

(بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ)



كلية التربية  
المجلة التربوية

\*\*\*

فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف  
حده اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب الجامعة

اعداد

د. قطب عبده خليل حنور

أستاذ الصحة النفسية المساعد

كلية التربية - جامعة كفر الشيخ

المجلة التربوية - العدد السادس والأربعون - أكتوبر 2016م

## ملخص البحث:

هدف البحث الحالي إلي التعرف علي فعالية العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز, وكذلك التعرف علي مدي استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي وصلت إلي شهر.

عينة الدراسة: تكونت من (24) طالباً من طلاب جامعة الملك عبد العزيز وتراوحت أعمارهم بين (20 - 27 سنة) بمتوسط 22.5 سنة وانحراف معياري قدرة 2.28 سنة, تم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلي ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (6) طلاب, بالإضافة للمجموعة الضابطة قوامها أيضاً (6) طلاب ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري.

أدوات الدراسة: اختبار مقياس اضطراب الوسواس القهري (OCDS) والمقابلة التشخيصية إعداد/ الباحث, البرنامج السلوكي وبرنامج ما وراء المعرفي إعداد/ الباحث.

نتائج الدراسة: جاءت النتائج تؤكد علي فعالية العلاج السلوكي (BT) وكذلك علاج ما وراء المعرفي (MCT) في تخفيف اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز. واستمرار فعالية كلا منهما بعد فترة المتابعة التي وصلت إلي شهر واحد فقط. وأن الجمع بين العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) كان أكثر كفاءة وفعالية من استخدام كل منهما علي حدة بعد فترة المتابعة.

## **The Effectiveness Of Behavioral Therapy & Metacognitive Therapy To Alleviate Obsessive-Compulsive Disorder Among University Students**

**Kotb Abdo Khalil Hanour**

**Assistant professor of mental hygiene**

**Faculty of Education University of Kafr El-Sheikh**

**The objective of the study: The aim of current research to identify the effectiveness of behavioral therapy (BT) and Metacognitive Therapy (MCT) in reduction of obsessive compulsive disorder in a sample of students at King Abdul Aziz University, as well as to assess the continuing effectiveness of treatment after follow-up period which reached a month.**

**Sample study: Consisted of (24) students at King Abdul Aziz aged (20-27 years) with an average 22.5 years and Standard deviation of 2.28, the core sample was split randomly into three experimental groups, each group strength (6) students, as well as for the control group also its strength (6) students who suffer from obsessive compulsive disorder.**

**Study tools: Obsessive compulsive disorder scale test (OCDS) and diagnostic interview preparation/researcher, Behavioural programme and metacognitive programme preparation/researcher.**

**The results of the study: The results confirm the effectiveness of Behavior therapy (BT) and metacognitive therapy (MCT) In reducing obsessive-compulsive disorder (OCD) of King Abdul Aziz University students and continued effectiveness of both behavioral therapy (BT) and metacognitive therapy (MCT) in Alleviating obsessive-compulsive disorder in a sample of King Abdul Aziz University students after the follow-up period that had reached just one month. Combinning behavioral therapy (BT) and metacognitive therapy (MCT) was more efficient and effective than using separately after follow-up period.**

## ■ المقدمة:

يُعد اضطراب الوسواس القهري واحد من اضطرابات القلق الذي يتميز بوجود مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية التي تميزه عن غيره من الاضطرابات، فالوسواس تمثل العرض الأول ويتعد من أهم هذه الأعراض التي قد تكون مجموعة من الأفكار أو الصور أو الإندفاعات الإجترارية المتسلطة التي تنتاب علي ذهن الفرد ولا يستطيع التخلص منها برغم محاولته المستمرة لمقاومتها لأنها غير مرغوبة ولا عقلانية وغير منطقية، الأمر الذي يدفع الفرد لمزيد من المقاومة ولكن في النهاية تضعف هذه المقاومة ويشعر الفرد بالقلق والضيق والتوتر والكدر الناتج عن هذه الوسواس، مما يدفع الفرد للقيام ببعض السلوكيات والأفعال للخفض من حدة هذا القلق والتوتر، بالتالي يشعر الفرد بالارتياح وينخفض القلق بالفعل نتيجة لهذه الأفعال ولكن لا يدوم هذا الارتياح وتعود الوسواس مرة ثانية، ثم يزداد الشعور بالقلق ومن ثم يقوم الفرد بنفس الأفعال لخفض القلق والتوتر وتكرر هذه العملية وتتحول الأفعال إلى أفعال قهرية والسلوكيات إلى طقوس حركية ثابتة التي تمثل العرض الثاني لاضطراب الوسواس القهري.

لذا تُعد الأفكار الوسواسية من أهم أعراض اضطراب الوسواس القهري، التي تشغل ذهن المريض ولا يستطيع التخلص منها وتسيطر علي ذهنه، الأمر الذي قد يؤدي إلى إهمال حياته العملية والاجتماعية، ويلي هذه الوسواس الأفعال القهرية التي تتسبب في ضياع الوقت والجهد للمريض، وقد تتواجد الأفعال القهرية بدون الوسواس وقد تستمر الوسواس منفردة بدون الأفعال القهرية.

لذلك يتم تقسيم اضطراب الوسواس القهري إلى ثلاثة أنواع هم الأول : أعراض وسواسية فقط بدون أفعال قهرية ونادراً ما يفتن إليه الآخرين لعدم تواجد الطقوس الحركية والأفعال القهرية، أما النوع الثاني: فتكون فيه الأفعال القهرية هي السائدة والظاهرة للآخرين ويسهل التعرف عليها واكتشافها وهم أكثر تأثراً بهذه الأفعال القهرية، أما النوع الثالث: فتظهر فيه الوسواس مع الطقوس والأفعال القهرية معاً، وهذا النوع هو أكثر الأنواع الثلاثة انتشاراً وطلباً للعلاج لتأثره بالوسواس والأفعال معاً.

فقد اتضح أن 80% من المرضى لديهم وسواس وقهر وتعاني قله منهم من الوسواس وحدها ومن النادر أن نجد الأفعال القهرية الخالصة دون أن يصاحبها أفكار

وسواسية، فوجد أن حوالي 69% من الحالات تكون مختلطة بين الوسواس القهري، و25% من الحالات تكون عبارة عن وسواس فقط، وفي 6% من الحالات تكون الطقوس والأفعال القهرية فقط. (عبد الخالق ورضون، 2002، ص 46)، وكان عامل "التردد وعدم الاكتراث" مرتفعاً لدى جميع أفراد العينة التي تبلغ (121) طالباً و(107) طالبة من الأطفال والمراهقين. كان 12.33%، ولدى المراهقين 10.92%. في حين "التكرار والشك" منتشراً لدى الأطفال 11.69%. (كاظم وآل سعيد، 2008)، وكما أشارت نتائج دراسة محمد (2010) أن اضطراب الوسواس القهري ينتشر بنسب مختلفة لدى طلاب جامعة البحر الأحمر بالسودان وكانت النسبة المتوسطة والحادة بنسبة 19.2%، في حين أظهرت نتائج دراسة البناني (2010) انتشار التجميع والتخزين القهري بين أفراد العينة الاكلينيكية بنسبة 41.5%، وبين العينة غير الاكلينيكية بنسبة 15.5% من طلاب جامعة أم القرى.

وبرغم اختلاف انتشار أنواع اضطراب الوسواس القهري إلا أنه يحتل المرتبة الرابعة بين الاضطرابات النفسية بعد المخاوف والاكتئاب والاضطرابات المتعلقة بالمخدرات، حيث تتراوح نسبة انتشاره بين الاضطرابات النفسية من 10% - 50%، ويتراوح نسبة انتشاره في المجتمع بصفة عامة بين 0.5% إلى 3% ويختلف انتشاره باختلاف المرحلة العمرية حيث يزداد عند المراهقين عن المراحل الأخرى (Ricks W, George D Z, 1991). وكذلك يختلف انتشاره باختلاف الجنس فالإناث أكثر معاناة من هذا الاضطراب بالمقارنة بالذكور كما أشارت دراسة علي وآخرون Ali , et al (2004)

وتعددت نظريات تفسير نشأة اضطراب الوسواس القهري من بين الاتجاه البيولوجي والسيكولوجي "النفسي"، فيرى أصحاب الاتجاه البيولوجي أن اضطراب الوسواس القهري قد يرجع إلى عوامل وراثية أو لعوامل فسيولوجية ترجع لوجود خلل في الجهاز العصبي أو تواجد بؤرة كهربائية نشطة في المخ أو عوامل كيميائية نتيجة لوجود خلل في الموصلات العصبية خاصة السيروتونين، الأمر الذي أدى إلى استخدام الأساليب العلاجية سواء بالجراحة العصبية أو استخدام العقاقير الطبية في علاج اضطراب الوسواس القهري مثل استخدام الفليفوكسامين، ولكن هذه الأساليب العلاجية لها كثير من الأضرار والآثار الجانبية التي حدثت من استخدامه مثل النعاس والشعور بالكسل والإدمان والخطورة من الإفراط في استخدام وفقدان الاهتمام بالأكل والجنس بالإضافة لاحتمالية الانتكاسة العالية.

أما المحللون النفسيون فيرون أن اضطراب الوسواس القهري يرجع إلى التثبيت عند المرحلة الشرجية السادية من مراحل النمو النفسي والتي يتم فيها الصراع بين رغبة الطفل في التخلص من فضلاته في أي وقت و في أي مكان دون ضوابط، ورغبة الآباء والأمهات في ضبط عملية الإخراج والتدريب علي استخدام الحمام في أوقات مناسبة وبطريقة نظيفة ومنظمة وفقاً للقواعد الحضارية للمجتمع ومراعاة النظافة، ويقوي هذا الصراع نتيجة إلى التدريب علي عملية الإخراج مبكراً جداً أو متأخراً جداً وكذلك التعرض للعقاب المستمر للتدريب عليها فتصبح خبرة مؤلمة للطفل ويتم التثبيت عند هذه المرحلة وعند التعرض لضغوط حياتية وعدم القدرة علي مواجهتها يتم النكوص Regression إلى هذه المرحلة التي تظهر فيها أعراض الوسواس القهري، لذا استخدم المعالجون وفقاً لهذه النظرية العلاج بالتحليل النفسي باستخدام التداعي الحر وتفسير الأحلام ولكن لم يكن هذا العلاج فعالاً لاضطراب الوسواس القهري لأنه يستغرق وقتاً طويلاً ومكلفاً ويواجه كثير من الصعاب مثل صعوبة الطرح والتغير المستمر في الأعراض.

أما أصحاب المدرسة السلوكية يرجعون نشأة اضطراب الوسواس القهري إلى أنه سلوك متعلم من البيئة الاجتماعية أي أنه مكتسب وليس فطري تم اكتسابه وفقاً للقوانين ونظريات التعلم سواء بالاشتراط الكلاسيكي أو الإجرائي أو نظرية التعلم الاجتماعي، وهذه النظرية أكثر قبولاً في تفسير نشأة الطقوس الحركية والأفعال القهرية عن نشأة الوسواس، لذلك كان استخدام العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة فعالاً في علاج الطقوس الحركية والأفعال القهرية في اضطراب الوسواس القهري عنه في الوسواس.

أما المعرفيون فيرجعون هذا الاضطراب إلى مجموعة من الأفكار الاقتحامية العادية التي تنتاب علي ذهن كل الأفراد، وفي الغالب تمر مر الكرام دوناً أي أثر، إلا أن بعض الأفراد يستوقفون هذه الأفكار ويقويها ويعطوها وزن أكبر من وزنها نتيجة لأنماط التفكير الخاطئ مثل المبالغة والاستنتاج الخاطئ والتعميم الخاطئ بالإضافة إلى التفكير الكارثي لمدلول الأفكار والصور العقلية الاقتحامية والتفكير السحري، هذا كله يعطي قوة للفكرة الاقتحامية كقوة الفعل مما يجعلها فكرة متسلطة واجترارية وينتج عنها أفكار تلقائية سلبية ثم أفكار وسواسية قهري وتسبب القلق العالي ومن ثم القيام بالأفعال القهرية لتخفيف هذا القلق.

ومع ظهور نموذج ما وراء المعرفي للاضطرابات النفسية وأساليب علاج ما وراء المعرفي الذي اقترحه ويلز وماثيوس Wells & Matthews (1994) نموذجاً يدعي النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات Self-Regulatory Executive Function (S-REF) لتفسير الاضطرابات النفسية والذي يفسر الاضطراب الانفعالي من خلال أنماط التفكير والمعالجة الذاتية ذات الصلة التي تؤدي إلى هذه الحالات السلبية المتكررة لفترات طويلة. فجوهر نظرية ما وراء المعرفي (MCT) Metacognitive Therapy تدور حول العوامل التي تؤدي إلى التفكير المستمر ومواجهة التوجيه الخاطئ.

لذا حاولت هذه الدراسة التحقق من كفاءة نظرية ما وراء المعرفة في العلاج وكذلك كفاءة الجمع بين العلاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري قد يكون أكثر فعالية عن استخدامها كل علي حدة, فالعلاج ما وراء المعرفي يمكنه تعديل أو إزالة أنماط وأساليب التفكير الخاطئ الذي يساعد علي سيطرة واستحواز الأفكار الوسواسية من الفرد, أما العلاج السلوكي يساعد الفرد علي تعديل السلوك والتخلص من الطقوس الحركية والأفعال القهرية.

ولاستخدام علاج ما وراء المعرفي نتائج إيجابية في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري كما أشارت نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة سيمونس وآخرين Simons M, et al. (2006), فيشر وويلز Fisher P, Wells A, (2008), كلير وآخرين Clare S, et al. (2008), موريتز وآخرين, Moritz S, et al. (2010), الشرع وآخرون, Shareh H, et al. (2011), سامانثا وكلير, Samantha F& Clare P, (2012). وكذلك العلاج السلوكي له فعالية في التخلص من الأفعال القهرية والطقوس الحركية لدي مرضي الوسواس القهري كما أشارت نتائج كل من: البشر وفرج (2005), بولتون وبيرين Bolton D, Perrin S, (2006), بيتر وأدريان, Peter L. F, Adrian W, (2006), كارين وآخرون, Karen R, et al, (2007), الأغا, Jones M, (2009), جونز وآخرون, Golden A, Holaway R, (2013), ناكانيشي et al; (2012), جولدن وهولاواي, Nakanishi M, et al; (2014). وآخرون

■ مشكلة الدراسة:

يُعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية آلاماً، ويعتبر المراهقين أكثر معاناة من الاضطراب عن الفئات الأخرى، وطلاب الجامعة كذلك أكثر معاناة عن الطلاب في المراحل التعليمية الآخرة. فقد وجد في دراسة (عكاشة، 2003) عن الوسواس القهري في مصر أن معظم المرضى يأتون بين سن 20 - 30 سنة بعد فترة من المرض تتراوح من شهر إلى خمس سنوات وكان مستوى التعليم 84 مريضاً ومريضة كالاتي : 22 من التعليم الإبتدائي \_ 30 من التعليم الثانوي - 32 من التعليم الجامعي.(عكاشة، 2003، ص 170)، وتتراوح نسبة من 10% - 15% من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك التكرار وأن هذا السلوك يكفي لإدراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهري.(غانم، 2006، ص 71)

ويسبب اضطراب الوسواس القهري كثيراً من المتاعب لكل المرضي بصفة عامة وطلاب الجامعة بصفة خاصة، حيث يؤدي إلى القلق العالي والكدر والتوتر بالإضافة إلى ضياع الوقت والجهد نتيجة للقيام بالطقوس الحركية والأفعال القهرية، كما يؤدي إلى الفشل الدراسي حيث يؤثر سلبياً علي الأداء الأكاديمي لطلاب الجامعة كما أشارت دراسة (آدم وآخرون Adam M, et al, 2003)، كما أنه يؤثر سلبياً علي تفكير الطلاب وقدرتهم الابتكارية كما أشارت دراسة (أحمد، 1996)، وكذلك الذاكرة خاصة الذاكرة اللفظية طويلة المدى والذاكرة المباشرة والذاكرة المكانية كما أشارت دراسة (الجمال، 2005)، (سين وآخرون، Singh S, et al, 2003) كذلك يؤدي الاضطراب إلى تدهور الوظائف المعرفية والاجتماعية كما في دراسة (جواد، Gawad T, 2001)، بالإضافة إلي أن الاضطراب قد يكون سبباً في المعاناة من اضطرابات الأكل واضطرابات النوم خاصة الأرق لدي طلاب الجامعة كما أشارت دراسة كلاً من: (عبد الخالق والنيال، 1992)، (إبراهيم والنيال، 1993).

من هنا كان هناك حاجة ماسة لعلاج اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة، وتُعد نظرية ما وراء المعرفية من النظريات المعرفية الحديثة التي قدمت تفسيراً لنشأت الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب والقلق العام وكذلك اضطراب الوسواس القهري واعتمدت علي علاج ما وراء المعرفي (MCT) لعلاج هذه الاضطرابات، من هنا جاءت مشكلة الدراسة



الحالية في اختبار كفاءة علاج ماء وراء المعرفي مقارنة بالعلاج السلوكي وكذلك مدى كفاءة الجمع بينهم في علاج اضطراب الوسواس القهري.

من هنا تمثلت مشكلة الدراسة الحالية في الكشف عن فعالية كل من العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) والجمع بينهما في علاج اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب جامعة. ويمكن بلورت مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

س1 ما مدى فعالية البرنامج السلوكي في تخفيف من حده اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز؟

س2 ما مدى فعالية برنامج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز؟

س3 ما مدى كفاءة العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي معاً في تخفيف اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز؟

س4 هل توجد فروق بين العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي والجمع بينهم في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب جامعة الملك عبد العزيز؟

س5 هل تستمر فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي والجمع بينهما في التخفيف من حدة اضطراب الوسواس القهري خلال فترة المتابعة؟

■ أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلي المقارنة بين كلاً من العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) والجمع بينهم في التخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز بعد تطبيق البرنامج وبعد فترة المتابعة التي تصل إلي شهر.

■ أهمية البحث:

تظهر أهمية البحث الحالي في النقاط التالية:

■ الأهمية النظرية:

يمكن أن نجل أهمية البحث من الناحية النظرية في النقاط التالية:

1- الاهتمام بفئة من أهم فئات المجتمع وهم طلاب الجامعة, فهم نواة الباحثين والعلماء والمهنيين ويعتمد عليهم في تقدم وتطور المجتمع, وذلك من خلال تخفيف بعض

الاضطرابات الانفعالية لديهم المتمثلة في أهم اضطراب وهو اضطراب الوسواس القهري.

2- يتناول البحث الحالي اضطراب من أهم الاضطرابات الشائعة والمهمة والمؤثرة في حياة الإنسان ألا وهو اضطراب الوسواس القهري (OCD) والذي يعد أكثر الاضطرابات النفسية تأثيراً علي حياة الفرد.

3- يُقدم هذا البحث إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير الاضطرابات النفسية بصفة عامة واضطراب الوسواس القهري (OCD) بصفة خاصة من خلال تقدم النظرية السلوكية ونظرية ما وراء المعرفة من خلال عرض نموذج ما وراء المعرفي لـ (ويلز Wells).

4- يُقدم البحث الحالي إطار نظري عن اتجاه حديث في علاج الاضطرابات النفسية بصفة عامة واضطراب الوسواس القهري (OCD) بصفة خاصة وهو نظرية ما وراء المعرفي، والتي يمكن أن تكون مدخلاً معرفياً حديثاً لتفسير نشأة الاضطرابات النفسية ومكماً للنظرية المعرفية، والتحقق من كفاءة النظرية في العلاج.

5- تنمية بعض مهارات ما وراء المعرفة لدي طلاب الجامعة التي تمكنهم من تعديل الجانب المعرفي لديهم وتطويره سواء أكان المحتوي المعرفي أم العمليات المعرفية.  
أ- الأهمية التطبيقية:

يمكن أن نجمل أهمية البحث من الناحية التطبيقية في النقاط التالية:

1- خفض حدة اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدي طلاب الجامعة من خلال برنامج سلوكي وبرنامج ما وراء المعرفي ويجمع بينهم مما يكون له تأثير إيجابي علي تحسن حياة الطلاب الدراسية والاجتماعية والنفسية الناتجة عن تخفيف هذا الاضطراب.

2- التحقق من كفاءة وفعالية العلاج السلوكي (CBT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) من خلال المقارنة بينهم والجمع بينهم في خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدي طلاب جامعة الملك عبد العزيز.  
■ المصطلحات الإجرائية للدراسة:

1- اضطراب الوسواس القهري (OCD) Obsessive-Compulsive Disorder

يتبنى معد المقياس تعريف (أحمد عكاشة, 2003) لاضطراب الوسواس القهري كتعريفًا إجرائيًا، والذي يعرف علي أنه مرض عصابي يتميز بالآتي :-

- 1- وجود: (أ) وسواس في هيئة أفكار أو إنذاعات أو مخاوف. (ب) أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية. وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة، ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الأفكار.
- 2- يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس، ولا معقوليتها، ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام.
- 3- محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.
- 4- إحساس المريض بسيطرة هذه الوسواس، وقوتها القهرية عليه، مما يترتب عليه شلله الاجتماعي والآلام النفسية والعقلية الشديدة. وإحساس المريض بالوسواس القهرية مع أنه يعلم علم اليقين بعدم صحة أفكاره، لذا فهو يعاني من مرض عصابي، أما المريض بالاعتقادات الخاطئة فهو مقتنع تمام الاقتناع بصدق اعتقاده ولذا نعتبره مريض ذهانياً. (عكاشة, 2003, ص 166)

## 2- العلاج السلوكي (Behavioral Therapy (BT)

هو أسلوب علاجي يعتمد علي النظرية السلوكية وتعديل السلوك من خلال خفض أو التخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها وتدعيم وتقوية السلوكيات المرغوب فيها وذلك باستخدام فنيات العلاج السلوكي، ويستخدم الباحث في هذه الدراسة فنية الاسترخاء العضلي العصبي والتعرض ومنع الاستجابة.

## 3- علاج ما وراء المعرفي (Metacognitive Therapy (MCT)

هو العلاج القائم علي نظرية ما وراء المعرفي (MCT) والذي يقوم علي تعديل الطريقة التي يفكر بها الأفراد والأساليب غير المرنة والمتكررة من التفكير في الاستجابة للأفكار السلبية والمشاعر والمعتقدات. كما إنه يركز على إزالة أساليب المعالجة غير المفيدة. لذا فإن علاج ما وراء المعرفي يعتمد علي تعديل أنماط التفكير وأساليب معالجة محتوى التفكير من المعتقدات والأفكار السلبية أو غير العقلانية وليس المحتوى المعرفي ذاته.

