

الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشقاقية كمتغيرات منبئة بأعراض الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة

هاشم رجب هاشم (*) & د. حسام حافظ السلاموني (**)

ملخص:

هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين متغيرات الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشقاقية من جهة وأعراض الوسواس القهري من جهة أخرى، كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن أي من هذه المتغيرات النفسية يمكنه التنبؤ بأعراض الوسواس القهري. واشتملت عينة الدراسة الأساسية على (٣٠١) من طلبة الجامعة (٧٠ ذكراً، ٢٣١ أنثى). طبق عليهم مقياس ١- استخبار الوسواس والأفعال القهرية المراجع، ٢- مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس، ٣- مقياس الخبرات الانشقاقية، ٤- مقياس الوعي الذاتي المعرفي. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أعراض الوسواس القهري والوعي الذاتي المعرفي لدى طلاب الجامعة، ٢- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أعراض الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوساوس لدى طلاب الجامعة، ٣- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة بين أعراض الوسواس القهري والخبرات الانشقاقية لدى طلاب الجامعة، ٤- أمكن لمتغيرات الخبرات الانشقاقية والوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس التنبؤ بدلالة أعراض الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة، بينت النتائج أن متغير الخبرات الانشقاقية أكثر المتغيرات تنبؤاً بدرجات أعراض الوسواس القهري، حيث أسهم بنسبة ١٥٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري، وقد تلا هذا المتغير في التنبؤ بدرجة أعراض الوسواس القهري متغير الوعي الذاتي المعرفي الذي ساهم بنسبة ٥٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري، وقد تلا هذا المتغير في التنبؤ بدرجة أعراض الوسواس القهري متغير المعتقدات المرتبطة بالوساوس والذي ساهم بنسبة ٣٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري.

الكلمات المفتاحية: الوسواس القهري - الوعي الذاتي المعرفي - المعتقدات المرتبطة بالوساوس الخبرات الانشقاقية

(*) أخصائي نفسي بمستشفى سوهاج الجامعي (باحث دكتوراه).

(**) أستاذ علم النفس المتفرغ - كلية الآداب - جامعة سوهاج

Cognitive self – Consciousness, Obsessive Beliefs and Dissociative Experiences as predictive Variables of Obsessive Compulsive Symptoms among University Students.

Hashem Rgab Hashem^(*) & Housam Hafez Slamouny^(**)

Abstract:

The present study aimed discovering the relationship between Cognitive self – Consciousness, Obsessive Beliefs and Dissociative Experiences with Obsessive Compulsive Symptoms , The study also aimed to discover each of this Variables can predict of Obsessive Compulsive Symptoms among (301) Students(70 male, 231 female), the sample Was responded to four Scales 1-Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) , 2-The Obsessive Belief Questionnaire (OBQ-44), 3- Dissociative Experience Scale (DES) , 4 - Cognitive Self-consciousness Scale Expanded (CSC-E) . Results of the current study included the following: 1 -There were a positive correlation between Obsessive Compulsive Symptoms and Cognitive self – Consciousness in University Students, 2- There were positive correlation statistically significant between the Obsessive Compulsive Symptoms and Obsessive Beliefs in University Students,3- There were a positive correlation statistically significant between the Obsessive Compulsive Symptoms and Dissociative Experiences in University Students,4- Variables of Dissociative Experiences, Cognitive self – Consciousness, Obsessive Beliefs as predictive score were significant predictors of OCD symptoms, The results showed that the variable of dissociation experiences was the most variable predictor of obsessive-compulsive symptoms, contributing 15% of the variance of Obsessive Compulsive Symptoms. This variable was followed by the prediction of Obsessive Compulsive Symptoms The cognitive self- Consciousness variable, which contributed 5% of the variance of Obsessive Compulsive symptoms, This variable was followed by the prediction of of Obsessive Compulsive Symptoms The Obsessive Beliefs variable, which contributed 3% of the variance of Obsessive Compulsive symptoms.

Keywords: Obsessive Compulsive Symptoms – Cognitive self – Consciousness, Obsessive Beliefs – Dissociative Experiences

(*) Psychologist - Sohag University Hospital- (doctoral researcher).

(**) professor of Psychology- Faculty of Arts- Sohag University.

مقدمة:

أوضحت الدراسات الوبائية الحديثة أن اضطراب الوسواس القهري ينتشر علي نطاق أوسع كثيراً مما كان يعتقد، وهناك تقارير تشير إلى أن انتشاره في الفئات العمرية المختلفة يصل إلى ٣% من مجموع السكان (دي سيلفا، ٢٠٠٠، ٥٩).

كما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين معدلات حدوث اضطراب الوسواس القهري في سنة واحدة في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة ١,٢ % وهي نسبة مقاربة لمعدلات الانتشار العالمية (١,١% : ١,٨%) (American Psychiatric Association, 2013, 239).

وقد أدى ارتفاع معدلات انتشار اضطراب الوسواس القهري إلى وضعه في دائرة الاهتمام البحثي وذلك لأن الاضطراب يتسبب في كثير من المشكلات الاجتماعية والمهنية.

وكذلك فإن صعوبة علاج الاضطراب هو ما دفع الباحثين إلى تقديم صياغات تفسيرية جديدة تعتمد على المنظور المعرفي، فالمعتقدات السلبية والتحيزات المعرفية تسهم بشكل كبير في استمرار اضطراب الوسواس القهري، كما تؤدي الاعتقادات المرتبطة بالمسئولية المدركة دوراً مركزياً في الإصابة بالاضطراب (ميشيل، آدم، باسكال، ٢٠١٥، ٢٤٩).

وقد توصلت دراسات (Tolin, Brady, Hannan, 2008 ; Wheaton, Abramowitz , Berman, Rieman, Hale, 2010; Calleo, Hart, Bjorgvinsson, Stanley, 2010; Solem, Myers, Fisher, Vogel, Wells, 2010; Siev, Stekete , Fama , Wilhelm, 2011; Smith Wetterneck, Hart, Sort, Bjorgvinsson , 2012;) إلى عديد من النتائج منها أن الأشخاص ذوي الأعراض الوسواسية القهرية يؤمنون ببعض المعتقدات المختلة وظيفياً كالمسئولية عن الأذى، أوضحت نتائج هذه دراسات أن الأشخاص ذوي الأعراض الوسواسية القهرية لديهم معتقدات كمالية، كذلك تبين من نتائج هذه الدراسات أيضاً أن المرضى لديهم معتقدات تضخيم تقدير التهديد، كذلك أوضحت هذه الدراسات أن هؤلاء

الأشخاص لديهم معتقدات عن الأفكار وأهمية التحكم فيها، وترادوهم وساوس متناقضة مع طبيعتهم الشخصية "كالوساوس الجنسية والدينية"، ولذلك فإنهم يعتقدون أن عليهم التحكم في هذه الأفكار.

أما دراسات (Janeck,1999; Wells, Cohen, Calamari, 2004 ; Cartwright-Hatton 2004; Martin,2006 ; Exener, Kohl, Zaudig, Langs, Lincoln, Rief, 2009 ; Wolters, Hogendoon .,Oudega,Vervoort,de Hann,2012)

فقد توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين الوعي الذاتي المعرفي وأعراض الوسواس القهري، فأوضحت هذه الدراسات أن الوعي الذاتي المعرفي من العوامل المساهمة في ضعف أداء الذاكرة لدى الأشخاص الوسواسيين، فهؤلاء الأشخاص يركزون على المصادر الانتباهية الداخلية التي تعمل على زيادة مستوى الوعي الذاتي المعرفي للأحداث الداخلية وإهمال الأحداث الخارجية .

وفضلاً عما سبق فقد اتضح من نتائج دراسات عديدة وجود علاقة ارتباطية بين الخبرات الانشاققية وأعراض اضطراب الوسواس القهري منها (Grabe, Goldschmidt, Lehmkuhl, Gansick, Spitzer, Freyberger, 1999; Watson, Wu, Cutshall, 2004; Rufer, Fricke, Held ,Gremer, Hand,; . Belli,Ural,Vardar,Yesilyurt,Oncu,2012)

فحينما يركز الأشخاص الوسواسيين على أفكارهم الاقتحامية قد يؤدي ذلك إلى حدوث حالة من الانشقاق (السرхан) مما يؤدي إلى أعراض قهرية كالفحص والتأكد فانشغالهم بأفكارهم الوسواسية يؤدي إلى عدم الانتباه للمهام الخارجية التي يقومون بها، فيؤدي بهم ذلك إلى جعلهم غير متأكدين من أنهم أنجزوا المهمة على الوجه الأكمل . مما قد يتسبب في حدوث أعراض قهرية كالتكرار والفحص والتأكد.

مشكلة الدراسة:

يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات الآتية:

١) هل توجد علاقة ارتباطية بين متغيرات الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشاقاقية من جهة وأعراض الوسواس والأفعال القهرية من جهة أخرى لدى طلاب الجامعة؟

٢) هل يمكن لمتغيرات: الوعي الذاتي المعرفي والخبرات الانشاقاقية والمعتقدات المرتبطة بالوساوس أن تُنبئ بأعراض الوسواس والأفعال القهرية لدى طلاب الجامعة؟

أهداف الدراسة:

١- التحقق من صدق النموذج المعرفي (المعتقدات) ونموذج ما وراء المعرفة (الوعي الذاتي المعرفي) في تفسير اضطراب الوسواس القهري في البيئة المحلية .

٢- التحقق من الدور الذي تقوم به الخبرات الانشاقاقية في حدوث أعراض الوسواس والأفعال القهرية كالتأكد والفحص القهري .

٣- تحديد طبيعة العلاقة بين متغيرات الوعي الذاتي المعرفي والخبرات الانشاقاقية والمعتقدات المرتبطة بالوساوس في الإسهام بظهور أعراض الوسواس والأفعال القهرية المتباينة وقدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بالأعراض المختلفة للوسواس والأفعال القهرية.

٤- محاولة الاستفادة من نتائج الدراسة في العلاج النفسي المعرفي لمرضى الوسواس القهري، فيمكن تعديل المعتقدات المرتبطة بالوساوس بمعتقدات أخرى أكثر واقعية، فمثلا معتقد الكمالية يمكن إرشاد المرضى بأنه يمكن إنجاز الأمور مع قليل من الأخطاء، وكذلك الدور الذي يقوم به الوعي الذاتي المعرفي والتركيز على الأفكار قد يؤدي إلى حدوث حالة من الانشاقاق (السرхан) مما يؤدي إلى أعراض قهرية كالفحص والتأكد، بحيث يُمكن للمعالج النفسي أن يقوم بتدريب المريض على الانتباه للمهام الخارجية التي يؤديها، وعدم انشغاله بأفكاره الوسواسية أو معتقداته التي تجعله غير متأكد من أنه أنجز المهمة علي الوجه الأكمل.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية إجراء الدراسة الحالية في عدة مبررات نجلها فيما يلي:

- ١- تناول الدراسة لاضطراب الوسواس القهري الذي لم يجد اهتماماً كبيراً في الدراسات العربية على المستوى السيكلوجي.
- ٢- تناول متغيرات كالوعي الذاتي المعرفي والخبرات الانشاقاقية لم يتم التأكد من علاقتها بأعراض الوسواس القهري في البيئة المحلية .
- ٣- حاجة الثقافة العربية وبخاصة المجتمع المصري إلى إعداد بعض المقاييس الخاصة بمتغيرات الدراسة الحالية، حتى يُمكن إجراء مزيد من الدراسات المتعلقة بهذا المجال الخصب.

