

المخططات المعرفية السلبية المنبئة باضطراب الوسواس القهري

إعداد

أ.د/ سيد أحمد الوكيل

أستاذ علم النفس الإكلينيكي

جامعتي الفيوم والعلوم والتقنية في الفجيرة

د/ شيرين عبد الوهاب

مدرس علم النفس - كلية الآداب - جامعة الفيوم

أ/ هبة مجدي غريب

باحثة ماجستير في علم النفس - كلية الآداب - جامعة الفيوم

DOI 10.21608/PSYB.2022.154780.1006

مجلة المنهج العلمي والسلوك
مجلة علمية نصف سنوية محكمة

مجلة المنهج العلمي والسلوك م ٣، ع (٦) ديسمبر ٢٠٢٢

رابط المجلة على بنك المعرفة المصري هو: <https://psyb.journals.ekb.eg>

والترقيم الدولي الموحد للطباعة (ISSN): 2682-4205

الترقيم الدولي الموحد الإلكتروني (ESSN): 2786-0248

المجلة حاصلة على ٧ درجات في تقييم المجلس الأعلى للجامعات تقييم يوليو ٢٠٢٢

المخططات المعرفية السلبية المنبئة باضطراب الوسواس القهري

مستخلص

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين المخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري، والتعرف على دور المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري، وتضمنت العينة ٢٠٠ مريضاً من مرضى الوسواس القهري: (٧٢ ذكراً - ١٢٨ أنثى). تراوحت أعمارهم ما بين ١٣:٦٨ سنة بمتوسط عمري قدره ٢٦,٤٠ وانحراف معياري قدره ٧,٦٥ واشتملت أدوات الدراسة على: ١- المقابلة الإكلينيكية. ٢- استمارة جمع البيانات الأساسية. ٣- مقياس يل براون للوسواس القهري. ٤- استبيان يونج للمخططات المعرفية (النسخة المختصرة). وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين المخططات المعرفية السلبية واضطراب الوسواس القهري، كما أسهمت المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية السلبية- الوسواس القهري.

Negative Cognitive Schemas Predictive of Obsessive-Compulsive disorder

Abstract

The study aimed to examine the relationship between negative cognitive schemas and obsessive-compulsive disorder, and to identify the role of negative cognitive schemas in predicting obsessive-compulsive disorder. The sample included 200 OCD patients: (72 males - 128 females). Their ages ranged between 68:13 years, with an average age of 26.40 and a standard deviation of 7.65. The study tools included: 1- The clinical interview. 2- Basic data collection form. 3- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. 4- Young's Cognitive Schemas Questionnaire (condensed version). The study found a relationship between negative cognitive schemas and obsessive-compulsive disorder, and negative cognitive schemas contributed to predicting obsessive-compulsive disorder.

Key words: Negative cognitive schemas - obsessive-compulsive disorder

مقدمة:

يُمثل الوسواس القهري ٤% من مجموع الاضطرابات العصابية، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين التعداد السكاني بمصر يتجاوز التوقعات السابقة بحوالي ٢,٥% (أحمد عكاشة، طارق عكاشة، ٢٠١٨)؛ حيث إن ما يقرب من ٥٠% من عامة السكان ينخرطون في بعض السلوكيات الطقوسية، وتصل النسبة إلى ٨٠% في الأفكار التطفلية أو غير المرغوب فيها بالنسبة لبعض الأفراد (Camprodon, et al, 2016) وقُدِّرت دراسة كل من (Carmi et al, 2020) معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري لدى السكان على مدى الحياة بنحو ٢.٣% ، بينما يُقدر انتشار الطيف الكامل لاضطراب الوسواس القهري المتعلق باضطرابات أخرى بنسبة ٩.٥%. من المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري لدى البالغين وهم معرضون لخطر متزايد للوفاة المبكرة ويؤثر الاعتلال المشترك لاضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطرابات تعاطي المخدرات على خطر الوفاة المبكرة في اضطراب الوسواس القهري.

ويشكل الوسواس القهريّ مشكلة نفسية مُزمنة وشائعة الحدوث تجعل المريض يشعر بالحاجة المُلحة للقيام بتصرفات معيّنة بشكل مكرر وقهريّ وخارج عن السيطرة والإرادة، وتخطر على باله هواجس وأفكار متكرّرة تسبّب له القلق (National Institute of Mental Health,2016) فكثير من الأشخاص لديهم معتقدات وأفكار وسواسية أو أفعال قهرية في مرحلة ما من حياتهم، لكن هذا لا يعني أنهم يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وهو دورة من الأفكار والمعتقدات الوسواسية والأفعال القهرية، التي تستغرق الكثير من الوقت، وتعطلّ الأنشطة المُهمّة التي لها قيمة في حياة الفرد, Clark & Radomsky (2014). ووفقاً لكلٍ من Beck,etal,(2004) فإنّ خبرات الطفولة تُشكل مجموعة من المخططات التي تُحدد الكيفية التي يُدرك بها الطفل ذاته ومستقبله وعالمه الخارجي؛ ومن ثمّ فإذا كانت هذه المخططات غير توافقية، فسوف يترتب عنها سلوكيات وانفعالات غير توافقية. وقد عرف كلٌّ من Young,et al, (2006) المخططات المعرفية بأنها: بنية

معرفة ذات محتوى شخصي شديد الذاتية؛ لفحص المنبهات والخبرات التي يواجهها الفرد وتقييمها وترميزها، وهي تحدد استجابة الفرد لهذه الخبرات أو المنبهات، وعرف المخططات المعرفية السلبية (N.C.S) Negative Cognitive Schemas بأنها: أنماط معرفية مستقرة للغاية تنشأ من خلال خبرات الطفولة السيئة، وتحدد علاقة الفرد مع ذاته والآخرين، وتظل مع الفرد طوال حياته، وتتصف بأنها مختلة أو مضطربة إلى حد كبير.

والمخططات المعرفية هي الطريقة التي يحكم بها الأفراد على أنفسهم وعلى الآخرين قد تكون جانباً أساسياً لفهم الأفراد أنفسهم والآخرين والسياقات المحيطة بهم، قد تنمي هذه التقييمات الذاتية وغيرها إلى استجابة نفسية بشرية أساسية للضغوط البيئية، والتي ترتبط بمجموعة واسعة من ردود الفعل المعرفية والعاطفية والسلوكية والشخصية التي تميز الأداء البيولوجي العصبي (Faustino, 2022 - Greenberg and Goldman 2017) وأشار يونج وزملاؤه (Young, et al, (2003) إلى أن هذه المخططات يُطلق عليها مخططات سوء التوافق المبكر، وتُشير إلى سياقات معرفية تنمو منذ الطفولة وتدعمها الخبرات السلبية. فالمشكلة- في اضطراب الوسواس القهري- لا تتوقف على محتوى الأفكار الاقتحامية، ولكنها ترتبط بكيفية تعامل الأفراد معها، فالأفكار الوسواسية الاقتحامية تعمل على تنشيط المعتقدات الخاصة بأهمية هذه الأفكار، ولا تتكون المعتقدات فقط من معلومات عن الأفكار الاقتحامية المتكررة فحسب، بل تتكون من المعرفة بالاستجابات السلوكية. وقد حظيت المعتقدات الخاصة بالسلوك في اضطراب الوسواس القهري باهتمام محدود في التفسيرات النظرية (Wells, & Myers, 2013). وتؤثر المعتقدات المتعلقة بما وراء المعرفة على طبيعة تقييمات الوسواس المتسلطة، كما تؤثر على التقييمات الخاصة بنتائج مسيرتها لمضمون هذه المعتقدات التي يتمسك بها الفرد نحو الطقوس القهرية والاستجابات السلوكية، ويوجد نمطان من المعتقدات حول الطقوس القهرية، فإما أن تكون معتقدات إيجابية (مثال: إنني إذا اغتسلت أو استحمت دون التفكير في أفكار

سيئة، فإن الأشياء السيئة لن تحدث)، أو تكون المعتقدات سلبية (مثال: طقوسي السلوكية- العقلية يمكن أن تسبب ضرراً جسدي (Wells & Myers,2013). ومن هنا فإن المخططات المعرفية السلبية يمكن أن تكون عاملاً مؤثراً في اضطراب الوسواس القهري، وعلى ذلك تأتي الدراسة الحالية التي تحاول الوقوف على المخططات المعرفية السلبية المُنبئة بالوسواس القهري.

مشكلة الدراسة

تكمن مشكلة الدراسة الحالية في محاولة الاجابة عن التساؤلين الآتيين:

- ١- هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية واضطراب الوسواس القهري؟
- ٢- ما المخططات المعرفية اللاتوافقية المنبئة بالوسواس القهري؟

أهمية الدراسة:

أ-الأهمية النظرية:

- ١- تقديم إسهام نظري حول ماهية المخططات المعرفية السلبية والكمالية العصابية لدى مرضى الوسواس القهري.
- ٢- تعريب مجموعة من الأدوات التي تهتم بقياس متغيرات الدراسة والتأكد من كفاءتها القياسية في البيئة المصرية.
- ٣- محاولة فهم وتفسير العلاقة بين الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية واضطراب الوسواس القهري.
- ٤- التعرف على الفروق في: (الكمالية العصابية - المخططات المعرفية السلبية) لدى عينة الدراسة.
- ٥- تناول متغيرات لم يتم تناولها معاً من قبل في الدراسات المحلية في حدود علم الباحثين.

ب-الأهمية التطبيقية:

- ١- استنباط مجموعة من التوصيات التي تُسهم في تعديل المخططات المعرفية السلبية وخفض معدلات الكمالية العصابية.
- ٢- قد تفيد نتائج الدراسة الحالية المتخصصين في إعداد برامج علاجية لمضطربي الوسواس القهري.

رابعًا: أهداف الدراسة:

- ١- التعرف على العلاقة بين كل من الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري.
- ٢- التعرف على الفروق بين عينة الدراسة في: الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري تبعًا للنوع، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية.
- ٣- التعرف على الدور النسبي الذي تسهم به الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية في التنبؤ باضطراب الوسواس القهري.
- ٤- استنباط عدد من التوصيات التي تسهم في التقليل من الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية.
- ٥- توظيف نتائج الدراسة في تصميم البرامج العلاجية التي قد تفيد في علاج اضطراب الوسواس القهري.

مفاهيم الدراسة والأطر والنماذج المُفسرة لها

مفهوم الوسواس القهري: Obsessive Compulsive

عرّفه محمد حلمي (١٩٩١) بأنه: خبرات نفسية غريبة في الشعور كأفكار أو أفعال أو مخاوف أو اندفاعات ثابتة ومتكررة.

وعرفه حامد زهران (١٩٩٩) بأنه: " فكرة متسلطة تظهر بقوة لدى المريض، وتلازمه وتستحوذ عليه، وتفرض نفسها عليه، ولا يستطيع مقاومتها، رغم وعيه بعدم فائدتها، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلي للقيام بها.

وعرفه صفوت فرج (٢٠٠٠) بأنه: أفكار مقتحمة وغير مرغوبة وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها، وهي مقاومة تتصف بكونها داخلية المنشأ. كما عرفه وائل أبو هندي (٢٠٠٣): بأنه مرض نفسي يتميز بتسلط فكرة أو صورة أو نزوة أو رغبة أو شعور معين على العقل؛ كالكشك المتكرر في انتقاض الموضوع، ويصاحب ذلك تكرار فعل معين دون داع؛ مثل: تكرار الموضوع لعدة مرات متتالية، مع أن المريض يدرك تمامًا ما يفعله، وقد يشعر بأنه لا لزوم لتكرار هذا الفعل، ولكنه يجد نفسه مدفوعًا لتكراره، ويتميز مرض الوسواس القهري بعرضين رئيسيين هما: الوسواس، والأفعال القهرية.

كما أنه: نمط ثابت من الانشغال بالاتساق والكمالية والضبط العقلي وضبط العلاقات الشخصية على حساب المرونة والانفتاح والفعالية، حيث يبدأ في فترة الرشد المبكر، ويظهر في مجموعة متنوعة من السياقات American Psychiatric Association, 2016).

ويرى الباحثون أن الوسواس القهري اضطراب يتضمن اقتحام مجموعة من الأفكار الملحة والمُتكررة على ذهن الشخص تنتج عنها في بعض الأحيان أفعال قهرية؛ لتقليل الكرب النفسي الذي يشعر به الفرد.

لمحة تاريخية عن الوسواس القهري:

تم التعرف على أعراض الوسواس القهري منذ القرن السابع عشر؛ حيث كان ينظر إلى الوسواس على أنها موجودة في إطار ديني بحت (أي كان من يعانون منها يُعدون مملوكين لقوى خارجية، مثل الشيطان) (Ross et al, 2011) وليس من المستغرب أن

كانت طريقة العلاج الأكثر شيوعًا هي طرد الأرواح الشريرة المسيطرة على المرضى، بينما كان لا يُعرف سوى القليل عن أنواع السلوك القهري الذي كان مسيطرًا في هذه الفترة، وكان أكثر هذه السلوكيات انتشارًا غسيل اليدين والتنظيف، وقد تم وصف هذه السلوكيات بوضوح في الأدبيات، وكان أول تجسيد لها من خلال أدبيات (شكسبير) في القرن السادس عشر، وبحلول الجزء الأول من القرن التاسع عشر، انتقل اضطراب الوسواس القهري من مجال البحث الروحي إلى مجال البحث الطبي، وتم اعتبار الحالة نوعًا من " الجنون"، وهو بناء تم تقديمه وتحديده مسبقًا من قبل عدد من الأطباء النفسيين الفرنسيين. وكان (Esquirol, 1838) أول من جادل بشأن هذا المصطلح؛ لأنه لاحظ أن مرضاه يدركون أن وساوسهم لا تُقاوم، وهذا يدل على أنهم يمتلكون درجة معينة من البصيرة، وهكذا بدأ ظهور مصطلح العصاب في أوائل القرن التاسع عشر، وهذه الفكرة تطورت أكثر عندما وصف Morel الوسواس القهري بأنه: مرض من أمراض المشاعر، كما استخدمت كلمة "delire" وهي كلمة مترجمة من الفرنسية بمعنى "هذي" للإشارة إلى وجود بصيرة على عكس المعتقد السائد في ذلك الوقت. وفي نهاية القرن التاسع عشر وصف Legrand du Saulle الوسواس القهري بأنه: جنون مع بصيرة، لكنه اقترح أن الأعراض الذهانية يمكن أن تكون مشكلة، وأصبحت لاحقًا مثيرة للجدل في التشخيص الفارقي. بالطبع في هذا الوقت، لم يكن يوجد تمايز بشكل جيد بين الوسواس القهري والفوبيا ونوبات الهلع والأعراض الجسمانية الأخرى؛ مما زاد من صعوبة تعريف الوسواس القهري (Alvarenga et al, 2007).

واختلف تفسير أعراض الوسواس القهري في أوروبا على حسب ثقافة كل موطن، فالإنجليز ركزوا على المنظور الديني للوسواس القهري، واعتبروا الاضطراب مرضًا كئيبيًا، بينما شدد الفرنسيون على أنه فقدان الإرادة، وحددوا السبب الأساسي وهو القلق، كما رأى الكتاب الألمان مثل (Westphal, 1878) أن الأفكار المتكررة (الوساوس) هي نتيجة أحداث عصبية لها تمثيل معرفي (Byerly et al, 2005).

ومهدت هذه الأوصاف الأوروبية المبكرة للوسواس القهري، وخاصةً المنظورين الفرنسي والألماني الطريق للمنظور النفسي، الذي ظهر في بداية القرن العشرين، وحتى ذلك الوقت كان الوسواس القهري حالة طبية تستدعي العلاج في إطار طبي فقط (Ross et al, 2011) وعندما ظهر الطب النفسي الإكلينيكي، تم عرض وجهة نظر غير دينية ومرضية للوسواس القهري بالاعتماد على البحث الذي أجراه Legrand du Saulle. وكانت (Janet, 1903) أول من طرحت وجهة النظر النفسية لُغصاب الوسواس القهري، واقترحت أن جميع المرضى الذين يعانون من الوسواس يمتلكون شخصية غير طبيعية، مع سمات القلق، والتوتر المُفرط ونقص الطاقة والشك، وتم وصف العلاج الناجح للطقوس القهرية المتوافقة مع التطور اللاحق للعلاج السلوكي. (Alvarenga et al, 2007).

وأشارت نتائج دراسة كل من Brakoulias et al (2021) إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتسم بالأفكار أو الصور أو الدوافع المتكررة والتطفلية والمزعجة، على سبيل المثال مخاوف بشأن التلوث أو الصور الجنسية المتكررة، والتي عادةً ما تكون مصحوبة بسلوكيات متكررة أو أفعال عقلية، على سبيل المثال التدقيق أو العد في رأس المرء. ويبدأ اضطراب الوسواس القهري في مرحلة الطفولة في حوالي نصف المصابين به، وغالباً ما يكون ذلك في مرحلة المراهقة، عندما يقوم الأطفال بتكوين علاقات طويلة الأمد مع أقرانهم، وهويتهم ويعملون بجدية أكبر في المدرسة من أجل وضع الأسس لمستقبل مهني. ويوجد العديد من المرضى الذين يشكون من أعراض (قبل اكلينيكية) (أي أشكال من الوسواس القهري ولكن بصورة بسيطة) قبل تطور الاضطراب لديهم فإن هناك خطر متزايد بمقدار خمسة أضعاف للإصابة بالوسواس القهري مع قريب مصاب من الدرجة الأولى.

