كلية الآداب جامعة بنها

مجلة كلية الآداب

مجلة دورية علمية محكمة

الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية وعلاقتهما بنمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من الوسواسيين القهريين

إعداد

الاء محمد عطية — باحثة بكلية الاداب جامعة بنها

أمينة عبد اللة بدوي — أستاذ علم النفس المساعد كلية الاداب جامعة بنها

نانسي محمد علي — مدرس علم نفس كلية الاداب جامعة بنها

المجلد ٥٦ — اكتوبر ٢٠٢١

https://jfab.journals.ekb.eg

الملخص:

أُجريت الدراسة الحالية بهدف دراسة الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية وعلاقتهما بنمط وشدة الوسواس القهري لدى عينة من الوسواسيين القهريين ، وقد اتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي على عينة قوامها ٢٥ من الأناث ، وتراوحت الأعمار ما بين ١٧ إلي ٢١ سنة ، وقد تكونت أدوات الدراسة من المقاييس والاختبارات الآتية: مقياس ييل برأون للوسواس القهري إعداد (Goodman) ،المقياس العربي للوسواس القهري إعداد دكتور :أحمد عبد الخالق ١٩٩٢، اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات إعداد: روبرت هيتون وتعريب : سامي عبد القوي، اختبار ستروب إعداد: ريدلي ستروب وتعريب: نشوة عبد التواب ، ومقياس الوعي بالعمليات المعرفية إعداد: ويلس وتعريب دكتور : عبد الله محمد عبد الظاهر، وذلك للتحقق من الفروض التي تضمنتها الدراسة، وقد استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية حيث تمت المعالجة الإحصائية بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss الوسط الحسابي والأنحراف المعياري وحساب معامل الارتباط لبيرسون وفقا لحجم العينة ، وتوصلت الدراسة إلي النتائج التالية:

١- وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الوعي بالعمليات المعرفية ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة الدراسة.

٢- وجود علاقة دالة إحصائيًا بين الأنتباه الأنتقائي ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة الدراسة.

٣- وجود علاقة دالة إحصائيًا بين التخطيط ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة الدراسة.

مقدمة:

يُعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد اضطرابات القلق، فالوساوس تتضمن اندفاعات أو بواعث، أو أشكالاً متواترة، وأفكارا متكررة، تسبب للمريض التوتر والقلق، وهو على علم تام بأنها نتاج لعقله ذاته، يحاول الفرد جاهداً قمع تلك الوساوس، أو معادلتها مع فكرة أو فعل آخر، أما الأفعال القهرية فأنها تتضمن أفعالاً عقلية أو سلوكيات يقوم بها المريض الوسواسي بشكل متكرر مرة تلو الأخرى.

(purdon, Monteiro, Antony&Swinson,2001,203)

ويُذكر أن الوساوس القهرية:(أفكاراً ، أو صوراً) ، تسبب للمريض التوتر والضيق نتيجة تطفلها على ذهنه بشكل متكرر ، يحاول المريض تلاشيها وتجاهلها ، لإدراكه جيداً أن تلك الوساوس غير مناسبة ، ومع ذلك فأن المريض لا يمكنه التخلص منها ، أما الأفعال القهرية فهي أفعال وسلوكيات يقوم بها المريض لتهدئته والتخلص من القلق ، وتؤدي تلك الأفعال والوساوس القهرية إلي الخلل في الأداء الوظيفي لدى المريض سواء في المدرسة أو المنزل ، ومن هنا يصبح ذلك الاضطراب مشكلة ملموسة وواقعية لما يُحدثه من خلل وتضارب مع أنشطة الحياة اليومية للفرد .

وتظهر الوساوس القهرية في شكل استثارات متكررة، تنتاب عقل المريض الوسواسي، بشكل ملح، ويدرك المريض بأن تلك الأفكار السخيفة هي أفكار نابعة من ذاته، وليست من الخارج، ولكنه مدفوع وبصورة لاإرادية للتفكير فيها، أما الأفعال القهرية فأنها تلك الأفعال التي يقوم بها المريض للعديد من المرات، رغبة منه ومحاولة لتهدئة القلق الذي يعأنيه جراء تلك الوساوس القهرية، ومن هنا يظهر على المريض أعراض الاكتئاب، وذلك لفشله في المقأومة واضطراره للقيام بتلك الأفعال القهرية. (عبد الهادي، ٢٠١٢، ٢٥- ٢٧)

ويبدأ الاضطراب عادة في سن المراهقة أو مع بداية سن الرشد، فقد تبين أن ٥٠% من المرضي بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر، وأن ٨٠% قبل سن الخامسة والثلاثين. ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الشدة وأن حوالي ٢٠% الي ٣٠% من المرضي يتحسنون بدرجة متوسطة بينما ٢٠% الي ٤٠% من المرضي تظل حالتهم كما هي، ونجد أن ثلث المرضي يصابون بالاكتئاب الذي يكون من بين مضاعفاته الانتحار والإدمان. (حمودة، ٢٠٠٧، ٤٣٢)

أن الوساوس هي أفكار اقتحامية أو صور متكررة بشكل ملح يسبب الأذى للفرد، ويكون المريض على يقين تام بأن تلك الأفكار الاقتحامية أو تلك الاندفاعات ليست من قوة خارجية و أنما هي نتاج عقله ويحاول الفرد قدر المستطاع مقاومتها ، لكن في الحالات التي تعانى من اضطراب الوسواس القهري بدرجة شديدة فأن درجة المقاومة تكون ضعيفة جدا بل قد تكون غير موجودة إطلاقا، بينما القهر هو أفعال يقوم بها الفرد بشكل متكرر ، قد تكون بشكل علني مثل: تأكد الفرد من غلق النوافذ والأبواب للعديد من المرات ، وقد تكون غير علنية وغير ملحوظة من قبل الآخرين مثل: تكرار الفرد لجملة معينة تكرارا ومرارا ، ومن الواضح أن القهور غير العلنية هي أكثر خطورة من القهور العلنية (Veale D.,2004 .66)

وتؤدي تلك الوساوس والأفعال القهرية المتكررة والمتسلطة على ذهن المريض تؤدى إلي ارتفاع مستوى التوتر لدى المريض الوسواسي.

(Nasayuki,Masahiro&Yoshio,2003,67)

وقد تم تفسير اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ، ذلك التفسير يتضمن أن الأفكار الوسواسية تعمل كمنبهات من الممكن أن تستثير أنماطا محددة من الأفكار السلبية التلقائية ، ويعتبر كل من الشعور بالمسئولية ولوم الذات بمثابة السياق المركزي في نسق معتقدات المريض (Salkovskis,1985,571) ، ويشير ذلك إلي أنه ليس كل فكرة مقتحمة هي فكرة وسواسية ، ولكن الفكرة الوسواسية هي فكرة مقتحمة تم

تقييمها بشكل سلبي من جانب المريض الوسواسي (Salkovskis,2002,3) ويميل هؤلاء الأفراد إلي تبنى مجموعة من المخططات المشوهة والتي تدور حول تضخم المسئولية للأذى ، حيث أنهم يميلون إلي تفسير أسباب الأذى سواء الواقع عليهم أو على الآخرين إلي أنفسهم. (Salkovskis ,2000,347)

وتتفق البحوث والدراسات الخاصة باضطراب الوسواس القهري على أن هناك أساسًا عصبياً لهذا الاضطراب، حيث اشتراك الفص الأمامي خاصة المناطق المدارية والعقد القاعدية خاصة النواة المذنبة في الأساس المرضي لمثل هذا الاضطراب. وقد توصل توردال وآخرون في دراسته على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري إلي ارتفاع مستويات الأيض للجلوكوز في المناطق الجدارية والمناطق الجبهية المدارية بدرجة كبيرة وذلك عند أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري لمهمة أنتباه سمعي غير لفظي . (كوزول ، ستوت ترجمة الشيخ ٢٠٠٣م : ١٦٢)

وقد جاءت الدراسات النيوروسيكولوجية موضحة أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يعانون من قصور في الأنتباه الأنتقائي وصعوبات في معالجة المعلومات بالإضافة إلي صعوبات بصرية ومكأنية وذلك عند أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على الاختبارات النيوروسيكولوجية .

ويعاني مرضى الوسواس القهري من القصور الوظيفي للفص الأمامي من المخ حيث قام (سشميدتك ١٩٩٨:٦٦٦ ، Schmidtke) بدراسة على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يبلغ عددهم ٢٩ مريضاً ومقارنتهم بمجموعة من الأصحاء عددهم ٢٩ شخصاً سويا مستخدما مجموعة من الاختبارات منها : اختبار توصيل الدوائر Trail-Making Test ، واختبار وكسلر للراشدين الجزء العملي واللفظي ، واختبارات الطلاقة ، واختبار ويجل ، واختبار ستروب للكلمات الملونة، وأسفرت

النتائج عن قصور أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على اختبار ستروب واختبار توصيل الدوائر ، وقصور الأداء على اختبار الطلاقة اللفظية الحروف.

في حين قام(بيرسل Burcell,1998) بدراسة على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يبلغ عددهم ٢٣مريضًا مقابل ٢٣ شخصاً سويًا ، وذلك لتقييم أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على اختبارات الوظائف النيوروسيكولوجية للمسار الأمامي –المخطط Frontal–Striatal ،وقد تم استخدام بطارية كامبردج النيوروسيكولوجية لقياس الذاكرة المكانية والتخطيط والانتباه .

وأسفرت النتائج عن عدم وجود اختلاف في مهام نقل الانتباه والتخطيط بين مجموعة مرضى اضطراب الوسواس القهري ومجموعة الأسوياء، بالإضافة إلي عجز مرضى اضطراب الوسواس القهري في أدائهم على مهام الذاكرة المكانية.

وعلى هذا النحو قام (نيكولسون Nicholson, 1995,2931) بدراسة على عينة مكونة من ٢٧ مريضًا باضطراب الوسواس القهري والأداء على بعض الاختبارات النيوروسيكولوجية، وقد أسفرت النتائج عن قصور أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على مهام الذاكرة العاملة.

وهناك دراسة أخري على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يبلغ عددهم ٣٥ مريضاً مقارنة بمجموعة من الأسوياء، وذلك للكشف عن القصور الوظيفي للفص الأمامي من المخ لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن قصور أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري في الأداءات النيوروسيكولوجية لوظائف الفص الأمامي من المخ، وقد تم علاج مرضى اضطراب الوسواس القهري علاجا سلوكيا، ثم إعادة الدراسة على العينة مرة أخري.

إلا أن النتائج لم تتغير، فالتدهورات في الأداءات النيوروسيكولوجية ظلت كما هي، وهذه النتيجة تدعم وجود أساس مرضى لمرضى اضطراب الوسواس القهري مسئولة عن التغيرات النيوروسيكولوجية (Bolton,2002. 695).

ويتضمن مصطلح الوعي بالعمليات المعرفية مجموعة الإستراتيجيات المسئولة عن تنظيم عمليات التفكير وضبطها، وقد أشار كل من ويلس وماتثيوس Wells , Matthews أن الوعي بالعمليات المعرفية يُعبر عن معتقدات الفرد حول أفكاره وحالته الداخلية ، وقد تكون تلك المعتقدات إيجابية وقد تكون سلبية.

(Timpano , K,Rasmussen,J.L.,Exner,C.,Rief,W.,Wilhelm,S, 2014.188)

ومن أمثلة تلك المعتقدات الإيجابية:

- القلق يساعدني على تجنب مخاطر المستقبل. - لابد أن نركز انتباهنا على مصدر التهديد.

أما المعتقدات السلبية فمن أمثلتها:

- قد يتسبب القلق في تدمير عقلي.
- استجابتي للأفكار العنيفة تكون بغير إرادتي. (عبد الرحمن، ٢٠١٤ .١٥٤)

وهناك معتقدات تتسبب في تفاقم اضطراب الوسواس القهري وهي:

١-لابد من القيام بطقوس معينة واجترارات وسواسية لتجنب حدوث مخاطر مأساوية.

٢-يجب أن يكون الفرد مثاليًا لتجنب توجيه النقد إليه سواء كأن نقدًا من الآخرين أو ذاته.

٣-لابد وحتمًا أن يعاقب الفرد عما تسبب عنه من فشل وبشكل مباشر.

كما أوضحت النظريات الحديثة المفسرة لاضطراب الوسواس القهري على أن هناك مجموعة من المعتقدات المعرفية تعمل على إبقاء اضطراب الوسواس القهري وزيادته، وتلك المعتقدات هي:

١ـ الكمالية
٢ـ تقدير الخطأ بشكل مبالغ فيه
٤- تضخم المسئولية
٥- المبالغة بمدى أهمية التحكم في الأفكار والسيطرة عليها

٣- المبالغة بمدى أهمية الأفكار الوسواسية ٦- التعصب بشأن عدم اليقين

(OCCWG, 1997,667)

وقد اقترح (Rheaume, 1995 :793) أن معتقد الكمالية ليس معتقدا كافيا لتفاقم اضطراب الوسواس القهري.

وقد قامت مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية (OCCWG,2003,863) بإجراء دراسة على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يبلغ عددهم ٢٤٨ مريضًا (١٣٩ من الأناث ، ١٠٩ من الذكور) ، وقد تم استخدام مقياس ييل برأون للوسواس القهري وقائمة بادوا المعدلة واستخبار المعتقدات الوسواسية ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي وجود ارتباط موجب بين جميع المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات المعرفية بالوسواس القهري ، ثم تم إجراء دراسة أخري من نفس الجهة عام ٢٠٠٥ ، وذلك باستخدام نفس اختبارات عام ٢٠٠٣ على مجموعة مكونة من (٢٣٧ أنثى ، ١٧٣ ذكرًا) من مرضى اضطراب الوسواس القهري بمتوسط عمرى ٣٥ عأما ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلي ارتباط جميع المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات المعرفية وجميع أعراض اضطراب الوسواس القهري ارتباطا موجبا. (OCCWG,2005,1527)

وتشير (مارجريت كليكمأن Margaret Clikeman,2003) إلي أن الوظائف التنفيذية هي مجموعة من الوظائف المعرفية، والتي تمكن الفرد من فحص سلوكه وإمداده بتقييم عن مدى ملاءمة مثل هذا السلوك في الموقف الراهن، بل وتعديله في حين تطلب الأمر ذلك، لذا تبدو أهمية مثل تلك الوظائف في توافقه الاجتماعي بل وتحسين جودة حياة الأفراد بشكل عام.

ومن الأفراد من يعأني من قصور في الوظائف التنفيذية ويتضح ذلك في:

- عدم القدرة على الاستفادة مما لديهم من خبرات سابقة لاسترجاعها والاستفادة منها في التخطيط لتحقيق أهداف مستقبلية.
- العجز وعدم القدرة على البدء في تنفيذ المهام.
- لديهم رغبة دائمة للعيش في اللحظات الراهنة ولا يمكنهم الأنتقال إلي لحظات تالية.

يعأني مرضى الوسواس القهري من عجز وقصور في الوظائف التنفيذية والتي هي ببساطة المرونة العقلية، والذاكرة العاملة، وكف الاستجابة، والتفكير المجرد، والمثابرة، وذلك العجز في الوظائف التنفيذية يؤدى إلي السلوك المضاد للمجتمع، وذلك الاضطراب في الوظائف التنفيذية هو نتيجة لإصابة الدوائر الجبهية أو لاضطراب النشاط الأيضي للتمثيل الغذائي في الخلايا العصبية لهذه الدوائر، وقد أثبتت العديد من الدراسات تدهور تلك الوظائف لدى المراهقين وأيضا لدى كبار السن. (عبد القوى ،٢٠١٠: ٢٨١)

مشكلة الدراسة:

أنه من خلال الاطلاع على الكتابات التي تناولت اضطراب الوسواس القهري ، وما ينتج عن ذلك الاضطراب من الإحساس بالقلق وتشتيت الانتباه ، وإهدار الوقت في القيام بمحاولات عديدة لمئات المرات حتى يتولد لديه شعور بالأمان ، لكن ما يحدث هو على النقيض من ذلك تماما ، حيث أن تلك الوساوس والأفعال القهرية سرعان ما تعاود ذهن المريض مرة أخري ، بل ويتسبب هذا الاضطراب في الانطواء وتدنى مستوى الأداء على كلا المستويين المهني والأكاديمي ، ويسبب اضطراب الوسواس القهري العديد من المتاعب لكل المرضى بصفة عامة ، وطلاب الجامعة بصفة خاصة ، حيث يؤدي إلي القلق العالي والكدر والتوتر ، بالإضافة إلي ضياع الوقت والجهد نتيجة القيام بالطقوس الحركية والأفعال القهرية ، كما يؤدي إلي تدهور

الوظائف المعرفية ، حيث أثبتت العديد من الدراسات معاناة مرضي اضطراب الوسواس القهري من قصور في الانتباه الانتقائي ، بالإضافة إلي عدم قدرتهم علي وضع خطوات مرتبة ومتتالية من أجل الوصول إلي تحقيق هدف معين حيث انشغاله الدائم بتلك الأفكار السخيفة المتطفلة علي ذهنه والتي تدفعه إلي مقاومة الذات المنطقية ؛ لذا فقد تناول هذا البحث وظيفتين من الوظائف التنفيذية لتناولهما في الدراسة الحالية وهاتان الوظيفتان هما : الانتباه الانتقائي والتخطيط ، ويعاني مريض اضطراب الوسواس القهري من تركيزه علي المعتقدات السلبية وانشغاله الدائم بمحاولة الحصول علي إجابات للعديد من الأسئلة غير المنطقية ، والتي على الأغلب ليست لها إجابة ، ليجد نفسه فريسة لتلك التساؤلات المتطفلة على ذهنه ويسمي ذلك بالاجترار، مما يؤدي به إلي الإحساس الدائم بعدم اليقين والشك والقلق بصورة مفرطة، بل وشعوره الدائم بالخطر الشخصي وبشكل مبالغ فيه ، وكل ذلك : (الاجترار والقلق ومراقبة مصدر التهديد) هو ما يسمى بمتلازمة الانتباه المعرفي وهو السبب الذي يكمن خلفه معاناة المريض الوسواسي.

تساؤلات البحث:

- هل توجد علاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية ونمط وشدة الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة مضطربي الوسواس القهري؟
- هل توجد علاقة بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من طلبة الجامعة مضطربي الوسواس القهري؟
- هل توجد علاقة بين التخطيط ونمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من طلبة الجامعة مضطربي الوسواس القهري؟

أهمية الدراسة:

أولاُ: الأهمية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة الحالية في مجموعة من النقاط وهي:

١- ندرة الدراسات في حدود علم الباحثة التي تناولت بالبحث والدراسة الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية وعلاقتهما بنمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من الوسواسين القهريين.

٢- بالإضافة إلي أن الدراسة تستمد أهميتها وقيمتها من الفئة العمرية التي تهتم بدراستها وهم طلاب الجامعة مضطربي الوسواس القهري، وهم فئة تحتاج إلي المزيد من الاهتمام البحثي، فهم نواة الباحثين والعلماء، ويتم الاعتماد عليهم في تقدم المجتمع.

٣- تأثير الإصابة باضطراب الوساوس والأفعال القهرية على الأفراد والمجتمع.

الأهمية التطبيقية:

١-من خلال تقديم البرامج العلاجية والإرشادية للأفراد من ذوي اضطراب الوسواس القهري، وذلك بغرض الحد من حدوث تلك التدهورات الناتجة عن مثل هذا الاضطراب.

٢-فيما تسفر عنه الدراسة من نتائج يمكن من خلالها نشر التوعية بهذا الاضطراب للحد من التدهورات الناتجة عن مثل هذا الاضطراب.

مصطلحات الدراسة:

اضطراب الوسواس القهري:

تشمل الوساوس القهرية أفكاراً أو نزعات تولد القلق والتوتر، أما الأفعال القهرية فهي محاولة لتخلص الفرد من القلق والكرب، سواء تلك الأفعال القهرية ظاهرة أو غير

ظاهرة، وبالاعتماد على نظرية ارتباط الوساوس والدفعات القهرية وظيفيًا وعلاقتهما الوظيفية بالقلق فأن الدفعات القهرية مثل: غسيل الأيدي للعديد من المرات تتساوي بالأفعال العقلية مثل: تكرار كلمات أو أرقام في صمت، ويرجع قيام المريض بالدفعات والأفعال القهرية كمحاولة منه لتقليل القلق والتوتر. (ديفيد، ٢٠٠٢، ٤٧٣).

ويُعرف (الميلادي ، ٢٠٠٤، ٧٣ – ٧٤) الوساوس بأنها أفكار غير مرغوبة ، بل ومرفوضة من جانب المريض ، محاولا بذل قصارى جهده لتجنبها ، والتخلص منها ، ولكن تبوء محاولاته بالفشل ليجد المريض استمرار تفكيره في تلك الوساوس رغماً عنه ، أما الدفعات القهرية والطقوس القهرية فهي أفعال يقوم بها المريض باضطراب الوسواس القهري مرة تلو الأخرى للعديد من المرات ، رغم معرفة المريض أن تلك السلوكيات غير معقولة ولا تُجدي أية فائدة ، يحاول المريض تجنب السلوكيات والطقوس القهرية ، لكن تفشل محاولاته نتيجة لما يعانيه المريض من ضغط وتوتر ، مثال لذلك : غسل اليدين مرات عديدة ، ولا يحصل المريض علي أي لذة من ذلك ، ولكن يتولد لديه إحساس بالراحة يساعده في تقليل توتره.

وينص التصنيف الدولي العاشر للأمراض The international classification of Diseasees(ICD-10)على أن الأفكار الوسواسية تكون في صورة اندفاعات تتكرر على عقل المريض الوسواسي بشكل متسلط ومؤلم ، يحاول الفرد مقاومة تلك الصور والاندفاعات، ولكنه يجد صعوبة في مقاومتها ، أما الأفعال القهرية فيقوم بها مريض اضطراب الوسواس القهري ، تكرارا ومرارا ، اعتقادا منه أن تلك الأفعال تمنع وقوع أحداث غير مرغوبة ، وبالمثل يحاول المريض مقاومتها قدر الإمكان ، ولكنه لا يستطيع ذلك ، تلك الأفعال القهرية تتعارض مع الروتين اليومي للمريض الوسواسي ، مما يعيق تلك العلاقات الاجتماعية الطبيعية ، بل وتعجيز الفرد عن قيامه بأعماله .

