المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات

Early maladaptive schemes in drug addicts

سهير هادي *
طالبة دكتوراه، جامعة الجزائر2
Souheyr Hadi
PhD student, University Alger 2
hadi.souheyr@univ-alger2.dz

نسيمة علي تودرت
أستاذ محاضر أ، جامعة الجزائر2
Ali Toudert Nassima:
Lecturer A, University Alger 2
nassima.alitoudert@univ-alger2.dz

تاريخ الاستلام: 2023/06/26 تاريخ القبول: 2023/11/18 تاريخ النشر: 2023/12/07

- **الملخص:** هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على المخططات المبكرة غير المتكيفة الأكثر انتشارا لدى المدمنين على المخدرات، كما هدفت إلى التعرف على الفروق في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى نفس العينة تبعا لمتغير الجنس، والسن، ولتحقيق ذلك أجريت الدراسة على عينة قوامها (55) مدمن ومدمنة تم اختيارهم بطريقة قصدية (عينة كرة الثلج) طُبق عليهم مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ (YSQ- S1) والمتكون من (75) بند، ومن أجل المعاينة الإحصائية للبيانات اعتمدت الباحثتان على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss، وبعد المعالجة الإحصائية توصلت نتائج الدراسة إلى أن المخططات الأكثر انتشارا جاءت على النحو التالي: المخطط 13 (المعايير الصارمة/ النقد المفرط) ، ثم المخطط 14(الأحقية الزائدة/التعالي) ، فالمخطط 03(الشك/الاعتداء) ، ويليه المخطط 11(التضحية بالذات) ، والمخطط 04 (العزلة الاجتماعية/ الاغتراب)، إضافة إلى المخطط 15(نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي)، والمخطط 02 (الهجر/عدم الاستقرار) ، ثم المخطط 08 (القابلية للأذى أو المرض)، وصولا إلى المخطط 01 (الحرمان العاطفي) ، أما المخططات الباقية والتي تظم مخطط 5 (النقص/الخجل)، مخطط 6 (الفشل)، مخطط7 (الاعتمادية)، مخطط9 (العلاقات الاندماجية/عدم النضج الذاتي)، مخطط10 (الخضوع)، مخطط 12(الكبت)، فهي أقل انتشارا لدى المدمنين على المخدرات مقارنة بالمخططات السابقة، كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات والتي تعزى لمتغيري الجنس والسن.

- **الكلمات المفتاحية:** المخططات المبكرة غير المتكيفة-الإدمان-المخدرات.

Abstract: The current study aimed to identify the most prevalent early non-adaptive schemes among drug addicts, and also aimed to identify the differences in early schemes that are not adaptive in the same sample according to the gender variable, and age, and to achieve this, the study was conducted on a sample of (55) addicts and addicts were selected intentionally (snowball sample) applied to them the scale of early non-adaptive schemes for Jeffrey Young (YSQ- S1), which consists of (75) items, and in order to statistical preview the data The researchers relied on the program After statistical processing, the results of the study concluded that the most widespread schemes were as follows: Plan 13 (strict criteria / excessive criticism), then Plan 14 (excess entitlement/

*- المؤلف المرسل

transcendence), then Plan 03 (Doubt / Assault), followed by Plan 11 (Self-Sacrifice), Plan 04 (Social Isolation/ Alienation), in addition to Plan 15 (Lack of Self-Control/ Self-Control), Plan 02 (Abandonment / Instability), then Plan 08 (Susceptibility to harm or disease), up to scheme 01 (emotional deprivation), The remaining schemes, which include Plan 5 (Deficiency/Shame), Plan 6 (Failure), Plan 7 (Reliability), Scheme 9 (Integration/Self-Immaturity Relationships), Scheme 10 (Submission), and Plan 12 (Inhibition), are less prevalent among drug addicts compared to previous schemes, and the results of the study found that there were no differences in early unadaptive schemes among drug addicts attributed to gender and age variables.

Keywords: Early unadapted schemes – Addiction- Drugs.

- مقدمة:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر المشكلات النفسية الاجتماعية، فهي من أكثر المشكلات التي تعيق بناء المجتمع ونمو أفراده. فالفرد المتعاطي يفقد كل سيطرته على سماته النفسية والعقلية السوية، فتشل إرادته وتذهب بعقله ويزداد ابتعاده عن الواقع كلما زاد تناوله أو تعاطيه لهذه المواد السامة، كما تدفعه في أخف الحالات إلى ارتكاب العنف والجرائم في محاولة صريحة للعدوان على الذات أو العدوان على الآخر. كما أن تعاطي المخدرات أخذ مسارا خطيرا في السنوات الأخيرة وفي جميع الأوساط وبين مختلف الأعمار، فالإدمان لم يعد مشكلة محلية تعاني منها بعض الدول الكبرى أو الصغرى أو بلدان محلية أو إقليمية، بل أصبح مشكلة دولية.

يشير التقرير الصادر عن هيئة الصحة العالمية في جانفي 2016 أن المخدرات مسؤولة عن وفاة 400 ألف شخص سنويا عبر العالم، وأن المشاكل الصحية المرتبطة بتعاطي المخدرات تشكل 0،55 من إجمالي عبء المرض في العالم (قريمس، 2018، ص.19).

كما أكدت التقارير الصادرة عن الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في عام 2019 أن معدلات تعاطي مواد الإدمان والعواقب الصحية المرتبطة به تكونان في أعلى مستوياتها في أوساط الشباب (وبخاصة الذين تتراوح أعمارهم بين 18- 25 سنة) ويمثل سن البدء في تعاطي مواد الإدمان مدعاة للقلق على الصعيد العالمي، حيث بينت العديد من الدراسات أنه كلما كان سن البدء في التعاطي أصغر زاد احتمال حدوث اضطرابات ناشئة عن تعاطي هذه المواد نظرا لما تحدثه هذه المواد من تأثيرات على الدماغ، كما أشارت البحوث إلى قابلية تعاطي المخدرات قد تنشأ لدى المرء في الأصل نتيجة أحداث مر بها خلال مراحل نموه أثناء مرحلة الطفولة وبدايات مرحلة المراهقة (نجيب، وهاشم، 2021، ص.5).

فالمخططات المبكرة غير المتكيفة تظهر نتيجة من تجارب الفرد المبكرة والسلبية مع الوالدين أو الأشقاء والأقران، فتتطور هذه المخططات نتيجة لمحاولات الطفل لفهم تجربته السلبية، ومن ثم تخلف المخططات المبكرة غير المتكيفة أشكالا مختلفة من الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية التي قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر عند تنشيط تلك المخططات إلى الضيق النفسي والاكتئاب وعدم الكفاية في العمل، وقد يؤدي ذلك إلى تعاطي المخدرات (Nordahl et al, 2005, p148).

لذلك جاءت الدراسة الحالية للكشف والتعرف على أهم المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات.

01- مشكلة الدراسة

يمر الفرد في حياته بمراحل مختلفة في جميع الجوانب الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والعقلية، والتي يتطور من خلالها تدريجيا من طفل إلى راشد مستقل ناضج، يتمتع بقدرة عقلية سليمة تجعله قادرا على ممارسة حياته ومحاولة التكيف مع جميع المواقف والمشاكل الحياتية فمن خلال معايشته للأحداث اليومية تتكون لديه المعتقدات، والمعاني، والافتراضات، والتوقعات المكتسبة من البيئة المحيطة له والتي تسمى الخبرات السابقة التي يبني بها المعلومات الجديدة في مرحلة لاحقة. فتندمج ضمن عمليات معرفية وهي عبارة عن صناديق مليئة بالملفات والملفات تحتوي هي الأخرى مجموعة من الأوراق كل ورقة تحتوي على استراتيجيات تخص مجموعة من المعطيات حول الإدراك، والتفكير، والسلوك، والحركة، والاستجابة، والانفعال، والمزاج، أما المعطيات والوظائف ففيها مخزن هذه المعلومات ومنها يستخرجها والمخططات تتكون نتيجة لما سبق فتبنى من خلال معارفنا وخبارتنا السابقة فمن خلالها تكون كيفية الاستجابة مع المثيرات الخارجية وفهم معطياتها والتعامل معها وفيها يتكيف الفرد وتساعده في استعاد معلومات معينة غير مرتبطة بالبيئة التي يعيش فيها والاحتفاظ بمعلومات أخرى ولكن في بعض الأحيان تتكون لديه مجموعة من المخططات الخاطئة غير المتكيفة، حيث تقوم بالتكيف مع المواضيع بطريقة مختلة الوظيفة فيعطي الفرد تأويلات خاطئة عن الوضعيات فربما يدرك الموقف عكس حقيقته أو تصله المعلومة مشوهة حول ذاته وحول الآخرين وعالمه الخارجي وبدوره يؤثر على سلوكياته من جهة وعلى انفعالاته من جهة أخرى فيصبح بذلك ينطوي تحت سوء التوافق النفسي وتعتل صحته النفسية.

