

# دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة غير إكلينيكية من الراشدين<sup>١</sup>

إعداد

د. / شيماء عزت باشا<sup>٢</sup>

قسم علم النفس - جامعة حلوان - جامعة العلوم والتقنية في الفجيرة

## ملخص

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة غير إكلينيكية من الراشدين، والتعرف على العلاقات بين اضطراب الوسواس القهري وكل من الخزي والمخططات الانفعالية؛ وأخيراً الكشف عن الفروق في متغيرات الدراسة تبعاً للنوع، وتكونت العينة من (١٩١) مشاركاً من الراشدين المصريين، تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ : ٦٠ عاماً (بمتوسط عمري قدره ٢٥,٨٢ ± ٧,٦٧). بلغ عدد الذكور (ن= 79) بنسبة ٤١,٤%، وعدد الإناث (ن= 112) بنسبة ٥٨,٦%. واشتملت أدوات الدراسة على مقياس خبرة الخزي تعريب حسين فايد، ومقياس ليهي للمخططات الانفعالية النسخة المختصرة ٢ تعريب الباحثة، والمقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق. وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة احصائياً وفقاً للنوع في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، وعدم القابلية للتحكم، واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه الإناث؛ وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، والشعور بالذنب، وعدم القابلية للتحكم، وفقدان الحس، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه مرتفعي مظاهر اضطراب الوسواس القهري. كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وتقبل المشاعر)، ووجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، ٠,٠٥ بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية

<sup>١</sup> تم استلام البحث في ٢٠٢٣/١٢/١ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢٤/١/٢

<sup>٢</sup> ت: Orcid No: <https://orcid.org/0000-0002-4532-8435>

Email: shaimaa\_basha@arts.helwan.edu.eg

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ (الشعور بالذنب، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، اجترار الأفكار، اللوم). أيضاً وجدت علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الوسواس القهري والخزي. ووجود تأثير غير مباشر للخزي على إمكانية الفهم عبر المصادقة والمصادقة متغير وسيط، والخزي له تأثير على الشعور بالذنب عبر المصادقة وإمكانية الفهم وكلاهما متغير وسيط، وكذلك الخزي له تأثير على عدم القابلية للتحكم عبر المصادقة وإمكانية الفهم والشعور بالذنب وهم جميعاً متغيرات وسيطة متسلسلة، وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية لاجترار الأفكار على مظاهر الوسواس القهري، وطبقاً لطريقة البوتستراب فإن المتغيرات ذات التأثير غير المباشر الدالة إحصائياً تؤدي دوراً وسيطاً.

الكلمات المفتاحية: الوساطة المتسلسلة، المخططات الانفعالية، الخزي، الوسواس القهري، عينة غير إكلينيكية

## مقدمة

يُعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية الشائعة والمزمنة الخطيرة لأنه يؤدي إلى الاعتلال على مدى الحياة ( Bloch et al., 2013; Dougherty et al., 2018; ) الشدة على أداء الفرد النفسي والاجتماعي ونوعية حياته، وله أيضاً تأثيرات مباشرة وغير مباشرة نتيجة فقدان الأجر وتناقص العمالة ( Hollander et al., 1997; Shephard et al., 2022)، كما يتباين اضطراب الوسواس القهري لدى كل مريض من حيث المسار الإكلينيكي والاستجابة للعلاج وعمر البدء. ويؤدي تحديد العوامل المعرفية والوجدانية المرتبطة بهذا التباين دوراً مهماً لتطوير التدخلات العلاجية التي تركز على هذه العوامل (Ekici et al., 2022).

والجدير بالإشارة أن البحث في مسببات اضطراب الوسواس القهري وعلاجه وإدارته ركز على نماذج القلق إلى حد كبير؛ ومع ذلك نجد أن بعض الأفراد يقوموا بالأفعال القهرية لمواجهة الشعور بالذنب مع ارتباط الوسواس المثيرة للاشمئزاز بالخزي أكثر من الوسواس الأخرى (Visvalingam et al., 2022).

كما يُفترض أيضاً أن الخزي له صلة بالأفكار غير المقبولة في الوسواس القهري. ومع ذلك، لا يزال البحث التجريبي الذي يستكشف العلاقة بين الوسواس القهري والخزي لم يتضح بعد، والنتائج مختلطة أيضاً (Laving et al., 2023).

ويقدر انتشار اضطراب الوسواس القهري في المجتمع العام ما بين ١,٦% و ٢,٣% على مدار الحياة<sup>١</sup>، وفي العام الواحد ب ١%؛ وتؤدي المخططات اللاتكيفية والتقييمات الخاطئة دوراً مهماً في مسببات المرض واستمرار أعراضه (Shariatzadeh, 2017).

وهو ما اتفق مع دراسة كل من (Fawcett et al., 2020) أن تقديرات انتشار الوسواس القهري ١,١%، و٠,٨%، و١,٣% الإجمالية الحالية والفترة والحياة على التوالي؛ والنساء أكثر عرضة للإصابة بالوسواس القهري من الرجال. مع معدلات انتشار مدى الحياة بنسبة ١,٥% عند النساء و٠,١% عند الرجال؛ فالنساء أكثر عرضة للإصابة بالوسواس القهري في حياتهن من الرجال. وعادةً ما يبدأ اضطراب الوسواس القهري في سن مبكرة قبل سن البلوغ ويؤثر على الذكور أكثر من الإناث في هذه المرحلة، ويرتبط باضطرابات أخرى وقد يكون شديد المقاومة للعلاجات النموذجية، كما يبدأ عند الراشدين في العشرينات ويكون أكثر تأثيراً على الإناث من الذكور وأكثر حساسية للعلاج (Graybiel & Rauch, 2000). وأشارت أيضاً دراسة كل من (Carmi et al., 2022) أن معدل انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدى الحياة بنسبة ٢-٣% ويقدر الانتشار بين أفراد الأسرة من الدرجة الأولى ما بين ١٠ و ١١%.

ومن القضايا المهمة التي ينبغي أن تكون محل اهتمام ومتعلقة بعلم النفس المرضي دراسة المخططات الانفعالية ودورها في الاضطرابات النفسية (Khosravani et al., 2020). وفي هذا الصدد، أوضحت نتائج دراسة كل من (Khosravani et al., 2020) أن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري حصلوا على درجات مرتفعة في المخططات الانفعالية اللاتكيفية للشعور بالذنب وعدم القدرة على التحكم أو الضبط. وتنبأ مخطط الشعور بالذنب بأبعاد أعراض الوسواس القهري للمسؤولية عن الضرر والتماثل بعد التحكم في الخصائص الإكلينيكية. ويعد مخطط عدم القدرة على السيطرة مؤشراً مهماً على أبعاد الوسواس القهري للأفكار غير المقبولة. وبالتالي أوضحت هذه النتائج أن أبعاداً محددة للمخططات الانفعالية اللاتكيفية مثل الشعور بالذنب وعدم القدرة على التحكم أو الضبط ترتبط ببعض أبعاد أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى المرضى.

وبطبيعة الحال تنشط المخططات الانفعالية والمعرفية ضمناً بصورة متبادلة في النموذج المعرفي؛ إلا أن الانفعالات لم تحظ بالتطوير والاهتمام بشكل كاف (Leahy, 2002). هذا وتنبأين المخططات الانفعالية عن المخططات المعرفية نظراً لأنها مشتقة في الغالب من

<sup>1</sup> lifetime

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
التفاعلات بين الأشخاص ويتم التحكم فيها بواسطة النواة الوجدانية الكامنة، والتي تتكون من  
خبرات أو تجارب جسدية وحسية وحركية؛ وفي هذا الصدد، يبدو من المناسب تقييم المخططات  
الانفعالية بالإضافة إلى المخططات المعرفية من أجل تسهيل تصور ودمج هذه المكونات العديدة  
أثناء البحث والتدخل الإكلينيكي (da Silva et al., 2023; Leahy, 2002). وتظهر  
الانفعالات وفقا للمخططات الانفعالية في جميع التصرفات والسلوكيات والعلاقات والإدراك في  
المواقف المختلفة (Sardarzadeh, 2018).

وتؤدي صعوبات تنظيم الانفعالات دورا مهما في الاضطرابات النفسية، ولكن دورها في  
اضطراب الوسواس القهري على وجه التحديد غير واضح (Yap et al., 2018). ونظراً لأن  
المخططات والاتجاهات نحو الانفعالات قد تسبب مقاومة للتغيير لدى المرضى النفسيين؛ بدأت  
الدراسات المتعلقة بالمعالجة الانفعالية للطريقة التي يدرك بها الأفراد ويفسرون انفعالاتهم تظهر  
أثارها على المجال العلاجي من خلال مساهمات واضعي نظريات العلاج القائم على الانفعالات  
والعلاج المعرفي السلوكي (Yavuz et al., 2011).

وقدمت المراجعة المنهجية لكل من (Edwards & Wupperman, 2019) المزيد من الأدلة  
على الآثار الإكلينيكية المتوقعة للمخططات الانفعالية؛ واستنتجت أن ما يطور من البحث والفهم  
والتعرف على الاستهداف العلاجي للبنية التي تكمن وراء الاضطرابات النفسية يبدأ من خلال  
بناء إطار نظري أكثر شمولية للمخططات الانفعالية. لذلك تركز الدراسة على الاهتمام بفحص  
أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينات من الراشدين غير إكلينيكية لمعرفة مدى  
انتشارها وشدتها لديهم.

وفي هذا الإطار طور بيك Beck عام ١٩٩٦ فكرة الأوضاع<sup>١</sup> وعنى بها تفسير وفهم  
التنظيم المنهجي الذي ينشط وينسق بين السلوك والانفعالات والجوانب المعرفية والعوامل  
الأخرى (In Leahy, 2002). وعلى خلاف ذلك ركز بيك Beck في نموده المعرفي على  
تأثير المعالجة المعرفية في إثارة الاضطرابات الوجدانية واستمرارها؛ بينما اهتم ليهي Leahy  
بالمخططات الانفعالية متضمنة المعتقدات والاستراتيجيات والافتراضات التي تمثل نظريات  
إشكالية للوجدان وتؤدي إلى استراتيجيات غير تكيفية لتنظيم وقبول الانفعالات (Leahy, 2022).

---

<sup>1</sup> modes

هذا وتُعد المخططات الانفعالية بناءً عبر شخصي وبناءً عقلي أساسي مرتبط بالعديد من الاضطرابات الوجدانية؛ ورغم ذلك؛ فإن آثار المخططات الانفعالية المحددة المترتبة على تنظيم الوجدان ليست واضحة (Faustino & Vasco, 2021). كما إن المنهج المرتكز على الانفعالات ينظر إلى الانفعالات باعتبارها الأساس في بناء الذات ومحدد جوهرى للتنظيم الذاتى؛ ومن خلال التنظيم الذاتى للانفعالات ينشأ المعنى الشخصى لفهمها وتفسير التجربة الانفعالية للفرد والتوافق الأمثل يشمل التكامل بين العقل والوجدان. ويعزز المعالج المُدرّب على العلاج المرتكز على الانفعال مساعدة الأفراد على إدراك تجربتهم الانفعالية وقبولها وفهمها (Greenberg, 2004; Leahy, 2016).

وأظهرت دراسة كل من (Basile et al., 2017) تنبؤ مخططات العزلة الاجتماعية والعقاب وأسلوب المواجهة التجنبى السلوكى بشدة اضطراب الوسواس القهرى؛ ويؤدى التجنب السلوكى دوراً وسيطاً بين المخططات والأعراض المختلفة. ودعمت نتائج دراسة كل من (Khaleghi et al., 2017) أن العلاج بالمخططات الانفعالية هو علاج فعال للقلق المعمم. واتفقت مع نتائج دراسة كل من (Ghovati et al., 2021) إن العلاج بالمخطط الانفعالي فعال في الحد من اجترار الأفكار والمسؤولية الشديدة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهرى.

وقد تبين من نتائج دراسة كل من (Bagozzi et al., 1999) أن الثقافة والنوع الاجتماعى يتفعلان لإنتاج أنماط مختلفة تماماً من الارتباط بين الوجدان الإيجابى والانفعالات السلبية وفقاً للنموذج التكاملى. وأشارت المراجعة المنهجية لأكثر من ١١٠ مقالة تناولت الخزي لكلٍ من (Weingarden & Renshaw, 2015) أن الخزي يرتبط بشكل وثيق باضطراب الوسواس القهرى والاضطرابات ذات الصلة به.

وبناءً على ما تقدم أشارت دراسة كل من (Szentágotai-Táatar et al., 2020) إلى ضرورة اهتمام الأبحاث المستقبلية بالمتغيرات المعدلة والوسيطه نظراً لوجود ارتباط متسق متوسط الحجم بين الخزي وأعراض القلق واضطراب الوسواس القهرى والاضطرابات ذات الصلة به. وقد تبين من نتائج دراسة باركر (Parker, 2022) ارتباط التدين واضطراب الوسواس القهرى؛ ولم يتوسط العلاقة الشعور بالذنب والخزي؛ بينما توسط الشعور بالخزي العلاقة بين الوسواس القهرى والبعد العقلى للتدين فقط لدى العينة غير الإكلينيكية. وأظهرت نتائج دراسة كل من (Olatunji et al., 2015) ارتباط الشعور بالخزي بالاشمئزاز من الذات وأعراض الشره العصبى والوسواس القهرى والقلق المعمم.

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛

بينما أظهرت دراسة كلٍ من (Weingarden & Renshaw, 2014) توسط الخزي جزئياً العلاقة الإيجابية بين معتقدات الوسواس القهري والاكتئاب. فذكريات الخزي لها خصائص ذاكرة الصدمة المؤلمة، والتي تؤثر على الخزي في مرحلة الرشد وأيضاً تعدل العلاقة بين الخزي والاكتئاب، لذا أوصت دراسة كلٍ من (Matos & Pinto-Gouveia, 2010) أهمية تقييم ذكريات الخزي في الإطار العلاجي.

وأظهرت دراسة كل من (Rezaei et al., 2016) توسط المخططات الانفعالية السلبية العلاقة بين مخططات الانفصال والرفض والاكتئاب. كما أوضحت نتائج دراسة كل من (Bakhshandeh Sajjad et al., 2023) وجود ارتباط غير مباشر بين كلٍ من المخطط الانفعالي وعمه المشاعر بحساسية القلق من خلال الدور الوسيط لصعوبة تنظيم الانفعالات. وأشارت دراسة كل من (Ahovan et al., 2021) أن العلاج بالمخططات الانفعالية أكثر فعالية في تنظيم الوجدان لدى مرضى الوسواس القهري.

ودعمت نتائج دراسة كل من (Edwards et al., 2021) نموذج العلاقات المتبادلة بين المخططات الانفعالية اللاتكيفية والتنظيم الانفعالي غير الفعال؛ والمواجهة التجنبية؛ وأوجه القصور في معالجة الأفعال؛ وعدم التنظيم السلوكي؛ حيث تؤدي المخططات الانفعالية دوراً مهماً في توجيه الأداء والتجربة الانفعالية. وأخيراً توصلت دراسة كل من (Ekici et al., 2022) أن كل من العوامل المعرفية والانفعالية وعلاقتهما مع بعضهما البعض تتباين باختلاف أبعاد الوسواس القهري.

بناءً على ما سبق تهدف الدراسة إلى الكشف عن الفروق في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي والانفعالية، القهري وفقاً للنوع، والكشف عن الفروق بين مرتفعي الوسواس القهري ومنخفضيه في كلٍ من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي؛ والتعرف على الدور الوسيط للمخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب

العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) في العلاقة بين الخزي ومظاهر الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، وصولاً إلى استنتاج مجموعة من التوصيات التي تُسهم في الحد من انتشار الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب الوسواس القهري والتخفيف من آثاره لدى من يُعانون منه.

### مشكلة الدراسة

بناءً على ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة على السؤال الرئيس التالي:

١- هل تؤدي المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) دوراً وسيطاً في العلاقة بين الخزي ومظاهر الوسواس القهري لدى عينة الدراسة؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيس عدة تساؤلات فرعية كالتالي:

- ١- هل تتباين درجات العينة في كل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي والوسواس القهري بتباين / باختلاف (النوع)؟
- ٢- هل توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الوسواس القهري في كلٍ من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي؟
- ٣- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الوسواس القهري وكلٍ من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي لدى عينة الدراسة؟
- ٤- **أهمية الدراسة:** تبرز أهمية الدراسة الحالية في جانبين هما:

أولاً: الأهمية النظرية:

- ١- تأصيل مفهوم المخططات الانفعالية وبناء إطار نظري أكثر شمولية لها، ودعم مزيد من

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛

الأدلة على الآثار الإكلينيكية المتوقعة للمخططات الانفعالية.

٢- تتناول الدراسة متغيرات لم يتم معالجتها معاً من قبل في الدراسات العربية والبيئة المحلية مما يطور من البحث والفهم والتعرف على الاستهداف العلاجي للبيئة التي تكمن وراء الاضطرابات النفسية.

### ثانياً: الأهمية التطبيقية:

١- توفر الدراسة الحالية تعريب لمقياس ليهي للمخططات الانفعالية والتحقق من كفاءته القياسية النفسية في البيئة العربية.

٢- وتدرج هذه الدراسة ضمن موضوعات علم النفس المرضي ذات الطبيعة المنذرة أو الوقائية مما يعطيها أهمية خاصة.

٣- كما تتحدد أهمية الدراسة تطبيقياً في بحثها للوسواس القهري وعلاقته بكل من المخططات الانفعالية والخزي؛ حيث تدعم النتائج الخاصة بالدراسة من فهم الروابط بين هذه المتغيرات، الأمر الذي يساعد المختصين في مجال علم النفس الإكلينيكي على وضع برامج علاجية، أو إرشادية، أو تنموية، أو تدريبية، وصياغة مقترحات علمية تساعد الراشدين للوقاية أو التخفيف من آثار الاضطراب الضارة على أدائهم النفسي والاجتماعي وطيب حالهم.

### التعريفات الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

#### المخططات الانفعالية Emotional Schemas

اعتمدت الباحثة تعريف ليهي (Leahy, 2002, 2007) ويعني بالمخططات الانفعالية المفاهيم والخطط والاستراتيجيات التي يتم توظيفها أثناء الاستجابة لانفعال ما. فالأفراد يختلفون في الطريقة التي يضعون بها التصور المفاهيمي لانفعالاتهم؛ أي أن الأفراد لديهم مخططات مختلفة عن الانفعالات وتعكس هذه المخططات الطريقة التي يتم بها خبرة الانفعالات وما يعتقد الأفراد خطأ مناسبة بمجرد نشأة أحد الانفعالات غير السارة. وتتمثل هذه الأبعاد للمخططات الانفعالية في التالي:

١- المصادقة بواسطة الآخرين<sup>١</sup>. ويعني اعتقاد الفرد أن هناك جمهوراً متقبلاً لانفعالاته، كما تشير إليه الاستجابات لعبارات مثل "يتفهم الآخرون مشاعري ويتقبلونها"، ويقترح النموذج

---

1 Validation by others.



المرتكز على المعرفة أو الانفعال أن المصادقة قد تساعد الفرد على فهم وعكس الرؤية المرضية للانفعال.

