مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية
كلية الآداب – جامعة القاهرة
دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

أ.د. نجلاء رأفت سالم
عميد الكلية
ورئيس مجلس الإدارة

أ.د.دينا أبو الفتوح سلام
وكيل الكلية لشئون
خدمة المجتمع وتنمية البيئة
ونائب رئيس مجلس الإدارة

المجلد التاسع عشر العدد الثالث

يوليو ٢٠٢٣

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب – جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

السنة :	٢٠٢٣
رقم المجلة :	١٩
العنوان :	**مركز البحوث والدراسات النفسية – كلية الآداب – جامعة القاهرة (١) شارع الشهيد عبد الهادى صلاح (أمام السفارة السعودية الجديدة) جمهورية مصر العربية.**
المحافظة :	الجيزة
التليفون:	٣٣٣٥٣٧٨٥ – ٠١٠٦٥٨٣٣٨٨٦
صفحة الفيس:	**مركز البحوث والدراسات النفسية بجامعة القاهرة**
الترقيم الدولى المطبوع	**Issn 2735 -3680**
الترقيم الألكترونى	**Issn 2735 - 3699**

قواعد النشر
فى مجلة بحوث ودراسات نفسية
مركز البحوث والدراسات النفسية- جامعة القاهرة

مجلة بحوث ودراسات نفسية دوريه علمية سيكلوجية محكمة تتضمن مجموعة من البحوث العلمية منهجية متخصصة في علم النفس، باللغتين العربية والإنجليزية، تتناول قضايا علم النفس بجميع فروعه وبما تشمله من نظريات وتوجهات علمية أساسية وتطبيقية حديثة وذلك لخدمة البحث العلمى، وتدعيم الروابط العلمية بين المراكز البحثية والاقسام العلمية المتخصصة.

- **قواعد النشر**

١- ألا يكون البحث قد سبق نشره أو قدم للنشر في أي مكان آخر.

٢- أن يكون البحث في مجال علم النفس بكل تخصصاته.

٣- استيفاء البحث القواعد المتعارف عليها، بحيث يشمل المقدمة وأهمية البحث ومشكلته والإطار النظري لموضوع البحث، والدراسات السابقة التي أجريت حوله، والانتهاء إلى صياغة الفروض التي يهدف البحث إلى التحقق منها، ثم منهج الدراسة وإجراءاتها، بما تشمله من وصف العينة والأدوات والتحليلات الإحصائية التي استخدمت لاستخلاص النتائج، ثم وصف النتائج ومناقشتها.

٤- توثيق المراجع سواء في متن البحث أو قائمة المراجع النهائية طبقاً لنظام جمعية علم النفس الأمريكية (APA).

٥- تكتب المصطلحات الأجنبية التي لم يستقر الرأى عليها (أو الجديدة) بجانب المصطلحات العربية في متن البحث عند ورودها للمرة الأولى، ثم تكتب بعد ذلك باللغة العربية فقط.

٦- تكتب المصطلحات المتعارف عليها في حاشية في نهاية الصفحة.

٧- ترقم المصطلحات في الحواشي السفلية بشكل تسلسلي من أول البحث حتى نهايته.

٨- تكتب أسماء العلماء الأجانب باللغة الأجنبية إلى جانب كتابتها باللغة العربية لورود الاسم، ثم السنة باللغة الأجنبية.

٩- تقدم الرسومات والأشكال البيانية بشكل جاهز للنسخ المباشر.

١٠- تخضع البحوث المقدمة للنشر في مجلة البحوث والدراسات النفسية للتقييم العلمي المعمَّى من قبل اثنين من المحكمين من أساتذة التخصص، ويتم إخطار الباحث بقبول بحثه أو ملاحظات التحكيم أو الحاجة إلى المراجعة ...الخ، كما يتم إخطار الباحث إرجاع البحث إليه إذا لم يُقبَل للنشر.

١١- يتم إصدار مجلة بحوث ودراسات نفسية ربع شهرية.

١٢- تقديم الباحث نبذة مختصرة عن سيرته العلمية عند النشر في المجلة لأول مرة.

١٣- لا يقل البحث عن ٥٠ صفحة تقريباً من حجم الكوارتو (A4)، ويشترط أن يقدم البحث إلكترونياً ومصحوباً بملخصين أحدهما باللغة العربية والآخر بالإنجليزية في حدود ١٥٠ كلمة لكل ملخص.

١٤- يتم تسليم الباحث ١٠ نسخ بعد الطباعة مستلات لبحثه إذا كان باحثاً واحداً، أما إذا كانا باحثيْن فأكثر يعطى كل باحث منهم ٥ نسخ مستلات .

١٥- ترسل جميع البحوث والمراسلات باسم رئيس التحرير إلكترونيا من خلال التواصل الالكترونى مع الباحث .

كلمة رئيس التحرير

في هذا العدد

أما البحث الأول فأعدته الباحثة **ميرنا رفيق ابراهيم** المدرس المساعد بقسم علم النفس بكلية الفنون والعلوم الإنسانية بالجامعة البريطانية بالقاهرة . وهدف البحث الكشف عن دور الكمالية الاجتماعية في توسط العلاقة بين المخططات غير التوافقية المبكرة وأعراض القلق الإكلينكى لدى طلاب الجامعة. تكونت عينة البحث من (٢٧٩) طالبًا جامعيًا يعانون مستويات من القلق الإكلينيكى وقد تم استخدام المقياس المختصر لمخططات يونج ، ومقياس هيويت للكمالية المتعددة الأبعاد، ومقياس المشقة والقلق والاكتئاب. وأسفرت النتاشج عن وجود ارتباطات دالة موجبة بين كل من المخططات غير التوافقية المبكرة والكمالية الاجتماعية وأعراض القلق . كما كشفت النتائج عن وجود ارتباط مرتفع بين مخطط الالتزام المفرط بالمعايير والعجز عن الأستقلال /الأداء وأعراض القلق ، كما ارتبط مخطط المسئولية المفرطة ارتباطًا مرتفعًا بالكمالية الاجتماعية. ولم تسفر النتائج بوجه عام عن توسط الكمالية الاجتماعية العلاقة بين المخططات المبكرة وأعراض القلق ، ولكن ظهر تأثر وسيط لها فقط فى العلاقة بين مخطط الحدود الضعيفة وأعراض القلق

أما البحث الثانى فقد أعدته كل من **الأستاذة الدكتورة عزة عبد الكريم مبروك** أستاذ علم النفس المتفرغ بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة القاهرة ، **والأستاذة سناء عبد الصبور أحمد** ، الإختصاصية النفسية بمستشفى عادل صادق للطب النفسى . وقد هدف بحثهما إلى الكشف عن الفُرُوق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة. وقد تكوَّنت عَيِّنَة البحث من (١٠٠) من المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية من الذُّكُور (وبلغ متوسط أعمارهم ٣٣,٨٩ سنة، بانحراف معياري

٤,١٩ سنة)، و(١٠٠) من غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية (بمتوسط عمري ٣١,٩٥ سنة، وبانحراف معياري ٤,٨٢ سنة). واستُخدم مقياسُ المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لـ"يونج". وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل الأبعاد الفَرْعِيَّة للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية في اتجاه عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ. وقد نُوقِشَت النتائج في ضوء نظرية المُخَطَّطَات لـ"يونج"، والتفسير المعرفي للإدمان.

وفقنا جميعاً لما فيه خير ورفعة أوطاننا

رئيس التحرير

أ.د عبير محمد أنور

أستاذ بقسم علم النفس – جامعة القاهرة

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

مجلة بحوث ودراسات نفسية

يصدرها مركز البحوث والدراسات النفسية

كلية الآداب – جامعة القاهرة

دورية علمية سيكولوجية محكمة – ربع سنوية

The Role of Socially Prescribed Perfectionism in Mediating the Effect of Early Maladaptive Schemas on Clinical Anxiety Symptomatology among University Students

Dr. Mirna Rafik Ibrahim

Professor Mohamed Saad
Faculty of Arts &Humanities, Psychology Department, the British University in Egypt

الفُرُوقُ بَيْنَ الْمُعْتَمِدِينَ عَلَى الْمَوَادِّ النَّفْسِيَّةِ وَغَيْرِ الْمُعْتَمِدِينَ فِي الْمُخَطَّطَاتِ الْمَعْرِفِيَّةِ غَيْرِ التَّوَافُقِيَّةِ

إعـــــداد

أ. د/ عزة عبد الكريم فرج مبروك **د. سناء عبد الصبور أحمد**

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

رئيس مجلس الإدارة

أ.د. نجلاء رأفت سالم

عميد كلية الآداب – جامعة القاهرة

نائب رئيس مجلس الإدارة

أ.د.دينا أبو الفتوح سلام

وكيل الكلية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة ونائب رئيس مجلس الإدارة

رئيس التحرير

أ.د عبير محمد أنور

أستاذ علم النفس ومدير مركز البحوث والدراسات النفسية

هيئة التحرير

أ.د. معتز سيد عبدالله

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة

أ.د. طريف شوقي فرج

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بني سويف

أ.د. بدرية كمال أحمد شرابية

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنصورة

أ.د. فريح عويد العانزي

أستاذ علم النفس بكلية التربية – الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب – الكويت

أ.د. أحمد عبدالفتاح عياد

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة طنطا

أ.د. عبدالمنعم شحاتة محمود

أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مدير التحرير

د. وفاء إمام عبد الفتاح

دكتوراه علم النفس – مركز البحوث والدراسات النفسية بكلية الاداب – جامعة القاهرة

سكرتير تحرير المجلة

أ. أمل السيد الحسيني

اختصاصى أول تقنية معلومات

المنسق الإالكتروني

أ. أيمن أبوالعلا

اختصاصي أول تكنولوجيا المعلومات

الهيئة الاستشارية

أ.د. الحسين عبدالمنعم
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة
أ.د. أحمد عبدالخالق
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الإسكندرية
أ.د. أيمن عامر
أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة
أ.د. طارق عبدالوهاب
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة الفيوم
أ.د. طه المستكاوي
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة أسيوط
أ.د. عادل كمال خضر
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة بنها
أ.د. عويد سلطان المشعان
أستاذ ورئيس قسم علم النفس بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة الكويت
أ.د. محمد دسوقي
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنيا
أ.د. محمود خيال
أستاذ علم النفس بكلية الآداب – جامعة المنوفية

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

المحتويات

٣٤٢-٣٨١	**The Role of Socially Prescribed Perfectionism in Mediating the Effect of Early Maladaptive Schemas on Clinical Anxiety Symptomatology among University Students** **Dr. Mirna Rafik Ibrahim** **Professor Mohamed Saad**
٣٨٣-٤٣٠	**الفُرُوقُ بَيْنَ الْمُعْتَمِدِينَ عَلَى الْمَوَادِّ النَّفْسِيَّةِ وَغَيْرِ الْمُعْتَمِدِينَ فِي الْمُخَطَّطَاتِ الْمَعْرِفِيَّةِ غَيْرِ التَّوَافُقِيَّةِ** **أ. د/ عزة عبد الكريم فرج مبروك د. سناء عبد الصبور أحمد**

The Role of Socially Prescribed Perfectionism in Mediating the Effect of Early Maladaptive Schemas on Clinical Anxiety Symptomatology among University Students

Dr. Mirna Rafik Ibrahim

Professor Mohamed Saad

Faculty of Arts &Humanities, Psychology Department, the British University in Egypt

Abstract

The current study examined the relationship between Early Maladaptive Schemas (EMSs), Socially Prescribed Perfectionism (SPP), and clinical anxiety symptomatology, along with exploring the mediating role of SPP in the relationship between EMSs and clinical anxiety symptoms. The sample is composed of 279 university students with clinical levels of anxiety, whose ages range from 18-25. Participants completed three questionnaires: Young Schema Questionnaire-short form, Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale, and Depression Anxiety Stress Scale. Results indicated significant positive correlations among EMSs, SPP, and anxiety symptoms. The Schematic domain of excessive standards and impaired autonomy were found to have the highest correlation with anxiety symptomatology. Additionally, the schematic domain of excessive responsibility also had the highest correlation with SPP. However, there was no mediation effect of SPP in the relationship between the overall EMSs and anxiety symptomatology. However, a mediation effect of SPP was found between the impaired limits schematic domain and anxiety symptoms. A thorough discussion and recommendations of the findings were provided.

Keywords: Socially Prescribed Perfectionism, Early Maladaptive Schemas, Anxiety Symptomatology, University Students.

Introduction

Anxiety disorders are considered to be the most prevalent mental health disorders, where the estimates show that around 4% of the general population suffers from anxiety disorders (World Health Organization, 2023). Among the various vulnerable populations to anxiety disorders, university students appear to be one of the most highly impacted population groups. Indeed, the transition phase from high school to university has been described as one full of new responsibilities that burden university students. This new phase is usually characterized by facing the new duties of emerging into adulthood, which is full of stressors related to finance, family, and career, that contribute to students experiencing high levels of anxiety (Asif et al., 2020).

Indeed, this is reflected in literature, where there is a mounting concern about the rapidly growing rates of anxiety among college students. It was found that the overall incidence rate of anxiety has been progressively increasing over the years among college students (Lee et al., 2021). In a recent review, it was discovered that approximately one in every 3 university students suffer from anxiety, which is around 32 % of university students (Tan et al., 2023). This is considered a striking difference in comparison with the estimated percentage of anxiety disorders found in the general population, which is 4% of the general population (World Health Organization, 2023). Given these alarming statistics of the increasing rate of anxiety symptomatology among university students, they specifically seem to be a vulnerable population for anxiety disorders in comparison with the general population. As a result, the current study will focus on university students specifically and the possible underlying mechanism for their unique anxiety experience.

Also, the critical need to address the increasing rates of anxiety in colleges is amplified given the severe harmful implications of anxiety on students. Anxiety symptomatology has been found to

negatively impact students' academic performance, quality of sleep, social life, and overall mental health status and even predict later psychopathology (Asif et al., 2020). Therefore, it is critical in the current study to understand the underlying mechanisms of anxiety disorder in university students specifically to tailor effective treatments and interventions, as their experiences seem to be more amplified -almost ninefold higher- and different from the general population.

One of the potential variables that underlie anxiety disorders and psychopathology is perfectionism. It has been found that along with the increase in anxiety among university students, tendencies for perfectionism have also been shown to be an increasing trend in today's highly competitive world. One meta-analysis demonstrates a linear increase over the last 20 years in perfectionistic tendencies among university students (Curran & Hill, 2019).

This emphasizes the increasing strain of striving for perfection that burdens the younger generation in university compared with their older peers. This rise in perfectionistic tendencies has also been hypothesized to be a potential explanation for a significant portion of the rise in psychopathology and specifically in the increase of anxiety levels among university students (Curran & Hill, 2019). More specifically, one dimension of perfectionism has consistently shown a strong association with psychopathology, which is socially prescribed perfectionism (SPP). This dimension revolves around the conviction that people demand exceedingly high standards of oneself, and it has shown a robust association with anxiety (Flett et al., 2022).

Additionally, in the process of understanding perfectionism and its negative impact on anxiety levels, cognitive theorists have also focused on the role of schemas in developing such perfectionistic tendencies. More specifically, cognitive approaches emphasize the contribution of early maladaptive schemas (EMSs) that are formed early in life in shaping an individual's perfectionistic tendencies.

Numerous research has indeed found a strong relationship between EMSs and perfectionistic tendencies (Azhari, 2017; Moghadam et al. 2021). Also, EMSs were proven to have a significant contribution in the development and durability of anxiety symptomatology (Azhar, 2017).

Therefore, this research aims to understand the complex mechanisms under which SPP, and EMSs affect anxiety symptomatology in university students. Hence, the current study intends to investigate the correlation among EMSs, SPP, and anxiety symptomatology in university students. Along with exploring the possible mediating effect of socially prescribed perfectionism on the relationship between EMSs and anxiety symptomatology.

Accordingly, the current study poses the following research questions: What is the relationship between EMSs and anxiety symptomatology? What is the relationship between the EMSs and SPP? What is the relationship between SPP and anxiety symptomatology? What is the mediating effect of SPP on the relationship between EMSs and anxiety symptomatology?

Theoretical Conceptualization

Early Maladaptive Schemas

Understanding schemas has been given special attention in the field of cognitive psychology. Generally, schemas have been defined as a mental shortcut that aids people in understanding, interpreting, and responding to external information (Young et al., 2003, p.6). Interestingly, Young has expanded the literature in understanding the nature of schemas, especially those leading to psychopathology, and he named them ‘early maladaptive schemas’(EMSs). Young defined EMSs as broad everlasting templates that involve cognitive, emotional, memories, and even bodily sensations, which are hypothesized to be conceived out of disadvantageous early experiences and have an enduring pathological impact on the individual's life (Young et al., 2003, p.7).

Furthermore, Young classified the schemas into 18 maladaptive schemas falling under four main schematic domains (Bach et al., 2018). These four main schematic domains are impaired autonomy/performance, excessive responsibility/standards, disconnection/ rejection, and impaired limits. Individuals with the disconnection/rejection schema have difficulty forming secure attachments with people and their needs revolve around stability, belonging, safety, and nurturing (Bach et al., 2018). They also believe that such needs will not be met. In contrast, impaired autonomy/performance schema revolves around the belief about one's inability to function solely and competently (Bach et al., 2018). This includes believing in one's inadequacy and inability to handle given duties.

Conversely, the impaired limits schematic domain revolves around problematic beliefs about one's internal limits and discipline (Bach et al., 2018). This often leads to difficulty respecting others and abiding by one's commitments/responsibilities. Lastly, the schematic domain of excessive responsibility and standards mainly revolves around meeting high internalized standards (Bach et al., 2018). This includes pressuring oneself to meet unrealistic high standards while having an attitude of intolerance and punitiveness towards imperfections.

Socially Prescribed Perfectionism

In the past decade, research has been directed toward understanding perfectionism as a construct. Perfectionism is hypothesized to be a multidimensional personality construct that often contributes to the etiology and maintenance of mental health difficulties (Maricuțoiu et al., 2020). It has also been hypothesized to be a common core vulnerability to various mental health disorders. Thus, it has been considered a transdiagnostic process across different clinical disorders (Egan et al., 2012).

To capture the distinct facets of perfectionism, different theoretical models have tried to categorize and explain the nature of

each of them. Consequently, this leads to having a pool of diverse facets explained differently by each theoretical model, leading to complexity in understanding the multidimensional nature of perfectionism (Stairs et al., 2011). Nevertheless, all those various facets have been shown to fall under a consistent two-factor model structure by factor analysis studies: adaptive perfectionism (AP) and maladaptive perfectionism (MP) (Stoeber et al., 2020).

Consequently, Stoeber et al., (2020), have developed their two-factor model of perfectionism. They differentiate between 2 main dimensions of perfectionistic tendencies: one that is named maladaptive perfectionism or perfectionistic concerns which is usually linked to mental health disorders and psychopathology. The other type is called adaptive perfectionism or perfectionistic strivings, and it has not always yielded consistent association with mental health difficulties and psychopathology. Thus, this organization now serves as a compass in guiding one's understanding of the different facets of perfectionism explained by the numerous theories on perfectionism.

Out of all the different theories explaining the various facets of perfectionism, the most prominent is based on the conceptualization of Hewitt and Flett's (Hewitt & Flett, 1991). To clarify, Hewitt and Flett (2002) explain perfectionism through three main facets: self-oriented perfectionism (SOP), other-oriented perfectionism (OOP), and socially prescribed perfectionism (SPP). SOP is hypothesized to refer to the elevated expectations that one enforces on oneself. In contrast, OOP refers to the high standards that one expects from other people, and finally SOP refers to the conviction that other people demand unrealistically high expectations.