وهذه المخططات السلبية أو المختلة وظيفيا تكون قد تكونت بسبب النقد والرفض المستمر والمتزايد للطفل من الوالدين أو الأقرباء والأصدقاء أو بسبب شدة أحداث الحياة

الضاغطة والسلبية في فترة مبكرة من حياة الفرد، من هنا يمكن القول إن المخططات المعرفية توفر مناخ للاستعداد للإصابة بأشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية أو المشاكل أو اللجوء إلى أساليب خاطئة لحل هذه المشاكل.

ولقد بينت بعض الدراسات النفسية الأجنبية ارتباط السلوك الإدماني بالمخططات المعرفية فبعد تطور إشكالية المخططات المعرفية الانفعالية، التي استعملها لأول مرة آرون بيك (Aron Beck, 1990) في دراسته للاكتئاب والقلق ثم في اضطرابات الشخصية، وامتدت تطبيقاتها في عدة اضطرابات عقلية وسلوكية، خاصة المجال الإدماني الذي كان موضوع أول مقاربة لبيك وزملاؤه (1993) حيث حددوا ثلاثة أنواع من المخططات – أو المعتقدات – مسبقة (A)، مريحة (S)، مخففة (P). ينشط المخططان الأوليان الأفكار التلقائية التي تعطي الرغبة في التعاطي، والمخطط الثالث يفتح الباب للفعل ذاته. وقد أكد تجريبيا هذا النموذج كل من تيزون وهوتكيت (Tison Hautekeete,1998) بتطبيق مقياس (A-S-P) على مجموعة من مدمني الهيروين ثم من طرف شابرول وأخرون (Chabrol et al, 2001) بتطبيق نفس المقياس على مجموعة من متعاطي الحشيش (Hautekeet, 2007, pp16-17) كما توصلت العديد من الدراسات الأجنبية والعربية في علم النفس والطب النفسي الى وجود مخططات مبكرة غير متكيفة تنشط عند مدمني الكحول والمخدرات، من أهمها: (Young et Ball, 1998), (Decouvelaire et al, 2000), Hautekeet et Cordonnier, 2001), (Baert et al, 2003), (Billeux et al, 2008), (Dardard et Grebot, 2010).

كما أظهرت دراسة عيشوني (2012) المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات دراسة ميدانية بمركز الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة، تضم عينة البحث (40) فردا من المدمنين على المخدرات كلهم ذكور طبق عليهم مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة (YSQ-S1) في الصورة المختصرة واستمارة معلومات من إعداد الباحثة واختبار تصنيف سوء استعمال المخدرات (Dast-10)، وجود تسعة مخططات مبكرة غير متكيفة تنشط لدى المدمنين على المخدرات وهي حسب تأثيرها: المخطط 11 (التضحية بالذات)، المخطط 13 (المعايير الصارمة)، والمخطط 14 (الأحقية الزائدة/ التعالي)، والمخطط 2 (الهجر/ عم الاستقرار)، والمخطط3 (الشك/ الاعتداء)، والمخطط15 (نقص التحكم الذاتي)، والمخطط 9 (الاندماجية)، والمخطط 8 (القابلية للأذى أو المرض)، والمخطط 4 (العزلة الاجتماعية).

واستنادا إلى هذه المعطيات، هناك ارتباط بين نشاط عدد من المخططات المبكرة غير المتكيفة والسلوك الإدماني، وقد يكون هذا النشاط من أحد الأسباب في استمرار المدمنين في

التعاطي لمواد مخدرة ولذلك جاءت الدراسة الحالية للكشف عن المخططات المبكرة غير المتكيفة الشائعة لدى المدمنين على المخدرات وصيغت إشكالية الدراسة الحالية من خلال التساؤلات التالية:

- ماهي أكثر المخططات المبكرة غير المتكيفة شيوعا لدى المدمنين على المخدرات؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة بين المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة بين المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير السن؟

2- فرضيات الدراسة

- تنتشر بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات. مثل مخطط المعايير الصارمة، ومخطط الأحقية الزائدة، ومخطط الشك والاعتداء، ومخطط التضحية بالذات.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير السن.

3- أهداف الدراسة

- الكشف عن المخططات المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعا لدى المدمنين على المخدرات.
- التعرف على تأثير كل من متغيري الجنس والسن في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات.

4- أهمية الدراسة

- ندرة الدراسات العربية على وجه الخصوص التي اهتمت بدراسة المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات على حسب اطلاع الباحثتين.
- تتناول الدراسة الحالية ظاهرة الإدمان على المخدرات التي عرفت انتشارا واسعا خلال السنوات الأخيرة وأصبحت تشكل خطرا يهدد صحة الفرد وأمن المجتمع.
- قد يؤدي التعرف على المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات إلى تحسين علاج هذه الفئة ويساعد في عمل برامج إرشادية ووقائية للحد من انتشار هذه الظاهرة الخطيرة في المجتمع.

5- تحديد مصطلحات الدراسة

- المخططات المبكرة غير المتكيفة: يعرف يونغ المخططات المبكرة غير المتكيفة "بأنها نماذج ومواضيع هامة بالنسبة للفرد، مجتاحة متكونة من ذكريات، وانفعالات وتصورات، وأحاسيس جسدية تخص الفرد وعلاقته مع الآخرين تتطور من خلال الطفولة والمراهقة وتثرى وتتعقد وصنفها يونغ في خمسة ميادين ويفترض أنها ترتبط بحاجات الفرد الأساسية غير المشبعة (مأمون، 2018، ص. 18).
- تعرف المخططات المبكرة غير المتكيفة إجرائيا في هذه الدراسة بانها مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المدمن على مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة – الشكل المختصر.
- **الإدمان:** عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار (خلفاوي، وبوروبة، 2021، ص. 328).
- **المخدرات:** هي كل مادة خام أو مصنعة تحتوي على منبه أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها (جلود، 2007، ص 3).

6- الإطار النظري للدراسة

1- نظرية المخططات لجيفري يونغ: تم تطوير العلاج بالمخططات ،Schema therapy، من طرف جيفري يونغ (1990،2003) وزملاؤه، وجاء هذا المنهج العلاجي كبديل للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي الذي طوره آرون بيك Aron Beck وزملائه، ويعد العلاج بالمخططات نظام علاجي شامل ومتكامل يتضمن نظريات وتقنيات مستمدة من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي العلائقي والعلاج الجشطالتي والعلاج التحليلي ونظرية التعلق حيث كان هناك تركيز أكبر على العلاقة كوسيلة للتعديل السلوكي، كما ركز أيضا على المعالجة الانفعالية والعاطفية للخبرات الصادمة(Bamber, 2004 Arntz & Van Gendrene, 2009, Young et al, 2003)

تستند نظرية المخططات على ثلاث مفاهيم جوهرية وهي: المخططات المبكرة غير المتكيفة (EMSs) وهي بشكل عام معتقدات ضمنية مختلة وظيفيا وغير شرطية حول الذات وعلاقة الفرد بالأخرين وتنمو في مرحلة الطفولة وتعمل على تصفية الخبرات الواردة بشكل انتقائي وتتوسع المخططات وتثرى خلال حياة الفرد وتنشط هذه المخططات عندما يواجه الشخص مواقف شبيهة بتلك التي أدت إلى نشوئها والسلوكيات التي يقوم بها الفرد إزاء هذه المخططات، تسمى أساليب التكيف coping styles وهو المفهوم الأساسي الثاني لنظرية المخططات، ويلجا إليها الشخص للمحافظة على استمرارية المخططات. المفهوم الثلث هو الصيغ modesوهي المخططات وأساليب

التكيف النشطة في زمن معين، وتنشأ الاضطرابات الانفعالية والعاطفية أساسا من الحاجات الرئيسية غير المشبعة أثناء النمو في مرحلة الطفولة والمراهقة، مما يؤد إلى ظهور المخططات المبكرة غير المتكيفة وأساليب التكيف، ويهدف العلاج بالمخططات إلى مساعدة المرضى لتحديد مخططاتهم الخاصة أي فهم أصلها ومنشأها، وربط هذه المخططات بمشاكلهم الحالية واستخدام آليات علاجية لاستبدال أساليب التكيف غير المتوافقة بأساليب سلوكية صحية (مأمون، 2018، ص ص. 23-24).

