

**المخططات المعرفية السلبية كمتغير مُنبئ بالفوبيا لدى  
عينة من طلاب الجامعة**  
**Negative cognitive Schemas as a predictive  
variable of phobic anxiety among a sample of  
university student.**

**أ / شيرين رضا أحمد محمد**

قسم علم النفس كلية الآداب جامعة حلوان

DOI: 10.21608/fjssj.2023.214676.1155      Url: [https://fjssj.journals.ekb.eg/article\\_309647.html](https://fjssj.journals.ekb.eg/article_309647.html)

تاريخ إستلام البحث: ٢٠٢٣/٥/٣١ م      تاريخ القبول: ٢٠٢٣/٧/١٧ م      تاريخ النشر: ٢٠٢٣/٧/٢٥ م  
توثيق البحث: محمد، شيرين رضا أحمد. (٢٠٢٣). المخططات المعرفية السلبية كمتغير مُنبئ بالفوبيا لدى عينة من طلاب  
الجامعة. مجلة مستقبل العلوم الاجتماعية، ع.١٤، ج. (٣)، ص-ص: ٤٠-٣.

٢٠٢٣ م



## المخططات المعرفية السلبية كمتغير مُنبئ بالفوبيا لدى عينة من طلاب الجامعة

المستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى إمكانية التنبؤ بالفوبيا لدى عينة من طلاب الجامعة من خلال المخططات المعرفية السلبية، تكونت عينة الدراسة من (٣١٥) طالب وطالبة من طلاب جامعة حلوان بواقع (١٤٣ من الذكور - ١٧٢ من الإناث)، تراوحت أعمارهم بين ١٩-٢٢ عاماً، بمتوسط عمري قدره ٢٠,٥٧ عاماً وانحراف معياري قدره  $\pm 0.73$  عاماً. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية "اليونج" تعريب محمد عبد الرحمن ومحمد سغان (٢٠١٤)، كما استخدمت مقياس قلق الخواف وهو مقياس مُختار من قائمة مراجعة الأعراض المعدلة لعبد الرقيب البحيري (٢٠٠٥). وتوصلت الدراسة إلى أن مخططات (الكبت، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات، الهجران/ عدم الاستقرار) يمكنها التنبؤ بالفوبيا لدى الذكور من طلاب الجامعة، بينما يمكن التنبؤ من الفوبيا لدى الإناث من مخططات (توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات، الاستحقاق).

**الكلمات المفتاحية:** المخططات المعرفية السلبية، الفوبيا، الطلاب.

Negative cognitive Schemas as a predictive variable of phobic anxiety among a sample of university student

**Abstract:**

The current study aimed to predicting phobic anxiety by identifying negative cognitive schemas among a sample of university students. The study sample consisted of 315 male and female students from Helwan University (143 males - 172 females) their ages ranged between 19- 22 years, with a mean age of 20.57 years and a standard deviation of  $\pm 0.73$  years. To achieve the objectives of the study, the researcher used the Young Arabization of Muhammad Abd al-Rahman and Muhammad Saafan's Unadaptive Cognitive Schemas Scale (2014), and the Phobia Anxiety Scale, which is a scale chosen from Abd al-Raqib al-Buhairi's modified symptom checklist (2005). (Inability to self- control, abandonment/ instability) can predict male phobic anxiety from university students, while female phobic anxiety can be predicted from schema (illusion of harm, emotional deprivation, self- destruction, entitlement).

**Keywords:** Negative Cognitive Schemas, Phobic anxiety, student.

## المقدمة:

يرى "بيك" Beck أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية Schemas هذه المخططات تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية التي يكتسبها الفرد خلال مراحل نموه. ويُسلم بيك بأن الأمزجة النفسية لدى الفرد تكون نتاج لمعارف لاعقلانية ومُحرفة، فالشخص يمكن أن يستحدث رأياً عن ذاته وعن ماضيه وعن عالمه وأيضاً عن حاضره ومستقبله ويكون عقله مغموراً بمعارف سلبية ومقدمات خاطئة، وينزع من خلالها إلى خبرات خيالية مُشوّهة. حيث يبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية. وهناك من يُذهب إلى القول بأن جميع الأمراض هي أمراض نفسية، ولكن بعض الأمراض تتضمن كثيراً من العوامل الانفعالية وبعضها يتضمن القليل منها (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٢).

فالمخططات المعرفية السلبية هي أفكار محورية تتطور خلال حياة الفرد، وهي تشبه المعتقدات في نظرية أدلر والتي تؤثر في تفسير الفرد للأحداث، وغالباً ما تكون هذه التفسيرات تلقائية، فهي غالباً ما تفقز للذهن مباشرة دون وعي للفرد بذلك (محمد عبد الرحمن، محمد سغفان، ٢٠١٤).

فأحد الافتراضات الأساسية للنظرية المعرفية هو تأثير المعتقدات الأساسية السلبية عن الذات وعن الآخرين وعن عوالمهم، فأشاروا إليها على أنها مخططات غير قادرة على التكيف، تكمن وراء تطور الاضطرابات الانفعالية النفسية (Leenvan et al., 2010). كما افترضوا وجود مخططات سلبية مختلفة تطورت في وقت مبكر من الحياة، تطورت من خلال التفاعلات السلبية مع مقدمي الرعاية الأساسية، وهي السبب في جعل الأشخاص عُرضة للمشاكل النفسية عند مواجهة الضغوط (كلارك وآخرون، ١٩٩٩). ولذا نجد في ضوء النظرية المعرفية أن الفرق الأساسي والجوهري بين الاضطرابات النفسية والمشاكل السلوكية يتمثل في تبنى كلاً منهم أبنية معرفية أو مخططات معرفية سلبية مختلفة عن غيرها.

أي أن كل اضطراب نفسي يختلف عن غيره في اعتناقه لمخطط مختلف. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن المخططات المعرفية السائدة في حالة الاكتئاب تتعلق بالأراء السلبية عن الذات وعن الآخرين وعن العالم وعن المستقبل، في حين تتعلق المخططات المعرفية السائدة في حالة القلق باحتمال الخطر واحتمال التعرض له (بيرنى كوروين وآخرين، 1981).

وبما أن الفوبيا يُنظر إليها بأنها تهديد أو عقبة في أسلوب الحياة، ويمنع الأشخاص من الاحساس والتمتع بكثير من الأنشطة ابتداء من السفر وحتى المشي الطبيعي إلى مجرد ابتلاع وجبة شهية (آرثر بيل، ٢٠١١).

فقد وضع دافيد كلارك Clark (٢٠٠٥) تفسيراً للفوبيا مفاده انه يتولد لدى مريض الفوبيا صور ذهنية مشوهة، وهذه الصور تعكس تكفير الفرد في مظهره أمام الآخرين، عندما يكون الفرد في موقف يبعث على الخوف، وقد أوضح العديد من الباحثين أن هذه الصور الذهنية ترجع بدايتها لذكريات ترتبط بالامتهان والنقد والإيذاء وأحداث مؤسفة أخرى.

وهذا يُدعم الرأي القائل بأن أساس الصور الذهنية يكون خبرات مُبكرة صادمة، ويتم استعادة هذه الصور الذهنية في المواقف المشابهة للحدث الصدمي، دون أن يؤخذ في الاعتبار اختلاف الموقف عن غيره وما يمكن أن يوجد من مواقف إيجابية. ووفقاً لهذا فقد اعتقد بيك Beck أن من يعاني الفوبيا يظل في ترقب شديد كما أنه يكون شديد التيقظ باستمرار لاحتمال تعرضه لأي خطر أو تهديد محتمل (ديفيد بارلو وآخرون، ٢٠٠٢).

لذلك لزم البحث في الأعراض المرضية لدى الشباب، حيث التغيرات التي تحدث في العالم وفي ظل عصر المعلومات، لأن هناك تداخل في الأعراض المرضية لدى الشباب الجامعي ناتج عن معاناتهم من الصراعات الثقافية بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية والمزاجية، وعدم الأمن (Aalto's, 2003).

لذلك انتقت الباحثة دراسة المخططات المعرفية السلبية باعتبارها أفكار تلقائية تكونت خلال مراحل النمو وتساعد على ظهور الاضطرابات النفسية وعلاقتها بالفوبيا باعتبارها اضطراب معرفي يرجع بدايته لذكريات صدمية تكونت خلال مراحل النمو لدى عينة من طلاب الجامعة.

- مشكلة البحث وتساؤلاته: تتضح وتتبلور مشكلة البحث في الإجابة على التساؤلات الآتية:  
هل يمكن التنبؤ بالفوبيا على طلاب الجامعة من خلال إسهام المخططات المعرفية السلبية؟
- أهداف البحث؟ يهدف البحث الحالي إلى:

إمكانية التنبؤ بمدى إسهام المخططات المعرفية السلبية في الفوبيا لدى عينة من طلاب الجامعة.

- أهمية البحث:

- الأهمية النظرية:

يستمد البحث الحالي أهميته من أهمية الظاهرة التي يتعامل معها، حيث أنها شغلت اهتمام الباحثين ومازالت تشغل اهتمامهم في السنوات الأخيرة، وأصبح هناك ضرورة للبحث في أسباب المشكلات النفسية التي تصيب الأفراد وتحث من توافقه النفسي والاجتماعي، والعمل على تفاديها أو تجنبها والتخلص منها.

- الأهمية التطبيقية:

تتمثل الأهمية التطبيقية في إمكانية وضع برامج إرشادية لمساعدة الآباء في التعرف على أسباب وعواقب التعامل الغير رشيد مع الأبناء، وأيضاً مساعدة المعالجين النفسيين في اختيار أسلوب العلاج القائم على المخططات مع الفوبيا، وذلك إذا ثبت ارتباط المخططات المعرفية السلبية الفوبيا.

- مصطلحات الدراسة:

أولاً: المخططات المعرفية السلبية:

عرف يونج Young المخططات المعرفية السلبية بأنها مفهوم أو نمط يحتوي علي مجموعة من الذكريات، والانفعالات، والاحاسيس الجسدية، وهي تتعلق بنظرة الفرد لذاته ونظراته لعلاقاته مع الآخرين، وهذه المخططات السلبية تنمو وتتطور اثناء فترة الطفولة والمراهقة، وتتضح خلال مراحل حياة الفرد، وتعتبر معيقة لحياة الفرد بدرجة ملحوظة، ومن ثم يعتبر يونج سلوك الفرد اللاتكفي وفقاً لهذا التعريف استجابة او رد فعل للمخططات المعرفية السلبية ولكن هذه السلوكيات ليست جزءاً من المخططات نفسها (Kolsko & Young, 2003 Weishaar).

وتعرف أمانة عرفة ( ٢٠٠٧ ) المخططات المعرفية السلبية بأنها بني معرفية ثابتة نسياً وذات مضمون لا تكفي(خاطئ أو مبالغ فيه أو مهدد)، يكونها الفرد خلال مرحلة طفولته، وعبر مراحل حياته، ومحتواها يتضمن نوعية الخبرات البيئية السائدة خلال مراحل تنشئته، وقد تظل هذه الأبنية المعرفية كامنة حتي يمر الفرد بخبرة معينة ترتبط بهذه الأبنية، ومن ثم تتحول إلي كيان معرفي نشط يؤثر في معالجة الفرد للمعلومات، ويؤثر في طبيعة تفسيره للإقحامات العابرة والمواقف المختلفة، حيث يتم تفسيرها تفسيراً غير تكفي(خاطئ أو مهدد أو مبالغ فيه)، وهذا التفسير يتسبب في تحويل الإقحامات العابرة إلي أفكار مقلقة،

والمواقف العابرة إلى مواقف مهددة، فينتج عنه مترتبات انفعالية وسلوكية ومعرفية وفسولوجية غير مرضية، وبالتالي تبدأ المعاناة من الاضطرابات النفسية. والذي تعرفه الباحثة إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد في المجالات الفرعية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية المختصر ليونج والمستخدم في الدراسة الحالية، والذي يمثل المخططات المعرفية السلبية.

