سمات الشخصية والتشوهات المعرفية بكونها منبئات بإضطراب القمار لدي مدمني الكحول[1]

د/ داليا محمد خطاب [2]

مدرس علم النفس الاكلينيكي

كلية الآداب– جامعة كفر الشيخ

ملخص.

هدفت الدراسة إلى التنبؤ بسمات الشخصية والتشوهات المعرفية سمات الشخصية من خلال اضطراب القمار, وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي. كما تكونت العينة من (١٧٠) مدمن كحول متوسط اعمارهم (٣٠,١٣) سنة, وانحرافهم المعياري (٦,٨٣) عاماً, بمتوسط مدة تعاطي (٣,٠١) وانحراف معياري (١,٥٧). وقد تم تطبيق عدد من الادوات منها: استمارة المستوي الاجتماعي والاقتصادي, ومقياس التشوهات المعرفية, ومقياس سمات الشخصية, ومقياس اضطراب القمار. وخلصت الدراسة إلي عدة نتائج أهمها: وجود علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية وبين التشوهات المعرفية واضطراب القمار لدى مدمني الكحول. وان بعض سمات الشخصية والتشوهات المعرفية تتنبأ بإضطراب القمار لدى مدمني الكحول, توجد فروق في درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير (التعليم– مدة التعاطي– العمل). ولا توجد فروق في درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير (الحالة الاجتماعية– والفئة العمرية). .

الكلمات الافتتاحية: سمات الشخصية – التشوهات المعرفية – اضطراب القمار– ادمان الكحول.

مقدمة.

لطالما ارتبط تعاطي الكحول والمخدرات بالمقامرة، وكما لوحظ ارتفاع معدل انتشار الاعتلال المشترك بين اضطراب القمار واضطرابات تعاطي المخدرات في العينات السريرية والمجتمعية، يُظهر المقامرين المرضيين انتشارًا عاليًا لتعاطي المخدرات أو مشكلة الشرب. ومن المثير للاهتمام، أن بعض الدراسات قد أشارت إلى أن تعاطي المخدرات والإدمان السلوكي يشتركان في سمات مشتركة بالنظر إلى الأسس النفسية والبيولوجية العصبية المتشابهة. في الواقع، افترض "سينجر وآخرين" أن تعاطي المخدرات والمقامرة يمكن أن يكونا تعبيرين مختلفين عن الضعف المشترك للإدمان. علاوة

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢٢/٤/٢ وتقرر صلاحيته للنشر في ٥ / ٥ / ٢٠٢٢

[2] ت: ٠١٠٩٣٤٦٠٠٥٢ Email: Dalia_omar@art.kfs.edu.eg.

على ذلك، يُعد تعاطي الكحول والمخدرات من عوامل الخطر للمقامرة المرضية، ويبدو أن المقامرين الاجتماعيين الذين لديهم نمط موازٍ لتعاطي المخدرات أو مشكلة الشرب هم بشكل خاص عرضة لاضطراب القمار. وبالتالي يمكن النظر إلى استخدام المواد كعامل يمكن أن يؤثر على مدة الانتقال لأنه يزيد من شدة الاضطراب عن طريق تفاقم التشوهات المعرفية ومشاعر فقدان السيطرة (Singer, Anselme & Robinson et al.,2020; Balodis & Potenza,2020; Pettorruso, Zoratto& Miuli et al.,2020).

بقدر ما يتعلق الأمر بالعوامل النفسية، فقد تم ربط بعض سمات الشخصية بضعف أكبر للإصابة باضطراب القمار. تؤثر العوامل الوراثية والبيئية على تطور ضعف الشخصية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى بداية اضطراب الإدمان. حدد الباحثون في نطاق الادمان السلوكي بعض سمات الشخصية المتعلقة باضطراب القمار، بما في ذلك: البحث عن الحداثة العالية، والذي يشير إلى الميل إلى البحث عن محفزات وخبرات جديدة، لكي لا يشعر بالملل بسهولة، والاندفاعية، والميل إلى تجنب الرتابة؛ وانخفاض مستوى التعاون، الذي يميز الأفراد غير المتسامحين والانتهازيين، الذين يهتمون بأنفسهم في المقام الأول؛ انخفاض التوجيه الذاتي، المرتبط من الناحية المفاهيمية بموضع التحكم الخارجي، مما يعكس الافتقار إلى تقرير المصير والقدرة المنخفضة على توجيه حياته وفقًا للأهداف والقيم الشخصية. قد تهيئ هذه السمات الشخصية للفرد لتفاقم العرض السريري (اضطراب القمار) وتؤثر افتراضيًا على مدة انتقال الاضطراب من خلال تحديد الانحدار من المقامرة الإشكالية إلى المقامرة المرضية (Martinotti, Andreoli & Giametta et al., 2006, pp. 350-356)

أن السمات الشخصية للمقامرين المرضيين تشبه تلك الخاصة بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات و على هذا النحو، يجب معاملتهم على أنهم أولئك الذين يعانون من إدمان سلوكي. من المعروف أن الفروق الفردية في الشخصية قد تؤدي دورًا مهمًا في شرح مخاطر تطوير المقامرة المرضية والحفاظ عليه. تم إجراء معظم الأبحاث حول الارتباط بين الشخصية و المقامرة المرضية في إطار نموذج العوامل الخمسة للشخصية، مشيرًا إلى أن ملف تعريف شخصية المقامر يبدو أنه يتميز بالعصبية العالية، والضمير المنخفض، والميل نحو الدرجات المنخفضة على التوافق أو جوانبها (Maclaren, Fugelsang & Harrigan et al., 2011, pp. 1057-10677).

مشكلة الدراسة.

المقامرة هي هواية ترفيهية شائعة. تم الإبلاغ عن نوبات سنوية من المقامرة في بعض الدول

الغربية في ما يصل إلى (٧٠-٨٥٪) من السكان البالغين. ستفقد مجموعة صغيرة من هؤلاء المقامرين السيطرة وتتحول إلى مقامرة مرضية أو إشكالية. يتراوح الانتشار الدولي لهذه المشكلة بين (٠,٢-٥,٣٪) (Hodgins, Stea & Grant, 2011, pp. 1874-1884).

لعقود من الزمن، اقتصر مصطلح الإدمان على مواد مثل الهيروين والكحول والنيكوتين. في الآونة الأخيرة، تم توسيع مصطلح الإدمان بشكل أكبر لالتقاط السلوكيات المفرطة، بما في ذلك المقامرة المرضية. يُعد الكحول هو العقار الأكثر استخدامًا بين البالغين الكنديين الناشئين. وفقًا للمسح الكندي للتبغ والكحول والمخدرات، أفاد معظم الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين (٢٠ و ٢٤) عامًا (٨٣,٥٪) أنهم تناولوا الكحول في الأشهر الـ (١٢) الماضية. علاوة على ذلك، أبلغ نصفهم (٤٠,٥٪) عن تناول كميات كبيرة من المشروبات الكحولية بشكل عرضي، وهو ما يُعرَّف بأنه تناول (٥) مشروبات أو أكثر (ذكور) أو (٤) مشروبات أو أكثر (إناث) في مناسبة شرب واحدة على الأقل مرة واحدة شهريًا في العام الماضي. كلا المعدلين أعلى بكثير من الفئات العمرية الأخرى. كشفت تقارير من دراسة واسعة النطاق على مستوى كندا لطلاب الجامعات عن أضرار جسيمة مرتبطة بتعاطي الكحول: (٣٥,٠٪) فعلوا شيئًا ندموا عليه لاحقًا، (٢٧,٠٪) أبلغوا عن انقطاع التيار الكهربائي، (٢٥,٣٪) مارسوا الجنس دون وقاية، (١٦,٦٪) أصيبوا جسديًا، و (٦,٥٪) فكروا في الانتحار بجدية المرتبط بشربهم (Goudriaan, Brink & Holst,2019, pp. 247-269).

يُعد اضطراب تعاطي الكحول، مع احتمالات أعلى من خمسة إلى ستة أضعاف لدى المقامرين المضطربين مقابل عامة السكان، أكثر أنواع الإدمان والاضطراب النفسي شيوعًا لدى هؤلاء المرضى. تم العثور على ارتباط بين شدة القمار واستهلاك الكحول. تم الكشف عن مستويات أعلى من الاندفاع في المقامرين المرضيين المعتمدين على الكحول. قد تصبح المقامرة، خاصة عند الفوز، إشارة مشروطة لتعاطي الكحول، خاصة في المقامرين الذين يعانون من مشاكل كحولية حادة. هذا هو السبب في وجود ارتباط بين الفوز في المقامرة وتعاطي الكحول (Bischof, Meyer .etal.,2013, pp. 1065-1070)

تتسم المقامرة المرضية بعدم القدرة على مقاومة الحوافز المتكررة للمقامرة بشكل مفرط، على الرغم من العواقب الضارة للمقامرين أنفسهم وعائلاتهم والمجتمع. تشير التقديرات إلى أن (٧٠-٩٠٪) من الأمريكيين الشماليين قد انخرطوا في شكل من أشكال نشاط المقامرة، على الرغم من أن الدراسات الاستقصائية الوبائية تضع معدل انتشار المقامرة المرضية عند (١ - ٢ ٪) من عامة السكان مما يشير إلى أن غالبية الأفراد الذين يقامرون لا يصابون بـ المقامرة المرضية. أدى التناقض بين أولئك

الذين يقامرون ولا يطورون المقامرة المرضية، والذين يقامرون ويفعلون، بالباحثين إلى البحث عن عوامل الضعف المتعلقة بهذا الاضطراب وخصائصه (Petry,2005).

المقامرة هي حالة نفسية منخفضة الانتشار، بمتوسط انتشار لمدة (١٢) شهرًا من (٠,١ إلى ٥,٨) بالمائة على الصعيد الدولي خلال العقد الماضي. ومع ذلك، يعاني الكثير من الأشخاص من ضرر المقامرة نتيجة لعبهم أو لعب شخص آخر. يمكن أن تشمل الأضرار: المشاكل المالية، والتوتر، والأضرار التي تلحق بالعلاقات، والمخاوف الصحية الجسدية، والضيق النفسي، والآثار السلبية على أداء الأسرة. على الرغم من الاعتراف بأن تأثير مشكلة المقامرة يتجاوز الأفراد، فقد تم توجيه قدر ضئيل من الاهتمام نحو دراسة التأثيرات على أفراد الأسرة، وخاصة الأطفال. في حين لا توجد إحصاءات حالية عن عدد الأشخاص الذين يعانون من مشكلة القمار هم أيضًا آباء، تشير التقديرات إلى أن ما بين ربع إلى نصف الأشخاص الذين يعانون من مشاكل المقامرة لديهم أطفال معالون (Suomi, Lucas & Dowling et al.,2022, , pp. 107205).

اضطراب القمار هو اضطراب سريري يتميز بسلوك مقامرة إشكالي مستمر ومتكرر يؤدي إلى ضعف أو ضائقة كبيرة سريريًا ، كما هو موضح في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية ، الإصدار الخامس (DSM - 5) بوجود أربعة على الأقل من من تسعة معايير تشخيص DSM-٥ على مدى (١٢) شهرًا (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، ٢٠١٣). يمكن تقدير معدل انتشار مشكلة المقامرة للبالغين (آخر ١٢ شهرًا) في إجمالي عدد السكان بين (٠,٥٪ و ٣٪) ، مع وجود ثلاثة إلى أربعة أضعاف عدد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل أو أضرار تحت الإكلينيكية ، وبانتشار أعلى بين الذكور أكثر من الإناث (American Psychiatric Association ,2013; Abbott,2020).

وبناءً علي ذلك, فهناك قلة في الدراسات التي ركزت علي التنبؤ بالمقامرة المرضية من خلال سمات الشخصية والتشوهات المعرفية لدى مدمني الكحول – في حدود علم الباحثة– وبالتالي فإننا بحاجة الي مزيد من الدراسات في هذا المجال. وفي ضوء العرض السابق, يمكن صياغة مشكلة الدراسة في عدد من التساؤلات الآتية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية بين كلٌ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية وبين اضطراب القمار لدى مدمني الكحول؟.
٢. هل تسهم كلٌ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية في التنبؤ باضطراب القمار لدى مدمني الكحول؟.

٣. هل توجد فروق في (التعليم- ومدة التعاطي- والعمل- والسن- والحالة الاجتماعية) على كلٍ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية واضطراب القمار لدى مدمني الكحول؟

اهداف الدراسة.

١. التعرف علي العلاقة بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية واضطراب القمار لدى مدمني الكحول.
٢. التحقق من مدي اسهام كلً من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية في التنبؤ باضطراب القمار لدى مدمني الكحول.
٣. التحقق من وجود فروق في كلٍ من (التعليم- ومدة التعاطي- والعمل- والسن- والحالة الاجتماعية) على متغيرات الدراسة لدى مدمنى الكحول.

- **اهمية الدراسة.**

أولا: الاهمية النظرية:

١. ترجع أهمية الدراسة بصفة عامة الي ان المقامرة المرضية من اكثر انواع الادمان السلوكي ظهوراً لدى مدمني الكحول, حيث اصبح ذا معدلات انتشار كبيرة عن ذي قبل, وبصفة خاصة, فإن هذه الدراسة لها اهمية نظرية؛ حيث توجد قلة في البحوث المهتمة باضطراب القمار في المنطقة العربية لدى المدمنين, ولعل هذا قد يسد ثغرة في مجال الدراسات النفسية.
٢. تناول مفهوم حديث نسبياً – اضطراب القمار – بالدراسة لدى مدمني الكحول.
٣. القاء الضوء على احد اسباب اضطراب القمار, إذا ما ثبتت الدراسة العلاقة بين المتغيرات وبين بعضها بعضاً.

ثانياً: الاهمية التطبيقية:

١. إعداد مقياس جديد لاضطراب القمارعلى عينة من مدمني الكحول, وتقنينه بما يلائم البيئة المصرية.
٢. تفعيل برامج علاجية لزيادة سمات الشخصية الايجابية لدي المدمنين.
٣. اعداد ندوات توعوية للتخلص من اثار اضطراب القمار لدى المدمنين.

مفاهيم الدراسة.

(١) الادمان:

يشير مصطلح الإدمان إلى اضطراب عصبي نفسي يتميز بعدم القدرة النفسية والجسدية على التوقف عن تعاطي المخدرات. ومع ذلك ، تم دمج هذا المفهوم مؤخرًا ، وقد وسع الدليل

التشخيصي والإحصائي ، الإصدار الخامس (DSM-5) من معنى الإدمان ليس فقط للمواد ولكن أيضًا لأنواع السلوك مثل المقامرة أو إساءة استخدام الإنترنت. على أي حال، إذا كان الاستخدام الأولي سلوكًا تطوعيًا، فإن الإساءة ليست كذلك. في الواقع، وجدت الدراسات التي أجريت على الإنسان والحيوان عوامل تجعل الفرد أكثر عرضة للإدمان من غيره (Cillis ,2022, pp.704-710).

يُنظر إلى الإدمان السلوكي (BA) على أنه حالة نفسية مع رغبة شديدة في تكرار إجراء يكافئ أو يخفف من الضيق، على الرغم من العواقب السلبية. المشاركة المعتادة المتكررة، والمحاولات الفاشلة للتقليل، والشغف، والمثابرة على الرغم من التأثير الوظيفي السلبي، والتسامح والسلوك الأقل ملاءمة وظيفيًا) والبيولوجيا العصبية (النشاط الزائد للعقد القاعدية، ونظام المكافأة وتشكيل العادة مقرونًا بنقص التحكم أو التثبيط التنازلي) هذه هي الجوانب المرتبطة بإدمان المواد. على سبيل المثال، قد يشعر الأفراد الذين يقامرون من حين لآخر بمتعة أولية ويكونون قادرين على التحكم في الإلحاحات المتعلقة بالمقامرة. لكن بمرور الوقت، قد يصبح هذا السلوك متأصلًا، ويكون أكثر "اعتياديًا" من "ممتعًا"، ويصعب مقاومته، مع تأثير سلبي عميق على الأداء اليومي. وبالمثل، فإن الرغبة المتزايدة في إعادة تجربة السلوك (مثل تعاطي المخدرات)، يمكن أن تؤدي إلى الاستخدام / التعرض المنتظم والمزمن مما يتسبب في حدوث تغييرات في القشرة (القشرة قبل الجبهية) والمناطق القشرية الفرعية (النظام الحوفي) التي تنطوي على الدوائر العصبية للمكافأة، والدافع، والذاكرة، والتحكم في الانفعالات والحكم. هذا يزيد من الرغبة الشديدة في النشاط والضعف في القدرة على تنظيم الدافع بنجاح، على الرغم من المعرفة والخبرة بالعديد من النتائج المتعلقة بـ بالإدمان السلوكي (Sharma, Amudhan & Anand et al.,2022).

(٢) <u>الشخصية:</u>

"الشخصية هي تنظيم ديناميكي، داخل الشخص، لأنظمة نفسية فيزيائية تخلق أنماطًا مميزة من الأفكار والمشاعر والسلوكيات". الاستمرارية والاتساق والاستقرار لسمات الشخصية والتصرفات بمرور الوقت تحدد تطور الشخصية (Alpatanni, 2022, pp.1-18).

تُعرف الشخصية بأنها مزيج من السلوك والعاطفة والتحفيز وأنماط التفكير التي تميز الفرد. اقترح الباحثون خمسة سمات للشخصية وهي: الانبساط، والضمير، والقبول، والعصابية، والانفتاح على التجربة. يشير مصطلح الانبساطية إلى شخص يتمتع بطاقة عالية، ومؤنس ، وله أدوار قيادية مباشرة، ومتحمس، وحازم، ولديه قدر كبير من التعبير العاطفي. يرتبط الضمير بدرجة عالية من الرعاية والسلوك الموجه نحو الهدف والانضباط والتنظيم والدقة. عادة ما يتم وصف التوافق من خلال

الموثوقية والتفكير والرحمة والتعاون. ترتبط العصابية بانتظام بعدم الأمان العاطفي، والضيق، وتقلب المزاج، والقدرة على التكيف المنخفضة والمرارة. يرتبط الانفتاح على التجربة بالابتكار، ونطاق الاهتمام الواسع، والابتكار، والاندفاع والعقلاني (Maalouf, Hallit & Obeid, 2022,pp.1-12).

