

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لإستكمال شهادة الماستر في علم النفس

الميدان: العلوم الإجتماعية

الشعبة: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من اعداد الطالبة: آسية شخار

بعنوان :

دمج الفكر والتحكم في الفكر كمنبئات بأعراض

الوسواس القهري لدي عينة من طلبة الجامعة

- دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة-

لجنة المناقشة

د/ شنين فاتح الدين	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا
د/ حمودة سليمة	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	عضوا مناقشا
د/ بلحسني وردة	جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا ومقررا

السنة الجامعية 2015/2016

شكر وعرفان

الحمد لله الذي علم بالقلم علم الإنسان ما لم يعلم الحمد لله الذي أثار لنا درج العلم ومنحنا الصبر على مواصلة هذا العمل وأماننا لإتمامه وما كان ليتم إلا بتوفيق من الله.

فلا يسعنا في هذا المقام إلا أن أتقدم بالشكر والامتنان لكل من كانت لهم يد عون في اتمام هذا العمل من قريب أو بعيد.

أوليائي الذين لم تفتأ أسنتهم تلمح لي بالتوفيق والسداد، وكانوا لي سندا موعينا طوال فترة البحث. ﴿وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْنَاهَا بِمَا رَّبَّيْنَاهَا كَمَا رَحِمْنَا﴾ الاسراء -24-

الوالدين الكريمين

مشرقتي الكريمة التي لم تبخل عليّ من وقتها الثمين وصبرها الجليل على تقويم هذا العمل خلال مراحل إعدادها، فاللهم جازها خير الجزاء.

الاستاذة الدكتورة بلحسيني وردة

أفراد عائلتي الذين شدت بهم أزرني وتحملوا معي جزءا غير يسير من عملي.

رفيق دربي زوجي

قرة عيني أبنائي

ياسمين وأمين

إلى رفيقات الأبي كن يترقبن هذه اللحظة ولم يعيهن السؤال .

صديقاتي الوفيات

نتقدم بهذا البحث بألف خاتمة إلى المولى سبحانه أن يمدّ لهم العطاء مآ

... أسية شاكرة فضلكم

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة القدرة التنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر بأعراض الوسواس القهري.

لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ومنه جاءت تساؤلات الدراسة كما يلي:

- هل توجد علاقة بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة؟
- هل عزل تأثير درجات دمج الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة؟
- هل عزل تأثير درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد قدرة تنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر كل على حده بأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة؟

ولتحقيق الأهداف السابقة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث تم تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في ثلاثة مقاييس: مقياس دمج الفكر إعداد (Wells; William & Cartwright-Hatton، 2000)، (ترجمة عبد الله عبد الظاهر الخولي)، ومقياس التحكم في الفكر إعداد (wells et david 1994)، (ترجمة عبد الله عبد الظاهر الخولي) مقياس أعراض الوسواس القهري، (إعداد أحمد محمد عبد الخالق 1992). وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة على عينة استطلاعية قدرت بـ(40) طالبا وطالبة من جامعة ورقلة، تم تطبيقها على عينة الدراسة الأساسية والتي تكونت من (170) طالبا وطالبة، من جامعة قاصدي مرباح ورقلة خلال السنة الجامعية 2016/2015، تتراوح أعمارهم بين (19 - 43) بمتوسط عمر قدره (23) سنة.

وبعد تفريغ البيانات ومعالجتها احصائيا عن طريق الحزمة الاحصائية (spss 19) تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

- عزل تأثير درجات دمج الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- عزل تأثير درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- يمكن التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال دمج الفكر والتحكم في الفكر لدى عينة الدراسة وفي الأخير تمت مناقشة نتائج الدراسة، في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للموضوع.

Abstract:

The purpose of this study was to investigate the predictive ability of each of the thought action fusion and thought control symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Among a sample of kasdi merbah Ouargla University students. And from the questions of the study were as follows:

1. -Is there a relationship between thought action fusion and thought control and obsessive-compulsive disorder in a sample study?
2. -Does the isolation of the effect of the degree of thought action fusion toward the relationship between the symptoms of obsessive-compulsive disorder and thought control weaken the strength of this relationship among the sample ?
3. -Does the isolation of the effect of the degree of control of thought toward the relationship between the symptoms of obsessive-compulsive disorder and thought action fusion weaken the strength of this relationship among the sample?
4. -Are there any predictive ability of each of thought action fusion and thought control individually at the onset of symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample study?

To achieve the above objectives we rely on the descriptive method, where the study was applied tools represented in three dimensions: Thought fusion scale (TFS) preparation (Wells; William & Cartwright-Hatton,2000), (translation Abdullah Abdul Zahir Kholi),and thought control by(wells et david,1994) (translation Abdullah Abdul ZahirKholi) symptoms of obsessive-compulsive

disorder scale1992, by Ahmed Mohamed Abdul Khaliq. after verifying the psychometric characteristics of the tools of study on an exploratory estimated of 40 students both genders of ouarguela university.it was applied on the main sample of study which's composed of 170 students with both genders from ouarguela a university in 2015/2016 aged between (19_43) with an average of 23.

After unloading data and statistically processed by statistical package (spss) the following conclusions are:

1. -there is a relationship statistically significant between thought action fusion and thought control and the symptoms of obsessive-compulsive disorder among a sample study.
2. -the isolation of the effect of degrees of thought action fusion of the relationship between obsessive-compulsive symptoms and thought control weaken the strength of this relationship within the sample.
3. -the isolation of the effect of degrees of thought control of the relationship between obsessive-compulsive symptoms and thought action fusion weaken the strength of this relationship within the sample.
4. -the symptoms of obsessive-compulsive disorder are predictable through thought action fusion and thought control within the sample.

In the final results of the study were discussed in light of previous studies and the theoretical framework of the subject.

الصفحة	العنوان
أ	- شكر وعرقان
ب	- ملخص الدراسة
هـ	- فهرس المحتويات
1	- مقدمة
الباب الأول: الجانب النظري الفصل الأول تقديم الدراسة	
6	1- إشكالية الدراسة
9	2- تساؤلات الدراسة
9	3- فرضيات الدراسة
10	4- أهداف الدراسة
10	5- أهمية الدراسة
11	6- التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة
11	7- حدود الدراسة
الفصل الثاني دمج الفكر والتحكم في الفكر	
13	- تمهيد

13	1- نشأة و تطور مفهوم التفكير ما وراء المعرفي
14	2- مفهوم التفكير ما وراء المعرفي
15	3- مكونات التفكير ما وراء المعرفي
17	4- التفكير ما وراء المعرفي والاضطرابات النفسية
21	5- تعريف دمج الفكر
22	5-1- مكونات دمج الفكر
22	5-1-2 مجالات معتقدات دمج الفكر
24	6- تعريف التحكم في الفكر
25	6-1 الاستراتيجيات اللا توافقية للتحكم في الفكر
25	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث	
الوسواس القهري	
28	تمهيد:
28	1- تعريف الوسواس القهري
30	2- أشكال الوسواس والأفعال القهرية
31	2-2- علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية
32	3- مدى انتشار ومسار اضطراب الوسواس القهري
33	4- المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب DSM5

35	5- التشخيص الفارقي
36	6- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري
41	7- قياس وتقييم الوسواس القهري
41	8- علاج الوسواس القهري
43	- خلاصة الفصل
<p>الباب الثاني: الجانب التطبيقي</p> <p>الفصل الرابع</p> <p>الإجراءات المنهجية للدراسة</p>	
46	- تمهيد
46	1- منهج الدراسة
46	2- الدراسة الاستطلاعية
46	2-2 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية
47	3- وصف أدوات القياس في الدراسة وخصائصها السيكومترية
47	3-1 مقياس دمج الفكر
49	3-2 مقياس التحكم في الفكر
51	3-3 مقياس أعراض الوسواس القهري
53	4- الدراسة الأساسية
53	4-1 وصف عينة الدراسة الأساسية

54	2-4 اجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
54	5- الأساليب الاحصائية
الفصل الخامس	
عرض وتحليل فرضيات الدراسة	
57	تمهيد
57	1- عرض وتحليل الفرضية الأولى
58	2- عرض وتحليل الفرضية الثانية
59	3- عرض وتحليل الفرضية الثالثة
60	4- عرض وتحليل الفرضية الرابعة
الفصل السادس	
تفسير ومناقشة النتائج	
64	1- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الاولى
65	2- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية
66	3- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة
67	4- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة
68	- خلاصة الدراسة والمقترحات
71	- المراجع
-	- الملاحق

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
48	معامل ثبات مقياس دمج الفكر عن طريق معامل ألفا كرومباخ	01
49	معامل صدق مقياس دمج الفكر بطريقة المقارنة الطرفية	02
50	ثبات مقياس التحكم في الفكر عن طريق معامل ألفا كرومباخ	03
51	معامل صدق المقارنة الطرفية لمقياس التحكم في الفكر	04
52	معامل ثبات مقياس الوسواس القهري عن طريق معامل ألفا كرومباخ	05
53	معامل صدق المقارنة الطرفية لمقياس اعراض الوسواس القهري	06
54	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	07
54	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن	08
57	معامل الارتباط المتعدد لمتغيرات الدراسة	09
58	معامل الارتباط الجزئي بين دمج الفكر واعراض الوسواس القهري بعد عزل التحكم في الفكر	10
59	معامل الارتباط الجزئي بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري بعد عزل دمج الفكر	11
60	معامل الانحدار الخطي المتعدد بين أعراض الوسواس القهري التحكم في الفكر ودمج الفكر	12
61	معاملات الانحدار وقيم ت ودلالاتها الإحصائية	13

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
21	النموذج ماوراء معرفي لاضطراب الوسواس القهري	01
41	النموذج المعرفي المفسر لاضطراب الوسواس القهري	02

مقدمة

مقدمة:

تشير منظمة الصحة العالمية 2005 بأن حوالي (450) مليون شخص يعاني من الاضطرابات النفسية، وتمثل حوالي (10%) من هذه الاضطرابات عند البالغين في مختلف أرجاء العالم، ويعاني خمس المراهقين تحت عمر (18) سنة من المشاكل السلوكية أو العاطفية أو النمائية. وتتجم نصف الأسباب المؤدية إلى العجز والوفاة المبكرة عن الحالات النفسية، التي تتضمن الاكتئاب والإدمان والفصام أو اضطراب الوسواس القهري، ويقدر بأنه بحلول العام (2020) فإن الحالات النفسية والعصبية ستمثل حوالي (15%) من العجز في العالم. وبالنظر إلى المحدودية الشائعة لفعالية الوسائل العلاجية في إنقاص العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، فإن الطريقة الملائمة لإنقاص العبء الناجم عن هذه الاضطرابات هو الوقاية (منظمة الصحة العالمية، 2005: 18)

وتكمن الوقاية في معرفة عوامل الخطورة بالنسبة للإصابة بالاضطرابات النفسية؛ ولقد ظهر في الآونة الأخيرة اهتماما بالغا من قبل الباحثين، في مجال فهم وتفسير أسباب نشأة واستمرار الاضطرابات النفسية بما فيهم اضطراب الوسواس القهري موضوع الدراسة، من وجهة نظر الما وراء معرفية فحسب هذا التوجه

فإن الأفكار الوسواسية ليست هي السبب في استمرار أعراض الوسواس القهري، وإنما السبب في ذلك هو المعالجة السلبية لهذه الأفكار، بسبب المعتقدات الخاصة بالتفكير والاستراتيجيات المستخدمة لتنظيم ومراقبة عملية التفكير (Solem: 2010)، والتي ترتبط بمجالين: إعطاء أهمية للأفكار، ويظهر ذلك في دمج الفكر والتحكم في الفكر والحاجة للقيام بالطقوس القهرية (Zermatten: 2007, 25)

فرغم تقدم الأبحاث في مجال دراسة عوامل الاستهداف، بالنسبة للإصابة بالاضطرابات النفسية بما فيهم الوسواس القهري، إلا أن الباحث في التراث العربي يجد ندرة في مثل هذه البحوث، خاصة على عينة الطلبة؛ إذ أن المرحلة الجامعية وما تفرضه على الطالب من ضغوطات وتحديات وإساءات تفسيرها على أنها أمور مهددة، تجعل الطالب عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، حيث يقرر مركز الخدمات الصحية في إحدى الجامعات الانجليزية، بأن (4%) من الذكور و(5%) من الإناث يعانون من أعراض نفسية أثناء حياتهم الدراسية. (ابراهيم، 1994: 33).

و يرى الخولي (2015) أنه يجب على الباحثين قبل التفكير في فكرة التدخل الإرشادي أو العلاجي لأي اضطراب نفسى، ضرورة البحث عن الأسباب الحقيقية التي تعد سببا في نشأته واستمراره أو أسباب

الاحتفاظ به (الخولي:2015، 10) وخاصة اضطراب الوسواس القهري الذي يؤثر على جوانب كثيرة من حياة الفرد وعلى توافقه النفسي والاجتماعي.

ولعل من المبررات التي دفعت الباحثة إلى القيام بالدراسة الحالية، احتكاكها المباشر خلال التريصات الميدانية بالمصابين باضطراب الوسواس القهري، وتعرفها على المعاناة النفسية الشديدة التي يعاني منها هؤلاء، ما زاد فضولها للتعرف أكثر على هذا الاضطراب، والذي كثيرا ما كان سببا في إعاقة الفرد عن التوافق النفسي والاجتماعي وناهيك إذا كان طالبا جامعا والذي يمكن أن تؤدي اصابته بالاضطرابات النفسية الى اعاقة أداءه الأكاديمي، وكذا التعرف على القدرة التنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر بأعراض الوسواس القهري، لدى عينة من الطلبة الجامعيين، ويمكن من خلال نتائج هذه الدراسة، أن يستفيد الأخصائيون النفسانيون في فهم أعراض الوسواس القهري، والتخطيط لوضع برامج وفق المنظور الما وراء معرفي، للوقاية من الإصابة بأعراض الوسواس القهري. ومنه جاءت هذه الدراسة والتي تم ترتيب فصولها كما يلي :

الفصل الأول:تناولنا فيه الخلفية النظرية للإشكالية والتساؤلات وفرضيات الدراسة، وأهداف وأهمية الدراسة ومصطلحات الدراسة، وحدود الدراسة المتمثلة في الحدود البشرية والمكانية والزمانية.

الفصل الثاني: تناولنا فيه مفهوم التفكير ما وراء معرفي والتطور التاريخي له، كما تطرقنا إلى النماذج التي فسرت مكونات التفكير الما وراء معرفي، علاقته بالاضطرابات النفسية، كما تطرقنا إلى مفهوم كل من دمج الفكر والتحكم في الفكر.

الفصل الثالث:تناولنا فيه مفهوم الوسواس والأفعال القهرية وأشكالها والعلاقة بينهما، وتقييم وتشخيص الاضطراب والتشخيص الفارقي، وأهم النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري، وأخيرا تطرقنا إلى العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي للاضطراب.

الفصل الرابع:خصصناه للإجراءات المنهجية للدراسة، حيث تناولنا المنهج المتبع في الدراسة ومجريات الدراسة الاستطلاعية، كما تطرقنا إلى أدوات جمع البيانات المعتمدة في جمع معطيات الدراسة، وحساب بعض خصائصها السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات، وذلك لأجل التأكد من صلاحية تطبيق الأدوات في الدراسة الأساسية، كما تطرقنا إلى خصائص عينة مجتمع البحث والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

الفصل الخامس:عرضنا فيه نتائج التحليل الإحصائي لفرضيات الدراسة.

الفصل السادس:تناولنا فيه تفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للموضوع، كما تم تقديم خلاصة للدراسة وكذا المقترحات، وقائمة المراجع المعتمدة، وأخيرا الملاحق.

الجانب النظري

الباب الأول الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1- إشكالية الدراسة

2- تساؤلات الدراسة

3- فرضيات الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أهمية الدراسة

6- التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة

7- حدود الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

يعد اضطراب الوسواس القهري رابع اضطراب نفسي، الأكثر انتشارا بعد الفوبيا والاضطرابات المرتبطة بالإدمان والاكنتاب، (57، 2005: Sauteraud) وتشير الدراسات التي أجريت في علم الأوبئة، إلى أن انتشار اضطراب الوسواس القهري، طيلة الحياة يتراوح بين 1.6 و 2.5% (هوفمان: 2012، 129)

فقد توجد الأفكار والطقوس لدى الأسوياء والمرضى على حد سواء، ولكن الفارق في درجة الاضطراب، كما تعد جزءا من حياتنا، فكم مرة رجعنا إلى المنزل للتأكد من أننا أغلقنا الأبواب أو أطفئنا الفرن، وقد نكرر التفكير أكثر من مرة فيما مضى من أحداث (نوفل 2016: 15)

لكن في حالة الفكرة الاقتحامية الوسواسية فإن الأمر يختلف، حيث يحس الشخص بأن الفكرة إنما تحشر نفسها في وعيه رغما عنه، ويوقن بالطبع أن مصدرها هو عقله، لكنه يحس بأنها غريبة عليه، لأنها عادة ما تكون مخالفة بشدة لتوجهاته، ومبادئه ومشاعره، أو أنها على الأقل فكرة لامعنى لها، ويكون رد فعله شيئا من القلق والضيق في حاول التخلص منها، لكن كلما حاول مقاومتها، زادت حدة إلحاحها على وعيه (أبو هندي: 2003، 18)

فرغم وضوح تلك الأفكار الاقتحامية، إلا أن المصاب بها، لا يفصح عنها إلا بعد أن يشعر بالمعاناة الشديدة، لذلك فاضطراب الوسواس القهري يسبب للمريض به كريا شديدا (السقا: 2014) ويتميز اضطراب الوسواس القهري، بوجود وساوس وأفعال قهرية (كرينغ وآخرون: 2015، 400). فالوساوس عبارة عن أفكار اندفاعات أو صور ملحة ومتكررة، تسبب للمريض كريا نفسيا شديدا كلما أراد كبحها (البيهي: 2006، 214) أما الأفعال القهرية فهي إما أن تكون ظاهرة (سلوكية) مثل غسل اليدين أو التأكد من غلق الأبواب وغيرها، أو غير ظاهرة (ذهنية) مثل تكرار عبارات أو أرقام ذهنيا ... وتكون بصورة نمطية متكررة، حيث يقوم الشخص بهذه السلوكيات للتخلص من حدة الشعور بالقلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية. (بارلو: 2002، 473)

على الرغم من تقدير انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدى الحياة بـ: (2.5%)، إلا أنه شائع نسبيا، حيث يصعب ملاحظته، لأن المريض يحاول إخفاء أعراضه، مما يؤدي إلى تأخير التشخيص الصحيح له، بسبب عدم الملاحظة والوصمة الاجتماعية، وتظهر الدراسات الدولية؛ بأن نسب حدوثه وانتشاره متشابهة على المستوى العالمي. (السقا: 2014)

وقد حاولت عدة نظريات تقديم تفسيرات وراء ظهور أعراض الوسواس القهري، فمنها التحليلية والسلوكية والمعرفية، ونقف عند الما وراء معرفية موضوع الدراسة، والتي تعرف بأنها كل معرفة بالسيرورات المعرفية حيث ترى بأن هناك معتقدات وراء ظهور أعراض الوسواس القهري واستمرارها، فقد افترضت هذه النظرية (Zermatten: 2007,24) بأن المعتقدات ما وراء معرفية الخاصة بالتفكير والاستراتيجيات المستخدمة في تنظيم وضبط عمليات التفكير لها دور في استمرار أعراض الوسواس القهري. (الخولي، 2014)

أما ويلز وميرس (Myers، wells 1999) فيرى بأن الأفكار الاقترامية، تعالج بطريقة سلبية بسبب المعتقدات الما وراء معرفية والتي ترتبط بمجالين: ا عطاء أهمية للأفكار بدمج الفكر والحاجة للقيام بالطقوس والتحكم في الفكر (Zermatten:2007,25) حيث يعرف راخمان دمج الفكر بأنه ظاهرة نفسية، تجعل المريض يعتبر بأن التفكير في أمر سيئ هو مثل التصرف بشكل سيئ، وأن التفكير في أمر ما يزيد من احتمال وقوعه (Fraser:2013,1) ويعد راخمان (1993) Rachman أول من أشار إلى مصطلح دمج الفكر في المراجع الإكلينيكية، حيث لاحظ بأن المصابون بالوسواس القهري يرون بأن أفكارهم مجسدة في أفعال خارجية ويحملون أنفسهم المسؤولية، عن إمكانية إصابة أنفسهم أو شخص ما جراء أفكارهم تلك. (Myers et al :2012,2)

