



كلية التربية

كلية معتمدة من الهيئة القومية لضمان جودة التعليم

إدارة: البحوث والنشر العلمي (المجلة العلمية)

=====

الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الاكتئاب ومرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية

إعداد

د/ دعاء فاروق هاشم

مدرس علم النفس الاكلينيكي

كلية الآداب- جامعة أسيوط

د/ سارة حمدي نجيب

مدرس علم النفس الاكلينيكي

كلية الآداب- جامعة أسيوط

﴿ المجلد السابع والثلاثون - العدد الحادي عشر - نوفمبر ٢٠٢١ م ﴾

http://www.aun.edu.eg/faculty_education/arabic

المخلص:

هدفت الدراسة إلى تحديد الفروق بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء في أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية وجوانب التشويه المعرفي. كما هدفت إلى معرفة طبيعة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي لدى مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية. وتكونت عينة الدراسة من ٢٠٩ فرد منقسمين إلى مجموعتين: المجموعة الأولى تتكون من (١٦٥) مريض منهم (٦٠) مريض بالإكتئاب، و(٣٨) مريض بالوسواس القهري، و(٦٧) مريض باضطراب الشخصية الوسواسية، أما المجموعة الثانية تكونت من (٤٤) شخص كعينة ضابطة، وتراوحت الأعمار من سن (١٧-٤٥) سنة بمتوسط عمر (٢٧،٦) سنة وإنحراف معياري (٧،٤٣). وتم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية ومقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، واستبيان تشخيص اضطرابات الشخصية. وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى والأسوياء في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي في اتجاه المرضى، كما وجدت فروق بين المجموعات المرضية الثلاثة في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي. وأظهرت النتائج أيضاً وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى المجموعات المرضية.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية اللاتكيفية، التشوهات المعرفية، الإكتئاب، الوسواس القهري، اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

Abstract:

The study aimed to determine the differences maladaptive cognitive schemas and aspects of cognitive distortion between depressed patients, obsessive-compulsive patients, obsessive-compulsive personality disorder patients, and control sample in the dimensions. It also aimed to find out the nature of the relationship between the maladaptive cognitive schemas and cognitive distortion among depressive patients, obsessive-compulsive disorder patients, and those with obsessive personality disorder. The study sample consisted of 209 individuals divided into two groups: the first group consisted of (165) patients, including (60) patients with depression, (38) patients with obsessive-compulsive disorder, and (67) patients with obsessive-compulsive personality disorder, while the second group consisted of (45) person as a control sample, and the ages ranged from 17-45 years with a mean age of (27.6) and a standard deviation of (7.43). The Cognitive Distortions Scale, the maladaptive Cognitive Schemes Scale and the Personality Disorders Diagnostic Questionnaire were applied to all included subjects. The results revealed that there were statistically significant differences between patients and control sample in the maladaptive cognitive schemas and cognitive distortion in the direction of the patients. Also there were differences between the three disease groups in the maladaptive cognitive schemas and cognitive distortion. Moreover a positive correlation between the maladaptive cognitive schemas and cognitive distortions was found among the disease groups.

Keywords: Maladaptive cognitive schemas, Cognitive distortions, Depression, Obsessive-compulsive disorder, Obsessive-compulsive personality disorders.

أولاً: مقدمة الدراسة:

يمر الانسان خلال مراحل حياته بمواقف وأحداث كثيرة ومختلفة، ولكن كل واحد يدرك المواقف والأحداث بشكل مختلف وبالتالي فإن الطريقة التي يستجيبون بها تكون مختلفة، وهذا الإدراك يعتمد على خبراتهم ومعرفتهم السابقة، فإما أن يكون إدراكهم وتفكيرهم للمواقف منطقيًا، ومن ثم تكون استجاباتهم لها منطقية، وإما أن يكون لديهم تشوهات معرفية تعوق إدراكهم فتؤدي إلى استجاباتهم غير منطقية.

وهكذا ترتبط مشاعر الناس بالطريقة التي يفكرون بها ويفسرون بها المواقف، فالموقف نفسه لا يحدد كيف يشعر الأفراد، ولكن استجاباتهم الشعورية تتحدد بإدراكهم للموقف. (جوديث بيك، وأرون بيك، ٢٠٠٧، ٣٧) أي أنها تختلف باختلاف الافتراضات والتصورات المشوهة التي يعتنقها الفرد حول هذه المواقف، فتؤدي به إلى استنتاجات خاطئة في إدراكه للموقف، وبذلك فإن المواقف والأحداث التي نمر بها لا تتسبب في مشاعرنا الإيجابية أو السلبية.

لا يتم تعريف التشوهات المعرفية على أنها معتقدات أو أفكار مشوهة، بل على أنها أخطاء منهجية في التفكير. (Dembo, et al., 2020,p. 3) وقد تم تصور التشوهات المعرفية لأول مرة في نظرية العلاج النفسي المعروفة الآن بإسم العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، فالنظرية المعرفية لبيك كانت واحدة من أكثر المساهمات تأثيرًا في مجال العلاج النفسي. ويتمثل الافتراض الرئيسي لها في أن ردود الفعل العاطفية والسلوكية للأفراد تعتمد بشكل أساسي على الهياكل المعرفية الأساسية مثل المعتقدات وأنظمة التفكير. نظرًا لأن ردود الفعل العاطفية للفرد تجاه الأحداث تتأثر بالآليات التي تتم بها معالجة المعلومات، فيمكن أن تؤدي العمليات المعرفية المنحازة سلبًا إلى عواقب عاطفية وسلوكية غير قادرة على التكيف. (Özdel, et al., 2014,p.1)

كما تفترض النظريات المعرفية أن المخططات المبكرة لسوء التكيف (EMSS) هي عوامل الضعف الرئيسية للاضطرابات النفسية. (Davoodi, et al., 2018,p. 82)

وبالنسبة إلى يونج فإن المخططات المبكرة لسوء التكيف (EMS) هي موضوعات مستقرة وواسعة الانتشار فيما يتعلق بالذات وعلاقة الفرد بالآخرين، تم تطويرها أثناء الطفولة، وتم تطويرها طوال حياة الفرد، واختلال وظيفي إلى حد كبير. وتؤدي المخططات غير القادرة على التكيف إلى إنتاج مشاعر سلبية، مثل الإكتئاب والقلق. عندما تكون المخططات كامنة، فليس لها دور في معالجة المعلومات. عند تنشيطها، فإنها توجه المعالجة المعرفية من المراحل الأولى إلى الأخيرة. فالمخططات ليست دائمًا إيجابية وقابلة للتكيف: قد تكون أيضًا سلبية وغير قادرة على التكيف. وحددت ١٨ نظامًا مختلفًا لنظام المخططات المبكرة حتى الآن، ولكل منها منشأها المقترح وتأثيرها طويل المدى. (Shariatzadeh, et al., 2015,p.172)

وتُعد التشوهات المعرفية منتشرة في كل مكان تحدث في الأفراد الأصحاء وكذلك أولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية (3 Dembo, J., et al., 2020,p.3). كما يمكن القول أن الغالبية العظمى من الأفراد يمارسون تلك التشوهات المعرفية في حياتهم بطريقة أو بآخري، وأن الفرق بينهم فيها هي فروق في الدرجة وليس في النوع. (العنزي، ٢٠٢٠، ص٥٢٠) أي أن كل اضطراب له محتوى معرفي معين خاص به.

وقد تؤدي العمليات المعرفية، مثل أنماط المخططات والتشوهات المعرفية، دورًا في نشأة الصعوبات العاطفية والشخصية والسلوكية لدى الأفراد المصابين باضطرابات الشخصية. (Puri, et al.,2018,p.1) . والاضطرابات النفسية.

وقد تم العثور على التشوهات المعرفية ليس فقط في اضطرابات المحور الأول ولكن تم تحديدها أيضًا في اضطرابات المحور الثاني. التشوه المعرفي الشائع الموجود في المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الإعتمادية هو التفكير ثنائي، في حين أن المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يميلون إلى استخدام التفكير الكارثي والكمال بالإضافة إلى التفكير ثنائي، وأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الهستيرية والنرجسية والوسواس القهري يستخدمون أيضًا التشوهات المعرفية. (Roberts, 2015,p. 25)

ويشار إلى مصطلح الإكتئاب على أنه يستخدم بثلاث طرق مختلفة: الأعراض والمتلازمة والمرض. كعرض، يمكن أن يصاحب اضطرابات نفسية أخرى، مثل اضطرابات الكرب. كمتلازمة، فهو يجمع العمليات التي تتميز بالحزن والتثبيط والشعور بالذنب والعجز وفقدان الدافع الحيوي، وكمرض، يتم تحديده على أنه اضطراب من أصل بيولوجي حيث المسببات والتشخيص ويمكن تحديد علاج محدد. من المنظور السابق، يبدو أن الإكتئاب، إذا اعتبر "مرضًا" فقط للتأكيد على مسببات عضوية (6 Bernard, 2018,p. 6)

أما اضطراب الوسواس القهري (OCD) فهو اضطراب نفسي مزمن. يسبب أفكارًا غير مرغوب فيها (وساوس) وأفعال متكررة (إكراهات). في حياتهم اليومية، ركز الكثير من الناس على الأفكار والأفعال المتكررة. ولكن بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري، فإن الأفكار أكثر تكرارًا، وتنتهي السلوكيات المتكررة ولا يمكن تجاهلها بحيث يمكن أن تعطل حياتهم. ويُعد اضطراب الوسواس القهري (OCD) رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا في جميع أنحاء العالم، ويختلف انتشاره حسب العمر والمناطق وغيرها، كما أنه يصيب الإناث أعلى بقليل من الذكور. ومع ذلك، يقدر معدل انتشار الوسواس القهري مدى الحياة بنسبة ٢,٣٪. تتراوح بين ١,١-٣,٣٪. (Taher, et al., 2021,p. 1)

ومن بين جميع اضطرابات الشخصية، ربما يكون اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD) مرتبطًا بشكل أكثر شيوعًا بالوسواس القهري، وقد حظى التداخل بين اضطراب الشخصية الوسواسية (OCPD) واضطراب الوسواس القهري (OCD) بإعتراف متزايد ولا يزال مصدرًا للكثير من الجدل. مع ظهور منهجيات بحثية جديدة، حاول الباحثون التمييز بين ما إذا كان اضطراب الشخصية الوسواسية والوسواس القهري ظاهرتان متميزتان يمكن أن تحدثا معًا أو ما إذا كانتا متشابهتين ومتداخلة. (Mancebo, 2005, p.197)

فالأفراد المصابون باضطراب الوسواس القهري (OCD) يعانون من أفكار أو صور تطفلية متكررة (مثل: الوسواس) والسلوكيات الطقسية (مثل: الإكراهات). أما الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD) منشغلون بالسيطرة العقلية والشخصية والنظام، ويعتبرون جامدين وعنيدين وكماليين. (Paast, et al., 2016,p. 28-29)

واستنادًا إلى أوجه التشابه مع الوسواس القهري من حيث العمر الذي يبدأ به المرض، وإزمن المرض، وتشابه الأعراض، والوراثة المشتركة، وزيادة السمات المشتركة، والعجز الإدراكي العصبي المشترك، والاستجابة العلاجية، يدعو بعض الباحثين إلى تضمين اضطراب الشخصية الوسواسية في الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة (OCD). ومع ذلك، فإن النسخة التجريبية من ICD-11 و DSM-5، كلاهما لا يتضمن OCPD في قسم OCD. وعلى الرغم من وجود أوجه تشابه سطحية بين الاضطرابين، فقد تم وصف كلاهما على أنهما حالتان منفصلتان ومتميزتان. (Thamby & Khanna, 2019,p.115)

ولذا تم ذكر هذه الحالات على أنها اضطرابان منفصلان في كل من الإصدارين الرابع والخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV، DSM-V). (Paast, et al., 2016,p. 28-29) ولهذا فقد جذبت الهياكل والمخططات المعرفية وتقييمات الناس لأفكارهم انتباه علماء النفس الإكلينيكي باستمرار. (Goudarzi, et al., 2016,p.25)

وللفصل في الشكوك المستمرة في العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري (OCD) واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD)، هدفت دراسة Starcevic, et al., 2013 إلى اختبار الاقتراح القائل بأن اضطراب الوسواس القهري قد يكون علامة على شدة اضطراب الشخصية الوسواسية من خلال مقارنة مجموعات من الأفراد مع اضطراب الوسواس القهري وبدونه على عدد من المتغيرات. وجاءت نتائج الدراسة بعدم تأييد ودعم فكرة أن الوسواس القهري مع اضطراب الشخصية الوسواسية هو علامة على شدة الوسواس القهري المصنف من قبل الطبيب. كما كانت أعراض المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية أكثر وضوحًا، وكانوا أكثر حزنًا وأظهروا العديد من الظواهر النفسية المرضية الأخرى بشكل مكثف، والتي من المحتمل أن تعقد علاجهم.

وقد حاولت أيضًا ابحاث عديدة تقييم التداخل بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية وهي تحديد ما إذا كانت تظهر ملامح معرفية متشابهة أم لا، حيث وجدت دراسة Paast, et al., 2016 أنه توجد فروق بين مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية في المرونة المعرفية، ولم يجد Sasso, et al., 2007 ارتباطًا مهمًا بين اضطراب الشخصية الوسواسية وعدم المرونة الإدراكية، أما دراسة Tükel, et al., 2012 ودراسة Kashyap, et al., 2013 فقد وجد أن مرضى الوسواس القهري يعانون من ضعف في الذاكرة العاملة والانتباه وحل المشكلات والقدرة على الرؤية المكانية والتنشيط واتخاذ القرار، بينما اختلف معه Kuelz et al., 2004 حيث ذكر أن قدرات التحول والتخطيط قد تكون سليمة في مرضى الوسواس القهري.

كما أكدت نتائج دراسة Mancebo, 2005 أن غالبية الأفراد المصابين بالوسواس القهري (٧٥٪) لا يعانون من اضطراب الشخصية الوسواسية. وبالمثل، تشير نتائج عينات اضطراب الشخصية إلى أن غالبية الأفراد المصابين بهذا الاضطراب (٨٠٪) لا يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وقد أكدت أنه على الرغم من وجود أدلة على ارتباط الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية، فإن الأدبيات لا تدعم أحدهما كمكون ضروري أو كافٍ للآخر.

فهناك العديد من المشكلات المثيرة للجدل في محاولة التفرقة بين هذين الاضطرابين. ولهذا فهناك حاجة ماسة إلى دراسات عديدة ل فك هذا الالتباس بين هذين الاضطرابين، وأن التفكير بشكل عام في المخططات المبكرة لسوء التكيف والتشوهات المعرفية قد يوفر فهماً أفضل للاكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. ومن هنا جاء هدف الدراسة الحالية وهو محاولة لمعرفة ما إذا كانت هناك فروق بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية في المخططات المعرفية والتشوهات المعرفية. وما هي طبيعة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية وبين التشوهات المعرفية لدى مرضى الإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية كلا على حد .

ثانياً: مشكلة الدراسة:

تبين لدى الباحثان من خلال مراجعتهم للدراسات السابقة التي تناولت التشوهات المعرفية والمخططات المعرفية، وجود ندرة في الدراسات وخاصة الأجنبية التي تناولت العلاقة بين التشوهات المعرفية والمخططات المعرفية لدى الاكتئاب ومرضى الوسواس القهري وكذلك مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية. ومحاولة الكشف عن الفروق بين مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية في المخططات المعرفية اللاتكيفية وكذلك التشوهات المعرفية. كما لا توجد دراسة في البيئة العربية التي تناولت هذه العلاقة وكذلك الفروق بين هؤلاء المرضى.

فقد أُلقت الدراسات الأجنبية 2008 Lochner, et al., ؛ Labad, J., et al., 2011 ؛ Gordon, et al., 2013 ؛ Starcevic, et al., 2013 ؛ Goudarzi, N., et ؛ Paast, et al., 2016 ؛ al., 2016 اهتماماً بدراسة الفروق بين مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية من حيث أعراض الوسواس القهري وشدة الأعراض ومعرفة الفروق التشخيصية الفاصلة بينهما. كما اهتمت أيضاً بدراسة الانتباه والذاكرة والمرونة المعرفية والخصائص الديموجرافية.

