآخرين وتجنبًا لانتقامهم، وغالبًا يكون الفرد نشأ في أسرة تقيم علاقة
 حب مشروطة، فمثلًا لا يحظى الطفل بالاهتمام والرضا إلا إذا قمع تعبيراته
 ورغباته (Medeiros & Ribas, 2014)،

ويتضمن هذا المجال عددًا من المخططات اللاتوافقية التالية:

(1) Vulnerability To Harm Or Illness

(2) Undeveloped Self

(3) Enmeshment

١- الخضوع^(١)

ويشير إلى الاستسلام المفرط والدائم لسيطرة للآخرين، ولاعتقاد الفرد أنه مُجبر على ذلك تجنبًا للغضب أو الانتقام أو الهجر. ويتطلب هذا الخضوع منه عدم التعبير عن احتياجاته التي قد تتعارض مع احتياجات الآخرين، وكذلك عدم التعبير عن انفعالاته وخاصة الغضب، حيث الاعتقاد بأن رغباته وآراءه ومشاعره ليست ذات فائدة أو مهمة للآخرين، ويظهر على أنه امتثال مفرط، مصحوبًا بالشعور بالقهر، ويؤدي هذا الشعور إلى تراكم الغضب، الذي يتجلى في أعراض سوء التكيف (مثل: السلوك العدواني السلبي، وعدم القدرة على التحكم في نوبات الغضب، والأعراض النفسية الجسمية، وتعاطي المخدرات).

٢- السعي للحصول على الاستحسان^(٢)

ويشمل التأكيد الشديد على الحصول على انتباه واستحسان واعتراف الآخرين (Shorey et al., 2012)، ويتضمن أحيانًا التركيز المفرط على الحالة أو المظهر أو القبول الاجتماعي أو المال أو الإنجاز بصفته وسيلة ليحظى بالتقبل أو الإعجاب أو الاهتمام، وفي كثيرٍ من الأحيان يتخذ قرارات حياتية رئيسية غير جادة أو غير مرضية، ويُظهر فرط الحساسية للرفض (Boder & Vane, 2001)

٣- التضحية بالذات^(٣)

ويشير هذا المخطط إلى التركيز المفرط على تلبية احتياجات الآخرين على حساب إشباع حاجاته الشخصية (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012) ومن الأسباب الأكثر شيوعًا للتضحية الرغبة في ألا يكون سببا في آلام الآخرين، أو لتجنب الشعور بالذنب، أو للحفاظ على الاتصال مع الآخرين الذين ينظر إليهم على أنهم بحاجة إليه، وغالبًا ما ينتج عنه حساسية شديدة لآلام الآخرين (Boder & Vane, 2001).

(1) Subjugation

(2) Approval-Seeking

(3) Self-Sacrifice

المجال الرابع: القمع والحذر المبالغ فيه^(١)

وسببه التنشئة الاجتماعية الصارمة والقمع الذي تعرض له الفرد، وعدم إمكانية التعبير عن مشاعره بحرية، ويتضمن هذا المجال المخططات المرتبطة بالحزن والانطواء، واتباع قواعد داخلية صارمة للغاية وضبط الذات والإفراط في التشاؤم واليقظة لما يمكن أن يقع من أحداث سلبية محتملة (Medeiros & Ribas, 2014)، ويتضمن المجال المخططات التالية:

١- القمع الانفعالي^(٢)

وهو الاعتقاد بأنه يجب على الفرد أن يمنع نفسه من التعبير عن عواطفه أو مشاعره، لتجنب استنكار الآخرين أو لشعوره بالخجل (Thimm, 2012; Shorey et al., 2010)، ومن أكثر مجالات الكف شيوعاً: (أ) كف الغضب والعدوان (ب) كف الدفعات الإيجابية (الإحساس بالسعادة، الإثارة الجنسية، اللعب) (ج) صعوبة التواصل أو التعبير بحرية عن مشاعره (د) التركيز المفرط على العقلانية مع تجاهل المشاعر (Boder & Vane, 2001).

٢- المعايير الصارمة^(٣)

ويشير إلى اعتقاد الفرد بضرورة الوصول إلى أقصى درجات المعايير الداخلية صرامة للسلوك (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012)، وذلك تجنباً للنقد. وعادة ما يؤدي هذا إلى الشعور بالضغط النفسي، وانتقاد مفرط للذات والآخرين، كما ينطوي على عدم الشعور بالمتعة والاسترخاء والصحة واحترام الذات، والشعور بالإنجاز، أو العلاقات المرضية، وعادةً ما تظهر المعايير الصارمة على أنها (أ) الكمالية، أو الاهتمام المفرط بالتفاصيل، أو التقليل من أهمية أداء الفرد (ب) وتظهر القواعد صارمة في العديد من مجالات الحياة بشكل غير واقعي أو (ج) الانشغال بالوقت والكفاءة حتى يمكن إنجاز المزيد (Boder & Vane, 2001)

(1) Overvigilance And Inhibition

(2) Emotional Inhibition

(3) Unrelenting Standards

٣- السلبية / التشاؤم^(١)

حيث التركيز الدائم على الجوانب السلبية في الحياة (Shorey et al., 2012) كالألم، والموت، والخسارة، وخيبة الأمل، والصراع، والذنب، والاستياء، والمشاكل التي لم تُحل، والأخطاء المحتملة والخيانة والأشياء التي يمكن أن تسوء وما إلى ذلك. مع التقليل من أو إهمال الجوانب الإيجابية، وعادةً ما يتضمن توقعًا مبالغًا فيه - سواء في مواقف العمل أو الجوانب المالية أو العلاقات الشخصية - بأن الأمور ستسوء بشكل خطير في النهاية، أو أن جوانب حياة المرء التي يبدو أنها تسير على ما يرام ستتهار في النهاية. كما ينطوي على خوف مفرط من ارتكاب أخطاء قد تؤدي إلى الانهيار المالي أو الخسارة أو الإذلال أو سيكون في وضع سيء، ولأن النتائج السلبية المرتقبة مبالغ فيها، فغالبًا يتسم هؤلاء المرضى بالقلق المزمن أو الشكوى أو التردد (Boder & Vane, 2001)

٤- العقاب (القسوة)^(٢)

وهو الاعتقاد بوجود معاقبة الناس بقسوة لارتكابهم أخطاء، وينطوي هذا المخطط على الميل إلى الغضب، وعدم التسامح، والعقاب، وعدم الصبر على هؤلاء الأشخاص (والشخص نفسه) الذين لا يلبون توقعات المرء أو معاييرهم وعادةً ما يتضمن صعوبة التسامح مع الذات أو الآخرين عند الخطأ بسبب الإحجام عن التفكير في الظروف المخففة، أو قبول فكرة وجود نقص أو قصور في الإنسان، أو التعاطف مع المشاعر (Boder & Vane, 2001; Shorey et al., 2012).

المجال الخامس: الحدود المختلة^(٣)

يُشير هذا المجال إلى الإخفاق في تطبيق الحدود الواقعية، وعدم القدرة على اتباع القواعد واللوائح واحترام حقوق الآخرين وتحقيق أهدافهم الشخصية، ويتسم الفرد بالأنانية، التي ترجع عادة إلى كونه نشأ في أسرة متساهلة (Medeiros & Ribas, 2014)، ويحتوي هذا المجال على المخططات التالية:

(1) Negativity/Pessimism

(2) Punitiveness

(3) Impaired Limits

١- الاستحقاق/ العظمة^(١)

ويُشير إلى اعتقاد الشخص بأنه متفوق على الآخرين، ويحق له التمتع بحقوق وامتيازات خاصة، وأنه غير مُلزم باتباع القواعد التي يتبعها الآخرون في تعاملاتهم الاجتماعية، والاعتقاد بضرورة أن يفعل أو يحصل الفرد على ما يريده، بغض النظر عن واقعية هذا أو معقوليته أو تكلفته التي قد يتحملها الآخرون. كما يتضمن المخطط التركيز بشكل مبالغ فيه على التفوق (مثلاً أن يكون من بين أكثر الأفراد نجاحاً وشهرة وثراءً)، من أجل تحقيق القوة أو السيطرة (ليس للفت الانتباه أو الاستحسان). ويتضمن أحياناً التنافس المفرط مع الآخرين أو السيطرة عليهم؛ لتأكيد قوته، أو فرض وجهة نظره، أو التحكم في سلوك الآخرين بما يتماشى مع رغباته دون التعاطف أو الاهتمام باحتياجات الآخرين أو مشاعرهم (Boder & Vane, 2001).

٢- عدم كفاية ضبط الذات^(٢)

يُشير إلى صعوبة ضبط الذات وكف المشاعر والدوافع، وتحمل الكرب والإحباطات من أجل تحقيق الأهداف (Thimm, 2010; Shorey et al., 2012)، ويعمل الفرد على تجنب الألم أو الإحساس بالإرهاق أو الصراع أو المواجهة أو المسؤولية (Boder & Vane, 2001).

النماذج النظرية المفسرة لمفهوم المخططات

أشار بيك في نمودجه إلى أن الاكتئاب ليس إلا مجموعة من الأعراض والمظاهر الانفعالية، والمعرفية والدافعية والجسمية السلبية، وللأعراض المعرفية دور أساسي في استمرار المعاناة. إذ يسود تفكير المريض الثالث المعرفي والمتمثل في وجود أفكار سلبية عن الذات والعالم والمستقبل، وأن هذه الأفكار آلية، وهي السبب في تغير المزاج سلبا وتعمل على خفض الدافعية، وأن هذه الأفكار تنجم عن المخططات المعرفية التي عرفها بأنها أبنية معرفية هدفها

(1) Entitlement/Grandiosity.

(2) Insufficient Self-Control

الفرز والتصنيف والترميز وتقييم المنبهات التي تصطدم بالإنسان وتستثيره. ورغم أن هذه المخططات تسمح للشخص العادي بتوجيه ذاته في الزمان والمكان وتقييم خبراته وإدراكه لها، فإنها عندما تصبح لا توافقيه نجد أن مضمونها يمثل تعميمات واسعة المدى، وسلبية حول الذات فيرى المريض نفسه مثلاً (غبي، أو غير مرغوب فيه اجتماعياً) (جرينبرج، ٢٠٠٦، ١٢٨،) (Roper, et al., 2010;) (Shorey et al., 2012) والمخططات هي أبنية معرفية في عقل الإنسان، ومحتواها هو المعتقدات الجوهرية. وتنقسم هذه المعتقدات الجوهرية إلى مجموعتين الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز، والثانية بعدم الحب، وتنشأ في الطفولة، وتطفو المعتقدات الجوهرية السلبية على السطح في أوقات الأزمات النفسية، وغالباً ما تكون خفية وعامة وشاملة، وعندما ينشط المعتقد الجوهرية يكون من السهل على المريض أن يفعل المعلومات التي تدعمه (بيك، ٢٠٠٧، ٢٥٦). والمخططات اللا توافقيه تقوم باختيار وتنقيه المعلومات الواردة من البيئة، وتنظم الطريقة التي يفسر بها الفرد خبراته، وهي مخططات متصلبة إلى حد كبير، ولا تقبل أي معلومات جديدة، ولا تنظمها ولا تتأملها أو تعيد النظر فيها، ونظراً لأنها تبقى فترة طويلة في حالة من الكمون، فإن نشاطها يزيد بشدة أثناء معاناة الفرد من الاكتئاب، ويصبح مضمون تفكير المريض متصلباً وجامداً لا يلائم الواقع ولا مقتضيات حل المشكلات. ويحاول العلاج المعرفي للاكتئاب مهاجمة هذه المخططات المعرفية السلبية، ومن ثم يُحرر مزاج المريض منها، كما يعدل أفكاره وأنماط سلوكه وطرقه في التفكير متخذاً عدد من الأساليب العلاجية لتعديل المعتقدات المشوشة حول الذات والعالم والمستقبل (جرينبرج، ٢٠٠٦، ١٢٩) (Kiyafar, Jamilian, Oliyaei & Khansari 2017).

هذا وقد طور جيفري يونج نظرية المخطط للمرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية حادة ومزمنة الذين يفشلون في تحقيق مكاسب مهمةً بالعلاج المعرفي التقليدي (Hawke & Provencher, 2011)، والمخططات اللا توافقيه

المبكرة هي أنماط طويلة المدى من الاستجابة النفسية التي تحكم كيفية إدراكنا للعالم، وكيف نفهم ما يحدث لنا، وما نشعر به، وكيف نشعر به، وكيف نتصرف. وغالبًا ما ترجع أصولها إلى مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة والمراهقة، وتتسم المخططات اللا توافقية المبكرة بأنها موضوع أو نمط واسع الانتشار، تتألف من الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسمية، وتتعلق بالذات وعلاقات الفرد بالآخرين، وتتطور طوال حياة الفرد، وتؤدي إلى خلل وظيفي كبير (Edwards, 2013).

وهي تتضمن وجود معتقدات عميقة وقوية عن الذات والعالم، ويتم تعلمها في وقت مبكر من حياتنا، ولها دور رئيسي في تحديد مشاعرنا نحو أنفسنا، وتظل هذه المخططات معنا رغم ما تسببه لنا من أضرار، ولها دور كبير في الإصابة بالاضطرابات النفسية والشخصية، لذلك رأى يونج أنّ علاج تلك المخططات يعد هدفًا أساسيًا يتم فيه تحديد تلك المخططات اللا توافقية المبكرة، وتغيرها وكذلك تغيير المعتقدات المختلة وظيفيا، وأنماط الحياة وأساليب المواجهة غير التوافقية، فضلا عن التحقق من الحاجات الانفعالية غير المناسبة، وتوفير بيئة لتعلم مهارات التوافق وذلك من أجل أداء أفضل (Kiyafar et al., 2017).

والمخططات اللا توافقية المبكرة هي استجابات لاحتياجات لم تُلبَّ، فللرضيع والطفل العادي احتياجات قد لا تُلبَّى مثل الحاجة إلى الأمان والاستقرار (قد تكون هناك مواقف غير آمنة مثلا في أوقات الكوارث الطبيعية، أو وجوده في عائلة يتقشّى فيها العنف...)، والحاجة إلى علاقة آمنة مع واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية، وقد لا تتوفر إذا لم تكن الأم أو مقدم الرعاية الرئيسي شخصا يتسم بالدفء والحب، أو عندما تصبح غير متاحة بسبب المرض، أو الاكتئاب، أو المصاعب الاقتصادية، أو إذا كانت غير مستقرة عاطفياً...). والحاجة إلى الدعم طوال فترات النمو وقد لا تلبى إذا كان مقدموا الرعاية مفرطين في الحماية الزائدة لأطفالهم المعتمدين عليهم ولا يسمحون لهم بالنمو والاستقلال، والحاجة إلى التعبير عن مشاعرهم واحتياجاتهم بطريقة تؤدي إلى تلبية تلك الاحتياجات،

فعندما يكبر الأطفال، فإنهم يتعلمون تحديد مشاعرهم واحتياجاتهم والتعبير عنها بطرق ملائمة، والحاجة إلى تعلم كيفية إدارة مشاعرهم وسلوكياتهم والتحكم فيها، وقد لا يتم تلبية هذه الحاجة خاصة إذا لم تشبع الحاجة إلى الأمان والاستقرار، لأن تعلم إدارة المشاعر يتم من خلال التفاعل مع مقدم الرعاية المحب ذو العلاقة الدافئة، وعندما يستخدم الآباء القسوة والعقاب، وقد يستدمج الأطفال أصواتهم العقابية كوسيلة للحفاظ على ضبط الذات، والحاجة إلى التعبير عن الذات بشكل عفوي ومرح وإبداعي، عندما يتم إهمال جوانب السلوك هذه أو تثبيطها أو معاقبتها، فقد يفقد الأفراد قدرتهم على العفوية والمرح.

وقد أشار يونج إلى أن الفرد السليم نفسياً هو الشخص الذي تمكن من تلبية هذه الحاجات، وبمجرد أن تتشكل المخططات نتيجة للاحتياجات التي تُلبى، يكون لها تأثير ضار، ومن ثمَّ الهدف من علاج المخططات هو مساعدة الأفراد على التعرف على المخططات، لفهم كيفية ارتباط هذه المخططات باحتياجاتهم التي تُلبى، ومساعدتهم في إيجاد طرق تكيفية لتلبية هذه الاحتياجات في حياتهم الراهنة (Edwards,2013).

وعن نمو المخططات

أشار يونج وزملاؤه (٢٠٠٣) إلى أن خبرات الحياة المبكرة المؤلمة التي تعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة هي المصدر الأساسي للمخططات اللا توافقية المبكرة، وعادة تنشأ في الأسرة النووية، وعندما يصل الفرد إلى مرحلة الرشد وتنشط المخططات اللا توافقية نتيجة للخبرات المؤلمة التي مر بها مع أحد الوالدين، فضلاً عن وجود مؤثرات أخرى مثل الأقران، والمدرسة، والجماعات الاجتماعية الأخرى فكل هذا يعمل على تطوير المخططات. ويقترح يونج وزملاؤه أربعة أنواع من الخبرات التي تؤدي إلى المخططات اللا توافقية المبكرة وتتمثل في:

١. عدم تلبية احتياجات الطفل الأساسية لعلاقة حب مستقرة ورعاية مستمرة.
٢. تعرض الطفل للأذى أو التعرض لخبرات مؤلمة مثل الكوارث الطبيعية.

