

# المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل

## المشكلات\* لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء

د . نجلاء عبد الحميد اليوسف

### اختصاصي نفسي اكلينيكي - دولة الكويت

#### ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن المخططات المعرفية السلبية المنبئة بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من مجموعتين، تكونت المجموعة الأولى من ٦٠ مريضاً باضطراب الوسواس القهري، من الذكور، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.١٦ ± ٦.٢٨ سنة)، وتكونت المجموعة الثانية من ٦٠ فرداً من غير المرضى، من الذكور، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.٣ ± ٧.٤٢)، وقد طبق على المبحوثين عدة اختبارات هي: قائمة مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، واستخبار صنع القرار لفلنדרز، وقائمة حل المشكلات، ومقياس عدم تحمل الكرب، واستخبار السيطرة على الأفكار، ومقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل، ومقياس عدم تحمل الغموض، وقائمة الكمالية متعددة الأبعاد، ومقياس الاتجاهات نحو تحمل المسؤولية، واستخبار المعتقدات الوسواسية-٤٤. وكشفت نتائج الدراسة الراهنة باستخدام تحليل الانحدار المتعدد عن أن المخططات المعرفية السلبية المتمثلة بتضخيم تحمل المسؤولية، والنزعة إلى الكمالية، استطاعت التنبؤ بضعف القدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، بينما استطاعت مخططات تضخيم تحمل المسؤولية، والنزعة إلى الكمالية، وتضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، التنبؤ بكفاءة القدرة على صنع القرار لدى مجموعة الأسوياء. هذا بالإضافة إلى أن تحليل الانحدار المتعدد، قد أظهر قدرة مخططات النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، وتضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، على التنبؤ بضعف القدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري، بينما استطاعت مخططات السيطرة على الأفكار الوسواسية، ودمج الأفكار بالأفعال القهرية، وتضخيم تحمل المسؤولية، والنزعة إلى الكمالية، التنبؤ بكفاءة القدرة على حل المشكلات لدى الأسوياء.

كلمات مفتاحية: مخططات معرفية سلبية - صنع القرار - حل المشكلات - الوسواس القهري - الأسوياء.

#### مقدمة

إن سلوكيات الناس ومشاعرهم تتأثر بإدراكهم للأحداث، وإنه ليس موقفاً بذاته هو الذي يحدد كيف يشعر الناس، لكنها الطريقة التي يفسرون بها ذلك الموقف، وأن هذا الإدراك الذي يؤثر على مشاعر وسلوك الناس هو الغالب في معظم الاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك، وأن استمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات الراسخة لديهم. كما أن لدى

• بحث مستل من رسالة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي تحت إشراف الأستاذ الدكتور/ محمد أحمد نجيب الصبوة، أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة.

الناس أفكاراً سريعة عن تقييمهم لمواقف معينة، وهذه الأفكار تسمى بالأفكار التلقائية لا تنتج عن نية أو قصد، إنما تتبثق تلقائياً، وغالباً ما تكون سريعة ومختصرة، ومن الصعب الانتباه لها، بينما يمكنهم الانتباه أكثر للمشاعر المصاحبة لها، ونتيجة لذلك يتقبل الناس أفكارهم التلقائية بلا نقد أو تمحيص، كما يمكن التعرف على الأفكار التلقائية إذا ما تم الانتباه لأي تحول في المشاعر، وعند التعرف على الأفكار التلقائية يمكن تقييم مصداقية هذه الأفكار، وإذا تبين أن هذه الأفكار خاطئة، ويمكن تصحيحها فربما يتم ملاحظة تحسن في المزاج. أي حينما تصبح الأفكار المعطلة قابلة للتعديل المنطقي، يتحسن الفرد من الناحية المزاجية. وهذه الأفكار التلقائية غالباً ما يكون خلفها معتقدات جوهرية أساسية وعميقة ذات مفاهيم أساسية وراسخة وعميقة، تؤثر في كيفية تفكير الفرد وشعوره وتصرفاته (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ٣٦-٣٩: مترجم).

### مدخل إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

يكمن أصل التفكير الوسواسي في الأفكار المقتحمة غير المرغوبة وغير المقبولة، والصور، والاندفاعات، التي يخبرها معظم الأفراد، وهذه الأفكار المقتحمة وغير المرغوبة تشبه بالشكل والمضمون الوسواس المرضية. لكن في الوسواس المرضية فإن تلك الأفكار تعكس مخاوف الأفراد الحالية واهتماماتهم، كما أنها تمثل أحد جوانب حل المشكلات التي يواجهونها من تلك الأفكار المقتحمة غير المرغوبة، فافتحام الأفكار ينظر إليه على أنه مولد للأفكار الوسواسية لتكون مفيدة في حل المشكلات، وتلك الأفكار المقتحمة لا بد أن تتعرض لمزيد من التقييم والتحليل، فإذا كان التقييم يقترح بعض الأنشطة، فإن الأولوية تكون معالجة تلك الأفكار. والأفكار هنا تكون مقنعة تماماً خاصة لأنها مرتبطة بمخاوف الفرد الحالية، أما إذا كانت تلك الأفكار والصور والاندفاعات التي يخبرها الفرد ويراهها بأنها غير مفيدة أو يقيّمها على أنها لا صلة لها بمخاوفه الحالية، فإنه سوف يتم تجاهلها. والفرق بين الاقتحام الطبيعي للأفكار والاقتحام الوسواسي ليس في الحدث نفسه أو في المحتوى أو في العجز عن التحكم بها، إنما في أسلوب تقييم تلك الأفكار المقتحمة أو في تفسيرها، هذا هو الذي يحدد مدلول مرض الوسواس القهري. كما يوضح بأن الاقتحامات المعرفية للأفكار الوسواسية تحدث في بادئ الأمر بشكل محايد بينما تؤخذ بشكل إيجابي أو سلبي أو ذات مدلول محايد عاطفياً، يعتمد ذلك على خبرات الفرد السابقة وعلى سياق التفكير لديه، كما أن أي تفكير يوجد لديه احتمالية ليصبح تفكيراً وسواسياً لو تم تفسير الأفكار المقتحمة على أنها تتطوي على مسئولية شخصية مبالغاً فيها وذات أهمية كبيرة (Clark, 2004: 91; Abramowitz, Nelson, Rygwall & Khandker, 2007).

وقد توصل الباحثون إلى عدد كبير من المعتقدات الخاطئة أو المخططات المعرفية السلبية الناجمة من التقييم السلبي للأفكار المقتحمة، والتي تسهم في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، التي فسرها الباحثون على إنها اقتحامات تشكل خطراً على حياتهم وعلى من حولهم، أو ربما يكونون مسئولون عن حدوث أذى لأنفسهم أو لغيرهم (Salkovskis, 1999). وتتمثل تلك المخططات المعرفية السلبية والأفكار المرتبطة بها لدى مرضى الوسواس القهري في الآتي:

١- تضخيم التهديد والمبالغة في تقييم حدة العواقب الوخيمة الناتجة عن الفكرة الوسواسية؛ فالفكرة الوسواسية تمثل تهديداً واقعياً خطيراً لحياة المريض الشخصية. وذلك عندما يصافح المريض يد شخص غريب، يعتقد أنه سيصاب بمرض خطير، أو إذا ترك باب السيارة مفتوحاً، سيتم سرقتها لا محالة.

٢- المبالغة في أهمية الفكرة، وتعني الإلحاح الشديد للفكرة الوسواسية، وأن لها أهمية قصوى، وذات دلالة بالنسبة للمريض، لأنها تحدث بشكل متكرر ومستمر رغماً عنه، ولأنها سبب كل ما يقوم به من أفعال وطقوس قهرية عقلية وسلوكية، حتى يمنع الكوارث التي ستترتب عليها. وهنا يعتقد المريض بأنه لا بد من أن يكون على استعداد تام للإصابة بالمرض، إذا ما غفل لحظة عن فكرة إزالة الجراثيم وكل ما هو معدّي، أو إذا كان لديه أفكار عدوانية وعنيفة ضد الآخرين، فلا بد أن يكون في أعماقه يريد أن يقوم بأذاهم.

٣- دمج الأفكار بالأفعال القهرية، أي أن المريض يعتقد بأن التفكير في الحدث السلبي يزيد من احتمال وقوعه، فهنا يساوي الأفكار بالأفعال الواقعية الحقيقية. أي إذا فكر المريض في وقوع حادثة لشخص ما، فهذا معناه أن الاحتمال شديد جداً بوقوع الحادثة له.

٤- تضخيم تحمل المسؤولية، حيث يشعر المريض بأنه مسئول عن نفسه، أو عن أي شخص آخر، وعن منع حدوث أي عواقب أو كوارث وخيمة متخيلة قد تحدث له أو لغيره، وأن هذه الكوارث لو حدثت ستكون من مسؤوليته، وأن له تأثيراً خارقاً لمنع حدوثها. وهنا يرى المريض أنه لا بد أن يتأكد تماماً من أنه لم يلوث الآخرين، ولم ينقل لهم الجراثيم، أو إذا رأى قطعاً من الزجاج المكسور على الأرض، لا بد أن يلتقطها جميعاً، لأنه إذا لم يفعل ستكون غلطة عمره، إذا مرت عليها سيارة وحدث لها مكروه.

٥- السيطرة على الأفكار الوسواسية، حيث يشعر المريض بأهمية السيطرة بشكل كامل على أفكاره الوسواسية لكي يتجنب حدوث العواقب الوخيمة، فالعجز عن السيطرة عليها بالضرورة سيؤدي إلى حدوث كوارث وعواقب وخيمة له وللآخرين. أي أنه إذا لم يسيطر سيطرة كاملة على وساوسه، فإنه سيصاب بالقلق والكرب الذي لا يطاق، أو إذا قام بفعل جاد وفعال للسيطرة على الوسواس، فهذا يعني أنه ليس مريضاً.

٦- عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد، أي أن المريض يجد أنه من الضروري أن يكون متأكداً من أن كل إنجازاته صحيحة تماماً وخالية من الخطأ، ويكافح للوصول إلى التأكد والوضوح التام في أفكاره أو في أفعاله، بهدف تخفيف الشك أو الغموض، وإلا سيترتب على غموضها المعاناة من الكرب الشديد أو القلق. وهنا يكون المريض بحاجة دائمة للتأكد من أنه لن يفعل خطأ، أو أنه من الضروري أن يتأكد بدقة من أن بيته يخلو تماماً من أية ملوثات أو جراثيم.

٧- النزعة إلى الكمالية، أي الافتراض بأنه من المرغوب فيه بشدة أن يكافح المريض من أجل إيجاد استجابة واحدة هي الصحيحة لحل أي مشكلة تواجهه، كما يجب تجنب كل الأخطاء التافهة لأنها قد تؤدي لعواقب كارثية، فلا بد أن يحقق المريض استجابة كاملة وشاملة لكل موقف يواجهه لكي

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

يتجنب وقوع الكوارث الخطيرة، التي تحدث بسبب عدم الدقة بالعمل. أي أنه من المهم لدى المريض أن يجد الهدية الملائمة تماماً لكل مناسبة، أو ينبغي ألا تمر بخاطره إطلاقاً أية فكرة سيئة أو شريرة ضد أي أحد من الناس أو الله.