فالمصابون بالوسواس القهري يجدون صعوبة في فصل المعارف عن السلوكيات (هوفمان، 2012: 130) ويعتقدون بأن أفكارهم سوف تزيد من احتمال وقوع حدث سلبي لذلك يقومون ببعض السلوكيات لتحديد النتائج السلبية التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفكيرهم فيها (Fraser:2013,7)

وقد توصلت بعض الدراسات الى وجود علاقة بين دمج الفكر كمعتقد ما وراء معرفي واضطراب الوسواس القهري، ففي دراسة أمير وآخرون (2001)، Amir et al والتي هدفت الى توضيح دور معتقدات الدمج بين الفكر والفعل، في حدوث اضطراب الوسواس القهري، وقد تكونت عينة الدراسة 24 طالبا جامعيًا، بجامعة جورجيا وقد اشتملت أدوات الدراسة، على مقياس الدمج بين الفكر والفعل المعدل لسافران (1996) Safran وقائمة فوا (Fao) للوساوس القهريّة وقد أثبتت نتائج الدراسة أن ذوي اضطراب الوسواس القهري، قد حصلوا على درجات عالية وذات دلالة فيما يخص التقدير الزائد لحدوث أحداث سلبية للآخرين. (الخولي: 2014، 353)

فبالإضافة إلى المعتقدات المرتبطة بالدمج، فإن النموذج يقترح أيضا العوامل الما وراء المعرفية الأخرى مثل المعتقدات الخاصة بالتحكم في الفكر (Zermatten:2007,25)

فقد أشار فيجنر (Wegner, 1987) في أعماله إلى أهمية التحكم في الفكر لدى مرضى الوسواس القهري. حيث قام بتجربة لمعرفة ما يحدث للفرد، عندما يحاول التحكم في الفكر، فقد طلب من مجموعة من المشاركين، في البداية عدم التفكير في دب أبيض، ثم طلب منهم التفكير في الدب لمدة خمس دقائق، أما المجموعة الأخرى فقد طلب منهم عكس ذلك، وأعطاهم أمر بقرع الجرس متى فكروا في الدب (Gay:2009, 31) (فبعد محاولة المشاركين كبح التفكير في الدب لمدة خمس دقائق، ظهرت صورة الدب أكثر أثناء الخمس دقائق التالية، ولذا فمحاولة كبح الفكر له تأثير متناقض يتسبب في الانهماك في التفكير أكثر وبالتالي زيادة الأفكار الاقتحامية الوسواسية. (كرينغ وآخرون: 2015، 410) وفي ذات السياق أثبتت دراسة أمير وآخرون (Amir et al, 1997) بأن مرضى الوسواس القهري يستعملون استراتيجيات لتكيفية، للسيطرة على الأفكار المتسلطة، فقد ارتبطت إستراتيجية القلق والعقاب أكثر من غيرها بأعراض الوسواس القهري.

فالتحكم في التفكير أو الأفعال يمكن أن يكون استجابة، لعملية الدمج بين الفكر والفعل؛ فعلى سبيل المثال: إذا كان أحد الأفراد يعتقد في أن توافر تفكير سلبي لديه؛ يعني أنه قد فعل شيئاً سلبياً، وربما يدخل الفرد في عملية تأكيد ذهني، أو سلوكي في محاولة منه لتكذيب هذا الفكر المتسلط (الخولي: 2014، 109،

ولكن رغم التطور الكبير في مجال تفسير وعلاج الاضطرابات النفسية، من وجهة نظر ما وراء معرفية وتعدد الأبحاث والدراسات، التي حاولت معرفة العوامل المهيئة لظهور واستمرار أعراض الاضطرابات النفسية، بما فيهم أعراض الوسواس القهري، موضع الدراسة لدى العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية، إلا أن البلدان العربية لم تشهد دراسات معمقة، إلا النزر اليسير، حيث تعتبر دراسة الخولي من الدراسات الأولى عربياً والتي هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في ضوء نموذج ما وراء المعرفة لاضطراب الوسواس القهري لويلز وماتثيوس، اشتملت عينة الدراسة على (442) طالبا جامعيا، استخرج منهم (20) طالبا مصابا بالوسواس القهري، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب الوسواس القهري وكل من المعتقدات الوسواسية واستراتيجيات التحكم في الفكر، ومعتقدات ما وراء المعرفة، ومعتقدات دمج الفكر، كما توصلت نتائج الدراسة العلاجية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الوسواس القهري لصالح القياس البعدي. وكذا دراسته (2015) والتي توصل من خلالها إلى انه يمكن التنبؤ باضطراب التشوه الجسمي لدى

عينة الدراسة من خلال كل من استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية ومعتقدات دمج الفكر والكمالية، ودراسته (2014) والتي توصل من خلالها إلى انه يمكن التنبؤ بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين من خلال كل من استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات ما وراء المعرفة. فموضوع دراسة العوامل المنبئة بأعراض الوسواس القهري لم يتم تناوله من قبل الدراسات العربية -في حدود علم الباحثة-، لذا سعت الدراسة الحالية إلى معرفة القدرة التنبؤية، لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر، في ظهور أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرياح ورقلة . ومن خلال ما سبق يمكن تحديد إشكالية الدراسة في التساؤلات التالية:

2- تساؤلات الدراسة:

- هل توجد علاقة بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة؟
- هل عزل تأثير درجات دمج الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة؟
- هل عزل تأثير درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد قدرة تنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر كل على حده في ظهور أعراض الوسواس القهري؟

3- فرضيات الدراسة:

وبناء على الدراسات السابقة نصوغ الفرضيات التالية كإجابة مؤقتة والتي نعرضها فيما يلي:

- توجد علاقة بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.
- عزل تأثير درجات دمج الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- عزل تأثير درجات التحكم في الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.

- توجد قدرة تنبؤية، لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر كل على حده في ظهور أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

4- أهداف الدراسة:

- التعرف على العلاقة بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري.
- فحص تأثير عزل درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري.
- فحص تأثير عزل دمج الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر .
- التعرف على القدرة التنبؤية، لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر، كل على حده بأعراض الوسواس القهري.

5- أهمية الدراسة:

- تكمّن أهمية الدراسة في الموضوع الذي تناولته،والمتمثل في التعرف على العلاقة بين معتقدات دمج الفكر والتحكم في الفكر وبأعراض الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة.
- تعتبر هذه الدراسة مساهمة في إثراء التراث النظري، كون موضوع هذه المتغيرات حديثة التداول، في مجال تفسير الاضطرابات النفسية، ونظرا لندرة الدراسات والبحوث العربية -في حدود علم الباحثة- التي تناولت القدرة التنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر في ظهور أعراض الوسواس القهري.
- كما تكمن أهمية الدراسة،في فحص عوامل الخطورة بالنسبة للإصابة بأعراض الوسواس القهري، لدى عينة غير إكلينيكية من طلبة الجامعة ومن خلال معرفة هذه العوامل، يمكن أن يساعد ذلك الأخصائيين في وضع برامج للوقائية من الإصابة بأعراض الوسواس القهري وفق النظرية الما وراء معرفية .

6- التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة:

6-1- **دمج الفكر:** هو اعتقاد الفرد بأن امتلاكه لأفكار سلبية يمكن ان تتحول الى أفعال وأحداث واقعية ويعرف دمج الفكر اجرائيا في هذه الدراسة, بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على أبعاد مقياس دمج الفكر لعبد الظاهر الخولي (2014).

6-2- **التحكم في الفكر:** هو محاولة الفرد لكبح الأفكار غير المرغوبة، عن طريق استراتيجيات غير توافقية ويعرف التحكم في الفكر اجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة التي يحصل عليها الطالب على أبعاد مقياس التحكم في الفكر لعبد الظاهر الخولي(2014).

6-3- **الوسواس القهري:** هو اضطراب نفسي يعرف بوجود أفكار وسواسية متكررة مقتحمة لذهن الفرد، تؤثر لديه القلق مما يؤدي بالفرد بالقيام بأفعال قهرية، للتخفيف من القلق الذي تسببه تلك الأفكار ويعرف الوسواس القهري إجرائيا في هذه الدراسة بالدرجة التي يتحصل عليها الطالب على أبعاد مقياس أعراض الوسواس القهري لأحمد محمد عبد الخالق (1992).

7- حدود الدراسة: تمثلت حدود الدراسة الحالية فيما يلي:

- **الحدود البشرية:** تمثلت عينة الدراسة على (170) طالبا وطالبة جامعا.
- **الحدود المكانية:** تمت الدراسة في جامعة قاصدي مراح بمدينة ورقلة.
- **الحدود الزمانية:** أجريت الدراسة في الفترة الممتدة بين (15) فيفري (2015) إلى (12) مارس (2015) كما تتحدد الدراسة ب: المنهج الوصفي والأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية والمتمثلة في المقاييس التالية: مقياس دمج الفكر، مقياس التحكم في الفكر، مقياس أعراض الوسواس القهري.

الفصل الثاني:

فصل دمج الفكر والتحكم في الفكر

تمهيد

- 1- نشأة و تطور مفهوم التفكير الما وراء المعرفي
- 2- مفهوم التفكير ما وراء المعرفي
- 3- مكونات التفكير ما وراء المعرفي
- 4- التفكير ما وراء المعرفي والاضطرابات النفسية
- 5- تعريف دمج الفكر
- 5-1- مكونات دمج الفكر
- 5-2- مجالات معتقدات دمج الفكر
- 6- تعريف التحكم في الفكر
- 6-1- الاستراتيجيات اللاتوافقية للتحكم في الفكر

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد التفكير من أكثر الموضوعات التي تختلف الرؤى حوله، وتعدد أبعاده وتشابكها، والتي تعكس تعقد العقل البشري، وتعدد عملياته، وتبين لنا أنه كغيره من المفاهيم المجردة - الذكاء مثلاً - والتي يصعب علينا قياسها مباشرة، أو تحديد ماهيتها بسهولة، لذا فقد استخدمه العلماء بمسميات وأوصاف عدة ليميزوا بين نوع وآخر من أنواعه، وليؤكدوا بذات الوقت على تعقده وصعوبة الإحاطة بجميع جوانبه، فنجدهم يتحدثون عن أنماط مختلفة من التفكير الناقد، والتفكير الإبداعي، والتفكير التأملي، والتفكير الرياضي، والتفكير العلمي، والتفكير ما وراء معرفي وغيرها (العوم وآخرون: 2006، 16-17) وحديثاً أظهرت الأبحاث في علم النفس المرضي، اهتماماً بالغاً بالتفكير الما وراء معرفي لتفسير الاضطرابات النفسية، فالافكار الاقترامية لدى مرضى الوسواس القهري تعالج بطريقة سلبية بسبب معتقدات التفكير ما وراء المعرفي، منها دمج الفكر والتحكم في الفكر والتي نالت اهتمام الباحثين في مجال علم النفس العيادي في فهم وتفسير أعراض الوسواس القهري، فقبل التطرق إلى كل من دمج الفكر والتحكم في الفكر فإنه تجدر الإشارة إلى ماهية التفكير ما وراء المعرفي، فقد ورد هذا المصطلح في كثير من الدراسات ليشير إلى المعرفة، في المعرفة ما فوق المعرفة، الميتا معرفية، التفكير ما وراء المعرفي وهذا الأخير سنعتمده في هذه الدراسات وسنحاول الوقوف على أهم التعاريف، وسنقدم لمحة تاريخية عن تطور مفهومه، وكذا مكوناته وعلاقته بالاضطرابات النفسية بما فيهم الوسواس القهري.

1-نشأة و تطور مفهوم التفكير ما وراء المعرفي:

على الرغم من حداثة مفهوم التفكير ما وراء المعرفة إلا أن جذوره التاريخية ترجع إلى سقراط وأسلوبه في الحوار والجدل، وإلى أفلاطون حيث عبر عن ما وراء المعرفة ضمنيا حين قال : حينما يفكر العقل فإنما هو يتحدث إلى نفسه (قماز، 2011: 213).

في القرن التاسع عشر الميلادي استخدم الفيلسوف آدم سميث (AdamSmith) مصطلح المراقب المحايد وشبهه بشخص آخر داخل كل منا، لديه القدرة على الوعي بمشاعرنا وأوضاعنا المختلفة؛ ومع شيء من التدريب ونستطيع استخدام المراقب المحايد لمراقبة سلوكياتنا عن بعد، ونفترض أننا نحن ذلك المراقب الذي يرصد ما نقوم به، ومن ثم تتكون لدينا القدرة على التحكم في السلوكيات غير التكيفية بما في ذلك

الاضطرابات النفسية، وما طرحه سميث آنذاك هو ما يقصد به الآن في التراث المعرفي السلوكي: مستوى أعلى من المعالجة المعرفية، أي القدرة على التفكير في التفكير ومراقبة الأفكار وتغيير العمليات المعرفية (الخولي، 2014: 78).

وكذا يعود في أصوله إلى أصول علم النفس، حيث أن وليم جيمس وجون ديوي، قد وصفا العمليات ما وراء المعرفية، التي تحتوي على التأمل الذاتي الشعوري والتي تشير ضمناً إلى مهارات وقدرات ما وراء المعرفة التي نستخدمها هذه الأيام، كما يشير إلى أن أصل نظرية ما وراء المعرفة تعود إلى مرحلتين من التطور، في الستينات من القرن العشرين هما:

- **المرحلة الأولى:** عندما تزايد اهتمام الباحثين بعمليات الاعتدال اللفظي خلال المعرفة، والتركيز على استخدام اللغة الظاهرة والباطنة، وذلك في مختلف المواقف عند أداء المهمة.
- **المرحلة الثانية:** هي فترة الثورة التكنولوجية والاهتمام بالحاسب الآلي والأنظمة المعرفية المشتقة منه، والتي سميت بنظرية معالجة المعلومات. (العتوم وآخرون، 2006: 266)

فالتطور الذي عرفه الحاسوب في معالجة المعلومات، ساعد المختصين على نقل مجموعة من المفاهيم من علوم الحاسوب واستخدامها في النظريات النفسية (قماز، 2011: 215)

2- مفهوم التفكير ما وراء المعرفي:

لقد اختلفت وجهات النظر وتعددت حول مفهوم التفكير ما وراء المعرفي، وفيما يلي بعض التعريفات التي وردت :

يعرف بوندزو بوندز (Bonds et Bonds 1992) ما وراء المعرفة بأنها معرفة الفرد بعملياته المعرفية وقدرته على تنظيم وتقييم ومراقبة تفكيره، وأن هذه المراقبة تتيح للفرد فرصة للسيطرة بفاعلية أكثر على عملياته المعرفية.

ويعرفه ويلسون (Wilson.1998) على أنها معرفة الفرد ووعيه بعمليات واستراتيجيات التفكير وقدرته على تقييم وتنظيم التفكير الخاصة به ذاتياً، أي كيف ولماذا يفعل الفرد ما يفعله؟ (العتوم وآخرون، 2004: 234)

كما يعرفه زاكاري (Zachary.2000) بأنه المعرفة عن المعرفة، فإذا كانت المعرفة الإنسانية تشير إلى البيانات والمعلومات المتوفرة، فإن ما وراء المعرفة تشير إلى المعرفة الداخلية وعملية معالجة المعلومات داخلياً، وكيف يفكر الفرد وكيف يتحكم في تفكيره. (حمودة، 2015: 82)

أما فلافييل (1976 Flavel) فاعتبر أن ما وراء المعرفة يعبر عن معرفة الفرد بعملياته المعرفية الذاتية وأي إنتاج معرفي يرتبط بها، مثل الخصائص أو الإمكانيات المتعلقة بتجهيز ومعالجة المعلومات. (بن حفيظ، 2014: 128).

وعلى الرغم من الاختلافات الظاهرة بين التعريفات، فإن ثمة قواسم مشتركة بينها تتمثل في أن مفهوم ما وراء المعرفة، لا يتجلى في المعرفة المباشرة التي يتعاطاها الفرد، لإنجاز عمله أو حل مشكلته أو اتخاذ قراره، وإنما في كل نشاط عقلي من توجيهه أو متابعة أو رصد أو تقويم أو تنظيم أو مراجعة أو إدارة النشاط العقلي المباشر؛ سواء كان تذكرًا أم تخيلًا أم إدراكًا أم مقارنة.... ولذلك سمي بالتفكير ما وراء معرفي (حسب الله، 2005: 8).

وفيما يلي مثال يوضح مفهوم ما وراء المعرفة حيث قدمه كوستا (1998) "حاول أن تحل المسألة التالية: ما نصف قيمة $2+2$ ؟ هل تسمع نفسك وأنت تمر في خطوات الحل؟ هل تسمع نفسك وأنت تقرر ما إذا كنت تأخذ نصف $2,2$ ثم تجمعهما، أم تجمعهما ثم تأخذ النصف؟ إذا كنت تلاحظ ما يدور في ذهنك من عمليات، وإذا كنت تقيم الخطوات التي تقوم بها لكي تحل مشكلة، أو تتخذ قراراتًا تقوم بالتفكير ما وراء معرفي. (العتوم وآخرون، 2006: 267).

من خلال ما سبق، نلاحظ بأن التعاريف اتفقت على أن التفكير الماوراء معرفي يشير إلى وعي الفرد بعملياته المعرفية وبنائه المعرفي وقدرته على استخدام استراتيجيات الضبط وتقييم وتنظيم التفكير ومعالجة المعلومات.

3- مكونات التفكير ما وراء المعرفي:

هناك الكثير من النماذج التي تناولت مكونات التفكير ما وراء المعرفي وفيما يلي سنتناول بعض من هذه النماذج:

3-1- نموذج فلافييل: (Flavell 1976) يعد هذا النموذج من أشهر النماذج التي تناولت مكونات التفكير ما وراء معرفي والذي يرى بأن هناك مكونين (عبد الناصر: 2011) هما:

3-1-1- معرفة خصائص المعرفة أو البناء المعرفي للفرد: وتشمل خصائص المعرفة أو البناء المعرفي للفرد، المتعلقة بمعرفة الفرد بالمصادر المعرفية الذاتية، وقدرته على الموازنة بين إمكانياته الذاتية وبين متطلبات موقف التعلم أو الموقف المشكل. (بن حفيظ، 2014: 129)

ويقترح فلافييل ثلاثة تصنيفات، لمعرفة الفرد بخصائص المعرفة لديه وهي:

أ معرفة الشخص: وتشمل كل ما تفكر به حول طبيعتك وطبيعة غيرك من الناس؛ ويمكن تقسيمها إلى تقسيمات فرعية مثل: الفروق الفردية بنوعيتها:

-الفروق ضمن الفردية: كاعتقادك بأنك تستطيع أن تتعلم معظم الأشياء عن طريق الاستماع بدلا من القراءة.

- الفروق بين الفردية: مثل اعتقادك بأن أحد أصدقائك يتصف بحساسية اجتماعية أكثر من غيره.(العتوم وآخرون،2006:270)

ب- معرفة المهمة أو الأهداف: وتشمل على معرفة الأهداف والمهام ودرجة تعقيدها، ومستوى صعوبتها وشروط تحقيقها.

ج- معرفة الإستراتيجية: وتشير إلى ماهي الإستراتيجية الفعالة لتحقيق الهدف،وتشمل على مجموعتين:

- معارف الشخص حول الاستراتيجيات المعرفية.

- معارف الشخص حول الاستراتيجيات ما وراء المعرفية. (قماز،2011:219)

3-1-2- خبرات ما وراء المعرفة:حيث يرى فلافييل (Flavel 1979) أنها قد تكون قصيرة أو طويلة الأمد،وبسيطة أو معقدة في محتواها،وأنها تحصل عادة في المواقف التي تتطلب كثيرا من الحذر،والتفكير الواعي،مشيرا إلى أن الخبرات ما وراء المعرفة تؤثر تأثيرا كبيرا على الأهداف والمهام المعرفية،ومعرفة ما وراء المعرفة،والاستراتيجيات المعرفية،وذلك كالتالي:

أ- تستطيع هذه الخبرات أن تقود الفرد إلى وضع أهداف جديدة وأن تراجع أو تلغي القديمة منها.

