

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا

د/عبد الله علي عبد الله سليمان

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الرقازيق

Dr.abdouali@gmail.com

المستخلص:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، تكونت عينة البحث من (١٦) طالبًا من طلاب الدراسات العليا بكلية التربية جامعة الرقازيق، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، قوام كل مجموعة (٨ طلاب؛ ٧ إناث، ذكر واحد)، تراوحت أعمارهم بين (٢١ : ٣٨) بمتوسط عمر زمني (٢٤,٤٦) وانحراف معياري (٢,٩٧)، أكملوا جميعًا مقياس الأعراض الوسواسية، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس الأعراض الوسواسية لصالح المجموعة التجريبية، كما أوضحت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس الأعراض الوسواسية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل، في حين بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على المقياسين، وقد خلص البحث إلى

فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض الأعراض الوسواسية، وتم مناقشة النتائج وتقديم بعض التوصيات في ضوءها.

الكلمات المفتاحية: العلاج الميتماعرفي، اضطراب الوسواس القهري، معتقدات المسؤولية المتضخمة، طلاب الدراسات العليا.

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا

د/عبد الله علي عبد الله سليمان

مدرس الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الرقازيق

Dr.abdoulali@gmail.com

مقدمة:

يُعد اضطراب الوسواس القهري أحد الاضطرابات النفسية الشديدة التي تؤثر على توافق الفرد، وتقيد مجاله الحيوي، وتشل إرادته، وتعيق توافقه مع الآخرين، وطلاب الدراسات العليا إضافة إلى مسؤولياتهم الأكاديمية والبحثية فهم أولياء أمور - منهم الزوج والزوجة - ومعظمهم موظفون بجانب الأدوار السابقة، ومن يعاني منهم من اضطراب الوسواس القهري فإن حياته الشخصية والاجتماعية والدراسية والأسرية تتأثر بشكل واضح، ويعيشون في معاناة، وعدد المصابين بهذه الوسواس ليس بالقليل؛ إذ يتردد عدد كبير منهم على مكاتب أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية يشكون من هذه المعاناة، ويبحثون عن آلية لتحقيق التوافق.

يتسم اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive Disorder (OCD بوجود وسواس وأفعال قهرية، وتُعرف الوسواس بأنها أفكار وصور ودوافع دخيلة ضد إرادة الشخص الذي يعلم أنها نتاج عقله، إلا أنه يراها بغيضه ولا تعبر عن ذاته، ويقاومها باستمرار. أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات صريحة أو خفية متكررة يقوم بها الشخص استجابةً لوساوسه؛ بغرض تقليل الانزعاج أو الضيق، أو منع حدوث بعض الأمور المخيفة، وقد يتكون لدى البعض قواعد أو أنظمة خاصة لممارسة طقوسه (Wells, 2011, 154; American Psychiatric Association [APA], 2013).

ولا يزال الدور والأهمية النسبية للمعتقدات المعرفية المختلة والوعي الميتماعرفي في تطور أعراض الوسواس القهري وبقائها غير جلي وموضع جدل؛ وذلك لندرة الدراسات

(Hansmeier et al., 2016)، في حين ترى النظريات المعرفية أن المعتقدات المختلة Dysfunctional Beliefs لها دور مركزي في تطور وبقاء اضطراب الوسواس القهري (Frost & Steketee, 2002; Conley & Wu, 2018)، فالعديد من المصابين بالوسواس القهري لديهم معتقدات مختلة مثل: معتقدات المسؤولية المتضخمة، والميل إلى المبالغة في التهديدات، والكمالية وعدم تحمل الغموض، والمبالغة في أهمية الأفكار (APA, 2013, 238).

ولقد حددت مجموعة العمل المهمة بالمعارف الوسواسية (The Obsessive-Compulsive Work Group [OCCWG], 1997) ستة معتقدات لا تكيفية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوسواس القهري، وتعتبر معتقدات المسؤولية المتضخمة هي الأكثر انتشاراً؛ والتي تشير إلى اعتقاد الشخص بأن الأحداث المؤدية للذات قد تحدث كنتيجة مباشرة (أو غير مباشرة) لما يقوم بفعله أو لم يقم بفعله، وينبغي عليه منع هذه العواقب بأي ثمن، ومن ثم تسبب معتقدات المسؤولية المتضخمة الشعور بالانزعاج والقلق والتجنب، وتؤدي إلى ظهور الأفكار الوسواسية، وأظهرت دراسة (Mantz & Abbott 2017A) أن معتقدات المسؤولية المتضخمة تنبئ بأعراض الوسواس القهري بما في ذلك الضيق الشديد، وسلوكيات المراجعة، وزيادة الشك، والقلق من ارتكاب أخطاء.

كما أكدت النظريات المعرفية على أن معتقدات المسؤولية المتضخمة أحد أسباب ظهور أعراض الوسواس القهري وبقائها (Mantz & Abbott, 2017A; Arntz et al., 2007; Rahimi & Haghighi, 2015)، حيث يتسم الأشخاص الذين يشعرون بتضخم المسؤولية بالتفكير الكارثي (أي توقع الكوارث والمصائب من فعل/ عدم فعل، أو إهمال بسيط حقيقي، أو مُتخيل) والإحساس الزائد بالمسؤولية، مثل: الأم التي تظن أن مجرد قياس الحرارة عدة مرات يوميًا لأطفالها من الممكن أن يمنع حدوث المرض أو الموت.

ويؤكد (Salkovskis et al. 2000) على أن الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم إدراك مُفرط للمسؤولية حيث يفسرون الأفكار المقترحة على أنها مؤشر للأذى أو الخطر، ويحملون أنفسهم مسؤولية منع وقوع الأذى الشخصي أو أذى الآخرين. وذكر (Coles & Schofield 2008) أن معتقدات المسؤولية المتضخمة هي واحدة من السمات الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري، كما أكد كلٌّ من (Pugh et al., 2018; Luppino

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

(2001; Foa et al., 2018; et al. على الدور الرئيس للمسؤولية المتضخمة في اضطراب الوسواس القهري.

ولقد أوضحت العديد من الدراسات أن معتقدات المسؤولية المتضخمة له طبيعة خاصة أكثر ارتباطاً بالوسواس القهري مقارنةً بالاضطرابات الأخرى (Taylor et al., 2010; Cisler et al., 2010)، وأشارت نتائج تلك الدراسات إلى أن تعديل تقييم معتقدات المسؤولية المتضخمة بالعلاج يمكن أن يؤثر بشكل فعال في تقليل الأعراض الوسواسية لدى الأشخاص المصابين بالوسواس القهري.

وعلى الرغم من تطور العلاجات للوسواس القهري إلا أن عددًا كبيرًا من المرضى لا يستجيبون لتلك العلاجات (McGuire et al., 2015)، مما جعل الباحثين يسلطون الضوء على المعتقدات غير التكيفية التي تساعد في الحفاظ على أعراض الوسواس القهري مثل معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ فقد أوضحت دراسة (Coradeschi et al., 2012) وجود علاقة إيجابية بين التغييرات في مجال المسؤولية والاستجابة للعلاج.

وبمراجعة نتائج الدراسات التي استهدفت معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى مرضى الوسواس القهري بالعلاج وُجد تباينٌ في نتائجها؛ فقد أوضحت بعض الدراسات أن إعادة الهيكلة المعرفية وحدها ليست بنفس فعالية العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة كدراسة (Olatunji et al., 2013)، وتوصلت دراسة (Pozza et al., 2013) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الذي ركز على معتقدات المسؤولية المتضخمة ارتبط بنتائج سلبية مع أعراض الوسواس القهري. في حين أكدت دراسة (Salkovskis et al., 1995) على أن العلاجات التي تنصب على المعتقدات والعوامل المسببة للوسواس القهري والتي تُسهم في بقائه أمر مهم جدًا في علاج الاضطراب. كما أكدت دراسة (Solem et al., 2009) على أهمية تعديل المعتقدات الميتماعرفية لخفض مشاعر المسؤولية المتضخمة، وعلاج اضطراب الوسواس القهري، كما أوضحت دراسة (Nayebaghayee et al., 2019) فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض تضخم معتقدات المسؤولية، وعلاج اضطراب الوسواس القهري.

يُعد العلاج الميتماعرفي شكلًا جديدًا نسبيًا من أشكال العلاج المعرفي القائم على نموذج ما وراء المعرفي لـ "ويليس"، يفترض نموذج ما وراء المعرفة للوسواس القهري بأنه يجب تغيير المعتقدات الميتماعرفية حتى يكون العلاج النفسي فعالاً (Solem et al., 2009)، كما

أظهرت دراسة (Fisher & Wells, 2008) أن العلاج الميتماعرفي فعال وميسور التكلفة بالنسبة للوسواس القهري.

ونظرًا لأن التأكد من فعالية المداخل العلاجية يتطلب إجراء المزيد من الدراسات، ونظرًا لأن العلاج الميتماعرفي يُعد نموذجًا جديدًا خاصة في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وعلاج اضطراب الوسواس القهري فإن إجراء هذا البحث يُعد ضروريًا.

مشكلة البحث:

يُعد سلوك المريض المغمور بالشعور المتضخم للمسئولية هو السبب الرئيس في استمرار أعراض الوسواس القهري لديه، بجميع أنواعها؛ فإن هذه المعتقدات المتضخمة تدفع الشخص إلى تكرار الكثير من السلوكيات وطقوس الفحص والمراجعة؛ وهو ما يسبب الكثير من التعب، والقلق، والكدر بالإضافة إلى ضياع الوقت والجهد؛ لذلك فإن تصحيح سوء فهم المسؤولية يمكن أن يخفف اضطراب الوسواس القهري؛ فقد أشارت نتائج دراسات (Arntz et al., 2007; Pozza & Dèttore, 2014; Grøtte et al., 2015; Rahimi & Haghighi, 2015; Mantz & Abbott, 2017B; Luppino et al., 2018; Pugh et al., 2018) إلى أن الشعور المتضخم بالمسئولية هو ما يسبب اضطراب الوسواس القهري.

كما اختبرت مجموعة من الدراسات خصوصية الارتباط بين المسؤولية المتضخمة والوسواس القهري بعد مقارنة المسؤولية لدى مرضى الوسواس القهري والأشخاص العاديين ومرضى اضطرابات القلق؛ فقد قدمت دراسة (Pozza & Dèttore, 2014) مراجعة منهجية تحليلية لنتائج (٢٢) دراسة بحثت معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى مرضى الوسواس القهري بشكل مباشر أو غير مباشر، وتوصلت إلى وجود تأثير كبير لمعتقدات المسؤولية المتضخمة في تطور الوسواس القهري، وأوصت الدراسة ببحث فاعلية استهداف تلك المعتقدات بالعلاج في تخفيف أعراض الوسواس القهري.

أما دراسة (Sassaroli et al. (2015 التي أوضحت نتائجها أن المعتقدات الميتماعرفية تتوسط العلاقة بين معتقدات المسؤولية المتضخمة وأعراض الوسواس القهري. كما أكدت دراسة (Seleem & Saada (2015 على أن المعتقدات الميتماعرفية عامل مهم في تطور وعلاج مختلف الاضطرابات النفسية، خاصة اضطراب الوسواس القهري، وقد يؤدي تبصير

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

المرضى بتلك العلاقة إلى صياغة جديدة لبنائه المعرفي؛ مما يفيد في علاج أعراض الوسواس القهري.

لذا سوف يوظف الباحث العلاج الميتامعرفي في بحثه لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى طلاب الدراسات العليا الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري؛ فإن هذا العلاج يركز على تطوير طريقة بديلة لتجربة الأفكار، وتعديل المعتقدات حول معنى وأهمية الأفكار والمشاعر (Wells, 2011). كما أنه يستهدف تعديل المعتقدات حول الطقوس، والمعايير والاستراتيجيات الداخلية غير الملائمة التي يستخدمها الشخص المصاب بالوسواس القهري في تحديد مستوى تهديد المواقف.

وتشير نتائج الدراسات السابقة إلى أن استهداف المعتقدات الميتامعرفية خاصة المتعلقة بالسيطرة على الأفكار والأحداث قد يكون مفيداً في علاج الوسواس القهري، فيجب أن يكون من أهداف المعالج تشجيع المريض وتدريبه على تحويل تفكيره من الاعتقاد بأنه مسئول عن كل شيء إلى الاعتقاد بأنه ليس مسئولاً عن أي إجراء تكون سيطرته محدودة عليه أو لا يتحكم فيه، ولتحقيق هذا الهدف ستساعد التدخلات القائمة على العلاج الميتامعرفي في زيادة مستوى التحكم المرن في الانتباه، ووقف متلازمة الانتباه المعرفي (الاجترار والقلق) المتعلقة بالوسواس، والتشكيك في المعتقدات المتعلقة بالحاجة إلى التحكم في الأفكار، وفي ضوء ما سبق يسعى الباحث إلى تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال برنامج قائم على العلاج الميتامعرفي، ويمكن تحديد مشكلة البحث في السؤال الرئيس الآتي:

هل البرنامج العلاجي القائم على العلاج الميتامعرفي له فعالية في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لخفض أعراض الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا؟ ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة الفرعية الآتية:

- ١- هل توجد علاقة ارتباطية بين معتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا؟
- ٢- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة؟

- ٣- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة؟
- ٤- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي؟
- ٥- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية؟
- ٦- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الوسواسية؟
- ٧- هل توجد فروق بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الوسواسية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي؟

أهداف البحث: في ضوء مشكلة البحث وأسئلته يسعى البحث الحالي إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ١- إبراز وتحديد دور معتقدات المسؤولية المتضخمة في تطور وبقاء أعراض اضطراب الوسواس القهري.
- ٢- التعرف على فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا.
- ٣- التأكد من استمرار فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري بعد شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي على طلاب الدراسات العليا.

أهمية البحث:

- ١- يستمد البحث أهميته من أهمية الموضوع الذي يتصدى له؛ وهو معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى طلاب الدراسات العليا الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري،

فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

- والتي قد تؤثر سلبًا على حياتهم، وتستنزف وقتهم وجهدهم، وتسبب لهم الكثير من القلق والاضطرابات النفسية، وخلالًا في العلاقات الاجتماعية.
- ٢- كما تظهر أهمية هذا البحث في ندرة التدخلات العلاجية القائمة على العلاج الميتمعرفي في البيئة العربية، وخاصة مع معتقدات المسؤولية المتضخمة، وهذا ما يتصدى له البحث الحالي؛ حيث يقدم برنامجًا علاجيًا يمكن من خلاله تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ ومن ثم تخفيف أعراض اضطراب الوسواس القهري.
- ٣- قد توجه نتائج هذا البحث نظر العاملين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي إلى معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى طلبة الدراسات العليا وتسلط الضوء عليها، ومحاولة خفضها من خلال العلاج الميتمعرفي.
- ٤- ما ستسفر عنه نتائج هذا البحث من نتائج قد يساعد في إعادة اختبار فعالية العلاج الميتمعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى عينات ومرضى باضطرابات مختلفة.
- ٥- يقدم هذا البحث مقياسًا جديدًا للبيئة المصرية، وهو مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ مما يُيسر على الباحثين استخدامه في دراسات أخرى ومع اضطرابات أخرى.