2-خصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة

- إن المخططات لا ترتكز فقط أثناء الطفولة، وإنما هناك عوامل أخرى تسبب تطورها فالتجارب السيئة المكررة أثناء الطفولة والمراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات.
- تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء وكيفية التصور وسلوكيات مماثلة للوضعيات التي تشبه أو هي تضع بصمة ماضي للطفولة على الحاضر.
- للمخططات خاصية التهديم، وتعود أسبابها للخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة والمراهقة، وتؤثر على حياتهم الشخصية والاجتماعية، والمهنية للشخص ويمكن أن تنشط في بعض الوضعيات الحياة.
- يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة، فالمخططات الإيجابية والمتأخرة متكيفة، بينما المخططات السلبية والمبكرة هي مخططات اختلاليه غير متكيفة.
- المخططات لا شعورية وعند نشاطها يشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف والخجل والكآبة (الحطاح، 2011، ص. 69).
- تكافح من أجل البقاء كما أننا نجد أنفسنا نتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزءا لا يتجزأ من حياتنا وفي الحقيقة رغم إدراكنا لطبيعتها المدمرة فنحن نجدها مريحة ومألوفة.
- تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة وتمثل حقيقة خصائص البيئة الأسرية لدى الفرد، فالمخطط يتطابق تماما مع طبيعة المحيط العائلي الذي عاشه الفرد (مأمون، 2018ن ص. 25).

3- مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة: لقد حدد يونغ ثمانية عشر مخططا غير متكيف ضمن خمس مجالات وفقا للحاجات العاطفية غير المشبعة (Roussin, 2011, p. 10) لكن في دراستنا الحالية سوف نكتفي بعرض لـ 15 مخططا التي سوف تقاس إجرائيا بواسطة مقياس المخططات ليونغ – الشكل المختصر- (YQS-SF,1999).

1-3 المجال الأول: مجال الانفصال والرفض (Disconnection and Rejection): إن الأفراد الذين لديهم مخططات هذا المجال غير قادرين على تحقيق تعلق امن ومشبع بالأخرين، هم يعتقدون أن حاجاتهم للاستقرار والأمن والرعاية والانتماء سوف لن تلبى من طرف مقدمي الرعاية المهمين كالوالدين (Cockram, 2009, p. 37). ويحتوي هذا المجال على خمس مخططات هي كما يلي:

- **مخطط الهجر/ عدم الاستقرار:** الأشخاص الذين يملكون هذا المخطط مقتنعون بأن من يهتم بهم سوف لن يستمروا في منحهم الدعم العاطفي والقوة والاتصال والحماية ويخافون من فقدان أحد الوالدين بالموت أو الهجر.
- **مخطط الشك/ الاعتداء:** ينشأ هذا المخطط من أباء يوصفون بسوء المعاملة والاعتداء جسديا ولفظيا أو جنسيا على أطفالهم والأفراد الذين لديهم هذا المخطط يخافون من الإهانة والإصابة والاعتداء وسوء المعاملة من الغير.
- **مخطط الحرمان العاطفي:** إن الأشخاص الذين يعانون من هذا المخطط يتوقعون من الآخرين عدم إشباع كاف لحاجاتهم من الدعم العاطفي والحاجة إلى من يفهمهم ويستمع إليهم ويوجههم وينشأ هذا المخطط من والدين باردين ومتباعدين عاطفيا، يتكون هذا المخطط من ثلاث أشكال رئيسية:

أ- الحرمان من الرعاية (Deprivation of Nuturance): غياب الاهتمام والعاطفة والدفيء أو الرفقة.

ب- الحرمان من العطف (Deprivation of Empathy): غياب التفهم والاستماع والكشف عن الذات أو المشاركة الوجدانية من الآخرين.

جـ- الحرمان من الحماية (Deprivation of Protection): غياب القوة والتوجيه أو الإرشاد من الأخرين.

والأشخاص المحرومين من العاطفة لا يستطيعون التعبير عن حاجاتهم العاطفية ويتصرفون كأنهم ليسوا بحاجة إليها، هم خاضعين لهذا المخطط وبالتالي يختارون شركاء باردين عاطفيا الذين لا يمنحون ألا قليلا من العاطفة أو قد لا يقدمونها كما قد يكون لديهم حاجات عاطفية غير مشبعة وهم أيضا لا يطلبون تلبية الحاجات من شركائهم (Martin & Young, 2010, Kahlé,2009).

- **مخطط النقص/ الخجل:** فيه يشعر الفرد بأنه ناقص وخاطئ وكله عيوب وأنه سيئ، لا قيمة له ويحس بالدونية وأنه غير محبوب من طرف الآخرين، عادة ما يتضمن هذا المخطط الشعور بالعار والخزي اتجاه عيوبه كالأنانية والدوافع العدوانية أو مثل المظهر غير اللائق والارتباك الاجتماعين ومن الممكن أن يكون هؤلاء الأشخاص قد تم الاعتداء ليهم جنسيا أو جسديا أو عاطفيا، أو خضعوا لتربية والدية تتصف بالنقد أو العقاب وتفتقر للحب الوالدي (مأمون، 2018، ص. 30)
- **مخطط العزلة الاجتماعية/ الاغتراب:** يرتبط هذا المخطط بنوعية الروابط العاطفية للشخص، فهي تخص العلاقات مع الأصدقاء ومختلف المجموعات الاجتماعية حيث يشعر الشخص بأنه مغترب ومهمش، يتجنب صحبة الآخرين ولا يسعى لتكوين أصدقاء ولا ينتمي لأية مجموعة، بالتالي فهو يتجنب صحبة الآخرين ولا يسعى لتكوين أصدقاء يعتقد بانه أقل مكانة ومرغوبيه وأقل جاذبية وأقل كفاءة في التواصل الاجتماعي وممل ومثير للاشمئزاز بالنسبة لشريكه (Fofana, 2007, p. 116).

2-3 المجال الثاني: مجال نقص الاستقلالية وضعف الأداء: (Impairred Autonomy and Performancee): إن الأفراد الذين يشملهم هذا المجال هم الذين لم يتمكنوا من تطوير الاستقلالية الضرورية من أجل القيام بمهامهم بشكل مستقل ومنفصل عن أسرهم، هم غير قادرين على تشكيل هوية أو أسلوب حياة خاص بهم (Mehran, 2011, p. 81).

- **مخطط الاعتمادية/ العجز: لا** يحس الفرد في هذا المخطط بالأمان الكافي لمواجهة العالم الخارجي ويعتقد أنه عاجز على القيام بمسؤولياته اليومية وحل مشاكله ويفتقد للمبادرة والاعتماد على النفس.
- **مخطط القابلية للأذى أو المرض: المصاب** بهذا النوع من المخططات يعيش في خوف دائم من وقوع كارثة وشيكة لا يمكن تجنبها سواء كان ذلك كارثة طبيعية أو جنائية أو مالية، وهو لا يشعر بالأمان كما أنه يخاف من الوقوع في الأمراض: كنوبات الهلع أو الإصابة بالفيروسات أو بالجنون أو أن يكون عرضة للإصابة بأحد أنواع الرهاب مثل الخوف من ركوب الطائرة أو التعرض للهجوم (Fofana, 2007, p. 116)
- **مخطط العلاقات الاندماجية/ عدم النضج الذاتي:** يتسم أصحاب هذا المخطط بالتعلق والقرب العاطفي المفرط بأحد الأشخاص المهمين أو أكثر (غالبا الوالدين)، على حساب التميز بشخصية فريدة أو النضج الاجتماعي السليم وعادة ما يعتقد الشخص المندمج

عاطفيا أنه لا يمكن أن يعيش أو أن يكون سعيدا بدون مساعدة الطرف الآخر، غالبا ما يعانون من الشعور بالفراغ والتخبط دون أي توجيه (Martin & Young, 2010, p. 323).

