جامعة عباس لغرور – خنشلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية

شعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

الرقم التسلسلي: .....

التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على المخدرات

دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لصحة المدمنين تبسة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في شعبة: علم النفس، تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

- نور الهدى بوقرة
- ملاك عثامنة

إشراف الأستاذ:

د/ رشيدة غوافرية

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الصفة
عبد الحفيظ جدو	رئيسا
رشيدة غوافرية	مشرفا ومقررا
صالح ابركان	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

شكر وعرفان

بسم الله الرحمن الرحيم

"لَئِن شَكَرتُم لَأَزِيدَنَّكُم" (سورة إبراهيم، الآية 7)

الحمد لله أولًا وآخرًا، ظاهرًا وباطنًا، الحمد لله الذي وفقنا لإتمام هذا العمل، ويسّر لنا الصعاب، وأنزل على قلوبنا السكينة والطمأنينة. لله الحمد على ما أنجزنا، ولله الحمد على ما عجزنا عن إدراكه، ولله الحمد حتى يبلغ الحمد منتهاه.

وانطلاقًا من إيماننا العميق بأن: **"من لا يشكر الناس لا يُشكر"**، فإننا نرفع أسمى عبارات الشكر والعرفان لكل من كان له أثر في هذا الإنجاز العلمي، دعمًا، توجيهًا، أو دعاءً صادقًا.

نتقدم بخالص الامتنان والتقدير إلى أستاذتنا الفاضلة **"غوافرية رشيدة"**، التي شرفتنا بالإشراف على هذا العمل، فكانت قدوة في التوجيه، ومثالًا في الدعم العلمي والإنساني، رافقتنا بصبرها وتوجيهاتها السديدة، ونقدها البنّاء، فكان لها الفضل بعد الله في أن يرى هذا العمل النور. فجزاها الله عنّا خير الجزاء.

ولا يفوتنا أن نعبر عن فائق الشكر والامتنان لأساتذتنا الأجلّاء في كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عباس لغرور خنشلة، الذين نحلنا من معين علمهم، واستفدنا من توجيهاتهم، فكانوا منارات مضيئة في مسيرتنا الأكاديمية.

كما نتقدم بجزيل الشكر والامتنان للأستاذ الدكتور **"وديسي توفيق"**، الذي كان بفضل توجيهاته الحكيمة، وملاحظاته العلمية الدقيقة، ومساندته المتواصلة، أحد أهم الركائز التي استندنا عليها في سبيل إنجاز هذا البحث. لقد كان دعمه نورًا يُضيء لنا دروب الفهم، ومصدرًا للتحفيز والعطاء، فنحن ممتنون له على كل دقيقة من وقته الثمين، وكل كلمة صادقة نطق بها في سبيل نجاح هذا العمل.

وأخيرًا، إلى كل من وضع حجرًا في طريقنا، إلى من آمن بنا في لحظة ضعف، إلى من دعا لنا بصدق، لكم منّا أصدق الدعاء، وأعمق الامتنان، وعظيم التقدير.

جزاكم الله خيرًا، وبارك فيكم جميعًا.

الإهداء

إلى الذين منحوني من الحب ما يكفي لاحتضان هذا الطريق، ومن الدعاء ما يكفي ليمرّ كل هذا بثبات...
إلى أول حضن، وأول دفء، وأول سند في كل الحياة، إلى أبي **بوقرة يحيى**.
إلى قلبك الذي ظلّ بابًا مفتوحًا لحاجتي، وذراعًا تحتضن ضعفي دون أن تسأل،
إلى ابتسامتك التي كانت قوتي حين خفت
إلى يديك اللتين لم تبخلا يومًا، إلى عينيك التي ما نزل منها إلا فخر
كل نجاح هو ابن تعبك، وكل خطوة صنعتُها بثقة، كانت بفضل دفئك الذي أحاطني دائمًا، ورضاك الذي لم يكن له ثمن

إلى أمي **عمراني سهام**
يا أول مدرسة علّمتني أن الأخلاق والعلم لا يُفترقان
يا من غرستِ في روحي الإيمان بأن الأنثى لا تكون عظيمة إلا بالعلم
يا من تحملتِ قلق انتظاري، وصمت انشغالي، وتعب خطواتي
كل حرف كتبته، وكل لحظة انتصار شعرت بها، كانت تحمل وجهك وصوتك معي

وإلى نور قلبي، أختي الوحيدة **نور الإيمان**
كنتِ النور في ليالي التعب، والسند في كل لحظة شك.
سهرتِ معي، وواسيْتني، ودفعتِني للمواصلة حين كنت على وشك الانطفاء.
هذا الإنجاز لك كما لي... شكرًا لأنك كنتِ دائمًا هناك.

وإلى روحٍ رافقتني بصمتها وصدقها
إلى الأخصائي النفسي **محمد أمين سلاطنية**
الذي لم يحتج إلى كثير من الكلام، ليترك أثرًا لا يُنسى، كان صوته دافعًا، وصمته مساحة أمان
حيث أيقظ داخلي صوتًا يشبهني، زرع في داخلي بذرة وعي كنت أفتقدها
وأعاد ترتيب فوضاي بلطف، وكان هنا، دون طلب
هذا النجاح يحمل من روحك الكثير

نور الهدى

الإهداء

إلى الذين شكّلوا ملامح الحلم في قلبي قبل أن أولد...

إلى **أمي الغالية،**
يا من كنتِ الدعاء الذي سبقني، والحنان الذي لم ينقص يومًا.
كنتِ الرفيقة في صمتك، والقوة في ضعفك، كنتِ الدعاء الذي يفتح الأبواب،
وكلما تعبت، كان يكفيني أن أراكِ تقفين بثبات، لأقف أنا أيضًا.
في عينيكِ قرأت اليقين، ومن صبركِ تعلمت أن كل شيء جميل يحتاج إلى وقت...
فشكراً لأنكِ لم تكوني مجرد أم، بل نعمة لن أفيها حقها يومًا.

وإلى **أبي،**
الذي كان حضوره طمأنينة، وصمته احتواء.
كنتَ سندي حين شعرت أن لا أحد يفهمني،
وكنتَ الأمان الذي احتميتُ به، واليد التي أمسكت بي دون أن تطلب شيئًا.
صبرك ورضاك، واهتمامك الذي يخبّئه الكبرياء،
كان أكثر ما احتجته لأكمل، فلك كل الامتنان.

وإلى إخوتي الأعزاء: **مهدي، خديجة، وكوثر،**
أنتم أكثر من مجرد إخوة... أنتم أصدقاء الطريق،
من حملتم عني التعب دون أن أطلب، ومن كنتم الحافز في لحظات الشك.
ضحكاتكم، حضوركم، دفؤكم... كانت نعمة تسندني دون أن أشعر.

هذا العمل ليس لي وحدي،
إنه ثمرة حبكم، صبركم، وتواجدكم الصادق.
لكم جميعًا... أهدي هذا الجزء من الحلم،
فأنتم الجزء الأجمل في كل ما أنجزت.

إلى من غادر جسدًا، وبقي روحًا تسندني في كل لحظة ...إلى أخي

...الذي لم يكن يومًا عابرًا في حياتي، بل كان كل الحياة .كان يرافقني تحت المطر والثلج، لا يشتكي، لا يتعب، يحمل عني الحقيبة، والطريق، والتعب، ويسير بجانبي وكأن قلبي بين يديه .كان يضع راحتي قبل راحته، ويُخفي أوجاعه ليضحك بوجهي، ويقول لي دائمًا: "أنا ما نرتاح حتى نوصلك وين تحبي ."لم يكن يحلم لنفسه، بل كان يحلم لي، وكان يرى نجاحي نجاته .واليوم، أخي ...هذه المذكرة هي حلمك اللي كنت دايم تحكي عليه، هي تعبك، وسهرك، وخوفك عليّ ...هي رسالتك إليّ، وصلت .رحمك الله كما كنت لي وطنًا لا يُعوّض، وجعل هذا النجاح نورًا في قبرك، تمامًا كما كنت نورًا في طريقي.

ملاك

مستخلص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات، وربطها ببعض المتغيرات النفسية المرتبطة بسلوك الإدمان، كمدة التعاطي ونوع المادة المخدرة. ولتحقيق أهداف الدراسة، استُخدم المنهج الوصفي، وطُبّق مقياس التشوهات المعرفية على عينة من المدمنين الذين كانوا يتابعون العلاج بالمركز الوسيط لصحة المدمنين بولاية تبسة. وقد أظهرت النتائج أنّ مستوى التشوهات المعرفية لدى أفراد العينة كان في المستوى المتوسط، مما يشير إلى أنّهم لا يعانون من تشوهات معرفية حادة. كما بيّنت نتائج تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق دالّة إحصائيًا في مستوى هذه التشوهات تُعزى إلى متغيري مدة الإدمان ونوع المخدر، وهو ما أدى إلى رفض الفرضيات الفرعية المرتبطة بهذين المتغيرين. وبناءً على هذه النتائج، أوصت الدراسة بضرورة إدماج برامج العلاج المعرفي السلوكي ضمن خطط التأهيل النفسي للمدمنين، نظرًا لما للجانب المعرفي من دور في تفسير وتعديل السلوك الإدماني.

الكلمات المفتاحية: التشوهات المعرفية – الإدمان.

Abstract :

This study aimed to explore the level of cognitive distortions among individuals addicted to drugs and to examine their relationship with certain psychological variables associated with addictive behavior, such as the duration of use and the type of drug consumed. To achieve the objectives of the study, a descriptive method was used, and the Cognitive Distortions Scale was administered to a sample of addicts undergoing treatment at the Intermediate Center for Addicts' Health in the Wilaya of Tebessa. The results showed that the level of cognitive distortions among the sample was moderate, indicating that these individuals did not suffer from severe cognitive distortions. One-way ANOVA results also revealed no statistically significant differences in the level of cognitive distortions based on the duration of addiction or the type of drug, leading to the rejection of the related sub-hypotheses. Based on these findings, the study recommended integrating cognitive-behavioral therapy programs into the psychological rehabilitation plans for addicts, given the importance of cognitive factors in understanding and modifying addictive behavior.

Keywords : Cognitive Distortions – Addiction.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات	الصفحة
الشكر	
الإهداء	
ملخص الدراسة	
الفهرس	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1- إشكالية الدراسة	01
2- التساؤلات الفرعية	03
3- أهداف الدراسة	03
4- أهمية الدراسة	03
5- الدراسات السابقة	03
6- تحديد مفاهيم الدراسة	04
7- فرضيات الدراسة	05
الإطار النظري	
الفصل الثاني: التشوهات المعرفية	
1- تعريف التشوهات المعرفية	08
2- لمحة تاريخية ونشأة المفهوم	09
3- النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية	11

4- أنواع التشوهات المعرفية	13
5- أسباب التشوهات المعرفية	17
6- آثار التشوهات المعرفية	19
7- طرق قياس التشوهات المعرفية	21
8- استراتيجيات التعامل مع تعديل التشوهات المعرفية	23
9- التشوهات المعرفية والإدمان	25
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات	
1- مفهوم الادمان على المخدرات	28
2- نظريات الإدمان على المخدرات	31
3- اسباب الادمان على المخدرات	35
4- سيكولوجية المدمن	38
5- التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على المخدرات	39
6- أعراض الادمان على المخدرات	41
7- انعكاسات الإدمان على الفرد	41
8- الوقاية والعلاج	42
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة	
1- حدود الدراسة	48
2- الحدود الموضوعي للدراسة	48
3- منهج الدراسة	48
4- مجتمع الدراسة	49
5- عينة الدراسة	50

6- أدوات جمع البيانات	57
7- عرض نتائج الدراسة	62
8- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	67
9- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة	72
10- الاستنتاج العام	74
خاتمة	
قائمة المراجع	
الملاحق	

قائمة الجداول

قائمة الجداول	الصفحة
جدول رقم (01) يوضح وصف مجتمع الدراسة	49
جدول رقم (02) يمثل توزيع عينة البحث وفق الجنس	50
جدول رقم (03) يمثل توزيع عينة البحث وفق السن	51
جدول رقم (04) يمثل توزيع عينة البحث وفق الحالة الاجتماعية	52
جدول رقم (05) يمثل توزيع عينة البحث وفق المستوى التعليمي	53
جدول رقم (06) يمثل توزيع عينة البحث وفق الوضع المهني	54
جدول رقم (07) يمثل توزيع عينة البحث وفق نوع المخدر	55
جدول رقم (08) يمثل توزيع عينة البحث وفق مدة الإدمان	56
جدول رقم (09) يوضح توزيع الأبعاد الفرعية في مقياس التشوهات المعرفية	58
جدول رقم (10) مستويات التقييم ودرجاتها في مقياس التشوهات المعرفي	58
جدول رقم (11) يبين دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا في مقياس التشوهات المعرفية.	59
جدول رقم (12) يبين معامل ثبات مقياس التشوهات المعرفية باستخدام ألفا كرونباخ	60
جدول رقم (13) يبين معامل ثبات مقياس الاحتراق التشوهات المعرفية باستخدام التجزئة النصفية	61
جدول رقم (14) مستويات التشوه المعرفي	61
جدول رقم (15) يبين مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات	62
جدول رقم (16) يبين الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير مدة الإدمان	63
جدول رقم (17) يبين الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر	65

قائمة الأشكال

قائمة الأشكال	الصفحة
شكل رقم (01): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الجنس	51
شكل رقم (02): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق السن	52
شكل رقم (03): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الحالة الاجتماعية	53
شكل رقم (04): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق المستوى التعليمي	54
شكل رقم (05): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الوضع المهني	55
شكل رقم (06): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق نوع المخدر	56
شكل رقم (07): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق مدة الإدمان	57
شكل رقم (08): يوضح قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى المدمنين على المخدرات في التشوهات المعرفية	62

مقدمة:

في كل مجتمع هناك من يسير في طريق الحياة بثقة وأمل، وهناك من تعثر بهم الزمن في لحظة ضعف، فاختاروا طريقًا بدا لهم في البداية مخرجا، لكنه قادهم إلى هاوية مظلمة، الإدمان على المخدرات ليس مجرد عادة سيئة أو سلوك منحرف كما يظنه البعض، بل هو في كثير من الأحيان صرخة خفية لروح متعبة، وضياع داخلي يبحث عن مخرج. كثير من المدمنين لم يكونوا في الأصل أشخاصا سيئين، بل ربما كانوا يحملون أحلاما بسيطة، وطموحات مشروعة، لكنهم وقعوا فريسة لظروف قاسية، أو ضغوط لم يجدوا من يوجههم لتجاوزها.

وقد أظهرت الدراسات النفسية أن الإدمان يرتبط بشكل وثيق بما يسمى "التشوهات المعرفية"، وهي أفكار خاطئة وسلبية يتبناها الإنسان عن نفسه وعن العالم من حوله، فيفقد معها القدرة على التفكير المنطقي، ويبدأ في تبرير سلوكياته، ويقتنع دون وعي بأن المخدر هو طريقه الوحيد للهروب أو التحمل أو حتى الشعور المؤقت بالسعادة. ومع مرور الوقت، تتحول هذه الأفكار إلى سجن داخلي، يصعب الخروج منه دون دعم نفسي وإنساني حقيقي.

الإدمان لا يدمر فقط الجسد، بل يمزق العلاقات الأسرية، ويجعل المدمن غريبا حتى عن نفسه، أسرته تعاني، وأطفاله أو من يحبهم يعانون، والمجتمع يخسر طاقة كان يمكن أن تساهم في بنائه. ولهذا، فإن الحديث عن الإدمان لا يجب أن يكون بلغة الإدانة، بل بلغة الفهم والاحتواء والعلاج، لأنه مرض يمكن تجاوزه، إذا توفر الفهم الصحيح والدعم الكافي.

من هنا جاءت فكرة هذه المذكرة، التي تحاول أن تقترب من عالم المدمن، لا لتحاكمه، بل لتفهمه. تسعى هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على العلاقة بين الأفكار المشوهة التي يحملها المدمن في داخله، وبين استمراره في سلوك الإدمان، كما تحاول أن تبين كيف يمكن أن نساعده، ليس فقط بالعلاج الطبي، بل أيضا بالعلاج النفسي والاجتماعي، والعلاج المعرفي السلوكي الذي يساعده على إعادة ترتيب أفكاره، وفهم نفسه من جديد، وبناء حياة أفضل.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة
2- التساؤلات الفرعية
3- أهداف الدراسة
4- أهمية الدراسة
5- تحديد مفاهيم الدراسة
6- الدراسات السابقة
7- فرضيات الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

تعد ظاهرة الإدمان من أبرز التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، نظرا لما تسببه من آثار سلبية عميقة على الأفراد والأسر والمؤسسات، وقد زاد الاهتمام العلمي والبحثي بهذه الظاهرة في العقود الأخيرة، نتيجة لتنامي معدلات التعاطي بمختلف أنواعه، وتعدد أسبابه، وتنوع الفئات المتضررة منه. إذ لم يعد الإدمان مقتصراً على فئة عمرية أو اجتماعية محددة، بل أصبح يمتد ليشمل مختلف شرائح المجتمع، ما يفرض ضرورة البحث في أسبابه النفسية والعقلية لفهم دوافعه العميقة.

ومن بين الزوايا المهمة التي باتت تحظى باهتمام الباحثين في مجال الإدمان هي تلك المرتبطة بالجوانب المعرفية لدى المدمنين، وخاصة ما يعرف بالتشوهات المعرفية، فهذه التشوهات تمثل إحدى الركائز الأساسية التي تفسر كيف يمكن للفرد أن يستمر في سلوك مدمر رغم وعيه بمخاطره. وعليه، فإن دراسة العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان تتيح فهما أعمق للآليات النفسية التي تقف خلف السلوك الإدماني، وتسهم في تصميم تدخلات علاجية أكثر دقة وفعالية.

يعد الإدمان من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تواجه الأفراد والمجتمعات في العصر الحديث، حيث يتسم بكونه حالة من الاعتماد النفسي والجسدي على مادة أو سلوك معين، ويؤدي إلى فقدان السيطرة التدريجية على هذا السلوك رغم إدراك الشخص للعواقب السلبية المترتبة عليه. تتجلى خطورة الإدمان في تأثيره العميق على جميع جوانب حياة الفرد، إذ ينعكس سلبا على الصحة الجسدية والنفسية، ويؤدي إلى اضطرابات في العلاقات الأسرية والاجتماعية، فضلا عن تدهور الأداء الدراسي أو الوظيفي وزيادة احتمالية الانخراط في سلوكيات خطرة أو غير قانونية. **(العبيدي، 2024، ص 15)**

وتشير الدراسات إلى أن تأثير الإدمان يختلف حسب نوع المادة المخدرة ومدة التعاطي مما يزيد من تعقيد الظاهرة وصعوبة مكافحتها. كما أن العوامل المؤدية للإدمان متعددة، منها ما هو بيولوجي يرتبط بالاستعداد الوراثي، ومنها ما هو نفسي كالتعرض للصدمات أو الضغوط، بالإضافة إلى عوامل اجتماعية مثل التفكك الأسري أو البطالة أو غياب الدعم الاجتماعي. **(مأمون وخلفاوي، 2023، ص 47)**

من الناحية العلاجية، يعد التدخل المبكر والدعم النفسي والاجتماعي من أهم ركائز مكافحة الإدمان، حيث تبرز أهمية العلاج النفسي الديناميكي المكثف قصير الأمد كأحد الأساليب الحديثة الفعالة في مساعدة المدمنين على

مواجهة الصراعات الداخلية وفهم دوافعهم اللا واعية، مما يسهم في تعزيز التعافي وتقليل نسب الانتكاس. **(دنيا السيد رمضان، 2023، ص 08)**

تظهر الأبحاث أن الإدمان لا يقتصر فقط على الاعتماد الجسدي على المادة أو السلوك، بل يتضمن أيضا مجموعة من العمليات النفسية المعقدة التي تساهم في استمرار هذا السلوك رغم الأضرار الواضحة. ومن أبرز هذه العمليات النفسية التشوهات المعرفية، التي تمثل أنماطا من التفكير غير الواقعي أو المشوه الذي يؤثر على طريقة إدراك الفرد للواقع وتفسيره للأحداث. ففي حالة المدمنين، تؤدي هذه التشوهات إلى تبرير السلوك الإدماني وتقليل إدراك المخاطر المرتبطة به، مما يعزز من استمرار التعاطي أو السلوك الإدماني. **(مأمون وخلفاوي، 2023، ص 52)**

تتجلى التشوهات المعرفية في أشكال متعددة مثل التبرير، الإنكار، التعميم المفرط، والتفكير القطبي، وهي تلعب دورًا حاسمًا في تعزيز الإدمان وصعوبة التعافي منه **(كتواره، 2023، ص 35)**. لذلك، فإن فهم هذه التشوهات وتعديلها يمثل خطوة أساسية في تصميم برامج علاجية فعالة تساعد المدمنين على مواجهة أفكارهم المشوهة وتغيير سلوكهم نحو التعافي. **(العبيدي، 2024، ص 22)**

وتشير الدراسات الحديثة إلى أن التشوهات المعرفية تلعب دورا محوريا في استمرار الإدمان وصعوبة التعافي منه. فالتشوهات المعرفية هي أنماط من التفكير غير الواقعي أو المشوه الذي يؤثر على كيفية إدراك الفرد للأحداث والمواقف، مما يدفع المدمن إلى تبرير سلوكه الإدماني وتقليل إدراكه للمخاطر المرتبطة به. أظهرت دراسة ميدانية أن المدمنين على الكحول والتدخين والمخدرات يعانون من تشوهات معرفية بمستوى متوسط، ولا تختلف هذه التشوهات تبعًا لمتغيرات الحالة الاجتماعية أو نوع المادة المستخدمة **(مأمون وخلفاوي، 2023، ص 34)**. كما بينت دراسات أخرى أن التشوهات المعرفية لدى الشباب ترتبط ارتباطًا وثيقًا بالإدمان، حيث تسهم هذه الأفكار المشوهة في تعزيز السلوك الإدماني من خلال تبريرات ذاتية وأفكار تلقائية سلبية. **(الأسمرى، 2023، ص 23)**

من هنا تبرز أهمية الدراسة في الكشف عن مستوى التشوهات المعرفية لدى فئة المدمنين، بالإضافة إلى معرفة الفروق بين الجنسين وتأثير مدة الإدمان على الأداء والإنجاز المرتبط بالإدمان. إذ تهدف الدراسة إلى تحديد مدى انتشار التشوهات المعرفية بين المدمنين، وفهم كيف تؤثر هذه التشوهات على سلوكهم اليومي، مع التركيز على الاختلافات بين الذكور والإناث، وكذلك دراسة العلاقة بين طول فترة الإدمان ومستوى هذه التشوهات.

وبناءا على ما سبق تتبلور لنا معالم الإشكالية في التساؤل حول:

- **ما مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين؟**

2- أسئلة الدراسة:

وتتفرع من هذا السؤال الرئيسي إلى أسئلة الفرعية التالية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية تعزى لمدة الإدمان؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين تعزى لمتغير نوع المخدر؟

3- أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات.
- الكشف عن الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين تبعا لاختلاف مدة الإدمان.
- الكشف عن الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين تبعا لاختلاف نوع المخدر.

4- أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من جوانب متعددة، سواء على المستوى النظري أو التطبيقي :

- **الأهمية النظرية:**

- تُدعم البنية المعرفية في الأدبيات النفسية المتعلقة بالعلاقة بين التشوهات المعرفية وإدمان المخدرات، من خلال تسليط الضوء على أنماط التفكير المشوّه التي قد تسهم في نشوء السلوك الإدماني أو استمراره.
- تدعم النموذج المعرفي السلوكي الذي يربط بين الأفكار والسلوكيات، مما يعزز الفهم العلمي لكيفية تأثير أنماط التفكير المشوه على سلوك الإدمان.

- **الأهمية التطبيقية:**

- دراسة الفروق في التشوهات المعرفية تبعًا لمدة التعاطي لدى المدمنين.
- فهم مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على أنواع مختلفة من المخدرات.
- توفير قاعدة علمية لفهم العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان.

- مساعدة العاملين في مراكز علاج الإدمان على تصنيف الحالات حسب مدة التعاطي لتحديد الأولويات في التدخل النفسي والمعرفي.

5- تحديد مفاهيم الدراسة:

أ- التشوهات المعرفية:

هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في مقياس التشوهات المعرفية من إعداد أحمد هارون (2017).

ب- الإدمان على المخدرات:

هو الحالة التي يكون فيها الفرد مشخّصًا سريريًا بالإدمان على مادة أو أكثر من المخدرات من طرف مختصين في المركز الوسيط لصحة المدمنين بتبسة، ويخضع حاليًا للعلاج أو المتابعة النفسية داخل المركز.

6- الدراسات السابقة:

- **الدراسات العربية:**

1- دراسة **(كريري ومذكور، 2021)** تحت عنوان "التشوهات المعرفية وعلاقتها بإدمان الإنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية"، هدفت إلى معرفة طبيعة مستوى التشوهات المعرفية وإدمان الإنترنت والعلاقة بينهما في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي (باستخدام أدوات قياس وتحليلات إحصائية ارتباطية)، وكانت عينتها (536) مشاركا في المملكة العربية السعودية، وخلصت إلى انخفاض مستوى التشوهات المعرفية وإدمان الإنترنت لدى المشاركين، ووجود علاقة ارتباطية دالة بينهما، وإمكانية التنبؤ بإدمان الإنترنت من خلال التشوهات المعرفية، بالإضافة إلى وجود فروق في التشوهات المعرفية تعزى لمتغيرات النوع والعمر والمستوى التعليمي والتخصص.

2- دراسة **(خلفاوي، 2021)** تحت عنوان "مساهمة بروتوكول علاجي قائم على استراتيجيات علاج معرفي سلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات"، هدفت إلى الكشف عن مساهمة البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات. اعتمدت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وكانت عينتها قوامها (34) مفردة، مقسمة إلى (17) فرداً مدمناً عينة ضابطة و(17) فرداً مدمنا عينة

تجريبية، وخلصت إلى أن البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي يساهم في تصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.

3- دراسة **(عبد الواحد وحسانين، 2021)** تحت عنوان "التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الانترنت"، هدفت إلى معرفة مستوى التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الإنترنت وإمكانية التنبؤ بهما، بالإضافة إلى اختبار الدور الوسيط للقلق الاجتماعي. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وكانت عينتها تتكون من (250) طالباً من طلاب كلية التربية جامعة الأزهر، وخلصت إلى ارتفاع مستوى التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة، ووجود علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية وكل من القلق الاجتماعي وإدمان الإنترنت مع إمكانية التنبؤ بهما، وأن للقلق الاجتماعي دورا وسيطا في العلاقة بين التشوهات المعرفية وإدمان الإنترنت.

دراسة **(الأسمري، 2023)** تحت عنوان "التشوهات المعرفية لدى الشباب وعلاقتها بالإدمان"، هدفت إلى التعرف على العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان لدى الشباب ووضع آليات لمواجهتها. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، وكانت عينتها مكونة من (130) شابا وشابة تم اختيارهم عشوائيا، وخلصت إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين التشوهات المعرفية لدى الشباب وتعاطي المؤثرات العقلية المسببة للإدمان.