تم تعريف الشخصية على أنها "التنظيم الديناميكي داخل الفرد للأنظمة النفسية الفيزيائية التي تحدد سلوكه المميز وفكره". تتميز الشخصية بالاختلافات الفردية في سمات الشخصية (أي الأنماط المستقرة في التفكير والشعور والتصرف). كان "ألبرت" أول من أجرى تحليلًا منهجيًا لكلمات السمات وحدد أكثر من (٤٥٠٠) كلمة سمة غير تقييمية كمرشحين لتطوير تقييم شامل للسمات. مهد عملهم الطريق لمنظري السمات في المستقبل. الذين حصروا هذه الأوصاف في خمس سمات شخصية عالية المستوى باستخدام تحليل العوامل. نموذج العوامل الخمسة هو نموذج راسخ لبنية الشخصية، والذي يصنف كل سمة من سمات الشخصية الخمس الكبرى على طول سلسلة متصلة محددة من قبل المتطرفين (على سبيل المثال، الانطوائي مقابل المنفتح). وتشمل هذه الانفتاح على التجربة (أي تقدير الأفكار والخبرات الجديدة)، والضمير (أي الميل إلى التنظيم والعمل الدؤوب والمسؤول)، والانبساط (أي السعي للتفاعل مع البيئة وغيرها)، والموافقة (أي ، الميل إلى كن متعاونًا وغير أناني)، والعصابية (أي قابلية عدم الاستقرار العاطفي) (Ashleigh & Delgadillo,2022,pp.1-21).

الشخصية: الفروق الفردية في الأنماط المميزة للتفكير والشعور والتصرف:

١. "التفكير": الشخصية تشمل الاختلافات بين الناس في طريقة تفكيرهم عادة.

٢. "الشعور": تشمل الشخصية الاختلافات بين الناس في ما يشعرون به عادة.

٣. "التصرف": تتضمن الشخصية الاختلافات بين الأشخاص في سلوكهم المعتاد (Vazire, 2014,pp.9)

- **ت الشخصية.**

تم تعريف مصطلح سمة علي انه يشير إلى "مجموعة متنوعة من السمات الفردية ، بما في ذلك جوانب الشخصية والمزاج والاحتياجات والدوافع والقيم." يتم وصف السمات بأنها "السمات الشخصية المميزة للقائد، مثل الذكاء والأمانة والثقة بالنفس والمظهر". يعرّف "أنتوناكيس وزملاؤه" المصطلح على أنه "تكاملات مستقرة ومتماسكة نسبيًا للخصائص الشخصية التي تعزز نمطًا ثابتًا من الأداء القيادي عبر مجموعة متنوعة من المواقف الجماعية أو التنظيمية." السمات هي سمات مختلفة يمتلكها الأفراد – بما في ذلك الشخصية والمزاج وروابط القدرة والاحتياجات والدوافع والتصرف والقيم – التي تنتج أداء قياديًا متسقًا بغض النظر عن الوضع التنظيمي. تؤدي الصفات مثل المظهر الجسدي والسمات الديموغرافية أيضًا دورًا في القيادة الفعالة (Holsinger,2020,pp.1-30)

يمثل كل من السمات الخمسة للشخصية مجموعة واسعة من خصائص السلوك ذات الصلة. على سبيل المثال، يمثل الانبساط والفروق الفردية في المشاركة الاجتماعية والتأكيد ومستوى الطاقة. يتمتع الأفراد المنفتحون للغاية بالتواصل الاجتماعي مع الآخرين ، ويشعرون بالراحة في التعبير عن أنفسهم في مواقف جماعية ، وكثيراً ما يواجهون مشاعر إيجابية مثل الحماس والإثارة ؛ في المقابل ، يميل الأفراد الانطوائيون إلى التحفظ اجتماعيا وعاطفيا. يجسد القبول الاختلافات في التعاطف والاحترام وقبول الآخرين. يشعر الأفراد المقبولون بالقلق العاطفي على رفاهية الآخرين، معاملة الآخرين فيما يتعلق بحقوقهم الشخصية وتفضيلاتهم ، واعتناق معتقدات إيجابية بشكل عام عن الآخرين ؛ يميل الأفراد البغيضون إلى إيلاء قدر أقل من الاحترام للآخرين وللمجتمع قواعد الأدب. يمثل الضمير الاختلافات في التنظيم والإنتاجية والمسؤولية. يفضل الأفراد شديدو الضمير النظام والهيكل ، ويعملون بإصرار لتحقيق أهدافهم ، ويلتزمون بالوفاء بواجباتهم والتزاماتهم (Soto, 2018,pp.240-241).

تُعرَّف سمات الشخصية عادةً على أنها توصيفات للأشخاص من حيث أنماط السلوك والأفكار والعواطف المستقرة نسبيًا. نموذج العوامل الخمسة (FFM) هو التصنيف الأكثر بحثًا للسمات في جميع أنحاء العالم؛ ضمن هذا النموذج ، يتم دمج عدد كبير من السمات في خمسة أبعاد واسعة للسمات يتم تحميلها على عوامل متعامدة. يتم توفير العوامل والسمات الوصفية, يتم وصف القيم الشخصية (على سبيل المثال، الإنجاز والأمن) عمومًا على أنها أهداف حياة واسعة ومستقرة إلى حد ما مهمة للناس في حياتهم وتوجه تصوراتهم ، واحكامهم وسلوكهم (Leduc, Feldman & Bardi,2014,pp.1-28).

١. الانفتاح:

يساعد الانفتاح على تجربة الأشياء الجديدة، المرتبطة بصفات مثل الإبداع, والثقافة, والفضول, والابتكار, والحدة, والحس الجمالي، على تمييز الأفراد المبدعين عن غيرهم.

٢. الانبساط:

كثيرا ما يوصف المنفتحون بأنهم "اجتماعيون، حازمون ، ثرثارون ، نشيطون". يميل الأشخاص الذين يتمتعون بهذه الشخصية إلى التفاؤل ولديهم دوافع ذاتية. أن الانبساطية مرتبطة بشكل إيجابي بالفائدة المتصورة وسهولة الاستخدام المتصور.

٣. الضمير الحي:

الشخصيات الواعية هي أفراد يتحكمون في أنفسهم ويتسمون بالكفاءة والتنظيم ويميلون إلى البحث عن طرق مختلفة لاستخدام التقنيات للسماح لهم بتحسين مستوى أدائهم في العمل. ثبت أن الضمير مرتبط بالسهولة المتصورة لاستخدام التكنولوجيا.

٤. العصابية:

تتسم العصابية بميل الشخص لتجربة المشاعر غير السارة مثل الخوف والذنب والغضب والعار وعدم الراحة والقلق والحزن والشعور بالذنب. قد يرى الفرد المصاب بالعصابية تطبيق التخلص من السموم الرقمي كفرصة لتجنب التفاعلات الاجتماعية (Vinh, 2022,pp.1-24).

<u>التشوهات المعرفية:</u>

التشوهات المعرفية هي أخطاء في التفكير ناتجة عن الأفكار البديهية السلبية التي لا تستند إلى الأدلة. تشمل التشوهات المعرفية الشائعة التهويل (إدراك حدث سلبي معتدل باعتباره كارثة)، والتفكير الكل أو لا شيء (النظر إلى الأشياء على أنها إما – أو ، بدلاً من إدراك الفروق الدقيقة)، والتفكير العاطفي (الاعتقاد بأن مشاعر المرء تمثل الواقع بدقة). علماء النفس العياديتحديد التشوهات المعرفية باعتبارها عوائق أمام الأداء النفسي الصحي وقد طوروا تقنيات سلوكية معرفية لمساعدة الناس على تقليل هذا التفكير المشوه . بينما ينخرط جميع الأشخاص في التشوهات المعرفية إلى حد ما (Jared, Nelson & Megan et al.,2022,pp.111243).

تُعرّف التشوهات المعرفية بأنها عملية معلومات مشوهة تؤدي إلى استجابات غير قادرة على التكيف مع المواقف العصيبة، وهي عامل خطر راسخ للتفكير والمحاولات الانتحارية. ينظر الأفراد عمومًا إلى مستقبلهم وعالمهم وأنفسهم بشكل أكثر سلبية، ويميلون إلى إظهار مستويات أعلى من الخصائص المعرفية المختلة مثل اليأس، والمعتقدات غير المنطقية، والعجز في حل المشكلات

المعرفية (Wu, Zhang & Walsh et al.,2022,pp.92-104) .

التشوه المعرفي – انحياز سلبي – في التفكير في ما يتعلق بتزايد التعرض للاكتئاب. يمر الأفراد بأفكار تلقائية استجابة للأحداث ، والتي بدورها تؤدي إلى ردود فعل عاطفية وسلوكية. عادةً ما يتوافق محتوى الأفكار التلقائية مع الأفكار الأساسية للفرد حول الجوانب المهمة لأنفسهم والآخرين والعالم. عندما يتم تنشيط الضوابط الأساسية السلبية والأفكار التلقائية السلبية التي يتم استنباطها (تتكون من أخطاء في التفكير لا تستند إلى أدلة) سلبية ، قد يؤثر الحدث المحايد أو حتى الإيجابي على التأثير السلبي والسلوكيات غير القادرة على التكيف. العمل الإضافي ، هذا التسلسل من بين الأفكار والعواطف والسلوكيات يمكن أن تسبب أعراض الاكتئاب أو تحافظ عليها (Rnic, David & Rod,2016,pp. 348-362).

- **خصائص التشوهات المعرفية:**

١- انها تعد حقائق مطلقة, واساسية, وجوهرية.
٢- يُعبر عنها عادة في قوالب جامدة.
٣- انها مدعمة للذات ومساعدة على استمرارها ومن ثم فهي مقاومة لاي تغيير يحدث للذات.
٤- تتشكل التشوهات المعرفية في سن مبكر وتصبح مألوفة.
٥- يمكن أن تؤدي التشوهات المعرفية الي مشاكل نفسية عديدة.
٦- تنشط التشوهات المعرفية من الاحداث ذات الصلة بالفرد, اي الاحداث المؤثرة التي يمر بها الفرد في حياته.
٧- تتشكل التشوهات المعرفية نتيجة لتجارب الفرد وخبراته وحياته السابقة (أحمد هارون,٢٠١٧, ١١-١٢).

ما لا يقل عن أربعة أنواع أساسية من التشوهات المعرفية فعالة في إدمان المخدرات:

أولاً ، هناك تشوهات إيجابية تبالغ في فوائد تعاطي المخدرات. من المعروف أن الأفراد الذين يعانون من الإدمان يمرون بأفكار مستمرة حول تعاطي المخدرات بشكل أكثر تكرارًا ، مع الأفكار الموجهة للمخدرات التي تزاحم الأفكار المتعلقة بأشياء أخرى ذات أهمية وأحيانًا تدخل بشكل تدخلي في الوعي عندما يكونون غير مرغوب فيهم، . هذه الأفكار التلقائية المشوهة ، التي يشار إليها غالبًا باسم عنصر الانشغال بالإدمان ، تقدم عادةً احتمالية استخدام المخدرات في ضوء إيجابي للغاية ، ويمكن للتجربة المتكررة لمثل هذه الأفكار إعادة تشكيل التمثيلات التقييمية ، مما يؤدي إلى زيادة القيمة المبالغ فيها المرتبطة بتعاطي المخدرات.

ثانيًا ، يُظهر الأفراد المصابون بالإدمان في كثير من الأحيان أيضًا تشوهات تقلل من الآثار السلبية لتعاطي المخدرات: هذه الآثار السلبية ، خاصةً عندما تكون بعيدة بما فيه الكفاية في المستقبل ، يتم تقليل وزنها بشكل غير لائق. قد تنشأ هذه التشوهات من أنماط الحسم الزمني ، أو من أنماط أكثر عمومية من عدم الحساسية للعقاب ، أو من الإدراك المحفز والإنكار

ثالثاً: التشوهات السائدة لدى أولئك الذين يعانون من الإدمان تعكس حقيقة أن الإدمان يترافق بشكل كبير مع حالات الاكتئاب والقلق الطيف. وبالتالي، كثيرًا ما يُظهر الأفراد المصابون بالإدمان التشوهات المميزة حول الذات وبيئتهم ومستقبلهم الموجودة في الاكتئاب ، بالإضافة إلى التشوهات المميزة حول المخاطر والأضرار (خاصة مخاطر الرفض الاجتماعي) الموجودة في اضطرابات القلق.

رابعاً: التشوهات تتعلق بالقدرة على التأقلم. كثيرًا ما يكون لدى الأشخاص الذين يعانون من الإدمان أفكار تلقائية مشوهة مفادها أن الأدوية فقط هي التي تخفف الألم والضيق ، وأنه بدون العقاقير ، سيستمر الألم والضيق أو يزداد سوءًا ، وأن هذا لن يطاق. في الواقع ، تعتبر هذه التشوهات المرتبطة بالتكيف غير القادرة على التكيف هدفًا رئيسيًا لنهج العلاج السلوكي المعرفي المعاصر في الإدمان (Sripada ,2022,pp. 113639).

تتضمن بعض الأمثلة على التشوهات المعرفية التعميم المفرط (استخلاص استنتاج واسع يعتمد على حدث معزول) ؛ التهويل / التضخيم (التركيز على السيناريو الأسوأ) ؛ تفكير الكل أو لا شيء (رؤية العالم من منظور الكل أو لا شيء / الأسود أو الأبيض) ؛ والتصفية الذهنية (تركز فقط على المعلومات السلبية بدلاً من رؤية الصورة الكاملة. قد تساعد بعض الأمثلة السريرية في توضيح الاختلافات بين "التشوهات المعرفية" و "المعتقدات المختلة": قد يفسر الفرد الذي يستخدم تشويه التعميم المفرط أي خطأ على أنه علامة على الفشل التام ، حتى عندما يحدث هذا الخطأ ضمن سلسلة من النجاحات. قد يكون ذلك في هذه الحالة ، فإن الاعتقاد الخاطئ الأساسي بأن أي شيء أقل من الكمال هو فشل كامل يغذي التعميم المفرط. قد يولي الفرد الذي يستخدم تشويه المرشح العقلي اهتمامًا انتقائيًا فقط للأشخاص في مناسبة اجتماعية الذين لا يقتربون منه / منها بدلاً من أولئك الذين يفعلون ذلك ، ومن ثم قد يفسر هذا على أنه يعني أنه لا أحد يحبه / لها. قد يحمل هذا الشخص اعتقادًا أساسيًا مختلًا بأنه غير محبوب. في حالة طبية ، يمكن للمريض الذي يميل إلى الكارثة ، عند إعطائه تشخيصًا جديدًا ، التركيز على جميع العواقب الوخيمة المحتملة لمرضه / مرضها ؛ في هذه الحالة ، قد تتعلق المعتقدات الأساسية بالعجز والضعف. للحصول على قائمة أكثر شمولاً من التشوهات المعرفية المحددة في العلاج المعرفي السلوكي (Dembo, Veen &

.Widdershoven, 2020,101627)

(٣) المقامرة المرضية:

حظي اضطراب القمار باهتمام متزايد باعتباره إدمانًا سلوكيًا ذا أهمية كبيرة للصحة العامة خلال السنوات الماضية. وفقًا لـ DSM-5، يتم تعريف المقامرة المضطربة على أنها سلوك مقامرة مستمر أو متكرر أو حتى محسّن على الرغم من العواقب الشخصية أو الاجتماعية السلبية ، مثل المديونية أو اضطراب الأسرة أو تعطيل الملاحقات المهنية (American Psychiatric Association .,2013)

يُعد سلوك المقامرة نشاطًا ترفيهيًا اجتماعيًا شائعًا ومقبولًا للبالغين، وهو متاح بسهولة ويتم الترويج له. يحدث سلوك المقامرة في سلسلة متصلة، تتراوح من المقامرة أو الترفيهية إلى اضطراب القمار. اضطراب القمار (GD) هو اضطراب غير متعلق بالمواد يُعرف بأنه سلوك مقامرة مستمر ومتكرر يؤدي إلى ضعف أو ضائقة كبيرة سريريًا. يحتاج الأفراد المصابون باضطراب القمار عادةً إلى المراهنة بمبالغ متزايدة من المال من أجل تحقيق الإثارة المرغوبة، ويظهرون حالة عاطفية سريعة الانفعال عندما يحاولون تقليل المقامرة أو إيقافها. على الرغم من أنهم حاولوا مرارًا وتكرارًا السيطرة على المقامرة أو تقليصها أو إيقافها، إلا أنهم لم ينجحوا. الشعور بالضيق من الأسباب الشائعة لسلوك المقامرة ، وعندما يخسر اللاعبون المال، فإنهم عادة ما يقامرون مرة أخرى لأغراض "المطاردة". غالبًا ما يشعر الأفراد المصابون باضطراب بالقلق بشأن المقامرة (على سبيل المثال، التفكير في التجارب السابقة، أو التخطيط لرهاناتهم التالية، أو التفكير في طرق مختلفة للحصول على المال للمراهنة) والكذب بشأن مدى مشاركتهم. لهذا السبب ، يمكن أن تتأثر مجالات الحياة المهمة المختلفة، مثل المهنة، والفرص التعليمية، والعلاقات المهمة. ترتبط خصائص المقامرة بارتفاع معدلات الاعتلال المشترك مع الاضطرابات النفسية الأخرى. الأكثر شيوعًا هي اضطرابات تعاطي المخدرات (الاعتماد على النيكوتين ؛ تعاطي الكحول والاعتماد عليه)، واضطراب الاكتئاب الشديد ، واضطرابات القلق .(Sanahuja, Campos & Mira et al.,2021,pp.100466)

تم تعريف اضطراب القمار (GD) على أنه سلوك مقامرة غير قادر على التكيف ومستمر له تأثير سلبي على مهنة الفرد وعلاقاته وصحته النفسية وغيرها من مجالات جودة الحياة. تم تعريف الفاصل الزمني بين تطوير شكل إشكالي من المقامرة إلى الوقت الذي يفي فيه بمعايير اضطراب المقامرة كما هو موضح في الإصدار الخامس من DSM-5، على أنه وقت الانتقال (TT) إلى اضطراب المقامرة. في حين أن المتغيرات الثقافية والفردية قد تفسر مخاطر التعرض لسلوكيات المقامرة (APA ,2013; McComb & Sabiston, 2010, pp. 503-520).

تشير المقامرة المرضية إلى الدافع الذي لا يمكن السيطرة عليه للمقامرة، بغض النظر عن تدخل السلوك في حياة الفرد. غالبًا ما يؤدي إلى علاقات مضطربة ومشاكل مالية وسلوك إجرامي ومع ذلك لا يستطيع الفرد الامتناع (Righino, Pascucci & Pettorruso et al.,2012,pp.1).

في الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، تمت إعادة تسمية "المقامرة المرضية" على أنها "اضطراب المقامرة" وانتقلت إلى قسم الاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان بسبب المسببات الأساسية التي تشترك فيها مع الإدمان الأخرى. تضمن الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية العديد من التعديلات على تشخيص المقامرة المرضية: (أ) تم تغيير اسم الاضطراب إلى اضطراب القمار، (ب) تم نقل اضطراب القمار إلى الفصل الخاص بـ "الاضطرابات المرتبطة بالمخدرات والإدمان"، (ج) تم تخفيض حد التشخيص من خمسة معايير إلى أربعة، (د) تمت إزالة أحد المعايير: "ارتكب أعمالًا غير قانونية مثل التزوير أو الاحتيال أو السرقة أو الاختلاس لتمويل المقامرة" Xavier ,2014,pp. 91-95; American Psychiatric Association ,2013).