- ٢- إمكانية الفهم<sup>١</sup>. ويعني به هل الانفعالات منطقية بالنسبة للذات.
- ٣- الشعور بالذنب<sup>٢</sup>. ويمثل هذا البعد الخزي، والشعور بالذنب، والإحراج من انفعال ما - الاعتقاد بأن الفرد لا يجب أن يكون لديه مشاعر معينة.
- ٤- الرؤية المبسطة للانفعال<sup>٣</sup>. ويعني القدرة على فهم أن الفرد يمكن أن يكون لديه مشاعر متعارضة ومعقدة عن الذات والآخرين وهي علامة على الأداء العالي للأناء، والتفريق المعرفي، والتعقيد المعرفي. فالقدرة على تنسيق المشاعر المتضاربة هو أحد الإنجازات الأساسية في منظومة الذات بحيث يؤدي الفشل في هذا التنسيق إلى التقلب في المزاج.
- ٥- القيم العليا<sup>٤</sup>. " عندما أشعر بالإحباط، أحاول التفكير في الأشياء الأهم في الحياة - الأشياء التي أقدرها"، وبإدراك أهمية القيم العليا (مثل الحميمية، الالتزام، وعزة النفس) يؤكد على شرعية قيم المريض ومن شأنه أن يساعد في تقليل القلق والاكتئاب.
- ٦- عدم القابلية للتحكم<sup>٥</sup>. ويعني إدراك الفرد بأن الانفعالات السلبية الشديدة غير قابلة للتحكم.
- ٧- فقدان الحس<sup>٦</sup>. قد يكون ثراء الانفعالات وشدتها خبرة تجعل البعض يشعرون بامتلائهم بالحياة. ولكن لآخرين، يوجد إحساس أن شدة الانفعالات تحمل فقط إحساسا بفقدان السيطرة، والصدمة، والفوضى، والشعور بالغمر. ونمط المواجهة الكبتي، أحيانا يتميز بعمه المشاعر.
- ٨- طلب العقلانية<sup>٧</sup>. حيث يقترح النموذج المرتكز على الانفعال أن العقلانية الزائدة قد تكبح التعبير، والمصادقة، والتقبل، وفهم الذات التي تنتج عن السماح للنفس بالخبرات الانفعالية.
- ٩- المدة<sup>٨</sup>. ويقترح النموذج المرتكز على الانفعال أن الاعتقاد بطول مدة الانفعال يعكس صعوبة تقبل الانفعال.
- ١٠- الإجماع<sup>٩</sup>. ويعني إدراك الفرد أن الآخرين لديهم مشاعر مشابهة له ويعتبر شكلا من أشكال المصادقة.

1 Comprehensibility

2 Guilt

3 Simplistic View of Emotion

4 Higher Values

5 Uncontrollability

6 Numbness

7 Demand for rationality

8 Duration

9 Consensus

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

- ١١- تقبل المشاعر<sup>١</sup>. أي أن تقبل المشاعر يؤدي إلى تسوية أسرع للاكتئاب والقلق.
- ١٢- اجترار الأفكار<sup>٢</sup>. يُعد اجترار الأفكار عاكسا لعدم تقبل الانفعال، مع وجود ارتباط عكسي بين اجترار الأفكار والتعبير عن الانفعال.
- ١٣- التعبير<sup>٣</sup>. تعكس الرغبة في خبرة المشاعر والتعبير عنها تقبل أن الانفعالات مهمة ويمكنها أن تعزز التغيير أو الفهم. أهمية التعبير في التقليل من الوجدان السلبي وفي حالة النظرية المركزة على الانفعال، في زيادة الفهم والتقبل.
- ١٤- اللوم<sup>٤</sup>. لوم الآخرين هو نوع من الحكم المركز - حيث يمكن تطبيق الأحكام على كل من الذات أو الآخرين. وبالتالي، فالنموذج المعرفي لا يعتبر اللوم إسقاطا، بل نمط معرفي للحكم على الآخرين.

وتقدر المخططات الانفعالية بدرجة كل بعد التي يحصل عليها عينة الدراسة على أبعاد مقياس ليهي للمخططات الانفعالية النسخة المختصرة<sup>٥</sup> (Leahy, 2002) تعريب الباحثة.

### اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

يُعرف الوسواس القهري إجرائياً بأنه "اضطراب نفسي يتصف بوجود أفكار متكررة ملحة غير مرغوبة تسيطر على الشخص ويجد صعوبة في التخلص منها كما أنه يتميز بقيام الشخص لأفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها وتؤثر هذه الأفكار والأفعال على حياة الفرد وتوافقه النفسي والاجتماعي" (عبد الخالق، ١٩٩٢). ويقدر بالدرجة الكلية التي تحصل عليها عينة الدراسة على المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق.

### الخزي Shame

يمكن تعريف الخزي إجرائياً بأنه "انفعال عام وشديد، يبدو في الخزي من القول والفعل، والخزي الجسمي، وخبرة الخزي، والخزي من الفشل في المواقف، والخزي من القدرة الشخصية، وردود الأفعال السلوكية للخزي" (أندروس، وكيان، وفلاننتين، ٢٠٠٥). ويمكن تقديره

---

<sup>1</sup> Acceptance of Feelings

<sup>2</sup> Rumination

<sup>3</sup> Expression

<sup>4</sup> Blame

<sup>5</sup> Leahy Emotional Schemas Scale (LESS-II)

بالدرجة الكلية التي تحصل عليها عينة الدراسة على مقياس خبرة الخزي الذي أعده أندروس وزملاؤه ٢٠٠٢ وقام حسين فايد بتعريبه.

### التأثير النظري المفسر لمفاهيم الدراسة

أولاً: اضطراب الوسواس القهري

يُعد اضطراب الوسواس القهري اضطراب نفسي عصبي ساهم في التعرف عليه وتقييمه وتحقيق نتائج فيه بشكل أفضل الأبحاث الدقيقة في علم الظواهر والعلاج الدوائي والعلاج النفسي وعلم الأحياء النفسي؛ وبرغم أنه اضطراب متجانس نسبياً مع أعراض متشابهة على مستوى العالم إلا أن تقييم الأعراض على المستوى الفردي ودرجة الاستبصار ومدى الاضطراب المشترك يُعد من الأمور المهم تحقيقها (Stein et al., 2019). وتمثل الاضطرابات المشتركة مع الوسواس القهري أمر شائع الحدوث (Brakoulias et al., 2017).

ويتسم القيام بفعل الاغتسال القهري بوجود مشكلة في معالجة المكافأة أي التأثير الإيجابي المتوقع نتيجة انخراط الافراد في السلوك القهري، كما أن مدة الفحص وشدة الوسواس القهري والاضطراب المشترك مع اضطرابات التحكم في الحفزات تشكل السلوكيات القهرية من خلال دمجها مع الميول المعتادة للفرد (Ferreira et al., 2017).

ويتضمن الوسواس القهري الأفكار المتطفلة المتكررة أو الحوافز أو الصور التي تسبب الكرب النفسي؛ والقهور أي الطقوس المكتملة لتقليل أو تخفيف الكرب النفسي الناجم عن الوسواس (American Psychiatric Association & Association, 2013; Audet et al., 2016; Shephard et al., 2022).

ويتميز اضطراب الوسواس القهري بوجود الوسواس أو الأفعال القهرية أو الإثنين معاً؛ وتتمثل الوسواس في الأفكار أو الاندفاعات أو الصور المتكررة والثابتة وتعتبر مقتحمة ومتطفلة وغير مرغوب فيها وينتج عنها قلق أو احباط، ويحاول المريض تجاهل أو قمع هذه الأفكار أو الحفزات أو الصور أو محاولة تحييدها بأداء أفعال قهرية. وتُعرف الأفعال القهرية بأنها سلوكيات متكررة (الاغتسال، الفحص، الترتيب) أو أفعال عقلية (تكرار الكلمات داخلياً، العد، الصلاة) ويشعر المريض أنه مجبر على أدائها استجابة للوسواس أو يطبقها وفقاً لقواعد صارمة. وتهدف الأفعال القهرية لتقليل أو التخفيف من القلق والإحباط (الكرب النفسي) وقد تكون هذه الأفعال مرتبطة بصورة واقعية بما هي مصممة لتحييده أو منعه أو قد تكون مُفرطة

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري;  
(AmericanPsychiatricAssociation., 2022).

تتضمن الوسواس الأكثر شيوعاً مخاوف بشأن التلوث من الأوساخ / المرض، والحوادث، والعدوان غير المقصود أو العنف تجاه الآخرين، والأفعال الجنسية غير الملائمة، والأخطاء، والشك، والأفكار التكفيرية، والنظام والتماثل، والاكنتاز. وتشمل الدوافع القهرية استجابات سلوكية أو عقلية متكررة ونمطية ومتعمدة يتم اختبارها بشكل شخصي على أنها دافع أو ضغط للعمل، وينظر مريض الوسواس القهري إلى القهور على أنها مفرطة أو مبالغ فيها، لكن الرغبة في التصرف والقيام بها لا يستطيع أن يقاومها، وعادةً ما يتم تحفيز الدوافع القهرية عن طريق حدوث كرب الوسواس (Clark & Purdon, 2003).

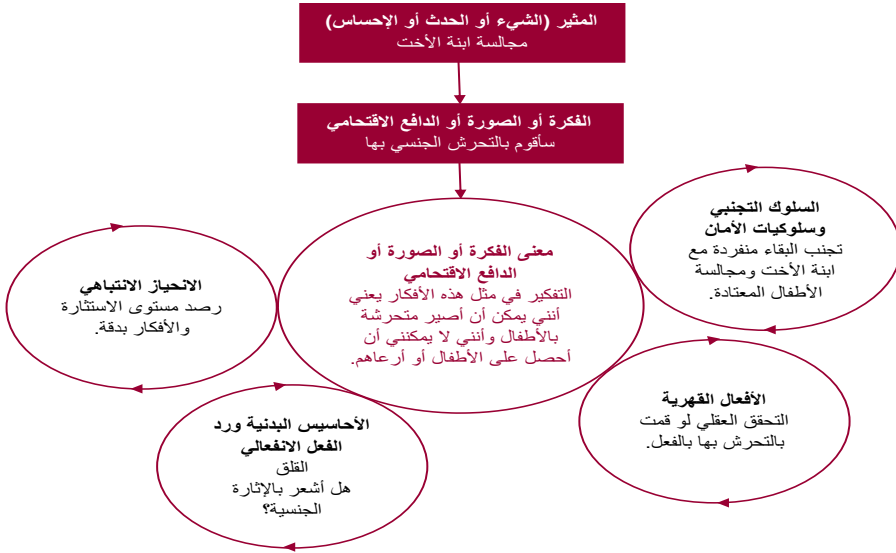
وترتبط المشاعر غير المريحة بالخوف من التلوث أو إيذاء الذات أو الآخرين؛ والأفكار المتطفلة المحرمة والشك في النفس؛ وتتطوي السلوكيات المتكررة التي يترتب عليها الراحة (القهور) على التنظيف والفحص والطقوس العقلية مثل العد؛ وتنفذ الأفعال القهرية أيضاً لتخفيف الظواهر الحسية غير المريحة (Miguel et al., 2000; Shephard et al., 2022).

ويعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات النفسية شديدة الإعاقة ويتسم بالأفكار المتطفلة غير المرغوب فيها أي الوسواس، وتؤدي إلى الأفعال القهرية أو الطقوس التي تتميز بالتكرار من أجل التخفيف من القلق والتوتر ومنع حدوث أي نتائج مخيفة، ومن أكثر الموضوعات الوسواسية أهمية هي المرتبطة بالأفكار الجنسية والعدوانية البغيضة وغير المرغوب فيها، لأنها تتميز بخصائص إكلينيكية مميزة كالارتباط بأشكال مختلفة من الأفعال القهرية بما في ذلك الطقوس السرية وقمع الفكر، وارتفاع الكرب النفسي والتوتر لدى الفرد (Moulding et al., 2014).

وتتمثل الملاحظات الرئيسية حول أعراض الوسواس القهري في إدراك مرضى الوسواس القهري أن الوسواس والأفعال القهرية أي الأعراض لا معنى لها لكن لا يمكنهم التحكم فيها أو السيطرة عليها؛ والوسواس والأفعال القهرية ليست شاذة أو غريبة وعادةً ما يكون محتواها ممكناً أو عادياً؛ كما يتضح أيضاً أن هناك اتفاقاً واضحاً بين الثقافات في موضوعات الوسواس والأفعال القهرية برغم من عدم التجانس في أعراض معينة؛ وقد يعاني بعض المرضى بشكل رئيس من الوسواس، والبعض الآخر من القهور، أو من الإثنين معاً، وبالتالي يمكن اعتبار الوسواس القهري اضطراب معرفي وجداني أو سلوكي تنفيذي بشكل أساسي. ويمكن أن تستمر الوسواس والأفعال القهرية لساعات مراراً وتكراراً ولا يوجد إغلاق سلوكي (Graybiel &

### المداخل المعرفية السلوكية

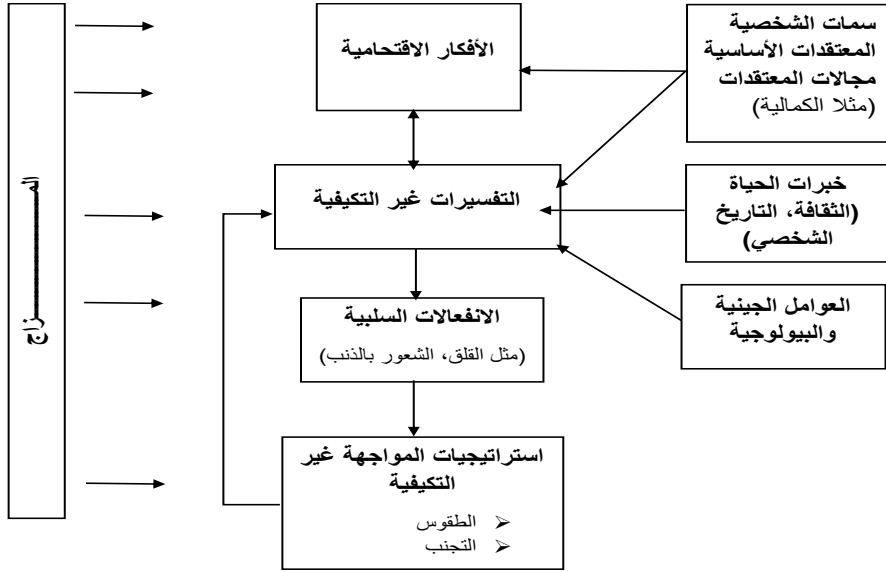
يمكن تقسيم النماذج المعرفية السلوكية للوسواس القهري إلى فئتين عريضتين أولاً الفئة التي تفترض أن الوسواس القهري ناتج عن الخلل الوظيفي في المعالجة المعرفية (نماذج العجز العام) أي أن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري لديهم عجز في مجموعة من المهام مثل الاستدلال الاستقرائي والأداء التنفيذي كالخطيطة والتعلم والذاكرة ويمكن أن يستمر هذا العجز حتى بعد العلاج الناجح للأعراض، كما يُظهر مرضى الوسواس القهري أيضاً ضعفاً في الكبح المعرفي أي ضعف القدرة على كبح الاستجابات بشكل فعال حتى الاستجابات المحايدة، وثانياً الفئة التي تفترض الخلل الوظيفي للمعتقدات والتقييمات المعرفية كمسببات للوسواس والأفعال القهرية (نماذج المعتقد والتقييم) (Taylor et al., 2006).



شكل ١: الصياغة في اضطراب الوسواس القهري نقلا عن (Veale, 2007)

حيث يقوم العلاج السلوكي لاضطراب الوسواس القهري على نظرية التعلم. ويعني هذا أن الوسواس صارت من خلال التهيئة مرتبطة بالقلق، وتقوم السلوكيات التجنبية والقهرية بمنع انتشار أو إيقاف هذا القلق. وتوصلت نظرية التعلم أن أفضل تعامل مع الاضطراب من خلال "التعرض ومنع الاستجابة" وفيها يتعرض الفرد إلى مثيرات تستفز وسواسه ومن ثم تتم مساعدته

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ ألا يكون رد فعله عبر الهرب والسلوكيات القهرية، وتكرار هذه المراحل يؤدي إلى اندثار الاستجابة غير المرغوبة. ويبقى علاج التعرض ومنع الاستجابة أحد العلاجات الجيدة القائمة على الدليل لاضطراب الوسواس القهري (Veale, 2007). ويوضح الشكل التالي نموذج العلاج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري.



شكل ٢: النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري نقلًا عن ( Sookman & Steketee, 2009)

وتهدف الاستراتيجيات المعرفية في كل وحدة علاجية إلى تقييم وتصحيح التفسيرات والمعتقدات الخاطئة المتعلقة باضطراب الوسواس القهري، مثل تحديد الأخطاء المعرفية الخاصة به، تحديد أكثر ما يخافه المريض من العواقب والمعتقدات الأساسية المحتملة، الأسئلة السقراطية لمساعدة المريض على فحص الأدلة التي تدعم أو تفند تفسيراته ( Sookman & Steketee, 2009).

### النماذج المعرفية العصبية

تقترح النماذج المعرفية لاضطراب الوسواس القهري ان هناك خللاً وظيفياً في تقييم المنبهات ذات الصلة بالاضطراب لدى المرضى، مما يشير إلى حدوث اضطرابات في العمليات

المعرفية التي ترتبط باتصال اللوزة بالفص قبل الجبهي<sup>١</sup>؛ ويقترح دمج الاختلال في اقتران اللوزة بالفص قبل الجبهي في النماذج الوجدانية للوسواس القهري (Paul et al., 2019).

كما كان فرط نشاط اللوزة الأيمن أكثر وضوحاً لدى المرضى الذين لم يتلقوا علاجاً، وارتبط الوسواس القهري بالأعراض المشتركة مع اضطرابات المزاج والقلق (Thorsen et al., 2018). وارتبط العمر بزيادة في حجم البوتامين<sup>٢</sup> الأيمن، وفرط نشاط القشرة الجبهية الظهرية اليسرى في مهام الوظائف التنفيذية ومهام المعالجة الانفعالية وبالتالي ترتبط المهام التنفيذية والانفعالية ببنية الدماغ ووظيفته في الوسواس القهري؛ أي أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يظهر لديهم في التصوير العصبي تغييرات هيكلية ووظيفية في الدماغ (Picó-Pérez et al., 2020).

واستنتجت دراسة كل من (Lillevik Thorsen et al., 2020) أن العلامات المميزة لاضطراب الوسواس القهري والتي تستمر حتى بعد تلقي العلاج الفعال بالتعرض هي نقص تنشيط التلفيف الجبهي السفلي<sup>٣</sup> وزيادة الاتصال الجبهي الحوفي<sup>٤</sup>.