- **مخطط الفشل:** يتضمن هذا المخطط شعور الفرد بعدم قدرته على النجاح مثل الآخرين لاعتقاده بأنه عاجز وأحمق وأقل مكانة من الآخرين والخاضع لهذا المخطط لديه تقدير ذات منخفض ولا يمكنه إنهاء عمله ويقوم بتجنب أو تأجيل المهام والمشاريع المهنية الجديدة، لكن دائما ما يصاحبه ويطارده الشعور بالفشل في داخله وقد يكون مصدر هذا المخطط خبرات الإساءة والنقد المفرط والتعرض للإهانة من طرف الوالدين (مأمون، 2018، ص. 32).

3- 3 المجال الثالث: مجال نقص الحدود (Impaired limits): إن الأشخاص في هذا المجال لم يطورا حدود داخلية كافية فيما يخص المعاملة التبادلية والانضباط الذاتي، قد يجدون صعوبة في احترام حقوق الأخرين والتعاون المشترك والحفاظ على الالتزامات أو تحقيق أهداف بعيدة المدى (Cockram, 2009)

- **مخطط الأحقية الزائدة / التعالي:** يعتقد أصحاب هذا المخطط أنهم أعلى من غيرهم، لديهم حقوق خاصة بهم وامتيازات، ولا يحترمون قواعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة الطبيعية، ما يهمهم هو الحصول على ما يريدون بغض النظر عن معايير الواقع والعقل وعلى حساب الآخرين، ويسعون إلى فرض وجهات نظرهم على الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم تماشيا مع رغباتهم الخاصة دون إبداء أي تعاطف أو أي اهتمام بشعور الآخرين (Young et al, 2003, p.15).
- **مخطط نقص التحكم الذاتي / الضبط الذاتي: هذا** المخطط يجعل الفرد عاجزا عن التحكم الذاتي في انفعالاته واندفاعاته، لا يتساهل مع الإحباطات الناجمة عن المهام التي تتطلب الأداء الشخصي، كما أنه يستجيب لرغباته بشكل متهور ويتجنب المواقف المزعجة المؤلمة والتي فيها صراع ومسؤوليات هؤلاء الأفراد فاشلون في الكثير من ميادين الحياة الشخصية والمهنية ويميلون لإشباع رغباتهم قصيرة المدى مهما كانت النتائج (Kahalé, 2009, p. 93).

4-3 المجال الرابع: التوجه نحو الأخرين (Other- Directedness)

يتميز أصحاب هذا المخطط بالتركيز الكبير على رغبات ومشاعر واستجابات الآخرين على حساب احتياجاتهم الشخصية من أجل كسب حب وقبول الآخرين والمحافظة على روابط الاتصال معهم وعادة ما يكبحون شعورهم بالغضب، يرجع أصل ظهور هذا المخطط الى نموذج من العائلات التي تمارس القبول المشروط أي يقمعون جوانب مهمة من احتياجات أبنائهم من أجل

الحصول على حب واهتمام واستحسان الوالدين في الكثير من الأسر (Martin & Young, 2010 ; Theiler, 2005).

- **مخطط الخضوع:** يتعلق هذا المخطط بالاستسلام التام لسيطرة الآخرين لأن صاحب هذا المخطط يشعر كأنه مكره ومضطر لفعل ذلك تحاشيا للغضب أو الانتقام أو الهجر من الآخرين (Cockram, 2009)، فهو يدرك جيدا أن رغباته وأراءه وأحاسيسه ليست مهمة بالنسبة للأخرين كما أنه يشعر بحساسية مفرطة كونه وقع في شرك الأخرين وأصبح تحت سيطرتهم، ما يقوده للإحساس بالغضب الذي عادة ما يتمظهر في شكل أعراض لا تكيفية مثل السلوكيات السلبية والعدوانية أو عدم التحكم في نوبات مزاجية حادة، وتعود أسباب ذلك إلى أساليب تربوية تتسم بالعقاب الشديد والسيطرة والعنف (مأمون، 2018، ص. 34).
- **مخطط التضحية بالذات: يرتبط** هذا المخطط بالتعبير عن الذات والذي يدفع الشخص إلى التضحية برغباته الشخصية لإرضاء الآخرين وتلبية احتياجاتهم على حساب اشباعاته الشخصية، ينصاع للآخرين بإرادته وغالبا ما ينخرط في علاقات (مسيطر، مسيطر عليه) مع أشخاص يتحكمون في كل تصرفاته والإذعان التام لهم (Fofana, 2007, p. 116).
- **مخطط البحث عن القبول/ الاعتراف:** ما يهم الأفراد ذوي مخطط البحث عن القبول هو التركيز المبالغ فيه على كسب اهتمام الأخرين، والتوافق معهم على حساب تطوير شعور حقيقي وأمن بالذات، حيث يرتبط الإحساس بتقدير الذات وقيمتها بردود أفعال الأخرين بدلا من ميولهم الشخصية الحقيقية، هؤلاء الأفراد يميلون للتركيز على المظهر والمكانة والقبول الاجتماعي والمال والإنجازات، ليس من أجل السلطة والتحكم بالدرجة الأولى، ولكن من أجل كسب الحب والإعجاب والاهتمام من طرف الآخرين (Alfasfos, 2009, p.21).

5-3 المجال الخامس: الحذر المفرط والكف (Over Vigilance and Inhibition)

هذا المجال الأخير يتضمن المخططات ذات العلاقة بكبح المشاعر والدوافع وتتطور مخططات هذا المجال نتيجة للممارسات الوالدية التي تبالغ في الواجبات والكمالية في الأداء وتفرض قواعد صارمة على أطفالها، تتسم بالترويع والعقاب والمبالغة في المطالب، بينما تثبط التعبير عن الانفعالات والمشاعر السعيدة والاستمتاع والتسلية والاسترخاء نتيجة لذلك قد يصبح الطفل عرضة للتعاسة والافتقار للعواطف وتطغى عليه مشاعر التوتر، كما يميلون لتجنب السعادة ومتعة الحياة والعلاقات الحميمية، ويميل آباء هؤلاء الأطفال إلى المواقف المقلقة والتشاؤمية لهذا يسعى الأطفال لكسب ود آبائهم وذلك عن طريق تطوير هذه المخططات ومحاولة تلبية توقعات والديهم الصارمة (Theiler 2005 ; Alfasfos, 2009).

