

جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية



المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات

- دراسة عيادية لخمس حالات بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية - تيارت -

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الدكتور:

- قايد عادل

إعداد الطالبتين:

• بن هني ميمونة

• ميسوم أم السعد

السنة الجامعية: 2016 / 2017

التشكر

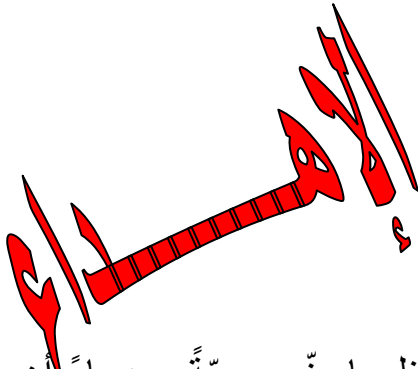
بعد أن مَنَّ الله عز و جل علينا بإتمام هذا البحث بعونه وتسديده، لا يسعنا إلا أن نحمده ونشكره عز وجل، وهو الغني الحميد على ما نسبغ علينا من نعمه، وما نمده من عون وتوفيق. كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذنا الفاضل المشرف على هذا البحث الدكتور: قايد عادل حفظه الله على ما استفدنا منه، من خلقه الكريم، وعلمه الغزير، وملاحظاته الدقيقة، وحرصه الشديد على حسن الصياغة والإتقان في العمل، فكان مكملاً لنقصينا، وفتحاً لنا واسع الآفاق لم نكن لنذكرها لولاه.

كما نشكر كلَّ أستاذتنا الكرام ونخص بالذكر أستاذي الفاضل مأمون كريم والاستاذ طويل عبد القادر وأستاذتنا الفاضلة بوكصاصة نوال على مساعدتهم لنا ومنحنا كل الاهتمام والتشجيع. كما نشكر كلَّ من ساهم في إنجاز هذا البحث من الذين أمدونا بيد العون والتأييد، سواء بكلام طيب مشجّع، أو بتسهيل الحصول على الكتب والمراجع، أو بتعهّد إخراج هذا البحث بالكتابة والنسخ. فهوّلاء جميعاً

يضيق المقام عن تعدادهم، ويعجز اللسان عن مكافئتهم، مهما قلنا من عبارات الشكر والثناء، فالله يتولّاهم بالمشوبة والجزاء.

فلكلّ هؤلاء منّا جزيل الشكر، ووافر الامتنان، وخالص التقدير.

وما عند الله خير وأبقى، وإنّه لا يضيع أجر المحسنين.



* إلى والديّ العزيزين... برّاً بهما وولاءً لهما، فلهما منّي محبةً، ودعاءً أن

π ربّ ارحمهما كما ربّيتني صغيراً

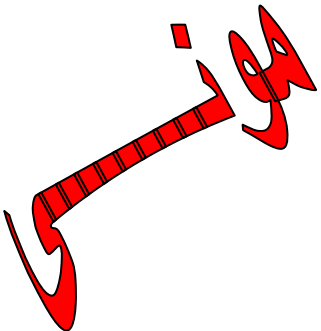
* إلى أساتذتي ومعلميّ في جميع مراحل التعليم... إقراراً بفضلهم، وعرفاناً
لجميلهم.

* إلى إخوتي وأخواتي، وجميع أفراد عائلتي... إذ كفوني من هموم الحياة،
ويسّروا لي فرص العلم والتحصيل لتحقيق حلم ظلّ دوماً في الخيال.

* إلى جميع أصدقائي وعلى رأسهم الدكتور عصام... الذين كانوا عوناً لي،
تشجيعاً، وترقّباً إتمام خلاصة أعمالي.

* إلى كل من يحمل فكراً أو علماً أو هدفاً سامياً ويعمل من أجله، إلى كل من ينير
بفكره وأدبه وفنه دياجين الظلام، إلى كل من يعلم حرفاً ويرشد إلى فضيلة ويهدي
إلى قيم، إلى الذين يلتمسون الغد ويستشعرون المستقبل وينشدون الأمل، أهدي

هذا الجهد المتواضع...



ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من أن هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات.

أجريت الدراسة على خمسة حالات عيادية تتراوح أعمارهم ما بين (24 - 30) سنة، ولقد تم استخدام المنهج العيادي من خلال دراسة حالة، وباستخدام المقابلة العيادية النصف الموجهة مع تطبيق مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة المعد من قبل جيفري يونغ (1994) والذي تم ترجمته وإعادة تقنيه على البيئة الجزائرية من طرف عيشوني (2012)، وتم التحقق من صدق المقياس وثباته من قبلنا، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- هناك مخططات مبكرة غير متكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات.
- وأهم هذه المخططات: المخطط رقم (01): الحرمان العاطفي،
المخطط رقم (02): الهجران/ عدم الاستقرار، المخطط رقم (03): الإساءة/ الشك،
المخطط رقم (04): العزلة الاجتماعية/ الوحدة، المخطط رقم (08): توهم الاذى/ المرض،
المخطط رقم (09): التعلق/ هدم الذات، المخطط رقم (11): التضحية بالذات،
المخطط رقم (13): المعايير الصارمة/ النفاق، المخطط رقم (14): الاستحقاق/ هوس
العظمة، المخطط رقم (15): العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات.
- الكلمات المفتاحية: المخططات، المخططات المبكرة غير المتكيفة، الإدمان على
المخدرات، المدمنين على المخدرات.

فهرس المحتويات	
الشكر	
إهداء	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
02	المقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
06	1.1. الإشكالية
08	2.1. الفرضيات
08	3.1. أهمية الدراسة
09	4.1. أهداف الدراسة
09	5.1. تحديد المصطلحات الإجرائية للدراسة
الجانب النظري	
الفصل الثاني: الأبعاد النظرية	
1.2. المخططات المبكرة غير المتكيفة	
12	تمهيد
12	1.1.2. مفهوم المخططات المعرفية.
13	2.1.2. مفهوم المخططات المبكرة غير المتكيفة
14	3.1.2. نشأة وتطور المخططات
15	4.1.2. خصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة

16	5.1.2. مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة
22	6.1.2. عمليات المخططات
24	7.1.2. العلاج ونظرية المخططات لجيفري يونغ
26	خلاصة
	2.2. الإدمان على المخدرات
27	تمهيد
27	1.2.2. مفهوم الإدمان
27	2.2.2. مفهوم المخدرات
28	3.2.2. تعريف الإدمان على المخدرات
28	4.2.2. مصطلحات ومفاهيم متعلقة بالإدمان على المخدرات
31	5.2.2. أسباب الإدمان على المخدرات
33	6.2.2. أنواع المخدرات
34	7.2.2. طرق تعاطي المخدرات
35	8.2.2. مراحل الإدمان على المخدرات
36	9.2.2. سمات شخصية المدمن
37	10.2.2. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
39	خلاصة الفصل
	الجانب التطبيقي
	الفصل الثالث: منهجية وإجراءات الدراسة
42	تمهيد
42	1.3. منهج الدراسة

42	2.3. الدراسة الإستطلاعية
52	3.3. حدود الدراسة
53	4.3. الدراسة الأساسية
53	5.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
54	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة	
56	تمهيد
56	1.4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الحالات
56	1.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الأولى
62	2.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الثانية
68	3.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الثالثة
75	4.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الرابعة
81	5.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الخامسة
86	4. 2. خلاصة تحليل ومناقشة عامة لنتائج الحالات
93	خلاصة الفصل
95	خاتمة
97	توصيات
99	فائمة المصادر والمراجع
100	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع البنود على الأبعاد لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.	45
02	بدائل الاجابة والوزن المقابل لكل منها للمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.	46
03	معاملات الارتباط بين كل محور والدرجة الكلية للمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.	50
04	معامل الثبات لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة عن طريق معامل الفا كرونباخ	50
05	خصائص مجموعة البحث للدراسة الأساسية	53
06	نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الاولى.	59
07	نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الثانية	65
08	نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الثالثة	71
09	نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الرابعة	77
10	نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الخامسة	83

مقدمة

مقدمة:

يندرج بحثنا ضمن البحوث الأكاديمية التطبيقية لعلم النفس العيادي، حيث تعتبر مشكلة المخططات المبكرة غير المتكيفة وما يترتب عليها من نتائج وخيمة، كما تعد من أهم المشكلات المعقدة والمتشابكة الأبعاد لدى الفرد، نظرا لثقل المعرفي والنفسي والاجتماعي الذي يكتسب هذا الموضوع لماله من آثار نفسية وصحية واجتماعية وحتمية الاستقرار من جهة وإرتفاع عدد المدمنين الحاملين لتلك المعتقدات والإفتراضات والمعاني من جهة أخرى، فنرى توسع وزيادة فجوتها وأثارها عندما يتعرض الفرد إلى مواقف أو تجارب فتفسيرها الغير المتكيف والتلقائي المبني على توقعات وتصميمات خاطئة ممتزجة بحالة من الضيق والتوتر تؤدي إلى السلوك الإدمان لأن هذه الأفكار تظهر بصورة مفاجئة إلى جانب التشوهات المعرفية التي يتبناها المدمن، وتأثر سلبيا على تكيفه الإنفعالي والاجتماعي مما تؤدي إلى ردود أفعال منافية للعقل والمنطق والواقع والقيم الاجتماعية.

ولا يوجد أدنى شك أن لهذه المخططات المبكرة غير المتكيفة نماذج عديدة، يختلف نشاطها باختلاف محتواها وطبيعة المنظومة المعرفية للمدمن، وتبرر تلك النماذج في التصورات التي إكتسبها في مرحلة طفولته، بحيث ركز إهتمامنا على هذه المشكلة وإنعكاستها النفسية والاجتماعية والمعرفية.

ولكي نكتسب شيئا من الخبرة العيادية من خلال التعامل مع حالات الإدمان على المخدرات وإمكانية وجود هذه المخططات المبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، وهذا المفهوم غائبا في أيامنا ويفتقد إلى دراسة أكاديمية نظرا لتعقده أيضا، ومستوى تأثيره على سلوكيات الفرد المدمن وعدم قدرته على التكيف، وعلى هذا الأساس تم إختيار مجموعة البحث المدمنين على المخدرات الخاضعين للإستشفاء لأنهم أكثر عرضة لتلك التشوهات المعرفية أو الأفكار والتوقعات الخاطئة واللاعقلانية، والسلوكيات الغير السوية.

وسنتناول في بحثنا هذا بالدراسة المخططات المبكرة غير المتكيفة بإستخدام المنهج العيادي وتضمن جانبين:

الجانب النظري إشتمل على مقدمة وفصلين: الفصل الأول تناول الإطار التمهيدي: الذي وضح فيه إشكالية البحث والتي تتضمن العناصر التالية: إشكالية الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، وأخيرا تحديد المصطلحات الإجرائية للدراسة.

أما الفصل الثاني: تناولنا أولا متغير المخططات المبكرة غير المتكيفة وقبل التطرق لهذا البعد النظري، كان من الضروري التطرق إلى تمهيد، ثم قدمنا مفهوما للمخططات المعرفية ومفهوم للمخططات المبكرة المتكيفة، ثم تطرقنا إلى نشأة وتطور هذه المخططات، خصائص ومجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة، وتناولنا كذلك العمليات والعلاج والنظرية المخططات لجيفري يونغ. أما الجزء الثاني تطرقنا فيه للإدمان على المخدرات من حيث مفهومها للإدمان ثم للمخدرات، وتعريف الإدمان على المخدرات وتم ذكر مصطلحات ومفاهيم متعلقة بهذا الموضوع، ثم تناولنا أسباب وطرق ومراحل الإدمان على المخدرات، والنظريات المفسرة لها،

أما الجانب التطبيقي تم التعرض فيه لفصل عن منهجية وإجراءات الدراسة والفصل الرابع تم التطرق فيه إلى تحليل ومناقشة حالات الدراسة.

وأخيرا خاتمة التي تعتبر ثمرة الدراسة، حيث هي تلخيص كل ما جاء في هذه الدراسة وتقديم توصيات.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

1.1. الاشكالية.

2.1. الفرضيات.

3.1. أهداف الدراسة.

4.1. أهمية الدراسة.

5.1. تحديد المصطلحات الإجرائية للدراسة

1.1.1. الإشكالية:

إن بنية الفرد تتكون من توليفة متكاملة من المكونات البيولوجية والنفسية من جهة والاجتماعية والمادية وما إلى ذلك من جهة أخرى، حيث تعد نتاج إمتزاج هذه المكونات بمثابة عنصر محدد لطبيعة الشخصية، تتحكم في نوع ومسار تفاعلها مع العالم الخارجي، ليتم تحقيق مستوى ملائم من التكيف والصحة النفسية، بحيث يكون هناك توافق للمعتقدات وأفكار الفرد مع واقعه المعاش، حيث تكون الأفكار منطقية وعقلانية وواقعية، وغير مشوهة أو غير عقلانية، فهاته الأفكار تعتبر من بين المؤشرات الدالة على أن للشخص شخصية تكيفية أو غير تكيفية.

وفي هذا الإطار يرى بيك "Beck" أن للفرد أبنية معرفية وهي تسمى بالمخططات وتتضمن الإعتقادات والإفتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث والآخرين والبيئة (طه عبد العظيم، 2007: 114-115)، إذ لاحظنا أن هذه الأبنية المعرفية التي ينتهجها الفرد في حياته وعلاقته مع الآخر، تساهم بشكل كبير في إدراك الأحداث والوقائع، ولذا نرى أن هاته المخططات والتي قد تكون مسؤولة عن سلوكيات بعض المرضى كالسلوك الإدماني مثلاً.

وفي ظل هذا التطور الذي نشهده اليوم في شتى الميادين، فإننا نود أن نعرف مدى تغيرات وتحولات المعارف والأفكار والمعتقدات لدى الأفراد المدمنين على المخدرات، حيث إرتأينا إلى أن الإدمان أخذ حيزاً كبيراً من إهتمام الباحثين والمعالجين في عدة تخصصات أهمها تخصص علم النفس متناسين الجانب المعرفي لهذه الظاهرة، فالفرد المتعاطي يفقد توازنه وإختلال في التفكير والإدراك ويؤدي به إلى مشاعر غير منطقية، وتلعب التفسيرات والمعاني الشخصية الذاتية التي يعطيها لما يفترضه من حوادث، دوراً هاماً في عدم تكيفه، فقد يستجيب بإستجابات سلوكية وإنفعالية لا تلائم البيئة.

كما نرى أن أي خلل على مستوى العمليات المعرفية (الإدراك، الذاكرة، الذكاء...)، تأثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الفرد المدمن، وفي هذا الإطار يرى "اليس البرت" أن بداية الإدمان تكون مع المعتقدات الخاطئة أما الإستمرار في هذا السلوك فهو بدوره يعزز المعتقدات الخاطئة لعدم القدرة على تحمل القلق، والعجز عن حل المشكلات دون اللجوء إلى المخدر ولهذا يستمر في نفس السلوك وبالتالي لا يتعلم المهارات الفعالة لحل المشكلات والتكيف معها (E.Albert, 1991:66).

كما أننا لا ننفي أنه يوجد بعض الأفراد لديهم خلل في أبنيتهم المعرفية أي في مخططاتهم المعرفية المبكرة أو الجانب النفسي أو الجسدي مما يؤدي بهم إلى الإدمان، أو بالأحرى

اللجوء إلى الإدمان بدل القدرة على التوافق ومواجهة صعوبات الحياة وهنا يكمن الحديث عن المخططات المبكرة غير المتكيفة التي عرفها "يونغ وآخرون" بأنها مخططات لها صفة الثبات والإتساع والعمق وتتعلق بنظرة الفرد لذاته، وعلاقته مع الآخرين، وتتطور أو تنمو خلال مرحلة الطفولة وتتضح تفاصيلها خلال مراحل حياته اللاحقة، وتتميز بكونها مختلفة بصورة واضحة. (محمد السيد، سعفان، 2014: 06).

بحيث تسيطر هذه المخططات على حياة الفرد المدمن وهي مؤلمة وتمثل عبئ الماضي على مستقبل الفرد فسلوكه لا ينتمي إلى المخطط نفسه بل تتطور سلوكيات غير متكيفة إستجابة لمخطط ما، وبالتالي تبني من قبل المخططات ولكنها لا تنتمي إليها، أي أن السلوك ليس هو المخطط وإنما يتجسد من خلال سلوك الإدمان.

كما أن تشيكل الشخصية بأبعادها المختلفة خاصة الجانب المعرفي والنفسي وفي أوسع معانيها أحد العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد مستقبلاً حيث أكدت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال، أن المدمنين على المخدرات لديهم مشكل في المخططات المعرفية المبكرة أو تشوهها وعدم تكيفها، حيث يجد صعوبة كبيرة في التوافق والتكيف النفسي والإجتماعي وشتى الجوانب الأخرى، كما ينتج عنها عدة اضطرابات مصاحبة في غالب الأحيان نتيجة لتفسيراتهم الخاطئة واللاعقلانية للأحداث.

ويرى "زعبوش بن عيسى" (2008)، أن الصعوبات النفسية والتفسير الخاطئ لأحداث الواقع تنشأ من مثل هذه الوضعيات البسيطة وللحفاظ على التوازن النفسي، يبحث الطفل مضطراً لأي تفسير من أجل الخروج من وضعيته غير المريحة.

كما بينت بعض الدراسات النفسية إرتباط السلوك الإدمان بالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، وذلك من خلال دراسة "عيشوني شهرزاد" (2012)، حيث أثبتت أن المدمنون على المخدرات يتميزون بالمخططات مبكرة غير المتكيفة مبالغ فيها ويوجد نماذج نشطة عندهم.

ففي حالة حدوث خلل في المعتقدات والمعارف أو بالأصح المخططات المبكرة فأنها تجعل الفرد يظن أنه لا يملك فرص وإمكانيات لمواجهة الحياة ومجريات الأمور والسيطرة على الأحداث بفعالية، وعدم القدرة في إمكانية تعديل وتغيير السلوك والتي بإمكانياتها أن تؤدي به إلى الإدمان.

وإنطلاقاً مما سبق تتحدد إشكالية الدراسة في المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات وما يترتب عليها من مشكلات ذات الطابع الإكلينيكي، وعلى ذلك تتمحور مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي الآتي:

1.1.1. التساؤل الرئيسي:

- هل هناك مخططات مبكرة غير متكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات؟.

2.1. الفرضيات:

وبناء على أدبيات البحث العيادي في صياغة الفروض، يمكن صياغة فروض إجرائية تمكّننا من بلورة موضوع البحث في خطة إجرائية يمكن إختباره ووضع موضع الفحص الميداني وهي كالتالي:

- هناك مخططات مبكرة غير متكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات.

3.1. أهمية الدراسة:

- تناول شريحة من المجتمع لم تعني بالدراسة كثيراً بهذا الوضع من قبل على حد اطلاعنا.
- نتائج الدراسة الحالية وتوصياتها قد تساعد المشرفين والمختصين في مجال علم النفس في البحث وتطوير برامج وقائية وعلاجية ونمائية لصالح المدمنين على المخدرات.
- تعتبر هذه الدراسة كإضافة للمكتبة الجامعية لطلبة علم النفس المهتمين بهذه الظاهرة التي تهدد المجتمع بصفة عامة.
- تقديم هاته الدراسة كإضافة أكاديمية تطبيقية من خلال التركيز على الجانب المعرفي للإدمان على المخدرات، الذي لم يفي حقه من الإهتمام الأكاديمي من قبل الباحثين.

4.1. أهداف البحث: تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

أ. أهداف نظرية: وتتمثل في:

- التعرف على المخططات المبكرة غير المتكيفة.
- معرفة أهم النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.

- الإلمام بالجوانب النفسية والمعرفية والاجتماعية التي تحيط بهذه الظاهرة.

ب. أهداف تطبيقية:

- إكتساب خبرة عيادية في التعامل مع هذا النوع من الحالات.

- قياس ومعرفة أهم المخططات التي تتواجد عند هذه الفئة (المدمنين على المخدرات).

- توضيح خطر المخططات المبكرة غير المتكيفة وتأثيرها السلبي على حياة المدمنين على المخدرات.

5.1. تحديد مصطلحات الدراسة :

1.5.1. المخططات المبكرة غير المتكيفة:

أ. التعريف النظري:

حسب "يونغ" فالمخططات المبكرة غير المتكيفة هي نماذج وإنفعالات هامة بالنسبة للفرد مجتاحة، متكونة من ذكريات وإنفعالات وتصورات وأحاسيس جسدية تخص الفرد وعلاقاته مع الآخرين، تتطور من خلال الطفولة والمراهقة وتثري وتتعمق مدى، وصنفها "يونغ" في خمسة ميادين ويفترض أنها مرتبطة بحاجات الفرد الأساسية غير المشبعة (Jeffrey, 19: 2005, Janet).

ب. التعريف الإجرائي:

تعرف المخططات المبكرة غير المتكيفة إجرائيا في هذه الدراسة بأنها مجموع الدرجات التي يتحصل عليها المدمن على المخدرات على مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة لليونغ- الشكل المختصر (Young Schémas Questionnaire, Schart Form, YSQ, 1994) والتي يمكن أن تؤدي إلى الإدمان على المخدرات.

2.6.1. الإدمان على المخدرات:

أ.التعريف النظري :

الإدمان هو الإستعمال الخاطئ غير الطبي أو الإستخدام القهري(عبد المنعم عفاف،2003).

ويعرفه محمد مرعي(1989: 12) بأنه ذلك التعود على مادة معينة تؤدي الى الشعور بالنشوة عند تعاطيها ويرتبط هذا المفهوم بالأفراد في الإستعمال بصورة متصلة ودورية بإرادة الفرد حتى يصل إلى درجة الإدمان.

ب.التعريف الإجرائي للمدمنين على المخدرات:

يعرف الأفراد المدمنين على المخدرات بأنهم أفراد خاضعين للإستشفاء بمصلحة علاج الإدمان بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية- كارمان- تيارت.

الفصل الثاني: الأبعاد النظرية

1.2. المخططات المبكرة غير المتكيفة.

2.2. الإدمان على المخدرات.

1.2. المخططات المبكرة غير المتكيفة

تمهيد:

المخططات المبكرة غير المتكيفة (EMS) هي بناء مفهومي نظري أساسي في العلاج بالمخططات الذي افترضه **جيفري يونج "Jeffrey Young"**. يقول **"يونغ"** أن المخططات غير المتكيفة موجودة عند كل الناس وتكون أكثر شدة ومقاومة عند الفئات الإكلينيكية. ومنه، سنتطرق في هذا الجزء إلى مفهوم المخططات المعرفية ومفهوم المخططات المبكرة غير المتكيفة، بالإضافة إلى نشأتها وتطورها، ثم نستعرض خصائص ومجالات وعمليات المخططات المبكرة غير المتكيفة، وأخيرا نتناول العلاج ونظرية المخططات لجيفري يونج، وسنختم الجزء الأول من هذا الفصل بخلاصة تشمل ماتم التطرق اليه.

1.1.2. مفهوم المخططات المعرفية:

حسب النظرية التحليلية، يكمن مفهوم المخططات المعرفية في قدرة العمليات اللاشعورية في التأثير على الأفكار والعواطف والسلوك. رغم ذلك، تمارس المخططات تأثيرها من خلال معالجة المعلومات بطريقة لاواعية، بدلا من الدوافع اللاشعورية والغريزية. **Riso**, (du Toit, Stein, Young, 2007 :05).

بينما كان **بياجيه "Piaget"** أول من أدخل مفهوم المخططات لمجال التعلم والنمو المعرفي، بحيث يعود له الفضل في صياغة وفحص مفهوم المخطط كما يستخدم اليوم في علم النفس، وكانت مساهماته البارزة لهذا المفهوم هو عمليتي التمثيل **"Assimilation"** والموائمة **"Accommodation"**. التمثيل هو قيام المخططات بالمساعدة في إدماج معلومات جديدة من البيئة. أما الموائمة هي تعديل المخططات الحالية عند مواجهة منبهات بيئية لا تتناسب مع المخططات الموجودة مسبقا. (Cowan, Pines, Meitzer, 1994).

كما قدّم **بارتليت "Bartlett"** مساهمة هامة لتطور نظرية المخططات خلال بحوثه عن الذاكرة، أولا: تعتمد خبرات الفرد وإدراكاته على تجاربه السابقة في المواقف المشابهة، ثانيا: بالاعتماد على هذه الخبرات، تسمح المخططات للأفراد بالتنبؤ والتخطيط والقيام بالسلوك (Bartlett, 1932). ثالثا: قد تكون المخططات متكيفة وغير متكيفة، بهذا المعنى تسمح المخططات للذاكرة بإصدار الأحكام الخاطئة عن طريق تشويه المعلومات الواردة. (Cowan, et al, 1994; Milligan, 2013).

أما بيك "Beck" فقد عرفها بأنها: قواعد خاصة تتحكم في معالجة المعلومات والسلوك، ولقد شدد "بيك" على الدور المركزي الذي تلعبه هذه المخططات في تشكيل واستمرارية الاضطرابات النفسية. (Beck, Freeman, Associates, 1990).

حسب "جنردن ورجكبور وأرنتز" (Genderen, Rijkeboer, Arntz, 2012: 28) "تعمل المخططات كعوامل تصفية من خلالها يستطيع الأشخاص تنظيم وتفسير وتوقع العالم من حولهم، أغلب الناس طَوَّروا مخططات لمساعدتهم لفهم أفضل لأنفسهم وسلوك الآخرين والأحداث في محيطهم".

وضمن هذا الإطار، فالمخطط هو نمط يفرض نفسه لتفسير واقع وخبرات الأشخاص ويتوسط الإدراك ويوجه الإستجابات، ويعتبر المخطط تمثيل تجريدي للخصائص المميزة لحدث ما (Young, Klosko, Weishaar, 2003: 6).

مما سبق يمكن القول أن المخططات هي تمثيلات معرفية عقلية- ثابتة نسبياً- ومقاومة للتعديل، تتشكل من خلال الخبرات والتفاعلات الأولية للفرد مع بيئة المحيطة وتتحكم في الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية للشخص وتحدد نمط استجاباته للمنبهات الخارجية وفقاً لطبيعة المنبه والخبرة المخزنة مسبقاً والمثابرة له.

2.1.2. مفهوم المخططات المبكرة غير المكيفة :

وضع يونغ "Young" عام (1990-1999) فرضية، وهي أن معظم المخططات التي تتطور خلال خبرات الطفولة تشكل نواة اضطرابات الشخصية والسلوكية والعديد من الاضطرابات العضوية المزمنة للمحور التصنيفي (DSM-IV, 1994).

(Young, et al, 2005).

كما أنها تعتبر نموذج مهم، تتكون من ذكريات، انفعالات، معارف وأحاسيس جسدية، تتعلق بالذات والعلاقات مع الآخرين، حيث أن هذه المخططات تشكل خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، وتتطور مدى حياة الفرد. (j, cottraux, Blackburn, 2001)

ولقد حدد "يُونج" مجموعة من المخططات سماها المخططات المبكرة غير المتكيفة. وعرفها بشكل تفصيلي كما يلي:

- مواضيع وأنماط واسعة الانتشار ومستحوذة.
- تتضمن الذكريات، والانفعالات، والمعارف، والأحاسيس الجسدية.
- تتعلق بالفرد في حد ذاته وفي علاقته بالآخرين.
- تتطور خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة.
- تتوسع وتظهر معالمها خلال حياة الفرد.
- تكون مختلة وظيفياً بشكل كبير.

ويضيف "يونج" بأنها أنماط معرفية محبطة للذات وانفعالية، وهي أنماط معرفية تبدأ مبكراً خلال النمو وتنتكر خلال الحياة، وإن سلوك الفرد لا يعد جزءاً من المخطط نفسه، بل تتشكل السلوكيات اللاتكيفية كاستجابة لمخطط ما (Young, et all, 2003 :7).

3.1.2. نشأة وتطور المخططات:

عادة ما يكتسب الأشخاص مخططاتهم في مرحلة الطفولة ويطورونها أكثر في مرحلة الرشد. إذا مروا بتجارب وأحداث سلبية (كالإهمال أو الخضوع)، قد يطورون نظرة مشوهة حول أنفسهم، والآخرين، والعالم، والمستقبل، وهذا يسهم في تكوين مخططات مبكرة غير متكيفة (Lee, 2007).

يتفق "يونج وزملائه" مع "بيك" على أن كلا من الإستعداد البيولوجي والمزاج العاطفي يلعبان دوراً بارزاً في نشوء المخططات غير المتكيفة، مع ذلك فهم يتفقون أيضاً مع النظريات التطورية، بحيث يركزون على دور الآباء والأشقاء والأقران والتأثيرات الثقافية في تطور واستمرار المخططات المبكرة غير المتكيفة (Theiler, 2005). وسوف نفصل فيهم قليلاً كما يلي:

أ. خبرات الحياة المبكرة: "Early life experiences":

تنشأ عادة المخططات الأساسية في الأسرة النووية، وعندما ينضج الطفل تكون هناك تأثيرات أخرى (مثل الأقران والمدرسة والجماعات والثقافة) تصبح ذات أهمية متزايدة وقد تسهم في تطور المخططات ورغم ذلك، فالمخططات المتأخرة هي عموماً ليست بنفس قوة وانتشار المخططات المبكرة (Martin & Young, 2010:320). وتقسم هذه الخبرات المبكرة إلى أربعة أنواع أساسية تعمل على تعزيز إكتساب هذه المخططات وهي كالتالي:

● الاحباط الضار بالحاجات "Toxic frustration of needs":

يحدث هذا عندما تحبط الحاجات الأساسية للطفل.

● خبرة التعرض للصدمات أو الإيذاء: "Traumatization or victimization":

● الإفراط في إشباع الحاجات الجيدة:

"Child experiences too much of a good thing"

ويكون هذا عندما يشعر الطفل بأنه مدلل من طرف والديه ويحصل على كل طلباته.

● الإستدخال الإنتقائي أو التماهي بالأشخاص المهمين:

"Selective internalization or identification with significant others"

الطفل يستدخل انتقائياً ويتوحد مع أفكار وشعور وخبرات وسلوكيات الوالدين.

(Theiler, 2005; Young et all, 2003)

ب. المزاج الانفعالي: "Emotional Temperament"

الطفل يتمتع بمزاج انفعالي فطري، ثابت مع مرور الزمن وفريد من نوعه ذو أصول بيولوجية ويميزه عن الآخرين. وقد أثبتت دراسات "كاجان وزملائه" (1988) أن السمات المزاجية لمرحلة الطفولة تبقى ثابتة بشكل ملحوظ مع الزمن (Young, et al, 2003).

ويميل هؤلاء الأشخاص إلى الحفاظ على مخططاتهم من خلال آليات مختلفة، سواء عن طريق التشويشات المعرفية أو أساليب تكيف لاتوافقية (Ünal, 2012).

يفترض أن يتكون المزاج الانفعالي من مجموعة من الأبعاد قد تكون وراثية إلى حد كبير وغير قابلة للتغيير نسبياً من خلال العلاج نفسه فقط وهي:

إنفعالي ← بارد انفعالياً، متشائم ← متفائل، قلق ← هادئ، وسواسي ← مشتت
سلبي ← عدواني، متهيج ← مرح، خجول ← اجتماعي.

(Kahalé, 2009; Young, et al, 2003)

مما تم عرضه سابقاً نستنتج أن أصل نشوء المخططات غير المتكيفة يعود إلى تفاعل ثلاثة عوامل رئيسية هي: العامل الأول يتمثل في حاجات انفعالية وعاطفية (التعلق الآمن، والإستقلالية، التعبير عن الحاجات، والتلقائية واللعب، والحدود وضبط الذات)، أما العامل الثاني يتضمن الخبرات السيئة المبكرة (الإحباط الضار بالحاجات، والتعرض للصدمات، والإفراط في إشباع الحاجات، والتماهي بالأشخاص المهمين)، وأخيراً العامل الثالث الذي يمثل عامل الخطورة ألا وهو المزاج الانفعالي.

4.1.2. خصائص المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة:

- تتسم المخططات بميزات معينة، نذكر أهمها في مايلي:
- قد تنشأ المخططات غير المتكيفة نتيجة الصدمات التي عاشها الفرد خلال الطفولة، كما قد تكون هناك عوامل أخرى تعزز نموها وتكون أساساً لها، كالخبرات الضارة والمتكررة.
- إنها تكافح من أجل البقاء، كما أننا نجد أنفسنا نتبناها لأنها أصبحت منذ مدة جزءاً 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.
- إنها تؤثر على طريقة إدراكنا للأمور وكيفية التصرف، حيث يصبح سلوكنا مطابقاً للمواقف المتشابهة بحيث تمثل هذه المخططات أثر الماضي والطفولة على الحاضر.
- تقوم بعملية تدمير ذاتي الذي يؤثر على الحياة الشخصية والعاطفية والاجتماعية والمهنية للشخص، كما يمكن أن تحدث وتنشط في مواقف معينة من حياتنا.