أي أن النماذج العصبية المعرفية تركز على التحكم التنفيذي كآلية سببية كامنة وراء أعراض اضطراب الوسواس القهري. والتحكم التنفيذي هو وظيفة بشرية مفتاحية تسمح لنا بتوجيه السلوك بالتوافق مع أهدافنا الداخلية من خلال التحكم في جهودنا لتحقيق السلوك الموجه بالهدف والحفاظ عليه. ويمكن تقسيم التحكم التنفيذي إلى ثلاث مكونات أساسية: الذاكرة العاملة، تحويل المهمة/ المرونة. بعض تفسيرات اضطراب الوسواس القهري تقترح أن القصور في العناصر المفتاحية في نظام التحكم التنفيذي تكمن وراء الأعراض الإكلينيكية للاضطراب (Kalanthoff & Wheaton, 2022).

#### ثانياً: المخططات الانفعالية

طور بيك فكرة المخططات من أجل تمثيل أنماط التفكير المتأصلة التي تتشكل بشكل متكرر في وقت مبكر من الحياة. ومع ذلك، فإن فكرة المخطط، التي تمثل نموذجاً لمعالجة المعلومات المنحرفة، لها تاريخ طويل في علم النفس، يعود تاريخه إلى بارتليت Bartlett وبياجيه Piaget (In Robert L. Leahy, 2019). وتعد المخططات الانفعالية الأطر المعرفية التي توجه وتنظم

<sup>1</sup> amygdala–prefrontal

<sup>2</sup> putamen

<sup>3</sup> inferior frontal gyrus

<sup>4</sup> frontolimbic

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ القيم والمعتقدات وردود الأفعال والتفسيرات تجاه الانفعالات والتجارب الوجدانية؛ ولها دور في الاضطرابات النفسية وسيكولوجية المرض (Edwards et al., 2022).

### النماذج والنظريات المفسرة للمخططات الانفعالية

#### النموذج المعرفي للمعالجة الانفعالية أو نظرية المخططات الانفعالية<sup>1</sup>

طور ليهي نموذج/ نظرية المخططات الانفعالية وفقا لأعمال ويلز Wells مع التركيز على استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد بمجرد تنشيط انفعال ما؛ ويعني بالمخططات الانفعالية المفاهيم والخطط والاستراتيجيات التي يتم توظيفها أثناء الاستجابة لانفعال ما أي أن الانفعالات تقود إلى المعارف (Leahy, 2002, 2007).

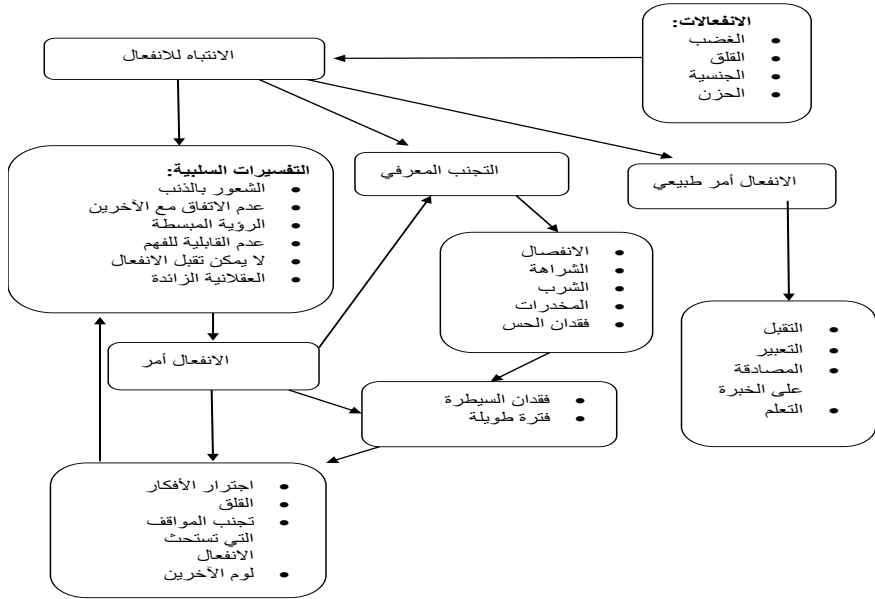
كما يُعد نموذج المخططات الانفعالية نموذجا معرفيا اجتماعيا لكيفية إدراك الأفراد وفهمهم وتقييمهم وتفسيرهم ورد فعلهم تجاه انفعالاتهم وانفعالات الآخرين؛ ويطبق نموذج المخطط الانفعالي مفهوم المخطط على المعتقدات حول الانفعالات من خلال تخصيصها من نهج معالجة المعلومات. (R.L. Leahy, 2019; Robert L. Leahy, 2019).

والعلاج بالمخططات الانفعالية هو نموذج للنظرية الضمنية للانفعال وبما يتوافق مع نظرية العقل، يشير إلى أن الاختلافات في الوعي والتقييم والعزو السببي والتنبؤ العاطفي والخزي وتطبيع المشاعر تؤثر بشكل مختلف عند التعرض للاكتئاب والقلق (Leahy, 2011).

---

<sup>1</sup> emotional schemas





شكل ٣. يوضح نموذج المخططات الانفعالية؛ نقل عن (Leahy, 2002, 2007).

وتقدم نظرية الانفعال في تطوراتها الحديثة أن المخططات الانفعالية وهي المعتقدات والتصورات الفردية التي تتعلق بالانفعال وتؤدي وظيفة مهمة في توجيه العمليات الانفعالية/ الوجدانية (Edwards et al., 2021). ويوضح ليهي (Leahy, 2003) أن النقد الشائع المقدم للعلاج المعرفي أنه لا يركز بشكل أساسي على أهمية الانفعالات في العملية العلاجية، بينما تأخذ النماذج السلوكية المعرفية في اعتبارها التأثيرات الانفعالية والمعرفية، لذا قدم ليهي نموذج المخططات الانفعالية ودورها في الوصول إلى المشاعر، والكشف عن الذات، والتغيير الانفعالي، وتأثيرها على الامتثال للمساعدة الذاتية، والعلاقة العلاجية.

هذا ويدمج العلاج بالمخططات<sup>١</sup> النظرية والأساليب من العلاج السيكودينامي والعلاج المرتكز على الانفعال، ويُنظر إلى سيكولوجية المرض على أنها التفاعل بين الحالة المزاجية للفرد والتجارب المبكرة للحرمان أو الإحباط من الاحتياجات الأساسية للموضوع، وقد يؤدي هذا الحرمان إلى تطوير مخططات مبكرة لسوء التكيف وأنماط سلوكية لا تكيفية كما يظهر من اضطرابات نفسية (Abedi Shargh et al., 2017; Dadomo et al., 2016). والعلاج

<sup>١</sup> Schema Therapy

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ بالمخطط الانفعالي هو تكامل بين النماذج المعرفية وما وراء المعرفية بالإضافة إلى الأساليب القائمة على القبول، يستهدف محتوى المعتقدات حول الانفعالات واستراتيجيات المواجهة المختلفة للتعامل مع الانفعالات الصعبة (Daneshmandi et al., 2019).

ويُعد تنظيم الانفعالات نقطة محورية لمعالجة الاضطرابات النفسية، وفي علاج المخططات ترتبط الانفعالات وتنظيمها ارتباطاً وثيقاً بمفهوم أوضاع المخطط (Lobbestael et al., 2008)، وهي عبارة عن "شبكة من المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية التحفيزية المُصممة لتلبية متطلبات محددة" (da Silva et al., 2023).

ووفقاً لنموذج جرينبرج Greenberg للعلاج المرتكز على الانفعال تُعد الانفعالات أحد أشكال معالجة المعلومات والتي يختبر الفرد من خلالها معاني الأحداث، والمقصود بالمخططات الانفعالية الهيكل التنظيمي للانفعالات من المعاني أو المعارف، وبالتالي فالانفعالات قد تكون المحرك الأساسي للمعارف وتحوي الحقيقة بالنسبة للفرد، أي أن الانفعالات تخبرنا ما الذي يضايقنا وأن شيء ما في حاجة للتغيير، كما تتيح الانفعالات للفرد أن يقوم بتنشيط المخططات المعرفية التي توفر له فرصة لمصادقة الآخرين على المعنى، وفهم ذاته، وإدراك ما يحتاجه الفرد (In: Leahy, 2002).

### العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري والمخططات الانفعالية

وفقاً لنظرية المخططات الانفعالية يوجد نمطان لمواجهة الانفعالات هما المواجهة السوية؛ والمواجهة المرضية (Batmaz & Özdel, 2015) وارتبطت المخططات الانفعالية التكيفية بالتعلل ومستويات المرونة النفسية المرتفعة؛ بينما ارتبطت المخططات الانفعالية اللاتكيفية بانخفاض مستويات التعلل والمرونة النفسية (Silberstein et al., 2012). وتوصلت دراسة كل من (Yoosefi et al., 2016) أن مخططات العيب / الخزي، وعدم الثقة/ الإساءة، والحرمان العاطفي تُعد سائدة ومحددة لسوء التكيف للوسواس القهري.

كما أوضحت نتائج دراسة كل من (Cucchi et al., 2012) ارتفاع درجات معتقدات ما وراء المعرفة المختلفة لدى مرضى الوسواس القهري- المعتقدات السلبية حول القلق بشأن عدم القدرة على السيطرة والخطر وكذلك المعتقدات حول الحاجة إلى التحكم في أبعاد الأفكار- وأن هذه المعتقدات تمثل عوامل استعداد لاضطرابات القلق وتساهم أيضاً في استمرار الاضطراب. وهو ما أوضحته أيضاً نتائج دراسة كل من (Oguz et al., 2019) أن المجموعة الإكلينيكية (مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الهلع) ارتفعت درجاتهما في المعتقدات ما وراء

المعرفية المختلفة والمعتقدات السلبية المتعلقة بالمخططات الانفعالية؛ فيما يتعلق بأبعاد عدم القدرة على التحكم، والقابلية للفهم، والاجترار، والاختلاف، والخطورة، والشعور بالذنب، وعلى الدرجة الكلية للمخططات الانفعالية اللاتكيفية.

### ثالثاً: الخزي

يُعرف الخزي بأنه مشاعر ذاتية مؤلمة للغاية يختبرها الفرد عندما يحكم على نفسه بشكل سلبي تماماً (Coles, 2022; Weingarden & Renshaw, 2015). أي أنه انفعال ينطوي على الحكم السلبي عن الذات بأكملها نتيجة عزو المسؤولية عن الخطيئة داخلياً (Visvalingam et al., 2022, p. 1).

ويعد الخزي من الانفعالات الشائعة التي تتعلق بالعديد من المشكلات التي تجعل العملاء يلتسمون العلاج؛ ومنها ضعف التوافق النفسي، والمشكلات بين الشخصية وسوء أداء الفرد بشكل عام (Dearing & Tangney, 2011).

ويختلف الخزي عن الشعور بالذنب، فالخزي يرتبط بالاستهداف لمجموعة من المشاكل الشخصية والبين شخصية، بينما يخدم الشعور بالذنب وظائف أكثر تكيفاً (Dearing & Tangney, 2011). وينظر إلى الخزي والشعور بالذنب في المقام الأول على أنهما بنى قائمة على الأخلاق تنطوي على عمليات التفكير الذاتي والتقييم في ضوء المعايير الاجتماعية (Laving et al., 2023; Wolf et al., 2010). يرتبط الشعور بالذنب عادةً باستجابات أو ردود فعل مختلفة على التجاوزات السلوكية، بينما يمكن أن يتطور الخزي مع أو بدون حدوث أي خطأ ظاهر. على سبيل المثال: يتمثل الخزي في الوسواس القهري أن يقوم الفرد باستنتاجات سلبية حول أخلاقه وقدرته على القيام بأعمال عاف عند تعرضه لأفكار عدوانية غير مرغوب فيها (Laving et al., 2023).

### نظرية الصمود أمام الخزي

يُعرف الخزي بأنه الشعور أو التجربة المؤلمة بشدة لاعتقاد الأفراد بأنهم سيئون أو معيبون وبالتالي فإنهم لا يستحقون الانتماء والقبول؛ واقترحت نظرية الصمود النفسي أمام الخزي أن الخزي بناء نفسي واجتماعي وثقافي؛ فالمكون النفسي يرتبط بمشاعر وأفكار وسلوك الأفراد المُخزي؛ أما المكون الاجتماعي فيرتبط بخبرة الفرد للخزي في إطار العلاقات والتواصل الاجتماعي؛ ويشير المكون الثقافي إلى الخزي والفشل الحقيقي أو المتصور في تلبية التوقعات

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
التقافية السائدة (Brown, 2006).

لذا اقترحت نظرية الصمود النفسي أمام الخزي أن الصمود النفسي والخزي مُتصل على أحد طرفيه الخزي والذي يشمل الخوف واللوم والانفصال وفي الطرف الآخر التعاطف الذي يشمل الشجاعة والرحمة والتواصل (Brown, 2007).

### النماذج المعرفية السلوكية

#### "اندماج الفكر والسلوك"

يعتقد بعض الأشخاص الذين لديهم أفكار تدخلية متطفلة لإيذاء الآخرين أو التصرف بشكل خاطئ أن مجرد التفكير السيئ هو بمثابة التصرف أي يعادله، وهو ما يُعرف بالتحيز المعرفي "اندماج التفكير الأخلاقي والتصرف أو الفعل" ( ; Hezel et al., 2012; Rachman, 1997; ). أي أن النموذج المعرفي السلوكي يقدم الدليل على دور الخزي والوسواس باعتباره تحيز معرفي دون أن يكون هناك أي خطأ ظاهر في سلوك الفرد.

واقترح (Rachman, 1997, 1998) أن الوسواس تنتج عن التفسيرات الخاطئة والكارثية للأفكار والصور الذهنية والحفزات التي تقتحم تفكير المريض، وتستمر الوسواس بناءً على استمرار تلك التفسيرات الخاطئة وتضعف كلما قلت أو انحسرت. وفي تشريح الوسواس تم إضافة مفهوم المسؤولية المتضخمة في التحليل المعرفي المفصل لها (Rachman, 1993).

فالأفراد مرضى الوسواس القهري يعتقدون أن احتمال حدوث مصيبة سيئة يزداد عندما يصبحون هم مسؤولين، وبالتالي يعتقدون أنهم وليس الآخرين لابد أن يتحملوا المسؤولية عن المصائب التي ليس لديهم أي سيطرة عليها على الإطلاق (Lopatka & Rachman, 1995). ويساهم التقييم المعرفي الخاطئ للأفكار المتطفلة في إثارة الإشارات الداخلية للكرب النفسي، كما تسهم أيضاً الإشارات الداخلية للكرب النفسي في سوء تفسير الأفكار المتطفلة ( Fergus & Rowatt, 2018).

### العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري والخزي

أشارت دراسة كل من (Valentiner & Smith, 2008) أن التفاعل بين (الخزي، واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، والوسواس) تنبأ بالأفعال القهرية. وكشفت النتائج أن العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية أقوى كدالة على الشعور بالخزي واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، بحيث تم التوصل إلى أعلى مستويات الأفعال القهرية بالنسبة لأولئك الذين

لديهم أعلى المستويات في جميع المتغيرات الثلاث.

كما أن استخدام علاج الصمود النفسي والخزي ساهم في تحسن أعراض الاكتئاب بعد التدخلات العلاجية لزيادة التعاطف وتقليل الشعور بالخزي (Alvarez, 2020)، وأشارت دراسة كل من (Audet et al., 2016) إلى أهمية التركيز والاهتمام بالخزي والقلق في التدخلات العلاجية لاضطراب تشوه صورة الجسم واضطراب الوسواس القهري.

وتوصلت دراسة كل من (Castilho et al., 2017) أن الخزي ونقد الذات يعززان بعضهما البعض، وكلاهما مرتبطان بأعراض نفسية مرضية. يجب أن يكون الخزي الخارجي ونقد الذات هدفاً في العلاج. وفي دراسة كل من (Castilho et al., 2017) توسط النقد الذاتي بشكل جزئي العلاقة بين الخزي والأعراض النفسية المرضية، وخاصة شكل الذات المكروهة. كان النموذج البديل حيث يتوسط الخزي العلاقة بين النقد الذاتي والأعراض النفسية المرضية مهماً أيضاً. تشير هذه النتيجة إلى أن الخوف من التقليل من قيمة عقول الآخرين له تأثير كبير على الصحة النفسية للأفراد، ويمكن تفسير هذا التأثير جزئياً من خلال نقد الذات.

وأوضحت دراسة كل من (Chou et al., 2018) أن النقد الذاتي والخزي ارتبطا بشكل إيجابي بأعراض اضطراب الاكتناز والمعتقدات ذات الصلة بالاكتناز. ويوجد تأثيرات غير مباشرة للنقد الذاتي والخزي على أعراض اضطراب الاكتناز، بوساطة المعتقدات حول تضخم الشعور بالمسؤولية على الممتلكات. النتائج لها آثار على البحث المستقبلي لفحص التدخلات التي تستهدف الهوية الذاتية للخطر، بما في ذلك النقد الذاتي والخزي، بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتناز.

### فروض الدراسة:

وفقاً لما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة والأطر النظرية يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

١- توجد فروق دالة إحصائية في كل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي والوسواس القهري بتباين النوع (ذكور، إناث).

٢- توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الوسواس القهري في كل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة،  
الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي.

٣- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الوسواس القهري وكلٍ من المخططات الانفعالية  
(المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال،  
القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل  
المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي لدى عينة الدراسة

٤- تؤدي المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب،  
الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية،  
المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) دوراً وسيطاً في العلاقة  
بين الخزي ومظاهر الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

## المنهج والإجراءات:

### المنهج:

اعتمدت الدراسة على استخدام المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن لمناسبته لفروض  
الدراسة وتساؤلاتها وأهدافها. ويشمل المنهج:

### أولاً: التصميم البحثي:

اعتمدت الدراسة الحالية على التصميم الارتباطي المقارن الذي يُتيح الفرصة للكشف عن  
العلاقات الارتباطية من ناحية، والفروق بين العينة من ناحية أخرى، والكشف عن الدور الوسيط  
الذي تؤديه المخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي ومظاهر اضطراب الوسواس القهري  
لدى عينة الدراسة من الراشدين.

### ثانياً: وصف العينات:

#### ١- عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات:

تكونت العينة من عدد ١٤٥ من الراشدين الذكور والإناث المصريين، ومن نفس المستويات  
التعليمية والمستويات العمرية والحالة الاجتماعية المكافئة لعينة الدراسة الأساسية، واستخدمت  
للتحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات الدراسة، وتراوح أعمارهم ما بين ١٨: ٦٠ عاماً  
بمتوسط عمري قدره (٢٤,٨٦ ± ٧,٢٥) عاماً.

#### ٢- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت من ١٩١ مشاركاً من الراشدين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨: ٦٠ عاماً (بمتوسط عمري

قدره  $25.82 \pm 7.67$  . عدد الذكور = 79 بنسبة 41,4%، وعدد الإناث = 112 بنسبة 58,6%، ويوضح الجدول التالي خصائص العينة الأساسية.

