

برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين

أ.د/ عمرو رفعت عمر

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة بورسعيد

أ.د/ عبد الصبور منصور محمد

أستاذ ورئيس قسم التربية الخاصة

كلية التربية - جامعة بورسعيد

هبة السيد العربي محمد الملاح

باحثة دكتوراة قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة بورسعيد

تاريخ استلام البحث : ٢٠٢٣/ ٨ / ٩ م

تاريخ قبول البحث : ٢٠٢٣/ ٨ / ٢٢ م

البريد الالكتروني للباحث : heba_elmalah@yahoo.com

DOI: JFTP-2308-1319

المخلص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية وأثرها فى خفض الوسواس التفاعلية لدى عينة من المراهقين، وتألقت عينة الدراسة من (٣٠) مراهقاً ومراهقة من طلاب الثانوى العام بمحافظة بورسعيد وتتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٨) عاماً بمتوسط عمرى قدره (١٥.٩) عاماً وانحراف معيارى قدره (٠.٦١) وتم اختيارهم بطريقة مقصودة وفق شدة اضطراب الوسواس القهرى على مقياس ييل - براون بدرجات (١٦ فأكثر) ودرجات مرتفعة على مقياس الوسواس التفاعلية ، ومستوى متوسط على مقياس المستوى الاقتصادى والاجتماعى والثقافى للأسرة إعداد كل من مُجد سعفان ودعاء خطاب (٢٠١٦)، وتم استخدام الأدوات التالية: مقياس ييل - براون لاضطراب الوسواس القهرى (YBOCS; Goodman et al., 1989) ومقياس الوسواس التفاعلية المستمد من قائمة التطفللات الوسواسية إعداد كل من باردون وكلارك (ROII; Purdon & Clark, 1993) ، واستبيان المعتقدات الوسواسية إعداد مجموعة العمل العليا للمعارف المرتبطة بالوسواس القهرية (OBQ-44; OCWG, 2005)، وهذه الأدوات ترجمة وتقنين الباحثة، مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية ترجمة عبد الرقيب البحيرى وآخرون (٢٠١٤) ، وأظهرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى على مقياس ييل - براون لاضطراب الوسواس القهرى ، التقليل من تكرار وشدة الأفكار الوسواسية المتطفلة التفاعلية ، تعديل المعتقدات الوسواسية ، وتحسين مهارات اليقظة العقلية لدى المراهقين.

الكلمات المفتاحية:

اضطراب الوسواس القهرى - الوسواس التفاعلية- المعتقدات الوسواسية - اليقظة العقلية - برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة - المراهقين .

Abstract

The current study aimed to reveal the effectiveness of the Mindful exposure and response prevention – based cognitive behavioral program in modifying obsessive beliefs and its impact on reducing reactive obsessions among a sample of adolescents. And the sample of the study consisted of (30) adolescents from secondary stage students from the government public secondary schools in Port Said Governorate and their age ranged from (15-18) years old with an average age of (19.5) years and a standard deviation of (0.61), they were deliberately selected according to the severity of the Yale- Brown scale with scores of (16 or more), high scores on the reactive obsessions scale , and an average level on the economic , social and cultural level of the family, prepared by Mohamed Saafan and Doaa Khttab(2016). The following tools were used: Yale – Brown scale for obsessive compulsive autogenous obsessions scale derived from revised obsessional disorder, intrusions inventory (ROII; Purdon& Clark, 1993), the obsessive beliefs questionnaire prepared by Obsessive compulsive cognitions working groups(OBQ-44;OCCWG,2005) and the five facets of mindfulness questionnaire (FFMQ;Baer et al.,2006) translated by Abdul Raqeeb Al-Buhairi and others (2014), the result of the study showed the effectiveness of Mindful exposure and response prevention– based cognitive behavioral program in reducing the severity of obsessive compulsive disorder on the Yale –Brown scale, reducing the frequency and severity of reactive intrusive obsessive thoughts , modifying the obsessive beliefs and improving mindfulness skills in adolescents.

Keywords:

obsessive compulsive disorder- reactive obsessions – obsessive beliefs – mindfulness- the Mindful exposure and response prevention - based cognitive behavioral program- adolescents.

مقدمة الدراسة:

يُعد اضطراب الوسواس القهرى أحد اضطرابات القلق وأكثرها آلماً على شخصية الفرد ، فالأفكار الوسواسية المتطفلة من أهم أعراض اضطراب الوسواس القهرى ، التى تشغل ذهن الفرد وتسيطر عليه ويجد صعوبة فى التخلص منها ، الأمر الذى يؤثر على حياته ، ويلى هذه الوسواس الأفعال القهرية التى تسبب فى ضياع الوقت والجهد لديه، وقد تستمر الوسواس منفردة بدون أفعال قهرية. فالوسواس هى أفكار متطفلة وغير مرغوبة ، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها ، وهى عموماً مقاومة ، وتتصف بكونها داخلية المنشأ ، وعادة ما يرتبط مضمون الوسواس بالتلوث والعنف والعدوان والأذى والمرض والنظام والجنس والعقيدة والشك الشامل ، وعلى الرغم من ذلك فالوسواس مرتبطة بأشياء غير معتادة وتبدو تافهة ؛ والأفعال القهرية تتسم بال تكرار وتبدو فى صورة سلوك مرضى وهى تمارس ، أو تصاحب بإحساس ذاتى القهر ، ويقاومها الشخص عموماً ، وهى تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية ، وعلى الرغم من مقاومتها، فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص (Lee&Telch,2005).

و قدم كل من لى و كون (نموذجاً للوسواس المتطفلة ، اقترحا فيه أن الوسواس يمكن تصنيفها إلى نمطين فرعيين وهما (الوسواس التلقائية "ذاتية المنشأ" والتفاعلية) بناءً على محتواها وشكلها - تشمل الوسواس ذاتية المنشأ على الأفكار أو الدوافع الجنسية أو العدوانية أو غير الأخلاقية ، التى تتطفل بسرعة إلى الوعى ولا ترتبط بمحفزات يمكن تحديدها (أى أنها مولدة ذاتياً) يُنظر إليهم على أنهم " الأنا - خلل الصوت " وغير العقلانى ، ويحاول الأفراد طردهم أو قمعهم ، غالباً من خلال استراتيجيات التحكم المتجنبة ،مثل استخدام السلوكيات القهرية السحرية أو الخرافية ، أو من خلال استراتيجيات التحكم فى التفكير ، فى المقابل الوسواس التفاعلية التى تشتمل على الأفكار المتعلقة بالتلوث والأخطاء والحوادث والتماثل والخسارة ، ويتم تشغيلها بواسطة محفزات خارجية يمكن تحديدها (أى أنها تفاعلات) . تعتبر هذه الأفكار واقعية وعقلانية نسبياً ، وتؤدى إلى سلوكيات المواجهة مثل محاولة تجنب العواقب السلبية المحتملة التى تشير إليها الفكرة .

وتركز الدراسة الحالية على نمط الوسواس التفاعلية الذى يشتمل على الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث ، الأفكار الوسواسية حول التلوث ، والأفكار الوسواسية حول التأكد والتنظيف لدى المراهقين.

و يرجع إنتشار الوسواس المتطفلة بصورة أكبر لدى المراهقين نظراً لأن مرحلة المراهقة هى من أدق المراحل التى يمر بها الإنسان فى النمو والتأثير فى حياته المستقبلية لأنها فترة تغيرات وتبدلات فسيولوجية واجتماعية فى الجوانب الشخصية المختلفة وقد تؤدى إلى توترات وجعله أكثر عرضة للاضطرابات النفسية (عبد الواحد الكبيسى، ٢٠١٢، ١٧٠).

و افترضت النماذج المعرفية السلوكية أن التقييمات السلبية للأفكار المتطفلة والمعتقدات الوسواسية المختلة وظيفياً ؛ بمثابة العملية المفتاحية التى تزيد من شدة وتكرار اضطراب الوسواس القهري (Salkovkis, 1983; Rachman,1997; OccwG,2001,2003).

وقامت المجموعة العاملة الخاصة بالمعارف الوسواسية القهرية **Obsessive compulsive cognitions works group(OCCWG,1997,2005)** بتحديد عدة مجالات للمعتقدات المضطربة وظيفياً والتي ترتبط بالوسواس والأفعال القهرية وهى : المبالغة فى تقدير التهديد والمسئولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، والمبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها ، كما أجرت هذه المجموعة بعض الأبحاث تدعياً وتأييداً لأهمية مخاطبة وتناول المعتقدات المعرفية عالية المستوى فى الوسواس القهري.

و وجد كل من ويلز وديفيز (Wells& Davis,1994) أن الأفراد بصفة عامة يُستخدمون خمس استراتيجيات عامة للتحكم فى أفكارهم الوسواسية المتطفلة وهى : (التشويش (الإلهاء) ، **Distraction**، التحكم الاجتماعى **Social control**، القلق **Worry**، العقاب **Punishment** ، وإعادة التقييم **Reappraise**).

وتوالى البحوث والدراسات التى تبحث فى مدى إسهام التقييمات المعرفية المختلة وظيفياً واستراتيجيات التحكم فى الفكر فى تطور اضطراب الوسواس القهري بأنماطه (الذاتية المنشأ و التفاعلية) (Belloch et al.,2006; O'Leary,2007;Pazvantoglu et al.,2013).

ويهدف العلاج المعرفى السلوكى للوسواس والأفعال القهرية بمكوناتها المعرفية والوجدانية والسلوكية إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية إلى أقصى حد ممكن. وقد تطور العلاج من خلال التدريب على مهارات التحكم فى الأعراض والسيطرة عليها كغاية فى حد ذاته إلى استخدام استراتيجيات تعمل على فحص الاعتقادات القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها (عادل عبد الله ، ٢٠٠٠ ، ٤٤).

ومن الدراسات التى تناولت فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تعديل التقييمات المعرفية المختلة وظيفياً وتحسين واستراتيجيات التحكم فى الفكر سيئة التكيف المرتبطة باضطراب الوسواس القهري (Solem,2010;Adams et al.,2012; Wilhelm et al.,2015).

وترى الباحثة أنه من خلال الوقوف على الكثير من الدراسات العربية التى اعتمدت على العلاج المعرفى السلوكى قد ركزت على محتوى الأفكار الوسواسية ، دون أن تضع فى الاعتبار التقييمات المعرفية المختلة وظيفياً التى تعد سبباً لاستمرار واحتفاظ مرضى الوسواس القهري بأعراضهم رغم تعرضهم للعلاج ، ولذلك استعانت باستبيان المعتقدات الوسواسية للكشف عن العينة التجريبية ذوى الوسواس التفاعلية ومتابعة التغيرات العلاجية للبرنامج.

وتقترح النظرية السلوكية لاضطرابات القلق وخاصة اضطراب الوسواس القهرى بأن السلوكيات القهرية يتم الحفاظ عليها من خلال عملية التعزيز السلبى ، وهذه السلوكيات القهرية تؤدى إلى تخفيف مؤقت لاعتقاد القلق ، ولذلك يتم تعزيز هذه السلوكيات ، وتصبح من المرجح أن تحدث فى المستقبل ، هذه النظرية غير الرسمية تؤكد أسلوب العلاج السلوكى للوسواس القهرى وهو: التعرض ومنع الاستجابة (ERP). ويشجع هذا العلاج الأفراد ذوى الوسواس القهرى بأن يعرضوا أنفسهم بشكل تدريجى ومنتظم لمحفزات أفكارهم المتطفلة(على سبيل المثال ، لمس الأسطح التى يُنظر إليها على أنها"ملوثة") (Najmi , Kuckertz&Amir,2010).

وعلاوة على ذلك أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهرى يظهرون تحملاً ضعيفاً للضيق النفسى الناتج عن تعرض الأفكار الوسواسية ، ولذلك يصعب انخراطهم بشكل كامل فى مهام التعرض المنتظم بين الجلسات ومنع الاستجابة(Simpson et al., 2011).

ولذلك ظهرت التدخلات العلاجية القائمة على دمج التدريب على اليقظة العقلية مع العلاج التعرض ومنع الاستجابة ليكون الأفراد ذوى اضطراب الوسواس القهرى أكثر قدرة على تقبل الأفكار المتطفلة والأحاسيس الجسدية التى تولدت بعد التعرض لإثارة المواقف واستمرارية المشاركة فى التعرض ومنع الاستجابة (Hale,Strauss&Taylor,2013).

وعليه تسعى الدراسة الحالية إلى فحص فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية وأثرها فى خفض الوسواس التفاعلية لدى عينة من المراهقين.

مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة الدراسة فى معاناة المراهقين ومن حولهم من الأعراض المزعجة التى ترافق اضطراب الوسواس القهرى (التوتر ، القلق ، ضعف التركيز وانشغال البال) وما تتركه من أثر سلبى على الأداء الأكاديمى والمهنى والاجتماعى ، وتوقعه عن تلبية متطلبات التكيف الجيد مع البيئة(ريم سليمان ، ويدا السعدى وميسم وطفى ، ٢٠١٧).

وتزداد انتشار اضطراب الوسواس القهرى بين المراهقين وفقاً لنتائج دراسة راضى وآخرون (Rady et al.,2013) التى توصلت إلى معدل إنتشار الوسواس المتطفلة بين عينة من المراهقين المصريين من طلاب الثانوية العامة عددها ٢٩٩ طالباً بمقدار ٢.٢% بينما كانت نسبة انتشار أعراض الوسواس القهرى ١٣.٣% والوسواس الشائعة هى الضمير المفرط ٦٥.٢% ، التجديف ٥٥.٢% ، تكرار الكلمات ٥١.٧%، والوسواس الجنسية ٤٨.٢% .

والفرق بين التطفل الطبيعى للأفكار ، والأفكار الوسواسية المتطفلة ليس فى الحدث نفسه أو فى المحتوى أو فى العجز عن التحكم بها ، إنما فى أسلوب تقييم المراهق لتلك الأفكار المتطفلة أو

تفسيرها ، هذا هو الذى يحدد مدلول مرض الوسواس القهرى . كما يوضح أن التطفلات المعرفية للأفكار الوسواسية تحدث فى بادىء الأمر بشكل محايد بينما تؤخذ بشكل إيجابى أو سلبى أو ذات مدلول محايد عاطفياً، يعتمد ذلك على الخبرات السابقة وعلى سياق التفكير لديه ، كما أن أى تفكير يوجد لديه احتمالية ليصبح تفكيراً وسواسياً لو تم تفسير الأفكار المتطفلة على أنها تنطوى على مسئولية شخصية مبالغاً فيها وذات أهمية كبيرة(نجلاء اليوسف ، ٢٠١٤).

وتعددت الدراسات التى تناولت العلاقة بين كل من المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً والوسواس التفاعلية بأبعادها (الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث ، الأفكار الوسواسية حول التلوث ، والأفكار الوسواسية حول التأكد والتنظيف) ومن تلك الدراسات: (Lee et al.,2005; Belloch et al., 2007;Belloch,2010)

و يعتبر انخفاض مستوى اليقظة العقلية بأبعادها(التصرف بوعى ، عدم إصدار أحكام للتجربة الحالية، وعدم التفاعل مع التجربة الحالية) يمكن أن ينبأ بالأفكار الوسواسية المتطفلة وأعراض الوسواس القهرى لدى المراهقين وفق النتائج التى توصلت لها دراسة كل من عيلو وباك هشيپور (Aliloo&Bakhshipour,2018).

وفى هذا السياق أشارت نتائج دراسة كل من ليو ويريلك وكافيچ وستراوس (Leeuwerilk,Cavenagh&Strauss,2019) إلى أن انخفاض مستوى اليقظة العقلية وشفقة الذات تنبأ بالوسواس المتطفلة (النظافة ، و التدقيق) والمعتقدات الوسواسية .

ويُعد العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة من أهم العلاجات النفسية الحديثة التى استخدمت فى تحسين التقييمات المعرفية المختلفة وظيفياً المرتبطة بالاضطرابات النفسية وخاصة المعتقدات الوسواسية، وأيضاً يساعد فى التخفيف من الأفكار الوسواسية التفاعلية وهذا ما تؤكدته الدراسات :

(Romer&Orsillo,2002 ; Hertenstein et al.,2012;Connor,2021).

و بناء على هذا برزت مشكلة الدراسة الحالية فى محاولة التعرف على أثر البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس المتطفلة التفاعلية لدى المراهقين وعلى ذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة فى الأسئلة الآتية :

١- هل توجد فروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على بعدى مقياس بيل- براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ؟

٢- هل توجد فروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة الذاتية المنشأ" على أبعاد مقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ؟

٣- هل توجد فروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ؟

٤- هل توجد فروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ؟

٥- هل تستمر فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لدى المجموعة التجريبية " ذوى الأفكار الوسواسية المتطفلة التفاعلية على مقياس الدراسة (اضطراب الوسواس القهرى- الوسواس التفاعلية -المعتقدات الوسواسية) إلى ما بعد انتهاء البرنامج وأثناء فترة المتابعة؟

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلى :-

١- الكشف عن الفروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية " على بعدى مقياس ييل - براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة.

٢- الكشف عن الفروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة .

٣- الكشف عن الفروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة.

٤- الكشف عن الفروق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة.

٥- التحقق من مدى إستمرارية فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لدى المجموعة التجريبية " ذوى الأفكار الوسواسية المتطفلة التفاعلية" على مقياس الدراسة (اضطراب الوسواس القهرى- الوسواس التفاعلية -المعتقدات الوسواسية - العوامل الخمسة لليقظة العقلية) إلى ما بعد انتهاء البرنامج وأثناء فترة المتابعة.

أهمية الدراسة :

تكمّن أهمية الدراسة الحالية فى أهمية الموضوع الذى تتصدى له الباحثة حيث أنها تسعى إلى الكشف عن فعالية برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تخفيف شدة الوسواس التفاعلية ، من خلال تعديل المعتقدات الوسواسية لدى عينة المراهقين من طلاب المرحلة الثانوية ، وتضم أهمية تلك الدراسة على مستويين النظري والتطبيقي على النحو التالي :

(أ) الأهمية النظرية :

١- تزويد المكتبة النفسية العربية بمثل تلك الدراسة التى تتناول برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة التى لم يستخدم من قبل فى البيئة العربية فى تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى عينة من المراهقين.

٢- دراسة متغير المعتقدات الوسواسية من حيث المفهوم والأبعاد والنماذج النظرية التى فسرتها.

٣- عرض لأهمية العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ومعرفة فنياته وأساسياته وآلياته وخطواته والنظريات القائم عليها .

٤- قلة الدراسات العربية التى تناولت موضوع الدراسة فمن الواضح أن الدراسات التى تناولت العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لدى المراهقين ذوى أنماط اضطراب الوسواس القهرى مازالت نادرة ، ومن هنا تعتبر الدراسة مهمة فى كونها تعرضت لمتغير معرفى مختل وظيفياً فى غاية من الأهمية فى تكرار الأفكار الوسواسية المتطفلة (المعتقدات الوسواسية) لفئة من فئات المجتمع (فئة المراهقين من طلاب المرحلة الثانوية) ، والتي فى حاجة لمثل هذا النوع من الدراسات ، وهذا ما دفع الباحثة إلى إجراء هذه الدراسة.

ب) الأهمية التطبيقية:

١- الإستفادة من نتائج الدراسة فى تطبيقات البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهرى لدى المراهقين من طلاب المرحلة الثانوية بهدف إكتشاف المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً لديهم واستبدالها بمعتقدات معرفية أكثر إيجابية وعقلانية.

٢- الاستعانة بالبرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى خفض شدة الوسواس التفاعلية لدى طلاب المرحلة الثانوية مما يكون له تأثير إيجابى على تحسين تكيفهم الإجتماعى وتحصيلهم الدراسى .

٣- تقدم الدراسة ترجمة وتعريباً لثلاثة مقاييس أجنبية وهى ، مقياس ييل - براون لاضطراب الوسواس القهرى، قائمة التطفل الوسواسية ، استبيان المعتقدات الوسواسية، والتي يمكن أن يستعين بها الباحثون و الأخصائيون النفسيون فى تشخيص الأسباب الرئيسية لاضطرابات القلق بصفة عامة والوسواس القهرى بصفة خاصة من أجل تقديم الخدمة النفسية المناسبة .

٤- تقديم الإرشادات للمعلمين ومدراء المدارس والمرشدين النفسيين و الاجتماعيين حول كيفية مواجهة أنماط اضطراب الوسواس القهري والمساعدة على نمو مستوى إيجابى من اليقظة العقلية وتنمية الوعى اليقظ لدى المراهقين من طلاب الثانوية العامة .

مصطلحات الدراسة

١- اضطراب الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder(OCD) :

تعرف الباحثة اضطراب الوسواس القهري إجرائياً بأنه عبارة عن مجموعة الأفكار أو الصور الذهنية أو الاندفاعات أو الاجترارات المتطفلة غير المرغوب فيها أو مزيج منها التى تتردد على ذهن الفرد باستمرار وبشكل لا إرادى ، ويصاحبها الشعور بالقلق والضيق النفسى بسبب اعتقاداته الوسواسية المختلفة وظيفياًمثل معتقدات المبالغة فى تقدير التهديد والمسئولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها ، ومن ثم يحاول جاهداً مقاومة هذه الأفكار الوسواسية باستخدام العديد من استراتيجيات التحكم فى الفكر سيئة التكيف مثل القلق والعقاب ولكن تأتى بنتائج سلبية بزيادة شدة وتردد الأفكار المتطفلة ، وبالتالي يلجأ إلى القيام بالأفعال القهرية لتقليل القلق الناتج سيطرة الأفكار الوسواسية المتطفلة، و تستهلك من جهده ووقته وتؤثر سلباً على أنشطته الاجتماعية والدراسية.

ويقاس بالدرجة التى يحصل عليها الطالب على مقياس ييل - براون لاضطراب الوسواس القهري (Y-BOCS;Goodman,1989)، و الذى يتضمن على بعدين فرعيين وهما :
(الوساوس ، و الأفعال القهرية).

٢- الوسواس التفاعلية Reactive obsessions :

هى الأفكار والمخاوف ، والشكوك الواقعية المتعلقة بالأخطاء أو الحوادث أو الأوساخ أو التلوث مثل (أفكار ترك الحرارة أو الموقد أو الأنوار فى المنزل والتي قد تسبب الحريق ، وأفكار القذارة أو التلوث عن طريق لمس مقابض الأبواب العامة) والمرتبطة بأخذ الأفعال الظاهرة لمنع حدوث نتائج سلبية ويمكن تصورها على أنها وساوس بالإضافة إلى القهر.

و تُعرف الوسواس التفاعلية إجرائياً بأنها تلك الدرجة التى يحصل عليها المراهق الناتجة عن مجموع درجات الأبعاد الثلاثة (الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث ، الأفكار الوسواسية حول التلوث ، والأفكار الوسواسية حول التأكد و التنظيف) المكونة لمقياس الأفكار الوسواسية المتطفلة التفاعلية (ROIS) المشتق من قائمة التطفللات الوسواسية إعداد كل باردون وكلارك (ROH).

Purdon & Clark, 1993)

٢- المعتقدات الوسواسية Obsessive beliefs:

هى مجموعة من المعتقدات المضطربة وظيفياً الناتجة عن تقييمات الفرد السلبية للأفكار الوسواسية غير المرعوب فيها التى تساهم فى تطور واستمرار اضطراب الوسواس القهرى ، ويمكن أن تكون التقييمات مرتبطة بالتفسير ، التوقع والأحكام الأخرى (OCWG,1997).
وتُعرف الباحثة المعتقدات الوسواسية إجرائياً: هى مجموعة من التقييمات المعرفية لدى المراهق حول أعراض الوسواس القهرى ، وتحدد فى الدراسة الحالية بالدرجة التى يحصل عليها المراهق على استبيان المعتقدات الوسواسية إعداد / مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OBQ-44; OCWG,2005) ترجمة وتقنين الباحثة ، والذى يتضمن على ثلاثة أبعاد وهى : (المبالغة فى تقدير التهديد والمسئولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، والمبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها).

٣- العلاج المعرفى السلوكى (Cognitive behavioral therapy(CBT):

هو أحد أساليب العلاج النفسى الحديث ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب ، ويهدف إلى تعديل الأفكار السلبية واللامنطقية وتصحيح التصورات الخاطئة نحو الذات والعالم والمستقبل (سحر القطاوى ، ٢٠١١ ، ١١٥).

وتعرف الباحثة العلاج المعرفى السلوكى إجرائياً بأنه عبارة عن مجموعة من الإستراتيجيات والفنيات المعرفية السلوكية المتضمنة فى محتوى جلسات البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية مثل إعادة البناء المعرفى ، دحض المعتقدات الخاطئة ، المراقبة الذاتية ، سجل الأفكار الوسواسية ، والتدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية وغيرها ، و لها القدرة على تعديل المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً لخفض اضطراب الوسواس القهرى بأنماطه (الذاتية - التفاعلية) لدى طلاب المرحلة الثانوية خلال فترة زمنية محددة.

٤- اليقظة العقلية Mindfulness :

هى حالة من الوعى تتصف بقدرة الفرد على الإنتباه للحظة الآنية ، من خلال المراقبة الواعية مع التقبل التام لهذه اللحظة وعدم التفاعل معها أو إصدار أحكام إزائها) مُجد (صلاحيات، رافع الزغلول ، ٢٠١٨).

و تعرف إجرائياً: الدرجة التى يحصل عليها المراهق على استبانة العوامل الخمسة لليقظة العقلية للمراهقين إعداد بير وآخرون (FMMQ ; Bear et al.,2006)، ترجمة عبدالرقيب البحيرى وآخرون (٢٠١٤)، والتى تتضمن خمسة أبعاد وهى: (الملاحظة، الوصف ، التصرف بوعى، عدم الحكم على الخبرات الداخلية ، عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية).

٥- برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة

Mindfulness exposure and response prevention-based cognitive behavioral program (MERP-CBP).

وتُعرف الباحثة البرنامج إجرائياً بأنه: برنامج علاجى يقوم على دمج الفنيات المعرفية السلوكية وخاصة أسلوب التعرض ومنع الاستجابة مع ممارسات اليقظة العقلية فى جلسات البرنامج بهدف تعديل المعتقدات الوسواسية ، وتقبل الأفكار الوسواسية المتطفلة وعدم التفاعل معها أو عدم إصدار أحكام تقييمية تجاهها مما يساهم فى خفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين.

٦ - المراهقين Adolescents:

المراهقة فى علم النفس تعنى " الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي" ولكنه ليس النضج نفسه ؛ لأن الفرد فى هذه المرحلة يبدأ بالنضج العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي ، ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة تصل إلى عشر سنوات (دلال عوض ، ٢٠١٦ ، ٩) .

وتعرف الباحثة المراهقين ذوى اضطراب الوسواس القهري إجرائياً بأنهم طلاب المدارس الثانوية العامة الحكومية بمحافظة بورسعيد الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٥:١٨) عاماً بمرحلة المراهقة الوسطى middle Adolescence ، والذين يحصلون على درجات (≤ 16) على مقياس بيل - براون لاضطراب الوسواس القهري إعداد جودمان وآخرون (YBOCS; Goodman et al., 1989) ، ودرجات مرتفعة على قائمة التطفللات الوسواسية إعداد كل من باردون وكلارك (ROII; Purdon) (Clark, 1993, & ترجمة وتقنين الباحثة).

حدود الدراسة:

يتحدد مجال البحث الحالى بالحدود التالية:

☒ الحدود المنهجية: تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة للتعرف على أثر فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين.

☒ الحدود البشرية: تم تطبيق الدراسة على (٣٠) طالباً وطالبة من طلاب مدارس الثانوى العام بمحافظة بورسعيد.

☒ الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة فى مدرسة روفيدة الأنصارية الثانوية بنات ، ومدرسة عبد الرحمن شكرى الثانوية بنين التابعان لإدارة شمال التعليمية ، ومدرسة الغرفة التجارية الثانوية بنات التابعة لإدارة جنوب التعليمية بمحافظة بورسعيد.

☒ الحدود الزمانية: تم تطبيق الدراسة خلال العام الدراسى ٢٠٢٢ / ٢٠٢٣ م.

الإطار النظرى والدراسات السابقة

تعرض الباحثة فيما يلى إطاراً نظرياً لمتغيرات البحث المتمثلة فى اضطراب الوسواس القهرى ،
و التقييمات المعرفية أو المعتقدات المختلة المرتبطة به ، العلاج المعرفى السلوكى ، واليقظة العقلية.