مصطلحات البحث:

طلاب الدراسات العليا Postgraduate students: هم الطلاب الخريجون الحاصلون على درجتي الليسانس أو البكالوريوس، والتحقوا بالمرحلة الجامعية التي تلي المرحلة الجامعية الأولى للحصول على درجات أكاديمية؛ مثل الدبلومات العليا أو الماجستير والدكتوراة في التربية، حيث يتعلمون مناهج وطرق التدريس وأصول التعامل التربوي السليم مع الطلاب.

اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder: الوسواس القهري هو صور وأفكار قهرية غير معقولة أو غير مفيدة تلازم المريض وتسيطر على وعيه، ورغم اقتناعه بسخافتها ومحاولة تجاهلها أو إخمادها؛ إلا أنه لا يستطيع التخلص منها، وتسبب له التعب والإرهاق، مثل الشكوك والأفكار المتعلقة بالتلوث والعنف. أما الفعل القهري فهو سلوكيات نمطية متكررة لا معنى لها، وليس بها أي متعة، يشعر الشخص أنه

مجبور على القيام بها لمنع أحداث أو مواقف مستقبلية، أو لتخفيف توتره؛ مثل غسل اليدين، وقد تحدث هذه الوسواس بدرجة بسيطة عند كل إنسان خلال فترة من فترات حياته، إلا أن الدرجة الشديدة من الاضطراب تتداخل مع أنشطة المريض وتؤثر على حياته اليومية، وقد تعيقه عن العمل (APA., 2013, 235). ويقاس إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الأعراض الوسواسية المستخدم بالبحث.

معتقدات المسؤولية المتضخمة Inflated Responsibility Beliefs: هي

اعتقاد لدى الشخص بأن لديه تأثيرًا قويًا في منع حدوث أي عواقب أو كوارث حقيقية أو متخيلة قد تحدث له أو لغيره، وإذا حدث شيء مكروه سيكون نتيجة لتقصيره، ويحمل نفسه المسؤولية، وبهذا يكون لديه رغبة قهرية لجعل كل شيء صحيح تمامًا: كالاتهام الشديد بفعل كل شيء بطريقة مثالية؛ مثل: ترتيب الأشياء في المطبخ وفق نسق معين لا تغيير فيه، وترتيب الملابس في الدولاب واللوحات والمقاعد وغيرها بشكل معين غير مسموح للآخرين بتغييره، ومواصلة التنظيف أو أعمال أخرى مهما كلفه ذلك من جهد أو وقت ليكون منضبطًا تمامًا، وإذا تم تغيير هذا النظام شعر الشخص بالمسؤولية والتقصير وتأنيب الضمير وغير ذلك. وتُقاس إجرائيًا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة المستخدم بالبحث.

العلاج الميتامعرفي Metacognitive Therapy: هو مدخل علاجي قائم على

نظرية ما وراء المعرفة، تم بناؤه وفقًا للنموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتيًا (S_ REF) الذي قدمه Wells & Matthews (1994) وطوره "ويلس"، والذي يقترح أن العوامل الميتامعرفية هي التي تسبب الاضطرابات النفسية؛ لذا يهتم هذا العلاج بتعديل طريقة تفكير مرضى الوسواس القهري؛ وذلك بتسليط الضوء على دلالة ودور الطريقة التي يفكر بها الشخص بدلًا من التركيز على محتوى المعارف الذي يملكها.

الإطار النظري:

أولاً - الوسواس القهري:

السمة الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري وفقًا لـ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM.5] الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

النفسي- هي وجود وسواس وأفعال قهرية؛ وتُعرف الوسواس بأنها أفكار أو صور عقلية أو عواطف ودوافع مقحمة ضد إرادة الشخص، يشعر أنها غير مرغوبة، وتتداخل مع الذات والحياة اليومية، ويقاومها دون جدوى، ويدرك أنها نتاج عقله، تتضمن الوسواس غالبًا محتوى عنيفًا أو جنسيًا أو دينيًا، أو تحدث على شكل شكوك واجترار بشأن التلوث. (ملحوظة: الاجترار لا يحدث دون إرادة الشخص، ولا يتم مقاومته أو النفور منه، ويُعد الاجترار في نموذج ما وراء المعرفة جزءًا من استراتيجية الشخص لاكتشاف التهديد ومنعه). أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات متكررة صريحة أو خفية يتم تنفيذها استجابةً للأفكار الوسواسية، بهدف تقليل الضيق والانزعاج أو منع بعض الأحداث المفزعة، تشمل الأفعال القهرية الخفية العد أو الصلاة أو التفكير بطرق خاصة، بينما تشمل الأفعال القهرية العلنية الغسل، والتنظيف، والتحقق، وتكرار الأفعال لعدد معين من المرات، قد يكون لدى المرضى قواعد أو أنظمة خاصة لأداء طقوسهم (APA., 2013, 235).

محكات تشخيص اضطراب الوسواس القهري وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي

الخامس للاضطرابات النفسية DSM.5:

أ- وجود وسواس أو أفعال قهرية أو كليهما.

وتتحدد الوسواس بواسطة البندين (١)، و(٢):

(١) أفكار واندفاعات أو صور غير مناسبة مستمرة ومتكررة يخبرها الشخص في فترة ما أثناء الاضطراب على أنها اقتحامية، وتسبب له القلق، والكدر، والضيق الملحوظ.

(٢) يحاول الشخص تجاهل هذه الأفكار، أو الاندفاعات، أو الصور، أو قمعها أو تحيدها مع بعض الأفكار أو الأفعال الأخرى.

وتتحدد الأفعال القهرية بواسطة البندين (١)، و(٢):

(١) السلوكيات المتكررة مثل: (غسيل اليدين المتكرر، والمحافظة على الترتيب، والنظام، والتحقق والمراجعة) أو أفعال عقلية مثل: (العد، أو تكرار كلمات بصمت)، يشعر الشخص بأنه مجبور على أن يقوم بالفعل القهري استجابةً للوسواس أو اتباعًا لقواعد صارمة ينبغي تطبيقها.

(٢) تهدف هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو الحد من القلق أو الضيق، أو منع بعض الأحداث السلبية، ولكن هذه السلوكيات والأفعال العقلية لا ترتبط بطريقة واقعية مع السلوكيات أو الأفعال التي يريد الشخص تحييدها، مع أنها مصممة لتحديد تلك السلوكيات، أو منع مبالغ فيه بشكل واضح.

ب- يدرك الشخص أحياناً أن الوسواس أو الأفعال القهرية مفرطة وغير معقولة.

ج- تتسبب الوسواس أو الأفعال القهرية في ضيق ملحوظ، وتستغرق أكثر من ساعة في اليوم، أو تتعارض مع الأداء الوظيفي، أو تعطل بشكل جوهري النظام اليومي للشخص.

د- لا يُعزى الاضطراب إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة من مواد المخدرات أو العقاقير المساء استخدامها، أو لحالة طبية عامة.

هـ- لا يُفضل تفسير هذا الاضطراب من خلال أعراض اضطراب نفسي آخر مثال: الهموم والمخاوف المفرطة كما في اضطراب القلق العام، أو الانشغال بالمظهر كما في اضطراب تشوّه الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق ممتلكاتهم كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، أو شد الشعر كما هو في هوس نتف الشعر (سعفان، ٢٠١٤، ٣١-٣٤؛ عبد الفهيم، ٢٠١٦، ٢٢٠-٢٢١).

ينتشر اضطراب الوسواس القهري بين (١: ٤٪) من المراهقين والشباب، ويرتبط باعتلالات شديدة في الأداء النفسي والاجتماعي، وصعوبات كبيرة في المنزل والأسرة مثل: (الخلافات الأسرية، وسوء التوافق مع الوالدين... إلخ) (Keyes et al., 2018).

تفسر النظريات المعرفية المعاصرة الوسواس القهري في ضوء فرضيات "بيك" والتي تقترح أن المعتقدات المختلة تسبب الاضطرابات النفسية، فمثلاً المحتوى المعرفي الاكتنابي ينتج من التركيز على التقييم الذاتي السلبي، واليأس، والتقييم المتشائم للعالم بشكل عام، وبالمثل يتطور الوسواس القهري من معتقدات مختلة تتعلق بالأفكار المتطفلة Intrusive Thoughts التي تحدث بشكل طبيعي، والتي قد تسبب الضيق إذا تم تفسيرها بشيء من المسؤولية الشخصية (Pozza & Dèttore, 2014).

تفترض النظرية الميتامعرفية أن الأفكار القهرية والشكوك الوسواسية عادة يساء تفسيرها بشكل كارثي على أنها "حقائق جوهريّة"؛ فالتفكير في التلوث يعني الإصابة به تلقائياً. وما يميز الأشخاص العاديين عن المصابين باضطراب الوسواس القهري أنهم لا يفسرون ما

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

يحدث لديهم من اقتحامات ووساوس عقلية بشكل كارثي؛ لذا تُعد التفسيرات الخاطئة عوامل مهيئة لتطور الوسواس القهري، في المقابل غالبًا ما تؤدي التفسيرات الخاطئة الكارثية إلى استخدام مكثف لاستراتيجيات التحكم في التفكير التي تزيد بشكل متناقض من تكرار الأفكار الوسواسية؛ مما يؤدي إلى تفاقم أعراض الوسواس القهري (Clark & Purdon, 1993).

قدم Salkovskis (1985) نموذجًا لتفسير الوسواس القهري، وأعطى فيه دورًا مركزيًا ومهمًا للمعتقدات والتقييمات المتعلقة بالمسؤولية، بينما قدم "ويلس" نموذجًا لتفسير الوسواس القهري يعطي دورًا مركزيًا ومهمًا للمعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بمعنى وخطورة الأفكار/ المشاعر والحاجة إلى السيطرة (Wells & Leahy, 1998). ويتشابه نموذج "سالكوفسكي" لمعتقدات المسؤولية مع نموذج "ويلس" لعوامل ما وراء المعرفة في تفسيرهما للوسواس القهري بأن السمة المركزية له هي التفسيرات السلبية للأفكار المتطفلة، وتقييم هذه الأفكار، ولكن يختلف النموذجان في نوعية المعتقدات التي يتم التركيز عليها.

يؤكد نموذج Salkovskis et al. (1995) على معتقدات المسؤولية المتضخمة ككون معرفي مركزي للمشكلات الوسواسية، وتُعرف المسؤولية المتضخمة بأنها اعتقاد لدى الشخص بأن لديه قوة جوهرية لتحقيق أو منع النتائج السلبية المصيرية، قد تكون هذه النتائج واقعية؛ أي لها عواقب حياتية أو أخلاقية. وأعد Salkovskis et al. (2000) مقياسًا لمعتقدات المسؤولية المتضخمة لتشخيص مدى تضخمها، ومن عباراته: "أشعر غالبًا بالمسؤولية عن الأشياء التي تحدث بشكل سيء" و "كل ما أفعله يمكن أن يسبب مشاكل خطيرة".

في المقابل يؤكد نموذج ما وراء المعرفة لـ "ويلس" على المعتقدات المتعلقة بأهمية ومعنى وقوة الأفكار، والمعتقدات المتعلقة بالحاجة إلى التحكم في الأفكار وأداء الطقوس، وينظر هذا النموذج إلى المسؤولية على أنها نتيجة للمعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بالأفكار التي تساعد في تفسير المشكلات الوسواسية على وجه التحديد، وتقاس المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بالأفكار باستخدام استبيانات ما وراء المعرفة إعداد "ويلس وآخرين"، ومقياس "اندماج الفكر"، ويُعرف الاندماج بأنه ظاهرة نفسية يعتبر فيها المريض أن النشاط الوسواسي والعمل المحرم معادلات أخلاقية" (Myers & Wells, 2005).

ويركز نموذج "ويلس" على متلازمة الانتباه المعرفي التي تعتبر مشكلة لأنها تعطي أهمية كبيرة لأفكار المريض، وتؤدي إلى تضخيم شعوره بالتهديد؛ فمثلاً: معاناة الشخص من فكرة

"أنه ملوث" تكون أكثر تهديدًا إذا كان يعاني من متلازمة الانتباه المعرفي التي تجعله يحلل جميع المواقف التي قد ينتشر من خلالها التلوث، ويراقب جميع مصادر التلوث المحتملة؛ ما يجعله حبيسًا لبعض السلوكيات؛ وذلك بسبب دمج الأفكار مع الأحداث المادية بدلًا من رؤية الأفكار على أنها مجرد أفكار في العقل يمكن التخلي عنها، وتتجلى المكونات المفاهيمية لمتلازمة الانتباه المعرفي الخاصة باضطراب الوسواس القهري (والتي منها: التوتر، والاجترار، والتفكير التحليلي Analytic Thinking) في استجابات الشخص للأفكار أو الشكوك، والتي تتمثل في رصد ومراقبة التهديدات: كرصد الأفكار أو المشاعر غير المرغوب فيها أو الانشغال بالتهديدات المحتملة للبيئة (مثل الملوثات المحتملة)، وتتكون استراتيجيات المواجهة غير التكيفية التي تشكل متلازمة الانتباه المعرفي في الوسواس القهري من قمع الأفكار، والتحييد العلني أو الخفي، والسلوكيات الطقوسية (Wells, 2011, 160).

كما يؤكد النموذج الميتامعرفي على معتقدات اندماج الفكر Thought Fusion في تفسير الوسواس القهري، ويحدد النموذج ثلاث مجالات لمعتقدات الاندماج وهي: (١) اندماج الفكر بالحدث (Thought Event Fusion (TEF: وهو الاعتقاد بأن امتلاك فكرة يعني أن حدثًا ما يحدث، أو سيجعل الحدث يحدث، أو أن الحدث قد حدث بالفعل. مثل: "إذا فكرت في حدث غير سار، فهذا يعني أنه حدث بالتأكيد". (٢) اندماج الفكر بالعمل (Thought Action Fusion (TAF: وهو الاعتقاد بأن وجود أفكار معينة سيؤدي إلى ارتكاب أعمال غير مرغوب فيها لا يمكن السيطرة عليها. مثل: "إذا كانت لدي أفكار حول إيذاء نفسي فسوف ينتهي الأمر بفعل ذلك". (٣) دمج الأفكار بالموضوع Thought Object Fusion (TOF: وهو الاعتقاد بأن الأفكار والمشاعر والذكريات يمكنها الانتقال من وإلى الأشياء التي نستخدمها مثل: "ذكرياتي / أفكارتي يمكن أن تنتقل إلى الكتب، وتنتقل عبرها إلى الآخرين الذين يستخدمونها". بالإضافة إلى العوامل الميتامعرفية الأخرى المتعلقة بالاندماج مثل: المعتقدات حول الطقوس (كالحاجة إلى التحكم في الأفكار)، واستخدام المعايير الداخلية المختلفة لتوجيه الإدراك والسلوك، والتي تسهم في تطور واستمرار مشاكل الوسواس والأفعال القهرية (Myers & Wells, 2005).