وبناء على ما سبق، جاءت الدراسة الحالية محاولة لإجابة عن الأسئلة الآتية:

- ١- هل توجد فروق بين المصابين بالإكتئاب والمصابين بالوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والأسوياء في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي؟
- ٢- هل توجد علاقة ارتباطية بين درجات أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية ودرجات أبعاد التشويه المعرفي لدى مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- تحديد الفروق بين المصابين بالإكتئاب والمصابين بالوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والأسوياء في أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية وجوانب التشويه المعرفي.

٢- معرفة طبيعة العلاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي لدى مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية.

أهمية الدراسة:

١- تتجلى أهمية الدراسة في معرفة التشوهات المعرفية المرتبطة باضطراب الإكتئاب والوسواس القهري، واضطراب الشخصية الوسواسية.

٢- تتجلى أهمية الدراسة الحالية في إثراء المكتبة العربية بمقياس التشوهات المعرفية / توفير أدوات خاصة بالبيئة العربية لتقيس التشوهات المعرفية، مما يسهم في إثراء المكتبة العربية وخاصة في مجال القياس النفسي.

٣- ندرة الدراسات العربية التي تناولت التشوهات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية.

٤- نتائج الدراسة الحالية ستكون دليلاً مرشداً في إعداد برامج علاجية معرفية لعلاج هؤلاء المرضى.

تعريف ومفاهيم الدراسة الإجرائية:

أ) المخططات المعرفية اللاتكيفية:

وصف بيك مفهوم المخطط المعرفي بأنه "... بنية معرفية لفحص وترميز وتقييم المنبهات التي تؤثر على الكائن الحي..."، مع التركيز على وظيفة معالجة المعلومات والتنظيمية من المخططات. قام يونغ بمراجعة هذا المفهوم إلى ما أسماه مخططات سوء التكيف المبكرة (EMS) التي هي "... موضوعات مستقرة للغاية ودائمة تتطور أثناء الطفولة ويتم تفصيلها طوال حياة الفرد". وبالتالي، يحتفظ تعريف يونج بوظيفة معالجة المعلومات لمخططات بيك، لكنه يركز بشكل أكبر على محتواها الموضوعي والبدائية المبكرة. في الآونة الأخيرة. (Riso, L. P., et al., 2006,p.515)

وقد حدد يونج بصورة عامة ثمانية عشر مخططا لسوء التكيف المبكر مُقسمة إلى خمسة مجالات يحتوي كل مجال منها على عدة مخططات يقابل كل مخطط منها نوعا ما من الإحباط أو فقدان الأمل الناتج عن عدم إشباع الحاجة الأساسية. وهي كالآتي:

- ١- مجال الانفصال والرفض: يحتوي على خمسة مخططات هم: الهجر / عدم الاستقرار، عدم الثقة / الإساءة، الحرمان العاطفي، العيب/ الخجل، والعزلة الاحتكاكية / الاغتراب.
- ٢- مجال قصور الاستقلال الذاتي وضعف الاداء: يحتوي على أربعة مخططات هي: الاعتمادية، القابلية للأذى أو المرض، التعلق/ هدم الذات، الفشل/ عدم النضج الذاتي.
- ٣- مجال ضعف القيود أو الحدود: يحتوي على مخططين هما: الاستحقاق/ هوس العظمة، عدم كفاية صيد الذات / التنظيم الذاتي.
- ٤- مجال التوجه نحو الآخرين: يحتوي على ثلاث مخططات هم: الخضوع/ الإذعان، التضحية بالذات، والسعي للقبول / طلب التقدير والاعتراف.
- ٥- مجال الحذر الزائد: يحتوي على أربعة مخططات هم: السلبية/ التشاؤم، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة، العقابية. (عبد الرحمن، وسعفان، ٢٠١٤ ، ٩)

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس المخططات المعرفية المستخدم بالدراسة، والذي يقيس ١٥ مخططات معرفي. حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى أن المفحوص لديه درجة عالية من المخططات المعرفية، كما تشير الدرجة المنخفضة إلى أن المفحوص لديه درجة منخفضة من المخططات المعرفية.

(ب) التشويه المعرفي:

يُعرف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA التشويه المعرفي: التفكير أو الإدراك أو المعتقد الخاطئ أو غير الدقيق. مثال على ذلك هو التعميم المفرط. التشويه المعرفي هو عملية نفسية طبيعية يمكن أن تحدث لجميع الناس بدرجة أكبر أو أقل.

<https://dictionary.apa.org/cognitive-distortion>

التشوهات المعرفية هي تلك الإدراكات: (١) المنطقية لكنها غير عقلانية، (٢) تقديم رؤية غير واقعية للواقع، (٣) غير قادرة على التكيف، لأنها تسبب الحالة المزاجية السلبية، وتضعف الأداء السلوكي، وتعيق التفكير الإنتاجي بشأن الموقف، وتعزز المعتقدات غير العقلانية الأساسية، (٤) كما تحافظ على التفكير السلبي وتساعد على الحفاظ على المشاعر السلبية (Hossain,2009,p. 22)

كما يمكن تعريف التشوهات المعرفية على أنها نوع من التفكير الذي يؤدي إلى تفضيل بدون أسس موضوعية. وهناك بعض الأمثلة على التشوهات المعرفية:

الشخصنة: تشير إلى معالجة الفرد للمعلومات من خلال تفضيل عقلي يقلل من مستوى إنجازاته الشخصية ويشيد بأنه غير مهم، وفي الوقت نفسه يؤكد دوره في التسبب في حدث أو موقف سلبي، حتى لو كان لا يوجد دليل يدعم هذا الاستنتاج تعتقد أن الآخرين يفكرون بطريقة سلبية بسببك بدون اعتبار لتفسير لتصرفاتهم أكثر منطقية (مثال: كان الميكانيكي جاف معي لأنني فعلت شيئاً خطأ).

التهويل / التضخيم: في بعض الأحيان قد يعطون أهمية أكبر لاجداث الحياة الشخصية، وغالبًا ما يكون ذلك بطريقة سلبية ؛

قراءة الغيب: هو ميل الفرد إلى توقع بعض النتائج السلبية، ويقتنع أن التنبؤ حقيقة ثابتة أو غير قابلة للتغيير. والتكهن هي العملية التي يعتقد شخص ما تماما أن حدثًا سلبيًا سيحدث ويكون تنبؤه مطلقًا (مثل: سأفشل في الاختبار).

تصغير أهمية الذات: يشير هذا إلى أن الأفراد يميلون إلى النظر إلى قيمتهم الذاتية على أنها نابعة من العالم الخارجي أو يشعرون بأن لديهم سيطرة قليلة على ما يحدث في حياتهم، والمحافظة على قيمة الذات استنادًا إلى الطريقة التي يراها بهم الآخرون.

الكمالية: يحدث هذا التشوه المعرفي عندما يسعى شخص ما باستمرار للارتقاء إلى مستوى من الكمال الداخلي أو الخارجي وذلك للحصول على معايير عالية لأنفسهم من أجل أن يكونوا مثاليين، دون دراسة مدى معقولة هذه المعايير.

التفكير الثنائي (رؤية العالم من منظور كل شيء أو لا شيء/ أسود أو أبيض) مثال: إذا لم أنجح نجاحًا كاملاً فأنا فاشل، أفضل في كل شيء؛

الاستنتاجات الانفعالية: أنت تفكر بشيء لابد من أن يكون صوابا لأنك تشعر به بقوة متجاهلا أي دليل على العكس.

التقليل أو التهوين من شأن الأمور: يشير التصغير إلى الأوقات التي يتجاهل فيها الفرد أو يقلل من أهمية الأشياء حتى تبدو غير مهمة، أو التقليل من شأن الإيجابيات أو عدم احتسابها (مثل: نجاحاتي تافهة).

مقارنة بالآخرين: هي الميل لمقارنة نفسه بالآخرين على أنه أقل شأنًا، مما يؤدي إلى الشعور بأنك أسوأ أو أقل من الآخرين بطريقة فعلية.

الينبغيات / عبارات يجب و ينبغي ويسمى أيضاً التفكير بصفة الإلزام: فهم يميلون إلى ممارسة ضغط هائل على أنفسهم في تحديد الطريقة التي "يجب" أن يقوموا بها، دون التفكير في معقولية هذه التوقعات، اعتماداً على قدراتهم. فغالباً ما يؤدي هذا التشويه المعرفي إلى الشعور بالندم والشعور بالذنب والغضب والإحباط. مثال: إنه لمن المرعب أن أرتكب خطأ، ينبغي علي دائماً أن اتصرف بطريقة كاملة، " يجب ألا أفشل أبداً".

التفكير الكارثي: (التركيز على السيناريو الأسوأ)، حيث يعتقد المرء أن أسوأ نتيجة مُمكنة حدثت أو ستحدث. فهؤلاء الأفراد في هذا التشويه يميلون إلى تفسير المواقف الحالية أو السابقة على أنها كارثية، الاعتقاد بأن هذه الحالات لا يمكن أن يكون هناك ما هو أسوأ منها (مثل: لا يمكنني تحمل الأمر - إنه أمر مروع).

التفكير الإنفعالي (الاستنتاج المبني على العاطفة) وصنع القرار: الأفراد في هذا التشويه يميلون إلى الاعتماد على عواطفهم لاتخاذ القرارات. التفكير العاطفي هو موقف يستخدم فيه المرء حالات عاطفية للتحقق من صحة التجارب في العالم.

التعميم المفرط: استخلاص استنتاج واسع يعتمد على حدث معزول.

المصفاه العقلية أو التجريد الانتقائي (تركز فقط على المعلومات السلبية بدلاً من رؤية الصورة الكاملة) (جوديث بيك، وأرون بيك، ٢٠٠٧، ١٨٧) ؛ (Dembo, et al., 2020,p. 3) ؛ (Robert, 2015,p.85-88).

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس التشوهات المعرفية المستخدم بالدراسة، والذي يقيس التشوهات المعرفية الآتية: (الأبعاد: قراءة الغيب، تصغير أهمية الذات، الشخصية، التضخيم، الكمالية، الاستنتاجات الانفعالية، التفكير الثنائي، التهوين، صياغة الينبغيات، التفكير الكارثي، التعميم). حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى أن المفحوص لديه درجة عالية من التشوهات المعرفية، كما تشير الدرجة المنخفضة إلى أن المفحوص لديه درجة منخفضة من التشوهات المعرفية.

(ج) الإكتئاب:

الإكتئاب هو اضطراب عقلي شائع يصاحبه مزاج مكتئب، وفقدان الاهتمام أو المتعة، وانخفاض الطاقة، والشعور بالذنب أو تدني قيمة الذات ، واضطراب النوم أو الشهية، وضعف التركيز. علاوة على ذلك، غالباً ما يصاحب الإكتئاب أعراض القلق. يمكن أن تصبح هذه المشاكل مزمنة أو متكررة وتؤدي إلى إعاقات كبيرة في قدرة الفرد على تحمل مسؤولياته اليومية. في أسوأ حالاتها، ويمكن أن يؤدي الإكتئاب إلى الانتحار. (Marcus., et al., 2012,p.6)

ويعرف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA الإكتئاب: حالة عاطفية سلبية، تتراوح من التعاسة والاستياء إلى الشعور الشديد بالحزن والتشاؤم واليأس، مما يتعارض مع الحياة اليومية. تميل التغييرات الجسدية والمعرفية والاجتماعية المختلفة أيضًا إلى الحدوث المشترك، بما في ذلك عادات الأكل أو النوم المتغيرة، ونقص الطاقة أو الدافع، وصعوبة التركيز أو اتخاذ القرارات، والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية. وهي من أعراض عدد من اضطرابات الصحة العقلية. <https://dictionary.apa.org/depression>

التعريف الإجرائي:

هي الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس بيك للإكتئاب، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى أن المفحوص لديه درجة عالية من الإكتئاب.

(د) الوسواس القهري:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الإصدار الخامس الوسواس القهري على انه اضطراب عقلي يتم تشخيصه على أساسي بناءً على وجود الهواجس و / أو الإكراه. فالهواجس هي أفكار أو دوافع أو صور متكررة ومستمرة يتم اختبارها على أنها تطفلية وغير مرغوب فيها، في حين أن الإكراهات هي سلوكيات متكررة أو أفعال عقلية يشعر الفرد بأنها مدفوعة لأدائها استجابة لهوس أو وفقًا لقواعد يجب تطبيقها بشكل صارم. تتميز بعض اضطرابات الوسواس القهري الأخرى وما يرتبط بها أيضًا من الانشغالات والسلوكيات المتكررة أو الأفعال العقلية استجابةً للانشغالات. تتميز اضطرابات الوسواس القهري الأخرى والاضطرابات ذات الصلة في المقام الأول بالسلوكيات المتكررة التي تركز على الجسم (مثل نتف الشعر، ونتف الجلد) والمحاولات المتكررة لتقليل السلوكيات أو إيقافها. (APA, 2013,p.237)

اضطراب الوسواس القهري (OCD) يتضمن: الوسواس أو الإكراه أو كليهما. فالهواجس هي أفكار أو دوافع أو حتى صور تطفلية ومستمرة. الدوافع هي سلوكيات متكررة أو أفعال عقلية يشعر الشخص بأنه مضطر لأدائها استجابةً لهوس أو وفقًا لقاعدة صارمة يتبناها الشخص. إذا قاوم الشخص أداء السلوك القهري، يحدث ضغط وقلق مفرط. يمكن أن تتداخل الوسواس والأفعال القهرية بشكل كبير مع أداء الشخص في الحياة. هناك العديد من الاضطرابات التي تعتبر مرتبطة باضطراب الوسواس القهري من حيث أنها تشترك في المكونات الأساسية للاهتمامات أو السلوكيات المتكررة أو كليهما. تشمل هذه الاضطرابات اضطراب تشوه الجسم، واضطراب الاكتناز، وهوس نتف الشعر، واضطراب نتف الجلد، وأيضًا، عند الأطفال - وخاصة الأولاد - تُعرف حالة أخرى ذات صلة باسم اضطراب التشنج اللاإرادي. (Moini, et al., 2021,p.137)

هـ) اضطراب الشخصية الوسواسية:

منظمة الصحة العالمية، تُعرّف اضطراب الشخصية بأنها " اضطراب شديد في تكوين السمات والميول السلوكية، وعادةً ما يشمل عدة مجالات من الشخصية ويؤدي إلى اضطراب شخصي واجتماعي كبير. يظهر اضطراب الشخصية عادةً في أواخر الطفولة أو المراهقة ويستمر بشكل مستقر خلال مرحلة البلوغ". ويعرف اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية (OCPD)، كما هو محدد في الإصدارات الحالية من DSM-IV2 و DSM 5،3 بأنه اضطراب يتميز بالانشغال بالنظام والكمالية والعقلية والتحكم الشخصي على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة. يبدأ هذا النمط في مرحلة البلوغ المبكر وهو موجود في مجموعة متنوعة من السياقات. تاريخياً، تم تصور اضطراب الوسواس القهري على أنه علاقة وثيقة مع اضطراب الشخصية الوسواسية. وتوجد سمات الشخصية الوسواسية القهرية بشكل شائع في العالم، ويمكن أن تكون مفيدة، خاصة في المواقف التي تكافئ الأداء العالي. بناءً على تعريف اضطراب الشخصية الوسواسية المستخدم، يُعتقد أن اضطراب الشخصية الوسواسية هو الأعلى انتشاراً لجميع اضطرابات الشخصية. يتوافق مع العديد من الاضطرابات النفسية، لا سيما تلك التي تتميز بالسلوكيات القهرية، بما في ذلك الوسواس القهري، واضطراب تشوه الجسم، واضطراب الأكل. (Fineberg., et al., 2014,p.40)

ووفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية، فقد تمثلت المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية بما يلي (APA,2013) :

- * الإهتمام بالترتيب والتنظيم أو الجداول والانشغال بالتفاصيل والقوانين، مما يؤدي إلى ضياع موضوع العمل الرئيسي
- لديهم كمالية عالية تتداخل مع إتمام مع عليهم من واجباتهم
- لديهم إخلاص زائد في العمل والإنتاجية إلى درجة التخلي عن أوقات الفراغ والصدقات
- لديهم يقظة ضمير لدرجة المبالغة، والتشكك والتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم
- لا يستطيعون التخلي عن الأشياء القديمة والمتهاكة وعديمة القيمة، حتى وإن لم تحمل لهم تلك الأشياء قيمة عاطفية
- ..المال في نظرهم شيء ينبغي تكديسه للمستقبل، لذلك فإنهم يبخلون في الإنفاق على أنفسهم والآخرين
- إظهار نمط من التصلب والعناد.