٣. الإفراط في التساهل والحماية المفرطة من جانب الوالدين أو القائمين على الرعاية يمنع الأطفال من الاستقلالية أو التحكم في الذات بشكل ملائم.
٤. عندما يكون أحد الوالدين عقابياً وناقداً، قد يخلق هذا طفلاً معاقباً لنفسه وناقداً لها.

(Through: Edwards, 2013; Thimm, 2017)

عمليات المخطط^(١)

لا تنشط المخططات كلها بالقدر نفسه وفي الوقت نفسه، ولكنها تلقائية وتتم دون وعي، ولا نعرف كيفية تأثيرها فينا، نتيجة لذلك غالباً ما نشعر بالحيرة من ردود أفعالنا، التي قد تأخذ شكل تقلبات تدريجية أو مفاجئة في الحالة المزاجية أو الشعور، والسلوك المتكرر المدمر للذات، ويساعدنا تحليل عمليات المخطط على فهم ما تقوم عليه هذه الخبرات.

تحفيز المخطط^(٢)

تنشط المخططات بواسطة أحداث أو مواقف معينة، على سبيل المثال قد تؤدي ملاحظة انتقادية أو رافضة من صديق أو شريك حميم إلى إثارة المخططات المرتبطة بالرفض أو الهجر أو الإساءة. وقد يؤدي الاستماع إلى حادث أو سوء حظ إلى تنشيط مخطط مرتبط بالحاجة للشعور بالأمن، وقد تؤدي خيبة الأمل أو عدم الإنجاز إلى ظهور مخططات مرتبطة بالفعالية أو الفشل أو التشاؤم، ويمكن أن ينشط المخطط من خلال مشاهدة مشهد من فيلم أو قراءة قصة في مجلة مرتبطة موضوعياً بالمخطط، وعندما نواجه تهديداً فالمخطط المثار قد يؤدي إلى اندفاع مفاجئ ومشاعر الحيرة، لأنه يُشكل أنماط الإدراك والتفسير والشعور والسلوك لدينا، ويستجيب الفرد للمخططات المثارة إما بالاستسلام، أو التجنب أو المبالغة في تعويض المخطط (Shorey et al., 2012; Edwards, 2013)

(1) Schema Processes

(2) Schema Triggering

الاستسلام للمخطط^(١)

ويشير إلى قبول الفرد للمخطط كما هو، وللمشاعر المرتبطة به وطرق التفكير والاستجابة له بالسلوكيات التي تتطابق معه دون أن يدرك ماذا يجب أن يفعل، فالفرد يقبل المخطط على أنه حقيقة واقعة غير قابلة للتغيير، ويتعامل معه بالشكل الذي يعطيه الواقعية والثبات والاستمرارية ولا يحاول تغيير أي شيء في الموقف، فعلى سبيل المثال قد يشعر الشخص الذي لديه مخطط الحرمان العاطفي بالوحدة، وأنه غير محبوب، ويتساءل عما إذا كان سيكون لديه علاقة عاطفية، أم أنه غير قادر على ذلك. والمعتقدات المرتبطة بالمخطط تشعره بصحة مشاعره، وبأنه محاصر بالمشاعر غير السارة، ولا يفعل أي شيء إيجابي لتحسين الوضع.

تجنب المخطط^(٢)

ولأن المخططات مرتبطة بمواقف مؤلمة عاطفياً للفرد، فإن الفرد يتجنب المواقف التي قد تؤدي إلى حدوثها، وذلك عن طريق منع الأفكار والصور التي قد تؤدي إلى ذلك، وتجنب الشعور بالمخطط عن طريق قمع المشاعر، فمثلاً قد يتجنب الشخص الذي لديه مخطط الهجر الاقتراب عاطفياً من أي شخص؛ بسبب الألم الشديد الذي قد يسببه أي انفصال أو انقطاع في العلاقة.

ويمكن أن يأخذ التجنب ثلاثة أشكال رئيسية: **التجنب السلوكي** (تجنب الاتصال بأماكن أو أشخاص أو مواقف معينة لأنها قد تحفز المخطط)، و**التجنب المعرفي** (تجنب التفكير في الأشياء التي قد تؤدي إلى تحفيز المخطط)، و**التجنب الوجداني** (قمع المشاعر السلبية عندما يكون المخطط قد تم تحفيزه لتجنب خبرة الألم المصاحبة)، ولا يغير التجنب المخططات على الإطلاق، بل تظل كامنة ويمكن تحفيزها إذا لم ينجح التجنب. كما أن عمليات التجنب محدودة للغاية، وغالباً ما تؤدي إلى هزيمة الذات، فهي تقلل من جودة

(1) Schema Surrender

(2) Schema Avoidance

حياة الفرد وتقلل من فرص الانخراط في أنشطة يحتمل أن تكون ذات مغزى، فالفرد يتجنب ما يشعر به وذلك بالجوء إلى سلوكيات مثل الإفراط في الأكل، وتناول الكحوليات والمخدرات، أو الاستخدام القهري للمواد الإباحية⁽¹⁾ أو الإنترنت، وكل هذه الأنماط تحافظ على استمرار المخططات وتعوق التحسن والشفاء (Edwards, 2013).

المبالغة في تعويض المخطط⁽²⁾

هنا يتبنى الفرد استراتيجيات تتعارض مع المخطط، فالشخص الذي شعر في طفولته بقصور وعدم القيمة يصبح شخصاً مثاليًا؛ إذ يحاول أن يفكر ويشعر ويسلك بطريقة مختلفة تمامًا عن المخطط، ومن ثمَّ فإن التعويض المفرط يعد مثالاً لاستجابة القتال. وغالبًا ما تعمل التعويضات الزائدة بشكل أكثر فاعلية مقارنة بالاستسلام والتجنب، ومع ذلك فهناك انتقادان للمبالغة في التعويض، وهما: أولاً: تظل المخططات الأساسية كما هي، وهذا يعني أنه عندما يفشل التعويض قد تنشط المخططات؛ فعلى سبيل المثال فإن الأفراد الذين يبالغون في تعويض مخطط الخزي بالكمالية، قد يشعرون بخزي شديد إذا فشلوا في موقف لا يتلاءم مع معاييرهم الذاتية. ثانيًا أن السلوك التعويضي المفرط قد يعزز المخططات الأساسية؛ فعلى سبيل المثال أن الشخص الذي يبعد عن الآخرين ويدفعهم بعيدًا عنه، لاعتقاده بأن الآخرين غير مهتمين به، فمن المحتمل أن يكون التعويض المفرط مدمرًا للذات في النهاية (Edwards, 2013).

أنماط المخططات⁽³⁾

أحد مظاهر تنظيم المخطط هو أنه يمكن لمخطط واحد أو أكثر أن يعملوا معًا لتشكيل نمط مستقرًا، ويبدو كما لو كان نمطًا فرعيًا للشخصية،

(1) Pornography

(2) Schema Overcompensation

(3) Schema Modes

وللشخص عديد من الأنماط التي يمكن أن ينتقل بينها بطريقة تريك الآخرين وتريكه هو نفسه بناء على أي نمط من المخططات مثار لديه. ومن هذه الأنماط:

الأنماط الصحية^(١)

يتطلب الأداء الصحي القدرة على الحصول على المعلومات واستيعابها، وتحديد المشكلات وحلها، وعمل تقييمات وقرارات متوازنة في مختلف مجالات الحياة، وأن تسير الأمور بشكل متوازن، ويؤدي هذا إلى الشعور بالإنجاز في العمل، وفي العلاقة الحميمة، وفي العلاقات الاجتماعية، وكذلك الأنشطة الرياضية والثقافية والخدمية. ويتضمن هذا الوعي بالمشاعر ومعناها، وتحمل مسؤولية اختياراته وأفعاله، والقيام بالالتزامات والوفاء بها. ويطلق على هذا **نمط الراشد الصحي**، وعندما يشعر الطفل الذي تلبى احتياجاته بالأمان والرضا، ولديه شعور بالارتباط الشخصي بالآخرين، ويخبر الإثارة والفضول بشأن الحياة والعالم، نجده يشعر بالسعادة والرضا وهذه هي خصائص **نمط الطفل السعيد** (Edwards, 2013)

أنماط الإضرار بالطفل^(٢)

تتضمن هذه الأنماط الطفل الذي لم تلبّ احتياجاته، وبناء على ما خبره الطفل يُحدد نمط المخطط، فالطفل الذي تلقى (خبر) الإهمال والإساءة ينتج عنها أنماط **الطفل الغاضب** أو **الطفل الثائر**^(٣)، وعندما تنشط هذه الأنماط، يصبح الأفراد غاضبين ومدمرين. وقد **تتطور أنماط الطفل المندفع** عندما تكون معاملة الأب والأم متساهلة للغاية ولا يتم التعامل مع الطفل بحزم، أو عندما يفشل الوالدان في تقديم الدعم لبناء دافع ملائم لدى الطفل.

(1) Healthy Modes

(2) Damaged Child Modes

(3) Enraged

أنماط المواجهة^(١)

تتطور أنماط المواجهة بصفقتها طريقة للتعامل مع الكرب الانفعالي لدى الطفل، وعادةً يمكن تصنيفها ضمن الفئات الثلاث للتكيف التي تمت مناقشتها سلفاً ضمن عمليات المخطط وهي (الاستسلام، التجنب، المبالغة في التعويض) (Edwards, 2013).

ثانياً: مفهوم اضطراب استخدام المواد النفسية^(٢):

يعد الإدمان من المشكلات والقضايا الصحية والاجتماعية والنفسية، إذ زاد الإدمان على العوامل الطبيعية والمصنعة بشكل ملحوظ في العقد الأخير. وجاءت إحصاءات المنظمات الدولية وخاصة منظمة الصحة العالمية (WHO) لتشير إلى زيادة تعاطي المخدرات في جميع أنحاء العالم، وفي تقريرها السنوي (٢٠٠٥) أشارت إلى أن هناك نحو ٢٠٠ مليون متعاطٍ للمخدرات في جميع أنحاء العالم (Heydari, Dashtgard, Moghadam, 2014).

وكشف تقرير الأمم المتحدة أن نحو ٣٥ مليون شخصاً يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات عالمياً وبحاجة إلى خدمات علاجية (news.UN.org/ar/story/2019/06/1035871) كما أشار أطلس منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ٣,٥% - ٥,٧% ممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ٦٤ سنة على الصعيد العالمي يستخدمون مخدرات غير مشروعة، ومنهم نسبة تتراوح بين ١٠% إلى ١٥% يصابون بالاعتماد أو سوء الاستخدام (emro.who.int/ar/health-topics/substance abuse/index.html).

ويترتب على سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي أضراراً للشخص ولمن حوله، وقد تكون أضراراً مالية حيث تصل إلى ٤٢٠ مليار دولار سنوياً، وأكثر من ١٢٠ مليار دولار للرعاية الصحية - في الولايات المتحدة - والأضرار ليست مالية فقط إذ يترتب على التعاطي أيضاً تدهوراً في جودة

(1) Coping Modes

(2) Substance Use Disorder

الأنظمة الصحية والتعليمية والاجتماعية، وهي مدمرة وقائلة، إذ يرتبط بها حوادث السيارات، والعنف المرتبط بالتعاطي وتناول جرعات زائدة..
(McLellan&Florida,2017)

وقبل تناول مفهوم اضطراب استخدام المواد النفسية يجدر بداية الإشارة إلى المفاهيم التي استخدمت سلفاً للتعبير عنه، وهي على النحو التالي:
- الإدمان^(١)

يقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (المدمن)، يكشف عن انشغاله الشديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر، ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:-

١. الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
 ٢. اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة
 ٣. حالة تسمم عابرة أو مزمنة
 ٤. رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية بأي وسيلة
 ٥. تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. (سويف، ١٩٩٦، ١٧-١٨)
- وقد استمرت المحاولات منذ العشرينيات وحتى أوائل الستينيات لإقرار التمييز بين الإدمان والتعود^(٢)، باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان، وفي أوائل الستينيات أوصت هيئة الصحة العالمية بإسقاط المصطلحين (الإدمان والتعود) على أن يحل محلها معاً مصطلح جديد هو الاعتماد (سويف، ١٩٩٦، ١٨).

(1) Addiction
(2) Habituation

- الاعتماد^(١)

هو حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي على عنصر الرغبة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر، وذلك لكي يُخبر آثارها النفسية وقد يصاحبها تحمل أو لا يصاحبها، كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر (سويف، ١٩٩٦، ١٨)، وهناك نوعان من الاعتماد هما:

(أ) **الاعتماد النفسي^(٢)**: وهو موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستئثار المتعة أو لتحاشي المتاعب.

(ب) **الاعتماد العضوي^(٣)**: وهو حالة عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها، نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً، وتتكون الاضطرابات (أعراض الانسحاب) التي تعد مجموعة من الأعراض العضوية والنفسية التي يمكن التخلص منها بالعودة لتناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل (سويف، ١٩٩٦، ١٩)

- التعاطي^(٤)

يقصد به "التناول المتكرر لمادة نفسية، بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي، ولا يتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل (سويف، ١٩٩٦، ١٩) والتعاطي قد يكون تجريبياً أو استكشافياً، أو متقطع (بالمناسبة)، أو منتظماً،

(1) Dependence

(2) Psychic

(3) Physical

(4) Drug Abuse

ومن الممكن أن يكون متعددًا سواء عبر الأنواع (في المرة نفسها)، أو عبر الزمن (الانتقال من مادة لأخرى في كل مرة) (سوف، ١٩٩٦، ٢٥-٢٦).

- سوء استخدام المواد النفسية:

حُذفت كلمة "إدمان" من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث ١٩٨٠، ويرجع ذلك إلى أن التعريف الخاص بها غير مؤكد فضلاً عما تحمله الكلمة من مضمون سلبي، واستخدم بدلاً منها كلمة تعاطي المخدرات^(١) أو سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي^(٢)، التي تشير إلى الاضطرابات الناتجة عن تعاطي أحد المواد ذات التأثير النفسي كالكحوليات، الحشيش... على أن تستمر الأعراض شهراً على الأقل، ولم يحدد فيه مستوى الشدة، الذي حُدّد في الطبعة الثالثة المنقحة للدليل ١٩٨٧، بأنه سوء استخدام بسيط ومتوسط وشديد، على أن تستمر الأعراض شهراً على الأقل، وأستخدم نفس المصطلح أيضاً في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ١٩٩٤، والطبعة المنقحة له ٢٠٠٠، ولكن مع استمرار الأعراض لمدة ١٢ شهراً (Robinson & Adinoff, 2016).

- اضطراب استخدام المواد النفسية^(٣): وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (American Psychiatric Association, 2013) أُستخدِمَ مصطلح اضطراب استخدام المواد النفسية، بدلاً من سوء استخدام المواد ذات التأثير النفسي أو الاعتماد على المواد ذات التأثير النفسي في الدليل الرابع المعدل، ويستدل عليه من خلال وجود عرضين إلى إحدى عشر عرضاً من الأعراض التالية، التي يجب أن تستمر لمدة ١٢ شهراً، وهي:

١. تناول كمية أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً.
٢. رغبة قوية مستمرة أو جهود فاشلة لتخفيض أو التحكم في الاستخدام.
٣. إنفاق قدر كبير من الوقت للحصول على المادة، أو استخدامها، أو حتى

(1) Substance Abuse

(2) Psychoactive Substance

(3) Substance Use Disorder

التعافي من آثارها.