دعمت العديد من الدراسات النموذج الميتامعرفي للوسواس القهري، وأظهرت نتائجها أن معتقدات اندماج التفكير واستراتيجيات التحكم في التفكير لها تأثير على بداية واستمرار

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

اضطراب الوسواس القهري، ومنها دراسة (Gwilliam et al. 2004) التي أظهرت نتائجها أن المعتقدات الميتامعرفية تنبئ بأعراض الوسواس القهري، لكن المسؤولية لم تنتبأ به، وهذا يشير إلى أن المسؤولية خاصة ناشئة عن المعتقدات الميتامعرفية في سياق الوسواس القهري.

مما سبق يرى الباحث أن مرضى الوسواس القهري يشعرون بالمعاناة؛ لأنهم معرضون بصفة دائمة لخطر الخبرات الوسواسية المؤلمة، ولما كان اضطراب الوسواس القهري متعدد الأعراض والأسباب لذا توجد أساليب علاجية مختلفة له، ويتطلب علاجه تغيير المعتقدات، وإزالة الأفكار المزعجة، والمسؤولية المتضخمة، والسلوكيات المتعلقة بالحفاظ على هذه المعتقدات. ولقد أوضحت الدراسات السابقة أنه تم استخدام مناهج علاجية مختلفة، وبرامج علاجية تكاملية ركزت على مبادئ المواجهة إلى جانب تجنب الاستجابة لعلاج الوسواس القهري؛ ويعتبر العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج بالتعريض، والعلاج بمنع الاستجابة أكثر العلاجات النفسية استخدامًا لعلاج، ومع ذلك، فإن هذه الأساليب غالبًا ما تؤدي إلى نتائج متغيرة، لكن في النهاية تظل الأعراض لدى المرضى.

ثانياً - معتقدات المسؤولية المتضخمة:

تُعد المسؤولية أمرًا طبيعيًا، ومكونًا أساسيًا من سمات الشخصية السوية كالمسؤولية الشخصية والاجتماعية، ولكن عندما تزداد عن حجمها الطبيعي فإنها تؤثر سلبًا على الشخص، وقد تنذر بظهور أعراض الاضطرابات النفسية كالوسواس القهري. يرى (Salkovskis et al. 1995) أن الأشخاص المصابين بالوسواس القهري يعتبرون وجود أفكار تطفلية لديهم دليلًا على مسئوليتهم عن الأضرار التي سوف تقع ما لم يتخذوا أي إجراء لمنعها، ومن ثمَّ ينتج عن تقييمهم لتلك المسؤولية محاولات لتجنب الاقتحامات والشكوك، والمشاعر غير المريحة.

ويرى (Salkovskis et al. 1999) أن معتقدات المسؤولية المتضخمة أحد سمات الوسواس القهري، وتسهم في ظهور وبقاء أعراضه، وأكد (Rachman, 2002) على أن الشعور المتضخم بالمسؤولية قد يكون خفيًا أو غير محسوس، ويسبب المبالغة في التدقيق والتفحص المفرط للأمور مما يخلق أعراض الوسواس القهري.

اقترح "سالكوفسكي" أن معتقدات المسؤولية تتضخم بسبب التعزيز السلبي وعدم قدرة الشخص على تقييم معتقداته بأنها واقعية أو غير واقعية، ويمكن أن يتعلم الشخص الشعور المتضخم بالمسؤولية أثناء فترات النمو أو نتيجة المرور بأحداث غير عادية أو حرجة (Salkovskis & Freeston, 2001). وهناك أسباب مختلفة تؤدي لتضخم معتقدات المسؤولية غير التكيفية، من هذه الأسباب تعزيز الشعور العام بالمسؤولية عن منع التهديدات، والتعرض لقواعد صرامة ومتطرفة للسلوكيات والواجبات، أو الحوادث التي تنطوي على فعل/عدم فعل ساهم في خلق أدنى كبير للنفس أو الآخرين (Salkovskis et al., 1999).

وللأسرة دور مهم في تطور معتقدات المسؤولية المتضخمة، وهذا ما أكدته نتائج دراسة Mathieu et al. (2020) من حيث أن معتقدات المسؤولية تتضخم خلال الطفولة المبكرة نتيجة خبرات التربية القاسية والسيطرة، وبالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٧ - ١٢) عامًا ارتبطت الحماية المفرطة والتربية القلقة المدركة من قبل الأطفال بزيادة معتقدات المسؤولية المتضخمة، أما المراهقين الذين تتراوح أعمارهم من (١٣ - ١٧) عامًا فاستمرت هذه الارتباطات الإيجابية، بالإضافة إلى توسط معتقدات المسؤولية المتضخمة العلاقة بين تربية الأمهات القلقة المدركة واضطراب الوسواس القهري.

اقترح Salkovskis et al. (1999) نموذجًا لتفسير معتقدات المسؤولية المتضخمة، وأوضح من خلاله أنها تنمو من خلال واحد أو أكثر من المسارات النمائية والتي تشمل خبرات التعلم الاجتماعي المبكرة الفعلية أو المدركة ومنها: (١) المسؤولية المتزايدة: حيث يتم إلقاء المسؤولية بشكل صريح أو ضمني على الطفل من خلال إهمال الوالدين، واللوم، واستخدامه ككبش فداء؛ مما يؤدي إلى شعوره بتأنيب الضمير والمسؤولية، وصولاً به إلى وجود رغبات لديه في منع الأخطاء والمصائب، (٢) قواعد السلوك الصارمة أو المتطرفة؛ تُفرض بواسطة شخصيات ذات سلطة استبدادية تتمتع بالسيطرة والرفض، مما يؤدي إلى الشعور بعدم التسامح مع الفشل دون الشعور المفرط بالذنب والعار وخيبة الأمل مما يخلق رغبة في تحييد هذه المشاعر، (٣) انخفاض المسؤولية: والتي تظهر في الحماية المفرطة الصريحة أو المدركة والتدليل، والتربية القلقة، والنمذجة الأبوية للاستجابات القلقة، ما يجعل الشخص شديد الحساسية تجاه المسؤولية من حيث انخفاض الكفاءة الذاتية والقدرة على

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

المواجهة، وقد يسعى إلى التخلص من هذا الانزعاج (٤، ٥) حادثة حقيقية أو مدركة. وهي مساهمة أفعال / عدم أفعال الشخص في وقوع محنة شديدة لنفسه أو للآخرين. لذا يرى الباحث أن معتقدات المسؤولية المتضخمة تتطور من الطفولة ضمن السياقات الأسرية التي تتصف بوجود ممارسات تربية مختلفة (واقعية أو مدركة) مثل النبذ الشديد أو السيطرة المفرطة. أشارت البيانات الأولية لنتائج الدراسات السابقة إلى أن البالغين والشباب قد أكدوا من خلال التقرير الذاتي على تجربة هذه المسارات المقترحة لمعتقدات المسؤولية المتضخمة (مثل القواعد الصارمة، أحداث الحياة السلبية... إلخ) (Careau et al., 2012; Coles & Schofield, 2008; Coles et al., 2015; Collins & Coles, 2018). وتوصلت الدراسة التي أجراها Timpano et al. (2010) على (٢٢٧) طالبًا جامعيًا تتراوح أعمارهم بين (١٧ - ٢٤) عامًا إلى ارتباط أنماط الأبوة المستبدة (أي التحكم المفرط، والنبذ الشديد) بالمعتقدات الوسواسية (بما في ذلك معتقدات المسؤولية المتضخمة) واضطراب الوسواس القهري. وتوسطت معتقدات المسؤولية المتضخمة العلاقة بين الأبوة المستبدة المدركة وشدة الوسواس القهري.

معتقدات المسؤولية المتضخمة والوسواس القهري:

تعتبر المعتقدات المختلفة بمثابة أفكار راسخة، وافتراسات غير عقلانية، واتجاهات غير واقعية للشخص حول ذاته وعالمه الخارجي (Salkovskis, 2007). افترضت (OCCWG, 1997) وجود ثلاثة أبعاد للمعتقدات المتعلقة بالوسواس القهري وهي: (أ) تضخم المسؤولية الشخصية، والميل إلى المبالغة في تقدير التهديد (تقدير المسؤولية والتهديد)، (ب) الكمالية، وعدم تحمل الغموض (الكمال والشك)، (ج) المبالغة في أهمية الأفكار، والتحكم المفرط فيها (الأهمية والتحكم في الأفكار)، ولقد توصلت (OCCWG, 1997) إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيًا بين أعراض الوسواس القهري ومعتقدات المسؤولية المتضخمة وتقدير التهديد، والكمالية وعدم اليقين/ الشك، والمبالغة في أهمية الأفكار والتحكم فيها. ولقد أكد كل من (Kim et al., 2016; Raines et al., 2019; Halvaiepour & Nosratabadi, 2016) على دور المعتقدات المختلفة في خلق واستمرار اضطراب الوسواس القهري.

أوضحت نتائج العديد من الدراسات ارتباط معتقدات المسؤولية المتضخمة مع الوسواس القهري بشكل عام، مثل: دراسة (Coles et al., 2014) التي أجريت على (١٥٩) مراهقًا تتراوح أعمارهم بين (١٣ إلى ١٨) عامًا، وتوصلت إلى ارتباط المستويات المرتفعة من معتقدات المسؤولية المبلغ عنها ذاتيًا بزيادة أعراض الوسواس القهري. كما أبلغ المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين (١١ إلى ١٨) عامًا الذين يعانون من الوسواس القهري (ن = ٢٨) عن تضخم معتقدات المسؤولية مقارنة بالمراهقين القلقين (ن = ٢٨)، والمراهقين العاديين (ن = ٦٢)، وأظهرت النتائج معتقدات المسؤولية بالوسواس القهري لدى الجميع (Libby et al., 2004). بينما أظهرت دراسة كلٍّ من Barrett & Healy-Farrell (2003) دورًا محدودًا لمعتقدات المسؤولية في حدوث الوسواس القهري لدى الشباب.

كما أجريت دراسة (Haciomeroglu & Karanci (2014 على عينة مكونة من (٣٠٠) طالب جامعي تتراوح أعمارهم بين (١٧ - ٢٧) عامًا، وأوضحت نتائجها تنبؤ الحماية المفرطة للأهميات المدركة والمعتقدات المتعلقة بالمسؤولية بأعراض الوسواس القهري، وتوسّطت معتقدات المسؤولية المتضخمة العلاقة بين الحماية المفرطة للأهميات المدركة وأعراض الوسواس القهري.

ثالثاً - العلاج الميتماعرفي:

العلاج الميتماعرفي هو مدخل علاجي يعتمد على نظرية ما وراء المعرفة، وضع أسسه "Wells" ويقوم على توظيف مجموعة من الفنيات الميتماعرفية لعلاج الاضطرابات النفسية والانفعالية مثل: فنيات تدريب الانتباه، وفنيات التنبية المنفصل (عبد الحميد، ٢٠١٨، ٢٩٦). ويشير مصطلح ما وراء المعرفة إلى مستوى العمليات المعرفية التي تنطوي على القدرة على رصد ومراقبة وتقييم التفكير، ويعرف بأنه المعرفة الضمنية والافتراضات والمعتقدات والمعلومات التي يحملها الشخص عن إدراكهم الخاص (حنوره، والطار، ٢٠١٩، ٤٨٤).

ومن مبادئ العلاج الميتماعرفي أنه يفترض أن انفعالات القلق والحزن هي إشارات داخلية تعكس التباين في تنظيم الذات، وتدل على وجود تهديدات لصحة الشخص وسوائه النفسي؛ فيلجأ الشخص إلى استراتيجيات مواجهة تقلل من شعوره بالتهديد كالتحكم في إدراكه

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

ومعارفه؛ مما يجعل هذه الانفعالات تستغرق فترات زمنية محدودة؛ فإن وجود هذه الاستجابات الانفعالية واستمرارها يتسبب في الاضطراب النفسي (Wells, 2011). يقوم العلاج الميتامعرفي على "النموذج الوظيفي التنفيذي المنظم ذاتيًا" للاضطرابات النفسية، والذي يشير إلى وجود نمط معين من التفكير يُسمى "متلازمة الانتباه المعرفي" التي تتكون من التفكير المستمر في شكل قلق، واجترار، وسلوكيات مواجهة غير تكيفية، وتركيز الانتباه بإفراط على التهديدات، واستراتيجيات سيطرة على التفكير غير منتجة، هذا النمط هو ما يحدث اضطراب الوسواس القهري، ويكون مسئولاً عن تطوره وبقائه (Wells, 2011). بل إن الاضطرابات النفسية تبقى وتستمر بسبب هذا الأسلوب من التفكير.

تعتبر متلازمة الانتباه المعرفي نتاج المعتقدات الميتامعرفية الخاطئة التي تسيطر على التفكير والمشاعر، وتزيد هذه المتلازمة من طول مدة الخبرة الانفعالية السلبية وكثافتها من خلال العديد من الاستراتيجيات والمسارات المحددة بشكل واضح (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ١٦٢).

لذا يهتم العلاج الميتامعرفي بتعديل أفكار المرضى حول أفكارهم الخاصة؛ حيث يتم تشجيعهم على تحدي معتقداتهم حول أهمية وقوة الأفكار، من خلال التركيز على تغيير علاقة المريض مع الأفكار بدلاً من تحدي المحتوى الفعلي للأفكار؛ أي أنه يركز على عمليات التفكير بدلاً من المحتوى.

يُبنى العلاج الميتامعرفي على أربع مهارات أساسية تعتبر قاعدة له وهي: المهارة الأولى: التعرف على المستويات والتنقل بينها؛ وتعني قدرة المعالج على فهم المستويات المختلفة من المعرفة، وقدرته على التنقل فيما بينها؛ أي أنه يميز بين ما يُعد من عوامل ما وراء المعرفة وما ينتمي إلى المعرفة المعتادة، أما المهارة الثانية: فهي فحص متلازمة الانتباه المعرفي؛ وتعني القدرة على التعرف على العمليات المعرفية اللاتوافقية التي تشكل متلازمة الانتباه المعرفي بأشكالها المختلفة المُتخفية، والمهارة الثالثة: استخدام حوار سقراطي يركز على نظرية ما وراء المعرفة بهدف استكشاف وتعديل المعتقدات في الأفكار والانفعالات، والمهارة الرابعة: تركز على تعلم تنفيذ التعرض لتجربة أو خبرة معينة باستخدام نظرية ما وراء المعرفة (عبد الرحمن، ٢٠١٤، ٢٠٥).