#### ثانياً: الفوبيا.

هي عبارة عن مجموعة من الاضطرابات التي يستثار فيها القلق بواسطة أشياء معينة أو مواقف محددة جيداً، والتي لا تحمل أي خطراً في حد ذاتها، ولكن يترتب عليها تجنب هذه الأشياء والمواقف أو احتمالها ولكن بصعوبة بالغة، ويمكن تمييز الفوبيا سلوكياً وفسولوجياً عن أنواع القلق الأخرى، حيث يتباين في شدته بين خفيف "شعور بعدم الراحة" وبين شديد "هلع" (أحمد عكاشة، ٢٠١٨).

ومن أعراض هذا الخوف الشاذ الإغماء أو خفقان القلب أو الشعور بالإعياء أو زيادة إفرازات العرق والغثيان والرعدة والهلع أو الفزع أو الزعر (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٢). كما ان استجابة الخوف تعتبر حيلة دفاعية لا شعورية، يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من موقف أو فكرة أو موضوع معين في حياته اليومية وتحويله إلى موقف أو فكرة أو موضوع رمزي، ليس له علاقة بالسبب الأصلي، ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه، ولكن يحوله إلى مواقف ومواضيع خارجية رمزية، وعلي الرغم من معرفة المريض لذلك، إلا انه لا يستطيع السيطرة أو التحكم في هذا الخوف (عكاشة، ٢٠١٨).

#### - الإطار النظري:

#### - أولاً: المخططات المعرفية السلبية:

إن أحد الافتراضات الأساسية للنظرية المعرفية هو تأثير المعتقدات الأساسية السلبية عن الذات وعن الآخرين وعن عوالمهم، فأشاروا إليها على أنها مخططات غير قادرة على التكيف، تكمن وراء تطور الاضطرابات الانفعالية النفسية (Leenvan et al., 2010). لذلك صنف جيفري يونغ (Young ١٩٩٩) المخططات المعرفية السلبية إلى ثمانية عشر مخططاً مقسمة إلى خمس مجموعات كبرى وتحتوي كل مجموعة منها علي عدة مخططات، هذه المخططات تعكس نوعاً ما من (الإحباط، وفقدان الأمل) الذي ينتج عن عدم إشباع الحاجات الأساسية.

وقد صنفها يونغ (١٩٩٩) كالاتي:

### المجال الأول: الانفصال والرفض (Disconnection/ Rejection)

يتضمن هذا المجال مخططات ترتبط بخبرة الطفل الخاصة بالإحباطات المتعلقة باحتياجاته للأمان والعطف والاستقرار والمشاركة في المشاعر والشعور بالاحترام والقبول. فقد يحدث أن يشعر الطفل بالافتقار إلي الرعاية والحب وأنه قد أهمل ولا تلبي احتياجاته البدنية والعاطفية وأن احتياجاته الخاصة لن يتم اشباعها كونه انحدر من أسرة لا يجد فيها سوي البرود والرفض، والعزلة والكبت، وسرعة الانفعال، والانفعالات غير المتوقعة، وبالتالي تنشط مخططات هذا المجال عندما يجد الشخص الإهمال، أو أن يفقد أحد والديه، أو يمر بخبرة من الإساءة العاطفية أو العنف الجسدي (محمد عبد الرحمن وثرانيا سراج، ٢٠١٥). ويحتوي هذا المجال على المخططات الآتية:

#### أ- الهجر/ وعدم الاستقرار Instability/ Abandonment:

هذا المخطط يتكون لدي الأشخاص المقتنعون بأن الأشخاص الآخرين المهمين بالنسبة لهم لن يستمروا في تقديم الدعم العاطفي، والمساندة الاجتماعية، والتواصل معهم، أو حمايتهم، سواء بسبب توقعاتهم بأنهم- أي مقدمي المساندة- سوف يموتون أو يهجرون ( Young, Klosko & Weishaar, 2003)

#### ب- عدم الثقة/ الإساءة Abuse/ Mistrust:

يتكون هذا المخطط لدي الأشخاص الذين يتوقعون بصورة مبالغ فيها أن الأشخاص الآخرين سوف يستخدموهم لإشباع رغباتهم الذاتية وأنانيتهم بمجرد أن تمنح لهم الفرصة لذلك، أو يتوقعون أنهم سوف يسيئون إليهم ويؤذونهم، ويخدعونهم، ويعرضونهم للإهانة والاستغلال، وإذا حدث وتعرضوا لأي نوع من الإيذاء يفسرونه أنه حدث عن عمد وبطريقة مقصودة، وفسر يونج سبب هذا الشعور بأن هؤلاء الأشخاص في الغالب قد عانوا من عنف جسدي أو جنسي، أو نبذ وعزلة وإقصاء متعمد، أو من عقاب عنيف (Warburton & McIlwain, 2005)

#### ج- الحرمان العاطفي Emotional Deprivation:

وهو توقع الفرد بأنه لن يقوم الآخرين بإشباع حاجاته الانفعالية، ولن يقوموا بتلبية رغباتهم في الحصول علي الدعم العاطفي بشكل كاف، وذلك لأن هؤلاء الأشخاص غالباً لا يتم الاستماع لهم، وينشئون في بيئة غير آمنة، أو من أبوين متباعدين، أو غير مباليين، أو ليس بينهما عاطفة، أو لديهم برود واضح (Schmidt, Joiner, Young, Telch, 1995).



وهناك ثلاث أشكال فرعية من مخطط الحرمان العاطفي وهي:

أ- الحرمان من الرعاية: **Deprivation of Nurture** وهو غياب الدفء، والعشرة، والاهتمام، والميل العاطفي.

ب- الحرمان من العطف: **Deprivation of Empathy** وهو غياب الفهم، والصراحة، والاستماع، وتبادل المشاعر بين الآخرين.

ت- الحرمان من الحماية: **Deprivation of Protection** وهو غياب القوة، أو الإرشاد، أو التوجيه من الآخرين (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

ث- الشعور بالقصور/ الخجل **Defectiveness/ Shame**

يقود هذا المخطط الأشخاص إلي أن يروا أنفسهم علي أنهم غير كاملين، أو سيئين، أو غير مرغوب فيهم، أو أقل مكانة من غيرهم، أو أنهم بلا قيمة أو بلا أهمية، وهم عادة أشخاص حساسين للغاية تجاه النقد واللوم، ويشعرون بالخجل تجاه أي أخطاء يقعون فيها، حتي ولو كانت هذه الأخطاء عامة مثل: الارتباك الاجتماعي أمام الآخرين، أو الظهور بمظهر غير لائق، ويحتمل أن يكون قد تعرض هؤلاء الأشخاص لعنف جنسي أو عاطفي أو بدني، أو تعرضوا لأسلوب تربية يتسم بالعقاب والنقد أو خالية من الحب من قبل الوالدين (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

هـ- العزلة الاجتماعية/ الاغتراب **Social Isolation/ Alienation**

يشير هذا المخطط إلي إحساس الفرد بأنه منعزل عن الآخرين، وأنه مختلف عنهم، وأنه لا يتكيف مع أي مجموعه اجتماعية خارج الوسط الأسري (محمد عبد الرحمن، ثرايا سراج، ٢٠١٥)، ويحتمل أن يكون هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من هذا المخطط قد تعرضوا في طفولتهم للإهانة والرفض أو المضايقة. (Warburton & McIlwain, 2005)

المجال الثاني: قصور الاستقلال الذاتي/ وضعف الاداء ( **Impaired Autonomy and performance**)

يتضمن هذا المجال المخططات التي تطورت نتيجة عدم إشباع الحاجات الأساسية للاستقلال، والشعور بالهوية، والكفاءة، وأيضاً المخططات المرتبطة بضعف الاستقلالية، والحاجة الملحة للتوجيه والدعم، وشعور الفرد بأنه غير قادر علي تلبية الحاجات اليومية بدون مساعدة، وغالباً ما يكون تعرض هؤلاء الأشخاص لعملية تقيد لشعورهم بالمسئولية أو الثقة أو

السيطرة ويفتقدون إلى الدعم الوالدي للأداء خارج مجال الأسرة. ويحتوي هذا المجال على المخططات التالية: (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

#### أ- الاعتمادية/ العجز Dependence/ Incompetence:

ويتمثل هذا المخطط في اعتقاد الفرد بأنه عاجز عن تحمل مسؤوليات الحياة اليومية باستقلالية وكفاءة مثل (حل مشكلاته اليومية، وإدارة أمواله)، فهو ليس في وسعه إدارتها بمفرده دون مساعدة قوية من الآخرين، وغالبا ما يظهر في صورة العاجز في كل الأمور (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

#### ب- القابلية للأذى أو توهّم المرض Vulnerability to Harm or Illness:

وهو اعتقاد الفرد المبالغ فيه بأن هناك بعض المصاعب الخارجية أو الداخلية يمكن أن تحدث في أي وقت، وهؤلاء الأشخاص لديهم خوف مفرط من حدوث كوارث لا يمكن تأجيلها سواء كانت كارثة عاطفية، أو صحية، أو كارثة خارجية (كحادثة مثلا) سوف تحل بهم في أي وقت، وربما يكون الأشخاص الذين يعانون هذا المخطط قد عاشوا في وسط معدوم من الأمان البدني والعاطفي (Warburton & McIlwain, 2005).

#### ج- التعلق بالآخرين/ عدم النضج الذاتي Enmeshment/ Undeveloped Self:

ويشير هذا المخطط إلي الاتصال والارتباط العاطفي الزائد بالآخرين خاصة الوالدين، ويرجع ذلك إلي الاعتقاد بأنهم بحاجة إلي المساعدة حال حدوث مشكلة ما أو فخر، ويشعر هؤلاء الأشخاص بأنهم لن يكونوا سعداء ليوماً واحد بدون الأشخاص المهمين في حياتهم والذين يتعلقون بهم، وأنهم لا يمتلكون هوية مستقلة، ويؤدي مثل هذا الشعور إلي اضطراب هوية الفرد، واضطراب نموه الاجتماعي (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

#### د- الفشل Failure:

وهو اعتقاد الفرد بعدم استطاعته على الأداء بشكل جيد مقارنة بأقرانه، أو أنه أقل مكانة منهم، وأن مصيره دائماً الفشل، ولديه شعور دائم بالنقص إذا قارن نفسه بالآخرين، ويتضمن هذا المخطط الشعور بانخفاض الذكاء، وتدني المكانة، وضعف الموهبة، والإهمال والتجاهل (Young, Klosko & Weishaar, 2003). كما يفترض أن هذا المخطط ينشأ عن خبرة التعرض للإساءة، والعنف، أو النقد العنيف من قبل الوالدين (Warburton & McIlwain, 2005).

**المجال الثالث: ضعف القيود أو الحدود Impaired Limits:**

هذا المجال يشير إلى قلة وعي الفرد برغبات واحتياجات الآخرين، وشعوره بحرية شخصيته دون حدود أو قيود، وأنه غير قادر علي قمع وكبت دوافعه، مما يؤدي إلى صعوبات في التعاون مع الآخرين، واحترام حقوق غيره، وهؤلاء الأفراد غالباً ما ينمو في أسر تتسم بالتساهل والتسامح بشكل مبالغ فيه، كما ينقصها النظام والتوجيه، والانضباط (Young, Klosko & Weishaar, 2003). ويتضمن هذا المجال فقدان الأمل في إشباع الحاجة الرئيسية لإدراك القيود الواقعية، والإحباط، وممارسة التحكم في النفس (Bricker, Young & Flanagan, 1993). ويحتوي هذا المجال علي مخططين هما:

**أ- الجدارة/ الشعور بالعظمة Entitlement/ Grandiosity:**

الأشخاص الذين لديهم هذا المخطط يعتقدون بقدرتهم علي التصرف دون الرجوع للآخرين، وأنهم أعلى مكانة من غيرهم، فهم يؤكدون علي استعلائهم مثل (كونهم أكثر نجاحاً أو مشهورين)، ومن ثم فإن لديهم قناعه بأن قواعد التعامل الاجتماعي الطبيعية لا تنطبق عليهم، ومن أجل الحصول علي السلطة والقوة يحاولون إجبار الآخرين علي الإيمان بوجهات نظرهم، والسيطرة علي سلوكياتهم لتتوافق مع رغباتهم الخاصة دون تعاطف أو اهتمام بهم (Young, Klosko & Weishaar, 2003). ويعتقد يونج أن الأفراد الذين يعانون هذا المخطط ما هو إلا شكل من أشكال التعويض لديهم؛ لشعورهم بالنقص أو نتيجة النبذ الاجتماعي، أو الحرمان العاطفي (Warburton & McIlwain, 2005).