## ■ الاطار النظري:

### أولاً: اضطراب الوسواس القهري (OCD) **Obsessive Compulsive Disorder**

أ- مفهوم اضطراب الوسواس القهري:

يُعرف اضطراب الوسواس القهري علي أنه عصاب تسلط الأفكار وتسلط الأفعال, عصاب نفسي يتميز بأفكار (وساوس) وإندفاعات للقيام بأفعال قاهرة - كلاهما رائب وملح وغالباً غير مطلوب أو تصرفات طقوسية غير معقولة وغير مقبولة يعتقد أن نماذج السلوك الاستحواذي علي العقل القاهر بالفعل أو هي محاولات للتغلب علي القلق أو إزالة مشاعر الإثم. فمثلاً تسلط غسيل اليدين قد تعكس قلق المرء و زور الاستمناء (دسوقي, 1990, ص 971), وهو اضطراب قلق حيث تكون الوسواس والأفكار مصدر له مغزاه وأهميته للتعاسة ويعطل قدرة الفرد علي أدائه لوظائفه. والأفكار القهرية أفكار ونزعات ملحة مثابرة (أفكار عن اقتراح العنف, وعن التلوث والشك) تبدو بغير معني أو مقززة للفرد ولكنها تفرض نفسها علي وعيه وشعوره ولا يمكن تجاهلها أو قمعها. والأفكار القهرية متكررة, وأفعال مقبولة (كغسيل اليد, والعد والمراجعة واللمس). ينبغي أن تؤدي لكي تخفف التوتر حتى ولو اعتبرت مفرطة ولا معني لها. (جابر وكفافي, 1992, ص 2465)

ويتسم الوسواس القهري بالأفكار الثابتة غير المرغوب فيها (الوساوس), والقيام بالأفعال القهرية النمطية الطقوسية غير المرغوبة مثل غسيل اليدين بين الحين والآخر, أو فرك اليدين ولعق الشفاه باستمرار, وهدفها التغلب علي القلق وإطفاء مشاعر الذنب (فقد يكون غسيل اليدين بسبب الشعور بالذنب لممارسة العادة السرية). (الحفني, 1994, ص 544), فالوساوس فكرة متسلطة, والقهر سلوك جبري يفرض نفسه علي المريض ويلزمه ولا يستطيع المريض مقاومته علي الرغم من اقتناعه بعدم معقوليته, وعدم فائدته ويشعر المريض بالقلق والتوتر إذا ما حاول استبعاد الفكرة المتسلطة أو عدم إتيان الفعل القهري. (داود وآخرون, 1990, ص 323)

تعد الوسواس أو السلوك القهري مصدراً للتوتر والضيق هذا فضلاً عن تداخلها في دور الفرد المناط به في مجتمعه وتأثيرها فيه وإمكان إعاقاتها له لا ترجع الوسواس أو السلوك القهري إلى اضطرابات عقلية أو عضوية. (عبد الخالق والنيال, 1990, ص 547), والوسواس هي أفكار تقحم وعي الفرد بشكل متكرر, أما القهر فهو أفعال يشعر الفرد أنه

مجبر علي تنفيذها ولهذا فإن اضطراب الوسواس القهري يتميز باقتحام الأفكار غير المتحكم فيه غير المرغوبة (الوساوس) والتي تلح في التصرفات بطقوس بشكل لا شعوري (القهریات). (Wayne W, 1997, P: 478), ويُعد اضطراب الوسواس القهري خبرة غير منطقية أو فكرة تستحق التوبيخ تحاصر المريض وتدفعه إلى مقاومة الذات المحترمة أو الذات المنطقية. (سعفان, 2003, ص 19), فالوساوس فكرة متسلطة, والقهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدي المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته, علي الرغم من وعي المريض وتبصيره بغرابته وسخفه ولا معني لمضمونه وعدم فائدته, ويشعر بالقلق والتوتر إذا ما توسوس به نفسه, ويشعر بالحاح داخلي للقيام به. (زهران, 2005, ص 509)

من خلال العرض السابق نجد أن معظم التعريفات السابقة اتفقت في تعريف اضطراب الوسواس القهري علي أن أعراض اضطراب الوسواس القهري تتمثل في الوسواس والأفعال القهرية. قد تكون الوسواس في صورة (أفكار - صور عقلية - اندفاعات - مخاوف) تلح علي ذهن المرض وتسبب قلق وتوتر وهي نتاج عقله هو وليست دخيلة عليه, ويدرك أنها غير عقلانية وغير منطقية وليس لها قيمة, أما أفعال قهرية قد يكون في صورة طقوس حركية أو سلوكيات تجنبيه, يقوم به المرض للتخفيف من القلق والتوتر الناتج عن الوسواس, يسعى المريض دائماً لمقاومة هذه الوسواس ولكن في النهاية تضعف هذه المقاومة.

ب- خصائص مرضي الوسواس القهري:

يوجد مجموعة من الملامح الرئيسية والخصال المميزة لمرضي الوسواس القهري،

ومن أهم هذه الخصائص :-

1- الشك :- من أبرز خصال الوسواس ما يسميه الفرنسيون "جنون الشك" والذي يتسم بالشك الدائم والريبة العنيدة والتذبذب الشديد والتردد بين الأمور والعجز عن الحسم أو اتخاذ القرار, ويصاحب مثل هذا الشك عادة اجترار قهري للأفكار, مما يؤدي إلي الأفعال التكرارية التي تهدف إلي طرد الشكوك غير المعقولة, ونتيجة لهذه الشكوك وبتأثير منها فإن المريض يتعين عليه أن يراجع وينبغي له أن يعيد المراجعة كذلك, ويحدث ذلك في مجرد الأفعال البسيطة.

2- التردد :- التردد ينتج عن الصراع بين الاتجاهات المختلفة التي يمر بها الفرد و يعيشها، وهذا يولد في المرضى عدم القدرة علي اتخاذ القرار، والجمود الفكري المرتبط بالشك الوسواسي، ينطبق ذلك بوجه خاص علي القائمين بطقوس المراجعة أو التخزين Hoarders ولكثير ممن لديهم أنواع أخرى من الطقوس، ومع ذلك فإن عدم الحسم لا ينطبق كثيراً علي القائمين بالاعتسال Washers والتنظيف Cleaners، إن ضرورة قيام مرضي الوسواس القهري باتخاذ قرار ما يثير غالباً وساوس الشك وما يرتبط بذلك من المراجعة والسلوك القهري.

3- تأمل الأفكار :- يعد تأمل الأفكار بقدر ما ظاهرة معقدة توجد أحيانا في اضطراب الوسواس القهري، فالمريض يحاول التفكير من خلال سؤال يطرحه علي نفسه، أو من خلال التفكير في موضوع مثل "هل توجد حياة بعد الموت ؟" أو "هل أنا سوي من الناحية الوراثية ؟" وهذا النوع من التفكير غير حاسم ومتواصل ومحبط، ويقوم به المريض قهرياً بالإضافة إلى استمرار مضمون عقلي معين ليس له هدف تكميلي والعجز عن تحويل انتباه الفرد عن السيطرة علي الأفكار المزعجة مع الانشغال الوسواسي بهذه الأفكار أو الخطط، ودائماً ما تستثار الأفعال نتيجة لظهور الأفكار الوسواسية المتعلقة بها.

4- البطء :- هناك فئة في اضطراب الوسواس القهري توصف "بالبطء الوسواسي الأولي Primary Slowness، ولقد تمكن "ريكمان" من تحديد مجموعة صغيرة من مرضي الوسواس القهري الذي يتسم سلوكهم بالبطء الشديد، بحيث لا يعد هذا البطء ثانوياً أي: مترتباً على الطقوس أو الاجترارات الأخرى، وتبدو أن أنواع السلوك التي تأثرت كثيراً بهذا البطء هي تلك التي ترتبط بالعناية بالنفس كالاغتسال والحلاقة والاستحمام واللبس ويستغرق المريض زمناً طويلاً للقيام بهذه الأنشطة.

5- النزعة إلى الكمال :- يوجد لدى مجموعة من مرضي الوسواس القهري نزعة إلى الكمال أو الكمالية Perfectionism ويكافحون للوصول إليه، ويعد واحداً من مشكلاتهم فيشعرون بالتعاسة الشديدة ما لم يؤدي شئ ما بطريق "كاملة" وننتبه لذلك فإنهم يجدون أنفسهم غالباً يكررون الأشياء دون توقف ولا ينجحون كثيراً في الانتهاء من مهمة ما نهائياً، كذلك وجد أن الكمالية ترتبط بالأعراض المختلفة لاضطراب

الوسواس القهري, حيث أنها أكثر ارتباطاً بصعوبة التفكير وسلوك المراجعة والتدقيق القهري.

6- الكبت الانفعالي الشديد ( الإعاقة الانفعالية )-وهي تعنى التعامل مع البيئة المحيطة بدون أي مظهر انفعالي وتولد الانطواء والاكتئاب والهم والحرمان الاجتماعي للنفس، والافتقار إلى الثقة بالذات بالإضافة إلى النظام الدقيق في الحياة والعلاقات الفردية والاجتماعية.

7- المقاومة :- اعتبرت مقاومة الوسواس القهري خاصية محورية في اضطراب الوسواس القهري فإن البحوث الامبريقية الحديثة ترى أن هذا الأمر غير صحيح على الإطلاق، فبينما يقاوم الشخص في الغالب الوسواس القهري والأفعال القهرية، لا توجد مقاومة قوية لدى بعض المرضى، ويبدو الأمر كما لو أن المرضى قد استسلموا تماماً لذلك، ومن الممكن أن يقاوم المريض بقوة وساوسه ودفعاته القهرية في المراحل المبكرة ولكنه يظهر مقاومة أقل بكثير بعد تكرار الإخفاق في فترة زمنية معينة.

8- وجود أكثر من مشكلة:- يلاحظ أن مرضى الوسواس القهري لديهم أكثر من مشكلة فغالبا ما يجتمع لديهم الاغتسال والمراجعة وكذلك بقية الطقوس والوسواس، وعندما يوصف المريض بمشكلة "الاغتسال" أو "المراجعة" أو غيرها، فإن ذلك يعني أن هذه أو غيرها هي المشكلة الغالبة والأساسية لديه في هذا الوقت وفضلاً عن ذلك فإن المريض الذي يعاني من مشكلة أساسية في الوقت الذي حول فيه إلى المستشفى قد يكون لديه مشكلة أو مشكلات أساسية مختلفة في الماضي وحتى داخل المشكلة الواحدة ذاتها فإن التفاصيل يمكن أن تتغير بتغير الزمن.

9- التجنب :- هناك الكثير من مرضى الوسواس القهري غالباً ما يأخذ السلوك التجنب لديهم في بعض الحالات شكل التجنب المعروف في حالات المخاوف وكما يتعلق السلوك التجنب بالمنبهات، ويتعلق أيضاً بالسلوك التي يتضمن إمكانية إطلاق الوسواس أو الأفعال القهرية وعلى سبيل المثال يناضل المرضى من أصحاب مشكلات التلوث الاغتسال والتنظيف لتجنب ما يعتقدون انه شيء قذر أو يحدث تلوثاً كما يناضل المرضى الذين يعانون من طقوس المراجعة والتأكيد لتجنب المواقف التي تؤدي للمراجعة.

10- الخوف من الكوارث:- يذكر هؤلاء المرضى كثيراً من الخوف من الكوارث المترتبة على إهمالهم للسلوك القهري والسبب الذي يجدون به قيامهم بهذا السلوك القهري هو أنهم يتفادون به بعض المخاطر وهي مخاطر عادة ما تخص المريض نفسه أو واحداً يحبونه، وفي بعض الحالات تكون الكارثة التي يخشونها والفعل الذي يرمون لتفاديها به لصيقيين مثال ذلك العدوى من الجراثيم وغسل الأيدي غير أن مثل هذا الترابط لا يمثل قاعدة عامة.

11- المقاطعة:- عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم القهري فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بالدرجة من الدقة التي يعتقدون انه يجب أن يؤدي بها، وإذا حدث أن قوطع هذا السلوك بواسطة شيء أو فكرة أخرى غير مرغوبة مثلاً: الطقوس غير مكتملة وتتطلب في هذه الحالة بدئها من جديد يصبح هذا الأمر مستهلكاً للوقت بشكل متطرف في حالة الطقوس القهرية.

12- السعي للحصول على التأكيدات:- يلجأ كثير من مرضى الوسواس القهري للسعي الدائم للحصول على التأكيدات من أفراد الأسرة، ودائماً ما تؤدي أفكار وسواسية مثل "هل سأصبح مجنوناً؟" أو "هل أحتاج إلى مراجعة إغلاق الصنابير مرة أخرى؟" إلى سعي المريض لطلب التأكيدات وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها يشعر بالتحسن في حالة عدم الراحة على الرغم من أن هذا التحسن قصير الأمد ويتكرر طلب التأكيدات.(عبد الخالق، 2002)، (س . ليندزاي، ج . بول، 2000) (موسى، 2001)، (Kenneth R.G, et al, 2006).

ج- تشخيص اضطراب الوسواس القهري: Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد لاضطراب الوسواس القهري لابد من توفير مجموعة من المحكات التشخيصية في الجوانب المختلفة سواء الجانب السلوكي أو المعرفي أو الانفعالي أو الاجتماعي التي تعتبر مؤشراً رئيسياً لتشخيص هذا الاضطراب. ومحكات التشخيص في ضوء الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية "DSM-5" ومن أهم هذه المحكات ما يلي:-



(أ) الوسواس القهريّة : يتم تعريفها بما يلي :

- 1- أفكار متكررة ومستمرة واندفاعات أو تخيلات يخبرها الفرد في أغلب الأوقات أثناء الاضطراب وتبدو مقحمة وغير مناسبة وتسبب القلق والضيق والألم النفسي الواضح.
- 2- الأفكار والاندفاعات أو التخيلات لا تسبب أي إزعاج أو انشغال زائد عن الحد بمشكلات الحياة اليومية.
- 3- محاولة الشخص المستمرة لتجاهل وقمع هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات أو أبطالها (تحييدها) ببعض الأفكار أو الأفعال والتصرفات الأخرى.
- 4- يعرف الشخص أن هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات من نتاج عقله هو وليست مفروضة عليه من الخارج كما في اقتحام الأفكار.

(ب) الأفعال القهريّة: يمكن تعريفها بما يلي :

- 1- سلوكيات متكررة ظاهرية مثل: (غسيل الأيدي- الترتيب - الفحص) أو تصرفات عقلية مثل: (العد- ترديد كلمات في صمت) ويشعر الشخص بأنه مدفوع ومنقاد لأدائها بشكل متكرر وفقاً لقواعد صارمة.
- 2- تهدف هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إلى الوقاية أو منع حدوث أو خفض الألم والأسى النفسي أو منع حادث أو موقف مفرع وأن هذه السلوكيات أو التصرفات العقلية إما أنها لا ترتبط بطريقة واقعية مع ما خططت لتحبيده أو أنها زائدة على الحد وغير معقولة.

(ج) أثناء استمرار الاضطراب فإن الشخص يدرك أن الوسواس والأفعال القهريّة زائدة على الحد أو أنها غير عقلانية وغير منطقية.

(د) الوسواس والأفعال القهريّة التي تسبب ضيقاً وكرهاً واضحين تعد مستهلكة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة في اليوم) أو تتدخل كثيراً أو تؤثر في النظام اليومي العادي والوظائف المهنية (الأكاديمية) أو النشاطات الاجتماعية الاعتيادية أو العلاقات مع الآخرين.

(هـ) إذا وجد اختلال آخر من اختلالات المحور الأول فإن محتوى الوسواس أو الأفعال القهريّة تكون غير محصورة فيه (مثال ذلك: الانشغال بالطعام في وجود اضطراب الأكل Eating Disorders هوس نتف الشعر في وجود اضطراب النتف القهري

للمشعر الانشغال بالمظهر الخارجي في وجود اضطراب صورة الجسم المشوه Body Dysmorphic Disorder، الانشغال بالعقائير والأدوية في وجود اضطرابات استخدام المواد المخدرة والانشغال بالإصابة بالأمراض الخطيرة في وجود توهم المرض Hypochondriac والانشغال بالرغبات الجنسية أو التخيلات الجنسية في وجود اضطراب الشذوذ الجنسي Paraphilias أو اجترار الشعور بالذنب في وجود اضطراب الاكتئاب الأساسي Major Depressive Disorder.

(و) لا يرجع اضطراب الوسواس القهري إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة مثل (إساءة استخدام العقار أو العلاج الدوائي) أو نتيجة لحالة طبية عامة.

(American Psychiatric Association, 2013)

د- اضطراب الوسواس القهري في ضوء النظرية السلوكية ونظرية ما وراء المعرفي:

1- النظرية السلوكية : Behaviour Theory

تعتمد أكثرية النظريات السلوكية علي نظرية العالمين التي وضعها "مورار Mowrer" عام 1939 في الخوف والسلوك التجنبي: اكتسابها والاحتفاظ بهما. وهناك قبول عام لهذه النظرية في تفسير اضطرابات الخوف والوسواس القهرية، وتلا ذلك مزيد من التطوير والإتقان النظرية من قبل كل من "دولارد، وميللر" عام 1950 ومرة ثانية بوساطة "مورار" عام 1960. (عبد الخالق، 2002، ص279). وقدم "مورار" الكثير من الآراء في المرة الثانية التي لعبت دوراً بارزاً في توضيح نمو الوسواس والأفعال القهرية، فيتحدث عن مسئولية التعلم بالنموذج سواء بالاشتراط الكلاسيكي أو الاشتراط الإجرائي، وأيضاً تعلم الخوف وسلوك تجنب الدافع الذي يؤدي إلي التقليل من الخوف وتثبيت سلوك التجنب. (سعفان، 2003، ص43)

يشير "جوزف ولبي" إلي أن الوسواس القهرية علي أنها مكتسبة أو متعلمة من خلال تجارب الحياة المؤلمة، وهي دليل علي وجود حالة قلق وتوتر وخوف نابغة من مثيرات تحرض أو تثير هذه الوسواس وتقترن بها، لهذا فإن الوسواس تصبح ملحة وقسرية وشبه ثابتة مع عملية التكرار وضعف قدرة الفرد علي مواجهة ذلك. (الزباد، 2005، ص50)

وتسلم هذه النظرية بادئ ذي بدء بأن حادثاً محايداً يصبح مرتبطاً بالخوف وذلك بأن يقترن بمنبه بطبيعته مثيراً للضيق أو القلق. وعن طريق عملية ارتباطيه (اشتراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلي الأفكار والصور المتخيلة القدرة علي إحداث

الضيق. وفي المرحلة الثانية في سير الأعراض تطور استجابات الهرب أو التجنب Avoidance لتقلل من القلق أو الضيق الذي تثيره منبهات شرطية مختلفة، وتستمر هذه الاستجابات بسبب نجاحها في تخفيض القلق. ونتيجة للتعميم الشامل فإن كثيراً من المواقف المثيرة للخوف لدي الوسواسين القهريين لا يمكن تجنبها بسرعة أو بشكل مباشر. ويعد السلوك التجنبي السلبي - كذلك السلوك الذي يستخدمه مرضي الخوف الشاذ - غير فعال في السيطرة علي القلق، فتتطور عندئذ أنماط التجنب النشطة في شكل سلوك يتخذ صورة طقوس معينة. (عبدالخالق، 2002، ص 273-274)، (ديفيد. ه. ج. بارلو، 2002، ص 481) ويحدث تطور أعراض اضطراب الوسواس القهري إلي الاشتراط الكلاسيكي نتيجة لحدوث الاشتراط بين المثيرات الشرطية مع المثيرات الطبيعية التي تؤدي إلي أفكار وتخيلات، وبغزل الارتباط الشرطي الطبيعي غالباً ما يحدث تقوية سلبية وتعمل علي محاولة الهروب أو تجنب تلك المواقف المثيرة للقلق. (Ricks W, George D.Z, 1991, p:111)

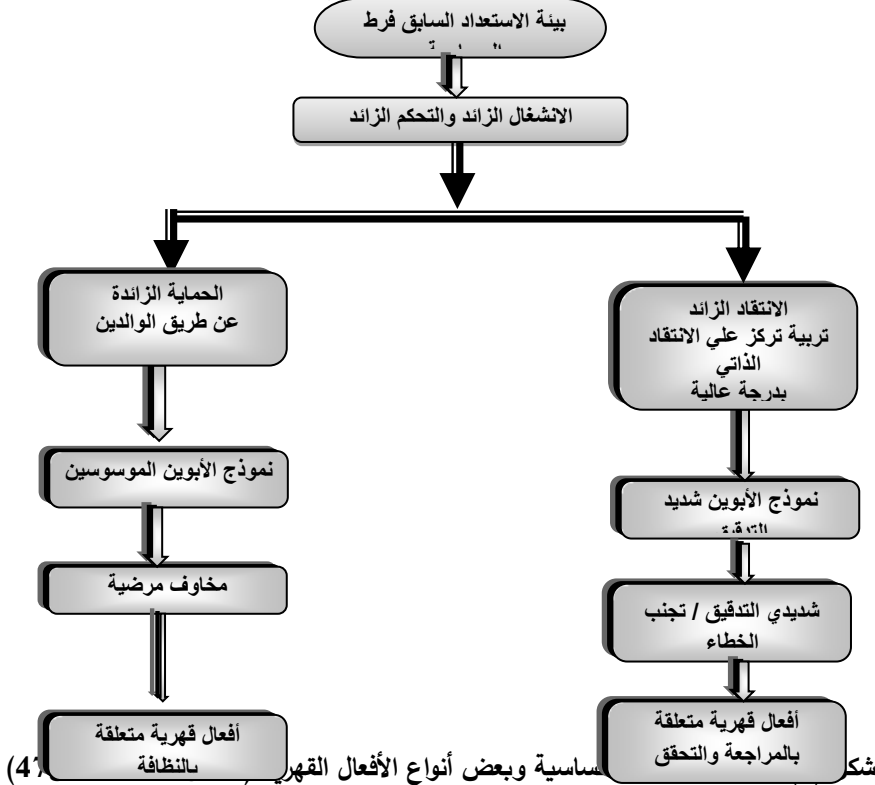
لذلك ينظر إلي الوسواس علي أنها تمثل منبهاً شرطياً للقلق، حيث أصبح منبهاً محايداً نسبياً مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية استجابة شرطية، بأن تقرن الوسواس بحوادث قلقة بطبيعتها أو مسببة للقلق ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة علي إثارة القلق أو الضيق ويتكون القهر بطريقة مختلفة، إذ يكتسب الفرد أن فعلاً معيناً يقلل من القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية، ولذا تتطور خطط التجنب الفعالة علي شكل قهر أو سلوك كالطقوس للسيطرة علي القلق، وبشكل تدريجي، ونتيجة للفعالية في خفض حافز ثانوي مؤلم (القلق) فإن خطط التجنب تصبح ثابتة بوصفها أنماطاً متعلمة للسلوك القهري. (عبد الخالق، الدماطي، 1995، ص 4). وقد استخدم "مورار" نموذجين من نماذج التعلم بوصفهما مسئولين عن اكتساب المخاوف وسلوك الوسواس القهري، وهما: الاشتراط التقليدي " الكلاسيكي " والإجرائي يؤدي إلي خفض المخاوف الوسواس القهرية، ويقوي السلوك التجنبي. (عبد الخالق، النيال، 1990، ص 545)

ويُعد اضطراب الوسواس القهري أحد الاضطرابات العصبية التي تنشأ نتيجة التعلم، فالفرد قد يتعلم خلال خبرات الحياة التي يمر بها من الأم والأب، الذي يجعله قلقاً ومتوتراً حول بعض الأمور المعينة، والتي تكون حقاً مؤلمة، وقد يتعلم أيضاً القيام بسلوك معين يؤدي إلي خفض ذلك القلق. وقد يصبح هذا السلوك بعد ذلك ثابتاً وقوياً ومعاوداً ومن ثم

ينشأ السلوك القهري الذي يخفض القلق ويصبح عادة لدي الفرد يؤديه مرات ومرات للخفض من القلق. (البشر وفرج، 2005، ص210)

وكذلك وجد أن تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري والتنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية الملتزمة والصارمة المتسلطة الأمرة الناهية القامعة، والقسوة والعقاب والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف علي النظافة والإخراج، يؤدي إلى المعاناة من الأبناء من الوسواس والقهر. (علي وشريت، 2004، ص309؛ زهران، 2005، ص511)

وقد ذهب "تيرني وآخرون. 1979 Turne, et al." إلي أن سلوك المراجعة يرجع إلي الحساسية الزائدة للنقد أكثر من الاغتسال، وليس هنا فروق في الخوف من النقد بين الاغتسال والمراجعة وذلك علي قائمة " مسح الخوف" والتي اختيرت لقياس الخوف والنقد. وعلاوة علي ذلك فإن كلتا المجموعتين اللتين لديهما اضطراب الوسواس وجد لديهما حساسية زائدة للنقد أكثر من مجموعة التحكم (مرضي الخوف) ويمكن تلخيص العلاقة بين فرط الحساسية وبعض أنواع الأفعال القهرية في هذا الشكل (1).



