جامعة سوهاج
كلية التربية
المجلة التربوية

المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا

"دراسة سيكومترية-اكلينيكية"

إعداد

أ.د. محمد أحمد إبراهيم سعفان
أستاذ الصحة النفسية المتفرغ بكلية التربية جامعة الزقازيق

د. هالة أحمد عبد الحليم صقر
مدرس الصحة النفسية بكلية التربية النوعية–جامعة الزقازيق

تاريخ استلام البحث : ٦ ديسمبر ٢٠٢٢نم – تاريخ قبول النشر: ٢٧ ديسمبر ٢٠٢٢م

DOI: 10.12816/EDUSOHAG.2023.

مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية والكشف عن المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية. كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة الديناميات النفسية والمخططات المعرفية اللاتكيفية التي تميز الأشخاص مرتفعي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية من خلال الدراسة الاكلينيكية. تم تطبيق الدراسة السيكومترية على عينة قوامها (١٥٠) من طلاب الدراسات العليا (ذكور وإناث) تراوحت أعمارهم بين (٢١– ٤٠) عاماً بمتوسط عمر زمني (٢٦,٩) وانحراف معياري (٥,٨٧). أما الدراسة الاكلينيكية فقد تم تطبيقها على حالتين من ذوي الدرجات المرتفعة على اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية. تكونت أدوات الدراسة من مقياس "يونج" للمخططات المعرفية اللاتكيفية (إعداد: يونج ١٩٩٨، وترجمة: عبد الرحمن وسعفان، ٢٠١٥) واختبار "بادو" PI للوساوس والأفعال القهرية (إعداد: سانافُيو، وتعريب: سعفان، ١٩٩٦)، بالإضافة إلى المقابلة الشخصية واختبار تفهم الموضوع "تات" T.A.T. أشارت النتائج إلى وجود علاقات ارتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وكلاً من الدرجة الكلية ودرجات الأبعاد لاختبار الوساوس والأفعال القهرية، وأن مخططات (القابلية للأذى/المرض، التعلق/هدم الذات، الهجر/عدم الاستقرار والكبت الانفعالي) كانت منبئة بالدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية. أكدت النتائج أيضاً وجود فروق دالة إحصائياً بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على اختبار الوساوس والأفعال القهرية في المخططات المعرفية اللاتكيفية. أكدت نتائج الدراسة الاكلينيكية أن بعض المخططات اللاتكيفية كانت مميزة للحالات الاكلينيكية.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية اللاتكيفية؛ الوساوس والأفعال القهرية؛ طلاب الدراسات العليا.

Early Maladaptive Schemas predicting Obsessions and Compulsions among Postgraduate Students

(A psychometric-clinical study)

Prepared by

Dr.
Mohamed Ahmed Ibrahim Saafan
Professor of Mental Health at the Faculty of Education, Zagazig University

Dr.
Hala Ahmed Abdel Haleem Sakr
Lecturer of Mental Health at the Faculty of Specific Education, Zagazig University

Abstract:

The current study aimed at identifying Early Maladaptive Schemas EMSs that can predict obsessions and compulsions in a non-clinical sample of postgraduate students (N=150), ranging in age between (21- 40 years). The study also aimed at revealing the EMSs in two cases with high scores on obsessions and compulsions inventory through a clinical study using the Thematic Apperception Test T.A.T. Study measures included Young's Schema Questionnaire (YSQ-S3), and the Padua inventory (PI) for obsessions and compulsions, as well as the Thematic Apperception Test T.A.T. Results revealed significant correlations between all early maladaptive schemas and students' scores on PADUA inventory. Stepwise regression analysis showed that Vulnerability to harm or illness; Enmeshment/Undeveloped self; Abandonment and Emotional Inhibition schemas predicted the total score of obsessions and compulsions. Statistically significant differences in obsessions and compulsions were found between individuals with high and low scores on early maladaptive schemas. The results of the clinical study using T.A.T supported the findings of the psychometric study regarding the most prevalent and predicting maladaptive cognitive schemas among participants with high scores on obsessive compulsive disorder symptoms.

Keywords: Early Maladaptive Cognitive Schemas; Obsessions and Compulsions; Postgraduate students.

مقدمة:

يعتبر اضطراب الوساوس والأفعال القهرية واحدًا من ثلاثة امراض نفسية كبرى من وجهة نظر "فرويد" وهي القلق، الوساوس والأفعال القهرية، والاكتئاب. كما أنه في التصنيفات الدولية يُعد واحدًا من الأمراض النفسية الكبرى والأكثر شيوعًا وذلك إلى جانب المخاوف المرضية، سوء استخدام المخدرات، والاكتئاب، مع الوضع في الاعتبار أن القلق شائع في الأنواع الأربعة. وترتبط الوساوس والأفعال القهرية، بموضوعات عدة وجوانب مختلفة من حياة الشخص وسلوكياته اليومية؛ لذلك ازداد الاهتمام بها في مجال الصحة النفسية لما لها من أثر سلبي ملموس على حياة من يُعاني منها، وكذلك حياة من يتفاعلون معه في الأسرة أو العمل أو في مناشط الحياة المختلفة. وتتسبب هذه الأعراض – في حالاتها الشديدة خاصة – في الشعور بالعجز والقلق المستمر، وتنتشر الأعراض لدى الأشخاص في العينات الاكلينيكية والعادية، ولكن بدرجات مختلفة.

تتعدد أسباب وعوامل نشأة اضطراب الوساوس والأفعال القهرية، ومن أهمها العوامل المعرفية. في هذا الاتجاه يوضح نموذج "بيك" المعرفي أن العجز المرتبط بالاضطرابات النفسية، وكذلك الانفعالات المختلفة، لا ينتج فقط عن المواقف والمثيرات الخارجية، ولكنه نتاج للمعاني التي ينسبها الشخص لتلك المواقف والأحداث. كما أن التفسيرات المتعلقة بالخطر تؤدي إلى القلق وإلى ممارسة بعض الأفعال للحد من إمكانية حدوث الخطر المتوقع، كما يحدث في اضطراب الوساوس والأفعال القهرية (Abramowitz, 2006, p.66). ويتسم اضطراب الوساوس والأفعال القهرية بعجز معرفي يشمل التحيز المتعمد للانتباه تجاه المثيرات المهددة أو ذات الصلة بموضوع الوسواس، وضعف الثقة في الذاكرة، وصعوبة الوصول إلى الحالات الانفعالية الداخلية، ولذلك فإن مرضى الوسواس القهري يعتمدون على المصادر الخارجية بشكل مستمر بهدف الشعور بالطمأنينة (Ferreira et al., 2020, p.1).

وقد أشارت النماذج المعرفية في تفسير اضطراب الوساوس والأفعال القهرية إلى أن الخطأ في تفسير الأفكار الاقتحامية يؤدي إلى نشأة واستمرار الاضطراب (Tibi, et al., 2018). وتوضح النظريات المعرفية السلوكية أهمية المعتقدات غير التكيفية في بدء واستمرار اضطراب الوساوس والأفعال القهرية. وعموماً فإن هناك ثلاثة أنماط من المعتقدات

غير التكيفية التي قد تسهم في نشأة أعراض الوسواس القهري، وهي ١) الشعور الزائد بالمسئولية في التسبب في تحقق الأفكار الوسواسية أو المسئولية عن منع حدوثها، والمبالغة في تقدير الخطر و ٢) المثالية/ الكمالية وعدم تحمل الشك، مثل عدم القدرة على تقبل الأخطاء والحاجة إلى ضمانات للشعور بالأمان حول المستقبل، و٣) الشعور بأهمية زائدة للأفكار والحاجة إلى السيطرة عليها، مثل محاولة تفسير الأفكار الاقتحامية التي تراود الشخص بصورة مستمرة (Calkins et al., 2013: Frost & Steketee, 2002, p.6). وفي دراسة أجراها كل من Purdon and Clark (1994) واعتماداً على اختبار "بادو" للوساوس على عينة غير اكلينيكية، وُجد أن مرتفعي الوساوس أخبروا عن أفكار دخيلة وسواسية غير مرغوبة أكثر من منخفضي الوساوس كما كانت تلك الأفكار أكثر تكراراً وأكثر قابلية للتصديق.

يفترض "بيك" أن خبرات الطفولة الضاغطة والسلبية قد تؤدي إلى تدعيم بعض المعتقدات الجوهرية اللاتكيفية، والتي يطلق عليها المخططات المعرفية، والتي تتحكم في كل من العاطفة والسلوك فيما بعد (Thiel et al., 2014, p.2). وطبقاً لـ "يونج" فإن المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة هي "أفكار أو أنماط معرفية منتشرة وواسعة النطاق، تشمل من الذكريات والانفعالات والمعارف والإحساسات الجسدية التي تتعلق بالشخص وبعلاقاته بالآخرين والعالم من حوله، وتنشأ المخططات المعرفية وتتطور خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وهي تعد مختلة وغير وظيفية بدرجة كبيرة" (Young et al., 2003, p.7)

تشمل المخططات المعرفية اللاتكيفية ثمانية عشر مخططاً وتتفرع في خمس مجالات أساسية، وهي: الانفصال والرفض، قصور الاستقلال والأداء، ضعف القيود أو الحدود، التوجه نحو الآخرين والحذر الزائد/الكف(Young, et al., 2003, pp.13-21) . وتنشأ تلك المخططات المعرفية اللاتكيفية من العوامل المزاجية وبعض الخبرات الحياتية المبكرة ومن بينها إحباط إشباع بعض الاحتياجات الأساسية للطفل، الصدمات المبكرة التي يتعرض لها الطفل، وكذلك الإشباع الزائد لبعض الحاجات، أو التوحد مع نماذج من الكبار كالوالدين، وفشل التعلم بالنمذجة مع هؤلاء الأشخاص في إشباع حاجات الطفل الأساسية (Rafaeli et al., 2011, pp.4-12). كما تتسم المخططات المعرفية اللاتكيفية بأنها مقاومة للتغيير

بصورة كبيرة(Kizilagac and Ceri (2019 ، من خلال تأثيرها على العمليات المعرفية مثل الانتباه والتذكر، وكذلك على سلوك الشخص بالشكل الذي يتفق مع محتوى تلك المخططات، مما يعمل على استمرار تأثيرها على الفرد (Davoodi et al., 2018, p.85).

من بين المخططات المعرفية اللاتكيفية ذات الصلة باضطراب الوساوس والأفعال القهرية تلك التي تنتمي لمجال "قصور الاستقلال والأداء" مثل الاعتمادية/عدم الكفاءة والقابلية للأذى/ المرض، التعلق بالآخرين/هدم الذات، والفشل، وهذه المخططات قد تتطور إذا تم إحباط حاجات الطفل الأساسية المتمثلة في الاستقلال والشعور بالكفاءة. كما أن هذه المخططات تمهد الطريق فيما بعد لظهور أنماط معرفية مميزة لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية مثل الحذر الزائد فيما يتعلق بالأخطار المحتملة (Voderholzer, et al., 2014, p. 25)، وقد أشارت نتائج دراسة Kizilagac and Ceri (2019) إلى أن مخططات هدم الذات/التعلق بالآخرين، الهجر/عدم الاستقرار، الفشل، التشاؤم، القابلية للأذى/ المرض، الحرمان العاطفي، العزلة الاجتماعية، والعيب، السعي للقبول وعدم كفاية الذات، والتضحية بالذات والعقابية كانت أعلى بشكل دال بين مرضى الوسواس القهري من الأصحاء. وطبقاً لـ (Akbaş ,2021) فإن أكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية التي ارتبطت باضطراب الوساوس والأفعال القهرية كانت القابلية للأذى/ المرض، الفشل، العزلة الاجتماعية، المعايير الصارمة، العيب، الحرمان العاطفي والتشاؤم أو السلبية

ويسعى الباحثان في الدراسة الحالية إلى التعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية المرتبطة والمنبئة بالوساوس والأفعال القهرية من خلال نتائج الدراستين السيكومترية والاكلينيكية.

مشكلة الدراسة:

يُمثل طلاب الدراسات العليا بالجامعة فئة معرّضة لكثير من الضغوط النفسية والأكاديمية والمهنية مما يؤثر بصورة سلبية على حياتهم وكفاءتهم في مختلف مجالات الحياة. ويرجع الاهتمام بهذه الفئة بصورة خاصة إلى الحاجة إلى مواجهة المشكلات والضغوط التي يعانون منها بما يتيح لهم تخطي العقبات التي قد تعوق تقدمهم الأكاديمي والمهني. ويُعد اضطراب الوساوس والأفعال القهرية أحد الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً وتأثيراً على حياة الشخص اليومية وصحته العقلية والجسدية.

وقد أشار Sanavio, (1988, p.174) الذي أعد اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية إلى ضرورة الاهتمام بمرحلة الرشد المبكر عند دراسة الأعراض الخاصة بالوساوس والأفعال القهرية نظراً لانتشارها في هذه المرحلة العمرية، وهو ما أكده Ruscio, et al., (2010, p.7) بأن الاضطراب يظهر بصورة أكثر وضوحاً في الفئة العمرية التي تتراوح ما بين (١٨ إلى ٢٩ عاماً).

تعد مرحلة الرشد مرحلة استقرار للاستجابات الانفعالية والأفكار والمعتقدات. وتصبح المخططات المعرفية للفرد في هذه المرحلة شبه ثابتة، كما أنه يمكن للراشد في هذه المرحلة إدراك مخططاته اللاتكيفية وأثرها على حياته وانفعالاته وسلوكه، وكذلك تقييم ذاته وإرادته مما يسمح بقياس ودراسة تلك المخططات وما يصاحبها من اضطرابات نفسية. ويمثل العمر الزمني لطلاب الدراسات العليا شريحة كبيرة من الراشدين في المجتمع وبالتالي يمكن أن تظهر لديهم أعراض الوساوس والأفعال القهرية بوضوح.

ولا شك أن وجود صوراً مختلفة من الوساوس والأفعال القهرية يمثل عبئاً نفسياً وعقلياً على هذه الفئة، ويسبب الشعور بالعجز، ويستنزف جزءاً كبيراً من التفكير والجهد والوقت بما ينعكس سلباً على أدائهم الأكاديمي والمهني وتحقيق أهدافهم. وفي ضوء أهمية التدخل المبكر مع الفئات المعرضة للخطر والذين لديهم أعراض دون اكلينيكية فإن التعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية المنتشرة يسهم في تحديد أنسب التدخلات الوقائية، الإرشادية والعلاجية لتلك الوساوس والأفعال القهرية بما يتناسب مع طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية لديهم.

بناءً على ما سبق فقد سعى الباحثان في الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الوساوس والأفعال القهرية والمخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة، والتعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب مرحلة الدراسات العليا، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤل الرئيس للبحث وهو:

- ماهي المخططات المعرفية اللاتكيفية المرتبطة والمنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى عينة الدراسة من طلاب الدراسات العليا؟

ويتفرع من هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية:

– ما هي طبيعة العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية لدى عينة الدراسة من طلاب الدراسات العليا؟

– هل توجد فروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية من طلاب الدراسات العليا في الدراسة الحالية؟

– ما هي المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى عينة الدراسة من طلاب الدراسات العليا؟

– ماهي الديناميات النفسية المميزة لمرتفعي الدرجات على اختبار الوساوس والأفعال القهرية؟ وكيف تكشف عن طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية لديهم؟

أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف الرئيس للبحث الحالي في التعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية المرتبطة والمنبئة بالوساوس والأفعال القهرية، ويتضمن هذا الهدف عدداً من الأهداف الفرعية وهي:

١– التعرف على طبيعة الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية لدى أفراد عينة الدراسة.

٢– الكشف عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات على اختبار الوساوس والأفعال القهرية في المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى أفراد عينة الدراسة.

٣– التعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية لدى أفراد عينة الدراسة.

٤– الكشف عن الديناميات النفسية والمخططات المعرفية اللاتكيفية التي تميز مرتفعي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية من بين أفراد عينة الدراسة.

أهمية الدراسة:

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى الكشف عن المخططات المرتبطة والمنبئة بالوساوس والأفعال القهرية بما يُسهم في فهم كيفية نشأة اضطراب الوسواس القهري وتطوير الوقاية الفعالة أو العلاج مستقبلاً، وتنقسم تلك الأهمية إلى:

- **الأهمية النظرية: وتتمثل في الكشف عن العلاقة الارتباطية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية، وأهم المخططات المعرفية اللاتكيفية التي تُنبئ بالوساوس والأفعال القهرية بما يُسهم في فهم أسباب نشأة الاضطراب واستمراره.**

- **الأهمية التطبيقية: وتتمثل في الاستفادة من النتائج التي يتم التوصل إليها في توجيه وتصميم التدخلات والبرامج الإرشادية والعلاجية وذلك في ضوء فهم المخططات المعرفية اللاتكيفية وطبيعتها، وتفادي الأثر السلبي لبعض المخططات التي قد تعوق عملية العلاج لمن يعانون من اضطراب الوسواس القهري أو تحد من أثره.**

مصطلحات الدراسة:

أولاً: المخططات المعرفية اللاتكيفية Early Maladaptive Schemas:

يعرفها "يونج" المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بأنها "أفكار أو أنماط معرفية منتشرة وواسعة النطاق، تشمل من الذكريات والانفعالات والمعارف والإحساسات الجسدية التي تتعلق بالشخص وبعلاقاته بالآخرين والعالم من حوله، وتنشأ المخططات المعرفية وتتطور خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، وهي تعد مختلة وغير وظيفية بدرجة كبيرة" (Young et a., 2003, p.7)، وتقاس إجرائياً بالدرجات التي يحصل عليها المفحوص على كل بُعد من أبعاد مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، النسخة المختصرة، المستخدم في الدراسة الحالية، حيث تشير الدرجات المرتفعة في كل بعد إلى انتشار المخطط التي يقيسه البعد لدى المفحوص.

ثانياً: الوساوس والأفعال القهرية Obsessives and Compusions:

عرّف "أزيو سانافُيو" Ezio Sanavio – والذي أعدّ اختبار "بادو" للوسواس والأفعال القهرية المستخدم في الدراسة الحالية– كلاً من الوساوس والأفعال القهرية بأنها "سيطرة أفكار وصور متكررة واندفاعات على الشخص تجعله يشعر بالتوتر والقلق ومنها أيضًا الاندفاعات مثل صعوبة التحكم في السلوك الحركي أو التفكير في إلقاء نفسه من أماكن مرتفعة أو صعوبة التحكم في الاندفاعات الجنسية أو السلوك المضاد للمجتمع. وتعرف الأفعال القهرية بأنها طقوس سلوكية تؤدي بشكل متكرر على فترات زمنية طويلة ومنها طقوس النظافة المرتبطة بتكرار غسل الأيدي والانشغال بالقذارة، وطقوس المراجعة القهرية المرتبطة بمراجعة قفل الأبواب وعد النقود. ويدرك مريض الوساوس والأفعال القهرية أن ما يفكر فيه ويفعله غير منطقي وغير واقعي ويسبب له الضيق الشديد مع وجود مشكلات مترتبة عليه في الحياة العامة وفي مجال الأسرة والعمل ومع ذلك لا يستطيع التحكم في أفكاره وأفعاله

الوسواسية القهرية". (سانافُيو، ١٩٩٦، ص.ص. ٧–٨). وقد تم تبني هذا التعريف في الدراسة الحالية.

محددات الدراسة:

تتحدد الدراسة الحالية بعدد من المحددات وهي:

١. محددات بشرية: تتحدد الدراسة بعينة من طلاب الدراسات العليا (الدبلوم المهني والخاص) بكلية التربية بجامعة الزقازيق.

٢. محددات زمنية ومكانية: تم تطبيق الدراسة الحالية خلال الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٢٠٢١/٢٠٢٢، وذلك بكلية التربية جامعة الزقازيق بجمهورية مصر العربية.

٣. محددات منهجية: تحددت الدراسة بالأدوات المستخدمة فيها وهي مقياس "يونج" للمخططات اللاتكيفية واختبار "بادو" PI للوساوس والأفعال القهرية. كما تتحدد الدراسة بالمنهج المستخدم وهو المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج الاكلينيكي، وكذلك بالأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة بيانات الدراسة بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS–25.

الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة ذات الصلة

أولاً: الإطار النظري للدراسة:

١– المخططات المعرفية اللاتكيفية:

أ. مفهوم المخططات المعرفية:

تشير المخططات إلى أبنية وأطر معرفية عامة تؤثر على الخبرات التي يتعرض لها الشخص وتوجه كيفية انتباهه لها واستجابته نحوها (Cockram, 2009, p.32)، فهي تعكس بنى معرفية عامة ومنظمة تتسم بأنها مقاومة للتعديل وتؤثر بصورة جوهرية على الجوانب المعرفية والانفعالية في حياة الفرد. وطبقاً لـ "يونج" فإن المخططات المعرفية تترسخ مع تقدم حياة الشخص من خلال عمليات التغذية الراجعة التي يحصل عليها من البيئة المحيطة به، بالإضافة إلى عمليات المعالجة المعرفية التي تسهم بدورها في الإبقاء على تلك المخططات وتدعيمها (Oie & Baranoff, 2007, p.80).

ويعرف "يونج" المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة بأنها "أفكار أو أنماط معرفية منتشرة وواسعة النطاق، تشمل الذكريات، الانفعالات، المعارف، والإحساسات الجسدية التي تتعلق بالشخص وبعلاقاته بالآخرين والعالم من حوله. وتنشأ المخططات المعرفية وتتطور خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، كما أنها تُعد مختلة وغير وظيفية بدرجة كبيرة" (Young, et al., 2003, p.7).