٨- عدم تحمل الكرب النفسي، حيث يرى المريض إنه من المفترض دائماً أن القلق أو الكرب النفسي أمر مرفوض تماماً، لأنه دائماً ينتج عنه عواقب مؤذية وسيئة، لذلك يجد نفسه بأنه لا بد أن يبذل قصارى جهده لتجنب الشعور بالقلق أو لتقليله كلما حدث، وإذا لم يقل الكرب والقلق أو ينتهي من حياته نهائياً، سيؤدي ذلك به إلى حدوث عواقب كارثية ومؤذية له وللآخرين. وهنا يشعر المريض بأن عليه القيام بأي شيء مهما كان لتخفيف القلق أو الكرب النفسي الناجم من إحدى الأفكار الوسواسية المقترحة أو المرفوضة .

( محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٠، ٩٨ - ١٠٢، Wroe & Salkovskis, 2000 ).

ووفقاً لذلك فإن مرضى الوسواس القهري يقومون بتقييم أفكارهم المرتبطة بمواقف معينة وفق معتقداتهم الراسخة والعميقة في مخططاتهم المعرفية، والتي في الغالب تكون مخططات لا توافقية تؤدي إلى تقييمات سلبية، مما ينتج عنها مشاعر الكرب والضيق، وللتخلص من هذه المشاعر فإنهم في الغالب ما يلجأون إلى سلوكيات طقوسية ظاهرة أو ضمنية. وذلك يكشف عن أن اختلال الوظائف المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري مرتبط بطريقة إدراكهم للمواقف ومن ثم تقييمهم لأفكارهم.

وتوصل بعض الباحثين إلى وجود ضعف لدى مرضى الوسواس القهري في كل من القدرة على صنع القرار وحل المشكلات، حيث أن مرضى الوسواس القهري دائماً مشغولون بكبح الاحتمالات ومحاولة السيطرة عليها وذلك من خلال أدائهم لسلوكيات معينة استجابة لتلك الاحتمالات، بالإضافة إلى كونهم بطبيعتهم مترددون، الأمر الذي يؤدي إلى وجود انحرافات وعيوب في معالجة المعلومات فيما يتعلق بصنع القرار وحل المشكلات (Edward & Charles, 2001, 1081-1082).

وقد لوحظ تسبب اضطراب الوسواس القهري لكثير من المشكلات الاجتماعية والأسرية والمهنية، حيث وجد أن مريض الوسواس القهري غالباً ما يعاني من فشل في العلاقات الاجتماعية وذلك لكثرة انشغاله بالأفكار أو الأفعال الوسواسية، كما وجد أن لديه إعاقة في الوظائف الأسرية والمهنية، مما يترتب عليه كثير من المشكلات كالطلاق أو فقدان الوظيفة (أحمد عبد الخالق، ١٦٥، ٢٠٠٢-١٩٨ Salkovskis & Kirk, 1997).

يتضح مما سبق دور المخططات المعرفية السلبية للإصابة باضطراب الوسواس القهري وفي نشأته، وتصعيد شدته وتكراره، ومما يصاحبه من اضطراب في بعض العمليات المعرفية، كالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات، وما يترتب عليها من مشكلات إجتماعية وأسرية ومهنية.

**ويمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:**

١- هل يمكن للمخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء؟

٢- وهل يمكن للمخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء؟

### مفاهيم الدراسة

#### (١) مفهوم الوسواس القهري:

تعرف الوسواس بأنها عبارة عن أفكار وسواسية معاودة ملحة ومتكررة، واندفاعات أو صور خيالية تسبب للمريض كرباً نفسياً شديداً كلما أراد أن يجمعها ويكفها، بينما تعرف الأفعال القهرية بأنها عبارة عن طقوس متكررة، أو أنماط من الأفعال والتصرفات المتكررة أو الأحداث العقلية (الذهنية) التي يشعر المريض بأنه مجبر على فعلها لكي يقلل من حدة الكرب النفسي (ستفين هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٤ مترجم; Lisa, 2008, 1).

#### (٢) مفهوم المخططات المعرفية:

يشير بعض المعالجين النفسيين إلى المخططات المعرفية باعتبارها المعتقدات الجوهرية التي تمثل أكثر أفكار الإنسان مركزية عن النفس، بينما يفرق بيك (١٩٦٤) بين المخططات المعرفية والمعتقدات الجوهرية بأن المخططات هي تركيبات معرفية في عقل الإنسان، وأن محتويات هذه التركيبات هي المعتقدات الجوهرية (جوديث بيك، ٢٠٠٧، ٢٥٥: مترجم).

#### (٣) مفهوم صنع القرار:

يعرف كل من فيرسكي وكاهنمان (١٩٨١) صنع القرار بأنه تصور صانع القرار للأحداث والأفعال والنتائج والاحتمالات المرتبطة باختيار بديل معين يتقيد أو يحكم الإطار الذي يتبناه فرد ما لاتخاذ قراره (روبرت سولو، ٢٠٠٠، ص ٦٨٨: مترجم).

أما ذلك، فيرى بأن صنع القرار، يتم فيه تحديد الموضوع محل الاهتمام، وإدراك عناصر الموقف وأهدافه، ثم إعداد بدائل الأفعال أو السلوكيات المناسبة التي تساهم في انجاز الأهداف. (Zack, 2007)، في حين يرى موست وآخرون، أن عملية صنع القرار، هي عملية معرفية تتطلب قدرة على التحليل، والتفكير الإبداعي الذي يمكن صانع القرار من إنتاج عديد من الأفكار الملائمة للموقف (Must, et al., 2007).

#### (٤) مفهوم القدرة على حل المشكلات:

يعرف دسوقي القدرة على حل المشكلات بأنه عندما يواجه الإنسان موقفاً به بعض التعقيد فإنه يتطلب شيئاً من لمبادأة وقدراً من التأليف العقلي ليتمكن من التوصل للهدف، وهو العملية المتضمنة لاكتشاف التتالي الصحيح للبدائل المؤدية للهدف، وهو عملية الانتقاء من بين عدد من البدائل لتلك التي تؤدي إلى الهدف المنشود (كمال دسوقي، ١٩٨٨، ١١٣٧).

وترى الباحثة أن القدرة على حل المشكلات ما هو إلا التفكير الموجه نحو حل بعينه، مع القيام بنوعين من النشاط العقلي هما: التوصل إلى استجابات محددة وصياغتها ثم اختيار الاستجابات الملائمة من بينها لحل هذه المشكلة، وإن الفرد يواجه أعداداً لا حصر لها من المشكلات مما يتحتم

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

عليه تكوين خطط محددة لاستجاباته واختيار الاستجابات الملائمة، مع فحص الاستجابات الضرورية لحل هذه المشكلات.

### النماذج والنظريات المفسرة لمفاهيم الدراسة

#### أولاً : النماذج النظرية التي فسرت اضطراب الوسواس القهري

##### ١- النموذج السلوكي

يؤكد النموذج السلوكي دور التشريط في اكتساب اضطراب الوسواس القهري والاحتفاظ به، كأفكار وأفعال وعادات جديدة تم تعلمها، كما يظهر مرضى الوسواس القهري معاناة شديدة من الكرب النفسي الذي تسببه لهم هذه الأفكار المقتحمة والمتكررة، وغالباً ما يكمن خلف هذه الأفكار الوسواسية مجموعة من القيم والمعتقدات الخاطئة المتناسكة أو واحدة منها، ويشعر مرضى الكرب الانفعالي أنهم في نهاية الأمر سيرتبطون بهذه الأفكار الوسواسية عبر عمليات طويلة من الإشراف التقليدي. ويكمن الأساس الحقيقي لهذا الاضطراب في أن المرضى يشعرون بالكرب طوال الوقت الذي تقتحم فيه الأفكار الوسواسية أذهانهم أو عقولهم، ومن ثم فهم يطورون مخاوف و رهاباً شرطياً يرتبط بأفكارهم الوسواسية، وغالباً ما يحاولون مواجهة أفكارهم الوسواسية عن طريق تجنب التفكير فيها، بالإضافة إلى قيامهم بأفعال وتصرفات محددة للتقليل من حدة الكرب النفسي والقلق الذي يعانون منه (ستفين هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٥ : مترجم، Salkovskis, 1998, 33-35).

ووفق هذا النموذج تبني مورر Mowrer النظرية ذات المرحلتين ( اكتساب واستمرار دعم الخوف والسلوك التجنبي) لتفسير المخاوف المرضية ( الرهاب ) واضطراب الوسواس القهري. وتفترض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالخوف، نتيجة لاقترانه بمنبه يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق، ومن خلال العمليات الشرطية تكتسب الأشياء والأفكار والصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة. وفي المرحلة الثانية من هذه العملية تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة الذي تثيره مثيرات شرطية متعددة، ويدعمها نجاحها في ذلك، ونظراً لصعوبة تجنب عديد من المواقف التي تثير الوسواس وعدم نجاح التجنب السلبي الذي يسلكه مرضى المخاوف في تخفيف الشعور بالكرب الوسواسي، تتطور أنماط التجنب الايجابي في سلوك طقسي وتثبت وتستمر لنجاحها في تخفيف الشعور بالكرب (ديفيد ريجز، ولدنا فوا ، ٢٠٠٢ ، ٤٨١ : مترجم).

##### ٢- النماذج المعرفية

اقترح كل من سالكوفسكس Salkovskis وفان أوبن Van Open وأرنتز Arntz نماذج معرفية لتفسير منشأ اضطراب الوسواس القهري، حيث أن الأفكار المقتحمة هي أفكار طبيعية، لكن الذي يجعل هذه الأفكار تكتسب الصيغة المرضية، واستمرار الرابطة بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هو اعتقادات المرضى حول أفكارهم المقتحمة، ولأنهم يميلون إلى المبالغة في تقدير احتمالات حدوث العواقب الوخيمة، وما ينجم عن هذه العواقب من خسائر، ودرجة المسؤولية التي يجب عليهم تحملها، والعواقب التي ستترتب على تحملهم لهذه المسؤولية، أي أن مرضى الوسواس القهري ينشطون

مخططات معرفية ذات طبيعة مهددة وخطرة، ومخططات معرفية تحملهم مسئولية جسيمة (ستفين هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٧، مترجم: Salkovskis, 1998, 35-37).

ويرى Carr أن مرضى الوسواس القهري لديهم توقعات عالية غير عادية للعواقب الوخيمة، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية لعدد من الأفعال والتصرفات. ويضيف بأن محتوى الوسواس يتضمن نمطياً مبالغة في الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين المتمثل بالصحة، والموت، ورفاهية الآخرين، والجنس، والدين وغيره، وأن مصادر قلق مرضى الوسواس القهري واهتمامهم مماثلة لمصادر قلق مرضى اضطراب القلق العام واهتمامهم، ومخاوف الأماكن المفتوحة، والمخاوف الاجتماعية (ديفيد ريجز، ولدنا فوا، ٢٠٠٢، ٤٨٢، مترجم).