كما يُعرف (زهران، ٢٠٠٥) الوساوس بأنها أفكار متسلطة، و القهور بأنها سلوكيات جبرية، يقوم بها المريض تلاشيا وتخلصا من الشعور بالكرب والتوتر، وتسيطر تلك

الأفكار والسلوكيات على ذهن المريض، رغم يقين المريض بعدم فائدتها، وعلى الرغم من الجهد المبذول لمقاومة المريض لتلك الوساوس والأفكار غير المعقولة، إلا أن تلك الأفكار يصاحبها انفعالات قوية لتجبر عقل المريض على الاعتراف بها.

ويشير (صادق، ٢٠٠٦) إلي أن الوساوس القهرية تتمثل في هيئة طقوس حركية، تجبر المريض علي القيام بها للعديد من المرات دون جدوى، أو أفكار مزعجة وملحة، مترددة على ذهنه، ولا يمكنه التخلص منها أو منع التفكير بها. (عبد الهادي، ٢٠١٢: ٢٤-٢٧) **يعرف إجرائيًا:** بأنه الدرجة الكلية للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي يحصل عليها المريض الوسواسي على مقياس ييل براون للوسواس القهري.

مفاهيم الوعي بالعمليات المعرفية Metacognition:

لقد ظهرت دراسة الوعي بالعمليات المعرفية أولًا في مجال سيكولوجية النمو، ثم بعد ذلك تم دراسته في مجال سيكولوجية الذاكرة، وعلم النفس العصبي، وعلم نفس الرشد والشيخوخة. (عبد الرحمن، ٢٠١٤ :١٥٢)

في حين يشير كل من (Wells,Matthews,1966) إلي أن مصطلح العمليات المعرفية يتضمن المعتقدات التي يُكونها الفرد عن أفكاره، وحالته الداخلية، وقد تكون تلك المعتقدات إيجابية، وقد تكون سلبية. (In:Timpano,K.R.,Rasmussen,J.L,Exner,C,Rief,2014:188)

أما (Moses , Baird, 1998) فيعرفأن الوعي بالعمليات المعرفية بأنه مجموعة الإستراتيجيات التي تمكن الفرد من التنظيم ، والسيطرة علي التفكير ، ومعرفة الفرد بما يمتلكه من معتقدات حول التفكير. (In:Peter, L, Fisher, Wells , 2005: 822)

في حين يوضح ويلس Wells وآخرون أن الوعي بالعمليات المعرفية هو قدرة الفرد على التحكم والسيطرة علي أفكاره، بل والعمليات التي يمكن للفرد من خلالها تفسير وتعديل تفكيره، وتفكير الفرد فيما يعرف وما لا يعرف، وتشير للأحداث والتركيبات النفسية والعمليات التي تسهم بدورها في تعديل التفكير، وتفسيره، والتحكم فيه. (Irak , Tosun ,2008, 1316)

الوعي بالعمليات المعرفية له ثلاث مكونات وهم:

- **المكون الأول:** الإستراتيجيات مثل: حماية المعتقدات وطرق التحكم في الأفكار.
- **المكون الثاني: الخبرات مثل:** الشعور نحو المعرفة.
- **المكون الثالث:** فهو المعرفة مثال: ينبغي أن أقلق من المواجهة. (Khani,2013,29)

يتضمن الوعي بالعمليات المعرفية عمليتين هما:

- العملية الأولي: (المراقبة) وتتضمن: تقييم الفرد لما يمتلكه من وظائف إدراكية.
- العملية الثانية: فهي (التحكم) وتتضمن: الطريقة التي تُمكن الفرد من توجيه سلوكياته ذاتياً.(Shachar,A,B,Lazarov, A.Goldsmith,M,&Dar,R.2013,256) **وتعرف إجرائيًا:** بأنها الدرجة التي يحصل عليها عينة الدراسة (مضطربو الوسواس القهري) علي مقياس العمليات المعرفية.

- **مفهوم الوظائف التنفيذية:**

لقد حظى مفهوم الوظائف التنفيذية بالدراسة، خاصة في البلدان الغربية، وتعددت تعريفات مفهوم الوظائف التنفيذية، واختلفت بتعدد العلماء، واختلاف انتماءاتهم الفكرية والعلمية، وقد اختلف الباحثون وقدموا تعريفات متباينة لمصطلح الوظائف

التنفيذية ؛ لذا يتم تقديم تعريفات متباينة وذلك حسب مجال الدراسة سواء في المجال العصبي أو المجالات النفسية والمعرفية.

يشير كل من لورا وجأن (laura H.,Jane E,2004,185) إلي أن الوظائف التنفيذية هي من أهم وظائف مخ الأنسان، والتي عن طريقها تتم عملية التفكير والتسلسل الفكري بغرض الوصول إلي أهداف محددة، تلك الوظائف المسئول عنها هو الفص الجبهي، وحدوث أي خلل بتلك المنطقة تجعل الفرد بحاجة إلي علاج نفسي وعصبي.

ويشير (عبد القوى، ٢٠١٠ ،٢٧٧) إلي أن التعريفات المتعددة والتي قام بتقديمها العديد من الباحثين تؤكد على مجموعة من العناصر وهي:

-الاستخدام الماهر للخطط والإستراتيجيات.

-القدرة على التخطيط للأهداف المستقبلية.

-التوجه بشكل مرتب اتجاه حل المشكلة .

-بدء تنفيذ الخطوات من أجل الوصول للهدف وتحقيقه.

-احتفاظ الفرد بالخطة في الذاكرة العاملة وذلك حتى الانتهاء من تحقيق الهدف.

-تنظيم الانتباه والاستجابات الانفعالية.

-تقييم نتائج السلوك وذلك بغرض اللجوء لتلك الخطة في الأنشطة المستقبلية المشابهة.

-تحقيق التوازن بين المواقف الحالية والأهداف المستقبلية طويلة أو قصيرة الأمد.

-مراقبة الذات، وذلك بغرض التعرف على ما تم تحقيقه من تقدم نحو الهدف المطلوب.

-قدرة الفرد على كف الاستجابات غير المرتبطة بالهدف.

ويذكر (Ntourou , 2018) أن الوظائف التنفيذية هي مجموعة من الوظائف المعرفية ومنها الذاكرة العاملة والمرونة المعرفية، حيث تسمح لنا بالانخراط في سلوكيات موجهة نحو تحقيق الهدف.

ويُطلق على الوظائف التنفيذية وفقا ل (Vermeulen, 2018) التحكم المعرفي، وهي تُعد مسئولة عن السلوكيات الذكية، أي القدرة على النظر في العديد من الخيارات، واختيار الأنسب، والقدرة علي كف السلوكيات غير المناسبة، وتركيز الانتباه على الهدف، والقدرة على ضبط السلوك دينامياً في بيئة متغيرة.

ويشير (جبريل ،٢٠٢٠) إلي أن الوظائف التنفيذية هي الوظائف الحاكمة لتحقيق التكامل والتنظيم لدي الفرد، وأنها القدرة علي كف السلوك الغير مرغوب، وتوجيه سلوك الفرد لتحقيق الهدف، وذلك بالاعتماد علي مجموعة من عمليات التحكم المعرفية منها: التخطيط، والكف، والذاكرة العاملة وغيرها، والتي لها دور مهم في أنشطة الحياة اليومية والتفاعل الاجتماعي. (في جبريل ، ٢٠٢١: ٤٢٦– ٤٣٩)

ويتضح من خلال عرض التعريفات السابقة أنه علي الرغم من اختلاف تلك التعريفات، وتنوعها، إلا أنها جميعاً تدور حول نقطة رئيسة وهي: أن الوظائف التنفيذية هي العمليات التي تساعد الفرد على وضع خطة لأداء مهامه بكفاءة، والقدرة علي كف الاستجابات غير الملائمة، والتحكم في توقيت بدء تنفيذ المهام، وتعديل ما قد يكون به خطأ لأداء المهام بشكل ناجح حتي الوصول إلي الهدف المرغوب.

وقد تم تحديد مهمة الانتباه الانتقائي، ومهمة التخطيط كوظيفتين من الوظائف التنفيذية لدراستهما في هذا البحث.

التعريف الإجرائي للانتباه الانتقائي: الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على اختبار ستروب للألوان.

التعريف الإجرائي للتخطيط: الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة على اختبار ويسكونسين لفرز البطاقات.

أولا: الوسواس القهري.

أنماط وأعراض اضطراب الوسواس القهري:

١: نمط الترتيب وهذا البعد يتضمن ما يلي:

- قيام الفرد بوضع الأشياء بترتيب معين خاص بذاته.
- عند قيام الآخرين بترتيب الأشياء فهذا ترتيباً مخالفاً له اعتبر ذلك خللاً وأحدث له ذلك اضطراباً بالغاً يصل لدرجة الهلع.
- يستنزف المريض وقتا كثيرا للتأكد من أن الأشياء قد وضعت بالفعل في أماكنها الصحيحة.

٢: نمط المراجعة والتكرار: ويتضمن هذا البعد ما يلي:

١. قيام الفرد بتكرار الأفعال مرة تلو الأخري، لمنع حدوث شيء سيء.
٢. قيام الفرد بالمراجعة مرارا وتكرارا، حتى يتأكد الفرد من أنجاز الأشياء بالشكل المثالي.
٣. مرور أفكار بذهن المريض، إلا أنه يستطرق فيها.
٤. نتيجة التكرار والمراجعة للعديد من المرات، فأن المريض يواجه صعوبة في أنجاز الأشياء.
٥. الأنشغال الزائد نتيجة الخوف من حدوث الأخطاء، والوقوع بها.

٣: نمط الاغتسال والتنظيف: ويتضمن هذا البعد ما يلي:

١. أنشغال المريض بالمرض والجراثيم بشكل مبالغ فيه، وزائد عن الحد.
٢. تجنب الفرد لمس أشياء معينة، نتيجة تفكيره باحتمال تلوث تلك الأشياء.
٣. استنزاف وقت طويل جدا لاستخدام الحمام.
٤. يجد الفرد صعوبة في التقاط الأشياء، نتيجة سقوطها على الأرض.
٥. القيام بتنظيف المنزل، بصورة مبالغة وزائدة عن الحد.

٤: نمط التخزين: ويتمثل هذا النمط في الآتي:

١. قيام الفرد بجلب العديد من الأشياء عديمة الفائدة إلي منزله.

٢. يكره أن يقوم الأخرين بلمس ممتلكاته.

٣. يجد الفرد صعوبة شديدة جدا في أخذ قرار بالتخلص من تلك الأشياء عديمة الفائدة.

٤. يقوم الفرد باختزأن جميع الفواتير، لتصبح لديه مكتبة أشبه بالمخازن خاصة بتلك الفواتير.

٥. إذا طلب منه أحد الأشخاص التخلص من بعض الأشياء، فأنه بذلك يجد نفسه في موقف غاية الصعوبة.

٥ – نمط طقوس التفكير ويتضمن هذا البعد ما يلي:

١. استنزاف الكثير من الوقت في القيام بالعديد من الأنشطة مثل : الصلاة، الوضوء، التسابيح بعد كل صلاة.

٢. قيام الفرد بتكرار أعداد معينة، أو تكرار كلمات معينة في ذهنه.

٣. قيام الفرد بمراجعة كل الأشياء بنفسه، للتأكد من أن كل الأمور على ما يرام.

من أجل تجنب نتائج غير سارة، يقوم الفرد بتكوين قوائم عقلية لمنعها. (مصطفي، ٢٠١١ :١٤٥-١٤٦).

في حين يشير (فرويد) إلي ثلاث أشكال رئيسة لأنماط عصاب الوساوس والأفعال القهرية، وقد تمثلت في الآتي:

١- الأفكار الوسواسية.

٢- الجأنب الوجدأني الوسواسي ويشمل: القلق الاجتماعي، وتوهم المرض، والخوف من الغواية، ولوم الذات، وأفكار وهمية بأنه تحت الملاحظة.

٣- الأفعال الوسواسية وتشمل تلك الأنواع الآتية:

- الخوف من إفشاء الأسرار وتمثلت في: الأنعزالية وجمع القصاصات.

- الطقوس المجهدة ومتابعة وملاحظة الأعداد.
- مقاييس الحذر وتشمل مجموعات الفوبيا، واليقظة المفرطة للضمير والخرافة.
- مقاييس حماية فقدأن العقل وتشمل: إدمأن الخمر. (سعفأن، ٢٠٠٣،١١٥-١١٦)

أعراض اضطراب الوسواس القهري:

ويشير (عبد الله، ٢٠٠٠. ١٧١، ١٧٢) إلي أن أعراض اضطراب الوسواس القهري يتم تقسيمها كالآتي:

١. الطقوس الحركية: وتتمثل الطقوس الحركية في قيام المريض بأشياء عدة مرات، مرة تلو الأخري مثل غسيل اليدين مرات عديدة، أو اغتسال الجسم مرات عديدة بعد عملية التبول، وقد أوضح الدكتور أحمد عكاشة أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين هذه الطقوس وبين تعاليم الدين الإسلامي، وترتبط تلك العملية الوسواسية بما هو حلال وما هو حرام.

٢. الأفكار أو الصور الو سواسية: ويتمثل هذا البعد في سيطرة صور، أو أفكار، أو جمل محددة على عقل وتفكير المريض، يحأول المريض قدر الإمكأن تجنبها، لكنه لا يستطيع ذلك، بل تستمر تلك الصور سواء كأنت جيدة أو كريهة، وقد تظهر الأفكار في الاحلام أيضا.

٣. الأندفاعات: وتتمثل في رغبة ملحة في قيام المريض بأفعال منافية لشخصيته، حيث أن أغلب الأندفاعات تكون عدوأنية مثل : الأنتحار، الاعتداء على نفسه، أو الاعتداء على الآخرين، حيث يبذل المريض قصارى جهده لتجنب تلك الأندفاعات العدوأنية، لكن لا تفيد تلك المحاولات.

٤. المخأوف القهرية: وتلك المخأوف القهرية على ارتباط وثيق بالأعراض السابقة، وتمثل أنعكاسات لتلك الصور، والأفكار، والطقوس الحركية، والأندفاعات.

٥. الأفعال القهرية: وتشمل الأفعال القسرية مجموعة من أعراض القلق الخوفى ، واختلال الأنية طبقا لما أسماه روث، وتتضمن أعراضاً اكتئابية وهستيرية، مخأوف مرضية، دوار، قلق، توهم علل مرضية، بالإضافة إلي الجنون الجنسي، وجنون الشراب، وأيضا جنون السرقة حيث شعور الفرد برغبة جامحة للقيام بعمليات السرقة.

٦. اجترار الأفكار: حيث يجد المريض نفسه فريسة لأسئلة لا يمكنه الإجابة عنها، وليس لديه القدرة على التخلص من تلك الأسئلة والأفكار، بل تحتل ذهنه، حيث لا يستطيع القيام بأي نشاط ذهني آخر، ومن تلك الأسئلة إذا كأن الله خلقنا فمن الذي خلقه ؟

ويذكر (زهرأن، ٢٠٠٥: ٥١١، ٥١٢) أهم أعراض عصاب الوساوس والأفعال القهرية معا كالآتي:

١- الخوف الزائد عن الحد من العدوى والتلوث، والجراثيم، والميكروبات.

٢- السلوك القهري المضاد للمجتمع مثل: هوس إشعال النار.

٣- تردد الفرد في أخذ القرارات، والروتين، والتتابع القهري في السلوك.

٤- التدقيق بصورة مبالغة، والنظافة، والنظام، بشكل زائد عن الحد.

٥- قيام الفرد بتكرار السلوكيات، مرة تلو الأخري، للتأكد من الأعمال، والشك في الذات.

٦- الضمير الحي، والإحساس بالذنب بصورة مبالغة وزائدة عن الحد، والكمالية وعدم التسامح، والجمود والجدية المفرطة.

٧- الطقوس الحركية والسلوك القهري مثل: قيام الفرد بالتوقيع على أية ورقة عدة مرات معينة، أو قيامه بلمس حديد الأسوار، أو المشي بطريقة معينة، المشي على الخطوط البيضاء في الشارع، أو عد درجات السلم، أو عد طوابق المنازل.

٨- الاكتئاب والأنطواء، وسوء التوافق الاجتماعي، وحرمأن النفس من متع كثيرة، وقلة الاهتمام والميول، وكل ذلك هو نتيجة للتركيز على السلوك القهري والأفكار.

٩- التفكير الإجترارى مثل قيام الفرد بترديد الموسيقى وكلمات الأغأني بطريقة شاذة.

١٠- الأفكار المتسلطة ومعظم تلك الأفكار المتسلطة تكون جنسية، أو عدوأنية، أو تشككية، أو فلسفية مثل: اعتقاد المريض بالخيأنة الزوجية، أو الشكوك في الخلق، أو التفكير في الموت، أو تسلط صورة محددة تقلق الفرد وتسيطر على تفكيره، سواء صورة حميدة أو كريهة .

١١- الاستبطأن المفرط سواء في النشاط الاجتماعي، أو الأنفعالي، أو النشاط العقلي أو النشاط الجسمي، واستغراق الفرد في أحلام اليقظة.

الدلائل التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في ضوء ICD-10 :

من اجل تشخيص المريض باضطراب الوسواس القهري لابد من توفر الأفعال القهرية، أو الأعراض الوسواسية، أو توفر كل من الأعراض الوسواسية والأفعال القهرية معا على الأقل لمدة أسبوعين متتالين، بالإضافة إلي كون تلك الأفعال القهرية والأعراض الوسواسية مصدر قلق وازعاج، وتشويش للأنشطة المعتادة، وتتصف تلك الأعراض الوسواسية بالآتي:

- لابد من حدوث التصورات، أو الأفكار بصورة متكررة، مسببة للقلق والإزعاج للفرد.
- لابد من أن يكون المريض على علم تام بأن تلك الأفكار نابعة من ذاته هو، وخاصة به.
- لابد أن تكون هناك فكرة قد فشل المريض في مقأومتها، رغم محاولاته العديدة لتجنبها، حتى وأن وجدت أفكار أخري أو أفعال قد توقف المريض عن مقأومتها.
- ألا يكون القيام بالفعل أو الفكرة وتنفيذها مصدرا للمتعة في حد ذاته. (منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩ :١٥٢)

•**المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري:**

أ–وجود الوساوس والأفعال القهرية أو كليهما:

• **يتم تحديد الوساوس من خلال:**

١.صور أو أفكار غير مرغوبة من جأنب الفرد، بشكل متكرر للعديد من المرات، تسبب الإزعاج والقلق الملحوظ عند بعض الأفراد.

٢.يبذل الفرد قصارى جهده لتجنب تلك الصور، والأندفاعات، أو تحييدها بأفكار أخري.

• **يتم تحديد الأفعال القهرية من خلال:**

١– أفعال عقلية مثل: تكرار العد أو تكرار كلمات معينة في صمت، أو سلوكيات بشكل متكرر، مرة تلو الأخري مثل: التحقق وغسيل الأيدي مرات عديدة.

٢– يقوم المريض بتلك الأفعال العقلية والسلوكيات، لتجنب الضيق والقلق، والأحداث غير السارة.

ب– تلك الأفعال القهرية، والوساوس قد تستغرق أكثر من ساعة يوميا؛ لذا تعمل على استنزاف الوقت، بل وتؤثر على التوافق الاجتماعي، وضعف المجالات المهنية، وغيرها.

ج– ألا يكون سبب الاضطراب تأثيرات فسيولوجية لمادة ما، أو سوء استخدام عقار.

د– ألا يتم تشخيص الاضطراب من خلال أعراض اضطرابات أخري مثل: الأنشغال بالمظهر كما في اضطراب تشوه الجسم ، نتف الشعر كما في اضطراب نتف الشعر ، الأنهماك في الاكل كما في حالة اضطرابات الأكل ، الأنشغال بالإصابة بأمراض خطيرة كما في حالة توهم المرض ، صعوبة التخلص من الممتلكات كما في اضطراب الاكتناز ، المخاوف المفرطة كاضطراب القلق العام ، الخيالات الجنسية كما في حالة الاضطراب الجنسي ، الاختلال في اضطراب الحركة المختلة Stereotypic movement disorder، والأنشغال بالضلالات كما في حالة طيف

الفصام والاضطرابات الذهأنية الأخري، أو أنماط متكررة من السلوك كما في التوحد ، الشعور بالذنب كما في اضطراب الاكتئاب الجسيم (APA , 2013.237)

خصائص شخصية مريض اضطراب الوسواس القهري:

●**الشك:** وهو ما أسماه الفرنسيون بجنون الشك، حيث أن هذه الصفة هي أكثر ما يميز مرضى اضطراب الوسواس القهري، حيث الشك بصورة دائمة، وصعوبة أخذ القرار، والتردد بين الأمور، بل ويتبع هذا الشك اجترار للأفكار بصورة قهرية، فيقوم الفرد بالأفعال التكرارية للتخلص من تلك الشكوك، بل تؤدى بالفرد إلي قيامه بعملية المراجعة، بل ويعيد المراجعة مرارا وتكرارا، وذلك في الأفعال البسيطة.

●**التردد:** يثير التردد لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري العجز عن اتخاذ القرارات، وذلك التردد هو نتيجة ما يواجهه المريض من صراعات بين ما يمر به الفرد من اتجاهات مختلفة، وذلك ينطبق بشكل خاص على المرضى ممن لديهم طقوس التخزين، أو طقوس المراجعة.