Through the two-factor model, SOP belongs to adaptive perfectionism, but SPP belongs to maladaptive perfectionism. However, OOP was dismissed from the model as it focuses on perfectionistic tendencies directed towards other people and moves away from the model of understanding perfectionistic tendencies

inside the individual (Stoeber & Francis, 2018, p.8). Therefore, the theoretical model of Hewitt and Flett will be adopted in the current study, focusing on the socially prescribed dimension since it is the dimension closely related to psychopathology.

Anxiety Symptomatology

Anxiety symptomatology includes excessive worrying, feelings of nervousness, apprehension, physiological arousal, irritability, restlessness, easily fatigued, and difficulty concentrating (Adwas et al., 2019). Furthermore, these anxiety symptoms fall under different categories of anxiety disorders (Nowak et al., 2023). Indeed, anxiety disorders are a huge umbrella that contains numerous types such as separation anxiety, generalized anxiety disorder (GAD), specific phobia, and social anxiety disorder (SAD).

Various models have tried to explain the complex mechanism of anxiety, the most prominent theory is the cognitive model of anxiety. According to Clark & Beck (2010), this model explains anxiety through two main processes: primary and secondary appraisal (p.32). Primary appraisals of individuals suffering from anxiety usually center around overestimating the significance of the harm or the threat that one experiences. The secondary appraisal of anxious individuals usually revolves around the inability of the individual to cope with such a threat. Thus, both the perceived belief in the severity of the possible harm and one's helplessness in dealing with it can shape anxiety experience.

Literature Review

EMSs and Anxiety Symptomatology

Literature has established a strong association between EMSs and anxiety symptomatology. For instance, a recent meta-analysis study has examined the correlation between EMSs and anxiety in adolescents (Tariq et al., 2021). Results from 15 different research studies indicated a strong correlation between anxiety and EMSs. Additionally, the disconnection/rejection schematic domain along

with the impaired autonomy domain were found to have the highest correlation with anxiety. Interestingly, it was also found that the schematic domain of impaired limits was the least correlated domain with anxiety symptoms. Another longitudinal study has shown that EMSs can predict the changes in the level of anxiety over long periods and often lead to stability of the anxiety levels over time (Calvete et al., 2014).

Additionally, this robust relationship between EMSs and anxiety has been proven among various populations. For instance, all the domains of EMSs were found to have a direct effect on the level of anxiety of new mothers (Molnár et al., 2018). Similarly, EMSs were found to be significantly higher in pregnant women with pregnancy anxiety than those not suffering from anxiety (Atadokht et al., 2019). On the other hand, among university students, it was found that schemas of impaired autonomy and disconnection significantly predicted anxiety symptomatology (Zadahmad & Torkan, 2016). Similarly, Ghaderi et al., (2022), found that the schematic domains of impaired autonomy and rejection/disconnection are associated with the conception of social anxiety.

In addition to that, throughout the literature, a strong association was found among the various forms of anxiety and EMSs. For instance, the findings of Mairet et al., (2014) demonstrated that people who scored higher on SAD were more inclined to have higher ratings on schemas related to rejection and disconnection than individuals with lower levels of social anxiety. Similarly, Bintas-Zorer & Dirik (2023) discovered a high correlation between university students' social anxiety and every schematic domain of the EMSs except for the impaired limits domain.

Therefore, based on the findings of the literature, it can be deduced that EMSs are positively correlated with anxiety symptomatology, with the highest correlation found among the schematic domains of disconnection and impaired autonomy. While the least correlation is found among the schematic domain of

impaired limits. Also, it can be suggested that schemas of disconnection and impaired autonomy are vulnerability indicators of anxiety symptoms. However, criticism should be directed; as most of the research in this area have used an old factor structure of the EMSs, considering them to be composed of 5 domains and not 4 as it has been revised by the developers of the scale (Bach et al., 2018). Thus, the current study will examine such a link using the updated version of the factor structure of the EMSs and it hypothesizes a positive correlation between EMSs and anxiety symptomatology.

H1: There is a positive correlation between EMSs and anxiety symptomatology.

EMSs and SPP

There is a scarcity of studies examining the relationship between EMSs and perfectionism. Also, many of the studies in literature did not specify the exact corrections between perfectionism and each schematic domain. To exemplify, Azhari (2017) found a significant high association between perfectionism and EMSs among high school students. However, they did not specify the exact corrections between perfectionism and each schematic domain.

Similarly, Moghadam et al. (2021) have also investigated the correlation between SPP and EMSs. It was also found a significant positive correlation between the total schematic domains of the EMSs and SPP among cosmetic surgery applicants. However, the details of the correlation between the schematic domains and socially prescribed perfectionism were not identified. Likewise, Alibakhshi & Solgi (2022) found a positive correlation between all the main schematic domains of EMSs and perfectionism.

Indeed, literature has asserted the correlation between MP and EMSs. For example, Boone et al. (2012) discovered that MP was positively correlated with all schematic domains except impaired limits. Also, Amirpour (2014), found a significantly high correlation between maladaptive perfectionism and EMSs. The results of the t-

test showed that people having MP are more inclined to score higher on EMSs than non-perfectionists.

Additionally, Toroslu & Çırakoğlu (2022) have found that maladaptive perfectionism was significantly positively correlated with all schematic domains of the EMSs. The highest correlations were found among the schematic domains of unrelenting standards and the least correlated schematic domain was impaired limits. Thus, it can be deduced from the literature that EMSs are positively correlated with SPP.

Based on the findings of the literature, it can be deduced that EMSs are positively correlated with SPP, with the highest correlation among the schemas of unrelenting standards, while the least correlated schematic domain is impaired limits. However, these results may seem inconclusive as it is apparent that the link between EMSs and perfectionism, specifically SPP, is under-researched. Also, most of the studies have not used the updated 4 factor structure version of the EMSs, which might affect the results. Thus, the current study will examine this correlation, using the most updated factor structure and it hypothesizes a positive correlation between EMSs and SPP.

H2: There is a positive correlation between EMSs and SPP.

SPP and Anxiety Symptomatology

Perfectionism has been found to have a robust association with anxiety symptomatology throughout literature. To exemplify, in a study conducted by Ahmed & Cerkez (2022), a strong significant correlation was found between anxiety symptomatology and perfectionism among 980 undergraduates. Also, Barlow et al. (2023) disclosed that perfectionism significantly predicted anxiety, and stress in a community sample of 268 participants.

Additionally, in a case study by Pineda-Espejel et al. (2020), it was found that all 6 gymnastics in the case study experienced high levels of anxiety upon visualizing their competition. However,

higher levels of anxiety were found among those who experienced the pressure of perfectionism from coaches and their parents. Similarly, Wang et al. (2022), also discovered that perfectionism predicted not only anxiety symptoms but also the perceived stress among 425 college students.

More specifically, it is also crucial to recognize that literature has asserted the link between anxiety symptomatology and socially prescribed perfectionism -that falls under the category of maladaptive perfectionism-. To exemplify, Cox & Chen (2014), have found that SPP directly affects the social anxiety symptoms and rumination after social interactions in university students. Similarly, SPP was found to be significantly positively associated with anxiety symptomatology in a sample of 449 undergraduates (Smith et al., 2017).

In addition to that, it has also been found that SPP was significantly positively correlated with social anxiety, depressive symptoms, and rumination (Nepon et al., 2011). Contrastingly, Gutierrez et al., (2022) concentrated on the relationship between MP - measured by the FHMP scale- and anxiety symptomatology. Maladaptive perfectionism was found to increase anxiety symptoms in a sample of 230 fibromyalgia patients.

Interestingly, Kozlowska & Kuty-Pachecka (2023), have differentiated between adaptive and maladaptive perfectionists. It was found that individuals with high levels of MP were more prone to anxiety symptomatology in comparison with the adaptive ones. Similar to those results, Lamarre & Marcotte (2021) have also found that MP was associated with anxiety symptoms. They discovered that maladaptive perfectionism remained associated with anxiety even after adjusting for adaptive perfectionism.

Likewise, Karababa (2020) has found that MP was also positively associated with anxiety ($r=0.66$, $p<.001$), and hope was found to moderate such a relationship. More importantly, it should also be noted that MP was found to predict the diagnosis of GAD and

pathological worry (Handley et al., 2014), along with predicting the severity level of anxiety (Xiong et al., 2024). Therefore, relying on the results of the literature, there seems to be a strong correlation between SPP and anxiety. Not only this, but also there seems to be a robust association among the three research variables. Thus, the current study hypothesizes a positive correlation between SPP and anxiety symptomatology and a mediation effect of SPP on the relationship between EMSs and anxiety symptomatology.

H3: There is a positive correlation between SPP and anxiety symptomatology.

H4: There is a mediation effect of SPP on the relationship between EMSs and anxiety symptomatology.

Methodology

Research Design

The current study used a descriptive correlational design to investigate the intertwined relationships among the research variables and their subtypes. This specific research design was used to examine the nature and strength of the relationships among the research variables without any manipulation, aid in making predictions of the possible influence of one variable on the other and provide an opportunity for potential interventions to be taken as needed.

Sample

Firstly, a pilot sample composed of 347 university students from the British University in Egypt were given the questionnaires. Their age (M=20.4, SD=1.4) ranges from 18-26 years. They included 25.9% male participants and 74.06 % female participants. The participants of the pilot sample ranged in their education level from first year at university to fifth year as follows: 36.3% first year, 15.6% second year, 22.5% third year, 19.3% fourth year, and finally 6.3% fifth year.

Then, an exclusion criterion was chosen to exclude all participants with normal levels of anxiety and include only those with clinical concerning levels. DASS 21 uses a cut off score of 8 to differentiate between normal and clinical levels of anxiety (Brumby et al., 2011). Thus, a cut-off score of 8 was used to exclude all participants below the score of 8.

After applying the exclusion criteria, the number of students in the study sample was 279 students. Their age (M=20.09, SD=1.4) ranges from 18-25 years. They included 22.9% male participants and 77.06 % female participants. The participants of the pilot sample ranged in their education level from first year at university to fifth year at university as follows: 40.1% first year, 14.6% second year, 22.2% third year, 18.2% fourth year, and finally 4.6% fifth year.

The university students were invited through an invitation email for participation in the research study at the university's psychology laboratory. The students were given the consent form and the assessments in an online form at the laboratory, which were completed within 30 minutes. All ethical guidelines have been taken into account throughout the whole process. Also, the ethical approval of the ethical committee at the university has been obtained.

Data Collection Tools

Young Schema Questionnaire short form (YSQ-S3)

In the current study, the Young Schema Questionnaire short form (YSQ-S3) was used to measure the EMSs. The YSQ-S3 was developed by Young & Brown (2005), and it comprises 90 self-report statements that measure the different schematic domains. Respondents are required to assess their consensus with each statement on a scale from one to six, where one means "completely untrue of me" and 6 means "Describes me perfectly". The scale's 90 items measure 18 subdomains of EMSs that fall under four main schematic domains (Bach et al., 2018; Aloi et al., 2020).

According to Back et.al (2018), these four schematic domains and the subdomains are as follows: a) impaired limits (approval-seeking, insufficient self-control, entitlement), b) excessive responsibility and standards (self-sacrifice, punitiveness, unrelenting standards), c) impaired autonomy (failure to achieve, abandonment/instability, incompetence, undeveloped self, subjugation/ invalidation, Vulnerability to harm), d) disconnection (emotional inhibition, pessimism, defectiveness, social alienation, emotional deprivation, mistrust/abuse).

This latest short version has been proved to be the more practical and ideal choice for assessing EMSs since it has been established to have comparable psychometric power to the longer version. (Bach et al., 2017; Thimm, 2022; Yalcin et al., 2023). Prominent findings have confirmed the reliability and validity of the questionnaire (Kriston et al., 2013; Calvete et al., 2013), and its psychometric properties have been adapted and confirmed in more than seven languages and cultures. In the current study, the reliability of the YSQ scale was as follows: the disconnection domain (α = .85), impaired autonomy (α = .82), impaired limits (α = .63), and excessive responsibility and standards (α = .69).

Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS)

The Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS) is a 45-item self-report scale, established by Hewitt & Flett, (1991) to assess 3 distinct facets of perfectionism. That is other-oriented perfectionism (OOP), self-oriented perfectionism (SOP), and socially prescribed perfectionism (SPP). It is composed of 45 self-report statements: 15 items measuring each facet of perfectionism to give a total score for each subscale. Respondents are expected to answer all items on a Likert scale of 7 points, and higher scores demonstrate more perfectionistic tendencies in each domain.

All three subscales proved to be highly valid and reliable. The coefficient alphas were .89, .79 and .86 for SOP, OOP and SPP respectively. Additionally, through principal component factor

analysis, the scale has proven its valid factor structure (Hewitt et al., 1991). Similarly, previous literature has confirmed the psychometric power of the scale (Mansur- Alves et al., 2023; De Cuyper et al., 2014). In the current study, the SPP subscale was only used, and its reliability was reported to be (α = .75).

Depression Anxiety Stress Scales- Short Form (DASS-21)

The depression anxiety stress scale short form (DASS-21) is a 21-item self-report scale that contains three subscales, assessing depression (measuring dysphoric mood, hopelessness, and anhedonia), anxiety (measuring arousal states, subjective experiences of anxious feelings), and stress (measuring general tension, nervous arousal, agitation, overreactions to stress) symptoms (Ahmed et al., 2022). It was developed by Lovibond & Lovibond (1996), to assess the central symptoms of depression and anxiety while providing the maximum possible discrimination between them, which has been proven to be difficult with other scales.

Respondents are asked to assess the applicability of each statement during the past week. Participants are also informed to rate their scores on a scale from 0 to 3; 0 means ‘never’ and 3 means ‘almost always’. DASS 21 is the short version of the original DASS 42 item version. Throughout the literature, it has been advised to use the shorter version (Ahmed et al., 2022). The short form has proved to have comparable psychometric qualities to the longer form, with a more robust factor structure and fewer interactor correlations. As a result, the shorter form was chosen in the current research.

The psychometric properties of this assessment tool, including its reliability and validity, have been well established through numerous studies. The reliability of the three subscales and the factor structure of the scale have been well established (Lan et al., 2020; Lee et al., 2019; Makara-Studzińska et al., 2022). In the current study, the anxiety subscale was only used and showed adequate reliability (α = .80).

Results

The data was analyzed using the software JASP 0.19.0 and SPSS version 26. Overall, there are significant positive correlations among socially prescribed perfectionism, anxiety symptomatology, and total EMSs as shown in the tables below.

Table 1

Sociodemographic Characteristics of the Sample

Characteristics	N	%	M	SD	Skewness	Min.	Max.
Gender							
Female	215	77.06	____	____	____	____	____
Male	64	22.93	____	____	____	____	____
Year of study							
Year 1	112	40.14	____	____	____	____	____
Year2	41	14.69	____	____	____	____	____
Year3	62	22.22	____	____	____	____	____
Year4	51	18.28	____	____	____	____	____
Year5	13	4.65	____	____	____	____	____
Age	____	____	20.09	1.46	0.47	18	25

Note. $N = 279$

Table 2

Descriptives Statistics for the Variables of the Study

Variables	Mode	Median	Mean	S.D	Skewness	Min	Max
Total-EMSs	315.19	312	310.97	61.8	0.16	150	468
Anxiety	13.55	18	19.10	7.48	0.48	8	36
Disconnection	80.14	83	84.38	22.68	0.08	32	134
Impaired autonomy	93.58	96	97.49	23.95	0.17	33	162
Impaired limits	49.91	53	53.26	11.35	0.25	29	86
Excessive responsibility	73.45	75	75.83	15.13	0.27	39	119
Social perf	54.05	53	52.06	10.10	0.007	24	81

Table 3

Correlations of the Study Variables

Variables	1	2	3
Total-EMSs	_____		
Social-perf	.45***	_____	
Anxiety	.52***	.24***	_____

$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

Table 4

Correlations of the Study Variables

Variables	1	2	3	4	5	6
Disconnection	_____					
Impaired autonomy	.72***	_____				
Impaired limits	.44***	.51***	_____			
Excessive responsibility	.61***	.68***	.45***	_____		
social-perf	.40***	.35***	.31***	.46***	_____	
Anxiety	.42***	.49***	.22***	.55***	.24***	_____

$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$. $^{***}p < .001$.

Regarding the correlation between EMSs and anxiety symptomatology, there is a positive correlation between the total of the EMSs and anxiety symptomatology r (279) =.52, p < .001 (table 3). Also, all 4 domains of the EMSs were significantly correlated with the anxiety symptomatology (table 4). The highest correlation was found with excessive responsibility and standards r (279) =.55, p < .001, followed by the impaired autonomy domain r (279) =.49, p < .001. Also, the least correlated domain was the impaired limits r (279) =.22, p < .001. Thus, the first hypothesis of the research study is accepted.

Additionally, a significant positive correlation exists between the total of the EMSs and SPP r (279) =.45, p < .001 (table 3). Not only this but also a significant positive correlation was found between SPP and each of the domains of EMSs (table 4). For the domains of the EMSs, the highest significant positive correlations were found

among the excessive responsibility and standards domain r (279) =.46, p<.001, and the disconnection domain r (279) =.40, p < .001. Consequently, the second hypothesis of the current study is also accepted.

Regarding the correlation between SPP and anxiety symptomatology, a significant positive correlation is found r (279) =.24, p < .001 (table 3). Therefore, the third hypothesis of the study is accepted.

Table 5

Total effects

							95% Confidence Interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Total YSQ	→	Anxiety	0.063	0.006	10.269	< .001	0.051	0.075

Table 6

Direct effects

							95% Confidence Interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
TotalYSQ	→	Anxiety	0.063	0.007	9.100	< .001	0.050	0.077

Table 7

Indirect effects

								95% confidence interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Total YSQ →	Social Perf →	Anxiety	2.311×10^{-4}	0.003	0.073	0.942	-0.006	0.006

Through the mediation analysis, it was found that the total effect of EMSs on anxiety through SPP was significant as shown in table 5 (β = .063, 95% CI [.051, .075], z = 10.269, p < .001). Also, the direct effect of EMSs on anxiety was significant, as shown in table 6, (β = .063, 95% CI [.050, .077], z = 9.100, p < .001). However, the indirect effect of EMSs on anxiety through the mediating effect of SPP was not significant (table 7), (β =2.311 $\times 10^{-4}$, 95% CI [-.006, .006], z = 0.073, p = 0.942). Therefore, the last hypothesis of the study that hypothesizes the mediation effect is rejected.

Table 8

Total effects

			Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
Total YSQ	→	Anxiety	0.148	0.038	3.857	<.001	0.073	0.224

Table 9

Direct effects

	Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
Impaired Limits → anxiety	0.109	0.040	2.742	0.006	0.031	0.187

Table 10

Indirect effects

	Estimate	Std. Error	z-value	P	95% confidence interval Lower	Upper
Impaired limits → Social Perf → Anxiety	0.039	0.014	2.744	0.006	0.011	0.067

The mediation effect of SPP was also tested among the different dimensions of EMSs. Regarding the impaired limits schematic domain, it was found that the total effect of impaired limits on anxiety through SPP was significant as shown in table 8 (β = .148, 95% CI [.073, .224], z = 3.857, p < .001). Also, the direct effect of impaired limits domain on anxiety was significant, as shown in table 9, (β = .109, 95% CI [.031, .187], z = 2.74, p < .006). Interestingly, the indirect effect of impaired limits on anxiety through the

mediating effect of SPP was also significant (table 10), (β = .039, 95% CI [.011, .067], z = 2.744, p < 0.006). However, no mediation effect of SPP was found between all the other schematic dimensions and anxiety symptomatology (see appendix A).

