

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة ماستر

علم النفس
علم النفس
العيادي

رقم: أدخل رقم تسلسل المذكرة

إعداد الطالب:

وسيلة منصوري

يوم:

المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة الغالبة لدى المدمن على المخدرات

لجنة المناقشة:

مقرر	أ. د.	جامعة بسكرة	نبيل مناني
رئيسة	أ. د.	جامعة بسكرة	العضو 2
مناقش	أ. مس أ	الجامعة	العضو 3

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معرفة المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة الغالبة على مدمن المخدرات بالمركز الوسيطي لمعالجة الادمان - بسكرة-.
فقد جاءت هذه الدراسة بعنوان: " المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لدى المدمن على المخدرات ".

حيث تضمنت هذه الدراسة في جانبها الميداني على دراسة عيادية لثلاث (03) حالات بالمركز الوسيطي لمعالجة الادمان - بسكرة-. " وتم الاعتماد في هذه الدراسة على اختبار المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة، والمقابلة العيادية النصف موجهة من أجل لوصول إلى نتائج الدراسة.

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: صعوبة التحكم المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لدى المدمنين، وأن مخطط الحرمان العاطفي ظهر كعامل مسيطر للحالة الأولى والثالثة، فيما لم يظهر مخطط الحرمان العاطفي بصورة جلية في الحالة الثانية، أما بالنسبة لمخطط الفشل ومخطط نقص التحكم الذاتي فقد ظهرا أيضا كعاملين مسيطرين في الحالات الثلاثة.

و توصلت الدراسة إلى عدد من التوصيات، تمثلت في: الاهتمام بهذه الشريحة أكثر من الناحية النفسية والاجتماعية، ومحاولة معرفة العوامل المسببة للإدمان والحد من زيادة انتشاره، والقيام بدراسات وبحوث أكثر تخص المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة وعلاقتها بهذا الاضطراب و جميع الاضطرابات.

Abstract

The aim of this study was to identify the knowledge of the early non-adaptive cognitive patterns that dominate the drug addict in the addiction treatment center - Biskra.

This study was titled: "**Early Adaptive Schemes of the Drug Addict**".

Where this study included in its field on a clinical study of three (03) cases in the center of the treatment of addiction - Biskra -. "This study was based on the testing of early non-adaptive cognitive charts, and a half-clinical interview aimed at reaching the results of the study. This study has reached several results, the most important of which are: the difficulty of controlling the early non-adaptive cognitive schemas of addicts, and that the emotional deprivation scheme has emerged as a dominant factor for the first and third situations, while the emotional deprivation scheme is not clearly shown in the second case. They also appeared as controlling agents in the three cases. The study concluded with a number of recommendations, which included: the interest in this segment more psychologically and socially, and trying to identify the factors causing addiction and reduce the spread of more, and to undertake more studies and research on early cognitive adaptive schemes and their relationship to this disorder and all disorders.

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين حمدا يليق بعظمة جلاله وله الشكر على نعمه
و أفضل الصلاة على سيد الأولين والآخرين وإمام
المتقين سيدنا محمد صلى الله عليه و سلم و على آله الطاهرين وصحبه
أجمعين ومن تبعهم بإحسان
كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى الدكتور "مناني نبيل"
أستاذي العزيز المشرف الذي ساهم معي بجهده ووقته ونصائحه القيمة كما
كان لي العون طوال فترة دراستي.
كما أتقدم بالشكر أيضا إلى جميع من ساعدني في هذا العمل
ولهؤلاء جميعا أقول جزاكم الله خيرا

فهرس الموضوعات

	البسمة.
	شكر وتقدير.
	ملخص الدراسة.
	قائمة الجداول.
	مقدمة.
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
06	1- إشكالية الدراسة.
08	2- فرضيات الدراسة.
09	3- أسباب اختيار الموضوع.
09	4- أهمية الدراسة.
09	5- أهداف الدراسة.
10	6- تحديد مصطلحات الدراسة.
11	7- الدراسات السابقة.
الفصل الثاني: المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة	
15	تمهيد.
15	1- لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط.
17	2- تعريف المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة.
20	3- خصائص المخططات غير المتكيفة المبكرة
21	4- أنواع المخططات المعرفية
22	5- مجالات المخططات غير المتكيفة المبكرة .
27	6- مصدر المخططات المعرفية غير المتكيفة
29	7- آلية عمل المخططات (المخطوطة)
30	8- أساليب التكيف مختلفة الوظيفة مع المخططات غير المتكيفة

34	خلاصة.
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات	
36	تمهيد.
36	1- نبذة تاريخية.
37	2- تعريف الإدمان على المخدرات.
40	3- نظريات مفسرة للإدمان .
43	4- أنواع المخدرات وتصنيفها.
49	5- طرق تعاطي المخدرات
50	6- مراحل الإدمان .
51	7- أعراض الإدمان على المخدرات.
52	8- آثار المخدرات.
55	خلاصة.
الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة.	
57	تمهيد.
58	1- الدراسة الاستطلاعية.
59	2- حدود الدراسة الاستطلاعية.
60	3- حالات الدراسة ومواصفاتهم.
60	4- المنهج المتبع في الدراسة.
61	5- أدوات الدراسة.
62	5-1- المقابلة العيادية النصف موجهة.
62	5-2- مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة
66	خلاصة.
الفصل الخامس: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات	
68	تمهيد.
69	أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى .
69	1- تقديم الحالة الأولى.

69	2- ملخص المقابلة مع الحالة.
70	3- تحليل المقابلة مع الحالة الأولى.
73	4- نتائج الاختبار للحالة الأولى.
74	5- تحليل نتائج الحالة الأولى.
75	ثانيا: عرض نتائج الحالة الثانية.
75	1- تقديم الحالة الثانية .
75	2- ملخص المقابلة مع الحالة الثانية .
76	3- تحليل المقابلة مع الحالة الثانية.
78	4- نتائج الاختبار للحالة الثانية.
79	5- تحليل نتائج للحالة الثانية.
80	ثالثا: عرض نتائج الحالة الثالثة.
80	1- تقديم الحالة الثالثة.
80	2- ملخص المقابلة مع الحالة الثالثة.
81	3- تحليل المقابلة مع الحالة الثالثة.
84	4- نتائج الاختبار للحالة الثالثة.
85	5- تحليل نتائج للحالة الثالثة.
86	رابعا : مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.
89	خلاصة.
91	الخاتمة.
95	قائمة المراجع.
100	الملاحق.

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
60	يوضح صفات وخصائص حالات الدراسة.	01
73	نتائج الاختبار للحالة الأولى.	02
78	نتائج الاختبار للحالة الثانية.	03
84	نتائج الاختبار للحالة الثالثة.	04

مقدمة

مقدمة

مقدمة:

تعد المراحل الأولى للفرد الفترة الأساسية لنموه نفسياً، جسدياً، عقلياً و التي تتكون من خلالها شخصيته ويصبح أكثر نضجاً وقدرة ليمارس حياته بالشكل الذي يجب أن يكون عليه فيصبح أكثر وعياً لأفعاله وتصرفاته ويستطيع مواجهة مختلف المواقف الحياتية من مشاكل، مصاعب.... الخ فقد يستطيع الفرد أن يحل مشاكله وأزماته بطريقة سليمة تحفظ سلامته وسلامة حياته.

بنفس الوقت يمتلك الفرد الميل إلى تدمير الذات، تجنب التفكير، التكرار الدائم للأخطاء، عدم التسامح، عدم التقبل ثم تجنب تحقيق أقصى لقدراته كإنسان و الإنسان غير معصوم من الخطأ و هذا يساعده على تقبل نفسه كمخلوق يقترب الأخطاء أحياناً، و بنفس الوقت يتعلم كيف يعيش بسلام أكثر مع نفسه ومع الآخرين، فالفرد هو العنصر الأساسي في بناء الأمة و تقدمها و تحفزها، فهو الذي يخطط و يعمل و يبتكر و ينتج، فإذا صلح الأساس صلح البناء و إذا فسد الأساس فسد البناء كله .

بحيث قد يمر بصراعات نفسية تترك آثاراً مع مرور الوقت، وتصبح اضطراباً بشكل عائق في عملية تكيف الفرد، وشكلت هذه الاضطرابات في وجه الباحثين الذين وجدوا صعوبة في تحديد المتغيرات التي ربما تساهم و تساعد في تفسير وشرح الطبيعة المعقدة لتلك الاضطرابات، وقد حظيت هذه الحالات باهتمام "جيفري يونغ" (Jeffrey Young) الذي عمل مع "آرون بيك" (Aaron bik) في علاج العديد من الحالات باستخدام العلاج المعرفي، وقادته دراسة تلك العلاجات المخففة إلى استنتاج وجود بني معرفية صلبة و صارمة، مزمنة جدا و عميقة، تتوافق مع مشكلات نفسية مستمرة لمدى الحياة لدى هؤلاء الأشخاص (Kellogg , Young, Krison Et All 2006,2012).



مقدمة

و أطلق عليها "يونغ" young المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة التي تكون مناخا أولي للاستعداد لمختلف الاضطرابات النفسية و نذكر منها اضطراب الإدمان على المخدرات و هو واحد من أكثر الاضطرابات النفسية جذبا لاهتمام الباحثين في مجال علم النفس الإكلينيكي خلال الآونة الأخيرة، و هو نوع من سوء استخدام المواد، و مرض يؤثر على مخ الشخص و سلوكه و يؤدي إلى العجز عن التحكم في استخدام العقار أو الدواء القانوني أو غير القانوني، بحيث قد يستمر الفرد في تعاطي المخدرات على الرغم من الأذى التي تسببه له. كما يمكن أن تكون أسباب هذا الإدمان أعمق إذا ما تناولنا المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة الراسخة من خلال نظرية " جيفري يونغ" التي تحدد كل من التفكير و السلوك و الانفعال، و توجههم نحو الاضطراب و عدم التكيف خاصة في حالة إعادة تنشيطها من المواقف الضاغطة و أمام هاته المعطيات قادنا الفضول العلمي إلى هذه الدراسة و التي تكمن أهميتها في الكشف عن نوع المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة التي تؤثر على ظهور اضطراب الإدمان على المخدرات، وكذلك لعل من المبررات الواقعية التي دفعت الباحثة للقيام بهذه الدراسة هو ندرة الدراسات السابقة في المجال الإكلينيكي الذي يتناول هذا الموضوع بصورة إكلينيكية .

وبناء على المنهج المستخدم في الدراسة والمتمثل في المنهج الإكلينيكي فقد تم هيكلة العمل بالشكل التالي :

قسمت الدراسة إلى جانبين متباينين المحتوى من جهة ومتكاملين مع بعضهما من جهة أخرى، أحدهما نظري والآخر تطبيقي. فقد تكونت هذه الدراسة من خمسة فصول جاءت كالآتي:

- **الفصل الأول:** يضم الإطار العام للدراسة ويشمل إشكالية الدراسة إضافة إلى أهداف وأهمية موضوعه والتعريف الإجرائي لمتغيراته، الدراسات السابقة، وفي الأخير التعقيب على الدراسات السابقة.



مقدمة

- **الفصل الثاني:** يشتمل على: لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط، تعريفها، خصائصها، أنواعها، مجالاتها، مصدرها، آلية عمل المخططات، أساليب التكيف مختلة الوظيفة مع المخططات غير المتكيفة.
- **الفصل الثالث:** فقد تطرقنا فيه إلى نبذة تاريخية، تعريف الإدمان على المخدرات، أنواعه و تصنيفه، طرق تعاطيه، مراحلها، آثاره، أعراضه، النظريات المفسرة له .
- **الفصل الرابع:** كان مخصصا للإجراءات الميدانية المتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة الاستطلاعية، حالات الدراسة ومواصفاتهم، كذلك التطرق إلى المنهج المتبع في الدراسة وأدوات الدراسة .
- **الفصل الخامس:** فخصص لعرض ومناقشة النتائج والذي اشتمل على: تقديم حالات الدراسة و ملخص المقابلة مع كل حالة، إضافة إلى تحليل المقابلة والاختبار مع كل حالة، عرض وتحليل نتائج الاختبار للحالة، وفي الأخير مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1 . إشكالية الدراسة:

يمر الفرد في حياته بمراحل مختلفة في جميع الجوانب الاجتماعية النفسية، العقلية، الفيزيولوجية، والتي يتطور من خلالها تدريجيا من طفل إلى الراشد مستقل ناضج، يتمتع بقدرة عقلية سليمة تجعله قادر على ممارسة حياته ومحاولة التكيف مع جميع المواقف والمشاكل الحياتية.

فمن خلال معاشته للأحداث اليومية تتكون لديه المعتقدات، المعاني، الافتراضات، التوقعات المكتسبة من البيئة المحيطة له وهذه ما تسمى بالخبرات السابقة والتي تعتبر مادة خاما ليكتسب خبرات في حياته ويبني بها المعلومات الجديدة، وتتجاوز هذا الحد إلى كيفية التعامل مع الذات ومع الآخرين، فتندمج ضمن عمليات معرفية تسير مجموعة من المعارف والعمليات التي تتكون من معطيات تمس وضعيات وأحداث ومواضيع وأشياء التي نعرفها فهذه الأشكال المعممة للمعارف يطلق عليها "المخططات المعرفية" وهي عبارة عن صناديق مليئة بالملفات تحتوي على أوراق كل ورقة مخصصة لإستراتيجيات لمعطيات حول: الإدراك التفكي، السلوك، الحركة، الاستجابة، الانفعال، المزاج... الخ، الموجودة ضمن مخزن ومنه نستخرجها، هذه المخططات يسمح من خلالها الاستجابة مع المثيرات الخارجية وفهم معطياتها، والتعامل، والتكيف معها كما تساعده على استعاد معلومات معينة، والاحتفاظ بمعلومات أخرى ولكن في بعض الأحيان تتكون لدينا مجموعة من المخططات المعرفية الخاطئة، بحيث يكون التكيف مع المواضيع بطريقة غير صحيحة فيعطي الفرد تأويلات خاطئة عن الوضعيات.

فربما يدرك الموقف عكس حقيقته أو تصله المعلومة بطريقة مشوهة حول ذاته أو حول الآخرين أو العالم الخارجي وهذا بدوره يؤثر على سلوكا ته من جهة وعلى انفعالاته من جهة أخرى، ويصبح بذلك ينطوي تحت سوء التوافق النفسي وتعتل صحته النفسية، فالأشخاص الفاشلين مثلا لديهم مخططات معرفية سلبية تستبعد بشكل انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات وتبقي على المعلومات السلبية، وهذه المخططات المعرفية السلبية أو المختلة وظيفيا

لدى هؤلاء الأشخاص (الفاشلين) تكون قد تكونت بسبب النقد والرفض المستمر والمتزايد لهم من الوالدين أو الأقرباء، الأصدقاء... الخ، أوريا قد يكون بسبب شدة أحداث الحياة الضاغطة والسلبية في فترة مبكرة من حياتهم، وحينما تقع أنواع مماثلة ومشابهة لتلك الأحداث في مرحلة آتية فإن المخططات المعرفية السلبية لديهم تشط وتسترجع الخبرات الشخصية السلبية لديهم وقد حضي باهتمام من طرف " جيفري يونغ " هذه مصطلح المخططات المعرفية غير المتكيفة وعرفها بأنها أفكار رئيسية نافذة وعريضة بخصوص الذات وعلاقات الفرد بالآخرين

تمتلك هذه المخططات مقومات معرفية انفعالية وسلوكية تكونت أثناء الطفولة المبكرة من خلال التجمع واتحاد كل من العوامل: الاستعدادات الوراثية، العوامل البيولوجية والخبرات البيئية كما أنها تستمر في التطور من خلال خبرات الحياة متضمنة التعلق بالآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد، من خلال التفاعلات مع البيئة الثقافية التي ينشأ فيها الفرد، وقد خطيت المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة سواء في إطار فهم الاضطرابات النفسية أو تشخيصها أو علا بها بعدد كبير من الدراسات منها دراسات (2005 نورداو وآخرون)، (Carr et Francis, 2010)، (ونوبي وآخرون 2010)، إلا أن الدراسات العربية في الإطار الإكلينيكي تولي هذا الجانب الكثير من الاهتمام.

ركزت النظرية المعرفية أن المعتقدات الجوهرية السلبية حول الذات والآخرين و العالم الخارجي إنما تدل على وجود المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة التي تكمن وراء تطور الاضطرابات الانفعالية، واستمرارها ويعتقد أن تلك المخططات المختلة وظيفيا تتطور في مرحلة مبكرة من حياة الشخص من خلال التفاعلات السلبية مع مقدمي الرعاية الأولية، وأثناء التنشئة الاجتماعية، وتجعل الشخص أكثر قابلية للإصابة بالمشكلات و الاضطرابات النفسية (vlierbergte et al 2010) .

من هنا يمكن القول أن المخططات المعرفية غير المتكيفة توفر مناخ للاستعداد للإصابة بأشكال من الإصابة من الاضطرابات النفسية أو المشاكل أو اللجوء إلى أساليب خاطئة لحل هذه المشاكل.

نخص بالذكر "الإدمان على المخدرات" والتي تعتبر من المشكلات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتعرف بأنها تناول عقاقير أو مواد مخدرة لغير غرض طبي بشكل مستمر وهذا لا يقف هنا بل يتعدى إلى رغبة الفرد في الحصول على المخدر بأي طريقة كانت ليصل إلى مرحلة اعتماده على المخدر، سواء كانت اعتمادية جسمية أو نفسية بحيث أن المدمن يفقد اتزانه إن ترك المخدر مما يستوجب العودة إليه، لإعادة الاتزان المفقود، وإن الانقطاع الفجائي عن المخدر يؤدي إلى ظهور أعراض تؤدي إلى الوفاة .

من هنا تبرز الحاجة إلى المزيد من البحث والدراسة لمعرفة المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة والمشاكل التي تنتج من خلالها نظرا إلى ضرورة الكشف عن أنواع وأبعاد هذه المخططات في حياة الفرد لما تخلقه من مشاكل بسبب الاختلال أو سوء المعيشة الحياتية للفرد بالإضافة إلى محاولة فهم الكيفية التي تتطور من خلالها هذه المشاكل وتسهيل الضوء على طبيعة المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة وتأثيرها بشكل جلي على السلوكيات والأساليب والطرق السلبية التي يلجأ إليها الفرد خاصة "الإدمان على المخدرات". فمن خلال ما تقدم يمكن القول بأن هناك إجابة لأسئلة في هذه الدراسة ذات أهمية من منظور المخططات المعرفية غير المتكيفة. ولذلك نلجأ في تحديد إشكالية لدراستنا على شكل التساؤل التالي:

- ماهي المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة الغالبة لدى المدمن على المخدرات؟

2. فرضيات الدراسة.

- يعتبر مخطط الحرمان العاطفي الغالب الأول لدى المدمن على المخدرات.

- يعتبر مخطط الفشل الغالب الثاني لدى المدمن على المخدرات.

- يعتبر مخطط نقص التحكم الذاتي لدى المدمن على المخدرات.

3. أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- مساهمة في دراسة نفسية للمخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لدى المدمن على المخدرات.
- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية و الميدانية.
- الرغبة الشخصية في معرفة المزيد عن هذه الفئة.
- قلة الدراسات المحلية التي تناولت متغيرين المخططات المعرفية والإدمان على المخدرات.

4. أهمية الدراسة: يكتسب الموضوع أهمية بالغة تكمن في:

أ- أهمية نظرية :

- الالتفاتة وتسليط الضوء على شريحة (المدمن على المخدرات) ودور المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة في الإدمان.
- تعد هذه الدراسة إضافة جديدة للمكتبة العلمية.
- زيادة البحوث والدراسات في هذا المجال إذ يمكن اعتبار هذه الدراسة من الدراسات العربية الجديدة نسبيا (ضمن حدود علم الباحثة) التي تناولت المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة وعلاقتها بالإدمان على المخدرات.

ب- أهمية تطبيقية:

- تناول مشكل من أهم المشاكل التي يعاني المجتمع.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في مجال البحث العلمي.

5- أهداف الدراسة:

- هدف أكاديمي و يتمثل في الحصول على شهادة الماجستير.
- التأكد من صحة أو خطأ الفرضيات التي حددت في هذه الإشكالية.

- أما الهدف الرئيسي هو الكشف عن ما إذا كانت المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة تؤدي إلى الإدمان عن المخدرات من خلال التعرف على الوضع الشخصي للمدمن.

6- تحديد مصطلحات الدراسة:

- المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة: هي أفكار رئيسية نافذة وعريضة بخصوص الذات وعلاقات الفرد بالآخرين (Nordahl.holth et haugum 2005).

وتعرف أيضا: "هي نماذج هامة مهيمنة تتشكل من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية، خاصة بالذات وعلاقتها بالآخرين وتتكون خلال الطفولة والمراهقة تؤثر على مسار حياة الفرد، وتحدث اختلالات وظيفية ذو دلالة. (Jeffrey Young 2005 .p35)

- الإدمان: هو التناول المتكرر للمخدرات بحيث تؤدي آثارها إلى الأضرار بمدمنها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على الإدمان. (محمد سويف، 1978، ص24).

- المخدرات: هي كل المواد والمركبات التي تسبب الضرر والإدمان للإنسان. (مصطفى عمر، 2007، ص28).

6-1- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

- المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة: يعرف إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في الاختبار للمخططات "جيفري يونغ".

- الإدمان: هو التعود على تناول جرعات زائدة من أدوية معينة أو أنواع من الأعشاب التي تحتوي على مواد مخدرة وهذا ما يؤدي إلى الإدمان فيدفع الفرد للقيام بأي شيء لتحقيق الراحة العقلية والنفسية والحصول على المادة المخدرة التي يريدتها.

- المخدرات: هي العقاقير المخدرة لصورها المختلفة، وينجم عنها الإحساس باللذة والنشوة ولها تأتي على الجهاز العصبي.

7. الدراسات السابقة للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة:

1.7. دراسة زبيدة الحطاح 2011: بعنوان علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي الرسوب في امتحان البكالوريا، والتي أجريتها على عينة مكونة من 365 فردا موزعين على فئة الناجحين وتتضمن 188 فردا 19 ذكور، 169 إناث وفئة الفاشلين 168 فردا. 47 ذكورا، 121 إناث تتراوح أعمارهم من 18 إلى 24 سنة موزعين على سنة أولى جامعي ومعاهد تكوين الوطني، ويتم تطبيق على الفئتين. وتم استخدام المنهج الوصفي السببي المقارن وكما أنها استخدمت مجموعة من الأدوات: مقياس المخططات لجيفري، مقياس الذكاء العاطفي لعبد المنعم الدردير، ومن أهم النتائج المتوصل إليها فكانت التعريف على عوامل نفسية يمكن أن تؤثر في الفشل الأكاديمي، حيث توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الناجحين والفاشلين في ما يخص مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة.

- ربط هذه الدراسة بالدراسة الحالية:

عند الربط بينهما نجد أنهما يختلفان في المتغير التابع، حيث تناولت دراسة زبيدة الفشل الأكاديمي، بينما تناولت الدراسة الحالية الإدمان على المخدرات، وقد اتفقتنا في اختيار نفس المتغير المستقل "المخططات المبكرة غير المتكيفة، إلا أننا اختلفنا في المنهج بحيث استخدمت زبيدة المنهج الوصفي أما الدراسة الحالية استخدمنا المنهج العيادي، كما اختلفنا في عينة الدراسة حيث اختارت عينة من الناجحين والمعيرين في البكالوريا أما هذه الدراسة تناولت حالات مدمني المخدرات، إلا أن هذه الدراسة أثرت الجانب النظري.