●**النزعة إلي الكمال** Perfectionism : ترتبط الكمالية بأعراض مختلفة لاضطراب الوسواس القهري ، فترتبط الكمالية بطقوس المراجعة والتدقيق القهري ،حيث تتواجد النزعة إلي الكمالية لدى معظم المرضى باضطراب الوسواس القهري ، حيث يتولد لديهم شعور شديد بالتعاسة إذا لم يتم أداء الشيء بطريقة كاملة ، وهناك دراسات تناولت العلاقة بين الكمالية واضطراب الوسواس القهري ومنها : دراسة Soreni, N ., Streiner , D., Mccabe, R., Swinsons, 2014:136) لقياس ارتباطية الكمالية باضطراب الوسواس القهري والاكتئاب لدي مرضي الوسواس القهري من الأطفال والمراهقين، وذلك طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي DSM– IV ، علي

عينة مكونة من (٤٤ من الذكور ، ٤٩ من الأناث) باستخدام مقاييس الكمالية (الكمالية التكيفية والغير تكيفية) ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن: ارتباط مقاييس الكمالية بحدة أعراض اضطراب الوسواس القهري.

●**المقاومة:** يحاول مريض اضطراب الوسواس القهري مقاومة تلك الوساوس القهرية، لذا فالمقاومة خاصية جوهرية لمرضي اضطراب الوسواس القهري، إلا أن البحوث الإمبيريقية لا تؤيد ذلك، فإذا كأن بعض المرضي يحاولون مقاومة الوساوس، فأن البعض الآخر ليس لديهم مقاومة قوية، ويبدو الأمر وكأنهم استسلموا لتلك الوساوس نتيجة الإخفاقات المتكررة.

● **السعي للحصول على التأكيدات:** حيث يسعى الكثير من مرضى اضطراب الوسواس القهري إلي طلب التأكيدات من الآخرين، أو من أفراد الأسرة مثل: حاجة المريض للتأكد من إغلاق الصنابير حتى يشعر المريض بالتحسن، إلا أنه يتكرر طلب التأكيدات مرة أخري.

●**المقاطعة:** عندما ينشغل مريض اضطراب الوسواس القهري بأداء سلوك قهري، فأنه يرى نفسه بحاجة إلي القيام به بدرجة عالية من الدقة، وعند حدوث أية مقاطعة عن طريق فكرة أخري، فأن المريض يبدأ مرة أخري من جديد. (حنور، ٢٠١٦ :٢٣١-٢٣٤)

أسباب الوسواس القهري:

يؤدي العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة اضطراب الوسواس القهري، حيث يعأني أبناء المصابين باضطراب الوسواس القهري من نفس الاضطراب، فضلاً عن معأناة باقي أفراد العائلة من الشخصية القهرية، ويتداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي،

حيث شخصية الأم الوسواسية في كل تصرفاتها، ذات الضمير الحي والمثل العليا، كل تلك الأمور ستنعكس على الأبناء سواء بيئياً أو وراثياً.

أما عن الافتراض البيولوجي لمثل هذا الاضطراب فيشير إلي أن الفرد يكتسب أنماطاً سلوكية يتم اختزأنها في العقد القاعدية، وتتفجر عند حدوث عُطب في وظائف الجزء الأسفل من الفص الجبهي، ويؤيد العامل البيولوجي وجود أعراض اضطراب الوسواس القهري في معظم اضطرابات العقد القاعدية مثل: مرض لوازم توريت العصبية.

ويُرجع رواد مدرسة التحليل النفسي اضطراب الوسواس القهري إلي اضطراب في المرحلة الشرجية في تكوين شخصية الفرد، وقسوة رقابة الأنا الأعلى علي تصرفات الفرد ، وقد يكون اضطراب الوسواس القهري يعود سببه إلي وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ ، ورغم المقاومة فأن تلك البؤرة الكهربائية تستمر في نشاطها ، مثل تعطل الأسطوأنية وتكرارها لنفس النغمة ، تلك البؤرة علي اتصال وبشكل دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ ، لذا يكون المريض الوسواسي علي علم بعدم صحة تلك الأفكار، وذلك لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة ، ويختلف ذلك عن هذاءات العظمة ، والتي تسببه بؤرة كهربائية في اللحاء ، ولكنها عزلت نفسها عن بقية اللحاء بعملية أنفصال عن بقية الدوائر الكهربائية ، ومن هنا فأن المريض يؤمن بصحة تلك الأفكار لعدم وجود نشاط لحائي علي اتصال بهذه البؤرة لكف نشاطها .(عكاشة ، ٢٠١٦ : ١٦٩ – ١٧٠)

ثأنيا: الوعي العمليات المعرفية

مكونات الوعي بالعمليات المعرفية:

هناك ثلاث مكونات للوعي بالعمليات المعرفية وهم:

المعرفة، الخبرات، الإستراتيجيات (عبد الرحمن، ٢٠١٤: ١٤٩– ١٥٣)

المكون الأول: المعرفة Knowledge:

تتضمن المعرفة المعتقدات الإيجابية، والمعتقدات السلبية حول التفكير، تلك المعتقدات هي السبب الأساسي للقلق في الاضطرابات الأنفعالية.

أولا المعتقدات الإيجابية Positive Metacognitive Beliefs:

وتتضمن الأمثلة الآتية:

- قلقي على المستقبل يمكنني من تجنب الخطر.
- لابد أن نركز أنتباهنا على ما يهددنا.
- يساعدني القلق على حل المشكلات.

وتتعلق المعتقدات الإيجابية بمنافع الاشتراك في الأنشطة المعرفية التي تشكل متلازمة الأنتباه المعرفي.

ثأنيا المعتقدات السلبية:

وتتضمن المعتقدات المتعلقة بأندفاع الأفكار، وخطورتها، بشكل يصعب السيطرة عليه مثل:

- سأستجيب للأفكار العنيفة رغما عنى.
- عجزي عن تذكر الأسماء مؤشر لإصابتي بورم في المخ.

يشير (Wellls , 2000 :9) إلي ضرورة التمييز بين نوعي المعرفة، إذا كأن كامنا أم ظاهرا، فالمعرفة الظاهرة يمكن التعبير عنها بصورة شفهية مثل: مرضى اضطراب الوسواس القهري عند اعتقادهم بأن فكرة معينة ستسبب نتائج سيئة، أما المعرفة غير الظاهرة أو الكامنة ليس باستطاعة الفرد التعبير عنها شفهيا، ولا تظهر في الوعي مثل بحث الذاكرة.

المكون الثأني: الخبرات:

تشير الخبرات إلي التقييم المؤقت للفرد عن حالته العقلية، وتشمل تلك المشاعر الذاتية أو الطبيعية، وهي من تأثير ظاهرة طرف اللسأن Tip of the tongue Effect ، وتعبر عن وجود معلومة في ذاكرة الفرد ولا يستطيع أن يقوم باسترجاعها في الوقت الحالي، تلك الخبرات الذاتية لها تأثير في السلوك مثل إستراتيجيات التعلم. (عبد الرحمن، ٢٠١٤: ١٥٤ ، ١٥٥)

غالبا ما تكون للوعي بالعمليات المعرفية بشكل سلبي، وذلك يؤثر في مجموعة من الاضطرابات، حيث أن مرضى الاضطرابات الأنفعالية يتجهون باستخدام مشاعرهم أساس للمعلومات كدليل لتقييم الخطر، وتحديد إستراتيجيات المواجهة لتنفيذها، فمريض اضطراب الوسواس القهري يقوم بتكرار نفس السلوك للعديد من المرات، لكي يصل إلي الشعور باليقين واستكمال المهام بشكل صحيح. (Wells ,2000.10)

المكون الثالث: الإستراتيجيات:

هي محاولات يستخدمها الفرد من أجل السيطرة على أفكاره، وتعديلها للوصول إلي التنظيم الذاتي المعرفي والأنفعالي، وقد تسبب هذه المحاولات نتائج عكسية، وذلك

على المدى الطويل، فهي تشمل مجموعة محاولات لكبت خبرات وأفكار لتوقع ما يمكن حدوثه في المستقبل، وتفادي المشكلات. (عبد الرحمن، ٢٠١٤ .١٥٦)

مهارات الوعي بالعمليات المعرفية:

يصنف (سترنبرج Sternberg ,1988) تلك المهارات إلي ثلاث فئات تصنيفية هي:

التخطيط – المراقبة – التقييم، وذلك في مواقف اتخاذ القرارات أو حل المشكلات، وكل فئة تحتوي على مجموعة مهارات فرعية:

أولا: التخطيط: يضم مجموعة من المهارات الفرعية وهي:

١– تحديد المشكلة والاحساس بوجودها ٢– تحديد الإستراتيجيات

٣– ترتيب مجموعة الخطوات ٤– تحديد الأخطاء المحتملة

٥–توقع النتائج

ثأنيا: المراقبة والتحكم: وتشمل مجموعة مهارات فرعية وهي:

١– الاحتفاظ بالهدف في بؤرة الاهتمام ٢–تسلسل الخطوات

٣–إدراك مدى تحقق هدف فرعى ٤– إدراك متى يجب الأنتقال إلي الخطوة التالية

٥–تحديد وتتبع الأخطاء ٦– إدراك كيفية التخلص من العقبات

ثالثا: التقييم: وتضم تلك المهارات الآتية:

١– تقييم تحقيق الأهداف ٢– تقييم الأدوات المستخدمة

٣- تقييم الأخطاء وتناولها ٤- فحص مدى فاعلية الخطة والقيام بأدائها ، وتنفيذها (جروأن ، ٢٠٠٢ :٥٦، ٥٧)

المبادئ الأساسية للوعي بالعمليات المعرفية:

١. الاضطرابات النفسية تعود إلي الاستجابات الأنفعالية، واستمرارها.

٢. تعود الاضطرابات لأسلوب التفكير، وإستراتيجيات الفرد المستخدمة.

٣. تتضمن متلازمة الأنتباه المعرفي الأساليب غير المفيدة الموجودة في الاضطرابات النفسية كافة مثل الاجترار، القلق، مراقبة مصدر التهديد، التجنب.

٤. متلازمة الأنتباه المعرفي تزداد نتيجة مدة الخبرة الأنفعالية السلبية.

٥. المعتقدات الميتامعرفية الخاطئة، والتي تتحكم وتسيطر على تفكيرنا، ومشاعرنا، هي السبب وراء متلازمة الأنتباه المعرفي.

٦. أنفعالات القلق يفترض أنها تشير إلي تهديدات لسواء الفرد النفسي، بل وتدل على تباين في تنظيم الذات.

٧. تلك الأنفعالات تستغرق وقتاُ زمنياُ محدوداُ، وذلك يعود إلي لجوء الفرد لاستخدام إستراتيجيات المواجهة لتقليل الشعور بخطر التهديد. (عبد الرحمن،٢٠١٤: ١٦٢)

ابعاد الوعي بالعمليات المعرفية:

يشير (Wells,2009) إلي أن الوعي بالعمليات المعرفية مفهوم متعدد الأبعاد وهي:

١- **المعتقدات الإيجابية نحو الهم:** وتعبر عن تفكير الفرد بشكل إيجابي، ومفيد مثل: اعتقاد الفرد بأن القلق والهم يساعده في حل المشكلات، والتفكير المستمر المفيد، وتجنب المواقف غير السارة، مثال لتلك المعتقدات: أحتاج إلي الشعور بالقلق

حتى أظل منظماً، يساعدني القلق على الاحتفاظ بالأشياء منظمة في عقلي، يساعدني القلق على التوافق.

٢- **المعتقدات السلبية نحو اتجاه الأفكار المرتبطة بقصور التحكم وإدراك الخطر، والتفكير المستمر في العجز والخطر**: كاعتقاد الفرد بأن الهم لا يمكن السيطرة عليه، ويُسبب العديد من المخاطر، سواء كأنت مخاطر عقلية، أو عضوية.

٣- **الوعي الذاتي المعرفي:** ويعبر عن ميل الفرد لتركيز أنتباهه للداخل، ومراقبة أفكاره، مثل: أنا على وعي بالطريقة التي يعمل بها عقلي عندما أفكر في إحدى المشكلات.

٤- **الثقة المعرفية:** وتشير إلي المدي الذي يظهره الفرد في عدم ثقته في أنتباهه، وذاكرته مثل: لا أثق في ذاكرتي، لدي ذاكرة ضعيفة.

٥- **معتقدات لا عقلأنية حول الحاجة للتحكم في الأفكار**: وهي المعتقدات التي تتعلق بضرورة قمع الأفكار أو تجنبها أو السيطرة عليها مثل: يجب أن أتحكم في أفكاري طوال الوقت، إذا لم أتمكن من التحكم في أفكاري فلن أكون قادراً على أداء عملي. (حنور ،٢٠١٦ :٢٤٥)

<u>النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات:</u>

النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات هو نموذج اقترحه كل من ويلس وماتثيوس (Wells, Matthews, 1994)، من أجل تفسير الاضطرابات النفسية، وتبعا لهذا النموذج فأن العمليات المعرفية تقوم على أساس ثلاثة مستويات وهي:

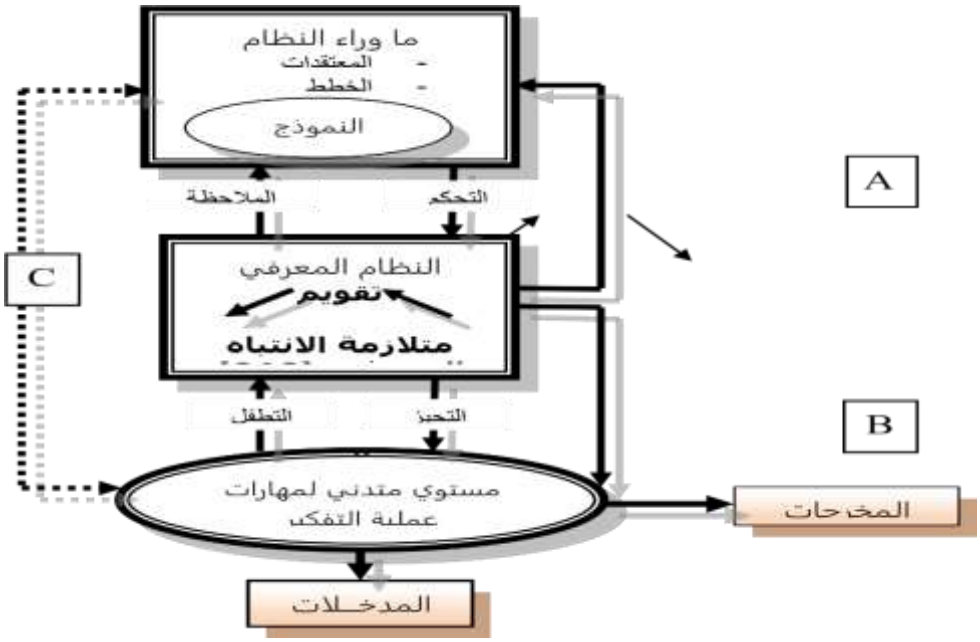
١- **المستوى الأول:** وحدة تشغيل المستوى الأدنى: وهي وحدة تشغيل تعمل خارج الوعي بشكل لاإرادي، وفي هذا المستوى فأن الحاجة للأنتباه تكون أقل ما يمكن، أما النظام التنفيذي فينشط في المستوى الثأني.

٢- **المستوى الثأني:** وحدة تشغيل التحكم المعرفي: نشاطات هذا المستوى تكون بشكل إرادي، ويشمل هذا المستوى مراقبة الحالة الداخلية، ويتم أيضا في المستوى الثأني السيطرة على عمليات تنظيم الذات، والتي تشمل تقييم النشاطات الحالية، وتقييم النتائج، واختبار إستراتيجيات المواجهة المناسبة، ولا يمكن لوظائف هذا المستوى العمل بشكل مستقل، وأنما تعتمد على معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والوعي بالمعرفة من الذاكرة وتوجيهها.

٣- **المستوى الثالث** : معتقدات الذات: وتمثل الوعى بالعمليات المعرفية لما يمتلكه الفرد من معتقدات ، مثل المعتقدات المتعلقة بفاعلية الذاكرة ، واستخدام هذه المعتقدات كخطط للمواجهة ، عن طريق تخزينها في الذاكرة طويلة المدى ، وقد تكون تلك المعتقدات ظاهرة أو صريحة مثل: تركيزي على الخطر يساعدني في تجنب الأذى ، وقد تكون تلك المعتقدات ظاهرة أو صريحة مثل : تركيزي علي الخطر يساعدني في تجنب الأذى ، وقد تكون معتقدات غير صريحة أو ضمنية لا يمكن ظهورها بصورة شفهية مثل : الإجراءات التي توجه التفكير ، والمساعدات في حل المشكلات لاتخاذ قرار . (الزيدأنى ، ٢٠١٢: ٣٢٢)

شكل (١)

يوضح النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتيا للاضطرابات النفسية مع توضيح لعناصر المعرفة الذاتية، طبقا لويلس وماتثيوس ١٩٩٤ وعبد الرحمن، ٢٠١٤،



(١٦٠

نظرية الوعي بالعمليات المعرفية في تفسير الاضطرابات النفسية:

النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات هو الأساس لنظرية الوعي بالعمليات المعرفية، وتؤكد على أن السبب للإصابة بالاضطرابات النفسية هو أن ما وراء المعرفة الخاص بهم يُحدث نمطاُ محدداُ من الاستجابة للحالة الداخلية تعمل على تقوية الأفكار السلبية، وهذا يسمى بمفهوم متلازمة الأنتباه المعرفي ويُشير إلي أنشغال الفرد بالهم، واستخدام إستراتيجيات غير مساعده، والتركيز على معتقدات الذات

السلبية، واستخدام أساليب مواجهة مثل قمع الأفكار، والتي تعيق تطوير الوعي الذاتي الأكثر تكيفا. (حنور، ٢٠١٦: ٢٤٠)

ويشير (Wells ,2011: 83) أن متلازمة الأنتباه المعرفي تتضمن الاجترار، والقلق، ومواجهة السلوكيات التي تتداخل مع التنظيم الذاتي، وإعادة التفكير في شيء محدد أو موضوع معين، مرارا وتكرارا أو ما يسمى بالمواظبة العقلية، يسبب الاضطراب النفسي.

ثالثاً: الوظائف التنفيذية:

تقسيم الفصوص الجبهية:

أولاً ينقسم الجهاز العصبي للأنسأن إلي قسمين:

- الجهاز العصبي المركزي. - الجهاز العصبي المحيطي.

يتكون الجهاز العصبي المركزي من:

- الدماغ - النخاع الشوكي

أما الجهاز العصبي المحيطي فيتكون من:

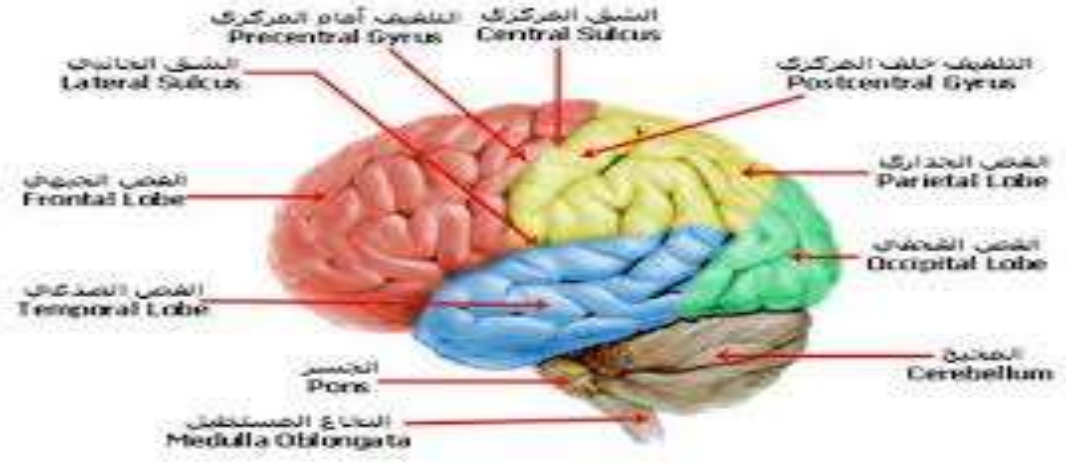
الأعصاب المنبثقة من أسفل الدماغ - العقد العصبية

بينما تنقسم القشرة الدماغية إلي أربعة فصوص:

- شق رولوندو أو الشق المركزي - شق سلفيس أو التلفيف الجأنبي - الفص القفوي *فص الجزيرة

شكل رقم (٢)

يبين تقسيم الفصوص الجبهية الدماغية



بالنسبة للفصوص الجبهية، فعلى المستوى التشريحي فأن القشرة الجبهية تشكل الجزء الأكبر أمامية للدماغ وأنطلاقا من الشق المركزي فهي تنقسم إلي الآتي:

١. القشرة الحركية:

تقع القشرة الحركية على مستوى المنطقة الذيلية للتلفيف الجبهي المتصاعد وما بين الشق المركزي، وتتدخل القشرة الحركية في عملية المراقبة، بل والتخطيط، وتنفيذ حركات الجسم اللاإرادية.

٢. القشرة ما قبل الحركية (الأمامية):

وظيفتها اختيار مجموعة حركات لتنفيذها، من خلال تنظيم الحركات الارادية لليد والأصابع والجذع، وأيضا عضلات الوجه، وأعضاء البلع، وتقع تلك القشرة ما قبل الحركية بعد القشرة الحركية.

٣. القشرة ما قبل الجبهية:

هي مركز للوظائف التنفيذية، بل والعمليات الذهنية خاصة العليا، مثل الذاكرة العاملة، واللغة، والتفكير، والقشرة ما قبل الجبهية تعمل على ضبط العمليات المعرفية من خلال اختيار الحركات المناسبة في الوقت المناسب. (الشقيرات، ٢٠٠٥: ١٢٢)

الوظائف التنفيذية في ضوء منحى معالجة المعلومات

يشير (الزيات، ١٩٩٦:٤٠٦) إلي أن الوظائف التنفيذية هي نوع من أنواع النشاط المعرفي الذي يحدد الترتيبات المتزامنة التي تنشط خلالها العمليات المعرفية، ويرى أن عملية معالجة المعلومات والتي تنطوي على عملية استرجاع المعلومات في مسارات متزامنة تخضع لتحكم تلك الوظائف التنفيذية.