- **انواع المقامرة المرضية.**

كانت المقامرة مرتبطة بشكل أساسي بألعاب الورق والنرد والروليت. حتى الآن، تتضمن المقامرة أنواعًا متعددة من الأنشطة بما في ذلك اليانصيب, وألعاب الورق, والمراهنات الرياضية, وألعاب الكازينو, والمقامرة عبر الإنترنت, والمقامرة على ماكينات القمار. بالنسبة للعديد من الأشخاص، تمثل المقامرة نشاطًا ترفيهيًا غير ضار. ولكن بالنسبة لمجموعة فرعية ذات صلة، فإنها تصبح مسببة للإدمان، مما يؤدي إلى ضعف نفسي ومالي واجتماعي. مع ظهور ماكينات القمار، ازداد انتشار الاضطرابات المتعلقة بالمقامرة، وهناك إجماع واسع بين الخبراء على أن المقامرة بآلات القمار تسبب الإدمان بشكل خاص. على وجه الخصوص، يرتبط الانخراط في المقامرة بآلة القمار وغيرها من أشكال المقامرة غير الاستراتيجية بعمر مبكر من مشكلة المقامرة وتطور أسرع إلى المقامرة المرضية (Moritz, Gehlenborg & Bierbrodt etal., 2021,pp.110539).

العوامل الرئيسية التي تساهم في اضطراب القمار:

(١) الاندفاع:

يُعد الاندفاع أمرًا أساسيًا، ليس فقط لاضطراب القمار على وجه الخصوص، ولكن أيضًا للإدمان

بشكل عام. ترتبط درجاته القياسية بشكل كبير بدرجات شدة اضطراب المقامرة، وكذلك مع قابلية التعرض للاضطراب. يبدو أن اضطراب القمار أكثر ارتباطًا بالسمات من اندفاع الحالة، وأيضًا أكثر ارتباطًا بالاندفاع في الاختيار من اندفاع الاستجابة. هناك مسألة مهمة أخرى وهي أنه في المرضى الذين عولجوا من القمار المرضي، يرتبط الاندفاع بالتشوهات المعرفية بحيث قد يؤدي أسلوب اتخاذ القرار الاندفاعي إلى زيادة فرصة القبول المطلق للمعتقدات الخاطئة (Leeman, Hoff & Sarin et al.,2014, pp. 460-466; Michalczuk, Jones & Garcia et al.,2011 ,pp. 2625-2635).

(٢) التشوهات المعرفية

تؤدي التشوهات المعرفية دورًا حاسمًا في تطوير اضطراب المقامرة والحفاظ عليه. أكثر التشوهات التي يتم اكتشافها بشكل متكرر هي "وهم السيطرة" و "مغالطة المقامرين"، لكن التشوهات الأخرى مثل "الثقة المفرطة"، و "الاتجاهات في اختيار الأرقام"، و "التأثيرات الوشيكة"، و "التحيز الذاتي" و "الضعف" (Goodie & Fortune ,2013, pp. 730-743).

الدراسات السابقة.

اشارت دراسة "اكسيان وآخرين" (Xian et al.,2008) إلي وجود ارتباط للتشوهات المعرفية مع مشكلة المقامرة المرضية في التوائم الذكور البالغين. وتكونت عينة الدراسة من (١٣٥٤) مشاركاً, تتراوح أعمارهم من (٤٥-٦٠). حددت هذه الدراسة عامل قرص مضغوط واحد لخص (١٢) تشوهاً معرفياً متعلقاً بالمقامرة ابلغ عنه المقامرون. أظهرت النتائج أن التوائم الذين قاموا بالمقامرة ويعانون من اضطرابات نفسية غير مرضية متزامنة طوال حياتهم درجات مرتفعة علي القرص مقارنة مع الذين لا يعانون من امراض مزمنة. كما اكدت الدراسة تزامن بين ظهور المقامرة وبين اضطرابات تعاطي المخدرات والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من خلال ارتفاع معدل الاعتلال المشترك بين المقامرة المرضية والمشكلة والاضطرابات النفسية الأخرى.

هدفت دراسة "باسكوسي واخرين" (Pascucci et al.,2011) لتقييم آثار السمات الشخصية والامراض النفسية علي الاعراض المرضية للمقامرين. تكونت العينة من (٤٠) مريضاً. استخدمت الدراسة مقياس لتقييم سمات الشخصية, ومقياس لتقييم الاعتلال النفسي المصاحب, ومقياس لتقييم الاندفاعية. واشارت نتائج الدراسة الي تأثر عمر البداية للمقامرة بالبحث عن الجدة، مع درجات أعلى تتعلق بالبداية المبكرة؛ كان وجود اضطراب الهلع مدى الحياة مرتبطًا ببداية لاحقة؛ تم العثور على ارتباط إيجابي بين سن بداية القمار المرضي وتدخين السجائر والقنب. علاوة على ذلك، ترتبط الدرجات الأعلى في درجات خطورة المقامرة بوجود الكحول المرضي أو تعاطي المخدرات أو

الاعتماد عليها، أو الاكتئاب المزاجي، أو اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب المزاج ثنائي القطب من النوع الثاني. كما اكدت نتائج الدراسة ان سمات الشخصية والأمراض النفسية المصاحبة تؤثر على عمر بداية المقامرة، وشدة المقامرة والتأثير الوظيفي والاقتصادي للمرض على حياة المريض.

قدرت دراسة "مونتالفو وآخرين" (Montalvo et al.,2012) انتشار القمار المرضي في المرضى المدمنين الباحثين عن العلاج: دراسة استكشافية. تم تقدير انتشار المقامرة المرضية في (١١٢) مريضًا يبحثون عن العلاج من الإدمان (٨١ مدمنًا على الكحول و ٣١ من مدمن الكوكايين). تم استخدام معايير التشخيص DSM-IV-TR للمقامرة المرضية والنسخة الإسبانية من شاشة مقامرة. وأظهرت النتائج أن (٢٢,٣٪) من كان لدى المرضى المدمنين على المخدرات تشخيص مرضي مشترك للمقامرة المرضية علاوة على ذلك ، كان لدى (١١,٦٪) إضافية من العينة أعراض ذات صلة بمشكلة المقامرة. باختصار، أبلغ (٣٣,٩٪) من العينة عن أعراض ذات صلة بالمقامرة مهمة سريريًا. من وجهة نظر اجتماعية وديموغرافية ، كان جميع مرضى الإدمان الذين يعانون من أعراض متعلقة بالمقامرة من الرجال. مقارنة بين مرضى مدمنى المخدرات مع وأظهر عدم وجود القمار المرضي اختلافات كبيرة في شدة الكحول، والأعراض النفسية المرضية (التي تم تقييمها بواسطة SCL-90-R) ومتغيرات الشخصية (التي تم تقييمها بواسطة MCMI II). في جميع الحالات، كانت الدرجات أعلى بشكل ملحوظ في المقامرين منها في غير المقامرين. أخيرًا ، تم التعليق على الآثار المترتبة على هذه النتائج لمزيد من البحث والممارسة السريرية.

قيمت دراسة "ريغينو وأخرين" (Righino et al., 2012) العلاقة بين سمات الاندفاع وتقييم الشخصية والأمراض النفسية المصاحبة في عينة من المقامرين المرضيين. تكونت العينة من (٧٨) مقامراً. تم استخدام مقياس لتقييم سمات الشخصية[٣], ومقياس لتقييم الاعتلال النفسي المصاحب[٤], ومقياس لتقييم الاندفاعية[٥], وتم تقييم المقامرة المرضية من خلال الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية[٦]. واوضحت نتائج الدراسة عن ارتفاع نسبة الاصابة بالاكتئاب بين المقامرين, وخطر الانتحار, والاندفاع المرتفع. كما توصلت الدراسة الي تحديد لسمة الاندفاعية كعامل تمييزي فيما يتعلق بخصائص الشخصية والامراض النفسية المصاحبة لها.

[3] The Temperament and Character Inventory (TCI).
[4] Mini-International Neuropsychiatric Interview.
[5] Barratt Impulsiveness Scale.
[6] DSM-IV-TR.

توقعت دراسة "جريلي وأخرين"" (Grille et al.,2015) دور سمات الشخصية في علاج القمار المرضي. كان الهدف من هذه الدراسة ذا شقين: أولاً، تقييم الملف الشخصي للمرضى الخارجيين البالغين الباحثين عن العلاج الذين يعانون من المقامرة المرضية مقارنة بمجموعة تحكم مطابقة ضمن منظور نموذج العوامل الخمسة البديلة، وثانيًا، تحديد المتغيرات الشخصية التي ستتنبأ بنتيجة العلاج. تكونت العينة من (٤٤) مقامراً مرضياً يبحثون عن العلاج علي التوالي, و(٨٨) عنصر تحكم مقترنين حسب العمر والجنس, بمتوسط (١٠,٠٩) سنة وانحراف معياري (٣,٢٣) سنة. وفيما يتعلق بالحالة الاجتماعية كان منهم (٦١,٣%) متزوجين, و(٢٥%) غير متزوجين, والباقي (١٣,٧%) منفصلون أو مطلقون أو أرامل. استخدمت الدراسة استبيان الشخصية لـ زوكرمان وكوهلمان وتم استخدام العلاج المعرفي السلوكي الفرد. سجل المقامرين أعلى بكثير في العصابية – والقلق. أظهر أولئك الذين انتكسوا أو تسربوا درجات أعلى في الاندفاع والإحساس. ظهر الاندفاع كمؤشر مهم لفشل العلاج. كما اشارت النتائج ان لم يكن العمر وبداية ومدة مشكلة القمار مرتبطين بشكل كبير مع أي من متغيرات الشخصية.

حددت دراسة "جربيسا وآخرين,٢٠١٦" (Grbesa etal.,2016) الفروق المحتملة في سمات الشخصية الفردية بين أعضاء أندية مدمني الكحول المعالجين والمقامرين في اتحاد نوادي مدمني الكحول والمقامرين المعالجين. تكونت العينة من (١٩) عضوا من نوادي مدمني الكحول المعالجين و (٧) أعضاء من نوادي المقامرين المعالجين. تم استخدام استبيان البيانات الاجتماعية والديموغرافية واستبيان العوامل الخمسة ومؤشر بلوتشيك للعاطفة, واستبيان تاريخ الكحول واستبيان التقييم السلوكي واستبيان تاريخ المقامرة وأداة التشخيص للمقامرين. أظهرت النتائج التي تم الحصول عليها أن المجموعتين تختلفان اختلافًا كبيرًا في بعدين من أبعاد الشخصية على الانفتاح على التجارب الجديدة والشمولية. حقق أعضاء أندية مدمني الكحول المعالجين (KLA) درجات أعلى في الأبعاد: الكذب والمسؤولية ، بينما حقق أعضاء أندية المقامرين المعالجين (KLOK) درجات أعلى في الأبعاد: الطاقة والديناميكيات والهيمنة، على الرغم من عدم إثبات الفروق إحصائيًا كبير. كما لاحظنا بعض الاختلافات في المظهر العاطفي بين أعضاء المجموعتين، أي الحصول على درجات أعلى في جميع الأبعاد. بشكل عام يمكن القول أن نتائج هذه الدراسة كانت مطابقة للدراسات السابقة في هذا المجال. الديناميكيات والهيمنة، على الرغم من أن الاختلافات لم تثبت دلالة إحصائية.

وضحت دراسة "فلوريز وآخرين"" (Florez et al.,2016) أن الاندفاع والمواقف الضمنية والادراك الصريح والاعتماد علي الكحول ينبأ بالمقامرة المرضية. تمت مقارنة أربعة وأربعين مقامرًا

مرضيًا، من بينهم (٢٣) من المقامرين النشطين و(١٧) كانوا مدمنين كحول، مع (١٠٠) مجموعة تحكم، تتكون من مرضى لديهم تاريخ مدى الحياة من اضطراب تعاطي الكحول في فترة الهدوء لمدة عامين على الأقل. تم استخدام الادوات الآتية: شاشة تشخيصية لمركز أبحاث الرأي الوطني لاضطرابات القمار، مقياس بارات للاندفاع الإصدار (١١) من المقياس (BIS-11)، ومقياس الإدراك المرتبط بالمقامرة (GRCS)، ومقياس الوسواس القهري للشرب، واختبار تحديد اضطرابات تعاطي الكحول، واختبار الارتباط الضمني بالمقامرة (IAT). كان الاندفاع (BIS-11) والتغيرات في المواقف الضمنية (IAT) قادرين على التمييز بين المقامرين المرضيين والضوابط، حيث كان الأخير أقل اندفاعًا ولديه مواقف ضمنية أقل تجاه المقامرة. كان الاندفاع المعرفي (BIS-11، وإدراك المقامرة الصريح (GRCS)، والاعتماد على الكحول قادرين على التمييز بين المقامرين المرضيين النشطين وغير النشطين، حيث كان لدى الأخير اندفاع إدراكي أقل وإدراك أقل صريحًا للمقامرة واعتمادًا على الكحول. يمكن أن يساعد استخدام هذه الأدوات البسيطة الأطباء في تقييم المقامرة المرضية. كما أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين القمار المرضي و الاندفاع، والتشوهات المعرفية الصريحة والضمنية والمواقف المتعلقة بالقمار، وإلى حد أقل إدمان الكحول. لكن التفاعل المحدد بين هذه المجالات الأربعة مع المقامرة المرضية والمقامرة المرضية النشطة والمقامرة المرضية بالإضافة إلى الاعتماد على الكحول له أهمية أكبر.

أوضحت دراسة "سيكاريلي وأخرين" (Ciccarelli et al.,2017) التأثير المتبادل بين المعتقدات غير العقلانية وسوء اتخاذ القرار وكذلك دور التحيز المعرفي والضيق العاطفي وضعف اتخاذ القرار في اضطراب القمار. وتألفت العينة من (١٠٨) ذكور تتراوح اعمارهم بين (٢٤- ٦٥) سنة, وانقسمت العينة الي (٥٤) مقامر مرضي و(٥٤) عينة ضابطة. واستخدمت الدراسة شاشة المقامرة, ومقياس الادراك المرتبط بالمقامرة, ومهمة المقامرة, ومقياس الاجهاد والقلق والاكتئاب. واشارت النتائج الي ان المقامرين المرضين اقل في اتخاذ القرارات عن المجموعة الضابطة وابلغوا عن درجات اعلي في مقاييس التشوهات المعرفية والاضطرابات العاطفية, كما ارتبطت جميع الاجراءات بشكل ايجابي مع خطورة القمار. ولوجظ علاقة سلبية كبيرة بين اتخاذ القرار والتشوهات المعرفية وأكدت النتائج أن التشوهات المعرفية والاضطراب العاطفي واتخاذ القرار كان تنبئاً مهماً لمشكلة المقامرة.

بحثت دراسة "مان وأخرين" (Mann et al.,2017) الاعتلال المشترك والتاريخ العائلي والسمات الشخصية لدي المقامرين المرضيين مقارنة بالضوابط الصحية. هدفت هذه الدراسة الي بحث الاختلافات في الخصائص الاجتماعية والديموغرافية, والمتغيرات المتعلقة بالمقامرة, والامراض

النفسية المشتركة (مدي الحياة), والتاريخ العائلي للحالات النفسية , بالإضافة الي سمات الشخصية تكونت العينة من (٥١٥) من المقامرين المرضيين الذكور الذين يتلقون العلاج مع (٢٦٩) من الضوابط الصحية المتطابقة. وتكونت الادوات من (مقياس بارات الاندفاعي) لقياس سمات الشخصية, (ومقياس زوكرمان) للبحث عن الاحساس. تحققت الدراسة من صحة سمات الشخصية في عينة فرعية مطابقة للعمر والعرق من المقامرين "الصافيون" دون أي أمراض نفسية مصاحبة (بما في ذلك الاعتماد على النيكوتين). واشارت نتائج الدراسة الي ان (١٪) فقط من المقامرين تم تشخيصهم باضطراب السيطرة على الانفعالات غير القمار. كما أكدت النتائج أن (٨٨٪) من المقامرين في العينة لديهم تشخيص مرضي مصاحب للاعتماد على المواد. كان أعلى معدل للاعتلال المشترك في المحور الأول هو الاعتماد على النيكوتين (٨٠٪)، يليه الاعتماد على الكحول (٢٨٪). كان العمر المبكر لتجربة المقامرة الأولى مرتبطًا بشدة القمار. مقارنة بأقارب الدرجة الأولى للمقامرين، كان الأقارب من الدرجة الأولى للمقامرين المرضيين أكثر عرضة للإدمان على الكحول (٢٧,٠٪ مقابل ٧,٤٪) ، والمقامرة المرضية (٨,٣٪ مقابل ٠,٧٪) ومحاولات الانتحار (٢,٧٪ مقابل ٧,٤٪). ٠,٤٪). لوحظت اختلافات مجموعة كبيرة لعوامل العصابية والموافقة والضمير. كان المقامرون أيضًا أكثر اندفاعًا من الضوابط، لكنهم لم يختلفوا عن الضوابط من حيث السعي وراء الإحساس.

فحصت دراسة "اورلوفسكي وآخرين" (Orlowski et al.,2020) ارتباط التشوهات المعرفية بنوع المقامرة والمقامرة المضطربة. وهدفت الدراسة الي مقارنة أنواع المقامرة المختلفة فيما يتعلق بالتشوهات المعرفية وتطور القمار المضطرب. تم اختيار (٣٠٩) طالباً. تم استخدام مقياس التشوهات المعرفية, واستبيان المقامرة والمعتقدات المتعلقة بالمقامرة, واستبيان "ستينشفيلد" لتقييم المشكلات المتعلقة بالمقامرة. اشارت نتائج الدراسة وجود ارتباطاً قوياً بين التشوهات المعرفية المرتبطة بالمقامرة والمقامرة المضطربة. اثبتت الدراسة ان المراهنات الرياضية تُعد مؤشر علي مشكلة القمار. بينت الدراسة ان المقامرة علي اجهزة القمار الالكترونية هي عامل خطر الي جانب التشوهات المعرفية.