أولاً: اضطراب الوسواس القهرى (Obsessive compulsive disorder(OCD)

▪ مفهوم اضطراب الوسواس القهرى

عرف الطب النفسى الأعراض الوسواسية والقهرية ووصفها الأطباء لمرضاها منذ وقت طويل .
ولكن لم يهتم أحد قبل "كريبلين" بأن يجمع السمات والأعراض الوسواسية والقهرية فى زملة مرضية
واحدة ويعطيها إسماعاً معيناً. وقد أطلق "كريبلين" لفظ "Zwang" عام ١٩٨١ م على هذا المرض .
وأشار إلى أن أظهر سميتين فيه هما التدقيق البالغ والاهتمام بالتافه من الأمور .

وقد تابع فرويد كرايبلين فى هذه التسمية وترجمها إلى مصطلح "العصاب الحصرى" وقصد به
القوة الداخلية التى يستشعرها الفرد فى داخله وتجعله رغماً عنه يأتى أفعالاً معينة قد لا يرضاها ،
ولكنه لا يستطيع أن ينصاع لها (علاء كفاى ، ٢٠٠٩ ، ٢٢٠).

و أشار كمال الدسوقى فى زخيرة علوم النفس عام ١٩٩٠ م إلى مصطلح وسواس أو وسوسة
Obsession بأنه فكرة دائبة أو متجددة ، مصطبغة بقوة عادة ، وتتضمن غالباً الحدث على فعل من
نوع ما ومنها الوسواس العقلية ، حيث ينشغل المريض بفكرة يصعب طردها من الذهن ، ومنها
وسواس إندفاعية حيث يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام بفعل خلاف شخصيته ، ومنها وسواس كافة
أو كابحة مثل الخوف من أشياء معينة ، وتظهر الوسواس عادة فى صور أفكار مشحونة بقوة
انفعالات وقد تظهر الوسواس لمشاعر(هشام مخيمر، ٢٠١٤، ٢١٣).

وتناول فيصل الزراد (٢٠٠٥ ، ٥٣) أشكال الوسواس فيما تكون محددة ، أو تكون على شكل
وسواس معقدة نسبياً ؛ وتكون على شكل أفكار وتتبعات حركية أو سلوكية ، أى أنها وسواس تجمع
بين النمط الفكرى والنمط السلوكى أو الحركى ، وهى غالباً ما تمثل جرحاً أو خوفاً للفرد بسبب
إلحاحها وسيطرتها ، وخاصة الوسواس التى تحمل فى طياتها أفكار عدوان ، أو إيذاء للآخرين ، أو
الخروج عن المألوف كما هو الحال فى إلحاح فكرة الاستعراض الشبقي الجنسى لدى بعض
الوسواسيين .

وفرق نبيل الفحل (٢٠٠٩ ، ١٥٧) بين مرضى الوسواس القهرى والأسوياء ، فالشخص
المصاب بالاضطراب يفتقر إلى معنى الاكتمال الموجود عند معظم الناس ، فمعظمنا يستريح عندما
يتأكد مثلاً من قيامه من مهمة بسيطة مثل إغلاق الباب ليلاً ، أما المصاب بالوسواس القهرى يحتاج
إلى التأكد التام ، ولا يمكن تحقيقه بشكل مطلق ، ولأن الكمال فى الأشياء - حتى بالنسبة للمصاب

بالعصاب القهرى - هو مستحيل، فهو يركز الانتباه على مجال ما فى الحياة سبب له صعوبات فى الماضى .

الأنماط الإكلينيكية للوسواس القهرى:

اقترح فيه كل من لى وكون (Lee&Kwon,2003) نموذج صنف فيه الوسواس إلى نوعين فرعيين ، أى الوسواس ذاتية المنشأ **Autogenous Obsessions** و الوسواس التفاعلية **Reactive Obsessions**، والتي تختلف من حيث التعرف على المنبهات المثيرة، والخبرات الذاتية، والمحتويات ، والعمليات المعرفية اللاحقة. فالوسواس الذاتية المنشأ التى تشتمل على الأفكار أو الدوافع الجنسية والعذوانية وغير الأخلاقية تميل إلى أن تظهر فى الوعى دون محفزات يمكن تحديدها ، ويُنظر إليها على أنها غير عقلانية ومقلقة لآنا ، ويحاول الأفراد طردها وقمعها غالباً من خلال استخدام استراتيجيات التحكم بالفكر، فى المقابل الوسواس التفاعلية التى تشتمل على الأفكار المتعلقة بالتلوث والأخطاء والحوادث يتم استحضارها من خلال محفزات خارجية يمكن تحديدها ، والتي يُنظر إليها على أنها واقعية وعقلانية نسبياً ، يعقبها القيام بسلوكيات المواجهة العلنية مثل محاولة تجنب العواقب السلبية المحتملة التى تشير إليها الفكرة الوسواسية.

وتتناول الدراسة الحالية نمط الوسواس التفاعلية التى تشتمل على الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث ، الأفكار الوسواسية حول التلوث ، والأفكار الوسواسية حول التأكد والتنظيف لدى طلاب المرحلة الثانوية.

المظاهر الشائعة للوسواس التفاعلية:

١- وسواس الاغتسال والنظافة **Washing and Cleaning obsessions**:

أشار أسامة مصطفى (٢٠١١، ٣٤٥) إلى مظاهر وسواس الاغتسال والنظافة :

- تجنب لمس أشياء معينة نتيجة لإمكانية تلوثها .
- صعوبة التقاط شىء سقط على الأرض.
- تنظيف المنزل بشكل زائد عن الحد .
- أخذ حمام مدة طويلة جداً.
- الانشغال الزائد بالجراثيم والمرض.

٢- وسواس التلوث **Contamination obsessions**:

تُعتبر وسواس التلوث هى الأكثر انتشاراً لدى مرضى الوسواس القهرى ، وهى عبارة عن الخوف من التلوث عبر الجراثيم ، الأوساخ ، الإفرازات والفضلات الجسدية أو بطريقة أخرى . وقد تكون وسواس التلوث مرتبطة بالخوف من مرض معين (Starvcevic,2010, p.239).

وفى مرحلة المراهقة كثيراً ما يخشى المراهقون الإصابة ببعض الأمراض الخطيرة ، خاصة مرض نقض المناعة المكتسب (الإيدز) . كثيراً ما يظنون بأن هذا المرض ينتقل عن طريق استخدام المراحيض أو استخدام أدوات غير معقمة . وبعض الأحيان يصبح المراهق موسوساً بأنه مصاباً بمرض الإيدز دون أى مبررات تسوغ هذه الفكرة . وتسيطر عليه الفكرة لدرجة تجعله مشغولاً بشكل كبير بهذه الفكرة ، ويبدأ يشعر بأعراض قد ينسبها إلى هذا المرض(سوسن الجبلى ، ٢٠١٦ ، ٦٣).

٣- وسواس التأكد من كل شىء Checking obsessions:

الوسواسيين هنا يحملون فوق كواهلهم معاناة أنهم مسئولون عن حياة أحبائهم وأن هؤلاء معرضون لخطر شديد لذا من التأكد من كل الأعمال ومن مظاهره :
- التأكد المستمر من غلق الأبواب والنوافذ والقفال.
-العودة للمنزل بعد الخروج للتأكد مما سبق بشكل مرضى والإستيقاظ ليلاً أكثر من مرة للتأكد من ذلك.
-الفحص المستمر عند الأطباء للتأكد من سلامة الشخص من الإصابة من الأمراض(رشيد العبودى ، ٢٠١٠ ، ٢٢٢).

ثانياً نماذج التقييمات المعرفية أو المعتقدات الوسواسية المرتبطة باضطراب الوسواس القهرى يركز كل نموذج معرفى على أنواع مختلفة من التقييم أو الإعتقاد فى عملية تطوير الاضطراب والحفاظ عليه، تقترح جميع النماذج المعرفية للوسواس القهرى أن تقييم الفرد لأفكاره واستجاباته لتلك الأفكار هى العمليات الأساسية وراء الوسواس القهرى (Clark&Rhyno,2005).

١- النموذج العقلانى الإنفعالى The rational emotional model:

قدم أليس "نظرية معرفية " فى تفسير الاضطرابات الانفعالية ؛ تعد تصوراً فلسفى أن الناس يتحكمون فى أقدارهم بما يحملونه من قيم ومعتقدات بموجبها ؛ مفترضاً أنهم يصبحون مضطربين يتصرفون على نحو غير مميز طبقاً لأفكار زائفة ، مفترضاً على ضوء ذلك الإنسان مخلوق فريد من حيث أنه يفكر بطريقة عقلانية وغير عقلانية فى نفس الوقت ، وبالطبع فإن العلاج يقوم على تسييد التفكير العالنى ، ومقاومة التفكير غير العقلانى (حسين فايد، ٩٩، ٢٠٠١).

٢- النموذج المعرفى The cognitive model:

لم يقدم " Beck " نظرية خاصة بتفسير اضطراب لوسواس القهرى بصفة خاصة وإنما قدم نظرية معرفية فى تفسير الاضطرابات الانفعالية بصفة عامة . وافترض بيك أن المحتوى المعرفى المشوه الذى

يتميز تفكير مرضى اضطراب الوسواس القهري يتركز حول الشك والخطر ، وبالتالي يشك فى مدى كفاية قيامه بالأفعال بشكل كامل(صفاء مرسى ، ٢٠١٤ ، ٣٠٠).

ويرى كار (Carr,1974) أن مرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية ، وأنهم يبالغون فى تقدير النتائج السلبية للعديد من الأفعال والتصرفات ، وهويذكر أن محتوى الوسواس يتضمن نمطياً مبالغاً فى الاهتمام والقلق الموجود لدى الأفراد العاديين بالصحة ، والموت، ورفاهية الآخرين ، والجنس ، الدين وما شابه ذلك (عمر الريماوى وأميرة الريماوى ، ٢٠١٤ ، ٩٠).

٣- نموذج المسؤولية المتصخمة Inflated Responsibility Model :

طرح سالكوفيكس "Salkovskis" نظريته لأول مرة عام ١٩٨٥م ، قد استغرق تطويرها أكثر من ٢٠ عاماً استناداً للنظرية المعرفية "البك"، وأصبحت توجهاً جديداً والتحليل الأكثر شمولية لاضطراب الوسواس القهري، حيث افترض "سالكوفيكس " أن الأفكار المقترحة ظاهرة طبيعية ، وليست لها دلالة انفعالية (إيجابية أو سلبية أو محايدة) ؛ بحسب التقييم الذى يقوم به الفرد لتلك الأفكار، وتصبح الفكرة المقترحة إيجابية إذا ما فسرت على أنها تقدم حلاً لمشكلة ما ، وتصبح تقييماً سلبياً إذا ما فسرت على أنها مهددة للشخص ولمن حوله ، ويترتب على هذا التقييم السلبى مشاعر بإدانة الذات، وانفعالات سلبية كالقلق والضيق وخلل فى عملية معالجة المعلومات (Salkovskis et al.,2000) .

ويرى سالكوفيسكس أن خمسة اختلالات مفترضة يتسم بها مرضى الوسواس القهري :

- ١- وجود أفكار لدى الفرد عن فعل يساوى ممارسته لهذا الفعل .
- ٢- يمثل الفشل فى منع الأذى عن الفرد نفسه أو الآخرين تماماً التسبب فى هذا الأذى.
- ٣- لا تقلل العوامل الأخرى من المسؤولية مثل انخفاض احتمالية وقوع الحدث).
- ٤- عدم التحديد عند ظهور فكرة وسواسية متطفلة يشابهه أو يكافئه السعى للحدوث الفعلى للأذى المتضمن فى هذه الفكرة المتطفلة أو الرغبة فى حدوثها.
- ٥- على المرء أن يقوم - وهو يستطيع - بالتحكم فى أفكاره الوسواسية المتطفلة غير المرغوب فيها(هاشم رجب وحسام السلامونى، ٢٠٢٠ ، ٣٩٥).

٤- نموذج دمج الفكر Thought fusion model :

ويعد راخمان (Rachman,1993) أول من أشار إلى مصطلح دمج الفكر فى المراجع الإكلينيكية ، حيث لاحظ أن المصابون بالوسواس القهري ، يرون بأن أفكارهم مجسدة فى أفعال خارجية ويحملون أنفسهم المسؤولية عن إمكانية إصابة أنفسهم أو شخص ما جراء تلك الأفكار (Mayers & Brown,2012 ,p.2).

ويُفترض أن دمج الفكر والفعل يتكون مجالين هما :

١- دمج الفكر والفعل الأخلاقي The moral TAF : هو الاعتقاد بأن الأفعال والأفكار متعادلة أخلاقياً ، حيث أن الفرد عندما يفكر في إيذاء شخص ، فإن ذلك يعادل أخلاقياً القيام بفعل الإيذاء ، مثال : إعتقاد الفرد بأنه عندما يفكر في إلحاق الضرر لشخص ما فهذا التفكير السيء ساوى إلحاق الضرر فعلياً.

٢- دمج الفكر و الفعل الاحتمالي Likelihood TAF : هو إعتقاد الفرد مجرد التفكير في حدث ما سيء ، فإن ذلك سيزيد من احتمال حدوثه ، مثال : قول الفرد المصاب بالوسواس القهري (إذا فكرت في أن أحد أفراد أسرتي) سوف يفقد عمله ، فإن تفكيرى هذا سيزيد من احتمال وقوع ذلك (Zermatten,2007,p.26).
ويقسم هذا المجال إلى عنصرين وهما:

❖ دمج الفكر – الفعل الاحتمالي الموجه نحو الذات Likelihood- self TAF :

يشير إلى اعتقاد الفرد أن الأحداث التي يمكن أن يتعرض لها نتيجة أفكاره .

❖ دمج الفكر – الفعل الاحتمالي الموجه نحو الآخرين Likelihood – others TAF :

يشير إلى اعتقاد الفرد أن الأحداث التي يمكن أن يتعرض لها الأصدقاء أو المقربين هي نتيجة أفكاره نفسه (Hossein et al.,2012,p.77).

وقد وجد راخمان وزملائه أن دمج الفكر – الفعل TAF مهماً بصفة خاصة في فهم واستيعاب المسؤولية المتضخمة Inflated Responsibility التي غالباً مانجدها لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وبصفة خاصة ، كان TAF هو الأقوى ارتباطاً بالسمات والخصائص الوسواسية Obsessive features من بين أربعة عوامل شكلت مقياس خاص بالمسؤولية المتضخمة . وأيضاً ارتبط TAF بدرجة عالية بمقاييس الوسوسة التي طبقت على الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري الذين يعانون أولاً يعانون من القلق (Rachman,Shafraan&Thordarson,1996) .

٥- النموذج ما وراء المعرفي Metacognitive model

اعتمد النموذج ما وراء المعرفي لتفسير الوسواس القهري من قبل كل ويلز وماثيوس (Wells&Mathews,1994,p.118) استناداً إلى النموذج الوظيفي لتنظيم الذات (S-REF) ويفترض هذا النموذج أن التفسيرات السلبية للأفكار الوسواسية شكل من أشكال الفكر الاقتحامي وهي نتيجة لمعتقدات حول ما وراء المعرفة معنى/ أو العواقب الوخيمة من وجود هذا الفكر ، فهذا النموذج يُركز على مجالين من المعتقدات : (١) المعتقدات حول المعنى لأهمية الأفكار الدخيلة ، (٢) المعتقدات حول أداء الطقوس (مثل الحاجة إلى السيطرة على الأفكار).

وتنقسم المعتقدات ما وراء المعرفية حول الطقوس إلى المعتقدات الإيجابية والسلبية ، وتمثل الأمثلة على على المعتقدات الإيجابية لو غسلت دون التفكير في الفكرة السيئة ، ولا

يحدث أشياء سيئة " ، لا بد من أداء طقوس خارج نطاق السيطرة عليها " ، طقوس العقلية يمكن أن تلحق الفرد بجسدى " ، هذه المعتقدات الإيجابية والسلبية حول الاستجابات المتاحة تؤثر على اختيار وتنفيذ السلوكيات وتؤثر على قوة الاستجابات الانفعالية على المدى القصير(قطب حنور ، ٢٠١٦ ، ٢٤٧).

وقد اقترح كل من ويلز وديفيز(Wells& Davis,1994) أن الأفراد بصفة عامة يُستخدمون خمس استراتيجيات عامة للتحكم فى أفكارهم الوسواسية المتطفلة وهى : (التشويش (الإلهاء) ، التحكم الاجتماعى Social control ، القلق Worry ، العقاب Punishment ، وإعادة التقييم Reappraise). وبالرغم من أن الإلهاء غير المركز قد يكون شكلاً من أشكال التجنب التجريبي فى الوسواس القهرية ، إلا أن الإلهاء المركز (مثل إعادة توجيه الانتباه إلى الأنشطة أو الأفكار الممتعة) تعتبر استراتيجية تكيفية لإدارة القلق الناشئ عن الأفكار المتطفلة . ويعتبر التوتر(مثل التركيز على الأفكار السلبية الأخرى) والعقاب الذاتى (مثل توبيخ النفس) استراتيجيات غير تكيفية لأنها تبقى الضيق المرتبط بالأفكار المتطفلة ، وبالتالي يزيد الدافع لمزيد من محاولات القمع.

٦- نموذج المجموعة العامة للمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG)

قامت المجموعة العامة للمعارف الوسواسية القهرية The Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG,1997) والتي تتألف من مجموعة من الخبراء العالميين والدوليين فى المعرفة واضطراب الوسواس القهرى باقتراح ستة أنماط مختلفة للمعتقدات المختلفة وظيفياً التي تساهم فى نشأة وتطور اضطراب الوسواس القهرى وهى:

- تضخم المسؤولية الشخصية Inflated of personal responsibility
- التقدير الزائد للتهديد Over estimation of threat .
- معتقدات الكمالية perfectionism beliefs .
- اليقين وعدم احتمال الشك intolerance of uncertainty .
- المبالغة فى أهمية الأفكار Overt of important thoughts .
- الحاجة للتحكم فى الأفكار over control of thoughts \.

٧- نموذج راكمان Ranchman's model

قدم راكمان (Rachman,1997,1998) نظرية معرفية فى تفسير اضطراب الوسواس القهرى ، اهتم فيها بعملية تفسير الفرد للاقتحامات ، وبموجب هذه النظرية افترض راكمان أن الأفراد المهينين للإصابة باضطراب الوسواس القهرى يتميزون بتحيز معرفى يجعلهم يفسرون أفكارهم العابرة تفسيراً كارثياً ، كأن يصفها بأنها أفكار غير أخلاقية وآثمة وخطيرة ومهددة، واعتبر سوء التفسير الكارثى للأفكار العابرة هو العامل الأساسى فى الإستعداد للإصابة باضطراب الوسواس القهرى ، وفى نشأة المرض واستمراره وتفاقمه.

■ الدراسات التي تناولت العلاقة بين المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً واضطراب الوسواس القهري

قام ماثيوس وزملاءه (Mathews,Reynold&Derisely,2007) بفحص النماذج المعرفية الثلاثة للوسواس القهري وهي : المسؤولية المتضخمة (Salkovskis,1989) ودمج الفكر (Rachman,1993) ، والمعتقدات ما وراء المعرفية (Wells&Mathews,1994) لدى عينة من المراهقين ، وتألفت عينة الدراسة من (٢٢٣) مراهقاً ومراهقة وتراوح أعمارهم ما بين (١٣-١٦) عاماً وتم استخدام الاستبيانات التالية: معتقدات المسؤولية المتضخمة، دمج الفكر ، المعتقدات ما وراء المعرفية ، أعراض الوسواس القهري وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين كل من (دمج الفكر- المعتقدات ما وراء المعرفية) وأعلى المستويات من أعراض الوسواس القهري ، وأظهرت أن كل من المسؤولية المتضخمة والمعتقدات ما وراء المعرفية مفاهيم معرفية منبئة بشكل خاص بالوسواس القهري ، وتوسطت المسؤولية المتضخمة كلياً في تأثير اندماج الفكر وتوسطت جزئياً في تأثير المعتقدات ما وراء المعرفية على أعراض الوسواس القهري لدى المراهقين.

وفحصت دراسة كل من هال وويلسون (Hall&Wilson,2012) استراتيجيات التحكم في الفكر والمعتقدات ما وراء المعرفية فيما يتعلق بدرجات التطفل لاضطراب الوسواس القهري لدى عينة من المراهقين ، وتألفت عينة الدراسة من (١٥١) مراهقاً ومراهقة تتراوح أعمارهم ما بين (١٣-١٦) عاماً ، واستخدم الباحثان استبيان التحكم في الفكر ، واستبيان ما وراء المعرفة ، ومقياس اضطراب الوسواس القهري نسخة الأطفال ، وأفادت نتائج الدراسة باستخدام المراهقين الإلهاء والقلق كاستراتيجيات التحكم في الأفكار الوسواسية بقدر ما يستخدمه الكبار، ولكن التحكم الاجتماعي وإعادة التقييم أقل تكراراً ، حيث أبلغ المراهقون أيضاً عن أقل استخدام للعقاب كاستراتيجية للتحكم في الفكر، وتنبأت إستراتيجيات القلق والعقاب والمعتقدات الإيجابية حول القلق ، ومعتقدات عدم القدرة على التحكم والخطر (UCD) ومعتقدات الخرافة والمسؤولية (SPR) بأعراض الوسواس القهري لدى المراهقين. وتوسطت المعتقدات ما وراء المعرفية في العلاقة بين العقاب والقلق و تداخل اضطراب الوسواس القهري.

وهدفت دراسة دوجان وآخرون (Dogan et al.,2013) إلى التحقق من النموذج ما وراء المعرفي بين الأنماط الفرعية للوسواس القهري (الذاتية المنشأ والتفاعلية) وكذلك بين مجموعة اضطراب الوسواس القهري ومجموعة الضابطة من الاصحاء ، وتألفت عينة الدراسة من (٦١) مريضاً ، وتم استخدام مقياس بيل - براون لشدة اضطراب الوسواس القهري (Y-BOCS;Goodmanet) (al.,1989) ، واستبيان ما وراء المعرفة (MCQ-30) ، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية كبيرة بين مجموعة المرضى ذوى الوسواس المتطفلة ذاتية المنشأ ومجموعة

المرضى ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية على استبيان المعتقدات ما وراء المعرفية ووجود فروق ذات دلالة إحصائية كبيرة بين مجموعة المرضى ذوى اضطراب الوسواس القهرى والمجموعة الضابطة من الأصحاء على استبيان المعتقدات ما وراء المعرفية بإستثناء بعد المعتقدات الإيجابية حول القلق، كما تدعم نتائج الدراسة استخدام العلاج الميتامعرفى كخيار للعلاج دون الاعتبار للأنماط الفرعية من الوسواس.

وتبنى الدراسة الحالية نموذج المجموعة العامة للمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG,2005) التى حددت فيه مجموعة المعتقدات الوسواسية التى تحافظ على شدة واستمرار اضطراب الوسواس القهرى وهى (المبالغة فى تقدير التهديد / المسئولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها).

كما ترى الباحثة وفق النماذج المعرفية السلوكية أن فحص المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً وتعديل الانحرافات المعرفية التى نتج عنها الوسواس والأفعال القهرية ، ومع مرور الوقت وبعد التصدى للتشوهات المعرفية برفق واستبدالها ببنية معرفية أكثر إيجابية من خلال استخدام الفنيات المعرفية السلوكية بالإضافة إلى فنية التعرض اليقظ ومنع الاستجابة كأحد فنيات العلاج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية التى تساعد على تعديل المعتقدات الوسواسية اللاتكيفية، عندها تتراجع أعراض الوسواس القهرى التفاعلية لدى المراهقين.

ثالثاً-العلاج المعرفى السلوكى Cognitive behavioral therapy

وتعدد تعريفات العلاج المعرفى السلوكى ونذكر منها ما يلى:

ترى لويس مليكة (١٩٩٠، ١٧٤) العلاج المعرفى السلوكى بأنه "منهج علاجى يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى العميل . وتتمثل أساليبه العديدة فى : التدريب على مهارات المواجهة ، التحكم فى القلق ، التحصين ضد الضغوط ، أسلوب صورة الذات المثالية ، العلاج من خلال خطأ التسيب Misattribution ، التدريب على حل المشكلة ،التدريب على التعليم الذاتى ، وقف الأفكار ، أسلوب بيك المعرفى فى علاج الاكتئاب" .

وذكر ناصر المحارب(١٠٢٠٠٠) بأن العلاج المعرفى السلوكى عبارة محاولة لدمج الفنيات المستخدمة بالعلاج السلوكى التى ثبت نجاحها فى التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية كما يهتم بالجانب الوجدانى وبالسياق الاجتماعى من خلال فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية وبيئية لإحداث التغيير المطلوب ، وهكذا فإن العلاج المعرفى السلوكى يشتمل على علاقة المعرفة والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد فى السياق الاجتماعى الذى يعيش فيه ، واستطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين العلاج السلوكى الصرف وبين العلاجات الديناميكية طبقاً لأسس علمية قابلة للتحقق منها.

وعرف ثيموتى ج . زترول (٢٠٠٧، ٦٧٣) العلاج المعرفى السلوكى بأنه " إطار نظرى علاجى يركز على دور التفكير فى التسبب بالمشكلات واستمرارها . وتحاول التقنيات المعرفية - السلوكية أن تعدل من أنماط التفكير المرتبطة بمشكلات المريض ، وقد تقوم أيضاً بتوظيف مبادئ الإشراف والتعلم لتعديل السلوكيات التى تعد مشكلة "

واتفقت هناء شويخ (٢٠٠٩) مع كالى وتينتن (Cully&Tenten,2008) أن العلاج المعرفى السلوكى بأنه " مجموعة من المهارات التى تمكن الفرد ليكون على بينة من الأفكار والعواطف وتحديد كيفية تأثير المواقف والسلوكيات، وكذلك تحسين المشاعر من خلال تغيير الأفكار والسلوكيات المضطربة ، ويتم فيها اكتساب المهارات وعمل الواجبات المنزلية" .

ويرى باركر (Barker,2014,P.77) أن العلاج المعرفى السلوكى عبارة عن " أسلوب علاجى يعتمد على تصورات متعددة منها ، نظرية التعلم الاجتماعى ، والمدرسة الوظيفية فى الخدمة الإجتماعية ، ونموذج التركيز على المهام ، وبعض العلاجات المرتكزة على النماذج المعرفية ، وهو أحد أشكال العلاج القصير التى تهتم بالحاضر وتحقيق أهداف معينة ، والتركيز على المشكلة الحالية للعميل".

وأشار كل من أحمد أبو زيد وهبة عبد الحميد (٢٠١٥، ١٥٢) إلى العلاج المعرفى السلوكى بأنه كل المداخل التى من شأنها أن تخفف الكرب النفسى عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإرشادات الذاتية المغلوطة ، ولا يعنى التأكيد على التفكير أن نغفل أهمية الاستجابات الانفعالية التى هى المصدر المباشر للكرب بصفة عامة وإنما ينبغى ببساطة أن نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره وتصحيح الاعتقادات الباطلة ويمكننا أن نغير الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة.

ومن خلال ما سبق ذكره نلخص أن العلاج المعرفى السلوكى عبارة عن :

- علاج نفسى تكاملى حديث نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفى والعلاج السلوكى منهج علاجى يهتم بالعلاقة التبادلية بين التفكير والانفعال والسلوك.
- نموذج علاجى يهتم بالعلاقة التعاونية بين المعالج والعميل لكشف الأفكار والمعتقدات المختلفة المسببة فى ظهور الاضطراب النفسى لدى العميل ومساعدته فى مواجهتها والتخلص منها من خلال استبدالها بأخرى أكثر إيجابية .

- عبارة عن دمج بين الفنيات المعرفية والفنيات السلوكية وتعرف الباحثة العلاج المعرفى السلوكى إجرائياً بأنه عبارة عن مجموعة من الإستراتيجيات والفنيات المعرفية السلوكية المتضمنة فى محتوى جلسات البرنامج المستخدم فى الدراسة الحالية مثل إعادة البناء المعرفى ، دحض المعتقدات الخاطئة ، المراقبة الذاتية ، سجل الأفكار الوسواسية المضطربة ، التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية وغيرها ، و لها القدرة على تعديل البنية المعرفية المختلفة

وظيفياً مما تساهم في خفض اضطراب الوسواس القهري بأنماطه (الذاتية - التفاعلية) لدى طلاب المرحلة الثانوية خلال فترة زمنية محددة.