الدراسات السابقة:

أولاً- الدراسات تناولت التشوهات المعرفية لدى مرضى الإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية:

هدفت دراسة رضوان وعبا ٢٠٠٢ إلى الكشف عن الفروق بين الإكتئابيين الفصامين، الإكتئابيين والأسوياء، في ثلاث مظاهر للتشويه المعرفي هي: التقويت المعرفي، التفكير السحري، والأفكار الآلية السلبية. وطبقت المقاييس على ثلاث عينات، تكونت العينة الأولى من ٣٠ مريضاً بالفصام، وتكونت المجموعة الثانية من ٣٠ مريضاً بالإكتئاب، أما المجموعة الثالثة تكونت من الأسوياء ٣٠ مبحث جميعهم من الذكور السعوديين. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الأسوياء وكل من الفصامين والإكتئابيين في جميع مظاهر التشويه المعرفي محل الدراسة، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية بين الفصامين والإكتئابيين في هذه الجوانب.

تبحث دراسة Morillo.,et al.,2007 في التكرار والمحتويات والتأثير العاطفي والنتائج والتقييمات المعرفية واستراتيجيات التحكم المرتبطة بالوسواس في مجموعة من ٣١ مريضاً من مرضى الوسواس القهري مقارنة بالأفكار المتطفلة المتعلقة بالوسواس في ثلاث مجموعات تحكم: ٢٢ مريضاً بالإكتئاب و ٣١ مريضاً مصاب بالهوس، و ٣٠ من أفراد المجتمع غير الإكلينيكين. أظهرت النتائج أن مرضى الوسواس القهري والإكتئاب أظهروا بعض التقييمات غير الفعالة حول هوسهم الأكثر إزعاجاً أو أفكارهم المتطفلة (الشعور بالذنب، وعدم القبول، واحتمالية أن يصبح التفكير حقيقة، والخطر، والمسؤولية عن امتلاك التفكير المتطفل)، أظهر مرضى الوسواس القهري استخداماً متزايداً لاستراتيجيات التحكم في التفكير، مع التحييد الصريح، وقمع الفكر، والبحث عن الطمأنينة التي تكون محددة للغاية لهذه المجموعة مقارنة بمجموعتي المرضى الآخرين.

وقام كل من Thomas & Duke, 2007 بدراسة عن الشعراء والكتاب الذين يعانون من معدلات اضطرابات نفسية أعلى من الأسوياء. وباعتبار أن التشوهات المعرفية مؤشر معروف للاكتئاب، قاموا بالتطبيق على ٣٦ مؤلفاً بارزاً لديهم إكتئاب و ٣٦ مؤلفاً بارزاً غير مصاب بالإكتئاب. وتشير النتائج إلى أن المؤلفين المكتئبين لديهم تشوهات معرفية في كتاباتهم أكثر من المؤلفين غير المكتئبين. ومع ذلك، تم العثور على أهمية أكبر بين الشعراء وكتاب النثر، مع وجود تشوهات معرفية أكبر في أعمال الشعراء. كما تم أظهرت النتائج أن كتاب النثر غير المكتئبين لديهم تشوهات معرفية أقل بشكل ملحوظ من الشعراء غير المكتئبين والشعراء المكتئبين والكتاب المكتئبين.

هدفت دراسة Hossain, 2009 إلى معرفة دور التشويه المعرفي في تطوير الاضطرابات النفسية المختلفة مثل الإكتئاب والقلق وما إلى ذلك. وتم تصميمه لاستكشاف أنماط مختلفة من التشوهات المعرفية عن طريق سرد الأفكار بين مختلف المرضى النفسيين والأسوياء. كما تم استخدام مقياس المواقف المختلة واستبيان الصحة العامة جنباً إلى جنب مع قائمة الأفكار لفهم التشوهات المعرفية بشكل شامل وتأثيرها على الصحة النفسية. (١٠) مرضى بمتوسط العمر = ٢٧,٣ سنة، و ١٠ أسوياء بمتوسط عمر = ٢٨ سنة، وأظهرت النتائج أن التعميم المفرط، والقفز إلى الاستنتاج، والتكبير والتصغير، والتفكير العاطفي، والتسمية الخاطئة لأنواع التشوهات المعرفية كانت موجودة بين معظم (٨٠-٩٠٪) من المرضى. من ناحية أخرى، يجب أن نوضح أن التفكير العاطفي والقفز إلى الاستنتاج وجد لدى معظم (٤٠-٥٠٪) من العينة الضابطة، ولكن المعدل كان أقل بكثير من المرضى. كما وجد أن المرضى جميعاً لديهم معدلات تشوه معرفي أعلى بكثير من الأسوياء، وأن مرضى الإكتئاب لديهم أعلى معدل من التشوه المعرفي من جميع الاضطرابات الأخرى. كما أظهرت النتائج إلى وجود علاقة بين التشوه المعرفي، والمواقف المختلة، والصحة النفسية العامة.

هدفت دراسة Peris, et al., 2010 إلى معرفة المتغيرات السريرية والمعرفية المرتبطة بأعراض الإكتئاب لدى ٧١ شاباً مصاباً باضطراب الوسواس القهري. أظهرت النتائج ان ٢١٪ من الشباب لديهم أعراض اكتئابية. وقد ارتبطت المستويات الأعلى من أعراض الإكتئاب بمستويات أعلى من التشوهات المعرفية. كما تم ربط أعراض الإكتئاب بالشيخوخة واضطراب الوسواس القهري الشديد. وقد أسهمت شدة الوسواس القهري العالية في التنبؤ بشكل مستقل بالإكتئاب.

هدفت الدراسة إلى Nasir, et al., 2010 معرفة اثر تقدير الذات والتشوه المعرفي على الاكتئاب، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٨٩ من الملايو، و ١٣١ من الأحداث الجانحين الإندونيسيين. وطبق عليهم مقياس تقدير الذات لروزنبرج Rosenberg، ومقياس Reynolds للاكتئاب عند المراهقين (RADS)، ومقياس التشويه المعرفي. وتوصلت النتائج إلى وجود تأثير كبير لتقدير الذات والتشوه المعرفي على الاكتئاب في كلا المجموعتين.

أما داسة Wilson, et al., 2011 هدفت إلى معرفة ما إذا كانت التدخلات التي تهدف إلى تحسين مهارات حل المشكلات الاجتماعية يمكن أن تقلل بشكل كبير من شدة أعراض القلق والإكتئاب لدى الشباب، من خلال تقييم مدى ارتباط التشوهات المعرفية وأعراض القلق والإكتئاب بالتوجه السلبي للمشكلة (NPO) على عينة من ٢٨٥ شابًا تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٥ عامًا. وأسفرت النتائج أن التشوهات المعرفية وأعراض الإكتئاب تنتبئ تنبأً قويًا بالتوجه السلبي للمشكلة. كما ووجدت النتائج أيضًا أن العلاقة بين التشوهات المعرفية والتوجه السلبي للمشكلة تعززت عندما كانت أعراض الإكتئاب أكثر شدة. وأن التشويه المعرفي (قراءة الغيب وتوقع الكارثة) كان لهما أقوى ارتباطات بأعراض الإكتئاب.

هدفت دراسة العلوي ٢٠١٣ إلى التعرف على التشوهات المعرفية عند طلبة المرحلة الإعدادية، والعلاقة بين التشوهات المعرفية والإكتئاب. وتكونت العينة من ٣٥١ طالب وطالبة، وتم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية ومقياس بيك للإكتئاب. وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين التشوهات المعرفية والإكتئاب.

هدفت دراسة الجعافرة ٢٠١٤ إلى معرفة علاقة التشوهات المعرفية بكل من الإكتئاب وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية في محافظة الكرك، ولتحقيق ذلك تم استخدام ثلاثة مقاييس هي مقياس التشوهات المعرفية ومقياس الإكتئاب ومقياس تقدير الذات، وتم التحقق من دلالات صدقها وثباتها، طبقت الدراسة على عينة بلغت ٣٤٠ طالبًا وطالبة، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: وجود علاقة ايجابية ودالة إحصائيًا بين التشوهات المعرفية وأبعادها والإكتئاب، كما أشارت النتائج إلى إمكانية التنبؤ بالإكتئاب من خلال التشوهات المعرفية (الفقر إلى النتائج والاستنتاجات، وتفكير الكل أو لا شيء، والحتميات، والمبالغة في لوم الذات، والتعميم المفرط، والانتقاء العقلي)..

هدفت دراسة عمارة وآخرون ٢٠١٨ إلى الكشف عن مستوى التشوهات المعرفية ومستوى أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لدى المراهقين، والعلاقة بينهما. والتعرف على ما إذا كانت هناك فروق في التشوهات المعرفية وأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية تبعًا لمتغيري الجنس والتخصص. وتكونت عينة الدراسة من ٣٨٩ طالبًا وطالبة (١٨٩ ذكورًا، و ٢٠٠ إناثًا) في مدارس الثانوية العامة بحمص. وتم تطبيق مقياس للتشوهات المعرفية ومقياس أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية. وأظهرت النتائج أنه توجد علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية بأبعادها الفرعية وأعراض اضطراب الشخصية الوسواسية بأبعادها الفرعية.

كما قام كل من Faisse & Al-Shukry 2019 بدراسة للتعرف على مدى انتشار اضطراب الاكتناز، والعلاقة بين اضطراب الإكتناز والتشوهات المعرفية، ومدى إسهام التشوهات المعرفية في أحداث اضطراب الإكتناز. وتم تطبيق مقياس التشوهات المعرفية، ومقياس اضطراب الإكتناز، على عينة من ١٠٠٠ موظف وموظفة. وأظهرت النتائج أن ٢٠,٧% يعانون من اضطراب الإكتناز. عدم وجود فروق دالة إحصائية في التشوهات المعرفية وفقا للمتغيرات الديموغرافية. كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين اضطراب الإكتناز والتشوهات المعرفية. تساهم ثلاث مجالات (القفز إلى الاستنتاجات، والانتقاء التجريدي، والشخصنة واللوم) من التشوهات المعرفية في التنبؤ بزيادة اضطراب الاكتناز لدى الموظفين.

هدفت دراسة مقدلدي والشواشرة (٢٠٢٠) إلى استكشاف العلاقة بين أعراض الشخصية الوسواسية القهرية والتشوهات المعرفية. ولتحقيق ذلك، أجريت الدراسة على عينة قوامها ٣٢٣ طالبا وطالبة في كلية التربية في جامعة اليرموك، طبق عليهم مقياس أعراض الشخصية الوسواسية القهرية، ومقياس التشوهات المعرفية. وأظهرت النتائج أن نسبة الطلاب الذين لديهم أعراض الشخصية الوسواسية القهرية هو ١٨,٣%. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين أعراض الشخصية الوسواسية والتشوهات المعرفية (التعميم الزائد، الشخصنة، الدرجة الكلية للتشوهات المعرفية، الكل أو لا شيء، المقارنات المحجفة، التفكير الكارثي، تقليل الايجابيات، الاستنتاج الاعباطي، التجريد الإنتقائي).

ثانياً- الدراسات التي تناولت المخططات المعرفية لدى مرضى الإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية :

هدف Atalay, et al., 2008 من هذه الدراسة هو الكشف عن أنماط تنشيط مخططات سوء التكيف المبكرة (EMSS) في المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. تم مشاركة ٤٥ مريضاً من مستشفى عام و٤٥ شخص سوي متطابقاً مع العمر والجنس من موظفي المستشفى. تم إجراء المقابلة الاكلينيكية المنظمة لتشخيص الاضطرابات العقلية ((DSM-IV (SCID-1)، المقابلة الاكلينيكية المنظمة لاضطرابات الشخصية DSM-III-R (SCID-2))، استبيان يونج للمخططات- النموذج المختصر، واستبيان يونج للأبوة والأمومة (YPI) ومقياس بيل براون الوسواس القهري. نتائج: كان متوسط درجات المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري في بعض المخططات أعلى بكثير من متوسط درجات المجموعة الضابطة. حيث أنه يتم تنشيط معظم مخططات سوء التكيف المبكرة بما في ذلك العزلة الاجتماعية والضعف والتشاؤم لدى مرضى الوسواس القهري.

هدفت دراسة Haaland, et al., 2011 إلى الكشف عن ما إذا كانت المخططات المبكرة لسوء التكيف مرتبطة بنتائج العلاج للمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري. وتكونت العينة من ٨٨ مريضاً، تم تطبيق مقياس بيل-براون الوسواس القهري، ومقياس بيك للاكتئاب واستبيان يونج للمخططات النموذج المختصر قبل العلاج وبعده. أشارت تحليلات الانحدار باستخدام مقياس بيل براون بعد العلاج كمتغير تابع إلى أن الدرجات الأعلى في مخطط الهجر في المعالجة السابقة كانت مرتبطة بالنتائج السيئة وفسرت ٧ ٪ من التباين في الأعراض في مرحلة ما بعد العلاج. ارتبطت الدرجات الأعلى في مخطط التضحية بالنفس في العلاج المسبق بالنتائج الجيدة وفسرت ٦ ٪ من التباين في أعراض الوسواس القهري في مرحلة ما بعد العلاج. أثناء العلاج، كانت التغييرات في مخطط الفشل فقط مرتبطة بشكل كبير بالنتيجة الجيدة وفسرت ١٨ ٪ من التباين في الأعراض بعد العلاج.

كانت أهداف دراسة Kim, et al., 2014 هي تقييم المخططات المبكرة لسوء التكيف للمرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وتوضيح العلاقات بين تقييم المخططات المبكرة لسوء التكيف الخاصة وأبعاد الأعراض الخمسة التي تم تحليلها بواسطة العوامل والمتغيرات السريرية الأخرى. أكمل ٥٧ مريضاً يعانون من الوسواس القهري و٧٠ شخص سوي استبيان يونج للمخططات، ومقياس بيل براون للوسواس القهري، وقائمة بيك للاكتئاب. كان لدى المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري درجات أعلى بشكل ملحوظ للمخطط المتعلق بالعيب/العار، والعزلة الاجتماعية/الاعتزاب، والفشل من العينة الضابطة.

أما دراسة اليوسف ٢٠١٤ فقد هدفت إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الوسواس القهري الأسوياء في المخططات المعرفية السلبية، والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات. تكونت العينة من ٦٠ مريض بالوسواس القهري و٦٠ من الأسوياء، وطبق عليهم قائمة مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، واستخبار صنع القرار، وقائمة حل المشكلات، ومقياس عدم تحمل الكرب وعدم تحمل الغموض، والسيطرة على الأفكار، ومقياس التضخيم، وتضخيم تحمل المسؤولية، ومقياس دمج الأفكار بالأفعال- المعدل، وقائمة الكمالية المتعددة، واستخبار المعتقدات الوسواسية. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مرضى الوسواس القهري وبين الأسوياء في المخططات المعرفية السلبية في اتجاه مرضى الوسواس القهري.

كما هدفت دراسة Shariatzadeh, et al., 2015 إلى الكشف عن المخططات المبكرة لسوء التكيف (EMSS) والمعتقدات الأساسية التي تدعم الاضطرابات النفسية المستقرة والشبيهة بالسمات المزمنة والمنكسة. تم مقارنة المخططات النشطة لمرضى الوسواس القهري مع مرضى الشخصية الوسواسية مع الأفراد الأصحاء، وكان الغرض من هذه الدراسة هو مقارنة المخططات المبكرة لسوء التكيف في مرضى الوسواس القهري مع مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء. في هذه الدراسة، تم اختيار ٣٨ مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري و٤٤ مريضاً مصاباً باضطراب الشخصية الوسواسية من المراكز والعيادات الطبية في مدينة كرمانشاه، وتم تطبيق مقياس الوسواس القهري، و٦٣ مشاركا كعينة ضابطة. تم قياس ١٥ مخططاً مبكراً لسوء التكيف من خلال نموذج استبيان مخطط يونج- الصورة المختصرة. النتائج: أظهر تحليل التباين أن المخططات غير القادرة على التكيف تختلف في المجموعات الثلاث. كانت جميع المخططات غير القادرة على التكيف باستثناء التضحية بالنفس وعدم كفاية ضبط النفس في كلا المجموعتين من المرضى أعلى بكثير منها في الأفراد الأصحاء. تشير النتائج إلى أن الفروق بين الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري والعينة الضابطة في مخططات الحرمان العاطفي، وعدم الثقة، والعزلة الاجتماعية، والفشل في الإنجاز، والاعتماد، والتعرض للضرر، والقهر، والحرمان العاطفي، والمعايير الصارمة كانت ذات دلالة إحصائية في اتجاه المرضى. كما حصلت مجموعة اضطراب الشخصية الوسواسية بشكل ملحوظ على درجات أعلى من مجموعة اضطراب الوسواس القهري في ١٣ مخططاً باستثناء مخطط الإذعان كان في اتجاه مرضى الوسواس القهري، أما أن مخطط الحرمان العاطفي والإعتمادية فلم يصل إلى مستوى الدلالة. كما حصلت مجموعة اضطراب الشخصية الوسواس القهري على درجات أعلى مقارنة بمجموعة العينة الضابطة في مجموع درجات المخططات.