Discussion

The current study investigated the relationship between EMSs, SPP, and anxiety symptomatology among college students, along with exploring the possible mediating effect of SPP on the relationship between EMSs and anxiety symptomatology. The results indicated significant positive correlations among all the research variables and suggested no mediation effect of SPP on the relationship between the total score of EMSs and anxiety.

However, a mediation effect of SPP was found in the relationship between the impaired limits schematic domain and anxiety symptomatology. Nevertheless, the findings of the significant correlations of the study should be taken tentatively, since those results might be due to the relatively large sample size and might not reflect real strong positive relationships among the variables.

Also, all the main domains of the EMSs were found to be significantly positively correlated with anxiety symptomatology. These results are consistent with all the various research in the field supporting the robust link between EMSs and anxiety symptomatology (Calvete et al., 2014; Tariq et al., 2021). Therefore, the study's first hypothesis hypothesizing a positive correlation between EMSs and anxiety symptomology was accepted.

Additionally, the findings suggest that the schematic domain of excessive standards/responsibility is the highest in its correlation with anxiety symptoms, followed by the impaired autonomy domain. This indicates that schemas revolving around perfectionism, following rigid rules, and beliefs about one's sense of incompetence and the exaggerated perceived dangers of the world seem to be the most critical with anxiety symptoms.

Importantly, it should be noted that the notion that excessive responsibility is the highest schematic domain correlated with anxiety is in contrast with the existing literature (Ghaderi et al., 2022; Zadahmad & Torkan, 2016). This can be understood considering the outdated structure of the YSQ factors that the studies in literature have used. Indeed, most of the literature has used the old 5-factor model, however, the current study used the revised updated 4-factor model as recommended by the developers of the questionnaire. Thus, this is considered one of the strengths of the current study, and more research using the updated factor structure of the YSQ is recommended to obtain more accurate results of the specific domains underlying anxiety symptoms.

On the other hand, the impaired autonomy-anxiety link is consistent with the literature and the cognitive model of anxiety, where the exaggerated perceived danger of the threatening stimuli and the perceived helplessness of the individual are essential components in explaining the mental processes underlying anxiety (Tariq et al., 2021). However, the findings add to the cognitive model the importance of the schemas revolving around perfectionistic tendencies (excessive standards domain) as an important underlying cognitive mechanism of anxiety, which supports the literature that perfectionism is a core vulnerability factor of anxiety (Egan et al., 2012).

Thus, based on the findings, it seems that the most critical schema underlying university students' anxiety symptoms are the high internalized standards that pressure the students towards achieving unrealistically high goals along with having a punitive attitude towards mistakes/ failures. This seems to be the core of the anxiety symptoms that might then be connected to Beck's proposed schemas of one's incompetence (equivalent to Young's impaired autonomy schematic domain). Therefore, considering such findings might enrich the understanding of cognitive processes underlying anxiety in university students.

In addition, the findings indicate a significant positive correlation between EMSs and SPP as supported by the literature (Alibakhshi & Solgi, 2022; Moghadam et al., 2021). Therefore, the study's second hypothesis was also accepted, which suggested a positive correlation between EMSs and SPP. It was found that the schematic domain of excessive responsibility and standards was the highest in its correlation with SPP, which is consistent with previous findings (Toroslu & Çırakoğlu, 2022) and fills the gap in the literature in this under-researched area. This is also consistent with Young's conceptualization of the excessive responsibility and standards domain, where this schematic domain revolves around meeting high internalized standards, and usually, families of such individuals are hypothesized to be perfectionistic (Bach et al., 2018).

Interestingly, the findings suggest that the schematic domain of excessive standards and responsibility seems to be the core vulnerability factor for both anxiety and SPP. This highlights the importance of such a schematic domain and its relationship with the young adulthood stage of university students. Findings from the literature assert that the transition phase of emerging into adulthood is full of stressors and new responsibilities of becoming independent adults (Asif et al., 2020). Thus, it seems reasonable that it can trigger excessive responsibility/ standards schematic domain specifically in this age group.

This also relates to the highly competitive environment of the new university and career phase and the nature of today's highly industrialized world. In addition, the schematic domain of excessive responsibilities/ standards seems to relate to the phenomenon of social comparisons that is common for this specific age group who are immersed in technology that eases the comparisons and perfectionistic strivings (Samra et al., 2022). This makes young adulthood especially a critical developmental stage where young adults become burdened with high-performance standards.

Also, SPP was found to be significantly positively correlated with anxiety symptomatology. Thus, the third study's hypothesis examining the association between those variables was also confirmed. Indeed, these results are consistent with the findings of previous research studies as well, where this association was found to be a strong positive significant one among different research samples (Ahmed & Cerkez, 2022; Gutierrez et al., 2022; Nepon et al., 2011; Pineda-Espejel et al., 2020).

In contrast, the current study found no mediation effect of SPP on the relationship between total EMSs and anxiety. Similarly, no mediation effect of SPP was found between the schematic domains of disconnection, impaired autonomy, and excessive responsibility with anxiety symptoms. This could be due to the strength of the direct relationship between the overall score of EMSs and such domains with the anxiety symptoms and thus no mediation is needed in such a case (Zadahmad & Torkan, 2016). Consequently, the last hypothesis of the research study was rejected which assumed the mediation effect of the SPP on the relationship between EMSs and anxiety.

However, SPP was found to mediate the relationship between impaired limits and anxiety. This can be due to the notion that the impaired limits schematic domain was found to have the least correlation with anxiety compared with the other schematic domains. Thus, the relatively weaker relationship between the impaired limits domain and anxiety might have allowed the mediation effect of the SPP (Tariq et al., 2021). This finding suggests that individuals lacking internal disciplined limits in keeping long-term commitments and expressing their behavioral/ emotional inclinations appropriately might then develop SPP tendencies to cope with their inadequacies, which might then lead to anxiety symptoms.

Based on the results of the current study, it is recommended that cognitive-based treatments and various college interventions focus

on tackling and challenging the dysfunctional beliefs surrounding excessive standards and impaired autonomy schematic domains, due to their strong association with anxiety. Skills training programs that focus on practical coping skills in dealing with anxiety are also recommended to increase confidence in one's ability to deal with any perceived stressful situations.

Also, university-based interventions are recommended to focus on developing a compassionate stance towards tolerating mistakes, accepting one's flaws, and not meeting perfectionistic standards. It is also crucial to spread awareness of the maladaptive effect of social comparisons and perfection on mental health and not romanticize sacrificing oneself for accomplishments. Psychoeducation on the differentiation between striving for excellence and perfectionism is also crucial for this age group. In addition, workshops on effective emotion regulation and committing to long-term plans would also aid in combating students' impaired limits and dysfunctional beliefs that might then lead to perfectionism and anxiety.

While this study provides interesting findings and recommendations on the intertwined complex relationship among the research variables, it is crucial to consider its limitations. This includes the research's relatively small sample size and its correlational design. Future research is recommended to test the findings on a larger sample size of participants from diverse backgrounds. Additionally, it is also recommended to use longitudinal research studies to explore the long-term impact of EMSs and perfectionism on the anxiety levels of students. Finally, future research should examine such findings using the updated 4-factor structure of the YSQ which has proven to be the best fit for the EMSs to specify the accurate schematic domains underlying anxiety symptoms.

Appendix A

Table 11

Total effects

			Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
disconnection	→	Anxiety	0.141	0.018	7.908	<.001	0.106	0.176

Table 12

Direct effects

			Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
disconnection	→	anxiety	0.109	0.040	2.742	0.006	0.031	0.187

Table 13

Indirect effects

							95% confidence interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
disconnection	→ Social Perf →	Anxiety	0.011	0.008	1.360	0.17	-0.005	0.027

Table 14

Total effects

			Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
Impaired autonomy	→	anxiety	0.153	0.016	9.41	<.001	0.121	0.185

Table 15

Direct effects

			Estimate	Std. Error	z-value	P	95% Confidence Interval Lower	Upper
Impaired autonomy	→	anxiety	0.145	0.017	8.336	<.001	0.031	0.187

Table 16

Indirect effects

							95% confidence interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Impaired autonomy	→ Social Perf	→ Anxiety	0.009	0.006	1.39	0.16	-0.004	0.067

Table 17

Total effects

							95% Confidence Interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Excess Responsibility	→	anxiety	0.273	0.025	11.05	<.001	0.224	0.321

Table 18

Direct effects

							95% Confidence Interval	
			Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Excess responsibility	→	anxiety	0.276	0.028	9.932	<.001	0.222	0.331

Table 19

Indirect effects

						95% confidence interval	
		Estimate	Std. Error	z-value	P	Lower	Upper
Excess responsibility →	Social Perf → Anxiety	-0.004	0.013	-0.29	0.77	-0.029	0.022

References

Adwas, A. A., Jbireal, J. M., & Azab, A. E. (2019). Anxiety: Insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology, and treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, *2*(10), 580–591.

Ahmed, O., Faisal, R. A., Alim, S. M. A. H. M., Sharker, T., & Hiramoni, F. A. (2022). The psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) Bangla version. *Acta Psychologica*, *223*, 103509. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103509

Ahmed, S. A., & Cerkez, Y. (2022). The effectiveness of the digital environment and perfectionism on anxiety and depression in the light of the COVID-19 pandemic in northern Iraq. *Frontiers in Psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.804071

Alibakhshi, Z., & Solgi, Z. (2022). Structural equation modeling relationship between symptoms of social anxiety disorder based on early maladaptive schemas, anxiety sensitivity components, and perfectionism in adolescents . *International Journal of Behavioral Sciences*, *16*(1), 9–16.

https://doi.org/10.30491/IJBS.2022.306568.1658

Aloi, M., Rania, M., Sacco, R., Basile, B., & Segura-Garcia, C. (2020). The Young Schema Questionnaire Short Form 3 (YSQ-S3): does the new four-domains model show the best fit? *Anales de Psicología*, *36*(2), 254–261.

https://doi.org/10.6018/analesps.343461

Amirpour, B. (2014). Predictive role of early maladaptive schemas in neurotic perfectionism in middle-school female students from Kangavar. *International Journal of School Health*, *1*(1). https://doi.org/10.17795/intjsh-19854

Asif, S., Muddassar, A., Shahzad, T. Z., Raouf, M., & Pervaiz, T. (2020). Frequency of depression, anxiety and stress among

university students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, *36*(5), 971–976. https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.1873

Atadokht, A., Daryadel, S. J., Samadifard, H. R., Kelarde, S. M., & Heidarirad, H. (2020). Comparing brain-behavioral systems, early maladaptive schemas, and preservative thinking in women with and without pregnancy anxiety in the health center of Ardabil province, Iran. *Chronic Diseases Journal*, *8*(1), 1–7. https://doi.org/10.22122/cdj.v0i0.501

Azhari, M. S. (2017). Early maladaptive schemas and academic procrastination in students: The mediating role of perfectionism. *International Journal of Psychological Studies*, *9*(4), 76. https://doi.org/10.5539/ijps.v9n4p76

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: Organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(4), 328–349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566

Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2017). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, *33*(2), 134–143. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272

Barlow, I. U., Lee, E., & Saling, L. (2023). Orthorexia nervosa versus healthy orthorexia: Anxiety, perfectionism, and mindfulness as risk and preventative factors of distress. *European Eating Disorders Review*, *32*(1), 130–147.

https://doi.org/10.1002/erv.3032

Bintas-Zorer, P., & Dirik, G. (2023). Social anxiety from an attachment theory perspective: The mediating role of early maladaptive schema domains and rejection sensitivity. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *23*(2), 25–47.

https://doi.org/10.24193/jebp.2023.2.9

Boone, L., Braet, C., Vandereycken, W., & Claes, L. (2012). Are maladaptive schema domains and perfectionism related to body image concerns in eating disorder patients? *European Eating Disorders Review*, *21*(1), 45–51.

https://doi.org/10.1002/erv.2175

Brumby, S., Chandrasekara, A., McCoombe, S., Torres, S., Kremer, P., & Lewandowski, P. (2011). Reducing psychological distress and obesity in australian farmers by promoting physical activity. *BMC Public Health*, *11*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-362

Calvete, E., Orue, I., & González-Diez, Z. (2013). An Examination of the Structure and Stability of Early Maladaptive Schemas by Means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*(4), 283–290.

https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2014). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *37*(1), 85–99. https://doi.org/10.1007/s10862-014-9438-x

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Cox, S. L., & Chen, J. (2014). Perfectionism: a contributor to social anxiety and its cognitive processes. *Australian Journal of Psychology*, *67*(4), 231–240. https://doi.org/10.1111/ajpy.12079

Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, *145*(4), 410–429. https://doi.org/10.1037/bul0000138

Darvish, N., & Taklavi, S. (2023). The role of early maladaptive schemas and emotional knowledge in predicting employees'

illness anxiety. *International Journal of Behavior Studies in Organizations*, *9*, 23–35.

https://doi.org/10.32038/jbso.2023.09.03

De Cuyper, K., Claes, L., Hermans, D., Pieters, G., & Smits, D. (2014). Psychometric properties of the multidimensional perfectionism scale of Hewitt in a dutch-speaking sample: Associations with the big five personality traits. *Journal of Personality Assessment*, *97*(2), 182–190.

https://doi.org/10.1080/00223891.2014.963591

Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Institutional Repository of the National University of Distance Education (National University of Distance Education)*, *17*(3), 279–294.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Nepon, T., Sherry, S. B., & Smith, M. (2022). The destructiveness and public health significance of socially prescribed perfectionism: A review, analysis, and conceptual extension. *Clinical Psychology Review*, *93*, 102130. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102130

Ghaderi, B., Yazdanbakhsh, K., & Karami, J. (2022). Development and evaluation of social anxiety based on metacognitive beliefs and early maladaptive schemas mediating by cognitive strategies of emotion regulation in adolescent girls. *The Journal of Psychological Science*, *21*(109), 123–144.

https://doi.org/10.52547/jps.21.109.123

Gutierrez, L., Velasco, L., Blanco, S., Catala, P., Pastor-Mira, M. Á., & Peñacoba, C. (2022). Perfectionism, maladaptive beliefs and anxiety in women with fibromyalgia. an explanatory model from the conflict of goals. *Personality and Individual Differences*, *184*, 111165. https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111165

Handley, A. K., Egan, S. J., Kane, R. T., & Rees, C. S. (2014). The relationships between perfectionism, pathological worry and

generalised anxiety disorder. *BMC Psychiatry*, *14*(1). https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-98

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(3), 456–470. https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456

Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W., & Mikail, S. F. (1991). The multidimensional perfectionism scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*(3), 464–468. https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.3.464

Karababa, A. (2020). The moderating role of hope in the relationship between maladaptive perfectionism and anxiety among early adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, *181*(2-3), 159–170. https://doi.org/10.1080/00221325.2020.1745745

Kozlowska, M., & Kuty-Pachecka, M. (2022). When perfectionists adopt health behaviors: Perfectionism and self-efficacy as determinants of health behavior, anxiety and depression. *Current Issues in Personality Psychology*.

https://doi.org/10.5114/cipp/156145

Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2013). Reliability and Validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, *29*(3), 205–212. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000143

Lamarre, C., & Marcotte, D. (2021). Anxiety and dimensions of perfectionism in first year college students: The mediating role of mindfulness. *European Review of Applied Psychology*, *71*(6), 100633. https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100633

Lan, H. T. Q., Long, N. T., & Hanh, N. V. (2020). Validation of depression, anxiety and stress scales (DASS-21): Immediate psychological responses of students in the e-learning environment. *International Journal of Higher Education*, *9*(5), 125. https://doi.org/10.5430/ijhe.v9n5p125

Lee, E.-H., Moon, S. H., Cho, M. S., Park, E. S., Kim, S. Y., Han, J. S., & Cheio, J. H. (2019). The 21-item and 12-item versions of the depression anxiety stress scales: Psychometric evaluation in a Korean population. *Asian Nursing Research*, *13*(1), 30–37. https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.11.006

Lee, J., Jeong, H. J., & Kim, S. (2021). Stress, anxiety, and depression among undergraduate students during the COVID-19 pandemic and their use of mental health services. *Innovative Higher Education*, *46*(5). https://doi.org/10.1007/s10755-021-09552-y

Mairet, K., Boag, S., & Warburton, W. (2014). How important is temperament? The relationship between coping styles, early maladaptive schemas and social anxiety. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *14*(2), 171–190.

Makara-Studzińska, M., Tyburski, E., Załuski, M., Adamczyk, K., Mesterhazy, J., & Mesterhazy, A. (2022). Confirmatory factor analysis of three versions of the depression anxiety stress scale (DASS-42, DASS-21, and DASS-12) in Polish Adults. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.770532

Mansur- Alves, M., Muniz, M., Marín, J., & Geovani Garcia Zeferino. (2023). Psychometric properties of the hewitt and flett multidimensional perfectionism scale in brazilian adults. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, *39*(spe). https://doi.org/10.1590/0102.3772e39nspe09.en

Maricuțoiu, L. P., Măgurean, S., & Tulbure, B. T. (2020). Perfectionism in a transdiagnostic context. *European Journal of Psychological Assessment*, *36*(4), 573–583.

https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000541

Moghadam, F., Ebrahimi Moghadam, H., & Jahangir, P. (2021). The relationship between perfectionism, early maladaptive schemas, attachment styles, and body image concern by the mediating role of self-esteem in cosmetic surgery applicants. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, *7*(1), 27–42.

https://doi.org/10.32598/jccnc.7.1.351.1

Molnár, J., Kósa, K., Fekete, Z., & Münnich, Á. (2018). Postpartum anxiety and intrapsychic vulnerability reflected by early maladaptive schemas. *European Journal of Mental Health*, *13*(1), 70–81. https://doi.org/10.5708/ejmh.13.2018.1.6

Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, *43*(4), 297–308.

https://doi.org/10.1037/a0025032

Nowak, J., Nikendei, C., Rollmann, I., Orth, M., Friederich, H., & Kindermann, D. (2023). Characterization of different types of anxiety disorders in relation to structural integration of personality and adverse and protective childhood experiences in psychotherapy outpatients – a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04988-2

Pineda-Espejel, A., Trejo, M., Terán, L., Cutti, L., & Galarraga, E. (2022). Physiological and anxiety responses to socially prescribed perfectionism for gymnastic competition: Case study. *Science of Gymnastics Journal*, *12*(2), 147–161. https://doi.org/10.52165/sgj.12.2.147-161

Samra, A., Warburton, W. A., & Collins, A. M. (2022). Social comparisons: A potential mechanism linking problematic social media use with depression. *Journal of Behavioral Addictions*, *11*(2), 607–614. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00023

Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does perfectionism predict depression, anxiety, stress, and life satisfaction after controlling for neuroticism? *Journal of Individual Differences*, *38*(2), 63–70.

https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000223

Stairs, A. M., Smith, G. T., Zapolski, T. C. B., Combs, J. L., & Settles, R. E. (2011). Clarifying the construct of perfectionism. *Assessment*, *19*(2), 146–166.

https://doi.org/10.1177/1073191111411663

Stoeber, J., & Francis, T. (2018). *The psychology of perfectionism : Theory, research, applications*. Taylor and Francis.