(Young, et al, 1995: 36-37)

- تحدث هذه المخططات بصفة لا شعورية، وعندما ينشط أحدها يحس الفرد بقوة الإنفعال السلبي، مثل الكآبة، الخجل، الخوف (Young, et al, 2005).
- المخططات ذات أبعاد ولها مستويات مختلفة من الشدة والخطورة، كلما كان المخطط أكثر شدة، كلما كانت له الأولوية في التنشيط في مواقف أكثر وتكون الإنفعالات المرتبطة به سلبية أكثر وتترك أثر مؤلم على حياة الفرد.
- قد تكون المخططات إيجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة، فالمخططات الإيجابية والمتأخرة هي المخططات المتكيفة بينما المخططات السلبية والمبكرة هي المخططات المختلة وظيفيا وغير المتكيفة.
- قد تكون شرطية أو غير شرطية، تكون المخططات غير شرطية إذا تطورت مبكرا وتكونت من معتقدات أساسية، قوية ولا عقلانية، وتكون شرطية عندما تنشأ متأخرة، وتكون مرنة وقابلة للتعديل (Kahalé, 2009:83).
- و مما سبق نستنتج أن المخططات تتميز بمجموعة من الخصائص منها ما تعلق بطبيعة منشأها (الخبرات المبكرة السيئة أو الصدمات) أو استمراريتها (جامدة وغير قابلة للتغيير) أو أنواعها (سلبية أو إيجابية، وشرطية أو غير شرطية) أو مدى تأثيرها (على الفرد وعلى علاقاته بالآخرين) أو مكوناتها (متعددة الأبعاد ومختلفة في الشدة) أو تطورها (تنشأ في مراحل مبكرة وتؤثر في المراحل التالية).

5.1.2. مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة:

لقد حدد "يونس" (2005) ثمانية عشر مخططا غير متكيف، وتم تصنيف هذه المخططات في خمسة مجالات وفقا للحاجات العاطفية غير المشبعة (Roussin, 2011 :10).

أ. المجال الأول: مجال الانفصال والرفض (Disconnection and Rejection):

إن الأفراد الذين لديهم مخططات هذا المجال غير قادرين على تحقيق تعلق آمن ومشبع بالآخرين، ويعتقدون أن حاجاتهم للاستقرار والأمن والرعاية والانتماء سوف لن تلبى من طرف مقدمي الرعاية المهمين، كالوالدين (Cockram, 2009 :37). وفي نهاية المطاف سوف يتطور لدى الطفل نقص شامل في الشعور بالثقة والألفة (Theiler, 2005). ويحتوي هذا المجال على خمسة مخططات وهي كما يلي:

● مخطط الهجر / عدم الاستقرار (Abandonment/Instability):

الأشخاص الذين يملكون هذا المخطط مقتنعون أن الأشخاص المهمين لديهم سوف لن يستمروا في منحهم الدعم العاطفي والقوة والاتصال والحماية، ويخافون من فقدان أحد الوالدين بالموت أو الهجر (Young, et al, 2003).

• **مخطط الشك/ الاعتداء (Mistrust/ Abuse):**

ينشأ هذا المخطط من أباء يوصفون بسوء المعاملة والاعتداء جسديا ولفظيا أو جنسيا على أطفالهم، ويظنون أن الآخرين يريدون إلحاق الأذى والمعاناة بهم عن قصد، لا يسمح هذا الشخص للآخرين بالاقتراب منه، يشك في نوايا الآخرين، مقتنع أن الآخرين يقومون بخيانته ويتجنب كل العلاقات العاطفية ويكتفي فقط بالعلاقات السطحية.

(Kahalé, 2009, Fofana, 2007).

• **مخطط الحرمان العاطفي (Emotional Deprivation):**

إن الأشخاص الذين يعانون من مخطط الحرمان العاطفي يتوقعون من الآخرين عدم إشباع كاف لحاجاتهم من الدعم العاطفي والحاجة إلى من يفهمهم ويستمع إليهم والحاجة للتوجيه. وينشأ هذا المخطط من والدين باردين ومتباعدين عاطفيا. ويتكون هذا المخطط من ثلاثة أشكال رئيسية:

- **الحرمان من الرعاية (Deprivation of Nurturance):**

غياب الاهتمام والعاطفة والدفع أو الرفقة.

- **الحرمان من العطف (Deprivation of Empathy):**

غياب التفهم والاستماع والكشف عن الذات أو المشاركة الوجدانية من الآخرين.

- **الحرمان من الحماية (Deprivation of Protection):**

غياب القوة والتوجيه أو الإرشاد من الآخرين.

(Martin, Young, 2010; Kahalé, 2009).

• **مخطط النقص / الخجل (Defectiveness/Shame):**

في هذا المخطط يشعر الفرد بأنه ناقص وخاطئ وكله عيوب وأنه سيء ولا قيمة له ويحس بالدونية وأنه غير محبوب من طرف الآخرين، عادة ما يتضمن هذا المخطط الشعور بالعار والخزي اتجاه عيوبه، سواء كانت خاصة كالأنانية والدوافع العدوانية والرغبات الجنسية غير المقبولة، أو عامة مثل المظهر غير اللائق والارتباك الاجتماعي

(Young, et al, 2003).

• **مخطط العزلة الاجتماعية / الإغتراب (Social Isolation/Alienation):**

يرتبط هذا المخطط بنوعية الروابط العاطفية للشخص، فهي تخص العلاقات مع الأصدقاء ومختلف المجموعات الاجتماعية، حيث يشعر الشخص بأنه مغترب ومهمش. تعرض في طفولته للرفض من طرف أقرانه، ليس لديه أصدقاء ولا ينتمي لأي مجموعة، وبالتالي فهو يتجنب صحبة الآخرين ولا يسعى لتكوين أصدقاء ويعتقد بأنه أقل مكانة

ومرغوبية وأقل جاذبية وأقل كفاءة في التواصل الاجتماعي وممل ومثير للاشمئزاز بالنسبة لشريكه (Fofana, 2007 :116).

ب. المجال الثاني: مجال نقص الإستقلالية وضعف الأداء:

(Impaired Autonomy and Performance)

إن الأفراد الذين يشملهم هذا المجال هم الذين لم يتمكنوا من تطوير الإستقلالية الضرورية من أجل القيام بمهامهم بشكل مستقل ومنفصل عن أسرهم، وهم غير قادرين على تشكيل هوية أو أسلوب حياة خاص بهم (Mehran, 2011 :81). ويتضمن هذا المجال أربعة مخططات هي:

• مخطط الاعتمادية/ العجز (Dependence/Incompetence):

لا يحس الفرد في هذا المخطط بالأمان الكافي لمواجهة العالم الخارجي ويعتقد أنه عاجز على القيام بمسؤولياته اليومية وحل مشاكله ويفتقد للمبادرة والإعتماد على النفس، هذه الإعتمادية الزائدة تدفعه لطلب المساعدة بإستمرار من المحيطين به في اتخاذ القرارات وتدبر أموره المالية والمهنية وحل مشاكله (Young, et al, 1995).

• مخطط القابلية للأذى أو المرض (Vulnerability to Harm or Illness):

يرتبط هذا المخطط بقدرة الفرد على التحكم في الذات، والمصاب 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 ويمضي كل وقته للتأكد من أنه آمن (Fofana, 2007 :116).

• مخطط العلاقات الإندماجية/عدم النضج الذاتي (Enmeshment/Undeveloped Self):

يتسم أصحاب هذا المخطط بالتعلق والقرب العاطفي المفرط بأحد الأشخاص المهمين أو أكثر (غالباً الوالدين)، على حساب التميز بشخصية فريدة أو النضج الاجتماعي السليم، وعادة ما يعتقد الشخص المندمج عاطفياً أنه لا يمكن أن يعيش أو أن يكون سعيداً بدون مساعدة الطرف الآخر، وقد يحسون أنهم مختنقون من الآخرين أو مندمجون معهم، وغالباً ما يعانون من الشعور بالفراغ والتخبط دون أي توجيه، وقد يتساءلون عن سبب وجودهم في بعض الحالات الشديدة (Martin, Young, 2010 :323).

• مخطط الفشل (Failure):

يتضمن هذا المخطط شعور الفرد بعدم قدرته على النجاح مثل الآخرين لإعتقاده 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،

وقد يكون مصدر هذا المخطط خبرات الإساءة والنقد المفرط والتعرض للإهانة من طرف الوالدين(Kahalé, 2009).

ج. المجال الثالث: مجال نقص الحدود (Impaired Limits):

إن الأشخاص في هذا المجال لم يطوروا حدود داخلية كافية فيما يخص المعاملة التبادلية والانضباط الذاتي وقد يجدون صعوبة في احترام حقوق الآخرين، والتعاون المشترك والحفاظ على الإلتزامات أو تحقيق أهداف بعيدة المدى (Cockram, 2009). فالأطفال الذين نشأوا في بيئة متساهلة دائماً ومتسامحة بشكل مبالغ فيه، ينقصها التوجيه، يكون أطفالها لديهم ضعف في التحكم بالذات مصحوب بالشعور بالتعالي والتكبر (Theiler, 2005). ويشمل هذا المجال مخططين هما:

● مخطط الأحقية الزائدة / التعالي (Entitlement/ Grandiosity):

يعتقد أصحاب هذا المخطط أنهم أعلى من غيرهم، ولديهم حقوق خاصة بهم وامتيازات، ولا يحترمون قواعد العلاقات الاجتماعية المتبادلة الطبيعية، وما يهمهم هو الحصول على ما يريدون بغض النظر عن معايير الواقع والعقل وعلى حساب الآخرين، هدفهم الإستعلاء المبالغ فيه (مثل أن يكونوا من بين الأكثر نجاحاً أو شهرة أو ثراء)، ومن أجل الإستحواذ على السلطة أو التحكم (ليس من أجل جذب الإنتباه أو السعي للقبول) عند الآخرين، كما يسعون إلى فرض وجهات نظرهم على الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم تماشياً مع رغباتهم الخاصة دون إبداء أي تعاطف أو اهتمام بشعور الآخرين.

(Young, et al, 2003 :15).

● مخطط نقص التحكم الذاتي / الضبط الذاتي:

(Insufficient Self-Control/Self-Discipline)

هذا المخطط يجعل الفرد عاجزاً عن التحكم الذاتي في إنفعالاته وإندفاعاته، ولا يتساهل مع الإحباطات الناجمة عن المهام التي تتطلب الأداء الشخصي، كما أنه يستجيب لرغباته بشكل متهور ويتجنب المواقف المزعجة والمؤلمة والتي فيها صراع أو مسؤوليات، هؤلاء الأفراد فاشلون في الكثير من ميادين الحياة الشخصية والمهنية. ويميلون لإشباع رغباتهم قصيرة المدى مهما كانت النتائج(Kahalé, 2009:93).

د. المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين (Other-Directedness):

يتميز أصحاب هذا المخطط بالتركيز الكبير على رغبات ومشاعر واستجابات الآخرين على حساب احتياجاتهم الشخصية من أجل كسب حب وقبول الآخرين وللحفاظ على روابط الإتصال معهم، وعادة ما يكبحون شعورهم بالغضب. كما لا يستطيع هؤلاء الأطفال التعبير عن مشاعرهم خوفاً من النتائج كالشعور بالذنب أو الإنتقام الذي يتسبب فيه الوالدين

أو يكون لديهم نقص في ادراك ميولهم وإحتياجاتهم الشخصية. يرجع أصل ظهور هذا المخطط إلى نموذج من العائلات التي تمارس القبول المشروط أي يقمعون جوانب مهمة من احتياجات أبنائهم من أجل الحصول على حب وإهتمام وإستحسان الوالدين، وفي الكثير من هذه الأسر يفضل الآباء إحتياجاتهم العاطفية ورغباتهم أكثر من الحاجات والمشاعر الخاصة بأطفالهم من أجل القبول والوضع الاجتماعي (Martin, Young, 2010; Theiler, 2005). ويتكون هذا المجال من ثلاثة مخططات تتمثل في كمايلي:

● مخطط الخضوع (Subjugation):

يتعلق هذا المخطط بالإستسلام التام لسيطرة الآخرين لأن صاحب هذا المخطط يشعر أنه مكره ومضطر لفعل ذلك تحاشيا للغضب أو الإنتقام أو الهجر من الآخرين (Cockram, 2009). فهو يدرك جيدا أن رغباته وآرائه وأحاسيسه ليست مهمة بالنسبة للآخرين، كما أنه يشعر بحساسية مفرطة كونه وقع في شرك الآخرين وأصبح تحت سيطرتهم، وتعود اسباب ذلك إلى أساليب تربوية تتسم بالعقاب الشديد والسيطرة والعنف والحب المشروط لأبنائها. ويقترح "يونج" نوعين أساسيين من الخضوع وهما:

- خضوع الحاجات (Subjugation of needs): يتمثل في كبت الفرد لرغباته وتفضيلاته وقراراته.

- خضوع الانفعالات (Subjugation of emotions): ويتمثل في كبت الانفعالات خاصة الغضب (Young, et al, 2003).

● مخطط التضحية بالذات (Self-Sacrifice):

يرتبط هذا المخطط بالتعبير عن الذات والذي يدفع الشخص إلى التضحية برغباته الشخصية لإرضاء الآخرين وتلبية إحتياجاتهم على حساب إشباعاته الشخصية، ينصاع للآخرين بإرادته، وغالبا ما ينخرط في علاقات (مسيطر- مسيطر عليه) مع أشخاص يتحكمون في كل تصرفاته مع الإذعان التام لهم (Fofana, 2007: 116). وغالبا ما يفعل ذلك لكي لا يلحق الألم بالآخرين، وحتى لا يشعر بالذنب بسبب الأنانية، وللمحافظة على العلاقات مع الآخرين الذين هم بحاجة لذلك، وأحيانا أخرى ما يؤدي ذلك إلى إحساس الفرد بأن رغباته لم تشبع بشكل كاف وأيضا الشعور بالإستياء إزاء من يتولون رعايته.

(Martin, Young, 2010)

● مخطط البحث عن القبول/ الإعتراف (Approval-Seeking/Recognition-Seeking):

قد يرتبط هذا المخطط بالنقص العاطفي وقد يظهر لتعويض مخططات أخرى مثل مخطط النقص والحرمان العاطفي والعزلة الإجتماعية (Kahalé, 2009: 95-96).

هـ. المجال الخامس: الحذر المفرط والكف (Over Vigilance and Inhibition):

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 الإنفعالات والمشاعر السعيدة والإستمتاع والتسلية والإسترخاء. نتيجة لذلك قد يصبح الطفل عرضة للتعاسة والإفتقار للعواطف وتطغى عليه مشاعر التوتر، كما يميلون لتجنب السعادة ومتعة الحياة والعلاقات الحميمة. 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). وينطوي تحت هذا المجال المخططات التالية:

● مخطط السلبية / التشاؤم (Negativity/Pessimism):

يعتبر هذا المخطط واسع الإنتشار، ويدوم مدى الحياة، وفيه يركز الفرد على الجوانب السلبية من الحياة (مثل الخداع والخيانة والصراع والخسارة والمعاناة والموت)، في حين أنه يقلل ويهمل الجوانب الإيجابية والتفاؤلية من الحياة (Mehran, 2011).

● مخطط الكبت العاطفي (Emotional Inhibition):

يركز هذا المخطط على كبح الإنفعالات السلبية والإيجابية والأفكار والمشاعر الشخصية والإستجابات التلقائية والدوافع، خوفا من فقدان السيطرة على النفس أو إطلاق العنان للإنفعالات المبالغ فيه ما قد يتسبب في إزعاج الآخرين أو استنكارهم لهذا الفعل. فالأفراد الذين لديهم سيطرة مفرطة على إنفعالاتهم 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، وترجع سلوكياتهم هذه إلى ردود الأفعال المهينة والمسيئة التي تلقوها عند التعبير عن مشاعرهم في الطفولة، وقد عاشوا في بيئة تشجع على ضبط النفس الزائد (Kahalé, 2009).

● مخطط المعايير الصارمة/ النقد المفرط:

(Unrelenting Standards/Hypercriticalness)

يسعى الأفراد الذين لديهم هذا المخطط لتحقيق أعلى معايير السلوك والأداء بشكل مبالغ فيه ويثابرون لبلوغ أعلى المعايير تجنباً للنقد، وهذا يؤدي إلى الشعور بالضغط أو نقص المتعة والسعادة والصحة وتدني تقدير الذات والإحساس بالإنجاز أو بناء علاقات حقيقية، وقد حدد "يونج" (2003) هذه المعايير في الأشكال التالية:

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

• مخطط العقابية (Punitiveness)

ومما تم طرحه سابقا نستنتج أن "يونج" إقترح ثمانية عشرة (18) مخططا غير متكيف مصنفة في خمسة مجالات. كل مجال يحتوي على مخططات تتوافق مع الحاجات الأساسية المحبطة (مجال الانفصال والرفض، ونقص الإستقلالية وضعف الأداء، ومجال نقص الحدود، والتوجه نحو الآخرين، والحذر المفرط والكف) وفي بحثنا هذا سوف نقتصر على خمسة عشر مخططا معرفيا غير متكيف طبقا للنسخة المختصرة لمقياس يونج (Young Schema Questionnaire, short-form, YSQ-S1, 1994).

6.1.2. عمليات المخططات (Schema Operations):

تتمثل في عمليتين أساسيتين هما ديمومة المخطط والتعافي من المخطط، فكل فكرة أو شعور أو سلوك أو تجربة حياة لها علاقة بمخطط ما، إما تعمل على إستمرارية المخطط أي تثبيته وتعزيزه أو علاج المخطط أي إضعافه.

أ. ديمومة المخطط (Schema Perpetuation):

وفقا "ليونج" (2003) المخططات هي معتقدات راسخة بعمق حول الذات والآخرين والعالم تم اكتسابها منذ عمر مبكر، ويتم إدراكها على أنها جزء من الذات لأن هذه المخططات هامة جدا للإحساس بالهوية، لذلك فالأشخاص يقاومون التخلص منها. (Young, et al, 2003).

ب. أساليب التكيف اللاتوافقية واستجاباتها (Schema Coping Styles and Responses):

طبقا "ليونج" (2003)، فإن هذه الأخيرة تتطور في مرحلة مبكرة من الحياة لكي تتكيف مع المخططات المبكرة، ولكي لا يعايشون الإنفعالات والمشاعر الغامرة والحادّة التي عادة ما تولدها المخططات ورغم أن أساليب التكيف أحيانا تساعد المريض على تجنب مخطط ما، لكنها لا تعالجه، وهكذا فإن جميع أساليب التكيف اللاتوافقية تبقى تعمل كعناصر ضمن عملية إستمرارية المخططات (Young, et al, 2003: 32).

قد تكون إستراتيجيات التكيف ذات طبيعة معرفية أو إنفعالية أو سلوكية ولكن هذه الإستراتيجيات لا تعد جزءا من المخططات بل هي ناجمة عنها (Roussin, 2011).

بإختصار، أساليب التكيف غالبا ما توفر بعضا من الراحة للفرد، لكن على المدى البعيد تؤدي إلى صعوبات في ميادين الحياة المهمة، كما أن استخدام أساليب التكيف عموما ليس إختيارا واعيا، بل هي ردة فعل تلقائية لموقف مهدد وقد تكون أساليب التكيف واضحة بشكل خاص في سلوك المريض، ولكن قد تحتوي على تحولات معرفية.

(van Genderen, Rijkeboer, Arntz, 2012 :31).

ج. إستجابات التكيف (Coping Responses):

إن استجابات التكيف هي سلوكيات محددة أو استراتيجيات يتم من خلالها التعبير عن أساليب التكيف الرئيسية الثلاثة، وتتضمن كل ردود الأفعال التي تهدد الذخيرة السلوكية للفرد، وبالتالي يعتبر "يونج" أن أسلوب التكيف "سمة" "trait"، بينما إستجابة التكيف هي "حالة" "state"، ولذلك فأسلوب التكيف هو مجموعة من إستجابات التكيف يستخدمها الفرد بشكل يميزه عن غيره من أجل التجنب أو الإستسلام أو التعويض الزائد، بينما إستجابة التكيف هي سلوك محدد (أو إستراتيجية) يُبديها الفرد في زمن معين. (Young, et al, 2003 :36).

د. التعافي من المخطط (Schema Healing):

يتألف المخطط من مجموعة من الذكريات والإنفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف، والتعافي من المخططات تطلب التقليل كل من حدة الذكريات المرتبطة بالمخطط والعبء الإنفعالي للمخطط وقوة الأحاسيس الجسدية والمعارف غير المتكيفة، وعلاج المخطط يقتضي تغيير السلوك حيث يتعلم المصابون بتعويض أساليب التكيف غير المتوافقة بأنماط سلوكية تكيفية، لذلك فالعلاج يتضمن تدخلات معرفية وعاطفية وسلوكية، وهكذا يتم التعافي من المخطط ويصبح من الصعب تدريجيا تنشيطه، ولو تم تنشيطه تكون التجربة أقل طغيانا ويستعيد المريض عافيته بسرعة (Young, et al, 2003 :32).

وأخيرا نستخلص مما سبق طرحه أن "يونج وزملائه" أفترضوا وجود عمليتين أساسيتين تقوم بها المخططات وهما: ديمومة المخطط والتعافي منه من أجل المحافظة على إستمراريتها تقوم المخططات بآليات رئيسية هي: التشويهات المعرفية، وأنماط السلوك الانهزامية، وأساليب تكيف المخططات، وتعد هذه الأخيرة من أهم الإستراتيجيات التي تتبعها المخططات للمحافظة على بقائها وتلازم هذه الإستراتيجيات إستجابات تكيف تختلف باختلاف أساليب التكيف وهي تمثل الجانب السلوكي للمخطط.

7.1.2. العلاج ونظرية المخططات لجيفري يونج :

تم تطوير العلاج المتمركز على المخططات (Schema Focused Therapy)، وعرف بالعلاج بالمخططات فيما بعد (Schema Therapy)، من طرف "جيفري يونج" (1990)،

(2003) وزملائه، وجاء هذا المنهج العلاجي كبديل للعلاج السلوكي المعرفي التقليدي، الذي طوره آرون بيك وزملائه "Aaron Beck et al" وهدف لعلاج اضطرابات الشخصية، وكان مختصراً ونجح في التقليل من أعراض بعض الإضطرابات كالسلوك الانتحاري وغيرها، رغم ذلك كان تأثيره محدوداً ولم يمس الجوانب العميقة من الشخصية، 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 العلاجية كوسيلة للتعديل السلوكي، كما ركز كذلك على المعالجة الإنفعالية والعاطفية للخبرات الصادمة.

(Bamber, 2004; Arntz, Van Genderen, 2009; Young, et al, 2003).

وتستند نظرية المخططات إلى ثلاث مفاهيم جوهرية وهي: "المخططات المبكرة غير المتكيفة" (EMSS) وهي بشكل عام معتقدات ضمنية مختلة وظيفياً وغير شرطية حول الذات وعلاقة الفرد بالآخرين، وتنمو في مرحلة الطفولة وتعمل على تصفية الخبرات الواردة بشكل إنتقائي وتتوسع المخططات وتُثرى 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، بحيث يفترض يونج أن الشخص يحافظ على إستمرارية المخططات من خلال ثلاث طرق للتكيف: التعويض الزائد (هو مقاومة المخطط رغم أن العكس هو الصحيح)، والتجنب (تجنب المخطط النشط)، والإستسلام (الخضوع للمخطط) وهي الإستجابات السلوكية المميزة للمخططات (Lobbestael, Vreeswijk, 2007)، والمفهوم الثالث هو "الأوضاع" (modes) وهي: المخططات وأساليب التكيف النشطة في زمن معين، وتنشأ الإضطرابات الإنفعالية والعاطفية أساساً من الحاجات الرئيسية غير المشبعة أثناء النمو في مرحلة الطفولة والمراهقة. (Young, et al, 2003).

بإختصار، تقوم نظرية المخططات ليونج على مفاهيم مركزية هي: المخططات وأساليب التكيف والأوضاع. حيث تمثل المخططات طريقة إدراك الأفراد لذواتهم وللآخرين، والعالم من حولهم. وتتكون من الإدراكات الحسية والإنفعالات والأفعال الراسخة داخل الذاكرة التي تم إكتسابها خلال التجارب السابقة. ويسعى الفرد للتعيش غير التوافقي مع المخططات وذلك من خلال تبني طرق وإستراتيجيات للتكيف، تتم إما بالمواجهة أو الإستسلام أو تجنب المواقف التي تثيرها، وتمثل هذه الأساليب الجانب السلوكي للمخططات، كما تتضمن الأوضاع تشكيلة من المخططات والسلوكيات المتكيفة وغير المتكيفة والتي تكون نشطة في لحظة معينة.

خلاصة الفصل:

لاقت نظرية المخططات إهتماما متزايدا في السنوات الأخيرة من طرف الباحثين والمعالجين النفسانيين من مختلف دول العالم. بإعتبارها أحد الإتجاهات العلاجية المعرفية الشاملة التي إستفادت كثيرا من النظريات الأخرى التي سبقتها. وأثبتت فعاليتها في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية المستعصية كإضطرابات الشخصية، وذلك بتركيزها على المخططات المعرفية غير المتكيفة التي تشكل نواة الإضطرابات النفسية والشخصية، حيث يعد مفهوم المخططات المبكرة غير المتكيفة (EMSS) بشكل عام معتقدات ضمنية تحتوي على ذكريات وانفعالات ومعارف مختلة وظيفيا وغير شرطية حول الذات وعلاقة الفرد بالآخرين. وتتطور خلال الطفولة وتزيد خلال المراحل التالية من حياة الفرد. ويتميز هذا المفهوم بخصائص من حيث طبيعته ومنشأه وأنواعه ومكوناته وتطوره الذي ينبع أساسا من تفاعل ثلاث عوامل: حاجات إنفعالية وعاطفية والخبرات السيئة المبكرة والمزاج الإنفعالي.

2.2. الإدمان على المخدرات:

تمهيد:

يعد موضوع الإدمان على المخدرات إحدى الموضوعات الأساسية التي نالت الكثير من الاهتمام والدراسة على يد العديد من العلماء والأطباء بمختلف تخصصاتهم من عدة عقود مضت، لذلك يعتبر مفهوم الإدمان على المخدرات من المصطلحات الهامة التي تحمل في طياتها العديد من المعاني والأحداث، ولهذا سيتم التعرض في الجزء الثاني لهذا الفصل إلى مفهوم الإدمان والمخدرات ثم تعريف يجمع المصطلحين، بالإضافة إلى مصطلحات متعلقة بالإدمان على المخدرات وتشخيصها، وكذلك أسبابها وأنواعها وطرق تعاطيها، كما تطرقنا إلى خصائص ومراحل الإدمان على المخدرات وسمات المدمن عليها، أضف إلى ذلك تناولنا بعض النظريات المفسرة لها وفي الأخير نقدم خلاصة لكل ماتم التطرق إليه.

1.2.2. مفهوم الإدمان:

يعرف الإدمان (Addiction) بأنه النتيجة الحتمية والنهائية للتعاطي المستمر للمخدرات وينشأ بسبب التعاطي المتكرر والمستمر للمخدر الطبيعي أو الصناعي (مشاقبة، 2007: 22).

ويعرفه المهدي (2013: 48)، بأنه تكرار مادة أكثر من المواد المخدرة بشكل قهري مما يؤدي إلى حالة إعتماذ عضوي أو نفسي أو كليهما مع التحمل وظهور الأعراض الإنسحابية في حالة الانقطاع.

كما يعرفها محمد قاسم عبد الله (2012: 276)، بأنها حالة أو ظرف ينشأ عن الإستهلاك المفرط والمكثف لمادة ما طبيعة أو إصطناعية بحيث يصبح الشخص معتمدا عليها فيزيولوجيا وجسميا ونفسيا وعقليا.

نعرف الإدمان على أنه حالة تنشأ عن تناول القهري للمادة المخدرة سواء كانت طبيعية أو إصطناعية يشعر من خلالها الشخص برغبة ملحة وقهرية ومستمرة لتناول هذه المادة بحيث يصبح معتمدا عليها فيزيولوجيا وجسميا ونفسيا وعقليا، وفي حالة التوقف عنها تظهر عليه أعراض الإنسحاب.

2.2.2. مفهوم المخدرات:

يعرف القدافي (1999: 258)، المخدر على أنه أي مادة كيميائية تعمل عند تناولها ولو بكميات قليلة على إحداث واحدة أو أكثر من التغيرات التالية:

- التأثير على حالة الشخص الفيزيولوجية بما في ذلك مستوى النشاط، الوعي، التوازن.
- التأثير على الأحاسيس الواردة في المخ.

- التأثير على مستوى الإدراك والقدرة على تحليل المثيرات الواردة أو تغييرها.
- تغيير حالة الشخص الميزاجية.

أما طارق السيد (2008: 155)، يعرفه بأنه مادة طبيعية أو صناعية لها بعض الخصائص الفيزيولوجية التي تذهب الوعي إلى حد ما وتسبب الشعور بالسعادة . ويعرفه كل من الحراشة والجزار (2012: 13)، أنه مواد طبيعية تؤثر على جسم الإنسان وتغير أحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار إستعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذي على البيئة. نعرف المخدرات بأنها مجموعة من المواد الطبيعية أو الصناعية تحمل بعض الخصائص الفيزيولوجية والتي تعمل على أحداث تغييرات في فيزيولوجية مستعملها.

3.2.2. تعريف الإدمان على المخدرات:

يعرفها علي بار (1988: 33)، بأنه تعود شخص ما على عقار معين بحيث تتعود خلايا جسده على هذا العقار ولو سحب هذا العقار فجأة أدى إلى ظهور تغييرات نفسية وجسدية مما يضطر متعاطي هذا العقار إلى البحث عنه بكل وسيلة ولو أدى ذلك إلى تحطيم حياته كله.

ويرى رشاد عبد اللطيف (1992: 40)، بأنها رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو المخدرات أو مواد سامة تعرف إراديا أو عن طريق المصادفة على أثارها المسكنة والمخدرة أو المنبهة والمنشطة، تسبب حالة من الإدمان، تضر بالفرد جسيما، ونفسيا وإجتماعيا.

ونرى نحن أن الإدمان على المخدرات هي تعود الشخص على مادة المخدرة وتكون إما مسكنة أو منبهة أو منشطة لخلايا جسده، والتي تسبب حالة من الإدمان النفسي والجسدي وحتى الإجتماعي.

4.2.2. مصطلحات ومفاهيم متعلقة بالإدمان على المخدرات:

أ. التعاطي "Drug Abuse":

يعرفه راسميوسن "Rasmussen"، بأنه التناول غير المشروع للمخدرات بطريقة غير منتظمة وغير دورية ويتعاطاها الأفراد من أجل إحداث تغيير في المزاج أو في الحالة العقلية ولكنه لا يصل إلى حد الإعتماد التام عليها (مشاقبة، 2007: 21).

ب. التحمل "Tolerance":

يعني ميل الشخص المتعاطي إلى زيادة الجرعة المخدرة للحصول على الحالة المرغوبة من المتعاطي والتي حصل عليها في مرحلة التعاطي الأولى (المهندي، 2013: 49).

ج. الإعتدال "Dependence":

عرفته منظمة الصحة العالمية (1973) على أنه حالة من التسمم الدوري أو المزمن الضار بالفرد والمجتمع، ينشأ بسبب الإستعمال المتكرر للعقار الطبي أو المصنع ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للإستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة لتجنب الآثار المزعجة في حالة غيابه، كما يتصف بزيادة في الجرعة والكمية، ويصنف الإعتدال إلى نوعين:

د. الإعتدال النفسي "Dependence psychic":

هـ. الإعتدال العضوي البدني "Dependence Physical":

هو إنحراف الأعمال والوظائف الطبيعية والأجهزة الجسم بسبب التعاطي المدمن لعقاقير، يؤهب الإدمان ويتجلى بضرورة وجود كميات كافية من العقار في البدن للحفاظ على التوازن الطبيعي للجسم، فيصبح العقار ضروري مثل تناول الطعام والشراب بالنسبة للإنسان، إن تخلى المدمن عن دوائه يدخله مصاعب جسمية ويجب أن يقوم بتضحيات كثيرة للحصول على العقار بطريقة غير شرعية، بحيث تشير الدلائل إلى أن التبدل الخلقي في الجملة العصبية المركزية هو عامل أساسي في حادث الإدمان. (أكرم نشأت، 2009: 28).

و. التعود "Habituation": هو الرغبة في الإستمرار في تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة مع عدم زيادة الجرعة، مع تكون قدر معين من الإعتدال النفسي وعدم حدوث الإعتدال العضوي، كما أن أضرار العقار تنعكس على المتعاطي فقط ولا تمتد إلى المجتمع (الدمرداش، 1982: 20-21).

س. اللهفة "Craving":

هي رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة (سويف، 1996: 18).

ح. الجرعة الزائدة "Overdose":

ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة، وهي الجرعة التي أعتاد المتعاطي أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة فإذا زادت الجرعة عن ذلك لسبب ما في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثارا معاكسة حادة، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية. (صفوت، 2005:16).

م. التسمم "Toxication":

هو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية، وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور والتعرف، والوجدان، أو السلوك بوجه عام، وترتبط هذه الاضطرابات إرتباطا مباشرا بالآثار الفارماكولوجية (الكماوية) الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت، ويبرأ الشخص منها تماما، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت. (صفوت، 2005:17).

ت. الإنسحاب "Withdrawal":

هي أعراض تنجم عن منع تعاطي العقار المخدر أو الكحوليات وسحبها وهي عبارة عن أعراض الإنقطاع عن تعاطي للمخدرات، وذلك بمنعها أو الإمتناع عنها وهي تختلف من مخدر إلى آخر. (سويف، 1996:24).