٤. ظهور ما يُسمّى بالاشتياق أو اللهفة للمادة.
 ٥. عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات في العمل المدرسة أو المنزل.
 ٦. الاستمرار في تناولها على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة عنها.
 ٧. التوقف أو التخلي عن أو التقليل من الأنشطة الحياتية المهمة بسبب استخدامها.
 ٨. الاستخدام المتكرر في المواقف التي تنسم بالخطورة الشديدة.
 ٩. مواصلة الاستخدام على الرغم من المشاكل الصحية والنفسية التي تنتج، أو تتفاقم بسبب استخدامها.
 ١٠. ظهور ما يعرف بالتحمل كما يتحدد من خلال:
 - أ) زيادة كمية المادة للوصول للتأثير المرغوب.
 - ب) تناقص التأثير عند الاستمرار في استخدام الجرعة نفسها.
 ١١. ظهور أعراض الانسحاب في حالة عدم الاستخدام أو حتى التقليل من الجرعات، وتتجلى في كل من:
 - أ) أعراض الانسحاب المميزة
 - ب) تناول المادة ذات الصلة لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.
- ولتحديد شدة الاضطراب يقترح الدليل التالي: أقل من عرضين (لا يوجد اضطراب) من ٢ إلى ٣ (اضطراب البسيط) ومن ٤ إلى ٥ (اضطراب متوسط) ٦ أعراض فأكثر (اضطراب الشديد) (American Psychiatric Association, 2013).
- المادة^(١) تعرف بأنها أي مركب ذي تأثير نفسي يحتمل أو يسبب مشاكل

(1) Substance

صحية واجتماعية بما في ذلك الإدمان، وقد تكون المواد قانونية (كالكحول والتبغ)، أو غير قانونية (مثل الهيروين والكوكايين)، أو يتم التحكم في استخدامها من خلال الوصفات الطبية المرخصة للأغراض الطبية مثل الهيدروكودون^(١)، أو الاوكسيكودون^(٢)، ويمكن تصنيف هذه المواد في سبعة فئات بناء على آثارها الدوائية والسلوكية على النحو التالي:

- ١ - النيكوتين^(٣) (السجائر، مضغ التبغ واستنشاقه)
- ٢ - الكحوليات^(٤): بما في ذلك جميع أنواع البيرة والنيبيذ
- ٣ - القنب^(٥): مثل الماريجوانا والحشيش وزيت الحشيش
- ٤ - الأفيون^(٦): مثل الهيروين، الميثادون
- ٥ - المهدئات^(٧): مثل الفاليوم والليبريوم وزاناكس
- ٦ - المنشطات^(٨): كالكوكايين، الأمفيتامين والميثامفيتامين والريتالين
- ٧ - المهلوسات^(٩): مثل LSD، والميسكالين

العوامل المؤدية إلى تعاطي المواد ذات التأثير النفسي:

هناك العديد من العوامل المتعددة، والمتباينة، والمتفاعلة كالاستعداد الوراثي والتكيف الخاص بالخلايا، ومحاكاة الوالدين والأصدقاء، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية، وضغوط الأصدقاء والمعتقدات الخاطئة عن تأثير المخدرات، وضعف صورة الذات، والتقدير المتضخمة للسيطرة الشخصية على المادة المخدرة، وسهولة الحصول على المخدر، والتجنب من خلال التداوي الذاتي،

(1) Hydrocodone

(2) Oxycodone

(3) Nicotine

(4) Alcohol

(5) Cannabinoids

(6) Opioids

(7) Depresants

(8) Stimulants

(9) Hallucinogens

وعوامل أخرى عديدة يمكن أن تفسر حدوث تعاطي المخدرات (نيومان، ٢٠٠٦، ٣١٦).

فالعوامل الوراثية تؤدي دورا في ميل الشخص للتعاطي، كما أشارت لذلك نتائج البحوث العائلية، وبحوث التوائم المتماثلة والمتأخية وبحوث التبني (سويف، ١٩٩٦، ٦٩-٧٠)، كما تؤدي سمات الشخصية (ضعف الإرادة، القلق، الاكتئاب، والميل إلى توهم المرض، والاعتمادية، عدم النضج...) واضطرابات الشخصية والاعتلال الجنسي، والمظاهر الذهانية دورا في استخدام المواد ذات التأثير النفسي (الدمرداش، ١٩٨٢، ٤٢-٤٦، سويف، ٢٠٠١، ٨٣) كما أن المادة المتعاطاة ومدى توفرها، ومشروعيتها، وثمنها، فضلا عن القوانين والقواعد المعمول بها في المجتمع للحد من معدلات انتشارها؛ فمثل هذه العوامل تتدخل في تشكيل ظاهرة التعاطي وتعديل معدلات الانتشار بالعمل على زيادتها أو تقليلها (سويف، ١٩٩٦، ٧٩-٨٢).

إضافة إلى ذلك فهناك **عوامل بيئية** ينبغي أن توضع في الاعتبار عند النظر للعوامل المهيئة والمساعدة على التعاطي منها **المعتقدات والممارسات الدينية**، فالديانة المسيحية مثلا تسمح باستخدام النبيذ، وإن حذرت من الإفراط في استخدامه، وتعاطي القنب بين الهندوس (Robinson & Adinoff, 2016) (سويف، ١٩٩٦، ٨٤) **والتأثيرات الثقافية**؛ فاستخدام المواد المخدرة يتشكل من عادات ومعتقدات وتقاليد المجتمع (Robinson & Adinoff, 2016)، وذلك بتوجيه الأذهان إلى توقع نتائج سلوكية بعينها تترتب على التعاطي، ولضمان هذه التوقعات يوصى باتباع قواعد معينة في التعاطي (سويف، ١٩٩٦، ٨٦) كذلك كان **للتصنيع** دورا في استخدام المواد النفسية، فمع حدوث الثورة الصناعية والتغيرات المجتمعية السريعة، وظهور دور كبير لخصال الشخصية من قبيل الإنتاجية والالتزام والدقة، وظهور مفهوم "المدمن" ذلك الشخص غير المنتج والمنبوذ اجتماعياً، وظهور بعض المشكلات المرتبطة بالتصنيع والتمدين مثل زيادة الجريمة، والفقر... واللجوء للتعاطي كأسلوب للتعاشي والمواجهة (Robinson & Adinoff, 2016).

علاوة على العوامل السابقة وُجد أن للأسرة دوراً مهماً في تيسير الإقدام على تعاطي المواد النفسية أو تعويقه، ويتم ذلك من خلال أساليب التنشئة السائدة في الأسرة، وإقامة الفرد مع الأسرة أو بعيداً عنها، ومستوى تعليم ومهنة الوالدين، وتعاطي الأقارب، والمصروف الثابت، والاشتراك في بعض النوادي الرياضية والاجتماعية. كما وجد أن للأقران تأثيراً على التعاطي قد يفوق تأثير الوالدين خاصة المتعاطين منهم، أو يشجعون الفرد على التعاطي والتجريب (سويف، ١٩٩٦، ٨٩-٩٢). وإضافة إلى العوامل السابقة فهناك بعض العوامل التي تساعد على الاستمرار في التعاطي منها الداعمات الثانوية، ويقصد بها كل ما يرتبط من عناصر البيئة (الطبيعية والاجتماعية)، بالجوانب المرضية في خبرة التعاطي (أي الربط الشرطي) بين جوانب الاستمتاع (في خبرة التعاطي) من أشياء وأشخاص ومشاهد... ويصبح هو نفسه من بين العوامل التي تساعد على استمرار التعاطي في ممارساته (سويف، ١٩٩٤، ٩٤-٩٥).

أسباب ومبررات الاستمرار في التعاطي: هناك العديد من الأسباب المؤدية إلى استمرار التعاطي منها: تجنب متاعب والآلام جسمية، المتعة واللذة، مجارة الأصدقاء، مواجهة متاعب وجدانية، والمشاركة في مناسبة اجتماعية، أو الإدمان أو التعود على المادة (سويف، ١٩٩٦، ٧٦)

النماذج والنظريات النفسية المفسرة لاستخدام المواد ذات التأثير النفسي:

هناك العديد من النماذج والتوجهات النظرية التي قُدمت لتفسير استخدام والاستمرار في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي وسنذكر منها وبشكل عام ما يلي:

أ. النماذج ذات التوجه النفسي الاجتماعي البيولوجي^(١) التي تشير إلى العوامل العصبية البيولوجية التي تهيئ للإدمان والانتكاسة لدى المدمنين، كما ربطت الدراسات القائمة عليه بين النماذج البيولوجية والنفسية، ويُنظر

(1) Bio-Psychosocial

إلى الإدمان على أنه حلقة متصاعدة من وجود خلل في نظام المكافآت بالمخ، وبتزايد هذا الخلل تدريجياً مؤدياً إلى الاستخدام القهري وفقد القدرة على التحكم في التعاطي (Kouimtsidis, 2016) ويشير كذلك إلى دور الوراثة في الإدمان، ودعمته الدراسات العائلية، وتلك التي أجريت على التوائم المتماثلة وعلى الأبناء بالتبني. (سويف، ١٩٩٦، ٦٩-٧٠)

ب. نظرية التحليل النفسي: التي ترى أنّ الإدمان يعد ميكانيكياً دفاعياً يتخذه الأفراد ذوو الشخصية التي تتصف بعدم الكفاءة، ويلجأ الفرد إليه ليتغلب على الشعور بالقلق، والألم، وللابتعاد عن ضغوط الواقع، وللحصول على المتعة وأنه وسيلة للتكيف، ويرجع إلى خللٍ وظيفي في النمو النفسي الجنسي، ونتيجة الثبوت على المرحلة الفمية، مما يدفعه إلى التعاطي عن طريق الفم للتعويض (Verceze & Cordeiro, 2016; Wojtynkiewicz, 2018; Shafiee, Razaghi & Vedadhir, 2019).

ج. نظريات التعلم: وما تتضمنه من نظرية التشريط الكلاسيكي والفعال، التي تربط بين المنبه والاستجابة، فضلاً عن تفسيرها لتكرار السلوك بناءً على ما يترتب عليه من نتائج (Kouimtsidis, 2016; Shafiee et al., 2019)؛ فقد أشار هاردي وممشيل وسوبروك وهوجورث (Hardy, Mitchell, 2017; Seabrooke & Hogarth, 2017) إلى أنّ الدراسات التي اهتمت بالتشريط ذكرت أن الارتباط بين المادة التي يتعاطاها المدمن والمنبهات هو الذي يثير اللهفة وتعاطي المخدرات.

ونظرية التعلم الاجتماعي ودور النموذج في حفز أو استمرار التعاطي أو الكف عنه من خلال ما يلقاه النموذج من ثواب أو عقاب (Shafiee et al., 2019) فالسلوك ينتج عن تفاعل الفرد والبيئة الاجتماعية، وتتضمن المتغيرات الشخصية العوامل المعرفية (الكفاءات والقدرات العقلية) والاستراتيجيات المعرفية (طرق المواجهة وتنظيم المعلومات) والتوقعات (حول عواقب السلوك)، والقيم والمعايير، والقواعد والأخلاق، أما المتغيرات البيئية فتتضمن تأثير الآخرين

والتفاعل بين الفرد والموقف (Kouimtsidis, 2016).

وتفترض النظرية وجود نوعين من التوقعات عن الذات هما: (أ) توقعات النتائج: وهي تقدير الشخص أن سلوكًا معينًا سيؤدي إلى نتائج معينة، مثل اعتقاد الشخص أن تعاطي المادة المخدرة ستؤدي إلى عائدٍ مرغوبٍ أو نتيجة مرجوة. (ب) توقعات الفعالية (فعالية الذات) وتشير إلى اعتقاد الفرد أنه يمكنه أداء السلوك المطلوب بنجاح لتحقيق النتائج المرجوة، وتنظم فاعلية الذات السلوك من خلال أربع عمليات، هي: العمليات المعرفية والدافعية (التي تشير إلى السلوك الهادف)، والوجدانية (وتشير إلى الضغوط والاكْتئاب التي يخبرها الفرد في المواقف الضاغطة) والاختيار (وتجنب الأنشطة التي يعتقد أنها تفوق قدرته على مواجهتها). (Giovazolias & Themeli, 2014; Shafiee et al., 2019).

د. **النموذج المعرفي:** ويمكن أن نفهم من خلاله استمرار سلوكيات تعاطي المخدرات والميل إلى الانتكاس، ومجالات التدخلات العلاجية. ويقسم النموذج المعرفي تعاطي المخدرات في سبعة مكونات، يمثل كل منها حلقة في سلسلة تعمل على استمرار السلوك المُشكل، لذا يوصى بالتدخلات العلاجية لكل منها، وهي على النحو التالي:

١- **المثيرات عالية الخطورة (الميسرة)** ^(١): وتقسّم إلى نوعين **مثيرات خارجية** (مثل الأشخاص الذي يتصل بهم الشخص ويتعامل معهم للحصول على المادة المخدرة، والأماكن التي يتعاطى فيها، والأشياء التي يستخدمها للتعاطي)، ولذا ينصح بتجنب العديد من هذه المثيرات وإن كان التجنب الكامل لها أمرًا صعب، وهناك **مثيرات معرفية داخلية** (تتمثل في الحالات الانفعالية والفسولوجية التي تشكل مثيرات داخلية، وقد استخدمت جماعة الاثنتا عشرة خطوة الحروف الأولى (HALT) للتعبير عنها التي تشير إلى (جائع H) (غاضب A) (وحيد L) (مُجهَد T) وهي تهيئ للتعاطي.

٢- **المعتقدات اللا توافقية أو الخاطئة عن المخدرات:** وهي أفكار خاطئة يحتفظ

(1) High- Risk Stimuli

بها العديد من المتعاطين عن المخدرات، وتعاطيها ويحتفظون بها، وتتركز معظمها حول مشاعر الارتياح التي سيحققها المخدر، أو الإغراءات القوية له، أو افتراضات غير صحيحة (مثال: أحتاج إلى خطوط بسيطة من الكوكايين بعد العمل لأسترخي، يمكنني شرب البيرة لأنها ليست خمرا، ما دمت أشم الكوكايين فأنا في مأمن، فالخطورة فقط إذا تم تدخينه أو حقنه...) أو معتقدات ترتبط باضطرابات نفسية؛ فمثلا مريض الرهاب الاجتماعي قد يلجأ إلى التعاطي حتى يستطيع التعامل مع الآخرين، ومريض الاكتئاب أو ذوي اضطراب الشخصية الحدية قد يكون لديه معتقد بأنه لا يستحق الحياة، وعليه بالتعاطي ليقفل نفسه ببطء، وتمثل هذه المعتقدات مجالا قويا للتدخل من خلال التعليم النفسي، وتعليم المرضى مهارات توجيه الذات وإعادة التقييم المنطقي لمعتقداتهم.

٣- الأفكار الآلية^(١): وهي أفكار وصور لحظية التي تكون لدى المريض وهو على شفا الشعور بتعاطم الرغبة الفسيولوجية، وتشمل الكلمات الدافعة (مثل وقت الاحتفال)، وأفكار مرسبة عن خبرة الثمالة، ويدرك الأفراد أنها معارف أو أفكار قهرية من المستحيل تجنبها، ومن أمثلتها "لا يمكنني إيقاف التفكير في التعاطي"، ويترتب عليها بالطبع التعاطي ومشاعر سلبية كالاكتئاب، وتبقى هذه الأفكار من خلال المعتقدات التي تدفع السلوك في نفس الاتجاه حتى إذا تعارض السلوك مع الهدف ألا وهو الإقلاع أو التوقف عن التعاطي، ومن ثم يجب أن يتغلب المتعاطي على محتوى التفكير، وتغييره، وأن يدرك أن هناك أفكارا ومعتقدات لا عقلانية. ويجب أن يكون واعيا بكل فكرة تصل إليه من عقله، وأن يعي أنه ليس كل الأفكار التي نسمعها من عقلانا صحيحة، وأن يتعلم كيفية التعامل معها (نيومان، ٢٠٠٦، ٣١٧-٣١٩). (Rovira, 2017).

(1) Automatic Thoughts

٤- **اللهفة أو الرغبة الملحة**^(١): تُعرف منظمة الصحة العالمية اللهفة بأنها الرغبة في خبرة الآثار السابقة للمادة ذات التأثير النفسي، ويعرفها الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع بأنها "رغبة قوية لتعاطي المادة المخدرة". وتعد هذه تعريفات مبسطة للهفة ولا تضع في اعتبارها الطبيعة المعقدة للمفهوم، فهي حالة قد يثيرها مراكز المكافآت بالمخ، أو الرغبة في إجراء كل الطقوس السلوكية التي اعتادها الشخص أثناء التعاطي، فضلا عن الوصول لآثار التعاطي في حد ذاته، وتشمل كذلك الأفكار والمشاعر والاشتياق وضغوط الأصدقاء والمحظورات المجتمعية التي تيسر أو تعوق الاستجابة للشعور باللهفة (Eliason & Amodia, 2007)، وفي النماذج المعرفية باللهفة تنشأ عن أنساق معالجة المعلومات، وهي تؤكد أنّ اللهفة ليست حالة أتوماتيكية، بل للوظائف المعرفية العليا دورا فيها (Skinner & Aubin, 2010)

ويعتقد البعض أنّ تعاطي المخدر هو الطريق الوحيد لقمع هذه الرغبات، ومن ثمّ يجب أن يتعلم المريض أرجاء إشباع رغباته الملحة، وأنّ يعي أنّ هذه الأحاسيس سوف تُخمد من تلقاء نفسها حتى لو لم تشبع (نيومان، ٢٠٠٦، ٣٢٠).

٥- **الأفكار الميسرة (المُحرّضة)**^(٢): التي تعمل على تيسير الطريق للمتعاطين، وأنّ يتعاطى دون الشعور بالذنب، وتعرف بالتبرير حيث يرى المتعاطي أنّ هناك سبباً معقولاً للتعاطي، ولا يوجد سبب معقول للإقلاع في الوقت الراهن كأن يقول لنفسه مثلا (أقلعت عنها فترة طويلة، ولن يكون هناك ضررٌ إذا أخذت إجازة قصيرة وتعاطيت اليوم..). ومن ثمّ فمن الضروري أن يتعلم المريض فحص أفكاره ويفهم الطبيعة المضللة لهذا النوع من الأفكار.