- **مخطط السلبية / التشاؤم:** يعتبر هذا المخطط واسع الانتشار، ويدوم مدى الحياة وفيه يركز الفرد على الجوانب السلبية من الحياة مثل (الخداع، والخيانة والصراع، والخسارة والمعاناة والموت)، في حين يقلل ويهمل الجوانب الإيجابية والتفاؤلية من الحياة ، عادة ما يتضمن هذا المخطط توقعات مبالغ فيها في العديد من المواقف مثل (العمل، المال، العلاقات الشخصية)، ويرى الأفراد المصابين بهذا المخطط أن الأمور غالبا ما تسوء بشدة وتؤول إلى نهايات غير سارة، أو يرى أن بعض نواحي الحياة تبدو جيدة في البداية وسوف تنهار في النهاية ويتميز هؤلاء الأشخاص بقلق مزمن والحذر الزائد والشكوى الزائدة والتردد(مأمون، 2018، ص. 36).
- **مخطط الكبت العاطفي:** يركز هذا المخطط على كبح الانفعالات السلبية والإيجابية والأفكار والمشاعر الشخصية والاستجابات التلقائية والدوافع، خوفا من فقدان السيطرة على النفس أو اطلاق العنان للانفعالات المبالغ فيها ما قد يتسبب في إزعاج الآخرين أو استنكارهم لهذا الفعل، فالأفراد الذين لديهم سيطرة مفرطة على انفعالاتهم يخافون من النتائج المترتبة على هذا الفعل كالعقاب أو الهجر، عموما الذين يملكون هذا المخطط عادة ما يتجنبون العلاقات الوثيقة والحميمة لهذا تجدهم يتسمون بالبعد والبرود العاطفي والجمود والجدية وحدة الطبع، وينجر عن ذلك تجنبهم للمواقف التي يكون فيها مشاركة عاطفية، ترجع سلوكياتهم إلى ردود الأفعال المهينة والمسيئة التي تلقونها عند التعبير عن مشاعرهم في الطفولة كما أنهم قد يكونوا عاشوا في بيئة تشجع على ضبط النفس الزائد(Kahalé, 2009).
- **مخطط المعايير الصارمة / النقد المفرط:** يسعى الأفراد الذين لديهم هذا المخطط لتحقيق أعلى معايير السلوك والأداء بشكل مبالغ فيه، ويتأثرون لبلوغ أعلى المعايير تجنبا للنقد، وهذا يؤدي للشعور بالضغط أو نقص المتعة والسعادة والصحة وتدني تقدير الذات أو بناء علاقات حقيقية.

ووفقا ليونغ (2003) فالمعايير الصارمة عادة ما تتخذ الأشكال التالية:

- الكمالية أو اهتمام بالتفاصيل بشكل غير معقول أو إنقاص الفرد من قيمة أدائه مقارنة بتلك المعايير عالية المستوى.
- قواعد صارمة وواجبات ينبغي الالتزام بها في الكثير من ميادين الحياة بما في ذلك من اعتبارات أخلاقية وثقافية ودينية متشددة وغير واقعية.
- الانشغال الكبير بالوقت والفعالية من أجل تحقيق إنجازات أكثر (Martin & Young, 2010)

- **مخطط العقابية:** أصحاب هذا المخطط مقتنعون بتطبيق العقوبة الشديدة على الأشخاص الذين يرتكبون الأخطاء ويتصفون بالغضب وعدم التسامح والعقابية ولا يصبرون مع الأفراد (بما في ذلك أنفسهم) الذين يتخذون المعايير أو التوقعات ويجدون صعوبة في التسامح مع أخطائهم وأخطاء غيرهم، لأنهم لا يرغبون في اعتبار الظروف التي تتجاوز حدود العقل البشري وعدم كماله أو التي تأخذ نوايا الأفراد بالحسبان (مأمون، 2018، ص. 37).

7- إجراءات الدراسة الميدانية:

7-1- منهج الدراسة: استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي التحليلي لأنه ملائم للإجابة على أسئلة الدراسة والوصول لأهدافها.

7-2- عينة الدراسة: أما فيما يخص دراستنا الحالية فقد تم اختيار مفردات العينة بطريقة قصدية (عينة كرة الثلج) نظرا لصعوبة تحديد أفراد المجتمع المرغوب في دراسته (المدمنين على المخدرات). وشملت عينة الدراسة الحالية (55) مدمن ومدمنة على المخدرات بمدينة المسيلة منهم (40) ذكر و(15) أنثى تم اختيارهم بطريقة قصدية (عينة كرة الثلج).

7-2-1 بالنسبة لمتغير الجنس:

الجدول رقم (01): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكر	**40**	**72.7٪**
أنثى	**15**	**27.3٪**
المجموع	**55**	**100٪**

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (55) فردا، نلاحظ أن عدد الذكور أكبر من الإناث حيث عدد الذكور هو (40) بنسبة 72.7%، أما عدد الإناث فقد بلغ عددهن (15) أنثى بنسبة قدرت بـ 27.3%.

7-2-2 بالنسبة لمتغير السن:

الجدول رقم (02): توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.

السن	التكرارات	النسب المئوية
من 17 إلى 27 سنة	35	%63.6
من 28 إلى 35 سنة	15	%27.3
من 36 إلى 43 سنة	3	%5.5
من 44 إلى 51 سنة	1	%1.8
51 سنة فأكثر	1	%1.8
المجموع	55	%100

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (55) فردا نلاحظ أن عدد الفئة العمرية من (17 إلى 28 سنة) بلغ عددهم (35) فردا بنسبة (63.6%)، أما عدد الفئة العمرية من (28 إلى 35 سنة) بلغ عددهم (15) فردا بنسبة قدرت بـ (27،3%)، أما الذين يبلغ أعمارهم من (36 إلى 43 سنة) جاءت بنسبة (5.5٪)وتليها الفئتين العمريتين (من 44 إلى 51 سنة و51 سنة فأكثر)واللتان بلغ عددهما (01) فردا لكليهما وبنسبة (1.8%).

3-7- أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (الصورة المختصرة) لجيفري يونغ – النسخة المختصرة – (YSQ-SF)

وضع جيفري يونغ النسخة الأولية لمقياس المخططات المبكرة غير متكيفة في عام (1990)، وتكونت من(205)، فقرة تقيس (18) مخططا، ثم تم اختصارها من قبل ويونغ ورفاقه في النسخة الثانية لنسخة احتوت عل (18)، مخطط شمل (90) مفردة، ثم طور يونغ وبراون، (1999) Young and Brown النسخة المختصرة التي تعد أكثر استخداما المكونة من (75) بندا والموزعة على (15) بعدا (مخططا)، قام كل من عبد الرحمان وسعفان (2014) بتكييفه على البيئة العربية، حيث تحصل المقياس على مؤشرات صدق وثبات جيدة إذ تراوحت معاملات ألفا كرومباخ للأبعاد بين (60،0 و 0،81) بمتوسط حوالي (0،70).

3-7- 1 وصف المقياس: يتضمن الشكل المختصر لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (YSQ-S1)، (75) بندا تصف وتميز (15) مخططا فقط وتهدف بنود هذا المقياس إلى تحديد المخططات المبكرة غير المتكيفة، يتألف المقياس من (75) بند مقسمة على خمسة عشر محور أو بعد (مخططا مبكرا غير متكيف) كما هي متمثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): توزيع البنود على الأبعاد لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.

الرقم	أبعاد المخططات المبكرة غير المتكيفة	أرقام البنود
01	الحرمان العاطفي	5-1
02	الهجران(الإهمال)/ عدم الاستقرار	10-6
03	التشكيك/ الإساءة (الحذر/ تجاوز أو عدم التحكم في الذات)	15-11
04	العزلة الاجتماعية/ الوحدة	20-16
05	العيب/ العار (النقص/ الخجل)	25-21
06	الفشل	30-26
07	الاتكالية/ الاعتمادية (التبعية/ عدم الكفاءة)	35-31
08	توهم المرض أو الأذى (الانجراحية)	40-36
09	التعلق/ هدم الذات (ذوبان/ شخصية ضامرة)	45-41

10	الإذعان أو الانقياد (الإخضاع أو القهر)	50-46
11	التضحية بالذات	55-51
12	الكبت العاطفي (التحكم الانفعالي المفرط)	60-56
13	المعايير الصارمة/ النفاق (متطلبات مبالغ فيها)	65-61
14	الاستحقاق/ هوس العظمة (حقوق شخصية مبالغ فيها/ التكبر	70-66
15	العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات (نقص تحكم الذات)	75-71

2-3-7 الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولا: الصدق: اعتمدت الباحثتان على أنواع من الصدق وهي:

- **الصدق عن طريق صدق الاتساق الداخلي:** تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل محور بالدرجة الكلية للمقياس ككل كما يلي:

لقد تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل مخطط بالدرجة الكلية للمقياس بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائيا والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (04): مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية للمخطط مع درجته الكلية.

