



كلية التربية  
المجلة التربوية



جامعة سوهاج

# ” فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا ”

إعداد

د/ فاطمة الزهراء محمد زاهر محمد.

مدرس الصحة النفسية- كلية التربية- جامعة الزقازيق

تاريخ استلام البحث : ٥ نوفمبر ٢٠٢٢ م - تاريخ قبول النشر: ٢٣ نوفمبر ٢٠٢٢ م

DOI: 10.12816/EDUSOHAG.2023.

**مستخلص البحث:**

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا. وتحقيقاً لهذا الهدف تم إجراء البحث على مجموعة تجريبية من طلاب الدراسات العليا بجامعة الزقازيق مرتفعي درجة استراتيجيات ضبط الفكر والوسواس الفكرية القهرية، بلغ قوامها (٦) طلاب (٢ ذكور، ٤ إناث)، تراوحت أعمارهم بين (٢٤-٣٧) عامًا، بمتوسط عمر زمني قدره (٢٨ عامًا)، وانحراف معياري قدره ٥,٠٢ عامًا، وبعد تطبيق كل من استبيان استراتيجيات ضبط الفكر (إعداد: Wells, A. & Davies, M.I., 1994، ترجمة الباحثة) ومقياس الوسواس الفكرية القهرية (إعداد: محمد احمد سعفان، فاطمة الزهراء محمد زاهر) وبرنامج العلاج بالقبول والالتزام (إعداد: الباحثة) بواقع ٨ جلسات تراوحت مدة الجلسات بين (٤٥ - ٦٠ دقيقة)، وأوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على كل من استبيان استراتيجيات ضبط الفكر ومقياس الوسواس الفكرية القهرية لصالح القياس البعدي في الاتجاه الأفضل؛ في حين لم توجد فروق دالة إحصائية بين درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر ومقياس الوسواس الفكرية القهرية.

وبذلك توضح نتائج البحث الحالي فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.

الكلمات المفتاحية: العلاج بالقبول والالتزام، استراتيجيات ضبط الفكر، اضطراب الوسواس القهري، طلاب الدراسات العليا.

***Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Modifying Thought Control Strategies and Reducing Obsessive Compulsive Disorder in Post graduate students***

**Dr/ Fatma el-zahraa Mohamed zaher Mohamed.**

Lecturer of Mental Health- Faculty of education- Zagazig university.

**Abstract:**

This research aims to recognize the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in modifying Thought Control Strategies and reducing Obsessive Compulsive disorder in post graduate students, to achieve this goal, the research was conducted on an experimental group of (6) post graduate students in Zagazig university with high degree of both thought control strategies and Obsessive compulsive thoughts scale, (4 females-2 males), aged between (24-37)years, Mean=28year, sd=5,02year ).They completed Thought Control Strategies questionnaire (TCQ) (Wells, & Davies, 1994, translated by researcher) and obsessive compulsive thoughts Scale (by: Mohammed Ahmed Saafan& Fatma El-zahraa Mohamed zaher). Results showed that there is statistically significant differences at the level of (0.05) between the mean ranks of the pre-test and post-test for the experimental group members on both TCQ and obsessive compulsive thoughts Scale in favor of the post-test measures, While there is no statistically significant differences between the mean ranks of the post-test and follow-up-test for the experimental group members on the Thought Control Strategies questionnaire, and obsessive compulsive thoughts Scale.

Results show that Acceptance and Commitment Therapy is effective on modifying Thought Control Strategies and reducing Obsessive Compulsive Thoughts in post graduate students.

**Key words:** Acceptance and Commitment Therapy, Thought Control Strategies, Obsessive Compulsive disorder. Post graduate students.

## مقدمة البحث:

تُعد التساؤلات العلمية المنتشرة حول الاضطرابات النفسية "أعراضها وأسبابها، وطرق الوقاية منها" وخاصةً اضطراب الوسواس القهري؛ مؤشراً مهماً يُعبّر عن تطوّر وعي الأفراد بما يتواتر لديهم من أفكار وما يظهر عليهم من أعراض، وفي ضوء ظهور الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، ظهر الاهتمام بأهمية اختبار فعالية العلاج بالقبول والالتزام كأحد المداخل العلاجية المُتضمنة في خفض وعلاج اضطراب الوسواس القهري.

واهتمت بعض التوجهات النظرية الحديثة بالفصل بين مفهوم الوسواس القهري (بدون أفعال قهرية) ومفهوم الأفعال القهرية (غالبًا تكون نتيجة لفكرة وسواسية قهرية)، فقد أوضح (محمد أحمد سعفان، ٢٠١٤، ٢٥-٣٧) أنّ الوسواس القهري قد توجد منفردة دون الأفعال القهرية؛ في هذه الحالة يُشخّص العميل بأنه مريض وسواس قهري، ولكن إذا وُجدت الأفعال القهرية وُجدت معها الوسواس القهري لأنّ الفعل القهري مرحلة متطورة من الفكرة القهرية، فالفكرة توجد أولاً ثم يأتي الفعل، حيث تصل نسبة تلازم الفكرة الوسواسية مع الفعل القهري ٩٠٪، ونسبة وجود وسواس قهري فقط بدون أفعال قهرية ٩٪، ونسبة وجود أفعال قهرية بدون وسواس قهري ١٪.

ذكرت (Barraca, 2012, P.112) أن العلاج بالقبول والالتزام (ACT) يفترض أنّ الخبرة الداخلية يجب أن تُدار بشكل مختلف عن الخبرة الخارجية. لذا فهو يتحدث عن قاعدة الأحداث الخاصة "rule of private events" والتي هي عكس الأحداث الخارجية، فالسلوك المُتعمد يناسب التحكم في الأحداث الداخلية، وليس الأحداث الخارجية. ووفقاً لذلك، فإنّ الخبرة الداخلية مهما كان مضمونها (الأفكار، الذكريات، الأحاسيس الجسدية، وغيرها) يجب تركها دون محاولة (إيقافها أو التحكم فيها أو تعديلها أو تكبيرها أو تصغيرها، وغيرها). حيث إنّ المحاولة المتكررة لتغيير هذه الخبرة وعدم تحقيقها تؤدي إلى مشكلة نفسية باثولوجية تُعرف باسم «اضطراب التجنب التجريبي experiential avoidance disorder» أو «تجنب اختباري مدمر»، وفقاً لـ ACT، فإن تكرار محاولات السيطرة على العقل تؤدي إلى زيادة الضيق والضغط.

وأوضح (Philip, & Cherian, 2022) أنّ العلاجات الأحدث في الموجة الثالثة تختلف جوهرياً عن التقنيات الحالية مثل العلاج السلوكي المعرفي من حيث مبادئها وعمليات

التغيير، حيث يُعتبر علاج القبول والالتزام (ACT) هو الأبرز بين العلاجات النفسية للموجة الثالثة.

ويُعد العلاج بالقبول والالتزام من العلاجات المستخدمة في الوقت المعاصر لعلاج اضطراب الوسواس القهري، وذلك في ضوء نتائج بعض الدراسات الأجنبية السابقة التي تناولت هذا النوع من العلاج مثل نتائج دراسة، (Izadi, Vakili, & Garraee, 2014)، ودراسة (Philip, Asgari, K., Neshatdust, & Abedi, 2012)، ودراسة (Cherian, 2022). حيث يركّز العلاج بالقبول والالتزام على تحسين المرونة النفسية لدى الفرد وزيادة تقبله للأحداث التي يمرّ بها، كما أنّه ذو فعالية في علاج اضطراب الوسواس القهري من خلال تبنّي تغيير وظيفة الأفكار بدلاً من تغيير شكلها أو محتواها.

وأشار (Collins, Bragdon, & Coles, 2018, P132-133) إلى وجود معتقدين مرتبطين بالوسواس القهري، وغالبًا ما يتم تناولهما في ACT وهما ينظران إلى الخبرات الداخلية السلبية على أنها خطيرة و تحتاج إلى التقليل أو السيطرة، وغالبًا ما يبدأ علاج الوسواس القهري وفقًا لـ ACT باستهداف القبول: تعلم عدم محاولة التحكم في الخبرات الداخلية مثل (الوسواس القهري). ويركز الفصل Defusion على تغيير الطريقة التي يتم بها تجربة الأفكار وتقليل أهميتها المُدرّكة. فمثلًا، غالبًا ما يفسر مرضى الوسواس القهري الكلمات والجمل والأفكار بشكل حرفي جدًا، أو أنها تمثل الحقيقة (فمثلًا، مجرد التفكير في تعرّض شخص عزيز لي لحادث سيارة يجعله أكثر عُرضةً للتعرض لحادث).

وتُعتبر القدرة على التحكم في أفكار الفرد أمرًا مهمًا للصحة العقلية والانتباه والتركيز والتخطيط للمستقبل والتفكير، ويعد ضبط الفكر أحد سُبُل السيطرة العقلية ومحاولة تثبيط تكرار الأفكار الدخيلة، حيث أنّه في حالات الضغط المعرفي تزيد احتمالات ظهور الأفكار الدخيلة. وهناك استراتيجيات للتحكم في الأفكار الدخيلة غير المرغوبة بعضها توافقي (مثل الإلهاء المُركّز)، والبعض الآخر غير توافقي (مثل التجنّب، وعقاب الذات) قد يؤدي إلى نتائج عكسية تُزيد من تكرار الأفكار الدخيلة وتُبقي عليها.

ويعتبر كل من الاندماج المعرفي Cognitive fusion (التوحد مع معنى الكلمات والتدقيق في محتوى الأفكار)، واستدعاء المشاعر والأفكار المرتبطة بالخبرات الماضية في الموقف الراهن، وصعوبة فصل الذات عن الأحداث، وعجز الفرد عن تحديد ما هو مهم وذا

قيمة في حياته، وفشله في الالتزام السلوكي بهذه القيم يجعله عرضة لاستخدام طرق واستراتيجيات غير مناسبة للتحكم فيما يطارده من أفكار تسبب له الضيق والتوتر رغم علمه بأن هذه الاستراتيجيات غير ذات جدوى، بل أنها قد تؤدي لنتائج عكسية.

وذكر (Belloch, Morillo, & Garcia-Soriano, 2009, P75) أن المداخل السلوكية المعرفية الحالية لاضطراب الوسواس القهري (OCD) تقترح أن قمع الفكر المزمّن والاستراتيجيات الأخرى غير الفعالة للتحكم في الأفكار الدخيلة المتطفلة تلعب دورًا مهمًا في نشأة و/ أو الحفاظ على الاضطراب. ومع ذلك، فقد أجريت أبحاث تجريبية قليلة لتحديد أساليب التحكم و/ أو الكبت المستخدمة في أغلب الأحيان من قبل مرضى الوسواس القهري، والتي يمكن اعتبارها خاصة بالوسواس القهري. كما أشارت النتائج إلى ارتباط الميل المزمّن لقمع الأفكار الدخيلة (WBSI) بالعقاب (TCQ) لدى مرضى الوسواس القهري.

ويُعدّ طلاب الدراسات العليا فئة غير مستهدفة بشكل ملائم في الدراسات والبحوث النفسية- في حدود علم الباحثة- اعتمادًا على كونهم أكثر نُضجًا من الناحية العقلية والاجتماعية وأكثر تنظيمًا واعتمادًا على ذواتهم. رغم تعرضهم لمجموعة متباينة من الضغوط نتيجة طبيعة مسؤولياتهم الأكاديمية والأسرية وأحيانًا المهنية، إضافة لما تتطلبه دراستهم بعد الجامعية من جهود وما تفرضه من تحديات.

### مشكلة البحث:

ووفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5، يصل معدل انتشار الوسواس القهري لمدة ١٢ شهرًا في الولايات المتحدة نسبة ١,٢٪، مع انتشار مماثل على المستوى الدولي (١,١٪ - ١,٨٪). وينتشر في مرحلة البلوغ لدى الإناث بمعدل أعلى قليلًا منه لدى الذكور، رغم أنه أكثر شيوعًا لدى الذكور عنه لدى الإناث في مرحلة الطفولة (DSM-5, 2013, P239).

وقد زاد اهتمام الباحثة بدراسة اضطراب الوسواس القهري بعد لجوء بعض طلاب الدراسات العليا في محيط عملها كعضو هيئة تدريس بالجامعة طلبًا للمساعدة في التخلص من سيطرة أعراض هذا الاضطراب، ومن خلال لقائها بهؤلاء الأفراد وتطبيق بعض المقاييس بصورة مبدئية (مثل مقياس بادو، ومقياس يال براون للوسواس والأفعال القهرية)، لوحظ من خلال استجاباتهم لعبارات المقاييس أن البعض منهم لا يتخطى الاضطراب لديه مرحلة اجترار

الأفكار الدخيلة (تكرار الأفكار بصورة ملحة دون القيام بأي إجراء سلوكي للتعامل معها) مع تكرار محاولات التحكم في هذه الأفكار أو قمعها.

وتفترض الباحثة أنّ مرضى الوسواس القهري يستخدمون استراتيجيات غير مناسبة للتحكم في نظامهم المعرفي اعتقادًا منهم في انها تقلل التوتر الناتج عن الأفكار الوسواسية القهرية، ولكنها في تُعتبر سببًا في استمرار ظهور أعراض الوسواس القهري والإبقاء عليها، لذا فإنّ تقوية استراتيجيات ضبط الفكر التوافقية وتعديل استراتيجيات ضبط الفكر غير التوافقية قد يُسهم في خفض حدة التوتر الناتج عن الوسواس الفكرية القهرية.

فقد أوضحت نتائج دراسة (Allen, Krompinger, Mathes, Crosby, & Elias, 2016) أنّ مرضى الوسواس القهري يستخدمون التوتر والعقاب بدرجة مرتفعة، ويستخدمون الإلهاء والتحكم الاجتماعي بدرجة منخفضة. وتُشير زيادة استخدام الإلهاء وقلة استخدام العقاب الذاتي بانخفاض أعراض الاندماج. وتُشير نتائجهم إلى أنّ مرضى الوسواس القهري قد يستفيدون من التدخلات التي تُسهّل الإلهاء المركّز عن الأفكار الدخيلة. علاوة على ذلك، قد يكون الاستخدام التدريجي لاستراتيجيات الإلهاء والضبط الاجتماعي أهدافًا جديرة بالاهتمام في علاج الوسواس القهري.

ومن هنا تبلورت فكرة البحث بغرض تحديد أحدث وأفضل طرق علاج اضطراب الوسواس القهري لاستخدامها في تناول مشكلة البحث، ويعد الاطلاع على البحوث السابقة التي تناولت فعالية الأساليب العلاجية المختلفة في الحدّ من اضطراب الوسواس القهري، كان العلاج بالقبول والالتزام من الأساليب العلاجية المعاصرة التي تُثبتت فعاليتها في خفض اضطراب الوسواس القهري وهذا ما أيدته نتائج عديد من الدراسات منها دراسة (Twohig, Jennifer, Vilardaga, Levin, & Hayes, 2015)، (Thompson, Twohig, & Wheeler, 2017)، (Luoma, 2021)، ودراسة (Belloch, Morillo, Garcia, Soriano, 2009)، (Mohammadkhani, & farjad, 2009) والتي أوضحت نتائجها ارتباط استراتيجيات التحكم في الفكر باستمرار اضطراب الوسواس القهري. وأيضًا دراسة (Saadat, Makvandi, Pasha, & Hosseini, 2018) ودراسة (Ghafoorian, & Hassanabadi, 2016) التي أثبتت فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر.

وفي دراسة (Soondrum, Wang, Gao, Liu, Fan, & Zhu, 2022) تمت مراجعة البحوث التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام (ACT) كعلاج سلوكي معرفي (CBT) من الجيل الثالث وتوصلت المراجعة إلى أن مجموعة كبيرة من الدراسات أوضحت فعالية ACT في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري (OCD).

وفي ضوء قلة البحوث العربية- في حدود اطلاع الباحثة- جاءت فكرة البحث الحالي الذي يهدف إلى تعديل استراتيجيات ضبط الفكر، وبالتالي خفض أعراض الوسواس الفكرية القهرية لدى مجموعة من طلاب الدراسات العليا عن طريق برنامج للعلاج بالقبول والالتزام، ويمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

هل العلاج بالقبول والالتزام ذو فعالية في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا؟  
ويتفرع من هذا السؤال مجموعة أسئلة فرعية كالتالي:

- ١- هل توجد علاقة بين استراتيجيات ضبط الفكر والوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا؟
- ٢- هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل؟
- ٣- هل توجد فروق بين درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل؟
- ٤- هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجيات ضبط الفكر؟
- ٥- هل توجد فروق بين درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجية ضبط الفكر بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٦- هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير الوسواس الفكرية القهرية؟
- ٧- هل توجد فروق بين درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير الوسواس الفكرية القهرية بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج العلاجي؟



**أهداف البحث:**

- في ضوء مشكلة البحث وأسئلته يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:
- ١- الكشف عن اتجاه العلاقة بين استراتيجيات ضبط الفكر والوساوس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.
  - ٢- معرفة درجة التحسن في المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية باعتبارها مؤشراً عن فعالية العلاج بالقبول والالتزام.
  - ٣- تعديل استراتيجيات ضبط الفكر لدى طلاب الدراسات العليا من خلال برنامج للعلاج بالقبول والالتزام.
  - ٤- خفض الوساوس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا بعد تعديل استراتيجيات ضبط الفكر لديهم باستخدام برنامج العلاج بالقبول والالتزام.

**أهمية البحث:**

يمكن توضيح أهمية البحث الحالي في جانبها النظري والتطبيقي كالتالي:  
الأهمية النظرية تكمن في:

- (١) إسهام هذا البحث في إثراء التراث النظري في متغير الوساوس الفكرية القهرية و مجال القبول والالتزام، مما قد يُتيح للباحثين فرصة مواصلة البحث في هذه المتغيرات.
  - (٢) إبراز إمكانية مساهمة العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر ودوره في علاج الاضطرابات الانفعالية وخاصة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، حتى يمكنهم مواصلة تقدمهم في الدراسة بعد الجامعة جنباً إلى جنب مع التخطيط أو مواصلة حياتهم العملية، والعيش والأداء والتمتع بالصحة النفسية.
  - (٣) نُدرة البحوث العربية - في حدود علم الباحثة- التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام لتعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.
- الأهمية التطبيقية وتتضمن:

- (١) ما قد يُسفر عنه البحث الحالي من نتائج قد تساعد في إعادة اختبار فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى فئات مختلفة.
- (٢) التأكيد على أهمية تعديل طرق تعامل الأفراد واستجاباتهم لأفكارهم الوسواسية القهرية، تمهيداً لإكسابهم القدرة على التحكم بطرق أكثر توافقاً مع الأفكار المسببة للتوتر لديهم.
- (٣) يقدم هذا البحث مقياساً جديداً للوسواس الفكرية القهرية (ويعدّ الأول من نوعه في مجال الصحة النفسية وعلم النفس في البيئة العربية في حدود علم الباحثة)، مما يُيسر على الباحثين استخدامه في دراسات أخرى.

### مصطلحات البحث الإجرائية:

#### ١- الوسواس الفكرية القهرية Obsessive Compulsive Thoughts

يعرفه (محمد أحمد سغان، فاطمة الزهراء محمد زاهر (الباحثة)) بأنها مجموعة أفكار أو مشاعر أو تخيلات، تقتحم عقل الشخص بطريقة قهرية ويجد نفسه مضطراً للتفكير فيها، رغم وعيه بعدم واقعية وسخافة تلك الأفكار والصور وينتج عن متابعة التفكير فيها زيادة التوتر والقلق، فيُفضّل الاستسلام لها بدلاً من مقاومتها، وينتج عن ذلك تشتت الانتباه وإعاقة ممارسة أنشطة الحياة اليومية. وتتضمن ثلاثة أبعاد وهي:

(أ) البعد الأول: أعراض الوسواس القهرية Symptoms: وهو مجموعة أفكار أو كلمات أو جمل أو مشاعر أو أحاسيس أو صور أو تخيلات، تقتحم عقل المريض بطريقة قهرية أو قسرية وتكرر حتى تصبح عادة قوية ينشغل بها المريض معظم الوقت ويجد نفسه مجبراً على التفكير فيها؛ رغم علمه بعدم واقعيته، وزيادتها عن الحد وعدم وجود معنى لها ولا ينتج عنها أي متعة أو فائدة.

(ب) البعد الثاني: المقاومة Resistance : ويتضمن تعريف المقاومة جانبيين أحدهما معرفي يُشير إلى اعتقاد المريض بسخافة الأفكار والصور والتخيلات التي يفكر فيها أو يتصورها. والآخر وجداني ويُشير إلى شعور المريض أن ثمة قوة داخلية تلح عليه وتوجهه بأن يستمر في التفكير فيها واجترارها؛ حيث أنه لا

يستطيع إيقافها لأنها قهرية ولا يملك سوى الاستسلام لها. والمقاومة هنا تكون للذات المحترمة والذات المنطقية؛ ولأن محاولات المقاومة يتبعها زيادة القلق، يُفضّل المريض الاستسلام لها بدلاً من مقاومتها.

