

الفروق فى المخططات المعرفية اللا تكيفية بين المنتكسين والمتعافين من مستخدمى المواد النفسية

علياء عبد المنعم محمد* زيزى السيد إبراهيم** شيرين عبد الوهاب أحمد***

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق فى المخططات المعرفية اللا تكيفية بين المنتكسين والمتعافين لدى مستخدمى المواد النفسية، إذ تكونت العينة من (١٣١ منتكسًا - ١٠٠ متعافى) من الذكور المعتمدين على المواد النفسية، تراوحت أعمارهم بين (١٩-٥٦) سنة، ثم تم تطبيق مقياس يونج للمخططات المعرفية اللا تكيفية، وباستخدام اختبار (ت) T.test توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين المنتكسين والمتعافين فى المجالات الخمس للمخططات المعرفية اللا تكيفية ألا وهى (مجال الانفصال والنبذ- مجال العجز عن الاستقلال الذاتى- مجال ضعف واختلال الحدود- مجال التوجه نحو الآخرين- مجال اليقظة والكف)، فى اتجاه المنتكسين، مما يعنى أن درجات المنتكسين على اختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية أعلى بشكل جوهري من المتعافين.
الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية اللا تكيفية- المنتكسون - المتعافون- مستخدمو المواد النفسية.

مقدمة

يقوم المنحى المعرفى على افتراض، مؤداه أن المكونات المعرفية تُعد عاملاً وسيطاً بين المنبهات البيئية والاستجابة الانفعالية، وأنَّ التقييم المعرفى للمنبهات الخارجية هو الذى يحدد انفعالات الأفراد وسلوكياتهم (عرفة، ٢٠٠٧). لذا لا يمكن عزل الاضطرابات النفسية التى يمر بها الأفراد عن الطريقة التى يفكرون بها، وما يحملونه من آراء واتجاهات نحو أنفسهم ونحو المواقف التى يتعاملون معها، فالاضطرابات النفسية عمومًا هى نتيجة مباشرة للطريقة التى يفكر بها الفرد عن نفسه وعن العالم، ولعل السبب فى زيادة حدة اضطراب عند الشخص وانخفاضه عند شخص آخر يعود إلى طبيعة الإدراك عنده وطريقة تفكيره العقلانى واللاعقلانى (عسكر، ٢٠١٦).

كما تفسر النظرية المعرفية الإدمان بنأء على العمليات المعرفية الإدراكية، حيث أشارت إلى أن الأساس فى السلوك الإدمانى ليس الظروف والعوامل الخارجية والأحداث المهيئة كتوافر المخدر أو وجود أصدقاء مدمنين فحسب، وإنما المعتقدات الخاطئة والبيئة المعرفية المتمثلة فى (المعتقدات

* اختصاصى نفسى بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.

** أستاذ علم النفس المساعد، كلية الآداب، جامعة الفيوم.

*** مدرس علم النفس، كلية الآداب، جامعة الفيوم.

المجلة القومية لدراسات التعاطى والإدمان، المجلد الواحد والعشرون، العدد الأول، يناير ٢٠٢٤

اللاعقلانية والمخططات المعرفية اللا تكيفية) من العوامل الدافعة للإدمان والانتكاس، فتلك المعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية هي المسيطرة على المدمن. فأشار بيك وليس Beck & Lies عام (١٩٩٣) إلى "أنَّ حدوث الإدمان يرجع إلى نظم من المعتقدات الإيمانية فالمعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية تكون نسقاً من التفكير تسيطر على المدمن، فتركز هذه الأفكار على البحث عن المتعة، وحل المشكلات، وعلاجها أو الهروب منها" (سلام، ٢٠٠٩).

وأشار بيك Beck عام ١٩٦٠ في نظريته المعرفية إلى أنَّ كل سلوك مسبوق بمجموعة أفكار لا عقلانية، وتفسيرات ومخططات مشوهة، وإدراكات سلبية؛ فكلما كانت هذه الجوانب المعرفية سلبية، ومحرفة أدت إلى الاستعداد الدائم لتلقى واستقبال كل ما يدور حول الفرد بصورة مشوهة، وهذا ما يجعل الفرد متأهباً ومستثاراً دوماً في ردود أفعاله، وفي تفاعله مع الآخرين، الذي ينعكس سلباً ضده وضد علاقاته مع المحيطين به، ويُعزز بعد ذلك الأفكار السلبية التي كونها الفرد حول ذاته وحول الآخرين. فيرى بيك أنَّ هذه المخططات مستقرة وساكنة في أغلب الأوقات، إلاَّ أنَّها تنشط من خلال أحداث الحياة الضاغطة أو في حالات المزاج السلبى، وعندما تنشط هذه المخططات تتحكم في إدراك الفرد للموقف، ومن ثمَّ يصدر استراتيجيات المواجهة الملائمة للمخططات (عباس، ٢٠٠٩).

وتشير نتائج المسح القومى لعام (٢٠١٧) إلى أنَّ نسبة تعاطى المواد المخدرة بالنسبة إلى الذكور تعادل (١١,٧٪)، وذلك على عينة قوامها ٢٥ ألف أسرة فى الفئة العمرية من سن (١٢-٦٠ سنة). وكذلك أشارت البيانات إلى أنَّ نسبة الممتنعين عن تناول أى مواد إيمانية (المتعافين) لا تزيد على (٢٠٪)، وأنَّ نسبة عدم استكمال العلاج لدى المعتمدين قد تصل إلى زهاء (٥٠٪) (خليل وآخرون، ٢٠١٧).

مشكلة الدراسة

١- هل توجد فروق دالة جوهرياً بين المنتكسين والمتعافين فى المخططات المعرفية اللا تكيفية؟

أهمية الدراسة

١- ارتفاع نسبة انتشار مستخدمى المواد النفسية والانتكاس حيث أشارت تقارير الخط الساخن التابع لإدارة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان إلى أن نسب الانتكاسة فى الاعتماد على المواد النفسية خلال عام ٢٠٠٩ إلى ٢٠١٠ كانت ٤٢,١% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٠).

٢- إثراء التراث السيكولوجى بمقاييس جديدة مقننة من أجل سهولة استخدامها فى مجالات بحثية لاحقة.

٣- الاستفادة مما قد تسفر عنه الدراسة الحالية من نتائج فى تصميم برامج علاجية لتعديل المخططات المعرفية اللاتكيفية التى يمكن أن تنعكس بدورها فى الحد من الانتكاس، والمساهمة فى تقييم فاعلية برامج التدخل.

مفاهيم الدراسة

١- مفهوم المخططات المعرفية اللاتكيفية

بدأت الاجتهادات المبكرة لعلم النفس المعرفى منذ أن افترض عالم النفس الإنجليزى فريدريك بارتليتت Fredeic Bartlet فى بدايات القرن العشرين سنة ١٩٣٢ أن البناء المعرفى للفرد يُنظم فى ضوء مجموعة من المخططات، يستوعب داخلها الفرد جميع الخبرات التى مرَّ بها إلى أن تُثار هذه المخططات مجددًا عند المرور بخبرات متشابهة. فعرف بارتليتت مفهوم المخطط بأنه "تنظيم نشط للاستجابات أو الخبرات السابقة"، ويتحكم الأفراد فى تحريك هذه المخططات فى مواجهة البيئة، فيرى أنَّ الخبرات الماضية تساعدنا فى فهم معنى الخبرات الجديدة عن طريق تزويدهم بالتوقعات وخطط للعمل (محمود، ٢٠١٥).