Stoeber, J., Madigan, D. J., & Gonidis, L. (2020). Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Personality and Individual Differences*, *161*, 109846. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.109846

Tan, G., Soh, X., Hartanto, A., Goh, A., & Majeed, N. (2023). Prevalence of anxiety in college and university students: An umbrella review. *Journal of Affective Disorders Reports*, *14*, 100658. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100658

Tariq, A., Quayle, E., Lawrie, S. M., Reid, C., & Chan, S. W. Y. (2021). Relationship between early maladaptive schemas and anxiety in adolescence and Young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *295*, 1462–1473. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.031

Thimm, J. C. (2022). The higher-order structure of early maladaptive schemas: A meta-analytical approach. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1053927

Toroslu, B., & Çırakoğlu, O. C. (2022). Do perfectionism and intolerance of uncertainty mediate the relationship between early maladaptive schemas and relationship and partner related obsessive–compulsive symptoms? *Current Psychology*. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03050-w

Wang, Y., Chen, J., Zhang, Z., Lin, Z., Sun, Y., Wang, N., Wang, J., & Luo, F. (2022). The relationship between perfectionism and social anxiety: A moderated mediation model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(19). https://doi.org/10.3390/ijerph191912934

World Health Organization. (2023). *Anxiety disorders*. World Health Organization; World Health Organization.

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

Xiong, Z., Liu, C., Song, M., & Ma, X. (2024). The relationship between maladaptive perfectionism and anxiety in first-year undergraduate students: A moderated mediation model. *Behavioral Sciences*, *14*(8), 628.

https://doi.org/10.3390/bs14080628

Yalcin, O., Marais, I., Lee, C. W., & Correia, H. (2023). The YSQ-R: Predictive Validity and Comparison to the Short and Long Form Young Schema Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(3), 1778. https://doi.org/10.3390/ijerph20031778

Young, J. E., & Brown, G. (2005). *Young schema questionnaire-short form; version 3 (YSQ-S3, YSQ). [Database record]*. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t67023-000

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

Zadahmad, M., & Torkan, H. (2016). Investigation of the multiple relationships between early maladaptive schemas and coping styles with anxiety. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, *2*(1), 49.

https://doi.org/10.4103/2395-2296.174791

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٩، ع ٣٤ يوليو ٢٠٢٣ ،ص٣٨٣ ص٤٣٠)

الفُرُوقُ بَيْنَ الْمُعْتَمِدِينَ عَلَى الْمَوَادِّ النَّفْسِيَّةِ وَغَيْرِ الْمُعْتَمِدِينَ فِي الْمُخَطَّطَاتِ الْمَعْرِفِيَّةِ غَيْرِ التَّوَافُقِيَّةِ

إعـــــداد

أ. د/ عزة عبد الكريم فرج مبروك
قسم علم النفس – جامعة القاهرة

د. سناء عبد الصبور أحمد
اختصاصي نفسي
بمستشفى عادل صادق للطب النفسي

(**الملخص**)

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفُرُوق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة. وقد تكوَّنت عَيِّنَة البحث من (١٠٠) من المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية من الذُّكُور (وكان متوسط أعمارهم ٣٣,٨٩ سنة، بانحراف معياري ٤,١٩ سنة)، و(١٠٠) من غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية (بمتوسط عمري ٣١,٩٥ سنة، وبانحراف معياري ٤,٨٢ سنة). واستُخدم مقياسُ المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لـ"يونج". وأسفرت النتائج عن وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل الأبعاد الفَرْعِيَّة للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية في اتجاه عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ. وقد نُوقِشَت النتائج في ضوء نظرية المُخَطَّطَات لـ"يونج"، والتفسير المعرفي للإدمان.

الكلمات المفتاحية:

الاعتماد على المواد النفسية – المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة.

مجلة بحوث ودراسات نفسية (مج ١٩، ع ٣٤ يوليو ٢٠٢٣ ،ص٣٨٣ ص٤٣٠)

The Differences between dependents and non-Dependents on Psychoactive Substances in Maladaptive Schema

By

prof. Azaa Mbrouk
Psychology Department
Cairo university

D.Sanaa Abdelsabour Ahmed
Psychologist at Adel Sadek hospital

Abstract:

The current research aims to examining the differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in the maladaptive Schema. The research sample consisted of (100) male dependents on Psychoactive Substances, and their average age was (33.89 +_ 4.19) years. (100) not dependent on Psychoactive Substances, and their average age was (31.95 +_4.82). Young's maladaptive Schema scale was used. The results indicated that there are differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in all substests of the maladaptive Schema and the total score in favor of the on Psychoactive Substances. In addition, there are differences between the dependent and non-dependent on Psychoactive Substances in all the main areas of the maladaptive Schema and the total score in favor of the dependent on Psychoactive Substances.

Keywords:

Dependent on Psychoactive Substances - Maladaptive Schema

مقدمة:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن الفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة[1]؛ حيث تُعَدُّ مُشكلة الاعتماد على المواد النفسية واحدةً من أخطر المشكلات النفسية والاجتماعية التي تقابل المُتَخَصِّصِين في المجال الإكلينيكي. وتَكْمُنُ خطورة مشكلة اضطراب الاعتماد على المواد النفسية في اقترانها بعديد من المُشكلات والأمراض الجِسْمِيَّة الخطيرة، وكذلك مُشكلات سوء التوافق النفسي والاجتماعي، وتكرار عدد مرات الانتكاس.

ويُعَدُّ الوقوف على البواعث والأفكار المغلوطة وراء ظاهرة مُعَيَّنَة والبحث عن حقيقتها (مثل ظاهرة الاعتماد على المواد النفسية) من الجوانب المهمة التى تساعدنا فى وصفها وتفسيرها، وبالتالى تشخيصها بشكل دقيق، مما يمكِّننا من تقديم العلاج الفَعَّال لها.

فالمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة من الممكن أنْ تؤدي إلى استخدام المواد النفسية لتجنُّب الانفعالات السلبية التي تُحَرِّكُهَا تلك المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؛ حيث وجد بيل وآخرون (Ball et al., 2011) أنَّ هناك مجموعةً من المعتقدات المُخْتَلَّة لدى المدمنين، يتمُّ تنشيطها من خلال المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؛ مثل الرغبة في تحقيق القبول الاجتماعي والسرور، والميل إلى المُخَاطَرَة، وحب الفضول، وتكون مسؤولة عن إدمانهم، وربما يكون تعاطي المخدرات استجابةً للألم الوجداني والنفسي الناجم عن تفعيل تلك المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة وتنشيطها (Naeemi et al., 2016).

مدخل إلى مشكلة الدراسة:

أشار التقرير السنوي للأمم المتحدة، الصادر سنة (٢٠٢١)، إلى أن هناك نحو (٢٩٦) مليون شخص عام(٢٠٢١) أي ما يعادل(٥.٨%) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (١٥ :٦٤)عامًا يستخدمون المواد النفسية. ووفقًا للتقرير، فإن

(1) Maladaptive Schema.

القنَّب (الحشيش) يُعَدُّ أكثر المواد المخدرة استخدامًا في العالم؛ إذ بلغ عدد متعاطيه (٢١٩) مليون شخص خلال العام المذكور ذاته.

ويأتي الضرر الصحي الأكبر الناجم عن تعاطي المواد المخدرة على الإنسان من المواد الأفيونية، بما في ذلك الجرعات الزائدة المُمِيتَة، وبحسب التقرير؛ فقد استهلك نحو(٦٠) مليون شخص موادَّ أفيونيةً غير طبية عام(٢٠٢١) ، منهم(٣١.٥) مليون شخص استخدموا الهيروين بشكل رئيس. ومَثَّلَت المواد الأفيونية(٦٩%)من أسباب الوفيات الناجمة عن اضطرابات تعاطي المخدرات عام(٢٠١٩)(مكتب الأمم المتحدة للمخدرات، ٢٠٢١).

ويرى يونج (Young, 2005) أن المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة يمكن أن ترتبط بتعاطي المواد النفسية بشكل غير مباشر؛ لأنها قد تكون الحل الوحيد لإقبال الأفراد على تعاطي المواد المخدرة ، لتَجَنُّبِ الانفعالات السلبية التي تحرِّكها المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة، أما الأفراد ذوو المُخَطَّطَات الإيجابية فيكون لديهم عديد من المهارات والقُدْرَات للتعامل مع المشكلات والمواقف الضاغطة التي يواجهونها بعيدًا عن الاعتماد على المواد النفسية (Saddichha et al., 2012).

وقد أشارت البحوث إلى أن المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية لديهم مُخَطَّطَات معرفية غير تَوَافُقِيَّة أعلى من غير المُعْتَمِدِينَ ؛ فتعاطي المواد المخدرة يُعَدُّ أحد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها هؤلاء الأفراد لتجنُّب الآثار السلبية للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة (Taymur et al., 2016)، كما أشارت الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين إمكانية الاعتماد على المواد النفسية والمجالات الخمسة للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة (Ostovar et al., 2021).

وعلى سبيل المثال؛ وُجِدَ أن شرب الكحول يمكن أن يكون وسيلة للتعامل مع المعاناة التي تسبِّبها المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة، وخاصة الكبت الانفعالى ومخطَّط العجز عن الاستقلال والأداء (Roper et al., 2010)، وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون الأشخاص المدمنون على الكحول أكثر عُرْضَةً لإظهار جميع أشكال مخطط الخلل الوظيفي مقارنة بالأشخاص الأَصِحَّاء (Brotchie et al., 2004).

وفي الجزائر، وجد عيشوني (٢٠١٢) أنَّ هناك تسعة مُخَطَّطَات غير تَوَافُقِيَّة لدى المدمنين؛ هي مخططات : الفشل، وعدم القدرة على التحكم في الذات، و السلبية والتشاؤم، والكبت الانفعالى، وعدم الكفاءة، والحرمان الوجدانى والعُزْلَة الاجتماعية، و المعايير الصارمة، و القسوة.

وبالنسبة للفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ في المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؛ قام ماتيو (Matthew, 2019) بدراسة هدفت إلى تحديد عدد المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة لدى المُعْتَمِدِينَ الذكور الراشدين ونوعها مقارنةً بغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية. وقد تكونت العَيِّنَة من(٤٨)راشدًا بواقع (٣٦) متعاطيًا، و(١٢)سويًا ، وكشفت النتائج عن أنَّ المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة ظهرت أكثر لدى المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وكان أكثر المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة عند المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية هي مخططات الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والإساءة، و الحرمان الوجدانى، والخجل والخِزْي، وعدم الكفاءة والعَجْز، وعدم القدرة على التَّحَكُّم في الذات.

وفي دراسة قام بها جيمس (James, 2019) لتحديد الاختلافات في نوع وقوة وعدد المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لدى المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية وغير المُعْتَمِدِينَ من الذكور، تَوَصَّلَتْ الدراسة إلى إنتفاء وجود فروق في عدد المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لدى المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، ولم تتنبأ المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة بالاعتماد على المواد النفسية. وتَتَّفِقُ تلك النتيجة مع ما وجده تشودكيويتز وآخرون (Chodkiewicz & Gruszczynrska, 2018) من إنتفاء وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ على الكحول وغير المُعْتَمِدِينَ في المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة.

وبناءً على ما سبق، فقد تَحَدَّدَتْ مبررات إجراء الدراسة الراهنة في النقاط التالية:

١- التعرف على المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة وعلاقتها باستخدام المواد النفسية؛ فدراسة المُخَطَّطَات المعرفية والمتغيرات المرتبطة باستخدام المواد النفسية له أهمية كبيرة بالنسبة للعاملين في مجال الطب النفسي والمجال العيادي؛ لفهم المتغيرات الداخلية والخارجية المرتبطة باضطراب استخدام المواد النفسية، حيث

أشارت الدراسات في علم النفس المرضي إلى أهمية المُخَطَّطَات في تكوين مختلف الأعراض النفسية المرضية (Pinto-gouveia et al., 2006)، مثل الرُّهَاب الاجتماعي، واضطراب الوسواس القهري، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات، وضَعْف العلاقات البين شخصية، وإدمان الجنس (Beigi et al., 2014).

٢- تقوم المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة بدور مهم في حدوث الانتكاسة لدى حالات استخدام المواد النفسية، ويؤكد ذلك ما وجده قسيس (٢٠١٧) من أن المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة كانت قادرة على التنبؤ بالانتكاسة لدى مدمني المواد النفسية؛ حيث وجد أن المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة تزيد من احتمالية حدوث الانتكاسة لدى المدمنين، وكان أعلى المجالات ارتباطًا بالانتكاسة هو الانفصال والرفض، وأقل المجالات ارتباطًا هو التوجُّه نحو الآخرين؛ وربما يرجع ذلك إلى طبيعة المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؛ حيث تكون راسخة ومُقَاوِمَة للتغيير، ويؤدي تنشيطها أو استمرارها بعد العلاج إلى الانتكاسة، لذا فمن المهم عند إعداد البرامج العلاجية لحالات استخدام المواد النفسية إدماجُ جلسات تتعلَّق بالتعامل مع المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة، ويتَّفق ذلك مع ما وُجِدَ في دراسة روبير وزملائه من أن علاج المُخَطَّطَات كان فَعَّالًا في علاج حالات إدمان الكحول (Roper et al., 2010).

٣- الكشف عن طبيعة الفروق ودلالتها بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ بالنسبة للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة؛ حيث وُجِدَ تعارض في نتائج الدراسات فيما يتعلق بهذا الأمر؛ إذ أظهر بعض الدراسات إنتفاء وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، مثل دراسة جيمس (James, 2019)، بينما أشارت الدراسات الأخرى إلى وجود فروق بينهما، مثل دراسة ماتيو (Matthew, 2019).

وفي ضوء ما سبق، تحاول الدراسة الحالية الإجابة عن الأسئلة التالية:

١-ما المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة الأكثر تكرارًا لدى كلٍّ من المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية؟

٢- هل توجد فروق جوهرية بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؟

مفاهيم الدراسة والأُطُر النظرية المُفَسِّرَة لها:

أولًا: المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة:

يُعَدُّ مصطلحُ المُخَطَّطَات مصطلحًا حديثًا في علم النفس، وخاصة في مجال علم النفس المعرفي؛ حيث يرى عديد من الدارسين أن بياجيه هو أول من استخدمه في علم النفس، إذ عرَّف المخطط بأنه البنية المعرفية الأساسية التي من خلالها تتشكَّل المعرفة في صورة عقلية، أو يتمُّ تمثيلها واستيعابها عقليًّا؛ فمصطلح مخطط مُشْتَقٌّ من نظرية معالجة المعلومات التي تفترض أن المعلومات تكون مُرَتَّبَة حسب الموضوع في ذكرياتنا (Genderen et al., 2012)، ففي سنٍّ مُبَكِّرَةٍ يتمُّ ترميز ذكرياتنا كمُخَطَّطَات تشتمل على الإدراكات الحِسِّيَّة[١] والمشاعر المُخْتَبَرَة[٢] ومعانيها، ويمكن أن تعمل بمَثَابَةِ رموز يَفْهَمُ الفردُ من خلالها نفسَه والآخرين والعالم من حوله (Renner et al., 2012; Genderen et al., 2012; Young et al., 2003, p. 7).

ويرى روجرز (Roger, 2007) أنها أنماط انفعالية ومعرفية مُزْمِنَة تتشكل في وقت مبكر من حياة الفرد، ومتعددة الأبعاد، وذات مستويات مختلفة من الشِّدَّة والانتشار، ويتمُّ تفعيلها من خلال مواقف التفاعل مع السُّلْطَة أو العلاقات المهمة.

والمُخَطَّطَات بِنْيَة معرفية مستقِرَّة وعميقة تتضمن قواعد أو تعليمات تُوَجِّهُ اختيارَ المعلومات وتشفيرها وتخزينها واستعادتها، ويتمُّ تشكيلها نتيجة الاستعداد الوراثي للفرد، وتعرُّضه للتأثيرات البيئية من خلال علاقاته مع الآخرين المُهِمِّين، والآباء، والمعلمين،

(1) Sensory Perceptions.
(2) Experienced Emotion.

والأشقاء، وتَنتج عنها مجموعةٌ من الأفكار والمعتقدات حول الذات والآخرين، وتحدِّد الطريقة التي يقيِّم بها الفردُ مختلفَ المواقف ويفسِّرُها(Jose&Romera, 2014) .

ويُعَرِّفُ "يونج وآخرون" (2003) المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة بأنَّها "أنماطٌ معرفية وأفكار مُخْتَلَّة وظيفيًّا لدرجة كبيرة تتعلق بالشخص وعلاقاته بالآخرين، وتتكوَّن هذه المُخَطَّطَات من الذكريات والعواطف والإدراك والأحاسيس الجسدية؛ حيث تنشأ في مراحل الارتقاء الأولى، ويستمرُّ ظهورُها طوال حياة الفرد، وتبدأ هذه المُخَطَّطَات باعتبارها توافقًا إيجابيًّا نسبيًّا مع بيئة الطفل، ولكنها تتحوَّل إلى سوء توافق عندما يَكْبُر. ولِكَوْنِ المُخَطَّطَات جزءًا من محاولةِ الإنسانِ التَّمَاسُكَ، فإنها تُكَافِح للبقاء على قيد الحياة؛ حيث تؤثِّر تأثيرًا كبيرًا في تفكير الإنسان وشعوره وتصرفاته وتَوَاصُلِه مع الآخرين، وهي مُخْتَلَّة وظيفيًّا إلى حَدٍّ كبير".

وقد حدَّد يونج وزملاؤه (2003) من خلال نظريتهم ثمانية عشر مخططًا غير توافقي مُصَنَّفَة إلى خمسة مجالات، وهذه المجالات والمُخَطَّطَات هي:

المجال الأول: الانفصال والرَّفْض(١) "**النَّبْذ**": ويعني توقُّع عدم تلبية احتياجات الشخص الوجدانية من قِبَلِ الآخرين، أي توقُّع الفردِ ضمن هذا المجال أن حاجاته المرتبطة بالحب والتَّقَبُّل والتَّفَهُّم والمشاركة الانفعالية والأمن والسلامة لن يتمَّ تحقيقُها، ويمكن تنشيط المُخَطَّطَات في هذا المجال عندما يعاني الشخص من الإهمال أو حالة الخسارة، مثل وفاة أحد الوالدين أو تجربة الإساءة الوجدانية أو الجسدية، ويشمل المُخَطَّطَات الفرعية الآتية:

١. **مخطط الهَجْر وعدم الاستقرار**(٢): هو الاعتقاد أنَّ الأشخاص الآخرين المُهِمِّين لن يتمكَّنوا من الاستمرار في تقديم المُسَانَدَةِ الوجدانية، وسوف يتخلون عنه؛ حيث يشعر هؤلاء الأشخاص أن شبكة الدعم الخاصة بهم غير مستقرة أو غير متوقَّعة أو غير موثوق بها، ويفتقرون إلى الشعور بالأمان. وافترض يونج وآخرون

(1) Discounection and Rejection.
(2) The Abandonment/Instability Schema.

(2003) أن هؤلاء الأشخاص يعيشون حالة هَجْرٍ شديدة أو يعيشون في بيئة غير مستقرة للغاية، ولا يمكن التنبؤ بها.

٢. **مخطط الحِرْمَان الوجدانى**[١]: هو اعتقاد الشخص أنَّ المساندة الوجدانية لن تَتِمَّ تلبيتُها، ويتكوَّن مخطط الحرمان الوجدانى من ثلاثة أشكال رئيسة؛ هي:

أ. **الحرمان من الرعاية**[٢]: غياب المودة أو الدفء والاهتمام.

ب. **الحرمان من التعاطف**[٣]: غياب الفهم أو الاستماع أو الإفصاح عن الذات أو التَّشَارُك المتبادَل لمشاعر الآخرين.