ش. خمار: هي حالة تطرأ بعد حدوث حالة من التسمم الكحولي الناتج عن تعاطي جرعة زائدة من مشروب كحولي، تتسم بمجموعة من العلامات الفيزيولوجية منها التعب، الصداع، العطس، اضطرابات معوية، غثيان، قيء، رعشة في اليدين، وكذا بعض الأعراض السيكلوجية منها قلق حاد وشعور بالذنب. (سويف، 1996:22).

ع. التكيف العصبي "Neuroadaptation":

هي مجموعة من التغيرات العصبية المصاحبة لكل من التحمل، وظهور أعراض الإنسحاب وفي بعض الحالات تكون هذه التغيرات مزعجة جدا كما في حالة الأفيونات، ومن الممكن أن ينشأ التكيف العصبي دون أن يلاحظ معه أي مظاهر معرفية أو سلوكية. (سويف، 1996:22).

ن. الشخص المدمن:

هو الشخص الذي يستخدم مخدرا أو عقارا معيناً بنسب متزايدة وبشكل منتظم ولا يستطيع أن يعيش إلا وهو تحت تأثير المخدر، وإذا ما توقف عن تعاطي هذا المخدر أو العقار يشعر بأعراض نفسية وجسمية مقلقة ومؤلمة، تدفعه إلى السلوك الإدماني

والإستمرار في التعاطي، وفي النهاية يتدهور هذا المدمن عضويا ونفسيا. (ناجي هلال، 1999:22).

5.2.2. أسباب الإدمان على المخدرات:

للإدمان على المخدرات أسباب عديدة ولتحديدها قسمها بعض الباحثين إلى ثلاثة عوامل رئيسية هي:

أ. العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل:

• تركيب العقار وخواصه الكيميائية :

كل مادة توجد في الطبيعة لها تركيب خاص بها كما أن بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها، وعند تناول أي عقار تطرأ عليه تغييرات مختلفة أثناء عملية إمتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى "مستقبل العقار" فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية يكون العقار غير فعال، أما إذا تطابقت فيكون العقار فعال، وبالتالي فإن العوامل الرئيسية المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبته الكيميائية وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية. (دردار، 2010:11).

• طريقة استعمال العقار:

تزداد فعالية وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة الإستعمال، فالحقن في الوريد أسرع الوسائل ويؤدي إلى الإدمان بسرعة، والإستعمال عن طريق الفم أقل تأثيرا، والتدخين أبطأ وسائل التعاطي تأثيرا وإحداثا للإدمان، أما الإستنشاق فتأثيره يأتي بعد التدخين والتعاطي عن طريق الفم. (الدمرداش، 1982:25).

• سهولة الحصول على العقار:

من البديهي أنه لا يمكن تعاطي أي مادة دون الحصول عليها، كما أن تكرار الإستعمال يتعلق أساسا بسهولة الحصول على العقار. (دردار، 2010:12).

ب. العوامل النفسية: وتتمثل في مايلي:

- اضطراب في الشخصية وخاصة الاضطراب العاطفي.
- التوتر المستمر وعدم الإستقرار.
- القلق والإكتئاب والوسواس القهري.
- الهروب من الواقع المؤلم نفسيا.
- سوء التوافق أو الضعف الجنسي.
- المشكلات الشخصية والإنفعالية دون حلول.
- الصدمات النفسية العنيفة. (إجلال السري، 2003:68).

- التغلب على الإحساس بالدونية والخروج عن مألوف الحياة.
 - الوصول إلى الإحساس بتقبل الجماعة (جماعة التعاطي).
 - ملء الفراغ وإشباع الاستطلاع.
 - الإحساس بالقوة والفحولة والرجولة (تحصيل لذة جنسية كبرى).
 - تحقيق الإستقلالية والإحساس بالذات.
 - الإحساس بموقف إجتماعي متميز. (عفاف عبد المنعم، 2003: 99-100).
- ب. العوامل المتعلقة بالمجتمع والبيئة :**
- مجازاة رفاق السوء في المناسبات الإجتماعية إظهارا للرجولة أو النضج بمعنى التقليد والمحاكات.
 - الرغبة في خوض غمار هذه التجربة وتذوق مذاق المخدر أو الخمر لدى المريض فيجرفه التيار ولا يستطيع العودة إلى بر الأمان.
 - قد تؤدي العوامل الثقافية المحلية إلى إنتشار ظاهرة الإدمان بين طوائف معينة من المجتمع.
 - المشاكل الأسرية بما في ذلك التصدع والصراع والطلاق والإنفصال والخيانة... إلخ.
 - قلة الوعي والجهل.
 - نشأة الفرد في جو عائلي يتعاطى المخدرات، فقد وجد أن أباء المدمنين كانوا أيضا مدمنين.
 - ضعف المشاعر الدينية والوعي الديني وعدم إحترام المجتمع وتقاليده وقوانينه.
 - حرمان الطفل أو المراهق من المتابعة الوالدية أو الإشراف الأبوي الدقيق بسبب إنشغال الأب أو غيابه.
 - إساءة إستعمال الحرية المعطاة للشباب.
 - ضعف السلطات الأسرة وتفكك الروابط بين أعضائها. (بن عطا، الحوامدة، 2011: 280-281).

ومما تم عرضه سابقا نستنتج أن هناك العديد من العوامل التي تقود أو تؤدي إلى الإدمان على المخدرات، فمنها أسباب نفسية وأخرى إجتماعية، كما تساعد طريقة الحصول على العقار وتأثيره وطبيعة تركيبه عامل مهم من عوامل الإدمان عليه، كما لا يمكن إهمال الجانب الوراثي التي يجعل بعض الأفراد على إستعداد للإنزلاق إلى عالم الإدمان إذا ما توفرت لديهم الظروف الملائمة.

6.2.2. أنواع المخدرات: تصنف المخدرات إلى عدة أنواع نذكرها فمالي:

أ. تصنيف من حيث طبيعتها: تصنف إلى ثلاثة أنواع وهي:

• المخدرات الطبيعية:

هي مخدرات من أصل نباتي، وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة سواء كانت نباتات برية أي تنبت دون زراعة أو نباتات تمت زراعتها، منها الحشيش، الأفيون، الكوكا، والقات. (مشاقبة، 2007: 46).

• المخدرات نصف تخليقية أو تصنيعية:

وهي مواد مستحضرة ممن تفاعل كيميائي بسيط مع مواد مستخلصة من النباتات المخدرة على النحو الذي ينتج مادة ذات تأثير أقوى فاعلية من المادة الأصلية. (عباس منصور، 1995: 19).

والهيريون المشتق من المورفين وهو أيضا أشد قوة من المورفين. (مشاقبة، 2007: 47).

• **المخدرات التخليقية:** وهي ناتجة من تفاعلات كيميائية، تمت جميع مراحل صنعها في المعامل، من مواد كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية وأن كانت تحدث أثارا مشابة للمخدرات الطبيعية خاصة حالة الإدمان ومنها المهلوسات، الامفيتامينات، الباربيتورات، الكيتاجون. (مشاقبة، 2007: 47).

ب. التصنيف من حيث تأثيرها: تنقسم إلى خمسة أنواع وهي:

• المهبطات: وهي تنقسم إلى ثلاثة أنواع وهي:

- **مهبطات طبيعية:** الأفيون ويتضمن المورفين، الكودايين، الثيابيين.
- **مهبطات نصف مصنعة:** الهرويين والهيدومورفين المشتقان من المورفين.
- **مهبطات نصف مصنعة:** أهمها بديلات المورفين (الميثادون، النالوكسون، الديميرول) والمنومات (الاميتال) والمهدئات (الفاليوم). (ابريعم، 2008: 89-90).

• المنشطات: وتنقسم إلى نوعين هما:

- **منشطات طبيعية:** وأشهرها الكوكايين والقات.
- **منشطات مصنعة:** وأهمها الأمفيتامينات.
- **المهلوسات:** وتنقسم إلى ثلاثة أنواع وهي:
- **مهلوسات طبيعية:** وأشهرها المسكالين.
- **مهلوسات نصف مصنعة:** وأشهرها الأسيد.
- **مهلوسات مصنعة:** وأشهرها البسيلوكسيين.

- الحشيش: ومن أهم صورته الحشيش، الماريجوانا، البانجو. (كامل محمد، 2001: 40-41).

• **المستنشقات أو المواد الطيارة:** هي مواد تتطاير ذرتها في الهواء إذا تركت مكشوفة (معرضة للهواء) لذا يجب أن تحفظ دائماً في أواني مغلقة، ومن أهم هذه المواد: السوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مخففات الأصبغة، مزيل الحبر، وقود الولاعات، الإصماغ الصناعية بمختلف أنواعها، وهذه المواد تؤدي إلى الخمول وإسترخاء وإضطراب الإدراك. (ابريعم، 2008: 89).

تعددت أنواع المخدرات وأشكالها حتى أصبح من الصعب حصرها وتصنيفها إلى أنواع، فبعضها يصنف على أساس تأثيرها والبعض الآخر على أساس طرق إنتاجها وتعاطيها.

7.2.2. طرق تعاطي المخدرات:

- تختلف طرق تعاطي المخدرات من صنف لآخر ومن شخص إلى آخر على النحو التالي:
- **الطريقة الأولى: عن طريق الفم.**
وهنا يستخدم المتعاطي المخدرات عن طريق فمه في سبيل تحقيق اللذة والمتعة وهي الطريقة الأولى التي يعتقد بأن الإنسان قد تناول بها المخدرات، ويتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الفم بإستخدام عدد من الأساليب منها:
- **البلع:** ويتم تعاطي بعض المواد المخدرة عن طريق البلع على هيئة حبوب أو كبسولات، كما في أقراص الأمفيتامينات والمنومات.
- **الشرب:** وذلك عن طريق إذابة المادة المخدرة في الماء أو في الشاي أو في القهوة وشربها كما في المورفين والكوكايين والباربتيورات.. إلخ، وفي الحشيش يقود الفرد بقطع أوراق أشجار الحشيش وقممه الزهرية ويتم أيضاً نقعها في الماء ثم يشربها.
- **الأكل:** ويتم تناول بعض المواد المخدرة عن طريق أكلها، أو تناولها مع الطعام مثل: الحشيش، حيث يتم خلطه بمواد دهنية أو بالتوابل.
- **الإستحلاب:** ويتم ذلك عن طريق الإستحلاب تحت اللسان، وفي هذه الطريقة يتم وضع المادة المخدرة تحت اللسان ويتم إستحلابها، وفي بعض الأحيان يتم ذلك أثناء شرب القهوة أو الشاي كما هو معروف في الأفيون.
- **المضغ:** وفي هذه الطريقة يتم وضع أوراق النبات المخدر في الفم، ويتم مضغه مضغاً بطيئاً في الفم، مثل: القات. (رجب زين العابدين، 2004: 67-68).

- **الطريقة الثانية: عن طريق الأنف:**
- **عن طريق التدخين:** يتم تعاطي بعض المواد المخدرة عن طريق التدخين بوسائل متعددة مثل تدخين السجارة أو النرجيلة. هناك أنواع متعددة من المواد المخدرة يتم تعاطيها عن طريق التدخين ويأتي في مقدمتها الحشيش والأفيون كما هو في الهند والصين.
- **عن طريق الاستنشاق:** ويقصد بالاستنشاق في هذا المجال شم المواد التي تؤثر على الفرد، وتعطي له نوعان معينان من الإرتياح والبهجة والنشاط، وقد تكون مواد مخدرة وقد تكون مواد طيارة.
- **الطريقة الثالثة: عن طريق الأوردة أو تحت الجلد في العضل.**
- ويتم ذلك عن طريق الحقن، ومن أول المخدرات التي تستخدم طريق الحقن مادة الأفيون ومشتقاته من المورفين والهروين والكوكايين، وعادة تستخدم هذه الطريقة بهدف الحصول على الأثر المنشود أو اللذة السريعة. (رجب زين العابدين، 2004: 68-72).
- تختلف طرق التعاطي من نوع إلى آخر، ومن شخص لآخر فالبعض يفضل منفردا والآخر يشعر بالنشوة وهو يتعاطاها وسط جماعة، وبالنسبة للمخدرات فنجد من يفضل الشم وآخر يفضل التدخين أو الحقن في الوريد.
- 8.2.2. مراحل الإدمان على المخدرات:** يمر المدمن على المخدرات بثلاث مراحل كالتالي:
- أ. **مرحلة ما قبل الإدمان:** وتتميز بتعاطي المخدرات في المناسبات فقط.
- ب. **مرحلة الإنذار بالإدمان (مرحلة التعاطي):** وتتميز بالإسراف في تعاطي المخدرات وشعور المتعاطي بعدم الإرتياح والتوتر في حالة نقصها.
- ج. **مرحلة الإدمان:** تتميز بتبعية الفرد النفسية أو الجسدية أو كليهما معاً، مع ظهور مشكلات توافق وتكيف واضحة على المدمن.
- وبالتالي يمكن تحديد مراحل في موضوع إدمان الفرد على المواد المخدرة وهي:
- **المرحلة الأولى:** حب الإستطلاع والمغامرة مع الأقران.
- **المرحلة الثانية:** (مرحلة التعود)، حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة، ويصل إلى مرحلة لا يمكنه فيها الإستغناء عنها، بل يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً، بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة إعتماده، لدرجة أن أي انقطاع فوري عن المخدر يولد لديه مؤلمة وخطيرة.
- **المرحلة الثالثة:** (مرحلة الإدمان)، التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيراً للمادة المخدرة كما يمكن أن تظهر في هذه المرحلة تجريب أكثر من نوع من المخدرات.

- **المرحلة الرابعة:** مرحلة ظهور الاعراض السلبية (سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية أو إجتماعية أو إقتصادية) لمشكلة الإدمان، وتعرف بمرحلة المرض والعجز والوفاة. (المهني، 2013: 50-53).

مما سبق نستنتج أنه يتم تحديد خطوات ومراحل العلاج الإدمان الحقيقية على أساس نوعية المخدرات ومدة التعاطي والرغبة في الشفاء.

9.2.2. سمات شخصية للمدمن:

يعتبر علماء النفس الإكلينيكيون أن سمات شخصية الفرد هي من العوامل التي تهيئ الفرد للإدمان وتشير الدراسات السيكولوجية إلى أن عملية الإدمان لا تحدث فجأة بل هناك عوامل شخصية تساهم في ذلك، أو تولد الإستعداد لدى الفرد للإدمان، وقد اشارت إلى أبرز سمات الشخصية لدى المدمن والتي قد تختلف عنها الفرد العادي من حيث الشدة والوضوح ما يلي:

- ذكاء محدود وخبرات محدودة، عدم القدرة على تحمل أي إحباط أو فشل وعدم القدرة على الصبر والإحتمال الضغوط.

- الميل لردود الفعل العصبية، أي تهيؤ عصبي للإثارة والإندفاع.

- الإحساس بالعزلة والإضطهاد وعدم إحترام الذات.

- تفكك أسري وإجتماعي.

- وجود ميول إستعراضية وسادو مازوشية.

- تقلب سريع في المزاج ومشاعر العدائية لدى الآخرين.

- عدم القدرة على الإستفادة من الخبرة.

- مشاكل جنسية وعدم نضج عاطفي. (الحراشة، 2012: 47-48).

- الإتكالية وعدم القدرة على الإستقلال.

- عدم القدرة على تقبل الذات أو تقديم الحب والحنان للآخرين.

- وجود مخاوف قلق، وعدم الثقة بالنفس، مما يدفعه ذلك للهروب من الواقع.

- زيادة الأخطاء ونقص في الإنتاجية.

- إعتناء المفرط في المظهر الخارجي أحيانا ثم إهمال تدريجي لهذا المظهر.

- الشك بالآخرين مع عناد شديد وتفاخر كاذب ونكران الواقع المؤلم.

- ضعف الوجدان والإحساس بالإثم وبلادة الإنفعال.

- طفلي في تصرفاته وسهل بالإنقياد والتأثر وتقبل الإحياء.

- إستخدام وسائل وأساليب الجذب الإنتباه الآخرين.

- بعيدا عن التعاليم الدينية. (الحراشة، 2012: 47-49).

10.2.2. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

أ. النظرية المعرفية:

تؤكد النظرية المعرفية على أن الناس لا يقعون فجأة وبشكل لا يقبل التفسير ضحايا الإدمان المخدرات، حيث أنهم يتطورون بشكل نشط في استخدامهم للمخدر، وتلعب اتجاهاتهم ومعتقداتهم ونواياهم وتوقعاتهم دوراً مهماً في هذا التورط مع المخدر. (صفوت، 2005: 440).

ولقد حاول بيك وآخرون (1993)، تطور نماذج لفهم وعلاج الإدمان على المخدرات، حيث افترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم ومعتقدات للإباحة، فقد يقبل بعض الأفراد الذين لديهم الإستعداد، واستناداً لهذا النموذج على تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات أطلق عليها "غوردان ومارلات" (1985) إسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها "كل وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الإنتكاس" (صادقي، 2014: 193).

ويؤكد أصحاب هذه النظرية على دور التوقعات الإيجابية من تعاطي المخدر على استمرار الإدمان، حيث يعتقد البعض أن المخدرات تزيد من القدرة الجنسية، وأنها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة أفضل. (حسيب عبد المنعم، 2005: 214).

يرى "ليس البرت" صاحب النظرية العقلانية الإنفعالية في الشخصية أن الكائن الانساني يخلق إلى حد كبير العواقب أو الإضطرابات الإنفعالية لذاته بنفسه، وأنه يولد ولديه نزعة للقيام بذلك، وأنه يتعلم عن طريق الإشراف الإجتماعي تقوية ودعم هذه النزعة. (لويس، 1994: 183).

إقترح اليس "Ellis" أربعة نماذج نظرية تؤدي إلى السلوك الإدماني وتبقى على استمراره وهي: التحمل المنخفض للإحباط الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات والصغارة، ونموذج الحاجة إلى الاثارة. (سائل، 2001: 64).

الديناميكية المعرفية الأولية التي تولد الإدمان وتبقى عليه، هي ما نسميها نموذج التحمل المنخفض للكف أو الإمتناع فمعظم الأفراد الذين تعتبرهم مشكلات ترتبط بالعجز عن السيطرة على النزوعات والدوافع، ينغمسون بلا ضبط ذاتي في تعاطي المخدرات مهما كانت نوعيتها، تبدأ هذه الديناميكية المعرفية عندما يتعرض المدمن إلى المثبرات والمنبهات التي تحرض الميل إلى الشرب أو تعاطي المخدرات، وقد تكون هذه المنبهات أو المثبرات

مثل رائحة الخمر المنبعثة من الخمارة أو رؤية شخص يتعاطى الخمر أو أي مخدر، أو الجلوس مع متعاطين للمخدرات، فهنا يتصارع الميل مع الإمتناع عن تلبية الرغبة وأن القرار الذي يتخذه المدمن يتعرض إلى إغواء المخدرات وهنا تظهر الحادثة المنشطة، إذ أن الحرمان المؤقت أو الكف الذي يفرضه المدمن على نفسه بعد شرب الكحول أو تعاطي المخدرات يلحق به ويتبعه عادة شعور بتحمل منخفض للإحباط، يصدر عما يدور في ذهنه من أفكار ومعتقدات أي المعتقدات الخاطئة هذه الأخيرة التي تطوف فكر المدمن وتكون على شكل أحاديث مع الذات. (الحجار، 2005: 53-54).

- ويمكن استخدام طريقة 'اليس' في علاج المدمنين والتي تسمى: طريقة العلاج العقلاني-الإنفعالي، وتنهض هذه النظرية على مجموعة من الأسس أهمها:
 - إن أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية واللاعقلانية.
 - إن الأفكار العقلانية تقود إلى السواء، عكس الحال في تبني الشخص لأفكار غير عقلانية.
 - إن العلاج يقوم على دحض الأفكار اللاعقلانية وتزويد الشخص بأفكار عقلانية.
- (حسن غانم، 2005: 66).

ت. نظرية التعلم الاجتماعي:

تنطلق التفسيرات الاجتماعية لهذه الظاهرة من أن التعاطي يعد سلوكا منحرفا عن المعايير الاجتماعية، ويتم تفسير الإدمان من خلال تحليل المشاكل الاجتماعية وخاصة بعدم التوافق الاجتماعي، أي أن الأفراد يرفضون معايير الجماعة الكبرى لذا يحاولون تكوين جماعات فرعية تضم رفاقهم المدنيين أين يحقق فيها إشباعا، للحاجات الاجتماعية، حيث يصبح صعبا الرجوع إلى الجماعة الكبرى، وفسر الاتجاه الوظيفي الإدمان على ماقد يصيب البناء الاجتماعي من اضطرابات وتناقضات وما يمارسه من ضغوط على أفرادهم تدفعهم في نهاية الأمر إلى اللجوء لتعاطي مع إختلاف دوافعهم لذلك، ويروا أيضا أن التفكك الاجتماعي يعد أحد الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات أي عند غايات المؤسسات المجتمع لسيطرتها على أفرادها خلال فترات التغير السريع، فينتشر تعاطي المخدرات ويصبح له وسائل غير سوية، ويرى علماء الاجتماع وأخرون أن البنية الاجتماعية تلعب دورا مهما في دفع باتجاه التعاطي والإدمان، فمثلا تلعب العلاقات الأسرية وتفككها سببا قويا ومباشرا للانحراف، فعندما تضطرب العلاقات بين الأبوين فإن احتمال تعاطي الأبناء لمخدرات يصبح قويا وبصفة عامة لأن هناك علاقة قوية لايمكن إغفالها بين تعاطي المخدرات وبين الانفصال الأبوين أو غياب أحدهما أو كلاهما سواء بسبب الطلاق أو وفاة أحد الوالدين (مشاقبة، 2007: 61-64).

خلاصة الفصل:

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات أو ما يعرف بالثالوث المهلك أو طريق الشيطان من بين أكثر الظواهر شيوعا بين أفراد المجتمع وخطورة وتأثيرا على صحة الإنسان، بحيث أصبح متعاطيها يتفننون في كيفية تناولها بمختلف أشكالها وأنواعها، حيث استفحل خطرهما بين مختلف فئات المجتمع التي تتعاطى هذه السموم، ووقعوا في شرك الإدمان على المخدرات ولم يعد لديهم القدرة على التوقف عن هذه السموم الفتاكة بالصحة النفسية والجسمية للفرد وتتسبب في العديد من الأمراض إلى درجة الوفاة، ويظلون دائما تحت تأثير أنواع عديدة من المخدرات سواءا مثبطة أو مهلوسة وغيرها، ويتلذذون في تناولها إلى درجة الإعتماد النفسي والجسدي وفي حالة محاولة الإقلاع تظهر عليهم أعراض انسحابية وتسبب لمستخدمها إنتكاسة، ومن الأفضل محاولة تشخيص تناولها مبكرا ومحاولة التكفل به للتخلص من هذه السموم القاتلة والمدمرة لعقل الإنسان بدرجة الأول ولجسمه وماله بالدرجة الثانية.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث: منهجية وإجراءات الدراسة.

تمهيد.

1.3. منهج الدراسة.

2.3. الدراسة الإستطلاعية.

3.3. حدود الدراسة.

4.3. الدراسة الأساسية.

5.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

ضمت الفصول السابقة بين طياتها كل ما تعلق بخلفية الدراسة والإطار النظري ذا الفصول الأساسية والمتضمنة لكل ما من شأنه المساهمة في بناء قاعدة علمية نظرية لموضوع الدراسة، ولننطلق بعد ذلك تبعا لخطوات تسلسلية مرتبة فننتقل تدريجيا من الجانب النظري إلى الميداني الذي استهلناه بفصل الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث تناولنا فيه أهم الإجراءات التي قمنا بها لتحقيق أهداف الدراسة ولقد تمثلت هذه الإجراءات في إختبار منهج الدراسة المناسب، وتحديد مجموعة الدراسة، كما يوضح أدوات الدراسة المستخدمة والإجراءات المتبعة في التأكيد من صدقها وثباتها، وكيفية معالجة البيانات، وأخيرا خلاصة الفصل.

1.3. منهج الدراسة:

بمأن الدراسة الحالية دراسة عيادية تهدف للكشف والتأكد من وجود مخططات المبكرة الغير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات عن طريق دراسة الحالة، فإننا اعتمدنا على المنهج العيادي "تقنية دراسة حالة" كمنهج أنسب لدراسة وتحليل الشامل للحالات المتوفرة لدينا والحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات حولهم. حيث عرفه "دانيال لاغاش": بأنه المنهج الذي تناول السيرة من منظورها الخاص وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنا للتعرف على بنيتها وتكوينها كما يكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد كلها. (عبد الحفيظ جدو، 2014: 126).

2.3. الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر أساسا جوهريا لبناء البحث كله، وإهمال الكتابة عن الدراسة الإستطلاعية في البحث ينقصه أحد العناصر الأساسية فيه، ويسقط عن الباحث جهدا كبيرا كان قد بذله فعلا في المرحلة التمهيدية للبحث. (مختار، 1995: 47).

تعتبر هذه الدراسة بمثابة القاعدة الضرورية قبل الدراسة الأساسية تكشف من خلالها على الإطار العام لدراستنا وجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حولها وبعد الحصول على الموافقة من أجل تنفيذ الجانب التطبيقي، اتجهنا إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كارمان - تيارت - مصلحة علاج الإدمان، وقد اغتنامنا فرصة قيامهم بحملات تحسسية ضد الإدمان على المخدرات في بعض المؤسسات الإستشفائية المتكفلة بالمدمنين على المخدرات، وبالتنسيق مع الأخصائيين النفسيين، قمنا بتطبيق مقياس الدراسة (مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة "الصورة المختصرة" على مجتمع الدراسة (المدمنين على المخدرات الخاضعين للإستشفاء)، وقد شملت الدراسة الإستطلاعية على عينة قوامها (40)

فردا مدمنا) على المخدرات الخاضعين للإستشفاء)، حيث تمت قراءة تعليمات المقياس وشرح طريقة الإجابة على بنود هذا المقياس، كما تم العمل بالتنسيق مع أخصائي نفسي مع أحد المدمنين على المخدرات الخاضعين للإستشفاء وتم إستجوابه على بعض الأسئلة وتطبيق مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (الصورة المختصرة)، عليه وذلك بإعطائه الوقت الكافي للإجابة عليه مع توضيح له كيفية الإجابة عليه.

1.2.3. أهداف الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية إلى التعرف على أهم حيثيات الجانب التطبيقي، وكان الهدف من هذه الدراسة:

- التأكد من توفر حالات الإدمان الخاضعين للإستشفاء.
- الدراسة الأولية لأدوات الدراسة بالتأكد من صحة أدوات جمع البيانات التي تمّ تبنيها من قبلنا ومعرفة مستوى ملائمتها على البيئة الجزائرية، والتأكد من خصائصها السيكومترية تمهيدا لإستعمالها في الدراسة الأساسية.
- التعامل المباشر مع أفراد مجموعة البحث، والتعرف على مدى تجاوبهم مع إجراءات الدراسة وتحديد الزمن اللازم لتطبيق الأدوات المستعملة.
- التحقق من ملائمة المقياس ومدى فهم أفراد مجموعة البحث لمصطلحاته.
- التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء الدراسة والصعوبات وجوانب القصور التي ربما تواجهها في تطبيق أدوات الدراسة.

2.2.3. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

تهدف العينة الإستطلاعية إلى التحقق من الصدق والثبات لأدوات الدراسة، حيث قمنا بتطبيق أدوات الدراسة على عينة إستطلاعية مكونة من (60) مدمنا على المخدرات الخاضعين للإستشفاء بالمؤسسات الإستشفائية لولاية - تيارت - بشكل عشوائي، وبعد جمع الإستبيانات تم إستبعاد (20 إستبيان) من العينة، لعدم إكتمال الإستجابات عليها أو تأخر وعدم إستلامها.

3.2.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تم من خلال هذه الدراسة تحديد الإجراءات المنهجية للدراسة.

❖ وصف أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

إن عملية إختيار أدوات القياس المناسبة تعتبر من أهم الخطوات في أي بحث علمي، ولا بد أن تتفق هذه الأدوات وهدف البحث، ولقد أستخدمنا في دراستنا الحالية مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (الصورة المختصرة) "الجيفري يونغ" (1994)، ودليل

المقابلة من تصميم الطلبة، بهدف إختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلات الدراسة ويتكون مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة من جزئين رئيسيين هما:

الجزء الأول من المقياس: يتضمن بعض التعليمات التي تساعد المفحوص على الإجابة عن العبارات كما هو في الملحق رقم (01)، أما **الجزء الثاني من المقياس:** يتضمن أحد المتغيرات الأساسية للدراسة ويتكون من مجموعة من البنود موزعة على عدة محاور أو أبعاد وعدد البدائل التي تساعد المفحوص على الإجابة، كما هو موضح في الملحق رقم (02)، وتتمثل الأدوات المستخدمة كالتالي:

أولاً: مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة (الصورة المختصرة) لجيفري يونغ: Young

schema questionnaire – short form (YSQ-S1)

قام **جيفري يونغ** في أعماله سنة (1990) بوضع إختبار يقيس المخططات المبكرة غير المتكيفة، وهو مقياس يملأه العميل لتحديد المخططات، يتضمن (205) بنداً ويحدد (16) مخططاً مبكراً غير متكيف. ثم اختصر إلى (YSQ-S1) في سنة (1994) وهو يضم (75) بنداً تحدد (15) مخططاً مبكراً غير متكيف، وتم تعديله في سنة (2001) من طرف "**جيفري يونغ**" إلى (YSQ-L3) وهو مقياس يتكون من (232) بنداً، يحدد (18) مخططاً مبكر غير متكيف. ويفضل إستعمال الشكل المطول في الإستعمال العيادي لأنه يعطي مزيداً من الدقة لكل مخطط ويزودنا بمعلومات مفصلة، أما الشكل المختصر فيستعمل غالباً في البحوث والدراسات. (عيشوني، 2012 : 219).

أ. وصف المقياس:

يتضمن الشكل المختصر لمقياس المخططات (YSQ-S1)، (75) بنداً، تصف وتميز (15) مخططاً فقط، وتهدف بنود هذا المقياس إلى تحديد المخططات المبكرة غير المتكيفة، والتي سيركز عليها علاج إضطرابات الشخصية (عيشوني، 2012 : 220).

يتألف هذا المقياس من (75) فقرة أو بند مقسمة على خمسة عشر محور أو بعد (مخططاً مبكر غير متكيف) كما هي متمثلة في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): يبين توزيع البنود على الأبعاد لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.

الرقم	أبعاد المخططات المبكرة غير المتكيفة	أرقام البنود (عدد البنود)
01	الحرمان العاطفي	5
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	العييب / العار (النقص / الخجل)	25 - 21
06	الفشل	30 - 26
07	الإتكالية / الإعتماضية (تبعية / عدم الكفاءة)	35 - 31
08	توهم المرض أو الأذى (الإنجراحية)	40 - 36
09	التعلق / هدم الذات (ذوبان / شخصية ضامرة)	45 - 41
10	الإذعان أو الإنقياد (إخضاع أو القهر)	50 - 46
11	التضحية بالذات	55 - 51
12	الكبت العاطفي (التحكم الإنفعالي المفرط)	60 - 56
13	المعايير الصارمة / النفاق (متطلبات مبالغ فيها)	65 - 61
14	الإستحقاق / هوس العظمة (حقوق شخصية مبالغ فيها / تكبر)	70 - 66
15	العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات (نقص تحكم الذات)	75 - 71

ب. بدائل الإجابة وتصحيح القائمة:

اعتمد أسلوب التصحيح وفق مدرج سداسي للإستجابة أي تم وضع ستة بدائل للإجابة أمام كل فقرة من الفقرات القائمة المستخدمة في الدراسة الحالية بحيث يختار المستجيب أو الحالة بديل واحد فقط منها يمثل مدى إنطباق الفقرة عليه وقد اعطيت البدائل لغرض التصحيح أوزانا كما يبينها الجدول التالي:

الجدول رقم (02): يبين بدائل الإجابة والوزن المقابل لكل منها للمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.

الرقم	البدائل	الأوزان
01	خاطئ تماما	1
02	خاطئ على العموم	2
03	صحيح أكثر من الخطأ	3
04	صحيح نوعا ما	4
05	صحيح عموما	5
06	تصيفني تماما	6

ج. الخصائص السيكمترية لأدوات جمع البيانات:

تم التحقق من صدق وثبات مقياس يونغ للمخططات (YSQ-S1) في الصورة المختصرة في البيئة الجزائرية من طرف "عيشوني شهرزاد" (2012) على النحو التالي:

◀ **الصدق Validity:** هو مفهوم واسع، له عدة معان تختلف بحسب إستخدام الإختبار، إلا أن أولى معاني الصدق هو مدى نجاح الإختبار في القياس وفي التشخيص والتنبؤ عن ميدان السلوك الذي وضع الإختبار من أجله أي أن الإختبار صادق لأنه يقيس ما وضع لقياسه (عوض، 2005: 59).

ويقصد بصدق المقياس أن يقيس المقياس ما وضع لقياسه، وقمنا بالتأكد من صدق المقياس بالطرق التالية:

وبعد ترجمة المقياس من طرف الباحثة، تم قياس صدق المقياس والتأكد من مدى ملائمته للمفحوص الجزائري، عن طريق صدق المحكمين حيث اتفق على أن المقياس يتمتع بدرجة صدق مقبولة.