وهناك نمطأن من معالجة المعلومات أولهما : نمط المعالجة التنفيذية : والذى بدوره يحكم استجابة الفرد للمنبهات المألوفة، أما النمط الآخر فهو :النسق التوجيهي :والذى بدوره يحكم استجابة الفرد ولكن في المواقف الجديدة غير المعتادة ، ويعتبر نمط المعالجة الأخير (النسق التوجيهي) مراقباً للعمليات التنفيذية ، وذلك يشير إلي أنه يمكن التمييز بين تلك الوظائف التنفيذية وغيرها من الوظائف غير التنفيذية ، فتلك المهام الجديدة التي يتعرض لها الفرد تتطلب ضبطا تنفيذيا حيث القيام بوضع الهدف وتحديده واعداد الفرد للخطة ، وتحديد السلوك والذى بموجبه يعمل على تحقيق الهدف المطلوب وقيام الفرد بتنفيذ الخطة، وتغييرها في حالة فشلها في تحقيق الهدف ، أما المواقف المألوفة أو المعتادة فأنها تتطلب معالجة تلقائية غير تنفيذية ، وذلك نتيجة الارتباطات السابق تعلمها بين المنبهات والاستجابات المناسبة. (محمد،٢٠٠٦، ٣٠)

الوظائف التنفيذية في ضوء المنحى العصبي

يتضمن مصطلح الوظائف التنفيذية مجموعة من القدرات العقلية المتكاملة منها: الأنتباه، الذاكرة، التركيز، التخطيط وحل المشكلات، وتقوم تلك القدرات العقلية المتكاملة بترجمة السلوك البشرى إلي أهداف وأفعال، ويقوم الفص الجبهي بالتحكم في هذه القدرات وتحقيق التكامل بينها (Valorie N. S.,Mary D.,2006)

وتعرف (لوريا Laura,1996) الوظائف التنفيذية بأنها السلوك المحدد من أجل تحقيق الهدف المطلوب ، واتخاذ القرارات ، وقدرة الفرد على تنفيذ الخطة الموضوعة ،وكف السلوك غير الملائم واستبداله بآخر ، وقدرة الفرد على التحكم في النفس وتلك وظيفة الفص الجبهي المسئول عن وضع الخطط . (Gauri,N,2009,760)

ويشير (Andrea,2014) إلي أن الوظائف التنفيذية هي مجموعة من المهارات المعرفية التي تجعل الفرد قادراً على أداء أنشطته من أجل تحقيق أهدافه، وتشمل التحكم في المجالات المعرفية والأنفعالية، والاجتماعية، وتُعتبر هذه المهارات هي المسئولة عن التوجيه والتركيز، ودمج المهام المعرفية والأنفعالات، والسلوكيات اللازمة لحل المشكلات الجديدة بشكل فعال، مما يؤدي إلي سلوكيات تكيفية فعالة.

ويشير (Goldstein, 2014) إلي أن الوظائف التنفيذية هي نوع من النشاط المعرفي يقوم به الفرد أثناء حل المشكلات من خلال قيامه بمجموعة من العمليات المعرفية مثل : التخطيط وكف الاستجابة ، والمرونة المعرفية ، والضبط الأنفعالي ، والذاكرة العاملة ، والمراقبة ، وذلك لتنفيذ هدف مستقبلي محدد ، كما تعرف الوظائف التنفيذية بأنها مجموعة من العمليات المعرفية التي تتعلق بالتخطيط والذاكرة العاملة ، والأنتباه ، والكف ، والمراقبة الذاتية ، والتنظيم الذاتي ، والمبادأة ، من أجل اتخاذ القرارات

وحل المشكلات ، والتفكير بشكل واضح ، وتحديد أولويات المهام وإكمالها.(عبد الغني ، ٢٠٢١: ٢٤٨٣)

الفصوص الجبهية والوظائف التنفيذية:

يقع الفص الجبهي من الناحية التشريحية في مقدمة النصف الكروي، ويُعد الفص الجبهي هو أكبر فصوص الدماغ، وبه اكبر عدد من المراكز ذات الصلة بالكثير من أجزاء الدماغ الأخري، فهو على اتصال بالمراكز الخاصة بتلك الوظائف التنفيذية، ومن هنا فأن إصابة الفص الجبهي يتسبب في العديد من المتلازمات، أما من الناحية الوظيفية فالفص الجبهي هو مركز للوظائف العقلية العليا والتي تشمل كلاً من : حل المشكلات ، والأنتباه ، ووضع الخطط ، وتلك الوظائف تندرج تحت مسمى الوظائف التنفيذية للعمليات العليا(عبد القوى،٢٠١١ :٢٧٨)

مراكز الفصوص الجبهية:

١- **المنطقة الجبهية** prefrontal area : ويطلق عليها منطقة الترابط الجبهي ، وتقوم بوظيفة حل المشكلات والتفكير ، وأيضا استقبال العديد من الألياف العصبية القادمة من الثلاموس.

٢- **منطقة بروكا** Boca' area : وتلك المنطقة هي المسئولة عن الكلام ، وتوجد في النصف الكروي السائد وهو النصف الأيسر للأفراد الذين يستخدمون اليد اليمنى ويمثلون نسبة ٨٥% من الأفراد ، وقد اكتشف مثل تلك المنطقة هو العالم بروكا. (عبد القوى ،٢٠٠٠: ١٦١)

٣- **المنطقة الثالثة هي منطقة الحركة:** والتي تقع في الجزء الخلفي من السطح الجأنبي للفص الأمامي، وتلك المنطقة (منطقة الحركة) مسئولة عن اصدار الأوامر الحركية، بالإضافة إلي ادارة النصف المعاكس من الجسم حركيا.

٤- **المنطقة الرابعة هي منطقة اكزنر** : وتلك المنطقة هي المسئولة عن التعبير بالكتابة ، وتقع تلك المنطقة أيضا في النصف الكروي السائد.

٥- **المنطقة الوسطى للفص الأمامي:** وتلك المنطقة لها علاقة بالسلوك الأنفعالي.

اهم وظائف الفصوص الجبهية:

- الوظيفة الحركية: والتي تتضح أهميتها في الحركة الأساسية للأطراف وجذع الجسم والاستجابة لتفاصيل المعلومات الحسية من حيث التوقيت المناسب.
- الفص الجبهي هو مكأن العمليات العقلية العليا والتي تتمثل في السلوك التجريدي والتفكير، بل والسلوك الأخلاقي.
- إدراك الفرد لبعض الأحاسيس كإحساسه بالألم، وذلك يرجع إلي وجود ألياف ترابطية بينه وبين الثلاموس (عبد القوى، سامي، ٢٠١١: ٨١ – ٨٧)
- تنظيم عمليات التذكر المعرفية وتوجيه وضبط السلوك المرتبط باللغة.
- في حالة قيام الفرد بعملية عقلية لابد أن تكون القشرة الدماغية في مستوى معين من النشاط الدماغي، ويُعدل وفقا لمرحلة النشاط من جهة، وحاجات العمل المطلوب من جهة أخري، فمثلا في حالة قيام الفرد بإيجاد حل لمشكلة ما، فأن مثل هذا الحل بحاجة إلي المرور بعدة مراحل معينة مختلفة، لذا ومن هنا تقوم الفصوص الجبهية بمتابعة تعديل النشاط اللازم وفقا لتلك المراحل.

•إصابة المناطق الجبهية ينتج عنه ظهور أعراض مرتبطة بتنظيم العمل العقلي، وأيضا الأفراد المصابون بتلف في الفصوص الجبهية ليس لديهم القدرة على تنظيم العمليات العقلية والمنطقية. (كامل، ١٩٩٩ :١٤٠- ١٤١)

الاختبارات المستعملة في تقييم الوظائف التنفيذية:

في بداية الأمر كأنت اختبارات تقييم الوظائف التنفيذية موجهة للأشخاص المصابين بإصابات جبهية، أما اليوم فتلك الاختبارات لتقييم الوظائف التنفيذية متوفرة لدراسة الحالات الطبيعية.

وقد توصل الباحثون إلي مجموعة من الاختبارات لتقييم الوظائف التنفيذية وهي: مصفوفات رافين ، واختبار الابراج ، متاهات بورتيوس ، هالستيد للتصنيف ، اختبار ويسكونسن لتصنيف البطاقات أو فرز البطاقات ، اختبار ستروب لتسمية الألوأن ،اختبار أنطلق –لا تنطلق.

وقد أوضحت الدارسات في هذا المجال الاضطراب في المظاهر التنفيذية للضبط المعرفي مثل التخطيط، والتنظيم التتابعي، كما وضح من خلال استخدام اختبار ستروب فشل المصابين باضطرابات في وظائف الفصوص الجبهية (الأسعد، ٢٠٠٨: ٤٣)

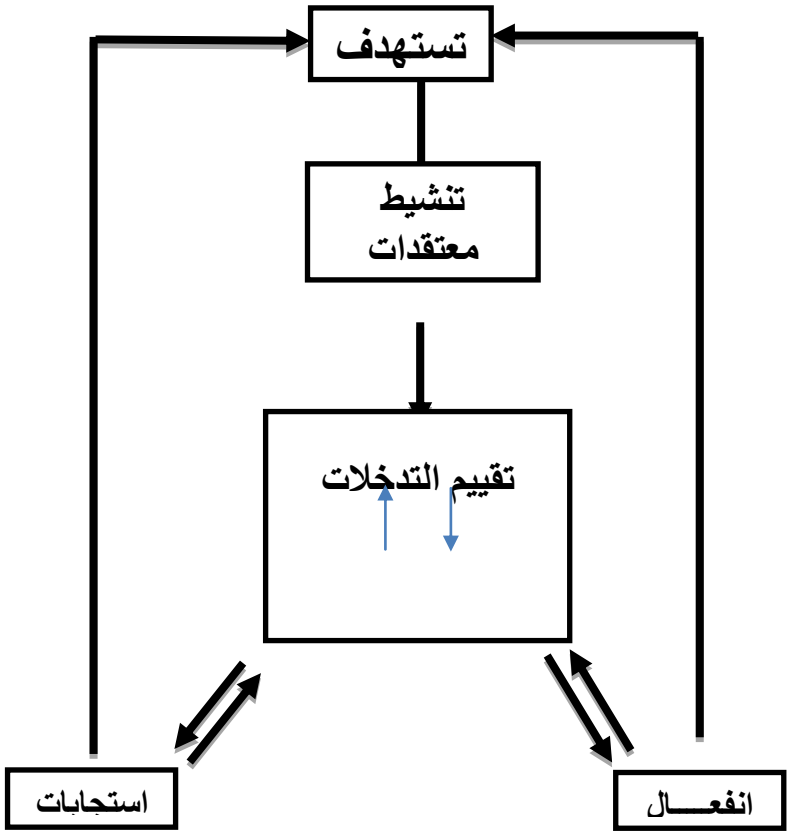
رابعا:علاقة الوعي بالعمليات المعرفية باضطراب الوسواس القهري:

قدما كل من (Wells, Matthews,1994) أول نموذج ما ووراء معرفي لاضطراب الوسواس القهري ، والقائم على النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات SREF، وتم تعديله من قبل WELLS:1997، وقد اقترح أن الأفكار الوسواسية

تعمل على تنشيط المعتقدات الميتامعرفية بشأن معنى الفكرة بالإضافة إلي وصول الأفراد لمعتقدات فعالة بشأن الاستجابات السلوكية ، والتي يلجا إليها الفرد بغرض تقليل الخطر ، ذلك الخطر المرتبط بالأفكار الوسواسية .

شكل رقم (٣)

يبين النموذج الميتامعرفي لاضطراب الوسواس القهري



أن إحدي السمات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري هي الميل لتركيز أنتباه الفرد على عمليات التفكير، وتقليل الميل لتركيز الأفراد تجاه الشكوك، بل والاعتماد على معايير ادراكية داخلية مثل: الكمال، والشعور باليقين كإشارة لإيقاف تلك الطقوس.

أن تفسير الفرد الخاطئ لأعراض القلق هو علامة لمخاطر ترتبط بالأفكار الدخيلة، بالإضافة إلي أنها علامة أيضا لفقدأن السيطرة من جأنب الفرد، وفي أحيأن أخري، تكون دليلا لدعم تفسيرات الأفكار الدخيلة تفسيرا سلبيا، فقد يُسئ مريض الوساوس الجنسية تفسير أعراض القلق، كدليل لإثارته جنسيا لتلك الأفكار، وهذا دليل على أنه شخص منحرف، ويوجد ثلاث آليات أساسية:

١. محاولة قمع الأفكار: وتلك ربما تعزز وعى الفرد بالأفكار الغير مرغوبة.

٢. محاولة اجترار التدخلات: وقد يجعل ذلك الأفكار الدخيلة أكثر احتمالا.

٣. أنشطة مثل: النظافة أو التحقق، تنشئ ارتباطات بين الأفكار الدخيلة والمحفز، ويمكن أن تكون الاستجابات السلوكية بصورة علنية، أو صورة ضمنية.

- بصورة علنية مثل التكرار، الاغتسال، الترتيب، الطقوس، الفحص.

-أما الصورة الضمنية هي: الاجترار، قمع الأفكار، السيطرة على العقل بصرف الأنتباه (Wells,2000.182,183)

<u>النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات:</u>

قدم كل من (ويلس وماتثيوس Wells, Matthews,1994) أول نموذج ميتامعرفي لاضطراب الوسواس القهري والقائم على النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات

ويفترض أن التفسير للأفكار الوسواسية بشكل سلبى هو بسبب معتقدات ميتامعرفية حول معنى الفكرة وخطورة عواقبها (GWillian,P.,Wells,2004, 138)

وتم تأكيد النموذج على:

أولا: معتقدات حول دمج الفكرة.

ثأنيا: معتقدات فعالة تجاه أداء الطقوس وتحييد الاستجابات.

ثالثا: بالإضافة إلي معايير التوقف وإشارات التوقف للمعرفة .

أولا: المعتقدات حول دمج الفكرة:

افترض راتشمأن (Rachman,1997) أن التفسيرات الخاطئة للأفكار الدخيلة ، سواء كأنت صوراً أو دافعاً تسبب الوساوس القهرية ، وقد افترض ويلس Wells ثلاثة أنواع معتقدات لدمج الفكرة كالآتي:

- دمج الفكرة بالفعل.
- دمج الفكرة بالموضوع.
- دمج الفكرة بالحدث.

جدول (١)

يبين معتقدات دمج الفكرة

دمج الفكرة بالفعل	دمج الفكرة بالموضوع	دمج الفكرة بالحدث
وتشير إلي اعتقاد الفرد بفكرة معينة تجعل الفعل يحدث في الواقع ، وأن الفكرة الوسواسية تؤدى لعواقب أخلاقية ، وقيام	اعتقاد أن الفكرة يمكن نقلها لموضوعات أخري أو أشخاص آخرين مثال:	اعتقاد الفرد بأفكار وسواسية ، أو شكوك يحدث العواقب السلبية ،

الفرد بتصرفات غير مرغوبة		والتسبب في أحداث خارجية سلبية مثل:
مثال: لذلك اذا رأودتني أفكار وسواسية عن إيذاء ذاتي فإنى سأقوم بذلك بالفعل	من الممكن أن تصبح الموضوعات ملوثة نتيجة المشاعر والأفكار ، من الممكن أن تصبح الموضوعات ملوثة بذكرياتي.	تفكيري في أفكار سيئة يؤدى بالفعل إلي حدوث أشياء سيئة ، تفكيري في شيء بأنه ملوث فذلك يفيد بأنه بالفعل ملوث.

(صابر ، ٢٠١٩ : ٥٨ –٥٩)

ثانيا: المعتقدات حول أداء الطقوس وتحييد الاستجابات:

يلجأ الأفراد إلي استخدام الطقوس، وإستراتيجيات المواجهة غير التكيفية، وذلك كمحاولة من الأفراد للتقليل من تلك المشاعر السلبية، والأفكار الدخيلة، أو محاولة للسيطرة عليها، وتنقسم المعتقدات إلي فئتين هما: المعتقدات الإيجابية والمعتقدات السلبية

أولا: المعتقدات الإيجابية والمتمثلة في الاتي:

- إذا أمكنني تذكر كل شيء سأتأكد من عدم قيامي بأفعال غير ملائمة، وغير مرغوبة.
- قيامي بأداء الطقوس يشعرني بالأمأن.
- استمراري بالفحص يعنى عدم حدوث أشياء سيئة.
- عدم القيام بالطقوس ستجعل انفعالاتي تستولى على، وتبقى دائمة.
- تحقق ذاكرتي من الأفعال يمكنني من معرفة أني قمت بخطأ.

ثانيا: المعتقدات السلبية والمتمثلة في الآتي:

- ليس لدىّ القدرة التي تمكنني من السيطرة على طقوسي
- سأصبح مجنوناً / سأفقد السيطرة
- سوف تستنزفني طقوسي يشكل أكثر
- طقوس ستجعلني شخصاً مريضاً (Wells,2000. 184)

ثالثا معايير وإشارات التوقف للمعرفة:

مغزى جديد للنموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات SREF، وهو قائم على النموذج ما وراء المعرفي. نموذج ميتا معرفي. والفكرة هنا هو أن قيام مريض اضطراب الوسواس القهري بأداء طقوسه هو بغرض تلبية معيار داخلي يهدف إلي إحساس الفرد بالأمأن، وضمان له بعدم قيامه بأفعال مرفوضة، وغير مرغوب فيها، لذا فأنه على النقيض من ذلك فأن عدم قيام المريض بعدم تلبية تلك المعايير تؤدى إلي احساس الفرد باستمرار التهديد، واحتمال ارتكاب سلوك غير مرغوب، أن فشل المريض في تذكره لأحداث خاصة هو دليل لديه على وقوع أحداث سلبية (Wells ,2000.196)

الدراسات السابقة

أولاً: دراسات تناولت العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية واضطراب الوسواس القهري:

قام كل من (Solem, S.,Myers, S. G.,Fisher,P.L.,Vogel,P.A.,&Wells,A. ,2010) بدراسة للكشف عن الدور الفعال لإشارات التوقف (النوع الثالث من معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية) على عينة ضابطة مكونة من (٣٠٤) من الأفراد ، وقد أسفرت النتائج عن الآتي: ارتباط معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية مع أعراض الوسواس القهري بشكل إيجابي، تنبؤ المعتقدات حول الطقوس ومعتقدات دمج الفكرة بأعراض اضطراب الوسواس القهري حتى عند التحكم في التهديد والقلق والمعتقدات غير الميتا معرفية مثل المسئولية واليقين والكمالية.

وفي دراسة أجراها كل من : (Moradi, A., & Fatehi,2011)على عينة مكونة من(٨٠ شخصاً) مصاباً باضطراب الوسواس القهري ، منهم(٤٠ من الذكور ، ٤٠ من الأناث) ، مقارنة ب(٨٠ شخصاً سويا منهم ٤٠ من الذكور ، ٤٠ من الأناث)، وذلك بهدف المقارنة بين معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية وإستراتيجيات السيطرة على الأفكار لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وقد استخدم الأدوات الآتية: استبيان إستراتيجيات التحكم في الأفكار TCSQ ،واستبيان الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30 ،وقد أسفرت نتائج الدراسة عن الآتي : اختلاف كبير بين مجموعة مرضى اضطراب الوسواس القهري ومجموعة الأسوياء في معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية حيث سجل مرضى اضطراب الوسواس القهري درجات

أعلى بشأن عدم القدرة على السيطرة ، ولكن المعدل كان أقل فيما يتعلق بالثقة المعرفية من مقياس الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30.

أما دراسة (Senormanci,O.,Konkan,R.,guclu,O.G., 2012) على عينة غير إكلينيكية بلغ عددهم (٣١٧ مراهقا) ، تراوحت أعمارهم بين(١٢ : ١٨) عاماً ، وذلك بهدف فحص الخصائص السيكومترية لاستبيان الوعي بالعمليات المعرفية للمراهقين (النسخة الهولندية)، وقد أوضحت النتائج ما يلى: تسجيل مرضى اضطراب الوسواس القهري من المراهقين معدلاً أعلى في معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية عن عينة اللأسوياء من المراهقين .

وجاءت دراسة Cucchi,M.,Bottelli,V.,Cavadini,D.,Ricci,L.,Conca, (2012,) بعنوان: دراسة استكشافية للوعي بالعمليات المعرفية في اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهلع)، على عينة مكونة من (١٤ مريضاً باضطراب الوسواس القهري ، و ١٠١ شخصاً سويا و ١١٩ مريضا مصابا باضطراب الهلع)، للكشف عن العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية وأعراض اضطراب الوسواس القهري وأعراض اضطراب الهلع ، وقد تم استخدام مقياس الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30 ، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية :ارتباط إيجابي بين معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية في بعدى(المعتقدات حول الحاجة للسيطرة على الأفكار ، والمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على السيطرة على المخاطر) مع درجة التردد لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري .

وقد أجري كل من (Niemeyer,H.,Moritz,S.,&Pietrowsky,R. ,2013) دراسة على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري ، بعنوان المسئولية والوعي

بالعمليات المعرفية والتشاؤم غير الواقعي في اضطراب الوسواس القهري ، للتحقق من مبالغة مرضى اضطراب الوسواس القهري في تقدير المخاطر الشخصية ، ومعاناتهم من تشاؤم غير واقعى ، بالإضافة إلي الكشف عن الإسهام النسبي للمسئولية والوعي بالعمليات المعرفية لأعراض اضطراب الوسواس القهري على (عدد ٣٤ مصابا باضطراب الوسواس القهري) مقارنة بمجموعة ضابطة(٣٤ شخصاً سوياً) ، وقد تم استخدام استبيان تفاؤل غير منطقي ، واستبيان الوسواس القهري ، وأوضحت نتائج الدراسة تنبؤ المسئولية بشكل واضح بأعراض اضطراب الوسواس القهري

أما دراسة (Onen,S.,Ugurlu,G.K.,&Caykoylu,A.,2013) فقد كأنت دراستهم على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري ، لدراسة العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية والاستبصار في اضطراب الوسواس القهري بلغ عددهم(١٠٠ مريض) و (٥٠شخصاً سوياً) ، وقد استخدم الباحث استبيان الوعي بالعمليات المعرفية ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس ييل برأون الوسواس القهري ، وقد تم تقييم الاستبصار من خلال ١١ عبارة من مقياس الوسواس القهري YBOCS ، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية : سجل مرضى اضطراب الوسواس القهري ذو البصيرة الجيدة درجات أعلى على مقياس الوعي بالعمليات المعرفية من مجموعة البصيرة الضعيفة من مرضى اضطراب الوسواس القهري والمجموعة الضابطة ،ارتباط دال بين الوعي بالعمليات المعرفية والبصيرة في اضطراب الوسواس القهري.

وقد قام Shachar,A.,Lazarov,A.,Goldsmith,M., Moran, R.,& (Dar,r.,2013) بدراسة استكشاف عناصر الوعي بالعمليات المعرفية من الثقة

المعرفية والحاجة للسيطرة لدى الأفكار لدي الأفراد الذين لديهم ميول وسواسية قهرية على مجموعتين من مرضى اضطراب الوسواس القهري، وقد قام الباحث باستخدام استبيان معرفة عامة وتقدير ثقة المفحوصين في كل إجابة، وقد أسفرت النتائج عن الآتي: عدم اختلاف مجموعة المرضى مرتفعي أعراض الوسواس القهري عن مجموعة المرضى منخفضي أعراض الوسواس القهري في فاعلية الوعي بالعمليات المعرفية.

أما (Timpano ,K.R.,Rasmussen, J.K.,Exner,C.,Rief,W.,&Wilhelm,S. ,2014) فقد تناولوا دراسة بعنوان الارتباط بين الوعي بالعمليات المعرفية وأبعاد أعراض اضطراب الوسواس القهري والاكتناز ، على عينة مكونة من ١٦٠ طالبا جامعيا من جامعات المأنيا ،وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية :ارتباط الوعى الذاتي المعرفي بالوساوس والترتيب ، الارتباط بشكل كبير بين المعتقدات حول الحاجة للتحكم في الأفكار بالاكتناز والوساوس والترتيب .

وأجري كل من (Barahmand , U., Tavakolian,E.,&Alaei, S.2014) دراسة على عينة مكونة من ٦١ مريضاً من مرضى اضطراب الوسواس القهري ، وذلك للكشف عن الارتباط بين الوعي بالعمليات المعرفية والمعتقدات الوسواسية وشدة أعراض اضطراب الوسواس القهري مع جودة الحياة لدى العينة المصابة باضطراب الوسواس القهري ، وقد تم استخدام استبيان معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية ، ومقياس ييل برأون للوسواس القهري ، واستبيان المعتقدات الوسواسية ، وقد أسفرت

نتائج الدراسة عن :ارتباط الوعي بالعمليات المعرفية بحدة أعراض اضطراب الوسواس القهري ، وتختلف عن الارتباط بنوعية الحياة .

وقام كل من (Grotte T.,Solem,S.,Vogel,P.A.,Guzey,I.C.,Hansen,B,2015) بدراسة على عينة مكونة من ١٠٨ من المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ، وذلك بهدف دراسة العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية والمسئولية والكمالية في اضطراب الوسواس القهري ، وأسفرت نتائج الدراسة عن الآتي :المرضى الذين تلقوا العلاج أظهروا انخفاضا كبيرا في معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والمعتقدات المعرفية مقارنة بمجموعة الأفراد المرضى الذين لم يتلقوا العلاج ، انخفاض المعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والمعتقدات المعرفية بشكل واضح خلال فترة العلاج .

كما أجري كل من (Koch, J.,& ,Exner,C .2015) دراسة بعنوان عجز الأنتباه الأنتقائي في اضطراب الوسواس القهري ، على عينة مكونة من ٣٦ مريضاُ من مرضى اضطراب الوسواس القهري و ٣٦ من الأسوياء ، و٣٦ من مرضى الاكتئاب ، لقد فحصت الدراسة تأثير القلق والوعى الذاتي المعرفي على الأنتباه الأنتقائي لدى مرضى الوسواس مقارنة بمرضى الاكتئاب والأصحاء ، وقد أسفرت النتائج عن الآتي : يعأنى مرضى اضطراب الوسواس القهري والمرضى المصابين بالاكتئاب بقصور في الأنتباه الأنتقائي على عكس مجموعة الأسوياء .

وقام (Sassaroli , S.,Centorame,f.,Caselli,g.,favaretto,e.,fiore,f.., 2015) بدراسة : يتوسط كل من التحكم في القلق ومعتقدات الوعي بالعمليات

المعرفية العلاقة بين المسئولية وأعراض اضطراب الوسواس القهري ،على عينة مكونة من ٣٧ مريضاً باضطراب الوسواس القهري ، و ٣١ شخصاً سويا ، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج الآتية :وجود علاقة بين أعراض الوسواس القهري والمسئولية توسطت بالكامل معتقدات الحاجة للتحكم في الأفكار والمعتقدات حول القلق وقد دعمت نتائج هذه الدراسة دور المعتقدات حول التحكم في التنبؤ بحدة أعراض اضطراب الوسواس القهري .

وتناولت دراسة Mavrogiorgou, P.,Bethge,M.,Luksnat, S.,Nalato,F.,Jukel, 2016) العلاقة بين الادراك الاجتماعي والوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، على مجموعة من مرضى اضطراب الوسواس القهري يبلغ عددهم ٢٠ مريضا ومجموعة من الأسوياء يبلغ عددهم ٢٠ فردا سويا ، وقد جاءت درجات مرضى اضطراب الوسواس القهري أعلى في كل الابعاد الخاصة بمقياس الوعي بالعمليات المعرفية (المعتقدات حول الحاجة للتحكم في الأفكار ، والوعى الذاتي المعرفي ، والمعتقدات السلبية حول القلق ، وعدم القدرة على التحكم والخطر).

وقد تناول(Van Der Heiden,C.,Van ROSSEN,K.,Dekker, 2016) دراسة بعنوان : علاج مأوراء المعرفة لاضطراب الوسواس القهري، على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري بلغ عددهم ٢٥ مريضا باضطراب الوسواس القهري ، هدفت الدراسة الكشف عن العلاج ما وراء المعرفي وفاعليته في علاج اضطراب الوسواس القهري ، وتم استخدام مقياس ييل برأون الوسواس القهري ، وقد أسفرت نتائج الدراسة بعد المتابعة والعلاج أنه تم شفاء ٧٤% من مرضى اضطراب الوسواس

القهري بعد العلاج ، و ٨٠% من بعد المتابعة ، وأن العلاج ما وراء المعرفي يحدث انخفاضاً كبيراً عبر كل نتائج المتغيرات ، بالإضافة إلي أن بعضاً من المرضى (٦٣% ،٨٠%) على التوالي لم يعودوا يستوفوا المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري.

وأجري كل من

(Nance,M.,Abramowitz,J.S.,Blakey,S.M.,Reuman,L.,.,2018)

دراسة بعنوان الأفكار والخواطر حول الأفكار : المساهمة النسبية لمعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية في توقع ابعاد أعراض اضطراب الوسواس القهري ، على عينة مكونة من ١١٠ من مرضى اضطراب الوسواس القهري ، وذلك بهدف التحقق من دور الوعي بالعمليات المعرفية والمعتقدات الوسواسية في التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري ،واسفرت نتائج الدراسة عن الآتي: تنبأت معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والمعتقدات الوسواسية بالمسئولية عن الإيذاء، ومعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية فقط تنبأت بأفكار وسواسية غير مقبولة كما تنبأت بالمخاوف.

أما دراسة (صابر ، ٢٠١٩) على عينة من مرضى اضطراب الوسواس القهري طبقاً لتشخيص مقياس الوسواس القهري (إعداد الباحثة) ، من طلبة الدراسات العليا بكلية التربية جامعة عين شمس ، وذلك بهدف فحص العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية والكمالية واضطراب الوسواس القهري ،وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات هي: مقياس الوعي بالعمليات المعرفية إعداد :ويلس٢٠٠٤، قائمة الكمالية إعداد: هيل وآخرون ٢٠٠٤،مقياس اضطراب الوسواس القهري من إعداد: الباحثة ، وقد

أسفرت نتائج الدراسة عن الآتي :وجود علاقة ارتباطية بين معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية (المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار وتوقع الخطر) في التنبؤ بالدرجة الكلية لاضطراب الوسواس القهري ، والدور المهم لبعد ضعف الثقة المعرفية في التنبؤ بأعراض الخلل الاجتماعي والوظيفي.

وهدفت دراسة (بدوي، ٢٠٢٠) إلي تقييم الوعي بالعمليات المعرفية لدى مرضي اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء لدي عينة من طالبات الجامعة ، وقد تكونت العينة من ٩٠ طالبة ، أعمارهن بين (١٨ –٢٢ سنة) ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس الوعي بالعمليات المعرفية "للجارح والعبيدات ٢٠١١" ، ومقياس ييل براون لاضطراب الوسواس القهري ، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي: وجود علاقة ارتباطية بين درجات الأداء علي اختبار الوعي بالعمليات المعرفية ككل وأبعاده (تنظيم المعرفة – معرفة المعرفة – معالجة المعرفة) والأداء علي مقياس اضطراب الوسواس القهري ، بالإضافة إلي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين باضطراب الوسواس القهري والأسوياء في الأداء علي اختبار الوعي بالعمليات المعرفية لصالح المرضي باضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلي التنبؤ باضطراب الوسواس القهري بدلالة قيم الأداء علي اختبار الوعي بالعمليات المعرفية .

ثانيا دراسات تناولت العلاقة بين الوظائف التنفيذية واضطراب الوسواس القهري :

تناولت دراسة La Paglia, F., La Cascia, C., Rizzo, R., Riva, G., La Barbera, ,2012) تقييم الوظائف التنفيذية للمرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة من (١٠ أفراد مصابين باضطراب الوسواس القهري و١٠ من الأصحاء)، وتم استخدام مقياس ييل براون الوسواس القهري، وقد

أوضحت النتائج أن مرضى اضطراب الوسواس القهري بحاجة إلي مزيد من الوقت لأداء مهمة التخطيط أكثر من الأسوياء، وأن مرضى الوسواس القهري يميلون إلي العمل بمزيد من الاجتهاد ومراعاة القواعد عن الأسوياء.

في حين قام (Kashyap, H., Kumar, J.K., Kandavel, T., Reddy, Y.C.J. ,2013 بدراسة بعنوان الأداء النيوروسيكولوجى في اضطراب الوسواس القهري، هل الوظائف التنفيذية هي مفتاح العجز الرئيسي؟ حيث هدفت الدراسة إلي تحديد ملف نيوروسيكولوجى لاضطراب الوسواس القهري على عينة كبيرة من خلال بطارية من الاختبارات، وتكونت عينة الدراسة من (١٥٠ مريضاً باضطراب الوسواس القهري) وفقا للدليل التشخيص والإحصائي DSM-IV ، و٢٠٥ من الأسوياء ، وتم استخدام برج هانوي Tower of Hanoi، واختبار ويسكونسن WCST لفرز وتصنيف البطاقات ، واختبار الأشكال المعقدة Complex Figure Test ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن قصور أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا على اختبار ويسكونسن .WCST لفرز وتصنيف البطاقات واختبار برج هانوي واختبار الاشكال المعقدة مقارنة بالأسوياء، كما أوضحت النتائج عجز مرضى اضطراب الوسواس القهري في التخطيط وصنع القرار وتكوين المفهوم والذاكرة غير اللفظية.

وفي دراسة أجراها (Dittrich, W.H., Johansen, T.,2013) بعنوان العجز المعرفي للوظائف التنفيذية وصنع القرار في اضطراب الوسواس القهري،هدفت الدراسة إلي التحقق من العجز المعرفي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في صنع

القرار والوظائف التنفيذية ، على عينة مكونة من(١٣ مريضاً بالوسواس القهري و ١٣ من الأسوياء) متطابقين في العمر والنوع والمستوى التعليمي ومعدل الذكاء اللفظي ، وتم استخدام اختبار برج هانوي للوظائف التنفيذية، واختبار تداخل الكلمات الملونة ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود اختلاف دال إحصائيا بين مرضى الوسواس القهري والأصحاء في صنع القرار لصالح مجموعة الأسوياء ، وتشير الدراسة إلي قصور أداء مجموعة مرضى اضطراب الوسواس القهري على الاختبارات الخاصة بالوظائف التنفيذية مقارنة بالأسوياء .

في حين قام (Vandborg, S.K., Hartmann, T.B., Bennedsen, B.E., Pedersen, A.D., Thomsen, P.H.,2014) بدراسة هدفت إلي التحقق فيما إذا كأن مرضى اضطراب الوسواس القهري أكثر ضعفا في وظائف الذاكرة والوظائف التنفيذية عن الأصحاء أم لا ، وتكونت عينة الدراسة من(٤٢ مريضاً باضطراب الوسواس القهري و٤٢ من الأسوياء) متطابقين في السن والجنس والمستوى التعليمي ، وتم استخدام الاختبارات النفسية العصبية للوظائف التنفيذية واختبار RCFT للأشكال المعقدة ، وقد أوضحت النتائج ضعف أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا على اختبار الاشكال المعقدة مقارنة بالأسوياء ، كما أشارت النتائج إلي ضعف الذاكرة البصرية المكنية لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري، ولذا يجب وضع هذا الضعف بعين الاعتبار أثناء العلاج .

وقد قام (Aydin, P.C., Koybasi, G.P., Sert, E., Mete, L., Oyekcin, D.G.,2014) بدراسة هدفت إلي فحص العلاقة بين الوظائف التنفيذية واضطراب الوسواس القهري ، على عينة مكونة من(٦٢ من مرضى اضطراب

الوسواس القهري و ٤٠ شخصاً من الأسوياء) ، تم استخدام اختبار ستروب Sroop Test ، واختبار ويسكونسن WCST لفرز وتصنيف البطاقات ، وتمت المقارنة بين المجموعتين المرضى والأصحاء ، وأوضحت النتائج ما يلى : انخفاض أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا على اختبار ستروب مقارنة بمجموعة الأصحاء، وانخفاض ذا دلالة إحصائية لأداء مرضى اضطراب الوسواس القهري علي اختبار ويسكونسن لتصنيف وفرز البطاقات.

وقد تناول (Pedron, A.C., Ferrão, Y.A., Gurgel, L.G., Reppold, C.T.,2015) دراسة هدفت إلي فحص العلاقة بين الوظائف التنفيذية واضطراب الوسواس القهري ، على عينة مكونة من ٢٨ من مرضى اضطراب الوسواس القهري ، باستخدام ثمانية أدوات نيوروسيكولوجية لتقييم الوظائف التنفيذية ، وتم استخدام مقياس ييل برأون الوسواس القهري ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط الوسواس القهري في بعد التلوث /التنظيف بشكل سلبى مع الوظائف التنفيذية ، وارتباط الاكتناز بصورة إيجابية مع المرونة المعرفية والمعالجة البصرية ، في حين ارتبطت بشكل سلبى مع القدرة على تطوير إستراتيجيات فعالة لحل المشكلات .

وقد فحصت دراسة(شعبأن ،مهيمة محمد ، ٢٠١٥) الوظائف التنفيذية المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب ، وقد هدفت الدراسة إلي المقارنة بين مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب والأسوياء في الأداء على الاختبارات الخاصة بالوظائف التنفيذية ،وأيضا هدفت نفس الدراسة إلي فحص العلاقة بين الأداء التنفيذي والخصائص المرضية المتمثلة في مدة المرض وشدته، وذلك على عينة

مكونة من ٢٣ مريضاً ممن لديهم اضطراب الوسواس القهري و٢٣ شخصاً سويا و٢٣ من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الشديد ، وتم استخدام مجموعة من الأدوات الا وهي :مقياس ييل برأون الوسواس القهري ، واختبار ويسكونسن لفرز وتصنيف البطاقات و مقياس الذاكرة العاملة الفرعي لمقياس بينيه الصورة الخامسة و مقياس الوعى بالذات و بيك للاكتئاب و مقياس الدافعية ،وقد أسفرت نتائج تلك الدراسة عن مجموعة من النتائج المهمة وهي :

١. ارتباط دال إحصائيا بين الأداء على مقياس الذاكرة العاملة والأداء على بعض الأبعاد الفرعية الخاصة بأخبار فرز البطاقات لدى مرضى الوسواس القهري OCD.
٢. ارتباط بشكل دال إحصائيا بين الأداء على بعض من الاختبارات الخاصة بالوظائف التنفيذية وبين الأداء على مقياس ييل برأون.
٣. ارتباط بين الأداء على بعض من الاختبارات الخاصة بالوظائف التنفيذية وبين شدة الأعراض الوسواسية بشكل دال إحصائيا.

وفي دراسة Snyder, H.R., Kaiser, R.H., Warren, S.L., Heller, W.,2015)) هدفت إلي فحص العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري وبين الوظائف التنفيذية ، وقد تكونت عينة الدراسة من ١١٠ من المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري مقارنة بمجموعة من الأصحاء ، وتم استخدام المقاييس النيوروسيكولوجية للوظائف التنفيذية ، وقد أوضحت النتائج أن مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم ضعف في الأداء على مهام قياس الوظائف التنفيذية .

في حين قام (Tükel, R., Alkaş, E., Gürvit, H., Aslantaş Ertekin, B., ,2016) بدراسة هدفت إلي التحقق من العلاقة بين الوظائف التنفيذية

واضطراب الوسواس القهري ، لدى عينة مكونة من(٩٨ مريضا باضطراب الوسواس القهري وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي DSM–IV و ٨٠ شخصاً من الأسوياء)، وتمت المقارنة بين مجموعة الأسوياء ومجموعة مرضى اضطراب الوسواس القهري باستخدام الاختبارات النيوروسيكولوجية للوظائف التنفيذية ، وتم استخدام اختبار ويسكونسن WCSTلفرز وتصنيف البطاقات ، واختبار برج لندن Tower of London ، ومقياس ييل برأون الوسواس القهري ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن قصور أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا على اختبار WCSTويسكونسن لفرز وتصنيف البطاقات مقارنة بمجموعة الأسوياء ، بالإضافة إلي ارتفاع أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا على اختبار برج لندن .

وهدفت دراسة (Hybel, K.A., Lykke Mortensen, E., Højgaard, 2017) هدفت إلي التحقق من أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على مهام الوظائف التنفيذية ، على عينة مكونة من(٥٠ مريضاً باضطراب الوسواس القهري و٥٠ من الأسوياء)، من سن ٧ إلي ١٤ سنة ، وتم استخدام مقياس ييل برأون للوسواس القهري ومهام الوظائف التنفيذية لقياس الذاكرة العاملة وكف الاستجابة ، وتشير نتائج الدراسة إلي ضعف الوظائف التنفيذية بأكملها لدى مرضى الوسواس القهري ، بالإضافة إلي وجود صلة سريرية لإبعاد أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري .

وقارنت دراسة(Yazdi-Ravandi, S., Shamsaei, F., Matinnia, N., 2018) الوظائف التنفيذية والأنتباه الأنتقائي ومعالجة المعلومات لدى المرضى المصابين باضطراب الوسواس القهري ومجموعة الأسوياء ، وقد تكونت عينة الدراسة من ٥٤ مريضا باضطراب الوسواس القهري وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي DSM-5، و٥٤ شخصاً سويا ، متطابقين في السن والنوع والحالة التعليمية ، تم استخدام اختبار ستروب Stroop Test ، واختبار ويسكونسن WCST لفرز وتصنيف البطاقات ، ومقياس ييل برأون الوسواس القهري Y-BOCS، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ضعف أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على اختبار ستروب وتوصيل الدوائر مقارنة بالأسوياء، بالإضافة إلي عجز مرضى اضطراب الوسواس القهري في عدة جوأنب من الوظائف المعرفية ، لذلك فأن علاج تلك الحالات يحتاج إلي القاء الضوء على هذا القصور.

ثالثا: دراسات تناولت العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية واضطراب الوسواس القهري:

جاءت دراسة (Mukhopadhyay, P, Tarafder,S ,2018) بعنوان سمات الشخصية الوسواسية ومعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية لدى مرضى الوسواس القهري ، ، تحأول هذه الدراسة تتبع سمات الشخصية ومعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية لدى المرضى الذين يعأنون من اضطراب الوسواس القهري ، على عينة مكونة من ١٨ مريضاً باضطراب الوسواس القهري و١٨ من الأسوياء ، متطابقين في العمر والجنس والمستوى التعليمي ،تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ، ومقياس ييل برأون الوسواس القهري ، ومقياس الوعي

بالعمليات المعرفية، واختبار ويسكونسن لتتصيف وفرز البطاقات ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن تشابه اضطراب الوسواس القهري مع الاضطرابات ذات العلاقة في معظم المتغيرات التي تم تقييمها ولكن أظهرت اختلافات معينة في الاكتئاب والمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم والسيطرة وإدراك الخطر الخاصة بمعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية ، وسرعة المعالجة وعدد الفئات المكتملة علي اختبار ويسكونسين WCST لفرز وتصنيف البطاقات.