وقد صنّف (Young et al., 2003) المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة في خمس مجالات رئيسة تضم في مجملها ثمانية عشر مخططاً وهي:

- المجال الأول: الانفصال والرفض: وترتبط المخططات في هذا المجال بنقص إشباع حاجات الطفل في جوانب الشعور بالأمن والرعاية والتقبل من الوالدين، وعدم تلقي الدعم العاطفي اللازم. ويتضمن ذلك أيضاً التعرض للإساءة والشعور بالخطر وتوقع الإهمال والإساءة، بالإضافة إلى مشاعر النقص والعزلة وعدم الانتماء، (ويتضمن مخططات الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/الإساءة، الحرمان العاطفي، العيب، والعزلة الاجتماعية)
- المجال الثاني: قصور الاستقلال والأداء: وعادة ما تتسم التنشئة الاجتماعية للأفراد الذين يحملون تلك المخططات بالرعاية الزائدة أو الإهمال الزائد لحاجات الفرد، وبالتالي تتأثر ثقته بذاته وبقدرته على الأداء والمنافسة والاستقلال عن الآخرين، (ويتضمن مخططات الاعتمادية/عدم الكفاءة، القابلية للأذى/ المرض، التعلق بالآخرين/هدم الذات، والفشل).
- المجال الثالث: ضعف القيود أو الحدود، وتتميز فيه أساليب التنشئة الاجتماعية بالتساهل وعدم وضوح الأدوار أو تحمل المسئوليات، مما ينعكس على الشعور بالأحقية وعدم الالتزام بالحدود والقوانين ونقص التعاون مع الآخرين (ويتضمن مخططي الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات).
- المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين، ويكون التقبل والحب في التنشئة الاجتماعية مشروطاً، ويكون الاهتمام منصباً على مشاعر ورغبات الآخرين بدلا من إشباع حاجات الفرد، وبالتالي يسعى إلى تحقيق القبول والتقدير من الآخرين كوسيلة لتقدير الذات (ويتضمن مخططات الخضوع/الإذعان، التضحية بالذات، والسعي للقبول/الاعتراف من الآخرين).

- **المجال الخامس: الحذر الزائد/الكف، وفيه تتميز أسرة المنشأ بالتحكم الزائد والعقابية ونقص التلقائية، بالإضافة إلى التركيز على جوانب النقص والمثالية والالتزام وتجنب الخطأ ونقص التعبير عن المشاعر والانفعالات، مما يجعل الشخص يفتقد للتلقائية والتعبير المباشر ويسعى لتحقيق الكمالية والإنجاز وتجنب النقد واللوم (ويتضمن مخططات السلبية/التشاؤم، الكبت الانفعالي، صرامة المعايير/الحساسية للنقد، والعقابية) (Young et al., 2003, pp.13-21).**

ب. خصائص المخططات المعرفية:

هناك بعض الخصائص التي تميز المخططات المعرفية عن غيرها من المفاهيم والبناءات المعرفية الأخرى، ومنها ما يلي:

- **تشير المخططات المعرفية إلى اعتقادات الأفراد حول أنفسهم والآخرين والعالم من حولهم (Taylor & Uchida, 2019, p.1550)**
- **تنشأ المخططات المعرفية بشكل عام نتيجة التفاعل بين الحالة المزاجية الداخلية للطفل بما تتضمنه من خبرات مع الوالدين ومقدمي الرعاية والمحيطين خلال المراحل الأولى من حياته وخبراته البيئية (Carlucci, et al., 2018, p.133)**
- **تتكون المخططات من الإدراكات الحسية والجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكيات التي يقوم بها الشخص وما يعطيه لتلك الخبرات من معنى.**
- **تعد المخططات المعرفية مقاومة للتغيير بصورة كبيرة، وهي تؤثر في عمليات الانتباه والتذكر وكذلك السلوك بما يتفق مع محتوى تلك المخططات (Rafaeli et al., 2011, p.12)**
- **قد تكون المخططات المعرفية تكيفية أو غير تكيفية وتؤدي إلى تشويه الواقع والخبرات الخاصة بالشخص ونظرته لذاته والآخرين والعالم من حوله ومن ثم ترتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية (Bamber, 2004, p.425).**
- **تظل المخططات المعرفية كامنة إلى أن يستثيرها بعض العوامل الخارجية كالضغوط التي يتعرض لها الفرد، أو عوامل داخلية مثل تسارع ضربات القلب (Leahy, 2018, p.34).**

- تنتج المخططات المعرفية اللاتكيفية عن حاجات الطفل الانفعالية غير المشبعة في المراحل المبكرة من عمره، كما أن الخبرات السلبية والمؤلمة التي يتعرض لها الطفل وخاصة من الوالدين قد تؤدي إلى تطوير تلك المخططات والإصابة بالاضطرابات النفسية فيما بعد (Cockram, 2009, p.33). وللمخططات اللاتكيفية دور كبير في نشأة المشكلات الانفعالية والسلوكية لأنها تحدد ما يلاحظه الشخص وينتبه إليه من المنبهات الخارجية، وكذلك الخبرات التي يتذكرها، وبالتالي فهي تتحكم في تنظيم وتفسير ومعالجة المعلومات حول الذات والآخرين والعالم بصورة متحيزة تدعم محتوى تلك المخططات وتجعل من الصعب تغييرها (Clark and Beck ,2010, p.419)

ج. المخططات المعرفية اللاتكيفية والاضطرابات النفسية:

تمثل المخططات المعرفية والعمليات المرتبطة بها كأساليب المواجهة والصيغ والأنماط المختلفة عناصر جوهرية في النماذج المفسرة للاضطرابات والأمراض النفسية التي تبناها العديد من العلماء ومن بينهم "بيك" و"يونج" (Genderen et al., 2012, p.2). وقد أكد "بيك" على أهمية المخططات المعرفية في تطور اضطرابات القلق والاكتئاب، حيث أن التشوهات المعرفية وما تتضمنه من أفكار سلبية وعمليات معرفية أخرى كالانتباه وغيرها تعكس جميعاً تلك البنى المعرفية (المخططات) التي تمثل المستوى الأكثر عمومية في العمليات المعرفية (Clark & Beck, 2010, p.419).

٢– الوساوس والأفعال القهرية:

أ. تصنيف اضطراب الوساوس والأفعال القهرية وتعريفه:

تُصنف الوساوس والأفعال القهرية في الإصدار الأخير للدليل التشخيصي والإحصائي (الخامس) DSM–V تبعاً لاضطرابات الوساوس والأفعال القهرية وليس تبعاً لاضطرابات القلق كما في الإصدارات السابقة. ويتسم الاضطراب بوجود كل من الوساوس والأفعال القهرية.

طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية– الإصدار الخامس، تعرف الوساوس بأنها "أفكار وصور ودوافع متكررة ومستمرة يخبرها الشخص وتتسم بأنها اقتحامية

وغير مرغوبة، وتتسبب لمعظم الأفراد في الشعور بالقلق والضيق، ويحاول الشخص تجاهل تلك الأفكار والدوافع والصور أو التخفيف من حدتها عن طريق ممارسة بعض السلوكيات القهرية". أما القهار أو السلوكيات القهرية Compulsions فهي "سلوكيات متكررة أو ممارسات عقلية يشعر الشخص أنه مضطر ومدفوع للقيام بها كاستجابة لبعض الوساوس أو طبقاً لبعض القواعد التي يجب تطبيقها بشكل صارم. وهي تهدف إلى الحد من أو تخفيف مشاعر القلق والضيق أو منع حدوث حدث أو موقف مخيف، ولكن تلك السلوكيات أو الممارسات العقلية لا ترتبط بصورة واقعية بما يُرجى منها تخفيفه أو منع حدوثه، كما أنها مبالغ فيها بصورة واضحة" (American Psychiatric Association, 2013).

وطبقاً لـ "سانافُيو" فإن الوساوس والأفعال القهرية تشير إلى سيطرة أفكار واندفاعات وصور متكررة على الشخص تجعله يشعر بالتوتر والقلق، في حين تتمثل الأفعال القهرية في طقوس سلوكية يمارسها الفرد بشكل متكرر على فترات زمنية طويلة ومنها طقوس النظافة المرتبطة بتكرار غسل الأيدي والانشغال بالقذارة، وطقوس المراجعة القهرية المرتبطة بمراجعة قفل الأبواب وعد النقود. ويدرك مريض الوساوس والأفعال القهرية أن أفكاره وأفعاله غير منطقية وغير واقعية وتسبب له الشعور بالضيق، ولكنه لا يستطيع التحكم فيها (سانافُيو، ١٩٩٦، ص.ص. ٧–٨).

ب. أبعاد وأعراض الوساوس والأفعال القهرية:

تتشابه الخصائص الاكلينيكية لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية في العينات الاكلينيكية والمجتمعية، حيث تقع في نطاق عدد محدود من الأبعاد التي تجمع الوساوس والأفعال القهرية المصاحبة لها (Stein et al., 2019, p.3). وقد ميّز "كلارك ورينو" بين الأفكار الاقتحامية والوساوس الاكلينيكية، حيث تتميز الوساوس بعدد من الخصائص منها: أنها أكثر تكراراً ولا يتقبلها الشخص وتسبب له الضيق، كما أنها تتسبب في بعض مشاعر الذنب. بالإضافة إلى ذلك فهي تتميز بالمقاومة ولا يستطيع الشخص التحكم فيها. كما أنها ترتبط بمعنى لدى الشخص وتهدد القيم الجوهرية للذات، وتستغرق الكثير من الوقت وتسيطر على وعي الشخص وتؤثر بشكل كبير على حياته اليومية (Clark and Rhyno, 2005, p.14). كما تتسم بأنها أفكار، اندفاعات، أو صور متكررة ومستمرة، يخبرها الشخص على أنها اقتحامية وتسبب له القلق، فهي ليست مجرد هموم أو مخاوف متعلقة بأمور الحياة

اليومية. بالإضافة إلى ذلك فإن المريض يدرك تلك الوساوس والأفكار على أنها نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج ويحاول تجاهلها أو قمعها أو تحييدها من خلال بعض الأفكار أو الأفعال (Abramowitz et al., 2009, p.492).

تتضمن الوساوس الأكثر شيوعا الوساوس المتعلقة بالتلوث (مثل الاتساخ والجراثيم أو المرض)، الوساوس المتعلقة بالانتظام (مثل الحاجة إلى وضع الأشياء بشكل منتظم أو مرتب أو بترتيب محدد)، وكذلك الوساوس المتعلقة بالعدوان (مثل الأذى غير المتعمد كالمسئولية عن اشتعال النيران أو تصور إلحاق الأذى بالآخرين)، أو الوساوس المتعلقة بالجنس (تصورات وأفكار جنسية لا تتفق مع المعايير الأخلاقية للشخص)، والوساوس الدينية (خاصة حول ارتكاب الأخطاء والذنوب أو أفكار غير لائقة ترتبط بالجوانب الدينية)، والوساوس الجسدية أو السوماتية (مثل الإصابة بالعدوى أو أمراض خطيرة حتى دون وجود خطر قائم من الإصابة بمثل تلك الأمراض (Sahmelikoglu Onur et al., 2016; Williams et al., 2013).

أما السلوكيات أو الأفعال القهرية فتشمل سلوكيات الاغتسال (مثل غسل اليدين والاستحمام وأنشطة التنظيف المختلفة) وكذلك سلوكيات التحقق (مثل التحقق من إغلاق الأبواب والغاز والقراءة المتكررة للخطابات للتأكد من عدم وجود أخطاء، وطلب الاطمئنان بشكل مستمر) والترتيب (للملابس أو الأغراض وفق نظام محدد) والعدّ (مثل القيام بالأفعال لعدد محدد من المرات) والتكرار (مثل صعود السلم بشكل متكرر وتكرار بعض الأفعال للتخلص من بعض الأفكار السلبية أو للشعور بالراحة) (Richter & Ramos, 2018).

وإلى جانب الوساوس والأفعال القهرية يتضمن اضطراب الوساوس والأفعال القهرية جانباً ثالثاً وهو التجنب، حيث ينخرط المرضى في سلوكيات التجنب من أجل السيطرة على الأفكار الوسواسية وما يتبعها من سلوكيات قهرية (McKay et al., 2015). يتميز المرضى أيضاً بالشك الزائد والأفعال التكرارية (Abramowitz et al., 2009, p.492) وهناك العديد من المضاعفات التي تؤثر على حياة المرضى وتشمل الإعاقة الشديدة في أغلب جوانب الأداء وكذلك التأثير السلبي على جودة الحياة (Markarian et al., 2010)، ويشيع لدى المصابين بالوساوس القهرية تجنب تحمل المسئوليات على مستوى العمل أو

الحياة لأنها تسبب لهم القلق ويضطرون لممارسة القمع، وفي حال عدم إمكانية التجنب فإنهم يميلون إلى التأجيل والتسويف (Fava et al., 2014, p.10).

ج. نسب ومعدلات انتشار اضطراب الوساوس والأفعال القهرية والفروق بين الجنسين:

تصل نسبة انتشار اضطراب الوساوس والأفعال القهرية OCD بين ٠,٩% و١,٨% حول العالم، مع معدلات انتشار أكبر بين الإناث عن الذكور في مرحلة البلوغ (Núñez-Núñez, et al., 2022) وهو أكثر شيوعاً بين الإناث في العينات المجتمعية، ولكن تتساوى نسب الإصابة بين الجنسين في العينات الاكلينيكية. وتتشابه الخصائص الاكلينيكية للاضطراب لدى المرضى في الدراسات الاكلينيكية والمجتمعية (Stein et al., 2019).

يتبع الاضطراب تصنيفاً مستقلاً عن اضطراب القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، مما يعني أن القلق ليس مكوناً رئيسياً في اضطراب الوساوس والأفعال القهرية وأن التجنب يقلل مستوى القلق لدى العديد من المرضى (Richter & Ramos, 2018). يبدأ الاضطراب عادة بصورة تدريجية في مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر، ويصبح مزمناً إذا لم يتم علاجه بصورة فعالة حيث تختلف شدة الأعراض وتزيد في ظل وجود مواقف ضاغطة في حياة الشخص (Taylor, 2002). وقد أشار "سانافيو" إلى أن مرحلة الرشد المبكر وبداية العشرينات من العمر تتضمن ظهور أعراض الاضطراب بمعدلات كبيرة(Sanavio, 1988, p. 174)، مما يشير إلى أهمية الاهتمام بهذه المرحلة للتعرف على أعراض الاضطراب وكيفية تأثيره على حياة الفرد.

وتتضمن الوساوس والأفعال القهرية التي يقيسها اختبار "بادو" في الدراسة الحالية ما يلي:

- اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية مثل صعوبة التحكم والسيطرة على الأفكار والتخيلات العقلية، وعلى وجه الخصوص التصورات والشكوك والاجترارات، وصعوبة اتخاذ القرارات البسيطة.
- الوساوس التلوثية ومنها الهموم الزائدة المتعلقة بالقذارة والتلوث الذي يصعب التعامل معه مثل تكرار غسيل الأيدي، وأنشطة النظافة النمطية، والانشغال بالقذارة والانزعاج من أمور غير واقعية متعلقة بالتلوث.
- سلوكيات المراجعة القهرية كالمراجعة المتكررة للتحقق من إغلاق الأبواب، وزجاجات الماء والغاز، والخطابات، والنقود، والأعداد.

- **التحريضات والانزعاج من الاندفاعات الحركية القهرية مثل الأفكار المحرضة على العناد، والسلوك المضاد للمجتمع، والانزعاج بشأن صعوبة السيطرة على السلوك الحركي مثل قتل الأطفال، أو إيذائهم أو سرقة الأشياء بدون سبب، أو تفكير الشخص في إلقاء نفسه من نافذة مرتفعة والخوف من عدم التحكم في الاندفاعات الجنسية والاندفاعات المضادة للمجتمع (سانافُيو، ١٩٩٦، ص. ص. ٧، ٨).**

د. الوساوس والافعال القهرية من المنظور المعرفي:

فسرت العديد من النماذج اضطراب الوساوس والافعال القهرية ومن بينها تلك التي أكدت على العوامل المرتبطة بالشعور بالمسئولية، أو دمج الأفكار والسلوكيات، وكذلك عوامل ما وراء المعرفة، والأفكار الدخيلة، وأثر الخوف من الشعور بالذنب (Fava et al., 2014).

وفقاً للنموذج المعرفي السلوكي تنشأ الوساوس والأفعال القهرية نتيجة لبعض المعتقدات غير التكيفية، حيث أن قوة تلك المعتقدات تزيد من خطر أن يطور الشخص الوساوس والسلوكيات القهرية (Taylor et al., 2006)، كما أن الخطأ في تفسير الأفكار الاقتحامية يؤدي إلى نشأة واستمرار الاضطراب (Tibi, et al., 2018) . ويشير هذا النموذج إلى أن الأفكار الاقتحامية غير المرغوبة (والصور والاندفاعات) تحدث لدى الأصحاء، وأنها تحمل نفس المحتوى الخاص بالوساوس الاكلينيكية (Abramowitz et al., 2009, p.494). وتتحول تلك الأفكار إلى وساوس نتيجة لتقييم الشخص لها بأنها ذات أهمية وتشكل مصدر تهديد له. ويتسبب ذلك في الشعور بالضيق والكرب ويدفع الشخص إلى محاولة التحكم في تلك الأفكار الاقتحامية غير المرغوبة مما يعمل على تعزيزها، ويمنع الشخص من أن يدرك أن تقييمه لتلك الأفكار غير واقعي وأن مجرد وجودها لا يعني تحققها بالفعل (Taylor, 2002).

تؤكد النظريات المعرفية السلوكية على أهمية المعتقدات غير التكيفية في بدء واستمرار اضطراب الوساوس والأفعال القهرية وأعراضه. وهناك ثلاثة أنماط من المعتقدات غير التكيفية التي قد تسهم في نشأة أعراض الوسواس القهري، وهي ١) الشعور الزائد بالمسئولية في التسبب في تحقق الأفكار الوسواسية أو المسئولية عن منع حدوثها، والمبالغة في تقدير الخطر و٢) المثالية/ الكمالية وعدم تحمل الشك، مثل عدم القدرة على تقبل

الأخطاء والحاجة إلى ضمانات للشعور بالأمان حول المستقبل، و٣) الشعور بأهمية زائدة للأفكار والحاجة إلى السيطرة عليها، مثل محاولة تفسير الأفكار الاقتحامية التي تراود الشخص بصورة مستمرة (Calkins et al., 2013: Frost & Steketee, 2002, p.6).

تتضمن النظرية المعرفية أيضاً الإشارة إلى دور عملية التحكم أو الفشل في التحكم في اضطراب الوساوس والأفعال القهرية، حيث يخطئ المرضى في تفسير معنى محاولاتهم الفاشلة للتحكم في الأفكار واعتبارها كارثية، ويترتب على ذلك نتائج سلبية فيما يتعلق باستمرار وزيادة حدة الاضطراب، حيث يخشى هؤلاء فقد القدرة على التحكم في الأفكار والجسد والمشاعر والسلوك مما يؤدي إلى مزيد من التجنب (Radomsky & Gagné, 2020, p.98). ومن بين المخططات المعرفية اللاتكيفية ذات الصلة باضطراب الوساوس والأفعال القهرية تلك التي تنتمي لمجال "قصور الاستقلال والأداء" مثل الاعتمادية/عدم الكفاءة والقابلية للأذى/ المرض، التعلق بالآخرين/هدم الذات، والفشل، وهذه المخططات قد تتطور إذا تم إحباط حاجات الطفل الأساسية المتمثلة في الاستقلال والشعور بالكفاءة. كما أن هذه المخططات تمهد الطريق فيما بعد لظهور أنماط معرفية مميزة لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية مثل الحذر الزائد فيما يتعلق بالأخطار المحتملة (Voderholzer, et al., 2014, p.25)،

في ضوء ذلك اتجه الباحثون إلى العلاج المعرفي باعتباره واحداً من أهم العلاجات التي أثبتت فعالية كبيرة في علاج اضطراب الوساوس والأفعال القهرية (McKay et al., 2015)، ويتم الجمع بينه وبين الأساليب المعرفية والتي يقوم فيها المريض بتحديد وتعلم تعديل الأفكار اللاتكيفية والمبالغ فيها (Richter & Ramos, 2018)، كما أن العلاج القائم على تعديل المخططات المعرفية اللاتكيفية يُعد ضرورياً بشكل خاص للمرضى الذين يظهرون مقاومة للأنواع الأخرى من العلاج ويسهم في خفض الأعراض بشكل ملحوظ (Luppino, et al., 2018; Peeters et al., 2021 &Thiel, et al., 2016)

انطلاقاً من ذلك سعى الباحثان للكشف عن طبيعة العلاقة بين الجانب المعرفي ممثلاً في المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية، وفي سبيل ذلك تمت مراجعة العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال كما يلي:

ثانياً: دراسات وبحوث سابقة:

اختبر عدد من الباحثين العلاقات بين المخططات المعرفية اللاتكيفية واضطراب الوساوس والأفعال القهرية للتعرف على أكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية ذات الصلة بالوساوس والسلوكيات القهرية المختلفة، ففي دراسة(2008) ,.Atalay, et al ، تم اختبار الأنماط المنشطة للمخططات اللاتكيفية لدى مرضى الوسواس القهري. تضمنت العينة (٤٥) مريضاً بالوسواس القهري، و (٤٥) من الأصحاء المماثلين في العمر والجنس لعينة المرضى. واشتملت الأدوات المستخدمة على مقياس "يونج" للمخططات وكذلك اختبار الأنماط لـ "يونج" وعدد من الأدوات الأخرى. وأظهرت النتائج أن الدرجات الكلية لمجموعة مرضى الوسواس القهري في المخططات المعرفية اللاتكيفية كانت أكبر منها لدى المجموعة الضابطة بصورة دالة، وأن متوسط درجاتهم في بعض المخططات أعلى من متوسطات المجموعة الضابطة في ذات المخططات، بالرغم من عدم وجود فروق بين المجموعتين في مخططات أخرى، وأكدت النتائج على المخططات الأكثر نشاطاً لدى مرضى الوسواس القهري كانت العزلة الاجتماعية، القابلية للأذى/ المرض، والتشاؤم.

كما أشارت نتائج دراسة Grisham, et al., (2011) إلى أن عوامل الخطر النمائية، السلوكية، الشخصية والبيئية كانت مرتبطة بتشخيص اضطراب الوساوس والأفعال القهرية وأعراضه، وذلك لدى عينة من الأفراد تراوحت أعمارهم ما بين (٢٦ و٣٢ عاما). كانت العزلة الاجتماعية، الإساءة الجسدية المخبرة مسبقاً، والعاطفة السلبية عوامل منبئة بتشخيص اضطراب الوساوس والأفعال القهرية. وكانت غالبية عوامل الخطر مرتبطة بأعراض الوسواس القهري في مرحلة البلوغ، كما أن العديد منها كانت منبئة بأبعاد محددة من أعراض الوسواس القهري. ارتبطت الإساءة في مرحلة الولادة بخطر ظهور أعراض في أبعاد التماثل/التنظيم، والأفكار المخزية، بينما مهارات الطفولة الضعيفة كانت منبئة بالبعد الخاص بالقابلية للأذى/ المرض والتدقيق الزائد. المزاج الصعب، استبطان الأعراض وكذلك كانت المشكلات السلوكية في مرحلة الطفولة منبئة بأبعاد محددة للأعراض.