جدول (١) خصائص عينة الدراسة الأساسية (ن = ١٩١)

المتغيرات	خصائص العينة	ك	%
الحالة الاجتماعية	أعزب	134	70.2
	متزوج	53	27.7
	مطلق	4	2.1
المستوى التعليمي	متوسط	٤	2.1
	جامعي	141	37.8
	فوق جامعي	46	24.1

### ثالثاً: أدوات الدراسة: تكونت أدوات الدراسة من:

#### ١- مقياس خبرة الخزي (أندروس، وكيان، وفلانين، ٢٠٠٥)

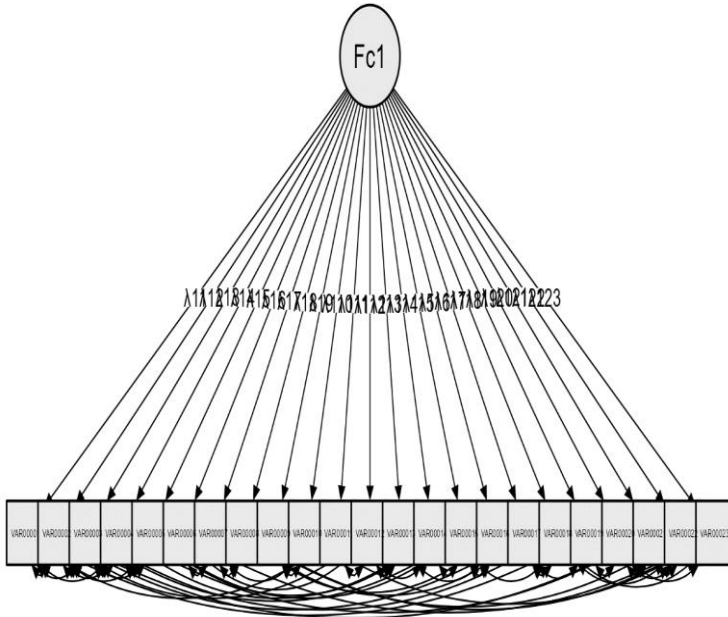
أعد أندروس وزملاؤه ٢٠٠٢ مقياس خبرة الخزي كأداة للتقرير الذاتي يعطي تقديراً كمياً لخبرة الخزي، متمثلة في الخزي الخلقي والخزي السلوكي والخزي الجسمي؛ وقام حسين فايد بتعريبه والتحقق من خصائصه في البيئة العربية (أندروس وزملاؤه؛ ٢٠٠٥).

والمقياس من نوع "مقياس ليكرت" تتراوح فيه الدرجة على كل سؤال ما بين درجة واحدة حتى أربع درجات حسب اختيار المبحوث لأربع اختيارات، هي: ١ = لا أبداً؛ ٢ = نادراً؛ ٣ = أحياناً؛ ٤ = دائماً؛ جميع عبارات المقياس قد أعدت في الاتجاه السلبي نحو خبرة الخزي، بمعنى أن الدرجة المرتفعة على المقياس تشير إلى مستوى مرتفع من خبرة الخزي، بينما تشير الدرجة المنخفضة إلى مستوى أدنى من خبرة الخزي.

وتحقق معرب المقياس من صدقه في البيئة المصرية بطريقة الصدق العملي حيث تم تطبيق المقياس في صيغته قبل النهائية (٢٣ بنداً) على عينة من طالبات الجامعة. وأشار التركيب العملي لمقياس خبرة الخزي إلى صدق مضمونه واتساق بنوده وكفاءتها في قياس ما وضعت لقياسه. وبلغت معاملات الثبات بطريقتي "ألفا كرونباخ" وإعادة التطبيق بفواصل زمنية مقداره أسبوعين، وبلغ معامل الثبات ٠,٨٦ و ٠,٧٩ على التوالي. وهي معاملات ثبات معقولة أشارت إلى الاتساق الداخلي للمقياس واستقراره عبر الزمن.

الكفاءة القياسية النفسية لمقياس الخزي في الدراسة الحالية:

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الاتفاعلية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
**الصدق:** تم التحقق من صدق عبارات مقياس الخزي من خلال الصدق العاملي التوكيدي وقبل  
 البدء بالتحليل العاملي التوكيدي تم تصميم نموذج لمقياس الخزي وفقاً للمقياس المعرب، وهذا ما  
 يوضحه الشكل التالي:



### النموذج الخاص بتشبعات مقياس الخزي ن = 145

وأجري التحليل العاملي التوكيدي على العينة وحسب من خلال برنامج<sup>1</sup> (Rosseel, lavaan (2012) an R package for performing structural equation modeling  
 CFA<sup>2</sup>. (Brown, 2015; Kline, 2016) ، وتبين منه ارتفاع مؤشرات جودة المطابقة  
 وبالتالي يشير ذلك إلى تحقق الصدق العاملي التوكيدي للمقياس وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

<sup>1</sup> R Packages, ggplot2, lavaan, reshape, semPlot, stats

<sup>2</sup> lavaan.org



جدول (٢) مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الخاص بمقياس الخزي ن = 145

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
أن تكون قيمة مربع كاي غير دالة	202.624 كاي <sup>٢</sup> 183 درجات الحرية الدالة 0.152	مربع كاي $\chi^2$
(0 إلى 5)	1.107	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية $X^2/df$
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.977	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.982	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.987	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.988	مؤشر المطابقة التزايدى IFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.982	مؤشر توكر لويس TLI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.987	مؤشر اللامركزية النسبي (RNI)
(0 إلى 0.1)	0.051	مؤشر الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR)
(0 إلى 0.1)	0.024	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض للخزي يؤكد على عديد من المؤشرات الدالة على جودة أو حسن هذه المطابقة، وجاءت في المدى المثالي واقتربت من الواحد الصحيح في معظمها، فالنسبة بين كاي<sup>٢</sup> ودرجات الحرية كانت (1.107) وهي نسبة أقل من (5) كما أنها لم تكن دالة إحصائياً، وبالتالي دل ذلك على قبول النموذج، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المطابقة التزايدى IFI، ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة تصل إلى حد اقترابها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح). وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، وبالتالي دل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى مؤشر الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR) وبلغت قيمته (0.051) ومؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA وهو من أهم مؤشرات جودة المطابقة في التحليل العملي التوكيدي، وبلغت قيمته (0.024) وهو معدل جيد ويدل على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، مما يؤكد الصدق البنائي لمقياس الخزي في الدراسة الحالية، وأنه يتمتع بدلالات الصدق العملي التوكيدي على عينة الدراسة. وتراوحت تشبعات بنود مقياس الخزي ما بين 0.352 إلى 0.681 وفقاً لما أسفر عنه التحليل العملي التوكيدي

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ وبالتالي تم قبول تشبعت بنود مقياس الخزي وهذا يؤكد صلاحية المقياس في التطبيق والاستخدام على عينة الدراسة الحالية.

الثبات: تم حساب ثبات المقياس من خلال حساب ثبات مكدونالد أوميجا، وثبات التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس باستخدام معامل جتمان هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٣) ثبات مقياس الخزي باستخدام معامل ثبات مكدونالد أوميجا والتجزئة النصفية لدى

العينة ن = 145

المقياس	معامل مكدونالد أوميجا	التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس بمعادلة جتمان
الخزي	0.896	0.784

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات ثبات مقياس الخزي سواء بطريقة معامل مكدونالد أوميجا أو بالتجزئة النصفية بعد تصحيح طول الاختبار بمعادلة جتمان مما يعبر عن ثبات المقياس.

## ٢- مقياس ليهي للمخططات الانفعالية النسخة المختصرة<sup>١</sup> (Leahy, 2002)

اعد ليهي مقياس للمخططات الانفعالية لتحديد معتقدات واتجاهات الأفراد نحو الانفعالات؛ وهو استبيان للتقرير الذاتي يهدف إلى تقييم الأربعة عشر بُعد للمخططات الانفعالية؛ حيث تم بناؤه وفقا لنموذجه المعرفي أن الأفراد يختلفون في الطريقة التي يضعونها بها التصور المفاهيمي لانفعالاتهم؛ أي أن الأفراد لديهم مخططات مختلفة عن الانفعالات وتعكس هذه المخططات الطريقة التي يتم بها خبرة الانفعالات وما يعتقده الأفراد خطأ مناسبة بمجرد نشأة أحد الانفعالات غير السارة. وتتمثل هذه الأبعاد للمخططات الانفعالية في التالي:

١- المصادقة بواسطة الآخرين<sup>٢</sup>. ويعني اعتقاد الفرد أن هناك جمهورا متقبلا لانفعالاته، كما تشير إليه الاستجابات لعبارات مثل "ينفهم الآخرون مشاعري ويتقبلونها"، ويقترح النموذج المرتكز على المعرفة أو الانفعال أن المصادقة قد تساعد الفرد على فهم وعكس الرؤية المرضية للانفعال. عبارات رقم ٦، ١٢.

<sup>1</sup> Leahy Emotional Schemas Scale (LESS-II)

<sup>2</sup> Validation by others.

- ٢- إمكانية الفهم<sup>١</sup>. ويعني به هل الانفعالات منطقية بالنسبة للذات؟ وعباراته مثل "هناك أشياء لا أفهمها عن نفسي". ويعكس هذا البعد التقويم المعرفي للانفعال. وأرقام عباراته ٣، ٧.
- ٣- الشعور بالذنب<sup>٢</sup>. ويمثل هذا البعد الخزي، والشعور بالذنب، والإحراج من انفعال ما - الاعتقاد بأن الفرد لا يجب أن يكون لديه مشاعر معينة. ومن أمثلة العبارات "أشعر بالخزي من مشاعري"، يعتقد بعض الافراد أنه من الخطأ أن يكون لديهم بعض المشاعر الجنسية أو العدوانية، بينما يتقبل آخرون الانفعالات والأوهام كجزء من الخبرة البشرية. وأرقام عباراته ٢، ١٠.
- ٤- الرؤية المبسطة للانفعال<sup>٣</sup>. ويعني القدرة على فهم أن الفرد يمكن أن يكون لديه مشاعر متعارضة ومعقدة عن الذات والآخرين وهي علامة على الأداء العالي للأنف، والتفريق المعرفي، والتعقيد المعرفي. فالقدرة على تنسيق المشاعر المتضاربة هو أحد الإنجازات الأساسية في منظومة الذات بحيث يؤدي الفشل في هذا التنسيق إلى التقلب في المزاج. ومن أمثلة عباراته " أحب أن أكون محددًا تمامًا بشأن ما أشعر به تجاه نفسي". وعباراته رقم ٢٣، ٢٨.
- ٥- القيم العليا<sup>٤</sup>. " عندما أشعر بالإحباط، أحاول التفكير في الأشياء الأهم في الحياة - الأشياء التي أقدرها"، وبادراك أهمية القيم العليا (مثل الحميمية، الالتزام، وعزة النفس) يؤكد على شرعية قيم المريض ومن شأنه أن يساعد في تقليل القلق والاكتئاب. ومن أمثلة عباراته " عندما أشعر بالإحباط، أحاول التفكير في الأشياء الأهم في الحياة - الأشياء التي أقدرها". وعباراته رقم ١٤، ٢٦.
- ٦- عدم القابلية للتحكم<sup>٥</sup>. ويعني إدراك الفرد بأن الانفعالات السلبية الشديدة غير قابلة للتحكم. ومن أمثلة عباراته: " أخشى أن أفقد السيطرة إذا تركت نفسي وشعرت ببعض هذه المشاعر". وعباراته ٥، ١٧.
- ٧- فقدان الحس<sup>٦</sup>. قد يكون ثراء الانفعالات وشدتها خبرة تجعل البعض يشعرون بامتلائهم بالحياة. ولكن لآخرين، يوجد إحساس أن شدة الانفعالات تحمل فقط إحساسا بفقدان السيطرة، والصدمة، والفوضى، والشعور بالغمر. ونمط المواجهة الكبتي، أحيانا يتميز بعمه المشاعر، والعبارات التي

1 Comprehensibility

2 Guilt

3 Simplistic View of Emotion

4 Higher Values

5 Uncontrollability

6 Numbness

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
تعكس فقدان الحس الانفعالي مثل: " الأشياء التي تضايق أو تززع الآخرين لا تضايقتني"، " أشعر  
أني "فاقد الحس" انفعالياً - وكأنه لا يوجد لدي مشاعر". وعباراته ١١، ٢٠.

٨- طلب العقلانية<sup>١</sup>. حيث يقترح النموذج المرتكز على الانفعال أن العقلانية الزائدة قد تكبح  
التعبير، والمصادقة، والتقبل، وفهم الذات التي تنتج عن السماح للنفس بالخبرات الانفعالية. وأمثلة  
العبارات التي تعكس التركيز الزائد على العقلانية: " من المهم بالنسبة لي أن أكون عقلاانيا  
وعمليا وليس حساسا ومفتحا على مشاعري"، وعباراته ١٣، ٢٧.

٩- المدة<sup>٢</sup>. ويقترح النموذج المرتكز على الانفعال أن الاعتقاد بطول مدة الانفعال يعكس صعوبة  
تقبل الانفعال. وتعكس العبارات التالية الاعتقاد بطول مدة المشاعر: " المشاعر القوية تبقى لوقت  
قليل فقط". وعباراته ٩، ١٩.

١٠- الإجماع<sup>٣</sup>. ويعني إدراك الفرد أن الآخرين لديهم مشاعر مشابهة له ويعتبر شكلا من أشكال  
المصادقة. وأمثلة العبارات التي تعكس الإجماع هي: " أفكر أنني أستجيب بمشاعر لن تكون لدى  
الآخرين"، وعباراته ١، ٢٥.

١١- تقبل المشاعر<sup>٤</sup>. أي أن تقبل المشاعر يؤدي إلى تسوية أسرع للاكتئاب والقلق. والعبارات  
التي تعكس التقبل مثل: " اتقبل مشاعري". وعباراته ١٨، ٢٤.

١٢- اجترار الأفكار<sup>٥</sup>. يُعد اجترار الأفكار عاكسا لعدم تقبل الانفعال، مع وجود ارتباط عكسي  
بين اجترار الأفكار والتعبير عن الانفعال. وعباراته مثل: " عندما تكون لدي مشاعر تضايقتني  
أحاول التفكير أو القيام بأمر آخر". وعباراته ١٦، ٢٢.

١٣- التعبير<sup>٦</sup>. تعكس الرغبة في خبرة المشاعر والتعبير عنها تقبل أن الانفعالات مهمة ويمكنها  
أن تعزز التغيير أو الفهم. أهمية التعبير في التقليل من الوجدان السلبي وفي حالة النظرية  
المركزة على الانفعال، في زيادة الفهم والتقبل. وتعكس العبارات التالية التعبير عن الانفعال: "  
أعتقد أنه من المهم أن أترك نفسي أبكي "لأخرج" مشاعري". وعباراته رقم ٤، ١٥.

١٤- اللوم<sup>٧</sup>. لوم الآخرين هو نوع من الحكم المركز - حيث يمكن تطبيق الأحكام على كل من  
الذات أو الآخرين. وبالتالي، فالنموذج المعرفي لا يعتبر اللوم إسقاطا، بل نمط معرفي للحكم على

---

1 Demand for rationality

2 Duration

3 Consensus

4 Acceptance of Feelings

5 Rumination

6 Expression

7 Blame

الأخرين، ويشمل الحكم على الذات. وتشمل العبارات التي تعكس اللوم ما يلي: " لو تغير الآخرون، سأشعر بتحسن كبير". وعبارته رقم ٨، ٢١.

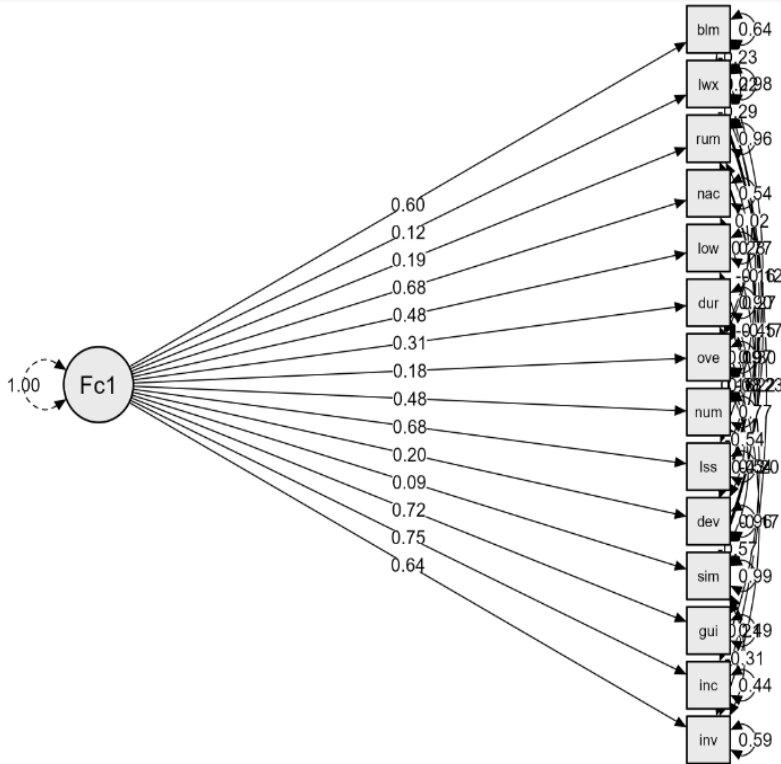
**جدول (٤): تعريفات مقياس المخططات الانفعالية (Sardarzadeh, 2018)**

اسم البعد	التعريف
المصادقة	الاعتقاد أن هناك جمهوراً متلقياً لانفعالاته/انفعالاتها
إمكانية الفهم	الاعتقاد أن مشاعر الفرد قابلة للفهم ومنطقية بالنسبة له/لها، والطرف الآخر سيكون التفسير الكارثي لمشاعر الفرد.
الذنب	الاعتقاد أن الفرد لا يجب أن يحمل انفعالات معينة ويصاحبه الإحساس بالخزي والذنب والإحراج من انفعال ما.
الرؤية المبسطة للانفعال	الإدراك أن انفعالات الفرد وانفعالات الآخرين قد تكون متضادة. وقدرة الفرد على قبول هذا التضاد.
القيم العليا	الميل لاستخدام الانفعالات لتوضيح الاحتياجات الأساسية للفرد وقيمه الشخصية.
انعدام القابلية للتحكم	الإدراك أن الانفعالات السلبية الشديدة خارجة عن سيطرة الفرد.
فقدان الحس	الميل لعزل الفرد لنفسه عن انفعالاته الشديدة.
المطالبة بالعقلانية	الميل للتأكيد الزائد على العقلانية والمنطق. معاداة الانفعالات
المدة	الاعتقاد أن الشعور القوي سيبقى لفترة طويلة من الزمن.
الإجماع	إدراك أن آخرين كثيرين لديهم مشاعر مشابهة لما يختبره الفرد.
قبول المشاعر	الميل لقبول مشاعر الفرد الخاصة وبذل الكثير من الطاقة لبعث المشاعر.
اجترار الأفكار	الميل لاجترار الأفكار والتركيز على شعور الفرد وتفكيره، نقص المرونة المعرفية.
التعبير	الرغبة في خبرة المشاعر والتعبير عنها بصورة منفتحة.
اللوم	الاعتقاد أن الآخرين يتسببون في مشاعر الفرد السلبية.