وقد هدفت دراسة (Barua,N.,2020) إلي دراسة الوظائف التنفيذية ومعتقدات الوعي بالعمليات المعرفية وإستراتيجيات التحكم في الفكر لدي المراهقين الذين يعأنون من اضطراب الوسواس القهري، وقد تكونت عينة الدراسة من ٢٠ مريضا باضطراب الوسواس القهري مقارنةً ب ٢٠ شخصاً سوياً ، ، وقد تم استخدام مجموعة من الأدوات وهي : استبيان إستراتيجيات التحكم في الأفكار TCSQ ،واستبيان الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30 ، اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ضعف أداء مجموعة مرضي اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا علي اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات مقارنةً بمجموعة الأسوياء ، ووجود علاقة بين معتقدات الوعي بالعمليات المعرفية وضعف الأداء لدي المرضى علي اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات.

منهج الدراسة وإجراءاتها

نعرض المنهج المستخدم في الدراسة الراهنة، والتصميم البحثي، ووصف عينة الدراسة، والأدوات المستخدمة، وإجراءات التطبيق، وجمع بيانات الدراسة، بالإضافة إلي عرض الخصائص السيكومترية للاختبارات والمقاييس المستخدمة في الدراسة الراهنة، وأخيراً تم عرض أساليب التحليل الإحصائي التي تم استخدامها في تحليل نتائج الدراسة.

منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الراهنة المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك للكشف عن العلاقة بين الوعى بالعمليات المعرفية والوظائف التنفيذية وعلاقتهما بنمط وشدة الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة.

وصف عينة الدراسة

اشتملت عينة الدراسة الكلية على عدد ٣٠٠ طالب وطالبة من طلاب الفرقة الأولي والفرقة الثالثة بكلية الآداب جامعة بنها ، حيث تم تطبيق اختبار ييل برأون للوسواس القهري على العينة الكلية لتحديد من هم مرضى بإضطراب الوسواس القهري، بل ولتحديد شدة الوسواس القهري لديهم ، لتظهر عينة مرضى اضطراب الوسواس القهري وقد بلغ (٤٢) طالبا وطالبة منهم(٤٠من الإناث و٢من الذكور)، وقد تم استبعاد عدد منهم لعدم قبولهم استكمال الاختبارات الخاصة بالدراسة، ليبلغ عدد العينة الاساسية من مرضى اضطراب الوسواس القهري (٢٥) من الإناث من طلبة الفرقة الأولى ، وتم اختيار العينة طبقا للشروط الآتية :أن يكونوا جميعا مرضى اضطراب وسواس قهري وذلك باختلاف شدة الوسواس القهري لديهم ، والتي تم التعرف عليها

من خلال تطبيق مقياس ييل برأون للوسواس القهري ،وأن تتراوح أعمارهم ما بين ١٧ – ٢١ سنة.

أدوات الدراسة:

يعرض هذا الجزء وصفاً لأدوات متغيرات الدراسة الراهنة وتقييمها، بالإضافة إلي خطوات تطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة .

وصف أدوات الدراسة:

١. مقياس ييل برأون للوسواس القهري (إعداد Goodman, 1989)، وذلك بغرض تحديد شدة اضطراب الوسواس القهري لدي أفراد العينة.

٢. المقياس العربي للوسواس القهري(إعداد :أحمد عبد الخالق)١٩٩٢ لأنماط اضطراب الوسواس القهري.

٣. اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات (إعداد روبرت هيتون ، جوردون شيلون ، جاك تيلى ، جراى كى ، جلين كورتيس تعريب : سامى عبد القوى ٢٠٠٦) لقياس مهمة التخطيط والقدرة علي التصنيف كوظيفة من الوظائف التنفيذية.

٤. اختبار ستروب (إعداد :ريدلى ستروب تعريب :نشوة عبد التواب) لقياس مهمة الأنتباه الأنتقائي كوظيفة من الوظائف التنفيذية.

٥. مقياس الوعي بالعمليات المعرفية (إعداد ويلس وتعريب :عبد الله محمد عبد الظاهر2008) لقياس الوعي بالعمليات المعرفية.

١- مقياس ييل براون للوسواس القهري:

تم استخدام مقياس ييل برأون للوسواس القهري لتحديد شدة الوسواس القهري لدي أفراد العينة ، ويُستخدم مقياس ييل برأون كأداة ملاحظة بشكل كبير في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري ، ويتكون المقياس من ١٠ فقرات ، تتناول الفقرات الخمس الأولى الأفكار الوسواسية ، بينما الفقرات الخمس الأخري فتتناول الأفعال القهرية ، وكل عبارة لها خمس احتمالات مرقمة من صفر إلي ٤ ، يتم تطبيق المقياس بشكل فردي أو جماعي ، ويُطلب من المفحوص وضع علامة (×) علي الإجابة المنطبقة عليه ، بالإضافة إلي عدم وجود إجابات صحيحة ، وأخري (خاطئة) ، وإنما الإجابة الصحيحة هي ما تعبر عن الشعور الحقيقي للمفحوص.

جدول رقم (٢)

يبين طريقة تقيم أداء المفحوص على مقياس ييل برأون للوسواس القهري.

المعدل في مقياس ييل برأون للوسواس القهري	شدة اضطراب الوسواس القهري
٧-٠	خفيف جدا
١٥-٨	خفيف
٢٣-١٦	متوسط
٣١-٢٤	ملحوظ
٤٠-٣٢	شديد

- ٠- ٧ : أعـراض وسـواس قهـري خفيفـة جـداً ، وهـي فـي الغالـب لا تحتـاج إلـي عـلاج إلا إذا كـأن معـدلاً قلـيلاً ؛ لأن المـريض فيهـا يتجنـب مواقـف كثيرة ، أو أن لديه أفعال قهرية فقط ، أو وساوس فقط.
- ٨- ١٥ : أعـراض خفيفـة ، والتـي مـن المحتمـل أن تتعـارض فـي حيـاة المريض بطريقة ملحوظة .
- ١٦ – ٢٣ : أعـراض متوسـطة ، وإحـراز ١٦ نقطـة هـو الحـد الأدنـى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري .
- ٢٤ – ٣١: أعـراض ملحوظـة والتـي مـن المحتمـل أن تفسـد نوعيـة حيـاة الفرد بصورة كبيرة .
- ٣٢- ٤٠: أعـراض شـديدة ، والتـي مـن المحتمـل أن تسـبب عجـزاً بالغـاً ، قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

الصدق والثبات لمقياس ييل برأون للوسواس القهري:

تـم اسـتخدام صـدق الاتسـاق الـداخلي لحسـاب معامـل صـدق المقيـاس وذلـك مـن خـلال تطبيـق كـل اسـتبيان علـى مجموعـة قوامهـا (٣٠) فـرداً، ثـم تـم حسـاب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ومجموع الدرجات الكلية للمقياس .

جدول (٣)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل عبارة ومجموع درجات البعد الذي ينتمي إليه " ن= ٣٠ "

البعد الأول: الأفكار الوسواسية		البعد الثاني: الأفعال القهرية	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٨٧١ **	٦	٠,٨٥١ **
٢	٠,٦٦٠ **	٧	٠,٦٥٧ **
٣	٠,٦٦٧ **	٨	٠,٨٦٥ **
٤	٠,٨٣٥ **	٩	٠,٦٣٤ **
٥	٠,٨٨٦ **	١٠	٠,٧٨٦ **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

جدول (٤)

معاملات الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل بعد فرعى ومجموع الدرجات الكلية للمقياس ن= ٣٠

البعد الفرعي	الأفكار الوسواسية	الأفعال القهرية
معامل الارتباط	٠,٩٩٧ **	٠,٩٨١ **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

– تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد ودرجة كل عبارة ما بين (٠.٦٦٠ ، ٠.٨٨٦) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائيا مما يشير إلي الاتساق الداخلي للعبارات .

– تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (٩٨١ ، ٠,٩٩٧) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائيا مما يشير إلي الاتساق الداخلي للأبعاد .

جدول (٥)

معامل الثبات بأسلوب التجزئة النصفية " ن= ٣٠ "

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات سبيرمأن – برأون	معامل الثبات لجتمأن
الجزء الأول	٥	٨٤٧,	٩٨٦،	٩٩٣،	٩٩٣،
الجزء الثأني	٥	٨٣٨،			

ويتضح من الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس ييل برأون للوسواس القهري لكل من سبيرمأن – برأون وجتمأن هو (٩٩٣،.) وهو معامل ثبات يشير إلي أن المقياس علي درجة عالية جدا من الثبات، مما يؤكد على أن المقياس فقراته جيده وفعالة ويطبق على باقي المجتمع.

٢ – **المقياس العربي للوسواس القهري:**

تم استخدام المقياس العربي لتحديد أنماط اضطراب الوسواس القهري، والمقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق ١٩٩٢ ،وقد تم إعداد هذا المقياس كمقياس للوسواس القهري مناسب للمفحوصين العرب وناتج عنهم .

ويتكون المقياس من ٣٢ عبارة، يقوم المفحوص بالإجابة إما بنعم أو لا ، ويحصل المبحوث على نقطة على كل عبارة يجيبها في الاتجاه نفسه الذى يتفق مع مفتاح تقدير الدرجات الآتي:

أولا :العبارات التي يحصل فيها المفحوص على درجة اذا تمت الاجابة بنعم وهي 1-2-3-4-5-6-7-8-9-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-23-24-25-27-29-30-32

ثانيا :العبارات التي يحصل فيها المفحوص على درجة إذا أجابوا ب لا-10-22-26-28-31

- **<u>ثبات وصدق المقياس العربي للوسواس القهري:</u>**
- تم استخدام صدق الاتساق الداخلي لحساب معامل صدق المقياس وذلك من خلال تطبيق كل استبيان على مجموعة قوامها (٣٠) فرداً، ثم تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ومجموع الدرجات الكلية للمقياس .

جدول (٦)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل عبارة ومجموع درجات المقياس ككل الذي تنتمي إليه " ن= ٣٠ "

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل ارتباط بيرسون	رقم العبارة	معامل ارتباط بيرسون
١	٠,٦٥٩ **	١٢	٠,٥١٦ **	٢٣	**٠.٦٦٧
٢	٠,٥٦٧ **	١٣	**٠.٧٥٦	٢٤	**٠.٥٦٠
٣	٠,٦٤١ **	١٤	**٠.٧٤٧	٢٥	**٠.٩٢٢
٤	٠,٥١٠ **	١٥	**٠.٦٤٧	٢٦	**٠.٧٥٥
٥	٠,٥٣٥ **	١٦	**٠.٧٥٢	٢٧	**٠.٨٢٣
٦	٠,٥٩٩ **	١٧	**٠.٦٥٧	٢٨	**٠.٩٦٣
٧	٠,٥٥٦ **	١٨	**٠.٦٢٩	٢٩	**٠.٨٥٢
٨	٠,٦٥٠ **	١٩	**٠.٦٦٥	٣٠	**٠.٨٨٠
٩	٠,٦٣٢ **	٢٠	**٠.٥٤٧	٣١	**٠.٨٩١
١٠	٠,٥٦٠ **	٢١	**٠.٥٠١	٣٢	**٠.٧٩٣
١١	٠,٥٧٦ **	٢٢	**٠.٥٣٣		

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

– تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد ودرجة كل عبارة ما بين (٠.٥٠١ ، ٠.٩٢٢) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائيا مما يشير إلي الاتساق الداخلي للعبارات والمقياس ككل .

جدول (٧)

معامل الثبات بأسلوب التجزئة النصفية " ن= ٣٠ "

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات سبيرمأن – برأون	معامل الثبات لجتمأن
الجزء الأول	١٦	٨٣٦,	،٨٣٠	،٩٠٧	،٩٠٧
الجزء الثأني	١٦	،٨١٤			

ويتضح من الجدول السابق أن معامل ثبات المقياس العربي للوسواس القهري لكل من سبيرمأن – براون وجتمان هو (٠،٩٠٧) وهو معامل ثبات يشير إلي أن المقياس علي درجة عالية جدا من الثبات ، مما يؤكد على أن المقياس فقراته جيده وفعالة ويطبق على باقي المجتمع.

٣- **اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات:**

تم تطبيق اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات علي عينة الدراسة لقياس مهمة التخطيط كمهمة من مهام الوظائف التنفيذية ، وهذا المقياس من إعداد : روبرت هيتون ، جوردون شيلون ، وتعريب : سامي عبد القوي.

وصف الاختبار

يتكون الاختبار من (٦٤) بطاقة تصنف إلي (٤) فئات عن طريق ٣ طرق وهي:

- المبدأ الأول : تصنيف على أساس اللون (أحمر – أصفر – أخضر – أزرق)
- المبدأ الثاني : هو التصنيف على أساس الشكل (دائرة – مربع – نجمة – مثلث)

- المبدأ الثالث : هو التصنيف على أساس العدد(4 –3 –2 – 1)

تعليمات عامة

- يجب على الباحث التأكد من ترتيب البطاقات ، وذلك عن طريق الارقام الموجودة بظهر كل بطاقة
- يجلس المبحوث على طاولة مستوية أمام الباحث
- يقوم الباحث بتدوين البيانات الاساسية الخاصة بالمفحوص وذلك في كراسة الاجابة
- يقوم الباحث بإخراج مجموعتي البطاقات (64) لوضعهم جانبا
- يقوم الباحث بوضع البطاقات الأربع على الطاولة على شكل صف، مع ترك مساحة مناسبة بين كل من البطاقات والمبحوث، ويكون ترتيب البطاقات من يمين إلي يسار الباحث كالآتي:

i. بطاقة المثلث الأحمر :حيث تكون قاعدة المثلث في اتجاه الباحث
ii. بطاقة النجمتان وهما باللون الأخضر، وتكون قمة النجمتين في اتجاه الباحث
iii. بطاقة تحتوي (على ثلاث علامات باللون الأصفر) وتكون القاعدة تجاه الباحث
iv. بطاقة تحتوي على أربع دوائر باللون الازرق.

التعليمات:

- إن ذلك الاختبار لا يسمح لي أن أخبرك عن تفاصيل كثيرة، أو عن كيفية قيامك به.
- مطلوب منك أن تقوم بمطابقة كل بطاقة من مجموعة هذه البطاقات (حيث يتم هنا الإشارة إلي مجموعة البطاقات) مع بطاقة واحدة من هذه البطاقات (قم بالإشارة إلي بطاقات المثيرات الأربعة من يمينك (المثلث) إلي يسارك (الدوائر)،

عليك أن تقوم بأخذ بطاقة القمة من مجموعة البطاقات وتضعها تحت البطاقة المناسبة) والتي من وجهة نظرك أنها البطاقة الصحيحة من البطاقات الاربع ، لن أخبرك بكيفية أسلوب المطابقة ، لكن ماسأ خبرك به في كل مرة هو ما اذا كأنت إجابتك صحيحة أم خاطئة في كل مرة ، وفي حالة قولي بأن إجابتك خاطئة اترك البطاقة التي وضعتها في مكانها وحاول مرة ثانية ، هل أنت مستعد ؟ فلنبدأ.

- أعط المفحوص أول مجموعة من البطاقات، بحيث يظهر الشكل لأعلى والرقم من أسفل
- يتمتع ذلك الاختبار بدرجة من الغموض، فمن الممكن أن يسأل المفحوص العديد من الأسئلة، لذا يجب الا تنتهك اجابتك قواعد الاختبار بأية حال من الأحوال، فلا يجب أن تعطيه مبادئ التصنيف، أو كيفية الانتقال من مرحلة إلي أخري، ولكن كل ما عليك القيام به هو قيامك بتكرار التعليمات الاساسية، ويمكنك أن توضح له معنى بطاقة المثير.

ثبات الاختبار :

قامت الباحثة بتقييم الأداء لهذا الاختبار على عينة الدراسة من خلال ٤ درجات هي: درجة خطأ التمادي، عدد الفئات المكتملة، الأخطاء قطع الفئات، الاخطاء الكلية، وطبقا لهذا قدر معامل ثبات الاختبار بطريقة اعادة التطبيق، وكأنت معاملات الارتباط بين المرة الأولى والثانية كما هو موضح بالجدول الآتي:

جدول رقم (٨)

يوضح معاملات ثبات اختبار ويسكونسين

أداء الاختبار	معامل الارتباط بين	معامل الارتباط التجزئة النصفية بين

	التطبيق الأول والثاني	التطبيق الأول والثاني
أخطاء التمادي	٠.٨٧٠	٠.٩١٠
عدد الفئات المتحصل عليها	٠.٩٦٠	٠.٨٨٠
عدد الأخطاء الكلية	٠.٩٤٠	٠.٧٦٠
عدد أخطاء قطع الفئات	٠.٧٧٠	٠.٨٠٠

يوضح الجدول السابق معاملات الثبات التي تتراوح بين (٠.٧٧-٠.٩٦) وهي نسب عالية وتشير إلى ثبات عال وأن الاختبار جيد ويطبق على باقي المجتمع، كما يوضح معاملات الثبات بطريقه التجزئة النصفية وأيضا تتراوح معاملات الثبات إلي (٠.٧٦-٠.٩١) وهي أيضا نسب عالية وأن الاختبار بعد الإعادة أيضا جيد.

صدق الاختبار:

يتم حساب الصدق عن طريق ما يسمى بالصدق الإمبريقى ، حيث تعبر درجة المبحوث على الاختبار عن نفسها بشكل مباشر ، فتعبر درجة التمادي عن تمادى المبحوث في القيام باستجابة معينة وبهذا يتطابق المفهوم النظري مع المفهوم الإجرائي .

اختبار ستروب (اعداد :ريدلى ستروب، تعريب نشوة عبد التواب)

٤- **اختبار ستروب لتسمية الألوان**

يقيس هذا الاختبار بعض من القدرات العقلية والوظائف التنفيذية الهامة، وخاصة الانتباه الانتقائي، حيث قدرة المفحوص على تبديل استجاباته وذلك

كي تتسق مع التغيرات التي تحدث في المثيرات، ويتم تطبيق هذا الاختبار بطريقة فردية، وقد اثبتت الدراسات حساسية الاختبار وصدقه في عملية التمييز بين قراءة الكلمات وفرز الألوان بنسبة تتراوح بين ٧٩%) حتى (٩٢% ، ويصلح ذلك الاختبار للتطبيق من سن ١٨ سنة حتى ٥٠ سنة فما فوق. (البخيت (١٣٠-١٣١ :٢٠٠٥)

وصف الاختبار:

يتكون اختبار ستروب من أربع بطاقات بيضاء ، وتحتوى كل منها على خمسة صفوف ، بكل منهما ثلاثة عناصر ، وينقسم الاختبار إلي أربعة اجزاء ، الجزء الأول وهو تدريبي وهو عبارة عن : مجموعة الألوان موزعة عشوائيا ويُطلب من المبحوث تحديد نوعين من هذه الألوان ، أما الجزء الثاني فهو عبارة عن : مجموعة من الكلمات لأسماء الألوان موزعة توزيعا عشوائيا ومطبوعة باللون الأسود) أزرق وأخضر وأحمر (ويطلب من المفحوص أن يقوم بقراءة هذه الاسماء ، أما الجزء الثالث فهو عبارة عن : بطاقة بها اسماء الألوان ويخالف اسم اللون المكتوب لون الحبر المكتوب به ، حيث يطلب من المفحوص أن يقوم بقراءة اسم اللون المكتوب متجاهلا لون الحبر المطبوع به الكلمات والهدف هو قراءة أسماء الألوان المكتوبة أمام المفحوص ، ثم بعد ذلك الجزء الرابع وهو عبارة عن : بطاقة يتم تقديمها للمفحوص ، ويطلب منه قراءة لون الحبر وقراءة الكلمة التي تخالف لون الحبر داخل المربع ، ويتم تسجيل عدد الاجابات الخاطئة ، وتسجيل زمن الأداء لكل جزء من الاختبار ، كما يتم حساب الفرق بين الجزء الثالث والرابع

في الزمن وعدد الأخطاء ، والتي تمثل ميل المبحوث إلي قراءة الكلمة المكتوبة أمامه متناسيا أن عليه تسمية اللون المكتوب به الكلمة (عبد التواب ،(2003 : 122)

- **ثبات الاختبار:**

تم حساب ثبات الاختبار بطريق اعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره ١٥ يوم، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٨٨إلي ٠,٩٠) (محمد البخيت ، ٢٠٠٥ ، ١٣٤)

وكذلك باستخدام إعادة التطبيق بفاصل زمنى قدره شهر وتراوحت معاملات الارتباط (٠.٧٥-٠.٩١) لعينة الدراسة (نشوة عبد التواب ، ٢٠٠٣ ، ١٢٤)

- **صدق الاختبار:**

اعتمدت معظم الدراسات على التحليل العاملي، وقد اشارت معظم الدراسات إلي أن اختبار ستروب يرتبط بشكل دال إحصائيا مع مقاييس التنظيم الإدراكي، والتحرر من تشتت الانتباه، واشارت دراسة هأنس وآخرون إلي ارتباط اختبار ستروب مع اختبار برج لندن، وقد بلغ معامل الارتباط بين اختبار ستروب واختبار شطب الارقام لعينة الدراسة من طلاب الفرقة الأولى والثالثة بجامعه بنها ٠.٨٣، (نشوة عبد التواب ، ٢٠٠٣ ، ١٢٤)

٥- **مقياس الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30:**

قامت الباحثة باستخدام المقياس على عينة الدراسة لقياس الوعي بالعمليات المعرفية لدي عينة الدراسة، وقد استخدمت الباحثة النسخة المترجمة من القياس، وقد قام بترجمتها (عبد الله محمد عبد الظاهر ٢٠٠٨)، ويتكون المقياس من ٣٠ عبارة موزعة على خمسة أبعاد وهي:

١- المعتقدات الإيجابية بشأن القلق.

٢- الثقة المعرفية.

٣- المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار والخطر المتوقع.

٤- معتقدات لا عقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار.

٥- الوعي الذاتي المعرفي.

وتتم الاستجابة عليهم من خلال اختيار بديل من ٤ بدائل، وقد قام مترجم المقياس بتطبيقه على ٩١ طالباً للتحقق من صدق المقياس وثباته.

صدق وثبات مقياس الوعي بالعمليات المعرفية MCQ-30

تم استخدام صدق الاتساق الداخلي لحساب معامل صدق المقياس وذلك من خلال تطبيق كل استبيان على مجموعة قوامها (٣٠) فرداً، ثم تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ومجموع الدرجات الكلية للمقياس.