وتعتمد النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري علي أن السلوكيات والأفعال القهرية التي يقوم بها مرضي الوسواس القهري ما هي إلا سلوكيات متعلمة من البيئة المحيطة أي أنها مكتسبة وليست فطرية، تم اكتسابها من خلال قوانين التعليم (الاشتراط الكلاسيكي - الاشتراط الإجرائي - التعليم الاجتماعي)، ولكن هذه النظرية قدمت تفسير واضح لنشأة الأفعال القهرية والطقوس الحركية ولم تقدم تفسيراً منطقياً للوسواس فلم تقدم النظرية السلوكية تفسيراً واضح لنشأة الوسواس، لذلك كانت في أساليب علاجها للاضطراب كانت تركز علي علاج الأفعال السلوكية فقط وذلك باستخدام التعرض ومنع الاستجابة ولم تستخدم أي فنيات لعلاج الوسواس.

## 2- نموذج ما وراء المعرفي Metacognitive Model

اقترح (ويلز وماثيوس 1994 Wells & Matthews) نموذجاً يدعي النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (Tte Self-Regulatory Executive Function (S-REF) لتفسير الاضطرابات النفسية، فالعمليات المعرفية تسير وفقاً لهذا النموذج في ثلاث مستويات متفاعلة هي:

1- المستوى الأول : وحدة تشغيل المستوى الأدنى: وهي وحدة تُشغل آلية- انعكاسية بشكل كبير، وهي تعمل بشكل لا إرادي خارج الوعي، ويظهر أن الحاجة للانتباه في هذا المستوى تكون أقل ما يمكن، إلا أنها تنشط النظام التنفيذي (S-REF) في المستوى الثاني.

2- المستوى الثاني: وحدة تشغيل التحكم المعرفي: يتم فيها السيطرة علي عمليات تنظيم الذات التي تتضمن تقييم النشاطات الحالية ونتائج الأحداث واختبار استراتيجيات المواجهة المناسبة. وهي أيضاً تشمل وظائف ما وراء المعرفي كمرقابة الحالة الداخلية ومحاولة تكثيف أو قمع الأفكار المهمة. ونشاطات هذا المستوى إرادية والفرد فيه يكون مدركاً للسيطرة والتحكم ويعتمد علي الانتباه لتنفيذ المعالجات المعرفية المختلفة. ووظائف هذا المستوى لا تستطيع أن تعمل بشكل مستقل فهي تعتمد علي معتقدات ما وراء المعرفي(الوعي بالمعرفة) من الذاكرة لتوجيهها.

3- المستوى الثالث: معتقدات الذات: وتشير إلي الوعي بما وراء المعرفي للمعتقدات والنظريات التي يمتلكها الأفراد حول مدركاتهم ومعارفهم، مثل المعتقدات حول أساليب

التفكير والمعتقدات التي تتعلق بفاعلية الذاكرة والتحكم أو السيطرة المعرفية. وتخزين هذه المعتقدات في الذاكرة طويلة المدى كخطط للمعالجة والمواجهه, وهي مماثلة تماماً لمنظومة المخطوطات لدي (بيك Beck ) هذه المعتقدات قد تكون صريحة تظهر شفويًا مثل "همي يساعدي علي المواجهة" و"إذا ركزت علي الخطر سأتجنب الإيذاء" و"ليس لدي سيطرة علي تفكيري" مرضي القلق مثلاً يعتقدون أن الانشغال بالهم المستمر يكون خارجاً عن التحكم وذا خطورة بالغة, ويظهر أكثرهم الاعتقاد بأن الهم مفيد, وقد تكون ضمنية ليست طيبة للوعي ولا يمكن أن تظهر في شكل شفوي مباشرة وهي تتضمن القواعد والاجراءات والخطط التي توجه التفكير مثل عوامل السيطرة علي توجيه الانتباه وحث الذاكرة واستخدام مساعدات حل المشكلات لتشكيل القرار. (الزيداني, 2012, ص322)

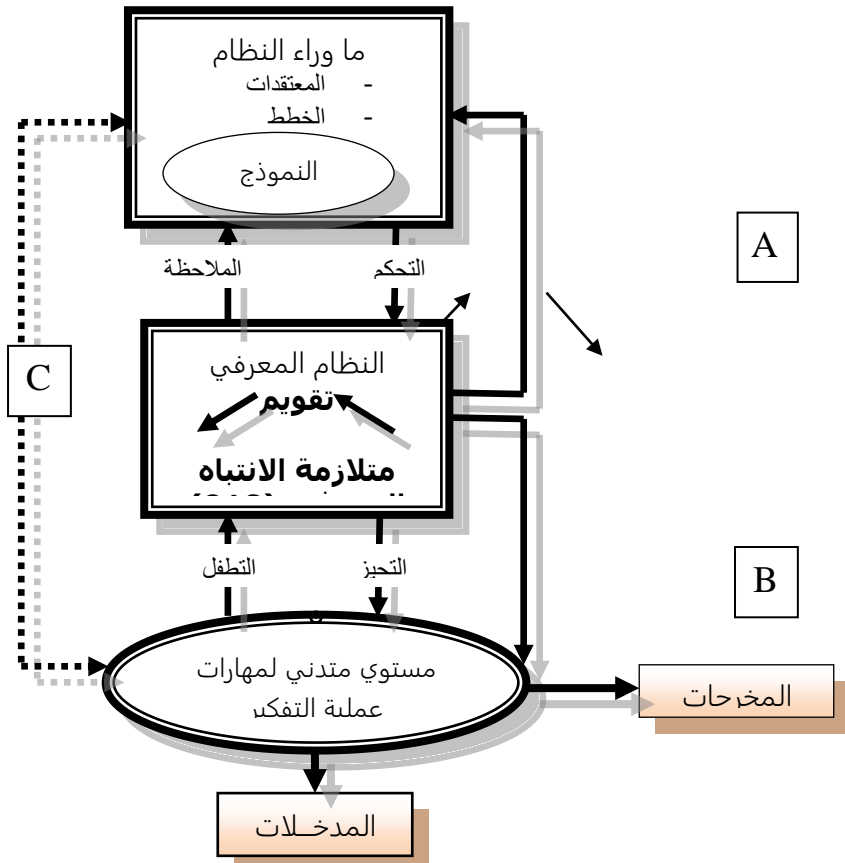
فأساس نظرية ما وراء المعرفي هو النموذج الوظيفي التنفيذي للتنظيم الذاتي (S-REF) الذي يؤكد علي فكرة أن الأفراد يصبحون مضطربين نفسياً لأن ما وراء المعرفي الخاصة بهم يسبب نمطاً معيناً من الاستجابة للحالة الداخلية التي تبقى الانفعال وتقويه وتقوي الأفكار السلبية, وهذا يدعي متلازمة الانتباه المعرفية (CAS) Cognitive Attention Syndrome التي تتميز بالانتباه المركز علي الذات والمعالجة المباشرة لمعتقدات الذات السلبية والانشغال بالهم والاجترار ومراقبة التهديد واستخدام استراتيجية التنظيم الذاتي غير المفيدة, وتطبيق أسلوب خاص من المواجهة مثل: قمع الأفكار أو التجنب الذي يعيق تطوير الوعي الذاتي الأكثر كفاءة. (Wells, 2009, P: 7)

وفرقت نظرية ما وراء المعرفي بين عاملين أساسين هما:

- أ- معرفة ما وراء المعرفي: والتي تتضمن تلك المعلومات التي لديك حول الأفراد عن عملية تفكيرهم وحول الاستراتيجيات التي تؤثر عليه, وتشمل مجموعة المعارف والمعتقدات التي يمتلكها الشخص حول ذاته والعالم الخارجي.
- ب- وتنظيم ما وراء المعرفي: والتي تتضمن الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير طبيعة المعالجة, مثل التخطيط وتحديد المصادر والمراقبة وكشف الأخطاء وتصحيحها. (Purdon & David A, 1999, P: 104)

ففي نظرية ما وراء المعرفي للاضطرابات نفسية Wells, 2009, Wells, (Mathews, 1994)، تكون ما وراء المعرفي أمر أساسي في تحديد ومراقبة أنماط التفكير السلبي، فمعظم الناس لديهم الأفكار والمعتقدات السلبية، وفي معظم الحالات تكون هذه الأفكار والمعتقدات هي خبرات عقلية عابرة. فالأفكار السلبية تصبح مشكلة بسبب الطريقة التي يفكروا بها ويستجيب لها الفرد.

هذا الافتراض يمكن أن يظهر بوضوح في حالة اضطراب الوسواس القهري، فمحتوى الانزعاج والخوف في اضطراب الوسواس القهري لا يختلف عن المخاوف اليومية التي يعاني منها معظم الأفراد. ومع ذلك، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري لديهم انزعاج مفرط ولا يمكن السيطرة علي قلقهم منه مع الشعور بالضيق. فكيف يُفسر ذلك؟ يوفر نموذج ما وراء المعرفي تفسيراً لهذا من حيث أن الفرق بين الأفراد العاديين ومضطربي القلق العام يرجع إلي الاختلافات في الطريقة التي تتصل بالتقييم والسيطرة على هذا الانزعاج. ويمكن تمثيل النموذج المعرفي لتفسير الاضطراب النفسي بالشكل (2) كما يلي:



شكل (2) النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF) لما وراء المعرفي لتفسير الاضطراب النفسي (Wells & Matthews, 1994, P: 24)

أ- طبيعة ما وراء المعرفي:

ويصف ما وراء المعرفي مجموعة من العوامل المترابطة التي تتكون من أي معرفة أو عملية معرفية التي تشارك في التفسير أو المعالجة، ويمكن تقسيمها إلى المعرفة والخبرات والاستراتيجيات. (Wells A, 2005, P: 339)

ومعرفة وراء المعرفي تشير إلى أن الناس لديهم معتقدات نحو تفكيرهم. على سبيل المثال: تتكون هذه المعرفة من المعتقدات التي تتكون حول أنواع معينة من الأفكار وكذلك المعتقدات حول كفاءة ذاكرة الفرد أو قوى تركيزه. الفرد قد يعتقد أن بعض هذه الأفكار ضارة. فالشخص المتدين قد يعتقد بعض هذه الأفكار شريرة أو آثمة، وسوف



تؤدي إلى العقاب. هذه أمثلة من المعتقدات ما وراء المعرفي حول أهمية الأفكار. مثل هذه المعتقدات له آثارها على كيف يمكن للشخص أن يستجيب لأفكاره وكيف يُنظم تفكيره. (Wells A, 2009, P: 8)

ويصف ما وراء المعرفي مجموعة من العوامل المترابطة التي تتكون من أي معرفة أو عملية معرفية التي تشارك في التفسير أو المعالجة، ويمكن تقسيمها إلى المعرفة والخبرات والاستراتيجيات. (Wells A, 2005, P: 339)

ومعرفة وراء المعرفي تشير إلى أن الناس لديهم معتقدات نحو تفكيرهم على سبيل المثال: تتكون هذه المعرفة من المعتقدات التي تتكون حول أنواع معينة من الأفكار وكذلك المعتقدات حول كفاءة ذاكرة الفرد أو قوى تركيزه. الفرد قد يعتقد أن بعض هذه الأفكار ضارة. فالشخص المتدين قد يعتقد بعض هذه الأفكار شريرة أو آثمة، وسوف تؤدي إلى العقاب. هذه أمثلة من المعتقدات ما وراء المعرفي حول أهمية الأفكار. مثل هذه المعتقدات له آثارها على كيف يمكن للشخص أن يستجيب لأفكاره وكيف يُنظم تفكيره. (Wells A, 2009, P: 8)

وفقا لنظرية ما وراء المعرفي للاضطرابات النفسية، هناك نوعان من المعرفة ما وراء المعرفي: (1) المعتقدات الصريحة (المعلنة) و(2) المعتقدات الضمنية (الإجرائية).  
1- المعتقدات الصريحة (المعلنة) هي التي يمكن التعبير عنها لفظيا. وتشمل "القلق يمكن أن يسبب نوبة قلبية"، "وجود أفكار سيئة يعني أنني مختل عقليا"، وإضافة "إذا كنت تركز على الخطر سوف تتجنب الضرر".

2- المعتقدات الضمنية (الإجرائية) غير مباشرة وغير لفظية. فإنه يمكن اعتبارها من حيث أنها النظم أو البرامج التي توجه التفكير، مثل العوامل التي تتحكم في تحديد الانتباه، والبحث في الذاكرة، واستخدام الاستدلال في تكوين الأحكام. هذه الخطة أو برنامج المعالجة يمكن أن يكون غير مباشر ويستدل علي تقييم ملامح استراتيجيات ما وراء المعرفي. تمثل المعرفة الضمنية أو الإجرائية "مهارات التفكير" التي يمتلكها الأفراد.

بالإضافة إلى هذين النوعين من المعرفة ما وراء المعرفي، وهناك مدي واسع من المحتوى في مجالات علاج ما وراء المعرفي (MCT). تظهر بعض أنواع هذا المحتوى لدى الأفراد المضطربين ضمن هذه المجالات. منها:

1- المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية: تشعر الأفراد بالقلق ومن فوائدها أو مزاياها المشاركة في الأنشطة المعرفية التي تشكل متلازمة الانتباه المعرفي (CAS). ومن أمثلة هذه المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية: "من المفيد أن نركز انتباهنا على التهديد"، و"القلق حول المستقبل يعني أننا يمكننا تجنب الخطر".

2- المعتقدات ما وراء المعرفية السلبية: هي المعتقدات المتعلقة بدلالة السلبية فهي تنقسم إلى مجموعتين فرعيتين تشير إحدهما إلى عدم القدرة على السيطرة على الأفكار، أما الثانية فهي ترجع إلى الخطورة والأهمية ومعني كل منهما ويطلق عليها مصطلح (ما وراء المعتقدات) وتؤدي إلى استمرار المتلازمة الانتباهية المعرفية واستغراق الفرد فيها بسبب إخفاقه في محاولات السيطرة على الأفكار أو المعتقدات والتفسيرات السلبية للأحداث العقلية/النفسية. وتشمل الأمثلة على هذه المعتقدات "لا أستطيع السيطرة على أفكاري"، "إثارة القلق أو الانزعاج يمكن أن يلحق الضرر لعقلي"، "إذا كان لدي أفكار غير طبيعية سأعمل عليها رغما عني"، و"عدم القدرة على تذكر الأسماء هي علامة على وجود ورم في المخ". (Wells & Matthews, 1994)

ب- المبادئ الأساسية لنظرية ما وراء المعرفي

1- تفترض النظرية أن القلق والحزن مؤشرات داخلية أساسية لتناقض تنظيم الذات وإحساس الفرد بالتهديد.

2- تكون مدة المواجهة المناسبة عادة محدودة وذلك لأن الفرد يقوم باستخدام استراتيجيات المواجهة المناسبة لتخفيض التهديد وللتحكم في المعرفة.

3- تنتج الاضطرابات النفسية من بقاء ردود الأفعال الانفعالية.

4- تنتج ردود الأفعال الانفعالية بسبب أسلوب الفرد في التفكير والاستراتيجيات التي يستخدمها للمواجهة.

5- إن أسلوب التفكير غير المفيد سبب كل الاضطرابات، وهو ينتج من متلازمة الانتباه المعرفي، والتي تشمل الهم أو الاجترار ومراقبة التهديد واستخدام استراتيجيات غير

مفيدة للتحكم والسيطرة في الأفكار أو استخدام أشكال أخرى من السلوك كالتجنب التي تكف التعلم التكيفي.

6- متلازمة الانتباه المعرفي تظهر نتيجة لمعتقدات ما وراء المعرفي الخاطئة.

7- متلازمة الانتباه المعرفية تظل وتكثف الخبرات الانفعالية السلبية من خلال عدة أساليب وطرق محددة. (Wells A, 2009, P: 10)

ج- أبعاد ما وراء المعرفي:

يشير ويلز Wells (2009) إلي أن مفهوم ما وراء المعرفي متعدد الأبعاد يشتمل علي العمليات والمعتقدات المرتبطة باحتمال استبقاء الاضطرابات الانفعالية, وتلك الأبعاد هي:

1- المعتقدات الإيجابية نحو الهم أو الانزعاج : وتعبّر عن التفكير المستمر المفيد كالإعتقاد بأن الهم والانزعاج يساعد علي حل المشكلات وتجنب المواقف غير السارة.

2- المعتقدات السلبية نحو الأفكار المرتبطة بالعجز عن التحكم وإدراك الخطر : وهو التفكير المستمر في العجز والخطر كالاعتقاد أن الهم لا يمكن السيطرة عليه ,مما ينتج عنه مخاطر عقلية وعضوية.

3- الثقة المعرفية : وهي المدي الذي يظهره الفرد من عدم الثقة في ذاكرته وانتباهه.

4- الحاجة لضبط الأفكار : وهي المعتقدات التي تتعلق بضرورة قمع الأفكار أو تجنبها والسيطرة عليها.

5- الوعي أو الشعور بالذات : وهو الميل لمراقبة وتقييم الأفكار وتركيز الانتباه للداخل. (Wells A, 2009, P: 27)

د- نموذج ما وراء المعرفي لتفسير اضطراب الوسواس القهري:

أعتمد نموذج ما وراء المعرفي لتفسير الوسواس القهري في البداية من قبل ويلز وماتيسوس, Wells & Matthews (1994) استنادا إلى نموذج النموذج الوظيفي التنفيذي لتنظيم الذات (S-REF) هذا النموذج تفترض أن التفسيرات السلبية للأفكار الوسواسية شكل من أشكال الفكر الاقتحامي وهي نتيجة لمعتقدات حول ما وراء المعرفة معنى و/ أو العواقب والخيمة من وجود هذا الفكر, فهذا النموذج يركز على مجالين من

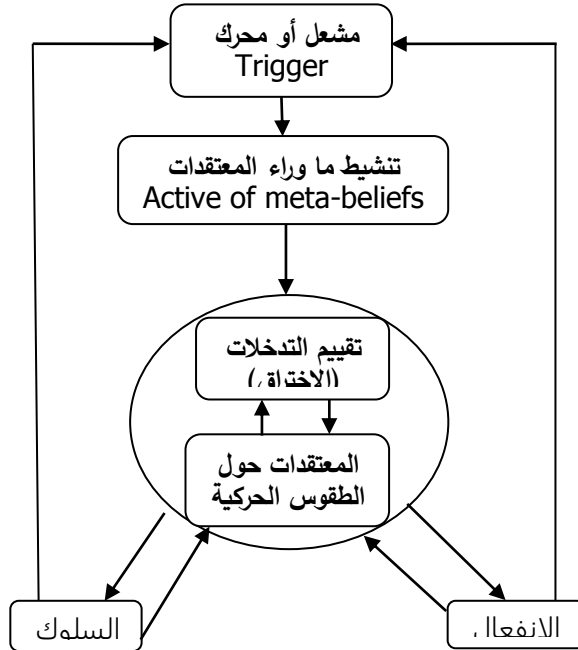
المعتقدات: (1) المعتقدات حول معنى/ أهمية الأفكار الدخيلة و(2) المعتقدات حول أداء الطقوس (مثل الحاجة إلى السيطرة على الأفكار). (Wells A, Matthews G, 1994, P:118)

وأن الأفكار الإقتحامية أو شك، أو شعور يمكن أن تكون بمثابة المشعل أو المحرك للمعتقدات ما وراء المعرفة حول معنى هذه الأفكار الإقتحامية، والمعتقدات ما وراء المعرفة حول التدخلات وإندماج الحدود ما بين الفكر والأفعال، والفكر والأحداث، والفكر والموضوع. ونتيجة لذلك، يتم تقسيم ما وراء المعرفة عن الأفكار الوسواسية على نطاق واسع إلى ثلاث فئات: (1) دمج الفكر والفعل Thought Action Fusion (TAF) الذي يشير إلى الاعتقاد بأن وجود فكر معين يجعل هذا الفعل يحدث في الواقع (احتمال حدوث ما نفكر فيه) وجود فكرة غير أخلاقية ممكن تؤدي إلى القيام بعمل محظور أو غير أخلاقي، (2) دمج الفكر والحدث Thought Event Fusion (TEF)، الذي يشير إلى الاعتقاد بأن وجود فكرة ما يمكن أن يؤدي هذا إلى حدث يحدث (TEF)، أو أن يكون قد حدث بالفعل، مثل "اعتقاد الفرد بأنه إذا ما فكر في الأحداث السيئة، فإن تفكيره سيجعلها تحدث بالفعل"، و(3) دمج الفكر والموضوع thought object fusion (TOF)، والتي تشير إلى الاعتقاد بأن الأفكار والمشاعر، أو الذكريات يمكن نقلها إلى الأشخاص أو الموضوعات الأخرى، مثل: اعتقاد الفرد بأن بعض الموضوعات تصدر عنها أفكاره السيئة، أو اعتقاده بأن أفكاره وذكرياته يمكن أن تتحول إلى سلوك، فإذا طرأت على ذهنه فكرة أن هذا الطعام ملوث، فإن هذا يعني أنه قد يكون ملوث بالفعل، وهذا ما يحدث في وسواس التلوث لدي مريض الوسواس القهري. (Wells A, 1997, ) (Fisher P, , (Cogle, J, et al, 2013) ( Inozu M, et al, 2014 ), 2000 Wells A, 2005)