- **الدراسات الأجنبية:**

1- دراسة **(Miller et al., 2017)** تحت عنوان "Effects of Cognitive Distortions on the Link Between Dating Violence Exposure and Substance Problems in Clinically Hospitalized Youth" (تأثيرات التشوهات المعرفية على الرابط بين التعرض لعنف المواعدة والمشكلات المتعلقة بالمواد لدى الشباب المقيمين في المستشفيات)، هدفت إلى فحص ما إذا كانت التشوهات المعرفية تؤثر على الارتباط بين التعرض لعنف المواعدة وسلوكيات استخدام المواد الإشكالية. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي (باستخدام الانحدار اللوجستي)، وكانت عينتها (155) مراهقًا (13-17 سنة) مقيمين في مستشفى نفسي، وخلصت إلى وجود تأثير رئيسي لعنف المواعدة على استخدام المواد الإشكالي، وتأثير تفاعلي لعنف المواعدة والتشوهات المعرفية، حيث كانت العلاقة بين عنف المواعدة والمشكلات المتعلقة بالمواد أعلى لدى ذوي التشوهات المعرفية الأكبر.

2- دراسة **(Avcicayir, G., 2018)** تحت عنوان "The effect of interpersonal dependency tendency on interpersonal cognitive distortions on youths" (تأثير الميل للاعتماد الشخصي على التشوهات المعرفية بين الأشخاص لدى الشباب)، هدفت إلى التحقق من الارتباط بين الميل للاعتماد الشخصي والتشوهات المعرفية بين الأشخاص. اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، وكانت عينتها (879) طالبا جامعيا، وخلصت إلى وجود ارتباط دال بين الميل للاعتماد الشخصي والتشوهات المعرفية بين الأشخاص، وأن التشوهات المعرفية بين الأشخاص تتنبأ بشكل دال بدرجات الاعتماد الشخصي، مع وجود فروق دالة في كليهما تبعا للجنس.

3- دراسة **(Brumback et al., 2021)** تحت عنوان "Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults: Longitudinal risk and protective factors"(المتنبئات النفسية الاجتماعية لاستخدام المواد لدى المراهقين والشباب: عوامل الخطر والحماية الطولية)، هدفت إلى تقييم ارتباط العوامل النفسية الاجتماعية باستخدام المواد (الكحول والقنب) لدى المراهقين والشباب (أعمار 13-25). اعتمدت الدراسة تصميمًا طوليًا متسارعا باستخدام نماذج التأثيرات المختلطة، وكانت عينتها (798) مشاركا، وخلصت إلى أن التفاعلات بين الفئة العمرية، والتغير في العمر، والمتنبئات النفسية الاجتماعية كشفت عن ارتباطات مختلفة خلال النافذة التطورية لاستخدام الكحول والقنب، مبرزة عوامل مهمة تطوريا تساهم بشكل مختلف في استخدام المواد.

- **تعقيب على الدراسات السابقة:**

يتضح من استعراض الدراسات السابقة وجود اهتمام بحثي متزايد بدور التشوهات المعرفية في سياق الإدمان، حيث تتفق معظم هذه الدراسات، مثل دراسات (الأسمري، 2023؛ كريري ومذكور، 2021؛ عبد الواحد وحسانين، 2021؛ Miller et al., 2017)، مع الدراسة الحالية في تأكيدها على العلاقة الوثيقة بين هذه التشوهات وأنماط السلوك الإدماني المختلفة، سواء كان ذلك إدماناً على المخدرات أو الإنترنت أو مواد أخرى. كما سعت بعض هذه الدراسات إلى قياس مستوى هذه التشوهات لدى فئات متنوعة (كمأمون وخلفاوي، 2023؛ وعبد الواحد وحسانين، 2021)، أو بحثت في عوامل ديموغرافية ونفسية أخرى قد تتداخل مع هذه العلاقة (مثل كريري ومذكور، 2021؛ Avcicayir, 2018؛Brumback et al., 2021)، فضلا عن الإشارة إلى إمكانية تصحيح هذه التشوهات من خلال التدخلات العلاجية كما في دراسة (خلفاوي، 2021)، وكل ذلك يدعم الإطار النظري الذي تنطلق منه الدراسة الحالية.

ورغم هذا الإجماع على أهمية التشوهات المعرفية، تبرز خصوصية الدراسة الحالية في تركيزها المحوري على متغير لم يحظ بالاهتمام الكافي في الدراسات المعروضة، وهو "مدة الإدمان "وتأثيرها المباشر على مستوى التشوهات

المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تحديداً. فبينما تناولت الدراسات السابقة العلاقة بشكل عام أو تطرقت لمتغيرات مثل العمر أو النوع، فإن البحث في الفروق في التشوهات المعرفية بناء على طول فترة الإدمان يمثل فجوة بحثية تسعى الدراسة الحالية لسدها.

وعليه، فإن هذه الدراسة، وإن كانت تستفيد من الأسس النظرية والمنهجية التي أرستها الدراسات السابقة، فإنها تهدف إلى تقديم إضافة علمية نوعية من خلال فحص العلاقة بين مدة الإدمان ومستوى التشوهات المعرفية لدى عينة محددة من مدمني المخدرات بالمركز الوسيط لصحة المدمنين بتبسة. ومن المؤمل أن تسهم نتائجها في تعميق الفهم العلمي لديناميكيات الإدمان، وتقديم رؤى تطبيقية قد تساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر استهدافًا وفعالية، تأخذ بعين الاعتبار متغير مدة الإدمان كأحد العوامل المؤثرة في الحالة المعرفية للمدمن.

7- فرضيات الدراسة:

- **الفرضية العامة:**

يوجد مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات.

- **الفرضية الجزيئة الأولى:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين تعزى لمتغير مدة الإدمان.

- **الفرضية الجزئية الثانية:**

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين تعزى لمتغير نوع المخدر.

الإطار النظري

الفصل الثاني: التشوهات المعرفية

1- تعريف التشوهات المعرفية

2- لمحة تاريخية ونشأة المفهوم

3- النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية

4- أنواع التشوهات المعرفية

5- أسباب التشوهات المعرفية

6- آثار التشوهات المعرفية

7- طرق قياس التشوهات المعرفية

8- استراتيجيات التعامل مع تعديل التشوهات المعرفية

9- التشوهات المعرفية والإدمان

تمهيد

يهدف هذا الفصل إلى تقديم عرض نظري شامل لمفهوم التشوهات المعرفية، وذلك من خلال استعراض تعريفاتها المختلفة، وتتبع نشأتها التاريخية، وفهم النظريات الأساسية التي فسرتها. كما سيتناول الفصل بالتفصيل أبرز أنواع التشوهات المعرفية الشائعة، والأسباب المحتملة لظهورها، والآثار المترتبة عليها. بالإضافة إلى ذلك، سيتم التطرق إلى طرق قياس هذه التشوهات وأهم الاستراتيجيات المستخدمة للتعامل معها وتعديلها، مع التركيز على علاقة التشوهات المعرفية بالإدمان كونه موضوع دراستنا الحالية.

1- تعريف التشوهات المعرفية (Cognitive Distortions) :

تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم التشوهات المعرفية، ورغم اختلاف الصياغات أحيانا، فإنها تشترك في جوهر أساسي يتعلق بأنماط التفكير غير الدقيقة أو المتحيزة التي تؤثر سلبا على إدراك الفرد وتفسيراته للعالم من حوله ولذاته.

فقد عرف آرون بيك (Beck)، وهو من أبرز رواد هذا المفهوم، التشوهات المعرفية بأنها أخطاء منهجية في التفكير، أو تحيزات في معالجة المعلومات تؤدي إلى تفسيرات خاطئة للواقع. **(مسعد وعدة، 2023؛ عبد الواحد وحسانين، 2021).**

ويرى بيك أن هذه التشوهات ليست مجرد أخطاء عشوائية، بل هي أنماط تفكير منتظمة، وإن كانت غير دقيقة، تسهم في نشأة واستمرار الاضطرابات النفسية، خاصة الاكتئاب والقلق. وقد قدم بيك نموذجا يوضح أن التشوهات المعرفية تنشأ من خلال المعتقدات المركزية (Core Beliefs) والمعتقدات الوسيطة (Intermediate Beliefs) التي بدورها تؤثر على الأفكار التلقائية (Automatic Thoughts) التي تظهر في مواقف معينة. **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**

وفي سياق مشابه، يشير العدل (2015)، استنادا إلى كتابات بيك، إلى أن التشوهات المعرفية هي أساليب تفكير خاطئة تؤدي إلى تفسير الأحداث بشكل سلبي وتساهم في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. كما يوضح أن هذه الأفكار المشوهة تنشأ نتيجة تعلم خاطئ في مراحل النمو المعرفي.

وتقدم هرمز (2023) تعريفا يصف التشوهات المعرفية بأنها "مفهوم حديث نسبيا، وقد أوردها Hoffman عام 1972 لوصف الطريقة غير العقلانية ولا منطقية في التفكير من خلال تشويه بعض الخبرات". وهذا التعريف يؤكد على الطبيعة اللاعقلانية وغير المنطقية لهذه التشوهات.

أما خلفاوي وبوروبة (2021)، يعرفانها بأنها "تحتوي الأفكار السلبية (للمثلث المعرفي) والتي تسبب الاكتئاب والانفعال على الدوام تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء، وخارجة عن المألوف فهي تبدو للمكتئب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموما بالإجماع، لأنها تتسم بالخصوصية الفردية" **(خلفاوي وبوروبة، 2021).**

ويعرفها Torres(2002) كما ورد في عبد الواحد وحسانين (2021) بأنها اضطراب في المعتقدات الخاطئة والانفعالات التي يعاني منها الفرد، وتتضمن التشوهات الذاتية والتقليل من الذات. وبشكل عام، يمكن القول أن التشوهات المعرفية هي "أفكار غير دقيقة تؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمثيرات الداخلية والخارجية التي يتعرض لها الفرد قد تساهم بدورها في ظهور الاضطرابات النفسية" **(ظاهروحسين، 2018).**

كما يرى Clemmer (2009) كما ورد في عبد الواحد وحسانين (2021) أن مصطلح التشوهات المعرفية يصف نمط التفكير التلقائي عن أحداث الحياة في إطار سلبي تكون نتيجته العديد من المشاعر السلبية مثل الحزن والغضب والعدوان والقلق. ويشير Grohol (2009) إلى أن التشوهات المعرفية هي مجموعة الأفكار الخاطئة والدقيقة وغير الصحيحة التي يستخدمها بعض الأفراد لتعزيز الأفكار والانفعالات السلبية لديهم، مما يجعل الفرد يشعر بالسوء تجاه نفسه.

وبالتالي، يمكن تلخيص مفهوم التشوهات المعرفية بأنها أنماط تفكير راسخة ومنتظمة ولكنها غير دقيقة وغير عقلانية، يتبناها الفرد بشكل تلقائي غالبا، وتؤدي إلى تفسير مشوه للذات وللآخرين وللمواقف، مما ينتج عنه استجابات انفعالية وسلوكية سلبية وغير تكيفية، وقد تساهم في نشأة أو استمرار الاضطرابات النفسية المختلفة.

2- لمحة تاريخية ونشأة المفهوم:

لم يظهر مفهوم التشوهات المعرفية بشكله الحالي فجأة، بل تبلور وتطور عبر مراحل زمنية مختلفة وضمن سياقات نظرية متنوعة، وإن كان الفضل الأكبر في صياغته وتأصيله يعود إلى رواد العلاج المعرفي السلوكي في منتصف القرن العشرين.

يمكن تتبع بعض الجذور الفكرية لمفهوم التشوهات المعرفية إلى الفلسفات القديمة، حيث أشار بعض الفلاسفة الرواقيين، على سبيل المثال، إلى أن الطريقة التي يفسر بها الإنسان الأحداث هي التي تسبب له الاضطراب وليس الأحداث ذاتها **(ديب، 2018).** هذه الفكرة تتقاطع مع جوهر مفهوم التشوهات المعرفية الذي يركز على دور التفسيرات الذاتية المشوهة في التأثير على الحالة النفسية.

ومع ذلك، فإن الظهور العلمي والمنهجي لمفهوم التشوهات المعرفية يرتبط بشكل وثيق بتطور العلاج المعرفي. فقد كان آرون بيك (Aaron Beck) من أوائل من لفت الانتباه بشكل منهجي إلى دور الأفكار السلبية والتلقائية في نشأة واستمرار الاكتئاب. بدأت ملاحظات بيك في الستينيات من القرن الماضي، حيث نشر مقالته الشهيرة حول "الاكتئاب والتفكير" عام 1963، والتي أوضح فيها أن مرضى الاكتئاب يعانون من أنماط تفكير منتظمة ولكنها خاطئة وسلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل، وهو ما أسماه لاحقا بـ"الثالوث المعرفي" **(مسعد وعدة، 2023؛ العدل، 2015)**.

وقد طور بيك نظريته المعرفية للاكتئاب، والتي أصبحت فيما بعد أساسا للعلاج المعرفي لمجموعة واسعة من الاضطرابات، وكان مفهوم التشوهات المعرفية حجر الزاوية في هذه النظرية.

وبالتوازي مع جهود بيك، كان ألبرت إليس (Albert Ellis) يطور نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي منذ الخمسينيات. ركز إليس على دور ("المعتقدات اللاعقلانية Beliefs" Irrational) في توليد الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وهذه المعتقدات اللاعقلانية تتشابه في كثير من جوانبها مع مفهوم التشوهات المعرفية عند بيك، حيث تمثل كلاهما أنماط تفكير غير منطقية أو غير واقعية **(ضبيان وعابدي، 2022؛ العدل، 2015)**. وقد أشار إليس إلى أن الأفراد يتبنون هذه المعتقدات اللاعقلانية نتيجة لخبراتهم المبكرة وتعلمهم الخاطئ.

وقد شهد النصف الثاني من القرن العشرين تطورا ملحوظا في دراسة العمليات المعرفية ودورها في السلوك الإنساني، وهو ما يعرف بحقبة "الثورة المعرفية" في علم النفس. وقد ساهم هذا التحول النظري في تعزيز الاهتمام بمفاهيم مثل التشوهات المعرفية، حيث أصبح التركيز على كيفية معالجة الفرد للمعلومات وتفسيرها أمرا مركزيا في فهم العديد من الاضطرابات النفسية **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

في السبعينيات والثمانينيات، استمر البحث في توسيع قائمة التشوهات المعرفية وتطبيق المفهوم على اضطرابات أخرى غير الاكتئاب، مثل اضطرابات القلق واضطرابات الأكل واضطرابات الشخصية. وقد أشار Burns (1980) كما ورد في مسعد وعدة (2023) إلى أن التشوهات المعرفية قد تصل إلى عشرة أنواع رئيسية، مما يعكس التوسع في فهم هذه الأنماط الفكرية.

وهكذا، يمكن القول إن مفهوم التشوهات المعرفية، وإن كانت له جذور فلسفية قديمة، قد تبلور ونضج بشكل أساسي من خلال جهود رواد العلاج المعرفي السلوكي، وأصبح اليوم مفهوما أساسيا في فهم وعلاج العديد من المشكلات النفسية والسلوكية.

3- النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير نشأة واستمرار التشوهات المعرفية، إلا أن النظريات المعرفية، وبشكل خاص أعمال آرون بيك وألبرت إليس، تعد الأكثر تأثيرا وإسهاما في هذا المجال. بحيث تركز هذه النظريات على الدور المحوري الذي تلعبه العمليات المعرفية الداخلية في تشكيل استجابات الفرد الانفعالية والسلوكية.

3-1- النظرية المعرفية لآرون بيك (Cognitive Theory of Aaron Beck) :

تعد نظرية آرون بيك من أبرز النظريات التي فسرت التشوهات المعرفية، خاصة في سياق الاكتئاب والقلق، ويرى بيك أن التشوهات المعرفية ليست مجرد أفكار سطحية عشوائية، بل هي نتاج لنظام معرفي أعمق يتكون من عدة مستويات مترابطة **(عبد الواحد وحسانين، 2021؛ خضراوي وبونصلة، 2022)**. ونذكر مستويات هذا النظام المعرفي العميق فيما يلي:

- **المخططات المعرفية :(Cognitive Schemas)** وهي بمثابة البنى المعرفية الأساسية التي تتشكل لدى الفرد منذ الطفولة المبكرة نتيجة لتجاربه وخبراته. تعمل هذه المخططات كقوالب أو أطر مرجعية يستخدمها الفرد في تنظيم وتفسير المعلومات الواردة من البيئة. قد تكون هذه المخططات تكيفية أو غير تكيفية، وعندما تكون غير تكيفية، فإنها تميل إلى معالجة المعلومات بشكل متحيز وسلبي **(ضبيان وعابدي، 2022)**.
- **المعتقدات الأساسية :(Core Beliefs)** وهي أفكار وقناعات جوهرية وعميقة لدى الفرد حول ذاته والآخرين والعالم. تتسم هذه المعتقدات بأنها مطلقة، جامدة، وعامة، وتعتبر بمثابة "حقائق" لا تقبل الجدل بالنسبة للفرد. ويرى بيك أن المعتقدات الأساسية السلبية (مثل: "أنا غير كفء"، "أنا غير محبوب") هي التي تشكل نواة الاضطرابات النفسية **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**.
- **المعتقدات الوسيطة :(Intermediate Beliefs)** وتعرف أيضا بالافتراضات والقواعد والمواقف. تتولد هذه المعتقدات من المعتقدات الأساسية، وهي تمثل تطبيقات أكثر تحديدا لتلك المعتقدات في مواقف حياتية مختلفة. تأخذ شكل قواعد (إذا... فإن...) أو افتراضات (يجب أن...). على سبيل المثال، إذا كان لدى شخص معتقد أساسي بأنه غير كفء، فقد يطور معتقدا وسيطا مثل "إذا لم أنجح في كل شيء، فهذا يعني أنني فاشل" **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**.
- **الأفكار التلقائية :(Automatic Thoughts)** وهي الأفكار والصور الذهنية السريعة والعابرة التي تظهر في وعي الفرد بشكل تلقائي في مواقف معينة. تعتبر هذه الأفكار بمثابة التعبير السطحي للمخططات والمعتقدات

الكامنة. غالبا ما تكون هذه الأفكار مشوهة وسلبية لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية، وتؤثر بشكل مباشر على مشاعرهم وسلوكياتهم **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

يرى بيك أن التشوهات المعرفية هي في جوهرها تجليات لهذه الأفكار التلقائية المشوهة، والتي تنبع بدورها من المعتقدات الوسيطة والأساسية غير التكيفية. فالفرد الذي لديه معتقدات أساسية سلبية يميل إلى تفسير الأحداث بشكل متحيز يتفق مع هذه المعتقدات، مما يؤدي إلى ظهور التشوهات المعرفية. على سبيل المثال، الشخص الذي يعتقد بأنه "فاشل" قد يميل إلى "التصفية الذهنية" أي التركيز على الجوانب السلبية وتجاهل الإيجابية أو "التعميم الزائد" مثل استخلاص قاعدة عامة سلبية من حدث واحد.

3-2- نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إليس

(Rational Emotive Behavior Therapy - REBT - of Albert Ellis) :

قدم ألبرت إليس نظرية مؤثرة أخرى تفسر دور التفكير في الاضطرابات الانفعالية والسلوكية. يرى إليس أن الاضطرابات لا تنشأ مباشرة من الأحداث، بل من خلال المعتقدات التي يتبناها الفرد حول هذه الأحداث. هذه المعتقدات هي التي تؤدي إلى النتائج الانفعالية والسلوكية **(ضبيان وعابدي، 2022؛ العدل، 2015)**.

يركز إليس بشكل خاص على "المعتقدات اللاعقلانية (Irrational Beliefs) "، والتي يمكن اعتبارها شكلا من أشكال التشوهات المعرفية. هذه المعتقدات اللاعقلانية هي أفكار متصلبة، مطلقة، وغير منطقية، وغير واقعية، وغالبا ما تتضمن كلمات مثل "يجب"، "حتما"، "دائما"، "أبدا". فعلى سبيل المثال نجد من أمثلة هذه المعتقدات: "يجب أن يحبني الجميع ويوافق على كل ما أفعله"، "يجب أن تكون الأمور سهلة وممتعة دائما".

يرى إليس أن الأفراد يميلون إلى تبني هذه المعتقدات اللاعقلانية نتيجة لتعلمهم الاجتماعي وخبراتهم المبكرة. وعندما يواجه الفرد حدثا ما، فإنه يقوم بتفسيره من خلال هذه المعتقدات اللاعقلانية، مما يؤدي إلى استجابات انفعالية سلبية مبالغ فيها مثل القلق الشديد، الغضب، الاكتئاب، وسلوكيات غير تكيفية. ويهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى مساعدة الفرد على تحديد هذه المعتقدات اللاعقلانية وتحديها واستبدالها بمعتقدات أكثر عقلانية وواقعية **(العدل، 2015)**.

3-3- مساهمات نظرية أخرى:

بينما تعتبر نظريتا بيك وإليس حجر الزاوية في فهم التشوهات المعرفية هناك مساهمات أخرى مكملة. فعلى سبيل المثال، يوضح النموذج المعرفي السلوكي بشكل عام أن التشوهات المعرفية هي أنماط تفكير سلبية يتم تعلمها وتصبح تلقائية، وتعمل كمرشحات او مصفيات سلبية للمعلومات، مما يؤدي إلى تفسيرات متحيزة للواقع **(مسعد وعدة، 2023).**

كما أن نظرية معالجة المعلومات (Information Processing Theory) تقدم إطارا لفهم كيف يقوم الأفراد باستقبال، ترميز، تخزين، واسترجاع المعلومات، وكيف يمكن أن تحدث أخطاء أو تحيزات في أي من هذه المراحل، مما يساهم في ظهور التشوهات المعرفية **(مسعد وعدة، 2023).**

في المجمل، تتفق هذه النظريات على أن التشوهات المعرفية ليست مجرد أخطاء عشوائية في التفكير، بل هي أنماط منظمة، وإن كانت غير تكيفية، تلعب دورا مركزيا في كيفية إدراك الفرد للعالم وتفاعله معه، وفي نشأة واستمرار العديد من الصعوبات النفسية.

4- أنواع التشوهات المعرفية:

تتعدد أنواع التشوهات المعرفية التي يمكن أن يقع فيها الأفراد، وقد قدم الباحثون والمعالجون المعرفيون تصنيفات وقوائم مختلفة لهذه الأنماط الفكرية المشوهة. ورغم بعض الاختلافات في التسميات أو التفاصيل، فإن جوهر هذه التشوهات يبقى واحدا، وهو تحريف الواقع وتفسير الأحداث بطريقة سلبية وغير تكيفية. فيما يلي عرض لأبرز أنواع التشوهات المعرفية التي تم تحديدها في الدراسات المختلفة والمصادر المتنوعة:

❖ التفكير الثنائي (Dichotomous Thinking) أو الكل أو لا شيء

(All-or-Nothing Thinking) أو التفكير المستقطب (Polarized Thinking) :

يتميز هذا التشوه برؤية الأمور والأحداث والأشخاص في فئتين متطرفتين فقط، إما أبيض أو أسود، جيد تماما أو سيئ تماما، ناجح كليا أو فاشل كليا، دون وجود أي مناطق رمادية أو حلول وسط. يميل الفرد هنا إلى تقييم نفسه والآخرين والمواقف بشكل مطلق **(مسعد وعدة، 2023؛ عبد الواحد وحسانين، 2021؛ العدل، 2015).**

- **مثال:** "إذا لم أحصل على الدرجة النهائية في هذا الامتحان، فأنا فاشل تماما" أو "إما أن يحبني الجميع، أو أن الجميع يكرهني".

❖ التعميم الزائد أو المفرط (Overgeneralization) :

يتمثل هذا التشوه في استخلاص قاعدة عامة أو نتيجة سلبية بناء على حدث واحد أو عدد قليل من الأحداث المنعزلة، ثم تطبيق هذه القاعدة على جميع المواقف المشابهة أو غير المشابهة في المستقبل. يعتقد الفرد أن ما حدث مرة واحدة سيحدث دائما **(مسعد وعدة، 2023)**.

- **مثال:** "لقد رفضت في مقابلة العمل هذه، هذا يعني أنني لن أحصل على وظيفة أبدا" أو "لقد فشلت في هذه العلاقة، إذا كل علاقاتي ستفشل".

❖ التصفية الذهنية أو الترشيح الذهني أو التجريد الانتقائي (Selective / Mental Filter Abstraction) :

يركز الفرد هنا بشكل انتقائي على التفاصيل السلبية في موقف ما ويتجاهل أو يقلل من شأن جميع الجوانب الإيجابية الأخرى. يبدو الأمر وكأن الفرد يرتدي نظارة سوداء لا يرى من خلالها إلا السلبيات، حتى لو كانت قليلة أو غير مهمة مقارنة بالإيجابيات **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

- **مثال:** تلقى موظف تقييما إيجابيا على معظم جوانب عمله، ولكنه ركز فقط على ملاحظة سلبية واحدة، واستنتج أنه موظف سيئ.

❖ الشخصنة (Personalization) :

يميل الفرد هنا إلى تفسير الأحداث الخارجية على أنها موجهة إليه شخصيا، أو أنه السبب المباشر فيها، دون وجود دليل كاف على ذلك. يتحمل الفرد مسؤولية أحداث لا علاقة له بها أو يكون تأثيره فيها محدودا **(مسعد وعدة، 2023)**.

- **مثال:** "صديقي يبدو حزينا اليوم، لابد أنني فعلت شيئا أزعجه" أو "المدير لم يبتسم لي، هذا يعني أنه غير راض عن عملي".

❖ لوم الذات أو لوم الآخرين (Blaming) :

يرتبط هذا التشوه بالشخصنة، حيث يميل الفرد إما إلى تحميل نفسه المسؤولية الكاملة عن كل الأحداث السلبية بلوم الذات، أو إلى إلقاء اللوم بشكل كامل على الآخرين أو الظروف الخارجية، متجاهلا دوره أو مسؤولياته **(العدل، 2015).**

- **مثال (لوم الذات):** "فشل الفريق بسبب تقصيري".
- **مثال (لوم الآخرين):** "لم أنجح في الامتحان لأن الأستاذ كان متحاملا علي".

❖ التفكير الكارثي أو تهويل السلبيات (Catastrophizing / Magnification) :

يبالغ الفرد في تقدير احتمالية وقوع الأحداث السلبية ويتوقع أسوأ النتائج الممكنة، حتى لو كانت احتمالية حدوثها ضئيلة. يتم تضخيم العواقب السلبية للأحداث وتوقعها ككوارث لا يمكن التعامل معها **(العدل، 2015).**

- **مثال:** "إذا أخطأت في هذا العرض التقديمي، سأفقد وظيفتي وسأعيش عالة على أسرتي".

❖ التهوين من الإيجابيات أو تصغيرها (Minimization / Disqualifying the Positive) :

على عكس التهويل، يقلل الفرد هنا من شأن الأحداث الإيجابية أو إنجازاته الشخصية، ويعتبرها غير مهمة، أو نتيجة للصدفة، أو أن أي شخص آخر كان بإمكانه فعلها. يتم رفض التجارب الإيجابية وكأنها لا تحتسب **(العدل، 2015).**

- **مثال:** "لقد نجحت في الامتحان، ولكنه كان سهلا جدا، أي شخص كان سينجح فيه".

❖ قراءة الأفكار أو التفكير السحري (Mind Reading) :

يعتقد الفرد أنه يعرف ما يفكر به الآخرون أو ما هي نواياهم، دون وجود دليل مباشر أو سؤالهم. يستنتج أفكار الآخرين ومشاعرهم بناء على افتراضات وتكهنات خاصة به **(العدل، 2015).**

- **مثال:** "زميلي لم يتحدث معي اليوم، أعرف أنه غاضب مني".

❖ الاستدلال العاطفي (Emotional Reasoning) :

يعتبر الفرد مشاعره دليلا على الحقيقة. إذا شعر بشيء ما، فإنه يعتقد أن هذا الشعور يعكس الواقع بالضرورة **(مسعد وعدة، 2023).**

- **مثال:** "أشعر بالقلق، هذا يعني أن شيئا سيئا سيحدث بالتأكيد".