ب-إن خبرات ما وراء المعرفة،تؤثر في معرفة ما وراء المعرفة،عن طريق إضافة شيء ما إليها أو حذف شيء منها،أو تعديلها.

ج- إن خبرات ما وراء المعرفة يمكن أن تنشط الاستراتيجيات التي تسعى إلى تحقيق الأهداف (العتوم وآخرون:2006، 271)

بالإضافة إلى نموذج فلاويل فقد ظهرت بعده عدة نماذج أخرى تناولت مكونات ما وراء المعرفة من بينها:

3-2- نموذج براون: (Brown 1987) حيث قسمت مكونات التفكير ما وراء المعرفي إلى قسمين رئيسيين هما:

1- المعرفة عن الإدراك، وتعني معرفة الأفراد عن عملياتهم العقلية.

2- تنظيم الإدراك، ويتضمن التخطيط والفهم المسبق للمشكلة والمراقبة والتقييم.

وتشير براون إلى أن النشاطات المعرفية (مثل التخطيط والتحقيق والضبط والتحكم) هي نفسها مهارات للتفكير ما وراء المعرفي، وهي سمات مميزة يمكن أن تكون قابلة للنقل والقياس، وبناء عليه فإن الفرد عندما يعمل على حل مشكلة، فإنه يقوم بنشاطات معرفية يعالج فيها أنظمتها المعرفية بصورة متواصلة إذ يقوم باختبار قراره وتعديله باستمرار للوصول إلى القرار الذي يعده حلاً للمشكلة.

3-3- نموذج هكر: (Haker.1998) : والذي يرى بأن التفكير ما وراء المعرفي يتكون من:

1- معرفة ما يعرفه الفرد.

2- حالات المعرفة ومؤثراتها، أي القدرة على مراقبة وتنظيم معرفة الفرد بوعي وبشكل متكرر

(رشيد، 2013:195)

من خلال ما سبق نلاحظ بأن هناك تقارب بين النماذج فيما يخص مكونات ما وراء معرفة، فقد اتفقت على أن التفكير ما وراء المعرفي يشمل على مكونين رئيسيين هما وعي الفرد بعملياته المعرفية وتنظيم المعرفية من خلال ضبط ومراقبة.

4- التفكير ما وراء المعرفي والاضطرابات النفسية:

إن مجمل خصائص وأسس ومحددات التفكير ما وراء المعرفي، يضعنا أمام أكثر من مجال لتوظيفه فقد ظهر في الآونة الأخيرة، مجال خصب لاستثمار مفهوم التفكير ما وراء المعرفي ألا وهو ميدان علم النفس العيادي. فالتراث العلمي يؤكد حداثة توظيف هذا المفهوم لتفسير وعلاج السلوك المرضي (قماز، 2011:

(230/229)

فالنظرية لما وراء معرفية أو نظرية الوعي بالمعرفة اهتمت بالمخططات ومعالجة المعلومات، عند تفسيرهم للاضطرابات النفسية، ومن بينهم ويلز وآخرو؛ حيث أكدوا على ضرورة الجمع بين المحتوى المعرفي بما يتضمنه من أبنية معرفية، وبين العمليات المعرفية التي من شأنها التحكم في التفكير، وتعديل التفكير، وطريقة التفسير، ومراقبة التفكير والعمليات المعرفية المصاحبة له، والمنظمة لما يدور في مجرى الوعي وتشمل هذه العمليات الكثير من الوظائف التنفيذية، مثل: التخطيط والمراقبة والمراجعة واكتشاف الأخطاء وتصحيحها، كما تشمل عمليات التقييم والتحكم في التفكير (نوفل: 2016، 60/59)

ويرى ويلز (Wells، 2009)، بأن المعتقدات ما وراء المعرفية في المدخل ما وراء المعرفي، لها التأثير الأساسي على الأسلوب الذي يستجيب فيه الفرد للأفكار والمعتقدات والأعراض والانفعالات السلبية . فهي بمثابة القوة المحركة خلف أسلوب التفكير المسمم أو ما يُطلق عليه اصطلاحاً المتلازمة المعرفية الانتباهية، والتي تُؤدي إلى معاناة انفعالية مستمرة . ويذكر (Wells، 2009)، أن الاضطراب الانفعالي ينشأ عن طريق ما وراء المعرفيات والتي تُثير أنماط التفكير التي تحجر وتحبس الفرد في حالات مستمرة ومتكررة من المعالجة السلبية المتعلقة بالذات (الخولي: 2015، 21)

وفي هذا الصدد، وضع ويلز وماتايوس، تصورا نظريا يركز أساسا، على مفهوم ما وراء المعرفة سمي بنظرية المراقبة الذاتية التنفيذية، التي تعتبر من النظريات الأولى التي ركزت على العوامل المتعددة لما وراء المعرفة والتي تؤثر على تطور واستمرار الاضطراب النفسي وأكد ويلز وماتايوس (Wells et Mathews) على أنه ليس فقط محتوى الأفكار هو المسؤول على فهم الاضطرابات الانفعالية وإنما ترجع كذلك إلى دينامية سيرورة الشكل والمعنى الوظيفي إلى جانب آثار معالجة المعلومة والتنظيم الذاتي (قماز: 2011، 232)

في اضطراب الاكتئاب فإن النموذج يؤكد بأنه ليست المشكلة في الأفكار المتسلطة ، لأن هذه الأفكار المتسلطة وغير المرغوبة قد تراود العاديين، ولكن المشكلة في طريقة التقييم التي يعتمدها الفرد لهذه الأفكار المتسلطة. فقد يعتبر أن ورود مثل هذه الأفكار على ذهنه يعنى أنها ستتسبب في الإضرار بنفسه أو بمن حوله وأنه سيكون مسئولا عن وقوع هذا الضرر، وقد يقيم هذه الأفكار على أنها تحمل فيطياتها احتمال وقوع كارثة، أو يبالغ في تقدير الخطر الذي سيجري عليها، ومن ثم يبنى اعتقاداً أصعب من الأول وهو ضرورة أن يتحكم في هذه الأفكار، وقد يكون قلق الفرد واضطرابه هو تمسكه ببعض الأفكار

الكمالية أي ضرورة أن يؤدي الأفعال بصورة كمالية لا يمكن لأحد أن يجد بها أخطاء، أو ضرورة أن يكون متأكداً من كل شيء، ولذلك يضطرب ويشعر بالغضب والتعصب إذا ما أحس أن الذاكرة قد خانته ولم يستطع على المستوى العقلي أن يتذكر مدى قيامه أو عدم قيامه بفعل ما؛ ومن ثم فمثل هذه المعتقدات (مثل ذلك: أنا لا أساوي شيئاً، أنا فاشل، من المفيد أن أركز انتباهي على التهديد، لا أملك أية سيطرة على أفكاري، يمكن لتوتري أن يحدث أذى بعقلي، لو راودتني أفكار عنيفة تجاه من أحبهم سأتصرف رغماً عنى تجاههم وفقاً لهذه الأفكار، عدم قدرتي على تذكر الأسماء والأحداث يعني أن لدى ورم في مخي) تعتبر هي الوقود الذي يشحن مريض الاكتئاب، وتدفعه رغماً عنه للقيام بسلسلة من العمليات العقلية أو السلوكية؛ من أجل تخفيف شعوره بالتهديد والشعور بالأمان وإبعاد مشاعر الخطر والتهديد. (الخولي:2014)

أما في اضطراب القلق فان ويلز (Wells 1999) قدم نموذجاً لتفسير القلق، و يرى أنه لا بد من أن نعتد على المفاهيم التالية:

أ- الاعتقادات: يرى ويلز بأن القلق لا يحدث نتيجة الأفكار اللاعقلانية حول العالم كمصدر خطر، وإنما هو نتيجة اعتقاداته حول الطريقة، التي يفهم وينظم ويقيم بها معرفته حول العالم.

ب- التقييم: ويشمل ثلاثة مستويات:

-التقييم الأولي: ويشير إلى تقييم الفرد للموقف وطريقة إدراكه له، فمن خلاله يتم تفسير الحدث إذا كان خطيراً أو غير ذلك.

-التقييم الثانوي: يقوم الشخص في هذا المستوى، بتقييم ما يمتلكه من مصادر للتعامل مع هذا الحدث إعادة التقييم: في هذه المرحلة يعيد الشخص تقييم إدراكه، وطرق تعامله مع الحدث هذا ما يدفعه لتطوير من أساليبه لمواجهة الحدث.

ج-المراقبة:يعرفها روتر (1966 Rotter) بأنها:اعتقاد معمم حول قدرة الشخص في مراقبة سير الأحداث أي أن الأحداث تتوقف عليه، وقد تؤدي هذه المراقبة المفرطة إلى الوعي الذاتي الزائد والتنظيم المفرط إلى الكف والتثبيط،وقد تبلغ هذه الظاهرة مداها في اضطراب الوسواس القهري.

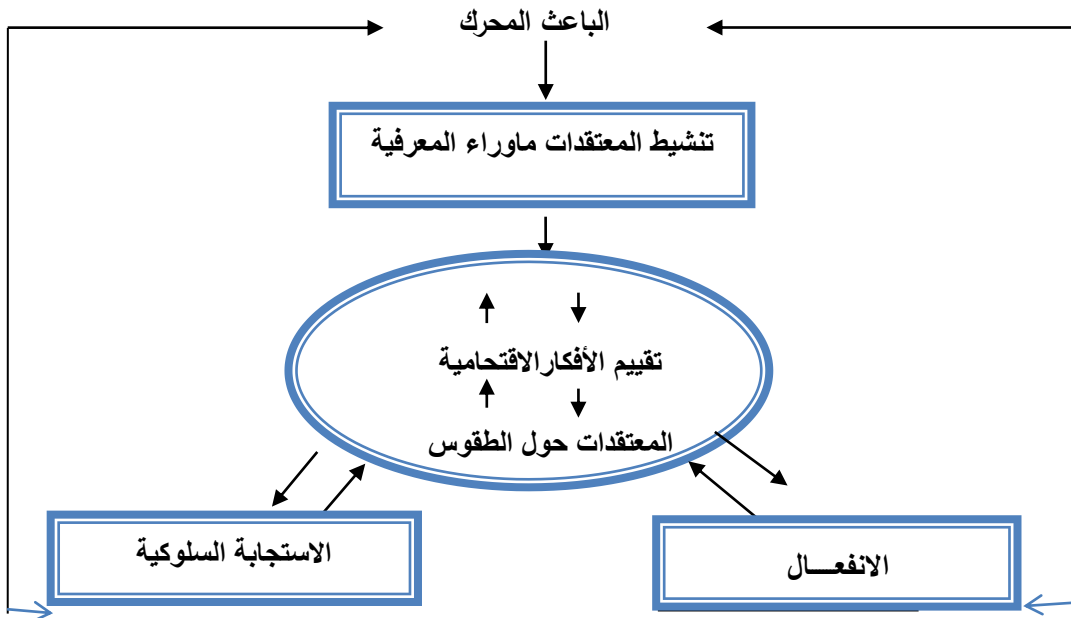
د-ضبط الأفكار: ويقصد به قدرة الشخص على تصحيح نشاطه المعرفي، وتمثل في القدرة على تحديد التصحيحات المراد إجراؤها على طريقة تفكيره للقيام بالمهمة بشكل صحيح.

هـ-الانزعاج: يظهر لدى الفرد عندما يبدأ يطرح على نفسه أسئلة مثل: ماذا لو؟ مثال: ماذا لو تقاديت هذا الموقف حتى لا أقع في الخطر؟ هذا التقييم المبدئي للخطر ينشط الاعتقادات الماوراء معرفية حول جدوى الانزعاج كإستراتيجية تعامل مع الضغط، ففي هذه الحالة الانزعاج يساعد على الحفاظ على الذات ويلعب دورا تحذيريا يختفي بعد تحقيق الهدف؛ وذلك قد ينتقل الانزعاج من المستوى الأول وهو التحذيري، إلى المستوى الثاني وذلك عندما يقيم الخطر على أنه شديد، مما يؤدي إلى نوبات انزعاج، تنشيط الاعتقادات السلبية والتي تؤدي بدورها إلى تقييم سلبي للانزعاج مما يزيد من شدة القلق. (قماز: 2011، 241/239)

أما في اضطراب الوسواس القهري فإن الأفكار الاقتحامية تعالج بطريقة سلبية بسبب المعتقدات الماوراء معرفية الخاصة بمعنى وأهمية التفكير فقد أكد كل من ويلزو ميرس (Wells Myers) أن هذه المعتقدات سبب ظهور واستمرار أعراض الوسواس القهري، (Fraser:2013.1) ويرى ويلز بأن هناك عوامل ماوراء معرفية تسهم في استمرار عرض الوسواس القهري:

شكل رقم (2)

يوضح العوامل الماوراء معرفية التي تسهم في استمرار اضطراب الوسواس القهري.



النموذج ماوراء معرفي لاضطراب الوسواس القهري لويلز (Wells 1991, 2000)

(الخولي: 2014، 107)

وكما هو موضح في النموذج السابق فإن الباعث المحرك (يكون في أغلب الأحيان عبارة عن شك أو فكر متسلط أو مقتحم، على الرغم من الشعور أو الانفعال المتسلط قد يكون هو نفسه الباعث المحرك للسلوك أيضاً حيث يقوم الباعث السلوكي بتنشيط المعتقدات ما وراء المعرفية والمتعلقة به. وتشمل المعتقدات المرتبطة بهذا المستوى على معتقدات تتعلق بالأخطار ومعنى الفكر. (الخولي: 2014، 107)

إذا من خلال ما سبق، نلاحظ بأن النموذج الما وراء معرفي، يرى بأنه ليست الأفكار المتسلطة هي السبب في ظهور واستمرار أعراض الاضطرابات النفسية، وإنما يرجع ذلك إلى الطريقة التي يعتمدها الفرد لتقييم هذه الأفكار المتسلطة بسبب المعتقدات الما وراء معرفية .

5- تعريف دمج الفكر:

يعتبر الدمج بين الفكر والفعل بمثابة بنية معرفية وجدت في الفترة الأخيرة اهتماماً في الأدبيات والكتابات التي تناولت اضطراب الوسواس القهري. (الخولي: 2014). ويعد راخمان (1993) أول من أشار إلى مصطلح دمج الفكر، في المراجع الاكلينيكية، حيث لاحظ بأن المصابون بالوسواس القهري، يرون بأن أفكارهم مجسدة في أفعال خارجية ويحملون أنفسهم المسؤولية عن إمكانية إصابة أنفسهم أو شخص ما جراء أفكارهم تلك (Myers et brown:2012، 2). ويعرف راخمان دمج الفكر، بأنه ظاهرة نفسية حيث أن المريض يعتبر بأن التفكير في أمر سيئ هو مثل التصرف بشكل سيئ، وأن التفكير في أمر يزيد من احتمال وقوعه (Fraser:2007، 1)، فعندما تراودهم فكرة يتوقعون أنها حدثت أو ستحدث مادامت قد طرأت على أذهانهم، ولذلك يقومون بالطقوس القهرية لمنع حدوثها (الخولي: 2014، 29)

ويُعرف الخولي (2015) دمج الفكر اجرائياً بأنه اعتقاد الفرد في أن امتلاكه لأفكار معينة سيعجز عن مقاومتها أو التحكم فيها وسوف تقوده إلى القيام بأفعال أو سلوكيات رغباً عنه. وتعتبر هذه المعتقدات بمثابة بنية معرفية، تشير إلى الميل أو النزعة إلى افتراض وجود علاقة سببية، غير صحيحة ما بين أفكار الفرد الخاصة وواقعه، وتسهم هذه الأفكار والمعتقدات في تنمية وتطوير الأفكار المتطفلة أو الاقتحامية (الخولي: 2015، 14)

وفي اضطراب الوسواس القهري فإن هذه المعتقدات الما وراء المعرفية تتسبب بصفة أساسية في عدم الوضوح بين الفكر والأفعال. فعلى سبيل المثال، فالمرضى يعتقدون أن توافر فكر بعينه لديهم يتسبب في وقوع حدث ما، مثل: (إنني إن أفكر في الشيطان فإنه سوف يظهر)، ويعتقدون أن مجرد توافر أحد الأفكار

لديهم يعني احتمالية أن الحدث وقع بالفعل مثال: (إنني إن أظن أنني قد أسأت إليها فمن المحتمل أنني قد فعلت ذلك) (الخولي: 2014، 107)

1-5- مكونات دمج الفكر:

يفترض أن الدمج بين الفعل والفكر يتألف من عنصرين:

- **الاحتمالية:** أي أن الشخص يعتقد بأنه مجرد التفكير في حدث سيئ، فإن ذلك سيزيد من احتمال وقوعه، مثال ذلك: قول المصاب بالوسواس القهري (إذ فكرت في أن أحد أفراد أسرتي، سوف يفقد عمله، فإن تفكيري هذا سيزيد من احتمال وقوع ذلك)
- **معادلة الفكرة أخلاقيا بالفعل:** حيث أن الشخص يعتقد بأن الأفعال والأفكار متعادلتان أخلاقيا، حيث أن الشخص عندما يفكر في إيذاء شخص، فإن ذلك يعادل أخلاقيا القيام بفعل الإيذاء مثال ذلك: اعتقاد الفرد بأنه عندما يفكر في إلحاق الضرر بشخص ما فهذا التفكير السيئ يساوي إلحاق الضرر فعليا (Zermatten:2007,26)

فعلى سبيل المثال، إذا كان أحد الأفراد يعتقد في أن توافر تفكير سلبي لديه، يعني أنه قد فعل شيئا سلبيا، وربما يدخل الفرد في عملية تأكد ذهني أو سلوكي في محاولة منه لتكذيب هذا الفكر المتسلط وعلى سبيل المثال، فقد كان لدى إحدى العمليات تفكير، بأنها قد طعنت أطفالها وشعرت بالاضطرار للتأكد من حجرة نومهم، لتطمئن نفسها بأنها لم تفعل ذلك، والاعتقاد المتضمن الذي دفعها للقيام بالتأكد، هو أن وجود هذا التفكير، يعني أنني من المحتمل أن أكون قد نفذت الفعل المصور في الفكر. وفي كثير من الحالات فإن المريض الوسواسي يفند مثل هذا الاعتقاد ذهنيا (الخولي: 2014، 109)

2-5- مجالات معتقدات دمج الفكر عند wells:

يحدد النموذج ما وراء المعرفي ويلز Wells ثلاثة مجالات على الأقل من معتقدات الدمج، فقد يكون هناك مجال أو أكثر من المجالات الفردية (الخولي، 2014: 113) وتنقسم هذه المعتقدات إلى: الدمج بين الفكر والفعل، الدمج بين الفكر والحدث، الدمج بين الفكر والموضوع (Frost : 2002 ,15)

5-2-1- الدمج بين الفكر والحدث: وهو الاعتقاد بأن امتلاك تفكير معين يعني أن حدثاً ما

سيحدث، أو أنه سوف يجعل الحدث يحدث، أو أن الحدث قد وقع من قبل بكل تأكيد أو اعتقاد الفرد بأن:

- التفكير في حدث ما يعني أنه وقع بالفعل أو أنه في سبيل الوقوع.

- إن أفكارى تصبح حقيقة، إذا ما اعتقدت أن شيئاً ما سوف يتحقق.

- إن التفكير في شيء على أنه ملوث يعني أنه ملوث.

- إن التفكير في أفكار سيئة يمكن أن يتسبب في حدوث أشياء سيئة.

5-2-2- الدمج بين الفكر والفعل: هو الاعتقاد بأن امتلاك معتقدات معينة سوف يقود إلى ارتكاب

الأفعال غير المطلوبة بصورة لا يمكن التحكم فيها فعلى سبيل المثال: قول الفرد:

- لو فكرت في إلحاق الأذى أو الضرر بنفسى فسوف ينتهي بي الحال إلى القيام بذلك.

- إن أفكر في اضرار شخص ما؛ فإنني من المحتمل أن أسعى في إلحاق الضرر به.

- إن توافرت لدي أفكار عن الإضرار بنفسى فإنني سأصرف في ضوئها.

- إن توافرت لدي أفكار غير مرغوبة، فإن ذلك يعني أنني أريد توافرها لدي.