### ٣- النماذج الحيوية

#### أ- العوامل العصبية الكيميائية

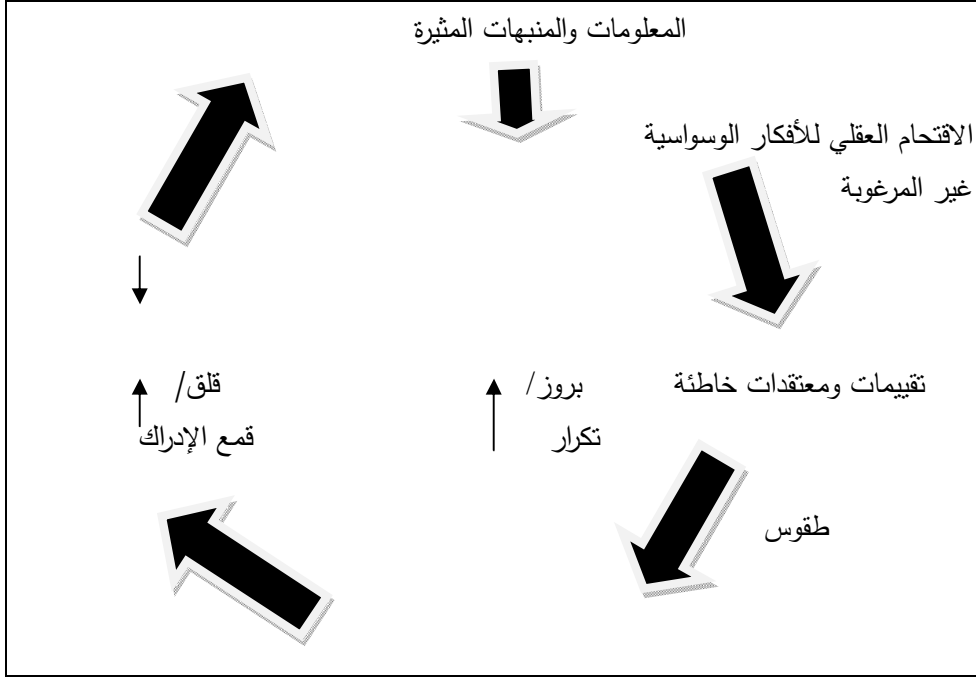
الفرض العصبي الكيميائي الغالب لاضطراب الوسواس القهري يتضمن الناقل العصبي السيروتونين، باعتباره العامل الجوهري في التعبير عن أعراض اضطراب الوسواس القهري، ويلقى هذا الفرض دعماً أساسياً من دراسات فاعلية عقار السيروتونين، حيث تشير الدراسات إلى أن السيروتونين أكثر قدرة مقارنة بالعقاقير الأخرى على خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري (ديفيد ريجز، ولدنا فوا، ٢٠٠٢، ٤٨٦، مترجم).

#### ب- العوامل العصبية التشريحية

هناك أسس عصبية تشريحية لاضطراب الوسواس القهري، حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن كثيراً من ذوي اضطراب الوسواس القهري لديهم بعض الآفات في أداء الفص الأمامي، وتتوفر دلائل إضافية على الآفات الحيوية العصبية من خلال علاقة هذا الاضطراب بمجموعة متنوعة من الاضطرابات ذات الأسس العصبية المعروفة في العقد القاعدية، فقد لوحظ ارتفاع في أعراض الوسواس القهري تالية لالتهاب الدماغ، وهناك دراسات استخدمت الرسم المقطعي لانبعاث البوزيترونات لتقييم النشاط الأيضي في الدماغ، وتبين أن مرضى الوسواس القهري يظهرون معدلات أيضاً مرتفعة في اللحاء قبل الجبهي (ديفيد ريجز، ولدنا فوا، ٢٠٠٢، ٤٨٨، مترجم).

### ٤- النظرية المعرفية السلوكية المعاصرة

في العقد الأخير حاول عديد من النماذج المعرفية السلوكية توضيح دور المعرفة في اضطراب الوسواس القهري، وقد اختلفت النماذج في أي النظم المعرفية المسببة لحدوث اضطراب الوسواس القهري، لكن معظمها يميل إلى إعزاز المبادئ الأساسية والافتراضات الجوهرية المتعلقة بوظيفة التهيؤ المعرفي لدى مرضى الوسواس القهري. والشكل التالي يوضح الإطار النظري العام معتمداً على معظم نظريات التقييم المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري.



شكل ( ١ ) الخطوات الأساسية لنظريات التقييم المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

وحدد راكمان وسيلفا (١٩٧٨) Rachman & Silva نقطة البداية لنشأة اضطراب الوسواس القهري، والتي تتمثل بالاقتحام العقلي للأفكار الوسواسية غير المرغوبة والمرفوضة، المثارة من قبل المنبهات الخارجية. ورغم وجود اختلاف بين النماذج النظرية المعرفية السلوكية إلا أن معظمها يتفق بأن التقييمات والمعتقدات العقلية الخاطئة ليست المسؤولة عن نشوء الوسواس، إنما تؤدي إلى محاولة قمع التفكير أو محايدة الكرب الناجم من الأفكار الوسواسية، أو توقع النتائج السلبية المرتبطة بالأفكار الوسواسية، والصور الذهنية، أو تؤدي إلى طقوس وأفعال قهرية، وتلك التقييمات والمعتقدات الخاطئة تحدث نتيجة لتصعيد الاقتحام العقلي للأفكار الوسواسية غير المرغوبة. وبعد فترة وجيزة فإن الطقوس الناجمة عن التقييمات والمعتقدات الخاطئة تعمل على تخفيض القلق أو الكرب، كما تعمل على زيادة قمع الإدراك لدى الفرد. وعلى المدى البعيد فإن التقييمات الخاطئة وخطط القمع تؤدي إلى مضاعفة بروز الاقتحامات العقلية للأفكار الوسواسية غير المرغوبة، وعلى زيادة تكرارها ( Clark, 2004, 89-90).

##### ٥- النظرية القائمة على العجز.

يرى أصحاب هذه النظرية أن الأفكار المقترحة لدى مرضى الوسواس القهري، يصعب التحكم بها، وفشل في كبتها، وتحدث بشكل متكرر ونمطي، هي بالضرورة تؤدي إلى سلوك شاذ أو غير سوي، حيث يظهر على المرضى صعوبات في الذاكرة، وصعوبات أيضاً في القدرة على صنع القرار. كما تفترض هذه النظرية بأن العجز المعرفي العام مرتبط بالاضطرابات البنائية أو الكيميائية العصبية. فنظرية العجز مرتكزة على رؤيتين: (١) أن مرضى الوسواس لديهم ضعف في الذاكرة العامة وفي قدرات صنع القرار، (٢) وأنهم يختبرون فشلاً عاماً في الضبط المعرفي (Salkovskis, 1998, 37-39).



وقد أيد ذلك عديد من البحوث العلمية، التي ترى أن مرضى الوسواس القهري لديهم ضعف أو عجز في القدرة على صنع القرار وحل المشكلات، وذلك بسبب وجود خلل وظيفي في الفص الجبهي لقشرة الدماغ، حيث يجعل من الصعب عليهم تفسير ومعالجة المعلومات الحسية ومن ثم ترجمتها إلى سلوك. كما أن المعتقدات والأفكار السلبية لديهم حول المواقف والأحداث تجنبهم الخوض في عملية صنع القرارات اللازمة في حل المشكلات التي تواجههم، والابتعاد عن المواقف والأحداث التي تتطلب منهم المخاطرة أو الحسم ( Heekeren, Marrett & Ungerleider, 2008, 467-479, Bechara & Damasio ,2002, 1675-1689, Paulus, 2007, 602-606, Tolin, Stevens, Villavicencio, Norberg, Caloun, Frost, et al., 2012, 832- 841).

### ثانياً: الأطر النظرية المفسرة لصنع القرار.

تهتم نظريات القرار بدراسة كيفية صنع القرارات فعلياً أو كيف يجب صنع القرارات، فنظرية صنع القرار الوصفية تصف وتشرح كيف يختار الناس من بين الخيارات الواقعية، أما نظرية القرار المعيارية أو التوجيهية فإنها تهتم بالخيارات العقلانية أو المنطقية أكثر من الخيارات الواقعية، فهي توضح مسار الفعل الذي يجب اختياره من أجل تحقيق هدف معين، وهناك نوعان من القرارات أولها قرارات تؤخذ بيقين حيث تكون نتيجة كل خيار معروفة بالتأكيد، والنوع الثاني هو قرارات تؤخذ بشك أو بمخاطرة، أي أن احتمال وقوع كل نتيجة غير معروف، أما إذا كان الاحتمال يمكن التنبؤ به من خبرة ماضية أو ملاحظة فإنه يسمى صنع القرار بمخاطرة، وتكمن المشكلة الأساسية في عملية صنع القرار بدرجة اليقين في الاختيار بين الأهداف المتعارضة مثل الجودة في مقابل السعر ( Tversky & Amos, 1987, 73-74).

#### ١- النظريات المعيارية.

وهي التي توضح الكيفية التي يجب أن تصنع بها القرارات، فتصف الأسلوب الأمثل لصنع القرارات في ظروف مثالية، من حيث توفر المعلومات الكاملة حول الموضوع، والتأكد من مدى صحتها، ومحاولة طرح بدائل مثالية للموقف، للتأكد من النتائج التي قد تترتب على كل بديل من البدائل المطروحة، مما يتيح إمكانية التوصل إلى القرار المثالي الذي يحقق أقصى منفعة وأقل خسائر ( Galotti, 1999, 453). ومن النظريات المعيارية ما يلي:

#### أ- نظرية توقع المنفعة الذاتية:

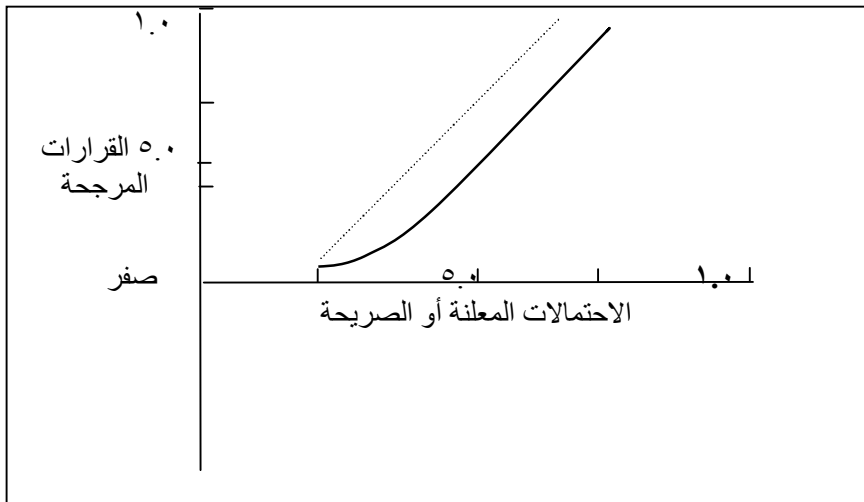
تعد نظرية توقع المنفعة الذاتية نموذجاً من السلوك العقلاني، طوره علماء الاقتصاد والرياضيات، وتفترض بأن التوصل للقرارات لا بد أن يكون عن طريق جمع عدة مجموعات لبدائل المنفعة والمرجحة وفقاً لاحتمال حدوثها ( Ranyard, Crozier, & Svenson, 1997, 5). وتعرف نظرية توقع المنفعة الذاتية، بالنظرية المعيارية أو الإلزامية، وتشترط مجموعة من القوانين لعملية صنع القرار، والتي تجمع بين المعتقدات (كاحتمالات) وبين الأولويات (كفوائد)، أي أن صانع القرار يعمل على إشراك مجموعة من الأولويات من المحصلة والاحتمالات والفوائد التي تمكنه من صنع قرارات معقولة ( Herriot, 1988, 77-78).

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

ووفق نظرية المنفعة، فإنه من المفترض أن يكون لدى صانعي القرار الهدف المستمر لتعظيم أولوياتهم أو منفعتهم، والمنفعة تعرف على أنها القدرة على إرضاء الرغبة. وحسب مبادئ نظرية المنفعة فإن صانعي القرار التقليديين يختارون بانتظام ما يؤدي إلى تعظيم منفعتهم أي ينتخبون الاختيارات التي سوف تؤدي إلى حصولهم على أكبر قدر ممكن من الإشباع والرضا. ويكون صانع القرار في أسوأ وضع حينما لا تكون هناك أية معلومات بخصوص النتيجة المحتملة للاختيار، مما يستلزم تقديراً تخمينياً حول الاحتمالات التي ينبغي أن تحدد على أساس منفعة صانع القرار، وتعطي أساساً معقولاً للتوصل إلى اختيار قد يتوافق مع الهدف الأصلي على الرغم من أنه قد لا يكون الاختيار الأمثل (منى محمد الهادي، ١٩٩٩، ١٧٥-١٧٦).