(ج) البعد الثالث: الآثار **Effects**: وهو شعور الشخص بالمخاوف والقلق بسبب سيطرة الوسواس القهرية عليه، وتستنفد الكثير من الوقت والجهد وتؤدي إلى تشتت الانتباه واضطراب ممارسة أنشطة الحياة اليومية والتعليمية والمهنية والأسرية والزواجية، وغالباً ما تُسبب اضطراباً في العلاقات الإجتماعية، كما تُسبب الضيق وفقد الثقة بالنفس وفرط الحساسية، وتوقُّع الكوارث والحوادث أو الإصابة بمرض نفسي مع فقد الأمل في إمكانية الشفاء في الوقت الحالي أو في المستقبل. ، وتحدد الوسواس الفكرية القهرية إجرائياً بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الوسواس الفكرية القهرية المستخدم في البحث.

## ٢- استراتيجيات ضبط الفكر **Thought Control Strategies**

عرّف (Wells, & Davies, 1994,P871) استراتيجيات ضبط الفكر بأنها تلك التقنيات التي يستخدمها الأفراد عادة لقمع الأفكار غير المرغوب فيها (تجنب التفكير في فكرة معينة). وتتضمن بعد الإلهاء، الضبط الاجتماعي، التوتر، العقاب، إعادة التقييم. وقد تكون بعض الاستراتيجيات ذات نتائج عكسية في تأثيرها. والأبعاد هي:

(أ) الإلهاء **Distraction**: ويُشير إلى توجيه عقل الفرد للإلتغال بفكرة بديلة أقل ألماً، أو القيام بأنشطة معينة تصرفه عن الفكر غير المرغوب.

(ب) الضبط الاجتماعي **Social control**: ويتضمّن مشاركة الأفكار الدخيلة غير المرغوبة وما يصحبه من توتّر مع الآخرين بهدف كسب الطمأنينة من الآخر بعدم وجود ضرر للفكر.

(ج) التوتّر **worry**: يشبه الإلهاء إلى حدّ ما، ولكنه يتضمّن استبدال التفكير في الأفكار الدخيلة غير المرغوبة الأكثر ضرراً بالتفكير في فكرة أخرى أقل ضرراً (من وجهة نظره).

د) العقاب punishment: يتضمن توجيه الغضب والعقاب نحو الذات لوجود وتكرار الأفكار الدخيلة غير المرغوبة، ويشير إلى الأفراد الذين يوجهون إيذاءً بدنيًا نحو أنفسهم بغرض التحكم في الفكرة الدخيلة.

هـ) إعادة التقييم Re-appraisal: وتشير إلى محاولة إعادة تحليل وتفسير وتقييم وتحدي الأفكار الدخيل كمحاولة لتغيير محتواها.

وتتحدد إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر المستخدم في البحث.

### مُحدّدات البحث:

يتحدد مجال البحث الحالي بالمحددات التالية:

- ١- محددات منهجية: حيث تم استخدام كلاً من المنهج الوصفي الارتباطي، والمنهج شبه التجريبي القائم على التصميم الأحادي لتحقيق الهدف من البحث الحالي. One group pre-test post-test design
- ٢- محددات مكانية: حيث تم تنفيذ جلسات البرنامج بإحدى قاعات كلية التربية جامعة الزقازيق.
- ٣- محددات زمنية: حيث تم تطبيق أدوات البحث خلال العام الجامعي ٢٠٢١-٢٠٢٢ م. واستمر تقديم الجلسات الإرشادية لمدة شهر ونصف بواقع (١٨) جلسة بمعدل (٣) جلسات أسبوعياً، تراوحت مدة الجلسة بين (٤٥-٦٠ دقيقة). وتم إجراء القياس التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تقديم الجلسات الإرشادية.
- ٤- محددات بشرية: تضمنت عينة البحث الأساسية (٢٣٥) طالباً الدراسات العليا بكليات التربية والعلوم والتجارة والبيطري والصيدلة بجامعة الزقازيق، وبلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (٦) طلاب بواقع (٢ ذكور، ٤ إناث).

## أدبيات البحث:

## أولاً: العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

ذكر Hayes.(2004,p5-6) أنّ الموجة الثالثة من العلاج السلوكي والمعرفي تركز على أساس منهج تجريبي يُركّز على المقصد أو المبدأ principle-focused approach، وتهتم بشكل خاص بسياق context ووظائف الظواهر النفسية وليس فقط شكلها، وبالتالي تميل إلى التأكيد على استراتيجيات التغيير السياقي والتجريبي إضافةً إلى استراتيجيات مباشرة وتعليمية. وتميل هذه العلاجات إلى تكوين بنية واسعة ومرنة وفعالة لتعلم استبعاد مشاكل محددة بدقة.

وأوضح (Vilardaga, Hayes, Schelin, 2007, P118) أنّ علاج القبول والالتزام هو نموذج قائم على التجربة بناءً على وجهة النظر القائلة بأنّ كلاً من اندماج العملاء مع أفكارهم وكذلك المحاولات الناتجة للسيطرة للتجارب الخاصة المزعجة هي أساس جزء كبير من علم النفس المرضي. وفي مدخل ACT، تؤدي هاتان العمليتان، جنباً إلى جنب مع العمليات الأخرى التي تتدفق منها جزئياً إلى ضعف المرونة النفسية وقصور الإجراءات الفعالة الصريحة للتعامل مع الحدث. حيث يعمل ACT على ترسيخ مفاهيم اليقظة والقبول بدلاً من الاندماج المعرفي cognitive fusion والتجنب التجريبي experiential avoidance، كما يعمل على إشراك العملاء في توضيح أهدافهم وقيمهم في النشاط السلوكي الصريح الخاص بهم بدلاً من الصلابة وعدم النشاط (الخمول).

الأساس النظري والفلسفي للعلاج بالقبول والالتزام ACT

وأشار (Webster, 2011, P 309) أنّه في ضوء نظرية Relational frame theory (RFT theory)، يُنظر إلى اللغة على أنها الاختلاف الرئيسي بين البشر وغير البشر، ويُنظر إلى التأطير العلائقي باعتباره العملية الأساسية في تطوير اللغة. وفي التسلسل النمائي تتطور القدرات اللغوية الأكثر تعقيداً بمرور الوقت، وتستمر الأطر العلائقية في التوسع بمرور العمر.

وبيّن (Izadi, Asgari, Neshatdust, Abedi, 2012,p107) أنّ العلاج بالقبول والالتزام هو أحد المداخل العلاجية في الموجة الثالثة من العلاج السلوكي والذي

يتبنى مدخل (تغيير وظيفة الأفكار والعواطف بدلاً من تغيير شكلها أو محتواها أو تكرارها). وينبثق العلاج بالقبول والالتزام من نظرية فلسفية تسمى السياقية الوظيفية **functional contextualizm** وتستند إلى برنامج بحث حول اللغة والإدراك يسمى نظرية الإطار العلائقي **Relational Frame Theory**. ويحتوي **ACT** على ست عمليات مركزية تهدف إلى تحسين المرونة النفسية. **psychological flexibility**.

وذكر (Hooper, & Larsson, 2015, P21) أن نظرية (RFT) افترضت أن العمليات اللغوية قد تكون مختلة أو وظيفية، ويتم تقديم القيم كدليل للواجب المنزلي السلوكي وصياغة الهدف.

وقد أوضح (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006, p6) أن نظرية الإطار العلائقي (RFT) تهتم بشرح العلاقة ثنائية الاتجاه بين الإدراك واللغة في تعزيز فهم الظواهر النفسية، حيث لا يقتصر تفسير السلوك البشري على الخبرة المباشرة، بل يتم تعميم الاستجابات للمثيرات على نطاق واسع بناءً على التفاعلات بين العمليات الداخلية (مثل اللغة والإدراك)، بدلاً من كونها ناتجة عن ارتباطات التحفيز المباشر. وبهذه الطريقة يستمد الفرد معتقداته وأنماط الاستجابة من تجارب مباشرة مختلفة تتفاعل بشكل متبادل ويمكن تطبيقها على نطاق واسع، مما يؤثر على الاستجابات للمواقف الجديدة دون تكيف مباشر. فمثلاً الأفكار الدخيلة حول الإصابة بالمرض بعد استخدام المرحاض في دورة المياه العامة قد تُعمَم داخلياً على مخاوف التلوث الأخرى. وقد يتم تعميم أنماط التجنب في سياقات جديدة دون وجود المعزِّز المشروط المباشر للإصابة بالمرض في تلك الحالة بالذات.

وأضاف (Hayes, 2004, p646) أن المكونات الأساسية للسياقية الوظيفية **functional contextualizm** تتضمن: (أ) التركيز على الحدث بأكمله، (ب) الحساسية لدور السياق في فهم طبيعة ووظيفة الحدث، (ج) التركيز على معيار الحقيقة الواقعي، (د) وضع أهداف علمية محددة يمكن على أساسها تطبيق معيار الحقيقة". ويرى **ACT** (الأحداث النفسية على أنها مجموعة من التفاعلات المستمرة بين الكائنات الحية بأكملها والسياقات المحددة تاريخياً وموقفياً). وأن إزالة السلوكيات المُسبِّبة لمشكلات العميل من السياقات التي تشارك في هذا الحدث (مثل، مجرد تحليل الأعراض السلوكية الظاهرة نفسها)

تفتقر إلى فهم طبيعة المشكلة وسبل حلها. حيث يتم مقاومة الاختزال بجميع أنواعه، سواء كان ذلك الاختزال عبر مستويات التحليل (مثل، الاختزال البيولوجي) أو ضمن المجال النفسي (مثل، التعريفات المادية للسلوك أو الأحداث السياقية).

ورأى Twohig, Jennifer, Vilardaga, Levin, & Hayes,

(2015,P4) أنّ ACT يركز بشكل أساسي على السياقات الوظيفية المفترضة التي يتم من خلالها مناقشة الوسواس والتوتر والضيق المرتبط بها، بما في ذلك تلك التي تعزز المعنى الحرفي، وإعطاء السبب والهروب وتجنب خبرات داخلية معينة، حيث يحاول ACT تغيير هذه السياقات من خلال طرق متنوعة مثل الفصل المعرفي cognitive defusion (تجربة الإدراك كعملية مستمرة بدلاً من السماح لنتائج هذه العملية بهيكلة الموقف وتنظيم السلوك بشكل مفرط)، والقبول التجريبي experiential acceptance (الرغبة willingness في الاتصال بالخبرات الداخلية دون دفاع لا داعي له)، والعمل القائم على القيم values-based action (اختيار النتائج المرغوبة لأنماط السلوك المستمرة من أجل إنشاء المعززات في الوقت الحاضر)، حيث يركز ACT على وظيفة الوسواس بدلاً من التركيز على دقة أو تكرار محتواها.

كما أشار Hayes, Pistorello, & Levin, (2012,P979) أنّ الافتراضات السياقية الوظيفية في ACT تنعكس بعدة طرق، بحيث يوجد اهتمام ضئيل بأي معنى وجودي للمصطلح (مثلاً، عندما يقاوم العملاء التحقق من صحة أفكارهم)، بينما يوجد اهتمام كبير بقابلية العمل (مثلاً، كيف يعمل الفرد لتحديد مدى صحة أفكاره؟). ويعد السياق الاجتماعي واللفظي للمقاومة النفسية جانباً خاصاً من تركيز ACT بدلاً من محاولة تغيير شكل الخبرة الخاصة، حيث يحاول معالجي ACT تغيير وظائف الخبرة الخاصة عن طريق تغيير السياق الاجتماعي واللفظي في العلاج الذي ترتبط فيه بعض أشكال النشاط (مثل، الأفكار والمشاعر) بأشكال أخرى (مثل، الإجراءات العلنية أو الصريحة). عندما تكون قابلية العمل هي المعيار النهائي، يصبح من الواضح أن القيم والأهداف مهمة. أي ما الذي نريد التأثير فيه وفي أي اتجاه؟.

وأوضح Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, (1996,

P1155) أنّ التجنب التجريبي experiential avoidance هو عملية مرضية مفترضة

مُعترف بها في العديد من التوجهات النظرية. والتجنب التجريبي هو ظاهرة تحدث عندما يفقد الشخص رغبته في البقاء متصلًا بخبرات خاصة معينة (مثل، الأحاسيس الجسدية والعواطف والأفكار والذكريات والميول السلوكية)، ويتخذ خطوات لتغيير شكل أو تقليل تكرار هذه الأحداث والسياقات المناسبة لها. فالفرد يُدرك أن الأفكار والذكريات والعواطف تتداخل بشكل كبير دون تمييز صارم بينها، حيث يتضمن بشكل صريح كلاً من التجنب والهروب في جميع أشكالهما، طالما أنهما يُستخدمان كطرق لتغيير شكل أو تكرار الخبرات والتجارب والسياقات التي تسببها. وذكر (Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004, P40) أن الهدف العام من عملية ACT الأساسية هو مساعدة العميل على اكتشاف الخصائص الخفية للغة التي تُنتج الاندماج، وزعزعة ثقة العميل في الوثوق ضمناً بـ "واقع" التجارب والخبرات الخاصة، وإعادة بناء "المساحة" الموجودة بين الفكر والمفكر والشعور والعاطفة.

وأشار (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, Geller, 2007, P775-776) إلى أن ACT يهدف إلى زيادة قبول الفرد لمدى كامل من الخبرات والتجارب الذاتية، بما في ذلك الأفكار والمعتقدات والأحاسيس والمشاعر المؤلمة، في محاولة لتعزيز التغيير السلوكي المرغوب والذي يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة. حيث أن محاولات السيطرة على الخبرات والتجارب الذاتية غير المرغوب فيها (مثل، القلق) غالباً تكون غير فعالة وتؤدي إلى نتائج عكسية ومنها زيادة واضحة في الضيق أو الكدر أو عواقب نفسية كبيرة، أو كليهما. وبالتالي، يهتم بتشجيع المريض على التواصل مع تجربته وخبرته بشكل كامل بدون مقاومة أثناء التحرك نحو الأهداف القيّمة. ويساعد ACT المريض على فصل معنى التجارب النفسية المؤلمة وتقبل تجربته أثناء ظهورها في الوقت الفعلي. ويؤكد أيضاً على التدريبات التي تهدف إلى تحديد وبلورة القيم الشخصية الرئيسية، وترجمة هذه القيم إلى أهداف سلوكية محددة، وتصميم وتنفيذ استراتيجيات تغيير السلوك لتحقيق تلك الأهداف، حيث يدعم ACT مفهوم العمل الملتزم باعتباره تحركاً نحو أهداف الفرد في سياق القبول التجريبي.

وأوضح (Smout, 2012, P672) أن نموذج ACT يتنبأ بفعالية الأشخاص من حيث قدرتهم على: ٠١ قبول الأفكار والأحاسيس والمحفزات التلقائية ٠٢ نزع فتيل التفكير (أي مراقبة الأفكار دون تصديقها أو اتباع توجيهاتها) ٠٣ تجربة الذات كسياق (أي إحساس مستمر بالذات كمراقب للتجارب النفسية) ٠٤ التركيز في اللحظة الحالية بوعي ذاتي ٠٥ التعبير عن



القيم بوضوح (أي اختيار ذاتي، تحديد طرق مرغوبة للتصرف) ٠٦ الانخراط في فعل ملتزم (أي المشاركة في أنشطة متسقة مع القيم)، حيث يهدف العلاج إلى تقوية المهارات في هذه العمليات الست المتداخلة والمتآزرة، والتي يُشار إليها مجتمعة باسم "hexaflex".

ووفقًا لـ Philip, & Cherian, (2021, p1) تفهم المرونة النفسية Psychological flexibility بأنها القدرة على الاتصال باللحظة الحالية والوعي التام وقبول أفكار الفرد وعواطفه مهما كانت مؤلمة.

ورأى Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, (2004,

p12-13) أنّ المرونة النفسية هي إجابة على سؤال يتضمن عمليات ACT الست وهي: ١ • التمييز بين ذاتك كإنسان واع والمحتوى النفسي الذي تقاومه (الذات كسياق)، ٢ • هل لديك استعداد لتجربة ذلك المحتوى بشكل كامل وبدون دفاع أو مقاومة (قبول). ٣ • كما هو وليس كما تقول (defusion)، و ٤ • اعمل ما يقودك نحو الاتجاه (فعل ملتزم) ٥ • من القيم التي اخترتها (القيم). ٦ • في هذا الوقت وفي هذه الحالة (تواصل مع اللحظة الحالية)؟ في الأساس، تطرح الحياة هذا السؤال علينا جميعًا مرارًا وتكرارًا لحظة بلحظة. إذا كانت الإجابة على هذا السؤال هي "نعم" في لحظة معينة، تزداد المرونة النفسية. إذا كانت "لا"، يتم خفضها.

### فنيات العلاج بالقبول والالتزام:

ذكر Harris, (2006, P5) أنّ العلاج بالقبول والالتزام ACT يتضمّن ستة

مبادئ أساسية لمساعدة العملاء على تحسين المرونة النفسية وهي: الفصل المعرفي (الاعتراف بالأفكار على أنها سياق وليست حقيقة موضوعية)، القبول، الاتصال باللحظة الحالية، مراقبة الذات، القيم، العمل الملتزم. وكلّ من هذه المبادئ له منهجيته الخاصة وتمارينه وواجباته المنزلية والاستعارات المساعدة. فمثلًا في حالة الاندماج المعرفي نكون محاصرون في اللغة ويبدو أن أفكارنا هي الحقيقة الموضوعية أو القواعد التي يجب اتباعها، أو الأحداث المهمة التي تتطلب اهتمامنا الكامل، أو الأحداث المهدّدة التي يتوجب علينا التخلص منها، بعبارة أخرى يؤثر الاندماج مع أفكارنا بشكل كبير على سلوكنا.

وأوضح (Smith, Bluett, Lee, & Twohig, (2017,P 599-601)

فنيات العلاج بالقبول والالتزام كالتالي:

١- **القبول Acceptance** : ويعني الترحيب والقبول بجميع الخبرات الداخلية، سواء كانت سارة أو غير سارة دون محاولات للتأثير على محتواها أو تواترها. يُطلق على القبول أحياناً الرغبة، لأنه لا يتطلب أن يكون الشخص محبباً للخبرات (إنه يتطلب ببساطة السماح للخبرات بالحدوث).

٢- **الفصل المعرفي Cognitive defusion**: وهو عملية يتم فيها تغيير السياق الذي يتحكم في وظائف العلاقات اللفظية (أي السياق الوظيفي)، ونتيجة لذلك، يتم إنشاء وظيفة جديدة للعلاقة اللفظية، فهدف الفصل المعرفي ليس تغيير العلاقات نفسها، بل تغيير طريقة اتصال الفرد بها.

٣- **الذات كسياق Self as context**: هي القدرة على رؤية الذات من منظور "أنا / هنا / الآن"، أي أن المرء يختبر أفكاره ومشاعره ومعتقداته عن نفسه كمراقب، بدلاً من أن يتم تحديده من خلال تلك الخبرات؛ يأخذ الفرد منظور السياق الذي تحدث فيه تلك الخبرات. على النقيض، فإن مفهوم الذات والذي يُعدّ تصوراً تقييماً للذات، تكوّن في النهاية القاعدة القائلة بأن "هذا هو ما أنا عليه". الفرق بين هذين المنظورين يُشبه الفرق بين العميل الذي يعيش خبرات القلق مقابل الشخص القلق.

٤- **الوعي باللحظة الحالية Present moment awareness**: هو القدرة على استحضار جميع الأحداث في اللحظة الحالية بمرونة، بما في ذلك الأفكار والمشاعر والعواطف، بعيداً عن الخبرات الماضية أو المستقبلية، والاتصال باللحظة الحالية هو عالم الخبرة المباشرة، دون الحاجة إلى تغيير تلك الخبرة.

٥- **القيم Values**: وهي العبارات اللفظية التي تُحدّد مجالات الحياة ذات المغزى. ورغم أن للثقافة والأسرة دور في تكوين القيم، إلا أن القيم الشخصية يتم اختيارها بحرية في ACT، فالسلوكيات لا تكون "صحيحة" ولا "خاطئة" وإنما تكون قابلة للتطبيق أو غير قابلة للتطبيق في سياق قيم العميل. أي أن السلوكيات إما تخدم أو تعرقل تطبيق قيمة محددة.

٦- يتكون الإجراء الملتزم **Committed action**: من تحديد الالتزامات السلوكية والمشاركة فيها (الأنشطة أو الخبرات التي توجد فيها فرصة للاستجابة بمرونة للبيئة بطريقة تتفق مع قيم الفرد). ويمرور الوقت، تبدأ هذه الالتزامات في تكوين أنماط أكبر للمعيشة ذات القيمة.

ويتضح بعد العرض النظري للعلاج بالقبول والالتزام ومؤشراته وأهدافه ومبادئه وفتياته، أن هذا المدخل العلاجي يقدم مؤشرات محتملة لإمكانية تعديل استراتيجيات ضبط الفكر واستبدال الاستراتيجيات غير التكيفية بأخرى تكيفية، والتي تعدّ من أهم مسببات الإبقاء على الضيق والتوتر الناتج عن تواتر وتكرار الأفكار الدخيلة المتطفلة المسببة للوسواس القهري.

### ثانياً: استراتيجيات ضبط الفكر **Thought control strategies**

وفقاً لـ **Wegner, Schneider, Carter, & White, (1987, p5)** وأوضحت نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية **psychoanalytic theory** أنّ مشكلة قمع الفكر تتم في ضوء جودة المرجعية الذاتية **self-referent quality** لخطة القمع. حيث يحتاج الفرد للنجاح في قمع فكرة ما أن (أ) يخطط لقمع فكرة و(ب) ينفذ تلك الخطة من خلال قمع كل مظاهر الفكر بما في ذلك الخطة الأصلية. وهكذا يبدو أن قمع الفكر يتضمن حالة من المعرفة وعدم المعرفة في نفس اللحظة.