٦- **الاستراتيجيات الوسيّلية**^(٣): وتشير إلى السلوكيات التي يقوم بها المتعاطي من أجل توفير وتعاطي المخدر، وهنا لا بُدّ أن يعترف المتعاطي بمثل هذه الإجراءات، ومساعدته على بناء حياته على أن تكون بعيدة قدر الإمكان

(1) Craving And Urges

(2) Permission Giving Thought

(3) Instrumental Strategies

عن المخدرات، وقد يكون هذا صعباً، خاصة إذا كان يعيش في أسرة أو مع جيران تتناولها (نيومان، ٢٠٠٦، ٣١٩ - ٣٢١)

٧- **تعاطي المواد الإدمانية^(١)**: وتعد هذه المرحلة الأخيرة في النموذج، وتشير إلى التعاطي الفعلي للمخدرات أو الخمر، وتعتبر هذه مرحلة في عملية التعاطي وليس مجرد ناتج، فكل ما يفعله المتعاطي يعد نقطة على متصل اتخاذ القرار، ويصبح قرار التوقف عن التعاطي أكثر صعوبة كلما تعرض المتعاطي لمزيد من المخدرات، ومن ثم لا بُد من تزويده بوسائل عديدة لملاحظة الذات وعلاج الذات لتحطيم هذه الدائرة (نيومان، ٢٠٠٦، ٣٢٢)

مما سبق نرى أن الغالبية العظمى من النماذج والنظريات التي قُدِّمَتْ لتفسير الإدمان لا تقدم رؤية شاملة تجمع كل من أسباب الإدمان، والعوامل التي تؤدي لاستمراره، ولانتكاسة بعد التعافي، وطرق علاجه؛ إذ أشارت نظرية التحليل النفسي للتعاطي على أنه ميكانيزم دفاعي للتغلب على القلق واللام، وأن سببه الثبوت على المرحلة الفمية، ومن خلال النظرية السلوكية فسّر التعاطي في ضوء الربط بين وجود المادة والتعاطي، وفسرت الاستمرار في التعاطي من خلال المشاعر التي يُخبرها المتعاطي بعد التعاطي (الاسترخاء، السعادة، تخيف الألام... أي تدعيم)، إلا أنهما لم يفسرا سبب الانتكاسة، ودور العوامل المعرفية في التعاطي، هذا وقد أشارت نظرية التعلم الاجتماعي إلى دور النموذج والتوقع في التعاطي، وجاءت النظرية المعرفية لتؤكد دور الفرد والعمليات المعرفية وإدراك الفرد للعوامل الميسرة للتعاطي وما لديه من معتقدات خاطئة تقف وراء إثارة الأفكار الآلية السلبية، وتفسيرها للعودة إلى التعاطي عند وجود اللهفة، وتذكر الفرد للإستراتيجيات الأدائية التي كان يتخذها للحصول على المخدر أو لمشاعره عقب التعاطي، وعلى هذا فالأمر بحاجة إلى نموذج أكثر اتساعاً يجمع بين العوامل التي ذكرناها سلفاً، وعلى أي حال فالباحثة تتبنى النموذج المعرفي والسلوكي في تفسيرها للإدمان واستمراره وأسباب الانتكاسة، والأساليب العلاجية المنبثقة عن التوجهين النظريين عند التعامل مع المتعاطين.

(1) Using The Addictive Substance

المخططات اللا توافقية المبكرة لدى مستخدمي المواد ذات التأثير النفسي:

هناك ندرة في الدراسات إلى اهتمت بالمخططات اللا توافقية لدى مستخدمي المواد ذات التأثير النفسي بوجه عام ولدى المستخدمين بشكل خاص، هذا وقد أجرى رزافي وزملاؤه (Razavi et al., 2012) بحثاً للمقارنة بين مجموعة تكونت من ٩٦ مدمناً من مدمني مواد متباينة كالأفيون والهيروين والكريستال والحشيش ومزيج من المخدرات، متوسط عمرهم ٣٤،٧٨ + ١٠،٣٦، ومجموعة ثانية من غير المدمنين عددهم ١٠٦، متوسط عمرهم ٣٣،٣ + ٩،٨، أجابوا عن صحيفة البيانات الديموجرافية واستخار المخططات اللا توافقية المبكرة ليونج النسخة المختصرة المكونة من ٧٥ بنداً، وقد حصلت مجموعة المدمنين على متوسطات أعلى ودالة إحصائياً على جميع المخططات مقارنة بالمجموعة الثانية.

كما أجرى شوري وزملاؤه (Shorey et al., 2014) بحثاً آخر للمقارنة بين متعاطيات المواد المخدرة المحتجزات للتعافي من الإدمان في أحد مراكز جنوب شرق الولايات المتحدة الأمريكية (ن=١٨٠) تراوحت أعمارهن بين ١٧-٢٦ سنة بمتوسط ٢٠،٤٣ + ٢،٢٣، ومجموعة ضابطة من طالبات الجامعة (ن=٢٨٤) تراوحت أعمارهن بين ١٨-٢٤ سنة، بمتوسط ١٨،٣٨ + ٠،٨٣، أجبن عن استخار يونج للمخططات اللا توافقية المبكرة النسخة المكونة من ٢٣٢ بنداً، وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات المدمنات في ١٦ من ١٨ مخططاً من المخططات اللا توافقية المبكرة مقارنة بدرجات العينة الضابطة، ولم توجد بينهن فروق في مخططين فقط هما صرامة المعايير والتضحية بالذات. هذا وقد أجرى كرامي وزملاؤه (Karami et al., 2015) بحثاً للمقارنة المخططات اللا توافقية المبكرة لدى عينة من مستخدمي الأفيون (ن=٩١)، وعينة من مستخدمي المنبهات (ن=٢٤)، من إحدى مراكز علاج إدمان المخدرات -تحت العلاج بالميثادون- وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات مدمني المواد المنبه عن مستخدمي الأفيون في جميع المخططات باستثناء مخطط الهجر وعدم الثقة وصرامة المعايير.

كما قام نيكمنيش وزملاؤه (Nikmanesh et al., 2015) ببحث هدفوا فيه

إلى مقارنة المخططات اللاتوافقية المبكرة لدى عينة من المعتمدين وغير المعتمدين المسجونين في سجن زاهدان. وكان عددهم ٢٤٠ شخصاً، أجابوا عن مقياس المخططات اللاتوافقية المبكرة. وقد أسفرت النتائج عن فروق في الاستقلالية والأداء فقط، والفروق كانت إلى جانب المعتمدين.

كما أجرى أحمد (٢٠١٨) دراسة من أهدافها بحث الفروق بين مستخدمي وغير مستخدمي المواد النفسية في المخططات المعرفية اللاتوافقية، وذلك لدى عينة (٨٠ فرداً) منهم ٤٠ من مستخدمي المواد النفسية، متوسط عمرهم ٣٠،٨، وانحراف معياري ٥،٩٤، وتكونت المجموعة الثانية من ٤٠ ذكراً من غير مستخدمي المواد النفسية، متوسط عمرهم ٢٢،١٨ وانحراف معياري ٦،٣٤، أجابوا عن مقياس يونج النسخة المختصرة. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية إلى جانب مستخدمي المواد النفسية في كل من الحرمان العاطفي، والهجر وعدم الثقة والعزلة الاجتماعية، والخزي، والفشل، والاعتمادية، والقابلية للتعرض للأذى والمرض، والقهر، والتضحية بالذات، وعدم القدرة على التحكم في الذات، والسعي للقبول.

كذلك أجرى الجوهري (٢٠١٨) دراسة من أهدافها تقدير الفروق بين المعتمدين وغير المعتمدين في المخططات اللاتوافقية، وذلك لدى عينة تكونت من ١٢٠ مبحوثاً من الذكور منهم ٤٠ معتمداً على المواد النفسية من ذوي اضطراب الشخصية الحدية، و ٤٠ معتمداً من ذوي الشخصية المضادة للمجتمع، و ٤٠ من الأسوياء، تراوحت أعمارهم بين ٢٢ و ٣٧ سنة، أجابوا عن مقياس المخططات غير التوافقية ليونج (النسخة المختصرة). وقد أشارت النتائج إلى ارتفاع درجات المدمنين ذوي اضطراب الشخصية الحدية عن الأسوياء في كل المخططات، وبشكل دال إحصائياً، ما عدا السلبيّة/التشاؤم، والقسوة، وعن الفروق بين المدمنين ذوي الشخصية المضادة للمجتمع والأسوياء؛ فكانت في اتجاه المعتمدين في سبع مخططات هي الحرمان العاطفي، والهجر/النبذ، عدم الثقة / الإساءة، والعزلة الاجتماعية، والخزي / عدم الكفاءة، والاستحقاق / العظمة، والانضباط الذاتي / القدرة على التحكم في الذات.

ويلاحظ أنّ معظم الدراسات السابقة أجريت على عينات من الذكور ودراسة

واحدة - في حدود علم الباحثة- على عينات من الإناث طالبات الجامعة، الأمر الذي يصعب معه تعميم نتائج تلك الدراسة على مجتمع المدمنات، ورغم أن الدراسات التي أجريت على عينات من الذكور المدمنين اتفقت فيما بينها في وجود فروق دالة إحصائية في المخططات اللاتوافقية المبكرة إلى جانب المدمنين، فإنها تباينت فيما يتعلق بالمخططات التي يرتفعون فيها. ففي الوقت الذي أشار فيه رزافي وزملاؤه (٢٠١٢) مثلا إلى ارتفاع درجاتهم في جميع المخططات مقارنة بالمجموعة الضابطة، أشار نيكمنيش وزملاؤه (٢٠١٥) إلى ارتفاع درجات الاستقلالية والأداء، وكذلك نلاحظ نفس التباينات في نتائج باقي الدراسات، وقد يرجع هذا التباين إلى وجود فروق بين العينات في العمر (مراهقة، رشد)، والثقافة التي ينتمون لها (أمريكا، إيران، مصر...). والمكان الذي سحبت منه العينة (سجن، مركز للعلاج...). أو قد يرجع لتباين المادة المستخدمة فعينة دراسة رزافي مثلا مدمني مواد متباينة، أما عينة دراسة كرامي وزملاؤه (٢٠١٥) كانت من مدمني الأفيون والمنبهات، أو قد ترجع الفروق إلى الأداة المستخدمة فرغم استخدام كل الدراسات لاستخبار يونج للمخططات اللاتوافقية المبكرة، فإنهم تباينوا في النسخة المستخدمة (الطويلة أو المختصرة، والمختصرة الأولى أم الثالثة)، وربما تثير العوامل التي طُرحت لتفسير التباين بعض التساؤلات التي قد تكون موضعا للدراسة في أبحاث لاحقة.

فروض البحث:

- ١- توجد فروق بين مستخدمات المواد النفسية وغير المستخدمات في المخططات اللاتوافقية المبكرة.
- ٢- للمخططات اللاتوافقية المبكرة القدرة على التنبؤ باستخدام المواد ذات التأثير النفسي لدى عينة المستخدمات.

المنهج: اتبع البحث المنهج الوصفي لملائمته لطبيعة الدراسة وأهدافها، حيث نهتم بالوقوف على الفروق بين مجموعتي الدراسة (مجموعة المستخدمات وغير المستخدمات للمواد النفسية) في المخططات اللاتوافقية المبكرة، فضلا عن المخططات المنبئة بالتعاطي، فالمنهج الوصفي لا يتيح معرفة أي المتغيرات يؤثر وأيهما الذي يتأثر، فضلا عن أنه لم يتم معالجة أحد المتغيرات، وكذلك لم

تُخْتَرُ العينة بشكل عشوائي، وأيضاً لم يتم التحكم في المتغيرات الدخيلة للقول إننا بصدد المنهج التجريبي أو شبه التجريبي (القرشي، ٢٠٠١، ١٩٠-١٩٤) (Jackson, 2009,317-320; Coolican, 2012,67-68).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعتين

المجموعة الأولى: وتكونت من عشرين مشاركة من مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي المحتجزات بوحدة علاج الإدمان بمستشفى العباسية، تراوحت أعمارهن بين ٢٢ و ٤٥ سنة، بمتوسط حسابي ٢٩،٧٥ وانحراف معياري ٥،٧٩، منهن ٨ (٤٠%) تعليمهن أقل من المتوسط، و ٩ (٤٥%) تعليمهن متوسط، و ٣ (١٥%) تعليمهن فوق المتوسط. وكانت بينهن ٣ (١٥%) غير متزوجات، و ١٢ (٦٠%) متزوجات، و ٥ (٢٥%) مطلقات. و ١١ (٥٥%) منهن يعملن في مهن متباينة ترميز، وعاملة كوافير، صحافة، عاملة في البيوت.. وواحدة (٥%) لا تعمل، و ٨ (٤٠%) ربات بيوت، وكانت منهن ١٣ (٦٥%) يتعاطين هيروين، و ٧ (٣٥%) يتعاطين ترمادول وستروكس، و ١٥ (٧٥%) توفقن عن التعاطي منذ شهر، و ٣ (١٥%) أكملن العلاج من ثلاثة شهور -من التطبيق- وكنّ يأتين للقسم للمتابعة وحضور جلسات العلاج الجماعي^١، واثنان (١٠%) لم يذكُرن مدة التوقف. وتعد هذه المرة الأولى لخضوعهن للعلاج في مصحة نفسية، وعن محكات القبول: الموافقة الكتابية على الاشتراك في البحث، وأنّ تجدن القراءة والكتابة لتتمكن من الإجابة عن الاستخبار، مع استبعاد من لديها مشكلات نفسية أو معرفية شديدة، أو لا تستطيع التعبير عن نفسها. وقد روعي أن يتم التطبيق بعد انتهاء فترة سحب المواد المخدرة من الجسم (الديتوكس) لتلافي أعراض الانسحاب، وبعد السماح لهن بحضور جلسات العلاج الجماعي، وأن تكن في حالة تسمح لهن بالتطبيق.

المجموعة الثانية: وتكونت من ٢١ مشاركة غير مستخدمات للمواد النفسية، تراوحت أعمارهن بين ٢٠ و ٤٥ سنة، بمتوسط حسابي ٣٤،٧١ وانحراف معياري ٩،١٩ سنة، منهن ٤ (١٨،٢%) تعليمهن أقل من المتوسط، و ٧ (٣١،٨%)

١ تم الاعتماد عليهن رغم عدم احتجازهن، لسببين أولهما صغر حجم العينة، والثاني ترددن للمتابعة وحضور جلسات علاجه

تعليمهن متوسط، و ١٠ (٤٥،٥%) فوق المتوسط. وعن حالتهم الاجتماعية فهناك ٦ (٢٧،٣%) غير متزوجات، و ١٢ (٥٤،٥%) متزوجة، و ٣ (١٣،٦%) مطلقات. وعن الحالة الوظيفية فمنهن ٩ (٤٠،٩%) يعملن، وواحدة (٤،٥%) لا تعمل، و ١١ (٥٠%) ربات بيوت. وبالنسبة للعاملات حُصِلَ عليهن من العاملات والموظفات بمستشفى العباسية من مكتب حقوق المرضى والعيادة الخارجية، وكلية الآداب جامعة حلوان. أما ربات البيوت تُوصَل إليهن بالعلاقات الشخصية بمساعدة بعض الطالبات، وقد روعي فيهن عدم استخدامهن لأي مادة ذات تأثير نفسي، أو تناول أي عقار ذي تأثير نفسي ولو بوصفة طبية، وعدم وجود شكوى من أي أعراض نفسية كالقلق، اكتئاب...

وقد روعي التكافؤ بين المجموعتين فلم تكن هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين في العمر والحالة الاجتماعية والوظيفية، ولكن كانت هناك فروق بين المجموعتين في مستوى التعليم والفروق كانت إلى جانب مجموعة غير المتعاطيات.

أدوات الدراسة:

تكونت أدوات الدراسة من مقياسين أساسيين هما:

١- مقياس يونج للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة النسخة المختصرة (SQ-SF) (ترجمة الباحثة)

اعتمد على النسخة المختصرة لمقياس يونج لقياس المخططات اللاتوافقية المبكرة، التي كونها عام ١٩٩٨، ولهذه النسخة أهمية عملية للباحثين والإكلينيكين المهتمين بالمعتقدات الجوهرية لدى ذوي الاضطرابات النفسية، كما تستخدم في علاج المخططات، والاستخبار يقيس خمسة مجالات، ويتكون من ٧٥ عبارة، والعبارات موزعة في ١٥ مقياساً فرعياً، يحتوى كل منها على "٥" عبارات، وأختيرت هذه العبارات من النسخة المكونة من ٢٠٥ عبارات، ويطلب من المفحوص أن يضع أمام كل عبارة درجة على مقياس ليكرت والمكون من ٦ درجات تتراوح بين (١ = لا تنطبق عليّ) و (٦ = تنطبق عليّ تماماً)، وتُحسب الدرجة بجمع الدرجات على كل مخطط، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود المخطط، وقد استُخدم المقياس مع عينات من المرضى والأسوياء

(Glaser, Campbell, Calhoun, Bates & Petrocelli, 2002; Welburn,)
Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan,2002; Oshima, Iwasa,
(Nishinaka, Suzuki, Umehara, Fukui,& Shimizu,2018

وسنعرض في الجدول التالي تعريفا للمجالات الخمسة والمخططات التي
تنتمي إليها وأمثلة للبنود المستخدمة في كل منها على النحو التالي:

جدول (١) المجالات الخمسة للنسخة المختصرة لاستخبار يونج للمخططات اللا
توافقية المبكرة، والمخططات التي تنتمي إليها وأمثلة من العبارات المكونة لها

المجال الأول: ويشير إلى عدم إشباع حاجة الفرد إلى التقبل
الانفصال/الرفض والأمان والأمن والرعاية، ويتضمن هذا المجال
المخططات التالية.