وكان الغرض من دراسة Goudarzi, et al., 2016 هو مقارنة المخططات المبكرة لسوء التكيف ومعتقدات ما وراء المعرفة لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء. تكونت العينة من ٣٨٥ طالباً وأجريت الدراسة على عينة من ١٢٧ شخصاً (بما في ذلك ٣٥ مصاباً باضطراب الوسواس القهري و٣٩ مصاباً باضطراب الشخصية الوسواسية، و٥٣ شخصاً عادياً. في الخطوة الأولى، تم تطبيق المقاييس على كل أفراد العينة وهي: مقياس الوسواس-القهري المراجع (OCI-R)، استبيان ميلون متعدد المحاور (المقياس الفرعي لـ OCPD)، استبيان يونج للمخططات- الصورة المختصرة، استبيان ما وراء المعرفة (MCQ-30) واستبيان الصحة العامة (GHQ-12). ثم تم إجراء مقابلات مع ١٢٧ شخصاً مصاباً باضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. وقد أظهرت النتائج أن متوسط الدرجات في جميع مجالات مخططات سوء التكيف المبكرة أعلى بكثير من الأسوياء، وبين الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري أعلى بكثير من المجموعات الأخرى.

كما هدفت دراسة Flink, 2017 إلى استكشاف الأنماط المعرفية الأساسية المرتبطة بالتفكير الانتحاري، كما هدفت إلى مقارنة مخططات سوء التكيف المبكرة بين مرضى العيادات الخارجية النفسية في علاج الاضطراب الإكتئابي الرئيسي مع وبدون التفكير الانتحاري. وتكونت العينة من ٧٩ مريضاً مصاباً بالإكتئاب وطبقوا استبيان مخطط الشباب القصير الممتد، وقائمة بيك للاكتئاب ومقياس اليأس لبك. أظهرت النتائج: كان المرضى الذين لديهم أفكار انتحارية أكثر سوءاً في التكيف فيما يتعلق بأغلبية المخططات المبكرة لسوء التكيف (الهجر/عدم الاستقرار، الحرمان العاطفي، العيب/ العار، العزلة الاجتماعية، العجز عن ضبط الذات، الاعتمادية، القابلية للأذى، الفشل، الخضوع أو الإذعان، التضحية بالذات، السلبية/التشاؤم، العقاب) مقارنةً بأولئك الذين لم يفعلوا ذلك. بعد التحكم في شدة أعراض الإكتئاب المترامنة واليأس، ظلت مخططات سوء التكيف المبكرة، والتي تتعلق بالمعتقدات الكارثية، مؤشراً على التفكير الانتحاري. أي أن مخططات سوء التكيف المبكرة تساهم في التفكير الانتحاري بين الأفراد المكتئبين.

وفي دراسة Davoodi, et al., 2018 هدف الكشف عن مخططات مبكرة لسوء التكيف كعوامل ضعف معرفية مشتركة أو مميزة للاكتئاب واضطراب الجسدية. تكونت العينة من المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي كبير (ن=٣٠) واضطراب الجسدية (ن=٣٠) من داخل المستشفى. أكمل المشاركون المقابلة الاكلينيكية المنظمة لـ(DSM-IV (SCID)، ومقياس بيك للاكتئاب، والنموذج المختصر لاستبيان يونج للمخططات (YSQ-SF). أظهر المرضى المكتئبون مستويات أعلى بكثير من جميع مجالات المخططات الخمسة ومخططات معينة غير قابلة للتكيف، بما في ذلك الحرمان العاطفي وانعدام الثقة وسوء المعاملة والعزلة الاجتماعية والغربة والعيب والعار والفشل والقهر والتثبيط العاطفي وعدم كفاية ضبط النفس أو الانضباط الذاتي.

قام كل من Keshvari & Sanagouye Moharrer, (2019) بدراسة كان الغرض منها هو مقارنة المخططات المبكرة لسوء التكيف واستراتيجيات المواجهة بين الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والأشخاص العاديين. تكونت العينة من ١٤٠ فرداً (٧٠ من اضطراب الشخصية الوسواسية وعينة ضابطة مكونة من ٧٠ مشاركاً). تم جمع البيانات باستخدام استبيان ميلون واستبيان استراتيجيات المواجهة واستبيان مخطط سوء التكيف المبكر. أظهرت النتائج: أن متوسط الدرجات من المخططات غير القادرة على التكيف المبكرة من الانتكاس/ انعدام الأمن، وانعدام الثقة/ سوء المعاملة، والحرمان العاطفي، والعيب / العار والعزلة الاجتماعية وأنماط التأقلم من التجنب، والتعويض الشديد، وخضوع المجموعة الوسواسية القهرية هي أعلى من متوسط المجموعة الضابطة.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

(١) منهج الدراسة:

عندما هدفت الباحثتان للكشف عن ماهية المخططات المعرفية اللاتكيفية وطبيعة التشوهات المعرفية وطبيعة العلاقة بينهما لدى مرضى الإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، ولمعرفة ما اذا كانت هناك فروق بين مرضى الإكتئاب، ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية والأسوياء في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى عينة من مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. فأصبح المنهج المناسب لتحقيق أهداف الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن.

(٢) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من ٢٠٩ فرداً منقسمين إلى: المجموعة الأولى تتكون من (١٦٥) مريض منهم (٦٠) مريض بالإكتئاب، و(٣٨) مريض بالوسواس القهري، وتم التطبيق عليهم من داخل مستشفيات جامعة أسيوط، و(٦٧) مريض باضطراب الشخصية الوسواسية، وتم الحصول عليهم من خلال التطبيق على ٢٠٠ طالب، وتم تشخيص ٦٧ مصاب باضطراب الشخصية الوسواسية ممن انطبقت عليهم أربعة عبارات على الأقل من العبارات الثمانية المكونة للمقياس وذلك طبقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع، أما المجموعة الثانية فتكونت من (٤٤) شخص كعينة ضابطة، وتراوحت الأعمار من (١٧-٤٥) بمتوسط عمر (٢٧،٥٦) وانحراف معياري (٧،٤٣). ولم توجد هناك فروق دالة إحصائية بين متوسط أعمار الثلاث مجموعات.

(٣) أدوات الدراسة:

١- مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية (Maladaptive Shema Questionnaire form (EMSQ-SF)

أعد المقياس جيفري يونج وقام بترجمته محمد السيد عبد الرحمن ومحمد أحمد سغان ٢٠١٥، ويتكون المقياس من (٧٥) بنداً موزعة علي (١٥) بُعد أو مخطط بواقع (٥) بنود أو فقرات لكل بُعد وأبعاد هذا المقياس هي: (الحرمان العاطفي، الهجر/عدم الاستقرار، التشكيك/الإساءة، العزلة الاجتماعية، الوحدة، العيب/العار، الفشل، الاتكالية/الاعتماد، توهم الأذى أو المرض، التعلق/هدم الذات، الإذعان/ الانقياد، التضحية بالنفس، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة، الاستحقاق/هوس العظمة، العجز عن ضبط النفس) وتتراوح درجات الاستجابة على كل بند ما بين درجة إلى ست درجات) ويحسب إجمالي الدرجات لكل بعد بجمع درجات البنود الخمسة له. ومن ثم تتراوح درجة كل بُعد ما بين (٥-٣٠ درجة).

(أ) ثبات المقياس:

فقد تم حساب ثبات المقياس في الدراسة الحالية بطريقة ألفا كرونباخ:

تم حساب معامل ألفا كرونباخ علي عينة (ن = ٥٠) للمقياس وقد ظهر معامل الثبات مرتفع حيث بلغ (٠,٩٦٨).

(ب) صدق المقياس:

جدول (١) دلالة الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة

من المرضى والأسوياء

الأبعاد	المرضى (ن=٥٠)		الأسوياء (ن=٣٥)		ت	الدلالة	في اتجاه
	ع	م	ع	م			
الحرمان العاطفي	٣,٧٣	٩,٢٠	٣,٠٩	٢,٧١	٠,٠٠٨	المرضى	
الهجر/عدم الاستقرار	٤,٩٧	٩,٤٣	٢,٤٣	٥,٠٢	٠,٠٠٠	المرضى	
التشكيك/الإساءة	٣,٨٣	٩,٦٦	٤,٠٧	٣,٤٥	٠,٠٠١	المرضى	
العزلة الاجتماعية	٣,٤٩	٨,٢٠	٢,٦٧	٥,٢٣	٠,٠٠٠	المرضى	
العييب/العار	٣,٦٣	٨,٠٦	١,٨٥	٤,٢٩	٠,٠٠٠	المرضى	
الفتش	٤,١٧	٨,٥٤	٤,٠٨	٢,١٣	٠,٠٣٦	المرضى	
الانكالية/الاعتماد	٤,٠٧	٨,٢٠	٣,٢٦	٤,٢٥	٠,٠٠٠	المرضى	
توهم الأذى أو المرض	٤,٤٤	٩,٥١	٣,٩٥	٢,٨١	٠,٠٠٦	المرضى	
التعلق/هدم الذات	٤,٣٠	٨,٨٩	٢,٩٠	٥,٦٢	٠,٠٠٠	المرضى	
الإذعان/ الانتقياد	٤,٣٩	٨,٣٧	٢,٨٩	٣,٧٦	٠,٠٠٠	المرضى	
التضحية بالنفس	٤,٣٣	١١,	٣,٩٣	٣,٦٣	٠,٠٠٠	المرضى	
الكبت العاطفي	٤,٦٨	٨,٦٩	٢,٤٢	٥,٦٧	٠,٠٠٠	المرضى	
المعايير الصارمة	٤,٨٧	١٣,٣١	٤,٨٦	٢,١٣	٠,٠٣٦	المرضى	
الاستحقاق/هوس العظمة	٤,٦٦	١١,٨٦	٥,٠٥	٤,١٤	٠,٠٠٠	المرضى	
العجز عن ضبط النفس	٣,١١	١١,١٧	٣,٩٥	٣,٧٧	٠,٠٠٠	المرضى	

يتضح من الجدول السابق (١) أن المقياس لديه القدرة على التمييز بين المرضى والأسوياء حيث أن الخمسة عشرة بُعد وجدت فيها فروق دالة إحصائياً عند (٠,٠٠١) و(٠,٠٠١).

٢- مقياس التشوهات المعرفية: (ترجمة: الباحثان)

أعد المقياس في صورته الأولى كل من Yurica & Di Tomasso, 2001 بهدف التحقق من صحته للاستخدام مع مجموعة إكلينيكية من البالغين يعانون من اضطرابات، صمم المقياس للمساعدة في علاج المرضى وليس في العملية التشخيصية. ويؤكد مُعدي المقياس على أن المقياس ليس مقياساً تشخيصياً، ولا ينبغي استخدامه كوسيلة وحيدة لتقييم الأعراض الاكلينيكية، هذه الأداة هي طريقة لفحص التشوهات المعرفية للمرضى، والتي قد تؤدي إلى ازدياد شدة الأعراض، أو جعل الفرد عرضة لمشاكل نفسية في المستقبل. كما تكمن فائدة الأداة في: (١) إنها طريقة لتحديد أشكال التفكير المشوه لدى المرضى، (٢) يمكنها تحديد استخدامات المرضى للتشوهات المعرفية المعينة لتشخيصات معينة، (٣) يمكن أن توفر للمتخصصين باستخدام أداة تركز على تحسين المهارات المعرفية للمرضى، بما في ذلك تثقيف المرضى حول دور التشوهات المعرفية في الاضطرابات النفسية، و(٤) يمكن استخدامها لتقييم التغييرات في أنماط التفكير المشوهة للمرضى طوال فترة العلاج عن طريق قياس التشوهات المعرفية مسبقاً - ويعد وأثناء العلاج.

تتكون الصورة الأولى من ٦٩ عنصرًا يتكون من جمل قصيرة تعكس ١١ نوعًا مختلفًا من التشوهات المعرفية، ثم قام Diefenbeck, (2005) بتعديلات وأصبح المقياس يتكون من ٦٦ عبارة موزعة على ٩ أبعاد. كما قامت الباحثتان بإضافة عشر عبارات (٦ عبارات تقيس الينبغيات، و٤ عبارات تقيس التعميم المفرط) ويتم الإجابة على المقياس في شكل تقرير ذاتي، تنطبق على الأشخاص بدءاً من ١٨ سنة فما فوق، ويتم تسجيل الاستجابة على البنود على مقياس ليكرت المكون من خمس نقاط، يتراوح من "أبداً=١" إلى "دائماً=٥". وأصبحت الدرجات على المقياس في الصورة النهائية تتراوح من ٧٦ إلى ٣٨٠ درجة، وتشير الدرجة العالية إلى تواتر أكبر للتشوهات المعرفية مقارنة بالدرجات الأقل. الغرض من المقياس هو تقديم مجموع درجات التشويه المعرفي بالإضافة إلى الدرجات لكل مقياس فرعي أو تشويه محدد. ويستغرق مدة تطبيق المقياس من ١٥-٢٠ دقيقة.

الإلتساق الداخلي:

لحساب الإلتساق الداخلي للمقياس تم التطبيق على عينة بلغت (٥٠) من مرضى الإكتئاب والوسواس القهري. وقد تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة على كل عبارة والدرجة الكلية، كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول (٢) معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس الذي تنتمي إليه
(ن=٥٠)

رقم الفقرة	معامل الارتباط														
١	٠,٦٩١	١١	٠,٦٤٢	٢١	٠,٥٤٧	٣١	٠,٧٨٨	٤١	٠,٧١٥	٥١	٠,٥٦٩	٦١	٠,٢٧٦	٧١	٠,٧٠٣
٢	٠,٥٨٥	١٢	٠,٨١٥	٢٢	٠,٧٢٤	٣٢	٠,٧٤٤	٤٢	٠,٧٩٨	٥٢	٠,٨٢٠	٦٢	٠,٢٧٥	٧٢	٠,٨٣٣
٣	٠,٥١٨	١٣	٠,٧٩٢	٢٣	٠,٧٢٢	٣٣	٠,٦٩٢	٤٣	٠,٨٢٣	٥٣	٠,٧٦٣	٦٣	٠,٤٥٢	٧٣	٠,٧٥١
٤	٠,٨١٣	١٤	٠,٧٠٢	٢٤	٠,٥٩٧	٣٤	٠,٦٤١	٤٤	٠,٦٥٢	٥٤	٠,٦١٤	٦٤	٠,٤٨٦	٧٤	٠,٦٩٧
٥	٠,٧٢٤	١٥	٠,٧٥٠	٢٥	٠,٨١٨	٣٥	٠,٤٩٩	٤٥	٠,٦٦١	٥٥	٠,٨٠٢	٦٥	٠,٦٣١	٧٥	٠,٥٩٤
٦	٠,٦٠٢	١٦	٠,٧٦٣	٢٦	٠,٦٩٦	٣٦	٠,٤٧٤	٤٦	٠,٧٥٤	٥٦	٠,٨٤٥	٦٦	٠,٧٥١	٧٦	٠,٦٨٢
٧	٠,٧٣٨	١٧	٠,٧٨٧	٢٧	٠,٧٩٤	٣٧	٠,٥٧٧	٤٧	٠,٧١٥	٥٧	٠,٨٠٦	٦٧	٠,٧٦٩		
٨	٠,٧٤٥	١٨	٠,٨٢٨	٢٨	٠,٧٨١	٣٨	٠,٧٧٧	٤٨	٠,٨٦٤	٥٨	٠,٧٨٢	٦٨	٠,٨٠١		
٩	٠,٦٩٩	١٩	٠,٥٢٣	٢٩	٠,٨١٩	٣٩	٠,٦٤٥	٤٩	٠,٥٧٢	٥٩	٠,٧١٧	٦٩	٠,٧٧٤		
١٠	٠,٨١٣	٢٠	٠,٧٠١	٣٠	٠,٦٩٠	٤٠	٠,٧٦٦	٥٠	٠,٦٥٩	٦٠	٠,٢٨٦	٧٠	٠,٦٥٢		

يتضح من الجدول السابق أن جميع فقرات المقياس دالة عند (٠,٠٠١) فيما عدا الفقرة (٦٠، ٦١، ٦٢) كان مستوى الدلالة عند (٠,٠٥).