ويتم تنشيط هذه المعتقدات التي تحدث عادة الاختراقات والتدخلات إذا قيمت بأنها خطيرة أو مهمة إلى "معتقدات حول الطقوس" يواجه الاستجابة علي هذا التقييم عنصران هما: (1) المعتقدات المعلن عن الحاجة إلى إجراء الطقوس على سبيل المثال: " أنا بحاجة إلي أداء طقوسي وإلا فإنني لن أكون مطمئن "، (2) خطة أو برنامج لرصد ومراقبة الفعل، وجزء من هذه الخطة هو الهدف الذي يشار إليه وقف المعيار أو " وقف

الإشارة. " (Myersa, S, et al, 2009, P: 436) ويُعرض نموذج ما وراء المعرفة

لتفسير اضطراب الوسواس القهري في الشكل (3)



شكل (3) نموذج ما وراء المعرفي لتفسير اضطراب الوسواس القهري. (Wells A, 1997, P: 42)

وتنقسم معتقدات ما وراء المعرفة حول الطقوس إلى المعتقدات الإيجابية والسلبية، وتشمل الأمثلة على المعتقدات الإيجابية "لو غسلت دون التفكير في الفكرة السيئة، ولا يحدث أشياء سيئة"، "لا بد من أداء طقوسي دائماً وإلا لن ينتهي هذا الشعور أبداً". وتشمل المعتقدات السلبية "طقوسي خارج نطاق السيطرة عليها"، "طقوسي العقلية يمكن ان تلحق الضرر بجسدي"، هذه المعتقدات الإيجابية والسلبية حول الاستجابات المتاحة تؤثر على اختيار وتنفيذ السلوكيات، وتؤثر على قوة الاستجابات الانفعالية على المدى القصير. (Yilmaz A, 2007)

وفقاً لنموذج ما وراء المعرفة يفسر اضطراب الوسواس القهري علي أنه اضطراب ينشأ من اختلال في معتقدات ما وراء المعرفية حول أهمية الوسواس والأفكار وعواقبها، مثل "التفكير في القيام بشئ معين يعني القيام به فعلاً" وهذا ما يسمى دمج الفكر مع الفعل أو "إذا كنت لا أستطيع السيطرة علي فكره تقلقني فيمكن أن تحدث بعد ذلك" ويسمي ذلك "القلق الزائد حول السيطرة بالأفكار والمشاعر والمبالغة في تحمل

مسئولياتها" بالإضافة إلى المعتقدات الإيجابية حول الطقوس التي تساعد علي استمرارها, مثل "قلقي حول النظافة وغسيل أيدي باستمرار يحميني من الإصابة بالأمراض, لذلك لا بد منها". (Pazvantoglu O, et al, 2012, P: 66)

■ الدراسات السابقة

تناولت عدد من الدراسات اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة فجاءت دراسة السيد (2007) للمعرفة العلاقة بين الوسواس القهري ببعض مكونات الذاكرة العاملة لدي طلاب الجامعة علي العينة من (381) (109 طالباً - 272 طالبة) من طلاب الجامعة, أظهرت النتائج عن انتشار فروق بين الطلاب ذوي الوسواس القهري المنخفضة والمرتفعة في الأداء علي كل من اللوحة البصرية المكانية لصالح منخفضي الوسواس القهري, في حين قام الخضير (2009) بدراسة العلاقة بين الوسواس القهري وفقدت الشهية العصبي لدي طالبات الجامعة جامعة الملك سعود بالرياض, تكونت العينة من (681) طالبة, أسفرت النتائج عن علاقة موجبة بين فقدت الشهية العصبي واضطراب الوسواس القهري' وكما كشفت دراسة محمود (2010) عن العلاقة بين الكمالية التوافقية واللاتوافقية والوسواس القهري لدي طلاب الجامعة الأزهر, تكونت العينة من (537) طالباً وطالبة, أظهرت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين الكمالية التوافقية وبعض أعراض الوسواس القهري (التدقيق والنظام القهري والنرجعة القهرية) كما وجد علاقة موجبة بين الكمالية اللاتوافقية وأعراض الوسواس القهري متمثلة في (التكرار والاستحواز والمراجعة القهرية والاجترار القهري والدرجة الكلية).

في حين تناولت دراسات انتشار الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة, فقام بدري (2009) بالتعرف علي مدي انتشار الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة البحر الأحمر بالسودان, تكونت العينة من (208) منهم (108 طالباً - 100 طالبة), أشارت النتائج إلي وجود مستويات مختلفة من الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة, وعدم وجود فروق بين الطلاب والطالبات في مستويات الوسواس القهري. في حين أظهرت نتائج دراسة محمد (2010) عن وجود فروق بين طلاب الفرقة الأولى والرابعة لجانب الفرقة الرابعة من طلاب جامعة البحر الأحمر, وأنتشاره بنسب مختلفة وكانت النسبة المتوسطة والحادة بنسبة 19.2%, في حين أظهرت دراسة البناني (2010) عن فروق بين العينة الإكلينيكية وغير

الإكلينيكية من طلاب الجامعة في التجميع والتخزين القهري وكذلك علاقته بالوسواس القهري، علي عينة من (41) مريضة بالوسواس القهري و(233) طالبة من طلاب جامعة أم القرى، عن وجود علاقة موجبة التجميع والتخزين القهري واضطراب الوسواس القهري لدي العينة الكلية (الاكلينيكية وغير الاكلينيكية)، وانتشار التجميع والتخزين القهري بين أفراد العينة الاكلينيكية بنسبة 41.5%، وبين العينة غير الاكلينيكية بنسبة 15.5%.

كما جاءت دراسة عباس (2011) للكشف علي العلاقة بين اضطراب التشوه الوهمي للجسد باضطراب الوسواس القهري لدي طلبة الجامعة الأردنية علي عينة من (500) من طلاب طليتي العلوم والآداب بنسبة 10% من مجتمع الدراسة، أظهرت النتائج عن وجود علاقة موجبة بين اضطراب التشوه الوهمي للجسد واضطراب الوسواس القهري لدي العينة. وأسفرت نتائج دراسة عبد الخالق وآخرون (2012) عن وجود علاقة إيجابية بين إدمان الإنترنت واضطراب الوسواس القهري والأرق، أن متوسط الطالبات أعلي من الطلاب علي مقياس الوسواس القهري. التي أجريت علي (1021) طالباً وطالبة بواقع (510) طالباً و(512) طالبة الجامعة الكويتيين. ووجدت دراسة ملحم وباكير (2012) أن متغير مفهوم الذات هو المتغير الذي فسر التباين في سلوك الوسواس القهري لدي طالبات الجامعة السعودية والتي أجريت علي عينة من (253) طالبة. كما كشفت دراسة الريماوي والريماوي (2014) عن وجود علاقة عكسية بين الوسواس القهري وبعد الانبساطية، ووجود علاقة طردية بين الوسواس القهري والعصابية، وعدم وجود علاقة بينه وبين أبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لكل من المتغيرين الجنس والكلية والتي أجريت علي عينة من (231) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة القدس.

تناولت بعض الدراسات أساليب مختلفة لعلاج اضطراب الوسواس القهري منها العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الإستجابة كما في دراسة بولتون وبيرين Bolton D, Perrin S, (2006) التي أجريت علي عينة قوامها "20" من الأطفال والمراهقين البريطانيين منهم (14ذكور - 6 إناث)، يتراوح أعمارهم من (8 - 18 سنة)، وأسفرت نتائج إلي فعالية العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري للأطفال والمراهقين، واستمرار فعالية العلاج خلال فترة المتابعة التي تصل إلي ثلاثة شهور، في كشفت دراسة بيتر وأدريان Peter L. F, Adrian W, (2006) عن حجم تأثير العلاج المعرفي والعلاج السلوكي

بالتعرض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري علي عينة من (30 مريض)، تراوحت أعمارهم بين ( 18 - 65 سنة ) وأظهرت النتائج فعالية كلاً من العلاج المعرفي والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة في تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد العلاج وخلال فترة المتابعة، وكان تأثير العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة أفضل من العلاج المعرفي، وقران كارين وآخرون, Karen R, et al, (2007) بين العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة القائم في العيادة بالقائم في المنزل والأماكن الطبيعية لاضطراب الوسواس القهري علي عينة من (28 مريضاً) وأظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة في كلاً من المجموعتين في تخفيف اضطراب الوسواس القهري بعد العلاج، واستمرار هذه التحسن في كلاً من المجموعتين خلال فترة المتابعة التي تصل إلى 6 شهور.

وكما كشفت دراسة الدفاعي(2009) عن فعالية العلاج السلوكي المختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري علي عينة من (20 مريضاً) منهم (14ذكور- 6إناث)، وتوصلت النتائج إلي أن العلاج السلوكي المختصر قد أحدث تغييراً واضحاً في أعراض الوسواس القهري لدي العينة التجريبية، وقام جونز وآخرون; Jones M, et al; (2012) بعلاج مريض بالوسواس القهري بالغ من العمر 80 سنة لدية تاريخ مرضي من 20سنة بالتعرض ومنع الإستجابة، وانخفضت أعراض الوسواس القهري لدي المريض بعد العلاج، في حين عالج جولدن وهولاوي Golden A, Holaway R, (2013) مريض بالوسواس القهري والفصام بالغ من العمر 47 سنة من المحاربين القدامي، توصلت النتائج إلي فعالية العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة في خفض أعراض الوسواس القهري لدي المريض، واستخدم ناكانيشي وآخرون; Nakanishi M, et al; (2014) العلاج السلوكي بالتعرض بالإضافة إلي العلاج بالعقاقير المثبطة لإمتصاص السيروتونين (إسيتالوبرام) في علاج مريضة بالوسواس القهري بالغة من العمر 28 سنة، واسفرت النتائج إلي أن العلاج السلوكي مع العلاج بالعقاقير أدي إلي خفض أعراض الوسواس القهري لدي المريض خلال 6شهور.

واعتمدت دراسات أخرى علي نظرية ما وراء المعرفي في علاج اضطراب الوسواس القهري كما في دراسة سيمونس وآخرين Simons M, et al. (2006) الذي قارن بين العلاج ما وراء المعرفي MCT والعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري عند الأطفال والمراهقين علي العينة من (20) مريضاً بالوسواس القهري من الأطفال



والمراهقين وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ في مجموعة العلاج MCT متفاوتة بالعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة, واستمرار التحسن خلال فترة المتابعة التي بلغت (3) و(12) شهر, في حين هدفت دراسة فيشر وويلز, Fisher P, Wells A (2008) بالتعرف علي مدي فعالية علاج ما وراء المعرفي في علاج مرضي الوسواس القهري, علي عينة من (4) من المرضي وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج لدي جميع حالات, واستمر التحسن خلال فترة المتابعة بلغت (6) و(12) شهر, في حين عالج كليز وآخرين (2008)Clare S, et al, ثمانية مرضي بالوسواس القهري باستخدام علاج ما وراء المعرفي, تراوحت أعمارهم من (25-66) سنة, وأسفرت النتائج أيضاً عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج لدي سبع حالات, واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة التي بلغت ثلاث شهور.

وكما استخدم الخولي (2008) العلاج ما وراء المعرفة مع(20) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة منهم (10 طلاب -10 طالبات) وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة, واستخدم موريتز وآخرين Moritz S, et al, (2010) التدريب الذاتي لعلاج ما وراء المعرفي في علاج مرضي الوسواس القهري عبر الانترنت لعلاج (86) مريضاً بالوسواس القهري مما لديهم خوف من الخضوع للعلاج المباشر, وأظهرت النتائج عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج, كما أوضحت النتائج أن هذا البرنامج ليس بديلاً للعلاج المباشر ولكن يساعد مع العلاج, وقارن الشرع وآخرين. Shareh H, et al. (2011) بين العلاج ما وراء المعرفي MCT والعلاج بالفلوفوكسامين والجمع بينهما لمرضي الوسواس القهري لعلاج (21) مريضاً من العيادات بطهران, وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً في مجموعة العلاج MCT متفاوتة بالعلاج بالفلوفوكسامين, وعدم وجود فروق بين مجموعة MCT والمجموعة الثالثة التي تجمع بين العلاج MCT والفلوفوكسامين.

في حين استخدم سامانثا وكليز, Samantha F& Clare P (2012) الدوائر التلفزيونية في علاج مرضي الوسواس القهري بالعلاج ما وراء المعرفي لعلاج اربعة مرضي, تراوحت أعمارهم من (18-66) سنة, وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج لدي جميع حالات, كما أوضحت النتائج أيضاً تحسناً خلال فترة المتابعة التي بنسبة

75% بعد فترة متابعة بلغت (6) و(8) شهر، واستخدم سوليم وآخرين, Solem S, et al (2014) علاج ما وراء المعرفي لخفض أعراض القلق الصحي (الخوف من المرض) لدي مرضي الوسواس القهري لعينة من (313) مريضاً بالوسواس القهري, وأسفرت النتائج عن تحسن ملحوظ بعد الانتهاء من البرنامج في أعراض الوسواس القهري وخفض المعتقدات ما وراء المعرفي وكذلك تحسن ملحوظ في أعراض القلق الصحي لدي المرضى بعد العلاج من اضطراب الوسواس القهري, واستخدم تورون وآخرين, Torun G, et al (2015) علاج ما وراء المعرفي في خفض المعتقدات ما وراء المعرفة والكمالية والمسئولية لدي مرضي الوسواس القهري لدي عينة من (108) مريضاً, وأظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج في خفض أعراض الوسواس القهري والمعتقدات دمج الفكر مع الفعل ومعتقدات ما وراء المعرفية حول الطقوس وكذلك انخفاض مستوي الكمالية والمسئولية لديهم.

▪ تعقيب علي الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة في محاورها الثلاثة استنتج الباحث ما يلي:

1- ارتفاع انتشار اضطراب القلق لدي طلاب الجامعة كما أظهرت نتائج دراسة كل من الخضير (2009), السيد (2007), محمود (2010), عبد الخالق وآخرون (2012), الريماوي (2014).

2- فعالية العلاج السلوكي (BT) لعلاج اضطراب الوسواس القهري كما أشارت نتائج دراسة كل من بولتون وبيرين, Bolton D, Perrin S, (2006) بيتر وأديان Peter L. F, Adrian W, (2006) كارين وآخرون, Karen R, et al (2007), الأغا (2009), جونز وآخرون; Jones M, et al (2012), جولدن وهولاوي Nakanishi M, et (2013) Golden A, Holaway R, (2014) al;

3- فعالية علاج ما وراء المعرفي (MCT) في علاج اضطراب الوسواس القهري كما أشارت نتائج دراسة كل من سيمونس وآخرين. Simons M, et al (2006), فيشر وويلز (2008) Fisher P, Wells A, (2008) كلير وآخرين, Clare S, et al (2008), موريتز وآخرين, Moritz S, et al (2010), الشرع وآخرين. Shareh H, et al.

- (2011), سامانثا وكليير, Samantha F& Clare P, تورون وآخرين (2012) Torun G, et al, سوليم وآخرين (2014) Solem S, et al, (2014).
- 4- كفاءة علاج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري بالمقارنة بالاساليب العلاجية الأخرى مثل العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة والعلاج بالفلوفوكسامين كما في دراسة سيمونس وآخرين. (2006) Simons M, et al. ودراسة الشرع وآخرين Shareh H, et al. (2011).
- 5- عدم وجود دراسات تناولت المقارنة بين العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) والجمع بينهم لعلاج اضطراب الوسواس القهري (في حدود علم الباحث).
- فروض الدراسة :
- في ضوء مشكلة الدراسة وتساؤلاتها ونتائج الدراسات السابقة تم صياغة فروض الدراسة كما يلي:
- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) في اتجاه المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج.
  - 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي.
  - 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) في اتجاه المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج.
  - 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي.
  - 5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعتين التجريبيتين (العلاج السلوكي - مجموعة علاج ما وراء المعرفي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة.

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة.

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعتين التجريبيتين (العلاج المعرفي السلوكي - مجموعة علاج ما وراء المعرفي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة.

#### ■ المنهج والإجراءات:

أولاً: منهج الدراسة:

اعتمد الباحث في الدراسة الحالية في ضوء أهدافها علي استخدام المنهج التجريبي الذي يعتمد علي أربع مجموعات, ثلاث مجموعات تجريبية: مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) ومجموعة العلاج السلوكي وما وراء المعرفة (التجريبية الثالثة) بالإضافة إلي المجموعة ضابطة. ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (24) طالباً من طلاب جامعة الملك عبد العزيز. تراوحت أعمارهم بين (20 - 27 سنة) بمتوسط 22.5 سنة وانحراف معياري قدرة 2.28 سنة, تم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلي ثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة, قوام كل مجموعة (6) طلاب, ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري .

وَمر اختيار العينة بالمراحل التالية:

1- تم تطبيق مقياس اضطراب الوسواس القهري ومقياس يال-برون علي مجتمع الدراسة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز (شطر الطلاب) في المستويات ما بعد الرابع, وبلغ عددهم (324) طالباً من كليات مختلفة.

- 2- تم فرز نتائج التطبيق واستبعاد المقاييس غير المكتملة وغير المطبقة بعناية، ثم تم اختبار الطلاب الذين حصلوا علي درجات مرتفعة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري ، مما يعانون من الاضطراب، وكان عددهم (43) طالباً.
- 3- ثم قام الباحث عرض فكرة البحث والعلاج علي العينة، وبأخذ آراء الطلبة في رغبتهم في الاشتراك في البرنامج العلاجي.
- 4- ثم قام الباحث بإجراء مقابلة تشخيصية علي العدد المتبقي وهم (27) من الطلاب الراغبون في العلاج والاشتراك في البرنامج. وتم استبعاد ثلاثة طلاب لعدم رغبتهم في الاشتراك في الدراسة.
- 5- وتم تقسيم العينة الأساسية بطريقة عشوائية إلي اربع مجموعات، ثلاث مجموعات تجريبية قوام كل مجموعة (6) طلاب وبالإضافة للمجموعة الضابطة وكان قوامها أيضاً (6) طلاب، وتم استبعاد طالب للتساوي حجم المجموعات الأربعة، وثلاثة قياسات (قبلي-بعدي-تتبعي).

وللتأكد من تجانس المجموعات الثلاثة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري قبل تطبيق البرنامج، استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test " لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي:

جدول (1) دلالة الفروق في رتب الوسواس القهري لدي المجموعات الأربعة (العلاج السلوكي - علاج ما وراء المعرفي- المجموعة العلاج السلوكي وما وراء المعرفية- المجموعة الضابطة) باستخدام اختبار كروسكال واليس قبل تطبيق البرنامج

مستوي الدلالة	كا2	م الرتب	مج الرتب	ن	المجموعات التجريبية
غير دالة	0.246	12.5	13.25	6	(التجريبية الأولى) العلاج المعرفي السلوكي
		12.5	11.67	6	(التجريبية الثانية) علاج ما وراء المعرفي
		12.5	11.92	6	(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي +العلاج السلوكي
		12.5	13.17	6	المجموعة الضابطة

يتضح من الجدول السابق (1) ما يلي :

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة للمجموعات الأربعة (مجموعة العلاج السلوكي - مجموعة علاج ما وراء المعرفي - المجموعة العلاج السلوكي وماء وراء المعرفية - المجموعة الضابطة) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري قبل تطبيق البرنامج. مما يشير إلي تجانس المجموعات التجريبية الثلاثة والمجموعة الضابطة في درجاتهم علي مقياس اضطراب الوسواس القهري قبل تطبيق البرنامج. ثالثاً: أدوات الدراسة :

أ-مقياس اضطراب الوسواس القهري إعداد / حنور (2009)

1- وصف المقياس: يتكون المقياس في صورته النهائية من " 40 " بنداً و تقع الإجابة عليها في خمس مستويات "إطلاقاً", " نادراً", " أحياناً", " غالباً", " تماماً" وتأخذ المستويات الخمس الدرجات التالية علي التوالي " 1", " 2", " 3", " 4", " 5", والدرجة العالية تشير إلى المعاناة من اضطراب الوسواس القهري.

2- صدق المقياس : وقام معد المقياس بحساب صدق المقياس من خلال صدق المحك الخارجي وذلك باستخدام المقياس العربي للوسواس القهري إعداد/ عبد الخالق (1992), ومقياس اضطراب الوسواس القهري إعداد/ باظه (2005), وكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية مساوي (0.725),(0.722) علي التوالي, وهما دالتان إحصائياً عند مستوي دلالة 0.001مما يدل علي صدق المقياس. وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب صدق المقياس من خلال صدق المحك الخارجي وذلك باستخدام مقياس اضطراب الوسواس القهري إعداد/ باظه (2005) علي عينة قوامها(60) من طلاب وطالبات جامعة الملك عبد العزيز بجدة ،وكان معامل الارتباط بين الدرجة الكلية مساوي (0.735), وهي دالة إحصائياً عند مستوي دلالة 0.001, مما يدل علي صدق المقياس.

3- ثبات المقياس: وقام معد المقياس بحساب ثبات المقياس بطريقتين هما إعادة التطبيق والتجزئة النصفية, وتم حساب ثبات إعادة التطبيق ووصل معامل الارتباط بين التطبيقين (0.801), أما طريقة التجزئة النصفية وصل معامل الثبات الكلي(0.865) وهو يمثل ثبات المقياس كله. وقام الباحث في الدراسة الحالية بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية من خلال إيجاد معامل الارتباط بين مجموع العبارات الفردية والزوجية

علي عينة قوامها (60) طالباً وطالبة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز بجدة، ووصل معامل الارتباط (0.785) وهذا يمثل ثبات نصف المقياس، وبالتعويض في معادلة (سبيرمان - براون) وجد أنه مساوي (0.880) وهو يمثل ثبات المقياس كله، مما يدل على ثبات المقياس.

أ-المقابلة التشخيصية: (إعداد/الباحث)

تُعد المقابلة التشخيصية أداة التقدير الأساسية في مجال الصحة النفسية والأهداف الرئيسية للمقابلة التشخيصية هو الوصول إلى التشخيص ووضع الخطة العلاجية المناسبة. وتعتبر أيضاً المقابلة التشخيصية من المهام التي يقوم بها أخصائي الطب النفسي. ولكن مع التطور المهني والإعداد الجيد لكل من الأخصائي النفسي والاجتماعي أصبحت مشاركة بينهم في مجال الصحة النفسية (بأظه، 2006، ص55). ويتم إجراء المقابلة بهدف تشخيص اضطراب الوسواس القهري (OCD) مع المقياس المستخدم ومعرفة نوع الاضطراب والأعراض الخاصة بكل حالة من حيث الأعراض الوسواسية والأعراض القهرية وكذلك للتشخيص الفارق للاضطراب.