2.7. دراسة عيشواني شهرزاد 2011 بعنوان: المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة

عند المدمنين على المخدرات بمستشفى الأمراض العقلية، وقد أجريت على عينة مكونة من 40 فردا كلهم ذكور متواجدين بمستشفى الأمراض العقلية "فرانش فانون" بالبلدية استخدمت المنهج الوصفي التحليلي وكذا المجموعة من الأدوات ومنها: مقياس جيفري يونغ

للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، اختبار تصنيف سوء استعمال المخدرات وقد بينت النتائج وجود تسعة مخططات نشطة عند المدمنين، حيث بينت نوع المخططات النشطة عند المدمنين ودرجة تأثيرها في شخصية هؤلاء المدمنين، وتأكدت من الصحة الفرض الأول ضمن فرضية البحث في ما يخص نشاط عدد من المخططات المبكرة عند المدمنين. أما الفرض الثاني يخص ترتيبها من حيث درجة تأثيرها فلم تتحقق صحتها.

- ربط الدراسة بالدراسة الحالية:

- عند الربط بينهما نجد أنهما يتفقان في المتغير المستقل " المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة " وكذلك يتفقان في المتغير التابع " الإدمان على المخدرات " إلا أنهما يختلفان في المنهج المستخدم بحيث استخدمت شهرزاد المنهج الوصفي بينما استخدمنا في هذه الدراسة المنهج العيادي باعتباره أنسب للدراسة، كما اختلفا في العينة المختارة بحيث تناولت الدراسة الأولى عينة مكونة من 40 شخص مدمن، أما في هذه الدراسة فقد اعتمدنا على حالات مدمني المخدرات.

3.7. دراسة الباحث فيراوليورغ وآخرين 2002: بعنوان: العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و الضغط المدرك في جامعة تولوز فرنسا. فوفق نظرية المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ فإن هذه الأخيرة تتطور أثناء الطفولة، ويفترض أن لها خاصية الإستقرار ولكن عند تنشيط المخططات فإنها تؤثر على إدراك الفرد للعالم الخارجي، وتختلف تشوهات معرفية ومن هذا المنطلق قام الباحث بالتحقيق من الافتراض بدراسة مدى تأثير هذه المخططات على إدراك الفرد للضغط. فقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من 132 طالبا جامعيًا يدرسون في السنتين الثانية والثالثة جامعيًا، كما أنها استعملت المنهج الوصفي واستعملت المقاييس التالية: مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ، سلم الضغط المدرك ولقد بينت الدراسة أن بعض المخططات المعرفية والمبكرة غير المتكيفة تؤثر فعلا على إدراك الفرد، للضغط، وخاصة في ظهور مشاعر الإهمال على إدراك الضغط. (زميتي تين حنان 2014 ص 11).

- ربط الدراسة بالدراسة الحالية:

عند الربط بين دراسة الباحثة "فيراولبورغ" بالدراسة الحالية نجد أنهما يختلفان في المتغير التابع حيث تناولت الدراسة الأولى متغير الضغط المدرك، بينما تناولت الدراسة الثانية الإدمان على المخدرات، كما أنهما يختلفان في عينة الدراسة فهي تناولت عينة الطلبة الجامعيين، بينما الدراسة الحالية تناولت حالات من مدمني على المخدرات، واتفقنا في المتغير المستقل وهو المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، كما استخدمت الدراسة الأولى المنهج الوصفي بينما الدراسة الحالية استخدمت المنهج العيادي لأنه المنهج المناسب لهذه الدراسة.

الفصل الثاني: المخططات

المعرفية غير المتكيفة

المبكرة

تمهيد:

يعتبر المخطط مصطلح علمي يصف مفهوما مستمدا من علم النفس المعرفي، ومن خلاله يخضع الفرد للمعتقدات المكتسبة خلال مرحلة الطفولة، وإلى نفسه والآخرين، والمخططات مهمة في إحساس الفرد بهويته والإقرار بوجودها أيضا هو تأكيد الفرد بإحساسه بالأمان حتى لو كان وجودها يؤلمه. فالمخططات تسيّر حياة الأفراد من خلال إحساسهم بالتحدي أو بالانزعاج أو بالإرهاق أو عدم الإحساس بها أو بعدم الإحساس بالحزن والرغبة في الذهاب إلى العمل في ظروف حسنة، أو عدم التألم من اضطراب القلق والمخاوف والوساوس وبالتالي هي تنظيم يأخذ منبعه فترة الطفولة ويؤثر على الحياة، وينتج عن ظروف تحملها الفرد من محيطه سواء كانت مصدرها العائلة أو الأصدقاء كالسخرية والاعتداد والرفض والإهمال وفرط الحماية والتخلي والحرمان والفقدان مما يؤدي إلى صدمة. (36 p Youung , Klo2003).

فهذه المخططات تمارس تأثيرها على طريقة تفكير الفرد تصرفه و علاقته مع الآخرين مما توقظ لديه أحاسيس عنيفة كالغضب والحزن والقلق في مرحلة الرشد لاحقا عندما يقوم بإعادة بناء هيئة معيشية وظروف متشابهة كذلك التي سادت في مرحلة الطفولة. لهذا خصصنا هذا الفصل من الجانب النظري للمخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة.

1. لمحة تاريخية عن مفهوم المخطط:

ظهر مصطلح "المخطط" منذ القدم أي من عهد الإغريق ويعتبر المخطط في فلسفة "كانط" مفهوم مشترك لكل أفراد النوع استعمل هذا اللفظ أيضا في نظرية المجموعات الهندسية الجبرية، التعليم، وتحليل الأدبي، وبين "جيفري يونغ" (2003) إن لفظ المخطط له تاريخ خاص في مجال علم النفس وبالأخص في مجال العلوم المعرفية التي اعتبرت المخطط نموذجا مفروضا من الواقع، أو عن طريق التجربة التي تساعد الفرد على تفسير الأحداث. (Jeffrey Young.2005.p35).

حيث استعملت كلمة مخطط من طرف المفكرين الإغريق، ولكن لم تظهر بشكل اصطلاحي حتى القرن 19 فقد وضع الفيلسوف "إمانيول كانط" (*Emmanuel Kant*) في كتابه "تقد المنطق" أول مفهوم اصطلاحي حيث يرى أن الأشياء في العالم الخارجي (الوقت، المكان، والسببية).

يستطيع الفرد تصنيف هذه المواضيع في محيطه، لكن لا يستطيع معرفة ما يقع داخل هذا التصنيف لذا يعتبر "كانط" (*Kant*) أول من وضع مفهوم علم النفس يخص معالجة المعلومات (Jeffrey Young 2006.p15) وتتعلق المخططات المعرفية حسب "جيفري يونغ" تاريخي: بنية الجهاز العصبي حيث تمثل المخططات المعرفية مبدأ منظم للحياة النفسية و المتعلقة بالمعتقدات الراسخة من خلال الخبرات السابقة ومن خلال ذلك استطاع المختصون في علم الأعصاب المعرفي الإجابة على تساؤلاتهم فاستعمل هذا المصطلح لتحديد المواقع العصبية التي تمثل محور الهوية لذا وضع "هايد" (*Head*) سنة 1918 مصطلح مخطط الجسد الذي أرجع هذه العملية إلى الفص الجداري والذي يؤمن استقرار صورة الجسد وتمثل الذات في موقع. (Jeffrey young 2006.p16-17).

بعد تراجع "أدلر" (*Adler*) عن موقفه مع "فرويد" (*Freud*) وبدون منازع هو أول معالج نفسي أشار إلى المخططات المعرفية كما تكلم عن مخططات الإدراك وذلك في كتاب تحت عنوان "علم الحياة" سنة 1929 أثر كبير على العلاج المعرفي.

كما استعمل "بيك" (*Beak*) المخططات منذ كتاباته الأولى واستعمل مصطلح مخطط منذ سنة 1967 انطلاقا من ثاني كتاب له حول الاكتئاب الذي نشره سنة 1979 والذي وضح فيه أن المخططات المعرفية تمثل لنا تأويلا شخصيا وآليا للواقع وتؤثر على استراتيجيات التكيف لدى الفرد والتعامل مع الموقف وتمثلت المخططات المعرفية حجر الزاوية في نظرية (بيك) . (عبد العظيم حسين 2007ص115).

2. تعريف المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة:

2.1 المخطط:

يعرف معجم (*la rousse*) المخطط المعرفي حسب "هنريت بلوش " وآخرون والذي ربط بين المخطط والأخطوة ووضع التعريف التالي:

هو عبارة عن مجموعة من البيانات المعرفية المجردة التي تمثل ميدانا خاصا بالأحداث مع مميزات الخاصة أو الموصفات والعلاقة بينهما، فالمخطط مجموعة من المعلومات المخزنة في الذاكرة، كما أنه بنية وظيفية إذ يحمل مخططات (*Plans*) لمعالجة المعلومات المتعلقة بالميادين التي يتدخل فيه. (Hinriette Blochet Et Al2008kp816)

وأعطى "جي تيبيرغين" تعريف للمخطط، وهو الآخر ربطه مع الأخطوة (*Tiberghien*) قال هو تمثلات عقلية تسمح لنا بحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة. (Guy Tiberghien 2000 Kp269)

كما يعرفه أيضا " *Chambon* " و" *Cardine* ": على أنه بنية معرفية ثابتة نسبيا تحتوي على كل ما يعرفه الفرد عن ذاته كما يقوم بترتيب وتوجيه الانتباه والإدراك، ويسهل عملية التذكر. (Chambon Et Cardine 1994.P48)

ويعرف عموما في علم النفس وفي العلاج النفسي المخطط أنه كل مبدأ كبير منظم هدفه تفسير التجارب المعاشة من طرف الفرد، ويقدم العلاج النفسي مفهوما هاما، وتستمر المخططات التي تشكل الكثير منها مبكرا أثناء الحياة، ويمكن أن تشكل خلال الطفولة أو في الحياة المستقبلية. (jeffrey young 20005.p34).

2.2. المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة عند بيك و يونغ:

أ. حسب "أ. بيك" (*beak.A*):

يشير "أرون بيك" إلى أن المخططات عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات والافتراضات، التوقعات، المعاني، والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث والآخرين والبيئة وعلى هذا يمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعالم والعلاقة الاجتماعية مع الآخرين، إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس والأحداث والاستجابات نحوه وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرة وتختلف من شخص إلى آخر، ومن ثم نجد أن طرق تأويل وتفسير الموقف الواحد تكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف من شخص إلى آخر حسب خبرات هذا الفرد، ويختلف الأفراد في عدد المخططات أو البيانات التي يتضمنها كل مخطط، وتبعاً لذلك يظهر تبايناً في استجاباتهم نتيجة لاختلاف المخطط لديهم. (عبد العظيم حسين 2007، ص144).

يذكر "أ. بيك" أن محتوى هذه المخططات المعرفية يحدد العمليات الدفاعية والوجدانية والمعرفية داخل الأفراد وأن هذه المخططات عندما تكون غير توافقية فإنها تشكل عقبة وحاجز في بناء الشخصية لأنها تؤثر في صيغة الاتجاهات والقيم والاعتقادات لدى الفرد نحو الآخرين، كما يمكن لبعض المخططات أن تكون كامنة ضمنية وغير نشطة لفترة من الزمن، بمعنى أن هذه المخططات تنشط عندما تكون هذه المثيرات البيئية المرتبطة بهذه المخططات، تمثل اعتداء على الفرد أو تمسه .

قد أشار "بيك" و"كلارك" (*beak et klark*) أن هناك خمس أنواع من المخططات المعرفية وهي: المخططات المعرفية، الإدراكية، السلوكية، الدفاعية، الوجدانية، الفسيولوجية. تتضمن المخططات المعرفية الإدراكية (تفسير معاني التي يكونها الفرد عن العالم) تعتبر الاعتقاد من المخططات المعرفية الإدراكية أما المخططات الوجدانية فتتضمن كل من المشاعر الموجبة والسالبة في حين أن المخططات الفسيولوجية تتضمن زيادة سرعة التنفس، وبالنسبة للمخططات السلوكية سلوك الهرب عند الشخص المفزوع أو الخائف ترتبط المخططات الدفاعية التي ترتبط بالمخططات السلوكية وهناك أمثلة عن المخططات الدفاعية

التي تتضمن الرغبة في تجنب الألم والرغبة في الأكل والدراسة واللعب. (طه عبد العظيم 2008، ص118).

ب . حسب جيفري يونغ (Jeffrey young).

وضع يونغ الفرضية أن بعض المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة و المراهقة والتي تشكل لب اضطرابات الشخصية ومشكلا الطبع والعديد من الاضطرابات المتعلقة بالمحور الأول. (Jeffrey Young, 2006, p34).

إن المخطط المبكر غير المتكيف هو شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة تجارب مؤلمة حدثت في الماضي ويستخدم هذا المصطلح بعد تشكل مخطط يمثل إدراكا حسيا ثابتا للعالم الخارجي وللآخر وللأفرد نفسه الذي يتشكل مبكرا في الطفولة نتيجة بعض النقائص التربوية ونتيجة هذا الإدراك يصبح المخطط صلبا وصارما ويسم حياة الفرد مستقبلا. (Young And Al, 1995, p44).

أعطى "يونغ" تعريفا واسعا شاملا للمخططات غير المتكيفة المبكرة، وعرفها على أنها نماذج انفعالية ذاتية انهزامية تظهر مبكرا أو يتكرر بروز وهي مستمرة مدى الحياة، تأخذ منبعها من الطفولة والمراهقة، وتسيطر على حياة الفرد في مرحلة الرشد وهي ذاتية ومؤلمة، وبالتالي فهي تمثل عبء الماضي على مستقبل الفرد، ومن خلال تعريفه نلاحظ أن سلوكيات الفرد لا تنتمي إليها. (Young 2005.P35).

حيث أن السلوك ليس هو المخطط بحد ذاته وإنما يتجسد المخطط من خلال السلوك ولذلك يرى أن المخططات غير المتكيفة المبكرة هي مجموعة هائلة من الذكريات والانفعالات والأحاسيس الجسدية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي مثل: الإهمال الرفض، التخلي، سوء المعاملة. (Young And Al 2005 ,P57).

ج . تعريف حسين عبد العظيم:

يرى أنها اعتقادات جوهرية أو افتراضات تشكل جزء من فترة مرشحات الإدراكية ويتم استخدامها من طرف الأفراد في إدراك العالم، حيث أن هذه المخططات التي تتيح للفرد الوصول إلى استنتاجات عن الأحداث بطريقة تلقائية، وحيث أن لكل فرد مخزون فريد من المعلومات والذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن الأحداث تختلف من فرد إلى آخر وكذلك الانفعالات التي يعيشها . (حسين طه عبد العظيم 2006، ص 116).

تبنى المخططات المعرفية الأولية غير المتكيفة للفرد في البداية وهي تكون ناتجة عن خطأ في وظيفته الإدراكية، ثم تؤدي تلك المخططات إلى تكوين افتراضات، ثم قناعات يتأثر فيها وهي غير متكيفة أيضا، ثم تولد هذه القناعات أفكار تلقائية سلبية تؤثر في مزاج وإدراك وسلوك الفرد. (علي أحمد سعد الشيخ، 2015، ص 12).

3. خصائص المخططات غير المتكيفة المبكرة:

تبرز مجموعة من الخصائص وهي:

- إن المخططات لا تركز فقط على أثناء الطفولة، وإنما هناك عوامل أخرى تسبب تطورها فالتجارب السيئة المكررة أثناء الطفولة والمراهقة يمكن أن تكون من أسباب المخططات.
- تؤثر المخططات في طريقة إدراك الأشياء وكيفية التصرف وسلوكيات مماثلة للوضعيات التي تشبه أو هي تضع بصمة ماضي الطفولة على الحاضر.
- للمخططات خاصية التهديم، وتعود أسبابها للخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة والمراهقة، هي تؤثر على حياتهم الشخصية والعاطفية والاجتماعية، والمهنية للشخص ويمكن أن تنشط في بعض وضعيات الحياة.
- يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، مبكرة أو متأخرة، فالمخططات الإيجابية والمتأخرة متكيفة، بينما المخططات السلبية والمبكرة هي مخططات اختلالية غير متكيفة.

- تقوم المخططات من أجل استمرارها، فالمخطط يمثل بالنسبة للفرد شيء معروف ومألوف عنده، فرغم أنه يعاني فهو معتاد عليه، تثيرهم الحوادث التي تنشط مخططاتهم وهذا من بين الأسباب التي تجعل المخططات صعبة التغيير.
- هي لا شعورية وعند نشاطها يشعر الفرد بقوة الانفعال السلبي مثل الخوف والخجل والكآبة (زبيدة الحطاح 2011، ص69).

- ليس جميع المخططات لديها أصول راجعة إلى صدمات ولكنها هادفة، كما تحدثها الخبرات المؤلمة والتي تتكرر بصورة منتظمة في مراحل الطفولة والمراهقة.
- تظهر طبيعة الوظيفة المختلة فيما بعد للمخططات في حياة الفرد حيث أن هذه الوظيفة تؤثر على التفاعل مع الأفراد بطريقة خاطئة وغير متكيفة، فيقوم بسلوكيات تسمح بالتكيف معها مثل: القلق، الاكتئاب، الإفراط في الإدمان، الاضطرابات السيكوسوماتية.
- المخططات متعددة الأبعاد من حيث المدى والشدة، وهذا يعني أن هناك مستويات مختلفة للخطورة بحيث كلما تعددت المواقف التي تغذي مخطط معين يدعو ذلك إلى تضخمه. (Young,Klosko, Welshar2003).

مما سبق نستنتج أن المخططات غير المتكيفة المبكرة هي تصورات وأفكار سلبية يبنها الفرد على نفسه وعلى العالم، حيث تؤثر على طريقة تفكيره وتقييمه لذاته، كما أنها تنشأ في مراحل مبكرة من حياة الفرد وتبقى معه مدى الحياة.

4. أنواع المخططات المعرفية.

1.4. المخططات المتكيفة الايجابية المتأخرة :

كما يكون الفرد مخطط سلبيا يستطيع أن يكون مخطط إيجابيا، كما يمكن للمخطط أن يكون متكيفا أو غير متكيف، حيث يسمح هذا المخطط الايجابي للفرد بتكوين نظرة ايجابية ومتفائلة عن نفسه وعن الآخرين والعالم الخارجي .

2.4. المخططات غير المتكيفة السلبية المبكرة :

إن الأشخاص الذين لديهم أحد المخططات الأكثر تأثيرا وضرا على الفرد والتمثلة في الإهمال والاستقرار والاستغلال والحذر والخجل، وعدم الكمال أو الحرمان العاطفي فهؤلاء الأفراد تم معاملتهم بشكل شيء أو تم التخلي عنهم في مرحلة الطفولة، ففي سن الرشد يتم تنشيط هذه المخططات من خلال مجموعة من الأحداث الصادمة التي عاشها هؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم فعندما ينشط المخطط تتراقد معه مجموعة من الانفعالات السلبية المماثلة في الحزن، الخجل، الخوف، الغضب، وجدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير المتكيفة منشؤها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة بل يتلقى الطفل كل الرعاية و الحماية إلا أن مخططه يكون سلبيا غير متكيف مثلا: التبعية وعدم الخبرة. (Jeffrey Young, 2006, p34).

5. مجالات المخططات غير المتكيفة المبكرة:

1.5. الانفصال والرفض:

لا يمكن للأفراد الذين لديهم مخططات في هذا المجال تكوين العلاقات وروابط آمنة ومرضية مع الآخرين، فإنهم يظنون أن احتياجهم للاستقرار والأمن والحب والانتباه والانتماء لم يتم إشباعها أبدا، وفي الأصل تتميز عائلتهم بعدم الاستقرار، الإهمال، العنف، عدم التحكم في الاستعمال، أحاسيس باردة، النقص العاطفي، سوء المعاملة، الشك التعدي أو منقطعة عن العالم، الانفراد الاجتماعي والذين ينتمون إلى هذا المجال فهم المتضررون أكثر، عاش الكثير منهم طفولة صادمة فإنهم يتجنبون العلاقات الحميمة كثيرا، العلاقة العلاجية والتي هي أساس العلاج. (Young and all 2005,p41).

و يشمل هذا المجال المخططات الخمس التالية:

1.1.5. مخطط الإهمال وعدم الاستقرار: وهو شعور مستمر عند الفرد بعدم بقاء

الأشخاص المهمين معه وتركهم وتخليهم عنه لأنهم سيموتون قريبا، أو أنهم سيهملونه من أجل شخص أفضل منه.

2.1.5. مخطط الشك والتعدي: يتربص الفرد من الآخرين أن يجعلوه يعاني، ويعاملونه بسوء لأنه غير مرغوب فيه، ومنه يخلق لديها شعور بالدونية بالمقارنة مع الآخرين.

3.1.5. مخطط النقص العاطفي: يضمن الفرد بأن الآخرين لا يعطونه السن العاطفي الذي يحتاجه وهذا الدعم يتميز بثلاثة مظاهر وهي: نقص الدعم العاطفي: غياب الانتباه، الحنان، الدفء و الصداقة، التفاعل العاطفي: غياب الشخص الذي يفهمه ويستمتع له، نقص الحماية: عدم وجود شخص قوي لحمايته و رعايته و يقوده. (Jeffrey young, 2005,p41)

4.1.5. مخطط النقص و الخجل:

يحكم الفرد على نفسه أنه ناقص، وغير قادر وبعدم القدرة والسوء وملاحظة الآخرين، ذلك يدفعه من كره هو يظهر لديه شعور بالإهمال مقارنة مع الآخرين ونقص الثقة والخجل من العيوب الملاحظة سواء داخلية: الأنانية، الغضب، رغبات جنسية أو خارجية (عيب جسمي). (Jean Cottraux 2001 , P76).

5.1.5. مخطط العزلة والنفور:

هو الإحساس بالعزلة والانقطاع عن بقية العالم بحيث يشعر الفرد بأنه مختلف عن الآخرين وليس جزء من الجماعة. (Jeffrey Young 2005,P42) .

2.5. نقص الاستقلالية والانجاز:

1.2.5. الاستقلالية (الذاتية): هي القدرة على الانفصال عن العائلة والتعامل بشكل مستقل عنها فالأفراد الذين لديهم مخطط من هذا الميدان لديهم توقعات عن أنفسهم وعن العالم الخارجي لا تتاسب وقدراتهم الذاتية (الاستقلالية) عندما كانوا في الطفولة كان الأبوان يقومان بجميع الأعمال بدلا عنهم ويوفرون الحماية. (Jean Cottraux 2001,P76) .

فالفرد يرغب بإشباع حاجات لكنها لا تتوقف مع سير حياته اليومية مثل: الانفصال عن العائلة و الاستقلالية الذاتية والانجاز الجيد، وعدم إشباعها يولد لديه الفشل ومن طبيعة

هذه الحاجيات أنها أسرته ينشأ معها، أي أن الأسرة تتميز بنسق مغلق وبالتالي لا يمكن لهؤلاء الأفراد يخلق هوية خاصة بهم وهذا المجال يشمل أربعة مخططات :

- **مخطط التبعية وعدم الكفاءة:** يظن الفرد أنه قادر على مسايرة المسؤوليات اليومية بمفرده، كتسيير الأموال الاعتناء بالنفس، حل المشاكل اليومية .
 - **مخطط الخوف من الخطر والمرض:** هو الخوف المبالغ فيه من كارثة قد يرجع حدوثها في أي وقت مثل: الصحة، نوبة قلبية، الانفعالات، فقدان العقل والتحكم، كارثة طبيعية، فوبيا (خوف مرضي)، جراثيم، زلزال.
 - **مخطط الذوبان شخصية ضامرة ضعيفة:** وهي شدة التعلق بشخص أو أكثر مثل الوالدين، تكون هذه العلاقة ضد الاستقلالية الخالية من التكيف الاجتماعي العادي فإنه تضيق نفسه مع الآخرين.
 - **مخطط الفشل:** يمثل هذا المخطط بالاعتقاد أننا سوف نخسر حتما فنحن غير مؤهلين للنجاح مثل الآخرين، وغالبا يحكم الفرد على نفسه بأنه أحمق. (Young Et Klosko 2005,P43,44)
- 3.5. نقص الحدود:**

إن الأفراد الذين يحملون هذا المجال، لم تنمو قدراتهم على معرفة حدودهم المناسبة في مجال التبادل والتحكم الذاتي، كما يمكن أن يكون نقص في مجال الحدود الداخلية، نقص في معرفة مسؤولياته اتجاه الآخرين أو قدراتهم على تسطير أهداف في المستقبل، هناك صعوبات في تقدير حقوق الآخرين ومساعدتهم أو الالتزام بارتباطات أو حتى الصبر تظهر هذه الحالات على أنهم أنانيين مدللين، غير مسؤولين ونرجسيين. يتضمن هذا المجال المخططين التاليين:

1.3.5. مخطط الشخصية المبالغ فيها:

يشمل هذا المخطط الأفراد الذين لا يشعرون أنهم مرتبطون بقواعد التبادل وتوجه العلاقات الاجتماعية العادية، وكذلك يرون أنفسهم قادرين على القيام والحصول على ما

يريدونه، وعموما هم أفراد ينشغلون بتعليمهم قصد الحصول على القوة، ميزتهم الإلحاح والتسلط.