وأشار **Wegner, (1988, p685)** أن حالات الفشل المرتبطة بالتركيز والانتباه أقل وضوحاً من تلك المرتبطة بالقمع. وقد يصعب ملاحظة الفشل في التركيز، لأنه يترك الشخص يهتم بشيء آخر غير الموضوع الرئيسي. وما لم يتوقع الفرد اختفاء الفكرة، فإن الدخول الجديد إلى الوعي لن يشير إلا إلى القليل. حيث يُشير الفشل في قمع الفكر بدوره إلى وجود الفكر غير المرغوب فيه **unwanted thought**. فالفكرة بمجرد استبعادها يسهل التعرف عليها عند عوتها، ويتم ملاحظة الفشل.

كما ذكر **Wenzlaff, Wegner, & Klein, (1991, p501)** أنّه أثناء القمع **Suppression**، يجب ترميز الفكرة المستهدفة بقوة لكي ترتبط الحالة المزاجية، لأن الفكرة يتم الاهتمام بها بشكل متكرر بالتناوب مع الأفكار المُشتتة المرتبطة بالحالة المزاجية. حيث يتم صياغة الإشارات المتعلقة بالمزاج للأفكار غير المرغوب فيها عن طريق الاهتمام الواعي، حيث يتم اعتبار الأفكار المتعلقة بالمزاج كمشتتات واحدة تلو الأخرى كبدايل للأفكار الدخيلة.

ويكون لعملية الارتباط تأثيران يمكن ملاحظتهما. أولاً: تزيد احتمالية تكرار الفكر المكبوت مسبقاً عند مواجهة نفس الحالة المزاجية مرة أخرى. ثانياً: تزيد احتمالية عودة الحالة المزاجية نفسها إذا تم تحرير الفكر من الكبت.

وقد اقترح (Wells, & Davies, 1994) خمس استراتيجيات يستخدمها الأفراد عند محاولة التحكم في أفكارهم الوسواسية وهي: (أ) الإلهاء *distraction*، (ب) الضبط الاجتماعي *social control*، (ج) التوتر *worry*، (د) العقاب *punishment*، (هـ) إعادة التقييم *reappraisal*. وبالرغم من أن الإلهاء غير المركز قد يكون شكلاً من أشكال التجنب التجريبي في الوسواس القهري، إلا أن الإلهاء المركز (مثل، إعادة توجيه الانتباه إلى الأنشطة أو الأفكار الممتعة) يعتبر استراتيجية تكيفية لإدارة القلق الناشئ عن الأفكار الدخيلة. ويعتبر التوتر (مثل، التركيز على الأفكار السلبية الأخرى) والعقاب الذاتي (مثل توبيخ النفس) استراتيجيات غير تكيفية لأنها تبقى على الضيق المرتبط بالأفكار الدخيلة، وبالتالي يزيد الدافع لمزيد من محاولات قمع الفكر. ويستخدم مرضى الوسواس القهري هاتين الإستراتيجيتين، ويندر استخدامهم لاستراتيجية الإلهاء التكيفية (مثل، الانخراط في نشاط ممتع).

وأوضح (Wenzlaff, & Bates, 2000, p1200) أن تفضيلاتنا لحالات ذهنية معينة (مثل: سعيد، هادئ) تساعد في تشكيل حياتنا العقلية، كونها تدفعنا للبحث عن أفكار من شأنها تعزيز الحالة المرغوبة وتدفعنا أيضاً لتجنب الأفكار التي تُهددها، رغم أن المرء قد يتعقب بعض الأفكار ويقمع البعض الآخر من أجل الوصول للحالة المرغوبة، وتختلف الدرجة التي تساعد أو تُعيق بها هاتان الإستراتيجيتان التحكم العقلي *mental control*، حيث افترضت نظرية عمليات التهكم (Wegner, 1994, Theory of ironic processes) (Wegner & Wenzlaff, 1996; Wegner, 1997) أن التحكم العقلي يتضمن آليتين هما: ١- عملية تشغيل مقصودة تبحث عن أفكار من شأنها تعزيز الحالة المُفضَّلة، و٢- نظام مراقبة ساخر يبحث عن المحتويات العقلية التي تشير إلى الفشل في تحقيق الحالة المرغوبة، وتعمل كلتا العمليتين على زيادة القدرة المعرفية على الوصول للمحتويات العقلية المطلوب البحث عنها. فعند محاولة الشخص أن يكون سعيداً، تبحث عملية التشغيل عن محتويات ذهنية ذات صلة بالسعادة، بينما تبحث عملية المراقبة عن الأفكار التي تشير إلى عدم تحقيق

السعادة. على الرغم من أن عملية التشغيل مُجهدّة، ومُوجّهة بوعي، وذات كفاءة نسبياً، إلا أنّ نظام المراقبة عادة ما يكون أقلّ وعياً، ويتطلب جهداً عقلياً أقلّ، وبالتالي أقلّ تحكّماً.

كما بيّن (Abramowitz, Whiteside, Kalsy,&Tolin, (2003,P530) أنّ (Rachman,1998) اقترح أن تقييم الأفكار الدخيلة على أنها مهددة للغاية تدفع الفرد لاتخاذ إجراءات للسيطرة على مثل هذه الأفكار، وأن بعض هذه الإجراءات تكون أكثر تكيفاً من غيرها.

وأشار Olafsson, Snorrason, Bjarnason, Emmelkamp, (2014) أنّ التحكم في الأفكار الوسواسية في اضطراب الوسواس القهري يتضمّن كل من تجنب أو إزالة الأفكار الدخيلة المتطفلة غير المرغوب فيها عن طريق قمع الفكر.

ويوضّح (Dehlin, Morrison,& Twohig, (2013,P411-412) أن علاج الوسواس القهري باستخدام ACT يهدف إلى توجيه السياق الذي يتم فيه تجربة الوسواس من خلال تعليم وممارسة مفاهيم مثل قبول الأفكار والمشاعر، وتعلّم إضعاف الأفكار والمشاعر بعدم إعطائها أهمية أكبر مما تستحق، واليقظة، والعمل الملتزم القائم على القيم. ويتم تدريس هذه المهارات من خلال التمارين والمناقشات والتمارين التجريبية والاستعارات ضمن جلسات العلاج، ويمكن للعملاء تطبيق التقنيات التي تم تعلمها في الجلسة لمواقف ومشاكل من الحياة الواقعية من خلال مهام الواجبات المنزلية الأسبوعية.

كما أشار (Bakhshiana, Abolghasemia,& Narimani, (2013,P932) إلى وجود أنواع مختلفة من المعتقدات غير التكيفية، التي تؤثر في تفسير الأفكار الدخيلة والاستجابة لها والتي حددها الدراسات البحثية. مثل الرغبة في التحكم في أفكار الفرد، والمبالغة في تقدير المخاطر، والمسؤولية الذاتية عن النتائج السلبية، والحاجة إلى الكمالية والموثوقية. ونظراً لأن العقاب الذاتي كاستراتيجية غير تكيفية للتحكم في الأفكار يحدّ من الانتباه إلى محفزات التهديد من خلال تجنب الأفكار، فإنه يمنع عملية التكيف الطبيعية وتصحيح استراتيجيات المواجهة غير تكيفية وتؤدي في النهاية إلى حلقة مُفرّغة.

وذكر (Gul, & Ahmad,(2015,P2) أنّ المحاولة المتعمّدة للسيطرة على الأفكار تظلّ غير ناجحة في المرضى ذوي السلوكيات المرضية، فمثلاً؛ يحاول مرضى اضطراب

الوسواس القهري تحييد أو منع الأفكار المؤلمة التي أصبحت أكثر تكرارًا. ويُعدّ ضبط الفكر من أكثر أشكال السيطرة العقلية التي ترتبط بالتنشيط. وخلال حالة الضغط المعرفي المرتفع، يزداد تكرار الأفكار غير المرغوبة ويتمكن هذه الأفكار من إنتاج أفكار دخيلة. وتُعدّ استراتيجيات الفصل المعرفي مفيدة أيضًا لمنع العواقب النفسية المرضية لقمع الفكر.

وأشار Luciano, & Algarabel, (2006, P228-229) إلى أنّه وفقًا للجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠٠٠)، يُنظر إلى القمع على أنّه آلية نفسية تكيفية تسمح لنا بالتركيز على شؤوننا دون التفكير في الأشياء غير السارة أو غير اللائقة. فهو آلية دفاعية يتعامل فيها الشخص مع الصراعات العاطفية أو الضغوط الداخلية والخارجية عن طريق طرد الرغبات أو الأفكار أو التجارب المزعجة من الإدراك الواعي. وقد يظلّ الشعور واعيًا ومنفصلًا عن الأفكار المرتبطة به. وبالتالي يمكن تصور القمع في هذه الحالة على أنّه عملية غير واعية رغم تعريفه بأنه عملية واعية.

وفي ضوء العرض النظري لاستراتيجيات ضبط الفكر وأنواعها، نتعرف أهمية دورها في بقاء الشخص الوسواسي تحت سيطرة الأفكار الوسواسية الدخيلة والمتطفلة واستسلامه لها والذي قد يدفعه لتنفيذ إجراءات سلوكية (أفعال قهرية) لتقليل الضيق والتوتر الذي تسببه الأفكار الدخيلة، والذي قد يتطور في نهاية الأمر إلى مُعاناة الشخص من اضطراب الوسواس والأفعال القهرية.

#### اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder

عرّف Yılmaz, Boyraz, Kurtulmu, Parlakkaya, & Öztürk, (2020, P11) الوسواس Obsession بأنه مصطلح لتعريف الأفكار أو الصور أو الأفعال اللاإرادية دائمة التكرار رغم محاولة الأفراد منع تكرارها، وهذا يسبب ضيقًا واضحًا للفرد. وتزيد الوسواس نتيجة إعطاء أهمية مفرطة للفكرة، والشعور المبالغ فيه بالمسؤولية. وتفترض النظرية السلوكية المعرفية الكلاسيكية بأن التفسيرات للمواقف التي نواجهها هي المتغير الأكثر أهمية الذي يُحدد الشعور في ذلك الوقت والاستجابة السلوكية ضده بعد ذلك.

وعرّف Shams, & Milosevic, (2015, P301) اضطراب الوسواس القهري (OCD) بأنه اضطراب قلق يتميز بأفكار أو صور أو اندفاعات دخيلة مستمرة وغير مناسبة،

تشير القلق والمقاومة الذاتية (الوساوس) وتحت على القيام بأعمال صريحة أو خفية لتحديد الخوف الوسواسي وفقاً لتطبيق صارم للقواعد (الطقوس القهرية).

كما يُعرف (Rehman, Singh, & Jain, (2014,p70) اضطراب الوسواس القهري (OCD) بأنه اضطراب عصبي نفسي ومرض معقد له خلفية وراثية، وتؤثر كل من العوامل البيولوجية والبيئية في نشأة اضطراب الوسواس القهري. فعادةً يصعب التعرف على الوسواس القهري، لأن الأفراد لا يدركون طبيعة هذا الاضطراب ويستمرّون في مواجهته كعادتهم الروتينية العادية.

وأوضح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association DSM-5 المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري كما يلي: (DSM-V, 2013, 236-238)

المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري **Obsessive-Compulsive Criteria 300.3 (F42) Disorder Diagnostic**

(أ) - وجود الوسواس أو الأفعال القهرية أو كليهما:

➤ تُعرّف الوسواس بأنها: (١) أو (٢)

١. الأفكار أو الاندفاعات أو الصور المتكررة والمستمرة التي يتم معاشتها في وقت ما أثناء الاضطراب وتكون دخيلة وغير مرغوبة، وتسبب لمعظم الأفراد توتراً أو ضيقاً ملحوظاً.

٢. يحاول الفرد تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الدوافع أو الصور، أو تحييدها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى (أي عن طريق القيام بالأفعال القهرية).

➤ تُعرّف الأفعال القهرية بأنها: (١) أو (٢)

١ - السلوكيات المتكررة (مثل غسل اليدين، أو الترتيب، أو التحقق) أو الأفعال العقلية (مثل العدّ، وتكرار الكلمات بصمت) التي يشعر الفرد بأنه مدفوع لأدائها استجابةً لوسواس أو وفقاً للقواعد التي يجب تطبيقها بشكل صارم.

٢ - تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل التوتر أو الضيق، أو منع الأحداث أو المواقف المخيفة ومع ذلك، فإن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما تم تصميمه لتحبيده أو منعه، أو أنه مفرط بشكل واضح.

(ب) - تستغرق الوسواس أو الأفعال القهرية وقتًا طويلاً (مثلاً، تستغرق أكثر من ساعة واحدة يومياً) أو تسبب ضيقاً أو ضعفاً واضحاً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

(ج) - لا ترجع أعراض الوسواس القهري إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما (مثل، تعاطي عقار أو دواء) أو إلى حالة طبية أخرى.

(د) - لا يتم تفسير الاضطراب من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر (مثل، القلق المفرط كعرض لاضطراب القلق العام، أو الانشغال بالمظهر كعرض لاضطراب تشوه الجسم، أو صعوبة التخلص من الممتلكات أو الانفصال عنها كعرض لاضطراب الاكتناز، أو شدّ الشعور كعرض لاضطراب ننف الشعر، اجترار الشعور بالذنب كعرض لاضطراب الاكتئاب الشديد، إدراج الفكر أو الانشغالات الوهمية كعرض لطيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو أنماط السلوك المتكررة كعرض لمرض التوحد).

ومن الأعراض المميزة لاضطراب الوسواس القهري: وجود الوسواس والأفعال القهرية (المعيار أ). فالوسواس هي أفكار متكررة ومستمرة (مثل التلوث)، صور (مثل مشاهد عنيفة أو مروعة)، أو دافع ما (مثل طعن شخص ما). غير أن الوسواس ليست ممتعة وليست طوعية: فهي تطفلية وغير مرغوب فيها وتسبب ضيقاً أو توتراً ملحوظاً لدى معظم الأفراد. حيث يحاول الفرد تجاهل أو قمع هذه الوسواس (مثل تجنب المثريات أو استخدام قمع الفكر) أو تحييدها بفكر أو فعل آخر (مثل تنفيذ الأفعال القهرية). والأفعال القهرية (أو الطقوس) هي سلوكيات متكررة (مثل الغسل، والفحص) أو أفعال عقلية (مثل العد، وتكرار الكلمات بصمت) التي يشعر الفرد بأنه مدفوع لأدائها استجابةً لوسواس أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بشكل صارم.

### ثالثاً: الوسواس الفكرية القهرية Obsessive Compulsive Thoughts

وفقاً لـ (Morilloa , Bellochb.& Garcí'a-Soriano, 2007,P1319) وتفترض النماذج المعرفية المعاصرة لاضطراب الوسواس القهري (OCD) أن الوسواس الكليينيكية clinical obsessions تتطور من بعض أنماط الأفكار الدخيلة (ITs) التي يعاني منها الغالبية العظمى من الأفراد. وتوضّح هذه الأنماط أنّ الاختلافات بين الوسواس غير الطبيعية أو الطبيعية تعتمد على المعايير الكميّة بدلاً من المعايير النوعية، كما يستخدم



مرضى الوسواس القهري استراتيجيات التحكم في التفكير مثل، التحييد الصريح ، وقمع الفكر، والبحث عن الطمأنينة.

وأوضح كل من (Belloch, Morillo, & García-Soriano, 2007, p7-16; Lee, & Telch, 2005, p794-802, and Bellocha, Lee Cabedo, Carrióc, & Larsson, 2010, P573) أن النموذج المعرفي لـ Lee and Kwon (2003) يُصنّف الوسواس إلى نوعين فرعيين وهما: نوع "ذاتي النشأة" ونوع "تفاعلي" على أساس اختلاف محتوى كلاً منها، وردود الفعل العاطفية، والمظاهر التقييمية، واستراتيجيات التحييد أو التحكم، فالوسواس الذاتية *autogenous obsessions* هي الأفكار أو الصور أو الدوافع البغيضة وغير الواقعية حول موضوعات عدوانية أو جنسية أو غير أخلاقية، والتي يُنظر إليها على أنها مقلقة للغاية وتتطلب جهوداً لإزالة الأفكار نفسها أو التحكم فيها. يتم تنشيط هذه الوسواس دون محفزات واضحة، أو عن طريق محفزات مرتبطة رمزياً بالأفكار فقط. تشبه الموضوعات ذاتية النشأة أبعاد أعراض الوسواس القهري أو نوعاً فرعياً من الوسواس القهري تم تحديده بأنه أفكار "غير مقبولة" أو "محظورة". في المقابل، فإن الوسواس التفاعلية *reactive obsessions* هي أفكار أو صور أو دوافع كره أكثر واقعية نسبياً، والمصدر الرئيس للتهديد المُدرّك ليس الوسواس نفسه ولكن عواقبه السلبية المحتملة. وتكون الموضوعات الرئيسية هي التلوث، والأخطاء، والحوادث، وعدم الترتيب، وهي تؤدي إلى سلوكيات عننية و/ أو سرية تهدف إلى تجنب أو منع العواقب المخيفة (مثل: الغسيل، والتحقق، والترتيب، والتكرار أو العد).

وعرّف (Clark, & Rhyno, 2005, p4,14) الأفكار أو الصور أو الدوافع الدخلية غير المرغوب فيها بأنها أي حدث معرفي مميز يمكن تحديده وغير مرغوب فيه وغير مقصود ومتكرر يعيق تدفق الفكر، ويتدخل في أداء المهمة، ويرتبط بالتأثير السلبي، ويصعب التحكم فيه، ويمكن التمييز بين الأفكار العقلية الدخيلة غير المرغوب فيها *Unwanted mental intrusions*، والتي تُوصف بأنها أقل تكراراً، ومصحوبة بضيق أقل، وشعور أقل بالذنب، ومقاومة أقل لتداخل الأفكار، اهتمام أقل بالتحكم في الفكر، تركيز أقل على خفض الضغط أو الضيق. وبين الوسواس الكلينيكية *Clinical obsessions* والتي تُوصف بأنها أكثر تكراراً، ويصحبها رفض وضيق أكبر، وشعور كبير بالذنب، ومقاومة قوية لتداخل الأفكار،

وقلة التحكم المُدرَك للوسواس، وتهدد القيم الأساسية المهمة للذات، وتحتاج تدخلات تستغرق وقتًا طويلاً، واهتمام متزايد للسيطرة على الفكر، وتركيز قوي على خفض الضيق المرتبط بالوسواس.

وأوضح Moulding, Anglim, Nedeljkovic, Doron, Kyrios, & Ayalon, (2010, P70-71) أن الوسواس لا يختلف بشكل موضوعي عن الأفكار الدخيلة، بل يعيشها مرضى الوسواس القهري بشكل مختلف (مثلاً، يصعب رفضها، وتدوم لفترة أطول، وتكون أكثر حدة، وترتبط بمزيد من الانزعاج، وتكون أكثر غرابة (أي عكس نظرة الفرد إلى الذات)، تتم مقاومتها بقوة أكبر وتثير المزيد من الدوافع للاستجابة القهرية.

في حين أشارت Burroughs, Kitchen, Sandhu, & Richter, (2015) أن الوسواس هي أفكار أو صور أو دوافع تُسبب الشعور بالتدخل والتطفل والتكرار والضيق. فكل شخص لديه أفكارًا مزعجة أو مخاوف في بعض الأحيان، ولكن عندما ينشغل الإنسان بهذه الأفكار ويصبح عاجزاً عن التحكم فيها أو التخلص منها أو تجاهلها، فعادة ما تكون الوسواس غير واقعية ولا معنى لها ولا تتناسب مع شخصية الفرد، وأثناء التوتر يحاول الأشخاص ذوو الأفكار الوسواسية تقليل هذا الضيق عن طريق ممارسة سلوكيات معينة تُعرف بالطقوس أو الأفعال القهرية.

وقد حدّد Rehman, Singh, & Jain, (2014, p72) أشكال الوسواس

**Forms of obsessions** فيما يلي: (١) وسواس الشك **Obsessive doubt** (٦٠-٧٠٪): وتعني تذبذب الأفكار لعدم الاعتقاد بأن المهمة قد اكتملت على نحو مُرضٍ (٢٠٪).  
**Obsessive thinking** التفكير الوسواسي (٣٠-٥٠٪): وتعني تكرار الأفكار التي ترد إلى الإدراك الواعي وتتدخل في التفكير الطبيعي وتسبب الضيق للمريض. استمرار التفكير غير الحاسم حول موضوع يتعلق عادة بالمستقبل (٣) التفكير الوسواسي السحري **Obsessive magical thinking** (٣٠-٤٠٪): وتشير إلى تلك الأفكار التي تعتمد على السحر أو أي صيغة خارقة للأفكار، والتي تعادل نشاطاً مشابهاً. وعادة ما يتم ملاحظته عند الأطفال (١٠٪).  
 (يُطلق عليه "القناعة الوسواسية" **Obsessive conviction** . ٤-) الخوف الوسواسي **Obsessive fear** (٢٥-٤٠٪): وهو خوف لا يمكن السيطرة عليه وينتج عنه نشاط غير مقبول اجتماعياً (٥) الاندفاع الوسواسي **Obsessive impulse** (١٠-١٥٪):

ويعني وجود دافع قوي للقيام بنشاط تافه أو عدواني أو مثير للمشكلات الاجتماعية (٦) وسواس مُتخيلة أو مُصوّرة **Obsessive image** (٤-٥٪): وتعني التصور المستمر والمتكرر لشيء ما في الذهن سبق رؤيته أو أفكار جنسية غير ملائمة أخلاقياً واجتماعياً أو طبيعة مثيرة للاشمئزاز (٧) وسواس متنوعة ومتفرقة **Miscellaneous**: ويشمل ذلك أنواع الوسواس الذي لا يمكن تصنيفها تبعاً لأي من الأشكال الستة السابق ذكرها.