أما نحن بدورنا قمنا بتأكد من صدق هذا المقياس على مجتمع دراستنا بطريقتين وتم التحصل على النتائج التالية:

◀ صدق الاتساق الداخلي "Internal Consistency":

يشير إلى قوة ارتباط الفقرة أو البند من الأداة والدرجة الكلية (الأغ، 2003: 124).
 بعدما تم تطبيق المقياس على العينة الإستطلاعية التي تتكون من (40) مدمنا على
 المخدرات الخاضعين للإستشفاء، قمنا بحساب قيمة معامل الارتباط بيرسون "Coefficient
 Person" عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمجموع
 المقياس، كما هو موضح في الملحق رقم (04) وفي الجدول التالي:

جدول رقم(03): يبين معاملات الارتباط بين درجة كل محور والدرجة الكلية للمقياس.

مستوى الدلالة	قيمة معامل الارتباط	محاور المقياس (المخططات أو النماذج)
دالة	0,727**	المخطط رقم (01): الحرمان العاطفي
دالة	0,613**	المخطط رقم (02): الهجران (الإهمال) / عدم الاستقرار
دالة	0,554**	المخطط رقم (03): التشكيك/الإساءة (الحذر/تجاوز أو عدم التحكم في الذات)
دالة	0,809**	المخطط رقم (04): العزلة الاجتماعية / الوحدة
دالة	0,405**	المخطط رقم (05): العيب / العار(النقص / الخجل)
دالة	0,511**	المخطط رقم (06): الفشل
غير دالة	0,254	المخطط رقم (07): الإتكالية / الإعتمادية (تبعية / عدم الكفاءة)
دالة	0,531**	المخطط رقم (08): توهّم المرض أو الأذى (الإنجرافية)
دالة	0,659**	المخطط رقم (09): التعلق/ هدم الذات (ذوبان/ شخصية ضامرة)
دالة	0,478**	المخطط رقم (10): الإذعان أو الإنقياد (إخضاع أو القهر)
دالة	0,389*	المخطط رقم (11): التضحية بالذات
دالة	0,647**	المخطط رقم (12): الكبت العاطفي (التحكم الإنفعالي المفرط)
دالة	0,631**	المخطط رقم (13): المعايير الصارمة /النفاق (متطلبات مبالغ فيها)
دالة	0,645**	المخطط رقم (14): الإستحقاق/هوس العظمة(حقوق شخصية مبالغ فيها/ تكبر)
دالة	0,601**	المخطط رقم (15): العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات(نقص تحكم الذات)
دال	/	الدرجة الكلية للمقياس

** دال إحصائيا عند مستوى (0.01) / *دال إحصائيا عند مستوى (0.05) / غير دال إحصائيا ()

ويتضح من الجدول دلالة معاملات الارتباط عند مستوى (0,01) بين معظم المحاور أو المخططات والدرجة الكلية للمقياس مما يدل على صدقها في تمثيل المقياس، ماعدا المخطط رقم (07) كان معامل الارتباط له غير دال إحصائياً بينه وبين الدرجة الكلية، ولكن تم الاحتفاظ بهذا المخطط للحفاظ على النموذج الأصلي للمقياس.

◀ الصدق الذاتي :

يعتمد هذا النوع من الصدق على تخلص الدرجات التجريبية للإختبار من أخطاء القياس حتى تصبح درجات حقيقية. ويتم قياس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات. الصدق الذاتي = جذر معامل الثبات (بشير معمريّة، 2007: 164).

$$0.95 = \sqrt{0.91} = \text{الصدق الذاتي لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة}$$

ويتضح لنا من نتيجة المتحصل عليها الصدق الذاتي أن درجة صدقه مرتفعة جداً تقدر بـ (0.95) وهو مقبول جداً.

◀ الثبات "Reliability": ويقصد به الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام الأداة نفسها في الظروف نفسها (الأغا، 2003: 123).

ولقد اعتمدت الباحثة على طريقة إعادة التطبيق للتحقق من ثبات المقياس في البيئة الجزائرية، وتم تطبيقه مرتين على عينة قوامها (30) فرداً من المدمنين على أنواع مختلفة من ال مخدرات مع وجود فاصل زمني بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني يقدر بأسبوعين، وتم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين التطبيقين حيث قدرت قيمة معامل الثبات (0,98) وهو دال إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يشير إلى ثبات جد مقبول لهذا المقياس.

أما نحن بدورنا قمنا بالتأكد من ثبات هذا المقياس وذلك بعد تطبيقه على العينة الإستطلاعية والتي كان قوامها (40) مدمناً على المخدرات الخاضعين للإستشفاء قمنا بحساب نوعين من الثبات وهما كما يلي:

◀ معامل ألفا كرونباخ:

وهي طريقة تعتمد على حساب الارتباطات بين العلامات لمجموعة الثبات على جميع الفقرات الداخلية في الإختيار (علام، 2006: 165)، حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0,91)، ومنه فإن معامل الثبات لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة مرتفع، كما هي موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يبين معامل ثبات مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة عن طريق معامل ألفا كرونباخ.

مستوى الدلالة عند 0.01	معامل ألف كرونباخ Cronbach's Alpha	العينة	مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

◀ الثبات بطريقة التجزئة النصفية " Split Half Method " :

حيث يتم قسمة بنود المقياس إلى نصفين (علام، 2006: 150)، وتستعمل طريقة التجزئة النصفية لتقدير ثبات الاختبار، وذلك من خلال "تجزئة الاختبار إلى جزئين فقط، بحيث يتكون الجزء الأول من الدرجات الفردية، ويتكون الجزء الثاني من الدرجات الزوجية للاختبار" (البهي، 1978: 383). تم حساب معامل ثبات هذه الأداة بالاعتماد على طريقة التجزئة النصفية وصحح الطول بمعامل سبيرمان براون والذي بلغ (0.94)، بالاعتماد على الرزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (spss)، كما هو مشار إليه في الجدول التالي:

الجدول رقم (05): يبين معامل ثبات مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة.

مستوى الدلالة عند 0.01	قيمة معامل الارتباط بعد التصحيح	قيمة معامل الارتباط قبل التصحيح	العينة	مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة
دالة	0.94	0.94	40	

يتضح لنا من خلال الجدول أن معامل الثبات لمقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة بلغ (0.94) وبالتالي فهو يتميز بنسبة عالية من الثبات وهو مقبول جدا. إذن يتبين من النتائج السيكمترية السابقة أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق مما يجعله صالح للتطبيق في هذه الدراسة.

◀ **التنقيط:**

سلم التنقيط بسيط، نأخذ في عين الاعتبار الإجابات (5) و(6) فقط من مجموع المخططات، وفي كل مخطط، نجمع عدد (5) و(6) ونقسمها على العدد الكلي للأسئلة الخاصة بالمخطط. ويكون المخطط حاضرا عند الحصول على معدل مرتفع.

ويمكن أن يعوض هذا التنقيط بطريقة أخرى تقليدية، تجمع العلامات المتحصل عليها في كل مخطط، وتمثل الدرجة الكلية مجموع العلامات المتحصل عليها في (15) مخطط.

(عيشوني، 2012: 228).

◀ مستويات تأثير المخططات:

- (3 - 5) المخطط لا يؤثر في الشخص.
- (10 - 14) المخطط يؤثر في بعض الظروف.
- (15 - 19) المخطط يمثل مشكلة بالنسبة للشخص.
- (20 - 24) المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد.
- (25 - 30) المخطط أساسي في تنظيم الفرد. (عيشوني، 2012: 229).

ثانيا: تقنية المقابلة العيادية:

تعد المقابلة العيادية تقنية أساسية في علم النفس حيث يعتمد عليها المختص العيادي للاتصال بالمفحوص والحصول على معلومات، وهذا قصد المساعدة وخدمة البحث العلمي، وتعرفها كولت شيلاند " أنها تعتمد على المحتوى الخارجي لفهم المحتوى الداخلي، وفي المقابلة ينبغي الاهتمام بكلام المفحوص دون إهمال لردود أفعاله" (32: Chiland.C, 1989).

تعتبر المقابلة العيادية من أفضل وسائل جمع البيانات، إذا اعد الباحث خطة تنفيذها بطريقة فعالة، ويرجع ذلك لرغبة المبحثن في تقديم المعلومات. (عليان، غنيم، 2000: 105).

وللمقابلة العيادية أنواع عديدة، منها المقابلة النصف الموجهة والتي تم اعتمادنا عليها دراستنا الحالية والتي تهدف إلى توجيه الحديث للحالة، وتعتمد على تحديد الأسئلة التي تخدم الموضوع بحيث تكون الأسئلة غير مفتوحة بالكامل.

ومما سبق طرحه نستخلص أنه تم الإعتماد على المقابلة العيادية النصف الموجهة في دراستنا الحالية لأنها تخدمه بإمتياز بحيث تكون للحالة الحرية في التعبير ولكن ليس بالضرورة أن يجيب على جميع الأسئلة التي في الترتيب الذي أكده الباحث، كما تتميز هذه التقنية بالموضوعية والدقة والقدرة في جمع البيانات من الحالات المدروسة.

أ. محتوى المقابلة العيادية:

تكون المقابلة العيادية من جزئين أساسيين هما:

الجزء الأول من المقابلة العيادية : يتضمن بعض التعليمات التي تساعد المفحوص على الإجابة عن العبارات من البنود موزعة على عدة محاور موجهة التي تساعد المفحوص على الإجابة، كما هو موضح في الملاحق رقم (03).

أما الجزء الثاني من المقابلة العيادية: تتكون من فقرات مقسمة من ستة محاور أساسية متضمنة مجموعة من الأسئلة، تشتمل موضوع الدراسة، وتم بناء هذا الدليل من طرف الطلبة.

3.3. حدود الدراسة:

تتعين حدود هذه الدراسة في ضوء مجموعة الدراسة والأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة وفقا للمجالات التالية:

1.3.3. الحدود المكانية للدراسة:

تم إجراء دراستنا الحالية على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية كارمان – تيارت – مصلحة علاج الادمان، والتي تم افتتاحها في شهر أكتوبر من العام (2014)، وإعادة تفعيلها في شهر سبتمبر (2015)، وتتكون المصلحة من طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية، وثلاثة أخصائيين نفسانيين، وكل مختص بمكتبه الخاص إضافة إلى قاعة العلاج الجماعي وقاعة الانتظار.

2.3.3. الحدود الزمانية للدراسة:

كانت أول زيارة لنا للمصلحة في شهر ديسمبر (2016)، وهذا للتعرف على المكان وكذا معرفة الحالات المتوفرة أو المتواجدة هناك وإمكانية إجراء الدراسة هناك. وتم الشروع في الدراسة الميدانية مباشرة في ضوء الفترة الزمنية التي تمتد من بداية شهر فيفري (2017) إلى غاية منتصف شهر أفريل (2017).

وذلك بعد حصولنا على إذن من طرف مدير المؤسسة الجوارية للصحة العمومية كارمان – تيارت – لإجراء هذه الدراسة وبشرنا فيها رسميا العمل في نفس الفترة الزمنية.

3.3.3. الحدود البشرية للدراسة:

تم إجراء الدراسة على مجموعة البحث، تتمثل في بعض الحالات المدمنين على المخدرات الخاضعين للإستشفاء، التي تتردد بإستمرار على مصلحة علاج الادمان بتيارت لسنة (2017/2016)، حيث تتراوح أعمارهم ما بين (24 إلى 30 سنة).

4.3. دراسة الأساسية:

1.4.3. مجموعة البحث:

لقد تم تحديد مجموعة الدراسة بطريقة قصدية في مصلحة علاج الإدمان (الذكور)، كون الحالات التي تم التعامل معها كانت مقصودة، حيث تم إختيارهم على أساس أنهم حالات المتوفرة في تلك المصلحة الخاصة بعلاج الإدمان – تيارت – ومتعامل معهم هناك منذ مدة، وبالتالي تكونت مجموعة الدراسة من خمسة حالات، تتراوح أعمارهم ما بين (24 إلى 30 سنة)، خاضعين للإستشفاء وكلهم مدمنين على المخدرات منذ مدة لا تقل عن سنتين.

2.4.3. خصائص مجموعة البحث:

الجدول رقم (06): يبين خصائص مجموعة البحث للدراسة الأساسية

الخصائص الحالات	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي	المستوى الاقتصادي	ترتيبه في العائلة
الحالة الأولى (ف)	29 سنة	أعزب	التاسعة متوسط	جيد	يحتل المرتبة السابعة (اصغرهم)
الحالة الثانية (س)	26 سنة	أعزب	الأولى ثانوي	متوسط	يحتل المرتبة الثالثة (اصغرهم)
الحالة الثالثة (ع)	30 سنة	أعزب	جامعي	متوسط	يحتل المرتبة الثالثة
الحالة الرابعة (م)	28 سنة	أعزب	الثامنة متوسط	متوسط	يحتل المرتبة الرابعة
الحالة الخامسة (أ)	24 سنة	أعزب	الأولى متوسط	منخفض	يحتل المرتبة الثالثة

5.3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

قامنا بتفريغ وتحليل مقاييس الدراسة الحالية عن طريق إستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS 21) وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

– معامل الارتباط بيرسون (Pearson)، تم استخدامه للتحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.

– معامل الارتباط للإتساق الداخلي ألفا كرونباخ "Alpha-cronbach" وسبيرمان- براون (Spearman-brown)، للتحقق من صدق و ثبات المقاييس المستعملة في هذا الدراسة.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة وأهم ما تطرقنا له في الدراسة الإستطلاعية مبرزين في ذلك الخصائص السيكمترية للأدوات موضحين المنهج المعتمد مع وصفنا للأساليب الإحصائية لجمع البيانات، وسيتم في الفصل التالي عرض وتحليل ومناقشة النتائج بعد تفريغ البيانات.

الفصل الرابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتحليلها.

تمهيد

1.4. عرض وتحليل ومناقشة الحالات.

1.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الاولى

2.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الثانية

3.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الثالثة

4.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الرابعة

5.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الخامسة

2.4. خلاصة مناقشة وتحليل نتائج الحالات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن النتائج الخام المتوصل إليها من إستعمال أي وسيلة لجمع المعلومات ليس له أي مدلول ما لم تعرض وتحلل هذه النتائج تحليلًا دقيقًا يسمح من استنباط الحقائق. ولإختبار صحة فرضية الدراسة الحالية، قمنا بالتحليلات الكمية والكيفية الضرورية التي سيتم عرضها لاحقًا بالتفصيل في هذا الفصل والتي ستسمح لنا بإختبار فرض الدراسة. وعليه سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج الحالات ومناقشتها وتحليلها.

1.4. عرض وتحليل ومناقشة الحالات:

1.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الأولى :

الحالة (ف) يبلغ من العمر (29 سنة)، مقيم بولاية تيارت، أعزب، لديه مستوى التاسعة متوسطة، موظف وتاجر، ذو مستوى إقتصادي جيد، لديه سكن خاص ويعيش لوحده، لديه ستة إخوة (خمسة ذكور وبنت واحدة)، يحتل المرتبة السابعة وهو أصغرهم بحيث كان الطفل المدلل للعائلة.

بالرجوع إلى تاريخ الحالة، وجدنا أن الحالة (ف) كان يعيش في جو أسري هادئ يتميز بالتفاهم والحب، علاقته مع والديه جيدة وفجأة أصبح لا يتواصل معهم كثيرًا، إثرى إصابته بصدمة أثناء العشرية السوداء نتيجة محاولة إغتيال والديه وهجرة إخوته إلى إنجلترا، وزواج أخته، بالإضافة إلى تغيير مكان إقامتهم خوفًا من الإرهاب، كان أول بدايته مع مشكلة الإدمان لما بلغ عمره (9 سنوات)، لأنه لم يجد سبيلًا للتأقلم مع واقعه الجديد، وكرد فعل على الظروف الإجتماعية والنفسية والوحدة التي كان يعاني منها، حفزته إلى الدخول في مجال الإدمان على المخدرات خاصة وأن حالته المادية كانت جيدة، وتركه لمقاعد الدراسة في سن مبكر وغياب الحصانة والسلطة عليه، وما ساعده أكثر هم رفقاء السوء، وشعوره بالحرمان والإهمال وعدم الإهتمام من قبل أسرته، والإحباط والقلق والملل الدائم، وكانت بدايته الأولى مع السجائر والكحول.

كان يتعاطى في البداية بصفة فردية ثم إنتقل لتناولها فرديًا ليلاً وخفية بسبب تَعَوُّده على أثارها في جعله ينسى المعاناة التي يشعر بها ويعيشه، ولم يمكث إلا مدة قليلة وأصبح يتعاطى في البيت وبمعدل علبتين إلى ثلاثة علب في الليلة الواحدة، وتم إكتشافه من طرف أمه وتوبيخه عدة مرات وعدم منحه المال إلا أنها كانت تتستر عليه خوفًا من إكتشاف الأمر من طرف والده وأخوته.

وفي السن (14 سنة) خرج الأمر عن السيطرة وأصبح يتناول الكحول بكميات كبيرة ويدخن الحشيش مع أصدقائه وذلك بتشجيع منهم، لشعوره بالبهجة والمتعة ولنسيان تلك الأفكار التي تراوده وتجول في ذهنه حول فقدان والفسل والإهمال، ونقص ثقته بنفسه

حول قدرته في إنجاز أو اتخاذ قرار لحل أي مشكلة تواجهه في حياته، وزيادة توتر علاقته مع أهله وأصدقائه بسبب تمرده، عدم الرضى عن وضعه آنذاك.

وفي السن (17 سنة) بدأ يتعاطى الأدوية النفسية وأنواع أخرى من المخدرات كالكوكاين والحشيش وأصبح يشعر بالإستقلالية المطلقة، وهذا بعد فشله في علاقة عاطفية وزواج حبيبته، حيث إنغمس أكثر فأكثر في عالم الإدمان على المخدرات، ففكرة فشله وفقد حبيبته وإبتعادها عنه جعلته أكثر تمردا، حيث أصبح يتعاطى المخدرات ليلا ونهارا لدرجة أن تلك المواد المخدرة أصبحت لاتجدى نفعا مع حالته والأفكار التي تجول في ذهنيته، وبدى عليه سلوكيات غير مرغوب فيها ومنافية للمجتمع وللدين والقيم والعادات والتقاليد داخل بيتهم وهذه الأخيرة جلبت له ولأهله المشاكل، وأحس أنه مقيدا ولا يتمتع بالحرية الكاملة فقرر العيش بمفرده عندما بلغ عمره (20 سنة)، إتجه الحالة إلى الولوج في عالم الملاهي الليلية وقاعات القمار وممارسة الزنا بكل حرية دون تدخل أي شخص، تم ذهابه إلى مختص نفسي بعد إلحاح أمه، لمساعدته على الإقلاع عن تناولها وعن تلك السلوكيات المنحرفة لكن كان ينتكس كل مرة ويعود لتناول المخدرات بجرعات كبيرة مع مزج عدة أنواع من المخدرات مع بعضها في نفس الوقت.

وعلى أثرها نقل الحالة (ف) إلى المستشفى ودخل في غيبوبة لعدة أيام، وعدم رغبته في العلاج في بادئ الأمر جعلت من الأم وإدارة المستشفى نقله على جناح السرعة إلى مستشفى البلدية لتكفل به وعلاجه من حالة الإدمان على المخدرات، ومكث هناك عدة أشهر وبدرت عليه علامات التحسن في حالته وبعد تعافيه نوعا ما خرج من هناك وبقي لمدة شهر أو أكثر لم يتناول المخدرات، ثم إنتكس مرة أخرى وكانت تنتابه أفكار غريبة وهواجس كالغباء والضعف والشلل والقلق الدائم، لدرجة لا يستطيع تفسيرها وشعوره بالملل والإختناق تارة والندم والتوتر والعصبية تارة أخرى خاصة عندما يتذكر أن كل أقرانه لديهم حياة مستقرة وينعمون بالسعادة وهو لا يزال يتخبط في مستنقع الإدمان وعدم نجاحه في الدراسة ولا في الحب وعدم التحاقه بإخوته في إنجلترا، وفشله في الإرتباط بعد محاولات متعددة، تحدث ظروف تجعله غير قادر على الإرتباط لكونه فاشل وليس لديه ثقة في نفسه.

ويرى أنه شخص غير كامل وغير قادر على المسؤولية نتيجة الوضع الذي يعيشه حتى علاقاته مع أسرته أصبحت متوترة جدا بعد وقوعه في هذا المستنقع حيث أصبح إنطوائيا ويحب العزلة وإنسحب من كل العلاقات الإجتماعية لدرجة لا يرى أهله إلا مرة أو مرتين في الشهر ولا يتحدث مع أخوته وأصدقائه إلا بالمناسبات، وحتى رفقاء السوء الذين أدمسهم في هذا المجال، أبتعد عنهم لأنهم يشعرونه بالقلق والتوتر والإشمئزاز، لكونه أدرك بأنهم هم سبب معاناته ولا يبحثون إلا على مصالحهم لا غير، وأثر نصيح وتوجيه أحد صديقاته توجه إلى مصلحة علاج الإدمان بكارمان - تيارت -، أين وجد يد المساعدة والدعم النفسي وبعد عدة جلسات ومتابعته الأسبوعية، بدأ في التقليل من تناول المواد المخدرة

واللجوء إلى ممارسة الرياضة القتالية لتفريغ شحنات القلق والتوتر والأفكار التي تنتابه، كما بدر عليه الشعور بالندم لولوجه عالم الإدمان على المخدرات التي تحكم على صاحبها بالموت البطئ ومرارة الحياة والعزلة وفقدان الثقة في النفس وفي الآخرين والشك المرضي في كل مامن حوله وهدر لأمواله وصحته وفقدانه للعلاقات الأسرية بصفة خاصة والعلاقات الإجتماعية بصفة عامة وشعوره بأنه شخص فاسد في المجتمع كما تجعله يقوم بتصرفات ضد نفسه والمجتمع.

ولقد لجأنا إلى تطبيق مقياس المخططات المبكرة غير متكيفة لكي تدعم النتائج الكيفية التي حصلنا عليها في المقابلة العيادية النصف الموجهة بنتائج كمية، وبعد تطبيقنا لمقياس "يونغ" للمخططات المبكرة غير المتكيفة، حصلنا على النتائج أو مجموع درجات في كل نموذج والتي تشير إلى أهم النماذج المخططات المبكرة غير المتكيفة النشطة لدى الحالة (ف) ومستوى تأثيرها عليه كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (06): يبين نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة

الأولى

أنواع المخططات (النموذج)	الدرجة التي تحصل عليها الحالة (ف)	مستوى تأثير المخطط
مخطط الحرمان العاطفي	29	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
مخطط الهجران/ عدم الاستقرار	25	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
التشكيك/ الإساءة	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
العزلة الاجتماعية/ الوحدة	28	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العيوب / العار	07	المخطط لا يؤثر في الشخص
الفشل	14	المخطط يؤثر في بعض الظروف
الإتكالية / الاعتماد	08	المخطط لا يؤثر في الشخص
توهم الأذى/ المرض	16	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
التعلق/ هدم الذات	18	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
الإذعان أو الإنقياد	09	المخطط لا يؤثر في الشخص
التضحية بالذات	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الكبت العاطفي	12	المخطط يؤثر في بعض الظروف
المعايير الصارمة / النفاق	26	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
الإستحقاق / هوس العظمة	29	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات	23	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الدرجة الكلية	274	/

ومن خلال الجدول نلاحظ أن معظم المخططات أو النماذج كانت درجاتهم تتراوح بين عالية والعالية جدا، وبالتالي تأثيرهم يتراوح ما بين مستوى أساسي في تنظيم الفرد ولعبهم دورا هاما في حياة هذه الحالة، في حين يوجد مخططات أخرى كانت نسبة تأثيرهم متوسطة إلى الشبه منعدم.

تشير النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، أن الدرجة الكلية للحالة (ف) على مقياس المخططات بلغت نسبة (274)، والتي توحى إلى إرتفاع نسبة نشاط بعض المخططات لديه.

وقد تحصل الحالة (ف) على نسبة (29/30) درجة للمخطط الحرمان العاطفي، والذي يؤثر سلبيا على شخصية المدمن ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته، ويظهر هذا من خلال

عدم إحتواءه في صغره رغم أنه عاش في جو هادئ نوعا ما، وتمتعه بالرفاهية المادية ولكن دون مراعاة الجانب العاطفي له، ومازاد في نشاط هذا المخطط هو الصدمة التي عاشها الحالة وعمره لايتجاوز (9 سنوات) نتيجة محاولة إغتيال أمه وأبوه من طرف الإرهاب جعله دائم التهديد والخوف من فقدانهم، ومازاد الأمر تأزما هو سفر أخوته وتغيير مكان إقامتهم، وعدم تمتعه بمرحلة الطفولة كباقي أقرانه بسبب المحيط الذي عاش فيه وصداقته لأشخاص أكبر منه سنا والظروف التي كانت آنذاك (العشرية السوداء)، جعله يشعر بفراغ عاطفي ونقص الحماية والحنان، وذلك لغياب الإهتمام والمودة وعدم وجود أشخاص يفهمونه ويصغون إليه أي إنعدام التوجيه والنصح لدرجة أنه لم يجد بديل آخر لتعويض هذا الفراغ إلا التدخين والإدمان على المخدرات التي تساعد على نسيان معاناة معاشه، وكل هذه الظروف أدت به إلى تنشيط مخططات لاكيفية تتعلق بالحرمان العاطفي.

أما فيما يخص المخطط الهجران/ عدم الإستقرار، فقد لاحظنا أن نسبته بلغت (25/30) درجة، والذي يؤثر في شخصية الحالة (ف) بشكل كبير وأساسي في تنظيم حياته، ويظهر ذلك من خلال غياب إخوته الأكبر منه سنا وبقائه بمفرده في البيت وبذلك غياب الدعم الأخوي ونقص العطاء وعدم الإستقرار الإنفعالي وفقدان الحماية والحصانة التي كان يتمتع بها آنذاك، وتركه تحت حماية أصدقاء أكبر منه سنا ماجعلهم يستغلونه، مما أدى إلى التبعية لهم، كما تعتبر تلك الفترة بالنسبة للحالة (ف) من أصعب فترات حياته بسبب محاولة إغتيال والديه عدة مرات مما أدى إلى إنعدام الإستقرار الإنفعالي والأمان وكل هذه الأمور هيئت له الجو للدخول عالم الإدمان على المخدرات والتوغل فيه وبالتالي تنشيط هذا المخطط بنسبة كبيرة لدى الحالة (ف).

كما وجدنا نسبة المخطط الشك/ الإساءة، قد بلغ (24/30) درجة، والذي يؤثر على شخصية هذا المدمن ويلعب دورا هاما في حياته، ويتشكل هذا المخطط نتيجة الإهمال وغياب الحماية التي كان يتمتع بها في ظل غياب إخوته وفشله في تجربة عاطفية، بحيث أصبح يتوقع الإساءة والكذب والغدر والخيانة من أي شخص كان قريبا أو بعيدا، كما يشعر أن الآخرين يستغلونه ويشك في نواياهم وكل هذه الامور جعلت الحالة (ف) يعيش معاناة نفسية حادة، أدت به إلى الولوج في مستنقع الإدمان وتجربة أنواع متعددة من المخدرات هروبا من واقعه المألم.

أما المخطط العزلة الإجتماعية/ الوحدة، فقد بلغت نسبته (28/30) درجة، فهو يؤثر على شخصية الحالة (ف) بشكل كبير ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته ويظهر جليا نشاط هذا المخطط من خلال إنعزال الحالة (ف) عن أهله وأصدقائه وإنسحابه من جميع العلاقات الإجتماعية، وانتقاله للعيش بمفرده لكي يشعر بالراحة والحرية الكاملة لأن تواجهه مع الآخرين يشعره بالإختناق والزجر والإنقياد ولا يستطيع ممارسة سلوكياته وتصرفاته بحرية

تامة، كما صرحت لنا الحالة (حنا مازلنا قدم في الخارج عنده 10 سنين، عايش وحده ويدير واش يحب)، ولهذا فالظروف التي كان يعيشها الحالة والأفكار التي كانت تتناوبه تحفزها على الإنعزال وحب الوحدة وهذه الأمور تجعله يتمادى في الإدمان على المخدرات والانحراف أكثر فأكثر.

كما تحصل على نسبة (16/30) درجة في المخطط توهم الأذى/ المرض، ونلاحظ أنه يشكل مشكلة بالنسبة للحالة (ف)، بحيث ينتابه أحيانا شعور بأن شيئا سيئا سيحدث له وأنه سوف يصاب بمرض خطير أو شلل عن قريب ولا يجد من يساعده، وذلك نتيجة إصابة أبيه بشلل أو إعاقة مفاجئة، وإصابة أحد أصدقائه بمرض خطير، ولهذا فهو دائم التفكير في هذه الأشياء لدرجة أنه توجه للإدمان على المخدرات وتجربة أنواع عديدة من المخدرات لإكتشاف فاعليتها لنسيان هذه الأفكار وتلاشيها، إلى درجة أن المادة المخدرة أصبحت عديمة المفعول معه مهما ضاعف جرعات هذا المخدر.

أما بالنسبة لمخطط التعلق/ هدم الذات، فقد تحصل على نسبة (18/30) درجة، إذا فهو يمثل مشكلة بالنسبة للحالة (ف)، بحيث يؤثر على شخصيته ويجعله غير قادر على التكيف الاجتماعي العاطفي منذ طفولته، والتالي لا يستطيع تقبل فكرة فقدان أحد والديه أو إخوته بالرغم من إنتقاله للعيش بمفرده وإبتعاده عن أهله، فمجرد التفكير في هذا الأمر يجعله أكثر إستثارة وقلق وتوتر، وأحيانا شعوره بالإحباط، كما أنه يشعر بعدم الإستقرار وأن شخصيته غير مستقلة عن والديه وحتى عن حبيبته رغم خداعها له، لأنه لم ينساها يوما فهو يشعر بأنها تعيش بداخله لدرجة أنه لا يستطيع الارتباط بغيرها، بحيث يعتبرها صندوق أسرارته وهذا الأمر أدى به إلى اللجوء للمواد المخدرة التي تلعب دورا هاما في مساعدته على النسيان وتجاهل معاناته ولو لفترة وجيزة، كما يصرح الحالة (بأنها هي صديقه الوفي).

كما نلاحظ أن نسبة المخطط التضحية بالذات بلغ عنده (24 /30)، والذي يلعب دورا هاما في حياة المدمن ويؤثر على شخصيته بشكل كبير لدرجة أنه يدرك بأن عواقب الإدمان على المخدرات خطيرة جدا إلا أنه مازال متشبثا فيها وليس له القدرة على الإقلاع عنها، رغم مساعدة الآخرين له، للتخلص من هذه السموم فهو يصاب بإنتكاسة في كل مرة، ويعود للإدمان من جديد، كما لاحظنا أنه مازال يعتمد ممارسته لبعض الأفعال رغم معرفته لخطورها وخوفه من أن يصاب بها كمرض الإيدز مثلا، ونلاحظ نشاط هذا المخطط كذلك من خلال إبتعاده عن أهله رغم تعلقه بهم وبهذا فهو يضحي بذاته مقابل إشباع رغبات الآخرين وكذلك حتى لا يتألم إذا فقد أحدا مستقبلا.

تحصل الحالة (ف) على نسبة (26/30) درجة في المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، ويؤثر هذا المخطط بشكل كبير في شخصية المدمن كما يلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته، ويكمل نشاط هذا المخطط من خلال شعور الحالة (ف) بالنفاق والغدر في كل مامن حوله

بسبب التجارب التي مرى بها، كما أنه يشعر بالتوتر والقلق والعصبية طيلة الوقت، كما يرى بأنه ملزم على تحمل مسؤولياته بنفسه، ولا يتقبل الهزيمة أبدا بل يرغب دائما في المراتب الأولى رغم عن الجميع، وهذه الأفكار تجعله يدخل في دوامة الإدمان على المخدرات والولوج في أماكن أكثر إنحرافا، باحثا عن شئ فعال يساعده على تقبل حالته.

بينما تحصل على نسبة (29/30) درجة لمخطط الإستحقاق/ هوس العظمة، فهو يؤثر على شخصية الحالة بشكل كبير ويلعب دورا أساسيا في حياته، ويظهر نشاط هذا المخطط من خلال تمرده عن أهله بسبب التصرفات والسلوكيات التي كان يقوم بها في بيت العائلة، وانتقاله للعيش بمفرده وممارسة تلك الأفعال دون أن يضع إعتبارا لأي شخص مهما كان، كما يرى بأنه شخص متميز جدا ولا يرغب بأي قيود في حياته كلها، وعدم مراعاته وإحترامه للدين والقيم والعادات والتقاليد مجتمعه بل تعدى عليها، ويعتقد أنه يقوم بأفعال حسنة وجيدة ويساهم أكثر من الآخرين في التطور والتقدم، كما ينعت الآخرين بأنهم متخلفين، وكل هذه الأفعال كانت نتيجة الإفراط في التنشئة الوالدية من جهة والتفريط حين تخليهم عنه بحجة السفر من جهة أخرى، وكذلك طغيان الجانب المادي عليه، وكل هذه الوقائع تجعل منه شخص فريسة لهذه المخدرات والإدمان عليها.