❖ عبارات "يجب" أو الإلزاميات (Should Statements / Musts) :

يضع الفرد قواعد صارمة ومتطلبات غير واقعية لنفسه وللآخرين وللعالم، مستخدما كلمات مثل "يجب"، "ينبغي"، "حتما". عندما لا تسير الأمور وفقا لهذه القواعد، يشعر الفرد بالإحباط أو الغضب أو الذنب **(مسعد وعدة، 2023).**

- **مثال:** "يجب أن أكون مثاليا في كل شيء." أو "يجب أن يعاملني الناس بلطف دائما".

❖ القفز إلى النتائج (Jumping to Conclusions) :

يستنتج الفرد نتيجة سلبية دون وجود أدلة كافية تدعم هذا الاستنتاج. يتفرع هذا التشوه غالبا إلى قراءة الأفكار والتنبؤ السلبي بالمستقبل **(العدل، 2015).**

- **مثال:** "لم يرد على رسالتي فورا، هذا يعني أنه يتجاهلني.

❖ العنونة أو إطلاق التسميات (Labeling and Mislabeling) :

شكل متطرف من التعميم الزائد، حيث يقوم الفرد بوصف نفسه أو الآخرين بناء على خطأ واحد أو سلوك معين، ويستخدم تسميات سلبية وعامة. بدلا من وصف السلوك، يتم إطلاق حكم على الشخص ككل **(العدل، 2015).**

- **مثال:** بدلا من قول "لقد ارتكبت خطأ"، يقول الفرد "أنا فاشل".

❖ **مغالطة النزاهة (Fallacy of Fairness) :**

يعتقد الفرد أن الحياة يجب أن تكون عادلة دائما، ويشعر بالمرارة والاستياء عندما لا تسير الأمور وفقا لمفهومه الخاص للعدالة **(العدل، 2015).**

- **مثال:** "ليس من العدل أن يحصل هو على ترقية وأنا لا، رغم أنني أعمل بجد أكبر".

❖ **مغالطة التغيير(Fallacy of Change) :**

- **الشرح:** يعتقد الفرد أن سعادته تعتمد على تغيير الآخرين، وأنه يجب عليه أن يضغط على الآخرين أو يقنعهم بالتغيير ليتناسبوا مع توقعاته واحتياجاته **(العدل، 2015).**
- **مثال:** "لو أنه فقط تغير وتوقف عن هذا السلوك، سأكون سعيدا".

❖ **التزام الصواب دائما (Always Being Right) :**

- **الشرح:** يصر الفرد على أنه على صواب دائما، ويجد صعوبة في الاعتراف بالخطأ أو تقبل وجهات نظر مختلفة. يعتبر الآراء المخالفة هجوما شخصيا **(العدل، 2015).**

5- أسباب التشوهات المعرفية:

لا تنشأ التشوهات المعرفية من فراغ، بل هي نتاج لتفاعل معقد بين عوامل متعددة، تشمل الخبرات المبكرة، وأساليب التنشئة، والتعرض للضغوط، والآليات المعرفية التي يطورها الفرد للتعامل مع العالم. ويمكن تلخيص أبرز الأسباب المحتملة لظهور التشوهات المعرفية فيما يلي:

5-1- الخبرات المبكرة والتنشئة الاجتماعية:

- **المعاملة الوالدية:** تلعب أساليب المعاملة الوالدية دورا حاسما في تشكيل المخططات المعرفية والمعتقدات الأساسية لدى الطفل. فالنقد المستمر، أو الإهمال، أو الحماية المفرطة، أو توقعات الأداء العالية وغير الواقعية من قبل الوالدين يمكن أن تساهم في تكوين معتقدات سلبية حول الذات والآخرين والعالم، مما يؤدي إلى ظهور التشوهات المعرفية **(ضبيان وعابدي، 2022، خضراوي وبونصلة، 2022).**

على سبيل المثال، الطفل الذي يتعرض للنقد المستمر قد يطور تشوه "لوم الذات" أو "التفكير الثنائي" (إما أن أكون مثاليا أو فاشلا).

- **التعلم بالنمذجة والملاحظة:** يتعلم الأطفال الكثير من سلوكياتهم وأنماط تفكيرهم من خلال ملاحظة وتقليد النماذج المهمة في حياتهم، وخاصة الوالدين. فإذا كان الوالدان يميلان إلى استخدام أنماط تفكير مشوهة (مثل التفكير الكارثي أو التعميم الزائد)، فمن المرجح أن يكتسب الأطفال هذه الأنماط **(الأسمري، 2023).**
- **الخبرات الصادمة في الطفولة:** التعرض لخبرات صادمة مثل الإساءة الجسدية أو العاطفية، أو الفقدان، أو عدم الاستقرار الأسري يمكن أن يؤدي إلى تطوير معتقدات مشوهة كوسيلة للتكيف مع هذه التجارب المؤلمة **(العدل، 2015، ضبيان وعابدي، 2022).**

5-2- التعلم والخبرات اللاحقة:

- **التجارب السلبية المتكررة:** الفشل المتكرر في مجالات معينة من الحياة (الدراسة، العمل، العلاقات) قد يعزز المعتقدات السلبية ويدعم التشوهات المعرفية. على سبيل المثال، الشخص الذي يواجه صعوبات متكررة في العلاقات الاجتماعية قد يطور تشوه "التعميم الزائد" ويعتقد أنه "غير قادر على بناء علاقات ناجحة أبدا" **(مسعد وعدة، 2023).**
- **تفسير الأحداث:** الطريقة التي يفسر بها الفرد الأحداث التي تمر به تلعب دورا مهما. فالأفراد الذين يميلون إلى تفسير الأحداث الغامضة بشكل سلبي هم أكثر عرضة لتطوير التشوهات المعرفية **(مسعد وعدة، 2023).**

5-3- العوامل المعرفية والذهنية:

- **أخطاء في معالجة المعلومات :**يرى بيك أن التشوهات المعرفية هي نتيجة لأخطاء منهجية في معالجة المعلومات، مثل التركيز الانتقائي على المعلومات السلبية أو تجاهل المعلومات الإيجابية **(عبد الواحد وحسانين، 2021).**
- **المخططات المعرفية غير التكيفية :**كما ذكر سابقا، فإن المخططات المعرفية السلبية أو غير التكيفية التي تشكلت في وقت مبكر من الحياة يمكن أن تؤدي إلى تحيز في معالجة المعلومات وظهور التشوهات المعرفية **(ضبيان وعابدي، 2022).**

5-4- الضغوط النفسية والأحداث الحياتية:

يمكن أن تظهر التشوهات المعرفية أو تزداد حدتها تحت تأثير الضغوط النفسية الشديدة أو الأحداث الحياتية الصعبة. في مثل هذه الظروف، قد يلجأ الفرد إلى أنماط تفكير مبسطة أو متحيزة كوسيلة للتعامل مع المواقف، مما يؤدي إلى ظهور التشوهات **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**.

5-5- العوامل الاجتماعية والثقافية:

قد تساهم بعض الأعراف والقيم الاجتماعية أو الثقافية في تعزيز أنواع معينة من التفكير المشوه. على سبيل المثال، الثقافات التي تركز بشكل مبالغ فيه على الإنجاز والكمال قد تساهم في ظهور تشوهات مثل "التفكير الثنائي" أو "عبارات يجب" **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأسباب غالبا ما تكون متداخلة ومتفاعلة، حيث يمكن أن يؤدي وجود عامل معين إلى تعزيز تأثير عامل آخر، مما يساهم في ترسيخ أنماط التفكير المشوهة لدى الفرد.

6- آثار التشوهات المعرفية:

لا تقتصر التشوهات المعرفية على كونها مجرد أخطاء في التفكير، بل تمتد آثارها لتشمل جوانب متعددة من حياة الفرد النفسية والسلوكية والاجتماعية. إن تبني أنماط تفكير مشوهة بشكل مستمر يمكن أن يؤدي إلى مجموعة واسعة من العواقب السلبية، والتي تختلف في شدتها وتأثيرها من شخص لآخر. ويمكن إجمال أبرز آثار التشوهات المعرفية فيما يلي:

❖ التأثير على الصحة النفسية وتطور الاضطرابات:

- **زيادة التعرض للاضطرابات النفسية:** تعتبر التشوهات المعرفية عاملا محوريا في نشأة واستمرار العديد من الاضطرابات النفسية. فقد أوضحت نظرية بيك المعرفية كيف أن الأفكار والمعتقدات السلبية المشوهة تلعب دورا رئيسيا في تطور الاكتئاب والقلق **(مسعد وعدة، 2023)**. وأكدت العديد من الدراسات كذلك على هذه العلاقة، حيث وجد أن الأفراد الذين يعانون من مستويات مرتفعة من التشوهات المعرفية هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب **(هرمز، 2023، ضبيان وعابدي، 2022)**، والقلق الاجتماعي **(عبد الواحد وحسانين، 2021)**، واضطراب الوسواس القهري **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

- **تفاقم الأعراض الموجودة:** لا تساهم التشوهات المعرفية في نشأة الاضطرابات فحسب، بل يمكن أن تؤدي أيضا إلى تفاقم الأعراض الموجودة وزيادة شدتها ومدتها. فالأفكار السلبية المتكررة والمشوهة تعزز المشاعر السلبية وتجعل الفرد أكثر عرضة للانتكاس.

ومن بين الإصابة بالاضطرابات وتفاقم الأعراض نذكر:

- **الاكتئاب والقلق:** تعد التشوهات المعرفية، وخاصة تلك المتعلقة بالثالوث المعرفي السلبي لبيك (النظرة السلبية للذات، للعالم، وللمستقبل)، من العوامل الرئيسية في نشأة واستمرار الاكتئاب. كما أن التفكير الكارثي والتهويل يساهمان بشكل كبير في اضطرابات القلق. **(مسعد وعدة، 2023؛ هرمز، 2023).**
- **اضطراب الوسواس القهري:** تلعب التشوهات المعرفية مثل تضخيم المسؤولية، والمبالغة في تقدير أهمية الأفكار، والحاجة إلى السيطرة، دورا في تطور واستمرار أعراض الوسواس القهري **(ضبيان وعابدي، 2022).**
- **الاحتراق النفسي:** يمكن للتشوهات المعرفية مثل التوقعات غير الواقعية، أو لوم الذات على الفشل، أو الشعور بعدم القدرة على التحكم في ضغوط العمل، أن تساهم في تطور الاحتراق النفسي **(غزال ودحمان، 2024).**

❖ التأثير على السلوك والتكيف:

- **سلوكيات غير تكيفية:** تؤدي التشوهات المعرفية إلى تبني الفرد لسلوكيات غير تكيفية أو هدامة. على سبيل المثال، الشخص الذي يعاني من تشوه "التفكير الكارثي" قد يتجنب المواقف الاجتماعية خوفا من حدوث نتائج سلبية، مما يؤدي إلى العزلة. وبالمثل، فإن التشوهات المعرفية قد تكون سببا في لجوء الفرد إلى سلوكيات إدمانية كوسيلة للهروب من الأفكار والمشاعر السلبية **(الأسمري، 2023؛ خلفاوي وبوروبة، 2021؛ العدل، 2015).**
- **صعوبات في حل المشكلات و اتخاذ القرار:** عندما يكون تفكير الفرد مشوها، فإنه يجد صعوبة في تقييم المواقف بشكل واقعي واتخاذ قرارات سليمة. قد يؤدي ذلك إلى تجنب اتخاذ القرارات أو اتخاذ قرارات متسرعة وغير مدروسة **(مسعد وعدة، 2023).**

❖ التأثير على العلاقات الاجتماعية:

- **صعوبات في العلاقات الشخصية:** يمكن أن تؤثر التشوهات المعرفية سلبا على علاقات الفرد بالآخرين. فالشخص الذي يعاني من تشوه "قراءة الأفكار" قد يسيء تفسير نوايا الآخرين، والشخص الذي يعاني من

"الشخصنة" قد يشعر بأن الآخرين ينتقدونه باستمرار. هذه التفسيرات الخاطئة يمكن أن تؤدي إلى سوء الفهم، والصراعات، وصعوبة بناء علاقات صحية ومستقرة **(العدل، 2015)**.

- **العزلة الاجتماعية:** قد تؤدي بعض التشوهات المعرفية، مثل الخوف من الرفض أو الاعتقاد بعدم الكفاءة الاجتماعية، إلى تجنب الفرد للتفاعلات الاجتماعية، مما يؤدي إلى العزلة والشعور بالوحدة **(العدل، 2015)**.

❖ التأثير على الذات:

- **انخفاض تقدير الذات:** غالبا ما ترتبط التشوهات المعرفية بانخفاض تقدير الذات. فالأفكار السلبية المستمرة حول الذات وقدراتها (مثل "أنا فاشل"، "أنا غير محبوب") تؤدي إلى تآكل ثقة الفرد بنفسه وشعوره بالقيمة **(خضراوي وبونصلة، 2022)**.
- **انخفاض الكفاءة الذاتية:** تؤثر التشوهات المعرفية أيضا على معتقدات الفرد حول قدرته على النجاح في المهام المختلفة (الكفاءة الذاتية). فالشخص الذي يقلل من شأن إنجازاته (تشوه التهوين) أو يعمم فشلا واحدا على جميع محاولاته المستقبلية (تشوه التعميم الزائد) من المرجح أن يعاني من انخفاض في الكفاءة الذاتية **(خضراوي وبونصلة، 2022)**.

❖ التأثير على الأداء العام:

يمكن أن تؤثر التشوهات المعرفية سلبا على أداء الفرد في الدراسة أو العمل. فالخوف من الفشل، أو التسويف الناتج عن توقعات غير واقعية، أو صعوبة التركيز بسبب الأفكار السلبية المتكررة، كلها عوامل يمكن أن تحد من قدرة الفرد على تحقيق أهدافه **(خضراوي وبونصلة، 2022)**.

باختصار، فإن التشوهات المعرفية ليست مجرد أخطاء بسيطة في التفكير، بل هي أنماط فكرية لها تأثير عميق ومتشعب على مختلف جوانب حياة الفرد، مما يؤكد أهمية التعرف عليها والعمل على تعديلها لتحقيق صحة نفسية أفضل ونوعية حياة أعلى.

7- طرق قياس التشوهات المعرفية:

يعد قياس التشوهات المعرفية خطوة أساسية في فهم دورها في الاضطرابات النفسية وتوجيه التدخلات العلاجية. وقد طور الباحثون والمعالجون العديد من الأدوات والأساليب لتقييم هذه الأنماط الفكرية المشوهة. تعتمد هذه الطرق بشكل عام على التقرير الذاتي للفرد أو على الملاحظة الإكلينيكية. فيما يلي عرض لأبرز طرق قياس التشوهات المعرفية:

❖ مقاييس واستبيانات التقرير الذاتي:

تعتبر مقاييس التقرير الذاتي من أكثر الأدوات شيوعا في قياس التشوهات المعرفية، حيث يطلب من الفرد الإجابة على مجموعة من العبارات أو المواقف التي تعكس أنماط تفكير مختلفة ومن أمثلة هذه المقاييس نذكر:

- **مقياس التشوهات المعرفية (للعصار، 2015):** ويتكون هذا المقياس من (58) عبارة موزعة على تسعة أبعاد للتشوهات المعرفية **(خلفاوي وبوروبة، 2021).**
- **مقياس التشوهات المعرفية (لأحمد هارون، 2017):** مثلا عند العودة للدراسات السابقة نجد لأنه قد تم استخدام هذا المقياس في دراسة ضبيان وعابدي (2022) وفي دراسة عبد الواحد وحسانين (2021). ويتكون هذا المقياس في صورته النهائية التي استخدمت في دراسة ضبيان وعابدي (2022) من (52) فقرة موزعة على تسعة أبعاد، بينما أشارت دراسة عبد الواحد وحسانين (2021) إلى أن مقياس التشوهات المعرفية الذي أعده الباحثان كان قد تم بناءه على أعمال سابقة منها عمل هارون ويتضمن أبعادا مثل التفكير الثنائي، التعميم الزائد، التهوين الذاتي، التجريد الانتقائي، التفسيرات الشخصية، والاستنتاج الانفعالي.
- **مقاييس أخرى للتشوهات المعرفية:** في بعض الدراسات، قام الباحثون أنفسهم بإعداد أو تكييف مقاييس للتشوهات المعرفية لتناسب عينة الدراسة وأهدافها، مثل المقياس الذي أعده العدل (2015) في دراسته حول علاقة التشوهات المعرفية بالتعصب والعنف، والذي اشتمل على سبعة أبعاد **(العدل، 2015).** تتميز هذه المقاييس بسهولة تطبيقها وتصحيحها، وقدرتها على تقديم تقييم كمي لمستوى التشوهات المعرفية لدى الفرد.

❖ المقابلة الإكلينيكية (Clinical Interview):

تعتبر المقابلة الإكلينيكية أداة هامة أخرى في تقييم التشوهات المعرفية. من خلال الحوار المباشر مع الفرد، يمكن للمعالج أو الباحث استكشاف أنماط تفكيره، وتحديد المعتقدات الأساسية والوسيطة التي قد تكون كامنة وراء التشوهات الظاهرة. تسمح المقابلة بفهم أعمق لكيفية تأثير هذه التشوهات على حياة الفرد اليومية ومشاعره وسلوكياته **(ضبيان وعابدي، 2022).**

❖ تحليل الأفكار التلقائية (Analysis of Automatic Thoughts):

يعد تحليل الأفكار التلقائية جزءا أساسيا من العلاج المعرفي، ويمكن استخدامه أيضا كأداة تقييم. يطلب من الفرد مراقبة وتسجيل الأفكار التلقائية التي تظهر في ذهنه في مواقف معينة، خاصة تلك التي تثير مشاعر سلبية. من خلال تحليل هذه الأفكار، يمكن تحديد التشوهات المعرفية الكامنة فيها. **(خلفاوي وبوروبة، 2021).**

❖ الملاحظة السلوكية (Behavioral Observation):

على الرغم من أن التشوهات المعرفية هي عمليات داخلية، إلا أنها غالبا ما تنعكس في سلوكيات الفرد. يمكن للملاحظة الدقيقة لسلوك الفرد في مواقف مختلفة، وتفاعلاته مع الآخرين، وطريقة تعبيره عن مشاعره، أن تقدم مؤشرات حول وجود أنماط تفكير مشوهة. **(خلفاوي، 2021).**

8- استراتيجيات التعامل مع تعديل التشوهات المعرفية:

لا تعتبر التشوهات المعرفية سمات ثابتة لا يمكن تغييرها، بل هي أنماط تفكير مكتسبة يمكن تعديلها واستبدالها بأنماط أكثر واقعية وتكيفا. ويهدف العلاج المعرفي السلوكي (CBT) بشكل أساسي إلى مساعدة الأفراد على التعرف على تشوهاتهم المعرفية وتحديها وتغييرها. هناك العديد من الاستراتيجيات والفنيات التي تستخدم لتحقيق هذا الهدف، ويمكن إجمال أبرزها فيما يلي:

❖ التعرف على الأفكار التلقائية ورصدها:

تعتبر هذه الخطوة الأولى والأساسية في عملية التعديل. حيث يتم تدريب الفرد على الانتباه إلى الأفكار التي تسبق أو تصاحب مشاعره السلبية أو سلوكياته غير التكيفية. ويمكن استخدام "نماذج رصد الأفكار اليومية" لتسجيل الموقف، والمشاعر المصاحبة، والأفكار التلقائية التي ظهرت **(العدل، 2015).**

❖ تحديد التشوهات المعرفية:

بعد رصد الأفكار التلقائية، يتم مساعدة الفرد على تحليل هذه الأفكار وتحديد أنواع التشوهات المعرفية الكامنة فيها (مثل التعميم الزائد، التفكير الثنائي، إلخ). مجرد تسمية التشوه يمكن أن يساعد الفرد على فهم طبيعة تفكيره غير العقلاني. **(العدل، 2015).**

❖ الحوار السقراطي وفحص الأدلة (Socratic Questioning and Examining Evidence):

يتم تشجيع الفرد على التعامل مع أفكاره المشوهة كفرضيات تحتاج إلى اختبار بدلا من حقائق مطلقة. ويطرح على الفرد أسئلة مثل: "ما هو الدليل الذي يدعم هذه الفكرة؟"، "ما هو الدليل الذي يعارضها؟"، "هل هناك تفسير آخر للموقف؟". يساعد هذا الأسلوب على رؤية المواقف من زوايا متعددة وتقييم مدى واقعية الأفكار **(العدل، 2015).**

❖ إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring):

تهدف هذه الاستراتيجية إلى مساعدة الفرد على استبدال الأفكار المشوهة والسلبية بأفكار أخرى أكثر واقعية وإيجابية وتكيفا. لا يعني هذا مجرد التفكير الإيجابي السطحي، بل بناء تفسيرات بديلة للمواقف تستند إلى الأدلة والواقع **(العدل، 2015)**.

❖ التجارب السلوكية (Behavioral Experiments):

في بعض الأحيان، قد يكون من المفيد اختبار صحة الأفكار المشوهة من خلال تجارب سلوكية عملية. يطلب من الفرد القيام بسلوكيات معينة لاختبار توقعاته ومعتقداته. على سبيل المثال، الشخص الذي يعتقد أنه "سيفشل إذا تحدث أمام الجمهور" قد يطلب منه إلقاء كلمة قصيرة أمام مجموعة صغيرة لاختبار هذا الاعتقاد **(العدل، 2015)**.

وحسب ضبيان وعابدي (2022) فإن هناك العديد من الأساليب والفنيات الممكن أن تساعد في التعديل على التشوهات المعرفية ومنها:

❖ ملء الفراغ:

ويظهر من خلال تعامل الفرد مع الموقف واستجابته تجاه الموقف، حيث يشعر أن هناك فجوة توجد بين المثير والاستجابة وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار، ويمكن للمعالج تمثيلها من خلال تعليم الفرد أن يركز في الأفكار**(ضبيان وعابدي، 2022)**.

❖ الوصول إلى دقة الاستنتاجات:

من خلال تعليم الفرد وتدريبه على كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتسم استنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية. **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

❖ التخلي عن المطالب:

يكون من خلال التخلص من مجموعة الوجوبيات التي ينظر الفرد من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له القلق والاضطرابات المختلفة. **(ضبيان وعابدي، 2022)**.

❖ التحويل:

يعني تحويل انتباه الفرد على مجموعة الواجبات التي تسبب له الاضطراب والتفكير المشوه إلى النشاطات الاجتماعية. **(ضبيان وعابدي، 2022).**

❖ التعرف على الأفكار المشوهة والعمل على تعديلها:

ترى ضبيان وعابدي (2022) أن الفرد الذي يعاني من تشوهات معرفية يمكنه تجاوزها إذا حاول تعديل هذه الأفكار المشوهة. فمن خلال تحديد الفرد للأفكار السلبية التي تراوده، يمكنه بعد ذلك أن يبحث عن الأدلة التي تدعم هذه الأفكار أو تدحضها، وأن يطور أفكارا بديلة أكثر واقعية.

إن عملية تعديل التشوهات المعرفية تتطلب وقتا وجهدا وممارسة مستمرة. وغالبا ما يكون العلاج المعرفي السلوكي، الذي يدمج بين هذه الفنيات وغيرها، هو النهج الأكثر فعالية لمساعدة الأفراد على التغلب على أنماط التفكير المشوهة وتحسين صحتهم النفسية.

9- التشوهات المعرفية والإدمان:

يعد الإدمان، سواء كان إدمانا على المواد المخدرة أو إدمانا سلوكيا (مثل إدمان الإنترنت)، من المشكلات المعقدة التي تتداخل فيها عوامل متعددة. وتلعب التشوهات المعرفية دورا محوريا في نشأة واستمرار وصعوبة التعافي من سلوكيات الإدمان، ولإيضاح العلاقة أكثر نذكر ما يلي:

❖ دور التشوهات المعرفية في بدء الإدمان:

قد يلجأ الأفراد الذين يعانون من تشوهات معرفية معينة إلى سلوكيات الإدمان كوسيلة للهروب من الأفكار والمشاعر السلبية التي تثيرها هذه التشوهات. على سبيل المثال، الشخص الذي يعاني من تشوه "التفكير الكارثي" ويتوقع دائما أسوأ النتائج، قد يجد في تعاطي المخدرات أو الإفراط في استخدام الإنترنت وسيلة لتخدير قلقه أو الهروب من توقعاته السلبية **(الأسمري، 2023؛ العدل، 2015).**

كما أن الأفكار المشوهة حول الذات (مثل "أنا لا أستحق الأفضل") قد تقلل من دافعية الفرد لمقاومة الإغراءات الإدمانية. **(الأسمري، 2023).**

❖ دور التشوهات المعرفية في استمرار الإدمان:

بمجرد أن يبدأ الفرد في سلوك الإدمان، يمكن للتشوهات المعرفية أن تساهم في استمراره وتفاقمه. فالمدمن قد يطور مجموعة من التشوهات التي تبرر سلوكه الإدماني أو تقلل من شأن عواقبه السلبية. من هذه التشوهات "الإنكار" (مثلا: "أنا لست مدمنا، يمكنني التوقف متى شئت")، أو "التهوين" (مثلا: "الأمر ليس بهذا السوء")، أو "لوم الآخرين" (مثلا: "الظروف هي التي دفعتني لهذا"). هذه التشوهات تمنع الفرد من رؤية حقيقة مشكلته وتقلل من استعداده لطلب المساعدة أو التغيير **(خلفاوي وبوروبة، 2021؛ العدل، 2015)**. وقد أشارت دراسة الأسمري (2023) إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين التشوهات المعرفية وتعاطي المواد المسببة للإدمان.

❖ دور التشوهات المعرفية في صعوبة التعافي والانتكاس:

حتى بعد أن يقرر الفرد التعافي من الإدمان، يمكن للتشوهات المعرفية أن تشكل عائقا كبيرا. فالأفكار المشوهة حول القدرة على التغيير (مثل "لقد حاولت من قبل وفشلت، لا فائدة")، أو الخوف من مواجهة الحياة بدون المادة أو السلوك الإدماني، أو الشعور بالذنب والعار، كلها عوامل يمكن أن تزيد من احتمالية الانتكاس. لذا، فإن العلاج المعرفي السلوكي للإدمان يركز بشكل كبير على تحديد وتعديل هذه التشوهات المعرفية. وقد تناولت العديد من الدراسات هذه العلاقة بشكل مباشر، فدراسة العدل (2015) بحثت في علاقة التشوهات المعرفية بالاتجاه نحو التعصب والعنف لدى طلاب الجامعة، وهي سلوكيات قد تكون مرتبطة بأنماط إدمانية أو سلوكيات اندفاعية. كما ركزت دراسة خلفاوي وبوروبة (2021) ودراسة عبد الواحد وحسانين (2021) على علاقة التشوهات المعرفية بإدمان الإنترنت لدى المراهقين وطلاب الجامعة، ووجدتا علاقات ارتباطية إيجابية. **(خلفاوي وبوروبة، 2021؛ العدل، 2015؛ عبد الواحد وحسانين، 2021)**.