هدفت دراسة "سيكاريلي وآخرين" (Ciccarelli et al.,2021) الي التحقيق من المساهمة النسبية للذهن، وعدم التنظيم العاطفي، والتشوهات المعرفية، واستهلاك الكحول بين المقامرين المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٣٩٦) طالباً, (٦٩,٢) إناث تتراوح أعمارهم بين (١٤ : ١٩) عامًا من المدارس الثانوية في جنوب ايطاليا. تضمنت اجراءات التقييم شاشة المقامرة, ومقياس الادراك المرتبط بالمقامرة, واستبيان الاداء الانعكاسي, ومقياس تنظيم العاطفة. تم العثور على نوعين

من التشوهات المعرفية للتنبؤ بشكل كبير بإشكالية القمار لدى المراهقين: عدم القدرة على التوقف والتحيزات التفسيرية. قدمت الدراسة الحالية – لأول مرة – نظرة ثاقبة للعلاقات المتبادلة بين العقلية الضعيفة ، وعدم تنظيم العاطفة ، والتشوهات المعرفية التي تساهم معًا في سلوك المقامرة الإشكالي في مرحلة المراهقة .قد يكون المقامرون (الذين يواجهون صعوبات في إدارة المشاعر السلبية ويعانون من الإرهاق) ينخرطون في سلوكيات اندفاعية مثل القمار من أجل تثبيط الاستثارة العاطفية يرتبط عدم التنظيم العاطفي بضعف الذهن الذي يجعل من الصعب على المقامرين فهم حالاتهم العقلية ، خاصةً عند ظهور مشاعر قوية .مع زيادة المشاركة في المقامرة ، تظهر التشوهات المعرفية المتعلقة بالقدرة الشخصية والتحكم في نتائج المقامرة ، مما يعزز مستويات المشاركة في المقامرة والمساهمة بشكل متزايد في تشويش القدرة على التفكير العقلي والنظر في العواقب السلبية للمقامرة.

فحصت دراسة "دونالد وأخرين" (Donald et al.,2021) ارتباط المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والسريرية الأساسية مع الدورة التدريبية عند كبار السن والشباب البالغين الذين يعانون من المقامرة المرضية. وتكونت عينة الدراسة من (٤٨) من كبار السن, و (٥٧) من الاشخاص الاصغر سناً مع المقامرة المرضية. تضمنت النتائج لتنبؤات للمقامر المضطرب أثناء المتابعة فاظهر أعراض اكتئاب شديدة, واهمال في الطفولة المبلغ عنه ذاتياً, والتشوهات المعرفية المتعلقة بألعاب الحظ. كما اظهرت اختبارات التفاعل بين العلاقات بين بعض عوامل الخطر والمقامرة المضطربة انها تختلف بين كبار السن والشباب. كما وجد المزيد من قيود الدور بسبب الصحة البدنية. كانت حالات الاقلية العرقية واضطراب ثنائي القطب وسوء المعاملة العاطفية في مرحلة الطفولة تنبأت بمستويات أعلي لنشاط المقامرة لدي كبار السن أكثر من الاصغر سناً.

ربطت دراسة "بيتوروس واخرين" (Pettorruso etal.,2021) وقت الانتقال الي اضطراب القمار بالأدوار التي يؤديها العمر وتفضيل القمار وسمات الشخصية. تألفت العينة من (٧٢٥) من مرضى اضطراب القمار الذكور لتحديد العوامل المرتبطة بشدة الانتقال و المقامرة المرضية، بما في ذلك: عمر بداية سلوكيات المقامرة، وتعاطي الكحول / المخدرات، والسمات الشخصية وتفضيلات المقامرة (أي الاستراتيجية، وغير الاستراتيجية، والمختلطة). كشفت نتائج الدراسة ارتباط مدة الانتقال الأطول مع شدة المقامرة المرضية الأعلى، والعمر المبكر لظهور المقامرة المرضية، وتعاطي المخدرات وتفضيل المقامرة غير الاستراتيجي. سمات الشخصية بما في ذلك انخفاض التوجيه الذاتي، والسعي العالي للجدة، وانخفاض التعاون كانت مرتبطة أيضًا بـ بمدة الانتقال الأطول. كانت

أقوى الارتباطات مع شدة المقامرة المرضية هي تعاطي المخدرات، وبعض سمات الشخصية (على سبيل المثال، انخفاض التوجيه الذاتي والتعاون، وتجنب الأذى العالي، والتعالي الذاتي). كانت العوامل التي تنبأت بشكل كبير بالانتقال الأطول إلى المقامرة المرضية هي العمر الأكبر، والتوجيه الذاتي المنخفض، والمقامرة غير الاستراتيجية.

هدفت دراسة "أرجونا واخرين" (Arjona et al.,2021) الي معرفة التأثيرات الوسيطة للاستراتيجيات السلوكية الوقائية على العلاقة بين سمات الشخصية المعرضة للإدمان والمشكلات المتعلقة بالكحول بين البالغين الناشئين. حددت الدراسة ما إذا كان يمكن تفسير ارتباطات سمات الشخصية المعرضة للخطر (البحث عن الاثارة الحسية[٧]، والاندفاع[٨]، واليأس[٩]، وحساسية القلق[١٠] مع زيادة تعاطي الكحول من خلال ارتباطات هذه المتغيرات مع انخفاض استخدام دعم السلوك الإيجابي. اختبرت الدراسة نموذجين للوساطة تم فيهما التوسط جزئيًا للعلاقة بين سمات الشخصية المعرضة للخطر وزيادة مشاكل استخدام الكحول (حجم الكحول؛ الشرب العرضي الثقيل والأضرار المرتبطة بالكحول) من خلال انخفاض استخدام دعم السلوك الإيجابي. شارك في هذه الدراسة عينة من (٩٢٢) طالباً جامعياً من احدي الجامعات الكندية الاطلسية، منهم (٧٠,٣٪) إناث. كان متوسط العمر (٢٠,١١) سنة. استخدمت الدراسة مقياس تعريف مخاطر استخدام المواد[١١], ومقياس الاستراتيجيات السلوكية الوقائية[١٢], قدمت الدراسة بيانات جديدة حول آلية تساعد في تفسير العلاقات بين سمات شخصية معينة معرضة للخطر وإشكالية تعاطي الكحول، حيث تقل احتمالية استخدام هذه الشخصيات لدعم السلوك الإيجابي. أظهرت نتائج الدراسة أن حساسية القلق ارتبطت بشكل إيجابي بالأضرار المرتبطة بالكحول وارتبطت إيجابيًا بالاستراتيجيات السلوكية الوقائية. أشار هذا النمط إلى أن هناك عوامل / وسطاء آخرين يعملون ضد المسار الوقائي لدعم السلوك الإيجابي، بحيث لا يزال حساسية القلق، بشكل عام، تمثل مخاطر للأضرار المرتبطة بالكحول. كما أظهرت الدراسة آلية يتعرض من خلالها الأفراد للبحث عن الاثارة الحسية[١٣]، والاندفاع[١٤]، واليأس[١٥]، وحساسية القلق[١٦]

---

[7] sensation-seeking.
[8] Impulsivity.
[9] Hopelessness.
[10] anxiety-sensitivity.
[11] The Substance Use Risk Profile Scale (SURPS).
[12] The Protective Behavioral Strategies Scale (PBSS).
[13] sensation-seeking.
[14] Impulsivity.
[15] Hopelessness.
[16] anxiety-sensitivity.

لمشاكل متزايدة متعلقة بالكحول. فالأشخاص الذين يتمتعون بهذه السمات الشخصية لديهم استخدام أقل لبرنامج تلفزيوني مما يزيد من خطر تعرضهم للصعوبات المتعلقة بالكحول. بناءً على ذلك، يجب أن تتضمن تدخلات الحد من الضرر استراتيجيات لاستهداف تقليل استخدام دعم السلوك الإيجابي بين طلاب الكليات من حيث (البحث عن الاثارة الحسية[١٧]، والاندفاع[١٨]، واليأس[١٩]، وحساسية القلق[٢٠]). على الرغم من المسار الوقائي من الحساسية للقلق إلى نتائج الكحول عن طريق زيادة استخدام الاستراتيجيات السلوكية الوقائية، كما أظهر الطلاب حساسية للقلق مرتبطة بمستويات اعلي من المشاكل المتعلقة بالكحول، مما يشير إلى وجود مسارات مخاطر قوية أخرى من حساسية القلق إلى المشاكل المتعلقة بالكحول. تشير هذه النتيجة إلى أن دعم السلوك الإيجابي ليس وثيق الصلة كهدف علاجي لأفراد الذين لديهم مستويات عليا من الحساسية للقلق. مسارات المخاطر الأخرى، مثل دوافع المواجهة والامتثال.

وصفت دراسة "ميشيللي واخرين" (Michelle etal.,2021) دور ضعف السيطرة على الكحول في ارتباط سمات الشخصية الاندفاعية مع تعاطي الكحول كدالة للاضطراب الاكتئابي. تالفت العينة من (٢٠١) مريضاً خارجياً. أكمل المرضى المقابلة السريرية المنظمة لإصدار DSM-IV (SCID), وتقييمات الاندفاع وضعف السيطرة على الكحول, وتعاطي الكحول. واشارت النتائج ان أكثر من (٣٥٪) من مرضى العيادات الخارجية استوفوا معايير الاضطراب الاكتئابي الحالي. دعمت نماذج المسار ارتباطات الاندفاع مع ضعف السيطرة على الكحول، وبالتالي شرب الكحول المعرض للخطر والذي اختلف بشكل كبير كدالة للاكتئاب الحالي. بين الأفراد المصابين بالاكتئاب الحالي، كان الميل الأكبر للتصرف بتهور عند التعرض لتأثير سلبي (إلحاح سلبي) مرتبطًا بفشل أكثر تكرارًا في التحكم في الشرب (فشل التحكم)، وبالتالي زيادة الشرب المعرضة للخطر. على النقيض من ذلك، بين الأفراد غير المصابين بالاكتئاب الحالي، ارتبطت زيادة الإلحاح الإيجابي والسعي الأقل للإحساس بتحكم أكبر بالفشل، وبالتالي، الشرب الأكثر عرضة للخطر.

تأكدت دراسة "كايا واخرين" (Kaya et al.,2021) من العلاقة بين التعبير عن المشاعر والسمات الشخصية والتشخيص من الكحول وإدمان المواد: دراسة متابعة لمدة ٦ أشهر. أجريت هذه الدراسة علي عينة قوامها (ن = ١٠٢، ٩٨ ذكر) وأقاربهم (ن= ١٠٢، ٤٤ ذكر). تم تطبيق مؤشر ملف الاعتماد علي المواد، وقائمة الشخصية على المرضى، في حين تم تطبيق مقياس

[17] sensation-seeking.
[18] Impulsivity.
[19] Hopelessness.
[20] anxiety-sensitivity.

التعبير عن المشاعر على الأقارب الرئيسيين. تم تقييم معدلات الانتكاس بعد ستة أشهر. واشارت النتائج الي مستويات عالية من التعبير عن الانفعالات بين الأقارب الرئيسيين للمرضى لتكون مرتبطة بمعدلات الانتكاس المبكر. بالإضافة إلى ذلك، الأفراد الذين عاش معهم المرضى، ومستوى الدخل، وحالة العمل، والوقت الذي يقضيه المرضى في المهنة، وشدة الإدمان تم العثور على جميعها مرتبطة بشكل كبير بالانتكاسات. لم تكن السمات الشخصية للمرضى مرتبطة بالانتكاسات المبكرة. كما وجدت الدراسة أن كفاءة الطاقة والوقت الذي يقضيه في المهنة مرتبطان بشكل كبير مع الانتكاسات، في حين أن المتغيرات الأخرى لم تكن كبيرة. يبدو أن العلاقة بين الانتكاس في الفترة المبكرة من الامتناع عن تعاطي المخدرات ومستويات التعبير عن الانفعالات للأقارب الرئيسيين هي العامل المحدد الأكبر للنجاح المستمر مقارنة بالعديد من المتغيرات الأخرى في المرضى الذين يعانون من استخدام الكحول والمواد المخدرة، بما في ذلك شدة الإدمان.

حققت دراسة "ملادينوفيك وآخرين (Mladenovic et al.,2022) في عوامل الشخصية وأنماط الوالدين في التنشئة والتعرض المبكر للإدمان على الكحول بشكل تكاملي لتسليط الضوء على كيفية تشكيل هذه المتغيرات بشكل عام والضعف للسلوكيات التي تسبب الإدمان واضطراب تعاطي الكحول, وكذلك المقامرة المرضية، بشكل منفصل. تتألف العينة من (١٥٠) لمجموعات المرضى الداخليين . تتألف مجموعة المرضى الداخليين من تعاطي الكحول" النقي" (باستثناء المقامرة وغيرها من اضطرابات الإدمان الهامة) و"المقامرة المرضية" (باستثناء تعاطي الكحول والاضطرابات الإدمانية الكبيرة الأخرى .(أنشأ تحليل عشوائي لأشجار الغابات نموذجًا يصنف بدقة (٧٩ ٪) من المشاركين من المجموعة التي تسبب الإدمان ووجد أنهم اتسموا بضميرًا منخفضًا، وأيًا استبداديًا، وأمًا أقل مرونة، والعصابية عوامل مهيأة لكلا الإدمان .بالإضافة إلى ذلك، من خلال نمذجة المعادلة الهيكلية، يُظهر نموذج المؤشر المرضي انبساطًا أعلى وانفتاحًا أقل قد يُعزى إلى اضطراب المقامرة، فضلاً عن أسلوب الأب الأبوي الاستبدادي .قد تكون أنماط الأم الاستبدادية أو المتساهلة مرتبطة بمرض تعاطي الكحول وإدمان الأب للكحول .يخلص البحث إلى أن هناك أوجه تشابه بين كل من تعاطي الكحول و المقامرة المرضية في الشخصية كعوامل ضعيفة للسلوك الإدماني بالإضافة إلى الاختلافات الأساسية في الشخصية والتجارب المبكرة من الحدود التي وضعتها الأمهات والآباء وإدمان الكحول في مرحلة الطفولة.

تعقيب عام علي الدراسات السابقة:

اتضح من خلال عرض الدراسات العديد من النقاط للاستفادة منها, والتي تعطى الباحثة مبرراً قوياً لإجراء هذه الدراسة, كما تعطي أهمية لها حيث تُعد الدراسة من الدراسات الأولى العربية – في

حدود إطلاع الباحثة – التي تناولت العلاقة بشكل مباشر سمات الشخصية والتشوهات المعرفية بكونها منبئات باضطراب القمار لدى مدمنة الكحول, ومن خلال عرض الدراسات نجد أن:

١- تبين من خلال المسح الشامل الذي أجرته الباحثة بواسطة الحاسب الآلي لقواعد البيانات العالمية من (Springer, Eric, Proquest, Ebsco, Science direct), وأكاديمية البحث العلمي, وشبكة المعلومات الجامعية بعين شمس, معهد العلوم التربوية والنفسية بجامعة القاهرة, ومكتبة الإسكندرية, والمكتبة المركزية بجامعة القاهرة, والمكتبة المركزية بجامعة عين شمس, والمكتبة المركزية بجامعة الزقازيق, والمكتبة المركزية بجامعة بنها, والمكتبة المركزية بجامعة طنطا, الدوريات, والحوليات النفسية المتخصصة, ورسائل الماجستير والدكتوراه, فوجدت الباحثة قلة في الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت علاقة مفاهيم الدراسة الراهنة بعضها بعضا في حدود اطلاع الباحثة.

في ضوء ذلك يمكن التعليق على الدراسات السابقة على النحو الآتي:

- ركزت أغلب الدراسات على علاقة التشوهات المعرفية باضطراب القمار كما في دراسة (Xian etal.,2008), ودراسة (Ciccarelli etal.,2017), ودراسة (Orlowski etal.,2020) ,و دراسة (Donald .etal.,2021) **ومن حيث العدد:** تراوحت معظم الدراسات ما بين (٤٠) مفحوصاً كما في دراسة (Pascucci etal.,2011), و(١٤٤) مفحوصاً كما في دراسة (Florez etal.,2016). ولذلك قامت الباحثة بالتطبيق على (86) مدمناً على حسب ما توفر مع الباحثة من مرضى. **ومن حيث الأدوات:** اختلفت الأدوات من دراسة لأخرى باختلاف هدف الدراسة؛ إذ تنوعت هذه الأدوات ما بين تقييم "بارات" للاندفاعية, ومقياس لتقييم الاعتلال النفسي المصاحب, ومقياس الادراك المرتبط بالمقامرة, كما في دراسة (Righino etal.,2012), ودراسة(Ciccarelli etal.,2017), واختبار خساسية القلق, ومقياس مخاطر استخدام المواد, والبخث عن الاثارة الحسية كما في دراسة (Pettorruso etal.,2021). وحاولت الباحثة استخدام اكثر الأدوات تكراراً في الدراسات مما يدل على الكفاءة السيكومترية للاختبارات. فقد جمعت الباحثة بين ( ) اختبارات من أحدث الاختبارات من الدراسات السابقة التي توازت مع هدف دراستها والتي امتازت انها أكثر ثباتاً وصدقاً من خلال ارتفاع معاملات ارتباطها. **من حيث السن:** تراوحت معظم الدراسات التي تناولت معالجة المعلومات والاكتئاب بين الفئة العمرية من (24-65) عاماً كما في دراسة (Xian etal.,2008), ودراسة (Ciccarelli etal.,2017), لذا قامت الباحثة بالتطبيق على الفئة العمرية ما بين (26- 31) عاماً. **من حيث النتائج:** توصلت معظم الدراسات إلى وجود علاقة ايجابية بين القمار والاندفاع والتشوهات

المعرفية, وان عدم تنظيم العاطفة والتشوهات المعرفية تساهم في سلوك المقامرة ومنها دراسة كلاً من: (Florez etal.,2016), (Ciccarelli etal.,2017).

- تباين حجم العينات بين الدراسات, ففي حين كانت عينة بعض الدراسات صغيرة حيث (ن=٤٠) مشاركاً كما في دراسة (Pascucci etal.,2011), في حين كان حجم العينة في دراسات اخري كبيراً الي حد ما حيث (ن= ١٣٥٤) مشاركاً, مما ادي الي تضارب بعض نتائج الدراسات مع الدراسات السابقة.
- حداثة الدراسات المعروضة, حيث قدمت جميعها في الفترة الزمنية من (٢٠٠٨ الي ٢٠٢١م).
- ندرة الدراسات الاجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية معاً, اي بحث سمات الشخصية والتشوهات المعرفية بالتنبؤ باضطراب القمار .
- جميع الدراسات السابقة تمت في بيئات أجنبية, ولم تجد الباحثة – في حدود ما قامت به من جهد– دراسة عربية تناولت متغيرات الدراسة الراهنة, مما يشير الي اهمية الدراسة الحالية, ومع ذلك فإن الدراسات الاجنبية قد أمدت الباحثة بقدر كبير من المعرفة.
- تضارب نتائج بعض الدراسات حيث توصلت دراسة (Florez etal.,2016) الي وجود علاقة بين التشوهات المعرفية الصريحة والضمنية والمواقف المتعلقة بالقمار والي حد اقل ادمان الكحول مما يعارض هدف الدراسة الحالية.

- **فروض الدراسة.**

١. توجد علاقة ارتباطية بين كلٌ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية وبين اضطراب القمار لدى مدمني الكحول.
٢. تسهم كلٌ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية في التنبؤ باضطراب القمار لدى مدمني الكحول.
٣. توجد فروق بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية واضطراب القمار لدى مدمني الكحول تبعاً لمتغير (التعليم– مدة التعاطي– الفئة العمرية– الحالة الاجتماعية).