وذكرت دراسة (Leckman et al, 2022) أن اضطراب الوسواس القهري هو حالة مزمنة ومن المحتمل أن تؤثر على الأفراد، وتتراوح نسبة الإصابة بالوسواس القهري من

١% إلى ٣% من عامة السكان البالغين. حيث إن الأفكار المتطفلة غير المرغوب فيها أو الصور غير السارة وتكون غالباً وساوس مصحوبة بإحساس عميق بالرهبة والخوف الشديد والرغبة في إتمام الأفعال القهرية المحددة وتكون متكررة ويتم إجراؤها عادةً لعدد معين من المرات أو وفقاً لقواعد خاصة معينة، والتي يكون الفرد مدفوعاً ومجبوراً لإكمالها، على الرغم من اعتبار هذه الأفعال مفرطة.

وأشارت دراسة كل من Bogetto et al., (1999) أن الوسواس القهري أكثر شيوعاً عند الذكور من الإناث، كما أكدت وجود ثلاث سمات مرتبطة بالجنس للوسواس القهري:

- ١- يظهر عند الذكور مبكراً في البداية مع تأثير أقل للأحداث المتعجلة في إثارة الاضطراب،
- ٢- أن الوسواس القهري يحدث نسبياً في نسبة عالية من الذكور الذين يعانون بالفعل من الرهاب أو اضطراب التشنج اللاإرادي.
- ٣- تكون الأمراض المزمنة أكثر عند الذكور مقارنة بالإناث.

الأعراض: Symptoms

يشمل اضطراب الوسواس القهري كل من الوسواس والأفعال القهرية، ولكن من الممكن أن تكون أعراض الوسواس الإكراه أو أفعالاً قهرية فقط، وقد يدرك الفرد أو لا يدرك أن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة، وأنها تستهلك قدرًا كبيرًا من الوقت، وتتداخل مع الروتين اليومي والأداء الاجتماعي أو في العمل. وهواجس الوسواس القهري متكررة، والأفكار مُستمرة وغير مرغوب فيها، والحوافز أو الصور التطفلية تسبب الضيق أو القلق، وقد يُحاول الفرد تجاهلها أو التخلص منها عن طريق أداء سلوك قهري أو طقوسي، وتتدخل هذه الوسواس عادةً عندما يحاول الفرد التفكير أو القيام بأشياء أخرى (American Psychiatric Association, 2013).

ويُشخص الوسواس القهري وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (٢٠١٣) بالمحكات التشخيصية الآتية:

يتميز اضطراب الوسواس القهري بنمط من الأفكار والمخاوف غير المعقولة (الهواجس) التي تدفع الفرد إلى القيام بسلوكيات متكررة (قهرية). وتتداخل هذه الهواجس والسلوكيات القهرية مع الأنشطة اليومية، وتسبب الإزعاج الشديد، ويحاول الفرد تجاهل أو إيقاف هواجسه الخاصة، ولكن هذا يزيد من الضيق والقلق وفي نهاية المطاف، يشعر الفرد بأنه مدفوع لأداء الأعمال القهرية في محاولة لتخفيف التوتر. وعلى الرغم من جهود الفرد المبذولة للتجاهل أو التخلص من الأفكار أو الحوافز المزعجة، فإنه يستمر في التفكير فيها، وهذا ما يؤدي إلى مزيد من السلوكيات الطقوسية والدوران في حلقة مفرغة من اضطراب الوسواس القهري. وغالبًا ما يتركز اضطراب الوسواس القهري حول موضوعات معينة؛ كالخوف من التلوث بالجراثيم. ولتخفيف المخاوف من التلوث، قد تغسل يديك بشكل إلزامي حتى تتقرع وتتشقق. وإذا كنت مصابًا باضطراب الوسواس القهري، فقد تشعر بالخلج والحرص من هذه الحالة، ولكن العلاج يمكن أن يكون فعالاً (American Psychiatric Association , 2013).

ووفقًا للدليل الدولي العاشر للاضطرابات النفسية - (The International Classification of Diseases ICD 10) تم وضع اضطراب الوسواس القهري تحت مُسمى الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات عضوية الشكل (Neurotic, Stress-Related and Somatoform Disorders (OCRD) (icd10-1993 وفي هذا الدليل (ICD-10) تم تصنيف الوسواس القهري تحت مُسمى الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات عضوية الشكل) في خطوة مماثلة لـ (DSM5) وتمتاز هذه الاضطرابات بأنها: مجموعة من الأفكار أو الصور أو الاندفاعات اللاإرادية المتكررة التي تلح على الفرد، يعقبها شعور منفرد يقود الإنسان إلى سلوكيات قهرية رغم محاولته تجنبها أو تجاهلها أو نبذها، إلا أنها تدفعه إلى القيام بأعمال لافئة للنظر من قبل المحيطين به (Lewin et al, 2014). وقد تكون للوسواس موضوعات خاصة بها، مثل:

- الخوف من التلوث أو الأوساخ.
- الحاجة إلى أشياء منظمة ومتماثلة.
- أفكار عدوانية أو مروعة حول إيذاء النفس أو الآخرين.
- الأفكار غير المرغوب فيها، بما في ذلك العدوان، أو الموضوعات الجنسية أو الدينية (American psychiatric association, 2016).

ويشعر الفرد بالخوف من التعرض للتلوث عن طريق لمس الأشياء التي لمسها الآخرون أو شكوك في غلق الباب أو إطفاء الموقد، كما يحدث للفرد ضغط شديد عندما تكون الأشياء غير منظمة أو موضوعة بطريقة معينة أو صور لإيذاء النفس أو إيذاء شخص آخر، وتكون هذه الصور غير مرغوب فيها، وتجعل الفرد غير مرتاح، ومن الممكن أن تنتاب الفرد أفكار حول الصراخ بكلمات نابية أو التصرف بشكل غير لائق، وتكون هذه الأفكار غير مرغوبة، وتجعل الفرد غير مرتاح لتجنب المواقف التي يمكن أن تسبب الوسواس، كالمصافحة القهرية أو حول الصور الجنسية غير السارة، والتي تتكرر في ذهن الفرد أو الإكراه والأفعال القهرية. وتهدف السلوكيات أو الأفعال القهرية المتكررة إلى منع أو تقليل القلق المتعلق بوسواس الفرد وهواجسه، أو منع حدوث شيء سيئ. ومع ذلك، فإن الانخراط في الأفعال القهرية لا يجلب أي متعة، وقد يُقدم راحة مؤقتة من القلق. فقد يقوم الفرد باختلاق قواعد أو طقوس يتبعها، تساعد على التحكم في قلقه عندما تكون لديه أفكار وسواسية. وهذه الأفعال القهرية مفرطة وغالبًا لا ترتبط بشكل واقعي بالمشكلة التي يعتزم الفرد علاجها (American psychiatric association, 2016). وقد تكون للأفعال القهرية، كما هو الحال مع الوسواس، موضوعات مثل:

- الغسيل والتنظيف.
- التحقق والتدقيق.
- العدّ.
- الترتيب والمحافظة على النظام.

- اتباع روتين صارم.
- طلب الإطمئنان.

وتشمل علامات الأفعال القهرية وأعراضها ما يلي:

- غسل اليدين حتى تصبح بشرتك خامدة.
- التحقق من الأبواب بشكل متكرر للتأكد من أنها مغلقة.
- التحقق من الموقد مرارًا وتكرارًا للتأكد من إيقاف تشغيله.
- العدّ في أنماط معينة.
- تكرار صلاة أو كلمة أو جملة بصمت.

ترتيب السلع المعلبة لتبقى على نفس الوضع (American psychiatric association, 2016).

أما المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري وفقًا للدليل التصنيفي

الدولي العاشر الصادر عن منظمة الصحة العالمية، فهي:

أ- وجود أفكار وسواسية أو أفعال قهرية أو كليهما في معظم الأيام لمدة أسبوعين تعطل الشخص في يومه.

ب- تكون أعراض الوسواس القهري كالاتي:

- ١- إن مصدرها يكون ذهن أو فكر الشخص وليس أي مصدر أو مؤثر خارجي.
- ٢- متكررة ومزعجة مع وجود فكرة أو فعل واحد على الأقل يتكرر بشكلٍ مفرطٍ، وغير منطقي، ويحاول المريض مقاومته دون جدوى.
- ٣- يجب ألا يكون تنفيذ الفكرة أو الفعل في حد ذاته مصدرًا للمتعة (وبالتالي يجب تفرغها عن الراحة المؤقتة من التوتر والقلق).

ج- تسبب الوسواس والأفعال القهرية ضيقًا أو تداخلًا مع الأداء الفردي أو الاجتماعي من خلال إضاعة الوقت.

د- ألا تعزى أعراضه لأي اضطرابات نفسية أخرى، مثل: الفصام أو الاضطرابات الوجدانية (WorldHealthOrganization,2017).

النظريات والنماذج المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

أ- النموذج المعرفي لبيك:

ونظرية بيك المعرفية للاضطرابات الوجدانية، Beck 1967 هي نظرية إكلينيكية معرفية تضع أنماط التفكير السلبية محوراً لعلم النفس المرضي وافترض هذا النموذج أنه من خلال التجارب والخبرات يطور الأفراد مخططات أو معتقدات جوهرية سلبية عن أنفسهم والعالم الخارجي؛ مما يمنع قابليتهم للتأثر بالاضطرابات الوجدانية (Fisher & Wells, 2008). وتمثل المخططات طريقاً إرشادياً للفرد ليرى العالم بشكلٍ منطقي في نظرية بيك؛ حيث إن محتوى المخططات لها أهمية قصوى؛ لأن المعتقدات الأساسية والافتراضات الشرطية للفرد تكون دليلاً لتغير الأحداث والسلوك في وقتٍ لاحق Fisher (& Wells, 2008). والمخططات تكون كامنة حتى يتم تنشيطها خلال حدث ما يتعارض مع قواعد الفرد وافتراضاته على سبيل المثال: المعاناة من الفشل - عندما يكون الافتراض شرطياً (يجب أن أنجح في كل شيء وإلا فأنا عديم الفائدة). إن تنشيط المخططات يؤدي إلى تشغيل الأفكار التلقائية السلبية Negative Automatic Thoughts (NATs)، وهذه الأفكار يُنظر إليها على أنها تعكس الواقع في وقت حدوث وإنتاج تأثير سلبي (in: Fisher & Wells, 2008).

أما المُكون الأخير في نموذج بيك المعرفي فهو وجود التحيز المنهجي في أنماط التفكير أو أخطاء التفكير، وتشمل هذه الأخطاء التجريد الانتقائي مع التركيز فقط على الجانب السلبي لحدث ما واقترح بيك عام ١٩٧٦ شرحاً إدراكياً للوسواس القهري ركز فقط على محتوى المعتقدات الوسواسية وجادل Salkovskis عام ١٩٨٥ أنه يجب النظر إلى

أبعد من الوسواس المعرفية؛ حيث يجب النظر إلى الأفكار المُتطفلة والتركيز على تقييم هذه الأفكار أو الصور أو الدوافع (Fisher&Wells,2008).

النموذج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Model

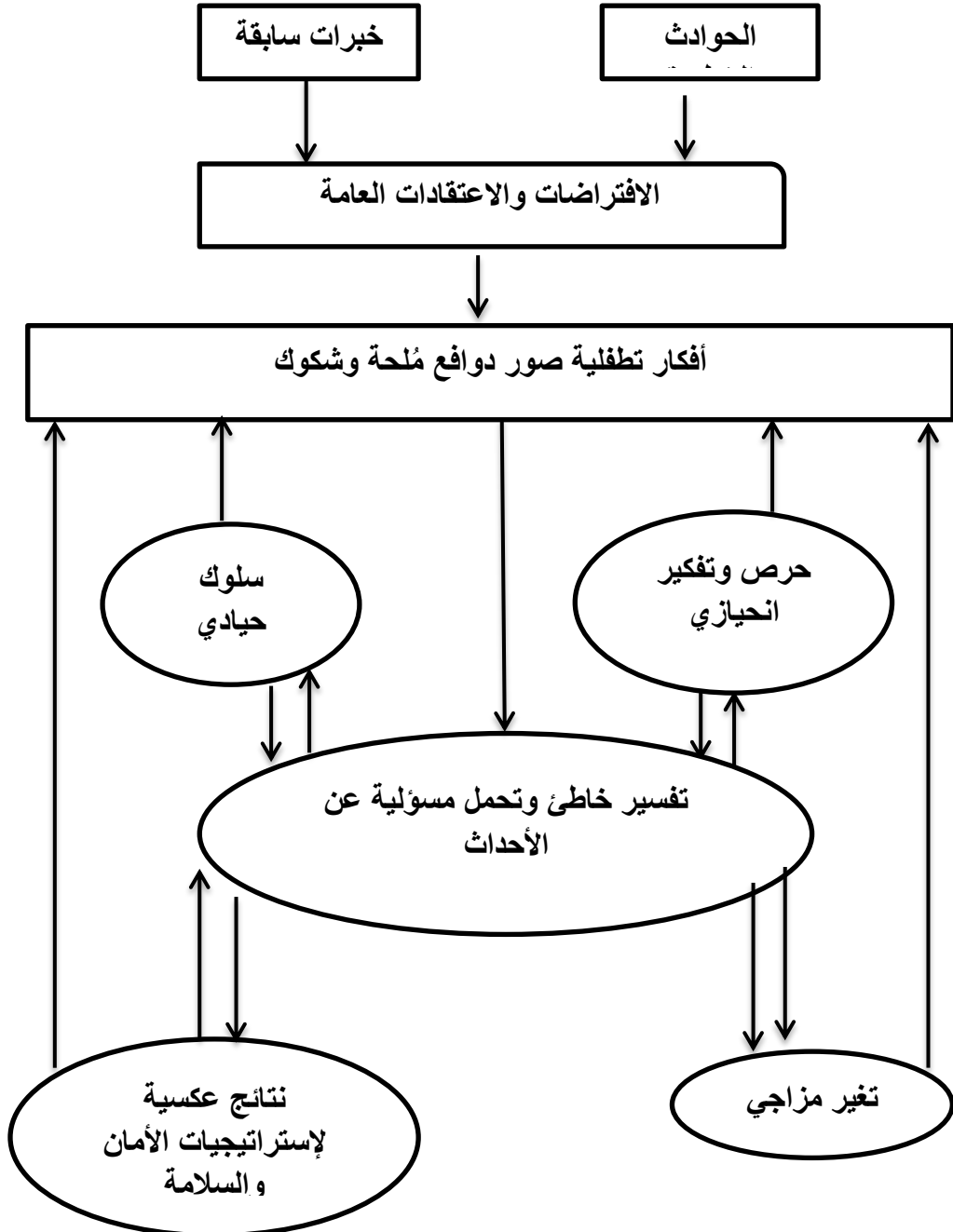
يُمثل هذا النموذج تحولاً لتطور الوسواس القهري بجانب النظرية السلوكية، فالنظرية السلوكية لم تتمكن من تقديم وصف للمكونات المعرفية للوسواس القهري، ودفعت إلى تطوير التفسير الإدراكي السلوكي لظاهرة الوسواس ويضم هذا النموذج دمج أفضل جوانب المنهج السلوكي في إطار السلوك المعرفي (Salkovskis & Forrester, 2002). ومن الأمور الأساسية للنظرية المعرفية السلوكية لاضطراب الوسواس القهري هي أن المُشكلات الوسواسية تحدث نتيجة لمجموعة من ردود الفعل التي تتبع وتزيد من تكثيف الأفكار الطبيعية، ولا تختلف الأفكار الوسواسية (المتطفلة) لدى الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري عن الأفكار التداخلية التي يعاني منها الأشخاص الذين لا يعانون من اضطراب الوسواس الإكلينيكية؛ حيث تم تمييز الأفكار التطفلية لما يقرب من ٩٠% من السكان (Rassin & Muris, 2007). ويؤدي إدراك التهديد الناشئ عن إدراك الأفكار المتطفلة إلى اضطراب القلق العام، وعلى الرغم من أن المبالغة في تقدير الخطر والتهديد يُعد عنصراً ضرورياً في اضطراب الوسواس القهري، فإن التدخلات في الوسواس القهري يُساء تفسيرها ليس فقط على أنها تُشير إلى الخطر على أنفسهم أو الآخرين، ولكن يمكن أن يكون الشخص مسؤولاً عن إحداث أو منع هذا الخطر؛ حيث تُشير النظريات المعرفية إلى أن الاستجابات السلوكية مدفوعة بتقييم التهديد، بهدف البحث عن الأمان (Salkovskis, 1999) ومعظمها ردود فعل تهدف إلى منع أو تحييد الضرر أو تقليل المسؤولية، وهذه النظرية مُتسقة بشكلٍ كاملٍ مع ظواهر الوسواس القهري، بما في ذلك السلوكيات القهرية المُتكررة والبحث عن الطمأنينة وقمع الفكر وخصوصية المحفزات والمواقف المخيفة (Dosani, 2003). ويكمن الاختلاف الجوهرى بين الأفكار المُتطفلة

الطبيعية والوساوس في المعنى الذي يُلققه مرضى الوسواس على تلك الأفكار المتطفلة كمؤشرات، منها أنهم يشكلون خطرًا على أنفسهم أو الآخرين، ومنها أنهم قد يكونوا مسؤولين عن هذا الضرر أو منعه (Ehlers&Clark,2000).