كما أوضح (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2009, P491) أن اضطراب الوسواس القهري حالة ذات أعراض غير متجانسة ولها أنواع مختلفة. وتميل بعض الوسواس والأفعال القهرية إلى الظهور معاً لتشكل خمسة أبعاد رئيسية وهي: ٠١ الوسواس حول كونك مسؤولاً عن التسبب أو الفشل في منع الضرر، والتحقق من الإندفاع وطلب الطمأنينة. ٠٢ وسواس التناظر أو التناسق، وترتيب الطقوس وعدّها. ٠٣ وسواس التلوث، وطقوس الغسل والتنظيف. ٠٤ وسواس بغیضة أو كراهية فيما يتعلق بالجنس والعنف والدين. ٠٥ الاكتناز: وهو وسواس اقتناء الأشياء والاحتفاظ بها وما يرتبط بها من أفعال قهرية.

#### أنماط المعتقدات الوسواسية Obsessive Beliefs

ذكر (Hellberg, Buchholz, Twohig, & Abramowitz, 2020, P69) أن الاندماج المعرفي **Cognitive fusion (CF)** يتضمن الميل إلى "الإيمان buy in" بالأفكار والمشاعر ويتكون من ثلاثة مجالات مثبتة تجريبياً وهي: (الاهتمامات الجسدية وتنظيم المشاعر والتقييم السلبي). ويمكن أن يكون الاندماج المعرفي تكيفياً (فمثلاً إنها العملية التي يتم من خلالها الانخراط والاندماج في الوقائع داخل الكتب أو الأفلام). من ناحية أخرى، يتم تعريف المعتقدات الوسواسية **Obsessional beliefs** بأنها أنماط من الإدراك المختل أو التحيزات المعرفية.

وأوضح كـ لـ مـ  
(Viar, Bilsky, Armstrong, & Olatunji, 2011; Abramowitz, 2006, p412) وأعضاء مجموعة العمل **Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.**, 1997, P 677-678) أنه يمكن تحديد أنماط المعتقدات التي تبدو أكثر صلة بالوسواس القهري في خمسة أنماط كالتالي: (١) تضخم المسؤولية **inflated responsibility**: وهي الاعتقاد بأن الفرد لديه قوة محورية لتحقيق أو منع النتائج السلبية

الحاسمة بشكل شخصي. وتُدرِك هذه النتائج على أنها ضرورية للوقاية وتكون واقعية ولها عواقب في العالم الحقيقي ، و/ أو على المستوى الأخلاقي. قد تتعلق هذه المعتقدات بالمسؤولية عن فعل شيء لمنع أو إلغاء الضرر، والمسؤولية عن أخطاء الإغفال والارتكاب. (٢) اندماج الفكر والعمل **thought-action-fusion** والمعتقدات الأخرى المتعلقة بالإفراط في تقدير أهمية عواقب أفكار الفرد: وهو الاعتقاد بأن مجرد وجود الفكر يوضِّح أهميته ويشمل هذا المجال المعتقدات التي تعكس اندماج الفكر والعمل والتفكير السحري الوسواسي. (٣) القلق المفرط حول أهمية التحكم في أفكار الفرد: ويُشير إلى المغالاة في تقدير أهمية ممارسة السيطرة الكاملة على الأفكار والصور الدخيلة والأفعال القهرية، والاعتقاد بأن هذا ممكن ومرغوب فيه. (٤) المُبالغة في تقدير احتمال وشدة التهديد: يُشير إلى المبالغة في احتمال حدوث الضرر أو شدته. (٥) عدم التسامح مع عدم اليقين **intolerance for uncertainty**: ويشمل ثلاثة أنواع وهي: (أ) المعتقدات حول ضرورة التأكد أو اليقين. (ب) الاعتقاد بعجز الفرد على مواجهة التغيير غير المتوقع. (ج) المعتقدات حول صعوبة الأداء المناسب في المواقف الغامضة. (٦) الكمالية **perfectionism**: وتعني الاعتقاد بوجود حل مثالي لكل مشكلة، وأن القيام بشيء على أكمل وجه (أي بدون أخطاء) ليس ممكنًا فقط ولكنه ضرورة، وأن الأخطاء الطفيفة لها عواقب وخيمة.

وقد ذكر **Yılmaz, Boyraz, Kurtulmuş, Parlakkaya, & Öztürk,**

(2020,P12) أن نموذج التنظيم الذاتي الانفعالي (S-RE) **Self-Regulation**

**Emotional Model** يُصنّف المعتقدات ما وراء المعرفية المرتبطة بالأفكار الدخيلة إلى

ثلاث مجموعات وهي: (١) اندماج الفكر و الفعل **Thought-action fusion** إلى وجود

أفكار معينة تُسبب تصرفات غير منضبطة وغير مرغوب فيها. (فمثلاً، إذا كانت الفكرة تتبادر

إلى الذهن بأن أحدهم قد يؤدي من يُحب جسدياً، فقد يعتقد ذلك الشخص أنه سيفعل هذا

الإجراء في النهاية). (٢) اندماج الفكر والحدث **thought-event fusion** وهو الاعتقاد

بأن وجود فكرة سيؤدي إلى حدث أو تسبب في حدث أو يتسبب في وقوع حدث. (فمثلاً ، قد

تخطر ببال المريضة أنها حملت بسبب انتقال الحيوانات المنوية نتيجة استخدام مرحاض عام،

وتعتقد أن هذا حدث بالتأكيد). (٣) اندماج الفكر والشئ أو الموضوع **thought-object**

**fusion** ويعني الاعتقاد بأن الأفكار والذكريات والمشاعر يمكن أن تنتقل بواسطة شيء ما.

**Risk and Prognostic Factors** عوامل نشأة الوسواس القهري والتنبؤ به

١- عوامل مزاجية **Temperamental**: تعد الأعراض الداخلية الكبرى، والعواطف السلبية المرتفعة، والتثبيط السلوكي في مرحلة الطفولة من عوامل الخطر المزاجية المحتملة.

٢- عوامل بيئية **Environmental**: ارتبط الاعتداء الجسدي والجنسي في مرحلة الطفولة وغيره من الأحداث الضاغطة أو المؤلمة بزيادة خطر الإصابة بالوسواس القهري. قد يصاب بعض الأطفال بأعراض الوسواس القهري، نتيجة عوامل بيئية مختلفة، بما في ذلك العوامل المعوية المختلفة ومتلازمة المناعة الذاتية التالية للعدوى.

٣- عوامل جينية وفسولوجية **Genetic and physiological**: يبلغ معدل الوسواس القهري بين أقارب الدرجة الأولى للبالغين المصابين به ضعف مُعدّله بين أقارب الدرجة الأولى؛ ومع ذلك يزداد المعدل بمقدار (١٠) أضعاف بين أقارب الدرجة الأولى للأفراد مرضى اضطراب الوسواس القهري في مرحلة الطفولة أو المراهقة، ويرجع الانتشار الأسري جزئياً إلى عوامل وراثية (مثل معدل التوافق ٠,٥٧ بالنسبة للتوائم المتماثلة مقابل ٠,٢٢ للتوائم غير المتماثلة). ويُعد الخلل الوظيفي في القشرة الحجاجية الأمامية والقشرة الحزامية الأمامية أسباباً واضحة لحدوث الاضطراب. (DSM-V, 2013, 239-240)

ووفقاً لـ Abramowitz , Nelson, Rygwall,& Khandker,

(2007,P91) تفترض النماذج المعرفية المعاصرة **Contemporary cognitive models** لاضطراب الوسواس القهري (OCD) أن أعراضه تنشأ من التفسيرات السلبية للأفكار الدخيلة، والتي يتم اشتقاقها من افتراضات غير فعالة تشبه السمات (المعتقدات الوسواسية مثل المبالغة في تقدير المسؤولية). كما أوضح (Kart, Sozer ,& Turkcapar,2020,P141) أن مرضى الوسواس لديهم ملامح معرفية مختلفة وفقاً لطبيعة أعراضه، حيث ارتبطت العديد من الوسواس بأنواع معينة من المعتقدات الوسواسية.

وتُرجع نظرية التحليل النفسي الوسواس والأفعال القهرية إلى الخبرات الأولى في حياة الفرد مع وجود الأنا الأعلى في صورة قاسية، حيث يرتد الليبيدو في صورة نكوص ويقوم الأنا- في ضوء أوامر الأنا الأعلى- بتكوين ردود فعل صارمة في صورة الاستقامة والنظافة والنظام. ويضيف فرويد أن الأفكار الوسواسية تظهر نتيجة الكبت، فعندما يفشل الكبت تبدأ أعراض العصاب القهري في الظهور، فالذكريات المكبوتة تتغير قبل ظهورها إلى مجال وعي الفرد. وترى نظرية الاشرط الكلاسيكي أن الحدث الصادم هو بداية تطوّر اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، أما الإشرط الإجرائي فيفسّر الاضطراب بأنه سلوك متعلم تم تقويته وتعزيزه في ضوء النتائج التي يؤدي إليها، بينما ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك الوسواسي سلوك مكتسب ومتعلم ويرجع في الغالب إلى خبرات الطفولة الأولى ولسمات الوالدين مثل التصلب والتردد دورًا هامًا في نشأة أعراض الوسواس والأفعال القهرية. وتفترض النظرية السلوكية المعرفية أن جميع الأفراد لديهم أفكارًا متكررة غير مرغوبة، وفي حالة الضغط الشديد تصبح هذه الأفكار أكثر تكرارًا وغمقًا. فيذكر إيس أن طريقة تفكير الشخص واتباعه أساليب غير منطقية في التفكير كالمبالغة والتعميم والاستنتاج الخاطئ تُسهم في نشأة الوسواس والأفعال القهرية بدرجة أكبر من محتوى الفكرة الوسواسية. ويُشير بيك إلى أن أفكار مريض الوسواس تختلف عن أفكار مريض القلق في أنها تنصبّ على عمل معين يعتقد أنه كان يجب أن يفعله، وأن هناك أعمال ما كان يجب أن يفعلها (محمد أحمد سعفان، ٢٠١٤، ٨١-٩٦).

### فروض البحث:

في ضوء الاطلاع على أدبيات البحث يمكن صياغة فروض البحث كالتالي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات ضبط الفكر والوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل.
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والنتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل.

- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجيات ضبط الفكر.
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجيات ضبط الفكر بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج العلاجي.
- ٦- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير الوسواس الفكرية القهرية.
- ٧- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير الوسواس الفكرية القهرية بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج العلاجي.

### منهجية البحث وإجراءاته:

أولاً: منهج البحث: تم استخدام كلاً من المنهج الوصفي الارتباطي والمنهج شبه التجريبي القائم على التصميم الأحادي لملاءمتها لطبيعة البحث.

ثانياً: عينة البحث:

- (أ) عينة البحث الأساسية: تكونت عينة البحث الأساسية من ٢٣٥ طالباً للدراسات العليا بجامعة الزقازيق من كليات التربية (١٣٠ طالباً بواقع ٢٦ ذكور، ١٠٤ إناث)، والعلوم (٢٨ طالباً بواقع ١١ ذكور و ١٧ إناث)، والتجارة (٣١ طالباً بواقع ٢٢ ذكور و ٩ إناث)، والطب البيطري (٢٤ طالباً بواقع ١١ ذكور و ١٣ إناث)، والصيدلة (٢٢ جميعهن إناث) بجامعة الزقازيق، تراوحت أعمارهم بين (٢٤-٤٣) عاماً بمتوسط عمر زمني قدره (٣١,٩) عاماً، وانحراف معياري قدره (٠,٨٥) عاماً.
- (ب) عينة البحث التجريبية: وتكونت من (٦) طالباً للدراسات العليا (٢ ذكور، ٤ إناث) مرتفعي الدرجات على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر ومقياس الوسواس الفكرية القهرية، تراوحت أعمارهم بين (٢٤-٣٧) عاماً. بمتوسط عمر زمني قدره ٢٨ عاماً، وانحراف معياري قدره ٥,٠٢ عاماً، منهم طالبتين بالدبلوم الخاص بكلية التربية، طالبة ماجستير بكلية التربية، طالبين ماجستير بكلية العلوم، طالبة دكتوراة بكلية التربية.

وفي الدراسات السابقة شملت دراسة (Olafsson, et al.,2014) ١٠١ طالبًا جامعيًا، واستهدفت دراسة (Sadia, et al., 2009) (٢٠) مريضًا وسواسيًا و(٢٠) شخصًا عاديًا، في حين تضمنت دراسة (Shahi,2004) ٣٠ مريضًا وسواسيًا و ٣٠ فردًا عاديًا. واستهدفت دراسة (Mohammadkhani, & farjad, 2009) ٢٠٠ طالبًا من جامعة تربية المعلم. وشملت دراسة (Belloch, et al., 2009) ٣٩ مريضًا للوسواس القهري. وتضمنت دراسة (Armstrong, 2011) ثلاثة مراهقين أعمارهم بين ١٢ و ١٧ عامًا، وتضمنت دراسة (Twohig, et al., 2015) ٤١ بالغًا مريضًا بالوسواس القهري، وشملت دراسة (Thompson, et al., 2021) أربع حالات للوسواس القهري. واستهدفت دراسة (Izadi, et al., 2012) خمس حالات أعمارهم بين (٢٢ : ٤٠ عامًا). وفي دراسة (Vakili, & Gharraee, 2014) تم تطبيق العلاج على ذكر يبلغ من العمر ٣٩ عامًا. وشملت دراسة (Naieni, et al., 2017) أربعة أطفال أعمارهم بين (٧ : ١٢ عامًا). وتناولت دراسة كل من (Philip, & Cherian, 2022; Wheeler, 2017) حالة وسواسية قهرية فردية.

#### أدوات البحث:

في الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها استخدمت دراسة (Sadia, Riemann, & Wegner, 2009) مقياس بيل براون للوسواس القهري، ومقياس للأفكار الدخيلة. واستخدمت دراسة (Shahi, 2004) مقياس استراتيجيات ضبط الفكر، وطبقت دراسة (Mohammadkhani, & farjad, 2009) استبيان التحكم في الفكر وبطارية مودسلي للوسواس القهري، واستخدمت دراسة (Belloch, Morillo, Garcia- Soriano, 2009) استبيان التحكم في الفكر وقائمة قمع الدب الأبيض ومقياس الوسواس القهري. واستخدمت دراسة (Armstrong, 2011; Izadi, Asgari, Neshatdust, Wheeler, 2017) مقياس بيل براون للوسواس والأفعال القهرية.

وفي البحث الحالي استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

١- مقياس الوسواس الفكرية القهرية (إعداد: محمد أحمد سعفان، فاطمة الزهراء محمد زاهر).



قام المؤلفان بمراجعة الأطر النظرية والمقاييس والاستبيانات في موضوع اضطراب الوسواس والأفعال القهرية بغرض صياغة عبارات المقياس، وتكوّن المقياس في صورته الأولى من (٣٦) عبارة، وتم عرضه على مجموعة من المختصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس بغرض إبداء آرائهم في صياغة العبارات ومدى انتماء كل عبارة للبعد الخاص بها، وأبدى المختصون بعض التعديلات الطفيفة في الصياغة فقط. ومن المقاييس التي اطلع عليها المؤلفان ما يلي:

أ- اختبار بادو (PI) PADUA للوسواس والأفعال القهرية والذي وضعه (Sanavio, E., 1987)، وهو اختبار مكون من (٦٠) عبارة يُجاب عليها بنظام ليكرت من صفر إلى ٤ (البعد الأول: اضطراب السيطرة على الأنشطة العقلية، ويتكون من ١٧ عبارة)، و(البعد الثاني: الوسواس التلوثية، ويتكون من ١١ عبارة)، و(البعد الثالث: سلوكيات المراجعة القهرية، ويتكون من ٨ عبارات)، و(البعد الرابع: التحريصات والانزعاجات من الاندفاعات الحركية القهرية، ويتكون من ٧ عبارات)، و(البعد الخامس: العبارات التي لم تظهر في الأبعاد الأربعة السابقة، ويتكون من ١٧ عبارة)، و(الدرجة الكلية من صفر: ٢٤٠).

ب- استبيان المعتقدات الوسواسية (OBQ-44) Obsessive Compulsive Cognition Working Group (OCCWG), 2005 عبارة عن استبيان مكون من ٤٤ عنصرًا تم إجراؤه ذاتيًا، بهدف تقييم مجالات المعتقدات التي تسبب الوسواس القهري. ويتم الاستجابة لكل عنصر على مقياس من سبع نقاط، وتضمّن مجالات المعتقدات (١) تقدير المسؤولية والتهديد، (٢) الكمال وعدم التسامح مع عدم اليقين، و (٣) أهمية الأفكار والتحكم فيها. وتراوح معامل ألفا كرونباخ من ٠.٩٣ و ٠.٩٣ و ٠.٩٠ لمجالات الاعتقاد الثلاثة.

ج- مقياس ييل براون (YBOCS) إعداد (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann, Hill, Heninger, and Charney, 1989) وهو مقياس يُقيم الوسواس بشكل منفصل عن الأفعال القهرية من خلال ٥ عبارات لكل جانب، ويتم تقييم الوسواس من خلال أسئلة عن: الوقت الذي تشغله الأفكار الوسواسية، والتدخل الناجم عن الأفكار الوسواسية، والضيق المرتبط بالأفكار الوسواسية، ومقاومة

الوسواس، ودرجة السيطرة على الأفكار الوسواسية. وذكر (McKay, NezirogluF., Stevens, & Yaryura-Tobias, 1998, P269) أن معامل ثبات بطريقة ألفا كرونباخ لبعد الوسواس بلغ ٠,٨٨، ومعامل ثبات هذا المقياس بطريقة ألفا كرونباخ لبعد الأفعال القهرية ٠,٨٨، ومعامل ألفا كرونباخ للدرجة الكلية ٠,٩١.

أما مقياس الوسواس الفكرية القهرية في البحث الحالي، فيتكون في صورته النهائية من (٣٦) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي: (١) أعراض الوسواس القهرية (وعباراته ١، ٤، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩، ٢٢، ٢٥، ٢٨، ٣١، ٣٤)، (٢) المقاومة (العبارات ٢، ٥، ٨، ١١، ١٤، ١٧، ٢٠، ٢٣، ٢٦، ٢٩، ٣٢، ٣٥)، (٣) الآثار المترتبة (العبارات ٣، ٦، ٩، ١٢، ١٥، ١٨، ٢١، ٢٤، ٢٧، ٣٠، ٣٣، ٣٦). وتم الاستجابة وفق نظام ليكرت (تنطبق كل الأوقات، تنطبق أغلب الأوقات، تنطبق في مواقف قليلة، لا تنطبق) وتأخذ درجات (٤، ٣، ٢، ١، صفر) على الترتيب.

### حساب الخصائص السيكومترية لمقياس الوسواس الفكرية القهرية.

#### أ) الاتساق الداخلي Internal consistency

تم حساب الاتساق الداخلي لمفردات المقياس من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، وأيضاً حساب اتساق الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس وذلك حتى تُستبعد العبارات التي لم تحصل على معاملات ارتباط دالة إحصائياً.

## جدول (١)

معامل ارتباط بيرسون للمفردة مع البعد الذي تنتمي إليه، وارتباط البعد بالدرجة الكلية لمقياس الوسوس الفكرية القهرية (ن=١٣٢).

بعد الأثر المترتبة قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٩٦٣				بعد المقاومة قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٩٦٢				بعد الأعراض قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٨٧٩			
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
٠,٧٤١	٢١	٠,٦٥١	٣	٠,٦٩٦	٢٠	٠,٦٢٢	٢	٠,٣٦٧	١٩	٠,٥٤٩	١
٠,٧٢٦	٢٤	٠,٤١٠	٦	٠,٧١٦	٢٣	٠,٧٤١	٥	٠,٦٩٠	٢٢	٠,٥٨٤	٤
٠,٧٢٥	٢٧	٠,٥٨٨	٩	٠,٧٤١	٢٦	٠,٧٢٩	٨	٠,٦٧٣	٢٥	٠,٥٣٤	٧
٠,٧٥١	٣٠	٠,٧٠٨	١٢	٠,٥٤٢	٢٩	٠,٧٩٢	١١	٠,٦٠٣	٢٨	٠,٦٤١	١٠
٠,٧١٢	٣٣	٠,٦٣٦	١٥	٠,٧٥٧	٣٢	٠,٧٦٨	١٤	٠,٦٥٥	٣١	٠,٤٦٦	١٣
٠,٧٣٥	٣٦	٠,٧٩٣	١٨	٠,٦٨٦	٣٥	٠,٧٩٧	١٧	٠,٤٨٤	٣٤	٠,٤٩٧	١٦

يتضح من الجدول (١) أن جميع المفردات، ارتبطت ارتباطاً دالاً عند مستوى (٠,٠١) بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. وجميع الأبعاد ارتبطت ارتباطاً دالاً إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهذا يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

## ب) الصدق Validity

ب-١) صدق المفردة: تم حساب صدق مفردات باعتبار بقية مفردات المقياس محكاً للمفردة، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتمي إليه عند حذف المفردة لمقياس الوسوس الفكرية القهرية.