مفاهيم الدراسة

١- مفهوم الوسواس القهري Obsessive Compulsive

يعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (DSM-5) (٢٠١٣) الوسواس القهري علي أنه اضطراب يتميز بوجود إما وساوس فكرية أو أفعال قهرية أو كليهما. وتعرف الوسواس الفكرية بأنها أفكار أو دفعات أو صور عقلية مستمرة ودائمة يخبرها الشخص على أنها مقتحمة لعقله وغير مرغوبة وتسبب قلق وهم ملحوظين (American Psychiatric Association, 2013, 235). أما الأفعال القهرية تعرف على أنها سلوكيات ظاهرة ومتكررة (كغسيل الأيدي، الترتيب والتنسيق، المراجعة والفحص) أو أنشطة أو أفعال عقلية (كالصلاة، العد، التكرار للكلمات في صمت) ويهدف الشخص من وراء هذه الأفعال إلى منع أو تقليل القلق أو الكرب وليس لجلب السعادة والسرور . وفي معظم الأحوال يشعر الشخص على أنه مجبر علي تأدية الطقوس لتقليل الكرب المصاحب للوساوس أو لمنع الأحداث المخيفة . (American Psychiatric Association, 2013, 235)

٢- الوعي الذاتي المعرفي Cognitive Self- Consciousness

ويرى "كلارك" Clark 2004 أن الوعي الذاتي المعرفي هو ميل عام لزيادة الوعي بالأفكار وله دور مهم في تحول الوسواس السوية إلى وساوس مرضية، فالوعي الذاتي المعرفي هو التركيز على مجال الوعي، مما يؤدي إلى الوعي بالأفكار وعدم القدرة على طرد الأفكار الاقتحامية ويزيد من فرصة التقييم السلبي للأفكار (Through:Cohen, Calamari,2004).

٣- المعتقدات المرتبطة بالوساوس Obsessive Beliefs

هي مجموعة المعتقدات التي قامت مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG)** بتجميعها من عديد من الدراسات السابقة ويعد لها دور مهم في الإصابة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، وتتكون هذه المعتقدات من معتقدات:

تضخيم المسؤولية Inflated of Responsibility

تعرف المسؤولية على أنها معتقد يرى الفرد أن له قوة على منع النتائج الضارة من الحدوث وهذه النتائج تدرك على أنها مهمة وضرورية لكي تمنع. وهذه المعتقدات ربما تكون واقعية ولها مترتبات ونتائج في الواقع الفعلي أو تكون ذات مستوى أخلاقي، وهذه المعتقدات ربما تتعلق بالمسؤولية عن فعل شيء ما لمنع الأذى أو تقليله، أو المسؤولية عن الأخطاء سواء أكانت مقصودة أم غير مقصودة (OCCWG,1997). ومن أمثلة هذه المعتقدات (أن عدم منع حدوث الأذى بالنسبة لي كالتسبب في الأذى) (Woods,Tolin,Abramowitz,2004; OCCWG,2005).

المبالغة في تقدير التهديد Overestimation of Threat

تعكس هذه المعتقدات تضخيم احتمالية حدوث الأذى، فمرضى الوسواس القهري يعتقدون باحتمالية حدوث الأحداث الكريهة فمثلاً مرضى الاغتسال القهري الذين لديهم خوف من التلوث ربما يضحون من احتمالية إصابتهم بالأمراض. ومن أمثلة هذه المعتقدات (الخبرات العادية في حياتي تكون مليئة بالمخاطر) (OCCWG,1997;Tolin, Woods, Abramowitz,2003).

الكمالية Perfectionism

تعني الكمالية الميل للاعتقاد بأن هناك حل كامل لكل مشكلة وأن أداء شيء ما بدقة ليس فقط ممكناً ولكن أيضاً ضروري. إن مجرد الأخطاء البسيطة سوف يكون لها نتائج خطيرة. ومن أمثلة هذه المعتقدات (حتى الأخطاء البسيطة تعني لي أن العمل لم يكتمل) (OCCWG,1997; Tolin, Woods, Abramowitz,2003).

التيقن (عدم احتمال الشك) Certainty

يعني التيقن الاعتقاد في أنه يجب التأكد من كل شيء بشكل جازم، وعدم القدرة على التعامل مع التغيرات المفاجئة والمواقف الغامضة (Woods,Tolin,Abramowitz,2004;OCCWG,1997;OCCWG,2005)

أهمية الأفكار Importance of Thoughts

يعتقد الشخص الوسواسي أن استمرار أفكار محددة يدل على أنها ذات أهمية وذات معنى خاص، وإن امتلاك الفرد لأفكار اقتحاميه أو صور عقلية له نتائج سلبية، وتتشابه هذه المعتقدات مع معتقدات الخلط بين التفكير وتنفيذ الفعل وفيها يعتقد المريض أن أفكاره لها تأثير على العالم الخارجي مثل (سوف ارتكب حادثة إذا قمت بالتفكير في الحادثة) أو أن التفكير في فعل شيء ما يكافئ أخلاقياً القيام بالفعل في الحقيقة مثل (التفكير في إيذاء شخص ما أمر سيء مثل القيام بالفعل في الحقيقة).

التحكم في الأفكار Control of Thoughts

يعتقد الشخص الوسواسي أن التحكم الكامل في أفكاره هو شيء مهم وضروري فهو غالباً ما يحاول قمع أفكاره ويجد أن التحكم في أفكاره هو أمر صعب، والنتيجة من الفشل في قمع الأفكار هو الزيادة الشديدة في الوسواس والقلق ومن أمثلة هذه المعتقدات (إن امتلاك الفرد لأفكار اقتحاميه يعني أن الفرد لا يتحكم في تفكيره).

(Woods,Tolin,Abramowitz,2004;OCCWG,2005 OCCWG,1997).

٤- الخبرات الانشاقية Dissociative Experiences

يرى "جانيه" Janet أن الانشاق حالات من الانفصال المرضي بين الفكر والسلوك والوعي، والصورة الأساسية للانفصال المرضي هي النسيان الانشاق (Putnam,1989).

ووصف: "برنستين" Pernsten " وبتنام " Putnam الانشاق علي أنه ضعف في التكامل الطبيعي للأفكار والمشاعر والخبرات في سياق الوعي والذاكرة " (Eisen,Lynn,2001) .

وعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض العقلية ٢٠١٣ (DSM-V) الاضطرابات الانشاقاقية "بأنها مجموعة من الأعراض الأساسية تتصف باضطراب التكامل الطبيعي لوظائف الوعي والذاكرة والهوية والإدراك والحركة والسلوك. وهذه الأعراض الانشاقاقية يمكن أن تحدث فجأة أو تكون متدرجة أو تكون مؤقتة أو مزمنة وتسبب اضطراب في كل جوانب الوظائف النفسية (American Psychiatric Association, 2013, 291).

النظريات المفصرة للوسواس القهري

نظرية التحليل النفسي

يرى " فرويد " أن الأفكار القهرية تبدو عديمة المعنى في الظاهر مثل الأحلام ولكن من المهم أن نعثر لها على معنى في سياق الحياة النفسية للفرد، بحيث يمكن فهمها وترجمتها، وذلك من خلال تقصي العلاقة الزمنية بين الأفكار القهرية وتجارب المريض، أي بتقصينا متى ظهرت لأول مرة فكرة قهرية معينة، وفي ظل أية ظروف خارجية يمكن أن تعاود الظهور عادة، وبذلك يكون من اليسير علينا معرفة البناء الباثولوجي الذي نحن بصدده: دلالة الفكرة القهرية، وميكانزم نشأتها، والقوى النفسية والغريزية التي صدرت عنها (سيجموند فرويد، ١٩٧٩، ٤٣٢-٤٣٤).

فيعتقد الشخص الوسواسي أنه إذا ما فكر في شخص فإن هذا الشخص سرعان ما يظهر وإذا ما أحس بالمحبة نحو شخص ما فإن من الأكيد أن هذا الشخص سيموت نتيجة لذلك، ويصف هؤلاء المرضى جميع هذه الأحداث على أنها دليل على ما تتسم به رغباتهم وأفكارهم " سلطان مطلق " (هيلين دويتش، ١٩٩٠، ١٨٣).

فألانا عند العصابين القهريين تكون منقسمة فجزء منها منطقي والآخر سحري والميكانيزم الدفاعي " العزل " يجعل من الممكن الإبقاء على مثل هذا الانقسام (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ٤٩٧ - ٤٩٨).

نظريات التعلم (النظريات السلوكية)

نظرية الاشتراط الكلاسيكي

تطور فهم اضطراب الوسواس القهري من خلال مبادئ التعلم فقد قام " مورر " Mowrer (١٩٦٠) بتقديم نموذج التعلم ذو العاملين الذي استخدم في

تفسير اكتساب واستمرار أعراض الوسواس والأفعال القهرية . ووفقاً لهذا النموذج فإن الوسواس القهري يتطور من خلال الاشتراط الكلاسيكي ؛ فالمثيرات المحايدة السابقة من خلال اقترانها بمثيرات كريهة " مهددة " تستثير استجابة خوف اشتراطية وإذا استمرت تلك الاستجابة خلال الاشتراط الفعال فإنه ينتج عنها بدء أفعال قهرية أو طقوس لتحييد الوسواس ولتخفيف القلق التالي للوسواس الذي يعمل كمدعم سلبي يحافظ على السلوك الوسواسي (Markarian , Larson , Aldea, Baldwin , Good , Berkeljon , et al , 2010).

توجد مشكلتان ترتبطان بأنماط الأفعال والسلوك التجنبي: تتبدى المشكلة الأولى في أن محاولة المريض عدم التفكير في شيء ما يجعله يفكر في هذا الشيء مضطراً ومجبوراً، أما المشكلة الثانية، فتتمثل في أن الراحة النفسية التي تسببها له الأفعال القهرية واستجابته لضغط الأفكار الوسواسية تعد فقط راحة مؤقتة لا تدوم إلا مدة قصيرة جداً لأن الأفكار الوسواسية ذات طبيعة ملحة ومعاودة، وبذلك فإن الأفعال القهرية كعمليات تخفيف وراحة ستكرر باستمرار ومن ثم فهي دائرة تغذي بعضها بعضاً ولا تنتهي عمليات الدائرة المرضية المفرغة والنتيجة النهائية هي المعاناة من اضطراب الوسواس القهري (هولاند، ٢٠٠٦، ٢١٦).