ثم جاء جان بياجيه (Piaget, 1952) الذى وسع دائرة الاهتمام بالمخطط؛ وفى الوقت الذى ركَّز فيه بارتليتت على مظهر معرفى واحد وهو التذكر. ركز بياجيه على ارتقاء المخطط بشكل أكثر عمقًا، إذ ركز على أهمية مراحل الطفولة فى تكوين المخططات، فيرى بياجيه أنَّ مفهوم المخطط يشمل الجانب المعرفى والانفعالى للفرد، فى إطار علاقتهما بالمتغيرات البيئية، التى بناء عليها تتشكل الاستجابة السلوكية للفرد، (عرفة، ٢٠٠٧).

وبناءً على هذا أمكن استخدام مفهوم المخطط في علم النفس الإكلينيكي المرضى، ليشير إلى تلك الأبنية المعرفية الراسخة نسبيًا لدى الفرد، والتي تتطوى على تنظيم وترميز وتخزين واستدعاء خبرات الفرد المكتسبة، ومن خلالها يقيم الفرد جميع خبراته الحديثة، ويفند مضامين تلك الخبرات، استنادًا إلى القيم المتعلمة في بيئة الأسرة والمجتمع. وقد تحفظ مثل هذه المخططات بأشكال مختلفة وبمستويات متفاوتة من الشدة، ما يجعلها تنشط تحت وطأة المواقف المثيرة للمشقة (Beck, et al, 1985).

كما تعرف أمانة عرفة المخططات المعرفية اللا تكيفية بأنها أبنية معرفية ثابتة نسبيًا، ذات مضمون سلبي (خاطئ أو مهدد أو مبالغ فيه)، يكونها الفرد منذ مرحلة طفولته، وعبر مراحل حياته، ويعتمد محتواها على نوعية الخبرات البيئية التي تعرض لها الفرد خلال مراحل تنشئته. وقد تظل هذه الأبنية المعرفية كامنة حتى يخبر الفرد خبرة معينة ترتبط بهذه الأبنية، فتتحول إلى كيان معرفي نشط، يؤثر في معالجة الفرد للمعلومات، وتفسيره للإقحامات العابرة والمواقف المختلفة، بحيث يفسرها تفسيرًا سلبيًا (خاطئًا أو مهددًا أو مبالغًا فيه) (عرفة، ٢٠٠٧).

ويعرف يونج (Young, 1994) المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة "بأنها نمط عام متسق من الذكريات، والعواطف، والانفعالات، والإحساسات الجسمية المرتبطة بالذات، وبعلاقات الفرد مع الآخرين، إذ تتكون هذه المخططات خلال مرحلة الطفولة، ويجرى اختبارها خلال حياة الفرد، فهي مختلة وظيفيًا إلى حدٍ كبير، كما توصف هذه المخططات بأنها حقائق يقينية متمركزة في إحساس الفرد ذاته (Young, 1994).

سوف تتبنى الباحثة تعريف يونج للمخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة، ويعرف إجرائيًا في الدراسة الحالية "بأنها الأنماط السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الأفراد في الترميز والاستجابة للمنبهات الموجودة في بيئتهم، فهي نمط عام متسق من الذكريات والعواطف والانفعالات والإحساسات الجسمية المرتبطة بالذات، وبعلاقات الفرد مع الآخرين، الذي تمثله الدرجة التي يحصل عليها الفرد في الأبعاد الفرعية لمقياس يونج المستخدم في الدراسة، الذي يمثل المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة".

٢- تصنيف يونج للمخططات

وقد حدد يونج وآخرون (Young, et al, 2003) ثمانية عشر مخططاً لسوء التكيف المبكر مُقسمة إلى خمسة مجالات يحتوى كل مجال منها على عدة مخططات، يقابل كل مخطط منها نوعاً ما من الإحباط، أو فقدان الأمل، الناتج عن عدم إشباع الحاجة الأساسية، وهذه المخططات سوف يتم عرضها فيما يلي:

المجال الأول: الانفصال والنبذ

يشير هذا المجال إلى المخططات التي ترتبط بخبرة الطفل الخاصة بالإحباطات والتوقعات السلبية المرتبطة باحتياجاته (للأمن والأمان والاستقرار والمشاركة في المشاعر والقبول والاحترام) التي لن تُلبى بالطريقة المُرضية بالنسبة له، ويتضمن هذا المجال المخططات الخمسة التالية:

١- **الهجر**: الأشخاص في هذا المخطط مُقتنعون بأن الآخرين المهمين بالنسبة لهم لن يستمروا في تقديم الدعم العاطفي والحماية والمشاركة الوجدانية، كما يسيطر عليهم مشاعر خوف من الموت.

٢- **عدم الثقة/الإساءة**: يشير هذا المخطط إلى توقعات الفرد بأنه سوف يتعرض للإساءة، وسوء المعاملة، والخيانة، والكذب، والاستغلال، والإذلال، والتلاعب من قبل الآخرين (Jesinoski, 2010).

٣- **الحرمان العاطفي**: يعتقد الأشخاص الذين يعانون مخطط الحرمان العاطفي أن الآخرين لن يُلبوا رغباتهم واحتياجاتهم من الدعم العاطفي، والمشاركة الوجدانية.

٤- **الخزي والعار**: يعتقد الفرد بأنه غير كفاء، وسيئ، وغير مرغوب فيه، ولا قيمة له، وأنه لا يستحق الاحترام من قبل الآخرين.

٥- **العزلة الاجتماعية والاعتراب**: ينطوي هذا المخطط على شعور الفرد بأنه معزول عن العالم، وأنه يختلف جوهرياً عن الآخرين (Alfafos, 2009).

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال الذاتي وضعف الأداء

يتضمن هذا المجال المخططات التي تنشأ نتيجة الإحباط في إشباع الحاجات الأساسية المرتبطة بالحكم الذاتي، والاستقلالية، والشعور بالكفاءة والهوية، ويحتوى هذا المجال على أربعة مخططات، وهى:

- ١- الاعتمادية/عدم الكفاءة (العجز): يشير هذا المخطط إلى توقعات الفرد بأنه غير قادر على تحمل مسؤولياته تجاه متطلبات حياته اليومية، من دون مساعدة الآخرين.
- ٢- القابلية للإيذاء/أو المرض: الأشخاص فى هذا المخطط لديهم خوف دائم، ومبالغ فيه، نتيجة لتوقعاتهم السلبية بأن هناك كارثة وشيكة الوقوع فى أى لحظة.
- ٣- التعلق بالآخرين/عدم النضج الذاتى: يعتقد أصحاب هذا المخطط بأنهم غير قادرين على الحياة، والشعور بالسعادة، إلا بالحصول على الدعم من الآخرين (خاصة عائلته).
- ٤- الفشل: فى هذا المخطط يعتقد الشخص بأنه فاشل، غبى، غير موهوب، غير ناضج مقارنة بالآخرين، أنه أقل شأنًا من أقرانه (Alfafso, 2009).

المجال الثالث: ضعف أو اختلال الحدود/القيود

- يشير هذا المجال إلى قلة وعى الفرد باحتياجات، ورغبات الآخرين، وعجزه عن وضع أهداف طويلة المدى خاصة به، كما يشعر أيضًا بحرية شخصية دون قيود أو حدود، وأنه غير قادر على قمع أو كبت دوافعه، ويحتوى هذا المجال على المخططات التالية:
- ١- العظمة: يشير هذا المخطط إلى اعتقاد الفرد بأن لديه قدرات خاصة مقارنة بالآخرين وأنه عبقرى وفائق الذكاء، وأنه غير مُجبر بالالتزام بالقواعد والنظم التى يلتزم بها الآخرون، وذلك لقدراته الخاصة.
 - ٢- عدم القدرة على التحكم الذاتى: الفرد الذى لديه هذا المخطط يعتقد دائمًا بأنه غير قادر على تحقيق التحكم الذاتى الكافى أو الانضباط الذاتى الذى تتطلبه حياته، فهو غير قادر على تحمل مسؤولياته تجاه أهدافه، وغير قادر على تحمل إحباطات الحياة (الجوهري، ٢٠١٥).

المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين

- فالأشخاص فى هذا النطاق يركزون على احتياجات، ومشاعر الآخرين، ويتجاهلون مشاعرهم ورغباتهم والاحتياجات الخاصة بهم، وذلك للحصول على الحب والقبول من الآخرين، ويحتوى هذا المجال على ثلاثة مخططات، وهى:
- ١- القهر/المبالغة فى الانضباط: هؤلاء الأشخاص يكونون طائعين وتابعين للآخرين، إذ يشعرون بأنهم مضطرون إلى ذلك لتجنب الغضب أو الانتقام أو التخلّى عنهم.

- ٢- التضحية بالذات: يتضمن هذا المخطط التركيز المفرط على تلبية وإشباع احتياجات ورغبات الآخرين على حساب احتياجات ورغبات الشخص.
- ٣- السعى إلى القبول/ طلب التقدير والاعتراف: يشير هذا المخطط إلى التركيز المفرط على كسب الاهتمام والقبول من الآخرين والتكيف مع الآخرين (Young , et al, 2003).

المجال الخامس: اليقظة والكف

يشتمل هذا المجال على المخططات التي تنشأ نتيجة عدم إشباع الاحتياجات الأساسية العفوية والتلقائية، وتشتمل على أربعة مخططات، وهي:

١- السلبية والتشاؤم: يتضمن هذا المخطط التركيز مدى الحياة على الجوانب السلبية في الحياة (مثل الألم، والموت، والضياع، والصراع، والشعور، بالذنب، والمشاكل التي لم تحل بعد... إلخ).

٢- الكبت العاطفي: يمثل هذا المخطط قمعاً مبالغاً فيه من استجابات الفرد، ومشاعره التلقائية، من أجل تجنب مشاعر الخجل أو الرفض من قبل الآخرين.

٣- صرامة المعايير/الحساسية للنقد: يؤكد الأشخاص أصحاب هذا المخطط بصورة مبالغ فيها على الوصول إلى أعلى معايير للسلوك والأداء.

٤- القسوة يُبنى هذا المخطط على المبدأ القائل بأن الأفراد يجب أن يُعاقبوا بشدة عند ارتكابهم للأخطاء (Alfafos, 2009؛ Skeen, 2007).

النظريات المفسرة لمفهوم المخططات المعرفية اللا تكيفية

١- نظرية "يونج" للمخططات المعرفية اللا تكيفية

تُعد نظرية المخططات التي قدمها "يونج وزملاؤه" (Young, et al, 1994) إحدى النظريات التي تهدف إلى تفسير العلاقة بين الخبرات التي يمر بها الفرد في مرحلة الطفولة، والعلاقات الاجتماعية، والعلاقات بين الشخصية في مرحلة الرشد أو بعبارة أخرى العلاقة بين الخبرات التي يمر بها الفرد في مرحلة الطفولة المبكرة، والجوانب البيولوجية التي خلق بها، وتأثيرها في رؤيته لذاته وللاخرين، والعالم من حوله في مرحلة الرشد (Skeen, 2007)، ووفقاً ليونج وزملاؤه (Young, et al, 2003) فإن المخططات اللاتكيفية المبكرة تعرف بأنها نمط رئيس وواضح يضم فيه كلاً من الذكريات المختلفة، والمشاعر والمعارف، والإحساسات الجسدية، تجاه الذات أو علاقات الشخص

مع الآخرين، وينمو ويتطور هذا المخطط اللا تكيفي خلال مرحلة الطفولة والمراهقة، ويتوسع خلال حياة الفرد وتفاعلاته، ليصبح غير تكيفي؛ مما يعيق الفرد عن مواصلة حياته الطبيعية، وأشار إلى وجود ١٨ مخططاً معرفياً غير تكيفي، كما يرى أن المخططات اللاتكيفية المبكرة هي جوهر المعتقدات والسلوكيات والأعراض المضطربة (Fish, 2014)، ويجب الإشارة إلى أهمية الحاجات في نشأة واستمرارية المخطط، فالمخطط يتكون كنتاج لعدم إشباع إحدى الاحتياجات في مرحلة الطفولة، فعلى سبيل المثال عندما يتعرض الطفل لرسائل (أنت طفل كسول- أنت طفل فاشل)؛ فسيبدأ بعدها في التعامل مع هذه الرسائل كأنها حقيقة واقعية، وسوف تنمو وتتطور معه بحيث تصبح مخططاً رئيساً في مرحلة الرشد (Bricker & Young, 2012).

٢- اضطراب سوء استخدام المواد النفسية

جاءت الطبعة الخامسة DSM-V بمصطلح جديد للاعتماد على المواد النفسية، وهو اضطراب استخدام المواد النفسية. ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس هذا الاضطراب بوجود اثنين إلى أحد عشر عرضاً للاضطراب، تتجمع في أربع مجموعات رئيسية، هي:

أ - صعوبة السيطرة على تعاطي المخدرات

- أن يتناول الفرد المادة بكميات أكبر ولفترة زمنية أطول من المعتاد عليه.
- أن يعبر الفرد عن رغبة مستمرة في خفض أو تنظيم استخدام المادة المخدرة، والشخص قد يبذل في سبيل ذلك جهوداً متعددة، تنتهي بالفشل في التوقف عن الاستخدام أو تقليله.
- يقضى الفرد وقتاً طويلاً في الحصول على المادة، واستخدامها، وفي التعافي من آثارها.
- ظهور ما يسمى بالاشتياق أو اللهفة إلى المواد النفسية، ويتجلى ذلك في الرغبة الشديدة في تناول المادة، وتحدث في أي وقت، ولكن من المرجح أن يحدث ذلك في بيئة تم الحصول فيها مسبقاً على المادة.

ب- الخلل الاجتماعي

- في حالات اضطراب تعاطي المخدرات الأكثر حدة، تدور جميع أنشطة الفرد اليومية تقريباً حول المادة.
- يؤدي الاستخدام المتكرر للمادة إلى الفشل في الوفاء بمتطلبات الدور الرئيس للفرد في جوانب حياته سواء في المدرسة أو المنزل أو العمل.

- الاستمرار فى تناول المواد النفسية على الرغم من المشكلات الناجمة، التى تفاقمت بسبب الاستخدام لها.
- التوقف أو التخلّى عن أو التقليل من الأنشطة الحياتية المهمة بسبب الاستخدام.

ج- الاستخدام الخطر

- الاستخدام المتكرر للمواد النفسية فى المواقف التى تتسم بالخطورة الشديدة.
- مواصلة الاستخدام على الرغم من المشكلات الصحية، والنفسية التى تنتج، أو تتفاقم بسبب الاستخدام.

د- الاعتمادية الدوائية

- ظهور ما يعرف بالتحمل لآثار المادة المخدرة، والذى يتمثل فى الحاجة إلى أخذ جرعات زائدة من المادة بصورة ملحوظة لتحقيق الأثر السابق، أو حدوث تأثير أقل بصورة ملحوظة عند تناول الجرعة المعتادة.
- ظهور أعراض الانسحاب فى حالة عدم الاستخدام أو حتى التقليل من الجرعات، فهى متلازمة من الأعراض تحدث عندما ينخفض تركيز المادة فى الدم لدى الشخص الذى استمر فى الاستخدام مدة طويلة، وبعد ظهور هذه الأعراض من المرجح أن يستخدم الفرد المادة لتخفيف الأعراض.