(إعداد/الباحث)

ب- البرنامج السلوكي: Behavior Program

يعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية ألماً، حيث يتميز بمجموعة من الأفكار والصور الوسواسية القهرية "وساوس" التي تنتاب علي ذهن الفرد بشكل إجتراري متسلط قهري تشعر الفرد بالقلق والكدر العالي وعدم الارتياح ويحاول التخلص منها ومقاومتها ولكن دون جدوا أو فائدة، رغم أدراك الفرد تفاهة هذه الأفكار وأنها غير عقلانية وغير منطقية إلا أنه لا يستطيع التخلص منها، تؤدي بالفرد إلى إهمال اهتماماته بالحياة العملية والاجتماعية والتعليمية، ويحاول الفرد التخلص من القلق العالي والكدر الناتج عن هذه الوسواس فيقوم بمجموعة من الأفعال القهرية والاندفاعات الحركية لتخفيف هذا القلق العالي أو التخلص منه إلا أنه يعاود ارتفاع القلق مرة ثانية فيعاود الفرد القيام بالأفعال والطقوس الحركية مرة ثانية وتكرر مرة أخرى لتصبح سلوك طقسي قهري (طقوس حركية) ومن أكثر هذه الأفعال القهرية والطقوس الحركية شيوعاً وانتشاراً و تكراراً "غسيل اليد مئات المرات بمناسبة وغير مناسبة، وغسيل الجسم مرات كثيرة خلال اليوم ومراجعة الأشياء مرات كثيرة، سلوك التخزين.....الخ" فهناك عرضان أساسياً لاضطراب الوسواس القهري.

العرض الأول: عبارة عن أفكار وصور وسواسيه دون أفعال قهرية, والثاني: عبارة عن أفعال القهرية أو اندفاعات أو طقوس حركية.

وعلي الرغم من أن اضطراب الوسواس القهري أقل الاضطرابات العصابية شيوعاً وانتشاراً, إلا أنه يعتبر مصدراً أساسياً لكل من القلق والاكتئاب والمخاوف (الفوبيا), وهو بالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد, و يقيد مجاله الحيوي ويحصره في نظام ضيق, وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل الإرادة بشكل تام, ومن الممكن أن يعوق تكيف الفرد مع من حوله ويجعله لا يعيش حياته بشكل طبيعي. (توفيق, 2000, ص 64), ويبنى العلاج السلوكي علي افتراض أن معظم أنماط السلوك غير المرغوب والانفعالية متعلمة, والقيمة الحقيقية للعلاج السلوكي تتمثل في أنه يوفر للمريض استبصاراً جيداً بطبيعة الاضطراب, ويزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلاً مع احتمالات الانتكاسة, ويشعره بالإيجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة العلاجية. (البشر وفرج, 2005, ص 224). لذا يعتمد هذا البرنامج علي فنيات العلاج السلوكي المتمثل في (الاسترخاء العضلي العصبي والتعرض ومنع الاستجابة) في تخفيف من حده الأفعال الطقوس الحركية القهرية مما يساهم في تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدي العينة.

❖ الهدف من البرنامج :-

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة إلى تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدي عينة من طلاب الجامعة, وذلك من خلال تعديل السلوك الطقسي من خلال العلاج السلوكي بالاسترخاء العضلي العصبي وأسلوب التعرض ومنع الاستجابة, حيث أكدت كثير من الدراسات علي فعالية العلاج السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري مثل دراسة كلاً من: البشر وفرج(2005), بولتون وبيرين, Bolton D, Perrin S (2006), بيتر وأدريان, Karen R, et al, Peter L. F, Adrian W (2006), كارين وآخرون, Jones M, et al; (2012), جولدن وهولاوي (2007), الأغا(2009), جونز وآخرون (2012), Golden A, Holaway R, (2013), ناكانيشي وآخرون, Nakanishi M, et al; (2014).



❖ الإطار النظري للبرنامج :-

يعتمد البرنامج الحالي علي النظرية السلوكية والعلاج السلوكي & Behavioral Behavioral therapy Theory. وإذا كان العلاج السلوكي قد عرف في الستينيات وأوائل السبعينيات بأنة تطبيق نظامي لأسس التعلم تحليل وعلاج اضطرابات السلوكية ,فأنة ينظر اليوم إلى هذا التعريف بأنه ضيق ,لأنه ليس كل أساليب العلاج السلوكي مستمدة من مدارس التعلم ,ولكن الأمر الأساسي في المدخل السلوكي للعلاج هو التأكيد علي الأحداث والمركبات العقلية المستنتجة ..... ويحاول الباحث فهم المريض ومشكلاته من خلال الربط بين المشكلات والأحداث القابلة للملاحظات سواء كانت ذات طابع فسيولوجي أو بيئي ,وعلي ذلك فإن عملية التحليل السلوكي تمثل خطوة حاسمة في تصميم البرنامج العلاجي للمريض. (مليكه, 1990, ص 11)

لذا نجد أن اضطراب الوسواس القهري تظهر أعراضه في صورة الوسواس التي عبارة عن الأفكار والصور القهرية المتسلطة الإجترايه والأفعال القهرية والطقوس الحركية التي تؤثر بشكل كبير علي حياة المضطرب والتي تسعى الباحث في هذا البرنامج إلي تخفيفها , لذا قام الباحث باختيار بعض الفنيات التي يتضمنها البرنامج السلوكي وذلك من خلال الآراء النظرية والبحوث والدراسات السابقة في هذا المجال , ومن تلك الفنيات ما يلي:-  
أ- الاسترخاء العضلي العصبي: يعرف الاسترخاء بالمعنى العلمي بأنه " توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر " (إبراهيم, 1983, ص 89) ويعد الاسترخاء من العمليات الهامة التي يعتمد عليها أسلوب تعديل السلوك Behavior Modification وخاصة في تعديل كثير من الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة كالقلق والتوتر ,وأفضل إجراء لتحقيق الاسترخاء في كثير من المواقف الضاغطة هو اكتساب تعلم شخص مهارة ممارسة الاسترخاء بنفسه حتى لو حصل الشخص على بعض الخدمات أو المساعدات التي تحقق له الاسترخاء . (الشرقاوي, 1998, ص 371) وقد ابتكر "جاكوبسون" أسلوب الاسترخاء التصاعدي موضحاً أنه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى القلقين. وتعتبر الأساليب الحديثة من أشهر الأساليب العلاج السلوكي. (إبراهيم وإبراهيم, 2003, ص 570)

ويشير "جاكوبسون" أن التوتر العضلي يرتبط بأمراض جسميه عديدة كما لاحظ أن التوتر يبدو متغلباً على حالة المرض وأن تحقيق الاسترخاء ذا فائدة علاجية، وصمم طريقة استرخائية منتظمة لاستخدامها كنموذج لعلاج المرض النفسي. (الرشيدى، 1999، ص 162). من الثابت أيضاً أن الزيادة الشديدة والتوتر العضلي تتوقف أساساً على شدة الاضطرابات الانفعالية، خاصة يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوقف، والنشاط البناء، والإنتاج، والكفاءة العقلية. فالأشخاص في حالات الشدة والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً. (إبراهيم، 1994، ص 154)

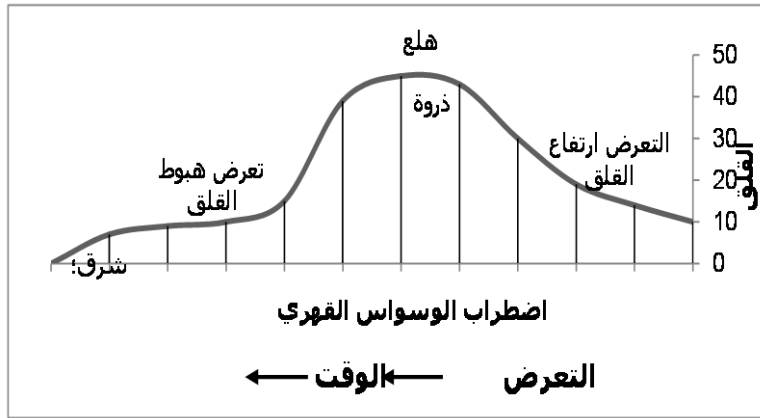
أ- الأساس العلمي للاسترخاء العضلي: يعتمد الأساس الذي قامت عليه الطريقة التي وضعها "جاكوبسون" على إدراك الفرق بين حالات التوتر وحالات الاسترخاء حيث يقوم المتدرب بقبض العضلات على جانبي الجسم في نفس الوقت وبعد الاستمرار في هذا لمدة من خمس إلى عشر دقائق يبدأ في إزالة التوتر وإرخاء العضلات التي توترت لمدة 45 ثانية. ويقوم المتدرب بملاحظة الاختلاف بين أحاسيس الاسترخاء وأحاسيس التوتر وإذا كانت هذه الطريقة تعمل على مجموعة واحدة في نفس الوقت فإنها تتطور عن طريق التجاور إلى العضلات المجاورة والجسم كله. (الرشيدى، 1999، ص 164)

ب- التعرض : **Exposure** : بدأ استخدام التعرض عندما نشر (ماير Meyer، 1966) عن حالتين تم علاجهما بعلاج تضمن التعرض للمثيرات الوسواس، ومنع حازم للطقوس القهرية، وقد عرف هذا الإجراء الفني منذ ذلك الوقت باسم التعرض ومنع الاستجابة. (عبد الخالق، 2002، ص 325)، فيشير التعرض إلي مواجهة المواقف والموضوعات التي تثير المخاوف الوسواسية والأفكار والصور الوسواسية وتتضمن التحدي المستمر للمخاوف واختبار حقيقتها، ببساطة يمكن القول أن لكي تتغلب علي مخاوفك، لا بد أن تواجه مخاوفك. (Wagner A.P, 2002, p:12) ويتضمن طريقة التعرض وضع الفرد في مواقف تثير الأفكار الوسواسية بقوة ومثل هذه المواقف بالنسبة لكثير من الناس من الصعب تجنبها.

والهدف من هذه الفنية التأثير علي الأعراض السلبية للقلق بإضعافها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي يعزز القلق من ناحية أخرى

وتعتبر هذه الفنية من أكثر الفنيات السلوكية استخداماً في علاج اضطراب الوسواس والأفعال القهرية (سعفان، 2003، ص 141). وتتلخص الطريقة في أن يتفق المعالج النفسي مع مريضه علي الامتناع عن ممارسة طقوس القهرية لفترة طويلة قدر الإمكان، وربما لمدة متدرجة في الزيادة، ولا بد بالطبع أن يكون ذلك في حضور المعالج، خاصة في المراحل الأولى من العلاج الذي يفضل أن يبدأ داخل المستشفى، بحيث تهيأ البيئة المحيطة بالمريض بشكل مناسب (أبو هندي، 2003، ص 173).

■ الأساس العلمي للتعرض: يعتمد التعرض علي تعود المريض علي القلق، حيث عند تعرض المريض للمواقف المسببة للوسواس ومن ثم يزداد القلق والكدر لدي المريض الناتجة عن الوسواس ومع استمرار التعرض تصل إلي ذروتها ثم مع استمرار التعرض ينخفض القلق تدريجياً نتيجة للتعود وبالتالي تلقائياً يهبط معدل القلق، والشكل التالي (4) يوضح ذلك.



شكل (4) يوضح العلاقة بين التعرض والتعود (منحني القلق) (Wagner A.P, 2002, p:126)

يعتمد استخدام هذا الشكل من العلاج علي افتراض أن إطالة فترة الامتناع عن الطقوس ستؤدي إلي تغيرات في توقعات المريض وبالتالي في قوة إلحاح القيام بالطقوس، وقد أظهرت سلسلة من الدراسات أجريت في مستشفى المودزلي ما يلي:

- 1- يشعر المريض بالوسواس القهرية النمطية من أصحاب الخبرات الطقسية بعدم الراحة والإلحاح القوي لممارسة طقوسه، عندما يستثار بالتعرض للمنبه أو الموقف المثير.
- 2- عندما ينخرط في السلوك القهري مثل غسل اليدين، فإن عدم الراحة ينخفض.

3- علي الرغم من ذلك، فعندما تستثار مشاعر عدم الراحة وإلحاح الانخراط في السلوك القهري، مع منع المريض القيام بالاستجابة فإنهما يظلان، ولكن بدرجة أكثر بطؤاً. ويمكن النظر لهذا التضاؤل لأسلوب العلاج بمنع الاستجابة حيث يتكون تأثير تراكمي خلال الجلسات المتكررة، يؤدي إلي انخفاض تدريجي في الإحساس بعدم الراحة وإلحاح الانغماس في السلوك القهري(س. ليندزاي وج. بول، 2000، ص86).

وللتعرض نوعان هما: الأول التعرض الفعلي (الميداني): ويتم في هذا النوع من التعرض بمواجهة المثيرات الطبيعية موجودة في الواقع يمكن لمسها والإحساس بها، ويتم مواجهة هذه المثيرات بشكل مباشر وواقعي في البيئة الطبيعية أو في العيادة، أي مواجهة المواقف والأشياء في حقيقتها (Wagner A.P, 2002, P:127). والثاني التعرض التخيلي: يستخدم هذا النوع من التعرض في حالة التعرض لمثيرات لا يمكن التعرض لها في الواقع وبالتالي يتم التعرض لهذه المثيرات علي مستوي التخيل عن طريق تخيلها وبالتالي الشعور بالقلق. حيث يستخدم بعض المعالجين التعرض التخيلي كمكون إضافي في حزمة " التعرض / منع الاستجابة"، ويستخدم هذا الأسلوب في الحالات التي يصعب فيها ترتيب مواقف تعرض حيه لأسباب عملية، كما يستخدم أيضا كخطوة أولية في الحزمة العلاجية (س. ليندزاي وج. بول، 2000، ص 86).

ولقد ظهر أن التعرض التخيلي من الناحية الإكلينيكية مفيد بالدرجة الأولى للمرضي الذي تتركز مخاوفهم الوسواسيه علي العواقب الكارثة ومن لديهم مخاوف لا يسهل ترجمتها إلى تمرينات تعرض في البيئة الفعلية، كما أن إضافة التعرض التخيلي للتعرض في الواقع الفعلي يمكن أن يتغلب علي طريق التجنب المرضي التي يستخدمها المرضي الذين يتهربون من التفكير في عواقب التعرض بينما يواجهون المواقف المخيفة في الواقع الفعلي (عبد الخالق، 2002، ص 334).

ج- منع الاستجابة Response Prevention : فنية تستخدم في العلاج النفسي للعصابيين القهريين، بوضعهم في مواقف تثير فيهم الطقوس السلوكية القهرية، ثم منعهم من إتيانها، ويسمي هذا العلاج علاج الإرجاء Dalay therapy. (جابر، كفاي، 1995، ص 3267) وتتضمن طريقة منع الاستجابة إيقاف السلوك القهرية أو منعه بشكل واقعي عملي، وذلك في أثناء تعرض المريض للمواقف المضايقة المثيرة للوساوس، ويعتمد العلاج

المعاصر للمرضي أساساً علي اختيار المرضي ألا يقوموا بطقوسهم ومن ثم فإن منع الاستجابة يستلزم نوعاً من الامتناع الاختياري من الطقوس الذي يميز برامج العلاج بالتعرض لاضطراب الوسواس القهري للمرضي الخارجين (عبد الخالق، 2002، ص 335). وبالتالي فإن منع الاستجابة يتضمن إعادة الإحجام عن الطقوس والأفعال القهرية التي تؤكد علي انخفاض القلق الناتج عن التعرض للوسواس.

ويشير (روسينجان وسلجمان Rosenhan, Selgman) أن منع الاستجابة يمكن أن يؤثر لسببين هما:

1- أن نبين للمريض أن الحادث المفزع لم يحدث في المواقف المخيفة (التلاشي أو الانطفاء علي طريق بافلوف).

2- أن نوضح للمرض بأنه لم يحدث حادث مفزع علي الرغم من أن الطقوس القهرية لم تنفذ (التلاشي أو الانطفاء الوسيلى للقهر) (عبد الخالق، 2002، ص 340)

يساعد استخدام التعرض ومنع الاستجابة معاً المصابين باضطراب الوسواس القهري علي أن يتعلمون تحمل القلق الذي يشعرون به عندما يتم منعهم من تنفيذ طقوسهم القهرية. وفي النهاية يخمد القلق وينخفض نتيجة للتعرض المتكرر ويشعر الفرد بإجبار أقل للقيام بالطقوس التي كان يقوم بها، ويعتقد بعض الباحثين أن مبدأ الانطفاء Extinction أو إضعاف استجابة القلق بعد التقديم المتكرر للهاويات الوسواسية في غياب أي عواقب أو نتائج منفردة وهو الذي يمكن وراء التأثير العلاجي لهذه الطريقة. (عبد الخالق، 2002، ص 334)، ويطبق التعرض ومنع الاستجابة عن طريق وضع هرم خوف من المواقف التي تدفع القلق الخاص باضطراب الوسواس القهري. ويصعد المريض بشكل تدريجي هرم الخوف عن طريق تعريض لمواقف مثير للقلق متحدياً علي نحو متزايد مثل لمس شئ غير نظيف يدرك هو عدم غسل يديه من أجل تقليل القلق و يتبع التعرض بمنع الاستجابة حيث لا يكمل المريض التصرف والأفعال القهرية. (Abramowitz J.S, 1996, p:597)

والهدف من التعرض ومنع الاستجابة هو أن يتعلم المريض أن القلق الناتج سوف يقل تدريجياً بمفرده دون القيام بالأفعال القهرية أو السلوك التجنبي وتعرف هذه العملية علي أنها تعود، وعندما تتواجد فإن المواقف المرتبطة باضطراب الوسواس القهري تؤدي إلي التخفيف من القلق والتقليل من الطقوس الخاصة بالاضطراب (Bran A, Throstr B, )

2004, p:307). لذا كان لابد من استخدام التعرض ومنع الاستجابة معاً في علاج اضطراب الوسواس القهري، فهما يؤثران في الأعراض الوسواسية القهرية، فالتعرض يساعد المريض علي التخلص من القلق والضيق والكدر المصاحب للوسواس، ومنع الاستجابة يساعد المريض علي التقليل من القيام بالأفعال والطقوس الحركية.

ويتم التعرض ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري علي أربعة خطوات موضحة كآتي:

- 1- تعريف وتحديد الأشياء والأنشطة التي قد تدفع المريض للأفعال القهرية مثل غسل اليدين.
- 2- تقديم شرح كامل للفنية العلاجية والمنطقية التي تقوم عليه.
- 3- تشجيع المريض علي لمس (التعرض) الأشياء أو ممارسة السلوك الذي يثير لديه الرغبة في غسل الأيدي (الأفعال القهرية).
- 4- بعد لمس المريض للشيء الذي يشعره بعدم الراحة يتم حثه للأحجام أو الامتناع عن غسل يديه (القيام بالأفعال القهرية) منع الاستجابة من الظهور. (عبد الرحمن، 2000، ص 282)

د- الواجب المنزلي : Home Work : يعد الواجب المنزلي أحد الأساليب الهامة والتي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من التدخلات العلاجية الأخرى ، ويهدف الواجب المنزلي للمشاركة من جانب الفرد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ،ولابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة ،من خلال المرور بعده مواقف سلوكية يقوم الفرد بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية المختلفة والذي يشمل على أفكار ومعتقدات وسلوكيات جديدة. (Davis, 1990, p: 15 )

يرجع أهمية العلاج بالواجبات المنزلية في اعتراف هذه الطريقة بالفروق الفردية وقوة الإرادة و تحمل المسؤولية ،كما أنها تستخدم في الأغراض التشخيصية ،كما كان هناك أسس لتحديد هذه الواجبات منها فهم ديناميات المريض ومشاركته في اختيار الواجبات ،ومراعاة قدرات المريض ،والاتفاق علي الفترة الزمنية المطلوبة لإنجاز الواجب.(سغفان, 1996, ص 113), ولكي يتمكن العميل من تدعيم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات

العلاجية. ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة إلى المواقف الحية، ولكي يقوى، ويدعم أفكاره، أو معتقداته الصحيحة الجديدة، يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية التي تتمثل في مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أداءها من قبل المريض، ولا بد من اختبار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج. (مرسى، 2002، ص 150)

❖ أسس بناء البرنامج :

■ مصادر البرنامج : اشتق الباحث الإطار العام للبرنامج العلاجي ومادته العلمية وفنياته العلاجية بعد الاطلاع علي أساليب وفنيات العلاج السلوكي بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية السابقة التي أجريت في مجال العلاج السلوكي بصفة عامة وفي علاج اضطراب الوسواس القهري بصفة خاصة منها دراسة كلاً من: البشر وفرج(2005)، بولتون وبيرين (2006)، كارين وآخرون (2006) Karen R, et al, (2007)، الأغا(2009)، جونز وآخرون (2006) Jones M, et al, (2012)، جولدن وهولاواي Golden A, Holaway R, (2013)، ناكانيشي وآخرون (2013) Nakanishi M, et al, (2014). بالإضافة إلي التراث السيكولوجي عن اضطراب الوسواس القهري والعلاج السلوكي.

❖ الملامح الرئيسية للبرنامج :

■ عدد جلسات البرنامج: يشتمل البرنامج الحالي علي "20" جلسة لتخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة عن طريق تعديل الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية عن طريق العلاج المعرفي وتعديل السلوك الطقسي عن طريق العلاج السلوكي، يطبق البرنامج بواقع جستان في الأسبوع .

■ أسلوب العلاج : سيتبع الباحث أسلوب العلاج الجماعي:

■ زمن الجلسات: يتراوح زمن الجلسة الواحدة في البرنامج من بين "45 - 120" دقيقة، وذلك حسب موضوع الجلسة والفنيات العلاجية وظروف العينة، ويتم تقسيم زمن الجلسة الواحدة كما يلي:-

أ - " 10 - 15 دقيقة " في بداية الجلسة لمناقشة الواجب المنزلي لليوم السابق.

ب- " 25 - 35 دقيقة " للتدريب علي الفنيات العلاجية في الجلسة, بالإضافة إلى " 55 دقيقة " للتدريبات التعرض ومنع الاستجابة.

ج- " 10 - 15 دقيقة " في أخر الجلسة لمناقشة وتحديد مهام الواجب المنزلي لليوم التالي.

■ مراحل تطبيق البرنامج: سوف يتم تطبيق البرنامج علي خمس مراحل وهي كما يلي:

أ- مرحلة بداية البرنامج :- في هذه المرحلة سوف يتم التعرف بين الطالب والباحث وزيادة رغبة الطالب للعلاج ويتم فيها التعرف علي تاريخ الاضطراب والأعراض الخاصة بالطالب .

ب- مرحلة التمهيد و الإعداد للبرنامج : - في هذه المرحلة يتم استبصار الطالب بأعراضه الخاصة به ومعرفة اضطرابه ومشاركته في الإعداد للبرنامج وكيفية تطبيق الجلسات واستبصار الطالب بأسس البرنامج والفنيات المستخدمة.