أهداف العلاج المعرفى السلوكى :

تغيير السلوكيات والأفكار والانفعالات هو تأثير على الاضطراب ، وذلك للتقليل منه أو التخلص منه وبالتالي يُشفى المريض ، أى بمعنى آخر نعيد المريض حريته ونخلص منه استعباد الاضطراب له ، يكون قادراً على عيش الحياة التى يريدونها دون أن تعيقه صعوباته . وهذا هو هدف العلاج المعرفى السلوكى(سيريل بوفيه ، ٢٠١٩ ، ١٢).

وحدد كل من أحمد أبو أسعد و رياض الأزايدة (٢٠١٥ ، ١٧٢) أهداف العلاج المعرفى السلوكى

وهى:

١- إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي يمكن تعديل أحد أركان هذا الثلاثى يتعدل الطرفان الآخران.

٢- تعليم العملاء أن يحددوا أو يقيموا أفكارهم وتخييلاتهم وخاصة تلك التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

٣- تعليم العملاء تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية .

٤- تدريب المسترشدين على إستراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبق فى الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية.

٥- تحسين المهارات الإجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .

٦- تدريب المسترشدين على توجيه التعليمات للذات ، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة فى التفكير باستخدام الحوار الداخلى.

مبادئ العلاج المعرفى السلوكى :

يتمثل المبدأ الأساسى للعلاج المعرفى السلوكى فى كون أن السلوك المضطرب ناتج عن المعارف والتفكير الخاطيء ، وأن سبب الاضطرابات النفسية مرتبط بخلل فى طريقة التفكير المتبناه من طرف الفرد إزاء المواقف التى تعترضه خلال حياته اليومية ، حيث أن ما نشعر به مرتبط بتصوراتنا للمواقف وليس لحقيقتها(رباب عبد العظيم وآخرون ، ٢٠١٩ ، ٣٦٩).

وحدد علاء سليمان (٢٠١٥) مبادئ العلاج المعرفى السلوكى وهى :

١- يعتمد العلاج المعرفى السلوكى على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفى .

٢- يتطلب العلاج المعرفى السلوكى وجود علاقة جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق فى المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والإهتمام بالمريض وكذلك على الإحترام الصادق وحسن الاستماع .

٣- يشدد العلاج السلوكى على أهمية التعاون والمشاركة النشطة العمل كفريق يشترك فى وضع جداول عمل للجلسات وفى إعداد الواجبات المنزلية التى يقوم بها المريض بين الجلسات .

٤- يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة ، لتحقيقها وحل مشكلات محددة .

٥- يركز العلاج المعرفى السلوكى على الحاضر حيث يتيح التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضى فى حالة :

أ- رغبة المريض الشديدة فى القيام بذلك .

ب- عدم حدوث تغير يذكر فى الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.

ج- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التى تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

٦- العلاج المعرفى السلوكى علاج تعليمى ، يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع

٧- العلاج المعرفى السلوكى علاج مكثف قصير المدى يتم علاج معظم الحالات مدة تتراوح ما بين ٤- ١٢ جلسة وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

مراحل العلاج المعرفى السلوكى:

تناولت حورية الزيدات (٢٠١٥، ٢٨-٢٩) المراحل العلاجية فى العلاج المعرفى السلوكى وهى :

١- مرحلة بناء العلاقة العلاجية مع المسترشد .

٢- مرحلة تقييم المشكلة وظروف حدوثها وشدها والسلوكيات السلبية المرافقة لها ومدى وضوح المشكلة لدى (المسترشد والمرشد).

٣- مرحلة تطوير الأهداف الإرشادية ، والتى يناقش فيها المرشد والمسترشد المخرجات السلوكية التى يطمح لتحقيقها .

٤- مرحلة التأكيد من استعداد المسترشد، والتزامن لتحقيق هذه الأهداف ، ومن ثم مرحلة جمع المعلومات أو مقاييس الخط القاعدى .

٥- مرحلة إحداث التغيير العلاجى من خلال إتزام وتطبيق المسترشد للاستراتيجيات العلاجية .

الفنيات العلاجية فى النظرية المعرفية السلوكية:

يتناول العلاج المعرفى السلوكى التغيير فى عدد من الجوانب، وهى الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية، حيث يقوم التغيير المعرفى بإثارة التغيير السلوكى، مما يعمل على تكوين منظور جديد للفرد، يتم تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ثم يحدث توسيع لهذا المنظور مدعماً بالتغيير الانفعالى، وذلك عندما يبدأ الفرد فى التفكير فى حلول بديلة، إذا لعب الانفعالات دوراً هاماً فى حدوث التغيير الانفعالى حيث يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الانفعالات (أمانى قاسم، ٢٠١٤).

وفيما يلى عرض موجز لفنيات العلاج المعرفى السلوكى وذلك على النحو الآتى:

أ) الفنيات المعرفية Cognitive Techniques :

تهدف هذه الفنيات إلى تعديل معارف الفرد بالشكل الذى يحقق له حياة سوية، فتركز هذه الفنيات على دحض الأفكار اللاعقلانية التى تعد الأساس فى نشأة المشكلات الإنسانية وتعديل مضمون الحوار الذاتى الخاص بالفرد الذى يستخدمه الفرد لتقييم وضعه وإمكاناته والحكم على تجاربه مع الآخرين والواجبات المنزلية والواجبات الإدراكية، وتوظيف عبارات جديدة عن النفس (زينب القضاة، ٢٠١٧، ٢٩).

وذكر (إبراهيم يونس، ٢٠١٨، ١٣٢-١٥٧) العديد من فنيات المعالجة المعرفية على النحو

التالى :

١- بناء العلاقة العلاجية Building a therapeutic relationship

٢- فنية التثقيف والتعليم النفسى Psychological education Technique

٣- فنيات تحديد الأفكار التلقائية والمعتقدات والأخطاء المعرفية والخطط التعويضية وصياغة الحالة

The techniques of identifying automatic thoughts, beliefs cognitive errors, compensatory plans , and case of formulation

٤- الفنيات المعرفية لتعديل الأفكار Cognitive techniques to modify thoughts ومنها:

(المتصل المعرفى- الدحض والتفنيد - الأحاديث الذاتية- المراقبة الذاتية- لعب الدور العقلانى

الإنفعالى - المحاضرات - التعرض التخيلى).

ب) الفنيات السلوكية Behavioral Techniques:

تهدف إلى مساعدة المريض على الإقلاع عن السلوكيات غير المرغوبة وتعديلها أو تغييرها. ومن بين هذه الفنيات الواجبات المنزلية، أساليب الإشراف الإجرائى كالتعزيز والعقاب والتشكيل، التخيل الانفعالى المنطقى، أسلوب الاسترخاء العضلى (عبد المطلب القريطى، ٢٠١٤، ٨٣).

وذكر عادل عبد الله (٣٤، ٢٠٠٠-٣٥) العديد من الفنيات السلوكية وهى :

- التدريب على المهارات Skills training.
- التعريض غير المتدرج وذلك لمواة المثيرات Ungraded exposure to counter stimuli.
- منع الاستجابة Response prevention.
- لعب الدور Role play.
- النمذجة Modeling.
- التدريب على حل المشكلات problem -solving training .
- التدريب على مواجهة الخجل Training to face shyness.

ج) الفنيات الانفعالية Emotional Techniques

هى الفنيات الموجهة للعمل مع مشاعر المسترشد والمريض وأحاسيسه وردود أفعاله نحو المواقف والمثيرات المختلفة . ومن بينها التقبل غير المشروط للمسترشد على النحو الذى يقرره روجرز ، وأسلوب لعب الدور ، وأسلوب النمذجة لمساعدة المريض على أن يشعر ويتصرف بطريقة مختلفة إزاء الأحداث والأشياء المكدره(عبد المطلب القريطى ، ٢٠١٤ ، ٨٣).
وذكرت يسرا عبد الفتاح(١٤٤،٢٠١٩) بعض الفنيات الانفعالية منها : التقبل غير المشروط ، أسلوب تمثيل الأدوار ، مواجهة الأقران ، التعبير عن الذات ، والتفكير بصوت عالٍ).

تعقيب الباحثة على الأساليب الفنية للعلاج المعرفى السلوكى

يتضح مما سبق أن العلاج المعرفى السلوكى يستخدم مدى واسع من الأساليب والفنيات المختلفة ، بعضها يرتبط بالعلاج المعرفى مثل إعادة البناء المعرفى وصرف الانتباه ووقف الأفكار والحوار والمناقشة والحديث الذاتى والبعض الآخر يرتبط بالعلاج السلوكى مثل التعرض ومنع الاستجابة والتحصين التدريجى والنمذجة ولعب الدور والتعزيز والتدريب على الاسترخاء وغيرها ، وتفترض أساليب العلاج المعرفى السلوكى أن الاضطرابات النفسية ناتجة عن أنماط فكرية لا تكيفية وأن مهمة تلك الأساليب العلاجية تصحيح التفسيرات المضللة والأفكار المشوهة وبذلك يكون الهدف تعديلاً معرفياً ، بالإضافة إلى أن الانخراط فى الأنشطة السلوكية قد تساعد فى مواجهة الاتجاهات الخاطئة ومن ثم الشعور بالتوافق النفسى .

مزايا العلاج المعرفى السلوكى :

تعد الصبغة التعليمية هى ما تميز العلاج المعرفى السلوكى والتي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجى والتي تبدأ من التعليم النفسى للعميل وإقناعه بمنطق العلاج والمسئولية التى تقع عليه ، مع توضيح العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وما يعانىه الفرد من مشكلات ، ويتم هذا من خلال بناء علاقة تعاونية بين المعالج والعميل قائمة على مجموعة من الضوابط والتي تمثل أساس مبادئ العلاج المعرفى السلوكى والمتمثلة فى :

- التركيز على الوقت الحاضر.
- التركيز على السلوك الظاهر الذى يمكن ملاحظته وقياسه.
- الاهتمام بوضع تقييم موضعى لحصيلة العلاج.
- يستغرق وقتاً قصيراً بالمقارنة بالطرق العلاجية الأخرى.
- لا يتطلب وجود مهارات لغوية أو حد أدنى من المحصول التربوى والخبرة .
- العميل مشارك إيجابى (أحمد حبيب، ٢٠١٥).

وترى الباحثة من الأفضل استخدام العلاج المعرفى السلوكى كعلاج نفسى تكاملى حديث نسبياً فى علاج اضطراب الوسواس القهرى لدى جميع الأعمار وخصوصاً المراهقين لأنه يستند إلى عدد من الافتراضات النظرية التى تتمثل فى ارتباط كل من الأفكار ، والمشاعر والانفعالات ، والتفاعلات البدنية ببعضها البعض ، فعند تغيير أى من هذه الجوانب يحدث تغيير فى الجوانب الأخرى باستخدام مجموعة من الأساليب والفنيات المعرفية السلوكية .

رابعاً-اليقظة العقلية Mindfulness

وقد وردت اليقظة العقلية كمفهوم نفسى تعريفات عدة منها ما يلى :-
عرف لانجر (Langer,1992,p.4) اليقظة العقلية بأنها "مجال مرّن للقدرة العقلية، يكون غير مرتبط بوجهة نظر خاصة ، ويسمح برؤية جيدة ومنفتحة على كل الخبرات العقلية والحسية للشخص ، ومن دون إصدار أحكام".

وقد اتفق هاريس (Harris,2007) وكل من براون وريان (Brown&Ryan,2003) إلى اليقظة العقلية بأنها "الانتباه والتقبل للواقع ، والتقبل بكل ما يتعلق بأحداث التجربة الحالية ، وأنها مقدرة الفرد على الانتباه الكامل لكل الخبرات التى تحدث له فى اللحظة الآنية مع قبولها وعدم إصدار أحكام بحقها".

عرفها كل من مارك ودانى (Mark&Danny,2011,p.72) اليقظة العقلية بأنها " طريقة تستند إلى العقل والجسم معاً ، تساعد الناس أن يغيروا طريقتهم بالتفكير والتعامل خبراتهم وخاصة المؤلمة والمسببة للضغوط النفسية عن طريق استخدام تقنية التأمل والتنفس واليوغا بدلاً من الاستسلام والتألم من مواجهة موقف صعب لابد من التعايش معه .

كما عرف كل من كى وبييدجون (Keye& Pidgoen,2013) اليقظة العقلية بأنها:
" مهارة تعزز المواجهة المتكيفة لأحداث الضاغطة عن طريق لتنظيم الذاتى للانتباه تجاه الخبرات الحالية ، والانفتاح ، وتقبل التوجه نحو الخبرة الراهنة أو الحاضرة " .

فى حين أشار كل من هايز و سكيلتون (Hayes&Skelton,2013) إلى اليقظة العقلية بأنها " مراقبة الفرد لأفكاره وعواطفه والأنماط العقلية التى تمنعه من مراقبة الظواهر

من حوله مع هذا ، فاليقظة العقلية تُعنى أيضاً إمتلاك الفرد القدرة على ما وراء المعرفة
. Meta cognition

وفى هذا السياق ذكر نيكاندر (Nikander, 2015) أنه يمكن اعتبار اليقظة العقلية بأنها " مهارات ما وراء الوعي ، التي تنطوي على كل من الاهتمام والتنظيم الذاتى ، فهي إدراك الفرد بأن يصبح هو المراقب الداخلى لذاته وليس الحاكم أو الناقد لها ."

وعرفها كيكن وآخرون (Kiken et al., 2015) بأنها سمة تميزية طويلة الأمد تتصف بميل الفرد للدخول بشكل متكرر وسهل فى حالة عقلية من الانتباه المعزز الناتجة عن تكرار الممارسة لمدة طويلة وتتصف بضبط متعمد الانتباه وقبول الخبرة بدون إصدار أحكام.

وأشار هاسكر (Hasker, 2016) إلى اليقظة العقلية على أنها حالة من الوعي بالأحداث الداخلية مصحوبة بالتقييم المستمر تتجلى فى استراتيجية معينة مثل اتخاذ قرار بعدم القلق استجابة لأفكار متطفلة أو مشوشة.

وعلى النقيض يرى هاساد (Hassed, 2016) اليقظة العقلية من المنظور التطبيقي كونها مجموعة من التطبيقات المرتبطة بالعملية التعليمية وتهتم بتعزيز الصحة النفسية و عملية التعلم والأداء .

وتميز هيام شاهين (٢٠١٧) بين اليقظة العقلية كنتيجة وعملية ، فاليقظة العقلية كنتيجة هى حالة أو سمة يحاول فيها الفرد أن يُصبح أكثر وعياً وانتبهاً للحظة الراهنة ، وهذا قد يتطلب صفات محددة مثل التقبل أو القدرة على وصف الخبرة الداخلية فى اللحظة الراهنة ، وعلى النقيض فإن اليقظة العقلية كعملية تشير إلى الممارسة المنتظمة والتي عادة ما تكون يومية ، وفيها يُخصص الفرد فترة من الوقت للاندماج فى ممارسة الوعي والانتباه ، ويُشار إليها فى بعض الأحيان بالتأمل ، كما أنها قد تتضمن حركات واعية مثل الوعي بالتنفس، وممارسة اليوجا ، والوعي بالجسد .

مكونات / مقومات اليقظة العقلية :

وأعد بير وآخرون (Baer et al., 2006) تقرير ذاتى قصير لليقظة العقلية يتكون من (٢٤) عبارة موزعة على خمسة أبعاد وهى:

- ١- الملاحظة Observing : وهى عبارة عن الانتباه ومراقبة الخبرات الداخلية والخارجية.
- ٢- الوصف Describing : ويشير إلى التعبير عن الخبرات الداخلية والخارجية ووصفها بكلمات.
- ٣- التصرف بوعي Acting with Awareness : ويشير إلى الانتباه الواعى بالخبرة الذاتية التى يقوم بها الفرد
- ٤- عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية Non reactivity r : وهو التسامح للأفكار والمشاعر إلى التوصل للخبرة الداخلية.

٥- عدم الحكم على الخبرات الداخلية **Non- judging of inner experience** : ويشير إلى التعامل مع المواقف كما هى فى وضعها الراهن دون إصدار أحكام تقييمية مثل جيدة أو سيئة.

الأساليب والفنيات المساعدة على تنمية اليقظة العقلية

وذكر هاستر (Huxter,2007,p.48-52) فنيات اليقظة العقلية وهى :

أ- التأمل اليقظ **Mindfulness Meditation**: وهو نشاط مرن و لا يقتصر على الممارسات الرسمية للجلوس كما أنه عنصر مهم فى بعض النظم مثل (المحبة ، والتعاطف، والرحمة) كما يعتبر التأمل ممارسة وطريقة فى الحياة.

ب- اليقظة العقلية بالجسد **Mindfulness Of Body** : وتتضمن التفكير فى الجسد بجميع الطرق الممكنة ويتضمن العديد من الأبعاد الفرعية والتي تتضمن : التنفس ، ووضعية الجسد والفهم الواضح للأفعال والأحاسيس الجسمية .

ج- اليقظة العقلية بالمشاعر **Mindfulness Of Feeling** : تشير إلى الوعى باللهجة الفعالة من الخبرة وليست المشاعر كما هى فى لغتنا اليومية .

د- اليقظة العقلية بالعقل **Mindfulness Of Mind** : وتتضمن المشاعر السارة وغير السارة وأنماط التفكير وحالات العقل الماهرة.

ويشير كل من فتحى الضبع و محمود طلب (٢٠١٣) إلى أن الفنيات المستخدمة فى اليقظة العقلية تنقسم إلى ممارسات رسمية ، وممارسات غير رسمية ، وفيما يلى توضيح ذلك :

أ- الممارسات الرسمية **Formal**، وتتضمن :

١- تأمل الجلوس (التنفس، الأحاسيس الجسمية ، الأصوات ، الأفكار....الخ).

٢- تأمل الحركة (المشى ، ومجالات اليوجا).

٣- تبادل المجموعة **Group Exchange** (تأدية تمارين ، ومناقشة موجهة للخبرة).

ب- الممارسات غير الرسمية **Informal**، وتتضمن :

١- النشاط اليقظ (الأكل ، التنظيف ، القيادة).

٢- التمارين المنظمة (المراقبة الذاتية ، حل المشكلات الخ).

٣- القراءة اليقظة (وخاصة الشعر).

٤- تأملات قصيرة **Mini- meditation** (على سبيل المثال ٣ دقائق تنفس فى الفراغ).

الدراسات التى تناولت العلاقة بين كل من اضطراب الوسواس القهرى و المعتقدات الوسواسية واليقظة العقلية

يتناول نموذج اليقظة العقلية الذى أعده كابات زين (Kabat-zinn,1990) وطوره كل من

سيجال سيجال ، وليامز وتيسدال (Segal, Williams & Teasdal, 2002) تحليل علاقة مرضى

الوسواس القهري بحالتهم الداخلية (الأفكار والعواطف ، والمعارف الحسية) ، باستخدام منظور قائم على اليقظة العقلية ، وفهم كيف يمكن أن تلعب هذه العلاقة دوراً مهماً في تطور الوسواس القهري ، علاوة على ذلك النقص في جوانب اليقظة (نقص لانتباه، اندماج الفكر والفعل ، عدم القبول للمواقف ، إبطال الذات المعرفي ، التحيز في التفسير للتجربة الخاصة ، وما إلى ذلك) (Diodonna,2009,p.190).

وهدفت دراسة كيرودين وآخرون (Kheiroddin et al.,2013) إلى كشف العلاقة بين أبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية واليقظة العقلية والمعتقدات الوسواسية لدى طلاب الثانوية العامة ، وتألفت عينة الدراسة من ٣٨٩ طالباً وطالبة من مدارس الثانوية العامة بتابريز ، وتم استخدام الأدوات التالية : مقياس المعتقدات الوسواسية (OBQ-44) ، مقياس المعتقدات ما وراء المعرفية (MCQ) ومقياس اليقظة العقلية (FFMQ) ، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الوسواسية والمعتقدات ما وراء المعرفية ، ووجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد اليقظة العقلية (الوصف ، عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية وعدم إصدار الأحكام على الخبرات الداخلية) والمعتقدات الوسواسية ، وكشف الانحدار المتعدد أن أبعاد المعتقدات ما وراء المعرفية (عدم القدرة على التحكم بالفكر ، الوعي الذاتي المعرفي) وبعد الوصف لليقظة العقلية تنبأت بالتغيرات التي لوحظت في المعتقدات الوسواسية لدى طلاب الثانوية العامة.

وفي هذا السياق أظهرت نتائج دراسة بيكس (Bakes,2015) إلى الكشف عن العلاقة بين اليقظة العقلية وأعراض الوسواس القهري وتألفت عينة الدراسة من ١٦٤ مريضاً باضطراب الوسواس القهري باستخدام مسح قائم على الإنترنت يحتوي على مقياس التقرير الذاتي لليقظة والوسواس القهري. تم تجنيد المشاركين من خلال الكلام الشفوي ، وصفحات البحث على شبكة الإنترنت ، وتم تطبيق استبيان اليقظة العقلية (SMQ ; Chadwick et al., 2008) ومقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية (FFMQ; Bear et al.,2006) ، ومقياس اضطراب الوسواس القهري (DOCS; Abramowitz et al., 2010) وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين اليقظة العقلية وأعراض الوسواس القهري ، وتوسط كلا من القلق والاكتئاب العلاقة بين اليقظة العقلية وأعراض الوسواس القهري ، وارتباط جانب عدم الحكم على الخبرات الداخلية ارتباطاً سالباً بأعراض الوسواس القهري مقارنة مع جوانب اليقظة العقلية الأخرى ، و قدم جانب الملاحظة مساهمة تنبؤية إيجابية صغيرة نحو درجات الوسواس القهري.

وتوصلت نتائج دراسة (Lee uwerik,Cavanagh&Strauss ,2020) أن المشاركين الذين يعانون من أعراض الوسواس القهري حصلوا على درجات منخفضة على مقياس اليقظة العقلية والشفقة بالذات مقارنة بالمشاركين الذين يعانون من قلق / اكتئاب ، وكانت هناك ارتباطات متوسطة بين اليقظة العقلية والشفقة بالذات وأعراض الوسواس القهري والمعتقدات الوسواسية وتحمل الضيق ،

وتنبأت اليقظة العقلية والتعاطف بأعراض الوسواس القهري ، والتحكم في شدة الاكتئاب . بمجرد السيطرة على آثار المعتقدات الوسواسية وتحمل الضيق .

وأجري كل من مروة عبد الستار وسيد الوكيل (٢٠٢٢) دراسة تهدف إلى الكشف عن الدور الوسيط للتعلل في العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري الذكور، واتبعت الدراسة المنهج الوصفي، وتكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مشاركاً تتراوح أعمارهم مابين (١٩-٤٣) عاماً ، وانقسمت إلى (٦٠) مشاركاً من مرضى اضطراب الوسواس القهري الذكور، و٦٠ مشاركاً من العاديين الذكور. وتكونت أدوات الدراسة من قائمة مهارات التعلل لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، قائمة الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، وقائمة مهارات تنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس إعداد (الباحثة مروة عبد الستار). وتوصلت النتائج أن التعلل يتوسط العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والعادين من الذكور توسطاً كلياً ، ووجدت خمسة نماذج للوساطة لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ، وستة نماذج للعادين ، ونموذج لم تحقق فيه شروط الوساطة الكلية أو الجزئية لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري.

وتستنتج الباحثة من الدراسات السابقة وجود علاقات إرتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين أعراض اضطراب الوسواس القهري والتقييمات المعرفية المختلفة وظيفياً المرتبطة به (المعنقات الوسواسية ، المعتقدات ما وراء المعرفية وعدم القدرة على التحكم في الفكر) والعوامل الخمسة لليقظة العقلية؛ علاوة على ذلك فإن الأبحاث العلمية حتى الآن لا توضح الأهمية النسبية للعلاقة بين اليقظة العقلية والأنماط الفرعية للوسواس القهري(الوسواس الذاتية المنشأ والتفاعلية) . ولذلك يمكن الاستفادة من هذه النتائج في إعداد برامج علاجية قائمة على اليقظة العقلية لاضطراب الوسواس القهري حيث إن التغييرات في مهارات اليقظة العقلية تساهم في انخفاض شدة اضطراب لوسواس القهري والمعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً المرتبطة به. فعالية التعرض اليقظ ومنع الاستجابة في علاج اضطراب الوسواس القهري.

التعرض اليقظ ومنع الاستجابة في هذا الشكل من التعرض ، يُدعى الفرد داخل المجموعة العلاجية باستمرار إلى الاتصال المباشر بتجربته الخاصة، مع الانتباه بعناية لحظة بلحظة للتجربة المعرفية والحسية والعاطفية التي تنشأ أثناء التعرض للأفكار الوسواسية المتطفلة ، دون حكم أو تقييم أو ردود فعل تجاهها أو قمعها، و الحث على الانخراط على السلوكيات القهرية (ملاحظة الحوافز القهرية والاعتراف بوجود اختيار متاح لمتابعة الرغبة واختيار السماح للحافز بالبقاء دون اتباعه.(Strauss et al.,2015).

و حدد شزارتز (Sewartz,2016) أربعة خطوات تعزز قدرة الفرد ذوى اضطراب الوسواس القهرى على القيام بالتعرض ومنع الإستجابة بنفسه لمواجهة الأفكار الوسواسية المتطفلة وهى :
(إعادة التسمية ، إعادة الإرتباط ، إعادة التركيز ، وإعادة التقييم).
تستند الدراسة الحالية إلى الأسس النظرية المقترحة التى تفسر فوائد التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى علاج الوسواس القهرى، كما وضحتها دراسة أجراها ستراوس وآخرون (Strauss et al.,2015) فى النقاط التالية:

أولاً : يمكّن العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة القائم على اليقظة العقلية الذى (MB-ERP) يركز على ممارسة اليقظة العقلية التجريبية من قبول الأفراد للأفكار التطفلية التى تتردد على أذهانهم أثناء مهام التعرض ومنع الاستجابة (ERP) والاستمرار فى المشاركة فى المهمة.
ثانياً: تمكّن ممارسة اليقظة العقلية الأفراد من الاهتمام الكامل بالأحاسيس الجسدية المؤلمة التى تحدث أثناء التعرض ومنع الاستجابة وقبولها ، وبالتالي الاستمرار فى المشاركة الكاملة فى المهام.
ثالثاً: نظراً لأن ممارسة اليقظة الذهنية تركز على زيادة الوعي بالخيارات السلوكية ، كان من المتوقع أن يمكّن العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة القائم على اليقظة العقلية (MB-ERP) الأشخاص من التعرف على الحوافز للانخراط فى السلوكيات القهرية واختيار مقاومتها.
ومن الدراسات التى تناولت التأثير الإيجابى للتعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى الحد من الوسواس القهرى:

دراسة واهل وآخرون(Whl et al.,2012) التى هدفت إلى اختبار فعالية اختبار فعالية التعليم القائم على اليقظة العقلية بالمقارنة مع استراتيجية التشويش(الإلهاء) أثناء التعرض Exposure لفترة وجيزة للأفكار الوسواسية لدى مرضى اضطراب الوسواس القهرى ، وتألفت عينة الدراسة من (٣٠) مريضاً تتراوح أعمارهم ما بين (١٨-٤٥) عاماً وتم تقسيمهم بصورة عشوائية إلى مجموعتين تجريبيتين وهما المجموعة التجريبية الأولى(مجموعة التدريب على اليقظة العقلية) وعددها (١٥=ن) والمجموعة التجريبية الثانية (مجموعة التدريب على الإلهاء) وعددها(ن=١٥) ، وتم استخدام المقاييس الآتية: مقياس ييل براون لتقييم شدة اضطراب الوسواس القهرى (Y-) (Foa ;Goodman et al.,1989)BOCS وقائمة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية المدركة لفوا (OCI-R; et al.,2002) ومقياس القلق لبيك(BAI;Beack et al.,1996) ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى إن الاستراتيجيات القائمة على اليقظة العقلية تقلل من القلق الناتج عن الوسواس من خلال استخدام الاستعارات القائمة على التيقظ الذهنى أثناء التعرض القصير للأفكار الوسواسية ، فى حين استراتيجية الإلهاء لم تفعل ذلك .