**ب- عدم كفاية ضبط الذات/ التنظيم الذاتي Insufficient Self-/Self-Discipline Control:**

الأشخاص الذين لديهم هذا المخطط غير قادرين على تحمل الاحباط حتى الوصول للهدف المرغوب، وغير قادرين على ممارسة القدر الكافي من التحكم في النفس، ولا يستطيعون كبح جماح تعبيراتهم الانفعالية الفجة، ولا يختارون شيء بملء إرادتهم؛ مما يعيق تحقيق أهدافهم الشخصية، وفي الشكل الأخف أو الأكثر اعتدالاً يلجئون إلى تجنب الانزعاج Avoidance discomfort أي تجنب أي ألم، أو مسؤولية، أو الصراع والصدام مع الآخرين (محمد عبد الرحمن، ثرايا سراج، ٢٠١٥).

**المجال الرابع: التوجه نحو الآخرين Other-Directedness:**

الأشخاص الذين نجد لديهم هذه المخططات يوجهون اهتماماً مبالغاً فيه تجاه اهتمامات الآخرين حتى ولو كان فيها خسارة لحاجتهم، ويهدفون إلى تحصيل رضا الآخرين بأي طريقة؛ كما لديهم ميول متمركزة بشكل آني حول قبول وجهة نظر الآخرين على حساب وجهة نظرهم الخاصة. وجد أن هؤلاء الأشخاص عندما كانوا أطفال لم تكن لديهم الحرية لتتبع حاجتهم الطبيعية، وكان نوع التنشئة الأسرية لهؤلاء الأشخاص هو النقبل الشرطي فإذا أرادوا أن يشعروا بحب ورضا الوالدين يجب عليهم خفض حاجتهم و رغباتهم الشخصية (دحمانى ماما، بلغالم محمد، لكحل مصطفى، ٢٠١٦). ويحتوي هذا المجال علي ثلاث مخططات كالتالي:

**أ- الخضوع أو الإذعان Subjugation:**

يتعلق هذا المخطط بالامتثال التام للآخرين وتوجيهاتهم، مما يجعل الشخص نفسه مجبرا على التصرف حسب أوامر الآخرين وذلك لاجتناب غضب أو مجادلة أو تخلي الأشخاص الآخرين عنه، وهؤلاء الاشخاص يشعرون بأنهم مجبرين على عمل ذلك فهم يعتقدون أن رغباتهم وأرائهم ومشاعرهم ليست ذات أهمية من وجهة نظر الآخرين ويشعرون بالاستغلال الذي يؤدي بدوره لشعورهم بالغضب ويعبرون عنه عادة بأعراض لا تكيفية مثل (الغضب الحاد، السلوكيات العدوانية السلبية ) (Young, Klosko& Weishaar, 2003). وهؤلاء الاشخاص عادة ما ينشئون في اسر تستخدم العقاب كوسيلة للضبط وهي اسر عنيفة للغاية وشديدة الغضب ومسيطره، ولا تقدم الحب لأطفالهم الا بشروط (Warburton& McIlwain, 2005).

**ويوجد نوعين من الخضوع هما:**

- **الخضوع للرغبات:** وهو كبت رغباته الشخصية وأخذ رغبات الآخرين بدلاً منها.  
- **خضوع الانفعالات:** إلغاء الاستجابات الانفعالية وخاصة انفعال الغضب، ولكن لديه غضب مكبوت يثير لديه أعراضاً مثل السلوكيات السلبية/ العنف، انفجارات انفعالية غير متحكم فيها، أعراض سيكوسوماتية أو انطواء عاطفي (Martin& Young, 2010).

**ب- التضحية بالذات Self-Sacrifice:**

الأشخاص الذين يعانون من هذا المخطط يلبون حاجات و رغبات الآخرين على حساب حاجاتهم و رغباتهم، إنهم أشخاص يتألمون آلام مفرطة تجاه آلام الآخرين، ويتصرفون هكذا

دون إجبار حتى يتجنبوا الشعور بالذنب أو كي يحافظوا على علاقتهم مع الآخرين - من وجهة نظرهم - (دحماني ماما، بلغالم محمد، لكحل مصطفى، ٢٠١٦)، ونتيجة لتلك السلوكيات ينمو لدي هؤلاء الأشخاص إحساس بأن حاجتهم الشخصية لا تشبع ولا تلي، ومن ثم يشعرون بالاستياء من الذين يتوددون إليهم ((Young, Klosko & Weishaar, 2003).

ج- السعي إلى القبول/ طلب التقدير والاعتراف - Approval Seeking/ Recognition-seeking

وهو رغبة مبالغ فيها بإثارة الاهتمام، والتقدير على حساب بناء شخصية قوية وحقيقية، فيكون تقدير ذاتهم من خلال آراء الآخرين، وليس حسب رأيهم الخاص؛ فهؤلاء الأشخاص يعطون أولوية مفرطة في طريقة حياتهم للمظهر، والمنافسة، والمال، وذلك لكي يحصلوا على الاهتمام، والرضا، والإعجاب، فيقومون بتأدية النشاطات التي تؤدي بهم إلى السعادة، هؤلاء الأشخاص لديهم حساسية للرفض، وحسد للأشخاص الأفضل منهم (Torres, 2002).

#### المجال الخامس: الحذر الزائد والكبت Over Vigilance and Inhibition

في هذا المجال الأشخاص يكبحون التعبير التلقائي لدوافعهم وأحاسيسهم، فالمشكّل الرئيسي هو التحكم المفرط في الأحاسيس، وردود الأفعال ومواضيع أخرى من أجل تجنب الأخطاء. التنشئة الأسرية لهؤلاء مرت بدون مرح، هؤلاء الأطفال لم يشجعوا على اللعب أو البحث عن السعادة، بل على العكس تعلموا على أن يكونوا يقظين بصورة مفرطة تجاه الأحداث السلبية للحياة، واعتبار الحياة محزنة، فالحياة العائلية للطفل قامت على: الطاعة، الواجبات، العمل، كتمان الأحاسيس وتجنب الأخطاء هي الاعتبارات المهمة فهي أكثر أهمية من اعتبارات السعادة، والاسترخاء، والراحة. فنجدهم متشائمين ومشغولي البال، يظنون أن كل شيء في حياتهم سينتكك إذا لم يكونوا حذرين ويقظين (Young, Klosko & Weishaar, 2003). ويحتوي هذا المجال على أربع مخططات كالآتي:

#### أ- السلبية/ التشاؤم Negativity/ Pessimism:

يتضمن هذا المخطط تركيزاً على الأحداث والنواحي السلبية في حياتنا مثل: الموت، الألم، الخسارة، الذنب، الصراعات، وفي نفس الوقت تقليل وإنكار قيمة النواحي الإيجابية في الحياة، ويتوقع من يعاني هذا المخطط أن الأمور سوف تسوء بشدة، وحتى الأمور التي تسير على ما يرام سوف تتهار في النهاية؛ ولذلك فهم يخافون أي فعل خطأ قد يؤدي إلى مشكلات

مثل: الخسائر المالية، أو فقد شيء، أو الإهانة، أو الوقوع في موقف عسير. وفي الغالب يتعرض هؤلاء الأشخاص إلي قلق مزمن أو تردد وحيرة أو شكوي مستمرة (محمد عبد الرحمن، محمد إبراهيم، ٢٠١٤).

#### ب- الكبت العاطفي Emotional Inhibition:

هو اعتقاد الشخص الذي يعاني من هذا المخطط بأن عليه كبت انفعالاته، وغرائزه وعدم التعبير عنها؛ وذلك كي يتجنب الخجل، أو الاستهجان من الآخرين، أو كي لا يفقد السيطرة علي رغباته، والأنماط الشائعة منها هي:

- كبت الدوافع الإيجابية مثل اللعب والمتعة.
- كبت العدوان والعنف والغضب.
- صعوبة تعبير الفرد عن مشاعره وحاجاته، أو صعوبة التواصل والتعبير بحرية عن حساسيته وقابليته للانجراح.
- التركيز المبالغ فيه علي العقلانية وإغفال العواطف أو المشاعر.
- كما يتسم الأفراد بالانسحاب والبرود العاطفي ( Young, Klosko & Weishaar, 2003).

#### ج- صرامة المعايير / الحساسية للنقد Unrelenting Standards Hypocriticalness:

يرسخ هذا المخطط الاعتقاد بأنه يجب على الشخص الوصول والتثبت بمستوى مرتفع من الكفاءة والأداء، في الغالب يكون بهدف تجنب لوم الأشخاص له أو نقده أو إحراجه. هذه المبالغة تؤدي به إلى ضغوطات مستمرة ونقد دائم للذات. يعاني هؤلاء الأشخاص من بعض الاضطرابات على مستوى الصحة، أو الراحة، أو الإحساس بالسعادة والمتعة، أو تقدير الذات، أو إدراك الإنجازات، أو تدمير العلاقات الجيدة. وتظهر صرامة المعايير بصورة نمطية كالآتي:

- الكمالية Perfectionism: يحتاج هؤلاء إلى إتقان الأشياء والأعمال، ويهتمون بالجزئيات ويقومون بالتدقيق المفرط فيها، ويقللون من قيمة أدائهم بناء على تلك المعايير.
- القواعد الصارمة: يجب القيام بأعمالهم بطريقة صارمة، كما تكون هذه القوانين مطبقة في مجالات مختلفة من الحياة: الأخلاقية، الثقافية، والدينية.

- انشغال البال بالأداء والزمن فيجب دائما القيام بالأكثر والأفضل ( Young et al., 2003).

#### د- العقابية Punitiveness:

هؤلاء الأشخاص لديهم ميول متعصبة، ناقدة، فهم يتبنون المبدأ القائل بأن الناس يجب أن يعاقبوا بشدة لارتكابهم أي أخطاء، ويعاقبون أنفسهم والآخرين إذ لم يحققوا المستوى المطلوب من الأداء كما يوجد لديهم صعوبات في مسامحة الآخرين نتيجة عدم الكفاءة، فلا يوجد في رصيدهم قدرة على الملاطفة، ولديهم نقص في العلاقات الوجدانية، والمرونة، أو القدرة على تبادل وجهات النظر مع الآخرين ( Nordhall, Holthe & Haugum, 2005).

#### - تطور المخططات المعرفية اللاتكيفية:

الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة هي "أصل ظهور المخططات المعرفية السلبية" فكلما ظهرت هذه المخططات بشكل مبكر كلما كان تأثيرها أكبر على الفرد، ويعود أصلها بالنسبة لبعض الأطفال الى بنية عائلته و التي تمثل له عالما واسعا، هذه المخططات تظل كامنة إلى أن تنشطها أو تثيرها بعض الخبرات التي تجعل الفرد يواجه الخبرة الحديثة بمخططات طفولية قديمة؛ و مثال ذلك الطفل الذي ينتقده والديه فيتكون لديه مخطط الشعور بالنقص، و عندما يكبر و ينتقده احد أصدقائه أو المحيطين به فإن هذا المخطط ينشط لديه مخطط الشعور بالنقص مره أخرى و الذي يتضمن انفعالات و أفكار مرتبطة بالشعور الذي تكون في الطفولة (Young & Brown, 2003).