خلاصة:

في ختام هذا الفصل، يتضح أن مفهوم التشوهات المعرفية يمثل جانبا محوريا في فهم طبيعة التفكير الإنساني وتأثيره العميق على الحالة النفسية والسلوكية للفرد. لقد استعرض الفصل عرضا نظريا مفصلا لهذا المفهوم، بدءا من تقديم تعريفاته المتعددة التي تؤكد على طبيعته كأخطاء منهجية أو تحيزات في معالجة المعلومات، وتتبع نشأته التاريخية

كما تم التعمق في النظريات الأساسية المفسرة لنشأة واستمرار هذه التشوهات، وقد تم تفصيل أبرز أنواع التشوهات المعرفية الشائعة، مع تقديم أمثلة توضيحية لكل نوع، وبيان الأسباب المعقدة والمتداخلة التي قد تؤدي إلى ظهورها وترسيخها لدى الأفراد .الأهم من ذلك، سلط الفصل الضوء على الآثار السلبية والمتشعبة المترتبة على تبني هذه الأنماط الفكرية المشوهة، والتي لا تقتصر على زيادة احتمالية الإصابة بالاضطرابات النفسية وتفاقم أعراضها

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات

1_ مفهوم الادمان على المخدرات

2_ نظريات الإدمان على المخدرات

3_اسباب الادمان على المخدرات

4_ سيكولوجية المدمن

5_ التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على المخدرات

6_ أعراض الادمان على المخدرات

7_ انعكاسات الإدمان على الفرد

8_ الوقاية والعلاج

تمهيد

الإدمان على المخدرات هو حالة طبية ونفسية تتميز بتناول وتعاطي مواد مخدرة بشكل مفرط ومتكرر، مما يؤدي إلى Dependence وإحداث تغييرات سلبية في حياة الفرد. يُعتبر الإدمان مرضًا معقدًا يؤثر على الدماغ والسلوك، حيث يتسبب في تحفيز شبكة المكافأة في الدماغ، مما يؤدي إلى الشعور بالسعادة، لكن مع مرور الوقت، يتطلب الأمر زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير، مما يزيد من المخاطر الصحية والنفسية.

يمكن أن تشمل المخدرات المسببة للإدمان مجموعة واسعة من المواد، بدءًا من المخدرات المشروعة مثل الكحول والنيكوتين إلى المخدرات غير المشروعة مثل الهيروين والكوكايين. تؤثر هذه المواد على الصحة الجسدية، النفسية، والاجتماعية للفرد، وقد تؤدي إلى مشكلات قانونية، فقدان العلاقات، وتدهور الأداء الوظيفي.

1_ مفهوم الادمان على المخدرات:

أ_ مفهوم الإدمان:

بشكل عام هو سوء استخدام العقاقير أو الكحوليات ويصبح المدمن تحت تأثيرها في جميع تصرفات حياته، ولا يمكنه الاستغناء عنها وبمجرد نفاذ مفعولها يلجأ إلى البحث عنها، وتصبح شغله الشاغل متجاهلا أي شيء مهم آخر، أو الالتفات إلى حقيقة اعتماده الإدماني عليها والذي يوصل له الشعور بالسعادة والانبساط. **(زكيو، 2021، ص 234)**

الادمان يعرفه سويف 1996: التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو المواد نفسية الأدوية المؤثرة على الاعصاب، ومنها المنومات والمنشطات والملطفات، لدرجة أن التعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو التعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه اعراض الانسحاب اذا ما انقطع عن التعاطي **(محمد السيد، 2008، ص 230)**

الإدمان عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة نفسية وفي بعض الأحيان عضوية ناتجة عن التفاعل بين الكائن الحي والمخدر وتتميز باستجابات سلوكية عادة ما تتضمن دافعا عنيفا لتناول المخدر بشكل دائم أو بين الفترة والأخرى للحصول على آثاره النفسية، وعادة من أجل تجنب آثار مزعجة من تعاسة وقلق التي تنتج في حالة الامتناع، وبأنه حالة من التخدير الوقتي أو المزمن يضر بالفرد والمجتمع **(بخوش، 2022، ص 705)**

ب_ مفهوم المخدرات:

1_ لغة:

"خدر": الخدر: الستر، "مخدرة" أي لزمت الحذر، خادر إلى دخل الحذر. ويقال حذر من الشراب أو الدواء أي حذر جسمه وعظامه أي فقد الوعي.

2_اصطلاحاً:

هي تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الإجرامي، لأنها مواد مذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكاً منحرفاً (هي مادة طبيعية أو مصنعة تدخل جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثيرها ضاراً على البيئة والمجتمع لمادة تسبب نوع من النشوة وتخفيف للألم سواء كانت مادة خام أم مصنعة تؤثر على الفرد نفسياً وجسدياً واجتماعياً في حالة التعود عليها، وتزيد من حالة التوتر النفسي والألم الجسدي إذا تم التوقف عن تناولها.

أي مادة طبيعية أو كيميائية تحدث عن تعاطي الإنساني لها أو استعمالها تغيراً في شخصيته أو وظائف جسمه أو سلوكه. **(أبوزيد، 2023، ص 260)**

اضطرابات استخدام هذه المواد هي الأعراض مؤشرات معرفية وسلوكية وفسيولوجية تدل على استمرار الشخص في ذلك استخدام مادة ما على الرغم من المشاكل الكبيرة التي يسببها هذا الاستخدام يسعى الأشخاص الذين يعانون من مشاكل تعاطي المخدرات إلى الحصول على العلاج بشكل حقيقي، ويشكل الافتقار إلى القدرة عائقًا كبيرًا أمام العلاج والتعافي لهؤلاء الأفراد. ولحسن الحظ، أصبح الإدمان على الكحول والمواد الأخرى معروفًا على نطاق واسع على أنه مرض مزمن يتطلب علاجًا طبيًا ويجب أن يتمتع بحماية التأمين الصحي والتغطية الصحية. **(FRCPC,2023.p3)**

يشير "أحمد علي" إلى أن تعاطي المخدرات هو عبارة عن رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الاشخاص نحو مواد مخدرة، تعرفوا إراديا أو عن طريق المصادقة على أثارها المسكنة والمخدرة والمنشطة وهذه الرغبة تتحول بسرعة إلى عادة يصعب التخلص منها، وكثيرا ما تدفع إلى زيادة متدرجة في الجرعة المتعاطات مسببة حالة من الادمان تضر به جسميا ونفسيا.

وترى "Leavitt" أن متعاطي المخدرات يرى فيها حلا لمشاكله: إن تعاطي المخدرات هو تجنب للمشاكل بتالي تجنب الحاجة إلى أخذ قرارات حولها، أما "Siegel" وآخرون فقد توصلوا إلى أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر ضد الانفعالات وتجنب الواقع، ومقاومة الضغط، في حين توصل "Parker" وآخرون إلى أن تعاطي الكحول والمخدرات هو نمط مقاومة انفعالي مثله مثل التفكير المرغوب فيه والبحث عن السند الاجتماعي والمعلومات والتعبير عن الانفعالات والإنكار والقيام بنشاطات مريحة. **(باشن، 2022، ص46)**

هي متنوعة ولكنها مشتركة في اغلبها بين حالات الدراسة وشائعة الاستخدام من قبل المراهق البيئة المحلية وهذا حسب الطبيب العقلي والحالات نفسها، وعلى رأسها نجد: القنب الهندي والمعروف محليا "بالزطلة"، استنشاق المذيبات المتطايرة، المواد اللاصقة كالغراء او البنزين او حتى بعض انواع الدهان الحائطي والحبوب المهلوسة والمهدئة بمختلف أنواعها خاصة عائلة "البنزوديا زيبينات". **(كعور، 2022.ص103)**

تعاطي المخدرات يأخذ مفهوم تعاطي المخدرات عدة معاني، ولقد أشارت فريدة قماز. إلى ذلك في النقاط الآتية: استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأنيس نفسي أو عقلي معين. رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة. قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يُفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. **(رابح، علي، 2019، ص 147)**

ج_ مفهوم الإدمان على المخدرات:

للإدمان على المخدرات هو التعريف الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة (OMS)، حيث عرفته المنظمة العالمية للصحة على أنه حالة تسمم مؤقتة أو مزمنة ضارة بالفرد والمجتمع ويترتب على التعاطي المتكرر لعقار طبيعي أو مركب التي تتضمن الخصائص التالية :الرغبة أو الحاجة إلى زيادة استهلاك المخدر والحصول عليه بأية وسيلة كانت. الرغبة إلى زيادة كمية الجرعة. الاعتماد النفسي والجسمي على المخدر. **(غازلي، 2018، ص 387)**

التصنيف المعتمد من طرف المشرع الجزائري: لقد نظم المشرع الجزائري مسألة تصنيف المخدرات في القانون رقم 04 - 18 وخاصة في مادته الثالثة التي أوكلت ذلك إلى وزير الصحة من خلال قرار يصنف من خلاله المؤثرات العقلية والمخدرات وهذا في جداول مخصصة لذلك بحسب خطورة المادة وطبيعتها.

في السياق فإن المحكمة العليا في الجزائر رسخت فكرة العودة إلى الجداول التي توضح نوع وخطورة المادة المخدرة وهذا بمناسبة العمل القضائي، فالقاضي عليه الرجوع إلى هذه الجداول الخاصة والاستعانة بها في إصدار أحكامه في القضايا الموصوفة على أنها قضايا المخدرات والمؤثرات العقلية.

يعتمد القضاة في الجزائر على نتائج الخبرة التي يتم إرسالها إلى جرائم مخابر التحاليل المختصة، فاذا كانت نتائجها تبين أن المادة المعنية مصنفة في أحد الجداول التي نص عليها المشرع في القانون رقم 04-18 يتم متابعة الجاني بجنحة المتاجرة أو تعاطي مواد مخدرة، وإذا كانت المادة غير مصنفة فتكون المتابعة بتهمة بيع مواد صيدلانية بدون ترخيص من السلطات المختصة، وفي آخر ما صدر في مجال تصنيف المخدرات والمؤثرات العقلية هو القرار الوزاري المشترك بتاريخ 11 أوت 2021 المتضمن تحديد قائمة المواد والأدوية التي تؤثر بشكل مباشر أو كأعراض ثانوية على الصحة العقلية والجسدية للأشخاص، وعلى رأسها مادتي البريغابالين والترامادول وبداية من 07 مايو 2022 صدر قانون يصنف المواد المخدرة في جداول بحسب 13 خطورتها. **(معمر، ديليمي، 2023، ص 297)**

2_ نظريات الإدمان على المخدرات:

أ_ البيولوجية:

هناك عوامل بيولوجية متنوعة بإمكانها أن تساهم في قيمة الإدمان نذكر منها:

❖ الوراثية:

أظهرت دراسات التوائم والأولاد بالتبني أن امكانية الاستعداد الوراثي بشكل عام ضعيفة في الإدمان والهشاشة البيولوجية التي كشفتها الدراسات الوراثية قد تمثل استعدادا غير مباشر لاستعمال الإدمان عند المراهقين. إن الخطر المتزايد للاضطرابات المرتبطة باستعمال المخدرات عند الأطفال الاكتئابين مكن من الإيحاء بوجود هشاشة وراثية مشتركة بين مظاهر نفس مرضية متنوعة تتجلى في اضطرابات معينة مثل الاكتئاب الإدمان على الكحول والتبعية للمخدرات.

❖ الاتجاه العصبي البيولوجي:

المواد المنشطة نفسيا تؤدي إلى أحاسيس وتغيرات في النشاط الذهني والسلوكي للمستهلك لأنها تؤثر في الدماغ الاختلالات المتكررة المرتبطة بالسلوكيات الإدمانية تمس أساسا نظام التعويض أو ما يسمى بنظام اللذة والألم. منذ

سن مبكرة وحسب تجارب متقدمة، هذا النظام سوف يلعب دور في تسيير الانفعالات والمخدرات تؤثر في هذا النظام و هكذا الاستهلاك المزمن للمخدرات يؤدي إلى تنشيط غير عادي ومتكرر لنظام اللذة والألم كل المواد والمخدرات تدعم تحرير الدوبامين في النواة وفي قشرة الدماغ، هناك بعض النظريات البيولوجية والتي تفترض وجود نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية، مستقبلات دورانية يؤدي تفاعلها مع العقار الدوائي إلى المفعول الدوائي ومستقبلات ساكنة غير نشطة لا تتفاعل مع العقاقير، يؤدي الاستهلاك العقاقير المستمر إلى تنشيط المستقبلات الساكنة لتصبح مستقبلات دورانية أيضا. يؤدي تكاثر المستقبلات الدورانية إلى حاجة الشخص إلى جرعات متزايدة من الدواء والإدمان، إن التحمل وعوارض الفطام يمثلان قيمة ثانوية تساهم في استمرارية تعاطي المخدرات وفي تفاقم هذا الاستعمال. **(أومليلي، 2010، ص 82-83)**

ب_ التعلم الاجتماعي:

تفترض نظرية التعليم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمه القواعد الإجرائية، وقواعد التعلم، بما في ذلك العوامل المعرفية ويتعرض الشباب لنماذج تنمي الاتجاهات نحو استخدام العقاقير، وكذلك المعتقدات السائدة حوله، ونماذج من سلوك التعاطي، حيث يتعلمون منهم هذا السلوك. وبناءا على التعرض للمواد، أو العقاقير، فان الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير أما يعزز ايجابيا أو سلبيا عن طريق الإثارة وتشتمل المعززات الناتجة عن المخدرات خفض التوتر، وخفض الانضغاط، أو التعامل مع الحالات الوجدانية السلبية، أو زيادة التفاعلات الاجتماعية. وإذا استمر استخدام العقار فان زيادة التحمل (الطاقة) للآثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الآثار، والحصول على كميات أكبر، قد ينتج عنها انشغال زائد بالحصول عليها، وبالمثل فان الاعتماد البدني قد ينتج عنه ما يستلزم مزيدا من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب، والحصول على المعززات قصيرة المدى قد يحقق الرغبة في تجنب تعزيز السالب الناتجة عن استخدام المادة.

ج_ النموذج المرضي:

حدد هذا النموذج ابتداء بما أقرته منظمة الصحة العالمية (who) في عام 1952 من إطار تشخيصي الإدمان الكحوليات كمرض، ومن أن تعاطي العقاقير والمخدرات هو حالة من الاضطراب، تصيب الأشخاص المتعاطين، وتؤدي إلى الإدمان الفيسيولوجي، أي إلى تغير فيسيولوجيا الجسم نتيجة لسوء استخدام العقاقير والمخدرات، كما يتضح في زمالات التحمل والانسحاب، وتنشا مع المتعاطي حاجات متنامية إلى زيادة كميات التعاطي وجرعاته، الأمر الذي يجعل المتعاطي يدخل في دائرة مفرغة من عملية المرض. ومن الصعب أن ندخل نموذج المرض لتفسير سوء الاستعمال أو

الإدمان في أي من النظريات النفسية، أو النظريات السلوكية البيئية .رغم مسمى هذا النموذج. فان نموذج المرض ليس نموذجا طبيا، ولا بيولوجيا، ورغم قدم هذا النموذج فلا يزال واعدا في هذا الميدان لكن لسوء الحظ فان النموذج لا يشمل على تفسير واضح للإدمان، وجوهر هذا النموذج يشير إلى أن سوء الاستخدام أو بصفة محددة للإدمان هو مرض فالإدمان كمرض ليس تفسيرا بقدر ما هو تقرير للحقيقة حول أنماط الاستخدام غير المتكيف، وخطر التكرار لهذه الأنماط أثناء حياة المدمنين. ويرى أن القصور المرضي لسوء استخدام العقاقير يعتبر شائعا في المجتمع، ومعظمنا يشعر أن الذين يسيؤن استخدام العقاقير إنما هم مرضى ويحتاجون للعلاج، يحث يتضمن المرض وجود شذوذ بدني، سواء كان الشذوذ تشريحا أو فيسيولوجيا حيث أشارت الأدلة إلى وجود خصائص شذوذ بيولوجية للذين هم عرضة لسوء استخدام العقاقير. فقد أوضحت الدراسات الوراثية وجود (جين) مستقل عن التأثيرات البيئية، يمد الفرد بنشاط لتطوير سوء استخدام العقاقير وقد اقترح الباحثون عدة نظريات وراثية حيوية تشتمل على شذوذ في وظيفة نقل السيالات العصبية، مثلا: السيروتين أو الكاتيكول أمينات أو اختلافات في تمثيل الكحول. وغياب دليل طاغ لأي من هذه العلامات البيولوجية يجعل من أي سبب بيولوجي منفرد أمرا غير وارد. **(تيايبية، 2022، ص 287).**

د_ التحليل النفسي:

يعتمد التفسير السيكوديناميي للإدمان على أنه سلوك نكوصي أدت إليه الصراعات اللاشعورية الليبيدية، حيث تم التثبيت في المرحلة الفمية، فالإدمان في رأي "فرويد" هي بدائل للشبقية الطفلية الذاتية النكوصية التي خبرت بداية باعتبارها سارة، ثم غير سارة، وهي الدائرة الشريرة لمعظم الأشكال الإدمانية، وفي هذه الدائرة تصبح الرغبة في اللذة مشبعة، ولكن فقط بمصاحبة الذنب، وانخفاض تقدير الذات، وتنتج هذه المشاعر قلقا غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك لإيجاد الشفاء"، أي أن التحليلين يركزون في تفسير الإدمان على الصراعات النفسية التي ترجع أساسا إلى:

أولا: الصراعات النفسية وترجع إلى:

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفمية.
- الحاجة إلى الأمن.
- الحاجة إلى إثبات الذات.

ثانيا: الآثار الكيميائية للمخدر:

وهو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم، وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجع إلى التركيبة النفسية للمدمن الذي يحدث حالة من الاستعداد النفسي، وبالتالي تكون الصورة العامة للمدمن والإدمان في ضوء نظرية التحليل النفسي كالآتي:

- ينظر التحليل النفسي للإدمان على المخدرات في المستوى القهري أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه بالمدمن بالمخدر تعلقا قهريا لا يستطيع التخلي عن المخدر.
- يفرق التحليل النفسي بين المدمنين على المخدرات وغيرهم ممن يدمنون على مواد أخرى، وإن كانت هذه الأخيرة تشير إلى شيء من الاضطراب الذي لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.
- إن مدمني المخدرات تنطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق، تشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي، أو تكون أكثر حدة.
- ينكر التحليل النفسي أن مدمني المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية ويدللون على ذلك أن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضا على البيئة الخارجية وليس على نفسه.

أن مظاهر الإدمان تتمثل في الأشكال التالية:

- نوبات من المدح والانبساط وهذا هو الشكل الأساسي للإدمان.
- اضطراب جنسي أو نشاط جنسي مشوش أو غير ناضج.
- تدهور عقلي.
- تدهور خلقي واجتماعي ومحني.

وهكذا فإن العقار المخدر يستعمله المدمن كدعم نفسي ووسيلة علاجية ذاتية تخلصه من القلق والتوتر، باحثا عن التوازن بينه وبين واقعه، فالمد من شأنه شأن المنفعل يغير من نفسه بدلا أن يغير من واقعه وعالمه، وهذا التغير الذي يحدثه له المخدر يتيح له إعادة بناء عالمه إعادة سحرية وهمية، ولكنها الإعادة التي تمكنه من التكيف مع واقعه.

وبهذا يلعب المخدر دور المدعم الذي يشعر المدمن بالقوة والقدرة على مواجهة العالم، وما ذلك إلا شعورا زائفا يخفي وراءه الضعف والخذلان. **(بورنان، 2015، ص 60-61)**

سنتحدث في هذا العنصر بالتحليل والنقاش على النظريات المفسرة الادمان المخدرات لدى الفرد من خلال معالجتنا للموضوع حسب نظريتين هما: النظرية النفسية والنظرية الاجتماعية.

❖ النظرية النفسية:

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

ويعتبر فرويد من أهم علماء النفس الذي أهتم بموضوع الإدمان وتفسيره فهو يري أن تعاطي الأفراد للمخدرات أما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص للتجارب متعددة من الإحباط أي أن الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدي الفرد الإحباط ويجعله في موافق القلق وعدم الاستقرار، وعليه وحسب مدرسة التحليل النفسي فإن مدمن المخدرات تظهر عليه العديد من الأعراض المرضية تشمل الجنسي وقواه العقلي وقيمة الأخلاقية وعلاقاته الاجتماعية ومشاكل وصعوبات في العمل وحياته العائلية.

ويهتم التحليل النفسي مختلف الاختلال والاضطرابات الموجودة في السلوكيات الصادرة من الفرد والصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك المرض وعليه فإن تعاطي الكحول والمواد المخدرة والعقاقير يسبب تأثيرات جسمية متفاوتة فيما بينها من حيث الشدة والنوع فتظهر هذه التأثيرات على شكل اضطرابات. **(بلعيد، ذيب، 2021، ص 435)**

3_اسباب الادمان على المخدرات:

تكاد تجمع الدراسات الميدانية والأبحاث الاكاديمية الحديثة اليوم إلى أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها يرجع أساسا إلى جملة من الأسباب يمكن أن نلخصها فيما يلي:

- التفكك الأسري بسبب انفصال الزوجين أو وفاتهما، مما يدفع في الكثير من الأحيان بالأطفال إلى الانحراف والولوج إلى عالم المخدرات.
- تعاطي الوالدين أو أحدهما للمخدرات والكحول، وإهمالهما لمسؤولياتهما.
- ضعف الوازع الديني من خلال إهمال الأسرة للتربية الدينية المتوازنة والصحيحة للأبناء حتى لا يغرر بهم.

- الفقر والبطالة.
- مجالسة ومصاحبة رفاق السوء.
- الرسوب المدرسي، وما ينجر عليه من فراغ لا يستغله الشباب عادة في الأشياء الإيجابية كممارسة الرياضة، والانخراط في الجمعيات الخيرية.....
- سن المراهقة الذي يؤدي في الكثير من الأحيان ببعض الشباب إلى حب الاكتشاف وتجريب الأشياء الجديدة.
- الاستعمال السيئ والمبالغ فيه للوسائل التكنولوجية الحديثة المختلفة، وعدم استغلالها فيما هو نافع ومفيد، حتى يصبح الفرد مدمنا على استعمالها، بالإضافة إلى متابعة والبرامج التي تحث على سوء الأخلاق والعنف وغيرها. **(رباح، 2018، ص 367)**

يرى محمد سلامة غباري أن الأفراد يلجئون إلى تعاطي المخدرات الأسباب عديدة معظمها راجع إلى الوهم والجهل وسوء الفهم، ومن هذه الأسباب ما يلي:

- الحصول على اللذة أو السرور وكما معروف فإن هذه الحالة دائماً تكون وهمية ومؤقتة.
- الظروف الاجتماعية والأسرية غير المناسبة مثل: التفكك الأسري أو انحراف أحد الوالدين ورفقة السوء والعادات الخاطئة.
- الهروب من بعض ضغوط الحياة ومشاقها ومن بعض مظاهر سوء التوافق الشخصي أو الاجتماعي في البيت أو المدرسة أو العمل.
- يضاف إلى ذلك نبذ الأبوين للطفل أو المراهق وتهرب الأب من مسؤولياته وانعدام طموحات الأبوين بخصوص مستقبل الطفل وحدوث صراعات مستمرة بينهما أمام الأطفال أو المراهقين.
- انخفاض الوازع الديني لدى الفرد وعدم قيام الأسرة أو المدرسة أو المجتمع بإبراز الأوامر والنواهي الدينية المتعلقة بالمخدرات للأفراد على نحو مناسب.
- التعامل السيئ من جانب بعض وسائل الإعلام مع موضوع المخدرات وتعاطيها حيث تترك الفرصة لغير المتخصصين للكلام عنها بشكل غير علمي.

وفي ضوء عدد من البحوث الدراسات المرتبطة، حدد (دياب البدانة) أسباب تعاطي المخدرات في الآتي:

كشف الذات To Explore Self وهنا قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية، ولاسيما أن هناك أفكاراً شائعة في المجتمعات عن تأثر القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.

تغير المزاج To Alter Mood إن ما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضه للاكتئاب والقلق، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصاً المنبهات والمسكنات.

العلاج المرض To Treat Disease : هناك بعض المخدرات التي استخدمت وما زالت تستخدم في المعالجة الطبية مثل المورفين، فقد تستخدم المخدرات لعلاج الحالات النفسية كذلك.

لتعزيز وتقوية التفاعل الاجتماعي To promote and enhance social interaction : هناك بعض العقاقير والمخدرات التي تشجع على تفاعل الفرد مع الآخرين مثل الكحول، فقط يلجأ الشباب إليها لزيادة الجرأة في التفاعل مع الآخرين وخصوصاً مع الجنس الآخر.

لتعزيز الخبرة الحسية والسعادة To enhance sensory experience and pleasure : يسعى الشباب إلى الحصول على اللذة وتجنب الألم وخصوصا عندما تنبع أفكار اجتماعية حول بعض المخدرات مثل الماريجوانا مع الجنس والكونياك مع السيجار.

لإثارة الإبداع الفني والأداء To stimulate artistic creativity and performance : قد تستعمل المخدرات كمثيرات للأداء الفني خاصة عند أصحاب القدرات الفنية كالكتابة أو الرسم. **(المهندي، 2013، ص 64_65)**

- غياب دور الوالدين وانعدام الرقابة وتهميش دور الاب والام.
- توجد علاقة وثيقة بين التدخين وتعاطي المخدرات اغلب المدمنين يدخنون السكائر
- اضطراب الشخصية.
- اصدقاء السوء.
- الرغبة في التجربة وحب الفضول والاستطلاع.
- كثرة وقت الفراغ.
- البطالة.
- المشاكل الأسرية. **(عضيد عزت، 2022، ص 65)**

الأسباب الأسرية فكانت:

- عدم وعي الأسرة بخطورة تعاطي المخدرات وتقصير الأسرة في التحذير منها.
- وجود الخلافات العائلية والتفكك الأسري.
- انشغال الأب لأعمال كثيرة خارج المنزل ولفترات طويلة.
- ارتباط الأم بالعمل خارج المنزل لفترات طويلة.
- تعاطي الأبوين أو أحدهما للمخدرات أو المواد المهدئة.
- التخلف الدراسي وكثرة الرسوب عند الفرد.
- وجود الاضطرابات النفسية ومسببات القلق النفسي.
- إطلاع الشخص على المجلات التي تدعو إلى الانحراف والقيم الهابطة.
- مصاحبة رفاق السوء في كثير من الأماكن العامة والخاصة. **(أبو علي، دس، ص 57-63)**

4_ سيكولوجية المدمن:

هذا وقد اتفق علماء النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية على أن الإدمان يكون أكثر انتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات هي:

- **الشخصية الاكتئابية Depressive Personality:**

المكتئب شخص أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التي تثير حماس واهتمام الناس وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر. وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها. ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف بأنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم، فليس له القدرة على مواجهة مشاعر الإحباط والألم، فهو يريد كل شيء سهل ومتاح أمامه دون اعتبار الواقع ومتطلباته، وهو أيضًا يفتقر إلى الحزم والحسم وبعد النظر ولا يقوى على تأجيل رغباته، ويسعى لإشباع غرائزه وهو عموماً يشعر بالعجز عن مواجهة المشكلات والوقوف أمامها ومحاولة حلها **(غو افرية رشيدة، بوعالية شهرزاد، 2020، ص 250)**

- **الشخصية المتهيبة اجتماعياً Schizoïde Personality:**

المتهيب أو الهياب اجتماعياً Socially Phobic شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات ولا يقوى على مواجهتهم ولا يقوى على التعبير عن رأيه ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف اضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة، وبدون خجل، ويجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة كلما اضطرته الظروف لمواجهة مسئولياته مع الناس.. يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر. وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماماً فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس.

- **الشخصية المكروبة Stressed Personality:**

تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطر والاحتكاك بالآخرين والشخص المكروب دائماً في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد انه يرهق نفسه ومن يتعامل معه، وغالباً ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة. حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات وتجعله هادئاً بارداً مسترخياً متأنياً. ويجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر. وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها.

