

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى  
عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب (اليمن)

Thought-action fusion and Belief in the difficulty of tolerating anxiety as

predictors of obsessive-compulsive disorder among a sample of visitors to  
mental health centers in the city of Ibb.

أ.م.د/ معاذ أحمد محمد مقران<sup>١</sup>

كلية التربية جامعة إب، اليمن Email: Moath1262005@gmail.com

ط.د/ مرسله عبده نعمان العواضي<sup>٢</sup>

كلية التربية - جامعة إب، اليمن Email : morsala220@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2024/07/01 تاريخ القبول: 2024/08/20 تاريخ النشر: 2024/09/20

Doi:10.21608/gfsc.2024.362559

مستخلص البحث:

هدفت الدراسة إلى معرفة القدرة التنبؤية لكلٍ من دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب، كما هدفت إلى التعرف على مستوى دمج الفكر، ومستوى الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، ومستوى أعراض الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة، وقد تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٥٠) مراجعاً من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب (٧) ذكور، (٤٣) أنثى، بينما تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٧٠) مراجعاً من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب (١٩) ذكراً، (٥١) أنثى، و استخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي، كما استخدم الباحثان مقياس دمج الفكر، ومقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، ومقياس أعراض الوسواس القهري (إعداد الباحثين)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من دمج الفكر، ومستوى مرتفع من الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، ومستوى مرتفع كذلك من أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة  
الكلمات المفتاحية: دمج الفكر، الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، اضطراب الوسواس القهري، مراجعي مراكز الصحة النفسية.

المؤلف المرسل : معاذ أحمد محمد مقران Email: Moath1262005@gmail.com

## Abstract:

The study aimed to determine the predictive ability of both the combination of Thought-action fusion and the belief in the difficulty of tolerating anxiety with symptoms of obsessive-compulsive disorder among a sample of visitors to mental health centers in the city of Ibb, It also aimed to identify the level Thought-action fusion, the level of belief in the difficulty of tolerating anxiety, and the level of obsessive-compulsive symptoms among members of the study sample. The exploratory sample consisted of (50) visitors from mental health centers in the city of Ibb (7) males, (43) females, while the basic study sample consisted of (70) visitors from mental health centers in the city of Ibb (19) males (51) female ,and the researchers used the descriptive correlational approach, They also used the thought-action fusion scale, the belief in the difficulty of tolerating anxiety, and the obsessive-compulsive symptoms scale (prepared by the researchers), The results of the study found that there was a high level of integration of thought, a high level of belief in the difficulty of tolerating anxiety, and a high level of symptoms of obsessive-compulsive disorder among the study sample. The results of the study also revealed the possibility of predicting the symptoms of obsessive-compulsive disorder through Thought-action fusion t and the belief that it is difficult to tolerate anxiety.

**Key Words:** Thought, action fusion. Belief in the difficulty of tolerating anxiety, Obsessive-compulsive disorder. Visitors to mental health centers.

## مقدمة:

يعد اضطراب الوسواس القهري أحد الاضطرابات النفسية الشائعة، ويصنف في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ضمن اضطرابات القلق، بينما تم وضعه في الدليل التشخيصي الخامس والسادس كاضطراب مستقل وتحت تسمية اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة، نظراً للأدلة المتزايدة على الاختلافات الجوهرية في ظواهر ومسببات اضطراب الوسواس القهري مقارنة باضطرابات القلق الأخرى.

ويعد اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات واسعة الانتشار، ويحتل مرتبة متقدمة بين الاضطرابات النفسية الأخرى، حيث يصنف في المرتبة الرابعة من

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

حيث الانتشار بين الاضطرابات النفسية، وتشير التقديرات إلى وجود أكثر من ١١٤ مليون شخص حول العالم يعاني من اضطراب الوسواس القهري (عرفة، ٢٠٢١: ١٥). ويعبر هذا المرض عن حالات سلوكية شاذة تستحوذ فيها على الفرد فكرة، أو خاطرة، أو صورة اندفاعية، وغالباً ما تكون سخيطة وتافهة ولكنها تفرض نفسها عليه، وتظل تعاوده وتراوده أو يلج عليه فعل غريب فيجد نفسه مندفعاً لتحقيقه وملزماً بتكراره، ويبدو الفرد في هذه الحالة عاجزاً تماماً عن التخلص من تلك الفكرة التي توسوس بها نفسه أو طردها أو الإقلاع عن ذلك الفعل المجبر إتيانه وتكراره رغم إدراكه لطبيعته الشاذة الغريبة، كما يصيبه توتر شديد وقلق حاد وخوف كلما نزعت نفسه إلى كبح أو مقاومة الأفكار، أو حيل بينه وبين الانسياق لها، ولا يشعر بالارتياح إلا بإزالتها ثم ما يلبث أن يهدأ حتى تراوده تلك الوسواس أو الطقوس الحركية من جديد، فيحاول مقاومتها ومجاملتها لكنه يفشل، فينصاع ويستسلم لها مرة ثانية وثالثة ورابعة فيدمنها مالم يتم علاجه مما يؤدي به إلى الإنهاك الشديد وسوء التوافق، وربما اضطرابات في بعض وظائفه العقلية (الأغا، ٢٠٠٩: ٤).

وغالباً ما يُنظر لاضطراب الوسواس القهري على أنه مرض صعب ومستعصي وغير قابل للشفاء، فمريض الوسواس القهري يرفض الاستمرار في الجلسات، وينسحب من العلاج بسبب معاناته من القلق الذي يصبح أمراً غير محتمل، وفي الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية إشارة إلى أن الأعراض تكون شديدة بدرجة كافية؛ لتحديث ألباً نفسياً واضحاً، كما أنها تستهلك الوقت، وتشوش على الفرد، وتعطل أداءه الوظيفي وأنشطته، وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين (أحمد، ٢٠١٠: ٤٢٥).

هذا وقد نال موضوع اضطراب الوسواس القهري مزيداً من الاهتمام والبحث من قبل علماء النفس في الآونة الأخيرة، وخلص عدد منهم مثل (سالكوفسكي وماثيو ووليز) إلى أن الأفكار الوسواسية ليست هي السبب في استمرار أعراض اضطراب الوسواس القهري، وإنما السبب في ذلك هو المعالجة السلبية لتلك الأفكار من خلال التشوهات المعرفية، والاستراتيجيات المستخدمة لتنظيم ومراقبة عمليات التفكير، والتي ترتبط بإعطاء أهمية للأفكار الوسواسية من خلال عملية تسمى دمج الفكر (Fraser, 2013)، وقد افترض سالكوفسكي وزملاؤه (١٩٨٥) أن أصل التفكير الوسواسي يكمن في أن الأفكار المقترحة غير المرغوبة أو غير المقبولة والتي ترد إلى ذهن

معظم الناس، يتم تقييمها تقييماً سلبياً من قبل مرضى الوسواس القهري، نتيجة وجود خلل لديهم في بعض الأبنية المعرفية (التشوهات المعرفية) تؤثر على تقييم الفرد لأفكاره المقتحمة، ويعني تقييم الأفكار المقتحمة " الطريقة التي يعطى من خلالها الفرد المعاني والدلالات لإقحاماته، فالفرق بين الاقتحام الطبيعي والاقتحام الوسواسي ليس في الحدث نفسه أو في المحتوى أو في العجز عن التحكم بها، وإنما يكمن في أسلوب تقييم الفرد لتلك الاقتحامات أو في تفسيرها، وهذا ما يحدد مدلول مرض الوسواس القهري، (Salvosk.,1985:576)، من ناحية أخرى فإن الاعتقاد بصعوبة تحمل أعراض القلق الناتجة من ترك الأفعال القهرية والتي ترافق غالبية مرضى الوسواس القهري تعمل على تطور واستمرار أعراض الوسواس القهري ، فمعظم المصابين بالوسواس القهري يخافون من أن قلقهم سيزداد إلى نقطة اللانهاية، أو أنهم سيعانون بصورة دائمة من حالة مزمنة من القلق، لذلك فأداء الطقوس أو الأفعال القهرية يجعل فعلياً الوسواس القهري أكثر سوءاً، فالطقوس قد تخفض القلق مؤقتاً، ولكنها تنتهي إلى تعزيز الرغبة في معادلة الوسواس عبر أداء المزيد منها.

وكانت العلاقة بين دمج الفكر واضطراب الوسواس القهري قد أثبتته عدد من الدراسات، ففي تجربتين قام بها ( شافران وثوردارسون وراشمان، ١٩٩٦) أن الأشخاص الذين يعانون من الوسواس، أي الأفراد الذين حصلوا على درجات (١١) أو أعلى في قائمة (مودزيلي) للوسواس القهري، وهي درجة مرتفعة، حصلوا على درجات أعلى في (TAF) أي في مقياس دمج الفكر مقارنة بعينة من الطلاب والمتطوعين المجتمعين، علاوة على ذلك، كشفت نتائج تحليل الارتباط أن درجات احتمال (TAF) كانت مرتبطة بشكل إيجابي مع شدة أعراض الوسواس القهري، وبالتالي هناك أسباب نظرية وتجريبية للاعتقاد بأن اندماج الأفكار والأفعال هو بناء مهم في الوسواس القهري وفي تطور أعراضه (Fraser,2013:15)، كما أكدت دراسة عرفة (٢٠١٤)، دراسة شخار (٢٠١٥)، ودراسة (Myers & et al.,2017)، ودراسة السيد (٢٠٢١) عن إمكانية التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال استراتيجية دمج الفكر.

من ناحية أخرى يعد الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق أو ما يطلق عليه أحياناً الحساسية من القلق موضوعاً حظي باهتمامٍ متزايدٍ في الدراسات المتعلقة باضطراب القلق والهلع والوسواس القهري، حيث تراكمت الأدلة على أن الاعتقاد بصعوبة تحمل

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

القلق يمثل عامل خطر في نمو اضطرابات القلق والهلع وكذلك اضطراب الوسواس القهري، كما قد تكون عاملاً منبئاً باضطرابات أخرى مثل الاكتئاب، واستخدام المواد الكحولية(محمد، ٢٠١٤: ١)، هذا وقد أكدت دراسة (poli & et al.,2017)، ودراسة ( Raine et al,2014 ) على دور استراتيجية الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق" في ظهور أعراض الوسواس القهري بالتركيز على أنواع مختلفة من الأعراض الوسواسية. يتضح من خلال ما تم استعراضه أن دمج الفكر، الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق من العوامل المهمة لاستمرار وتطور اضطرابات القلق عموماً واضطراب الوسواس القهري على وجه الخصوص، بل قد تكون أهم العوامل في استمراريتها، ومعرفة دورهما في استمرار أعراض اضطراب الوسواس القهري يساعد في تقديم التدخل الإرشادي والعلاجي المناسب للمصابين باضطراب الوسواس القهري، ومع قلة الدراسات العربية حول إمكانية التنبؤ باضطراب الوسواس القهري من خلال دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، فقد جاءت هذه الدراسة من أجل معرفة إمكانية التنبؤ باضطراب الوسواس القهري من خلال دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق.

مشكلة الدراسة:

إن معرفة الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات النفسية يمهّد الطريق للوقاية ومنها وعلاجها، ويعد التعرف على القدرة التنبؤية لكل من دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق حجر الزاوية في بناء البرامج الإرشادية والعلاجية للمصابين باضطراب الوسواس القهري، لذلك يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية:

- ما مستوى التشوه المعرفي المسمى دمج الفكر لدى عينة من الأفراد المشخصين باضطراب الوسواس القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.
- ما مستوى التشوه المعرفي المسمى الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق لدى عينة من الأفراد المشخصين باضطراب الوسواس القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.

- ما مستوى اضطراب الوسواس القهري القلق لدى عينة من الأفراد المشخصين باضطراب الوسواس القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.
- هل يسهم دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كل على حدة في ظهور أعراض الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.

#### أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على:

- مستوى التشوه المعرفي المسمى دمج الفكر لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.
- مستوى التشوه المعرفي المسمى الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.
- مستوى أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.
- مدى تنبؤ التشوهين المعرفيين دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.

#### فرضيات الدراسة:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس دمج الفكر والمتوسط الفرضي للمجتمع".
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق والمتوسط الفرضي للمجتمع".
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض الوسواس القهري والمتوسط الفرضي للمجتمع".

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

- يسهم دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كل على حدة بالتنبؤ  
بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة  
النفسية في مدينة إب.

#### أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة من أهمية الموضوع المراد دراسته وهو معرفة القدرة  
التنبؤية لكل من دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق في ظهور أعراض اضطراب  
الوسواس القهري، وعليه يمكن عرض أهمية الدراسة في الآتي:

- تتناول الدراسة اضطراب من أهم الاضطرابات النفسية وأعقدها وأكثرها تأثيراً  
على حياة الفرد ألا وهو اضطراب الوسواس القهري، الذي يعد من الأمراض  
النفسية التي أصبحت تهدد الكيان النفسي الداخلي وتشكل خطراً على توازن  
الفرد وتوافقته الاجتماعي وبالتالي تمثل الدراسة تحدياً علمياً قوياً.
- تعتبر هذه الدراسة مساهمة في إثراء التراث النظري العربي كون متغير دمج  
الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق من المواضيع الحديثة نسبياً في مجال  
تفسير اضطراب الوسواس القهري، وقلما توجد في التراث النظري العربي في  
حدود علم الباحثين
- الاسهام في تفسير الدور الذي يلعبه دمج الفكر، والاعتقاد بصعوبة تحمل  
القلق في تطور واستمرار اضطراب الوسواس القهري.
- سيوفر البحث أداة لقياس أعراض الوسواس القهري، وأداة لقياس دمج  
الفكر، وأداة لقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق لدى مرضى الوسواس  
القهري والذي بدوره سيستفيد منه القائمون على مراكز الصحة النفسية في  
قياس أعراض اضطراب الوسواس القهري، ودمج الفكر، والاعتقاد بصعوبة  
تحمل القلق الأكثر تأثيراً على حياة الفرد المصاب باضطراب الوسواس القهري.
- إن معرفة الأسباب المساهمة في تطور وزيادة أعراض اضطراب الوسواس  
القهري يمهّد الطريق لوضع البرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على تعديل  
التشوهات المعرفية أو الاستراتيجيات غير التوافقية التي يستخدمها المصاب

بالوسواس القهري في التعامل مع الوسواس، وبالتالي خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري.