وهناك أربعة أنواع من الخبرات الحياتية المبكرة التي تساهم في تشكيل المخططات المعرفية السلبية وهي

#### ١- الإحباط المؤذي للاحتياجات: Toxic Frustration of Needs ويحدث ذلك عندما

يخبر الطفل القليل من كل شيء، بحيث لا يتم إشباع الحاجات الأساسية للطفل، ومن ثم لا تتوفر خبرات جيدة لدي الطفل، فعلي سبيل المثال عندما يفتقد الطفل إلي وجود عوامل إيجابية مثل الرعاية والحب والأمان في بيئته، فإن هذا من شأنه أن يقود إلي نمو مخططات معرفية من قبيل التخلي والحرمان العاطفي أو النبذ، وقد افترض يونج وجود خمس حاجات وجدانية للوجود الإنساني يؤدي إحباطها إلي تكوين واحدة أو أكثر من

المخططات المعرفية السلبية، كما افترض أن هذه الحاجات عامة ولكنها تختلف من شخص لآخر وهي:

- أ- التعلق الآمن بالآخرين، ويشمل الأمان والثبات والتقبل والحنو.
- ب- الكفاية والاستقلال والإحساس بالحنو.
- ت- ممارسة اللعب والأعمال العفوية Spontaneity & Play.
- ث- الحدود الواقعية Realistic Limits، والضبط الذاتي.
- ج- حرية التعبير عن الحاجات والانفعالات المشروعة (محمد عبد الرحمن وثريا سراج، ٢٠١٥).

٢- تجربة الطفل للكثير من الأشياء الجيدة Child experience too much of good thing عندما تشبع جميع مطالب الطفل وحاجاته بصورة عاجلة وفورية أو عندما ينغمس الوالدان بشكل كلي في حياة الطفل، أو يتيحان له درجة مبالغ فيها من الحرية، أو يحققان له مطالبه بمجرد الإشارة إليها، في هذه الحالة تنمو لديه مخططات معرفية سلبية من قبيل: الإعتماضية/ عدم الكفاية أو الأهلية/ الاستحقاق Entitlement (نهاد محمود، ٢٠١٥).

٣- الخبرات المؤذية أو الصادمة في مرحلة الطفولة المبكرة Dramatization or Victimization Experience in Early Childhood مثلما يحدث للطفل عندما يتعرض لإيذاء شديد أو أن يكون ضحية لعمل ما، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى مخططات من قبيل عدم الثقة/ الإساءة (Camara & Clavete, 2012).

٤- التوحد أو الاستدماج المفرط مع الآخرين ذوي الأهمية في حياته مثل الوالدين Extreme Internalization or Identification with Significant Other Such as Parents ويحدث هذا عادة عندما يحدث استدمج انتقائي لأفكار الوالدين وسلوكهم ومشاعرهم وخبراتهم للطفل، فيندمج مشاعر وأفكار الراشد المؤثر مع مشاعر وأفكار الطفل، وعلي سبيل المثال: الطفل الذي يتعرض لإيذاء في مرحلة الطفولة المبكرة سوف يؤدي الآخرين فيما بعد، ويصبح عدوانياً، وفي هذه الحالة فإن هذا الشخص يكون قد توحد مع والديه واستدمج أفكارهم العدوانية، في حين أن يكون هناك أشخاص قد تعرضوا للإيذاء في طفولتهم المبكرة أيضاً ولكن يصبحون مطيعين وسلبيين بسبب شعورهم أنهم ضحايا، وهم علي العكس من سابقهم فهم لم يستدمجوا أفكار ومشاعر والديهم العدوانية،



ومن المفترض أن هذه العملية تلعب دوراً في تحديد ما إذا كان الفرد سوف يتوحد مع الآخرين أم لا (نهاد محمود، ٢٠١٥).

٥- النظريات المفسرة للمخططات المعرفية: توجد عدة نظريات تفسر كيفية تكوين المخططات المعرفية وكيفية استمرارها، وسوف نتناول الباحثة بعض النظريات كالتالي:

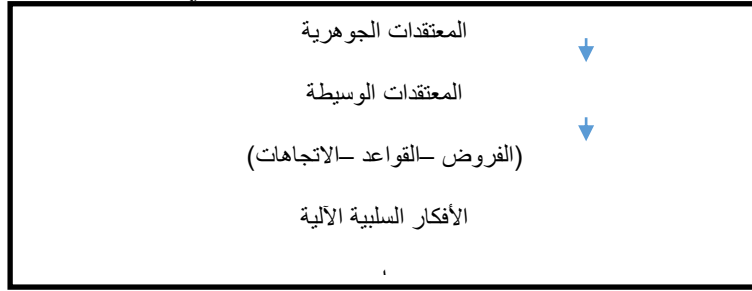
أ- نظرية جون بولبي:

فسر جون بولبي Bowlby عام ١٩٨٠ المخططات المعرفية بأنها عبارة عن نماذج تصورية أو معرفية، أو تكوين منظم يتكون في مرحلة الطفولة من خلال تفاعل الطفل مع الوالدين ومع الآخرين، وتعمل بطريقة لاشعورية تلقائية، وتستقبل المعلومات الواردة من البيئة الخارجية عن طريق أعضاء الحس، كما أنها تحدد تصوراتنا عن أنفسنا والمستقبل والعالم، وتعمل هذه النماذج كقواعد للسلوك والعلاقات الاجتماعية والانفعالية وتنظيم الذات، كما أنها تحدد طبيعة الشخصية وطبيعة الاضطرابات التي يعاني منها الفرد. وبشكل أكثر تفصيلاً يشير تلاميذ جون بولبي (كولينز وفيني) Collins & Feeny عام ٢٠٠٠ إلي أن النماذج العاملة أو التصورية Working models والتي تشكل المخططات للطفل تعتمد بشكل كبير علي طريقة تفاعل الوالدين مع الطفل، فإذا أدرك الطفل أن الوالدين يحترمانه ويستجيبان لحاجاته ويقدرانه ولا يتحكما فيه كثيراً فإن مخططاته الخاصة بذاته ستكون الشعور بالقيمة واستحقاق الرعاية والثقة، ويشعر أن الآخرين يحترمونه ويحبونه ويتقنون به، كما يشعر بالأمل والتفاؤل تجاه المستقبل، وفي اتجاه آخر فعندما يدرك الطفل إهمال والديه له أو عدم محبته أو رفضه فيكون مضمون مخططاته لذاته هي الشعور بعدم الثقة وعدم القيمة وعدم استحقاق الحب والرعاية من الآخرين؛ وتكون مخططاته نحو الآخرين هي عدم الثقة بهم والقلق تجاههم، والنظرة السلبية للحياة والمستقبل (هبة محمد، ٢٠١٥).

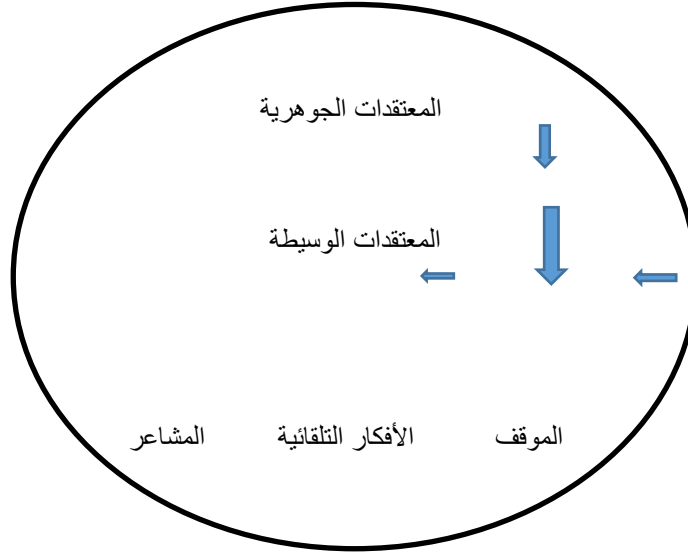
ب- النموذج المعرفي للمخططات المعرفية السلبية:

طبقاً للنموذج المعرفي للمخططات المعرفية السلبية، فإن الناس تتكون معتقداتهم عن أنفسهم وعن العالم وعن الآخرين منذ الطفولة، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي المعتقدات الجوهرية وهي مفاهيم أساسية وعميقة وراسخة، كما أنها جامدة ومعممة بطريقة شديدة. وهناك الأفكار الآلية السلبية، وهي الكلمات الواقعية أو الخيالية التي تدور في عقل الشخص، ودائماً ما تكون متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية. وهناك مجموعة من المعتقدات الوسيطة التي تقع بين الاثنتين، وهي تمثل القواعد والفروض

والاتجاهات. فالمعتقدات الجوهرية تؤثر في الطبقة الوسطى من المعتقدات التي تتكون من اتجاهات، أو فروض، أو قواعد، والتي ما تكون غالباً لفظية، حيث أنها تؤثر في رؤية الفرد للمواقف، وبدورها تؤثر في كيفية تفكيره وشعوره وتصرفاته، فعلي سبيل المثال إذا اعتقد شخص ما أنه (عاجز أو فاشل) عن فهم كتاب معين فنجد أنه يركز على المعلومات التي تؤكد اعتقاده (نجلاء عبد الحميد، ٢٠١٤) ولتوضيح العلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسيطة والأفكار الآلية فسيتم توضيحها بالشكل الآتي:



شكل (١) يوضح العلاقة بين المعتقدات الجوهرية وبين المعتقدات الوسيطة والأفكار الآلية ويؤدي تفاعل الفرد مع الناس والعالم إلى نوع معين من الفهم، والتعلم لمعتقداته، التي يمكن أن تختلف في فاعليتها ودقتها، ويركز العلاج المعرفي تركيزاً أولياً على الأفكار الآلية التلقائية حيث أنها الأقرب إلى الوعي، ويتعلم المريض القدرة على التعرف على الأفكار الآلية التلقائية وتقييمها وتعديلها حتى يتخلص من الأعراض، وهنا يأتي دور المعتقدات الوسيطة وتظهر في أكثر من موقف لتصبح بؤرة العلاج، فالمعتقدات الجوهرية والوسيطات يمكن تقييمها بطرق مختلفة، حيث يتم تعديل استنتاجات المريض وطريقة إدراكه للأحداث، وهذا التعديل الأعمق للمعتقدات الوسيطة الأساسية يجعله أقل عرضة للانتكاسات المرضية في المستقبل، ففي مواقف معينة تؤثر المعتقدات (الجوهرية) في إدراك الفرد، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تثير مشاعر الفرد وبالتالي تؤثر في سلوكه، وفي الغالب تؤدي إلى استجابة فسيولوجية (أية عبدالله، ٢٠١٨) والشكل التالي يوضح العلاقة بين السلوك والأفكار الآلية التلقائية.



### شكل (٢) يوضح العلاقة بين السلوك والأفكار الآلية التلقائية

تعد المخططات المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك، فإنها تحدد للفرد ما يستبعد وما يُبقي من معلومات، فعلي سبيل المثال المخططات المعرفية لدي المكتئبين تتكون نتيجة للرفض والنقد المتزايد لهم في فترة مبكرة من حياتهم من الوالدين، وعندما يتعرضوا لمواقف مماثلة في مرحلة الرشد فإن المخططات المعرفية السلبية تنشط لديهم (هبة علي، ٢٠١٥).

### ج-نظرية المخططات المعرفية السلبية ليونج

تتفق هذه النظرية مع النظريات الأخرى للمخططات المعرفية التي وضعها سيجال Sigal عام ١٩٨٨، وبيك Beck عام ١٩٦٧، فكل منهما وصف المخططات على أنها مركبات مستمرة وثابتة تشكل مفهوم الفرد عن ذاته، وتقوم بتشويه المعلومات التي ترتبط بالذات أو بالبيئة الخارجية الأمر الذي يؤدي إلى ظهور الأفكار السلبية التلقائية والمشقة الشخصية، ولذلك فإن بعض علماء النفس يشيرون إلى المخططات المعرفية بالمعتقدات الجوهرية التي قد وضعها بيك ولكن فالحقيقية فهي تختلف عنها. فالمخططات هي تراكيب معرفية في عقل الإنسان ومحتوي هذه التراكيب معتقدات جوهرية (أية عبد الله، ٢٠١٨).