المخططات	الدرجة الكلية	المخططات	الدرجة الكلية	المخططات	الدرجة الكلية
الحرمان العاطفي	.442**	الفشل	.480**	التضحية بالذات	.360**
الهجر/ عدم الاستقرار	.400**	الاعتمادية/العجز	.482**	الكبت العاطفي	.433**
الشك/ الاعتداء	.477**	القابلية للأذى أو المرض	.578**	المعايير الصارمة/ النقد المفرط	.332*
العزلة الاجتماعية/ الاغتراب	.722**	العلاقات الاندماجية/ عدم النضج الذاتي	.526**	الأحقية الزائدة/ التعالي	.458**
النقص/ الخجل	.730**	الخضوع	.506**	نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي	.377**

يتضح من الجدول (04) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس الخمسة عشر والدرجة الكلية للمقياس كانت ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) وهذا ما يعطي مؤشرا للتجانس الداخلي للمقياس.

ونلاحظ أن معاملات ارتباط درجات الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس مرتفعا إذ تراوحت ما بين (0.360) كأدنى قيمة لمخطط التضحية بالذات و(0.722) كأقصى قيمة لمخطط العزلة

الاجتماعية/الاغتراب، أما مخطط المعايير الصارمة/ النقد المفرط فقد جاء دال عند مستوى (0.05) وبلغت قيمة الارتباط فيه (0.332).

نلاحظ من النتائج السابقة أن المقياس يتمتع بدرجات مقبولة من الصدق يمكن الوثوق لاستخدامه في الدراسة الأساسية بكل اطمئنان.

ثانيا: الثبات: يعني الثبات مدى الدقة والاستقرار والاتساق في نتائج الأداة والحصول على نفس النتائج تقريبا لو طُبقت مرتين فأكثر على نفس الفرد أو مجموعة من الأفراد (بشير معمرية، 2007، ص 167)، ولقد تم التحقق من ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بعد تطبيقها على عينة استطلاعية مكّونة من 35فردمن المدمنين على المخدرات من كلا الجنسين وبمختلف الأعمار باستخدام معاملات الثبات التالية:

- **الثبات بطريقة التناسق الداخلي: (ألفا كرونباخ):** تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ، كما هو مبين بالجدول التالي:

الجدول رقم (05): ثبات مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة عن طريق ألفا كرونباخ.

الرقم	المخططات	قيمة آلفا كروماخ	عدد العبارات
01	الحرمان العاطفي	0.737	5
02	الهجر/عدم الاستقرار	0.714	5
03	الشك/الاعتداء	0.680	5
04	العزلة الاجتماعية/الاغتراب	0.691	5
05	النقص/ الخجل	0.711	5
06	الفشل	0.773	5
07	الاعتمادية/العجز	0.735	5
08	القابلية للأذى أو المرض	0.664	5
09	العلاقات الاندماجية/ عدم النضج الذاتي	0.740	5
10	الخضوع	0.727	5
11	التضحية بالذات	0.817	5
12	الكبت العاطفي	0.698	5
13	المعايير الصارمة/ النقد المفرط	0.757	5
14	الاحقية الزائدة/التعالي	0.679	5
15	نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي	0.743	5
16	الدرجة الكلية	0.882	75

نستنتج من الجدول رقم (05) أن معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ بين أبعاد المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تراوحت بين (0.664) و(0.817) وهي معاملات ثبات مرتفعة، وهذا يعني أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات يمكن على أساسها الوثوق في نتائجه.

7- 4- المعالجة الإحصائية: من أجل المعالجة الإحصائية للبيانات اعتمدت الباحثتان على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss، حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسط النظري، واختبار .(T-test)، واختبار كولمونغروف سمير نوف، واختبار شابيرويلك.

8- عرض نتائج الدراسة:

قبل البدء في مرحلة معالجة نتائج الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أولا التحقق من شرط اعتدالية التوزيع بالنسبة لمتغيرات محل الدراسة الحالية، والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (06): التحقق من شرط اعتدالية التوزيع بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة.

المقياس	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnova			القرار
	الإحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الإحصاءات	درجة الحرية	مستوى الدلالة	
المخططات المبكرة غير المتكيفة	0.979	55	0.452	0.090	55	0.200	غير دال

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم كولموغروف سميرنوف وكذا اختبار شبيرو ويلك في درجات أفراد عينة الدراسة على المقياس ككل كانت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة آلفا (0،05) وهذا يعني أن توزيع البيانات اعتدالي وبالتالي فإن الأساليب الإحصائية التي تستخدم في المعالجة هي أساليب بارامترية.

8- 1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

- تنتشر بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات مثل مخطط المعايير الصارمة، مخطط الأحقية الزائدة، مخطط الشك والاعتداء، ومخطط التضحية بالذات.

الجدول رقم (07): يوضح ترتيب المخططات المبكرة غير المتكيفة عن طريق المتوسطات الحسابية والانحر افات المعيارية.

المخططات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
الحرمان العاطفي	3.81	1.16	9
الهجر/عدم الاستقرار	3.86	0.97	7
الشك/الاعتداء	4.12	1.02	3
العزلة الاجتماعية/الاغتراب	3.96	0.99	5
النقص/ الخجل	3.14	1.14	13
الفشل	3.21	1.63	12
الاعتمادية/العجز	2.93	1.10	14
القابلية للأذى أو المرض	3.82	1.12	8
العلاقات الاندماجية/ عدم النضج الذاتي	3.42	1.23	11
الخضوع	2.90	0.90	15
التضحية بالذات	3.96	1.43	4
الكبت العاطفي	3.69	1.08	10
المعايير الصارمة/ النقد المفرط	4.3273	0.91032	1
الأحقية الزائدة/التعالي	4.2436	1.01667	2
نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي	3.96	0.76826	6
الدرجة الكلية	3.6933	0.50591	

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية المستخرجة من استجابات أفراد عينة الدراسة على كل مخطط من مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة يتبين لنا:

- أن مخطط (المعايير الصارمة/ النقد المفرط) جاء في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ (4.3273) وانحراف معياري (0.91032)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة جد مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- واحتل مخطط (الأحقية الزائدة/التعالي) المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (4.2436) وانحراف معياري (1.01667)، مما يعني أن مخطط (الأحقية الزائدة/ التعالي) ذات دلالة إحصائية وإيجابية أي هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.

- بينما احتل مخطط (الشك/ الاعتداء) المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ (4.12) وانحراف معياري (1.02459)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- كما احتل مخطط (التضحية بالذات) المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.9673) وانحراف معياري 1.43592، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- واحتل مخطط (العزلة الاجتماعية/ الاغتراب) المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري (0.994)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- بينما احتل مخطط (نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي) المرتبة السادسة بمتوسط حسابي بلغ (3.96) وانحراف معياري (0.76826)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- واحتل مخطط (الهجر/ عدم الاستقرار) المرتبة السابعة بمتوسط حسابي بلغ (3.8655) وانحراف معياري (0.97301)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- كما احتل مخطط (القابلية للأذى أو المرض) المرتبة الثامنة بمتوسط حسابي بلغ (3.8218) وانحراف معياري (1.12063)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- بينما احتل مخطط (الحرمان العاطفي) المرتبة التاسعة بمتوسط حسابي بلغ (3.8145) وانحراف معياري (1.16164)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة مرتفعة عند المدمنين على المخدرات.
- واحتل مخطط (الكبت العاطفي) المرتبة العاشرة بمتوسط حسابي بلغ (3.6945) وانحراف معياري (1.08037)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة منخفضة عند المدمنين على المخدرات.
- كما احتل مخطط (العلاقات الاندماجية/ عدم النضج الذاتي) المرتبة الحادية عشر بمتوسط حسابي بلغ (3.4291) وانحراف معياري (1.23373)،
- واحتل مخطط (الفشل) المرتبة الثانية عشر بمتوسط حسابي بلغ (3.2109) وانحراف معياري (1.63454)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة جد منخفضة عند المدمنين على المخدرات.

- بينما احتل مخطط (النقص/ الخجل) المرتبة الثالثة عشر بمتوسط حسابي بلغ (3.1491) وانحراف معياري (1.14712)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة جد منخفضة عند المدمنين على المخدرات.
- كما احتل مخطط (الاعتمادية/العجز) المرتبة الرابعة عشر بمتوسط حسابي بلغ (2.9345) وانحراف معياري (1.10222)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة جد منخفضة عند المدمنين على المخدرات.
- احتل مخطط (الخضوع) المرتبة الرابعة عشر بمتوسط حسابي بلغ (2.9018) وانحراف معياري (0.90257)، مما يعني أن هذا المخطط ينتشر بدرجة جد منخفضة عند المدمنين على المخدرات.