2.3.5. مخطط التحكم الذاتي:

هو تنظيم ذاتي غير كافي يشمل المشكل الرئيسي في عدم القدرة على التحكم في الذات أو رفضها لا يحمل التلميذ إحباط في رغباته وهو قادر على تهيئة تغيرات انفعالاته واندفاعاته. (Jean Cottraux 2006, P48).

4.5. التوجه نحو الذات:

وهذا يوافق إجمالا بالأهمية الملحة للارتباط بحاجات ورغبات ورد فعل الآخرين من دون مراعاة لحاجياته من أجل كسب عاطفتهم وموافقتهم، خوفا من أن يترك وحيد أو ينتقمون منه. (نفس المرجع، ص84)

فالأشخاص الذين لديهم مخططات من هذا المجال يوجهون اهتماما مبالغا فيه اتجاه اهتمامات الآخرين عليه، ففي فترة الطفولة لم تكن لديه الحرية في ميوله طبيعية، مما يستدعه الأمر إلى كبت ما بداخله لإرضاء والديه، حتى يكتسب ودهم ورعايتهم على حساب الإنقاص من قيمته وحاجاته الشخصية مقابل حاجات ورغبات الآباء، هذا ما يسمى بالتربية النمطية. (Jeffrey Young .2005,P45).

و يضم هذا المجال ثلاثة مخططات كما يلي :

- **مخطط الخضوع (الانقياد):** يتجلى في الخضوع المفرط لمراقبة الآخرين لأنهم يشعرون أنهم مجبرون على التصرف على هذا النحو لتجنب الغضب، والانتقام، والإهمال، ويوجد مظهران أساسيان: الخضوع للحاجات، الانفعالات: حذف انفعالاته الخاصة كالغضب. ويرى الفرد أن رغباته وأرائه ومشاعره الخاصة ليست لها أي أهمية بالنسبة للآخرين. (Jean

Cottraux,2006 P84,85)

- **مخطط إنكار الذات (التضحية):**

ينشغل الفرد في هذا الفرد بإتمام حاجيات ورغبات الآخرين على حساب رغبتهم، ويتصرفون كذلك بهدف توفير وتجنب الأذى والمعاناة عن الآخرين. وينتج هذا المخطط من حساسية الفرد المفرطة بآلام الغير باهتمام مبالغ فيه متجاهلا حاجياته مما يكسب صفة التبعية المزدوجة. (Jeffrey Young ,2005,P46)

- مخطط الحاجة للاستحسان و الاعتراف بالجميل:

هو رغبة مبالغ فيها بإثارة الاهتمام و التقدير، رضا الآخرين على حساب بناء شخصية قوية حقيقي، فيكون تقدير ذاتهم من خلال آراء الآخرين، وليس حسب رأيهم الخاص، فالأشخاص الذين يعطون أولوية مفرطة في طريقة حياة المظهر، النقود، المنافسة، النجاح إلى الرضا في النهاية فيقومون بتأدية نشاطات لا تؤدي بهم إلى السعادة هذه الحالات حساسة للرفض، وحسد الأشخاص الأفضل منهم . (Young And All 2005p52)

5.5. اليقظة المفرطة والكف:

في هذا المجال يكبحون الأشخاص التعبير التلقائي لأحاسيسهم ودوافعهم والمشاكل الرئيسي هو التحكم في ردود الأفعال، الأحاسيس ومواضيع أخرى من أجل تجنب الأخطاء حيث أن هؤلاء الأشخاص ترعرعوا في أسر من أولوياتها الأساسية العمل، الخضوع وإخفاء المشاعر وغالبا ما يتسمون بالتشاؤم والقلق وتعلموا بأن يكونوا جد يقظين اتجاه الأحداث السلبية للحياة واعتبار الحياة المحزنة. ويندرج تحت هذا المخطط أربعة مخططات :

1.5.5. مخطط السلبية والتشاؤم: يركز هذا المخطط على المظاهر السلبية للحياة مثلا: الألم، الموت، الخسارة، الخيانة ويقلل من شأن المظاهر الإيجابية، مما يؤثر عليه وهذا ناتج على التشاؤم. (Jeffrey Young ,2005,P47)

2.5.5. مخطط التحكم الانفعالي المفرط : يتصف بالتحكم المفرط للاستجابات التلقائية، التصرفات، المشاعر، لتجنب الأخطاء لكي يرضوا عليه الآخرين ويشمل: كف الغضب والعدوانية، التحكم في الاندفاعات الحياتية: الفرح، المشاعر العاطفية، صعوبة الاعتراف بالنقائص، الاهتمام المبالغ فيه بالفكر عن الانفعالات. (Jeffrey Young 2005,P48)

3.5.5. مخطط المثالية المتطلبة و النقد المبالغ فيه: في هذا المخطط يقع الفرد باستمرار في الحفاظ على مستوى عالي من الكمال في آرائه و انجازاته وأن يكون المثل الأعلى لكي يتجنب انتقادات الآخرين. (Jean Cottraux .2011,P77) .

4.5.5. مخطط العقاب: يميل الفرد في هذا المخطط لإظهار نفسه على أنه متعصب، ويعاقب نفسه والآخرين إذا لم يتوصل إلى مستوى الكمال، ويكون غير قادر على تفحص الظروف المخففة، كما يكون لديه نقص في التقبل العاطفي، وعدم تقبل الرأي الآخر. (jean. cottraux .2006,86)

6. مصدر المخططات المعرفية غير المتكيفة:

1.6. الحاجات الانفعالية الأساسية: هي الحاجة الانفعالية الأساسية التي تحتاج إليها في مرحلة الطفولة وتوجد خمس أساسية:

- الشعور بالأمن المتعلق بالارتباط بالآخرين ويحتوي الاستقرار، والتربية المتعلقة بالتقبل.
- الذاتية، الكفاءة والشعور بالذاتية.
- الحرية في التعبير عن الحاجات والانفعالات.
- التلقائية واللعب.
- معرفة الحدود والتحكم بالذات.

وتوجد هذه الحاجات عند جميع الأفراد من حيث الأهمية من خلال التفاعل بين المزاج الفطري للطفل ومحيطه في المراحل المبكرة من النمو، والذي ينجم عنه الإحباط في مكان اللذة في مجال الحاجات العاطفية الأساسية. (Young And All 2005,P37).

2.6. دور المخططات المبكرة في الحياة :

الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة هي أصل المخططات المعرفية غير المتكيفة فكما ظهرت بشكل باكر كلما كان تأثيرها أكبر، ويعود أصلها بالنسبة إلى بعض الأطفال بنية ودينامكية عائلته التي تمثل له عالما واسعا، فعندما تصادف أحداث تنشط لديها هذه المخططات يعاودون عيش هذه الأحداث الدرامية ولاحظ "يونغ " أربعة خبرات:

- إحباط الرغبات وتحدث عندما يتم إهمال رغبات وحاجيات الطفل في مرحلة مبكرة من العمود داخل محيطه كالاستقرار العاطفي، التفهم والحب، فيبني مثل النقص العاطفي، التخلي.

- التعرض إلى المواقف الصادمة أو يكون فينمو لديه مخطط عدم الثقة، الحرمان، عدم الكفاءة، الخجل، أو الخوف والخطر والأمراض.

- الإفراط في تحقيق الرغبات: هناك من طرف الوالدين في إعطاء الطفل جميع الأشياء الجميلة التي يريدها وبصورة مفرطة، حيث نجدها في المخطط تبعية، عدم الجدارة، الحقوق الشخصية المبالغ فيها، التكبر، فتكون نتيجة حماية زائدة أو بالعكس هناك إفراط في إعطاء الحرية والذاتية بدون حدود .

- التماهي لسلوكيات الأشخاص المهمين في الحياة فالطفل يتماهي إلى أحد الوالدين أو كليهما حيث يقوم بالتماهي إلى السلوك العدوانى للوالدين ،انفعالاتهم وحتى سلوكياتهم المرضية، ولكن هذا لا يعني أن يكون دائما ممثلا لهذا السلوك بل توجد حالات تمثل دور الضحية وعدم تأثرها للسلوكيات .

3.6. دور المزاج الانفعالي :

هناك عوامل أخرى في محيط الطفل تلعب دورا مهما في تكوين المخططات فالمزاج الانفعالي للطفل بصورة عامة مهم، فلكل طفل مزاج وانفعالات تخصه وتميزه عن الآخرين وذلك بصورة فطرية فهناك من يتميزون بسرعة الغضب، وآخرين أكثر خجلا، كما يتميز البعض بالعدوانية، إن بعض الدراسات أكدت أهمية هذا الموضوع خاصة البحوث في مجال

البيولوجية و الوراثة مثل أعمال كاجن (*kagan*) وزملاؤه الذين قاموا ببحوث حول خصائص ومميزات المزاج الملاحظ في مرحلة الطفولة واكتشفوا أنها تبقى ثابتة في معظم الوقت. حيث هناك سبع أبعاد مفترضة لنوعية المزاج الانفعالي والتي تعتبر فطرية و نسبيا غير متغيرة من خلال العلاج النفسي: انفعالي /متفاعل، متشائم / متفائل، قلق / هادئ، وسواسي / غير مبالي، سلبي / عدواني، سريع الغضب / مرح، خجول /اجتماعي. وهذا راجع إلى سوء المعاملة الوالدية أو الإفراط في التدليل ويأخذ مستويات مختلفة من التماهي السلبي فقد تكون المعاملة السيئة جزءا عدائية الطفل إلى ظهور سلوكيات هادئة وسلبية كما قد يزيد من عدائته. (Young And All 2005.P 38,P39).

7. آلية عمل المخططات (المخطوطة):

لفهم كيفية عمل المخطوطة يمكن تسليط الضوء على عملتين هما: استدامة المخطوطة وتعافي المخطوطة.

1.7. استدامة المخطوطة (الإبقاء على المخطوطة):

يشير مصطلح استدامة المخطوطة إلى حماية ما يقوم به الفرد داخليا وسلوكيا للحفاظ على تقدم وعمل واستمرارية المخطوطة، ويتضمن ذلك الأفكار والمشاعر والسلوكيات جميعها التي تؤدي إلى نهاية المطاف إلى تدعيم و تثبيت المخطوطة أكثر مما تساعد وتساهم على التعافي منها وعلاجها .

إن المخطوطات تبقى على نفسها من خلال ثلاث ميكانيزمات رئيسية هي: التشوهات المعرفية، أنماط الحياة التي تبطل نفسها ذاتيا، وأخيرا أساليب التأقلم مع المخطوطة. فالفرد يسيء إدراك المواقف من خلال التشوهات المعرفية بطريقة من شأنها أن تقوي وتعزز وتثبت المخطوطة، إضافة إلى إبراز المعلومات التي تؤكد المخطوطة وفي الوقت نفسه التقليل من حجم وأهمية المعلومات التي تتعارض مع المخطوطة .

أما انفعاليا، فإن الفرد ربما يمنع الانفعالات المتصلة بالمخطوطة فهو بذلك يمنع المخطوطة نفسها من الوصول إلى مستوى وعيه وبالتالي فإن الفرد لن يستطيع اتخاذ الخطوات التي يمكن أن تغير المخطوطة أو تساهم في شفائها.

أما سلوكيا فإن الفرد ينخرط في نماذج سلوكية هامة للذات، يتم اختيارها والانقياد بها بدون وعي منه، إضافة إلى الإبقاء على تلك العلاقات التي من المحتمل أن تؤدي إلى شفاء المخطوطة.

أخيرا بين شخصيا، أن الفرد يرتبط مع الآخرين ويتفاعل معهم بطرق تؤدي وتدفع بالآخرين إلى الاستجابة له بسلبية مما يدعم المخطوطة ويثبتها أكثر، وكل ذلك يتم وعي الفرد منه لما يقوم به بهدف الحفاظ على المخطوطة وإبقائها.

2.7. تعافي المخطوطة :

تعافي المخطوطة هو الهدف النهائي من العلاج بالمخطوطة، ذلك أن المخطوطة هي مجموعة من الذكريات، الانفعالات و الأحاسيس الجسدية والإدراكات. ويتضمن تعافي المخطوطة تقليص كثافة كل من الذكريات المتصلة بالمخطوطة، والشحنة الانفعالية للمخطوطة، وقوة الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالمخطوطة، وأخيرا تقليص الإدراكات غير المتكيفة كما يتضمن أيضا تعافي المخطوطات تغييرات سلوكيات كتعليم الفرد كيف يستبدل أساليب التعامل غير المتكيفة بأخرى أكثر تكيفية. (young, klosko et weishar .2003,p30)

إن خطة علاج وتعافي المخطوطة غالبا ما تكون شاقة وطويلة فالمخطوطة من الصعب أن تتغير، فهي معتقدات راسخة وبعمر حول الذات والعالم، تعلمها الطفل وكونها في مرحلة مبكرة من عمره فالمخطوطات تزود المرض بمشاعر الأمن والطمأنينة والقدرة على التنبؤ، إذ أنهم يقاومون التخلي عن المخطوطة لأن المخطوطة تتوسط إحساسهم بالهوية، حيث من المهين والخزي والمخل بالنسبة لهم التخلي عنها، فهو تخلي عن معرفة الفرد لنفسه

ومن يكون وعن معرفته للعالم بأسره. لذلك فإن تعافي المخطوطة يتطلب استعدادا ورغبة قوية لمواجهة المخطوطة. ما يتطلب إنضباط وتدريبات متكررة، فالمريض يجب أن يلاحظ المخطوطة و يعمل بجد لتعديلها. (Young , Klosko Et Weishar .2003,P31)

8. أساليب التكيف مختلفة الوظيفة مع المخططات غير المتكيفة:

تنمي الحالات طيلة حياتها نماذج تكيفيه مختلفة الوظيفة، الذي يسمح بالتكيف مع مخططاتها، وذلك لتجنب الإحساس بشحنات انفعالية حادة والتي تحمل إذا حدثت فإذا ساعدت هذه النماذج المتكيفة الفرد على تجنب المخطط، هذا لا يعني أنه شفي منه، فجميع النماذج المتكيفة مختلفة الوظيفة عبارة عن سيرورات تساعد في بقاء هذه المخططات كما أن السلوكيات لا تنتمي إلى المخطط هي تابعة للاستجابات المتكيفة لكن المخطط يواجه السلوك.

معظم الاستجابات المتكيفة كانت سلوكيا أولا، فالحالات تتكيف من خلال الإستراتيجيات المعرفية والانفعالية فيظهر النموذج المتكيف من خلال المعارف، الانفعالات والسلوكيات وليس من خلال المخطط نفسه.

وضع "يونغ" هذا الاختلاف بين المخططات والنماذج المتكيفة لأن كل حالة تستعمل أسلوب تكيفي مختلف وفي وضعيات مختلفة وفي فترات زمنية من الحياة لتكيف مع نفس المخطط، فالنماذج التي يضعها الفرد ليست ثابتة عبر الزمن، لكن المخطط الأصلي لا يحدث عليه أي تغير، فمن خلال ملاحظتنا للأفراد نكتشف أن المخطط الموضوع للتكيف يظهر عن طريق نماذج سلوكية مختلفة وفي بعض الأحيان متناقضة مثلا: ثلاث أطفال يتكيفون مع مخطط النقص بطريقة مختلفة، بالطبع فإن الأطفال الثلاث يشعرون أنهم يميلون بالأخطاء، فنجد أحدهم يبحث عن رفاق وأصدقاء ينتقدونه، والآخر يتجنب العلاقات المقربة والثالث يتبنى النقد والتعالي اتجاه الآخرين إذا فالسلوك المتكيف ليس محتوى جوهري في مخطط. (Jeffrey Young .2006,P62) .

1.8. مختلف أنواع نماذج التكيف مختلفة الوظيفة:

وضع "يونغ" ثلاث وظائف مختلفة للاستجابة أمام أي تهديد، المواجهة، الهرب الاستسلام ففي تاريخ الطفل المخطط المبكر غير المتكيف يمثل وجود تهديد إما عن طريق إحباط الرغبات العاطفية الأساسية للطفل أو الخوف من الشحنات الانفعالية الحادة الناجمة عن المخطط فلمواجهة هذا التهديد يختار أسلوب من أساليب الثلاثة للتكيف إما يخضع، يتجنب أو يعوض. إن أي نموذج من هذه النماذج الثلاثة يستعمل بطريقة آلية ولا شعورية من طرف الحالة.

1.1.8. الخضوع للمخطط غير المتكيف :

يرى "يونغ" أنه عندما تصبح الحالة خاضعة للمخطط غير المتكيف تستسلم له فلا تحاول أن تجتنبه أو تواجه

فهو فنقتنع بالفكرة أنها حقيقية فتشعر الحالة مباشرة بالآلام انفعالية مرتبطة بالمخطط فأسلوب تصرف الحالة واستجابتها تؤكد رسوخ المخطط، الأفراد لا ينجزون ما يريدون ولكن يكررون نفس الحدث ويعيشون الخبرات الطفولية التي أدت إلى ظهور المخطط اللاتوافقي فعندما تواجه الأحداث التي تنشط المخطط اللاتوافقي تكون لديها استجابات انفعالية غير متجانسة وتعيش الحالة بكل وعي انفعالاتها وعلى المستوى السلوكي في الطفولة وبصورة مهينة. (Jeffrey , Klosko Et Weishar2003 P 34)

2.1.8. تجنب المخطط غير المتكيف :

حسب "يونغ" تستعمل حالات التجنب كنموذج تكيفي وذلك بعدم مواجهة أي منشط للمخطط غير المتكيف فتجنب التفكير فيه وتحاول العيش بدونه فإنها توقف الأفكار والصور التي تظن أنها صور الحالة تقوم بتحويلها وصرفها عن بالها فتجنب المخطط عندما تظهر الانفعالات يتعاملون معها بطريقة آلية فيقومون بشرب الكحول بصورة مفرطة، يبحثون عن حياة جنسية غير مستقرة يأكلون بطريقة مفرطة قهرياً. (Jeffrey Young, 2006 ,p64)

غالبا ما يتمتعون عن الانخراط في العلاج مثل نسيان إكمال الواجبات المنزلية، وقد يأتون متأخرين عن الجلسات العلاجية أو ينهون الجلسات العلاجية قبل أوانها.

(Young ,klosko et weishar 2003p 34)

3.1.8. تعويض المخطط غير المتكيف :

حسب "يونغ" يقوم هؤلاء الأفراد بالتعويض، يقاومون ويواجهون المخطط غير المتكيف عن طريق أفكار وانفعالات، سلوكيات ونماذج علائقية التي تناقض المخطط غير المتكيف. يحاولون ويكل قواهم أن يصبحوا عكس ما كانوا عليه في طفولتهم عندما ظهر هذا المخطط كان غير معترف به ولا قيمة له في طفولته فإنه يحاول في سن الرشد أن يكون جديرا، إذا كان خائفا وخجولا في طفولته يصبح منفردا، وإذا كان في طفولته متحكما به يصبح متحكما في الآخرين أو يرفض أي شكل من أشكال التأثير .

إذا كان يعامل الآخرين بسوء أيضا، ففي المظهر الخارجي يظهر متحكما بذاته، ولكن داخليا يشعر بالحمل الثقيل للمخطط الذي يهدده، حسب يونغ "young" التعويض يكون محاولة نسبية صحيحة وصالحة لمواجهة المخطط غير المتكيف، ولكن سوء الحظ ليتجاوز الهدف فهو يقوم بتعزيز المخطط بدلا من علاجه. (Jeffrey Young 2006,p65).

2.8. الاستجابات المتكيفة :

هي عبارة عن سلوكيات وإستراتيجيات خاصة التي تحتوي على جميع الاستجابات السلوكية للفرد و جميع الطرق أو الطبع الذي من خلاله يظهر الفرد أساليب التكيف الثلاث فعندما يستخدم الفرد نموذج التكيفي يصبح سمة وخاصة مميزة له من أجل التجنب أو التعويض أو الخضوع والاستجابة المتكيفة هي سلوك إستراتيجي خاص يستعمله الفرد في وضعية ما من الزمن.

3.8. العوامل المحددة لنماذج التكيف :

حسب الفرضية التي وضعها المزاج الانفعالي هو من أهم العوامل المحددة لاختيار نماذج التكيف عند الفرد، فيلعب دور نسبي جد مهم في تحديد نماذج التكيف عند الحالات

وحتى على حساب المخطط، فالحالات التي تعاني من مزاج سلبي تجدهم أكثر تبعية للخضوع أو التجنب، بينما الحالات التي لديها مزاج عدواني نجدهم تستخدم التعويض، حيث وضع يونغ (*young*) توجهات هذه الحالات نحو نماذج معينة من التكيف وذلك من خلال الإدخال والامتصاص أو النمذجة، فالطفل يدخل ويمتص السلوكيات المتكيفة لأحد الوالدين الذي يتماها إليه . (*jeffrey young 2006,p66*)

خلاصة:

استخدم مصطلح المخطط المعرفي للدلالة على الإستراتيجيات المعرفية التي يقوم من خلالها الفرد بالتعامل مع المعلومات القادمة من المحيط الخارجي عبر الحواس، وفي نفس الوقت ردود الفعل الموجهة منه تجاه عالمه الخارجي، وكأنها عبارة عن عملية تكيف يقوم بها الفرد مع محيطه، في حين أن عملية المخططات غير المتكيفة المبكرة وأنماط الهزيمة الذاتية السائدة التي تبدأ في الطفولة وتكرر طوال حياة الشخص، التي يتشكل الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسدية من هنا وضع " *جيفري يونغ* " سنة (1990) الفرضية المتعلقة بالمخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة للدلالة على الإستراتيجيات غير المتكيفة التي يدرك الفرد ويتعامل بها مع ذاته والعالم الخارجي.

الفصل الثالث:

الإدمان على المخدرات

تمهيد:

تعاني المجتمعات من مشكلة خطيرة تهدد الفرد والمجتمع، حيث تتسبب في إيجاد عدة ظواهر نفسية ومرضية، واجتماعية، ينتج عنها معاناة قاسية للفرد والمجتمع، تتمثل في سهولة ميل الراشدين إلى القيام بالسلوكيات الدخيلة، ويزداد هذا السلوك حتى يصل إلى ذروة الخطر، هذه المشكلة هي الإدمان على المخدرات والتي تعتبر من الاضطرابات النفسية التي نالت اهتمام علماء النفس والطب النفسي باعتبارها تخلق آثار نفسية واجتماعية على المدمن وعلى البيئة التي يعيش فيها، فهو يضطر إلى تعاطي المواد المخدرة الغير مصرح باستخدامها شرعيا وصحيا وقانونيا، للحصول على المتعة والراحة، مما يهدد استقرار ومستقبل الأفراد والأسر والدول.

1. نبذة تاريخية:

تمثل إساءة استعمال الكحول والمخدرات جزء من تاريخ البشرية فمنذ سبعة آلاف سنة قبل الميلاد تقريبا عرفت الحضارة السومرية بعض خصائص التخدير في نبات الأفيون، كما أن الدراسات تشير إلى أن الفراعنة قد عرفوا المخدرات منذ القدم واستعملوها كدواء. فاستعملوا ألياف نبات القنب (الحشيش) في صناعة المنسوجات والحبال، وفي احتفالاتهم الدينية وجدت على مقابر الفراعنة ما يثبت أن قدماء المصريين قد استخدموا الأفيون في عمل وصفات دوائية لعلاج الأطفال. واستخدم الخشخاش لجلب النوم للأطفال المشاكسين والمرضى.