وقد تطور المفهوم الإدراكي الشامل عن القلق؛ حيث تؤدي خصوصية التقييمات المتضمنة في اضطرابات قلق معينة إلى مجموعة معينة من ردود الفعل على هذه التقييمات، بما في ذلك الانتباه التلقائي وسلوكيات البحث عن الأمان والاستجابات الفسيولوجية والاستجابات العاطفية. والعنصر الأساسي في هذا النهج يكمن في المواقف العادية أو المحفزات التي غالبًا ما تثير درجة معينة من القلق وعدم الراحة لدى الأشخاص الذين لا يعانون من اضطرابات القلق، وتثير ردود فعل الأشخاص سريع التآثر تأثيرات سلبية على المواقف أو المحفزات نفسها، وكذلك تأثيرات على الطريقة التي يتم بها التقييم ومدى انشغال الشخص بالتقييمات السلبية ومدى تأثيرها على حياة الشخص، فقد تحدث نوبات الهلع - كما يقال - نتيجة سوء تفسير الأحاسيس الجسدية الطبيعية وخاصة مشاعر القلق الطبيعي (in:Dosani, 2003). والأشخاص الذين لديهم ميل دائم لتفسيرها بطريقة كارثية سوف يتعرضون لنوبات هلع متكررة، على المنوال نفسه، فإن الأفكار والدوافع والصور والشكوك المتطفلة تُعد طبيعية، أما الأشخاص الذين لديهم ميل دائم لإساءة تفسير نشاطهم العقلي فسوف يختبرون نمط عدم الراحة والتحييد وخاصة في الوسواس القهري (Dosani, 2003). إن تفسير حدوث الاقتحامات الخاصة بالأفكار الوسواسية ومحتواها يكمن في المسؤولية الزائدة بالتهديد أو الخطر الذي له عدد من الآثار المهمة على الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري، على سبيل المثال لا الحصر (زيادة الشعور بالانزعاج - القلق والاكتئاب - تركيز الانتباه على عمليات الاقتحامات العقلية نفسها والمحفزات المتعلقة بها في البيئة التي قد تزيد من حدوثها - الاستجابات السلوكية، بما في ذلك ردود الفعل (المحايدة) التي من خلالها يسعى الشخص إلى تقليل المسؤولية أو الهروب منها (يمكن أن تكون هذه السلوكيات علنية أو خفية)، وتشمل السلوك القهري،

وتجنب الأماكن المرتبطة بالفكر الوسواسي، والبحث عن الطمأنينة؛ وبالتالي تخف المسؤولية ويحاول الشخص التخلص منها أو استبعاد الفكرة من عقله؛ لذا يُنظر إلى الضيق على أنه نتيجة تلقائية نسبيًا لتفسير الشخص للمحتوى وحدث الأفكار المتطفلة، في حين أن ردود الفعل السلوكية هي ردود فعل محفزة لكلاً النوعين من ردود الفعل، ويمكن أن يكون لهما تأثير في زيادة حدوث التدخلات اللاحقة وزيادة تعزيز التفسيرات السلبية المقدمة فإن الإحساس المتضخم بالمسؤولية الذي يُعقله المريض على أنشطته يقوده إلى نمط من الجهد العقلي والسلوكي يتميز بالسيطرة المفرطة والانشغال، فالإحساس بالمسؤولية عن الضرر المحتمل يدفع المتضررين إلى بذل جهود يائسة للحفاظ على سلامتهم أو سلامة الآخرين (Dosani, 2003). كما أن أساس المشاكل الوسواسية هو حدوث الإدراك التدخل، ويمكن أن تكون الاقتحامات أفكارًا وصورًا ودوافعًا وشكوكًا، ويحدث هذا الإدراك المتطفل في الغالب كعملية تلقائية مرتبطة بالخوف الحالية للفرد، وربما تؤدي دورًا مهمًا في الآليات النفسية العادية المتعلقة بالإبداع وحل المشكلات (Dosani, 2003). وقد ناقش (Salkovskis ١٩٨٥) نموذج الوسواس القهري؛ مُشيرًا أنه يحتاج إلى شرح يوضح سبب إصابة أقلية من الأشخاص بأعراض الوسواس القهري، على الرغم من أن الوسواس مُنتشرة في كل مكان، واستنتج أنه يوجد سبب واحد لهذا، هو أن الأفكار المتطفلة عادةً تكون أحداثًا محايدةً ووجدانيةً نسبيًا ولا تصبح ذات أهمية وجدانية إلا عندما تحدث في سياق معين مثل (الأفكار التجديفية في أثناء التواجد في الكنيسة على الرغم من أنها غير مُتطابقة مع الأشخاص الذين يتعلمون التاريخ (Salkovskis & Forrester, 2002)، وأشار إلى أن الأفكار المتطفلة تتحول إلى وسواس إكلينيكية عندما يفسر المريض مضمون الأفكار المتطفلة، ويشير إلى أنها قد تكون مسؤولة عن الأذى الذي يلحق بالمريض أو بالآخرين ما لم يتخذ إجراءً لمنعها (Salkovskis & Forrester, 2002). وأشار كل من (McGuire & Salkovskis (2003 إلى أن الشخص قد يكون سببًا في الضرر لذاته أو للآخرين، وعلاوة على ذلك يحتاج إلى

الانخراط في أي عمل تصحيحي؛ لأنه يتم تقييم الأفكار المتطرفة على أنها تشير إلى المسؤولية الشخصية، وهذا نموذج (تمثيل تخطيطي) للنموذج المعرفي السلوكي للوسواس القهري المقترح.



شكل (١) النموذج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري (McGuire & Salkovskis (2003)

إن الاستراتيجية التي يعتمد عليها هذا المخطط هي تحيز التفكير والانتباه وذلك يؤدي إلى زيادة التوتر والقلق، ويرجع ذلك إلى أربعة أسباب:

- ١- الاهتمام الذي يركز على النشاط المعرفي يمكن أن يعدل مستوى الإدراك.
 - ٢- فشل الجهود التي تؤدي إلى التحكم في النشاط العقلي، ويمكن أن تؤدي إلى تقادم الأفكار المتطفلة على سبيل المثال: قمع الفكرة من المرجح أن يؤدي إلى زيادة في الأفكار أو الصور المتطفلة على المدى القصير والطويل (Trinder & Salkovskis, 1994, Clark et al, 1991).
 - ٣- يمكن للاستراتيجيات المعرفية أو السلوكية للفرد أن تكون مسؤولة عن حدوث توتر وضيق له، وتجعله يتصور أنه مسئول عن الضرر الذي يحدث.
 - ٤- تحييد أفكار المسؤولية عن الضرر: حيث لا يسمح للشخص أن يكتشف أن العواقب المخيفة لن تحدث، والسماح للمعتقدات المختلفة حول المسؤولية عن الضرر بالاستمرار. واقترحت النظرية المعرفية أن تقييمات معينة يمكن أن تحدث بسبب الافتراضات التي طُورت وشكلت بسبب تجارب الشخص وتتضمن الافتراضات التي حددها سالكوفيسكيس عن أنواع التفكير للمرضى المصابين بالوسواس القهري (تشوه إدراكي - تضخيم المسؤولية) (Salkovskis & McGuire, 2003, 65).
- وأشارت دراسة (Foa, 2022) إلى افتراضات Salkovskis الخمسة التي قدمها في النموذج المعرفي السلوكي وتُعتبر هذه الافتراضات سمات تُميز الوسواس القهري مثل :
- أن التفكير في إجراء ما يُشبه تنفيذه.
 - لا تقل المسؤولية بواسطة العوامل الأخرى مثل شيء ما غير محتمل.
 - الفشل في منع الضرر يعادل أخلاقياً التسبب في الضرر.
 - الفشل في القيام بالطقوس على فكرة تحويل الضرر هو نفسه نيه الأذى.
 - يجب على المرء أن يمارس السيطرة على أفكاره.

لذلك في حين أن المريض قد يشعر بأن وساوسه غير مقبولة، فإن الأفعال القهرية المستخدمة لتقليل القلق تُعتبر مقبولة.

ب- النماذج العصبية المُفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

السلوكيات المتكررة والأفكار المتطفلة تجعل الوسواس القهري مرشحاً رئيساً للنمذجة العصبية النفسية وتهدف مثل هذه النماذج إلى تفسير كيفية ارتباط هذه السمات السطحية للاضطراب بالعجز الأساسي في معالجة المعلومات، وبالمثل ظهور الوسواس والأفعال القهرية في سياق إصابة في الرأس والاضطرابات العصبية والنفسية , Giedd et al (2000) وي طرح السؤال عن الدور المحتمل لأساسيات الركائز العصبية في توليد واستمرار الوسواس القهري، وغالبًا ما تكون الوسواس والأفعال القهرية المتكررة ناتجة عن فشل في تثبيط الفكر الترخلي اليومي أو نمط السلوك المتكرر الذي يتجاهله معظمنا دون صعوبة، وهذه الأنواع من المشاكل لها أوجه تشابه في معالجة المعلومات (على سبيل المثال المثابة والتثبيط) وقد تساعد النمذجة من منظور علم النفس العصبي في فهمنا وعلاجنا لهذا الاضطراب المخادع (Dosani, 2003).

تعقيب على النظريات السابقة:

أكدت النظرية المعرفية للوسواس القهري وخاصة المسئولية لدى مرضى الوسواس القهري لسالكوفسكيس أهمية معتقد تضخيم المسئولية، وقد اقترح أن تقييم الأفكار الاقتحامية له دور مهم في حدوث المشكلات الوسواسية، التي تكون مصدرًا لعدم الراحة والتوتر والسلوك التجنبي لمرضى الوسواس القهري، وأن استمرار الإحساس بالتوتر وعدم الراحة والسلوك التجنبي يكون منطقة خصبة للأفكار الاقتحامية لدى مرضى الوسواس القهري، والتي تضمن أن يكون الشخص مسئولاً عن منع الأذى عن نفسه والآخرين، ومن الافتراضات التي قدمها سالكوفسكيس "أن أنماطاً محددة من الأفكار الاقتحامية سوف

تتفاعل مع معتقدات المسؤولية لدى الأشخاص ذوي المعايير الاجتماعية المرتفعة، وهؤلاء الأشخاص وصفهم ريتمان وهودجسون بأن لديهم ضميرًا أخلاقيًا حساسًا؛ ومن ثم لديهم حساسية خاصة للطرق التي يمكن بها للأفكار الاقتحامية أن تنتهك المعتقدات الخلقية، ومن ثم فهم يحاولون باستمرار تصحيح أي انتهاك لمعتقداتهم , Salkovskis et al (1999).

ولهذا تبنت الباحثة النموذج المعرفي السلوكي للوسواس القهري؛ لأنه يؤكد على أهمية الأفكار السلبية بالنسبة لمرضى الوسواس القهري وتضخيماتها الناتجة عن المخططات المعرفية السلبية و أخطاء التفكير، وذلك لما يترتب عليه أفعال قهرية (سلوكيات) وأعراض جسمانية، وينتج عنه قلق وتوتر على كافة المستويات للمريض.

ثانياً: المخططات المعرفية السلبية Negative Cognitive Schemas

المخطط Schemata المخطط في علم النفس المعرفي نمط لتنظيم الفكر والسلوك، ويمكن أن يوصف بأنه شبكة عقلية مكونة من أفكار مسبقة، وإطار يمثل بعض جوانب العالم، أو نظام لترتيب وإدراك المعلومات الجديدة (NevidandKant, 2007) كما أنه وحدة معرفية منظمة لموضوع أو حدث، تعتمد على الخبرة السابقة ويتم الوصول إليها لتوجيه الفهم أو العمل الحالي (Anderson 2000).

المخططات المعرفية السلبية المبكرة: هي صفات مستقرة مثل المعتقدات الدائمة حول الذات والعالم والتي ترجع جذورها إلى التجارب في مرحلة الطفولة المبكرة Young et al., (2003).

المخططات المعرفية السلبية: Negative Cognitive Schemas : هي أنماط معرفية مستقرة للغاية تنشأ من خلال خبرات الطفولة السيئة وتحدد علاقة الفرد بذاته وبالآخرين،

وتظل معه طوال حياته، وتتصف بأنها غير توافقية أو غير وظيفية، ويطلق عليها المخططات اللاتوافقية (Young, 1999).

كما أنها أنماط التفكير المضطرب عن العالم والذات وعلاقات الفرد مع الآخرين (Young, et al., 2003). كما أنها أنظمة إدراكية سلبية هادمة للذات ومستقرة ودائمة ومعيقة لدرجة كبيرة، والتي تُشكل في مرحلة طفولة الفرد المبكرة والبلوغ من جراء الخبرات والعلاقات المسببة للأذى المتكرر من قبل الأشخاص المهمين للفرد (Young, et al., 2006).

ويرى الباحثون أن المخططات المعرفية السلبية هي أطر من التفكير تتكون لدى الفرد بناءً على تجاربه وخبراته منذ الصغر وتتضمن هذه الأطر الفرد وذاته والعالم الخارجي والعلاقات مع الآخرين ومع البيئة المحيطة به، كما أن قرارات الفرد وتصرفاته تكون بناءً على هذه المخططات السلبية وفي الأغلب تسبب له العديد من المشكلات والاضطرابات.

تاريخ المخططات المعرفية:

أول من استخدم كلمة المخططات الفلاسفة الإغريق، إلى أن وضع إيمانويل كانط (Emmanuel Kant) في القرن التاسع عشر أول تعريف اصطلاحي للمخطط في كتابه (نقد المنطق) وهو كالتالي المخطط: هو الأشياء في العالم الخارجي مثل: الوقت، والمكان، والسببية، وأشار كانط إلى أن الفرد يستطيع تصنيف هذه المواضيع في محيطه ولكنه لا يستطيع معرفة ما يقع داخل هذه التصنيفات (Wei, 2006) وبعد ذلك انتشرت فكرة المخططات عندما لاحظ أرون بيك أن الأشخاص المكتئبين يظهرون أفكارًا سلبية بشكلٍ عفوي دون معرفتهم لها، فأطلق عليها أرون بيك اسم (الأفكار الآلية) التي تقوم على معتقدات رئيسة عامة يُطلق عليها المخططات، وهذه المخططات تحدد الطريقة التي يقدم بها الفرد تفسيرات معينة للمواقف، ومن خلال هذه التفسيرات تظهر أفكار آلية معينة، تُسهم في التقييم المعرفي والذي يتسم بسوء التوافق مع المواقف Hofmann et

(al,2012). وكان Bartlett 1932 أول من كتب عن المخططات على نطاق واسع

لأنها تنطبق على الذاكرة الإجرائية (in:Anderson & Schunn, 2000)

▪ الحركة : على سبيل المثال قيادة السيارة أو ممارسة الرياضة ليست مجرد مسألة استجابة للتحفيز؛ فنحن لا ننتج نسخة دقيقة من حركة سابقة، ولا نبتكر شيئاً جديداً تماماً. ▪ تساعدنا التجارب السابقة في فهم التجارب الجديدة من خلال إمدادنا بالتوقعات وأطر العمل.

▪ كتب بارليت لأول مرة في أوائل القرن العشرين عندما كانت النظرية السائدة هي السلوكية، والتي كانت معنية إلى حد كبير بالمحفزات والسلوكيات التي يمكن ملاحظتها (Anderson & Schunn, 2000).

ويعود الفضل ل JeanPiaget1896-1980 كأول من أنشأ نظرية التنمية المعرفية

التي شملت المخططات وهي كالتالي:

- تتم إضافة معلومات جديدة أو استيعابها في المخططات الحالية.
- سبب التنافر المعرفي نحو معلومات جديدة؛ لأنه لا يمكن دمجها بسهولة.
- يتم فرض المخططات لتغيير أو استيعاب هذه المعلومات الجديدة.
- ثلاثة عوامل تُسبب التنمية المعرفية - التطور البيولوجي الذي يتقدم على المراحل والتفاعل مع عالم الطبيعة والأشياء والتفاعل مع الآخرين (in: Pankin, 2013).

واقترح (Roger and Abelson) عام ١٩٧٧ أن البشر يُطورون قواعد نحوية

للمعرفة الإجرائية في شكل سيناريو لجميع الأحداث الشائعة في حياتنا in: Pankin, (2013).

ولقد برمج كل من (Roger and Abelson) برنامجاً ما على الكمبيوتر تمكن

من الإجابة عن الأسئلة حول الأحداث في المطاعم، ويعتمد على النصوص التي تحدث عادة في المطاعم (in:Pankin,2013). وفي عام ١٩٨٢ اقترح Schank أن هناك مستويات أعمق في كيفية تنظيم البرامج النصية التي تمثل النصوص البرمجية المشتركة في السمات، فعلى سبيل المثال، الانتظار على الإنترنت في مطعم والانتظار على

الإنترنت في مكتب البريد (in:Pankin,2013). وأجرى كل من (Brewer and Treyens,1981) تجربة؛ حيث طُلب من بعض الأشخاص الانتظار في مكتب لمدة ٣٠ ثانية، وعند سؤالهم عما رأوه في المكتب. فكثيراً منهم ذكر رؤية الأشياء التي لم تكن موجودة على سبيل المثال: الكتب والأقلام و.....، والافتراض هو أن لدى معظم الأشخاص (مخططات) عن أن المكتب يتضمن كتباً وأقلاماً (in:Pankin,2013). واقتراح كل من (Alba and Hasher(1983) أربع طرق للمخططات قد تؤثر على الذاكرة وذلك على النحو التالي:

- توجيه الانتباه إلى المعلومات ذات الصلة للترميز.
 - السماح لمحفزات محددة بتشفيرها؛ بحيث يتم تخزين التجريدات كمعنى بدون تفاصيل.
 - المساعدة في تفسير المعلومات الجديدة؛ من خلال توفير المعرفة السابقة ذات الصلة.
 - توفير الوسائل لدمج الخطوات الثلاث السابقة في ذاكرة واحدة وتوفير إطار لإعادة بناء تلك الذاكرة عند الحاجة (in: Anderson & Schunn, 2000).
- وصاغ (John 1983) نموذجاً للإدراك يُعرف باسم (التحكم التكييفي للتفكير- العقلاني) الذي يصف عملية ترميز واستخدام المخططات خاصة في الرياضيات وحل المشكلات. وكان أول من استخدم المخطط التعريفي والإجرائي في نظريته، ويستند في عمله إلى علم الأعصاب والذكاء الاصطناعي للكمبيوتر، ففي الواقع تم نشر (التحكم التكييفي للتفكير- العقلاني) ككود كمبيوتر وتم إتاحته للباحثين in:Anderson & Schunn, 2000).