- **الشخصية السيكوباتية Psychopathic Personality:**

من سمات هذه الشخصية: أنها غير اجتماعية بشكل واضح، وتحمل مشاعر العدوانية نحو الآخرين، وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع. ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب أي إنسان وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه فهو يسرق.. يرتشي.. يؤذي.. يدمن يفعل أي شيء دون أن يتحرك لدية أدنى إحساس بألم أو ندم.. وبشكل عام فإن السيكوباتي لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه العقاب. **(المهندي، 2013، ص 58-59)**

5_ التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على المخدرات:

ما تزال الصورة السيكياترية المرتبطة ارتباطا جوهريا بتعاطي وإدمان المواد المخدرة هي الاكتئاب وهذه الصورة هي وليدة بحوث أجريت على مدمنين متقدمين للعلاج من إدمانهم فلا يمكن الجزم بأنها مستقلة تماما عن أعراض الانسحاب التي تبدأ مع التوقف من تعاطي الجرعة التالية في موعدها **(د.مؤلف، 2016، ص 494)**

وعرفه أرون بيك الاكتئاب بأنه استجابة لا تكيفية مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الإدراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو للمستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة. **(شارف، 2021، ص 13)**

طبقا لتقرير منظمة الصحة العالمية World Health Organization يتسم الاكتئاب بالحزن، وفقدان الاهتمام بالأنشطة وانخفاض الطاقة، وأعراض أخرى تشمل فقدان الثقة، وانخفاض تقدير الذات، والشعور غير المبرر بالذنب، ووجود أفكار عن الموت والانتحار، وتقلص القدرة على التركيز، واضطراب النوم والشهية، وقد يتضمن أعراضا جسدية. وعلى الرغم من أن المشاعر الاكتئابية شائعة خاصة بعد التعرض لعقبات أو نكسات الحياة فإنه يتم تشخيص الاكتئاب فقط عندما تدوم الأعراض لفترة لا تقل عن أسبوعين. ويمكن أن تختلف شدة الاكتئاب من الاكتئاب الخفيف Mild depression إلى الاكتئاب الحادSevere depression. **(علي، 2014، ص 25)**

كما ويضيف فيلدمان (Feildman) ان الاشخاص الذين يفكرون ويسعون للموت والانتحار، يمرون بضغوط شديدة من أبرزها العزلة الحرمان اضطرابات في العلاقات الشخصية والتوترات الانفعالية الهائجة التي من الصعب تحملها، لذا يقومون بالسلوك الانتحاري لأنهم يظنون انهم سوف يشعرون بالراحة وان ذلك يساء على ازالة تلك التوترات. **(تلمساني، عبد القادر، 2022، ص124)**

ولقد ذهب أصحاب المدرسة المعرفية أمثال (بيك، أليس، كيللي، ريمى، وميتشنبوم) إلى أن معتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة تلعب دوراً حيويا في توليد الاكتئاب لديه حيث أن الفرد يتبنى بعض الأفكار اللاعقلانية والأهداف غير الواقعية، بل أن الفرد يعيد غرس هذه اللاعقلانيات في نفسه من خلال حواره الداخلي فيما يتولد داخليا من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع ما. ويؤكد نموذج بيك على نمط التفكير السلبي للمكتئبين وتركيزه انتقائيا على المعلومات والخبرات التي تتفق وما لديه من صيغة معرفية سلبية عن نفسه والعالم والمستقبل. **(مهدي، 2015، ص 16-17)**

حيث يرى بيك أن الشخص خاصة المكتئب يكون صورة سلبية عن ذاته وعن العالم والمستقبل ويؤدي به اليأس إلى فقدان الدافعية بحيث أنه يتوقع نتيجة سلبية لأي فعل يقوم به، ويفقد الحافز الداخلي على الانخراط في أي نشاط بناء ويؤدي به هذا التشاؤم والنظرة السلبية للمستقبل في النهاية إلى الرغبة في الانتحار.

إن المنظور المعرفي للظاهرة الانتحارية نجده متكون من اتجاهين:

الأول: يبدأ بالعالم "بيك" الذي يعتبر كل من الاكتئاب والانتحار لهما نفس التكوين المعرفي، حيث يعتبران مجموعة من الأفكار غير المعلنة تعطي للفرد نظرة سلبية وتشاؤمية لنفسه أولاً وللعالم ثانياً وللمستقبل أخيراً، هذا التشويه السلبي للحقيقة يؤدي إلى حالة اكتئاب وهذه الحالة تؤدي بدورها إلى نقص في إمكانيات الفرد والتكيف مع الواقع، هذه السلبية تؤدي مباشرة إلى الانتحار.

الثاني: يرى أن الانتحار ناتج عن عجز في التكيف، انطلاقاً من دراسات استعملت طرق التقييم النفسي الموضوعي، حيث تمكن العالمان الفنسوتو نورنجر من التوصل إلى بعض الأفكار التي تؤدي إلى العجز في التكيف عند الأفراد المنتحرين، هذا العجز يعود إلى الصلابة في التفكير، الذي من خصائصه ضيق معنوية التفكير المتفرغ عنه. **(الكحلوت، 2016، ص 64-65)**

6_ أعراض الادمان على المخدرات:

❖ الأعراض الفيزيقية ومظاهرها:

- يلاحظ على المدمن على المخدرات زيادة إفراز اللعاب.
- كما يصبح معدل التنفس لديه زائدا على المتوسط العادي.
- كذلك زيادة خفقان القلب.
- زيادة إفراز العرق.
- اضطرابات النشاط الحركي.
- يصاب المدمن على المدمن على المخدرات في حالة اللهفة بالأرق واضطرابات النوم.
- يصاب أيضا بفقدان الشهية.
- أبسط النشاطات تشعره بالإجهاد والتعب.
- زيادة إفراز الدموع. **(تيايبية، 2019، ص 17_18)**

7_ انعكاسات الإدمان على الفرد:

❖ على مستوى الفرد:

من آثار إدمان الفرد على المخدرات الأضرار التي يلحقها على مستوى الجسم منها ضعف عام في صحته ونقص في وزن الجسم وارتعاش في الأطراف بالإضافة إلى شعوره بالحمول والكسل وفقدان الشهية وضعف الانتباه البصري والسمعي، كما يعاني المدمن من اضطرابات في الجهاز التنفسي واختلال في وظائف الكبد وبداية الفشل الكلوي، كما تؤثر في النشاط الجنسي وقد تؤدي إلى أمراض خطيرة.

بالإضافة إلى الإصابة بالاكتئاب الذي يفقد ثقته بنفسه وقد يؤدي بالشباب إلى الانتحار، إضافة إلى الإقدام على السلوكات غير السوية كالسرقة والقتل والزنا وغيرها من المحرمات التي تكون من جراء المخدر الذي يتناوله الشاب المدمن ويصبح بذلك شخص غير مرغوب فيه.

بصفة عامة يؤدي تعاطي المخدرات إلى آثار نفسية مثل القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار مع عصبية وجدة في المزاج وإعمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل. كما يسبب العصبية الزائدة والاضطراب والتوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه عدم التكيف الاجتماعي.

❖ على مستوى الأسرة:

يعتبر بناء الأسرة الخلية الأساسية لبناء المجتمع بصلاحها يصلح المجتمع وبفسادها يفسد المجتمع وينهار، وإصابة أي فرد بخلل معين يؤثر ذلك على الأسرة ككل خاصة إذا تعلق الأمر بالوالدين فتعاطي المخدرات من طرف الأولياء يؤثر تأثيرا مباشرا على الروابط الأسرية نتيجة الخلافات المتكررة التي تعاني منها الأسرة بسبب سوء العلاقات بين الشخص المدمن وبقية أفراد الأسرة، ويؤدي أيضا تناول المخدرات إلى ولادة أطفال مشوهين، ويقل دخل الأسرة بسبب الإنفاق المستمر على المخدرات المتناولة، وكما أن الإهمال المفرط من طرف الآباء سواء من الناحية المادية أو التربوية من شأنه أن يؤثر في سلوك الأطفال وتربيتهم فتنقص الرقابة والتوجيه وتتولد لدي الطفل بعض السلوكيات العدوانية وغير السوية إلى جانب احتكاكهم بالأشخاص المنحرفين نتيجة عدم الرقابة والمتابعة. **(سيخاوي، رباحي، 2023، ص 103)**

8_الوقاية والعلاج:

❖ الإجراءات الوقائية الواجب اتخاذها: (الوقاية خير من العلاج)

- التركيز على الجانب الوقائي الذي يضمن التوعية والإعلام من أضرار المخدرات فيخفف الطلب عليها.
- تكثيف تنظيم أيام إعلامية دراسية وتحسيسية من طرف الهيئات والمؤسسات المعنية بالموضوع وتنسيق العمل بينها وبين الجمعيات والمجتمع المدني. وكذا وسائل الإعلام المختلفة، هذه الأخيرة مؤهلة للعب أدوار ريادية وهامة لوقف الامتداد السرطاني لآفة المخدرات.
- ضرورة العمل أكثر ما بين القطاعات للتقليل من انتشار هذه الآفة والتكفل الفعال بالمدمنين.
- عقد ندوات ومحاضرات تحسيسية على مستوى المؤسسات التربوية المعاهد ومراكز التكوين المهني مراكز الإعلام وتنشيط الشباب.
- إعطاء ديناميكية الخلايا الاستماع والمتابعة على مستوى قطاع الصحة ومراكز الشباب.
- رفع عدد الجمعيات وتشكيل خلايا داخل المؤسسات التعليمية وخاصة في الجامعات والمعاهد. **(سايح، 2013، ص 212)**

يهدف العلاج الطبي إلى تخليص الجسم من السموم وعدم اعتماد الجسم على العقار وهو المرحلة الأولى من العلاج، والعلاج الطبي يجب أن يكون شخصيا أي لكل حالة منفردة ويتوقف على نوع المخدر الذي يتعاطاه الشخص وعدد مرات تعاطي وحجم الكمية التي يتعاطاها، وعلى الأمراض التي يعاني منها، حيث يهدف العلاج الطبي إلى ما يلي:

- التهدئة العامة للمريض.
- القضاء على الأعراض التي أصابت المدمن نتيجة التعاطي.
- الوقاية أو العلاج المسبق للأمراض المتوقعة نتيجة الانسحاب.
- التقليل تنازليا من اعتماد جسم الإنسان على المخدر حتى تصل إلى التطهير التام للجسم من المخدر، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه.
- تقوية الجسم، وزيادة قدرة المناعة الطبيعية ضد الأمراض. وعليه فإن العلاج الطبي يعتمد أساسا في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية بالدرجة الأولى، واستعمال الأدوية، وقد أثبتت الدارسات أن العلاج الطبي لا يكفي وحده بل لابد أن يرافق بالعلاج النفسي.

- **العلاج الاجتماعي:**

العلاج الاجتماعي لا يتوقف على العلاج من ادمان المخدرات فقط، ولكنه يكون مرحلة سابقة للتعاطي من خلال التوجيه والإرشاد والتعريف بالأضرار الجسمية والنفسية والاجتماعية التي يسببها تعاطي المخدرات وللوقوف حائلا بينهم وبين التعاطي، أما إذا كان الإدمان قد أصبح أمرا واقعا، فإن العلاج الاجتماعي يصبح أمرا واقعا لأن التخلص من الاعتماد الفيزيقي على المخدر أو التوقف عن تعاطي المخدر لا يعني بالضرورة الشفاء التام الأمر الذي يتطلب تكفلا اجتماعيا بالفرد المدمن يكون أحد أهدافه الاستمرار في عدم تعاطي الفرد للمخدرات وإقناع الفرد المدمن بتركها نهائيا وهذا لا يكون إلا بمساعدة البيئة التي تحيط بالفرد من أفراد الأسرة والعائلة والأصدقاء والمدرسة والعمل.وتحدد أهداف العلاج الاجتماعي كما تراها "منى" صالح العامري في الآتي:

- جعل المدمن يصل إلى حالة الاستقرار الاجتماعي وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة.
- جعله عضوا صالحا في المجتمع الصغير (الأسرة أو المجتمع، إعادة الإدماج الاجتماعي الكبير. الادماج المهني) أي إرجاع الرغبة له في العمل وتأصيله مهنيا أو إعادة التأهيل لمن كانت الإدماج المهني له مهنة سابقة وادخاله في الحياة المهنية اليومية.
- إعادة إدماج المدمن تعليميا وخاصة المدمنين الشباب الذين لا يستطيعون القراءة والكتابة أو كبار السن. **(شينار، بولحبال، 2020، ص 224-225)**

- **العلاج الطبي:**

يعتمد هذا العلاج على إبعاد المدمن على المخدر وتخليص جسمه من السموم والتقليل من أعراض الانسحاب التي يعاني منها المريض عندما يتوقف عن تعاطي العقاقير المسببة للإدمان، حيث يستخدم في ذلك عقاقير مضادة لكل نوع من المخدر تحت إشراف أطباء نفسانيين وأخصائيين في علم النفس وعلم الاجتماع.

- **العلاج النفسي:**

يفيد العلاج النفسي بطرقه المختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الديني والعلاج بالعمل والعلاج البيئي والاجتماعي والترويحي وتلعب الرعاية الاجتماعية المصاحبة أثناء العلاج واللاحقة دورا هاما أيضا. ومن المهم علاج مصاحبات الإدمان مثل الاكتئاب والفصام السيكوباتية أو أي اضطراب آخر. **(بن عمور، بوجلال، 2021، ص31)**

❖ طرق ووسائل ناجعة لإقناع المدمن من الابتعاد عن هذه الآفة:

هناك وسائل كثيرة نأمل أن تكون كفيلة لإقناع المدمنين بخطورة المخدرات ووجوب الابتعاد عنها مع مساعدته على ذلك، ومن بين هذه الوسائل:

- برمجة ندوات ومحاضرات وأيام ثقافية للتوعية في مجال المخدرات.
- طباعة مطويات شهرية ومجلات وكتب توعوية في مجال المخدرات.
- التنسيق مع الجهات الرسمية والجمعيات المعتمدة لتحقيق هذا الغرض. القيام بزيارات أسبوعية ميدانية للمدمنين في مستشفى الطب النفسي والمنازل والسجن المركزي، والقيام بدورات توعوية لأسر المدمنين، مع التركيز على تقديم المساعدة اللازمة لإنجاح هذه العملية. والمراكز الثقافية والخاصة بالحضانة وغيرها من المؤسسات الرسمية لبيان خطورة المخدرات على المجتمع توزيع أشرطة وكاسيت فيديو، وتخصيص حصص سينمائية ومسرحيات تعالج هذه القضية.
- إعداد معارض ومكتبات متنقلة في جميع أنحاء البلاد قصد توعية الأمة بخطورة المخدرات والآثار السيئة التي تفسد الأمة.
- القيام بدراسات متخصصة للمساهمة في علاج هذه القضية.
- متابعة المدمنين التائبين بعد خروجهم من المستشفى ومحاولة تقديم يد المساعدة لحل مشكلاتهم الاقتصادية والاجتماعية والنفسية. (بوزيدي، 2004، ص 300)

• العلاج المعرفي السلوكي:

إن هزيمة الإدمان ليس مجرد التوقف عن التعاطي، ولكن لابد في البداية أن ينجح أي علاج تأهيلي في التعرف على الأسباب التي أجبرت المدمن على التعاطي من الأساس، وما هي السلوكيات التي تعزز من الإدمان لدى المريض ومن ثم يبدأ البرنامج العلاجي التأهيلي في مخاطبة هذه الأنماط السلوكية وتغييرها للأفضل، من اجل ذلك أثبت العلاج المعرفي السلوكي أنه أكثر الطرق فعالية إلى حد كبير في هذا الصدد. والعلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج الإدمان، لأنه يركز على أفكار الفرد أي الجانب المعرفي، وكيف تؤثر هذه الأفكار على سلوكه، ولكن في حين تسعى العلاجات الأخرى إلى التعمق في الأسباب الجذرية، والأحداث الماضية وتحليلها، فإن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تغيير الأفكار، ومن ثم تغيير السلوك الناتج عنها، وعادة ما يتم تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي مع المعالج، وقد يكون جزء من برنامج علاجي داخلي أو خارجي أكثر شمولاً أو قد يكون علاجا قائما بذاته. وفي العلاج المعرفي السلوكي

يعمل الممارس المؤهل على مساعدة المريض في إلقاء الضوء على الأفكار، والسلوكيات الأساسية التي تسببت في مشكلة التعاطي والإدمان والتعرف على سلوكيات بديلة صحية. وقد يكون العلاج المعرفي السلوكي قوياً إلى درجة كبيرة، ولكنه ليس العلاج السحري للإدمان، أو أي مشكلة أخرى، فالأمر يتعلق بدافع المريض وإرادته في تنفيذ ما تعلمه من خلال العلاج المعرفي السلوكي والحفاظ عليه.

- **ويمكن إيجاز خطوات علاج الادمان فيما يلي:**

– الإدمان مشكلة معقدة لكنها قابلة للعلاج:

تعقيد مشكلة الإدمان يأتي من تثيرها المباشر على المخ والجهاز العصبي؛ حيث إن الدراسات تشير إلى أن هذا التأثير يبقى مطولاً حتى بعد علاج الإدمان ومن هنا يأتي الخطر طويل المدى المتمثل في حدوث الانتكاسات.

ليس هناك خطة واحدة تطبق على الجميع التعامل مع مشكلة الإدمان هو في حقيقته تعامل مع إنسان فردي بكل تعقيدات حياته الاجتماعية وصحته العضوية وكل خلفياته النفسية؛ لذا يمكن القول بملء الفم أنه من المستحيل تطبيق خطة علاج واحدة على جميع المدمنين.

العلاج يجب أن يكون متوافر دوما من أجل التحكم بشكل أفضل في انتشار مشكلة الإدمان، يجب أن تكون التسهيلات العلاجية متاحة دوما للمريض بمجرد اتخاذه قرارًا بالخضوع للعلاج حيث إن الإدمان مثله مثل أي مرض مزمن كلما كان التدخل العلاجي ضده أفضل مبكرا.

علاج الإدمان يستهدف إنسانًا وليس نوعا مخدرا:

أي خطة لعلاج الإدمان ينبغي أن تراعي الطبيعة الإنسانية للمدمن وخلفياته الطبية والنفسية المتنوعة من أجل العمل بشكل متواز على جميع مصادر الخلل، ولا يمكن اعتبار علاج الإدمان أنه مجرد دواء يتم وصفه بناء على نوع المخدر الذي يدمنه المريض؛ حيث إن الأمر يتجاوز تلك النظرة الضيقة بشكل كبير إتمام المشوار حتى نهايته ينبغي أن يفهم المدمن من اليوم الأول أن التزامه بالخطة وبرنامج العلاج من أول يوم وحتى آخر يوم هو أمر لا غنى عنه لنجاح العلاج.

العلاج السلوكي أمر معتاد في أغلب خطط علاج الإدمان بأنواعه المختلفة تكون جلسات العلاج النفسي والسلوكي ركن أساسي في تغيير نمط حياة المريض. **(بن سالم، 2015، ص ص 209-212)**

تقوية الوازع الديني والأخلاقي عن طريق المساجد المؤسسات التعليمية، الأسرة .... ترقية ممارسة الرياضة على مستوى الأحياء وتوفير الوسائل التثقيفية والترفيهية. تكوين شباب للقيام بمهمة توعية شباب من سنهم اختيار المكان والزمان. (تكوين مربين متخصصين - أطباء - مختصين في علم النفس - تقنيين في الصحة - مساعدة اجتماعية يعملون على مستوى القطاع الصحي، مراكز الشباب وخلايا الاستماع والمتابعة من أجل التكفل الجيد بالمدمنين عبر جميع مراحل المعالجة).

إنشاء مركز علاج للمدمنين على مستوى القطاع الصحي لكل ولاية مقر. إنشاء مكاتب اتصال على مستوى المجالس الشعبية البلدية للتكفل والعمل على إدماج الشباب العاطل في الوسط المهني. متابعة ومعالجة المدمنين المتواجدين على مستوى المؤسسات العقابية. إنجاز كتيبات ونشرات وملصقات عن الإدمان وأضراره المختلفة وبيان آثاره السلبية على مختلف أجهزة الجسم والعقل مع توزيعها مجانا. **(سايح، 1013، ص 113)**

خلاصة

يمكن القول إن الإدمان على المخدرات يمثل تحديًا كبيرًا للمجتمعات وهو قضية صحية واجتماعية خطيرة تتطلب اهتمامًا مستمرًا. يتضح أن الإدمان ليس مجرد مشكلة فردية بل يؤثر على الأفراد وعائلاتهم والمجتمع ككل. لذا، من الضروري تحسين الوعي العام حول مخاطر المخدرات وسبل الوقاية.

يلعب العلاج والدعم المجتمعي دورًا حاسمًا في التعافي؛ فبجانب تقديم الرعاية الطبية والنفسيّة، يجب التركيز على إعادة التأهيل وتوفير بيئة داعمة تساعد الأفراد على بناء حياة جديدة خالية من المخدرات .

في النهاية، يجب أن نتذكر أن الإدمان يمكن أن يُعالج، وأن الأمل دائمًا موجود في التعافي. من خلال تعزيز الوعي وبناء سياسات فعالة تصب في مصلحة الأفراد والمجتمع، يمكننا أن نخطو خطوات مهمة نحو تقليل أثر الإدمان وتحسين جودة الحياة لجميع المتأثرين.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

1- حدود الدراسة

2- الحدود الموضوعي للدراسة

3- منهج الدراسة

4- مجتمع الدراسة

5- عينة الدراسة

6- أدوات جمع البيانات

تمهيد

سنتناول في هذا الفصل الأخير عرضًا وتعريفًا عامًا بالمراكز المتخصصة في علاج الإدمان، مع التركيز بشكل خاص على تقديم بطاقة فنية حول المركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية تبسة، باعتباره ميدان الدراسة. كما سنقوم بعرض وتحليل البيانات التي تم جمعها خلال الدراسة، والتي تشمل معطيات كمية تتمثل في جداول ونسب مئوية بسيطة، وأخرى كيفية، تُعنى بوصف هذه الجداول وتحليلها وتفسير مضامينها، مع ربط النتائج ببعضها البعض. وتهدف هذه العملية إلى الوصول إلى أبرز النتائج التي سعت هذه الدراسة إلى تحقيقها، والإجابة على الإشكالية المطروحة حول مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين.

1- حدود الدراسة:

أ- الحدود المكانية:

تم إجراء الدراسة على مستوى المركز الوسيط لصحة المدمنين بولاية تبسة، وهو مؤسسة صحية عمومية تابعة لوزارة الصحة، يقع بمدينة تبسة بالقرب من مؤسسات صحية أخرى، مما يسهل التنسيق الطبي وتحويل الحالات

ب- الحدود الزمانية:

تمت الدراسة خلال السنة الجامعية 2025/2024، وقد تم تنفيذ العمل الميداني بالمركز خلال الفترة الممتدة من 11 مارس إلى 11 ماي 2025، وهي الفترة التي تم فيها جمع البيانات، إجراء المقابلات، والملاحظة الميدانية.

2- الحدود الموضوعي للدراسة:

تصبو الدراسة الحالية الى معالجة مشكلة بحثية لدى فئة المدمنين والمتمثلة في مستوى التشوهات المعرفية لدى هذه الفئة والفروق في درجته أيضا والتركيز على مظاهر الاختلاف في درجة الإدمان حسب نوع المخدر ومدة الادمان

3- منهج الدراسة:

تم اعتماد المنهج الوصفي في هذه الدراسة لكونه الأنسب لطبيعة الموضوع، حيث يتيح هذا المنهج إمكانية تحليل وتشخيص مظاهر التشوهات المعرفية لدى فئة المدمنين بدقة وموضوعية. كما يوفّر إطارًا منهجيًا لوصف هذه التشوهات من حيث شدّتها وانتشارها، إلى جانب دراسة الأبعاد النفسية المرتبطة بها، مثل الاحتراق النفسي الذي قد

يساهم في تعميق سلوكيات الإدمان أو في تعقيد مسارات التعافي. وبذلك، يمكّن هذا المنهج من تقديم صورة كمية ونوعية شاملة عن الظاهرة قيد الدراسة، بما يخدم أهداف البحث ويسهم في بناء قاعدة معرفية لفهم العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان.

4- مجتمع الدراسة:

سعيًا لتحقيق أهداف هذه الدراسة الموسومة بالتشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان لدى المدمنين، تم تحديد مجتمع البحث ليشمل المدمنين الذين يتابعون علاجهم بالمركز الوسيط لصحة المدمنين بولاية تبسة، والبالغ عددهم الإجمالي 1333 مدمناً. وقد تم اختيار هذا المجتمع البحثي نظرًا لملاءمته لموضوع الدراسة، حيث يمثل بيئة علاجية نشطة تضم فئة تعاني فعليًا من اضطرابات الإدمان، ما يسمح برصد أنماط التفكير المختلفة المرتبطة بهذه الظاهرة النفسية وتحليلها في سياق واقعي ومباشر.

جدول رقم (01) يوضح وصف مجتمع الدراسة

	المتغير	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	1012	75.92%
	انثى	321	24.02%
العمر	15	184	13.80%
	16-25	598	44.86%
	26-35	419	31.43%
	30	132	9.90
نوع المخدر	القنب الهندي	98	7.35%
	ادوية نفسية	408	30.61%
	مهلوسات	824	61.81%
	اخرى	03	0.22%
طريقة الرصد	طوعي	1303	97.50%
	استشسفاي	30	2.50%

	اخرى	00	00%
الوضع العائلي	متزوج	557	41.78%
	أعزب	716	53.71%
	اخر	60	4.50%
الوضع المهني	طالب	267	20.03%
	عامل	365	27.38%
	عاطل	701	52.58%

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

5- عينة الدراسة:

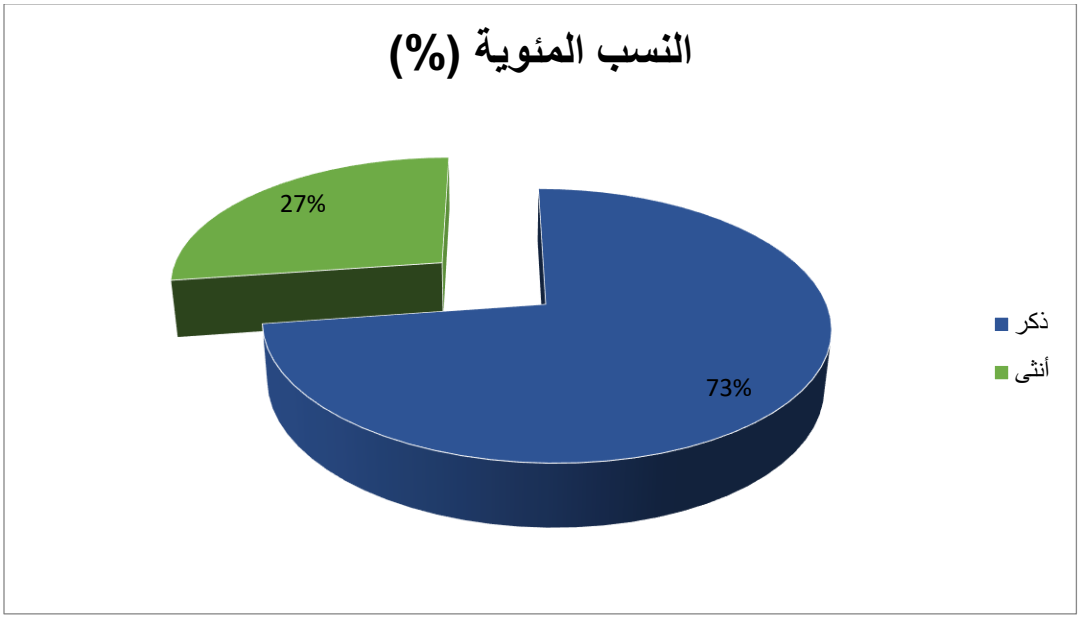
تم اعتماد أسلوب العينة القصدية لاختيار 52 مدمناً من مجتمع الدراسة، بطريقة عرضية ويُعد هذا الأسلوب في اختيار العينة مناسبا للدراسات التي تستهدف التعمق في فهم ظواهر معينة داخل فئة محددة، خاصة في المجالات النفسية التي تتطلب تركيزًا على الخصائص النوعية للأفراد محل الدراسة.