## جدول (٢)

معامل ارتباط المفردة بالبعد الذي تنتمي إليه عند حذف المفردة لمقياس الوسوس الفكرية القهرية (ن=١٣٢).

بعد الأثر المترتبة				بعد المقاومة				بعد الأعراض			
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
٠,٧٠٤	٢١	٠,٦١٠	٣	٠,٦٥٨	٢٠	٠,٥٧٧	٢	٠,٢٤٤	١٩	٠,٤٧٠	١
٠,٦٨٤	٢٤	٠,٣٥٢	٦	٠,٦٨٢	٢٣	٠,٧٣٤	٥	٠,٦٣١	٢٢	٠,٥٤٧	٤
٠,٦٨٨	٢٧	٠,٥٣٣	٩	٠,٧١٧	٢٦	٠,٧٠١	٨	٠,٥٩٥	٢٥	٠,٤٢٦	٧
٠,٧١٨	٣٠	٠,٦٧٧	١٢	٠,٤٩٣	٢٩	٠,٧٦٩	١١	٠,٥٤٧	٢٨	٠,٥٧٤	١٠
٠,٦٨٦	٣٣	٠,٦١٩	١٥	٠,٧٣٩	٣٢	٠,٧٤٨	١٤	٠,٦٠٢	٣١	٠,٤٠٧	١٣
٠,٧١٠	٣٦	٠,٧٦٣	١٨	٠,٦٤٧	٣٥	٠,٧٨٣	١٧	٠,٣٨٢	٣٤	٠,٤٤٤	١٦

يتضح من الجدول (٢) ارتباط جميع المفردات بالبعد الذي تنتمي إليه عند حذف المفردة لمقياس الوسواس الفكرية القهرية بمستوى دلالة (٠,٠١).

ب-٢) الصدق العاملي التوكيدي:

أسفر التحليل عن وجود درجة مقبولة من الصدق العاملي التوكيدي للمقياس حيث كانت قيمة كاي<sup>2</sup> دالة عند ٠,٠١، مما يعني أن النموذج غير مطابق تمامًا، ولكن توجد مؤشرات أخرى لجودة النموذج يمكن الرجوع إليها على النحو التالي:

١. مربع كاي المعياري (كاي / درجة الحرية) (Chi-square/df (CMIN/DF) : حيث بلغت قيمته ٢,١ وهذا يدل على تطابق حسن النموذج المقترح مع بيانات العينة، إذ يجب ان يكون أقل من خمس درجات.

٢. مؤشر جذر متوسطات مربع الخطأ التقريبي أو مؤشر رمسي Root Mean

Square Error of Approximation (RMSEA) : وبلغت قيمته ٠,٠٧٩

وهذا يدل على حسن المطابقة مع النموذج، إذ أن المدى المقبول يتراوح بين ٠,٠٥ إلى ٠,٠٨.

٣. مؤشر المطابقة النسبي Relative Fit Index (RFI) : وبلغت قيمته ٠,٥٧٩

وهذا يدل على تطابق جيد مع النموذج، إذ يجب أن تكون قيمته من صفر - ١.

٤. مؤشر المطابقة المقارن Comparative Fit Index (CFI) : وبلغت قيمته

٠,٧٤١ وهذا يعتبر مؤشر حسن للتطابق مع النموذج، إذ يجب أن تكون قيمته من صفر - ١.

٥. مؤشر المطابقة المعياري Normative Fit Index (NFI) : وبلغت قيمته

٠,٦٠٥ وهذا يدل على جودة النموذج، إذ يجب أن تكون قيمته من صفر - ١.

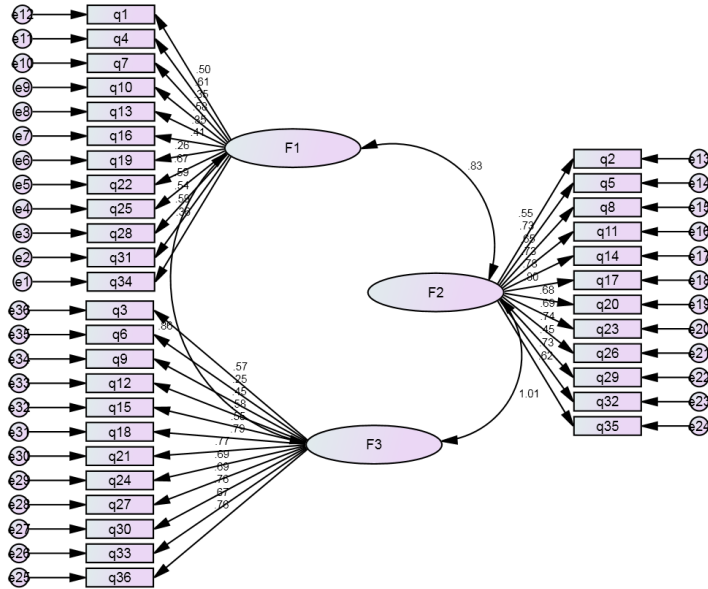
٦. مؤشر المطابقة غير المعياري Non normative Fit Index (NNFI) : أو مؤشر

توكر لويس Tucker- Lewis Index (TLI) : وبلغت قيمته ٠,٧٢٤ وهذا يدل

على جودة النموذج، إذ يجب أن تكون قيمته من صفر - ١.

٧. مؤشر المطابقة المتزايد Incremental Fit Index (IFI) : وبلغت قيمته

٠,٧٤٥ وهذا يدل على جودة النموذج، إذ يجب أن تكون قيمته من صفر - ١.



شكل (١) يوضح تشيع مفردات مقياس الوسواس الفكرية القهرية على الأبعاد الخاصة بها.

### ج) الثبات Reliability

تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، حيث تعتمد هذه الطريقة على فحص أداء الأفراد على كل بند من بنود الاختبار على حدة، وقد اعتمدت الباحثة في حساب معامل الثبات على معادلة ألفا- كرونباخ باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS).

## جدول (٣)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الوسواس الفكرية القهرية وأبعاده الفرعية (ن=١٣٢).

بعد الآثار المترتبة معامل ألفا كرونباخ ٠,٧٦٤				بعد المقاومة معامل ألفا كرونباخ ٠,٧٦٨				بعد الأعراض معامل ألفا كرونباخ ٠,٧٣٣			
معامل ألفا كرونباخ	م	معامل ألفا كرونباخ	م	معامل ألفا كرونباخ	م	معامل ألفا كرونباخ	م	معامل ألفا كرونباخ	م	معامل ألفا كرونباخ	م
٠,٧٤٣	٢١	٠,٧٤٨	٣	٠,٧٥١	٢٠	٠,٧٥٤	٢	٠,٧٣٢	١٩	٠,٧١٢	١
٠,٧٤٣	٢٤	٠,٧٥٩	٦	٠,٧٥٢	٢٣	٠,٧٤٧	٥	٠,٧٠٦	٢٢	٠,٧٠٦	٤
٠,٧٤٢	٢٧	٠,٧٤٨	٩	٠,٧٥٠	٢٦	٠,٧٥٠	٨	٠,٧١٠	٢٥	٠,٧١٣	٧
٠,٧٤١	٣٠	٠,٧٤٤	١٢	٠,٧٥٨	٢٩	٠,٧٤٦	١١	٠,٧٢٠	٢٨	٠,٧٠٧	١٠
٠,٧٤٨	٣٣	٠,٧٤٥	١٥	٠,٧٥١	٣٢	٠,٧٤٨	١٤	٠,٧١٩	٣١	٠,٧١٩	١٣
٠,٧٤٣	٣٦	٠,٧٤٠	١٨	٠,٧٥٠	٣٥	٠,٧٤٥	١٧	٠,٧٢٤	٣٤	٠,٧٢٢	١٦
ألفا كرونباخ لمقياس الوسواس الفكرية القهرية ككل ٠,٩٥٣											

يتضح من جدول (٣) تمتع أبعاد المقياس بدرجة ثبات مرتفعة، حيث تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية ما بين (٠,٧٣٣ - ٠,٧٦٨)، وبلغ معامل الثبات للمقياس ككل (٠,٩٥٣)، وهذا يعطي ثقة في نتائجه.

٢- استبيان استراتيجيات ضبط الفكر: إعداد (Wells, & Davies, 1994) (ترجمة الباحثة). وهو استبيان تقرير ذاتي مكون من (٣٠) مفردة تقيس الفروق الفردية في التحكم في الأفكار الدخيلة غير المرغوبة من خلال استراتيجيات ضبط الفكر. وتتضمن الأبعاد الفرعية (إعادة التقييم، والإلهاء، والعقاب، والضبط الاجتماعي، والتوتر)، وتراوحت قيم ألفا كرونباخ للأبعاد الفرعية (٠,٦٦، ٠,٧٨، ٠,٦٦، ٠,٦٧، ٠,٧٤)، على التوالي. وتتم الاستجابة للمفردات وفق نظام ليكرت (دائمًا، غالبًا، أحيانًا، أبدًا) وتأخذ درجات (٤، ٣، ٢، ١) على الترتيب، وتتراوح الدرجات في كل مقياس فرعي من ٦ (أقل درجة) إلى ٢٤ (أعلى درجة). وقامت الباحثة بترجمة المقياس وعرضه على عدد من المختصين في اللغة الإنجليزية والصحة النفسية للتأكد من سلامة الترجمة والصياغة.

حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر في البحث الحالي:

## أ) الاتساق الداخلي Internal consistency

وتم التحقق من الاتساق الداخلي لمفردات الاستبيان من خلال حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة، وأيضًا حساب

اتساق الأبعاد والدرجة الكلية للاستبيان وذلك حتى تُستبعد العبارات التي لم تحصل على معاملات ارتباط دالة إحصائياً.

جدول (٤)

معامل ارتباط المفردة بالبعد الذي تنتمي إليه، وارتباط البعد بالدرجة الكلية لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر باستخدام معامل ارتباط بيرسون (ن=١٣٢).

إعادة التقييم قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٧٣٣		العقاب قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٧٤٢		التوتر قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٧٠١		الضبط الاجتماعي قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٨٠٣		الإلهاء قيمة الارتباط بالدرجة الكلية ٠,٦٦٥	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
٠,٦٨٧	٢٥	٠,٦٧٤	١٩	٠,٦٢٤	١٣	٠,٢٧٣	٧	٠,٥٨٠	١
٠,٧٤٠	٢٦	٠,٧٨٩	٢٠	٠,٦٣٨	١٤	٠,٣٨٦	٨	٠,٧٨٢	٢
٠,٧٦٠	٢٧	٠,٧٥٢	٢١	٠,٥٢٥	١٥	٠,٣٧٨	٩	٠,٨٢١	٣
٠,٦٩٢	٢٨	٠,٥٨٥	٢٢	٠,٧٢٩	١٦	٠,٤٣٣	١٠	٠,٧٤٥	٤
٠,٧٠٦	٢٩	٠,٦٢٦	٢٣	٠,٧٨١	١٧	٠,٤٧٤	١١	٠,٧٥١	٥
٠,٤٧٦	٣٠	٠,٥٥٢	٢٤	٠,٧٥٣	١٨	٠,٤٠٤	١٢	٠,٧٧٧	٦

يتضح من الجدول (٤) أن جميع المفردات، ارتبطت ارتباطاً دالاً عند مستوى (٠,٠١) بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه. وجميع الأبعاد ارتبطت ارتباطاً دالاً إحصائياً مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهذا يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

ب) الصدق validity

تم حساب صدق مفردات الاستبيان باعتبار بقية مفردات الاستبيان محكاً للمفردة، وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين المفردة والبعد الذي تنتمي إليه عند حذف المفردة لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

## جدول (٥)

معامل ارتباط المفردة بالبعد الذي تنتمي إليه عند حذف درجة المفردة لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر (ن=١٣٢).

إعادة التقييم		العقاب		التوتر		الضبط الاجتماعي		الإلهاء	
معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م	معامل الارتباط	م
٠,٦١٦	٢٥	٠,٦١٠	١٩	٠,٥٦٧	١٣	٠,٤٥٧	٧	٠,٦١٣	١
٠,٦٧٤	٢٦	٠,٧٣٨	٢٠	٠,٥٥٧	١٤	٠,٤٣٧	٨	٠,٦٨٧	٢
٠,٧٠٥	٢٧	٠,٦٩٤	٢١	٠,٤٤٤	١٥	٠,٤٦٨	٩	٠,٧٧٤	٣
٠,٦١٨	٢٨	٠,٥٠٣	٢٢	٠,٦٦٢	١٦	٠,٣٢٩	١٠	٠,٤٩١	٤
٠,٦٤٩	٢٩	٠,٥٣٤	٢٣	٠,٧٢٥	١٧	٠,٤١١	١١	٠,٥٢٩	٥
٠,٣٧٦	٣٠	٠,٤٤٩	٢٤	٠,٦٨٣	١٨	٠,٣٧٩	١٢	٠,٦٧٣	٦

يتضح من جدول (٥) ارتباط جميع المفردات بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي

إليه ارتباطاً دالاً عند مستوى دلالة (٠,٠١).

## ج) الثبات Reliability

تم حساب معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha، حيث تعتمد هذه الطريقة على فحص أداء الأفراد على كل بند من بنود الاختبار على حدة، أي أن الثبات هنا يتعلق بمدى استقرار استجابات المفحوص على المفردات واحدة بعد الأخرى، وقد اعتمدت الباحثة في حساب معامل الثبات على معادلة ألفا-كرونباخ باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS)

## جدول (٦)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمفردات استبيان استراتيجيات ضبط الفكر وأبعاده الفرعية (ن=١٣٢).

إعادة التقييم ألفا		العقاب ألفا		التوتر ألفا كرونباخ		الضبط الاجتماعي ألفا كرونباخ		الإلهاء ألفا كرونباخ	
معامل الفا كرونباخ	م	معامل الفا كرونباخ	م	معامل الفا كرونباخ	م	معامل الفا كرونباخ	م	معامل الفا كرونباخ	م
٠,٧٧٠	كرونباخ	٠,٧٦٥	كرونباخ	٠,٧٦٩	ألفا كرونباخ	٠,٦٧٤	ألفا كرونباخ	٠,٧٠٥	ألفا كرونباخ
٠,٧٣٨	٢٥	٠,٧٣٦	١٩	٠,٧٤٩	١٣	٠,٦٣٦	٧	٠,٦٤٧	١
٠,٧٣٠	٢٦	٠,٧١٩	٢٠	٠,٧٤٥	١٤	٠,٦١٣	٨	٠,٦٣٤	٢
٠,٧٢٧	٢٧	٠,٧١٩	٢١	٠,٧٥٨	١٥	٠,٦٢١	٩	٠,٦١٣	٣
٠,٧٣٧	٢٨	٠,٧٤٧	٢٢	٠,٧٣٢	١٦	٠,٦٣٣	١٠	٠,٦٦٨	٤
٠,٧٤١	٢٩	٠,٧٤٠	٢٣	٠,٧٢٦	١٧	٠,٦٣٢	١١	٠,٧٠١	٥
٠,٧٦٦	٣٠	٠,٧٥١	٢٤	٠,٧٢٤	١٨	٠,٦٥٧	١٢	٠,٦٣٨	٦
معامل ألفا كرونباخ لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر ككل ٠,٧٩١									



يتضح من جدول(٦) تمتع أبعاد استبيان استراتيجيات ضبط الفكر بدرجة ثبات مرتفعة، حيث تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية ما بين (٠,٦٧٤-٠,٧٧٠) وبلغ معامل الثبات للمقياس ككل (٠,٧٩١)، وهذا يعطي ثقة في نتائجه.

### ٣- استبيان القبول والفعل The Acceptance and Action Questionnaire – II

(Bond et al. 2011) ترجمة (أحمد محمد جاد الرب أبو زيد، هبه جابر عبد الحميد، ٢٠٢٠) وتم استخدامه في الجلسة التمهيديّة لقياس درجة المرونة النفسية لأفراد المجموعة التجريبية، باعتبار أن التحسن في المرونة النفسية مؤشراً هاماً لفعالية العلاج بالقبول والالتزام، وتم اختياره لحدّثة ترجمته وتقنيته وتمتعه باتساق داخلي مرتفع عند (٠,٨٨٢) ومعامل ثبات مرتفع ٠,٨٨٦، وهو مقياس أحادي البعد يتكون من ٧ عبارات تقيس عدم المرونة النفسية أو الميل لتجنب الخبرات الداخلية غير المرغوب فيها، يُجيب عليها المفحوص في ضوء مدى انطباق كل عبارة عليه خلال شهر ماض على مقياس ليكرت السباعي (١= لم يكن صحيحاً أبداً إلى ٧= صحيح دائماً)، وتشير الدرجات المرتفعة إلى مستويات أكبر من عدم المرونة النفسية أي تجنب الخبرة (نطاق الدرجات المحتمل ٧-٤٩)، وأظهر الاستبيان في نسخته الأصلية اتساقاً داخلياً عند ٠,٨٤ ومعامل ثبات ٠,٨١.

### ٤- برنامج العلاج بالقبول والالتزام: إعداد الباحثة.

يُعرف برنامج القبول والالتزام **Acceptance and Commitment Therapy** program في البحث الحالي بأنه "مجموعة المعارف والمهارات المختلفة التي تستند إلى استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام (فنيّتي القبول والالتزام السلوكي)، بالإضافة إلى فنيات مساعدة مثل (اليأس الإبداعي، الأتوبيس والركاب، المحاضرة والمناقشة والواجب المنزلي وغيرها)، ويتم تقديمها لعدد من طلاب الدراسات العليا (أفراد المجموعة التجريبية) خلال فترة زمنية محددة، وتدريبهم عليها خلال الجلسات العلاجية بغرض تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض درجة الوسواس الفكرية القهرية لديهم".

### الفئة المستهدفة: طلاب الدراسات العليا Post graduated students

وهم أولئك الطلاب الذين أنهوا مرحلة التعليم الجامعي والتحقوا بالدراسة بمرحلة الدراسات العليا، بغرض الحصول على شهادات أكثر تخصصاً، كالدبلومات المتخصصة أو نيل

درجة الماجستير والدكتوراة. والذين حصلوا على درجات مرتفعة على كل من مقياس الوسواس الفكرية القهرية واستبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

### الأساس النظري للبرنامج المستخدم في هذا البحث:

تتبنى الباحثة برنامج القبول والالتزام - ضمن الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي- بهدف تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا". ويهتم مدخل العلاج بالقبول والالتزام بتغيير وظيفة الأفكار والعواطف بدلاً من تغيير شكلها أو محتواها أو تكرارها.

ومن المصادر التي تم الاطلاع عليها والاستفادة منها في إعداد البرنامج في البحث الحالي دراسة ( Izadi, et al., 2012; Armstrong, 2011) ، وبعض الكتب منها (Hayes,S.C., Strosahl,K.D., & Wilson,k.G.,2003; Luoma,J,B., Hayes,S.C. & Walser,R.D.,2017 )

أهداف البرنامج : يمكن صياغة أهداف البرنامج في فئتين هما الهدف العام والأهداف الإجرائية وذلك كالتالي:

( ١ ) الهدف العام للبرنامج:

يهدف برنامج العلاج بالقبول والالتزام إلى تعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا.

(٢) الأهداف الفرعية: يمكن صياغة الأهداف الفرعية للبرنامج العلاجي في البحث الحالي فيما يلي:

أ- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على استخدام استراتيجيات الإلهاء المركز والضبط الاجتماعي، لدورها في خفض محاولات التحكم في الأفكار الدخيلة وبالتالي خفض أعراض الوسواس الفكرية القهرية.

ب- خفض استخدام أفراد المجموعة التجريبية لاستراتيجيات العقاب والتوتر وإعادة التقييم، باعتبارها استراتيجيات تحكم لا توافقية من شأنها الإبقاء على تواتر الوسواس الفكرية القهرية.

ج- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تقبل أفكارهم الوسواسية كما هي (القبول).

د- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على استحضار الذات كسياق في اللحظة الآنية (هنا والآن).

هـ- تنمية المرونة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية عند التعامل مع أفكارهم الوسواسية.

و- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على تحديد أهدافهم القيمة والتزامهم السلوكي بها.

ومن الصعوبات التي واجهت الباحثة عند تطبيق إجراءات البحث ما يلي:

١- صعوبة تحديد موعد للجلسات بعيداً عن أيام تواجد أفراد المجموعة التجريبية لحضور محاضراتهم.

٢- صعوبة تحديد وقت تنفيذ الجلسات بسبب التعارض بين مواعيد محاضرات طلاب الدراسات العليا بكلية العلوم والتربية.

٣- في البداية تحملت الباحثة عبء تكوين الألفة بين أفراد المجموعة التجريبية كونهم من كليات وتخصصات وأعمار ونوع مختلف.