ويري يونج أن المخططات المعرفية تتشكل و تنطور نتيجة خبرات الطفولة الصادمة والمؤلمة، ويتم الاحتفاظ بها نتيجة التشويهاات في طريقة معالجة المعلومات، وتستمر مع الفرد حتي نهاية حياته. وهكذا تظهر المخططات في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتتضح طبيعة

الخلل الوظيفي للمخططات المعرفية بصورة أكبر في وقت لاحق من حياة الفرد ( Young, 1999).

بالإضافة إلى أن المخططات المعرفية عند يونج غير مشروطة وتظهر بشكل متكرر، بينما المعتقدات الجوهرية تحتاج نوعاً محدداً من الظروف أو الضغوط الشاقة حتى تظهر (Schmidt et al., 1995). فيفترض يونج أن هذه المخططات تقع في مستوى معرفي متعمق، وهذا العمق يميز الصيغ سيئة التكيف عن المعتقدات الجوهرية ( Oei & Baranoff, 2007).

وقد حدد يونج أربع أنواع من الخبرات الحياتية المبكرة والتي تساعد في اكتساب المخططات المعرفية السلبية وهي:

- الأول: الإحباط المؤذي للاحتياجات (وينشأ هذا الإحباط عندما يخبر الطفل القليل من كل شيء)، فيفتقد الطفل للحب، أو الثبات والفهم.
  - الثاني: التعرض للأذى وهنا يُنمي مخططاً يعكس الإحساس بوجود الألم والخطر أو التهديد، فيتسم الطفل بالحذر المبالغ فيه وعدم الثقة والإحساس باليأس.
  - النوع الثالث: يتميز فيه القائمين بالرعاية وخاصة الوالدين بالتدليل والحماية الزائدة مع التدخل المبالغ فيه في حياته فيُنمي الطفل مخططاً يتسم بافتقاده للحدود الواقعية.
  - النوع الرابع: يتعرض الطفل إلي التطابق أو التماثل مع الآخرين ذوي الأهمية في حياته ( فيستدخل مشاعر وأفكار وسلوكيات وخبرات الراشد المؤثر) وهي أقرب إلي النمذجة، فيتكون لدي الطفل مخطط يتسم باضطراب الذاتية.
- ومن الجدير بالذكر أن سلوك الفرد ليس جزءاً من مخططه الشخصي، وإنما يُعتقد أن السلوكيات السلبية تنشأ كاستجابة للمخطط، وعلى هذا فإن المخططات المعرفية تستثير السلوك ولكنها ليست جزءاً منه، حيث تعكس كثيراً من السلوكيات التي نواجه بها المخططات (Young, Rafael & Bernstein, 2011).

#### د- النظريات التي تركز علي المنتجات المعرفية:

هذه النظريات تناقش أنواع المعارف التي يختبرها الفرد، والتي تميل إلى التأكيد على العلاقة الخطية بين خبرة الضيق الانفعالي وأخطاء التفكير؛ فالتفكير "س" يؤدي إلى الانفعال "ص"، فإن الصياغة النظرية لهذه العمليات المعرفية كانت محدودة واعتمدت علي الفروض التي تتعلق بالأخطاء في التفكير والتي تؤدي بدورها إلي بداية الضيق الانفعالي، كما في

نظرية الأخطاء المعرفية Cognitive Errors ل البرت إليس Ellis ، فقد صيغت أفكار ألبرت أليس في إطار تطور نظرية السلوك العقلاني الانفعالي Rational-Emotive Behavioral Theory والتي اقترح فيها أن المعتقدات العقلانية تؤدي إلى الاضطرابات النفسية، فهو يعتقد أن الأفراد المعرضين للاضطرابات النفسية يتمسكون بمعايير صارمة ويحكمون بها علي حياتهم، و هي معايير مرتفعة بشكل صارم، ونتيجة لذلك فإن الفرد يتوقع أكثر مما ينبغي عن ذاته/ ذاتها، والآخرين، والحياة بشكل عام، وهذه المعتقدات غير العقلانية تؤدي بالضرورة إلى الاحباط وبالتالي الاضطراب النفسي (عبد الغفار، ٢٠٠٧).

#### هـ - نظرية المخططات التعليمية:

أشار (بيك وويشار) (Beck & Weishaar, 2005) في آخر أعمالهما أن وجهة النظر للأفكار أو المخططات التي تثير المشاعر والسلوك والدوافع معقدة للغاية، حيث أشارا إلي أن المخططات تكون الصيغ، التي هي عبارة عن شبكة من المخططات والدوافع والعواطف والسلوك التي تكون وتُنظم الشخصية وتفسر الأحداث الجارية، وتحدثا عن تعديل الصيغ المختلفة بمفاهيم العلاج المعرفي فيقولوا: توجد ثلاثة مداخل أساسية للتعامل مع الصيغ المضطربة أو المختلفة: الأولى هي: إخمادها، والثانية هي: تعديل محتواها وتركيبها، والثالثة هي: تأسيس أو بناء صيغ أو ووسائط أكثر تكيفية لمعادلتها، وخلال الممارسة الفعلية لهذه الإجراءات وُجد أن الإجراءات الأولى والثالث هما الأكثر استخداماً.

وفقاً لما تم ذكره نرى أن الأشخاص يكتسبوا المخططات المعرفية في مرحلة الطفولة، وتتطور خلال مراحل النمو اللاحقة حتى مرحلة الرشد، فإذا مروا بخبرات سلبية كالإساءة والإهمال والإذلال فقد يطورون وجهة نظر مشوهة نحو ذاتهم، ونحو الآخرين، ومستقبلهم، والعالم من حولهم، وهو ما يسهم في تكوين مخططات معرفية سلبية ( Lee, 2007).

#### ثانياً: الفوبيا:

إن استجابة الخوف تعتبر حيلة دفاعية لا شعورية، يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ من موقف أو فكرة أو موضوع معين في حياته اليومية وتحويله إلى موقف أو فكرة أو موضوع رمزي، ليس له علاقة بالسبب الأصلي، ثم لا يواجه الصراع الداخلي بنفسه، ولكن يحوله إلى مواقف ومواضيع خارجية رمزية، وعلى الرغم من معرفة المريض لذلك، إلا انه لا يستطيع السيطرة أو التحكم في هذا الخوف (عكاشة، ٢٠١٨).

**خصائص ومعايير تشخيص الفوبيا وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس:**

- ١- خوف أو قلق ملحوظ حول موقف أو شيء محدد (مثلاً، الطيران، الحيوانات، المرتفعات، رؤية الدم، أخذ حقنة). ملحوظة: عند الأطفال، الخوف والقلق قد يعبروا عنه بالبكاء، والتجمد، والتشبث، ونوب الغضب.
- ٢- يُعرض دائماً التعرض للموقف أو الشيء الرهابي خوفاً أو قلقاً مباشراً.
- ٣- يحدث تجنب فعال للموقف أو الشيء الرهابي أو بخلاف ذلك يحدث أن يتحمله مع خوف وقلق شديد.
- ٤- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الموقف أو الشيء الرهابي، وللسياق الاجتماعي والثقافي.
- ٥- يكون الخوف، القلق، التجنب مستمراً ويدوم بشكل نموذجي لستة أشهر أو أكثر.
- ٦- يسبب الخوف، القلق، التجنب إحباطاً سريرياً مهماً أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الأكاديمي أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- ٧- لا يُفسر الاختلال بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر متضمناً الخوف، التجنب، القلق، لمواقف مترافقة مع أعراض شبيهة مع الهلع أو الأعراض المقعدة الأخرى (كما في رهاب الاماكن الواسعة)، أو مواقف وأشياء متعلقة بالوساوس (كما في اضطراب الوسواس القهري)، ما يمكن أن يذكر بالحوادث الصادمة (كما في اضطراب كرب ما بعد الصدمة)، أو الانفصال عن المنزل أو شخص متعلق به (كما في اضطراب قلق الانفصال)، أو كما يحدث في المواقف الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعي) (DSM- 5, 2013).

**- النظريات المفسرة للفوبيا:**

وإذا ما تساءلنا عن مصدر أو منشأ الفوبيا، لوجدنا أن هناك فريقاً من المفكرين والباحثين يفترضون أنها فطرية أي يولد الإنسان مزود بها، بينما ترى الغالبية العظمى من علماء النفس أن الفوبيا تحدث نتيجة لمرور الفرد بمواقف وخبرات غير مؤاتية لا سيما ما حدث منها في سن الطفولة المبكرة.

كذلك فإننا نجد أن مدرسة التحليل النفسي تُرجع الإصابة بالفوبيا إلى الرغبات الجنسية تجاه الوالد من الجنس المضاد لجنس الطفل أو الخوف من الخضاء عند الذكر.

وهناك تفسيرات تحليلية أخرى ترى أن خوف المريض من الجراثيم أو الحشرات مثلاً ليس إلا تعبيراً رمزياً عن مخاوف أخرى دفينية أو داخلية، وعلى ذلك فالقوبيا هو خوف مُزاح أو منقول من موضوعه الأصلي إلى المثير الظاهري كالجراثيم أو الحشرات أو الرعد أو البرق، ويكمن ورائها مخاوف حقيقية هي الدوافع والأفكار والآراء والرغبات ونزعات العدوان والرغبات الجنسية وغير المقبولة اجتماعية، على سبيل المثال: فالماء أو النار ليست إلا رمز الخوف من شيء آخر مجهول ومن هنا كانت الصعوبات التي تجابه العلاج (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٢).

وافترضت المدرسة السلوكية أن القوبيا كغيرها من الأمراض النفسية، يحدث نتيجة عملية التعلم، وإن كان هذا تعلماً خاطئاً، ناتج عن الارتباط الشرطي بين المثير المخيف والاستجابة بعد عملية الاشتراط فقد أمكن إكساب الكثير من الأطفال الشعور بالخوف من فأر أو أرنب أبيض كان لا يثير الخوف فيهم، ولكن بعد ارتباطه بسماع أصوات عالية وضوضاء، أصبح هذا الأرنب أو الفأر مثير لخوف شرطي في الطفل، وقد يؤدي التقليد أيضاً إلى القوبيا وقد تسهم أجهزة الاعلام والاتصال الجماهيرية في انتشار القوبيا وتأثيراً كبيراً على سلوك الفرد وعلى شخصيته، ويهتم العلاج النفسي السلوكي بمحو أو إزالة التعلم الخاطئ الذي قد نتج عنه الإصابة بالقوبيا، ولكنه يقتصر على إزالة الأعراض وحدها دون أن يتعمق ويعالج أصل الداء أو المرض، أما التحليل النفسي فإنه يستهدف سبر أغوار النفس والتعرف على الدوافع الشعورية والدوافع اللاشعورية التي أدت إلى الإصابة ويحاول إزالتها وتحرير الفرد مما يعانیه من صراع وقلق (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٢).

وفسرت المدرسة المعرفية القوبيا وخاصة الرهاب الاجتماعي على أنه يتولد لدى الأشخاص نتيجة تكوين صور ذهنية مشوهة من المنظور الملاحظ، هذه الصورة تضح من خلال تفكير الفرد عندما يكون في موقف رهابي أو موقف مخيف، فقد قدم المعرفيون نموذجاً قائم على فكرة المخطط باعتبار أن المخطط المعرفي هو الذي يقود عملية معالجة المعلومات، ووفقاً لهذه النظرية فسّر بيك Beck القوبيا على أن الأشخاص الذين يعانون منها هم الذين يرون العالم مكان غير آمن ومهدد وخطير، حيث يظل هؤلاء الأشخاص في ترقب شديد لاحتمال مواجهة موقف خطر أو تهديد محتمل فيظلوا شديدي التيقظ باستمرار. وقد أوضح أن هذه الصور ترجع بدايتها لذكريات قد ارتبطت بهذه المواقف مع وجود نقد أو إيذاء أو امتهان، وأحداث أخرى مؤسفة. وهذا ما يدعم الفرض القائل بأن أساس هذه الصور الذهنية الخبرات

الصادمة المبكرة، ويتم استعادة هذه الصور الذهنية في مواقف شبيهه، دون أن يتم الأخذ في الاعتبار اختلاف المواقف وما يجدوا من جوانب إيجابية، ولذلك فإن المخططات المعرفية تنعكس بذاتها في شكل أخطاء منطقية في التفكير. وتساعد سلوكيات التركيز على الذات من قدرة الفرد على دحض هذه المعتقدات السلبية ما يُفضي لاستمرار الفوبيا (ديفيد بارلو وآخرون، ٢٠٠٢).