### ب- نظرية الاحتمالات أو التوقعات المستقبلية:

يحاول كاهنمان و تفرسكي (١٩٧٩) Kahnman and Tversky تقديم نظرية عامة لصنع القرار وهي نظرية التوقعات المستقبلية، وتفترض النظرية بأن عملية صنع القرار لا تهتم بالعواقب أو نهاية الحالات، إنما تراعي كيف أن هذه النهايات ترتبط بمعلومات معينة، بمعنى آخر أن المحصلات لا تقيم بالضبط التكاليف والفوائد، لكنها ذات صلة بالخسائر والأرباح. كما أنها تفترض أن توقع الخسارة والأرباح، يؤثر بالقرارات مباشرة، لكنه لا يمثل بالضبط نسبة الاحتمالية، والتي تعرف بالقرارات المرجحة، والتي بدورها تعكس أهمية كل نتيجة متوقعة في عملية صنع القرار. والشكل التالي يوضح وظيفة القرارات المرجحة وفقاً لنظرية التوقعات المستقبلية.



شكل (٢) وظيفة القرارات المرجحة وفق نظرية الاحتمالات أو التوقعات المستقبلية

ووفقاً لنظرية التوقعات المستقبلية، فإن القرارات المرجحة تتوافق مع محصلة الاحتمالات المعلنة أو الصريحة، فالنظرية هنا تفترض أن الانخفاض في نسبة الاحتمالات تؤدي إلى زيادة القرارات المرجحة، أما ارتفاع نسبة الاحتمالات فتؤدي إلى انخفاض القرارات المرجحة. وقد لاحظ كل من كاهنمان وتفرسكي أن هذه الطريقة لا تقدم تقييماً للاحتمال بقدر ما تعكس أهمية مفترضة للتعرف على

الاحتمالات المحفوفة بالمخاطر لظروف الاختيار (Ranyard, Crozier & Svenson, 1997, 6-7).  
(7, Eysenk & Keane, 2007, 495-497).

ثالثاً: الأطر النظرية المفسرة لحل المشكلات.

### ١- نظرية الصيغة الكلية.

أوضح ماكس فيرتهيمر Max Wertheimer الذي ينتمي لمدرسة الصيغة الكلية Gestalt أن هناك فرقاً بين حل المشكلة عن طريق الفهم الفعلي لتكوينها وبين إيجاد الحل بالتطبيق الأعمى للقواعد، حيث أن الفرد الذي يعرف بالفعل أن مساحة المستطيل يتم الحصول عليها بضرب الارتفاع في القاعدة لإيجاد مساحة متوازي الأضلاع، أو يضرب بطريقة عمياء القاعدة في الارتفاع ولا يعرف السبب فإن هذا مجرد تطبيق للقاعدة من دون فهم (Neisser, Ulric, 1987, P.560) فعلماء علم نفس الصيغة الكلية يتناولون السلوك على أنه نسق كلي منظم. فالأحداث أو الوقائع الإدراكية لا تدرك كسلسلة من المكونات أو الجزئيات الفردية، ولكن كشكل كلي تكون من هذه الأجزاء أو المكونات. والمشكلات من وجهة نظر هذه النظرية، ما هي إلا مشكلات إدراكية تظهر إلى الوجود عندما يحدث توتر أو إجهاد، نتيجة للتفاعل بين الإدراك وعوامل التذكر، أو عند التفكير بهدف حل مشكلة ما، أو بهدف فحصها من زوايا مختلفة، وعند تقليب الأمور إزاءها، يبرز على السطح وبشكل فجائي، الحل الصحيح، وفقاً لمبدأ الاستبصار. وقد طبق علماء علم نفس الشكل الكلي مبادئ التنظيم الإدراكي في نشاط حل المشكلات، ونتيجة لهذه الدراسات برز مفهوم التثبيت الوظيفي الذي توصل إليه كارل دونكر Karl Dunker (1945) ويشير هذا المفهوم، إلى أن الإنسان لديه ميل لأن يدرك الأشياء وفقاً لاستعمالاتها أو استخداماتها الشائعة، وأن هذا الميل غالباً ما يتحكم في تفكير الشخص بحيث يكون من الصعب عليه استخدام أسلوب آخر يكون غير مألوف، ووفقاً لهذا المفهوم، فإن الأشياء أو الموضوعات أو الأفكار يتم تجميعها معاً حسب وظائفها في فئات، وعندما تشكل هذه الفئات جزءاً من حل المشكلة، أو تتطلب حلاً مغايراً للحل السابق، أو تتغير الوظيفة، يكون على الشخص أن يغير وجهته الذهنية ويبحث عن حل آخر أو وظيفة أخرى (روبرت سولسو، ٧١٣، ٢٠٠٠ - ٧١٤: مترجم).

### ٢- نموذج التمثيل الداخلي.

يبدو أن علماء علم النفس المعرفي قد ركزوا على تحديد العمليات المعرفية المتضمنة في التمثيل الداخلي، وقليل منهم أجروا بعض الدراسات الحديثة المنظمة بهدف الكشف عن الأبنية المعرفية التي تنشأ أثناء حل المشكلة. وتعتمد النماذج النظرية على المعلومات المتوفرة في بنية الذاكرة وفي الشبكات الدلالية، ذلك لأن حل المشكلات يتصل تماماً بعوامل التذكر والنسيان كما يتصل بالشبكات الدلالية، وقد وضع كل من أسنستات وكاريف (Eisenstadt & Kareev, 1975) نموذج الشبكة العاملة، نتيجة لاكتشافها بعض جوانب سلوك الإنسان عند حله للمشكلات، وقد ركزا جهودهما على اكتشاف نوع التمثيلات العقلية المتصلة بحل المشكلات، وتوصلا إلى أن التمثيلات الداخلية لمهام حل المشكلات تتكون عن طريق بحث نشط، وتسمى هذه العملية بالتحليل من الكل إلى الجزء أو المعالجة الهابطة للمعلومات، ويعني أن التحليل يبدأ بفرض ما، ثم محاولة التحقق من صحته عن طريق ما

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

لدينا من معلومات، كما يمكننا استخدام إجراءات التحليل من الجزء إلى الكل أو المعالجة الصاعدة للمعلومات، التي وفقاً لها نجرب منبهات بعينها، ونحاول مضاهاتها بالمكونات البنائية التي شكلها العقل، ويضيف كل من أسنستات وكاريف بأن الصور العقلية إذا تكونت داخل الذاكرة قصيرة المدى، يصعب محوها وأنها تمدنا بالحلول المتاحة، وإذا زادت المعلومات عن حدود الذاكرة قصيرة المدى ستضطرب عمليات التخطيط والتصور، ومن ثم سيضطرب الشخص للسرعة في الأداء وسيندر مراجعته للفروض والمراحل السابقة مما يوقعه في مزيد من الأخطاء ( روبرت سولسو ، ٢٠٠٠ ، ٧٢٧-٧٣٣: مترجم; Eysenk& Keane, 2007,448-449).

### الدراسات السابقة

أثبتت دراسة كالاماري Calamari وزملائه، التي أجريت على عينة تكونت من (٣٦٧) مريضاً باضطراب الوسواس القهري، بهدف تحديد المعتقدات أو المخططات المعرفية لمريض الوسواس القهري، وقد طبق على العينة اختبار المعتقدات الوسواسية قبل خضوعهم للعلاج، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل من المبالغة بأهمية الفكرة واضطراب الوسواس القهري، كما استدللت الدراسة أيضاً على وجود علاقة ارتباطية جوهرية موجبة بين تضخيم تحمل المسؤولية وتضخيم التهديد، والسيطرة على الأفكار الوسواسية وعدم تحمل الغموض، والكمالية باضطراب الوسواس القهري ( Calamari, Cohen,Rector,Szacun-Shimizu,Riemann et al,2006 ).

أما دراسة كوجل Cogle وزملائه، فقد هدفت الكشف عن الأدوار التفاعلية بين عدم تحمل الكرب والمقتمحات السلبية لدى مرضى الوسواس القهري، وتفترض الدراسة أن عدم تحمل الكرب والتصرف بشكل قهري في مواجهة المقتمحات السلبية تعود بالطبع بالوسواس، فسعت الدراسة إلى بحث تفاعل الأدوار لعدم تحمل الكرب والمقتمحات السلبية كمنبئ للوسواس، على عينة بلغت (٢٣٨) من غير المرضى، وأسفرت النتائج عن أن عدم تحمل الكرب والاقتمحات السلبية تنبئ بوجود الوسواس القهري (Cogle, Timpano& Goetz,2012).

بينما انتهت دراسة بيلوك Belloch وآخرين، إلى وجود اتفاق دولي على استقرار عدة معتقدات معرفية سلبية كمنبئ على تطوير أو الحفاظ على أعراض الوسواس القهري. وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تلك المخططات المعرفية السلبية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، وقد طبقت استبانة المعتقدات الوسواسية المعدلة، والمصممة لتقييم المعتقدات السلبية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري على عينة بلغت (٥٧٣) مصاباً باضطراب الوسواس القهري، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط موجب بين اضطراب الوسواس القهري والمبالغة بأهمية الفكرة ومخططات أخرى كتضخيم المسؤولية ودمج الأفكار بالأفعال، وأهمية السيطرة على الفكرة والكمالية وعدم تحمل الغموض وتضخيم التهديد (Belloch,Morillo, Luciano&Cabedo,2010).

أما دراسة ماكاتي Macatee وآخرين، التي عنيت ببحث عدم تحمل الكرب وضغوطات الحياة كعوامل كامنّة وراء الوسواس، فتفترض الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين عدم تحمل الكرب والوسواس في علاقتها بأعراض الوسواس القهري، بالإضافة إلى افتراض عدم تحمل ضغوط الحياة اليومية قد

تتبنى بالوساوس اليومية. وأجريت الدراسة لاختبار الفرض الأول على عينة بلغت (٢٢) مصاباً بالوساوس القهري، و على (٣٧) فرداً من الأصحاء كمجموعة ضابطة. والاختبار الافتراض الثاني فقد بلغ حجم العينة (١٠٢) طالباً. وقد أشارت النتائج وفق الفرض الأول إلى أن اضطراب الوسواس القهري لا ينبئ بعدم تحمل الكرب بينما عدم تحمل الكرب ينبئ بوجود الوسواس. أما الفرض الثاني فقد أشارت النتائج إلى أن عدم تحمل الكرب مرتبط بمن لديهم وسواس يومية أكثر ممن يخبرون فعلياً أحداث سلبية يومية، إلا أن هذه العلاقة مختفية لمن لديهم قدرة عالية في تحمل الكرب. فالنتائج توضح العلاقة لدى العينة المرضية بين عدم تحمل الكرب والوسواس، كما أنها ترى أيضاً أن عدم تحمل الكرب تزيد من الوسواس في الحياة المليئة بالضغوط اليومية ( Macatee,Capron, Schmidt&Cougale,2013 ).

ودراسة نيلين Nielsen وزملائه، فقد هدفت بمعرفة أداء صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، وذلك لدى عينة تكونت من (٢٧) مريضاً باضطراب الوسواس القهري يتناولون عقاقير طبية و(٢٦) متطوعاً بصحة جيدة، و تراوحت أعمارهم بين (١٨ - ٦٣)، وقد تم قياس سلوك صنع القرار لدى المجموعتين، وتبين أن أداء مرضى الوسواس القهري على اختبارات صنع القرار كان أقل منه لدى الأسوياء، بالإضافة إلى أن سلوك صنع القرار كان مرتبطاً بالقلق، وبدرجة حدة الاضطراب لدى مرضى الوسواس القهري ( Nielsen , Veltman, Dejong, Mulder & denboer , 2002 ).