٤- عدم التزام بعض أفراد المجموعة بالواجبات المنزلية، وإن كان ذلك في أوقات قليلة.

٥- بسبب طبيعة الدراسة وقرب موعد الامتحانات، اضطرت الباحثة لإجراء القياس التتبعي بعد مرور شهر واحد فقط من انتهاء الجلسات الإرشادية.

ويوضح جدول (٧) مضمون البرنامج من حيث (رقم الجلسة، وزمنها، وموضوعها،

وأهدافها، وفنياتها).

## جدول (٧)

ملخص جلسات برنامج القبول والالتزام المستخدم لتعديل استراتيجيات ضبط الفكر وخفض الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا (إعداد الباحثة).

م	زمن الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
(١)	٤٥ دقيقة	الجلسة التمهيدية	<ul style="list-style-type: none"> <li>التعارف وبناء جو من الألفة.</li> <li>شرح وتوضيح أساسيات العمل ومواعيد ومكان تنفيذ الجلسات.</li> <li>تطبيق استبيان القبول والفعل.</li> </ul>	المناقشة والحوار
(٢)	٤٥ دقيقة	مفهوم اضطراب الوسواس القهري وأسبابه واعراضه	<ul style="list-style-type: none"> <li>تقديم توضيح مختصر لأفراد المجموعة التجريبية حول مفهوم اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، والفرق بين المعتقدات الوسواسية والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.</li> </ul>	المحاضرة، المناقشة والحوار.
(٣)	٦٠ دقيقة	مفهوم العلاج بالقبول والالتزام	<ul style="list-style-type: none"> <li>التعريف بمفهوم العلاج بالقبول والالتزام وأهدافه وعملياته الأساسية، ومدى فعاليتها في خفض أعراض الوسواس القهري.</li> </ul>	المحاضرة، المناقشة، التغذية الراجعة.
(٤)	٤٥ دقيقة	استراتيجيات ضبط الفكر.	<ul style="list-style-type: none"> <li>توضيح مفهوم استراتيجيات ضبط الفكر، أنواعها، دورها في خفض الوسواس الفكرية القهرية أو الإبقاء عليها.</li> </ul>	المحاضرة، التغذية الراجعة
(٥) و (٦)	٦٠ دقيقة للجلسة الفردية	استراتيجية الإلهاء	<ul style="list-style-type: none"> <li>توضيح دور الإلهاء في استمرار أعراض الوسواس القهري، وتدريبهم على الإلهاء المركز الذي يتضمن انشغال الفكر بأنشطة ممتعة.</li> <li>تدريب أفراد المجموعة على تمارين الفصل المعرفي بمساعدة الاستعارات المختلفة مثل استعارة محل البقالة، استعارة المسافر في الأتوبيس . وتمارين العذ التنزلي بدءًا من ٢٠.</li> </ul>	التغذية الراجعة، الاستعارات، فنية القبول، الفصل المعرفي، الواجب المنزلي
(٧) و (٨)	٤٥ دقيقة للجلسة	استراتيجية الضبط الاجتماعي.	<ul style="list-style-type: none"> <li>شرح دور البحث عن الطمأنينة من الآخر، ودوره في تقليل محاولات تغيير محتوى الفكرة الوسواسية وما يصحبها من توتر.</li> <li>التعرف على مصادر تقديم الطمأنينة التي يلجأ إليها الأفراد.</li> <li>التدريب على قبول الفكرة كما هي، ورؤية التحكم كمسكلة.</li> </ul>	المناقشة، القبول، الاستعارات، الواجب المنزلي.
(٩) و (١٠)	٤٥ دقيقة للجلسة	استراتيجية التوتر	<ul style="list-style-type: none"> <li>التعرف على الخبرات السابقة لأفراد المجموعة التجريبية في استخدام التوتر، ونماذج الأفكار التوتيرية البديلة التي لجأوا إليها.</li> </ul>	المناقشة، الاتصال بالحلظة الحالية، الواجب المنزلي

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف أفراد المجموعة على نتائج استخدامهم للتوتر كمحاولة للتحكم في الفكرة الوسواسية.</li> <li>• تعليمهم التركيز على اللحظة الحالية وعدم البحث عن فكرة أخرى تسبب اتوترًا أقل.</li> </ul>			
التغذية الراجعة، المحاضرة والمناقشة، فنية الذات كسياق، فنية الالتزام السلوكي، الواجب المنزلي،	<ul style="list-style-type: none"> <li>• التعرف على صور الغضب امصاحب للفكرة الوسواسية.</li> <li>• تحديد أنماط العقاب التي يقوم بها الفرد كمحاولة للتحكم في الفكرة الوسواسية.</li> <li>• تدريب أفراد المجموعة التجريبية على الفصل بين ذاتهم المدركة وذاتهم الحقيقية</li> <li>• تقليل تركيز أفراد المجموعة التجريبية على ذاتهم المدركة بمساعدة • استعارة رقعة الشطرنج واستعارة جهاز التلفزيون</li> </ul>	استراتيجية العقاب	٦٠ جلسة للدقيقة	(١١) و (١٢)
التغذية الراجعة، فنية الأهداف القيمة، الاستعارة، ممارسات اليقظة Mindfulness، الواجب المنزلي.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تحديد درجة نجاح المحاولات السابقة لأفراد المجموعة في تغيير محتوى الفكرة الوسواسية عن طريق استخدام إعادة التقييم.</li> <li>• توضيح ان إعادة التقييم للفكرة الوسواسية يعطيها أهمية أكثر من حجمها وتزيد انخراط الفرد في الاستجابة لها وتفصله عن الواقع المحي</li> <li>• المساعدة في التعرف على أهمية القيم في حياتهم، وما يضيفونه من قيم للأشياء والأحداث في إضافة معنى لتفاصيل حياتهم .</li> <li>• مساعدة الأفراد في تحويل تركيزهم إلى الاندماج في السلوكيات المرتبطة بهذه القيم.</li> <li>• تدريب أفراد المجموعة التجريبية على الوعي بالأفكار الوسواسية هنا والآن وعدم محاولة مقاومتها أو تغيير محتواها .</li> </ul>	إعادة التقييم	٤٥ دقيقة للجلسة الفردية	(١٣) و (١٤)
التغذية الراجعة، استعارة ركاب الحافلة	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مراجعة العمليات العلاجية الست باستخدام استعارة الركاب في الحافلة.</li> <li>• مراجعة وضع أفراد المجموعة من تحقيق الأهداف السابقة.</li> <li>• مناقشة نهاية العلاج وقضايا الانتكاس.</li> </ul>	مراجعة لما تم تقديمه في الجلسات السابقة	٤٥ دقيقة للجلسة الفردية	(١٥) و (١٦)

المناقشة والحوار	● إجراء القياس البعدي لأدوات البحث (استبيان استراتيجيات ضبط الفكر، مقياس الوسواس الفكرية القهرية) و(استبيان القبول والفعل). لتحديد فعالية البرنامج.	تقييم البرنامج وإنهاؤه	٤٥ دقيقة	(١٧)
المناقشة والحوار	● إجراء القياس التبعي لأدوات البحث (استبيان استراتيجيات ضبط الفكر، مقياس الوسواس الفكرية القهرية) و(استبيان القبول والفعل). لتحديد مدى استمرار التحسن بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج.	التقويم التبعي	٤٥ دقيقة	(١٨)

### الأساليب الإحصائية المستخدمة:

في ضوء أهداف وفروض البحث الحالي، تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات واختبار صحة الفروض باستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والتربوية SPSS وهي:

١- معامل ارتباط بيرسون

٢- اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon وقيمة Z.

### نتائج البحث ومناقشتها

١- نتائج الفرض الأول:

نص الفرض الأول: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات ضبط الفكر والوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا".

ولاختبار صحة هذا الفرض، تم حساب معامل ارتباط بيرسون لفحص اتجاه العلاقة

بين (أبعاد استراتيجيات ضبط الفكر والدرجة الكلية لها)، و(أبعاد الوسواس الفكرية

القهرية والدرجة الكلية لها)، وتتلخص النتائج في الجدول التالي:

## جدول (٨)

معاملات الارتباط بين أبعاد استراتيجيات ضبط الفكر وأبعاد الوساس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا والدرجة الكلية لكليهما لدى عينة البحث (N=٢٣٥).

الدرجة الكلية	إعادة التقييم	العقاب	التوتر	الضبط الاجتماعي	الإلهاء	استراتيجيات ضبط الفكر
						الوساس الفكرية القهرية
**٠.١٩٦	**٠.١٥٢	*٠.١١٩	*٠.١٢٧	**٠.١٧٩	-٠.١٤٢ **	الأعراض
**٠.٢٠٨	**٠.٢٥٣	*٠.١٢٠	**٠.٢٦٧	*٠.١٢٦	-٠.٢٨٧ **	المقاومة
**٠.١٨٧	**٠.١٥٥	**٠.٢٠٢	**٠.٢٨٣	*٠.١٠٨	-٠.١٨١ **	الآثار المترتبة
*٠.١١٩	**٠.١٨٣	*٠.١٢١	**٠.١٩٣	**٠.١٤٠	-٠.١٠٤ *	الدرجة الكلية

\* دالة عند ٠,٠٥

\*\* دالة عند ٠,٠١

ويتضح من جدول (٨) مايلي:

صحة الفرض الأول حيث أكدت النتائج وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات ضبط الفكر والوساس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا وذلك وفقاً للنتائج التالية:

- ١- أظهر بُعد الإلهاء ارتباطاً سالباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠١) مع أبعاد (الأعراض، المقاومة، الآثار المترتبة)، وارتباطاً سالباً دالاً إحصائياً عند (٠,٠٥) مع الدرجة الكلية للوساس الفكرية القهرية. كما أظهر بُعد الضبط الاجتماعي ارتباطاً سالباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠٥) مع أبعاد (المقاومة، الآثار المترتبة) و ارتباطاً سالباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠١) مع بُعد الأعراض والدرجة الكلية للوساس الفكرية القهرية.
- ٢- أظهر كلاً من بُعد إعادة التقييم وبُعد التوتر ارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠١) مع أبعاد (المقاومة، الآثار المترتبة) والدرجة الكلية للوساس الفكرية القهرية، وأظهر بعد التوتر ارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠٥) مع بعد الأعراض، في حين أظهر بعد إعادة التقييم ارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠١) مع بعد الأعراض أما بُعد العقاب فقد أظهر ارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية

عند (٠,٠١) مع بُعد الآثار المترتبة، وارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً عند (٠,٠٥) مع أبعاد (الأعراض، المقاومة) والدرجة الكلية للوساوس الفكرية القهرية.

٣- أظهرت الدرجة الكلية لاستراتيجيات ضبط الفكر ارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠١) مع أبعاد (الأعراض، المقاومة، الآثار المترتبة) ، وارتباطاً موجباً ذا دلالة إحصائية عند (٠,٠٥) مع الدرجة الكلية للوساوس الفكرية القهرية.

### مناقشة نتائج الفرض الأول:

أوضحت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين بُعدي الإلهاء والضبط الاجتماعي ومقياس الوسواس الفكرية القهرية (الأبعاد والدرجة الكلية)، ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين (أبعاد التوتر والعقاب وإعادة التقييم والدرجة الكلية لاستراتيجيات ضبط الفكر) و(أبعاد مقياس الوسواس الفكرية القهرية والدرجة الكلية). وتتفق هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات التي أوضحت دور استراتيجيات ضبط الفكر اللاتوافقية في الإبقاء على أعراض الوسواس القهرية، حيث أظهرت نتائج دراسة (Mohammadkhani, & farjad, 2009,p35) ارتباط استراتيجيات ضبط الفكر بشكل إيجابي مع أعراض الوسواس القهري لدى عينة غير كلينكية. وأن من بين النطاقات الفرعية لاستراتيجيات التحكم في الفكر، ظهر التوتر والعقاب كمنبئين محددين لأعراض الوسواس القهري. وأشارت نتائج دراسة (Rezaei , Hasani, & Rezaei, 2018) إلى وجود فروق دالة بين مرضى اضطراب الوسواس القهري والأفراد العاديين في استراتيجيات التحكم في الفكر. وأكدت نتائج دراسة (Sadia, Riemann, & Wegner,2009) أن استراتيجية القمع تؤدي إلى نتائج عكسية للتعامل مع الأفكار الدخيلة في الوسواس القهري. وأن ضرر القمع ينعكس في المقام الأول في حجم الشدة وليس في تواتر الاقتحام. في حين أن استراتيجيتي الإلهاء المركز والقبول كانتا أكثر فعالية في ضبط الأفكار التطفلية. وبيّنت نتائج دراسة (Shahi,2004) أن مرضى الوسواس القهري يستخدمون العقاب والتوتر وإعادة التقييم بشكل أكبر من المجموعة الضابطة كاستراتيجيات لضبط الفكر. وأشارت نتائج دراسة (Belloch, Morillo, Garcia-Soriano, 2009) إلى ارتباط الميل المزمن لقمع الأفكار السلبية بالعقاب لدى مرضى الوسواس القهري. كما ارتبط العقاب كاستراتيجية لضبط الأفكار السلبية بالوسواس القهري. في حين كشفت نتائج دراسة (Amir, Cashman,&



(Foa, 1997) أن مرضى الوسواس القهري استخدموا العقاب والتوتر وإعادة التقييم بشكل أكبر من العاديين. وتتبع استراتيجيتي العقاب والتوتر بأعراض الوسواس القهري.

وذكر (Yilmaz, et al., 2020, P11) أن مرضى الوسواس **Obsession** يعانون باستمرار من تكرار الأفكار أو الصور أو الأفعال اللاإرادية، رغم محاولتهم منع تكرارها وهذا يسبب ضيقاً واضحاً لهم. وتزيد الوسواس نتيجة إعطاء أهمية مفرطة للفكرة، والشعور المبالغ فيه بالمسؤولية. وتفترض النظرية السلوكية المعرفية الكلاسيكية بأن التفسيرات للمواقف التي نواجهها هي المتغير الأكثر أهمية الذي يحدد الشعور في ذلك الوقت والاستجابة السلوكية ضده بعد ذلك.

وترى الباحثة أن الضيق والتوتر الذي ينتج عن تكرار وإحاح الفكرة الوسواسية الدخيلة، يتسبب في لجوء الأفراد لاستخدام استراتيجيات معينة (مثل القمع، عقاب الذات، التوتر) بغرض التحكم في ظهور هذه الأفكار أو مقاومتها، ولكنها غالباً ما تأتي بنتائج عكسية تؤدي لخضوعهم لهذه الأفكار، وقد يتطور الأمر في النهاية إلى ظهور الأفعال القهرية كوسيلة للتعامل مع الأفكار الوسواسية القهرية.

## ٢- نتائج الفرض الثاني:

نص الفرض الثاني: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (**Wilcoxon (W)**) لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل.

## جدول (٩)

قيم (Z) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل.

البعد	نوع القياس	المتوسط	اتجاه توزيع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لاستبيان القبول والفعل أحادي البعد	قبلي	٤٠,٥٠	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٣٢-	دالة عند ٠,٠٥
		٢٢,٦٧	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)، القيمة

من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند (٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين

متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان

القبول والفعل لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وهذا يؤيد تحقق صحة هذا الفرض.

## ٣- نتائج الفرض الثالث:

نص الفرض الثالث: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين

البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل بعد مرور شهر من

تطبيق إجراءات البرنامج العلاجي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon

لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة

التجريبية في استبيان القبول والفعل

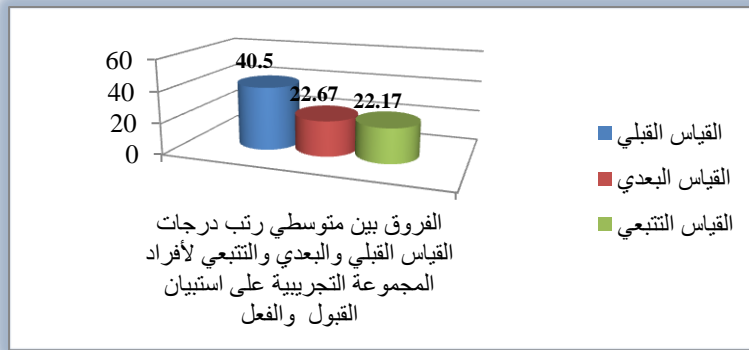
## جدول (١٠)

قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل (ن=٢٣٥).

البعد	نوع القياس	المتوسط	اتجاه توزيع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لاستبيان القبول والفعل أحادي البعد	بعدي	٢٢,٦٧	رتب سالبة	٣	٣,٦٧	١١,٠٠	-٠,٩٦٦-	غير دالة
		٢٢,١٧	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
		محايد	١					
		المجموع	٦					

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)، القيمة من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند (٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (١٠) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل.



ويوضح شكل (٢) الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل أحادي البعد.

## مناقشة نتائج الفرضين الثاني والثالث:

أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان القبول والفعل لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وعدم وجود فروق دالة إحصائية

بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على كلاً من استبيان القبول والفعل.

ويتفق ذلك مع ما أشارت إليه نتائج دراسة (Naieni, et al., 2017) من فعالية العلاج بالقبول والالتزام في زيادة المرونة النفسية لمرضى الوسواس القهري. وكذلك نتائج دراسة (Twohig, et al., 2015)، و دراسة (Thompson, et al., 2021) والتي أثبتت دور العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في تحسين المرونة النفسية وخفض أعراض الوسواس القهري.

وأدى استخدام فنيات العلاج بالقبول والالتزام الست في الجلسات إلى تقبل أفراد المجموعة التجريبية لأفكارهم ومشاعرهم، وزيادة مرونتهم في التعامل مع ما ينتابهم من أفكار.

#### نتائج الفرض الرابع:

نص الفرض الرابع: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر. وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon (W لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

## جدول

(١١) قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجيات ضبط الفكر.

البعد	نوع القياس	المتوسط	اتجاه توزيع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
الإلهاء	قبلي	١٣,٠٠	رتب سالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٢٦-	دالة عند ٠,٠٥
		١٨,٥٠	رتب موجبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
الضبط الاجتماعي	قبلي	١٣,٨	رتب سالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٢٦٤-	دالة عند ٠,٠٥
		١٩,٦٦	رتب موجبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
التوتر	قبلي	٢٠,١٧	رتب سالبة	٦	٥,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢١٤-	دالة عند ٠,٠٥
		٩,٣٣	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
العقاب	قبلي	٢١,٥٠	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٣٢-	دالة عند ٠,٠٥
		٨,٣٣	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
إعادة التقييم	قبلي	٢٠,٣٣	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠١-	دالة عند ٠,٠٥
		٨,٨٣	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
الدرجة الكلية لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر	قبلي	٨٨,٨٣	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢١٤-	دالة عند ٠,٠٥
		٦٤,١٦	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)، القيمة من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند (٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (١١) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وهذا يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.

#### نتائج الفرض الخامس:

نص الفرض الخامس: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر بعد مرور شهر من تطبيق إجراءات البرنامج العلاجي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon (W لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية في متغير استراتيجيات ضبط الفكر.

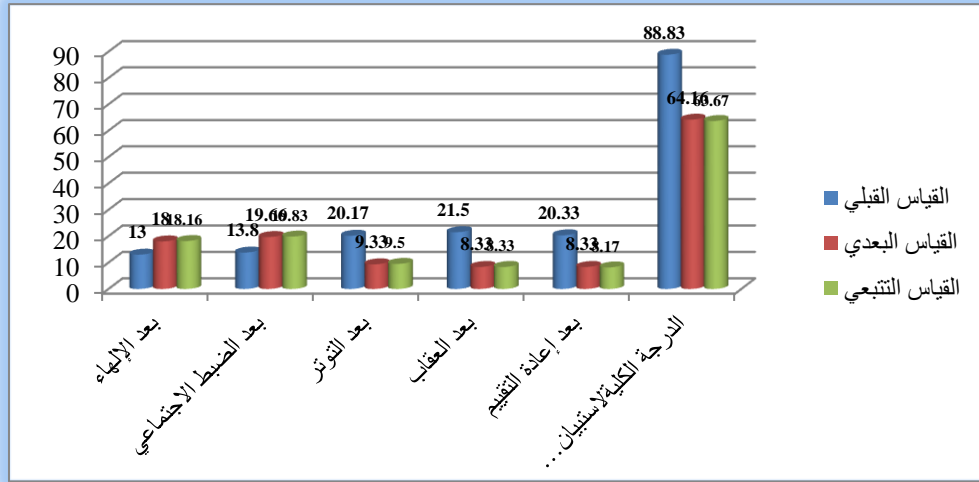
## جدول (١٢)

قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

المستوى الدالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	اتجاه توزيع الرتب	المتوسط	نوع القياس	البعد
غير دالة	-١,٠٠-	٧,٥٠	٢,٥٠	٣	رتب سالبة	١٨,٥٠	بعدي	الإلهاء
		٢,٥٠	٢,٥٠	١	رتب موجبة	١٨,١٦	تتبعي	
				٢	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,٥٧٧-	٢,٠٠	٢,٠٠	١	رتب سالبة	١٩,٦٦	بعدي	الضبط الاجتماعي
		٤,٠٠	٢,٠٠	٢	رتب موجبة	١٩,٨٣	تتبعي	
				٣	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,٤٤٧-	٦,٠٠	٣,٠٠	٢	رتب سالبة	٩,٣٣	بعدي	التوتر
		٩,٠٠	٣,٠٠	٣	رتب موجبة	٩,٥٠	تتبعي	
				١	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-١,٠٠-	١,٥٠	١,٥٠	١	رتب سالبة	٨,٣٣	بعدي	العقاب
		١,٥٠	١,٥٠	١	رتب موجبة	٨,٣٣	تتبعي	
				٤	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,١٩٤-	٨,٥٠	٢,٨٣	٣	رتب سالبة	٨,٣٣	بعدي	إعادة التقييم
		١,٥٠	١,٥٠	١	رتب موجبة	٨,١٧	تتبعي	
				٢	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,٩٦٢-	١١,٠٠	٢,٧٥	٤	رتب سالبة	٦٤,٦٧	بعدي	الدرجة الكلية لاستبيان استراتيجيات ضبط الفكر
		٤,٠٠	٤,٠٠	١	رتب موجبة	٦٣,٦٧	تتبعي	
				١	محايد			
				٦	المجموع			

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)،  
القيمة من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند  
{(٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (١٢) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر، وهذا يويد تحقق صحة هذا الفرض.