النماذج والنظريات المعرفية

تقترح جميع الافتراضات المعرفية أن الأفكار المقتحمة تعد ظاهرة طبيعية، فالأفكار المقتحمة ليس لها دلالات انفعالية تلقائية، ولكنها تكتسب خواص عاطفية نتيجة للتقييم، أي أن الأفكار المقتحمة يمكن أن تأخذ نزعة إيجابية، أو سلبية أو محايدة على حسب التقييم الذي يقوم به الشخص الذي يعاني من تلك الأفكار (سالكو فيسكس، ٢٠٠٢، ٩٩) .

معظم النماذج المعرفية المفسرة لاضطراب الوسواس القهري تعتمد على افتراضات "بيك" ١٩٧٦ المعرفية، حيث يرى بيك أن كل اضطراب نفسي ينشأ من مجموعة مختلفة من المعتقدات المختلفة وظيفياً، فالإكتئاب مثلاً يرتبط بمعتقدات الفقدان والفشل مثل (أنا فاشل).

. (Taylor, Abramowitz, Mckay, 2007, 13-14)

ومن أمثلة النظريات المعرفية:

• نظرية سالكوفيسكس 1985 Salkovskis

قدم سالكوفيسكس التحليل الأكثر شمولاً لاضطراب الوسواس القهري فالأفكار الوسواسية المقتحمة تعمل كمنبهات قد تثير أنماط معينة من الأفكار التلقائية السلبية . وبالتالي فإن الفكرة المقتحمة قد تؤدي إلي اضطراب مزاجي في حالة ما إذا استثيرت هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الاقتحامات غير المقبولة ونسق معتقدات الفرد، مثال (السيئون هم من لديهم أفكار جنسية) ويعد كل من الشعور بالمسئولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري .

ويري سالكوفيسكس أن هناك خمسة اختلالات مفترضة يتسم بها مرضي الوسواس القهري وهي:

(١) وجود أفكار لدى الشخص عن فعل يساوي ممارسته لهذا الفعل .
(٢) يمثل الفشل في منع الأذى عن الشخص نفسه أو الآخرين تماماً التسبب في هذا الأذى.

(٣) لا تقلل العوامل الأخرى من المسئولية مثل (انخفاض احتمالية وقوع الحدث)
(٤) عدم التحييد عند ظهور فكرة مقتحمة يشابهه أو يكافئ السعي للحدوث الفعلي للأذى المتضمن في هذه الفكرة المقتحمة أو الرغبة في حدوثها .

(٥) علي المرء أن يقوم - وهو يستطيع - بالتحكم في أفكاره (رجز، فوا، ٢٠٠٢، ٤٨٣-٤٨٤).

دراسات سابقة

أولاً: دراسات تناولت الوعي الذاتي المعرفي واعراض الوسواس القهري.
اتضح من دراسة يلمز، وجينكوز، وويلز (Yilmaz, Gencoz, Wells, 2008) على (٥٦١) من طلبة الجامعة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة (٢٦،٠) بين الدرجة الكلية لاستخبار بادو للوسواس القهري (PI) والوعي الذاتي المعرفي (بعد فرعي من مقياس الوعي بالمعرفة (MCQ)).

وكذلك الحال توصلت دراسة شو، وجانج، وشاي (Cho, Jahng, Chai, 2012) على (٩٧) من طلبة الجامعة إلى وجود علاقة

ارتباطية إيجابية دالة (٠,٢٨) بين الدرجة الكلية لاستخبار بادو للوسواس القهري والوعي الذاتي المعرفي (بعد فرعى من مقياس الوعي بالمعرفة) وفى دراسة كوهين، وكلماري (Cohen, Calamari, 2004) على (٣٢٤) من طلبة الجامعة تبين وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة (٠,٤١) بين الدرجة الكلية لاستخبار بادو للوسواس القهري والدرجة على مقياس الوعي الذاتي المعرفي المنقح (CSC-E) **Cognitive Self-Consciousness**، وتنبأ الوعي الذاتي المعرفي بأعراض الوسواس القهري حتى بعد التحكم في أعراض القلق والاكتئاب .

ثانياً: دراسات تناولت المعتقدات المرتبطة بالوساوس واعراض الوسواس

القهري .

تبين من دراسة أجراها كل من فيتش، وكوجل (Fitch, Cogle, 2013) على (٥٦٦) من طلبة الجامعة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة تراوحت من (٠,٣٢ إلى ٠,٤١) بين الأبعاد الفرعية لمقياس فانكوفر للوسواس القهري **Vancouver Obsessive Compulsive Inventory** (VOCI) (الاغسال والتأكد القهري) والأبعاد الفرعية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس **obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ)** (أهمية الأفكار/التحكم في الأفكار ، المسؤولية / تضخيم تقدير التهديد، الكمالية/ التيقن) في حين لم توجد علاقة دالة بين التأكد القهري ومعتقد أهمية الأفكار / التحكم في الأفكار .

وتوصلت دراسة فاير، وبلسكي، وارمسترونج، وأولاتنجي (Viar, Bilsky, Armstrong, Olatunji, 2011) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة تراوحت من (٠,٤٠ إلى ٠,٥٤) بين أبعاد مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس (OBQ) (المسؤولية/ تضخيم تقدير التهديد، الكمالية/ التيقن، أهمية الأفكار/التحكم في الأفكار) والأبعاد الفرعية لمقياس أبعاد الوسواس والأفعال القهرية **(DOCS) Dimensional Obsessive-Compulsive Scale** المسؤولية عن الأذى ، الوسواس الفكرية ، الترتيب والتنظيم القهري ، التلوث والاشمئزاز) وذلك لدى (٣٦٨) من طلبة الجامعة .

وتوصلت مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية (Obsessive Compulsive Cognition Working Group, 2005) إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة تراوحت من (١٩،٠٠:٠،٦٢) بين الأبعاد الفرعية لمقياس المعتقدات الوسواسية (OBQ) (المسئولية/تضخيم تقدير التهديد، الكمالية / التيقن، أهمية الأفكار/التحكم في الأفكار) والأبعاد الفرعية لاستخبار بادو للوسواس القهري (PI) (الاندفاعات، وساوس الإيذاء، التنسيق والتهيو، المراجعة والفحص، التلوث والقذارة) بينما لم توجد علاقة دالة بين معتقد أهمية الأفكار/التحكم في الأفكار وبين كل من اعراض التنسيق والتهيو (٠،١٠) والمراجعة والفحص (٠،١٤) والتلوث والقذارة (٠،١٠).

ومن الدراسات العربية النادرة دراسة (عبدالله محمد عبد الظاهر، ٢٠٠٨) أجريت على (٤٤٢) من طلبة الجامعة والتي تبين من نتائجها وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة تراوحت من (٠،٤٢ إلى ٠،٦١) بين الدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري (إعداد الباحث) والأبعاد الفرعية لمقياس المعتقدات الوسواسية (OBQ) (المسئولية، تضخيم تقدير التهديد، الكمالية).

وأجريت عدة دراسات بهدف اختبار قدرة المعتقدات المرتبطة بالوسواس على التنبؤ بأعراض الوسواس والأفعال القهرية، فتبين من دراسة لـ رهيوم، ولادوس، وفريس، تون (Rheume, Ladouceur, Freston, 2000) على (١٨٢) من العاديين أن معتقد المسئولية تنبأ بنسبة ٢٠% من التباين الكلي للأعراض الوسواسية القهرية، في حين تنبأ معتقد الكمالية بنسبة ٥،٩% من التباين الكلي للأعراض الوسواسية القهرية .

وفي دراسة سيسلر، وبرادي، وأولاتونجي، ولوهر (Cisler, Brady, Olatunji, Lohr, 2010) لدى (٢٥٢) من طلبة الجامعة تنبأت الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوسواس (OBQ) بنسبة ٣١% من التباين الكلي للوسواس والأفعال القهرية .

وتوصل نوفارا، وبوستور، وجيسي، وسيكا، وسانافيو، ومكاي (Novara, Postore, Ghisi, Sica, Sanavio, Mckay, 2011) في دراستهم على

(٩٩) من طلبة الجامعة إلى تنبؤ الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس بأعراض الافتحامات القهرية، والتلوث والاشمئزاز والفحص والتحقق والاندفاع القهري.

ثالثاً: دراسات تناولت الخبرات الانشاققية واعراض الوسواس القهري .

وجد أريديما، وو (Aardema ,Wu,2011) لدى (٣٧٧) من طلبة الجامعة وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين أعراض الوسواس والأفعال القهرية وكل من أبعاد مقياس الخبرات الانشاققية الأتية Dissocistive Experiences Scale (DES) الاستغراق (٤١،٠) واختلال الأتية (٣٠،٠) . وفي دراسة موريس، وميركليبيش، وبيترز (Muris,Merckelbach,Peters,2003) على (٣٣) من المراهقين اتضح منها وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة (٤٧،٠) بين الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الانشاققية (DES) والأعراض الوسواسية القهرية.

وفي دراسة أخرى لـ موريس، وميركليبيش (Muris,Merckelbach,1997) على (٥٤) من طلبة الجامعة وجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة بين الميل لقمع الأفكار والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الانشاققية (DES).

تعقيب عام على الدراسات السابقة

يتبين من عرض الدراسات السابقة ما يلي:

- قلة عدد الدراسات السابقة التي تناولت الوعي الذاتي المعرفي واضطراب الوسواس القهري وكذلك قلة عدد الدراسات السابقة التي تناولت الخبرات الانشاققية واضطراب الوسواس القهري وذلك مقارنة بالدراسات السابقة التي تناولت المعتقدات المرتبطة بالوساوس واضطراب الوسواس القهري.

- لم توجد دراسة - في حدود علم الباحث - اهتمت بدراسة العلاقة بين الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشاققية مجتمعة وأعراض اضطراب الوسواس القهري، وهو الأمر الذي استدعى القيام بهذه الدراسة.

فروض الدراسة

بناء على الاستعراض السابق للدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

- (١) يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والوعي الذاتي المعرفي لدى طلبة الجامعة.
- (٢) يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوسواس لدى طلبة الجامعة.
- (٣) يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والخبرات الانشاقاقية لدى طلبة الجامعة.
- (٤) يمكن لمتغيرات الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوسواس والخبرات الانشاقاقية أن تنبئ بأعراض الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة.

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: منهج الدراسة

المنهج المستخدم في الدراسة الراهنة هو المنهج الوصفي "الارتباطي" حيث تهتم الدراسة بفحص العلاقة بين الأعراض الوسواسية القهرية من ناحية ومتغيرات (المعتقدات المرتبطة بالوسواس والوعي الذاتي المعرفي والخبرات الانشاقاقية) من ناحية أخرى، كما تهتم الدراسة بقدرة متغيرات الدراسة على التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية لدى طلبة الجامعة.

ثانياً: عينة الدراسة

انقسمت عينة الدراسة إلى عينة تجربة الصياغة، وعينة الدراسة الاستطلاعية، وعينة الدراسة الأساسية.