جدول (٣) الاتساق الداخلي لأبعاد مقياس التشوه المعرفي (ن=٥٠)

الأبعاد	معاملات الارتباط	الأبعاد	معاملات الارتباط
قراءة الغيب	٠,٨٥٤	التفكير الثنائي	٠,٨٤٥
تصغير أهمية الذات	٠,٨٦٥	التهوين والتقليل	٠,٨٦٩
الشخصنة	٠,٩٠٧	التفكير الكارثي	٠,٨٥٣
التضخيم	٠,٨٣٠	صياغة البيبغيات	٠,٤٢٨
الكمالية	٠,٨٦٠	التعميم المفرط	٠,٨٨٨
الاستنتاجات الانفعالية	٠,٧٤١		

ويتضح من الجدول السابق أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى (٠,٠٠١) مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من التجانس الداخلي.

ثبات وصدق المقياس الصورة الأجنبي:

تم التحقق من الخصائص السيكمترية للمقياس الأصلي من ثبات المقياس بتطبيق إعادة الإختبار وقد بلغ معامل الثبات (٠.٩٩٨) لإجمالي درجات المقياس بفواصل زمني خمسة أسابيع. كما بلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٩٨) للدرجة الكلية للمقياس، وتراوح ١١ مقياساً فرعياً من ٠,٥٦ إلى ٠,٩٤.

وتم التحقق من صدق المقياس بإستخدام الصدق التلازمي، وكان معامل الارتباط عالي وإيجابي بين المقياس الحالي في صورته الأصلية وبين مقياس المواقف المختلة DAS-A ومقياس بيك للإكتئاب BDI-II ومقياس القلق BAI وقد بلغ معامل الارتباط (٠,٧٠) و(٠,٧٠) و(٠,٥٩). كما استخدم أيضاً الصدق التمييزي وكان قادر على التمييز بين المرضى والأسوياء بشكل دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٠٠١).

الخصائص السيكمترية للمقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثتان بالتأكد من الخصائص السيكمترية لمقياس التشوهات المعرفية على عينة قوامها (ن=٥٠) مريض من مرضى الإضطرابات النفسية وذلك بحساب معاملات الثبات والصدق:

أ) ثبات ألفا كرونباخ:

يوضح الجدول (٤) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لثبات أبعاد مقياس التشوه المعرفي

البعاد	معامل ألفا كرونباخ	البعاد	معامل ألفا كرونباخ	البعاد	معامل ألفا كرونباخ	البعاد	معامل ألفا كرونباخ
قراءة الغيب	٠,٩٢٥	التضخيم	٠,٩٣٤	التفكير الثنائي	٠,٩١٤	صياغة الينبغيات	٠,٨٣٨
تصغير أهمية الذات	٠,٩٣٣	الكمالية	٠,٩٣٢	التفكير الثنائي / التقليل	٠,٨٥٩	التعميم المفرط	٠,٩٣٥
الشخصنة	٠,٩٥١	الاستنتاجات الانفعالية	٠,٩٠٣	التفكير الكارثي	٠,٩٢٠	الدرجة الكلية	٠,٩٨٥

يتضح من الجدول السابق أن معامل ألفا كرونباخ لأبعاد المقياس قد أظهرت معاملات ثبات مرتفعة حيث تراوحت ما بين (٠,٨٣٨ - ٠,٩٨٥).

(ب) الصدق:

(١) صدق المحكمين:

قد عرضت الباحثتان المقياس على مجموعة من الخبراء المحكمين من أساتذة علم النفس والطب النفسي وعددهم (٥) خبراء لإبداء الرأي حول مدى وضوح أسلوب وصياغة كل عباة. وقامت الباحثتان بعمل التعديلات المطلوبة من قبل السادة المحكمين*. كما تم التأكد من الترجمة العكسية بعرضها على أحد أساتذة اللغة الانجليزية للتأكد من الترجمة العكسية.

(٢) الصدق المتعلق بمحك خارجي:

تم التحقق من صدق المقياس بإستخدام الصدق التلازمي، وكان معامل الارتباط عالي وإيجابي بين المقياس الحالي في صورته النهائية (العربية) وبين مقياس بيك للإكتئاب BDI-II وقد بلغ معامل الإرتباط (٠،٦٧).

(٣) الصدق التمييزي:

في اتجاه	الدلالة	ت	الأسوياء (ن=٣٥)		المرضى (ن=٥٠)		
			ع	م	ع	م	
المرضى	٠،٠٥٠	١،٩٩	٤،٣٣	١٣،٤٠	٦،٥٤	١٥،٩٢	قراءة الغيب
المرضى	٠،٠٠٢	٣،٢٣	٥،٢٤	١٢،٩١	٧،١٤	١٧،٥٠	تصغير أهمية الذات
المرضى	٠،٠٠٠	٤،٤٨	٥،٥٣	٢٩،٦٩	١٤،١١	٤٠،٩٤	الشخصنة
المرضى	٠،٠٠٠	٦،٠٧	٢،٧٤	١١،٩١	٧،٥٦	٢٠،٠٢	التضخيم
المرضى	٠،٠٠٢	٣،٢٠	٥،٥٩	٢٥،٣٤	٩،٦٢	٣١،١٤	الكمالية
المرضى	٠،٠٠١	٣،٤٤	١،٨٣	٧،٣٤	٢،٩١	٩،٢٦	الاستنتاجات
المرضى	٠،٠٠٠	٥،٩٦	٢،٢٣	٨،٥١	٥،٦٣	١٤،٥٠	التفكير الثنائي
المرضى	٠،٠٠٥	٢،٨٩	٣،٩٤	١٣،٤٣	٥،٧٠	١٦،٦٤	التهوين
المرضى	٠،٠١٩	٢،٣٩	٣،٥٣	١٣،٧٤	٥،٤٠	١٣،٦٤	التفكير الكارثي
المرضى	٠،٠٠١	٣،٤٢٢	٢،٩٧	١٠،٢٠	٤،٣٧	١٧،٩٤	صياغة الينابيعات
المرضى	٠،٠٠١	٣،٥٥	٢،٥٦	٩،٩٧	٥،٦٣	١٥،٥٨	التعميم المفرط

يتضح من الجدول السابق (٥) أن المقياس لديه القدرة على التمييز بين المرضى والأسوياء حيث أن الإحدى عشر بُعد وجدت فيها فروق دالة إحصائيًا عند (٠،٠٠٥) و (٠،٠١) و (٠،٠٠١).

* تتقدم الباحثتان بخالص الشكر لكل من: أ.د/ محمد نجيب الصبوه الاستاذ المتفرغ بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة، و أ.د/ شعبان جاب الله رضوان الاستاذ المتفرغ بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة القاهرة، أ.د/ وفاء محمد أحمد فرغلي الاستاذ المتفرغ بقسم الأمراض النفسية والعصبية كلية الطب جامعة أسبوط، أ.د.م/ رومانى جبره الاستاذ المساعد بقسم الأمراض النفسية والعصبية بكلية الطب جامعة أسبوط، أ.م.د/ أحمد سيد التلاوي الاستاذ المساعد بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة المنيا.

٣- استبيان تشخيص الشخصية : Personality Diagnostic Questionnaire PDQ

وضعه ستيفن هيلر Seven Hyler وقام عبد الله عسكر باقتباسه وإعداده. ويتكون الاستبيان من ٩٩ عبارة تغطي اثنا عشر اضطراباً في الشخصية وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع والثالث وصممت استمارة التصحيح بوضع درجة لكل عبارة تنطبق، وصفر للعبارة التي لا تنطبق. أما عن اضطرابات الشخصية التي يقيسها هذا الاستبيان هي اضطراب الشخصية (البارانوية أو الاضطهادية، الفصامية، الشبفصامية، الاستعراضية، النرجسية، التجنبية، الاعتمادية، سلبية العدوان، الإكتئابية، الحدية، المضاد للمجتمع) بالإضافة إلى بعدين هما بعد الكذب والجدية في الاستجابة والهدف منهم أستبعاد المفحوصين المشكوك في استجاباتهم.

وقامت الباحثتين باختيار بُعد اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية وتم تطبيق هذا البعد على عدد كبير وبشكل عشوائي على شبكة الانترنت من خلال شبكات التواصل الاجتماعي (ن=٢٩٨)، وتم تشخيصهم بهذا الاضطراب من انطبقت عليه خمس عبارات من ثمان عبارات مكونة للمقياس. وتم حساب ثبات المقياس باستخدام طريقة الفا كومباخ لاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية على عينة الثبات وبلغ معامل الثبات (٠,٧٢١).

٤) الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

- الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات باستخدام قيمة "ت" لمجموعتين مستقلتين (t-Test) لحساب الفروق بين المتوسطات في الأعمار لدى مجموعات الدراسة، ولحساب معاملات الصدق ونتائج الفرض الأول.
- معاملات الارتباط بيرسون لحساب معاملات الصدق والثبات ونتائج الفرض الثاني.

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول :

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء في المخططات المعرفية اللاتكيفية وجوانب التشويه المعرفي". وللتحقق من هذا الفرض تم إجراء اختبار "ت" لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لعينات الدراسة على مقياسي المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشويه المعرفي. ويعرض الجدول (٦، ٧) نتائج اختبار "ت" للفروق بين المتوسطات.

أولاً: توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء في المخططات المعرفية اللاتكيفية

جدول (٦) دلالة الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء

المقياس	نوع المرض				ت	ت	ت	ت	ت	ت	ت	ت	ت
	مرضى الإكتئاب (١-٦٠)	مرضى الوسواس القهري (٢٨-٢)	مرضى الشخصية الوسواسية (٦٧-٢)	الأسوياء (٤٤-٤)									
المخططات المعرفية	م	ع	م	ع	٢-١	٣-١	٤-١	٣-٢	٤-٢	٤-٢	٤-٢	٤-٢	٤-٢
الحرمان العاطفي	١٤.٤٢	٣.٩٥	١٦.٦٦	٤.٠٧	١٢.٦٩	٤.٨١	١٠.٩١	٣.٢٢	٢.٦٩	٢.٢٢	٤.٨٦	٤.٢٩	٧.١٤
الفرح	١٣.٣٥	٤.٠٧	١٥.٨٩	٣.٩٠	١٣.٩٩	٦.٠٦	١٠.٨٢	٢.٩٢	٣.٠٧	-٠.٦٩	٣.٥٢	١.٧٥	٦.٧٢
التشكيك	١٤.٤٧	٣.٥٢	١٢.٢٢	٣.٤١	١٦.٢٢	٤.٧٩	١١.١٤	٣.٠٨	١.٦٠	٢.٢٢	٥.٠٢	٣.٢٠	٢.٠٤
العزلة الاجتماعية	١١.٩٨	٣.٩٦	١٣.٠٥	٢.٧٧	١٢.٢١	٤.٦٩	٩.٥٥	٢.٠٧	١.٤٥	-٠.٤٢٥	٣.٧٢	-٠.٨٩	٦.٥٤
العييب	١٥.٠٢	٢.٩٥	١٢.٩٢	٢.٦٢	١١.٧٨	٤.٨٤	٩.٤٢	٢.٥٤	٢.٦٧	٤.٤٩	١٠.٠١	١.٢٥	٦.١١
الفضيل	١٥.٥٨	٣.٥٢	١٤.٠٢	٢.٩٣	١٢.٤٠	٥.٤٤	١٠.٢٠	٢.٤٤	٢.٢٧	٣.٨٦	٨.٧١	١.٧٠	٦.٤٥
الاعتماد	١٢.٤٥	٤.٤٦	١٤.٨٢	٣.٥٦	١٢.١٠	٥.٢٤	٩.٧٥	٢.٤٠	٢.٧٦	-٠.٢٩٢	٣.٦٤	٢.٨٠	٧.٦٥
توهم الأذى	١٤.٤٨	٣.٤٧	١٦.٢٤	٢.٢٧	١٢.٦٧	٤.٨٩	١١.٠٩	٢.٨٤	٢.٦٤	١.٠٧	٥.٢١	٢.٠٠٧	٧.٨٠
التعلق	١٤.٧٨	٤.٠٩	١٣.٤٥	٢.٩٩	١١.٥٨	٣.٥٩	٩.٥٩	٢.٢٨	٢.٠٢	٥.٢٢	٨.٠٦	٢.٤٥	٥.٢٩
الاذعان	١١.٧٢	٣.٢٧	١٢.١٦	٤.١٢	١١.٦٩	٤.٩١	٩.٢٩	٢.٢٧	١.٨٩	-٠.٤٠	٢.٩٢	١.٥٦	٥.١٦
النضحية بالذات	١٥.٣٨	٤.١٨	١٢.٦٨	٢.١٧	١٢.٤٨	٤.٦٠	١٠.٤٨	٢.٢٥	٢.١٥	٢.٤٢	٧.٠٨	-٠.٢٤٥	٥.٢٤
الكبت العاطفي	١٦.٥٠	٤.١٠	١٣.٩٢	٢.٤٠	١٤.٩١	٤.٧٨	٩.٨٤	٢.٢٤	٢.٢٤	٢.٠٠١	٩.٧٥	١.١٢	٦.٤٩
المعايير الصارمة	١٤.٠٠	٣.٧٩	١٥.٧٦	٢.٤٠	١٦.٧٥	٢.٧١	٩.٥٩	٢.٠٥	٢.٢٤	٤.٠٩	٧.٠٠	١.٢٢	١٠.١١
الاستحقاق	١٤.٦٥	٤.٢٦	١٢.٩٦	٤.٤٦	١٦.٢٤	٤.٥٧	٩.٦١	٢.٤٨	٢.٠٢	١.٨٦	٦.٩٥	٣.٥٥	٤.٢٤
العجز عن ضبط الذات	١٢.٢٧	٣.٩٨	١٣	٤.٥٢	١١.٠٤	٢.٥٦	٩.٢٥	٢.٢٠	-٠.٤٢١	٢.٤٧	٦.١٤	٢.٤٥	٤.٨٢

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس في أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية فيما عدا أربعة أبعاد هم التشكيك والعزلة والاذعان والعجز عن ضبط الذات، حيث وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بعد العيب والفضيل وبعد التعلق والنضحية بالذات والكبت العاطفي في اتجاه مرضى الإكتئاب، بينما وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بعد الحرمان العاطفي وبعد الهجر وعدم الاستقرار وبعد الاعتمادية وبعد توهم الأذى وبعد المعايير الصارمة كانت في اتجاه مرضى الوسواس القهري.

أما فيما يخص الفروق بين مرضى الإكتئاب ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية، فقد وجدت الفروق الدالة إحصائيًا في بعد الحرمان العاطفي وبعد العيب وبعد الفشل وبعد التعلق وبعد التضحية بالذات وبعد الكبت العاطفي وبعد العجز عن ضبط الذات في اتجاه مرضى الإكتئاب، بينما وجدت الفروق الدالة إحصائيًا في بعد التشكيك وبعد المعايير الصارمة كانت في اتجاه مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية.

بينما وجدت الفروق بين مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية دالة إحصائيًا في بُعد الحرمان العاطفي وبعد الاعتمادية وبعد توهم الأذى وبعد التعلق وبعد العجز عن ضبط الذات في اتجاه مرضى الوسواس القهري، بينما وجدت الفروق الدالة إحصائيًا في بعد التشكيك وبعد الاستحقاق كانت في اتجاه مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية.

وبالنسبة للنتائج الخاصة بالعينة الضابطة فقد وجدت فروق دالة إحصائيًا في اتجاه المرضى (مرضى الإكتئاب، والوسواس القهري، واضطراب الشخصية الوسواسية) في كل أبعاد المخططات المعرفية اللاتكيفية.