5-1- توزيع عينة البحث وفق الجنس:

جدول رقم (02): يمثل توزيع عينة البحث وفق الجنس

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية (%)
ذكر	40	73
أنثى	15	27
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (01): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الجنس

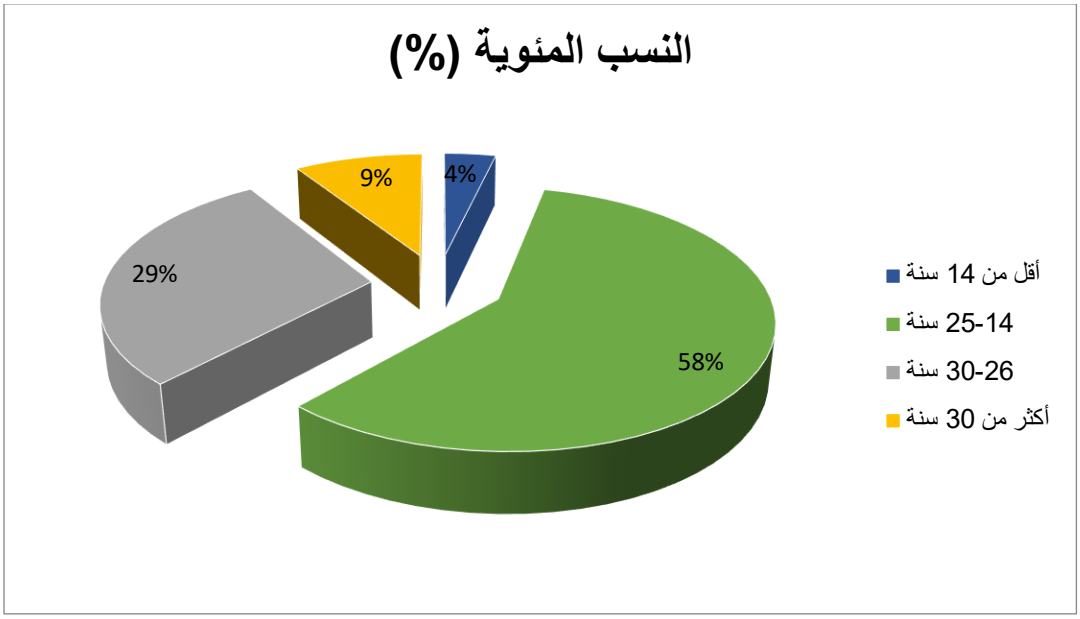
من خلال الجدول رقم 02 نلاحظ أن النسـبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 73% من جنس ذكور، أما النسبة الأقل والبالغة 27% من جنس إناث.

5-2- توزيع عينة البحث وفق السن:

جدول رقم (03): يمثل توزيع عينة البحث وفق السن

السن	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أقل من 14 سنة	02	04
14-25 سنة	32	58
26-30 سنة	16	29
أكثر من 30 سنة	05	09
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (02): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق السن

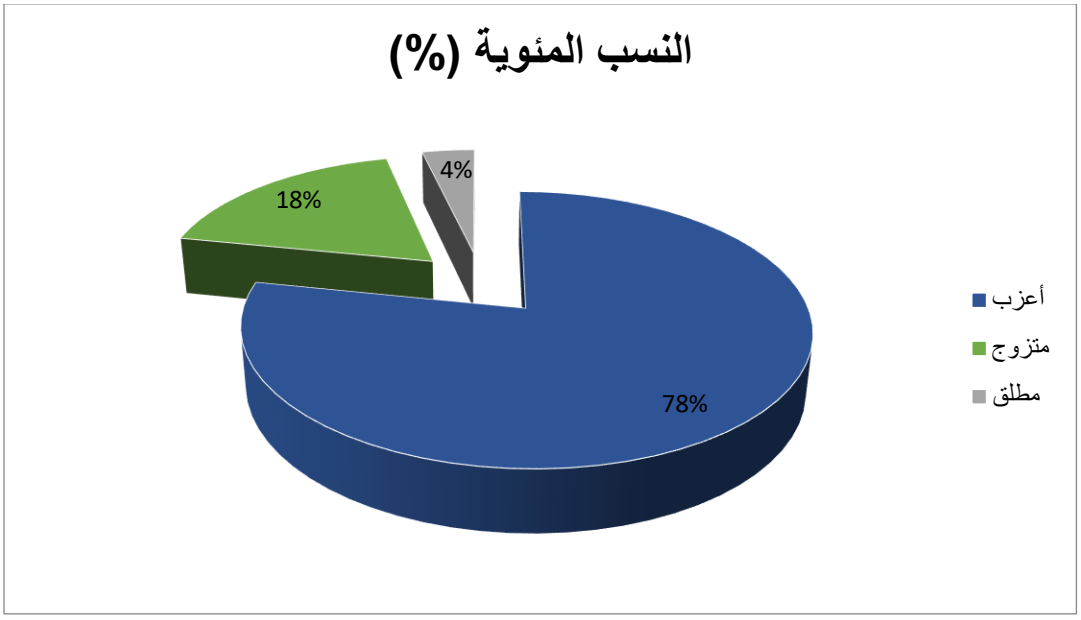
من خلال الجدول رقم 03 نلاحظ أن النسـبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 58% تتراوح أعمارهم بين 14 و25 سنة، أما النسبة الأقل والبالغة 04% تقل أعمارهم عن 14 سنة.

5-3- توزيع عينة البحث وفق الحالة الاجتماعية:

جدول رقم (04): يمثل توزيع عينة البحث وفق الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أعزب	43	78
متزوج	10	18
مطلق	02	04
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (03): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الحالة الاجتماعية

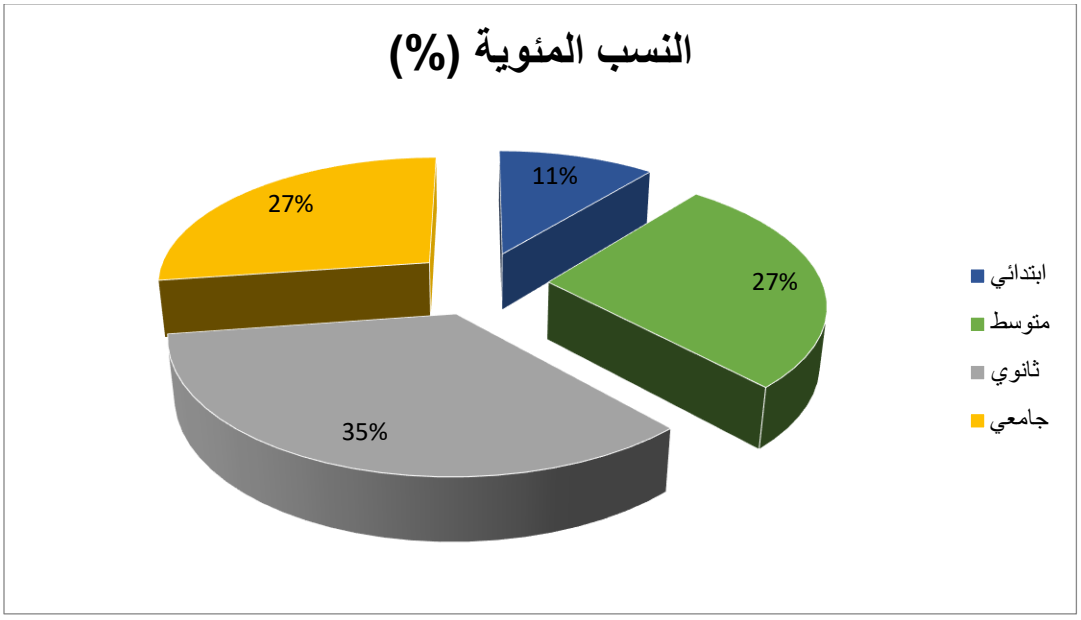
من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن النسـبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 78% عزاب، أما النسـبة الأقل والبالغة 04% مطلقون.

5-4- توزيع عينة البحث وفق المستوى التعليمي:

جدول رقم (05): يمثل توزيع عينة البحث وفق المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرارات	النسبة المئوية (%)
ابتدائي	06	11
متوسط	15	27
ثانوي	19	35
جامعي	15	27
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (04): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق المستوى التعليمي

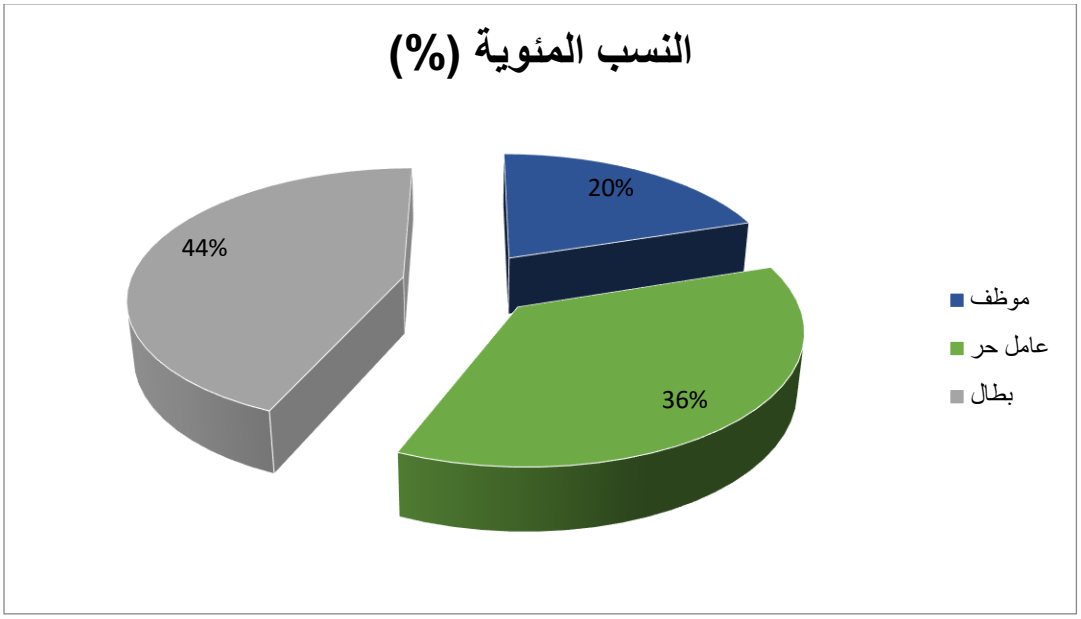
من خلال الجدول رقم 05 نلاحظ أن النسبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 35% لديهم مستوى تعليم ثانوي، أما النسبة الأقل والبالغة 11% لديهم مستوى تعليم ابتدائي.

5-5- توزيع عينة البحث وفق الوضع المهني:

جدول رقم (06): يمثل توزيع عينة البحث وفق الوضع المهني

الوضع المهني	التكرارات	النسبة المئوية (%)
موظف	11	20
عامل حر	20	36
بطال	24	44
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (05): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق الوضع المهني

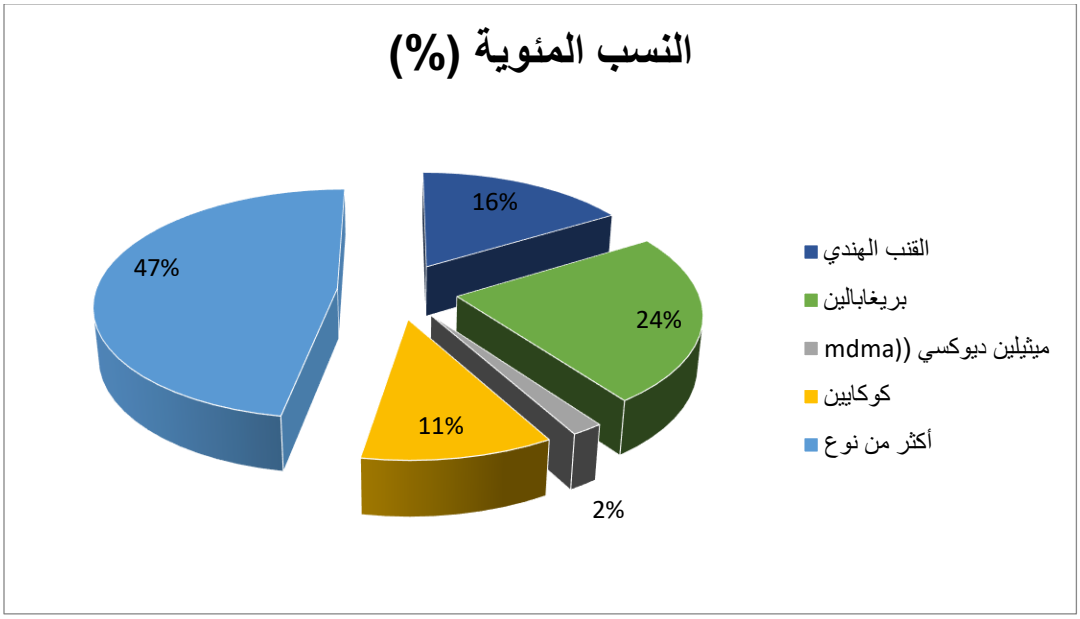
من خلال الجدول رقم 06 نلاحظ أن النسبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 44% بطالون، أما النسبة الأقل والبالغة 20% عبارة عن موظفين.

5-6- توزيع عينة البحث وفق نوع المخدر:

جدول رقم (07): يمثل توزيع عينة البحث وفق نوع المخدر

نوع المخدر	التكرارات	النسبة المئوية (%)
القنب الهندي	09	16
بريغابالين	13	24
ميثيلين ديوكسي (mdma)	01	02
كوكايين	06	11
أكثر من نوع	26	47
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (06): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق نوع المخدر

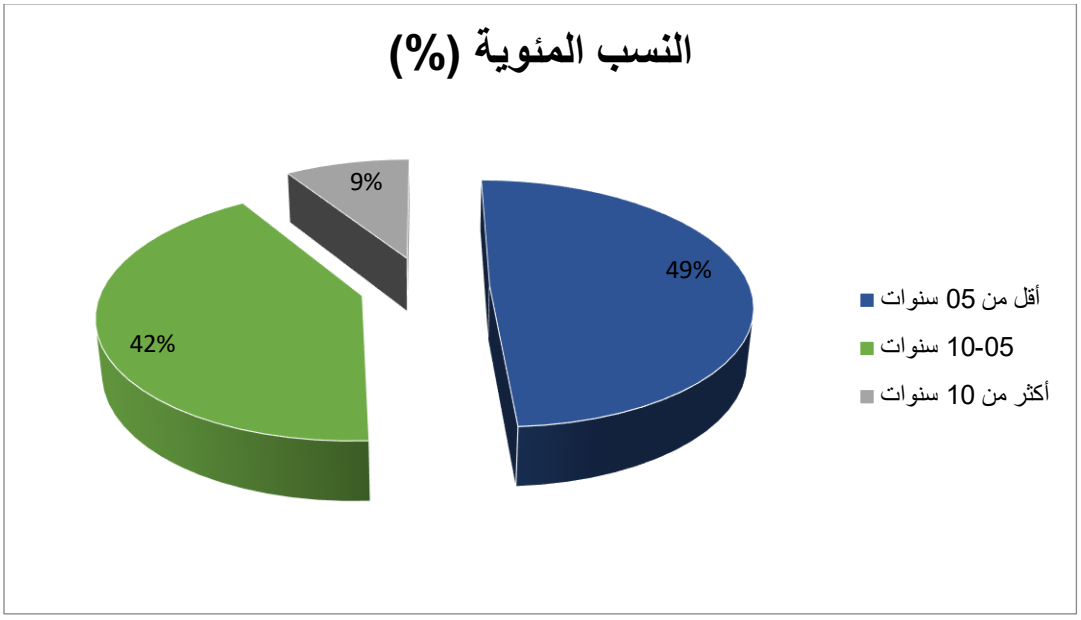
من خلال الجدول رقم 07 نلاحظ أن النسبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 47% يتعاطون أكثر من نوع من المخدرات، أما النسبة الأقل والبالغة 02% يتعاطون مخدر ميثيلين ديوكسي.

5-7- توزيع عينة البحث وفق مدة الإدمان:

جدول رقم (08): يمثل توزيع عينة البحث وفق مدة الإدمان

مدة الإدمان	التكرارات	النسبة المئوية (%)
أقل من 05 سنوات	27	49
05-10 سنوات	23	42
أكثر من 10 سنوات	05	09
المجموع	55	100

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (07): يبين النسب المئوية لتوزيع عينة البحث وفق مدة الإدمان

من خلال الجدول رقم 08 نلاحظ أن النسـبة الأكبر من مدمني المخدرات والبالغة 49% يتعاطون المخدرات منذ فترة تقل عن 05 سنوات، أما النسبة الأقل والبالغة 09% يتعاطون المخدرات منذ أكثر من 10 سنوات.

6- أدوات جمع البيانات:

- **مقياس التشوهات المعرفية:** تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية الذي طوره الباحث **أحمد هارون عام 2017**، والذي أُعد في الأصل ضمن البيئة المصرية. وقد خضع هذا المقياس لدراسة دقيقة من حيث خصائصه السيكومترية من قِبَل كل من **بودالي وحدوش في عام 2022**، حيث تم التحقق من مدى صلاحيته وفاعليته لاستخدامه في البيئة الجزائرية. وقد تم اختيار هذا المقياس بناءً على دقته في قياس التشوهات المعرفية لدى الأفراد، وملاءمته لطبيعة المجتمع المدروس، مما يساهم في تعزيز موثوقية النتائج المستخلصة من هذه الدراسة.

1-6- درجات وطريقة تنقيط المقياس: يتكون المقياس من ثلاثون عبارة موزعة على الأبعاد الفرعية الثلاث كالتالي:

جدول رقم (09) يوضح توزيع الأبعاد الفرعية في مقياس التشوهات المعرفية

الأبعاد	العبارات
لوم النفس وجلد الذات	1-4-7-10-13-19-22-25-28
المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء	2-5-8-11-14-17-20-23-26-29
تعميم أفكار الفشل	3-6-9-9-12-15-18-21-24-27-30

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نور الهدى وعثامنة ملاك)

حيث يتطلب المقياس من المستجوب قراءة كل عبارة بعناية، ومن ثم التفكير في مدى انطباقها على حالته الشخصية. بعد ذلك، يُطلب منه أن يحدد درجتها وفقًا لخمس مستويات تقييمية معدة مسبقًا، مما يتيح للمستجيب اختيار المستوى الأنسب الذي يعكس مدى تطابق العبارة مع تجربته أو مشاعره. وهي:

جدول رقم (10) مستويات التقييم ودرجاتها في مقياس التشوهات المعرفي

المستويات	الدرجات
لا تنطبق أبدا	01
تنطبق نادرا	02
تنطبق أحيانا	03
تنطبق كثير	04
تنطبق دائما	05

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نور الهدى وعثامنة ملاك)

يتم تقييم كل عبارة في المقياس باستخدام مقياس يتراوح من درجة واحدة إلى خمس درجات، حيث تشير الدرجات الأعلى إلى زيادة في الأفكار والخواطر التلقائية السلبية لدى المستجيب. وعليه، يتراوح المجموع الكلي للدرجات التي يمكن الحصول عليها من المقياس بين 30 و150 درجة. وبالتالي، تكون الدرجة القصوى للمقياس هي 150 درجة، بينما يُعتبر 90 درجة هو الوسيط للمقياس، في حين أن الدرجة الأدنى للمقياس هي 30 درجة.

6-2- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ- صدق المقياس:

تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التمييزي، وذلك من خلال أسلوب المقارنة الطرفية. تعتمد هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق الأساسية، وهو قدرة الاستبيان على التمييز بفاعلية بين طرفي الخاصية التي يقيسها. بعبارة أخرى، يتم اختبار قدرة المقياس على تمييز الفروق بين الأفراد الذين يظهرون درجات مرتفعة في الخاصية المستهدفة (مثل التشوهات المعرفية) وأولئك الذين يظهرون درجات منخفضة، مما يعزز من موثوقية المقياس في قياس الظاهرة المدروسة. **(معمرية، 2022، ص 214)**

تم ترتيب درجات أفراد العينة على المقياس بشكل تصاعدي، ثم تم سحب 33% من طرفي التوزيع، مما نتج عنه اختيار 10 أفراد من كل طرف. وبذلك تم تكوين عينتين متطرفتين متساويتين، بحيث يحتوي كل منهما على 10 أفراد. تُسمى العينة التي تحتوي على أعلى الدرجات بالعينة العليا، بينما تُسمى العينة الأخرى التي تحتوي على أدنى الدرجات بالعينة الدنيا. بعد ذلك، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من العينيْن، ومن ثم تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لفحص دلالة الفروق بين المجموعتين المتطرفتين. الجدول التالي يوضح نتائج هذه التحليلات.

جدول رقم (11): يبين دلالة الفروق بين متوسطي العينة العليا والعينة الدنيا في مقياس التشوهات المعرفية.

العينة	العينة العليا ن= 10		العينة الدنيا ن= 10			
المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		الانحراف المعياري	قيمة "ت"	الدلالة
التشوهات المعرفية	122.6000	9.75477	70.2000	13.79050	9.810	دال عند مستوى 0.05

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

يتضح من نتائج الجدول رقم (05) أن قيمة "ت" المحسوبة لدلالة الفروق بين متوسطَي العيّنتين المتطرفتين كانت دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة 0.05 في اختبار الطرفين. ويشير ذلك إلى أن الفروق بين المجموعتين ليست عشوائية، بل تعكس قدرة المقياس على التمييز الفعّال بين الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة في خاصية التشوهات المعرفية. وبناءً عليه، يمكن القول إن المقياس يتمتع بصدق تمييزي جيد، مما يعزز من صلاحيته كأداة لقياس هذه الظاهرة النفسية ضمن المجتمع المدروس.

ب- الثبات:

- **بطريقة ألفا كرونباخ:**

جدول رقم (12) يبين معامل ثبات مقياس التشوهات المعرفية باستخدام ألفا كرونباخ

عدد البنود	30
معامل ألفا كرونباخ	0.954

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

يتضح من خلال الجدول رقم (06) أن معامل الثبات المحسوب باستخدام معامل "ألفا كرونباخ" بلغ قيمة قدرها 0.954، وهي قيمة مرتفعة تُعد مؤشرًا قويًا على تمتع الاستبيان بدرجة عالية من الثبات. وتشير هذه النتيجة إلى أن فقرات المقياس تتسم بالاتساق الداخلي الجيد، ما يعني أن الأداة تقيس المفهوم المستهدف، وهو التشوهات المعرفية، بشكل ثابت وموثوق عبر مختلف الأفراد، مما يعزز من مصداقية النتائج المتحصل عليها من خلاله.

- **بطريقة التجزئة النصفية:**

تم تقسيم المقياس إلى نصفين متساويين، بحيث يضم النصف الأول البنود الفردية، بينما يضم النصف الثاني البنود الزوجية. بعد هذا التقسيم، تم حساب معامل الارتباط بين النصفين كطريقة لقياس الاتساق الداخلي للمقياس. ولأجل تصحيح أثر تقليص الطول الناتج عن تقسيم المقياس، تم تطبيق معادلة **سبيرمان-براون وجوتمان**، التي تُستخدم لتقدير الثبات الكلي للمقياس بناءً على ثبات النصفين. وقد أُجري هذا الإجراء بهدف التأكد من موثوقية الأداة ودقة أدائها في قياس التشوهات المعرفية بشكل متسق عبر كافة بنودها.

جدول رقم (13): يبين معامل ثبات مقياس الاحتراق التشوهات المعرفية باستخدام التجزئة النصفية

عدد البنود	معامل الارتباط بيرسون قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان براون	جوثمان
30	0.964	0.982	0.980

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أن معامل الثبات المحسوب باستخدام طريقة التجزئة النصفية بلغ 0.964، وهي قيمة تعكس درجة عالية من الاتساق الداخلي بين نصفي المقياس. وبعد تصحيح هذا المعامل باستخدام معادلة سبيرمان-براون لتعويض أثر تقليص الطول، ارتفعت قيمة الثبات إلى 0.982، وهي قيمة مرتفعة للغاية وتُعد مؤشرًا قويًا على تمتع الاستبيان بثبات ممتاز. وتشير هذه النتيجة إلى أن المقياس يتمتع بموثوقية عالية في قياس التشوهات المعرفية، مما يدعم اعتماده كأداة فعالة في الدراسة الحالية.

- **مستويات التشوه المعرفي:**

جدول رقم (14): مستويات التشوه المعرفي

المستوى	المجال
ضعيف	80-30
متوسط	130-80.01
مرتفع	180-130.01

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

6-3-الأساليب الإحصائية:

اعتمدنا على برنامج الحزمة الإحصائية من خلال ما يلي:

1- المتوسطات الحسابية
2- الانحراف المعياري
3- اختبار ت لحساب الفروق

7- عرض نتائج الدراسة:

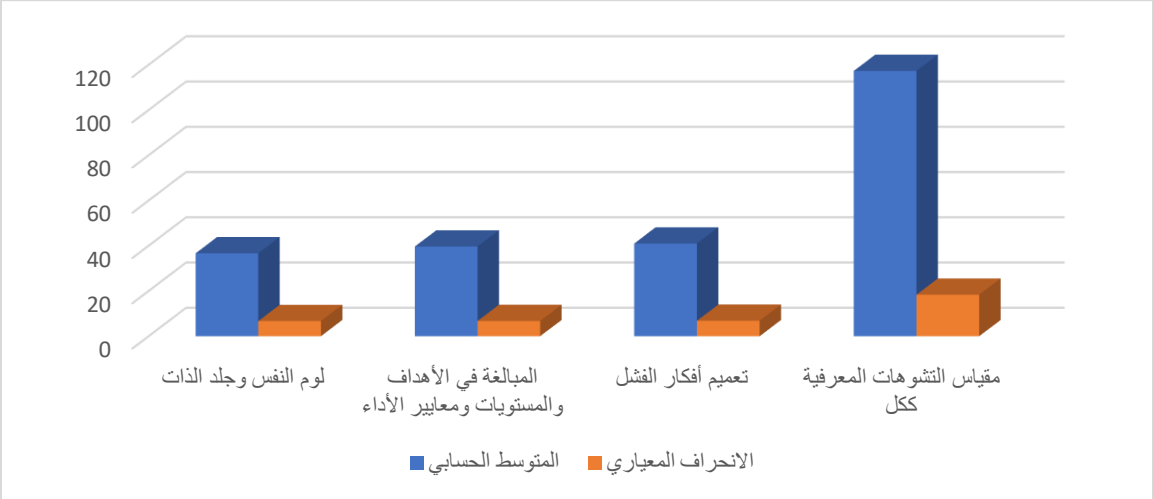
أ- عرض نتائج التساؤل الرئيسي:

لمعرفة مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تم استخراج المتوسط الحسابي للعينة في مقياس التشوهات المعرفية ومقارنته بمجالات تم استخراجها انطلاقا من أصغر وأكبر قيمة يمكن تحصيلها في هذا المقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (15): يبين مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات

البعد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المجال	المستوى
لوم النفس وجلد الذات	36.65	6.69	[80.01، 130]	متوسط
المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء	39.65	6.72		
تعميم أفكار الفشل	40.96	6.82		
مقياس التشوهات المعرفية ككل	117.27	18.34		

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)



شكل رقم (08): يوضح قيمة المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى المدمنين على المخدرات في التشوهات المعرفية.