بينما دراسة فيل Veal وسهاكين Sahakian وأوين Owen وماركس Marks التي أجريت بهدف التحقق من العجز المعرفي على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري، فقد أجريت على عينة بلغت (٤٠) مريضاً بالوسواس القهري، و(٤١) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود أية فروق بين مرضى الوسواس القهري والمجموعة الضابطة في إيجاد حلول للمشكلات التي يواجهونها، لكن مرضى الوسواس القهري أخذوا وقتاً أطول عندما ارتكبوا خطأ في الوصول لحلول بديلة أو أثناء التحقق من أن الخطوة التالية ستكون صحيحة، وتشير النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم عجز انتقائي في إنتاج حلول أو طرق بديلة عندما يرتكبون الخطأ، كما تشير النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري يظهرون عجزاً في كل من الاكتساب والحفاظ على المعلومات المعرفية، وتلخص الدراسة العجز المعرفي لدى مرضى الوسواس القهري بالنقاط التالية: (١) الرصد والتحقق المفرط كاستجابة لضمان عدم حدوث الخطأ، (٢) وعندما يقع الخطأ يصبحون أكثر جموداً في تجنب الهدف الرئيسي أو التخطيط للأهداف الفرعية، (٣) والانصراف وتجنب المواجهة ( Veal,Sahakian, Owen&Marks, 1996 ).

أما دراسة باريت Barrett وشورت Shortt وهيلي Healy فقد اهتمت بسلوكيات آباء الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري ومقارنتها بسلوكيات آباء الأطفال الأصحاء، وقد تم قياس القدرة على حل المشكلات، والضبط، والتجنب، والشك، والثقة، والاستقلالية، وذلك باستخدام مقياس ليكرت، وأشارت النتائج إلى أن آباء الأطفال المشخصين باضطراب الوسواس القهري حصلوا على درجات أقل من آباء الأطفال الأصحاء في استخدام الحلول الإيجابية للمشكلة، وفي الثقة بقدرات أطفالهم،

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

والاستقلالية، كما أن الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري حصلوا على درجات أقل مقارنةً بالأطفال الأصحاء في القدرة على حل المشكلات (Barrett, Shortt & Healy, 2002).

### فروض الدراسة

- 1- يمكن للمخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء.
- 2- يمكن للمخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء

### منهج الدراسة وإجراءاتها

#### منهج الدراسة

المنهج المتبع في الدراسة الراهنة هو المنهج الوصفي الارتباطي، فسوف تتناول الباحثة علاقة المخططات المعرفية بكل من القدرة على صنع القرار والقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء. وقد اختير هذا المنهج نظراً لكون متغيرات الدراسة ذات طبيعة نفسية لا يمكن التحكم فيها ولكن يمكن ضبطها بالاختبارات النفسية، وكذلك لا يمكن التدخل العمدي في المتغيرات المستقلة، ولا يمكن ضبط كل المتغيرات الدخيلة. كما أن عينة الدراسة الحالية هي عينة مستهدفة لن يتم اختيارها من مجتمع مرضى الوسواس القهري والأسوياء اختياراً عشوائياً، ولكن سيتم اختيارها وفقاً لمجموعة من المحكات التشخيصية المحددة سلفاً.

#### تصميم الدراسة

هو تصميم غير تجريبي، ويتمثل في التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة. وسوف يتم اختيار مجموعة من مرضى الوسواس القهري التي ستعتبر مجموعة الحالة، ومجموعة أخرى من الأسوياء مناظرة لها وهي مجموعة المقارنة، ثم نقارن بينهما في الأداء على كل من مقاييس المخططات المعرفية ومقاييس صنع القرار وحل المشكلات. وسوف تقوم الباحثة بإحداث التكافؤ بين كل من مرضى الوسواس القهري والأسوياء من خلال تثبيت بعض المتغيرات التي قد تتدخل في أدائهم على مقاييس الدراسة مثل: المستوى التعليمي، والعمر، ونسبة الذكاء، وما دامت هذه القياسات سوف تتم في آن واحد، فإن نتائجها سيتم تفسيرها على أساس ارتباطي (عبد الفتاح القرشي، ٢٠٠٦، ٢٠٠١).

#### عينة الدراسة

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٦٠) مريضاً من مرضى الوسواس القهري من الذكور، ممن سبق تشخيصهم من قبل أطباء نفسيين، متضمناً الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، وجميعهم من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي أو العيادات الخاصة بدولة الكويت، كما تم اختيار العينة المتاحة من الأسوياء وقوامها (٦٠) فرداً كمجموعة

ضابطة مكافئة لمجموعة مرضى الوسواس القهري من حيث: العمر، والمستوى التعليمي، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

جدول (١) المضاهاة بين مرضى الوسواس القهري والأسياء في بعض المتغيرات السكانية ن=٦٠

| مستوى الدلالة | قيم (ت) | الأسياء |       | مرضى الوسواس القهري |       | العينات المتغيرات           | م |
|---------------|---------|---------|-------|---------------------|-------|-----------------------------|---|
|               |         | ع       | م     | ع                   | م     |                             |   |
| غير دال       | ٠.١٠٢   | ٧.٤٢    | ٣٢.٣  | ٦.٢٨                | ٣٢.١٦ | العمر                       | ١ |
| غير دال       | ١.٧٩    | ٢.٣     | ٩.٣   | ١.٤١                | ٨.١   | مستوى الذكاء                | ٢ |
| غير دال       | ٠.١٤    | ٣.٥٦    | ١٢.٤٥ | ٣.٤٧                | ١٢.٣  | المستوى التعليمي            | ٣ |
| غير دال       | ١.٦٤    | ٠.٥١    | ٢.٥٥  | ٠.٦٣                | ٢.٢٥  | المستوى الاجتماعي الاقتصادي | ٤ |

يتضح من الجدول السابق مستوى التكافؤ لمتوسط العمر، ومستوى الذكاء، والمستوى التعليمي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، لكل من عينة مرضى الوسواس القهري والأسياء، حيث تبين أن قيمة (ت) غير دالة مما يعني عدم وجود فروق بين أفراد العينة في بعض المتغيرات الدخيلة.

### أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على عدد من الأدوات جميعها من إعداد الباحثة عدا اختبار الوسواس القهري فهو من إعداد مؤلف آخر، وهي كالتالي:

#### أولاً - اختبار الوسواس القهري

تم اختيار بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري من تأليف راكمان وهودجسون Rachman&Hodgson، وترجمة محمد نجيب الصبوة، وهي عبارة عن بطارية تحتوي على (٣٠) بنداً تقيس الدرجة الكلية للوسواس القهري.

#### ثانياً - اختبار صنع القرار

تم إعداد اختبار صنع القرار وفقاً للإجراءات التالية:

- ١- تم اختيار اختبار صنع القرار لفلندرز، من تأليف كل من ل.مان و ب.بورنيت وم. رادفورد وس. فورد L.Maan,P.Burentt,M.Radford&S.Ford، عام ١٩٩٧.
- ٢- تم ترجمة بنود الاختبار والذي يحتوي على (٣١) بنداً، من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ٣- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم صنع القرار، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

#### ثالثاً - اختبار حل المشكلات.

تم إعداد اختبار حل المشكلات وفقاً للإجراءات التالية:

- ١- تم اختيار قائمة حل المشكلات (ق ح م)، من تأليف ب.بول هبner P.Paul Heppner، والذي يحتوي على (٣٥) بنداً.
- ٢- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

٣- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم حل المشكلات، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

### رابعاً- استخبارات المخططات المعرفية

١- اختبار تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة.

تم إعداد اختبار تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار اختبار المعتقدات الوسواسية-٤٤، من تأليف وودز وتولين وأبراموويتز Woods, Tolin & Abramowitz عام ٢٠٠٨، وهو اختبار يحتوي على (٤٤) بنداً، وقد تم اختيار البنود التي تقيس كلاً من تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، فيصبح إجمالي عدد البنود (١٦) بنداً فقط.

ب- تم ترجمة البنود من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٢- اختبار دمج الأفكار بالأفعال القهرية.

تم إعداد اختبار دمج الأفكار بالأفعال القهرية وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار اختبار دمج الأفكار بالأفعال- المعدل، من تأليف تريزا لين كاربر Teresa Lynn Carper عام ٢٠٠٩، ويحتوي الاختبار على (١٩) بنداً.

ب- تم ترجمة بنود المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم دمج الأفكار بالأفعال القهرية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٣- اختبار تضخيم تحمل المسؤولية.

تم إعداد اختبار تضخيم تحمل المسؤولية وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار اختبار معتقدات أو اتجاهات تحمل المسؤولية، من تأليف سالكوفسكس وروي وجليدهيل، مورشون، فورستر وآخرون Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, مورشون، فورستر وآخرون

Forrester & et al. ، عام ٢٠٠٠، ويحتوي الاختبار على (٢٦) بنداً.

ب- تم ترجمة بنود الاختبار من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم تضخيم تحمل المسؤولية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٤- اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية.

تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار اختبار السيطرة على الأفكار (س س ف)، من تأليف واليس وديفيز Wells & Davies ، عام ٢٠٠٩، ويحتوي الاختبار على (٣٠) بنداً.

ب- تم ترجمة بنود المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.



ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم السيطرة على الأفكار الوسواسية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٥- قائمة عدم تحمل الغموض.

تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار قائمة عدم تحمل الغموض، من تأليف س.و.ج. لمبارتس S.W.J. Lambarts ، عام ٢٠٠٦، وتحتوي القائمة على (٢٧) بنداً .

ب- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم عدم تحمل الغموض أوعدم التأكد، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٦- قائمة الكمالية.

تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:

أ- تم اختيار قائمة الكمالية متعددة الأبعاد لقياس متغير الكمالية، والقائمة من تأليف راندي فروست Randy Frost ، عام ١٩٩١، وتحتوي القائمة على (٣٥) بنداً .

ب- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

ج- تم عرض البنود على محكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم الكمالية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

٧- اختبار عدم تحمل الكرب.

تم إعداد اختبار عدم تحمل الكرب وفقاً للإجراءات التالية:

أ- الاطلاع على عدة قوائم واختبارات سابقة تقيس كلاً من الاكتئاب والقلق والوسواس لبناء مقياس يقيس الكرب .

ب- تم اقتباس ثمانية بنود من مقياس بيك للاكتئاب بحيث تشتمل على الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي والجسمي.

ج- تم اقتباس ثمانية بنود من بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري بحيث تشتمل على المراجعة، والبطء والتكرار، والتنظيف، والشك والحاح الضمير .

د- تم اقتباس ثمانية بنود من مقياس تيلور للقلق تشتمل على أعراض الجهاز العصبي المستقبل، والتوتر، والذاكرة، ومشاعر جسدية حسية.

هـ - تم دمج جميع البنود ، وأصبح عدد بنود المقياس (٢٤) بنداً ، لقياس متغير عدم تحمل الكرب.

و- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم الكرب، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

### الدراسة الاستطلاعية

طبقت قوائم الدراسة واختباراتها على عينة استطلاعية مكونة من (٢٠) فرداً مصاباً بالوسواس القهري، و(٢٠) فرداً من الأسوياء، وكانت كلتا المجموعتين من الذكور، متوسط أعمارهم (٣٦) عاماً

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

وانحراف معياري (٩). وكان الهدف من التطبيق على هذه العينة هو فحص الكفاءة القياسية لهذه القوائم والاستخبارات. وفيما يلي سنعرض إجراءات حساب الصدق والثبات لاختبارات الدراسة.

### أولاً : معاملات الصدق

تشير معاملات الصدق إلى ما إذا كان المقياس يقيس ما يفترض أن يقيسه، وبعد الثبات شرطاً ضرورياً للصدق، لكنه ليس كافياً في ذاته (كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ١١٦).

وتم حساب صدق اختبارات الدراسة على العينة الاستطلاعية بطريقتين هما:

#### ١- صدق المحكمين.

قامت الباحثة بعرض اختبارات الدراسة على أربعة من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة الكويت، وعضو هيئة تدريس آخر من قسم علم النفس بجامعة القاهرة\* ، وقد أشاروا إلى كفاءة الاختبارات، ووجود اتساق بين مضمون بنودها والوظائف أو المفاهيم التي صممت لقياسها، فيما عدا بعض التعديلات اليسيرة التي أدخلت على صياغة بعض البنود، سواء باستبدال بعض الكلمات أم بإضافة كلمات أخرى، دون تغيير في معنى البند.

#### ٢- صدق الارتباط بالمحك.

تم حساب صدق الارتباط بمحك خارجي لاختبارات الدراسة من خلال قياس معاملات الارتباط بينها وبين اختبارات أخرى، تم تطبيقها على العينة الاستطلاعية بالإضافة إلى اختبارات الدراسة، فقد تم اختيار المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد وتأليف أحمد عبد الخالق، كمحك خارجي لبطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، وتم اختيار مقياس الفهم من اختبار وكسلر بلفيو، كمحك خارجي لاختباري صنع القرار وحل المشكلات، كما تم اختيار قائمة الأفكار السلبية من إعداد محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٤)، كمحك خارجي لاختبارات المخططات المعرفية . وفيما يلي نعرض جدول (٢) لحساب صدق الارتباط بمحك خارجي لاختبارات الدراسة لدى مجموعتي الدراسة.

- كل الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين قاموا بتحكيم بطارية البحث: أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة، و أ.د. عويد المشعان، و أ.د. بدر الأنصاري، و أ.د. عثمان خضر.

جدول (٢)

معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لدى مجموعتي الدراسة، مرضى الوسواس القهري والأسوياء

| م  | العينات<br>المحكات ومتغيرات الدراسة  | مرضى الوسواس القهري<br>ن=٢٠ | الأسوياء<br>ن=٢٠ |
|----|--|-----------------------------|------------------|
| ١  | المحك: المقياس العربي للوسواس القهري<br>بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري | ٠.٨١                        | ٠.٨٦             |
| ٢  | المحك: مقياس الفهم<br>استخبار صنع القرار لفلنדרز                             | ٠.٧٤                        | ٠.٧١             |
| ٣  | قائمة حل المشكلات  | موافقة<br>٠.٧٤              | موافقة<br>٠.٨١   |
|    |  | رفض<br>٠.٨١                 | رفض<br>٠.٨٢      |
| ٥  | المحك: قائمة الأفكار السلبية<br>اختبار عدم تحمل الكرب                        | ٠.٧١                        | ٠.٨٦             |
| ٦  | اختبار السيطرة على الأفكار   | ٠.٩١                        | ٠.٩٥             |
| ٧  | مقياس عدم تحمل الغموض  | ٠.٨٤                        | ٠.٩٢             |
| ٨  | اختبار المعتقدات الوسواسية - ٤٤  | موافقة<br>٠.٨٥              | موافقة<br>٠.٩٦   |
|    |  | رفض<br>٠.٧٦                 | رفض<br>٠.٩١      |
| ٩  | مقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل  | ٠.٧٧                        | ٠.٨٦             |
| ١٠ | استخبار الاتجاهات نحو المسؤولية  | ٠.٧٣                        | ٠.٧٥             |
| ١١ | قائمة الكمالية متعددة الأبعاد  | ٠.٧٥                        | ٠.٩١             |

يتضح من الجدول السابق بأن معاملات صدق ارتباط بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري بالمقياس العربي للوسواس القهري، مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً لدى مجموعتي الدراسة المرضية والسوية، كما تبين أيضاً أن معاملات صدق ارتباط اختبار صنع القرار لفلنדרز وقائمة حل المشكلات بمقياس الفهم، مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً لدى كل من مجموعة مرضى الوسواس القهري ومجموعة الأسوياء، بالإضافة إلى أن معاملات صدق ارتباط اختبارات المخططات المعرفية بقائمة الأفكار السلبية، كانت مرتفعة جميعها لدى كلتا مجموعتي الدراسة الحالية المرضية والسوية.

ثانياً: الثبات

يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداء الفرد على اختبار ما، حيث تكون متسقة ومستقرة عبر الزمن، وبالتالي يدل الثبات على نسبة التباين الحقيقي في الدرجة المستخلصة من اختبار ما إلى التباين الكلي للدرجة على الاختبار (صفوت فرج، ٢٠٠٧، ٢٩٥-٢٩٦).

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

### تقدير ثبات اختبارات الدراسة بالطرق التالية:

#### ١- ثبات إعادة الاختبار.

يتيح هذا الأسلوب فرصة الكشف عن استقرار الأداء عبر الزمن، حيث يتم فيه تطبيق الاختبار في مرتين منفصلتين، ويقدر ثبات الاختبار من خلال معامل الارتباط بين الدرجتين اللتين تم الحصول عليهما في المراتين (كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١١٠، ١٩٩٩). وقد تراوح الفاصل الزمني بين تطبيق الاختبارات وإعادة تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بين اسبوع إلى عشرة أيام.

#### ٢- ثبات القسمة النصفية.

يتألف كثير من المقاييس من عدد من البنود المتكافئة أو المتطابقة، حيث أنها تهدف جميعاً إلى قياس المفهوم نفسه، ويتم تقدير ثبات القسمة النصفية من خلال حساب الارتباط بين نصفي الاختبار الذي يعطى في مرة واحدة (كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ١١١).

#### ٣- ثبات ألفا كرونباخ.

يعد معامل الثبات ألفا أسلوباً لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم من خلاله تقدير اتساق المقياس وتجانسه، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن بنود المقياس تعبر عن مضمون واحد.

وفيما يلي نعرض جدول (٣) لحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، والتجزئة النصفية، وألفا كرونباخ للاختبارات لدى مجموعات الدراسة.

جدول (٣) معاملات الثبات للاختبارات الدراسة لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء

| م | الاختبارات                           | مجموعات       |                 | مرضى الوسواس القهري ن=٢٠ |               |                 | الأسوياء ن=٢٠ |      |
|---|--------------------------------------|---------------|-----------------|--------------------------|---------------|-----------------|---------------|------|
|   |                                      | إعادة التطبيق | التجزئة النصفية | ألفا كرونباخ             | إعادة التطبيق | التجزئة النصفية | ألفا كرونباخ  |      |
| ١ | بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري | ٠.٦٤          | ٠.٦٤            | ٠.٦٤                     | ٠.٦٤          | ٠.٦٢            | ٠.٦٣          |      |
| ٢ | اختبار عدم تحمل الكرب                | ٠.٧٣          | ٠.٦٢            | ٠.٦٣                     | ٠.٨١          | ٠.٦١            | ٠.٧٢          |      |
| ٣ | اختبار السيطرة على الأفكار           | ٠.٨٣          | ٠.٧٤            | ٠.٧٢                     | ٠.٦٤          | ٠.٦٤            | ٠.٥٨          |      |
| ٤ | مقياس عدم تحمل الغموض                | ٠.٨٢          | ٠.٧١            | ٠.٦١                     | ٠.٨           | ٠.٧٢            | ٠.٦٤          |      |
| ٥ | استخبار صنع القرار لفلنדרز           | ٠.٦١          | ٠.٦٤            | ٠.٦٢                     | ٠.٦٤          | ٠.٦٤            | ٠.٦٢          |      |
| ٦ | قائمة حل المشكلات                    | موافقة        | ٠.٦١            | ٠.٦٢                     | موافقة        | ٠.٨             | ٠.٨٢          |      |
|   |                                      | رفض           | ٠.٦٤            |                          | رفض           |                 |               | ٠.٨٤ |

تابع جدول (٣)

|    |                                      |      |      |      |      |      |      |      |      |
|----|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ٧  | اختبار المعتقدات القهرية - ٤٤        | ٠.٩٣ | ٠.٨٤ | ٠.٧٣ | ٠.٦٢ | ٠.٨٢ | ٠.٧٣ | ٠.٦١ | ٠.٧١ |
| ٨  | مقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل  | ٠.٩٣ | ٠.٧٣ | ٠.٧٢ | ٠.٧١ | ٠.٨٣ | ٠.٦٢ | ٠.٧٣ | ٠.٦٤ |
| ٩  | استخبار الاتجاهات نحو تحمل المسؤولية | ٠.٩٦ | ٠.٨٤ | ٠.٨١ | ٠.٦٣ | ٠.٩١ | ٠.٧٣ | ٠.٦٣ | ٠.٦٥ |
| ١٠ | قائمة الكمالية متعددة الأبعاد        | ٠.٩٧ | ٠.٧٣ | ٠.٧١ | ٠.٦١ | ٠.٩٣ | ٠.٨٣ | ٠.٨٢ | ٠.٧٢ |

يتضح من الجدول السابق أن معظم معاملات الثبات للاختبارات الدراسة كانت مرتفعة، وذلك لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء، مما يدل على اتساق وتجانس جميع الاختبارات، واستقرار الأداء عليها عبر الزمن، وبذلك نطمئن إلى استخدامها في إطار الدراسة الراهنة، فبالنسبة لأسلوب إعادة تطبيق الاستخبارات تراوحت معاملات الثبات لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦٤-٠.٩٧)، ولدى الأسوياء (٠.٦٢-٠.٩٣)، وفي أسلوب التجزئة النصفية للاختبارات تراوحت معاملات الثبات لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦١-٠.٨١)، ولدى الأسوياء (٠.٦١-٠.٨٢)، وفي معامل ألفا تراوحت معاملات الثبات المقبولة والمرتفعة لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦١-٠.٧١)، ولدى الأسوياء (٠.٥٨-٠.٨١).

### إجراءات التطبيق

تم انتقاء العينة المرضية؛ وهم مرضى الوسواس القهري، من مستشفى الطب النفسي بالكويت، ومن المراكز التي تقدم خدمات نفسية في دولة الكويت، والمشخصين باضطراب الوسواس القهري، وتم تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً فردياً، من خلال تحديد موعد مسبق مع المشارك، وقد راعت الباحثة تهيئة موقف التطبيق وتنظيمه بحيث يتم توفير مقدار كبير من الهدوء وذلك للتخلص من أية مشتتات يمكن أن تؤثر في أداء المشارك، ويساعد على طرح أية تساؤلات أو تعليقات يمكن للباحثة الإجابة عنها. وقد تم التأكد من رغبة المشاركين بالتطبيق بحرية دون أي إجبار.