- **منهج الدراسة واجراءاتها.**

أولاً: منهج الدراسة:

- أعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي, لتفسير العلاقة بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية واضطراب القمار لدى مدمني الكحول.

ثانياً: مجتمع وعينة الدراسة.

يتكون مجتمع هذه الدراسة من مجموعه من الافراد مدمني الكحول، بلغ عدد افراد العينة

(١٧٠) مدمن كحول وذلك لدراسة التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية بكونها منبئات بالمقامرة المرضية لديهم. يوضح جدول (١) البيانات لأفراد العينة حسب (الفئة العمرية، مدة التعاطي، التعليم، العمل والحالة الاجتماعية).

جدول (١): يوضح توزيع عينة الدارسة لمجموعة الدراسة من مدمني الكحول (الفئة العمرية، مدة التعاطي، التعليم، العمل و الحالة الاجتماعية)

بيانات أولية	ن= ١٧٠	
	عدد	%
الفئة العمرية:		
من ٢٠ الي اقل من ٣٠ سنة.	٨٠	٤٧,١
من ٣٠ الي اقل من ٤٠ سنة.	٩٠	٥٢,٩
مدة التعاطي:		
من ١ الي اقل من ٣ سنوات	١٠٢	٦٠
من ٣ الي اقل من ٦ سنوات	٦٨	٤٠
مستوى التعليم::		
كلية	٥٧	٣٣,٥
مؤهل متوسط	٦١	٣٥,٩
أمي	٥٢	٣٠,٦
العمل		
يعمل	١٣٠	٧٦,٥
لايعمل	٤٠	٢٣,٥
الحالة الاجتماعية		
أعزب	٧٨	٤٥,٩
متزوج	٩٢	٥٤,١

من الجدول السابق تشير البيانات بان الفئة العمرية من (٣٠) الى اقل من (٤٠) سنة. تمثل حوالي (٥٢,٩ %) ويليها المجموعة (من ٢٠ الى اقل من ٣٠ سنة.) نسبة مقدراها (٤٧,١ %). تمثل مدة التعاطي من (١) الى اقل من (٣) سنوات نسبة مقدرها ٦٠ % من إجمالي العينة وكانت ال مجموعه (من ٣ الى اقل من ٦ سنوات) تمثل نسبة مقدراها (٤٠ %) من أجمالي العينة. فيما يخص مستوى التعليم، كان مستوى التعليم (مؤهل متوسط) يمثل (٣٥,٩ %)، يليه المجموعة (كلية) بنسبة (٣٣,٥ %)والمجموعة (امى) بنسبة (٣٠,٦%). بالنسبة لمتغير العمل، كانت المجموعة (يعمل) بنسبة مئوية (٧٦,٥%) ويليها مجموعة (لا يعمل) بنسبة (٢٣,٥%). فيما يخص متغير الحالة الاجتماعية، تمثل المجموعة (متزوج) نسبة مقدراها (٥٤,١%) ويليها المجموعة (أعزب) بنسبة مقدراها (٤٥,٩%).

ثالثا: أدوات الدراسة.

(١) مقياس التشوهات المعرفية:

- معد المقياس (احمد هارون, ٢٠١٦). يتكون المقياس من (٣٠) عبارة وفق مقياس خماسي، لتقدير درجة الإجابة لفقرات المقياس حيث (تنطبق دائما = ٥، تنطبق كثيرا = ٤، تنطبق احيانا = ٣، تنطبق نادرا = ٢ و لا تنطبق ابدا = ١). ويشير ارتفاع الدرجات الي زيادة في

الافكار والخواطر التلقائية السلبية, ليتم الحصول علي المجموع الكلي لعبارات المقياس ما بين (٣٠) الي (١٥٠) درجة.

(أ) صدق مقياس التشوهات المعرفية وثباته.

١- صدق المحكمين:

- تم حساب صدق المحكمين وذلك بتقديم المقياس في صورته المبدئية إلى سبعة محكمين من أساتذة علم النفس للتحكيم، وأخذ آرائهم في ضوء عناصر التحكيم، واتضح أن نسب اتفاق المحكمين على بنود التحكيم تراوحت ما بين (٨٧% الى ١٠٠%)، وهي نسب اتفاق مقبولة، مما يدعو إلى الثقة في صلاحية المقياس لقياس ما يهدف إليه، هذا وتم تعديل الصياغة اللغوية لبعض العبارات وفقا نما أشار إليه بعض المحكمين.

٢- صدق الاتساق الداخلي لمقياس التشوهات المعرفية:

من خلال استخدام معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية، بهدف التحقق من مدى صدق المقياس (جدول ٢).

جدول (٢): قيم معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية (ن = ٥٠)

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
١	٠,٥٥١ **	11	٠,٤١٥ **	21	٠,٤٤٦
٢	٠,٤٢١ **	12	**٠,٥٧٧	22	**٠,٤٩٣
٣	**٠,٣٦٣	13	**٠,٦٣٦	23	**٠,٥٢٩
٤	**٠,٥	14	**٠,٤	24	**٠,٥٨٨
٥	**٠,٤٦	15	٠,٥٥٣ **	25	**٠,٦٦٣
٦	**٠,٦٣٩	16	**٠,٦٣٨	26	**٠,٦٣٢
٧	**٠,٦٨١	17	**٠,٥٠٦	27	**٠,٥١٢
٨	**٠,٦١٣	18	**٠,٦٦٤	28	**٠,٦٤٨
٩	**٠,٥٦٥	19	**٠,٥٦٤	29	**٠,٦٥١
١٠	**٠,٥٢٧	20	**٠,٥٠٦	30	**٠,٥٨٩

** معاملات ارتباط دالة عند مستوى(٠,٠١)

- يبين جدول (٢) ان معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية دالة احصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت معاملات الارتباط للفقرات بين

(٠,٣٦٣- ٠,٦٦٣) وهي معاملات ارتباط مقبولة ودالة وبذلك يُعد المقياس صادق لما وضع لقياسه.

(ب) ثبات مقياس التشوهات المعرفية.

- **باستخدام معامل الفا كرو نباخ:**

- بلغ قيمة معامل الفا كرو نباخ لعبارات مقياس التشوهات المعرفية (٠,٩٠٦) وهذا يعني ثبات كل الأسئلة الموجودة بالمقياس، وهذا يدل على ارتفاع صدق الأسئلة مما يؤكد كفاءة المقياس وقدرته على الإيفاء بما هو مطلوب من نتائج ثابتة وصادقة.

- **باستخدام طريقه التجزئة النصفية:**

- بلغت قيمه معادلة سيبرمان وبراون (٠,٨٠٦) ومعامل جتمان (٠,٧٩٨) وهي قيم مرتفعة مما تدل على وجود معامل ثبات للمقياس.

ثانياً: مقياس سمات الشخصية لايزنك.

- يتكون مقياس السمات الشخصية (مقياس ايزنك) المستخدم في الدراسة الحالية من (٥٨) عبارة موزعه على خمسة ابعاد، وقد تتمثل وتتكرر بعض الفقرات في المقياس أكثر من مرة بسبب ان عبارة بعينها توجد فى أكثر من بعد من الابعاد الخمسة يتضمنها المقياس وهي:

- **الكذب:** يتكون من (١٣) فقرة وهما الفقرات (٤, ٨, ١٣, ١٦, ٢٠, ٢٤, ٢٨, ٢٩, ٣٥, ٤٤, ٤٨, ٥١، ٥٥).
- **العدوانية:** ويتكون من (٢٣) فقرة وهما الفقرات (٢, ٣, ٧, ٩, ١٢, ١٥, ١٩, ٢٢, ٢٧, ٣٠, ٣١, ٣٣, ٣٤, ٣٨, ٤١, ٤٥, ٤٦, ٤٧, ٥٢, ٥٤, ٥٧ و٥٨).
- **العصابية:** ويتكون من (١٤) فقرة وهما الفقرات (٣, ٧, ١٢, ١٥, ١٩, ٢٣, ٢٧, ٣١, ٣٤, ٣٨, ٤١, ٤٧, ٥٤ و٥٨).
- **الانبساطية:** ويتكون من (١٦) فقرة وهما الفقرات (١, ٥, ١٢, ١٠, ١٤, ١٧, ٢١, ٢٩, ٢٥, ٣٢, ٣٦, ٤٠, ٤٢, ٤٥, ٤٩, ٥٢ و٥٦).
- **الذهانية:** ويتكون من (١٥) فقرة وهما الفقرات (٢, ٦, ٩, ١١, ١٨, ٢٢, ٢٦, ٣٠, ٣٣, ٣٧, ٤٣, ٤٦, ٥٠, ٥٣ و٥٧).

- ولذلك يتألف مقياس السمات الشخصية (مقياس ايزنك) فى صورته النهائية من خمسة ابعاد شاملة عدد (٨١) فقرة، وفق مقياس ثنائي، لتقدير درجة الإجابة لفقرات المقياس (نعم) و (لا).

- **صدق مقياس أيزنك للسمات الشخصية وثباته.**

(أ) صدق المحكمين

حيث تم عرض مقياس أيزنك للسمات الشخصية على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين فى علم النفس، لإبداء الرأي حول مدى ملاءمة أبعاد ومهام المقياس ومناسبتها للهدف التي أعدت من أجله والتأكد من صحة وصياغة الأبعاد والمهام، وبعد الأخذ بملاحظاتهم تم إجراء التعديلات اللازمة، والإبقاء على المهام التي قرر (٩٠%) منهم صلاحيتها، وتم اعتماد المقياس للتطبيق.

(ب) صدق الاتساق الداخلي لمقياس أيزنك للسمات الشخصية:

تم التحقق من الاتساق الداخلي لمقياس السمات الشخصية عن طريق حساب معامل الارتباط لكل فقرة من فقرات مقياس أيزنك والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (جدول ٣).

جدول (٣): صدق الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات مقياس أيزنك للسمات الشخصية والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. (ن = ٥٠)

البعد الأول: الكذب		البعد الثاني: العدوان				البعد الثالث: العصابي		البعد الرابع: الانبساط		البعد الخامس: الذهانى	
رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
٤	٠,٤٦١**	٢	٠,٣٦٦**	٣٨	٠,٣٠٥*	٣	٠,٤٨٧**	١	٠,٣٣٧*	٢	٠,٣٨٢**
٨	٠,٤٧ **	٩	٠,٣٨٥**	٤١	٠,٤٩٨*	٧	٠,٤٠٤**	٥	٠,٣٠٩*	٦	٠,٣٥٦*
١٣	٠,٤١٩**	١٨	٠,٣٠٤*	٤٥	٠,٣٨١**	١٢	٠,٣٥٦**	١٠	٠,٣٢٥*	١١	٠,٢٩٢*
١٦	٠,٤٤٨**	٥٢	٠,٣٢٤*	٤٦	٠,٣٤٨*	١٥	٠,٦٤١**	١٤	٠,٥٥٧**	١٨	٠,٤٢٧**
٢٠	٠,٤٦٦**	٥٧	٠,٣٠٨*	٤٧	٠,٤٦٦**	١٩	٠,٤٨٢**	١٧	٠,٣٦٢*	٢٢	٠,٣٦٧**
٢٤	٠,٤٣**	٣	٠,٣٠٨*	٥٤	٠,٤٣٤**	٢٣	٠,٥٩٧**	٢١	٠,٣٦٠*	٢٦	٠,٢٩٠*
٢٨	٠,٥٣٦**	٧	٠,٣٨٥**	٥٨	٠,٥٦٣**	٢٧	٠,٥٢٤**	٢٥	٠,٤٨٨**	٣٠	٠,٥٦٥**
٢٩	٠,٣٥*	١٢	٠,٣٣٧*			٣١	٠,٣٥٨**	٢٩	٠,٣٢٨*	٣٣	٠,٣٥٩*
٣٥	٠,٤٢٨**	١٥	٠,٥٤**			٣٤	٠,٥٠٥**	٣٢	٠,٣١٧*	٣٧	٠,٤٧٢**
٤٤	٠,٣٠٧*	١٩	٠,٤١٩**			٣٨	٠,٣٩٧**	٣٦	٠,٤١٠**	٤٣	٠,٥٥٥**
٤٨	٠,٢٩٤**	٢٢	٠,٣٠٩*			٤١	٠,٤٧٠**	٤٠	٠,٣٢٨*	٤٦	٠,٤٠٣**
٥١	٠,٤٤١**	٢٧	٠,٤١٦**			٤٧	٠,٤٤٤**	٤٢	٠,٣٢٠*	٥٠	٠,٣٨٢**
٥٥	٠,٣٧٩**	٣٠	٠,٣٦١*			٥٤	٠,٥٤٤**	٤٥	٠,٥٨٧**	٥٣	٠,٤٠٣**
		٣١	٠,٣*			٥٨	٠,٥٧٨**	٤٩	٠,٥١٠**	٥٧	٠,٣٠٨*
		٣٣	٠,٤٤١**					٥٢	٠,٥٥٤**		
		٣٤	٠,٤٦٢**					٥٦	٠,٣٤٣*		

***معاملات ارتباط دالة عند مستوى(٠,٠٥) و ** معاملات ارتباط دالة عند مستوى(٠,٠١)**

– يتضح من جدول (٣) أن جميع قيم معاملات الارتباط بين كل فقرة والبعد الذى تنتمى اليه ترتبط ارتباطاً موجباً دال إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠٥). مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

– كما تم حساب معامل الارتباط بين مجموع درجات أفراد العينة على الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس (جدول٤).

جدول (٤): معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل بعد والدرجة الكلية للمقياس أيزنك للسمات الشخصية (ن = ٥٠)

الأبعاد	معامل الارتباط
البعد الأول: الكذب	**٠,٥٧٤
البعد الثاني: العدوان	**٠,٩٣٢
البعد الثالث: العصابي	**٠,٨٧٣
البعد الرابع:الانبساط	**٠,٦١٦
البعد الخامس: الذهاني	**٠,٣٩٤

** معاملات ارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١)

- يتضح من جدول (٤) أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ب – ثبات لمقياس أيزنك للسمات الشخصية.

تم حساب ثبات المقياس بالطريقتين التاليتين:

(١) باستخدام معامل الفا كرونباخ:

تم استخدام طريقة ألفا– كرونباخ لحساب ثبات المقياس، ويوضح الجدول (٥) نتائج ذلك.

(٢) باستخدام طريقه التجزئة النصفية:

تم استخدام التجزئة النصفية لحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ارتباط سيبرمان–براون و معامل ارتباط جتمان . يتضح من جدول (٥) أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة، مما يشير إلى درجة عالية من الثبات لمقياس لمقياس أيزنك للسمات الشخصية.

جدول (٥):معاملات ثبات مقياس أيزنك للسمات الشخصية باستخدام التجزئة النصفية و معامل الفا كرو نباخ للأبعاد الفرعية للمقياس (ن = ٥٠)

الأبعاد	التجزئة النصفية		الفا كرونباخ
	معامل ارتباط سيبرمان-براون	معامل ارتباط جتمان	
البعد الأول: الكذب	٠,٧٢٦	٠,٧١٩	٠,٧١٩
البعد الثاني: العدوان	٠,٧٩٨	٠,٧٩٧	٠,٧٤٦
البعد الثالث: العصابي	٠,٧٨٦	٠,٧٨٦	٠,٧٤٩
البعد الرابع:الانبساط	٠,٧١٤	٠,٧٠٧	٠,٧٠١
البعد الخامس: الذهاني	٠,٧٩٨	٠,٧٧٨	٠,٧٢٥
الثبات الكلي للمقياس	٠,٧٧٠	٠,٧٥٦	٠,٧٨٥

- يتضح من جدول (٥) أن جميع قيم معاملات الثبات مرتفعة، حيث تراوحت من (٠,٧٠١) إلى (٠,٧٤٩) للأبعاد الفرعية المختلفة، أما قيمة معامل ثبات الدرجة الكلية للمقياس فكانت (٠,٧٨٥)، مما يشير إلى درجة عالية من الثبات لمقياس أيزنك للسمات الشخصية.

٢- استبيان اضطراب القمار:

- يتألف مقياس المقامرة المرضية وهو من اعداد الباحثة فى صورته النهائية من (٣٠) فقرة، وفق مقياس ثلاثى، لتقدير درجة الإجابة لفقرات المقياس حيث (دائما = ٣، احيانا = ٢، وابدا =

١). وتم بناء بنود المقياس علي اساس المقاييس التالية: (مقياس تقييم أعراض المقامرة عبر الانترنت[٢١], مقياس القمار[٢٢], مقياس الادراك المرتبط بالمقامرة[٢٣], مقياس تقييم أعراض المقامرة[٢٤], مؤشر خطورة مشكلة القمار[٢٥].

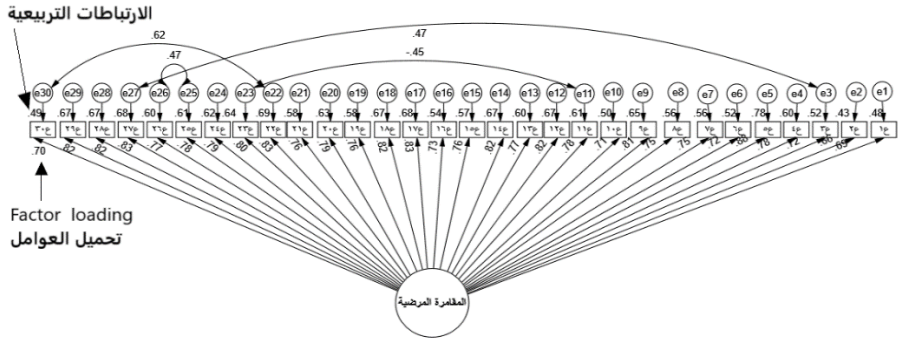
أ- **جودة وصدق مقياس المقامرة المرضية : (اعداد الباحثة).**

١- صدق المحكمين:

تم التأكد من الصدق الظاهري للمقياس المقامرة المرضية بعرضه في صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين في مجال علم النفس وتم الاخذ بآرائهم ومقترحاتهم عن مدى صلاحية فقرات المقياس واجراء التعديلات اللازمة وتم اعتماد المقياس للتطبيق.

٢-الصدق البنائي لمقياس المقامرة المرضية باستخدام التحليل العاملى التوكيدى :

يعد التحليل العاملى التوكيدى أحد تطبيقات نموذج المعادلة البنائية Structural Equation Model، ويتيح الفرصة لاختبار صحة نماذج معينة للقياس والتى يتم بنائها فى ضوء أسس نظرية سابقة ، كما يتيح الفرصة للتأكد من أن عبارات المقياس تقيس ما أعدت من أجله ، كما هو موضح بشكل (١).