ج- مرحلة تطبيق البرنامج :- ويتم فيها تدريب الطالب علي الفنيات الخاصة بالبرنامج المعرفي السلوكي التي تساعده في تخفيف اضطراب الوسواس القهري لديه .

د- مرحلة تقييم البرنامج :- يتم في هذه المرحلة معرفة الإنجازات التي حققها البرنامج خلال مراحل السابقة ومدى فعاليته في تخفيف الاضطراب لدي الطالب, وذلك من خلال إجراء التطبيق البعدي لأدوات الدراسة ومقارنة النتائج بالتطبيق القبلي (قبل تطبيق البرنامج).

هـ - مرحلة المتابعة :- في هذه المرحلة يتم التأكيد من مدى استمرار فعالية البرنامج من خلال فترة المتابعة التي تبلغ حوالي شهر من إنهاء البرنامج, وإجراء جلسات متابعة عند ظهور أعراض جديدة أو ظهور الأعراض مرة ثانية لدي الطالب.

■ لغة البرنامج: تقدم لغة البرنامج برنامج بطريقة سهلة تتراوح بين اللغة العامية والفصحى حتى يمكن لطالب فهمها, وقد تم تحديد أهم المجالات التي يمكن أن يتضمنها البرنامج من خلال الفنيات المذكورة والأعراض الخاصة باضطراب الوسواس القهري.



جدول (2) ترتيب جلسات البرنامج

الهدف من الجلسة	موضوع	زمن بالدقيقة	م الجلسة
1- التعرف المتبادل بين الطالب والباحث. 2- زيادة ثقة الأفراد في نفسه وزيادة احترامه لذاته. 3- زيادة ثقة الأفراد في الباحث. 4- زيادة دافعية الطالب للعلاج.	التعارف	45	1
1- التعرف على الأفكار القهرية "الوساوس". 2- استبصار الأفراد بأعراضه. 3- زيادة دافعية الأفراد للعلاج.	التعرف علي "الوساوس"	45	2
1- التعرف على الطقوس الحركية والأفعال القهرية. 2- استبصار الطالب بالأفعال القهرية والمواقف التجنبية. 3- زيادة دافعية الطالب للعلاج.	التعرف علي الأفعال القهرية	45	3
1- استبصار الأفراد بالأعراض التي يعاني منها. 2- استبصار الأفراد بخطة العلاج والتخطيط للبرنامج. 3- زيادة دافعية الطالب للعلاج.	وضع خطة العلاج	45	4
1- تدريب الأفراد على كيفية التخلص من التوتر العضلي من خلال التدريب على مهارة الاسترخاء العضلي. 2- التدريب على كيفية ممارسة استرخاء عضلات الوجه والكفين والكتفين. 3- تدريب الطالب على كيفية التخلص من التوتر العضلي في عضلات البطن والساق والرقبة. 4- تدريب الطالب على تمارين التخيل.	التدريب علي الاسترخاء العضلي العصبي.	45	من 5 إلى 8
تعريف الأفراد الأساس النظري للأسلوب التعرض ومنع الاستجابة ومناقشة الأشياء والمواقف التي تسبب القلق والكدر العالي للتعامل وتحديد هذه الأشياء وترتيبها تصاعدي حسب إثارتها للقلق.	التعرف علي فنية التعرض ومنع الاستجابة	75 + 45 للتدريب	من 9 إلى 12
تعرض الأفراد للأشياء التي تثير القلق لدرجة أقل حسب التقدير الذاتي له ومنعه من الاستجابة لفترة زمنية معينة.	التدريب علي التعرض ومنع الاستجابة	75 + 45 للتدريب	من 13 إلى 18
التخلص الطقوس والأفعال الحركية عن طريق التعرض التخيلي في المواقف التي يصعب التعرض لها في الواقع.	التعرض التخيلي	45 + 45 للتدريب	19
ختام البرنامج وإنهائه وإجراء التطبيق البعدي.	ختام البرنامج	45	20

أ- برنامج ما وراء المعرفي : Metacognitive Program (إعداد/الباحث)

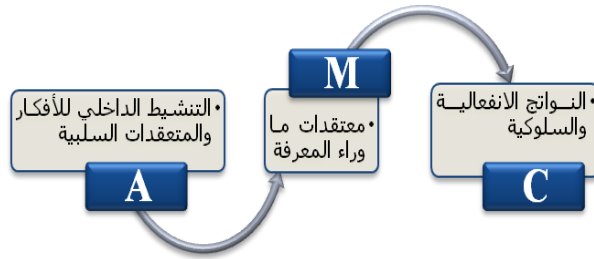
❖ أهداف البرنامج :

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة إلى خفض حدة اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدى عينة من طلاب الجامعة، وذلك من خلال تعديل معتقدات ما وراء المعرفي لديهم، وما يترتب عليها من تغير في السلوك ونمط الإدراك وبالتالي خفض حدة اضطراب

الوسواس القهري (OCD). حيث أكدت كثير من الدراسات على فعالية علاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري (OCD) مثل دراسة كل من: سيمونس وآخرين (2006) Simons M, et al, فيشر وويلز (2008) Fisher P, Wells A, (2010) Moritz S, et al, وآخريين, (2008) Clare S, et al, موريتز وآخريين, (2011) Shareh H, et al, سامانثا وكليير Samantha F& Clare, (2012) P.

ففي علاج ما وراء المعرفي (MCT) تمثل المعتقدات ما وراء المعرفي مفتاح التأثير على طريقة استجابة الأفراد للأفكار السلبية والمعتقدات، والأعراض، والعواطف. وتعتبر هي القوة الدافعة وراء نمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى فترة طويلة من المعاناة النفسية، تم إعادة صياغة نموذج أليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A-B-C) إلى (A-M-C)، حيث تعد الفكرة الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن الاضطرابات تنبع من التفكير غير المنطقي، وقد أشار أليس Ellis لذلك بتغيير نموذج (A-B-C) فتشير (A) إلى المثير الخارجي أو حدث نشط الذي يستجيب له الفرد، (B) تمثل الأفكار أو المعتقدات أو التعبير اللفظي الذي يظهره الفرد في استجابته لـ (A)، (C) يشير إلى النتائج أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية أو سلوكية ناتج عن (A) كالغضب، الشك، القلق وعدم الثقة.

بينما الفكرة الأساسية في علاج ما وراء المعرفي هو التركيز علي العمليات المعرفية لا علي محتوى الأفكار اللاعقلانية كما في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لأليس Ellis والأفكار السلبية كما في العلاج المعرفي لبنيك Beck، فيعيد علاج ما وراء المعرفي صياغة نموذج أليس (A-B-C) السابق إلي نموذج (A-M-C)، حيث تشير (A) إلي التنشيط الداخلي للخبرات الداخلية للأفكار والمعتقدات السلبية، ويدل (M) علي معتقدات ما وراء المعرفي، وتشير (C) إلي النتائج أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية أو سلوكية. (Wells .F, 2009: 17)



شكل (5) نموذج (A-M-C) لعلاج ما وراء المعرفي (MCT)

وقام البرنامج الحالي على نموذج ما وراء المعرفي لتفسير الاضطرابات النفسية (دويلز وماتيوث، Wells .F, Mathews, 1994) والذي يستند على مبدأ مهم هو "أن ما وراء المعرفي أمر في غاية الأهمية في فهم كيفية عمل الجانب المعرفي وكيفية تولد الخبرات الواعية لدينا عن أنفسنا والعالم من حولنا. وما وراء المعرفي من العوامل التي تؤثر في الوعي. فإنها تشكل أيضا تقييم التأثيرات وأنواع الاستراتيجيات التي نستخدمها لتنظيم الأفكار والمشاعر"

ولذلك نجد أن اضطراب الوسواس القهري (OCD) ناتج عن عدم القدرة على التعامل مع الأفكار المزعجة والسلبية عن الخطر وتوقعاته والأفكار اللاعقلانية وإتباع الأسلوب الأمثل للمعالجة المعرفية لهذا المحتوى. من هنا تم اختيار بعض الفنيات التي يتضمنها البرنامج وذلك من خلال الآراء النظرية والدراسات السابقة في هذا المجال ومن تلك الفنيات ما يلي:-

أ- انفصال الذهن **Detached Mindfulness**: هي واحدة من الاستراتيجيات العلاجية الرئيسية المستخدمة في منهج علاج ما وراء المعرفي (MCT)، الذي وضعه "أديان ويلز". على النقيض من العلاج المعرفي التقليدي، أن "الأفكار ليست مهمة ولكن المهم هي استجابتك لها". وتعتمد النظرية في تفسيرها لاضطراب القلق والاكتئاب والوسواس من خلال عملية التفكير المختل والتي تسمى "متلازمة الانتباه المعرفي (CAS)". Robertson D, (2014)

يُعرف انفصال الذهن: علي أنه حالة من الوعي بالأحداث الداخلية، دون الاستجابة لها مع تقييم مستمر، ومحاولات للسيطرة عليها أو قمعها، أو الاستجابة لها سلوكيا. ويتمثل ذلك من خلال استراتيجيات مثل اتخاذ قرار ألا تقلق ردا على الفكرة الاقتحامية، وبدلا من السماح للفكرة لتشغل مساحة داخلية خاصة بها دون اتخاذ مزيد من الإجراءات أو التفسيرات.

(Wells A, 2005, 343), وينقسم مصطلح "انفصال الذهن" في هذا السياق إلي شقين هما: "الذهن" يشير إلى وجود وعي بالهدف من الأفكار أو المعتقدات، في حين أن "انفصال" تشير إلى عاملين: (1) فك الارتباط لأي نشاط مفاهيمي أو التعامل النشط المبني علي الاستجابة للفكره و(2) فصل خبرات الوعي بالذات عن الفكرة. يتكون هذا العامل الأخير من أن يصبح الفرد على علم بكونه الملاحظ للفكرة ويفصلها من الفكر نفسه. وبالتالي، يمكن نقل الاعتقاد السلبي أو الفكر خارج حدود الذات، وفصله عن النموذج -الذاتي، وعند هذه النقطة يصبح غير ذي صلة للتنظيم الذاتي.( Welles ,Mathioz, 1994, 134 )

انفصال الذهن في الأساس عكس متلازمة الانتباه المعرفي (CAS) تماما، فإنه حالة من قبول الأفكار التلقائية وطوعية "لا تفعل شيئا"، أي عدم القيام بأي من الردود المختلفة لا تتجنب ولا تتعامل مع الأفكار السلبية والمشاعر، وإنما الاعتراف بهم والسماح لهم ببساطة حتي تتلاشى أو تضحل بشكل طبيعي وتحل محلها أفكار أخرى في نفس الوقت، وإنها فقط تأتي وتذهب بشكل طبيعي.

ب- الوعي الانتقائي : الوعي الانتقائي هو تركيز الانتباه العقلي وتوجيه أفكارنا الانتباهيه إلى المكونات العصبية، يمكن أن يكون لها تأثير على كل العمليات الفسيولوجية، ويعطى الوعي الانتقائي تحكم شعوري في الانتباه يساعد على تطوير نمط التحكم في الضغوط بإبعاد العقل عن الإحساس بعدم التوافق وعن الأفكار التي تنتج استجابة للضغوط، كما يسهم الوعي الانتقائي في تدعيم الخيال والإحساس المرتبط بالاسترخاء، بالتالي يمكن أن يعطى دافع عقلي يوجه الانتباه بعيدا عن الأفكار المزعجة إلى أنماط معرفية متوافقة تساعد على الاسترخاء والتعامل بفاعلية مع مواقف الشدة والخطر. (الرشيدى، 1999، 176)

ج- تدريب الانتباه Attention Technique (ATT) ويمثل أحد فنيات العلاج ما وراء المعرفي (MCT) وهي ليست "استراتيجية المواجهة" التي تُستخدم في الاستجابة للأفكار أو المشاعر غير السارة، بل هو إجراء تدريبي مصمم لتحسين السيطرة على الانتباه، مما يجعلها أكثر مرونة وأقل إقحاما. ومهمتك هي ببساطة إتباع التعليمات من خلال (ATT) وتركيز الاهتمام الخاص بك كما هو موجه لك، ومع ذلك فإنه من المهم التأكيد على أنه إذا لاحظت الأفكار الدخيلة أو المشاعر، أو "الانحرافات" الخارجية، فهذا ليس دليلا على الفشل أو الانتكاسة، على العكس من ذلك، أنها غالبا ما تكون مفيدة، حيث أنه يوفر فرصة إيجابية

بالنسبة لك لتتدرب علي الاعتراف بهذه الأشياء بطريقة اللامبالاة وتدعي "انفصال الذهن"، مع الاستمرار في اتباع التعليمات (ATT), وهو عدم القيام بأي شيء استجابة لأفكارك ومشاعرك. لا تحاول منع الأفكار الدخيلة، والمشاعر، أو الانحرافات الخارجية من عقلك - مجرد نعترف بأنها "ضجيج في الخلفية" (Wells A, 2009, 343). على النقيض من ذلك، الناس في بعض الأحيان تستخدم تقنيات تشتيت لمواجهة الأفكار المزعجة أو المشاعر من خلال تحويل الانتباه بعيدا عنها لأشياء أخرى. (ATT) ليست تقنية تشتيت وإنما وسيلة لتقوية السيطرة على انتباهك من خلال التدريب علي تحويل التركيز بشكل منهجي بين الأصوات المختلفة. والهدف من ذلك هو عدم جعل عقلك "فارغاً" أو أن تصبح غير مدرك تماما للأشياء الأخرى، ولكن لتطوير المزيد من القدرة على ملاحظة كيف تستخدم انتباهك وتختار أين تركز وكيف تضيق أو توسع مجال انتباهك. (Robertson D, 2013)

د- إعادة بناء ما وراء المعرفة: تعتمد هذه الفنية على أن المعتقدات والأفكار وأساليب الاستحالة لهذه الأفكار السلبية واللاعقلانية لتفسير الأحداث الخارجية هي المسئولة عن مشاعر الأفراد واضطراباتهم، وأن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة طرق وأساليب معالجة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية والسلبية وليست الأفكار فقط كما في العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف هذه الفنية إلى التركيز علي العمليات المعرفية لا علي محتوى الأفكار اللاعقلانية كما في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (لأليس Ellis) والأفكار السلبية كما في العلاج المعرفي (بيك Beck), فيعيد علاج ما وراء المعرفي صياغة نموذج أليس (A-B-C) السابق إلي نموذج (A-M-C), حيث تشير (A) إلي التنشيط الداخلي للخبرات الداخلية للأفكار والمعتقدات السلبية، ويبدل (M) علي معتقدات ما وراء المعرفي، وتشير (C) إلي النتائج أو العواقب التي يمكن أن تكون انفعالية أو سلوكية.

تعديل معتقدات ما وراء المعرفي الإيجابية والسلبية نحو الهم: يقسم علاج ما وراء المعرفي (MCT) المعتقدات إلي نوعين: المعتقدات ما وراء المعرفية الإيجابية والمعتقدات ما وراء المعرفية السلبية هذان النوعان من المعتقدات ما وراء المعرفية يتم التعامل بهما من قبل الفرد مع متلازمة الانتباه المعرفي كحداولة من الفرد علي السيطرة علي مصادر التهديد ومشاعر القلق والاجترار في التفكير في الأحداث الضاغطة والمهددة، إلا أنهما يزيدان من مشكلاته واضطرابه النفسي ويؤدي بالفرد إلي المعاناة من اضطراب الوسواس القهري. ومن

أمثلة المعتقدات ما وراء المعرفة الإيجابية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري: "لو غسلت دون التفكير في الفكرة السيئة، ولا يحدث أشياء سيئة"، "لا بد من أداء طقوسي دائماً وإلا لن ينتهي هذا الشعور أبداً". وتشمل المعتقدات السلبية "طقوسي خارج نطاق السيطرة عليها"، "طقوسي العقلية يمكن ان تلحق الضرر بجسدي"، هذه المعتقدات الإيجابية والسلبية حول الاستجابات المتاحة تؤثر على اختيار وتنفيذ السلوكيات، وتؤثر على قوة الاستجابات الانفعالية على المدى القصير. (Yilmaz A, 2007) من هنا فإن تعديل هذه المعتقدات ما وراء المعرفة الإيجابية والسلبية والبعد عنها يساهم في التخلص من اضطراب الوسواس القهري.

٥- الواجب المنزلي: **Work Home**: يعد الواجب المنزلي أحد الأساليب المهمة في العلاج. ويهدف الواجب المنزلي للمشاركة من جانب الأفراد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ولابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة ومهارات من خلال مواقف سلوكية.

#### ❖ أسس بناء البرنامج :

▪ مصادر البرنامج: اشتق الباحث الإطار العام لبرنامج ما وراء المعرفي ومادته العلمية وفتيات العلاجية بعد الاطلاع على أساليب وفتيات العلاج ما وراء المعرفي لكل من ويلز وماثيوث, Wells .F, Mathews, بالإضافة إلى الدراسات والبحوث التجريبية التي أجريت في مجال علاج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري (OCD) منها دراسة كل من: سيمونس وآخرين. Simons M, et al. (2006), فيشر وويلز Fisher P, Wells A, (2008), كلير وآخرين, Clare S, et al, (2008), موريتز وآخرين Moritz S, et al, (2010), الشرع وآخرين. Shareh H, et al. (2011), سامانثا وكليير, Samantha F& Clare P, (2012).

▪ الملامح الرئيسية للبرنامج: اشتمل البرنامج على (15) جلسة لخفض مستوي اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدي طلاب الجامعة، وتراوح زمن الجلسة الواحدة من (40-50) دقيقة وذلك حسب موضوع الجلسة وظروف العينة، وتم تطبيق البرنامج على جلسات جماعية. وتم تطبيق البرنامج على أربع مراحل هي :-

أ- بداية البرنامج : تم فيها تحقيق قدر من الآلفة والتماسك بين المعالج وأعضاء الجماعة العلاجية وبين الطالب بعضهم البعض كذلك رفع الروح المعنوية بين أعضاء الجماعة، وزيادة وعى الطالب باضطراب الوسواس القهري (OCD)، أضراره، أسبابه، كيفية التخلص منه، والتعرف علي بعض الفنيات العلاجية في علاج ما وراء المعرفي التي تساعدهم على التخلص من اضطراب الوسواس القهري (OCD) الذي يعانون منه.

ب- مرحلة تطبيق البرنامج : وتم من خلالها تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على بعض الفنيات علاج ما وراء المعرفي التي تساعدهم على التخلص من اضطراب الوسواس القهري (OCD) الذي يعانون منه.

ج- مرحلة تقييم البرنامج : وتم فيه معرفة الانجازات التي حققها البرنامج ومدى فاعليته فى تخفيف اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدى المجموعة التجريبية من طلاب الجامعة، وذلك من خلال تطبيق القياس البعدي ومقارنة الدرجات التي حصل عليها الطلاب في المجموعة التجريبية بدرجات المجموعة الضابطة والتي لم يتم تطبيق البرنامج عليها.

د- مرحلة المتابعة : وفي هذه المرحلة تم التأكد من مدى استمرارية فاعلية البرنامج فى انخفاض مستوي اضطراب الوسواس القهري (OCD) لدى طلاب الجامعة، وذلك من خلال تطبيق القياس التتبعي ومقارنته بالبعدي. بعد فترة زمنية تصل نحو (شهر).

▪ لغة البرنامج: تم تقديم البرنامج بلغة سهلة تتراوح بين العامية والفصحى حتى يمكن فهمها من جميع الأفراد، وبما يتناسب مع الطلاب، وقد تم تحديد أهم المجالات التي يمكن أن يتضمنها البرنامج من خلال الفنيات المذكورة مرتكزة على مقياس (OCD) اضطراب الوسواس القهري إعداد/ حنور (2009).

❖ ترتيب جلسات البرنامج

جدول (3) ترتيب جلسات البرنامج

الهدف من الجلسة	موضوع الجلسة	رقم الجلسة
1- تحقيق مستوى من التعارف إلى حد الآلفة بين الطالب 2- إدراك الأساس النظري والهدف من البرنامج. 3- استثارة الرغبة لدى الأفراد للاشتراك في البرنامج.	التعارف بين أعضاء المجموعة والباحث	1
1- زيادة التفاعل والانسجام بين الطالب . 2- خلق روح الفريق الواحد بين الطالب .	زيادة الروح المعنوية	2
1- أن يعرف الطلاب المجموعة سبب وجودهم داخل المجموعة العلاجية. 2- أن يتعرف الطالب على البرنامج وأهدافه.	التعرف على أهداف البرنامج	3
1- تبصير الطالب بأضرار اضطراب الوسواس القهري (OCD). 2- توجيه الطالب على معرفة أسباب اضطراب الوسواس القهري (OCD) وكيفية التخلص منه. 3- الفكرة الأساسية لعلاج ما وراء المعرفي (MCT).	التعرف على اضطراب الوسواس القهري (OCD) مفهومه - أسبابه - كيفية التخلص منه، نظرية ما وراء المعرفي	4
تدريب الطالب على عدم القيام بأي من الردود المختلفة لا تتجنب ولا تتعامل مع الأفكار السلبية واللاعقلانية، وإنما الاعتراف بها والسماح لها ببساطة حتى تتلاشى أو تضمحل بشكل طبيعي وتحل محلها أفكار أخرى في نفس الوقت.	الفصل الذهني- تدريب علي التحكم في الأفكار	7/6/5
تدريب الطالب على تقوية السيطرة على انتباههم. والهدف من ذلك تطوير المزيد من القدرة على كيفية استخدام انتباههم واختيار أين يركزوا وكيف يضيقوا أو يوسعوا مجال انتباههم.	تدريب الانتباه - الوعي بالذات (الشعور بالذات)	9/8
تدريب الطالب على انتقاء الأفكار الإيجابية وطرد الأفكار السلبية.	الوعي الانتقائي - تنمية الثقة المعرفية.	10
تدريب الطالب على كيفية معالجة المعتقدات ما وراء المعرفية.	إعادة البناء ما وراء المعرفي	11/12
تدريب الطالب على كيفية تعديل المعتقدات الإيجابية المسببة للقلق وكذلك المعتقدات السلبية.	تعديل المعتقدات ما وراء المعرفي الإيجابية والسلبية	13/14
1- تطبيق المقياس البعدي. 2- الاتفاق على طريقة التواصل أثناء عملية المتابعة. 3- تحديد موعد المتابعة.	ختام البرنامج	15



نتائج الدراسة وتفسيرها :  
 ■ الفرض الأول :

ينص هذا الفرض علي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) في اتجاه المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج" لاختبار صحة الفرض الأول استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني Mann - Whitney U " لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي :

جدول (4) قيمة ( ي ) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	مجم الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدلالة
الضابطة ن = 6	57	9.5	صفر	-2.892	دالة عند 0.005
(التجريبية الأولى) العلاج السلوكي ن=6	21	3.5			

يتضح من الجدول السابق (4) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة الضابطة, فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " صفر " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.005 ", أي أن الفروق بين المجموعتين (الضابطة - التجريبية الأولى) فروق جوهرية علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج لجانب المجموعة الضابطة التي لم ينخفض اضطراب الوسواس القهري لديهم, وانخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) التي تلقت البرنامج, وبالتالي تم قبول صحة الفرض الأول.