#### حدود الدراسة:

تحدد الدراسة بموضوعها وهو دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب.

#### مصطلحات الدراسة

#### ❖ دمج الفكر

- يُعرف دمج الفكر بأنه " اعتقاد مريض الوسواس القهري بأن التفكير بأمر سيء هو مثل التصرف بشكل سيء، أو أن التفكير في أمر ما يزيد من احتمال حدوثه في الواقع، فعندما تراود مرضى الوسواس القهري فكرة يتوقعون أنها حدثت أو ستحدث في الواقع، ما دامت قد طرأت على أذهانهم، ولذلك قد يقومون بالطقوس القهرية لمنع حدوثها(Myers & Bron,2012:2)

- بينما يعرف الخولي(٢٠١٥: ١٧) دمج الفكر بأنه: " اعتقاد الفرد في امتلاكه لأفكار معينة سيعجز عن مقاومتها أو التحكم فيها، وسوف تقوده إلى القيام بأفعال أو سلوكيات رغماً عنه، وتعتبر هذه المعتقدات بمثابة بنية معرفية تشير إلى الميل أو النزعة إلى افتراض وجود علاقة سببية غير صحيحة ما بين أفكار الفرد الخاصة وواقعه، وتسهم هذه الأفكار والمعتقدات في تنمية وتطوير الأفكار المتطفلة أو الاقتحامية".

- ويُعرف دمج الفكر اجرائياً" بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس دمج الفكر المستخدم في الدراسة.

#### ❖ الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

- يُعرف الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق بأنه " ميل الفرد إلى إساءة فهم الأحاسيس الجسدية(زيادة ضربات القلب، العرق، توتر العضلات، صعوبة

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

التركيز، الصداع..) والاعتقاد بأن تلك الأحاسيس قد تؤدي إلى عواقب  
اجتماعية، ومعرفية ونفسية خطيرة(محمد، ٢٠١٤: ٥).

– بينما يُعرفه (Steven,2019: 56) بأنه: " تشوه معرفي يظهر من خلال  
اعتقاد الشخص المصاب بالوسواس القهري أن الأحاسيس الجسدية للقلق  
مزعجة للغاية ولا يمكن تحملها، حتى ولو قليلاً. وقد يعتقدون أن أشياء مثل  
التغيرات في التنفس وزيادة معدل ضربات القلب والتوتر الجسدي، وكلها جوانب  
جسدية للقلق الطبيعي، من المحتمل أن تكون ضارة لهم وبالتالي يجب تجنبها بأي  
ثمناً".

– ويعرف الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق اجرائياً بـ" الدرجة التي يحصل عليها  
المفحوص في مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق المستخدم في الدراسة.

#### ❖ الوسواس القهري

– تُعرف منظمة الصحة العالمية (ICD-10) الوسواس القهري  
والمسمى اختصاراً (OCD) بأنه " أفكار أو صور أو اندفاعات تطراً  
على ذهن الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر ونمطي وتكون مثيرة  
للإزعاج " لأنها عنيفة أو خارجة عن اللائق أو لأنها عديمة المغزى"،  
ويحاول المريض عادة أن يقاومها ولكن دون نجاح، ومع ذلك فإنها تعتبر  
أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وكريهة (منظمة الصحة العالمية،  
٢٠٠٠: ١٥٢)، أما الأفعال القهرية فهي " سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو  
الأخرى ولا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد  
ذاتها، لكن المريض يرى فيها وقاية من حدوث حدث ما، لا يتحمل وقوعه  
موضوعياً، وقد يدرك المريض أن سلوكه لا معنى ولا تفسير له ويبذل  
محاولات عديدة لمقاومتها، لكن هذه المقاومة تكون ضئيلة جداً في الحالات  
المستمرة لفترات طويلة، كما يوجد قلق أو مشاعر مزعجة من التوتر

النفسي الداخلي بدون اتياج لا إرادي واضح ((منظمة الصحة العالمية،  
٢٠٠٠:١٥٢).

❖ وتُعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM- V I) بأنه " أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها مقتحمة ومتطفلة وغير مرغوب فيها، وتسبب عند معظم الأفراد قلقًا، ويحاول الشخص تجاهلها أو قمعها أو تحييدها بفكرة أو فعل قهري (D.S.M V1,2013, P.422).

❖ ويعرف الباحثان الوسواس القهري بأنه " اضطراب نفسي يظهر على شكل انزعاج الفرد وخوفه من الأفكار غير المرغوبة التي تقتحم ذهنه، والتي عادةً ما تكون ملحة ومتكررة، وقد ترتبط بتخويف الفرد، أو تهديده، أو استفزازه، أو تشكيكه، وغالباً ما يرفض المريض هذه الأفكار تارة من خلال مقاومتها، وتارة أخرى بالقيام بأفعال قهرية متكررة يشعر أنه مدفوع لتنفيذها لخفض القلق الناتج من هذه الفكرة، أو لمنع حدثاً يخشى وقوعه".

#### ❖ مراجعي مراكز الصحة النفسية:

هم المرضى الذين يترددون على مراكز الصحة النفسية في مدينة إب(اليمن) طلباً للعلاج وتم تشخيصهم على أنهم مصابون باضطراب الوسواس القهري(OCD).

#### إطار نظري

#### أولاً: دمج الفكر / Thought-action fusion

عادة لا نراقب أفكارنا ومعتقداتنا كأحداث داخلية في العقل، حيث ندمج تلك المعتقدات مع الواقع المعاش، فغالباً ما يتم معايشة أفكارنا وآرائنا ومعتقداتنا بشكل مباشر كمعرفتنا الواقعية، بنفس الأسلوب الذي يعايش فيه الشخص رنة الساعة، أو مشهد سقوط الثلج على أسطح المنازل، ولكن على الجانب الآخر يمكن معايشة المعرفة بطرق مختلفة كفكرة أو شعور وليس في إطار العالم الفعلي، وعادة ما نشغل في رؤية أفكارنا كتمثيلات أو كيانات داخلية مستقلة عن الذات أو العالم

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

المعاش، ولقد تم اصطلاح هذا النمط الاعتيادي من المعيشة بالصيغة الموضوعية  
والتي لا يتم فيها التمييز بين الأفكار والمعتقدات عن الخبرات المباشرة للذات والعالم  
المحيط بمصطلح دمج الفكر (wells,2009:7).

ويعتبر مفهوم دمج الفكر من المفاهيم الحديثة نسبياً، إلا أن الأطباء النفسيون  
قد درسوا خصائص هذا المفهوم منذ وقت طويل لدى عينات من المرضى الذين  
كانوا يزورون العيادات النفسية، والذين كانوا يعتقدون بأنهم يؤذون الأفراد المقربين  
منهم من خلال أفكارهم، وقد صف بلويلر (Bluler) المرضى الذين ينتابهم شعور  
بالخوف بشكل متكرر بهذا الوصف، و أطلق على هذه الحالة قوة الفكر، وقد  
استعمل علماء الأثنروبولوجيا والمحللون النفسيون مفاهيم مشابهة لمفهوم السحر،  
أو التفكير الغامض أو غير المنطقي في محاولة منهم لتفسير أو معرفة مفهوم دمج  
الفكر، إذ ارتبط مفهوم معتقدات دمج الفكر مع مفهوم التفكير السحري (زيبيري  
ومي، ٢٠٢٠:١٢٤).

ويعرف دمج الفكر بالفعل أنه " معنى افتراضي بأن التفكير في الحدث السلبي  
يزيد من احتمال حدوثه في الواقع، فالمرضى هنا يساوي الأفكار بالأفعال الواقعية  
الحقيقية (اليوسف، ٢٠١٤:٣٣٣).

ويعتبر الدمج بين الفكر والفعل بمثابة بنية معرفية وجدت في الفترة الأخيرة  
اهتماماً في الأدبيات والكتابات التي تناولت اضطراب الوسواس القهري، ويعد  
(راشمان، ١٩٩٣) أول من أشار إلى مصطلح دمج الفكر في المراجع الاكلينيكية،  
حيث لاحظ بأن المصابون بالوسواس القهري يرون بأن أفكارهم مجسدة في أفعال  
خارجية ويحملون أنفسهم المسؤولية عن إمكانية إصابة أنفسهم أو شخص ما جراء  
أفكارهم تلك (Myers & Brown,2012:2).

ويعود أصل استعمال مصطلح دمج الفكر بمفهومه الحديث إلى  
نظريات (راشمان وسالكوفسكي، ١٩٩٣) في نموذجه الما وراء معرفي الذي توصل إليه  
من خلال الملاحظات السريرية المستمدة من المرضى الذين يعانون من التفكير  
الهوسي، إذ لوحظ أن الأفراد يقومون بتقييم أفكارهم السلبية وفقاً لمعتقداتهم  
الماورائية المعرفية مما يؤدي إلى تقييم سلبي أو خلق شعور بالتهديد، وبالتالي فإن  
هذا من شأنه أن يؤدي إلى إثارة مشاعر سلبية مثل الشعور بالغضب أو الذنب أو

الاكتئاب والحاجة إلى القيام بسلوكيات حيادية وغير ذلك (زيبيري ومكي، ٢٠٢٠: ١٢٤)، ومن ثم اعتمد (راشمان) وزملاؤه هذا المفهوم لأول مرة كمفهوم معتمد تم التحقق منه، و عملوا على تطوير مقياس لقياسه (TAF) وتكون هذا المقياس من صيغتين وهما اندماج الفكر الافتراضي والذي يشير إلى اعتقاد الفرد بأن أفكاره غير المقبولة لها الأهمية نفسها أو التأثير كما لو حصلت في الواقع، والصيغة الأخرى هي اندماج الفكر الحقيقي ويشير إلى اعتقاد الفرد بأن أفكاره يمكن أن تسبب أحداث معينة أو لها القدرة على ذلك، بمعنى آخر تزيد من احتمالية تحقق وقوع الأحداث (Boswell, et al., 2013:637).

وفي هذا الصدد يساعد هذا المفهوم في شرح استمرارية الوسواس القهري وربما مسبباته لسببين على الأقل:

أولاً:- إذا كان الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري يعتقدون أن التفكير في حدث غير مقبول أو مزعج يجعل هذا الحدث أكثر احتمالاً للحدوث في الواقع، فقد ينخرطون في طقوس لمنع العواقب السلبية.

ثانياً:- قد يعتقد هؤلاء الأفراد أن الأفكار الوسواسية والأفعال السلبية متكافئة أخلاقياً، وبالتالي يشعرون بالضيق بسبب وجود أفكار سلبية.

وفي تجربتين، قام بها ( شافران وثوردارسون وراشمان، ١٩٩٦) أن الأشخاص الذين يعانون من الوسواس، أي الأفراد الذين حصلوا على درجات (١١) أو أعلى في قائمة (مودزيلي) للوسواس القهري، وهي درجة مرتفعة، حصلوا على درجات أعلى في (TAF) أي في مقياس دمج الفكر مقارنة بعينة من الطلاب والمتطوعين المجتمعين، علاوة على ذلك، كشفت نتائج تحليل الارتباط أن درجات احتمال (TAF) كانت مرتبطة بشكل إيجابي مع شدة أعراض الوسواس القهري، وبالتالي، هناك أسباب نظرية وتجريبية للاعتقاد بأن اندماج الأفكار والأفعال، هو بناء مهم في الوسواس القهري، وفي تطور أعراضه (Fraser, 2013: 9).

### مكونات دمج الفكر بالفعل:

افتترضت النماذج المعرفية المفسرة لدمج الفكر أن دمج الفكر يتكون من مكونين أساسيين هما:

#### ١. الخلط بين التفكير واحتمال حدوث الفعل:

ويعني اعتقاد الفرد أن مجرد التفكير في شيء ما يزيد احتمال حدوثه في الواقع سواء كانت هذه الأفكار تتعلق بالشخص نفسه أو بالآخرين، ويرتبط هذا الاعتقاد بما يُعرف بالتفكير السحري والذي يشير إلى اعتقاد الفرد أن أفكاره وحدها كفيلة بأن تؤثر على الأحداث الواقعية (عرفه، ٢٠٢١: ٤٤).

#### ٢. الدمج الأخلاقي بين التفكير وتنفيذ الفعل:

أي الاعتقاد بأن التفكير في شيء سيء أو غير أخلاقي يكافئ من الناحية الأخلاقية القيام بهذا الشيء (عرفه، ٢٠٢١: ٤٤).