لم يعرض ليهي الخصائص القياسية النفسية للمقياس، ومع ذلك تم التحقق من الصدق والثبات في العديد من الدراسات منها دراسة كل من (Yavuz et al., ٢٠١١) التي أيدت ثبات النسخة التركيبية من مقياس ليهي للمخططات الانفعالية. كما كشفت تحليلات الارتباط بين إجمالي درجات العبارات والأبعاد عن معاملات ارتباط دالة إحصائياً تبين الاتساق الداخلي المرتفع (ألفا كرونباخ = ٠,٨٦). كما كشف التحليل العاملي أن النسخة التركيبية، مثل النسخة الأصلية، كان بها ١٤ بعداً وفسرت ٥٦,٨% من إجمالي التباين. كما بين التحليل العاملي عدم الاتساق بين ٥ عوامل وبين النسخة الأصلية من المقياس. وبالنسبة للصدق التقاربي والتبايدي تم مقارنة المقاييس الفرعية المرتبطة في مقياس ليهي للمخططات الانفعالية واستبيان ما وراء المعرفة وكشف هذا عن ارتباطات دالة إحصائياً. وأيضاً في دراسة كل من (da Silva et al., ٢٠٢٣) وفيها تم التحقق من النسخة البرتغالية من مقياس ليهي للمخططات الانفعالية وتم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي وكشف عن بنية مكونة من ٥ مكونات بعد حذف ثمانية فقرات فسرت ٤٨% من إجمالي التباين؛ وتم التحقق من الاتساق الداخلي للمكونات وكانت مناسبة ومقاربة ومدعومة

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ بالارتباطات مع الصعوبات في التنظيم الانفعالي والمعالجة الانفعالية. إنه يعرض أبعاداً وثيقة الصلة بالتقييم وتصور الحالة واتخاذ القرار الإكلينيكي، ويدعم الإمكانيات النظرية للقياس. وتحققت دراسة كل من (Salemi-Langroudi et al., 2021) من صدق وثبات الصورة المختصرة لمقياس ليهي للمخططات الانفعالية؛ وتوصلت لبنية من عاملين وسبعة أبعاد. الكفاءة السيكومترية لمقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ في الدراسة الحالية:

الصدق: تم التحقق من صدق عبارات مقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ من خلال الصدق العاملي التوكيدي وقبل البدء بالتحليل العاملي التوكيدي تم تصميم نموذج لمقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة وتشمل ١٤ مخطط انفعالي وفقاً للمقياس الأصلي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



النموذج الخاص بتشبعات مقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ ن = ١٤٥

وأجري التحليل العاملي التوكيدي على العينة وحسب من خلال برنامج lavaan an R package for performing structural equation modeling CFA .<sup>٢</sup> ، وتبين منه ارتفاع مؤشرات جودة المطابقة وبالتالي يشير ذلك إلى تحقق الصدق العاملي التوكيدي للمقياس وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

**جدول (٥)**

مؤشرات جودة المطابقة للنموذج الخاص بمقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة

٢

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
أن تكون قيمة مربع كاي غير دالة	70.675 كاي <sup>٢</sup> 54 درجات الحرية 0.063 لادالة	مربع كاي Chi <sup>2</sup>
(0 إلى 5)	1.31	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X <sup>2</sup> /df
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.996	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.922	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.979	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.980	مؤشر المطابقة التزايدى IFI
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.965	مؤشر توكر لويس TLI
اقتراب القيمة من 1 صحيح	0.979	مؤشر اللامركزية النسبي (RNI)
(0 إلى 0.1)	0.051	مؤشر الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR)
(0 إلى 0.1)	0.040	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المُفترض مقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ يؤكد على عدد من المؤشرات الدالة على جودة أو حسن هذه المطابقة، وجاءت في المدى المثالي واقتربت من الواحد الصحيح في معظمها، فالنسبة بين كاي<sup>٢</sup> ودرجات الحرية كانت (1.31) وهي نسبة أقل من (5)، وبالتالي دل ذلك على قبول النموذج، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المطابقة التزايدى IFI، ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة تصل إلى حد اقترابها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح). وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، وبالتالي دل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى مؤشر

<sup>1</sup> R Packages, ggplot2, lavaan, reshape, semPlot, stats

<sup>2</sup> lavaan.org

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
 الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR) وبلغت قيمته (0.051) ومؤشر جذر متوسط  
 مربع الخطأ التقريبي RMSEA وهو من مؤشرات جودة المطابقة المهمة في التحليل العاملي  
 التوكيدي، وبلغت قيمته (0.040) وهو معدل جيد ويدل على أن النموذج يطابق تماماً البيانات،  
 مما يؤكد الصدق البنائي للمقياس العربي للوسواس القهري في الدراسة الحالية، وأنه يتمتع  
 بدلالات الصدق العاملي التوكيدي على عينة الدراسة. وتراوحت تشبعات الأبعاد لمقياس ليهي  
 للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ ما بين 0.310 إلى 0.751 وفقاً لما أسفر عنه  
 التحليل العاملي التوكيدي، وبالتالي تم قبولها وهذا يؤكد صلاحية المقياس في التطبيق والاستخدام  
 على عينة الدراسة الحالية.

الثبات: تم حساب ثبات المقياس من خلال حساب ثبات ألفا لكرونباخ، هذا ما يوضحه الجدول  
 التالي:

#### جدول (٦)

ثبات مقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة ٢ باستخدام معامل ألفا لدى العينة

$$N = 145$$

المقياس	معامل ألفا
١- المصادقة بواسطة الآخرين	0.572
٢- إمكانية الفهم	0.556
٣- الشعور بالذنب	0.541
٤- الرؤية المبسطة للأنفعال	0.709
٥- القيم العليا	0.595
٦- عدم القابلية للتحكم	0.665
٧- فقدان الحس	0.594
٨- طلب العقلانية	٠,٦٤١
٩- المدة	0.563
١٠- الإجماع	0.558
١١- انخفاض تقبل المشاعر	0.577
١٢- اجترار الأفكار	0.565
١٣- انخفاض التعبير	0.512
١٤- اللوم	0.605

يتبين من الجدول السابق ان معاملات ثبات مقياس ليهي للمخططات الانفعالية الصورة المختصرة  
 ٢ معاملات مقبولة مما يُعبر عن ثبات المقياس.



### ٣ - المقياس العربي للوسواس القهري:

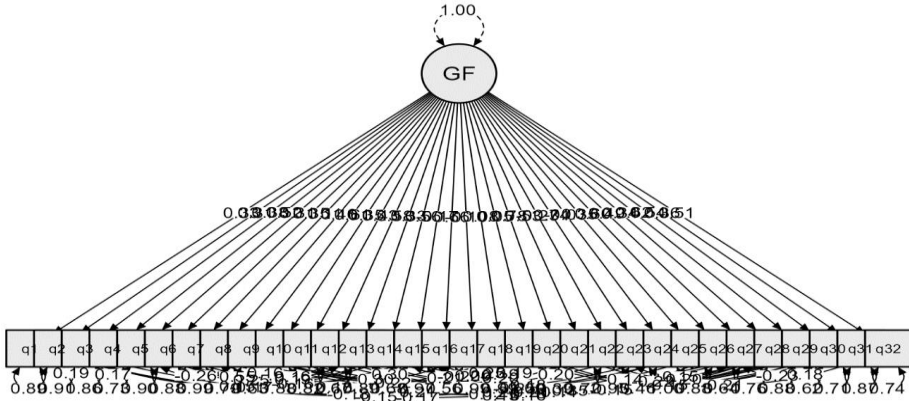
أعد هذا المقياس (عبد الخالق، ١٩٩٢) لطلاب الجامعة بهدف إعداد مقياس عربي للوسواس القهري مناسب للمفحوصين العرب ونابع عنهم. قام بوضع البنود استناداً إلى المصادر المتخصصة ونتائج التحليلات العاملية لقوائم الوسواس القهري، وتتكون القائمة من ٣٢ مفردة تعبر عن بعض مظاهر الوسواس القهري، يجاب عنها (بنعم أو لا) تحصل على درجة واحدة كل عبارة منها يجيبها المفحوص في الاتجاه نفسه الذي يتفق مع مفتاح تقدير الدرجات (التصحيح)، نعم: ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٨، ٩، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٦، ١٩، ٢٠، ٢١، ٢٣، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣٢ (٢٣ بنداً)، لا: ٧، ١٠، ١٥، ١٧، ١٨، ٢٢، ٢٤، ٢٨، ٣١ (٩ بنود). وفي الدراسة تم تصحيح المقياس أن العبارات المجاب عنها وتتفق مع مفتاح التصحيح تحصل على درجتين والتي لا تتفق معه تحصل على درجة واحدة وبالتالي فأقل درجة ٣٢ وأعلى درجة ٦٤. وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع أعراض اضطراب الوسواس القهري. ويتميز المقياس بسهولة العبارات بالنسبة للأفراد العاديين من الشباب، كما أنه سهل التطبيق والتصحيح ويوفر الجهد والوقت.

وعن التحقق من الخصائص القياسية النفسية للمقياس قام معد المقياس بحساب الصدق التلازمي مع قائمة مودسلي للوسواس القهري؛ والتحقق من الصدق الاتفاقي في أربع دراسات وجميعها أشارت إلى درجة مرضية من الصدق؛ وأسفر التحليل العاملي عن عامل واحد مرتفع التشبعات؛ وأشارت النتائج إلى صدق تكوين القائمة؛ وبلغت معاملات الثبات عن طريق إعادة الاختبار ٠,٨٥؛ والتجزئة النصفية ٠,٧٣.

الكفاءة السيكومترية للمقياس العربي للوسواس القهري في الدراسة الحالية:

الصدق: قامت الباحثة بالتحقق من صدق عبارات قائمة الوسواس القهري من خلال الصدق العاملي التوكيدي وقبل البدء بالتحليل العاملي التوكيدي تم تصميم نموذج لمقياس الوسواس القهري وفقاً للمقياس الأصلي، وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:



### النموذج الخاص بتشبعات المقياس العربي للوسواس القهري ن = 145

وأجري التحليل العاملي التوكيدي على العينة وحسب من خلال برنامج lavaan an R package for performing structural equation modeling

CFA<sup>٢</sup> ، وتبين منه ارتفاع مؤشرات جودة المطابقة وبالتالي يشير ذلك إلى تحقق الصدق العاملي التوكيدي للمقياس وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

### جدول (٧) مؤشرات حسن المطابقة للنموذج الخاص بالمقياس العربي للوسواس القهري

المدى المثالي للمؤشر	قيمة المؤشر	مؤشرات حسن المطابقة
أن تكون قيمة مربع كاي غير دالة	448.922 كاي <sup>٢</sup> 418 درجات الحرية الدالة 0.143	مربع كاي Ch <sup>٢</sup>
(0 إلى 5)	1.107	النسبة بين مربع كاي ودرجات الحرية X <sup>2</sup> /df
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.987	مؤشر حسن المطابقة GFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.974	مؤشر المطابقة المعياري NFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.978	مؤشر المطابقة المقارن CFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.980	مؤشر المطابقة التزاوي IFI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.974	مؤشر توكر لويس TLI
اقترب القيمة من 1 صحيح	0.978	مؤشر اللامركزية النسبي (RNI)
(0 إلى 0.1)	0.061	مؤشر الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR)
(0 إلى 0.1)	0.020	مؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA

<sup>1</sup> R Packages, ggplot2, lavaan, reshape, semPlot, stats

<sup>2</sup> lavaan.org

يتضح من الجدول السابق أن النموذج المفترض للمقياس العربي للوسواس القهري يؤكد على عدد من المؤشرات الدالة على جودة أو حسن هذه المطابقة، وجاءت في المدى المثالي واقتربت من الواحد الصحيح في معظمها، فالنسبة بين ك<sup>٢</sup> ودرجات الحرية كانت (1.107) وهي نسبة أقل من (5) كما أنها لم تكن دالة إحصائياً، وبالتالي دل ذلك على قبول النموذج، بالإضافة إلى مؤشر حسن المطابقة GFI، ومؤشر حسن المطابقة المُصحح بدرجات الحرية أو المعدل AGFI، ومؤشر المطابقة المعياري NFI، ومؤشر المطابقة المقارن CFI، ومؤشر المطابقة التزايدية IFI، ومؤشر توكر لويس TLI وجميعها قيم مرتفعة تصل إلى حد اقترابها مع الحد الأقصى لهذه المؤشرات (واحد صحيح). وتشير القيمة المرتفعة في هذه المؤشرات إلى تطابق أفضل للنموذج مع بيانات العينة، وبالتالي دل ذلك على جودة النموذج كما في نتائج النموذج الحالي، بالإضافة إلى مؤشر الجذر المعياري لمتوسط مربع البواقي (SRMR) وبلغت قيمته (0.051) ومؤشر جذر متوسط مربع الخطأ التقريبي RMSEA وهو من أهم مؤشرات جودة المطابقة في التحليل العملي التوكيدي، وبلغت قيمته (0.020) وهو معدل جيد ويدل على أن النموذج يطابق تماماً البيانات، مما يؤكد الصدق البنائي للمقياس العربي للوسواس القهري في الدراسة الحالية، وأنه يتمتع بدلالات الصدق العملي التوكيدي على عينة الدراسة. وتراوحت تشبعات بنود مقياس الخزي ما بين 0.307 إلى 0.783 وفقاً لما أسفر عنه التحليل العملي التوكيدي، وبالتالي تم قبول تشبعات بنود مقياس الخزي وهذا يؤكد صلاحية المقياس في التطبيق والاستخدام على عينة الدراسة الحالية.

الثبات: تم حساب ثبات المقياس من خلال حساب ثبات ماكدونالد أوميجا، وثبات التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس باستخدام معامل جتمان هذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول (٨) ثبات المقياس العربي للوسواس القهري باستخدام معامل ثبات ماكدونالد أوميجا

والتجزئة النصفية لدى العينة ن = ١٤٥

المقياس	معامل ماكدونالد أوميجا	التجزئة النصفية مع تصحيح طول المقياس بمعادلة جتمان
المقياس العربي للوسواس القهري	0.848	0.851

يتبين من الجدول السابق ارتفاع معاملات ثبات المقياس العربي للوسواس القهري سواء بطريقة معامل ماكدونالد أوميجا أو بالتجزئة النصفية بعد تصحيح طول الاختبار بمعادلة جتمان مما يعبر عن ثبات المقياس.

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

## نتائج الدراسة

### أولاً: نتائج الإحصاء الوصفي:

تم وصف متغيرات الدراسة من حيث قيم المتوسط ومعامل التواء وتتحصر قيمته ما بين  $\pm 1$  والتفطح وتتحصر قيمته ما بين  $\pm 2,07$ ، لإيضاح توزيع متغيرات الدراسة اعتدالياً، وهذا ما يعرض له الجدول التالي

جدول (٩) الاحصاء الوصفي لمتغيرات الدراسة

أقصى درجة	أدنى درجة	التفطح	الالتواء	الاحراف المعياري	المتوسط	المتغيرات	
12	2	-0.777	0.281	2.88	6.534	المصادقة بواسطة الآخرين	المخططات الانفعالية
12	2	-1.019	0.067	3.088	6.664	إمكانية الفهم	
12	2	-0.857	0.187	2.998	6.371	الشعور بالذنب	
12	2	0.583	-1.01	2.557	9.151	الرؤية المبسطة للانفعال	
12	2	0.166	0.965	2.054	4.120	القيم العليا	
12	2	-1.00	-0.285	3.176	7.528	عدم القابلية للتحكم	
12	2	-0.869	0.290	2.928	6.188	فقدان الحس	
12	2	-0.465	-0.587	2.711	8.664	طلب العقلانية	
12	2	-0.358	-0.160	2.271	7.905	المدّة	
12	2	-0.566	-0.279	2.543	7.717	الإجماع	
12	2	0.142	0.109	2.319	6.366	تقبل المشاعر	
12	2	-0.047	-0.672	2.245	8.670	اجترار الأفكار	
12	2	-0.652	0.292	2.448	5.900	التعبير	
12	2	-0.755	-0.443	2.666	8.268	النوم	
76	23	-0.497	0.369	11.907	48.748	الخزي	
63	32	-0.866	-0.172	6.338	50.670	الوسواس القهري	

يتبين من الجدول السابق اقتراب قيم كل من معاملي الالتواء والتفطح من صفر، مما يُشير إلى اعتدالية التوزيع للبيانات، ومن ثم الثقة في استخدام الاحصاء المعلمي. وتضمن معامل الارتباط الخطي المُستقيم لبيرسون، واختبار ت لدلالة الفروق بين عينتين مستقلتين، وطريقة المعاينة المنكررة أو البوتستراپ (Bootstrapping).

### ثانياً: نتائج فروض الدراسة

#### نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

٥- ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة احصائيا في كل من المخططات الانفعالية

= (٢٣٦): الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٤ ج ١ المجلد (٣٤) - يولية ٢٠٢٤

(المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي والوسواس القهري وفقاً للنوع (ذكور/ إناث). وللتحقق من هذا الفرض تم الحصول على دلالة الفروق في متغيرات الدراسة، والجدول التالي يوضح قيمة ت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث الراشدين في متغيرات الدراسة:

جدول (١٠) دلالة الفروق في متغيرات الدراسة طبقاً للنوع ن=١٩١

المتغيرات	ذكور ن = ٧٩		إناث ن = ١١٢		قيمة ت	دلالة ت
	ع	م	ع	م		
١- المصادقة بواسطة الآخرين	2.743	5.987	2.767	6.919	2.301	*0.022
٢- إمكانية الفهم	2.828	6.113	3.215	7.053	2.136	*0.034
٣- الشعور بالذنب	2.851	6.000	3.084	6.633	-1.463	0.145
٤- الرؤية المبسطة للانفعال	2.431	9.316	2.647	9.035	0.746	0.456
٥- القيم العليا	1.833	3.848	2.185	4.312	1.591	0.113
٦- عدم القابلية للتحكم	2.937	6.607	3.191	8.178	3.462	*0.001
٧- فقدان الحس	3.086	5.898	2.807	6.392	1.149	0.252
٨- طلب العقلانية	2.561	9.025	2.794	8.410	1.572	0.118
٩- المدة	2.323	7.746	2.238	8.017	-0.811	0.418
١٠ الإجماع	2.545	7.455	2.536	7.901	1.195	٠,٢٣٣
١١- تقبل المشاعر	2.295	6.253	٢,٣٤٣	6.466	-0.566	0.572
١٢- اجترار الأفكار	2.157	8.594	2.314	8.723	-0.388	0.699
١٣- التعبير	2.346	6.215	2.504	5.678	1.497	0.136
١٤- اللوم	2.826	7.746	2.496	8.633	-2.426	*0.026
الخزي	11.905	46.291	11.652	50.482	2.426	*0.016
الوسواس القهري	6.011	51.582	6.509	50.026	1.678	0.095

من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، وعدم القابلية للتحكم، واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه الإناث؛ بينما لا توجد فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وفقدان الحس، وطلب العقلانية، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر، واجترار الأفكار، والتعبير) واضطراب الوسواس القهري طبقاً للنوع.