١- الحرمان العاطفي ويشير إلى توقعات الفرد لعدم تلقيه الرعاية
والعطف والحماية من الآخرين.

مثال: لا يوجد في حياتي من يعطف عليّ
ويعطيني مشاعر الدفء والمودة"

٢-الهجر وهو اعتقاد الفرد بعدم مصداقية أو استمرار ذوي
الأهمية في تقديم الدعم له. مثال " أشعر بالقلق من
أن يتركني الأشخاص المقربين مني أو أن يتخلوا
عني".

٣-عدم الثقة / توقع الفرد بأن الآخرين يتعمدون الإساءة له
الإساءة وإيذاءه.

مثال " لا بد وأن أكون حذرًا في وجود الآخرين وإلا
سيتعمدون إيذائي".

٤-العزلة الاجتماعية وهي شعور الفرد بأنه مختلف تماما عن الآخرين،
وأنه معزول وليس جزءًا من المجتمع، مثال "أشعر
بالغربة عن الآخرين".

٥-القصور اعتقاد الفرد أنه بطبيعته لديه قصور وعيوب وغير

محبوب.

مثال "لن يحبني أحد بمجرد رؤيته لعيوبي".

المجال الثاني: العجز
عن الاستقلال / الأداء
والانفصال عن الآخرين ويتضمن المخططات
التالية:

١- الفشل في الإنجاز
وهو اعتقاد الفرد بأنه غير كفء عندما يُطلب منه
الأداء أو الإنجاز.

مثال " لست كفؤًا في إنجاز أي شيء"

٢- الاعتمادية
ويشير إلى الاعتقاد بالاعتماد على الآخرين لإدارة
حياته اليومية.

مثال " لا أثق في قدرتي على حل المشكلات
اليومية التي أقابلها"

٣- القابلية إلى
التعرض إلى المرض
أو الضرر
ويشير إلى الاعتقاد بأن هناك كارثة على وشك
الوقوع في أي وقت ولا يمكن منعها، مثال " أشعر
بأن كارثة (طبيعية، أو جنائية، أو مالية، أو طبية)
ستقع في أي لحظة"

٤- التقية
بالآخرين/عدم ارتقاء
الذات
ويشير إلى الاتصال الزائد بالآخرين والاعتقاد
بالحاجة الدائمة إليهم ليقدموا له المساعدة عند
الحاجة، مثال "لا أستطيع أن أبعث وأستقل عن
والدي كما يفعل من هم في مثل عمري"

المجال الثالث:
التوجه نحو الآخرين
ويشير إلى المبالغة في اهتمام الفرد بحاجات
الآخرين والتضحية بحاجاته الخاصة، ويتضمن
المخططات التالية.

١- الخضوع
وهو الاستسلام المفرط لسيطرة الآخرين وحاجاتهم
وانفعالاتهم لتجنب غضبهم وانتقامهم منه، وهجرهم

له.

مثال " ليس لديّ أي خيار سوى تلبية رغبات الآخرين، وإلا سيرفضونني أو ينتقمون مني بأي طريقة"

٢-التضحية بالذات ويشير إلى المبالغة في التركيز على الوفاء بحاجات الآخرين في مواقف الحياة اليومية على حساب إشباع حاجاته الخاصة.
مثال "أنا مشغول جدًا بأمر من أهتم بهم وذلك على حساب نفسي".

المجال الرابع: القمع /الحذر المبالغ فيه ويشير إلى قمع الفرد لمشاعره ورغباته التلقائية، ويتكون من المخططات التالية.

١-القمع الانفعالي ويشير إلى مبالغة الفرد في قمع مشاعره أو سلوكياته أو رغبته في التواصل مع الآخرين، وذلك لتجنب عدم الاستحسان، أو للشعور بالخجل، أو لعدم القدرة على التحكم في دفعاته الخاصة
مثال " أسيطر على نفسي جدًا، لدرجة أن الناس تعتقد أنني بدون مشاعر".

٢-المعايير الصارمة ويشير إلى أنه من الضروري أن يكافح الفرد من أجل الوصول إلى معايير داخلية عالية للسلوك والأداء.

مثال " لا بد أن أكون الأفضل فيما أفعله، ولا أستطيع أن أقبل ما هو دون ذلك".

المجال الخامس: الحدود المختلفة ويشير إلى وجود مشكله لدى الفرد في الوفاء بالمسئوليات تجاه الآخرين واحترام حقوقهم، ويرجع ذلك لعدم ارتقاء قدرته على ضبط الذات، أو تبادل

المصالح، ويتضمن المجال المخططات التالية.

- ١- الاستحقاق ويشير إلى اعتقاد الفرد بأنه يفوق الآخرين وأنه يتمتع بحقوق وامتيازات خاصة، مثال "أنا شخص مميز ولا يجب أن أقبل القيود المفروضة على الآخرين".
 - ٢- عدم كفاية ضبط ويشير إلى وجود إحساس عام بصعوبة تحمل خبرة الذات عدم إنجاز أهدافه الخاصة، أو عدم ضبط الذات بشكل كاف، أو ضبط انفعالاته.
- مثال "إذا لم أحصل على ما أريد، أشعر مباشرة بالإحباط واستسلم بسهولة".

(Oshima et al., 2018)

وفي إطار التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس، فقد أجريت عديد من الدراسات للتحقق من صدق المفهوم للمقياس وبنيته العاملية وتأكد لها هذا، فضلا عن صدقه التلازمي مع مقياسي القلق والاكتئاب. كما تُحقق من ثباته باستخدام الاتساق الداخلي "ألفا"، وإعادة الاختبار. وأسفرت عن نتائج مُرضية تُشجع على استخدام المقياس سواء لدى عينات من الأسوياء أو المرضى وفي مجتمعات متباينة (eg: Glaser et al., 2002; Welburn et al., 2002; Chevallett, Cottraux & Martin, 2006; Nikmanesh et al., 2015; Abbasi, Aghighi, Porzoor & Dehghan, 2017; Mahmoudi, 2017; Mahmoudi & Nooripour, 2017; Oshima et al., 2018).

وفي إطار الدراسة الراهنة، وبعد ترجمة المقياس وعرضه على زميلة متخصصة في اللغة الإنجليزية لمراجعة الترجمة، تم عمل التعديلات المقترحة، وتقديم المقياس لمجموعة من الموظفين والعاملات بكلية الآداب جامعة طوان (ن = ٧) ممن تتراوح أعمارهن بين ٢٥-٤٥ سنة، للتأكد من سلامة الصياغة وفهمهن للعبارات، وبعد التأكد من وضوح العبارات وسلامة الصياغة، تم التأكد من الشروط السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

الشروط السيكومترية لمقياس يونج للمخططات المعرفية اللا توافقية المبكرة

(النسخة المختصرة)

أولاً: الثبات: حُسِبَ معامل ألفا للوقوف على الاتساق الداخلي لإجابات المفحوصات على بنود المقياس، وقد أسفرت هذه الخطوة عن النتائج التالية
جدول (٢) معامل ألفا لاستخبار يونج للمخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة لدى مجموعتي البحث

الأبعاد	المريضات (٢٠)	الأسوياء (٢١)
١) الحرمان العاطفي (٥ عبارات)	٠,٨٢	٠,٩٠
٢) الهجر (٥ عبارات)	٠,٨٥	٠,٩٠
٣) عدم الثقة/ الإساءة (٥ عبارات)	٠,٧٨	٠,٧٨
٤) العزلة الاجتماعية (٥ عبارات)	٠,٧٤	٠,٧٦
٥) القصور (٥ عبارات)	٠,٥٩	٠,٨٧
أ) الانفصال / الرفض (٢٥ عبارة)	٠,٨٨	٠,٩٣
٦) الفشل في الإنجاز (٥ عبارات)	٠,٧٩	٠,٦٤
٧) الاعتمادية (٥ عبارات)	٠,٥٣	٠,٣٩
٨) القابلية إلى التعرض للمرض أو الضرر (٥ عبارات)	٠,٧٨	٠,٨٨
٩) التقيد بالآخرين/ عدم ارتقاء الذات (٥ عبارات)	٠,٨٤	٠,٨٣
ب) العجز عن الاستقلال / الأداء (٢٠ عبارة)	٠,٨٤	٠,٧٧
١٠) الخضوع (٥ عبارات)	٠,٦٢	٠,٧٨
١١) التضحية بالذات (٥ عبارات)	٠,٨٦	٠,٨٦
ج) التوجه نحو الآخرين (١٠ عبارات)	٠,٨٢	٠,٨٥
١٢) القمع الانفعالي (٥ عبارات)	٠,٥٧	٠,٦٠
١٣) المعايير الصارمة (٥ عبارات)	٠,٨١	٠,٤٣
د) القمع / الحذر المبالغ فيه (١٠ عبارات)	٠,٨١	٠,٦٠
١٤) الاستحقاق	٠,٧٥	٠,٧٦
١٥) عدم كفاية ضبط الذات	٠,٦٨	٠,٨٢
هـ) الحدود المختلة (١٠ عبارات)	٠,٧٤	٠,٨٦

وبدراسة البيانات السابقة وجدنا أنَّ معاملات ألفا مشابهة لما توصلت إليه الدراسات السابق الإشارة لها، وهي معاملات تتراوح بين متوسطة ومرتفعة الأمر

الذي يشير إلى تمتع المقياس بدرجة من الاتساق الداخلي تسمح باستخدامه، وفي إطار الاتساق الداخلي أيضا حُسِبَ معامل ارتباط سبيرمان^١ بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية للاستخبار لدى عيني البحث، وأسفرت عن النتائج التالية:

جدول (٣) معامل ارتباط سبيرمان بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية لاستخبار المخططات اللاتوافقية المبكرة لدى عيني البحث

العينة	المقياس الفرعي	الانفصال / الرفض	العجز عن الاستقلال/الأداء	التوجه نحو الآخرين	القمع / الحذر	الحدود المختلة
عينة المستخدمين (٢٠)	٠,٨٩	٠,٨٧	٠,٨٠	٠,٨٧	٠,٧١	
عينة غير المستخدمين (٢١)	٠,٩١	٠,٦٧	٠,٨٨	٠,٨٢	٠,٨٦	

ويلاحظ من البيانات الواردة في الجدول السابق أن معاملات الارتباط (الثبات) بين المقاييس الفرعية للمقياس تتراوح بين معاملات متوسطة ومرتفعة؛ الأمر الذي يشير إلى ارتباطها جميعا بمكون واحد وهو المخططات اللاتوافقية المبكرة، وهذا أمر يدعم الاتساق الداخلي للمقياس

ثانياً: صدق المقياس: في إطار صدق المفهوم حُسِبَ معامل الصدق بين الدرجات على المقياس ومقياس بيك للاكتئاب، وأسفرت هذه الخطوة عن معاملات تشير إلى ارتباط إيجابي بين المخططات والاكتئاب تراوحت بين ٠,٣٠ و ٠,٤٩ لدى عينة المستخدمين (ن = ٦)، وبين ٠,٣٤ و ٠,٦٤ لدى عينة غير المستخدمين (ن = ٩)، وهي نتيجة قريبة مما توصل له جيلونسكي وتشودكيفيتش (Jabłoński & Chodkiewicz, 2017) في بحثهما عن العلاقة بين المخططات والاكتئاب لدى مدمني الكحوليات.

وفي إطار الصدق أيضا تم التعامل مع المجالات الفرعية للمخططات على أنها تقيس مفاهيم متباينة ولكنها متقاربة (فجميعها لاتوافقية)، واستخدم هذا

١ لأن حجم العينة صغير فكلهما أقل من ٣٠ مفردة 1

الإجراء للكشف عن الصدق التقاربي للمقياس، وحُسِبَ معامل ارتباط سبيرمان بينها وبعضها بعضاً، وقد أسفرت عن النتائج التالية:

جدول (٤) معامل ارتباط سبيرمان بين المجالات الفرعية وبعضها بعضاً لدى عيني البحث

العينات الأبعاد	عينة المستخدمين (٢٠)					عينة غير المستخدمين (٢١)				
	١	٢	٣	٤	٥	١	٢	٣	٤	٥
١) الانفصال والرفض	١									
٢) العجز عن الاستقلال/ الأداء	٠,٤٦	١				٠,٥١				
٣) التوجه نحو الآخرين	٠,٥٢	٠,٦٨	١			٠,٧٨	٠,٦١	١		
٤) القمع/الحذر المبالغ فيه	٠,٧٦	٠,٥٥	٠,٥٥	١		٠,٧٣	٠,٣٧	٠,٧٥	١	
٥) الحدود المختلة	٠,٤٦	٠,٤٤	٠,٥١	٠,٣٥	١	٠,٧٠	٠,٣٧	٠,٦٥	٠,٦٧	١

وبالنظر في البيانات الواردة بالجدول السابق يتضح أن هناك ارتباطات متوسطة بين المكونات الفرعية وبعضها بعضاً، الأمر الذي يدعم صدق المفهوم للمقياس؛ أي إنها تقيس مفاهيم متقاربة وليست متطابقة.

وعلى أي حال نتيجة إجراءات التحقق من الشروط السيكومترية في الدراسة الراهنة، وما ذكر في التراث عن الخصائص السيكومترية للمقياس يشجع على استخدامه، ونحن على درجة من الثقة في قياسه للمفهوم الذي وضع من أجله، مع التوصية بضرورة إجراء المزيد من الدراسات السيكومترية في الثقافة المصرية على عينات أكبر.

٢- صحيفة البيانات الديموجرافية: من إعداد الباحثة وساعدت في جمع بيانات عن العمر والمهنة ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية، وما إذا كانت الحالة تعاني من أمراض نفسية، أو وصفت لها أدوية لعلاج

مشاكل نفسية، وهل سبق وأن تناولت أدوية نفسية بدون وصفة طبية، ومدة تعاطيها، وما إذا كانت أدمنتها، كم سُئل عن عدد أيام التعاطي خلال الشهر الماضي، وعدد سنوات التعاطي، وطريقة التعاطي، والمادة المشكلة التي جاءت للعلاج منها.

٣- مقياس بيك للوقوف على صدق المفهوم للمقياس الأساسي

إجراءات البحث:

بالنسبة للمجموعة الأولى: بعد الحصول على موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي بالأمانة العامة للصحة النفسية وعلاج الإدمان بمستشفى العباسية، وكذلك مدير المستشفى، ورئيس والطبيب المعالج بوحدة علاج الإدمان، تمت مقابلة المريضات، وإعطائهن فكرة عن البحث، وتم الحصول على توقيعهن بالموافقة على الاشتراك في البحث بواسطة موظفات مكتب حقوق المرضى، وتم تقديم مقياس المخططات اللاتوافقية المبكرة، وصحيفة البيانات الديموجرافية للحالات. وكذلك مقياس بيك للاكتئاب لبعض الحالات للوقوف على صدق المقياس، وقد استمر التطبيق في الفترة الزمنية الممتدة من شهر أغسطس ٢٠١٧ إلى سبتمبر ٢٠١٨، وتم التطبيق في جلسات شملت مريضتين أو ثلاثة بعد جلسات العلاج النفسي الجمعي، وذكر للمريضات أن البحث يدرس بعض جوانب شخصية المرضى المترددين على المستشفيات النفسية طلباً للعلاج، وأن البيانات سرية للغاية، ولن يسمح لأي شخص بالاطلاع عليها.

وبالنسبة للمجموعة الثانية: بعد مقابلة المشاركات وإعطائهن فكرة عن موضوع البحث والحصول على موافقتهم بالمشاركة، تم توزيع الاستمارات عليهن في أماكن عملهن لاستكمالها في الوقت المتاح لهن، وتم التردد عليهن مرات فيما بعد لجمع الاستمارات، فضلاً عن مساعدة بعض الطالبات في التطبيق على ربات البيوت، وقد استغرقت جلسة التطبيق في المتوسط عشرين دقيقة.