ويقترح هذا الدليل استخدام هذه الأعراض بصفقتها مقياسًا لشدة الاضطراب، فيكون ظهور من ٢ إلى ٣ أعراض دالة على الاضطراب البسيط، وظهور من ٣ إلى ٥ أعراض دالة على الاضطراب المتوسط. أمّا ظهور ٦ أعراض فأكثر، فيكون دليلًا على الاضطراب الشديد (American Psychiatric Association, 2013)، وهذا المصطلح جرى تبنيه فى الدراسة الحالية لحدثه.

النظريات المفسرة لاضطراب سوء استخدام المواد النفسية

النظرية المعرفية السلوكية

يرى أصحاب النظرية المعرفية السلوكية أنّ الفرد حين يعتمد على المواد النفسية فإنّه غالبًا ما يشعر بأنه لا يستطيع التحكم فى سلوكه، وأنّ قليلاً من المخدر لن يؤذيه، أو يقوده إلى تدهور قدراته، ولذا فإنّ مستخدم المواد النفسية لديه منظومة من الأفكار والتوقعات والاعتقادات الخاطئة

حول التعاطى والمخدرات وتأثيرها (سالم، ٢٠١٣)، وفى هذا الصدد يرى بيك Beck أنَّ سوء استخدام المواد النفسية يرجع إلى مجموعة من الاعتقادات، وتُكون هذه الاعتقادات الخاطئة نسقاً من التفكير، يسيطر على المستخدم، فيرى أن تعاطيه للمواد النفسية يُحدث قدرًا من التوازن النفسى والانفعالى، وأن أداءه الاجتماعى والوظيفى يتحسن باستخدام المواد النفسية، بالإضافة إلى قدرة تلك المواد على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل، وما يمنحه للمعتمدين من نشاط وطاقه. ويرى بيك أن جوهر المشكلة التى يواجهها المستخدمون هى أن مجموعة من الاعتقادات، التى تبدو أنَّها مشتقة من الاعتقادات الأساسية مثل "أنا عاجز"، "أنا غير محبوب"، "أنا مستهدف"، وهذه الاعتقادات بدورها تتفاعل مع ضغوطات الحياة؛ لتوليد قلق شديد أو الكدر أو الضيق. كما أن المواقف الضاغطة أو الحالات المثيرة لا تسبب الاشتياق مباشرة، لكنها تنشط الاعتقادات المتصلة بالمواد النفسية التى تؤدى إلى الاشتياق إلى المخدر (Becker & Zackarek, 2004).

٣- مفهوم الانتكاسة

فهناك العديد من التعريفات التى قدمها الباحثون فيما يتعلق بمفهوم الانتكاسة، فعلى سبيل المثال: يعرفها عبده السيد فى عام (٢٠٠٨) بأنها: عودة المعتمد لتعاطى مادة مخدرة مرة واحدة أو أكثر بعد فترة امتناع لا تقل عن ثلاثة أشهر، حيث تظهر عليه تغييرات فى أكثر من جانب من جوانب الحياة، سواء أكانت من الناحية الاجتماعية أو الروحانية أو الوظيفية أو الدراسية، ويتم التحقق من ذلك من خلال تحاليل أسبوعية وتقارير الأهل عن سلوك الأبناء وملاحظات المعالجين (السيد، ٢٠٠٨).

كما يعرفها (باوه، ٢٠١٧) بأنها "عودة المدمن المتعافى لتعاطى مادة مخدرة ولو لمرة واحدة أو عودته بعد فترة انقطاع للسلوكيات الإدمانية بعد أن أمضى فترة من البرنامج العلاجى أو أتم علاجه من الإدمان بأحد المراكز العلاجية المتخصصة للعلاج الطبى والتأهيل النفسى والاجتماعى لمرضى الإدمان".

النظريات المفسرة للانتكاسة

النظرية المعرفية

من النظريات المعرفية المفسرة للانتكاس نظرية (بيك وزملاؤه، ١٩٩٣) (Beck, et al, 1993) حيث افترضوا أن الانتكاس يرجع إلى نظم من الاعتقادات الإدمانية، ويشير هذا المصطلح إلى مجموعة

من الأفكار التي تركز على البحث عن المتعة، وحل المشاكل، أو الهروب منها، كما يرون أن المعتقدات الأساسية قد تكون خامدة ولكنها تصبح في حالة استنارة عندما تتعرض لمثيرات مصحوبة بتصورات خاطئة، ومن ثم فإنه وبمجرد أن تنتشط تلك المعتقدات والأفكار فإن الخبرات الشخصية تزيد من درجة الاشتياق، ويحاول المريض القيام بعملية التحكم الذاتي التي تفشل بسبب الكثير من الظروف المهينة والمرتبطة بتلك الأفكار، لذلك فإن استمرار الصراع بين تلك الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالتعاطي يزيد من احتمالات العودة للتعاطي (Beck, et al, 1993)، فالمعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية تكون نسقاً من التفكير يسيطر على المدمن، (فيرى مير وسيرستن، ١٩٩٩) (Meyer & Cbristine, 1999) أن احتياجه من المخدر ضروري لإحداث قدر من التوازن النفسي والانفعالي، وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر وقدرة المخدر على التغلب على مشاعر الضيق والملل التي تنتابه، لذا تعتمد معظم الاتجاهات العلاجية الحديثة على النظرية المعرفية لمنع الانتكاس، من خلال تصحيح تلك المعتقدات الخاطئة عن طريق مناقشة تلك المعتقدات والأفكار اللاعقلانية وبناء نسق من المخططات المعرفية والمعتقدات العقلانية الجديدة كبديل عن المعتقدات الخاطئة والمخططات اللا تكيفية (سلام، ٢٠٠٩).

٤- مفهوم التعافى

تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه: عملية الحفاظ على الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة بطرق عديدة، سواء كانت برنامج المدمنين المجهولين أو المجموعات الخاصة ببرنامج الأثنى عشرة خطوة. كما تشير عملية التعافى إلى عملية تحقيق الامتناع عن تعاطي المخدرات والحفاظ على السلوك المعتدل (WHO, 1994).

الدراسات السابقة

تم تقسيم الدراسات السابقة إلى محورين هما:

١- الدراسات التي تناولت الفروق في المخططات المعرفية بين المنتكسين والمتعافين

هدفت دراسة روبيير وآخرون (Roper, et al, 2010) إلى فحص الفروق في المخططات المعرفية اللا تكيفية لدى مجموعة من المعتمدين على الكحوليات خلال فترة الإدمان النشط وفترة التعافى. إذ

أُجريت على ١٠٠ مشاركٍ تراوحت أعمارهم ما بين ٢٤-٦٩ سنة بمتوسط عمري قدره ٤٥,٠٨ سنة بانحراف معياري قدره ١٠,٠٧ سنة. وبعد جمع البيانات الديموغرافية طُبّق عليهم اختبار المخططات المعرفية اللاتكيفية ليونج. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المعتمدين وغير المعتمدين على الكحوليات؛ إذ أظهر المعتمدون على المخدرات درجات مرتفعة بشكل جوهري على ١٣ مخططاً من المخططات اللاتكيفية وهي (الحرمان العاطفي- والهجر وعدم الاستقرار- وعدم الثقة وسوء الاستغلال- والعزلة الاجتماعية- والخزي والعار- والفشل- والاعتمادية- والتعرض للإيذاء أو المرض- والتعلق بالآخرين وعدم النضج الذاتي- والقهر- والتضحية بالذات- والكف الوجداني- وعدم ضبط الذات)، قبل فترة الامتناع عن التعاطي مباشرة. كما اختلفت مجموعة المدمنين في ٦ من ١٥ من المخططات بعد فترة وجيزة (٣ أسابيع) من الامتناع والمشاركة في برنامج نفسي تعليمي، وهي (مخطط الحرمان العاطفي- وعدم الثقة وسوء الاستغلال- والخزي والعار- الاعتمادية- والتعرض للإيذاء والمرض- والقهر).