يستهدف العلاج الميتامعرفي الحد من تنشيط متلازمة الانتباه المعرفي؛ وذلك بتعديل عوامل ما وراء المعرفة، وإعادة هيكلة المعتقدات الميتامعرفية الإيجابية والسلبية (Hutton et al., 2014).

كما يسعى العلاج الميتامعرفي إلى مساعدة المرضى على عدم الانخراط المتكرر في الأحداث غير السارة السابقة من خلال التحكم في استراتيجيات الاختلال الوظيفي غير الفعالة؛ حيث يتم تعليم المريض صرف انتباهه وتركيزه بعيداً عن فخ الاضطراب المعرفي والسلوكي والانفعالي؛ ومن ثمَّ يركز على جوانب أخرى من الحياة (Asaszadeh & Mahmoudalilou, 2018).

يهتم العلاج الميتامعرفي بتغيير الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى في توجيه سلوكهم ومعالجة أفكارهم؛ وذلك بإعادة كتابة خططهم الذاتية للقيام بالأعمال وإدراكها، كما يتحدى العلاج المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بالأفكار، وكذلك الطريقة التي يتعامل بها الأشخاص مع أفكارهم الاقتحامية، وذلك من خلال مهام التعرض والاستجابة.

وهناك نوعان أساسيان من التغيير الميتامعرفي يركز عليهما العلاج الميتامعرفي وهما: (١) كيف يرتبط المريض بأفكاره وكيف يختبرها (مثل: طبيعة الوعي الخبراتي)، و(٢) ما يعتقد الشخص عن أفكاره، هذان العاملان مترابطان، ولكنهما ليس مترادفين؛ فالمريض يختبر أفكاره على أنها متداخلة مع الواقع، ويستجيب لها باستخدام متلازمة الانتباه المعرفي اللاتكيفية، وبالنسبة لاعتقاد المريض حول أفكاره فإنه يعتقد أن أفكاره ورغباته ودوافعه مهمة ولها معنى وقوة خاصة عليه (Dimaggio et al., 2015).

العلاج الميتامعرفي ومعتقدات المسؤولية المتضخمة لدى مرضى الوسواس

القهري:

أجمعت النظريات المعرفية على أن تقييم الأفكار وكيفية الاستجابة لها هو ما يسبب الوسواس القهري، إلا أن التوجهات المعرفية اختلفت في نوع المعتقدات والعمليات التي تؤدي إلى تطور واستمرار الاضطراب، في حين أكد النموذج الميتامعرفي على أن المسؤولية المتضخمة، ودمج الأفكار بالعمل، والمعتقدات الميتامعرفية عوامل مسببة لاضطراب الوسواس القهري.

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

ينظر النموذج الميتامعرفي إلى المسؤولية على أنها نتيجة ثانوية لعوامل ما وراء المعرفة، وأنها تُسهم في ظهور أعراض الوسواس القهري، ويفترض النموذج ما يلي: (١) ترتبط المسؤولية المتضخمة والمعتقدات الميتامعرفية إيجابيًا بأعراض الوسواس القهري، (٢) العلاقة بين المسؤولية وأعراض الوسواس القهري تعتمد إحصائيًا على عوامل ما وراء المعرفة، (٣) ترتبط عوامل ما وراء المعرفة بشكل إيجابي بأعراض الوسواس القهري بغض النظر عن المسؤولية. دعمت نتائج دراسة Gwilliam et al. (2004) هذه الفرضيات، وتوصلت إلى أن المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بالحاجة إلى التحكم في الأفكار، ودمج الأفكار بالفعل، والمعتقدات السلبية حول الكفاءة المعرفية تُنبئ جميعها بالوسواس القهري.

يقترح النموذج الميتامعرفي أن الأفكار الوسواسية يتم تفسيرها بشكل سلبي بسبب المعتقدات الميتامعرفية المرتبطة بمعنى هذه الأفكار والعواقب الخطيرة لامتلاكها. وهناك مجالان من المعتقدات الميتامعرفية يقوم عليهما النموذج الميتامعرفي للوسواس القهري في التشخيص والعلاج وهما: (أ) المعتقدات الميتامعرفية المرتبطة بدلالة أو أهمية الأفكار والمشاعر، و (ب) المعتقدات الميتامعرفية المرتبطة بالحاجة إلى أداء الطقوس. ويتضمن المجال الأول مجموعة من الموضوعات المختلفة منها: المعتقدات حول الاقتحامات الفكرية intrusions مثل: (أ) اندماج الأفكار بالعمل (TAF): "إذا فكرت في أذى شخص ما فمن المحتمل أن أفعل ذلك، (ب) اندماج الأفكار بالحدث (TEF): "إذا اعتقدت أنني أسأت معاملة شخص ما فربما حدث ذلك بالفعل"، و (ج) اندماج الأفكار بالموضوع (TOF): ومن الأمثلة على ذلك الاعتقاد بأن "مشاعر الاضطراب" يمكن أن تنقل عبر الكتب إلى الآخرين، فالكتب تُلوث ومن ثم يتكون لدى الشخص شعور بعدم القدرة على الهروب من الاضطراب عند استخدام الكتب الملوثة (Wells, 2011).

تتسبب الأفكار الاقتحامية في تنشيط المعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بمعنى وأهمية الفكرة والعاطفة (أي: يحدث اندماج في الفكر)، ويشير اندماج الفكر إلى الخلط وإزالة الحدود بين الفكر والفعل، والفكر والحدث، والفكر والموضوع. يؤدي تنشيط هذه المعتقدات المختلة إلى تقييم سلبي للأفكار الاقتحامية، وهذا بدوره يُعد إشارة على وجود تهديد؛ مما يؤدي إلى تنشيط المزيد من الانفعالات السلبية كالقلق؛ ونتيجة لذلك يعتقد الشخص أنه يجب عليه خفض

قلقه، والتحكم في العمليات المنظمة للإدراك والانتباه لكي يستطيع التحكم في أفكاره (Wells, 2011).

يعتبر إحساس الشخص المتضخم بالمسؤولية أحد المعتقدات الرئيسة التي تسبب التفسير الخاطئ للأفكار الاقتحامية؛ ما يؤدي إلى تطور أنماط الاستجابات القائمة على تجنب وتحييد الوسواس العقلية المخيفة، وتُفسر هذه الاستجابات على أنها مكافآت أخلاقية نتيجة تنفيذ أفعال نابعة عن الشعور بالمسؤولية، مما يقلل الضيق الناجم عن ذلك (Salkovskis et al., 2000).

مما سبق يؤكد النموذج الميتامعرفي على أن المصابين بالوسواس القهري يعتقدون أنه بإمكانهم منع حدوث الضرر، ويحملون أنفسهم مسؤولية أخلاقية عندما يفشلون في منع الضرر. كما أن معتقدات المسؤولية المتضخمة تسبب استجابات وسواسية غير تكيفية؛ فالمعتقدات الميتامعرفية المتعلقة بالحاجة إلى التحكم في الأفكار (مثل: أحتاج إلى التحكم في أفكاري في جميع الأوقات) تؤدي إلى تضخم أهمية حدوث الوسواس التي قد يساء تفسيرها على أنها فقدان للقدرة على ضبط النفس؛ ومن ثم الاحتجاج على ذلك بالطقوس القهرية كوسيلة لتحقيق درجة من التحكم العقلي وإن كان مؤقتًا.

ذكر (Myers et al. 2017) أن العلاج الميتامعرفي لاضطراب الوسواس القهري يؤكد على دور المعتقدات الميتامعرفية في كلٍّ من الأفكار والطقوس، فبينما تمثل المعتقدات تحديًا، فإن الإدراك يقتصر على المعتقدات الذاتية.

لذا يفحص العلاج الميتامعرفي عمليات ومكونات المعرفة التي تتحكم في مختلف جوانب الإدراك؛ إذ تُعرف ما وراء المعرفة بأنها نظام لمعالجة المعلومات، يراجع ويفسر ويقيم محتواها وعملياتها. ويشير مصطلح ما وراء المعرفة هنا إلى العمليات المعرفية في الوسواس القهري التي تساهم في التحكم في جوانب الإدراك. ووفقًا لـ "ويلس" فإن الأفكار القهرية تُنشط المعتقدات الميتامعرفية التي تتعلق بمعنى الأفكار، وكما هو الحال في العلاج السلوكي المعرفي يفترض العلاج الميتامعرفي أيضًا أن التفكير المتحيز يسبب اضطرابًا نفسيًا، لكن العلاج الميتامعرفي يوفر تفسيرًا آخر لطبيعة الاضطراب وأسبابه، فالمعتقدات السلبية لا تؤدي بالضرورة إلى أنماط التفكير المختل والضيق النفسي، لكن استنادًا إلى نظريات ما وراء

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

المعرفة يأتي الاضطراب في التفكير والعاطفة من وراء المعرفة، ويختلف ما وراء المعرفة عن الأفكار والمعتقدات الأخرى التي لم يؤكد عليها العلاج السلوكي المعرفي (Wells, 2011). إن معرفة كيفية إدراك المريض لتحكمه في القلق ودرجة تحكمه سوف يساعد في توجيه الباحث لاستهداف هذا التحكم؛ فمثلاً إذا كان المريض يعتقد أنه "لا يمكنه فعل أي شيء عندما يشعر بالخوف من شيء ما"، فإن الباحث يجادل المريض في مدى واقعية تقييمه، ثم يقدم له تنقيحاً نفسياً حول استراتيجيات حل المشكلات خاصة المتعلقة بطرق تقليل مصادر التهديد.

دراسات سابقة:

يستعرض الباحث بعض الدراسات السابقة ذات الصلة، على النحو التالي:

أ- دراسات تناولت العلاقة بين المعتقدات الميتماعرفية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري:

استهدفت دراسة Kaur & Mahajan (2022) تقييم ومقارنة المعتقدات الميتماعرفية لدى مرضى الوسواس القهري، تكونت العينة من (٥٠) مشاركاً بواقع (٢٥) مريضاً بالوسواس القهري، و٢٥ آخرين من العاديين كمجموعة ضابطة) تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٤٥) عاماً، تم استخدام مقياس يل-براون للوسواس القهري، ومقياس الصحة العامة، ومقياس عوامل ما وراء المعرفة، وأوضحت النتائج وجود ارتباط دال بين المعتقدات الميتماعرفية وأبعادها مع اضطراب الوسواس القهري باستثناء بُعد المعتقدات الإيجابية حول القلق، وأن تلك المعتقدات كانت أكثر حدة لدى المرضى عن الأشخاص العاديين.

أجرى Mantz & Abbott (2017B) دراسة مراجعة منهجية بهدف الكشف عن تأثير المسؤولية على أعراض وعمليات الوسواس القهري لدى عينات من الأطفال والبالغين، واقتصرت هذه الدراسة على (١٦) دراسة نشرت باللغة الإنجليزية بحثت تأثير المسؤولية على عرض واحد على الأقل من أعراض الوسواس القهري، وتوصلت الدراسة إلى أن عمليات تقييم المسؤولية والتهديدات تؤثر بشكل دال على اضطراب الوسواس القهري، وأن تعديل هذه التقييمات يمكن أن يكون مفيداً في تقليل أعراض الوسواس القهري.

كما استهدفت دراسة Sassaroli et al. (2015) بحث المعتقدات الميتماعرفية كمتغير وسيط بين معتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري لدى عينة مكونة من

(٣٧) شخصًا يعانون من اضطراب الوسواس القهري، و (٣١) شخصًا عاديًا، استجابوا جميعًا على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس السيطرة على القلق والحاجة إلى السيطرة على الأفكار كمقاييس فرعية للمعتقدات الميتامعرفية، وقائمة بادو للوسواس القهري، وتوصلت الدراسة إلى أن المعتقدات الميتامعرفية (السيطرة على القلق، والحاجة إلى السيطرة على الأفكار) قد توسطت العلاقة بين معتقدات المسؤولية المتضخمة وأعراض الوسواس القهري، كما أوضحت ارتفاع درجات العينة على مقاييس معتقدات المسؤولية المتضخمة ومقياس التحكم في القلق، ومقياس الحاجة إلى التحكم في الأفكار.

حاولت دراسة (Pichakolaei et al. (2014 الكشف عن النموذج الميتامعرفي لاضطراب الوسواس القهري من خلال مقارنة معتقدات اندماج التفكير واستراتيجيات التحكم في التفكير لدى مرضى الوسواس القهري والاكتئاب والأشخاص العاديين، أجريت الدراسة على (٢٠) مريضًا بالوسواس القهري، و(٢٠) مريضًا بالاكتئاب، و(٢٠) شخصًا عاديًا، طبق عليهم جميعًا مقياس اندماج التفكير، ومقياس التحكم في التفكير، وأشارت النتائج إلى ارتفاع درجات مرضى الوسواس القهري مقارنة بالمجموعتين الآخرين، كما وجدت فروق دالة إحصائية بين الثلاث مجموعات في استراتيجيات التحكم في التفكير، والعقاب، والارتباك.

كما استهدفت دراسة (Niemeyer et al. (2013 الكشف عن دور كل من المسؤولية والعوامل الميتامعرفية في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري، أجريت الدراسة على (٦٨) مفحوصًا أتموا الاستجابة على مقياس الوسواس القهري والمعتقدات الوسواسية، ومقياس التناؤل غير الواقعي، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، وأشارت النتائج إلى تنبؤ المسؤولية بأعراض الوسواس القهري بعد عزل العوامل الميتامعرفية، وذلك على عكس نتائج الدراسات السابقة، وأكدت النتائج تنبؤ التشاؤم غير الواقعي (المبالغة في تقدير التهديدات "الاحتمالات الشخصية"، والمبالغة في تقدير المخاطر العامة للأحداث السلبية) بأعراض الوسواس القهري.

بينما اهتمت دراسة (Shirinzadeh Dastgiri et al. (2008 ببحث العلاقة بين المعتقدات الميتامعرفية والمسؤولية ودور كلٍ منهما في اضطراب الوسواس القهري عند التحكم في القلق، أجريت الدراسة على (٢٥) مريضًا بالوسواس و(٢٥) مريضًا بالقلق و(٢٥)

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

شخصًا عاديًا، أكملوا جميعًا استبيان ما وراء المعرفة، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس القلق، وقائمة مودزلي للوسواس القهري، أشارت النتائج إلى وجود فروق بين مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق والعاديين في المعتقدات الميتامعرفية عند عزل درجة المسؤولية والقلق، وعدم وجود فروق بين الأشخاص العاديين ومرضى الوسواس القهري ومرضى القلق في معتقدات المسؤولية عند عزل المعتقدات الميتامعرفية.