8- 2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير الجنس.

الجدول رقم (08): اختبار(T-test) للكشف عن الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المخططات المبكرة غير المتكيفة تبعا لمتغير الجنس.

المقياس	الجنس	اختبار (T-test) للكشف عن الفروق	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
المخططات المبكرة غير المتكيفة	ذكور	2.451	0.012	40	3.7563	0.45637	53	1.527	0.133	غير دال عند 0.05
	إناث			15	3.5253	0.60451				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار (T -test) بلغت (2.451)، وهي قيمة غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (0.05)، وهذا يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لأفراد عينة الدراسة لمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات والتي بلغت عند الذكور (3.7563) وعند الإناث (3.5253) يمكن القول بأن هناك فروقا بينهما، غير أن قيمة اختبار الفروق (T-test) والتي بلغت (1.527) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وبالتالي تم قبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود

الفروق، ومنه عدم تحققا لفرضية الأولى، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

8- 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير السن.

جدول رقم (09): اختبار(T -test) للكشف عن الفروق بين أفراد عينة الدراسة في المخططات المبكرة غير المتكيفة تبعا لمتغير السن.

مصادر التباين		مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	الدلالة الإحصائية	القرار
المخططات المبكرة غير المتكيفة	بين المجموعات	0.989	4	0.247	1,129	0,350	غير دال عند 0.05
	داخل المجموعات	12.832	50	0.257			
	الكلي	13.821	54				

من خلال الجدول أعلاه أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05≥ αبين إجابات أفراد العينة في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات، حيث بلغت قيمة F (1.129) عند مستوى الدلالة (0.0350)، كما أن مستوى الدلالة لقيمةFأكبر من مستوى الدلالة الإحصائية المحدد ة (0.05)، وهذا يفسر عدم وجود فروق في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات في مختلف الفئات العمرية.

9- مناقشة نتائج الدراسة:

9-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى: يتبين لنا من خلال نتائج الفرضية الأولى أن أكثر المخططات المبكرة غير المتكيفة الأكثر انتشارا بين المدمنين على المخدرات هو مخطط 13 (المعايير الصارمة/ النقد المفرط) بمتوسط حسابي بلغ (4.3273) وترجع هذه النتيجة إلى أن المدمنين على المخدرات هم أفراد يسعون إلى تحقيق أعلى معايير السلوك والأداء بشكل مبالغ فيه ويثابرون لبلوغ أعلى المعايير تجنبا للنقد، مما يؤدي بهم إلى الشعور بالضغط أو نقص المتعة والسعادة والصحة وتدني تقدير الذات والإحساس بالإنجاز أو بناء علاقات حقيقية وهذا ما يدفع بهم لتعاطي المخدرات والإدمان عليها. ويليها مخطط 14 (الأحقية الزائدة/ التعالي) بمتوسط حسابي بلغ (4.2436) فالمدمنين على المخدرات الذين يمتلكون هذا المخطط يعتقدون أنهم أعلى من غيرهم ولديهم حقوق خاصة بهم وامتيازات ولا يحترمون قواعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة الطبيعية، ما يهمهم هو الحصول على ما يريدون بغض النظر عن معايير الواقع والعقل وعلى حساب الآخرين، وهذا ما

يجعلهم يشعرون بالخزي والحرمان العاطفي والنبذ الاجتماعي مما يجعلهم يقدمون على الإدمان كأحد الأشكال التعويضية للنبذ والحرمان، ومن ثم مخطط 03 (الشك/ الاعتداء) بمتوسط حسابي بلغ (4.12)حيث يمكن أن يعود انتشار هذا المخطط بين المدمنين على المخدرات كونهم تعرضوا في صغرهم إلى سوء المعاملة الوالدية أو الآخرين كالاعتداء الجسدي واللفظي وهذا ما يطور لديهم الشعور بأن الآخرين يريدون الحاق الأذى بهم ويشككون في نواياهم فيكتفون بالعلاقات السطحية ويتجنبون العلاقات الجدية فيشعرون بالوحدة وعدم الأمان، وهذا ما يجرهم نحوى الإدمان. في حين جاء مخطط 11 (التضحية بالذات) بمتوسط حسابي بلغ (3.9673) ويعود انتشار هذا المخطط بين فئة المدمنين على المخدرات إلى كون الفرد المدمن يقوم بالتضحية برغباته الشخصية وإرضاء الآخرين وتلبية احتياجاتهم على حساب إشباعاته الشخصية، فينصاع إليهم بإرادته وهذا ما يجعله ينخرط في مجموعة رفاق سيئة أو مدمنة عن المخدرات، فتقوم هذه الجماعة بالتحكم في جميع تصرفاته. ثم يأتي مخطط04(العزلة الاجتماعية/ الاغتراب) بمتوسط حسابي بلغ (3.96) حيث يشعر الفرد المدمن بأنه مغترب ومهمش، ويمكن أنه تعرض في طفولته للرفض من طرف أقرانه وبالتالي ليس لديه أصدقاء ولا ينتمي لأية مجموعة، فقد يتوجه الفرد لتعاطي المخدرات نتيجة هذه الأسباب كي يتمكن من تكوين علاقات مع الآخرين والاتصال بهم، وربما تعاطي المخدرات هو الذي يجعله يشعر بالعزلة. أما بالنسبة لمخطط 15(نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي) بمتوسط حسابي بلغ (3.96) يعود المشكل الأساسي فيه إلى عدم القدرة على التحكم الذاتي أو رفضه فلا يتحمل الفرد إحباطا في رغباته وهو غير قادر على تهدئة تعبيرات انفعالاته واندفاعاته فيحاول تجنب كل ما هو شاق عليه، وقد يتجنب المدمن هذه المعاناة أو يعوضها بتعاطي المخدرات. وكذا بالنسبة لمخطط 02(الهجر/عدم الاستقرار)بمتوسط حسابي بلغ (3.8655) حيث أن الفرد الذي يملك هذا المخطط مقتنع أن الشخص المهم لديه سوف لن يستمر في منحه الدعم العاطفي والقوة والاتصال والحماية، فالمدمن يشعر بأن شبكة الدعم لديه غير مستقرة وغير موثوقة مع إحساسه بعدم الأمن، وهذا ما يدفع به للانخراط ضمن جماعات أخرى كجماعة المدمنين على المخدرات، في حين مخطط 08 (القابلية للأذى أو المرض) بمتوسط حسابي بلغ (3.8218) والمصاب بهذا النوع من المخططات يعيش في خوف دائم من وقوع كارثة وشيكة لا يمكن تجنبها فهو لا يشعر بالأمان ويقضي كل وقته للتأكد من أنه آمن، وهذا ما يؤدي به للإدمان من أجل تجنب الخوف والهلع والشعور بالأمان، بينما مخطط 01 (الحرمان العاطفي) بمتوسط حسابي بلغ (3.8145) حيث أن الأفراد الذين يعانون من مخطط الحرمان العاطفي يتوقعون من

الآخرين إشباع كافة حاجاتهم من الدعم العاطفي والحاجة إلى من يفهمهم ويستمع لديهم، فعندما يخيب ضنهم من توقعاته يلجؤون إلى للإدمان على المخدرات.

ولقد اتفقت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة عيشوني (2012) والتي بينت نتائجها وجود ثمانية مخططات مبكرة غير متكيفة تنشط لدى المدمنين وهي حسب درجة تأثيرها: المخطط 11 (التضحية بالذات)، والمخطط 13 (المعايير الصارمة/ النقد المفرط)، والمخطط 14 (الأحقية الزائدة/ التعالي)، والمخطط 02 (الهجر/ عدم الاستقرار)، والمخطط 03 (الشك/ الاعتداء)، والمخطط 15 (نقص التحكم الذاتي)، والمخطط 08(القابلية للأذى أو المرض، والمخطط 04 (العزلة الاجتماعية)، في حين اختلفت نتائج دراستنا الحالية عن دراسة عيشوني (2012) في مخطط01 (الحرمان العاطفي)، والمخطط 09 (الاندماجية).