٢- الدراسات التي تناولت الفروق في المخططات المعرفية بين المدمنين والأسوياء

أجرى شغجي وسفارينا وايرانبور وسلطانيجاد (Shaghaghy, Saffarinia, Iranpoor, Soltanynejad,) (2011) دراسة هدفت إلى الكشف عن الفروق بين المدمنين وغير المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية، على عينة مكونة من (٨١ مدمناً- ٩٠ غير مدمن) جرى اختيارهم بطريقة عشوائية وبتطبيق اختبار يونج لقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (YSQ) مكون من ٧٥ بنداً لقياس ١٥ مخططاً. فكتشفت عن وجود فروق دالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية في اتجاه المدمنين في كل أنماط المخططات المعرفية اللاتكيفية. كما أوضحت وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والإدمان.

كما فحصت دراسة مستعرضة لرازف وسولتنيذ ورافي (Razavi, Soltaninezhad, Rafiee,) (2012) الفروق بين المدمنين وغير المدمنين في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتعرف على المخططات المنبئة بالإدمان والانتكاسة، لدى عينة مكونة من ٢٠٥ من الرجال المدمنين وغير المدمنين (تتكون عينة المدمنين من ٩٦ ذكراً مدمناً بمتوسط عمري قدره ٣٤,٧٨ سنة وبانحراف معياري قدره ١٠,٣٦ سنة، وعينة غير المدمنين ١٠٦ من الذكور بمتوسط عمري قدره ٣٣,٠٣ سنة وبانحراف معياري قدره ٩,٢١ سنة). وبتطبيق اختبار YSQ-SF مكون من ٧٥ بنداً، توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المدمنين وغير المدمنين في ١٥ مخططاً من

المخططات المعرفية اللا تكيفية. كما أشارت إلى أنّ المخططات المعرفية اللا تكيفية (التعرض للأذى والمرض- والحرمان العاطفي- والتعلق بالآخرين وعدم النضج الذاتي) من العوامل المنبئة بالانتكاسة والإدمان.

وأجرى سيلفا وكزاسا وأوليفيرا وجوير (Silva, Cazassa, Oliveira, Gauer, 2012) دراسة هدفت إلى تقييم الفروق في المخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة بين متعاطٍ وغير متعاطٍ للكحوليات، حيث تكونت العينة من ١٠٧ ذكور (٥١ مدمناً للكحوليات و٥٦ غير مدمن للكحوليات) وتراوحت أعمارهم ما بين (١٨- ٦٠ سنة)، وبعد إجراء مقابلة إكلينيكية تشخيصية وجمع البيانات الديموجرافية وتطبيق مقياس يونج للمخططات المعرفية اللا تكيفية المبكرة النسخة المختصرة (YSQ-S2). توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطٍ وغير متعاطٍ للكحوليات في المخططات اللا تكيفية المبكرة. كما توصلت إلى أن المدمنين أظهروا درجات مرتفعة جوهرياً على مجالات مخططات (الرفض والانفصال- وضعف الحدود والقيود- وضعف الاستقلالية والأداء- واليقظة والكف- والتوجه نحو الآخرين) مقارنةً بغير مدمن الكحوليات.

أمّا دراسة شوري وستوارت واندريسون (Shorey, Stuart, Anderson, 2013) فتناولت الفروق بين مستخدمي المواد النفسية وعينة غير إكلينيكية في المخططات المعرفية اللا تكيفية. تكونت عينة الدراسة من مجموعتين (المجموعة الإكلينيكية ١٠١ ذكرٍ ومتوسط أعمارهم $(21,84) \pm$ ١,٩٨ سنة)، ومجموعة الأسوياء تكونت من مجموعة من طلاب قسم علم النفس مكونين من ١٧٥ ذكرًا، المدى العمري لهم من $(18,87) \pm 2$ سنة) وتطبيق قائمة جمع البيانات واختبار DUDIT لقياس استخدام المخدرات مكون من ١٤ بنداً وقائمة AUDIT لقياس استخدام الكحول مكون من ١٠ بنود، ومقياس المخططات المعرفية اللا تكيفية ليونج (YSQ-L3) مكون من ٢٣٢ بنداً لقياس ١٨ مخططاً. توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعتين في ٩ من ١٨ مخططاً في اتجاه المدمنين (الهجر وعدم الاستقرار- وعدم الثقة وسوء الاستغلال- والخزي والعار- والفشل- والاعتمادية والعجز- والتعرض للإيذاء والمرض - وعدم ضبط الذات- والسعي إلى القبول وطلب التقدير والاعتراف- والقسوة والعقاب).

فروض الدراسة

توجد فروق دالة إحصائية في المخططات المعرفية اللا تكيفية بين المنتكسين والمتعافين.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة

اعتمدت الدراسة الراهنة على المنهج الوصفي المقارن.

ثانياً: عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة من مجموعتين؛ المجموعة الأولى تكونت من (١٣١) شخصاً منتكساً من الذكور، تراوحت أعمارهم بين (١٩-٥٦) سنة، وذلك بمتوسط عمري قدره (٣٣,٤٤) سنة وبانحراف معياري (٧,٠٣) سنة، وتكونت المجموعة الثانية من (١٠٠) من الذكور المتعافين من الاعتماد على المواد النفسية بمتوسط عمري قدره (٣٧,٣٠) سنة بانحراف معياري قدره (٧,٢٤) سنة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المرضى المترددين على عيادات الخط الساخن التابع لصندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

التكافؤ بين مجموعتي الدراسة

- ١- المتغيرات الديموجرافية: تم التحقق من التكافؤ بين مجموعتي الدراسة في المتغيرات الديموجرافية (متغير العمر- المستوى التعليمي- الحالة الاجتماعية - المهنة - المستوى الاجتماعي الاقتصادي)، وتوصلت لعدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة.
- ٢- أما بالنسبة للتكافؤ بين أفراد العينتين في المتغيرات المتعلقة بالاعتماد على المواد النفسية، كنوع المادة المتعاطاة، والسن عند بداية التعاطي، وعدد سنوات التعاطي، فقد توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مجموعتي الدراسة.

ثالثاً: أدوات الدراسة

تضمنت أدوات الدراسة الحالية المقاييس الآتية:

- ١- استمارة البيانات الأولية.
- ٢- مقياس يونج للمخططات المعرفية اللا تكيفية (النسخة المختصرة الثالثة) YSQ-S3 (ترجمة الباحثة).

أعدّ يونج هذا الاختبار لقياس المخططات المعرفية اللا تكيفية، حيث أصدر عدة صور له؛ ثلاثة نماذج من الصورة الطويلة وثلاثة من النسخة المختصرة، ويتكون مقياس يونج للمخططات النسخة الطويلة الأولى YSQ-L من ١٢٣ بنداً لقياس ١٥ مخططاً من المخططات اللا تكيفية

المقسمة على ٣ مجالات (Young, 1990) وفي الوقت ذاته أصدر النسخة المختصرة الأولى لاختبار المخططات لتوفير الوقت وتسهيل التطبيق ويرمز له بـ YSQ-S، ويتكون هذا الاختبار من ٧٥ بنداً لقياس ١٥ مخططاً (Young, 1998)، أما النسخة الطويلة الثانية YSQ-L2 فتتكون من ٢٠٥ بنود لقياس ١٦ مخططاً من المخططات اللا تكيفية مقسمة على ٥ مجالات، وتتكون النسخة المختصرة الثانية التي يرمز لها بـ YSQ-S2 من ١١٤ بنداً لقياس ١٨ مخططاً. وأخيراً أصدر النسخة الثالثة الأخيرة الطويلة YSQ-L3 التي تتكون من ٢٣٢ بنداً لقياس ١٨ مخططاً (Dabson, 2009) وظهرت معها النسخة الثالثة المختصرة (YSQ-S3- version 2005)، التي جرى استخدامها في هذه الدراسة؛ إذ تتكون هذه النسخة من ٩٠ بنداً لقياس ١٨ مخططاً فرعياً مقسمة إلى خمس فئات رئيسية.