▪ الفرض الثاني:

ينص الفرض علي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي" لاختبار صحة الفرض الثاني استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي :

جدول (5) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري

مستوي الدلالة	"Z"	مج الرتب "+"	مج الرتب "-"	مج الرتب	مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى)
دالة عند 0.05	2.201-	صفر	3.5	21	القبلي
					البعدي

يتضح من الجدول السابق (5) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي, فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "صفر" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوى دلالة "0.05", وبذلك يتضح انخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الأولى بعد تلقيها للبرنامج السلوكي, مما يؤكد علي فعالية العلاج السلوكي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة. بالتالي تم القبول بصحة الفرض الثاني.

▪ تفسير نتائج الفرض الأول والثاني:

أشارت نتائج الفرضين (الأول-الثاني) إلي فعالية البرنامج القائم علي تطبيقات وفنيات العلاج السلوكي (BT) في خفض مستوى الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الأولى من طلاب الجامعة. وهذه النتائج جاءت متفقة مع نتائج دراسة بولتون وبيرين (2006) Bolton D, Perrin S, بيتر وأديان, (2006) Peter L. F, Adrian W, (2006) Jones M, كارين وآخرون, (2007) Karen R, et al, (2009) الأغا, جونز وآخرون,

et al; (2012), جولدن وهولاواي Golden A, Holaway R, (2013), ناكانيشي وآخرون; Nakanishi M, et al; (2014) التي أشارت نتائجها إلي فعالية العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري.

وقد ترجع فعالية العلاج السلوكي في خفض وعلاج اضطراب الوسواس القهري إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج, حيث استخدم الباحث في البرنامج مجموعة من الفنيات السلوكية التي كان لها تأثير فعال في تعديل الجانب السلوكي لدي العينة, فتم تعديل السلوك الطقسي لدي العينة من خلال التدريب علي فنية التعرض لمصدر القلق المسبب للأفكار الوسواسية مما يؤدي إلي ارتفاع القلق إلي أعلى درجة ثم ينخفض تدريجياً مع استمرار التعرض مما يساعد علي فك الارتباط والإقتران بين التعرض لمصدر القلق والأفكار الوسواسية وإثار القلق, فينخفض القلق برغم استمرار التعرض لمصدره, بالإضافة إلي التدريب "منع الاستجابة" وهو منع المضطرب من القيام بالسلوكيات والأفعال القهرية التي قد يلجئ إليها لخفض القلق الناتج عن التعرض لمصدر القلق والوسواس, من هنا فالتدريب علي فنية التعرض ومنع الاستجابة ساعدت علي التخلص من الأفعال والطقوس القهرية التي يقوم بها مضطرب الوسواس القهري للتخلص من القلق الناتج عن الأفكار الوسواسية.

وكذلك التدريب علي الاسترخاء العضلي العصبي ساعد الطلاب علي التحكم في التوتر والقلق والتخلص منه, والمساعدة علي الشعور بالاسترخاء العضلي والتخلص من التوتر والشد العضلي والذي يُعد من أهم أعراض الوسواس القهري نتيجة لإستثارة الأفكار الوسواسية القهرية. من هنا فإن فنيات البرنامج السلوكي (BT) كانت تدور حول التخلص من الأعراض الجسمية الناتجة عن القلق من خلال التدريب علي الاسترخاء العضلي مما يساعد علي الاسترخاء والتخلص من الشد والتوتر, وكذلك التخلص من الطقوس والأفعال القهرية الناتجة عن خفض القلق الناتج من الأفكار الوسواسية من خلال التدريب علي فنية التعرض ومنع الاستجابة.

كما أن للعينة وطبيعتها دوراً كبيراً في فعالية البرنامج, حيث أن طلاب الجامعة في حاجة ماسة للتخلص من أعراض الوسواس القهري الذي سبب لهم كثير من المتاعب والمشكلات الاجتماعية والنفسية والمعرفية, والتي إنعكست علي سوء مستواهم الدراسي وانخفاض التحصيل وسوء التوافق الدراسي, الأمر الذي زاد من رغبة الطلاب في التخلص من

هذا الاضطراب, والذي انعكس بدوره علي الاستجابة العالية للبرنامج وبالتالي فعاليته في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لديهم.

▪ الفرض الثالث :

ينص هذا الفرض علي " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) في اتجاه المجموعة الضابطة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج" لاختبار صحة الفرض الثالث استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني Mann - Whitney U " لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي :

جدول (6) قيمة ( ي ) ودلالاتها الإحصائية للفرق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدلالة
الضابطة ن = 6	57	9.5	صفر	-2.892	دالة عند 0.005
(التجريبية الثانية) علاج ما وراء المعرفي ن=6	21	3.5			

يتضح من الجدول السابق (6) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة الضابطة, فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " صفر " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.005 ", أي أن الفروق بين المجموعتين (الضابطة - التجريبية الثانية) فروق جوهرية علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج لجانب المجموعة الضابطة التي لم ينخفض اضطراب الوسواس القهري لديهم, وانخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) التي تلقت البرنامج, وبالتالي تم قبول صحة الفرض الثالث.

▪ الفرض الرابع:

ينص الفرض علي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي " لاختبار صحة الفرض الرابع استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test "الدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي :

جدول (7) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري

مستوي الدلالة	"Z"	مج الرتب "+"	مج الرتب "-"	مج الرتب	مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية)
دالة عند 0.05	- 2.207	صفر	3.5	21	القبلي
					البعدي

يتضح من الجدول السابق (7) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي, فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "صفر" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.05 ", وبذلك يتضح انخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الثانية بعد تلقيها للبرنامج ما وراء المعرفي, مما يؤكد علي فعالية برنامج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة. بالتالي تم القبول بصحة الفرض الرابع.

▪ تفسير نتائج الفرضين الثالث والرابع:

أشارت نتائج الفرضين (الثالث-الرابع) إلي فعالية البرنامج القائم علي تطبيقات وفنيات علاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الثانية من طلاب الجامعة. وهذه النتائج جاءت متفقة مع نتائج دراسة كل من: سيمونس وآخرين (2008) Simons M, et al, فيشر وويلز (2006) Fisher P, Wells A, (2008) كلير وآخرين, (2008) Clare S, et al, موريتز وآخرين (2008) Moritz S, et

al, (2010), الشرع وآخرين. Shareh H, et al. (2011), سامانثا وكليير Samantha, F& Clare P, (2012) تورون وآخرين, Torun G, et al, (2014) سوليم وآخرين, Solem S, et al, (2014), التي أشارت نتائجها إلي فعالية علاج ما وراء المعرفي (MCT) في علاج اضطراب الوسواس القهري.

وقد ترجع فعالية علاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض وعلاج اضطراب الوسواس القهري إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج, حيث استخدم الباحث في البرنامج مجموعة من فنيات ما وراء المعرفي (MCT) التي كان لها تأثير فعال في تعديل البناء المعرفي لدي العينة, فتم تعديل أساليب معالجة محتوى التفكير من المعتقدات السلبية والإيجابية والأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة من خلال التدريب علي فنية انفصال الذهن وتدريب الانتباه والوعي الانتقائي وإعادة بناء ما وراء المعرفي.

من هنا فإن فنيات البرنامج ما وراء المعرفي (MCT) كانت تدور حول التخلص من أعراض اضطراب الوسواس القهري ليس من خلال مواجهة الأفكار السلبية واللاعقلانية والتي قد تكون موجودة لدي كل الأشخاص إنما من خلال تعديل استراتيجية التعامل ومعالجة هذه الأفكار, فالأفكار في حد ذاتها ليست المسبب الرئيسي للمعاناة من الاضطرابات النفسية خاصة الوسواس القهري إنما أساليب مواجهة ومعالجة هذه الأفكار هي المسبب لها, لذا تعديل هذه الأساليب من خلال التدريب علي بعض الفنيات ما وراء المعرفي ساهمت في خفض اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة.

إن المحتوى المعرفي من الأفكار الوسواسية والسلبية واللاعقلانية لا يسبب اضطراب الوسواس القهري, لأن معظم الأشخاص لديهم هذه الأفكار وتمر علي الذهن بشكل عابر. ولا يعانون من اضطراب الوسواس القهري أو أي اضطراب انفعالي آخر. ويفسر ذلك من قبل نظرية ما وراء المعرفي إلي أن أنماط التفكير والمعالجة الذاتية في التعامل مع هذا المحتوى الأمر الذي يؤدي إلي بقائها واستمرارها وقوتها, فجوهر علاج ما وراء المعرفي (MCT) يدور حول التعامل مع أساليب معالجة أنماط التفكير المستمر ومواجهة التوجيه الخاطئ. لذا فإن المبدأ المهم في العلاج ما وراء المعرفي (MCT), وأحد السمات التي تميزه عن العلاج المعرفي السلوكي (CBT), هو أن المحتوى الذاتي للأفكار والمعتقدات لدي الفرد ليست هي السبب

الأساسي للمعانة من الاضطرابات النفسية، ولكن وفقاً لنظرية ما وراء المعرفي فإن طريقة رصد ومراقبة واستجابة الفرد لهذه الأفكار والمعتقدات هي السبب في المعانة من المشكلات والاضطرابات النفسية واستمرارها. (Wells, 2009, P: 7)

كما وضح سابقاً أن للعينة وطبيعتها دوراً كبيراً في فعالية البرنامج، حيث أن طلاب الجامعة في حاجة ماسة للتخلص من أعراض اضطراب الوسواس القهري الذي سبب لهم كثير من المتاعب والمشكلات الاجتماعية والنفسية والمعرفية.

■ الفرض الخامس :

ينص هذا الفرض علي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعتين التجريبيتين (الضابطة - مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج"

لاختبار صحة الفرض الخامس استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار مان ويتني Mann - Whitney U " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة للكشف عن وجود فروق بين المجموعتين التجريبيتين (الضابطة-

التجريبية الثالثة) كما يلي :

جدول (8) قيمة ( ي ) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدلالة
(الضابطة) ن = 6	57	9.5	صفر	2.898	دالة عند 0.005
(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي ن = 6	21	3.5			

يتضح من الجدول السابق (8) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة الضابطة ومجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج في اتجاه المجموعة الضابطة، فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " صفر " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.005 "، أي أن الفروق بين المجموعتين

(الضابطة - التجريبية الثالثة) فروق جوهرية علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج لجانب المجموعة الضابطة التي لم ينخفض اضطراب الوسواس القهري لديهم، وانخفاض حدة الوسواس القهري لدي مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) التي تلقت البرنامج، وبالتالي تم قبول صحة الفرض الخامس.

▪ الفرض السادس:

ينص الفرض علي "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي " لاختبار صحة الفرض السادس استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test "الدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي :

جدول (9) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري

مستوي الدلالة	"Z"	مج الرتب "+"	مج الرتب "-"	مج الرتب	مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثانية)
دالة عند 0.05	- 2.207	صفر	3.5	21	القبلي
					البعدي

يتضح من الجدول السابق (9) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي (التجريبية الثالثة) للقياسيين (القبلي - البعدي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري لجانب القياس القبلي، فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "صفر" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.05 "، وبذلك يتضح انخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الثالثة التي تلقت برنامج مشترك بين العلاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي، مما يؤكد علي فعالية العلاج المشترك في خفض اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة. وبالتالي تم القبول بصحة الفرض السادس.

▪ الفرض السابع :



ينص هذا الفرض علي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعات التجريبية الثلاثة (العلاج السلوكي - مجموعة علاج ما وراء المعرفي - العلاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج"

لاختبار صحة الفرض السابق استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test " لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي:

جدول (10) دلالة الفروق لدي المجموعات التجريبية الثلاثة (العلاج السلوكي - علاج ما وراء المعرفي - المجموعة العلاج السلوكي وماء وراء المعرفية) باستخدام اختبار كروسكال واليس بعد تطبيق البرنامج علي مقياس الوسواس القهري

مستوي الدلالة	كا	م الرتب	مج الرتب	ن	المجموعات التجريبية
دال عند 0.05	6.242	13.83	9.5	6	(التجريبية الأولى) العلاج المعرفي السلوكي
		8.17	9.5	6	(التجريبية الثانية) علاج ما وراء المعرفي
		6.5	9.5	6	(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي

يتضح من الجدول السابق (10) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة التجريبية الثلاثة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج, فمن خلال حساب قيمة " كا2 " وجد أنها مساوية "6.242" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.05 ", أي أن الفروق بين المجموعات الثلاثة (التجريبية الأولى- التجريبية الثانية -التجريبية الثالثة) فروق جوهرية علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج, لذا استخدم "اختبار مان ويتني Mann - Whitney U " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة للكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاثة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (11) قيمة ( ي ) ودلالاتها الإحصائية للفرق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعات التجريبية الثلاثة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج

المجموعة التجريبية	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدالة
(التجريبية الأولى) العلاج السلوكي ن=6	54	9	3	2.40-	دالة عند 0.01
(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي ن=6	24	4			
(التجريبية الثانية) العلاج ما وراء المعرفي ن=6	42	7	15	0.48-	غير دالة
(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي ن=6	36	6			
(التجريبية الأولى) العلاج السلوكي ن=6	50	8.33	7	1.76-	غير دالة
(التجريبية الثانية) العلاج ما وراء المعرفي ن=6	28	4.67			

يتضح من الجدول السابق (11) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة التجريبية الأولى (العلاج السلوكي) والتجريبية الثالثة (العلاج السلوكي + علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد تطبيق البرنامج في اتجاه مجموعة العلاج السلوكي, فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " 3 " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوى دلالة "0.01", ولم يوجد فروق بين باقي المجموعات التجريبية علي القياس القبلي, من هنا فإن علاج السلوكي أقل كفاءة من الجمع بينها والعلاج ما وراء المعرفي في برنامج واحد. فاضطراب الوسواس القهري انخفض لديهم بدرجة أقل مقارنة بمجموعة علاج ما وراء المعرفي مع العلاج السلوكي, وانخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الثالثة مجموعة (علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) بدرجة أعلى من المجموعة الأولى, في حين لم يوجد فروق جوهوية بين المجموعات الأخرى, وبالتالي فإن الجمع بين العلاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي أكثر فعالية من استخدام من استخدام العلاج السلوكي علي حدة في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة.

أظهرت نتائج الفرضين (الخامس - السادس) كفاءة الجمع بين العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي

طلاب جامعة الملك عبد العزيز. وكذلك يعد الجمع بين فنيات العلاج السلوكي وفنيات علاج ما وراء المعرفي أكثر فعالية في علاج اضطراب الوسواس القهري ما استخدم العلاج السلوكي علي حدة كما أشارت نتائج الفرض السابع.

وقد ترجع كفاءة وفعالية الجمع بين العلاج السلوكي (BT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) في علاج اضطراب الوسواس القهري إلي أن التعامل مع أعراض الوسواس القهري سواء كانت الوسواس أو الأفعال القهرية، فالعلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة بالإضافة إلي الاسترخاء العضلي العصبي ساعد في التخلص من الأفعال والطقوس الحركية والتي تعد العرض الأبرز للوسواس القهري. أما علاج ما وراء المعرفي (MCT) ساعد في تعديل الجانب المعرفي الأساليب والمحتوي، فتعديل أساليب معالجة محتوى التفكير من الأفكار السلبية والمعتقدات السلبية والإيجابية والأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري والتي تؤدي إلي تحويل الأفكار الاقتحامية إلي أفكار وسواسية قهرية ينتج عنها القلق والكدر فمن خلال التدريب علي أساليب مواجهة هذه الأفكار والمعتقدات والتعامل معها ساهم في علاج الخلل في استراتيجية معالجة الوسواس وبالتالي علاج الوسواس القهري. فإن علاج ما وراء المعرفي (MCT) يتعامل مع الطريقة التي يفكر بها الأفراد وأنه يفترض أن المشكلة تقع في الأساليب غير المرنة والمتكررة من التفكير للاستجابة للأفكار الوسواسية والمشاعر والمعتقدات. وأنه يركز علي إزالة أساليب المعالجة غير المفيدة وغير المرنة والتي ينتج عنها بقاء وتقوية الأفكار الوسواسية والسلبية والملاعقلانية وإستمرارها مما يساهم في التخلص من اضطراب الوسواس القهري.

▪ الفرض الثامن:

ينص الفرض علي "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (البعدي - التبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة"

لاختبار صحة الفرض الثامن استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في "

اختبار ويلكوكسون "Wilcoxon Test" لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي :

جدول (12) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (البعدي-التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري

مستوي الدلالة	"Z"	مجم الرتب "+"	مجم الرتب "-"	مجم الرتب	مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى)
غير دالة	0.934-	3.00	3.75	21	البعدي
					التتبعي

يتضح من الجدول السابق (12) ما يلي :

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج السلوكي (التجريبية الأولى) للقياسيين (البعدي-التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة، فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "3" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة، وبذلك يتضح بقاء انخفاض مستوي اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية بعد فترة المتابعة، مما يؤكد علي استمرار فعالية العلاج السلوكي في خفض مستوي اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة بعد فترة المتابعة. بالتالي تم القبول بصحة الفرض الثامن.

جاءت هذه النتائج متفقة مع دراسة كل من: بولتون وبيرين Bolton D, Perrin (2006), (S, بيتر وأدريان (2006), (Peter L. F, Adrian W, كارين وآخرون (2007), (Karen R, et al, الأغا (2009), جونز وآخرون Jones M, et al; (2012), (جولدن وهولاوي Golden A, Holaway R, (2013), ناكانيشي وآخرون (2014), (Nakanishi M, et al; التي أشارت نتائجها إلي استمرار فعالية العلاج السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري خلال فترة المتابعة. وهذا يؤكد استمرار تأثير البرنامج القائم علي فنيات العلاج السلوكي (CBT) علي المدى الطويل وليس تأثير وقتي.

جاءت نتائج هذه الدراسة تؤكد علي استمرار فعالية العلاج القائم علي فنيات وتطبيقات العلاج السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الأولى من طلاب الجامعة، وكذلك إمكانية استخدام العلاج السلوكي وفنياته مع طلاب الجامعة والاستفادة منه في تحسين مستوي الصحة النفسية لديهم من خلال التخلص من معاناتهم من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية لديهم المتمثلة في اضطراب الوسواس القهري (GAD) الذي

يؤثر سلباً علي قدرتهم علي التوافق مع أنفسهم ومع المجتمع من حولهم والذي ينعكس بعد ذلك علي توافقهم الدراسي وانخفاض مستواهم الدراسي في الجامعة.

وقد يرجع استمرار تأثير العلاج السلوكي (BT) في خفض مستوى القلق العام لدي طلاب الجامعة إلي فنيات العلاج السلوكي (CBT) التي تمكن الطلاب من التخلص من الأفعال والطقوس الحركية القهرية والتي تعد العرض الأساسي لاضطراب الوسواس القهري من خلال التعرض ومنع الاستجابة بالإضافة إلي التخلص من القلق والتوتر من خلال التدريب علي الاسترخاء العضلي العصبي, أدي ذلك إلي استمرار مواجهة الأفكار الوسواسية وعدم الاستجابة لها بالأفعال والطقوس القهرية وبالتالي استمرار انخفاض حدة اضطراب الوسواس القهري (GAD) لديهم خلال فترة المتابعة.

▪ الفرض التاسع:

ينص الفرض علي "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة"

لاختبار صحة الفرض التاسع استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test" للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المرتبطة كما يلي :

جدول (13) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة العلاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري

مستوي الدلالة	"Z"	مج الرتب "+"	مج الرتب "-"	مج الرتب "	مجموعة العلاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية)
غير دالة	0.744-	2.33	4.67	21	البعدي
					التتبعي

يتضح من الجدول السابق (13) ما يلي :

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة علاج ما وراء المعرفي (التجريبية الثانية) للقياسيين (البعدي - التتبعي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري, فمن خلال حساب مجموع الرتب الموجبة والأقل تكراراً وجد أنها مساوية "2.33" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها غير دالة, مما يؤكد علي

استمرار فعالية علاج ما وراء المعرفي في خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة بعد فترة المتابعة. بالتالي تم القبول بصحة الفرض التاسع.

جاءت هذه النتائج متفقة مع دراسة كل من: سيمونس وآخرين Simons M, et al.

(2006) فيشر وويلز Fisher P, Wells A, (2008) كلير وآخرين Clare S, et al, (2008) al, موريتز وآخرين, Moritz S, et al, (2010) الشرع وآخرين Shareh H, et al, (2011) سامانثا وكلير, Samantha F& Clare P, (2012) تورون وآخرين, Torun G, et al, (2014) سوليم وآخرين, Solem S, et al, (2014) التي أشارت نتائجها إلي استمرار فعالية علاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري خلال فترة المتابعة. وهذا يؤكد استمرار تأثير العلاج القائم علي فنيات علاج ما وراء المعرفي (MCT) علي المدى الطويل وليس تأثير وقي.