وتفسر الباحثان النتائج من خلال مدى اتفاق نتائج الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة:

فبالنسبة لنتائج الفروق بين العينة الضابطة والمرضى في المخططات المعرفية اللاتكيفية في اتجاه المرضى، اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع كلا من دراسة Morillo, et al., 2007، ودراسة Atalay, et al., 2008، ودراسة Hossain, 2009، ودراسة Zhang, et al., 2011، ودراسة Coelho, et al., 2012، ودراسة Kim, et al., 2014، ودراسة Shariatzadeh, et al., 2015، ودراسة Goudarzi, et al., 2016، ودراسة Davoodi, et al., 2018، ودراسة Keshvari, & Sanagouye Moharrer, 2019، ودراسة Kizilagac, & Cerit, 2019.

وقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة Shariatzadeh, et al., 2015 والتي أظهرت نتائجها عن حصول مجموعة اضطراب الشخصية الوسواسية بشكل ملحوظ على درجات أعلى من مجموعة اضطراب الوسواس القهري في ١٣ مخططاً باستثناء مخطط الإذعان كان في اتجاه مرضى الوسواس القهري، أما أن مخطط الحرمان العاطفي والإعتمادية فلم يصل إلى مستوى الدلالة. بينما نتائج الدراسة الحالية أظهرت فروق دالة إحصائياً في مخطط الحرمان العاطفي، والإعتمادية، وتوهم الأذى، والتعلق، والعجز عن ضبط الذات في اتجاه مرضى الوسواس القهري، بينما مخططان التشكيك والاستحقاق كانوا في اتجاه اضطراب الشخصية الوسواسية.

كما اختلفت أيضاً نتائج الدراسة الحالية مع ما أظهرته نتائج دراسة Goudarzi, et al., 2016 أن متوسط الدرجات في جميع مجالات مخططات سوء التكيف المبكرة لمرضى الوسواس القهري أعلى بكثير من المصابين باضطراب الشخصية الوسواسية.

واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة (Kunst, et al., 2020) حيث وجدت مخطط الإعتمادية، ومخطط الفشل، ومخطط العزلة الاجتماعية، ومخطط العيب/الخجل، ومخطط العجز عن ضبط الذات، ومخطط الاستحقاق، ومخطط التضحية بالذات ومخطط المعايير الصارمة ومخطط الكبت العاطفي، ومخطط التعلق، ومخطط الإذعان ومخطط توهم الأذى لدى اضطراب الشخصية الوسواسية، بإستثناء مخطط الحرمان العاطفي ومخطط التشكيك ومخطط الهجران. كما وجدت دراسات أخرى مماثلة ولكن أقل مثل دراسة Nordahl, et al., 2005 حيث وجدت مخطط العزلة ومخطط العيب/الخجل، ومخطط الحرمان العاطفي، ومخطط الاستحقاق، ومخطط التضحية بالذات لدى اضطراب الشخصية الوسواسية. ودراسة Carr & Francis (2010) ان مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية مرتبطاً بشكل كبير بالعيب/العار، والتضحية بالذات.

أما فيما يخص الفروق بين مرضى الإكتئاب وبين كل من مرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية فلم تجد الباحثان دراسات تناولتهما معاً، حيث أن أغلب الدراسات تناولت المقارنة بين مرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

ثانياً: توجد فروق دالة إحصائياً بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء في جوانب التشويه المعرفي
جدول (٧) دلالة الفروق في جوانب التشويه المعرفية لدى عينة مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية والأسوياء

القياس	نوع المرض													
	مرضى الإكتئاب (ن=٦٠) (١)		مرضى الوسواس القهري (ن=٣٨) (٢)		مرضى الشخصية الوسواسية (ن=٦٧) (٣)		الأسوياء (ن=٤٤) (٤)		ت	ت	ت	ت	ت	
م	ع	م	ع	م	ع	م	ع							
التشويه المعرفي	١٦.٣٥	٥.٣٤	١٨.٥٨	٤.٣٠	١١.٤٥	٣.٨٥	٩.١٤	٣.٦٢	٢.١٧	٥.٩٨	٨.٢٦	٨.٧٤	١٢.١٩	٤.٢
قراءة الغيب	١٨.٢٥	٥.٥٤	١٥.٦٣	٥.٢٧	١٢.٩٢	٦.٥٢	٩.٦٨	٢.٩٨	٢.٢٢	٤.٩٢	٩.٢٢	٢.١٨	٦.٤٠	٣.٠٩
تصغير أهمية الذات	٥١.١٥	٩.٤٠	٤٦.٠٣	٨.٨٠	٣٩.٤٨	١٧.٠٠	٣١.٥٢	٦.٧٥	٢.٦٩	٤.٧١	١١.٨٠	٢.٢١	٨.٤٢	٢.٩٥
التضخيم الكمالية	٢٤.٠٧	٦.٤١	٢٦.٨٩	٤.٨٥	٢٠.٠٩	٩.١٩	١٥.٤٥	٤.٩٤	٢.٢٣	٢.٨٠	٧.٤٣	٤.٢٤	١٠.٥٤	٣.٠٦
الاستنتاجات الانفعالية	١١.٠٨	٢.٩٢	٩.٢٧	٢.٢٤	٨	٢.٦٩	٦.٨٢	١.٦٦	٣.٠٩	٦.١٩	٨.٦٩	٢.٦٦	٥.٩١	٢.٦١
التفكير النقابي	١٧.٥٣	٤.٥٩	١٥.٥٥	٤.٤٢	١٢.٨٥	٧.٢٧	٩.٠٩	٢.٩٩	٢.١١	٤.٢٤	١٠.٦٥	٢.٠٧	٧.٨٣	٣.٢١
التهوين	١٨.٩٠	٤.٤٢	١٧.١٣	٢.٨١	١٤.٨٧	٨.٢٧	١١.٦١	٣.٢٤	٢.٢٠	٣.٣٧	٩.٢٥	١.٦٣	٨.١٧	٢.٤٨
صياغات الينبغيات	١٩.٩٠	٤.٥٤	١٩.٢٩	٢.٢٥	٢١.٠٩	٤.٩٠	١٠.٩٥	٣.٢٤	٣.٠٢	٤.٩٩	٧.٣٥	٢.١٤	١٢.٠٣	١٢.٠١
التفكير الكارثي	١٤.٧٠	٤.٦٧	١٦.٨٤	٤.٢٢	١٤.٤٨	٦.٥٢	٩.٩٥	٢.٧٥	٢.٢٨	٠.٢٢	٦.٠١	١.٩٩	٨.٧٣	٤.٣٥
التضخيم المفرط	١٦.٠٧	٣.١٩	١٤.٧١	٢.٢٧	١٢.٧٢	٤.٧٧	١٠.٨٢	٣.٥٠	٢.٤٦	٤.٦٠	٧.٩٥	٢.٤٢	٥.٨٧	٢.٢٧

ويتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الإكتئاب ومرضى الوسواس في جوانب التشويه المعرفي فيما عدا بعد مقارنة الآخرين، حيث وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بُعد الشخصية وبُعد تصغير أهمية الذات وبُعد التفكير الثنائي وبُعد الاستنتاجات الانفعالية وبُعد التهوين في اتجاه مرضى الإكتئاب، بينما وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بُعد التضخيم وبُعد قراءة الغيب وبُعد الكمالية وبُعد ضياغة الينبغيات وبُعد التفكير الكارثي كان في اتجاه مرضى الوسواس القهري.

أما فيما يخص الفروق بين مرضى الإكتئاب ومرضى اضطراب الشخصية الوسواسية، فقد وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بُعد الشخصية وبُعد التضخيم وبُعد تصغير أهمية الذات وبُعد التفكير الثنائي وبُعد الاستنتاجات الانفعالية وبُعد التهوين في اتجاه مرضى الإكتئاب، بينما وجدت الفروق الدالة إحصائياً في بُعد قراءة الغيب وبُعد ضياغة الينبغيات كان في اتجاه مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية .

(أ) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الإكتئاب.

جدول (٨) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الإكتئاب

التشوهات للمخططات	التهوبات	تصغير أهمية الذات	الضعفنة	التضخيم	الكفاية	الاستنتاجات التفصيلية	التفكير الثنائي	التوهين	صياغة الينبيغات	التفكير الكارثي	التعميم المفرط
الحرمان العاطفي	٠,٠٥٥	٠,٠٥٢	٠,١٥٠	٠,٠٦٧٥	٠,١٤٤	٠,٠٦٧٥	٠,٠٣١٢	٠,٠٧٠	٠,٠٢٢٧	٠,٠٦٦	
الهجران	٠,٠٦٦	٠,٠٥٨	٠,٠٤١	٠,٠٢٦٩	٠,١٠٥	٠,٠٢٨٩	٠,٠٣٥٠	٠,٠٢٩	٠,٠٥٨	٠,٠٢٩٦	
التفكير	٠,٠٦٥	٠,٠٩٨	٠,٠٥٩	٠,٠٩٩	٠,٠٢٥	٠,٠٦٥	٠,٠٨٢	٠,٠٢٥	٠,٠٥٨	٠,٠٦٧	
المرزلة الاجتماعية	٠,٠٤٤	٠,٠٤٨	٠,٠٦٠٢	٠,٠٢٥٦	٠,٠٦٢	٠,٠٢٥٤	٠,٠٢١٢	٠,٠٧٩	٠,٠٤٤	٠,٠٥٩	
العيب	٠,٠٧٧	٠,٠٤٨	٠,٠٢٦٨	٠,٠٢٦٦	٠,٠١١	٠,٠٢٥٩	٠,٠٢٦٥	٠,٠٤٤	٠,٠١٤	٠,٠٧٠	
الفشل	٠,٠٦٩	٠,٠٢٢	٠,٠٢٠٩	٠,٠٢٦٧	٠,٠٢٥٩	٠,٠٢٠١	٠,٠٢٠١	٠,٠١٠	٠,٠٤٧	٠,٠٤٧	
الاعتماد	٠,٠٢٥	٠,٠٢٢	٠,٠٤٠	٠,٠٢٢٤	٠,٠٥٧	٠,٠٢٢٧	٠,٠٢٤٤	٠,٠٢٤٦	٠,٠٠٦	٠,٠٢٩٦	
توهم الذئب	٠,٠٢٥٢	٠,٠١٩	٠,٠١٥	٠,٠٢٥٢	٠,٠١٤٢	٠,٠١٢٢	٠,٠٢٥	٠,٠٠٢	٠,٠٤١	٠,٠٢٥٢	
التعلق	٠,٠٢٩	٠,٠٢٧	٠,٠٢٥	٠,٠٢١	٠,٠١٤٢	٠,٠٢٧٤	٠,٠٢٩٢	٠,٠٢٩	٠,٠١٠	٠,٠٢٧٢	
الإيمان	٠,٠١٨	٠,٠٢٤	٠,٠٢٨٢	٠,٠١٥٠	٠,٠٢٢	٠,٠٢٦٨	٠,٠٢٠٦	٠,٠١٤	٠,٠٥٢	٠,٠١٤٩	
التضخيم بالذات	٠,٠٧١	٠,٠٢٥٢	٠,٠٢٦٩	٠,٠١٨٨	٠,٠١٢٢	٠,٠١٦٦	٠,٠١٤٠	٠,٠٢٥	٠,٠٢٢	٠,٠٢٦٩	
الكبت العاطفي	٠,٠٢٢	٠,٠٢٤	٠,٠٢٠	٠,٠٢٤	٠,٠٢٤	٠,٠٢٤	٠,٠٥٢	٠,٠٨٢	٠,٠٢٥	٠,٠٢٧	
للمعايير الصارمة	٠,٠٤٤	٠,٠٦٩	٠,٠٢٠٢	٠,٠١٠	٠,٠٢٨	٠,٠٢٥	٠,٠٢٢	٠,٠٢٧	٠,٠٨٠	٠,٠٢٩	
الاستحقاق	٠,٠٢٠	٠,٠٤٠	٠,٠١٦	٠,٠٢٦٦	٠,٠٠٨١	٠,٠٤٠	٠,٠٢٠٦	٠,٠١٥	٠,٠٢٥	٠,٠٢٥٨	
المزمن ضبط الذات	٠,٠٥٤	٠,٠٢٥٧	٠,٠١٤٢	٠,٠١٦	٠,٠١٦	٠,٠١٦	٠,٠٢٤	٠,٠٢٨٢	٠,٠٢٩	٠,٠٢٦٩	

كشفت النتائج الموضحة في الجدول (٨) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مخطط الحرمان العاطفي وبين كل من (الاستنتاجات الانفعالية - والتفكير الكارثي) لدى مرضى الإكتئاب. وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الهجران / وعدم الاستقرار وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والتضخيم - والاستنتاجات الانفعالية- والتفكير الثنائي - والتوهين - والفكر الكارثي - والتعميم المفرط) من لدى مرضى الإكتئاب. وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط التشكيك/الإساءة (قراءة الغيب - وصياغة الينبيغات - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة

بين مخطط العزلة الاجتماعية والوحدة وبين كل من (تصغير أهمية الذات - الشخصنة - التضخيم - الاستنتاجات الانفعالية - التفكير الثنائي) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط اولعيب/العار وبين الاستنتاجات الانفعالية لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الفشل وبين كل من (قراءة الغيب - وتصغير أهمية الذات - والشخصنة - والتضخيم - والكمالية - والتفكير الثنائي - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الاتكالية /الاعتماد وبين كل من (الاستنتاجات الانفعالية - والتفكير الثنائي - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط توهم الأذى أو المرض وبين كل من (قراءة الغيب - والتضخيم - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط التعلق وهدم الذات وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والاستنتاجات الانفعالية - والتفكير الثنائي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الإذعان أو الانقياد وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والشخصنة - والاستنتاجات الانفعالية) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط التضحية بالذات وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والشخصنة - والتهوين) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الكبت العاطفي وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والشخصنة - والتهوين - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط المعايير الصارمة وبين التفكير الكارثي لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الاستحقاق/هوس العظمة وبين كل من (قراءة الغيب - والتضخيم - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة مخطط العجز عن ضبط الذات/ضبط الذات وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والتفكير الثنائي - والتهوين - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الإكتئاب.

(ب) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري

جدول (٩) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري

التشوهات المخططات	قراءة الغيب	تصغير اهمية الذات	الشخصنة	التضخيم	الكمالية	الاستنتاجات الانفعالية	التفكير الثنائي	التهوين	صياغة الينبيغيات	التفكير الكارثي	التعميم المفرط
الحرمان العاطفي	٠,٢١١	*٠,٢٤١	٠,١٦٤	٠,١٤٤	٠,٠١٢	٠,٠٦٦	٠,١٠٨	**٠,٥١٦	*٠,٢٢٩	٠,٢٠٦	**٠,٤٤١
الهجران	٠,١٢٤	٠,٠١٥	**٠,٤٢٨	**٠,٥٠٢	٠,١١٧	٠,٠٨٥	**٠,٥١٧	٠,١٤٧	٠,١٢٥	**٠,٤١٢	٠,١٢٢
التشكيك	٠,١٢٢	٠,٠٢٢	٠,٠٩٧	٠,٠٠٢	**٠,٤٦٤	٠,٠٤١	*٠,٢٤٤	٠,١٢٤	*٠,٢٢٦	**٠,٤٨٩	*٠,٢٧٧
العزلة الاجتماعية	٠,٠٥٧	**٠,٤٢٦	*٠,٢٣٨	**٠,٤٤٧	٠,٠٦٠	٠,٠٠٨	٠,٠٢٢	٠,٠٢٥	٠,٠٨٠	٠,١٢٤	*٠,٥١٦
الغيب	٠,٠٤٢	٠,٢١٣	٠,٠٥٦	٠,٠٢٢	٠,٠١٧	**٠,٤٢٧	٠,١١٥	٠,١١٢	**٠,٥٨٢	*٠,٢٦١	٠,١١١
الفضل	*٠,٢٧٠	**٠,٤٦١	**٠,٥٢٢	٠,١٠٢	*٠,٢٢٤	٠,١٢٩	٠,٠٦١	٠,٢٢٧	٠,٢٠٨	**٠,٤٤٤	*٠,٢٢٢
الاعتماد	٠,١١٥	٠,٢٢٧	٠,١٦٩	**٠,٤٢٢	٠,٠٩٤	٠,٠٢٢	٠,٠٤٢	٠,٠٨٥	٠,٢٧٧	*٠,٢٢٢	**٠,٥١٥
توهم الذئ	*٠,٢٢٨	٠,١٧٦	٠,٢١٥	*٠,٢٥٢	٠,٠٤٥	*٠,٤٠٥	٠,١٧٩	٠,١٢٥	٠,٠٥٢	*٠,٢٦٦	٠,٢٩٢
التعلق	٠,١٢٠	**٠,٤٤٢	٠,١٣٠	٠,٠٥٤	٠,٠٥٢	**٠,٤٩٦	٠,٠٠٢	٠,٠٢٧	٠,٠٥١	٠,١٢٧	٠,١٥٥٩
الانزعان	٠,١٢٠	٠,١٢١	**٠,٥٨٦	*٠,٤٨٢	*٠,٢٩٧	٠,٢٥٧	٠,١٥٥	٠,١٨٨	٠,٠٤١	**٠,٤٤٢	**٠,٥١٢
التضخيم بالذات	٠,١٢٦	*٠,٤٠٤	**٠,٤٢٨	٠,٠٢٩	٠,١٠٠	٠,١٦٩	*٠,٢٤٥	٠,٢٤١	٠,٢٠٢	٠,١٣٦	*٠,٢٢٨
الكبت العاطفي	٠,١٥١	٠,٢٥٠	٠,١٦٩	٠,٠٢٧	٠,١٩٨	**٠,٦٩٢	٠,٢٠٠	٠,١١١	٠,١٨٦	**٠,٤٢٨	**٠,٤٢٠
المعايير الصارمة	٠,١٩٨	٠,١١٦	٠,٠٨٠	**٠,٦٥٩	**٠,٥٠٠	٠,٠٨١	**٠,٤٧١	٠,١٠١	**٠,٥٠٨	**٠,٤٧٤	*٠,٢٥٢
الاستحقاق	٠,٢٩٨	٠,٣٠٠	٠,١١٩	٠,٢١٢	٠,٠٢٤	٠,١٧٧	٠,٠٨٢	٠,٠٤٩	٠,١١٧	٠,١٠٩	٠,٠٦٢
العجز عن ضبط الذات	٠,١٥٦	٠,١٠٢	**٠,٤٢٩	**٠,٥٠٦	٠,٢٤١	٠,١١٨	٠,٢٠١	٠,٠٧٠	٠,١١١	**٠,٥١٥	**٠,٤٤٧