#### مجالات معتقد دمج الفكر:

ومن ناحية تقسيم دمج الفكر إلى مجالات قسمت مجالات دمج الفكر إلى مجالات تختلف باختلاف نوع الأفكار المتطفلة والتي تظهر في ذهن الفرد إلى ثلاث مجالات رئيسية هي:

#### ■ الدمج بين الفكر والحدث:

وهو الاعتقاد بأن امتلاك تفكير معين يعني أن حدثاً ما سيحدث أو أنه سوف يجعل الحدث يحدث، أو أن الحدث وقع من قبل بكل تأكيد.  
أو اعتقاد الفرد بأن :

- التفكير في حدث ما يعني أنه وقع بالفعل أو أنه في سبيل الوقوع.
- أفكاره تصبح حقيقية، إذا ما اعتقدت أن شيئاً ما سوف يتحقق.
- أن التفكير في أفكار سيئة يمكن أن يتسبب في حدوث أشياء سيئة
- أن التفكير في شيء على أنه ملوث يعني أنه ملوث.
- التفكير أن أحد أقاربه تعرض لحدث هذا يزيد من احتمالية تعرض قريبي لحدث. (الخولي، ٢٠١٥: ١٠٩):

### ■ الدمج بين الفكر والفعل:

- هو الاعتقاد بأن امتلاك معتقدات معينة سوف يقود إلى ارتكاب الأفعال غير المطلوبة بصورة لا يمكن التحكم فيها مثل:
- عندما تأتيني فكرة لإيذاء أبنائي فسوف أقوم بإيذائهم لا محالة.
  - عندما تأتيني فكرة عن إلحاق الضرر بنفسي فسوف ينتهي بي الحال بإلحاق الضرر بنفسي.
  - عندما تأتيني فكرة للقيام بفعل سخيف فسوف أقوم به لا محالة (مورتيز و هوستشلد، ٢٠١٦: ٤٦).

### ■ الدمج بين الفكر والموضوع:

- هو الاعتقاد بأن الأفكار، والمشاعر، والذكريات يمكن أن تنتقل إلى أشياء أو موضوعات على سبيل المثال:
- يمكن للأشياء أن تصبح ملوثة من خلال الذكريات أو الذاكرة.
  - أن تبدو الأشياء قديمة فهذا يعني أنها ملوثة بخبرات الآخرين ويمكن أن أتأثر بها (الخولي، ٢٠١٤: ١٠٩).

ومن خلال عرض المجالات يتضح أن دمج الفكر يشير إلى عدم فصل المصاب بالوسواس القهري المعارف عن الأحداث أو السلوكات، فهو يعتقد بأن توفر فكرة سلبية لديه هي مثلها مثل ارتكاب الفعل، وهنا يحمل المريض نفسه المسؤولية عن وقوع أي حدث له أو لشخص آخر نتيجة تفكيره السلبي، مما يؤدي به ذلك إلى القيام ببعض الطقوس لمنع وقوع الضرر، وهذا ما يفسر تكرار الأفعال القهرية لدى المصاب بالوسواس القهري (شخار، ٢٠١٥: ٢٤).

### الأثار النفسية السلبية لمعتقد دمج الفكر:

يترتب على الدمج بين الفكر والفعل آثار نفسية تسهم في زيادة المشكلات النفسية للمريض عموماً والوسواس القهري خصوصاً يمكن ذكر بعضها على النحو الآتي:

١. حكم المريض القاسي على نفسه بناءً على أفكاره المقتحمة بغض النظر عن الفعل الحقيقي.
٢. اعتقاد المريض الجازم بأنه شخص سيء وغير أخلاقي.
٣. شعور المريض باليأس من عدم القدرة على منع حدوث الأشياء السيئة.

٤. اعتقاد المريض بأن أفكاره يمكن أن تعبر عن أحداث واقعية.
٥. القلق والضيق المبالغ فيه كلما ظهرت هذه الأفكار.
٦. القيام ببعض الأفعال القهرية لاعتقاد المريض بأن هذه الأفعال يمكن أن تمنع حدوث شيء معين (Boswell, et al.,2013:637).

#### ثانياً: الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق / Belief in the difficulty of tolerating anxiety

يشير مصطلح حساسية القلق أو الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق إلى الخوف من السلوكيات أو الإحساسات المرتبطة بتجربة القلق، والتفسير الخاطئ لمثل هذه الإحساسات على أنها خطيرة، والخلط بين الأحاسيس الجسدية المرتبطة بالقلق، مثل الغثيان والخفقان، واعتبارها تجارب ضارة مما يزيد من القلق أو الخوف، على سبيل المثال يمكن للشخص الذي يعاني من حساسية القلق العالية أن يخشى من الرجفة كمرض عصبي قادم، أو يشتبه في أن الدوار هو نتيجة لورم في الدماغ، وعلى النقيض، فإن الشخص الذي يعاني من حساسية القلق المنخفضة من المرجح أن يحدد هذه الإحساسات على أنها غير ضارة ولا يعطي لها أي أهمية، وتختلف حساسية القلق (الخوف من الأحاسيس المرتبطة بالقلق) عن القلق الصحي الطبيعي، على الرغم من أنها مرتبطة به (سمة رئيسية لها هي زيادة الوعي بالأحاسيس الجسدية، والمعروفة باسم يقظة الجسم)، ويتميز مفهوم حساسية القلق عن "القلق كصفة عامة" بالتركيز على الأعراض والإحساسات الجسدية (الجسمانية)، بدلاً من التركيز على الاجتهاد العام ( <https://ar.wikipedia.org/wiki> )، وتعرف الحساسية للقلق أو صعوبة تحمل القلق بأنها "الخوف من المشاعر المتصلة بالقلق، والذي قد ينشأ من الاعتقاد بأن تلك الأحاسيس تحمل خطراً في حد ذاتها(محمد، ٢٠١٤: ٦)، كما تعرف بأنها " تشوه معرفي يظهر من خلال اعتقاد الشخص المصاب بالوسواس القهري (أو أي اضطراب قلق آخر) أن الأحاسيس الجسدية للقلق مزعجة للغاية ولا يمكن تحملها، حتى ولو قليلاً، وقد يعتقدون أن أشياء مثل التغيرات في التنفس وزيادة معدل ضربات القلب والتوتر الجسدي، وكلها جوانب جسدية للقلق الطبيعي، من المحتمل أن تكون ضارة لهم وبالتالي يجب تجنبها بأي ثمن(Taylor,2019: 56).

ولقد حظيت حساسية القلق باهتمام كبير في الأدبيات المتعلقة باضطرابات القلق والاضطرابات المرتبطة بالصددمات حيث يتم تصور حساسية القلق على أنها خوف من الأعراض المرتبطة بالقلق بسبب التوقعات الكارثية، ويعتقد أنها تساهم في تطور اضطرابات القلق والحفاظ عليها واضطراب ما بعد الصدمة ، حيث أظهرت العديد من الدراسات أهمية حساسية القلق لاضطراب ما بعد الصدمة وغيرها من اضطرابات القلق عبر مجموعة متنوعة من السكان(محمد، ٢٠١٤: ١)

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة والتعامل مع حالات اضطرابات القلق سواءً كانت إكلينيكية أو غير إكلينيكية أن الحساسية للقلق بناءً متعدد الأبعاد يشتمل على ثلاثة أبعاد منفصلة تعكس المخاوف من المجالات الجسدية والمعرفية والاجتماعية للقلق، على سبيل المثال، فإن المخاوف الجسدية التي تعكس في المقام الأول الخوف من الكوارث الجسدية مثل النوبات القلبية، ترتبط بقوة بالذعر، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الوسواس القهري، فضلاً عن ذلك فإن المخاوف الاجتماعية التي تعكس العواقب الاجتماعية السلبية المرتبطة بالقلق (على سبيل المثال، "أنا قلق من أن الآخرين سوف يلاحظون قلقي") ترتبط بشكل ثابت بالمخاوف من التقييم السلبي وأعراض القلق الاجتماعي، وأخيراً، فإن نطاق الاهتمامات المعرفية والذي يعكس المخاوف من خلل التحكم المعرفي (على سبيل المثال، "عندما يبدو أن أفكاري تتسارع، أشعر بالقلق من أنني قد أصاب بالجنون"، كثيراً ما يرتبط بالقلق المرضي عموماً و أعراض الوسواس القهري (72: Raines, et al, 2014).

وبالنسبة للوسواس القهري تحديداً فقد أثبتت الدراسات على نطاق واسع العلاقة بين أعراض الوسواس القهري والحساسية للقلق، بل إن الحساسية للقلق سمة مميزة للوسواس القهري، وقد أظهرت دراسة (Raines et al, 2014) أن المجالات الثلاثة للحساسية للقلق كانت مرتبطة بشكل مختلف بأبعاد أعراض الوسواس القهري على وجه التحديد، تنبأت المخاوف الجسدية بشكل كبير بالمخاوف من التلوث، والمسؤولية عن الضرر، والتماثل، كما تنبأت الاهتمامات الاجتماعية بشكل كبير بالأفكار الوسواسية غير المقبولة، و تنبأت المخاوف المعرفية بشكل كبير بالأفكار غير المقبولة والمسؤولية عن الضرر والتماثل، في حين أظهرت الدراسة ارتباط أعراض الوسواس القهري بقوة بالبعد الاجتماعي في مقياس الحساسية للقلق، وارتبطت أعراض

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

الوسواس بشكل معتدل مع الأبعاد الجسدية والمعرفية للحساسية للقلق، ويذكر  
(Raines et al,2014) أيضاً في دراسته نتائج لبعض الدراسات السابقة التي ربطت بين  
الحساسية للقلق وأعراض الوسواس القهري فيقول الباحثون أن الأبحاث السابقة  
أظهرت أنه بالمقارنة مع الأفراد الأصحاء، فإن مرضى الوسواس القهري يحصلون على  
مستويات أعلى من درجات الحساسية للقلق مقارنة بالأصحاء، وعند مقارنة مرضى  
الوسواس القهري بحالات القلق الأخرى مثل الذعر والقلق الاجتماعي، فإن مرضى  
الوسواس القهري يظهرون قلقاً مرتفعاً أيضاً، ومن هذه الدراسات  
(Taylor et al ، 2006) (Wheaton et al. ، 2012) (Raines et al,2014:74).

إن المصاب بالوسواس القهري يعتقد أن الخوف أو القلق الناتج من الوسواس  
القهري سوف يظهر أعراض جسدية مثل زيادة خفقان القلب والارتجاف وغيرها من  
الأعراض الجسدية والتي يظن أنها مؤشرات خطيرة جداً يمكن أن تقضي عليه مع أنها  
أعراض جسدية طبيعية يمكن أن ترافق القلق (130-132: poli et al,2017)،  
فالأحاسيس الجسدية الحميدة مثل خفقان القلب يعتبرها المصاب بالوسواس القهري  
مؤشر على نوبة قلبية، في حين أن أولئك الذين يعانون من انخفاض في الحساسية  
للقلق سوف يعتبرون هذه الأحاسيس مجرد أحاسيس غير مريحة  
(Raines et al,2014:74).

من جانب آخر فمعظم المصابين بالوسواس القهري يخافون من أن قلقهم سيزداد  
إلى نقطة اللانهاية، أو أنهم سيعانون بصورة دائمة من حالة مزمنة من القلق، لذلك  
فأداء الطقوس أو الأفعال القهرية يجعل فعلياً الوسواس القهري أكثر سوءاً، فالطقوس  
قد تخفض القلق مؤقتاً، ولكنها تنتهي إلى تعزيز الرغبة في معادلة الوسواس عبر أداء  
المزيد منها، لذلك فالعلاج المعرفي السلوكي يعلم الناس كيف يتحكمون في أعراضهم دون  
أداء الطقوس القهرية من خلال الوعي بأن الحساسية من القلق تزيد الأفكار  
الوسواسية والأفعال القهرية وأن تقبل أعراض القلق يقلل كثيراً من الوسواس القهري  
لأن الجسم البشري يمتلك قدرة رائعة على ما يسمى بـ "التأقلم أو التكيف" فسوف  
ينتهي القلق بالنهاية بدون فعل أي شيء، فقط بمرور الوقت وتقبل الأعراض وهذا ما  
يحدث حقيقية عند التدريب على التعرض للقلق، لكن مريض الوسواس القهري غير  
مدرك هذه الحقيقية، فيقوم بأداء الطقوس فقط من أجل خفض القلق، وبالتالي

يتضح أن استمرار مريض الوسواس القهري في أداء الطقوس القهرية مرتبطاً بخوفه من الأحاسيس المزعجة والتي يشعر بها في حال عدم قيامه بالطقوس القهرية (محسن، ٢٠١٦: ١٤، ١٥).

وأما عن التنظير النفسي لهذا التشوه المعرفي فقد بدأ في عام (١٩٨٤)، عندما كتب (ستيفن رايس) العناصر الستة عشر على الاستبيان القصير الذي أطلق عليه اسم "مقياس حساسية القلق" وحصل على حقوق النشر لهذا الاستبيان، وفي عام (١٩٨٦)، نشر (رايس وبيترسون وجورسكي وماكنالي) الاستبيان مع دليل الصدق الأولي، وحتى يوليو (٢٠١٣)، استخدم استبيان (ASI) استبيان الحساسية للقلق في أكثر من (١٦٠٠) دراسة بحثية، وكما توقع (رايس وماكنالي)، فإن النتيجة العالية في مقياس حساسية القلق تشير إلى أن الشخص عرضة بشكل كبير للإصابة بنوبات الهلع واضطراب ما بعد الصدمة والمخاوف العادية أو الرهاب، ومن خلال مساعدة الباحثين على تحديد الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة باضطراب الهلع وحالات القلق الأخرى، أوجد بناء حساسية القلق أو الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق فرصاً بحثية جديدة لدراسة الوقاية من الاضطرابات التي تؤثر على أكثر من خمسة ملايين أمريكي، ومن ثم نشر (ريتشارد ماكنالي) من جامعة هارفارد و(نورمان شميدت) من ولاية فلوريدا وعالم النفس (مايكل زفولينسكي) من جامعة هيوستن بحثاً أثبت صحة حساسية القلق، ومن ثم قام عالم النفس (رولف بيترسون) بجامعة جورج واشنطن و(ويندي سيلفرمان) من جامعة ييل، بتوسيع مفهوم حساسية القلق للأطفال، (https://ar.wikipedia.org/wiki) ، ونظرًا للأدلة المتزايدة على أن حساسية القلق لم تكن بنية أحادية البعد، كما تصورها (رايس) في الأصل طور (تايلور) وزملاؤه مؤشر حساسية القلق من أجل تقييم الأبعاد الأساسية لحساسية القلق:

- الخوف من الأعراض الجسدية.
- الخوف من الأعراض المعرفية.
- الخوف من الأعراض التي يمكن ملاحظتها علناً الأعراض الاجتماعية حيث يتنبأ كل بُعد بأنواع مختلفة من علم النفس المرضي (محمد، ٢٠١٤: ٨).