بالإضافة إلى ذلك فقد أجرى Haaland, et al., (2011) دراسة بهدف الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية ونتائج العلاج لمرضى اضطراب الوساوس والأفعال القهرية الذين أكملوا برنامجاً علاجياً وقائياً قائماً على التعريض ومنع الاستجابة

وعددهم (٨٨)، وأظهرت نتائج تحليل الانحدار باستخدام نتائج القياس البعدي كمتغير تابع أن الدرجات المرتفعة في مخطط الهجر/عدم الاستقرار في القياس القبلي كانت مرتبطة بنتائج ضعيفة وفسرت ٧% من التباين في الأعراض في القياس البعدي. كانت الدرجات المرتفعة في مخطط التضحية بالذات في القياس القبلي للعلاج مرتبطة بنتائج جيدة وفسرت ٦% من التباين في أعراض اضطراب الوساوس والأفعال القهرية في مرحلة ما بعد العلاج. أما أثناء العلاج، فقد كانت التغيرات في مخطط الفشل فقط مرتبطة بشكل دال بنتائج جيدة للعلاج وفسرت ١٨% من التباين في الأعراض في مرحلة ما بعد العلاج.

وفي دراسة Voderholzer, et al., (2014) تم اختبار المخططات المعرفية اللاتكيفية، أنماط المخططات وصدمات الطفولة لدى عينة من مرضى الوسواس القهري قوامها (٦٠) بالمقارنة بعدد آخر من مرضى اضطرابات المحور الأول، كالتالي: عدد (٤١) من مرضى اضطرابات الأكل، و (٤٠) من مرضى اضطراب الألم المزمن و (١٤٢) من الأصحاء. وقد حصل مرضى اضطراب الوساوس والأفعال القهرية على درجات أكبر بشكل دال إحصائياً في مخططين في مجال قصور الاستقلال والأداء، وهما الاعتمادية/عدم الكفاءة والقابلية للأذى/ المرض، كما حصل المرضى على درجات مرتفعة أيضا في مخططات الهجر/عدم الاستقرار ونقص التحكم في الذات.

أما في دراسة Brakoulias, et al., (2014)، فقد تمت دراسة العلاقة بين الأبعاد الخمسة لأعراض الوسواس القهري التي يحددها مقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية، والأبعاد المعرفية الثلاث الخاصة بالوسواس القهري والتي تقيسها استبانة الأفكار الوسواسية. أشارت النتائج إلى أن البعد الخاص بالتماثل والتنظيم ارتبط بالكمالية والحساسية للشك وعدم اليقين، كما أن البعد الخاص بالأفكار المحرمة وغير المقبولة ارتبط بالأهمية الزائدة للأفكار والتحكم في الأفكار، في حين ارتبط البعد الخاص بالشك والتدقيق الزائد بالمسئولية الزائدة والمبالغة في تقدير الخطر. ولم توجد علاقة دالة بين أياً من المعتقدات الوسواسية والبُعد الخاص بالاكتناز أو التلوث/التنظيف.

وهدف الباحثون في دراسة Kim, et al., (2014) إلى التعرف على المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى مرضى الوسواس القهري، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقات بين بعض المخططات والأبعاد الخمس لأعراض الوسواس القهري ومتغيرات أخرى لدى عينة

اشتملت على (٥٧) من مرضى الوسواس القهري (٧٠) من الأصحاء، وطُبقت عليهم عدة أدوات وهي مقياس "يونج" للمخططات اللاتكيفية ومقاييس للأعراض الوسواسية والاكتئاب. أظهرت النتائج أن مرضى الوسواس القهري كانت درجاتهم أعلى في المخططات المرتبطة بالعيب، العزلة الاجتماعية، والفشل من غيرهم. ومن بين أبعاد الأعراض الخاصة بالوسواس القهري الخمس، كان البعد الخاص بالجنس/الدين مرتبط إحصائياً بشكل دال بمخططي القابلية للأذى/المرض، التعلق بالآخرين/هدم الذات، حيث كان هذين المخططين منبئين ببعد الجنس/الدين وفسّر نسبة ٣٣% من التباين في التغير في هذا البعد. بالإضافة إلى ذلك لم يرتبط أياً من المخططات الأخرى بالمتغيرات الاكلينيكية في اضطراب الوساوس والأفعال القهرية مثل حدة الاضطراب أو مدة الإصابة به.

واختبر الباحثون في دراسة Thiel, et al., (2014) العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والأنماط وحدّة أعراض الوسواس القهري والقدرة التنبؤية للمخططات والأنماط اللاتكيفية بمخرجات عملية العلاج لدى المرضى الذين يتلقون علاجاً معرفياً سلوكياً قائماً على التعريض وكف الاستجابة، وكان الافتراض الأساسي للدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة الاتجاه بين المخططات المعرفية اللاتكيفية في مجال الانفصال، وأساليب المواجهة اللاتكيفية وأنماط المخططات الوالدية ونتائج العلاج. أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن المخططات الخاصة بالفشل والكبت الانفعالي كانت مرتبطة بصورة دالة بنتائج ضعيفة للعلاج دون غيرها.

أجرى Kwak and Lee (2015) دراسة للتعرف على طبيعة وخصائص المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى مرضى اضطراب الوساوس والأفعال القهرية واضطراب الهلع، وذلك على عينة مكونة من (٥١) من مرضى الوسواس القهري و (٤٦) من مرضى الهلع بالإضافة إلى (٧٠) من الأصحاء كمجموعة مرجعية للمقارنة. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مخططات العيب وكذلك العزلة الاجتماعية كانت الأكثر تنشيطاً لدى مرضى الوسواس القهري، في حين كانت مخططات القابلية للأذى/المرض والتضحية بالذات أكثر تنشيطاً لدى مرضى الهلع. أما دراسة Wilhelm, et al., (2015) فقد هدفت إلى التعرف على ميكانزمات التغيير لدى عينة من الأفراد ممن يعانون اضطراب الوساوس والأفعال القهرية متوسط الشدة، والذين يتلقون علاجاً معرفياً وعددهم (٣٦) من البالغين، وأشارت النتائج إلى أن التغيير المعرفي في

معتقدات المثالية والمعتقدات الوسواسية المرتبطة باليقين، والمخططات المعرفية اللاتكيفية المرتبطة بالاعتمادية وعدم الكفاءة توسط الاستجابة للعلاج وأسهم في تحسين الأعراض.

أما دراسة Yoosefi et al., (2016) فقد هدفت إلى مقارنة المخططات المعرفية اللاتكيفية النشطة لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب الوساوس والأفعال القهرية واضطرابات القلق معاً، تضمنت العينة (١٥١) شخصاً تم تصنيفهم في ثلاث مجموعات (٥٠) من ذوي اضطراب الوساوس والأفعال القهرية، (٥٠) من ذوي اضطرابات القلق، و (٥١) يمثلون مجموعة ضابطة. وتم استخدام مقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية ومقياس "يونج" للمخططات المعرفية اللاتكيفية وعدد من الأدوات الأخرى. أشارت النتائج إلى أن درجات مرضى الوسواس القهري كانت أعلى من الأصحاء في جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية، وبشكل خاص كانت المخططات في مجالات عدم الثقة/الإساءة، العيب، والحرمان العاطفي لدى مرضى الوسواس القهري أعلى من مرضى اضطرابات القلق. كما أن المخططات في مجال العيب، والقابلية للأذى/ المرض فسرت نسبة ٣٨% من التباين في أعراض الوسواس القهري.

وكان الهدف من دراسة Khosravani et al., (2017) التعرف على الارتباطات بين المخططات المعرفية اللاتكيفية، أبعاد الأعراض للوسواس القهري، حدة أعراض الوسواس القهري، الاكتئاب والقلق وكل من الأفكار والمحاولات الانتحارية، لدى عينة من مرضى الوسواس القهري. تضمنت العينة (٦٠) من المرضى، وتضمنت الأدوات مقياس "يونج" للمخططات اللاتكيفية ومقياس أبعاد أعراض الوسواس القهري بالإضافة إلى اختبارات القلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية. تضمنت نتائج الدراسة الإشارة إلى دور مخططات عدم الثقة/ الإساءة في التنبؤ بالأفكار الانتحارية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري.

وسعى الباحثون في دراسة Tenore, Mancini and Basile (2018) إلى التعرف على دور المخططات والأنماط وأساليب المواجهة لدى عينة غير اكلينيكية، والتعرف على العلاقة الارتباطية بحدة أعراض اضطراب الوساوس والأفعال القهرية، وتم اختيار (٥١) من ذوي الأعراض الحادة، (٥٩) من الأصحاء من بين عينة كلية عددها (٢٠٠). أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد ممن لديهم أعراض وسواسية شديدة كانت درجاتهم أعلى في

مخططات عدم الثقة/الإساءة، والقابلية للأذى/ المرض، وصرامة المعايير، عن غيرهم من ذوي الأعراض الوسواسية الأقل حدة.

أما دراسة Kizilagac and Ceri (2019) فقد استهدفت تحديد المخططات المعرفية اللاتكيفية في مرضى اضطراب الوساوس والأفعال القهرية واختبار عوامل اكلينيكية وديموغرافية أخرى، تم تطبيق الدراسة على (٥١) من مرضى اضطراب الوساوس والأفعال القهرية و (٥١) من المتطوعين الأصحاء، وتم استخدام مقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية ومقياس "يونج" للمخططات (النسخة القصيرة) ومقاييس التجنب والاكتئاب. أشارت النتائج إلى أن المخططات في مجالات: التعلق بالآخرين/هدم الذات، الهجر/عدم الاستقرار، الفشل، التشاؤم، القابلية للأذى/المرض، الحرمان العاطفي، العزلة الاجتماعية، والعيب، السعي للقبول وعدم كفاية الذات، والتضحية بالذات والعقابية كانت أعلى بشكل دال بين مرضى الوسواس القهري من الأصحاء.

وأجرى Sunde et al., (2019) دراسة بهدف التعرف على ما إذا كانت المخططات المعرفية اللاتكيفية ترتبط بانخفاض حدة اضطراب الوساوس والأفعال القهرية في القياس التتبعي على المدى الطويل بعد إنهاء العلاج. تم استخدام مقياس "يونج" للمخططات اللاتكيفية (النسخة المختصرة) وكذلك مقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية واختبار بيك للاكتئاب على عينة قوامها (٤٠) من مرضى الوسواس القهري. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن مرضى الوسواس القهري الذين تلقوا علاجاً قائماً على التعريض ومنع الاستجابة، والذين كانت درجاتهم الكلية مرتفعة على مقياس المخططات المعرفية لـ "يونج" كانوا أقل احتمالاً للتحسن على المدى الطويل بعد تلقي العلاج وكانت احتمالية الانتكاس لديهم أكبر بعد العلاج.

وحديثاً هدفت الدراسة التي أجراها كل من نجيب وهاشم (٢٠٢١) إلى الكشف عن طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى عينة مختلطة من مرضى الوسواس القهري، مرضى الاكتئاب، وذوي اضطراب الشخصية الوسواسية بالإضافة إلى مجموعة ضابطة، حيث بلغ عدد أفراد العينة (٢٠٩)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المرضى والأصحاء، وبين المرضى في كل عينة فرعية في كل من المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية بالإضافة إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة بين كل من

المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية، فكانت مخططات الحرمان العاطفي، الهجر/عدم الاستقرار، القابلية للأذى/المرض، الاعتمادية/عدم الكفاءة ، والمعايير الصارمة أكثر انتشاراً لدى مرضى الوسواس القهري عن مرضى الاكتئاب، بينما كانت الفروق في مخططات الحرمان العاطفي، القابلية للأذى/المرض، الاعتمادية/عدم الكفاءة، التعلق، والعجز عن ضبط الذات دالة إحصائيا لدى مرضى الوسواس القهري أكثر من ذوي اضطراب الشخصية الوسواسية. بالإضافة إلى ذلك فقد هدفت دراسة Khosravani et al., (2021) إلى مقارنة المخططات المعرفية اللاتكيفية بين أربع مجموعات (١٢٠) من مرضى الوسواس القهري، (١٠٠) من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، و (٨٢) من مرضى الشيزوفرينيا، و (٦٠) من الأصحاء، وذلك باستخدام استبيان المخططات المعرفية اللاتكيفية لـ "يونج"، ومقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية وعدد من الأدوات الأخرى. أشارت النتائج إلى أن درجات مرضى الوسواس القهري كانت مرتفعة في كل المخططات عن مرضى الشيزوفرينيا وذوي اضطراب الشخصية الحدية فيما عدا مخططات الاستحقاق/الشعور بالعظمة، عدم كفاية الذات، وعدم الثقة/الإساءة.

أخيراً هدفت دراسة Baz and Özkorumak Karagüzel (2022) إلى تحديد مستويات المخططات المعرفية اللاتكيفية في عينة من مرضى الوسواس القهري وأشقائهم الأصحاء وعينة منفصلة من الأصحاء لتقييم دور الجينات والعوامل البيئية والمخططات المعرفية اللاتكيفية لدى المرضى الذين بلغ عددهم (٤٢) من مرضى العيادات الخارجية وذلك باستخدام مقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية والنسخة المختصرة من مقياس "يونج" للمخططات اللاتكيفية. أشارت النتائج إلى وجود تشابه في المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى مرضى الوسواس القهري وأشقائهم الأصحاء، ووجود فروق بين الأشقاء الأصحاء وعينة الأصحاء غير الأقارب في طبيعة المخططات. بالإضافة إلى ذلك فقد أشارت النتائج إلى أن مخططات التعلق/هدم الذات، الفشل، السعي للتقبل، وصرامة المعايير ارتبطت ارتباطاً دالاً إحصائياً بالوساوس والأفعال القهرية في الدرجات الفرعية والدرجة الكلية لمقياس "ييل براون" Yale–Brown للوساوس والأفعال القهرية.

التعقيب على نتائج الدراسات والبحوث السابقة:

١- من حيث الأهداف: يتضح مما سبق أن أهداف الدراسات التي تم عرضها قد تفاوتت ما بين السعي إلى التعرف على طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى العينات الاكلينيكية وغير الاكلينيكية ممن يعانون من الوساوس والأفعال القهرية، والكشف عن الأنماط المختلفة والمخططات اللاتكيفية المنشطة لها. بالإضافة إلى ذلك فقد اتجه عدد كبير من الباحثين لمقارنة طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية بين مرضى الوسواس القهري وعدد من الاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية ومن بينها القلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الوسواسية واضطراب الهلع والشيزوفرينيا وغيرها. كما سعى بعض الباحثين لدراسة الفروق في طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية في ضوء بعض العوامل الاكلينيكية والديموغرافية وكذلك البيولوجية.

أما الدراسة الحالية فتهدف للكشف عن طبيعة المخططات المعرفية اللاتكيفية التي ترتبط باضطراب الوساوس والأفعال القهرية وتنبئ بها لدى عينة غير اكلينيكية، وذلك في ضوء الجمع بين النتائج السيكومترية ونتائج التحليل الاكلينيكي في دراسة سيكومترية اكلينيكية. ويتوقع الباحثان من الدراسة الحالية التوصل إلى فهم تلك العلاقات لما لذلك من أثر ملموس على المستوى التطبيقي بهدف الوقاية والتشخيص والعلاج.

٢- من حيث أدوات القياس والتشخيص: يلاحظ أن الأدوات السيكومترية التي اعتمد عليها الباحثون في الدراسات المذكورة سابقاً اشتملت على النسخ المختلفة (الأصلية أو المختصرة) لمقياس "يونج" للمخططات المعرفية اللاتكيفية والأنماط الخاصة بتلك المخططات، بالإضافة إلى مقاييس لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية وأهمها مقياس "ييل براون" –Yale Brown للوساوس والأفعال القهرية إلى جانب عدد من المقاييس الأخرى تبعاً لأهداف كل دراسة على حدة. وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على النسخة المختصرة لمقياس "يونج" للمخططات المعرفية اللاتكيفية واختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية بالإضافة إلى اختبار تفهم الموضوع "تات" للدراسة الاكلينيكية.

٣- من حيث عينة الدراسة: تنوعت العينات من حيث العدد وطبيعة مجتمع العينة، وفي معظم الدراسات تم الجمع بين العينات الاكلينيكية والأصحاء بهدف مقارنة النتائج بينها.

وفي الدراسة الحالية تم الاعتماد على عينة من طلاب الدراسات العليا بالجامعة واختيار حالتين من الحالات المتطرفة في الدرجات على اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية بهدف إجراء الدراسة الاكلينيكية.

٤- من حيث النتائج: يتضح من خلال العرض السابق أن هناك بعض أوجه التشابه والاختلاف في النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة. وبالرغم من اختلاف النتائج حول المخططات المعرفية اللاتكيفية الأكثر ارتباطاً بالوساوس والأفعال القهرية، إلا أن مخططات عدم الثقة/الإساءة، العزلة الاجتماعية، القابلية للأذى/المرض، العجز عن ضبط الذات، الاعتمادية، العيب، الحرمان العاطفي، التعلق/هدم الذات، الفشل، الهجر، صرامة المعايير، التشاؤم والتضحية بالذات كانت الأكثر وضوحاً لدى العينات المختلفة لتلك الدراسات. وقد سعى الباحثان في الدراسة الحالية للكشف عن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي قد تنبئ باضطراب الوساوس والأفعال القهرية لدى عينة الدراسة في ضوء الجمع بين نتائج الدراستين السيكومترية والاكلينيكية، وانطلاقاً من ذلك فقد تمت صياغة فروض الدراسة الحالية كما يلي:

فروض الدراسة:

في ضوء استعراض نتائج الدراسات السابقة، تمت صياغة فروض الدراسة الحالية كما يلي:

١- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والصور المختلفة من الوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب الدراسات العليا مرتفعي ومنخفضي الدرجات على اختبار الوساوس والأفعال القهرية في المخططات المعرفية اللاتكيفية.

٣- تنبئ بعض المخططات المعرفية اللاتكيفية بالوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.

٤- تكشف الدراسة الاكلينيكية من خلال المقابلة الشخصية واختبار تفهم الموضوع T.A.T لأفراد عينة الدراسة مرتفعي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية عن وجود مخططات معرفية لاتكيفية وديناميات نفسية مميزة لهم.

إجراءات الدراسة:

١. منهج الدراسة:

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي للإجابة عن تساؤلات البحث لوصف طبيعة المتغيرات والارتباط بينها والفروق بين أفراد العينة، بالإضافة إلى المنهج الاكلينيكي لاختبار الفرض الخاص بالدراسة الاكلينيكية.

٢. عينة الدراسة:

تم تطبيق الدراسة الحالية على عينة غير اكلينيكية قوامها (١٥٠) من طلاب الدبلوم المهني والخاص بقسم الصحة النفسية بكلية التربية، جامعة الزقازيق تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٢١– ٤٠) عاماً بمتوسط عمر زمني قدره (٢٦,٩) وانحراف معياري قدره (٥,٨٧)، واشتملت العينة على عدد (٢٠) من الذكور و(١٣٠) من الإناث.

أما العينة الخاصة بالدراسة الاكلينيكية فقد تضمنت حالتين من الإناث في عمر (٢٢، ٢٤ عاماً)، وقد تم اختيارهما من بين الحالات التي حصلت على الدرجات المتطرفة على اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية بالإضافة إلى درجات مرتفعة على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، وسوف تتضمن نتائج الدراسة الاكلينيكية لاحقاً وصفاً مفصلاً للحالتين.

مبررات اختيار عينة الدراسة:

تم اختيار أفراد عينة الدراسة من طلاب الدراسات العليا، حيث يمثل العمر الزمني لهؤلاء الطلاب شريحة واسعة من مرحلة الرشد. وفي هذه المرحلة تستقر الاستجابات الانفعالية الداخلية وتستقر الأفكار والمعتقدات بحيث تمثل مخططات عقلية شبه ثابتة. وعلى الرغم من أن الراشد الذي يُعاني من الوساوس والأفعال القهرية يعيش تجارب جديدة في الحياة العامة وفي الأسرة والعمل، إلا أنه يميل إلى اجترار الأفكار والسلوكيات السابقة وكذلك الانفعالات المرتبطة بها لتشكل – بشكل تراكمي– التنظيم الانفعالي والعقلي والسلوكي له في الوقت الحاضر. كما أنه يستطيع في هذه المرحلة مراقبة التهديدات التي يتعرض لها ويدرك آثار أفكاره وسلوكياته السلبية على حياته الخاصة والعامة والمهنية، ويستطيع أيضاً تقييم ذاته (جوانب الضعف والقوة) وتقييم قوة إرادته (ضعف – تردد – قوة) مما يتيح لنا – بشكل

مباشر– قياس مخططاته العقلية اللاتكيفية والاضطرابات النفسية المصاحبة لها ومنها الوساوس والأفعال القهرية.

٣. أدوات الدراسة:

أولاً: أدوات الدراسة السيكومترية:

١. مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (إعداد: يونج ١٩٩٨، وترجمة: عبد الرحمن وسعفان ٢٠١٥):

- **الهدف: قياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المبكرة.**
- **الصورة الأصلية للمقياس: تتكون الصورة المختصرة الأولى من مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية الذي أعده "يونج" من (٧٥) مفردة موزعة على خمسة عشر بُعداً (مخططاً) تنتمي إلى خمس مجالات رئيسية وهي الانفصال والرفض، قصور الاستقلال والأداء، ضعف القيود أو الحدود، التوجه نحو الآخرين والحذر الزائد/الكف، بحيث يمثل كل مخطط خمس مفردات. ويمثل كل بعد من أبعاد المقياس أحد المخططات المعرفية اللاتكيفية وهذه الأبعاد هي (الحرمان العاطفي، الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/الإساءة، العزلة الاجتماعية، العيب، الفشل، الاتكالية/الاعتماد، القابلية للأذى/ المرض، التعلق/هدم الذات، الخضوع/الإذعان، التضحية بالذات، الكبت الانفعالي، صرامة المعايير، الاستحقاق/ الشعور بالعظمة، والعجز عن ضبط الذات). تتم الاستجابة على مفردات المقياس من خلال اختيار المفحوص للإجابة التي تنطبق عليه لكل مفردة، وتتراوح الدرجات ما بين (١–٦) ويتم حساب إجمالي الدرجات لكل بُعد عن طريق جمع درجات المفردات الخمس الخاصة به، ومن ثم تتراوح الدرجة لكل بُعد ما بين (٥– ٣٠) درجة.**
- **إعداد المقياس في البيئة العربية وخصائصه السيكومترية: تم حساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة العربية على عينة غير اكلينيكية قوامها (٣٥٠) من طلاب الدبلوم العام بكلية التربية جامعة الزقازيق، وتم حساب كل من الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات ارتباط درجات كل مفردة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه بعد حذف درجة المفردة، وأشارت النتائج إلى تمتع المقياس بدرجة مناسبة من الاتساق الداخلي. بالإضافة إلى ذلك يتمتع المقياس بدرجة مناسبة من**

الصدق الظاهري ويتميز بوضوح تعليماته وقصر العبارات ووضوحها. كما تم التعرف على الصدق التمييزي للاختبار بحساب دلالة الفروق بين مرتفعات ومنخفضات الاكتئاب على مقياس بيك لعينة قوامها (١٠٠) طالبة من كلية التربية النوعية جامعة طنطا. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعات ومنخفضات الاكتئاب في أحد عشر بُعداً من أبعاد المقياس.