وفحصت دراسة كل من على زاده ومجيدى (Alizadeh&Mohammadi,2014) فعالية العلاج بالتعرض اليقظ ومنع الاستجابة (MET) للوسواس القهرى لحالة مريض يعانى من أعراض الوسواس

القهرى وتم اختياره من عملاء مستشفى الطب النفسى بطريقة مقصودة وفق شدة الاضطراب، وتم استخدام مقياس بييل براون لتقييم شدة اضطراب الوسواس القهرى (Y-) (BAI;Beack et al.,1996) ومقياس القلق لبيك (BOCS;Goodman et al.,1989) ومقياس بيك للاكتئاب (BDI ;Beck et al.,1996) ، وتلقى (٨) جلسات من (MET) ، وأظهرت النتائج إنخفاض فى شدة الوسواس والقلق وأعراض الاكتئاب . وتم الحفاظ على مكاسب العلاج بعد ٣ أشهر متتالية.

وأجرى بريك وآخرون (Brake et al.,2016) دراسة تهدف إلى استكشاف ما إذا كان الحد من التوتر استجابة للمشاعر السلبية القوية ، من خلال استراتيجيات اليقظة العقلية لدى سبع حالات تعاني من اضطرابات القلق الغير متجانس وتم تقسيمهم بشكل عشوائى وفق استخدام استراتيجية اليقظة العقلية أو استراتيجية التجنب / الإلهاء أثناء الصعود فى تسلسل هرمى للتعرض للعواطف لمدة ٦ أسابيع ، وأكمل ثلاث حالات التعرض قدموا تصنيفات الضيق والتوتر بعد التعرض وتم أيضاً تقييم شدة القلق والضيق والميل للإلهاء/ الكبت ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن استراتيجيات اليقظة العقلية قد تكون فعالة فى تسهيل التعرض للمشاعر.

و فحصت دراسة كل من محمد نجاد ، كيشافارزى -أرشادى وحسانى (Mohammadnejad ,Keshavarzi-Arshadi& Hasani,2022) المقارنة بين فعالية التعرض ومنع الاستجابة (ERP) والعلاج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية (MBCBT) على اضطراب الوسواس القهرى والاكتئاب المرضى المصاحب عند النساء اللاتى تتراوح أعمارهن (٢٢-٤٥) عاماً، وتألفت عينة الدراسة من (٣٦) أنثى وتم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات وهى : المجموعة التجريبية الأولى(العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة) وعددها (ن=١٢) ، المجموعة التجريبية الثانية (مجموعة العلاج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية) وعددها (ن=١٢) والمجموعة الضابطة وعددها(ن=١٢) ، وشملت أدوات الدراسة على مقياس بييل - براون لاضطراب الوسواس القهرى(Y-BOCS;Goodman et al.,1989) ومقياس الاكتئاب لبيك (Beck, 1979) ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية كل من التدخلان العلاجيان فى انخفاض اضطراب الوسواس القهرى والاكتئاب
فروض الدراسة:

قامت الباحثة بصياغة فروض الدراسة الحالية فى ضوء نتائج الدراسات والبحوث السابقة على النحو التالى :

١- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على بعدى مقياس بييل براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى .

- ٢- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى.
- ٣- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية " ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى.
- ٤- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى.
- ٥- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس الدراسة الثلاثة وهى (اضطراب الوسواس القهرى - الوسواس التفاعلية - المعتقدات الوسواسية).

الإجراءات المنهجية للدراسة:

أولاً : منهج الدراسة The study approach

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي التجريبي Quasi - Experimental approach (تصميم مجموعة تجريبية الواحدة ذات القياسات(القبلية ، البعدية والتتابعية) ، وهو منهج ملائم لطبيعة هذه الدراسة حيث تهدف إلى التحقق من أثر فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين ، وفقاً لمتغيرات الدراسة وهى :

(أ) المتغيرات المستقلة Independent variables

البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة .

(ب) المتغيرات التابعة Dependent variables

☒ المتغيرالأول: المعتقدات الوسواسية.

☒ المتغير التابع الثانى : الوسواس التفاعلية.

ثانياً : عينة الدراسة The sample of the study

تم تقسيم عينة الدراسة الحالية إلى ثلاثة أقسام وهى :

أ) عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات

تكونت عينة التحقق من الخصائص السيكومترية من (١٠٠) طالباً وطالبة (٥٠ ذكور - ٥٠ إناث) من طلاب الثانوي العام الذين اختيروا عشوائياً من الملتحقين بمدارس الثانوية العامة الحكومية بمحافظة بورسعيد وهى مدرسة الغرفة التجارية الثانوية بنات التابعة لإدارة جنوب التعليمية ، ومدرسة عبد الرحمن شكري الثانوية بنين التابعة لإدارة شمال التعليمية . ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨) عاماً بمتوسط عمري مقداره (١٦) عاماً وانحراف معياري مقداره (٨٢ .) وذلك لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة.

ب) عينة الدراسة الأساسية The basic sample

بعد تقنين أدوات الدراسة السيكومترية (مقياس ييل - براون لاضطراب الوسواس القهرى ، قائمة التطفل الوسواسية ، استبيان المعتقدات الوسواسية ، مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية)، قامت الباحثة بتطبيقها على عينة كبيرة من المراهقين من طلاب الثانوية العامة ، وقد اشتملت هذه العينة على (٢٠٠) طالباً وطالبة (٩٨ ذكور - ١٠٢ إناث) الذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٨) عاماً بمتوسط عمري قدره (١٥.٩) وانحراف معياري (٠.٧١) ، ومن الملتحقين بمدرسة عبد الرحمن شكري الثانوية بنين ، ومدرسة روفيدة الأنصارية الثانوية بنات التابعان لإدارة شمال التعليمية أجل تحديد العينة التى تعانى من اضطراب الوسواس القهرى بعد استبعاد أفراد عينة التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات .

ج) عينة الدراسة التجريبية The experimental study sample

تكونت عينة الدراسة التجريبية من (٣٠) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية (٢١ ذكور-١٨ إناث) بمتوسط عمري قدره (١٥.٧) عاماً ، وانحراف معياري قدره (٠.٦١) ، وممن حصلوا على ارباعى أعلى بقيمة (٤٧ فأكثر) على مقياس الوسواس المتطفلة التفاعلية المستمد من قائمة التطفل الوسواسية (ROII; Purdon & Clark, 1993).

شروط اختيار شروط العينة التجريبية

يتم اختيار العينة التجريبية وفقاً للشروط الآتية:

- ١- أن تكون العينة التجريبية من طلاب المرحلة الثانوية العامة التى تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٨) عاماً فيما يقابل مرحلة المراهقة الوسطى نظراً لخطورة هذه المرحلة.
- ٢- تشتمل العينة التجريبية على كلا النوعين (الذكور والإناث).
- ٣- يحصلون على درجات (≤ 16) على مقياس شدة اضطراب الوسواس القهرى لييل - براون إعداد جود مان وآخرون (Y- BOCS; Goodman te al.,1989).
- ٤- يحصلون على درجات كلية مرتفعة على قائمة التطفل الوسواسية لكل من باردون وكلاارك (ROII; Purdon & Clark, 1993).

٥- يتم تصنيف العينة لنمط الوسواس التفاعلية وفق نموذج الوسواس كل من لى
وكون (Lee&Kwon,2003).

٦- درجات مرتفعة على استبيان المعتقدات الوسواسية.

٧- درجات منخفضة على مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية.

٨- يحصلون على مستوى متوسط على مقياس المستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى للأسرة
إعداد محمد سعفان ودعاء خطاب (٢٠١٦).

٩- الموافقة على المشاركة فى البرنامج .

أدوات الدراسة The study tools

قسمت الباحثة أدوات الدراسة إلى نوعين من الأدوات وهما: أدوات القياس والتشخيص ، وأدوات
المعالجة التجريبية على النحو التالى :

❖ أدوات القياس والتشخيص Measuring and Diagnostic tools:

استخدمت الباحثة فى الدراسة الحالية العديد من الأدوات السيكمترية للتعرف على الأسباب
الجوهرية لاضطراب الوسواس القهرى الآتية :

١ - مقياس بيل - براون للوسواس القهرى (YBOCS, Goodman et al.,1989) ،
ترجمة وتقنين الباحثة.

الهدف من استخدام المقياس :

تقييم شدة اضطراب الوسواس القهرى (الوسواس- الأفعال القهرية) لدى عينة غير إكلينيكية من
طلاب المرحلة الثانوية.

وصف المقياس:

وضع هذا المقياس جودمان وآخرون (Goodman et al.,1989) وهو عبارة عن مقياس يتكون من
(١٠) عبارات يقوم المعالج النفسى بوضع تقدير لها من خلال شكوى المريض ، وتلك العبارات
موزعة على مقياسين فرعيين أحدهما لشدة المعاناة من الوسواس والآخر لشدة المعاناة من
الأفعال القهرية حيث يقيم الأعراض التالية : (مدة الانشغال بالوسواس أو الأفعال القهرية ، مقدار
التعارض مع الأنشطة اليومية ، مقدار القلق والتوتر الناتج عن الوسواس أو الأفعال القهرية ، مدى
المقاومة للوسواس أو الأفعال القهرية ، ومقدار السيطرة أو التحكم فى الوسواس أو الأفعال القهرية)،
و يشتمل كل مقياس فرعى على (٥) عبارات .

تعريب المقياس والتحقق من كفاءته السيكمترية فى الدراسة الحالية:

من أجل إعداد هذا المقياس وتطبيقه فى الدراسة الحالية قامت الباحثة بالخطوات التالية:

أ- ترجمة المقياس إلى اللغة العربية .

ب- تقديم نسخة مبدئية من المقياس بعد ترجمته إلى بعض أساتذة اللغة الإنجليزية للنظر فى صياغة العبارات وسلاستها ، وعمل التعديلات اللازمة عليها.

ج- عرض الصورة الأولى لمقياس ييل براون للوسواس القهرى (Y-BOCS) على بعض أساتذة علم النفس والصحة النفسية وعددها (ن = ٩) لمعرفة آرائهم حول مدى إرتباط العبارات بالأبعاد التى تندرج تحتها وارتباطها بالمقياس ككل وإبداء فى حسن صياغتها.

د- استقرت الآراء على عدم حذف أى بند من بنود المقياس البالغ عددها (١٠) بنود موزعة على بعدين فرعيين (الأفكار الوسواسية - الأفعال القهرية). وقد تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود من ٩٥ إلى ١٠٠%.

هـ- تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بالغ قوامها (١٠٠) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية ، وتم تفرغ استجابات الطلاب تمهيداً لاستخدامها فى التحقق من صدق وثبات المقياس. الخصائص السيكومترية للمقياس فى الدراسة الحالية:

تم حساب معاملات الثبات والصدق لمقياس ييل - براون للوسواس القهرى فى الدراسة الحالية من خلال الطرق الحالية :

أولاً : صدق المقياس:

*الصدق التمييزى Discriminant validity

قامت الباحثة بتطبيق قائمة الوسواس القهرى (VOCI;Thordarson et al.,2004) عينة التحقق من الخصائص السيكومترية من طلاب المرحلة الثانوية بلغ عددها (ن = ١٠٠) وتصحيحها ورصد درجاتها وترتيبها ترتيباً تنازلياً وتقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تضم نسبة ٢٧ % (من الدرجات المرتفعة) من إجمالى عدد طلاب عينة التحقق من الخصائص السيكومترية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأعلى، ومجموعة تضم نسبة ٢٧ % (من الدرجات المنخفضة) من إجمالى عدد طلاب عينة التحقق من الخصائص السيكومترية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأدنى وباستخدام اختبار "t" Test للمقارنة بين الإرباعى الأعلى والأدنى جاءت النتائج كما هو موضح بجدول (١)

جدول (١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للإرباعى الأعلى والأدنى على مقياس
بييل - براون للوسواس القهرى

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الإرباعى					العينة المتغير	
		الأدنى			الأعلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		العدد
٠.٠١	٢٦.٤	٣.١	٣.٧	٢٧	٢.١	٢٢.٧	٢٧	الوسواس القهرى

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات الإرباعى الأعلى والأدنى للمقياس وهذا يدل على قدرة المقياس على التمييز بين مرتفعى ومنخفضى الوسواس القهرى وهذا يدل على أن المقياس على درجة مناسبة من الصدق.

ثانياً: ثبات المقياس:

أ- طريقة معامل ألفا لكرونباخ Alpha cronbach method

استخدمت الباحثة لحساب ثبات المقياس معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient فى حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للمقياس فبلغت قيمة معامل ألفا العام للمقياس ككل (٠.٨٥٣) كما تم حساب معامل ثبات كل عبارة فكانت قيم معاملات ثبات العبارات كما هو بجدول (٢)

جدول (٢) قيم معاملات ألفا لعبارات المقياس

رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا
١	٠.٨٤٣	٦	٠.٨٥١
٢	٠.٨٥١	٧	٠.٧٤٨
٣	٠.٨٤٨	٨	٠.٨٤١
٤	٠.٨٤٧	٩	٠.٧٤٤
٥	٠.٨٤٠	١٠	٠.٨٤٦

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات ثبات العبارات أقل من معامل ثبات المقياس ككل مما يشير إلى أن العبارات على درجة مناسبة من الثبات.

ب- طريقة التجزئة النصفية Split-half method

للتحقق من ثبات المقياس ككل تم استخدام طريقة التجزئة النصفية Split half وبلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفى المقياس (٠.٨٠٨) وبعد تصحيح أثر التجزئة بمعادلة سبيرمان وبراون

Spearman-Brown بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٨٩٤) ، ويتضح مما سبق أن المقياس على درجة مناسبة من الثبات.

ثالثاً- الاتساق الداخلى Internal consistency

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلى عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة اختصاراً ب Spss V.22 فكانت قيم معاملات الارتباط كما هو بجدول (٣)

جدول (٣) قيم معاملات ارتباط المهمة بالدرجة الكلية للبطاقة

رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط
١	**٠.٦٥٣	٦	**٠.٦٦٥
٢	**٠.٦١١	٧	**٠.٧٤٠
٣	**٠.٧٤١	٨	*٠.٣٣٩
٤	*٠.٣٢٩	٩	**٠.٦٤٣
٥	**٠.٧٠١	١٠	**٠.٧٦٥

(**) دال عند مستوى ٠.٠١

(*) دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ والبعض الآخر دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥ أى أنه يوجد اتساق ما بين العبارات والدرجة الكلية لكل بعد ؛ مما يشير إلى أن المقياس على درجة مناسبة من الاتساق. ومن إجراءات الصدق والثبات السابقة أصبح المقياس مكون من (١٠) عبارات موزعة على بعديه كما يلي البعد الأول: شدة المعاناة من الوسواس ويمثله العبارات من (١ إلى ٥)، البعد الثانى: شدة المعاناة من الأفعال القهرية ويمثله العبارات من (٦ إلى ١٠)، والمقياس بهذه الصورة النهائية صالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

تصحيح المقياس :

تم الإجابة عن المقياس من خلال خمسة إختيارات تتبع طريقة "ليكرات" لتحديد درجة الشدة من (٠-٤) ، ويتم التقييم خلال وضع تقدير لكل بند بحسب شدة الحالة خلال سبعة أيام الماضية ، حيث تشير الدرجة (صفر) إلى أن المريض لايعانى من أية أعراض بينما تشير الدرجة (٤) إلى معاناة المريض من أعراض شديدة.

٢- قائمة التطفلوس الوسواسية المعدلة Revised Obsessive Intrusions Inventory

إعداد / (ROII; Purdon & Clark, 1993, Lee & kwon, 2003) ترجمة الباحثة.

الهدف من استخدام القائمة :

١- تقييم تكرار الوسواس المتطفلة (الأفكار، الصور، والدوافع الوسواسية المتكررة) لدى عينة غير إكلينيكية من طلاب المرحلة الثانوية تتراوح أعمارهم ما بين (١٥-١٨) عاماً.

٢- قياس أنماط الوسواس (الذاتية المنشأ والتفاعلية) لدى طلاب المرحلة الثانوية. وصف القائمة :

وضع كل من باردون وكلارك (Purdon & Clark, 1993) هذه القائمة وهى عبارة عن تقرير ذاتى لتقييم وجود وتكرار الأفكار الوسواسية المتطفلة المكونة من ٥٢ عبارة موزعة على ستة أبعاد وهى : الأفكار الوسواسية العدوانية ، الأفكار الوسواسية حول التصرف باندفاعية ، الأفكار الوسواسية الجنسية ، الأفكار حول الأخطاء والحوادث ، أفكار حول التلوث ، والأفكار حول التأكد والتنظيف .

تعريب القائمة والتحقق من كفاءتها السيكومترية فى الدراسة الحالية:

من أجل إعداد هذه القائمة وتطبيقها فى الدراسة الحالية قامت الباحثة بالخطوات التالية:

أ- ترجمة القائمة إلى اللغة العربية .

ب- تقديم نسخة مبدئية من القائمة بعد ترجمتها إلى بعض أساتذة اللغة الإنجليزية للنظر فى صياغة العبارات وسلاستها ، وعمل التعديلات اللازمة عليها .

ج- عرض الصورة الأولية لقائمة التطفل الوسواسية (ROI) على بعض أساتذة علم النفس والصحة النفسية وعددها (ن = ٩) لمعرفة آرائهم حول مدى إرتباط العبارات بالأبعاد التى تندرج تحتها وارتباطها بالقائمة ككل ومدى حسن صياغتها .

د- استقرت الآراء على عدم حذف أى بند من بنود المقياس البالغ عددها (٥٢) بند موزعة على ستة أبعاد ، فقد تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود من ٩٠ إلى ١٠٠% .

*الخصائص السيكومترية للقائمة فى الدراسة الحالية:

أولاً: صدق القائمة:

الصدق التمييزى Discriminant validity

قامت الباحثة بتطبيق قائمة الأفكار الوسواسية المتطفلة إعداد جراسيا - سوريانو (INPIOS; García-Soriano, 2008) على عينة التحقق من الخصائص السيكومترية من طلاب المرحلة الثانوية بلغ عددها (ن = ١٠٠) وتصحيحها ورصد درجاتها وترتيبها ترتيباً تنازلياً وتقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تضم نسبة ٢٧% (من الدرجات المرتفعة) من إجمالى عدد طلاب العينة الاستطلاعية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأعلى ، ومجموعة تضم نسبة ٢٧% (من الدرجات المنخفضة) من إجمالى عدد طلاب العينة الاستطلاعية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأدنى وباستخدام اختبار "t" Test للمقارنة بين الإرباعى الأعلى والأدنى جاءت النتائج كما هو موضح بجدول (٤)

جدول (٤) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للإرباعى الأعلى والأدنى على قائمة التطفللات الوسواسية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الإرباعى					المتغير	العينة
		الأدنى			الأعلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		
٠.٠١	٢٠.٣	١٢.٧	٣٧	٢٧	٢١.٥	١٣٤.٤	٢٧	التطفللات الوسواسية

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات الإرباعى الأعلى والأدنى للقائمة وهذا يدل على قدرة القائمة على التمييز بين مرتفعى ومنخفضى التطفللات الوسواسية وهذا يدل على أن القائمة على درجة مناسبة من الصدق.

ثانياً: ثبات القائمة

أ- طريقة معامل ألفا لكرونباخ Alpha cronbach method

استخدمت الباحثة لحساب ثبات عبارات القائمة معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient فى حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للقائمة فبلغت قيمة معامل ألفا العام للقائمة ككل (٠.٧٧٦) كما تم حساب معامل ثبات كل عبارة فكانت قيم معاملات ثبات العبارات كما بجدول (٥)

جدول (٥) قيم معاملات ألفا لعبارات القائمة

رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا
١	٠.٧٥٧	٢٧	٠.٧٦٣	١٤	٠.٧٥٢	٤٠	٠.٧٧٠
٢	٠.٧٦١	٢٨	٠.٧٥٧	١٥	٠.٧٧٣	٤١	٠.٧٦٥
٣	٠.٧٥٨	٢٩	٠.٦٧١	١٦	٠.٧٦١	٤٢	٠.٧٦٢
٤	٠.٧٢٥	٣٠	٠.٧٥٧	١٧	٠.٧٧٢	٤٣	٠.٧٥٤
٥	٠.٧٧٣	٣١	٠.٧٦١	١٨	٠.٧٧١	٤٤	٠.٧٦٣
٦	٠.٧٥٢	٣٢	٠.٧٦٣	١٩	٠.٧٦١	٤٥	٠.٧٥٧
٧	٠.٧٥٥	٣٣	٠.٧٧١	٢٠	٠.٧٧٢	٤٦	٠.٧٢٢
٨	٠.٧٥٩	٣٤	٠.٧٧١	٢١	٠.٧٦٤	٤٧	٠.٧٥٦
٩	٠.٧٦٢	٣٥	٠.٧٧٣	٢٢	٠.٧٦٣	٤٨	٠.٧٦٣
١٠	٠.٧٦٤	٣٦	٠.٦٧١	٢٣	٠.٦٧١	٤٩	٠.٧٥٨
١١	٠.٧٧٣	٣٧	٠.٧٧٢	٢٤	٠.٧٥٨	٥٠	٠.٧٦٣
١٢	٠.٧٦١	٣٨	٠.٧٦٤	٢٥	٠.٧٢٥	٥١	٠.٧٦٢
١٣	٠.٧٧٢	٣٩	٠.٧٦٥	٢٦	٠.٧٧٣	٥٢	٠.٧٦٤

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات ثبات العبارات أقل من معامل ثبات القائمة ككل مما يشير إلى أن العبارات على درجة مناسبة من الثبات.

ب - طريقة التجزئة النصفية Split-half method

للتحقق من ثبات القائمة ككل تم استخدام طريقة التجزئة النصفية Split half وبلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفى القائمة (٠.٦٧٣) وبعد تصحيح أثر التجزئة بمعادلة سبيرمان وبراون Spearman-Brown بلغت قيمة معامل الثبات للقائمة ككل (٠.٧٣٢)، ويتضح مما سبق أن القائمة على درجة مناسبة من ال ثبات.

ثالثاً- الاتساق الداخلى Internal consistency

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلى عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد فكانت قيم معاملات الارتباط كما هو بجدول (٦)

جدول (٦) قيم معاملات ارتباط عبارات القائمة بالدرجة الكلية للبعد

رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط
١	**٠.٧٤١	١٤	**٠.٧٤٧	٢٧	**٠.٧٥٣	٤٠	**٠.٧٤٩
٢	**٠.٧٨٠	١٥	**٠.٧٣٦	٢٨	**٠.٧١٥	٤١	**٠.٧٣٥
٣	**٠.٧١٥	١٦	*٠.٣٢١	٢٩	*٠.٣٣٩	٤٢	*٠.٣١١
٤	**٠.٧٢٥	١٧	**٠.٧٦٥	٣٠	**٠.٧١٦	٤٣	**٠.٧٤٣
٥	*٠.٣١٢	١٨	**٠.٧٢١	٣١	*٠.٣٣٢	٤٤	**٠.٧٦٧
٦	**٠.٧٨٦	١٩	*٠.٣٧١	٣٢	**٠.٧٥١	٤٥	*٠.٣١٦
٧	**٠.٧٢٤	٢٠	**٠.٧٨٧	٣٣	**٠.٧٨٠	٤٦	**٠.٧٧٤
٨	**٠.٧٦٧	٢١	*٠.٣١٥	٣٤	**٠.٣٢٥	٤٧	**٠.٧٢٧
٩	**٠.٧٢٥	٢٢	**٠.٧٩٩	٣٥	**٠.٧٢٣	٤٨	*٠.٣٢٤
١٠	**٠.٧١٦	٢٣	**٠.٧٢٥	٣٦	**٠.٧٦٥	٤٩	**٠.٧٨٦
١١	**٠.٧١٥	٢٤	**٠.٧٧٤	٣٧	**٠.٧٢٤	٥٠	**٠.٧٧٠
١٢	*٠.٣١٢	٢٥	**٠.٧٢٧	٣٨	**٠.٧٦٧	٥١	**٠.٧٣٥
١٣	**٠.٧١٦	٢٦	*٠.٣٣٢	٣٩	**٠.٧٢٥	٥٢	**٠.٧٢٤

(**) دال عند مستوى ٠.٠١

(*) دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط عبارات الدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ والبعض الآخر دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥ أى أنه يوجد اتساق ما بين عبارات القائمة والدرجة الكلية للأبعاد ؛ مما يشير إلى أن القائمة على درجة مناسبة من الاتساق. ومن إجراءات الصدق والثبات السابقة أصبحت القائمة فى صورتها النهائية مكونة من (٥٢) عبارة موزعة على أبعادها كما يلي: البعد الأول: الأفكار الوسواسية المتطفلة العدوانية ويمثله العبارات من (١ إلى ٢١)، البعد الثانى: الأفكار الوسواسية حول التصرف باندفاعية ويمثله العبارات من (٢٥ إلى ٣٤)، البعد الثالث: الأفكار الوسواسية المتطفلة الجنسية ويمثله العبارات من (٣٥ إلى ٤٤)، البعد الرابع: الأفكار حول الأخطاء والحوادث ويمثله العبارات من (٢٢ إلى ٢٤)، البعد الخامس: الأفكار حول التلوث ويمثله العبارات من (٤٥ إلى ٤٩)، والبعد السادس: الأفكار حول التأكد والتنظيف ويمثله

العبارات من (٥٠ إلى ٥٢)، والقائمة بهذه الصورة النهائية صالحة للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

تصحيح القائمة:

تتم الإجابة عن القائمة من خلال إجابة سباعية تتبع طريقة ليكرت كما موضح بالجدول التالي

جدول (٧)

توزيع درجات قائمة التطفل الوسواسية

الاستجابات	أبداً	نادراً	أحياناً	مناسبات	كثيراً	كثيراً جداً	دائماً
الدرجات	٠	١	٢	٣	٤	٥	٦

بم أن تشتمل القائمة على (٥٢) عبارة وبالتالي تصبح الدرجة الكلية هي مجموع درجات استجابات المفحوص على الأبعاد الفرعية للقائمة وتتراوح ما بين (صفر - ٣١٢) بإعتبار أعلى درجة هي ٣١٢ ، وأدنى درجة هي صفر ، وتدل الدرجة المنخفضة على مستوى منخفض من تكرار الأفكار الوسواسية المتطفلة وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من تكرار الأفكار الوسواسية المتطفلة . ويتم حساب المقياس الفرعي " الوسواس التفاعلية" المستخدم في الدراسة الحالية من خلال جمع درجات الأبعاد الثلاثة وهي: (الأفكار الوسواسية حول التلوث ، الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث، والأفكار الوسواسية حول التأكد والتنظيف)

١- الأفكار حول الأخطاء والحوادث:

بم أن يشتمل هذا البعد على (٣) عبارة وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية لبعد الأفكار حول الأخطاء والحوادث ما بين (٠ - ١٨) بإعتبار أعلى درجة هي ١٨ وأدنى درجة هي صفر.

٢- الأفكار حول التلوث:

بم أن يشتمل هذا البعد على (٥) عبارة وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية لبعد الأفكار حول التلوث ما بين (٠ - ٣٠) بإعتبار أعلى درجة هي ٣٠ وأدنى درجة هي صفر.

٣- الأفكار حول التأكد و التنظيف:

بم أن يشتمل هذا البعد على (٣) عبارة وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية لبعد الأفكار حول التأكد و التنظيف ما بين (٠ - ١٨) بإعتبار أعلى درجة هي ١٨ وأدنى درجة هي صفر.

وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية للمقياس الفرعي "الوسواس التفاعلية" ما بين (٠-٦٦) بإعتبار أعلى درجة هي ٦٦ وأدنى درجة هي صفر.

٣ - استبيان المعتقدات الوسواسية

Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44)

إعداد / المجموعة العاملة الخاصة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG,2005) ترجمة

وتقنين الباحثة.

الهدف من الاستبيان: تقييم المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً لدى عينة غير إكلينيكية من طلاب المرحلة الثانوية.

وصف الاستبيان :

أعد هذا الاستبيان مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية القهرية والمعروفة باختصار(OCCWG,2005) ، وهو عبارة عن تقرير ذاتى لقياس مجموعة من المعتقدات السلبية لدى الأفراد الناتجة عن تقييمهم السلبي للأفكار الوسواسية المتطفلة التى تساهم فى نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهرى ، ومكون من (٤٤) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهى: (المبالغة فى التقدير الزائد للتهديد والمسئولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، والمبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها).