شكل (١): التحليل العاملي التوكيدي (برنامج اموس) لمقياس المقامرة المرضية

من الشكل السابق يتم التحقق من احادية البعد عندما يكون لكل عناصر القياس الداخلة في تقدير مقياس المقامرة المرضية قيم تشبع مقبولة من اجل ضمان ابعاد النموذج القياسي التي تعطي مؤشر لحذف اى عنصر ذو تشبع منخفض ويتضح من الشكل (١) انا تشبعات العوامل

21 OGSAS: Online Gambling Symptom Assessment Scale.
22 TTGS: The Temptations for Gambling Scale.
23 GRCS: The Gambling Related Cognitions Scale.
24 G-SAS: Gambling Symptom Assessment Scale.
25 PGSI: Problem Gambling Severity Index.

(Factor loading) تتجاوز (٠,٦) لكل فقرة وأيضا الارتباطات التربيعية اكبر او مساوية (٠,٤) و بالتالي عدم الحاجة لحذف اى فقرة من فقرات المقياس.

جدول (٦): نتائج التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المقامرة المرضية مع مؤشرات تطابق النموذج

مؤشرات التطابق	القيمة	القيم الدالة على جودة التطابق
مربع كاى المعيارى(CMIN/DF)	٢,٣٣	5> CMIN/DF
مؤشر جودة المطابقة (Goodness of fit index GFI)	٠,٩٠٢	يساوى او اكبر من ٠,٩٠
مؤشر جودة المطابقة المعدل (Adjusted Goodness of fit index GFI)	٠,٨٩٥	يساوى او اكبر من ٠,٨٠
مؤشر المطابقة المقارن Comparative Fit Index (CFI)	٠,٩٦٤	يساوى او اكبر من ٠,٩٠
الجذر التربيعى لمتوسط البواقى (RMRroot mean square residual)	٠,٠٤٣	الاقتراب من الصفر
مؤشر الرمسى او مؤشر الجذر التربيعى لمتوسط خطأ الاقترابRMSEA root mean square error of approximation	٠,٠٥٦	يساوى أو أقل من ٠,٠٨

يتضح من جدول رقم (٦) من نتائج قيم التحليل العاملي التوكيدي لمقياس المقامرة المرضية الاتي:

يتضح ان قيمة مربع كاى المعيارى (٢,٣٣) علما بان حد القبول لهذا المؤشر اقل من القيمة (٥)، قيمة مؤشر جودة المطابقة (٠,٩٠٢) و هي اكبر من (٠,٩) و يدل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث، قيمة مؤشر جودة المطابقة المعدل قيمته (٠,٨٩٥) و هي اكبر من (٠,٨) و يدل ذلك على جودة مطابقة النموذج المقدر لبيانات عينة البحث، قيمة مؤشر المطابقة المقارن قيمته (٠,٩٦٤) و هي اكبر من (٠,٩)، كلما انخفضت قيمة الجذرالتربيعى لمتوسط البواقى و كلما اقترب من الصفر كان افضل و قيمته هي ٠,٠٤٣ ، قيمة مؤشر الرمسى او مؤشر الجذر التربيعى لمتوسط خطأ الاقتراب هي (٠,٠٥٦) (كلما كان يساوى أو اقل من (٠,٠٨) يدل على نموذج جيد وتدل النتائج السابقة لجدول (٦) على قبول الفرض القائل بمطابقة النموذج الفعلى للبيانات للنموذج المقدر لبيانات عينة البحث وهذا يعنى جودة المقياس.

٣ – صدق الاتساق الداخلي لمقياس المقامرة المرضية

من خلال استخدام معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة مع الدرجة الكلية للمقياس، بهدف التحقق من مدى صدق المقياس. يبين جدول (٧) ان معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس دالة احصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١) حيث تراوحت معاملات الارتباط للفقرات والدرجة الكلية له بين (٠,٦٨١– ٠,٨٨٠) وهي معاملات ارتباط مقبولة ودالة وبذلك يعتبر مجالات المقياس صادقة لما وضع لقياسه.

جدول (٧): قيم معامل الارتباط بين كل عباره وأجمالي مقياس المقامرة المرضية (ن = ٥٠)

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
١	٠,٧١٧ **	١١	٠,٧٨٢ **	٢١	٠,٧٧٣**
٢	٠,٦٨١**	١٢	٠,٨٢١**	٢٢	٠,٨٣٧**
٣	٠,٧٣٣ **	١٣	٠,٧٧٩**	٢٣	٠,٨٠٤**
٤	٠,٧٩٠ **	١٤	٠,٨٢٢**	٢٤	٠,٨٠٠**
٥	٠,٨٨٠ **	١٥	٠,٧٥٥**	٢٥	٠,٧٩١**
٦	٠,٧٣١ **	١٦	٠,٧٤٤**	٢٦	٠,٧٨١**
٧	٠,٧٥٤**	١٧	٠,٨٣٠**	٢٧	٠,٨٣٦**
٨	٠,٧٥٥**	١٨	٠,٨٢٩**	٢٨	٠,٨٢١**
٩	٠,٨١٩ **	١٩	٠,٧٦٣**	٢٩	٠,٨٢٥**
١٠	٠,٧٣١ **	٢٠	٠,٧٩٨**	٣٠	٠,٧٢٤**

** معاملات ارتباط دالة عند مستوى (٠,٠١)

(٢) -الثبات لمقياس المقامرة المرضية.

(أ) معامل الفا كرونباخ :

بلغت معاملات ثبات ألفا وبلغ ثبات لمقياس المقامرة المرضية ككل (٠,٩٧٨). وهو معامل ثبات مقبول.

(ب) باستخدام طريقه التجزئة النصفية:

يوضح جدول (٨) من استخدام معادلة سيبرمان وبراون كان قيمتها (٠,٩٦٩) و معادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية بقيمه (٠,٩٦٩) و نلاحظ انها قيم مرتفعة مما تدل على وجود معامل ثبات لمقياس المقامرة المرضية

جدول (٨) : تقدير الثبات بطريقة التجزئه النصفيه لمقياس المقامرة المرضية

معادلة سبيرمان وبراون	معادلة جتمان العامة للتجزئة النصفية
٠,٩٦٩	٠,٩٦٩

- **عرض النتائج ومناقشتها:**

الفرض الأول: "توجد علاقة ارتباطية بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية والمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول".

- يوضح جدول (٩) التحليل الإحصائي باستخدام معامل الارتباط بيرسون للعلاقة بين التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.

جدول (٩): معاملات الارتباط بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية والمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول (ن = ١٧٠)

المتغيرات	التشوهات المعرفية	المقامرة المرضية
البعد الأول: الكذب	٠,٤٩١**	٠,٣٦٧**
البعد الثاني: العدوانية	٠,٨٢٨**	٠,٧٢٣**
البعد الثالث: العصابية	٠,٨٢٤**	٠,٧٥٧**
البعد الرابع الانبساطية	٠,٧٦٧**	٠,٦٨١**
البعد الخامس: الذهانية	٠,٦٧٠**	٠,٥٦٦**
أجمالي السمات الشخصية	٠,٨٩١**	٠,٧٧٥**
التشوهات المعرفية	_____	٠,٧٧٦**

** تعنى ان معامل الارتباط ذو دلالة معنوية عند مستوى (٠,٠١)

– يبين جدول (٩) وجود ارتباط إيجابيا ومعنوي ذو دلالة عند مستوى معنوية (٠,٠١) التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول. فقد أكدت نتائج دراسة (Pettorruso etal.,2021) ارتباط مدة الانتقال الأطول مع شدة المقامرة المرضية الأعلى، والعمر المبكر لظهور المقامرة المرضية، وتعاطي المخدرات وتفضيل المقامرة غير الاستراتيجي. سمات الشخصية بما في ذلك انخفاض التوجيه الذاتي، والسعي العالي للجدة، وانخفاض التعاون كانت مرتبطة أيضًا بـ بمدة الانتقال الأطول. كانت أقوى الارتباطات مع شدة المقامرة المرضية هي تعاطي المخدرات، وبعض سمات الشخصية (على سبيل المثال، انخفاض التوجيه الذاتي والتعاون، وتجنب الأذى العالي، والتعالي الذاتي). كانت العوامل التي تنبأت بشكل كبير بالانتقال الأطول إلى المقامرة المرضية هي العمر الأكبر، والتوجيه الذاتي المنخفض، والمقامرة غير الاستراتيجية. بينما جاءت دراسة (Xian etal.,2008) لتؤكد تزامن ظهور المقامرة مع اضطرابات تعاطي المخدرات والاكتئاب من خلال ارتفاع معدل الاعتلال المشترك بين المقامرة والاضطرابات النفسية الاخري المتزامنة.

– تراوحت قيم معامل الارتباط بين (٠,٣٦٧ و٠,٨٩١)، حيث كانت علاقة الارتباط بين أجمالي السمات الشخصية والتشوهات المعرفية اعلى قيمة لمعامل الارتباط بقيمة مقدارها (٠,٨٩١) وذلك عند مستوى معنوية (٠,٠١). عند تقييم العلاقة بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية كما في دراسة (Maheshwari & Chadha,2021)، كان من الواضح أن العصابية لها علاقة إيجابية كبيرة مع جميع الأبعاد الخمسة للتشوهات المعرفية (النقد الذاتي ، ولوم الذات ، والعجز، واليأس ، ودراسة الارتباط بين سمات الشخصية والتشوهات المعرفية). بخطر). أثرت العصابية بشكل كبير على جميع أبعاد CDS. مع زيادة التشوهات مع الإدراك العاطفي غير المستقر ، فإنه يؤثر على السكان ككل. ترتبط الدرجات الأعلى في أبعاد CDS بالسلوك المدمر أو الانتحاري. يبدو أن الأشخاص المهيئين بالفعل لمثل هذه العوامل وفقًا لسماتهم الشخصية A يبدو أن العالم مكان خطير ، ويتم تمرير نفس الأيديولوجية عبر الجيل بسبب التشوهات المعرفية للتعميم المفرط.

– ثم اكدت دراسة (Michelle etal.,2021) لتؤكد ارتباط دور ضعف السيطرة علي الكحول وسمات الشخصية الاندفاعية. وميل مدمني الكحول للتصرف بتهور عند التعرض لتأثير سلبي مرتبط بفشل متكرر في التحك في الشرب. ثم جاءت دراسة (Arjona etal.,2021) لتأكد ان الاشخاص الذين يتمتعون بسمات شخصية لديهم خطر اقل للتعرض للصعوبات المتعلقة بالكحول, كما أظهروا حساسية للقلق مرتبطة بمستويات اعلي من المشاكل المتعلقة بالكحول.

– كانت علاقة الارتباط بين الكذب كأحد ابعاد السمات الشخصية والمقامرة المرضية اقل قيمة

لمعامل الارتباط بقيمة مقدارها (٠,٣٦٧) وذلك عند مستوى معنوية (٠,٠١). وبالتالي النتيجة تؤكد الفرضية القائلة بانه يوجد علاقة ارتباطية بين التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول. وهو ما اكده الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV) حينما صُنف اضطراب القمار ضمن قسم "اضطراب السيطرة على الانفعالات غير المصنف في مكان آخر" وحده مع هوس السرقة والاضطراب الانفجاري المتقطع وهوس الحرائق وهوس نتف الشعر. وتضمن ١٠ منها خمسة أو أكثر كانت مطلوبة للتشخيص. كانت خمسة من معايير الاعتماد السبعة مماثلة لتلك الخاصة بالمعايير في المقامرة المرضية، لكن المعايير الأخرى ليس لها موضوع موازٍ. وشملت هذه: "العناصر" المرتبطة "الهروب", المزاج السلبي ", المطاردة, "الخسارة", الكذب على الاخرين.

- **الفرض الثاني: تسهم كلٌ من سمات الشخصية والتشوهات المعرفية في التنبؤ باضطراب القمار لدى مدمني الكحول.**

- يتضح من نتائج جدول (١٠) أثر أبعاد متغير السمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول. ووجد أن قيمة معامل التحديد (R^2 = ٠,٨٦٨) وهذا يعني أن أبعاد متغير السمات الشخصية تفسر ما نسبته (٨٦,٨ ٪) من التباين الحاصل في متغير المقامرة المرضية ونظرا لأن قيمة (F= ١٠٠,١٥، مستوى الدلالة = ٠,٠٠٠)، فإننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على اختلاف معامل انحدار واحد على الأقل معنويا عن الصفر. ومما اكد هذه النتيجة دراسة "Baldo etal.,2006" التي كشفت ان المقامرون المرضيون فقط عن وجود علاقة إيجابية مهمة مع تاريخ عائلي للمقامرة ووصلوا إلى درجات إيجابية (1.5 <) لبعض الأعراض النفسية المحتملة .كثيرًا ما ترتبط اضطرابات الإساءة والمقامرة المرضية بسمات شخصية متعددة الاعتماد .قد يؤدي منع تعاطي المخدرات إلى تقليل معدلات المقامرة المرضية ويمكن الحصول على نتائج أفضل من خلال الحملات التثقيفية التي تبدأ في وقت مبكر من الحياة . قد يؤدي منع تعاطي المخدرات إلى تقليل معدلات المقامرة المرضية ويمكن الحصول على نتائج أفضل من خلال الحملات التثقيفية التي تبدأ في وقت مبكر من الحياة.
- كما ربطت دراسة "مارتينوتي وأخرين,٢٠٠٦" بعض سمات الشخصية بضعف اكبر للاصابة بإضطراب القمار, حيث حددت الدراسة بعض سمات الشخصية المتعلقة باضطراب القمار في نطاق الادمان السلوكي بما في ذلك البحث عن الحداثة العالية والاندفاعية والميل الي تجنب الرتابة وانخفاض التوجيه الذاتي, قد تهيئ هذه السمات الشخصية للفرد تفاقم العرض السريري

المتمثل في اضطراب القمار. وجاءت دراسة (Maclaren etal.,2011) التي اكدت علاقة سمات الشخصية باضطراب القمار من خلال ان السمات الشخصية للمقامرين المرضيين تشبه خصائص الاشخاص الذين يعانون من من اضطرابات تعاطي المخدرات وانهم يجب معاملتهم علي انهم اولئك الذين يعانون من الادمان السلوكي.

- ويبين جدول (١٠) وجود أثر إيجابي لكل من بعد العصابي (Beta= ٢,٢٧، مستوى الدلالة <٠,٠١)، بعد الانبساط (Beta= ١,٠٨٥، مستوى الدلالة <٠,٠١) و بعد الذهانى (Beta = ١,١٥، مستوى الدلالة < ٠,٠١) على المتغير المقامرة المرضية . لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لكل من بعد الكذب او بعد العدوان على متغير المقامرة المرضية حيث مستوى الدلالة اكبر من ٠,٠٥. ويؤكد هذه النتيجة دراسة (Martins etal.,2002) الذي حلل تأثير الجنس على الخصائص الشخصية للأفراد بتشخيص تعاطي المخدرات أو الإدمان. وقام بإجراء جميع الدراسات حول خصائص شخصية اللاعبين في موضوعات يغلب عليها الذكور. علي عينة قوامها. ١٩ لاعبًا من الذكور إلى الضوابط العادية ووجدوا أن عصابية وذهانية أعلى في المقامرين باستخدام نموذج ايزنك للشخصية.
- وجاءت دراسة (Mladenovic etal.,2021) لتحقق في العلاقة بين عوامل الشخصية والتعرض المبكر لادمان الكحول. وجدت الدراسة ان مدمني الكحول اتسموا بضميراً منخفضاً, وأباً استبدادياً, وأماً اقل مرونة, والعصابية كعوامل مهيأة للادمان, وانبساطاً أعلى وانفتاحاً اقل قد يعزي الي اضطراب المقامرة. وان هناك اوجه تشابه بين كلٍ من تعاطي الكحول والمقامرة المرضية في الشخصية كعوامل ضعيفة للسلوك الادماني بالاضافة الي الاختلافات الاساسية في الشخصية والتجارب المبكرة وادمان الكحول في مرحلة الطفولة.
- في ضوء ما سبق تؤكد النتيجة الفرضية القائلة: " بانه يوجد تأثير إيجابي ومعنوي لكل من بعد العصابي والانبساط والذهانى على المتغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول. وتقبل النظرية الفرضية بانه لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لكل من بعد الكذب والعدوان على المتغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول".

جدول (١٠): نتائج اختبار الانحدار المتعدد لأثر أبعاد متغير السمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول

المتغير المستقل: السمات الشخصية	قيمة(Beta)	قيمة(T)	مستوى الدلالة
الثابت	٤٢,٩٦٥ -	٦,٤٥	٠,٠٠٠
البعد الأول: الكذب	٠,١٦١	٠,٥٩٧	٠,٥٥
البعد الثاني: العدوانية	٠,١٠٥	٠,٢٣٠	٠,٨١
البعد الثالث: العصابية	٢,٢٧٣	٤,٣٧٩	**٠,٠٠٠
البعد الرابع الانبساطية	١,٠٨٥	٣,٢٨٩	**٠,٠٠
البعد الخامس: الذهانية	١,١٥٩	٣,٢٧٣	**٠,٠٠
قيمة R^2	٠,٨٦٨		
قيمة F	١٠٠,١٥		
مستوى الدلالة (α)	**٠,٠٠		

** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١

- يبين الجدول (١١) نتائج اختبار الانحدار لأثر إجمالي السمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول ووجد ان قيمة معامل التحديد (R^2 =٠,٨٥٦)، وهذا يعني أن المتغير إجمالي السمات الشخصية يفسر ما نسبته (٨٥,٦ %) من التباين الحاصل في المقامرة المرضية. ونظرا لأن قيمة (F=٤٦٢,١٧، مستوى الدلالة= ٠,٠٠)، فإننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على اختلاف معامل الانحدار معنويا عن الصفر.
- فقد اثبتت دراسة (Righino etal.,2012) العلاقة بين سمات الشخصية والمقامرة المرضية من خلال ارتفاع نسبة الاصابة بالاكتئاب لدى المقامرين وخطر الانتحار والاندفاعية. واعتبرت الاندفاعية كعامل تمييزي فيما يتعلق بسمات الشخصية المرتبطة باضطراب القمار المرضي. في حين توقعت دراسة (Grille etal.,2015) دور سمات الشخصية ومدي اسهامها في علاج اضطراب القمار. فقد اظهر المقامرين سمات شخصية سلبية مرتفعة مثل (العصابية– والقلق) مع تزامن لدرجات مرتفعة في الاندفاعية وظهر كمؤشر هام لفشل العلاج.
- وجاءت دراسة (Grbesa etal.,2016) لتضارب نتائجها مع كل نتائج الدراسات السابقة في عدم وجود فروق في سمات الشخصية بين المقامرين ومدمني الكحول, وان الاختلافات لم تثبت دلالة احصائية.
- يبين جدول (١١) وجود أثر موجب لأجمالي السمات الشخصية على المقامرة المرضية حيث (Beta =٠,٩٧٤ مستوى الدلالة < ٠,٠١). ويمكن التنبؤ بالعامل التابع المقامرة المرضية بمعلومية أجمالي السمات الشخصية بمعادلة خط انحدار التالية: **المقامرة المرضية = – ٥٤,٧١ + ٠,٩٧٤ x (أجمالي السمات الشخصية).**

جدول (١١): نتائج اختبار الانحدار لأثر إجمالي السمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.