5-2-3- الدمج بين الفكر والموضوع: وهو الاعتقاد بأن الأفكار، المشاعر، الذكريات يمكن أن تنتقل إلى

أشياء أو موضوعات فعلى سبيل المثال: اعتقاد الفرد بأنه:

- يمكن أن تمر الذكريات والأفكار إلى الموضوعات أو الأشياء.

- يمكن للأشياء أن تصبح ملوثة من خلال الذكريات أو الذاكرة.

- يمكن للأشياء أن تصبح ملوثة بواسطة الأفكار أو المشاعر.

- إن تبدو الأشياء قديمة فهذا يعني أنها ملوثة بخبرات الآخرين ويمكن أن أتأثر أنا كذلك (الخولي، 2014:

من خلال ما سبق , يتضح لنا بأن دمج الفكر يشير إلى عدم فصل المصاب بالوسواس القهري المعارف عن السلوكيات، فهو يعتقد بأن توفر فكرة سلبية لديه هي مثلها مثل ارتكاب الفعل، وهنا يحمل الفرد نفسه المسؤولية عن وقوع أي حدث له أو لشخص آخر نتيجة تفكيره السلبي مما يؤدي به ذلك إلى القيام ببعض الطقوس لمنع وقوع الضرر، وهذا ما يفسر تكرار الأفعال القهرية لدى المصاب بالوسواس القهري وتنقسم هذه المعتقدات إلى ثلاثة مجالات: الدمج بين الفكر والحدث، الدمج بين الفكر والفعل، الدمج بين الفكر والموضوع .

6- تعريف التحكم في الفكر:

ويشير التحكم في الفكر إلى اعتقاد الفرد بأنه يجب التصرف تجاه الأفكار الدخيلة والمثيرة للقلق حتى لا تتحقق في أحداث، فمحاولة الفرد التحكم في الأفكار وتحييدها يؤدي إلى نتائج عكسية، زيادة الأفكار الاقتحامية مما يفسر استمرار أعراض الوسواس القهر (Van der Linden: 2008, 121).

فقد أشار فيجنر (Wegner 1987) في أعماله إلى أهمية التحكم في الفكر، لدى مرضى الوسواس القهري حيث قام بتجربة، لمعرفة ما يحدث للفرد عندما يحاول التحكم في الفكر، حيث طلب من مجموعة من المشاركين في البداية عدم التفكير في دب ابيض، ثم طلب منهم التفكير في الدب لمدة خمس دقائق، أما المجموعة الأخرى فقد طلب منهم عكس ذلك، واعطاهم أمر بقرع الجرس متى فكروا في الدب، (Gay:2009,31) فبعد محاولة المشاركين كبح التفكير في الدب لمدة 5 دقائق، ظهرت صورة الدب أكثر أثناء الخمس دقائق التالية، ولذا فمحاولة كبح الفكر له تأثير متناقض يتسبب في الانهماك في التفكير أكثر وبالتالي زيادة الأفكار الاقتحامية الوسواسية. (كرينغ: 2015، 410) وخلص فيجنر إلى أن أية محاولة في عدم التفكير في شيء ما يتسبب في التفكير فيه أكثر (Monestés et al :2011. 11).

من خلال ما تقدم نلاحظ بأن المصاب بالوسواس القهري، عندما تقتحم ذهنه الأفكار الوسواسية يقوم بالتصدي لها، عن طريق محاولة التحكم فيها، لكن ذلك يؤدي نتيجة عكسية ويزيد من تلك الأفكار الاقتحامية.

6-1 الاستراتيجيات اللاتوافقية للتحكم في الفكر:

إن ذوي اضطراب الوسواس القهري، يقومون بالتحكم في أفكارهم عن طريق استراتيجيات اللاتوافقية للتحكم في الأفكار الاقتحامية (Zermatten : 2007, 27) وهذه الاستراتيجيات هي كالتالي:

6-1-1-1- التشويش: هي رغبة الفرد في التشويش على الأفكار غير المرغوبة، أو غير السارة من خلال استدعاء صور إيجابية، أو بعمل شيئاً يستمتع به، أو يفكر في أفكار سارة، أو يشغل نفسه بصورة مستمرة، أو يشكك في هذه الأفكار.

6-1-2- إعادة التقييم / التحكم الاجتماعي: محاولة الفرد تنفيذ للفكر غير المرغوب ومعارضته، وتحليل هذا الفكر وإعادة تفسيره، أو رغبة الفرد في مشاركة المحيطين به في مناقشة هذه الأفكار، والتعرف على الطريقة التي يتعاملون بها، مع مثل هذه الأفكار.

6-2-3- القلق: رغبة الفرد في التفكير في مصادر أخرى من القلق، قد تكون أقل قلقاً من هذا الفكر غير السار.

6-2-4- التجاهل والسلبية: تجاهل وسلبية الفرد للأفكار المتسلطة أو التفكير غير المرغوب وتجنب مناقشته مع نفسه أو الآخرين، وكذلك التفكير في أفكار سلبية واستبداله بأخر أكثر سوءاً وتفاهة .

6-2-5- العقاب: هو معاقبة الفرد لنفسه وتوبيخها، إذا ما فكر في الفكر غير المرغوب، كما أنه قد يصل به الأمر إلى صفعها لإيقاف التفكير غير المرغوب (الخولي: 2014، 312/315)

من خلال ما سبق نلاحظ بأن المصاب بالوسواس القهري يستعمل استراتيجيات لاتوافقية للتحكم في الأفكار الاقتحامية، وتحييدها فقد يشغل نفسه عن الفكر الاقتحامي، أو يحاول إعادة تفسير وتقييم مثل ذلك الفكر أو إشراك المحيطين به عن كيفية تعاملهم مع تلك الأفكار، أو تجنب مناقشته مع الآخرين، وأخيراً يمكن أن يعاقب نفسه إذا ما فكر في الفكر غير المرغوب فيه.

خلاصة الفصل:

يرجع مفهوم التفكير الماوراء معرفي إلى فلاسفة اليونان، وذلك حينما قال أفلاطون: "حينما يفكر العقل فينا فإنما هو يتحدث إلى نفسه" وقد توالى الأبحاث محاولة إعطاء تفسيرات لهذا المفهوم، حيث يعرف بأنها

التفكير في التفكير أي وعي الفرد بعملياته العقلية وذلك بتوجيهها وضبطها ومراقبتها وقد تعددت النماذج التي تناولت مكونات التفكير الما وراء معرفي، حيث يعد نموذج فلا فيل من أشهرها إذ يقسم التفكير الما وراء معرفي إلى معرفة خصائص المعرفة أو البناء المعرفي، وخبرات ما وراء المعرفة، وقد تعددت مجالات توظيف مفهوم التفكير ما وراء معرفي حيث ظهر في الآونة الأخيرة الاهتمام به في مجال علم النفس العيادي وذلك في تفسير وفهم الاضطرابات النفسية ومنها اضطراب الوسواس القهري حيث يرى ويلز بان سبب احتفاظ المرضى بأعراضهم هو أن الأفكار الوسواسية يتم معالجتها بطريقة سلبية بسبب المعتقدات الما وراء معرفية الخاصة بمعنى وأهمية الفكر.

الفصل الثالث:

الوسواس القهري

تمهيد

- 1- تعريف الوسواس القهري
- 2- أشكال الوسواس والافعال القهرية
- 3- علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية
- 4- مدى انتشار ومسار اضطراب الوسواس القهري
- 5- المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب DSM5
- 6- التشخيص الفارقي
- 7- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري
- 8- قياس وتقييم الوسواس القهري
- 9- علاج الوسواس القهري

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد الوسواس القهري اضطراباً معروفاً منذ زمن بعيد، إلا أن الوصف الدقيق لهذا الاضطراب لم يتم إلا منذ حوالي العام (1838) على يد اسكيروول Esquirol، وأن الطبيب الألماني إميل كريبلين (1856-1926) قد أشار إلى هذا الاضطراب بمصطلح Zwangsneurose باللغة الألمانية. (الريفي، د،س)

وعندما ترجم المصطلح من الألمانية، أصبحت كلمة zwang، تعني الوسواس obsession في الترجمات البريطانية، وأصبحت تعني القسر أو القهر compulsion في الترجمات الأمريكية، أما المؤلفون الذين اعتمدوا على الترجمات دون الرجوع إلى اللغة الألمانية، فقد حاولوا الاتصاف بالشمولية، واتساع النظرة، ووضعوا مصطلح "الوسواس القهري" وقد ساهم ابتكار هذا المصطلح، التعرف إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب: أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير ومضمونه. وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال. (الريفي، د،س)

سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم كل من الوسواس والأفعال القهرية، وكذا أهم النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري، والمعايير التشخيصية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، كما سنتناول القياس والتقييم، والتشخيص الفارقيوفي الأخير علاج الوسواس القهري.

1- تعريف الوسواس القهري:

يعرف الوسواس القهري بأنه اضطراب يشمل الوسواس والأفعال القهرية وفيما يلي سنتطرق إلى بعض التعاريف فيما يخص كل من الوسواس والأفعال القهرية وذلك بدءاً بالتعريف اللغوي:

1-1- الوسواس:**- التعريف اللغوي:**

المعنى اللغوي للوسواس: هو حديث النفس، أي الكلام الذي يدور داخل الإنسان، والقوة الوهمية والقادرة على أمر الإنسان ونهيه ودفعه لارتكاب عمل ما، أو إجباره على اجتناب أمر معين (القائمي: 1996، 8).

التعريف الاصطلاحي:

تعرفها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس بأنها: أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد، قلقا ويحاول الشخص تجاهل أو قمعها. أو تحييدها بفكرة أو فعل قهري (الحمادي: 2015، 183).

ويعرف روبرت ليهي (2006) الوسواس بأنها: عبارة عن أفكار ملحة ومتكررة ، اندفاعات أو صور تسبب للمريض كربا نفسيا شديدا كلما أراد أن يقمعها أو يكبها (ليهى: 2006، 214) .
كما يعرفها محمد شريف سالم (2005) الوسواس بأنها: مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة، التي تقتحم عقل المريض، وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها، وتسبب له معاناة كبيرة وقلق لغرابتها. (سالم: 2005، 09).

ويعرف عمر الريماوي وأمير الريماوي (2014) الوسواس بأنها: أفكار تطفلية تقتحم الفكر من داخله، كما أنها معاودة ومتكررة، وتتسبب في ارتفاع مستوى التوتر والقلق (الريماوي و الريماوي، 2014).
فالوسواس إذا حسب ما تقدم من تعاريف هي عبارة عن أفكار أو صور أو اندفاعات تقتحم ذهن الفرد بصورة متكررة، مع عجز الفرد عن دفعها أو التخلص منها، وتسبب للفرد التوتر والقلق عند محاولة كبحها.

1-2- الأفعال القهرية:**التعريف اللغوي:**

القهر: قهره-قهرًا: غلبه فهو قاهر، وقهار، ويقال: أخذهم قهرا من غير رضاهم، وفعله قهرا بغير رضا(عبد الخالق: 2002، 63).

التعريف الاصطلاحي:

تعرف منظمة الصحة العالمية في الدليل الإحصائي العاشر الأفعال القهرية بأنها: سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى، وهي لاتحمل في ذاتها متعة، ولا يترتب عليها انجاز مهام مفيدة في حد ذاتها، أما المريض فيرى فيها غالبا وقاية من حدث ما، لا يحتمل وقوعه وغالبا ما يتضمن أذى موجها من الشخص أو إليه، وان لم يكن دائما، يدرك المريض أن سلوكه هذا لا معنى ولا تفسير له ويبذل محاولات عديدة لمقاومته، وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جدا، في الحالات المستمرة لفترات طويلة جدا، وعادة يكون هناك

قلق لإرادي، ولكن يكثر أيضا وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي بدون احتياج لإرادي واضح (منظمة الصحة العالمية: 1999، 152).

كما تعرفها الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها: سلوكيات متكررة (مثل: غسل اليدين والترتيب...) أو أفعال عقلية (العد تكرار الكلمات بصمت) يشعر الشخص أنه مدفوع لأدائها، استجابة لوسواس أو وفق قواعد يجب أن تطبق بشكل صارم. (American Psychiatric Association.2013)

ويعرفها بارلو (2002) الأفعال القهرية بأنها: سلوكيات إما تكون ظاهرة (سلوكية) مثل: غسل اليدين أو التأكد من غلق الأبواب وغيرها. أو غير ظاهرة (ذهنية) مثل تكرار عبارات أو أرقام ذهنيا ... وتكون بصورة نمطية متكررة، يقوم الشخص بهذه السلوكيات للتخلص من حدة الشعور بالقلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية، (بارلو: 2002، 473).

يعرف أبو هندي الأفعال القهرية بأنها: أفعال يضطر المريض لفعالها ليقفل من إحساسه بعدم الراحة والضيق والتوتر وزيادة إلحاح الأفكار التسلطية، ولكنها لاتعطيه الراحة إلا لوقت قصير. (أبو هندي 2003، 56).

يتضح من خلال التعاريف السابقة بأن الأفعال القهرية تتمثل في أفعال سلوكية ظاهرة أو سلوكيات ذهنية يقوم بها الشخص بصورة متكررة نمطية للتخفيف من حدة القلق الذي تسببه الأفكار الوسواسية.

2- أشكال الوسواس والأفعال القهرية:

- 2-1- أشكال الوسواس:** تظهر الوسواس عند المرضى في عدة أشكال، يمكن أن نبين أهمها فيما يلي:
- شكوك وسواسية: كأن يشك الفرد أن الباب مفتوح، ويقوم عدد من المرات لاعلاقه.
 - أفكار وسواسية: أي سيطرة فكرة غريبة، أو غير معقولة أو غير عادية، على الفرد وتكرر ولايستطيع الخلاص منها.
 - مخاوف وسواسية: كالخوف من عدم القدرة على السيطرة على النفس، أو أداء شيء محرج كالحديث عن مشكلة جنسية.
 - الصور الوسواسية: كأن تتكرر صورة للفرد، لحدث ما يعتقد أنه رآه من قبل (سفيان، 2004: 180).
 - الدفعات الوسواسية: شعور المريض بإلحاح مسيطر، أو رغبة جامحة، أو اندفاع لأن يقوم بأعمال لايرضى عنها ويحاول مقاومتها، تكون هذه الاندفاعات في هيئة عدوانية أو انتحارية، حيث يشعر المريض

بالرغبة مثلا في إيذاء المارة في الشارع أو إلقاء نفسه من أعلى... وأحيانا اندفاعات مضحكة، كالغناء أو الضحك في الجنازة أو الرغبة في عد وضرب الأعداد الأحادية... الخ (منظمة الصحة العالمية 1999 : 177).

2-2- أشكال الأفعال القهرية: تظهر لدى المريض أشكال عدة للأفعال القهرية وفيما يلي نذكر الأكثر انتشارا:

- الاغتسال والنظافة: ينشغل الأفراد في طقوس الاغتسال، والتنظيف لخفض الضيق المرتبط بإحساسهم بالتلوث، ومنع وقوع كارثة (كالمرض أو الموت) .

- المراجعة: يحاول الأشخاص الذين يقومون بطقوس المراجعة، منع أمور سيئة عن طريق المراجعة والتأكد من المواقف التي يمكن أن تكون ضارة، أو مؤذية مثل التأكد من: صنادير الغاز، غلق الأبواب والنوافذ عزل الأجهزة الكهربائية ...

- الترتيب: يعتقد مرضى الوسواس القهري، بأنه يجب أن تكون كل الأشياء من حولهم منظمة، و مرتبة بطريقة معينة، بحيث يكون ترتيب الأشياء والأجزاء بشكل متناسق، أو في مكان معين وفق قواعد وضوابط. (عبد الخالق: 2002، 95/91).

3- علاقة الأفعال القهرية بالأفكار التسلطية:

إن الغالبية العظمى أكثر من (90 % - 95%) من حالات الأفعال القهرية، تكون مصحوبة بأفكار تسلطية والعكس صحيح، ففعل غسل الأيدي مثلا، يكون مصاحبا لأفكار تسلطية، متعلقة بالنظافة أو التلوث ويكون غسل الأيدي المتكرر، هو السبيل الوحيد ليستريح المريض، ولو قليلا من تلك الأفكار. (أبو هندي: 2003، 70).

ولكن الرابطة بين الفعل القهري والأفكار التسلطية، لاتتسم دائما بشيء من المنطق، وإن كانت منطقية الرابطة مبالغا فيها- بل يحدث أحيانا ألا يكون هناك أي نوع من الربط المنطقي، بين الظاهرتين كأن يجد المريض نفسه مضطرا إلى البقاء واقفا، على أطراف أصابع قدميه، طوال الليل لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده في ظلام البحر، وكذلك هناك حالات، تكون الأفعال القهرية فيها غير مصحوبة بأفكار غير تسلطية، ولا يكون لدى المريض تفسير لأفعاله، إلا أنها تعطيه شيئا من الراحة، فقد أشارت بعض الدراسات الغربية إلى مثل هذه الحالات، حيث وجد بأن :

- (9%) من المرضى يعانون من أفكار تسلطية فقط

(1%) - يعانون من أفعال قهرية فقط

(90%) - يعانون من أفعال قهرية وأفكار تسلطية معا (أبو هندي: 2003، 71).

ويتضمن النموذج الوظيفي لاضطراب الوسواس القهري، أن الدفعات القهرية، لا يمكن أن توجد دون أفكار وسواسية، ولكن الوسواس من الممكن أن توجد دون دفعات قهرية. (بارلو: 2015، 474) وهذا ما تدعمه نتائج دراسة ميدانية، أجريت ونشرت في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، حيث تشير إلى أن (90%) من الدفعات القهرية ترتبط وظيفيا بالوسواس في نظر مرضى الوسواس القهري، وأن (10%) فقط منها غير مرتبطة.

من خلال ما سبق يتضح لنا بأن الأفعال القهرية لا يمكن أن توجد دون أفكار وسواسية إلا نادرا بينما هذه الأخيرة يمكن أن توجد دون أفعال قهرية، كما أن العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية قد لا تكون منطقية في بعض الحالات.

4- مدى انتشار ومسار اضطراب الوسواس القهري:

اعتبر الوسواس القهري منذ زمن بعيد أحد الأمراض النادرة، لكن الدراسات الحديثة بينت بأنه يصيب ما بين (2.5%) إلى (2.9%) من الأفراد، ويرجع السبب في انخفاض معدلات الانتشار، إلى تكتم المرضى لأعراضهم خشية الوصمة وغبابة الأفكار التي تراوهم فحسب دراسة Mayerovitch et al (2003) فإن (37%) فقط من المرضى يطلبون العلاج (Van der Linden et al: 2008, 110).

ولكن على الرغم من تقدير انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدى الحياة بـ (2.5%)، إلا أنه شائع نسبيا، حيث يصعب ملاحظته، لأن المريض يحاول إخفاء أعراضه، مما يؤدي تأخير التشخيص الصحيح له بسبب عدم الملاحظة والوصمة الاجتماعية، وتظهر الدراسات الدولية أن نسب حدوث وانتشاره متشابهة على المستوى العالمي (السقا: 2014).

فقد يعاني مريض الوسواس القهري بواحد أو أكثر من فكرة وسواسية، وتعتبر وسواس الخوف من التلوث أكثر الوسواس انتشارا، إذ تقدر نسبتها بـ (55%) أما وسواس العدوانية بـ (50%)، وسواس النظام والدقة

بـ (36%) وسواس الخوف من الإصابة بمرض (34%)، التخييلات الجنسية (32%)، والأفعال القهرية هي أيضا قد تكون متعددة عند المصاب بالوسواس، وتعتبر طقوس المراجعة الأكثر انتشارا بين المصابين حيث تقدر نسبتها بـ (80%) تليها طقوس الغسل (46%) وطقوس العد (21%) (Van der Linden et al: 2008:109) ويظهر عند الذكور ما بين سن (6) و (15)، أما عند الإناث فيظهر بين (20) و (29) (O Leary : 2005, 20)، وتكون بداية ظهور اضطراب الوسواس القهري تدريجية، غير أنه توجد تقارير حول بدايات حادة في بعض الحالات، والاضطراب مزمن في أغلب الأحوال، مع أعراض تتذبذب ارتفاعا وانخفاضا في الشدة، وعلى الرغم من ذلك فقد لوحظت نوبات ودورات من التدهور لدى حوالي (10%) من المرضى (بارلو: 2015، 477).