وترجع الباحثتان ان سبب نشاط بعض المخططات دون أخرى لدى المدمنين على المخدرات، هو توليفة من العوامل والأسباب المتداخلة فيما بينها منذ مرحلة الطفولة، ومن بين أهم هذه العوامل، العوامل المعرفية والتي تعود للبنية المعرفية للمدمن على المخدرات، وما تحتويه من معتقدات وافتراضات ضمنية مختلة وظيفيا وغير شرطية حول الذات وعلاقته بالأخرين، حيث تنمو هذه المخططات في مرحلة الطفولة وتعمل على تصفية الخبرات الواردة بشكل انتقائي، فالشخص المدمن على المخدرات يكتسب هذه المخططات المبكرة غير المتكيفة في مرحلة الطفولة نتيجة لأحداث سلبية (كالإهمال، أو الخضوع)، ويحافظ على استمراريتها حتى سن الرشد وبالتالي فقد يطور نظرة مشوهة حول نفسه، والأخرين، والعالم، والمستقبل ومن هنا يلجأ الفرد لتعاطي المخدرات والإدمان عليها.

2-9 مناقشة نتائج الفرضية الثانية: يتبين لنا من خلال نتائج الفرضية الثانية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة تعزى لمتغير الجنس، وترى الباحثتان أن عدم الاختلاف بين الجنسين في المخططات قد يعود للتقارب العمري بين فئتي المدمنين (ذكر/ أنثى)، أو إلى اعتبارات أخرى كالانتماء إلى نفس البيئة الجغرافية مما يجعل المدمنين يحملون نفس المعايير الثقافية والأخلاقية والاجتماعية وهذا نتيجة لتقارب أساليب التنشئة الاجتماعية في معظم الأسر.

3-9 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: يتبين لنا من خلال نتائج الفرضية الثالثة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المخططات المبكرة غير المتكيفة تعزى لمتغير السن انطلاقا من مراجعة الأدبيات السابقة للمخططات المبكرة غير المتكيفة وخصائصها نلاحظ أن المخططات المبكرة غير المتكيفة تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة وتمثل حقيقة خصائص البيئة الأسرية لدى الفرد،

وهكذا فالمخطط يتطابق تماما مع طبيعة المحيط العائلي الذي عاشه الفرد، كما أن هذه المخططات تكافح من أجل البقاء لأن المدمن البالغ تبناها منذ طفولته نتيجة لخبراته المؤلمة وتجاربه السيئة فتصبح جزء لا يتجزأ من حياته رغم طبيعتها المدمرة يجدها مريحة ومألوفة.

خاتمة:

لقد عرفت ظاهرة الإدمان على المخدرات انتشارا واسعا خلال السنوات الأخيرة في مختلف المجتمعات، وتعددت الأسباب والعوامل المساعدة على تفشيها بين الأفراد، وتعتبر المخططات المبكرة غير المتكيفة نماذج أولية مرضية لتفاعل الفرد مع الآخرين وبالتالي تجعله عرضة لمختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية والمشكلات السلوكية كالإدمان على المخدرات، لذلك جاءت دراستنا الحالية بهدف معرفة أكثر المخططات انتشارا بين المدمنين، وتحديد الفروق في المخططات المبكرة غير المتكيفة تبعا لمتغير الجنس والسن ، والتي توصلنا من خلال نتائجها إلى وجود تسعة مخططات مبكرة غير متكيفة لدى المدمنين على المخدرات وهي:

- مخطط 13 (المعايير الصارمة/ النقد المفرط).
- مخطط 14 (الأحقية الزائدة/ التعالي).
- مخطط 03 (الشك/ الاعتداء).
- مخطط 11 (التضحية بالذات).
- مخطط04 (العزلة الاجتماعية/ الاغتراب).
- مخطط 15 (نقص التحكم الذاتي/ الضبط الذاتي).
- مخطط 02 (الهجر/ عدم الاستقرار).
- مخطط 08 (القابلية للأذى أو المرض).
- مخطط 01 (الحرمان العاطفي).
- كذلك توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات والتي تعزى لمتغيري الجنس والسن.

التوصيات:

توصي الباحثتان في ضوء الدراسة الحالية بما يلي:

- التحسيس والتوعية بخطورة هذه الآفات وذلك بتخصيص أيام إعلامية بمشاركة (الآباء والمواطنين، الأمن، الصحة، العدالة، المختصين النفسانيين والاجتماعيين وحتى المدمنين).

- إنشاء مراكز نفسية بيداغوجية لمكافحة ومعالجة الإدمان على مستوى المستشفيات الوطنية لمساعدة هذه الفئة وذلك عن طريق استخدام الاستراتيجيات النفسية التربوية ذات الفعالية واللجوء إلى العلاج بالمخطط.
- مواصلة القيام بالدراسات والأبحاث العلمية لهذا الموضوع، للتعرف على أفضل البرامج الوقائية والعلاجية والدعم النفسي.

قائمة المراجع:

- بوروبة، أمال، وخلفاوي، فاطمة الزهرة. (2012). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على الأنترنت لدى المراهقين، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. مجلد 06، (03). ص، ص. 427-452.
- جلود، ميثاق خير الله. (2007). انتشار المخدرات في المملكة العبية السعودية ومخاطرها على مستقبل الأجيال الناشئة، مجلة دراسات إقليمية-مركز الدراسات الإقليمية بجامعة الموصل-العراق. مجلد 04. (07)، ص، ص. 304-336.
- الحطاح، زوبيدة. (2011). علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة والذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي: الرسوب في امتحان البكالوريا. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التربية. جامعة الجزائر2.
- عيشوني، شهرزاد. (2013). المخططات غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات، مجلة Sciences De L'homme.مجلد 5، (05). ص، ص. 108-115.
- قريمس، مسعود. (2018). المخدرات في الجزائر واقع الظاهرة وإجراءات الوقاية، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد7، (14)، ص ص. 10-35.
- مأمون، عبد الكريم. (2018). المخططات المعرفية غير المتكيف وعلاقتها بكل من الكفاءة الذاتية المدركة وجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2.
- هاشم، دعاء فاروق، ونجيب، سارة حمدي. (2021). المخططات المعرفية اللاتكيفية واضطرابات الشخصية المنبئة باحتمالية تعاطي المخدرات والإدمان لدى عينة من طلاب الجامعة والمدمنين، مجلة دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي – كلية التربية-جامعة أسيوط. مجلد 04، (04). ص، ص. 2- 55.
- Alfasfos, L. (2009). The early maladaptive schema and their coorelations with the psychiatric symptoms and the personality accentuation for palestinian stduents. Doctoral dissertation, University of Hamburg.
- Cockram D. (2009). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. Doctoraal dissertation. Murdoch University.

- Fofana, L. (2007). Evolution du schéma cognitiveo- émotionnels chez des patients anxio- dépressifs en fonction d 'une prise en charge en psychothérapie cognitive. Doctoral dissertation. Lille3.
- Hans M. Nordahl, Harald Holthe, Jon A. Haugum. (2005). Early Maladaptive Schemas in-patient with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief. Clinical Psychology and Psychotherapy.
- Kahalé, N. (2009). L'influence du trouble Bipolaire sur les Facteurs Cognitifs et Affectifs Chez le patient Adulte Libanais, Doctoral dissertation. Université Saint-Esprit de Kaslik.
- Matrin, M, & Young, j. (2010). Schema therapy, In Dobson, K. S. Handbook of cognitive behavioral therpies. (3rd ed). New York, NY : Guilford press.
- Mehran, F. (2011). Traitement du trouble de la personnalité borderline : Thérapie cognitive émotionnelle, (2nd. Ed). Elsevier Masson.
- Theiler, S. (2005). The efficacy of Early Childhood Memoires as Indicators of Current Maladaptive Schemas and Psycological Health, Doctoral Thesis, Swinburne University of Technology, School of Social and Behavioral Sciences Hawthorn. Victoria. Austalia.