في أنحاء مختلفة من العالم عرفت المخدرات الطبيعية لدى أهل الصين والهند والروم، وفي العصور الوسطى كان مدمني الخمر يعذبون أو يحرقون أو يصلبون لطرد الشياطين التي سكنت أجسادهم كما كان المتخلفين عقليا والذهانيين يعاملوا.

أما في منتصف القرن الثامن عشر بدأ أشخاص قليلون يدافعون عن وجهات نظر أخرى تعد راديكالية أو متحررة في ذلك الوقت مفادها أن الشخص الذي يفرط في استخدام الكحول أو المخدر هو شخص مريض أكثر من أن يكون شرير أو يختار ذلك بإرادته ومن أولهم بنجامين روش (*Benjamin Rush*) ودفع ذلك الأطباء الأمريكيين والإنجليز في القرن التاسع عشر إلى استنتاج أن تعود استخدام العقاقير كالمنومات والتبغ، القهوة إنما يرجع إلى عوامل وراثية وبيولوجية وقادت وجهة النظر هذه عن الإدمان على انه مرض يحتاج إلى مساعدة ووضع برامج علاجية له.

مع بداية القرن 20 والتطور العلمي الذي صاحبه بدأ العلماء يدركون أن تعاطي المخدرات والكحول حتى لو يصل الفرد إلى حد الثمالة في إدمانه وبدأت الجهود تبذل في القرب للحد منه، حتى صدر قانون بتحريم الخمر المخدر في أمريكا بعد الحرب العالمية الأولى بوقت قصير ونجم ذلك في الحد من استخدامه وإدمانه لكن تم التراجع عن القانون في عام 1933 بسبب جرائم إنتاج وتوزيع الخمر والمخدر بصورة غير شرعية.

وخلال الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين زاد معدل استهلاك الكحوليات أو المخدرات و أقبل عليه نسبة كبيرة من الجنود الذين شاركوا في الحرب العالمية الثانية سواء أثناء الحرب أو بعد تسريحهم من الخدمة العسكرية، وهذا ما أدى إلى ظهور جماعات المساعدة الذاتية. (أحمد حسن الحراشة، جلال علي الجزازي 2012، ص11-12).

2. تعريف الإدمان على المخدرات :

1.2. الإدمان :

يعرف مصطفى "سوييف" الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية (مخدرات أو مسكرات) لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو تعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب، إذا ما انقطع عن التعاطي.

كما بين "سوييف" عددا من أبعاد الإدمان والتي تتمثل في :

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة.
- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- رغبة قهرية ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المتعاطاة بأية وسيلة .
- تأثير مدمر على الفرد و المجتمع. (محمد فتحي محمد 2011، ص33)

هو حالة دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع، وهي تنتج من تكرار تعاطي عقار طبيعي أو مصنع ويتميز برغبة قهرية أو ملحة تدفع المدمن للحصول على العقار والاستمرار في تعاطيه وبأي وسيلة مع زيادة الجرعة، ويطلق عليه الاعتماد على المخدر والحاجة إليها بشكل دوري ومنتظم. (عبد الرحمن شعبان عطيات 2014، ص15)

2.2. المخدرات :

تضم كل أصناف النباتات الموجودة في الطبيعة والتي إذا تناولها الفرد تسبب له تغيرا في حالته النفسية والجسمية، كما تضم المخدرات بعض الأدوية والعقاقير والمواد الكيماوية التي إذا تناولها الفرد بكميات كبيرة ودون الإشراف الطبي (جرعات غير منتظمة) تسبب له أيضا تغيرا في حالته النفسية والجسمية. (سليمان فتحة 2012، ص14)

2.2.1. التعريف العلمي.

هي كل العقاقير المستخلصة من النباتات أو الحيوانات أو مشتقاتها، أو مركب من المركبات الكيماوية أو المشروبات الكحولية التي تؤثر سلبا أو إيجابا عن الكائن الحي بالإضافة الممنوعة، وأدوية العلاج المسموحة، وهذه العقاقير تغير حالة الإنسان المزاجية ويعتمد عليها الإنسان في حياته بسبب خاصيتها المخدرة، و ليس بسبب ضرورة العلاج الذي

يستوجب تكرار استعمال الدواء، وهذه المواد قد تكون مهلوسة أو منبهة للأعصاب مثل الكوكايين أو مثبطة مثل: المنومات. (ببيع نادية وآخرون 2011، ص34)

2.2.2. التعريف النفسي :

تعرف المخدرات بأنها مادة طبيعية أو مصنعة تفتعل في جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساساته وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذ على البيئة والمجموعة. وهناك من يرى بأنها كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسميا ونفسيا واجتماعيا. (أحمد حسن، جلال علي، 2012، ص15).

3.2. الإدمان على المخدرات:

هو مرحلة متقدمة حيث أن هناك رغبة ملحة من قبل المدمن في الحصول على المخدر بأي طريقة كانت و في هذه المرحلة يصل الفرد إلى اعتماده على المخدر سواء كانت اعتمادية جسدية أو نفسية، بحيث أن المدمن يفقد اتزانه إن ترك المخدر مما يستوجب العودة إلى المخدر لإعادة الاتزان المفقود وأن الانقطاع الفجائي عن المخدر يؤدي إلى ظهور أعراض انسيابية، قد تؤدي إلى الوفاة.

(أحمد حسن، جلال الجزائري 2012، ص16) .

3. نظريات مفسرة للإدمان:

هناك مجالات بحث كثيرة تهتم بدراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات، وتحليل أسبابها وتفسير طبيعتها، إلا أنه هناك وجهة نظر مختلفة حول تفسير الظاهرة:

1.3. التفسير البيولوجي:

هذا التفسير يرجع الإدمان على المخدرات إلى عوامل بيولوجية تتعلق بطبيعة جسم الإنسان وبطريقة عمل الجهاز العصبي فالجسم عندما يتكيف مع هذه المواد المخدرة تحدث الإدمان، أما إذا لم يتكيف معها لا يحدث إدمان .

لازالت الدراسات تتأرجح على تأكيد العمل الوراثي للإدمان من عدم وجوده ونذكر في هذا المجال دراسة "فرجنتن" الذي وجد أن 39% من أبناء متعاطي المخدرات أصبحوا مدمنين، ونعني بالوراثة انتقال بعض السمات و الخصائص من الآباء والأجداد إلى الأبناء عن طريق الجينات، كما تؤكد البحوث على أنه سلوك مكتسب ومتعلم وهو سلوك مرض سلبي شاذ، إذا الظروف الاجتماعية والبيئية المحيطة بالفرد هي المسؤولة عن إدمان الفرد هناك بعض البيئات: الفقيرة، المنهارة، والمتفككة التي يسودها الصراعات والحرمان العاطفي.

حسب عادل صادق 1986 يقول أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآلام وتعرف باسم الأندروفينات والانكفاليينات، أي أن هناك أفيونا داخلية تفرز من مخ الإنسان وتسكن الألم، يضيف عادل صادق أن مدمن مادة الأفيون كان له خط قليل من أفيون المخ يلجأ للإدمان من أجل التعويض.

2.3. التفسير السلوكي:

يعتمد التفسير السلوكي لظاهرة الإدمان على نظرتي التعلم و خفض التوتر، فحسب هذا التفسير فإن سلوك الإدمان أو التعاطي هو سلوك مكتسب ومتعلم عن طريق الاستمرار

والمداومة على أخذ الجرعات والكميات من المادة المخدرة، ومن ثم فإن المداومة على فعل أي شيء يؤدي إلى تعلم هذا الفعل .

يرى أصحاب نظرية التعلم أن المدمن يلجأ إلى الشراب أو التعاطي للشعور بالسكينة والهدوء، مما يدفعه إلى التكرار في ذلك لعدة مرات مقبلة ليحصل على نفس الشعور فحسب نظرية التعلم فإن سلوك التعاطي يكون عن طريق التكرار فتلك الرغبة القاهرة في الحصول على المخدر لتخفيف الآثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي اعتاد عليها وبالتالي يصبح هذا السلوك معتاد و مألوف أي متعلم .

أما نظرية خفض التوتر فتجعل كل السلوكات و الأفعال التي نقوم بها تسعى لتحقيق هدف واحد ومحدد هو خفض التوتر الذي نشعر به حيث تعتبر كل السلوكات جهدا للوصول إلى خفض التوتر، ومثال على المدمن الذي يسعى للحصول على المخدر، فسلوكه يهدف إلى الحصول على المتعة والانشراح و تجنب القلق والتوتر الناجمين عن انسحاب المخدر .

3.3. النظرية النفسية :

يعتبر موضوع الإدمان على المخدرات من المواضيع التي تخص مجال علم النفس حيث يحاول الباحثون في هذا المجال إعطاء بعض التفسيرات لهذا السلوك، ويرى علماء النفس والتربية أن تعاطي المخدرات يكون بديلا لتقاضي الحرمان والإحباط، ومن هذا المنظور يعتبر كلا من الإحباط والحرمان من العوامل التي تدفع نحو طريق الإدمان.

أما المدرسة السيكودينامية فتشير إلى أن الإدمان عرضا أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية وانفعالية، ومن يتضح أن الإدمان على المخدرات قد يكون السبب في ظهور بعض المشاكل الانفعالية والسلوكية، كما قد تكون هذه المشاكل السلوكية والانفعالية هي المؤدية للإدمان. (سهير كامل أحمد 2006،ص89)

يعتبر "سيغموند فرويد" من الذين اهتموا بموضوع الإدمان وتفسيره فهو يرى أن تعاطي الأفراد للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الفرد لتجارب متعددة من

الاحباطات، أي أن الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدى الفرد الإحباط ويجعله في مواقف القلق وعدم الاستقرار.

تصنف مدرسة التحليل النفسي مظاهر الإدمان على المخدرات في الإشكالية التالية :
المرح والانبساط، وهو الشكل الأساسي للإدمان، اضطراب النشاط الجنسي، تدهور عقلي، تدهور خلقي، اجتماعي وديني.

وعليه وحسب مدرسة التحليل النفسي فإن المدمن تظهر عليه جملة من الأعراض المرضية تشمل نشاطه الجنسي (الضعف الجنسي)، قواه العقلية (تدهور الملكات العقلية) قيمة الأخلاقية (تدهور الأخلاق)، وعلاقاته الاجتماعية(صعوبات التكيف) ومشاكل وصعوبات في العمل.

4.3. النظرية الاجتماعية :

تتمثل النظرية الاجتماعية في وجهة نظر علماء الاجتماع، وكيفية تفسيرهم لظاهرة الإدمان على المخدرات، حيث اتفق أغلب علماء الاجتماع على أن الإدمان جريمة وانحراف اجتماعي، فالإدمان على المخدرات سلوك انحرافي وآفة خطيرة تضر المدمن وأسرته ومجتمعه.

ويقول بعض الدارسين أن رغبة الإنسان في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم تدفعه إلى تحقيق هذه الرغبة بكل الطرق، وحسب هؤلاء الدارسين فإن المدمنين يلجئون إلى الإدمان على المخدرات لتحقيق رغباتهم، وعليه فإن إدمان بعض المخدرات من الطرق والأساليب المحققة للإشباع و المعوضة للحرمان والنقص.

يحدد رجال علماء الاجتماع العوامل الأساسية المؤدية للإدمان في النقاط التالية :

- التدريب الاجتماعي الخاطئ أو الناقص وضعف الرقابة.
- وجود بعض الجماعات التي تزين الانحراف وتجعله قانونيا في المجتمع .

- خبرات الفرد الضعيفة بالنسبة للامتثال والانحراف. (سليمانى فتيحة، 2012، ص39).

4. أنواع المخدرات وتصنيفها:

1.4. أنواعها: هناك أنواع عديدة من المخدرات نذكر منها :

1.1.4. الحشيش أو القنب الهندي: هو نبتة انتشرت في الجبال والسهول منذ مئات

السنين واستهلكت طبيا وترفيها. (محمود السيد علي 2012، ص35)

يستخرج الحشيش من الأوراق الجافة والمطحونة للزهرة العلوية لنبات القنب الهندي، وهو نبات بري ينمو تلقائيا أو يزرع، وهو من الفصيلة القنبية، ويتراوح طول شجرته بين مترين و مترين و نصف المتر، وذو أزهار وحيدة الجنس ذات غلاف زهري أخضر اللون وزهر النبات المؤنث هو الذي يحتوي على البذور وينتج في الوقت نفسه مادة راتنجية تمتاز باحتوائها على أكبر نسبة من المخدر و المادة الفعالة في الحشيش توجد في المادة الراتنجية و هي قلوية خضراء مصفرة و قد تم استخلاص هذه المادة بالصورة المختلطة عام 1846.

(أحمد حسن الحراشنة، جلال علي الجزائري 2012، ص26-27)

يصف العلماء الحشيش بأنواعه كمخدرات تتسبب في اعتماد نفسي دون عضوي لأنسجة الجسم غير أن مدمن الحشيش عادة ما يلجأ لاستخدام و تعاطي مخدرات أخرى معه أو ما يعرف (بنظرية التصاعد) ويتفق الأطباء على أن الحشيش لا يتسبب عادة في إصابة المتعاطي بالغيوبة مثل الكثير من المخدرات الأخرى، والإقلاع عن تعاطي الحشيش لا يترك أعراضا إنقطاعية أو ما يسمى بمتلازمة الحرمان.

<http://saliemssquedom.blogspot.com>

2.1.4. الأفيون، الخشخاش :

يؤخذ الأفيون من شجرة الخشخاش تنتج ثمرة تحتوي مادة لبنية بيضاء لزجة ،ذات رائحة نفاذة وطعم مر، تسيل منها حين تشرط بآلة حادة، ثم تتحول إلى اللون البني عند

تعرضها للهواء وحين تترك قليلا تتماسك لتصبح هي الأفيون، وتوجد أنواع عديدة من الأفيون كالأفيون الهندي والتركي واليوجوسلافي. (عبد الرحمن العيسوي 2005، ص95).

هو نبات يصل ارتفاعه إلى متر تقريبا، عبارة عن أزهار بنفسجية أو بيضاء وتكون الثمرة على هيئة كبسولة مستديرة الشكل تعرف باسم ابر النوم، وهي التي يستخرج منها مادة الأفيون ويشمل الأفيون مكونات ومشتقات صناعية تستخرج منه: المورفين الكوديين والهروين. (محمود السيد علي، 2012، ص35)

إن تأثير الأفيون يكون عاما على الجسم ويؤثر بصورة أساسية على المخ والجهاز العصبي والعضلات وتظهر الأعراض على متعاطيه خلال فترة وجيزة لا تزيد عن نصف ساعة، وتختلف آثار الأفيون على جسم الإنسان من الناحية الكيميائية، الفسيولوجية، والنفسية تبعا لنوع الأفيون. <http://www.marwakf-dzorg/mouhadarts.q.id>

3.1.4. القات :

هو نبات يزرع في إفريقيا بكينيا والصومال وكما نجد نطاق واسع في اليمن ويتعاطى بطرق المضغ مع بعض جرعات الشاي أو (الببسي كولا) ويعد هذا المضغ لعدة ساعات يلفظ المتعاطي الألياف المتخلفة عنه في الفم، وللقات أضرار صحية كثيرة وله تأثير مزدوج على الجهاز العصبي، بحيث يحدث تأثير منشطا في البداية تعقبه حالة من الهبوط في وظائف الجهاز العصبي. (عبد الرحمن محمد العيسوي 2005، ص100)

يحتوي القات على ثلاثة قلوبات : (القائنين)، (القائدين)، (القائنين) وكلها لها تأثير مباشر منبه على المخ والجهاز العصبي وتأثير مباشر يتسبب في ضيق الأوعية الدموية وبالتالي زيادة ضغط الدم. يتم تعاطيه بمضغ الأوراق الصغيرة مضغا بطيئا ثم تخزين هذه الكتلة الممضوغة بالشدق مدة طويلة مع استحلابها من وقت لآخر، ويعتمد المدمن على شرب المياه المتلجة مرارا و بعد فترة يلفظ المدمن كتلة الأوراق و يعاود مضغ أوراق جديدة.

<http://www.marwakf-dzorg/mouhadarats.q.id>

4.1.4. الكوكايين:

وهو عبارة عن مادة منبهة تشتق من أوراق شجيرات نبات الكوكا، هو مادة منبهة في كثير من المشروبات، كما أنه مسحوق أبيض يبدو كالسكر ومن الممكن أن يشبه شرائح الثلج، طريقة تعاطيه فيستنشق كمشحوق أو يحضر على شكل محلول ويحقن، أو يحول إلى قاعدة حرة ويدخن، وتدخين القاعدة الحرة يولد النشوة القوية بعد فترة وجيزة من التدخين لأن العقار يدخل الدم بصورة أسرع مما لو أخذ بواسطة الفم أو الأنف. (محمد السيد علي، 2012، ص 36)

كما له أثر منبه حيث يوفر للمدمن نشاط في وظائف المخ، عدم الرغبة في النوم وعدم الشعور بالتعب، غير أنها آثار مؤقتة تزول لتترك المدمن منهك الجسد، مشتت التفكير إضافة إلى تأثيراتها غير المستحبة على بعض غدد الجسم و خاصة الغدد الجار الكلوية.

<http://saliemssquedom.blogspot.com>

5.1.4. النيكوتين:

لقد اشتق "النيكوتين" من المادة الفعالة الموجودة في السجائر أو التبغ من اسم "جون نيكوت" سفير فرنسا في البرتغال الذي كان مغرماً بزراعة نباتات نادرة وغريبة في حديقته، ومنها نبات التبغ، وقد تعلق به ومدحه للناس. تجفف أوراق التبغ وتقطع إلى أجزاء صغيرة و تعبأ على شكل سجائر أو دخان العليون والأرجيلة.

6.1.4. المورفين:

هو من مشتقات الأفيون والنباتات الذي يستخرج منه نبات باباف سومنفيروم، كما هو مسحوق مر المذاق قلوي كريستالي أبيض، ويعد أقوى مانع للألم عرفه الإنسان، و قد فصله عن الأفيون شيرتونر (Softener) عام 1803م. ويؤثر المورفين بصورة رئيسية على الجهاز العصبي المركزي وعلى الأحشاء وإذا أعطي لفرد ليس لديه ألام فقد يشعر ببعض

الأحاسيس غير السارة ويسبب البلادة والإقلال من النشاط الفسيولوجي وتقليل حدة الإبصار والسبات وصعوبة التفكير.

7.1.4. الهيروين:

هو من مشتقات المورفين ويعد من أكثر المسكنات المخدرة فاعلية وتأثيراً، وقد تم اكتشاف هذه المادة المخدرة و تصنيفها عام 1984م لأغراض طبية بحثة لتسكين الألم بديلاً عن المورفين ولكنه أصبح أكثر خطراً من المورفين، ويتم تعاطيه من خلال بلع المادة المصنوعة منه على شكل أقراص أو من خلال الشم أو الحقن وريدياً.

8.1.4. الكوديين:

يمكن علماء المختبرات الطبية عام 1932م من استخلاص الكوديين والأفيون الخام يتداول من الأفيون الخام ويتداول على شكل بلورات بيضاء عديمة الرائحة أو على شكل أقراص ويستعمل الكوديين في الأغراض الطبية للتقليل من الإحساس بالألم كما يدخل في معظم أدوية السعال . (أحمد حسن الحراشنة، جلال علي الجزائري، 2012، ص23).

9.1.4. عقار آل .أس.دي (L.S.D):

يستخرج هذا العقار من فطر الجو در (Ergot) الذي ينمو على نبات الشوفان، وتم تصنيفه لأول مرة معاملة شركة ساندوز (Sandoz) في سويسرا عام 1938م، من قبل الدكتور هوفمان (Hovman) بهدف الإفادة من جلسات العلاج النفسي، إلا أن مضاعفات استعماله أدت إلى استخدامه، ويسبب تناوله بالفم أو الحقن وريدياً ارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والغثيان والقيء ورجفة في اليدين، ويشعر المتعاطي بهلوسات بصرية ملونة وتصغر المرئيات أو تكبر وتقترب وتبتعد، ويختلط عنه الحواس ويبدو أن المدمن وكأنه يعيش في حلم دائم، وأحياناً يصاب بالاكنتاب الشديد الذي يدفعه للانتحار.

10.1.4. الفنيسكيدين (P.C.P):

ظهر لأول مرة في سان فرانسيسكو عام 1968م باسم "حبة السلام" استخدامها في التخدير العام للمرضى أثناء إجراء العمليات الجراحية، وهو يختلف في تركيبه الكيميائي عن

"المسي كالين" و "أل.أس.دي". وتم منعه طبييا بآثار السيئة لما يسببه من تشنجات و هذيان واضطراب الأبصار والهيجان العصبي. ويتم تعاطي هذا العقار عن طريق البلع أو التدخين أو الاستنشاق ويظهر تأثيره بعد دقائق من الاستعمال فيشعر من تعاطي بجرعة بسيطة بالنشوة وسرعة التنفس، وإذا زادت يشعر بالخلط الذهني والهوسات والمعتقدات الوهمية وعدم الشعور بالألم الأمر الذي يمكن معه أن يؤدي المتعاطي نفسه وهو تحت تأثير العقار. وكثيرا ما يستخدم تجار المخدرات هذا العقار في عملية خلطه مع الهيروين والحشيش. (أحمد حسن الحراحشة، جلال علي الجزائري 2012، ص 26-27).

2.4. تصنيفها.

لا يوجد تصنيف واحد من المواد المخدرة التي تحدث الإدمان، وإنما تتعدد مصادرها، فقد تقسم المخدرات حسب أصل المادة التي حضرت منها إلى نوعين :

- **مخدرات طبيعية:** تستعمل كما هي في طبيعتها أو يتم تحويلها تحويلا بسيطا.
- **مخدرات مصنعة:** هي التي يتم تصنيعها في المصانع والمختبرات الخاصة بذلك.

كما تقسم المخدرات إلى نوعين من حيث اللون:

- **مخدرات بيضاء:** مثل كالأفيون، المورفين ومشتقاته.
- **مخدرات قاتمة اللون:** مثل الحشيش.

كما يوجد تصنيفات وضعها الباحثون في مجال المخدرات، ولعل أشهرها هو التصنيف الذي يقسم المخدرات إلى أربع أنواع:

- **المواد المسكنة الأفيونية:** الأفيون بكل أشكاله.
- **المواد المسكنة الغير أفيونية:** ومنها مركبات حامض الباربيتوريك، البروميدات، والكحول.
- **المواد المخدرة المنبهة:** وتشمل الكوكايين، الميسكالين، القات.
- **مجموعة المهلوسات:** وهي مجموعة من العقاقير المسببة للهلوسة التي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، فتحدث تغيرات نفسية تتراوح بين الشعور بالاكنتاب الشديد أو

النشوة والمرح. وقد استخدمت هذه العقاقير في الماضي لتأدية بعض المعتقدات الدينية في المكسيك وأمريكا الشمالية، وقد كانت عقاقير الهلوسة تصنع وتباع دون رقابة حتى عام 1971م، والذي وقعت فيه اتفاقية المواد النفسية التي حرمت صنع هذه العقاقير وبيعها واستعمالها. مثل 25 Isd.

و هناك تصنيف آخر يصنف المخدرات إلى ثلاثة أنواع:

- **مخدرات مسببة للإدمان:** منها الأفيون والكوكايين.
- **مخدرات معودة:** وتشمل المخدرات المسببة للإدمان (المنومات، المهدئات، المستنشقات).

• **مخدرات محدثة للإدمان:** كالكوكايين والحشيش و الميسكالين

و هناك من يقسم المخدرات إلى نوعين فقط:

- **نوع يحدث الإثارة النفسية:** وتعاطيها يؤدي إلى الجنون والفعل الإجرامي.
- **نوع يحدث الخمول وهبوط في الملكات الذهنية.** (سليمانى فتيحة، 2012، ص 17-18).