كما بحثت دراسة (Irak & Tosun (2008 العلاقة بين العوامل الميتامعرفية بأعراض الوسواس القهري والقلق، ومدى توسط العوامل الميتامعرفية للعلاقة بين أعراض الوسواس القهري والقلق، ومدى اختلاف العوامل الميتامعرفية المنبئة بالوسواس القهري عن تلك المنبئة بالقلق، تكونت عينة الدراسة من (٨٥٠) طالبًا من مختلف جامعات تركيا، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط دال بين العوامل الميتامعرفية وكل من أعراض الوسواس القهري والقلق، وأكدت النتائج على دور الوساطة للعوامل الميتامعرفية بين أعراض الوسواس القهري والقلق، كما أوضحت النتائج اختلاف العوامل الميتامعرفية المنبئة بأعراض الوسواس القهري عن تلك المنبئة بالقلق، إلا أنه لم يوجد عوامل ميتامعرفية معينة أكثر ارتباطًا وتنبؤًا بالأنواع الفرعية لاضطراب الوسواس القهري.

استهدفت دراسة (Myers & Wells (2005 الكشف عن دور كل من معتقدات المسؤولية وعوامل ما وراء المعرفة في الوسواس القهري، أجريت الدراسة على (١٠٤) مشاركين؛ أغلبهم طلاب، متوسط عمرهم الزمني (٢٥,٥) عامًا، ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس عوامل ما وراء المعرفة، ومقياس دمج الأفكار، وقائمة "مودزلي" للوسواس القهري، وتوصلت الدراسة إلى ارتباط كل من معتقدات المسؤولية وعوامل ما وراء المعرفة إيجابيًا بأعراض الوسواس القهري، بينما لم توجد علاقة ارتباطية بين معتقدات المسؤولية وأعراض الوسواس القهري عند عزل عوامل ما وراء المعرفة، وعلى النقيض لم تتأثر العلاقة بين عوامل ما وراء المعرفة والوسواس القهري عند عزل أثر معتقدات المسؤولية المتضخمة.

استهدفت دراسة (Gwilliam et al. (2004 بحث إمكانية التنبؤ بأعراض الوسواس القهري من خلال المعتقدات الميتامعرفية وإدراك المسؤولية، أجريت الدراسة على (٢٠٠) مشاركين تراوحت أعمارهم بين (١٨ : ٦٨) عامًا، استجابوا جميعًا على قائمة مودزلي للوسواس

القهري، ومقياس بودا للوسواس القهري، ومقياس دمج الأفكار، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس عوامل ما وراء المعرفة، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين كل من إدراك المسؤولية والمعتقدات المرتبطة بالاندماج مع أعراض الوسواس القهري، وكان الارتباط أقوى بين معتقدات اندماج الأفكار مع أعراض الوسواس القهري، وبغزل تأثير المعتقدات الميتامعرفية ضعفت العلاقة بين إدراك المسؤولية وأعراض الوسواس القهري.

بحث دراسة Emmelkamp & Aardema (1999) العلاقة بين التشوهات المعرفية والمعتقدات الميتامعرفية باضطراب الوسواس القهري، وإمكانية التنبؤ بأنماط وسلوكيات قهرية محددة من خلال معتقدات وتشوهات محددة، أكمل (٣٠٥) أشخاص عددًا من المقاييس لتقييم مجالات مختلفة للمعتقدات المختلة، وسلوك الوسواس القهري والمزاج المكتئب، وأوضحت تحليلات الانحدار المتعددة أن معتقدات معينة ترتبط بأشكال محددة من السلوكيات الوسواسية مثل: الغسيل والفحص والدقة والاجترار والاندفاعات، كما أوضحت النتائج ارتباط المعتقدات الميتامعرفية مثل دمج الفكر والعمل والاستدلال العكسي بمعظم أشكال السلوك الوسواسي القهري.

ب- دراسات اهتمت بتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري:

هدفت دراسة Nayeabaghayee et al. (2019) إلى التحقق من فعالية العلاج الميتامعرفي في تعديل المعتقدات المختلة، ومعتقدات المسؤولية المتضخمة، وعدم تحمل الشك لدى مرضى الوسواس القهري، تكونت عينة الدراسة من (١٦) مريضًا بالوسواس القهري تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، تلقى كل مشارك في المجموعة التجريبية اثنتي عشرة جلسة علاجية، أكمل المشاركون مقياس الوسواس القهري، ومقياس المعتقدات الوسواسية، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس عدم تحمل الشك قبل وبعد التدخلات، وكذلك بعد ثلاثة أشهر في مرحلة المتابعة، وأشارت النتائج إلى أن العلاج الميتامعرفي كان له تأثير دال إحصائيًا في خفض المعتقدات المختلة، وخفض معتقدات المسؤولية المتضخمة وعدم تحمل الشك، وظل تأثيره ثلاثة أشهر بعد العلاج، تدعم نتائج الدراسة تأثير العلاج الميتامعرفي في تعديل المعتقدات المختلة، ومعتقدات المسؤولية المتضخمة، وعدم تحمل الشك لدى مرضى الوسواس القهري.

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

استهدفت دراسة (Azizi et al. 2019) المقارنة بين فعالية العلاج الميتامعرفي وفق نهج "Moritz" ونهج "Wells" على أعراض الوسواس القهري والمرونة المعرفية لدى النساء ربّات البيوت، أجري البحث على ثلاث مجموعات بواقع (١٥) مشاركًا بكل مجموعة، مجموعتين تجريبيتين تعرضت إحداهما للعلاج وفق نهج "موريتز"، والأخرى تعرضت للعلاج وفق نهج "ويلس"، والثالثة كانت ضابطة، أكمل الجميع الاستجابة على مقياس الوسواس القهري والمرونة المعرفية، أظهرت النتائج فعالية العلاج الميتامعرفي وفق النهجين في تحسين المرونة المعرفية وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، ولم توجد فروق بين المجموعتين التجريبيتين بعد العلاج.

كما استهدفت دراسة (Kakra & Mohan 2017) الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح الشعور المتضخم بالمسؤولية لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، أجريت الدراسة على (٣٥) مريضًا بالوسواس القهري، و(٣٢) كعينة ضابطة متطابقين في العمر والتعليم والتشخيص، وتم استخدام مقياس يل براون للوسواس القهري، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة. وتوصلت الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي له فعالية في خفض تضخم معتقدات المسؤولية وأعراض الوسواس القهري.

استهدفت دراسة "حنوره" (٢٠١٦) بحث فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في خفض حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الملك عبد العزيز، ومعرفة مدى استمرار فعالية العلاج بعد فترة المتابعة التي امتدت لشهر، أجريت الدراسة على (٢٤) طالبًا بمتوسط عمر زمني (٢٢,٥) عامًا، تم توزيعهم على ثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة بواقع (٦) طلاب لكل مجموعة، أكملوا جميعًا مقياس الوسواس القهري والمقابلة التشخيصية، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج السلوكي والعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري، واستمرار فعاليتهما بعد فترة المتابعة، وأن الجمع بين العلاجين كان أكثر كفاءة وفعالية من استخدام أحدهما على حدة بعد فترة المتابعة.

كما استخدمت دراسة (Grøtte et al. 2015) العلاج الميتامعرفي لخفض المعتقدات الميتامعرفية والكمالية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة لدى مرضى الوسواس القهري لدى عينة مكونة من (١٠٨) مرضى، وأظهرت النتائج تحسنًا ملحوظًا في انخفاض أعراض

الوسواس القهري ومعتقدات دمج الفكر ومستوى الكمالية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة بعد الانتهاء من البرنامج.

بحث دراسة (Khodabakhsh et al. (2013) فعالية العلاج الميتماعرفي على التحكم في الأفكار الوسواسية وزيادة التوافق النفسي لدى حالة تعاني من اضطراب الوسواس القهري، طبق عليها مقياس موديزلي للوسواس القهري، واستبيان عوامل ما وراء المعرفة، ومقياس التوافق، تلقت الحالة (١٣) جلسة، وأوضحت النتائج فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض المعتقدات الميتماعرفية الإيجابية المرتبطة بالوسواس وأعراض الوسواس القهري، كما ساهم العلاج في زيادة التوافق وخاصة التوافق الأسري والعاطفي.

بحث دراسة (Haraguchi et al. (2011) فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي على أعراض الوسواس القهري ومعتقدات المسؤولية المتضخمة، أجريت الدراسة على (٢٨) مريضاً انطبقت عليهم المعايير التشخيصية وفقاً لـ (DSM-IV)، وأكمل المرضى اثنتي عشرة جلسة علاجية، ثم تم التقييم البعدي بتطبيق مقياس يل براون، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس تفسيرات المسؤولية، وأشارت نتائج الدراسة إلى تحسن درجات العينة على المقاييس الثلاثة بشكل ملحوظ.

استهدفت دراسة (Dimaggio et al. (2011) الكشف عن فعالية العلاج الميتماعرفي على حالة تعاني من اضطراب الشخصية الوسواسية، واستهدفت الدراسة تعزيز قدرات الحالة على تحديد المشكلات التي تعاني منها في صورة ذهنية، ثم استخدام هذه المعرفة لتطوير طرق جديدة لعيش حياة اجتماعية تتسم بالتوافق، وأوضحت نتائج الدراسة أن مرضى الوسواس يعانون من حالات التأمل فيما يدور في ذهنهم من أفكار، ويستخدمون المعرفة الناتجة عن هذا التأمل في التعامل مع معاناتهم وفي حل المشكلات الاجتماعية، ويمكن أن يؤدي التركيز العلاجي على الاختلالات الميتماعرفية وتنظيم العلاقة العلاجية إلى خفض الأعراض الوسواسية وتحسن الأداء بين الأشخاص.

كما استهدفت دراسة "الخولي" (٢٠٠٨) الكشف عن فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى (٢٠) من طلاب الجامعة، وأشارت النتائج إلى تحسن الطلاب، وانخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري، واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة.

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

بحث دراسة (Kohlenberg & Vandenberghe, 2007) فعالية علاج جديد غير تقليدي لمرضى الوسواس القهري المقاومين للعلاج أسماه الباحثان "المعالج يتحمل المسؤولية" (Therapist Assumes Responsibility (TAR)) أجري البحث كدراسة حالة لحالتين لبحث فعالية هذا العلاج وفعالية العلاقة العلاجية في علاج الوسواس القهري من خلال تعليم المرضى الثقة بالآخرين وتقبل وجود مستويات معقولة من انعدام الأمن، وتوصلت الدراسة إلى أن إضافة العوامل البيئشخصية إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي يساعد في تفسير دور المسؤولية المتضخمة، وإمكانية توظيف العلاقة العلاجية في علاجها، وأشارت الدراسة إلى أن سعي المريض للوصول إلى الطمأنينة هو نتيجة للشعور المتضخم بالمسؤولية.

هدفت دراسة (Fisher, 2003) إلى الكشف عن فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض الوسواس القهري، أجريت الدراسة على (٤) حالات يعانون من الوسواس القهري خضعوا لـ (١٢) جلسة لمدة ساعة أسبوعياً، أظهر الحالات انخفاضاً في أعراض الوسواس القهري، وأوضحت الدراسة أن الانخفاض في المعتقدات الميتماعرفية (مثل معتقدات اندماج الفكر) يؤدي إلى انخفاض القلق والدوافع القهرية، كما أن التعرض ومنع الاستجابة كفنيات سلوكية تؤدي إلى خفض القلق ومعتقدات اندماج الفكر والرغبة في تحييد القلق.

هدفت دراسة (Ladouceur et al., 1996) إلى الكشف عن فعالية العلاج المعرفي في تصحيح معتقدات تضخم المسؤولية وخفض اضطراب الوسواس القهري، أجريت الدراسة على (٤) مرضى يعانون من الوسواس القهري، وتمثلت شكاوهم الرئيسية في طقوس المراجعة، استهدفت الدراسة تصحيح معتقدات المسؤولية المتضخمة، ولم يتم استخدام التعريض أو منع الاستجابة، أبلغ جميع المرضى عن تحسن دال إحصائياً وإكلينيكياً في انخفاض الطقوس، كما انخفضت معتقدات المسؤولية المدركة، واستمرت هذه النتائج في التقييمات التتبعية.

تعقيب على الدراسات السابقة

بمراجعة الباحث للدراسات والبحوث السابقة وجد أن معظم الدراسات هدفت إلى بحث العلاقة بين المعتقدات الميتماعرفية، ومعتقدات المسؤولية المتضخمة، واضطراب الوسواس القهري، كما هدفت بعض الدراسات إلى تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة، أو خفض أعراض الوسواس القهري بواسطة العلاج المعرفي أو العلاج المعرفي السلوكي، بينما كانت هناك ندرة في الدراسات التي تناولت العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية

المتضخمة، أو في خفض أعراض الوسواس القهري، سواء في البيئة العربية أو الأجنبية - في حدود إطلاع الباحث. ولقد استهدفت الدراسات عينات مختلفة كالأطفال، والمراهقين، والراشدين، وطلاب جامعة من العاديين أو مرضى الوسواس القهري، بينما يستهدف البحث الحالي عينة من طلبة الدراسات العليا، واستخدمت الدراسات السابقة مقاييس مختلفة كمقياس "بودا" أو "مودزلي" أو "يل بروان" للوسواس القهري، ومقياس دمج الأفكار، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، ومقياس عوامل ما وراء المعرفة، وسوف يستخدم البحث الحالي مقياساً مناسباً للعينة وللبيئة العربية وهو مقياس "أبو هندي وآخرين" للوسواس القهري ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة "تعريب الباحث". وأوضحت نتائج معظم الدراسات وجود ارتباط إيجابي دال بين كل من العوامل الميتامعرفية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة مع أعراض الوسواس القهري، وتوسط العوامل الميتامعرفية العلاقة بين معتقدات المسؤولية المتضخمة وأعراض الوسواس القهري، وأثبتت الدراسات فعالية العلاجات والفنيات المختلفة في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري؛ لذا يستهدف البحث الحالي الكشف عن فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا.

فروض البحث:

- ١- توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين معتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا.
- ٢- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.
- ٣- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.
- ٤- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.
- ٥- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية.

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

- ٦- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الوسواسية.
- ٧- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الوسواسية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

منهج البحث وإجراءاته:

أ- **منهج البحث:** اعتمد الباحث في البحث الحالي في ضوء أهدافه على المنهج التجريبي الذي يعتمد على مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، وذلك للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، من خلال ثلاثة قياسات (قبلي-بعدي-تتبعي).

ب- **مجتمع البحث:** تكون مجتمع البحث من طلبة الدبلوم العام، والدبلومات الخاصة والطلاب بمرحلتَي الماجستير والدكتوراة بكلية التربية جامعة الزقازيق.