المخططات المعرفية: Cognitive Schemas

تتكون المخططات المعرفية لدى الفرد في إطار الأسرة وكذلك بعض المؤثرات الأخرى؛ كالأقران والمدرسة ووسائل الإعلام والثقافة والمؤسسات الدينية، ويوجد أيضاً مخططات توافقية تنشأ من تلبية الحاجات الرئيسة للطفل، وهي: التعلق بالأخريين: ويشمل: الأمن والاستقرار والرعاية والقبول من الوالدين، والاستقلالية، والشعور بالكفاية

الشخصية، والشعور بالهوية والحرية في التعبير عن الانفعالات والحاجات التلقائية، واللعب والضوابط والقواعد الواقعية والقدرة على الضبط الذاتي وعندما تحبط الاحتياجات السابقة، ولا تُلبى البيئة حاجة الطفل إلى الأمن والقبول والاستقرار والحب والتفهم؛ فإن المخططات غير التوافقية تنشأ، ويستمر تبني الفرد لهذه المخططات وتبدأ في التحكم في كيفية إدراكه وتفسيره ومواجهته للأحداث (Young, 1999) وأشار بيك إلى أن المخططات تُشير للأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد بالفعل، وهي تتضمن الاعتقادات والافتراضات والأفكار التي يكونها الفرد تجاه الأحداث والآخرين والبيئة والمستقبل، وهي تُشكل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعالم والعلاقات من حوله، فهي تؤثر في الكيفية التي نُدرِك بها الأشياء والناس والأحداث، والمخططات هي المسؤولة عن نشأة الأفكار التلقائية السلبية، وتنشيطها وبقائها، وهي تتعدل وتتغير وفقاً للأحداث والخبرات، ويمكن أن تكون ظاهرة، ويمكن أن تكون ضمنية (Jackson & Jovev, 2004) وأشار كل من (Youngetal, 2003) إلى وجود أسباب تعمل على نشأة واستمرار المخططات المعرفية السلبية، وأهم هذه الأسباب: ١- إحباط حاجات الطفل لاستقرار والتفهم والحب والقبول، وهذا يؤدي إلى مخطط مثل (الحرمان العاطفي - الهجر - عدم الاستقرار في العلاقات).

٢- صدمات الحياة مثل تعرض الطفل للإساءة أو النقد أو السيطرة أو وفاة أحد الوالدين أو الطلاق، فإن هذا يؤدي إلى مخططات مثل: (عدم الثقة بالآخرين، توقع الإساءة منهم، الشعور بالنقص، الخضوع والإذعان). ٣- الحماية الزائدة للطفل تؤدي إلى مخططات مثل (الاعتمادية، الاعتقاد في التميز عن الآخرين والاستعلاء عليهم). وهذه المخططات تكون كامنة إلى أن تنشطها بعض الخبرات التي تجعل الفرد يواجه خبراته الحديثة بمخططات قديمة، ومثال على ذلك الطفل الذي ينتقد من قبل والديه يتكون لديه مخطط الشعور بالنقص، عندما يكبر ويتعرض للنقد من قبل أصدقائه أو المحيطين به فإن هذا ينشط لديه

مخطط الشعور بالنقص الذي يتضمن أفكارًا وانفعالات مرتبطة بالشعور بالنقص الذي تكون في مرحلة الطفولة. وعلى الرغم من ذلك فإن المخططات المعرفية تتميز بالآتي:

١- المخططات ديناميكية: فهي تتطور وتتغير بناءً على معلومات وتجارب جديدة وبالتالي تدعم فكرة المرونة في التنمية.

٢- تُرشد المخططات إلى كيفية تفسير المعلومات الجديدة وقد تكون قوية في تأثيرها.

٣- تُخزن المخططات المعلومات التعريفية (ماذا) والتعليمات الإجرائية (كيف).

المعرفة البيانية: هي معرفة الحقائق، والمعرفة الإجرائية: هي معرفة القيام بشيء ما- ربما مع عدم وجود قدرة واعية لوصف كيف يتم ذلك (Hampson&Morris, 1996).

النظريات المفسرة للمخططات المعرفية السلبية:

نظريه بيك للمخططات المعرفية:

أشار بيك إلى أن لكل فرد مجموعة من المخططات التي تكونت نتيجة تفاعله مع البيئة، وهذه المخططات تنعكس على الجوانب الحياتية له: مثل (اتجاهاته - مشاعره - أفكاره - أهدافه)، وأكد بيك أن المخطط عبارة عن مجموعة من القواعد التي تحدد الإطار العام لفهم واستقبال الخبرات الحياتية، وأكد أن الاستجابات الانفعالية للفرد تتحدد من خلال تنظيم الفرد لخبراته، وعلى هذا الأساس تم التعامل معها على أنها (جيدة أم سيئة) ، فإن ذلك يؤدي إلى مشاعر إيجابية أو سلبية ومحتوى هذه المشاعر يرتبط بطريقة إدراك الفرد للمواقف والأحداث الحقيقية (Worsfold, 2009). وأكد بيك أن الحالة الشعورية للفرد كاستجابة لموقف معين ما هي إلا انعكاس لطريقة تغير وإدراك الفرد للمواقف، وعلى هذا فالتعقيد في الاستجابة الانفعالية يحدد درجة تعقيد الأفكار التي تسبقها (Worsfold, 2009). كما افترض بيك أن المخططات السلبية تنتج من التشوهات الإدراكية للفرد التي تنتج عن خبراته، وتعمل على تقليل نشاطه الجسماني وشعوره الدائم بالقلق، وأن المعتقدات السلبية تنشأ نتيجة الخبرات السلبية، مثل التعرض للنقد أو وفاة أحد

والوالدين، ومن ثم تنشأ الافتراضات السلبية تجاه الآخرين والعالم (Jones, et al, 2007) وأشار بيك إلى أن الأفكار الآلية السلبية هي انحراف التفكير المنطقي، وأنها مجموعة من الأفكار يسهل وصولها إلى الجانب الشعوري، ولكنها تنمو خارج الوعي الشعوري (Worsfold, 2009).

النظرية المعرفية ليونج:

طور يونج وزملاؤه نظرية المخططات المعرفية التي بدأ بيك في شرحها، فقد أشار إليها على أنها علاقة بين خبرات الطفولة والحالة الانفعالية لدى الفرد والنتائج النفسية والاجتماعية والشخصية المترتبة على ذلك في مرحلة المراهقة والرشد، وأشار إلى أنه بمجرد تكوين المخططات المعرفية السلبية في وقت مبكر في حياة الفرد، فإنها ستؤثر باستمرار في الطريقة التي يتفاعل بها مع البيئة والعمليات الداخلية لديه، ومن ثم فهي تُسهم في العديد من الاضطرابات المزمنة مثل اضطرابات الشخصية Young et al. (2003).

وأشارت نهاد محمود (٢٠١٥) إلى أن سلوك الفرد ليس جزءًا من مخططة الشخصي في حد ذاته؛ حيث إن المخططات تستثير السلوك، ولكنها ليست جزءًا منه، وتعكس السلوكيات الطريقة التي يواجه بها الفرد المخطط، كما أن هذه المخططات متعددة الأبعاد، وهذا يعني أنها متدرجة الشدة. وقد اتفق كل من (يونج وبيك وسجيل) على وصف المخططات بأنها "مركبات ثابتة ومستمرة تُشكل مفهوم الفرد لذاته، وتقوم بتشويه المعلومات التي ترتبط بالذات وبالبيئة الخارجية؛ الأمر الذي يؤدي إلى الأفكار السلبية التلقائية والمشقة الشخصية" (Oei & Baranoff, 2007).

وفقا ل (Salama, 1989) فإن النموذج المعرفي للمخططات المعرفية السلبية يكون معتقدات الأشخاص عن أنفسهم وعن الآخرين وعن شكل العالم الخارجي في مرحلة الطفولة، بالإضافة إلى أن أعمق المعتقدات هي مفاهيم أساسية وثابتة وعميقة لا يتم التعبير عنها في الغالب، من خلال الكلمات حتى مع أنفسهم، وينظر الأفراد إلى هذه

الأفكار على أنها حقيقة مُطلقة؛ وبالتالي يتم تعريفها على أنها معتقدات أساسية تُشبه المستوى الأساسي من المعتقدات، وترتبط هذه الأفكار بالمواقف، وتُعد من المستويات المعرفية العميقة، بالإضافة إلى ذلك، هناك مُعتقدات وسيطة وتتمثل في الفرضيات والقواعد والمواقف وتؤثر المعتقدات الأساسية على هذه المعتقدات وعلى نظرة الأفراد للمواقف التي تؤثر بدورها على طريقة تفكيرهم وشعورهم وتصرفاتهم (Mohammed, 2016).

وقد قام يونج وزملاؤه بتحديد المخططات السلبية بشكلٍ أكثر تفصيلاً، وأوضح أنها تتضمن ١٨ مخططاً لا توافقياً وقام بتصنيفها إلى خمسة مجالات وذلك على النحو التالي (Young et al, 2003):

أ- **مجال الرفض والانفصال Disconnection & Rejection** يتضمن هذا المجال المخططات السلبية المرتبطة بتوقع الفرد بأن حاجاته للأمان والاستقرار والرعاية والتعاطف والقبول لن تُلبى بشكلٍ كافٍ من الآخرين، حيث ينمو الطفل في جو أسري بارد العلاقات، متقلب المزاج، يُنبذ الطفل وتتم إهانته جسدياً ونفسياً، ويندرج ضمن هذا المجال المخططات الخمسة التالية:

١- **عدم الاستقرار - الهجر Instability\ Abandonment:** يتضمن عدم الثقة بالآخرين المقربين للفرد، الذين يقومون بالتواصل وتقديم الرعاية له، وينتج هذا الإحساس من الاعتقاد بأن الأشخاص ذوي الأهمية سيكونون غير قادرين على الاستمرار في تزويد الفرد بالدعم والتواصل والحماية الفعلية؛ لأنه يعتقد أن الآخرين غير مستقرين انفعالياً، ولا يمكن التنبؤ بردود أفعالهم (كالغضب والهياج) كما أنهم مُتقلبو المزاج ربما بسبب أمور لا يمكن التنبؤ بها كالتخلي عن الفرد؛ من أجل شخص أفضل أو أكثر أهمية أو الموت المفاجئ (Young, 1999).

٢- **الإساءة - عدم الثقة: Mistrust- Abuse** تتضمن اعتقاد الفرد بأن الأشخاص المُهمين بالنسبة له سيؤذونه، ويقللون من شأنه، ويخدعونه، ويكذبون عليه، ويغشونه

ويستغلونه ويتضمن ذلك إدراك أن هذا الأذى مقصود ومتعمد أو نتيجة لإهمال كبير لا مبرر له (Young,1999).

٣- الحرمان العاطفي: Emotional Deprivation: ويتضمن اعتقاد الفرد بأن حاجاته

ورغباته الانفعالية الطبيعية لن يتم تلبيتها من قبل الآخرين على نحو كافٍ مثل:

- الحرمان من الحنان، ويتضمن: غياب المودة، أو الاهتمام، أو الدفء، أو الصداقة.
- الحرمان من العطف، ويتضمن: غياب التقاهم أو الإنصات أو تبادل المشاعر مع الآخرين.

- الحرمان من الحماية ويتضمن: غياب القوة، والتوجيه والإرشاد من قبل الآخرين (Young,1999)

٤- الخزي - النقص: Shame - Defectiveness ويتضمن اعتقاد الفرد بأنه

مختل، وناقص، وسيئ، غير مرغوب فيه، ووضيع، وقليل القيمة، وغير موثوق به في المواقف ذات الأهمية، وأنه غير جدير بالمحبة بالنسبة للآخرين ذوي الأهمية؛ إذا انكشفت عيوبه ونقصه أمامهم، ويتضمن أيضًا حساسية الفرد المفرطة تجاه النقد، والرفض واللوم، والارتباك والإحساس بعدم الأمان عند مقارنته بالآخرين، أو الإحساس بالخزي فيما يتعلق بعيوبه، وهذه العيوب ربما تكون داخلية أو خاصة مثل: (الأنانية، الانفعالات الغاضبة، الرغبات الجنسية غير مرغوبة) أو خارجية أو عامة مثل (المظهر الجسدي غير مقبول، الصعوبات الاجتماعية) (Young,1999).

٥- الاغتراب - العزلة الاجتماعية: Alienation- Social Isolation يتضمن مشاعر

الفرد بأنه منعزل عن بقية العالم، ومختلف عن الأشخاص الآخرين، وليس جزءًا من أي مجموعة أو مجتمع (Young,1999,12-13).

ب- مجال ضعف الاستقلالية وضعف الأداء:**Impaired Autonomy and Performance Domain**

ويتضمن مجموعة من المخططات غير التوافقية المبكرة التي تتداخل فيها معتقدات الفرد وإدراكاته حول قدرته على الاستقلالية الوظيفية أو التعامل والتوافق مع الحياة اليومية ومتطلباتها، وهذه المعتقدات تنشأ من نمو الطفل في جو أسري يتسم بالانغلاق والحماية الزائدة، ويندرج تحت هذا المجال أربعة أنماط وهي:

١- الاعتمادية - قلة الكفاءة: Dependence- incompetence:

تتضمن اعتقاد الفرد بأنه غير قادر على تحمل مسئوليات الحياة اليومية واتخاذ القرارات بكفاءة دون مساعدة من الآخرين المقربين منه، وهذه المساعدة تكمن في أشكال منها: (رعاية الفرد- حل المشكلات اليومية - اتخاذ القرارات الصحيحة - معالجة المهام الجديدة والتعامل معها) (Young, 1999).

٢- القابلية للأذى والمرض Vulnerability to Harm or Illness تتضمن الخوف

المُبالغ فيه من كارثة أو حادث وشيك الحدوث في أي وقت، وسوف يكون الفرد غير قادر على التعامل معه ومنع حدوثه، وتلك المخاوف تكون مرتكزة على واحدة أو أكثر من الآتي:

- كوارث طبية: مثل الأزمات القلبية، أو الإصابة بأمراض نقص المناعة مثل الإيدز.
- كوارث انفعالية: مثل الإصابة بالجنون أو نوبات الغضب الشديدة والمبالغ فيها.
- كوارث خارجية : مثل انهيار المباني أو تعطل المصعد، التعرض للاعتداء من قبل المجرمين، وتحطم الطائرة ، وهزات أرضية (زلازل - فيضانات - سيول - وغيرها) (Young,1999).

٣- عدم تطوير الذات - الالتصاق : Enmeshment- Undeveloped Self يكون

الفرد شديد الالتصاق بشكلٍ مفرطٍ مع الأشخاص ذوي الأهلية بالنسبة له (غالبًا ما يكون

الأهل) ويكون ذلك على حساب الفردية الكاملة والتطور الاجتماعي الطبيعي بالنسبة للفرد، ويتضمن ذلك اعتقاد الفرد بأنه غير قادر على البقاء والشعور بالسعادة دون دعمٍ ثابتٍ ومتواصلٍ من هؤلاء الأشخاص، وربما يتضمن ذلك مشاعر من الاختناق والانصهار مع هؤلاء الأشخاص والإحساس غير الكفء بالهوية الفردية، وعادةً يختبر الفرد في مثل هذا النوع من المخططات مشاعر الفراغ والخواء النفسي، وعدم وجود هدف وتوجه محدد في الحياة (Young,1999).

٤- الإخفاق: Failure:

يكون لدى الفرد اعتقاد بأنه مخطئ وفاشل في جميع المجالات مقارنةً بأقرانه، وبالتالي يعتقد أنه مرعوس من قبل الآخرين، وتوجد معتقدات لدى الفرد بأنه غبي، غير كفء، وغير موهوب، وجاهل، وأقل نجاحًا من الآخرين (Young,1999).

ج- مجال اختلال الحدود: Impaired limits Domain:

يتضمن هذا المجال عدم قدرة الفرد على ضبط الجوانب الداخلية في حياته كما يتضمن ضبط الدوافع والمسؤولية تجاه الآخرين؛ لنشأته في جو أسري يتصف بالتدليل المفرط والتساهل المبالغ فيه من قبل الوالدين. ويتضمن هذا المجال الآتي :

١- العظمة - الاستحقاق: Entitlement- Grandiosity :

وتتضمن اعتقاد الفرد بأنه متفوق على الآخرين، وأنه جدير بامتلاك حقوق وامتيازات خاصة، أو أن له الحق في تجاوز قواعد المعاملة بالمثل، والتي تحدد أو توجه التفاعلات الاجتماعية، وغالبًا ما يتضمن ذلك إصرار الفرد على أنه ينبغي عليه أن يقوم بكل ما يريد، ويحصل على كل ما يريد بغض النظر عما هو واقعي أو ما يُعد معقولاً أو مقبولاً من قبل الآخرين بصرف النظر عن عواقب مثل هذا السلوك، أو الإصرار على التفوق والتميز مثل: (أن يصبح الشخص الأكثر نجاحًا وشهرة وثروة) وذلك من أجل تحقيق القوة

والسيطرة (وليس من أجل الحصول على الانتباه والاستحسان في المقام الأول) (Young,1999,14).

ويتضمن ذلك في بعض الأحيان قدرة تنافسية مُبالغ فيها تجاه الآخرين وهيمنة كبيرة عليهم كل ذلك في سبيل تأكيد قوة الفرد وفرض وجهة نظره أو السيطرة على سلوك الآخرين؛ ليتماشى مع رغباته دون التعاطف مع الآخرين أو الاهتمام برغباتهم ومشاعرهم (Young, 1999, 14).

٢- قصور ضبط الذات - ضبط الذات Insufficient self-self discipline وتتضمن اعتقاد الفرد وإدراكه بأنه غير قادر على ضبط انفعالاته ودوافعه، ويجد صعوبة كبيرة في ضبط الذات بطريقة كافية والإخفاق في تحقيق الأهداف الشخصية، ويُظهر الفرد في هذا المخطط تركيزاً مبالغاً فيه على تجنب التفاصيل غير المريحة، مثل: تجنب الألم والصراعات، المواجهات، والمسئولية ويكون كل ذلك على حساب الفردية الكاملة، أو الالتزامات أو السلامة (Young,1999).