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

ويرى الباحثان أن الحساسية للقلق تعتبر عامل مهم لاستمرار وتطور اضطرابات  
القلق عموماً واضطراب الوسواس القهري على وجه الخصوص، بل قد يكون أهم  
العوامل في استمراريتها ، ويظهر الارتباط بين هذا التشوه المعرفي واستمرار أعراض  
الوسواس القهري، عندما يحاول مريض الوسواس القهري التوقف عن ممارسة بعض  
الأفعال القهرية فتظهر أعراض القلق سواءً (جسدية، نفسية، اجتماعية)، ونتيجة  
خوف الفرد من هذه الأعراض فإنه يقوم فوراً بعمل الفعل القهري حتى لا يشعر بهذه  
الأعراض، أو هذه الأحاسيس، وهكذا كلما توقف عن الفعل القهري ظهرت هذه  
الأحاسيس فيذهب المريض مسرعاً لإطفائها، ومع مرور الوقت وتكرار هذا السلوك يصبح  
من الصعب على الفرد تحمل أحاسيس القلق أو المشاعر المزعجة الناتجة من عدم  
ممارسة طقوسه أو أفعاله القهرية، فالرابطة أصبحت قوية بين هذه المشاعر والتوقف  
عن الوسواس.

### ثالثاً: اضطراب الوسواس القهري/ Obsessive-compulsive disorder

كثيراً ما نتساءل عن الأفكار أو المعتقدات أو الدفعات التطفلية الاقتحامية التي  
تفرض نفسها على الإنسان، والتي عادة ما تكون ذات طبيعة مزعجة، فيحاول الفرد  
أن يتجاهلها أو يغلفها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى، ولكنها تزيد في إلحاحها تلك  
هي الوسواس القهرية.

يعبر عن الوسواس القهري في اصطلاح اللغويين بـ "حديث النفس"، أي الكلام  
الذي يدور في باطن الإنسان، والقوة الوهمية ولكن القوية، والقادرة على أمر الإنسان  
ونهيها، ودفعة لارتكاب عمل ما، وإجباره على اجتناب أمر معين (القائمي، ١٩٩٦: ٨).

والوسواس هو حديث النفس، فيقال وسوست إليه نفسه وسوسة ووسواساً، كما  
في لسان العرب، قال تعالى " ولقد خلقنا الإنسان ونعلم ما توسوس به نفسه ونحن  
أقرب إليه من حبل الوريد" (ق: ١٦)

وورد في لسان العرب (١٩٩٠): "وسوس" الشيطان إليه، وله، وفي صدره:  
وسوسة، ووسواساً أي: حدثه بما لا نفع فيه ولا خير، ويقال: وسوست له نفسه،  
ووسوس أي: تكلم بكلام خفي مختلط لم يبينه، ووسوس: بمعنى اعترته الوسواس،  
ووسوس: أي همس، الوسواس وهو الشيطان، والوسوسة هي: حديث النفس (ابن  
منظور، ١٩٨٥، ، ٦٧٠)، والقهر في اللغة العربية من قهره قهراً: أي غلبه، ويقال:

أخذهم قهراً من غير رضاهم، وفعله قهراً بغير رضا، وأقهر الرجال صار أمره إلي القهر والقهرة بضم القاف، يقال: أخذت فلاناً قهراً أي اضطراراً (مجمع اللغة العربية، المعجم الوجيز، ١٩٩٨، ٢١٨). ويُعرف الوسواس القهري من الناحية النفسية بأنه "مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها، ويعاني المريض كثيراً منها لغرابتها وعدم فائدتها وتسببها في كثير من القلق والازعاج، وتُلج على خاطره عبارات معينة أو اسم معين يتكرر باستمرار (سالم، ٢٠٠٨: ١٦).

ويعرف (الخولي، ٢٠١٢: ٣٦) الوسواس والأفعال القهرية بـ"إلحاح فكرة أو مجموعة من الأفكار التافهة وغير الواقعية، وغير المرغوبة على ذهن المريض بصورة مستمرة ودورية، مما يسبب له مزيداً من القلق والضغط النفسي والشعور بالضيق، لاعتقاده بأهمية هذه الأفكار، وقدرتها على إحداث الضرر به وبالمحيطين من حوله، لذلك يحاول جاهداً مقاومتها والتخلص منها بهدف منع أو خفض القلق والضغط النفسي المصاحبين لها، ولكنه يفشل ولا يجد بداً إلا الانصياع لهذه الأفكار الملحة، والقيام ببعض الأفعال الحركية الظاهرة، أو العقلية المستترة، رغبة في الشعور بالراحة، وبعد قيامه بالفعل يبدأ قلقه مؤقتاً، ثم تعود السلسلة لهذه الأفكار والأفعال من جديد.

#### وبائيات الوسواس القهري:

يذكر باير (٢٠١٠) أن أعراض الوسواس القهري تظهر إلى حد ما خلال حياة الفرد بنسبة (٢:٣) بالمائة بين البالغين، لذلك فسبعة مليون ونصف إنسان في الولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الوسواس القهري في فترة ما خلال حياتهم، وإذا ما أضيفت المشاكل الأخرى المتعلقة بالوسواس القهري فقد يتضاعف هذا العدد (باير، ٢٠١٠: ٢٩)، وحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية فهو يعد رابع الاضطرابات النفسية انتشاراً، حيث وصلت الاحصائيات في الولايات المتحدة (٢٠١٧) إلى أنه يمثل ٣% من مجموع السكان في الولايات المتحدة، وهو ما يدل على ارتفاع نسبة انتشار الوسواس القهري بين الناس مقارنة بالتقديرات التي أجريت في الخمسينات والستينات من القرن الماضي حيث النسبة ٠.٥% (عليان، ٢٠١٩: ٦).

### أصناف وأشكال الوسواس القهري:

تظهر على مرضى الوسواس القهري مجموعة كبيرة من الأعراض، على خلاف المصابين بالاضطرابات النفسية العديدة الأخرى، فعلى سبيل المثال يتعرض مرضى اضطراب الهلع عادة للأعراض نفسها، تسرع ضربات القلب، الخوف من الجنون، الخوف من فقدان السيطرة، صعوبة في التنفس، الدوار، كما تظهر على مرضى الاكتئاب عادة أعراض مماثلة، تغيرات في الشهية والنوم، الحزن، الشعور بالذنب، البكاء، الأفكار الانتحارية، لكن الوسواس القهري قد تكون أعراض أحد المرضى مختلفة كلياً عن أعراض مريض آخر، وفي الحقيقة أعراض الوسواس القهري واضحة ومميزة بدرجة كافية للتصنيف ضمن فئات أو أشكال فرعية، وقد تكون لدى مريض الوسواس القهري عدة أعراض، لكن بشكل عام تصنف أعراض كل مريض ضمن فئة أو شكل فرعي (باير، ٢٠١٠: ٣٣)، وفيما يلي سوف يتم عرض هذه الأصناف على النحو الآتي:

### الوسواس الدينية:

الوسواس الدينية هي الوسواس المتعلقة بالأفكار أو المشاعر أو السلوكيات أو الشعائر أو المواضيع الدينية أيا كانت، ووصفها بالدينية لا يعني أنها تنشأ من الدين أو بسببه بل هي تتعلق به موضوعاً، وتعتبر الوسواس الدينية من أكثر أنواع الوسواس شيوعاً في مجتمعاتنا العربية (أبو هندي، ٢٠٠٣: ٤٥٠).

### وسواس النظافة والخوف من التلوث

تعد وسواس النظافة والخوف من التلوث من أشهر أنواع الوسواس، وتظهر بأشكال عديدة فقد تظهر على شكل خوف من الميكروبات والأوساخ والذي من أعراضه الظاهرية تجنب الالتماس مع الأشياء إلا بعد التأكد العميق من نظافتها (القائمي، ١٩٩٦: ٢٨).

### وسواس الترتيب والدقة والتماثل:

يظهر هذا الوسواس على شكل رغبة شديدة في وضع الأشياء في نظام صارم لا يتغير، ويهتم المريض بالتفاصيل الدقيقة، ولديه اهتمام زائد بالبيئة المحيطة من حيث شكلها ونظامها، واهتمام زائد بالمظهر الشخصي والهندام وبطريقة مرضية (سالم، ٢٠٠٨: ٢٩).

### وساوس التآكد والتحقق:

يظهر هذا الشكل من الوسواس في رغبة الشخص القهريه في المراجعة والتحقق والتآكد شكاً في صحة وإتقان الأعمال التي يقوم بها أو الكلام الذي ينطق به، ويظهر هذا الشك في سلوك المراجعة والتكرار، كما يظهر هذا النوع من الوسواس بأشكال عديدة أخرى مثل الشك في إغلاق الأبواب والنوافذ والأدراج مواقد الغاز، ومحابس الماء، والشك في أداء الأعمال بالشكل الصحيح أو الدقيق، الشك في فهم كلام المتحدث، أو في سوء فهم المستمع، الشك في رمي أشياء مهمة في القمامة، الشك في صحة أداء العبادات، الشك في الأعمال المتعلقة بالحلال والحرام، أو الشك بالصفات الأخلاقية مثل النفاق أو الشرك أو الرياء أي شكه بأنه قد يكون منافقاً أو مشركاً ونحو ذلك(عرفه، ٢٠٢١: ٢٢٤).

### وساوس العد والتكرار والمراجعة:

ويظهر هذا الشكل من الوسواس من خلال قيام الشخص بأعمال روتينية متكررة بدون أي هدف منطقي، وفي هذا النوع من الوسواس يشعر المريض بأنه مجبر على تكرار تصرفات أو أعمال بسيطة مثل دخول الغرفة، غسل جزء معين من الجسم، أو تسريح الشعر بعدد معين من المرات، وبالعدد الصحيح، قد يشعر المريض بأنه ستحل عليه مصيبة أو على أحد ممن يحبهم إذا لم يكمل عدد المرات المكررة المحددة(باير، ٢٠١٠: ٣٩).

### الوساوس الجنسية:

تظهر الوسواس الجنسية بصورة متعددة فقد تظهر كأفكار جنسية غير مرغوبة وغير مقبولة عن الشخص نفسه، أو تظهر كأفكار خوف من الاعتداء الجنسي على امرأة أو طفل، أو كخوف من ممارسة الشذوذ الجنسي، أو كصور جنسية غير مرغوبة(سالم، ٢٠٠٨: ٢٩).

### الوساوس العدوانية:

تظهر هذا الوسواس على شكل الخوف من إيذاء النفس على سبيل المثال أثناء تناول الطعام بالسكين والشوكة أو ملامسة أشياء حادة أو السير بجوار نوافذ زجاجية، أو الخوف من إيذاء الآخرين عن طريق وضع السم في طعامهم، أو إيذاء الأطفال مثل الخوف من ذبحهم أو رميهم من الشرفة أو دفع شخص ما من الدرج، أو

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

جرح مشاعر الآخرين مثلاً، أو الخوف من التلفظ بكلام جارح أما الآخرين (الغامدي،  
٢٠١٩: ١٠).

### وسواس الاكتناز والتخزين القهري:

يظهر هذا النوع من الوسواس على شكل الافراط في تكديس وتجميع  
المقتنيات، والصعوبة الكبيرة في اتخاذ القرار بشأن التخلص من الممتلكات الشخصية  
غير الضرورية، ويعود ذلك إلى الشعور المستمر بالحاجة لاستخدام هذه الأشياء فيما  
بعد، فقد يواجه الأشخاص المصابون بهذا النوع من الاضطراب ظروفأ صعبة نتيجة  
الحياة غير المنزلية غير المريحة نتيجة التكديس فهي غير مريحة ومليئة  
بالفوضى (<https://ar.wikipedia.org/wiki>)

### النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

حاولت نظريات علم النفس تفسير نشأة واستمرارية اضطراب الوسواس  
القهري، وأسهمت كل نظرية بتفسير هذا الاضطراب بطريقة أو بأخرى حسب مفاهيمها  
الخاصة، وفيما يلي عرض لبعض هذه النظريات بشكل موجز:

### نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت في المرحلة الشرجية من التطور  
النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات  
الحمام بين رغبة الطفل في التخلص من الفضلات تبعاً لإرادته، وطلب الوالدين  
للوصول إلى مستوى من النظافة، وعندما يكون التدريب مبكراً أو متأخراً جداً، عندها  
يدرك الطفل هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن هذا الصراع " ينجم عنه تثبيت  
شرجي " وهكذا ينتج الوسواس، وعندما يكبر الطفل يستعمل عدد من الحيل الدفاعية  
أهمها: الإبطال والعزل الانفعالي والتكوين العكسي، ويتحول الطفل إلى النظام  
واقضاء الكمال حتى إذا بلغ مرحلة الرشد تراه قد يستعيد أحكام والديه ويظل يتهم  
نفسه بأنه لم يسلك السلوك المناسب (عبد الخالق، ٢٠٠٢: ١١٦).