١- عينة تجربة الصياغة قدمت الاستخبارات والمقاييس بعد تحكيمها إلى (٢٣) من موظفي مستشفى سوهاج الجامعي بمتوسط عمري ٢٥ سنة وانحراف معياري ٤ سنوات، وكان الهدف من عينة تجربة الصياغة هو التأكد من وضوح تعليمات وبنود الاستخبارات والمقاييس، وتبين من أداء عينة تجربة الصياغة عدم وجود غموض في تعليمات وبنود الاستخبارات والمقاييس.

٢- عينة الدراسة الاستطلاعية

أجريت الدراسة الاستطلاعية بهدف التأكد من صدق وثبات الاستخبارات والمقاييس المستخدمة في الدراسة، واشتملت عينة الدراسة على ٢١٨ طالباً وطالبة من قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة سوهاج وتم استبعاد بعض الاستمارات غير المكتملة حتى أصبح إجمالي عينة الدراسة الاستطلاعية ٢١١ من طلبة الجامعة بمتوسط عمري ١٨,٦ سنة وانحراف معياري سنة ويوضح جدول (١) خصائص العينة الاستطلاعية

جدول (١)

خصائص العينة الاستطلاعية

الفرقة الدراسية	الذكور	الإناث	إجمالي العينة
الأولى	٣٣	٨١	١١٤
الثانية	٢١	٧٦	٩٧
الإجمالي	٥٤	١٥٧	٢١١

٣- عينة الدراسة الأساسية

تكونت عينة الدراسة من ٣٠١ طالباً وطالبة (٢٣١ طالبة و٧٠ طالباً) من الفرقة الثالثة والرابعة شعبة علم النفس بكلية الآداب - جامعة سوهاج بمتوسط عمري ١٩,٧ سنة وانحراف معياري ١,٢ سنة .

ثالثاً: أدوات الدراسة

- خطوات تعريف أدوات الدراسة
- أ- ترجمة مقياس الدراسة إلى اللغة العربية .
- ب- مراجعة مقياس الدراسة من قبل بعض أساتذة اللغة الإنجليزية .
- ج- عرض الصورة الأولية من مقياس الدراسة على بعض المختصين في علم النفس والطب النفسي لمعرفة آراءهم في حسن صياغة العبارات وقياسها للأبعاد التي تدرج تحتها
- د- تعديل صياغة بعض عبارات مقياس الدراسة التي أجمع السادة المحكمون على غموضها أو عدم حسن صياغتها .

هـ - تطبيق مقياس الدراسة علي عينة من ٢٣ موظف بالمستشفى الجامعي بسوهاج وذلك للتأكد من عدم وجود مشكلات في صياغة عبارات وتعليمات الاستخبار .

و- تطبيق مقياس الدراسة على عينة استطلاعية بلغ عددها ٢١١ من طلبة الجامعة وذلك للتأكد من صدق وثبات مقياس الدراسة .

١- استخبار الوسواس والأفعال القهرية- المراجع **Obsessive Compulsive Inventory - Revised (OCI-R)**

تأليف كل من فوا، وهبرت، وليبيرج، ولانجر، وكيشيك، وهاجك (Foa, Huppert, Leiberg, Langer, Kichic, Hajcak, 2002)، ترجمة الباحثان

قامت فوا وآخرون Foa,et all 2002 بإعداد استخبار الوسواس والأفعال القهرية- المراجع وهذا الاستخبار هو صورة مختصرة من استخبار الوسواس والأفعال القهرية الذي تضمن ٤٢ بند موزعة على ٧ أبعاد هي(الوسواس الفكرية، التحديد العقلي، النظافة والاعتسال، المراجعة والتأكد، الترتيب والتنظيم، التخزين القهري، الشك القهري).

وقامت Foa,et all 2002 بدراسة للتحليل العاملي لاستخبار OCI الذي يتضمن ٤٢ بند وذلك لاختصار عدد البنود، وتكونت عينة الدراسة من (٢١٥) من مرضى الوسواس القهري و(٢٤٣) من مرضى الفلق و(٦٧٧) من العاديين، وأسفر التحليل العاملي لاستخبار OCI عن صورة مختصرة هي OCI-R وتتكون من ١٨ بند موزعة على ٦ أبعاد هي:

أ- النظافة والاعتسال وبنوده(٥، ١٧، ١١)

ب- المراجعة والتأكد وبنوده(٢، ٨، ١٤)

ج- الترتيب والتنظيم وبنوده (٣، ٩، ١٥)

د- الوسواس الفكرية وبنوده(١٨، ١٢، ٦)

هـ- التخزين القهري وبنوده(١٣، ٧، ١٠)

و- التحديد العقلي وبنوده(٤، ١٠، ١٦)

وإلى جانب التحليل العاملي استخدمت فوا وآخرون Foa,et all 2002 طرفاً أخرى للتأكد من صدق الاستخبار منها الصدق التلازمي (صدق

الارتباط (بمحك) حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة بين الدرجة الكلية لاستخبار OCI-R وكل من مقياس يلى براون للوسواس القهري (٠,٥٣)، ومقياس مودسلي للوسواس القهري (٠,٨٥).

وبالنسبة للصدق التمييزي (صدق المجموعات المتناقضة) وجدت فوا وآخرون Foa,et all 2002 أن مرضى الوسواس القهري حصلوا على درجات أعلى جوهرياً من مرضى القلق و العاديين على الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية لاستخبار-OCI R عدا مقياسي التخزين والترتيب فلم توجد فروق دالة بين مرضى الوسواس القهري و مرضى القلق على هذين المقياسين .

وبالنسبة لثبات الاستخبار وجدت فوا وآخرون Foa,et all 2002 أن ثبات ألفا كرونباخ للدرجة الكلية والمقاييس الفرعية للاستخبار تراوح من ٠,٨١ إلى ٠,٩٣، أما ثبات إعادة الاستخبار فقد تراوح من ٠,٧٤ إلى ٠,٩١ وذلك للدرجة الكلية والمقاييس الفرعية للاستخبار بعد فترة مدتها أسبوع .

الخصائص السيكومترية لاستخبار الوسواس والأفعال القهرية المراجع (OCI-R)

(أ)الصدق

• الصدق الظاهري(صدق المحكمين)

عرض الاستخبار على أحد عشر محكماً من المتخصصين في علم النفس والطب النفسي والصحة النفسية، حيث قدم لهم تعريف واضح لكل مفهوم من مفاهيم الاستخبار،تليه البنود التي وضعت لقياس كل مفهوم على حده، ثم طلب من كل محكم تحديد مدى ملائمة كل بند لقياس المفهوم، ومدى وضوح صياغة البند، كما طلب منهم تقديم أي اقتراح بالتعديل أو بالحذف أو بالإضافة، وتم الاتفاق على قبول البند عندما يتفق عليه من ٦, ٦٣٪ إلى ١٠٠٪ من المحكمين . وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات، ولم يتم حذف أي من الفقرات من المقياس الأصلي،ومن ثم استقرت الصورة التجريبية للمقياس على (١٨) بند .

• الصدق التلازمي (صدق الارتباط بمحك)

تم حساب صدق الارتباط بمحك عن طريق دراسة العلاقة الارتباطية بين اختبار الوسواس والأفعال القهرية والمقياس العربي للوسواس القهري (إعداد: أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) وذلك على عينة الدراسة الاستطلاعية (٢١١) من طلبة الجامعة، وقد بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٣٩٧) وهو معامل دال، ويدل على صدق الاختبار .

(ب) ثبات الاختبار

اعتمد الباحثان في حساب ثبات اختبار الوسواس والأفعال القهرية على طريقة ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية معتمداً على معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول، وذلك على عينة قوامها ٢١١ من طلبة الجامعة، وإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع وذلك على ٤٠ من طلبة الجامعة، ويتضح من جدول (٣) أن معاملات الثبات مرضية مما يدل على ثبات مقبول لاختبار الوسواس والأفعال القهرية.

جدول (٣) حساب ثبات اختبار الوسواس والأفعال القهرية

طريقة ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية	إعادة تطبيق الاختبار
٠,٨١	٠,٧٠	٠,٥٩

٢- مقياس المعتقدات المرتبطة بالوسواس The Obsessive Belief

. Questionnaire (OBQ-44)

تأليف مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 2005),

ترجمة الباحثان).

قامت مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية (OCCWG, 2005) بإعداد صورة مختصرة لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوسواس تتكون من ٤٤ بند (OBQ-44) والذي تكون في صورته الأولى من ٨٧ بند موزعة على ٦ أبعاد هي (المسئولية، تضخيم تقدير التهديد، أهمية الأفكار، التحكم في الأفكار، التيقن، الكمالية) وذلك بإجراء التحليل العاملي وذلك على (٤١٠) من مرضى الوسواس القهري وأسفر التحليل العاملي عن ثلاثة عوامل قطبية هي:

*العامل الأول: المسؤولية / تضخيم تقدير التهديد ويحتوي هذا العامل على ١٦ بند هي (١-٥-٦-٨-١٥-١٦-١٧-١٩-٢٢-٢٣-٢٩-٣٣-٣٤-٣٦-٣٩). (٤١-٣٩).

*العامل الثاني: الكمالية / التيقن ويحتوي هذا العامل على ١٦ بند هي (٢-٣-٤-٩-١٠-١١-١٢-١٤-١٨-٢٠-٢٥-٢٦-٣١-٣٧-٤٠-٤٣).

* العامل الثالث: أهمية الأفكار/ التحكم في الأفكار ويحتوي هذا العامل على ١٤ بند هي (٧-١٣-٢١-٢٤-٢٧-٢٨-٣٠-٣٢-٣٥-٣٨-٤٢-٤٤).

وإلى جانب التحليل العاملي استخدمت (OCCWG,2005) طرقاً أخرى للتأكد من صدق مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس (OBQ-44) منها الصدق التلازمي (صدق الارتباط بمحك) حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة تراوحت من ٠,١٩ إلى ٠,٥٩، بين الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس (OBQ-44) وبين الأبعاد الفرعية لمقياس بادو للوسواس القهري .

وكذلك قامت (OCCWG,2005) بحساب صدق المجموعات المتناقضة وذلك بمقارنة متوسطات أربع مجموعات هي (٢٤٤) من مرضى الوسواس القهري و(١٠٣) من مرضى القلق و(٢٨٤) من الطلاب و(٨٦) من الأشخاص العاديين، واتضح حصول مرضى الوسواس القهري على درجات أعلى جوهرياً على الدرجة الكلية والأبعاد الفرعية لمقياس (OBQ-44) من باقي المجموعات ما عدا بعد الكمالية / التيقن فلم توجد فروق جوهرية بين مرضى الوسواس القهري ومرضى اضطرابات القلق .

وبالنسبة لثبات المقياس وجدت (OCCWG,2005) أن ثبات ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية لمقياس (OBQ-44) كالاتي المسؤولية / تضخيم تقدير التهديد ٠,٩٣ والكمالية / التيقن ٠,٨٩ وأهمية الأفكار/ التحكم في الأفكار ٠,٩٥ . وكذلك تم حساب ثبات الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب العلاقة بين الأبعاد الفرعية للمقياس التي تراوحت من ٠,٤٢ إلى ٠,٥٧ .

الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس (OBQ-) (44)

(أ) الصدق

• الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

عرض المقياس على أحد عشر محكماً من المتخصصين في علم النفس والطب النفسي والصحة النفسية، حيث قدم لهم تعريف واضح لكل مفهوم من مفاهيم المقياس، تليه البنود التي وضعت لقياس كل مفهوم على حده، ثم طلب من كل محكم تحديد مدى ملائمة كل بند لقياس المفهوم، ومدى وضوح صياغة البند، كما طلب منهم تقديم أي اقتراح بالتعديل أو بالحذف أو بالإضافة، وتم الاتفاق على قبول البند عندما يتفق عليه من ٦، ٦٣٪ إلى ١٠٠٪ من المحكمين، وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات، ولم يتم حذف أي من الفقرات من المقياس الأصلي، ومن ثم استقرت الصورة التجريبية للمقياس على (٤٤) بند.

• الصدق التلازمي (صدق الارتباط بمحك)

تم حساب صدق الارتباط بمحك عن طريق دراسة العلاقة الارتباطية بين مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس والمقياس العربي للوساوس القهري (إعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) وذلك على عينة الدراسة الاستطلاعية ٢١١ من طلبة الجامعة، وقد بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٣٧٨) و يدل ذلك على صدق المقياس .

(ب) ثبات المقياس

اعتمد الباحثان في حساب ثبات مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس على طريقة ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية معتمداً على معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول، وذلك على عينة قوامها ٢١١ من طلبة الجامعة، وإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع وذلك على ٤٠ من طلبة الجامعة، ويتضح من جدول (٥) أن معاملات الثبات مرضية مما يدل على ثبات مقبول لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس.

جدول (٥) حساب ثبات مقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس

طريقة ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)	إعادة تطبيق الاختبار
٠,٨٧	٠,٧٨	٠,٦١

(٣) مقياس الخبرات الانشاقية Dissociative Experience Scale (DES)

تأليف برنسين وبتنام (Bernsten & Putnam, 1986)، ترجمة الباحثان يتكون المقياس من ٢٨ عبارة تقيس معدل تكرار تعرض الأفراد للخبرات الانشاقية المتنوعة كاضطراب الذاكرة ومشاعر اختلال الآنية (Through: Holtgraves & Stockdale, 1997)، والمقياس معد وفقا لنظرية المتصل الكمي لظاهرة الانشاق وذلك فهو يصلح لتقدير الانشاق السوي والمرضي (Putnam, 1989).

وقاما برنسين وبتنام (Bernsten & Putnam, 1986) بحساب صدق المجموعات المتناقضة وذلك بمقارنة متوسطات ثمان مجموعات (٣٤) من الراشدين و(٣١) من طلاب الجامعة و(١٤) من مدمني الكحوليات و(٢٤) مريض بالقلق الاجتماعي و(٣٩) من مرضى رهاب الاماكن المتسعة و(٢٠) من مرضى الفصام و(١٠) من مرضى اضطراب ما بعد الصدمة و(٢٠) من مرضى اضطراب تعدد الشخصية، واتضح حصول المجموعات المرضية على درجات أعلى جوهريا من الأسوياء .

وكذلك قام برنسين، وبتنام (Bernsten & Putnam, 1986) بحساب الثبات للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي الذي تراوح من ٠,٥٠ الى ٠,٧٠ وذلك في علاقة البند بالدرجة الكلية للمقياس . وكذلك وجدا أن ثبات إعادة التطبيق للمقياس كان ٠,٨٤ وذلك على ٢٦ من العاديين .

وبالنسبة لصدق المقياس فتم حساب الصدق التلازمي للمقياس عن طريق إيجاد معامل الارتباط بين المقياس الحالي وقائمة المقابلة الإكلينيكية لتقييم الاضطرابات الانشاقية المعدة وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي من إعداد ستينبرج (SCID-D., Steinberg, 1994) الذي وصل إلى ٠,٧٦ (Through: Van Ijzendoorn, Schuengel)

وقد أجريت دراسات كثيرة للتأكد من الصدق العاملي للمقياس كدراسة (Draves- Bornoz, . Degiovanni, Gaillard, 1999) وذلك بإجراء التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية مع تدوير متعامد للمحاور بطريقة الفاريماكس وتبين أن ثلاثة عوامل تفسر ٥٠% من التباين الكلي للمقياس هي: العامل الأول اختلال الآنية / اختلال إدراك العالم، العامل الثاني النسيان الانشقاقي / اضطراب تعدد الشخصية، العامل الثالث الاستغراق في الخيال.

• الخصائص السيكومترية لمقياس الخبرات الانشقاكية (DES)

(أ) الصدق:

• الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

عرض المقياس على إحدى عشر محكماً من المتخصصين في علم النفس والطب النفسي والصحة النفسية، حيث قدم لهم تعريفاً واضحاً لكل مفهوم من مفاهيم المقياس، تليه البنود التي وضعت لقياس كل مفهوم على حده، ثم طلب من كل محكم تحديد مدى ملائمة كل بند لقياس المفهوم، ومدى وضوح صياغة البند، كما طلب منهم تقديم أي اقتراح بالتعديل أو بالحذف أو بالإضافة، وتم الاتفاق على قبول البند عندما يتفق عليه من ٦, ٦٣% إلى ١٠٠% من المحكمين، وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات، ولم يتم حذف أي من الفقرات من المقياس الأصلي، ومن ثم استقرت الصورة التجريبية للمقياس على (٢٨)

• الصدق التلازمي (صدق الارتباط بمحك)

تم حساب صدق الارتباط بمحك عن طريق دراسة العلاقة الارتباطية بين مقياس الخبرات الانشقاكية والمقياس العربي للوسواس القهري (اعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) وذلك على عينة الدراسة الاستطلاعية ٢١١ من طلبة الجامعة، وقد بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٣٧٦) ويدل ذلك على صدق الاستخبار .

(ب) ثبات المقياس

اعتمد الباحثان في حساب ثبات مقياس الخبرات الانشقاكية على طريقة ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية معتمداً على معادلة سبيرمان - براون

البند عندما يتفق عليه من ٦,٦٣٪ إلى ١٠٠٪ من المحكمين، وفي ضوء ملاحظات السادة المحكمين تم تعديل بعض الفقرات، ولم يتم حذف أي من الفقرات من المقياس الأصلي، ومن ثم استقرت الصورة التجريبية للمقياس على (١٤) بند .

● الصدق التلازمي (صدق الارتباط بمحك)

تم حساب صدق الارتباط بمحك عن طريق دراسة العلاقة الارتباطية بين مقياس الوعي الذاتي المعرفي والمقياس العربي للوسواس القهري (اعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) وذلك على عينة الدراسة الاستطلاعية ٢١١ من طلبة الجامعة، وقد بلغ معامل الارتباط بينهما (٠,٣٦٤) ودال عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على صدق الاستخبار

(ب) ثبات المقياس

اعتمد الباحثان في حساب ثبات مقياس الوعي الذاتي المعرفي على طريقة ثبات ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية معتمداً على معادلة سبيرمان - براون لتصحيح الطول، وذلك على عينة قوامها ٢١١ من طلبة الجامعة، وإعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية بلغت ثلاثة أسابيع وذلك على ٤٠ من طلبة الجامعة، ويتضح من جدول (٨) أن معاملات الثبات مرضية مما يدل على ثبات مقبول لمقياس الوعي الذاتي المعرفي .

جدول (٨) حساب ثبات مقياس الوعي الذاتي المعرفي

طريقة ألفا كرونباخ	التجزئة النصفية (سبيرمان - براون)	إعادة تطبيق الاختبار
٠,٧٦	٠,٦٦	٠,٥٢

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول:

"يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والوعي الذاتي المعرفي لدى طلاب الجامعة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسب معامل الارتباط المستقيم لـ " بيرسون " بين الدرجة الكلية لاستخبار الوسواس والأفعال القهرية وأبعاده من جهة، والدرجة الكلية لمقياس الوعي الذاتي المعرفي من جهة أخرى ويبين جدول (٩) نتائج هذه الارتباطات لدى عينة طلاب الجامعة.

جدول (٩)

مصفوفة معاملات الارتباط المستقيم لـ "بيرسون" بين متغيرات الوسواس القهري والوعي الذاتي المعرفي لعينة طلاب الجامعة ن = (٣٠١) .

الدرجة الكلية لمقياس الوعي الذاتي المعرفي	الوسواس القهري
*.٣٠٢	الدرجة الكلية لاستخبار الوسواس والأفعال القهرية
*.٢٣١	الترتيب والتنظيم
*.٣٢٢	الأفكار الوسواسية
*.٢٢٨	قهريات المراجعة والتأكد
*.١٣٦	وساوس التلوث وقهريات النظافة والاختسال
*.١٢٣	وساوس وقهريات التخزين
*.١٣٥	التحيد العقلي

* دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١

ويتضح من الجدول السابق تحقق صحة الفرض الأول بشكل كامل حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة بين أعراض اضطراب الوسواس القهري (الترتيب والتنظيم، والأفكار الوسواسية، وقهريات المراجعة والتأكد، وساوس التلوث وقهريات النظافة والاختسال، وساوس وقهريات التخزين، والتحيد العقلي) والوعي الذاتي المعرفي.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية دالة بين الوسواس القهري و الوعي الذاتي المعرفي لدى طلاب الجامعة

(Cohen, Calamari, 2004; Yilmaz, Gencoz, Wells, 2008; Cho, Jahng, Chai, 2012)

وتتفق هذه النتائج مع ما ذهب إليه "فينيجستين، وشير، وبوس" Fenigstein, Scheier & Buss, 1975 في أن القلق هو نتيجة لتركيز الانتباه على الذات. فإذا كان الانتباه موجه نحو الداخل يؤدي إلى اكتشاف شيء ما مهدد أو مقلق، وسينتج عن ذلك شعور سلبي، وعندما يرتفع ميل الشخص

لتركيز انتباهه نحو ذاته تظهر لديه استجابة توتر مرتفعة عندما يواجه المثير المهدد (Janeck, Calmari, Riemann, & Heffelfinger, 2003). وكذلك ما افترضه "انجرام" في أن عملية مراقبة الذات تظهر في كل الاضطرابات النفسية وتتميز بالتركيز الداخلي الزائد والاستمرار والتصلب الشديد، وفي المقابل فإن محتوى مراقبة الذات (الوعي بالذات) يكون متفرداً بمخططات نفسية مرضية محددة التي تتحكم في أكثر العمليات الانتباهية تعميماً. ويرى "انجرام" أن عملية مراقبة الذات ليست عملية مرضية في ذاتها ولكنها تصبح مرضية عندما تكون زائدة ومستمرة ومتصلبة Spurr, (Stopa,2002)

ويؤكد ويلز أن الأشخاص الذين لديهم ميل لنمو المشكلات الوسواسية يكون لديهم توقعات سلبية عن عواقب التفكير في أشياء معينة، ويفشلون في تطوير الاستراتيجيات، ويركزون على المصادر الانتباهية، والخصائص السابقة تعمل على زيادة مستوى الوعي الذاتي المعرفي للأحداث الداخلية وإهمال الأحداث الخارجية، ولذلك فالتركيز على المحكات (الأحكام) الداخلية - مثل (إنني لا أستطيع أن أتوقف عن الاغتسال القهري ما لم أشعر بارتياح) - وإهمال المحكات الخارجية لتحديد الأمان لإنهاء الطقوس، فالمراقبة الذاتية تعمل على إنقاص الثقة في ذاكرة الأفعال والأحداث Through: Purdon ,Clark (1999).