المتغير المستقل: السمات الشخصية	قيمة (Beta)	قيمة(T)	مستوى الدلالة
الثابت	-٥٤,٧١	٩,٩٤	٠,٠٠
إجمالي السمات الشخصية	٠,٩٧٤	٢١,٤٩	**٠,٠٠
قيمة R^2	٠,٨٥٦		
قيمة F	٤٦٢,١٧		
مستوى الدلالة (α)	٠,٠٠		

** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١

- يبين الجدول (١٢) نتائج اختبار الانحدار لأثر التشوهات المعرفية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول ووجد ان قيمة معامل التحديد (R^2 =٠,٧٩٧)، وهذا يعني أن المتغير التشوهات المعرفية يفسر ما نسبته (٧٩,٧ %) من التباين الحاصل في المقامرة المرضية. ونظرا لأن قيمة (F=٢٩٢,٦٨، مستوى الدلالة= ٠,٠٠)، فإننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على اختلاف معامل الانحدار معنويا عن الصفر.
- اكدت دراسة (Singer etal.,2020) ان هناك سمات مشتركة من حيث الاسس النفسية والبيولوجية والعصبية بين اضطراب القمار واضطرابات تعاطي المخدرات. ويُعد تعاطي الكحول من عوامل الخطورة للاصابة باضطراب القمار, وبالتالي يمكن النظر الي استخدام المواد وخاصة الكحول كعامل يمكن ان يؤثر علي مدة االنتقال الاضطراب مما يزيد من تفاقمه وشدته عن طريق تفاقم التشوهات المعرفية ومشاعر فقدان السيطرة. ثم جاءت دراسة (Leeman etal.,2011) واكدت علي ارتباط الاندفاع بالتشوهات المعرفية بحيث قد يؤدي اسلوب اتخاذ القرار الاندفاعي الي زيادة فرصة القبول المطلق للمعتقدات الخاطئة. بينما اكتشفت دراسة (Goodie etal.,2013) ان التشوهات المعرفية تؤدي دورا حاسما في تطوير اضطراب القمار ومن اكثر هذه التشوهات التي تؤدي الي تفاقم الاضطراب هي وهم السيطرة, والثقة المفرطة, والتحيز الذاتي, والمغالطة, والضعف.
- وتنبأت دراسة (Florez etal.,2016) بوجود علاقة ايجابية بين القمار المرضي والاندفاع والتشوهات المعرفية الصريحة والضمنية والمواقف المتعلقة بالقمار, ولكن تعارضت هذه النتيجة مع الدراسات والي حد اقل ادمان الكحول من حيث تزامن المتغيرات معه لكن اكدت ان العلاقة والتفاعل الاكبر مع المقامرة المرضية النشطة مع ادمان الكحول.
- اوضحت ايضا دراسة (Ciccarelli etal.,2017) التاثير المتبادل بين المعتقدات غير العقلانية وسوء اتخاذ القرار والتحيز المعرفي والضيق العاطفي. فاشارت نتائج الدراسة ان المقامرين المرضين اقل في اتخاذ القرارات ودرجات اعلي في التشوهات المعرفية والاضطرابات العاطفية وارتبطت كل هذه المتغيرات مع خطورة القمار.
- يبين جدول (١٢) وجود أثر موجب للتشوهات المعرفية على المقامرة المرضية حيث (Beta

=٠,٤٣٦ مستوى الدلالة < ٠,٠١). ويمكن التنبؤ بالعامل التابع المقامرة المرضية بمعلومية التشوهات المعرفية بمعادلة خط انحدار التالية: **المقامرة المرضية = ١٧,٧٨ + ٠,٤٣٦ x (التشوهات المعرفية).**

جدول (١٢): نتائج اختبار الانحدار لأثر التشوهات المعرفية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.

المتغير المستقل: التشوهات المعرفية	قيمة(Beta)	قيمة(T)	مستوى الدلالة
الثابت	١٧,٤٨	٦,٣٣	٠,٠٠
التشوهات المعرفية	٠,٤٣٦	١٧,١٠	**٠,٠٠
قيمة R^2	٠,٧٩٧		
قيمة F	٢٩٢,٦٨		
مستوى الدلالة (α)	**٠,٠٠		

**** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١**

- يبين جدول (١٣) نتائج اختبار الانحدار لأثر التشوهات المعرفية والسمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول ووجد ان قيمة معامل التحديد (R^2 =٠,٨٦٤)، وهذا يعني أن كلا من المتغيرين التشوهات المعرفية والسمات الشخصية يفسر ما نسبته (٨٦,٤ %) من التباين الحاصل في المقامرة المرضية. ونظرا لأن قيمة (F=٢٤٥,٥٦، مستوى الدلالة= ٠,٠٠)، فإننا نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على اختلاف معامل انحدار واحد على الاقل معنويا عن الصفر.
- اكدت دراسة (Orlowski etal.,2020) ارتباط التشوهات المعرفية بنوع المقامرة وان المقامرة علي اجهزة القمار الاليكترونية هي عامل خطر الي جانب التشوهات المعرفية. كما ايدت دراسة (Ciccarelli etal.,2021) المساهمة النسبية للتشوهات المعرفية واستهلاك الكحول بين المقامرين. وتم العثور علي نوعين من التشوهات المعرفية هما: عدم القدرة علي التوقف, والتحيزات التفسيرية. واكدت ان المقامرون الذين يواجهون صعوبات في ادارة المشاعر السلبية ويعانون من الارهاقينخرطون في سلوكيات اندفاعية مثل القمار من اجل تثبيط الاستثارة العاطفية, كما تظهر التشوهات المعرفية لدى المقامرين المتعلقة بالقدرة الشخصية مما يعزز مستويات المشاركة في المقامرة وتشويش القدرة علي التفكير.
- يبين جدول (١٣) وجود أثر موجب للتشوهات المعرفية على المقامرة المرضية حيث (Beta =٠,١٢٣ مستوى الدلالة < ٠,٠١) و اثر موجب أيضا للسمات الشخصية حيث (Beta =٠,٧٥٣ مستوى الدلالة < ٠,٠١) .
- ويمكن التنبؤ بالعامل التابع المقامرة المرضية بمعلومية التشوهات المعرفية والسمات الشخصية بمعادلة خط انحدار التالية: **المقامرة المرضية = – ٤٠,٨٠ + ٠,١٢٣ x(التشوهات**

المعرفية) + ٠,٧٥٣x (السمات الشخصية).

جدول (١٣): نتائج اختبار الانحدار لأثر التشوهات المعرفية والسمات الشخصية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.

المتغير المستقل: التشوهات المعرفية	قيمة(Beta)	قيمة(T)	مستوى الدلالة
الثابت	٤٠,٨٠ -	٥,٦٦	٠,٠٠
التشوهات المعرفية	٠,١٢٣	٢,٩٠	**٠,٠٠
السمات الشخصية	٠,٧٥٣	٨,٥٤	**٠,٠٠
قيمة R^2	٠,٨٦٤		
قيمة F	٢٤٥,٥٦		
مستوى الدلالة (α)	**٠,٠٠		

** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١

- **تسهم المتغيرات التفسيرية أبعاد متغير السمات الشخصية (الكذب، العدوان، العصابى، الانبساط و الذهانى) ومتغير التشوهات المعرفية في التنبؤ بشكل دال إحصائيا بالمقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.**
- وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة تحليل الانحدار المتعدد التدريجي بطريقة Stepwise للوقوف على أكثر المتغيرات قدرة على التنبؤ بالمقامرة المرضية، وأسفرت النتائج عن وجود اربعه نماذج. ويوضح جدول (١١) دلالة النماذج الأربعة الناتجة عن تحليل التباين للمتغيرات الداخلة في معادلة انحدار المقامرة المرضية من خلال أبعاد متغير السمات الشخصية ومتغير التشوهات المعرفية لدى عينة الدراسة.

جدول (١٤) نتائج اختبار الانحدارالتدريجى (stepwise) لقياس مدى مساهمة المتغيرات المستقلة فى متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول.

	المتغيرات المنبئة	قيمة ف	الدلالة	قيمة(Beta)	قيمة (ت)	الدلالة	معامل التحديد R^2
١	الثابت	٣٧,٣٧٥	**٠,٠٠	-١٢,٩٨٨	-٣,٢٦٩	**٠,٠٠	٠,٦٩١
	العصابى			٣,٧	١٩,٣٧٥	**٠,٠٠	
٢	الثابت	٢٣٩,٥٣	**٠,٠٠	-٧,١٨٨	-١,٩٠١	**٠,٠٠	٠,٧٤٢
	العصابى			٢,٣٨٩	٨,٢٨٣	**٠,٠٠	
	تشوهات معرفية			٠,٢٠٣	٥,٧٢٢	**٠,٠٠	
٣	الثابت	١٧٣,٩١	**٠,٠٠	-٢٠,٤٨٩	-٣,٨٤٠	**٠,٠٠	٠,٧٥٩
	العصابى			٢,٢٥٦	٧,٩٩٤	**٠,٠٠	
	تشوهات معرفية			٠,١٥١	٤,٠٣٨	**٠,٠٠	
	الذهانى			٠,٩٧٥	٣,٤٣١	**٠,٠٠	
٤	الثابت	١٣٥,٢٢	**٠,٠٠	-٢٩,٧٩٣	-٤,٥٠٢	**٠,٠٠	٠,٧٦٦
	العصابى			١,٩٧٥	٦,٥٠١	**٠,٠٠	
	تشوهات معرفية			٠,١٢١	٣,٠٨٧	**٠,٠٠	

الذهانى	٠,٩٢٣	٣,٢٨	٠,٠٠**			
الانبساط	٠,٧٧٤	٢,٣٢١	٠,٠٠**			

**** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١**

- ويتضح من جدول (١٤) وجود علاقة انحداريه بين المتغيرات المستقلة (العصابى، الانبساط و الذهانى) كأحد ابعاد السمات الشخصية و التشوهات المعرفية و المتغير التابع المقامرة المرضية حيث أن قيمة (ت) دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (٠,٠١).وقد تم استبعاد كل من بعد الكذب و العدوان كأحد أبعاد السمات الشخصية من النموذج لعدم وجود تأثير دال احصائيا لهما ، ولهذا لم تدخل في المعادلة الانحدارية.
- وبالنظر إلى جدول (١٤) يتضح أنه عند إدخال متغير العصابي (نموذج ١) كانت قيمة مربع معامل الارتباط (R^2)=٠,٦٩١، وتفسر نحو (٦٩,١%) من تباين المتغير التابع المقامرة المرضية) ، وعند إضافة متغير التشوهات معرفية (نموذج ٢) ارتفعت قيمة مربع معامل الارتباط (R^2) إلى (٠,٧٤٢) ، وفسرت نحو (٧٤,٢%) من تباين المتغير التابع ، وعند إضافة متغير الذهانى (نموذج ٣) ارتفعت قيمة مربع معامل الارتباط (R2) إلى (٠,٧٥٩)، وفسرت نحو (٧٥,٩%) من تباين المتغير التابع، وعند إضافة متغير الانبساط (نموذج ٤) ارتفعت قيمة مربع معامل الارتباط إلى (٠,٧٦٦) وفسرت نحو(٧٦,٦%) من تباين المتغير التابع، بينما ترجع النسبة الباقية من التباين إلى متغيرات أخرى.
- ومن ثم فإنه يمكن صياغة المعادلة التنبؤية للمقامرة المرضية من خلال (العصابي، الانبساط و الذهانى) كأحد ابعاد السمات الشخصية و التشوهات المعرفية من خلال النموذج رقم (٥) لأنه يظهر اعلى نسبة مساهمة بنسبة بمعامل تحديد مقداره ٠,٧٦٦. ويتضح من النموذج (٥) بجدول (١٤) الاتي:

- أثر (العصابي، الانبساط والذهانى) كأحد ابعاد السمات الشخصية والتشوهات المعرفية على متغير المقامرة المرضية لدى مدمني الكحول. ووجد أن قيمة معامل التحديد (R^2 = ٠,٧٦٦) وهذا يعني أنها تفسر ما نسبته (٧٦,٦ ٪) من التباين الحاصل في متغير المقامرة المرضية ونظرا لأن قيمة (F= ١٣٥,٢٢، مستوى الدلالة = ٠,٠٠٠)، وحيث إن قيمة الاحتمال أقل من مستوى الدلالة عند ٠,٠١ لذا فإن متغيرات النموذج المفترضة دالة في التنبؤ بالمتغير المحك.
- ويبين الجدول (١٤) وجود أثر إيجابي دال احصائيا لكل من بعد العصابي (Beta= ١,٩٧، مستوى الدلالة < ٠,٠١)، التشوهات المعرفية (Beta= ٠,١٢، مستوى الدلالة <٠,٠١) ، بعد الذهانى (Beta = ٠,٩٢ ، مستوى الدلالة < ٠,٠١) و بعد الذهانى (Beta = ٠,٧٧

، مستوى الدلالة < ٠,٠١) على المتغير المقامرة المرضية .

ويمكن التنبؤ بالعامل التابع المقامرة المرضية بمعلومية (العصابي، الانبساط والذهانى) كأحد ابعاد السمات الشخصية والتشوهات المعرفية بمعادلة خط انحدار التالية:

- المقامرة المرضية = −٢٩,٧٩ + ٠,١,٩٧ x (العصابي) + ٠,١٢ x (تشوهات معرفية) + ٠,٩٢ x (الذهانى) + ٠,٧٧ x (الانبساط).

• **الفرض الثالث: توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير (التعليم- مدة التعاطي- الفئة العمرية- الحالة الاجتماعية).**

- يوضح جدول (١٥) نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير الفئة العمرية. وتشير المعطيات الواردة في جدول (١٤) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) للمتغيرات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية تبعا لمتغير الفئة العمرية لان قيمة مستوى الدلالة اكبر من (٠,٠٥). ومن ثم نرفض الفرض بقبول الفروق تبعاً للفئة العمرية.
- جاءت دراسة (Pascucci etal.,2011) لتؤكد على تأثير بداية الفئة العمرية علي المقامرة المرضية, مع درجات اعلى للاضطراب مع البداية المبكرة. كما وجدت الدراسة ارتباط بين سن بداية القمار وتدخين السجائر والقنب, وترتبط الدرجات الاعلى في درجات خطورة المقامرة بوجود الكحول او تعاطي المخدرات او الاعتماد عليه. وان سمات الشخصية والامراض النفسية المصاحبة تؤثر على عمر بداية المقامرة, وشدة المقامرة, والتأثير الوظيفي والاقتصادي للمريض.
- كما اكدت دراسة (Mann etal.,2017) ان كان للعمر المبكر لتجربة المقامرة الاولي مرتبطاً بشدة القمار مقارنة باقارب الدرجة الاولي للمقامرين. وكان المقامرون ايضاً اكثر اندفاعاً. كما لوحظت اختلافات كبيرة لعوامل العصابية والموافقة والضمير.

جدول (١٥): نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير الفئة العمرية

المتغير	الفئة العمرية	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة

التشوهات المعرفية	من ٢٠ الى ٣٠	١٠٠,٦٦	٣٣,٣١٠	١,٠٩	٠,٢٧
	من ٣٠ من ٤٠	١٠٥,٩٩	٣٠,٢٢٤		
سمات الشخصية	من ٢٠ الى ٣٠	١١٨,٩٦	١٥,١٤٧	١,١٩	٠,٢٣
	من ٣٠ من ٤٠	١٢١,٧٧	١٥,٣٣٥		
المقامرة المرضية من ٣٠ من ٤٠ سنة.	من ٢٠ الى ٣٠	٦١,٣٣	١٧,٥٩٧	٠,٩٢	٠,٣٥
	من ٣٠ من ٤٠	٦٣,٧٩	١٧,١٧٦		

- يوضح جدول (١٦) نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير مدة التعاطي. وتشير المعطيات الواردة في الجدول (16) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) للمتغيرات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية تبعا لمتغير مدة التعاطي لان قيمة مستوى الدلالة اقل من (٠,٠١).
- فيما يخص التشوهات المعرفية، كانت المجموعة مدة التعاطى (من ٣ الى اقل من ٦ سنوات) أعلى بمتوسط (١٢٣,٥١) بانحراف معياري (٢٠,١٨) يليها مجموعة (من ١ الى اقل من ٣ سنوات) بمتوسط (٨٩,٨٠) وانحراف معياري (٣٠,٩٧).
- بالنسبة للسمات الشخصية، كانت المجموعة مدة التعاطي (من ٣ الى اقل من ٦ سنوات) أعلى بمتوسط (٧٥,٢٦) بانحراف معياري (٩,٤١) يليها مجموعة (من ١ الى اقل من ٣ سنوات) بمتوسط (٥٤,٠٠) وانحراف معياري (١٦,٢٦).
- فيما يخص المقامرة المرضية، كانت المجموعة مدة التعاطي (من ٣ الى اقل من ٦ سنوات) أعلى بمتوسط (١٣١,٣٥) بانحراف معياري (١١,٦٥) يليها مجموعة (من ١ الى اقل من ٣ سنوات) بمتوسط (١١٣,٠٠) وانحراف معياري (١٢,٧٩). ومن ثم ترفض النظرية الفرضية وتقبل البديلة والتي تعنى بان هناك فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير مدة التعاطى.
- وأظهرت دراسة (Grille etal.,2015) ان الاندفاع مؤشر مهم لفشل العلاج من اضطراب القمار, وان لم يكن العمر وبداية ومدة مشكلة القمار مرتبطين بشكل كبير مع اي من متغيرات الشخصية.

جدول (١٦): نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير مدة التعاطي.

المتغير	الفئة العمرية	المتوسط	الانحراف	ت	مستوى الدلالة
التشوهات المعرفية	من ١ الى اقل من ٣ سنوات	٨٩,٨٠	٣٠,٩٧	٧,٩٥	**٠,٠٠
	من ٣ الى اقل من ٦ سنوات	١٢٣,٥١	٢٠,١٨		

سمات الشخصية	من ١ الى اقل من ٣ سنوات	٥٤,٠٠	١٦,٢٦	٩,٧٩	**٠,٠٠
	من ٣ الى اقل من ٦ سنوات	٧٥,٢٦	٩,٤١		
المقامرة المرضية من ٣٠ من ٤٠ سنة.	من ١ الى اقل من ٣ سنوات	١١٣,٠٠	١٢,٧٩	٩,٥١	**٠,٠٠
	من ٣ الى اقل من ٦ سنوات	١٣١,٣٥	١١,٦٥		

** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١

- يوضح جدول (١٧): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) أو اختبار" ف " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير مستوى التعليم. وتشير المعطيات الواردة في الجدول (١٦) أنها توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية ٠,٠١ للمتغيرات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية تبعا لمتغير مستوى التعليم لان قيمة مستوى الدلالة اقل من (٠,٠١).
- فيما يخص متوسطات التشوهات المعرفية لمتغير مستوى التعليم كانت المجموعة (امى) أعلى متوس (١١٤,٧٣) و بانحراف معياري (٣٢,٦١) مع عدم وجود فروق معنوية بينها و بين المجموعة (مؤهل متوسط) ذو متوسط (١١٠,٧٤) و انحراف معياري (٢١,٧٧) وكانت المجموعة (كلية) الأقل في المتوسط (٨٥,٤٥) و بانحراف معياري (٠,٨٩) مقارنة بالمجموعتين الآخرتين (جدول ١٧).