أما فيما يخص مخطط العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات، فقد تحصل على نسبة (23/30)، فهو يلعب دورا هاما في حياة الحالة (ف) ويؤثر على شخصيته بشكل فعال، لأن الحالة لا يستطيع ضبط ذاته والتحكم فيها والتخلص من الإدمان وتحمل العصبية والقلق والإحباطات إذا لم تشبع رغباته وإحتياجاته، كما نلاحظ أنه لا يستطيع التعبير عما بداخله من إنفعالات وعواطف، وتجنب الآخرين الذين يحاولون القيام بنصحة، والإستسلام الكامل للمواد المخدرة.

أما فيما يخص المخططات الخمسة الأخرى فقد كانت نتائجهم على مقياس المخططات ضئيلة جدا أو شبه معدوم وهذا راجع إلى عدة أسباب إما لطبيعة الحالة في حد ذاته أو عوامل أخرى لم تتوفر في دراستنا من أجل تنشيطهم.

ومما سبق نستنتج أنه هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، لأن الحالة (ف) لاتجد مخرجا للأفكار والإدراكات والإفتراضات المشوهة والخاطئة لها إلا عن طريق الإدمان على المخدرات، برغم من وجوده لمدة طويلة تحت المتابعة طبية والنفسية إلا أنه لم يتعافى نهائيا، لأنه مازال يعتقد أنها الوسيلة الوحيدة لنسيان معاناته.

2.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الثانية:

الحالة (س) يبلغ من العمر (26 سنة)، مقيم بولاية وهران، أعزب، عامل يومي لديه مستوى الأولى ثانوي، ذو مستوى إقتصادي متوسط، لديه أخوين (بنت وولد)، يحتل المرتبة الثالثة وهو أصغرهم.

بالرجوع إلى تاريخ الحالة وجدنا أن الحالة (س) يعيش مع أمه لأن والديه منفصلين، أبوه يحمل سوابق عدلية متعددة، ومختفي منذ مدة ولا يعرف عنه أي شيء، كان يعيش في جو أسري متوتر جداً، بسبب بخل وقساوة الأم ومطالبها الكثيرة والغير عقلانية، كان أول طريق له للإدمان في سن (15 سنة)، تم طرده من الدراسة في سن مبكر، عدم شعوره بالراحة والاستقلالية، والشعور المستمر بالإحباط والقلق والضغط نتيجة ظروفه المزرية والصعبة، بالإضافة إلى الإهمال الوالدي، وتمرده على قرارات أمه بعد أن أرغمته على دخول المعهد الموسيقي ومركز التكوين المهني، وتم طرده منهم مرة أخرى، كان يتعاطى السجائر مع زملائه وأحياناً لوحده ليلاً وخفية، بسبب حصار أمه له وتقييده لدرجة أنه واجهها عدة مرات (بأن أبوه كان محق وعلى صواب لما تركها)، في البداية كان يتعاطى مع زملائه وبعدها أصبح يشتري بمفرده المادة المخدرة وما شجعه على ذلك إحتقاره وسخرية منه من طرف زملائه ونعته بالطفل المدلل، وإلحاح أمه بالسؤال عليه بصفة دائمة، ولكنه لم يواصل تكوينه وطرده بسبب تعدي على أستاذته جراء عدم تحمله على نتائج جيدة.

تم التحاق الحالة (س) بشركة لصنع البلاستيك وعمره لا يتجاوز (18 سنة) بمساعدة أمه، إستقال منها بعد عدة أشهر مدعياً بأنها سجن وكان يشعر بالإختناق لتواجده هناك، وأنها لا تناسب مقامه ويجب أن يكون له وظيفة مسؤول، ثم بدأ العمل في مقهى وهناك وجد راحة نفسية (لقيت روعي في خدمة الكافتريا)، إلا أنه كان لا يأتي كثيراً إلى البيت بسبب المشاكل التي تخلقها له أمه وأخته لدرجة أنه أصبح ينام في المقهى أحياناً لتجنبهم، وخاصة عندما تطلب منه المال مقابل الأكل والنوم وإلا يطرد خارج البيت، وشعوره بعدم الرضا عن نفسه وعجزه عن مواجهة مشاكل الحياة، وفقدانه للثقة بسبب التدخل المفرط لوالدته في كل شؤون حياته، شجعه على البحث عن مادة مخدرة أخرى تكون أكثر فعالية لنسيان الأفكار التي تنتابه حول معاشه اليومي وخلافاته الدائمة مع أمه، وتغير طبيعة علاقته مع أقرانه وأخوه والمحيطين به بعد أن كانت جيدة.

وفي السن (19 سنة) أصبح يتعاطى الحشيش والكحول والمهلوسات يوميا حتى لا يتذكر ما يعاينه خاصة عندما قامت أمه بمنح سيارته وأمواله لزوج أخته بحجة أنه شخص متهور وهذا الحادث فاقم الأمر، وأصبح يضاعف في جرعة المخدر بحيث لا شيء يجعله ينسى الأفكار التي تجول في ذهنه لدرجة الولوج في عالم الملاهي وقاعات القمار والمخامر، كما توجه إلى السرقة والإعتداء هروبا من الواقع الذي يعيشه، وذلك بالتفريغ شحنات الغضب والقلق التي تنتابه إتجاه عائلته، كما أن عدم شعور الحالة (س) بالأمن والاستقرار الأسري ولا معنى في حياته، سمحت له بتجربة عدة أنواع من المخدرات لإكتشاف مفعولها وإختيار الأكثر فاعلية فيهم، لكي ينسى كل معاناته التي يتخبط فيها إلى حين أصبحت لديه تبعية لتلك المواد المخدرة.

كان يتصور أن تناوله لتلك المهلوسات وغيرها من الأقراص المخدرة كمثابة لتعويض عن النقص أو الفراغ الذي يعيشه وتلك الافكار التي تراوده إلا أنه أصبح ضحية لها وتحت رحمة المخدر.

أنتبهت الأم لغياب ابنها وحاولت إستدراك الأمر وتزوجه بحجة أنه يستقر ويتغير إلا أنها لم تتم مراحل زفاف بسبب تطلبات أهل الزوجة من جهة وأمه من جهة أخرى، وهذا مآدى به إلى الرحيل من البيت وإنتقاله إلى ولاية أخرى وإستقراره عند صديقه، ومع مرور الوقت ومعاملة أهل صديقه له، أراد أن يقلع عن الإدمان ولكنه كان كل مرة يصاب بإنتكاسة تجعله يعود إلى المخدرات من جديد لنسيان واقعه، فبطلب من أهل صديقه لجأ الحالة (س) لطلب المساعدة من مختص نفسي إلا أنه كان غير مهتم كثيراً حيث أصبح يعاني من إنعدام الثقة بنفسه والمجتمع وشعوره بالملل وقلة النوم والقلق الشديد، وتوتر وشدة إنفعاله لأتفه الأسباب بالإضافة إلى الصداع الدائم وتسارع نبضات القلب، وضيق التنفس وإنسحابه كلياً من العلاقات الإجتماعية بحيث أصبح يرغب في العزلة والعنوان نحو الذات، وعدم رغبته وقدرته على القيام بأي نشاط كان، وهذا ما جعل صديقه يقرر أخذه إلى مصلحة علاج الإدمان وله مدة (8 أشهر) وهو يتابع عندهم من طرف أخصائيين نفسانيين وحسب تقريرهم، أن الحالة في تحسن مستمر. أما الحالة (س) فقد صرح لنا بأنه أفضل مما كان عليه وهو يشعر بتحسن، كما بدأ يستعيد علاقاته مع أسرته وأصدقائه وأشياء كثيرة التي فقدوها جراء ولوجه عالم الإدمان على المخدرات.

ولقد لجأنا إلى تطبيق مقياس المخططات المبكرة غير متكيفة لكي تدعم النتائج الكيفية التي حصلنا عليها في المقابلة العيادية النصف الموجهة بنتائج كمية، حصلنا على النتائج أو مجموع درجات في كل نموذج والتي تشير إلى أهم النماذج المخططات المبكرة غير المتكيفة النشطة لدى المدمنين على المخدرات لدى الحالة (س) ومستوى تأثيرها عليه كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (07): يبين نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة

الثانية

أنواع المخططات (النموذج)	الدرجة التي تحصل عليها الحالة (س)	مستوى تأثير المخطط
مخطط الحرمان العاطفي	28	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
مخطط الهجران/ عدم الإستقرار	26	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
التشكيك/ الإساءة	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
العزلة الإجتماعية/ الوحدة	28	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
الغيب / العار	08	المخطط لا يؤثر في الشخص
الفشل	13	المخطط يؤثر في بعض الظروف
الإتكالية / الاعتماد	09	المخطط لا يؤثر في الشخص
توهم الأذى/ المرض	19	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
التعلق/ هدم الذات	19	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
الإذعان أو الإنقياد	06	المخطط لا يؤثر في الشخص
التضحية بالذات	20	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الكبت العاطفي	13	المخطط ياتر في بعض الظروف
المعايير الصارمة / النفاق	30	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
الإستحقاق / هوس العظمة	29	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات	23	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الدرجة الكلية	295	/

ومن خلال الجدول نلاحظ أن معظم المخططات كانت درجاتهم تتراوح ما بين عالية والعالية جدا، في حين كانت نسبة تأثير بعض المخططات متوسطة، أما البعض الآخر فكان تأثيرهم قليلا جدا.

تشير النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، أن الدرجة الكلية للحالة (س) على مقياس المخططات بلغت نسبة (295)، والتي توحى إلى نسبة قبول عالية لنشاط بعض المخططات لديه.

من خلال النتائج المتحصل عليها نلاحظ أن الحالة (س) تحصل على نسبة (28/30) درجة في المخطط الحرمان العاطفي، والذي يعتبر نشطا بنسبة كبيرة جدا ويلعب دورا

أساسيا في تنظيم شخصيته، ويتجلى ذلك من خلال الظروف التي عاشها الحالة وهو محروما من عطف وحنان الوالدين منذ طفولته، نتيجة انفصالهم وقسوة وغلظة أمه وأخته، بحيث يشعر أنه منبوذ من طرفهم، ولا يوجد شخص يهتم به ويحبه أو يفهمه ويستمتع له ويمده بيد العون، أو يقدم له نصيحة عند الحاجة، وكل هذه التراكمات التي عاشها الحالة حفزت وساعدت على ظهور نشاط مخطط الحرمان العاطفي الذي نعتقد أنه كان من أهم الأسباب المؤدية لتناول المخدرات والإدمان عليها، للتخلص من تلك الأفكار التي تراوده وتتهجمه كل لحظة وثانية نتيجة المعاناة التي يعيشها.

أما بالنسبة لمخطط الهجران/ عدم الاستقرار، فقد كانت نسبته (26/30)، فهو يؤثر بنسبة كبيرة جدا على شخصية المدمن ويلعب دورا هاما في تنظيم حياته وذلك من خلال الظروف أو التنشئة التي مرى بها الحالة (س)، حيث كانت غير مستقرة منذ طفولته، بدءا بانفصال والديه وسيطرة وقسوة والدته وأخته، كما تم سلب ممتلكاته من طرفهما، وتبعاً لهذه الظروف أضطر الحالة (س) للانتقال عدة مرات للعيش في أماكن متعددة بحثاً عن الاستقرار والأمان التي حرم منهم، وكل هذه الأمور جعلته يتجه إلى المخدرات ويدمن عليها بشتى الطرق وبمختلف الأنواع.

وفيما يخص المخطط الشك/ الإساءة، والذي بلغت نسبته (24/30)، فهو نشط لدى الحالة (س) ويلعب دورا هاما في حياته بحيث أصبح يشك في نوايا الآخرين مهما كانت درجة قرابتهم بسبب التجربة التي عاشها مع أمه وأخته (سلب ممتلكاته)، وسيطرة وتطلب والدته مما جعله لا يستطيع البوح بمشاعره لأي شخص كان، خشية منه أو خوفاً من أن يسيئ له ويسخر منه لدرجة أنه في غالب الأحيان تنتابه أفكار بأن الآخرين يريدون الغدر به وخيانتته، وكل هذه الأفكار التي تراوده كانت نتيجة للإهمال الغير مبرر الذي يعانيه الحالة (س) والتي جعلته عرضة للمخدرات والإدمان عليها هروبا من واقعه المعاش.

أما المخطط العزلة الاجتماعية/ الوحدة، فقد تحصل على نسبة (28/30)، بحيث يؤثر هذا المخطط بدرجة كبيرة على حياة الحالة (س) والتي تلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته، فهو يفضل الإنعزال والوحدة بدل بقاءه معهم حتى لا يجلب المشاكل لنفسه وللآخرين، كما ينتابه شعور بالاغتراب وسط عائلته وأصدقائه، بسبب ما يعانيه من التسلط الأمومي وغياب حنان وعطف والده وشعوره الدائم بالإختناق والتوتر والقلق طوال اليوم، فإنسحابه عن الجميع وبقاءه وحيدا باحثا عن الاستقرار والأمان نتيجة للحصار والقيود وعدم الراحة التي يعيشها ويشعر بها، وهذا ما يؤدي به إلى القيام بأفعال غير مرغوب فيها كتناول المخدرات والإدمان عليها للتخلص من معاناته اليومية.

كما حصلنا على نسبة (19/30) في المخطط توهم الأذى/ المرض، والذي يؤثر على حياة الحالة (س) بشكل يجعله مدمنا على المخدرات كما يشكل هذا المخطط مشكلة في حياته نتيجة ما واجهه الحالة منذ طفولته إلى يومنا هذا من توتر وصراعات اليومية

والحرمان العاطفي وعدم الإستقرار الإنفعالي لدرجة شعوره بالإهيار وفقدانه للثقة في قدراته لحل ومواجهة مشاكل الحياة، كما تنتابه أحيانا أفكار غريبة وغير عقلانية تتعلق بإصابته بمرض مزمن أو إفلاس مفاجئ وسرقة أمواله، أو شخص يحاول الغدر به وقتله، وذلك نتيجة التجربة التي عاشها المريض عندما أخذت منه أمه كل ممتلكاته فجأة ومنحه لزوج إبنيتها بدون إستئذانه أو إستشارته، لأن هذه التجربة جعلته حذرا جدا لدرجة أنه تراوده أفكارا تتعلق بهذا الموضوع ولنسيان تلك الهواجس والأفكار لجأ الحالة (س) إلى تناول المخدرات، وولوجه لعدة أماكن متشابهة كالمخامر وقاعات القمار والملاهي الليلية لنسيان مأساته، وتجربة أنواع عديدة حتى وصل إلى درجة الإدمان على المخدرات.

أما فيما يخص المخطط التعلق/ هدم الذات، حسب النتائج المعطاة كانت نسبته (19/30)، والذي يشكل مشكلة في حياته ويؤثر على شخصية الحالة (س)، ويظهر ذلك من خلال تمرده على نفسه بوشم جسمه بحجة نسيان الظروف التي يعيشها كما يدرك أن المخدرات مضرّة بالصحة، قام بتجربة أنواع مختلفة ومتعددة من المخدرات من أجل إكتشاف المخدر الأكثر فعالية وقوة لدرجة أنه إنتكس عدة مرات عند محاولته للإقلاع عنه، وظهر عليه نوع من العدوانية نحو ذاته وعدم رغبته في القيام بأي نشاط مهما كان نوعه.

وتم الحصول على نسبة (20/30) في المخطط التضحية بالذات، يؤثر هذا المخطط بشكل كبير على شخصية المدمن بحيث يلعب دورا هاما في حياته ويظهر هذا المخطط جليا في الإخضاع لمطالب أمه رغم قسوتها وتطلبها وسيطرتها، فقد وافق على إلحاقه بالمعهد الموسيقي وتعلمه لتخصص أو لموهبة لا يحبها تلبية لرغبة أمه ورضاها، كما وافق مرة أخرى على دخوله للمركز التكويني المهني وشركة صناعة البلاستيك وإرتباطه عدة مرات تضحية بذاته ورغباته وإشبعاته الشخصية مقابل إشباع رغبات أمه وإحتياجاتها وحفاظا على علاقاته معها، تجنبنا لإلحاق الألم بها، وحتى لا يشعر بالذنب والإستياء بسبب أنانيته وحبه لذاته، مما أدى به إلى تناول المخدرات والإدمان عليها حتى لا يتذكر بأنه ينصاع للآخرين بإرادته على حساب رغباته التي لم تشبع بأي شكل كان.

وقد تحصل على نسبة (30/30) في المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، إذا نلاحظ أن هذا المخطط يؤثر بشكل كبير جدا على شخصية الحالة (س) ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته ويتجلى هذا من خلال الأداء المبالغ فيه من أجل تحقيق أحلامه ومتطلبات أمه، رغم عدم رغبته في ذلك وكل هذه الامور أدت به إلى الشعور بالضغط والتوتر والصراع الدائم الذي سمح له بتعاطي المخدرات والإدمان عليها، للخروج من تلك الأفكار والشعور الذي يجول في ذهنه طيلة حياته وما نجم عنه من قلق وضغط، وهذا ما سلب منه متعة الحياة والسعادة والصحة النفسية، وبالتالي يشعر بأنه لا يستطيع بناء علاقات حقيقية، كما أن إلزامه المفروض بتعليمات أمه من أجل تحقيق إنجازات كثيرة جعلت منه فردا منحرفا ومدمنا على المخدرات.

كما نرى أن المخطط الإستحقاق/ هوس العظمة، تحصل على نسبة (29/30) بحيث يؤثر هذا المخطط بشكل كبير على شخصية المدمن ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته وذلك من خلال عدم إستمراره في العمل في الشركة بسبب غروره وزعمه بأنه منصب لايليق به ولا يتوافق مع شخصيته، ويجب أن يكون في منصب مسؤول أو مدير بمعنى الإستحواذ على سلطة الشركة والعمال وفرض وجهات نظره عليهم والسيطرة على مهام الشركة وبالتالي فرض رغبته عليهم وكل هذه الأفكار كانت نتيجة للتنشئة التي تلقاها من أم مسيطرة وديكتاتورية وقاسية، وكانت تلك الرغبات كتعويض لما بداخله، و كل هذا التناقض الذي يعيشه جعل منه فردا مدمنا على المخدرات هروبا من الأفكار والصراعات المتواجدة بذنه والمتناقضة مع معاشه اليومي.

وبالنسبة للمخطط العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات، فقد تحصل على نسبة (23/30)، والذي يلعب دورا هاما في حياة الحالة (س) ويؤثر بشكل كبير على شخصيته، بحيث يجعله عاجزا عن الضبط الذاتي لإنفعالاته وإندفاعاته وذلك بإستجابته لرغباته بشكل متهور متجنباً المواقف المزعجة والؤلمة والتي تشعره بالتوتر والقلق، عندما يتذكر حالته، وأنه فشل في الإرتباط عدة مرات، متوجها للإدمان على المخدرات والملاهي الليلية والمخامر تلبية وإشباعا لرغباته وإحتياجاته هروبا مما يعانیه، كما لاحظنا أنه كان غير مستقر في حياته وأنه يتنقل من عمل لآخر ومن مكان لآخر ومن مهمة إلى مهمة أخرى، بحثا عن الإستقرار وهذا في حد ذاته يعتبر عدم إستقرار أو ضبط ذاتي بحيث يعيش حياة تلقائية، لا يستطيع حزم أموره وإتخاذ قرارات حاسمة في حياته، كما نلاحظ أنه يعبر عن مشاعره بصفة مبالغة لصديقه وعائلته لأنه وجد فيهم نوعا من العطف والحنان والأمان الذي طالما فقد في أسرته.

أما بالنسبة للمخططات التي كان نشاطها ضئيلا جدا على مقاس جيفري يونغ، فقد يكون هذا راجع الى عدة أسباب إما لطبيعة الحالة في حد ذاته أو لعوامل أخرى لم تتوفر في دراستنا هاته.

ومما سبق نستنتج انه هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، لأن الحالة (س) لا يجد متنفسا لتلك الأفكار والإدراكات ومعاني خاطئة وغير عقلانية إلا عن طريق الإدمان على المخدرات، برغم من إرادته الكبيرة في العلاج والشفاء من هذه الأفة الخبيثة والمدمرة.

3.1.4. تقديم تحليل ومناقشة نتائج الحالة الثالثة:

الحالة (ع) تبلغ من العمر (30 سنة)، يقطن بولاية تيارت، أعزب، لديه مستوى جامعي، موظف مؤقت ويمارس أعمال حرة ، ذو مستوى إقتصادي متوسط وله أربعة إخوة (بنتين وولدين) يحتل المرتبة الثالثة، أبوه موظف وأمه مأكثة في البيت، يسكن مع عائلته.

وبالرجوع إلى تاريخ الحالة نجد أن الحالة (ع) كان يعيش في جو أسري هادئ، إصابته بصدمة نتيجة مشاهدته لشجار حاد بين والديه وإصابة أخته الكبرى بطعنات سكين على مستوى الكتف من طرف والدها، حيث تلطخ الحالة (ع) بالدم إثر سقوطه عليها ظنا منه أنها ماتت وحينها أصيب بنوبة هستيرية وبدأ يجري ويقطع في ملابسه وشعره ويصرخ بأن أبوه قتل أخته ثم حمل السكين وهو طفل العشرة سنوات، وحاول قتل أبوه وبعد عدة محاولات تم قبضه من طرف أخوه ولكنه سرعان ما سقط مغمى عليه كذلك، ومن تلك اللحظة تغيرت تصرفاته وسلوكياته وتوعد بالانتقام لإخته، كان أول طريق له للإدمان في سن لايتجاوز (12 سنة) عن طريق تعاطي السجائر نهارا وخفية على الجميع، بحجة رفقاء السوء وتشجيعهم له وذلك لحصوله عليها مجانا، في غالب الأحيان.

كان تنتابه أفكار غريبة (نروح ومانرجلهم ولا نرمي روجي قدام سيارة) وشعوره بالقلق والتوتر والاختناق عندما يكلفونه أهله بمهمة أو تواجهه مشكلة ما ولا يرغب في حلها والهروب منها لدرجة أنه كان غير راضى عن حياته في تلك الفترة، لأنه لم يستطيع مساعدة أخته وأصبح إنطوائيا وفقد معظم علاقاته الاجتماعية، إلا أخته الكبرى التي كان مقربا منها ويحبها.

أما المحيطين به لايعنون له أي شئ، كما كان الحالة (ع) جد عدواني وعنيف مع أصدقائه وزملائه وحتى أساتذته بحيث تشاجر معهم عدة مرات، وقام بطعن أستاذه بالسكين وعمره لايتجاوز (13 سنة)، وتم إحالته على المجلس التأديبي وطرده لمدة (15 يوما)، ومنذ ذلك الوقت إتسمت تصرفاته بنوع من الخمود تعبيراً عن رفضه للواقع الذي يعيشه، وبعد فترة بدأت تزداد حدة عدوانيته وعنفه ضد المحيطين به من حين لآخر، وإنسحابه كليا بحيث أصبح منعزلا كثيرا عن أسرته وأقرانه بحجة أنه يحضر لشهادة التعليم المتوسط، مما دعى الأهل ومحيطين به على تشجيعه وتحفيزه على الدراسة زعما منهم أنه أدرك عواقب تصرفاته المتهورة والطائشة، في حين كان يتناول المخدرات خفية منهم والتي تطورت من التدخين إلى الأدوية النفسية لمدة (5 أشهر تقريبا)، دون أن يكتشف الأمر أحدا، بل بالعكس الجو كان مهيباً ومحفز بطريقة غير مباشرة وذلك بمنحه المال وتركه لمدة طويلة بمفرده دون الإكتراث له، كان النجاح حليفه في كل مرة، وصرحت الحالة أن نجاحه الدراسي طيلة حياته كان بمحظ الصدفة والحظ لاغير، وفي مرحلة الثانوية زاد حماسه في إكتشاف وتجريب أنواع متعددة من المخدرات من الكحول إلى إستنشاق اللصاق والبنزين والحشيش بالإضافة إلى السرقة والإعتداء على نفسه بالوشم والحرق وتشريح جسمه، وعلى الآخرين وذلك بسلب ممتلكاتهم الخاصة أو ضربهم أو الإعتداء عليهم جنسيا أو لفظيا بحجة الحصول على المال من أجل إقتناء أحسن أنواع المخدرات.

وبعد دخوله الجامعة زاد تفاخرا بنفسه وتمادى أكثر في تناول أنواع أخرى من المخدرات كالحشيش، الحبوب المهلوسة والأدوية النفسية وأصبح يتردد على الملاهي الليلية وغيرها

من الأماكن المشبوهة بحجة أنه بعيدا عن أهله ويدرك ما يفعل، وماشجعه أكثر رفقاء السوء المقيمين معه بالحي الجامعي، كرد فعل عن أسلوب حياته، الذي لم يتلقى إهتماما أو حبا وعطفا من قبل عائلته طيلة حياته، بإستثناء أخته الكبرى التي كانت تحبه وتهتم لأمره كثيرا رغم شعوره بأنها قللت من إهتمامها به وتغير تصرفاتها إتجاهه منذ تلك الحادثة لأنه كان متعلقا بها كثيرا وتحاول تجنبه بسبب تعلقه الشديد بها.

يصرح الحالة (ع) أنه أحيانا لا يستطيع الإنقياد والإلتزام ببعض القرارات والدين والعادات والتقاليد، حيث يقوم بالإعتداء على حرمة رمضان خاصة عندما تنتابه تلك الأفكار الغريبة واللاعقلانية كإصابته بمرض خطير وموته في أي لحظة أو إصابته بشلل... إلخ، أو عند تذكره لتلك الحادثة وأنه شخص متمردا عن نفسه وعلى محيطه ودينه وأهله، كل هذه الأفكار تجعله يضاعف في جرعات تناول المخدرات خاصة الكحول والأدوية النفسية بصفة دائمة بحجة أنه لا يستطيع التحكم في رغباته وتصرفاته.

وبعد تخرجه من الجامعة، وبمحظ الصدفة إكتشفت الأخت الكبرى أن الحالة (ع) مدمن على المخدرات، فحاولت نصيحته عدة مرات وبشتى الطرق ولكن بدون جدوى، فقررت حينها التوقف عن المخدرات إلا أنه إنتكس عدة مرات، وإنهارا تمام لعدم قدرته على التخلص من هذه الأفة، فصارح أخته طالبا منها يد المساعدة، فقررت أخذه لمستشفى الأمراض العقلية بولاية تيارت وهناك مكث عدة أشهر ليعالج من الإدمان.

إرادة الحالة (ع) في العلاج كبيرة وواضحة جدا خاصة مكوثه في المستشفى كل تلك المدة، بعدها أصبح يتابع أسبوعيا عند مختصين نفسانيين بمصلحة علاج الإدمان بكارمان تيارت.

كما صرح لنا الحالة (ع) أنه جرب مختلف أنواع المخدرات إلا الحقن والكوكايين لم يستعملها، كما أنه مارس معظم أنواع العنف والإعتداء والعدوان، ولكن بعد المتابعة العلاجية لم يعد يمارس تلك التصرفات ويحاول التخلص من الإدمان على المخدرات وإسترجاع علاقته بعائلته وأصدقائه وكل المحيطين به التي فقدتها إثر تناوله تلك السموم، كما أدرك أن إصابة أخته بطعنت السكين كانت مجرد حادثة وليس عمدا.

ولقد قمنا بتطبيق مقياس المخططات المبكرة غير متكيفة لكي تدعم النتائج الكيفية التي حصلنا عليها في المقابلة العيادية النصف الموجهة بنتائج كمية، وكانت النتائج تشير إلى أهم النماذج المخططات المبكرة غير المتكيفة الأنشطة التي تؤدي إلى الإدمان على المخدرات لدى الحالة (ع) ومستوى تأثيرها عليه كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): يبين نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الثالثة.

أنواع المخططات (النموذج)	الدرجة التي تحصل عليها الحالة (ع)	مستوى تأثير المخطط
مخطط الحرمان العاطفي	29	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
مخطط الهجران/ عدم الاستقرار	26	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
التشكيك/ الإساءة	23	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
العزلة الإجتماعية/ الوحدة	27	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العيب / العار	06	المخطط لا يؤثر في الشخص
الفشل	14	المخطط يؤثر في بعض الظروف
الإنكالية / الإعتماد	08	المخطط لا يؤثر في الشخص
توهم الأذى/ المرض	19	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
التعلق/ هدم الذات	19	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
الإذعان أو الإقنياد	09	المخطط لا يؤثر في الشخص
التضحية بالذات	20	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الكبت العاطفي	12	المخطط يأتري في بعض الظروف
المعايير الصارمة / النفاق	29	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
الإستحقاق / هوس العظمة	26	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الدرجة الكلية	281	/

ومن خلال الجدول نلاحظ أن معظم المخططات كانت درجاتهم تتراوح ما بين عالية والعالية جدا، بينما نسبة تأثير بعض المخططات متوسطة، أما نسبة البعض الآخر من المخططات فقد كان شبه معدوم أو قليلا جدا.

كما تظهر النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، أن الدرجة الكلية للحالة (ع) على مقياس المخططات بلغت نسبة (281)، والتي توحى إلى نسبة قبول عالية لنشاط بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة.

من خلال النتائج المتحصل عليها يبدو لنا أن نسبة مخطط الحرمان العاطفي للحالة (ع) بلغت (29/30)، والذي يؤثر بشكل كبير في شخصية الحالة، بحيث يلعب هذا الأخير دورا أساسيا في تنظيم حياته نتيجة لما مرى عليه في طفولته، لأنه لم تتشكل له مخططات وأفكار

تكيفية مرتبطة بالعطف والحب والرعاية والحنان مع موضوع الحب (الأم)، فهو لم يذكرها طيلة فترة بقائنا معه وحتى بعد تطبيق تقنية الإسترخاء عليه لدرجة أننا ظننا أنها متوفية، وعند إلحاحنا عليه، صرح لنا الحالة (ع) بأن أمه لم تسأل عليه أبداً ولو بالخطأ، كما يرى بأنه يشحت الحب والإهتمام منها وبدون جدوى ورغم ذلك فعلاقته بأخته الكبرى جد وطيدة وجيدة حسب تصرحاته، وبالرغم من كل هذا إلا أنه يشعر بغياب الإهتمام والعطف والدفيء الأسري خاصة من طرف والديه لدرجة لا يستطيع التعبير عن إحتياجاته ورغباته الوجدانية أو العاطفية لهم، لأنهم لا يراعون متطلباته وتصرفاته ولا يصغون له أو يحاولون فهمه وتفهمه، وهذا مآشكول له فراغ عاطفي كبير منذ صغره، أدى به إلى البحث عن تعويض لهذه الرغبات الجامحة والملحة عليه، وذلك عن طريق اللجوء إلى عالم المخدرات والإدمان عليها، فقد حاول في كل مرة تجربة نوع جديد من المخدرات بغية منه وبحثا عن فعالية أكثر إلى أن وصل إلى حالة الإدمان على أنواع عديدة من المخدرات، بدافع نسيان تلك المعاناة والأفكار والهواجس التي تتسلط عليه يوميا.

أما بالنسبة للمخطط الهجران/ عدم الإستقرار، فقد تحصل على نسبة (26/30)، الذي يؤثر بشكل كبير على شخصية المدمن (ع)، ويلعب هذا المخطط دورا أساسيا في تنظيم حياته، حيث لاحظنا نشاط هذا المخطط من خلال شعوره بالنقص نتيجة أسلوب الحياة الذي يعيشه، مما يؤدي إلى إحباطه وإصابته بقلق شديد لدرجة دخوله في مرحلة إكتئاب لعدة مرات، نظرا لتعلقه المفرط بأخته الكبرى، كما أنه تراوده أفكارا بأن أخته سوف ترحل ولن تستمر في منحه الدعم العاطفي اللازم والقوة والحنان الذين فقدهم، ولهذا لجأ الحالة (ع) في بعض الأحيان إلى الابتعاد عنها من كثرة خوفه وقلقه لو تحقق ما يراوده إتجاه أخته، ولهذا فالحالة (ع) يشعر دائما بعدم الإستقرار الوجداني والنفسي ولا يثق في أي علاقة مهما كانت طبيعتها، لأنه يشعر بالتهديد الدائم بعدم الأمن والأمان وكل هذه الظروف، جعلت منه شخص غير مستقر باحثا عن التعويض مما يعانيه أو نسيانه بأي وسيلة كانت ولم يجد حلا سريعا وفعال أمامه سوى اللجوء إلى المخدرات التي جعلته ينسى كل الأحداث والمعاناة التي تجول ذهنه.

بينما تحصل الحالة (ع) على نسبة (23/30) في المخطط الشك/ الإساءة، ويؤثر هذا المخطط على شخصية الحالة (ع) بنسبة كبيرة ويلعب دورا هاما في حياته، بحيث نشأ هذا المخطط لديه نتيجة تشدد وسيطرة والده والمعاملة السيئة إتجاه أخته الكبرى التي تم طعنها بالسكين من طرف أبيها، ولم يوضح له الأمر انذاك، مما أدى إلى تشكيل أفكار ومعتقدات حول الإنتقام والإعتداء على الآخر خاصة والده أو إصابته بسوء، وكل هذه الأفكار والمعاناة التي يمر بها جعلت منه شخص لا يثق في نوايا الآخرين بل ويشك فيهم لأبعد الحدود، فمعظم علاقاته سطحية، ولا يسمح لأي أحد بالإقتراب منه كثيرا، لأنه يتوقع منهم الأسوء في أي لحظة ماعدا علاقته بأخته، وكل هذه الأفكار والهواجس التي تنتابه نتيجة

لنشاط هذا المخطط تحفزه وتشجعه على الدخول في مستنقع المخدرات والإدمان عليها هروبا من معاناته.