وبعد الانتهاء من الجانب الميداني والمنوط بجمع البيانات، تم معالجتها

إحصائياً بواسطة الباحثة، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية الملائمة، للكشف عن الفروق بين عينتي البحث في متغيرات البحث، فضلا عن الوقوف على المخططات المنبئة بالتعاطي، وذلك باستخدام حزمة البرامج الإحصائية SPSS .16

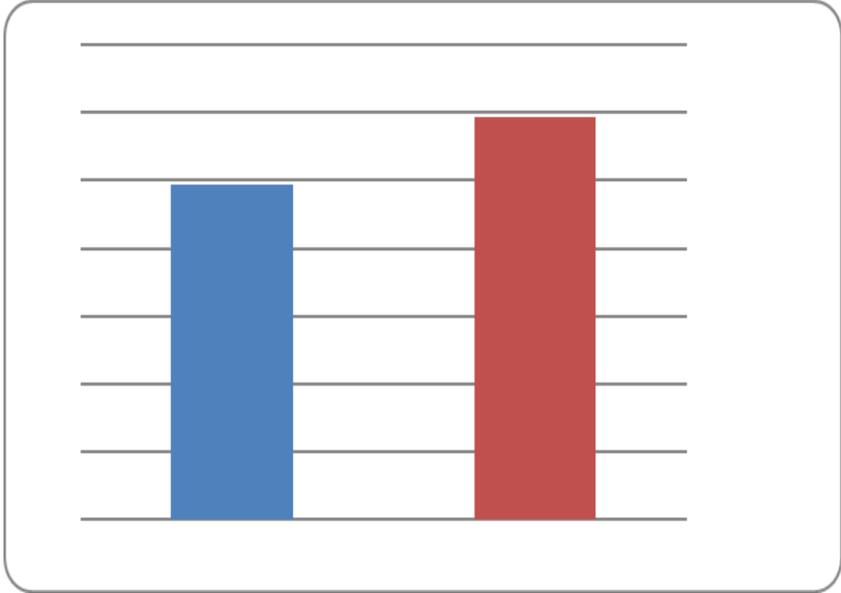
نتائج البحث ومناقشتها:

وللتحقق من صحة الفرض الأول في الدراسة توجد فروق بين مستخدمات المواد النفسية وغير المستخدمين في المخططات اللاتوافقية المبكرة، أُستخدِم اختبار مان ويتي بصفته أحد أساليب الإحصاء اللابارمترية الملائمة في هذا الصدد؛ نظرا لصغر حجم عينتي الدراسة (كل منهما أقل من ٣٠، ومن ثم توقع التواء وتقاطع توزيع البيانات). وحُسِبَت الفروق للدرجة الكلية، ولكل مجال من المجالات الخمسة، وكذلك للمقاييس الفرعية للمخططات الخمسة عشر التي يقيسها المقياس، وتشير البيانات الواردة في جدول (٥) إلى ما أسفرت عنه هذه الخطوة من نتائج.

جدول (٥) الفروق بين عينتي البحث في الدرجة الكلية للمقياس، والدرجة الكلية للمجالات الخمسة المكونة للمقياس

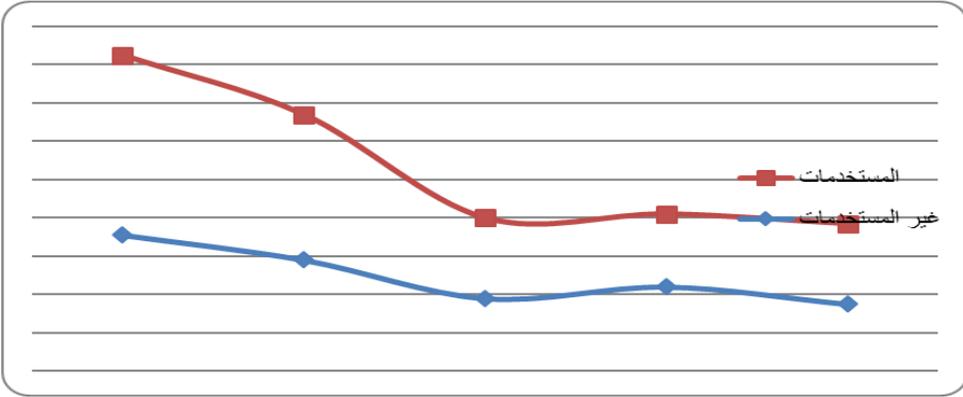
المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتي	قيمة Z	الدلالة
هـ) الدرجة الكلية	مستخدمات	٢٠	٢٥,٣٧	٤٨٢	١,٠٧	-٢,٥١	٠,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٦,١٠	٣٣٨			
أ) الانفصال /الرفض	مستخدمات	٢٠	٢٥,٨٥	٥١٧,٠٠	١١٣,٠٠	-٢,٥٣	٠,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٦,٣٨	٣٤٤,٠٠			
ب) العجز عن الاستقلال/الأداء	مستخدمات	٢٠	٢٦,٣٨	٥٢٧,٥٠	١٠٢,٥٠	-٢,٨١	٠,٠٠٥
	غير مستخدمات	٢١	١٥,٨٨	٣٣٣,٥٠			
ج) التوجه نحو الآخرين	مستخدمات	٢٠	٢٣,٥٢	٤٧٠,٥٠	١٥٩,٥٠	-١,٣٢	غير دال
	غير مستخدمات	٢١	١٨,٦٠	٣٩٠,٥٠			
د) القمع / الحذر المبالغ فيه	مستخدمات	٢٠	١٨,٥٨	٣١٧,٥٠	١٦١,٥٠	-١,٢٧	غير دال
	غير مستخدمات	٢١	٢٣,٣١	٤٨٩,٥٠			
هـ) الحدود المختلة	مستخدمات	٢٠	٢٣,٦٣	٤٤٩,٠٠	١٤٠,٠٠	-١,٦١	غير دال
	غير مستخدمات	٢١	١٧,٦٧	٣٧١,٠٠			

وبالنظر في البيانات الواردة في الجدول السابق يتضح أنّ هناك فروقا دالة إحصائية والفروق في اتجاه عينة مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي في كل من الدرجة الكلية للمقياس وكل من المجال الأول "الانفصال /الرفض"، والمجال الثاني "العجز عن الاستقلال / الأداء". في حين لم تصل الفروق على الدرجة الكلية للمجالات الثلاثة الأخرى إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وإن جاءت الفروق دالة على بعض المقاييس الفرعية المكونة لهذه المجالات الثلاثة كما سيتضح لاحقا، وتوضح وتدعم الرسوم البيانية التالية ما ذكرناه من نتائج.



شكل (١) يوضح الفروق بين مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي وغير المستخدمات في الدرجة الكلية للمقياس

ويتضح من هذا الشكل ارتفاع متوسط درجات المستخدمات في الدرجة الكلية للمخططات مقارنة بغير المستخدمات، كما يشير الشكل (٢) إلى أداء مجموعتي البحث في المجالات الخمسة للمخططات اللاتوافقية المبكرة.



شكل (٢) يوضح الفروق بين مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي وغير المستخدمات في الدرجة الكلية للمجالات الخمسة

ويدعم هذا الشكل نتائج التحليلات الاحصائية، إذ توجد فروق دالة إحصائية في أول مجالين، في حين لم ترق الفروق لمستوى الدلالة الاحصائية في آخر ثلاث مجالات.

وأما عن الفروق في المخططات "١٥" المتضمنة في هذه المجالات سنعرض لها في الجداول (٦، ٧، ٨، ٩، ١٠) على التوالي.

جدول (٦) الفروق بين المستخدمات وغير المستخدمات في المخططات المتضمنة في المجال الأول (الانفصال والرفض)

المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني	قيمة Z	الدالة
(١) الحرمان العاطفي	مستخدمات	٢٠	٢٤,٨٠	٤٩٦,٠٠	١٣٤,٠٠٠	-١,٩٩	,٠٠
	غير مستخدمات	٢١	١٧,٣٨	٣٦٥,٠٠			
(٢) الهجر	مستخدمات	٢٠	٢٢,٩٥	٤٥٩,٠٠	١٧١	-١,٠٢٢	,٠٠
	غير مستخدمات	٢١	١٩,١٤	٤٠٢,٠٠			
(٢) عدم ثقة / الإساءة	مستخدمات	٢٠	٢١,١٠	٤٢٢,٠٠	٢٠,٨	-٠,٠٥٢	,٠٠
	غير مستخدمات	٢١	٢٠,٩٠	٤٣٩,٠٠			
(٤) العزلة الاجتماعية	مستخدمات	٢٠	٢٧,٨٢	٥٥٦,٠٠	٧٣,٥٠٠	-٣,٥٧١	,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٤,٥٠	٣٠٤,٠٠			
(٥) القصور	مستخدمات	٢٠	٢٧,٣٢	٥٤٦,٠٠	٨٣,٥٠٠	-٣,٣٣٩	,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٤,٩٨	٣١٤,٠٠			

ويتضح من جدول (٦) أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين درجات المستخدمين وغير المستخدمين للمواد النفسية، في كل من مخطط الحرمان العاطفي، والعزلة الاجتماعية، والقصور عند درجة معنوية (٠,٠٥، ٠,٠٠١، ٠,٠٠١ على التوالي)، وجاءت الفروق في اتجاه المستخدمين، ما يعني ارتفاع درجاتهن على هذه المخططات اللاتوافقية مقارنةً بغير المستخدمين.

وعن الفروق بين المستخدمين وغير المستخدمين في المخططات اللاتوافقية المتضمنة في المجال الثاني (العجز عن الاستقلال/ الأداء)، أشارت إلى وجود فروق بين المجموعتين في مخططي الفشل في الإنجاز والاعتمادية، وكانت الفروق داله عند ٠,٠١ لكل من المخططين، وهذا ما تسفر عنه البيانات الواردة في الجدول التالي.

جدول (٧) الفروق بين المستخدمين وغير المستخدمين في المخططات المتضمنة في المجال الثاني (العجز عن الاستقلال / الأداء)

المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتي	قيمة Z	الدالة
(١) الفشل في الإنجاز	مستخدمات	٢٠	٢٦,٢٢	٥٢٤,٥٠	١٠٥,٥٠٠	٢,٧٣-	٠,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٦,٠٢	٣٣٦,٥٠			
(٢) الاعتمادية	مستخدمات	٢٠	٢٥,٨٨	٥١٧,٥٠	١١٢,٥٠٠	٢,٥٦-	٠,٠١
	غير مستخدمات	٢١	١٦,٣٦	٣٤٣,٥٠			
(٣) القابلية إلى التعرض للمرض	مستخدمات	٢٠	٢٣,٦٢	٤٧٢,٥٠	١٥٧,٥٠٠	١,٣٨-	غير دالة
	غير مستخدمات	٢١	١٨,٥٠	٣٨٨,٥٠			
(٤) النقد بالآخرين	مستخدمات	٢٠	٢٣,٣٨	٤٦٧,٥٠	١٦٢,٥٠٠	١,٢٤-	غير دالة
	غير مستخدمات	٢١	١٨,٧٤	٣٩٣,٥٠			

جدول (٨) الفروق بين المستخدمين وغير المستخدمين في مخططات المجال الثالث (التوجه نحو الآخرين)

المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني	قيمة Z	الدلالة
(١) الخضوع	مستخدمات	٢٠	٢٥,١٠	٥٠٢	١٢٨	-٢,١٤	٠,٠٥
	غير مستخدمات	٢١	١٧,١٠	٣٥٩			
(٢) التضحية بالذات	مستخدمات	٢٠	٢٠,٩٨	٤١٩,٥٠	٢٠٩,٥٠٠	-٠,١٣	غير دال
	غير مستخدمات	٢١	٢١,٠٢	٤٤١,٥٠			

ويتضح من البيانات الواردة في جدول (٨) وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في مخطط الخضوع، والفروق كانت في اتجاه مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي، في حين لم توجد فروق بينهما في مخطط التضحية بالذات.

جدول (٩) الفروق بين المستخدمين وغير المستخدمين في مخططات المجال الرابع (القمع والحذر المبالغ فيه)

المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني	قيمة Z	الدلالة
(١) القمع الانفعالي	مستخدمات	٢٠	١٩,٦٠	٣٩٢	١٨٢	-٠,٧٣	غير دال
	غير مستخدمات	٢١	٢٢,٣٣	٤٦٩			
(٢) المعايير الصارمة	مستخدمات	٢٠	١٦,٧٢	٣٣٤,٥٠	١٢٤,٥٠٠	٢,٢٣٧	٠,٠٥
	غير مستخدمات	٢١	٢٥,٠٧	٥٢٦,٥٠			

وتشير البيانات المتضمنة في الجدول إلى ارتفاع درجات عينة المستخدمين بشكل دال إحصائياً في مخطط المعايير الصارمة مقارنة بعينة غير المستخدمين، في حين لم ترق الفروق لمستوى الدلالة الإحصائية في مخطط القمع الانفعالي

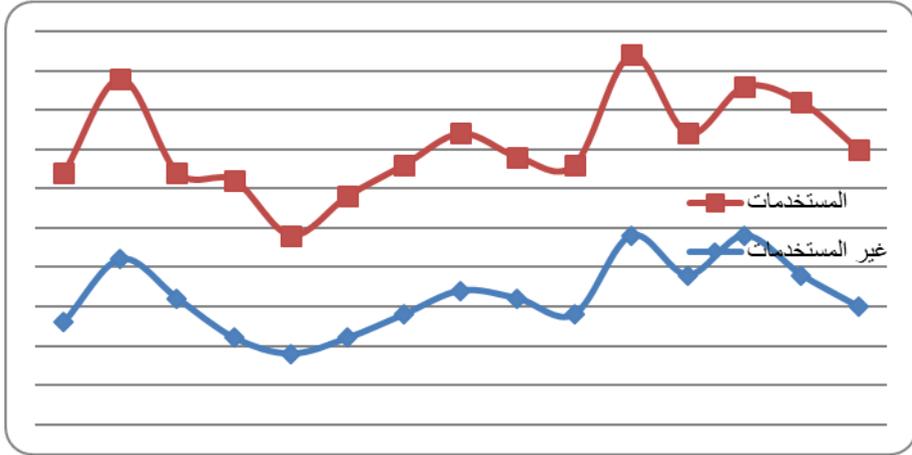
جدول (١٠) الفروق بين المستخدمين وغير المستخدمين في مخططات المجال الخامس (الحدود المختلة)

المقياس	الحالة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتي	قيمة Z	الدلالة
١) الاستحقاق	مستخدمات	٢٠	٢٢,٧٦	٤٣٢,٥٠	١٥٦,٥٠٠	١,١٧-	غير
	غير مستخدمات	٢١	١٨,٤٥	٣٨٧,٥٠			دال
٢) عدم كفاية ضبط الذات	مستخدمات	٢٠	٢٥,١٢	٥٠٢,٥٠	١٢٧,٥٠٠	٢,١٦-	غير
	غير مستخدمات	٢١	١٧,٠٧	٣٥٨,٥٠			دال

وتشير البيانات الواردة بالجدول السابق إلى وجود فروق دالة احصائياً بين المجموعتين في مخطط عدم كفاية ضبط الذات، والفروق إلى جانب مجموعة المستخدمين للمواد ذات التأثير النفسي، في حين لم توجد فروق بين المجموعتين في مخطط الاستحقاق.

وتدعم البيانات المتضمنة في الشكل التوضيحي التالي ما سبق ذكره من

نتائج.



شكل (٣) الفروق بين مستخدمي المواد النفسية وغير المستخدمين في المخططات "١٥" المتضمنة في مقياس يونج للمخططات اللا توافقية المبكرة وتشير البيانات المتضمنة بالشكل السابق عن ارتفاع درجات المستخدمين للمواد ذات التأثير النفسي بوجه عام على جميع المخططات، وبعض هذه الفروق وصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية وهي المخطط الأول

"الحرمان العاطفي"، والرابع "العزلة الاجتماعية"، والخامس "القصور"، والسادس "الفشل في الإنجاز"، والسابع "الاعتمادية"، والتاسع "التقييد بالآخرين"، والعاشر "الخضوع"، والثالث عشر "المعايير الصارمة"، والخامس عشر، "عدم كفاية ضبط الذات، في حين لم تصل الفروق على باقي المكونات لمستوى الدلالة الإحصائية.

وإجمالاً للنتائج السابقة يمكن القول إنَّ هناك فروقا بين المجموعتين في ثمانية مخططاً من الخمسة عشرة مخططا، وتدعم هذه النتيجة إلى حد كبير نظرية يونج في المخططات، إذ افترض يونج أن المخططات اللاتوافقية المبكرة قد تكون سببا وراء اضطراب التعاطي، وهذا ما أكدته عديد من الدراسات وإن كان معظمها أجرى على مدمني الكحوليات أو مدمنين لمواد متباينة، وعلى عينات من الذكور، ووجدت أن المخططات اللاتوافقية المبكرة وثيقة الصلة بالمدمنين (Karami et al.,2015) ، (أحمد، ٢٠١٨؛ الجوهري، ٢٠١٨)، وربما يرجع ذلك إلى المعتقدات الخاطئة والتشويهات المعرفية، والمخططات اللاتوافقية، التي تثير لديهم مشاعر سلبية مثل القلق والاكتئاب والضيق والضرر... وسلوكيات مضرّة بل مدمرة للذات لا تقتصر فقط على استخدام المواد ذات التأثير النفسي، بل والاستمرار في تعاطيها، والانتكاسة بعد العلاج.