فيما يتعلق بالمخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، وعدم القابلية للتحكم، واللوم). كشفت النتائج أن الذكور والإناث يختلفون في المخططات الانفعالية أي

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ يختلفون في الطريقة التي يضعون بها التصور المفاهيمي لانفعالاتهم؛ أي أن الذكور والإناث لديهم مخططات مختلفة عن الانفعالات وتعكس هذه المخططات الطريقة التي يتم بها خبرة الانفعالات وما يعتقد الأفراد خطأ مناسبة بمجرد نشأة أحد الانفعالات غير السارة وهي مخططات (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، وعدم القابلية للتحكم، واللوم) والفروق في اتجاه الإناث.

ويمكن تفسير ذلك في ضوء نظرية الدور الاجتماعي حيث يمكن إيضاح الفروق بين الذكور والإناث في الجانب الانفعالي وفقا للسلوك الاجتماعي المرتبط بدور كل منهما في المجتمع (Alexander & Wood, 2000)، ففي المجتمعات العربية نجد أحيانا أن المرأة لديها قوة ومكانة أقل من الرجل، وتعتمد على الأشخاص المهمين في حياتها لذا تهتم بأن يكون هناك جمهورا متقبلا لانفعالاتها، وهل الانفعالات منطقية بالنسبة لذاتها، وإدراكها بأن الانفعالات السلبية الشديدة غير قابلة للتحكم، واعتقادها أن الآخرين يتسببون في مشاعرها السلبية أكثر من الرجل.

و تتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Yavuz et al., 2011) التي توصلت عند تقييم العلاقة بين درجات مقياس ليهي للمخططات الانفعالية والنوع أن الضعف ارتبط بصورة دالة إحصائيا بالنوع، فالإناث كن أضعف تجاه الانفعالات من الذكور (عدم القابلية للتحكم)، واختلفت عن هذه النتيجة من ارتباط الشعور بالذنب بصورة دالة بالنوع فكان الذكور أكثر شعورا بالذنب من الإناث عند ظهور انفعالات غير مرغوبة. ولم يوجد فروق ذات دلالة وفقا للنوع في الأبعاد الفرعية الأخرى.

أما فيما يتعلق بالخزي كشفت النتائج أن الذكور والإناث يختلفون في إدراكهم للخزي والفروق في اتجاه الإناث، ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقا لاختلاف التنشئة الاجتماعية والدور الاجتماعي للذكور عن الإناث، فالإناث أكثر شعورا بالخزي بينما الذكور أكثر شعورا بالذنب حيث تعتبر أنماطا سائدة لتنظيم المعلومات عن الذات (Ferguson & Crowley, 1997; Ferguson & Eyre, 2000).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كلا من (Benetti-McQuoid & Bursik, 2005) اشارت النتائج إلى أنه على الرغم من أن النساء أبلغن عن تعرضهن بشكل أكبر للشعور بالذنب والخزي، إلا أن الرجال أبلغوا عن شعورهم بالذنب. ودراسة (Ferguson et al., 2000) من وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في الخزي في اتجاه الإناث.

وفيما يتعلق بعدم وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وفقدان الحس، وطلب العقلانية، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر، واجترار الأفكار، والتعبير) وفقاً للنوع، ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقاً لنموذج المخططات الانفعالية حيث يُعد نموذج معرفي اجتماعي لكيفية إدراك الأفراد وفهمهم وتقييمهم وتفسيرهم ورد فعلهم تجاه انفعالاتهم وانفعالات الآخرين؛ ويطبق نموذج المخطط الانفعالي مفهوم المخطط على المعتقدات حول الانفعالات من خلال تخصيصها من نهج معالجة المعلومات. (R.L. Leahy, 2019; Robert L. Leahy, 2019) وبالتالي تختلف المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وفقدان الحس، وطلب العقلانية، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر، واجترار الأفكار، والتعبير) وفقاً لإدراك الأفراد وتفسيرهم وردود أفعالهم تجاه انفعالاتهم وانفعالات الآخرين وليس وفقاً للنوع.

و تتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Yavuz et al., 2011) وعدم وجود فروق ذات دلالة وفقاً للنوع في الأبعاد الفرعية لمقياس ليهي للمخططات الانفعالية، فيما عدا مخطط عدم القابلية للتحكم فالإناث كن أضعف تجاه الانفعالات من الذكور (عدم القابلية للتحكم)، وكان الذكور أكثر شعوراً بالذنب من الإناث عند ظهور انفعالات غير مرغوبة.

وما يتعلق بعدم وجود فروق دالة احصائياً في اضطراب الوسواس القهري طبقاً للنوع يمكن تفسير هذه النتيجة وفقاً لطبيعة عينة الدراسة غير الإكلينيكية وبالتالي لم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث في اضطراب الوسواس القهري، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Torresan et al., 2009) وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الوسواس القهري والأبعاد الفرعية له، وتختلف عن المراجعة المنهجية لكل من (Mathis et al., 2011) التي توصلت إلى أن النوع عامل مهم ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار عند تقييم مرضى الوسواس القهري.

### **نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:**

١- ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الوسواس القهري في كل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب الإرباعي الأعلى والأدنى في متغير اضطراب الوسواس القهري للمقارنة

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
بين مرتفعي اضطراب الوسواس القهري ومنخفضيه في كل من المخططات الانفعالية (المصادقة  
بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم  
القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار،  
التعبير، اللوم)، والخزي وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

### جدول (١١)

دلالة الفروق بين مرتفعي اضطراب الوسواس القهري ومنخفضيه في كل من المخططات

#### الانفعالية والخزي

المتغيرات	منخفضون ن= ٥٣		مرتفعون ن= ٥٥		قيمة ت	دلالة ت
	ع	م	ع	م		
١- المصادقة بواسطة الأخرى	2.063	5.113	2.531	8.181	6.890	0.000
٢- إمكانية الفهم	2.763	5.509	3.063	7.854	4.172	0.000
٣- الشعور بالذنب	2.790	4.943	2.943	7.963	5.468	0.000
٤- الرؤية المبسطة للانفعال	2.865	8.566	2.727	8.927	0.671	0.504
٥- القيم العليا	1.941	4.132	2.348	4.490	0.864	0.390
٦- عدم القابلية للتحكم	2.873	6.226	2.780	8.890	4.898	0.000
٧- فقدان الحس	2.863	5.264	2.977	6.854	2.828	0.006
٨- طلب العقلانية	2.936	7.735	2.656	8.600	1.605	0.111
٩- المدة	1.978	7.169	1.978	8.418	3.278	0.001
١٠- الإجماع	2.224	6.471	2.218	9.072	6.084	0.000
١١- تقبل المشاعر	2.043	5.509	2.374	7.375	4.300	0.000
١٢- اجترار الأفكار	2.178	8.283	2.191	8.890	1.445	0.151
١٣- التعبير	2.462	5.490	2.448	5.509	0.039	0.969
١٤- اللوم	2.611	6.792	1.975	10.145	7.503	0.000
الخزي	10.690	43.207	12.281	54.800	5.224	0.000

يتبين من الجدول السابق وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة  
الأخرين، وإمكانية الفهم، والشعور بالذنب، وعدم القابلية للتحكم، وفقدان الحس، والمدة،  
والإجماع، وتقبل المشاعر واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه مرتفعي مظاهر اضطراب  
الوسواس القهري؛ بينما لا توجد فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (الرؤية المبسطة  
لانفعال، والقيم العليا، وطلب العقلانية، واجترار الأفكار، والتعبير) لدى مرتفعي ومنخفضي  
اضطراب الوسواس القهري.

ويمكن تفسير وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين،



وإمكانية الفهم، والشعور بالذنب، وعدم القابلية للتحكم، وفقدان الحس، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه مرتفعي مظاهر اضطراب الوسواس القهري وفقا لنظرية للمخططات الانفعالية حيث تُعد المخططات الانفعالية الأطر المعرفية التي توجه وتنظم القيم والمعتقدات وردود الأفعال والتفسيرات تجاه الانفعالات والتجارب الوجدانية؛ ولها دور في الاضطرابات النفسية وسيكولوجية المرض (Edwards et al., 2022).

فكل فرد لديه نظرية عن كيف يجب أن يشعر وكيف يقوم بتنظيم انفعالاته، وهذه النظريات الضمنية والاستراتيجية عن الانفعالات هي المخططات الانفعالية في نموذج ليهي وتتضمن ١٤ فئة من المعتقدات عن الانفعال، وتشمل المدة وتعني هل الانفعالات ستدوم إلى الأبد، والتحكم هل هي خارجة عن السيطرة، والإجماع أي هل الآخرين لديهم مشاعر مشابهة، وتحمل المشاعر المختلطة، وقابليتها للفهم أي هل الانفعالات منطقية، والحاجة إلى العقلانية، والتقبل، واجترار الأفكار، والتعبير، والإقرار، وفقدان الحس، واللوم، والعلاقة بالقيم العليا (Leahy, 2022).

كما تتسق هذه النتيجة مع اندماج الفكر والسلوك، وفيه يعتقد الأشخاص الذين لديهم أفكار تدخلية متطفلة لإيذاء الآخرين أو التصرف بشكل خاطئ أن مجرد التفكير السيئ هو بمثابة التصرف أي يعادله، وهي ما يُعرف بالتحيز المعرفي "اندماج التفكير الأخلاقي والتصرف أو الفعل" (Hezel et al., 2012; Rachman, 1997; Shafran & Rachman, 2004). أي أن النموذج المعرفي السلوكي يقدم الدليل على دور الخزي والوسواس باعتباره تحيز معرفي دون أن يكون هناك أي خطأ ظاهر في سلوك الفرد.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع ما أقره (Rachman, 1997, 1998) أن الوسواس تنتج عن التفسيرات الخاطئة والكارثية للأفكار والصور الذهنية والحفزات التي تقتحم تفكير المريض، وتستمر الوسواس بناءً على استمرار تلك التفسيرات الخاطئة وتضعف كلما قلت أو انحصرت. وفي تشريح الوسواس تم إضافة مفهوم المسؤولية المتضخمة في التحليل المعرفي المفصل لها (Rachman, 1993).

ودراسة كل من (Valentiner & Smith, 2008) والتي تبين منها أن العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية أقوى كدالة على الشعور بالخزي واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، بحيث تم التوصل إلى أعلى مستويات الأفعال القهرية بالنسبة لأولئك الذين لديهم أعلى المستويات في جميع المتغيرات الثلاث

ودراسة كل من (Khosravani et al., 2020) التي توصلت إلى أن المجموعة الإكلينيكية من

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛ مرضى الوسواس القهري ارتفعت درجاتهم على أبعاد المخططات الانفعالية لسوء التكيف ومنها الشعور بالذنب وعدم القدرة على التحكم وذلك بالمقارنة بالمجموعة غير الإكلينيكية، واختلفت عن هذه النتيجة في ارتفاع درجات المجموعة غير الإكلينيكية على المخطط الانفعالي القيم العليا، ولكن قد يرجع ذلك لأن المقارنة في هذه الدراسة بين عينة إكلينيكية وأخرى غير إكلينيكية وليس مرتفعي ومنخفضي الوسواس القهري لدى عينة غير إكلينيكية.

كما اتفقت هذه النتيجة مع المراجعة المنهجية لكل من (See et al., 2022) التي توصلت إلى أن عدم قبول المشاعر والصعوبات في التحكم في الانفعالات وصعوبة الوصول إلى استراتيجيات تنظيم الانفعال الفعالة ارتبط بشكل دال بأعراض اضطراب الوسواس القهري، ونتائج دراسة كل من (Oguz et al., 2019) التي توصلت إلى أن المجموعة الإكلينيكية (مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطراب الهلع) ارتفعت درجاتهما في المعتقدات ما وراء المعرفة المختلة والمعتقدات السلبية المتعلقة بالمخططات الانفعالية؛ فيما يتعلق بأبعاد عدم القدرة على التحكم، والقابلية للفهم، والاختلاف، والخطورة، والشعور بالذنب، وفي إجمالي الدرجات على مقياس ليهي للمخططات الانفعالية.

كما أن نتائج الفرض الحالي قد أوضحت عدم وجود فروق دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (الرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وطلب العقلانية، واجترار الأفكار، والتعبير) لدى مرتفعي ومنخفضي اضطراب الوسواس القهري. ويمكن تفسير ذلك وفقاً لطبيعة عينة الدراسة غير الإكلينيكية.

### **نتائج الفرض الثالث ومناقشتها**

ينص هذا الفرض على أنه "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) والخزي لدى عينة الدراسة. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب دلالة تلك العلاقة بين المتغيرات باستخدام معامل ارتباط بيرسون الخطي المستقيم وهذا ما أوضحه الجدول التالي:

جدول (١٢) دلالة العلاقات الارتباطية بين الوسواس القهري والمخططات الانفعالية والخزي وبين بعضها بعضاً لدى عينة الدراسة

الوسواس القهري	الخزي	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	المتغيرات
		المخططات الانفعالية														
0.51	-	0.10	-	0.48	0.07	0.05-	-	-	-	0.32	-	-	-	-	-	1- المصادقة بواسطة الآخرين
-0.49	** -	0.55	*	0.48	**		0.25	0.41	0.51	**	0.26	0.64	0.58	1		
-0.46	0.53	-	0.10	-	0.60	0.07	-	-	-	0.37	-	-	1			2- إمكانية الفهم
	** -	0.50	*	0.44	**		0.257	0.28	0.65	**	0.33	0.74				
**0.49	0.51	0.46	-	0.50	-	-	0.187	0.23	0.43	0.64	-	-	1			3- الشعور بالذنب
	**	**	0.12	*	0.58	0.02	**	**	**8	5	0.36	0.38				
	0.23	-	0.26	-	0.45	0.25	-	-	-	-	0.21	1				4- الرؤية المبسطة للانفعال
-	**	0.49	**	0.30	**	**	0.265	0.46	0.19	0.41	**					
**0.31		**		*			**	**	**4	**5						
-	-	-	0.28	-	0.03	0.16	0.001	-	-	-	1					5- القيم العليا
**0.24	0.42	0.17	**3	0.45	*	*		0.28	0.22	0.27						
	**	*		*				**	**8	**3						
**0.39	-	0.48	0.03	0.32	-	0.03	0.312	0.20	0.33	1						6- عدم القابلية للتحكم
	0.42	**	6	*	0.59	0	**	**	**0							
	**	**		**	**											
**0.23	0.51	0.21	-	0.17	-	0.08	0.048	0.31	1							7- فقدان الحس
	**	**9	0.14		-			**								
			**9	0.41	0.41											
			**9	**	**											
*0.15	0.10	0.20	-	0.05	-	0.03	0.045	1								8- طلب العقلانية
	**0	**0	0.04	0.41	0.41											
			4	**	**											
*0.15	0.18	0.02	0.15	-	0.07	1										9- المدة
	0.11	**8	2	0.26												
	**	**		**												

\*\*دالة عند 0,01 \*دالة عند 0,05

يتبين من الجدول السابق ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وتقبل المشاعر).
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0,01، 0,05، بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، اجترار الأفكار، اللوم).
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى 0,01 بين الوسواس القهري والخزي.

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب الوسواس القهري والمخططات الانفعالية الإجماع والتعبير.

يمكن تفسير وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، والرؤية المبسطة للانفعال، والقيم العليا، وتقبل المشاعر)، وفقاً لنموذج جرينبرج Greenberg للعلاج المرتكز على الانفعال تُعد الانفعالات أحد أشكال معالجة المعلومات والتي يختبر الفرد من خلالها معاني الأحداث، والمقصود بالمخططات الانفعالية الهيكل التنظيمي للانفعالات من المعاني أو المعارف، وبالتالي فالانفعالات قد تكون المحرك الأساسي للمعارف وتحتوي الحقيقة بالنسبة للفرد، أي أن الانفعالات تخبرنا ما الذي يضايقنا وأن شيء ما في حاجة للتغيير، كما تتيح الانفعالات للفرد أن يقوم بتنشيط المخططات المعرفية التي توفر له فرصة لمصادقة الآخرين على المعنى، وفهم ذاته، وإدراك ما يحتاجه الفرد (In: Leahy, 2002).

وتتنسق هذه النتيجة مع ارتباط المخططات الانفعالية التكيفية بالتعقل ومستويات المرونة النفسية المرتفعة؛ وارتباط المخططات الانفعالية اللاتكيفية بانخفاض مستويات التعقل والمرونة النفسية (Silberstein et al., 2012).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، ٠,٠٥ بين الوسواس القهري وكل من المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، اجترار الأفكار، اللوم) وتتفق هذه النتيجة مع المراجعة المنهجية لكل من (See et al., 2022) والتي توصلت إلى ارتباط عدم قبول الانفعالات وصعوبات التحكم فيها والوصول إلى استراتيجيات فعالة والانخراط في السلوكيات الموجهة نحو الهدف باضطراب الوسواس القهري، ونتائج دراسة كل من (Cucchi et al., 2012) ارتفاع درجات معتقدات ما وراء المعرفة المختلة لدى مرضى الوسواس القهري- المعتقدات السلبية حول القلق بشأن عدم القدرة على السيطرة والخطر وكذلك المعتقدات حول الحاجة إلى التحكم في أبعاد الأفكار- وأن هذه المعتقدات تمثل عوامل استعداد لاضطرابات القلق وتساهم أيضاً في استمرار الاضطراب. وأشارت دراسة كل من (Yoosefi et al., 2016) أن مخططات العيب / الخزي، وعدم الثقة/ الإساءة، والحرمان العاطفي تُعد سائدة ومحددة لسوء التكيف للوسواس القهري.

- ويمكن تفسير وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الوسواس القهري والخزي وفقاً لنظرية الصمود النفسي أمام الخزي وتشير أن الصمود النفسي والخزي مُتصل على أحد طرفيه الخزي والذي يشمل الخوف واللوم والانفصال وفي الطرف الآخر

التعاطف الذي يشمل الشجاعة والرحمة والتواصل (Brown, 2007). ووفقاً أيضاً لاندماج **الفكر والسلوك** حيث يعتقد بعض الأشخاص الذين لديهم أفكار تدخلية متطرفة لإيذاء الآخرين أو التصرف بشكل خاطئ أن مجرد التفكير السيئ هو بمثابة التصرف أي يعادله، وهو ما يُعرف بالتحيز المعرفي "اندماج التفكير الأخلاقي والتصرف أو الفعل" (Hezel et al., 2012; Rachman, 1997; Shafran & Rachman, 2004). أي أن النموذج المعرفي السلوكي يقدم الدليل على دور الخزي والوساوس باعتباره تحيز معرفي دون أن يكون هناك أي خطأ ظاهر في سلوك الفرد.