ج. **الحرمان من الحماية**[٤]: غياب القوة أو التوجيه من الآخرين (young et al, 2003, p. 13-14).

٣-**مخطط عدم الثقة والإساءة**[٥]: ويعني توقعات الشخص أنَّ الآخرين سيؤذونه، ويخدعونه، ويتلاعبون به، وسيصبحون مُسْتَغِلِّينَ.

٤-**مخطط الخَجَل والخِزْي**[٦]: هو اعتقاد الفرد بأنه سَيِّئٌ أو أنه بلا قيمة، أو أنه غير محبوب أو مرغوب فيه من قِبَلِ الاخرين، ويشعر بالنقص مقارنة بالآخرين، وهو عادةً لديه حساسية كبيرة تجاه النقد أو اللَّوْم أو الرفض؛ فالفرد يشعر بالخجل والخِزْي تجاه العيوب التي يتصوَّر أنها موجودة فيه، سواء أكانت هذه العيوب داخلية أم خارجية.

٥-**مخطط العُزْلَة الاجتماعية والاغْتِرَاب**[٧]: يتضمن هذا المخطط الإحساسَ بأن المرء معزول عن العالم، ويختلف اختلافًا جوهريًّا عن الآخرين، ولا يتناسب بأي شكل من الأشكال مع أي سياق اجتماعي خارج الأسرة. والأشخاص الذين يكون لديهم هذا المخطط يتعرضون للرفض أو السخرية أو الإذلال من الآخرين (Warburton & Mcllwain, 2005). والفرد الذى ينتمي إلى هذا المخطط

(1) The Emotional Deprivation Schema.
(2) Deprivation of Nurturance.
(3) Deprivation of Empathy.
(4) Deprivation of Protection.
(5) Mistrust/Abuse Schema.
(6) Shame and Sefectivness.
(7) The Social Isolation / Alienation Schema.

يعتقد أنه لا ينتمي إلى أي مجتمع أو جماعة (Young et al ,2003, p. 13-14).

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال والأداء[١]: يهتمُّ هذا المجال بتوقُّعات الفرد عن نفسه، وعن البيئة المحيطة به ، والتي تتداخل مع القدرة المُتَصَوَّرَة للفرد على الانفصال أو البقاء على قيد الحياة أو العمل بشكل مُسْتَقِلٍّ أو الأداء بنجاح. ويتكون هذا المجال من المُخَطَّطَات التي تَمَّ تكوينها نتيجةً لعدم إشباع الحاجة الأساسية للاستقلالية والكفاءة والشعور بالهُوِيَّة؛ فهو ينطوي على مُخَطَّطَات تتعلَّق بالشعور بعدم الاستقلال، وفقدان السيطرة على المصير، والحاجة المفرطة للتوجيه والدعم، وكذلك تصوُّر أن المرء غير قادر على أداء المهمات اليومية بنجاح دون مساعدة(Young et al., 2003, pp. 14:15). ويشمل المُخَطَّطَات الآتية:

١. **مُخطط الكفاءة / العَجْز**[٢]: وهو الاعتقاد أن الشخص سيفتقر إلى الكفاءة في العمل بشكل مستقل دون مساعدة كبيرة من الآخرين، ويتضمن هذا المخطط الاعتقاد أن المرء غير قادر على إدارة مسئولياته اليومية (مثل إدارة الأموال، وحل المشكلات اليومية) بمفرده، دون مساعدة كبيرة من الآخرين.

٢. **مُخطط الاستهداف للمرض أو الضرر**[٣]: هو الخوف من حدوث مصيبة أو كارثة (عضوية، أو طبيعية، أو انفعالية) ربما تحدث، وأن الشخص لن يستطيع التعامل معها أو مواجهتها أو منعها أو الوقاية منها.

٣. **مُخطط الفشل**[٤]: هو اعتقاد الشخص أنَّه قد يفشل في مجالات الإنجاز بالمقارنة بأقرانه، وأنه أقل منهم. ويشمل هذا المخطط الشعور بأنه أقل ذكاءً، وأقل موهبة، وأكثر تعرضًا للتجاهل، وأقل مكانة، وأقل نجاحًا من الآخرين.

٤. **مخطط عدم تطوير الذات:** هو التَّورُّط الوجدانى الشديد مع الآخرين المُهِمِّينَ، أو الانفعال المتزايد ، والارتباط الوثيق بشخص واحد ذي أهمية كبيرة جدًّا، أو أكثر

(1) Impaired Autonomy and Performance.
(2) Dependence / Incompetence.
(3) Vulnerability to Harm or Illness.
(4) Failure.

من شخص من ذوي تلك الأهمية (وغالبًا ما يُقصد الوالدان بذلك)، لدرجة أن الانفصال الطبيعي لن يحدث. ويشعر الأشخاص الذين لديهم هذا المخطط بأنهم لن يكونوا سعداء، ولن يعيشوا دون هؤلاء الأفراد، وهذا يؤدي إلى الإضرار بهُوِيَّة الفرد أو الإضرار بارتقائه الاجتماعي الطبيعي. وقد يشعر هؤلاء الأشخاص أنهم لا يمتلكون هوية منفصلة (Young et al., 2003, pp. 14-15).

المجال الثالث: عَجْز الشخص عن وَضْع القواعد أو الحدود المُنَظِّمَة لحياته الخاصة "الحدود[1] المُخْتَلَّة": ويتعلَّق بوجود قُصُورٍ في الحدود الداخلية، وصعوبة تحمُّل المسؤولية، مما يؤدي إلى صعوبات في احترام حقوق الآخرين والتعاون معهم، بما يجعل الفرد غير قادر على تحمُّل التزامات الحياة، وغالبًا ما ينشأ هؤلاء الأفراد في أُسَرٍ تَتَّصِفُ بعدم تحمُّل المسؤولية والتَّسَاهُل مع الآخرين (Young et al., 2003, p. 15)، ويشمل المُخَطَّطَات الآتية:

١. **مخطط الاستحقاق / العظمة[2]**: هو اعتقاد الشخص أنَّه أفضل من غيره، ومن ثَمَّ فهو يستحقُّ معاملةً خاصة، والأشخاص الذين لديهم هذا المخطط مُقْتَنِعُونَ بأنهم متفوقون، وبالتالي فهُمْ لا يَعتبرون أن قواعد التفاعل الاجتماعي الطبيعي تَنْطَبِقُ عليهم، ويؤكِّدون تفوُّقَهم (على سبيل المثال؛ يجب أن يكونوا مشهورين، أو أن يكونوا الأكثر نجاحًا)، ومن أجل الحصول على القوة والسيطرة يحاولون فرضَ وجهات نظرهم، ويحاولون أيضًا التحكُّم في سلوكيات الآخرين؛ لتَلْبِيَةِ رغباتهم الخاصة دون الاهتمام باحتياجات الآخرين أو التعاطف معها. وافْتَرَضَ يونج وآخرون أن هؤلاء الأشخاص ربما يكونون قد طَوَّرُوا هذا المخطط باعتباره شكلًا من أشكال التعويض المفرط لشعورهم بالخَلَلِ والحرمان الوجدانى والإقصاء الاجتماعي (Young et al., 2003, p. 15; Warburton & Mcllwain, 2005).

٢. **مخطط عدم القدرة على التَّحَكُّم في الذات[3]**: يشير إلى صعوبة ممارسة ضبط النفس الكافي وتحمُّل الإحباطات لتحقيق الأهداف الشخصية ، أو صعوبة

(1) Impaired Limits.
(2) Entitlement \ Grandiosity.
(3) Insufficient SelfControl / Self Discipline.

التعبير عن المشاعر والدوافع، ويُتوقع أن المريض يكون لديه تركيز مبالغ فيه على تجنب الانزعاج[١]؛ أي تجنُّب الألم أو الصراع أو المواجهة أو المسؤولية أو الإرهاق (Young et al., 2003, p. 15-16).

المجال الرابع: التَّوَجُّه نحو الآخرين[٢]: يشير إلى تركيز الفرد الزائد على رغبات الآخرين ومشاعرهم واستجاباتهم على حساب احتياجاته الخاصة؛ وذلك للحصول على الحب والاستحسان والقبول، واستمرار شعور الفرد بالاتصال وتَجَنُّب الوحدة. ويهتمُّ الأشخاص في هذا المجال باحتياجات الآخرين وشعورهم ، مع تَجَاهُل احتياجاتهم الخاصة ، وبهذه الطريقة يحاولون كَسْبَ الحب والاستحسان أو الحفاظ على التَّوَاصُل مع الآخرين، ويكتمون غضبهم، وعادة ما يفتقرون إلى الوعي باحتياجاتهم ورغباتهم. ويشمل هذا المجال المُخَطَّطَات الآتية:

١. **مخطط المبالغة في الانضباط**[٣]: هو الاعتقاد أن الشخص يجب أنْ يخضع للآخرين، ويُسلم السيطرة لهم، مع تحقيق رغباتهم واحتياجاتهم؛ من أجل تجنُّب النتائج السلبية الصادرة عنهم ، مثل الغضب، أو الهَجْر، أو الانتقام. ويحدِّد يونج وزملاؤه (2003) نوعين من هذه المُخَطَّطَات؛ هما:

أ. **ضبط الاحتياجات**[٤]: كَبْت تفضيلات الفرد وقراراته ورغباته.

ب. **ضبط الانفعالات**[٥]: كَبْت الفردِ انفعالاتِه، خاصةً الغضب، وعادةً ما ينطوي على تصوُّر أن رغباتِ المرءِ وآرائَه ومشاعرَه ليست مهمة بالنسبة للآخرين، مما يؤدي إلى ظهور أعراض سوء التوافق، مثل السلوك العدواني السلبي، والأعراض النفسجِسْمِيَّة، والانسحاب والاعتماد على المواد النفسية.

١. **مُخطط التضحية بالنفس (نُكْرَان الذات)**[٦]: هو اعتقاد الشخص بأنَّه يجب أن يُلَبِّيَ حاجات الآخرين ومَطَالِبَهم طَوَاعِيَةً على حساب نفسه؛ وذلك لمنع الآخرين من الإحساس بالألم، ويتألَّف هذا المخطط من التركيز المُفْرِط على تَلْبِيَة احتياجات

(1) discomfort avoidance.
(2) Other Directedness.
(3) Subjugation.
(4) Subjugation of Needs.
(5) Subjugation Emotions.
(6) Self Sacrifice.

الآخرين ورغباتهم طواعية على حساب إرضاء ذاته، وذلك لتَجَنُّبِ الشعور بالذنب، أو الحفاظ على الاتصال بالآخرين الذين يرى المرءُ أنهم محتاجون للمساعدة، ويعتقد أن تَلْبِيَةَ احتياجاتِهم سوف تُنْقِذُهُ من الألم.

٢. **مخطط طلب الاسْتِحْسَان**(١): يركِّز الأشخاص هنا على كسب القبول والاهتمام، والاعتراف بهم من قِبَلِ الآخرين، فهم يسعون طوال الوقت للحصول على موافقة الآخرين على حساب أنفسهم؛ فاحترام الفرد لذاته وتقديرها يعتمد على الآخرين. ويتضمن ذلك أحيانًا التركيزَ المُفْرِط على المكانة أو المظهر أو القبول الاجتماعي أو المال أو الإنجاز باعتباره ذلك وسيلةً لكسب الموافقة أو الإعجاب أو الاهتمام (Young et al., 2003, p. 17).

المجال الخامس والأخير: القَمْع والكَبْت(٢): يتعلَّق بالتركيز الشديد على أهمية قَمْع مشاعر الأشخاص ودوافعهم ورغباتهم لتَلْبِيَة المعايير الداخلية ، على حساب الأنشطة الممتعة والمَرِحَة والرَّاحة الشخصية؛ حيث تكون الأسرة دائمًا نموذجية وأحيانًا عِقَابِيَّة؛ فالنمط السائد في الأُسرة يكون الكمال ، وإتِّبَاع القواعد ، وإخفاء المشاعر، وتجنُّب الأخطاء في مقابل عدم المتعة والفرح والاسترخاء. وعادة ما يكون هناك تيار خفي من التشاؤم والقلق من أن الأشياء يمكن أن تنهار إذا فشل المرء في أن يكون يَقِظًا وحذرًا في جميع الأوقات. ويشمل المُخَطَّطَات الآتية:

١. **مخطط الكَبْت الانفعالي**(٣): هو الاعتقاد بأنَّ الشخص يجب ألَّا يُعَبِّرَ عن انفعالاته ومشاعره؛ لتجنُّب التعرض للرفض والانتقاد من قِبَلِ الآخرين. ويشمل أكثر مجالات الكَبْت شيوعًا ما يلي:

(أ) كَبْت الغضب والعدوان.

(ب) كَبْت المشاعر الإيجابية (مثل: الفرح).

(1) Approval Seeking / Recognition Seeking.
(2) Overvigilance and Inhibition.
(3) Emotional Inhibition.

(ج) صعوبة التعبير عن الضعف أو التواصل بحُرِّيَّة فيما يتعلق بمشاعر الفرد واحتياجاته وما إلى ذلك.

(د) التركيز المُفْرِط على العقلانية مع تجاهُل المشاعر.

٢. **السلبية والتشاؤم:** أي التركيز على المظاهر السلبية للحياة وإهمال قيمة الأحداث الإيجابية. وعادةً ما ينطوي ذلك على خوف مُفْرِط من ارتكاب أخطاء؛ نظرًا لأن الأفراد يبالغون في توقع النتائج السلبية المحتمَلة، وغالبًا ما يَتَّسِم هؤلاء الأفراد بالقلق المزمن.

٣. **مخطط المعايير المتشددة "الصَّارِمَة / الانتقاد الزائد"**[1]: هو اعتقاد الشخص فى استحالة بلوغ الكمال؟؟ فى كلمة محذوفة من النص)، وذلك من خلال السعي لتَلْبِيَة معايير ومطالب داخلية عالية جدًّا من السلوك والأداء؛ لتجنُّب الخِزْي أو النقد. ووفقًا ليونج وزملائه (2003) فإن المعايير المتشددة تَظْهَرُ عادةً على النحو التالي:

أ. السعي إلى الكمال، والاهتمام المبالغ فيه بالتفاصيل، أو سوء التقدير أو النظر إلى أداء المرء فيما يتعلق بالقواعد.

ب. القواعد الصارمة و"اليَنْبَغِيَات" في عديد من مجالات الحياة، بما في ذلك القواعد الأخلاقية أو الثقافية أو الدينية غير الواقعية.

ج. الانشغال بالوقت والكفاءة ليتمكَّن المرء من تحقيق المزيد من النجاحات.

٤. **القسوة:** تشير إلى اعتقاد الفرد أنَّه يجب أن تَتِمَّ معاقبة جميع البشر بما فيهم ذاته في حالة ارتكاب أية أخطاء، وغالبًا ما يتضمن عدم قدرة الفرد على مسامحة الآخرين على ارتكاب أي أخطاء، أو مسامحة ذاته في حالة ارتكاب أي خطأ (Young et al., 2003, p. 17).

وتتمثل الخصائص الرئيسة للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة لدى يونج وآخرين (2003) فيما يلي:

١. يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية؛ فالمُخَطَّطَات الإيجابية مُخَطَّطَات تَوَافُقِيَّة، بينما المُخَطَّطَات السلبية مُخَطَّطَات مُخْتَلَّة وغير تَوَافُقِيَّة.

(1) Unrelenting Standards \ Hypercriticalness.

٢. تكون لديها القدرة على المقاومة للتغيير؛ فالمُخَطَّطَات راسخة وثابتة، ويُدركها الفرد على أنها حقائق مُطْلَقَة وأساسية وجوهرية.

٣. تتكون المُخَطَّطَات في مرحلة الطفولة المُبَكِّرَة أو المراهقة، وتستمرُّ مع الفرد طوال حياته، حيث تتكون وترتقي وتتشكَّل من خلال التفاعلات مع مقدِّمي الرعاية الأولية، وخبرات الطفولة المُؤْلِمَة والصادمة، ويتمُّ الاحتفاظ بها بسبب التَّشَوُّهَات في طريقة معالجة المعلومات.

٤. عادةً ما تصبح الطبيعة المُخْتَلَّة للمُخَطَّطَات أكثر وضوحًا في وقت لاحق من الحياة.

٥. غالبًا ما تكون المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة مسؤولة عن ظهور الأعراض المَرَضِيَّة، مثل القلق، والاكتئاب، وتعاطي المخدرات، والاضطرابات النفسية الجسدية؛ فبمجرَّد أن تتكون تلك المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة؛ فإنها ستؤثِّر باستمرار في الطريقة التي يتفاعل بها الفرد مع كلٍّ من البيئة والعمليات الداخلية لديه، ومن ثَمَّ تُسهم في حدوث عديد من الاضطرابات النفسية.

٦. المُخَطَّطَات متعددة الأبعاد، مما يعني أن لديها مستوياتٍ مختلفةً من الشِّدَّة، وكلما زادت حِدَّة المخطط، زاد عدد المواقف التي تنشِّطه، وكلما كان المخطط أكثر شدة، زاد التأثير السلبي له عند استثارته، وكانت مدة استمراره أطول.

٧. عادة ما تكون هذه المُخَطَّطَات كامنة، ويتمُّ تنشيطها وفقًا للمواقف والتجارب التي يمرُّ بها الفرد، والتي تتشابه مع المواقف والتجارب التي مَرَّ بها في فترة الطفولة، ويحدث ذلك دون وعي منه.

٨. تتعلق المُخَطَّطَات بالشخص نفسه، وبعلاقاته مع الآخرين والعالم من حوله.

٩. تتضمن المُخَطَّطَات الذكريات والانفعالات والإدراكات والأحاسيس الجِسْمِيَّة.

ثانيًا: الاعتماد على المواد النفسية:

عَرَّفَهُ سويف (١٩٩٠) بأنه حالة نفسية وأحيانًا عضوية، تنتج عن التفاعل بين الكائن والمادة النفسية. وتَتَّسِمُ هذه الحالة بصدور استجابات سلوكية وفيزيولوجية تنطوي دائمًا على قهر للكائن بأن يتعاطى هذه المادة على أساس مستمر أو مُتَقَطِّع؛

وذلك طلبًا لآثارها النفسية، وأحيانًا تَحَاشِيًا لما يترتَّب على غيابها من متاعب. وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو عدة مواد في آنٍ معًا. وينقسم الاعتماد الى اعتمادٍ عضوي واعتماد نفسي:

أولًا: الاعتماد العُضْوِيّ(١):

حالة تَكَيُّفِيَّة عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معَيِّنَة ، أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجةً لتناول الشخص أو الكائن عقارًا مضادًّا. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتُسَمَّى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تَخْتَصُّ بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها. ويمكن التخلُّص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص الى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجى مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية. ويُعتبر الاعتماد العضوي عاملًا قويًّا في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية، أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

ثانيًا: الاعتماد النفسي(٢):

موقف يُوجَدُ فيه شعورٌ بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها؛ لاستثارة المُتْعَة أو لتَحَاشِي المتاعب. وتُعتبر هذه الحالة النفسية أقوى العوامل التي ينطوي عليها التَّسَمُّم المُزْمِن بالمواد النفسية. وفي بعض المواد المخدرة تكون هذه الحالة هي العامل الأوحد الذي ينطوي عليه الموقف (سويف، ١٩٩٦: ١٤).

ويُعَرِّفُ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس هذا الاضطراب بوجود من ٢ إلى ١١ عَرَضًا للاضطراب، تتجمع في أربع مجموعات على النحو التالي:

(1) Physical Dependence.
(2) Psychic Dependence.