من خلال الجدول رقم 15 أظهرت النتائج الإحصائية أن متوسط الاستجابات في بعد "لوم النفس وجلد الذات" بلغ (36.65) مع انحراف معياري قدره (6.69)، وهو ما يعكس وجود درجة متوسطة من هذا النوع من التشوهات. أما بعد "المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء" فقد سجّل متوسطًا مقداره (39.65) بانحراف معياري (6.72)، مما يدل على وجود ميل لدى العينة لوضع معايير عالية أو غير واقعية لأنفسهم، وإن كانت هذه النزعة أيضًا ضمن المستوى المتوسط. وفيما يخص بعد "تعميم أفكار الفشل"، فكان المتوسط الحسابي (40.96) بانحراف معياري (6.82)، مشيرًا إلى أن الأفراد يميلون بدرجة متوسطة إلى تعميم تجارب الفشل على مختلف جوانب حياتهم.

وبالنظر إلى المقياس الكلي للتشوهات المعرفية، فقد بلغ المتوسط العام (117.27) بانحراف معياري (18.34). وعند مقارنته بالمجال المحدد الذي يتراوح بين [80.01، 130]، يتبين أن هذه القيمة تقع ضمن المستوى المتوسط، أي أنها لا تشير إلى وجود مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية لدى أفراد العينة.

ب- عرض نتائج التساؤل الفرعي الأول:

تمت دراسة الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات باختلاف مدة الإدمان، وذلك من خلال تصنيف العينة إلى ثلاث فئات زمنية: أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، وأكثر من 10 سنوات. ولتحليل الفروق بين هذه الفئات، تم استخدام اختبار التباين الأحادي(ANOVA) ، وقد أظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول (16) ما يلي:

جدول رقم (16): يبين الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير مدة الإدمان

		أقل من 05 سنوات	05-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	قيمة أنوفا	احتمالية أنوفا sig	الدلالة الإحصائية
لوم النفس وجلد الذات	المتوسط الحسابي	38.22	34.57	37.80	2.01	0.15	غير دال
	الانحراف المعياري	5.63	7.99	2.17			
المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء	المتوسط الحسابي	41.11	37.91	39.80	1.43	0.25	غير دال
	الانحراف المعياري	6.07	7.44	5.81			

تعميم أفكار الفشل	المتوسط الحسابي	41.63	39.87	42.40	0.53	0.59	غير دال
	الانحراف المعياري	6.78	7.31	4.83			
مقياس التشوهات المعرفية ككل	المتوسط الحسابي	120.96	112.35	120	1.46	0.24	غير دال
	الانحراف المعياري	16.67	20.77	10.95			

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

من خلال الجدول رقم 16 نلاحظ أن في بعد "لوم النفس وجلد الذات"، بلغ المتوسط الحسابي لفئة أقل من 5 سنوات (38.22)، مقابل (34.57) لفئة 5-10 سنوات، و(37.80) لفئة أكثر من 10 سنوات، مع قيمة دلالة إحصائية (sig = 0.15).أما في بعد "المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء"، فقد تراوحت المتوسطات الحسابية بين (41.11) و(39.80) و(37.91) على التوالي، بقيمة دلالة .(sig = 0.25) وفي بعد تعميم أفكار الفشل، سُجلت متوسطات حسابية قريبة تراوحت بين (41.63)، (39.87) و(42.40) بقيمة دلالة .(sig = 0.59) أما بالنسبة للمقياس الكلي للتشوهات المعرفية، فقد كانت المتوسطات (120.96)، (112.35)، و(120) بقيمة دلالة.(sig = 0.24)

تشير جميع هذه القيم الإحصائية إلى أن احتمالات الخطأ (sig) كانت أعلى من مستوى الدلالة المعتمد(0.05) ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات التشوهات المعرفية باختلاف مدة الإدمان، سواء على مستوى الأبعاد الثلاثة أو على مستوى المقياس الكلي.

ت- عرض نتائج التساؤل الفرعي الثاني:

في إطار تحليل تأثير نوع المخدر على مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين، تم اعتماد اختبار التباين الأحادي (ANOVA) لدراسة الفروق بين خمس مجموعات من المدمنين بحسب نوع المادة المستعملة: القنب الهندي، بريغابالين، ميثيلين ديوكسي، كوكايين، وأكثر من نوع واحد.

جدول رقم (17): يبين الفروق في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر

		القنب الهندي	بريغابالين	ميثيلين ديوكسي	كوكايين	أكثر من نوع	قيمة أنوفا	احتمالي أنوفا sig	الدلالة الإحصائية
لوم النفس وجلد الذات	المتوسط الحسابي	35.22	38.77	24	37.50	36.38	1.40	0.25	غير دال
	الانحراف المعياري	6.21	5.93	00	8.71	6.30			
المبالغة في الأهداف والمستوات ومعايير الأداء	المتوسط الحسابي	38.89	40.38	30	41.50	39.50	0.68	0.61	غير دال
	الانحراف المعياري	6.57	7.21	00	6.92	6.64			
تعميم أفكار الفشل	المتوسط الحسابي	39.22	42.54	25	43	40.92	1.95	0.12	غير دال
	الانحراف المعياري	5.63	7.10	00	8.12	6.28			
مقياس التشوهات المعرفية ككل	المتوسط الحسابي	113.33	121.69	79	122	116.81	1.55	0.20	غير دال
	الانحراف المعياري	15.39	18.45	00	22.99	17.36			

(من اعداد الطالبتين: بوقرة نورالهدى وعثامنة ملاك)

من خلال الجدول رقم 16 نلاحظ أن احتمالية أنوفا sig لدى مدمني المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر في الأبعاد التالية من مقياس التشوهات المعرفية: لوم النفس وجلد الذات، المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء، تعميم أفكار الفشل، بالإضافة إلى المقياس ككل والبالغة: 0.25، 0.61، 0.12، 0.20 على التوالي وهي أكبر من نسبة

الخطأ 0.05 وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر، ومنه نستنتج أن الفرضية القائلة أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير نوع المخدر" غير محققة.

أظهرت النتائج الإحصائية أن متوسط بعد "لوم النفس وجلد الذات" تراوح بين (24) لمدمني الميثيلين ديوكسي و(38.77) لمدمني البريغابالين، مع تسجيل فئات القنب الهندي، الكوكايين، ومن يستخدم أكثر من نوع قيمًا قريبة (35.22، 37.50، 36.38 على التوالي). بلغت قيمة الاحتمال (sig) لهذا البعد (0.25)، مما يشير إلى عدم وجود فرق دال.

أما في بعد "المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء"، فتراوحت المتوسطات الحسابية بين (30) و(41.50)، وبلغت قيمة(0.61) (sig) ، وهو ما يدل أيضًا على عدم وجود فروق معنوية.

وبالنسبة لبعد "تعميم أفكار الفشل"، فقد تراوح المتوسط بين (25) و(43)، مع أعلى قيمة لدى مدمني الكوكايين (43) وأقلها لدى مدمني الميثيلين ديوكسي (25)، لكن قيمة الاحتمال (0.12) ظلت أعلى من مستوى الدلالة المعتمد.

وفيما يخص المقياس الكلي للتشوهات المعرفية، تراوحت القيم بين (79) و(122)، وسجلت قيمة الاحتمال sig) (0.20 =، وهي بدورها غير دالة إحصائيًا.

8- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

أ- مناقشة نتائج الفرضية العامة: يوجد مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات.

تهدف الفرضية العامة في هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كان المدمنون على المخدرات يعانون من مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية، أي أن لديهم أفكارًا غير واقعية أو سلبية تؤثر على نظرتهم لأنفسهم وللواقع من حولهم، وتدفعهم نحو الإدمان أو تثبته لديهم. اعتمدنا هذا الافتراض بناءً على ما تقوله النظريات النفسية، والتي ترى أن مثل هذه الأفكار المشوشة قد تكون وراء الكثير من السلوكيات غير الصحية.

لكن عندما قمنا بتحليل البيانات التي جمعناها من عينة الدراسة، وتحديدا كما ورد في الجدول رقم (15)، وجدنا أن المعدل العام للتشوهات المعرفية لدى المشاركين كان في المستوى المتوسط، حيث بلغ (117.27) مع انحراف معياري قدره (18.34). وهذا يعني أن درجة التشوهات ليست منخفضة، لكنها أيضا ليست مرتفعة كما كنا نتوقع، حتى الجوانب الثلاثة الأساسية التي نقيس من خلالها هذه التشوهات، وهي لوم النفس، ووضع معايير صارمة للنجاح، وتعميم الفشل، كلها سجلت نتائج ضمن نفس المستوى المتوسط.

من خلال الجدول رقم 15 لاحظنا أن قيمة المتوسط الحسابي لبعد "لوم النفس وجلد الذات" بلغت 36.65 وبانحراف معياري 6.69، فيما قدرت قيمة المتوسط الحسابي لبعد المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء بـ 39.65 وبانحراف معياري 6.72، وفيما يخص بعد تعميم أفكار الفشل فبلغ المتوسط الحسابي له 40.96 وبانحراف معياري 6.82، في حين قدر المتوسط الحسابي لمقياس التشوهات المعرفية ككل بـ117.25 وتنتمي هذه القيمة إلى المجال [80.01، 130] أي أن مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات متوسط، وهذا ما يدحض الفرضية القائلة أن: "يوجد مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات".

وبالتالي، فإن نتائج الدراسة لم تؤكد ما كنا نعتقده في البداية، وهو أن المدمنين يعانون من مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية. بل أظهرت النتائج أنهم يعانون منها بدرجة متوسطة، أي أن لديهم بعض الأفكار السلبية، لكنها ليست بدرجة حادة أو خطيرة.

قد يرجع هذا الفرق بين التوقعات والنتائج إلى عدة أسباب، مثل خصوصية الأشخاص الذين شاركوا في الدراسة، فقد يكون لديهم وعي نفسي أعلى، أو مروا بتجارب علاجية خففت من حدة أفكارهم السلبية. كما أن البيئة

الاجتماعية التي يعيشون فيها قد تساعدهم بطريقة أو بأخرى على التعامل مع مشكلاتهم دون أن تصل أفكارهم إلى مستويات شديدة التشوه.

الفرق بين ما كنا نتوقعه من خلال الفرضية وبين ما أظهرته النتائج الفعلية قد يكون له عدة تفسيرات، من الممكن أن يكون بعض المشاركين في الدراسة لديهم وعي نفسي جيد، أو سبق لهم أن خضعوا لعلاج أو جلسات دعم نفسي، مما ساعدهم في التخفيف من الأفكار السلبية التي تؤثر على نظرتهم لأنفسهم وحياتهم، هذا الوعي قد يجعلهم قادرين على مواجهة التشوهات المعرفية أو تقليل تأثيرها، حتى لو لم يتخلصوا منها تماما.

كما أن البيئة التي يعيش فيها الشخص تلعب دورا مهما. فقد يكون لدى البعض دعم من العائلة أو المجتمع، أو يعيشون في بيئة تشجع على الصبر وتقديم المساعدة، مما يخفف من الإحساس بالفشل أو جلد الذات، هذه العوامل قد تمنع التشوهات المعرفية من أن تصبح شديدة أو مؤذية بشكل كبير.

كذلك، بعض المدمنين قد يطورون طرقا نفسية للدفاع عن أنفسهم، مثل تبرير تصرفاتهم أو إنكار أخطائهم، وهذا قد يجعل نتائجهم في الاختبارات تبدو أفضل مما هي عليه في الواقع.

من هنا، يمكن القول إن هذه النتائج تدفعنا لإعادة التفكير في العلاقة بين الإدمان والتشوهات المعرفية، صحيح أن هذه الأفكار المشوشة موجودة، لكنها ليست دائما بدرجة عالية. وهذا لا يقلل من أهميتها، بل يجعل من الضروري التعامل معها ضمن برامج الدعم والعلاج، حتى لا تتطور إلى درجة تؤدي إلى الانتكاس أو استمرار الإدمان، فمساعدة المدمن على تصحيح أفكاره ونظرته للحياة قد يكون خطوة مهمة جدا في طريق التعافي.

ب- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير مدة الإدمان.

كانت الفرضية الفرعية تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير مدة الإدمان، أي أن مدة تعاطي المخدر قد تؤثر على كيفية تشوه أفكار المدمنين، لكن النتائج التي ظهرت من تحليل البيانات لم تدعم هذه الفكرة، حيث بينت الفحوصات الإحصائية أن الفروق بين مجموعات المدمنين التي تختلف في مدة إدمانها (أقل من 5 سنوات، بين 5 و10 سنوات، وأكثر من 10 سنوات) لم تكن كبيرة أو مهمة من الناحية الإحصائية.

من خلال الجدول رقم 16 لاحظنا أن احتمالية أنوفا sig لدى مدمني المخدرات وفقا لمتغير مدة الإدمان في الأبعاد التالية من مقياس التشوهات المعرفية: لوم النفس وجلد الذات، المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء، تعميم أفكار الفشل، بالإضافة إلى المقياس ككل والبالغة: 0.15، 0.25، 0.59، 0.24 على التوالي وهي أكبر من نسبة الخطأ 0.05 وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير مدة الإدمان، ومنه نستنتج أن الفرضية القائلة أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير مدة الإدمان" غير محققة.

هذا يعني أن التشوهات المعرفية التي يعاني منها المدمنون كانت موجودة تقريبا بنفس المستوى، سواء كانوا قد بدأوا تعاطي المخدرات منذ فترة قصيرة أو لسنوات طويلة، وهذا قد يدل على أن التشوهات المعرفية ليست بالضرورة تتفاقم أو تتغير مع مرور الوقت أو زيادة مدة الإدمان، بل ربما تكون مرتبطة بعوامل أخرى أكثر تعقيدا، مثل الحالة النفسية للمدمن، بيئته الاجتماعية، أو نوع المخدر الذي يتعاطاه.

قد يكون من الممكن أن التشوهات المعرفية تبدأ في الظهور مبكرا جدا في مسيرة الإدمان، وربما تكون واحدة من أولى العلامات النفسية التي يعاني منها المدمن بعد فترة قصيرة من تعاطي المخدرات، هذه التشوهات مثل لوم النفس المستمر، المبالغة في تقييم الفشل، أو تبني أفكار سلبية نمطية قد تتشكل بسرعة نتيجة للصراع الداخلي الذي يعيشه المدمن، سواء بسبب الشعور بالذنب، الخوف من الفشل، أو التوتر الناتج عن الاعتماد النفسي والجسدي على المخدر.

وبمجرد أن تتشكل هذه التشوهات، قد تستقر نسبيا مع مرور الوقت بدلا من أن تتفاقم أو تتحسن بشكل كبير، لأن الدماغ يبدأ في التكيف مع هذه الحالة النفسية الجديدة، كما أن الفرد قد يطور بعض آليات التكيف أو

الدفاع النفسي التي تحميه أو تعوض عن حدة هذه التشوهات. على سبيل المثال، قد يلجأ المدمن إلى إنكار المشكلة أو تقليل أهميتها كطريقة للتعايش مع الضغط النفسي، مما يساعد على استقرار مستوى التشوهات المعرفية بدلا من ازديادها.

إضافة إلى ذلك، هناك عوامل خارجية تلعب دورا مهما في تأثير مدة الإدمان على التشوهات المعرفية، من أبرز هذه العوامل الدعم الاجتماعي، مثل وجود عائلة أو أصدقاء يقدمون الدعم النفسي والمعنوي، وهو ما يساعد في تقليل العبء النفسي وبالتالي تخفيف حدة الأفكار المشوهة، الدعم الاجتماعي يمكن أن يشكل عاملا يقلل من شعور المدمن بالوحدة والانعزال، وهما من العوامل التي تزيد من التشوهات المعرفية.

كذلك، تلعب برامج العلاج النفسي أو التأهيل دورا في تعديل هذه التشوهات، العلاجات المعرفية السلوكية، على سبيل المثال، تستهدف تصحيح الأفكار المشوهة وتدريب المدمن على التفكير بطرق أكثر واقعية وإيجابية.

كل هذه العوامل تشير إلى أن العلاقة بين مدة الإدمان والتشوهات المعرفية ليست علاقة مباشرة وبسيطة، بل هي معقدة تتداخل فيها عوامل نفسية، اجتماعية، وعلاجية تلعب دورها في تحديد شكل ومستوى هذه التشوهات مع مرور الوقت.

من المهم أن نلاحظ أن هذا لا يعني أن مدة الإدمان لا تؤثر بأي شكل على حياة المدمن، بل فقط أن تأثيرها على التشوهات المعرفية لم يظهر بشكل واضح في هذه الدراسة. لذلك، من الضروري إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول عوامل أخرى متعلقة بالمدمنين، مثل الظروف النفسية، ومستوى الدعم الذي يحصلون عليه، لفهم الصورة بشكل أعمق.

باختصار، النتائج تدعو إلى التفكير بأن التشوهات المعرفية ليست بالضرورة مرتبطة بطول مدة الإدمان، بل يمكن أن تكون ناتجة عن عوامل مركبة ومتعددة، مما يفتح المجال لأبحاث مستقبلية تتناول هذه الجوانب بشكل أكثر تفصيلا.

ت- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير نوع المخدر.

كانت الفرضية الفرعية تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية بين المدمنين حسب نوع المخدر الذي يتعاطونه. لكن نتائج تحليل التباين الأحادي أوضحت أن هذه الفروق غير موجودة بشكل معنوي بين المجموعات المختلفة. بمعنى آخر، لم يثبت أن نوع المخدر يؤثر بطريقة واضحة أو كبيرة على مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين.

من خلال الجدول رقم 17 نلاحظ أن احتمالية أنوفا sig لدى مدمني المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر في الأبعاد التالية من مقياس التشوهات المعرفية: لوم النفس وجلد الذات، المبالغة في الأهداف والمستويات ومعايير الأداء، تعميم أفكار الفشل، بالإضافة إلى المقياس ككل والبالغة: 0.25، 0.61، 0.12، 0.20 على التوالي وهي أكبر من نسبة الخطأ 0.05 وهذا ما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وفقا لمتغير نوع المخدر، ومنه نستنتج أن الفرضية القائلة أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات تعزى لمتغير نوع المخدر" غير محققة.

هذا يشير إلى أن التشوهات المعرفية، التي تشمل الأفكار السلبية عن النفس، والمبالغة في معايير الأداء، وتعميم الأفكار السلبية، ليست مرتبطة بنوع المادة المخدرة فقط، بل قد تكون ناتجة عن عوامل أخرى أكثر تأثيرا مثل طبيعة الإدمان نفسها، أو الظروف النفسية والاجتماعية التي يعيشها المدمن، أو حتى الصفات الشخصية التي قد تجعل الفرد أكثر عرضة لهذه التشوهات.

علاوة على ذلك، يمكن تفسير غياب الفروق بأن جميع أنواع المخدرات، رغم اختلاف تأثيرها الكيميائي، تسبب اضطرابات نفسية متشابهة على مستوى الإدراك والتفكير، فالمخدرات تؤدي إلى تغيير في طريقة معالجة المعلومات لدى المدمن، وهذا التغيير ربما يكون متشابها بين أنواع مختلفة من المخدرات، وبالتالي يؤدي إلى تشوهات معرفية مماثلة.

أيضا، يمكن أن يكون طول فترة التعاطي وشدة الإدمان عوامل أكثر أهمية من نوع المخدر في تحديد مدى التشوهات المعرفية. فالمدمن الذي استمر لفترة طويلة في التعاطي قد يتعرض لتدهور معرفي ونفسي أكبر بغض النظر عن المادة التي يستخدمها.

من جهة أخرى، قد تلعب العوامل البيئية والداعمة، مثل مستوى الدعم الأسري والاجتماعي، دورا في مواجهة التشوهات المعرفية أو تفاقمها، مما يعزز فكرة أن التشوهات المعرفية هي نتاج تفاعل معقد بين عوامل متعددة، وليس فقط نوع المخدر.

بناء على هذه النتائج، من المهم أن يوجه البحث والعلاج نحو فهم أعمق للعوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على المدمنين، بدلا من التركيز فقط على تصنيفهم بحسب نوع المخدر، كما أن برامج العلاج والتأهيل يجب أن تراعي هذا التعقيد، وتقدم دعما نفسيا يتعامل مع التشوهات المعرفية بشكل عام بغض النظر عن المادة المستخدمة.

9- مناقشة النتائج في ضوء الدراسات السابقة:

أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات جاء في المستوى المتوسط في جميع الأبعاد، حيث بلغ المتوسط الحسابي الكلي لمقياس التشوهات المعرفية 117.27 بانحراف معياري 18.34، كما تراوحت المتوسطات الحسابية للأبعاد الفرعية بين 36.65 و40.96. هذه النتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراسة **(فاطمة الزهراء خلفاوي 2023، ص 420)**، والتي وجدت أيضًا أن متوسط درجات التشوهات المعرفية لدى المدمنين كان في المستوى المتوسط. ويبدو أن هذا الاتفاق يعود إلى أن التشوهات المعرفية غالبًا ما تتكون في المراحل الأولى من الإدمان وتستمر مع الفرد، لكنها لا تتفاقم بالضرورة مع مرور الوقت، خاصة إذا كان هناك تدخلات علاجية أو دعم اجتماعي يساهم في الحد من تطورها. كما أن بعض المدمنين قد يطورون استراتيجيات دفاعية أو يحصلون على دعم نفسي وأسري يساعدهم في مقاومة الأفكار السلبية، مما يفسر بقاء التشوهات في المستوى المتوسط وعدم وصولها إلى مستويات مرتفعة جدًا .أما بالنسبة لعدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التشوهات المعرفية تعزى لنوع المخدر، فقد أظهرت النتائج أن جميع أنواع المخدرات تؤثر بشكل متقارب على العمليات المعرفية لدى المدمنين، وهو ما يتوافق مع ما ذكرته **(خلفاوي 2023، ص 421)** من أن التشوهات المعرفية ترتبط أكثر بسلوك الإدمان ذاته وليس بنوعية المادة المخدرة. ويُحتمل أن يكون السبب في ذلك هو أن آلية تأثير المخدرات المختلفة على التفكير والنفسية متشابهة إلى حد كبير، حيث تؤدي جميعها إلى اضطراب في العمليات المعرفية كالتعميم السلبي ولوم الذات والمبالغة في الفشل، كما أن العوامل النفسية والاجتماعية المحيطة بالمدمنين تلعب دورًا أكبر من نوع المخدر في تشكيل التشوهات المعرفية لديهم. وفيما يتعلق بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا في التشوهات المعرفية تعزى لمدة الإدمان، فإن هذه النتيجة تتفق أيضًا مع نتائج **(خلفاوي 2023، ص 421)**، التي أشارت إلى أن التشوهات المعرفية قد تتكون في بدايات التعاطي وتستمر مع المدمن بغض النظر عن طول مدة الإدمان. ويعود ذلك إلى أن التشوهات المعرفية قد

تكون جزءًا من السمات الشخصية أو الاضطرابات النفسية السابقة للإدمان، أو أنها تتشكل سريعا مع بداية التعاطي وتستقر لاحقًا، فلا تتأثر كثيرا بزيادة المدة، كما أن بعض المدمنين قد يطورون آليات دفاعية أو يحصلون على دعم نفسي يحد من تفاقم التشوهات مع مرور الوقت .بذلك، تعكس نتائج هذه الدراسة توافقا واضحا مع دراسة فاطمة الزهراء خلفاوي (2023) في جميع الفرضيات، مما يعزز أهمية التركيز على التشوهات المعرفية كعامل مشترك لدى جميع المدمنين، بغض النظر عن نوع المخدر أو مدة التعاطي، عند تصميم البرامج العلاجية والوقائية.

تتضح أهمية هذه النتائج في سياق تفسير الفرضيات الخاصة بالدراسة، حيث كان من المتوقع أن يظهر مستوى مرتفع من التشوهات المعرفية لدى المدمنين، لكن النتائج أظهرت مستوى متوسط، وهو ما يدعو إلى إعادة النظر في العلاقة المباشرة بين الإدمان والتشوهات المعرفية، هذا يشير إلى أن التشوهات المعرفية قد لا تكون دائما حادة أو متفاقمة، بل يمكن أن تتأثر بعوامل أخرى مثل الدعم النفسي والاجتماعي الذي يتلقاه المدمن، وكذلك آليات التكيف التي يطورها .

علاوة على ذلك، الفرضية الفرعية الأولى التي توقعت فروقا ذات دلالة إحصائية بناء على مدة الإدمان لم تتحقق، مما يدعم فكرة أن التشوهات المعرفية تتشكل مبكرًا في مسيرة الإدمان وتستقر بدلاً من أن تتغير أو تتفاقم مع الوقت. وهذا يعزز أهمية التدخل المبكر في برامج العلاج النفسي للمدمنين، حيث إن معالجة التشوهات المعرفية في مراحل مبكرة قد تحد من تثبيتها وتفاقمها .

أما الفرضية الفرعية الثانية المتعلقة بنوع المخدر، والتي لم تظهر فروقا معنوية، فتؤكد أن التشوهات المعرفية ليست مرتبطة بشكل خاص بالمادة المخدرة بقدر ما هي مرتبطة بالسلوك الإدماني ذاته، مما يبرز ضرورة تركيز البرامج العلاجية على الجوانب النفسية والسلوكية بغض النظر عن نوع المادة المستخدمة .

بناء على ذلك، تظهر هذه النتائج أن معالجة التشوهات المعرفية في العلاج يجب أن تكون عامة وشاملة، تأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية والاجتماعية المحيطة بالمدمن، دون التركيز فقط على تصنيفات مثل مدة الإدمان أو نوع المخدر. كما توحي بأن دعم البيئة الاجتماعية للمدمن، إلى جانب العلاجات النفسية، يلعب دورا أساسيا في التحكم والتخفيف من حدة هذه التشوهات، وهو ما يمكن أن يعزز فرص التعافي والوقاية من الانتكاس .في المجمل، تعزز هذه النتائج من أهمية تكامل الجوانب النفسية والاجتماعية في تصميم البرامج العلاجية والوقائية للمدمنين، مع التركيز على تعديل التشوهات المعرفية بغض النظر عن الفروق الشخصية المتعلقة بنوع المخدر أو مدة الإدمان، مما يساهم في تحقيق نتائج أفضل في علاج الإدمان.

10- الاستنتاج العام:

أسفرت نتائج هذه الدراسة عن مجموعة من المؤشرات المهمة التي تساعد في فهم طبيعة التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات. حيث تبين أن هؤلاء يعانون من مستوى متوسط من التشوهات المعرفية، مما يدل على وجود أفكار سلبية وغير واقعية لديهم، لكنها ليست حادة أو مرتفعة بالشكل الذي كان متوقعا، كما أظهرت النتائج أن مدة تعاطي المخدرات لا تؤثر بشكل واضح على مستوى هذه التشوهات، إذ لم تسجل فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين حسب عدد سنوات الإدمان. وبالمثل، لم تسجل فروق مهمة في التشوهات المعرفية بين المدمنين باختلاف نوع المادة المخدرة المستعملة، وهو ما يشير إلى أن هذه التشوهات قد تكون مرتبطة بعوامل نفسية أو اجتماعية أكثر تعقيدًا من مجرد مدة أو نوع الإدمان. وبناء على ذلك، يمكن التأكيد على أهمية التركيز في العلاج والدعم النفسي على تعديل التفكير المشوه لدى المدمنين بوجه عام، بغض النظر عن خلفياتهم الإدمانية، لما لهذا الجانب من دور كبير في تعزيز فرص التعافي والاستقرار النفسي.