سجلت متوسطات السمات الشخصية لمتغير مستوى التعليم أعلى متوسط للمجموعة (امى) بمقدار (١٢٧,٩٢) و بانحراف معياري (١٦,٨)، يليها المجموعة (مؤهل متوسط) بمتوسط (١٢٢,٤٨) و انحراف معياري (١١,٢) وكانت المجموعة مستوى تعليمي (كلية) الأقل في المتوسط مقارنة بالمجموعتين الاخريتين بمتوسط (١١١,٤٦) و بانحراف معياري (١٣,١٥) (جدول 17).

فيما يخص متوسطات المقامرة المرضية لمتغير مستوى التعليم كانت المجموعة (امى) أعلى متوسط (٦٩,٤٦) و بانحراف معياري (١٨,٠٣) مع عدم وجود فروق معنوية بينها و بين المجموعة (مؤهل متوسط) بمتوسط (٦٤,١٣) و انحراف معياري (١٣,٣٧) وكانت المجموعة (كلية) الأقل في المتوسط (٥٤,٧٩) و بانحراف معياري ١٧,٧٢ مقارنة بالمجموعتين الآخرتين (جدول 17). ومن ثم ترفض النظرية الفرضية و تقبل البديلة والتي تعنى بان هناك فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير مستوى التعليم.

جدول (١٧): نتائج تحليل التباين الأحادي (ANOVA) أو اختبار" ف " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي

مدمني الكحول تبعا لمتغير مستوى التعليم.

المتغير	مستوى التعليم	المتوسط	الانحراف المعياري	ف	مستوى الدلالة
التشوهات المعرفية	كلية	b ٨٥,٤٥	٣٢,٤٩٩	١٦,٦٦	**٠,٠٠
	مؤهل متوسط	a١١٠,٧٤	٢١,٧٧٨		
	أمي	a١١٤,٧٣	٣٢,٦١٣		
سمات الشخصية	كلية	c١١١,٤٦	١٣,١٥٤	٢٠,٥٠	**٠,٠٠
	مؤهل متوسط	b١٢٢,٤٨	١١,٢٠٤		
	أمي	a١٢٧,٩٢	١٦,٨٠٤		
المقامرة المرضية	كلية	b٥٤,٧٩	١٧,٧٢٢	١١,٢٨	**٠,٠٠
	مؤهل متوسط	a٦٤,١٣	١٣,٣٧٢		
	أمي	a٦٩,٤٦	١٨,٠٣٥		

**** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١، المتوسطات التي تشترك في نفس الحرف لا يوجد فروق ذات دلالة بينهم باستخدام طريقة دانكن لاختبار المدى المتعدد**

- يوضح جدول (١٨) نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير العمل. وتشير المعطيات الواردة في جدول (١٨) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠١) للمتغيرات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية تبعا لمتغير العمل لان قيمة مستوى الدلالة اقل من (٠,٠١).
- فيما يخص التشوهات المعرفية، كانت المجموعة (لا يعمل) أعلى بمتوسط (١٢,٩). بانحراف معياري (١٥,٢٧) يليها مجموعة (يعمل) بمتوسط (٩٥,٤٨) وانحراف معياري (٣١,٢١). بالنسبة للسمات الشخصية، كانت المجموعة (لا يعمل) أعلى بمتوسط (١٣٣,٦٨) بانحراف معياري (١٣,١٦) يليها مجموعة (يعمل) بمتوسط (١١٦,٣٨) وانحراف معياري (١٣,٤٩). فيما يخص المقامرة المرضية، كانت المجموعة (لا يعمل) أعلى بمتوسط (٧٦,٤٣) بانحراف معياري (٩,٦٢) يليها مجموعة (يعمل) بمتوسط (٥٨,٣٨) وانحراف معياري (١٧,٠٢). من ثم نقبل الفرض والتي تعنى بان هناك فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير العمل.

جدول (١٨): نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير العمل

المتغير	العمل	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
التشوهات المعرفية	يعمل	٩٥,٤٨	٣١,٢١	٦,٦٤	**٠,٠٠
	لايعمل	١٢٩,٥٠	١٥,٢٧		
سمات	يعمل	١١٦,٣٨	١٣,٤٩	٧,١٣	**٠,٠٠

الشخصية	لايعمل	١٣٣,٦٨	١٣,١٦		
المقامرة المرضية	يعمل	٥٨,٣٨	١٧,٠٢٩	٦,٣٨	**٠,٠٠
	لايعمل	٧٦,٤٣	٩,٦٢		

**** ذو دلالة معنوية عند مستوى ٠,٠١**

- يوضح جدول (١٩) نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية. وتشير المعطيات الواردة في جدول (١٩) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية (٠,٠٥) للمتغيرات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لان قيمة مستوى الدلالة اكبر من (٠,٠٥). ومن ثم تقبل النظرية الفرضية والتي تعنى تحقق الفرض العاشر بانه لا توجد فروق دالة احصائيا تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

جدول (١٩): نتائج اختبار "ت بين مجموعتين " لاستخراج دلالة الفروق لمتوسط درجات التشوهات المعرفية وبعض سمات الشخصية والمقامرة المرضية لدي مدمني الكحول تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية

المتغير	العمل	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	مستوىالدلالة
التشوهات المعرفية	أعزب	٩٥,٤٨	٣١,٢١	١,٧٤	٠,٠٨
	متزوج	١٢٩,٥٠	١٥,٢٧		
سمات الشخصية	أعزب	١١٦,٣٨	١٣,٤٩	١,١٧	٠,٢٤
	متزوج	١٣٣,٦٨	١٣,١٧		
المقامرة المرضية من ٢٠ الى ٣٠ سنة. من ٣٠ من ٤٠ سنة.	أعزب	٥٨,٣٨	١٧,٠٣	٠,٩٢	٠,٣٦
	متزوج	٧٦,٤٣	٩,٦٢		

- **المراجع**.
- **أولا: المراجع العربية**:

١- أحمد هارون (٢٠١٧).مقياس التشوهات المعرفية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- **ثانياً: المراجع الانجليزية**:

1- Abbott M. (2020).The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: Public health implications. Public Health.
2- Alpatanni P. (2022).***Personality***. Open University Malaysia, 1-18.
3- American Psychiatric Association (2013).**Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**, Washington.
4- American Psychiatric Association (2013).**DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. American Psychiatric

Press, Washington

5- APA (2013).American Psychiatric Association**.** ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders***, Washington.

6- Arjona R., Thompson K., Milios A., Maloney A., Krupa T., Dobson K., Chen S. & Stewart S. (2021).The Mediating Effects of Protective Behavioral Strategies on the Relationship between Addiction-Prone Personality Traits and Alcohol-Related Problems among Emerging Adults. ***International Journal of Environmental Research and Public Health,***18(4), 1814.

7- Ashleigh C. & Delgadillo J. (2022).Psychotherapists' personality traits and their influence on treatment processes and outcomes: A scoping review. ***Journal of Clinical Psychology***, 1-21.

8- Baldo V., Cristofoletti M., Majori S. & Cibin M. (2006).Relationship between pathological gambling, alcoholism and drug addiction. ***Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità***, 18(2), 147-53.

9- Balodis I., Potenza M. (2020).Common neurobiological and psychological underpinnings of gambling and substance-use disorders. ***Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry***,99,109847.

10- Bischof A., Meyer C., Bischof G., Kastirke N., John U., Rumpf H. (2013).Comorbid Axis I-disorders among subjects with pathological, problem, or at-risk gambling recruited from the general population in Germany: results of the PAGE study. ***Journal of Psychiatric Research***, 210 (3),1065-1070.

11- Ciccarelli M., Griffiths M., Nigro G. & Cosenza M. (2017).Decision making, cognitive distortions and emotional distress: A comparison between pathological gamblers and healthy controls. ***Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry***, 54, 204-210.

12- Ciccarelli M., Nigro G., Olimpio F., Mark D. & Cosenza M. (2021).Mentalizing Failures, Emotional Dysregulation, and Cognitive Distortions Among Adolescent Problem Gamblers. ***Journal of Gambling Studies***, 37, 283-298.

13- Cillis F. (2022).Vulnerability Factors in Addiction Disorders. ***Encyclopedia of Behavioral Neuroscience (2 Ed)***,704-710.

14- Dembo J., Veen S. & Widdershoven G. (2020).The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. ***International Journal of Law and Psychiatry***, 72,101627.

15- Donald W. & Allen J. (2021).An Exploratory Analysis of Predictors of

Course in Older and Younger Adults with Pathological Gambling: A Non-Treatment Sample. ***Journal of Gambling Studies***,1-13.

16- Florez G., Saiz P., Santamaria E. Alvarez S., Nogueiras L. & Arrojo M. (2016).Impulsivity, implicit attitudes and explicit cognitions, and alcohol dependence as predictors of pathological gambling. ***Psychiatry Research***, 245,392-397.

17- Goodie A. & Fortune E. (2013).Measuring cognitive distortions in pathological gambling: review and meta-analyses. ***Psychology of Addictive Behaviors***. 27 (3),730-743.

18- Goudriaan A., Brink W. & Holst R. (2019).Gambling disorder and substance-related disorders: similarities and differences. ***Gambling disorder*** ,247-269.

19- Grbesa L., Martinac M., Romic M. & Palameta N. (2016).Personality of Alcoholics and Gamblers in the Union of Clubs Of Treated Alcoholics and Gamblers. ***Alcoholism and Psychiatry Research***, 52, 125-132.

20- Grille I., Freixanet M., Aragay N., Valero S. & Valles V. (2015).Predicting treatment failure in pathological gambling: The role of personality traits. ***Addictive Behaviors***, 43,54-59.

21- Hodgins D., Stea J. & Grant J. (2011).Gambling disorders. ***Lancet***, 378 (9806),1874-1884.

22- Holsinger J. (2020).***Chapter 3 "TRAITS, SKILLS, AND STYLES OF***

23- Jared B., Megan M., Nelson K. & Peter H. (2022).Correlates of "Coddling": Cognitive distortions predict safetyism-inspired beliefs, belief that words can harm, and trigger warning endorsement in college students. ***Personality and Individual Differences***,185,111243.

24- Kaya A., Yazici A., Kaya M. & Yazici E. (2021).The relationship between expressed emotion, personality traits and prognosis of alcohol and substance addiction: 6-month follow-up study. ***Nordic Journal of Psychiatry***,75(8),596-606.

25- Leduc L., Feldman G. & Bardi A. (2014).Personality Traits and Personal Values: A Meta-Analysis. ***Personality and Social Psychology Review***, 19(1),1-28.

26- Leeman R., Hoff R., Sarin S., Peckham J. & Potenza M. (2014).Impulsivity, sensation-seeking, and part-time job status in relation to substance use and gambling in adolescents. ***Journal of Adolescent Health***, 54 (4), 460-466.

27- Maalouf E., Hallit S. & Obeid S. (2022).Personality traits and quality of life among Lebanese medical students: any mediating effect

of emotional intelligence? A path analysis approach. ***BMC Psychology***, 10(28), 1-12.

28- Maclaren V., Fugelsang J., Harrigan K., Dixon M. (2011).The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. ***Clinical Psychology Review***,31 (6),1057-106٧7.

29- Maheshwari K. & Chadha Y. (2021).Correlation study between personality traits and cognitive distortions. ***The International Journal of Indian Psychology***, 9(1),2349-3429.

30- Mann K., Lemenager T., Zois E., Hoffmann S., Nakovics H., Beutel M., Vogelgesang M., Wolfling K., Kiefer F. & Buhler M. (2017).Comorbidity, family history and personality traits in pathological gamblers compared with healthy controls. ***European Psychiatry***,42,120-128.

31- Martinotti G., Andreoli S., Giametta E., Poli V., Bria P. & Janiri L. (2006).The dimensional assessment of personality in pathologic and social gamblers: The role of novelty seeking and self-transcendence. ***Comprehensive Psychiatry***,47 (5) ,350-356

32- Martins S., Daniela S., Tavares H. & Gentil V. (2002).PATHOLOGICAL GAMBLING IN WOMEN: A REVIEW. ***REV. HOSP. CLiN. FAC. MED. S. PAULO***,57(5),235-242.

33- McComb J., Sabiston C. (2010).Family Influences on Adolescent Gambling Behavior: A Review of the Literature . ***Journal of Gambling Studies***,26 (4) , 503-520.

34- Michalczuk R., Jones H., Garcia A. & Clark L. (2011).Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. ***Open Journal of Medical Psychology***,41 (12), 2625-2635.

35- Michelle J., Christian S., Jeffrey D., Michael R., Bruce G. & Lena C. (2021).Characterizing the role of impaired control over alcohol in associations of impulsive personality traits with alcohol use as a function of depressive disorder. ***Addictive Behaviors***, 112,106633.

36- Mladenovic I. & Filipovic S. (2022).Proneness to Alcohol use Disorder or Pathological Gambling as Differentially Determined by Early Parental and Personality Factors. ***Journal of Gambling Studies***,17,1-12.

37- Montalvo J. & Artcage J. (2012).Prevalence of pathological gambling in treatment-seeking addicted patients: An exploratory study with the South Oaks Gambling Screen. ***Annals De Psicologia***,28, 344-349.

38- Moritz S., Gehlenborg J., Bierbrodt J., Charlotte E., Bucker L. (2021).A ghost in the machine? The predictive role of metacognitive beliefs, cognitive biases, and machine-related features in the severity of problematic slot machine gambling. ***Personality and Individual Differences***,171,110539.

39- Orlowski S., Tietjen E., Bischof A., Brandt D., Schulte L., Bischof G., Besser B., Trachte A. & Rumpf H. (2020).The association of cognitive distortions and the type of gambling in problematic and disordered gambling. ***Addictive Behaviors***,108, 106445.

40- Pascucci M., Cesare A., Ciciarelli C., Pettorruso M., Righino E., Villella C. & Conte G. (2011).Effects of personality traits and psychiatric comorbidity on pathological gamblers' symptomatology. ***European Psychiatry***, 26(suppl 1), 1-16.

41- Petry N. (2005).Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment. ***American Psychological Association***, Washington.

42- Pettorruso M., Testa G., Granero R., Martinotti G., Andrea G., Giannantonio M., Aranda F., Moreno T., Pena M., Moragas L., Baenas I., Gutierrez A., Codina E., Mendoz E., Maltas B., Zoratto F., Solis S., Guzman E. & Murcia S. (2021).The transition time to gambling disorder: The roles that age, gambling preference and personality traits play. ***Addictive Behaviors***,116,106813.

43- Pettorruso M., Zoratto F., Miuli A., Risio L., Santorelli M., Pierotti A., Martinotti G., Adriani W. & Giannantonio M. (2020).Exploring dopaminergic transmission in gambling addiction: A systematic translational review. ***Neuroscience & Biobehavioral Reviews*** .

44- Righino E., Pascucci M., Pettorruso M., Ciciarelli C., Cesare A., Chiappini S., Giallonardo V., Villella C. & Conte G. (2012).Relationship between impulsivity, mood disorders and personality traits in a sample of pathological gamblers. ***European Psychiatry,***27, Page 1.

45- Rnic K., David D. & Rod M. (2016).Cognitive Distortions, Humor Styles, and Depression. ***Europe's Journal of Psychology***,12 (3),348-362.

46- Sanahuja L., Campos D., Mira A., Castilla D., Palacios A., Lopezad J. (2021).Efficacy of an internet-based psychological intervention for problem gambling and gambling disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. ***Internet Interventions***,26,100466.

47- Sharma M., Amudhan S., Anand N., Mukadam A., Sinha M., Thakur P., Tadpatrikar A. & Manaria S. (2022).Parkinson's disease and

Behavioural Addiction: The susceptibilities and risks. ***Asian Journal of Psychiatry***,68,102960.

48- Singer B., Anselme P., Robinson M. & Vezina P. (2020).An overview of commonalities in the mechanisms underlying gambling and substance use disorders. ***Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry***, 109944.

49- Soto C. (2018).Big Five personality traits. ***The SAGE encyclopedia of lifespan human development***, 240-241.

50- Sripada C. (2022).Impaired control in addiction involves cognitive distortions and unreliable self-control, not compulsive desires and overwhelmed self-control. ***Behavioural Brain Research***,418(10),113639.

51- Suomi A., Lucas N., Dowling N. & Delfabbro P. (2022).Parental problem gambling and child wellbeing: Systematic review and synthesis of evidence. ***Addictive Behaviors***,126,107205.

52- Vazire S. (2014). **Personality A Six-Day Unit Lesson Plan for High School Psychology Teachers.**

53- Vinh T. (2022).The perceptions of social media users of digital detox apps considering personality traits. ***Education and Information Technologies***, 1-24.

54- Wu Q., Zhang J., Walsh L. & Slesnick N. (2022).Illicit Drug Use, Cognitive Distortions, and Suicidal Ideation Among Homeless Youth: Results From a Randomized Controlled Trial. ***Behavior Therapy***, 53(1),92-104.

55- Xavier C. (2014).The Internet Gaming Disorder in the DSM-5. ***Adicciones***,26 (2),91-95.

56- Xian H., Shah K., Phillips M., Scherrer J., Volberg R. & Eisen S. (2008).Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. ***Psychiatry Research***, 160(3), 300-307.

"Personality Traits and Cognitive Distortions as Predictor of Disorder Gambling I have alcoholics"

Dr. Dalia Mohamed Khattab
A Lecturer of Clinical Psycholy
Faculty of Arts - Kafr El-Sheikh University

An Abstract.

The study aimed to predict personality traits and cognitive distortions of personality traits through gambling, and the correlative descriptive approach is used. It also consists of (170) years, with sn average age of (30,13) years, and a standard deviation of (6,83) years, with a mean of (3.01) and a standard deviation of (1,57). A number of tools have been applied, including: the social and economic level questionnaire, the cognitive distortion scale, the cognitive bifurcation scale, the personality trait scale, and the gambling time scale. The study concludes several results, the most important of which are: A correlation between personality traits and cognitive distortions and gambling disorder among alcoholics. Some personality traits and cognitive distortions predict disturbances in the scores of cognitive distortions and some personality traits and pathological gambling. There are forms in the degrees of cognitive distortions, some personality traits and pathological gambling,social status and age group

Keywords: personality traits - cognitive distortions - gambling times - alcohol addiction.