أ. **صعوبة السيطرة على الاستخدام، وتظهر في:**

١. تَنَاوُل كمية أكبر من المواد النفسية أو لفترة أطول مما كان يَنْوِي المريض.

٢. جهود فاشلة لتقليل أو خفض الاستخدام.

٣. إنفاق قَدْرٍ كبير من الوقت للحصول على أو استخدام أو حتى التعافي من المواد النفسية.

٤. ظهور ما يُسَمَّى بالاشتياق أو اللهفة[1] للمواد النفسية (American Psychiatric Association, 2013).

ب. **الخلل الاجتماعي، ويظهر في:**

٥. عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الرئيسة في الحياة بسبب الاستخدام.

٦. الاستمرار في تناول المواد النفسية على الرغم من المشكلات الناجمة التي تَفَاقَمَتْ بسبب الاستخدام.

٧. التوقف أو التخلي عن الأنشطة الحياتية المهمة بسبب الاستخدام أو التقليل منها.

ج. **الاستخدام الخطر، ويظهر في:**

٨. الاستخدام المتكرر في المواقف التي تَتَّسِمُ بشِدَّة الخطورة.

٩. مواصلة الاستخدام على الرغم من المشكلات الصحية والنفسية التي تَنتج أو تَتَفَاقَمُ بسبب الاستخدام.

د. **الاعتمادية الدوائية:**

١٠. ظهور ما يُعْرَفُ بالتَّحَمُّل لآثار المادة.

١١. ظهور أعراض الانسحاب في حالة عدم الاستخدام أو حتى التقليل من الجرعات.

ويقترح هذا الدليل استخدامَ هذه المعايير بصفتها مقياسًا لشدة الاضطراب، فيكون ظهور من (٢-٣) معايير دليلًا على الاضطراب البسيط، وظهور من (٣-٥) معايير دليلًا على الاضطراب المتوسط، أما ظهور ستة معايير فما فوق فيكون

(1) Craving.

دليلًا على الاضطراب الشديد (American Psychiatric Association, 2013).

المَنْحَى المعرفي والاعتماد على المواد النفسية:

يعتمد هذا المنحى على العوامل المعرفية والتوقعات المرتبطة بتأثيرات المواد النفسية، فهذه التوقعات يجري تعلُّمها وتشكلها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأُسرة وجماعات الأقران والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد، ومن المعتقَد أن الأشخاص المُعْتَمِدِينَ على المواد يتوقعون أن التعاطي يمدُّهم بتأثيرات إيجابية مرغوبة، ويزيد من التَّوْكِيدِيَّة عندهم (سالم، ٢٠١٣، ص. ١٠٣).

ويقسم النموذج المعرفي وفقًا لـ"ليهي" (٢٠٠٦) ظاهرةَ تعاطي المخدرات إلى سبعة مكونات، يمثِّل كلٌّ منها حلقة في سلسلة الأحداث التي تجعل الإدمان مستمرًّا، وهذه المكونات هي:

١. **المُثِيرَات المُعَرِّضَة (المُيَسِّرَة)**[(١)]: وتشمل المثيرات الخارجية مثل الأشخاص والأماكن والأشياء التي يستخدمها الفرد في التعاطي، وهي مثيرات تقع خارج الشخص. وتتمثل المثيرات المعرفية الداخلية في الحالات الانفعالية والفسيولوجية التي إما أن تُذَكِّرَ متعاطي المخدرات بالأوقات التي تعاطوا فيها هذه المخدرات في الماضي، وإما أن تَسْتَثِيرَ الرغبة في غير حالة الوعي، باعتبارها وسيلة لتجنُّب الحالة الداخلية مثل (محاولة كف الشعور بالقلق)، أو لتعزيزها مثل (محاولة تعظيم خِبْرَة جنسية).

٢. **المعتقدات غير التَّوَافُقِيَّة عن المخدرات**[(٢)]: هي وجهات النظر الخاطئة التي يتبناها عديد من متعاطي المخدرات عن المخدرات وتعاطيها، ويحتفظون بهذه المعتقدات. في بعض الأحيان تتشكل هذه المعتقدات لديهم نتيجة للمعلومات الخاطئة، وفي أحيان أخرى يَخْتَلِقُونَ أساطير ذاتية تمكِّنهم من الاستمرار في تجاهل الآثار الضارة الناجمة عن سلوك تعاطيها.

(1) High Risk Stimuli.
(2) Maladaptive Beliefs About Drugs.

٣. **الأفكار الآلية**[١]: هي الأفكار والصور اللَّحْظِيَّة التي تكون لدى المُعْتَمِدِينَ عندما يكونون على شَفَا الشعور بتَعَاظُم الرغبة الفسيولوجية، ويسعون لاستخدام المواد الكيميائية النفسية.

٤. **اللَّهْفَة والرغبات المُلِحَّة**[٢]: هي الإحساسات الفسيولوجية التي يذكر متعاطو المخدرات أنها تجعلهم يشعرون بعدم الارتياح، وتُصَعِّبُ عليهم مهمة الإقلاع عن تعاطي المخدرات. ويحتفظ عديد من المدمنين بالاعتقاد الخاطئ أن الطريق الوحيد لقَمْعِ الرغبات المُلِحَّة هو أخْذ المخدر، وهي صحيحة جزئيًّا؛ لأن أعراض الانسحاب تَسْكُنُ مؤقتًا عندما تدخل المادة الكيميائية للجسم. وعلى الرغم من هذا؛ فإن ذلك يعمل فقط على تَفَاقُم اعتماد المتعاطي على المخدر، ومن ثَمَّ فإن اللهفة والإلحاحات المستقبلية تزداد سوءًا في شِدَّتِهَا.

٥. **الأفكار المُيَسِّرَة (المُحَرِّضَة)**[٣]: في سياق العلامات النفسية التقليدية؛ تُعرف هذه الظاهرة باسم "التبرير"[٤]، ومن خلالها يَتَذَرَّعُ المريض ضِمْنًا (وصراحةً في بعض الأحيان) بأن هناك سببًا معقولًا لتعاطي المخدرات، ويوجد أو لا يوجد سببٌ معقول يكفي للإقلاع عنها في الوقت الراهن. وهذه العملية المعرفية تساعده على التعاطي دون الشعور بالذنب على الأقل في تلك اللحظة.

٦. **الاستراتيجيات الوسيلة**[٥]: تشير إلى الخطوات السلوكية التي يتخذها مُتَعَاطُو المخدرات من أجل توفير المخدر وتعاطيه.

٧. **تعاطي المواد الإدمانية:** المرحلة الأخيرة في النموذج سُبَاعِيِّ الخطوات هي تعاطي المريض فعليًّا للمخدرات. ويُعتبر ذلك مرحلةً في عملية تَعَاطِي المخدرات، وليس مجرد ناتج. إن النموذج المعرفي (مثله مثل نماذج التعلم الاجتماعي وخفض الضَّرَر) لا ينظر إلى الانتكاس لتعاطي المخدرات باعتباره ظاهرة (إما الكل أو لا

(1) Automatic Thoughts.
(2) Craving and Urgs.
(3) Permissiongiving Thoughts.
(4) Rationalization.
(5) Instrumental Straategies.

شيء) يعود فيها المريض إلى نقطة البداية بمجرد استخدامه للمخدر، وإنما كل مَرَّة تَعَاطٍ يُنظر إليها على أنها نقطة جديدة على مُتَّصِل اتِّخَاذِ القرار لدى المتعاطى.

من خلال العرض السابق لمفاهيم الدراسة، وما ارتبط بها من دراسات، فإن فرضي الدراسة يمكن أن يَتَمَثَّلَا على النحو التالي:

١- تختلف المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة بناءً على نوع العَيِّنَة (مُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في مقابل غير المُعْتَمِدِينَ).

٢- تُوجد فروقٌ جوهرية بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولًا: عَيِّنَة الدراسة: اشتملت الدراسة على عَيِّنَتَيْنِ، هما:

أ. عَيِّنَة الدراسة الاستطلاعية:

هي العَيِّنَة الخاصة بالتحقُّق من الكفاءة السيكومترية لمقياس الدراسة، والتي اشتملت على (٢٠) من المُعْتَمِدِينَ الذكور و(٢٠) من غير المُعْتَمِدِينَ ، وبلغ متوسط عمر المُعْتَمِدِينَ (٣٣.٤٥) سنة، بانحراف معياري قَدْره (٤.٣٧) سنة. وكانوا جميعًا من المستوى التعليمي الجامعي أو ما بعد الجامعي. وكانوا جميعًا من المستوى الاقتصادي المتوسط، وكان مستوى ذكاء جميع أفراد العينة متوسطًا أو أعلى من المتوسط على اختبارى تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين – النسخة الثالثة، وتمَّ الحصول عليهم من مستشفى دار الهدى. أما عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ فكان متوسط عمرهم (٢٨.٧٥)، بانحراف معياري قدره (٥.٠٧) سنة. وكانوا جميعًا من المستوى التعليمي الجامعي أو ما بعد الجامعي. وكان جميع أفراد العينة من المستوى الاقتصادي المتوسط، وكان مستوى ذكاء جميع أفراد العينة متوسطًا أو أعلى من المتوسط على اختبارى تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين. وتَمَّ الحصولُ عليها من موظفي مستشفى عادل صادق. ويوضح جدول (١) خصال تلك العَيِّنَة على النحو التالي:

جدول (١)

التكرارات والنسبة المئوية لمتغيرات التعليم والحالة الاجتماعية

المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ (ن= ٢٠)		غير المُعْتَمِدِينَ (ن = ٢٠)	
	ك	%	ك	%
التعليم				
جامعي	١٨	%٠٩٠	١٤	%٧٠
ما بعد الجامعي	٢	%١٠	٦	%٣٠
الحالة الاجتماعية				
متزوج	٧	%٣٥	٨	%٤٠
أعزب	٨	%٤٠	١٢	%٦٠
مطلق	٥	%٢٥	–	–
			–	–

يتضح من الجدول رقم (١) ارتفاع نسبة المتزوجين في عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ في مقابل نسبة غير المتزوجين في عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ. وارتفاع نسب التعليم الجامعي لدى المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وارتفاع نسب التعليم ما بعد الجامعي لدى عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية.

ب. عَيِّنَة الدراسة الأساسية:

وتنقسم إلى مجموعتين على النحو التالي:

المجموعة الأولى: عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية:

تكونت من (١٠٠) معتمدًا على المواد النفسية من ذوي التعاطي المُتَعَدِّد، والذين تَمَّ تشخيصهم من قِبَلِ الطبيب النفسي باضطراب استخدام المواد النفسية، مع استبعاد الحالات ذات التشخيص المزدوج، وبلغ متوسط أعمارهم (٣٣,٨٩ +_ ٤,١٩) سنة. وبلغ متوسط مدة التعاطي لديهم (١٢,٥٥ +_ ٥,١٦) سنة، وهى عَيِّنَة عَمْدِيَّة

تَمَّ الحصول عليهم من مستشفى العباسية، ومستشفى دار الهدى. ويوضح لنا جدول رقم (٢) توزيعَ أفراد العَيِّنَة على تلك المستشفيات كما يلي:

جدول (٢)

توزيع أفراد عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ حسب المستشفيات

مكان التطبيق	ك	%
مستشفى العباسية	٤٩	%٤٩
مستشفى دار الهدى	٥١	%٥١

ونعرض في الجدول رقم (٣) الخِصَال الديموجرافية لعَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وهو ما يتضح لنا على النحو التالي:

جدول (٣)

توزيع المُعْتَمِدِينَ على متغيرات التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية

المتغيرات		ك	%
المستوى التعليمي	جامعي	٩٤	%٩٤
	فوق الجامعي	٦	%٦
الحالة الاجتماعية	متزوج	٤٧	%٤٧
	غير متزوج	٣٧	%٣٧
	خاطب	٦	%٦
	مطلق	١٠	%١٠
المهنة	يعمل	٤٩	%٤٩
	لا يعمل	٥١	%٥١
الأمراض الجِسْمِيَّة	نعم	٢١	%٢١
	لا	٧٩	%٧٩

ويعرض لنا جدول رقم (٤) بعض المتغيرات التى تتعلق بالتعاطي، وذلك على النحو التالي:

جدول رقم (٤)

توزيع المُعْتَمِدِينَ على المتغيرات التي لها علاقة بالاعتماد على المواد النفسية

المتغيرات		ك	%
عدد مرات دخول المستشفى	مَرَّة واحدة	٥	%٤.٢
	أكثر من مَرَّة	٩٥	%٩٥.٨
عدد مرات الانتكاسة	مَرَّة واحدة	٢٤	%٢٤
	اكثر من مَرَّة	٧٦	%٧٦

المجموعة الثانية: عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية:

تكونت العَيِّنَة من (١٠٠) من غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وبلغ متوسط أعمارهم (٣١,٩٥ +_ ٤.٨٢) سنة، وتَمَّ الحصولُ عليها من الموظفين العاملين في مستشفى عادل صادق للطب النفسي. ونعرض فيما يلي الخصال الديموجرافية لعَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وهو ما يوضِّحه لنا جدول (٥) على النحو التالي:

جدول (٥) توزيع أفراد عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ على متغيرات التعليم والمهنة والحالة الاجتماعية

المتغيرات		ك	%
المستوى التعليمي	جامعي	٨٧	%٨٧
	فوق الجامعي	١٣	%١٣
الحالة الاجتماعية	متزوج	٦٦	%٦٦
	غير متزوج	٢٢	%٢٢
	خاطب	٩	%٩
	مطلق	٣	%٣
المهنة	يعمل	٢٢	%٢٢
	لا يعمل	٧٨	%٧٨
الأمراض الجِسْمِيَّة	نعم	١	%١
	لا	٩٩	%٩٩

وقد تَمَّ اختيارُ أفراد عَيِّنَة الدراسة في المجموعتين بناءً على عدد من المَحَكَّات هي:

- أن يتراوح المدى العمري لهم من (٢٠:٤٠) سنة، إذ وُجِدَ أن الغالبية العظمى من المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية تتركَّز في تلك الفئة العمرية (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٣، ٢٠١٧).
- أن يكون المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأفراد العَيِّنَة متوسطًا.
- يُشترط أن يكون المستوى التعليمي لهم هو التعليم الجامعي فما فوق.
- أن يكون مستوى الذكاء متوسطًا على الأقل، وتَمَّ ضَبْطُ هذا المتغير عن طريق تطبيق اختبارى تصميم المكعبات والمفردات من اختبار وكسلر لذكاء الراشدين – النسخة الثالثة، على شرط أن يحصل المشاركون على(٧) درجات موزونة فأعلى.

ثانياً: أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

تضمَّنت الدراسة الحالية مقياسَ المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة لـ"جيفرى يونج وبراون" (٢٠٠٣)، (ترجمة وإعداد الباحثتين)، بالإضافة إلى استمارة البيانات الأولية؛ مثل: العمر، ومستوى التعليم، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي، وعدد سنوات الإدمان، ونوع المواد الإدمانية، وعدد مرات الانْتِكَاسَة.

ويتكون المقياس في نسخته الأصلية من(٢٣٢) بندًا، تَمَّ توزيعهم على ثمانية عشر مخططًا، وصُنِّفت المخططات في خمسة مجالات، وتتراوح بدائل الإجابة عنه من الدرجة (١) والتي تعني لا تنطبق تمامًا إلى الدرجة (٦) والتي تعني تنطبق تمامًا.

توزيع المخططات غير التوافقية على المجالات الخمسة وعبارات كل مخطط، وذلك على النحو التالي :

المجال الأول: الانفصال والرفض "النبذ": ويتكون من (٦٨) بنداً، متمثلة في البنود (١– ٦٨)، ويشمل المخططات الفرعية الآتية:

١. مخطط الهجر وعدم الاستقرار: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في البنود(١– ٩).

٢. مخطط الحرمان الوجدانى: ويتكون من(١٧) بندًا، متمثلة في البنود (١٠-٢٦).

٣. مخطط عدم الثقة والإساءة: ويتكون من(١٧) بندًا، متمثلة في البنود (٢٧-٤٣).

٤. مخطط الخجل والخزي: ويتكون من (١٥) بندًا، متمثلة في البنود (٥٤-٦٨)

٥. مُخطط العزلة الاجتماعية والاغتراب: ويتكون من (١٠) بنود، متمثلة في البنود (٤٤-٥٣).

المجال الثاني: العجز عن الاستقلال والأداء: ويتكون من(٤٧) بنداً، متمثلة في البنود(٦٩- ١١٥)، ويشمل المخططات الآتية:

١. مُخطط الكفاءة /العجز: ويتكون من (١٥) بنداً، متمثلة في البنود(٧٨-٩٢).

٢. مُخطط الاستهداف للمرض أو الضر:ويتكون من (١٢) بنداً، متمثلة في البنود(٩٣-١٠٤).

٣. مُخطط الفشل: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في البنود (٦٩-٧٧).

٤. مخطط عدم تطوير الذات:ويتكون من (١١) بنداً، متمثلة في البنود (١٠٥-١١٥).

المجال الثالث: "**الحدود المختلة** "ويتكون من (٢٦) بنداً، متمثلة في البنود (١٦٨-١٩٣). ويشمل المخططات الآتية:

١. مخطط الاستحقاق / العظمة:ويتكون من (١١) بنداً، متمثلة في البنود(١٦٨-١٧٨).

٢. مخطط عدم القدرة على التحكم في الذات:ويتكون من (١٥) بنداً. متمثلة في البنود (١٧٩-١٩٣).

المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين: ويتكون من(٦١) بنداً ، متمثلة في البنود(١١٦-٢٠٧) ويشمل المخططات الآتية:

١. مخطط المبالغة في الانضباط: ويتكون من (١٠) بنود، متمثلة في البنود (١١٦-١٢٥).

٢. مُخطط التضحية بالنفس:ويتكون من(١٧) بنداً، متمثلة في البنود(١٢٦-١٤٢).

٣. مخطط طلب الاستحسان:ويتكون من(١٤) بنداً، متمثلة في البنود (١٩٤-٢٠٧).

المجال الخامس: القَمع والكبت: ويتكون من (٣٠) بنداً ، ويشمل المخططات الآتية:

١. مخطط الكبت الانفعالي: ويتكون من (٩) بنود، متمثلة في البنود(١٤٣-١٥١).

٢. السلبية والتشاؤم: ويتكون من(١١) بنداً ، متمثلة في البنود(٢٠٨-٢١٨).

٣. مخطط المعايير المتشددة الصارمة:ويتكون من(١٦) بندًا، متمثلة في البنود(١٥٢-١٦٧).

٤. القسوة: ويتكون من(١٤) بنداً، متمثلة في البنود (٢١٩-٢٣٢).

الكفاءة السيكومترية للمقياس:

تَمَّ اتِّبَاع الخطوات التالية للتحقُّق من الكفاءة السيكومترية للمقياس على النحو التالي:

أ- الاتساق الداخلي:

تَمَّ حساب معامل الارتباط بين البَنْد والدرجة الكلية للمقياس، والبَنْد والدرجة الكلية للبُعْد، ووُجِدَ أن معاملات الارتباط بين البند والدرجة الكلية والفرعية تراوحت بين(٠.٣) إلى(٠.٨٧) لدى عَيِّنَتَي الدراسة، الأمر الذي لم يجعلنا نحذف أيَّ بند

من بنود المقياس، وبذلك تكوَّن المقياس في صورته النهائية من(٢٣٢) بندًا؛ وتراوحت الدرجة الكلية عليه بين(٢٣٢) إلى (١٣٩٢).