أما فيما يخص المخطط العزلة الإجتماعية/ الوحدة، فقد بلغت نسبته (27/30) والذي يؤثر بشكل كبير على شخصية المدمن ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته، ويظهر نشاط هذا المخطط من خلال الشعور الدائم للحالة (ع) بالإغتراب والتهميش منذ طفولته، بحيث تعرض للرفض بطريقة غير مباشرة من طرف والديه وخاصة والدته وأساتذته وأقرانه، كما يعتقد أنه مثير للشمئزاز وأقل مكانة ومرغوبة وكفاءة، مما أدى به إلى اللجوء لتناول المخدرات والإدمان عليها للتخفيف من معاناته والأفكار والمعتقدات التي يحملها جراء الظروف التي يعيشها.

أما بالنسبة للمخطط توهم الأذى / المرض، فقد تحصل على نسبة (19/30)، فهو يشكل مشكلة في حياة الحالة (ع)، ويبرز نشاط هذا المخطط من خلال شعوره الدائم بالتوتر وخوفه من إصابته بمرض مستعصي وعدم شعوره بالأمان في معظم الأوقات، كما يمضي معظم وقته في توقع وترقب هجوم من طرف الآخرين، وأحيانا يقوم مفزوعا ومذعورا من النوم وكل هذه الأمور جعلته يلجأ للإدمان على المخدرات للتخلص من تلك الهواجس والأفكار التي يعيشها يوميا.

وتم الحصول الحالة (ع) على نسبة (19/30) في المخطط التعلق/ هدم الذات، والذي يمثل مشكلة في حياة المدمن ويلعب دورا هاما في التأثير على شخصية الحالة (ع)، ويظهر نشاط هذا المخطط جليا في تعلقه المفرط بأخته الكبرى لدرجة أنه حاول قتل والده وتوعد بالانتقام لأخته عندما تسمح له الفرصة، لدرجة أنه حاول الإقلاع عن الإدمان على المخدرات وتحمل معاناة الإبتكاس إرضاء لإخته على حساب إشباع رغباته، كما أنه يعاني من فراغ عاطفي كبير خاصة عندما يتذكر معاملة والديه له، وحرمانه الإهتمام والعطف والحنان، رغم شعوره بتواجدهم بداخله ولا يستطيع إلغائهم من حياته وكل هذه التناقضات والأفكار جعلت منه شخصا مدمنا على المخدرات للتخلص من هذه المعاناة والمشاكل التي يعانيها.

وقد توصل الحالة (ع) على نسبة (20/30) في المخطط التضحية بالذات، ويؤثر هذا المخطط بشكل كبير على شخصية المدمن ويلعب دورا هاما في حياته ويتسم نشاط هذا المخطط من خلال تقبل الحالة (ع) معاناة الإقلاع عن المخدرات والإبتكاسة مقابل رضى أخته وتلبية لطلباتها على حساب إشباع رغباته وإحتياجاته الشخصية، فبرغم من بعدها وتغييرها عنه بعد تلك الحادثة إلا أنه ينصاع لها بسهولة وبكل إرادة، ويشعر بأنها مسيطرة عليه لأنها المنبع الوحيد الذي يمدّه بالحب والعطف والإهتمام ولا يستطيع رفض أي طلبا لها رغم شعوره بالإستياء والذنب والألم، وهذه الظروف جعلت منه شخصا متناقضا بين إشباع رغباته الملحة وتلبية لرغبات واحتياجات أخته الكبرى وللهرب من هذا الواقع لجأ

الحالة (ع) إلى المخدرات لنسيان ما يعانيه من ضغوطات وقلق جراء ما يقوم به والإدمان على تلك السموم المدمرة.

وقد بلغت نسبة المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، للحالة (ع) ب (29/30)، بحيث يؤثر هذا المخطط بشكل كبير على شخصية هذه الحالة ويلعب دورا هاما وأساسيا في تنظيم حياته، حيث يرى أنه شخص يفعل المستحيل من أجل تلبية طلبات أخته على حساب راحته، وبرغم من الصدمة التي عاشها الحالة منذ صغره وحرمانه العاطفي إلا أنه سعى وثابر لبلوغ مستويات أعلى من النجاح بحيث أنهى دراسته الجامعية وتحصل على وظيفة برغم من دخوله مستنقع الإدمان على المخدرات، إلا أنه يشعر بالقلق الدائم ونقص المتعة والسعادة والراحة النفسية جراء ما يقوم به، كما أنه يعتبر الالتزام بالدين والعادات والتقاليد أمور غير عقلانية وواقعية ويجب عليه أن يكون حرا غير مقيدا، وهذه المشاكل جعلته يتوغل أكثر فأكثر في هذا المستنقع الخاص بالإدمان على المخدرات.

كما تحصلنا على نسبة (26/30) في المخطط الإستحقاق/ هوس العظمة، والذي يؤثر بشكل كبير على شخصية الحالة (ع)، ويلعب دورا أساسيا في تنظيم حياته، ويظهر نشاط هذا المخطط من خلال حصوله على ما يريد بغض النظر عن معايير الواقع والعقل وعلى حساب الآخرين وهدفه هو الإستعلاء المبالغ به من خلال حصوله على إمتحان شهادة التعليم المتوسط والباكوريا وحصوله على شهادة جامعية ووظيفة وبهذا يطمح الحالة بأن يكون أكثر ناجحا من غيره، كما حاول أن ينتقم من أبيه بسبب تلك الحادثة، برغم من صغري سنه آنذاك، وشعر بالإستياء لانه كان من واجبه حماية أخته وفرض سلطته على أبيه دون الإهتمام بمشاعر أي شخص، ومنذ ذلك الوقت تطور هذا المخطط كتعويض ناجم عن التفكير المفرط بالانتقام وللإستياء والحرمان العاطفي وكل هذه الأفكار التي طبعت كنموذج في ذهنيته جعلته شخص متمردا وذلك بذهابه إلى الملاهي وتناول للمخدرات بشتى أنواعها والإدمان عليها.

أما المخطط العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات، فقد بلغت نتائجه نسبة (24/30) ويؤثر هذا المخطط بشكل كبير على شخصية المدمن ويلعب دورا هاما في حياته، ويظهر نشاط هذا المخطط من خلال عجزه عن التحكم في مشاعره وإنفعالاته، بحيث يستجيب لرغباته بشكل متهور تجنباً للمواقف المؤلمة والمزعجة، وخاصة الأحداث التي عاشها منذ صغره، وشعوره بأنه شخص فاشل في حياته لعدم تكوين علاقات حقيقية، كما يشعر بأنه مهمل من طرف عائلته وغير مستقر وكل هذه الأمور حفزته إلى الدخول في عالم الإدمان على المخدرات حتى يتناسى أو ينسى معاناته وما يواجهه يوميا.

أما فيما يخص المخططات الباقية، فقد كانت نتائجهم على مقياس المخططات ضئيلة جدا أو شبه معدوم وهذا راجع إلى طبيعة الحالة في حد ذاته أو عوامل أخرى لم تتوفر في دراستنا الحالية.

ومما سبق نستنتج أنه هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، لأن الحالة (ف) تجد مسلكاً لتلك الأفكار والإدراكات والإفتراسات الخاطئة لها عن طريق الإدمان على المخدرات.

4.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الرابعة:

الحالة (م) يبلغ من العمر (28 سنة)، أعزب، مقيم بولاية تيارت، يعمل بناءً، لديه مستوى الثامنة أساسي، ذو مستوى إقتصادي متوسط، وهو يسكن لوحده في الطابق العلوي، وأبواه في الطابق السفلي، لديه ثلاثة إخوة، وهو يحتل المرتبة الرابعة.

بالرجوع إلى الحالة وجدنا الحالة (م) عاش معاناة وأحداث وصراعات أليمة في طفولته، فهو يعاني توتر مستمر لتراكم تلك الذكريات المكبوتة، إضافة إلى ذلك فهو يعيش في قلق دائم لكثرة خلافاته مع أبيه فعلاقته معه مضطربة ويعتقد أنه متسلط ويتجاهله ولا يهتم به ويقسو عليه، عاش طفولة صعبة، ففي سن السادسة من عمره، تعرض لصدمة حيث تم قتل ابن عمه أمامه، وفي سن السابعة من عمره قام بإحراق ابن عمه الأصغر عن طريق شعلة نار فكانت الحروق على مستوى الوجه، وبعد تلك الحادثة عاش الحالة طفولة غير عادية وبدأت خلافته مع والده لقسوته وعقابه الشديد له.

بدأت الحالة في تعاطي الحشيش في سن السابعة عشر من عمره مع رفاق السوء، وبدافع الفضول وللاكتشاف حيث كانت بدايته في تناول كمية كبيرة من الحشيش، وبعد فترة تعرف إلى فتاة مدمنة على المخدرات حيث كانت تدعمه وتجلب له الكحول والتدخين والحشيش وفي بعض الأحيان يبيع مستلزماته للحصول على المخدر، أو من خلال الأجر الذي يجنيه من مهنته، مما زادت تبعيته لهذه المادة، ولم يكتفي بتناول الحشيش فحسب فمع مرور الوقت إتجه إلى أنواع أخرى من المخدرات، أهمها الكوكايين والمهلوسات بصفة يومية عن طريق الشم، والإستنشاق، والحقن في الوريد مع تعايش للمخدر وبصفة دائمة، مما أدى إلى تدهور حالته النفسية، كما أظهر بعض الشكاوي الجسمية وقلة النوم، فهو يدخل لساعات متأخرة إلى البيت، وذكرت الحالة (م) أن تناول تلك المواد غالباً ما يكون في البيت، ولم يتعرض لأي إنتكاسة في حياته، ولن يحاول التوقف عن تلك المخدرات بل إعتبرها مخرجا لمشكلاته. وللإشارة أن الحالة (م) من مروجيها ومتعاطيها، إدراك الحالة أن التعاطي هو الحل الأنسب لتعويض النقص والإهمال الذي يشعر به خاصة من المحيط العائلي.

تعاني الحالة من مشكلات وعقبات وعدم قدرته على التعامل معها شكلت له تهديد وقلق يومي فتركيزه على الأمور التي عجز عن حلها يخلق له جو من الإكتئاب والتوتر ولتخفيف من المعاناة يلجأ إلى تناول المخدرات، ومن خلال المقابلات لاحظنا أنه غير راضي عن ذاته ويحاول الهروب من خلال السلوك الإدماني، علاقة الحالة (م) مع الآخرين علاقة

محدودة فهو لا يثق بأحد، ويرى أن المجتمع فاسد وأن الكل يستغلونه وأشار في قوله (أريد قتل الجميع) دليل على العدائية الموجودة بداخله، لا يراعي المعايير الاجتماعية كما يميل إلى السيكوباتية .

أدخلت الحالة (م) إلى السجن لسنوات لإكتشاف الشرطة كمية هائلة من الكوكايين في بيته، لاحظنا أن لحظة خروجه من السجن هو الموقف الوحيد المفرح في حياته، وعند خروج الحالة إكتشف أن ابن عمه الأكبر قد تم إلقاء القبض عليه وحكمت عليه المحكمة بالسجن لسنوات طويلة، وحزنت الحالة عليه حزنا شديدا وتعرض للإحباط، وصرح الحالة أن أمه هي من قامت بإبلاغ الشرطة عليه.

شعور الحالة بالراحة والنشاط والنشوة أثناء تناول المادة المخدرة نتج عنه تبعية لتلك المادة والتعود وتطور الأمر إلى الحقن في الوريد مما أدى إلى تدهور الحالة الصحية له، ويرى أنه في قلق دائم وتعب وضيق كبير وعاجز عن التخلي عن المواد المتناولة وهذا ما جعله يفكر في كيفية التخلص منها من خلال العلاج ، حيث أصبحت علاقته بعد دخوله لعالم الإدمان أصبح منعزلا وإنطوائيا مما يترتب عنه الرغبة الشديدة في البقاء وحيدا وتجنب علاقته مع أسرته ويتحاشى الإتصال بهم .

ولقد طبقنا على الحالة مقياس المخططات المعرفية لجيفري يونغ وقد تحصلنا على النتائج في كل نموذج والتي تشير إلى أهم النتائج المخططات مبكرة الغير المتكيفة النشطة التي لدى المدمنين على المخدرات ومستوى تأثيرها عليه، كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (09): يبين نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الرابعة.

أنواع المخططات (النموذج)	الدرجة التي تحصل عليها الحالة (م)	مستوى تأثير المخطط
مخطط الحرمان العاطفي	26	المخطط يلعب دورا أساسيا في تنظيم الفرد
مخطط الهجران/ عدم الإستقرار	29	المخطط يلعب دورا أساسيا في تنظيم الفرد
التشكيك/ الإساءة	27	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العزلة الإجتماعية/ الوحدة	25	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العيب / العار	07	المخطط لا يؤثر في الشخص
الفشل	09	المخطط لا يؤثر في الشخصية
الإتكالية / الإعتماد	08	المخطط لا يؤثر في الشخص
توهم الأذى/ المرض	22	المخطط يلعب دورا مهم في حياة الفرد
التعلق/ هدم الذات	15	المخطط يمثل مشكلة بالنسبة للشخص
الإذعان أو الإنقياد	09	المخطط لا يؤثر في الشخص
التضحية بالذات	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الكبت العاطفي	12	المخطط يؤثر في بعض الظروف
المعايير الصارمة / النفاق	23	المخطط يلعب دورا هاما في تنظيم الفرد
الإستحقاق / هوس العظمة	27	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات	22	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الدرجة الكلية	292	/

ومن خلال الجدول نلاحظ أن معظم المخططات كانت درجاتهم تتراوح ما بين عالية والعالية جدا، بينما نسبة تأثير بعض المخططات متوسطة، أما نسبة البعض الآخر من المخططات فقد كان شبه معدوم أو قليلا جدا.

كما تظهر النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس يونغ للمخططات المبكرة غيرال متكيفة، أن الدرجة الكلية للحالة(م) على هذا مقياس

بلغت نسبة (292)، والتي توحى إلى نسبة قبول عالية لنشاط بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة.

وقد تحصلنا على نسبة (26/30) في المخطط الحرمان العاطفي، والذي يؤثر بشكل أساسي في تنظيم حياة الحالة (م)، ناجمة عن الصراع ومشاعر عدوانية وسوء المعاملة في الطفولة فبيئة الحالة تنقصها الرعاية والأمن والتشجيع والتقدير، والتعرض للأذى نتيجة صدمة إيداء ابن عمه الأصغر منه وعقاب الأب بشدة وبداية خلافاته معه وعدم الإهتمام به وتجاهله والقسوة عليه، قد أدى هذا الشعور إلى إحباطه، واستخدام أساليب خاطئة أثناء التعامل مع المشكلة وقد تم تشكيل مخطط لا تكفي ألا وهو الحرمان العاطفي، نما لديه الإستعداد للإدمان والبلادة والانحراف السلوكي، فترى الحالة (م) أنه في ظل الصراع وتوتر العلاقة مع الأب وغياب السبب الضروري لتلبية رغباته وحاجياته أدى به إلى شخص عدواني مضاد للمجتمع، والإبتعاد عن القيم الغير المرغوب فيها في المجتمع، وكما لاحظنا أن مخطط الحرمان العاطفي نشط بدرجة عالية لمعانة الحالة (م) كشكل من أشكال الحرمان الأبوي الدائم وأن هذا الحرمان لا زال قوة فاعلة في الألام المعنوية لدى الحالة التي ساهمت في دفعه إلى الانحراف.

وتحصل على نسبة (29/30) في المخطط الهجران/عدم الإستقرار، لاحظنا أن هذا المخطط يلعب دور أساسيا في حياته، فمعاناة الحالة (م) من عدم الإطمئنان الداخلي والعلاقة الفاشلة بين والده وإنتقاده لتصرفاته وإعتبار نفسه أنه إنسان غير سوي وضعيف بسبب الخلاف والمشاكل، وتفتقر الحالة (م) إلى الحساسية الدافئة والتقدير الذاتي ويظهر مخطط الهجران من خلال فقدان ابن عمه الذي كان يعتبره سنده في الحياة ما سبب له إحباط وشعوره بالضيق والحيرة والتفكك الأسري والنزاعات الدفاعية نجم عنها أفعال إدمانية للبحث عن الإستقرار والأمان، فنجد أن نشاط المخطط للحالة (م) مرتفع لديه .

كما تم الحصول على نسبة (27/30) في المخطط الشك والإساءة، فهو يؤثر على شخصية المدمن ويلعب دور أساسيا في حياة الحالة (م)، حيث يعيش في شك مستمر وعدم ثقته بالآخرين خاصة بعد سجنه وسجن ابن عمه من طرف الأم مما جعله يفقد الثقة، حيث صرحت الحالة (ماكاش كونفيونس في حتى واحد)، كما يعتقد الحالة أن الآخرين يريدون به الشر وهناك مكائد مؤامرات ضده وتوقعه لها، فشخصية الحالة يسودها الإحساس بالنقص، لأنه لم يحصل على الحب الكافي وأنه غير جدير بالحب هذا بسبب أخذ موقف سلبي والتفكير الخاطئ وفقدان رعاية وإهتمام الأب، تردد الحالة في إطلاع الآخرين على أسرارهِ خوفاً من إستغلاله يوماً ما ضده بشكل أو بآخر وتفسيره للأحداث وأن وراءها نوايا خبيثة، وفي ظل هذه الظروف تولد مخطط الشك وإساءة الآخرين له والذي يحفزهُ على اللجوء للإدمان على المخدرات كتأثير مباشر على الحالة (م).

بينما بلغت نسبة (25/30) في المخطط العزلة الاجتماعية والوحدة، يؤثر في الشخصية الحالة (م) بشكل أساسي في تنظيم حياته، فعند دخوله للإدمان وتطرفه مع الآخرين، انفصل عن الناس وأصبح منفردا لإفتقاده الشعور بالأمن وفقدان الثقة في الغير والخوف منهم وهذا راجع إلى فقدان المبكر للحب وأن وجود علاقة بين فقدان المبكر لموضوع الحب والإنطواء والعزلة عنده، وترجع العزلة الاجتماعية إلى ما تعرضت له الحالة من مشاكل قللت من قيمته ولم يجد الإستحسان من الوالد، مما أشعره بعدم الكفاية وفقدان الثقة وأصبح إنطوائيا وخاصة مع أفراد عائلته، تكوين الحالة عالم داخلي له وعدم الرغبة في الاختلاط والعزلة هي الوسيلة الوحيدة للخلاص من المواقف الإحباطية، وسخطه على نظامه ووضعها العام لا يسمح له بالاختلاط والإنسجام والتفاعل والتكيف وهذا ما تعمل عليه الإخصائية النفسية في المصلحة لإعادة التوافق وتغيير أفكاره إتجاه الآخرين.

بينما بلغت نسبة (22/30) في المخطط توهم الأذى /المرض، والذي لعب دور مهم في تنظيم حياة الحالة، من خلال تعرضه لسوء المعاملة من طرف الأب وهو في مرحلة الطفولة وفقدان الإحساس العاطفي وذكرياته السيئة والدفينة وغالبا مايعيش بخوف وحزن وذعر ويمضى معظم وقته لتأكد بأنه في أمان، ويخشى التعرض للهجوم مصدره مجهول وغير مدرك للحالة (م)، وقد ظهر هذا المخطط بنسبة مرتفعة جراء تربيته القاسية فيعتقد أن الناس تتأمر عليه ويحاولون إيذائه وتنتابه أفكار تتعلق بإمكانية القبض عليه من طرف الشرطة.

أما المخطط فقد بلغت نسبة حصولهم على (15/30) في المخطط التعلق /هدم الذات، والذي يمثل مشكلة بالنسبة للحالة، نجد أن الحالة (م) لديه مستوى متدني لذاته وفشله في إثباتها وشعوره بأنه مكروه ورميه جانبا ومتشائم ولا يستحق الحب من الأب وتبين ذلك من خلال قوله (معنديش لي يبغي)، وتم إدراكه بصورة عمدية داخله وضعف الصورة الذاتية والخوف من أن ينتهي به المطاف إلى دفع الذات إلى الإدمان والهروب، بغض النظر عن الأب المعاقب له، فيعرف من الحالة أنه عوقب بقسوة ولم يغفر له لإرتكابه ذلك الخطأ ولم يكن متسامحا معه (مارحمنيش وعذبني بصح راني ندمان)، وبالتالي فإن العقاب أدى إلى الخلاف وعرقل مسار الحياة وتوجهه مباشرة للمخدرات والإدمان عليها كل مناسب وفعال.

وقد تم الحصول على نسبة (24/30) في المخطط التضحية بالذات والذي لعب دور مهم في تنظيم حياة الحالة (م)، ويظهر ذلك من خلال إدمان الحالة على أنواع عديدة من المخدرات والإستسلام لها للتخلص من الألم والمتاعب والإعتماد الناتج عن التعاطي المتكرر، رغم أنه يدرك الآثار الوخيمة عند تناولها والمشاكل النفسية والصحية إلا أنه تقبل هذه الوضعية التي أدت إلى فتك بالذات ، كما إستنتجنا أن الحالة يمكنها أن تضحي بذاتها لإشباع الرغبات الآخرين واعتبر أن المخدرات الملجأ الوحيد للهروب.

ويرجع هذا إلى فقد اهتمام أبوه له، فمن خلال مسار حياته يعتقد أن كل من يحبه يفقده، ففقدان إهتمام وعاطفة الأب وعدم الثقة، إضافة إلى حادثة ابن عمه وعلى هذا فإن الحالة لم تشبع رغباتها بتحقيق ذاتها وإثبات كفائته ليصل إلى الغاية الغير المشروعة ومدمرة ليقع في مصيدة الإدمان على المخدرات.

كما تحصل على نسبة (23/30) في المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، ويلعب هذا المخطط دور مهما في حياة الحالة (م)، يربط هذا المخطط بدرجة كبيرة مع تعويض النقص والحرمان العاطفي من أجل الحصول على عمل يرضيه ويرضي الآخرين ومركز إجتماعي يناسبه، وتحاول الحالة من خلال تطبيق القوانين يتبعها ويرفض أي أحد ان يتجاوز تلك القوانين وإعتقاده أنه ينجز أعمال ويكون مسؤول عنها ويحاول الشعور بالرضا عن عمله.

أما المخطط الإستحقاق/الهوس العظيمة فقد بلغ نسبته (27/30)، يمثل هذا المخطط دور أساسي وبدرجة كبيرة في حياة الحالة (م)، فهو يرفض إتباع تقاليد وعادات المجتمع ونرى ذلك من خلال قوله (إن المجتمع فاسد) ويرفض فكرة أنه يتبع قواعد وقوانين المجتمع ونستدل على عدم قبول تسلط والده عليه، فذلك نمى لديه القلق والعداوة، وقد تم التعبير عن غضبه من خلال سلوكه المرتبط بالإدمان، كما يرى نفسه أنه كفؤاً في كل ما يقوم به وأنه على صواب في ما يفعله ويقولوه وهذا راجع إلى الشعور بالعظيمة والإقتدار، فمفهوم العظيمة لديه هو الذي يجعل اللهفة لديه ولا يمكن التحكم فيها، ونستدل ذلك من خلال ترويجه للمخدرات لإظهار عظمتة بطريقة غير مباشرة وتحدياً للقانون.

بينما تحصل المخطط العجز عن ضبط الذات على نسبة (22/30)، والذي يلعب دور مهم في تنظيم حياة الحالة حيث نجد عدم إلزام الحالة بالقوانين والمعايير الإجتماعية من خلال تصرفاته والإنفعالات الطائشة، وعدم ضبط ميوله وعدم تكيفه مع الآخرين والمواقف الإجتماعية وتختلف صورة ذاته لتتكشف تحت تأثير المخدرات فالحالة لا يستطيع التحكم في نفسه والتخلص من الإدمان.

بينما المخططات الخمسة الأخرى لم يثبت نشاطهم وتأثيرهم كثيراً على مقياس جيفري يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، وهذا راجع لأسباب لم تتوفر في دراستنا الحالية. ومما سبق نستنتج أنه هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، لأن الحالة (م) لم تجد منفذا لحالتها إلا اللجوء إلى المخدرات والادمان عنها كحل أنسب وسريع.

5.1.4. تقديم وتحليل ومناقشة الحالة الخامسة:

الحالة (أ) تبلغ من العمر (24 سنة)، مقيم بولاية تيارت، أعزب، بطل، لديه مستوى الأولى متوسط، ذو مستوى اقتصادي منخفض، يسكن في بيت قصديري، ترتيبه العائلي الثالث.

بالرجوع إلى تاريخ الحالة نجد أن الأمر الذي أدى به إلى الانحراف وأخذ مسار المخدرات المشاكل العائلية التي عاش فيها، فعند بلوغه (3 سنوات)، سجن والده بسبب قضية سياسية، فتكفلت والدته برعايته في ظل مواجهتها للمصاعب والمشاكل الاقتصادية ونقص الإمكانيات المادية، فكانت الأم تعمل خياطة، وبعد خروج الأب من السجن تزوج بإمراة أخرى في السر وكان والديه دائمي الصراع، انفصلا وهو لم يتجاوز السن (10 سنوات) ومن خلال الحديث عن والده أنكر وجوده وتبين في تصريح الحالة (أنا ليس لي أب فالأب الذي يترك عائلته أنفي وجوده)، بالإضافة إلى أن الحالة كانت في صراع دائم مع الأخت الكبرى لكثرة علاقتها الغير المشروعة مع الرجال وخروجها لوحدها في الليل وغالبا ما يتشاجر معها ويترك البيت ليذهب إلى أصدقاءه لساعات متأخرة من الليل.

ذكرت الحالة أن بداية سن تناوله للمخدرات كان في سن الحادي عشرة من عمره كانت التجربة الأولى له مع الكحول فقد أصيب بجنون الشراب ليجد نفسه مدفوعا إلى المزيد من الشراب وأصبح مولعا به بصفة يومية مع أصدقائه، وبعد الكحول إتجه إلى تناول السجائر بمعدل علبتين في اليوم الواحد لكن سرعان ما يتناول الكحول والتدخين معا عندما يشعر بالقلق والتوتر، وهذا الإحساس بمثابة تدعيم وتكرار ملح لمضاعفة الجرعة كل مرة، إلا أنه لم يجدي نفعا وأصبح يتعاطى المهلوسات (الحمرة والزرقة) وأشارت الحالة إلى أن تناولها يشعره (بالنقرة) أو النشوة، شعور يجعله في قمة السعادة، من بين الأنواع التي تناولها (الباركيدين، لارتان، نيفورتين) وغيرها إلا أنه يميل (للحمرة) لولعه بها، وللحالة علاقة مع فتاة كان على اتصال بها وكانت تدعمه ماديا لشراء الأقراص، حاول الحالة التوقف عن الإدمان على المخدرات لمدة (15 يوم) لكن سرعان ما ينتكس ويعود إلى التعاطي بشدة.

لم يكن الحالة راضي عن المآل الذي وصل إليه، حيث تدهورت حالته بمعاناته من نقص في الشهية وإضطراب في النوم (نوم متقطع) بسبب الدخول المتأخر ولا يستيقظ إلى غاية الرابعة مساء، وكان أول ما يقوم به تدخين (الشيشة)، كانت علاقة الحالة بالآخرين منعزلة وإعتقاده أن كل الناس ليسو محل الثقة وحتى مع رفاقه الذين يتعاطون معه فنجد لديه يقظة مفرطة تجعله يكتشف نواياهم أي أحد، ويصرح أنه تعلم الكثير من التجارب مع الآخرين ويعلم طبيعة الناس وخاصة فئة المدمنين.

أصبحت الحالة (أ) من بين مروجي مخدرات مع زوج أخته إلا أنه تم إلقاء القبض عليه، وسجنه ليوم واحد وأُفرج عنه توفر الأدلة ضده، فمنذ ذلك اليوم أصبح يعيش في خوف شديد من أن يتم القبض عليه، وإنشغال الحالة بالمشاكل العائلية والإهمال المفرط للأسرة والرقابة والحرية التامة جعله يسلك طريق الإدمان للتعبير عن عجزه عن التكيف مع واقعه ونقص التحكم في الذات أثناء التعاطي والرغبة الملحة لتخفيض من قلق المستقبل الضائع والمعاناة جعلته اسير هذه الأفة، وبطلب وإلحاح والدته الحالة على العلاج والتوقف عن هذه السموم، فطلب المساعدة من مختصين بأحد المصالح الإستشفائية (كارمان)، إلا أن رغبته في الإقلاع عن الإدمان ضئيلة جدا.

ولقد لجأنا إلى تطبيق مقياس المخططات المبكرة غير متكيفة لكي تدعم النتائج الكيفية التي حصلنا عليها في المقابلة العيادية النصف الموجهة بنتائج كمية، وبعد تطبيقنا لمقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، حصلنا على النتائج أو مجموع درجات في كل نموذج والتي تشير إلى أهم النماذج المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى الحالة (أ) حسب أهميتها ونشاطها أو مستوى تأثيرها عليه كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(10): يبين نتائج مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ليونغ للحالة الخامسة.

أنواع المخططات (النموذج)	الدرجة التي تحصل عليها الحالة (أ)	مستوى تأثير المخطط
مخطط الحرمان العاطفي	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
مخطط الهجران/ عدم الإستقرار	21	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
التشكيك/ الإساءة	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
العزلة الإجتماعية/ الوحدة	23	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الغيب / العار	06	المخطط لا يؤثر في الشخص
الفشل	10	المخطط يآثر في بعض الظروف
الإتكالية / الإعتماد	10	المخطط يآثر في بعض الظروف
توهم الأذى/ المرض	25	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
التعلق/ هدم الذات	22	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الإذعان أو الإنقياد	06	المخطط لا يؤثر في الشخص
التضحية بالذات	18	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
الكبت العاطفي	12	المخطط يشكل مشكلة بالنسبة للشخص
المعايير الصارمة / النفاق	25	المخطط أساسي في تنظيم الفرد
الإستحقاق / هوس العظمة	24	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
العجز عن ضبط الذات / ضبط الذات	22	المخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد
الدرجة الكلية	272	/

ومن خلال الجدول نلاحظ أن معظم المخططات كانت درجاتهم تتراوح ما بين عالية والعالية جدا، بينما نسبة تأثير بعض المخططات متوسطة، أما نسبة البعض الآخر من المخططات فقد كان شبه معدوم أو قليلا جدا.

كما تظهر النتائج المتحصل عليها من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق مقياس يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة، أن الدرجة الكلية للحالة(أ) على مقياس

المخططات بلغت نسبة (272)، والتي توحى إلى نسبة قبول مقبولة لنشاط بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة.

فقد تحصل مخطط الحرمان العاطفي على نسبة (24/30) عند الحالة (أ)، والذي يلعب دوراً مهماً في حياة الفرد فمن خلال المقابلة العيادية مع الحالة وجدنا أن الأب معادي للأم ووجود صراعات بينهم، كما يتهرب من المسؤوليته وزواجه من أخرى وغياب دوره بالكامل أدى بالحالة إلى الكابة عدة مرات، وظهور قلق وتوتر لديه، وضرورة تلبية حاجاته ورغباته النفسية والعاطفية أنتج من الحالة سلوك إنحرافي، ولجوءه للإدمان على المخدرات للتخفيف من قوة تلك الآلام المعنوية.

تحاول الحالة إنكار المعاناة التي تعيشها، حيث صرحت أثناء المقابلة العيادية بأن لا وجود للأب وهنا نستنتج أن غياب عملية الأخذ والعطاء ومنح القرارات المتعلقة بمصير الأسرة التي يقوم بها الوالد وسلوكه في العمل والشارع والحياة الخاصة كلها تمثل نماذج معرفية محسوسة بالنسبة للحالة لبلورة أفكار وإفتراسات وتوقعات لسلوك الفرد وتكوين معالم شخصية في ظل الغياب لذا حرمت الحالة من تنمية السلوك الاجتماعي والتوجه للسلوك الانحرافي.

أما مخطط الهجران /عدم الاستقرار، فقد بلغت نسبته (21/30)، حيث يلعب دوراً مهماً في حياة الفرد ونجد هذا المخطط في حياة الحالة في ظل الصراعات وإضطراب العلاقة الزوجية بين الوالدين فتكرار التصرفات الخاطئة أمام ناظري الحالة في طفولته والشجار الدائم مع أخته وحالات النزاع والخصومة، فنجد الحالة تهرب ذلك الجو المضطرب لساعات متأخرة، وتوفير جو الراحة والإطمئنان بتناول المادة المخدرة، بالإضافة إلى شيوخ الفوضى داخل الأسرة وغياب الأب أدى إلى الإحساس بالضياع والخوف والضعف والحاجة المستمرة للبحث عن الحنان المفقود في أي ناحية من النواحي، كالاتجاه لكره المجتمع ومحاولة إتباعه للسلوك الإدماني للفت الإنتباه وقد وصل شعوره إلى الحاجة للإكتفاء العاطفي والحنان إلى البحث عن أصدقاء سلوكياتهم سيئة، ولديهم القدرة على إعطاءه الحنان الذي يبحث عنه خارج أسرته وتطور سلوكه إلى أن أصبح من العصابات المنحرفة ومروجي للمخدرات.