د - التوجه نحو للآخرين: Other Directedness Domain

ويتضمن تركيزاً مبالغاً فيه من قبل الفرد على رغبات واحتياجات الآخرين بهدف رسم صورة إيجابية عن نفسه لدى الآخرين، وعادةً يكون المنشأ الأسري لمثل هذا المجال منشأ يقوم على الحب المشروط أثناء مرحلة الطفولة، ويتضمن هذا المجال ثلاثة مخططات، وهي:

١- الخضوع: Subjugation

يتضمن استسلام وخضوع الفرد للآخرين المهمين بالنسبة له، وينجم عن ذلك شعور بالإكراه والجبر على طاعتهم؛ تجنباً لغضبهم وأذاهم أو هجرهم، ويوجد للخضوع صيغتان أساسيتان هما:

▪ إخضاع الحاجات: وتتضمن كظم وكبت الفرد لتفضيلاته وقراراته ورغباته الشخصية.

▪ **إخضاع الانفعالات:** تتضمن كظم وكبت الفرد التعبير عن انفعالاته وخاصة الغضب. ويتضمن عادةً إدراك الفرد بأن رغباته وآراءه ومشاعره غير مهمة فيظهر الفرد إذعائاً مبالغاً فيه يتمشى، جنباً إلى جنب، مع حساسية مفرطة لمشاعر الضيق والسيطرة من قبل الآخرين ويعمل ذلك على توليد غضب يظهر من خلال سلوكيات الفرد العدوانية، والسلبية، والمزاج غير المنضبط انفعالياً، والأعراض السيكوسوماتية ، والإفراط في تعاطي المواد المسكرة (Young,1999,15).

٢- التضحية بالنفس: Self-Sacrifice

تتضمن اعتقاد الفرد أنه ملزم أن يُلبي حاجات ومطالب الآخرين في مواقف الحياة اليومية، ويكون ذلك على حساب متعة الفرد، والأسباب التي تجعله يفعل ذلك هي تجنب التسبب بأحداث الألم والأسى للآخرين، ويتجنب الفرد بدوره الإحساس بالإثم والأناية؛ من أجل البقاء على التواصل مع الآخرين، ويقود ذلك إلى إحساس الفرد بأن حاجاته لم تُلبى بشكلٍ كافٍ إضافة إلى الشعور بالاستياء من الأشخاص الذين قاموا برعايتهم وتلبية حاجاتهم (Young, 1999, 15).

٣- البحث عن الاستحسان والموافقة: Approval seeking- Recognition seeking

يتضمن تركيزاً مبالغاً فيه من قبل الفرد على اكتساب القبول والاهتمام والاعتراف به من قبل الآخرين، ويكون كل ذلك على حساب تطوير الفرد لمشاعر الثقة بالنفس، كما يعتمد الفرد في الإحساس بقيمته الذاتية على ردود أفعال الآخرين تجاهه أكثر مما يعتمد على ميوله ورغباته الخاصة، وأحياناً يتضمن ذلك الإفراط في التركيز على الهيئة والمظهر والقبول الاجتماعي والمال والإنجاز؛ مما يعني اكتساب الاستحسان والإعجاب والانتباه ولا يكون السبب الأساسي في ذلك هو الحصول على السيطرة) وعادةً ما تكون أغلب قرارات الفرد في الحياة زائفة وغير مرضية وتكون لديه حساسية مفرطة تجاه الرفض (Young, 1999).

هـ- مجال فرط الاحتراس والكف Over vigilance & inhibition

وهذا المجال يشدد على أهمية كظم الفرد لانفعالاته ودوافعه، وتلبية وتحقيق معايير داخلية عالية على حساب الراحة، المتعة، والنشاطات المرحية على الصعيد الشخصي، ويتصف الجو الأسري في هذا المجال بالصرامة والسيطرة، كما يتصف أيضًا بمحاولة الوصول إلى الكمال، ويتضمن هذا المجال أربعة أنواع من المخططات، وهي كالآتي:

١- السلبية والتشاؤمية : Negativity & Pessimism

تتضمن تركيز الفرد طيلة حياته على السلبية في التعامل مع أحداث الحياة مثل: الألم، الموت، الفقد، الإحباط، الصراع، الذنب، المشكلات غير المحلولة، ترقب الأخطاء، الاستياء، الخيانة، أشياء يمكن أن تحدث بشكل خاطئ ويستخف أو يقلل من قيمة الأحداث الإيجابية، والتي تدعو إلى التفاؤل والتعلي الإيجابية، وغالبًا ما يتضمن ذلك توقعات مبالغًا فيها في مدى واسع من مجالات العمل والحياة والمال. ويكون الفرد متوقع دائمًا بأن الأشياء ستمضي وبشكلٍ جدي على نحو خاطئ أو حتى جوانب حياة الفرد التي تبدو جيدة؛ لا بد وأنها ستنهار في النهاية، ويتضمن ذلك خوفًا مفرطًا من الوقوع في أخطاء يمكن أن تعود إلى أزمات مالية أو فقدان أو إذلال أو الوقوع في مأزق أو مواقف مُحرجة، وبسبب هذه التوقعات السلبية المبالغ فيها فإن مثل هؤلاء الأفراد يتصفون بشكلٍ متكرر بأن لديهم قلقًا مزمنًا، وإفراطًا في الاحتراس والترقب والتردد والتبرم (Young, 1999).

٢- القمع الانفعالي : Emotional Inhibition

يتضمن كبح الفرد المبالغ فيه للانفعالات والاتصالات والسلوكيات العفوية ويحدث ذلك عادةً لتجنب عدم الاستحسان من الآخرين، ومشاعر الخزي، أو فقدان سيطرة الفرد على دوافعه، وأكثر مجالات الكبح الانفعالي شيوعًا هي:

- كبح الغضب والعدوان.
- كبح الدوافع الإيجابية مثل (السعادة، العاطفة، الإثارة الجنسية، اللعب).

- صعوبة في التعبير عن الحساسية والتواصل بأريحية والتعبير عن مشاعر الفرد واحتياجاته، وغير ذلك من الأمور الأخرى.

- استخفاف مُفرط بالانفعالات بدلاً من الاتزان والعقلانية (Young, 1999)

٣- المعايير الصارمة: Unrelenting Standards:

تتضمن اعتقاد الفرد بأنه يجب أن يُجاهد ليلبي معايير داخلية عالية جدًا مرتبطة بالسلوك والإنجاز، ويحدث ذلك لتجنب النقد، ويظهر عادة من خلال مشاعر الضغط، وصعوبة التمثل في أثناء الأداء، كما يتضمن ضعفًا ذي دلالة في إظهار السعادة، والاسترخاء، والصحة، وتقدير الذات، والإحساس بالإنجاز أو العلاقات المُرضية، وهذه المعايير الصارمة وغير الواقعية تكون من خلال:

- الكمالية: انتباه مبالغ فيه وتركيز على التفاصيل أو الاستخفاف بالأداء الجيد للفرد، وأنه لا بد أن يكون نموذجيًا.

- قواعد جامدة في عديد من مجالات الحياة: تتضمن معايير أخلاقية وثقافية ودينية غير واقعية.

- انهماك في التركيز والانشغال بالوقت والفعالية لكي يكون الفرد أكثر براعةً وإنجازًا (Young, 1999).

٤- القصاص أو العقاب: Punitiveness:

يتضمن اعتقاد الفرد بأن الآخرين يجب أن يعاقبوا بقسوة وصرامة على الأخطاء التي يرتكبونها، ويعد القصاص من نفسه في الميل إلى الغضب وعدم التسامح وعدم الصبر على الأشخاص (بمن فيهم الفرد نفسه) والذين لا يستجيبون أو لا يلبون توقعات ومعايير الفرد، ويتضمن ذلك صعوبة في التسامح مع الأخطاء التي يرتكبها الآخرون أو يرتكبها الفرد نفسه؛ بسبب عدم الاعتراف والنفور من أخذ الظروف بعين الاعتبار، وعدم التسامح في احتمالية وجود نقص أو عيب لدى الإنسان، إضافةً إلى عدم التعاطف مع مشاعره (Young, 1999).

فرضاء الدراسة

- ١- توجد علاقة ارتباطية بين كل من المخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري لدى عينة الدراسة.
- ٢- تُسهم المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ بالوسواس القهري لدى عينة الدراسة من الذكور والإناث.

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً: منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الراهنة على استخدام المنهج الوصفي بتصميمه (الارتباطي)؛ لمناسبتها لفروض الدراسة وتساؤلاتها.

ثانياً: عينة الدراسة: انقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين (عينتين) هما: عينة الكفاءة السيكومترية، وعينة الدراسة الأساسية.

أ- عينة الكفاءة السيكومترية: واشتملت على (٨٠) مريضاً من مرضى اضطراب الوسواس القهري على مستوى بعض المحافظات بجمهورية مصر العربية، تم الحصول عليها إلكترونياً من خلال رفع الأدوات على جوجل درايف وتم استبعاد بعض من الاستمارات غير مكتملة حتى أصبح عدد العينة (٧٠) بواقع (٤٠ ذكور - ٣٠ إناث) وتراوح أعمارهم من ١٣ : ٦٨ عاماً بمتوسط عمري (٢٦,١٥) وانحراف معياري (-) (٧,٩٨) للعينة الاستطلاعية وأيضاً انقسم أفراد العينة إلى أعزب - متزوج - مطلق - أرمل.

جدول (١)

توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير النوع (ن = ٧٠)

النوع	ك	%
ذكور	٢٥	٣٥,٥%
إناث	٤٥	٦٤,٥%
المجموع	٧٠	١٠٠%

يتضح من الجدول (١) بلغت نسبة الإناث ٦٤,٥%، بينما بلغت نسبة الذكور ٣٥,٥% من إجمالي عدد العينة الاستطلاعية.

جدول (٢)

الخصائص الديموجرافية للعينة الاستطلاعية (ن = ٧٠)

الإجمالي		إناث		الذكور		الخصائص
%	ك	%	ك	%	ك	الحالة الاجتماعية
٦٥%	٤٦	٤٢.٥%	٣٠	٢٢.٥%	١٦	أعزب
٢.٨%	٢	١.٤%	١	١.٤%	١	خاطب
٢٨.٥%	٢٠	١٨.٥%	١٣	١٠%	٧	متزوج
٢.٨%	٢	١.٤%	١	٢.٨%	١	مطلق
١٠٠%	٧٠	٦٤%	٤٥	٣٦%	٢٦	الإجمالي
%	ك	%	ك	%	ك	الحالة التعليمية
٤.٢%	٣	١.٤%	١	٢.٨%	٢	أمي
٤.٢%	٣	١.٤%	١	٢.٨%	٢	ابتدائي
٢.٨%	٢	١.٤%	١	١.٤%	١	إعدادي
١١.٤%	٨	٨.٥%	٦	٢.٨%	٢	ثانوي
٨.٥%	٦	٤.٢%	٣	٤.٢%	٣	دبلوم فني
٥٢.٨%	٣٧	١٧.١٤%	١٢	٣٥.٧%	٢٥	جامعي
١٥.٧%	١١	١٠%	٧	٥.٧%	٤	فوق جامعي
١٠٠%	٧٠	٤٤.٢%	٣١	٥٥.٧%	٣٩	الإجمالي
%	ك	%	ك	%	ك	الحدود الجغرافية
٢٨.٥%	٢٠	١٧%	١٢	١١.٤%	٨	ريف
٧١.٤%	٥٠	٤٧%	٣٣	٢٤.٢%	١٧	حضر
١٠٠%	٧٠	٦٤%	٤٥	٣٥.٧%	٢٥	الإجمالي
%	ك	%	ك	%	ك	تناول الأدوية

الإجمالي		إناث		الذكور		الخصائص
٢٧%	١٩	١١.٤%	٨	١٥.٧%	١١	يتناولون الأدوية
٧٢.٨%	٥١	٥٢.٨%	٣٧	٢٠%	١٤	لا يتناولوا الأدوية
١٠٠%	٧٠	٦٤.٢%	٤٥	٣٥.٧%	٢٥	الإجمالي
%	ك	%	ك	%	ك	الوظيفة
٢٠%	١٤	١٥.٧%	١١	٤.٢%	٣	طلاب
٤.٢%	٣	١.٤%	١	٢.٨%	٢	موظفون حكوميون
٤٠%	٢٨	٢٥.٧%	١٨	١٤.٢%	١٠	موظفون بجهات خاصة
١١.٤%	٨	٤.٢%	٣	٧.١%	٥	أصحاب عمل
١٧.١%	١٢	١٧.١%	١٢	%٠	٠	ربات منزل
٧.١%	٥	%٠	٠	٧.١%	٥	عاطلون
١٠٠%	٧٠	٦٤.٢%	٤٥	٣٥.٧%	٢٥	الإجمالي

يتضح من الجدول (٢) أن نسبة (غير المتزوجين) في العينة الكلية بلغت ٦٥%، بواقع ٤٢,٥ من عينة الإناث، ٢٢,٥ من عينة الذكور، بينما بلغت عينة المتزوجين ٢٨,٥% من إجمالي العينة، بواقع ١٨,٥% من عينة الإناث، ١٠% من عينة الذكور، كما بلغت عينة مطلق نسبة ٢,٨ من إجمالي العينة، وأيضاً بلغت نسبة خاطب ٢,٨ من إجمالي العينة وذلك طبقاً للحالة الاجتماعية بينما الحالة التعليمية بلغت نسبة عدد الأميين من إجمالي العينة نفس نسبة عدد الحاصلين على التعليم الإبتدائي وهي ٤,٢%، وإجمالي عدد الحاصلين على التعليم الإعدادي ٢,٨ من نسبة العينة، التعليم الثانوي ١١,٤%، دبلوم فني ٨,٥%، جامعي ٥٢,٨%، فوق جامعي ١٥,٧% من إجمالي العينة، وعلى صعيد الحدود الجغرافية بلغت نسبة ساكن الحضر ٧١,٤ من إجمالي العينة، و٢٨,٥ من ساكن الريف، وعلى مستوى تناول الأدوية بلغت نسبة من لا يتناولوا الأدوية من إجمال العينة ٧٢,٨%، بينما بلغت نسبة من يتناولوا الأدوية ٢٧%، وعلى مستوى الوظيفة، بلغ نسبة الطلاب ٢٠% من إجمالي العينة، ٤,٢% نسبة الموظفين الحكوميين من إجمالي العينة، ٤٠%

الموظفون بجهات خاصة، ١١,٤ نسبة أصحاب العمل، ١٧,١ نسبة ربات المنزل، ٧,١ نسبة العاطلين من إجمالي عدد العينة الإستطلاعية.

عينة الدراسة الأساسية:

تكونت هذه العينة من (٢٠٠) مريض من مرضى الوسواس القهري (٧٢ ذكرًا - ١٢٨ أنثى) تراوحت أعمارهم من ١٣ إلى ٦٨ سنة، بمتوسط ٢٦.٤٠ وانحراف معياري ٧.٦٥ مشخصون من قبل الأطباء النفسيين، كما تم إجراء مقابلة إكلينيكية معهم للتأكد من التشخيص من قبل الباحثة، وتم الحصول على المرضى من العيادة الخارجية بمستشفى الفيوم العام ومستشفى الجامعة بالفيوم - ومستشفى الصحة النفسية بمصر الجديدة (مستشفى المطار) ومن ثلاث عيادات خاصة بمحافظة الفيوم، وأيضًا من خلال استمارة أونلاين.

جدول (٣)

توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغير النوع ن = (٢٠٠)

النوع	ك	%
الذكور	٧٢	٣٦%
الإناث	١٢٨	٦٤%
الإجمالي	٢٠٠	١٠٠%

يتضح من الجدول (٣) بلغت نسبة الإناث ٦٤%، بينما بلغت نسبة الذكور ٣٦% من إجمالي عدد العينة الأساسية.