5- المعايير التشخيصية للوسواس القهري حسب DSM5:

قبل التطرق إلى المعايير التشخيصية، لابد من الإشارة إلى أنه في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يعتبر القلق هو العنصر الأساسي في تشخيص الوسواس القهري، والذي يربط العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية، أما في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، فلا يعتبر تشخيص القلق لدى مرضى الوسواس القهري ضروريا، لذا فقد تم إلغاء اضطراب الوسواس القهري من فئة اضطرابات القلق، وقد صنف في فئة تشخيصية أخرى، تحت مسمى الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة (Moutaud:2015) وذلك نظرا لارتباط هذه الاضطرابات مع بعضها من حيث مدى المصادقات التشخيصية. (الحمادي: 2015، 183).

وفيما يلي المعايير التشخيصية:

أ- وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما:

1. أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة' تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقترحة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقا أو إحباطا ملحوظا.

2. يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري)

تعرف الأفعال القهرية بـ (1) أو (2):

1. سلوكيات متكررة (مثل غسل اليدين، الترتيب، التحقق) أو أفعال عقلية (مثل الصلاة، العد، تكرار، الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مساق لأدائها استجابة لوسواس، أو وفقا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

2. تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف فظيع، فهذه السلوكيات أو الأفعال العقلية، قد لا تكون مرتبطة بطريقة واقعية لما هي مصممة لتحبيده أم منعه أو أنها مفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير على أهدافهم عن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية.

ب- تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميا مثلا) أو تسبب إحباطا سريريا هاما، أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

ت- أعراض الوسواس القهري لا تعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

ث- لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، المخاوف المفرطة، كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص من المقتنيات كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس نتف الشعر، نزع الجلد، كما هو الحال في اضطراب نزع الجلد، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الادمانية، وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود مرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطراب الولع الجنسي، اندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتنابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط المتكررة من السلوك، كما هو الحال في اضطراب طيف التوحد)

تحديد ما إذا كان:

- مع بصيرة جيدة أو مناسبة.

- مع فقر البصيرة

- مع غياب البصيرة/معتقدات توهمية: يكون الفرد مقتنعا تماما بان معتقدات الوسواس القهري صحيحة.

حدد ما إذا كان:

- متعلقة بالعرات: لدى الفرد تاريخ حالي أو سابق لاضطراب العرة (الحمادي:2015، 183-185).

6- التشخيص الفارقي:

إن من بين الصعوبات في تشخيص اضطراب الوسواس القهري، هو التزامن مع الاضطرابات الأخرى (Van der Linden et al: 2008,110)، فوجود الاكتئاب مع الوسواس القهري، قد يتطلب التمييز بين اجترار أفكارالاكتئابي المتعلق بمشكلات أو ظروف الحياة غير السارة والوسواس الحقيقة، فاجترار الأفكار شائع لدى مرضى الاكتئاب، ويعد متوافقا مع المزاج الاكتئابي، حيث لا يحاول المكتتبون كبح تفكيرهم على العكس من مرضى الوسواس القهري الذين يحاولون (بارلو:2015، 478).

كما أن النسبة العالية لاضطرابات القلق الأخرى، وأعراض القلق بين مرضى الوسواس القهري يعقد التشخيص، فعلى سبيل المثال يتسم اضطراب القلق العام بالقلق الشديد، وهذا القلق يختلف عن الوسواس في أن القلق يكون شديدا حول ظروف الحياة الواقعية، ويخبره الشخص على أنه مرغوب ومناسب، وعلى النقيض فإن محتوى الوسواس غالبا ما يكون غير واقعي، يخبرها الشخص على أنها غير مناسبة (بارلو:2015، 479).

بالإضافة إلى هذا فإنه ثمة مشكلة أخرى، تتعلق باضطراب التشوه الوهمي للجسد، والخصائص الأساسية لهذا الاضطراب، وهي الانشغال الشديد بتشوه متخيل في المظهر، فإذا كان هناك وسواس أو دفعات قهرية موجودة لدى مرضى اضطراب التشوه الوهمي الجسدي، تشخص الحالة بأنها اضطراب وسواس قهري.

كما أن السلوكات الحركية النمطية المماثلة للدفعات القهرية، موجودة في كل من اضطراب توريت واضطراب اللوالم، وتختلف هذه السلوكات عن الدفعات القهرية، في أنها لا تهدف إلى تخفيف الشعور بالكرب الذي تسببه الوسواس، وهي عموما غير إرادية وغير مقصودة. (بارلو:2015، 480).

وبصعب التشخيص أحيانا عندما تبدأ الأعراض القهرية، في شخصية انطوائية مع اضطراب السلوك وغموض الأفكار القهرية، خاصة إذا صاحبها بعض التخيلات، فهنا يتجه التشخيص نحو الفصام أو اضطراب طابع الفصام، ويجب تقرير ذلك في بدء الأمر حيث أن علاج هذا المرض يختلف تماما عن الوسواس القهري وكذلك مع الاضطراب فصامي الطبع.

ويتضح لذا تفاعل الأعراض القهرية مع معظم الأمراض النفسية والعقلية؛ فيصاب مريض الوسواس القهري بالاكتئاب، وكذلك يفجر مريض الاكتئاب الذهاني أعراضا قهرية، ثم إن بعض مرضى الوسواس القهري يصابون شبيهه بالفصام كذلك فالفصام يبدأ أحيانا بأعراض قهرية... وهكذا (عكاشة، 1992: 182).

7- النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

تعددت النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري وفيما يلي سنتطرق إلى أهم هذه النظريات:

7-1 العوامل العصبية:

ترى عدد من الدراسات أن هناك أسس عصبية تشريحية، لاضطراب الوسواس القهري، وقد أشارت بعض الدراسات، إلى أن الكثير من ذوي اضطراب الوسواس القهري، لديهم بعض الآفات في أداء الفص الأمامي وهناك تدعيم إضافي لدور الفص الأمامي في الاضطراب، مصدره الكفاءة العلاجية لأساليب الجراحة النفسية، مثل: استئصال الأجسام المخططة، والاستئصال الحزامي، وتتوفر دلائل إضافية على الآفات البيولوجية العصبية في اضطراب الوسواس القهري من خلال علاقة هذا الاضطراب بمجموعة متنوعة من الاضطرابات، ذات الأسس العصبية المعروفة في العقد القاعدية، فقد لوحظ ارتفاع في أعراض الوسواس القهري تالي للالتهاب الدماغى، وهناك دراسات استخدمت الرسم المقطعي لانبعاث البوزيتروني لتقييم النشاط الأيضي في المخ، حيث تبين بأن الوسواسيين يظهرون معدلات مرتفعة في اللحاء قبل الجبهى (بارلو : 2015، 488).

7-2 النظرية السلوكية:

تؤكد النظرية السلوكية دور التشريط في اكتساب اضطراب الوسواس القهري والاحتفاظ به، كأفكار وأفعال وعادات جديدة تم تعلمها. وتظهر الدراسات المسحية أن (80%) من الأشخاص الأسوأ، افروا بان كل واحد منهم، عانى عددا من المرات على مدى حياته، من الأفكار المقتحمة لذهنه شبيهة بالوسواس المرضية، التي يعاني منها مرضى اضطراب الوسواس القهري، لكن الأفكار الاقتحامية لدى المصابين

بالوسواس تسبب لهم معاناة شديدة من الكرب النفسي، ويشعرون أنهم سيرتبطون بهذه الأفكار عبر عمليات طويلة من الاشراف، بسبب الكرب الذي يعانون منه طول الوقت، الذي تقتحم فيه الأفكار المتطفلة أذهانهم ومن ثم يطورون مخاوفاً أو رهاباً شرطياً يرتبط بالوسواس، وغالباً ما يحاول هؤلاء المرضى، مواجهة أفكارهم وذلك بتجنب التفكير فيها، بالإضافة إلى قيامهم ببعض السلوكات والتصرفات، لتخفيف الكرب النفسي الناتج عن تلك الأفكار كما يتجنبون المواقف التي تثير لديهم الأفكار الوسواسية، وينتج عن مثل هذه الأفعال القهرية انخفاضاً مؤقتاً في حدة القلق الأمر الذي من شأنه دعم السلوك المرضي. (ليهى: 2006، 215).

3-7 النظرية المعرفية:

تعددت وتتنوع المداخل المعرفية التي حاولت تفسير اضطراب الوسواس القهري، فقد ذكر بيك بأن المحتوى المعرفي والمخططات المختلة وظيفياً لدى المصابين بالوسواس القهري تتميز بالشك والحذر حيث يشك الفرد دائماً في مدى كفاية قيامه بالفعال الضرورية التي تضمن سلامته كما يشك في قدرته على القيام بالأفعال بشكل كاملاً مستقبلاً وبالتالي تولد لدى الفرد الشعور بعدم كفاية في كل ما يقوم به من أفعال تضمن سلامته ومن ثم يتولد السلوك القهري (نوفل: 2016، 52).

أما رحمان وآخرون Rachman et al. فقد ركز على طريقة تعامل الفرد المريض مع هذه الأفكار فبعض المرضى يقيمون هذه الأفكار الوسواسية المتسلطة تقييماً سلبياً، ويعتقدون في قدرتها على إحداث الضرر لهم أو لغيرهم، كما يبذلون جهداً من أجل التحكم فيها وطردها (الخولي: 2014، 29).

ويفسر راخمان الأفكار والطقوس القهرية والقلق الذي يشعر به المصاب بالوسواس القهري، في ضوء التفسير الكارثي، حيث يفسر شعور القلق لدى المريض، بأنه يعني أن هناك خطراً وشيكاً، ويتوقع أن يتسبب هذا القلق في فقدانه التحكم في أفعاله، مما يؤدي به إلى القيام بمحاولات مستمرة، للتأكد من أنه قد استبعد كل عوامل الخطر والأذى عن نفسه وعن الآخرين، إلا أن هذه المحاولات تبوء بالفشل، وتؤدي تلك التكرارات من أنه قد استبعد الخطر والأذى، إلى إرباك الذاكرة، وتضعف ثقة الفرد في ذاكرته، ومن ثم يدفعه ذلك إلى مزيد من التكرار لتحقيق مزيد من التأكد لتحقيق الأمان واستبعاد مواطن التهديد، وهكذا في دائرة مستمرة، (نوفل فاطمة: 2016، 64).

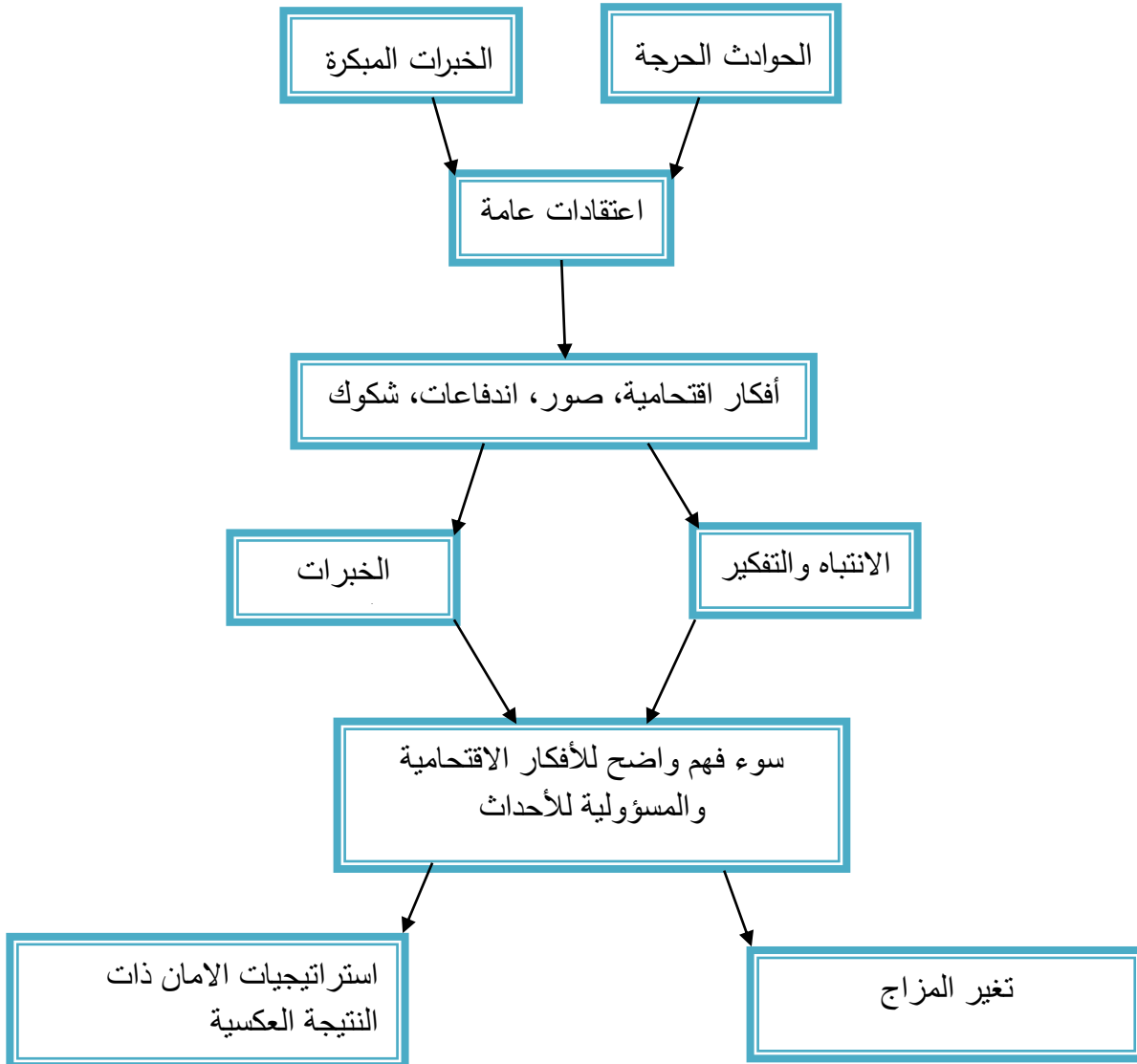
ثم جاء Salkovskis وأكد أن سبب احتفاظ مرضى اضطراب الوسواس القهري باضطرابهم، بل وتفاقمه هو أن لديهم مسؤولية زائدة أو متضخمة عن الأحداث المحيطة بهم (الخولي: 2014، 29) وبالتالي فإن

الشعور بالمسؤولية، ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري، ويمكن فهم التحديد في صورة السلوك والمعارف القهرية، بمثابة محاولة لخفض الإحساس بالمسؤولية ومنع اللوم، بالإضافة إلى ذلك؛ فإن المريض يدرك بأن أفكاره المتكررة عن الأحداث غير المقبولة، هي مثلها مثل وقوعها، فعلى سبيل المثال فإن التفكير في الخطيئة هو مثل ارتكاب الخطيئة (بارلو، 2002: 483).

وضع سالكوفيسكي نموذجاً معرفياً مفسراً لاضطراب الوسواس القهري، كما يوضحه الشكل التالي:

شكل رقم (2)

يوضح النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري



النموذج المعرفي المفسر لاضطراب الوسواس القهري

(نوفل: 2016، 58)

يوضح الشكل التالي النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري، حيث يوضح بأن الخبرات المبكرة والحوادث والظروف الضاغطة، لها دورا كبيرا في تشكيل اتجاهات ومعتقدات الفرد، والتي تؤدي بدورها إلى وجود أفكار اقتحامية وصور وشكوك، حيث يستجيب لها بالانتباه والتفكير فيها، أو بتجنب المواقف أو الأماكن التي تثير فيه هذه الأفكار، مما ينتج عنه سوء فهم واضح لهذه الأفكار الاقتحامية، والشعور المتضخمة بالمسؤولية عن الأحداث، وأخيرا الشعور بالكرب والقلق، أو التوجه إلى استخدام استراتيجيات الأمان ذات النتيجة العكسية (نوفل: 2016، 59).

7-4 النظرية الماوراء معرفية:

لقد أولت النظرية الماوراء معرفية أو نظرية الوعي بالمعرفة، اهتماما بالمخططات ومعالجة المعلومات عند تفسيرهم للاضطرابات النفسية، ومن بينهم ويلز وآخرون، حيث أكدوا على ضرورة الجمع بين المحتوى المعرفي بما يتضمنه من أبنية معرفية، وبين العمليات المعرفية التي من شأنها التحكم في التفكير، وتعديل التفكير، وطريقة التفسير، وتتحكم وتراقب التفكير والعمليات المعرفية المصاحبة له المنظمة لما يدور في مجرى الوعي وتشمل هذه العمليات الكثير من الوظائف التنفيذية ومثل التخطيط والمراقبة والمراجعة واكتشاف الأخطاء وتصحيحها، كما تشمل عمليات التقييم والتحكم في التفكير. (نوفل: 2016، 60/59).

وبناء على هذا فقد قدمت هذه النظرية تفسيراً جديداً لاضطراب الوسواس القهري من خلال الإجابة على التساؤلات التالية: كيف يفكر الفرد في أفكاره الوسواسية؟ وماهي المعتقدات التي يحملها عن هذه الأفكار؟ وكيف يفسرها؟ وما هي المعاني والدلالات التي يضيفها إلى أفكاره المقتحمة؟ وما هي العمليات المعرفية التي تحدث في ظل حدوث المخططات المختلفة؟ وما دور الوعي في العمليات المعرفية المرتبطة بالوعي في اضطراب الوسواس القهري؟ وما آلية استمرار الأعراض في ضوء اضطراب الوعي؟ وكيف تحدث عملية معالجة المعلومات؟ وإجابات النظرية على تلك التساؤلات حيث فسرت اضطراب الوسواس القهري بوجود مجموعة من المعتقدات المختلفة كالدماج بين التفكير واحتمال حدوث الفعل، والنية تساوي الفعل بمعنى أن مرضى الوسواس القهري، يتوقعون بأن التفكير في أفكار غير أخلاقية تساوي ارتكابهم لأفعال غير أخلاقية، والدماج بين التفكير وتنفيذ الفعل، والدماج بين الأفكار والأشياء، كان يعتقد الفرد أن أفكاره في تلوث شيء ما يجعل هذا الشيء ملوثاً، وتتعلق تلك المعتقدات المعرفية المختلفة بخلل في مجرى الوعي كخلل في الوظائف التنفيذية كالتخطيط والمراجعة واكتشاف الأخطاء وتصحيحها (نوفل: 2016، 61).

وقد وجد Rachman وآخرون أن دمج الفكر كان مهما بصفة خاصة في فهم واستيعاب المسؤولية المتضخمة، التي غالبا مانجدها لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وبصفة خاصة كان دمج الفكر هو الأقوى ارتباطا بالسمات والخصائص الوسواسية.

وحديثا قام Rassin وآخرون باختبار إمكانية لعب دمج الفكر دورا سببيا، في زيادة إحساس الفرد بالمسؤولية، وقد خلص الباحثون إلى أن نتائجهم قد أيدت ودعمت الفرض القائل: بأن الدمج بين الفكر والفعل، قد يسهم في تنمية وتطوير الأفكار الإقتحامية (الخولي: 2014، 64).

كما تشمل معتقدات التقييم والتحكم في التفكير، ومن ثم فإن هؤلاء المرضى لديهم معتقدات خاطئة حول شكل ومعاني الأفكار والصور الذهنية، التي تشغل مجرى الوعي، وأيضا لديهم اعتقادات حول ضرورة التحكم الكامل في أفكارهم، وضرورة مراقبتهم لكل ما يدور في مجرى الوعي.

فتبني هذه المعتقدات الخاطئة والتقييم السلبي لها، واعتبارها أفكارا مهددة وخطيرة، يؤدي ذلك إلى استثارة مشاعر الخوف والقلق، وهنا يلجأ للتخلص من مشاعره السلبية، بالآليات التحييد وكبح الأفكار، وتعمل هذه الآليات على منع المريض من إجراء اختبار واقعي لمعتقداته الخاطئة (نوفل: 2016، 61).