التعريف الإجرائى لأبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية:

١- المبالغة فى التقدير الزائد للتهديد والمسئولية المتضخمة: يشير هذا البعد إلى التقدير الزائد عن التهديد حول اعتقاد الفرد عن منع حدوث الضرر لنفسه أو للآخرين ، والاعتقاد بالمسئولية الشخصية عن فشل منع حوث أى مترتبات سلبية لنفسه ولمن حوله ، ويتكون هذا البعد على (١٦) عبارة، يشمل التقدير الزائد للتهديد، على (٧) عبارات ، والمسئولية المتضخمة على (٨) عبارات، وعدم الثقة يشتمل على عبارة واحدة.

٢ - النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض : يشير إلى تبني الفرد لمعايير مثالية مبالغ فيها، والإهتمام بالأخطاء ومشاعر عدم تحمل الغموض ، ويتكون هذا البعد على(١٦) عبارة ، يشمل النزعة إلى الكمالية على (١٢) عبارة ، ويشمل عدم تحمل الغموض على (٤) عبارات .

٣-المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها: يشير إلى المبالغة فى أهمية التقييم السلبي للأفكار والصور المتطفلة المؤلمة وما يترتب عليها من عواقب ، وضرورة التحكم فى تلك الأفكار المتطفلة ، و يتكون هذا البعد من (١٢) عبارة، يشمل ضرورة التحكم فى الأفكار المتطفلة على (٩) عبارات ويشمل أهمية الأفكار على(٣) عبارات.

تعريب الاستبيان والتحقق من كفاءته السيكمترية فى الدراسة الحالية:

من أجل إعداد هذا المقياس وتطبيقه فى الدراسة الحالية قامت الباحثة بالخطوات التالية:

أ- ترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية .

ب- تقديم نسخة مبدئية من الاستبيان بعد ترجمته إلى بعض أساتذة اللغة الإنجليزية للنظر فى صياغة العبارات وسلاستها ، وعمل التعديلات اللازمة عليها.

ج- عرض الصورة الأولية لاستبيان المعتقدات الوسواسية(OBQ-44) على بعض أساتذة علم النفس والصحة النفسية وعددها(ن=٩) لمعرفة آرائهم حول مدى إرتباط العبارات بالأبعاد التى تندرج تحتها وإرتباطها بالاستبيان ككل ومدى حسن صياغتها.

د- تعديل الصورة الأولية فى ضوء آراء السادة المحكمين وتوجيهاتهم .

هـ- استقرت الآراء على عدم حذف أى بند من بنود المقياس البالغ عددها (٤٤) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد ، فقد تراوحت نسبة الاتفاق بين المحكمين على البنود من ٨٠ إلى ١٠٠% .

و- تطبيق الاستبيان على عينة استطلاعية بالغ قوامها (١٠٠) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية، وتم تفرغ استجابات الطلاب تمهيداً لاستخدامها فى التحقق من صدق وثبات الاستبيان.
الخصائص السيكومترية للاستبيان فى الدراسة الحالية:
أولاً : صدق الاستبيان:

* الصدق التمييزى Discriminant validity

قامت الباحثة بتطبيق استبيان المعتقدات الوسواسية إعداد مودلينج وآخرون (O'Brien, 2011) على عينة استطلاعية من طلاب المرحلة الثانوية بلغ عددها (ن = ١٠٠) وتصحيحه ورصد درجاته وترتيبها ترتيباً تنازلياً وتقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تضم نسبة ٢٧% (من الدرجات المرتفعة) من إجمالى عدد طلاب العينة الاستطلاعية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأعلى، ومجموعة تضم نسبة ٢٧% (من الدرجات المنخفضة) من إجمالى عدد طلاب العينة الاستطلاعية فبلغ عددها (٢٧) طالباً وطالبة تمثل الإرباعى الأدنى وباستخدام اختبار "t" Test للمقارنة بين الإرباعى الأعلى والأدنى جاءت النتائج كما هو بجدول (٨)
جدول (٨) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للإرباعى الأعلى والأدنى

على استبيان المعتقدات الوسواسية

مستوى الدلالة	قيمة " ت "	الإرباعى					العينة المتغير	
		الأدنى			الأعلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		العدد
٠.٠١	٢٠.٤	٣٣.٦	٨٧.٣	٢٧	١٥.٩	٢٣٣.٣	٢٧	المعتقدات الوسواسية

يتضح من الجدول السابق أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات الإرباعى الأعلى والأدنى للاستبيان وهذا يدل على قدرة الاستبيان على التمييز بين مرتفعى ومنخفضى المعتقدات الوسواسية وهذا يدل على أن الاستبيان على درجة مناسبة من الصدق.

ثانياً: ثبات الاستبيان:

أ- طريقة معامل ألفا لكرونباخ Alpha cronbach method

استخدمت الباحثة لحساب ثبات الاستبيان معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient فى حالة حذف درجة العبارة من الدرجة الكلية للاستبيان فبلغت قيمة معامل ألفا العام

للاستبيان ككل (٠.٧٧٥) كما تم حساب معامل ثبات كل عبارة فكانت قيم معاملات ثبات العبارات كما هو بجدول (٩)

جدول (٩)

قيم معاملات ألفا لعبارات الاستبيان

رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا	رقم العبارة	قيمة معامل ألفا
١	٠.٧٦١	١٢	٠.٧٥٥	٢٣	٠.٧٦٧	٣٤	٠.٧٧٤
٢	٠.٧٣٣	١٣	٠.٧٧٠	٢٤	٠.٧٥٧	٣٥	٠.٧٤١
٣	٠.٧٣٦	١٤	٠.٧٢٧	٢٥	٠.٧٧١	٣٦	٠.٧٧٢
٤	٠.٧٢٥	١٥	٠.٧٦٥	٢٦	٠.٧٥٧	٣٧	٠.٧٢٩
٥	٠.٧٧٣	١٦	٠.٧٧١	٢٧	٠.٧٧١	٣٨	٠.٧٦٣
٦	٠.٧٥٢	١٧	٠.٧٦١	٢٨	٠.٧٣٧	٣٩	٠.٧٥٧
٧	٠.٧٥٥	١٨	٠.٧٧٤	٢٩	٠.٧٧٤	٤٠	٠.٧٢٢
٨	٠.٧٢٣	١٩	٠.٧٧٣	٣٠	٠.٧٧٢	٤١	٠.٧٧٤
٩	٠.٧٣٢	٢٠	٠.٧٧١	٣١	٠.٧٥٨	٤٢	٠.٧٧١
١٠	٠.٧٢٤	٢١	٠.٧٦٥	٣٢	٠.٧٦٧	٤٣	٠.٧٦١
١١	٠.٧٧١	٢٢	٠.٧٦٧	٣٣	٠.٧٢٧	٤٤	٠.٧٢٥

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات ثبات العبارات أقل من معامل ثبات الاستبيان ككل مما يشير إلى أن المقياس على درجة مناسبة من الثبات.

ب - طريقة التجزئة النصفية Split-half method

للتحقق من ثبات الاستبيان ككل تم استخدام طريقة التجزئة النصفية Split half وبلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفي الاستبيان (٠.٧٦١) وبعد تصحيح أثر التجزئة بمعادلة سبيرمان وبراون Spearman-Brown بلغت قيمة معامل الثبات (٠.٨٦٤) ، ويتضح مما سبق أن الاستبيان يتسم بدرجة مناسبة من الثبات.

ثالثاً - الاتساق الداخلي Internal consistency

قامت الباحثة بحساب الاتساق الداخلي عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد بواسطة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة اختصاراً ب Spss.V.22 فكانت قيم معاملات الارتباط كما بجدول (١٠)

جدول (١٠) قيم معاملات ارتباط عبارات الاستبيان بالدرجة الكلية للبعد

رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط	رقم العبارة	قيمة معامل الارتباط
١	**٠.٧١٩	١٢	**٠.٧٦٥	٢٣	**٠.٧٢٢	٣٤	**٠.٧٦١
٢	**٠.٧٨٠	١٣	**٠.٧٣٦	٢٤	**٠.٧١٠	٣٥	**٠.٧٣٥
٣	**٠.٧١٥	١٤	*٠.٣٤٢	٢٥	*٠.٣٣٩	٣٦	**٠.٧٦٦
٤	**٠.٧٢٥	١٥	**٠.٧٦٥	٢٦	**٠.٧١٦	٣٧	*٠.٣٥١
٥	**٠.٧٣٨	١٦	**٠.٧٢١	٢٧	*٠.٣٠٧	٣٨	**٠.٧٦٧

**٠.٧٨٥	٣٩	**٠.٧٥١	٢٨	**٠.٧٢٤	١٧	**٠.٧٢٣	٦
**٠.٧٧٤	٤٠	**٠.٧٨٠	٢٩	**٠.٧٧١	١٨	*٠.٣٤٥	٧
**٠.٧٢٤	٤١	**٠.٧٥٥	٣٠	*٠.٣٠١	١٩	**٠.٧٦٧	٨
**٠.٧٢٣	٤٢	**٠.٧٢٣	٣١	**٠.٧١٦	٢٠	**٠.٧٢٥	٩
**٠.٧١٠	٤٣	**٠.٧١٩	٣٢	**٠.٧٣٣	٢١	**٠.٧٦٣	١٠
**٠.٧٣٨	٤٤	**٠.٧٣٥	٣٣	**٠.٧٨٥	٢٢	**٠.٧١٠	١١

(**) دال عند مستوى ٠.٠١

(*) دال عند مستوى ٠.٠٥

يتضح من الجدول السابق أن قيم معاملات ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للبعد دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ والبعض الآخر دال إحصائياً عند مستوى ٠.٠٥ ؛ مما يشير إلى أن الاستبيان على درجة مناسبة من الاتساق.

ومن إجراءات الصدق والثبات السابقة أصبح الاستبيان مكون من (٤٤) عبارة موزعة على أبعاده كما يلي: البعد الأول: المبالغة فى تقدير التهديد والمسئولية المتضخمة ويمثله العبارات (١ ، ٥ ، ٦ ، ٨ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٩ ، ٢٢ ، ٢٣ ، ٢٩ ، ٣٣ ، ٣٤ ، ٣٦ ، ٣٩ ، ٤١) ، البعد الثانى: النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ويمثله العبارات (٢ ، ٣ ، ٤ ، ٩ ، ١٠ ، ١١ ، ١٢ ، ١٤ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢٥ ، ٢٦ ، ٣١ ، ٣٧ ، ٤٠ ، ٤٣) ، البعد الثالث: المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها ويمثله العبارات (٧ ، ١٣ ، ٢١ ، ٢٤ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٣٠ ، ٣٢ ، ٣٥ ، ٣٨ ، ٤٢ ، ٤٤) ، والاستبيان بهذه الصورة صالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.*
مفتاح تصحيح الاستبيان :

تتم الإجابة عن الاستبيان من خلال إجابة سباعية تتبع طريقة ليكرت تتراوح ما بين (غير موافق مطلقاً - موافق بشدة) حيث تحصل الإجابة غير موافقاً على درجة واحدة ، بينما تحصل الإجابة موافق بشدة على سبع درجات. وبالتالي يتم حساب درجات كل من بعد من أبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية على النحو التالي :

١- المبالغة فى التقدير الزائد للتهديد والمسئولية للمتضخمة :

بم أن يشتمل هذا البعد على (١٦) عبارة وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية لبعد المبالغة فى تقدير الزائد للتهديد والمسئولية المتضخمة ما بين (١٦ - ١١٢) بإعتبار أعلى درجة هي ١١٢ وأدنى درجة هي ١٦.

٢- النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض:

بم أن يشتمل هذا البعد على (١٦) عبارة وبالتالي تتراوح الدرجة الكلية لبعد النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ما بين (١٦ - ١١٢) بإعتبار أعلى درجة هي ١١٢ وأدنى درجة هي ١٦.

٣- المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها:

بم أن يشتمل هذا البعد على (١٢) عبارة تتراوح الدرجة الكلية لبعد المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها ما بين (١٢ - ٨٤) بإعتبار أعلى درجة هي ٨٤ وأدنى درجة هي ١٢.

ولذلك تصبح الدرجة الكلية للاستبيان هي مجموع درجات استجابات المفحوص على الاستبيان وتتراوح ما بين (٤٤-٣٠٨) باعتبار أعلى درجة هي ٣٠٨ ، وأدنى درجة هي ٤٤ ، وتدل الدرجة المنخفضة على مستوى منخفض من المعتقدات الوسواسية وتدل الدرجة المرتفعة على مستوى مرتفع من المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفيا .
مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية

The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

إعداد بير وآخرون (Baer et al., 2006) ترجمة عبد الرقيب البحيري وآخرون (٢٠١٤).

الهدف من استخدام المقياس :

قياس مهارة اليقظة العقلية المتمثلة فى خمسة أبعاد وهي: الملاحظة ، الوصف ، التصرف بوعى ، عدم الحكم على الخبرات الداخلية ، و عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية لدى طلاب المرحلة الثانوية.

وصف المقياس:

أعد هذا المقياس فى الأصل بير وآخرون (Baer et al., 2006) وذلك فى دراسة بعنوان:
استخدام طرق التقرير الذاتى لاستكشاف جوانب اليقظة العقلية
Using Self – report assessment methods to explore facets of mindfulness
، وقام الباحثون بجمع خمسة مقياس فى التراث الأجنبى تقيس اليقظة العقلية هما:

The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)–

- The Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)
- The Kentucky of Mindfulness Skills (KIMS)
- The Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)
- The Mindfulness Questionnaire (MQ)

وبناءً على هذه الخطوة تكونت الصورة الأولية للمقياس من (١٢٢) مفردة وتم تطبيقها على عينة قوامها (٦١٣) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة بمتوسط عمرى (٢٠.٥) ، وأسفرت نتائج التحليل العاملى الاستكشافى ثم التحليل العاملى التوكيدى عن نموذج مكون من خمسة عوامل لليقظة العقلية ، وتضمن هذا النموذج أربعة عوامل وردت فى مقياس (Baer, et al., 2004) ، وأمكن تسمية العامل الخامس: عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية ، وفى ضوء ما سبق فإن البناء العاملى للمقياس يتكون من (٣٩) مفردة موزعة على خمسة عوامل .

التعريف الإجرائى للأبعاد الخمسة لليقظة العقلية:

- ١- الملاحظة Observing : ويتكون هذا العامل من (٨) مفردات تقيس الملاحظة والانتباه للخبرات الداخلية والخارجية مثل الإحساسات والانفعالات والأصوات والروائح.

٢- الوصف Describing: ويتكون هذا العامل من (٨) مفردات تقيس وصف الخبرات الداخلية، والتعبير عنها من خلال الكلمات.

٣- التصرف بوعى Acting with awareness: ويتكون هذا العامل من (٨) مفردات تقيس ما يقوم به الفرد من أنشطة فى لحظة ما ، وإن اختلف هذا النشاط مع سلوكه التلقائى حتى وإن كان يركز انتباهه على شيء آخر.

٤- عدم الحكم على الخبرات الداخلية الداخلية Non-judging of inner experience: ويتكون هذا العامل من (٨) مفردات تقيس عدم إصدار أحكام تقييمية على الأفكار والمشاعر الداخلية.

٥- عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية Non-reactivity to inner experience: ويتكون هذا العامل من (٧) مفردات تقيس الميل إلى السماح للأفكار والمشاعر لتأتى وتذهب دون أن تشتت فكر الفرد أو ينشغل بها ، وتفقد تركيزه فى اللحظة الحاضرة.

وأظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بمستوى جيد من الاتساق الداخلى ، حيث تراوحت قيم ألفا لكرونباخ بين (٠.٧٥ : ٠.٩١) كما تراوحت قيم معاملات الارتباط بين العوامل الخمسة بين (٠.١٥ : ٠.٣٤).

* إجراءات تقنين المقياس فى البيئة العربية:

قام عبد الرقيب البحيرى وآخرون (٢٠١٤) بترجمة وتعريب مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية واتبع الباحثون الخطوات الآتية:

أ- الحصول على موافقة مؤلفى المقياس ، حيث حصل الباحثون على إذن خطى بذلك من المؤلفين الأصليين للمقياس.

ب- إعداد الصورة المعربة من المقياس ، وذلك بتعريب جميع مفردات المقياس (٣٩) مفردة ، وتم عرض النسخة العربية والإنجليزية على ثلاثة متخصصين فى اللغة الإنجليزية بهدف التأكد من مطابقة المعنى فى اللغتين العربية والإنجليزية ، وتم تعديل صياغة بعض المفردات وتم عرض المقياس على متخصص فى اللغة العربية لتحديد سلامة البناء اللغوى لمفردات المقياس بحيث تقدم معنى واضحاً يفهمه المفحوصون ، وتم عرض المقياس على عدد من المحكمين المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية بهدف الحكم على مدى صلاحية المقياس للتطبيق فى البيئة العربية ، وفى ضوء ما سبق توصل الباحثون إلى الصورة التجريبية للمقياس.

ج- تطبيق المقياس على عينة الدراسة المصرية.

د- تفرغ البيانات ومعالجتها باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروفة اختصاراً ب Spss.V.19 لحساب معاملات ارتباط بيرسون ، ومعامل ألفا لكرونباخ ، كما تم استخدام برنامج اليزرال LISREL8.54 فى التحليل العاملى التوكيدى.

* الخصائص السيكومترية للصورة المعربة لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية:

أ- الاتساق الداخلى لمفردات المقياس:

حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس ودرجة البعد الذى تنتمى إليه فتراوحت بين (٠.٣١٣ : ٠.٧٤٠) وهى قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى تمتع مفردات المقياس بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلى مع أبعاده.

ب- الاتساق الداخلى لأبعاد المقياس:

كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس فتراوحت بين (٠.٤٨٠ : ٠.٧٩٠) وهى قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى اتساق أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية.

ج - التحليل العاملى التوكيدى للمقياس:

قبل إجراء التحليل العاملى ، تم فحص مدى ملائمة البيانات للعينة عن طريق اختبار كايزر ماير- أولكن وبارتلت ، وبلغت قيمة مربع كا ٢ = ١٠٤.٤٥ وهى قيمة دالة عند مستوى ٠.٠١ ودلالة قيمة مربع كا ٢ تعنى أن البيانات صالحة للتحليل العاملى ، وللتأكد من تشبع جميع مفردات المقياس على عوامله الخمس فقد أجرى تحليل عاملى توكيدى **Confirmatory Factorial Analysis** ، وتشير نتائج التحليل العاملى التوكيدى إلى مؤشرات حسن مطابقة جيدة حيث كانت قيمة مربع كا ٢ المحسوبة = ١٦٩.٥٧ ، وجذر متوسط خطأ التقريب = ٠.٠٢٧ ، ومؤشر المطابقة غير المعيارى = ٠.٨٦٦ ، ومؤشر المطابقة المقارن = ٠.٩٨٣ ، وهى مؤشرات جيدة وتعزز نتائج الاتساق الداخلى للمقياس.

د- معاملات الثبات بطريقتى ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية للأبعاد والمقياس ككل:

تم حساب معاملات ألفا كرونباخ للأبعاد والمقياس ككل وتراوحت معاملات الثبات بين (٠.٥٢٧ : ٠.٨٣٧) ، بينما أشارت نتائج معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية (التصحيح بسبيرمان وبراون) بين (٠.٤٥٢ : ٠.٧١٩) مما يشير إلى معاملات ثبات مرتفعة للأبعاد والمقياس ككل. ويتضح مما سبق أن الصورة المعربة من مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة.

* الخصائص السيكومترية للمقياس فى الدراسة الحالية:

١- صدق المقياس:

أ- التحليل العاملى الاستكشافى: Exploratory Factor Analysis

بعد حذف المفردات ذات الارتباطات الضعيفة قامت الباحثة بحذف مفردة (١٥) فى عامل الملاحظة وأصبح مفردات هذا العامل (٧) مفردات ، ومفردة (٣٨) فى عامل التصرف بوعى وأصبح مفردات هذا العامل (٧) مفردات وبالتالي أصبحت مفردات المقياس (٣٧) مفردة وباستخدام التحليل العاملى الاستكشافى بطريقة المكونات الأساسية **Principal Component Method** مع التدوير

المتعامد وفقاً لمحك كايذر بطريقة تحديد عدد العوامل واستبعاد المفردات ذات التشبعات الأقل من ٠.٣ وأسفرت نتائج التحليل عن خمسة عوامل تفسر ٤٧.٦% من التباين الكلى ، ويبين جدول (١١) نتائج التحليل:

جدول (١١) العامل ، وتسميته ، ومفرداته ، وتشبعاتها ، ونسبة التباين المفسر لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية

العامل	تسميته السيكولوجية	المفردات وتشبعاتها*								نسبة التباين المفسر
الأول	الملاحظة	١	٦	١١	١٥	٢٠	٢٦	٣١	٣٦	١٧.٦٨
		(٠.٦٤)	(٠.٧١)	(٠.٥١)	(٠.١١)	(٠.٥٥)	(٠.٦٢)	(٠.٦١)	(٠.٣٥)	
الثانى	الوصف	٢	٧	١٢	١٦	٢٢	٢٧	٣٢	٣٧	١٣.٦٤
		(٠.٣٦)	(٠.٥٤)	(٠.٤٦)	(٠.٤٧)	(٠.٦٢)	(٠.٣٣)	(٠.٣٨)	(٠.٤٩)	
الثالث	التصرف بوعى	٥	٨	١٣	١٨	٢٣	٢٨	٣٤	٣٨	١١.٥١
		(٠.٣٢)	(٠.٤٤)	(٠.٦١)	(٠.٣٨)	(٠.٤٩)	(٠.٥٨)	(٠.٣١)	(٠.١٦)	
الرابع	عدم الحكم على الخبرات الداخلية	٣	١٠	١٤	١٧	٢٥	٣٠	٣٥	٣٩	٨.٣١
		(٠.٤٧)	(٠.٤٢)	(٠.٥٨)	(٠.٣٠)	(٠.٣٤)	(٠.٥١)	(٠.٤٨)	(٠.٥٥)	
الخامس	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	٤	٩	١٩	٢١	٢٤	٢٩	٣٣	-	٨.١٤
		(٠.٦٤)	(٠.٧١)	(٠.٥١)	(٠.٤٨)	(٠.٥٥)	(٠.٦٢)	(٠.٣٨)		

* القيم بين الأقواس تشير إلى قيمة تشبع المفردة على العامل.

يتضح من الجدول السابق ظهور خمسة عوامل لليقظة العقلية:

العامل الأول: تشبع عليه (٧) مفردات وتراوحت تشبعاتها (٠.٣٥ : ٠.٧١) وهى مفردات عامل الملاحظة وقد فسر هذا العامل ١٧.٦٨% من التباين الكلى بينما بلغت قيمته المميزة ٤.٢٤.
العامل الثانى: تشبع عليه (٨) مفردات وتراوحت تشبعاتها (٠.٣٣ : ٠.٦٢) وهى مفردات عامل الوصف وقد فسر هذا العامل ١٣.٦٤% من التباين الكلى بينما بلغت قيمته المميزة ٣.٥٤.
العامل الثالث: تشبع عليه (٧) مفردات وتراوحت تشبعاتها (٠.٦١ : ٠.٣١) وهى مفردات عامل التصرف بوعى وقد فسر هذا العامل ١١.٥١% من التباين الكلى بينما بلغت قيمته المميزة ٢.٣٢.
العامل الرابع: تشبع عليه (٧) مفردات وتراوحت تشبعاتها (٠.٣٠ : ٠.٥٨) وهى مفردات عامل عدم الحكم على الخبرات الداخلية وقد فسر هذا العامل ٨.٣١% من التباين الكلى بينما بلغت قيمته المميزة ٢.١٥.

العامل الخامس: تشبع عليه (٧) مفردات وتراوحت تشبعاتها (٠.٣٨ : ٠.٧١) وهى مفردات عامل عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية وقد فسر هذا العامل ٨.١٤% من التباين الكلى بينما بلغت قيمته المميزة ٢.١١.

وبناءً على ما سبق يستدل أن التحليل العاملى الاستكشافى أسفر عن وجود خمسة عوامل متميزة لليقظة العقلية هى (الملاحظة - الوصف - التصرف بوعى - عدم الحكم على الخبرات الداخلية - عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية)

ب- التحليل العاملى التوكيدى : Confirmatory Factor Analysis

قامت الباحثة بإجراء تحليل عاملى توكيدى لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية للتحقق من وجود عامل كامن هو المسئول عن الارتباطات بين المتغيرات المشاهدة الخمسة المقيسة (الملاحظة - الوصف - التصرف بوعى - عدم الحكم على الخبرات الداخلية - عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) وأسفر هذا التحليل عن النتائج المبينة بجدول (١٢):

جدول (١٢) مؤشرات حسن المطابقة لنموذج التحليل العاملى التوكيدى

لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية

مؤشر حسن المطابقة	قيمة المؤشر	مؤشر حسن المطابقة	قيمة المؤشر
٢٤	٢١.٤٨	NFI	٠.٧٩
درجات الحرية	٥	CFI	٠.٨٣
نسبة كا٢	٤.٣٠	RFI	٠.٩٥
GFI	٠.٨٧٧	RMSEA	٠.٠٠٩
AGFI	٠.٩١٣	-	-

يتضح من الجدول السابق أن قيمة كا٢ غير دالة إحصائياً ، ونسبة كا٢ تقع فى المدى المثالى لها (أقل من ٥) ، وتم الاعتماد على مؤشرات حسن المطابقة والتي وقعت مؤشراتهما فى المدى المثالى لكل مؤشر مما يؤكد على مطابقة النموذج الجيدة للبيانات ، ويمكن توضيح قيم تشبع العامل الكامن بجدول (١٣):

جدول (١٣) قيم التشبع على العامل الكامن ومستوى دلالاته لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية

العوامل المقيسة	قيمة التشبع على العامل الكامن	الخطأ المعياري لتقدير التشبع	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
الملاحظة	٠.٧٤٨	٠.١٤٦	٥.٧٣٥	٠.٠١
الوصف	٠.٤٦١	٠.١٢٨	٤.٤٧٦	٠.٠١
التصرف بوعى	٠.٥٣٢	٠.١٣٩	٤.٥٨٢	٠.٠١
عدم الحكم على الخبرات الداخلية	٠.٢٦٥	٠.١٢٣	٣.١٨٦	٠.٠١
عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	٠.٦٧١	٠.١٤٥	٥.٤٢١	٠.٠١

يتضح من الجدول السابق أن النموذج قد حظى بمعاملات صدق مرتفعة بالنسبة لعوامله وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ ، ويلاحظ أن عامل الملاحظة هو أحسن مؤشر صدق للمتغير الكامن (اليقظة العقلية) حيث بلغ تشبعه بالعامل الكامن ٠.٧٤٨ يليه عامل عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية حيث بلغ تشبعه بالعامل الكامن ٠.٦٧١ يليه عامل التصرف بوعى حيث بلغ تشبعه بالعامل الكامن ٠.٥٣٢ يليه عامل الوصف حيث بلغ تشبعه بالعامل الكامن ٠.٤٦١ يليه عامل عدم الحكم على الخبرات الداخلية حيث بلغ تشبعه بالعامل الكامن ٠.٢٦٥ . ويتضح من نتائج التحليل العاملى التوكيدى لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية أن المتغير الرئيس لهذا المقياس هو عامل كامن واحد تنتظم حوله العوامل الفرعية الخمسة المقيسة.