- كما قام معدا المقياس بحساب الصدق العاملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج وتدوير المحاور بطريقة فاريماكس لـ "كايزر" وذلك لبنود المقياس (المخططات)، وأسفرت النتائج عن وجود اثنا عشر عاملاً تستوعب في مجملها ٥٧,٠٦ % من التباين الكلي ويتشبع عليها ٧١ بنداً من بنود المقياس التي تبلغ ٧٥. أما بالنسبة للتحليل العاملي للأبعاد فقد أسفر عن وجود ثلاثة عوامل تستوعب ٥٣,٤٢ % من التباين الكلي، وتشير هذه النتائج إلى تمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق العاملي. بالإضافة إلى ذلك فقد تم حساب ثبات أبعاد المقياس باستخدام معامل ألفا لكرونباخ، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات ما بين ٠,٦٠ و٠,٨١ بمتوسط ٠,٧٠ تقريباً، وقد أشارت جميع النتائج إلى تمتع المقياس بدرجات جيدة من الصدق والثبات مما يسمح باستخدامه في البيئة العربية والثقة في النتائج المترتبة على استخدامه (عبد الرحمن وسعفان ٢٠١٥). وقد اكتفى الباحثان بالاعتماد على الخصائص السيكومترية المذكورة سابقاً نظراً لحداثة المقياس وتشابه أفراد عينة الدراسة الحالية مع العينة التي تم التحقق من صدق وثبات المقياس عليها عند إعداد المقياس.
- الصورة النهائية للمقياس: تتكون من (٧٥) مفردة موزعة على خمسة عشر بُعداً (مخططاً) تنتمي إلى المجالات الخمسة الرئيسية للمخططات المعرفية اللاتكيفية كما تم عرضها سابقاً. تتم الاستجابة على مفردات المقياس من خلال اختيار المفحوص للإجابة التي تنطبق عليه لكل مفردة، وتتراوح الدرجات ما بين (١–٦) ويتم حساب إجمالي الدرجات لكل بُعد عن طريق جمع درجات المفردات الخمس الخاصة به، ومن ثم تتراوح الدرجة لكل بُعد ما بين (٥– ٣٠) درجة.

٢. اختبار "بادو" PI للوساوس والأفعال القهرية The Padua Inventory (إعداد أزيو سانافيو"، وتعريب سعفان، ١٩٩٦):

- الهدف: وصف الوساوس والأفعال القهرية الشائعة وانتشارها في العينات العادية والاكلينيكية.
- الصورة الأصلية للاختبار: تتكون الصورة الأصلية من ٦٠ مفردة موزعة على أربعة أبعاد رئيسية. وتتمتع النسخة الأصلية بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي بلغت ٠,٩٠ و٠,٩٤ لعينتي الذكور والإناث على التوالي، كما بلغ معامل الثبات بين التطبيقين بفاصل زمني قدره شهر (٠,٧٨ و٠,٨٣) للذكور والإناث على التوالي. كما أشار مُعّد الاختبار إلى ارتباطه بالمقاييس الأخرى للوساوس مما يشير إلى صدق المقياس وقدرته على التمييز بين العينات العادية والاكلينيكية في الوساوس.
- إعداد المقياس في البيئة العربية وخصائصه السيكومترية: قام سعفان (١٩٩٦) بترجمة الاختبار وتعريبه وحساب ثبات الاختبار على عينتي تقنين عن طريق إعادة الاختبار بفاصل زمني قدره (١٥) يوماً، وحساب معاملات الارتباط بين التطبيقين والتي كانت دالة عند (٠,٠١)، كما تم حساب صدق الاختبار عن طريق حساب صدق المحك مع مقاييس أخرى وحساب معاملات الارتباط بين أبعاد الاختبارات وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) (سانافُيو، ١٩٩٦، ص ص: ٥، ٦)، ويتضمن الاختبار الأبعاد التالية:
- البعد الأول "اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية"، وتصف مفردات هذا البعد صعوبة التحكم والسيطرة على الأفكار والتخيلات العقلية، وعلى وجه الخصوص التصورات والشكوك والاجترارات، وصعوبة اتخاذ القرارات البسيطة. يمثل هذا العامل (١٧) مفردة وأرقامها (١-٥-٩-١٣-١٧-٢١-٢٥-٢٩-٣٢-٣٤-٣٦-٣٨-٣٩-٤٠-٤١-٤٢-٤٣).
- البعد الثاني "الوساوس التلوثية"، وتصف مفردات هذا العامل وجود الهموم الزائدة المتعلقة بالقذارة والتلوث الذي يصعب التعامل معه مثل تكرار غسيل الأيدي، وأنشطة النظافة النمطية، والانشغال بالقذارة والانزعاج بأمور متعلقة بالتلوثات

غير الواقعية. ويتضمن هذا العامل (١١) مفردة وهي (٢-٦-١٠-١٤-١٨-٢٢-٢٦-٣٠-٣٣-٣٥-٣٧).

- البعد الثالث "سلوكيات المراجعة القهرية"، وتصف مفرداته سلوك المراجعة المتكررة مثل مراجعة الأبواب، وزجاجات الماء والغاز، والخطابات، والنقود، والأعداد.. الخ. ويتضمن هذا البعد (٨) مفردات وهي (٣-٧-١١-١٥-١٩-٢٣-٢٧-٣١).
- البعد الرابع "التحريضات والانزعاج من الاندفاعات الحركية القهرية"، وتصف مفردات هذا البعد سلوكيات التحريض على العناد، والسلوك المضاد للمجتمع، والانزعاج بشأن صعوبة السيطرة على السلوك الحركي مثل قتل الأطفال، أو إيذائهم أو سرقة الأشياء بدون سبب، أو تفكير الشخص في إلقاء نفسه من نافذة مرتفعة والخوف من عدم التحكم في الاندفاعات الجنسية والاندفاعات المضادة للمجتمع. ويتضمن هذا البعد (٧) مفردات وهي (٤-٨-١٢-١٦-٢٠-٢٤-٢٨).
- بالإضافة إلى ما سبق يتضمن الاختبار (١٧) مفردة إضافية تقيس مجموعة متنوعة من الوساوس وأرقامها على الترتيب من بداية المفردة ٤٤ إلى المفردة ٦٠ في الصورة المعربة من الاختبار، مع ملاحظة أن ترتيب المفردات في النسخة المعربة من الاختبار تختلف عن ترتيبها في النسخة الأصلية.

وقد تم حساب الثبات لأبعاد اختبار "بادو" في الدراسة الحالية باستخدام طريقة "ألفا" لكرونباخ وذلك على عينة قوامها (٦٠) طالبة من طالبات الدبلوم المهني بكلية التربية من بين أفراد عينة الدراسة الأصلية. وقد تراوحت معاملات الثبات لمفردات الأبعاد تراوحت ما بين (٠,٨٣ – ٠,٨٦) لمفردات لبعد الأول، (٠,٨٤- ٠,٨٦)، للبعد الثاني، (٠,٧٦-٠,٨٠) للبعد الثالث، و(٠,٥٤- ٠,٦٠)، للبعد الرابع، و (٠,٨١ – ٠,٨٣) لمفردات البعد الخامس. ويتضح من الجدول (١) نتائج الثبات للاختبار وأبعاده الفرعية:

جدول (١)
معاملات الثبات لأبعاد مقياس اختبار "بادو" PI للوساوس والأفعال القهرية والدرجة الكلية للمقياس

البُعد	قيمة معامل ألفا
اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية	٠,٨٦
الوساوس التلوثية	٠,٨٦
سلوكيات المراجعة القهرية	٠,٨٠
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات الحركية القهرية	٠,٦٠
وساوس متنوعة	٠,٨٣
معامل ألفا كرونباخ لثبات الاختبار = ٠,٩٣	

يتضح من الجدول السابق أن معاملات ثبات أبعاد الاختبار والدرجة الكلية كانت مقبولة وتسمح بالثقة في نتائج الدراسة. كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجات أبعاد الاختبار والدرجة الكلية للاختبار كما يتضح من الجدول (٢):

جدول (٢)
معاملات الارتباط بين أبعاد اختبار "بادو" والدرجة الكلية ودلالاتها الإحصائية

الأبعاد	الدرجة الكلية للاختبار
اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية	**٠,٩٢
الوساوس التلوثية	**٠,٨١
سلوكيات المراجعة القهرية	**٠,٧٧
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات الحركية القهرية	**٠,٥٤
وساوس متنوعة	**٠,٨٧

**دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق أن الارتباط بين أبعاد الاختبار والدرجة الكلية كانت دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) على وجود درجة مناسبة من الاتساق الداخلي للمقياس.

- الصورة النهائية للاختبار: تتم الاستجابة على مفردات الاختبار من خلال اختيار أحد الاستجابات من خلال مقياس خماسي، حيث تتراوح الدرجات ما بين (لا تنطبق مطلقاً= صفر إلى تنطبق تماماً=٤) ويتم تصحيح وحساب درجات كل بُعد على حدة، أما الدرجة الكلية للاختبار فتتراوح ما بين (صفر إلى ٢٤٠).

ثانياً: أدوات الدراسة الاكلينيكية:

١. المقابلة Interview:

تعتبر المقابلة في مجال الإرشاد النفسي أيًا كان نوعها أداة اتصالية وأداة لجمع المعلومات؛ لذلك يمكن استخدامها بغرض جمع المعلومات (المقابلة التشخيصية) وبغرض العلاج (المقابلة العلاجية)، وتعرف بأنها "علاقة مواجهة دينامية (تفاعلية) تتم وجهًا لوجه بين المرشد والمسترشد، ومن خلالها يُسمح للمسترشد بالتعبير عن أفكاره واتجاهاته وخبراته وانفعالاته بصورة لفظية وغير لفظية"، وتتم المقابلة في ضوء علاقة دينامية وتوصف هذه العلاقة بأنها مهنية وحساسة وإنسانية"، ويكون لها هدف مُحدد وتتم في زمن مُحدد ومكان مُحدد، بهدف جمع المعلومات، عن الحالة لتكوين تصور كامل – تقريبًا– عن الحالة تمهيدًا للتشخيص ثم تقديم خدمات إرشادية في مرحلة مكملة للعملية الإرشادية، وذلك في ضوء قواعد تنظيم المقابلة .

٢. اختبار تفهم الموضوع T.A.T:

يعتبر "تات" أو T.A.T هو الاسم الشائع لهذا الاختبار، وهي الحروف الأولى من اسم الاختبارThematic Apperception Test أي اختبار تفهم الموضوع. تعني كلمة Theme موضوع الصورة أو القصة أو محور الحكاية، أما كلمةِ Apperception فتعني الإدراك الموجه الواضح أو تفهم الخبرة الجديدة في ضوء الخبرات السابقة.

يعد اختبار تفهم الموضوع من الاختبارات الإسقاطية Projective Inventory ومن أكثرها انتشارًا واستخدامًا في مجالي علم النفس الاكلينيكي والدراسات المتعلقة بالشخصية. وكان أول من نشر هذا الاختبار "هنرى موري" H Murray وزميلته مورجان Morgan سنة ١٩٣٥. ويشير مصطلح اختبار إسقاطي إلى بعض الوسائل غير المباشرة في دراسة الشخصية. ويعتمد اختبار تفهم الموضوع على اجراءات خاصة حيث يُعطى للمفحوص صورة ونطلب منه أن يذكر حكاية أو قصة عن الصورة التي تُعرض عليه وما تتضمنه من مواقف وأحداث والتي بواسطتها يمكن الكشف عن الشخصية نتيجة ما تهيؤه من مادة مناسبة يسقط عليها الشخص حاجاته ودوافعه ومدركاته ورغباته ومشاعره ومخاوفه وعقده الشعورية واللاشعورية وتفسيراته الخاصة. يتم ذلك دون أن يفطن الشخص إلى ما يقوم به من عملية " (غنيم وبرادة، ١٩٨٠، ص. ١٣).

الأساليب الإحصائية:

قام الباحثان باختبار فروض الدراسة باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS–25، وذلك من خلال الأساليب الإحصائية التالية:

- **حساب معامل الارتباط البسيط لبيرسون**
- **تحليل الانحدار الخطي المتدرج .Stepwise Reg**
- **اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات المستقلة**

نتائج الدراسة

أولا: نتائج الدراسة السيكومترية:

١– نتيجة اختبار الفرض الأول، وينص على أنه "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والصور المختلفة من الوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا". وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بحساب الارتباط البسيط لـ "بيرسون"، كما يتضح من الجدول التالي:

جدول (٣)
معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية

الوساوس القهرية / المخططات المعرفية اللاتكيفية	اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية	الوساوس التلوثية	سلوكيات المراجعة القهرية	التحريضات والانزعاج	وساوس غير مصنفة	الدرجة الكلية للوساوس القهرية
الحرمان العاطفي	٠,٢٥١**	٠,٠٨٩	٠,٠٦٠	٠,٢٨١**	٠,٢٥٠**	٠,٢٢٩**
الهجر/عدم الاستقرار	٠,٣٦٣**	٠,٢٠٦*	٠,٢٤٠**	٠,٢٤٤**	٠,٣٢٦**	٠,٣٥٣**
عدم الثقة/الإساءة	٠,٤٢٣**	٠,٢٤٨**	٠,٢٥١**	٠,٢٨٠**	٠,٣٦٩**	٠,٤٠٤**
العزلة الاجتماعية	٠,٢٧٤**	٠,١٩٢*	٠,١٥٥	٠,١٨٤*	٠,٢٣٢**	٠,٢٦٧**
العيب	٠,٢٢٥**	٠,٠٧٣	٠,٠٣٦	٠,٢٤٢**	٠,٢٠٦*	٠,١٩٣*
الفشل	٠,٢٥١**	٠,٠٣٣	٠,٠٦٥	٠,١٦٥*	٠,٢٦٢**	٠,٢٠٥*
الاتكالية/الاعتماد	٠,٣٦٣**	٠,٢٠٦*	٠,١٢٣	٠,٢٣٧**	٠,٣٢١**	٠,٣٢٧**
القابلية للأذى/ المرض	٠,٤٥٣**	٠,٣٥٢**	٠,٣٦٩**	٠,٤٣٧**	٠,٤٩١**	٠,٥٢٠**
التعلق/هدم الذات	٠,٣٨٣**	٠,٣٠٣**	٠,٢٩٦**	٠,١٤٩	٠,٣٤١**	٠,٣٩١**
الخضوع/الإذعان	٠,٣٢٣**	٠,٣١٥**	٠,١٩٠*	٠,٢٣٩**	٠,٢٦٥**	٠,٣٣٧**
التضحية بالذات	٠,٢٦٥**	٠,١١٩	٠,١٦٣*	٠,٠٨٣	٠,١٧٠*	٠,٢١٦**
الكبت الانفعالي	٠,٢٨٣**	٠,٣٠٠**	٠,٣٤١**	٠,٠٤٨	٠,٢٣٤**	٠,٣٢١**
صرامة المعايير	٠,٢٣٥**	٠,١٦٨*	٠,٢٢٤**	٠,٢٠٩*	٠,١٨٠*	٠,٢٤٨**
الاستحقاق	٠,٣٠١**	٠,٢٣١**	٠,٣٥٠**	٠,٠٨١	٠,٢٣٩**	٠,٣١٥**
العجز عن ضبط الذات	٠,٣٤١**	٠,٢١٥**	٠,٢٢١**	٠,١٢٦	٠,٢٣٦**	٠,٣٠٤**

** دال عند مستوى ٠,٠١ * دال عند مستوى ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود علاقات ارتباطية دالة إحصائياً عند مستويات دلالة (٠,٠١ و ٠,٠٥) بين جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية والدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية على اختبار "بادو"، وأن مخططات (القابلية للأذى/المرض، عدم الثقة/الإساءة، التعلق/هدم الذات، الخضوع/الإذعان، الاتكالية/الاعتماد، الكبت الانفعالي، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات) كانت أكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية ارتباطاً بالدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية. كما كانت هناك علاقات دالة إحصائياً بين المخططات

المعرفية اللاتكيفية والأبعاد المختلفة لاختبار الوساوس والأفعال القهرية، مما يدل على تحقق صحة الفرض الأول، وذلك اتفاقاً مع نتائج الدراسات السابقة.

تتفق نتيجة اختبار الفرض الأول في الدراسة الحالية فيما يتعلق بوجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية مع نتائج الدراسات السابقة، ومن بينها (Atalay, et al., 2008; Bilge and Balaban, 2021; Grisham et al., 2011; Katia et al., 2018; Kim, et al., 2014; Kizilagac and Ceri 2019; Kunst et al., 2020; Voderholzer, et al., 2014; Yoosefi et al., 2016)

٢- نتيجة اختبار الفرض الثاني: وينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب الدراسات العليا مرتفعي ومنخفضي الدرجات على اختبار الوساوس والأفعال القهرية في المخططات المعرفية اللاتكيفية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثان بتحديد قيمة الوسيط لدرجات أفراد العينة الكلية على اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية حيث كانت قيمة الوسيط (٨٥)، وتم تقسيم العينة الكلية إلى مجموعتين وإجراء اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات، والجدول التالي يوضح قيمة الفروق ودلالتها الإحصائية:

جدول (٤)
الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الوساوس والأفعال القهرية في المخططات المعرفية اللاتكيفية

	المخططات المعرفية اللاتكيفية	أفراد العينة ذوي الدرجات المنخفضة في الوساوس والأفعال القهرية (ن= ٧٧)		أفراد العينة ذوي الدرجات المرتفعة في الوساوس والأفعال القهرية (ن= ٧٣)		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
		المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
١	الحرمان العاطفي	١٠,١٦	٤,١٦	١١,٩٧	٤,٤٣	٢,٥٨٩	٠,٠٥
٢	الهجر/عدم الاستقرار	١٣,٢٦	٤,٠٨	١٦,٤٢	٦,٣٩	٣,٦٣٤	٠,٠١
٣	عدم الثقة/الإساءة	١٠,٦٨	٣,٧٠	١٣,٥٦	٤,٠٩	٤,٥٤١	٠,٠١
٤	العزلة الاجتماعية	٩,٢٣	٣,٧٣	١١,٦٠	٤,٥٩	٣,٤٧٥	٠,٠١
٥	العيب	٦,٨٠	٢,٧٤	٨,٨١	٣,٨٣	٢,٥٣٦	٠,٠٥
٦	الفشل	٨,٩٤	٣,٨٢	١٠,٦٤	٤,٤١	٢,٥٣٨	٠,٠٥
٧	الاتكالية/الاعتماد	٩,٢٧	٣,٧٢	١١,٨١	٣,٦٦	٤,٢٠٧	٠,٠١
٨	القابلية للأذى/ المرض	٩,٦٩	٣,٩٠	١٤,٥٦	٤,٢٣	٦,٩٢٦	٠,٠١
٩	التعلق/هدم الذات	١٠,٨١	٣,٩١	١٣,٣٧	٣,٧٥	٤,٠٩٩	٠,٠١
١٠	الخضوع/ الإذعان	٩,٥٦	٣,٨١	١١,٨٩	٤,٢٩	٣,٥٢٣	٠,٠١
١١	التضحية بالذات	١٣,٦٦	٤,٣٩	١٥,١٥	٣,٥٥	٢,٢٧٥	٠,٠٥
١٢	الكبت الانفعالي	١٢,١٠	٤,٦١	١٤,٦٤	٤,٣٥	٣,٤٦٧	٠,٠١
١٣	صرامة المعايير	١٤,٧٤	٤,٤٢	١٧,٢٧	٤,٤٩	٣,٤٨٣	٠,٠١
١٤	الاستحقاق	١٣,٤٠	٤,٢٦	١٦,٠٤	٤,١٩	٣,٨٢٣	٠,٠١
١٥	العجز عن ضبط الذات	١١,٨٢	٣,٧٧	١٤,٢٣	٣,٥٠	٤,٠٥٩	٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١ و٠,٠٥) بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية لصالح مرتفعي الدرجات وذلك في كافة المخططات المعرفية اللاتكيفية الأخرى مما يدل على تحقق صحة الفرض الثاني.

أشارت نتائج اختبار هذا الفرض إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين مرتفعي ومنخفضي الوساوس القهرية لصالح مرتفعي الوساوس القهرية وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١) لمخططات (القابلية للأذى/ المرض، عدم الثقة/الإساءة، الاتكالية/الاعتماد، التعلق/هدم الذات، والعجز عن ضبط الذات، الجدارة/ الاستحقاق، الهجر/عدم الاستقرار، والعزلة الاجتماعية) وعند مستوى دلالة (٠,٠٥) للمخططات اللاتكيفية الأخرى مما يدل على تحقق صحة الفرض الثاني.

وتتفق هذه النتيجة مع ما تضمنه التراث الأدبي ونتائج الدراسات والبحوث التي ميّزت المخططات المعرفية اللاتكيفية بين مرضى الوسواس القهري والأصحاء، ولكن في الدراسة الحالية يتناول الباحثان الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية من بين أفراد عينة الدراسة غير الاكلينيكية. وتجدر الإشارة إلى أن الفروق بين المرضى والأسوياء في الوساوس والأفعال القهرية هي فروق في الدرجة وليست في النوع أو طبيعة تلك الوساوس والسلوكيات. ومن هذا المنطلق فإن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على اختبار الوساوس والأفعال القهرية المستخدم في الدراسة الحالية هم أكثر عرضة لتطوير اضطراب الوساوس والأفعال القهرية إذا لم يتم توجيههم وإرشادهم لكيفية التعامل مع تلك الأعراض.