### النظرية السلوكية:

تفسر السلوكية الوسواس القهري بأنه أحد الاضطرابات النفسية التي تنشأ  
نتيجة التعلم، فالفرد قد يتعلم خلال خبرات الحياة التي يمر بها الألم والخوف والأذى  
والتي تجعله قلقاً ومتوتراً حول بعض الأمور المعينة والتي تكون حقاً مؤلمة، وهو قد

يتعلم أيضاً القيام بسلوك معين يؤدي لخفض ذلك القلق، وقد يصبح هذا السلوك بعد ذلك ثابتاً وقوياً ومتكرراً، ومن ثم ينشأ السلوك القهري الذي يخفض القلق، ويصبح هذا السلوك بعد ذلك ثابتاً قوياً ومتكرراً (سرحان، ٢٠٠٨: ٣٨)، ومن ثم ينشأ السلوك القهري الذي يخفض القلق ويصبح عادة لدى الفرد يؤديه مرات ومرات ليخفض من قلقه، وهناك كثير من الأدلة التي تشير على أن معظم الحالات المصابة بالوسواس القهري ينخفض لديها القلق والتوتر الناتج عن الوسواس عن طريق القيام بالفعل القهري، وهذه الوسواس عادة ما تكون داخلية المنشأ أي يسهم الفرد في إنشائها (Comer,1992).

### النظرية المعرفية:

وتفترض هذه النظرية أن مرضى الوسواس القهري حينما يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية تظهر لديهم أفكار غير عقلانية ترتبط بمشكلات محددة هي المصدر الأساسي للقلق، وتتضمن هذه الأفكار التقدير غير الواقعي للموقف والمبالغة المستمرة في الجوانب الخطرة له، ومن هذه الاعتقادات والأفكار " إن عدم منع الكارثة سيء بقدر التسبب في وقوعها وهو ما يضحخم الإحساس بالمسؤولية، ومن الأفضل أن تكون آمناً عن أن تكون أسفأً، هذه الأفكار وغيرها تمهد لاجتناب الفعل من اجتناب الخطر، وتعتبر هذه الأفكار وكذلك الاستعداد النفسي للفرد عوامل مهينة تتفاعل مع خصائص الموقف، ومن هنا فإن المواقف تثير أو تضخم الخوف لدى الشخص وتؤدي إلى زيادة تيقظه، وكلما قوي هذا الاتجاه يصبح من السهل تنشيط الأفكار المتصلة بالخطر وإثارها من خلال مواقف يصعب تجنبها، وبالتالي يواصل مريض الوسواس القهري فحص المنبهات الداخلية والخارجية ليبحث عن إشارات خطيرة، وعندما تحدث لمثل هذا الشخص فكرة اقتحاميه فإنه يخطئ في تفسير أو تقدير أهميتها من خلال اعتقاده أن الفكرة ما هي إلا إرهاب للسلوك، أي أنها تتنبأ بالسلوك، (Davison & Neal,1996: 153)

### النموذج ما وراء المعرفي:

يرى النموذج ما وراء المعرفي أن الوسواس ظاهرة طبيعية توجد لدى العاديين، والمرضى على حدٍ سواء، ولكن الفرق هنا لا يكمن في نوعية الوسواس أو حدتها، ولكن يكمن في طريقة تقييم الوسواس، فمرضى اضطراب الوسواس القهري لديهم

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

معتقدات حول هذه الأفكار الوسواسية تتعلق بالتقدير الزائد لقدرتها على إلحاق  
الخطر، والأذى بهم وبمن حولهم، كما يحملون أنفسهم مسؤولية وجود هذه الأفكار  
وتسلطها على أذهانهم، ومن ثم فهم يلجأون إلى استخدام طرق سلبية غير تكيفية  
رغبة في التخلص من هذه الأفكار (الخولي، ٢٠١٢: ١١١).

ويذكر (Wells,1998) أن ما يؤدي إلى استمرار اضطراب الوسواس القهري  
وتفاقم وزيادة الوسواس المتسلطة ليس الأفكار الوسواسية في حد ذاتها، وإنما السبب  
في ذلك ميل الأفراد الزائد إلى تركيز الانتباه على عمليات الفكر التي دائماً ما تؤدي إلى  
اكتشاف المزيد من الأفكار غير المرغوبة التي تزيد من قلقهم، بل قد تكون سبباً في  
انتاج أفكار متسلطة جديدة لم تكن في الحسبان، كما أن مرضى اضطراب الوسواس  
القهري يبالغون في تقدير أهمية هذه الأفكار، وقدرتها على تغيير الأحداث، وكذلك  
يبالغون في ترقب الخطر والكوارث التي قد تنتج عنها، كل ذلك يجعلهم يميلون إما إلى  
بذل المزيد من الجهد للتحكم في هذه الأفكار دون جدوى، ثم لا يجدون مفرّاً منها إلا  
الاستغراق في ممارسة الطقوس القهرية التي يتوقعون أنها ستجعلهم يعيشون في أمان،  
وستبطل مفعول تلك الأفكار المتطفلة (Wells,1998:907).

دراسات سابقة:

قام الباحثان بالاطلاع على الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع دمج  
الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئات بالوسواس القهري، ولم يجد الباحثان  
إلا ندرة من الدراسات ذات العلاقة المباشرة بموضوع البحث وعليه سيتم عرض  
الدراسات ذات العلاقة الجزئية بموضوع البحث على النحو الآتي:

دراسة (Lee,et al.,2005):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين اندماج الفكر والفعل الاحتمالي  
(TAF)، بالسمات الفصامية؛ وأعراض الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من  
(٩٦٦٩) طالباً جامعياً غير سريري بواقع (٦٥٩) طالباً و(٣٠٩) طلاب، مسجلين في فصول  
علم النفس التمهيدي بجامعة تكساس في أوستن، تراوحت أعمار المشاركين من (١٦) إلى  
(٤٧) عاماً، وكانوا متنوعين عرقياً. تكونت العينة من القوقاز (٦٢.١%)، وسكان جزر  
آسيا/المحيط الهادئ (١٧.٠%)، واللاتينيين (١٤.٠%)، والأمريكيين من أصل أفريقي  
(٣.٤%)، وآخرين (٣.٤%)، استخدم الباحثون مقياس (TAF)، وقائمة بالصفات

الفصامية، ومقياس أعراض الوسواس القهري، أظهرت نتائج الدراسة أن " دمج الفكر" خاصة التفكير السحري مرتبطاً بشكل كبير بالصفات الفصامية، حتى مع عزل تأثيرات أعراض الوسواس القهري والقلق العام والاكتئاب، وكذلك كان دمج الفكر بالفعل الاحتمالي مرتبطاً بأعراض الوسواس القهري بشكل كبير بعد التحكم في السمات الفصامية، لذلك فإن اندماج الفكر بالفعل له علاقة بأعراض الفصام والوسواس القهري.

#### دراسة (Raines et al.,2014):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الحساسية للقلق بأبعادها (الجسدية، والمعرفية، والاجتماعية) واضطراب الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من (٧٦) مريضاً خارجياً يتلقون خدمات نفسية في عيادة القلق والصحة السلوكية بجامعة ولاية فلوريدا (ABHC) هي عيادة خارجية تخدم في المقام الأول الأفراد من المجتمع المحلي، تتم إحالة الأفراد إلى مكان آخر فقط إذا كانوا يعانون من اضطرابات ذهانية و/أو اضطراب ثنائي القطب أو إذا كانوا يشكلون خطراً مباشراً على أنفسهم أو على الآخرين، وتهتم فقط بالأفراد الذين لديهم تشخيص أولي للوسواس القهري، كشفت نتائج الدراسة أن بُعد الخوف من الأعراض الجسدية كان مرتبطاً بشكل كبير بحدة أعراض الوسواس القهري، كما ارتبطت طقوس (الفحص، والطلب، الغسيل، والتحييد، والأفكار الوسواسية) بشكل تفاضلي مع أبعاد الحساسية للقلق (الجسدية، والمعرفية، والاجتماعية)، وهذا يشير إلى وجود علاقة فريدة ومهمة بين استمرار اضطراب الوسواس القهري والحساسية للقلق.

#### دراسة عرفة (٢٠١٤): مصر

هدفت الدراسة إلى اختبار القدرة التنبؤية للمخططات المختلة التي تفترض النماذج المعرفية اضطرابها بدور رئيس في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري وهي (تضخيم المسؤولية عن الأذى، والمبالغة بأهمية الأفكار المقتحمة، والمبالغة بضرورة التحكم بالأفكار المقتحمة، والمبالغة في تقدير التهديد، وعدم تحمل الأمور غير المؤكدة، النزعة للكمالية) على التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري في البيئة المصرية، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٣٧) مريضاً بالوسواس القهري (٢٣)، (١٤) أنثى بمتوسط عمري مقداره (٢٤،٦٢)،

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

وقد استخدمت الباحثة مقياس المخططات العقلية ومقياس أعراض الوسواس القهري (إعداد الباحثة)، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب دال بين الأداء على مقياس المخططات المعرفية المختلة، ومقياس أعراض الوسواس القهري، وأوضح تحليل الانحدار البسيط قدرة كل مخطط من المخططات المختلة كل على حدة، على التنبؤ بكل من الوسواس والأفعال القهرية، في حين استحوذ مخطط المبالغة في تقدير التهديد على الدور التنبؤي الدال بكل من الوسواس والأفعال القهرية باستخدام تحليل الانحدار المتعدد.

دراسة شخار(٢٠١٥): الجزائر

هدفت الدراسة إلى معرفة القدرة التنبؤية لكل من دمج الفكر والتحكم بالفكر بأعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح ورقلة، تكونت عينة الدراسة من (١٧٠) طالب وطالبة من طلبة الجامعة، تتراوح أعمارهم ما بين (١٩:٤٣) سنة بمتوسط عمري قدره (٢٣) سنة، لتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة مقياس دمج الفكر إعداد (ويلز وآخرون، ٢٠٠١) ترجمة الخولي(٢٠١٤)، ومقياس التحكم بالفكر إعداد (ويلز وديفيد، ١٩٩٤) ترجمة الخولي(٢٠١٤)، ومقياس أعراض الوسواس القهري إعداد عبد الخالق(١٩٩٢)، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين دمج الفكر والتحكم بالفكر وأعراض الوسواس القهري، كما أسفرت النتائج عن إمكانية التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال دمج الفكر والتحكم بالفكر.

دراسة(Myers,& et al.,2017): النرويج

هدفت الدراسة إلى معرفة دور المعتقدات ما وراء المعرفية حول الأفكار الوسواسية والطقوس القهرية، واختبار النموذج ما وراء المعرفي في اضطراب الوسواس القهري للتأكد من دوره في ظهور الأفكار الوسواسية واستمرار الطقوس القهرية، وبالتالي يتم اختبار الفرضيات المنبثقة من النموذج المعرفي لـ ويلز وآخرون(1997 Wells, & et al)، تم اختبار ثلاث معتقدات ما وراء معرفية وهي الاندماج، وإشارات التوقف، الحساسية للقلق "الاستمرار في أداء الطقوس للحصول على الراحة وتقليل القلق"، تكونت عينة الدراسة من (٢١٠) مريضاً يعاني من الوسواس القهري كتنشخيص أولي، وفقاً لتقييم الأطباء في عيادة الصحة العقلية في

إحدى المدن الكبرى في النرويج، تم إحالتهم إلى عيادة متخصصة في علاج الوسواس القهري وهو جزء من نظام الصحة العامة في النرويج، استخدم الباحثون مقياس ييل براون للوسواس القهري ومقياسين مختلفين لأعراض الوسواس القهري، ومقياس معتقدات ما وراء المعرفة الثلاثة قيد الدراسة من (إعداد الباحثون)، أظهرت نتائج الدراسة أن معتقد من معتقدات ما وراء المعرفة ارتبط بشكل كبير وإيجابي بالمقياسين المختلفين لأعراض الوسواس القهري، وبالتالي توفر النتائج مزيداً من الدعم لدور مجالات معتقدات ما وراء المعرفة الثلاثة في ظهور أعراض الوسواس القهري.

دراسة (poli & et al.,2017): إيطاليا

هدفت الدراسة إلى معرفة دور الحساسية للقلق "صعوبة تحمل القلق" في ظهور أعراض الوسواس القهري بالتركيز على أنواع مختلفة من الأعراض الوسواسية، تمت إحالة (٨٦) مريضاً بالوسواس القهري إلى مركز إيطالي خاص للعلاج النفسي للبالغين للتقييم والعلاج، خلال مرحلة التقييم الروتيني، تمت مقابلة المرضى من قبل أحد أعضاء فريق البحث (جميع علماء النفس الحاصلين على درجة الدكتوراه من ذوي الخبرة في تشخيص الاضطرابات النفسية) باستخدام الإصدارات الإيطالية من جدول مقابلة اضطرابات القلق الرابع (ADIS-IV؛ Brown، Di Nardo،) & بارلو، (١٩٩٤) ومقياس الوسواس القهري من ييل-براون-الطبعة الثانية (Y-BOCS-II)، ومقياس الاكتئاب، ومقياس المعتقدات الوسواسية، ومقاييس التقرير الذاتي لأبعاد الحساسية للقلق، أظهرت نتائج الدراسة ارتباط أعراض الوسواس القهري بقوة بالبعد الاجتماعي في مقياس الحساسية للقلق، وارتبطت أعراض الوسواس بشكل معتدل مع الأبعاد الجسدية والمعرفية للحساسية للقلق. يتضح من عرض الدراسات السابقة أن دمج الفكر، والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق يلعب دوراً مهماً في تنمية وتطوير أعراض الوسواس القهري.

منهجية الدراسة واجراءاتها:

منهج الدراسة:

استخدم الباحثان المنهج الوصفي التنبؤي كونه أنسب المناهج لتحقيق أهداف الدراسة.