نتائج الفرض الثاني:

"يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوسواس لدى طلاب الجامعة". وللتحقق من صحة هذا الفرض حُسب معامل الارتباط المستقيم لـ "بيرسون" بين الدرجة الكلية لاستخبار الوسواس والأفعال القهرية وأبعاده من جهة، والدرجة الكلية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوسواس وأبعاده من جهة أخرى ويبين جدول (١٠) نتائج هذه الارتباطات لدى عينة طلاب الجامعة.

جدول (١٠)

مصفوفة معاملات الارتباط المستقيم لـ "بيرسون" بين متغيرات الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوسواس لعينة طلاب الجامعة ن = (٣٠١)

* دال عند مستوى ٠.٠٥ ** دال عند مستوى ٠.٠١

ويتضح من الجدول السابق تحقق صحة الفرض الثاني بشكل جزئي حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة بين معظم أعراض اضطراب الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوساوس.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية دالة بين الوسواس القهري والمعتقدات المرتبطة بالوساوس لدى طلاب الجامعة.

(Viar,Bilsky, Armstrong,Olatunji,2011;
Fitch,Cogle,2013) .

المسئولية / التيقن	أهمية الأفكار / التحكم في الأفكار	الكمالية /تضخيم تقدير التهديد	الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات المرتبطة بالوساوس	المعتقدات المرتبطة بالوساوس الوسواس القهري
** .١٦٢	** .٣٢٩	** .٤٣٠	** .٣٨٤	الدرجة الكلية لاستخبار الوساوس والأفعال القهرية
.١٠٧	** .٢١٤	** .٣٠٣	** .٢٦٠	الترتيب والتنظيم الأفكار الوسواسية
** .٢١٠	** .١٧٧	** .٣٨٠	** .٣١٥	قهريات المراجعة والتأكد
** .٣٣٠	.١٠١	** .٣٣٣	** .٢٧١	وساوس التلوث وقهريات النظافة والاغتسال
.٠٠٩	** .٣٦٩	** .٢٧٢	** .٢٧٨	وساوس وقهريات التخزين
.٠٠٤	** .٢٥٥	* .١٦٣	** .١٦٣	التحبيد العقلي
.١٠٠	** .١٨٧	** .٢٢٤	** .٢١٨	

فأعراض الترتيب والتنظيم القهرية ارتبطت بدلالة مع معتقدات الكمالية/ تضخيم تقدير التهديد، وهذه النتيجة تفسر لماذا الشخص الموسوس يستغرق وقتاً طويلاً في أداء أي عمل لأنه يعتقد أنه يجب أن يتم أي عمل على الوجه الأكمل وخالي من الأخطاء، وهو يؤدي هذه الطقوس لتقليل إحساسه بعدم الراحة وعدم الاكتمال، ويريد أن تكون الأشياء من حوله منظمة ومرتبطة بطريقة معينة، ويعني ذلك أحياناً ترتيب الأجزاء بشكل دقيق متناسق أو اعتماداً على نمط معين أو مكان خاص. مثال ذلك أن الأثاث إذا لم يكن في صف واحد بالزوايا (الصحيحة) مع تساوي المسافات بين الكنبات فإن الشخص يصبح متضايقاً بشدة.

وقد ترجع هذه العلاقة إلى ما أكده "ركمان ولافلن" على أهمية التأثيرات الاجتماعية في الأعراض القهرية، فالمجتمع يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل التنظيم والنظافة والدقة، وهذه أمور مرغوب فيها ولكن المبالغة الشديدة في هذه السمات تجعلها تنقلب إلى الضد فتصبح مضیعة للوقت بدلا من أن تكون مفيدة، فالأسر التي يكون فيها الأبوين لديهما نزوع إلى أن يمتلكا معايير مرتفعة، وأن يكونا أكثر تحكما وأكثر شعوراً بالحرَج وأكثر نقداً وتم تنشئتهما على التشديد والتدقيق على الأشياء المهمة والتأفة على السواء سوف يتبنى أبنائهم تلك السمات والخصال (محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٩١، ٦٢ - ٦٣).

وارتبطت الأفكار الوسواسية بدلالة بجميع المعتقدات المرتبطة بالوساس (الكمالية / تضخيم تقدير التهديد، أهمية الأفكار / التحكم في الأفكار، المسؤولية / التيقن) وهذه النتيجة تتفق مع الافتراض الذي قدمه سالكوفسكيس في أن أنماط محددة من الأفكار الاقتحامية سوف تتفاعل مع معتقدات المسؤولية لدى الأشخاص ذوي المعايير الاجتماعية المرتفعة. وهؤلاء الأشخاص الذين وصفهم ريكمان وهودجسون بأن لديهم ضمير أخلاقي حساس ومن ثم لديهم حساسية خاصة للطرق التي يمكن بها للأفكار الاقتحامية أن تنتهك معتقداتهم الخلقية ومن ثم فهم يحاولون باستمرار تصحيح أي انتهاك لمعتقداتهم. (Salkovskis, Shafran, Rachman, Freeston, 1999)

وارتبطت بدلالة قهريات المراجعة والتأكد بمعتقدات الكمالية /تضخيم تقدير التهديد، والمسئولية / التيقن، فالشخص الذي يشعر بالمسئولية عن منع التهديد والمسئولية عن عدم فعل أي شيء لمنع حدوث الخطر، وهذا الإحساس بالمسئولية هو الذي يقود إلى أفعال المراجعة القهرية. ويحاول الأشخاص الذين يقومون بطقوس المراجعة القهرية منع حدوث أمور سيئة عن طريق المراجعة الزائدة والمتكررة للمواقف التي يمكن أن تكون ضارة أو مؤذية.

واقترح "ريمان" أن الأشخاص ذوي المراجعة والتأكد القهري دائماً ما يحاولون التأكد من غياب أو عدم احتمال وقوع الأذى ولهذا يعاودون التأكد من عوامل الأمان وعلى العكس فهذه المحاولات للتأكد من عوامل الأمان يمكن أن ينتج عنها تأثير عكسي يحول سلوك المراجعة القهري إلى " آلية الاستمرار الذاتي " والتي تتكون من أربعة عوامل هي: زيادة الإحساس بالمسئولية والإدراك المحتمل لحدوث الضرر وضعف الثقة في الذاكرة واستبعاد كل عوامل الخطر (Rachman,2002)

وارتبطت بدلالة وساوس التلوث وقهريات النظافة والاعتسالات بمعتقدات الكمالية /تضخيم تقدير التهديد، وأهمية الأفكار / التحكم في الأفكار، فالأشخاص الذين لديهم وساوس التلوث يتسمون بالانشغال الزائد والخوف من أن يصبحوا ملوثين أو أن يقوموا بنشر التلوث للآخرين بطريقة ما . وتتنوع مصادر التلوث وتتضمن موضوعات مألوفة مثل (الجراثيم والسموم) أو موضوعات غير مألوفة مثل (الإحساس بالتلوث نتيجة التفكير في فكرة معينة).

والأفراد الذين يعانون من وساوس التلوث يندمجون في أفعال الاعتسالات والتنظيف لتقليل الإحساس بالتلوث أو لتجنب الخطر المحتمل من التلوث. ويتبنى الأفراد معتقدات كتضخيم تقدير التهديد فيعتقد مثلاً أن مجرد السلام باليد على شخص آخر يمكن أن ينقل إليه الأمراض الخطيرة ولذلك فهو يببالغ في تنظيف يديه، وكذلك يتبنى الأشخاص معتقدات مثل الكمالية فربة المنزل التي تبالغ في تنظيف منزلها (تنظفه أكثر من خمس مرات يومياً) فهي تخاف أن تنقل الأمراض إلى أبنائها ولذلك فهي تبالغ في كمالية نظافة الأشياء من حولها(نظيفة بشكل تام). وكذلك يتبنى بعض الأشخاص معتقدات مثل أهمية الأفكار/التحكم في الأفكار، فيراود الشخص إحساس مستمر بأنه ملوث وغير

نظيف حتى وإن لم يلمس أي شيء قذر وملوث وهذا ما أكده "ريكمان" من أن الاغتسال القهري هو محاولة لإزالة الإحساس بالتلوث الذي يهدد صحة الشخص الجسدية والعقلية، والخوف من أن يصبح الشخص ملوث يمكن أن يعمم ويستمر، والتلوث يمكن أن يحدث بدون اتصال جسدي كالسلام باليد - وذلك إشارة إلى التلوث العقلي (إحساس داخلي بالقذارة) الذي يمكن أن يستثار بواسطة النقد الذاتي والأفكار الاقتحامية والذكريات السابقة (Rachman,2004).

وارتبطت بدلالة وساوس وقهريات التخزين بمعتقدات الكمالية /تضخيم تقدير التهديد، فالأشخاص الذين يميلون إلى تخزين الأشياء لديهم معتقدات عن أهمية امتلاك الأشياء والكمالية وعدم تحمل الشك (التيقن)، وعدم الثقة في الذاكرة وصعوبات في القدرة على اتخاذ القرار والتسويق والتجنب السلوكي، وترى مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية (OCCWG) أن أعراض التخزين القهري تنشأ من وجود معتقدات عن قيمة التكديس والتخزين مثل اعتقاد مريض التخزين القهري بأن الأشياء التي ليس لها قيمة حالياً يمكن أن يكون لها قيمة كبيرة أو مفيدة في المستقبل، وكذلك يمكن أن تنشأ أعراض الشك والتردد وعدم القدرة على اتخاذ قرار من وجود معتقدات الكمالية والتيقن (Taylor, Abramowitz, Mckay, 2007, 17-18).

نتائج الفرض الثالث:

"يوجد ارتباط موجب دال بين أعراض الوسواس القهري والخبرات الانشقاقية لدى طلاب الجامعة".

وللتحقق من صحة هذا الفرض حسب معامل الارتباط المستقيم لـ " بيرسون " بين الدرجة الكلية لاستخبار الوسواس والأفعال القهرية وأبعاده من جهة، والدرجة الكلية لمقياس الخبرات الانشقاقية وأبعاده من جهة أخرى وبيين جدول (١١) نتائج هذه الارتباطات لدى عينة طلاب الجامعة

جدول (١١)

مصفوفة معاملات الارتباط المستقيم لـ " بيرسون " بين متغيرات الوسواس القهري والخبرات الانشقاقية لعينة طلاب الجامعة = (٣٠١)

ويتضح من الجدول السابق تحقق صحة الفرض الثالث بشكل جزئي حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة بين معظم أعراض اضطراب الوسواس القهري والخبرات الانشاقاقية .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على وجود علاقة ارتباطية دالة بين اعراض الوسواس القهري والخبرات الانشاقاقية لدى طلاب الجامعة .