٣- نتيجة اختبار الفرض الثالث: وينص على أنه "تُنبئ بعض المخططات المعرفية اللاتكيفية بالوساوس والأفعال القهرية لدى طلاب الدراسات العليا".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحثان تحليل الانحدار المتدرج باعتبار المخططات المعرفية اللاتكيفية متغيرات مستقلة، والوساوس القهرية متغيرات تابعة، وتلخيص النتائج في الجداول التالية:

جدول (٥)
نتائج تحليل تباين المتغيرات المستقلة (المخططات المعرفية اللاتكيفية) على المتغيرات التابعة (الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية)

أبعاد اختبار "بادو"	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية	الانحدار	٨٩٩٧,٢٠٢	٥	١٧٩٩,٤٤٠	١٦,٢٩٨	٠,٠١
	البواقى	١٥٨٩٩,٠٩٢	١٤٤	١١٠,٤١٠		
	المجموع	٢٤٨٩٦,٢٩٣	١٤٩			
الوساوس التلوثية	الانحدار	٢٩٨٠,٤٤٨	٣	٩٩٣,٤٨٣	١١,٨٠	٠,٠١
	البواقى	١٢٢٩٦,٣٨٥	١٤٦	٨٤,٢٢٢		
	المجموع	١٥٢٧٦,٨٣٣	١٤٩			
سلوكيات المراجعة القهرية	الانحدار	١٨٠٠,٦٩٢	٣	٦٠٠,٢٣١	١٣,٥٥	٠,٠١
	البواقى	٦٤٦٨,٠٠٢	١٤٦	٤٤,٣٠١		
	المجموع	٨٢٦٨,٦٩٣	١٤٩			
وساوس غير مصنفة	الانحدار	٦١١,٨٢٥	٢	٣٠٥,٩١٢	٢٠,٢١	٠,٠١
	البواقى	٢٢٢٢,٢١٥	١٤٧	١٥,١٣٨		
	المجموع	٢٨٣٧,٠٤٠	١٤٩			
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية	الانحدار	٥٥٦٤,٧٢٠	٣	١٨٥٤,٩٠٧	٢١,٢٥	٠,٠١
	البواقى	١٢٧٤٥,٩٢٠	١٤٦	٨٧,٣٠١		
	المجموع	١٨٣١٠,٦٤٠	١٤٩			
الدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية	الانحدار	٧٩٤٤٧,٩٣	٤	١٩٨٦١,٩٨	٢٢,٠٨	٠,٠١
	البواقى	١٣٠٤٤١,٥٤	١٤٥	٨٩٩,٦٠		
	المجموع	٢٠٩٨٨٩,٤٧	١٤٩			

جدول (٦)
نتائج تحليل انحدار المتغيرات المستقلة (المخططات المعرفية اللاتكيفية) على المتغيرات التابعة (الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية).

المتغير التابع	المتغيرات المنبئة	الارتباط المتعدد	نسبة المساهمة	قيمة B	قيمة Beta	قيمة ت	مستوى الدلالة	قيمة الثابت العام
اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية	القابلية للأذى/ المرض	٠,٤٥	٠,٢١	٠,٥٥	٠,٢٠	٢,٤٥	٠,٠٥	٧,٩٩-
	التعلق/هدم الذات	٠,٥٢	٠,٢٧	٠,٥٥	٠,١٧	٢,٣٣	٠,٠٥	
	عدم الثقة/الإساءة	٠,٥٦	٠,٣١	٠,٦٣	٠,٢٠	٢,٦٤	٠,٠١	
	الهجر/عدم الاستقرار	٠,٥٩	٠,٣٤	٠,٤٥	٠,١٩	٢,٧٠	٠,٠١	
	العجز عن ضبط الذات	٠,٦٠	٠,٣٦	٠,٥٠	٠,١٥	٢,٠١	٠,٠٥	
الوساوس التلوثية	القابلية للأذى/المرض	٠,٣٥	٠,١٢	٠,٥٠	٠,٢٣	٢,٨٠	٠,٠٥	١,٢٣
	التعلق/هدم الذات	٠,٤٠	٠,١٦	٠,٤٨	٠,١٩	٢,٤٢	٠,٠٥	
	الكبت الانفعالي	٠,٤٤	٠,٢٠	٠,٤١	٠,١٩	٢,٤٠	.٠,٠٥	
سلوكيات المراجعة القهرية	القابلية للأذى/ المرض	٠,٣٧	٠,١٤	٠,٣٨	٠,٢٤	٢,٩٦	٠,٠١	٠,١٤
	الكبت الانفعالي	٠,٤٤	٠,١٩	٠,٣٧	٠,٢٣	٢,٩٧	٠,٠١	
	التعلق/هدم الذات	٠,٤٧	٠,٢٢	٠,٣٢	٠,١٤	٢,٢٢	٠,٠٥	
وساوس غير مصنفة	القابلية للأذى/المرض	٠.٤٩	٠,٢٤	٠,٩٢	٠,٣٩	٥,١٩	٠,٠١	٣,٦٠-
	الهجر/عدم الاستقرار	٠,٥٣	٠,٢٨	٠,٣٤	٠,١٧	٢,٣٤	٠,٠٥	
	التعلق/هدم الذات	٠,٥٥	٠,٣٠	٠,٤٦	٠,١٧	٢,٢٥	٠,٠٥	
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية	القابلية للأذى/المرض	٠,٤٤	٠,١٩	٠,٣٦	٠,٣٩	٥,٠٦	٠,٠١	- ١,٣٢
	الحرمان العاطفي	٠,٤٦	٠,٢٢	٠,١٧	٠,١٧	٢,١٦	٠,٠٥	
الدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية	القابلية للأذى/المرض	٠,٥٢	٠,٢٧	٢,٨٢	٠,٣٥	٤,٧٣	٠,٠١	- ١١,٦٨
	التعلق/هدم الذات	٠,٥٧	٠,٣٣	١,٧٨	٠,١٩	٢,٦٨	٠,٠٥	
	الهجر/عدم الاستقرار	٠,٦٠	٠,٣٦	١,٣٤	٠,٢٠	٢,٨٣	٠,٠٥	
	الكبت الانفعالي	٠,٦٢	٠,٣٨	١,٣٢	٠,١٦	٢,٣٥	٠,٠٥	

يتضح من الجدولين السابقين ما يلي:

- **تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض، التعلق/هدم الذات، عدم الثقة/الإساءة، الهجر/عدم الاستقرار، العجز عن ضبط الذات باضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية وذلك بنسبة مساهمة إجمالية قدرها ٣٦% ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية:**

اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية = (٠,٤٥× القابلية للأذى/ المرض + ٠,٥٢× التعلق/هدم الذات+ ٠,٥٦× عدم الثقة/الإساءة+ ٠,٥٩× الهجر/عدم الاستقرار+ ٠,٦٠× العجز عن ضبط الذات) –٧,٩٩.

- **تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض، التعلق/هدم الذات، الكبت الانفعالي بالوساوس التلوثية بنسبة مساهمة إجمالية قدرها ٢٠% ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية:**

الوساوس التلوثية = (٠,٣٥× القابلية للأذى/ المرض + ٠,٤٠× التعلق/هدم الذات+ ٠,٤٧× الكبت الانفعالي) + ١,٢٣.

- **تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض، الكبت الانفعالي والتعلق/هدم الذات بسلوكيات المراجعة القهرية بنسبة مساهمة إجمالية قدرها ٢٢%، ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية:**

سلوكيات المراجعة القهرية = (٠,٣٧× القابلية للأذى/المرض + ٠,٤٤× الكبت الانفعالي+ ٠,٤٧× التعلق/هدم الذات) +٠,١٤.

- **تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض، الهجر/عدم الاستقرار، والتعلق/هدم الذات بالوساوس غير المصنفة بنسبة مساهمة إجمالية قدرها ٣٠%، ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية:**

وساوس غير مصنفة = (٠,٤٩× القابلية للأذى/المرض + ٠,٥٣× الهجر/عدم الاستقرار+ ٠,٥٥× التعلق/هدم الذات) –٣,٦٠.

- **تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض والحرمان العاطفي بالتحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية بنسبة مساهمة إجمالية قدرها ٢٢%، ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية:**

التحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية = (٠,٤٤× القابلية للأذى/ المرض + ٠,٤٦× الحرمان العاطفي) – ١,٣٢.

- تنبئ مخططات القابلية للأذى/المرض، التعلق/هدم الذات، الهجر/عدم الاستقرار والكبت الانفعالي بالدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية بنسبة مساهمة إجمالية قدره ٣٨%، ويمكن صياغة هذه النتيجة من خلال المعادلة التالية لتوضيح كيفية إسهام المتغيرات المستقلة (المخططات المعرفية اللاتكيفية) في الدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية لدى عينة الدراسة:

الدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية = (٠,٥٢× القابلية للأذى/ المرض + ٠,٥٧× التعلق/هدم الذات + ٠,٦٠× الهجر/عدم الاستقرار+ ٠,٦٢× الكبت الانفعالي) – ١١,٦٨.

مناقشة نتائج الدراسة السيكومترية

أشارت النتائج إلى تحقق فروض الدراسة السيكومترية، حيث ارتبطت المخططات المعرفية اللاتكيفية ارتباطاً دالاً إحصائياً مع أبعاد الوساوس والأفعال القهرية والدرجة الكلية، فيما عدا بعض الأبعاد التي لم ترتبط بصورة دالة، كما أشارت نتائج اختبار الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية إلى أن متوسطات درجات الطلاب مرتفعي الوساوس والأفعال القهرية كانت أعلى من أقرانهم في المجموعة الأخرى في جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية حيث كانت جميع الفروق دالة إحصائياً. وأخيراً فقد أشارت نتائج الفرض الخاص بالتنبؤ إلى أن أبعاد اختبار الوساوس والأفعال القهرية وكذلك الدرجة الكلية لاختبار الوساوس والأفعال القهرية أمكن التنبؤ بها من خلال بعض المخططات المعرفية اللاتكيفية ، وسوف يفسر الباحثان هذه النتائج بشيء من التفصيل فيما يلي:

طبقاً للنموذج المعرفي في علم الأمراض، فإنه من المتوقع نشاط كافة المخططات المعرفية اللاتكيفية في حالة وجود اضطراب انفعالي لدى الشخص (Young, et al., 2003)، ويرجع الارتباط بين كافة أبعاد الوساوس والأفعال القهرية والمخططات المعرفية اللاتكيفية في المجالات الخمس إلى وجود درجة كبيرة من التشخيصات المصاحبة والعجز وتدهور الأداء الناتج عن الاضطراب (Lochner et al., 2005, p.7)، وقد توصل (Jaeger, et al., 2021) بعد مراجعة لعدد من الدراسات إلى أنه لم يكن هناك نمطاً متسقاً من النتائج فيما يتعلق بالمخططات والمعتقدات الجوهرية المرتبطة باضطراب الوساوس

والأفعال القهرية. بالإضافة إلى ذلك، فإن تنوع طبيعة ومحتوى الوساوس والأفعال القهرية التي تتضمن الأفكار والتحريضات والوساوس التلوثية وصعوبة اتخاذ القرار وسلوكيات المراجعة والاندفاعات، كما يقيسها اختبار "بادو" المستخدم في الدراسة الحالية، قد أدى إلى تعدد نتائج الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية.

من بين المخططات المعرفية اللاتكيفية التي ارتبطت بالوساوس والسلوكيات القهرية تلك التي تنتمي لمجال "قصور الاستقلال والأداء" مثل الاعتمادية/عدم الكفاءة، والقابلية للأذى/ المرض، وكذلك التعلق بالآخرين/هدم الذات، والفشل. هذه المخططات قد تتطور عندما يتم إحباط حاجات الطفل الأساسية المتمثلة في الاستقلال والشعور بالكفاءة (Lukáč and Popelková, 2020)، كما أن هذه المخططات ترتبط بأنماط معرفية مميزة لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية مثل الحذر الزائد فيما يتعلق بالأخطار المحتملة (Moritz , et al., 2009; Voderholzer, et al., 2014, p. 25)، فالقابلية للأذى/ المرض تشير إلى تقدير الشخص لإمكانية التعرض للخطر وحدوث الكوارث، ويرتبط ذلك بنشاط الأفكار الوسواسية والسلوكيات التجنبية من أجل تجنب حدوث الأذى، كما أن بعض الأفكار الوسواسية مثل اضطراب السيطرة على أنشطة الشخص العقلية ونقص القدرة المدرك على التحكم يرتبط بتضخيم فرص التعرض للخطر والتلوث والمرض.

كما أشارت النتائج إلى أن مخطط القابلية للأذى/المرض ينبئ بالوساوس والأفعال القهرية على جميع أبعاد اختبار "بادو" والدرجة الكلية، ويتفق ذلك مع نتائج الدراسات السابقة والتراث الأدبي (Atalay, et al., 2008; Katia et al., 2018; Kim, et al., 2014; Kizilagac and Ceri 2019; Voderholzer et al., 2014; Yoosefi et al., 2016)، حيث أن القلق المستمر من وقوع الأخطار والكوارث أو التعرض للمرض والعدوى وغيرها تجعل الشخص في حالة يقظة وانتباه مستمر ويؤدي إلى حالة من التحيز في الانتباه والإدراك واجترار الأفكار المتعلقة بالخطر والمسئولية نحوه وبالتالي زيادة السلوكيات والطقوس التي من شأنها تجنب الخطر المتوقع. إن اعتقاد الشخص بأهمية تلك الأفكار الوسواسية وإمكانية تحققها، يزيد من سعيهم لتحييد تلك الأفكار من خلال ممارسة السلوكيات القهرية بشكل مستمر للحفاظ على أنفسهم

وتتفق طبيعة تلك المخططات أيضاً مع سمات الشك وعدم اليقين التي تميز مرضى الوسواس القهري (Nestadt, et al., 2016; Tolin, et al., 2003)، والتي ترتبط بسلوكيات المراجعة والتدقيق المتكررة. بالإضافة إلى ذلك فإن الاعتمادية وعدم كفاءة الذات يرتبطان بعدم القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات دون مساعدة ودعم من الاخرين، وبالتالي بصعوبة التحكم في الأنشطة العقلية والمهام المختلفة ونقص التحكم والسيطرة على الذات والأداء(Wilhelm, et al., 2015) . كما يعد الخوف من الفشل والسعي للحصول على التقبل من الاخرين حول الأعمال والمهام التي يقوم بها الشخص من السمات الأساسية لمرضى الوسواس القهري، وتعكس خصائص الشخصية المرتبطة بتحقيق الكمالية وضرورة التحكم الذي يميز هؤلاء المرضى (Baz & Özkorumak Karagüzel ,2022).

كما أشارت النتائج أيضاً إلى أن المخططات المعرفية اللاتكيفية في مجال "الانفصال والرفض" والتي تضم مخططات عدم الثقة/الإساءة، والهجر/عدم الاستقرار كانت مرتبطة بالوساوس والأفعال القهرية. وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الوساوس والأفعال القهرية ووجود تاريخ من الإساءة الجسدية والنفسية والإهمال في مرحلة الطفولة (Lochner et al. 2002; Tenore, Mancini & Basile, et al., 2018) وكذلك الهجر/عدم الاستقرار في العلاقات Kizilagac and Ceri (2019) ; Voderholzer et al., (2014)، وبالتالي فإن توقع الإساءة من الآخرين والأفكار المتعلقة بالأذى يميز هؤلاء الأشخاص. على الجانب الآخر، فإن نقص الثقة في الآخرين والخوف من الهجر والرفض يرتبط بمزيد من التجنب والعزلة الاجتماعية ويؤثر على جودة العلاقات مع الآخرين ويؤدي إلى تدعيم الأفكار الوسواسية المتعلقة بالتهديد والشك في مقاصد الآخرين وتصرفاتهم.

وقد ثبت وجود علاقة بين اضطراب الوساوس والأفعال القهرية والتعرض للإساءة الجسدية والنفسية في مرحلة الطفولة (Lochner et al. 2002). بالإضافة إلى ذلك فقد كان مخطط عدم الثقة/الإساءة من بين المخططات المنبئة بالوساوس والأفعال القهرية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات منها (Bilge and Balaban, 2021; Grisham et al., 2011; Katia et al., 2018; Khosravani et al., 2017; Yoosefi et al., 2016)، حيث يتصف الأفراد مرتفعي الدرجات في هذا المخطط اللاتكيفي بتوقع الأذى والإساءة من الآخرين، والإهمال المتعمد، إلى جانب عدم الثقة في الاخرين

والحذر الدائم، وبالتالي فإنهم قد يطورون أنماطاً من الأفكار الوسواسية التي تتعلق بالعلاقات مع الآخرين.

كما ارتبط مخطط الهجر/عدم الاستقرار بالوساوس والأفعال القهرية أيضاً وهو يشير إلى الشعور بعدم الاستقرار في علاقة الشخص بالآخرين وتوقع ابتعادهم بالموت والهجر، وفقد الشعور بالحماية والدعم والقرب، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة Haaland, et al., (2011); Kizilagac and Ceri (2019); Voderholzer et al., (2014)، فالهجر وعدم الاستقرار والذي ينشأ عن الحرمان العاطفي والإساءة وعدم إشباع الحاجة للتعلق الآمن والتقبل من قبل الآخرين يؤدي إلى الخوف المستمر من الهجر وابتعاد الآخرين وعدم الحصول على الدعم والقبول منهم. هذه المخاوف المستمرة الناتجة عن نشاط هذا المخطط وعدم السيطرة على الوساوس ذات الصلة يجعل الشخص عرضة لتطوير اضطراب الوساوس والأفعال القهرية وخاصة فيما يتعلق بالحاجة إلى التقرب من الآخرين والتحكم في العلاقات التي يكون طرفاً فيها خوفاً من الهجر.

ثبت أيضاً وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مخطط العيب والدرجة الكلية للوساوس والأفعال القهرية وخاصة أبعاد اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية والاندفاعات القهرية، وهو ما يمكن عزوه إلى الشعور بالخزي بسبب وجود الأفكار الوسواسية وعدم القدرة على التحكم. وطبقاً لـ (Veale, et al., 2009) يرجع هذا الارتباط إلى شيوع بعض الأفكار والوساوس التي تراود الشخص والتي تتعلق بالدين والجنس أو الأفكار غير المقبولة التي لا تتفق مع القيم الأخلاقية للشخص، إلى جانب عدم القدرة على السيطرة على الأفكار أو اتخاذ القرارات. فالمعنى الذي تعنيه الفكرة الوسواسية للفرد، بالإضافة إلى موضوع الوسواس القهري هما من بين الميكانزمات التي تكمن خلف تلك الوساوس وترتبط بالمعتقدات السلبية عن الذات (Moulding, Aardema, & O'Connor, 2014).

أما في مجال "ضعف القيود والحدود"، فإن ارتباط مخطط عدم القدرة على ضبط الذات بالوساوس والأفعال القهرية يتفق مع خصائص مرضى الوسواس القهري التي تتمثل في صعوبة التحكم في الذات. تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة Voderholzer et al., (2014)، ودراسة نجيب وهاشم (٢٠٢١) في البيئة المصرية، فالعجز عن ضبط الذات يشير إلى تجنب المسئوليات والضغوط وصعوبة التحكم في الذات والانفعالات ويبدو ذلك في

سلوكيات مرضى الوسواس القهري، وخاصة فيما يتعلق بالتحريضات والاندفاعات، ويدفع بدوره إلى مزيد من كف الانفعالات والتجنب. كما أوضحت نتائج الدراسة الحالية أن مخطط التعلق/هدم الذات من بين المخططات المنبئة بالوساوس القهرية، وقد أشارت نتائج دراسة Kim et al., (2014) إلى أن المتغيرات المنبئة كانت القابلية للأذى/المرض والتعلق/هدم الذات حيث كان هذين المخططين منبئين ببعد الجنس/الدين. وقد أشارت بعض الدراسات إلى نتائج مشابهة(Kizilagac and Ceri, 2019; Voderholzer, et al., 2014) ، حيث يتضمن هذا المخطط اللاتكيفي الشعور بنقص الاستقلالية والثقة في الذات وفي قدرة الشخص على مواجهة المشكلات والأخطار التي قد يتعرض لها، وبالتالي يؤدي إلى زيادة نشاط الأفكار الوسواسية.

كان مخطط التعلق/هدم الذات منبئاً أيضاً بالوساوس والأفعال القهرية، ويتفق ذلك مع نتيجة دراسة (Baz & Özkorumak Karagüzel ,2022)، فيما عدا عدم ارتباط البُعد الخاص بالتحريضات والانزعاج من الاندفاعات الحركية. ينشأ هذا المخطط اللاتكيفي عن التوحد مع الآخرين وعدم وضوح الحدود ويشير إلى صعوبة استقلال الشخص بهويته عن الآخرين من الوالدين أو مقدمي الرعاية. ويترتب على نشاط هذا المخطط صعوبة الأداء والمنافسة دون وجود ودعم الآخرين للشعور بالطمأنينة. يتضح ذلك في سيطرة الوساوس القهرية المتعلقة بالسيطرة على الأفكار والخطر وسلوكيات المراجعة والتحقق، والحاجة إلى وجود الآخرين لمشاركة الشخص مسئولية إدارة المواقف المحيطة والتحكم فيها.

وفي مجال "التوجه نحو الآخرين" ارتبطت مخططات الخضوع/الإذعان، والتضحية بالذات بالوساوس والأفعال القهرية، ويتفق ذلك مع ما أشار إليه Kizilagac and Ceri (2019; Sunde et al., 2019). يتضمن محتوى هذه المخططات اعتقاد الشخص بأن مشاعر الآخرين أكثر أهمية من مشاعره وانفعالاته، والحاجة إلى الخضوع/الإذعان للآخرين وكبت الرغبات لإرضاء الآخرين والحصول على القبول بما يدعم الوساوس المتعلقة بنقص الثقة والقابلية للأذى/المرض والهجر/عدم الاستقرار. كما تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة Yoosefi et al., (2016) والتي أشارت إلى ارتباط جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية بأبعاد النسخة المستخدمة من اختبار "بادو"، حيث كان الارتباط دالاً بين مخطط الاستحقاق

والدرجة الكلية وأربعة من أبعاد الاختبار باعتباره واحداً من المخططات المعرفية اللاتكيفية المميزة لاضطراب الوساوس والأفعال القهرية إلى جانب مخططي العيب والتضحية بالذات.