ج- **عينة البحث:** تكونت عينة حساب الخصائص السيكومترية من (٤٤١) طالبًا وطالبة من طلاب الدراسات العليا بكلية التربية جامعة الزقازيق، تراوحت أعمارهم بين (٢١: ٣٨) بمتوسط عمر زمني (٢٤,٤٦) وانحراف معياري (٢,٩٧)، وتكونت عينة البحث الأساسية من (١٦) طالبًا وطالبة، تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، قوام كل مجموعة (٨ طلاب؛ ٧ إناث، وذكر واحد) ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري وحصلوا على درجة مرتفعة على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة ومقياس الأعراض الوسواسية، وتم اختيار العينة وفقًا للخطوات التالية:

١- تم تطبيق مقياس أعراض الوسواس القهري ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة على عينة مكونة من (٤٩٠) من طلاب الدراسات العليا بكلية التربية جامعة الزقازيق.

٢- تم فرز الاستجابات واستبعاد غير المكتملة وغير الدقيقة منها والمتطرفة، وبلغ عددهم (٤٩)، وتبقى (٤٤١) تم حساب الخصائص السيكومترية للمقاييس عليهم.

- ٣- تم اختيار الطلاب الحاصلين على أعلى درجات في مقياس الأعراض الوسواسية ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، وبلغ عددهم (٥٣) طالبًا.
- ٤- ثم قام الباحث بعرض فكرة البحث والعلاج على العينة، وبأخذ آراء الطلاب في رغبتهم في الاشتراك في البرنامج العلاجي، وافق (٢٥) فقط.
- ٥- قام الباحث بإجراء مقابلة تشخيصية مع العدد المتبقي وهم (٢٥) من الطلاب الراغبين في العلاج والاشتراك في البرنامج، وتم استبعاد (٩) طلاب لعدم استيفائهم معايير اضطراب الوسواس القهري (وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM5) أو بغرض تحقيق التجانس بين المجموعات في نوعية الأعراض.
- ٦- تم تقسيم العينة الأساسية (١٦) طالبًا بطريقة عشوائية إلى مجموعتين تجريبية وضابطة؛ قوام كل مجموعة (٨ طلاب؛ ٧ إناث، وذكر واحد).
- وتم التحقق من تجانس المجموعتين في مقياس الأعراض الوسواسية، ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة، والعمر الزمني، وجدول (١) يوضح التجانس بين المجموعتين التجريبية والضابطة:

**فعالية العلاج المتنامع في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

جدول (١)

التجانس بين المجموعة التجريبية والضابطة في مقياس أعراض الوسواس القهري
ومقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة والعمر الزمني

المقياس	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
العمر الزمني	تجريبية	٨	٨,٥٦	٦٨,٥٠	٣١,٥	٦٧,٥	-٠,٠٥	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٤٤	٦٧,٥٠				
معتقدات المسؤولية المتضخمة	تجريبية	٨	٨,٥٦	٦٨,٥٠	٢٥,٠	٦١,٠	-٠,٧٤	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٤٤	٦٧,٥٠				
اجترار الأفكار	تجريبية	٨	٦,٩٤	٥٥,٥٠	١٩,٥	٥٥,٥	١,١٣	غير دالة
	ضابطة	٨	١٠,٠٦	٨٠,٥٠				
وساس جنسية	تجريبية	٨	١٠,٢٥	٨٢,٠٠	١٨,٠	٥٤,٠	١,٥٠	غير دالة
	ضابطة	٨	٦,٧٥	٥٤,٠٠				
وساوس عدوانية	تجريبية	٨	٨,٩٤	٧١,٥٠	٢٨,٥	٦٤,٥	-٠,٣٨	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٠٦	٦٤,٥٠				
وساوس النظافة والخوف من المرض	تجريبية	٨	٩,٢٥	٧٤,٠٠	٢٦,٠	٦٢,٠	-٠,٦٤	غير دالة
	ضابطة	٨	٧,٧٥	٦٢,٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	تجريبية	٨	٨,١٣	٦٥,٠٠	٢٩,٠	٦٥,٠	-٠,٣٢	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٨٨	٧١,٠٠				
صور وسواسية	تجريبية	٨	١٠,١٣	٨١,٠٠	١٩,٠	٥٥,٠	١,٤٠	غير دالة
	ضابطة	٨	٦,٨٨	٥٥,٠٠				
أفعال قهرية عامة	تجريبية	٨	٨,١٩	٦٥,٥٠	٢٩,٥	٦٥,٥	-٠,٢٧	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٨١	٧٠,٥٠				
نظافة طهارة قهرية	تجريبية	٨	٨,١٣	٦٥,٠٠	٢٩,٠	٦٥,٠	-٠,٣٣	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٨٨	٧١,٠٠				
البطء	تجريبية	٨	١٠,٠٦	٨٠,٠٠	١٩,٥	٥٥,٥	١,٣٤	غير دالة
	ضابطة	٨	٦,٩٤	٧١,٠٠				
المراجعة	تجريبية	٨	٦,٨٨	٥٥,٠٠	١٩,٠	٥٥,٠	١,٤٢	غير دالة
	ضابطة	٨	١٠,١٣	٨١,٠٠				
طقوس للمس	تجريبية	٨	٦,٩٤	٥٥,٥٠	١٩,٥	٥٥,٥	١,٣٤	غير دالة
	ضابطة	٨	١٠,٠٦	٨٠,٥٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	تجريبية	٨	٧,٦٣	٦١,٠٠	٢٥,٠	٦١,٠	-٠,٧٤	غير دالة
	ضابطة	٨	٩,٣٨	٧٥,٠٠				
وساوس دينية	تجريبية	٨	٩,٠٠	٧٢,٠٠	٢٨,٠	٦٤,٠	-٠,٤٢	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٠٠	٦٤,٠٠				
أفعال قهرية دينية	تجريبية	٨	٦,٧٥	٥٤,٠٠	١٨,٠	٥٤,٠	١,٥٠	غير دالة
	ضابطة	٨	١٠,٢٥	٨٢,٠٠				
الدرجة الكلية	تجريبية	٨	٨,١٣	٦٥,٠٠	٢٩,٠	٦٥,٠	-٠,٣٢	غير دالة
	ضابطة	٨	٨,٨٨	٧١,٠٠				

مقياس الأعراض الوسواسية

يتضح من الجدول (١) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني، ومعتقدات المسؤولية المتضخمة والدرجة

الكلية لاضطراب الوسواس القهري وأبعاده وهذا يدل على تجانس المجموعتين، ويقلل من تأثير تلك المتغيرات قبل تطبيق البرنامج العلاجي.

د- أدوات البحث:

١ - مقياس الأعراض الوسواسية^(١): (إعداد: أبو هندي وآخرين، ٢٠١٩)

يهدف المقياس إلى تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري بما يتلاءم مع المجتمع المصري، أعد الصورة الأولى للمقياس (أبو هندي، ومؤمن) وتم حساب صدقة وثباته على عينة مرضية وأخرى من الأسوياء، ويتمتع المقياس بصدق تلازمي وتمييزي عالٍ، وتم حساب الاتساق الداخلي والثبات، وقامت (عيد وآخرون، ٢٠٠٩) بدراسة للتحقق من صدق وثبات هذا المقياس على عينة من طلاب جامعة الكويت، وتراوحت معاملات ثبات ألفا للمقياس بين (٠,٤٩ - ٠,٨٦) وتوصلت الدراسة إلى أن هذا المقياس يفضل النظر إليه بوصفه أحادي العامل، ثم قام (أبو هندي وآخرون، ٢٠١٩) بدراسة لإعادة التحقق من الصلاحية السيكمترية للمقياس، وتم تطبيقه على عينة مرضية وأخرى من الأسوياء، وتم حساب الاتساق الداخلي (٠,٨٩) والصدق التمييزي والثبات الذي تراوح بين (٠,٥٥ - ٠,٩٤) بطريقة التجزئة النصفية، وبلغ ثبات المقياس ككل (٠,٩٤) بطريقة ألفا كرونباخ، وتوصل الباحثون إلى إعادة حساب المعايير وتحديد شدة الأعراض، ولم يتم حذف أي عبارة حيث كانت جميعها دالة إحصائياً، وتم تخصيص بعد عام للأعراض الدينية.

يتكون المقياس من (١٤) مقياساً فرعياً وهي:

- اجترار الأفكار (٧ عبارات) ويقاس إعادة التفكير في نفس الموضوع وفي تفاصيل كثيرة بطريقة تسبب الكرب وعباراته هي: ١ - ١٥ - ٢٩ - ٤٣ - ٥٧ - ٦٥ - ٧٢.
- الوسواس الجنسية (٤ عبارات): ويقاس التفكير في أمور جنسية غير مرغوبة وغير مقبولة للشخص نفسه، وعباراته هي: ٢ - ١٦ - ٣٠ - ٤٤.
- الوسواس العدوانية (٥ عبارات): ويقاس الخوف من التسبب في ارتكاب أشياء فظيعة ورهيبة، وعباراته هي: ٣ - ١٧ - ٣١ - ٤٥ - ٥٨.

(١) ملحق (١) الصورة النهائية لمقياس الأعراض الوسواسية.

فعالية العلاج المتنامع في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

- وسواس النظافة والخوف من المرض (٩ عبارات): يقيس الشك في النظافة والطهارة والتفكير في الطهارة والنجاسة، والخوف من التعرض للجراثيم، وعبارته هي: ١٩ - ٥ - ٣٣ - ٤٧ - ٦٠ - ٦٧ - ٧٤ - ٧٩ - ٨٣.
- الاندفاعات الوسواسية (٨ عبارات): يقيس أفكارًا تتضمن أن الشخص على وشك القيام بفعل مزعج وهو غير قادر على التحكم فيه، والخوف من تنفيذ أفكار عدوانية باستعمال سلاح أو بالضرب والسب القهري، وعبارته هي: ٦ - ٢٠ - ٣٤ - ٤٨ - ٦١ - ٦٨ - ٧٥ - ٨٠.
- الصور الوسواسية (٤ عبارات): يتضمن صور مزعجة تفرض نفسها على الشخص، وعبارته هي: ٧ - ٢١ - ٣٥ - ٤٩.
- أفعال قهرية عامة ومتباينة (٥ عبارات): يقيس وجود أفعال متكررة يشعر الشخص أنه مجبر على تأديتها كالرغبة في تكرار أسئلة حول موضوع ما، أو عد أشياء معينة، وعبارته هي: ٨ - ٢٢ - ٣٦ - ٥٠ - ٦٩.
- النظافة والطهارة القهرية (٧ عبارات): يقيس تكرار الأفعال المتعلقة بالنظافة والطهارة بدون أسباب منطقية، وعبارته هي: ١٠ - ٢٤ - ٣٨ - ٥٢ - ٦٢ - ٧٠ - ٧٦.
- البطء (٤ عبارات): يقيس البطء في تنفيذ الأعمال والواجبات حتى البسيط منها، وعبارته هي ١١ - ٢٥ - ٣٩ - ٥٣.
- المراجعة (٤ عبارات): يقيس مراجعة الأشياء بغرض التحقق من القيام بها، وعبارته هي: ١٢ - ٢٦ - ٤٠ - ٥٤.
- طقوس اللمس (٥ عبارات): تقيس العمل على تجنب لمس أشياء معينة، أو أن تلمس أشياء معينة ملابس الشخص، وعبارته هي: ١٣ - ٢٧ - ٤١ - ٥٥ - ٦٣.
- تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية (٨ عبارات): أي استهلاك الوسواس والأفعال للوقت، وإعاقتها بدرجة كبيرة لنظام الشخص اليومي، أو أداءه الوظيفي، أو الأكاديمي، أو الأنشطة الاجتماعية، وعبارته هي: ١٤ - ٢٨ - ٤٢ - ٥٦ - ٦٤ - ٧١ - ٧٧ - ٨١.
- الوسواس الدينية (٩ عبارات): يقيس الوسواس الدينية كالشك في العبادات من صلاة وصيام ووضوء، وعبارته هي: ٤ - ١٨ - ٣٢ - ٤٦ - ٥٩ - ٦٦ - ٧٣ - ٧٨ - ٨٢.

■ الأفعال القهرية الدينية (٤ عبارات): ما يقوم به الشخص من سلوك قهري ليتأكد من طهارته مثلاً، وعباراته هي: ٩- ٢٣- ٣٧- ٥١. وقام مؤلفو المقياس بدمج بعدي الوسائوس الدينية والأفعال القهرية الدينية في الصورة الأخيرة للمقياس في بعد واحد يُسمّى مقياس الأعراض الدينية مع بعض العبارات من الأبعاد الأخرى إلا أن الباحث أبقى عليهم بعدين مستقلين في تلك الدراسة.

الخصائص السيكومترية للمقياس في البحث الحالي:

أولاً - الاتساق الداخلي للمقياس:

١- حساب معامل الارتباط بين درجة كل مُفردة من مُفردات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، بعد حذف المُفردة من الدرجة الكلية للبعد. اعتمد الباحث على الاتساق الداخلي للتأكد من صلاحية المقياس وثباته، فتم إيجاد التجانس الداخلي للمقياس عن طريق حساب معامل الارتباط بين درجة كل مُفردة من مُفردات المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، بعد حذف المُفردة من الدرجة الكلية للبعد. كما يوضحها جدول (٢):

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

جدول (٢)

مُعاملات الارتباط بين المُفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه قبل استبعاد المُفردة
لمقياس الأعراض الوسواسية

المعامل	المُفردة	البعد	المعامل	المُفردة	البعد	المعامل	المُفردة	البعد
***,٣١٠	١٠	النظافة النظافة القهريّة	***,٤٣٥	٥	وساوس النظافة والخوف من المرض	***,٤٩٢	١	اجترار الأفكار
***,٤٩٨	٢٤		***,٤٨٤	١٩		***,٥٨٤	١٥	
***,٣٦٠	٣٨		***,٤٠٦	٣٣		***,٥٧١	٢٩	
***,٥١٣	٥٢		***,٤٦٧	٤٧		***,٦٢١	٤٣	
***,٣٩٦	٦٢		***,٣٧١	٦٠		***,٦٤٤	٥٧	
***,٣٩٦	٧٠		***,٣٨٧	٦٧		***,٦٨٧	٦٥	
***,٣٢١	٧٦		***,٥٣٠	٧٤		***,٦٢٤	٧٢	
***,٣٠٣	١١	البطء	***,٣٢٥	٧٩	الانفعالات الوسواسية	***,١٧١	٢	الوساوس الجنسية
***,٢٨٢	٢٥		***,٣٤٦	٨٣		***,٤٧٠	١٦	
***,٤١٤	٣٩		***,٤٧٤	٦		***,٥١٢	٣٠	
***,٣٨٩	٥٣		***,٣٣١	٢٠		***,٥٨٩	٤٤	
***,٤٢٣	١٢	المراجعة	***,٤١٧	٣٤	الانفعالات الوسواسية	***,١٩٨	٣	الوساوس العدوانية
***,٤٤٣	٢٦		***,٣٨٨	٤٨		***,٣٩١	١٧	
***,٤٢٦	٤٠		***,٤٨٠	٦١		***,٣٥٨	٣١	
***,٤٥١	٥٤		***,٣٧٥	٦٨		***,٣٦٨	٤٥	
***,٣٤٨	١٣	طقوس اللمس	***,٤٦٧	٧٥	وساوسية صور	***,٤٥٥	٥٨	أفعال قهريّة عامة
***,٥٠٣	٢٧		***,٥٥٦	٨٠		***,٤٧٠	٨	
***,٤٨٧	٤١		***,٣٣٢	٧		***,٤١٦	٢٢	
***,٤١٣	٥٥		***,٤٤٥	٢١		***,٤٧١	٣٦	
***,٥١١	٦٣	الوساوس الدينية	***,٣٩٢	٣٥	أفعال قهريّة دينية	***,٣١٠	٥٠	تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية
***,٣٦٥	٤		***,٢٨٩	٤٩		***,٤٠٦	٦٩	
***,٣٧٨	١٨		***,٢٧٥	٩		***,٤٦٩	١٤	
***,٤٥٣	٣٢		***,٢٧٩	٢٣		***,٤٨١	٢٨	
***,٣١٨	٤٦		***,٢٥٧	٣٧		***,٥٨٠	٤٢	
***,٥٣٠	٥٩		***,٣٤٥	٥١		***,٦٠٠	٥٦	
***,٣٨٩	٦٦					***,٦٠٠	٦٤	
***,٤١٦	٧٣					***,٦١٦	٧١	
***,٥١٢	٧٨					***,٥٣٧	٧٧	
***,٥٠٧	٨٢					٠,٥٥٨	٨١	

***مُعامل الارتباط دالّ إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٢) أن جميع مُعاملات الارتباط بين درجة كل مُفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي للمقياس وثباته المرتفع.