كشفت النتائج الموضحة في الجدول (٩) إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين مخطط الحرمان العاطفي وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والتهوين - وصياغة الينبيغيات - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الهجران/وعدم الاستقرار وبين كل من (الشخصنة - والتضخيم - والتفكير الثنائي - والتفكير الكارثي) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الشك / الإساءة وبين كل من (الكمالية - والتفكير الثنائي - وصياغة الينبيغيات -

والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط العزلة الاجتماعية والوحدة وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والشخصنة - والتضخيم - والتعميم المفرط) من لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة مخطط العيب والعار وبين كل من (الاستنتاجات الانفعالية - وصياغة الينبغيات - والتفكير الكارثي) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الفشل وبين كل من (قراءة الغيب - وتصغير أهمية الذات - والشخصنة - والكمالية - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط توهم الأذى أو المرض وبين كل من (قراءة الغيب - والتضخيم - والاستنتاجات الانفعالية - والتفكير الكارثي) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط التعلق وهدم الذات وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والاستنتاجات الانفعالية) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الإذعان أو الانقياد وبين كل من (الشخصنة - والتضخيم - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) من لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط التضحية بالذات وبين كل من (تصغير أهمية الذات - والشخصنة - والتفكير الثنائي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الكبت العاطفي وبين كل من (الاستنتاجات الانفعالية - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. ووجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط الصرامة وبين كل من (التضخيم - والكمالية - وصياغة الينبغيات - والتفكير الكارثي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري. كما وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين مخطط العجز عن ضبط الذات/ضبط الذات وبين كل من (الشخصنة - والتضخيم - والتفكير الثنائي - والتعميم المفرط) لدى مرضى الوسواس القهري.

بينما لم يرتبط مخطط الاستحقاق/هوس العظمة بأي من التشويهاات المعرفية لدى لدى

مرضى الوسواس القهري.

ج) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية

جدول (١٠) معاملات الارتباط بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى اضطراب الشخصية الوسواسية

التشوهات المخططات	قراءة الغيب	تصغير أهمية الذات	الشخصنة	التضخيم	الكمالية	الاستنتاجات الانفعالية	التفكير الثنائي	التفكير الثنائي	التهوين	صياغة البنبغيات	التفكير الكارثي	التعميم الفرط
الحرمان العاطفي	***.٧٢٩	***.٧٢٨	-.١٢٦	***.٧٠١	***.٢٣٤	***.١٢٠	***.١٦١	***.٧٢٢	***.٤٠٤	***.١٢٧	***.٧٥٠	
الهجران	***.٧٩٥	***.٨٠٤	***.٢١٥	***.٧٢٢	***.٤٠٧	***.٥١٢	***.٧٥١	***.٧٩٩	***.٢١٦	***.٧٤٤	***.٨٢٠	
التفكير	***.١٧٢	***.٢٩٩	***.٢٦١	***.٢٩٩	***.٧٢١	***.٢٣٨	***.٢٥١	***.٢٥٢	***.٢٥٨	***.٢٥٨	***.٢٥٨	
العزلة الاجتماعية	***.٨٢٨	***.٧٥١	***.٢٧٠	***.٨٤١	***.١٨٦	***.٥٩٩	***.٧٤٠	***.٨١٦	***.٢٣٢	***.٧٥٥	***.٨٢٥	
الغيب	***.٨٠٢	***.١٧٨٧	-.١٢٥	***.٧٠٨	***.٤٢٥	***.٥٠٢	***.٧٠٦	***.٧٥٨	***.٤٠١	***.٧٢٢	***.٧٢٦	
القتل	***.٨٨٠	***.٨٨٥	***.٢٦٦	***.٨٤١	***.٤٤٦	***.٥٢٩	***.٧٧١	***.٢٦٠	***.٢٥٦	***.٨٢٢	***.٨٧١	
الاعتماد	***.٧٢٢	***.٧٨١	***.٢٠٢	***.٧٥٢	***.٤١٧	***.٤٥٥	***.٢٨٢	***.٧٥٢	***.٢٢٨	***.٧٢٧	***.١٢٢	
توهم الأذى	-.١٢٥	-.١٨٧	-.١٥٤	***.٢٦٥	-.١٢٠	***.٤٥٧	-.١٢٢	-.١٢٤	-.٢٤٠	***.٥٨٢	***.٥٥٢	
التعلق	***.٥٤٢	***.٤٨٥	***.٢٩٢	***.٥٢٩	-.١٢٢	***.٢٥٦	***.٤٨٠	***.٤٦٨	-.١٩٧	***.٤٩٠	***.٧٢٧	
الإذعان	-.١٠٥	-.٢٢٥	***.٤٧٢	***.٧٥١	-.١٦٩	***.٢٦٦	-.٢٠٨	-.٢٠١	-.١٧٥	-.١٩٢	***.٧٤١	
التضحية بالذات	***.٧٤٨	***.٧٤٠	***.٢٣٦	***.٧٥٧	***.٢٦٨	***.٤٤٤	***.٦٢٤	***.٢٨٩	***.٢٤٥	***.٦٨٥	***.٦٩٢	
الكبت العاطفي	***.٧٢٦	***.٦٥٥	***.٢٨٧	***.٢٦٦	***.٤٢٩	***.٤٠٤	***.٦٥٤	***.٦٨١	-.١٢٠	***.٦١٩	***.٤٤٦	
لغاير الصرامة	***.٤٦٢	***.٤٩٠	-.١٤٠	***.٤١٦	***.٢٣٤	***.٢٩١	***.٤٢٢	***.٤٩٠	***.٢٦٠	***.٤٦٩	***.٦٤٤	
الاستحقاق	***.٢٤٧	-.١٠٧	-.١٢٧	***.٤٨٠	***.٢٥٢	***.٢٠٠	***.٢٨٩	***.٢٨٠	***.٢٤٢	-.٠٨٢	***.٤٢٤	
العجز عن ضبط الذات	***.٤٦٧	***.٤٧٥	-.١٠٧	***.٤٦٨	-.٠٨٥	***.٢٠٩	***.٢٦١	***.٤٠١	***.٢٨١	***.٢٨٢	***.٤٥١	

كشفت النتائج الموضحة في الجدول (١٠) إلى وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين جميع المخططات المعرفية اللاتكيفية وبين جميع التشوهات المعرفية، باستثناء مخطط الهجر /عدم الاستقرار، فلم توجد علاقة ارتباطيه بينه وبين التشويه المعرفي (قراءة الغيب - والكمالية)، وبالنسبة لمخطط العزلة الاجتماعية /الوحدة فلم يرتبط بالكمالية، وبالنسبة لمخطط الغيب والعار فلم يرتبط بكل من (قراءة الغيب - والشخصنة)، وبالنسبة لمخطط توهم الأذى أيضاً فلم يرتبط بكل من (قراءة الغيب - وتصغير أهمية الذات - والشخصنة - والكمالية - والتفكير الثنائي - والتهوين - وصياغة البنبغيات)، وبالنسبة لمخطط التعلق/هدم الذات فلم يرتبط بكل من (الكمالية - وصياغة البنبغيات)، وبالنسبة لمخطط الإذعان أو الانتقاد أيضاً فلم يرتبط بكل من (قراءة الغيب - وتصغير أهمية الذات - والكمالية - والتفكير الثنائي - والتهوين - وصياغة البنبغيات - والتفكير الكارثي)، وبالنسبة لمخطط التضحية بالذات فلم يرتبط بالتفكير الثنائي، وبالنسبة لمخطط الكبت العاطفي فلم يرتبط بصياغة البنبغيات، وبالنسبة لمخطط المعايير الصارمه فلم يرتبط بالشخصنة، ومخطط الاستحقاق/هوس العظمه لم يرتبط بكل من (تصغير أهمية الذات- والشخصنة - والتفكير الكارثي)، وأخير لم يرتبط مخطط العجز عن ضبط الذات بكل من (الشخصنة - والكمالية)

أما تفسير النتائج من خلال الدراسات السابقة، فقد كانت دراسة Brazão, et al., 2017، ودراسة عيسى إبراهيم، ودراسة عبد الفتاح أبي مولود (٢٠١٧)، ودراسة زبيري وعبد الله (٢٠١٨)، ودراسة Da Luz, et al., 2017، كانوا من ضمن الدراسات التي تناولت دراسة المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية ولكن على عينات مختلفة عن عينات الدراسة الحالية، باستثناء دراسة Milligan, (2013) التي أظهرت نتائجها أنه هناك علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى عينة من مرضى النفسيين.

لذا قامت الباحثتان بتفسير هذا الفروض من خلال الإطار النظري ومن وجهة نظرهما وهي:

الإكتئاب هو متلازمة متعددة العوامل، لذلك يجب تقييم العوامل المرتبطة بها لتوفير فهم كامل للإكتئاب بدءاً من مرحلة المراهقة. حيث تشير بعض النتائج إلى أن التشوه المعرفي يرتبط بالإكتئاب. وقد اقترح بيك نموذجاً مسبباً للإكتئاب يتضمن المخططات المعرفية اللاتكيفية كأحد عوامل الخطر المهددة للإصابة بالإكتئاب حيث توجه تلك المخططات الفرد إلى أسلوب ادراكي غير قادر على التكيف (Zhang, et al., 2011, p1)

حيث أن الأشخاص المكتئبين يقومون بتقليل المشاعر الايجابية التي يمرون بها في حياتهم (بخس الايجابيات)، أو لوم الذات لدرجة تحميل أنفسهم مسؤولية الأحداث السيئة التي تحدث لهم بدون أي دليل (الشخصنة)، ودائماً ما يميلون إلى توقع النتائج السلبية وتكون تنبؤاتهم مطلقة (قراءة الغيب)، ويأتي بعدها تركيزهم على توقع أسوأ نتيجة ممكنة في تفسيرهم لأي حدث على إنه كارثي، وهو ما اثبتته دراسة Wilson, et al., 2011 في أن قراءة الغيب والتفكير الكارثي كانوا لهما أعلى الارتباطات بالإكتئاب.

وذلك لأن مريض الإكتئاب يرى نفسه على أنه معيب وأن الحياة اليومية مليئة بالصراع، ويفترض أن الصعوبات أو المعاناة الحالية ستستمر إلى أجل غير مسمى. ويؤدي تنشيط هذه المواقف المختلة إلى زيادة احتمالية أن يهتم الشخص المكتئب بشكل انتقائي بالمحفزات المتوافقة مع الحالة المزاجية، وبالتالي تشفير المعلومات العاطفية السلبية وتصفية المعلومات الإيجابية. (Disner, et al., 2011, p. 466-467)

وقد أظهرت دراسة Kuru, et al., 2018 إلى أن للمرضى المصابون بالإكتئاب تأثيرات على "المرشح العقلي والتعميم المفرط والشخصنة" في المواقف الاجتماعية، ولم يكن هناك تشوه معرفي محدد بدون اكتئاب.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة Zhang, et al., 2011 إلى أن التشويه المعرفي قد يزيد من قابلية التعرض للإصابة بالإكتئاب. كما أظهرت دراسة Kolko, et al., 2000، ودراسة Ota, et al., 2020 حيث وجدوا أن أعراض الإكتئاب تقل عندما يتم تصحيح وتعديل التشوهات المعرفية.

كما أن الأفكار المتعلقة بالإكتئاب تختلف عن تلك الموجودة في الوسواس القهري: فمن المرجح أن يجتر الشخص المصاب بالإكتئاب أخطاء الماضي والفشل المتصور، بينما يخشى الشخص المصاب بالوسواس القهري عادةً من الأشياء التي يمكن أن تحدث في المستقبل. وهناك فرق آخر مهم هو أن الأشخاص المصابين بالإكتئاب غالبًا ما يفكرون في حالتهم العاطفية كطريقة لفهمها بشكل أفضل (Stein, 2013, p.11)، أما الأفكار المتعلقة بمرضى الوسواس القهري تتسم بتضخيم الفكره والمبالغة فيها والاهتمام بها ويستجوبون للأفكار العارضة وكأنها تمثل خطرًا حقيقيًا في الحياة، مما يسبب لهم قلقًا مزمنًا وشعور بالذنب إذا ما تجنبوا هذه الأفكار العارضة وبلجئون إلى تجنب تلك الأفكار وتحيدها من خلال مجموعة من الأفعال القهرية.

وهذا يتفق مع ما تقترحه النظرية المعرفية أنه طالما أن مرضى الوسواس القهري يفسرون الأفكار التطفلية على أنها كارثية، وطالما استمروا في الاعتقاد بأن مثل هذا التفكير يحمل الحقيقة، فسوف يستمرون في الشعور بالضيق وممارسة التجنب و/ أو السلوكيات الطقسية. (Rector, et al., 2016, p.13)، وهذا يتفق مع ما أظهرته نتيجة الدراسة الحالية حيث كان تشويه التفكير الكارثي من التشويهاات التي يتسم بها مرضى الوسواس القهري.

كما أظهرت النتائج أن مرضى الوسواس القهري يعانون من مخطط الاعتمادية وما يرتبط به من تشويهاات معرفية (التضخيم- التفكير الكارثي - التعميم) وترجع الباحثان ووجود هذا المخطط لدى مرضى الوسواس القهري إلى طبيعة مرض الوسواس القهري وما يترتب عليه من صعوبات في اتخاذ القرار وحاجتهم المستمرة إلى التأكيد من الآخرين، مما قد يكون سببا في تنشيط مخطط الهجران/عدم الاستقرار الذي يزيد من قلق عدم الاستمرار في تقديم الدعم العاطفي والمساندة من الأشخاص المهمين بالنسبة لهم. وقد يرجع وجود مخطط الفشل لديهم إلى ما يسببه

مرض الوسواس القهري من شلل اجتماعي ناتج عن الأفكار والأفعال القهرية مما يأخر حياتهم العملية والدراسية، ويتسبب في استمرار وتنشيط مخطط الفشل لديهم، كما تُسبب أعراض الوسواس القهري في وجود ميول انسحابية لدى المرضى ومما يدعم وينشط مخطط العزلة الاجتماعية لديهم، كما يعاني مرضى الوسواس القهري من مخطط المعايير الصارمة الذي ينشط ويستمر لديهم بسبب قلقهم المستمر من تحقيق أفكارهم القهرية فيفرضون على أنفسهم معايير شديدة الصرامة لتجنب الإحساس بالتهديد وفقدان الأمان. وقد يرجع وجود مخطط التضحية بالذات إلى الشعور المتضخم بالمسؤولية الناتج عن المعايير الصارمة مما ينشط مخطط التضحية بالذات. ونتيجة لتنشيط مخطط المعايير الصارمة وارتباطه بتشويه التفكير الكارثي والتعميم، قد يكون سبباً في تنشيط مخطط توهم الأذى أو المرض الذي يتسبب في الشعور بالخوف المفرط من كارثة قادمة لا يستطيع أن يتجنبها.