هناك من يقسم المخدرات إلى مجموعتين:

• **مجموعة المنبهات والمنبّهات:**

تتميز هذه المجموعة في أنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي مما يؤدي إلى زيادة اليقظة والوعي وتحمل الأجواء القاسية ومن أهم أعضاء هذه المجموعة (الأمفيتامين والكافيين).

• **مجموعة المبهطات والمنبّهات :**

هي تصنف إلى منشطات ومسكنات، أما المنشطات فهي على شكل كبسولات أو أقراص تأخذ بالبلع أو الشم بعد خلطها بالهروين وهي تؤدي إلى مفعول سريع بعد تعاطيها فهي تجعل الشخص في حالة استرخاء إذا أخذت بكمية كبيرة فإنها تؤدي إلى ثقل في الكلام ونوم عميق وفقدان الوعي، والمسكنات تكون على شكل أقراص بيضاء مستديرة ولها مشتقات من مواد مختلفة مثل المتولون التي يطلق عليها لفظ شائع هو "السكايهوك" والنوبادين التي تسمى في أوساط المدمنين "فالتوم" فضلا عن الماندراكس والريفادال. أما المهدئات فهي

مجموعة مواد كيميائية مصنعة تسبب الهدوء و السكينة و النعاس من أشهرها "الفاليوم والباربيتورات" التي تستخدم في التخدير العام وفي علاج الصرع والأرق، ومن أهم مخدرات هذه المجموعة "الخمير و الكحوليات". (محمود السيد علي 2011، ص 37)

5. طرق تعاطي المخدرات :

تختلف طرق تعاطي المخدرات من صنف لآخر ومن شخص إلى شخص ،فالبعض يفضل التعاطي منفردا والبعض الآخر يشعر بنشوة وهو يتعاطاها وسط مجموعة. وبالنسبة للمخدرات نفسها فالبعض يفضل الشم والبعض الآخر يفضل التدخين وبعض ثالث يفضل الحقن في الوريد ومن أمثلة ذلك :

1.5. الحشيش:

عن طريق التدخين : (سيجارة ،سيجار ، نرجيلة) ومن أشهر الدول العربية المنتشر فيها هذا الصنف مصر، أو عن طريق الشراب حيث يقطع المتعاطي أوراق الحشيش وقممه الزهرية وينقعها في الماء ويذيبها ثم يشربها، أو عن طريق الأكل فيخلط الحشيش بمواد دهنية أو بالتوابل ويقطع على هيئة قطع الشكولاتة ويؤكل مع الأطعمة.

2.5. الأفيون :

يستخدم الأفيون في المجال الطبي لتخفيف الألم، ويستعمل على شكل محاليل تؤخذ في الغالب في العضل حتى لا يتعرض المريض لإدمانها، أو أقراص تتناول عن طريق الفم، وأما التعاطي غير الطبي فيؤخذ عن طريق التدخين، أو البلع بالماء وقد يعقبه تناول كوب من الشاي، وأحيانا يلجأ المدمن إلى غلي المخدر وإضافة قليل من السكر إليه ويشربه، أو الاستحلاب حيث يوضع تحت اللسان وتطول فترة امتصاصه، أو يؤكل مخلوطا مع بعض الحلويات، أو الحقن أو يشرب مذابا في كوب الشاي أو القهوة.

3.5. الفات:

تمضغ أوراقه وتخزن في فم المدمن ساعات طويلة، يتم خلالها امتصاص عصارتها، ويتخلل هذه العملية بين الحين والآخر شرب الماء أو المياه الغازية، وشرب السجائر أو الرنجيلة.

4.5. المهلوسات: تكون المهلوسات على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم.

5.5. المنشطات (الأمفيتامينات):

تنتشر في الوسط الرياضي وطلبة المدارس والجامعات وسائقي الشاحنات لآثارها المنشطة على الجهاز العصبي، ومن طرق تعاطيها على شكل حبوب تؤخذ عن طريق الفم.

5.6. المورفين والهيروين :

للمورفين خاصية في تسكين الآلام، إلا أنه يسبب الإدمان الفسيولوجي، حيث يؤثر على وظائف خلايا المخ. والهيروين من مشتقات المورفين ويكثر استعماله عن طريق الشم، ويتم إدمانه بعد أسبوع من البدء في تعاطيه.

5.7. الكوكايين :

يؤخذ بطرق متعددة تتشابه إلى حد كبير مع الحشيش سواء عن طريق التدخين أو الاجترار تحت اللسان أو البلع أو مع الأطعمة والمشروبات. <http://www.aljazeera.net>

6. مراحل الإدمان:

1.6. التحمل: (Telorence):

هو حاجة المدمن لزيادة كمية العقار يوما بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها، والمدمن قد يتجرع كمية من العقار لكي يصل إلى غايته إذا أعطيت لشخص طبيعي لقضى نحبه في الحال، وعملية الحصول على العقار بأية طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول إلى العقار فمن الكذب إلى الغش والتزوير والخداع إلى السرقة قد ينتهي للجريمة للحصول على المادة المخدرة .

2.6. الاعتياد النفسي: (Psychic Dependence):

هو ظاهرة نفسية يصبح فيه الفرد معتادا على العقاردون أن يعتمد عليه بشكل خطير إن المركبات التي توجب لحدوث الاعتياد كثيرة منها : الكحول (الخمير) المهدئات والمنومات وبعض المسكنات والمنشطات، ويمكن إزالة هذا الاعتياد بسهولة في حالات معينة ولكن إزالته قد تكون بالغة الصعوبة في حالات أخرى، كما هو الحال مع مركبات الأفيون ومشتقاته حيث يتداخل الاعتياد النفسي هو شعور من يتعاطى العقار بحال من الانسراح أوالنشوة تخفف معها همومه و تزول عنه الشدائد.

3.6. الاعتماد العضوي البدني (Psychical Dependence):

هو انحراف الأعمال والوظائف الطبيعية لأجهزة الجسم بسبب التعاطي المديد لعقاقير توجب الإدمان و يتجلى بضرورة وجود كميات من العقار في البدن للحفاظ على التوازن الطبيعي للإنسان إن تخلى المدمن عن دوائه يدخله مصاعب جمة أن يقوم بتضحيات كثيرة للحصول على العقار ولو بطريقة غير شرعية ،حيث تشير الدلائل إلى أن التبديل الخلفي في الجملة العصبية المركزية هي عامل أساسي في حادثة الإدمان. (أحمد حسن الحراشنة، جلال علي الجزازي 2012، ص30-31)

7. أعراض الإدمان على المخدرات :

1.7. من الناحية الجسدية :

- وجود علامات تعاطي الحقن على الذراعين.
- سوء التغذية و نقصان الوزن.
- الإجهاد و الأرق بصفة مستمرة.
- احمرار العينين و تساقط الدموع اللاإرادية.
- الرغبة الدائمة في النوم.

- السعال الشديد.
- ارتفاع درجة حرارة الجسم .
- التعرض لإغماء بصفة مستمرة .
- القيء والغثيان.

2.7. من الناحية الحسية :

- يميل إلى الانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة شبه دائمة .
- الإهمال في المظهر وعدم الاهتمام به .
- التأخر الدراسي وعدم القدرة على استيعاب أبسط المناهج .
- التقاعس عن العمل وعدم القدرة على إنجاز المهام المكلف بها الشخص .
- الكذب بشكل مستمر .
- إتباع بعض الحيل الذكية للحصول على الأموال .
- ضعف الميول الدينية .
- تعاطي المواد المهدئة و المنومة .
- ضعف الذاكرة تدريجيا.
- الميل إلى الانتحار. (عادل الدمرداش، 2013، ص93)

8. آثار المخدرات:

للمخدرات آثار كثيرة وعديدة فهي خطر اجتماعي داهم وآفة مسمومة وخطيرة تدمر الإنسان وتفكك بصحته وتمتد آثارها من الفرد إلى الأسرة والمجتمعي فهي تؤثر على العقل وتوهن الجسم وتضعف القدرة الاقتصادية وتحط من الإنتاج وتؤثر على التنمية فضلا عن أنها تجعل الدولة فريسة لأعدائها الذين طالما تعمدوا استخدام هذا السلاح (المخدرات) في كسر شوكة الشعوب و تهديد قيمها و القضاء على مقوماتها و تشمل:

1.8. آثار نفسية وصحية:

- اضطراب الإدراك الحسي.
- شعور الفرد بتدني قيمته و عدم الثقة بالنفس و يمكن أن تؤدي إلى اضطرابات نفسية.
- الإدمان يؤدي إلى ضمور الدماغ الذي يتحكم في التفكير و الإرادة و كذلك إلى نقص القدرات العقلية وإلى صلابة خلايا المخيخ بالضمور مما يخل بقدرة الشخص على الوقوف من غير ترنح.
- تؤدي إلى مرض السل، و عدم القدرة على مقاومة الكثير من الأمراض و تؤثر على جميع أجهزة الجسم خاصة الكبد والجهاز العصبي الذي يؤدي إلى الجنون والشقاوة أو الإجرام، والموت.

2.8. آثار اجتماعية:

- تعتبر مشكلة المخدرات من أخطر الأنشطة الإجرامية في المجتمعات و باتت آثارها المتعلقة بالإدمان و انتشار الأمراض الاجتماعية و إهدار طاقة الفرد و المجتمع و استنزاف طاقاته و موارده خطرا يقع على حياة الفرد نفسه و على البيئة من حوله.
- ضرورة الفرد بشراء المخدرات بقوته أو قوت أسرته أو أولاده تاركا أسرته للجوع و الحرمان.
- يؤدي الإدمان إلى سيادة التفكك الأسري لما يسببه من مشكلات ينتج عنها الطلاق أو الهجر.
- عدم التزام الفرد المدمن بالقيم الأخلاقية في المجتمع.
- عدم الأمان في الأسرة حيث يكون المنزل بصفة مستمرة عرضة للتفتيش من جانب أجهزة الأمن الوطني.

3.8. آثار اقتصادية:

يؤثر الإدمان على المخدرات على الاقتصاد بدرجة كبيرة حيث أن المدون يصرف ما يحصل عليه من دخل من أجل الحصول على المخدرات وهذه الأموال تهرب إلى الخارج وبالتالي يضعف الاقتصاد في الدول كما أن المدمن يفقد الكثير من قوته الجسمية والعقلية من جراء الإدمان فيؤدي ذلك إلى ضعف إنتاجه مما يؤثر على الاقتصاد الوطني. كثرة المصاريف التي تصرفها الدولة من أجل مكافحة الإدمان على المخدرات عن طريق بناء المصحات لعلاج المدمنين: كذلك المصاريف الكثيرة لبناء السجون والمحاكم والمبالغ التي تصرف على المسجونين في قضايا المخدرات. (محمود السيد علي، 2012، ص 145-146).

خلاصة:

مما سبق يمكننا القول أن ظاهرة إدمان المخدرات من المشكلات التي يوما بعد يوم يستفحل خطرها مع الانخفاض المطرد لسن الفئة المدمنة بالإضافة إلى التنوع المستمر لمواد وطرق وأساليب الإدمان.

فالإدمان كما رأينا هو نمط سلوكي يتسم بدرجة كبيرة من النزعات القهرية لتكرار تعاطي العقار سواء طبيعي أم صناعي وهو كذلك حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو المخدر، الأمر الذي ينتج عنه تبدل في شخصية المدمن واتسامها بالانطوائية والانعزال عن الآخرين بصورة غير عادية، والإهمال الواضح في الأمور الذاتية فضلا عن القلق النفسي وقطع علاقات إحياء أخرى بسبب الإدمان. وهذه الظاهرة معقدة ومتعددة الأسباب ومتشابكة العوامل المؤدية لها انطلاقا من شخصية المدمن نفسه إلى نوع المادة المتعاطاة وخواصها المخدرة مرورا بالمحيط ودوره في تغذية التعاطي والانتكاسات لاحقا.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات الميدانية للدراسة

تمهيد:

يعد استعراض أهم المفاهيم النظرية الخاصة بمتغيري الدراسة حول المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة والإدمان على المخدرات، سننطلق في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية التي يتم إتباعها في الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية المتبعة وهي الخطوة الأولية في سلسلة البحث العلمي، إذ يلجأ إليها الباحث قبل أن يباشر في الدراسة الأساسية، والتي تمكننا من التعرف على متغيرات مكان الدراسة، ووصف منهجية الدراسة، ووصف أدوات الدراسة المستعملة والمنهج المتبع في الدراسة وذلك باستخدام مقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة والمقابلة العيادية النصف موجهة، وذلك من أجل تحقيق نتائج موثوقة علينا إتباع إجراءات منهجية مضبوطة، وخطوات علمية صحيحة فوضوح المنهج وما يبني في إطاره من تصميم محكم، وتجانس العينة وسلامة طرق تحديدها وحصرها، ومناسبة أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على الصلاحية والملائمة.

1. الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أولى، تساعد في إلقاء نظرة استشرافية من أجل الإلمام بالموضوع والغرض من الدراسة الاستطلاعية القيام ببحث مصغر لاختيار مختلف خطة البحث أو الدراسة. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص103).

كما يتضح من اسمها تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة وكشف جوانبها وأبعادها وأحيانا ما يطلق على هذا النوع من "الدراسات الصياغية" من منطلق أن هذا النوع من البحوث يساعد الباحث وزملائه من صياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة تمهيدا لبحثها بحثا متعمقا في مرحلة تالية أيضا لكونها تساعد الباحثين في وضع الفروض المتعلقة بمشكلة البحث التي يمكن إخضاعها للبحث العلمي الدقيق .

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف دراستنا هذه إلى التوصل إلى النتائج التالية:

- جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول حالات الدراسة.
- تحديد أغلب المخططات المعرفية عند المدمن على المخدرات.
- معرفة درجة المخططات المعرفية واختلافها من مدمن إلى آخر.
- التأكد من أن الظروف المحيطة بالمؤسسة تسمح بتطبيق أدوات جمع البيانات وتطبيق المقياس.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية :

يمكن تحديد نتائج الدراسات الكشفية فيما يلي:

- بلورة موضوع البحث أو الظاهرة (موضوع البحث الذي يختاره وصياغته بطريقة أكثر إحكاما بغية دراستها بصورة أعمق في المستقبل).
- تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع الذي اختاره الباحث للدراسة أو البحث.
- تنمية الفروض وذلك ببلورة مشكلة البحث وصياغتها في صورة علمية أو تساؤلات.
- إيجاد مرتكز وقدر من المعرفة ينطلق منه الباحث في بحثه المتعمق.

- التعرف على الجوانب المختلفة لموضوع البحث أو الدراسة.
- يمكن تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أدوات جمع بيانات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تفسر عليه الدراسة الاستطلاعية.
- ممارسة تطبيق الاختبارات وتحديد الصعوبات ومحاولة حلها. (منسي محمود عبد الحميد 2002، ص 61 ص 63).

2- حدود الدراسة الاستطلاعية :

2-1-الحدود الزمنية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الزمنية:

إلى غاية:	الممتدة من:
آخر الشهر	2019/05/13

2-2-الحدود المكانية:

أنجزت الدراسة الميدانية على مستوى المركز الوسيطي لمعالجة الإدمان - بسكرة - .

2-3-الحدود البشرية:

طبقت الدراسة الميدانية على ثلاث حالات تعاني من الإدمان (مدمنين راشدين) بالمركز الوسيطي لمعالجة الإدمان - بسكرة-.

2-4-الحدود الموضوعية:

اقتصرت الدراسة على دراسة المتغيرين المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة والإدمان على المخدرات.

3. حالات الدراسة ومواصفاتهم:

قمنا باختيار (3) حالات مدمنين، والجدول أدناه يوضح الصفات والخصائص التي تتمتع بها هذه الحالات:

الجدول رقم (01): يوضح صفات وخصائص حالات الدراسة.

الاسم	السن	المستوى المعيشي	الحالة العائلية	عدد الأطفال	الحالة الصحية	المهنة
هـ	28	متدني	عازب	/	/	بطل
ح	27	متوسط	عازب	/	/	بطل
س	36	متوسط	متزوج	1	يعاني من السكري	عامل يومي

4. المنهج المستخدم في الدراسة:

يعتبر المنهج العمود الفقري لأي بحث، ولا سيما في الميادين الاجتماعية والنفسية، أو التربوية، فهو الذي يكسب البحث طابعه العلمي حيث أن صحة النتائج البحث تقوم أساساً على نوعية المنهج المستعمل، وهذا ما ذهب إليه "عمار بوحوش" و "محمد محمود الذنبيات" بقولهما: "أن صحة و سلامة الطريقة المستخدمة في الوصول إلى الحقيقة العلمية هي التي تضيء على البحث أو الدراسة الطابع الجدي، كما تؤثر أيضاً في محتوى نتائج البحث". (عمار بوحوش، 1999، ص22).

يعرف المنهج العيادي (الكلينيكي): "على أنه طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص وهي تحاول بكل موضوعية عن معرفة كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في موقف ما، وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها، و يعتبر أحد المناهج الرئيسية في مجالات الدراسات النفسية".

ويستخدم المنهج الإكلينيكي في دراسة حالة فردية بعينها فهو يستخدم أساساً لأغراض علمية ونفسية من أجل تشخيص مظاهر الاختلال وفحص وعلاج شامل للحالة. (عدس عبد الرحمن 2005، ص94).

ولقد استعملنا هذا المنهج للكشف عن ظاهرة الإدمان على المخدرات وأثر المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة على المدمن.

4-1- دراسة الحالة:

هي وسيلة من الوسائل التي تسمح للأخصائي بالتحليل الدقيق للحالات المراد دراستها وهذا عن طريق جمع أكبر عدد من المعلومات الخاصة بالمفحوص وبالتالي التمكن من إعطاء صورة شخصية ككل أو تكون دراسة الحالة شاملة لحياة المريض و تطلعاته .

5. أدوات الدراسة:

تتعدد أدوات الدراسة في البحث العلمي، والهدف الرئيسي استخدام تلك الأدوات في تجميع الكم المناسب من البيانات والمعلومات، من أجل تنفيذ البحث أو الرسالة العلمية. حيث تعرف أدوات الدراسة في البحث العلمي بأنها: "الطرق التي يتم من خلالها جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بالبحث، والتي تساعد في دراسة وتحليل مشكلة البحث، وبعد ذلك التوصل إلى النتائج، ومن أشهر أدوات الدراسة في البحث العلمي: الاستبيان، والمقابلة، والملاحظة". (عليان رحي مصطفى، 2013، ص 57).

وقد كانت وسيلتنا في هذه الدراسة المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة لأنها تسمح لنا وتساعدنا في جمع قدر كاف من المعلومات حيث يتمكن العميل من التعبير عن حالته بكل حرية وتدخل الباحث يكون نوعاً ما توجيهي عندما يلاحظ خروج العميل عن الموضوع فيحاول أن يحصره في إطار الموضوع.

5-1- المقابلة العيادية (الإكلينيكية):

تعد المقابلة العيادية إحدى أدوات البحث العلمي التي تجمع المعلومات و البيانات في دراسة الأفراد و الجماعات حيث تكون عن طريق محادثة أو حوار مباشر بين الباحث و المبحوث في حالة مواجهة ، يتمثل دور الباحث فيها بإعداد أسئلة المقابلة إعدادا جيدا يتلاءم مع طبيعة الموضوع و يقوم بطرحها على المفحوص و ترك المفحوص يجيب عليها. (وائل عبد الرحمن 76،2007).

بالإضافة إلى الملاحظة والتي تعتبر: " وسيلة هامة وأساسية في الوصول إلى المعلومات اللازمة عن سلوك الفرد وهي أقدم الوسائل، وتشمل الملاحظة: " ملاحظة السلوك ومواقف التفاعل بكافة أنواعه، وهي توجيه السلوك والانتباه إلى ظاهرة معينة أو مجموعة ظواهر بغية الكشف على خصائصها وصفاتها لكسب معلومات جديدة".(مندر الضامن،2007،ص143).

5-2- مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة :

تم استخدام مقياس جيفري يونغ (*Jeffrey Young*) للمخططات المبكرة غير المتكيفة، من دراسة زبيدة الحطاح، وذلك لكونه يناسب الدراسة الحالية، وهو يتمتع بخصائص سيكوسومترية وهي الصدق والثبات، وهذا ما تم التحقق من صدقه وثباته في البيئة الجزائرية على النحو التالي:

5-2-1- الصدق: تم استطلاع آراء المحكمين لاختبار صدق المقياس، فطلب من مجموعة

متكونة من أربعة أساتذة مختصين الذين يجمعون بين العمل الأكاديمي والممارسة التربوية:

- تقييم كل بعد من أبعاد المقياس في مجمله (على سلم تقدير 10 على 10) من خلال العناصر والمميزات التالية :

- وضوح المقياس في صياغته اللغوية .
- مدى علاقة المقياس بالموضوع الذي يقيسه .

- وضوح التعليمات.
 - الوقت المخصص لإجراء المقياس.
 - كلفة الوسائل اللازمة للمقياس.
 - سهولة التقطيط والتصحيح .
- 5-2-2- وصف المقياس:**

استخدم في هذا المقياس المختصر للمخططات غير المتكيفة المبكرة، وهو مقياس وضع من طرف يونغ "Young" يحتوي على 205 بند ثم أصبح بالصيغة المختصرة للمخططات و التي تشمل 75 بند و تصف 15 مخطط فقط و يمكن المقياس من تقييم من تقييم المخططات غير المتكيفة المبكرة وأهمية كل واحد منهم، وتم اشتقاقه من دراسة حطاح.

5-2-2-1- المخططات 15 الموجودة في المقياس:

- (1-5) الحرمان العاطفي.
- (6-10) التخلي أو الحرمان.
- (11-15) الحذر / التعدي.
- (16-20) الانطواء الاجتماعي.
- (21-25) عدم الإتيقان.
- (26-30) الفشل.
- (31-35) التبعية وعدم الكفاءة.
- (36-40) الهشاشة.
- (41 - 45) العلاقة الاندماجية.

- (46 - 50) التضحية.

- (51 - 55) التضحية بالذات.

- (56 - 60) مراقبة انفعالية مفرطة.

- (61 - 65) المثاليات المفرطة.

- (66 - 70) الحقوق المتطلبة.

- (71 - 75) نقص التحكم الذاتي.

و قد تم تطبيق المقياس الذي يضم 15 مخطط مع العلم أنه لا يوجد 18 مخطط كما ذكر في الجانب النظري.

المخططات الثلاث الباقيات هي :

1. مخطط العقاب.

2. مخطط السلبية والتشاؤم.

3. مخطط الحاجة للاستحسان و الاعتراف بالجميل.

5-2-2-2-2-5- كيفية تطبيق المقياس :

يتم شرح التعليلة للمبحوث و التي تتمثل كما يلي :

" بين مدى تكرار أحاسيسك بالمشاعر المعبر عنها كل بند بوضع الرقم الذي يتناسب

أو تتطابق مع حالتك" التي على النحو التالي :

1. لا ينطق تماما .

2. لا ينطبق غالبا .

3. لا ينطبق تقريبا .
4. معتدل.
5. ينطبق تقريبا .
6. ينطبق غالبا .
7. ينطبق تماما.

مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كما ان معلومات هذا المقياس سرية جدا ولا تستخدم إلا لفائدة علمية."

5-2-2-3-شبكة تنقيط المقياس:

إن بنود المقياس تنقط من 1 إلى 7 على النحو التالي:

1. لا ينطبق تماما 07.
2. لا ينطبق غالبا 06.
3. لا ينطبق تقريبا 05.
4. معتدل 04.
5. ينطبق تقريبا 03 .
6. ينطبق غالبا 02 .
7. ينطبق تماما 01.

إن تصحيح المقياس المختصر للمخططات المعرفية (ليونج جيفري للمخططات- الصيغة المختصرة) تكون على النحو التالي:

إن هذا المقياس يحتوى على 15 مخطط ،كل مخطط يحتوى على 7 بنود إذن القيمة العالية هي:

$$5 = 1 \times 5 \text{ هي الأدنى والقيمة العليا هي } 35 = 5 \times 7 .$$

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ما يتعلق بالجانب الميداني والتطبيقي للدراسة، من دراسة استطلاعية بحدود مكانية وزمنية معينة وفق إجراءات قانونية، كذلك استعملنا منهج متبع بدقة من طرفنا وكان هذا المنهج مساعد ومتطابق لدراستنا ألا وهو المنهج العيادي، وتم استخدام أدوات مساعدة في التطبيق من مقابلة عيادية نصف موجهة على الحالات المطبق عليها والاستبيان المرفق الذي استخدمناه وهو مخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة.