اختلال الأنية اختلال إدراك العالم	النسيان الانشاقاقى	الاستغراق (الشروود الذهني)	الدرجة الكلية لمقياس الخبرات الانشاقاقية	الخبرات الانشاقاقية الوسواس القهري
** .٢٩٨	** .٢٩٢	** .٣٩٤	** .٣٨٨	الدرجة الكلية لاستخبار الوساوس والأفعال القهرية
** .١٥٢	** .١٥٨	* .٢١١	** .٢٠٧	الترتيب والتنظيم
** .٢٢٧	** .٢١٢	** .٣١١	** .٢٩٧	الأفكار الوسواسية
..٥٩	..٥٥	* .١٩٣	* .١٣٦	قهريات المراجعة والتأكد
** .٣٠٧	** .٢٨٢	** .٣٥٦	** .٣٦٦	وساوس التلوث وقهريات النظافة والاغتسال
** .٢٧٠	** .٣١١	* .٢٢٧	** .٣٠٣	وساوس وقهريات التخزين
** .١٦٨	** .١٤٩	** .٢٤٧	** .٢٢٥	التحديد العقلي

(Muris,Merckelbach,Peters,2003;Van den Hout,
Engelhard, Smeets, Dek,Turksma,Saric,2009 ;
. Aardema,Wu,2011)

فالأشخاص عند تركيزهم على أفكارهم الوسواسية قد يؤدي ذلك إلى حدوث حالة من الانشقاق (السرхан) مما يؤدي إلى أعراض قهريّة كالفحص والتأكد فانشغال الشخص بأفكاره الوسواسية يؤدي إلى عدم الانتباه للمهام الخارجية التي يؤديها، فيؤدي به ذلك إلى جعله غير متأكد من أنه أنجز المهمة على الوجه الأكمل أم لا، فمثلاً عندما ينشغل الشخص بأفكاره الوسواسية أثناء الصلاة يؤدي به ذلك إلى عدم تذكره لعدد الركعات التي صلاها فيقوم بتكرار الصلاة العديد من المرات وذلك لأن كل مرة يصلي فيها ينشغل بأفكاره ولا يستطيع تذكر عدد الركعات التي صلاها فيقوم بالتكرار وهكذا انشغال بالأفكار (السرхан) ثم التكرار القهري .

وكذلك يمكن تفسير ارتباط الأفكار الوسواسية بأعراض اختلال الآنية بأن الأفكار الوسواسية يدركها الشخص على أنها متنافرة مع ذاته، والأفكار المتناقضة مع الآنا تظهر بصور متعددة مثل وساوس الحاق الأذى بشخص عزيز أو الوسواس الجنسية أو الوسواس الدينية وهذه الفكرة تكون عكس مشاعر الفرد ومخالفة لقيمه وأخلاقه وشخصيته، ومن ثم تصبح الفكرة الوسواسية غير متفقة مع إدراك الشخص لذاته وكذلك معتقداته عن نوعية الأفكار التي ينبغي أن يتوقع أن تكون لديه وذلك يمثل تهديد لإدراك الشخص لذاته، وهذا قد يؤدي بأن يشعر الشخص بإحساس بأنه منفصل عن ذاته .

نتائج الفرض الرابع:

"يمكن لمتغيرات الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوسواس والخبرات الانشقاقية أن تنبئ بأعراض الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة".
للتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار المتدرج على أساس أن الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوسواس والخبرات الانشقاقية هي المتغيرات المستقلة وأعراض الوسواس القهري هي المتغير التابع، حيث تدخل المتغيرات المستقلة بالترتيب في النموذج حسب قدرتها على التنبؤ بالمتغير التابع، وبتحديد مستوى دلالة (٠.٠٥) لدخول المتغيرات المستقلة يمكن الحصول على أفضل نموذج للانحدار المتدرج يتوافق مع

البيانات المستخدمة في الدراسة، ويوضح جدول (١٢) نتائج مقارنة النماذج المختلفة من متغيرات الدراسة .

جدول (١٢)

الانحدار المتدرج لآثار الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس والخبرات الانشاقية (كمتغيرات مستقلة) على الوسواس القهري (كمتغير تابع) لدى عينة طلاب الجامعة (ن=٣٠١)

الخطوات	المتغيرات المستقلة	معامل التحديد	ف	معامل الانحدار	معامل الانحدار المعياري	ت	المقدار الثابت	المعادلة التنبؤية
١	الدرجة الكلية للخبرات الانشاقية	٠.١٥١	٥٣.١٠ دالة عند ٠.٠٠١	٠.٢٧٧	٠.٣٨٨	٩.٢٩٨	٣١.٦٣	درجة الوسواس القهري = ٣١.٦٣ + (٠.٢٧٧) × درجة الخبرات
٢	الدرجة الكلية للخبرات الانشاقية والوعي الذاتي المعرفي	٠.٢٠٤	٣٨.٢٤ دالة عند ٠.٠٠١	٠.٢٤٥ ٠.٣٣١	٠.٣٤٣ ٠.٢٣٦	٦.٥٢٦ ٥.٢٤٤	١٧.٣٧	درجة الوسواس القهري = ١٧.٣٧ + (٠.٢٤٥) × درجة الخبرات الانشاقية + (٠.٢٣١) × الوعي الذاتي المعرفي
٣	الدرجة الكلية للخبرات الانشاقية والوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوساوس	٠.٢٢٩	٢٩.٣٣ دالة عند ٠.٠٠١	٠.١٨٩ ٠.٢٤٦ ٠.١٠٢	٠.٢٦٥ ٠.١٧٥ ٠.١٨٩	٤.٧٣٥ ٥.٣٢٩ ٤.٤٣٣	١٠.٩٥	درجة الوسواس القهري = ١٠.٩٥ + (٠.١٨٩) × درجة الخبرات الانشاقية + (٠.٢٤٦) × الوعي الذاتي المعرفي + (٠.١٠٢) × درجة المعتقدات المرتبطة بالوساوس

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

أسهمت المتغيرات الثلاثة (المستقلة) بنسبة ٢٣٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري، ويعد متغير الخبرات الانشاقية أكثر المتغيرات تنبؤاً بدرجات أعراض الوسواس القهري، حيث أسهم بنسبة ١٥٪ في تباين درجات

أعراض الوسواس القهري، وقد تلا هذا المتغير في التنبؤ بدرجة أعراض الوسواس القهري متغير الوعي الذاتي المعرفي الذي ساهم بنسبة ٥٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري، وقد تلا هذا المتغير في التنبؤ بدرجة أعراض الوسواس القهري متغير المعتقدات المرتبطة بالوسواس والذي ساهم بنسبة ٣٪ في تباين درجات أعراض الوسواس القهري .

ووفقا لما أفضت إليه النتائج السابقة من دلائل، يمكن القول بأن الفرض الرابع والذي يشير إلى أن متغيرات الوعي الذاتي المعرفي والمعتقدات المرتبطة بالوسواس والخبرات الانشاقية تنبئ بأعراض الوسواس القهري قد تحقق.

وتتفق هذه النتيجة مع ما أكده " برنستين " و " بتنام " Bernstein & Putnam, 1986 أن ظاهرة الانشاق هي ظاهرة متصلة أي أن هناك اتصال بين الانشاق السوي والمرضي فالاضطرابات الانشاقية لا تتميز بأعراض خاصة أو باختلافات نوعية عن الانشاق العادي، ولكن الفروق هي فروق كمية في استمرار وحدة الأعراض الانشاقية التي تظهر بين الأشخاص، فالأفراد الذين يقعون في النهاية العليا للمتصل يوصفون بأنهم يعانون من الاضطرابات الانشاقية(Kihlstrom, Glisky , Angiulo, 1994). والأفراد معرضين لأن يخبروا درجات مختلفة من نوبات انشاق الوعي ومعالجة المعلومات واختزان الذكريات والتذكر، وتتضمن هذه الخبرات الانشاقية الاستغراق في أحلام اليقظة، وأداء الأشياء بطريقة آلية كقيادة السيارة وعدم تذكر الكثير من أحداث ومواقف رحلة السفر فكل من الأفراد العاديين ومرضى الوسواس القهري يَمروا بخبرات انشاقية كالسرحان والاستغراق في الخيال، ولكن مرضى الوسواس القهري يتبنون معتقدات مغالى فيها كالمسؤولية والكمالية وهذه المعتقدات تعمل على جعل المريض يقوم بتكرار أفعال معينة، وهذا ما يميز بين الأعراض المرضية التي تميز مرضى الوسواس القهري عن الأفراد العاديين (غريب عبد الفتاح غريب، ١٩٩٩، ٤٣٩) .

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي هدفت الى فحص القدرة التنبؤية للوعي الذاتي المعرفي في التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية(Jacobi,2002; Cohen,2007)

فأوضحت هذه الدراسات أن الوعي الذاتي المعرفي هو من أكثر المتغيرات النفسية تنبؤاً بالأعراض الوسواسية القهرية حتى بعد التحكم في أعراض القلق والاكتئاب . فالوعي الذاتي يتضمن أكثر من التركيز على الأفكار، فبالإضافة إلى الوعي بالأفكار هناك فروق في تقييم الأفكار وفروق في المعتقدات عن هذه الأفكار .

وتتفق هذه النتيجة مع ماذهب اليه "انجرام" أن مراقبة الذات عملية غير محددة في علم الأمراض النفسية وعدم التحديد هذا يضعف من قدرتها التنبؤية ولحل هذه المشكلة اقترح انجرام نموذج الوعي بالتركيب *ameta construct* الذي يميز بين العمليات والمحتوى . ووفقاً لنموذج انجرام فإن عملية مراقبة الذات تظهر في كل الاضطرابات النفسية وتتميز بالتركيز الداخلي الزائد والاستمرار والتصلب الشديد، وفي المقابل فإن محتوى مراقبة الذات (الوعي بالذات) يكون متفرداً بمخططات نفسية مرضية محددة والتي تتحكم في أكثر العمليات الانتباهية تعميماً . ويرى "انجرام" أن عملية مراقبة الذات ليست عملية مرضية في ذاتها ولكنها تصبح مرضية عندما تكون زائدة ومستمرة ومتصلبة . (Spurr, Stopa,2002)

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة التي هدفت إلى فحص القدرة التنبؤية للمعتقدات المرتبطة بالوساوس في التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية ; (Tolin,Woods,Abramowitz,2003
Novara,Postore,Ghisi,Sica,Sanavio,Mckay,2011;
.Fitch,Cougle,2013)

وتتفق هذه النتيجة مع ما ذهبت اليه النظريات المعرفية في أن الأفكار المقترحة تعد ظاهرة طبيعية، فالأفكار المقترحة ليس لها دلالات انفعالية تلقائية، ولكنها تكتسب خواص عاطفية نتيجة للتقييم، أي أن الأفكار المقترحة يمكن أن تأخذ نزعة إيجابية، أو سلبية أو محايدة على حسب التقييم الذي يقوم به الشخص الذي يعاني من تلك الأفكار .