ويوضح Abramowitz أن الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري، يميلون إلى عزو إخفاقهم في التحكم في هذه الأفكار أو كبحها إلى نقاط ضعف داخلية (مثال: إنني لأستطيع إيقاف هذا التفكير الفطيع وهذا يعني أن هناك شيئا خطأ داخل عقلي) وهذا الأمر يؤدي إلى مزيد من الضغط النفسي ومزيد من المحاولات غير المتوقعة فكبح هذه الأفكار أو قمعها (الخولي: 2014، 62) فمحاولة الفرد في عدم التفكير في شيء ما يتسبب في التفكير فيه أكثر حيث ينشغل بها أكثر (Monestés et al: 2011. 11) وهذا ما خلص إليه فينجر من خلال تجربة الدب.

من خلال ما سبق يتضح لنا أن كل نظرية، حاولت أن تعطي تفسيراً لظهور واستمرار أعراض الوسواس القهري، فقد افترضت النظرية العصبية بأن المصابين بالوسواس القهري لديهم بعض الآفات في أداء الفص الأمامي أما، ويرى السلوكيون بأن هذا الاضطراب سلوكا متعلما تم دعمه وتعزيزه عن طريق نتائجها وهي خفض القلق، وتفسر النظريات المعرفية اضطراب الوسواس القهري، على أساس المعتقدات المعرفية المختلفة وظيفيا، أما الما وراء معرفية فتري أن الأفكار الوسواسية تعالج بطريقة سلبية؛ بسبب المعتقدات الخاصة بمعنى وأهمية التي من شأنها التحكم في التفكير، وتعديل التفكير، وطريقة التقييم ومراقبة التفكير والعمليات المعرفية المصاحبة له، والتي تتحكم في أوجه المعرفة المختلفة.

8- قياس وتقييم الوسواس القهري:

قد تلاحظ بعض أشكال خفيفة من الوسواس والسلوك القهري عند الشخص العادي، وفيصل اعتبار الفكر وسواسيا والسلوك قهريا هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته، وإعاقة أو منع الفرد من تأدية عمله اليومي والتأثير على كفاءته وسوء توافقه الاجتماعي (زهران، 2005: 513).

و ثمة مقاييس لتقدير درجة وشدة أعراض الوسواس القهري، بالإضافة إلى المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية وفيما يلي سنورد أهم هذه المقاييس:

-مقياس بيل براون للوسواس القهري: yale-Brown Obsession Compulsivem:

يعد من أكثر الأدوات المستخدمة، وهو ملائم بشكل خاص لتحديد شدة الأفكار والتصرفات القهرية كما يتم استخدامه في الدراسات الصيدلانية والعلاجية النفسية، لتحديد شدة الاضطراب كما يتوفر صيغة للأطفال (بيرند رولد : 2016، 292).

وتوجد عدة مقاييس أخرى مثل استبيان بادو للقهر والذي يحتوي على 41 بند تتوزع على خمسة مقاييس ويجاب عنها على مقياس خماسي (الدفعات، الغسيل، النظام، الاجترار الفكري، الترتيب) أما قائمة ليتون للاستحواذ فقد تم تطويرها للراشدين والكبار (بيرند رولد : 2016، 294). وقائمة النشاط القهري، طوره هلام، وتشمل القائمة على 38 بندا، يقيس معظم السلوكات القهرية، ويهدف إلى تقرير مدى تدخل السلوك القهري في الحياة اليومية للفرد. (عبد الخالق: 2002، 124).

9- علاج الوسواس القهري:

تعددت وتتنوع الأساليب العلاجية، للوسواس القهري، وفقا لطرق تفسيره، ويعد العلاج الكيميائي والعلاج المعرفي السلوكي، من أشهر العلاجات في مجال معالجة اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، وسيتم عرضهما فيما يلي:

9-1 العلاج الكيميائي:

تعد العقاقير المضادة للاكتئاب، والتي لها خاصية زيادة الموصل العصبي السيروتونين (عكاشة، 1992 : 186) من الأدوية الأكثر استعمالا لعلاج الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، بالرغم من أن هذه الأدوية تم تطويرها لعلاج الاكتئاب؛ إلا أنها أثبتت فعاليتها في علاج الوسواس القهري، ويعتبر الكلوميبرامين من أشهر مضادات الاكتئاب استخداما في علاج الوسواس القهري (كريغ وآخرون 413; 2015):

فقد تبين بأن الأدوية المنشطة لإفراز الناقل العصبي السيروتونين فعالة في العلاج ومع ذلك فإن معدلات الانتكاسة بعد العلاج بالأدوية الطبية النفسية تصل إلى (89%) إذا لم يصاحبه العلاج السلوكي (بيهي، 2006: 213) فالتزامن بين العلاجين المعرفي السلوكي والكيماوي، يكون في الحالات الحادة أو في حالة عدم الاستجابة لمضادات الاكتئاب (Cottraux: 2009, 45).

9-2 العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على عدة أساليب لعلاج اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به، وبعد أسلوب التعرض ومنع الاستجابة من أهمه، والذي أظهرت الأبحاث مدى نجاعته في علاج حالات الوسواس القهري، وسيتم تناوله فيما يلي:

- التعرض ومنع الاستجابة: يعتبر التعرض ومنع الاستجابة، من أكثر العلاجات النفسية استخداماً لعلاج الوسواس القهري، والاضطرابات المرتبطة به، وهذا العلاج السلوكي المعرفي كان علاجاً رائداً في إنجلترا لـ فيكتور ماير (1966)، فالأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري يؤمنون بأن أداء الطقوس سيمنع من حدوث أشياء مريعة، ففي أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، يعرض الأفراد أنفسهم لمواقف تكشف لهم فعل إكراهي، ثم يحجمون عن أداء الفعل القهري، مثل: تعريض الفرد للمسطبقة متسخة ثم يحجم عن غسل يديه والتفسير المنطقي وراء هذا الاتجاه هو كما يلي:

- عدم أداء الطقوس يعرض الفرد للقلق الذي تثيره المؤثرات .

- التعرض ينتج عنه اندثار الاستجابة المهيئة للقلق (كرينغ وآخرون : 2015, 414).

فالتعرض عادة يكون بشكل تدريجي ، فالمواقف التي تثير ضيقاً متوسطاً يواجهها المريض قبل التي تثير قدراً كبيراً من الضيق، ويساعد التعرض ومنع الاستجابة المصابون باضطراب الوسواس القهري، أن يتعلموا تحمل القلق الذي يشعرون به عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية ، وفي النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة التعرض المتكرر، ويشعر الفرد بإجبار أقل للقيام بالطقوس التي كان يقوم بها (عبد الخالق، 2002: 327/326).

خلاصة الفصل :

يعد اضطراب الوسواس القهري رابع اضطراب نفسي الأكثر انتشاراً في العالم، حيث يصيب (2.5%) من الأفراد حسب تقدير بعض الدراسات، ويتميز بوجود وساوس تكون بصورة ملحّة وتفتحم ذهن الفرد وتسبب

لديه القلق مما يؤدي به ذلك إلى القيام بالأفعال القهرية، للتخفيف من حدة القلق الناجم عن الوسواسويظهر في مرحلة الطفولة أو المراهقة أو سن الرشد المبكرة، ويظهر لدى الإناث أكثر من الذكور، ولقد تعدد النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري؛ حيث ترى النظرية العصبية بأن المصابين به لديهم خلل في وظائف بعض البنى العصبية، في حين ترى السلوكية أن للتشريط دور في اكتساب اضطراب الوسواس القهري والاحتفاظ به، كأفكار وأفعال وعادات جديدة تم تعلمها، بينما ترى النظرية الما وراء معرفية أن السبب هو المعتقدات الما وراء معرفية المختلة وظيفيا والخاصة بمعنى وأهمية الفكر.

الجانبة التطبيقية

الباب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل الرابع : الإجراءات

المنهجية للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الدراسة الاستطلاعية

2-2 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية

3- وصف أدوات القياس في الدراسة وخصائصها السيكمترية

1-3 مقياس دمج الفكر

2-3 مقياس التحكم في الفكر

3-3 مقياس أعراض الوسواس القهري

4- الدراسة الأساسية

1-4 وصف عينة الدراسة الأساسية

2-4 إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية

5- الأساليب الاحصائية

تمهيد:

بعد ما تناولنا الجانب النظري لمتغيرات الدراسة، سيتم في هذا الفصل التطرق إلى منهجية البحث والتي تعد من أساسيات كل دراسة، حيث سنتناول المنهج المتبع في الدراسة، ومجريات الدراسة الاستطلاعية حيث عرضنا فيه وصفا لعينة الدراسة الاستطلاعية، كما تطرقنا إلى أدوات جمع البيانات المعتمدة في جمع معطيات الدراسة، وحساب بعض خصائصها السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات وذلك لأجل التأكد من صلاحية تطبيق الأدوات في الدراسة الأساسية، كما تطرقنا إلى خصائص عينة مجتمع البحث والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات.

1- منهج الدراسة:

المنهج هو طريقة للكشف عن القواعد في العلوم، وذلك عن طريق بعض القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى النتيجة التي يريد الوصول إليها. (دوبدار، 1999: 79). إن طبيعة الموضوع هي التي تحدد وتبرز للباحث نوع المنهج، الذي عليه استخدامه، وبما ان موضوع بحثنا الحالي يهدف الى دراسة العلاقة بين كل من دمج الفكر والتحكم في الفكر واعراض الوسواس القهري، ودراسة القدرة التنبؤية لكل من هذين المتغيرين المستقلين على المتغير التابع وهو الوسواس القهري فإن المنهج الانسب هو المنهج الوصفي الارتباطي.

2- الدراسة الاستطلاعية:**1-2 الهدف من الدراسة الاستطلاعية:**

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على مجتمع الدراسة، والتي سوف تختار منه عينة الدراسة الاستطلاعية، وكذا التأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة.

2-2 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

للتأكد من صدق وثبات أدوات الدراسة، تم تطبيقها على عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة من مختلف التخصصات والمستويات للسنة الجامعية (2016/2015) حيث قدر عدده بـ (40) طالبا وطالبة وذلك في الفترة الممتدة من (25/20) جانفي (2016).

3- وصف أدوات القياس المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية:

إن مقياس جمع البيانات في ميدان علم النفس، تعرف على أنها مجموعة من البنود، أو الأسئلة التي تمثل القدرة أو السمة أو الخاصية المطلوب قياسها (عبد الرحمن، 1998: 161).

وعليه فقد تم الاعتماد على ثلاثة مقاييس، لدراسة المتغيرات المتمثلة، في دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري، وفيما يلي وصف لمقاييس الدراسة، وعرض بعض خصائصها السيكمترية.

3-1: مقياس دمج الفكر:

- وصف المقياس:

مقياس دمج الفكر: ويلز، وليام، كاتريث هاتون (Wells 2000)، Gwilliam et Sam Cartwright hatton ترجمه وأعدّه للبيئة العربية عبد الله عبد الظاهر الخولي (2014)، يهدف المقياس إلى الكشف عن معتقدات الأفراد الذين يدمجون بين الفكر والفعل (الخولي: 2014، 336) يتكون المقياس من (14) فقرة ومن ثلاثة ابعاد وهي: دمج الفكر بالحدث، دمج الفكر بالفعل، دمج الفكر بالموضوع.

للتأكد من الخصائص السيكمترية للمقياس، قام الباحث الخولي (2014) بتطبيقه على عينة بلغ قوامها (91) طالبة وطالبة من جامعة اسيوط، وقد تم حساب ثبات مقياس دمج الفكر عن طريق عدة طرق منها: طريقة الفا كرونباخ، حيث بلغت قيمته (0.85) أما معامل الثبات عن طريق التجزئة النصفية فقد بلغت قيمته (0.80) وهي قيمة تدل على ثبات المقياس.

كما قام الباحث بإعادة تطبيق الاختبار، بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين (0.77).

كما قام الباحث بالتحقق من صدق مقياس دمج الفكر عن طريق عدة أساليب نذكر منها: صدق المحك: وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين مجموع درجات العينة الاستطلاعية على مقياس دمج الفكر، ومجموع درجات العينة على مقياس الاكتئاب واضطراب الوسواس القهري، ومقياس المعتقدات الوسواسية، وقد بلغت معاملات الارتباط على التوالي (0.35) و(0.43) و(0.61) (الخولي: 2014، 334، 335).

3-1-1- الخصاص السيكومترية لمقياس دمج الفكري الدراسة الحالية:

قامت الباحثة في الدراسة الحالية باعادة قياس الخصاص السيكومترية لمقياس دمج الفكر، كم هو ميبين في مايلي:

أ- ثبات مقياس دمج الفكر:

ثبات المقياس يتصل بالسؤال " بأي قدر من الدقة أو بأي قدر من الاتساق يقيس هذا الاختبار السمة التي يقيسها أيا كانت هذه السمة؟ " (عباس، 1996: 24) بمعنى مدى إعطاء الاختبار نفس الدرجات أو القيم لنفس الفرد أو الأفراد إذا ما تكررت عملية القياس. وللتأكد من ثبات المقياس قامت الباحثة بحسابه عن طريق:

- معامل ألفا كرومباخ:

وبعد حساب الثبات عن طريق (معامل ألفا كرومباخ) كانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (1)

يبين نتائج معامل ثبات مقياس دمج الفكر عن طريق معامل ألفا كرومباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا (a)	مستوى الدلالة
مقياس دمج الفكر	14	0.80	0.05

من خلال الجدول نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قدر بـ (0.80) وهو معامل مرتفع يدل على ثبات المقياس.

ب- صدق مقياس دمج الفكر:

الصدق هو مدى نجاح الاختبار في القياس، وفي التشخيص والتنبؤ عن ميدان السلوك الذي وضع الاختبار من أجله (عوض، 1998: 58).

ولتأكد من صدق المقياس قامت الباحثة بحسابه عن طريق:

- صدق المقارنة الطرفية:

ولحساب صدق المقارنة الطرفية، تم ترتيب الدرجات تنازليا وأخذ قيمة (33%) من الترتيب ثم تم تطبيق اختبار "ت" لعينتين متساويتين، كما هو موضح في الجدول أدناه:

جدول رقم (2)

بين نتائج معامل صدق مقياس دمج الفكر بطريقة المقارنة الطرفية

الفئة	ن	النسبة المئوية	م	ع	ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة الدنيا	13	%33	17.61	1.85	6.85	24	0.01
الفئة العليا	13	%33	21.23	0.43			

من خلال الجدول السابق نلاحظ بان المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (21.23) بانحراف معياري قدره (0.43)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (17.61) بانحراف معياري قدره (1.85)، أما "ت" المحسوبة فقد بلغت قيمتها (6.85) مما يدل على وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه يمكن القول بأن المقياس يتمتع بقدر عال من الصدق.

طريقة تصحيح المقياس: يتكون مقياس دمج الفكر في نهائية صورته النهائية من ثلاثة أبعاد وأربعة عشر (14) فقرة، يتم تصحيحها بإعطاء أربعة (4) درجات، عند الإجابة ب: (دائماً)، وإعطاء ثلاثة (3) درجات عند الإجابة ب: (كثيراً) وإعطاء اثنان (2) درجات عند الإجابة ب: (قليلاً)، ودرجة واحدة (1) عند الإجابة ب: (أبداً)، وذلك على جميع فقرات المقياس.

3-2 مقياس التحكم في الفكر:

- وصف المقياس:

لقد تم في الدراسة الحالية الاعتماد على مقياس التحكم في الفكر: ويلز ودافيد (1994) wells et david ويهدف المقياس لقياس الاستراتيجيات اللاتوافقية التي يستخدمها الأفراد للتحكم في الأفكار غير المرغوبة، ترجمه وأعدّه للبيئة العربية عبد الله عبد الظاهر الخولي (2014). يتكون المقياس من (30) فقرة وخمسة ابعاد وهي: التشويش، القلق، العقاب، إعادة التقييم/التحكم الاجتماعي، التجاهل والسلبية.

للتأكد من خصائصه السيكومترية قام الباحث الخولي (2014) بتطبيقه على عينة بلغ قوامها (91) طالبا وطالبة من جامعة أسيوط، حيث قام الباحث بحساب ثبات المقياس عن طريق عدة أساليب نذكر منها:

- الفا كرونباخ حيث بلغت قيمته (0.72)، كما قام الباحث بإعادة تطبيق الاختبار، بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع، وقد بلغ معامل الارتباط بين درجات الأفراد في التطبيقين (0.61) (الخولي: 2014، 299، 302)

- قام الباحث بالتحقق من صدق مقياس التحكم في الفكر عن طريق عدة أساليب نذكر منها: صدق المحك وذلك من خلال حساب معامل الارتباط، بين مجموع درجات العينة الاستطلاعية على مقياس التحكم في الفكر، ومجموع درجات العينة على مقياس كل من الاكتئاب، واضطراب الوسواس القهري ومقياس المعتقدات الوسواسية، ومقياس سمة القلق، وقد أظهرت النتائج بأن مقياس التحكم في الفكر قد ارتبط بالمعتقدات الوسواسية، واضطراب الوسواس القهري ارتباطاً إيجابياً وارتبط كل من بعدي (التشويش والتحكم الاجتماعي) بالقلق ارتباطاً عكسي كما ارتبط بعد (القلق) ارتباطاً إيجابياً بالوسواس القهري، وبالاعتئاب، والمعتقدات الوسواسية، وارتبط بعد إعادة التقييم بالاكتئاب (الخولي: 2014، 304).

3-2-1- الخصائص السيكومترية لمقياس التحكم في الفكر في الدراسة الحالية :

قامت الباحثة في الدراسة الحالية بإعادة قياس الخصائص السيكومترية لمقياس التحكم في الفكر، كما هو مبين في مايلي:

أ- ثبات مقياس التحكم في الفكر:

وللتأكد من ثبات مقياس التحكم في الفكر قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة:

- معامل ألفا كرومباخ:

وبعد حساب الثبات عن طريق (معامل ألفا كرومباخ) كانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (3)

معامل ثبات مقياس التحكم في الفكر عن طريق معامل ألفا كرومباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا (a)	مستوى الدلالة
مقياس التحكم في الفكر	30	0.72	0.05

من خلال الجدول نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قدر بـ (0.72) وهو معامل مرتفع يد على ثبات المقياس

ب- صدق مقياس التحكم في الفكر:

وللتأكد من صدق المقياس قامت الباحثة بحسابه عن طريق:

- صدق المقارنة الطرفية:

ولحساب صدق المقارنة الطرفية تم ترتيب الدرجات تنازلياً وأخذ قيمة (33%) من الترتيب ثم تم تطبيق

اختبار "ت" لعينتين متساويتين، كما هو موضح في الجدول أدناه:

جدول رقم(4)

يبين نتائج معامل صدق المقارنة الطرفية لمقياس التحكم في الفكر

الفئة	ن	النسبة المئوية	م	ع	ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة الدنيا	13	%33	45.07	8.94	5.96	24	0.01
الفئة العليا	13	%33	59.93	0.75			

من خلال الجدول السابق نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (45.07) بانحراف معياري قدره (8.94)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (59.93) بانحراف معياري قدره (0.75)، أما "ت" المحسوبة فقد بلغت قيمتها (5.66) مما يدل على وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه يمكن القول بأن المقياس يتمتع بقدر عال من الصدق.

- **طريقة تصحيح المقياس:** يتكون مقياس التحكم في الفكري صورته النهائية من من خمسة أبعاد وهي: التشوش، العقاب، القلق، إعادة التقييم/التحكم الاجتماعي، التجاهل والسلبية و ثلاثين (30) فقرة يتم تصحيحها بإعطاء أربعة (4) درجات، عند الإجابة ب: (دائما)، وإعطاء ثلاثة (3) درجات عند الإجابة ب: (كثيرا) وإعطاء اثنان (2) درجات عند الإجابة ب: (قليلا)، ودرجة واحدة (1) عند الإجابة ب: (أبدا)، وذلك على جميع فقرات المقياس(Luciano.et al :2005)

3-3 مقياس أعراض الوسواس القهري:

-وصف المقياس:

تم الاعتماد على مقياس أحمد عبد الخالق (1998) لأعراض الوسواس القهري حيث يتكون المقياس من 32 فقرة (Abdel-Khalek :1998) .