**الفصل الخامس : عرض
حالات الدراسة ومناقشة
النتائج على ضوء
الفرضيات**

تمهيد.

سنتطرق في هذا الفصل إلى دراسة عيادية لثلاث حالات بالمركز الوسيطي لمعالجة الإدمان بسكرة، وذلك لدراسة المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لدى المدمن على المخدرات على أرض الواقع، وهذا من خلال ما تم الحصول عليه من معلومات من طرف حالات الدراسة أثناء المقابلة العيادية النصف موجهة، ومن خلال استمارة مقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة التي قمنا بتوزيعها على عينة الدراسة المختارة.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى المحاور التالية: البيانات العامة للحالة، ملخص المقابلة للحالة، والتطرق أيضا إلى تحليل المقابلة للحالة، وعرض وتحليل نتائج مقياس المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة للحالة، والتحليل العام للحالة، وفي الأخير مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

أولاً: عرض نتائج الحالة الأولى.

1- تقديم الحالة الأولى (1):

• البيانات العامة للحالة (1):

الحالة: س

العمر: 28 سنة

عدد الإخوة: 2 ذكور، 3 بنات

رتبته بين إخوته: هو 3 بينهم الوسط.

مستواه الدراسي: ثلاثة متوسط.

وضعه الاقتصادي: عاطل عن العمل.

سبب دخوله لمركز محاربة الإدمان: استهلاكه و تعاطيه المخدرات.

2- مخلص المقابلة للحالة الأولى:

جرت المقابلة العيادية النصف موجهة، مع الحالة في ظروف جيدة حيث كان متفهماً ومتقبلاً لفكرة المقابلة والإجابة على أسئلتنا الموجهة له وبكل حرية، ومن خلال مقابلتنا للحالة وملاحظتنا كان يبدو متعباً نفسياً وتعباً وكثير الشroud، يعاني من مشاكل عائلية، شخصية منذ صغره، وعدم الاهتمام به ومراقبته من طرف والديه، كان من المتفوقين في المدرسة لكن ظروفه الصعبة التي مر بها أضطر لترك الدراسة و سلك طريق خاطئ وأصبح مدمناً على المخدرات وازداد وضعه تدهور وضياع حياته واللجوء إلى السرقة وبيع المخدرات إلى أن أصبح يشعر بالفشل وعدم نجاحه في حياته وأصبح مرهوناً بإدمانه على المخدرات وعدم القدرة على تركها إلا أنه يحاول التخلص منها فالتحق بمركز معالجة و محاربة الإدمان. (أنظر المقابلة كما وردت بالملحق).

3-تحليل المقابلة للحالة الأولى:

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة توصلنا في تحليلها إلى ظهور عدة جوانب مختلفة للحالة قد تكون دافعا أو سببا في الإدمان على المخدرات، والمتمثلة في:

• جانب الإهمال الوالدي و إلقاء اللوم على الآخرين :

الحالة عانى من فقدان الحب والود من طرف الوالدين وهذا يعتبر شيء الوالدين له وإعطائه النصائح ونستطيع القول بأنه فقدان هذا بصورة جزئية وهذا لقوله: "والله نحس باللي ما عندي قيمة ما شان و لا راي في الدار ومن حقهم انا راي لنفسي مش راح ندير راي للناس ولا لعائليتي"، "هما ما يعطوني رايهم وواحد ما يدخل في حياتي أنا إلا أما صح ساعات تدخل في حالات و نهتم لرأي وساعات لا ". و بابا كون جا يعس في و لاتي بيا راني مفلستش.

هذا ما جعل من الحالة يلقي اللوم على غيره خاصة (الأب) واعتبر أن ما حل به هو خطأ الآخرين وما هو إلى ضحية لعدم مساندة وغياب المراقبة له هذا ما اعتبره "ألبرت آليس": (أن الآخرين سبب ما هو فيه).

• جانب سوء العلاقة مع الوالدين والتمرد :

إن عدم التواصل والتقارب الذي من المفترض أن يكون بين الحالة ووالديه أدى إلى ظهور المزاج السيء له واضطراب العلاقة وسوء التعامل بينهم، وهذا لما جاء في استجائه: "راني كنت دائما نعيظ على أم أو نسرق حوايجها ونبيعها ونشري الزطلة والحب حتى كرهوني وعدت رعب ليهم وباب بطل وكل يوم ندير لو مشكلة مع الناس كره مني واش راح يديرو بيا لا ثقافة لا أخلاق حتى بابا ساعات يقول لأما كون غير يدوه يهنونا منو والوالدة تقولو بعيد الشر ربي يهديه انشاء الله".

كل هذا يندرج تحت الحرمان العاطفي وعدم الإحساس بالقيمة والشأن والراحة والأمن بين عائلته ووالديه بالأخص والتي تعتبر هذه أساسية في حياة الفرد لتنمية نفسية اجتماعية سليمة.

• الجانب الإنحرافي :

وجد أن الحالة قبل تعاطيه المخدرات عاش مشاكل كثيرة وصراعات و غياب الاستقرار النفسي في المنزل على حد قوله: " تقديري تقولي وضع كارثي في المنزل بالنسبة ليا هو لي ساعدني على الانحراف". و " بطلت في الثالثة ابتدائي كنت من المتفوقين و النجباء بصح وضعي العائلي صعب وهو لي خلاني نحبس لقراءة " . فالوضعية الصعبة التي يعيشها داخل أسرته أثرت عليه بشكل كبير وسلبني أدى به إلى الإنحراف وتعاطي المخدرات.

• جانب عدم الشعور بالذنب و عدم المسؤولية:

يتبين أن الحالة مقارنة بأقرانه وفي نفس سنه يختلف إختلافا كبيرا وذلك لعدم قدرته على تحمل المسؤولية وإدارة حياته بنفسه واللامبالاة فقد نجد من الناحية السيكولوجية يعتبر أنه حالة وجدانية، سلوكية يتصرف المرء بلا إهتمام في شؤون حياته أو حتى الأحداث العامة، وإن كان هذا لغير صالحه مع عدم توفر الإرادة على الفعل والقدرة على الاهتمام بنتائج أفعاله وهذا نجده في قوله: " مانيش قادر إلا بالسرقة لدارنا ولا كاش....ساعات نشوف روجي علة على عايلتي، الإدمان بدا يخلقي التوسويس، و ماتقدرش نخدم خايف نخدم نموت من التعب مالا نبيع المخدرات و نسرق باش نعيش".

• الجانب الإقتصادي و المتاجرة:

تعتبر الظروف الإقتصادية الصعبة والمزرية التي يعيشها الحالة عامل ومؤثر كبير في حياة الحالة، والذي أدى به إلى سلك طريق غير قانونية ومنافية للمجتمع لكسب قوت يومه وإدمانه على المخدرات وهذا من خلال قوله: "بابا بطل " و"وضعنا الإقتصادي ماشي مليح أنا بلا خدمة صراحة نسرق ساعات، وساعات يعطوني صحابي نبيع الزطلة والحب " .

• جانب الندم :

يعيش "س" حالة من الحزن، الإحباط، الانزعاج وهو شعور يسيطر عليه لما اقترفه عمره بحق نفسه وكل ما ضيعه في حياته ولذكره: "إيه ياسر و انشاء الله نتبدل ونحبسو، والله نندم كل يوم و نتحصر على الأيام والسنين لي فاتت ولي ضيعتها في لادروق، والدراهم، والمشاكل اللي جاتني من وراها". وكذلك ".هاد سؤال ماتخميش تطرحيه لمدمن مخدرات حياتي ما تسوى والو، وسيرتو في الجزائر، لوحد موتو خير من حياتو، أنا نفوتو فالأيام و فرات".هنا نلتمس حالة الفشل والضياع وسوء طريقة معايشة مواقفه ومشاكله الحياتية.

• جانب عدم السيطرة و اتخاذ القرارات :

تبين لنا أن الحالة رغم سنه إلا أنه لم يعاني من عدم النضج العقلي السليم والذي يساعده على التفكير واتخاذ قراراته وحل مشاكله بطريقة صحيحة هذا جعله اندفاعيا ويحاول التخلص من مشاكله بأي طريقة كانت ونجد هذا في قوله: " من عامي الدراسي الأخير في الثالثة متوسط في الفصل الأول بديت ندخن و من بعد علموني الحشيش عاد يدوخي و يضحكني و ينسيني همومي و من بعد بطلت لقراية زدت دمرت و زدت عدت ندروقي حوايج أخرى" و تنقله من مخدر إلى آخر للشعور بالسعادة و غياب وعيه و عدم تذكره لهوموه " الحب (الحبوب المهلوسة)، العفيون إلخ"، وهذا ما يسمى بنقص التحكم الذاتي وعدم تحكمه في زمام أموره لكن رغم هذا إلا أنه يحاول التخلص من تعاطيه المخدرات ومتابعة حياته بطريقة طبيعية ويحقق ما يتمناه كل مرء، لقوله: " حاب نتزوجو نخدم في مؤسسة لابس بيها ولا الهجرة من البلاد و نكون أسرى و نجيب ولاد نربيهم أحسن تربية ونعلمهم ونقريهم" و" والله باش نحيه علابالي صعيب ياسر عليا وممكن مانقدرش مي راني نحاول وانشاء الله نحبسو ونتهنى ونهنى ميمتي " .

4- نتائج الاختبار للحالة الأولى:

جدول رقم (02): يوضح نتائج الاختبار للحالة الأولى.

الدرجة	التنقيط	البنود
32	7-6-5-7-7	الحرمان العاطفي
12	1-5-5-1-1	التخلي أو الإهمال
23	7-5-2-7-2	الحذر/ التعدي
25	7-6-5-5-2	الانطواء الاجتماعي
26	4-7-7-1-7	عدم الإلتقان
27	2-5-6-7-7	التبعية و عدم الكفاءة
17	4-7-1-4-1	الهشاشة
27	4-6-4-5-7	الفشل
17	4-7-1-4-1	العلاقة الاندماجية
27	7-7-7-1-5	التضحية
26	7-7-1-7-4	التضحية بالذات
24	7-2-5-3-7	مراقبة انفعالية مفرطة
21	7-1-5-7-1	المثاليات المفرطة
24	7-4-7-2-4	الحقوق المتطلبة
28	5-7-7-3-6	نقص التحكم الذاتي

1-4- التعليل على الجدول :

من خلال قراءة جدول المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة للحالة، يتضح لنا أن مخطط الحرمان العاطفي جاء بالدرجة العالية وذلك بنتيجة 32 من 35 درجة، ثم يليه مخطط نقص التحكم الذاتي بدرجة فوق المتوسط بنسبة 28، ثم نجد المخططين التبعية وعدم الكفاءة وكذلك مخطط الفشل في المرتبة الثالثة بنسبة 27 درجة، ثم في المرتبة الرابعة مخططين عدم الإلتقان والتضحية بالذات بنسبة 26 درجة، وفي الرتبة الخامسة فنجد مخطط الانطواء الاجتماعي ومخطط التضحية بنسبة 25 درجة، ثم يليها سادس مخططين مراقبة انفعالية مفرطة والحقوق المتطلبة بنسبة 24 درجة، أما سابعا فنجد مخطط الحذر. التعدي

ونسبته 23 درجة، وفي المرتبة الثامنة بدرجة فوق المتوسط مخطط المثاليات المفرطة بنسبة 21 درجة، ثم نجد في المرتبة التاسعة ودرجة تحت المتوسط مخططين الهشاشة ومخطط العلاقة الاندماجية بنسبة 17 درجة، وأخيرا نجد مخطط التخلي أو الإهمال ويقدر نسبته ب13 درجة.

5- تحليل نتائج الحالة الأولى:

من خلال تحليل المقابلة النصف موجهة ونتائج اختبار المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة لحالة الأولى تبين لنا أنه يوجد نقاط مشتركة بين هذه النتائج. حيث أن **مخطط الحرمان العاطفي** أعلى تواتر في الاختبار، وترجم على أنه "مخطط يلعب دورا هاما في حياة الفرد"، واتضح أهميته الكبيرة في المقابلة. ويشير التراث **السيكولوجي** أن الحرمان العاطفي يعد من الحاجيات الأولية التي ينبغي إشباعها لدى الفرد خاصة في مرحلة الطفولة، ومن هنا فإن أي نقص ولو كان ضئيلا في إشباع هذه الحاجة والتي تتمثل "حسب يونغ وآخرون" في رعاية الأمومة والتعاطف والحماية، يؤثر تأثيرا جسيما في شخصية الفرد، وقد يفسر عند الحالة تأثيره على عدم استقراره عاطفيا، حيث توجه اهتمامه نحو محاولة إشباع حاجات بأسلوب خاطئ وقد يكون إنتقامي لتعويض هذا الحرمان العاطفي.

أما عن **مخطط الفشل** نجده من المخططات الأساسية في حياة الفرد من خلال الاختبار وذلك بحصوله على المرتبة الثالثة واتضح ذلك في المقابلة، فقد تبين في محتوى كلام الحالة الفشل والضياع وهذا ما جعل تفكيره ينحصر في كيفية التخلص من هذا الشعور ونسيانه بأي طريقة "فالفشل أحد أصعب المشاعر التي تؤثر على سعادة الإنسان وتعيقه عن تحقيق أهدافه، والذي يجعل الشخص يعتقد أنه إذا فشل مرة فإنه سوف يفشل في كل مرة".

عموما هنا يدخل في حالة **عدم التحكم الذاتي** والسيطرة عليها والذي تحصل في الاختبار على الرتبة الثانية، وعكست نتائج المقابلة صورته ودوره، فيكون هنا مخطط نقص التحكم الذاتي مخطط أساسي في تنظيم شخصية الحالة.

ثانيا: عرض نتائج الحالة الثانية.

1- تقديم الحالة الثانية:

- البيانات العامة الثانية:

الحالة: ع .

العمر: 27.

عدد الإخوة: 2 أولاد

رتبته بين إخوته: الأكبر

مستواه الدراسي: جامعي.

وضعه الاقتصادي: متوسط.

المهنة: بطال.

سبب دخوله للمركز: تعاطيه المخدرات.

2- ملخص المقابلة للحالة الثانية:

الحالة "ع" يبلغ من العمر 27 سنة يسكن مع والديه وإخوانه الاثنان هو الأخ الأكبر، متحصل على شهادة ليسانس يعمل في مجال الخراطة، وضعه الاقتصادي متوسط، تمت المقابلة مع الحالة بطريقة جيدة، كان متقبلا للمقابلة وأبدى تجاوبا معي ولأسئلة المطروحة، كان يبدو عليه التعب والإرهاق الحالة يعيش ظروف طبيعية وسط عائلته يحظى باهتمام والديه يمارس نشاطاته اليومية بشكل عادي إلا أن رفقة السوء أدت به الإدمان على المخدرات وعدم القدرة على التخلص منها هذا ما أدى به إلى الشعور بنوع من الفشل إلا أنه يسعى جاهدا للمعالجة ومحاربة الإدمان وذلك بالدخول إلى مركز محاربة الإدمان.

3- تحليل المقابلة :

من خلال المقابلة التي أجريت مع الحالة "ع" توصلنا في تحليلها إلى ظهور عدة جوانب مختلفة للحالة قد تكون دافعا أو سببا في الإدمان على المخدرات، والمتمثلة في:

• جانب الاهتمام الزائد أو الدلال المفرط:

يعتبر التدليل أو الاهتمام الزائد للفرد أمرا عاطفيا وغير محدد بمعايير وضوابط، إلا أنه قد يكون من الأسباب الخطيرة التي يؤثر في شخصية الطفل، وهذا ما أكدته الأخصائية النفسية "سميرة الغامدي" (بأن التدليل المفرط يؤدي إلا إضعاف شخصية الفرد على المستوى النفسي والاجتماعي).

فالحالة يحظى باهتمام والديه وبقيمة وشأن كبير بين أسرته، كما لديه السند العاطفي والحب الحنان والعطف وحياة مستقرة ميزها عدم الإهمال والاهتمام من طرف الوالدين وهذا لذكره : "تحب أما أكثر حيننا ياسر تخمم عليا، و حتى بابا مدايرو صاحبي ويفهمني"، وي نحس إهتمامهم، أما أكثرو زيد تاخذ رايب " كما نجد أنه يتمتع بصلة علائقية داخل عائلته جيدة ومتماسكة ويحظى بقيمة وشأن كبير بينهم، لقوله: "وي علاقتي مع الدار مليحة، أما روعة وحتى من بابا نتفاهموا مدايرو صاحبي وخواتي متفاهمين ويقدروني" و"وي نحس إهتمامهم، أما أكثرو زيد تاخذ رايب". فنجد هنا أن الحالة لم يعاني من الحرمان العاطفي بل على العكس لديه إشباع عاطفي كبير وهذا ما قد ولد لديه عدة مشاكل.

• جانب الإحساس بالذنب:

نلتمس في الحالة الندم والإحساس بالذنب وذلك لإدمانه على المخدرات وهذا في قوله: "إيه 200%، الدخان و ندمت عليه و" لا أكيد لا jamais، عمري لا نجربو ولا نتعاطاه". فقد نجد الشعور بالذنب من الناحية السيكلوجية هو عاطفة يوجهها الشخص الذي يعتقد بأنهم قد ارتكب خطأ أو فعلا عكس عليه أسفا عميقا وهو شعور غير مريح مرتبط بالخوف من جرح مشاعر آخرين. فالحالة يحس بالذنب اتجاه أمه التي تعاني وتسعى جاهدة لعلاجها وتخلصه من الإدمان.

• جانب رفقة السوء:

من خلال ما ورد من الحالة نجد أن رفقاء السوء هم سبب لإفساده ودخوله في دوامة الإدمان، فكثير من رفقاء السوء يجعلون الإنسان يرتكب أمورا قد تتعكس آثارها سلبا عليه في

حياته ونجد هذا في قوله: " كنت أنا وواحد من الحارة كبير عليا شبه صاحبي كان عندو الزطلة وجريتها ومن باعد والفت بها عدت مدمن عليها". و" هو مش صاحبي يعني مي حتى صاحبي والحارة كامل هام يدروكو كل واحد كتر من خوه".

• جانب النقص وصعوبة التجاوز:

الحالة يعاني نوع من النقص لتجاوز مشكلته والعيش كباقي الأشخاص العاديين وهذا في قوله: " حاب نعيش حياة طبيعية و نتزوج و ندير دار" فنجد "ألفرد أدلر" يصف النقص بأنه: " شعور يحدو بالمرء إلى الإحساس بأن الناس جميعا أفضل منه في شيء أو آخر".

• جانب الضعف :

فالحالة يعيش نوع من صعوبة مجارة حياته وهذا ناتج من نقص في النواحي الايجابية من حوله ونجد هذا في قوله: " حاب نتعالج من هاذ الإدمان و نفرح قلب أما" و "توعا ما، كايين حوايج ناجح فيهم و كايين حوايج لا " و" المستقبل غامض ، نخم فيه نفضل". هذا ما يدل على شعوره بالفشل وعدم النجاح في حياته بالإضافة إلى خوفه حتى من التفكير بالمستقبل وما قد يحدث له.

• جانب عدم السيطرة:

هذا وقد تبين لنا أن لديه عدم القدرة على السيطرة في إستهلاك المخدرات وهذا ما ذكره: " نتعاطي دائما ما عنديش وقت" و" ساعات نتعاطي باش ننسى همومي مي أنا صايي والفت وأدمنت عليه لازمني دايمنا نتعاطاه باش نريح " و" عندي 3سنوات من بديت نتعاطي كنت أنا وواحد من الحارة كبير عليا شبه صاحبي كان عندو الزطلة وجريتها ومن باعد والفت بها عدت مدمن عليها".

وهذا ما يدل على نقص تحكمه لذاته و الحد من تعاطي المخدرات. لكن رغم كل هذا إلا أنه يتمنى ويحاول التخلص منه لقوله: " والله انشاء الله ما ذابيا أنا، راني نحول بكل مانقدر باش نحبس ونرتاح، أما ديجا راهي تاعبا معايا ياسر وراني حاس بالذنب، وزيد هيا لي جات وسجلتني في هاذ المركز باش نتعالج ونشفى".

4- نتائج الاختبار للحالة الثانية.

جدول رقم (03): يوضح نتائج الاختبار للحالة الثانية.

الدرجة	التنقيط	البنود
5	1-1-1-1-1	الحرمان العاطفي
12	1-4-1-1-5	التخلي أو الإهمال
7	1-3-1-1-1	الحذر/ التعدي
5	1-1-1-1-1	الانطواء الاجتماعي
5	1-1-1-1-1	عدم الإتيان
8	2-2-2-1-1	التبعية و عدم الكفاءة
12	4-1-1-3-3	الهشاشة
16	2-4-4-2-4	الفشل
9	1-1-3-3-1	العلاقة الاندماجية
7	1-1-1-1-3	التضحية
10	1-2-1-4-2	التضحية بالذات
5	1-1-1-1-1	مراقبة انفعالية مفرطة
11	1-3-5-1-1	المثاليات المفرطة
9	1-8-4-1-1	الحقوق المتطلبة
18	2-7-4-4-1	نقص التحكم الذاتي

- التعليق على الجدول:

يتضح من خلال جدول المخططات للحالة أنه لم يتحصل على درجة عالية لأي مخطط من المخططات غير المتكيفة. فأعلى درجة هي تحت المتوسط لمخطط نقص التحكم الذاتي بنسبة 18 درجة، ثم يليها مخطط الفشل بنسبة 16 درجة، ونجد مخطط التخلي أو الإهمال ومخطط الهشاشة بالدرجة الثالثة بنسبة 12 درجة، ثم مخطط المثاليات المفرطة بنسبة 11 درجة، ويليها مخطط التضحية بالذات بنسبة 10 درجة، ثم في المرتبة السادسة

المخططين العلاقة الاندماجية ومخطط الحقوق المتطلبة بدرجة 9 درجة، ثم مخطط التبعية وعدم الكفاءة بدرجة 8، ثم يليه مخطط الحذر. التعدي ومخطط التضحية بنسبة 7 درجة، ثم يأتي في المرتبة الأخيرة المخططات التالية: الحرمان العاطفي والانطواء الاجتماعي وعدم الإتيان ومخطط مراقبة انفعالية مفرطة بدرجة منخفضة وبنسبة 5 درجة.

5- تحليل نتائج الحالة الثانية:

من خلال قراءة نتائج الاختبار نجد أن مخطط نقص التحكم الذاتي أعلى تواتر ولكن ليس بصورة عالية فقد تحصل على مرتبة تحت المتوسط وترجم في الاختبار على أنه، مخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد، وهذا ما بينته المقابلة، نظرا لأن الحالة يعاني من ضعف الشخصية، ونقص الإرادة لمواجهة مشاكله واتباعه أساليب معاكسة للمجتمع للهروب من الواقع وذلك بالإدمان على المخدرات، على الرغم من محاولته للسيطرة على نفسه واسترجاع حياته الطبيعية وتحقيق أهدافه المراد الوصول لها، وهذا ما تطرقت له "سواء الدويكات"، والتي تعتبر أن الإنسان ضعيف الشخصية يكون غير قادر على معالجة ومواجهة مشاكله لأن ذلك الأمر يعتمد دوما على قوة الشخصية، وبالتالي يكون دوما معرضا للفشل، كما يتضح من خلال تحليل نتائج الاختبار ظهور مخطط الفشل نوعا ما كبيرة و قد تحصل المرتبة الثانية ولكن بدرجة تحت المتوسط والذي يعتبر مخطط أساسي في حياة وشخصية الحالة، وهذا اتضح في كلام الحالة.