جدول (٤)

الخصائص الديموجرافية للعينة الأساسية ن = (٢٠٠)

الخصائص	الذكور		الإناث		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%
الحالة الاجتماعية						
أعزب	٤٢	٢١%	٨٥	٤٢.٥%	١٢٧	٦٣.٥%
متزوج	٢٢	١١%	٣٥	١٧.٥%	٥٧	٢٨.٥%

الإجمالي		الإناث		الذكور		الخصائص
٢.٥%	٥	١.٥%	٣	١%	٢	مطلق
٥.٥%	١١	٤.٥%	٩	١%	٢	خاطب
١٠.٠%	٢٠٠	٦.٦%	١٣٢	٣.٤%	٦٨	الإجمالي
%	ك	%	ك	%	ك	الحالة التعليمية
٣.٥%	٧	٢%	٤	١.٥%	٣	أمي
١.٥%	٣	٠.٥%	١	١%	٢	ابتدائي
٢%	٤	١%	٢	١%	٢	إعدادي
٨%	١٦	٥.٥%	١١	٢.٥%	٥	ثانوي
٨%	١٦	٣%	٥	٦.٥%	١١	دبلوم
٦١.٥%	١٢٣	٣٩%	٧٨	٢٢.٥%	٤٥	جامعي
١٦.٥%	٣١	١٣%	٢٤	٣.٥%	٧	فوق جامعي
١٠.٠%	٢٠٠	٦٢.٥%	١٢٥	٣٧.٥%	٧٥	الإجمالي
%		العدد (ذكور و إناث)				العمر
%٢١		٤٢				أقل من ٢١
%٥٨,٥		١١٧				٢١ - ٣٠
%١٥		٣٠				٣١ - ٤٠
%٥,٥		١١				أكثر من ٤٠
%١٠.٠		٢٠٠				الإجمالي
%		العدد				الحدود الجغرافية
%٣٦		٧٢				ريف
%٦٤		١٢٨				حضر
%١٠.٠		٢٠٠				إجمالي
%		العدد				تناول الأدوية
%٣١,٥		٦٣				يتناول الأدوية
%٦٨,٥		١٣٧				لا يتناول الأدوية

الخصائص	الذكور	الإناث	الإجمالي
الإجمالي	٢٠٠		%١٠٠

يتضح من الجدول (٤) أن نسبة (غير المتزوجين) في العينة الكلية بلغت ٦٣,٥%، بواقع ٤٢,٥% من عينة الإناث، ٢١% من عينة الذكور، بينما بلغت عينة المتزوجين ٢٨,٥% من إجمالي العينة، بواقع ١٧,٥% من عينة إناث، ١١% من عينة الذكور، كما بلغت عينة مطلق نسبة ٢,٥% من إجمالي العينة، وأيضاً بلغت نسبة خاطب ٥,٥% من إجمالي العينة وذلك طبقاً للحالة الاجتماعية بينما الحالة التعليمية بلغت نسبة عدد الأميين من إجمالي العينة ٣,٥%، بينما نسبة عدد الحاصلين على التعليم الابتدائي ١,٥%، وإجمالي عدد الحاصلين على التعليم الإعدادي ٢% من نسبة العينة، التعليم الثانوي ٨%، دبلوم فني ٨%، جامعي ٦١,٥%، فوق جامعي ١٦,٥% من إجمالي العينة، وعلى مستوى الحدود الجغرافية بلغت نسبة ساكن الحضر ٦٤% من إجمالي العينة، و٣٦% من ساكن الريف، وعلى مستوى تناول الأدوية بلغت نسبة من لا يتناولوا الأدوية من إجمال العينة ٦٨,٥%، بينما بلغت نسبة من يتناولوا الأدوية ٣١,٥%، وعلى مستوى العمر بلغت نسبة عدد من هم أقل من ٢١ سنة ٢١% من إجمالي العينة الأساسية، ٥٨,٥% من هم في سن ٣١: ٣٠ سنة، ١٥% من سن ٣١: ٤٠ سنة، ٥,٥% من أعمارهم أكثر من ٤٠ سنة من إجمالي العينة الأساسية.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

مقياس يل براون للوسواس القهري (The yele- Brown obsessive compulsive scale) (Y-Bocs) (Goodman et al, 1989) تعريب أحمد عبد الخالق (١٩٩٢) هو مقياس يقيس ١٠ بنود تتعلق بالوسواس والأفعال القهرية على مقياس ليكرت المكون من خمس نقاط تتراوح الدرجات من (٠) لا توجد أعراض إلى (٤) أعراض شديدة، ويتم حساب النتيجة الإجمالية عن طريق جمع العناصر من ١: ١٠ وبذلك تتراوح الدرجة الكلية ما بين

صفر، ٤٠ درجة. (Rector & Arnold 2006). كما أنه مقياس تصنيف طبي واسع الانتشار مستخدم في تجارب العلاج الحديثة للطرق المعرفية والدوائية والسلوكية، كما أن هذا المقياس مفيد جدًا في تقييم الشدة الحالية للوسواس القهري (Goodman et al, 1989).

الخصائص السيكومترية للمقياس وفقاً لمُعرِّبه:

صدق المقياس: للتحقق من صدق المقياس قام مُعرب المقياس بعرضه على (١١) من المحكمين في تخصصات الإرشاد النفسي والقياس النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية والجامعات السعودية؛ للتأكد من مدى صحة الفقرات ومناسبتها، وقد اتفق على فقرات المقياس ٩ من المحكمين، من حيث مدى ملائمة الفقرات وارتباطها بالمجالات التي تنتمي إليها، وأوصى بعض المحكمين بإجراء بعض التعديلات التي تتعلق بإعادة صياغة ثلاث فقرات؛ حتى يتضح المعنى المراد منها، وتوضيح أربع فقرات، وأشار المحكمون إلى أنها تحتاج إلى توضيح. وقد تكون المقياس بصورته النهائية من بعدين رئيسيين هما: الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بواقع خمسة مجالات لكل بعد، وخمس فقرات لكل مجال بمجموع إجمالي (٥٠) فقرة مناسبة لتقييم اضطراب الوسواس القهري (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٢). كما تم التحقق من ثبات مقياس ييل براون للوسواس القهري في الدراسة الحالية باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (Test-Retest) بفواصل زمني قدره أسبوعان، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٥) فردًا وبعد حساب معامل الارتباط بين التطبيقين بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية (٨٩,٠)؛ مما يدعم إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية.

الكفاءة السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أولاً: الاتساق الداخلي:

حُسب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال إيجاد علاقة البند بالدرجة الكلية للأبعاد المكونة لمقياس الوسواس القهري. وتم اعتماد البند على أساس محك جيلفورد التي تُقدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (٥) نتائج تطبيق هذا الإجراء على مقياس الوسواس القهري.

جدول (٥)

علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد لكل بعد فرعي من أبعاد مقياس الوسواس القهري.

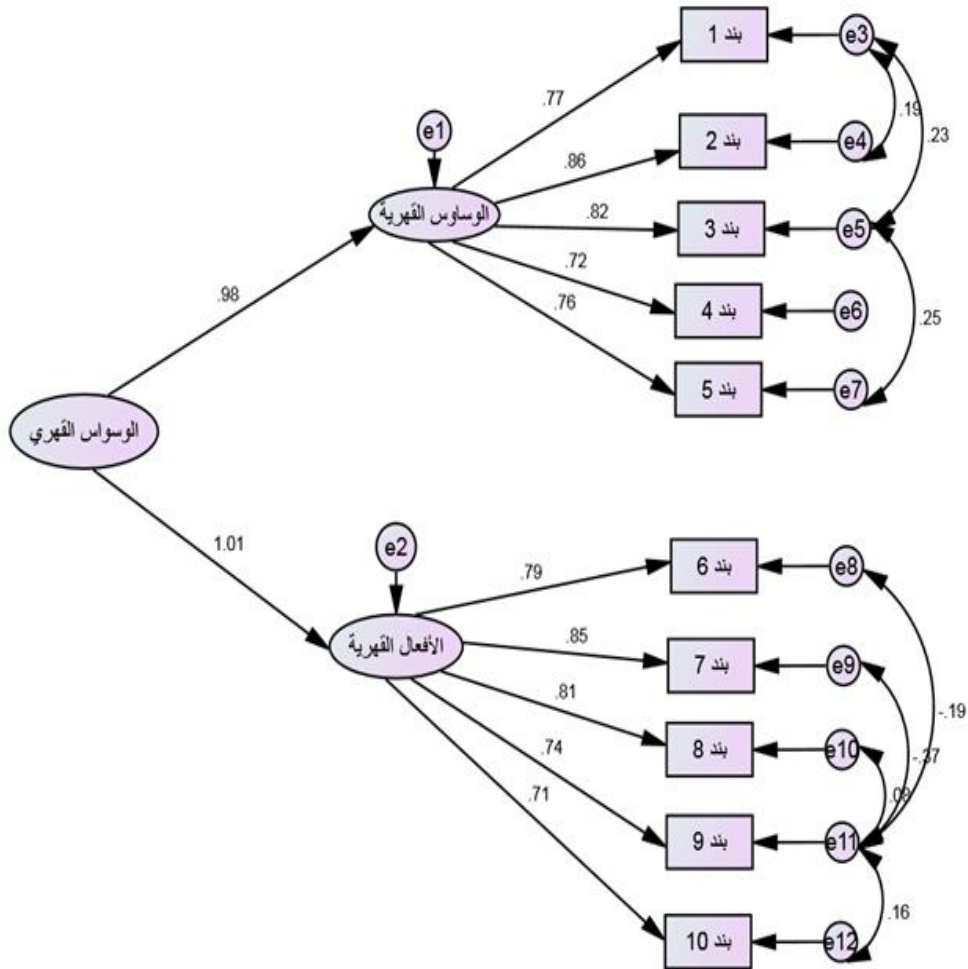
الاتساق الداخلي	رقم البند	البعد
٠.٨٦٧	١	الوسواس القهري
٠.٨٧٥	٢	
٠.٨٩٠	٣	
٠.٧٥١	٤	
٠.٨٣٠	٥	
٠.٨٢٢	٦	الأفعال القهرية
٠.٨٣١	٧	
٠.٨٧٢	٨	
٠.٨٨٣	٩	
٠.٨١٢	١٠	

تكشف التحليلات التي يحتوي عليها هذا الجدول عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين جميع البنود والدرجة الكلية للمقياس الفرعي باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لمقياس الوسواس القهري.

ثانياً: الصدق:

تم التأكد من بنية مقياس الوسواس القهري بحساب التحليل العامل التوكيدي على عينة الكفاءة السيكومترية، ولتنفيذ إجراءات التحليل العامل التوكيدي استخدمت الباحثة

حزمة البرامج الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة بنود المقياس لمكوني الوسواس القهري (الوسواس القهري - الأفعال القهرية). ويعرض جدول (٦) قيم معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لبنود المقياس والمتضمنة في الشكل (٢) للنموذج المقترح، والقيمة الحرجة والخطأ المعياري والدلالة المعنوية .



شكل (٢)

النموذج التوكيدي المقترح لمقياس الوسواس القهري.

جدول (٦)

مؤشرات جودة المطابقة لبنود مقياس الوسواس القهري.

المكون	جودة المطابقة GFI	توكر لويس TLI	مؤشر المطابقة المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	٩٤٩,٠	٠,٩٦٨	٠,٩٨١	٠,٩٨١	٠,٠٧
المدى المثالي للمؤشر	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	يقترَب من ١ صحيح	٠,٨

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه، وهي مؤشرات جودة المطابقة؛ مؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر توكر لويس TLI، ومؤشر المطابقة المتزايدة IFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترب من الواحد الصحيح (تقع في المدى المثالي)؛ مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته ٠,٠٧ وهو يقع أيضًا في المدى المثالي. وهذه المؤشرات تؤيد جودة أو تجانس البنود العشرة في التعبير عن مكون الوسواس القهري؛ ومن ثم، يمكن اعتبار البنود المقترحة للاختبار تقيس الوسواس القهري. وتعد هذه المؤشرات كافية للتأكيد على أن الاختبار يتمتع بصدق تكويني جيد.

جدول (٧)

معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لتسبع بنود المقياس على بعدي اختبار الوسواس القهري

البعـد	معامل الانحدار المعيارية	معامل الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري S.E	القيمة الحرجة C.R	الدلالة المعنوية
بند ١	٧٧٣.	١,٠٩٢	٠,٧٧.	١٤,١٨٣	٠,٠٠١
بند ٢	٨٦١.	١,٠٢٤	٠,٧٠.	١٤,٦٤١	٠,٠٠١

٠.٠٠١	تم تثبيت وزنه الانحداري		١.٠٠٠	٨١٨.	بند ٣
٠.٠٠١	١١.٢٨١	٠.٧٠.	.٧٨٥	٧١٦.	بند ٤
٠.٠٠١	١٤.٠٦٣	٠.٦٨.	.٩٥٨	٧٥٧.	بند ٥
٠.٠٠١	١٣.٥٤٨	٠.٧٦.	١.٠٢٧	٧٩١.	بند ٦
٠.٠٠١	تم تثبيت وزنه الانحداري		١.٠٠٠	٨٥١.	بند ٧
٠.٠٠١	١٤.١٧٣	٠.٧٢.	١.٠١٩	٨١٤.	بند ٨
٠.٠٠١	١٠.٤٣٣	٠.٨٤.	٨٧٥.	.٧٤٣	بند ٩
٠.٠٠١	١١.٥١٧	٠.٨١.	٩٣٤.	.٧١٠	بند ١٠

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع النسب الحرجة عالية الدلالة لجميع البنود المكونة لاختبار الوسواس القهري، ومما يزيد هذه النتائج تأكيداً، وهذا ما يتبين من خلال الجدول (٧)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٢.

ثالثاً: الثبات: تم حساب ثبات مقياس الوسواس القهري باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية (تم حساب معامل الارتباط بين جزئي الاختبار، وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون)، كما يبين الجدول (٨).

جدول (٨)

معاملات ثبات مقياس الوسواس القهري

البعد	ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	طريقة التصحيح
الوسواس القهرية	٠.٨٩٧	٠.٨٨٧	جتمان
الأفعال	٠.٨٨١	٠.٨٢٧	جتمان
الدرجة الكلية	٠.٩٤٠	٠.٩٣٢	سبيرمان

وبالنظر إلى الجدول (٨)، يتبين أن معاملات الثبات مرتفعة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس في بعده بطريقتي جتمان، وهذا يعني أن قياسنا للوسواس القهري يعد متحرراً من الخطأ؛ وبناءً على هذا، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا المقياس تعد قابلة للتعميم؛ لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

النسخة المختصرة من مقياس المخططات المعرفية ليونج:

Short form of Young schemas questionnaire مقياس المخططات

المعرفية السلبية - النسخة المختصرة، من إعداد جيفري يونج ١٩٩٠:٢٠٠٣ (تعريب : الباحثين) يتكون المقياس من ٧٥ سؤالاً، في خمسة مجالات على النحو الآتي: (الرفض والانفصال- وضعف الاستقلالية وضعف الإنجاز- اختلال الحدود- التوجه نحو الآخرين- فرط الاحتراس والكف)، في ١٥ بُعداً فرعياً، وهي: (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة - الاجتماعية -الإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - التضحية - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض) وقد ترجمت الباحثة هذا المقياس للصورة المختصرة وتم وضع مفتاح تصحيح خماسي من درجة (٥:١) حيث (معارض بشدة = ١ - معارض = ٢ - محايد = ٣ - موافق = ٤ - موافق بشدة = ٥). تم تعريب المقياس من قبل الباحثة وتم تبديل المقياس إلى مقياس خماسي بدلاً من مقياس سداسي، وتم عمل صدق وثبات وتحليل عملي لهذا المقياس على نطاق عينة (ذكور - وإناث) من محافظة الفيوم.

الخصائص السيكومترية للمقياس وفقاً ليونج:

صدق المقياس:

تم إجراء تحليل الصدق التمييزي باستخدام العينة السريرية، فكانت بعض التحليلات عبارة عن مقاييس فرعية وتظهر درجات نطاقات المقياس ، تفاوت معاملات ارتباط بيرسون للمقاييس الفرعية بين $r=0.66$ و $r=0.82$ (ف > 0.01). وفقاً لتحليل موثوقية الاختبار وإعادة الاختبار، معاملات ارتباط بيرسون لنطاقات المخطط تباينت بين $r=0.66$ و $r=0.83$ ($p < 0.01$). وأظهرت النتائج أن المعاملات التي تم الحصول عليها مهمة وفي النطاق المقبول.

ثبات المقياس: أُجري تحليل العوامل على نفس العينة المستخدمة، وأظهرت النتائج أن معامل الثبات الداخلي بالنسبة للمقاييس الفرعية YSQ-SF3 ، تراوحت بين $a=0.63$ و $A=0.80$. بالإضافة إلى ذلك، تم تحديد معاملات الاتساق الداخلية ألفا كرونباخ لنطاقات المخطط بواسطة، وتراوح تحليل عامل الترتيب الأعلى بين $a=0.53$ و $a=0.81$ وبالتالي، من الممكن أن نقول إن المقياس لديه مستوى متوسط من الاتساق الداخلي.

الكفاءة السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

أولاً: الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للأبعاد المكونة لمقياس المخططات السلبية المعرفية. ويتم اعتماد البند على أساس محك العلاقة التي تُقدَّر بـ ٠.٣ فأكثر. ويوضح الجدول (٩) نتائج تطبيق هذا الإجراء على مقياس المخططات المعرفية السلبية.

جدول (٩)

علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد لكل بعد فرعي من أبعاد مقياس المخططات السلبية المعرفية.

البعد	رقم البند	الاتساق الداخلي
الحرمان العاطفي	١	٠.٦٧٨
	١٩	٠.٦٣٦
	٣٧	٠.٦٦١
	٥٥	٠.٧٢٠
	٧٣	٠.٥٤٢
الإخفاق.	٦	٠.٤٩٤
	٢٤	٠.٦٥٦
	٣٣	٠.٦٢٠
	٤٢	٠.٥٧٨
	٦٠	٠.٥٤٣
التشاؤمية.	٨	٠.٦٩٠
	١٧	٠.٦٨٠
	٢٦	٠.٧١٠
	٣٥	٠.٧٢٣
العزلة الاجتماعية.	٣	٠.٦٩٨
	٤	٠.٦٦٥
	٤٠	٠.٦٥٣
	٥٧	٠.٦١٠
	٥٨	٠.٦١٧
القمع الانفعالي	٧٥	٠.٥٠٨
	١٢	٠.٥٩٦
	٣٠	٠.٦٥٩
	٤٨	٠.٦٦٩
البحث عن الاستحسان والموافقة.	٦٦	٠.٦١٩
	١٦	٠.٥٣٢
	٣٤	٠.٦٣٣
	٥٢	٠.٧١٤

الابتعاد	رقم البند	الاتساق الداخلي
عدم تطوير الذات - الالتصاق.	٥٦	٠.٦٦٦
	٧٠	٠.٦١١
	٧	٠.٥٧٣
	٩	٠.٧٤٦
	١٠	٠.٦٦٧
	٢٥	٠.٧١٩
	٦٣	٠.٦٤١
	٦٤	٠.٥٨٦
قصور ضبط الذات - ضبط الذات.	١٥	٠.٥٨٦
	٢٢	٠.٥٣٦
	٣٢	٠.٥٦٣
	٥٠	٠.٦٢٩
	٥١	٠.٦٥٣
	٦٨	٠.٥٥٦
	٦٩	٠.٤٩٧
	١١	٠.٦١٧
التضحية بالنفس.	٢٩	٠.٦٢٥
	٦٥	٠.٦٣١
	٤٧	٠.٦٩٢
	٢	٠.٧١٦
عدم الاستقرار - الهجر.	٢٠	٠.٧٣٧
	٢٨	٠.٧٣٢
	٣٨	٠.٥٥١
	٧٤	٠.٥٤٧
	١٨	٠.٥٧٦
القصاص.	٤٩	٠.٦٤٣
	٥٣	٠.٦٣٣
	٥٤	٠.٦٢٦
	٧٢	٠.٥٨٠
	٢٣	٠.٥٨٤
الخزي - النقص.		