وبهذا يمكن القول إن أهداف الدراسة قد تحققت، حيث تم التعرف على مستوى التشوهات المعرفية لدى المدمنين، والكشف عن مدى تأثرها بمدة الإدمان ونوع المخدر، وهو ما يعزز من قيمة هذا الموضوع وأهميته في ميدان الصحة النفسية والإدمان، باعتباره يساهم في توجيه الجهود العلاجية والتأهيلية نحو الجوانب المعرفية التي تؤثر على سلوك المدمنين ونظرتهم لأنفسهم وحياتهم.

الخاتمة:

إن ظاهرة الإدمان على المخدرات تعد من بين أهم التحديات النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، لما لها من آثار سلبية تمتد لتشمل الجانب الصحي، النفسي، الأسري، والاقتصادي للفرد والمجتمع. ومن خلال هذه الدراسة التي تناولت موضوع "التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات وعلاقتها بأساليب المواجهة النفسية"، حاولنا تسليط الضوء على أحد الأبعاد النفسية العميقة المرتبطة بالإدمان، والمتمثلة في أنماط التفكير غير السوي الذي يطبع الإدراك والوعي لدى هذه الفئة، مما ينعكس سلباً على مواقفهم وسلوكياتهم تجاه الذات والمجتمع.

من خلال الإطار النظري للمذكرة، تم التطرق إلى المفاهيم الأساسية المتعلقة بالتشوهات المعرفية باعتبارها أنماطاً من التفكير السلبي وغير المنطقي الذي يُسهم في تكوين صورة ذاتية سلبية لدى الأفراد ويؤثر في تفسيرهم للواقع بطريقة مضللة. كما تناولنا في الجانب النظري أساليب المواجهة النفسية، التي تُعد بمثابة الوسائل والاستراتيجيات التي يلجأ إليها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة والمسببة للقلق، وهي في حالات الإدمان تُمثل مؤشراً مهماً في فهم مدى قدرة المدمن على التحكم في دوافعه ومشاعره وسلوكياته.

أما الجانب الميداني من الدراسة، فقد استند إلى عينة من المدمنين على المخدرات بولاية تبسة، خضعوا لمقاييس علمية لتقييم مستوى التشوهات المعرفية لديهم، إضافة إلى دراسة علاقتها بمتغيرات نفسية وسلوكية محددة. وقد كشفت النتائج أن مستوى التشوهات المعرفية لديهم يقع ضمن المستوى المتوسط، وهو ما يناقض الفرضية الأولى التي افترضت وجود مستوى مرتفع من هذه التشوهات لدى المدمنين. هذا الاستنتاج يعد ذا دلالة مهمة، حيث يشير إلى أن المدمنين لا يعانون بالضرورة من تشوهات إدراكية حادة، بل قد يكون لديهم هامش من التفكير المنطقي يمكن استثماره في التدخلات العلاجية النفسية.

كما أظهرت نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التشوهات المعرفية تبعا لمتغيري مدة الإدمان ونوع المخدر، وهو ما أدى إلى رفض الفرضيتين الثانية والثالثة. وهذا يدل على أن التشوهات المعرفية ليست مرتبطة بشكل مباشر بمدة تعاطي المخدرات أو نوع المادة المخدرة، بل ربما تتولد نتيجة تراكمات نفسية وتجارب شخصية سابقة، أو نتيجة اختلالات معرفية أعمق تعود إلى مراحل سابقة من حياة الفرد، قبل انخراطه في سلوك الإدمان.

إنّ هذه النتائج تقودنا إلى جملة من الاستنتاجات والتوصيات ذات البعد التطبيقي والعلاجي. ففي الوقت الذي تُظهر فيه الدراسة أن التشوهات المعرفية ليست بالحدة التي كان يعتقد، فإنها تظل حاضرة لدى المدمنين وتؤثر في تصوراتهم ومواقفهم، مما يتطلب إدراج برامج علاج معرفي سلوكي داخل مراكز معالجة الإدمان. فمثل هذه البرامج من شأنها أن تساعد الأفراد على التعرف على أنماط تفكيرهم السلبية والعمل على تصحيحها، بما يسهم في تعزيز مهارات المواجهة الإيجابية لديهم، وبالتالي تقليل احتمالات الانتكاس وتحسين فرص التعافي المستدام.

كما نوصي بضرورة إجراء المزيد من الدراسات التي تتناول العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان في ضوء متغيرات أخرى كالعمر، المستوى التعليمي، ونمط الشخصية، وذلك لفهم أعمق لهذه العلاقة المتشابكة، ودعم التدخلات النفسية المبنية على معطيات دقيقة. كما نحث على اعتماد مقاربة تكاملية في علاج الإدمان، تأخذ بعين الاعتبار الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية، إلى جانب المعالجة الطبية، لضمان فاعلية أكبر في إعادة تأهيل المدمنين.

وفي الختام، نأمل أن تكون هذه الدراسة قد أسهمت، ولو بقدر متواضع، في إثراء الحقل المعرفي المتعلق بالإدمان من زاويته النفسية والمعرفية، وفتحت المجال أمام المزيد من الأبحاث العلمية في هذا المجال الحيوي، بما يخدم الجهود الفردية والمؤسساتية الهادفة إلى الحد من ظاهرة الإدمان والوقاية منها، وتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي للفرد والمجتمع على حد سواء.

المقترحات البحثية:

- التركيز على الفئة التي تعاني من التشوهات المعرفية والإدمان.
- اقتراح إجراء دراسات متعمقة تركز على هذه الفئة لفهم خصائصها المعرفية والسلوكية بشكل أدق.
- إجراء جلسات جماعية لتحسين الحالة المعرفية.
- اقتراح تصميم دراسات لتقييم أثر الجلسات الجماعية في تخفيف شدة الإدمان وتحسين التشوهات المعرفية.
- دراسة فعالية برامج علاجية مختلفة.
- اقتراح إجراء بحوث تقيم تأثير برامج علاجية متنوعة على تقليل التشوهات المعرفية لدى المدمنين.
- إجراء دراسات موسعة وطولية (تتبعية)
- اقتراح تنفيذ دراسات تتبع تطور التشوهات المعرفية وتأثيرها على مسار الإدمان والعلاج عبر الزمن.

قائمة المراجع

أولا: الكتب

- أبو علي، فقي حامد، (د.س)، ظاهرة تعاطي المخدرات: الأسباب – الآثار – العلاج، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، قطاع الشئون الثقافية، منتدى اقرأ الثقافي.
- المهندي، خالد حمد، (2013) المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات، مجلس التعاون لدول الخليج العربية.
- بوزيدي كمال، (2004) ظاهرة المخدرات بين المخاطر والعلاج، مجلة كلية العلوم الإسلامية "الصراط"، العدد العاشر، جامعة الجزائر.
- سايح عمار، (2013) الإدمان على المخدرات: انتشار مرعب لهذه الآفة الاجتماعية – علاقة المخدرات بالجريمة، مجلة الوقاية والأرغنوميا، جامعة فرحات عباس سطيف.

ثانيا: الرسائل والمذكرات الجامعية

- أبو زيد، سارة عبد الفتاح خالد، (2023) العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الشباب الجامعي والتخطيط لمواجهتها (رسالة دكتوراه). تخصص تخطيط اجتماعي.
- أوميلي، حميد، (2010) أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح (مذكرة ماجستير)، جامعة منتوري قسنطينة، علم النفس المرضي للعنف والصدمة النفسية.
- خضراوي، حسينة، بونصلة عبير، (2022) التشوهات المعرفية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى طلبة قسم علم النفس (رسالة ماجستير)، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر.
- ديب ريم، حسن صالحة، (2018) التشوهات المعرفية وعلاقتها بسمات الشخصية المرضية لدى النزلاء الجنائيين بمراكز التأهيل والإصلاح في محافظات غزة (رسالة ماجستير)، جامعة الأقصى، غزة، فلسطين.
- شارف سارة، (2021) الاكتئاب لدى المراهقات المسعفات: دراسة ميدانية لثلاث حالات بهيليوبوليس، قالمة (مذكرة ماستر)، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
- ضبيان حفيظة هاجر، عابدي أم كلثوم، (2022) تأثير التشوهات المعرفية في ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري، (رسالة ماجستير)، قسم علم النفس، جامعة ابن خلدون، تيارت، الجزائر.

- غزال مصطفى، دحمان نسرين، (2024) التشوهات المعرفية والاحتراق النفسي لدى الدكاترة الأجراء تبعاً لبعض المتغيرات (رسالة ماجستير)، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر.
- الكحلوت محمد رفيق، (2016) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعزو السببي لدى محاولي الانتحار في قطاع غزة (رسالة ماجستير)، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

ثالثا: المقالات العلمية

- الأسمري محمد بن فايز عبد الله آل محسن، (2023) التشوهات المعرفية لدى الشباب وعلاقتها بالإدمان، المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي، الإصدار 47.
- بخوش نجيب، (2022) المعالجة الإعلامية لظاهرة الإدمان على المخدرات الرقمية .مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- بلعيد محمد، ذيب بلعيد، (2021) الإدمان على المخدرات في المجتمع المحلي: العوامل والحلول، مجلة قيس للدراسات الإنسانية والاجتماعية، جامعة الوادي.
- بن سالم خديجة، (2015)، السلوك الإدماني وسلوك الخطر: الآثار النفسية، مجلة رفوف، جامعة أدرار.
- بورنان سامية، (2015) بناء برنامج للتوعية الصحية لتغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة المسيلة.
- تيايبية عبد الغاني، (2019) الإدمان على المخدرات: دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الإدمان، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد الشريف مساعدية، سوق أهراس.
- تيايبية عبد الغاني، (2022) مساهمة الممارسة المنتظمة للأنشطة الرياضية في تحديد طبيعة الاتجاهات نحو لهفة الإدمان، الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، جامعة سوق أهراس.
- خلفاوي فاطمة الزهراء، بوروبة آمال، (2021) التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على الإنترنت لدى المراهقين .مجلة العلوم القانونية والاجتماعية.
- رابح هوادف، علي فارس، (2019) دور الإرشاد النفسي في خفض سلوك الإدمان على المخدرات لدى المراهقين، مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية، جامعة سطيف 2.

- رباح فاطمة الزهراء، (2018) ظاهرة المخدرات: أسبابها، آثارها، وطرق علاجها .مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، جامعة الجزائر 1.
- زكيو مصطفى، (2021) حجم ظاهرة الاتجار والإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري .مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، جامعة مستغانم.
- سيخاوي حنان، ورباحي سعاد، (2023) دوافع تعاطي المخدرات في الجزائر، مجلة الأسرة والمجتمع، جامعة المدية.
- شينار سامية، بولحبال آية، (2020) ظاهرة الإدمان على المخدرات: الأبعاد النفسية والاجتماعية، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، جامعة باتنة 1.
- ظاهر هدية، جاسم حسن، حسين صفاء محمد علي، (2018) تأثير الإيحاء وحل المشكلات في خفض التشوهات المعرفية لدى العاطلين عن العمل، مجلة المعهد العالمي للدراسات والأبحاث.
- عبد الواحد إبراهيم سيد أحمد، حسانين السيد الشبراوي أحمد، (2021) التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بالقلق الاجتماعي وإدمان الإنترنت، مجلة التربية، جامعة الأزهر.
- العدل عادل محمد محمود، (2015) التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاتجاه نحو التعصب والعنف، المجلة المصرية للدراسات النفسية.
- عضيد عزت مروان، عضيد عزت محمد، (2022) المسؤولية المدنية لمتعاطي المخدرات والآثار المترتبة عليه وطرق علاجها، دراسة مقارنة، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، كلية المأمون الجامعة، بغداد.
- علي رجب أحمد مصطفى، (2014) دار المنظومة، مجلة القراءة والمعرفة، مصر.
- غازلي نعيمة، (2018) الأمن النفسي والمناخ الأسري لدى المراهقين المدمنين ودور العلاج العائلي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة تيزي وزو.
- غوافرية رشيدة، بوعالية شهرزاد، (2020) عوامل ادمان المخدرات لدى الشباب، مجلة الميدان للدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية.
- كعور فاطمة الزهراء، (2022) التكفل النفسي بالمراهق المدمن على المخدرات، مجلة القيس للدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة باجي مختار، عنابة.

- محمد السيد عبد الرحمن، (2008) بناء برنامج إرشادي وقائي للوقاية من الإدمان على المخدرات لدى طلبة الجامعة، المجلة المصرية للدراسات النفسية.
- مسعد محمد، عدة الزهرة، (2023) التشوهات المعرفية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى طلبة قسم علم النفس، مجلة روافد للدراسات والأبحاث.
- معمر حسين، ديليمي شكرين، (2023) المخدرات بين الإطار التشريعي وسبل الوقاية والمكافحة، مجلة الدراسات القانونية، جامعة خميس مليانة.
- مهدي كريمة عبد المنعم، (2015) بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية الدراسات الإنسانية.
- هرمز جميلة، (2023) التشوهات المعرفية والاكتئاب لدى المضطربين بدورية المزاج، دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- واعر نجوى أحمد عبد الله، توفيق نجاة عدلي، بشير أحمد عبد الله رشيدي، (2023) التشوهات المعرفية وعلاقتها بالتفكير المستقبلي لدى طلاب الثانوية، المجلة العلمية، كلية التربية، جامعة الوادي الجديد.

رابعا: المقالات العلمية الأجنبية

- Clemmer, K. (2009). Cognitive distortions: Define, disorder & disprove. Retrieved from http://eatingdisorder.org
- George, D. Tony, FRCPC. (2023). Toxicomanie. Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, Faculté de médecine Temerty, Université de Toronto.
- Grohol, J. (2009). 15 Common cognitive distortions. Retrieved from https://web.archive.org/web/20090707124344/http://psychcentral.com/lib/2009/15-common-cognitive-distortions

الملاحق

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	40	72,7	72,7	72,7
	أنثى	15	27,3	27,3	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 14 سنة	2	3,6	3,6	3,6
	14-25 سنة	32	58,2	58,2	61,8
	26-30 سنة	16	29,1	29,1	90,9
	أكثر من 30 سنة	5	9,1	9,1	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

الحالة_الاجتماعية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أعزب	43	78,2	78,2	78,2
	متزوج	10	18,2	18,2	96,4
	مطلق	2	3,6	3,6	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

المستوى_التعليمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابتدائي	6	10,9	10,9	10,9
	متوسط	15	27,3	27,3	38,2
	ثانوي	19	34,5	34,5	72,7
	جامعي	15	27,3	27,3	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

الوضع_المهني

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	موظف	11	20,0	20,0	20,0
	عامل حر	20	36,4	36,4	56,4
	بطال	24	43,6	43,6	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

نوع_المخدر

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	القنب الهندي	9	16,4	16,4	16,4
	بريغابالين	13	23,6	23,6	40,0
	mdma	1	1,8	1,8	41,8
	كوكايين	6	10,9	10,9	52,7
	أكثر من نوع	26	47,3	47,3	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

مدة_الادمان

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أقل من 05 سنوات	27	49,1	49,1	49,1
	5-10 سنوات	23	41,8	41,8	90,9
	أكثر من 10 سنوات	5	9,1	9,1	100,0
	Total	55	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
لوم_النفس_وجلد_الذات	55	20,00	45,00	36,6545	6,69222
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	55	22,00	50,00	39,6545	6,71708
تعميم_افكار_الفشل	55	25,00	50,00	40,9636	6,82306
المقياس_ككل	55	77,00	145,00	117,2727	18,33581
N valide (liste)	55				

Descriptives

		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
لوم_النفس_وجلد_الذات	أقل من 05 سنوات	27	38,2222	5,62504	1,08254	35,9970	40,4474	24,00	45,00
	5-10 سنوات	23	34,5652	7,98764	1,66554	31,1111	38,0193	20,00	45,00
	أكثر من 10 سنوات	5	37,8000	2,16795	,96954	35,1081	40,4919	36,00	41,00
	Total	55	36,6545	6,69222	,90238	34,8454	38,4637	20,00	45,00
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	أقل من 05 سنوات	27	41,1111	6,06588	1,16738	38,7115	43,5107	26,00	50,00
	5-10 سنوات	23	37,9130	7,44014	1,55138	34,6957	41,1304	22,00	50,00
	أكثر من 10 سنوات	5	39,8000	5,80517	2,59615	32,5919	47,0081	33,00	46,00
	Total	55	39,6545	6,71708	,90573	37,8387	41,4704	22,00	50,00
تعميم_افكار_الفشل	أقل من 05 سنوات	27	41,6296	6,77750	1,30433	38,9485	44,3107	25,00	50,00
	5-10 سنوات	23	39,8696	7,31315	1,52490	36,7071	43,0320	27,00	50,00
	أكثر من 10 سنوات	5	42,4000	4,82701	2,15870	36,4065	48,3935	36,00	49,00
	Total	55	40,9636	6,82306	,92002	39,1191	42,8082	25,00	50,00
المقياس_ككل	أقل من 05 سنوات	27	120,9630	16,66521	3,20722	114,3704	127,5555	79,00	145,00
	5-10 سنوات	23	112,3478	20,77063	4,33098	103,3659	121,3297	77,00	145,00
	أكثر من 10 سنوات	5	120,0000	10,95445	4,89898	106,3983	133,6017	107,00	135,00
	Total	55	117,2727	18,33581	2,47240	112,3159	122,2296	77,00	145,00

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
لوم_النفس_وجلد_الذات	Intergroupes	173,318	2	86,659	2,007	,145
	Intragroupes	2245,119	52	43,175		
	Total	2418,436	54			
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	Intergroupes	127,144	2	63,572	1,431	,248
	Intragroupes	2309,293	52	44,409		
	Total	2436,436	54			
تعميم_افكار_الفشل	Intergroupes	49,822	2	24,911	,526	,594
	Intragroupes	2464,105	52	47,387		
	Total	2513,927	54			
المقياس_ككل	Intergroupes	962,729	2	481,364	1,456	,243
	Intragroupes	17192,180	52	330,619		
	Total	18154,909	54			

Descriptives

		N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
لوم_النفس_وجلد_الذات	القنب الهندي	9	35,2222	6,90612	2,30204	29,9137	40,5307	21,00	44,00
	بريغابالين	13	38,7692	5,93231	1,64533	35,1844	42,3541	25,00	45,00
	mdma	1	24,0000	.	.	.	.	24,00	24,00
	كوكايين	6	37,5000	8,71206	3,55668	28,3573	46,6427	21,00	45,00
	أكثر من نوع	26	36,3846	6,29969	1,23547	33,8401	38,9291	20,00	45,00
	Total	55	36,6545	6,69222	,90238	34,8454	38,4637	20,00	45,00
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	القنب الهندي	9	38,8889	6,56591	2,18864	33,8419	43,9359	26,00	48,00
	بريغابالين	13	40,3846	7,20577	1,99852	36,0302	44,7390	26,00	50,00
	mdma	1	30,0000	.	.	.	.	30,00	30,00
	كوكايين	6	41,5000	6,92098	2,82548	34,2369	48,7631	31,00	50,00
	أكثر من نوع	26	39,5000	6,64078	1,30236	36,8177	42,1823	22,00	47,00
	Total	55	39,6545	6,71708	,90573	37,8387	41,4704	22,00	50,00
تعميم_افكار_الفشل	القنب الهندي	9	39,2222	5,62978	1,87659	34,8948	43,5497	30,00	46,00
	بريغابالين	13	42,5385	7,10182	1,96969	38,2469	46,8301	28,00	50,00
	mdma	1	25,0000	.	.	.	.	25,00	25,00
	كوكايين	6	43,0000	8,12404	3,31662	34,4743	51,5257	27,00	50,00
	أكثر من نوع	26	40,9231	6,27964	1,23154	38,3867	43,4595	27,00	50,00
	Total	55	40,9636	6,82306	,92002	39,1191	42,8082	25,00	50,00
المقياس_ككل	القنب الهندي	9	113,3333	15,38668	5,12889	101,5061	125,1606	87,00	136,00
	بريغابالين	13	121,6923	18,45438	5,11832	110,5404	132,8442	88,00	145,00
	mdma	1	79,0000	.	.	.	.	79,00	79,00
	كوكايين	6	122,0000	22,98695	9,38438	97,8767	146,1233	79,00	145,00
	أكثر من نوع	26	116,8077	17,35977	3,40453	109,7959	123,8195	77,00	141,00
	Total	55	117,2727	18,33581	2,47240	112,3159	122,2296	77,00	145,00

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
لوم_النفس_وجلد_الذات	Intergroupes	242,919	4	60,730	1,396	,249
	Intragroupes	2175,517	50	43,510		
	Total	2418,436	54			
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	Intergroupes	126,471	4	31,618	,684	,606
	Intragroupes	2309,966	50	46,199		
	Total	2436,436	54			
تعميم_افكار_الفشل	Intergroupes	339,295	4	84,824	1,950	,117
	Intragroupes	2174,632	50	43,493		
	Total	2513,927	54			
المقياس_ككل	Intergroupes	1998,101	4	499,525	1,546	,203
	Intragroupes	16156,808	50	323,136		
	Total	18154,909	54			

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,860	9

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,889	10

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,801	11

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,826	30

Corrélations

		لوم_النفس_وجلد_الذات	المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	تعميم_افكار_الفشل	المقياس_ككل
لوم_النفس_وجلد_الذات	Corrélation de Pearson	1	,487*	,838**	,888**
	Sig. (bilatérale)		,029	,000	,000
	N	20	20	20	20
المبالغة_في_الاهداف_والمستويات	Corrélation de Pearson	,487*	1	,498*	,780**
	Sig. (bilatérale)	,029		,026	,000
	N	20	20	20	20
تعميم_افكار_الفشل	Corrélation de Pearson	,838**	,498*	1	,908**
	Sig. (bilatérale)	,000	,026		,000
	N	20	20	20	20
المقياس_ككل	Corrélation de Pearson	,888**	,780**	,908**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	20	20	20	20

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والسكان لولاية تبسة

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تبسة

المديرية الفرعية للموارد البشرية

رقم: 359 /م.ع.ص.ج.ت/م ف م ب/25

إلى السيد: مسؤول مركز الوسيط لعلاج المدمنين

الموضوع: ف/ي: إذن بالدخول

بناءا على المراسلة رقم :213 المؤرخة في :2025/04/14 الصادرة عن جامعة عباس لغرور خنشلة ، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية قسم العلوم الاجتماعية ،التي تتضمن إجراء تربص تطبيقي موجه للطالبة المتربصة ماستر تخصص:علم النفس العيادي

نأذن نحن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تبسة بالدخول لمركز الوسيط لعلاج المدمنين للطالبة: بوقرة نور الهدى.

إبتداءا من تاريخ:2025/04/27 إلى غاية تاريخ:2025/05/11. وذلك قصد دعم المعارف.

تبسة في: 21 أفريل 2025

المدير

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ولاية تبسة

مدير

معزري توفيق

- مقياس التشوهات المعرفية أحمد هارون (2017) -

تحية طيبة وبعد،

في إطار إعداد مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر (نظام ل.م.د)، تخصص علم النفس العيادي، تقوم الطالبتان بإجراء دراسة تهدف إلى التعرف على التشوهات المعرفية لدى عينة من الأفراد. نضع بين يديكم هذا الاستبيان الذي يتضمن مجموعة من الفقرات، ونرجو منكم التفضل بالإجابة عليها من خلال اختيار الخانة المناسبة. نحيطكم علمًا بأن جميع إجاباتكم ستُستخدم لأغراض البحث العلمي فقط، وستُحاط بسرية تامة. نرجو منكم الإجابة بصدق وموضوعية.

المعلومات العامة :

الجنس: ذكر ( ) انثى ( ) / السن: (.....) / الحالة الاجتماعية: أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( )

المستوى التعليمي: (.....) / الوضع المهني: موظف ( ) عامل حر ( ) لا يعمل ( )

نوع المخدر المتعاطى: (.....)

مدة الإدمان: (.....) / مدة العلاج: (.....)

هل تعاني من مشاكل نفسية؟ مثل: القلق: نعم ( ) لا ( ) الاكتئاب: نعم ( ) لا ( )

مشاكل نفسية أخرى (يرجى التحديد): (.....)

الرقم	العبارة	لا تنطبق أبدا	تنطبق نادرا	تنطبق أحيانا	تنطبق كثيرا	تنطبق دائما
01	ألوم نفسي على مواقف يراها الآخرون لا تستحق كل هذا اللوم					
02	من الصعب أن أجد فيمن حولي من يؤدي ما أطالب نفسي به					
03	عندما ألاحظ عيبا صغيرا في شخصيتي أفكر في كل العيوب الأخرى					
04	أكون مطمئن عندما تسير الأمور على ما يرام، ولكن أضطرب بشدة ارتكابي خطأ ولو صغير.					
05	يرى من حولي أني أطالب نفسي بكثير من الأمور وأتوقع منها الكثير					
06	عندما يتعطل أو يتدهور أمر ما، ألوم نفسي وأشعر أني لن أنجح في شيء أبدا					
07	لا يرضيني ماهو أقل مما توقعته من نفسي وخططت له					
08	أسعى لتحقيق أهدافي بمنتهى الدقة					
09	يقل تقديري لنفسي مع أي غلطة ارتكبها حتى ولو كانت صغيرة					
10	أشعر بالاستياء من نفسي عندما لا أحقق ما توقعته مني					
11	أخطط لنفسي بأهداف ومعايير أعلى بكثير من تلك التي يخطط بها غيري لأنفسهم					
12	عند شعوري بالقلق والحزن، يصبح ما يحترمه الآخرين في لا قيمة له عندي					
13	أصاب بالإحباط الشديد عندما لا أحقق الأداء الذي توقعته لنفسي					

14	أسعى دوما للكمالية والإتقان في كل ما أقوم به					
15	مشاعري تتقلب بسرعة من الرضا عن نفسي إلى الشعور بالخيبة والفشل					
16	أحاسب نفسي بقسوة حين يصدر مني اقل الأخطاء					
17	أحاسب نفسي بشكل أكبر مما يحاسب به غيري أنفسهم					
18	عند شعوري بالحزن لتدهور أمر ما يصبح ما يحترمه الآخرون في لا قيمة له					
19	يستمر لومي لنفسي كلما تذكرت أخطائي السابقة مهما كانت صغيرة					
20	أطالب نفسي بأداء الكثير وأتوقع منها الأكثر					
21	أي خطأ يصدر مني ولو صغير يجعلني لا أرى من نفسي إلا الأخطاء					
22	أقوم بتأنيب نفسي على أي فعل خاطئ ولو تقبله الآخرون					
23	لا أرضى عن نفسي بتلك البساطة التي يرضى بها غيري عن أنفسهم					
24	عندما ألحظ عيبا في شخصيتي يقل شعوري بالرضا عن نفسي					
25	أشعر بالتوتر والضيق إن لم أحقق ما خططت له					
26	أسعى لتحقيق أهداف ومستويات يراها الآخرون مبالغ فيها					
27	إذا ما صدر مني خطأ فلا أرى ما يراه الآخرون في من النجاح					
28	أحاسب نفسي بشدة على أقل تقصير يصدر مني					
29	أتطلع دائما لتحقيق ما يصعب على غيري تحقيقه					
30	إذا ما حدث لي موقف صعب أرى أن كل ما هو أتي من المواقف أصعب					