٢- حساب مُعامل ارتباط أبعاد مقياس الأعراض الوسواسية مع الدرجة الكلية للمقياس من خلال استخدام مُعامل ارتباط بيرسون، كما يوضحه جدول (٣):

جدول (٣)

مُعاملات ارتباط أبعاد مقياس الأعراض الوسواسية مع الدرجة الكلية للمقياس من خلال

استخدام مُعامل ارتباط بيرسون

المُعامل ارتباط "بيرسون"	عدد المفردات	البُعد	المُعامل ارتباط "بيرسون"	عدد المفردات	البُعد
**٠,٧٣١	٧	النظافة الطهارة القهرية	**٠,٧٨٠	٧	اجترار الأفكار
**٠,٦٦٩	٤	البطء	**٠,٥٢٣	٤	الوساوس الجنسية
**٠,٦٩٤	٤	المراجعة	**٠,٧٨٨	٥	الوساوس العدوانية
**٠,٧٠٥	٥	طقوس اللمس	**٠,٨٣١	٩	وساوس النظافة والخوف من المرض
**٠,٨٣٢	٨	تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية	**٠,٧٣١	٨	الاندفاعات الوسواسية
**٠,٧٣٧	٩	الوساوس الدينية	**٠,٦٧٨	٤	صور وسواسية
**٠,٦٦٠	٤	أفعال قهرية دينية	**٠,٧٩٢	٥	أفعال قهرية عامة

**مُعامل الارتباط دالٌّ إحصائيًّا عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٣) أن أبعاد مقياس الأعراض الوسواسية ترتبط مع الدرجة الكلية للمقياس ارتباطاً دالًّا إحصائيًّا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي، مما يُعزز النتائج التي سوف يتم التوصل إليها في نهاية البحث الحالي.

ثانياً - الصدق العاملي:

استخدم الباحث الصدق العاملي الاستكشافي للتحقق من صدق المقياس على عينة قوامها (٤٤١) طالباً وطالبة، حيث أجرى الباحث التحليل العاملي بطريقة المكونات الأساسية "لهوتلينج" وتدوير المحاور بطريقة فاريمكس "لكايزر" (في حالة وجود أكثر من عامل)، مع افتراض وجود (١٤) عامل، وذلك طبقاً لما أشار إليه الباحثون معدو المقياس. وأسفر التحليل عن وجود عامل واحد تنتسب عليه جميع المُفردات بنسبة تتباين مقدارها ٦٠,٧٤٪، ويمكن تسميته عامل الأعراض الوسواسية، وكان الحد الأدنى لتنسب العوامل ٠,٣٠، كما يتضح من جدول (٤):

فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

جدول (٤)

الصدق العاملي الاستكشافي لمقياس الأعراض الوسواسية

المُفردات	التشيعات	المُفردات	التشيعات	المُفردات	التشيعات
٧١	٠,٦٣٥	٢٦	٠,٥١٢	٤١	٠,٤٣٤
٤٢	٠,٦٢٥	٨٠	٠,٤٩٥	٤٠	٠,٤٢٦
١٥	٠,٦١٨	١٩	٠,٤٩١	٣٢	٠,٤١٤
٦٥	٠,٦١٦	٦٣	٠,٤٨٨	٢٥	٠,٤١٣
٨١	٠,٥٩٧	٢٨	٠,٤٨٥	٤٨	٠,٤٠٨
٥٧	٠,٥٩٦	٢٧	٠,٤٨٤	٦٧	٠,٤٠٧
٦٤	٠,٥٩٠	٤٤	٠,٤٨٠	١٢	٠,٤٠٦
٤٣	٠,٥٨٩	٣١	٠,٤٧٩	٥٣	٠,٤٠٦
٥٨	٠,٥٨٨	٢٩	٠,٤٧٦	٧٩	٠,٤٠٥
٨٢	٠,٥٧٨	٤٥	٠,٤٧٥	٣٨	٠,٤٠٥
١٧	٠,٥٦٧	٢٣	٠,٤٧٠	٤٩	٠,٤٠٢
٥٦	٠,٥٦٦	٧٣	٠,٤٦٨	١٠	٠,٤٠٠
٧٢	٠,٥٦٥	٢٤	٠,٤٦٧	١	٠,٣٩٩
٧	٠,٥٥٧	٢١	٠,٤٦٧	٦٢	٠,٣٩٥
٣٤	٠,٥٥٦	٥٠	٠,٤٦٦	٢٠	٠,٣٨٤
٣٦	٠,٥٥٥	٦٠	٠,٤٦٥	٩	٠,٣٦٥
٣٩	٠,٥٥٢	٥١	٠,٤٦٢	٣	٠,٣٢٨
٨	٠,٥٥١	٦١	٠,٤٦٢	٣٧	٠,٣٢٠
٦٩	٠,٥٤٩	٢٢	٠,٤٥٩	٥٩	٠,٤٤٣
٣٣	٠,٥٤٩	٧٠	٠,٤٥٨	٤٦	٠,٣٠٨
٣٠	٠,٥٣٩	١٣	٠,٤٥٦	٦٦	٠,٤١٧
٧٤	٠,٥٣٣	٧٨	٠,٤٥٥	٦٨	٠,٣٦٨
٧٥	٠,٥٣٢	٥	٠,٤٥١	١٦	٠,٤٠٢
٧٧	٠,٥٣٢	٨٣	٠,٤٤٦	١١	٠,٣٧٢
١٤	٠,٥٣٠	٥٥	٠,٤٤٣	٦	٠,٤٠٦
٥٤	٠,٥٢٤	٤	٠,٤٤٣	٢	٠,٣٥٣
٥٢	٠,٥١٧	٣٥	٠,٤٣٦	٧٦	٠,٣٩١
٤٧	٠,٥١٢	١٨	٠,٤٣٦	٩	٠,٣٦٥
الجنر الكامن			٨,٨٤		
نسبة التباين			٦٠,٧٤%		

يتضح من جدول (٤) أن جميع المُفردات تتشبع على عامل واحد يفسر ٦٠,٧٤% من التباين مما يشير إلى ارتباط المُفردات وتكاملها، ويدل ذلك على الصدق العاملي للمقياس.

ثالثاً - ثبات المقياس:

أ- حساب معاملات الثبات لمقياس الأعراض الوسواسية بطريقة ألفا كرونباخ:
اعتمد الباحث على معادلة ألفا- كرونباخ (Alpha- Cronbach) في حساب معامل الثبات للمقياس من خلال البرنامج الإحصائي SPSS. ويوضح جدول (٥) معاملات ثبات كل بُعد في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للبُعد:

جدول (٥)

قيم معاملات الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ لمقياس الأعراض الوسواسية

البعد	المفردة	ألفا كرونباخ	البعد	المفردة	ألفا كرونباخ	البعد	المفردة	ألفا كرونباخ
اجترار الأفكار	١	٠,٨٤٠	وساوس النظافة والمرض	٥	٠,٧٠٧	الانفعالات الوسواسية	١٠	٠,٦٧٥
	١٥	٠,٨٢٨		١٩	٠,٦٩٧		٢٤	٠,٦٢٧
	٢٩	٠,٨٢٩		٣٣	٠,٧١٢		٣٨	٠,٦٦٣
	٤٣	٠,٨٢٢		٤٧	٠,٧٠١		٥٢	٠,٦٢٠
	٥٧	٠,٨١٨		٦٠	٠,٧٢١		٦٢	٠,٦٥٤
	٦٥	٠,٨١١		٦٧	٠,٧١٧		٧٠	٠,٦٥٤
	٧٢	٠,٨٢١		٧٤	٠,٦٨٩		٧٦	٠,٦٧٩
الوساوس الجنسية	٢	٠,٦٤٠	صور وسواسية	٧٩	٠,٧٣٠	الوساوس الدينية	١١	٠,٥٢٧
	١٦	٠,٥٣٥		٨٣	٠,٧٢٣		٢٥	٠,٥٤٠
	٣٠	٠,٥٠١		٦	٠,٦٩٥		٣٩	٠,٤٣٣
	٤٤	٠,٤٦٥		٢٠	٠,٧٢٢		٥٣	٠,٤٥٤
الوساوس العدوانية	٣	٠,٥٩٥	أفعال قهرية دينية	٣٤	٠,٧١٧	طقوس التمس	١٢	٠,٥٩٦
	١٧	٠,٥١٩		٤٨	٠,٧١٣		٢٦	٠,٥٨٢
	٣١	٠,٥٣٧		٦١	٠,٧٠٠		٤٠	٠,٥٩٦
	٤٥	٠,٥٣٣		٦٨	٠,٧١٧		٥٤	٠,٥٧٦
أفعال قهرية عامة	٥٨	٠,٤٧٧	أفعال قهرية دينية	٧٥	٠,٦٩٧	الوساوس الدينية	١٣	٠,٦٨٢
	٨	٠,٥٨٢		٨٠	٠,٦٨١		٢٧	٠,٦١٧
	٢٢	٠,٦٠٧		٧	٠,٥٥٣		٤١	٠,٦٢٦
	٣٦	٠,٥٧٨		٢١	٠,٥٥٤		٥٥	٠,٦٦٣
تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية	٥٠	٠,٦٥٦	أفعال قهرية دينية	٣٥	٠,٥٥٠	الوساوس الدينية	٦٣	٠,٦١٨
	٦٩	٠,٦١٠		٤٩	٠,٥٢٨		٤	٠,٧١٨
	١٤	٠,٨٢١		٩	٠,٤٣١		١٨	٠,٧١٦
	٢٨	٠,٨١٧		٢٣	٠,٤٣٠		٣٢	٠,٦٩٩
	٤٢	٠,٨٠٤		٣٧	٠,٤٤٦		٤٦	٠,٧٢٥
	٥٦	٠,٨٠١		٥١	٠,٤٤٩		٥٩	٠,٧٠٣
	٦٤	٠,٨٠٢					٦٦	٠,٧١٩
	٧١	٠,٨٠٠					٧٣	٠,٧٠٦
	٧٧	٠,٨١٠					٧٨	٠,٦٨٧
	٨١	٠,٨٠٧					٨٢	٠,٦٨٨

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

يتضح من جدول (٥)؛ تمتع أبعاد المقياس بدرجة عالية من الثبات؛ حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٤٩٢ – ٠,٨٤٥)، وبمقارنة معاملات ألفا في حالة حذف درجة المفردة بمعامل ألفا للأبعاد وُجد أن جميعها أقل منها، ولذلك لم يتم استبعاد أي مفردة من المقياس، وكان معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل ٠,٩٥٦، وبذلك يتضح أن جميع قيم معاملات الثبات دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يجعلنا نتق في ثبات المقياس.

ب- حساب معاملات الثبات لمقياس الأعراض الوسواسية بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون، جتمان):

جدول (٦)

حساب معامل الثبات لمقياس الأعراض الوسواسية بطريقة التجزئة النصفية لسبيرمان،

جتمان ن = ٤٤١

البعد	التجزئة النصفية		البعد	التجزئة النصفية		البعد	التجزئة النصفية	
	سبيرمان - براون	جتمان		سبيرمان - براون	جتمان		سبيرمان - براون	جتمان
اجترار الأفكار	٠,٨٤٥	٠,٨٦٥	٠,٨٦٢	النظافة الطهارة القهرية	٠,٦٨٨	٠,٦٨٧	٠,٦٧٧	
الوسواس الجنسية	٠,٦٤٠	٠,٦٤٣	٠,٦٤١	البطء	٠,٥٦٣	٠,٤٨٧	٠,٤٨٥	
الوسواس العدوانية	٠,٥٩٥	٠,٦٣٠	٠,٦٢٢	المراجعة	٠,٦٥٥	٠,٦٦٩	٠,٦٦٨	
وسواس النظافة والخوف من المرض	٠,٧٣٥	٠,٧٥٢	٠,٧٤٥	طقوس اللمس	٠,٦٩٢	٠,٦٥٢	٠,٦٣٦	
الاندفاعات الوسواسية	٠,٧٣٣	٠,٦٩٩	٠,٦٩٦	تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية	٠,٨٢٧	٠,٧٧١	٠,٧٦٩	
صور وسواسية	٠,٥٥٥	٠,٥٣٥	٠,٤٨٧	الوسواس الدينية	٠,٧٣١	٠,٧٤٨	٠,٧٤٥	
أفعال قهرية عامة	٠,٦٥٩	٠,٦١٥	٠,٥٨٧	أفعال قهرية دينية	٠,٤٩٢	٠,٤٣٥	٠,٤٣٣	
الدرجة الكلية	٠,٩٥٦	٠,٩٦٥	٠,٩٦٥					

يتضح من جدول (٦) تقارب قيم معاملات الثبات الخاصة بأبعاد المقياس في كل من طريقتي "سبيرمان - براون، جتمان" حيث تراوحت في سبيرمان-براون ما بين (٠,٤٣٥، ٠,٩٦٥) وفي جتمان ما بين (٠,٤٣٣، ٠,٩٦٥).