### عرض نتائج الدراسة

#### نتائج الفرض الأول:

وينص على إنه من الممكن للمخططات المعرفية السلبية، كل مخطط منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء. وللتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب تحليل الانحدار المتعدد للتأكد من إمكانية المخططات المعرفية السلبية التنبؤ بالقدرة على صنع القرار. ويعرض الجدول التالي لنتائج تحليل الانحدار

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

جدول (٤) نتائج تحليل الانحدار المتعدد الخاصة بارتباط المخططات المعرفية السلبية المنبئة بالقدرة على صنع القرار لدى مجموعتي الدراسة

| المجموعات                              |  |  |  | مرضى الوسواس القهري (ن=٦٠) |                |         |       | الأسوياء (ن=٦٠) |                |         |         |
|--|--|--|--|----------------------------|----------------|---------|-------|-----------------|----------------|---------|---------|
| المخططات المعرفية السلبية              |  |  |  | ر                          | ر <sup>٢</sup> | ف       | ت     | ر               | ر <sup>٢</sup> | ف       | ت       |
| عدم تحمل الكرب النفسي                  |  |  |  | ٠.٦٥                       | ٠.٤٢           | ٢.٨٢*** | ١.٥٢  | ٠.٧٤            | ٠.٥٥           | ٤.٧٢*** | ١.٤٧-   |
| السيطرة على الأفكار الوسواسية          |  |  |  |                            |                |         | ١.٥٤  |                 |                |         | ٠.١٣٢   |
| عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد          |  |  |  |                            |                |         | ٠.٠١٦ |                 |                |         | ٠.٧٩    |
| تضخيم التهديد-المبالغة في أهمية الفكرة |  |  |  |                            |                |         | ٠.٧٢  |                 |                |         | ٣.٠٨*** |
| دمج الأفكار بالأفعال القهرية           |  |  |  |                            |                |         | ٠.٤٤  |                 |                |         | ١.٣٦-   |
| تضخيم تحمل المسؤولية                   |  |  |  |                            |                |         | ٢.١٥* |                 |                |         | ٢.٢-    |
| النزعة إلى الكمالية                    |  |  |  |                            |                |         | ١.٧٦* |                 |                |         | ٣.٠٧*** |

\* دال عند مستوى (٠.٠٥)

\*\*\* دال عند مستوى (٠.٠٠١)

يكشف الجدول السابق عن قدرة المخططات المعرفية السلبية معاً على التنبؤ بالقدرة على صنع القرار، حيث استطاعت هذه المخططات تفسير ٤٢% من التباين في القدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، و ٥٥% من التباين لدى الأسوياء. ولقد أسهمت مخططات تضخيم تحمل المسؤولية والنزعة إلى الكمالية بشكل دال من بين كل المخططات الأخرى في التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، بينما أظهرت مخططات النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، و تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة قدرتها على التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مجموعة الأسوياء. وذلك يعني أن الفرض الأول قد تحقق بشكل جزئي ذلك لأن جميع المخططات المعرفية السلبية لم يكن لديها القدرة على التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مجموعتي الدراسة، حيث تبين أن مخططي تضخيم تحمل المسؤولية والنزعة إلى الكمالية لدى مرضى الوسواس القهري، مثلت أعلى المتغيرات التي تنبأت بعجزهم عن صنع القرار، أي أن الدرجات التي يحصلون عليها في اختبار الاتجاهات نحو المسؤولية، وقائمة الكمالية متعددة الأبعاد، إذا كانت عالية، فهي كقيلة بأن نتبئنا بعدم قدرة المريض على صنع القرار.

### نتائج الفرض الثاني

وينص على إنه من الممكن للمخططات المعرفية السلبية، كل مخطط منها على حدة، التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء. وللتحقق من هذا الفرض، قامت الباحثة بحساب تحليل الانحدار المتعدد للتأكد من إمكانية المخططات المعرفية السلبية التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات. ويعرض الجدول التالي لنتائج تحليل الانحدار

جدول (٥) نتائج تحليل الانحدار المتعدد الخاصة بارتباط المخططات المعرفية السلبية المنبئة بالقدرة على حل المشكلات لدى مجموعتي الدراسة

| المجموعات                              |  | مرضى الوسواس القهري (ن=٦٠) |    |   |          | الأسياء (ن=٦٠) |    |   |   |
|--|--|----------------------------|----|---|----------|----------------|----|---|---|
| المخططات المعرفية السلبية              |  | ر                          | ٢ر | ف | ت        | ر              | ٢ر | ف | ت |
| عدم تحمل الكرب النفسي                  |  |                            |    |   | -١.٢٣    |                |    |   |   |
| السيطرة على الأفكار الوسواسية          |  |                            |    |   | ٠.٠٤     |                |    |   |   |
| عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد          |  |                            |    |   | ٠.٠٥     |                |    |   |   |
| تضخيم التهديد-المبالغة في أهمية الفكرة |  |                            |    |   | -٢.٠٨*   |                |    |   |   |
| دمج الأفكار بالأفعال القهرية           |  |                            |    |   | -٠.٨٩    |                |    |   |   |
| تضخيم تحمل المسؤولية                   |  |                            |    |   | -٢.٧٦*** |                |    |   |   |
| النزعة إلى الكمالية                    |  |                            |    |   | -١.٩٢*   |                |    |   |   |

\* دال عند مستوى (٠.٠٥)

\*\*\* دال عند مستوى (٠.٠٠١)

يتضح من الجدول السابق أن المخططات المعرفية السلبية معاً يمكن أن تتنبأنا بالقدرة على حل المشكلات، حيث استطاعت هذه المخططات تفسير ٥٦% من التباين في القدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري، و ٥٤% لدى الأسياء. بينما أظهرت مخططات النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، و تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، أظهرت دلالة واضحة من حيث قدرتها على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري. أما مخططات السيطرة على الأفكار الوسواسية، و دمج الأفكار بالأفعال القهرية، و تضخيم تحمل المسؤولية، و النزعة إلى الكمالية، فقد أظهرت قدرتها على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى الأسياء، مما يعني أن الفرض الثاني قد تحقق بشكل جزئي ذلك لأن بعض المخططات المعرفية السلبية لم يكن لديها القدرة على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى مجموعتي الدراسة، حيث تبين أن مخططات النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، وتضخيم التهديد، والمبالغة في أهمية الفكرة، لدى مرضى الوسواس القهري، مثلت أعلى المتغيرات التي تنبأت بعجز هذه المخططات عن التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات، أي أن الدرجات التي يحصلون عليها في قائمة الكمالية متعددة الأبعاد، واختبار الاتجاهات نحو المسؤولية، واختبار المعتقدات الوسواسية، إذا كانت عالية، فهي كفيلة بأن تنبئنا بعجز مريض الوسواس القهري عن القدرة على حل المشكلات.

### مناقشة نتائج الدراسة

تشير نتائج الفرض الأول إلى أن مخططات تضخيم تحمل المسؤولية والنزعة إلى الكمالية أسهمت بشكل دال، من بين كل المخططات المعرفية السلبية الأخرى، في إمكاناتها في القدرة على التنبؤ بالقدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، بينما تشير نتائج الفرض الثاني إلى أن مخططات

## المخططات المعرفية السلبية كمنبئات بالقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، وتضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، أظهرت دلالتها على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات لدى العينة المرضية.

ونبدأ بمناقشة نتيجة الفرض الأول، فنجد مخططات النزعة إلى الكمالية وتضخيم تحمل المسؤولية أشارت إلى نسبة تنبؤية دالة في القدرة على صنع القرار دون غيرها من المخططات التي تناولتها الدراسة الراهنة، ويمكن تفسير ذلك في ضوء النظرية المعيارية، التي تصف عملية صنع القرار، بأنها عملية فهم للموقف وإدراكه، وتوفير معلومات كاملة حول الموضوع، والتأكد من صحتها، ثم طرح بدائل مثالية للموقف والتأكد من النتائج التي قد تترتب على كل بديل من البدائل المطروحة، الأمر الذي يتيح الفرصة إلى إمكانية التوصل إلى القرار المثالي الذي يحقق أقصى منفعة وأقل خسائر (Galotti,1999,453). بينما يرى أصحاب نظرية المنفعة، أنه من المفترض أن يكون لدى صانع القرار هدف مستمر لتعظيم أولوياته أو منفعته، والمنفعة تعني بأنها القدرة على إرضاء الرغبة، أي أن صانع القرار ينتخب الاختيارات التي سوف تؤدي إلى حصوله على أكبر قدر ممكن من الإشباع والرضا (منى عبد الهادي، ١٩٩٩، ١٧٥-١٧٦).

واستناداً إلى ما سبق فإن صنع القرار يتطلب إدراكاً للموقف من قبل صانع القرار، وتقديراً للأولويات التي تحقق المنفعة، التي من خلالها يتحقق أكبر قدر ممكن من الرضا. بينما مرضى الوسواس القهري، وما لديهم من مخططات معرفية سلبية، كمخطط النزعة إلى الكمالية، الذي يعني تبنيهم لمعايير مثالية، واعتقادهم في العمل وفقاً لهذه المعايير المبالغ فيها، والاعتقاد أيضاً بفعل الأشياء بطريقة كاملة، وأن هذه الأخطاء البسيطة ستؤدي لمتربات خطيرة، كلها ستؤثر في تحقيق مستوى الرضا والإشباع الذي يطمح له أثناء صنعه للقرار. ويدعم ذلك الدراسة التي قام بها مجموعة من الباحثين، بهدف اختبار القدرة على صنع القرار والنزعة إلى الكمالية لدى مرضى الوسواس القهري، على عينة تكونت من (١٩) مصاباً بالوسواس القهري، وعلى (٢١) فرداً من الأصحاء، وأسفرت النتائج عن وجود ضعف في صنع القرار في ظل ظروف المخاطرة لدى مرضى الوسواس القهري، وارتبطت الكمالية مع مخاطرة أقل في صنع القرار (Boisseau,Brenner,Pratt,Farchione& Barlow,2013). كما أن تبني مخطط معرفي مشوه كتضخيم تحمل المسؤولية، والذي يعني اعتقاده بأنه يتسبب في الأذى لنفسه وللآخرين، أو مجرد توقعه حدوث أذى معين يحمله مسؤولية بذل كل الجهد لمنع هذا الأذى وبأية وسيلة، فتبني مثل هذه الأفكار السلبية بالضرورة تعوقه وتقلل من قدرته في صنع القرار. وهذا قد يفسر نتيجة الفرض الأول.

أما فيما يخص الفرض نتيجة الثاني، فقد أشارت إلى قدرة المخططات المعرفية السلبية على التنبؤ بالقدرة على حل المشكلات، في مخططات النزعة إلى الكمالية، وتضخيم تحمل المسؤولية، وتضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة لدى مرضى الوسواس القهري، حيث يمكننا تفسير هذه النتيجة في ضوء تناولنا لنموذج التمثيل الداخلي، الذي ركز على العمليات المعرفية المتضمنة في التمثيل الداخلي والكشف عن الأبنية المعرفية التي تنشط أثناء حل المشكلة، والمعلومات المتوفرة في بنية الذاكرة، فقد توصل أصحاب هذا النموذج إلى أن التمثيلات الداخلية لمهام حل المشكلات تتكون عن طريق البحث



النشط عن المعلومات الملائمة، وتسمى هذه العملية بالتحليل من الكل إلى الجزء، أو المعالجة الهابطة للمعلومات، والتي وفقاً لها يجرب الفرد معلومات بعينها، ومحاولة مضاهاتها بالمكونات البنائية التي شكلها العقل للتوصل إلى حل للمشكلة التي يواجهها، فحل المشكلات وفقاً لهذا النموذج ما هو إلا عملية تعتمد أساساً على البنية المعرفية والعمليات العقلية المعتمدة على التفاعل بين الإدراك وعوامل التذكر (Eysenk&keane, 2007,448-449).