جدول (٩)

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل عبارة ومجموع درجات البعد الذي ينتمي إليه " ن= ٣٠"

البعد الأول: المعتقدات الإيجابية بشأن القلق		البعد الثاني: الثقة المعرفية		البعد الثالث: المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار والخطر المتوقع	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١	٠,٩١٤ **	٧	٠,٩١٣ **	١٣	٠,٩١٦ **
٢	٠,٦٨٠ **	٨	٠,٥٧٤ **	١٤	٠,٩٠٤ **
٣	٠,٩٢٧ **	٩	٠,٩٢٣ **	١٥	٠,٦٥٦ **
٤	٠,٦٨٦ **	١٠	٠,٦٠٢ **	١٦	٠,٩٠٢ **
٥	٠,٨٣٥ **	١١	٠,٩٠٩ **	١٧	٠,٦٩٣ **
٦	٠,٨٧٧ **	١٢	٠,٨٨٦ **	١٨	٠,٩٢٦ **

البعد الرابع: معتقدات لاعقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار		البعد الخامس: الوعي الذاتي المعرفي	
رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
١٩	٠,٧٧٣ **	٢٥	٠,٩١٧ **
٢٠	٠,٧٧٥ **	٢٦	٠,٩٠٣ **
٢١	٠,٧٥٨ **	٢٧	٠,٩١٤ **
٢٢	٠,٨٧٨ **	٢٨	٠,٥٧٩ **
٢٣	٠,٧٤٢ **	٢٩	٠,٩٢٤ **

٢٤	٠,٨٣٨ **	٣٠	٠,٦٢٩ **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

جدول (١٠)

معاملات الارتباطات بين الدرجة الكلية لكل بعد فرعى ومجموع الدرجات الكلية للمقياس " ن= ٣٠"

البعد الفرعي	المعتقدات الإيجابية بشأن القلق	الثقة المعرفية	المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار والخطر المتوقع	معتقدات لاعقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار	الوعي الذاتي المعرفي
معامل الارتباط	٠,٩٨٨ **	٠,٩٣٠ **	٠,٩٧٨ **	٠,٩٩٣ **	٠,٩٨٧ **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

– تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد ودرجة كل عبارة ما بين (٠.٥٧٤ ، ٠.٠.٩٢٧) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائيا مما يشير إلي الاتساق الداخلي للعبارات .

– تراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس ما بين (٠,٩٧٨، ٠,٩٩٣) وهي معاملات ارتباط دالة إحصائيا مما يشير إلي الاتساق الداخلي للأبعاد .

جدول (١١)

معامل الثبات بأسلوب التجزئة النصفية " ن= ٣٠ "

المفردات	العدد	معامل ألفا كرونباخ	معامل الارتباط	معامل الثبات سبيرمأن – براون	معامل الثبات لجتمأن
الجزء الأول	١٥	٩٥٢,	،٩٩٣	،٩٩٧	،٩٩٧
الجزء الثاني	١٥	،٩٥٤			

ويتضح من الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس الشفقة بالذات لكل من سيبرمان – براون وجتمان هو (٩٩٧،.) وهو معامل ثبات يشير إلي أن المقياس على درجة عالية جدا من الثبات، ومن ثم فقد تم وضع المقياس في صورته النهائية.

رابعاً: إجراءات التطبيق:

تمثلت إجراءات الدراسة في النقاط التالية:

١. تم أخذ موافقة المشاركين في تطبيق أدوات الدراسة عليهم، وكأنت الجلسة تبدأ بتطبيق المقابلة المبدئية بهدف جمع البيانات الأولية على عينة الدراسة الكلية، والتي بلغ قوامها ٣٠٠ طالب وطالبة من طلاب الفرقة الأولى والفرقة الثالثة بكلية الآداب جامعة بنها.
٢. قامت الباحثة بتطبيق مقياس ييل برأون على العينة الكلية لتحديد العينة ومعرفة شدة الاضطراب لديهم.
٣. تم فرز نتائج التطبيق واستبعاد المقاييس غير المطبقة بعناية، وقد بلغ عدد المرضى ٤٢ منهم (٤٠ من الإناث و ٢ من الذكور).
٤. تم تطبيق المقابلة التشخيصية للاضطرابات النفسية على العينة من المرضى.

٥. تم استبعاد عدد من افراد العينة لعدم رغبتهم في استكمال اختبارات الدراسة ليصل عدد افراد العينة ٢٥ من الإناث بالفرقة الأولى

٦. ثم تم استكمال تطبيق المقاييس والاختبارات الخاصة بالمتغيرات التي تضمنتها الدراسة كالآتي:

- المقياس العربي للوسواس القهري.
- مقياس الوعي بالعمليات المعرفية.
- اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات.
- اختبار ستروب للألوان.

٧. بعد الانتهاء من التطبيق قامت الباحثة بفحص المقاييس والاختبارات وتصحيحها وتفريغ البيانات وجدولتها، وقد اعتمدت الباحثة في ذلك على الحاسب الآلي.

أساليب التحليل الإحصائي:

تمت المعالجات الإحصائية بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

١-الوسط الحسابي والأنحراف المعياري. ٢-حساب معامل الارتباط لبيرسون وفقا لحجم العينة.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على أنه" توجد علاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية ونمط وشدة الوسواس القهري لدى عينة من الوسواسين القهريين "،وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض بتطبيق حساب معامل الارتباط بيرسون لتقييم العلاقة بين الوعى بالعمليات المعرفية(mean=3.82 ,SD=0.578) ونمط وشدة الوسواس القهري ,وأيضا (mean=3.41 ,SD=0.443) ، ولكي تتحقق الباحثة من صحة فرض الدراسة القائل " توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين كل من الوعي بالعمليات المعرفية بأبعاده الخمسة (المعتقدات الإيجابية بشأن القلق، المعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار والخطر المتوقع، بعد الثقة المعرفية، الوعى الذاتي المعرفي ، معتقدات لاعقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار) حيث كشفت النتائج ما يلي:

جدول رقم (١٢)

يعرض معاملات الارتباط بين الوعي بالعمليات المعرفية ونمط وشدة الاضطراب

نمط وشدة الوسواس / الوعي بالعمليات المعرفية	المعتقدات الإيجابية بشأن القلق	المعتقدات السلبية	بعد الثقة المعرفية	الوعي الذاتي المعرفي	معتقدات لاعقلأنية حول الحاجة للتحكم في الأفكار
عامل عام	٠,٧٥٠ **	٠,٨٦٠ **	٠,٦٥٠ **	٠,٧٢٠ **	٠,٨٠٠ **
النظام والدقة	٠,٦٥٠ **	٠٧٩٠ **	٠,٧٠٠ **	٠,٦٣٠ **	٠,٧٣٠ **
التكرار والعد	٠,٦١٠ **	٠,٨٤٠ **	٠,٧٥٠ **	٠,٨٤٠ **	٠,٦٥٠ **
المراجعة	٠,٧٠٠ **	٠,٨٦٠ **	٠,٧٣٠ **	٠,٨٠٠ **	٠,٨٣٠ **
استحواذ الأفكار	٠,٦٣٠ **	٠,٨٦٠ **	٠,٧١٠ **	٠,٥٩٠ **	٠,٦٨٠ **
الاحترار	٠,٧٩٠ **	٠,٩٠٠ **	٠,٨٦٠ **	٠,٧٦٠ **	٠,٦٣٠ **
البطء	٠,٧٨٠ **	٠,٨٥٠ **	٠,٧٩٠ **	٠,٥٣٠ **	٠,٦٤٠ **
التدقيق	٠,٦٢٠ **	٠٧٩٠ **	٠,٧٥٠ **	٠,٦٣٠ **	٠,٨٠٠ **
الأفكار الو سواسية	٠,٧٨٠ **	٠,٨٦٠ **	٠,٧٠٠ **	٠,٦٩٠ **	٠,٦٠٠ **
الأفعال القهرية	٠,٨٥٠ **	٠,٩٠٠ **	٠,٧٨٠ **	٠,٧٠٠ **	٠,٧٥٠ **
الدرجة الكلية	٠,٨٠٠ **	٠,٨٣٠ **	٠,٧٣٠ **	٠,٧٩٠ **	٠,٧٢٠ **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة إحصائية بين الوعي بالعمليات المعرفية ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري ، حيث تشير النتائج إلي أن قيم الارتباط بين الأفكار الوسواسية والأبعاد (المعتقدات الإيجابية بشأن القلق، والمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم ، وبعد الثقة المعرفية، والوعي الذاتي المعرفي ، المعتقدات اللاعقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار) على التوالي (٧٨٠، ٨٦٠، ٧٠٠، ٦٩٠، ،

٦٠٠،)، كما كانت قيم ارتباط الأفعال القهرية وأبعاد الوعي بالعمليات المعرفية (المعتقدات الإيجابية بشأن القلق، والمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم ، وبعد الثقة المعرفية، والوعى الذاتي المعرفي ، المعتقدات اللاعقلانية حول الحاجة للتحكم في الأفكار) (٨٥٠، ٩٠٠، ٧٨٠، ٧٠٠، ، ٧٥٠،) وجميع قيم الارتباط قويه وجميعها دال إحصائيا عند (٠.٠١) المستوى المعنوي مما يؤكد لنا قبول الفرض العدم القائل " توجد علاقة دالة إحصائيا بين الوعى بالعمليات المعرفية ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة المرضي.

وقد حقق البعد الخاص بالمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة علي التحكم في الأفكار والخطر المتوقع من أبعاد الوعي بالعمليات المعرفية أعلي معدل، مما يؤكد علي أن تلك الأفكار المختلة والتي تكونت عبر مراحل حياة الفرد هي تلك التي تجعل الفرد مهيأ للإصابة بمثل هذا الاضطراب ، بل وإدراكه الدائم للمواقف بوصفها خطيرة ومهددة لحياته ، وإحساسه بالخطر الشخصي بشكل مبالغ فيه ، وفقدان السيطرة علي أفكاره الناتجة عن خبرة انفعالية سلبية مطولة عبر مراحل حياته ، مما ينتج عن كل ذلك العديد من المخاطر الحياتية التي يواجها المريض الوسواسي، وقد اتفقت مع نتيجة هذا الفرض دراسات منها : دراسة (Barahmand,2014) التي أشارت إلي ارتباط الوعي بالعمليات المعرفية بحدة أعراض اضطراب الوسواس القهري ،.وأيضا

دراسة (Sassaroli , S., 2015) حيث دعمت نتائج هذه الدراسة دور المعتقدات حول التحكم في التنبؤ بحدة أعراض اضطراب الوسواس القهري .

وأيضا دراسة (Mavrogiorgou,2016) حيث أوضحت نتائج الدراسة أن درجات مرضى اضطراب الوسواس القهري أعلى في كل الابعاد الخاصة بمقياس الوعي بالعمليات المعرفية، وأيضا دراسة (عبد الظاهر،٢٠٠٨) حيث اشارت نتائج دراسته إلي وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين اضطراب الوسواس القهري وبين معتقدات الوعي بالعمليات بالمعرفية وهي (الحاجة للتحكم في الأفكار، الثقة المعرفية، الوعي الذاتي المعرفي، المعتقدات الإيجابية حول القلق، عدم القدرة على التحكم والخطر)

أن تفسيرات الفرد الخاطئة هو علامة لمخاطر ترتبط بالأفكار الدخيلة ، بالإضافة إلي أنها علامة أيضا لفقدان السيطرة من جانب الفرد ، وفي أحيان أخري ، تكون دليلا لدعم تفسيرات الأفكار الدخيلة تفسيرا سلبيا، فمحاولة قمع الأفكار ربما تعزز وعى الفرد بالأفكار غير المرغوبة ،وأيضا محاولة اجترار التدخلات قد يجعل ذلك الأفكار الدخيلة أكثر احتمالا والأنشطة مثل النظافة أو التحقق ، تنشئ ارتباطات بين الأفكار الدخيلة والمحفز (Wells,2000.182,183) .

ويتسم الأفراد الذين يميلون إلي تقييم أفكارهم المقتحمة العابرة تقييما سلبيا بتبني مجموعة من المخططات المشوهة تدور حول تضخيم المسئولية عن الاذى ، حيث يعتقدون أنهم يتسببون في ايذاء أنفسهم أو إيذاء الاخرين أكثر مما يرجعون حدوث الاذى لأسباب أخري ، كأن يكون الموقف مؤذيا بطبيعته ، ومن ثم يلزمون أنفسهم

بضرورة القيام بأي فعل من شأنه أن يمنع الاذى المحتمل (Salkovskis, , 2000,347) ويرجع ذلك إلي مبالغة المريض الوسواسي في تقديره للأشياء سواء الترتيب أو النظافة مما يؤثر في قدرته على الوعى بالعمليات المعرفية.

الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد علاقة دالة إحصائيا بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من الوسواسين القهريين "، وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض بتطبيق حساب معامل الارتباط بيرسون (person correlation coefficient) لتقييم العلاقة بين الانتباه الانتقائي(mean=3.41,SD=0.443) ونمط وشدة الوسواس القهري.(mean=3.63 ,SD=0.623) كالآتي:

جدول رقم (١٣)

يعرض معاملات الارتباط بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة الاضطراب

نمط وشدة الاضطراب	الانتباه الانتقائي
عامل عام	٨٦٠، **
النظام والدقة	٧٥٠، **
التكرار والعد	٧٠٠، **
المراجعة	٦٥٠، **
استحواذ الأفكار	٨٣٠، **
الاجترار	٧٢٠، **
البطء	٨١٠، **
التدقيق	٧٦٠، **
الأفكار الوسواسية	٨١٠، **
الأفعال القهرية	٨٣٠، **

(** قيمة معامل الارتباط دالة عند مستوى ٠.٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة احصائية بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري، حيث تشير النتائج إلي أن قيم الارتباط بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري علي التوالي (٨٦٠، ٧٥٠، ٧٠٠، ٦٥٠، ، ٨٣٠، ٧٢٠، ٨١٠، ٧٦٠، ، ٨١٠، ، ٨٣٠) وجميع قيم الارتباط قوية وجميعها دالة إحصائيا عند (٠.٠١)، مما يؤكد لنا قبول الفرض توجد علاقة دالة إحصائياً بين الانتباه الانتقائي ونمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة الدراسة" .

ويعني الانتباه الانتقائي قدرة المفحوص علي استخلاص المعلومة الهامة من بين مجموعة من المعلومات التي يتعرض لها المفحوص ، وكف تلك المعلومة غير المطلوبة ، لذا فالانتباه الانتقائي هو تركيز للانتباه علي مثير واستبعاد المثيرات الأخرى، ويركز اختبار ستروب علي وضع المفحوص أمام منبهات تحمل خصائص مختلفة عليه تجاهلها والإجابة علي خاصية أخرى، ونتيجة شدة الأعراض الوسواسية فقد تدهورت لدي المفحوصين القدرة علي التحول من فكرة إلي أخرى عند التعرض لمثيرات مختلفة ، حيث يتكون اختبار ستروب من أربع بطاقات وقد كان الأداء الأقل للمفحوصين علي البطاقتان الثالثة والرابعة ، حيث أن البطاقة الثالثة تُقدم للمفحوص مكتوباً عليها أسماء الألوان علي أن يُخالف اسم اللون المكتوب لون الحبر المكتوب به ، وعلي المفحوص أن يقرأ اسم اللون المكتوب متجاهلاً في ذلك لون الحبر المطبوع به الكلمة ، أما البطاقة الرابعة أو الجزء الرابع من اختبار ستروب فيُطلب من المفحوص قراءة لون الحبر وقراءة الكلمة التي تُخالف لون الحبر داخل المربع ، والمفحوصين هنا عجزوا عن التحكم في الإجابات المتداخلة نتيجة ضعف قدرتهم علي كف الاستجابات الغير ملائمة ، مما ينبئ باضطراب وظيفة الانتباه الانتقائي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، وقد اتفقت مع نتيجة هذا الفرض العديد من الدراسات منها: دراسة (Aydin,2014) والتي أثبتت انخفاض أداء مرضي اضطراب الوسواس القهري بشكل دال إحصائيا علي اختبار ستروب ،بالإضافة إلي دراسة (Ravandi,2018) والتي أسفرت نتائجها عن ضعف أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري علي اختبار ستروب للانتباه الانتقائي.

ويتفق مع ذلك دراسة (Emel Kurt,Eric Yildirm,2002) حيث أشارت نتائج الدراسة إلي قصور الانتباه الانتقائي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، ودراسة2018, Yazdi–Ravandi وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ضعف أداء مرضى اضطراب الوسواس القهري على اختبار ستروب للانتباه الانتقائي ، ودراسة2003 ,Yoav Cohen حيث أشارت إلي تدهور كبير في الانتباه الانتقائي لدى مرضى الوسواس القهري، وأيضا دراسة (Okasha,2000) بعنوان العجز المعرفي لاضطراب الوسواس القهري والتي أوضحت قصور الانتباه الانتقائي لدى عينة المرض الوسواسيين القهريين، ودراسة (Pedron.,2015) والتي هدفت إلي فحص العلاقة بين الوظائف التنفيذية واضطراب الوسواس القهري ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط الوسواس القهري في بعد التلوث /التنظيف بشكل سلبى مع الوظائف التنفيذية ،وتؤكد الاختبارات النفسية العصبية أن الفرد الذى يعانى من اضطراب في الوظيفة التنفيذية يقوم بأداء جيد في اطار البيئة النمطية المعتادة ولكنه يعانى من مشكلات : التخطيط ،حل المشكلات ، الاستدلال ،وضعف التنظيم السلوكي والمعرفي ،الانتباه ، بل وتتضح تلك الصعوبات في المهام غير المعتادة اليومية(Jennifer Mccaine,2008)

أن الفص الجبهي هو على اتصال بالمراكز الخاصة بالوظائف التنفيذية لذا فأن اصابة الفص الجبهي تؤثر على العديد من الوظائف التنفيذية منها الانتباه وحل المشكلات وغيرها

(عبد القوى ،٢٠١١ :١٨٨).

الفرض الثالث

ينص الفرض الثالث على أنه " توجد علاقة دالة إحصائيا ببين التخطيط ونمط وشدة الوسواس القهري لدي عينة من الوسواسين القهريين "، وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض بتطبيق حساب معامل الارتباط بيرسون (person correlation coefficient) لتقييم العلاقة بين التخطيط،mean=4.23) (SD=0.952 نمط وشده الوسواس القهري (mean= 3.82, SD=0.578).

جدول رقم (١٤)

يعرض معاملات الارتباط بين التخطيط ونمط وشدة الاضطراب

نمط وشدة الاضطراب	الانتباه الانتقائي
عامل عام	٦٣٠، **
النظام والدقة	٨٤٠، **
التكرار والعد	٧٧٠، **
المراجعة	٧٣٠، **
استحواذ الأفكار	٩٠٠، **
الاجترار	٨٦٠، **
البطء	٨٠٠، **
التدقيق	٧٠٠، **
الأفكار الو سواسية	٧٣٠، **
الأفعال القهرية	٦٢٠، **

(** قيمة معامل الارتباط داله عند مستوي عند مستوى ٠.٠١)

يتضح من الجدول السابق وجود علاقة موجبة دالة إحصائيا بين التخطيط ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري، حيث تشير النتائج إلي أن قيم الارتباط بين التخطيط ونمط وشدة اضطراب الوسواس القهري على التوالي (٦٣٠، ٨٤٠، ٧٧٠، ٧٣٠،، ٩٠٠، ٨٦٠، ٨٠٠،، ٧٠٠،، ٧٣٠،، ٦٢٠،) وجميع قيم الارتباط قوية وجميعها دال إحصائيا عند (٠.٠١) مما يؤكد لنا قبول الفرض "توجد علاقة بين التخطيط ونمط وشدة الوسواس القهري لدى عينة من الوسواسين القهريين ".

ولقد أسفر اختبار ويسكونسين عن فاعليته البارزة في تقييم مهمة التخطيط من مهام الوظائف التنفيذية المتعددة ، حيث يتطلب اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف

البطاقات القدرة علي التحكم في قواعد التصنيف ، وتذكر تلك القواعد أثناء عملية التصنيف ، وتذكر المفحوص لنتائج إجاباته الأخيرة ، والقدرة علي تصحيح الخطأ وتعديل إستراتيجياته، وذلك للتمكن من القدرة علي الانتقال بين مبادئ التصنيف المختلفة ، ونتيجة لمعاناة عينة الدراسة من اضطراب الوسواس القهري فقد أوضحت قصوراً في تعديل إستراتيجياتهم ، وقد اتضح ذلك في القصور في تغيير الفكرة السابقة إلي فكرة أخري تتلاءم مع المنبه الحالي ، وهناك عدد من الدراسات التي اتفقت مع نتيجة هذا الفرض ومنها : دراسة (La paglia,2012) والتي أوضحت انخفاض أداء مرضى اضطراب الوسواس علي اختبار ويسكونسين لفرز وتصنيف البطاقات.

وقد اتفقت تلك النتائج مع دراسة (Kashyap,2013) التي أوضحت عجز مرضى الوسواس القهري عن التخطيط وصنع القرار، ودراسة (شعبان، ٢٠١٥) التي أوضحت الارتباط بين الأداء على اختبارات الوظائف التنفيذية وبين شدة الأعراض الوسواسية بشكل دال إحصائيا.وقد اشارت بعض الدراسات إلي أن هناك علاقة بين الخلل الواقع في الدوائر الأمامية تحت القشرة والخلل في العقد القاعدية وبين ظهور أعراض اضطراب الوسواس القهري (Baxter,2001) ، وتتوالي نتائج الدراسات العصبية التي أشارت إلي دور تلك المناطق في الاصابة باضطراب الوسواس القهري : حيث نجد أن تلك المناطق التي تم رصد نشاط فيها عبر أجهزة مسح الدماغ هي المناطق نفسها المسئولة عن العديد من الوظائف التنفيذية.