ب-الثبات:

تَمَّ التَّحَقُّق من ثبات المقياس من خلال استخدام مُعَامِل ألفا كرونباخ والقِسْمَة النِّصْفِيَّة بعد تصحيح الطول، وهو ما يوضحه لنا جدول رقم (٦) على النحو التالي:

جدول (٦)

معاملات ثَبَات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية بطريقة ألفا كرونباخ والقِسْمَة النِّصْفِيَّة

البعد	المُعْتَمِدُونَ ن=٢٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن=٢٠	
	مُعامل ألفا	القِسْمَة النِّصْفِيَّة	مُعامل ألفا	القِسْمَة النِّصْفِيَّة
الحرمان الوجدانى	٠.٧٢٤	٠.٥٢٣	٠.٨٧٤	٠.٨١٠
الهجر وعدم الاستقرار	٠.٩٢٠	٠.٨٧٤	٠.٩٣١	٠.٩٦٤
عدم الثقة / الإساءة	٠.٨٧٦	٠.٧٨١	٠.٩٤٥	٠.٩١٤
العُزْلَة الاجتماعية	٠.٨٨٦	٠.٨٠٦	٠.٨٩٤	٠.٩٦٧
الخِزْي والخجل	٠.٨٨٤	٠.٧٤٤	٠.٨٥٩	٠.٦١٩
الفشل	٠.٨٠٤	٠.٨٢١	٠.٩٥٥	٠.٩٥٢
الكفاءة / العجز	٠.٦٦٣	٠.٦٤٢	٠.٧٢٨	٠.٦٧٨
الاستهداف للمرض أو الضرر	٠.٩٣٥	٠.٩٤٠	٠.٧٥٦	٠.٧٢٤
عدم تطوير الذات	٠.٨٦٦	٠.٨٣١	٠.٨٤٩	٠.٨١٦
الاستحقاق / العَظَمَة	٠.٨٦٤	٠.٦٩٤	٠.٨٠٠	٠.٩٤٦
عدم القدرة على التحكم الذاتي	٠.٩١٦	٠.٩٣٥	٠.٩٥٧	٠.٩٨٧
المبالغة في الانضباط	٠.٩٠١	٠.٨٩٥	٠.٨٢٥	٠.٦٥١
التضحية بالنفس	٠.٩٥٤	٠.٩٦٢	٠.٩٤٩	٠.٩٥٢
طلب الاستحسان	٠.٩٢٨	٠.٨٤٢	٠.٨٩٠	٠.٨٦٨

الكَبْت الانفعالي	٠.٨٥٩	٠.٦٨٣	٠.٩٥٢	٠.٩٦٥
المعايير المتشددة / الصارمة	٠.٩١٦	٠.٩٣٥	٠.٩٣٩	٠.٨٩٧
السلبية / التشاؤم	٠.٩١٠	٠.٨٢٧	٠.٩٥٣	٠.٩٨٢
القَسْوَة	٠.٨٨٤	٠.٧٢٧	٠.٧٩٨	٠.٧٨٦
الدرجة الكلية للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة	٠.٩٨٣	٠.٩٠٠	٠.٩٨٧	٠.٧٦٨

يتضح من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل القِسْمَة النِّصْفِيَّة للأبعاد والدرجة الكلية لدى عينتي الدراسة.

ويوضح لنا جدول (٧) معاملات الثبات الخاصة بالمجالات الخمسة للمقياس، وذلك على النحو التالي:

جدول (٧)

مُعامل ثبات ألفا كرونباخ ومُعامل ثبات القِسْمَة النِّصْفِيَّة لمجالات المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة

البعد	المُعْتَمِدُونَ ن=٢٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن=٢٠	
	معامل الفا	القِسْمَة النِّصْفِيَّة	معامل الفا	القِسْمَة النِّصْفِيَّة
مخطط الانفصال والرفض	٠.٩٥٧	٠.٧٨١	٠.٩٧٣	٠.٩٦٤
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	٠.٩١٩	٠.٦١٦	٠.٩٢٧	٠.٩٥٠
الحدود المُخْتَلَّة	٠.٩٢٣	٠.٧٧٣	٠.٩٤٨	٠.٩٠٢
مخطط التَّوَجُّه نحو الآخرين	٠.٩٧٠	٠.٩٢٦	٠.٩٦٥	٠.٩٦٢
مخطط القَمْع والكَبْت	٠.٩٦٢	٠.٨١٥	٠.٩٦٢	٠.٧٨٧

يتَّضح لنا من الجدول السابق ارتفاع معامل ثبات ألفا كرونباخ ومعامل القِسْمَة النِّصْفِيَّة بالنسبة لكل المُخَطَّطَات الخمسة.

ج – الصدق:

تَمَّ حساب صدق مقياس المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة في الدراسة الحالية من خلال صدق المفهوم على النحو التالي:

تم حساب صدق المفهوم من خلال حساب معامل الارتباط بين كل مكون فرعي والدرجة الكلية لمقياس المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة، وكذلك معامل الارتباط بين الأبعاد وبعضها البعض والأبعاد والمجالات، وهو ما توضِّحه لنا الجداول (٩) و(١٠) و(١١) على التوالي:

جدول (٨)

مُعامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة

المُخَطَّطَات الفرعية	المُعْتَمِدُونَ ن =٢٠	غير المُعْتَمِدِينَ ن=٢٠
الحرمان الوجداني	٠.٣٥٠	٠.٣٠٢
الهجر وعدم الاستقرار	**٠، ٧٨٥	**٠.٧١٢
عدم الثقة / الإساءة	** ٠,٧٢٩	**٠.٩٣٢
العزلة الاجتماعية	**٠,٨٦٦	**٠.٦٩٦
الخجل والخِزْي	**٠,٧١٢	**٠.٧٢٤
الفشل	**٠ ،٥١١.	**٠.٩٤٨
الكفاءة / العجز	** ٠,٦٣٠	*٠.٥١٩
الاستهداف للمرض أو الضرر	** ٠,٨٨٢	**٠.٩١٢
عدم تطوير الذات	**٠,٧٤٦	**٠.٤٠٧
الاستحقاق / العظمة	**٠ ،٦٧٦	**٠.٧٧١
عدم القدرة على التحكم في الذات	** ٠,٥٩٤	**٠.٨٩٤
المبالغة في الانضباط	** ٠,٩١٩	**٠.٧٩٨
التضحية بالنفس	**٠ ،٦٨٧	**٠.٩٧٨
طلب الاستحسان	**٠ ،٨٦٣	**٠.٩٣٤
الكَبْت الانفعالي	**٠,٧٤٧	**٠.٨٩٠
المعايير المتشددة / الصارمة	**٠، ٦١٨	٠.٢٨٣
السلبية / التشاؤم	** ٠,٩ ١٤	**٠.٨٦١
القسوة	**٠,٧٩١	**٠.٧٩٤

**دال عند ٠,٠١ * دال عند ٠,٠٥

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط دالٍّ إحصائيًّا بين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، وذلك عند مستوى معنوية ٠,٠١، ٠,٠٥ لدى المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية.

جدول (٩)

مُعامل الارتباط بين مجالات المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية

البعد	الدرجة الكلية	
	المُعْتَمِدُونَ ن=٢٠	غير المُعْتَمِدِينَ ن=٢٠
مخطط الانفصال أو الرفض	**٠,٩٢٧	**٠.٨٢٠
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	**٠,٩١٦	**٠.٨٥٧
مخطط الحدود المُخْتَلَّة	**٠,٧٨٨	**٠.٩٠٠
مخطط التوجه نحو الآخرين	**٠,٩ ٠٠	**٠.٩٨٥
مخطط الكَبْت أو القَمْع	**٠,٩٢٣	**٠.٧٥٥

**دال عند ٠,٠١

يتضح من الجدول السابق وجود ارتباط دال إحصائيًّا بين المُخَطَّطَات الخمسة بالدرجة الكلية لدى كلٍّ من المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية عند مستوى معنوية ٠.٠٠١.

جدول (١٠) الارتباط بين مجالات المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة وبعضها البعض

	المُعْتَمِدُونَ					غير المُعْتَمِدِينَ				
	مخطط الانفصال أو الرفض	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	مخطط الحدود المُخْتَلَّة	مخطط التوجُّه نحو الآخرين	مخطط الكَبْت أو القَمْع	مخطط الانفصال أو الرفض	مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	مخطط الحدود المُخْتَلَّة	مخطط التوجه نحو الآخرين	مخطط الكَبْت أو القَمْع
مخطط الانفصال أو الرفض	١	٠,٨٦٥**	٠,٨٢٦**	٠,٧٧٨**	٠,٨١٣**	١	٠,٧٣٠**	٠,٥٢٦*	٠,٧٢٧**	٠,٣٢٧*
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	٠,٨٦٥**	١	٠,٦٤٩**	٠,٧٣٨**	٠.٧٨٤**	٠٧٣٠.**	١	٠,٧٠٢**	٠,٨٥٩**	٠,٤٣٣*
مخطط الحدود المُخْتَلَّة	٠,٨٢٦**	٠,٦٤٩**	١	٠,٧٣٥**	٠,٧٨٥**	٠٥٢٦.*	٠,٧٠٢**	١	٠,٩٣٨**	٠,٨٨١**
مخطط التوجُّه نحو الآخرين	٠,٧٨٨**	٠٧٣٨**	٠,٧٣٥**	١	٠,٩٤١**	٠٧٢٧.**	٠,٨٥٩**	٠,٩٣٨**	١	٠,٧٣٩**
مخطط الكَبْت أو القَمْع	٠,٨١٣**	٠,٧٨٤**	٠,٧٨٥**	٠,٩٤١**	١	٠٣٢٧.*	٠,٤٣٣*	٠,٨٨١**	٠,٧٩٣**	١

**دال عند ٠.٠١ *دال عند ٠.٠٥

خامساً: أساليب التحليل الإحصائي:

تَمَّ الاعتمادُ على اختبار دلالة الفروق "ت" للعينات المُسْتَقِلَّة للتحقُّق من فرض الدراسة الرئيس، هذا فضلًا عن معامل ارتباط بيرسون، ومعادلة مان ويتنى لحساب دلالة الفروق بين عَيِّنَتَيْنِ مُسْتَقِلَّتَيْنِ. مامنطق استخدامع وعينتك تكونت من ١٠٠ معتمد ، و١٠٠ غير معتمد

ولم يبرز نتائج خاصة به فى عرضلك للنتائج

نتائج الدراسة ومناقشتها:

أولًا: الإحصاءات الوصفية:

نعرض فيما يلي الإحصاءات الوصفية من متوسطاتٍ وانحرافات معيارية ومعاملات الالتواء للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لدى عينتي المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، وهذا ما يوضحه لنا جدول (١١) على النحو التالي:

جدول (١١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لدى عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية

العَيِّنَة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠			غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠		
	م	ع	معامل الالتواء	م	ع	معامل الالتواء
الحرمان الوجدانى	٢٥.٤٩	٨.٥٩	١.٣٠	٢٢.١١	٥.٤٠	٠.٠٦
الهجر وعدم الاستقرار	٦٦.٣٨	١٠.١٨	٠.٠٠	٣٩.٩٠	١١.٨٥	٠.٧٦
عدم الثقة والإساءة	٦٧.٦٧	١٣.٢١	٠.٣٧	٣٢.٨٨	١٠.٠٧	١.٣٩
العُزْلَة الاجتماعية والاغتراب	٣٦.٧٠	٨.٩٥	٠.٤٣	١٩.٩٠	٦.٤٥	١.٣٩
الخجل والخِزْي	٥٠.٢٣	١٥.٧٢	-٠.٠١	٢٨.٠٠	٩.٠٠١	٠.٥٥

العَيِّنَة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠			غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠		
	م	ع	معامل الالتواء	م	ع	معامل الالتواء
الفشل	٢٨.٨٩	١١.٠١	٠.٢٠-	١٥.٨٤	٦.٨١	١.٩٠
الكفاءة / العجز	٤٨.٠٥	١٦.٩٦	٠.٩٣	٣٨.٨٠	٦.٨١	٠.٢٥-
الاستهداف للمرض أو الضرر	٤٢.٦٠	١١.٧٤	٠.٤٩-	٢١.١١	٥.١٠	٠,٣٦٩
عدم تطوير الذات	٣٨.٩٦	١٢.٩٤	٠٥٥.	٢١.٤٧	٧.٠٦	٠,٤٦٧
الاستحقاق / العظمة	٤٢.١٨	٩.٥٩	٤٠٩.-	٣٠.٧٧	٨.٢٣	٠,٣١٧

جدول (١٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الالتواء للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة لدى عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية

العَيِّنَة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن =١٠٠			غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠		
	م	ع	معامل الالتواء	م	ع	معامل الالتواء
عدم القدرة على التحكم في الذات	٥٩.١٥	١٣.٧٧	٠,٢٩-	٢٧.٣٦	١٠.٥٨	١.٣٧٤
المبالغة في الانضباط	٣٦.٣٦	٩.١٤	١.١٨-	١٦.٧١	٥.٧١	٠,٤٥٦
التضحية بالنفس	٦٢.٥٥	٢١.٦٧	٠,٥٤٩-	٣٨.٣٨	١٣.١٧	١.٣٩٠
طلب الاستحسان	٥٥.٩٦	١١.٥٧	٠,٩١٤-	٣٢.٠٨	٦.٦٨	٣.٦٢
الكَبْت الانفعالي	٣٦.٣١	١٢.٤٢	٠,٥٦١-	١٩.٢٠	٩.١٧	١.٣٣

العَيِّنَة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن =١٠٠			غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠		
	م	ع	معامل الالتواء	م	ع	معامل الالتواء
المعايير المتشددة الصارمة	٦٥.٧٠	١٣.٩٨	١.٢٢٣-	٤٣.١٠	١٣.٧٧	٠,٠٩٦-
السلبية / التشاؤم	٤٠.٨٩	١٢.٣٤	٠,٧٢٧-	٢١.٤٤	٨.٣٧	١.٠٢٧
القسوة	٥٣.٧١	١٥.١	٠٣٢.-	٢٩.٤٨	٧.٩٩	٠,٠٨٢
الدرجة الكلية للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة	٨٦٣.٠٧	١٣٦.٦٢	٠ ،١١٠-	٤٩٨.٥٣	٩٩.٠٢	١.٧٣
مخطط الانفصال والرفض	٢٤٦.٤٧	٣٨.٩٢	٠ ،١٦٠-	١٤٢.٧٩	٣٧.٢٢	١.٠٣٥
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	١٥٩.٢٩	٣٧.٩٩	٠ ،٢١٣	٩٧.٢٢	٢١.٨٨	٠,٢١٧-
مخطط الحدود المُخْتَلَّة	١٠١.٣٣	١٧.٥٢	٠، ٨٢٣-	٥٨.١٣	١٤.٥١	٩٨ .١
مخطط التوجُّه نحو الآخرين	١٥٤.٨٧٠	٣٦.٥٩	٠,٦٩٤-	٨٧.١٧	٢٣.٧٠	١.٦٥
مخطط الكَبْت	١٩٦.٦١	٤١.٦٠	٠,٤٦٣-	١١٣.٢	٣١.٢٢	٠,٨٣٧

يَتَّضِح من الجدول السابق أن كل المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية تتميز بمعاملات التواء أقل من ٣ في عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ، ما عدا بُعْد طلب الاستحسان في عَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، مما يشير إلى أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

ثانيًا: التَّحَقُّق من فَرْضَي الدراسة:

الفرض الأول: القائل بأنه "تختلف مستويات المُخَطَّطَات المعرفية لدى عَيِّنَتَي الدراسة"، وللتَّحَقُّق منه تَمَّ حسابُ درجات المُخَطَّطَات بإستخدام الربيع الأعلي وسوف

يتم التركيز علي الأبعاد التي يرتفع الربيع الأعلي لها عن(٧٥)، وهو ما يوضحه لنا الجدول رقم (١٣) على النحو التالي:

جدول (١٣)

نسب انتشار المُخَطَّطَات المُخْتَلَّة في عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية

المتغير	المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن =١٠٠	
	التكرارات	النسبة	التكرارات	النسبة
الحرمان الوجداني	٣٠	%٣٠	٢٦	%٢٦
الهجر وعدم الاستقرار	٥٢	%٥٢	١	%١
عدم الثقة والإساءة	٥١	%٥١	١	%١
العزلة الاجتماعية والاغتراب	٥٠	%٥٠	١	%١
الخجل والخِزْي	٥٣	%٥٣	٠	٠
الفشل	٥٦	%٥٦	١	%١
الكفاءة والعجز	٥٧	%٥٧	١١	%١١
الاستهداف للمرض أو الضرر	٥٩	%٥٩	٠	٠
عدم تطوير الذات	٤٩	%٤٩	١	%١
الاستحقاق / العظمة	٥٢	%٥٢	١	%١
عدم القدرة على التحكم في الذات	٤٨	%٤٨	١	%١
المبالغة في الانضباط	٥٢	%٥٢	٠	٠
التضحية بالنفس	٥٨	%٥٨	١	%١
طلب الاستحسان	٣٤	%٣٤	١	%١
الكَبْت الانفعالي	٥٤	%٥٤	١	%١
المعايير المتشددة الصارمة	٤٣	%٤٣	١	%١
السلبية / التشاؤم	٦٢	%٦٢	١	%١
القسوة	٥٠	%٥٠	١	%١

يُلاحظ من الجدول السابق وجودُ المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة لدى المُعْتَمِدِينَ بنسبة أكبر من غير المُعْتَمِدِينَ، وكان ترتيب تلك المُخَطَّطَات كالتالى: كان مخطط

السلبية / التشاؤم هو المخطط الأكثر ظهورًا لدى عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ بنسبة(٦٢%) ، يليه مخطط الاستهداف للضرر بنسبة(٥٩%) ، ثم مخطط التضحية بالنفس بنسبة(٥٨%) ، ثم مخطط العجز بنسبة(٥٧%)، يليه مخطط الفشل بنسبة(٥٦%) ، ثم مخطط الكَبْت الانفعالى بنسبة(٥٤)%، ثم الخجل والخِزْي بنسبة(٥٣%) ، وجاء مخطط المبالغة في الانضباط بنسبة(٥٢%) ، وفي المرتبة الأخيرة جاء مخطط القسوة والعزلة بنسبة(٥٠%) ، ثم جاءت باقى المُخَطَّطَات بنسبة أقل من (٥٠%)، وذلك مقارنة بعَيِّنَة غير المُعْتَمِدِينَ.

وتَتَّفِق تلك النتيجة مع دراسة عيشوني (٢٠١٢) التي أشارت إلى أنَّ هناك تسعة مُخَطَّطَات غير تَوَافُقِيَّة لدى المدمنين، هي مخططات الفشل، وعدم القدرة على التحكم في الذات، والسلبية والتشاؤم، والكبت الانفعالى، ومخطط عدم الكفاءة، ومخطط الحرمان الوجدانى، ومخطط العزلة الاجتماعية، ومخطط المعايير الصارمة، ومخطط القسوة.

كما تتفق مع دراسة ماتيو التي أوضحت أن أكثر المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة عند المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية كانت مخطط الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والإساءة، ومخطط الحرمان الوجدانى، والخجل والخِزْي، ومخطط عدم الكفاءة والعجز، وعدم القدرة على التحكُّم في النفس.