ويوضح شكل (٣) الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

#### مناقشة نتائج الفرضين الرابع والخامس:

اختبر هذا البحث فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تعديل استخدام استراتيجيات ضبط الفكر التي يستخدمها مجموعة من طلاب الدراسات العليا ذوي الوسواس الفكرية القهرية، بغرض التحكم في الأفكار الدخيلة غير المرغوب فيها، والتخلص من التوتر والقلق الناتج عنها.

وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على استبيان استراتيجيات ضبط الفكر.

حيث ارتفعت درجات أفراد المجموعة التجريبية في البحث الحالي في بعدي الإلهاء والضبط الاجتماعي، وانخفضت درجات أفراد المجموعة التجريبية في أبعاد التوتر والعقاب



وإعادة التقييم في القياس البعدي عنه في القياس القبلي. وهذا يتفق مع ما أوضحه (Abramowitz, et al., 2003) حين ذكر أنّ الإلهاء استراتيجية شائعة جداً لإبقاء الأفكار غير السارة تحت السيطرة، ويجب إعادة النظر في اعتبارها استراتيجية غير فعالة للتحكم في الفكر على أساس ارتباطها بـWBSI، والعقاب والتوتر. كما أوضحت نتائج دراسة (McKay & Greisberg, 2000)، ارتباط خفض أعراض الوسواس بعد العلاج بزيادة استخدام الإلهاء.

ويتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Allen, Kropfing, Mathes, Crosby, & Elias, 2016) التي أوضحت أنّ مرضى الوسواس القهري يستخدمون التوتر والعقاب بدرجة مرتفعة، ويستخدمون الإلهاء والضبط الاجتماعي بدرجة منخفضة. وتنبئ زيادة استخدام الإلهاء وقلّة استخدام العقاب الذاتي بانخفاض أعراض الاندماج. تُشير هذه النتائج إلى أنّ مرضى الوسواس القهري قد يستفيدون من التدخلات التي تُسهّل الإلهاء المركّز عن الأفكار الدخيلة. علاوة على ذلك، قد يكون الاستخدام التدريجي لاستراتيجيات الإلهاء والضبط الاجتماعي أهدافاً جديرة بالاهتمام في علاج الوسواس القهري.

وتذكر الباحثة أنّ محور اهتمام البحث الحالي انصبّ على مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في التغلب على الوسواس الفكرية القهرية، ومحاولة التخطيط المُمنهج لما هو مهم بالنسبة لهم في الحياة والذي يتماشى مع قيمهم الخاصة، بدلاً من الاستجابة للوسواس الفكرية القهرية أو محاولة التحكم فيها، حيث كانت محاولات التحكم غير الفعالة سبباً مباشراً في الإبقاء على الفكرة الوسواسية القهرية والاستسلام لها.

ويمكن اعتبار تصميم دراسة الحالة في هذا البحث نقطة قصور قد تقلل تعميم النتائج. ولكن ذلك كان نتيجة اقتصار العينة على مرضى الوسواس الفكرية القهرية (٩٪) بدون أفعال قهرية (٩٠٪). ورغم ذلك، فإن البحث الحالي يُمثل نقطة انطلاق لدراسة الأساليب البديلة المعتمدة لعلاج الوسواس الفكرية القهرية بمدخل علاجية مختلفة وعلى عينات أكبر تحت رعاية مؤسسات وفرق عمل أكبر.

كما تم مساعدة أفراد المجموعة التجريبية على رؤية الوسواس الفكرية القهرية كما هي على حقيقتها، وقبول وجودها، والقيام بأمور حياتهم أثناء تواتر الوسواس الفكرية القهرية أو في غيابها. حيث اهتمت الباحثة بتعليم أفراد المجموعة أنّ البديل للتعامل مع

الأفكار الدخيلة المتطفلة هو قبولها بشكل أساسي radical دون شروط ودون التركيز على محتواها أو تكرارها أو شدتها. وهذا يعني رؤية أفكارهم الوسواسية كما هي، وعدم القبول السلبي (الاستسلام) للتوتر والضيق الذي تسببه، وإنما يعني التخلي عن محاولات تغيير محتوى الأفكار التي تُعيق الحياة.

وقد أدى استخدام العمليات العلاجية الست لـ ACT والفنيات المساعدة إلى مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في خفض استخدام استراتيجيات التحكم غير الفعالة مثل (التوتر والعقاب وإعادة التقييم)، وتوضيح فعالية استراتيجيات الإلهاء المركز والضبط الاجتماعي في التخلص من القلق والتوتر والضيق الذي يسببه تكرار الأفكار الدخيلة المتطفلة.

ففي أثناء الجلسات تم تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تحديد و تقييم فعالية الاستراتيجيات التي يستخدمونها لتجنب أفكارهم الوسواسية على المدى البعيد، حيث تم توضيح أن هذه الاستراتيجيات التجنبية تسهم في خفض الوسواس الفكرية على المدى القريب وليس على المدى البعيد، كما أنها تُسهّل تكرار ظهور الوسواس الفكرية مرة أخرى وأنها لا تجدي نفعاً في تغيير محتوى الأفكار أو خفض التوتر والغضب الناتج عنها. كما راعت الباحثة عدم التسبب في شعور الأفراد بالحرج أو اللوم لاستخدامهم تلك الاستراتيجيات، موضحة لهم أنّ معظم الناس يتصرفون بأساليب مُشابهة في مواقف مماثلة غير مرغوبة بالنسبة لهم.

كما ساعد استخدام استعارة شدّ الحبل Tug of War في تقليل الأهمية التي يوليها الفرد للفكرة الوسواسية القهرية، وفيها يُطلب من الأفراد تخيّل أنفسهم في لعبة شدّ الحبل بينهم وبين وحش ما، وأنهم كلّما ازداد شدّهم للحبل زاد شدّ الوحش للحبل وزادت معاناة الأفراد، ثم تم توضيح أن الوحش هنا يمثل الفكرة الوسواسية، وأنّ شدّهم للحبل يمثل محاولاتهم وإصرارهم على مقاومة الفكرة الوسواسية، ولكن ما لا يدركه الأفراد أنّهم غير مضطرين لشدّ الحبل وأنّ كل ما عليهم هو ترك الحبل وليس شدّه.

كذلك فإنّ تدريب أفراد المجموعة على رؤية محاولات التحكم في الأفكار الوسواسية على أنها مشكلة في حد ذاتها، ساعدهم في إدراك التأثير المتناقض لمحاولة التحكم في أفكارهم الوسواسية القهرية والتي لا تُجدي نفعاً في معظم الأحيان، بل تُزيد من أهمية هذه الأفكار. فإذا استطاع الفرد استحضار الفكرة الوسواسية في اللحظة الحالية وطُلب منه

مقاومتها فإنه لن يقاومها في اللحظة الحالية، مما يُعطيه دليلاً بقدرته على عدم الاستجابة للفكرة الوسواسية القهرية أو محاولة التحكم فيها، وساعد في ذلك استخدام استعارة جهاز كشف الكذب التي ساعدت الأفراد على توضيح أنّ كون الفرد عالماً في أفكاره الوسواسية ليس بسبب قصور في الدافعية أو نقص في الأبداع أو ضعف في الطاقة، وحاولت الباحثة مساعدة الأفراد على إدراك أنّ خبراتهم طبيعية وهذا أفضل ما يمكن فعله. وساعدت استعارة الوقوع في الحب في توضيح أنّ الصعوبة ليست فقط في التخلص من الانفعالات والعواطف، وإنما من الصعب أيضاً تكوينها أو خلقها، مهما استخدمت طرق متوقعة أو مُحكمة.

كما تم توجيه أفراد المجموعة إلى الانتباه إلى استعداداتهم وقدراتهم بدلاً من التركيز على محاولات التحكم، في هذه النقطة من العلاج تم التركيز على إضعاف أجندة التحكم الواقعية، وتم تعريف الأفراد بأنه يمكنهم المضيّ قُدماً إذا ما بدأوا من مكان ما، وستخدمت الباحثة مصطلح الرغبة أو الاستعداد **willingness** لأنّ مصطلح القبول **Acceptance** قد يتداخل مع معنى التسامح والتحمل **toleration** أو التنازل والاستسلام **resignation**.

ساعد في تحقيق ما سبق، وجود مشاعر من الألفة والتقبل والمودة القائم على الاحترام المتبادل بين أفراد المجموعة التجريبية والباحثة من ناحية، وأفراد المجموعة التجريبية بعضهم البعض من ناحية أخرى، ووجود رغبة ذاتية ودافع لحل مشكلاتهم وتعلم طرق التخلص من الإنزعاج الذي تسببه الوسواس الفكرية القهرية، وحرصهم الشديد على عدم تطوّر الأعراض لديهم لتنفيذ إجراءات سلوكية (الأفعال القهرية) كاستجابة لهذه الأفكار الوسواسية القهرية، الأمر الذي جعلهم أكثر التزاماً وتفاعلاً داخل الجلسات والتزاماً بالواجبات المنزلية خارج الجلسات، كل ذلك كان يزيد من مرونة تنفيذ الجلسات العلاجية، ما أدى بدوره لسهولة تحقيق الهدف من البرنامج المقدم لهم.

#### نتائج الفرض السادس:

نص الفرض الرابع: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية".

جدول (١٣)

قيمة (Z) ودلالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية.

البعدي	نوع القياس	المتوسط	اتجاه توزيع الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
الأعراض	قبلي	٢٣,٣٣	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٦٤-	دالة عند ٠,٠٥
		١٢,٥٠٠	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
المقاومة	قبلي	١٣,٦٦٧	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		١٣,١٦٧	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
الآثار المترتبة	قبلي	٣٢,٣٣	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		١٧,٣٣	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					
الدرجة الكلية لمقياس الوسواس الفكرية القهرية	قبلي	٨٧,١٦٧	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	-٢,٢٠٧-	دالة عند ٠,٠٥
		٤٢	رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
		محايد	٠					
		المجموع	٦					

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)، القيمة

من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند (٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (١٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، وهذا يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.

## نتائج الفرض السابع:

نص الفرض السابع: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوساسوس الفكرية القهرية بعد مرور شهر من تطبيق إجراءات البرنامج العلاجي".

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون (W) Wilcoxon لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوساسوس الفكرية القهرية.

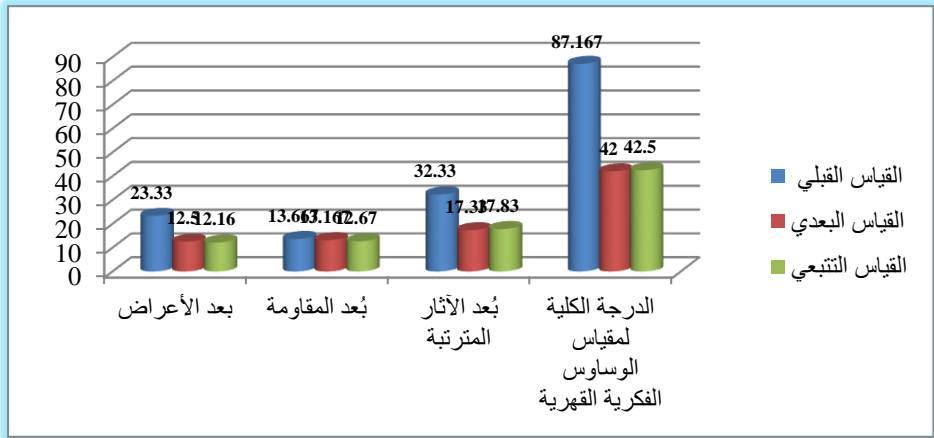
## جدول (١٤)

قيمة (Z) ودالاتها للفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوساسوس الفكرية القهرية.

مستوى الدلالة	Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	اتجاه توزيع الرتب	المتوسط	نوع القياس	البعد
غير دالة	-١,٣٠-	١,٥٠	١,٥٠	١	رتب سالبة	١٢,٥٠	بعدي	الأعراض
		٨,٥٠	٢,٨٣	٣	رتب موجبة	١٢,١٦	تتبعي	
				٢	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-١,٤١٤-	١٢,٥٠	٣,١٣	٤	رتب سالبة	١٣,١٧	بعدي	المقاومة
		٢,٥٠	٢,٥٠	١	رتب موجبة	١٢,٦٧	تتبعي	
				١	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,٧٠٧-	٥,٠٠	٢,٥٠	٢	رتب سالبة	١٧,٣٣	بعدي	الآثار المترتبة
		١٠,٠٠	٣,٣٣	٣	رتب موجبة	١٧,٨٣	تتبعي	
				١	محايد			
				٦	المجموع			
غير دالة	-٠,٨٤٩-	٤,٥٠	٢,٢٥	٢	رتب سالبة	٤٢,٠٠	بعدي	الدرجة الكلية لمقياس الوساسوس الفكرية القهرية
		١٠,٥٠	٣,٥٠	٣	رتب موجبة	٤٢,٥٠	تتبعي	
				١	محايد			
				٦	المجموع			

{قيمة Z أقل من ١,٩٦ (غير دالة)، القيمة من ١,٩٦ إلى ٢,٥٨ دالة عند (٠,٠٥)، القيمة من ٢,٥٩ إلى ٣,٢٧ دالة عند (٠,٠١)، القيمة من ٣,٢٨ فأكثر دالة عند (٠,٠٠١)}.

ويتضح من جدول (١٤) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية، وهذا يؤكد تحقق صحة هذا الفرض.



ويوضح شكل (٤) الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والبعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية.

#### مناقشة نتائج الفرضين السادس والسابع:

أظهرت نتائج البحث الحالي فعالية (١٨) جلسة من تدخل العلاج بالقبول والالتزام ACT على ٦ من طلاب الدراسات العليا ذوي اضطراب الوسواس الفكرية القهرية، حيث وُجد انخفاض كبير في مستوى الإيمان بالوسواس الفكرية القهرية ونقص في الميل للتحكم ومقاومة الأفكار الدخيلة المتكررة.

فقد أسفرت نتائج البحث الحالي عن جود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل. وعدم وجود

فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتبقي لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس الفكرية القهرية

فقد هدف البحث الحالي إلى زيادة تقبل أفراد المجموعة التجريبية لأفكارهم الوسواسية كما هي دون محاولة تعديلها أو تغييرها أو التحكم فيها، وكذلك توجيههم لاستخدام استراتيجيات التحكم الفعالة لضبط الأفكار الوسواسية القهرية في وجود اجترار للأفكار وهذا ما نطلق عليه ارتفاع مستوى المرونة النفسية (والتي ينتج عنها خفض الاندماج المعرفي *cognitive fusion* / زيادة الفصل المعرفي *cognitive defusion*، خفض التجنب العاطفي *emotional avoidance* / زيادة القبول *acceptance*، وخفض التقاعس السلوكي *behavioral inaction* / زيادة الالتزام السلوكي *behavioral commitment*).

وقد ساعدت العمليات المركزية الست لـ (ACT) العملاء في القدرة على الإقلاع عن فكرة تثبيط الفكر، وكيفية الفصل المعرفي عن أفكارهم الدخيلة والمتطفلة، وعززت مراقبتهم الذاتية بدلاً من تصوّر الذات. وتعليمهم قبول الأحداث الداخلية بدلاً من محاولة تغيير محتواها؛ فالتغيير الذي تم إجراؤه على القبول والفصل المعرفي هو تدخلات في الأحداث وليس إجراءات تستهدف تغيير المحتوى المعرفي أو العاطفي للفكرة الوسواسية القهرية.

وتتفق هذه النتائج مع ما أوضحته نتائج الدراسات السابقة من فعالية العلاج بالقبول والالتزام وفنياته في خفض أعراض الوسواس القهري، حيث اتضح من نتائج دراسة (Armstrong, 2011) تحسن الأعراض لدى جميع الحالات، مع انخفاض بنسبة ٤٠٪ في حالات الأفعال القهرية. واختفاء الأفعال القهرية تقريباً لدى اثنين من المشاركين في مرحلة ما بعد العلاج. انخفضت معدلات CY-BOCS بمتوسط ٢٨,٢٪. وأظهرت نتائج دراسة (Twohig, Jennifer, Vilardaga, Levin, & Hayes, 2015) أن التغييرات في المرونة النفسية الناتجة عن العلاج بالقبول والالتزام تُنبئ بالتغيرات في أعراض الوسواس القهري. كما قدمت دراسة (Philipa, & Cherian, 2021) تحليلاً للدراسات التي تناولت العلاج بالقبول والالتزام (ACT) كأبرز العلاجات النفسية ضمن الموجة الثالثة. على قاعدة بيانات PubMed و Medline وتم تضمين (١٦) مقالة تؤيد فعالية ACT في خفض أعراض الوسواس القهري، مع الحفاظ على التحسن إلى حد كبير في المتابعة. وأشارت

نتائج دراسة (Thompson, Twhig, & Luoma, 2021) إلى أن كلام من العلاج بالتعرض و ACT لهما آثار إيجابية على المرونة النفسية. وأوضحت نتائج دراسة (Izadi, 2012) أن علاج القبول والالتزام يمكن أن يكون تدخلًا فعالاً للأفكار والمشاعر والسلوكيات الصعبة التي تظهر في الوسواس القهري. وحاولت دراسة (Vakili, & Gharraee, 2014) تقييم فعالية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في علاج اضطراب الوسواس القهري (OCD). وأوضحت النتائج فعالية العلاج في تقليل أعراض الوسواس القهري والاكتئاب والقلق لحالة فردية. وخلصت نتائج دراسة (Naieni, 2017) إلى الدور الفعال للعلاج بالقبول والالتزام في زيادة المرونة النفسية للأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري، والتي يمكن استخدامها لتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم. كما أوضحت نتائج دراسة (Wheeler, 2017) في تناولها حالة فردية تعاني من أعراض اضطراب الوسواس القهري، تلقت العلاج بالقبول والالتزام (ACT) وأبلغت الحالة عن تحسن في الرفاهية وإدارة حياتها وفقًا لقيمتها.

ففي الجلسات الإرشادية ساعد تدريب أفراد المجموعة التجريبية على فنية الفصل المعرفي cognitive defusion على زيادة قدرة الأفراد على تعاملهم مع الأفكار الوسواسية بطرق أكثر توافقية، فالموقف الذي تحدث فيه الفكرة الوسواسية يتطلب أن يكون رد فعل الفرد عليها هو تجنب الموقف نفسه، كما أدت إلى خفض تأثير اجترار الأفكار الوسواسية القهرية والحفاظ على وجود مسافة بين ذات الشخص وخبراته الداخلية.

وساعدت فنية الفصل المعرفي في التعامل مع الفكرة الوسواسية بطرق مختلفة مما يفقدها مصداقيتها وقوتها. وساعد في ذلك استخدام استعارة الطفل في محل البقالة حيث يتبع الأطفال سلوك الصراخ كوسيلة للحصول على الحلوى أو الألعاب إذا رفض الوالدين، وإذا استمر الوالدين في الرفض يزيد الطفل مستوى الصراخ مرارًا وتكرارًا حتى يحصل على ما يريد، وهذا يشبه ما تقوم به الأفكار الوسواسية؛ ففي البداية يُقرّر الفرد عدم الاستجابة لها إلا أنها تتكرر وتلج عليه مرارًا إلى أن يقاومها، وكلما ازدادت مقاومته لها زادت أهميتها وقوتها وفقد السيطرة عليها. كما تم تقديم استعارة المسافر في الأتوبيس والتي تعد تدخلًا علاجيًا أساسيًا في العلاج بالقبول والالتزام حيث تهدف إلى إزالة المحتوى النفسي الاستفزازي للفكرة



الوسواسية القهرية، حيث ساعدت هذه الاستراتيجية الفعالة أفراد المجموعة التجريبية في تقييم أفكارهم الوسواسية على أنها أقل تهديدًا.

كما ساعد تقديم استعارة المقياسين **Two scales** في توضيح مفهوم الرغبة أو الاستعداد **willingness** وعلاقتها بالضغط أو الضيق النفسي. والرغبة هنا (تُشير إلى مدى انفتاح الفرد على الخبرة التي يُعايشها أثناء حدوثها دون محاولة تعديلها أو تجنبها أو الهروب منها أو تغييرها). بعبارة أخرى تحاول الحالة السيطرة على القلق مرارًا ولكن ذلك لا يحدث، ليس لضعف كفاءتها، فالرغبة أو الاستعداد ليس رد فعل أو شعور أو فكرة ولكنه اختيار. فإذا تم اختيار رفع درجة الرغبة أو الاستعداد فستقل درجة القلق وتقل معها محاولات المقاومة.