وعن ارتفاع درجات مستخدمات المواد ذات التأثير النفسي بشكل دال إحصائياً مقارنة بغير المستخدمات في مجال الانفصال/الرفض؛ فقد يرجع هذا إلى ما أشار له يونج إلى خبرة الإحباط والتوقعات السلبية المرتبطة بعدم إشباع الحاجة للأمن والأمان والاستقرار والعطف والمشاركة والشعور بالقبول والاحترام، أو أن هذه الحاجات تُلبى بشكل يرضيهن، أو خبرتهن للإهمال من ذويهم والإحساس بغياب الاهتمام والمودة والدفع وغياب الاستماع وتبادل المشاعر مع الآخرين، وجميعها تمثل مشاعر وأفكاراً يثيرها مخطط الحرمان العاطفي، وتدعم نتائج دراسة شالشي وكوي Shalchi and Khooy (٢٠١٩). هذا حيث تبين لهما أن ضعف تلبية الاحتياجات النفسية الأساسية لمدمني

المخدرات تؤدي دوراً مهماً في معظم جوانب حياتهم، وذلك عند دراستهم ل ٩٣ مدمناً من مدمني المخدرات و ٩١ من غير المدمنين.

ويترتب على مخطط الحرمان العاطفي أو يرتبط به أفكار ومعتقدات ومشاعر يثيرها **مخطط العزلة الاجتماعية** فنجدون تشعرون أنهم معزولون عن العالم، وأنهم تختلفون جوهرياً عن الآخرين، ولا يمكنهم التوافق مع أي علاقات اجتماعية خارج الأسرة، وأنهم لا تشكلن جزءاً من أي جماعة. فقد ذكر جونسون ووجنو وليي وبوست (٢٠١٥) Johnson, Pagano, Lee & Post أن العزلة والألم والضيق الذي يعاني منه الشخص السبب الأساسي لإدمان المخدرات فالإدمان مرض العزلة الاجتماعية^(١). وذلك عند دراستهم لمجموعة من المراهقين (ن=١٩٥) تراوحت أعمارهم بين ١٤-١٨ عاماً، من متعاطي الكحوليات، وربما تؤدي مشاعر الوحدة والعزلة النفسية لدى مستخدمات المواد النفسية إلى إثارة **مخطط القصور لديهم** إذ الاعتقاد بأنهم غير ذات كفاءة، وسيئات، وغير مرغوب فيهن ولا قيمة لهن، ولا يحترمنهم الآخرون، وتكون أكثر حساسية للنقد.

ويرى فلنجان (Flanagan, 2013) أن الشعور بالقصور شعور يرتبط بالإدمان؛ إذ يرى المدمن نفسه فاشلاً في التحكم في ذاته وعاجزاً عن التوقف عن التعاطي، وفاشلاً في التمسك بالمعايير التي يعترف هو نفسه بها ويطمح لها التي تمكنه من الحياة بشكل جيد، والشعور بالخزي من الإدمان ليس خطأ، بل إنه جزء من الشكل العام للإدمان، وغالباً ما يكون مصدراً لتحفيز المدمن على طلب العلاج والشفاء.

وفيما يتعلق بارتفاع درجاتهن بشكل دال إحصائياً أيضاً في المجال الثاني **"العجز عن الاستقلال/ الأداء"**؛ فقد يرجع للإحباط في إشباع الحاجات الأساسية المرتبطة بالاستقلالية والشعور بعدم الكفاءة وعدم القدرة على التحكم، والاعتقاد بعدم القدرة على الأداء في البيئة اللاتي تعشن فيها، وقد يرجع هذا لتنتشنتهن في بيئة مفرطة في الحماية ولم تدعم لديهن الاستقلالية، الأمر الذي

(1)Addiction Is A Socially Isolating Disease.

يؤدي إلى نمو مخطط "الاعتمادية" لديهم، الذي يتجلى عندما تتعرض لمواقف ضاغطة، أو لمواقف تتطلب اتخاذ قرار، أو تحمل مسئولية أو حتى مسئوليته شخصية، فتجدن أنفسهن عاجزات عن الأداء في أي منها، فيثار لديهن **مخطط الفشل** فترين أنفسهن فاشلات ولن تنجح في أي مجال من مجالات الحياة، وأنهن أقل شأنًا من زميلاتهن، ومن ثمَّ عندما تتفاعل مع الآخرين تكن معرضات للنقد والإهانة أو الإذلال.

وفي ظل تنشيط المخططات السابقة تنشأ لديهم نظرة أو مفهوم سلبي عن ذواتهن، وينشط مخطط **الخضوع**، ولضرورة التفاعل مع الآخرين تجدن أنفسهن منصاعات للآخرين وبيالغن في الخضوع والانصياع حتى لا تتعرض للنقد أو التخلي عنهن، ويرتبط مخطط الخضوع بمخطط **المعايير الصارمة**؛ حيث الاعتقاد بالسعي دائما إلى تلبية معايير السلوك الداخلية الصارمة، وغالبا تخبرن ضغوطا شديدة من أجل الأداء الجيد. ما يؤدي إلى مزيد من القلق حول احتمال عدم التزامهن بمعاييرهن الداخلية (Shorey et al., 2012)، ويدعم هذا الشعور لديهم مخطط **عدم كفاية ضبط الذات**، حيث الاعتقاد بعدم القدرة على التحكم ليس فقط في الإدمان بل في كل أمور الحياة، وكذلك عدم القدرة على التحكم في الانفعالات، وتحمل المسئولية تجاه الأهداف، وعدم القدرة على تحمل إحباطات الحياة، ويظهر هذا المخطط في شكل التجنب الدائم لكل جوانب الحياة التي تتطلب القدرة على التحكم في الذات، وتحمل المسئولية والمواجهة (Shorey et al., 2012). هذا وقد أشار تانج وبوسنر وروثبارت وفولكو (Tang, Posner, Rothbart & Volkow, 2019) إلى أن عدم القدرة على ضبط الذات قد يرجع لوجود خلل في الدوائر العصبية الحيوية⁽¹⁾ في القشرة المخية الأمامية؛ الأمر الذي يؤدي إلى الاندفاعية والسلوك القهري للإدمان، والمزاج السلبي وزيادة الاستجابة للضغوط.

- وقد يرجع ارتفاع درجات المستخدمين للمواد ذات التأثير النفسي في

(1) Neurobiological Circuits

المخططات اللا توافقية إلى تعرضهن لخبرات مؤلمة وإساءة في المراحل الأولى من حياتهن، وهذا ما أكدته نتائج بعض الدراسات السابقة (eg: Liebschutz, Savetsky, Saitz, Horton, Lloyd-Travaglini & Samet, 2002)، أو لخبراتهم بأحداث حياة ضاغطة، ومواقف يصعب عليهن مواجهتها أو اتخاذ قرارات ملائمة، أو لشعورهن بالحرمان العاطفي، والحرمان من المودة وتبادل المشاعر مع الآخرين، والشعور بالإهمال، وعندما تحبط الحاجات الأساسية والعامّة لديهن مثل الحاجة للأمن، والاستقلالية، وروح المرح. وتعمل مثل هذه الأحداث والخبرات على تحفيز أو تنشيط المخططات التي تُنشط بدورها الانفعالات والمعارف والذكريات السلبية والأحاسيس الجسمية، التي تستمر بفعل التشويهِات المعرفية وأنماط السلوك وأساليب المواجهة غير التوافقية والمدمرة للذات (Roper et al., 2010; Shorey et al., 2012; Thimm, 2017; Janson et al., 2019)

فهناك بعض المخططات المتضمنة في نمو وظهور واستمرار اضطراب الإدمان مثل مخطط الحرمان العاطفي، وعدم كفاية ضبط الذات، وهي تعد عوامل خطيرة في نمو الاعتماد، حيث يتجه الفرد للتعاوي كميكانيزم لخفض المخططات المثارة بواسطة الأحداث البيئية (Janson et al., 2019).

وللتحقق من صحة الفرض الثاني

"للمخططات اللا توافقية المبكرة القدرة على التنبؤ باستخدام المواد ذات التأثير النفسي لدى عينة المستخدمات." "أستُخدِمَ نموذج الانحدار اللوجيستي الثنائي لملائمته لطبيعة البيانات المدخلة وخاصة بيانات المتغير التابع (الاسمية)، التي تأخذ قيمتين فقط، ولتحديد المتغيرات المنبئة (الانفصال والرفض، العجز عن الاستقلال، التوجه نحو الآخرين، القمع/الحذر المبالغ فيه، الحدود المختلة) على المتغير التابع الذي قُسم إلى فئتين؛ الأولى وتم الرمز لها بالكود (٠) ليشير إلى عدم استخدام المواد ذات التأثير النفسي، والفئة الثانية والمشار لها بالرمز (١) لتعبر عن استخدام المواد ذات التأثير النفسي، وقد أسفرت هذه الخطوة عن النتائج التالية:

جدول (١١) ملخص النموذج

الخطوة	* اللوغريتمات المحتملة ^(١)	مربع كوكس وسنيل ^(٢)	قيم " ر " الزائفة ^(٣)
١	٢٢,٢٦٣	٠,٥٦٣	٠,٧٥١

وتشير النتائج الواردة في الجدول السابق أنّ ٠,٥٦ من التباين يمكن تفسيره من خلال المخططات اللاتوافقية المبكرة، مع العلم بأنّ اللوغريتمات المحتملة تقيس مدى ضعف توقع النموذج لاستخدام المواد ذات التأثير النفسي، وكلما كان النموذج أصغر كان أفضل، أما مربع كوكس وسنيل هي إحصائيات في الانحدار اللوجيستي تماثل ر ٢ في الانحدار الخطى ولكنها لا تطابقه، وتستخدم قيمة ر الزائفة لتحديد التأثير المشترك للمتغيرات المنبئة على المتغير التابع (Al-Taweel, Young & Sobhani, 2016; Zewude & Ashine, 2016)

جدول (١٢) المتغيرات المتضمنة في المعادلة

EXP(B)	Sig	D	WALD	S.E	B	
١,٠٩٦	٠,٠١	١	٦,٤١٩	٠,٠٣٦	٠,٠٩١	الانفصال والرفض
١,٠٨٦	٠,٠٧	١	٣,١٢٠	٠,٠٤٦	٠,٠٨٢	العجز عن الاستقلال
٠,٩٨٣	٠,٨	١	٠,٠٤٩	٠,٠٧٧	٠,٠١٧-	التوجه نحو الآخرين
٠,٧٤٥	٠,٠٠٢	١	٩,٣٦٦	٠,٠٩٦	٠,٢٩٥-	القمع/الحذر المبالغ فيه
١,٠١١	٠,٨٦٥	١	٠,٠٢٩	٠,٠٦٣	٠,٠١١	القيود
٠,٤٥٦	٠,٧٧٣	١	٠,٠٨٣	٢,٧٢٠	٠,٧٨٦-	الثابت

وبدراسة البيانات الواردة في الجدول السابق يتبين أنّ الانفصال والرفض، والقمع / والحذر المبالغ فيه من أقوى المجالات المنبئة بالإدمان، إذ إنّهُ كلما زاد معدل استخدام مخطط الانفصال والرفض بوحدة زاد معدل الانغماس في التعاطي بنسبة ١,٠٩٦، ونفس الشيء بالنسبة لمخطط القمع/ والحذر المبالغ فيه، فكلما زاد معدل استخدامه للمخطط بوحدة؛ زاد معدل احتمال استخدام المواد ذات التأثير النفسي بنسبه ٠,٧٥. وتتسق هذه النتيجة إلى حد بعيد مع نتائج (Razavi et al., 2018; Shorey et al., 2012; Idrissi et al., 2018) التي أشارت إلى أنّ

- (1) Log Likelihood
(2)Cox & Snell R Square
(3) Nagelkerke R Square

المجال الأول (الانفصال والرفض)، وما يتضمنه من مخططات الحرمان العاطفي، والهجر، والإساءة/ عدم الثقة، والعزلة والقصور ترتفع لدى عينات المدمنين مقارنة بالعينات الضابطة، فضلا عن قدرة مجال الانفصال والرفض على التنبؤ بالإدمان (Razavi et al., 2012).

كذلك الحال بالنسبة لمجال القمع / الحذر المبالغ فيه وما يتضمنه من مخططي القمع الانفعالي والمعايير الصارمة والمنبئ بالإدمان، تتسق هذه النتيجة مع ما توصل له (Shorey et al., 2014; Neacsu et al., 2016)، والنتيجة في مجملها تدعم نظرية المخططات اللا توافقية المبكرة ليونج؛ إذ تعد المخططات اللا توافقية المبكرة خاصية أساسية لدى مستخدمي المواد النفسية، وأنها عامل خطورة للاستمرار في التعاطي، والانتكاسة إن لم تعالج. فالمعتقدات والمشاعر التي تسيطر على الفرد بأنه غير مرغوب فيه ويفتقد لمشاعر الحب والأمن والرعاية، ولديه مشاكل في التفاعل الاجتماعي، ولا يوجد من يستمع له، أو يسأله، فضلا عن احتمال تعرضه للإساءة، وإحساسه بالعزلة، وعجزه عن الاستقلال لعدم قدرته على مواجهة أمور حياته اليومية، فقد يترتب عليه الإحساس بالضغط النفسي، وظهور أعراض القلق والاكتئاب، وقد يؤدي به الحال إلى استخدام المواد النفسية ليخفف من حدة هذه المشاعر ووسيلة لتخفيف مشاعر الكرب. وبعد أن يُدعم التعاطي لديه بمجرد التخفيف من هذه الأعراض، تتكرر المحاولات حتى يُدمن، ويتعاطم الأمر إذا كان في بيئة مشجعة على التعاطي سواء من أفراد الأسرة أو الأصدقاء (قبقوب وسعيد، ٢٠١٥، مهدي، ٢٠١٥) (Boder & Van, 2001; Thimm, 2010; Shorey et al., 2012; Hosseinbor,) (Ardekani, Bakhshani & Bakhshani, 2014).

وتدعم نتائج قبقوب وسعيد (٢٠١٥) هذا حيث وجد أن الإغتراب النفسي بما يتضمنه من عزلة اجتماعية، واللامعنى والعجز، وكذلك ضعف الوازع الديني، دور مهم في تعاطي المواد المخدرة. هذا فضلا عما تنتجه العزلة من إمكانية التعاطي، ودعمت دراسة فارمر وزملائه (Farmer, Wang, Peterson,) (Borys & Hallcom, 2021) هذه النتيجة إذ تبين لهم أن الأفراد الذين يعيشون

بمفردهم ويشعرون بالوحدة أكثر تعاطيا للمخدرات مقارنة بذويهم الذين لا يعيشون بمفردهم أو لا يشعرون بالوحدة. كما أشارت نتائج دراسة (Liebschutz, et al., 2002) إلى وجود ارتباط بين التعرض للعنف أو الإساءة الجسمية والنفسية والجنسية وتعاطي المواد المخدرة، وربما يرجع ذلك لما يترتب على التعرض للعنف من الآلام قد تكون جسمية، وربما إصابات، أو عاهات، أو اضطرابات نفسية (قلق، اكتئاب، غضب، عدوانية...) (صديق، ٢٠١٥) فيلجأ الفرد إلى التعاطي كأسلوب للمواجهة غير الفعالة للتعايش مع واقعه.

كما أنّ أساليب التنشئة الاجتماعية الصارمة التي تمارس مع الأبناء وإجبارهم على قمع رغباتهم ومشاعرهم وعدم التعبير عنها، قد يؤدي بهم إلى حالات من الحزن والانطواء والتشاؤم واليقظة المفرطة خشية أن يعبر عن شيء يكون سببا في تعرضه للإساءة أو الهجر أو الحرمان الانفعالي... فنجده يضع لنفسه معايير صارمة ليجنب النقد، ويهتم بالتفاصيل، وقد يصاحب هذه الحالة الإحساس بالضغط النفسي ومشاعر القلق والاكتئاب والآلام وأعراض جسمية، وعدم القدرة على مواجهه أمور حياته؛ ما يدفعه في النهاية إلى استخدام المواد ذات التأثير النفسي ليخفف من تلك الأعراض، وليكون أكثر جرأة في مواجهة مواقف الحياة العادية (Boder & Van, 2001; Thimm, 2010; Shorey et al., 2012; Medeiros & Ribas, 2014).

الخلاصة:

تدعم نتائج البحث الراهن نظرية يونج في المخططات اللا توافقية المبكرة، إذ ترتبط المخططات اللا توافقية المبكرة ارتباطا وثيقا بالاستهداف للسلوكيات المحفوفة بالمخاطر، وخاصة إدمان المواد ذات التأثير النفسي، وأن هذه المخططات توجد لدى المدمنات كما توجد لدى الذكور، ويعد المفهوم مجالا خصبا للدراسة خاصة لدى مستخدمي المواد ذات التأثير النفسي.