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

#### عينة الدراسة:

تم اختيار عينة البحث بطريقة مقصودة من بعض مراكز الصحة النفسية في مدينة إب  
على النحو الآتي:

#### أ. العينة الاستطلاعية (عينة الصدق والثبات)

من أجل التحقق من الخصائص السيكومترية لمقاييس الدراسة، طبق  
الباحثان مقياس الدراسة (مقياس دمج الفكر، مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق،  
مقياس أعراض الوسواس القهري) على عينة مكونة من (٥٠) شخصاً مصاباً بالوسواس  
القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب. والجدول (١) يوضح ذلك:

جدول (١) يوضح أفراد عينة البحث الاستطلاعية

م	اسم المركز	ذكور	إناث	المجموع
١	مؤسسة ذاتي للاستشارات النفسية	٣	١٧	٢٠
٢	عيادة الطب النفسي مستشفى المنار	٣	١٢	١٥
٣	مركز الإرادة لطب المخ والأعصاب. قسم العلاج النفسي	١	٥	٦
	قسم العلاج النفسي مستشفى الأمين	٠	٤	٤
	اتحاد نساء اليمن	٠	٢	٢
	مركز الدعم النفسي	٠	٢	٢
	عيادة دكتورة أضواء للأمراض النفسية	٠	١	١
	المجموع	٧	٤٣	٥٠

#### ب. العينة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (٧٠) شخصاً مصاباً بالوسواس القهري من  
مراكز وعيادات نفسية مختلفة في مدينة إب والجدول (٢) يوضح ذلك

جدول (٢) يوضح أفراد عينة البحث الأساسية

م	اسم المركز	ذكور	إناث	المجموع
١	مؤسسة ذاتي للاستشارات النفسية	١٠	٢٥	٣٥
٢	عيادة الطب النفسي مستشفى المنار	٦	١٢	١٨
٣	مركز الإرادة لطب المخ والأعصاب. قسم العلاج النفسي	٣	٥	٨
٤	قسم العلاج النفسي مستشفى الأمين	٠	٤	٤
٥	اتحاد نساء اليمن	٠	٢	٢
٦	مركز الدعم النفسي	٠	٢	٢
٧	عيادة دكتورة أضواء للأمراض النفسية	٠	١	١
	المجموع	١٩	٥١	٧٠

أدوات الدراسة:

▪ مقياس دمج الفكر ومقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

أولاً: مرحلة البناء

❖ مقياس دمج الفكر:

لبناء مقياس دمج الفكر قام الباحثان بالاطلاع على الآتي:

- الأطر النظرية العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع دمج الفكر.
- المقاييس العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع دمج الفكر مثل مقياس (Wells, & et al, 2004)، الخولي (٢٠١٢)، الخولي (٢٠١٥)، عرفه (٢٠٢١).
- في ضوء الخطوتين السابقتين بنى الباحثان مقياساً لقياس دمج الفكر، وقد تكون المقياس من (عشر عبارات) ايجابية كلها باتجاه دمج الفكر.

❖ مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

- اطلاع الباحثان على الأطر النظرية العربية والأجنبية المتعلقة بموضوع الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق / الحساسية للقلق.
- اطلاع الباحثان على المقاييس العربية والأجنبية ذات العلاقة بموضوع الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق / الحساسية للقلق مثل (تايلور) للحساسية من أعراض القلق (٢٠٠٧)، ومقياس محمد (٢٠١٤).

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

- في ضوء الخطوتين السابقتين بنى الباحثان مقياساً لقياس الاعتقاد بصعوبة  
تحمل القلق/ الحساسية من القلق ، وقد تكون المقياس من(عشر عبارات)  
ايجابية كلها باتجاه الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق/ الحساسية للقلق.

ثانياً: الخصائص السيكومترية للمقياسين

تم استخراج هذا النوع من الصدق من خلال الآتي:

**صدق المحكمين:**

عرض الباحثان مقياس دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق في صورته  
الأولية على مجموعة من المحكمين في الإرشاد النفسي، وعلم النفس، والقياس والتقويم  
لأبداء آرائهم حول صلاحية عبارات المقياس، وقدرتها على قياس ما وضعت لقياسه، وقد  
اعتمد الباحثان على جميع العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر، فكان  
الملاحظ أن جميع عبارات المقياس تم الاتفاق عليها، هذا وقد تم تعديل صياغة بعض  
العبارات، وكذلك تعديل بدائل المقياس من ثلاث بدائل هي (دائماً، أحياناً، نادراً) إلى  
خمسة بدائل هي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً).

**صدق البناء بدلالة الاتساق الداخلي:**

استخرج الباحثان هذا النوع من الصدق من خلال حساب معاملات الارتباط بين  
درجة كل عبارة من عبارات مقياس دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق  
والدرجة الكلية للمقياسين والجدول (٣) يوضح ذلك:

جدول ( ٣ ) معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياسي دمج الفكر /

الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق والدرجة الكلية

ارتباطها بالدرجة الكلية	فقرات مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق	ارتباطها بالدرجة الكلية	فقرات مقياس دمج الفكر
0.771**	١١	0.782**	١
0.792**	١٢	0.60**	٢
0.904**	١٣	0.900**	٣
0.830**	١٤	0.829**	٤
0.829**	١٥	0.885**	٥
0.847**	١٦	0.807**	٦

ارتباطها بالدرجة الكلية	فقرات مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق	ارتباطها بالدرجة الكلية	فقرات مقياس دمج الفكر
0.867**	١٧	0.761**	٧
0.757**	١٨	0.776**	٨
0.736**	١٩	0.547**	٩
0.721**	٢٠	0.625**	١٠

يتضح أن جميع قيم معاملات الارتباط دالة إحصائياً بين عبارات المقياسين والدرجة الكلية للمقياسين.

• ثبات المقياسين:

استخرج الباحثان ثبات المقياسين بواسطة معامل ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية بواسطة معادلة سبيرمان بروان ومعادلة جثمان التصحيحية من خلال العينة الاستطلاعية والمكونة من (٥٠) شخصاً مصاباً بالسواس القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب والجدول (٤) يوضح ذلك:

جدول (٤) يوضح معاملات الارتباط بطريقتي معامل ألفا كرونباخ. وطريقة التجزئة النصفية لمقياسي دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

طريقة التجزئة النصفية	معامل ألفا كرونباخ	المقياس
0.945	0.933	دمج الفكر
0.890	0.940	الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

ثالثاً: طريقة التصحيح

على المستجيب أن يعبر عن أعراضه من خلال مقياس متدرج من خمس بدائل هي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، ويأخذ المستجيب خمس درجات إذا أجاب بـ (دائماً)، وأربع درجات إذا أجاب بـ (غالباً)، وثلاث درجات إذا أجاب بـ (أحياناً)، ودرجتين إذا أجاب (بنادراً)، ودرجة واحدة إذا أجاب بـ (أبداً)، وكلما ارتفعت الدرجات كان ذلك مؤشراً عالياً لوجود التشوه المعرفي دمج الفكر، أو الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، وقد تم تصنيف المقياسين على أربع مستويات هي: منخفض، متوسط، مرتفع، مرتفع جداً، على النحو الآتي:

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

### جدول(٥) مستويات التصحيح في مقياسي دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق

التصنيف	الدرجات في مقياسي دمج الفكر/ الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق
منخفض	٢٠ :١٠
متوسط	٣١ :٢١
مرتفع	٤٢ :٣٢
مرتفع جداً	٤٣ فأكثر

مقياس أعراض الوسواس القهري:

أولاً: بناء المقياس:

لبناء مقياس الوسواس القهري قام الباحثان بالخطوات الآتية:

❖ اطلاع الباحثان على:

- المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في النسخة المترجمة للعربية من الدليل التشخيصي والإحصائي التابع لجمعية علم النفس الأمريكية في نسخته الرابعة المعدلة وفي نسخته الخامسة DSM-5 / DSM-4.
- المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري في المراجعة العاشرة والحادية عشر للتصنيف الدولي للأمراض " تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية " التابع لمنظمة الصحة العالمية في نسخته العربية ICD-10 / 11 .
- المظاهر الإكلينيكية للمصابين باضطراب الوسواس القهري في الأدبيات والدراسات ذات العلاقة باضطراب الوسواس القهري.
- المقاييس العربية والاجنبية لاضطراب الوسواس القهري مثل قائمة لايتون للوسواس القهري. المقياس العربي للوسواس القهري إعداد عبد الخالق (١٩٩٢)، قائمة المودزلي (٢٠٠٠) للوسواس القهري، مقياس عكاشة وآخرون (٢٠٠١)، مقياس أبوهندي ومؤمن (٢٠٠٦). مقياس الخولي (٢٠١٢)، مقياس أخرس (٢٠١٧)، مقياس أبو ستيت (٢٠١٧)، ومقياس عرفة (٢٠٢١).

## ب. السؤال المفتوح:

قدم الباحثان سؤالاً مفتوحاً لبعض الأطباء والأخصائيين النفسيين العاملين في مراكز الصحة النفسية على النحو الآتي:  
من خلال خبرتك العملية ما هي أكثر الوسواس القهريّة انتشاراً بين المراجعين لعيادات ومراكز الصحة النفسية؟  
وكانت الاجابات بأن أغلب الوسواس هي وسواس الطهارة، وسواس النظافة، وسواس التأكد، وسواس العقيدة، وسواس عامة " اجترارات وسواسية"، وكذلك الوسواس العدوانية والجنسية، ووسواس الدقة والتنظيم.  
في ضوء الخطوات السابقة بنى الباحثان مقياساً لقياس أعراض الوسواس القهري للأسباب الآتية:

✓ أغلب المقاييس السابقة إما أنها تحتوي على عدد كبير من العبارات قد تصل لتسعين عبارة أو أكثر وهذا يقلل من قدرة المريض على الاستجابة لجميع عبارات المقياس، أو أن عدد فقرات المقياس قليل بحيث لا يغطي جميع أبعاد أعراض الوسواس القهري، وبدائل الإجابة في المقاييس القصيرة بديلين فقط إما نعم، وإما لا، مع وجود أعراض خفيفة لا تصل إلى مستوى الاضطراب قد يضطر المريض إما أن ينفي وجودها، أو يؤكد وجودها نتيجة وضعه بين خيارين فقط.

✓ يذكر أبو هندي (٢٠٠٦) أن أغلب المقاييس المترجمة للعربية مشبعة بالثقافة الغربية إلى حد كبير، كما أن بعض المقاييس مثل مقياس عبد الخالق (١٩٩٢) يجمع بين السمات الوسواسية والأعراض الوسواسية. ويشترك مع اختبار الشخصية المتعدد الأوجه بأن العينات لم تتضمن مرضى الوسواس القهري (أبو هندي. ٢٠٠٦: ٤٩٢).

✓ جميع المقاييس طبقت في بيئة غير البيئة المحلية، مع ملاحظة وجود مقياس محلي وهو مقياس الحميري (٢٠٠٥) إلا أن عينة كانت من المراهقين من طلبة المدارس، ومن هنا فهناك حاجة ماسة لبناء مقياس لقياس أعراض الوسواس

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

القهري متضمناً الأبعاد التي حددها الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض  
النفسية، ومنظمة الصحة العالمية، والأبعاد التي أسفرتها عنها الأطر النظرية  
والدراسات السابقة للوسواس القهري.

ثانياً: وصف المقياس:

يتكون المقياس بصورته الأولية من (٥٥) عبارة إيجابية كلها باتجاه أعراض  
الوسواس القهري، موزعة على سبعة أبعاد هي:  
الوسواس الدينية، وساوس النظافة والخوف من التلوث، وساوس العد والمراجعة  
والتكرار، وساوس الترتيب والدقة والتماثل، الوسواس الاندفاعية والعدوانية، وساوس  
الاكتناز والتخزين، والاجترارات الوسواسية.  
وبعد أن تم عرضه على مجموعة من المحكمين، واجراء الصدق والثبات أصبح بصورته  
النهائية يتكون من (٥٠) عبارة باتجاه أعراض الوسواس القهري.  
ثالثاً: الخصائص السيكومترية للمقياس

• صدق المقياس:

استخدم الباحثان طريقتان لاستخراج صدق المقياس على النحو الآتي:

- صدق المحكمين:

تم استخراج هذا النوع من الصدق عن طريق عرض المقياس على مجموعة من  
الخبراء من ذوي الاختصاص في علم النفس، والإرشاد النفسي، والقياس والتقويم ، وقد  
اعتمد الباحثان جميع العبارات التي حصلت على نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر، فكان من  
الملاحظ أن جميع عبارات المقياس قد تم الاتفاق عليها باستثناء عبارة واحدة هي  
العبارة (٢٥)، ورقمها (٦) في بعد وساوس العد والمراجعة والتكرار، مع تعديل بدائل  
المقياس من ثلاث بدائل إلى خمسة بدائل هي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)،

- تجربة الفهم اللفظي لعبارات المقياس:

بعد العمل بتعديلات المحكمين قام الباحثان بتطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٢)  
فرداً، منهم (٦) مشخصين باضطراب الوسواس القهري، و (٦) أسوياء، من أجل التأكد  
من وضوح عبارات المقياس وقد أوضحت العينة أن جميع عبارات المقياس واضحة  
ومفهومة.