تم تقديم القيم بغرض خفض محاولات أفراد المجموعة التجريبية لمقاومة أفكارهم الوسواسية باستخدام استراتيجيات ضبط الفكر غير التكيفية، فيجب عليهم التعامل في حال تواتر الأفكار الوسواسية بطريقة أكثر هدوءًا وتقبلًا، وبمرور الوقت سوف يواجهون طاقتهم في الأنشطة ذات القيمة. حيث تم توضيح أنّ القيم هي موجّهات نتحرك في ضوئها وليست هدفًا نسعى إليه. وأنها وجهة "نتحرك باتجاهها" وليس "الابتعاد عنها". لذلك علينا تُدكّر القيم بشكل إيجابي. كما تم تقديم تمرينات لمساعدة أفراد المجموعة على تقييم درجة التزامهم بالقيم التي اختاروها في حياتهم اليومية. كما تم تدريب أفراد المجموعة على استعارة الضيف المزجج في الحفلة، وتدور هذه الاستعارة حول كل المشاعر والذكريات والأفكار التي نكرها. وأنّ المشكلة هي الموقف الذي نتخذه فيما يتعلق بـ "الأمور" الخاصة بنا. هل "الأمور" مَرحَب بها؟ هل يمكنك اختيار الترحيب بها، بالرغم من أنك لا تحب حقيقة قدومها؟.

وقد ساعد زيادة الوعي باللحظة الحالية أفراد المجموعة على إفساح المجال للأحداث الخاصة. مرة أخرى، بينما يتم تدريبهم على عدم مقاومة الخبرات الداخلية، فإن القبول لا يعني "الموافقة". حيث ساعدت تدريبات الاتصال باللحظة الحالية أفراد المجموعة التجريبية في الانفصال عن الأفكار المتطفلة، والتركيز في الموقف الراهن بعيدًا عن تهديدات الخبرات الماضية ومخاوف الخبرات المستقبلية، حيث تساعد هذه التدريبات الشخص على أن يكون أكثر مرونة وإدراكًا وتجاوبًا لما يوفره الموقف الحالي من خبرات وبدائل للتعلم.

كما تم تطبيق فنية الذات كسياق في جلسات البرنامج، والتي تنمي القدرة على التعامل مع الأحداث الخاصة على أنها ليست أكثر من أي حدث يومي آخر، والتعامل مع الفكر كفكرة، والشعور كشعور، والأحاسيس كأحاسيس، لا أكثر. حيث يواجه الأفراد المصابون بالوسواس القهري وقتاً صعباً للغاية نتيجة الاستسلام لأفكارهم الوسواسية، لأنهم يعتبرونها أحداثاً حقيقية. وأدى استخدام فنية الذات كسياق لتعلم أفراد المجموعة التجريبية تعديل تقديرهم لذواتهم وعدم التقليل منه، وذلك بعد تعلمهم قبول ذواتهم والتعامل مع أفكارهم ومشاعرهم وانفعالاتهم المرتبطة بخبراتهم الحياتية وتفسيرها في السياق الذي تحدث فيه. وساعدت استعارة رقعة الشطرنج باعتبارها تدخلاً مركزياً في ACT وطريقة أخرى لربط أفراد المجموعة بالتميز بين المحتوى ومراقبة الذات ورؤية أنهم ليسوا خبراتهم الداخلية، وأن هذه الخبرات تحدث بداخلهم ولكنها لا تعرف عنهم أو تمثلهم، وأنهم هم من يحتوون أفكارهم.

ويمكن تفسير استمرار التحسن في القياسات التتبعية بعد مرور شهر من انتهاء جلسات البرنامج، نتيجة وجود دافع ذاتي لدى أفراد المجموعة التجريبية وطلبهم للمساعدة من تلقاء أنفسهم، وهذا جعلهم أكثر التزاماً أثناء تطبيق البرنامج. كما ساعد على بقاء أثر التعلم لديهم في استمرار تنفيذ ما تم تعلمه أثناء جلسات البرنامج في حياتهم العادية. كما ساعد استمرار احتكاك أفراد المجموعة التجريبية بالباحثة كطلاب للدراسات العليا بكلية التربية وبسبب عمل الباحثة كعضو هيئة تدريس بالكلية على استمرار تذكرهم وتحفيزهم لتطبيق ما تعلموه باستمرار.

وفي نهاية الجلسات طلبت الباحثة من أفراد المجموعة مناقشة مشاعرهم حول نهاية العلاج. وأبدت حالتين خوفاً من تفاقم الوسواس الفكرية القهرية. إلا أنّ الباحثة اهتمت بتشجيعهم على التفكير في العمل على مشكلتهم كعملية مستمرة وليست "مرضاً نصاب به أو نتعافى منه"، وتم توضيح أن بعض الحالات قد تعاود الانخراط في الوسواس بعد انتهاء العلاج. وأن مثل هذه الانتكاسات أمر طبيعي ولا يجب اعتبارها عودة إلى الوضع السابق حيث يمكن اعتبار هذه الأوقات فرصاً لممارسة المهارات المكتسبة في العلاج (مثل، القبول، واليقظة، والعمل القيم). كما طُلب من أفراد المجموعة مواصلة الإعداد والعمل على تحقيق

أهداف مُتسقة مع القيم المحددة. وأنه من المفيد الاستمرار في تتبع الوسواس اليومية والتواصل مع أحد الوالدين بشأن التقدم في الالتزام بها.

وترى الباحثة أنّ نجاح علاج الوسواس الفكرية القهرية لدى طلاب الدراسات العليا وفقاً لنموذج ACT إنّما يرجع إلى:

- ١- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على قبول وجود الوسواس الفكرة القهرية، دون محاولة تغيير هذه الخبرات من خلال التجنب أو الأفعال القهرية أو الإجراءات المعرفية أو أية استراتيجية تحكم أخرى.
- ٢- تعليم أفراد المجموعة التجريبية اعتبار أفكارهم الوسواسية مُجرد كلمات أو أصوات، وبالتالي بناء مسافة من المعنى الموضوعي للفكر وإكساب قدر أكبر من المرونة فيما يتعلق بهذا الفكر.
- ٣- زيادة وعي أفراد المجموعة التجريبية بأن الاتصال باللحظة الحالية يجعل الفرد قادرًا على الاتصال بالخبرات المباشرة، بدلاً من الوقوع في قواعد أو أفكار مبنية لفظيًا حول الخبرات السابقة أو المستقبلية.
- ٤- مساعدة أفراد المجموعة التجريبية في بناء وتوضيح القيم الخاصة بهم، واستخدامها كمقاييس أو محكّات لصحة اختياراتهم اليومية.
- ٥- تشجيع أفراد المجموعة التجريبية على تسهيل العمل الملتزم، وتنفيذ إجراء ذي قيمة أثناء ممارسة كلّ من القبول، والاندماج، وإدراك اللحظة الحالية.

### توصيات:

- في ضوء ما تم الاطلاع عليه من أدبيات البحث في موضوع البحث الحالي ونتائج الدراسات السابقة، يمكن تقديم عدد من التوصيات كالتالي:
- ١- عقد ورش تدريبية للباحثين المهتمين بمجال الإرشاد والعلاج النفسي في موضوع العلاج بالقبول والالتزام، تمهيدًا لاستخدامه في علاج اضطرابات أخرى.
  - ٢- الاهتمام بزيادة التوعية الأسرية والمجتمعية بمفهوم الإرشاد النفسي، وتفعيل دور وحدات الإرشاد النفسي بالمراكز والجمعيات المختلفة في تعديل نظرة المجتمع حول أهمية الارشاد والعلاج النفسي.

- ٣- توجيه الباحثين لإجراء المزيد من البحوث حول تحديد العوامل المنبئة بالسواس الفكرية القهرية.
- ٤- تقديم ندوات وبرامج تنموية لتعليم الأفراد استخدام استراتيجيات ضبط الفكر التكيفية لتجنب حدوث المشكلات والاضطرابات النفسية.
- ٥- الاهتمام بفئة طلاب الدراسات العليا وما يواجهونه من ضغوط وتحديات ومتطلبات، وضرورة حمايتهم من الوقوع فريسة للاضطرابات النفسية أو السلوكية.

#### بحوث مقترحة:

- ١- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض متلازمة الانتباه المعرفي لدى طلاب الدراسات العليا.
- ٢- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الاكتئاب لدى المرأة العاملة.
- ٣- استراتيجيات ضبط الفكر وعلاقتها بالأفكار الانتحارية لدى عينة من طلاب الدراسات العليا.
- ٤- استراتيجيات ضبط الفكر وأثرها في إدارة انفعال الغضب لدى عينة من المعلمين طلاب الدراسات العليا.
- ٥- فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشعور بالذنب لدى عينة من المُطلّقات من طالبات الدراسات العليا.

## المراجع

أحمد محمد جاد الرب أبو زيد، هبه جابر عبد الحميد (٢٠٢٠). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في خفض أعراض الشخصية التجنبية لدى عينة من طالبات الجامعة. مجلة جامعة الفيوم للعلوم النفسية والتربوية، ١٤ (١٠)، ٥٢٥-٦٠٥.

محمد احمد سعفان (٢٠١٤). الوسواس والأفعال القهرية. التفسير - التشخيص - العلاج. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

Abramowitz ,J.S., Nelson,C.A., Rygwall,R. & Khandker,M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 91-104.

Abramowitz,J.S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive- Compulsive Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry- In Review*, 51,407-416.

Abramowitz,J.S., Taylor,S. & McKay,D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, 374, 491-499.

Abramowitz,J.S., Whiteside ,S., Kalsy,S.A. &Tolin,D.F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 529-540.

Allen,K.D., Krompinger ,J.W., Mathes,B.M., Crosby,J.M.& Elias,J.A. (2016). Thought control strategies in patients with severe obsessive-compulsive disorder: Treatment effects and suicide risk. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 31-37.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. London: New School Library.

Amir,N., Cashman,L.& Foa,E.B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (8), 775-777, IN1.

Armstrong, A.B. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. A Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for *the degree of Doctor Of Philosophy in Psychology*, Utah State University, Logan, Utah.

Bakhshiana, F., Abolghasemia, A. & Narimani.M. (2013). Thought control strategies in the patients with acute stress disorder and PTSD. 3rd World Conference on Psychology, Counseling and Guidance

- (WCPCG-2012). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 929 – 933.
- Barraca.J. (2012). «Mental control» from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (1), 109-121.
- Belloch, A., Morillo, C. & Garcia-Soriano, G. (2009). Strategies to Control Unwanted Intrusive Thoughts: Which are Relevant and Specific in Obsessive Compulsive Disorder?. *Cognitive Therapy Research*, 33, 75–89.
- Belloch,A., Morillo,C.& García-Soriano,G. (2007). Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: Testing the autogenous-reactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 7 (1), 5-20.
- Bellocha,A. , Cabedo,E., Carrióc,C. & Larsson,C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 573–580.
- Bond,F.W., Hayes,S.C., Baer,R. &Carpenter,K.M.(2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42 (4), 676-688.
- Burroughs, E., Kitchen, K., Sandhu, V. & Richter, P.M.A. (2015).*Obsessive-Compulsive Disorders. A Handbook for Patients and Families*. Sunny brook, Frederic W Thompson. Anxiety Disorder Center.
- Clark,D.A., & Rhyno,S. (2005). *Unwanted Intrusive Thoughts in Nonclinical Individuals; Implications for Clinical Disorders*. IN *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Edited by Clark, D.A., Guilford Publications.
- Collins,L.M., Bragdon,L.M. & Coles,M.E. (2018). *The Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder*. IN *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice*, First Edition. Edited by David,D., Lynn,S.J. & Montgomery,G.H. John Wiley & Sons, Inc.
- Dehlin ,J.P., Morrison,K.L. & Twohig, M.P. (2013). Acceptance and Commitment Therapy as aTreatment for Scrupulosity in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavior Modification*, 37 (3), 409–430.
- Forman,E.M., Herbert,J.D., Moitra,E., Yeomans,P.D.& Geller,P.A.(2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31 (6), 772-799.

- Ghafoorian, P. & Hassanabadi, H.(2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Thought Control and Meta Cognitive Beliefs among Females Experienced Extramarital Affairs Trauma. *International Journal of Women's Health and Wellness*. 2(2), 2:020).
- Goodman,W.K., Price,L.H., Rasmussen,S.A., Mazure,c., Fleischmann,R.L., Hill,C.L., Heninger,G.R.& Charney,D.S.(1989).“The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability”. *Arch Gen Psychiatry* ,46(11),1006-1011.
- Gul,A. & Ahmad,H. (2015).Thought control strategies predict emotion regulation abilities in patients with frontal lobe epilepsy. *Neuroscience Discovery*. 3, (1). <http://dx.doi.org/10.7243/2052-6946-3-1>.
- Harris,R.(2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12, (4), 1-8.
- Hayes, S.C. (a) (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*. 35, 639–665.
- Hayes, S.C. (b) (2004). *Acceptance and Commitment Therapy and the New Behavior Therapies Mindfulness, Acceptance, and Relationship*. IN *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition*. Edited by Hayes,S.C., Follette,V.M.& Linehan,M.M.
- Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes,S.C., Pistorello,J. & Levin,M.E. (2009). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
- Hayes,S.C., Strosahl,K.D., & Wilson,k.G.(2003). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. THE Guilford Press New York London.
- Hayes,S.C., Strosahl,K.D., Bunting,K., Twohig,M.P. & Wilson,A.G. (2004). *What Is Acceptance and Commitment Therapy?*. IN *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Edited by Hayes,S.C., Strosahl,K.D., Library of Congress Cataloging-in-Publicanon data. Originally published by Springer Science+Business Media, Inc.
- Hayes, S.C., Luoma,J.B., Bond,F.W., Masuda,A. & Lillis,J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcome. *Georgia State University. Psychology Faculty publications*. 101. [https://scholarworks.gsu.edu/psych\\_facpub/101](https://scholarworks.gsu.edu/psych_facpub/101)

- Hellberg, S.N, Buchholz, J.L, Twohig, M.P& Abramowitz, J.S. (2020). Not just thinking, but believing: Obsessive beliefs and domains of cognitive fusion in the prediction of OCD symptom dimensions. *Clinical Psychological Psychotherapy*, 27,69–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.2409>
- Hooper,N. & Larsson,A. (2015). *The Research Journey of Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Palgrave Macmillan. United Kingdom ,ISBN 978-1-137-44016-7.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221136492030124X>
- Izadi, R., Asgari, K., Neshatdust, H. & Abedi. M. (2012). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Frequency and Severity of Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14 (10), 107-112.
- Kart, A., Sozer, B. & Turkcapar, H. (2020). Predictive Values of Obsessive Beliefs and Metacognitions in OCD Symptom Dimensions. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10 (3), 141-147.
- Lee, H. -J.& Telch, M. -J.(2005). Autogenous / reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Anxiety Disorders*, 19, 793–805.
- Luciano,J.V. & Algarabel.S. (2006). Individual differences in self-reported thought control: the role of the repressive coping style. *Psicothema*, 18 (2), 228-231.
- Luoma,J.B., Hayes,S.C. & Walser,R.D. (2017). *Learning ACT (2nd) An Acceptance & Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists*. Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.
- McKay, D., Neziroglu, F., Stevens,K. & Yaryura-Tobias,J.A.(1998). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Confirmatory Factor Analytic Findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20 (3), 256-274.
- Mohammadkhani, Sh. & farjad, M. (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.
- Morilloa ,C., Bellochb,A.& Garcí'a-Soriano,G.(2007). Clinical obsessions in obsessive–compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: Where are the differences?. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moulding,R., Anglim,J. , Nedeljkovic,M. , Doron,G., Kyrios,M., & Ayalon,A., (2010). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): Examination in



- Nonclinical Samples and Development of a Short Version. *Assessment Online First*, published on July 15, as doi:10.1177/107319111037649
- Naieni,P.T., Mohammad-Khani,S.h., Akbari,M.& Abedi,M.(2017).The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility in Children with Obsessive-Compulsive Disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 4(3), 91- 106.
- Nieto,M.A.P., Delgado,M.M.R., Mateos,L.L. &Bueno,N.(2010). Cognitive Control and Anxiety Disorders: Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud* , 21, (2), 159-166.
- Obsessive Compulsive Cognition Working Group (OCCWG).(2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory:Part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther*, 43,1527-42.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667–681.
- Olafsson,R.P., Snorrason,I., Bjarnason,R.K., Emmelkamp,P.M.G., Olason,D.& Kristjansson,A.,(2014). Replacing intrusive thoughts: Investigating thought control in relation to OCD symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, (4), 506-515.
- Philip, J. & Cherian, V. (2022). Acceptance and Commitment Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Indian J Psychol Med*, 44 (1), 78–82.
- Philipa,J. & Cherian,V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100603.
- Rehman, R., Singh, H. & Jain, A. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. *Int J Dent Med Res*, 1(2), 70-79.
- Rezaei ,S.V.K.R., Hasani,J. & Rezaei,S.A.K.(2018). Comparison of Perfectionism and Thought Control Strategies in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Normal Individuals. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*, 4 (4), 44-52.
- Saadat, R.S.F, Makvandi, B., Pasha, R.& Hosseini, S .H.(2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Thought Control Strategy and Quality of Life in Veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD). *Iranian Journal of War & Public Health*. 10 (3), 115-120.
- Sadia, N., Riemann, B.C. & Wegner, D.M. (2009) Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive compulsive disorder: relative effectiveness of

- suppression, distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (6), 494-503.
- Sanavio,E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*,26 (2),169-177.
- Shahi, M.H. (2004). Dysfunctional Beliefs and Thought-Control Strategies in Patients with Non-Clinical Obsessive-Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Sciences*, 5(4), 50-56.
- Shams,G., & Milosevic,I. (2015). A Comparative Study of Obsessive Beliefs in Obsessive-Compulsive Disorder, Anxiety Disorder Patients and a Normal Group. *Acta Medica Iranica*, 53, (5), 301-310.
- Smith,B.M., Bluett,E.J., Lee, E.B. & Twohig, M.B. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for OCD*, IN *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*. Edited by Abramowitz,J.S, McKay,D. & Storch,E.A. , (1), John Wiley & Sons Ltd.
- Smout,M. (2012). Acceptance and commitment therapy Pathways for general practitioners. *Reprinted From Australian Family Physician*, 41 (9), 672-676.
- Soondrum,T., Wang,X., Gao,F., Liu,Q., Fan,J. & Zhu,X. (2022). The Applicability of Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci.*,12, 656. <https://doi.org/10.3390/brainsci12050656>
- Strosahl,K.D., Hayes,S.C., Wilson,K.G. & Gifford,EV. (2004). *An ACT Primer Core Therapy Processes, Intervention Strategies, and Therapist Competencies*, IN *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Edited by Hayes,S.C.& Strosahl,K.D. Library of Congress Cataloging-in-Publicanon data. Originally published by Springer Science+Business Media, Inc.
- Thompson, B.L.,Twohig,M.P. & Luoma,J.B. (2021). Psychological Flexibility as Shared Process of Change in Acceptance and Commitment Therapy and Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Single Case Design Study. *Behavior Therapy*,52 (2),286-297.
- Twohig, M.P., Jennifer, C.V., Michael, E.L. & Hayes, S.C. (2015) "Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder". *Psychology Faculty Publications*. [http://digitalcommons.usu.edu/psych\\_facpub/1215](http://digitalcommons.usu.edu/psych_facpub/1215)
- Twohig, MP., Hayes, S.C.& Masuda,A.(2006). Increasing Willingness to Experience Obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*,37(1),3-13.

- Twohig, M.P., Jennifer, C., Vilardaga, P., Levin, M.E. & Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (3), 196-202.
- Vakili, Y. & Gharraee, B. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Treating a Case of Obsessive Compulsive Disorder. *Iran J Psychiatry*, 9 (2), 115-117.
- 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. *Cogn Ther Res*, 35, 108-117.
- Vilardaga, R., Hayes, S.C. & Schelin, L.M. (2007). Philosophical, theoretical and empirical foundations of Acceptance and Commitment Therapy. *Anuario de Psicología*, 38 (1), 117-128. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona.
- Webster, M. (2011). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 17, 309-316.
- Wegner, D.M. (1988). *Stress and Mental Control*. IN Handbook of Life Stress, Cognition and Health. Edited by Fisher, S. & Reason, J. @ John Wiley & Sons Ltd.
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter III, S.R. & White, T.L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Wells, A. & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wenzlaff, R.M. & Bates, D.E. (2000). The Relative Efficacy of Concentration and Suppression Strategies of Mental Control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26 (10), 1200-1212.
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M. & Klein, S.B. (1991). The Role of Thought Suppression in the Bonding of Thought and Mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (4), 500-508.
- Wheeler, C.H. (2017). Acceptance and Commitment Therapy-Specific Processes in the Psychotherapeutic Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Study. *Clinical Case Studies*, 16 (4), 313-327.
- Yılmaz, O., Boyraz, R.K., Kurtulmu, A., Parlakkaya, F.B. & Öztürk, A. (2020). The relationship of insight with obsessive beliefs and metacognition in obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(1), 11-19.