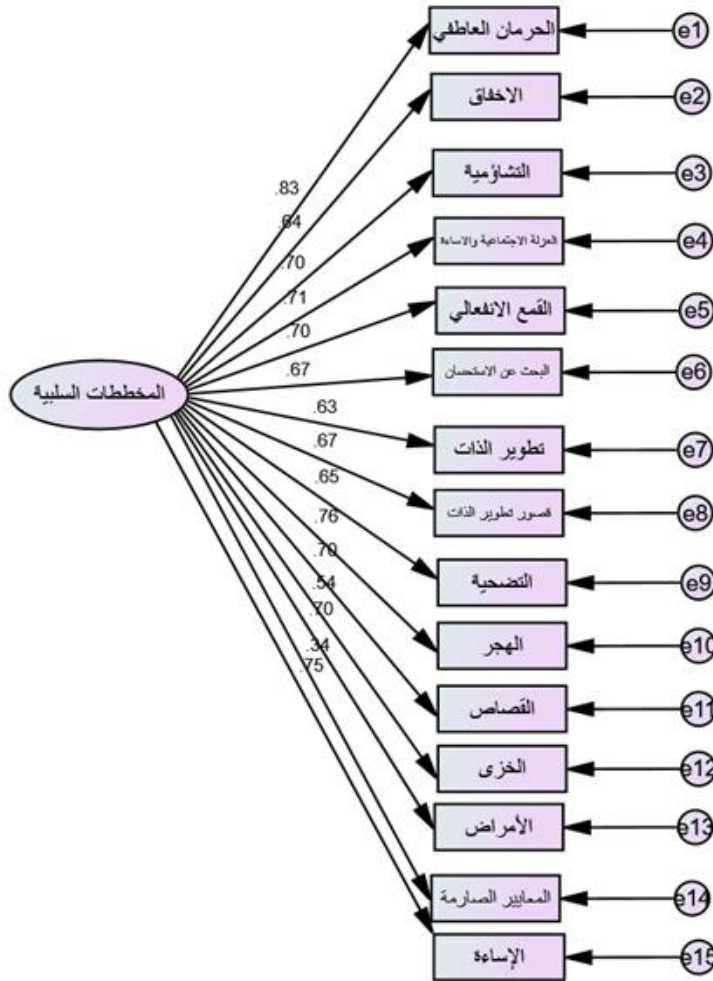
البعد	رقم البند	الاتساق الداخلي
	٤١	٠.٥٦٥
	٤٣	٠.٦٤٤
	٥٩	٠.٥٦١
القابلية للأذى والأمراض.	٢١	٠.٥٥٦
	٣٩	٠.٦٤٣
	٤٤	٠.٦٦٧
	٢٦	٠.٥٦٣
	٧١	٠.٤٨٦
المعايير الصارمة.	١٣	٠.٣٤٣
	١٤	٠.٢٩٩
	٣١	٠.٣٩٥
الإساءة.	٥	٠,٤٩٢
	٣٦	٠,٦٠٥
	٦١	٠,٥٠٧
	٢٧	٠,٥٥٨
	٤٥	٠,٥٨٩
	٤٦	٠,٦٤١
	٦٧	٠,٤٢١

وتكشف التحليلات التي يحتوي عليها هذا الجدول عن وجود درجة عالية من الاتساق الداخلي بين جميع البنود والدرجة الكلية للمقياس الفرعي باستخدام علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد. وتبدو أهمية هذه النتيجة في أنها تكشف عن بنية متجانسة للمقياس، ومن ثم تؤكد التصور النظري الذي انبثق عنه، كمقياس مستقل لقياس المخططات المعرفية السلبية.

صدق المقياس:

تم التأكد من بنية مقياس المخططات المعرفية السلبية بحساب التحليل العاملي التوكيدي، ولتنفيذ إجراءات التحليل العاملي التوكيدي استخدمت الباحثة حزمة البرامج

الإحصائية المعروفة باسم أموس AMOS إصدار ٢٤، للتأكد من جودة مطابقة أبعاد المقياس الخمسة عشر المكونة للمخططات السلبية (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة الاجتماعية والإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - التضحية - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض - المعايير الصارمة). ويعرض جدول (١٠) قيم معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لنبود المقياس والمتضمنة في الشكل (٣) للنموذج المقترح، والقيمة الحرجة والخطأ المعياري والدلالة المعنوية .



شكل (٣) النموذج التوكيدي المقترح لمقياس المخططات السلبية المعرفية

جدول (١٠)

معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية لتتبع أبعاد المقياس على المخططات السلبية

البعد	معامل الانحدار المعيارية	معامل الانحدار اللامعيارية	الخطأ المعياري S.E	القيمة الحرجة C.R	الدلالة المعنوية
الحرمان العاطفي.	٨٣٧.	١.٥٨٣	١٤٤.	١٠.٩٩٩	٠.٠٠١
الإخفاق.	٦٣٩.	١.٠٧٩	١٢٧.	٨.٥١٨	٠.٠٠١
التشاؤمية.	٧٠٥.	١.١١٢	١١٩.	٩.٣٥٦	٠.٠٠١
العزلة الاجتماعية.	٧٢٠.	١.٥٦٤	١٦٤.	٩.٥٥٠	٠.٠٠١
القمع الانفعالي.	٦٩٦.	١.٠٠٠	تم تثبيت وزنه الانحداري		٠.٠٠١
البحث عن الاستحسان والموافقة.	٦٧٤.	١.٢٧٥	١٤٢.	٨.٩٦٤	٠.٠٠١
عدم تطوير الذات.	٦٢٣.	١.٣٣٧	١٦١.	٨.٣١٦	٠.٠٠١
قصور ضبط الذات - ضبط الذات	٦٨٠.	١.٦١٦	١٧٩.	٩.٠٤٨	٠.٠٠١
التضحية.	٦٢٩.	٩١٦.	١٠٩.	٨.٣٨٧	٠.٠٠١
الهجر.	٧٥٩.	١.٤٢٢	١٤٢.	١٠.٠٤٣	٠.٠٠١
القصاص.	٦٩٥.	١.٢١٦	١٣٢.	٩.٢٣٨	٠.٠٠١
الخزي.	٥٣٦.	٧٨٠.	١٠٨.	٧.١٩٠	٠.٠٠١
القابلية للأمراض.	٦٨٨.	١.٢٢٠	١٣٣.	٩.١٤٦	٠.٠٠١
المعايير الصارمة.	٣٢٤.	١.١١٨	٢٥٥.	٤.٣٨٤	٠.٠٠١
الإساءة.	٠,٧٥٠	١,٦١٢	٠,١٦١	١٠,٠٣٥	٠,٠٠١

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع النسب الحرجة عالية الدلالة لجميع الأبعاد المكونة للمخططات السلبية. ومما يزيد هذه النتائج تأكيداً، ما يتبين من خلال الجدول (١١)، من أن جميع مؤشرات جودة المطابقة تتجاوز حاجز الـ ٠.٩٠، وأن الخطأ المحتمل في مواجهة هذه المؤشرات لم يتجاوز الـ ٠.٠٠٢.

جدول (١١)

مؤشرات جودة المطابقة لأبعاد مقياس الكمالية العصابية.

المكون	جودة المطابقة GFI	توكر لويس TLI	مؤشر المطابقة المتزايدة IFI	جودة المقارنة CFI	خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA
قيمة المؤشر	٠,٨٩٥	٠,٩٣٤	٩٤٤,٠	٠,٩٤٣	٠,٠٧٦
المدى المثالي للمؤشر	يقترَب من الواحد الصحيح	يقترَب من الواحد الصحيح	يقترَب من الواحد الصحيح	يقترَب من الواحد الصحيح	تقترَب من صفر

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض يطابق بيانات عينة الدراسة الحالية، ويؤكد مطابقة النموذج العديد من المؤشرات التي في ضوءها يتم قبول النموذج أو رفضه، وهي: مؤشرات جودة المطابقة، ومؤشر جودة المطابقة GFI، ومؤشر توكر لويس TLI، ومؤشر المطابقة المتزايدة IFI، ومؤشر جودة المقارنة CFI وجميعها قيم مرتفعة بحيث تقترَب من الواحد الصحيح (تقع في المدى المثالي)؛ مما يدل على مطابقة النموذج المفترض مع بيانات العينة الحالية، بالإضافة إلى مؤشر خطأ التقريب إلى متوسط المربعات RMSEA والذي بلغت قيمته ٠.٠٧٦. وهو يقع أيضًا في المدى المثالي. وهذه المؤشرات تؤيد تجانس الأبعاد الخمسة عشر في التعبير عن مكون المخططات المعرفية السلبية؛ ومن ثم، يمكن اعتبار البنود المقترحة للمقياس تقيس المخططات المعرفية السلبية. وتعد هذه المؤشرات كافية للتأكيد على أن المقياس يتمتع بصدق تكوين جيد.

ثالثاً: ثبات المقياس:

حُسب ثبات مقياس المخططات السلبية باستخدام معامل ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية (تم حساب معامل الارتباط بين جزئي المقياس، وتم تصحيح الطول باستخدام معادلة جتمان) وذلك للأبعاد الخمسة عشر والدرجة الكلية للمخططات السلبية، كما يبين الجدول (١٢).

جدول (١٢)

معاملات ثبات مقياس المخططات السلبية.

التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	البعد
٠.٧٢٩	٠.٦٧٦	الحرمان العاطفي.
٠.٥٠٠	٠.٥١١	الإخفاق.
٠.٦٢٥	٠.٦٥٤	التشاؤمية.
٠.٦٤٤	٠.٦٩٠	العزلة الاجتماعية.
٠.٥٥٩	٠.٥١٦	القمع الانفعالي.
٠.٥٢٨	٠.٦٤٧	البحث عن الاستحسان والموافقة.
٠.٦٦٣	٠.٧٣٠	عدم تطوير الذات.
٠.٥١٨	٠.٦٦٩	قصور ضبط الذات - ضبط الذات.
٠.٥٠٠	٠.٥٢٥	التضحية.
٠.٥٣٤	٠.٦٧٨	الهجر.
٠.٦٢٦	٠.٥٨٨	القصاص.
٠.٤٢٨	٠.٤٢٢	الخزي.
٠.٤٢٧	٠.٥٧٩	القابلية للأمراض.
٠.٦٦٨	٠.٦٥٠	المعايير الصارمة.
٠,٦١٢	٠,٦٠٦	الإساءة.
٠,٨٨١	٠,٩٠٨	الدرجة الكلية.

وبالنظر إلى الجدول (١٢)، يتبين أن معاملات الثبات مقبولة بطريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية ، وهذا يعني أن قياسنا للمخططات السلبية يعد متحرراً من الخطأ، وبناءً على ذلك، فإن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذا الاختبار تعد قابلة للتعميم؛ لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعي في الظاهرة.

النتائج ومناقشتها

تم التحقق من اعتدالية بيانات الدراسة، من خلال حساب معاملي الإلتواء والتفرطح لمتغيرات الدراسة (الوسواس القهري - مخططات سوء التوافق)، ويوضح جدول (١٣) نتيجة هذا الإجراء:

جدول (١٣)

اختبار اعتدالية البيانات

المتغير	الإلتواء	التفرطح
الوسواس القهري	٠,٣٥٤	-٠,٧٠٤
المخططات المعرفية السلبية	٠,٠٠٦	٠,٨٩٢

يتضح من الجدول السابق أن بيانات عينة الدراسة في ضوء متغيرات الدراسة تتوزع اعتداليًا، فقيم معاملي الإلتواء والتفرطح تنحصر بين $(\pm 1,96)$ ؛ وبالتالي فهي في النطاق.

نتائج الفرض الأول ومناقشته:

ينص هذا الفرض على " وجود علاقة ارتباطية بين كل من المخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري لدى عينة الدراسة". وللتحقق من هذا الفرض حُسبت العلاقة بين كل من الكمالية العصابية بأبعادها الفرعية: (المستويات المبالغ فيها للأداء من الفرد لذاته- المستويات المبالغ فيها للأداء من الآخرين- المستويات المبالغ فيها للأداء من الآخرين للفرد - الخوف من الفشل - عدم الرضا بوجه عام - الشعور بالنقص وفقدان الثقة بالنفس) والمخططات المعرفية السلبية بأبعادها الفرعية: (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة الاجتماعية - الإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - التضحية - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض - المعايير الصارمة) والوسواس القهري ببعديه (الوسواس القهري - الأفعال القهرية) لدى عينة الدراسة باستخدام معامل ارتباط بيرسون باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، ويوضح جدول (١٤) نتيجة الفرض.

جدول (١٤)

العلاقة بين كل من المخططات المعرفية السلبية والوسواس القهري لدى عينة الدراسة" ن=٢٠٠)

العلاقة	معامل الارتباط	الدلالة
الوسواس القهري - الحرمان العاطفي.	٠,٤٤٩**	٠,٠١
الوسواس القهري - الإخفاق.	٠,١٨٠*	٠,٠٥
الوسواس القهري - التشاؤمية.	٠,٢٦٤**	٠,٠١
الوسواس القهري - العزلة الاجتماعية.	٠,٢٤٧**	٠,٠١

٠.٠١	٠.٣١٣**	الوساوس القهرية - القمع الانفعالي.
٠.٠١	٠.٢٠١**	الوساوس القهرية - البحث عن الاستحسان.
٠.٠١	٠.٢٠٩**	الوساوس القهرية - عدم تطوير الذات.
٠.٠١	٠.٢٦٦**	الوساوس القهرية - قصور ضبط الذات.
٠.٠٥	٠.١٤٦*	الوساوس القهرية - التضحية.
٠.٠١	٠.٣٢٠**	الوساوس القهرية - الهجر.
٠.٠١	٠.٢١٢**	الوساوس القهرية - القصاص.
٠.٠٥	٠.١٥١*	الوساوس القهرية - الخزي.
٠.٠١	٠.٢٤٣**	الوساوس القهرية - القابلية للأذى.
د.غ	٠.٠٨٠	الوساوس القهرية - المعايير الصارمة.
٠,٠١	٠,٢٣٦**	الوساوس القهرية - الإساءة.
٠.٠١	٠.٣٣٤**	الوساوس القهرية - الدرجة الكلية للمخططات المعرفية السلبية.
٠.٠١	٠.٤٠٢**	الأفعال القهرية - الحرمان العاطفي.
٠.٠٥	٠.١٦٣*	الأفعال القهرية - الإخفاق.
٠.٠١	٠.٢٣٩**	الأفعال القهرية - التشاؤمية.
٠.٠١	٠.٢٢١**	الأفعال القهرية - العزلة الاجتماعية.
٠.٠١	٠.٢٣٧**	الأفعال القهرية - القمع الانفعالي.
٠.٠١	٠.١٩٣**	الأفعال القهرية - البحث عن الاستحسان.
٠.٠١	٠.٢٣١**	الأفعال القهرية - عدم تطوير الذات.
٠.٠١	٠.٢٣٨**	الأفعال القهرية - قصور ضبط الذات.
د.غ	٠.١٠٩	الأفعال القهرية - التضحية.
٠.٠١	٠.٢٥٢**	الأفعال القهرية - الهجر.
٠.٠١	٠.١٥٩**	الأفعال القهرية - القصاص.
٠.٠٥	٠.١٦٢*	الأفعال القهرية - الخزي.
٠.٠١	٠.٢٢٩**	الأفعال القهرية - القابلية للأذى.
د.غ	٠.١١٩	الأفعال القهرية - المعايير الصارمة.
٠,٠١	٠,١٩٢**	الأفعال القهرية - الإساءة.
٠.٠١	٠.٣٠٩**	الأفعال القهرية - الدرجة الكلية للمخططات المعرفية السلبية.
٠.٠١	٠.٤٤٠**	الوساوس القهري - الحرمان العاطفي.
٠.٠٥	٠.١٧٥*	الوساوس القهري - الإخفاق.
٠.٠١	٠.٢٥٨**	الوساوس القهري - التشاؤمية.
٠.٠١	٠.٢٤٠**	الوساوس القهري - العزلة الاجتماعية.
٠.٠١	٠.٢٨٢**	الوساوس القهري - القمع الانفعالي.
٠.٠١	٠.٢٠٢**	الوساوس القهري - البحث عن الاستحسان.

٠.٠١	٠.٢٢٦**	الوسواس القهري - عدم تطوير الذات.
٠.٠١	٠.٢٥٩**	الوسواس القهري - قصور ضبط الذات.
د.غ	٠.١٢٩	الوسواس القهري - التضحية.
٠.٠١	٠.٢٩٥**	الوسواس القهري - الهجر.
٠.٠١	٠.١٨٩**	الوسواس القهري - القصاص.
٠.٠٥	٠.١٥٩*	الوسواس القهري - الخزي.
٠.٠١	٠.٢٤٢**	الوسواس القهري - القابلية للأذى.
د.غ	٠.١٠٢	الوسواس القهري - المعايير الصارمة.
٠,٠١	٠,٢١٩ **	الوسواس القهري - الإساءة.
٠.٠١	٠.٣٣١**	الوسواس القهري - الدرجة الكلية للمخططات المعرفية السلبية.