- صدق البناء بدلالة الاتساق الداخلي :

قام الباحثان في هذا النوع من الصدق بحساب معاملات الارتباط بين كل عبارة والبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك بين كل عبارة من عبارات المقياس والدرجة الكلية للمقياس والجدول (٦) يوضح ذلك:

جدول (٦) معاملات الارتباط بمعاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس أعراض

الوسواس القهري بالبعد الذي تنتمي إليه وبالدرجة الكلية

م	ارتباطها بالبعد	ارتباطها بالدرجة الكلية	م	ارتباطها بالبعد	ارتباطها بالدرجة الكلية	م	ارتباطها بالبعد	ارتباطها بالدرجة الكلية
١	0.482**	0.302*	١٩	0.833**	0.543**	٣٧	0.769**	0.155 (غير دالة)
٢	0.567**	0.303*	٢٠	0.706**	0.733**	٣٨	0.542**	0.432*
٣	0.667**	0.417**	٢١	0.846**	0.586**	٣٩	0.655**	0.32*
٤	0.905**	0.623**	٢٢	0.825**	0.439**	٤٠	0.654**	0.318*
٥	0.895**	0.616**	٢٣	0.627**	0.507**	٤١	0.629**	0.418**
٦	0.835**	0.423**	٢٤	0.839**	0.603**	٤٢	0.711*	0.233*
٧	0.862**	0.571**	٢٥	0.644**	0.314*	٤٣	0.762**	0.084 (غير دالة)
٨	0.829**	0.537**	٢٦	0.860**	0.536**	٤٤	0.894**	0.161 (غير دالة)
٩	0.738**	0.394**	٢٧	0.878**	0.632**	٤٥	0.887**	0.563**
١٠	0.665**	0.436*	٢٨	0.840**	0.637**	٤٦	0.763**	0.263*
١١	0.919**	0.716**	٢٩	0.821**	0.624**	٤٧	0.766**	0.382*
١٢	0.918**	0.689**	٣٠	0.824**	0.662**	٤٨	0.709**	0.598**
١٣	0.928**	0.776**	٣١	0.847**	0.680**	٤٩	0.883**	0.665**
١٤	0.903**	0.772**	٣٢	0.739**	0.507**	٥٠	0.850**	0.633**
١٥	0.908**	0.711**	٣٣	0.756**	0.309*	٥١	0.768**	0.528**
١٦	0.883**	0.699**	٣٤	0.749**	0.096 (غير دالة)	٢٥	0.749**	0.534**
١٧	0.714**	0.709**	٣٥	0.860**	0.399*	٣٥	0.828**	0.607**
١٨	0.898**	0.686**	٣٦	0.625**	0.430*	٥٤	0.748**	0.483**

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

\*\* دالة عند (0.01).

\* دالة عند (0.05)

يتضح من الجدول السابق أن جميع العبارات دالة عند مستوى دلالة (0.01)،  
أو دالة عند (0.05) باستثناء العبارات (٣٤ ، ٣٧ ، ٤٣ ، ٤٤).

• ثبات المقياس:

يقصد بثبات المقياس هو درجة اتساق نتائج الأداة وانسجامها واستمراريتها عند  
تكرار استخدام المقياس وفي أوقات مختلفة، وقد استخرج الباحثان ثبات المقياس  
بواسطة معامل ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية بواسطة معادلة سبيرمان  
بروان ومعادلة جثمان التصحيحية من خلال العينة الاستطلاعية والمكونة من (٥٠)  
شخصاً مصاباً بالوسواس القهري من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب  
والجدول (٧) يوضح ذلك:

جدول (٧) يوضح معاملات الارتباط بطريقتي معامل ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية

لمقياس أعراض الوسواس القهري

الأبعاد معامل الثبات	الوسواس الدينية	وسواس النظافة	وسواس العد والمراجعة والتحقق	وسواس الترتيب والدقة	الوسواس الاندفاعية	الاكتناز والتخزين	الاجتراءات الوسواسية	الثبات الكلي للمقياس
معامل ألفا كرونباخ	0.848	0.963	0.841	0.923	0.878	0.871	0.903	0.927
طريقة التجزئة النصفية	0.741	0.904	0.856	0.818	0.796	0.759	0.839	0.871

يتضح من الجدول (٧) أن مقياس أعراض الوسواس القهري بأبعاده المختلفة

يتصف بمستوى مرتفع من الثبات.

رابعاً: طريقة تصحيح المقياس:

على المستجيب أن يعبر عن أعراضه من خلال مقياس متدرج من خمس بدائل  
هي (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، ويأخذ المستجيب خمس درجات إذا أجاب بـ

(دائماً)، وأربع درجات إذا أجاب بـ (غالباً)، وثلاث درجات إذا أجاب بـ (أحياناً)، ودرجتين إذا أجاب بـ (نادراً) ، ودرجة واحدة عندما يجيب بـ (أبداً)، وكلما ارتفعت الدرجات كان ذلك مؤشراً عالياً لظهور أعراض الوسواس القهري، وقد تم تصنيف فئات المقياس إلى أربع مستويات على النحو الآتي:

منخفض، متوسط، مرتفع، مرتفع جداً، على النحو الآتي:

#### جدول (٨) مستويات التصحيح في مقياس أعراض الوسواس القهري

التصنيف	الدرجات في مقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري
منخفض	١٠٠ : ٥٠
متوسط	١٥١ : ١٠٠
مرتفع	٢٠٢ : ١٥٢
مرتفع جداً	٢٠٣ فأكثر

خامساً: الصيغة النهائية للمقياسين:

بعد جميع الإجراءات السابقة تم حذف العبارات ذات الدلالة الضعيفة التي لا تقيس ما وضعت لقياسه، من خلال صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي وعددها خمس عبارات، أصبح المقياس في صيغته النهائية يتكون من (٥٠) عبارة، موزعة على سبعة أبعاد.

نتائج الدراسة: عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها:

عرض نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس دمج الفكر والمتوسط الفرضي للمجتمع"، ولاختبار صحة الفرضية قام الباحثان باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (one simple (t-test)، لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الفرضي للمقياس والمتوسط (الواقعي) لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس دمج الفكر، والجدول (٩) يوضح ذلك:

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

جدول (٩) نتائج الاختبار التائي (t-test) لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الواقعي  
والمتوسط الفرضي على مقياس دمج الفكر

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
دمج الفكر	70	37.557	14.734	30	2.697	0.00	توجد فروق لصالح المتوسط الواقعي

بالنظر إلى الجدول (٩) يتضح ما يأتي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين المتوسط الفرضي والمتوسط الواقعي لصالح المتوسط الواقعي حيث كان مستوى الدلالة أقل من (٠.٠٥)، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل البديلة، أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط إجابات أفراد عينة البحث على مقياس دمج الفكر والمتوسط الفرضي للمجتمع، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى ضعف قدرة أفراد عينة البحث على الفصل بين الأفكار الوسواسية التي تقتحم أذهانهم، وبين الواقع الحقيقي، فالفرد منهم حينما تراوده فكرة وسواسية فإنه يخاف من حدوثها في الواقع، لذلك يقوم بفعل يوازن هذا الحدث، فإما أن يقوم بتنفيذ ما تقوله الفكرة، أو يظل في قلق من احتمال ظهورها فعلاً في واقعه المعاش، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Lee,etal.,2005)، دراسة عرفة (٢٠١٤)، دراسة شخار (٢٠١٥) والتي أظهرت نتائجها وجود دمج الفكر لدى مرضى الوسواس القهري في عينات دراساتهم.

عرض نتائج الفرض الثاني ومناقشتها :

ينص الفرض الثاني على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق والمتوسط الفرضي للمجتمع، ولاختبار صحة الفرضية قام الباحثان باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (one simple(t-test)، لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الفرضي للمقياس والمتوسط (الواقعي) لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، والجدول (١٠) يوضح ذلك:

جدول (١٠) نتائج الاختبار التائي (t-test) لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الواقعي والمتوسط الفرضي على مقياس دمج الفكر

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق	70	41.342	9.021	30	3.297	0.00	توجد فروق لصالح المتوسط الواقعي

بالنظر إلى الجدول (١٠) يتضح الآتي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين المتوسط الفرضي والمتوسط الواقعي لصالح المتوسط الواقعي حيث كان مستوى الدلالة أقل من (٠.٠٥)، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل البديلة، أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن استمرار أعراض اضطراب الوسواس القهري قد يكون مرتبطاً بالخوف من أعراض القلق التي تصاحب الوسواس القهري، وهذا ما ذكره كلٌّ من (poli et a.l,2017: 130-132)، و (Raines et al,2014:74) إن المصاب بالوسواس القهري يعتقد أن الخوف أو القلق الناتج من الوسواس القهري سوف يظهر أعراض جسدية مثل زيادة خفقان القلب والارتجاف وغيرها من الأعراض الجسدية والتي يظن أنها مؤشرات خطيرة جداً يمكن أن تقضي عليه، مع أنها أعراض جسدية طبيعية يمكن أن ترافق القلق، فالأحاسيس الجسدية الحميدة مثل خفقان القلب يعتبرها المصاب بالوسواس القهري مؤشر على نوبة قلبية، في حين أن أولئك الذين يعانون من انخفاض في الحساسية للقلق سوف يعتبرون هذه الأحاسيس مجرد أحاسيس غير مريحة، وللأسف فإن مريض الوسواس القهري يعتقد خطأً أن هذه الأحاسيس من الصعب بل من المستحيل تحملها لذلك يقوم بموازنة هذه الأعراض بالأفعال القهرية، والذي يزداد تكرارها تدريجياً بمجرد شعوره بالقلق.

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

عرض نتائج الفرض الثالث ومناقشتها:

ينص الفرض الثالث على أنه: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض الوسواس القهري والمتوسط الفرضي للمجتمع، ولاختبار صحة الفرضية قام الباحثان باستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة (one simple (t-test)، لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الفرضي للمقياس والمتوسط (الواقعي) لإجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض الوسواس القهري والجدول (١١) يوضح ذلك:

جدول (١١) نتائج الاختبار التائي (t-test) لاختبار دلالة الفروق بين المتوسط الواقعي والمتوسط الفرضي على مقياس أعراض الوسواس القهري

المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	قيمة ت المحسوبة	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
أعراض الوسواس القهري	70	170.514	22.19	150	7.82	.000	توجد فروق لصالح المتوسط الواقعي

بالنظر إلى الجدول (١١) يتضح الآتي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين المتوسط الفرضي والمتوسط الواقعي لصالح المتوسط الواقعي حيث كان مستوى الدلالة أقل من (0.05)، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل البديلة، أي أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسط إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس أعراض الوسواس القهري، ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أنه وفي ظل الحياة المعاصرة المليئة بالمتغيرات والتحديات والضغوطات والأوبئة كل ذلك يتطلب من الفرد التفكير السريع وتوليد أفكار متجددة ومتنوعة لمواكبة هذه المتغيرات والتحديات ومواجهة كل ما يعترض الفرد من أحداث ومواقف، ومشكلات، وأثناء عملية التفكير السريع قد تقتحم ذهن الفرد أفكار معينة وتفرض نفسها عليه، وقد تكون هذه الأفكار عابرة وغير مهمة، فإذا كانت لدى الفرد اختلالات أو تشوهات معينة في عملية التفكير فلن تكون هذه الأفكار عابرة بل ستكون دائمة ومهمة، وقد تصبح شغله الشاغل، ويمكن أن تكون هذه الاختلالات أو التشوهات قد كونت منذ الطفولة أو عبر مراحل

حياة الفرد، أو أثناء تعرضه لحوادث معينة تتناسب مع ما لديه من اختلالات أو تشوهات فكرية الأمر الذي يلعب دوراً في زيادة وتطوير أعراض الوسواس القهري، ناهيك عن أن الشخص المصاب بالوسواس القهري لا يأتي للعلاج إلا بعد مرور سنوات من معاناته من أعراض الوسواس القهري، وهذا يتفق مع ما ذكره سالكوفسكي وزملاؤه (Salvosky, et al., 1985)، و(عرفه، ٢٠٢١: ١١١) وتتفق نتيجة الدراسة الحالية جزئياً مع نتيجة دراسة (Myers, & et al., 2017) والتي أظهرت نتائجها ارتباط أعراض الوسواس القهري ببعض الاختلالات الفكرية، وأن الاختلالات الفكرية تلعب دوراً مهماً في ظهور الوسواس القهري.

عرض نتائج الفرض الرابع ومناقشتها:

ينص الفرض الرابع على " يسهم دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كل على حدة بالتنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل الانحدار الخطي المتعدد للدرجة الكلية لأعراض اضطراب الوسواس القهري كمتغير تابع ، من خلال دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمتغيرين مستقلين والجدول (١٢) يوضح ذلك :

جدول (١٢) تحليل الانحدار الخطي المتعدد لدمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل

القلق كمتبينين بأعراض الوسواس القهري

المتغيرين المستقلين	المتغير التابع	معامل الارتباط (R)	معامل الارتباط (R2)	قيمة معامل التحديد المعدل	معامل الانحدار (B)	قيمة "ف"	دلالة "ف"	الوزن الانحداري (Beta)	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
دمج الفكر المستقلين	أعراض الوسواس القهري	.915	.837	.832	29.773	17	0.00	.386	4.741	0.00
						1				

يتضح من الجدول (١٢) أن:

١. أن قيم معاملات الارتباط الثلاثة وهي (R) قد بلغ (0.915)، بينما بلغ معامل التحديد (R2) (0.837)، في حين كان معامل التحديد المصحح (R2) المعدلة (0.832)، مما يعني أن المتغيرات المستقلة التفسيرية (دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق) استطاعت أن تسهم بنسبة (0.832) في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري، والنسبة المتبقية (16.8) تعزى لمتغيرات أخرى.

٢. كما أن قيمة النسبة الفائية للارتباط بين المتغيرين المستقلين والمتغير التابع بلغت (171.81) وهي دالة عند مستوى (0.00)، وهذا يشير إلى أن الانحدار معنوي.