وتتبنى الباحثة وجهة النظر المعرفية في تفسير الفوبيا باعتبارها خبرة مبكرة قد ساعدت على تكوين الرهاب واستمرت لوجود مخطط معرفي سلبي ساعد على استمرارها.  
الدراسات السابقة:

ستتناول الباحثة في هذا الجزء الدراسات التي تناولت المخططات المعرفية السلبية في علاقتها بالفوبيا لدى عينة من طلاب الجامعة:

أجرت أبو ضيف (٢٠٠٣) دراسة هدفت للتعرف على علاقة الإساءة المبكرة في الطفولة بالإصابة الفوبيا، على عينة تكونت من (١٦٧) طالباً من طلاب الجامعة، قد تراوحت أعمارهم بين (٢٠-٢١) سنة، وقد استخدمت الدراسة استبيان خبرات الطفولة الصادمة، كما استخدمت مقياس الفوبيا الاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين أبعاد الإساءة المبكرة للطفل والفوبيا.

كما قامت حسين (٢٠٠٦) بدراسة العلاقة بين الفوبيا والأفكار اللاعقلانية على عينة من الطلبة بلغت (١٦٥) طالب وطالبة والديهم مُقسمين إلى (٨٣ ذكور-٨٢ إناث)، تراوحت أعمارهم بين (١٤-١٦) سنة، بمتوسط عمري بلغ (١٤,٨٢) سنة، وانحراف معياري بلغ (٠,٥٠) سنة، استخدمت مقياس الفوبيا الاجتماعية، ومقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس موضع الضبط الوالدي، وتوصلت الدراسة لوجود علاقة ارتباطية سالبة بين الفوبيا والأفكار اللاعقلانية. كما أظهرت النتائج أن بعض أبعاد الأفكار اللاعقلانية يمكنها التنبؤ بالفوبيا.

هذا وقد قام الغامدي (٢٠٠٩) دراسة هدفت للتعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الفوبيا لدى عينة تكونت من (٢٠) فرداً من المترددين على العيادات النفسية والذين ثبت معاناتهم من الفوبيا، تراوحت أعمارهم بين (١٨-٤٥) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وتضم (١٠) أفراد وطُبق عليهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لحامد الغامدي على ثلاثة عشر جلسات، ومجموعة ضابطة تضم (١٠) أفراد



ويعالجون بواسطة العقاقير الطبية فقط. وتوصلت النتائج إلى أهمية التدخل المعرفي السلوكي في خفض حدة الفوبيا.

وقامت أيضاً راشد (٢٠٠٩) بالتأكد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الفوبيا لدى عينة تكونت من (٢٠٢) من طلاب كلية الخدمة الاجتماعية، والذين تراوحت أعمارهم بين (١٩-٢١) سنة، ومن ثم تم اختيار (٢٠) طالب وطالبة ثبت من خلال مقياس الرهاب الاجتماعي معاناتهم بالفوبيا وتقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وطُبق عليهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بلغت (١٠) أفراد، ومجموعة ضابطة بلغت (١٠) أفراد، واتفقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة حامد الغامدي (٢٠٠٩) في أهمية التدخل المعرفي السلوكي في خفض حدة الفوبيا.

ومن جهة أخرى أشارت دراسة رتيب (٢٠١٠) لدور المعتقدات اللاعقلانية في التعرف على الفوبيا لدى عينة تكونت من (٢٠٧) طالب من طلبة الصف الأول الثانوي، استخدمت الدراسة مقياس الفوبيا الاجتماعية لناديا رتيب (٢٠٠٨)، كما استخدمت مقياس المعتقدات اللاعقلانية من إعداد ناديا رتيب (٢٠٠٨)، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة دالة إحصائياً بين الفوبيا والمعتقدات اللاعقلانية.

وأجرى الشافعي & القرني (٢٠١٠) دراسة للتعرف على العلاقة بين القلق الاجتماعي والفوبيا لدى عينة من طلاب الجامعة، تكونت من (٦٠٠) طالباً مُقسمين إلى (٣٠٠) إناث- (٣٠٠) ذكور، تتراوح أعمارهم بين (١٨,٩-٢٣,٧) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٠,٩) سنة، وانحراف معياري قدره (٤,٤٢) سنة، استعانت الدراسة بقائمة الرهاب الاجتماعي لكونر، كما استخدمت مقياس ليفيترز للقلق الاجتماعي، كما استخدمت قائمة رهاب الكلام، وقائمة أيزنك للشخصية الصورة (ب)، واتضح أن هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة بين الفوبيا "رهاب الكلام" والانبساط، واتضح أن متغيرات البحث تُسهم في التنبؤ بالفوبيا "رهاب الكلام".

كما قامت دراسة شاهين & جرادات (٢٠١٢) بالتعرف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الفوبيا لدى عينة من الطلبة، تكونت عينة الدراسة من (٣٢٠) طالب وطالبة من الصف الدراسي التاسع إلى الثاني عشر من المدرسة البطريركية اللاتينية، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، مجموعتين تجريبيتين إحداهما تلقت علاج عقلاني انفعالي سلوكي، بينما تلقت الأخرى برنامج تدريبي على المهارات الاجتماعية، ومجموعة ضابطة لم تتلقى أي علاج، وقد تم تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس التفاعل الاجتماعي على

الثلاث مجموعات. وتوصلت الدراسة إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتدريب على المهارات الاجتماعية لديهم فاعلية في خفض الفوبيا مقارنة بعدم المعالجة. وتوصلت عاصلة & درويش (٢٠١٣) لوجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الفوبيا والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية قوامها (٣٥١) طالب وطالبة، وكُشف عن هذه العلاقة عن طريق تطبيق مقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس الأفكار اللاعقلانية الذي قاما بتصميمهم. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت له عواطف حسين (٢٠٠٦).

كما توصلت أيضاً دراسة عبد الله & حسين (٢٠١٩) لوجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفوبيا وكلاً من الأفكار اللاعقلانية وعدد ساعات استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، كما توصلت لإمكانية التنبؤ بالفوبيا من خلال الأفكار اللاعقلانية وعدد ساعات استخدام شبكات التواصل الاجتماعي لدى عينة من طلاب كلية الطب قوامها (١٨٠) طالباً، متوسط أعمارهم (١٩,٤١) سنة، بانحراف معياري (٠,٩٧) سنة، وذلك باستخدام مقياس الرهاب الاجتماعي، ومقياس الأفكار اللاعقلانية.

كما قام علي & السرسى (٢٠٢١) دراسة للتعرف على فاعلية العلاج القائم على المخططات المعرفية في خفض الفوبيا لدى عينة تكونت من (٤٠) طالب من التعليم الأساسي، استخدم مقياس الرهاب الاجتماعي في التعرف على العينة، متوسط أعمارهم (١٣,٦) سنة، بانحراف معياري قدره (٠,٥٠) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تضم (٢٠) طالب تعرضوا للعلاج القائم على المخططات المعرفية ومجموعة ضابطة تضم (٢٠) طالب لم تتلقى أي علاج. فتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة في القياس البعدي مما يشير إلى فاعلية العلاج القائم على المخططات المعرفية في خفض الفوبيا.

- فروض الدراسة: وبناءً على الدراسات السابقة وما توصلت له يمكن صياغة فروض البحث الحالي على النحو التالي:

١- تُسهم المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ بالفوبيا لدى كلاً من (الذكور والإناث) من طلاب الجامعة.

- منهج الدراسة والعينة والأدوات والإجراءات:

اتبعت الدراسة المنهج الوصفي، حيث انه يتناسب مع هدف الدراسة الحالية، كما يتناسب مع طريقة اختيار الفروض وطريقة التحقق من صحتها، وعلى هذا فإن منهج الدراسة

الحالية هو المنهج الوصفي الذي يهتم بفحص طبيعة العلاقة بين متغيراتها، وهي المخططات المعرفية السلبية والقيومية.

- ثم تم تحليل نتائج الدراسة إحصائياً بعد تطبيق الأدوات على عينة الدراسة.

- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من (٣١٥) طالب وطالبة من طلاب جامعة حلوان، تراوحت أعمارهم ما بين (١٩-٢٢) عاماً بمتوسط عمري قدره (٢٠,٥٧) عاماً، وانحراف معياري قدره (٠,٧٣±) عاماً للعينة الكلية، ومتوسط عمري قدره (٢٠,٧٣) عاماً وانحراف معياري قدره (٠,٧٨±) عاماً للذكور، ومتوسط عمري قدره (٢٠,٤٥) عاماً، وانحراف معياري قدره (٠,٦٧±) عاماً للإناث.

- أدوات الدراسة: تنقسم أدوات الدراسة الحالية إلى قسمين هما:

١- مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية الصورة المختصرة ليونج، إعداد (محمد عبد الرحمن ومحمد سعفان عام، ٢٠١٤).

٢- قائمة مراجعة الأعراض المعدلة لديروجتس، ليبمان وكوفي Derogets, Lipman & Covi، إعداد (عبد الرقيب البحيري، ٢٠٠٤).

بالنسبة لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية فيتكون من (٧٥) بنداً، وتقيس (١٥) مخططاً أو بعداً وقد تم التحقق من ثبات وصدق الصورة المختصرة للمقياس في العديد من الدراسات كان أولها دراسة برين وآخرين Brian et al (٢٠٠٢) وأوضحت النتائج أن جميع أبعاد المقياس تتميز بدرجة جيدة من الصدق البنائي، كما أن بعض الأبعاد كانت أفضل من الصورة الأصلية.

بالنسبة لقائمة مراجعة الأعراض المعدلة تتكون القائمة من ٩٠ عبارة وهذه العبارات موزعة على ٩ مقاييس إكلينيكية، ويتم وضع كل عبارة من التسعين على مقياس مكون من ٥ نقاط تبدأ بقطب مطلقاً "not at all" وتنتهي بقطب دائماً "Extremely" أقلها يشير إلى عدم وجود معاناة وأكثرها يشير إلى شدة المعاناة وبدرجة قصوى، هذا بالإضافة إلى ٣ مؤشرات عامة ٣ global indices of distress خاصة بالاستغاثة.

وقد تم حساب الصدق والثبات للأداتين المستخدمتين فالدراسة كالاتي:

أولاً: الثبات.

أما عن ثبات أداة المخططات المعرفية اللاتكيفية فقد تم بطريقة ألفا كرونباخ وقد تراوحت ما بين (٠,٦٠٢ إلى ٠,٨٧٨) وهي معاملات ثبات مقبولة، بالإضافة إلى أن معامل ثبات الدرجة الكلية لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية قد بلغ ٠,٩٥٣ وهو معامل ثبات مرتفع. أما عن ثبات قائمة مراجعة الأعراض المعدلة فقد تم حساب ثبات المقياس عن طريق حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لقائمة مراجعة الأعراض المعدلة (قلق الخوف)، واتضح أن معاملات ثبات ألفا كرونباخ لقائمة الأعراض المعدلة قد تراوحت ما بين (٠,٧٢٥ إلى ٠,٨٥٨) وهي معاملات ثبات مرتفعة.