وتؤكد النظرية المعرفية السبب في أن هؤلاء الأشخاص الذين لديهم خطراً مبالغاً في أفكارهم يفعلون ذلك نتيجة إلى أن المعتقدات الخاطئة التي تعلموها في وقت مبكر من حياتهم. كما يعتقد الباحثون أن المعتقدات التالية قد تكون لها دوراً أساسياً في تطوير الاندفاعات والحفاظ عليها:

- "المسؤولية المبالغ فيها" أو الاعتقاد بأن المرء مسؤول عن منع المصائب أو الإضرار بالآخرين.
- الاعتقاد بأن بعض الأفكار مهمة للغاية ويجب السيطرة عليها.
- الاعتقاد بأن وجود فكرة أو دافع لفعل شيء ما سيزيد من فرص تحقيقه.
- الميل إلى المبالغة في تقدير احتمالية الخطر.
- الإيمان بضرورة أن يكون المرء كاملاً دائماً وأن الأخطاء غير مقبولة. (Rector, et al., 2016,p.14)

تشير الأبحاث أن مرضي اضطراب الشخصية يطلبون العلاج لأنهم يعانون من الإكتئاب بعد حدث سلبي في الحياة. وقد يرجع ذلك إلى سبب تنشيطهم لمخطط المعايير الصارمة وما يتبعه من تشويه معرفي (وهو الكمالية) الذي يدفع الفرد إلى حياة مليئة بالإفراط في تتبع الكمالية، ومما يترتب عليه أيضاً من تنشيط مخطط الفشل والذي يُعد أحد المخططات الأساسية لمرضى الإكتئاب. ولذلك يرى (Jean Cottraux1, 2005) أن تحسن اضطراب الشخصية الوسواسية يرتبط بتعديل مخطط المعايير الصارمة.

وهذا أيضاً ما أظهرته نتائج الدراسة الحالية حيث ارتبط اضطراب الشخصية الوسواسية بمخطط المعايير الصارمة وكان التشويه المعرفي المقابل له قراءة الغيب والكمالية والذي يتسم فيه ذوي هذا المخطط بالمعايير العالية لتجنب النقد الذي يؤدي الي شعورهم بالضغط وتدني الإحساس بالسعادة والانشغال بالوقت والفعالية حتى يستطيع انجاز المزيد وترجع الباحثتان ارتباط مخطط المعايير الصارمة باضطراب الشخصية الوسواسية وما يتبعه من تشوهات معرفية إلى نمط الوالدين من القسوة والشدة في تعاملهم مع الأبناء بالإضافة إلى الأحداث الصدمية في العلاقات مع الآخرين التي قد تشمل الإعتداء الجسدي أو العاطفي أو النفسي وتلك الأنماط من التنشئة الاجتماعية تؤدي إلى تنشيط تلك المخططات المعرفية اللاتكيفية، وبالتالي ما يرتبط بها من تشوهات تدعم وجود واستمرار اضطراب الشخصية الوسواسية.

وهذا ما يؤكد كل من (Nordahl, et al.,2005); (Thimm, 2010) من المخططات المعرفية اللاتكيفية تتكون في مرحلة الطفولة المبكرة من خلال العوامل الوراثية والبيولوجية والتجارب البيئية، وتتطور طوال حياة الفرد، وتؤدي إلى اختلال وظيفي في السلوكيات. وتنشأ المخططات المعرفية اللاتكيفية من إحباط الاحتياجات النفسية الأساسية في مرحلة الطفولة المبكرة على سبيل المثال (الارتباط الآمن - والتعبير عن الاحتياجات)، ومن خلال الأنماط المستمرة للتجارب السلبية مع أفراد الأسرة والآقران والصدمات النفسية والحدود غير المناسبة. وقد يؤدي عدم التوافق بين سلوك تربية الوالدين وسمات الطفل أيضاً إلى تطور المخططات المعرفية اللاتكيفية. كما تحافظ المخططات على تواجدها من خلال التشوهات المعرفية وأنماط الحياة المدمره للذات وتؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى أشكال مختلفة من اضطرابات الشخصية والضيق النفسي (مثل الإكتئاب والقلق والوحدة وعدم كفاية القدرة على العمل وتعاطي المخدرات). وبالتالي فإن الهدف الرئيسي للتدخل في العلاج بالمخططات هو تعديل كل من مخطط معرفي لا تكيفي وأسلوب المواجهة المرتبط به، حيث أن أشكال التأقلم التي تتخذ أشكال: الاستسلام أو الإبطال أو التعويض، وهي العمليات التي تخفف الضغط على المدى القصير تقوي وتزيد من المخططات المعرفية اللاتكيفية.

وبعد أن أظهرت النتائج أن المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، مما يعني أنه حيثما تكثر المخططات والتشوهات المعرفية، فمن المحتمل أن تظهر أعراض الإكتئاب والوسواس القهري واضطرابات الشخصية أيضاً. وهذا يؤكد أيضاً أن تحديد المخططات لدى المرضى النفسيين (الإكتئاب والوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية) مفيداً من حيث التسبب في المرض وعلاج المرض. ولذلك يجب أن تحاول الدراسات بتحديد والتشوهات المعرفية وتعديلهم وتصحيحهم لدى المرضى وخاصة لأنه مفيد في العلاج المبكر للأمراض.

الأبحاث المقترحة:

١. أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.
٢. أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالمخططات المعرفية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.
٣. المخططات المعرفية اللاتكيفية المنبئة باضطرابات الشخصية لدى طلاب الجامعة.

التوصيات:

- ١- إعداد برامج إرشادية بماهية المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية واضطرابات الشخصية لدى طلاب الجامعة والمقبلين على الزواج وللآباء بصفة خاصة.
- ٢- إعداد برامج علاجية قائمة على المخططات لعلاج الاضطرابات النفسية واضطرابات الشخصية.

المراجع:

إبراهيم، عيسى وأبي مولود، عبد الفتاح (٢٠١٧). علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفية بالتشوهات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ع ٣٠، ٣٠٧-٣١٨

الجعافرة، وفاء (٢٠١٤). علاقة التشوهات المعرفية بالاكْتئاب وتقدير الذات لدى عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية في محافظة الكرك، عمادة الدراسات العليا، جامعة مؤتة.

العلوي، زينب عبد الكريم (٢٠١٣). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالاكْتئاب والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية، كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة كربلاء.

العنزي، مريم (٢٠٢٠). درجة التشوهات المعرفية لدى المرشحات في محافظة القريات بالسعودية، وعلاقته بقلق المستقبل لديهن، دراسات-العلوم التربوية، الجامعة الأردنية-عمادة البحث العلمي، ٤٧(١)، ٥١٨-٥٣٤

اليوسف، نجلاء (٢٠١٤). الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢(٢) يوليو، ٣٢٩-٣٦٥

رضوان، شعبان وأبو عبادة، صالح (٢٠٠٢). مظاهر التشويه المعرفي لدى المكتئبين والفصامين، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مجلد ١، عدد ابريل.

زبيري، بتول وعبد الله، ريام (٢٠١٨). البنى المعرفية اللاتكيفية لدى طلبة الجامعة، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، مج ٢٦، ع ٩، ١-١٧صص.

سلامة، ممدوحة (١٩٨٩). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٣، ١١، ٤١-٥٢

عبارة، هاني ورحال، ماريو وموسى، أحمد (٢٠١٨). التشوهات المعرفية وعلاقتها بظهور أعراض اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية لدى المراهقين، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، ١٤ (٤)، ٤١١-٤٢٧

مطر، طلعت، الخراط، إيهاب (٢٠٠٧). العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد، جوديث بيك وآرون بيك (١٩٩٥)، القاهرة: المركز القومي للترجمة.

مقدادي، مؤيد والشواشرة، عمر (٢٠٢٠). العلاقة بين أعراض الشخصية الوسواسية القهرية والتشوهات المعرفية لدى طلبة جامعة اليرموك، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، ٢٨ (٥)، ٨٢٩-٨٤٦.

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th. Ed.). Washington, DC: APA
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D., & Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 12(4), 268-279.
- Bernard, J. E. R. (2018). Depression: A review of its definition. *MOJ Addict. Med. Ther*, 5, 6-7.
- Brazão, N., Rijo, D., Salvador, M. D. C., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The effects of the growing pro-social program on cognitive distortions and early maladaptive schemas over time in male prison inmates: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(11), 1064.
- Carr, S. N., & Francis, A. J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333-349.
- Coelho, J. S., Baeyens, C., Purdon, C., Pitet, A., & Bouvard, M. (2012). Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought-shape fusion. *Behaviour research and therapy*, 50(7-8), 449-456.
- Da Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., Da Silva, D. C., & Oliveira, D. S. (2017). Early maladaptive schemas and cognitive distortions in adults with morbid obesity: relationships with mental health status. *Behavioral sciences*, 7(1), 10.

- 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.
- Dembo, J., van Veen, S., & Widdershoven, G. (2020). The influence of cognitive distortions on decision-making capacity for physician aid in dying. *International journal of law and psychiatry, 72*, 101627.
- Diefenbeck, C. A. (2005). Role of cognitive distortions and dysfunctional attitudes in nurses experiencing burnout, doctor of psychology, Department of psychology, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience, 12*(8), 467-477.
- Faise, S. M & Al-Shukry, I . A(2019). Hoarding Disorder and its Relation to Cognitive Distortions, International Journal of Learning Management Systems, Int. J. Learn. Man. Sys.7, No.2, 31-46.
- Fineberg, N. A., Reghunandanan, S., Kolli, S., & Atmaca, M. (2014). Obsessive-compulsive (anankastic) personality disorder: toward the ICD-11 classification. *Brazilian Journal of Psychiatry, 36*, 40-50.

- Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. *The European Journal of Psychiatry, 31*(3), 87-92.
- Gordon, O. M., Salkovskis, P. M., Oldfield, V. B., & Carter, N. (2013). The association between obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive personality disorder: prevalence and clinical presentation. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(3), 300-315.
- Goudarzi, N., Khosravi, Z., & DEHSHIRI, G. R. (2016). Early maladaptive schemas and metacognitive beliefs in people with obsessive-compulsive disorder, obsessive-compulsive personality disorder and normal people, *8,3*(31),25-35.
- Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. Ø., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy, 49*(11), 781-788.
- Hossain.M S (2009) Understanding Patterns of Cognitive Distortions, Master of philosophy, Department of clinical Psychology, University of Dhaka
- Kashyap H , Kumar J K , Kandavel T, Reddy YC . Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: are executive functions the key deficit? *Compr Psychiatry. 2013; 54*(5):533-540.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.003>

- Keshvari, B., & Sanagouye Moharrer, G. (2019). Comparison of Early Maladaptive Schemas and Coping Strategies among People with Obsessive–Compulsive Personality Disorder and Normal People, 6(4):371–379.
- 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.
- Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., & Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 603.
- Kuelz AK, Hohagen F, Voderholzer U. Neuropsychological performance in obsessive–compulsive disorder: a critical review. *Biol Psychol*. 2004; 65(3): 185–236.
- Tükel R, Gürvit H, Ertekin BA, Oflaz S, Ertekin E, Baran B, et al. Neuropsychological function in obsessive–compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(2): 167–175.

- Kunst, H., Lobbetael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(6), 837-846.
- Kuru, E., Safak, Y., Özdemir, İ., Tulacı, R. G., Özdel, K., Özkula, N. G., & Örsel, S. (2018). Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*, 32(2), 97-104.
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurieta, N., ... & Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and Anxiety*, 25(10), 832-838..
- Lochner, C., Serebro, P., van der Merwe, L., Hemmings, S., Kinnear, C., Seedat, S., & Stein, D. J. (2011). Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): A marker of severity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 1087-1092.
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Grant, J. E., & Rasmussen, S. A. (2005). Obsessive compulsive personality disorder and obsessive compulsive disorder: clinical characteristics, diagnostic difficulties, and treatment. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 197-204.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern,6-8.

-
- Marras, A., Fineberg, N., & Pallanti, S. (2016). Obsessive compulsive and related disorders: comparing DSM-5 and ICD-11. *CNS spectrums*, 21(4), 324-333.
- Milligan, K. (2013). Cognitive Distortions as a Mediator Between Early Maladaptive Schema and Hopelessness
- Moini, J., Koenitzer, J., & LoGalbo, A. (2021). *Global Emergency of Mental Disorders*. Elsevier, 137-155.
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1319-1333.
- Nasir, R., Zamani, Z. A., & Khairudin, R. (2010). Effects of family functioning, self-esteem, and cognitive distortion on depression among malay and Indonesian juvenile delinquents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 7, 613-620.
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Ota, M., Takeda, S., Pu, S., Matsumura, H., Araki, T., Hosoda, N., ... & Kaneko, K. (2020). " The relationship between cognitive distortion, depressive symptoms, and social adaptation: A survey in Japan": Corrigendum.

- Özdel, K., Taymur, İ., Guriz, S. O., Tulaci, R. G., Kuru, E., & Turkcapar, M. H. (2014). Measuring cognitive errors using the Cognitive Distortions Scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *PloS one*, *9*(8), 1-7
- Paast, N., Khosravi, Z., Memari, A. H., Shayestehfar, M., & Arbabi, M. (2016). Comparison of cognitive flexibility and planning ability in patients with obsessive compulsive disorder, patients with obsessive compulsive personality disorder, and healthy controls. *Shanghai archives of psychiatry*, *28*(1), 28-34.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Asarnow, J. R., Langley, A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2010). Clinical and cognitive correlates of depressive symptoms among youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*(5), 616-626.
- Puri, P., Kumar, D., Muralidharan, K., & Kishore, M. T. (2021). Evaluating schema modes and cognitive distortions in borderline personality disorder: A mixed-method approach. *Journal of Clinical Psychology*, *1-12*.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., ... & Cherry, M. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *30*(4), 515-529.
- Rector, N. A., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M., & Richter, M. (2016). Obsessive-compulsive disorder An information, Center for Addiction and mental health, Canada.

-
- Roberts, M. B. (2015). Inventory of Cognitive Distortions: Validation of a Measure of Cognitive Distortions Using a Community Sample, *PCOM Psychology Dissertations*. 325.
- Sasso L, Cheryl A. Exploring the relationship between neurocognitive personality traits. Pepperdine University Dissertation; 2007
- Shariatzadeh, M., Vaziri, S., & Mirhashemi, M. (2015). Comparison of Early Maladaptive Schemas in Patients with Obsessive–Compulsive Disorder, Patients with Obsessive–Compulsive Personality Disorder with Healthy Individuals. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(4), 171–171.
- Starcevic, V., Berle, D., Brakoulias, V., Sammut, P., Moses, K., Milicevic, D., & Hannan, A. (2013). Obsessive–compulsive personality disorder co–occurring with obsessive–compulsive disorder: conceptual and clinical implications. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 65–73.
- Stein, D. J. (2013). Obsessive compulsive disorder. *South African Journal of Psychiatry*, 19(3), 7
- Taher, T. M. J., Al–fadhul, S. A. L., Abutiheen, A. A., Ghazi, H. F., & Abood, N. S. (2021). Prevalence of obsessive–compulsive disorder (OCD) among Iraqi undergraduate medical students in time of COVID–19 pandemic. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 1–8.

- Thamby, A., & Khanna, S. (2019). The role of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S114-118.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(1), 52-59.
- Thomas, K. M., & Duke, M. (2007). Depressed writing: Cognitive distortions in the works of depressed and non depressed poets and writers. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 1(4), 204.
- Wilson, C. J., Bushnell, J. A., Rickwood, D. J., Caputi, P., & Thomas, S. J. (2011). The role of problem orientation and cognitive distortions in depression and anxiety interventions for young adults. *Advances in Mental Health*, 10(1), 52-61.
- Zhang, Y., Li, H., & Zou, S. (2011). Association between cognitive distortion, type D personality, family environment, and depression in Chinese adolescents. *Depression research and treatment*, 1-9.

<https://dictionary.apa.org/depression>

<https://dictionary.apa.org/cognitive-distortion>