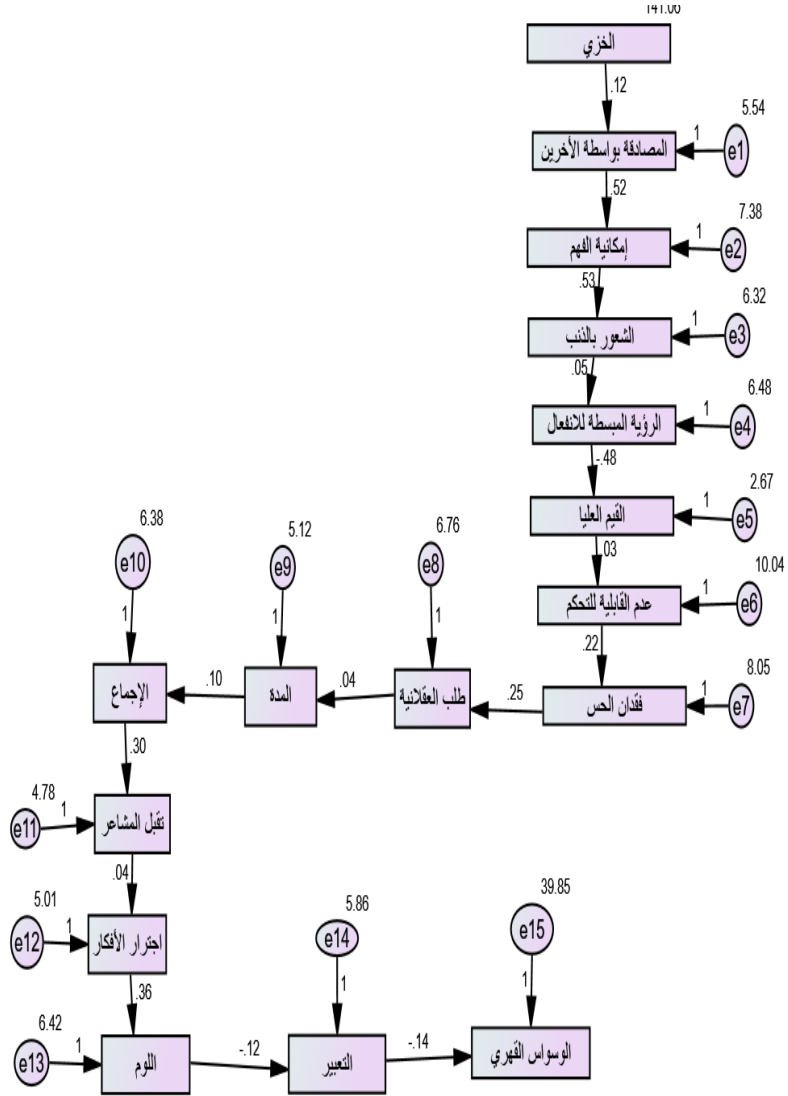
تتفق هذه النتيجة مع أن الخزي ومعتقدات دمج الأفكار تؤدي دوراً مهماً في تطور اضطرابات الوسواس القهري، في دراسة كل من (Valentiner & Smith, 2008) تتبأ بالأفعال القهرية التفاعل بين (الخزي، واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، والوساوس).

### **نتائج الفرض الرابع ومناقشتها**

١- ينص هذا الفرض على أنه " تؤدي المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) دوراً وسيطاً متسلسلاً في العلاقة بين الخزي ومظاهر الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

للتحقق من الافتراض تم رسم نموذج تحليل المسار بين الخزي كمتغير مستقل والمخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، الشعور بالذنب، الرؤية المبسطة للانفعال، القيم العليا، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة، الإجماع، تقبل المشاعر، اجترار الأفكار، التعبير، اللوم) كمتغيرات وسيطة متسلسلة، ثم مظاهر الوسواس القهري كمتغير تابع كما في الرسم التالي

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:



نموذج تحليل المسار بين الخزي كمتغير مستقل والمخططات الانفعالية كمتغيرات وسيطة متسلسلة، ثم مظاهر الوسواس القهري كمتغير تابع

تم استخراج التأثيرات المباشرة غير المعيارية والخطأ المعياري وقيمة ت والدلالة الاحصائية والتأثيرات المباشرة المعيارية كما يتضح من الجدول (١٣)

جدول (١٣) التأثيرات المباشرة غير المعيارية والخطأ المعياري وقيمة ت والدلالة الاحصائية والتأثيرات المباشرة المعيارية

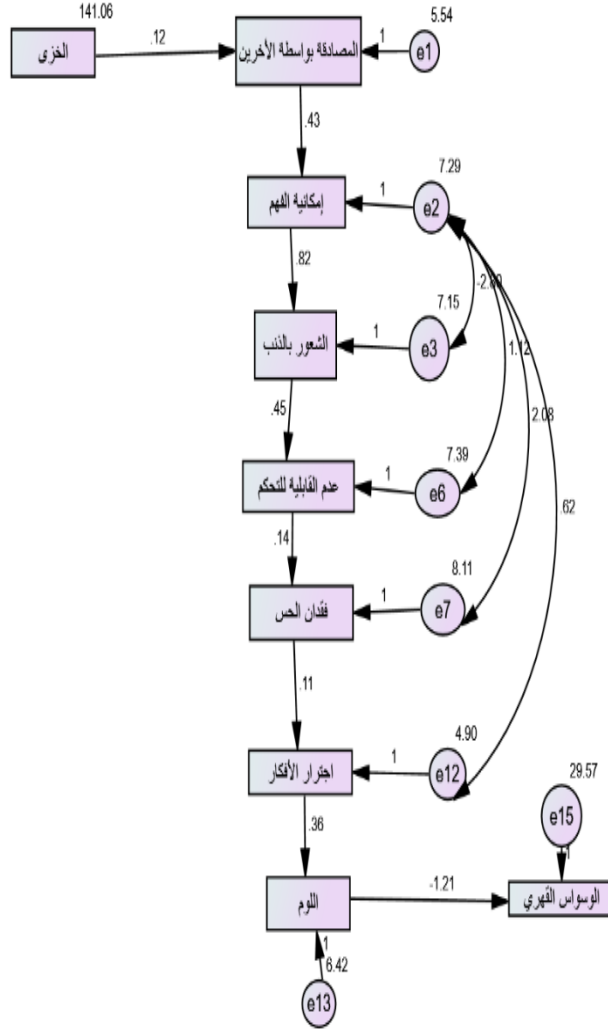
التأثيرات المباشرة المعيارية	الدلالة	قيمة ت	الخطأ المعياري	التأثيرات المباشرة اللامعيارية	المتغير المستقل	المتغير التابع
.533	***	8.682	.014	.125	الخزي	المصادقة بواسطة الآخرين
.471	***	7.365	.071	.522	المصادقة بواسطة الآخرين	إمكانية الفهم
.541	***	8.876	.059	.526	إمكانية الفهم	الشعور بالذنب
.059	.414	.817	.062	.050	الشعور بالذنب	الرؤية المبسطة للانفعال
-.603	***	-10.431	.046	-.485	الرؤية المبسطة للانفعال	القيم العليا
.020	.782	.276	.112	.031	القيم العليا	عدم القابلية للتحكم
.238	***	3.372	.065	.219	عدم القابلية للتحكم	فقدان الحس
.275	***	3.935	.065	.254	فقدان الحس	طلب العقلانية
.048	.509	.660	.061	.040	طلب العقلانية	المدة
.091	.208	1.260	.081	.102	المدة	الإجماع
.327	***	4.774	.063	.299	الإجماع	تقبل المشاعر
.045	.539	.615	.070	.043	تقبل المشاعر	اجترار الأفكار
.304	***	4.397	.082	.361	اجترار الأفكار	التعبير
-.130	.071	-1.803	.066	-.119	التعبير	اللوم
-.056	.442	-.769	.188	-.144	اللوم	مظاهر الوسواس القهري

يتضح من الجدول (١٣):

- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير الخزي على المصادقة بواسطة الآخرين
- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير المصادقة بواسطة الآخرين على إمكانية الفهم
- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير إمكانية الفهم على الشعور بالذنب
- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية للشعور بالذنب على الرؤية المبسطة للانفعال
- يوجد تأثير مباشر سلبي ذو دلالة إحصائية للرؤية المبسطة للانفعال على القيم العليا
- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية للقيم العليا على عدم القابلية للتحكم
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة لعدم القابلية للتحكم على فقدان الحس
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة لفقدان الحس على طلب العقلانية
- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لطلب العقلانية على المدة
- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة للمدة على الإجماع
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية للإجماع على تقبل المشاعر
- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتقبل المشاعر على اجترار الأفكار
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لاجترار الأفكار على التعبير

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

- لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة للتعبير على اللوم
  - لا يوجد تأثير مباشر ذو دلالة للوم على مظاهر الوسواس القهري
- تم تعديل النموذج وذلك من خلال استبعاد المتغيرات التي ليس لها تأثير وإعادة إجراء تحليل المسار كما يتضح في النموذج التالي



نموذج تحليل المسار بين الخزي كمتغير مستقل والمخططات الانفعالية كمتغيرات وسيطة متسلسلة، ثم مظاهر الوسواس القهري كمتغير تابع بعد استبعاد المتغيرات التي ليس لها تأثير



جدول (١٤) التأثيرات المباشرة المعيارية واللامعيارية والخطأ المعياري وقيمة ت والدلالة

الإحصائية

التأثيرات المباشرة المعيارية	الدلالة	قيمة ت	الخطأ المعياري	التأثيرات المباشرة اللامعيارية	المستقل	التابع
.533	***	8.682	.014	.125	الخزي	المصادقة بواسطة الآخرين
.406	***	6.597	.065	.432	المصادقة بواسطة الأخرى	إمكانية الفهم
.835	***	6.116	.134	.821	إمكانية الفهم	الشعور بالذنب
.415	***	4.665	.097	.451	الشعور بالذنب	عدم القابلية للتحكم
.154	.045	2.004	.071	.143	عدم القابلية للتحكم	فقدان الحس
.149	.037	2.081	.055	.115	فقدان الحس	اجترار الأفكار
.304	***	4.397	.082	.361	اجترار الأفكار	اللوم
-.510	***	-8.173	.148	-1.212	اللوم	مظاهر الوسواس القهري

يتضح من الجدول (١٤)

- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير الخزي على المصادقة بواسطة الآخرين
- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير المصادقة بواسطة الآخرين على إمكانية الفهم
- وجود تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لتأثير إمكانية الفهم على الشعور بالذنب
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة لعدم القابلية للتحكم على فقدان الحس
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة لفقدان الحس على اجترار الأفكار
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة إحصائية لاجترار الأفكار على اللوم
- يوجد تأثير مباشر ذو دلالة للوم على مظاهر الوسواس القهري

جدول (١٥) التأثيرات غير المباشرة اللامعيارية

اجترار الأفكار	فقدان الحس	عدم القابلية للتحكم	الشعور بالذنب	إمكانية الفهم	المصادقة بواسطة الآخرين	الخزي	
						**.054	إمكانية الفهم
					**.354	**.044	الشعور بالذنب
				**.370	**.160	**.020	عدم القابلية للتحكم
			*.064	*.053	*.023	*.003	فقدان الحس
		.016	.007	.006	.003	0.00	اجترار الأفكار
	.041	.006	.003	.002	.001	0.00	اللوم
**-.437	-	-.007	-.003	-.003	-.001	0.00	مظاهر الوسواس القهري

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

### جدول (١٦) التأثيرات غير المباشرة المعيارية

اجترار الأفكار	فقدان الحس	عدم القابلية للتحكم	الشعور بالذنب	إمكانية الفهم	المصادقة بواسطة الآخرين	الخزي	
						.217	إمكانية الفهم
					.339	.181	الشعور بالذنب
				.347	.141	.075	عدم القابلية للتحكم
			.064	.053	.022	.012	فقدان الحس
		.023	.010	.008	.003	.002	اجترار الأفكار
	.045	.007	.003	.002	.001	.001	اللوم
-.155	-.023	-.004	-.001	-.001	-.001	.000	مظاهر الوسواس القهري

يتضح من الجدول ما يلي:

- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للخزي على إمكانية الفهم
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للخزي على الشعور بالذنب
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للخزي على عدم القابلية للتحكم
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للخزي فقدان الحس

بالنسبة للمصادقة بواسطة الآخرين:

- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للمصادقة بواسطة الآخرين على الشعور بالذنب
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للمصادقة بواسطة الآخرين على عدم القابلية للتحكم
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية للمصادقة بواسطة الآخرين فقدان الحس

بالنسبة لإمكانية الفهم يتضح:

- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية لإمكانية الفهم على عدم القابلية للتحكم
- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية لإمكانية الفهم فقدان الحس

بالنسبة لاجترار الأفكار يتضح التالي:

- وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية لاجترار الأفكار على مظاهر الوسواس القهري، وطبقا لطريقة البوتستراب فإن المتغيرات ذات التأثير غير المباشر الدالة إحصائيا تؤدي دورا وسيطا.

بمعنى أن الخزي له تأثير غير مباشر على إمكانية الفهم عبر المصادقة والمصادقة متغير وسيط، والخزي له تأثير على الشعور بالذنب عبر المصادقة وإمكانية الفهم وكلاهما متغير وسيط،

وكذلك الخزي له تأثير على عدم القابلية للتحكم عبر المصادقة وإمكانية الفهم والشعور بالذنب وهم جميعا متغيرات وسيطة متسلسلة وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة إحصائية لاجترار الأفكار على مظاهر الوسواس القهري، وطبقا لطريقة البوتستراب فإن المتغيرات ذات التأثير غير المباشر الدالة إحصائيا تؤدي دورا وسيطا.

ويمكن تفسير ذلك من خلال ما يُعرف بالتحيز المعرفي "اندماج التفكير الأخلاقي والتصرف أو الفعل" (Hezel et al., 2012; Rachman, 1997; Shafran & Rachman, 2004). أي أن النموذج المعرفي السلوكي يقدم الدليل على دور الخزي والوسواس باعتباره تحيز معرفي دون أن يكون هناك أي خطأ ظاهر في سلوك الفرد. واقترح (Rachman, 1997, 1998) أن الوسواس تنتج عن التفسيرات الخاطئة والكارثية للأفكار والصور الذهنية والحفزات التي تقتحم تفكير المريض، وتستمر الوسواس بناءً على استمرار تلك التفسيرات الخاطئة وتضعف كلما قلت أو انحصرت. وفي تشريح الوسواس تم إضافة مفهوم المسؤولية المتضخمة في التحليل المعرفي المفصل لها (Rachman, 1993).

ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه دراسة كل من (Valentiner & Smith, 2008) أن التفاعل بين (الخزي، واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، والوسواس) تنبأ بالأفعال القهرية. وكشفت النتائج أن العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية أقوى كدالة على الشعور بالخزي واندماج الفكرة والفعل والمعتقدات الأخلاقية، بحيث تم التوصل إلى أعلى مستويات الأفعال القهرية بالنسبة لأولئك الذين لديهم أعلى المستويات في جميع المتغيرات الثلاث.

ويتفق أيضا مع دراسة كل من (Rezaei et al., 2016) التي أظهرت أن المخططات الانفعالية السلبية توسطت العلاقة بين المخططات الانفصال والرفض والاكتئاب. كما أوضحت نتائج دراسة كل من (Bakhshandeh Sajjad et al., 2023) وجود ارتباط غير مباشر بين كل من المخطط الانفعالي وعمه المشاعر بحساسية القلق من خلال الدور الوسيط لصعوبة تنظيم الانفعالات. وأشارت دراسة كل من (Ahovan et al., 2021) أن العلاج بالمخططات الانفعالية أكثر فعالية في تنظيم الوجدان لدى مرضى الوسواس القهري.

ودعمت نتائج دراسة كل من (Edwards et al., 2021) نموذج العلاقات المتبادلة بين المخططات الانفعالية اللاتكيفية والتنظيم الانفعالي غير الفعال؛ والمواجهة التجنبية؛ وأوجه القصور في معالجة الانفعال؛ وعدم التنظيم السلوكي؛ حيث تؤدي المخططات الانفعالية دورا مهما في توجيه الأداء والتجربة الانفعالية. وأخيرا توصلت دراسة كل من (Ekici et al., )

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛  
(2022) أن كل من العوامل المعرفية والانفعالية وعلاقتهما مع بعضهما البعض تتباين باختلاف  
أبعاد الوسواس القهري.

تم الإجابة عن تساؤلات الدراسة الأساسية، وقد أوضحت التحليلات الإحصائية عن وجود فروق  
دالة احصائياً في المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، وعدم القابلية  
للتحكم، واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه الإناث؛ وجود فروق دالة احصائياً في المخططات  
الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، وإمكانية الفهم، والشعور بالذنب، وعدم القابلية للتحكم،  
وفقدان الحس، والمدة، والإجماع، وتقبل المشاعر واللوم) والخزي وجميعها في اتجاه مرتفعي  
مظاهر اضطراب الوسواس القهري. وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الوسواس القهري وكل من  
المخططات الانفعالية (المصادقة بواسطة الآخرين، إمكانية الفهم، والرؤية المبسطة للانفعال،  
والقيم العليا، وتقبل المشاعر)، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوسواس القهري وكل من  
المخططات الانفعالية (الشعور بالذنب، عدم القابلية للتحكم، فقدان الحس، طلب العقلانية، المدة،  
اجترار الأفكار، اللوم). وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الوسواس القهري والخزي. كما كشفت  
الدراسة أن الخزي له تأثير غير مباشر على إمكانية الفهم عبر المصادقة  
والمصادقة متغير وسيط، والخزي له تأثير على الشعور بالذنب عبر المصادقة وإمكانية الفهم  
وكلاهما متغير وسيط، وكذلك الخزي له تأثير على عدم القابلية للتحكم عبر المصادقة وإمكانية  
الفهم والشعور بالذنب وهم جميعاً متغيرات وسيطة متسلسلة وجود تأثير غير مباشر ذو دلالة  
إحصائية لاجترار الأفكار على مظاهر الوسواس القهري، وطبقاً لطريقة البوتستراب فإن  
المتغيرات ذات التأثير غير المباشر الدالة إحصائياً تؤدي دوراً وسيطاً.

### توصي الدراسة بما يلي:

- 1- دراسة الوظائف التنفيذية كآلية سببية وراء أعراض اضطراب الوسواس القهري.
- 2- دراسة المخططات الانفعالية واضطراب الوسواس القهري لدى عينات إكلينيكية.
- 3- دراسة الدور الوسيط أو المعدل للوظائف التنفيذية في العلاقة بين الخزي واضطراب  
الوسواس القهري.

### المراجع العربية :

أندروس، وكيان، وفلاننتين. (٢٠٠٥). مقياس خبرة الخزي، تعريب: حسين فايد. القاهرة: مؤسسة  
طبية  
عبد الخالق، أحمد. (١٩٩٢). المقياس العربي للوسواس القهري. القاهرة: مكتبة الأنجلو  
المصرية.

### ترجمة المراجع العربية :

Andros, Kain., and Valentine. (2005). *Shame experience scale, Arabization: Hussein Fayed*. Thebes Foundation .

Abdel Khaleq, A. (1992). *The Arab scale for obsessive-compulsive disorder*. Anglo-Egyptian Library .

### المراجع الأجنبية :

Abedi Shargh, N., Ahovan, M., Doostian, Y., Aazami, Y., & Hoosaini, S. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on clinical symptom and emotional schemas in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology studies*, 7(26), 149 .١٦٣-

Ahovan, M., Jajarmi, M., & Bakhshipoor, A. (2021). Comparing the effectiveness of schema therapy and emotional schema therapy on emotion regulation of individuals with obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Behavioral Sciences*, 14(4 ,( .٢٤٥-٢٣٩

Alexander, M. G., & Wood, W. (2000). Women, men, and positive emotions: A social role interpretation. *Gender and emotion: Social psychological perspectives*, 189-210 .