ثانياً: الصدق:

تم حساب الصدق التلازمي لمقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية مع مقياس الأحكام التلقائية عن الذات لممدوحة سلامة (٢٠١٤)، فبلغت درجة الصدق بين المخططات المعرفية والدرجة الكلية للأحكام التلقائية عن الذات ٠,٦٣، وهي معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، مما يدل على صدق المقياس الحالي في تناول مفهوم المخططات المعرفية السلبية.

كذلك تم التحقق من صدق قائمة مراجعة الأعراض المعدلة من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات القائمة ودرجات مقياس القلق (حالة-سمة) لعبد الرقيب البحيري (٢٠١٤)، واتضح أن معاملات الارتباط بين قائمة الأعراض المعدلة والدرجة الكلية لمقياس القلق (حالة-سمة) تراوحت بين ٠,٤٠ - ٠,٥٠ وهي معاملات دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على صدق المقياس الحالي.

إجراءات الدراسة:

تم تطبيق الأدوات السابق ذكرها في الدراسة الحالية بصورة جماعية على أفراد العينة، والتأكيد على ملء البيانات الأساسية، والتأكيد على الإجابة على كل عبارة على حدة، وقبل ذلك قراءة التعليمات جيداً، والتأكيد على عدم ترك أية عبارة بدون إجابة، وبعد الانتهاء من إجراءات التطبيق على أفراد العينة تم جمع الاستمارات وترتيبها وتصحيحها وفقاً لطريقة التصحيح الخاصة بكل مقياس، وأخيراً تم جمع ورصد الدرجات الخاصة بكل فرد من أفراد عينة الدراسة، ومن ثم جدولة النتائج وذلك للقيام بمعالجتها إحصائياً.

**- نتائج البحث ومناقشتها:**

تم إجراء التحليلات الإحصائية للتأكد من إسهام المخططات المعرفية السلبية في التنبؤ بالفوبيا لدى كلاً من الذكور والإناث من طلاب الجامعة.

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام معامل الانحدار المتدرج للتعرف على القدرة التنبؤية للمخططات المعرفية السلبية بالفوبيا لدى طلاب الجامعة من الجنسين وكذلك التعرف على أي من المخططات المعرفية السلبية أكثر قدره على التنبؤ بالمتغير التابع حيث تعد المخططات المعرفية السلبية متغيرات مستقلة والفوبيا متغير تابع وذلك لدى عينة الذكور والإناث ويتضح ذلك من الجداول التالية:

**أولاً : بالنسبة لعينة الذكور من طلاب الجامعة**

**جدول (1) تحليل الانحدار المتدرج في التنبؤ بالفوبيا لدى عينة الذكور**

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	نسبة الاسهام R	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة "ف"	الدلالة	قيمة "ت"	الدلالة
قلق الخوف لدى عينة الذكور (ن=143)	الكبت	0,362	0,423	0,362	21,201	0,01	6,106	0,01
	الكبت+ الاستحقاق	0,441	0,292	0,276	16,856	0,01	7,105	0,01
	الكبت+ الاستحقاق+ العجز عن ضبط الذات	0,497	0,355	0,276	15,183	0,01	6,605	0,01
	الكبت+ الاستحقاق+ العجز عن ضبط الذات+الهجران	0,525	0,157	0,18	13,109	0,01	5,592	0,01

**يتضح من الجدول السابق ما يلي:**

أن هناك قيم تنبؤية موجبة دالة احصائياً عند مستوى 0,01 للمتغيرات (الكبت العاطفي، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات، الهجران/ عدم الاستقرار) بأعراض الفوبيا، ويسهم مخطط الكبت العاطفي اسهاماً دالاً في التنبؤ بالفوبيا بحوالي 36% في تباين درجات أعراض الفوبيا لدى الطلاب ، بينما يسهم الكبت العاطفي، الاستحقاق إسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي 44% في تباين درجات الفوبيا لدى الطلاب كما يسهم الكبت العاطفي، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات اسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي 49% في

تباين درجات أعراض الفوبيا لدى الطلاب بمعنى أنه كلما زادت درجات الطلاب في تلك المخططات السالف ذكرها زادت أعراض الفوبيا. وللتعرف على أي المتغيرات المستقلة أكثر قدرة على التنبؤ بالمتغير التابع الفوبيا لدى الذكور تم ادخال المخططات المعرفية (الحرمان العاطفي، الهجران/ عدم الاستقرار، التشكيك/ الإساءة، العزلة الاجتماعية/ الوحدة، العيب/ العار، الفشل، الاتكالية/ الاعتماد، توهم الأذى أو المرض، التعلق/ هدم الذات، الاذعان / الانقياد، التضحية بالذات، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة/ النفاق، الاستحقاق/ هوس العظمة، العجز عن ضبط الذات) معاً في نموذج تحليل الانحدار المتدرج و أسفر هذا التحليل عن دخول (الكبت العاطفي ، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات، الهجران/ عدم الاستقرار) للنموذج بشكل دال احصائياً و استبعاد باقي المخططات، الأمر الذي يشير إلى أن مخططات (الكبت العاطفي، الاستحقاق، العجز عن ضبط الذات، الهجران/عدم الاستقرار) هي أكثر المخططات المعرفية السلبية قدرة على التنبؤ بأعراض الفوبيا لدى طلاب الجامعة من الذكور. وبالتالي يمكن كتابة المعادلة التنبؤية لهذا البعد على النحو التالي:

$$\text{الفوبيا} = 8,782 + 0,423 \times \text{الكبت} + 0,292 \times \text{الاستحقاق} + 0,355 \times \text{العجز عن ضبط الذات} + 0,157 \times \text{الهجران}$$

جدول (٢) تحليل الانحدار المتدرج في التنبؤ بدرجة الفوبيا لدى عينة الاناث

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	نسبة الاسها R م	معامل الانحدار B ر	معامل الانحدار المعياري Beta	قيمة "ف"	الدلالة	قيمة "ت"	الدلالة
الفوبيا لدى عينة الاناث (ن=١٧٢)	توهم الأذى	0,46 9	0,51 9	0,46 9	47,8 48	0,0 1	10,2 76	0,0 1
	توهم الأذى+ الحرمان العاطفي	0,55 5	0,34 9	0,30 4	37,5 82	0,0 1	5,70 1	0,0 1
	توهم الأذى+ الحرمان العاطفي+ هدم الذات	0,57 5	0,18 9	0,15 9	27,6 53	0,0 1	3,78 3	0,0 1
	توهم الأذى+ الحرمان العاطفي+ هدم الذات+ الاستحقاق	0,59 2	0,19 2	0,14 3	22,3 38	0,0 1	4,36 1	0,0 1

يتضح من الجدول السابق ما يلي

أن هناك قيم تنبؤية موجبة دالة احصائياً عند مستوى ٠,٠١ للمتغيرات (توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات، الاستحقاق) بأعراض الفوبيا، ويسهم مخطط توهم الأذى اسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي ٤٧% في تباين درجات أعراض الفوبيا لدى الطلاب، بينما يسهم توهم الأذى، الحرمان العاطفي اسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي ٥٥% في تباين درجات الفوبيا لدى الطلاب كما يسهم توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات اسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي ٥٧% في تباين درجات أعراض الفوبيا لدى الطلاب كما يسهم توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات، الاستحقاق اسهاماً دالاً في التنبؤ بأعراض الفوبيا بحوالي ٥٩% في تباين درجات أعراض الفوبيا لدى الطلاب بمعنى أنه كلما زادت درجات الطلاب في تلك المخططات السالف ذكرها زادت أعراض الفوبيا.

و للتعرف على أي المتغيرات المستقلة أكثر قدرة على التنبؤ بالمتغير التابع الفوبيا لدى الإناث تم ادخال المخططات المعرفية ( الحرمان العاطفي، الهجران/ عدم الاستقرار، التشكيك/ الإساءة، العزلة الاجتماعية/ الوحدة، العيب/ العار، الفشل، الاتكالية/ الاعتماد، توهم الأذى أو المرض، التعلق/ هدم الذات، الاذعان / الانقياد، التضحية بالذات، الكبت العاطفي، المعايير الصارمة/ النفاق، الاستحقاق/ هوس العظمة، العجز عن ضبط الذات) معاً في نموذج تحليل الانحدار المتدرج و أسفر هذا التحليل عن دخول (توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات، الاستحقاق) للنموذج بشكل دال احصائياً و استبعاد باقي المخططات، الأمر الذي يشير إلى أن مخططات (توهم الأذى، الحرمان العاطفي، هدم الذات، الاستحقاق) هي أكثر المخططات قدرة على التنبؤ بأعراض الفوبيا لدى طلاب الجامعة من الإناث. وبالتالي يمكن كتابة المعادلة التنبؤية لهذا البعد على النحو التالي:

$$\text{الفوبيا} = ٨,٧٨٢ + ٠,٤٢٣ \times \text{الكبت} + ٠,٢٩٢ \times \text{الاستحقاق} + ٠,٣٥٥ \times \text{العجز عن ضبط الذات} + ٠,١٥٧ \times \text{الهجر}$$

مما يعني أن الحذر الزائد على الذكور في مرحلة الطفولة وقصور الاستقلال الذاتي يساعد بشكل كبير في التنبؤ بالفوبيا لديهم.

كما أن الحرمان من الرعاية أو الحماية أو الحرمان من العطف للإناث في مرحلة الطفولة والتضحية بالذات من أجل الآخرين يساعد فالتنبؤ بالفوبيا لديهم.

وتتسق النتيجة مع ما أكده بيك والفورد (1997) Beck & Alford بأن المخططات المعرفية السلبية تعمل على تشوه معالجة المعلومات وتؤدي بدورها لتشوهات معرفية مُنتجة أنماط من النشاط ذات طبيعة سلوكية وانفعالية وانتباهيه وذاكره، وقد أطلق عليها بيك خصوصية المحتوى المعرفي ونتيجة لهذا يصبح الأشخاص عُرضة لأنواع معينة من التشوهات المعرفية والتي تساعد وتهدأ للإصابة باضطرابات نفسية معينة. توصلت النتيجة في الفرض الحالي إلى أن مخططات (الكبت العاطفي، الجدارة/ الشعور بالعظمة، العجز عن ضبط الذات) هي أكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية قدرة على التنبؤ بالفوبيا لدى طلاب الجامعة من الذكور.

وكان أكثر المخططات قدرة على التنبؤ بالفوبيا لدى طلاب الجامعة من الذكور كان مخطط الكبت العاطفي، حيث ساهم بنسبة ٣٦% من إجمالي المخططات الأخرى، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن الذكور الذين ينشئون في بيئة يقوم فيها الآباء بحث أبنائهم على كبت غرائزهم وانفعالاتهم كي لا يتعرضوا للخجل أو النقد يكونوا عُرضة للفوبيا أكثر من غيرهم. وكانت مخططات (توهم الأذى أو المرض، الحرمان العاطفي، التضحية بالذات، الجدارة/ الشعور بالعظمة) أكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية قدرة على التنبؤ بالفوبيا لدى طلاب الجامعة من الإناث.

وكان أكثر المخططات قدرة على التنبؤ بالفوبيا لدى طلاب الجامعة من الإناث كان مخطط توهم الأذى أو المرض، حيث ساهم بنسبة ٤٧% من إجمالي المخططات الأخرى، وتفسر الباحثة هذه النتيجة بأن الإناث الذين ينشئون في بيئة غير آمنة ويشعرون فيها بخوف شديد ومفرد من حدوث الكوارث ويشعرون أنها سوف تحل بهم في أي وقت، هم أكثر عُرضة من غيرهم للإصابة بالفوبيا.

وتتماشى هذه النتيجة مع ما أكده محمد السيد (١٩٩٩) من أن الخبرات المؤلمة أو المزعجة التي تحدث للفرد في مرحلة الطفولة وتُكبت، أو التجارب التي تتطوي على إخافة بالغة قد مر بها الفرد تكون سبباً في الإصابة بالفوبيا.