وفي مجال "الحذر الزائد والكف"، ارتبطت مخططات الكبت الانفعالي وصرامة المعايير ارتباطاً دالاً إحصائياً بالوساوس والأفعال القهرية، ويتفق ذلك مع طبيعة الاضطراب التي تتضمن التدقيق الزائد والتحكم والقلق، والذي يعد سمة أساسية لدى من يعانون من الوساوس والأفعال القهرية والقلق (Thiel et al., 2014; Williams et al., 2013) كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن مخطط صرامة المعايير من المخططات الرئيسية في اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ومن بينها دراسة سارة نجيب ودعاء هاشم (٢٠٢١) ، (Akbaş, 2021; Baz and Özkorumak Karagüzel 2022; Tenore, Mancini and Basile, 2018) كما أن الخوف من فقد السيطرة والتحكم في السلوك والاندفاعات خاصة يرتبطان بمحتوى الوساوس يرتبط بالحذر الزائد والقلق (Gagné & Radomsky, 2020). وينشأ مخطط الكبت الانفعالي عن التنشئة الأسرية الصارمة والعقاب وعدم تقبل الخطأ، وكذلك عن حاجة الشخص إلى تحقيق الكمالية وتجنب الأخطاء وبالتالي يؤدي إلى الخوف المستمر من التلقائية أو التعبير عن الحاجات والانفعالات، وهذا يبدو جلياً في الأشخاص الذين يعانون من الوساوس والأفعال القهرية حيث يلجؤون إلى التجنب وقمع انفعالاتهم بدلاً من استخدام استراتيجيات المواجهة التكيفية (Paul et al., 2016)، مما يترتب عليه آثاراً سلبية متمثلة في زيادة الشعور بالكرب وزيادة حدة ونشاط الأفكار الوسواسية والقلق (Najmi et al.,2009).

يتضح مما سبق تحقق صحة فروض الدراسة السيكومترية، وقد تم تفسير النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وفيما يلي يعرض الباحثان لنتائج الدراسة الاكلينيكية:

ثانياً: نتائج الدراسة الاكلينيكية:

ينص الفرض الخاص بالدراسة الاكلينيكية على أنه "تكشف الدراسة الاكلينيكية من خلال المقابلة الشخصية واختبار تفهم الموضوع T.A.T لأفراد عينة الدراسة مرتفعي الدرجات في الوساوس والأفعال القهرية عن وجود مخططات معرفية لاتكيفية وديناميات نفسية مميزة لهم".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام بعض بطاقات اختبار تفهم الموضوع "تات" T.A.T الإسقاطي، وفيما يلي يستعرض الباحثان للدراسة الاكلينيكية والتي تم تطبيقها على حالتين من مرتفعي الدرجات على اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية. وقد اعتمد الباحثان على إجراء مقابلة مع الحالتين، ثم تم عرض سبع بطاقات من اختبار تفهم الموضوع T.A.T، وهي: 3GF ، 6GF ، 8GF ، 9GF ، ١ (عامة) ، ٢ (عامة)، ١٩ (عامة). يتضح من الجدول التالي طبيعة البطاقات السبع المختارة من اختبار تفهم الموضوع T.A.T للدراسة الحالية ومبررات اختيار تلك البطاقات:

جدول (٧)
دلالات التفسير الاكلينيكي لبطاقات اختبار تفهم الموضوع في الدراسة الحالية

رمز البطاقة	دلالة التفسير الاكلينيكي للبطاقة
3GF للنساء والفتيات	تكشف البطاقة عن بعض الاضطرابات الانفعالية كاليأس والاكتئاب والقلق. كما أنها تكشف عن طبيعة المشكلات التي تواجهها الحالة (فهمي، ١٩٦٧). وتظهر من خلالها ميكانزمات الشخص الدفاعية مثل الكبت الانفعالي. كما تكشف عن حساسية الشخص للنقد؛ وجميعها تمثل مثيرات للشعور بالذنب، والذي يستثير بدوره أعراض الوساوس والأفعال القهرية، وربما نستدل منها على بعض المخططات المعرفية اللاتكيفية للحالة مثل: الحرمان العاطفي والعيب/ الخجل والعزلة الاجتماعية/ الاغتراب.
6GF للنساء والفتيات	تكشف البطاقة عن العلاقة بين الابناء والوالدين خاصة الأب، وقد تشير إلى طريقة إدارة الحوار بين الجنسين، والجنسية الغيرية والشك، بالإضافة إلى أنها تكشف عن ميكانزم الإسقاط المعكوس الذي يجمع بين الكره والحب المتجه من المرأة إلى الرجل أو العكس. ونستدل من خلال هذا الميكانزم على تشويه الإدراك (ليوبولد، ٢٠١٢). ومن بين المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من هذه البطاقة: التعلق بالآخرين/ عدم النضج الذاتي، الجدارة/ العظمة، عدم كفاية ضبط الذات/ التنظيم الذاتي، التوجه نحو الآخرين، الحذر الزائد والكبت.
8GF للنساء والفتيات	تكشف البطاقة عن مشكلات الحياة اليومية وضغوط الحياة ومصادرها واستراتيجيات التعامل معها (عباس، ٢٠٠١)، وتُظهر أيضاً سلوك مراقبة الدوافع والتخيلات المرضية ويقظة الضمير. ومن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من هذه البطاقة السلبية/ التشاؤم، التضحية بالذات الخضوع أو الإذعان التعلق، بالآخرين/ عدم النضج الذاتي ونشاط مخططي الهجر وعدم الثقة.
9GF للنساء والفتيات	تكشف البطاقة عن العلاقات الاجتماعية بين النساء والتنافس على الرجال وكذلك الاتجاهات العدائية بين البنات والأم (عباس، ٢٠٠١) ومن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من هذه البطاقة: ضعف القيود أو الحدود، التعلق بالآخرين/ عدم النضج الذاتي، الحرمان العاطفي.
١ (عامة)	تكشف عن العلاقة بالوالدين وإظهار نمط التنشئة الوالدية (متسلط، متساهل..) كما تكشف عن الصراع بين الاستقلالية، والامتثال، والشعور بالذنب، والإنجاز. كما تظهر الرموز الجنسية والاستمناء (اللعب على الكمان)، كما تكشف عن العدوان وصورة الجسم أو صورة الذات بشكل عام وقد تكشف عن أعراض الوساوس والأفعال القهرية (ليوبولد، ٢٠١٢). كما تظهر الحاجة للنجاح سواء في الخيال أو الواقع (فهمي، ١٩٦٧) وتُظهر البطاقة بعض الميكانزمات الدفاعية مثل الإسقاط. ومن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من الاستجابة على هذه البطاقة: القابلية للأذى والعزلة الاجتماعية، والتشاؤم وعدم النضج الذاتي.
٢(عامة)	تكشف البطاقة عن نظرة المفحوص للبيئة الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها ومدى تقبله لأدوار الأسرة، كما تكشف عن محاولات التوحد مع الشخصيات الموجودة في اللوحة (عباس، ٢٠٠١) ومن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من الاستجابة على هذه البطاقة: ضعف القيود أو الحدود؛ خاصة فيما يتعلق بالاستعلاء وعدم قدرة الشخص على المشاركة في علاقات تبادلية، أو أن له خصوصية وأن حريته مقيدة بسبب الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.
١٩ (عامة)	تكشف عن حاجة المفحوص للشعور بالأمن والأسلوب الذي يستخدمه لمواجهة الظروف والمشكلات وتوقعات الشر والخير خاصة ما يرتبط بها بالشعور بالذنب (فهمي، ١٩٦٧) بالإضافة إلى سرعة الغضب وعدم التسامح وعدم الصبر. ومن المخططات المعرفية اللاتكيفية التي نستدل عليها من الاستجابة على هذه البطاقة: الحذر الزائد والكبت خاصة ما يتعلق بالسلبية/ التشاؤم، والكبت الانفعالي والعقابية.

يتضح من الجدول السابق طبيعة ودلالات ومبررات اختيار بطاقات اختبار تفهم الموضوع لأغراض الدراسة الحالية.

وفيما يلي عرض النتائج من خلال استعراض درجات كل حالة على اختبار "بادو" وعلى مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية ، ثم عرض استجابات كل حالة على بطاقات اختبار تفهم الموضوع، وتفسير الاستجابات ثم التعقيب على الاستجابات وأخيراً مقارنة نتائج الدراستين السيكومترية والاكلينيكية.

الحالة الأولى (ر. ش)

أولاً: بيانات الحالة الأولى وخصائصها في ضوء استمارة المقابلة الشخصية:

- طالبة بالدبلوم المهني تبلغ من ٢٢ عاماً
- الوالدين: يعمل الأب في شركة وتعليمه متوسط ومن سماته الشخصية الالتزام والحزم وحالته الصحية جيدة. أما الأم فهي تعاني من بعض المشكلات الصحية وتعليمها متوسط وتعمل موظفة إدارية في مدرسة ومن صفاتها الالتزام الديني.
- الإخوة: لها من الإخوة (اثنان من الذكور واثنتان من الإناث) ويأتي ترتيبها الخامس بين إخوتها. وتذكر أن مشاكل إخوتها فيما بينهم أو مع الأسرة أو معها لا تنتهي.
- أسلوب التربية: تذكر الحالة أنها تعرضت للعقاب في طفولتها من الأم بسبب كذبها؛ رغم ذكرها أنها أكثر ارتباطًا بالأم من الأب.
- تقيم الحالة مع عمتها رغم وجود الوالدين بسبب تقديم المساعدة إلى عمتها – وقت الحاجة – وقد ذكرت أن ثمة مشكلات كثيرة تحدث بينها وبين عمتها بسبب اختلافهم في قضايا كثيرة ومنها ما يتعلق بسلوكياتها، وقد بررت وجود هذه المشكلات نظراً لفارق السن والاختلافات الثقافية.
- وتذكر أيضًا أنها كانت منطوية جداً في طفولتها؛ وقد حاولت عند الكبر أن تكون موضع اهتمام الآخرين وأن تندمج معهم حتى تخفف من شعورها بالخجل والعزلة الاجتماعية، حتى أنها كانت تلجأ إلى الكذب واختراع القصص رغبة منها في شد انتباه الآخرين لها، إلا أنها لم تُحقق النجاح المطلوب في هذا المجال.

- تعرضت الحالة إلى حادثة في صغرها مما جعلها تخاف أن تعيش بمفردها أو تنام في مكان خاص بها، وهذا ما جعلها تفضل أن تنام مع أمها في طفولتها. ومن عاداتها أنها تتناول الطعام وحدها ولابد ان يكون الطعام موضوع بنظام وشكله جذاب، وهي تتناول الطعام بسرعة شديدة وبنظام محدد صارم في كل مرة، وقد عبرت عن أن مشكلتها تكمن في عدم التحكم في الغضب والتوتر بشكل عام، وتذكر أنها الآن تبذل جهداً في تقبل ذاتها. رغم استمرار تأكيدها أن مصادر شعورها بالضعف هو أمها وأسرتها بشكل عام، كما ذكرت ان مزاجها يضطرب من وقت لآخر وأنها تعاني من الكوابيس وتحلم بموضوعات غير منطقية.
- تذكر الحالة أيضًا أن وقعت في أخطاء كثيرة في الماضي، لكن عند كبرها زاد استبصارها بها وقد بذلت مجهودًا في ضبط نفسها حتى لا تكررها. وذكرت أنها تخطط لمستقبلها بطريقة أفضل وأنها تمتلك انفعالات متضاربة نحو المستقبل بين التفاؤل والتشاؤم ويعزز ذلك مشكلات أخوتها التي لا تنتهي ومشكلات الناس من حولها.

ثانياً: ملاحظات عامة على الحالة الأولى أثناء استجابتها عن أسئلة المقابلة:

- الاهتمام بالإجابة عن الأسئلة بحرية تامة ورغبة في إنجاز ذلك.
- القلق بسبب الوقت حيث ذكرت أنها مرتبطة بموعد آخر – مما جعلها تكتب بسرعة لإنهاء المطلوب.
- كانت يديها ترتجف أثناء الكتابة.

ثالثاً: استجابات الحالة الأدوات على الأدوات السيكومترية المستخدمة في الدراسة:

يتضمن الجدول التالي درجات الحالة الأولى على أدوات الدراسة كما يلي:

جدول (٨)

درجات الحالة الأولى على الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار "بادو" ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية

أبعاد اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية	درجات الحالة	متوسط درجة البعد	مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية	درجات الحالة	مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية	درجات الحالة
اضطراب السيطرة على الانشطة العقلية	٥٥	٣٤	الحرمان العاطفي	١٦	التعلق/ هدم الذات	١٣
الوساوس التلوثية	٣٣	٢٢	الهجر/ عدم الاستقرار	*٢٤	الخضوع/الإذعان	*٢١
سلوكيات المراجعة القهرية	٣٥	١٦	عدم الثقة/الإساءة	*٢٥	التضحية بالذات	*٢١
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات	١٦	١٤	العزلة الاجتماعية	١٧	الكبت الانفعالي	*٢٢
وساوس غير مصنفة	٤٨	٣٤	العيب	١٥	صرامة المعايير	*٢٥
الدرجة الكلية للوساوس	١٨٧	١٣٠	الفشل	*٢٤	الاستحقاق	*٢٣
			الاتكالية/ الاعتماد	١٥	العجز عن ضبط الذات	*٢٤
			القابلية للأذى/ المرض	*١٨	الدرجة الكلية للمخططات	٣٠٣

* درجة مرتفعة > ١٧,٥ وهو متوسط الدرجات لكل بُعد من أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية.

يتضح من الجدول السابق أن درجات الحالة على كافة أبعاد اختبار الوساوس والأفعال القهرية والدرجة الكلية كانت مرتفعة، وبشكل خاص اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية، سلوكيات المراجعة القهرية، الوساوس التلوثية والتحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية. كذلك كانت درجاتها مرتفعة على مخططات (الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/الإساءة، الفشل، القابلية للأذى/المرض، الخضوع والإذعان، التضحية بالذات، الكبت الانفعالي، صرامة المعايير. الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات).

تشير استجابات الحالة أنها ينقصها خبرة التعامل مع الآخرين، الخوف من ترك الآخرين لها، الخوف من غدر الآخرين، الشك في نوايا الآخرين، صعوبة التوافق، مراقبة الدوافع الخفية للآخرين. بالإضافة إلى ذلك فإن لديها شعور بعدم الثقة فيما تقوم به، صعوبة الهروب من الشعور السلبي، توترات توهم المرض، صعوبة الاستقلال إلى جانب الانشغال

بالناس. وتعاني الحالة من صعوبة التحكم في الوقت لدرجة وصفها بالتبلد، رفض معتقدات وقواعد الآخرين، صعوبة إكمال المهام اليومية، وعدم القدرة على الالتزام.

رابعاً: استجابة الحالة الأولى على بطاقات اختبار تفهم الموضوع .T.A.T وتفسيرها:

البطاقة 3 GF

استجابة الحالة على البطاقة

"شايفة واحدة زعلانة وعايزة تخرج وأهلها بيتكلموا عنها وحش وبيظلموها".

"وساعات الموقف ده لما أسمع خبر وحش وزعلت عليه وأنا مبحبش أعيط قدام حد أو يحس بيا".

تفسير الاستجابة

يُلاحظ أن وصف الحالة لمحتوى الصورة كان إيجابيًا وواضحاً، ومع ذلك قد وصفت نفسها من خلال الاستجابة على اللوحة في علاقتها بالآخرين وأنها محل نقد مستمر منهم، وما يؤكد ذلك استجاباتها على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية حيث وصفت خوفها من الآخرين ومن غدرهم وهذا ما جعلها تخاف من نواياهم وتحرص على مراقبة دوافعهم. كما أن ملاحظة الحالة وهي تجيب عن البطاقة تبين أن يداها كانتا ترتعشان، وهذا يمثل نوع من أنواع الكف عن الحديث الذي جعلها تشعر بالذنب وما دفع الناس أن "يتكلموا عنها بشكل وحش" (كما ذكرت). يظهر الكبت الانفعالي أيضاً في الجملة "مبحبش أعيط قدام حد أو يحس بيا". وقد ختمت الاستجابة على القصة بشكل واقعي وبدأت الحديث عن نفسها وكأنها بطلة القصة (تقمص)، حيث وصفت سلوكها في الحياة اليومية بقولها "ساعات الموقف ده لما أسمع خبر وحش وزعلت عليه وأنا مبحبش أعيط قدام حد أو يحس بيا". يظهر هنا نشاط للمخططات في مجال الانفصال والرفض بما يتضمنه من الشعور بعدم الإشباع والإساءة من الآخرين وأيضاً الشعور بالقابلية للتعرض للأذى "لما أسمع خبر وحش" بالإضافة إلى مخططات العزلة الاجتماعية والعيب.

البطاقة 6GF

استجابة الحالة على البطاقة

"هاجس في دماغ الإنسان في أي حته وأنا قاعدة على كرسي الاعتراف وبحاول أني أتخلص من الوسوسة اللي جوايا وبقول هعمل إيه وأبعد عن الناس ازاي وبسرح بخيالي لدرجة إن شايفة أفكاري شخص قدامي وبيسيطر عليا وبيأثر على حياتي وبيعطل تفكيري".

تفسير الاستجابة

تشير استجابة الحالة إلى حالة اندماج كلي للبطلة في القصة لتعبر عن الدفاعات الرئيسة التي جعلتها مريضة وساوس وأفعال قهرية كما يظهر في قولها "هاجس في دماغ الإنسان"، "يسيطر عليّ" "وبيأثر على حياتي وبيعطل تفكيري". كما أن سلوك مراقبة الدوافع الخفية للآخرين التي عبرت عنه في استجاباتها على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية هو من أهم السلوكيات التي يتم تشخيص مريض الوساوس والأفعال القهرية به. كما تشير استجابة الحالة على البطاقة إلى حدة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير وبالتالي أقامت لنفسها محكمة يرأسها الضمير ثم يصدر عليها حكماً بالعقاب لعله يخلصها من تأنيب الضمير، ويظهر ذلك في قولها "لا أنا قاعدة على كرسي الاعتراف وبحاول أتخلص من الوسوسة اللي جوايا وبقول هعمل ايه وأبعد عن الناس ازاي". كما يسيطر على الحالة خيال مرضي جعلها تتخيل الرجل في الصورة وكأنه مجموعة أفكار مجسدة في رجل كما في قولها "لا وبسرح بخيالي لدرجة إن شايفة أفكاري شخص قدامي". وهذا النمط من الاستجابة ربما يعكس صراعات من الماضي مرتبطة بفعل ذنب طرفه رجل؛ لكن فلسفة الحالة والتي جعلتها تصور الرجل على أنه مجموعة أفكار يمثل التجريد الفكري والتخيل المرضي الذي يميز مريض الوساوس والأفعال القهرية عن غيره.

يُلاحظ هنا ظهور الوساوس المتمثلة في اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية وعدم القدرة على التحكم في الأفكار لدرجة تسميتها "هاجس" والاسترسال فيها دون القدرة على التوقف. ويظهر فيها نشاط مخططات القابلية للأذى والعجز عن ضبط الذات والفشل.

البطاقة 8GF

استجابة الحالة على البطاقة

"واحدة بتفكر في مستقبلها وبتسرح كتير مين هيقف جنبنا ومين هيساعدنا، محدش بقى يقف جنب حد وبتفكر ازاي تتجنب أي مشكلة".

تفسير الاستجابة

"بتفكر وبتسرح كتير" جملة تشير إلى التفكير المتواصل والمستمر والذي يميز مريض الوساوس، كما أن استجابة الحالة على البطاقة تشير إلى حالتها في الوقت الحاضر والأوقات الحالية والمستقبلية كما تظهر في قولها: "محدش بقى يقف جنب حد". كما يؤيد هذا التفسير ما صرحت به الحالة في استجاباتها على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية حيث ذكرت في الاستجابة على المفردات أنها لاتخاف من ترك الآخرين لها، بل تخاف من غدر الآخرين، حيث أن لديها شك في نوايا الآخرين، وهو ما يعكس نشاط مخططات الهجر وعدم الثقة/الإساءة.

البطاقة 9GF

استجابة الحالة على البطاقة

"أم بتابع بنتها وحركتها وبتفسحها وبتخرجها وبتقولها خوضي التجربة ومن غير متسيبها، وبتحاول تنصحها إنها تحافظ على نفسها".

تفسير الاستجابة

تكشف استجابة الحالة على البطاقة عن الاتجاهات المختلفة نحو المرأة فرغم أن الحالة وصفت الأم أثناء المقابلة بالاحترام والالتزام، إلا أنها تعطي نصائح لابنتها بأن تخوض التجربة مع الحفاظ على نفسها. ورغم أن الحالة لم تهتم بوصف الفتاة التي تتلقى النصائح حيث إنها تظهر في البطاقة بملابس شفافة وتبدو أجزاء من جسمها عارية وأنها هاربة إلى مكان ما، وهذا التوجه في التفسير يعكس ما يلي:

الصراع الثقافي بين الأم والابنة حول طرق امتلاك الرجل.

لأن الأم - كما تبين من المقابلة – حاصلة على دبلوم تجارة، وتعاني من مشاكل صحية، لذلك قامت الحالة بلعب الدورين، دور الأم التي تقدم النصائح ودور الابنة التي قررت أن تخوض التجربة، مع الإبقاء على الصراع الثقافي الخاص بكل دور.

ماهي التجربة؟ ذكرت الحالة من خلال استجاباتها أثناء المقابلة أنها ليس لديها رغبة في التجارب الجنسية، ومع ذلك فقد صرّحت في موضوع آخر – أثناء المقابلة – أنها مؤخرًا تمكنت من فهم شخصيتها وإدراك جوانب قوتها وضعفها مما يشير إلى استخدام ميكانزم الإنكار لتجارب سابقة سببت لها الشعور بالذنب والذي يعتبر البوابة الأكيدة للوساوس والأفعال القهرية.

قد يشير تفسير الحالة للصورة أيضاً إلى أنها كانت تتمنى لو أن الأم قد قدمت النصح لها مع تقديم الدعم والمساندة، فقد تكون الحالة قد تعرضت لمواقف شعرت فيها بتخلي الأم وعدم توجيهها بشكل متفهم، مما جعلها تحيد عن السلوك الصحيح الذي كان ينبغي القيام به وأدى إلى شعورها بالتخلي وعدم الأمان، وهو ما يعكس مخططات عدم الثقة والحرمان العاطفي وضعف القيود الاجتماعية والاخلاقية في بعض الأحيان.

البطاقة (١) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"ولد من كتر المشاكل اللي بيسمعها بعد عن الناس واستكفى باللي عنده مش عايز يعرف حاجة عن أي حاجة – زي ما تيجي تيجي – زهق من المشاكل والحاجات والأفكار اللي بتحصله وبتجيله – مش عايز مشاكله تزيد – متشائم ومش قادر يبطل تفكير عن أي حاجة سيئة بتحصله".