وتتوزع البنود على المخططات الفرعية كالتالي: مخطط الحرمان العاطفي (يتمثل في البنود ١-١٩-٣٧-٥٤-٧٢)، ومخطط الهجر (بنوده هي ٢-٢٠-٣٨-٥٥)، ومخطط عدم الثقة والإساءة (بنوده هي ٣-٢١-٣٩-٥٦-٧٣)، ومخطط العزلة الاجتماعية (بنوده ٤-٢٢-٤٠-٥٧-٧٤)، ومخطط الخزي والعار (٥-٢٣-٤١-٥٨-٧٥)، ومخطط الفشل (٦-٢٤-٤٢-٥٩-٧٦)، ومخطط الاعتمادية (٧-٢٥-٤٣-٦٠-٧٧)، ومخطط التعرض للإيذاء/ المرض (٨-٢٦-٤٤-٦١-٧٨)، ومخطط التعلق الوجداني (٩-٢٧-٦٢-٧٩)، ومخطط القهر (١٠-٢٨-٤٥-٦٣-٨٠)، ومخطط التضحية بالذات (١١-٢٩-٤٦-٦٤-٨١)، ومخطط الكف الوجداني (١٢-٣٠-٤٧-٦٥-٨٢)، ومخطط الحساسية للنقد (١٣-٣١-٤٨-٦٦-٨٣)، ومخطط العظمة (١٤-٣٢-٤٩-٦٧-٨٤)، ومخطط عدم كفاية ضبط الذات (١٥-٣٣-٥٠-٦٨-٨٥)، ومخطط السعي للقبول (١٦-٣٤-٥١-٦٩-٨٦)، ومخطط السلبية (١٧-٣٥-٥٢-٧٠-٨٧)، ومخطط القسوة (١٨-٣٦-٥٣-٧١).

وتتراوح بدائل الإجابة عن المقياس وفقاً إلى مقياس ليكرت من (١ لا تنطبق إطلاقاً حتى ٦ تنطبق تماماً)؛ فترجمت الباحثة المقياس وتعديل بدائل الإجابة عنه لجعل المفحوص يختار من بين ٤ بدائل فقط من (١ لا تنطبق- ٢ تنطبق بدرجة قليلة- ٣ تنطبق بدرجة متوسطة- ٤ تنطبق بدرجة كبيرة)؛ بحيث تتناسب مع طبيعة أفراد العينة وسهولة قدرتهم على اختيار البديل المناسب.

إجراءات التحقق من الكفاءة السيكومترية لاختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية

١- ثبات اختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية

حُسب معامل الثبات لاختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية بطريقة ألفا كرونباخ للدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمجموعتي الدراسة. ويوضح الجدول التالي قيمة الثبات لاختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية:

جدول (١)

معاملات الثبات ألفا كرونباخ لمقياس المخططات المعرفية اللا تكيفية لدى عينة الدراسة

معامل الثبات ألفا كرونباخ		معامل الثبات ألفا كرونباخ اختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية
عينة المتعافين ن=١٠٠	عينة المنتكسين ن=١٣١	
٠,٨٩٣	٠,٨٣٨	المجال الأول (الانفصال والتبذ)
٠,٨٥١	٠,٧٦٣	المجال الثاني (العجز عن الاستقلال الذاتى)
٠,٧٧٠	٠,٧٠٠	المجال الثالث (ضعف واختلال الحدود)
٠,٨٠٠	٠,٧٠٨	المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين)
٠,٦١٠	٠,٦٥٨	المجال الخامس (اليقظة والكف)
٠,٩٥٢	٠,٩٢٥	اختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية

يتضح من الجدول السابق أنّ اختبار المخططات المعرفية يتمتع بمعاملات ثبات مرتفعة لدى أفراد العينة.

بالنظر إلى الجدول السابق نجد أن معاملات الارتباط بين المجالات الفرعية للمخططات والمخططات الفرعية لهم، ومعاملات ارتباط بين المخططات والدرجة الكلية للمقياس دالة. **صدق المفهوم:** جرى التحقق منه من خلال حساب معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها بعضاً لدى عينة الدراسة، ويوضح جدول (٣) معاملات الارتباط بين هذه الأبعاد الفرعية لاختبار المخططات المعرفية

جدول (٣)

معامل الارتباط بين الأبعاد الفرعية لمقياس نوعية الحياة وبعضها بعضاً لدى عينة الدراسة

المخططات	المجال الأول (الانفصال والنبذ)		المجال الثاني (العجز عن الاستقلال الذاتي)		المجال الثالث (ضعف واختلال الحدود)		المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين)		المجال الخامس (البقطة والكف)	
	المتعافين	المنتكسين	المتعافين	المنتكسين	المتعافين	المنتكسين	المتعافين	المنتكسين	المتعافين	المنتكسين
المجال الأول (الانفصال والنبذ)	١	١	٠,٨١٣	٠,٨٥٢	٠,٦٢٦	٠,٨٠٨	٠,٦٥٣	٠,٨٠٨	٠,٤١٣	٠,٦٠١
المجال الثاني (العجز عن الاستقلال الذاتي)	٠,٨١٣	٠,٨٥٢	١	١	٠,٦٣٩	٠,٧٢٠	٠,٦٢٧	٠,٧٠٢	٠,٤١٧	٠,٥٤٢
المجال الثالث (ضعف واختلال الحدود)	٠,٦٢٦	٠,٦٣٩	٠,٧٢٠	١	١	٠,٦١٤	٠,٧٨٨	٠,٤٩٢	٠,٦٦١	٠,٦٦١
المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين)	٠,٦٥٣	٠,٦٢٧	٠,٧٠٢	٠,٦٢٧	٠,٧٢٠	٠,٦١٤	١	١	٠,٦٧٦	٠,٦٣٣
المجال الخامس (البقطة والكف)	٠,٤١٣	٠,٤١٧	٠,٥٤٢	٠,٤١٧	٠,٦٦١	٠,٤٩٢	٠,٦٦١	٠,٦٧٦	١	١

* معامل الارتباط دال عند ٠,٠٥ ** معامل الارتباط دال عند ٠,٠١

بالنظر إلى الجدول السابق نجد أن معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية وبعضها بعضاً مرتفعة.

رابعاً: أساليب التحليلات الإحصائية

تضمنت التحليلات الإحصائية للبيانات للتحقق من تساؤلات الدراسة وفروضها ما يلي:

١- الإحصاءات الوصفية (المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء).

٢- اختبار "ت" للكشف عن دلالة اتجاه الفروق بين المتوسطات الدالة إحصائياً.

٣- معامل الارتباط الخطى المستقيم لبيرسون.

مناقشة النتائج

فرض الدراسة "توجد فروق دالة جوهريًا بين المنتكسين والمتعافين في المخططات المعرفية اللاتكيفية".