٢- ثبات المقياس:

أ- طريقة معامل ألفا لكرونباخ:

استخدمت الباحثة لحساب ثبات المقياس معامل ألفا لكرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس فبلغت قيمة معامل ألفا العام للمقياس ككل (٠.٨٦٣) كما تم حساب معامل ثبات كل مفردة فكانت قيم معاملات ثبات المفردات كما هو موضح بجدول (١٤)

جدول (١٤) قيم معاملات ألفا لمفردات المقياس

رقم المفردة	قيمة معامل ألفا	رقم المفردة	قيمة معامل ألفا	رقم المفردة	قيمة معامل ألفا	رقم المفردة	قيمة معامل ألفا
١	٠.٨٤٣	١١	٠.٧٤٤	٢١	٠.٨٤٤	٣١	٠.٨٦١
٢	٠.٨٥١	١٢	٠.٨٥٦	٢٢	٠.٨٥٤	٣٢	٠.٨٥١
٣	٠.٨٤٨	١٣	٠.٨٤٨	٢٣	٠.٨٤٦	٣٣	٠.٨٤٧
٤	٠.٨٤٧	١٤	٠.٨٤٦	٢٤	٠.٧٥٧	٣٤	٠.٨٥٣
٥	٠.٧٥٣	١٥	٠.٨٦٦	٢٥	٠.٨٥١	٣٥	٠.٨٥٨
٦	٠.٨٥٦	١٦	٠.٨٥٨	٢٦	٠.٨٥٨	٣٦	٠.٧٤٨
٧	٠.٨٤٠	١٧	٠.٨٥٥	٢٧	٠.٧٥٧	٣٧	٠.٨٤١
٨	٠.٨٥٥	١٨	٠.٧٥١	٢٨	٠.٧٥٥	٣٨	٠.٨٦٨
٩	٠.٧٤٨	١٩	٠.٨٥٦	٢٩	٠.٧٤١	٣٩	٠.٧٩٤
١٠	٠.٨٤١	٢٠	٠.٨٤٦	٣٠	٠.٧٧٤	-	-

يتضح من الجدول السابق أن جميع قيم معاملات ثبات المفردات أقل من معامل ثبات المقياس ككل ما عدا المفردة (١٥) ، والمفردة (٣٨) كان معامل ثبات المقياس ككل أعلى في حالة حذفها فتم استبعادهم ، مما يشير إلى أن مفردات المقياس على درجة مناسبة من الثبات.
ب - طريقة التجزئة النصفية:

للتحقق من ثبات المقياس ككل تم استخدام طريقة التجزئة النصفية Split half وبلغت قيمة معامل الارتباط بين نصفى المقياس (٠.٨٢٣) وبعد تصحيح أثر التجزئة بمعادلة جيتمان Guttman بلغت قيمة معامل ثبات المقياس ككل (٠.٩٠٣) ، ويتضح مما سبق أن المقياس يتسم بدرجة مناسبة من الثبات.

ومن إجراءات الصدق والثبات السابقة أصبح المقياس في صورته النهائية مكوناً من (٣٧) عبارة لقياس اليقظة العقلية موزعة على أبعاده كما يلي: البعد الأول: الملاحظة ويمثله العبارات (١) ، ٦ ، ١١ ، ٢٠ ، ٢٦ ، ٣١ ، ٣٦) ، البعد الثانى: الوصف ويمثله العبارات (٢) ، ٧ ، ١٢ ، ١٦ ، ٢٢ ، ٢٧ ، ٣٢ ، ٣٧) ، البعد الثالث: التصرف بوعي ويمثله العبارات (٥) ، ٨ ، ١٣ ، ١٨ ، ٢٣ ، ٢٨ ، ٣٤) ، والبعد الرابع: عدم الحكم على الخبرات الداخلية ويمثله العبارات (٣) ، ١٠ ، ١٤ ، ١٧ ، ٢٥ ، ٣٠ ، ٣٥ ، ٣٩) ، والبعد الخامس: عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية ويمثله العبارات (٤) ، ٩ ،

١٩ ، ٢١ ، ٢٤ ، ٢٩ ، ٣٣) والمقياس بهذه الصورة النهائية صالح للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

* مفتاح تصحيح مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية:

تتم الإجابة عن مفردات المقياس من خلال إجابة خماسية تتبع طريقة ليكرت تتراوح بين (تنطبق تماماً - لا تنطبق تماماً) حيث تحصل الإجابة "تنطبق تماماً" على خمس درجات ، بينما تحصل الإجابة "لا تنطبق تماماً" على درجة واحدة إذا كانت المفردة موجبة الاتجاه ، والعكس صحيح فى حالة المفردة سالبة الاتجاه ، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع اليقظة العقلية أو درجة الصفة التى يقيسها البعد الفرعى .

❖ البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض ومنع الاستجابة(إعداد الباحثة)

▪ الهدف العام للبرنامج the general objectives of program:

يهدف هذا البرنامج إلى تخفيف حدة الوسواس التفاعلية لدى المراهقين ، من خلال تعديل المعتقدات الوسواسية لديهم ، وما يترتب عليها من تغيير فى السلوك ونمط الإدراك . باستخدام بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى مثل التعرض ومنع الاستجابة ، دحض المعتقدات الخاطئة ، التدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية، بالإضافة إلى فنيات اليقظة العقلية مثل فكرة دعها تذهب ، التأمل اليقظ والتنفس العميق ، وفنيات التيقظ ذهنى المنفصل مثل استعارة السحب والقطار المسافر وغيرها .
والتي تحدد فى هدفان وهما :

أ- هدف وقائى The protective goal : يتمثل فى تدريب أفراد العينة التجريبية على فنيات اليقظة العقلية حتى تكون أسلوب حياة فى التعامل مع الخبرات المؤلمة والأفكار الوسواسية المتسلطة والمشاعر السلبية وكذلك لتنمية الوعى ما وراء المعرفى الذى يساعدهم على مواجهة أعراض الوسواس القهرى التى يتعرضون لها فى المستقبل مما يحقق التوافق النفسى والاجتماعى.

ب - هدف علاجى Therapeutic goal :

يتمثل الهدف الأساسى للبرنامج فى تحسين المعتقدات الوسواسية وأثرها فى خفض أعراض الوسواس التفاعلية لدى عينة من المراهقين من طلاب الثانوية العامة بتدريب أفراد العينة التجريبية على تطبيق التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مما تساعد على زيادة الوعى الانتباهى اليقظ وتقبل الأفكار والمشاعر السلبية والسماح لها بأن تذهب دون التفاعل معها.

ثانياً الأهداف الفرعية The sub- goals

تتمثل فى الأهداف الخاصة التى تتحقق خلال الجلسات وتطبيق الفنيات المختلفة للعلاج المعرفى السلوكى القائم على فنيات التعرض اليقظ ومنع الاستجابة وتتلخص فيما يلى:

١- التعرف على اضطراب الوسواس القهرى من حيث(المفهوم- الأعراض- الأشكال والأنماط الإكلينيكية- والأسباب والعوامل المؤدية).

٢- التعرف على نموذج أنماط الوسواس(الوسواس الذاتية المنشأ ، والتفاعلية) لكل من لى
وكون (Lee&Kwon,2003).

٣- التعرف على الآثار السلبية المترتبة على تكرار الأفكار الوسواسية المتطفلة على ذهن المراهقين
من الناحية الأكاديمية و الإجتماعية والانفعالية .

٤- التعرف على مفهوم اليقظة العقلية وعناصرها وأبعادها وفوائدها .

٥- التعرف على مفهوم التعرض اليقظ ومنع الاستجابة وخصائصه وفتياته.

٦- التعرف على نموذج العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة الذى أعده
(Wells&Mathews,1994) من حيث " المفهوم - الأهداف - المبادئ والاستراتيجيات)،

بالإضافة إلى دوره فى تفسير اضطراب الوسواس القهرى وخاصة نمط الوسواس التفاعلية.

٧- تدريب المراهقين على تعديل المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً المرتبطة بالوسواس التفاعلية.

٨- مساعدة المراهقين على التخفيف من الشعور بالقلق الناتج عن التعرض للأفكار الوسواسية
المتطفلة التفاعلية من خلال التدريب على الاسترخاء والتنفس اليقظ.

٩- تنمية الوعى الانتباهى اليقظ لدى أفراد العينة التجريبية من خلال التدريب على فنيات اليقظة
العقلية .

١٠- تدريب المراهقين على دحض وتفنياد الأفكار الوسواسية المتطفلة التفاعلية.

ثالثاً الأهداف الإجرائية Procedural goals:

تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل المئمر داخل جلسات البرنامج ومن خلال التدريب على
الاستراتيجيات والفنيات التى تستند إلى العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع
الاستجابة داخل كل جلسة ، والواجبات المنزلية التى يكلف بها أفراد العينة التجريبية والمتعلقة
بتسجيل المواقف المثيرة للأفكار الوسواسية المتطفلة وأساليب مواجهتها، وممارسة تمارين اليقظة
العقلية اليومية.

وتتلخص الأهداف الإجرائية فيما يلى :-

١- خفض درجات المجموعة التجريبية على مقياس بييل- براون لاضطراب الوسواس القهرى.

٢- خفض درجات المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس التفاعلية.

٣- خفض درجات المجموعة التجريبية على استبيان المعتقدات الوسواسية.

٤- ارتفاع درجات المجموعة التجريبية على مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية.

٥- تفادى انتكاسة اضطراب الوسواس القهرى.

٦- تقييم سير التغيرات العلاجية المحتمل حدوثها بعد انتهاء البرنامج.

▪ مصادر بناء البرنامج :

تم بناء البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض ومنع الاستجابة بناء على أسس وقواعد ومبادئ العلاج المعرفى السلوكى باعتبار التدريب على اليقظة العقلية نموذج فى مجموعة التدريب المهارى ضمن العلاج المعرفى القائم على اليقظة الذى طوره كل من سيجال ، تيسدال، وويليام (Segal, Teasdal & William, 2002) لخفض الوسواس التفاعلية من خلال تعديل المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً التى حددتها مجموعة العمل الخاصة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG, 2005) وهى (المبالغة فى تقدير التهديد/ المسؤولية المتضخمة ، النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، وأهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها) لدى المراهقين.

❖ أسس بناء البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة

يقوم البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض ومنع الاستجابة لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين على مجموعة من الأسس وهى :-

أ) الأسس العامة The general foundations

الأساس العام للبرنامج هو أن البنية المعرفية اللاتكيفية قابلة للتعديل ، وأن السلوك الإنسانى ثابت نسبياً يمكن التنبؤ به بالإضافة إلى مراعاة حق المراهق فى العلاج النفسى ، وكذلك حقه فى التقبل دون قيد أو شرط .

ب) الأسس النفسية والتربوية Educational and psychological foundations:

تراعى الباحثة خصائص النمو العامة للنمو النفسى فى مرحلة المراهقة الوسطى وكذلك الخصائص التى يتسم بها الأفراد ذوى اضطراب الوسواس القهرى بأنماطه الذاتية المنشأ والتفاعلية مع مراعاة الفروق الفردية بين أفراد العينة العلاجية.

ج) الأسس الإجتماعية Social foundations :

الفرد عضواً فى جماعته ، ويتأثر بمعايير وقيم مجتمعه الذى يعيش فيه ، لهذا وضعت الباحثة فى الحسابان للأفراد المشاركين فى البرنامج على أنهم كائنات اجتماعية تعيش فى واقع اجتماعى يجب أن يكون له نفس القيم والمعايير.

د) الأسس الفسيولوجية والعصبية Physiological and neurological foundations :

تأكد الباحثة من خلو أفراد المجموعة التجريبية من الأمراض الجسمية والعضوية التى تؤثر على الجانب النفسى، و مراعاة النواحي الفسيولوجية والعصبية لديهم ، وذلك من خلال التركيز على المهام والواجبات التى تناسب خصائصهم وقدراتهم الجسمية ، وإعطاء لهم الفرصة للاسترخاء العضلى من خلال استخدام فنية التدريب على الاسترخاء ، مع مراعاة الأسس التى تساعد الجسم على الوصول إلى الاسترخاء الكامل ؛ بما يسهم فى التدريب على استراتيجيات اليقظة العقلية فى التخفيف من شدة اضطراب الوسواس القهرى بأنماطه .

هـ) الأسس النظرية والفلسفية Theoretical and philosophical foundations :

يستمد البرنامج جذوره من نظريتين فلسفيتين وهما : العلاج المعرفى السلوكى ، واليقظة العقلية . ويمكن إيضاحهما فيما يلى:-

١- أسس العلاج المعرفى السلوكى Basic CBT Principles in MBCBT

يعتمد البرنامج العلاجى الحالى على الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى الذى يساعد أفراد العينة العلاجية على تطوير الوعى ما وراء المعرفى ، بدلاً من تغيير محتوى الأعراض الوسواسية من خلال إعادة البنية المعرفية (Segal, Teasdal & William, 1995). ومن أمثلة تلك النماذج:

أ- النموذج المعرفى للاكتئاب لبيك (١٩٦٧) الذى أشار فيه إلى ما وراء المعرفية التى تتضمن تقييم الأفكار والتحكم فيها ومراقبتها (Wells, 2000).

ب- نموذج أليس (ABCDEF) الذى يساعد أفراد العينة التجريبية فى التعرف إلى ذلك الدور الذى توليه الأفكار الغير عقلانية فى حدوث اضطراب الوسواس القهرى ، وفى تطوير نسق الاعتقادات اللاعقلانية ، وتغييرها واستبدالها بأفكار واعتقادات عقلانية تساهم فى خفض حدة الاضطراب (Sears & Chard, 2016, P.66).

ومن هذا المنطلق تم تخصيص جلسات من البرنامج المعرفى لسلوكى القائم على اليقظة العقلية (MBCBP) تهدف إلى مساعدة أفراد العينة التجريبية على تعديل من البنية المعرفية الخاطئة (المعتقدات الوسواسية - المعتقدات ما وراء المعرفة - استراتيجيات التحكم بالفكر) ، ويتم توظيف فنية A-B-C-D-E-F لتحقيق هذا الغرض.

٢- أسس ممارسة اليقظة العقلية Mindfulness practice Principles in MBCT

يستند البرنامج العلاجى الذى يتم تطبيقه فى الدراسة الحالية على مجموعة من الأسس النظرية التى تنطلق من التدخلات العلاجية القائمة على اليقظة العقلية والتى وضعها كابات - زين (Kabat-Zinn, 1990) لعلاج خفض التوتر القائم على اليقظة العقلية (MBSR) ، والتى وضعها كل من سيجال ، تيسدال، وويليام (Segal, Teasdal & William, 2002) للعلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية (MBCT) من أجل التدريب على مهارات اليقظة العقلية بشكل تكاملى وهى :

عدم الحكم Non-judge : ويقصد به عدم إصدار أحكام تقييمية نحو أى مواقف أو خبرة سواء كانت جيدة أو سيئة ، أى محاولة التعايش مع الخبرة كما هى ، ويرجع ذلك لأن هذه الأحكام قد تسيطر على أفكارنا كما أنها سابقة لأوانها.

الصبر Patience : ويشير إلى الفهم والتقبل لأى لحظة يمر بها الفرد ، حيث قد تكشف بعض الأمور غير الواضحة فى وقتها المحدد مما يتطلب الصبر والمثابرة من جانبه .

عقل المبتدئين Beginners: ويقصد به التعامل مع الخبرات ورؤيتها كأنها تحدث لأول مرة ، بدلاً من رؤيتها من خلال المعتقدات والأفكار الموجودة مسبقاً لدى الفرد .

الثقة Trust : ويقصد بها الثقة باللحظة الحالية بدلاً من التفكير فيما يجب أن نؤديه فى مكان وزمان آخرين.

عدم السعى Non- striving : ويشير إلى عدم السعى نحو تغيير ما لا يمكن تغييره فى الواقع ، فعندما يسعى الفرد لتحقيق أى أهداف مع عدم قدرته على تحقيقها فإن ذلك يجعله عرضة للضغوط وعدم الرضا.

التقبل Acceptance: ويشير إلى تقبل الفرد لخبراته لحظة حدوثها كما هى فى الواقع .
دعها تذهب Letting go: ويشير إلى ترسيخ مبدأ الاستغناء وعدم الارتباط بالأفكار والمشاعر والمواقف والخبرات وتركها تذهب بعيداً عن الفرد، حيث أن الاحتفاظ بهذه الأفكار والمشاعر من شأنه أن يؤدي إلى المعاناة النفسية .

▪ أسس وقواعد تنفيذ البرنامج

اعتمدت الباحثة فى تنفيذ البرنامج على المبادئ التالية:-

١- تم بناء البرنامج بناءً على أسس وقواعد العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية (MBCT) التى وضعها كل من سيجال ، تيسدال، وويليام (Segal, Teasdal & William, 2002) ، ونموذج التدريب على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ضمن العلاج المعرفى السلوكى المتكامل مع اليقظة العقلية لخفض الوسواس التفاعلية.

٢- تم تطبيق البرنامج خلال جلست العلاج الجماعى.

٣- تم الاعتماد فى تنفيذ البرنامج على فنيات الحوار والمناقشة.

٤- الاعتماد على فنية الواجب المنزلى بحيث ينتهى بها كل جلسة ويتم مراجعتها فى الجلسة التالية.

٥- تمت صياغة الجلسات الإجرائية للبرنامج وفقاً لنموذج التعرض اليقظ ومنع الاستجابة فى العلاج المعرفى السلوكى التكاملى مع اليقظة العقلية.

٦- تم تدريب أفراد العينة على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ، وتم تقديم كل فنية من خلال مجموعة من الأنشطة النظرية والعملية لكل فنية.

▪ الفنيات المستخدمة فى البرنامج

أ) الفنيات المعرفية: التنقيف النفسى - الحوار والمناقشة الجماعية - إعادة البناء المعرفى - دحض المعتقدات الخاطئة - المراقبة الذاتية - سجل الأفكار الوسواسية المضطربة وظيفياً - وقف الأفكار - التشويش - الحوار السقراطى . بالإضافة إلى نموذج العلاج العقلانى الانفعالى لأليس (ABC).

ب) الفنيات السلوكية: التعرض ومنع الاستجابة - التعزيز الإيجابى - التدريب على الاسترخاء - النمذجة - التدريب على التنفس العميق - والواجبات المنزلية.

ج) فنيات اليقظة العقلية: التأمل اليقظ - التشويش اليقظ - التدريب على التنفس اليقظ - فكرة
دعها تذهب - الممارسات الرسمسة والارسمية لليقظة العقلية ، بالإضافة إلى التدريب على
التعرض اليقظ ومنع الاستجابة.

د) فنيات التيقظ الذهنى المنفصل : استعارة السحب - استعارة القطار المسافر - الطفل المتمرد
- ومهمة النمر.

❖ الوسائل والأدوات المستخدمة فى البرنامج

- ١- جهاز لاب توب Laptop.
- ٢- سبورة بيضاء وأقلام ملونة غير ثابتة .
- ٣- صور توضح أشكال الوسواس القهرى.
- ٤- Cd موسيقى للاسترخاء .
- ٥- صور طبيعية تساعد على الاسترخاء .
- ٦- استمارات الواجب المنزلى Homework forms .
- ٧- مقاييس الدراسة الخاصة بمقياس ييل براون لاضطراب الوسواس القهرى ، وقائمة التطفللات
الوسواسية واستبيان المعتقدات الوسواسية ومقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية.
- ٨- الاستمارات التقييمية لكل جلسة علاجية.
- ٩- قوائم تشتمل على تأكيدات إيجابية .
- ١٠ - أوراق عمل البرنامج.
- ١١ - كتيب علاجى (تجميع لكل ما هو نظرى ضمان بقاء أثر البرنامج).

▪ وصف البرنامج

يتكون البرنامج العلاجى من (٦) موضوعات ويتم توزيعهم على (٢٢) جلسة ، ومدة
الجلسة الواحدة من (٩٠:١٢٠) دقيقة ويستغرق تطبيق البرنامج حوالى شهرين وأسبوع بمعدل
جلستان أسبوعياً ما عدا الأسبوع الأخير أربع جلسات، وتتكون كل جلسة من عنوان الجلسة والأهداف
الإجرائية ، والفنيات المستخدمة فى الجلسة ، والتمارين والأنشطة التى يتم ممارستها خلال الجلسة
ويجبها الواجب المنزلى والتكليفات السلوكية ، وتم تطبيق البرنامج خلال الفصل للدراسى الأول للعام
الدراسى ٢٢٠٢ / ٢٠٢٣ م ، وبعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج العلاجى يتم تطبيق القياسات
التتابعية لتقييم استمرار أثر فاعلية البرنامج والتدريب على منع الانتكاس خلال آخر جلستين، والجدول
التالى يوضح المخطط التفصيلى للبرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ فى تعديل
المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين.

جدول (١٥) الوحدة الأولى : الإطار العام للبرنامج

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
الأولى	تمهيد وتعريف	١- التعرف بين الباحثة وأعضاء المجموعة والتعارف بين أعضاء المجموعة وبعضهم البعض. ٢- الحرص على العلاقة متبادلة القائمة على الفهم والتعاطف بين الباحثة وأعضاء المجموعة العلاجية. ٣- إثارة دافعية أفراد العينة لحضور البرنامج.	الحوار والمناقشة الدعابة والفكاهة التعزيز الواجب المنزلى
الثانية	التعريف بالبرنامج	١- التعريف بالبرنامج وأهدافه ومراحله ومدته الزمنية. ٢- الاستبصار بالقواعد التى يجب الإلتزام بها خلال البرنامج. ٣- الاستماع إلى توقعات أفراد العينة العلاجية من البرنامج .	التثقيف النفسى الحوار والمناقشة الواجب المنزلى

الوحدة الثانية : اضطراب الوسواس القهرى OCD

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها الإجرائية	فنياتها
الثالثة	الاستبصار باضطراب الوسواس القهرى .	١ - التعرف على مفهوم الوسواس القهرى . ٢- التعرف على أعراض الوسواس القهرى . ٣- التعرف على أسباب الوسواس القهرى وخاصة من وجهة نظر النظرية المعرفية السلوكية. ٤- زيادة دافعية أفراد العينة التجريبية للتغيير فى الوعى.	التثقيف النفسى الحوار والمناقشة الدعابة والفكاهة الواجب المنزلى الاسترخاء
الرابعة	المراقبة الذاتية للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية	١- تعريف أفراد العينة التجريبية بأشكال وأنماط اضطراب الوسواس القهرى . ٢- إقناع المتدربين على أهمية فنية المراقبة الذاتية . ٣- التدريب على استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفياً .	الحوار والمناقشة المراقبة الذاتية سجل الأفكار الواجب المنزلى
الخامسة	الوعى بالآثار السلبية المترتبة على اضطراب الوسواس القهرى وطرق التخلص منها(التعرض ومنع الاستجابة)	١- التعرف على الآثار السلبية الناتجة عن اضطراب الوسواس القهرى من الناحية النفسية والاجتماعية والأكاديمية. ٢- التدريب على الاستراتيجيات التكيفية للتخلص من تلك الآثار السلبية . ٣- التدريب على فنية التعرض ومنع الاستجابة.	الحوار والمناقشة التقبل والتسامح الواجب المنزلى فنية التعرض ومنع الاستجابة النمذجة

الوحدة الثالثة : تعديل البنية المعرفية المرتبطة بالوسواس القهري

The modifying of dysfunctional cognitive Structure associated with ocd

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
السادسة	دحض وتفنيـد المعتقدات الوسواسية المختلفة (معتقدات تقدير التهديد /المسئولية المتضخمة)	<p>١- التعرف على مفهوم المعتقدات الوسواسية المختلفة التي تساهم في نشأة اضطراب الوسواس القهري.</p> <p>٢- توضيح العلاقة بين الأفكار والوجدان والسلوك من خلال توضيح نموذج "ABC" لأليس Ellis.</p> <p>٣- التعرف على مفهوم المعتقدات المتعلقة بتقدير التهديد مع التدعيم بالأمثلة كما ورد بمقياس المعتقدات الوسواسية .</p> <p>٤- التعرف على مفهوم المعتقدات المتعلقة بالمسئولية المتضخمة مع التدعيم بالأمثلة كما ورد بمقياس المعتقدات الوسواسية.</p> <p>٥-التدريب على تحدى تلك المعتقدات الوسواسية المتعلقة بتقدير التهديد / المسئولية المتضخمة.</p>	الحوار والمناقشة فنية ABCDEF دحض المعتقدات الخاطئة فكرة التخلي عنها دعها تذهب التعزيز الواجب المنزلي
السابعة	دحض وتفنيـد معتقدات الكمالية وعدم تحمل الغموض	<p>١- تعريف أفراد العينة التجريبية بمعتقدات الكمالية.</p> <p>٢- تعريف أفراد العينة التجريبية بمعتقدات عدم تحمل الغموض .</p> <p>٣- تدريب أفراد العينة على تصحيح معتقداتهم المتعلقة بالكمالية وعدم تحمل الغموض (الشك) في الطقوس المختلفة.</p>	الحوار والمناقشة إعادة البناء المعرفي التعرض التخيلي الحوار السقراطي التعزيز الواجب المنزلي
الثامنة	دحض المعتقدات الوسواسية المرتبطة بالمبالغة في أهمية الأفكار المتطفلة وضرورة التحكم فيها.	<p>١- التعرف على المعتقدات المرتبطة بالمبالغة في أهمية الأفكار.</p> <p>٢- توضيح الفرق بين الاستراتيجيات التكيفية واللاتكيفية للتحكم بالأفكار الوسواسية المتطفلة.</p> <p>٣- إقناع أفراد العينة التجريبية بالتخلي عن الاستراتيجيات اللاتكيفية للتحكم في الفكر التي تساهم في استمرار اضطراب الوسواس القهري في جو من الثقة والاحترام.</p> <p>٤- التدريب على الاستراتيجيات التكيفية للتحكم في الفكر.</p>	الحوار والمناقشة - القمع والقمع المضاد- فنية التقبل والتسامح بدون إصدار أحكام- التشويش - إعادة التقييم المعرفي- سجل الأفكار. التغذية الراجعة - الواجب المنزلي.

الوحدة الرابعة : تحسين اليقظة العقلية Improve of mindfulness

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
التاسعة	اليقظة العقلية وعناصرها وفوائدها	<ol style="list-style-type: none"> التعرف على مفهوم اليقظة العقلية . التعرف على عناصر / مكونات اليقظة العقلية. تبصير أفراد العينة التجريبية بأهمية وفوائد اليقظة العقلية . التدريب على فنية " التأمل اليقظ". 	الحوار والمناقشة التخيل الواجب المنزلي
العاشرة	المهارات الأساسية لليقظة العقلية (الملاحظة ، الوصف)	<ol style="list-style-type: none"> تعريف أفراد العينة التجريبية على الأوجه الخمسة لليقظة العقلية. التعرف على مفهوم كل من مهارتي الملاحظة والوصف . توضيح أهمية مهارة الملاحظة ، والوصف في مواجهة الأفكار، المشاعر ، والأحداث. تدريب أفراد العينة التجريبية على مفهوم مهارتي الملاحظة والوصف. تشجيع أفراد العينة التجريبية على تطبيق مهارات اليقظة العقلية في حياتهم اليومية. 	الحوار والمناقشة الواجب المنزلي تمرين الأكل اليقظ
الحادية عشر	مهارة التصرف بوعي	<ol style="list-style-type: none"> التعرف على مفهوم مهارة اليقظة العقلية " التصرف بوعي". توضيح أهمية مهارة التصرف بوعي في التحرر من الأفكار السلبية. تدريب أفراد العينة التجريبية على مهارة التصرف بوعي وتتضمن تنمية مهارات الانتباه السمعي والبصري والسمعي البصري حتى يصبحوا حاضرين في نشاطاتهم الآنية. 	الحوار والمناقشة التنفس العميق التأملات الحسية التعزيز الواجب المنزلي.
الثانية عشر	مهارة عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية	<ol style="list-style-type: none"> تعريف أفراد العينة التجريبية على مفهوم عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية . تدريب أفراد العينة التجريبية على تقبل الأفكار والمشاعر الداخلية والسماح لها تأتي وتذهب دون أن تفقد تركيزه على اللحظة الحاضرة. تدريب أفراد العينة التجريبية على تركيز الانتباه على التنفس أو أجزاء من الجسد للعودة إلى اللحظة الحاضرة. 	فكرة التخلي عنها دعها تذهب استراتيجية التقبل والتسامح فنية التركيز على التنفس الواجب المنزلي
الثالثة عشر	مهارة عدم الحكم على الخبرات الداخلية	<ol style="list-style-type: none"> التعرف على مفهوم مهارة عدم الحكم على الخبرات الداخلية . تدريب أفراد العينة على تجربة اللحظة الراهنة . تدريب أفراد العينة التجريبية على تقبل الأفكار والمشاعر الداخلية دون إصدار أحكام تقييمية. 	تجربة اللحظة الراهنة دون إصدار أحكام . التقبل التجاوزي الواجب المنزلي
الرابعة عشر	النموذج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة ودوره في خفض اضطراب الوسواس القهري	<ol style="list-style-type: none"> التعرف على مفهوم نموذج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة. تعريف أفراد العينة على أسس وفنيات البرنامج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة. توضيح دور البرنامج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة في خفض اضطراب الوسواس القهري. تنمية الوعي اليقظ لدى أفراد العينة التجريبية لمواجهة الأفكار الوسواسية المتطفلة من خلال التدريب على أسس اليقظة العقلية وهي : عدم الحكم ، الصبر، الثقة ، التقبل ، وفكرة دعها تذهب. 	الحوار والمناقشة الواجب المنزلي أسس برنامج اليقظة العقلية التعزيز
الخامسة عشر	الممارسات الأساسية القائمة على	<ol style="list-style-type: none"> التعرف على ممارسات اليقظة العقلية اللازمة لتقليل التوتر الناتج عن سيطرة الأفكار الوسواسية المتطفلة على ذهن الفرد. التدريب أفراد العينة التجريبية على كيفية التخلص من التوتر من خلال ممارسة مهارة الاسترخاء. 	التدريب على الاسترخاء العضلي التنفس اليقظ

برنامج معرفي سلوكي قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة في تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين
أ.د/ عبد الصبور منصور شُجُد، أ.د/ عمرو رفعت عمر، هبة السيد العربي شُجُد الملاح

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
	اليقظة العقلية لتقليل التوتر (MBI)	٣ - إقناع المتدربين بأهمية فنية التنفس اليقظ في تطهير الوعي ما وراء المعرفي والسيطرة على الأفكار المتطفلة وتحويل الانتباه عنها. ٤ - التدريب على تمرين اليقظة العقلية "Stop" الذي يساعد على التقليل من التوتر.	تمرين اليقظة المبسط "Stop" النمذجة التعزيز الواجب المنزلي
السادسة عشر	دور ممارسات اليقظة العقلية في مواجهة الأفكار الوسواسية المتطفلة .	١- تعريف أفراد العينة التجريبية بأهمية ممارسة اليقظة العقلية في التخلص من اجترار الأفكار الوسواسية المتطفلة التي تتردد على ذهنهم . ٢- التدريب على الممارسات الرسمية لليقظة العقلية . ٣- إقناع أفراد العينة بضرورة القيام بتدريبات اليقظة العقلية المتنوعة في مختلف الأمور الشخصية والحياتية للأفكار والسلوكيات والانفعالات.	الحوار والمناقشة النمذجة الفنيات الرسمية لليقظة العقلية سجل الممارسات الرسمية لليقظة العقلية التغذية الراجعة التعزيز الواجب المنزلي
السابعة عشر	ممارسة فنيات اليقظة العقلية اللارسمية	١- تعريف أفراد العينة التجريبية على الممارسات اللارسمية لليقظة العقلية. ٢- التدريب على الممارسات اللارسمية لليقظة العقلية .	سجل الممارسات اللارسمية - النمذجة - تمرين الأكل اليقظ. الواجب المنزلي

الوحدة الخامسة : دحض الوسواس التفاعلية باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة .

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
الثامنة عشر	التعرض اليقظ ومنع الاستجابة للأفكار الوسواسية المتطفلة حول التأكد والتنظيف ، والتلوث	١- تعريف أفراد العينة التجريبية مفهوم التطفللات الوسواسية . ٢- تعريف أفراد المجموعة الوسواس التفاعلية على مفهوم الوسواس المرتبطة بالتأكد والتنظيف - التلوث. ٣- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على فنية التعرض اليقظ مع منع الاستجابة.	الحوار والمناقشة التعرض اليقظ ومنع الاستجابة التعزيز الواجب المنزلي
التاسعة عشر	خفض الوسواس التفاعلية المرتبطة بالأخطاء والحوادث .	١- تعريف أفراد مجموعة الوسواس التفاعلية على مفهوم وسواس الأخطاء والحوادث . ٢- التدريب على دحض التطفللات الوسواسية لدى المجموعة التجريبية. ٣- التدريب أفراد المجموعة التجريبية على كل من استراتيجية التعرض اليقظ وفنية التيقظ الذهني المنفصل لخفض الوسواس التفاعلية.	الإسترخاء الذهني التعرض اليقظ التيقظ الذهني المنفصل استعارة القطار المسافر الواجب المنزلي

برنامج معرفي سلوكي قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة في تعديل المعتقدات الوسواسية لخفض الوسواس التفاعلية لدى المراهقين
أ.د/ عبد الصبور منصور مجيد، أ.د/ عمرو رفعت عمر، هبة السيد العربي مجيد الملاح

العشرون	مواجهة الحياة بثقة والتعامل مع العقبات بفاعلية	<p>١- التعرف على تحديات الحياة التي تواجه الأفراد ذوي اضطراب الوسواس القهري.</p> <p>٢- أهمية ممارسة التأمل اليقظ في تقليل القلق والاكتئاب الناتج عن سيطرة التطفل الوسواسية.</p> <p>٣- التدريب على استراتيجيات اليقظة العقلية لمواجهة تحدياتهم في الحياة</p>	الحوار والمناقشة – تأمل الاستماع والحديث اليقظ – التأمل اليقظ للأحداث – تأمل التسامح – التغذية الراجعة – الواجب المنزلي.
---------	--	---	--

الوحدة السادسة: مرحلة التقييم ومنع الانتكاسة

Evaluation and relapse prevention stage(ERP)

رقم الجلسة	عنوانها	أهدافها	فنياتها
الحادية والعشرون	تقييم آثار البرنامج العلاجي	<p>١- التعرف على فعالية البرنامج العلاجي في خفض شدة اضطراب الوسواس القهري والوسواس التفاعلية ، وتحسين اليقظة العقلية.</p> <p>٢- تطبيق مقاييس الدراسة للتأكد من فعالية البرنامج.</p>	الحوار والمناقشة نسخة علاجية بديلة لمنع الانتكاس.
الثانية والعشرون	التدريب على استراتيجيات منع الانتكاس	<p>١- تدريب أفراد العينة التجريبية على الحفاظ على المكاسب التي تم التوصل إليها عن طريق بعض الممارسات التدريبية كالاسترخاء والتنفس اليقظ.</p> <p>٢- تذكير أفراد العينة العلاجية بضرورة الالتزام بتنفيذ بعض التطبيقات عندما تنشط الأفكار والمعتقدات اللاكيفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري ، وتحسين اليقظة العقلية كاستراتيجيات نموذج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ، وأساليب إعادة البناء المعرفي ، والتعرض ومنع الاستجابة.</p> <p>٣- تذكير أفراد العينة بميعاد الجلسة القادمة بعد شهرين.</p>	الحوار والمناقشة التعزيز

خطوات السير في الدراسة:

تتلخص إجراءات الدراسة في الخطوات التالية:

- ١-مراجعة الإطار النظرية و الدراسات والبحوث السابقة في مجالات :اضطراب الوسواس القهري بأنماطه، و المعتقدات ما وراء المعرفية ، واليقظة العقلية .
- ٢-تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية : مقياس بيل - براون لاضطراب الوسواس القهري (Y-BOCS) ، وقائمة التطفل الوسواسية (ROII) ، واستبيان المعتقدات الوسواسية (OBQ-44)، ومقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية (F-FMQ) على عينة من المراهقين من طلاب الثانوية العامة وقوامها (١٠٠) طالباً وطالبة من طلاب الثانوى العام اختيروا عشوائياً من الملتحقين بمدارس الثانوية العامة الحكومية بمحافظة بورسعيد وهى مدرسة عبد الرحمن شكري الثانوية بنين التابعة لإدارة شمال التعليمية ومدرسة الغرفة التجارية الثانوية بنات التابعة لإدارة

جنوب التعليمية بمحافظة بورسعيد ممن تراوحت أعمارهم ما بين (١٥ - ١٨) عاماً ، وذلك
لحساب صدق وثبات المقاييس .

٣- تم تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية على العينة الأساسية وقوامها (٢٠٠) طالباً وطالبة من
طلاب الثانوية العامة (٩٨ ذكور - ١٠٢ إناث) بهدف تحديد الأفراد الذين يعانون من اضطراب
الوسواس القهرى .

٤- بعد تصحيح أدوات الدراسة تم تحديد عينة الدراسة العلاجية وفق قيمة الإرباعى الأعلى على
مقاييس اضطراب الوسواس القهرى والمعتقدات الوسواسية ، وقيمة الإرباعى الأدنى على مقياس
العوامل الخمسة لليقظة العقلية ، ودرجات متوسطة على مقياس المستوى الإقتصادى والاجتماعى
والثقافى للأسرة ، وعددها (٦٠) طالب وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية العامة ممن تتراوح
أعمارهم (١٥-١٨) عاماً.

٥- تم تصنيف العينة التجريبية وفق نموذج أنماط الوسواس المتطفلة لكل من لى وكون
(Lee&Kown,2003) : (مجموعة الوسواس التفاعلية) وعددها (٣٠) طالباً وطالبة ممن
حصلوا على قيمة الإرباعى الأعلى (٤٧) فما فوق . واستبعاد (٣٠) طالباً وطالبة يعانون من
الوسواس الذاتية المنشأ.

٦- تم تطبيق أدوات الدراسة السيكومترية وهى : (مقاييس اضطراب الوسواس القهرى ، استبيان
المعتقدات الوسواسية، مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية) وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى
على مجموعة الدراسة التجريبية ذوى الوسواس التفاعلية.

٧- تم تطبيق البرنامج العلاجى فى ضوء الدمج بين العلاج المعرفى السلوكى التقليدى والنموذج
المعرفى القائم على اليقظة العقلية لكل من سيجال ، وتيسدال ووليامز
(Segal,Teasdal&Williams,2002) على مدى شهرين وأسبوع خلال الفصل الدراسى
الأول للعام الدراسى ٢٠٢٢/٢٠٢٣م

٨- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى ، تم تطبيق مقاييس الدراسة على المجموعة التجريبية
مرة أخرى بهدف التعرف على فعالية البرنامج العلاجى المستخدم فى خفض شدة اضطراب
الوسواس القهرى و تعديل المعتقدات الوسواسية المضطربة وظيفياً المرتبطة به وتحسين اليقظة
العقلية .

١٠- تم تطبيق مقاييس الدراسة مرة أخرى على المجموعة التجريبية بعد مرور شهرين تطبيق
البرنامج العلاجى المستخدم وعدم حدوث انتكاسة.

١١- المعالجة الإحصائية للبيانات.

١٢- عرض النتائج وتفسيرها.

١٣- تقديم التوصيات والمقترحات.

الأساليب الإحصائية المستخدمة فى الدراسة

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية المناسبة للتحقق من كفاءة أدوات الدراسة ، ومن صحة فروض الدراسة ، وذلك من خلال الاستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة اختصاراً ب Spss V.22 ، والتي تمثلت فى الآتى :

١- معامل ارتباط سبيرمان وبراون Spearman-Brown

٢- معامل ألفا كرونباخ Alpha Cronbach's Coefficient

٣- طريقة التجزئة النصفية Split-Half

٤- اختبار "ت" Tes "t"

* اختبار الفرض الأول:

لاختبار الفرض الأول والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على بعدى مقياس بيل براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى". استخدمت الباحثة اختبار "ت" Test "t" للمجموعات المرتبطة ويوضح جدول (١٦) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٦)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للمجموعة التجريبية الثانية فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس بيل براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التجريبية					المتغير	العينة
		القياس البعدى			القياس القبلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		
٠.٠١	١٨.٦	١.٢	٤.٣	٣٠	١.٩	٩	٣٠	الوسواس
٠.٠١	٢٢.٩	١.٦	٣.٧	٣٠	٢.٢	١١.٤	٣٠	الأفعال القهرية
٠.٠١	٢٧.٦	٢	٩	٣٠	٣.٥	٢٠.٤	٣٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على بعدى مقياس بيل براون للوسواس القهرى والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مع أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية".

- وترجع الباحثة انخفاض درجات مجموعة الوسواس التفاعلية على بعد شدة الأفكار الوسواسية بعد تطبيق البرنامج من درجات تتراوح ما بين (١٦-٢٧) إلى درجات تتراوح ما بين (٧-١٣) وفق مقياس ييل - براون لتقييم شدة اضطراب الوسواس القهرى للأسباب التالية:
- استخدام الباحثة الفنيات المعرفية السلوكية التى تساعد على تعديل المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً التى تساهم فى الاحتفاظ بشدة اضطراب الوسواس القهرى "معتقدات المبالغة فى المسؤولية المتضخمة/ تقدير التهديد ، والنزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض ، ومن تلك الفنيات : إعادة البناء المعرفى ، دحض المعتقدات السلبية ، نموذج (ABC) لأليس .
 - وهذا ما أكدته نتائج دراسة (Wilhelm et al.,2015) التى توصلت إلى أن التغييرات المعرفية فى معتقدات الكمالية / عدم اليقين ، والمخططات سيئة التكيف التى تسبق الحد من الاعراض السلوكية القهرية ، تساهم فى تحسين من فعالية العلاج المعرفى السلوكى لدى مرضى اضطراب الوسواس القهرى المعتدل والحاد.
 - التدريب على مهارات اليقظة العقلية (الملاحظة ، الوصف ، التصرف بوعى ، عدم الحكم على الخبرات الداخلية ، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) مما ساهم فى تنمية الوعى اليقظ والماوراء المعرفى وبالتالي خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى ببعديه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لدى الأفراد ذوى الوسواس التفاعلية.
 - التدريب على الممارسات الأساسية لليقظة لتخفيف القلق والتوتر الناتج على تردد الأفكار المتطفلة مثل الأفكارالأخطاء والحوادث والتلوث على أذهان أفراد مجموعة الوسواس التفاعلية مما يساهم فى خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى لديهم.
 - و توصلت نتائج دراسة مادانى وآخرون (Madani et al.,2013) إلى فعالية التدريب على اليقظة العقلية الجماعى فى خفض معدل كل من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية على مقياس ييل براون (Y-BOCS;Goodman et al.,1989) ، وخفض فى أعراض الوسواس القهرى مثل أعراض الغسيل القهرية ، وسلوك الفحص القهرى ، ووسواس البطء والتردد وخفض تردد وشدة الأفكار الوسواسية المتطفلة لدى الإناث ذوات الوسواس التفاعلية فى مدينة أصفهان(إيران) بعد تطبيق البرنامج وخلال فترة المتابعة لمدة شهرين.
 - ساهمت الطريقة العلاجية الجماعية فى التفاعل بين أعضاء المجموعة وتبادل المعلومات والخبرات ، وبالتالي خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى لديهم.
 - وفى هذا السياق أشارت نتائج دراسة بيرهان وآخرون(Burhan et al.,2022) إلى فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى (CBGT) وخاصة التدريب على أسلوب التعرض ومنع الاستجابة (ERP) فى خفض درجات مقياس ييل - براون (Y-BOCS) ، و مقياس اندماج الفكر - الفعل ،

وزيادة في مقياس تقييم الأداء العام ، وتنبأت الدراسة بنجاح البرنامج بحجم تأثير من متوسط إلى كبير لدى عينة تعاني من الوسواس التفاعلية.

* اختبار الفرض الثاني:

لاختبار الفرض الثاني والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدي." استخدمت الباحثة اختبار "ت" Test "t" للمجموعات المرتبطة ويوضح جدول (١٧) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٧)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للمجموعة التجريبية الثانية فى القياسين القبلى والبعدي لمقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التجريبية					المتغير	العينة
		القياس البعدي			القياس القبلى			
		الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	الانحراف المعياري	المتوسط		
٠.٠١	٢٢.٣	٢.١	٥.١	٣٠	١.٧	١٦	٣٠	الأفكار الوسواسية حول الأخطاء والحوادث
٠.٠١	٢٦.٧	٢.٣	٧	٣٠	٣.٣	٢٦.٢	٣٠	الأفكار الوسواسية حول التلوث
٠.٠١	٣١.٢	١.٩	٣.٨	٣٠	١.٥	١٦	٣٠	الأفكار الوسواسية حول التأكيد والتنظيف
٠.٠١	٣٣.٤	٤.٩	١٦	٣٠	٥.٥	٥٨.٢	٣٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس الوسواس التفاعلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مع أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية".

وترجع الباحثة انخفاض درجات مجموعة الوسواس التفاعلية على بعد الدرجة الكلية لمقياس الوسواس التفاعلية بعد العلاج للأسباب التالية:

- تطبيق فنية التنقيف النفسى للتعرف على مفهوم الوسواس التفاعلية وأعراضها و أسباب ظهورها ، الآثار السلبية الناتجة عن سيطرة تلك الأفكار المتطفلة على أذهانهم والاستراتيجيات التكيفية

التي تساعد فى التخلص منها ، ومن تلك الاستراتيجيات : استراتيجية التقبل والتسامح ، إعادة التقييم المعرفى ، والتحكم الاجتماعى .

كما توصلت نتائج دراسة تينور وآخرون (Tenore et al.,2018) إلى تحديد المخططات المعرفية على سبيل المثال (عدم الثقة ، سوء المعاملة ، التعرض للضرر ، والمعايير العالية "الكمالية") وأساليب المواجهة (أى التجنب داخل النفس) لدى مجموعة أعراض الوسواس القهرى العالية، وخصائص الوسواس المتطفلة (الغسيل ، والفحص القهرى) . علاوة على ذلك ، ارتبطت شدة أعراض الوسواس القهرى بشكل إيجابى بمخططات معينة وأنماط مختلفة للوسواس لدى المراهقين.

- التدريب على فنيات العلاج المعرفى السلوكى مثل المراقبة الذاتية وسجل الأفكار المضطربة وظيفياً وإعادة التقييم المعرفى ساعد على خفض الوسواس التفاعلية مثل وساوس الأخطاء والحوادث ، وساوس التلوث ، وساوس التأكد والتنظيف لدى أفراد العينة .

وهذا يتفق مع نتائج دراسة كل من جاستو ، ماتوس وليب (Justo,Matos&Lipp,2015) التي توصلت إلى فعالية العلاج العرفى السلوكى فى خفض الوسواس التفاعلية (العدوى ، التلوث ، التأكيد والتنظيف) لدى حالة فتاة تعاني من اضطراب الوسواس القهرى ، من خلال استخدام فنية التثقيف النفسى لفهم تطور الأعراض وتحديد جوانب اضطراب الوسواس القهرى وأسباب الاحتفاظ بها بناءً على سجلات الأفكار الوسواسية المحفوظة أثناء العلاج المعرفى السلوكى ، والتدريب على أسلوب التعرض ومنع الاستجابة (ERP) ساعد انخفاض فى تكرار سلوكها القهرى ، كما أشار التقييم الذاتى للحالة والملاحظات الإكلينيكية إلى تحسن الوظيفة الإجتماعية والحالة الجسدية.

- التدريب على تركيز الانتباه على اللحظة الحالية على سبيل المثال ، العودة إلى الأصوات ، والمشاهد وأحاسيس اللمس ، خاصة عندما تغمرهم الأفكار المتطفلة حول الأخطاء والحوادث ، التلوث ، والتأكيد والتنظيف والقلق المرتبط والحث على الانخراط فى السلوكيات القهرية ساعد على التقليل من التوتر الناتج عن التطفلات الوسواسية التفاعلية.

وأظهرت نتائج دراسة (Alireza,Razieh,2017) فعالية العلاج باليقظة العقلية بشكل كبير فى خفض متلازمة الغسيل ، التكرار، وأعراض الشك ، وبالتالي فإن تطبيق طريقة الإدراك المستندة على الذهن يقلل من أعراض الوسواس المتطفلة التفاعلية ونمط التفكير المرتبط بها لدى مرضى الوسواس القهرى.

كما توصلت دراسة إبراهيم وآخرون (Ebrahim et al.,2022) إلى فعالية التدريب على مهارات اليقظة العقلية فى انخفاض كبير ذات دلالة إحصائية لعوامل الوسواس التفاعلية القهرية وهى: (الأفكار الوسواسية العامة ، وساوس التأكد والتنظيف ، الترتيب والتكرار ، والأفعال القهرية) لدى الطلاب الذين يعاون من اضطراب الوسواس القهرى أثناء جائحة فيروس كورونا Covid-19.

* اختبار الفرض الثالث:

اختبار الفرض الثالث والذي ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية " على متغيرات التقييمات المعرفية المختلفة (المعتقدات الوسواسية) قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لصالح القياس البعدى". استخدمت الباحثة اختبار "ت" Test "t" للمجموعات المرتبطة ويوضح جدول (١٨) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٨)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للمجموعة التجريبية الثانية فى القياسين القبلى والبعدى لاستبيان المعتقدات الوسواسية والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التجريبية					المتغير	العينة
		القياس البعدى			القياس القبلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		
٠.٠١	٥٤.٣	٢.٤	٢٣.٨	٣٠	٦.٩	٨٢.٧	٣٠	المبالغة فى تقدير التهديد والمسئولية المتضخمة
٠.٠١	٤١.٩	٣.١	٢٨	٣٠	١٠.٢	٩٧.٧	٣٠	النزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض
٠.٠١	٢٥.٢	١.٢	١٣.٣	٣٠	١٠.٤	٦٠.٣	٣٠	المبالغة فى أهمية الأفكار المتطفلة والتحكم فيها
٠.٠١	١٤٨.١	٤.٥	٦٥.١	٣٠	٦.٤	٢٥٤.٨	٣٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية " على أبعاد استبيان المعتقدات الوسواسية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مع أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية".

وترجع الباحثة انخفاض درجات مجموعة الوسواس التفاعلية على بعد الدرجة الكلية لاستبيان المعتقدات الوسواسية بعد العلاج للأسباب التالية:

- تطبيق فنية التنقيف النفسى للتوضيح لأفراد مجموعة الوسواس التفاعلية أن سبب الوسواس القهرى ليس محتوى الأفكار المتطفلة المرتبطة به ولكن تقييم الأفراد لها ، ولذلك التغييرات فى تلك التقييمات المختلفة وظيفياً تساعد فى خفض تكرار الأفكار المتطفلة وشدة اضطراب الوسواس القهرى.

- التدريب على الاستدلال بمعرفة الأسباب والنتيجة للوسواس التفاعلية من خلال تحليل نموذج أليس(ABC) ، ويشير رمز (A) إلى الحدث النشط أو الموقف الوسواسى مثل الأفكار المتطفلة حول الأخطاء والحوادث، و (B) إلى المعتقدات الوسواسية مثل المبالغة فى تقدير الضرر بالذات أو الآخرين ، و (C) إلى النتائج المترتبة على المعتقدات التى تنقسم إلى النتائج الانفعالية مثل القلق والتوتر ، والنتائج السلوكية مثل التحقق والتكرار والفحص القهرى .

وهذا ما أكدته نتائج دراسة بو بكر بن طبال (٢٠١٩) التى توصلت إلى فعالية برنامج عقلانى انفعالى سلوكى فى خفض حدة اضطراب الوسواس القهرى لأربع حالات يعانون من الوسواس التفاعلية المتعلقة بأعمال الطهارة والتنظيف بديوان مؤسسة الشباب بورقلة ، ووجود فروق فى فعالية البرنامج العلاجى خفض أعراض الوسواس القهرى تُعزى إلى المستوى التعليمى للمرضى لصالح المستوى الثانوى والجامعى، ومدة الاضطراب لصالح المدة الأقل.

- تساعد فنيات العلاج المعرفى مثل إعادة التقييم المعرفى ، وتحدى المعتقدات الخاطئة على تعديل التحيزات المعرفية السلبية المرتبطة بالوسواس التفاعلية مثل المبالغة فى تقدير التهديد/المسئولية المتضخمة ، والنزعة إلى الكمالية وعدم تحمل الغموض.

وهذا يتفق مع نتائج دراسة كل من وليام وجريشام (William&Grisham,2013) التى توصلت إلى التأثير الإيجابى لتعديل التحيز المعرفى (CBMI) على مقاييس التحيز فى التفسير، والضيق ، وعلى مجالات الاعتقاد الأساسية : أهمية الأفكار المتطفلة / التحكم ، النزعة إلى الكمالية/ عدم تحمل الغموض ، المبالغة فى تقدير التهديد لدى مرضى اضطراب الوسواس القهرى التى تعانى من أعراض التلوث والتماثل.

وتوصلت نتائج دراسة كل من كافاند وجاهارى (Kavand,Ghahari,2020) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة فى المعتقدات السلبية والسلوكيات القهرية مثل الشك والتحقق بعد العلاج المعرفى لدى الأفراد ذوى اضطراب الوسواس القهرى.

- الدمج الفنيات المعرفية مثل إعادة البناء المعرفى لجلسات التعرض ومنع الإستجابة فى العلاج يساهم فى خفض المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً لدى الأفراد ذوى الوسواس التفاعلية.

وهذا ما أكدته نتائج دراسة ريكتور وآخرون (Rector et al.,2018) التى توصلت إلى أن دليل التعرض ومنع الإستجابة (ERP) لكل من كوزاكا وفوا (Kozaka&Foa,1997) الذى يسمح بالتحدى المعرفى لتقديرات التهديد خلال مهام خلال مهام التعرض أثناء الجلسات وبينها له تأثير كبير ذا دلالة إحصائية على درجات مقياس المعتقدات الوسواسية (OBQ-44) وخفض أعراض الوسواس التفاعلية (التلوث ، الغسيل ، الشك فى الأذى/ الفحص ، الترتيب والتناظر) على مقياس أعراض الوسواس القهرى لبيبل - براون (Y-BOCS) بعد العلاج وفترة المتابعة لمدة ٦ أشهر مقارنة بالعلاج بالتعرض ومنع الاستجابة بمفردها.

-التدريب على مهارات اليقظة العقلية(الملاحظة الواعية ، عدم التفاعل مع الخبرات الدخلية ، عدم الحكم على الخبرات الداخلية) ساعد على تقبل الأفكار والمعتقدات الوسواسية كما هى والسماح لها بأن تذهب دون التفاعل معها .

وهذا ما تؤكده نتائج الدراسات التى تناولت فعالية العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية فى خفض المعتقدات الوسواسية المختلة وظيفياً على استبيان المعتقدات الوسواسية (OBQ-44):
(Külz et al.,2019;Lewerik, Cavanagh&Strauss,2020;Mathur et al.,2021)

* اختبار الفرض الرابع:

لاختبار الفرض الرابع والذى ينص على أنه "توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية لصالح القياس البعدى." استخدمت الباحثة اختبار "ت" Test "t" للمجموعات المرتبطة ويوضح جدول (١٩) نتائج هذا الفرض:

جدول (١٩)

المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "ت" ومستوى دلالتها للمجموعة التجريبية الثانية فى القياسين القبلى والبعدى لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	التجريبية					المتغير	العينة
		القياس البعدى			القياس القبلى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		
٠.٠١	٢٢	٢.٩	٢٥.٦	٣٠	٢.٥	١٠.٧	٣٠	الملاحظة
٠.٠١	١٥.٦	٢.٧	٣٤.٣	٣٠	٣.١	٢٢	٣٠	الوصف
٠.٠١	٥٢.٦	١.٧	٣١.٦	٣٠	١.٧	١٢.١	٣٠	التصرف بوعى
٠.٠١	٤٠	٢.١	٢٩.٨	٣٠	١.٩	١٢.٣	٣٠	عدم الحكم على الخبرات الداخلية
٠.٠١	٣٣.١	١.٨	٣١.٣	٣٠	٢.٢	١٢.٣	٣٠	عدم التفاعل مع الخبرات الداخلية
٠.٠١	٥٨.٧	٧.٨	١٥٢.٦	٣٠	١.٧	٦١.٤	٣٠	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن قيم "ت" دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" على أبعاد مقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية والدرجة الكلية قبل وبعد تطبيق البرنامج المعرفى السلوكى لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض ومنع الاستجابة مع أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية". وترجع الباحثة ارتفاع درجات مجموعة الوسواس التفاعلية على الدرجة الكلية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية للأسباب التالية:

- التدريب على مهارات اليقظة العقلية (الملاحظة - الوصف - التصرف بوعى - عدم الحكم على الخبرات الداخلية - وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) ساعد على تحسين الوعى اليقظ وبالتالي خفض شدة الأفكار المتطفلة لدى الأفراد ذوى الوسواس التفاعلية .
- التدريب على تمارين التأمل اليقظ مثل تأمل الأكل اليقظ، الجلوس اليقظ، والتلوين اليقظ ساعد على تنمية مهارات اليقظة العقلية وبالتالي زيادة الدرجة الكلية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية.
- التدريب على فنيات التيقظ الذهنى المنفصل مثل استعارة السحب، استعارة القطار المسافر، ومهمة النمر

ومن الدراسات التى تناولت فعالية العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية فى تحسين اليقظة العقلية (Struass et al.,2015;Sugiura & Sugiura,2015;Selchen et al.,2018).