بينما المخطط التشكيك /الإساءة، فقد كانت نسبته (24/30)، والذي يلعب دوراً مهماً في حياة الحالة، فهو يخاف من الإستغلال وفقدان الثقة فالمدنيين يغلب عليهم طابع الشك وهذا ما صرحت به الحالة فهو لا يصدق الآخرين حتى ولو كانوا على صدق ويشك دون دليل مقنع بأنهم يريدون له الأذى أو يخدعون، ونلاحظ اليقظة المفرطة لديه وهذا التوجه في التفكير والإنفعالات والسلوك يشمل كل نواحي حياته وبدون إستثناء وخاصة أفراد أسرته، حيث يتوقع أنها سوف توضع مكائد ومؤامرات ضده.

بينما تحصل الحالة (أ) على نسبة (23 / 30) في المخطط العزلة الاجتماعية والوحدة، والذي يلعب دورا مهما في حياته، ويظهر في علاقته مع الآخرين حيث يتأثر سلبا بهم، وانسحاب الحالة (أ) منذ دخوله في عالم الإدمان فهو يفضل الإنعزال والوحدة وعدم الإختلاط بالآخرين حتى وإن كانت عائلته، كما يعاني من إحباط حاد وتسيطر عليه أفكار تشاؤمية، بسبب الوضع المزري الذي يعيشه، وشعوره المفرط بالحرية ما أدى به إلى العزلة رافضا كل أشكال التواصل كما تظهر عليه سمات القلق ولتخفيف هذا التوتر يلجأ الحالة (أ) إلى المهلوسات لشعور بالسعادة بدل التوتر والعصبية.

كما تحصل على نسبة (25/30) في المخطط توهم الأذى /المرض، الذي يلعب دور أساسي في تنظيم الحالة فإعتقاد الحالة أن الناس تسيئ له بالإضافة إلى القلق الدائم على حالته وجل أفكاره ومشاعره تتخللها هواجس بشأن حياته، وفكره مشغول بالأفكار الغامرة من المستقبل الضائع ويتسم سلوكه بالعناد والتمسك الزائد بأراءه وإرجاع الفشل إلى غياب الأب.

كما أنه يخشى التعرض للإساءة من الناس وفقدان ثقته بنفسه وفي الآخرين، ونستنتج أن عدم الإهتمام طرف الأب والتفكير السلبي اتجاه والده، كونه يتعلق بعدم تلبية حاجيات الحالة كالرعاية والحب ينتج عنه اعتلال كبير في إعتقداته وإفتراضاته عن الإساءة بما في ذلك عدم نمو الحالة عاطفيا واجتماعيا ونرى الحالة لديها قابلية للأذى والمرض.

أما المخطط التعلق /هدم الذات، فقد بلغت نسبته (22 / 30)، الذي يمثل دورا هام في حياة الحالة (أ)، فقد صنعت الحالة حاجز وهميا على أنه يستطيع العيش بمفرده ودون أسرته، وإفتقاده لوالده تسبب له في الشعور بالوحدة والعزلة ونتج عن ذلك إنكاره له، لأنه كان غائبا عنه، ونعتبر التعلق عائقا في حياته فنجد غياب التواصل الحالة مع بيئته أو عائلته ويقيد نفسه ويتعلق بالمخدرات، ويجبر نفسه على الإبتعاد والهروب بعيدا وهذا ما أثر على قدرته الإنفعالية والسلوكية ودخوله في علاقات سطحية أو متبادلة الإرضاء.

وتم الحصول على نسبة (18 / 30) في المخطط التضحية بالذات، والذي يشكل مشكلة بالنسبة للشخص، فمخطط التضحية بالذات في سبيل إرضاء الآخرين نجده نوعا ما يتحلى به، فتخلي الحالة عن مصالحه وسعادته ورغباته من أجل الإبتعاد وعدم الإحتكاك بالآخرين دليل عن تضحيته في بعض الأمور تلبية لحاجات الغير وعدم جلب المشاكل لهم، ونرى أن الحالة في إنغلاق على ذاته وينتظر حدوث التغيير ويعيش حالة من الرضا النفسي الكاذب ويحاول إحداث عملية التوافق النفسي من خلال لرضا الآخرين.

بينما تحصل الحالة (أ) على نسبة (25/30) في المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، يمثل هذا المخطط دور مهم في تنظيم الحالة فهو صارم في إتخاذ القرارات ويواجه الحياة بقوة بتشكيل قوانين خاطئة يتبعها ويرفض التدخل فيها ويرجع ذلك لعدم اقتناعه بقرارات وأراء

الأخرين، ويتصف الحالة (أ) بعدم التسامح، ويصرح كذلك بأن قراراته غالبا ما تكون فاشلة وبالرجوع إلى تفسير المخطط أن الحالة يرى الناس يسئون له ويحتقرونه لذا يتوجب عليهم العقاب بسبب حقارتهم ويستوجب عليه معاقبتهم على هذا الفعل ويعود هذا إلى الإهمال الأسري فهو لم يسبق أن تعلم المسؤولية أو مفهوم المشقة أو الصبر في حياته.

كما تحصل على نسبة (24/30) في المخطط الإستحقاق وهوس العظمة، والذي يلعب دور مهم في تنظيم حياة الحالة (أ) فقد أصاب الحالة نوع من الهوس بنفسه والإعتقاد الجازم أن الأفكار التي يطرحها ثابتة وحقيقية تماما، وأن مجتمعه غير عادل، كما يرفض النقد ويعتقد أنه لا يوجد أشخاص عاديين يشبهونه إلا الأفراد المميزين فقط من يمكنهم فهمه والتوافق معه، فإحتياج الحالة للنموذج يقتاده وأوهامه للوالد الدائم العطاء ودائم المحبة يعكس شعوره بالعظمة من أجل إظهار الذات العظيمة في هيكل الذات الواقعية.

كما تحصل الحالة (أ) على نسبة (22/30) في المخطط العجز عن ضبط الذات، حيث يلعب هذا المخطط دورا مهم في تنظيم حياة الحالة ودورا محوريا في تشكيل السلوك الإدمان للحالة في ذاته وإبراز سماته المزاجية فإدمان الحالة (أ) يسلك طريقة خاطئة على حساب ذاته ونلاحظ عجز في التحكم في الذات نتيجة للمشاعر والأحاسيس المفتقدة والمصاعب والعقبات التي وجهها في الحياة إلى الجانب المستوى الإقتصادي المتدني وعلى هذا لجأ الحالة إلى المخدرات للتخفيف من التوتر والقلق حيل الأفكار والتوقعات التي تتمحور حول مستقبله الضائع، كما يبحث عن الراحة ويشبع دوافعه ورغباته ويستثير ميوله بطريقة خاطئة والإنصياع للمادة المخدرة والإدمان عليها كحل مناسب لمعاشه اليومي.

أما فيما يخص المخططات الأخرى التي لم تثبت نشاطها على مقياس جيفري يونغ للمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى الحالة (أ) نظرا لطبيعة الحالة في حد ذاتها وللأفكار التي تحملها أو الظروف التي تعيشها، أو لأسباب أخرى لم تتوفر في دراستنا الحالية.

ومما تم طرحه سابقا نستنتج أن الحالة (أ) كان لها معظم المخططات المبكرة غير المتكيفة نشطة إلا أن نشاط هذه المخططات كان متوسطا مقارنة بالحالات السابقة ويعود هذا إلى البنية المعرفية أي الأفكار والمعاني والمعتقدات التي يحملها الحالة في طبيعته وكيفية توظيفه لها.

2.5. خلاصة تحليل ومناقشة عامة لنتائج الحالات:

يتضح لنا من خلال النتائج المتحصل عليها للحالات التي تم دراستها، أن الفرضية التي تقر بأن هناك مخططات مبكرة غير متكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات قد تحققت بدرجة كبيرة، ويعزى إلى ذلك أن السبب في نشاط بعض المخططات دون أخرى، هو توليفة من العوامل والأسباب المتداخلة فيما بينها منذ مرحلة الطفولة، ومن بين أهم هذه العوامل، العوامل المعرفية، والتي تعود للبنية المعرفية للفرد المدمن وما تحتويه من معتقدات وافتراسات وأفكار ضمنية مختلفة وظيفيا وغير شرطية حول الذات وعلاقته

بالآخرين، كما أن "جيفري يونغ وأخرون" أكدوا هذا في الكثير من الدراسات، حيث تنمو هذه المخططات في مرحلة الطفولة وتعمل على تصفية الخبرات الواردة بشكل إنتقائي...، كما يفترض "يونج" أن الشخص يحافظ على إستمرارية المخططات من خلال، التعويض الزائد أو مقاومة المخطط رغم أن العكس هو الصحيح، أو تجنب المخطط النشاط، الإستسلام والخضوع له (Lobbestael, Vreeswijk, Arntz, 2007).

ومن بين أهم المخططات المبكرة غير المتكيفة التي لاحظنا نشاطها في معظم الحالات التي تطرقنا إليها هو مخطط الحرمان العاطفي، والذي لعب دورا أساسيا في تنظيم حياة الفرد المدمن ويعود نشاطه وتأثيره إلى الصدمات التي يتعرض لها الفرد خلال طفولته، كفقدانه لوالديه أو أحدهما، بسبب انفصالهم أو إهمالهم له، وهذا الأمر يدفعه عند الوصول لسن معين على تناول المخدرات والإدمان عليها كما ما إلتمسناه في معظم الحالات التي تعرضنا لها خاصة، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج دراسة "M.Hautekeete"(2006)، والتي تؤكد على نشاط مخطط الحرمان العاطفي أو الإنفعالي لدى المدمنين على المخدرات المتواجدين بمركز العلاج بفرنسا أثناء الفترة الإستشفائية، يعنى هذا أن المخطط كان نشيط لدى هذه الفئة رغم تغير البيئة المدروسة والمجموعة المطبق عليها، كما يلعب شعور الفرد بفقدان أو نقص العطف والحرمان والحماية، والحصانة والإهتمام التي كان يتمتع بها في يوم من الأيام كما لاحظناه في الحالة الأولى، إلى شعوره بالفراغ العاطفي وتشكيل إفتراضات ومعتقدات خاطئة حول هذا الموضوع، كان سبب محفز لتناول المخدرات والإدمان عليها لتعبئة تلك الأفكار التي تجول في ذهنه والفراغ الذي يعاني منه، كما لاننسى عامل الإفراط في الرعاية والحرص الشديد، أو التسلط الوالدي وسوء المعاملة للأبناء كما وجدناه في الحالة الثانية والثالثة والرابعة، تجعلهم غير قادرين على التعبير والتصريح بما في داخلهم أو مايشعرون به تلبية لحاجياتهم، وكل هذه الأمور تعالج بطريقة خاطئة وتبقى تلح على الفرد لإشباعها ولا يجد مخرجا آخر لتلبيتها وإشباعها إلا عن طريق تناول المخدرات والإدمان عليها، كتعويض للنقص وتلبية لتلك الأفكار والمعتقدات التي تراوده من حين لآخر، وهذا ماأشارت إليه نظرية التعلم الإجتماعي التي تؤكد على أن العلاقة الأسرية وتفككها سببا قويا ومباشرا في الإنحراف، فعندما تضطرب العلاقات بين الوالدين فإن إحتمال تعاطي الابناء للمخدرات يصبح قويا وبصفة عامة، أو غياب أحد الوالدين أو كلاهما(مشاقبة،2007)، كما توصلت دراسة "Marchand et Grebot"(2008)، بأن مخطط الحرمان العاطفي كان مفرط النشاط لدى المتعاطين للحشيش في المجتمع الفرنسي، حيث اعتبروا أن مخطط نقص التحكم في الذات كان إستجابة لتجنب مخطط الحرمان العاطفي.

أما دراسة "Stoppa and Waters" فقد أثبت وجود مخطط الحرمان العاطفي ويزداد بعد إستقرار المزاج المكتئب وبما أن المدمنين على المخدرات يمرون أحيانا بنوبات إكتئابية

جراء إنتكاسة، فإننا نستنتج أن هذه الدراسات تتفق مع نتائجنا لأبعد الحدود، لأن أي خلل في الجانب العاطفي يؤدي إلى تشكل مخطط مبكر غير متكيف لدى الفرد وفي حالة نشاط هذا الأخير تكون نتائجه وخيمة ومن بينها اللجوء إلى الإدمان على المخدرات.

أما فيما يخص مخطط الهجران/ عدم الإستقرار، فقد كان نشاطه مؤثرا جدا وبشكل أساسي لدرجة أن هذا الأخير ينظم حياة الفرد، وذلك من خلال ما لاحظناه وما حصلنا عليه من نتائج في معظم الحالات التي تعرضنا لها، نتيجة لغياب الدعم العاطفي والأسري ونقص العطاء وعدم الإستقرار الإنفعالي وفقدان الحماية والحصانة التي كان يتمتع بها في طفولته أو لفترة من فترات حياته، كما لاننسى أن انفصال الوالدين وتفكك الإستقرار والتماسك العائلي، أو سيطرة أحد الوالدين كالحالة الثانية مثلا، تولد له نوع من التهديد وشعوره بعدم الإستقرار والطمأنينة خوفا من فقدانه لشخص قريب منه أو متعلق به كثيرا، بإعتباره منبع للرعاية والحنان، وكل هذه المعاناة كانت نتيجة مسار الحياة المعاشة، بحيث تجعله مؤهبا للدخول عالم الانحراف للبحث عن الإستقرار النفسي، الإقتصادي والاجتماعي وحتى المكاني، أوتجاهل الصراعات، فوجد أن تناول المخدرات والإدمان عليها هو السبيل الوحيد للتخفيف من حدة هاته المعاناة، ومن بين أهم الدراسات التي تتفق مع نتائجنا، دراسة كل من **"Marchand et Grebot" (2008)** التي تؤكد على نشاط هذا المخطط وبشدة لدى

المتعاطين للحشيش، وتوصلت دراسة **"عيشوني" (2012)** على وجود مخطط الهجران/عدم الإستقرار حافزا ونشطا لدى عينة من المدمنين على المخدرات، أما دراسة **"Gouveia, Pand al" (2006)**، فأثبتت نشاط مخطط عدم الإستقرار وبدرجة عالية وحادة لذوي المخاوف الاجتماعية وعند القلقين والعاديين، وبما أن المدمنين على المخدرات يتميزون بقلق دائم فإننا نسقط هذه الدراسة على دراستنا، ولهذا فإن شعور الفرد بعدم الإستقرار الإنفعالي والمكاني وغيرها، تساعد على تشكيل مخططات مبكرة غير متكيفة حول هذا الموضوع، وهذا الأخير يحفز على البحث عن الإستقرار بأي شكل من الأشكال، والبعض منهم لا يجدون سبيلا في ذلك إلا تناول المخدرات والادمان عليها.

بينما مخطط الشك/ الإساءة، يتضح لنا من خلال نتائج دراستنا لبعض الحالات أنه نشطا ويؤثر في شخصية المدمن بحيث يلعب دورا هاما في حياته وذلك نتيجة للإهمال الغير مبرر، وغياب الحماية في طفولته أو فشله في تجارب عاطفية وسوء معاملته أو إستغلاله من طرف عائلته أو الآخرين، كذلك سيطرة وتطلب أحد الوالدين أو كليهما، وكل هذه الظروف تجعل من الفرد التوجه إلى البحث عن ملجأ لنسيان تلك المعاناة والأفكار التي أستقها خلال حياته من أسرته أو بيئته، ومن بين الدراسات التي تتفق مع هذه النتيجة، دراسة **"عيشوني" (2012)** التي أكدت على نشاط مخطط الشك والإساءة عند عينة من المدمنين على المخدرات، أما دراسة **"Samuel A.Bil,Jeffrey Young" (2000)** فقد

توصلت إلى أن مخطط الإساءة والشك كان نشطا جدا لدى الحالة الثالثة (Bill) مقارنة بالحالات الأخرى، وعلى ضوء النظرية المعرفية التي تؤكد لنا دور التوقعات الإيجابية من تعاطي المخدرات على استمرار الإدمان (حسيب عبد المنعم، 2006: 214)، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على أن للمعتقدات والأفكار والإفترضات التوقع والشك التي يحملها الفرد دورا كبيرا في تعاطي المخدرات والإدمان عليها، خاصة إذا كانت هذه الأفكار والمعتقدات التي تتخلل في ذهنية الفرد أفكار سلبية أو خاطئة، فإنها تشجع مباشرة على تناول المخدرات والإدمان عليها، كما أكدها لها "بيك وآخرون" (1993) في نظريتهم بأن وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، ومعتقدات متعلقة بالتوجيه (صادقي، 2014: 193).

أما فيما يخص مخطط العزلة الاجتماعية/ الوحدة، فهو أساسي في تنظيم حياة المدمنين وذلك نتيجة لما لاحظناه وماتحصلنا عليه من نتائج خلال دراستنا لمعظم الحالات وهذا راجع إلى الحب المفرط للحرية والاستقلالية، بالإضافة إلى الإحباط الذي يعيشه البعض جراء فقدانهم للحماية والحصانة والحب، الحنان والشعور الدائم بالإغتراب داخل الأسرة، كما لاننسى عامل التهميش والإهمال الوالدي أو الأسري والأقران بصفة خاصة والآخرين بصفة عامة، وقد تكون العزلة الاجتماعية نتيجة للتسلط الوالدي والهروب من القيود التي تفرض عليه لدرجة عدم شعوره بالأمان والراحة، وتتفق نتائج دراستنا مع نتائج دراسات، "عيشوني" (2012)، التي توصلت إلى وجود نشاط عالي لمخطط الشك والإساءة عند عينة من المدمنين على المخدرات، ودراسة "S.Bailieux" (2008)، التي أثبتت نشاط هذا المخطط وبدرجة كبيرة عند المدمنين على الكحول، أما دراسة "M.Hautekeet" (2006)، تم التأكيد على نشاط مخطط العزلة الاجتماعية والوحدة لدى المدمنين على المخدرات المتواجدين بمركز العلاج بفرنسا أثناء الفترة الإستشفائية، كما أثبت "اليس" في نظريته أن الكائن الإنساني... يتعلم عن طريق الإشراف الإجتماعي تقوية ودعم هذه النزعة. (لويس، 1994: 183). أما مخطط توهم الأذى/ المرض، فكانت النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا، أن هذا المخطط يشكل مشكلة بالنسبة لمعظم الحالات التي تطرقنا إليها وذلك لشعورهم وتوقعاتهم المستمرة بأن شيئا سيئا قد يصيبهم، أو بسبب إصابة لأحد أفراد أسرته أو أصدقائهم (كمريض أو شلل، إفلاس، فقر)، أو لعدم إستقرارهم الإنفعالي وفقدان الثقة في مواجهة وحل المشاكل والصراعات اليومية التي يعيشها، كما ينشط هذا المخطط نتيجة للتجربة مع المرض كالحالة الأولى، أو سجن وغدر قد عاشها أو مر بها في حياته كما في باقي الحالات الأخرى، ومن بين الدراسات التي توافق هذه النتيجة دراسة كل من "S.Bailieux" (2008)، ودراسة "M.Hautekeet" (2006)، ودراسة

عيشوني" (2012)، التي أثبتت وجود نشاط مخطط الإنجراحية أو توهم الأذى والمرض لدى المدمنين على المخدرات رغم إختلاف بيئة وخصائص كل عينة. وفيما يخص مخطط التعلق/ هدم الذات، فقد كانت النتائج المتحصل عليها للحالات التي تطرقنا إليها أن هذا الأخير يمثل مشكلة بالنسبة لحياته كمدمن على المخدرات، وتجعله غير قادر على التكيف الاجتماعي العاطفي منذ طفولته، وعدم قدرته على تقبل فقدان أي شخص مقربا له والتفكير في هذه الأمور نتج عنه عدوانية مفرطة على ذاته وعلى الآخرين، وشعوره بالقلق والتوتر والإحباط الدائم، لدرجة خوفه من الارتباط، وفي هذا السياق وجدنا دراسات تتفق مع نتائج دراستنا، منها دراسة **"S.Bailleux et coll" (2008)** ودراسة **"عيشوني" (2012)،** التي أثبت وجود نشاط مخطط العلاقات الذوبانية أو مخطط التعلق وهدم الذات عند عينة من المدمنين على المخدرات الخاضعين للإستشفاء بمركز العلاج بفرنسا.

أما مخطط التضحية بالذات، له دورا مؤثرا ونشطا لدى معظم الحالات التي تعرضنا لها، إذ يعتبر محورا هاما في حياتهم، لإدراكهم الآثار التي تخلفها تناول المخدرات والإدمان عليها ومدى خطورتها، وقد تؤدي بهم إلى الموت أو الإصابة بأمراض مستعصية وخطيرة، ولتمردهم أو خضوعهم لطلبات الآخرين خاصة الوالدين تلبية لحاجياتهم وإشباعها مقابل التضحية برغباتهم ومتطلباتهم، وذلك للحفاظ على علاقتهم مع الآخرين وحتى لا يشعرون بالذنب والإستياء بسبب أنانيتهم وحبهم لذاتهم، ومحاولة منهم لنسيان وعدم تذكرهم بأنهم يضحون بذاتهم وذلك بخضوعهم للآخرين بإرادتهم على حساب رغباتهم وهروبهم من الواقع المعاش وخوفهم من فقدان، يلجأون إلى تناول المخدرات والإدمان عليها كحل أنسب لهم، ومن بين أهم الدراسات التي توافقت مع نتائج دراستنا، كل من دراسة: **"M.Hautekeet" (2006)، و" S.Bailleux et coll" (2008)، "عيشوني" (2012)،** والتي توصل إلى وجود مخطط التضحية بالذات عند المدمنين على المخدرات ونشاطه بدرجة عالية.

ومن خلال النتائج التي تحصلنا عليها في دراستنا الحالية، أن المخطط المعايير الصارمة/ النفاق، يلعب دورا أساسيا وكبيرا في تنظيم حياة المدمنين وذلك لشعورهم بالغدر والقلق والعصبية والإحباط في بعض الأحيان نتيجة للتجارب التي مرو بها في حياتهم من (غدر، نفاق، خيانة، ... إلخ)، كما أن واقعهم أرغمهم على تحمل المسؤولية والأداء المبالغ فيه من أجل تحقيق أهدافهم أو أهداف غيرهم بطريقة خاطئة، رغم عدم رغبتهم في ذلك، بالإضافة إلى شعورهم الدائم بعدم قدرتهم على الإتصال أو إقامة علاقات إجتماعية والحفاظ عليها، كما يرون أن الإلتزام بالقوانين والمعايير الإجتماعية أمر غير عقلائي وغير منطقي، بل يجب أن يكون للشخص الإستقلالية التامة دون تقيد، مما ولد لهم الشعور بالتوتر والقلق، الضغط وسلب متعة الحياة والسعادة والصحة النفسية والجسدية، وللتخلص من كل

هذه الأفكار والمشاعر والمعتقدات التي تجول في ذهنيهم يتوجهون إلى تناول المخدرات والإدمان عليها كمواجهة فعالة ومناسبة لوضعيتهم، ولقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من: دراسة "M.Hautekeet" (2006)، ودراسة "S.Bailleux et coll" (2008)، دراسة "عيشوني" (2012)، التي تحققت من نشاط المخطط المعايير الصارمة/ النفاق لدى عينة من المدمنين على المخدرات وبدرجة عالية.

أما المخطط الإستحقاق/ هوس العظمة، فإنه يلعب دوراً أساسياً في معظم الحالات التي تطرقنا إليها وهذا حسب النتائج المتحصل عليها، ويظهر نشاط هذا المخطط من خلال التصرفات والسلوكيات المتمردة التي يقوم بها ضد عائلته وأصدقائه ومحيطه، كما نلاحظ إنتقال البعض منهم للعيش بمفرده كما في الحالة الأولى والرابعة وممارستهم للأفعال الغير المشروعة ومنافية لمعايير العقل والواقع بهدف الإستعلاء المبالغ به، على حساب الآخرين والقوانين وباقي المعايير الإجتماعية، فهم لا يراعون أي إهتمام أو إحترام للآخر بإعتبارهم أشخاص مميزون عن غيرهم، وذلك راجع إلى الأفكار الموجودة في منظماتهم المعرفية والتي تبنيها منذ طفولتهم أثناء التنشئة الوالدية المفرطة من جهة والإهمال والتفريط من جهة أخرى أو سيطرة وديكتاتورية أحد الوالدين أو كليهما، كما يتميزون بالغرور ورغبتهم في الإستحواذ على الأشياء كالمناصب العليا وحبهم للسلطة، وفي ظل هذه الظروف التي يعيشونها يلجؤون إلى تناول المخدرات والإدمان عليها هروبا من المشاعر والأفكار التي تراودهم، وقد اتفقت دراستنا هذه مع نتائج دراسة "S.Bailleux et coll" (2008) ودراسة "عيشوني" (2012)، التي أكدت على وجود نشاط عالي لمخطط الإستحقاق وهوس العظمة عند عينة من المدمنين على المخدرات.

أما فيما يخص المخطط العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات، فقد اثبتت النتائج المحصل عليها على نشاطه بشكل كبير بحيث يلعب دوراً هاماً في حياة المدمنين أو لبعض الحالات التي تم التطرق لها، وذلك نتيجة لعجزهم عن التحكم في مشاعرهم وإنفعالاتهم وإندفاعهم بحيث يستجيبوا لرغباتهم بشكل متهور تجنباً للمواقف الحرجة والمؤلمة والمزعجة، في ظل ذكرياتهم لصدمات الماضي والتجارب الفاشلة في تكوين علاقات حقيقية أو فشلهم في الحياة، أو نتيجة إهمالهم من طرف عائلتهم وعدم شعورهم بالإستقرار، مما عجزوا عن ضبط ذاتهم، وحسم أمورهم وإتخاذ قرارات مهمة، وصعوبة التعبير عن الذات المدركة في هيكل الذات الواقعية بتناول المخدرات والإدمان عليها، كإستراتيجية للهروب من واقعه ومما يعيشه، وتتفق هذه النتيجة مع ماتوصلت إليه نتائج كل من: دراسة "Grebot et" (2008) التي أثبتت إسقاط ونشاط مخطط نقص التحكم في الذات عند الحالات الثلاثة حيث يعتبر عامل مباشر لتفجير الإدمان، لأن الفرد لا يستطيع أن يتحمل الإحباط في رغباته ويكون غير قادر على تطور أو تعديل تعبير إنفعالاته أو عواطفه،

ودراسة **"Dardar, Grebot" (2010)**، أوضحت أن مخطط نقص التحكم في الذات نشط لدرجة مفرطة لدى المدمنين على الحشيش بالمجتمع الفرنسي، كما أكدت دراسة **"Marchand, Grebot" (2008)**، أن مخطط نقص التحكم في الذات يكون كاستجابة تجنب لمخطط الحرمان العاطفي، أما دراسة **عيشوني (2012)**، و**"S.Baileux" (2000)**، ودراسة **"E.Grebot et J.Dardard" (2010)**، فقد أثبت نشاط مخطط التحكم الذاتي الغير الكافي أو نقص التحكم في الذات، لدى المدمنين على الكحول من جهة والمدمنين على الحشيش من جهة أخرى.

أما المخططات كل من العيب/ العار، الفشل، الإتكالية/ الإعتماضية، والإذعان أو الإنقياد، ومخطط الكبت العاطفي، فقد كان نشاطهم قليل جدا أو شبه منعدم لدى الحالات التي تطرقنا، لها وهذا إما لطبيعة البنية المعرفية أو الشخصية أو الإجتماعية للحالات أو للبيئة المدروسة، وراجع الى متابعتهم للعلاج لم يتم ظهور نشاط هذه المخططات وقد اتفق نتائجنا مع نتائج دراسة **"عيشوني" (2012)**، ودراسة **"S.Baileux" (2008)** التي أثبت عدم نشاط هذه المخططات عند نفس الفئة، أما دراسة **"M.Hautekeet" (2006)** التي أيدت نتيجة دراستنا في عدم نشاط بعض المخططات ماعدا مخططين الكبت العاطفي والإتكالية/الإعتماضية الذي أثبت نشاطهما وبدرجة عالية عكس ماتحصلنا عليه، بينما دراسة **"Marchand, Grebot" (2008)**، فقد أكدت عدم نشاط هذه المخططات ماعدا مخطط الفشل الذي كان نشط بشدة مقارنة بدراستنا التي لم يثبت نشاطه كثيرا بل كان شبه منعدم، ويعود هذا الاختلاف في النتائج إلى خصوصية كل عينة أو حالة أو نتيجة البيئة المدروسة وطبيعة الحالة في حد نفسها أو لعوامل أخرى لم تتوفر في دراستنا.

وبناء على ماسبق فإن هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات، وتشير الكثير من الدراسات السابقة والنظريات المفسرة أن هناك نشاط بعض المخططات دون أخرى، نتيجة لتفاعل أسباب عديدة بعضها يعود إلى الفرد بحد ذاته وبنيته المعرفية لما تحمله من توقعات وأفكار وإفترضات مشوهة وخاطئة والبعض الآخر يعود إلى العوامل المعرفية والنفسية أو الإجتماعية بالإضافة إلى غياب إستراتيجيات التعامل ومواجهة حل المشاكل والتصدي لها بصفة عقلانية ومنطقية، وهذا مايؤدي تدريجيا إلى تهور الفرد ولجوءه أو توجهه إلى تناول المخدرات والإدمان عليها.

خلاصة الفصل:

من خلال ما توصلت إليه نتائج هذه الدراسة لتحقيق هدفها ألا وهو الكشف أو التأكد من أن هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات، ومن خلال ما توصلنا إليه من نتائج للحالات المدروسة فقد أسفرت الدراسة على نتائج يمكن إستخلاصها في النقاط التالية:

- هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات.
- أهم المخططات المبكرة غير المتكيفة النشطة لدى المدمنين على المخدرات: المخطط رقم (01): الحرمان العاطفي، المخطط رقم (02): الهجران/ عدم الإستقرار، المخطط رقم (03): الإساءة/ الشك، المخطط رقم (04): العزلة الإجتماعية/ الوحدة، المخطط رقم (08): توهم الأذى/ المرض، المخطط رقم (09): التعلق/ هدم الذات، المخطط رقم (11): التضحية بالذات، المخطط رقم (13): المعايير الصارمة/ النفاق ، المخطط رقم (14): الإستحقاق/ هوس العظمة، المخطط رقم (15): العجز عن ضبط الذات/ ضبط الذات.
- أما المخططات رقم (05): العيب/ العار، رقم (06): الفشل، المخطط رقم (07): الإتكالية/ الإعتمادية، المخطط رقم (10): الإذعان أو الإنقياد، المخطط رقم (12): الكبت العاطفي فقد كان نشاطهم قليل جدا أو شبه منعدم لدى معظم الحالات.

خاتمة

خاتمة:

من خلال الدراسة الإكلينيكية لخمس حالات تعاني من مشكلة المخططات المبكرة غير المتكيفة، وسعياً لمعرفة هل هناك مخططات نشطة لدى المدمنين على المخدرات، فإنه من المفيد النظر إلى هذه سلوكيات وأثرها على المدمن على المخدرات بمنظار أوسع، فهذا سبب من بين أهم الأسباب وأبعاده المعرفية التي لم تحظى بالاهتمام كثيراً لدى هذه الفئة ألا وهي فئة المدمنين على المخدرات، بحيث يعد الجانب المعرفي للفرد من أكثر الاتجاهات النفسية إثارة للاهتمام ودراسة في العصر الحالي، عصر القلق والتوتر كما له جانب كبير من الأهمية في ميدان علم النفس المعرفي والإكلينيكي.

حيث لم ينحصر إهتمامنا بدراسة معتقدات وأفكار وإفترضات وليدة هذا العصر، بل شمل البحث عن إمكانية وجود نشاط تلك المخططات مبكرة غير متكيفة ومستوى تأثيرها في شخصية المدمن على المخدرات، وكيفية مساهمتها في تشكيل البنية المعرفية من خلال الأفكار التلقائية والتوقعات والمعاني التي يحملها الفرد المدمن في طياته، في ظل الصراعات والصدمات التي تعرض لها سواء في الطفولة أو المراهقة أو مراحل أخرى من حياته، والتي تقوده للوقوع في متهاتات المخدرات والإدمان عليها للتعبير عنها بطريقة خاطئة ومشوهة.

كما نجد علماء علم النفس العيادي وعلم النفس المعرفي والمرضي إهتموا كثيراً بهذا الموضوع وأسبابه ومآله، والخلو من أعراض هذا الإضطراب الذي يعد خطيراً بدرجة الأولى، كالتوتر والقلق والضغط والإنتكاس والإنفعالات المفرطة والمتهورة وما إلى ذلك، إذ اعتبروها أساس ظهور هذا الإضطراب.

وهذا ما اطلعنا عليه في الشق النظري، حيث كشف يونغ وآخرون والنظريات المفسرة التي تؤكد أن البنية المعرفية للفرد منذ طفولته هي التي تحقق التوافق في شتى مجالات حياته أو تتسبب في إنحرافه وقيامه بأفعال اللاعقلانية ومنافية للواقع نتيجة لتلك المخططات المبكرة اللاتكيفية والتي تخلق له حب الإكتشاف والتجريب أو الهروب من مواجهة مشاكل الحياة والإنغماس في هذا المجال، حيث تؤثر هذه الأخير في حياة الفرد وتلعب دوراً أساسياً ومهماً في بناء شخصيته وتشكل له مشكلة في حياته، وبالتالي حدوث خلل في تلك المخططات يعني وجود خلل في إستقبال المعلومات ومعالجتها وتفسيرها وترجمتها على شكل سلوك إدماني على المخدرات، مما يؤثر بدوره على مختلف جوانب الحياة سواء نفسية، أسرية، مهنية، إجتماعية وحتى إقتصادية.