٣. فضلاً عن ما سبق يتضح من الجدول (١٢) أن قيمة (Beta) للمتغير المستقل الأول دمج الفكر كانت (0.386)، وقيمتها التائية (4.741) وبمستوى دلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهذا يشير إلى أن المتغير المستقل الأول دمج الفكر يسهم بالتنبؤ بأعراض الوسواس القهري، كما يتضح أيضاً أن قيمة (Beta) للمتغير المستقل الثاني الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كانت (0.577) وقيمتها التائية (7.080) وبمستوى دلالة (0.00) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا يشير إلى أن المتغير المستقل الثاني الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق يسهم بالتنبؤ بأعراض الوسواس القهري أيضاً، وبالمقارنة بين قيمة (Beta) للمتغيرين المستقلين يتضح أن المتغير المستقل الثاني الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق يسهم بنسبة أكبر في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من المتغير المستقل الأول دمج الفكر.

٤. ويعزو الباحثان هذه النتيجة إلى أن اعتقاد الفرد بأهمية وقوة الفكرة التي تطرأ في ذهنه، أو انتجها هو من خلال طريقة تفكير مختلفة وظيفياً، تجعله يدمج بين الأفكار التي تطرأ على ذهنه واحتمال حدوثها في الواقع الفعلي، كما أن بعض المعتقدات الخرافية التي يتبناها بعض مرضى الوسواس القهري مثل الاعتقاد بقوة الفكرة أو الفأل أو التوقع أو الكرامة تعمل على تعزيز هذا التشوه المعرفي لدى مرضى الوسواس القهري، ويتفق ذلك مع ما ذكره (Fraser,2013) أن الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري يعتقدون أن

التفكير في حدث غير مقبول أو مزعج يجعل هذا الحدث أكثر احتمالاً للحدوث في الواقع، لذلك ينخرطون في طقوس لمنع العواقب السلبية، كما قد يعتقد هؤلاء الأفراد أن الأفكار الوسواسية والأفعال السلبية متكافئة أخلاقياً، وبالتالي يشعرون بالضيق بسبب وجود أفكار سلبية في أذهانهم، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Lee, et al., 2005)، التي أظهرت نتائجها أن دمج الفكر بالفعل الاحتمالي كان مرتبطاً بأعراض الوسواس القهري، ودراسة عرفة (٢٠١٤)، دراسة شخار (٢٠١٥) والتي أظهرت نتائجها إمكانية التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال دمج الفكر.

٥. ويعزو الباحثان اسهام متغير الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري إلى أن الأفراد المصابون بالوسواس القهري يلجأون لتكرار الأفعال القهرية للتخفيف من حدة القلق والتوتر الناجم عن الوسواس، وكلما قاموا بتلك الأفعال القهرية، كلما شعروا بالراحة مؤقتاً، كما أن الوسواس تعاود الفرد، وتجعل لديه رغبة شديدة في أداء أفعال وسلوكيات معينة لا معنى لها، رغبةً في الوصول للراحة وخوفاً من ظهور أعراض القلق، التي يعتقد مريض الوسواس القهري أنها لن تنتهي إلا بقيامه بالفعل القهري، وهذا يتفق مع ما ذكره (Krebs, et al, 2020: 981) بأن التصور السلبي والخاطئ للأثار المترتبة على القلق تجعل الشخص المصاب بالوسواس القهري عرضة لتطور أعراض القلق، الأمر الذي يجعل الشخص المريض يدخل في حلقة مفرغة من المخاوف أو الأفعال والطقوس القهرية، فهو مهمي نتيجة لهذا الاعتقاد لتفسير الأفكار التطفلية العادية على أنها تهديد يمكن أن يمثل خطراً لا يمكن تحمله، مع أنها يمكن تنتهي بمجرد تقبل مريض الوسواس لهذه الأعراض وهذا ما يفعله العلاج بالتعرض ، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Raines et al., 2014)، (Amanda & et al., 2014)، (poli & et al., 2017) والتي أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الاعتقاد بصعوبة تحمل القلق وأعراض الوسواس القهري.

٦. يمكن القول أن التشوهات المعرفية مثل دمج الفكر، والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق، والتي تتكون عبر مراحل حياة الفرد، أو أثناء مروره بتجارب مختلفة

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن )

منها ما يكون صادم ومنها ما يكون مؤلم أو مقلق تلعب دوراً هاماً في التنبؤ  
بأعراض الوسواس القهري.

#### التوصيات:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة يوصي الباحثان الجامعات ومراكز  
الصحة النفسية بالآتي:

١. تصميم برامج إرشادية وعلاجية تستهدف تعديل الاختلالات أو التشوهات  
الفكرية التي تساهم بزيادة وتطوير أعراض الوسواس القهري في مختلف مراكز  
الصحة النفسية.
٢. عقد ندوات وبرامج دعم نفسي وقائية لتوعية أفراد المجتمع من طلبة  
وموظفين وغيرهم حول العوامل المعرفية والمختلة وظيفياً المنبئة بظهور  
أعراض الاضطرابات النفسية ومن بينها اضطراب الوسواس القهري وكيفية  
الوقاية منها، وعلاجها في المراحل المبكرة من ظهور الأعراض.
٣. وضع وحدات إرشادية على مستوى المدارس والجامعات لتقديم البرامج  
التوعوية والوقائية من الاضطرابات النفسية ومن بينها اضطراب الوسواس  
القهري والعمل على علاجها مبكراً قبل الوصول للمعاناة الشديدة من هذا  
الاضطراب.

#### المقترحات:

استكمالاً للدراسة في هذا المجال اقترح الباحثان بعض الدراسات المستقبلية  
على النحو الآتي:

١. اجراء المزيد من الدراسات التنبؤية لدور المتغيرات المعرفية في ظهور واستمرار  
اضطراب الوسواس القهري مثل التحكم بالفكر، النزعة للكمالية، المبالغة  
بتقدير الخطر وغيرها من المتغيرات المعرفية.
٢. إجراء دراسة مماثلة على عينات مختلفة مثل الطلبة وربات البيوت لمعرفة  
مدى انتشار التشوهات المعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري ومنها  
دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق لديهم.

٣. اجراء دراسات في البرامج الإرشادية والعلاجية لتعديل التشوهات المعرفية المساهمة بظهور أو تطوير أعراض الوسواس القهري.

#### قائمة المراجع:

- ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكارم(١٩٨٥): لسان العرب، الجزء الخامس، دار الفكر، بيروت - لبنان.
- أبوهندي، وائل (٢٠٠٣): "الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي"، سلسلة عالم المعرفة، (٢٩٣)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- أحمد، أحمد هارون محمد(٢٠١٤): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل التشوهات المعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، مجلة البحث العلمي في الآداب، المجلد ١٥، الجزء ٣، كلية البنات جامعة عين شمس (١٩٥ - ٢٢٠).
- الآغا، بشار جبارة(٢٠٠٩): دراسات سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- باير، لي(٢٠١٠): الوسواس القهري " علاجه السلوكي والدوائي"، ترجمة محمد عيد خلودي، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب، وزارة الثقافة، دمشق - سوريا.
- جمعية الطب النفسية الأمريكية(٢٠٠٠) " معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس"، ترجمة: أنور الحمادي.
- الخولي(٢٠١٢): العلاج ما وراء المعرفي لاضطراب الوسواس القهري(استراتيجيات ما وراء معرفية وبرامج علاجية)، الطبعة الأولى، مركز التفكير الحر.
- الخولي، عبدالله عبد الظاهر(٢٠١٤): استراتيجيات التحكم بالفكر ومعتقدات ما وراء المعرفة كمنبئات بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين، مجلة كلية التربية، العدد(٢)، المجلد(٣٠) (١: ١٤).

دمج الفكر والاعتقاد بصعوبة تحمل القلق كمنبئين باضطراب الوسواس القهري لدى عينة من  
مراجعي مراكز الصحة النفسية في مدينة إب ( اليمن)

— الخولي، عبدالله عبد الظاهر(٢٠١٥): استراتيجيات تنظيم الانفعال المعرفية  
ومعتقدات دمج الفكر والكمالية كمنبئات باضطراب التشوه الجسدي لدى  
عينة من المراهقين، المجلة العلمية، لكلية التربية، جامعة أسيوط، المجلد  
٢١، العدد٤(١:٨٧).

— زيبري، بتول بناي، ومكي، صفاء بهاء(٢٠٢٠): معتقدات دمج الفكر وعلاقتها  
ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلبة الجامعة، كلية التربية للعلوم  
الإنسانية، جامعة بابل، العراق، المجلد ٢٨، العدد ١(١٢١:١٣٥)

— سالم، محمد شريف(٢٠٠٨): الوسواس القهري " دليل عملي تفصيلي  
للمريض والأسرة والأصدقاء"، دار العقيدة للنشر، القاهرة.

— ستيفن مورتيز، وماريت هوستشلد (٢٠١٦): اكتشاف وإفشال فخوخ  
التفكير، دليل إدراك الإدراك في الوسواس القهري، الطبعة الثالثة،  
هامبروج، ألمانيا.

— سرحان، وليد(٢٠٠٨): الوسواس القهري، الطبعة الأولى، دار مجلاوي للنشر  
والتوزيع، عمان، الأردن

— شخار، آسية، (٢٠١٥): دمج الفكر والتحكم بالفكر كمنبئات بأعراض  
الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، كلية  
العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

— عبد الخالق، أحمد(٢٠٠٢): الوسواس القهري "التشخيص والعلاج"، مجلس  
النشر العلمي، جامعة الكويت، الكويت.

— عرفة، أمارة يحيى(٢٠١٤): المخططات المعرفية المختلة المنبئة باضطراب  
الوسواس القهري، مجلة دراسات عربية، المجلد ١٣، العدد٤(٦٩٩:٦٣٥).

— عرفة، إمارة يحيى(٢٠٢١): العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الوسواس  
القهري دليل عملي تفصيلي للمعالج، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية،  
القاهرة - مصر.

— عليان، سوسن عبدالله عبد الرحيم(٢٠١٩): التنبؤ بأعراض الوسواس  
القهري في ضوء عوامل الشخصية الخمسة الكبرى لدى طلبة جامعة

القدس المفتوحة، رسالة ماجستير منشورة، كلية التربية، جامعة القدس المفتوحة.

— الغامدي، حصة بنت سفر(٢٠١٩): الوسواس القهري دليل تثقيفي للمصابين وذوهم، اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية، الطبعة الأولى، مكتبة فهد الوطنية، المملكة العربية السعودية.

— مجمع اللغة العربية(١٩٩٨) المعجم الوجيز، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم، جمهورية مصر العربية.

— القائي، علي(١٩٩٦): الوسواس والهواجس النفسية، الطبعة الأولى، دار النبلاء، بيروت - لبنان.

— محسن، عبد الرحمن(٢٠١٦): تحرر من الوسواس القهري " دليل إرشادي للمصابين باضطراب الوسواس القهري، كتيب مترجم عن Relief from ocd، التابع للجمعية الأمريكية للتعامل مع القلق والاكتئاب بتصريح منها.

— محمد، صلاح الدين عراقي(٢٠١٤): الحساسية للقلق وعلاقتها بكل من تنظيم الانفعال وأعراض القلق لدى عينة من طلاب الجامعة، المؤتمر السنوي العاشر للإرشاد النفسي من أجل التنمية في عصر المعلومات، ج١، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

— منظمة الصحة العالمية(٢٠٠٠): "المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية -الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية"، ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب، جامعة عين شمس إشراف أحمد عكاشة.

— اليوسف نجلاء عبد الحميد(٢٠١٤): الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات، المجلة العلمية لعلم النفس الاكلينيكي، المجلد٢، العدد٣(٣٢٩:٣٦٥).

المراجع الاجنبية:

- Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. **Journal of clinical psychology**, 69(6), 630-645.
- Comer, R.J.(1992): **Abnormal Psychology**. New York,W.F. Freeman and Comp.
- Davison, G.C and Neal, J.M.(1996): **Abnormal Psychology**. 6th revised edition, N.Y., Tohn Wiley.
- Krebs, G., Hannigan, L. J., Gregory, A. M., Rijdsdijk, F. V., & Eley, T. C. (2020). Reciprocal links between anxiety sensitivity and obsessive–compulsive symptoms in youth: a longitudinal twin study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 61(9), 979-987.
- Lee, H. J., Coughle, J. R., & Telch, M. J. (2005). Thought–action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms. **Behaviour Research and Therapy**, 43(1), 29-41.
- Meyer, J. F., & Brown, T. A. (2012). Psychometric Evaluation of the Thought–Action Fusion Scale in a Large **Clinical Sample**. **Assessment**, 1073191112436670.
- Myers, S. G., Grøtten, T., Høgeth, S., Guzey, I. C., Hansen, B., Vogel, P. A., & Solem, S. (2017). The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, 13, 1-6.
- Poli, A., Melli, G., Ghisi, M., Bottesi, G., & Sica, C. (2017). Anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions: **Further evidence of**

- specific relationships in a clinical sample.** Personality and individual differences, 109,130-136.
- Raines, A. M., Oglesby, M. E., Capron, D. W., & Schmidt, N. B. (2014). Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, 3(2), 71-76.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Steven (2019). "Treating anxiety sensitivity in adults with anxiety Taylor and related disorders". The **Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment**. Elsevier. Pages 55: 75 DOI:10.1016/b978-0-12-813495-5.00004-8. ISBN:978-0-12-813495-5.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour research and therapy*, 36(9), 899-913).
- Wells, A. (2009). **Metacognitive therapy for anxiety and depression**. London, UK: Guilford.

#### المواقع الالكترونية:

- الحساسية للقلق، ويكيبيديا الموسوعة الحرة  
(<https://ar.wikipedia.org/wiki/%hgpshtm>) آخر تعديل لهذه الصفحة كان يوم ٩  
يناير ٢٠٢٤، الساعة ٨:٣٤.
- اكتناز قهري (<https://ar.wikipedia.org/wiki>) آخر تعديل لهذه الصفحة  
كان يوم ٢٨ مارس ٢٠٢٣، الساعة ١٦:٤٩.