جدول (٤)

الفروق في المخططات المعرفية اللا تكيفية بين مجموعتي الدراسة

نوع الدلالة	مستوى الدلالة	قيم (ت)	عينة المتعافين ن=١٠٠		عينة المنتكسين ن=١٣١		المخططات المعرفية اللا تكيفية
			ع	م	ع	م	
دالة	٠,٠٠٠	-٧,٨٩١	١٣,٣٧	٤٨,٦٥	١١,٦٥	٦١,٦٦	المجال الأول (الانفصال والتبذ)
دالة	٠,٠٠٠	-٨,٤٠٦	١٠,٥٢	٣٧,٧٠	٩,٠١	٤٨,٥٢	المجال الثاني (العجز عن الاستقلال الذاتي)
دالة	٠,٠٠٠	-٤,٩٥٢	٥,٩٩٧	٢٣,٩٥	٥,٣٠٣	٢٧,٦٤	المجال الثالث (ضعف واختلال الحدود)
دالة	٠,٠٠٠	-٤,٦٢٥	٧,٨٠٥	٣٦,٣١	٦,٧٩	٤٠,٧٦	المجال الرابع (التوجه نحو الآخرين)
دالة	٠,٠١٧	-٢,٤٠٥	٦,٥٥	٥٠,٣٣	٧,٢٤	٥٢,٥٥	المجال الخامس (البقظة والكف)

وقد أسفرت نتائج اختبار (ت) للفروق بين المجموعتين - كما هو موضح في الجدول السابق - قبول الفرض الثاني بدرجة كبيرة، حيث تبين وجود فروق دالة إحصائية بين المنتكسين والمتعافين في المخططات المعرفية اللا تكيفية في المجالات الخمسة في اتجاه المنتكسين، مما يعنى أن درجات المنتكسين على اختبار المخططات المعرفية اللا تكيفية أعلى بشكل جوهري من المتعافين.

ويمكن تفسير نتائج هذا الفرض في ضوء ما أشار إليه نموذج كوبر إلى أهمية المعتقدات والمخططات المعرفية اللا تكيفية في نشأة و استمرار اضطراب استخدام المواد النفسية، كما يرى بيك وزملاؤه (Beck, et al, 1993) أن حدوث اضطراب استخدام المواد النفسية يرجع إلى مجموعة من المعتقدات الإدمانية Addictive Beliefs - المتمثلة في المخططات المعرفية في نظرية يونج - وهي مجموعة الأفكار الدافعة لتعاطي المخدرات وحل مشاكلها وعلاجها والهروب من مواجهة المشاكل.

كما تتفق النتائج السابقة نظريًا مع النظريات المعرفية التي تفسر الإدمان أو الانتكاس من خلال التشوهات المعرفية وأخطاء التفكير والمعتقدات الخاطئة والمخططات المعرفية اللا تكيفية ومنها نظرية بيك (Beck, et al, 1993) التي تفسر الإدمان من خلال المخططات المعرفية

اللا تكيفية، إذ يرى أن الأفكار تتجم عن تنشيط المخططات المعرفية المضطربة، ومن ثمَّ فالمخططات اللاتكيفية تؤثر في سلوك الفرد، ومشاعره فهي تؤدي إلى ظهور الاضطرابات النفسية (كالإدمان) (جرينبرج، ٢٠٠٦)، كما يرى "بيك" أن المخططات المعرفية تشير إلى محتوى معرفي يتكون من (الثالث المعرفي)، والذي يشير إلى التوقعات السلبية للمريض تجاه ذاته والآخرين، والعالم من حوله ولوم الذات، والشعور بالنقص، ويرى أن الاضطراب النفسي يستمر نتيجة للتشوهات الإدراكية المستمرة الناتجة عن مخططاتهم السلبية، وهذه المخططات تكون كامنة إلى أن يتم تنشيطها في مواقف محددة، من خلال خبراتهم السابقة في مواقف مشابهة (بيك، ٢٠٠٧)، وفي هذا الصدد يرى بيك أن استخدام المواد النفسية/ الانتكاس يرجع إلى مجموعة من الاعتقادات، وتكون هذه الاعتقادات الخاطئة نسقاً من التفكير، يسيطر على الفرد، فيرى أن احتياجه للمواد النفسية يحدث قدرًا من التوازن النفسي والانفعالي، وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن باستخدام المواد النفسية، بالإضافة إلى قدرة تلك المواد على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل، وما يمنحه للمعتمدين من نشاط وطاقة، وبالتالي يرى بيك Beck أن السبب الحقيقي وراء الإدمان أو العودة إلى التعاطي (الانتكاس) يكمن في مجموعة من الاعتقادات الخاطئة والتشوهات المعرفية الناتجة عن مخططات معرفية لاتوافقية، كما يرى أن المواقف الضاغطة لا تسبب الاشتياق مباشرة، لكنها تنشط الاعتقادات المتصلة بالمواد النفسية التي تؤدي إلى الاشتياق إلى المخدر (Becker, Zackarek, 2004)، فإنَّ مستخدم المواد النفسية لديه منظومة من الأفكار والتوقعات والاعتقادات الخاطئة حول التعاطي والمخدرات وتأثيرها (سالم، ٢٠١٣).

كما أوضح كل من ميليت وفلاي (Millet & Flay, 2003) أن أفكار مستخدم المواد النفسية وسلوكه نحو تعاطي مادة نفسية بعينها، هي نتاج مجموعة من العوامل المتعددة بعضها عوامل معرفية كالمعتقدات والاتجاهات والتوقعات وبعضها وجدانية كالانفعالات والحالة المزاجية، ومن هنا أنطلق المنظور المعرفي ليشير إلى وجود عدد من المخططات (المعتقدات) والإدراكات الخاصة نحو تعاطي أي مادة مخدرة تتمثل في الخبرات المكتسبة والمتراكمة في مرحلة الطفولة نحو سلوك تعاطي المادة المخدرة وآثارها، كما تتمثل في المعتقدات السلبية الخاصة بالمنافع والتوقعات المترتبة والناجمة عن استمرار الاعتماد على المادة المخدرة (حسني، ٢٠١٠).

وفي هذا الصدد أشارت نتائج العديد من الدراسات إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين المنتكسين والمتعافين في المخططات المعرفية اللا تكيفية، كدراسة روبيير وآخرون

(Roper, et al, 2010) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين المعتمدين وغير المعتمدين على الكحوليات؛ إذ أظهر المعتمدون على المخدرات درجات مرتفعة بشكل جوهري على ١٣ مخططاً من المخططات اللا تكيفية وهي (الحرمان العاطفي- والهجر وعدم الاستقرار- وعدم الثقة وسوء الاستغلال- والعزلة الاجتماعية- والخزي والعار- والفشل- والاعتمادية- والتعرض للإيذاء أو المرض- والتعلق بالآخرين وعدم النضج الذاتي- والقهر- والتضحية بالذات- والكف الوجداني- وعدم ضبط الذات)، قبل فترة الامتناع عن التعاطي مباشرة. كما اختلفت مجموعة المدمنين في ٦ من ١٥ من المخططات بعد فترة وجيزة (٣ أسابيع) من الامتناع والمشاركة في برنامج نفسى تعليمي، وهي (مخطط الحرمان العاطفي- وعدم الثقة وسوء الاستغلال- والخزي والعار- والاعتمادية- والتعرض للإيذاء والمرض- والقهر).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة من خلال ملاحظة وخبرة الباحثة في مجال الإدمان، فربما ترجع الفروق بين المنتكسين والمتعافون في المخططات نتيجة البرامج العلاجية التي يتلقاها المريض خلال فترة التعافى التي تعتمد بشكل كبير على تعديل الأفكار ومن ثم المعتقدات والمخططات وبالتالي يصبح المتعافون أقل في الدرجة على اختبار المخططات اللا تكيفية نتيجة للعلاج المعرفى السلوكى أو غيره من الأساليب العلاجية التي يتلقاها المريض.