للتأكد من خصائصه السيكومترية قامت الباحثة اروى حسن البناني(2011) بحساب صدق المقياس عن طريق:الصدق التلازمي للقائمة، حيث طبقت قائمة الوسواس القهري مع قائمة " مودسلي الوسواس القهري " من وضع " هودجسون " Hodgson " وريخمان " Rachman، " وقام بتعريبها أحمدعبد الخالق ووصل معامل الارتباط بين القائمتين (ن = 58، 50 طالبة) إلى (0.712) ، (0.692) علي التوالي ويشير هذان المعاملان إلي صدق تلازمي مرتفع للقائمة.

أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق: إعادة تطبيق الاختبار، حيث طبقت القائمة مرتان علي عينة قوامها (33) من طلاب الجامعة من الجنسين بفاصل زمني أسبوع، ووصل معامل الثبات إلى (0.85) وهو معامل مرتفع وبعد تطبيق المقياس على عينة من طلبة الجامعة قدرت (181) فردا حلت معاملات الارتباط عامليا، واستخرجت ثماني أبعاد لمقياس أعراض الوسواس القهري، وهي معامل عام للوسواس القهري، النظافة والدقة والترتيب، التكرار والعد، المراجعة، استحواذ الأفكار القهرية الاجترار، البطء،التدقيق(البناني: 2011، 88-89).

3-3-1- الخصائص السيكومترية لمقياس أعراض الوسواس القهري في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة في الدراسة الحالية بإعادة قياس الخصائص السيكومترية لمقياس أعراض الوسواس القهري، كما هو مبين في مايلي:

أ- ثبات مقياس أعراض الوسواس القهري:

وللتأكد من ثبات مقياس الوسواس القهري قامت الباحثة بحساب الثبات بطريقة:

- معامل ألفا كرومباخ:

وبعد حساب الثبات عن طريق (معامل ألفا كرومباخ) كانت النتيجة كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (5)

يبين نتائج معامل ثبات مقياس الوسواس القهري عن طريق معامل ألفا كرومباخ

المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا (a)	مستوى الدلالة
مقياس الوسواس القهري	30	0.84	0.05

من خلال الجدول نلاحظ أن معامل ألفا كرومباخ قدر ب(0.84) وهو معامل مرتفع يدل على ثبات المقياس

ب- صدق مقياس أعراض الوسواس القهري:

وللتأكد من صدق المقياس قامت الباحثة بحسابه عن طريق:

-صدق المقارنة الطرفية:

ولحساب صدق المقارنة الطرفية تم ترتيب الدرجات تنازليا وأخذ قيمة (33%) من الترتيب ثم تم تطبيق

اختبار "ت" لعينتين متساويتين، كما هو موضح في الجدول أدناه:

جدول رقم (6)

يوضح نتائج معامل صدق المقارنة الطرفية لمقياس أعراض الوسواس القهري

الفئة	ن	النسبة المئوية	م	ع	ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة الدنيا	13	33%	8.69	4.15	10.66	24	0.01
الفئة العليا	13	33%	23	2.48			

من خلال الجدول السابق نلاحظ بأن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (8.69) بانحراف معياري قدره (4.15)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (23) بانحراف معياري قدره (2.48)، أما "ت" المحسوبة فقد بلغت قيمتها (10.66) مما يدل على وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، ومنه يمكن القول بأن المقياس يتمتع بقدر عالٍ من الصدق.

طريقة تصحيح المقياس: يتكون مقياس أعراض الوسواس القهري في صورته النهائية من ثمانية ابعاد و32 فقرة يجيب الفحوص في هذا المقياس بنعم أو لا على فقرات المقياس ويحصل على درجة على كل عبارة يجيبها في الاتجاه نفسه الذي يتفق مع مفتاح تقدير الدرجات التالي: العبارات التي يحصل فيها المفحوص على درجة واحدة إذا أجابوا

بنعم: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25,27,29,30,32

أما العبارات التي يحصل فيها على درجة إذا أجابوا بلا: 10,22,26,28,31 (البناني: 2011، 88)

4- الدراسة الأساسية:

طبقت الدراسة الأساسية من (07) مارس (2016) إلى غاية (15) مارس (2016) وتم توزيع (200) استمارة متمثلة في مقياس دمج الفكر ومقياس التحكم في الفكر ومقياس أعراض الوسواس القهري على عينة من طلبة وطالبات جامعة قاصدي مرباح ورقلة، وتم استرجاع (170) استمارة .

4-1 وصف عينة الدراسة الأساسية :

تم تطبيق مقاييس الدراسة على مجموعة من طلاب وطالبات جامعة قاصدي مرباح ورقلة للسنة الجامعية 2015/2016 تم اختيارهم بطريقة عرضية، وتراوحت مدة التطبيق من (07) مارس (2015) إلى غاية (15) مارس (2015)، حيث قدرت عينة الدراسة من (170) طالبا وطالبة .

4-1-1 خصائص عينة الدراسة الأساسية:

- توزيع أفراد العينة حسب الجنس:

يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(7)

توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
توزيع العينة	80	90	170
النسبة المئوية	47%	53%	100%

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن عدد الذكور (80) والذي يمثل نسبة (47%) من العدد الكلي بينما عدد الإناث بلغ (90) والذي يمثل نسبة (53%) من العدد الكلي للعينة.

- توزيع أفراد العينة حسب السن:

يتوزع أفراد عينة الدراسة حسب السن كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم(8)

توزيع أفراد العينة حسب السن

العينة	متوسط العمر	الانحراف المعياري
170	23.89	4.89

من خلال الجدول يتبين لنا بأن متوسط العمر بلغ (23.89) بانحراف معياري قدره (4.89)

4-2- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

بعد حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة في الدراسة الاستطلاعية، والمتمثلة في ثلاثة مقاييس: مقياس دمج الفكر، ومقياس التحكم في الفكر، ومقياس أعراض الوسواس القهري، تم تطبيقها على عينة من طلبة وطالبات جامعة قاصدي مرباح ورقلة للسنة الجامعية (2015/2016) اختيرت بطريقة عرضية، حيث قدر عددها (170) طالبا وطالبة وترواحت مدة التطبيق (08) أيام وذلك ابتداء من (07)

مارس(2016) إلى غاية (15) مارس(2016)، وبعد جمع الاستمارات تم تفرغ البيانات لتسهيل عملية المعالجة الاحصائية.

5- الأساليب الاحصائية:

تم الاعتماد في حساب معطيات الدراسة على :

معامل الارتبط المتعدد: يستخدم لدراسة العلاقة بين متغير تابع ومتغيرين مستقلين أو أكثر.

معامل الارتباط الجزئي: يستخدم الارتباط الجزئي لدراسة العلاقة الخطية بين متغيرين مع تثبيت متغير واحد على الأقل. إجراء الارتباط الجزئي، يحسب معامل الارتباط الجزئي الذي يصف العلاقة بين متغيرين عند تغيرهما زيادة أو نقصان (مؤثرا على متغير واحد أو أكثر إضافية) (بتال: 2005، 30)

تحليل الانحدار المتعدد: يعتبر تحليل الانحدار أحد العمليات المرتبطة احصائيا مع معامل الارتباط، حيث يكشف معامل الارتباط عن العلاقة الحقيقية بين متغيرين في حين أن معامل الانحدار يقدم معادلة التنبؤ بالارتباط. فتحليل الانحدار المتعدد يستخدم عندما يكون هناك أكثر من متغير ولدينا الرغبة في الكشف عن أثر تلك المتغيرات المستقلة على المتغير التابع (الجال: 2008، 162/160) مثل ما هو الحال في هذه الدراسة الحالية.

حجم الأثر: يعرف كوهين COhen(1997) حجم الأثر بأنه درجة تواجد ظاهرة في مجتمع ما (يحي نصار: 2006)

وقد تمت المعالجة الاحصائية باستخدام برنامج **spss(19)** وسوف يتم في الفصل الموالي عرض النتائج المتحصلة عليها.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل فرضيات الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل الفرضية الأولى

2- عرض وتحليل الفرضية الثانية

3- عرض وتحليل الفرضية الثالثة

4- عرض وتحليل الفرضية الرابعة

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في الفصل السابق إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث عرضنا المنهج المتبع ومجريات الدراسة الاستطلاعية، التي من خلالها قمنا بالتأكد من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، سيتم في هذا الفصل عرض تحليل نتائج الفرضيات المتوصل إليها .

عرض وتحليل الفرضية الأولى:**تنص الفرضية الأولى على:**

" توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة " .

ولتحديد العلاقة بين متغيرات الدراسة تم الاعتماد على حساب معامل الارتباط المتعدد، وتم التوصل إلى النتائج كما هي موضحة في الجدول أدناه:

الجدول رقم(9)

يوضح نتائج معامل الارتباط المتعدد لمتغيرات الدراسة

العينة	المحسوبة R	مستوى الدلالة	الدلالة الاحصائية
170	0.52	0.01	دالة احصائيا

يوضح الجدول السابق أن:

معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة قدره (0.52) عند مستوى دلالة (0.01)، وبالتالي تكون العلاقة بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري دالة احصائيا، وبذلك نقبل الفرضية البحثية. ولفهم نتيجة الفرضية بصورة أفضل تم حساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرات، وتعبير عن الدلالة العملية للنتيجة.

R ²	R
0.27	0.52

من خلال قيمة R² التي قدرت بـ (0.27) نلاحظ أن حجم الأثر كبير

عرض وتحليل الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على:

"عزل تأثير درجات التحكم في الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة".

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي لمعرفة العلاقة بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري بعد عزل التحكم في الفكر، كما تم حساب معامل الارتباط البسيط بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري، وتم التوصل إلى النتائج كما هي موضحة فيما يلي: جدول رقم (10) قيمة معامل الارتباط بيرسون بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري.

الجدول رقم (10)

يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري

بعد عزل التحكم في الفكر

العينة	قيمة R قبل العزل	قيمة R بعد العزل	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الاحصائية
170	0.48	0.36	167	0.01	دالة احصائيا

يتضح من خلال الجدول (10) بأنه عندما تم العزل الاحصائي لتأثير درجات التحكم في الفكر، تناقصت العلاقة بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري من (0.48) إلى (0.36) وأن ظل دالا احصائيا عند مستوى (0.01) الأمر الذي يشير إلى أن علاقة دمج الفكر بأعراض الوسواس القهري تتأثر بوجود التحكم في الفكر ما يبين أهمية هذا المتغير في العلاقة. ومنه يمكن القول بصحة الفرضية الموجبة للدراسة.

ولفهم نتيجة الفرضية بصورة أفضل قامت الباحثة بحساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط R^2 الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرين وتعبير عن الدلالة العملية للنتيجة.

R	R^2
0.36	0.12

من خلال قيمة R^2 التي قدرت بـ (0.12) نلاحظ أن حجم الأثر بسيط

عرض وتحليل الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على:

" عزل تأثير درجات دمج الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة "

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي، لمعرفة العلاقة بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري بعد عزل دمج الفكر، كما تم حساب معامل الارتباط البسيط بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري، وتم التوصل إلى النتائج كما هي موضحة فيما يلي:

الجدول رقم (11)

يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري

بعد عزل دمج الفكر

الدالة الاحصائية	مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة R بعد العزل	قيمة R قبل العزل	العينة
دالة احصائيا	0.01	167	0.25	0.41	170

يتضح من خلال الجدول (11) بأنه عندما تم العزل الاحصائي لتأثير درجات دمج الفكر تناقصت العلاقة بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري من (0.41) الى (0.25) وأن ظل دالا احصائيا عند مستوى (0.01) الأمر الذي يشير إلى أن علاقة دمج الفكر بأعراض الوسواس القهري تتأثر بوجود التحكم في الفكر ما يبين أهمية هذا المتغير في العلاقة.

ولفهم نتيجة الفرضية بصورة أفضل قامت الباحثة بحساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط R الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرين وتعبّر عن الدلالة العملية للنتيجة.

R ²	R
0.06	0.25

من خلال قيم R² التي قدرت بـ (0.06) نلاحظ أن حجم الأثر بسيط

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على :

" توجد قدرة تنبؤية، لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر كل على حده بأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة " .

للتأكد من صحة الفرضية، قامت الباحثة بحساب معامل الانحدار الخطي المتعدد، لحساب نسبة امكانية التنبؤ بأعراض الوسواس القهري، لدى أفراد عينة الدراسة من خلال دمج الفكر ومن خلال التحكم في الفكر، الجدول أدناه يوضح النتائج المتوصل إليها:

الجدول رقم (12)

يوضح معامل الانحدار الخطي المتعدد بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر والتحكم في الفكر

العينة	قيمة R	قيمة R ²	قيمة R ² المعدلة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
170	0.52	0.28	0.27	167	0.01

- من الجدول أعلاه نلاحظ بأن قيم معامل الارتباط الثلاثة وهي معامل الارتباط R قد بلغ (0.52) بينما بلغ معامل التحديد R² (0.28) في حين كان معامل التحديد المصحح R² المعدلة (0.27) مما يعني بأن المتغيرات المستقلة التفسيرية (دمج الفكر والتحكم في الفكر) استطاعت أن تفسر (28%) من التغيرات الحاصلة في (أعراض الوسواس القهري) المطلوبة والباقي (72%) يعزى إلى عوامل أخرى .

أما في الجدول التالي فيلاحظ، معاملات الانحدار ودلالاتها الإحصائية للمتغيرات المستقلة، على المتغير التابع، ويمكن تلخيصها في الجدول بالشكل الآتي:

الجدول رقم (13)

يوضح معاملات الانحدار وقيم ت ودالاتها الإحصائية:

مستوى الدلالة	قيم اختبار "ت"	B الحد الثابت غير المعياري	المتغيرات	
0.01	-55,1	-95,3	أعراض الوسواس القهري	المتغير التابع
0.01	5.00	0.39	دمج الفكر	المتغيرات المستقلة
0.01	3.33	0.12	التحكم في الفكر	

من الجدول نستنتج أن المتغيرات المستقلة (التحكم في الفكر) كانت قيمتها معنوية من الناحية الإحصائية وحسب اختبار "ت" (عند مستوى دلالة $P \leq 0.01$)، كما كانت قيمة (دمج الفكر) معنوية (عند مستوى الدلالة $P \leq 0.01$) في نموذج الانحدار المتعدد .

تشير القيم المدرجة في العمود المعنون بـ (Beta) إلى إسهام كل متغير مستقل، وبما أن قيمة بيتا الأكبر متعلقة بالمتغير (الأول:دمج الفكر) فهذا يعني أن هذا المتغير هو أكثر الم تغيرات إسهاما في تفسير المتغير التابع. أما قيمة بيتا الخاصة بالمتغير (الثاني: التحكم في الفكر) ما يعني أنه أسهم بشكل أقل؛ وللتأكد من الدلالة الإحصائية للنتائج نلاحظ أن قيمة ($00,0 = \text{SIG}$) وهي أقل من (0.05) بمعنى العلاقة دالة.

وفي ضوء كل ما تم عرضه من نتائج نخلص إلى أن المتغيرين المستقلين كانت لهما قدرة تنبؤية باعراض الوسواس القهري ،لكن متغير دمج الفكر كان له أعلى معامل ارتباط جزئي بمتغير أعراض الوسواس القهري ولهذا يكون لهذا المتغير أعلى قيمة في إحصائية "ت" حيث بلغت قيمة هذا الإحصاء (5.00) وهو بالتالي يعتبر أكثر تنبأ لمتغير أعراض الوسواس القهري، وهذا عكس متغير التحكم في الفكر الذي كان له ارتباط جزئي ضعيف بمتغير أعراض الوسواس القهري، حيث كانت قيمة الإحصاء "ت" أقل دلالة إذ بلغت (3.33)وهو بالتالي يعتبر أقل تنبأ لمتغير أعراض الوسواس القهري.ويمكن بناء على هذه النتائج أن نؤكد صحة الفرضية الرابعة للدراسة.

واعتمادا على ما سبق من تحليل لنتائج الفرضيات سنقوم في الفصل اللاحق بتفسير ومناقشة هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري .

الفصل السادس:

تفسير ومناقشة النتائج

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة

خلاصة الدراسة والمقترحات

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على الآتي " توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة"

وأظهرت نتيجة التحليل الإحصائي للفرضية الأولى والموضحة في الجدول(9) بأنه توجد علاقة داله احصائيا بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري، وهذا يعني تحقق الفرضية البحثية وهذا منطقي إذ أن الفرد عندما تقتحم ذهنه أفكار سلبية؛ فإنه يُحمل نفسه المسؤولية عن إمكانية وقوع حدث جراء أفكاره، ويشعر بالتهديد ويؤدي ذلك إلى إثارة مشاعر سلبية، وما يؤدي به ذلك يقوم بتحييد والتحكم في الأفكار الاقتحامية عن طريق استراتيجيات لاتوافقية ويعتقد بأنه يجب أن يتصرف تجاه تلك الأفكار غير المرغوبة، فمحاولة عدم التفكير فيها يودي إلى إنتاج المزيد من الأفكار الاقتحامية، والتي تسبب للفرد القلق وتؤدي به إلى القيام بأفعال قهرية، لمنع وقوع الخطر المتوقع جراء التفكير فيه، وهذا ما يفسر ذلك ظهور أعراض الوسواس القهري واستمرارها.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة راسان وآخرون (2000.Rassin et al) والتي تهدف إلى معرفة تفاعل كل من دمج الفكر والتحكم في الفكر في تطور أعراض الوسواس القهري لدعينة من الطلبة قدرت ب(173) فرد، حيث أظهرت النتائج بأن دمج الفكر يتسبب في التحكم في الفكر وبالتالي تطور وظهور أعراض الوسواس القهري لدى الطلبة.

كما أظهرت نتائج دراسة الخولي هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج ما وراء المعرفي في ضوء نموذج ما وراء المعرفة لاضطراب الوسواس القهري، ل: ويلز وماتثيوس، اشتملت عينة الدراسة على (442) طالبا جامعا وعلى عينة من الطلبة مصابين بالوسواس القهري قدرت ب(20) طالبا، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين اضطراب الوسواس القهري وكل من المعتقدات الوسواسية، واستراتيجيات التحكم في الفكر، ومعتقدات ما وراء المعرفة، ومعتقدات دمج الفكر، كما توصلت نتائج الدراسة العلاجية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الوسواس القهري لصالح القياس البعدي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة قام أمير وآخرون (1997 Amir et al) والتي هدفت لمعرفة أهمية دمج الفكر والتحكم في الفكر لدى عينة إكلينيكية قدرت بـ (24) مصاب بالوسواس القهري و(20) مصاب باضطراب القلق حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن دمج الفكر والتحكم في الفكر مرتبطان أكثر بأعراض الوسواس القهري.

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على :

" عزل تأثير درجات دمج الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة "

وأظهرت نتيجة التحليل الإحصائي للفرضية الثانية والموضحة في الجدول (10) بأن عزل تأثير درجات دمج الفكر عن العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والتحكم في الفكر أدى إلى تناقص قيمة الارتباط من (0.41) إلى (0.25)، الأمر الذي يشير إلى أن علاقة التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري ليست علاقة مباشرة إذ تضاعف الارتباط بين المتغيرين حين تم استبعاد تأثير متغير دمج الفكر. وهذا ما يعني اعتقاد الفرد بأن أفكاره يمكن أن تسبب في وقوع الأحداث، أو أن التفكير في أمر سيئ يزيد من احتمال وقوعه يؤدي به إلى الشعور بضرورة محاولة التحكم في أفكاره والقيام بالطقوس القهرية لمنع تحقيق الأمور السيئة، التي تم التفكير فيها وهذا ما يؤدي إلى تطور الأعراض الوسواسية.