التوصيات:

١-إجراء المزيد من الدراسات لزيادة فهم طبيعة اضطراب الوسواس القهري، ومحاولة فهم الميكانزيم العصبي لهذا الاضطراب.

٢- علي الجهات المختصة ضرورة الاهتمام بالتدريب ووضع برامج إرشادية للطلبة من ذوي اضطراب الوسواس القهري، وعقد ندوات تعريفية تدور حول أعراضه؛ للتقليل من درجة خطورة مثل ذلك الاضطراب، ومن الأعراض المصاحبة له.

٣- ضرورة الاهتمام ببرامج تنمية الوظائف التنفيذية لدى مرضي اضطراب الوسواس القهري.

٤- إجراء المزيد من البرامج العلاجية للسيطرة على المعتقدات اللاعقلانية والمعتقدات السلبية بشأن عدم القدرة على التحكم في الأفكار والخطر المتوقع لدى مرضي اضطراب الوسواس القهري.

البحوث المقترحة:

١-إجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب الوظائف التنفيذية وربطها بمتغيرات نفسية ومعرفية وسلوكية أخري.

٢- إجراء المزيد من الأبحاث في بيئات مختلفة حول متغيرات الدراسة الحالية على عينات إكلينيكية أخري.

المراجع العربية:

١. الأسعد، بن قسيميه موسى. (٢٠٠٨). علاقة الدور المنظم للغة بالوظائف التنفيذية لدى أطفال الروضة وظيفة الكف المعرفي نموذجا ، دراسة ماجستير في علم النفس اللغوي والمعرفي ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الجزائر ، ٤٣ .

٢. بدوي، ولاء بدوي محمد. (٢٠٢٠). تقييم الوعي بالعمليات المعرفية لدي المصابين باضطراب الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء لدي عينة من طالبات الجامعة (رسالة ماجستير). المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية ،٨ (٢)، ٤٢٦- ٤٣٩.

٣. جبريل، فاروق مصطفي السعيد.(٢٠٢١). فعالية برنامج تدريبي قائم علي الوظائف التنفيذية لخفض الأكسثيما لدي أطفال الروضة المتلعثمين . مجلة كلية التربية ، (٣٣) ، ٤٢٦- ٤٣٩.

٤. جروان ، فتحي عبد الرحمن .(٢٠٠٢). تعليم التفكير مفاهيم وتطبيقات، بيروت، دار الكتاب الجامعي، ٥٦،٥٧

٥. حمودة، محمود عبد الرحمن. (٢٠٠٧). أمراض النفس، دار الهلال للنشر، القاهرة

٦. حنور، قطب عبده خليل. (٢٠١٦). فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، المجلة التربوية، ج ٤٦، مصر، دار المنظومة، ٢٣١- ٢٤٥.

٧. ديفيد. (٢٠٠٢) . مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية (دليل علاج تفصيلي)، تحرير: ديفيد هـ .بارلو ، اشرف على الترجمة : د. صفوت فرج ، د. محمد نجيب الصبوة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، ٤٧٣.

٨. زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الرابعة ، عالم الكتب للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ٥١١ ، ٥١٢ .

٩. الزيات، فتحي. (١٩٩٦). سيكولوجية التعلم بين المنظور الارتباطي والمنظور المعرفي القاهرة : دار النشر للجامعات ،٤٠٦

١٠. الزيدانى ، احمد محمد حسين .(٢٠١٢). عوامل ما وراء المعرفة وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية وبالعصابية (دراسة في التركيب العاملي والصدق التكويني لمقياس ما وراء المعرفة، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد ٤، العدد ٢، ٣٢٢.

١١. سعفان ، محمد أحمد . (٢٠٠٣) . اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية: الخلفية النظرية – التشخيص – العلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ١١٥ – ١١٦.

١٢. شعبان، مهيمة محمد .(٢٠١٥) . الوظائف التنفيذية المعرفية لدى كل من مرضى الوسواس القهري ومرضى الاكتئاب، رسالة ماجستير ، جامعة المنيا ، مجلة بحوث السلوك والعلاج

١٣. الشقيرات، محمد عبد الرحمن. (٢٠٠٥). مقدمة في علم النفس العصبي، الطبعة الأولي، الأردن: دار الشروق.

١٤. صابر، ياسمين محمود محمد . (٢٠١٩). الكمالية وما وراء المعرفة لدى عينة من ذوى اضطراب الوسواس القهري (دراسة سيكومترية اكلينيكية) ، دراسة سيكومترية إكلينيكية (رسالة ماجستير) كلية التربية ، جامعة عين شمس ، ٦٠ – ٦٣ .

١٥. عبد الرحمن، محمد السيد. (٢٠١٤). العلاج المعرفي والميتامعرفي ، القاهرة ، مكتبة زهراء الشرق،١٤٩:١٧٣

١٦. عبد الغني ، عبد العزيز أمين .(٢٠٢١) . الوظائف التنفيذية كمدخل لتحسين المهارات اللغوية لدي الأطفال ذوي قصور الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد . مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة ، ٣(٥)،٨٣.

١٧. عبد القوى، سامى. (٢٠١١). علم النفس العصبي (الأسس وطرق التقييم) ، الطبعة الثانية ، مكتبة الأنجلو المصرية .

١٨. عبد القوى، سامى. (٢٠٠٠). أعراض صرع الفص الصدغي وعلاقتها بموضع البؤرة الصرعية :دراسة نفسية عصبية، حوليات كلية الآداب، جامعة عين شمس، المجلد ٢٨، العدد الثأني،١٤١–١٨٣

١٩. عبد الله ، مجدي أحمد محمد . (٢٠٠٠). علم النفس المرضي : دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب . الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية ، ١٧١ – ١٧٢.

٢٠. عبد الهادي ، تهاني . (٢٠١٢). اضطراب الوسواس القهري وعلاجه المعرفي السلوكي ، مؤسسة العلياء للنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجلو المصرية (٢٤ : ٦٨)

٢١. عبد الوهاب، كامل. (١٩٩٩). التعلم العلاجي بين النظرية والتطبيق: الاسس العلمية لبرامج تعديل السلوك ،القاهرة: النهضة المصرية،١٤٠-١٤١

٢٢. عكاشة، احمد. (٢٠١٦). الطب النفسي المعاصر الطبعة الثامنة عشر، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة، ، ١٨٥ ، ١٦٨.

٢٣. كوزول ليونارد، ستوت كريس .(٢٠٠٣) . الاسس النيوروسيكولوجية للاضطرابات النفسية (نظريا وتطبيقيا)، اشراف ومراجعة الترجمة عبد السلام الشيخ ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٢٤. محمد، اميمة. (٢٠٠٦). بعض المؤشرات النفسية العصبية المرتبطة بالاستهداف لتعاطى المواد النفسية. رسالة ماجستير. كلية الآداب جامعة القاهرة.٣٠،٣١.

٢٥. مصطفي ، أسامة فاروق . (٢٠١١). مدخل إلي الاضطرابات السلوكية والانفعالية : الأسباب – التشخيص – العلاج. عمان : دار الميسرة للنشر والتوزيع ، ١٤٥- ١٤٦.

٢٦. منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٩) . المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض : تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية – الإكلينيكية – والدلائل الإرشادية التشخيصية ، ترجمة : مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس ، ومراجعة د. احمد عكاشة.

٢٧. الميلادي، عبد المنعم عبد القادر. (٢٠٠٤). الامراض والاضطرابات النفسية، الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة، ٧٣ ،٧٤.

المراجع الاجنبية:

28. American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders , 5 th Ed ., DSM-V, Washington, D.C.:APA.
29. Aydin, P.C., Koybasi, G.P., Sert, E., Mete, L., Oyekcin, D.G. (2014), Executive functions and memory in autogenous and reactive subtype of obsessive-compulsive disorder patients, *Comprehensive Psychiatry*, 55 (4), pp. 904-911.
30. Barahmand, U.,Tavakolian, E.,&Alaei, S.(2014). Association of Metacognitive Beliefs , Obsessive beliefs,and symptom severity with quality of life in Obsessive – Compulsive Patients. Archives Of Psychiatric Nursing, 28(5),345-351.
31. Barua,N., Singh,S., Agarwal, V., Arya,A,(2020). Executive functions, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder,
32. Baxter. L., Clark. E., Iqbal. M. & Ackermann. R., Cortical-Subcortical(2001). systems in the mediation of obsessive - compulsive disorder : Modeling the brains mediation of a classic "Neurosis" In editors . Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurological disorder , New York,Guilford press
33. Bolton , D;Raven, P;Madronal, L.R.,&Marks, I.M.(2002)Neurological and Neuropsychological and Neuropsychological Sings in OCD:interaction with behavioral treatment ;Journal Of behavior Res.,Jul;38(7):695-708.

34. Burcell(,1998), , Cognitive deficits in Obsessive CompulsDisorder on Tests of Frontal Straial Function , Journal Of Biol-Psychiatriy , Mar 1:43(5).
35. Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D.,Ricci, L., Conca, V.,Ronchi,P.,&Smeraldi, E.(2012).An explorative study on Metacognition in Obsessive – Compulsive Disorder and Panic Disorder. Comprehensive Psychiatry,53(5),546-553.
36. Dittrich, W.H., Johansen, T. (2013), Cognitive deficits of executive functions and decision-making in obsessive-compulsive disorder, Scandinavian Journal of Psychology, 54 (5), pp. 393-400.
37. Emel Kurt , Eric Yildirm , (2002) , Executive Functions of Obsessive-Compulsive Disorder and Panic disorder Patients in Comparison to Healthy Control. Behavior research and Therapy.
38. Fisher P, Wells A,(2008). Metacohnitive therapy for obsessive – compulsive disorder : A case series , Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry , Vol 39,(2), 117-132
39. Gauri N., Savla (2009).Executive Function Schizophrenia: Defining and Refining the Constructs, Journal of Psychoses and Related Disorders, 38(4),760-768.
40. Grotte, T., Solem, S., Vogel P. A., Guzey, I. C., Hansen, B., &Myers, S. G. (2015). Metacognition, Responsibility , and Perfectionism in Obsessive – Compulsive Disorder . Cognitive Therapy and research , 39(1), 41-50.
41. GWillian,P.,Wells,A., Cartwright-Hatton,S.(2004).Dose Metacognition or Responsibility predict Obsessive Compulsive

Symptoms : a test of the Metacognitive Model.Clinical Psychology & Psychotherapy,11(2),137-144.

42. Hybel, K.A., Lykke Mortensen, E., Højgaard, D.R.M.A., Lambek, R., Hove Thomsen, P (2017),. Symptom profiles and executive function in childhood obsessive-compulsive disorder, Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 14, pp. 36-46.

43. Irak, M., &Tosun, A. (2008). Exploring The role of Metacognition in Obsessive – Compulsive and Anxiety Symptoms . Journal of Anxiety

44. Jennifer M.,(2008).Executive Functions and Traumatic Brain Injury.through (www.Tbihelp.org/chatlog1-10-2001.

45. Kashyap, H., Kumar, J.K., Kandavel, T., Reddy, Y.C.J. (2013), Neuropsychological functioning in obsessive-compulsive disorder: Are executive five

46. unctions the key deficit? Comprehensive Psychiatry, 54 (5), pp. 533-540.

47. Koch, J., & Exner, C. (2015). Selective attention deficits in Obsessive- Compulsive Disorder : The role of Metacognitive Processes. Psychiatry research , 225(3), 550-555.

48. La Paglia, F., La Cascia, C., Rizzo, R., Riva, G., La Barbera, D. (2012), Assessment of executive functions in patients with obsessive compulsive disorder by neuro VR , Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine, 10, pp. 98-102.

49. Laura H. Goldstein, Jane E. mcnei L.(2004).Clinical Neuropsychology:A practical Guide to Assessment and Management for Clinicals,Wiley,England,185.

50. Mavrogiorgou, P ., Bethge, M., Luksnat, S., Nalato, F., Juckel, G., & Brune, M. (2016). Social Cognition and Metacognition in Obsessive-Compulsive Disorder : an explorative pilot study . European archives of Psychiatry and Clinical neuroscience , 266(3) , 209-216.
51. Moradi, A., & Fatehi .(2011) Comparison of the metacognition beliefs and thought control strategies in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and non-patient individuals.Global Journal Of Psychiatry ,55(4),904-911.
52. Nance , M., Abramowitz , J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). Thoughts and Thoughts about Thoughts: The Relative Contribution of Obsessive Beliefs and Metacognitive Beliefs in Predicting Obsessive - Compulsive Symptoms Dimensions . International Journal of Cognitive Therapy , 1-15.
53. Nasayuki, O., Masahiro,k& Yoshio , M(2003)"Features of Obsessive-Compulsive Disorder in Patients primarily Diagnosed with Schizophrenia"Psychiatry and clinical Neurosciences,57(1),67-74.
54. Nicholson , Keeth , Andrew , (1995) ANeuropsychological investigateion of cortical and sub cortical mechanism of OCD Dis Sertation , 2931.
55. Niemeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, Metacognition and Unrealistic Pessimism in Obsessive -Compulsive Disorder. Journal of Obsessive – Compulsive And Related Disorders , 2(2), 119-129.

56. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997).Cognitive Assessment Of Obsessive- Compulsive Disorder.Behaviour Research and Theraapy,35 (7) , 667-681.

57. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.(2003).Psychometric validation of the Obsessive Beliefs questionnaire and the interpretation intrusions Inventory. Behavior Research and Theraapy,41(8),863-878.

58. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group.(2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs questionnaire and the interpretation intrusions Inventory, factor analysis and testing of a brief version. Behavior Research and Theraapy ,43 (11),1527- 1542.

59. Okasha A, Rafaat M, Mahallawy N,El Nahas G, Seif El Dawla A,Sayed M, El Kholi S,(2000), Acta Psychiatr Scand 281-285.

60. Onen, S., Ugurlu, G. K., & Caykoylu, A. (2013) The relationship between Metacognition and insight in Obsessive - Compulsive Disorder. Comprehensive Psychiatry, 54(5), 541-548.

61. Paige, L.Z.(2007),Obsessive Compulsive Disorder. Principle Leadership 12-15.

62. Pedron, A.C., Ferrão, Y.A., Gurgel, L.G., Reppold, C.T.(2015),

Relations between executive functions and different symptomatic dimensions in obsessive compulsive disorder, Paideia, 25 (61), pp. 229-239.

63. Peter L Fisher, &Adrian Wells,. (2005). Experimental Modification of beliefs in Obsessive – Compulsive Disorder : a

test of the Metacognitive Model.Behaviour Research and therapy,43(6), 821 -829.

64. Pritha Mukhopadhyay, Sreemoyee Tarafder , (2018), Obsessive Personality Traits , Metacognitive Beliefs and Executive Function in Patients With OCD,: A Neuropsychological Approach, university of Calcutta.
65. Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S.&Swinson, R.P.(2001)"Social anxiety in college students " Journal of Anxiety Disorders .15:203-215.
66. Rheaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M, J., Letarte, H., &Ladouceur, R. (1995).Perfectionism, Responsibility and Obsessive- Compulsive Symptoms . Behaviour Research and therapy , 33(7),785-794.
67. Salkovskis, P.M , Wroe, A., Gledhill, A, Morrison, N.,Forrester, E., Richards, C., Thorpe, S.(2000)"Resbonsibility attitudes and interpretations are characteristic of Obsessive-Compulsive Disorder , Behavior Research and Therapy . 38(4):347-372.
68. Salkovskis, P.M(2002) ."Empirically grounded clinical interventions : Cognitive behavior therapy progresses through a multi-dimensional approach to clinical science .Behavioral.30(1) :3-9.
69. Salkovskis, P.M.(1985)"Obsessive-Compulsive Problem : Acognitive behavioral analysis " Behavior Research and Therapy.23(5):571-583.
70. Samantha F,Clare P,(2012). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder by Videoconference: A Preliminary Study, Behaviour Change ,Vol.29(4),213-229

71. Sassaroli, s., centorame, f., caselli, g., favaretto, e., fiore, f., Gallucci, m.,& Rapee, r.M. (2015). Anxiety control and Metacognitive Beliefs mediate The relationship between inflated Responsibility and Obsessive Compulsive Symptoms . Psychiatry research , 228(3), 560-564.
72. Schmidtk (1998) cognitive frontal lobe Dysfunction in obsessive compulsive disorder .Journal of Biol-psychiatriy (43) Yazdi ,J.,Ahmadpanah,M.,Ghaleiha ,A (2018)
73. Senormanci, O., Konkan, R., Guclu, O. G., & Sungur, M. Z. (2012). Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Disorder. Psikiyatride guncel Yaklasimlar-current approaches in Psychiatry , 4(3), 335-349.
74. Shachar, A. B., Lazarov , A., Goldsmith , M., Moran, R., & Dar, R. (2013). Exploring Metacognitive Components of Confidence and Control in individuals with Obsessive – Compulsive Tendencies. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry,44(2),255-261.
75. Shahram Mohammad Khani , S. (2013). The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive -Compulsive Symptoms in General Population . Iranian Journal of Clinical Psychology,1(2),97-102.
76. Snyder, H.R., Kaiser, R.H., Warren, S.L., Heller, W.(2015), Obsessive-Compulsive Disorder Is Associated With Broad Impairments in Executive Function: A Meta-Analysis. Clinical Psychological Science, 3 (2), pp. 301-330.
77. Solem, S., Borgejordet, S., Haseth, S., Hansen, B., Haland, A., & Bailey, R. (2015). Symptoms of health Anxiety in Obsessive Compulsive Disorder: relationship with treatment

outcome and Metacognition. Journal of Obsessive-Compulsive and related Disorders , 5, 76-81

78. Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., &Wells, A. (2010). An empirical test of the Metacognitive Model of Obsessive Compulsive Symptoms : replication and extension. Journal of Anxiety Disorders , 24(1), 79-86.
79. Soreni, N ., Streiner , D., Mccabe, R.,Bullard, C., Swinson, R ,Greco, A.,Szatmari,P.(2014).Dimensions of perfectionism in children and Adolescents with Obsessive – Compulsive Disorder. Journal of the Candian Academy of child and Adolescent Psychiatry, 32 (2) , 136.
80. Timpano, K. R., Rasmussen , J.L., Exner, C., Rief, W.,&Wilhelm, S.(2014). The association between Metacognition , The Obsessive Compulsive Symptom Dimensions and Hoarding : a foucs on specificity. Journal of Obsessive – Compulsive and Related Disorder, 3(2), 188 - 194.
81. Tükel, R., Alkaş, E., Gürvit, H., Aslantaş Ertekin, B., Ertekin, E., Baran, B., Akça Kalem, Ş., Saruhan Direskeneli, G. (2016), Serotonin transporter promoter polymorphism is associated with executive function impairments in patients with obsessive compulsive disorder. Clinical Neuropsychologist, 30 (4), pp. 536–546.

82. Valorie N., Mary D.,.(2006).Increasing The Utility of EF Assessment Of Executive Function in Children.Journal of Developmental Disabilities Bulletin,34(1):15−42.
83. Van Der Heiden , C., Van Rossen , K., Dekker, A., Damstra, M., & Deen , M. (2016). Metacognitive Therapy For Obsessive -Compulsive Disorder : a pilot study . Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorders, 9, 24-29.
84. Vandborg, S.K., Hartmann, T.B., Bennedsen, B.E., Pedersen, A.D., Thomsen, P.H. (2014), Memory and executive functions in patients with obsessive-compulsive disorder, Cognitive and Behavioral Neurology, 27 (1), pp. 8-16.
85. Veale, D. (2004). Psychopathology of Obsessive – Compulsive Disorder . Psychiatry , the medicine publishing company LtD, 3(6),65 – 68.
86. Wells, A. (2000) Emotional Disorders and Metacognition: innovative Cognitive Therapy. John Wiley &Sons ltd, Wiley online Library.9,10,15,16,32,180-184,196.
87. Wells, A. (2011). Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy : Metacognitive therapy . John Wiley &Sons. 83-108.
88. Yazdi-Ravandi, S., Shamsaei, F., Matinnia, N., Moghimbeigi, A., Shams, J., Ahmadpanah, M., Ghaleiha, A. (2018) , Executive functions, selective attention and information processing in patients with obsessive compulsive disorder: A study from west of Iran , Asian Journal of Psychiatry, 37, pp. 140-145.
89. Yoav Cohen, Juliana Rasic Lachenmeyer,Craig Springer,(2003), Anxiety and Selective attention in

obsessive compulsive disorder ,Behaviour Research and therapy ,1311-1323.

Summary

The current study was conducted to study awareness of cognitive processes and executive functions and their relationship to the type and severity of obsessive-compulsive disorder among a sample of obsessive-compulsive people. The study followed the descriptive, correlational approach on a sample of 25 females, and the ages ranged from 17 to 21 years. The study tools consisted of scales.

The Yale-Brown Severe Obsessiveness Scale was prepared by (Goodman), the Arab Severe Obsessiveness Scale was prepared by Dr.: Ahmed Abdel Khaleq 1992, the Wisconsin Card Sorting and Classification Test was prepared by: Robert Heaton and Tripp: Sami Abdel Qawi, the Stroop Test prepared by: Ridley Stroop and Arabized by: Nashwa Abdel Tawab, And the scale of the Industrial Workers Association, prepared by: Wells, Arabized by Dr.: Abdullah Muhammad Abdul-Zaher, thanks to the variety of assumptions recognized by the study. It used the study of statistical dough, as the basic technology using the social and social sciences (SPSS) is the arithmetic mean, the slight deviation, and the Pearson correlation calculation according to the size of the eye. The study reached the following results:

1- There is a statistically significant relationship between awareness of cognitive processes and the type and severity of obsessive-compulsive disorder in the study sample.

2- There is a statistically significant relationship between selective attention and the type and severity of obsessive-compulsive disorder in the study sample.

3- There is a statistically significant relationship between planning and the type and severity of obsessive-compulsive disorder in the study sample.