جاءت نتائج هذه الدراسة تؤكد علي استمرار فعالية العلاج القائم علي فنيات وتطبيقات علاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري لدي المجموعة التجريبية الثانية من طلاب الجامعة, وقد يرجع استمرار تأثير علاج ما وراء المعرفي (MCT) في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب الجامعة إلي الفنيات المستخدمة في البرنامج التي مكنت الطلاب من تعديل طريقة معالجة الأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية وأساليب مواجهة الأفكار التلقائية السلبية والأفكار الإقتحامية والتي قد تتحول إلي أفكار وسواسية من خلال طريقة التعامل معها ومعالجتها. فمعتقدات ما وراء المعرفي مفتاح التأثير من خلال طريقة استجابة الأفراد للأفكار السلبية والمعتقدات، والأعراض والعواطف وتعتبر هي القوة الدافعة وراء نمط التفكير الخاطئ الذي يؤدي إلى فترة طويلة من المعاناة النفسية. (

(Wells, 2009,P: 9

▪ الفرض العاشر :

ينص هذا الفرض علي " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعات التجريبية الثلاثة (العلاج السلوكي - مجموعة علاج ما وراء المعرفي - علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة"

لاختبار صحة الفرض السابق استخدم أسلوب إحصائي لابارامتري متمثل في " اختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis Test " لدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة كما يلي:

جدول (14) دلالة الفروق لدي المجموعات التجريبية الثلاثة (العلاج السلوكي - علاج ما وراء المعرفي- المجموعة العلاج السلوكي وماء وراء المعرفية) باستخدام اختبار كروسكال واليس بعد فترة المتابعة علي مقياس الوسواس القهري

مستوي الدلالة	كا	م الرتب	مج الرتب	ن	المجموعات التجريبية
دال عند 0.05	5.916	12.58	9.5	6	(التجريبية الأولى) العلاج المعرفي السلوكي
		10.58	9.5	6	(التجريبية الثانية) علاج ما وراء المعرفي
		5.33	9.5	6	(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي

يتضح من الجدول السابق (14) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعة التجريبية الثلاثة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة, فمن خلال حساب قيمة " كا2 " وجد أنها مساوية "6.242" وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة " 0.05 ", أي أن الفروق بين المجموعات الثلاثة (التجريبية الأولى- التجريبية الثانية -التجريبية الثالثة), لذا استخدم "اختبار مان ويتني - Mann Whitney U " للدلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعات المستقلة للكشف عن اتجاه الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاثة وكانت النتائج كما يلي:

جدول (15) قيمة ( ي ) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في مجموعات التجريبية الثلاثة علي مقياس اضطراب الوسواس القهري علي القياس التتبعي

مستوي الدلالة	"Z"	"ي" الصغرى	م الرتب	مج الرتب	المجموعة التجريبية
دالة عند 0.05	1.92-	6	8.5	51	(التجريبية الأولى) العلاج السلوكي ن=6
			4.5	27	(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي ن=6
دالة عند 0.05	2.08-	5	8.67	52	(التجريبية الثانية) العلاج ما وراء المعرفي ن=6
			4.33	26	(التجريبية الثالثة) علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي ن=6
غير دال	1.04-	11.5	7.58	45.50	(التجريبية الأولى) العلاج السلوكي ن=6
			5.42	32.50	(التجريبية الثانية) العلاج ما وراء المعرفي ن=6

يتضح من الجدول السابق (15) ما يلي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج السلوكي + علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) والتجريبية الأولى (العلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة في اتجاه مجموعة العلاج السلوكي, فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " 6 " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة "0.05", وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة التجريبية الثالثة (العلاج السلوكي + علاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي) والتجريبية الثالثة (علاج ما وراء المعرفي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة في اتجاه التجريبية الثالثة (علاج ما وراء المعرفي), فمن خلال حساب قيمة " ي " الصغري وجد أنها مساوية " 5 " وبالكشف عن دلالتها الإحصائية وجد أنها دالة عند مستوي دلالة "0.05", ولم يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات طلاب الجامعة في المجموعة التجريبية الثانية (علاج ما وراء المعرفي) والتجريبية الأولى (العلاج السلوكي) علي مقياس اضطراب الوسواس القهري بعد فترة المتابعة, من هنا فإن الجمع بين العلاج ما وراء المعرفي والعلاج السلوكي أكثر فعالية من استخدام من استخدام كلاً منهما علي حدة في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري خلال فترة المتابعة.

أظهرت نتائج الفرض السابق أن الجمع بين تطبيقات وفنيات علاج ما وراء المعرفي (MCT) والعلاج السلوكي (BT) أكثر فعالية من استخدام كل منها علي حدة في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري خلال فترة المتابعة. وقد ترجع ذلك إلي أن علاج ما وراء المعرفي (MCT) يعتمد علي تعديل أساليب معالجة محتوى التفكير من الأفكار الإيجابية والسلبية والمعتقدات السلبية والإيجابية والأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية المرتبطة بالطقوس الحركية من ناحية والأفكار الوسواسية من ناحية أخرى والت وهي أعراض اضطراب الوسواس القهري, فهو أكثر فعالية من مواجهة المحتوى المعرفي من الأفكار الإيجابية واللاعقلانية وغير المنطقية والأفكار التلقائية السلبية عن مصادر القلق والتلوث. فيعد الاهتمام بهذه الأفكار وعدم وموجهتها وتركها تمر دون الاهتمام بها وإعطائها قدر أكبر من حجمها يؤدي إلي تلاشي تأثيرها علي السلوك, وتحولها إلي أفعال وطقوس حركية, فيقوم العلاج ما وراء



المعرفي علي الفصل بين الفكر والفعل وكذلك الفصل بين الفكر الحدث بالإضافة عن الفصل بين الفكر والموضوع, لذلك فصل هذه الأفكار عن السلوك والحدث والموضوع من خلال عدم التفكير فيها واختيار أفكار أخرى للتفكير فيها من خلال الوعي بالتفكير ساعد طلاب الجامعة علي التخلص من أعراض اضطراب الوسواس القهري, بالإضافة إلي استخدام العلاج السلوكي بالتعرض ومنع الاستجابة والإسترخاء ساعد علي التخلص من الأفعال الحركية والطقوس القهرية الموجودة لدي مضطربي الوسواس القهري وبالتالي اعتمد العلاج السلوكي في التخلص من الجانب السلوكي واعتمد العلاج ما وراء المعرفي في تعديل الجانب المعرفي والذي يعد المسبب في للاضطراب, من هنا كان الجمع بين العلاج السلوكي وما وراء المعرفي أكثر تأثير من استخدام كلاً منهما علي حده خلال فترة المتابعة.

□ وبناءً علي النتائج السابقة يوصي الباحث بما يلي:

- 1- إجراء المزيد من الأبحاث لمعرفة كفاءة استخدام علاج ما وراء المعرفي (MCT) في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة.
- 2- إجراء مزيد من الأبحاث حول الجمع بين العلاج السلوكي (CBT) وعلاج ما وراء المعرفي (MCT) في علاج الاضطرابات النفسية.
- 3- إنشاء مراكز متخصصة في علاج ما وراء المعرفي (MCT) لعلاج الاضطرابات النفسية.
- 4- إجراء المزيد من الأبحاث حول إمكانية استخدام نظرية ما وراء المعرفة كاستراتيجية إرشادية للاضطرابات النفسية.
- 5- إجراء أبحاث حول عوامل ماء المعرفة لدي الاضطرابات العصابية والذهانية واضطرابات الشخصية.

## المراجع:

- 1- إبراهيم، عبد الستار (1983). العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، القاهرة، مكتبة مدبولي.
- 2- إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 3- إبراهيم، عبد الستار وإبراهيم، رضوي (2003). علم النفس أسسه ومعالم دراساته، ط 2، القاهرة، مكتبة الموسكي.
- 4- إبراهيم، علي إبراهيم والنيال، مايسه أحمد (1993). مشكلات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية، دراسة إمبريقية لدي عينة من جامعة قطر، مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد2، يوليو، ص ص 77 - 105.
- 5- أحمد، جمال شفيق (1996). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين من الجنسين وعلاقته بمستوى قدراتهم الابتكارية، كلية الآداب جامعة المنوفية، عدد 27، ص ص 125-168.
- 6- الأغا، يشارة جبارة جبارة (2009). دراسة سما شخصية الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة ماجستير، كلية التربية -جامعة غزة، فلسطين.
- 7- باظة، أمال عبد السميع (2006). علم النفس الإكلينيكي وبحوث وقراءات في الصحة النفسية، القاهرة، الانجلو المصرية
- 8- بدري، حسن بدري محمد (2009). الوسواس القهري وعلاقته بأساليب التفكير وبعض سمات الشخصية (دراسة ميدانية علي طلاب جامعة البحر الأحمر بمدينة بورتسودان)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب - جامعة أم درمان الإسلامية، السودان.
- 9- البشر، سعاد وفرج، صفوت (2005). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضي الوسواس القهري، مجلة الدراسات النفسية الصادرة عن رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد12، العدد2، ص ص 207-227.
- 10- البناني، أروي بنت فيصل حسن (2010). التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدي عينة اكلينيكية وغير اكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية - جامعة أم القري، المملكة العربية السعودية.
- 11- توفيق، عبد المنعم توفيق (2000). الوسواس القهري دراسة على عينات بحرينية، مجلة علم النفس، العدد14، ص ص 64 - 77.
- 12- جابر، عبد الحميد جابر وكفافي، علاء الدين (1992). معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء 5، القاهرة، دار النهضة العربية.

- 13- جابر, عبد الحميد جابر وكفافي, علاء الدين (1995). معجم علم النفس والطب النفسي, الجزء 2, القاهرة, دار النهضة العربية.
- 14- الجمل, محمد مخير مخير (2005). *التدهور العقلي واضطراب الذاكرة والتفكير التجريدي لدي مرضي الوسواس القهري*, رسالة ماجستير, كلية الآداب-جامعة المنصورة.
- 15- الحفني, عبد المنعم (1994). *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*, ط 4, القاهرة, مكتبة مدبولي.
- 16- حنور, قطب عبده خليل حنور (2009). *مقياس اضطراب الوسواس القهري*, غير منشور.
- 17- الخضير, ميسون أحمد بن حسن (2009). *قدان الشهية العصبي وعلاقته باضطراب الوسواس القهري والتحريفات المعرفية لدى طالبات جامعة الملك سعود*, رسالة ماجستير, كلية التربية - جامعة الملك سعود, الرياض.
- 18- الخولي, عبدالله محمد عبد الظاهر خليل (2008). *فاعلية برنامج مبنى على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدي طلاب كلية التربية بأسبوط في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس*, رسالة دكتوراه غير منشورة, كلية التربية-جامعة أسيوط. مصر.
- 19- داود, عزيز حنا والطيب, محمد عبد الظاهر والعبيدي, ناظم هاشم (1990). *الشخصية بين السواء والمرض*, القاهرة, الانجلو المصرية.
- 20- الدسوقي, كمال (1990). *نخيرة علم النفس*, الجزء الأول, القاهرة, مؤسسة الأهرام للطباعة.
- 21- الدفاعي, كاظم علي هادي (2009). *أثر برنامج علاجي سلوكي مختصر في خفض اضطراب الوسواس القهري*, مجلة كلية التربية - جامعة المستنصرية, العدد 4, ص ص 188-228.
- 22- ديفيد هـ. ج. بارلو (2002). *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية*, دليل علاجي تفصيلي, ترجمة صفوت فرج, القاهرة, الانجلو المصرية.
- 23- الرشيدى, هارون توفيق (1999). *الضغوط النفسية طبيعتها - نظرياتها برنامج لمساعدة الذات في علاجها*, القاهرة, الانجلو المصرية.
- 24- الريماوي, عمر والريماوي, أميرة (2014). *الوسواس القهري وعلاقته بأبعاد الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس*, *المجلة الدولية التربوية المتخصصة*, المجلد (3), العدد (5), ص ص 89-103.
- 25- الزراد, فيصل محمد خير (2005). *العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريق الكف بالنقيض*, بيروت, العلم للملايين.
- 26- زهران, حامد عبد السلام (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*, ط5, القاهرة, عالم الكتب.

- 27- الزيداني، أحمد محمد حسين (2012). عوامل ما وراء المعرفي وعلاقتها بالاضطرابات الانفعالية وبالعصاب (دراسة في التركيب العاملي والصدق التكويني لمقياس ما وراء المعرفي-30)، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 4، العدد 2، ص ص 313-363.
- 28- س. ليندزاي، ج. بول (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الانجلو المصرية.
- 29- سعفان، محمد أحمد إبراهيم (1996). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية في علاج الوسواس والأفعال القهرية (دراسة حالة)، مجلة كلية التربية الزقازيق، عدد 27، الجزء الأول، ص ص 95-130.
- 30- السيد، محمود علي أحمد (2007) علاقة الوسواس القهري ببعض مكونات الذاكرة العاملة (اللوحة البصرية المكانية، الضبط التنفيذي المركزي)، سلسلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس (ASEP)، المجلد 1، العدد 4، ص ص 179-220.
- 31- الشرقاوي، أنور محمد (1998). التعلم ونظرياته وتطبيقاته، ط 5، القاهرة، الانجلو المصرية.
- 32- عباس، لينا فاروق (2010). مظاهر التشوه الوهمي للجسد وعلاقته بالقلق الاجتماعي والوسواس القهري والشخصية الارتبابية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم التربوية والنفسية، جامعة عمان العربية، الأردن.
- 33- عبد الخالق، أحمد محمد (2002). الوسواس القهري التشخيص والعلاج، الكويت، مجلس النشر العلمي.
- 34- عبد الخالق، أحمد محمد والدماطي، عبد الغفار (1995). الوسواس القهري: دراسة على عينات سعودية، مجلة الدراسات النفسية، العدد 5 (1)، ص ص: 1-17.
- 35- عبد الخالق، أحمد محمد والنيال، مايسة أحمد (1990). الوسواس القهري وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكنتاب، مجلة كلية الآداب جامعة الإسكندرية، مجلد 38، ص ص 54-75.
- 36- عبد الخالق، أحمد محمد ورضوان، سامر جميل (2002). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية، مجلة الدراسات النفسية، الصادر عن رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد الأول، عدد 12، ص ص 43-61.
- 37- عبد الخالق، أحمد ورضا، زهراء وكريمي، سارة والعدواني، فجر والفردري، نور (2012). إدمان الإنترنت وعلاقته بتقدير الذات والوسواس القهري والأرق، مجلة الدراسات النفسية الصادرة عن رابطة الأخصائيين النفسيين، المجلد 23، العدد 1، ص ص 85-112.

- 38- عبد الرحمن, محمد السيد (2000). *عالم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج)*, القاهرة, دار قباء للطباعة والنشر.
- 39- عكاشة, أحمد (2003). *الطب النفس المعاصر*, القاهرة, الانجلو المصرية.
- 40- علي, صبره محمد وشريت, أشرف محمد عبد الغني (2004). *الصحة النفسية والتوافق النفسي*, الإسكندرية, دار المعارف الجامعية.
- 41- غانم, محمد حسن (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص - الأسباب والعلاج - المآل والمسار)*, القاهرة, الانجلو المصرية.
- 42- كاظم, علي مهدي وآل سعيد, تغريد بنت تركي (2008). *الوسواس القهري لدى الاطفال والمراهقين العمانيين, مجلة الطفولة العربية (الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية)*, العدد 37, ص ص 8-33.
- 43- محمد, حسن بدري (2010). *الوسواس القهري لدى طلاب الجامعات في ضوء متغيري النوع والفرقة: جامعة البحر الأحمر, مجلة كلية الآداب - جامعة أم درمان الاسلامية - السودان*, العدد 3, ص ص 39-70.
- 44- محمود, عبدالمنعم عرفة (2010) *الكمايلية التوافقية واللاتوافقية وعلاقتها ببعض أعراض الوسواس القهري لدى طلاب الجامعة, مجلة كلية التربية جامعة الأزهر, العدد 44, الجزء 4*, ص ص 24-74.
- 45- ملحم, سامى محمد وباكير, سلفيا محمود عبد الرحمن (2012). *العلاقة بين السلوك الوسواسي وكل من مفهوم الذات ودافعية الإنجاز لدى طالبات المرحلة الجامعية في المملكة العربية السعودية, مجلة كلية التربية بينها*, العدد 23, مجلد 3, ص ص 431-470.
- 46- مليكه, لويس كامل (1990). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*, ط 2, الكويت, دار القلم للنشر والتوزيع.
- 47- موسى, رشاد عبد العزيز (2001). *أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي*, القاهرة, مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.
- 48- هندي, وائل أبو (2003). *الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي*, الكويت, عالم المعرفة.
- 49- Abramowitz JS, (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: *Ameta-analysis, Behavior therapy*, Vol. 27, PP: 583-600.
- 50- Adam M, Bischof J, Gary H,(2003). Obsessive-compulsive complaints and academic performance in college students, *Journal of College Student*, Vol.37(1) , PP: 145-155.

- 51- Ali S, Malin T, Rustem A, Nezmiye K, Said B, Rahim K, (2004). Twelve – month prevalence of obsessive-compulsive disorder in Konya, Turkey, *Comprehensive Psychiatry*, Vol.45, PP: 367-344.
- 52- American Psychiatric Association (2011). DSM-5 development: Anxiety disorders proposed revisions. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/AnxietyDisorders.aspx,2-12-2013> .
- 53- Barahmand U, Tavakolian E, Alaei S,(2015).Association of metacognitive beliefs, obsessive beliefs and symptom severity with quality of life in obsessive-compulsive patients, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol.28(5), PP: 345-51.
- 54- Bolton D, Perrin S,( 2006 ). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol.9, PP: 1-12.
- 55- Bram A, Throstrur B, (2004). A psychodynamic clinical's foray into cognitive-Behavioral therapy utilize Exposure-Response prevention for obsessive-compulsive Disorder, *American Journal of Psychotherapy*, Vol. 58, PP: 304-321.
- 56- Clare S, Rees A, Kate E, Koesveld D,(2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol 39,(4),PP: 451–458.
- 57- Cougle J, Purdon C, Fitch K, Hawkins K, (2013). Clarifying Relations Between Thought-Action Fusion, Religiosity, And Obsessive-Compulsive Symptoms Through Consideration Of Intent, *Cognitive Therapy & Research*, Vol. 37, Issue 2, PP: 221-231.
- 58- Davis D,(1990). *Multi sensory covert tarns formation : Techniques for schematic modification*, Paper presented at the International Conference on Cognitive Therapy Philade Phia P.A.
- 59- Fisher P, Wells A,(2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol 39, (2),PP: 117–132.
- 60- Fisher P, Wells A,(2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis, *Behaviour Research and Therapy*, Vol.43, PP: 1543-58.
- 61- Gawad T,(2001). Comparison between heroin addicts and Obsessive Compulsive patient on psychosocial and cognitive functions , *Egypt Journal of Psychiatry*, Vol.24(1), PP:117-125 .
- 62- Golden A, Holaway R,(2013). Values-Focused Exposure and Response Prevention in the Treatment of Comorbid Schizophrenia and

- Obsessive-Compulsive Disorder: The Case of "Mr. H", *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Vol. 9 (1), PP: 65-80.
- 63- Inozu, M; Ulukut, F, Ozcanli; E, Gokce A, Gillian M,(2014). The Mediating Role Of Disgust Sensitivity And Thought-Action Fusion Between Religiosity And Obsessive Compulsive Symptoms, *International Journal Of Psychology*, Vol. 49, Issue 5, PP: 334-341.
- 64- Jones M, Wootton B, Vaccaro L,(2012). The Efficacy of Exposure and Response Prevention for Geriatric Obsessive Compulsive Disorder: A Clinical Case Illustration, *Case Reports in Psychiatry*, Vol.5, PP: 1-5.
- 65- Karen R, Martin MA, Laura JS, Christine P, Lisa Y, Richard PS,(2007). Office-based vs. home-based behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study, *Behaviour Research and Therapy*, Vol.35 , PP: 1 – 9.
- 66- Kenneth R.G, Pence J, Steven L,(2006). Perfectionism and Obsessive-Compulsive Symptoms, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol.28(2), PP:103-111.
- 67- Maureen L.W, Dana S.T, Peter D.M,(2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs exposure and response prevention, *Behaviour Research and Therapy*, Vol.43, PP: 1559 – 1576.
- 68- Moritz S, Lena J, Marit H, Dieter N,(2010). How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder, *Dialogues Clin Neurosci*, Vol.12(2), PP: 209–220.
- 69- Myers S, Fisher P, Wells A,(2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol.23, PP: 436–442.
- 70- Myers S, Wells A,(2013). An experimental manipulation of metacognition: a test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms, *Behavioral Research Therapy*, Vol.51(4-5), PP: 84-177.
- 71- Nakanishi M, Harumi O, Yoshihiro T, Ayako I, Chiwa K, Kana O, Shunsuke K, Yoshinobu I, Taiga N, Jotaro A,(2014). Near-Infrared Spectroscopy during the Verbal Fluency Task before and after Treatment with Image Exposure and SSRI Therapy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, *Case Reports in Psychiatry*, Vol. 4, PP: 1-4.
- 72- Pazvantoglu O, Algul A, Ates MA, Sarisoy G, Ebrinc S, Basoglu C, Cetin M,(2013). Metacognitive Functions in Obsessive Compulsive Disorder in a Turkish Clinical Population: The Relationship Between

- Symptom Types and Metacognition Subdimensions, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, Vol.23(1), PP: 65-72.
- 73- Peter LF, Adrian W, (2006). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis , *Behaviour Research and Therapy*, Vol.43, PP: 1543-1558 .
- 74- Purdon C, David A (1999). Metacognition and obsessions, *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol.6(2), PP: 102-110.
- 75- Ricks W, George DZ, (1991): *Anxiety Disorder A rational emotive perspective*, pergmon press gmbh, kronberg, Germany.
- 76- Robertson D,(2013). *Cognitive-Behavioural Therapy* London, <http://londoncognitive.com/27-11-2013>
- 77- Samantha F, Clare P, (2012). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder By Videoconference: A Preliminary Study, *Behaviour Change*, Vol.29 (4), PP: 213-229.
- 78- Sassaroli S, Centorame F, Caselli G, Favaretto E, Fiore F, Gallucci M, Sarracino D, Ruggiero GM, Spada M, Rapee R, (2015). Anxiety control and metacognitive beliefs mediate the relationship between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol.30(3), PP: 228-560.
- 79- Shareh H, Banafsheh G, Mohammad K, (2011). Comparison Between Metacognitive Therapy, Fluvoxamine and Combined Therapy in the Improvement of Thought Control Strategies and Stop Signal Criteria in Obsessive Compulsive Disorder, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol.17(3), PP: 199-207.
- 80- Simons M, Schneider S, Dahlmann B,(2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation, *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol.75(4), PP:257-264.
- 81- Singh S, Mukundan C,khanna S,(2003). Working memory deficits in obsessive compulsive disorder, *Psychological Studies*, Vol.48(2), PP:69-73.
- 82- Solem S, Synne B, Haseth S, Hansen B, Haland Å, Bailey R,(2014). Symptoms of health anxiety in obsessive-compulsive disorder: Relationship with treatment outcome and metacognition, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, Vol.3(2), PP: 188-194.
- 83- Torun G, Stian S, Patrick AV, Bjarne H, Samuel GM,(2015). Metacognition, Responsibility, and Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder, *Cognitive Therapy and Research*, Vol.39 (1), PP: 41-50.



- 84- Wagner AP,(2002). *What to do when your child has obsessive-compulsive disorder*, Alighthouse press Book, New York, U.S.A .
- 85- Wayne W,(1997). *Psychology Applied to Modern life* , Brooks / cole Publishing Compony, New York, U.S.A .
- 86- Wells A, & Morrison P,(1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study, *Journal of Behaviour Research and Therapy*, Vol.32, 867-870.
- 87- Wells A, Matthews G,(1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*, Hove (UK), Lawrence Erlbaum.
- 88- Wells, A,(1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*, Chichester, UK: Wiley.
- 89- Wells, A,(2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, Vol.23, PP: 337-355.
- 90- Wells, A,(2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, Guilford Publications, New York, U.S.A.
- 91- Yilmaz A,(2007). *Examination Of Metacognitive Factors In Relation To Anxiety And Depressive Symptoms: A Cross-Cultural Study* ,PhD, Hacettepe University, Department of Psychology, Ankara.