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

• وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الوسواس القهري وأبعاد المخططات السلبية: (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة الاجتماعية - الإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - التضحية - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض - الدرجة الكلية للمخططات)، وبلغت قيمتها على التوالي ٠.٤٤٩، ٠.١٨٠، ٠.٢٦٤، ٠.٢٤٧، ٠.٢٣٦، ٠.٣١٣، ٠.٢٠١، ٠.٢٠٩، ٠.٢٦٦، ٠.١٤٦، ٠.٣٢٠، ٠.٢١٢، ٠.١٥١، ٠.٢٤٣، ٠.٣٣٧. وهي علاقات دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، و ٠.٠٥ معنوية. بينما لم توجد علاقة بين الوسواس القهري والمعايير الصارمة فلم تصل قيمة معامل الارتباط لمستوى الدلالة. وقد أكدت نتائج هذه الدراسات (Atalay,2008 & Patrick,2011) على وجود بعض من المخططات التي لها تأثير كبير على مرضى اضطراب الوسواس القهري وهي: (مخطط الهجر - مخطط التضحية بالذات - مخطط الإخفاق). وذلك لأن المخططات هي المسؤولة عن نشأة الأفكار التلقائية السلبية، وتنشيطها وبقائها، وهي تتعدل وتتغير وفقاً للأحداث والخبرات، ويمكن أن تكون ظاهرية، ويمكن أن تكون ضمنية (Jackson & Jovev,2004).

• وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الأفعال القهرية وأبعاد المخططات المعرفية السلبية (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة الاجتماعية - الإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض - الدرجة الكلية للمخططات) وبلغت قيمتها على التوالي ٠.٢٥٢، ٠.١٩٣، ٠.٢٣٧، ٠.١٩٢، ٠.٢٢١، ٠.٢٣٩، ٠.١٦٣، ٠.٤٠٢، ٠.١٥٩، ٠.١٦٢

٠.٢٢٩، ٠.٣٠٩ وهي علاقات دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، و ٠.٠٥ معنوية. بينما انعدمت العلاقة بين الأفعال القهرية والمعايير الصارمة والتضحية فلم تصل قيمة معامل الارتباط لمستوى الدلالة.

• وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للوسواس القهري وأبعاد المخططات المعرفية السلبية: (الحرمان العاطفي - الإخفاق - التشاؤمية - العزلة الاجتماعية - الإساءة - القمع الانفعالي - البحث عن الاستحسان - عدم تطوير الذات - قصور ضبط الذات - الهجر - القصاص - الخزي - القابلية للأمراض - الدرجة الكلية للمخططات) وبلغت قيمتها على التوالي ٠.٤٤٠، ٠.١٧٥، ٠.٢٥٨، ٠.٢٤٠، ٠.٢١٩، ٠.٢٨٢، ٠.٢٠٢، ٠.٢٩٥، ٠.٢٥٩، ٠.٢٢٦، ٠.١٥٩، ٠.١٨٩، ٠.٢٤٢، ٠.٣٣١ وهي علاقات دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١، و ٠.٠٥ معنوية. بينما لم توجد علاقة بين الدرجة الكلية للوسواس القهري والمعايير الصارمة والتضحية فلم تصل قيمة معامل الارتباط لمستوى الدلالة. وأكدت دراسة (إمارة يحيى، ٢٠١٤) وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الوسواس القهري وبين المخططات المعرفية السلبية. وأكدت دراسة (Haaland et al 2011) وجود علاقة موجبة ودالة إحصائياً بين الوسواس القهري وأبعاد المخططات المعرفية السلبية (مخطط الهجر - مخطط التضحية بالذات - مخطط الإخفاق). وأشارت نتائج دراسة كل من (Atalay et al 2008) إلى أن الوسواس القهري يُنشئ العديد من المخططات المعرفية السلبية (العزلة الاجتماعية - الحساسية المفرطة - النزعة التشاؤمية). كما أشارت دراسة (Akbanikia & Gasparyan, 2012) أنه يمكن التنبؤ بالوسواس القهري، من خلال المخططات المعرفية السلبية. كما أشار (Jackson & Jovev, 2004) أنه يوجد بعض من مجالات المخططات المعرفية تكون نتيجتها أعراض متعلقة بالوسواس القهري وهي: قصور ضبط الذات/ ضبط الذات - الحساسية المفرطة للأذى والأمراض - الإخضاع - البحث عن الاستحسان والموافقة - السلبية والتشاؤمية.

نتائج الفرض الثانى ومناقشتها:

ينص هذا الفرض على أنه "تسهم المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ بالوسواس القهري لدى عينة الدراسة من الذكور والإناث". وللتحقق من هذا الفرض استخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لحساب تحليل الانحدار المتعدد بطريقة ستيب وايز

لمتغير الوسواس القهري على متغير المخططات المعرفية السلبية. ومن الشروط الواجب توافرها هي اعتدالية البيانات، لذا تم حساب الإلتواء، ويوضح جدول (١٥) اختبار اعتدالية البيانات:

جدول (١٥)

اختبار اعتدالية البيانات

المتغير	الإلتواء
الوسواس القهري	٠.٣٥٤
المخططات المعرفية السلبية	٠.٠٠٦

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم الإلتواء للمتغيرات التي يتضمنها نموذج تحليل الانحدار أقل من $+ 1.96$ ؛ مما يعني اعتدالية البيانات. وهذه النتائج تدفعنا لإجراء تحليل الانحدار المتعدد بطريقة enter، ويوضح جدول (٤) تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بالوسواس القهري؛ من خلال المخططات المعرفية السلبية.

جدول (١٦)

تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ بالوسواس القهري من خلال المخططات المعرفية السلبية لدى عينة الدراسة.

م. المستقل	م. التابع	الثابت	ف	R	R ²	بيتا	ت	مستوى الدلالة	نسبة الإسهام	المعادلة التنبؤية
الحرمان العاطفي	الوسواس القهري	١.٣٧٦	***٤٦.٤٤٣	٠.٤٣٧	٠.١٩١	٠.٤٣٧	٦.٨١٥	٠.٠٠١	%١٩.١	الوسواس القهري = ١.٣٧+٠.٤٣٧×الحرمان العاطفي
التضحية		١١.٨٢-	***٢٣.٣١٤	٠.٥١٤	٠.٢٦٤	٠.١٦٤-	٢٢.٣١-	٠.٠١	%٤	الوسواس القهري = -١١.٨٢- ٠.١٦٤×التضحية

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط البسيط R قد بلغت ٠.٤٢٨ وبلغت قيمة معامل التحديد R^2 ٠.١٨٣ وكان معامل التحديد المصحح R^2 ٠.١٧٥. كما يلاحظ من خلال قيم تحليل التباين والذي يمكننا من معرفة القوة التفسيرية للنموذج ككل عن طريق إحصائية ف، كما يلاحظ من الجدول السابق المعنوية العالية لاختبار ف، فقد كانت دالة عند مستوى ٠.٠٠١ معنوية، مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية. وتبين من الجدول السابق أن قيمة بيتا لمتغير المخططات المعرفية السلبية دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ في التنبؤ بالوسواس القهري، ومن الجدول السابق يمكن التنبؤ بمعادلة خط انحدار الوسواس القهري على المخططات المعرفية السلبية هي:

١- وأشار الجدول أيضاً إلى أن متغير الحرمان العاطفي كمتغير مستقل لديه قدرة تنبؤية بدرجة الوسواس القهري بنسبة ١٩.١% لدى عينة الدراسة.

٢- متغير التضحية كمتغير مستقل لديه قدرة تنبؤية بدرجة الوسواس القهري بنسبة ٤% لدى عينة الدراسة. فقد أسفرت نتائج تحليل الانحدار على أن بعض المتغيرات المستقلة أسهمت في تباين درجات الوسواس القهري؛ واستبعدت باقي المتغيرات المستقلة من المعادلة التنبؤية لإسهامها الضعيف في التنبؤ بالمتغير التابع. وأشارت دراسة (Thiel, N et al.,, (2014) إلى أن أبعاد: (الفشل - القمع الانفعالي) من الأبعاد الدالة إحصائياً ولهم تأثير كبير في علاج مرضى الوسواس القهري. وأكدت دراسة (Basileetal,(2017) ارتباط أعراض الوسواس القهري وشدته على هذه الأبعاد الخاصة بالمخططات المعرفية السلبية (العزلة الاجتماعية - الفشل - الخضوع - العقاب) وأن هذه الأبعاد تتبأت بشدة الوسواس القهري. وأشارت دراسة (Kizilagac&Cerit,(2019) إلى أن درجات المخططات المعرفية السلبية لدى مجموعة مرضى الوسواس القهري أعلى من المجموعة الضابطة وكانت أبعاد المخططات المعرفية لهذه الدراسة كالاتي: (عدم تطوير الذات والالتصاق - الفشل - السلبية والتشاؤمية - القابلية للأذى والأمراض الحرمان العاطفي - العزلة الاجتماعية والاعتراب - الخزي والنقص - البحث عن الاستحسان والموافقة - قصور ضبط الذات - ضبط الذات - التضحية بالنفس - العقاب) وأظهرت النتائج أن درجات مخططات العقاب والعزلة الاجتماعية والبحث عن الاستحسان والموافقة وضبط الذات أعلى بكثير عند مجموعة مرضى الوسواس القهري عن المجموعة الضابطة. ونتائج الدراسات السابق ذكرها وهذا الفرض في الدراسة الحالية تؤكد أنه يمكن التنبؤ بالوسواس القهري، من خلال المخططات المعرفية.

التوصيات:

من خلال العرض السابق للنتائج توصلت الباحثة لعدد من التوصيات:

- ١- عمل برامج إرشادية من قبل الباحثين عن كيفية تعامل الوالدين مع الأبناء حتى لا تنشأ الكمالية العصابية والمخططات المعرفية السلبية.
- ٢- العمل على إعداد برنامج توعوي يتم تدريسه للأطفال لتعليمهم كيفية اكتشاف وتبديل المخططات المعرفية السلبية والعمل عليها.
- ٣- دراسة العلاقة بين الوسواس القهري والقمع الانفعالي والحرمان العاطفي.

مراجع البحث

أولاً: المراجع العربية:

- أحمد عبد الخالق (٢٠١٦)، دليل تعليمات المقياس العربي للصحة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أحمد عكاشة، وطارق عكاشة، (٢٠١٨)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أمارة يحيى عرفة، وجمعة سيد يوسف. (٢٠١٤) . المخططات المعرفية المختلفة المنبئة باضطراب الوسواس القهري. مجلة دراسات عربية، ١٣ (٤) ٦٣٥ - ٦٩٩ .
- آمال عبد القادر جودة، (٢٠٠٥)، الوسواس القهري، دراسة على عينات فلسطينية، مجلة كلية التربية - جامعة عين شمس - مصر : ٢٩ (٢) ٢٠٥ - ٢٣٢.
- أوتو فينجل (٢٠٠٩)، نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة صلاح مخيمر، عبده ميخائيل، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاقي، (١٩٩٣)، معجم علم النفس والطب النفسي (٦)، القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي، (١٩٩٧)، معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية المصرية.
- حامد زهران، (١٩٩٩): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- صفوت فرج (٢٠٠٠)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد حامد حلمي، (١٩٩١)، مبادئ الطب النفسي، بيروت : دار الصفا.
- نهاد محمود (٢٠١٥). المخططات اللاتكيفية المبكرة كمتغير وسيط بين أنماط التعلق الوجداني وأعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى عينة غير إكلينيكية، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٣ (١) ٧٣ - ١١٣ .
- وائل أبو هندي، (٢٠٠٣). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. سلسلة عالم المعرفة الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب العدد ٢٩٣.

ثانياً المراجع الانجليزية

- Akbarikia, H., & Gasparyan, K. (2012). Schema and locus of control as predictors of obsessive compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7(4), 170.
- Alvarenga, P. G., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., Miguel, E. C., & do Rosario, M. C. (2007). Obsessive-compulsive disorder: a historical overview. In *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder* (pp. 15-29). Routledge.
- American Psychiatric Association, Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder.
- American Psychiatric Association. (2016). Obsessive-compulsive disorder. URL disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx>.
- American Psychiatric Association. (2016). Obsessive-compulsive disorder. URL disponible en: <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx>.
- Anderson, J. R. (2000). *Cognitive psychology and its implications*. Worth publishers. New York, 349-350.
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 12(4). 268-279.
- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). Schema Therapy Mode Model Applied To Ocd. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6) 407-411.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2-3), 319-329.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U. M. B. E. R. T. O., Maina, G., & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *European psychiatry*, 14(8), 434-441.
- Brakoulias, V., Pineda, J., & Fimmano, V. (2021). A report of the first twelve months of an early intervention service for obsessive-compulsive disorder (OCD). *Comprehensive psychiatry*, 110, 152268. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152268>
- Byerly, M., Goodman, W., Acholonu, W., Bugno, R., & Rush, A. J. (2005). Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia:

- frequency and clinical features. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 309-316.
- Camprodon, J. A., Rauch, S. L., Greenberg, B. D., & Dougherty, D. D. (Eds.). (2016). *Psychiatric Neurotherapeutics: Contemporary Surgical and Device-Based Treatments*. Humana Press, New York.
- Carmi, L., Ben-Arush, O., Fostick, L., Cohen, H., & Zohar, J. (2021). Obsessive compulsive disorder during coronavirus disease 2019 (COVID-19): 2-and 6-month follow-ups in a clinical trial. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 24(9), 703-709
- Clark, D. A., & Radomsky, A. S. (2014). Introduction: A global perspective on unwanted intrusive thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 265-268.
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour research and therapy*, 29(3), 253-257.
- Dosani, S. (2003). *Obsessive–Compulsive Disorder. Theory, Research and Treatment*. Oxford: Oxford University Press. *The British Journal of Psychiatry*, 183(6), 567-567.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Faustino, B. (2022). Maladaptive and adaptive cognitions about the self and others: Confirmatory factor analysis of the brief core schemas scales. *Psychological Reports*, 00332941211063602.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Foa, E. B. (2022). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Giedd, J. N., Rapoport, J. L., Garvey, M. A., Perlmutter, S., & Swedo, S. E. (2000). MRI assessment of children with obsessive-compulsive disorder or tics associated with streptococcal infection. *American Journal of Psychiatry*, 157(2), 281-283.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Greenberg, L. S, & Goldman, R. (2017). *Emotion-focused therapy: Revised edition*. American Psychological Association.

- Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). *The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. Behaviour research and therapy, 49(11), 781-788.*
- Haaland, B., San Tan, P., de Castro Jr, G., & Lopes, G. (2014). Meta-analysis of first-line therapies in advanced non-small-cell lung cancer harboring EGFR-activating mutations. *Journal of Thoracic Oncology, 9(6), 805-811.*
- Hampson, P. J. & Morris, P. E. (1996) *Understanding Cognition.* Cambridge, MA. Blackwell Publishers Inc.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research, 36(5), 427-440.*
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). *Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. Journal of Cognitive Psychotherapy, 21(2), 156.*
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of personality disorders, 18(5), 467-478.* <https://doi.org/10.1521/pedi.18.5.467.51325>
- Khosravani, V., Sharifi Bastan, F., Mohammadzadeh, A., Amirinezhad, A., & Samimi Ardestani, S. M. (2021). Early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder, bipolar disorder, and schizophrenia: a comparative study. *Current Psychology, 40(5), 2442-2452.*
- Kizilagac, F., & Cerit, C. (2019). Assessment of early maladaptive schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 32(1), 14*
- Leckman, J. F., Bloch, M. H., & King, R. A. (2022). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in clinical neuroscience* <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/jfleckman>.
- Lewin, A. B., Larson, M. J., Park, J. M., McGuire, J. F., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2014). Neuropsychological functioning in youth with obsessive compulsive disorder: An examination of executive function and memory impairment. *Psychiatry Research, 216(1), 108-115.* <https://doi.org/10.1016/j.psychres>.

- Mohammed, A. A. A. G. (2016). Negative cognitive schemata, low self-esteem and anxiety: A theoretical view. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 7(5), 550.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, 51(4-5) university , U.S.A.
- National Institute of Mental Health,(2016.) "Obsessive-Compulsive Disorder", National Institute of Mental Health, U.S. National Library of Medicine.
- Nevid, J. S. (2007). Kant, cognitive psychotherapy, and the hardening of the categories. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(4), 605-615.
- Oei, T. P., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 78-86.
- Pankin, J. (2013). Schema theory and concept formation. Presentation at MIT, Fall. https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=Pankin%2C+J.+%282013%29.+Schema+theory.&btnG=
- Rassin, E., & Muris, P. (2007). Abnormal and normal obsessions: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1065-1070.
- Rector, N. A., & Arnold, P. D. (2006). Assessment of patients with anxiety disorders. In *Psychiatric clinical skills* (pp. 71-89). Mosby.
- Ross, J., Badner, J., Garrido, H., Sheppard, B., Chavira, D. A., Grados, M., ... & Mathews, C. A. (2011). Genomewide linkage analysis in Costa Rican families implicates chromosome 15q14 as a candidate region for OCD. *Human genetics*, 130(6), 795-805.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive—compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory Assessment and Treatment*. Oxford: (45-61). Pergamon.
- Salkovskis, P. M., & McGuire, J. (2003). Cognitive-behavioural theory of obsessivecompulsive disorder. In R. G. Menzies & P. de Silva (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd (pp. 59-78).

- Talee-Baktash, S., Yaghoubi, H., & Yousefi, R. (2013). Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 17(5).
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-13.
- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour research and Therapy*, 32(8), 833-842.
- Wei, M., Heppner, P. P., Russell, D. W., & Young, S. K. (2006). Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: A prospective analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 67.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*, 26(4), 519-530.
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. New York John Wiley & Sons.
- World Health Organization. (2017). *Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth*. World Health Organization.
- Worsfold, K. E. (2009). The body in clinical cognitive theory: from beck to mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 10(2), 220-240
- Young J, Klosko J, & Weishaar M, (2006). *Schema Therapy: A 6 Practitioner's Guide*, (2nd ed.), New York: Guilford Publication.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.. Sarasota, Florida.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.