أما بالنسبة لمخطط الحرمان العاطفي فقد تبين لنا من خلال نتائج الاختبار والذي تحصل فيها مخطط الحرمان العاطفي على أدنى قيمة للمخططات وبدرجة منخفضة، وهذا ما تطرقنا إليه في المقابلة: فالحالة لم يعاني أبدا من الحرمان العاطفي فهذا المخطط مشبع لديه ويتمتع بالاهتمام، الحنان، والإحساس بأهميته ووجوده وتميزه وسط مجتمعه وعائلته.

ثالثاً: عرض نتائج الحالة الثالثة.

1- تقديم الحالة الثالثة:

• البيانات العامة الثالثة:

الإسم: م.

العمر: 36 سنة.

الوضع الاجتماعي: متزوج لديه طفل صغير و يسكن مع والديه و إخوته .

عدد الإخوة: 2 ذكور و 2 بنات.

رتبته: الثاني بين إخوته .

مستواه الدراسي: أولى متوسط.

وضعه الاقتصادي: متوسط.

المهنة: عامل يومي.

سبب دخوله للمركز: تعاطيه المخدرات.

2- ملخص المقابلة للحالة الثالثة:

لاحظنا في الحالة الذي أجريت معه المقابلة بداية صعوبة التكلم إلا بعد السكوت، الشرود

قليلاً، كثير التفكير، ومرات يبتسم.

يعيش "م" حياة طبيعية مع أسرته من جميع الجوانب إلا أنه قد عاش في صغره حياة

قد تكون تعيسة ومشاكل خاصة مع والده وصراعات أدت به إلى ترك الدراسة في سن مبكرة،

وسلك طريق خاطئ ومصاحبة رفقاء السوء والذين قادوه إلى تعاطيه وإدمانه على المخدرات

والذي دام حوالي 12 سنة للوقت الحالي بالإضافة إلى إصابته بمرض السكري منذ حوالي 3

سنوات، إلا أنه يريد ويسعى جاهداً لتغيير حياته وتحقيق أهدافه ومحاربة الإدمان بالتحاقه

إلى مركز علاج الإدمان.(أنظر المقابلة كما وردت بالملحق).

3- تحليل المقابلة للحالة الثالثة:

من خلال تحليلنا لمحتوى المقابلة التي أجريت مع الحالة توضح لنا عدة نقاط أو جوانب نستطيع من خلالها التعرف أو التقرب على الحالة :

• جانب التخلي و الإهمال:

نجد أن الحالة عانت من الإهمال خاصة من طرف الوالد فهو لديه نقص أو شعور منعدم من الحب، الحنان، العاطفة من طرف والده بالإضافة إلى عدم توفير له ما يحتاجه من أبسط الأمور، وعدم الإحساس بالأمن والراحة والتي من المفترض أن يجدها وسط عائلته وطرده من المنزل والتخلي عنه وهذا في قوله: "ايه يعني...كان على أي سبة يتلفني من الدار، مكانش عندي حتى باش نشري قش، ودايما يتقايض مع أما على جالي وزدت عدت ندروقي قالها مانحتاجوش في الدار.... لوكان ماجاتش أما وراه راني مرجعتش).

• جانب سوء العلاقة و المعاملة:

جاء في حديث الحالة سوء العلاقة وتباعد الصلة بين الحالة ووالده وكذلك المعاملة السيئة من طرف والده له ونجد هذا في قوله: "بصح بي من بكري منتفاهمش معاه وما يعرفش يحكي وعلى لادروق يصراو بيني و بين بابا مشاكل". فهذا قد يحدث ضرر نفسي كبير وعلى حد قول "Wolf": "أن سوء المعاملة الوالدية عبرة عن إيذاء نفسي، جسمي، وإهمالا للفرد وذلك عن طريق شخص يكون مسؤولا عن رعايته".

• جانب التسلط و القسوة :

فالحالة عان من قسوة وصرامة والده واتخاذ أسلوب اللوم والعقاب معه في مختلف شؤونه دون مراعاة نفسية الحالة، كما يتصرف معه وكأنه هو الكل والسلطة حتى على أمره الشخصية والتي تتجم عن هذه الأخيرة أضرار وخيمة ونجد هذا في قوله: "ويحب يمشييني على كيفو وماندير حتى حاجة بلا مانقلو"، "هو من بكري قاسي معايا" و "ولا لازم نخدم و نعطيه دراهم". كل هذا يتجسد ضمن الحرمان العاطفي والذي يخلق جانب نفسي كبير للحالة وعواقب سيئة و وخيمة يجهل بعض الأباء صعوبتها.

• جانب الهروب من الواقع :

هو تجنب مواقف الحياة الغير سارة والمؤلمة، المخيفة أو لتخفيف الشعور بالحزن أو الاكتئاب ولكل فرد أسلوبه الخاص في التعامل مع حياته الشخصية، وهذا ما نجده في الحالة وذلك باللجوء إلى تعاطي المخدرات واستعمالها بشتى أنواعها نظرا لما يقوم كل نوع منها بتأثير الخاص به ووصول الحالة للدرجة الذي يكون محتاج لها في ذلك الموقف وهذا نجده في قوله: "حاليا لا واحد فريد قبل صح خلطت"، كل واحد وتأثير وكيفاش كاين الزطلة، الكيف، الشراب، الحب، واحد يريحني واحد يدوخ واحد يفرح وواحد مايخرج الريحة باش مانباناش راني مدروقي مي ذرك ندير غير الزطلة وحدها"، "حب ننسى وما نخمم في والو".

• جانب عدم السيطرة :

هنا نجد أن الحالة عاش نوع من عدم القدرة في السيطرة وحل مشاكله بطرق صحيحة وسليمة وذلك بالبحث عن أقرب وأسهل طريقة لتجنبه المواقف الصعبة وهذا لذكره: "نتعاطى مش دايمدا دايمدا مي في أوقات كل مرة كيفاش قادر يوم قادر يومين، سمانة بصح في لعراس ولا دايمدا". "مادامها أموري مش مريقلا منيش رايح في راسي وزيد هذي حاجة والفت بها عادت عشرت عمر معايا هههههه". هذا ما ينحصر ضمن نقص التحكم الذاتي واتخاذ القرار الصائب في حياته و تحكمه في زمام أموره.

إلا أنه متفائل ولديه أمل كبير بأن حياته ستتغير ويفعل كل ما في وسعه من أجل ذلك والتخلص من المخدرات وحياة أفضل، وهذا ما جاء في قوله: "ايه راني متفائل أنا ومادامني جيت للمركز هذا راح ندير كلشي باش نحبسو و نبدا حياة جديدة انشاء الله".

4- نتائج الاختبار للحالة الثانية.

جدول رقم (04): يوضح نتائج الاختبار للحالة الثالثة.

الدرجة	التقيط	البنود
23	7-2-4-5-5	الحرمان العاطفي
19	1-4-5-5-6	التخلي أو الإهمال
7	1-3-1-1-1	الحذر/ التعدي
10	3-1-1-1-4	الانطواء الاجتماعي
6	1-1-2-1-1	عدم الإتيان
9	1-3-3-1-1	التبعية و عدم الكفاءة
12	2-3-3-1-1	الهشاشة
21	4-1-1-3-3	الفشل
12	1-4-3-3-1	العلاقة الاندماجية
14	1-1-1-1-3	التضحية
14	1-2-1-4-6	التضحية بالذات
17	3-3-1-5-5	مراقبة انفعالية مفرطة
11	1-3-5-1-1	المثاليات المفرطة
11	2-2-3-1-3	الحقوق المتطلبة
20	4-7-4-3-2	نقص التحكم الذاتي

- التعليق على الجدول :

من خلال قراءة جدول المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة للحالة يتضح لنا أن مخطط الحرمان العاطفي جاء بالدرجة العالية "فوق المتوسط" وذلك بنتيجة 23 من 35 درجة، ثم يليه مخطط الفشل "فوق المتوسط" بنسبة 21 درجة، ثم نجد مخطط نقص التحكم الذاتي في المرتبة الثالثة بدرجة "معتدلة" بنسبة 20 درجة، ثم في المرتبة الرابعة مخطط

التخلي أو الإهمال "تحت المتوسط" بنسبة 19 درجة، أما في الرتبة الخامسة فنجد مخطط مراقبة انفعالية مفرطة بنسبة 17 درجة، ثم يليها سادس مخططين التضحية، والتضحية بالذات بنسبة 14 درجة، أما سابعا فنجد مخططين الهشاشة و العلاقة الاندماجية و نسبة 12 درجة و في المرتبة الثامنة مخططين المثاليات المفرطة و الحقوق المتطلبة بنسبة 11 درجة، ثم نجد في المرتبة التاسعة "تحت المتوسط" مخطط الانطواء الاجتماعي بنسبة 10 درجة، ثم العاشرة التبعية وعدم الكفاءة بنسبة 9 درجة، بعدها يلي مخطط الحذر- التعدي بنسبة 7 درجة وأخيرا نجد مخطط عدم الإلتقان ويقدر نسبته ب6 درجة.

5- تحليل نتائج الحالة الثالثة:

من خلال تحليل محتوى المقابلة ونتائج اختبار المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة للحالة نجد تقارب النتائج و التي مفادها أن مخطط " الحرمان العاطفي " أساسي وضروري في تنظيم شخصية الحالة، فقد تحصل على أعلى قيمة في الجدول، وهذا جاء واضحا وبارزا في المقابلة، ويعتبر هذا المخطط بالنسبة ل "ألفرد أدلر": أنه من العقد النفسية (عقدة الحرمان العاطفي) الذي يولده الافتقار إلى مشاعر العاطفة والحنان والتي يحتاجها كل إنسان في حياته، هذا يعني أنه من أساسيات الحالة "م" ويؤثر بشكل كبير في حياته، والذي قد ينجم عليه عدة عواقب أو نتائج سلبية ومدمرة للحالة.

كما نجد أن مخطط "الفشل" والذي يعد أيضا من الأساسيات الطاغية والمؤثرة في الحياة النفسية و الجسدية للحالة، والذي نجده في الرتبة الثانية، وبرز في المقابلة من خلال ما صرحه الحالة، وقد نجد هذا سببا لسعي الحالة والاجتهاد لتحسين نفسه والوصول إلى طموحه وكما يقال: " ليس عارا أن تفشل إنما العار أن يحولك الفشل من القوة إلى الضعف". أما عن مخطط "نقص التحكم الذاتي" فقد ترجم هو الآخر من خلال الجدول في مستوى تأثيره على الحالة أنه مخطط أساسي في تنظيم شخصيته، وذلك بتحصله على المركز الثالث و الذي تماثلت نتائجه مع تحليل المقابلة ففيه تبين ضعف قدرته و سيطرته و تكيفه مع ظروف حياته.

رابعاً: مناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات.

من خلال تطبيق المقابلة الإكلينيكية النصف توجيهية التي أجريت على حالات الدراسة المتكونة من ثلاث حالات واختبار المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة "جيفري يونغ" توصلنا إلى أن الفرضيات تحققت بشكل جزئي، بحيث أن هذه المخططات جاءت بدرجات متفاوتة، فهي تتميز بخصائص نوعية في مجملها، تتمظهر بأشكال مختلفة وتمس أصعدة عديدة سواء الإدراكي، الإنفعالي، وصولاً لنزعات سلوكية غير متكيفة. وحسب الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوعنا فمثلاً نجد "دراسة فيراولبورغ" بعنوان: "العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و الضغط المدرك". والتي بينت دراستها أن بعض المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة تؤثر على إدراك الفرد للضغط. وكذلك دراسة "عيشواني شهرزاد" بعنوان: "المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة عند المدمنين على المخدرات". وهي شبيهة بدراستنا الحالية وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن: نوع المخططات النشطة عند المدمنين ودرجة تأثيرها في شخصية هؤلاء المدمنين، وتأكدت من الصحة الفرضية الأولى الأساسية للبحث في ما يخص نشاط عدد من المخططات المبكرة عند المدمنين. أما الفرضية الثانية تخص ترتيبها من حيث درجة تأثيرها فلم تتحقق صحتها.

وظهرت نتائج دراستنا الحالية كالتالي:

- الفرضية الأولى: "يعتبر مخطط الحرمان العاطفي الغالب الأول لدى المدمن على المخدرات". حيث ظهر مخطط "الحرمان العاطفي" كعامل مسيطر للحالة الأولى والثالثة باعتباره من العوامل الأساسية للإدمان على المخدرات فالحالة الأولى عانى من الإهمال الأبوي وسوء العلاقة الوالدية، أما الحالة الثالثة فهو كذلك عانى من الإهمال وسوء العلاقة بالإضافة إلى التخلي والسلطة. وهذا ما عبر عنه شاو "shaw": " فقدان الطفل للعلاقة الوالدية يعتبر عامل خطر يعبر عن مستوى الاكتئاب ومشاكل السلوك التي

تميزها الصراعات الوالدية" (shaw1999 ,p24) فالطفل المحروم عادة ما يكون غير قادر على تحمل الإحباطات.

وكما يقول ليبرمان "*Libermann*": "أن شخصية الطفل تتكون في مضمون عائلي تاريخي معقد و يكون منطقيا أن نقول أي وضعية تخل هذا النظام العائلي تكون منبع لردود فعل مرضية عند الفرد، والذي سيكون ضحية صدمة نفسية ".(أوميلي، 2011، ص195).
أما فيما يخص الحالة الثانية فلم يظهر مخطط "الحرمان العاطفي" بصورة جلية و ذلك لأنه أخذ إشباعا عاطفيا كبيرا من (حب ، حنان ، اهتمام ..) لدرجة أنه أصبح اهتمام زائد أو دلال مفرط، هذا ما قد ينتج عنه شخصية غير ناضجة، لا تتحمل المسؤولية واتكالية فمن "الناحية السيكلوجية والمعرفية": (أن التدليل الزائد يعني تعطيل وظائف العقل وعدم قدرتهم على حل المشاكل، بالاضافة إلى عدم الثقة بالنفس و مواجهة المصاعب). هذا ما يثبت عدم ظهور المخطط كعامل أساسي للحالة.

وبالتالي نجد أن الفرضية للحالة الأولى تحققت بتحصلها على الرتبة الأولى بين المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة، وعدم تحقق الفرضية للحالة الثانية وذلك لحصولها على المرتبة الأخيرة، فيما تحققت الفرضية للحالة الثالثة بتحصلها على المرتبة الأولى بين المخططات.

- الفرضية الثانية: " يعتبر مخطط الفشل الغالب الثاني لدى المدمن على المخدرات".

تبين أن مخطط الفشل أيضا من العوامل الأساسية في تنظيم شخصية الحالات الثلاث، ولكن بدرجات مختلفة، بحيث أن الحالة الأولى لم يحقق أي شيء في حياته، كما هو منحرف: (الإدمان، متاجرة المخدرات)، عديم المسؤولية والمثابرة، أما الحالة الثانية نجده يعاني من الشعور بالنقص والذنب وضعف الشخصية، أما الحالة الثالثة فهو يعاني هو الآخر من الانحراف و ضعف الشخصية و الندم و عدم تحقيق الذات.

ولقد أشار "شارلزمانز 2009" بأن الفشل هو عدم قدرة الإنسان على أداء المهام والإخفاق في تحقيق النجاح، السبب الذي يتسبب في النتائج السلبية وحدث أمر سيء. وبذلك فإن الفرضية القائلة بأن: مخطط الفشل الغالب يعتبر الثاني للمدمن على المخدرات.

وبالتالي نجد أن الفرضية لم تتحقق للحالة الأولى وذلك لتحصله على الرتبة الثالثة بين المخططات غير المتكيفة، فيما تحققت الفرضية للحالة الثانية بتحصله على الرتبة الثانية، تحققت أيضا الفرضية للحالة الثالثة كذلك لتحصله على الرتبة الثالثة.

- الفرضية الثالثة: "يعتبر مخطط نقص التحكم الذاتي الغالب الثالث لدى المدمن على المخدرات".

يعد مخطط "نقص التحكم الذاتي" من العوامل المهمة والأساسية أيضا في تنظيم شخصية الحالات الثلاث فهم يشتركون في نقاط ويختلفون في أخرى وبدرجات مختلفة، فالحالة الأولى لديه صعوبة القدرة على السيطرة و اتخاذ القرارات، والحالة الثانية أيضا لديها صعوبة القدرة على السيطرة، ونجد هذا في الحالة الثالثة بالإضافة إلى الهروب من الواقع. وبالتالي نتوصل إلى أن الفرضية القائلة بأن: "مخطط نقص التحكم الذاتي يعتبر الغالب الثالث للمدمن على المخدرات".

وبالتالي نجد أن الفرضية للحالة الأولى لم تتحقق وذلك بحصوله على الرتبة الثانية بين المخططات غير المتكيفة، فيما لم تتحقق الفرضية للحالة الثانية حيث تحصل على أعلى درجة وأول رتبة بين المخططات، وتحققت الفرضية للحالة الثالثة لحصوله على الرتبة الثالثة بين المخططات.

خلاصة.

تطرقنا في هذا الفصل إلى كل ما يتعلق بالجانب الميداني والتطبيقي للدراسة، حيث تناولنا فيه تقديم الحالات الثلاثة من حيث التطرق في كل حالة إلى: البيانات العامة للحالة، ملخص المقابلة للحالة، والتطرق أيضا إلى تحليل المقابلة للحالة، ونتائج اختبار الحالة، والتحليل العام للمقابلة للحالة، وفي الأخير مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات. وتوصلنا إلى أن مخطط الحرمان العاطفي ظهر كعامل مسيطر للحالة الأولى والثالثة، فيما لم يظهر مخطط الحرمان العاطفي بصورة جلية في الحالة الثانية، أما بالنسبة لمخطط الفشل ومخطط نقص التحكم الذاتي فقد ظهرا أيضا كعاملين مسيطرين في الحالات الثلاثة.

الخاتمة

الختامة:

لقد عكست البحوث النفسية والاجتماعية اهتماما واضحا بموضوع الإدمان على المخدرات عند الأشخاص بصفة عامة، وعند الراشدين بصفة خاصة. ونظرا لما تقدمه هذه الدراسات من أهمية الكشف عن المشاكل النفسية المؤدية إلى الإدمان، ولهذا وجب تسليط الضوء على هذا الموضوع ومعرفة الدوافع، والعوامل التي تجعل الفرد معرض لهذا الاضطراب، وذلك بصورة معمقة ومفصلة، خاصة في مرحلة الطفولة.

و نجد في هذا الصدد " المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة " والتي اعتمدنا عليها في دراستنا الحالية وحاولنا معرفة تأثيرها لدى المدمن على المخدرات ولعل هذه الأخيرة لم تحظى بدراسات كافية حتى الآن، إلا أن الإجابة على أسئلة الدراسة ذات أهمية باعتبار أن المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة نماذج أولية مرضية لتفاعل الفرد مع الآخرين.

فمن خلال فرضياتنا المطروحة والنتائج المتوصل لها يتوضح لنا أهميتها ودورها الكبير في المشكلات السلوكية والانفعالية، وبالتالي عند المحاولة لتغيير مخطط معرفي للفرد لا بد أن يتغير محتوى المخطط فالتجارب أو الصدمات أو المواقف المؤلمة تخلق مخططات معرفية محرفة تستثير استجابات انفعالية مختلفة وأي صعوبات يواجهها الفرد في حياته المبكرة يؤدي إلى ظهور مخططات غير متكيفة معينة لديه تجعله عرضة للاضطرابات النفسية.

كما يتضح أن لكل مخطط دوره وتأثيره الخاص على المدمن فمثلا نستطيع القول من كل ما تطرقنا إليه أن: الحرمان العاطفي أو الدلال الزائد مصدر ضرر وكبت وصراع، يتسبب في ظهور الفشل والذي يكون دافع، أو سببا للجوء إلى الإدمان على المخدرات، أما نقص التحكم الذاتي فهو عدم القدرة على الكف من الإدمان والتخلص منه، الاستمرار عليه، بالإضافة إلى أن هناك لكل حالة مخططات أخرى أساسية في تنظيم شخصيتهم، كالتخلي

الختامة

والحرمان، الهشاشة، التبعية وعدم الكفاءة، مراقبة انفعالية مفرطة، عدم الإلتقان، التضحية بالذات.

من خلال كل هذا نتوصل إلى أنه يصعب التحكم في المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة الغالبة أو المسيطرة على المدمن، وهذا راجع لشخصية الفرد وإمكانية ضبطه لها و السيطرة عليها، وأهم من هذه الأخيرة فإن الفرد خلال مراحلها الأولى، وحسب تجاربه المعاشة يكون مخططات معرفية فهي استراتيجيات يقوم من خلالها بالتعامل مع المعلومات القادمة من المحيط الخارجي عبر الحواس وردود الفعل الموجهة فهي بذلك عملية تكيف.

فالمخططات غير المتكيفة هي أنماط لهزيمة الذاتية السائدة التي تبدأ في الطفولة وتتكرر طوال الحياة نتيجة الخبرات المؤلمة والتي تشكل: الذكريات، العواطف، الإدراك والأحاسيس فتكون راسخة بعمق، ورغم أنها غير متكيفة إلا أنها تشعرهم بالطمأنينة ويصعب التخلي عنها أو استئصال الذكريات المرتبطة بها.

وفي قول "سيجموند فرويد":

" إذا أردت أن تعرف سبب العلة في مريض فيجب أن تسلط الضوء القوي على تاريخه حتى تظهر الحقائق واضحة تحت مجهر الماضي ".

• التوتوصيات والافتترحات :

يعد الإدمان على المخدرات اضطراب يظهر نتيجة تفاعل عدة عوامل، وإن كان هناك عامل رئيسي إلا أن هناك عوامل ثانوية محفزة على ذلك، لما للمدمن على المخدرات من ضعف أو اضطراب في الشخصية و خلل في النمو النفسي والنضج الانفعالي و صعوبة في الاندماج أو التكيف الاجتماعي .

وعلى هذا الأساس يجب أخذ هذا الموضوع أو الاضطراب بعين الاعتبار و التعامل معه بوعي و محاولة ولهذا نقترح:

1. الاهتمام بهذه الشريحة أكثر من الناحية النفسية و الاجتماعية.
2. محاولة معرفة العوامل المسببة للإدمان والحد من زيادة انتشاره.
3. القيام بدراسات وبحوث أكثر تخص المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة وعلاقتها بهذا الاضطراب و جميع الاضطرابات .
4. العمل على قيام برامج تحسيسية، إرشادية، للوالدين في كيفية التعامل و التواصل مع الأبناء.
5. لا إفراط ولا تفريط في العاطفة، أي: عدم حرمان الأطفال من العاطفة ، وكذلك عدم التدليل بصورة مفرطة .
6. جعل نظرية المخططات المعرفية غير المتكيفة كجزء ضمن مقررات التشخيص و العلاج النفسي بوصفها نظرية جديدة فذلك من شأنه أن يساهم في مواكبة آخر المستجدات العلمية في الجامعات الأوروبية و الأمريكية و بالتالي زيادة المعرفية و العلمية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: قائمة المراجع بالعربية.

أ- الكتب:

1. أحمد حسن الحراشنة، جلال على الجزائري، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، 2012.
2. بعبيع محمد نادية، الارشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات دار اليازوري العلمي للنشر و التوزيع ، الأردن، 2012.
3. ربحي مصطفى عليان، أساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2013.
4. سهير كامل أحمد، الشخصي المدمنة، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر، 2006.
5. الضامن منذر، أساسيات البحث العلمي، دار السير، للنشر و التوزيع، عمان، 2007.
6. عادل الدمرداش، الإدمان مظاهره وعلاجه، دار المعرفة للنشر، الكويت، 2013 .
7. عبد الحليم محمود السيد، مشكلة المخدرات في الوطن العربي، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2017.
8. عبد الرحمن شعبان عطيات، المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة ، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.
9. عبد الرحمن محمد العيسوي، المخدرات وأخطارها، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2005 .
10. عبد العظيم طه حسين، العلاج النفسي النفسي- مفاهيم تطبيقات، دار الوفاء للعالم والطباعة والنشر، الاسكندرية، مصر 2007.
11. عبيدات، ذوقان وآخرون، البحث العلمي، مفهومه، أدواته، أساليبه، دار الفكر، عمان الأردن، 1996.