حدود الدراسة:

اقتصر البحث على عينة صغيرة الحجم من مستخدمات المواد النفسية (٢٠ حالة)، كما اقتصر على مشاركات تخضع للعلاج في مستشفى الصحة

النفسية بالعباسية، وكان هناك تباين بين الحالات في المواد التي يتعاطونها، وفي طرق التعاطي، وأسباب وظروف التعاطي، ودوافع العلاج فهناك من جاءت مكرهة، أو مقتنعة وتراجعت مرات ثم استقرت على تلقي العلاج، وفي المدة التي قضيتها تحت العلاج، والعلاجات المساندة للعلاج الطبي فهناك من تلقت معه علاج جمعي فقط أو أسري، أو معرفي، أو جميعهم، وربما هذا يكون أثر في النتائج، ومن ثم لم تتضح الفروق في بعض المخططات.

موضوعات مقترحة للدراسة:

- نظرا إلى أهمية مفهوم المخططات غير التوافقية المبكرة فهناك حاجة إلى:
- إجراء مزيد من الدراسات السيكمترية على مقياس يونج في المخططات غير التوافقية المبكرة في المجتمع المصري.
- دراسة الفروق في المخططات غير التوافقية المبكرة لدى مدمني المواد النفسية المتباينة.
- دراسة الفروق في المخططات غير التوافقية المبكرة لدى مدمني المواد النفسية الخاضعين وغير الخاضعين للعلاج.
- دراسة الفروق في المخططات غير التوافقية المبكرة لدى مدمني المواد النفسية المتباينة وفقا للنوع والعمر.
- دراسة العلاقة بين المخططات اللا توافقية المبكرة، وكل من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية لدى مستخدمي المواد النفسية من الذكور والإناث.
- دراسة العلاقة بين المخططات اللا توافقية المبكرة، وكل من الوحدة النفسية، والمهارات الاجتماعية، وأساليب المواجهة، والتعلق الوجداني.
- دراسة العلاقة بين المخططات اللا توافقية والتعرض للإساءة الجسمية والنفسية والجنسية.
- إجراء دراسات حضارية مقارنة للوقوف على الفروق في المخططات غير التوافقية المبكرة لدى مدمني المواد ذات التأثير النفسي المتباينة.

المراجع العربية:

- أحمد، علياء عبد المنعم. (٢٠١٨). المخططات المعرفية اللا تكيفية وعلاقتها بأساليب مواجهه الضغوط لدى مستخدمي المواد النفسية. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة حلوان.
- بيك، جوديث. (٢٠٠٧). العلاج المعرفي "الأسس والأبعاد"، ترجمة طلعت مطر. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- جرينبرج، روث.ل. (٢٠٠٦). الاكتئاب النفسي. الفصل الخامس في روبرت ليهي. دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة يوسف ومحمد نجيب الصبوة. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع، ١٢٥-١٧١.
- الجوهري، أيمن حامد أحمد الجوهري (٢٠١٨). العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة واضطراب الشخصية الحدية والشخصية المضادة للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب جامعة حلوان.
- الدمرداش، عادل. (١٩٨٢). الإدمان مظاهره وعلاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- سويف، مصطفى. (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. الكويت: عالم المعرفة، ٢٠٥.
- صديق، عزة محمد. (٢٠١٤). الفروق بين الزوجات الأقل تعرضا للعنف مقابل الأكثر تعرضا له في الخصال السلبية للشخصية وأعراض القلق والاكتئاب، حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، الحولية العاشرة، الرسالة الثالثة.
- علي، أحمد سعد الشيخ. (٢٠١٥). البنى المعرفية اللا تكيفية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي لدى النساء المعنفات في الأردن. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، مج ٨، ع ٣، ٥١٣-٥٣٥.
- قبقوب، عيسى وسعيدى، عتيقة. (٢٠١٥). الاغتراب النفسي وتعاطي المخدرات

لدى المراهق المتمدرس (دراسة حالة). *مجلة العلوم النفسية والتربوية*.
سبتمبر، ١(١)، ٢١٦-٢٣٧.
القرشي، عبد الفتاح (٢٠٠١). *تصميم البحوث في العلوم السلوكية*. الكويت:
دار القلم للنشر والتوزيع.

مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة، *تقرير المخدرات العالمي*،
٢٠١٧. استرجعت من www.unodc.org/wdr2017

مهدي، كريمة عبد المنعم (٢٠١٥). *بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة
بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي*. دراسة مقارنة. *مجلة كلية الدراسات
الإنسانية*، العدد الخامس عشر يونيو، ١-١٠٦. استرجعت من
https://jsh.journals.ekb.eg/article_27724_7badb6960e1e53763b42813475cccd53.pdf

نيومان، كوري، ف. (٢٠٠٦). *تعاطي المواد النفسية (المخدرات)*. الفصل
الحادي عشر في روبرت ليهي. *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج
النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية*، ترجمة جمعة يوسف ومحمد
نجيب الصبوة. القاهرة: إيتراك للنشر والتوزيع، ٣١٢ - ٣٤٠.

المراجع الإنجليزية:

- Abbasi,M.; Aghighi, A.; Porzoor,P.& Dehghan, M.. (2017).
Comparison of early maladaptive schemas and psychological well-
being in women undergoing cosmetic surgery and normal women.
**Journal of Research& Health Social Development& Health
Promotion Research Center**, 7,. 3, 841 – 849 DOI:
10.18869/acadpub.jrh.7.3.841
- Abedini,Z.; Mirnasab M.& Azar, E.F.(2017). A Comparative Study
of Early Maladaptive Schemas, Behavioral Problems and Self-
Esteem between Single Parent and Two Parent Female
Adolescents. **Global Journal of HUMAN-SOCIAL SCIENCE: G Linguistics
& Education** ,17, 3,1.0. 71-77. Online ISSN: 2249-460x& Print
ISSN: 0975-587X
- Al-Taweel, H.M.H.; Young, W.& Sobhani, A. (2016). A binary logistic
regression model of the driver avoidance manoeuvres in two
passenger vehicle crashes. **Australasian Transport Research
Forum 2016 Proceedings 16th and 18th November**, Melbourne,
Australia. Retrieved from

- <https://www.australasiantransportresearchforum.org.au/papers/2016>
American Psychiatric Association(2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5)** .Washington, DC.Retrieved from http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf
- Basile, B.; Tenore, K.& Mancini F. (2019). **Early maladaptive schemas in overweight and obesity: A schema mode model**. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02361>
- Bodor, N.& Vane, J. (2001). Making Differences Work in a Romantic Relationship. **Counseling& Mental Health Center The University of Texas at Austin**. *The Clearinghouse* Retrieved from www.utexas.edu/student/cmhc/clearinghouse
- Bojed,F.B.& Nikmanesh, Z. (2013). Role of Early Maladaptive Schemas on Addiction Potential in Youth. **International Journal of High Risk Behaviors and Addiction**, 2, 2, 72-6. DOI: 10.5812/ijhrba.10148
- Calvete,E.; Corral, S.; Estevez, A. (2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. **Anxiety, Stress& Coping** 20,4,369-382.
- Chevallett, K.L.; Cottraux, J.& Martin, R. (2006). Factor analysis of the schma Questionnaire- short form in a nonclinical sample. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An international Quarterly**, 20,3,311-318.
- Coolican, H. (2012). **Research Methods and statistics in Psychology**.2nd ed. Hodder& Stoughton. Retrieved from https://numérons.files.wordpress.com/2012/05/research_methods-and-st/
- Dikmen,S.N.T. and Afak, Y.S. (2020). Effect of early maladaptive schemas and sexual self – schemas in vaginismus. **International Journal of Medical Reviews and Case Reports**, 4, 11,15-21.
- Edwards, D. (2013). **Using schemas and schema modes as a basis for formulation and treatment planning in schema therapy**. Retrieved from <http://www.schematherapysouthafrica.co.za/>
- Eliason, M.J.& Amoda, D. (2007). An integral approach to drug craving. **Addiction Research and Theory**. 15,4, 343–364.
- Falahatdoost, M., Behrouz Dolatshahi, B., Mohammadkhani P.& Nouri, M. (2013). Identifying the Role of Early Maladaptive Schemas in Variety of Domestic Violence against Women with the Experience of Violence. **Practice in clinical Psychology**. 1,4, 219-225.
- Farmer,A.Y.; Wang,Y.; Peterson, N.a.; Borys,S.& Hallcom, D.(2021) Social Isolation Profiles and Older Adult Substance Use: A Latent

- Profile Analysis. **The Journals of Gerontology**. Series B, gbab078, Retrieved from <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab078>
- Flanagan, O.(2013).The shame of addiction.<http://www.frontiersn.org/>
- Giovazolias, T. Themeli, O. (2014). Social Learning conceptualization for Substance Abuse: Implications for Therapeutic Interventions. **The European Journal of Counselling Psychology**, 3, 1, 69–88, doi:10.5964/ejcop.v3i1.23
- Glaser, B.A.; Campbell, L.F.; Calhoun,G. B.; Bates, J.M.,& Petrocelli, J.V.(2002). The Early Maladaptive Schema Questionnaire –short form: a construct validity study. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**. 35, 2-11.
- Hardy, L.& Mitchell, C.& Seabrooke, T.& Hogarth, L. (2017). Drug cue reactivity involves hierarchical instrumental learning: evidence from a biconditional Pavlovian to instrumental transfer task. **Psychopharmacology**,234:1977–1984 DOI 10.1007/s00213-017-4605-x
- Hawke, L.D.& Provencher, M.D.(2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**, 25, 4, 257-276. DOI: [10.1891/0889-8391.25.4.257](https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257)
- Heydari, A., Dashtgard, A., Moghadam, Z.E. (2014). The effect of Bandura’s social cognitive theory implementation on addiction quitting of clients referred to addiction quitting clinics. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, 19, 19-23.
- Hosseini, M.; Ardekani, S.M.Y.; Bakhshani, S.& Bakhshani, S. (2014). Emotional and Social Loneliness in Individuals With and Without Substance Dependence Disorder. **Int J High Risk Behav Addict**. 3, 3, e22688. DOI: 10.5812/ijhrba.22688
- Irkorucu, A. (2016) **Gender difference in early maladaptive schemas**. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl:5 Sayı:9*, 103-119
- Jabłoński, M.& Chodkiewicz, J. (2017). Early maladaptive schemas and level of depression in alcohol addicts. **Psychiatr Psychol Klin**, 17,3, 165–171.
- Jackson, S.L.(2009). **Research Methods and Statistics A Critical Thinking Approach**. United States: WADSWORTH.
- Janson, D. L. (2015). Early maladaptive schemas in an Australian adult alcohol dependent clinical sample: Differences between men and women. Retrieved from http://ro.ecu.edu.au/theses_hons/1463
- Janson, D.L.; Harmsb, C.A.; Hollett, R.C.& Segal, R.D.(2019). Differences between Men and Women Regarding Early Maladaptive Schemas in an Australian Adult Alcohol Dependent Clinical Sample. **Substance Use& Misuse**. 54, 2, 177–184.

- Retrieved from <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1480038>
- Johnson, B.R.; Pagano M.E.; Lee, M.T.& Post, S.G. (2015). Alone on the Inside: The Impact of Social Isolation and Helping Others on AOD Use and Criminal Activity. **Youth & Society**, 1– 22.
- Karami, Z; Massah, O.; Farhoudian, A.& O'jei, A. (2015). Early Maladaptive Schemas in Opiate and Stimulant Users. **Iranian Rehabilitation Journal**, 13, 2, 10-15.
- Khosravani, V., Seidisarouei, M.& Alvani, A. (2016). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition system, behavioral approach system, and defense styles in natural drug abusers. Polish **Annals of Medicine**, 23, 6 – 14. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/journal/12308013>
- Kiyafar, Z.; Jamilian, H.R.; Oliyaei, Z.S.& Khansari, M. (2017). Investigating the correlation between early maladaptive schemas and clinical symptoms in patients with major depressive disorder with and without psychotic features. **Fundamentals of Mental Health**, 38-44. Retrieved from <http://jfmh.mums.ac.ir>
- Kouimtsidis, C. (2016). **Cognitive theories of addiction; a narrative review**. Retrieved from Retrieved from <https://researchgate.net/publication/51634619>
- Liebschutz, J., Savetsky, J.B., Saitz, R., Horton, N.J., Lloyd-Travaglini, C.& Samet, J.H. (2002). The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 22, 121– 128.
- Mahmoudi, F.; Mahmoudi, A.& Nooripour, R. (2017). Relationship between early maladaptive schemas and safe communications in married students. **Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center**. 7, 3, 779 – 787. DOI: 0.18869/acadpub.jrh.7.3.779
- McLellan, A.T. & Florida, S. (2017). Substance misuse and substance use disorders: Why do they matter in healthcare? **Transactions of the American Clinical and Climatological Association**, 128, 112- 129.
- Medeiros, L.M.V.& Ribas, V.R. (2014) Early maladaptive schemas of women who are victims of domestic violence in Pernambuco/Brazil. **NEUROBIOLOGIA**, 77(1-2). 21-30. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/341451848>
- Neacsu, V.C. (2016). Differences in early maladaptive schemes expression. **Bulletin of the Transilvania University of Braşov**. Series VII, 9,59, 2, 65-72.
- Nikmanesh, Z.; Kazemi, Y.; Khosravi, M.& Bahonar, M. (2015).

- Comparing early maladaptive schemas and coping styles in drug dependent and non-dependent prisoners of Zahedan city, Iran. **Annals of Military & Health Sciences Research**, 13, 26-31.
- Oshima, F.; Iwasa, K.; Nishinaka, H.; Suzuki, T.; Umehara, S.; Fukui, I., & Shimizu, E. (2018). Factor structure and reliability of Japanese version of Young Schema Questionnaire Short Form. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, 18, 1, 99-109.
- Razavi V.; Soltaninezhad A.; Rafiee A. (2012). Comparing of early maladaptive schemas between healthy and addicted men. **Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)**, 14, 9, 60-63.
- Robinson S. M. & Adinoff, B. (2016). The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations. **Behav. Sci.**, 6, 18, doi:10.3390/bs6030018
- Roper, L.; Joanne M. Dickson, J.M.; Tinwell, C.; Booth, P.G. & McGuire, J. (2010). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program. **Cogn Ther Res**. DOI 10.1007/s10608-009-9252-z
- Rovira, M. (2017). Addiction to automatic negative thoughts: A perspective from rational emotive behaviour therapy. **MOJ Addict Med Ther**, 3, 4, 125-126.
- Shafiee, S. A.; Razaghi, E.; Vedadhir, A.A. (2019). Multi-Level Approach to Theories of Addiction: A Critical Review. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, 13, 2, DOI: [10.5812/ijpbs.88881](https://doi.org/10.5812/ijpbs.88881)
- Shalchi, B. & Khooy, P.M. (2019). Satisfaction of Basic Psychological Needs in Patients with Substance Use Disorder and Normal Persons: A Research Based on Self-Determination Theory. **Hormozgan Med J**. In Press: e86440. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.5812/hmj.86440>
- Shorey, R.C.; Anderson, S.E. & Stuart, G.L. (2012). Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. **Substance Use & Misuse**, 47, 108-116. DOI: 10.3109/10826084.2011.629706
- Shorey, R.C.; Stuart, G.L. & Anderson, S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. 21, 21-28. DOI: 10.1002/cpp.1803
- Skinner, M.D. & Aubin, H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, 34, 606-623
- Tang, Y.Y.; Posner, M.; Rothbart, M.K., and Volkow, N.D. (2019).

- Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. **Trends in Cognitive Sciences**, 19, 8, 439- 444.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. **J. Behav. Ther.& Exp. Psychiat.** 41, 373e380
- Thimm, J.C. (2017). Relationships between Early Maladaptive Schemas, Mindfulness, Self compassion, and Psychological Distress. **International Journal of Psychology and Psychological Therapy**, 17, 1, 3-17.
- Verceze, F.A.& Cordeiro, S.N. (2016). Trainspotting: a psychoanalytic perspective of drug addiction in contemporary society. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** 12, 3, 154-62.
- Welburn, K.; Coristine, M.; Dagg, P.; Pontefract, A. & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. **Cognitive Therapy and Research**, 26, 4, 519–530.
- Wojtynkiewicz, E.(2018). Alcohol addiction in the view of psychodynamic theories.part I. **REVIEW OF CLASSICAL THEORIES**. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/326113515>
- Young, J.E.; Klosko, J.S.& Weishaar, M.E. (2003). **Schema Therapy: Conceptual Model. Ch.1**, Guilford Publications, Retrieved from WWW.guilford.com.
- Zewude, B.T.& Ashine, K.M. (2016). Binary Logistic Regression Analysis in Assessment and Identifying Factors That Influence Students' Academic Achievement: The Case of College of Natural and Computational Science, Wolaita Sodo University, Ethiopia. **Journal of Education and Practice**, 7, 25, 3-7.