كما يدعم الجانب التمهيدي لهذه الدراسة في شق الدراسات السابقة التي وضفت في الإشكالية، حيث أسفرت نتائجها عن نشاط وأسباب تأثير تلك المخططات مبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات.

إذ يعتبر الإدمان على المخدرات من المواضيع الحساسة جداً بالنسبة لكل فرد، ولذا يجب الإهتمام والإننباه لمستسقيات الفرد وما ينتقله من معلومات ومعارف وكيفية القيام بمعالجتها

وتعديلها أو القضاء عليها إذ استلزم الأمر لأنها تتطور وتؤثر على ملامح الشخصية وكذا توازنها، وهذا ما يخلق لديه عدة اضطرابات كالإدمان على المخدرات والذي يؤثر على مسار حياته، وبذلك يبقى بحاجة ماسة إلى الإرشاد والتوجيه النفسي، وتعليمه كيف يستوعب هذه الأفكار والإفتراضات والمعتقدات الخاطئة والمشوهة، وحتى التوترات والقلق والضغوطات ولا يتركها تجتاز فكره وتسبب له ذائقة نفسية وبالتالي اللجوء إلى تناول المخدرات هروبا من معاناته، وهذا ما يتطلب من الوالدين الإهتمام الدائم ومرونة في التعامل مع أطفالهم خاصة في السنوات الأولى، وفي حالة إكتشاف تلك المعتقدات والأفكار التي تحفز على تناول المخدرات والإدمان عليها، يجب عليهم إجراء تشخيص مبكر ومعرفة سبب ومشكلة التي تعترضه، ووضع حد لها قبل تحولها إلى اضطراب حاد وخطير.

ومن خلال الجانب الميداني لهذه الدراسة المتواضعة وتطبيق مقياس **جيفري يونغ** للمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى المدمنين على المخدرات بمصلحة علاج الإدمان - كارمان- لولاية تيارت، حاولنا إلقاء الضوء على إمكانية أهم المخططات المبكرة غير المتكيفة التي يمكن أن تؤثر على حياة المدمن على المخدرات ونسبة نشاطهم في كل حالة، حيث كانت معظم النتائج مطابقة لتلك الدراسات السابقة وأخرى مغايرة لها إلا أنها قليلة جدا مقارنة بالأولى، وهذا حتما ما توصلنا إليه في نتائج الفرضية الرئيسية، إذ تم التحقق من فرضية بحثنا التي أظهرت صحتها بأن هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات.

ومن خلال هذه الدراسة التي قمنا بها والتي تناولت مختلف الجوانب التي تخدم الموضوع في إطاره النظري والميداني بهدف تحقيق الفرضية أو نفيها، نستنتج أن هناك مخططات مبكرة غير المتكيفة نشطة لدى المدمنين على المخدرات وهو تحصيل حاصل للعوامل المعرفية وما يحمله الفرد المدمن من أفكار ومعتقدات ومعاني وتوجهات وإفتراضات والإنفعالات التي اكتسبها منذ الطفولة والتي شكلت لهم عدة مخططات مبكرة لاتكيفية تنشط بمجرد مواجهتهم لمشكلات حياتية أو للتوترات والضغوطات والقلق في حياتهم النفسية والأسرية والعاطفية بصفة خاصة والإجتماعية والاقتصادية بصفة عامة.

وخلاصة القول أن من واجب المسؤولين وعلى رأسهم الأباء أن يعملوا على توفير الإرشاد والرعاية النفسية للفرد منذ مراحل طفولته.

ومع هذا القدر البسيط من البحث والنتائج التي توصلنا إليها، نفتح الطريق أمام طلبة العلم والباحثين في هذا المجال وذلك من خلال هذه الدراسة التي نأمل أن تكون قد مهدنا من خلالها إلى بحوث ودراسات أخرى...

التوصيات:

- الإهتمام بفئة المدمنين على المخدرات من أجل تخفيف من الإضطرابات النفسية، وضرورة وجود مصحات لعلاج الإدمان على المخدرات في مختلف المؤسسات الاستشفائية.
- تدريب دوري للمدمنين على المخدرات على مهارات الإسترخاء للتخلص من تلك المعتقدات والأفكار والإفترضات المشوهة والخاطئة بالإضافة للتوترات والضغوط .
- متابعة الأسباب التي تؤدي إلى نشاط تلك المخططات المبكرة غير المتكيفة.
- إنشاء خلية إصغاء لخدمة وحل مشكلات المدمنين على المخدرات.
- عمل ندوات وحاملات تحسيسية ضد خطر الإدمان على المخدرات وماينجم عنها وكيفية التعامل معها.
- تحديد أولويات للمخططات المبكرة غير المتكيفة للعلاج والتكفل والإرشاد النفسي في مجالات مختلفة كما يتناسب مع حالة وحاجة كل مرحلة.
- دراسة مقارنة بين فعالية علاج جيفري يونغ للمخططات وعلاج المعرفي السلوكي لدى المدمنين على المخدرات.
- دراسة مقارنة بين المراهقين والراشدين المدمنين على المخدرات في نسبة تأثير ونشاط تلك المخططات المبكرة غير المتكيفة.
- دراسة مدى فعالية برنامج علاجي لجيفري يونغ للمخططات للتخفيف من نشاط تلك المخططات المبكرة غير المتكيفة والتمتع بالصحة النفسية الجيدة والسلامة.
- إجراء دراسة مماثلة على عينة مراهقين المدمنين على المخدرات.

قائمة

المراجع

قائمة المراجع :
أولا : الكتب باللغة العربية :

1. اجلال محمد سرى،(2003):الامراض النفسية الاجتماعية ، ط1، عالم الكتب، القاهرة.
2. أحمد حسن الحراشة، جلال على الحزار،(2012): ادمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار حامد، عمان، الأردن.
3. احمد مشابقة محمد، (2007): الادمان على المخدرات الارشاد والعلاج ، عيسى، دار الشروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
4. الأغا احسان محمود،(2003):مقدمة في تصميم البحث التربوي، غزة، مطبعة الرنتيسي.
5. اكرم نشات ابراهيم،(2009) :علم الاجتماع الجنائي ، ط1، دار الثقافة، عمان، الاردن.
6. الجامعية، القاهرة.
7. جميل بن عطا، كمال بن الحوامدة،(2011): الشباب الجامعي وافة المخدرات، ط2، دارالكنوز والمعرفة، عمان، الاردن.
8. الحجار محمد حمدي (2005): العلاج النفسي الحديث للمخدرات، مؤسسة الرسالة للنشر والطباعة، بيروت، لبنان.
9. رشاد عبد اللطيف احمد، (1992): الاثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز الدراسات الامنية والتدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.
10. زين العابدين محمد على رجب، (2004):الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة، مكتبة النهضة العربية، القاهرة، مصر.
11. سويف مصطفى، (1996): المخدرات والمجتمع -نظرة تكاملية-، العدد205، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
12. صادقي فاطمة، (2014): الاثار النفسية للادمان على المخدرات -دراسات نفسية وتربوية-، مخبر تطور الممارسات النفسية والتربوية، المركز الجامعي تمنراست، الجزائر.
13. صفوت وفيق مختار، (2005): مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة، دار العلم والثقافة، القاهرة، مصر.

14. طارق السيد، (2008): الانحراف الاجتماعي (الاسباب -والمعالجة)، دارشباب الجامعة، الاسكندرية، مصر.
15. طه عبد العظيم حسين، (2007): العلاج النفسي المعرفي - مفاهيم وتطبيقات-، ط1، دار الوفاء، الاسكندرية.
16. عادل الدمرداش (1982): الادمان مظاهره وعلاجه، دار المعرفة، الكويت
17. عبد المنعم الحسيب، (2005): مقدمة في الصحة النفسية، دار الوفاء الدنيا للطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر.
18. علام صلاح الدين، (2006): القياس والتقويم التربوي والنفسي، دار الفكر، القاهرة.
19. علي محمد بار، (1988): المخدرات الخطر الداهم، دار القلم، دمشق، سوريا.
20. عليان يحي مصطفى، غنيم عثمان محمد، (2000): طرق البحث العلمي - مفاهيم ومنهجيات لتقارير نهائية، المكتب العربي الحديث، عمان، الاردن.
21. غانم محمد حسن، (2005): العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الانجلو مصرية، الاسكندرية، مصر.
22. فتحي دردار، (2010): الادمان "المخدرات -الخم-التدخين "، ط6، دار النجاح والتصفيق، عمان، الأردن.
23. فؤاد البهي السيد، (1978): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة.
24. القذافي رمضان محمد، (1999): علم النفس الفيزيولوجي، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
25. كامل محمد زين الدين، (2001): المخدرات بين الوهم والحقيقة، مكتبة القرآن، القاهرة.
26. لويس مليكة كامل، (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط2.
27. محمد سيد عبد الرحمان، محمد احمد ابراهيم سفعان، (2014): مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

28. محمد عباس منصور، (1995): المخدرات، دار نهضة للطباعة، القاهرة، مصر.
29. محمد عبد المنعم عفاف، (2003): الادمان دراسة نفسية لاسبابه ونتائجه، دار المعرفة.
30. محمد عوض العايدي، (2005): اعداد وكتابة البحوث والرسائل الجامعية مع دراسة عن مناهج البحث، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، مصر.
31. محمد قاسم عبد الله، (2012): علم نفس الصحة، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
32. مختار الدين، (1995): بعض التقنيات البحث وكتابة التقارير، مجلة العلوم الانسانية، منشورات جامعة قسنطينة، الجزائر.
33. معمريه بشير، (2007): القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية، ج3، شركة باتنيت للخدمات المكتبية والنشر، باتنة، الجزائر.
34. المهدي خالد احمد، (2013): المخدرات واثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية- في دول مجلس التعاون في دول الخليج العربي- وحدة الدراسات والبحوث، قطر.
35. ناجي محمد هلال، (1999): ادمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية، دار المعارف، القاهرة.

ثانيا - الكتب باللغة الأجنبية:

- 36.Arntz, A, Van Genderen. H, (2009): Schema therapy for borderline personality disorder, John Wiley & Sons.
- 37.Bailleux.S et all, (2008): Etude des liens schémas d'adaptation, chez des patients alcoolo dépendants et des patients déprimés, Journal de la thérapie comportementale et cognitive.
- 38.Bamber.M, (2009): The good, the bad and defenceless Jimmy'a single case study of Schema Mode Therapy, Clinical Psychology & Psychotherapy, 11(6), 425-438.
- 39.Bartlett.F. C,(1932): Remembering Cambridge, England; Cambridge University Press.
- 40.Beck.A. T, Freeman, A, Associates, (1990): Cognitive therapy of personality disorders, New York, Guilford Press.

41. Chiland.C, (1989) :**l'entretien clinique**, puf, paris.
- 42.Cockram. D, (2009): **Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD**, (Doctoral dissertation),Murdoch University.
- 43.Cottraux, Jean Blackburn, Ivy Marie, (2001) : **thérapie cognitive des troubles de la personnalité**, masson, paris.
- 44.Cowan.G, Pines.D, Meitzer, D. E, (1994): **Complexity: Metaphors, models, and reality**,Westview Press.
- 45.Ellis Albert, (1991) :**The philosophicol basis of rootional emotive thérapy, psychotherapy in private practice**, vol 08,No,04,the howorth perss LNC.
- 46.Fofana Losseni, (2007) : **Evolution des schémas cohnitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive, Thèse de doctorat de psychologie**, Université Charles-De-Gaulle- Lille 3, France.
- 47.Grebot, Dardard, J, (2010) :**schémas cognitivs, gogances addictives et defense dans la consommation et l'addiction ou connabis de jeunes adultes** , in psychologie francaise, vol 55-4.
- 48.Grebot.E, Marchand.V, (2008) : **schémas précoces inadaptés chez des consommateurs de cannabis**, journal de thérapie comportementale et cognitive.
- 49.Hautekeete.M, (2006) :**L'évaluation des schémos inadaprés durant et après une aure Tcc chez des patients alcoolo dépendants qui rechutent ou ne rechutent pas, contribution a la théorie des schémas**, Journal de thérapie comportementale et cognitive.
- 50.Kahalé, N,(2009) :**L'influence du trouble Bipolaire sur les Facteurs Cognitifset Affectifs Chezle Patient Adulte Libanais**, Doctoral dissertation, Université Saint-Esprit de Kaslik.
- 51.Lee, D,(2007):**Maladaptive cognitive schemas as mediators between perfectionism and psychological distress**.Doctoral Dissertation, Florida University, Education Faculty.
52. Lobbestael, J, Vreeswijk ; M. F. van, Arntz, A, (2007) : **Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its currentresearch status** , Netherlands Journal of Psychology.

53. Martin, R., Young, J., (2010): **Schema therapy. In Dobson, K. S. Handbook of cognitive-behavioral therapies**, 3rd ed, New York, NY: Guilford Press.
54. Mehran, F., (2011) : **Traitement du trouble de la personnalité borderline: Thérapie cognitive émotionnelle**, 2nd.ed. Elsevier Masson.
55. Milligan, K., (2013) : **Cognitive Distortions as a Mediator Between Early Maladaptive Schema and Hopelessness**, Doctoral dissertation, Retrieved from http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations
56. Riso, L. P., du Toit, P. L., Stein, D. J., Young, J. E., (2007) : **Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems**, A scientist-practitioner guide, American Psychological Association.
57. Roussin, J., (2011) : **Psychothérapie selon l'approche des schémas de Young et analyse critique d'un processus thérapeutique**, Université du Québec à Trois-Rivières.
58. Samuel, A., Ball and all, (2000) : **Dual focus schem therapy for persnality and substance case study results**, Cognitive and behavioral practice, vol 7(3).
59. Theiler, S., (2005): **The efficacy of Early Childhood Memories as Indicators of Current Maladaptive Schemas and Psychological Health**, Doctoral Thesis , Swinburne University of Technology, School of Social and Behavioral Sciences, Hawthorn, Victoria: Australia.
60. ÜNAL, B., (2012) : **Early maladaptive schemas and well-being: Importance of parenting styles and other psychological resources**, Doctoral dissertation, Middle East Technical University.
61. van Genderen, H., Rijkeboer, M., Arntz, A., (2012): **Theoretical Model, in The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice**, John Wiley & Sons.
62. Young Jeffrey , Klosko, J., Weishaar, M., (2005) : **la thérapie des schémas Approche cognitive des trouble de la personnalité**, Traduction de pascal, B., Preface de Cottraux, J., éd de boeck.
63. Young Jeffrey .E , Janet, , (2005) : **Young schema questionnaire- Short form 3**, Schema therapy institute, New York.
64. Young Jeffrey .E , Janet, S., Klosko, (2005) : **La thérapie des shemas**, traduit par bernard pascal, éd de boeck université, bruxelles, Belgique.

65. Young Jeffrey, J. E. Klosko, Weishaar. M. (2003) : **Schema therapy : Apractitioner's guide**, Guilford press, New york.

66. Young, J, Klosko Janet. S. (1995). **Je réinvente ma vie**, Editions de l'Homme.

ثالثا: الرسائل والأطروحات:

67. ابريغم سامية، (2008): **الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالادمان على المخدرات**، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة بسكرة، الجزائر.

68. جدو عبد الحفيظ، (2014): **استراتيجيات الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم**، رسالة ماجستير، علم النفس العيادي، جامعة سطيف2، الجزائر

69. الحطاح زبيدة، (2011): **علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة والذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (الرسوب في إمتحان البكالوريا) دراسة وصفية تحليلية**، أطروحة الدكتوراه في علوم التربية، جامعة الجزائر2، الجزائر.

70. سايل حدة وحيدة، (2001): **استراتيجيات المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات**، رسالة مقدمة لنيل رسالة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، الجزائر.

71. عيشوني شهرزاد، (2012): **المخططات المبكرة غير المتكيفة عند المدمنين على المخدرات**، شهادة ماجستير في الارشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر2، الجزائر.

72. محمد مرعى، (1989): **تعاطي المشروبات الكحولية**، رسالة ماجستير، كلية الاداب، زقازق، مصر.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01)
إستمارة البيانات الشخصية

سيدي الكريم.....

تحية طيبة و بعد...

نحن بصدد إجراء دراسة علمية في ميدان علم النفس العيادي، ونضع بين يديك مجموعة من الأسئلة للإجابة عليها، و ذلك بوضع علامة (x) في الخانة التي تعبر عن شعورك بصدق، علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة.
راجيا منك أن تتعاون معي قدر المستطاع والتكرم بالإجابة على جميع الأسئلة بكل الصراحة والصدق والدقة.

ولك خالص الشكر والتقدير على حسن تعاونك...

إملاء البيانات التالية:

الاسم:.....

السن:..... سنة

المستوى التعليمي:.....

الملحق رقم (02)

مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة (الجيفري يونغ)

الرقم	البند	خاطئ تماماً	خاطئ على العموم	صحيح أكثر من الخطأ	صحيح نوعاً ما	صحيح على العموم	تصنفي تماماً
01	معظم الوقت ،لم اجد ابدا شخصا يهتم بي ، يشاركني او يبدي حرصا علي ما يجري						
02	على العموم ، الناس لم يكونو حاضرين لاعطائي الدفء و العطف						
03	في حياتي لم اشعر ابدا انني كنت مميزا (خاصا، مهما) لشخص ما						
04	بصفة عامة ، لم اجد شخصا يسمعي حقا او يفهمني او يكون متفهما لاحتياجاتي الحقيقية واحاسيسي						
05	نادرا ما اجد شخصا قويا يعطيني نصائحا هادفة او يوجهني عندما لا اكون متأكد مما يجب ان افعله						
06	اتمسك بالاشخاص المقربين خوفا من ان يتركوني						
07	ان حاجتي للآخرين كبيرة لذلك فكرة فقدانهم تشغلني						
08	فكرة ان الاشخاص الذين احس اني قريب منهم يستطيعون تركي او الخلي عني تجعلني قلقا						
09	لما اشعر ان شخصا اقدره يبتعد عني ، اصبغ يائسا						
10	احيانا اخاف من ان يتركني الآخرون الى درجة انني انبذ هم (اصدهم)						
11	اشعر ان الآخرين يستغلونني						
12	اعتقد انه يتوجب علي الاحتراس في حضور الآخرين والا اخرجوني عمدا						
13	ان تخدع ما هي الا مسالة وقت						
14	اشك في دوافع الآخرين						
15	غالبا ما اراقب دوافع الآخرين (دوافع السرية)						
16	انني لست في احسن احوالي						
17	انني اساسا مختلف عن الآخرين						
18	انا لست كالأخرين ، انا وحيد						
19	اشعر انني مهمش عن الآخرين						
20	دائما لدي انطباع انني خارج المجموعات (الجماعات)						

قائمة الملاحق

21	لا احد من الرجال (النساء) الذين ان ب فيهم يمكنه ان يحبني عندما يرى عيوي					
22	لا احد من الاشخاص الذين ارغب فيهم يريد ان يبقى بجانبني اذا عرفني حقا (على حقيقتي)					
23	لا استحق حب ، انتباه و تقديم من الآخرين					
24	لدي انطباع انني لا يمكن ان احب					
25	لست مقبولا بكفاية لاكشف اسراري للآخرين					
26	معظم الاشياء التي اقوم بها في العمل (او المدرسة) ليست جيدة مقارنة بنا يقوم به الآخرين					
27	لست كفؤ عندما يتعلق الامر بالنجاح					
28	معظم الناس اكثر كفاءة مني في ميدان العمل و النجاح					
29	لست موهوبا بالقدر الكافي في العمل مقارنة بمعظم الناس					
30	لست ذكيا كمعظم الناس فيما يخص العمل (المدرسة)					
31	اشعر انني لست قادرا على التصرف لوحدي في الحياة اليومية					
32	اعتبر نفسي تابعا للآخرين فيما يتعلق بحياتي اليومية					
33	افتقد لسلامة التفكير (الادراك السليم الفطنة)					
34	حكمي لا يكون صادق فيما يتعلق بالمواقف اليومية					
35	ليس لدي الثقة في امكانياتي في حل المشاكل اليومية التي يمكن ان تحدث					
36	يبدو لي انه من غير الممكن الهروب من الاحساس بان شيئا سيئا يمكن ان يحدث					
37	اشعر ان كارثة (طبيعية ، جنائية ، مالية ،) يمكن ان تحدث في اي وقت					
38	اخاف ان يعتدى علي					
39	اخاف ان افقد كل اموالي و افلس					
40	اقلق من امكانية اصابتي بمرض خطير حتى ولم يتم تشخيص غي شيء من الطبيب					
41	لم اكن قادرا على الافتراق عن والدي كما فعل الناس الآخرون من نفس سني					
42	انا ووالدي لدينا ميل للتدخل بطريقة مبالغ فيها في حياة و مشاكل بعضنا البعض					
43	من الصعب حقا ، لي و لوالدي ، ان نحتفظ بتفاصيل حياتنا الحميمة دون الاحساس بالخداخ او الذنب					
44	غالبا ما لدي انطباع ان والدي يعيشان على حساب وجودي ، فليس لي وجود خاص بي					
45	اشعر غالبا انه ليست لي هوية مميزة عن التي لدى والدي او شريكي					
46	اظن انني لو فعلت مااريد ، ساواجه مضايقات					

قائمة الملاحق

47	اظن انه لا يوجد لي خيارا اخر الا ان اخضع لرغبات الاخرين والا فانهم سينبذونني او يجعلونني ادفع الثمن بطريقة او اخرى					
48	في علاقتي اترك الاخرين يتحكمون في					
49	اترك دائما الاخرين يقومون بالاختيارات لي ، لذلك لا ادري حقيقة ما اريده لنفسي					
50	واجه صعوبات كثيرة في جعل الاخرين يحترمون حقوقي وان ياخو مشاعري بعين الاعتبار					
51	انا الذي ينتهي عادة بالاعتناء بالاشخاص المقربين مني					
52	انا شخص طيب لاني افكر في الاخرين اكثر مما افكر في نفسي					
53	انا منشغل جدا بقضاء حاجيات الاشخاص الذين يهتمونني لدرجة انه لم يبق القليل لنفسي					
54	كنت دائما شخص الذي يسمع لمشاكل الناس					
55	يرى الناس انني شخص يفعل الكثير للآخرين والقليل لنفسه					
56	اظهار المشاعر الايجابية يريكني كثيرا					
57	اجد انزعاجا في التعبير عن مشاعري للآخرين					
58	اجد انه من الصعب ان اكون حارا او تلقائيا					
59	اسيطر كثيرا على نفسي حتى يظن الناس انني مجرد من المشاعر					
60	يعتبرني الناس كما لو كنت منقبضا انفعاليا					
61	يجب ان اكون الافضل في كل ما افعله ، لا استطيع تقبل ان اكون الثاني					
62	حاول ان افعل اقصى ما بوسعي ، لا يمكنني تقبل ادنى من ذلك					
63	يجب ان اواجه كل مسؤولياتي					
64	احس بضغط مستمر حتى انجح و اتم الاشياء					
65	لا انسحب من اي مهمة بسهولة او لا اتسامح لخطائي					
66	لدي صعوبة كبيرة في تقبل ان يجيبني احد بلا عندما غريد شيئا من الاخرين					
67	انا مميز ولست ملزما بقبول معظم القيود التي يجب ان يخضع لها الاخرين					
68	اكره ان اكون مجبرا على فعل شيء او ان امنع من فعل ما اريد					
69	اشعر انني لست مجبرا على اتباع الادوار والاتفاقيات العادية مثل باقي الناس					
70	اظن ان ما اقدمه لديه قيمة كبيرة مقارنة بمساهمات الاخرين					
71	يبدو لي انه من غير الممكن ان اخضع نفسي لالتهاء الانجازات روتينية ومملة					
72	ان لم استطع الوصول الى هدفي ، اصبح بسهولة في حالة احباط واترك كل شيء					
73	اعيش لحظات صعبة عندما يكون على ان اضحي بمكافاة الية (فورية) للوصول الى اهداف طويلة المدى					

قائمة الملاحق

						74	لا أستطيع إجبار نفسي على القيام بأشياء لا أحبها حتى أو كنت أعلم أن ذلك في صالحه
						75	نادراً لا أكون قادراً على الاحتفاظ بحلولي (قراراتي)

ملحق رقم (03)

دليل المقابلة العيادية النصف الموجهة

التعليمات:

دعنا الان نجمع بعض المعلومات والبيانات المهمة التي تخص مشكلاتك في الفترة الماضية أو الفترة الحالية.

هل لديك أي سؤال قبل طرح عدة أسئلة عليك؟

المحور الاول: بيانات المفحوص.

الاسم:.....، تاريخ التطبيق:...../...../.....

السن:.....، السكن:.....

المستوى الدراسي:.....، الحالة الاجتماعية:.....

المستوى الاقتصادي:.....، عدد الاخوة:.....، المرتبة في العائلة:.....

المحور الثاني: الادمان

ماهي الظروف التي ادت الى تعاطي المخدرات لأول مرة؟.....

كم كان عمرك عندما تعاطيت المادة لأول مرة؟.....

من شجعك على ذلك في المرة الاولى؟.....

مع من كنت تتعاطى المخدرات؟.....

ما نوع المادة المتعاطاة؟.....، وماهي الجرعة المستعملة؟.....

ماهي الطريقة التي تعاطيت فيها المادة المخدرة؟ الشم: (...)، التدخين: (...)، الحقن: (...)، الاحتراق

والاستنشاق: (...)، طريقة اخرى:.....

ماهي الطريقة التي من خلالها يتم الحصول على المخدرات؟.....

هل يوجد وقت ومكان محدد لتعاطي المخدرات؟.....

هل انقطعت عن تناول المخدر سابقا؟ نعم: (...) ، لماذا...؟.....
.....كم من مرة؟.....
.....ماهي مدة الانقطاع:.....، لا: (...)

المحور الثالث: المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

.....مانوع الافكار التي تتناوبك عندما تواجهك مشكلة ما؟.....
.....هل كنت راضي عن حياتك؟ نعم: (...) ، لا: (...) ، لماذا؟.....
.....هل علاقتك مع افراد اسرتك جيدة؟ نعم: (...) ، لا (...) ، لماذا؟.....
.....هل تشعر بجو اسري متماسك؟ نعم: (...) ، لا (...) ، لماذا؟.....
.....ماطبيعة العلاقة مع المحيطين بك قبل تعاطي المخدرات؟.....
.....ماطبيعة العلاقة مع زملائك واصدقائك في قبل تعاطي المخدرات؟.....
.....هل كان لديك سوابق عدلية؟ كم وكيف ولماذا؟.....
.....كيف ترى حالتك حاليا؟.....، هل انت راضي عن نفسك؟ نعم: (...) ، لا (...) ،
.....لماذا؟.....

.....عندما تصادفك عقبة ما في حياتك، هل تعتمد على نفسية في حلها؟ نعم: (...) ، لا (...) ، لماذا؟.....

المحور الرابع: علاقة المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة قبل وبعد الادمان

.....ماهي الافكار التي كانت تخطر ببالك قبل تعاطي المخدرات؟.....
.....هل تلك الافكار تبقى تجول في ذهنك بعد تعاطي المخدرات؟.....
.....حسب خبرة في تعاطي المخدرات كم تمكث تلك الافكار في ذهنك؟.....
.....ماهي الافكار التي تتناوبك في حالة انقطاع او عدم تعاطي المخدرات؟.....
.....هل فكرت في العلاج من هذه الحالة؟ نعم: (...) ، كم من مرة؟.....، لماذا؟.....
.....لا: (...)
.....هل فكرة في اللجوء الى مختص او معالج نفسي؟ نعم: (...) ، لا: (...) ، لماذا؟.....

قائمة الملاحق

في حالة الذهاب الى مختص نفسي هل ذهب لنفسك ام مع شخص ما؟.....
.....من هو هذا الشخص:
وكيف تم ذهابك:.....
ماهي الاسباب والدوافع التي دعتك الى تعاطي المخدرات؟.....
ماهي اسباب الانتكاسة والرجوع الى تعاطي المخدرات؟.....
ما نوع علاقتك مع اسرتك بعد تعاطي المخدرات؟.....
.....، حالياً؟.....
ما طبيعة العلاقة مع اصدقائك وزملائك في العمل او؟ بعد تعاطي المخدرات؟.....
.....حالياً؟.....

المحور الخامس: النتائج الكمية

المقابلة النصف موجهة

مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

المحور السادس: خلاصة الحالة

تحليل الحالة

تقرير عن الحالة.

الملحق رقم (04)

جدول الصدق والثبات للمقياس

Correlations																
	Total	ch1	ch2	ch3	ch4	ch5	ch6	ch7	ch8	ch9	ch10	ch11	ch12	ch13	ch14	ch15
Pearson Correlation	1	,727**	,613**	,554**	,809**	,405**	,511**	,254	,531**	,659**	,478**	,389*	,647**	,631**	,645**	,601**
Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,010	,001	,114	,000	,000	,002	,013	,000	,000	,000	,000
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,727**	1	,592**	,630**	,537**	,239	,298	-,053	,235	,343*	,263	,038	,463**	,421**	,478**	,500**
Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,138	,061	,747	,144	,030	,101	,818	,003	,007	,002	,001
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,613**	,592**	1	,415**	,484**	,357*	,164	-,105	,115	,285	,315*	,000	,214	,396*	,343*	,440**
Sig. (2-tailed)	,000	,000		,008	,002	,024	,311	,517	,480	,074	,048	,999	,185	,012	,030	,005
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,554**	,630**	,415**	1	,436**	,108	,224	-,121	-,123	,237	,110	-,022	,574**	,370*	,544**	,203
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,008		,005	,506	,165	,455	,448	,141	,499	,894	,000	,019	,000	,209
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,809**	,537**	,484**	,436**	1	,626**	,484**	,129	,360*	,470**	,274	,152	,415**	,464**	,430**	,363*
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,002	,005		,000	,002	,427	,023	,002	,087	,350	,008	,003	,006	,021
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,405**	,239	,357*	,108	,626**	1	,391*	-,095	,243	-,019	-,064	-,025	,059	,077	,035	,093
Sig. (2-tailed)	,010	,138	,024	,506	,000		,013	,560	,131	,906	,696	,878	,717	,635	,831	,568
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,511**	,298	,164	,224	,484**	,391*	1	,234	,142	,291	,272	,030	,261	,171	,038	,069
Sig. (2-tailed)	,001	,061	,311	,165	,002	,013		,146	,381	,069	,090	,853	,104	,292	,817	,671
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson Correlation	,254	-,053	-,105	-,121	,129	-,095	,234	1	,371*	,387*	,044	,271	,049	-,063	,201	,103
Sig. (2-tailed)	,114	,747	,517	,455	,427	,560	,146		,018	,014	,786	,091	,764	,697	,214	,528
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

قائمة الملحق

Pearson																
Correlation	,531**	,235	,115	-,123	,360*	,243	,142	,371*	1	,408**	,235	,362*	,267	,295	,286	,537**
Sig. (2-tailed)	,000	,144	,480	,448	,023	,131	,381	,018		,009	,144	,022	,096	,065	,074	,000
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,659**	,343*	,285	,237	,470**	-,019	,291	,387*	,408**	1	,415**	,339*	,285	,417**	,404**	,538**
Sig. (2-tailed)	,000	,030	,074	,141	,002	,906	,069	,014	,009		,008	,032	,075	,007	,010	,000
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,478**	,263	,315*	,110	,274	-,064	,272	,044	,235	,415**	1	,320*	,262	,173	,092	,449**
Sig. (2-tailed)	,002	,101	,048	,499	,087	,696	,090	,786	,144	,008		,044	,102	,287	,572	,004
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,389*	,038	,000	-,022	,152	-,025	,030	,271	,362*	,339*	,320*	1	,399*	,254	,296	,163
Sig. (2-tailed)	,013	,818	,999	,894	,350	,878	,853	,091	,022	,032	,044		,011	,113	,064	,315
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,647**	,463**	,214	,574**	,415**	,059	,261	,049	,267	,285	,262	,399*	1	,540**	,529**	,274
Sig. (2-tailed)	,000	,003	,185	,000	,008	,717	,104	,764	,096	,075	,102	,011		,000	,000	,088
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,631**	,421**	,396*	,370*	,464**	,077	,171	-,063	,295	,417**	,173	,254	,540**	1	,603**	,285
Sig. (2-tailed)	,000	,007	,012	,019	,003	,635	,292	,697	,065	,007	,287	,113	,000		,000	,075
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,645**	,478**	,343*	,544**	,430**	,035	,038	,201	,286	,404**	,092	,296	,529**	,603**	1	,323*
Sig. (2-tailed)	,000	,002	,030	,000	,006	,831	,817	,214	,074	,010	,572	,064	,000	,000		,042
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Pearson																
Correlation	,601**	,500**	,440**	,203	,363*	,093	,069	,103	,537**	,538**	,449**	,163	,274	,285	,323*	1
Sig. (2-tailed)	,000	,001	,005	,209	,021	,568	,671	,528	,000	,000	,004	,315	,088	,075	,042	
N	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).