مقترحات بحثية

- دراسة الفروق في المخططات المعرفية اللا تكيفية بين المعتمدين على المواد النفسية ومرضى التشخيص المزدوج.
- دراسة الفروق بين الذكور والإناث في المخططات المعرفية اللا تكيفية، مع التركيز على دور بعض العوامل الأخرى مثل نوع المادة المستخدمة والجرعة وطريقة التعاطي.
- دراسة بعض المتغيرات التي من المُحتمل أن تلعب دوراً في العلاقة بين المخططات المعرفية والانتكاس مثل (مهارات حل المشكلات - بعض سمات الشخصية) وغيرها من المتغيرات.
- دراسة كفاءة البرامج العلاجية في علاج المخططات المعرفية لدى المتعافين باختلاف البرامج العلاجية سواء (برنامج ماتريكس - برنامج NA - برنامج العلاج المعرفى السلوكى CBT).

توصيات الدراسة

- محاولة قياس وتحديد المخططات المعرفية اللاتكيفية فى بداية البرنامج العلاجى لعمل برنامج علاجى يتضمن علاج المخططات مما يساعد على تقليل احتمال الانتكاس.

المراجع

- الجوهري، أيمن (٢٠١٥). المخططات غير التوافقية والأخطاء المعرفية لدى مريضات الشره العصبى. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة. كلية الآداب: قسم علم نفس.
- السيد، عبده (٢٠٠٨). العلاقة بين الاتجاهات الوالدية المتبادلة بين الآباء وأبنائهم المدمنين وعلاقتها بانتكساتهم. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة عين شمس. كلية الآداب: قسم علم نفس.
- باوه، محمد (٢٠١٧). فاعلية العلاج الجمعى (السيكودراما) فى خفض مؤشرات الانتكاسة لدى المعتمدين على المواد ذات التأثير النفسى. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة حلوان، كلية الآداب: قسم علم نفس.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧). العلاج المعرفى الأسس والأبعاد. ترجمة: طلعت مطر، القاهرة: المركز القومى للترجمة.
- جرينبرج، روث (٢٠٠٦). الاكتئاب النفسى. فى: روبرت ليهى (محرراً). دليل عملى تفصيلى لممارسة العلاج النفسى المعرفى فى الاضطرابات النفسية. (ترجمة): محمد نجيب الصبوة (ص ص ١٢٥-١٥٢)، القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع.
- حسنى، ضياء الدين (٢٠١٠). الفروق بين المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على الامفيتامينات وبين الأسوياء فى الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب.
- خليل، نجوى وآخرون (٢٠١٧)، المسح القومى الشامل للمواد المؤثرة فى الأعصاب، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، المجلس القومى للإدمان.
- سالم، حنان (٢٠١٣). مظاهر اضطرابى الشخصية الحدية والمعادية للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب.
- سلام، وسام (٢٠٠٩). سوء التوافق النفسى والشعور بالاغتراب وعلاقتهما بالانتكاسة لدى مدمنى المواد المخدرة التخليقية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة بنها: كلية الآداب: قسم علم نفس.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٠). التقرير السنوى "المرحلة الأولى". القاهرة.

عباس، فاضل (٢٠٠٩). فاعلية برنامج إرشادي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين بمملكة البحرين. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة البحرين، كلية التربية.

محمود، نهاد (٢٠١٥). المخططات اللاتكيفية المبكرة كمتغير وسيط بين أنماط التعلق الوجداني وأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي. ٣(١)، ٧٣-١١٤.

عسكر، إبراهيم (٢٠١٦). المتغيرات الاجتماعية والفيزيائية للمنتكسين من علاج الإدمان (دراسة ميدانية لعينة من الشباب العائد للتعاظم). رسالة دكتوراه (غير منشورة). جامعة عين شمس، معهد الدراسات والبحوث البيئية: قسم العلوم الإنسانية البيئية.

عرفة، أمارة (٢٠٠٧). بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدى مرضى الوسواس القهري. رسالة ماجستير (غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب.

Alfasfos. L, (2009). The Early Maladaptive Schemas and Their Correlations with the Psychiatric Symptoms and the Personality Accentuations for Paslestinian Students. (Doctoral Dissertation). Hamburg University. Department of Psychology.

American Psychiatric Association. (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed). Washington, DC: Author

Beck. A., Emery. G., Greenberg. R. (1985). Anxiety Disorders and Phobia: A Cognitive Perspective. New York. Guilford Press.

Beck. A., Wright. F., Newman. C. & Liese. B.(1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press. NY. USA.

Becker D., Zacharek M.(2004). Identification Thoughts and Health Attitudes: In Alcohol and Drugs Dependence. Journal of Substance Abuse.16,21-36.

Bricker, D., & Young, J. (2012).A Client's Guide to Schema Therapy. Cognitive Therapy Center: New York.1-26.

Dabson.K.(2009). Handbook of Cognitive- Behavioral Therapies.(3rd Ed).USA: The Guilford Press.

Fish, K.D.(2014). Schema Therapy Constucts in Acorrections Population: An Exploration of Temperament, Neglect, Attachment, Schemas, and risk to re-offend. (Doctoral Dissertation). Spalding University. Department of Psychology.

Jesinoski. M. (2010).Young's Schema Theory: Exploring the Direct and Indirect links Between Negative Childhood Experiences and Temperament to Negative Affectivity in Adulthood. (Doctoral Disseration). Utah State University: Department Of Psychology.

Razavi V, Soltaninezhad A & Rafiee A (2012). Comparing of Early Maladaptive Schemas Between Healthy and Addicted men. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 14(9), 60-63.

Roper L, Dickson. J,Tinwell C, Booth. P & McGuire J. (2010). Maladaptive Cognitive Schemas in Alcohol Dependence: Changes Associated with a Brief Residential Abstinence Program. Journal of Cognitive Theory and Research. 34(1), 207-215.

Shaghaghly F, Saffarinia M, Iranpoor M & Soltanynejad (2011). The relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helpless. Journal of Addiction and Health. 3(1-2), 45-52.

- Shorey RC, Stuart GL & Anderson S,(2013). Early Maladaptive Schemas Among Young Adult Male Substance Abusers: A Comparison with a Non-clinical Group. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 44(5), 522-527.
- Silva J, Cazassa M., Oliveira M. & Gauer G. (2012). Evaluation of Early Maladaptive Schemas: Psychometric Study in Alcoholics. *Journal of Bras Psiquiatr*. 61(4), 199-205.
- Skeen, M. (2007). A Schema-Focused Analysis of Philip Carey IN W. Some rest Maugham's of Human Bondage. (Doctoral dissertation). The Wright Institute. Department of Psychology.
- Young, J. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders, A Schema-Focused Approach*. (2nd Ed). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Klosko, J. S & Weisheraar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A Parctitioner's Guide*. New York: Guilford press.

Abstract

Differences in Maladaptive Cognitive Schemas Between Relapse and Recovered Users of Psychoactive Substances

Aliaa Abd Elmoneim Mohammed
Zizi Al-Sayed Ibrahim **Sherine Abdel Wahab Ahmed**

The current study aimed to reveal differences in maladaptive cognitive schemas between relapsers and recoveries among users of psychological substances. The sample consisted of 131 relapsers - 100 recoveries from males dependent on psychological substances, their ages ranged between 19-56 by applying the Young's scale for maladaptive cognitive schemas, and using the t.test, the study shows that there are statistically significant differences between relapsers and recoveries in the five areas of maladaptive cognitive schemas, namely (the area of disconnection and rejection domain - the area of Impaired Autonomy and performance- the area of Other-Directedness - the area of Impaired limits - the area of Over vigilance and inhibition), towards relapsers, this means that the scores of relapsers on the maladaptive cognitive schemas test are substantially higher than those in recovery.

Keywords: maladaptive cognitive schemas - relapsers - recoverers - users of psychological substances.