تفسير الاستجابة

تقمصت الحالة شخصية الولد – كما تظهر في البطاقة – واستخدمت ميكانزم الإسقاط لتلخص به البناء النفسي لها، فهي تعيش صراعات وحيرة وشعور بالعزلة – وقد عبرت عن الشعور بالعزلة بشكل مباشر أثناء المقابلة

حيث إنها ذكرت أسباب العزلة بأنها تعيش مع عمتها المتقدمة في السن دون تفاعل بينهما لدرجة أن وجودهما معًا في مكان واحد هو وجود جسدي وليس نفسي، لذلك شكّلت فلسفتها في الحياة من خلال وضع معايير لنفسها تنظم بها حياتها وقد لخصتها في جمل تحمل معاني محددة وهي:

"كفاية ما عندي يكفي لا أحتاج زيادة مشاكل"، "لا أرغب معرفة أي شيء عن أي شيء"، "أشعر بالتشاؤم"، "أنا دائمة التفكير في أي حاجة سيئة تحدث لي".

في مجال الوساوس والأفعال القهرية تشير استجابات الحالة إلى نقص المقاومة فمع مرور الوقت والفشل المتكرر والاستسلام للعزلة تضعف المقاومة لدى مريض الوساوس، كما أن سلوك رفض الآخرين والتزمت والشك الذاتي من أهم السمات التي تميز مريض الوساوس والأفعال القهرية، خاصة في السيطرة على الأنشطة العقلية. وفي مجال المخططات تبدو مخططات العزلة الاجتماعية، التشاؤم، القابلية للأذى والإساءة أكثر نشاطاً في الاستجابة على هذه البطاقة.

البطاقة (٢) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"واحدة بتبص على حياة غيرها وبتركز على تفاصيل غيرها وتشوف إيه اللي مش عارفاه ومش عارفة تعمله والناس التانية عاملاه".

"مش عارفة تبدأ منين عشان تبقى زيهم".

"تراقب الناس من بعيد".

"مش لاقية حد يشجعها".

"واقفة جنبه لمجرد المساندة".

تفسير الاستجابة

استجابة الحالة على البطاقة هي استجابة رمزية تشير إلى عدم الرضا عن ذاتها وعدم الرضا عن أمها، وقد ارتبط بذلك اضطرابات في العلاقات الاجتماعية (حيث سادت العزلة) وأيضا الاضطرابات في العلاقات الأسرية تقول (واقفة جنبه لمجرد المساندة)، كما أنها أهملت الحديث عن الرجل في البطاقة لتشير بذلك إلى ميكانزم "الإنكار" لدور الأب في حياتها أو ميكانزم الكبت إذا كانت تعرضت لإيذاء جسدي أو نفسي منه، خاصة أنها وصفته أثناء المقابلة بالحزم. واستخدام الميكانزمين معًا (الإنكار والكبت) يشير إلى أن الحالة غير راضية عن ذاتها وعن أسرتها.

المخططات النشطة هنا هي الفشل والاعتمادية والعجز عن ضبط الذات، حيث تبدو الحالة في حاجة إلى التوجيه من الآخرين والاعتماد عليهم، فهي غير قادرة على اتخاذ القرارات فيما يتعلق بمستقبلها وما يجب عليها القيام به. تبدو أيضاً مخططات الفشل والاستحقاق واضحة في هذه الاستجابة، حيث تشعر الحالة بالفشل في إدارة حياتها، وتفترض ضرورة وجود شخص للقيام بهذا الدور.

البطاقة (١٩) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"بيت مولع نار من كتر المشاكل والخلافات والخناقات والبلاوي اللي بتحصل فيه مفيش حاجة بتهدي البيت. المشاكل كتيرة والخوف أكتر والبيت مولع مبينطفيش".

تفسير الاستجابة

هنا تم التقاء الوقائع، حيث تشير جميع الدلالات إلى اضطرابات العلاقات الأسرية بكافة صورها (المشكلات، الخلافات، الخناقات، البلاوي) ومع استمرار هذه الاضطرابات تصدّع البيت وازداد معه الشعور بالخوف. ورغم انتقال الحالة للعيش في منزل عمتها إلا أن المشاكل بينهما كانت شديدة ومتكررة وقد عللت الحالة ذلك أثناء المقابلة بأن السبب إفراطها في الحساسية مع أنها ذكرت أنها تعودت على ذلك وارتضت العزلة سلوكاً تتجنب به الناس والأحداث، وترتب على ذلك – كما يدل على ذلك استجاباتها على مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية - أن الحالة تعاني من توهم المرض وأن تحكمها في ذاتها ضعيف. كما أنها تجد صعوبة في إكمال مهام الحياة اليومية وعدم القدرة على الالتزام بأي شيء، وهذه الوقائع مجتمعة ونتائجها تشكل بيئة مناسبة وسمات

شخصية مهيأة للوساوس والأفعال القهرية. يلاحظ أن المخططات الأكثر تنشيطاً هي التشاؤم والقابلية للأذى والمرض، وكذلك العجز عن ضبط الذات وتوقع الإساءة.

خامساً: التعقيب على استجابة الحالة الأولى على اختبار تفهم الموضوع "تات" T.A.T:

١. من حيث تقييم الذات: تشعر الحالة بالذنب وتأنيب الضمير وهي غير راضية عن ذاتها وتشعر بالفشل في إدارة شئون حياتها.
٢. من حيث إشباع الحاجات: لم تشبع حاجاتها بشكل كاف خاصة الحاجة للأمان والحاجة للحب (أن تُحِب وتحصل على الحب من الآخرين).
٣. من حيث الدوافع: تنشغل تمامًا بمراقبة دوافع الآخرين تجاهها من خلال سلوكياتهم في المواقف المختلفة، خاصة وأنها لا تثق في الأغلبية منهم وتتوقع منهم الشر.
٤. من حيث التخيلات المرضية –تتخيل نفسها شخصية أخرى أو جنس مخالف لكي تشبع حاجاتها التي لم تشبعها في الواقع.
٥. من حيث نوع التفكير: تميل إلى التفكير التجريدي –الأكثر تعقيدًا– على عكس التفكير الملموس –الأقل تعقيدًا– وهذا التفكير التجريدي يسمح لها أن تفكر في أشياء غير موجودة في الزمان أو المكان ومنها أنها تتخيل نفسها شخصية أخرى أو جنس مخالف أو تأتي بحلول غير واقعية لمشكلاتها، وهذا التوجه في التفكير يُعد عرضاً واضحاً من أعراض الوساوس والأفعال القهرية.
٦. من حيث الميكانزمات الدفاعية: استخدمت الحالة ميكانزمات الكبت الانفعالي، الإسقاط، والإنكار، وهذه الميكانزمات شائعة لدى مرضى الوساوس والأفعال القهرية، ومن ناحية أخرى تعتبر دليلًا على عدم تقبل الذات.
٧. من حيث القيود والالتزام: كانت استجاباتها تشير إلى التأرجح بين المحافظة والتحرر، وكانت تعبر عن كل اتجاه وهي تتقمص الشخصية التي تناسب الاتجاه، ومن هذه الثنائيات تقمص شخصية الأم (المحافظة) ثم شخصية الفتاة التي ترغب في إقامة علاقات جنسية (تحرر) وأيضاً الرغبة في تجريب إقامة علاقات عاطفية مع الخوف من نتائج التجريب. كما أن الحالة تعاني من الصراع الثقافي بين ما تعيشه وما تتمناه وهي ترى أن التغيير في حياتها وحياة أسرتها (الحِراك الاجتماعي) بطيء.

٨. من حيث المقاومة: تُعاني من ضعف المقاومة سواء للأفكار الوسواسية التي تسيطر عليها أو مقاومة التغيرات البيولوجية التي تمر بها.

٩. من حيث العلاقات الاجتماعية: كانت مضطربة كما ظهرت في سلوكيات العزلة الاجتماعية والقلق الاجتماعي والخوف من غدر الآخرين والخوف من العيب والاساءة منهم (ومحاولة الحصول على إعجاب وانتباه الآخرين)

١٠. تم الاستدلال على أهم المخططات المعرفية اللاتكيفية التي تميز الحالة وهي التصلب، الشك وعدم الثقة، توقع الاساءة، التضحية بالذات، الغضب، السلبية، العدوانية، الشعور بالذنب، قلق المسؤولية، صعوبة ضبط الذات، التعلق القلق خاصة مع الأم، الإفراط في الحساسية، توهم المرض، ضعف التحكم الداخلي.

الحالة الثانية (هـ أ)

أولاً: بيانات الحالة الثانية وخصائصها في ضوء استمارة المقابلة الشخصية:

- طالبة بالدبلوم المهني تبلغ من العمر ٢٤ عاماً.
- الوالدين: يعاني الأب من بعض المشكلات الصحية، وقد حصل على تعليم متوسط، وهو لا يعمل حاليا باستثناء العمل بالأرض كمزارع، ومن سماته التساهل. أما الأم فقد حصلت على تعليم متوسط، وهي لا تعمل. وتذكر الحالة أنها أكثر صراحة مع الأم رغم ميلها لحب الأب. وقد شاهدت مشاهد كثيرة شجار بين الوالدين.
- الإخوة: لها من الإخوة (واحد من الذكور واثنتان من الإناث) وهي أكبرهم سناً.
- أسلوب التربية: يجمع بين الشدة واللين، وقد ذكرت أنها تعرضت للعقاب أكثر من مرة.
- تعرضت في طفولتها لحوادث وكان أكثرها تأثيراً (إصابتها بسكين في عينها) وكسر بالرجل.
- امتنعت عن ذكر تجارب جنسية ثم صرّحت بها لاحقًا.
- تشير الحالة إلى أنها حاولت مساعدة شخص ما لكنه سبب لها المشاكل والتعب النفسي، وهي تحاول تجنب الأخطاء قدر الإمكان وتتعامل مع الناس بحذر شديد.
- تتناول الطعام أكثر من ثلاث مرات يومياً، ولكنها ذكرت أن وزنها في تناقص بسبب الشعور بالتعب النفسي.

- كما ذكرت أنها أداء غير منتظمة في العبادات وتوضح أنها تحاول قدر الإمكان الالتزام بها.

ثانياً: ملاحظات عامة على الحالة الثانية أثناء استجابتها عن أسئلة المقابلة:

- كان لدى الحالة مخاوف من الحضور وقد عرضت تساؤلات كثيرة عن سبب حضورها "هل أنا تعبانة؟ أنا والله كويسة، ممكن أكون جاوبت عن اللي جوايا لكن أنا مش تعبانة".
- كانت تشعر بالقلق في بداية جلسة المقابلة لكن كان وجهها بشوش وسعيدة بالمقابلة وخاصة عندما علمت طبيعة الجلسة والمقابلة وقالت "دي حاجة جديدة عليا ده اللي مخوفني".
- اندمجت فيما بعد بشكل جيد أثناء المقابلة الشخصية.
- رغم أن الحالة أعربت عن ضيقها من تعدد الأسئلة إلا أنها كانت تحاول إنجاز الأمر على أكمل وجه وقالت "أنا عايزة أساعدك".
- عند طرح سؤال عن التجارب الجنسية، أكدت أنه ليس لديها أية تجارب، لكن بعد إجراء محادثة مطولة معها قالت:"فيه بس أنا مبعرفش أكتب اللي جوايا"، ولم تُقدّم أية معلومات ذات أهمية حول هذا الجانب.
- كانت الحالة تستغرق وقتاً طويلاً عند التفكير للإجابة عن بعض الأسئلة في استمارة المقابلة الشخصية.
- عند الإجابة عن بعض الأسئلة توقفت الحالة عن الاستجابة وقالت: "أنا عايزة أتكلم مكتبش وخاصة في جوانب القوة والضعف في شخصيتي" وأضافت: "أنا شخصية ضعيفة جداً وصحابي والناس بيضحكوا عليا كتير لكن بصدقهم. مقدرش أكدبهم لأنهم بيحلفوا كتير وأنا نفسي أغير من نفسي".
- بالنسبة للسؤال حول طبيعة ومحتوى الأحلام: تقول الحالة: "دائماً بحلم بكابوس العقارب والتعابين وده بيأثر عليا جداً وعلى نفسيتي واليوم كله بيبقى وحش وده مستمر معايا من الثانوية العامة".
- تقول أيضًا:"ومن يوم وفاة عمتي هي بقالها شهرين لكن دائماً أحلم بالعنب الأبيض ومعاها في الحلم بقوم من الحلم جسمي وجعني جدا وزعلانة وتعبانة نفسيا قوي. أنا تعبت من الأحلام دي قوي ومبقتش عايزة أحلم".

ثالثاً: استجابات الحالة الثانية على الأدوات السيكومترية المستخدمة في الدراسة:

يتضمن الجدول (٩) درجات الحالة الثانية على أدوات الدراسة كما يلي:

جدول (٩)

درجات الحالة الثانية على الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار "بادو" ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية

أبعاد اختبار "بادو" للوساوس والأفعال القهرية	درجات الحالة	متوسط درجة البعد	مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية	درجات الحالة	مجالات المخططات المعرفية اللاتكيفية	درجات الحالة
اضطراب السيطرة على الانشطة العقلية	٤٩	٣٤	الحرمان العاطفي	١٤	التعلق/ هدم الذات	١٥
الوساوس التلوثية	٢٧	٢٢	الهجر/ عدم الاستقرار	٢٠*	الخضوع/الإذعان	١٨
سلوكيات المراجعة القهرية	٣٠	١٦	عدم الثقة/الإساءة	١٨*	التضحية بالذات	٢٤*
التحريضات والانزعاج من الاندفاعات	١٣	١٤	العزلة الاجتماعية	١٧	الكبت الانفعالي	٢٥*
وساوس غير مصنفة	٤٣	٣٤	العيب	١٥	صرامة المعايير	٢٣*
الدرجة الكلية للوساوس	١٦٢	١٣٠	الفشل	٢٢*	الاستحقاق	٢٣*
			الاتكالية/ الاعتماد	١١	العجز عن ضبط الذات	٢١*
			القابلية للأذى/ المرض	٢١*	الدرجة الكلية للمخططات	٣٨٧

* درجة مرتفعة > ١٧,٥ وهو متوسط الدرجات لكل بُعد من أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية.

يتضح من الجدول السابق أن درجات الحالة على كافة أبعاد اختبار الوساوس والأفعال القهرية والدرجة الكلية كانت مرتفعة، وكانت أكثر أعراض الوساوس والأفعال القهرية شيوعًا لدى الحالة بالترتيب هي اضطراب السيطرة على الانشطة العقلية، سلوكيات المراجعة القهرية، الوساوس التلوثية، التحريضات والانزعاج من الاندفاعات القهرية. كذلك كانت درجاتها مرتفعة على الأبعاد الخاصة بمخططات (الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/الإساءة، الفشل، القابلية للأذى/المرض، التضحية بالذات، الكبت الانفعالي، صرامة المعايير، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات)

تشير استجابات الحالة أنها تعاني من الخوف من ترك الناس لها وتهتم بالاستماع لشكاوى الآخرين، ومن الصعب عليها البوح عن مشاعرها بسهولة. بالإضافة إلى ذلك فهي تراقب الدوافع الخفية ولديها شك دائم في نوايا ودوافع الآخرين. تشعر الحالة بأن ذكاءها متوسط وأنه تنقصها الكفاءة في العمل والتعليم، وتشعر بمعوقات أمامها في إنجاز أي شيء. كما ينقصها التفكير السليم بالإضافة إلى أنها تعاني مشاعر الإحباط عند الإخفاق والفشل. وتعاني الحالة من القلق حول الجوانب الصحية، كما تعاني من الكمالية العصابية ومحاولة أن تكون الأفضل في كل شيء.

رابعاً: استجابة الحالة الثانية على بطاقات اختبار تفهم الموضوع .T.A.T وتفسيرها:

البطاقة 3GF

استجابة الحالة على البطاقة

"أنا شايفة نفسي قوي في الصورة دي وخاصة لما بكون زعلانة وحد بيزود عليا التعب أنا بقفل جامد منه وبقفل عليا الأوضة وبكون تعبانة ومش عايزة حد يكلمني لأنهم مش فاهمني ودماغي بتكون مفردة عن شخص بيتكلم معايا (يعني مع نفسي) بدون صوت تفكير بس ومبقدرش أعبر عن اللي جوايا بالكتابة للأسف وأثناء تعبي ده أنا بقعد أيام كدة لكن بحاول أعيش الأيام دي طبيعية وأعيش الواقع مع الناس وبضحك وبهزر لكن دماغي شغالة مبتوقفش".

تفسير الاستجابة

كانت استجابات الحالة على البطاقة محددة وواضحة، وتصف الذات بشكل واضح بأنها ذات متصلبة وقلقة، وتعكس القصة صراعات الحالة مع نفسها في ضوء الزمن (الماضي – الحاضر – المستقبل)، وأيضاً صراعات من حيث المصدر وهي صراعات مع الآخرين الذين يسببون لها المضايقات والعقبات.

وقول الحالة: " لكن دماغي شغالة مبتقفش" تعكس حالة مريض الوساوس والأفعال القهرية، حيث يعاني من اجترار للأفكار الوسواسية والتي يصاحبها القلق وبدوره لا ينخفض إلا في حالة القيام بالفعل القهري. وهذه الدورة تحدث في أغلب أوقات مريض الوساوس والأفعال القهرية. ويلاحظ هنا نشاط مخططات عدم الثقة وتوقع الإساءة، التضحية بالذات، والكبت الانفعالي متمثلاً في محاولة الظهور بحالة من الارتياح والبهجة وكبت التعبير عن مشاعر الحزن أو الغضب تجاه ما يفعله الآخرون ويسبب لها الأذى.

البطاقة 6GF

استجابة الحالة على البطاقة

"أنا شايفة الصورة دي لما صحابي يكونوا متخانقين معايا أو بابا متخانق معايا وخاصة بابا (بيحاول يبصلي وأنا زعلانة منه ويقولي بصي مبقدرش أبصله وبحاول أبص ليه لكن بلفت وجهي بسرعة لأن ملامح وجهي مش هتعجبه) لأني كنت في يوم من الأيام مضايقة وبصيت لبابا بصة حسيته زعل جامد لدرجة خاصمني أسبوع ومن يومها وأنا بحاول مبصلوش ولأي حد ممكن يزعل من تعابير وجهي وأنا مش حاسة إن تعابير وجهي وحشة".

تفسير الاستجابة

تعكس استجابات الحالة على البطاقة علاقتها مع الأب؛ وهي علاقة يسودها الود، وقد صرحت الحالة أثناء المقابلة ميلها الشديد تجاه الأب، وهي تتعاطف معه لأنه أكثر تساهلاً معها من الأم. وحرصها الشديد ألا تُغضب الأب حتى من خلال تعبيرات وجهها يعطي مؤشرات للجنسية الغيرية لكنها لم تصل إلى سلوكيات عقدة اليكترا بمفهومها المرضي. لكن الغواية التي تعرضت لها كما ذكرت أثناء المقابلة كانت من قِبل شخص خارج محيط الأسرة، وهذا يمثل مصدرًا للشعور بالذنب الذي يؤدي إلى قلق المسئولية تجاه ما حدث؛ وهو أحد السلوكيات التي تُميز مريض الوساوس والأفعال القهرية. أيضاً يلاحظ هنا نشاط مخططات العقابية والتضحية بالذات وتوقع

الإهمال والإساءة والهجر، وهي مخططات مميزة لمرضى الوساوس القهرية، وترتبط بأسلوب التنشئة الذي تميز لدى الحالة بالعقاب والصرامة والحرمان العاطفي.

البطاقة GF 8

استجابة الحالة على البطاقة

"شايفة نفسي قاعدة القاعدة دي لما في يوم صاحبتي كانت قريبة مني جدا جدا وفي الآخر بسبب شيء لا يذكر اتكلمت عليا وسبتلي مشكلة كبيرة. المشكلة في ثانوية عامة كنا كويسين قوي مع بعض لدرجة حبيتها جدا وفي يوم كانت عايزة ترتبط بشخص وأنا نصحتها بأنها مترتبطش بيه ولو ارتبطي بيه وحصلك مشكلة متجيش ليا تقوليلي انتي السبب مع إني نصحتك قبلها وبالفعل الشخص ده عمل لها مشكلة كبيرة جدا وبعد عنها مع إنها لما ارتبطت بيه مقالتليش وقالت لصحابي متقولوش لي وسابت كل نصايحي وبعد انفصالهم جاتلي وعاتبتني وقالت إنتي مش أحسن مني".

"وأنا قلت يعني أيه مش أحسن مني واتضح عشان تثبت إن أنا مش شاطرة وكنت بنصحها وأنا طلعت صح. بدأت تقول على أسرار كنت معرفاها بيها للناس وبهدلتني قوي حتى الآن، وده خلاني مش عايزة أقعد القعدة دي تاني فقررت مقولش أسراري لأي حد".

"وساعات الصورة دي بتمثلني قوى خاصة لما أتخانق مع أخواتي أو أسرتي".

تفسير الاستجابة

توحدت الحالة مع الصورة وبدأت تتحدث عن نفسها بأدوار مزدوجة عن استدعاء الذكريات فقامت بأداء دور الأنا المثالي بأن قدمت لصديقتها نصيحة بألا تقيم علاقة عاطفية مع شخص ما، ودور الأنا الواقعي حيث أقامت هي نفسها علاقة عاطفية مع أحد الأشخاص. ولإقناع نفسها بالدورين قامت بسرد القصة بينها وبين صديقتها ثم جعلت الانتصار في النهاية للأنا الأعلى (أنا طلعت صح) ومع هذا الانتصار المفتعل إلا أن حالتها المزاجية المضطربة جعلتها تكرر العزلة، والامتناع عن الحديث لأي شخص خاصة ما يتعلق بأسرارها.

البطاقة 9GF

استجابة الحالة على البطاقة

"شايفة واحدة مرقباني على كل صغيرة وكبيرة وأنا بعملها وبدور ورايا على كل حاجة. وليه الناس بتعمل كده أنا شايفة إن كل واحد له حياته، ليه بيدخلوا في حياتي أنا حرة في حياتي وده بيضاقني قوي".

ملحوظة- استغرقت الحالة وقتاً طويلاً في التفكير للتعبير عن محتوى هذه البطاقة من خلال قصة.