Alvarez, D. V. (2020). Using shame resilience to decrease depressive symptoms in an adult intensive outpatient population [<https://doi.org/10.1111/ppc.12443>]. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 363-370. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ppc.12443>

American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC .

AmericanPsychiatricAssociation. (2022). *The Diagnostic and Statistical*

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛

*Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR* .(American Psychiatric Association.  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

Audet, J.-S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.003>

Bagozzi, R. P., Wong, N., & Yi, Y. (1999). The Role of Culture and Gender in the Relationship between Positive and Negative Affect. *Cognition and Emotion*, 13(6), 641-672.  
<https://doi.org/10.1080/026999399379023>

Bakhshandeh Sajjad, A., Mousavi Nasab, S., & Khezri Moghadam, N. (2023). Causal Model of Emotional schema and Alexithymia with Anxiety Sensitivity via Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation in Students. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17 .(٦٨)

Basile, B., Tenore, K., Luppino, O., & Mancini, F. (2017). Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 407-414 .

Batmaz, S., & Özdel, K. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Leahy Emotional Schema Scale-II. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 16, 23-30 .

Benetti-McQuoid, J., & Bursik, K. (2005). Individual Differences in Experiences of and Responses to Guilt and Shame: Examining the Lenses of Gender and Gender Role. *Sex Roles*, 53 .

Bloch, M. H., Green, C., Kichuk, S. A., Dombrowski, P. A., Wasylink, S., Billingslea, E., Landeros-Weisenberger, A., Kelmendi, B., Goodman, W. K., Leckman, J. F., Coric ,V., & Pittenger, C. (2013). LONG-TERM OUTCOME IN ADULTS WITH OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER [<https://doi.org/10.1002/da.22103>]. *Depression and Anxiety*, 30(8), 716-722.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.22103>

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch ,A., Brown, C., Ferrao, Y. A.,

- Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79-86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>
- Brown, B. (2006). Shame Resilience Theory: A Grounded Theory Study on Women and Shame. *Families in Society*, 87(1), 43-52. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3483>
- Brown, B. (2007). *I Thought It Was Just Me (but it isn't): Making the Journey from "What Will People Think?" to "I Am Enough"*. Penguin Publishing Group. <https://books.google.ae/books?id=1fIVD8Hf-e4C>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research, 2nd ed.* The Guilford Press .
- Carmi, L., Brakoulias, V., Arush, O. B., Cohen, H., & Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and ties in families of patients with OCD. *BMC Psychiatry*, 22(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03807-4>
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2017). Two forms of self-criticism mediate differently the shame-psychopathological symptoms link [<https://doi.org/10.1111/papt.12094>]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 44-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/papt.12094>
- Chou, C.-Y., Tsoh, J., Vigil, O., Bain, D., Uhm, S. Y., Howell, G., Chan, J., Eckfield, M., Plumadore, J., Chan, E., Komaiko, K., Smith, L., Franklin, J., Vega, E., Delucchi, K., & Mathews, C. A. (2018). Contributions of self-criticism and shame to hoarding. *Psychiatry Research*, 262, 488-493. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.030>
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2003). Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In D. A. Clark & M. A. Reinecke (Eds.), *Cognitive Therapy across the Lifespan: Evidence and Practice* (pp. 90-116). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI:10.1017/CBO9781139087094.006>

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

Coles, A. (2022). *Developing a Measure of Shame in the Context of Unacceptable Obsessions in OCD* Canterbury Christ Church University (United Kingdom) .[

Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546-553. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.008>

da Silva, A. N., Matos, M., Faustino, B., Neto, D. D., & Roberto, M. S. (2023). Rethinking Leahy's Emotional Schema Scale (LESS): Results from the Portuguese Adaptation of the LESS [Article] . *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 41(1), 95-114. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00453-3>

Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema Therapy for Emotional Dysregulation: Theoretical Implication and Clinical Applications. *Front Psychol*, 7, 1987. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>

Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Wilson, L.-A., & Forooshani, S. (2019). Emotional Schema Therapy Improves Emotion Regulation in Individuals with a History of Child Abuse and Neglect. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 5-15. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0036-7>

Dearing, R. L., & Tangney, J. P. (2011). INTRODUCTION

PUTTING SHAME IN CONTEXT. In R. L. Dearing & J. P. Tangney (Eds.), *Shame in the Therapy Hour* (pp. 3-20). American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chrsj6.4>

Dougherty, D. D., Brennan, B. P., Stewart, S. E., Wilhelm, S., Widge, A. S., & Rauch, S. L. (2018). Neuroscientifically Informed Formulation and Treatment Planning for Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *JAMA Psychiatry*, 75(10), 1081-1087. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0930>

Edwards, E., Leahy, R., & Snyder, S. (2022). Patterns of emotional schema endorsement and personality disorder symptoms among outpatient psychotherapy clients. *Motivation and Emotion*. <https://doi.org/10.1007/s11031-022-10000-3>

Edwards, E. R., Liu, Y., Ruiz, D., Brosowsky, N. P., & Wupperman, P.

===== (٢٥٦)؛ الدجلة المصرية للدراسات النفسية العدد ١٢٤ ج١ المجلد (٣٤) - يولية ٢٠٢٤ =====



- (2021). Maladaptive Emotional Schemas and Emotional Functioning: Evaluation of an Integrated Model Across Two Independent Samples. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39(3), 428-455. <https://doi.org/10.1007/s10942-020-00379-8>
- Edwards, E. R., & Wupperman, P. (٢٠١٩). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*, 23(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- Ekici, E., Ugurlu, M., Yigman, F., Safak, Y., & Ozdel, K. (2022). How much are they predictive for obsessive-compulsive symptom dimensions: beliefs, emotions, emotional schemas? *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03969-0>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2021). Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. *Current Psychology*, 42, 2733 - 2739 .
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *J Clin Psychiatry*, 81(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
- Fergus, T. A., & Rowatt, W. C. (2018). Examining associations between thought-action fusion and state mental contamination following an in vivo thought induction task. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 17, 16-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.08.006>
- Ferguson, T. J., & Crowley, S. L. (1997). Gender differences in the organization of guilt and shame. *Sex Roles*, 37, 19-44 .
- Ferguson, T. J., & Eyre, H. L. (2000). Engendering gender differences in shame and guilt: Stereotypes, socialization, and situational pressures. In *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. (pp. 254-276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511628191.013>
- Ferguson, T. J., Eyre, H. L., & Ashbaker, M. (2000). Unwanted Identities: A Key Variable in Shame–Anger Links and Gender Differences in Shame. *Sex Roles*, 42(3), 133-157. <https://doi.org/10.1023/A:1007061505251>

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

Ferreira, G. M., Yücel, M., Dawson, A., Lorenzetti, V., & Fontenelle, L. F. (2017). Investigating the role of anticipatory reward and habit strength in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 22(3), 295-304 .

Ghovati, A., Ahovan, M., Shahamat Dehsorkh, F., & Farnoosh, M. (2021). The Effectiveness of Emotion Schema Therapy on Rumination and the Extreme Accountability of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 16(4), 7-24. <https://doi.org/10.22051/psy.2021.31187.2216>

Graybiel, A. M., & Rauch, S. L. (2000). Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder .*Neuron*, 28(2), 343-347 .

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16 .

Hezel, D. M., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2012). Emotional distress and pain tolerance in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 981-987. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.03.005>

Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 2(10), 16-25. <https://doi.org/10.1017/S1092852900011068>

Kalanthroff, E., & Wheaton, M. G. (2022). An Integrative Model for Understanding Obsessive-Compulsive Disorder: Merging Cognitive Behavioral Theory with Insights from Clinical Neuroscience. *J Clin Med*, 11(24). <https://doi.org/10.3390/jcm11247379>

Khaleghi, M., Leahy, R. L., Akbari, E., Mohammadkhani, S., Hasani, J., & Tayyebi, A. (٢٠١٧). Emotional Schema Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Single-Subject Design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 269-282. <https://doi.org/10.1521/ijct.2017.10.4.269>

Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Mohammadzadeh, A. , Sharifi Bastan, F., & Amirinezhad, A. (2020). The emotional schemas and obsessive-compulsive symptom dimensions in people with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive*

*Therapy*, 13(1), 341-357 .

- Klawohn, J., Hajcak, G., Amir, N., Kathmann, N., & Riesel, A. (2020). Application of attentional bias modification training to modulate hyperactive error-monitoring in OCD. *International Journal of Psychophysiology*, 156, 79-86. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.07.005>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed.* Guilford Press .
- Laving, M., Foroni, F., Ferrari, M., Turner, C., & Yap, K. (2023). The association between OCD and Shame: A systematic review and meta-analysis [<https://doi.org/10.1111/bjc.12392>]. *British Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 28-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bjc.12392>
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R. L. (2003). Emotional Schemas and Resistance. In *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change.* (pp. 91-115). Guilford Press .
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L. (2011). Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 109-131). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>
- Leahy, R. L. (2016). Emotional Schema Therapy: A Meta-experiential Model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12147>
- Leahy, R. L. (2019). *Emotional Schema Therapy.* Guilford Publications. <https://books.google.ae/books?id=ugmIDwAAQBAJ>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12, 1-4 .<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>
- Leahy, R. L. (2022). Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(3), 575-580. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2022.02.004>
- Lillevik Thorsen, A., de Wit, S. J., Hagland, P., Ousdal, O. T., Hansen, B.,

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

- Hagen, K., Kvale, G., & van den Heuvel, O. A. (2020). Stable inhibition-related inferior frontal hypoactivation and fronto-limbic hyperconnectivity in obsessive-compulsive disorder after concentrated exposure therapy. *NeuroImage: Clinical*, 28, 102460. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nicl.2020.102460>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(7), 854-860 .
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: An experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 673-684. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00089-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00089-3)
- Mathis, M. A. d., Alvarenga ,P. d., Funaro, G., Torresan, R. C., Moraes, I., Torres, A. R., Zilberman, M. L., & Hounie, A. G. (2011). Gender differences in obsessive-compulsive disorder: a literature review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33, 390-399 .
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J .(٢٠١٠) .Shame as a traumatic memory [<https://doi.org/10.1002/cpp.659>]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299-312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.659>
- Miguel, E. C., do Rosário-Campos, M. C., da Silva Prado, H., Do Valle, R., Rauch ,S. L., Coffey, B. J., Baer, L., Savage, C. R., O'Sullivan, R. L., & Leckman, J. F. (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 61(2), 19253 .
- Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 161-168. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.11.006>
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison Between Obsessive Compulsive Disorder and Panic Disorder on Metacognitive Beliefs, Emotional Schemas, and Cognitive Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 157-178. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5>
- Olatunji, B. O., Cox, R., & Kim, E. H. (2015). Self-Disgust Mediates the Associations Between Shame and Symptoms of Bulimia and Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Social and Clinical*

- Psychology*, 34(3), 239-258.  
<https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.3.239>
- Parker, L. M. (2022). A Mediational Model of Religiosity and Obsessive-Compulsive Symptomology: The Role of Guilt and Shame in a Nonclinical Sample. *Butler Journal of Undergraduate Research*, 8(1), 11 .
- Paul, S., Beucke, J. C., Kaufmann, C., Mersov, A., Heinzel, S., Kathmann, N., & Simon, D. (2019). Amygdala–prefrontal connectivity during appraisal of symptom-related stimuli in obsessive–compulsive disorder .*Psychological Medicine*, 49(2), 278-286.  
<https://doi.org/10.1017/S003329171800079X>
- Picó-Pérez, M., Moreira, P. S., de Melo Ferreira, V., Radua, J., Mataix-Cols, D., Sousa, N., Soriano-Mas, C., & Morgado, P. (2020). Modality-specific overlaps in brain structure and function in obsessive-compulsive disorder: Multimodal meta-analysis of case-control MRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 112, 83-94.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.01.033>
- Rachman, S. (1993). Obsessions ,responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31(2), 149-154.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90066-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90066-4)
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*, 35(9), 793-802. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10041-9)
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*, 36(4), 385-401. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)10041-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)10041-9)
- Rappel, P., Marmor, O., Bick, A. S., Arkadir, D., Linetsky, E., Castrioto, A., Tamir, I., Freedman, S. A., Mevorach, T., Gilad, M., Bergman, H., Israel, Z., & Eitan, R. (2018). Subthalamic theta activity: a novel human subcortical biomarker for obsessive compulsive disorder. *Translational Psychiatry*, 8(1), 118. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0160z>
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1 - 36.  
<https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛

- Salemi-Langroudi, A., Dobson, K. S., Artounian, V., Ghasemi, M., Kolahkaj, B., Khosravani, V., Shafaghi, M., Bafekr, T., Heidarian, A., Behfar, Z., & Kiani Dehkordi, M. (2021). Psychometric Properties of the Leahy Emotional Schema Scale-II among Iranian Students. *International Journal of Cognitive Therapy, 14*(3), 455-472. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00111-z>
- Sardarzadeh, S. (2018). Reliability and Validity of the Ukrainian Version of Second Version of the Emotional Schema Questionnaire (Lessii). *Psychology and Behavioral Science International Journal, 10*(1), 1-5. <https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2018.10.555776> .
- See, C. C. H., Tan, J. M., Tan, V. S. Y., & Sündermann, O. (2022). A systematic review on the links between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research, 154*, 341-353. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.07.023>
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(2), 87-107 .
- Shariatzadeh, M. (2017). Prediction of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms Via Early Maladaptive Schemas. *International Journal of Innovation and Research in Educational Sciences, 4*(3), 265-270 .
- Shephard, E., Batistuzzo, M. C., Hoexter, M. Q., Stern, E. R., Zuccolo, P. F., Ogawa, C. Y., Silva, R. M., Brunoni, A. R., Costa, D. L., Doretto, V., Saraiva, L., Cappi, C., Shavitt, R. G., Simpson, H. B., van den Heuvel, O. A., & Miguel, E. C. (2022). Neurocircuit models of obsessive-compulsive disorder: limitations and future directions for research. *Braz J Psychiatry, 44*(2), 187-200. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1709>
- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R. L., & McGinn, L. (2012). Mindfulness, Psychological Flexibility and Emotional Schemas. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(4), 406-419. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.406>
- Sookman, D., & Steketee, G. (2009). Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant obsessive compulsive disorder. *Treatment resistant anxiety disorders. Resolving impasses to symptom remission.* <https://doi.org/10.4324/9780203893869>
- Stein, D. J., Costa, D. L. C., Lochner, C., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., Shavitt, R. G., van den Heuvel, O. A., & Simpson, H. B. (2019). Obsessive-compulsive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 5*(1), 52. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0102-3>

- Szentágotai-Táatar, A., Nechita, D.-M., & Miu, A. C. (2020). Shame in Anxiety and Obsessive-Compulsive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 22(4), 16. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1142-9>
- Taylor, S., Abramowitz, J., & McKay, D. (2006). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In (pp. 9-29). <https://doi.org/10.1037/11543-001>
- Thorsen, A. L., Hagland, P., Radua, J., Mataix-Cols, D., Kvale, G., Hansen, B., & van den Heuvel, O. A. (2018). Emotional Processing in Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis of 25 Functional Neuroimaging Studies. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 563-571. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2018.01.009>
- Torresan, R. C., de Abreu Ramos-Cerqueira, A. T., de Mathis, M. A., Diniz, J. B., Ferrão, Y. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2009). Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 63-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.005>
- Valentiner, D. P., & Smith, S. A. (2008). Believing that Intrusive Thoughts Can be Immoral Moderates the Relationship Between Obsessions and Compulsions for Shame-prone Individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 714-720. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9179-1>
- Veale, D. (2007). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(6), 438-446. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.003699>
- Visvalingam, S., Crone, C., Street, S., Oar, E. L., Gilchrist, P., & Norberg, M. M. (2022). The causes and consequences of shame in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 151, 104064. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104064>
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2014). Associations of Obsessive Compulsive Symptoms and Beliefs with Depression: Testing Mediation by Shame and Guilt. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 305-319. [https://doi.org/10.1521/ijct\\_2014\\_07\\_01](https://doi.org/10.1521/ijct_2014_07_01)
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord*, 171, 74-84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.010>
- Wolf, S. T., Cohen, T. R., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2010). Shame Proneness and Guilt Proneness: Toward the Further Understanding of Reactions to Public and Private Transgressions. *Self and Identity*,

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

9(4), 337 .٣٦٢-<https://doi.org/10.1080/15298860903106843>

- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder [<https://doi.org/10.1002/jclp.22553>]. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695-709. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.22553>
- Yavuz, K. F., Türkçapar, M. H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, Validity and Reliability of The Leahy Emotional Schema Scale Turkish Version Based on Turkish University students and workers. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24(4), 273-282 .
- Yoosefi, A., RajeziEsfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global journal of health science*, 8(10), 167-177 .



**The role of serial mediation of emotional schemas in the relationship between shame and obsessive-compulsive disorder symptoms in a non-clinical adult sample**

By

**Dr. Shimaa Ezzat Basha**

**Associate Professor**

**Department of Psychology, Helwan University, and University of  
Science and Technology of Fujairah**

**Abstract**

This study aims at identifying the role of serial mediation of emotional schemas in the relationship between shame and obsessive-compulsive disorder (OCD) in non-clinical adult sample; identifying the relationships between OCD, shame, and emotional schemas; and finding the gender differences in the research variables. The sample consisted of 191 Egyptian adult participants (males = 79 participants; 41.4%; females = 112, 58.6%), between 18 and 60 years old (Mean age = 25.82,  $\pm$  7.67). The study used the following tools: The Experience of Shame Scale (Arabic version adapted by Hussein Fayed), Leahy Emotional Schema Scale (LESS; Arabic version adapted by the researcher), Arabic Obsessive-Compulsive Scale (developed by Ahmed Abdel-Khaliq). The main findings of the study are as follows; There are statistically significant differences in emotional schemas (validation by others, comprehensibility, uncontrollability, and blame) and shame in the direction of females, as well as statistically significant differences in emotional schemas (validation by others, comprehensibility, uncontrollability, guilt, numbness, duration, consensus, acceptance of feelings, and blame) and shame and all are in the direction of individuals with high OCD symptoms. There is a significant negative correlation between OCD and emotional schemas (validation by others, comprehensibility, simplistic view of emotion, higher values, and acceptance of feelings) at p level 0.01; a significant positive correlation between OCD and emotional schemas

دور الوساطة المتسلسلة للمخططات الانفعالية في العلاقة بين الخزي وأعراض اضطراب الوسواس القهري؛

(guilt, uncontrollability, numbness, demands rationality, duration, rumination, and blame) at p level 0.01, 0.05; as well as a significant positive correlation between OCD and shame, at p level 0.01. Shame has an indirect effect on comprehensibility, validation is a mediator. It has an effect on guilt, validation and comprehensibility are mediators. Shame has an effect on uncontrollability through validation, comprehensibility and guilt, all of them are Serial mediators. Additionally, a significant indirect effect of rumination on OCD manifestations exists. According to the bootstrap method, significant variables having indirect effect play a mediating role.

**Keywords:**

serial mediation, emotional schemas, shame, OCD, non-clinical sample