المراجع:

- أوتو فينخل . (١٩٦٩) . نظرية التحليل النفسي في العصاب، (الكتاب الثاني) . (ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق) . القاهرة: الأنجلو المصرية .
- دي سيلفا، ب . (٢٠٠٠) . فحص الوسواس والأفعال القهرية . في: س . ل ليندزي، ج . ي بول (محررين) . مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، (ترجمة: صفوت فرج) . القاهرة: الأنجلو المصرية، (ص ص ٥٩ - ٨٠) .
- رجز، د .، فوا، إ . (٢٠٠٢) . اضطراب الوسواس القهري . في: د . هـ ، بارلو (محرراً) . مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية، دليل علاجي تفصيلي، (ترجمة: هبه إبراهيم، مراجعة: صفوت فرج) . القاهرة: الأنجلو المصرية (ص ص ٤٧١ - ٥٧٥) .
- سالكوفيسكس، ب . (٢٠٠٢) . العصاب القهري . في: جان سكوت، مارك وليامز، آرون بيك (محررون) . العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، (ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطي) . القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، (ص ص ٩٥ - ١٣٣) .
- سيجموند فرويد . (١٩٧٩) . خمس حالات من التحليل النفسي، (الجزء الأول) . (ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق) . القاهرة: الأنجلو المصرية .
- عبد الله محمد عبد الظاهر . (٢٠٠٨) . فاعلية برنامج مبني علي استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب كلية التربية بأسبوط في ضوء نموذج ويلز وماثيوس . رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية، جامعة أسبوط .
- غريب عبد الفتاح غريب . (١٩٩٩) . علم الصحة النفسية . القاهرة: الأنجلو المصرية .
- محمد عبد الظاهر الطيب . (١٩٩١) . الوسواس القهري تشخيصه وعلاجه . الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية .

- ميشيل جي دجاس، آدم إس رادومسكي، باسكال بريلون (٢٠١٥). التدخلات الوقائية من الدرجة الثالثة للقلق ومنع الانتكاسة. في: ديفيد جي. أ. دوزيس، كيث إس. دويسن (محررين). الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة. (ترجمة: عبدالله السيد عسكر). القاهرة: المجلس القومي للترجمة (ص ص ٢٤٩-٢٨٢).
- هولاند، س. (٢٠٠٦). اضطراب الوسواس القهري. في: روبرت ليهي (محرراً). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة: جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة). القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر. (ص ص ٢١١-٢٣٧).
- هيلين دويتش. (١٩٩٠). محاضرات في التحليل النفسي والعصاب. (ترجمة: فرج احمد فرج). القاهرة: الأنجلو المصرية.
- Aardema, F. & Wu, k.D. (2011). Imaginative, Dissociative, and Schizotypal Processes in Obsessive Compulsive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 74—81.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed). Washington: DC: Author.
- Belli, H., Ural, B., Vardar, M.K., Yesilyurt, S. & Oncu, F. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 975 – 980.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Calleo, J.S., Hart, J., Bjorgvinsson, T. & Stanley, M.A. (2010). Obsessions and worry beliefs in

- an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*,24,903–908.
- Cho,Y.,Jahng,S. &Chai,S.(2012). The factor structure and concurrent validity of the Korean version of the Metacognitions Questionnaire 30 (K-MCQ30) . *Journal of Clinical Psychology*,68, 349-361.
 - Cisler,J.M., Brady,R.E., Olatunji,B.O. &Lohr,J.M.(2010). Disgust and Obsessive Beliefs in Contamination-Related OCD. *Cognitive Therapy Research*,34,439-448.
 - Cohen,R.(2007).Obsessive Compulsive Symptoms and thought- focused attention is cognitive self-consciousness a volitional or automatic process ?. Unpublished doctoral dissertation, Rosalin Franklin University.
 - Cohen,R. & Calamari,J. (2004). Thought – focused attention and obsessive compulsive symptoms: An evaluation of cognitive self- consciousness in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (4), 457 – 471.
 - Draves- Bornoze,J.m., Degiovanni,A. & Gaillard,P. (1999). Validation of French version of the Dissociative Experiences Scale. *The Canadian Journal of Psychiatry*,44,271-275.
 - Eisen,M.&Lynn,S.(2001).Dissociation, memory and suggestibility in adults and children. *Applied Cognitive psychology*, 15, 49-73.

- Exner,C.,Kohl,A., Zaudig,M., Langes,G., Lincoln,T. &Rief,W. (2009). Metacognition and episodic memory in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 624- 631.
- Fitch,K.E. &Cogle,G.R.(2013). An Evaluation of Obsessive Beliefs as Predictors of Performance on In Vivo Assessments of Obsessive–Compulsive Symptoms. *Cognitive Therapy Research*, 37, 207-- 220.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R. & Hajcak, G. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14,485-496.
- Grabe,H. Goldshchmidt,F., Lehmkuhl,L., Gansicke,M., Spitzer,C.& Freyberger,H. (1999). Dissociative symptoms in obsessive compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 314 – 324.
- Holtgraves,T.& Stockdale,G. (1997). The assessment of Dissociative experiences in a non – clinical population: Reliability validity and factor structure of the dissociative experiences scale. *Personality and Individual Differences*, 22 (5), 124-139.
- Jacobi,D. (2002). Thought appraisals, beliefs, and obsessional symptoms: Relations between parental beliefs and child symptoms. Unpublished doctoral dissertation, Finch University.
- Janeck,A.S.(1999).Cognition and obsessive–compulsive disorder: appraisal of and beliefs about intrusive

thoughts. Unpublished doctoral dissertation, Finch University.

- **Janeck,A., Calmari,J., Riemann,B. & Heffelfinger,S. (2003). Too much thinking about thinking? Metacognitive difference in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 17, 181- 195.**
- **Kihlstrom,J., Glisky,M. & Angiulo,M. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. Journal of Abnormal psychology, 103 (1), 117- 124.**
- **Markarian,Y., Larson,M., Aldea,M., Baldwin,S., Good,D., Berkelion,A., Murphy,T., Storch,E. & Mckay,D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive compulsive disorder. Clinical psychology Review, 30, 78 – 88.**
- **Martin,E. (2006). Procedural learning, cognitive self-consciousness, and obsessive compulsive disorder. Unpublished doctoral dissertation, Rosalind Frnklin University.**
- **Muris,P. &Merckelbach,H. (1997). Suppression and dissociation. Personality and Individual Differences, 23 (3), 523 – 525.**
- **Muris,P. Merckelbac,H., &Peters,E. (2003). The Links between the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), Fantasy Proneness, and Anxiety Symptoms. The Journal of Nervous and Mental Disease,191, 18-24.**
- **Novara,C., Postore,M. ,Ghisi,M., Sica,C., Sanavio,M.,D. &Mckay,D. (2011). Longitudinal aspects of obsessive compulsive cognitions in a non-clinical sample: Afive-**

- year follow-up study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,42, 317-324.
- **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Behaviour Research and Therapy*,35, 667-681.**
 - **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.(2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusion inventory– part 2: Factor analysis and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527 – 1542.**
 - **Purdon,C.& Clark,D. (1999). Metacognition and Obsession. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 102 – 110.**
 - **Putnam,F.(1989). Pierre Janet and modern view of dissociation, *Journal of Traumatic Stress*, 2 (4), 413-429.**
 - **Rachman,S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*,40, 625-639.**
 - **Rachman,S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*,42 ,1227–1255.**
 - **Rheaume,J., Ladouceur,R. &Frestone,M. (2000).The prediction of obsessive compulsive tendencies: Does perfectionism play a significant role ? . *Personality and Individual Differences*, 28, 583 – 592.**
 - **Rufer,M., Frick,S., Held,D., Gremer,J.& Hand,I. (2006). Dissociation and Symptoms dimensions of obsessive-compulsive disorder A Replication study. *Euro archive psychiatry clinical neuro science*, 25,146 – 150.**

- Salkovskis,P.M., Shafran,R., Rachman,S. & Freeston,M.(1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1055-1072.
- Siev, J.Stekete,G., Fama,J.M. &Wilhelm,S. (2011). Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*,25, 167-175.
- Smith,A.H., Wetterneck,C.T., Hart,J.M., Sort,M.B. &Bjorgvinsson,T .(2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* , 1,54-61.
- Solem,S., Myers,S., Fisher,P., Vogel,p.& Wells,A.(2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive compulsive symptoms: Relation and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24,79 – 86.
- Spurr,J.M., Stopa,L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22,947 – 975.
- Taylor,S., Abramowitz,J. & Mckay,D. (2007). Cognitive -Behavioral Models of Obsessive- Compulsive Disorder. In: M.M.Antony, C.Purdon & L.J.Summerfeldt (eds), *Psychological Treatment of Obsessive Compulsive Disorder Fundamentals and Beyond*. (pp9–29), Washington: American Psychological Association .

- **Tolin,D., Woods,C.& Abramowitz,J .(2003)** .Relationship between obsessive beliefs and obsessive compulsive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (6), 657 – 669.
- **Tolin,D., Brady,R. & Hanan,S. (2008).** Obsessional beliefs and symptoms of obsessive compulsive disorder in a clinical sample . *Journal of Psychopathology and Behaviour Assessment*, 30, 31 – 42.
- **Van den Hout,M., Engelhard,I., Smeets,M., Dek,E., Turksma,K.& Saric,R.(2009).** Uncertainty about perception and dissociation after compulsive – like staring: Time course of effect. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 535 – 539.
- **Van Ijzendoorn,M.& Schuengel,C. (1996)** .The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta- analytic validation of the dissociative experiences scale (DES) . *Clinical Psychology Review*, 16 (5), 365 – 382.
- **Viar,M.A., Bilsky,S.A., Armstrong &T.Olatunji,B.O .(2011).** Obsessive Beliefs and Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Specific Associations .*Cognitive Therapy Research*,35, 108-117.
- **Watson,D., Wu,K.& Cutshall,C. (2004).** Symptom subtypes of obsessive- compulsive disorder and their relation to dissociation. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 435 – 458.
- **Wells,A. &Cart Wright–Hatton,S. (2004).** A short form of the metacognitive questionnaire: Properties of the

MCQ- 30. Behaviour Research and Therapy, 42, 385 – 396.

- **Wheaton,M.G. ,Abramowitz,J.S., Berman,N.C., Rieman,B.C. &Hale,L.R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 48 , 949-954.**
- **Wolters,L., Hogendoon,S.M., OudegaM., Vervoort,L. &de Hann,E. (2012). Psychometric properties of Dutch version (MCQ-A) in non-clinical adolescents and adolescents with Obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders,26, 343-351.**
- **Woods,C., Tolin,D., &Abramowitz,J.S. (2004).Dimensionality of Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) . Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment,26, 113-125.**
- **Yilmaz,A.E., Gencoz,T. &Wells,A.(2008). Psychometric Characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and Metacognitive Predictors of Worry and Obsessive– Compulsive Symptoms in a Turkish Sample. Clinical Psychology and Psychotherapy ,15, 424–439 .**