تفسير الاستجابة

تعكس استجابات الحالة اضطرابات في علاقتها مع الآخرين بسبب أن أغلبهم يوجه لها الشائعات والوشاية، لذلك تعتقد أنها تحت المراقبة باستمرار. ونلاحظ في الاستجابات سيطرة الذات على كل الأحداث وأنها ترى نفسها ضحية الآخرين، والدليل على ذلك قولها: "ليه الناس بتعمل كدا؟ أنا شايفة كل واحد له حياته الخاصة".

البطاقة (١) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"ده بيحصلي وأنا بذاكر وسرحانة وقت المذاكرة ودماغي بتلف في حاجات تانية وخاصة في تفكيري عن الناس (ليه الناس عايزة ليا الوحش دائما). وكمان في يوم أختي اتخانقت معايا قوي ومع صاحبتي، كل المواقف دي بافتكرها وأنا قاعدة القاعدة دي".

تفسير الاستجابة

توحدت الحالة مع الشخص في الصورة (رغم اختلاف الجنس) وبدأت تكرر نفس المثيرات التي ذكرتها في الاستجابة للبطاقات السابقة وكلها تدور حول أنها ضحية لوشاية الآخرين كما يظهر في استخدامها لميكانزم الإسقاط كما في قولها:" ليه الناس عايزة ليا الوحش دائما"، والمثيرات المتسلسلة من بطاقة إلى أخرى والتي تدور حول اضطراب علاقتها مع الآخرين وأنها ضحية لهم تشير إلى مجال الاضطراب وسبب الحالة المزاجية، وهو كره الآخرين لها.

كما أن الحالة عبرت بشكل صريح في هذه البطاقة عن صور الإدراك المشوه وعن اجترار الأفكار كما يظهر في

قولها: "وقت المذاكرة دماغي بتلف في حاجات تانية". وهذه الأعراض تستخدم في تشخيص الوساوس والأفعال القهرية.
ويمكن وصف استجابات الحالة على البطاقة أنها سلبية وعدوانية ومستقرة في الخيال الوهمي بسبب اجترار الأفكار المستمر، وتظهر فيها مخططات عدم الثقة، العجز عن ضبط الذات، والفشل.

البطاقة (٢) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"في يوم روحت الجامعة وبابا قاعد شغال كدة وماما كمان كانت تعبانة قوي لأنها مريضة باستمرار وأنا كان نفسي أساعدها ومخرجش وخايفة أخرج يحصلها حاجة لأن رجليها دائما وجعاها".

تفسير الاستجابة

استجابات الحالة على هذه البطاقة تؤكد فلسفة الحالة في الاستجابة على القصة وهي الاختيار الانتقائي للمثيرات التي تريد الحديث عنها وإهمال المثيرات الأخرى سواء الواضحة أو غير الواضحة، وهذا يؤكد من ناحية أخرى على أن الحالة تستخدم ميكانزم الإنكار (رفض الاستجابة على بعض المثيرات) وميكانزم الكبت وعدم الحديث عن المثيرات التي توحي بأي سلوك جنسي سواء جنسية مثلية أو غيرية.
تؤكد استجابة الحالة على هذه البطاقة أمرين، الأول: شعورها بالذنب تجاه أمها لعدم تقديم المساعدة لها كما في قولها " كان نفسي أساعدها لأنها مريضة" ولكنها لم تفعل مما يؤكد على وجود ميول عدوانية كامنة تجاه الأم. والثاني: إظهار نمط من أنماط التعلق القلق كما يظهر في قولها: "خايفة أخرج يحصل ليها حاجة لأن رجليها دائما وجعاها". هذا التناقض في الاتجاهات نحو الأم يؤكد على مظاهر التناقض الوجداني تجاه الأم (العداء/التعلق). وهذا التناقض يؤكد مصادر الصراعات التي تعيشها الحالة مع الوالدين والآخرين؛ كما ظهر على بطاقات أخرى.

البطاقة (١٩) عامة

استجابة الحالة على البطاقة

"شايفة عواصف ومشاكل من الخارج لكن احنا علاقتنا مع بعض داخل البيت كويسة، وناس عايزين يخلقوا مشاكل من برة لكن إحنا متماسكين مع بعض".

تفسير الاستجابة

تعكس استجابات الحالة على البطاقة الرغبة الشديدة في الشعور بالأمن والتغلب على المشكلات التي يسببها الآخرون لهم (كأسرة)، رغم تماسك الأسرة في مواجهة هذه المشكلات، وربما تشعر الحالة بالذنب تجاه أفعال قامت بها من قبل مع أشخاص خارج الأسرة وتخاف من محاولاتهم إيقاع الأذى بها وبالأسرة، لذلك تنحصر توقعاتها في اتجاهين مختلفين: الاتجاه الأول: تحقيق الأمن لها ولأسرتها بسبب تماسك الأسرة. والاتجاه الثاني: الخوف من معاناة المشكلات بسبب العداء القادم من الخارج. وهذا التناقض في الاتجاهات يعكس تناقض عاطفي أخلاقي بين الخير والشر، وهذه السمات تكون فيما بينها بروفيل نفسي يميز مريض الوساوس والأفعال القهرية.

خامساً: التعقيب على استجابة الحالة الثانية على اختبار تفهم الموضوع "تات" T.A.T:

١– من حيث تقييم الذات: تشعر الحالة بالذنب وتأنيب الضمير وهي غير راضية عن نفسها، ولذلك تعاني من اضطراب المزاج ومما يعزز استمرار هذا الاضطراب –حسب قولها– أنها تتعرض للشائعات من قبل الآخرين خاصة في جانب العلاقات العاطفية.

٢– من حيث إشباع الحاجات: تعاني الحالة من الحرمان العاطفي كما أنها لا تشعر بالأمن في تعاملها مع الآخرين باستثناء الأب.

٣– من حيث الدوافع: تعتقد أنها مستهدفة من قبل الآخرين وأنها تحت المراقبة باستمرار لذلك تنشغل بأقوالهم وأفعالهم تجاهها.

٤– من حيث التخيلات المرضية: تتخيل حدوث مصائب لها ولأسرتها مستقبلًا.

٥– من حيث نوع التفكير: تميل إلى التفكير التجريدي؛ وقد ساعد ذلك على تخيل الأحداث مستقبلاً.

٦– من حيث الميكانزمات الدفاعية: استخدمت الحالة ميكانزمي الإسقاط والكبت؛ وهما من الميكانزمات الشائعة لدى مرضى الوساوس والأفعال القهرية ومن ناحية أخرى يعتبر دليلًا على عدم تقبل الذات.

٧– من حيث القيود والالتزام: تعاني من الصراع بين متطلبات الأنا الأعلى من حيث رغبتها أن تكون حسنة السمعة بين الناس ومتطلبات الهو التي تُعبر عن نفسها في إشباع حاجاتها الجنسية والعاطفية؛ ونتيجة هذا الصراع كانت استجاباتها تشير إلى شعورها بالنقص والخوف من العواقب.

٨ – من حيث المقاومة: تُعاني من ضعف المقاومة سواء للأفكار الوسواسية التي تسيطر عليها أو مقاومة الشائعات التي توجه لها؛ ومع ذلك تستطيع إخفاء الكثير من أسرارها عن الآخرين.

٩ – من حيث العلاقات الاجتماعية: كانت مضطربة كما ظهرت في سلوكيات القلق الاجتماعي والخوف من غدر الآخرين والخوف من العيب والإساءة منهم، وكانت علاقتها بالأب أفضل من علاقتها بالأم.

١٠– تم الاستدلال على أهم المخططات المعرفية اللاتكيفية التي تصف الحالة وكانت: التصلب، القلق، عدم الثقة، توقع الإساءة، السلبية، العدوانية، الشعور بالذنب، التعلق، القلق مع الأب، الشك، التردد، العزلة، التشاؤم، الإفراط في الحساسية، توهم المرض، ضعف التحكم الداخلي.

تعقيب عام على نتائج الدراسة السيكومترية والاكلينيكية

١– في ضوء النتائج السيكومترية: اتضح وجود ارتباط دال إحصائياً – في أغلب الحالات – بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والافعال القهرية. وتشير النتائج الاحصائية أن المخططات المعرفية اللاتكيفية توجد بشكل واضح لدى مرتفعي

الوساوس والافعال القهرية. وقد ثبت إحصائياً أمكانية التنبؤ بالوساوس والافعال القهرية من خلال المخططات المعرفية اللاتكيفية.

٢– في ضوء النتائج الاكلينيكية: تم التأكيد على صحة النتائج السيكومترية من خلال استجابات الحالتين على اختبار تفهم الموضوع حيث تبين لديهما الشعور بالنقص، ونقص إشباع الحاجات خاصة الحاجة للأمان النفسي والحاجة للحب. كما تبين وجود إدراك مشوه بأنهما تحت المراقبة باستمرار من الآخرين وهذا ما يشعرهم بالنقص ويدفعهم للعزلة ويثير لديهما الشك. تبين أيضاً وجود خبرات الشعور بالذنب. كما شاع لدى الحالتين استخدام بعض الميكانزمات الدفاعية مثل الإسقاط والإنكار. واستخدمت الحالة الأولى أيضًا ميكانزمي الكبت والكف الانفعالي. كما لوحظ أيضًا وجود مناطق للصراع النفسي متمثلة في أشكال مختلفة مثل الصراع بين مطالب الأنا الأعلى ومطالب الأنا ومطالب الهو، وظهر الصراع أيضًا في شكل التحرر، والمحافظة، والتجريب والتجنب. وأخيراً فقد ظهر من خلال الاستجابات الاكلينيكية بعض المخططات المعرفية اللاتكيفية ومنها صعوبة ضبط الذات والتعلق القلق وعدم النضج الانفعالي وتشويه الإدراك، والغضب، والسلبية، والعدوانية.

٣– يلاحظ من خلال مقارنة نتائج الدراستين السيكومترية والاكلينيكية أن المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة إحصائياً بالدرجة الكلية لاختبار الوساوس والأفعال القهرية وكذلك بالأبعاد الفرعية للاختبار وهي مخططات القابلية للأذى/المرض، الهجر/عدم الاستقرار، عدم الثقة/الإساءة، الكبت الانفعالي، والعجز عن ضبط الذات، كانت شائعة لدى الحالتين في الدراسة الاكلينيكية، مما يدل على الاتفاق بين النتائج.

٤– تؤكد نتائج الدراستين السيكومترية والاكلينيكية أهمية المنهجين (السيكومتري والاكلينيكي) في فهم وتفسير طبيعة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والوساوس والأفعال القهرية وإمكانية التنبؤ بوجود أحدهما من خلال وجود الآخر. كما أن تشابه الاستجابات على الأدوات السيكومترية والاكلينيكية يؤكد على أن تسلّح الدراسة السيكومترية بالدراسة الاكلينيكية أو العكس يحقق مبدأ التكامل في فهم الظاهرة؛ أو يقترب منه، ويحقق مبدأ التقاء الوقائع؛ مما يزيد من الموضوعية أو يحقق درجة كبيرة منها.

توصيات وبحوث مقترحة

التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة واستنادًا للإطار النظري تكون التوصيات كالتالي:

١. **ضرورة إتباع اساليب تنشئة اجتماعية سليمة وتهيئة مواقف ايجابية خلال مراحل نمو الشخص بعد أن ثبت أن المخططات المعرفية اللاتكيفية تتكون بشكل تراكمي منذ مرحلة الطفولة.**
٢. **بعد أن ثبت أن الوساوس والأفعال القهرية تتكون بشكل تراكمي منذ الصغر ويعزز وجودها إتباع أساليب تنشئة اجتماعية سلبية مثل: القسوة والتسلط والاهمال والعقاب، كما أن تعرض الشخص لمواقف حياتية سلبية تشعره بالذنب مما يؤدي إلى تكوين أعراض الوساوس والأفعال القهرية؛ لذلك يجب على الوالدين والقائمين على رعاية وتربية الطفل أو المراهق المساهمة في التربية الخلقية للأبناء وتقديم المساعدة النفسية والثقافية التي تقي الأبناء من التعرض لمواقف تشعرهم بالذنب.**
٣. **نظرًا لأن العملية الإرشادية لا تكتمل إلا بالعلاج بعد التشخيص لذلك يجب إعداد برامج إرشادية – على المستوى الوقائي والعلاجي لتصحيح مسار المخططات المعرفية اللاتكيفية ومنع تكوينها أو الحد من آثارها أو تعديلها، وكذلك إعداد برامج إرشادية لخفض أعراض الوساوس والأفعال القهرية.**

بحوث مقترحة:

١. **دور التفاعل بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وأساليب مواجهة الضغوط في التنبؤ بالوساوس والأفعال القهرية.**
٢. **مدى شيوع المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى فئات عصابية (القلق، الاكتئاب)**
٣. **شيوع المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى الآباء والأبناء.**
٤. **فعالية برنامج إرشادي لتعديل المخططات المعرفية اللاتكيفية وأثره في تعديل اتجاهات المرضى نحو العلاج.**
٥. **فعالية برنامج إرشادي انتقائي لخفض أعراض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالمخططات المعرفية اللاتكيفية.**

مراجع الدراسة

ليوبولد، بيلاك (٢٠١٢). *اختبار تفهم الموضوع (التات)*، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

نجيب، سارة حمدي، وهاشم، دعاء فاروق (٢٠٢١). الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الاكتئاب ومرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. *المجلة العلمية لكلية التربية – جامعة اسيوط*. المجلد السابع والثلاثون العدد الحادي عشر ٦٣٢– ٦٨٦.

غنيم، سيد محمد وبرادة، هدى عبد الحميد (١٩٨٠) *الاختبارات الإسقاطية*. القاهرة: دار النهضة العربية.

عباس، فيصل (٢٠٠١) *الاختبارات الإسقاطية، نظرياتها، تقنياتها، إجراءاتها*. لبنان: دار المنهل للطباعة والنشر.

عبد الرحمن، محمد السيد وسعفان، محمد أحمد (٢٠١٥). *مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية*. القاهرة. دار الكتاب الحديث.

ساناڤيو، أزيو. (١٩٩٦). *اختبار (بادو) PI للوساوس والأفعال القهرية*. كراسة التعليمات (تعريب: محمد أحمد إبراهيم سعفان). القاهرة، دار النهضة العربية.

فهمي، مصطفى (١٩٦٧) *علم النفس الاكلينيكي*، القاهرة: مكتبة مصر.

Abramowitz J. S., Taylor S., McKay D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*. Aug 8;374 (9688):491-499.

Abramowitz, J. S. (2006). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A *cognitive-behavioral approach*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Akbaş, B. Ç. (2021). *Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive* Disorder. Journal of Cognitive-Behavioral. *Psychotherapy and Research*, 10 (1), 98-108.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.*). *21*(21), 591-643.

Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., Caliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract*.;12(4):268-79.

Bamber, M. (2004). The good, the bad and defenseless Jimmy – A single case study of schema model therapy. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 11, 425-438.

Baz A. & Özkorumak Karagüzel E. (2022). Comparison of early maladaptive schemas in obsessivecompulsive disorder patients, their siblings, and controls. *Alpha Psychiatry*; 23(4):157-163.

Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences,* 14(9), 418-424

Bilge, Yusuf & Balaban, Gülşah. (2021). The relationships between personality disorders and early maladaptive schemas and the moderating role of gender. Anadolu *Psikiyatri Dergisi*. 1. 10.5455/apd.114935.

Brakoulias V, Starcevic V, Berle D, Milicevic D, Hannan A, Martin A. (2014). The relationships between obsessive-compulsive symptom dimensions and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Q*. Jun;85(2):133-42.

Calkins AW, Berman NC, Wilhelm S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Curr Psychiatry Rep*. May;15(5):357.

Carlucci, L., D'Ambrosio, I., Innamorati, M., Saggino, A., & Balsamo, M. (2018). Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. *Psychology research and behavior management*, 11, 133-144

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-424

Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in nonclinical individuals. Intrusive thoughts in clinical disorders: *Theory, research, and treatment*, 1-29

Cockram, D. (2009). *Role and Treatment of Early Maladaptive Schemas in Vietnam Veterans with PTSD*. (Doctoral Dissertation). Murdoch University.

Davoodi, E., Wen, A., Dobson, K. S., Noorbala, A. A., Mohammadi, A., & Farahmand, Z. (2018). Early maladaptive schemas in depression and somatization disorder. *Journal of affective disorders*, 235, 82-89.

Fava, L., Bellantuono, S., Bizzi, A., Cesario, M. L., Costa, B., De Simoni, E., ... & Mancini, F. (2014). Review of obsessive compulsive disorders theories. *Global Journal of Epidemiology and Public Health*, 1, 1-13.

Ferreira S, Pêgo JM, Morgado P. (2020). A Systematic Review of Behavioral, Physiological, and Neurobiological Cognitive Regulation Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder. *Brain Sci*. Oct 29;10(11):797.

Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Pergamon/Elsevier Science Inc.

Gagné, J. P., & Radomsky, A. S. (2020). Beliefs about losing control, obsessions, and caution: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 126, 103574.

Genderen, H., Rijkeboer, M. & Arntz, A. (2012). Theoretical Model: Schemas, Coping Styles, and Modes. In "Vreeswijk, M., Broesen, J., & Nadort, M. The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: *Theory, Research, and Practice* (pp.27-40) Chichester: Wiley-Blackwell.

Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–

compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological medicine*, 41(12), 2495-2506.

Haaland AT; Vogel PA; Launes G; Haaland VØ; Hansen B; Solem S; Himle JA., (2011).The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder, *Behav Res Ther*; 49(11): 781-788.

Jaeger, T.; Moulding, R.; Yang, YH., David, J.; Knight, T.; Norberg, M. (2021). A systematic review of obsessive-compulsive disorder and self: Self-esteem, feared self, self-ambivalence, egodystonicity, early maladaptive schemas, and self concealment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders,* Volume 31.

Khosravani V, Sharifi Bastan F, Samimi Ardestani M, Jamaati Ardakani R. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal risk in an Iranian sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. Sep; 255:441-448.

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.

Kim, J. E., Lee, S. W., & Lee, S. J. (2014). Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 215(1), 134-140.

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), 14-22.

Kunst, H. , Lobbestael, J., Candel, I,. Batink, Tim. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 27 (6): 837- 846

Kwak, K. H., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive–compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry research*, 230(3), 757-762

Leahy, R. L. (Ed.). (2018). Science and practice in cognitive therapy: foundations, mechanisms, and applications. *Guilford Publications*

Lochner, C., Seedat, S., Du Toit, P. L., Nel, D. G., Niehaus, D. J., Sandler, R., & Stein, D. J. (2005). Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. BMC psychiatry, 5(1), 1-10.

Lukáč, J., & Popelková, M. (2020). The relationship between early maladaptive schemas and attachmen. *Pomáhajúce Profesie,* 3(1), 5-19.

Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(09), 2261.

Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., ... & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive–compulsive disorder. Clinical psychology review, 30(1), 78-88.

McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225(3), 236-246.

Moritz, S., Von Mühlenen, A., Randjbar, S., Fricke, S., & Jelinek, L. (2009). Evidence for an attentional bias for washing-and checking-relevant stimuli in obsessive–compulsive disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(3), 365-371

Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 161-168

Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive–compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour research and therapy*, 47(6), 494-503.

Nestadt, G., Kamath, V., Maher, B. S., Krasnow, J., Nestadt, P., Wang, Y., ... & Samuels, J. (2016). Doubt and the decision-making process in obsessive-compulsive disorder. *Medical hypotheses*, 96, 1-4.

Núñez-Núñez, R. M., Rubio-Aparicio, M., Marín-Martínez, F., Sánchez-Meca, J., López-Pina, J. A., & López-López, J. A. (2022). A Reliability Generalization Meta-analysis of the Padua Inventory-Revised (PI-R). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100277

Oie, T. & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59(2),78–86.

Paul, S., Simon, D., Endrass, T., & Kathmann, N. (2016). Altered emotion regulation in obsessive–compulsive disorder as evidenced by the late positive potential. *Psychological medicine*, 46(1), 137-147.

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*.

Purdon C, Clark DA. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behav Res Ther*. May;32(4):403-10.

Radomsky, A. S., & Gagné, J. P. (2020). The development and validation of the beliefs about losing control inventory (BALCI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(2), 97-112

Rafaeli, E., Bernstein, D. & Young, J. (2011). *Schema Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. New York. Routledge.

Richter, P. M., & Ramos, R. T. (2018). Obsessive-compulsive disorder. CONTINUUM: Lifelong *Learning in Neurology*, 24(3), 828-844

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63.

Sahmelikoglu Onur, O., Tabo, A., Aydin, E., Tuna, O., Maner, A. F., Yildirim, E. A., & Çarpar, E. (2016). Relationship between impulsivity and obsession types in obsessive-compulsive disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(4), 218-223.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour research and therapy*, 26(2), 169-177.

Stein, D., Costa, D., Lochner, C., Miguel, E., Reddy, Y., & Shavitt, R. et al. (2019). Obsessive–compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1).

Sunde, T., Hummelen, B., Himle, J.A. et al. (2019). Early maladaptive schemas impact on long-term outcome in patients treated with group behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 19, 318.

Taylor, P. M., & Uchida, Y. (2019). Awe or horror: Differentiating two emotional responses to schema incongruence. *Cognition and Emotion*, 33(8), 1548-1561.

Taylor, S. (2002). *Cognition in obsessive compulsive disorder: An overview*. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*, 1-12

Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., ... & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive–compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 85-97.

Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). Schemas, Modes and coping strategies in obsessive-compulsive like symptoms. *Clinical Neuropsychiatry*, 15(6)

Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive–compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 59-67.

Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. BMC *psychiatry*, 14, 362.

Tibi, L., Van Oppen, P., Van Balkom, A. J. L. M., Eikelenboom, M., Hendriks, G.-J. et Anholt, G. E.. (2018). The relationship between cognitions and symptoms in obsessive compulsive disorder. *Journal of affective disorders*, 225, 495-502. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.072

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders*, 17(2), 233-242

Veale, D., Freeston, M., Krebs, G., Heyman, I., & Salkovskis, P. (2009). Risk assessment and management in obsessive–compulsive disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 15(5), 332-343.

Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, Kuelz AK, Hartmann A, Scheidt CE, Schlegl S, Zeeck A. (2014). A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*. 47(1):24-31.

Wilhelm, S., Berman, N. C., Keshaviah, A., Schwartz, R. A., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. *Behaviour research and therapy*, 65, 5-10

Williams, M. T., Mugno, B., Franklin, M., & Faber, S. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: phenomenology and treatment outcomes with exposure and ritual prevention. *Psychopathology*, 46(6), 365-376.

Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global journal of health science*, 8(10), 167.

Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, Guilford press.