12. عدس عبد الرحمن، البحث العلمي ومفهومه وأدواته وأساليبه، دار أسامة للنشر والتوزيع، الرياض، 2005.
13. علاء الدين كفاي، مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب، التقرير السيكولوجي، لجنة بحث تعاطي المخدرات، 1993.
14. عمار بوحوش، ومحمود الذئبيات، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، المؤسسات الوطنية للكتاب، الجزائر، 2008.
15. فتحي دردار، الإدمان على المخدرات (المخدرات التدخين)، الجزائر، 2011.
16. محمد فتحى محمد، إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2011.
17. محمد حسن غانم، بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات، دار غريب للطباعة والنشر، مصر، 2007.
18. محمد سوييف، المجتمع و المخدرات (نظرة تكاملية)، سلسلة عالم المعرفة، 1978.
19. محمود عبد الحليم منسي، أسس البحث العلمي في المجالات النفسية والاجتماعية والتربوية، الإسكندرية للكتاب، مصر، 2002.
20. مصطفى عمر التير، المخدرات والعولمة والجوانب السلبية، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، 2007.
21. مصطفى فهمي، الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف، مكتب الخانجي، القاهرة، 1976.
22. مفتاح عبد العزيز، مناهج البحث العلمي في العلوم التربوية والنفسية، أساليبها وتقنياتها، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 2010.
23. ملحم سامي محمد، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان، 2000.
24. وائل عبد الرحمن التل، البحث العلمي في العلوم الإنسانية والاجتماعية، دار الحامد للنشر والتوزيع ، الأردن، 2007.

ب- الرسائل الجامعية.

25. أومليلي حميد، أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح، مذكرة ماجستير، قسنطينة، 2011.
26. زبيدة الحطاح، علاقة المخططات غير المتكيفة والذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (الرسوب في امتحان البكالوريا)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التربية، جامعة الجزائر، 2011.
27. سليمان فتيحة، الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة وهران، 2011-2012 .
28. شهرزاد عيشواني، المخططات المعرفية غير المتكيفة عند المدمنين على المخدرات، رسالة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر، 2012.
29. علي أحمد سعد الشيخ، البنى المعرفية اللاتكيفية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي لدى النساء المعنفات في الأردن، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي كلية الآداب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، الأردن، 2015.
30. كردي صورية، تعاطي المخدرات وعلاقته بجودة الحياة عند الطلبة الجامعيين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، 2011-2012 .
31. هجيرة مشراوي، المعاش النفسي لدى المدمن على الأدوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة بسكرة، 2011-2012.

ثانيا: قائمة المراجع بالأجنبية.

32. Chambon et maries Cardine préface de jean cotraux, **psychothérapie cognitive des psychoses chronique Masson, paris.**
33. Cottraux j, **la répétition des scénarios de vie**, odile jacob, paris, 2001.
34. hinritte bloch r chamama. e. depret. a. gallo et all, **Larousse de la psychologie**, paris, 2008.

35. Jean cottraux, **psychothérapies, conitires des troubles de la personnalité**, 2 eme éd, Masson, paris, 2006.
36. -Jeffrey Young, **sous la traduction de Bernard pascal préface de jean cottreaux : la thérapie de schémas approche cognitive de la personnalité de Boeck**, université ,2006
37. jeffrey young, la thérapie de schémas , ed, de boek bruxelles ,2005
38. Nordahl, H. Holthe, H. Haugum . **Early Maladaptive Schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief?**. Clinical Psychology and Psychotherapy, 2005.
39. young, klosko, weishar, la thérapie de schémas ,**approche cognitive des troubles de la peronnaliton de paxal.b.preface de cottreaux** ,t, Edition de boek .2005.
40. Young, klosko,weishar, la thérapie comportement le et cognitive, 2005.

الملحق رقم (01).

اختبار المخططات المعرفية غير المتكيفة المبكرة.

التعليمة: في كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة x في الخانة المناسبة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً.

الرقم	العبارات	لا ينطبق تماماً	لا ينطبق غالباً	لا ينطبق تقريباً	معتدل	ينطبق تقريباً	ينطبق غالباً	ينطبق تماماً
1	في غالب الأحيان لم أجد شخصياً يعنتني بي، أو يهتم لما يحدث لي							
2	عموماً لم أجد احد أتلقى منه الحنان، المساندة، و العطف							
3	في حياتي لم أحسن إنني كنت مميز عند أحد							
4	غالباً لم أجد أحد يسمعي صدق، يتفهمني أو يتأثر لحاجاتي و عواطفي الحقيقية							
5	نادراً ما أجد شخص قويا يمدني بنصائح سليمة أو توجيهي عندما أكون غير واثق مما يجب علي فعله							
6	أتعلق بالناس القريبين مني							
7	أحتاج كثيراً لآخرين لدرجة أن فكرة فقدانهم تشغل بالي							
8	بمجرد التفكير بأن الناس الذين أحس أنني قريب منهم بإمكانهم تركي أو يتخلوا عني يجعلني قلق							
9	لما أشعر أن شخصاً أعزه يبتعد عني أحس باليأس							

							أحيانا أخاف كثيرا أن يتركني الآخرون لدرجة أنني أرفضهم و أبتعد عنهم	10
							أحس و كأن الآخرين يستغلونني	11
							أعتقد أنه يجب أن أبقى يقضا في حضور أشخاص آخرين و إلا سيجرحونني عمدا	12
							أكون مخدوعا ، ما هي إلا قضية وقت	13
							أشك في دوافع الناس و نوابهم	14
							غالبا ما أبحث عن الدوافع و النوايا الخفية للأشخاص	15
							أشعر بعدم الارتياح	16
							أنا مختلف جذريا عن الآخرين	17
							أنا متميز ، أنا وحيد	18
							أشعر أنني مهمش بالنسبة للآخرين	19
							أشعر دائما أنني خارج الجماعة	20
							لا أحد أرغب فيه يستطيع أن يحبني عندما يرى عيوبي	21
							لا أحد أرغب فيه يقبل مصاحبتي و الارتباط بي إذا عرفني على حقيقتي	22
							لست جديرا بالحب و الاهتمام و احترام الآخرين	23
							أشعر أنه لا يمكن لأحد أن يحبني	24
							أنا مرفوض من الآخرين حتى أبوح بما أشعر	25
							أغلب الأشياء التي أقوم بها في العمل أو المدرسة ليست جيدة كتلك التي يقوم بها الآخرين	26

							لست كفؤا حتى أحقق النجاح	27
							أغلب الناس أكثر كفاءة مني في مجال العمل و النجاح	28
							لست أيضا متيقنا في العمل مثل أغلب الناس	29
							لست ذكيا كأغلب الناس خلال ممارستي للمهنة أو مجال الدراسة	30
							لا أحس أنني قادر على الاعتماد على نفسي في الحياة العامة	31
							أعتبر نفسي تابعا في الحياة اليومية	32
							لا أملك الرأي السديد الصائب	33
							حكمي ليس صائبا في المواقف اليومية	34
							لست واثقا على حل المشاكل اليومية التي يمكن أن تظهر	35
							يصعب علي أن أتخلص من شعوري أن هناك كارثة ستحدث لي	36
							أشعر أن كارثة ما (طبيعية ، صحية ،مالية ،أو جريمة)يمكن أن تحدث في أي وقت	37
							أخاف أن أفقد كل مالي و أصبح منحطا	38
							أخاف أن أفنقد كل مالي و أصبح منحطا	39
							أقلق أن أكون مصابا بمرض خطير ،حتى و لو يتم تشخيص ذلك من طرف الطبيب	40
							لم أتمكن من الانفصال عن والدي مثل أقراني	41
							كلانا أنا و والدي ميالون إلى أن يكون كل واحد منا معنيا بشكل	42

							مفرط بمشاكل و حياة الطرف الآخر	
							من الصعوبة حقا لي و لوالدي الاحتفاظ بتفاصيل حياتنا دوم شعور بالخيانة أو الذنب	43
							غالبا ما أحس أن والدي يعيشان حياتي حيث لا أملك حياة خاصة	44
							غالبا ما أشعر أنني لست شخصية مميزة ، منفصلة عن شخصية والدي أو زوجي (زوجتي)	45
							أعتقد أنه إذا فعلت ما أريد ، أتخطئ مشكلاتي	46
							أعتقد أنه ليس لي خيار آخر إلا الخضوع لرغبات الآخرين و إلا نفرأ مني أو أدوني بطريقة أخرى	47
							في علاقتي الاجتماعية ، أترك الآخرين يفرضون أفكارهم عليا	48
							أترك دائما الآخرين يختارون بدلي و بالتالي لا أعرف حقيقة ما أريده لنفسي	49
							أجد صعوبات كثيرة في جعل حقوقي تحترم و جعل عواظفي تؤخذ بعين الاعتبار	50
							أنا في نهاية المطاف ، من يعود إليه أمر الاعتناء بالقرابين مني	51
							أنا شخصية طيبة لأنني أفكر في الآخرين أكثر من نفسي	52
							أنا دائم الانشغال بقضاء حوائج الآخرين ، الى درجة أنني أخش أن لا يبقى لي الوقت الكافي للاعتناء بنفسني	53

						كنت دائما الذي يسمع لمشاكل كل الناس	54
						تراني الناس أنني أعطي الكثير للآخرين ، و لا أهتم بذاتي بشكل	55
						يخرجني كثيرا إظهار عواطف ايجابية	56
						أحرج عندما أعبر عن عواطفي للآخرين	57
						أجد أنه الصعب أن أكون تلقائيا	58
						أنا منضبط لدرجة أنه يخيل للآخرين إنني خالي من المشاعر	59
						يعتبرني الناس أنني مخدر العواطف ،بارد انفعاليا و عاطفيا	60
						يجب أن أكون الأحسن في كل ما أفعل ، ولا أستطيع أن أتقبل أن أكون في المقام الثاني	61
						أحاول بذل كل مجهوداتي لدرجة الإتقان ، و لا أتقبل عمل "قريب من الحسن"	62
						يجب أن أتحمل كل مسؤولياتي	63
						أشعر بضغط شديد و متواصل لكي أنجح و أنهى عملي	64
						أجد صعوبة في طلب العفو من الآخرين عندما أخطئ	65
						لديا الكثير من الصعوبات في تقبل كلمة "لا" عندما أطلب شيء من الآخرين	66
						أنا متميز لا أقبل معظم القيود التي يجب على الآخرين الخضوع	67
						أكره أن أقوم بشيء و أنا مرغم عليه ، أو أمنع من شيء أريد فعله	68

							أشعر أنني غير مطالب بإتباع الأدوار و التقاليد المتعارف عليها اجتماعيا مثل الآخرين	69
							أعتقد أن ما يمكنني تقديمه له قيمة أكبر من مساهمات الآخرين	70
							من غير الممكن أن ما أتقيد بأعمال روتينية أو مملة	71
							عندما لا أتمكن من تحقيق هدفي ، أصاب بإحباط بسهولة و أتخلى عن ذلك	72
							أمر بوقت عصيب عندما يجب علي التضحية بتقدير أن لي تحقيق هدف أبعد	73
							لا أستطيع أن أرغم نفسي على القيام بأشياء لا أحبها رغم علمي أنها في مصلحتي	74
							نادرا ما كنت قادرا على الوفاء بالتزاماتي	75

الملحق رقم: (02).

الأسئلة	محاورة المقابلة
<p>. كم عمرك؟</p> <p>. ماهو وضعك الإجماعي ؟ الإقتصادي ؟ الدراسي؟</p> <p>. هل تعاني من اضطرابات صحية أو مرضية ؟</p> <p>. هل تستطيع التكيف مع مجريات حياتك ؟</p> <p>. هل أنت قادر على تلبية حاجياتك اليومية ؟</p>	<p>محور البيانات الأولية</p>
<p>. هل علاقتك جيدة مع أفراد أسرتك ؟</p> <p>. هل تشعر أن لديك شأن و محبوب في عائلتك ؟</p> <p>. هل تهتم لرأي والديك ؟</p> <p>. هل تشعر بالراحة و أنت في المنزل و مع أسرتك ؟</p> <p>. هل تحس باهتمام والديك نحوك ؟</p>	<p>محور الحرمان العاطفي</p>
<p>. هل تشعر بالذنب لتعاطيك المخدرات ؟</p> <p>. لو عاد بك الزمن هل كنت ستتعاوى المخدرات ؟</p> <p>. هل لديك أهداف في حياتك ؟</p> <p>. هل تحس نفسك ناجح في حياتك ؟</p> <p>. كيف يبدو لك المستقبل ؟</p>	<p>محور الفشل</p>
<p>. منذ متى و أنت تتعاوى المخدرات ؟</p> <p>. هل تتعاوى المخدرات في مناسبات أو أوقات معينة ، أو باستمرار ؟</p> <p>. هل تتعاوى أكثر من مخدر واحد في آن واحد ؟ و لماذا؟</p> <p>. هل تتعاوى المخدرات هروبا من مشاكلك و ضغوط حياتك ؟</p> <p>. هل تشعر أنك قادر على محاربة الإدمان و التخلص منه؟</p>	<p>محور نقص التحكم الذاتي</p>

• المقابلة كما وردت مع الحالة الأولى:

س: السلام عليكم

.وعليكم السلام

س: معليش نسقسيك أسئلة تخصك و تجاويني ؟

ج: ايه معليهش تضلي سقسي

س: شحال عمرك ؟

ج: عمري 28 سنة

س: ماهو وضعك المعيشي ؟معا شكون عايش؟

ج: نسكن معا بابا و أما و خاوتي عندي 3بنات و 2 ولاد وضعنا العائلي ما عندي ما نحكي فيه

س : واش بيه وضعك العائلي ؟

ج: تقدري تقولي وضع كارثي بالنسبة ليا هو لي ساعدني على الانحراف.

س: واش هو وضعك الإقتصادي ؟

ج:شوي شوي ،ماشى مليح أنا بلا خدمة صراحة نسرق ساعات ، وساعات يعطوني صحابي

نبيع الزطلة و الحب .

س : علاش ماتخدمش ؟

ج: باش نخدم ما عندي حتى دبلوم إلا ساعات خدام في الشونتي

س: هل درست؟

ج: درست بطلت في الثالثة إبتدائي كنت من المتفوقين و النجباء بصح وضعي العائلي صعب و

هو لي خلاني نحبس لقراءة .

س: هل تعاني من اضطرابات أو أمراض ؟

ج: الحمد لله هذه السعة ما عندي حتى مرض و لا بصح كسول ههههه و نرقد ياسر .

س: هل تتأقلم مع حياتك ؟

ج: ساعات نتأقلم و ساعات راني ضايح

س: تقدر تلبى حاجياتك اليومية ؟

ج: مانيش قادر إلا بالسرقة لدارنا ولا كاش....ساعات نشوف روجي علة على عايلتي ، الإدمان

بدا يخلقي التوسويس ، و مانقدرش نخدم خايف نخدم نموت من التعب مالا نبيع المخدرات و

نسرق باش نعيش.

س : علاقتك مليحة مع أفراد أسرتك؟

ج: لوكان نجاوبك على هاد السؤال نوض نبكي

س: علاش

ج: راني كنت دايمًا نعيظ على أما و نسرق حوايجها و نبيعها و نشري الزطلة و الحب حتى كرهوني و عدت رعب ليهم و باب بطل و كل يوم نديرلو مشكلة مع الناس كره مني واش راح يديرو بيا لا ثقافة لا أخلاق حتى بابا ساعات يقول لأما كون غير يدوه يهنونا منوالوالدة تقولو بعيد الشر ربي يهديه انشاءالله.

س: تحس بلي عندك شان و قيمة في داركم ؟

ج: و الله نحس باللي ماعندي ما قيمة ما شان و لا راي في الدار و من حقهم انا راي لنفسي مش راح ندير راي للناس و لا لعائليتي.

س: هل تهتم لرأي والديك؟

ج:هما ما يعطوني رايهم وواحد ما يدخل في حياتي أنا إلا أما صح ساعات تدخل في حالات و نهتم لرأي و ساعات لا . و بابا كون جا يعس في و لاتي بيا راني مفلستش .

س : تحس بالراحة في داركم لبرا ؟

ج: وي نحس بالراحة واحد مايتحكم فيا نرقد نوض نخرج و هما شوي يخافو مني و من مشاكلي ، و حتى البرا نحس بالراحة يهاني عايش فيه كيما الدار مي المشاكل لي في دار و الشكوى من الدراهم نهرب .

س: هل تحس باهتمام والديك ؟

ج: لا مانحس لا والو مي كانوا خايفين من المشاكل مي هاكي تعرفي كبة الأم جامي تسمح فيا و تظل تدعيلي (ربي يهديني).

س : هل تحس بالذنب لتعاطيك المخدرات ؟

ج: إيه ياسر و انشاء الله نتبدل و نحبسو ، والله نندم كل يوم و نتحصر على الأيام و السنين لي فانت و لي ضيعتها في لادروق ، و الدراهم ، و المشاكل اللي جاتني من وراها.

س: لو عاد بك الزمن هل كنت ستتعاظاها ؟

س : معليهش نسقسيك أسئلة عن نفسك و تجاويني ؟

ج: معليهش تفضلي

س: شحال عمرك

ج: 27 سنة

س: مع من تسكن ؟

ج: أنا و بابا و لعجوز و عندي 2 خاوا و لاد أقل مني .

س: ماهو وضعك الإقتصادي و الدراسي ؟

ج: الإقتصادي متوسط ، و أنا متحصل على شهادة ليسانس

س: هل أنت مصاب بمرض أو إضطراب ما؟

ج: لا ما عندي حتى مرض الحمد لله

س: هل تستطيع التكيف مع مجريات حياتك ؟

ج: ايه نقدر نتمشى مع أموري

س: هل أنت قادر على تلبية حاجياتك اليومية ؟

ج : وي قادر ، ساعات ساعات قادر

س: هل علاقتك جيدة مع أفراد أسرتك ؟

ج: وي مليحة ، أما روعة و حتى من بابا نتفاهموا مدايرو صاحبي و خواتي متفاهمين

و يقدروني

س: شكون لي أقرب ليك في داركم ؟

ج: نحب أما أكثر حنيننا ياسرو تخم عليا ، و حتى بابا مدايرو صاحبي

س: تحس بلي عندك شان و قيمة عند داركم ؟

ج: ايه يقدروني و يستشرونني و خاوتي يخافو مني و ياخذو رايب

س: تهتم لرأي والديك ؟

ج : وي أهتم لازم bien sur

س: تحس بالراحة و نتا في الدار ؟

ج: ايه نحس بالراحة في الدار خير من البرا

س: تحس بالإهتمام نتاع والديك ؟

ج: نوعا ما ، أما أكثر .

س : تحس بالذنب لتعاطيك المخدرات ؟

ج: إيه %200 ، الدخان و ندمت عليه .

س: لوكان يرجع بيك الوقت تعاود تتعاطى المخدرات ؟

ج: لا أكيد لا jamais

س: عندك أهداف في حياتك ؟

ج: إيه حاب نتعالج من هاذ الإدمان و نفرح قلب أما ، حاب نعيش حياة طبيعية و

نتزوج و ندير دار .

س: تحس نفسك ناجح في حياتك ؟

ج: نوعا ما ، كايين حوايج ناجح فيهم و كايين حوايج لا.

س: كيفاش بيانلك مستقبلك؟

ج: المستقبل غامض ، نخم فيه نفشل .

س: عندك مدة كبير و نتا تتعاطاه ؟

ج : عندي 3سنوات من بديت نتعاطى كنت أنا وواحد من الحارة كبير عليا شبه

صاحبى كان عندو الزطلة و جريتها و من باعد وافت بها عدت مدمن عليها

س: تتعاطى المخدرات دايمًا ، ولا في أوقات برك ؟

ج: نتعاطى دائما ما عنديش وقت

س: تتعاطى مخدرواحد ولا أكثر ؟

ج: نووو نتعاطى واحد برك أنا نتعاطى الحشيش يسموها الزطلة نتاع الماريخوانا

س: نتعاطى المخدرات باش تهرب من مشاكلك ؟

ج: ساعات نتعاطى باش ننسى همومي مي أنا صايي والفت و أدمنت عليه لازمني

دايما نتعاطاه باش نريح

س: عندك مدة كبير و نتا تتعاطاه ؟

ج : عندي 3سنوات من بديت نتعاطى كنت أنا وواحد من الحارة كبير عليا شبه

صاحبي كان عندو الزطلة و جربتها و من باعد والفت بها عدت مدمن عليها .

س: تحس روحك قادر على إنك تتغلب على الإدمان؟

ج : و الله انشاءالله ماذايبا أنا ، أما دجا راهي تاeba معايا ياسر و راني حاس بالذنب ،

و زيد هيا لي جات و سجلتني في هاذ المركز باش نتعالج و نشفى.

• المقابلة كما وردت مع الحالة الثالثة :

س: السلام عليكم

ج: وعليكم السلام

. أنا طالبة جامعية نخدم في مذكرة تخرج و نتمنى تعاوني في أخذ معلومات عنك إذا تسمح؟

ج: معليش مش مشكل تفضلي .

س: كيفاش عايش ؟ مع شكون ؟

ج : أنا متزوج عندي طفل صغير و عايش معايم و مع دارنا بي و أما و خاوتي

س: و ضعك الإقتصادي كيفاش مليح ؟ خدام ؟

ج: نورمال و أنا عامل يومي متيسرة و الحمد الله

س: درست :

ج : حبست في أولى متوسط على جال الغياب ياسر و طوايش .

س: عندك مرض تعاني منو ؟

ج: وي عندي السكر .

س :وقتاش مرضت به ؟

ج: عندي حوالي 3 سنين .

س : قادر تتأقلم مع ظروف حياتك؟

ج: ايه نورمال و هاهو لعبد ساعة يكون لباس و ساعة هاي تالفتلو .

س: قادر تلبى وتقوم روحك و عايلتك ولدك؟

ج: ايه قادر و زيد مرتي خدامة و في الدار كامل متعاونين

س: علاقتك مليحة مع داركم ؟

ج: ايه مليحة .

س: تحس بلي عندك قيمة و شان بيناتهم ؟

ج: ايه يشتونى و يقدروني و ياخذو رايي

س: تحس باهتمام والديك بيك من قبل و ذرك؟

ج: ايه يعني

س: كيفاش يعني متحسش ولا تحس شوي برك ؟

ج: نحس أما تهتم بيا ياسر و تخاف عليا و لي نطلب أي حاجة ديرها لي و جامي صرا مشكل

بيناتنا ، بصح بي من بكري منتفاهمش معاه و ما يعرفش يحكي طول و يحب يمشيني على كيفو

و ماندير حتى حاجة بلا مانقلو .

س : كيفاش يعاملك باباك؟

ج : هو من بكري قاسي معايا و كان على أي سبة يتلفني من الدار كرهت حياتي بطلت من لقرايا

مكانش عندي حتى باش نشري قش ولا لازم نخدم و نعطيه دراهم ، و دايمًا يتقابض مع أما على

جالى و زدت عدت ندروقي قالها مانحتاجوش في الدار .

س : و كيفاش رجعت لدار و راك تسكن معاهم ؟

ج: نتعاطى مش دايمًا دايمًا مي في أوقات كل مرة كيفاش قادر يوم قادر يومين ،سمانة بصح في لعراس ولا دايمًا .

س: تتعاطى مخدر ولا أكثر ؟

ج حاليا لا واحد فريد قبل صح خلطت .

س علاش ؟

ج: كل واحد وتأثيرو كيفاش كايين الزطلة، الكيف، الشراب ، الحب ، واحد يريحني واحد يدوخ واحد يفرح و واحد مايخرج الريحة باش مانباننش راني مدروقي مي ذرك ندير غير الزطلة وحدها .

س: تتعاطى باش تهرب من مشاكلك ؟

ج : ايه نحب ننسى وما نخمم في والو مادامها أموري مش مريقلا منيش رايح في راسي و زيد هذي حاجة والفت بها عادت عشرت عمر معايا هههههه.

س : تحس بلي قادر تاخلص و تحبس المخدرات ؟

• ج: ايه راني متفائل أنا ومادامني جيت للمركز هذا راح ندير كلشي باش نحبسو و نبدا حياة جديدة انشاء الله .