ووفقاً لهذا المنظور نجد أن بعض الدراسات السابقة قد توصلت إلى أن مرضى الوسواس القهري يظهرون ضعفاً في وظائفهم المعرفية، ومستوى منخفض في الكفاءة العقلية، وعجز معرفي في التفكير والسلوك، بالإضافة إلى افتقارهم إلى المرونة الإدراكية في حل المشكلات، كالدراسة التي أجراها فيل Veal وآخرون، بهدف التحقق من العجز المعرفي على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري، فقد أجريت على عينة بلغت (٤٠) مريضاً بالوسواس القهري، و(٤١) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد أسفرت النتائج، أن مرضى الوسواس القهري أخذوا وقتاً أطول عندما ارتكبوا خطأ في الوصول لحلول بديلة أو أثناء التحقق من صحة الخطوة التالية، كما أشارت إلى أنهم يظهرون عجزاً في كل من الاكتساب والحفاظ على المعلومات المعرفية، وأن هذا العجز يظهر عند الرصد والتحقق المفرط كاستجابة لضمان عدم حدوث الخطأ، وعندما يقع الخطأ يصبحون أكثر جموداً في تجنب الهدف الرئيسي أو التخطيط للأهداف الفرعية، والانصراف وتجنب المواجهة (Veal,Sahakian,Owen& Marks, 1996).

وهدفنا دراسة ماتيكس كولس Matix-Cols إلى فحص التعلم الإجرائي لدى مرضى الوسواس القهري، وقد تكونت العينة من (٢٥) مريضاً بالوسواس القهري و (٢٨) فرداً من غير المصابين كمجموعة ضابطة، وقد تم قياس مستويات التعلم الإجرائي، ومدى القدرة على حل المشكلات، ومستوى التعلم المعرفي، ولم تظهر النتائج أية اختلافات بين المجموعتين في مستوى التعلم الإجرائي، بينما أظهرت قدرة أقل على حل المشكلات وعلى اكتساب المهارات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري ، وبذلك تبين أن هناك رابطاً قوياً بين عملية اكتساب المهارات المعرفية وبين خطط حل المشكلات (Mataix-Cols,2003).

واستناداً لما أشار إليه نموذج التمثيل الداخلي في تفسيره لحل المشكلات، والنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة المدعمة لهذا النموذج، فإن مرضى الوسواس القهري يعجزون عن حل المشكلات نظراً لتبنيهم مخططات معرفية سلبية ، كمخطط النزعة إلى الكمالية، الذي يجعله يسعى للوصول إلى معايير مثالية يعتقد بضرورة العمل من خلالها، ومخطط تضخيم تحمل المسؤولية، الذي يجعله يعتقد بضرورة منع الأذى عنه وعن الآخرين، ومخطط تضخيم التهديد، الذي يجعله يعتقد بأنه معرض أكثر من غيره للإصابة بالأذى، ومخطط تضخيم أهمية الفكرة، الذي يجعله يضيف أهمية كبيرة لأفكاره. وهذه قد تؤثر على إدراكهم لموقف المشكلة، وعلى معالجة المعلومات المتوفرة في بنيتهم المعرفية والتي تساعدهم في التوصل لحل المشكلات.

## قائمة المراجع

### أولاً المراجع باللغة العربية

- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري، القاهرة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- القرشي، عبد الفتاح ابراهيم (٢٠٠١). تصميم البحوث في العلوم السلوكية، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- باركر، كريس، ويبسترانج، نانسي، واليوت، روبرت (١٩٩٩). مناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي والإرشادي، (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، ميرفت أحمد شوقي، عائشة السيد رشدي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧)، العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، (ترجمة): طلعت مطر، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، القاهرة: وكالة الإهرام للتوزيع.
- ريجز، ديفيد، وفوا، إينا (٢٠٠٢). الاكتئاب. في: ديفيد بارلو (محرر). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة): هبة القشيشي، (ص ص ٤٦٩-٥٧٦). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سولسو، روبرت (٢٠٠٠). علم النفس المعرفي (ط٢)، (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، مصطفى محمد كامل، محمد الحسانين الدق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢). الوسواس القهري التشخيص والعلاج، الكويت: مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت.
- عبد الهادي، منى محمد (١٩٩٩). استراتيجيات صنع القرار واتخاذ القرارات، القاهرة: دار النهضة العربية.
- فرج، صفوت (٢٠٠٧). القياس النفسي، (ط٥)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هولاند، ستيفن (٢٠٠٦). اضطراب الوسواس القهري. في: روبرت ليهي (محرر). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، (ص ص ٢١١-٢٣٨)، القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع.

## References

### ثانياً : مراجع باللغة الإنجليزية

- Abramowitz, J., Nelson, C., Rygwall, R. & Khandker, M., (2007). The Cognitive Mediation of Obsessive Compulsive Symptoms: A Longitudinal Study. *Journal of Anxiety Disorders*. 21(1), 91-104.
- Barrett, P., Shortt, A. & Healy, L., (2002). Do Parent and Child Behaviours Differentiate Families Whose Children have Obsessive-Compulsive

- Disorder from other Clinic and Non-Clinic Families. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. 43(5),597-607.
- Bechara,A.&Damasio,H.,(2002). Decision-Making and Addiction (part I): Impaired Activation of Somatic States in Substance Dependent Individuals when Pondering Decisions with Negative Future Consequences. **Neuropsychologia**.40(10),1675-1689.
  - Belloch,A.,Morillo,C.,Luciano,M.,Cabedo,E.&Carrio,C.,(2010).Dysfunctional Belief Domains Related to Obsessive-Compulsive Disorder: A Further Examination of their Dimensionality and Specificity. **Span Journal of Psychology**. 13(1),376-388.
  - Boisseau,C.,Brenner,H., Pratt,E., Farchione,T.& Barlow,D.,(2013). The Relationship between Decision-Making and Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder and Eating Disorders. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 44(3). 316-321.
  - Calamari,J.,Cohen,R.,Rector,N.,Szacun-Shimizu,K.,Riemann,C.&Norberg,N.,(2006). Dysfunctional Belief-Based Obsessive-Compulsive Disorder Subgroups. **Behaviour Research and Therapy**. 44(9).1347-1360.
  - Clark,David,(2004).**Cognitive-Behavioral Therapy For OCD**. New York:The Guilford press.
  - Cogle,J.,Timpano,K.&Goetz,A.,(2012). Exploring the Unique and Interactive Roles of Distress Tolerance and Negative Urgency in Obsessions. [Personality and Individual Differences](#). 52(4),515-520.
  - Edward,W.,&Charles,B.,(2001).**The Corsini Encyclopedia and Behavioral Science**, New York: John.
  - Eysenck,M.&Keane,M.,(2007).**Cognitive Psychology A Student's Handbook**. Fifth Edition, New York: Psychology Press Taylor& France Group.
  - Galotti,K.,(1999).**Cognitive Psychology:In and out of the laboratory**(2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Wadsworth Publishing Company.
  - Heekeren,H., Marrett,S.& Ungerleider,L.,(2008). The Neural Systems that Mediate Human Perceptual Decision Making. **Nature Reviews Neuroscience**.9,467-479.
  - Herriot,Peter,(1988). **Attitudes and Decisions**. London: Routledge.
  - Lisa,S.,(2008). **Understanding Obsessive Compulsive Disorder-Presentation For GPs.**, Australia: Media Relases.
  - Macatee,R.,Capron,D.,Schmidt,N.&Cogle,J.,(2013). An Examination of Low Distress Tolerance and Life Stressors as Factors Underlying Obsessions. [Journal of Psychiatric Research](#). 47(10),1462-1468).
  - Must,A.,JuhaszA.,Rimanoczy,A.,Szabo,Z.,Keri,S.,& Janka, Z.,(2007). Major Depressive Disorder, Serotonin Transporter, and Personality Traits: Why Patients Use Suboptimal Decision-Making Strategies? **Journal of Affective Disorders**, 103, 273-276.

- Neisser,Ulric,(1987). **Grolier Academic Encyclopedia**, Singapore: Grolier International, Inc .
- Nielen,M.,Veltman,D., de Jong,R., Mulder,G. &den Boer,J., (2002). Decision making Performance in Obsessive Compulsive Disorder. **Journal of Affective Disorders**.69(1-3),257-260.
- Paulus,M.,(2007). Decision-Making Dysfunctions in Psychiatry Altered Homeostatic Processing?. **Science**.318,602-606.
- Ranyard, Crozier,& Svenson, (1997). **Decision Making Cognitive Models and Explanations**, London: Routiedge.
- Salkovskis,P.,(1998). **Obsessive-Compulsive Disorder Theory, Research, and Treatment**. Ed:Swinson,R.,Antony,M.,Rachman,S.&Richter,M., New York: A Division of Guilford Press.
- Salkovskis,P.,(1999). Understanding and Treating Obsessive Compulsive Disorder. **Behaviour Research and Therapy**. 37,S29-S52.
- Salkovskis,P.&Kirk,J.,(1997).Obsessive Compulsive Disorder. In: Clark& Fairburn, (Eds.), **Science and practice of cognitive behavioral therapy**. (PP. 179-208). Oxford: Oxford University Press.
- Tolin,D.,Stevens,M.,Villavicencio,A.,Norberg,M.,Calhoun,V.,Frost,R.Steekee,G., Rauch,S.&Pearlson,G.,(2012). Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. **Archief of General Psychiatry**.69(8),832-841.
- Tversky,Amos,(1987). **Grolier Academic Encyclopedia**. Singapore: Grolier International, Inc.
- Veal,D.,Sahakian,B.,Owen,A.&Marks,I.,(1996). Specific Cognitive Deficits in Tests Sensitive to Frontal Lobe Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychological. Medicine**.26(6),126-129.
- Wroe,A.&Salkovskis,P.,(2000).Causing Harm and Allowing Harm: A study of Beliefs in Obsessional Problems. **Behaviour Research and Therapy**. 38(2),1141-1162.
- Zack,M.(2007). The Role of Decision Support Systems in an Indeterminate World. **Decision Support Systems**, 43,1664-1674.

## **Negative Cognitive Schema as Predictors of Decision Making and Problem Solving Abilities among Obsessive-Compulsive Patients and Normals**

**Najla'a A. Al-Yousef**  
**Clinical Psychologist-Kuwait**

### **Abstract**

This study conducted to explore the negative cognitive schema as predictors of decision making and problem solving abilities among obsessive compulsive patients and normals. The samples consisted of two groups with an age ranged from ; the first group consisted of 60 obsessive compulsive male patients (M=32.16 and St.= 6.28 Years), the second group consisted of 60 normal males (M=32.3 and St.=7.42). The tools used in this study were The Moudsley Obsessional-Compulsive Inventory, The Flinders Decision Making Questionnaire, The Problem Solving Inventory, The Intolerance of Distress Scale, The Thought Control Questionnaire, The Thought Action Fusion Scale-Revised, The Intolerance of Uncertainty Scale, The Multidimensional Perfectionism Scale, The Responsibility Attitudes Scale, and Obsessive Beliefs Questionnaire-44. The results showed using multiple regression analysis that inflated responsibility and perfectionism schemas could predict significant impairment in decision making ability among obsessive compulsive patients, while perfectionism ,inflated responsibility, overestimated threat, and over importance thought schemas could predict efficient significantly decision making ability among normals. In addition, the results of multiple regression analysis also revealed that perfectionism, inflated responsibility, overestimated threat, and over important thought schemas could predict efficient significant deficit in problem solving ability among obsessive compulsive patients, while control of thought, thought action fusion, inflated responsibility, and perfectionism schemas could predict significantly efficient problem solving ability among normals.

**Keywords: Negative Cognitive Schema- Decision Making- Problem Solving-Obsessive Compulsive Disorder- Normals.**