* اختبار الفرض الخامس:

لاختبار الفرض الخامس والذى ينص على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية الثانية ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس الدراسة (الوسواس القهرى - الوسواس التفاعلية - المعتقدات الوسواسية - اليقظة العقلية). استخدمت الباحثة اختبار "t Test" للمجموعات المرتبطة ويوضح جدول (٢٠) نتائج هذا الفرض:

جدول (٢٠) المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيمة "t" ومستوى دلالتها للمجموعة

التجريبية الثانية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس الدراسة

مستوى الدلالة	قيمة "t"	التجريبية					المتغير	العينة
		القياس التتبعى			القياس البعدى			
		الانحراف المعيارى	المتوسط	العدد	الانحراف المعيارى	المتوسط		
غير دالة	٠.٥٣	١.٦	٩.١	٣٠	٢	٩	٣٠	الوسواس القهرى
غير دالة	١.٢	٤.٥	١٦.٣	٣٠	٤.٩	١٥.٩	٣٠	الوسواس التفاعلية
غير دالة	١.٣	٥.٢	٦٤.١	٣٠	٤.٥	٦٥.١	٣٠	المعتقدات الوسواسية
غير دالة	١.١	٤٨.٤	١٦١.٧	٣٠	٧.٩	١٥١.٨	٣٠	اليقظة العقلية

يتضح من الجدول السابق أن قيم "t" غير دالة إحصائياً مما يشير إلى أنه لا يوجد فرق بين متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية" فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس الدراسة (الوسواس القهرى - الوسواس التفاعلية - المعتقدات الوسواسية - اليقظة العقلية)، وهذا يدل على استمرارية فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مع أفراد المجموعة التجريبية الثانية "ذوى الوسواس المتطفلة التفاعلية".

وهو ما يشير إليه النتائج حول ابقاء أثر التعلم لدى المجموعة التجريبية ، وعليه فإن تطبيق البرنامج العلاجى القائم على الدمج بين الفنيات المعرفية السلوكية التقليدية واستراتيجيات اليقظة العقلية بالإضافة إلى فنيات التيقظ الذهنى المنفصل أدى إلى خفض شدة الوسواس القهرى وأعراض الوسواس الذاتية المنشأ كهدف أساسى ، وتعديل المعتقدات المختلة وظيفياً وتحسين استراتيجيات التحكم فى الفكر وتنمية مهارات اليقظة العقلية كأهداف ثانوية حتى بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجى وعدم حدوث انتكاسة بعد التوقف من البرنامج .

وترجع الباحثة نجاح البرنامج العلاجى لدى المجموعة التجريبية الثانية "ذوى الوسواس التفاعلية" بعد فترة المتابعة لمدة شهرين للأسباب التالية:

- الاهتمام بالمرحلة التمهيديّة للتعرف على مدى أهمية البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية فى خفض الوسواس التفاعلية، وضرورة الالتزام بقواعد الجلسات والواجبات المنزلية خلال فترة العلاج.
- تطبيق مقياس بيل - براون لتقييم شدة اضطراب الوسواس القهرى ، مما ساهم فى تشجيع أفراد مجموعة الثانية لحضور الجلسات والرغبة فى التخلص من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التى تعوق حياتهم الاجتماعية والدراسية.
- تطبيق قائمة التطفلّات الوسواسية على زملاء مجموعة الوسواس التفاعلية فى الفصل ليدركوا أن الأفكار التطفلّية هى أفكار طبيعية تأتى لجميع الأفراد وليس هم فقط . ما ساهم فى التقليل من المبالغة فى أهمية هذه الأفكار والسعى للتحكم فيها. وبالتالي خفض حدة الوسواس بعد العلاج وخلال فترة المتابعة.
- التدريب خلال جلسات البرنامج على فنيات العلاج المعرفى السلوكى مثل التعرض الواقعى ومنع الاستجابة ، تحدى المعتقدات الخاطئة ، المراقبة الذاتية وسجل الأفكار المضطربة وظيفياً ، مما ساهم فى خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى وأعراض الوسواس التفاعلية والمعتقدات الوسواسية المختلة وظيفياً المرتبطة بها.
- التدريب على فنيات التيقظ الذهنى المنفصل مثل استعارة القطار المسافر ، استعارة السحب ، مهمة النمر ، مما ساهمت فى تعديل المعتقدات ما وراء المعرفة المختلة وظيفياً واستراتيجيات التحكم فى الفكر التى تساهم فى الاحتفاظ بشدة اضطراب الوسواس القهرى.
- تطبيق فنية النمذجة طوال فترة البرنامج العلاجى لإتقان فنية التعرض ومنع الاستجابة ومهارات اليقظة العقلية مما ساهمت فى التخلص من الوسواس التفاعلية.
- التدريب على الممارسات الرسمية واللا رسمية لليقظة العقلية التى ساعدت على تحسين مهارات اليقظة العقلية (الملاحظة ، الوصف ، التصرف بوعى ، عدم الحكم على الخبرات الداخلية ، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية) بعد العلاج وخلال فترة المتابعة.

– أهمية جلسات التقييم ومنع الانتكاسة للتعرف على الأفكار الوسواسية التطفلية التفاعلية التى ما زالت تتردد على أذهان أفراد المجموعة التجريبية الثانية وتطبيق الفنيات والممارسات التى تم التدريب عليها خلال جلسات البرنامج وبالتالي ساعدت على الاحتفاظ بالمكاسب العلاجية .

ومن الدراسات التى تناولت فعالية العلاج المعرفى القائم على اليقظة العقلية فى خفض شدة اضطراب الوسواس القهرى وأعراض الوسواس المختلفة ، وتعديل المعتقدات المختلة وظيفياً واستراتيجيات التحكم فى الفكر سيئة التكيف ، وتحسين مهارات اليقظة العقلية بعد العلاج وخلال فترة المتابعة ((Külz Et al.,2014;Yousefi,Azdeh,2016).

التوصيات والبحوث المقترحة

(أ) توصيات الدراسة:

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية فإنه يمكن الخروج ببعض التوصيات و هى :

- 1- الاهتمام ببرامج العلاج والإرشاد النفسى فى تخفيف الأعراض المختلفة لاضطراب الوسواس القهرى لدى المراهقين من طلاب المرحلة الثانوية ، وذلك حتى يستطيعوا التكيف مع أنفسهم ومع الآخرين.
- 2- ضرورة تدريب الأخصائى النفسى المدرسى على استخدام العلاج المعرفى السلوكى، بل واستخدام فنية التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لمساعدة الطلاب ذوى الوسواس التفاعلية على التخلص من الأفكار الوسواسية المتطفلة دون الانخراط فى الطقوس القهرية.
- 3- التشخيص المبكر للأفراد التى تتردد على أذهانهم الأفكار الوسواسية المتطفلة باستمرار ، ومحاولة معالجتها أو التعديل من صفاتها كي لا تتحول إلى حالة مرضية ثابتة (اضطراب وسواس قهرى).
- 4- ضرورة عمل ندوات إرشادية للآباء لتوجيههم فى كيفية التعامل مع أبنائهم حتى لا يقعوا فريسة للاضطرابات النفسية.

(ب) البحوث المقترحة:

- وبناء على ما أسفرت الدراسة الحالية من نتائج ، يمكن الباحثة اقتراح بعض الموضوعات البحثية التى يمكن إجراؤها فى مجال الوسواس القهرى وذلك فيما يلى :
- 1- إجراء المزيد من البحوث حول فعالية استخدام العلاج المعرفى السلوكى القائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة مع الاضطرابات النفسية المختلفة وفى أعمار مختلفة.
 - 2- إجراء دراسة تتناول العلاقة الارتباطية بين نمط الوسواس التفاعلية وأعراض اضطراب الوسواس القهرى لدى المراهقين.
 - 3- إجراء دراسة تتناول العلاقة الارتباطية بين العوامل الخمسة لليقظة العقلية والوسواس التفاعلية لدى المراهقين.

- ٤- الفروق بين أنماط اضطراب الوسواس القهري (الوسواس الذاتية المنشأ ، والتفاعلية) فى المعتقدات الوسواسية المختلفة وظيفياً واستراتيجيات التحكم فى الفكر لدى المراهقين.
- ٥- فعالية برنامج معرفى سلوكى قائم على التعرض اليقظ ومنع الاستجابة لخفض الكمالية العصابية لدى المراهقين ذوى الوسواس التفاعلية.
- ٦- فعالية برنامج معرفى سلوكى قائم على اليقظة العقلية لخفض الشعور بالذنب لدى المراهقين ذوى الوسواس الذاتية المنشأ.
- ٧- فعالية البرنامج المعرفى السلوكى القائم على اليقظة العقلية الجمعى فى خفض الاضطرابات ذات الصلة باضطراب الوسواس القهري(اضطراب نتف الشعر القهري - اضطراب تشوه صورة الجسد - اضطراب التخزين القهري).

المراجع

أولاً المراجع العربية:

- إبراهيم يونس مُجد(٢٠١٨) : نمو ما بعد الصدمة " النظرية والقياس والممارسة" : رؤية علم النفس الإيجابى فى الإرشاد والعلاج النفسى للصددمات، القاهرة : دار يسطرون.
- أحمد أمين مُجد حبيب (٢٠١٥): فعالية برنامج إرشادى فى خفض النشاط الحركى الزائد لدى الأطفال الصم ، مجلة كلية التربية ، جامعة بورسعيد ، ١٨ ، ٤٩٣-٥٢٤ .
- أحمد مُجد جاد الرب أبوزيد ، هبة جابر عبد الحميد (٢٠١٦) : فعالية الإرشاد العقلانى الانفعالى السلوكى فى تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوى اضطراب التوحد، مجلة التربية الخاصة ، جامعة الزقازيق ، ٥ (١٤) ، ١١٤ - ١٧٤ .
- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ، رياض عبد اللطيف الأزيادة (٢٠١٥): الأساليب الحديثة فى الإرشاد النفسى والتربوى (الجزء الأول) ، عمان : مركز دبيونو للتفكير.
- أسامة فاروق مصطفى(٢٠١١): مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية (الأسباب ، التشخيص ، العلاج)، عمان : دار الميسرة.
- أمانى مُجد رفعت قاسم(٢٠١٤): استخدام العلاج المعرفى السلوكى الجماعى لمواجهة مخاوف طالبات التدريب الميدانى فى التعامل مع ذوى الإعاقات المتعددة ، مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان ، ٣٧ (٨) ، ٢٥٣٥ - ٢٥٩٦ .
- بوبكر بن طبال(٢٠١٩): فعالية برنامج عقلانى انفعالى سلوكى فى تخفيف اعراض الوسواس القهري - دراسة عيادية أربيع حالت بديوان مؤسسات الشباب بورقلة ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية ، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة.
- ثيموتى ج. ترول(٢٠٠٧): علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة فوزى شاكى طعيمة داود ، حنان لطفى زين الدين ، عمان : دار الشروق.
- حسين على فايد(٢٠٠١): دراسات فى الصحة النفسية ، الإسكندرية : المكتب الجامعى الحديث.
- حورية مُجد الزيادات (٢٠١٥): تقوية مهارات الإتصال وتحسين مفهوم الذات لدى أطفال قرى SOS ، الأردن : مركز الكتاب الأكاديمى.
- دلال عوض (٢٠١٦) : المراهقة ودور الأسرة فى التعامل معها " الخصائص والمشكلات" ، عمان : دار من المحيط إلى الخليج للنشر والتوزيع .
- رباب عادل عبد العظيم مُجد ، سحر مُجد فتحى الشعراوى ، وحبيب مارى عبد الله (٢٠١٩): خفض أعراض القلق الاجتماعى باستخدام فنيات العلاج المعرفى السلوكى لدى مدمنى المخدرات، مجلة

البحث العلمى ، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس ، العدد(٢٠)، الجزء
(٢)، ص ص ٣٦٣-٣٩٠.

رشيد حميد زغير العبودى(٢٠١٠): الصحة النفسية والمرض النفسى العقلى ، عمان: دار الكتاب
الثقافى.

ريم ميهوب سليمون، ريما سعدى ، وميسم محمود وطفى(٢٠١٧): اضطراب الوسواس القهرى وعلاقته
باضطراب القلق المعم لدى عينة من التلامذة فى مرحلة التعليم الأساسى ، مجلة جامعة تشرين
للدراسات والبحوث العلمية : سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية ، ٣٩ (٥) ، ٣٧٣-٣٨٩.

زينب محمد القضاة(٢٠١٧): فعالية برنامج إرشادى جمعى فى تنمية مستوى الصلابة النفسية لدى عينة
من الأيتام فى قرى الأطفال العالمية (SOS) ، عمان : دار زهران.

سحر منصور أحمد القطاوى(٢٠١١): الإرشادى الأسرى لذوى الإعاقة السمعية. القاهرة. دار الكتاب
الحديث.

سوسن شاكر الجبلى (٢٠١٦): اكتشاف ومعالجة مشكلات الأطفال النفسية، دمشق : دار رسلان.
سيريل بوفيه (٢٠١٩): مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية ، ترجمة بوزيان فرحات ، الجزائر : دار
المجدد.

صفاء إسماعيل مرسى(٢٠١٤): عدم تحمل الغموض والكمالية بأعراض الوسواس القهرى لدى عينة
من طلبة وطالبات الجامعة ، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادى، ٢ (٣)،
٢٩١-٣٢٧.

عادل عبد الله محمد(٢٠٠٠): العلاج المعرفى السلوكى : أسس وتطبيقات ، القاهرة : دار الرشاد .
عبد الرقيب أحمد البحيرى ، فتحى عبد الرحمن الضبع،أحمد على طلب وعائدة أحمد العوالمه(٢٠١٤) :
الصورة العربية لمقياس العوامل الخمسة لليقظة العقلية : دراسة ميدانية على عينة من طلاب
الجامعة فى ضوء أثر متغيرى الثقافة والنوع . مجلة الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس ، ٣٩ ،
١١٩-١٦٦ .

عبد المطلب أمين القريظى (٢٠١٤): إرشاد ذوى الاحتياجات الخاصة وأسرههم ، القاهرة : عالم الكتب.
عبد الواحد حميد الكبيسى(٢٠١٢): الإرشاد والتوجيه التربوى، عمان : مركز دبيونو لتعليم التفكير.
علاء الدين كفافى (٢٠٠٩): علم النفس الأسرى ، عمان : دار الفكر.

علاء عبد العظيم سليمان محمد(٢٠١٥): استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد لتحسين
المرونة الأسرية لآباء وآمهات الأطفال المصابين بمرض السكر، مجلة كلية التربية ، جامعة
الأزهر، ١٦٥ (٢٤)، ١٢-٥٩.

عمر طالب الريماوى وأميرة محمد عبد الرحمن الريماوى (٢٠١٤): الوسواس القهرى وعلاقته بأبعاد
الشخصية العصابية والانبساطية لدى طلبة جامعة القدس ، المجلة الدولية التربوية

المتخصصة ، ٣ (٥) ، ٨٩ - ١٠٣ .

فتحى عبد الرحمن الضبع ، أحمد على طلب محمود (٢٠١٣): فاعلية اليقظة فى خفض أعراض الاكتئاب النفسى لدى عينة من طلاب الجامعة . مجلة الإرشاد النفسى - جامعة عين شمس ، ٣٤ ، ١ - ٧٥ .

فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٥): العلاج النفسى السلوكى لحالات القلق والتوتر النفسى والوسواس القهرى بطريقة الكف بالنقيض ، بيروت: دار العلم للملايين .

قطب عبده خليل حنور (٢٠١٦): فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة ، مجلة كلية التربية - جامعة كفر الشيخ ، ٤٦ ، ٢٢٠ - ٢٩٩ .

لويس كامل مليكة (١٩٩٠): العلاج السلوكى وتعديل السلوك ، الكويت : دار القلم .

محمد أحمد محمد إبراهيم سعفان ودعاء محمد خطاب (٢٠١٦) : مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي ، القاهرة : دار الكتاب .

محمد على صلاحات ورافع عقيل الزغلول (٢٠١٨): القدرة التنبؤية للعوامل الكبرى للشخصية باليقظة العقلية لدى طلبة جامعة اليرموك . مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية ، ٩ (٢٥) ، ٢٢ - ٣٨ .

مروة محمد عبد الستار وسيد أحمد محمد الوكيل (٢٠٢٢): التعقل بوصفه عملية وسيطة بين تحمل الكرب النفسى وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهرى ، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي ، ١٠ (١) ، ١٢٧ - ١٨٤ .

ناصر المحارب (٢٠٠٠): المرشد فى العلاج الاستعرافى السلوكى ، الرياض : دار الزهراء .

نجلاء عبد الحميد اليوسف (٢٠١٤): الفروق بين مرضى الوسواس القهرى والأسوياء فى المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢ (٣)، ٣٢٩ - ٣٦٥ .

نبيل محمد الفحل (٢٠٠٩) : برامج الإرشاد النفسى (النظرية والتطبيق) . ط٢ ، القاهرة : دار العلوم .

هاشم رجب هاشم، حسام حافظ محمد السلامونى (٢٠٢٠): الوعى الذاتى المعرفى والمعتقدات المرتبطة بالوسواس والخبرات الانشاقية كمتغيرات منبئة بأعراض الوسواس القهرى لدى طلبة الجامعة، مجلة كلية الآداب ، جامعة سوهاج، ٥٤ (٢٩) ، ٣٨٥ - ٤٢٩ .

هشام محمد إبراهيم مخيمر (٢٠١٤): سلوك التجميع والتخزين وعلاقته ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى الراشدين ، مجلة كلية التربية - جامعة بورسعيد، ١٦ ، ٢٠١ - ٢٤٣ .

حورية مجيد الزيادات (٢٠١٥): تقوية مهارات الإتصال وتحسين مفهوم الذات لدى أطفال قرى SOS ،
الأردن : مركز الكتاب الأكاديمي.

هناء أحمد مجيد شويخ(٢٠٠٩): علم النفس الصحى ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
هيام صادق صابر شاهين (٢٠١٧): اليقظة العقلية كمتغير معدل للعلاقة بين القلق الاجتماعي وجودة
الحياة المدركة لدى المراهقين المكفوفين ، دراسات نفسية ، ٢٧ (٤) ، ٥٠٧-٥٦٢ .
يسرا محمد سيد عبد الفتاح (٢٠١٩): برنامج معرفى سلوكى لخفض التنمر المدرسى وبعض الأفكار
اللاعقلانية لدى طلاب المرحلة المتوسطة ، مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ،
العدد(٤٣) ، الجزء(٤) ، ١١٧ - ١٦٨ .

ثانياً المراجع الأجنبية:

- Adams, T. G., Jr., Riemann, B. C., Wetterneck, C. T. and Cisler, J. M. (2012). Obsessive beliefs predict cognitive behavior therapy outcome for obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 203–211.
- Alizadeh ,A,& Mohammadi,A.(2014).Effectiveness of Mindfulness Based Exposure Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder: a Case Report. *Shefa Neuroscience Research Center, Tehran, Iran*,2, 1-66.
- Aliloo, M., Bakhshipour, A., & Matinpour, B. (2018). The role of spontaneous mind-wandering and dispositional mindfulness in predicting obsession symptoms in the college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 202–214.
- Bakes, E. (2015). *The Relationship between Mindfulness and Obsessive Compulsive Symptoms in a Community Sample (Doctoral Dissertation, University of Essex)*.
- Barker, R.L (2014). *The Social Work Dictionary*, Washington, Nasw Press.
- Belloch,A ,Morillo, C ,García-Soriano, G.(2007).Obsessive themes, evaluative appraisals, and thought control strategies: testing the autogenousreactive model of obsessions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 5-20.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J.V., García-Soriano, G., Cabedo, E., Carrió, C. (2010). Dysfunctional belief domains related to obsessive-compulsive disorder: a further examination of their specificity in clinical and community samples. *Spanish Journal of Psychology* ,13, 369–381.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Burhan ,H.S , Şafak,R, Karadere,M.E, Turgal,E.(2022). Factors Predicting the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy in the

- Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder. Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, 41(1),1-13.**
- Connor, James, "Extinction of Arachnophobia through Mindfulness and Exposure Therapy: Increasing Positive Coping Skills" (2021). Professional Impact Project: Implementation of Evidence Based Practices by Clinical Mental Health Counseling Graduate Students. 5. https://digitalcommons.ric.edu/cep_posters/5.**
- Dogan,K, Solak ,O. S,Ozdel ,K, Turkcapar,H.(2013). Comparison of Metacognitions between Obsessive Compulsive Disorder’s Subtypes And Normal Healthy Controls, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2 , 34-40.**
- Didonna, F. (2009). Mindfulness-based interventions in an inpatient setting. Newyork.**
- Ebrahim ,S.M, Abd-elwahab ,S.D, Shokr ,E. Radwan ,H.A.(2022).AEffectiveness of Mindfulness Skills on Self-Efficacy and Suicidal Ideation among First-Year Nursing Students with Obsessive-Compulsive Symptoms during COVID-19 Pandemic. International Egyptian Journal of Nursing Sciences and Research (IEJNSR), 3(1),222-239.**
- Hall,M,Wilson,C.(2012).Thought Control Strategies in Adolescents: Links with OCD Symptoms and Meta-Cognitive Beliefs, Cambridge University Press: reliability. Archives of General Psychiatry, 46, 1006–1011.**
- Hale L, Strauss C, Lever-Taylor B (2013) The effectiveness and acceptability of mindfulness-based therapy for obsessive compulsive disorder: A review of the literature. Mindfulness 4: 375–382.**
- Harris, R. (2007). The happiness trap: Stop struggling, start living. Wollombi, NSW, Australia: Exisle Publishing.**
- Hasker, S. M. (2010). Evaluation of the mindfulness-acceptance-commitment (MAC) approach for enhancing athletic performance (Doctoral dissertation). Indiana, PA: Indiana University of Pennsylvania.**
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press..**
- Hayes-Skelton, S. A., & Graham, J. R. (2013). Decentering as a common link among mindfulness, cognitive reappraisal, and social anxiety. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 41, 317-328.**
- Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, et al.(2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients’**

- experiences. *BMC Psychiatry*, 12, 12-185.
- Hossein ,G.K, Ne'mat ,M.R,& Niloofar ,M.(2012). "Comparison of Thought-Action Fusion in Peoples with Obsessive-Compulsive Disorder and Major Depression", *International Journal of Applied Psychology*, 2(5). pp. 77-82.
- Huxter ,J. R , Zinyuk, L.E , Roloff, E.L, Clarke, V.J, Dolman ,N.P, More,J.C.A, Jane, D.E, Collingridge,G.L, Muller,R.U.(2007).,Inhibition of kainate receptors reduces the frequency of hippocampal theta oscillations, *The Journal of Neuroscience*, 27(9):2212–2223.
- Kabat-Zinn J (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delacorte.
- Kavand,H, Ghahari,S.(2020).The Efficacy of Cognitive Therapy (CT) on Beliefs in Obsessive Compulsive Disorder, *J Clin & Commun Med*,1(5),116-119.
- Keye, M. D., & Pidgeon, A. M. (2013). An investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efcacy. *Open Journal of Social Sciences*, 1(6), 1–4.
- Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46.
- Kulz AK, Rose N. (2014).Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder—An adaptation of the original program. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* ,64, 35-40.
- Lee, H.-J., & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41,11-29.
- Lee, H.J. & Telch, M.J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with OCD symptoms and schizotypal personality features. *Journal of*

- Anxiety Disorders, 19, 793-805.**
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. Cognitive Therapy and Research, 44, 120-135.**
- Madani, N.A, Kananifar, N Atashpour, S.H, & Habil, M.H. (2013). The Effects of Mindfulness Group Training on the Rate of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms on the Women in Isfahan City (Iran). International Medical Journal 1(20), 13 – 17.**
- Mark, W. & Danny, P. (2011). Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world, International Edition, Hachette Audio, UK.**
- Mathur, S, Sharma, M, Balachander, S, Kandavel, T, Reddy, YJ. (2021). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy vs stress management training for obsessive-compulsive disorder. Journal of Affective Disorders, 282, 58–68.**
- Meyer J.F., Brown T.A. (2012). Psychometric evaluation of the thought-action fusion scale in a large clinical sample. Assessment. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar.]**
- Mohammadnejadi, E, Arshadi, F.K, & Hasani, F. (2021). Comparison of the effectiveness of exposure and response prevention (ERP) with mindfulness-based cognitive-behavioral therapy (MBCBT) on obsessive-compulsive syndrome and depression in women with obsessive-compulsive disorder, Journal of Psychological Science, 20(108), 2269-2283.**
- Nikander D. (2015). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Mindfulness Practice in Children and Adolescents: A Comprehensive Review of Evidence-Based Research, California State University, Northern California Consortium.**
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 35, 667– 681.**
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial**

- validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of Intrusions Inventory. Behaviour Research and Therapy, 39, 987–1006.**
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and interpretation of Intrusions Inventory: Part 1. Behaviour Research and Therapy, 41, 863–878.**
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory: Part 2, factor analyses and testing of a brief version. Behaviour Research and Therapy, 43, 1527–1543.**
- O’Leary, E.M. (2007). Cognitive appraisal model of obsessive compulsive disorder (OCD): Recent advances. New Zealand Clinical Psychologist , 17(2), 2-8.**
- 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;23:65–71.**
- Purdon, C. & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. Behaviour Research and Therapy, 31, 713-720.**
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. Behavior Research and Therapy, 35, 793-802.**
- Rady,A, Salama,H, Abu-Nazel,M, Ketat,A.(2013). Obsessive compulsive phenomenology in a sample of Egyptian adolescent population. European Journal of Psychiatry ,27(2):89-96.**
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1), 54–68.**

- Salkovskis, P. M. (1983) Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311–313. CrossRefGoogle ScholarPubMed .
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 347–372.
- Schwartz, M. (2016). Ethical Decision-Making Theory: An Integrated Approach. *Journal of Business Ethics*, 139(4), 755–776.
- Segal Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY: Guilford Press.
- Selchen, S., Hawley, L. L., Regev, R., Richter, P., & Rector, N. A. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for OCD: Stand-Alone and Post-CBT Augmentation Approaches. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11, 58–79.
- Solem S, Thunes SS, Hjemdal O, et al. (2015) A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC Psychology*, 3(1), 24.
- Simpson, H. B., Slifstein, M., Bender, J., Xu, X., Hackett, E., Maher, M. J., & Abi-Dargham, A. (2011). Serotonin 2A receptors in obsessive-compulsive disorder: A positron emission tomography study with [11C]MDL100907. *Biological Psychiatry*, 70 (9), 897–904.
- Starcevic, V., & Janca, A. (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders: Still in search of the concept-affirming boundaries. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 55–60.
- Strauss C, Rosten C, Hayward M, et al. (2015) . Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 16: 167.
- Sugiura T., Sugiura Y. (2015). Common factors of meditation, focusing, and cognitive behavioral therapy: Longitudinal relation of self-report measures to worry, depressive, and obsessive-compulsive symptoms among nonclinical students. *Mindfulness*, 6, 610–623.
- Tenore, K., Basile, B., Mancini, F., & Luppino, O. I. (2018). An Integration of Schema and Cognitive Therapy in OCD Treatment: A Proposal

- for Theoretical Conceptualization and Rationale (Part II).
Psychology, 9, 2278-2295.
- Wahl, K., Huelle, J., Zurowski, B., & Kordon, A. (2012). Managing obsessive thoughts during brief exposure: an experimental study comparing mindfulness-based strategies and distraction in obsessive-compulsive disorder. Cognitive Therapy and Research, 37, 752–761. Issue: 1943-51.
- Wells, A & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. Behaviour Research and Therapy, 32, 871–878.
- Wilhelm, S, Berman, N.C, Keshaviah, A, Schwartz, R.A ,& Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas, Research and Therapy, 32, 871–878.
- Williams, A. D., & Grisham, J. R. (2013). Cognitive Bias Modification (CBM) of obsessive compulsive beliefs. BMC Psychiatry, 13, 256.
- Yousefi E, Azadeh M, Majlesi Z, Salehi A (2016). The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) intervention on mental and perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder in Isfahan Province. International Journal of Humanities and Cultural Studies. Special,
- ZERMATTEN, A. (2007). Une approche cognitive du trouble obsessionnel-compulsif : déficits mnésiques, déficits d'inhibition et impulsivité. Uni Geneva.