الفرض الثاني: القائل بأنه "تُوجد فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة"، وللتَّحَقُّق من ذلك تَمَّ استخدامُ معادلة "ت" لدلالة الفروق بين عَيِّنَتَيْنِ مستقلَّتين، وهو ما يوضحه لنا جدول (١٤) على النحو التالي:

جدول (١٤)

دلالة الفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في الأبعاد الفرعية للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة

العَيِّنَة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن =١٠٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن= ١٠٠			
	م	ع	م	ع	قيمة (ت)	الدلالة
الحرمان الوجداني	٢٥.٤٩	٨.٥٩	٢٢.١١	٥.٤٠	٤.١١-	٠٠٠.
الهجر / عدم الاستقرار	٣٩.٩٠	١١.٨٤	٣٩.٩٠	١١.٨٥	٣.٣٢	٠٠١.
عدم الثقة والإساءة	٣٢.٨٨	١٠.٠٧	٣٢.٨٨	١٠.٠٧	١٦.٩٥	٠٠٠.
العُزْلَة الاجتماعية	٣٦.٧٠	٨.٩٥	١٩.٩٠	٦.٤٥	٢٠.٩٣	٠٠٠.
الخجل والخِزْي	٥٠.٢٣	١٥.٧٢	٢٨.٠٠	٩.٠٠	١٥.٢٢	٠٠٠.
الفشل	٢٨.٨٩	١١.٠١	٤٨.٠٥	١٦.٩٦	١٢.٢٦	٠٠٠.
الكفاءة / العجز	٤٨.٠٥	١٦.٩٦	٤٢.٦٠	١١.٧٤	١٠.٢٦	٠٠٠.
الاستهداف للمرض أو الضرر	٤٢.٦٠	١١.٧٤	٢١.١١	٥.١٠	٥.٠٥	٠٠٠.
عدم تطوير الذات	٣٨.٩٦	١٢.٩٤	٢١.٤٧	٧.٠٦	٥.٠٥	٠٠٠.
الاستحقاق / العظمة	٤٢.١٨	٩.٥٩	٣٠.٧٧	٨.٢٣	١١.٨٥	٠٠٠.

عدم القدرة على التحكم في الذات	٥٩.١٥	١٣.٧٧	٢٧.٣٦	١٠.٥٨	٩.٠٢	٠٠٠.
المبالغة في الانضباط	٣٦.٣٦	٩.١٤	١٦.٧١	٥.٧٣	١٨.٢٩	٠٠٠.
التضحية بالنفس	٦٢.٥٥	٢١.٦٧	٣٨.٣٨	١٣.١٧	٩.٥٢	٠٠٠.
الفشل	٢٨.٨٩	١١.٠١	٤٨.٠٥	١٦.٩٦	١٢.٢٦	٠٠٠.
طلب الاستحسان	٥٥.٩٦	١١.٥٧	٣٢.٠٨	٦.٦٨	١٧.٨٧	٠٠٠.
الكَبْت الانفعالي	٣٦.٣١	١٢.٤٢	١٩.٢٠	٩.١٧	١١.٠٩	٠٠٠.
المعايير المتشدِّدة الصارمة	٦٥.٧٠	١٣.٩٨	٤٣.١٠	١٣.٧٧	١١.٥١	٠٠٠.
السلبية / التشاؤم	٤٠.٨٩	١٢.٣٥	٢١.٤٤	٨.٣٧	١٣.٠٣	٠٠٠.
القسوة	٥٣.٧١	١٥.١٦	٢٩.٤٨	٧.٩٩	١٤.١٣	٠٠٠.
الدرجة الكلية للمُخَطَّطَات	٨٦٣.٠٧	١٣٦.٦٢	٤٩٨.٥٣	٩٩.٠٢	٢١.٥٦	٠٠٠.

يتَّضح من الجدول السابق وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل الأبعاد الفرعية لمقياس المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية في اتجاه زيادة درجات عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ، ويوضح لنا الجدول رقم (١٥) دلالة الفروق بين العَيِّنَتَيْنِ في مجالات المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة.

جدول (١٥)

دلالة الفروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في مجالات المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة

عَيِّنَة الدراسة / المتغيرات	المُعْتَمِدُونَ ن=١٠٠		غير المُعْتَمِدِينَ ن=١٠٠			
	م	ع	م	ع	قيمة (ت)	دلالتها
مخطط الانفصال والرفض	٢٤٦.٤٧	٣٨.٩٢	١٤٢.٧٩	٣٧.٢٤	١٩.٢٥	٠٠٠.
مخطط العجز عن الاستقلال والأداء	١٥٩.٢٩	٣٧.٩٩	٩٧.٢٢	٢١.٨٨	١٤.١٤	٠٠٠.
مخطط الحدود المُخْتَلَّة	١٠١.٣٣	١٧.٥٢	٥٨.١٣	١٤.٥١	١٨.٩٨	٠٠٠.
التوجُّه نحو الآخرين	١٥٤.٨٧	٣٦.٥٩	٨٧.١٧	٢٣.٧٠	١٥.٥٢	٠٠٠.
الكَبْت أو القَمْع	١٩٦.٦١	٤١.٦٠	١١٣.٢٢	٣١.٢٢	١٦.٠٣	٠٠٠.

يتَّضح من الجدول السابق وجودُ فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في كل مجالات المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة والدرجة الكلية في اتجاه عَيِّنَة زيادة درجات المُعْتَمِدِينَ. وتتَّفق تلك النتيجة مع دراسة ماتيو (Matthew, 2019) التي كشفت نتائجها أنَّ المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة ظهرت بشكل أكبر لدى المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية، مقارنة بغير المُعْتَمِدِينَ.

مناقشة النتائج:

كشفت نتائج الدراسة الحالية عن وجود فروق بين المُعْتَمِدِينَ وغير المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية في الأبعاد الفرعية للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة والمجالات الخمسة الفرعية في اتجاه عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية.

وعندما نَتَّجِهُ إلى تفسير هذه النتيجة، نجد أن هناك مجموعة من الافتراضات تقف خلف هذه النتيجة، وتتمثَّل في النقاط التالية:

أولًا: أن الأشكال المتنوعة من المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة هي التي تخلق لدى المُعْتَمِدِينَ الاستعدادَ للتعاطي والإدمان.

ثانيًا: من أهم العوامل الرئيسة التي يحتاجها الفرد لمواجهة مختلف مواقف الحياة، والتي قد تدفعه إلى الإدمان، وجود استبصار حقيقي بذاته (الأستبصار يؤدى إلى الإدمان ؟؟ أعيدى الصياغة)، ووعيه بقدراته على مواجهة الإحباطات والمواقف الضاغطة، وهذه الجوانب يكون بها خَلَلٌ لدى المُعْتَمِدِينَ، ويتفق ذلك مع ما افترضته النظرية المعرفية من أن استجابات الأفراد وفقًا للمُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة غالبًا ما تكون آلياتٍ جامدةً وذاتية وانهزامية، مثل تعاطيهم المواد المخدرة (Shorey et al., 2013)، ومن ثَمَّ تؤدِّي المُخَطَّطَات المعرفية غير التَّوَافُقِيَّة إلى أشكال واضطرابات شخصية مختلفة تفضى –بشكل مباشر أو غير مباشر– عند تنشيط تلك المُخَطَّطَات إلى الضيق النفسي والاكتئاب وعدم الكفاءة في العمل، وقد يؤدي ذلك إلى تعاطي المخدرات (Nordahl et al., 2005).

ثالثًا: وفقًا لنظرية المُخَطَّطَات لـ"يونج"، فإن الأفراد الذين لديهم اعتماد على الكحوليات والمواد النفسية يستخدمونها باعتبارها استراتيجية للتوافق أو التعايش مع الضغوط المتعلقة بأنفسهم أو العالم المحيط بهم، فعندما تكون المُخَطَّطَات نَشِطَة يعاني الأفراد من عديد من الانفعالات السلبية كالشعور بالذنب والغضب والحزن والضيق والإحباط والإحراج؛ نتيجةً لإدراك المواقف والأحداث المؤلمة التي يمرُّون بها بشكل مشوَّهٍ، وقد يتعاطون المواد المخدرة لتجنُّب تلك الانفعالات السلبية (Young et al., 2003, P. 33). وغالبًا ما يحاول الأفراد الذين توجد لديهم مُخَطَّطَات غير

تَوَافُقِيَّة التعايشَ مع انفعالاتهم السلبية أو محاولة تنظيمها من خلال تعاطي المخدرات باعتبارها من الأساليب التَّجَنُّبِيَّة للتَّعَايُش. وعلى سبيل المثال، وُجِدَ أن مخطط عدم القدرة على وضع حدود ، ومخطط التضحية بالنفس، وعدم القدرة على ضبط النفس ، واستحقاق العقاب والقهر، وعدم الثقة والإساءة ، والتَّخَلِّي والحرمان الوجدانى كانت منتشرة لدى المُعْتَمِدِينَ على الكحول (Young et al., 2003, p. 44; Brotchie et al., 2007; Shorey et al., 2012).

وبالنسبة للمُخَطَّطَات الأكثر انتشارًا لدى عَيِّنَة المُعْتَمِدِينَ في الدراسة الحالية وعلاقتها بالاعتماد على المواد النفسية، فنرى أن وجود بعض المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة –مثل مخطط التضحية بالنفس– ربما يرتبط ببعض السلوكيات الإدمانية لدى المُعْتَمِدِينَ؛ مثل عدم تأكيد الذات من قِبَلِ المدمنين مع ضغوط أقرانهم ، وضغوط إغراء تناول المواد النفسية، فوفقًا ليونج تُعَدُّ هذه المُخَطَّطَات نِتَاجَ الخبرات المُبَكِّرَة غير الداعمة من قِبَلِ الأسرة، وغيرها من الخبرات المُهَدِّدَة للصحة النفسية للفرد، وبالتالي إذا كان الفرد يملك الكفاءة الذاتية الكافية فإن هذه المواقف تمرُّ بسلام، أما إذا كان الفرد يشعر بالعَجْزِ والفَشَلِ فسوف يقوم بكَبْت مشاعره والتعاطي، في محاولة منه لإرضاء أقرانه وكسب ودِّهم على حساب قيمته عند التعرُّض للمواقف عالية الخطورة.

ونستخلص مما سبق أن استكشاف المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة في مراحل مبكرة من العمر يكون له دور مهم في عملية الوقاية الأولية للأفراد من الوقوع فريسة للأمراض النفسية والإدمان.

وفي ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية وما طرحته من تساؤلات، يمكننا وضع التوصيات التالية:

- ضرورة قياس المُخَطَّطَات غير التَّوَافُقِيَّة في مراحل مبكرة من العمر لاستكشاف المُخَطَّطَات المُخْتَلَّة منها.
- إعداد برامج وقائية تُقَدَّمُ في المراحل المُبَكِّرَة من العمر لتَعْدِيلِ المُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة.

تصميم برامج علاجية للمُخَطَّطَات المُبَكِّرَة غير التَّوَافُقِيَّة للمُعْتَمِدِينَ على المواد النفسية قائمة على العلاج بالمُخَطَّطَات لجيفرى يونج.

قائمة المراجع

الزياتي، مني راشد. (٢٠١٢). الاتجاه نحو الوقاية من الإدمان لدى عَيِّنَة من المعلمين والطلبة بمملكة البحرين – مدرسة الحكمة الدولية نموذجًا. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، ٤ (٨٩)، ٢٠٦-٢٥٤.

سالم، حنان سيد. (٢٠١٣). *مظاهر اضْطِرَابي الشخصية الحَدِّيَّة والمُعَادِيَة للمجتمع لدى المُعْتَمِدَات على المواد النفسية*(رساله ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

سويف، مصطفى. (١٩٩٦). *المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية*. سلسلة عالم المعرفة. المجلس الأعلى للثقافة والفنون والآداب.

سويف، مصطفى. (١٩٩٠). *تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري. المجلد الأول: مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الوبائية*. المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

صديق، عزة محمد. (٢٠٢١). المُخَطَّطَات اللاتَوَافُقِيَّة المُبَكِّرَة لدى مُسْتَخْدِمَات المواد ذات التأثير النفسي وغير المُسْتَخْدِمَات لها. *مجلة دراسات نفسية*. ٣١ (٢)، ١٦٣-٢٣٠.

ظافر، أسمية. (٢٠١٤). المُخَطَّطَات الاسْتِغْرَاقِيَّة غير التَّكَيُّفِيَّة المُبَكِّرَة وعلاقتها بمتغيرَي الجنس والاختصاص لدى عَيِّنَة من طلاب كلية التربية بجامعة دمشق. *مجلة البحث*، ٣٦ (٢٦)، ٧٧-١٠٤.

عبد الجواد، هبة شفيق. (٢٠١٧). *تنمية الفاعلية الذاتية المُدركة لمواجهة المواقف عالية الخطورة المُنْبِئَة بالانْتِكَاسَة لدى المدمنين في مرحلة التعافي*(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.

عيشوني، شهرزاد.(٢٠١٢). *المُخَطَّطَات المعرفية غير المتكيفة عند المُعْتَمِدِينَ على المخدرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الجزائر.

قسيس، روجيه نادر. (٢٠١٧). *القدرة التَّنَبُّؤِيَّة للبنى المعرفية اللاتَكَيُّفِيَّة في الانتكاس لدى مدمني المخدرات* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

ليهي، روبرت. (٢٠٠٦). *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج المعرفي في الاضطرابات النفسية* (يوسف، جمعة سيد؛ الصبوة، محمد نجيب، ترجمة). دار إيتراك للنشر والتوزيع.

مكتب الأمم المتحدة للمخدرات. (٢٠٢١). *تقرير المخدرات العالمي*. https://wdr.unodc.org/

American Psychiatric Association. (2013*). Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (*5thed , text revision). Washington **.**

Ball, S.A ., Maccarelli, L.I ., LaPaglia, D.O., & Ostrowski, M.A. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J NervMent Dis*, *119*(5), 319- 328.

Beigi, A. S., Eghlidi, J.B., & Arab Ahmadi, M. F. (2014). A comparison of early maladaptive schema and procrastination in medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University of medical sciences. *Journal of Research in Behavioral Sciences***,** *12*(3), 455-65

Brotchie, J.A., Meyer, C.A.,Copello,A.L.,Kideny,R.O.,&Waller, G.L. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Br J Clin Psychol,43*(3), *337- 342.*

Chodkiewicz ,J.A., & Gruszczynrska,E.W.(2018). Maladaptive Schemas among People Addicted to Alcohol: Heterogeneity but not Specificity. *Alcohol and Alcoholism, 53*(6), 682–687.

Dilek.B,I ., & Tangul,C. E.(2019). Investigation of the relationship between early stage maladaptive schema and anger levels in people with substance use disorder. *Journal of psychiatric nursing*, *10*(2),117-123.

Gendered , V.A., Rijkeboer,H.M & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, coping styles, and modes. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 27–40).

Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch2

James , M.A .(2019). *Early maladaptive schemas in adult male substance abusers and non-abusers* **(**Doctoral Dissertation).University ofalder.

Jose, A. N ., Romera, D. A. (2014). Early Maladaptive Schemas in Adolescence: A Quantitative Study. *Social and Behavioral Sciences*, *132*, 504-508.

Matthew, L.M. (2019*).Early Maladaptive Schemas in Adult Male Substance Abusers and Non-abusers* (Doctoral Dissertation).University of Cambridge.

Naeemi, N, E., Gheytarani, B. B., & Ghahari, S. H. (2016). The Role of Early Maladaptive Schemas in Prediction of Dysfunctional Attitudes toward Drug Abuse among Students of university. *International Journal of Medical Research & Health Sciences, 5*(7), 571-575.

Nordahl, H.M., Holthe, H & Haugum, J.A. (2005)**.** Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders modification predict symptomatic relief**.** *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *12*(2), 142-149

Ostovar ,S.H., Bagheri,R.E., Hashimah,I.A., &Griffiths, M.A.(2021). Internet addiction and maladaptive schemas: The potential role of disconnection/rejection and impaired autonomy/performance. *Clin Psychol Psychother,2*(1) 1-16

Pinto-gouveia,J.O.,Castilho,P.A.,Galhardo,A.N&Pinto- antunes, M. A. (2006). *Cognitive therapy and research, 30*(5), 571-584.

Renner, f. A., Lobbesteal, j .S., Poeters, M., Arntz, A.A& Huiberies,M.N .(2012). Early Maladaptive schemes in depressed patients, stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment . *Journal of Affective disorder, 1*(36),581- 590.

Roger, B. R. (2007*). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self -efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone -maintenance treatment.* Fordham University. https:// research.library. fordham.edu/ dissertations/AAI3286413

Roper, L . O., Dickson. J. O., Tinwell, C. L., & Booth , P.E. (2010). Maladaptive cognitive schemes in alcohol dependence changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research, 1*(1), 1-10 .

Roper,L.O., Dickson,J.O.,Tinwell,C.L., Booth,P.E.,&Mcguire ,J.A. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Change associated with a brief residential abstinence program. *cogn ther res,34,* 207-215.

Saddichha, S.B., Kumar, A.M., & Pradhan, N.A. (2012). Cognitive schemas among mental health professionals: Adaptive or maladaptive?. *Journal of Isfahan University of Medical Sciences, 17*(6), 523–526.

Shorey ,R.Y., Brasfield, H.O., Anderson, S.C.,& stuart, G.R.(2015). The relation Between Trait Mindfulness and early maladaptive schemas in Men Seeking substance use treatment *Mindfulness,6*(2) ,348 355.

Shorey, R.C., Stuart, G.L., & Anderson, S.E. (2011). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use and Misuse, 47,* 108-116. doi:

10.3109/10826084.2011.629706 .

Warburton, W.A.,& McIlwain, D.O. (2005). The Role of Early Maladaptive Schema in Adult Aggression. *Psychology, Psychiatry, and Mental Health Monograp*h, *2*(2), 17-34.

Young J, E., Klosko J,A., & Weishaar, M. A. (2003**).** *Schema Therapy A Practitioner's Guide*. New York؛ Guilford Press.

Zamirinejad, S.O., Hojjat, S.E., Moslem, A.L., Hosseini, V.A.,& Araberi, A.R.(2018).Predicating the risk of opioid use disorder based on early maladaptive schemas .*American journal of men's health* ,*12*(2),202- 209.

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

Journal

The Psychological Research Center

Faculty of Arts - Cairo University

The Role of Socially Prescribed Perfectionism in Mediating the Effect of Early Maladaptive Schemas on Clinical Anxiety Symptomatology among University Students

Dr Mirna Rafik Ibrahim

Professor Mohamed Saad

Faculty of Arts &Humanities, Psychology Department, the British University in Egypt

The Differences between dependents and non-Dependents on Psychoactive Substances in Maladaptive Schema

By

prof. Azaa Mbrouk

Psychology Department
Cairo university

D.Sanaa Abdelsabour Ahmed

Psychologist at Adel Sadek hospital

مركز البحوث والدراسات النفسية
Psychological Research Center

كلية الآداب
Faculty of Arts

Content

The Role of Socially Prescribed Perfectionism in Mediating the Effect of Early Maladaptive Schemas on Clinical Anxiety Symptomatology among University Students **Dr Mirna Rafik Ibrahim** **Professor Mohamed Saad**	343-381
The Differences between dependents and non-Dependents on Psychoactive Substances in Maladaptive Schema **By** **prof. Azaa Mbrouk** — **Psychology Departmen, Cairo university** **Dr. Sanaa Abdelsabour Ahmed** — **Psychologist at Adel Sadek hospital**	383-430