وتوصل عادل صادق (١٩٨٥) إلى أن الفوبيا تنشأ من أحداث الطفولة، وأن كل ما يمر به الطفل في طفولته يؤثر عليه في مستقبله، وأن مخاوف الطفولة تتجدد في الكبر، حتى وإن نسي الفرد ما حدث في طفولته من مؤثرات وأحداث مؤلمة وأثارت خوفه في هذه المرحلة



المبكرة فهي تظل موجودة بداخله، وعندما يتعرض لحدث أو موقف مشابه فتثير لديه مشاعر الخوف وبالتالي الإصابة بالفوبيا.

وأضاف آرثر بيل (٢٠١١) أن الفوبيا تنشأ نتيجة الأفكار والمعتقدات اللاتكيفية المبكرة في حياة الفرد، وتنشأ الفوبيا بطريقة آلية نتيجة طريقتنا الانفعالية في تفسير الأحداث والمعلومات، فتتكون الفوبيا نتيجة لتلك المعتقدات من المعلومات الماضية.

وفي هذا الصدد يرى جاري أمري (1988) Emery أن الاضطرابات النفسية تسبقها اضطرابات معرفية والمتمثلة في الأفكار الآلية السلبية والمخططات المعرفية السلبية مما تؤدي إلى زيادة الأعراض المرضية (الفوبيا، القلق، الاكتئاب).

وأكد يونج وبراون (2003) Young & Brown أن المخططات المعرفية السلبية تلعب دوراً أساسياً في ظهور الاضطراب النفسي، وإن خفض وعلاج المخططات المعرفية السلبية يتبعه تحسن في الأعراض النفسمرضية " الفوبيا".

#### - توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية توصى الباحثة بما يلي :

- ١- إعداد برامج علاجية قائمة على علاج المخططات المعرفية لمن يعاني من الفوبيا.
- ٢- إعداد برامج إرشادية للأباء لتوعيتهم بمخاطر المخططات المعرفية السلبية وتأثيرها على الأبناء.

#### - المقترحات البحثية المستقبلية:

نظرا لأهمية موضوع الدراسة الحالية من الناحية النظرية والتطبيقية ومع زيادة نسبة الاضطرابات والمشكلات النفسية لدى طلاب الجامعة والناجمة عن مخططات معرفية تكونت في مرحلة الطفولة؛ لذا تقترح الباحثة القيام بالبحوث المستقبلية الآتية:

- ١- دراسة عن الاكتشاف المبكر عن المخططات المعرفية السلبية.
- ٢- دراسة العلاج القائم على المخططات المعرفية Schema therapy للفوبيا.
- ٣- دراسة عن علاقة المخططات المعرفية السلبية بالفوبيا وأنواعه المختلفة وعدم الاقتصار على الرهاب الاجتماعي، لندرة الدراسات العربية والاجنبية التي ناقشت الموضوع.

## المراجع العربية:

- ١- الشافعي، إبراهيم & القرنى. مهدي بن علي (٢٠١٠). رهاب الكلام لدى طلبة الجامعة السعوديين وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية! دراسة تنبؤية مقارنة. مجلة العلوم الاجتماعية، ٣٨، (٣٤).
- ٢- عبد الله، أحمد & حسين. خالد (٢٠١٩). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالرهاب الاجتماعي لدى مستخدمي شبكات التواصل الاجتماعي من طلاب كلية الطب. مجلة العلوم التربوية والنفسية. ٢٠ (١).
- ٣- عكاشة. أحمد (٢٠١٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٤- بيل. آرثر (٢٠١١). الفوبيا الخوف المرضي من الأشياء والتغلب عليها (عبد الحكم الخزامي، مترجم). الدار الاكاديمية للعلوم.
- ٥- عرفة. أمارة (٢٠٠٧). بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدى مرضي الوسواس القهري. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- ٦- عبد الله. أية (٢٠١٨). المخططات المعرفية السلبية وعلاقتها بكل من أعراض القلق والاكنتئاب لدى طلاب الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الآداب، جامعة حلوان.
- ٧- أبو ضيف. إيمان (٢٠٠٣). الفوبيا الاجتماعية وعلاقتها بالإساءة المبكرة للطفل. جمعية الثقافة من أجل التنمية، ٧ (٤).
- ٨- الغامدى. حامد (٢٠٠٩). فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خفض اضطراب الرهاب الاجتماعى. الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٢ (٨٢، ٨٣).
- ٩- ماما، دحماني & بلغالم، محمد، لكحل، مصطفى. (٢٠١٦). المخططات المعرفية للاتوافقية المبكرة عند جيفري يونغ. مخبر المخططات الجزائرية في إفريقيا، (١٠).
- ١٠- بارلو. ديفيد (١٩٩٩). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة، (٢٠٠٢). القاهرة: دار الأنجلو المصرية.
- ١١- راشد. صفاء (٢٠٠٩، مارس). ممارسة العلاج المعرفى السلوكى للتخفيف من حدة الرهاب الاجتماعى لدى طلاب الخدمة الاجتماعية (جلسة المؤتمر). مؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون للخدمة الاجتماعية - الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، القاهرة، مصر <http://search.mandumah.com/Record/115074>

- ١٢- صادق. عادل (١٩٨٥). الطب النفسي والاضطرابات النفسية والعقلية. الدار السعودية للنشر والتوزيع.
- ١٣- بشار، عاصلة & درويش. محمد (٢٠١٣). الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الثانوية في ضوء نظرية ألبرت أليس. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة الأردن.
- ١٤- العيسوي. عبد الرحمن (١٩٩٢). علم النفس الاكلينيكي. الاسكندرية: دار الجامعية.
- ١٥- البحيري. عبد الرقيب (٢٠٠٤). قائمة مراجعة الأعراض. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ١٦- البحيري. عبد الرقيب (٢٠١٤). اختبار حالة وسمة القلق للكبار. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٧- عبد الغفار، غادة. (٢٠٠٧). الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، ١٧(٣)، ٦٤٣-٦٨٨.
- ١٨- حسين. عواطف (٢٠٠٦). الخوف الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية وموضع الضبط الوالدي في مرحلة المراهقة المبكرة. مجلة كلية الآداب، (٣٩)، ٤٥٥-٥٢٢.
- ١٩- شاهين، فرانسيس & جرادات. عبد الكريم (٢٠١٢). مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث- العلوم الإنسانية، ٢٦(٦).
- ٢٠- السيد. محمد (١٩٩٩). علم الأمراض النفسية والعقلية: الأسباب والأعراض والتشخيص والعلاج. دار قباء.
- ٢١- عبد الرحمن، محمد & سراج. ثريا (٢٠١٥). المخططات المعرفية اللاتكيفية كمتغير وسيط في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى طالبات الجامعة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، ٢٥(٨٩).
- ٢٢- عبد الرحمن، محمد & سعفان. محمد (٢٠١٤). مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- ٢٣- على، مصطفى & السرسى. أسماء (٢٠٢١). برنامج علاجي قائم على المخططات المعرفية والتجهيز الانفعالي لخفض الرهاب الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي. مجلة دراسات الطفولة. ٢٤(٩٠).

- ٢٤- سلامة. ممدوحة (٢٠١٤). استبيان الاحكام التلقائية عن الذات. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢٥- رتيب. ناديا (٢٠١٠). الفويا الإجتماعية لدى طلبة الصف الأول الثانوى وعلاقتها بالمعتقدات اللاعقلانية فى ضوء متغيرات الجنس ومكان الإقامة والمستوى الاقتصادي. مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، ٩(١٤).
- ٢٦- عبد الحميد. نجلاء (٢٠١٤). الفروق بين مرضي الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة علي صنع القرار وحل المشكلات. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢(٣).
- ٢٧- محمود. نهاد (٢٠١٥). المخططات اللاتكيفية المبكرة كمتغير وسيط بين أنماط التعلق الوجداني وأعراض اضطراب الحدية لدي عينة غير اكلينيكية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٣(١).
- ٢٨- على. هبة (٢٠١٥). المخططات المعرفية اللاتوافقية المنبئة باضطراب الشخصية الحدية لدي عينة من الشباب الجامعي. مجلة كلية الآداب، ١(٤١).
- ٢٩- محمد. هبة (٢٠١٥). المخططات المعرفية اللاتوافقية المنبئة باضطراب الشخصية الحدية لدي عينة من الشباب الجامعي. مجلة كلية الآداب، ١(٤١).

#### المراجع الانجليزية:

- Aalto's.t& marttunen,m.t.(2003).depressive symptoms in adolescence may increase the risk of psychiatric disorders in early adulthood.Evidence-based mental health,6-60.
- Alford, B., & Beck, A.(1997).The integrative power of cognitive therapy.Guilford press.
- [American Psychiatric Association](#).(2013).the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition , United States.
- Beck,A.& Weishaar,M.(2005).Cognitive Therapy.in R.J.Corsini& D.Wedding(EDS),Current Psychotherapies,7ed,26-238,Balmon.
- Brian, A.linda, f.calhoun.georgia, b.jeffrey, m.& john, v.(2002).the early maladaptive schema questionnaire- short form: a construct validity study, measurement& evaluation in counseling& development.American c:Apr2002,35(1),2.
- Byrne,d.(1981)sex differences in the reporting of symptoms of depression in the general population.british journal of clinical psychology, (20).

Camara,M.Clavete,E.(2012).Early Maladaptive Schemas as Moderators of The Impact of Stressful Events an Anxiety and Depression in University Students.Journal of Psychopathology Behavioral Assessment.

Clark,d.a, Beck,A.T,&Alford,b.a.(2005)scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression.newyork:john wiley&sons.

David Bricker, Jeffrey Young , Catherine Flanagan.(1993).Schema – Focused Cognitive Therapy:A Comprehensive Framework for Characterological Problems.The Jossey-Bass social and behavioral science series.

Emery, G.(1988).Getting undepressed (2<sup>nd</sup> ed).Simon& Schuster inc.

Hans M.Nordahl, Harald Holthe , Jon A.Haugum.(2005).Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief?.Clinical Psychology and Psychotherapy,12.

<http://11ebmh.bmjournals.com/cgi/content/full/6/2/60>.

Jeffrey E.Young, Janet S.Klosko, Marjorie E.Weishaar.(2003).Schema Therapy.A Practitioner`s Guide.Guil Ford press, New York.

Jeffrey E.Young.(1999).Cognitive Therapy for Personality Disorder:A Schema Focused Approach.Sarasota, Professional Resource Press/Professional Resource Exchange. Washington.

Lee,E.J.(2007).A Cognitive Vulnerability Model of Depression For People with Temporal Lobe Epilepsy:A longitudinal Study Doctor Dissertation, University of Wisconsin.

Norman B.Schmidt , Thomas E.Joiner, Jeffery E.Young, Michael J.Telch.(1995).The Schema Questionnaire:Investigation of psychometric Properties and hierarchical Structure of Measure of Maladaptive Schemas.Cognitive Therapy and Research,19(3).

Rachel,m.& jeffry,y(2010).schema therapy, in hand book of cognitive-behavioral therapies,edited by keith,s.Dobson,new York:Guilford.

Tian Po Oei , John Baranoff (2007).Young Schema Questionnaire: Review of Psychometric and Measurements Issues, Australian Journal of Psychology,59(2).

Torres,c(2002) early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopath and narcissism.A thesis submitted for degree of doctor of psychology clinical.Australian national university.

Van,l.,braet,c.,bosmans,g.,rosseel,y.,&bogels,s.(2010)maladaptive schemas and psychopathology in adolescence:on the utility of young's schema theory in youth.cognitive therapy and research.34(4).

Wayne Warburton, Doris McIlwain.(2005).The Role of Early Maladaptive Schemas in Adult Aggression.Journal of National Cancer Institute,2.

Young, J.E,& Brown, G.(2003).Young Schema Questionnaire.Cognitive Therapy Center of New York, New York.

Young,J., Rafeal,E., Bernstein, D.(2011).Schema Therapy: Distinctive Features.London.

Young,J.E,& Brown,G.(2003).Young Schema Questionnaire.Cognitive Therapy Center of New York, New York.