وحديثاً قام (Rassin) وآخرون باختبار إمكانية لعب دمج دوراً سببياً في زيادة إحساس الفرد بالمسؤولية. وقد خلص الباحثون إلى أن نتائجهم قد أيدت ودعمت الفرض القائل بأن الدمج بين الفكر والفعل، قد يساهم في تنمية وتطوير الأفكار الإيجابية. (الخولي: 2014، 64)

واعتبارها أفكار مهددة وخطيرة، ويؤدي ذلك إلى استثارة مشاعر الخوف والقلق، وهنا يلجأ الفرد للتخلص من مشاعره السلبية، بآليات التحييد وكبح الأفكار، وتعمل هذه الآليات على منع الفرد من إجراء اختبار واقعي لمعتقداته الخاطئة، (فاطمة نوفل: 2016، 61)

كما تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة ويلز وآخرون (2010 Wells) والتي هدفت إلى التحقق من دور المعتقدات ما وراء معرفية دمج الفكر والمعتقدات، حول أداء الطقوس والمقترحة في النموذج المعرفي لـ:

ويلز، وذلك على عينة غير إكلينيكية والمقدر عددها (296) فردا وعينة من المصابين بالوسواس القهري والمقدر عددهم (57) فردا، حيث أظهرت النتائج بأن دمج الفكر والمعتقدات حول الطقوس ارتبطت بشكل ايجابي مع أعراض الوسواس القهري.

كما تتفق هذه النتيجة مع ماتوصل اليه (Mohammadkhani, 2013) من خلال دراسته والتي هدفت إلى معرفة دور معتقدات دمج الفكر وما وراء المعرفة في أعراض الوسواس القهري، لدى عينة غير إكلينيكية من أفراد المجتمع، وأظهرت النتائج بأنه توجد علاقة موجبة بين دمج الفكر والمعتقدات ما وراء معرفية وأعراض الوسواس القهري.

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على :

" عزل تأثير درجات التحكم في الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس القهري ودمج الفكر يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة "

وأظهرت نتيجة التحليل الإحصائي للفرضية والموضحة في الجدول (11) بأن عزل تأثير درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين دمج الفكر أعراض الوسواس القهري أدى إلى تناقص قيمة الارتباط من (0.48) إلى (0.36)، الأمر الذي يشير إلى أن علاقة دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري، ليست علاقة مباشرة إذ تضاعل الارتباط بين المتغيرين حين تم استبعاد تأثير متغير التحكم في الفكر، وهذا ما يوضح بأن التحكم في الفكر له دور الوسيط بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري، فكما رأينا سابقا فإن دمج الفكر يؤدي بالفرد إلى اعتبار الأفكار الإقتحامية مهددة وخطيرة، حيث يلجأ إلى استراتيجيات لوقف مثل هذا الفكر وكبحه، فمحاولة الفرد في عدم التفكير في شيء ما يتسبب في التفكير فيه أكثر؛ حيث ينشغل بها أكثر ويؤدي إلى نتائج عكسية، زيادة الأفكار الإقتحامية مما يفسر استمرار أعراض الوسواس القهري.

فالتحكم في الفكران يعتبر كوسيط بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري، وهذا ما دلت عليه دراسة Oyma (2014) والتي هدفت إلى معرفة تأثير استراتيجيات التحكم في الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس والمعتقدات الما وراء معرفية، لدى عينة غير اكلينيكية (189) إناث و(95) ذكورا بمتوسط عمر قدر

ب:-(52)، حيث أشارت بأن استراتيجيات التحكم في الفكر (القلق والعقاب) تلعب دور الوسيط بين أعراض الوسواس القهري والمعتقدات ما وراء معرفية.

كما تتفق مع ما توصل إليه et al Harangza (2015) والتي هدفت إلى معرفة تأثير استراتيجيات التحكم في الفكر في العلاقة بين أعراض الوسواس والمعتقدات الما وراء معرفية، لدى عينة غير اكلينكية (182) من الإناث و(151) من الذكور، وأظهرت بأن استراتيجيات التحكم في الفكر (القلق والعقاب، وإعادة التقييم) تتوسط العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والمعتقدات الما وراء معرفية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (kyrios et al (2006) والتي أظهرت بأن للتحكم في الفكر يسهم في أعراض الوسواس القهري (Solem: 2010)

وهذا ما يفسر أن زيادة تركيز الانتباه على الأفكار السلبية يؤدي إلى زيادة إنتاج الأفكار الاقترامية ما يفسر ظهور واستمرار أعراض الوسواس القهري.

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة: " توجد قدرة تنبؤية، لكل من دمج الفكر والتحكم في الفكر كل على حده في ظهور أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

وأظهرت نتيجة التحليل الإحصائي للفرضية والموضحة في الجدول(12) بأنه يمكن اعتبار التحكم في الفكر ودمج الفكر كمنبئات بأعراض الوسواس القهري لدى الطلبة، وهذه النتيجة تؤكد النموذج ما وراء المعرفي للوسواس القهري والذي يرى بأن المعتقدات والاستراتيجيات عن عمليات التفكير والتي يستخدمها الأفراد للتحكم على النظام المعرفي لديهم لهادورا هاما في ظهور واستمرار أعراض الوسواس القهري، والذي يؤكد بأن الأفكار الاقترامية تعالج بطريقة سلبية بسبب المعتقدات الما وراء معرفية والتي ترتبط بمجالين: دمج الفكر والتحكم في الفكر

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة راسان وآخرون (Rassin et al (2000) والتي تهدف إلى معرفة تفاعل كل من دمج الفكر والتحكم في الفكر في تطور أعراض الوسواس القهري لدعينة من الطلبة قدرت ب(173) فرد، حيث أظهرت النتائج بأن دمج الفكر يتسبب في التحكم في الفكر وبالتالي تطور وظهور أعراض الوسواس القهري لدى الطلبة

وتتفق نتائج دراسة أجيلي وآخرون (2012) Aghili.et al: التي هدفت إلى التعرف على القدرة التنبؤية لكل من المخططات المعرفية والمعتقدات ما وراء معرفية والقلق في أعراض الوسواس القهري. طبقت على عينة اختيرت عشوائيا بالطريقة العنقودية من طلبة العلوم الطبية في جامعة طهران، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين المتغيرات المتنبئة، وأعراض الوسواس القهري وكانت المعتقدات ما وراء معرفية أقوى منبئ.

كما تقدم دراسة ويلز وآخرون (2010) دليل آخر على أهمية دور المعتقدات ما وراء معرفة في أعراض الوسواس القهري، وذلك على عينة متمثلة في (304) فردا من مختلف شرائح المجتمع، وأظهرت نتائج التحليل الإحصائي وجود علاقة بين دمج الفكر ومعتقدات حول الطقوس وذلك بعد عزل الكمالية/المسؤولية. كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار على أن معتقدات دمج الفكر عامل منبئ بأعراض الوسواس القهري، وما يبين دور معتقدات الدمج في تطور أعراض الوسواس القهري. (Solem: 2010).

كما تتفق مع دراسة Oyaman (2014) والتي أظهرت بأن استراتيجيات التحكم في الفكر (التشويش، القلق ، العقاب) تعتبر منبئات لشدة أعراض الوسواس القهري .

وتتفق هذه النتيجة مع النتائج التي توصل اليها Mohammadkhani (2009) ،، من خلال دراسته التي هدفت إلى التعرف على علاقة المعتقدات الما وراء معرفية واستراتيجيات التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري، لدى عينة غير إكلينيكية من طلبة الجامعة قدر عددها ب (200) طالبا اختيرت العينة بطريقة عشوائية، وأظهرت النتائج وجود علاقة بين المعتقدات الما وراء معرفية واستراتيجيات التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري كما أظهرت نتائج تحليل الانحدار بأن المعتقدات الما وراء معرفية واستراتيجيات التحكم في الفكر منبئة بأعراض الوسواس القهري.

خلاصة الدراسة والمقترحات:

لقد أولت النظرية الما وراء معرفية اهتماما بالغا بالعوامل المهنية؛ لظهور واستمرار أعراض الاضطرابات النفسية بما فيهم أعراض الوسواس القهري، موضع الدراسة لدى العينات الإكلينيكية وغير الإكلينيكية ومنه هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العوامل الما وراء معرفية، دمج الفكر والتحكم في الفكر المنبئة بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرياح ورقلة باعتبار أن فئة الطلبة تعد من العينات غير الإكلينيكية التي حظيت بالدراسة من قبل الباحثين. فبعد اختبار فرضيات الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين دمج الفكر والتحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.
- إن عزل تأثير درجات دمج الفكر عن العلاقة بين التحكم في الفكر وأعراض الوسواس القهري يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- إن عزل تأثير درجات التحكم في الفكر عن العلاقة بين دمج الفكر وأعراض الوسواس القهري يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- يمكن التنبؤ بأعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة من خلال دمج الفكر و التحكم في الفكر.

وفي الأخير يمكن في ضوء هذه النتائج الخروج بالمقترحات والتوصيات التالية:

1. إجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب الوسواس القهري على فئات مختلفة .
2. تسليط الضوء على العوامل الأخرى التي يمكن أن تسهم في ظهور أعراض الوسواس القهري .
3. إجراء دراسات حول العوامل الما وراء معرفية المنبئة بظهور أعراض اضطرابات نفسية أخرى.
4. وضع برامج وقائية لتوعية الطلبة الجامعيين بالمعتقدات الما وراء معرفية المختلة وظيفيا.
5. وضع وحدات إرشادية على مستوى الجامعات لتقديم المساعدات النفسية للطلبة .

6. إجراء المزيد من الدراسات النفسية على الطلبة الجامعيين لمعرفة مدى انتشار الاضطرابات النفسية بينهم والتي تؤثر سلبا على أدائهم الأكاديمي.

المراجع

مراجع باللغة العربية:

- 1- ابراهيم عبد الستار ،(1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث،أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع
- 2- أحمد حسين بتال، (2005): مقدمة في البرنامج الاحصائي spss11for windwos، جامعة الانبار
- 3- أحمد سعد جلال (2008): مبادئ لاحصاء النفسي،تطبيقات وتدريبات عملية على برنامج spss القاهرة،الدار الدولية للاستثمارات الثقافية،ط1
- 4- أحمد عكاشة ، (1992): الطب النفسي المعاصر،القاهرة، الأنجلو المصرية.
- 5- أحمد محمد عبد الخالق، (2002):الوسواس القهري التشخيص والعلاج، الكويت، لجنة التأليف والتعريب والنشر، ط 1
- 6- أروى بنت فيصل حسن البناي،(2011): التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة اكلينيكية وغير اكلينيكية، مذكرة ماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى
- 7- أزهار هادي رشيد، (2013): مستوى التفكير ما وراء المعرفى لطلبة جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية،بغداد، العدد 39.
- 8- ألاء زياد محمد حمودة،(2015): أنماط السيطرة الدماغية وعلاقتها بالتفكير ما وراء المعرفى لدى طلبة جامعة الأزهررسالة ماجستير في التربية فلسطين،
- 9- آن كرينغ وآخرون، ترجمة هناء شويخ وآخرون،(2015):علم النفس المرضي،الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية،القاهرة، مكتبة الانجلو مصرية، ط 12
- 10- بريند رولد،ترجمة سامر جميل رضوان، (2016): التشخيص النفسي الاكلينيكي(2) التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية الجزء الأول،الامارات العربية المتحدة،لبنان،دار الكتاب، ط 1

- 11- حامد عبد السلام زهران،(2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة،عالم الكتب للنشر والتوزيع، الطبعة 4
- 12- الحمادي أنور(2015):خلاصة الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM 5 بيروت ، الدار العربية للعلوم ، ط 1
- 13- الخولي عبد الله عبد الظاهر،(2014) : برامج علاجية للوساوس والافعال القهرية، مصر، جامعة أسيوط
- 14- الخولي عبد الله محمد عبد الظاهر،(2014):استراتيجيات التحكم في الفكر ومعتقدات ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، مجلة كلية التربية،جامعة اسيوط المجلد (30) العدد الثاني ص-73/2
- 15- الخولى عبدالله محمد عبدالظاهر، (2015): استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية ومعتقدات دمج الفكر والكمالية كمنبئات باضطراب التشوه الجسمي لدى عينة من المراهقين،مصر، جامعة أسيوط
- 16- دويدار عبد الفتاح محمد، (1999): مناهج البحث في علم النفس ، مصر، دار المعرفة الجامعية،ط2
- 17- ديفيد بارلو، (2002):ترجمة صفوت فرج وآخرون،مرجع اكلينكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي،مكتبة الانجلو مصرية.
- 18- ديفيد بارلو،(2015): ترجمة صفوت فرج،واخرونمرجع اكلينكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي،مكتبة الانجلو مصرية،الطبعة 2
- 19- روبرت ليهي، ترجمة جمعة سيد يوسف وآخرون، (2006):دليل عملي تفصيلي للممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، القاهرة، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة 1

- 20- سالم محمد شريف،(2005):وساوس الطهارة والصلاة مدخل إلى علاج الوسواس القهري الديني، القاهرة، دار العقيدة، الطبعة 1
- 21- سعد عبد الرحمن،(1998): القياس النفسي النظرية والتطبيق القاهرة، دار الفكر العربي، الطبعة 3.
- 22- صباح السقا، (2014):فاعلية العلاج الاستعرافي-السلوكي للوسواس القهري، مجلة جامعة دمشق، مج 30، عدد 1 .
- 23- عبد الرحيم الريفى(د،س)الوسواس القهري تحرير المصطلح،المجلة العربية للعلوم النفسية.
- 24- عبد الناصر الجراح،علاء الدين عبيدات، (2011): مستوى التفكير ما وراء المعرفى لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك فى ضوء بعض المتغيرات، الأردن،مجلة العلوم التربوية،المجلد،(7) العدد (2)ص145/162
- 25- العتوم عدنان يوسف،(2004): علم النفس المعرفى النظرية والتطبيق،دارالمسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 26- العتوم وآخرون،(2006):تنمية مهارات التفكير نماذج نظرية وتطبيقات عملية، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع
- 27- علي القائي،(1996):الوساوس والهواجس النفسية،بيروت، دار النبلاء، الطبعة 1
- 28- عماد أحمد حسن،محمد نجيب السباعي، (2005): المدخل إلى علم نفس الفروق الفردية، مكتبة الضامري للنشر والتوزيع، سلطنة عمان، ط 1 .
- 29- عمر الريماوي،أميرة الريماوي،(2014):الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس،المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد(3) العدد(5) ص 90
- 30- فريدة قماز، (2011):التفكير الما وراء معرفى وتفسير السلوك المرضى،سطفيف،مجلة دراسات نفسية وتربوية العدد 6- جوان.

- 31- فيصل عباس،(1996): الاختبارات النفسية تقنياتها و اجراءاتها، بيروت، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، ط 1.
- 32- محمد عبد الحليم محمد حسب الله، (2005): فاعلية برنامج مقترح قائم على استراتيجيات ما وراء المعرفة في تنمية مهارات تدريس حل المشكلات الرياضية لدى الطالبات المعلمات بكلية المعلمين بالبيضاء،جامعة المنصورة.
- 33- مفيدة بن حفيظ (2014): تصميم برنامج علاجي ميثا معرفي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة،دراسة تجريبية وفق تصميم المفحوص الواحد،رسالة دكتوراه في علم النفس المعرفي،جامعة الحاج لخضر باتنة.
- 34- منظمة الصحة العالمية. (1999): المرشد في الطب النفسي،المكتب الاقليمي لشرق المتوسط.
- 35- منظمة الصحة العالمية،(1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10 ترجمة وحدة الطب النفسية بكلية الطب النفسي،القاهرة
- 36- نبيل سفيان ،(2004): المختصر في الشخصية و الارشاد النفسي (المفهوم-النظرية-النمو-التوافق-الاضطرابات-الارشاد و العلاج،دليلك لاكتشاف شخصيتك والآخرين ومعالجة الامراض الشخصية، ايتراك مصر،الطبعة 1
- 37- هوفمان إس جي ، ترجمة مراد علي عيسى، (2012): العلاج المعرفي السلوكي الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية ، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع، ط 1
- 38- وائل أبو هندي ،(2003): الوسواس القهري من منظور عربي اسلامي، الكويت ،مطابع السياسة
- 39- يحيى نصار،(2006): استخدام حجم الأثر لفحص الدلالة العملية للنتائج في الدراسات الكمية..مجلة العلوم التربوية والنفسية،البحرين،مؤسسة الايام للصحافة والنشر والتوزيع ،المجلد (7)،العدد (2)

المراجع باللغة الاجنبية:

- 40- Amir, N., Cashman, L., & Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 775-785.
- 41- Abdel-Khalek, A. M. (1998). The development and validation of the Arabic Obsessive Compulsive Scale. *European Journal of Psychological, Assessment*, 14(2), 146. doi.org/10.1027/1015-5759.14.2.146
- 42- Aghili, M., Toghchi, M. S., & Afkham, A. Z. (2012). P-819-A determination of predictive model of obsessive compulsive symptoms in students on the basis of worry, meta cognitive beliefs and maladaptive schemas. *European Psychiatry*, doi:10.1016/S0924-9338(12)74986-6.
- 43- Cottraux, J. (2012). TCC et neurosciences. Elsevier Masson
- 44- DSM-5 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- 45- Fraser, K. J. (2013). Thought-action fusion and inflated responsibility in psychopathology. Victoria .
- 46- Frost, R. O., & Steketee, G. (Eds.). (2002). Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment. Elsevier.
- 47- Gay, P. (2009). Impulsivité, contrôle de la pensée et inhibition (Doctoral dissertation, University of Geneva).
- 48- Luciano, J. V., Algarabel, S., Tomás, J. M., & Martínez, J. L. (2005). Development and validation of the thought control ability questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 997-1008
- 49- Meyer, J. F., & Brown, T. A. (2012). Psychometric Evaluation of the Thought–Action Fusion Scale in a Large Clinical Sample. *Assessment*, 1073191112436670.

- 50- Mohammad Harangza et al.(2015).The Predictive Role of Meta-Cognitive Beliefs Mediated by Thought Control Strategies in Obsessive-Compulsive Symptoms in a Non-clinical Population. *Advances in Cognitive Science* 01/2015; 16(4):1-11.
- 51- Mohammadkhani, S. (2009).The Relationship of the Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive–Compulsive Symptoms in Nonclinical Population. *Journal of Clinical Psychology*, 1(3), 35-51.
- 52- Monestès, J. L., Villatte, M., & Jaillardon, C. (2011). La thérapie d'acceptation et d'engagement: ACT. Elsevier Masson.
- 53- Moutaud, B. (2015). DSM-5 and the Reconceptualization of Obsessive-Compulsive Disorder.In *The DSM-5 in Perspective* (pp. 225-238).Springer Netherlands.
- 54- O'Leary, E. (2005). Cognitive processing characteristics in obsessive-compulsive disorder subtypes.university of canterbury.
- 55- Oyman, S. (2014). The moderation effect of the thought control strategies on relationship between severity of obsessive compulsive symptoms and metacognitions. *International Association of Social Science Research - IASSR* ,*European Journal of Research on Education* , , *Studies in Social Science*, 116-123
- 56- Rassin, E., Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (2000). Relationships between thought–action fusion, thought suppression and obsessive–compulsive symptoms: A structural equation modeling approach. *Behaviour research and therapy*, 38(9), 889-897.
- 57- Sauteraud, A. (2005). Le trouble obsessionnel-compulsif: Le manuel du thérapeute. Odile Jacob.
- 58- Shahram Mohammadkhani, (2013)The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive–Compulsive Symptoms in General Population

Iranian Journal of Clinical Psychology (IJCP), Vol. 1, No. 2, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

59- Solem, S. (2010). Cognitive and Metacognitive Changes in Exposure and Response Prevention Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Empirical Support for a Metacognitive Model. NTNU-trykk.

60- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. Journal of Anxiety Disorders, 24(1), 79-86.

61- Van der Linden, M., & Ceschi, G. (2008). Traité de psychopathologie cognitive: Tome II-États psychopathologiques (Vol. 2). Groupe de Boeck.

62- Zermatten, A. (2007). Une approche cognitive du trouble obsessionnel-compulsif: déficits mnésiques, déficits d'inhibition et impulsivité, Uni Geneva. 10.1016/S0005-7967(97)00030-2

المواقع الالكترونية

63- عبد الله عبد الظاهر الخولي ، فاعلية برنامج مبنى على استراتيجيات ما وراء المعرفة فى خفض اضطراب الوسواس القهرى لدى طلاب كلية التربية بأسبوط فى ضوء نموذج ويلز وماتثيوس.جامعة

اسبوط .تم فحص الموقع بتاريخ 02-05-2016 على الساعة 17:30 من الصفحة الالكترونية

www.aun.edu.eg/thesis_files/1270.doc