المقياس في صورته النهائية:

بعد التأكد من كفاءة المقياس أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٨٣) مفردة موزعة على أربعة عشر بُعدًا، يُجيب المفحوص على المقياس باختيار أحد البدائل التالية: (تنطبق عليّ - تنطبق عليّ بدرجة متوسطة - لا تنطبق عليّ) يقابلها على الترتيب (٣ - ٢ - ١). تُصحّح جميع المفردات في الاتجاه السالب؛ أي أن الدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع درجة اضطراب الوسواس القهري، وتتراوح درجة المقياس بين ٨٣ إلى ٢٤٩ درجة.

٢ - مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة^(٢) The Inflated Responsibility

Beliefs Scale: إعداد (Salkovskis et al., 2000)؛ تعريب الباحث:

هو مقياس تقرير ذاتي يتكون من (٢٦) مفردة متشعبة على عامل واحد؛ تقيس المعتقدات والاتجاهات العامة نحو المسؤولية، وخصائص الشخصية المنبئة بتضخم المسؤولية، والمخاوف المرتبطة بالوسواس القهري، يتمتع المقياس بدرجة ثبات مرتفعة؛ فقد وصل معامل الثبات عن طريق معامل الفاكرونباخ (٠,٩٢) بينما وصل معامل الثبات عن طريق إعادة الاختبار (٠,٩٤)، وبلغ معامل الارتباط مع قائمة مودسلي للوسواس القهري (٠,٥٢). وتم استخدام المقياس والتحقق من صدقة وثباته في العديد من الدراسات منها دراسة (Kabirnezhad, Mahmoud & Sharifi, 2010) التي أشارت نتائجها إلى ثبات المقياس؛ فقد وصل معامل الثبات عن طريقة إعادة التطبيق (٠,٨٤)، وعن طريق التجزئة النصفية (٠,٦١)، وبلغ معامل ألفا كرونباخ (٠,٩٤).

ترجم الباحث المقياس، ثم عرض الترجمة والنسخة الأجنبية على مجموعة من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في اللغة الإنجليزية وعلم النفس والصحة النفسية؛ وقام الباحث بتنفيذ التعديلات والتوجيهات، ثم تم تطبيق المقياس على عينة البحث الحالي لحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

الخصائص السيكومترية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة:

أولاً - الاتساق الداخلي للمقياس:

١ - حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة من مفردات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، بعد حذف المفردة من الدرجة الكلية.

(٢) ملحق (٢) الصورة النهائية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.

**فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

جدول (٧)

مُعاملات الارتباط بين المُفردة والدرجة الكلية للمقياس قبل استبعاد المُفردة

مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة			
م	مُعامل الارتباط	م	مُعامل الارتباط
١	**,٥٩٦	١٤	**,٥١٦
٢	**,٦٤٦	١٥	**,٥٧٨
٣	**,٦٢٥	١٦	**,٦١٤
٤	**,٤٩٣	١٧	**,٥٦٢
٥	**,٦٣٨	١٨	**,٤٧٨
٦	**,٥٨٢	١٩	**,٦٩١
٧	**,٦٨٤	٢٠	**,٦٥٦
٨	**,٦٧١	٢١	**,٥٨٨
٩	**,٦٤٩	٢٢	**,٥٨٠
١٠	**,٥٣٧	٢٣	**,٣٩٤
١١	**,٤٤١	٢٤	**,٥٩٢
١٢	**,٥٧١	٢٥	**,٥٩٩
١٣	**,٥٤٦	٢٦	**,٦٤٠

**مُعامل الارتباط دالٌّ إحصائيًّا عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من جدول (٧) أن جميع مُعاملات الارتباط بين درجة كل مُفردة والدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائيًّا عند مستوى (٠,٠١)، وهذا يدل على اتساق البناء الداخلي للمقياس وثباته المرتفع.

ثانياً - الصدق العاملي:

للتحقق من الصدق العاملي للمقياس أجرى الباحث التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المكونات الأساسية "لهوتلينج" وتدوير المحاور بطريقة فاريمكس "لكايزر" (في حالة وجود أكثر من عامل)، وأسفر التحليل عن وجود عامل واحد تتشعب عليه جميع المُفردات بنسبة تباين مقدارها ٥٧,٢٦٪، ولجعل العوامل أكثر نقاءً ووضوحاً رأى الباحث رفع الحد الأدنى لتشعب العوامل إلى ٠,٤٠، كما يتضح من جدول (٨):

جدول (٨)

الصدق العاملي لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة

المفردات	التشيع	المفردات	التشيع
١٩	٠,٧٣١	٢٤	٠,٦٣٠
٧	٠,٧٢٧	٢٢	٠,٦٢٧
٨	٠,٧١٣	٦	٠,٦٢٣
٢٠	٠,٦٩٧	١٥	٠,٦٢١
٩	٠,٦٨٥	١٢	٠,٦١٥
٢	٠,٦٨٣	١٧	٠,٦٠٣
٢٦	٠,٦٧٨	١٣	٠,٥٩٣
٥	٠,٦٧٨	١٠	٠,٥٦٩
٣	٠,٦٦٣	١٤	٠,٥٤٨
١٦	٠,٦٥٣	٤	٠,٥٢٦
٢٥	٠,٦٤٤	١٨	٠,٥١٠
٢١	٠,٦٣٣	١١	٠,٤٦٩
١	٠,٦٣١	٢٣	٠,٤٢٨
الجذر الكامن	١٠,٢١	نسبة التباين	٥٧,٢٦%

يتضح من جدول (٨) تشيع جميع المفردات على عامل واحد، ولم يتم استبعاد أي مفردة من الصورة النهائية للمقياس، ويُشير ذلك إلى ارتباط مفرداته وتكاملها؛ مما يدل على الصدق العاملي للمقياس.

ثالثاً - ثبات المقياس:

أ- حساب معاملات الثبات لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بطريقة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل الثبات للمقياس باستخدام معادلة ألفا - كرونباخ. ويوضح جدول (٩) معاملات ثبات كل بُعد في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس:

**فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

جدول (٩)

قيم مُعاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة

مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة			
المُفردات	قيمة ألفا كرونباخ	المُفردات	قيمة ألفا كرونباخ
١	٠,٩٣٥	١٤	٠,٩٣٦
٢	٠,٩٣٤	١٥	٠,٩٣٦
٣	٠,٩٣٤	١٦	٠,٩٣٥
٤	٠,٩٣٦	١٧	٠,٩٣٥
٥	٠,٩٣٤	١٨	٠,٩٣٦
٦	٠,٩٣٥	١٩	٠,٩٣٤
٧	٠,٩٣٤	٢٠	٠,٩٣٤
٨	٠,٩٣٤	٢١	٠,٩٣٥
٩	٠,٩٣٤	٢٢	٠,٩٣٥
١٠	٠,٩٣٦	٢٣	٠,٩٣٧
١١	٠,٩٣٧	٢٤	٠,٩٣٥
١٢	٠,٩٣٥	٢٥	٠,٩٣٥
١٣	٠,٩٣٦	٢٦	٠,٩٣٤

يتضح من جدول (٩) تمتع أبعاد المقياس بدرجة عالية من الثبات؛ حيث تراوحت معاملات الثبات ما بين (٠,٩٣٤ – ٠,٩٣٧)، وبمقارنة مُعاملات ألفا في حالة حذف درجة المُفردة بمُعامل ألفا للدرجة الكلية وُجد أن جميعها أقل منها، ولذلك لم يتم استبعاد أي مفردة من المقياس، وكان معامل الفاكرونباخ للمقياس ككل ٠,٩٣٧، وبذلك يتضح أن جميع قيم مُعاملات الثبات دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، مما يجعلنا نتق في ثبات المقياس.

ب- حساب معاملات الثبات لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون، جتمان):

جدول (١٠)

حساب معامل الثبات لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بطريقة التجزئة النصفية

لسبيرمان، جتمان ن = ٤٤١

التجزئة النصفية		الفكر ونباخ	البُعد
جتمان	سبيرمان - براون		
٠,٩٤٥	٠,٩٤٧	٠,٩٣٧	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (١٠) ثبات مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة المرتفع؛ حيث بلغ معامل الثبات في سبيرمان-براون (٠,٩٤٧) وفي جتمان (٠,٩٤٥).

المقياس في صورته النهائية:

بعد التأكد من كفاءة المقياس أصبحت الصورة النهائية للمقياس مكونة من (٢٦) مُفردة مشبعة على عامل واحد، يُجيب المفحوص على المقياس باختيار أحد البدائل التالية: (دائمًا - أحيانًا - نادرًا) يقابلها على الترتيب (٣ - ٢ - ١). تُصحح جميع المُفردات في الاتجاه السالب؛ أي أن الدرجة المرتفعة تدل على ارتفاع درجة معتقدات المسؤولية المتضخمة، وتتراوح درجة المقياس بين ٢٦ إلى ٧٨ درجة.

٣ - المقابلة التشخيصية:

تم إجراء مقابلات تشخيصية بغرض تشخيص اضطراب الوسواس القهري ومعرفة نوع الأعراض الخاصة بكل حالة من حيث الأعراض الوسواسية والأعراض القهرية؛ وكذلك للتشخيص الفارق للاضطراب، وتم ذلك من خلال تطبيق المقياس المستخدم في البحث، بالإضافة إلى التحقق من انطباق المعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM.5) والتي تشترط حصول الشخص على (٤) من (٨) شروط كي يشخص باضطراب الوسواس القهري، وتشمل؛ ١- الانشغال بالتفاصيل أو القوانين أو الترتيب أو التنظيم، ٢- كمالية تتداخل مع إتمام الشخص لواجباته، ٣- التقاتي الزائد في العمل والإنتاجية إلى حد التخلي عن أوقات الفراغ والصدقات، ٤- ذو ضمير حي ومتشكك ومتصلب فيما يخص المسائل الأخلاقية والمثل والقيم، ٥- يعجز عن التخلي عن أشياء بالية أو عديمة القيمة، ٦- لا يرغب في تفويض أمر المهمات، ٧- يتبنى نمطًا بخيلًا في الإنفاق نحو نفسه ونحو الآخرين، ٨- يُبدي تصلبًا وعنادًا.

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

٤ - البرنامج العلاجي القائم على العلاج الميتماعرفي (إعداد الباحث)^(٣)

❖ **أهداف البرنامج:** يستهدف البرنامج خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، وذلك من خلال تعديل المعتقدات الميتماعرفية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة لديهم، وما يترتب عليه من تغيير في البنية المعرفية، وتصحيح للتشوهات المعرفية، وتعديل السلوك ونمط الإدراك؛ ومن ثمَّ خفض حدة اضطراب الوسواس القهري، حيث أكدت العديد من الدراسات على فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري.

وتتلخص الأهداف الفرعية للبرنامج فيما يلي:

- تدريب المشاركين في البرنامج على تحدي الأفكار الميتماعرفية المرتبطة بعدم القدرة على التحكم في الأفكار والطقوس.
- تدريب المشاركين على تحدي الأفكار الميتماعرفية المرتبطة بالخطر المصاحب لمعتقدات المسؤولية المتضخمة.
- تدريب المشاركين على تحدي معتقدات المسؤولية المتضخمة المرتبطة بالوسواس.
- تدريب المشاركين على تقوية وتدعيم خطط جديدة للتعامل مع معتقدات المسؤولية المتضخمة والوسواس والأفعال القهرية.
- تدريب المشاركين على وقف استخدام استراتيجيات التجنب أو المواجهة غير الفعالة مع الوسواس.
- مساعدة المشاركين على تجنب حدوث انتكاسة بعد العلاج.
- ❖ **أهمية البرنامج:** تتضح أهمية البرنامج من خطورة اضطراب الوسواس القهري كونه أحد الاضطرابات التي قد تعوق تقدم الشخص في حياته العملية والشخصية والمهنية، ويؤثر على علاقاته الاجتماعية، ويسبب سوء التوافق النفسي، وضعف التركيز والتحصيل، ومن هنا جاءت أهمية تعديل المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بالإبقاء على الاضطراب من خلال البرنامج العلاجي.

(٣) ملحق (٣) جلسات البرنامج العلاجي القائم على العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا.

كما أن معتقدات المسؤولية المتضخمة أحد المعتقدات الميتماعرفية المختلة الشائعة في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد لدى المضطربين بالوسواس القهري، وينتج عن تشوش وتشوه معرفي يتعلق بطريقة الاستجابة للتوتر والثقة المفرطة والقدرة على التحكم؛ لذا كانت هناك حاجة ماسة لتعديل تلك المعتقدات الميتماعرفية السلبية المرتبطة بالمسؤولية بما يتيح مزيداً من التوافق النفسي وخفض أعراض الوسواس القهري.

يعتبر العلاج الميتماعرفي من أهم العلاجات الناجحة في علاج اضطراب الوسواس القهري، وتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة، وتعليم المسترشدين التصالح مع أنفسهم، والوعي بمشاعرهم وأحاسيسهم وأفكارهم دون الهروب أو التأجيل أو فقد التوازن، بل عيش كل لحظة بانفتاح وتقبل وتحكم في الأفكار السلبية المولدة للوسواس والأفعال القهرية.

❖ **الإطار النظري للبرنامج:** يتطلب استخدام العلاج الميتماعرفي مع اضطراب الوسواس القهري مجهوداً شاقاً من الباحثين من أجل الحفاظ على تركيز العمل على المستوى وراء المعرفي، فمثلاً في الوضع التقليدي يعتقد المريض المصاب بوسواس التلوث أن مشكلته هي التلوث بالجراثيم، بينما في النموذج الميتماعرفي يتم العمل على أن المشكلة هي وجود أفكار متعلقة بالتلوث. كما يركز العلاج الميتماعرفي على معتقدات المرضى حول التجربة الداخلية - كالأفكار والمشاعر - ولا يركز على معتقدات المريض حول المجالات الخارجية. مثال: أحد أعضاء العينة يبلغ (٢٧) عاماً يشعر بالقلق أثناء الذهاب إلى العمل والعودة منه كل يوم، عند وصوله العمل أو المنزل يقضي وقتاً طويلاً في غسل يديه، لدرجة أنه أصيب بالتهاب الجلد. وهذا بسبب أنه كان يسير بجوار بعض المخازن القديمة التي يعتقد أنها قد تحتوي على سم الفئران. كان يشعر بالقلق من أنه سوف يتلوث بسم الفئران، مما قد يضر نفسه والآخرين. في مثل هذه الحالة يركز العلاج المعرفي السلوكي التقليدي على تحدي معتقداته حول التلوث وشعوره بالمسؤولية، ويتم استخدام التعرض ومنع الطقوس لتسهيل التعود على هذه التجارب واختبار إيمانه بنشر التلوث. بينما يركز العلاج الميتماعرفي على تغيير علاقة المريض بأفكاره حول التعرض للتلوث وتحدي معتقداته حول معنى الأفكار الاقتحامية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة.

يظهر الاختلاف بين المداخل العلاجية التقليدية والعلاج الميتماعرفي في أنواع الأسئلة التي يطرحها الباحث في الحوار السقراطي؛ ففي العلاج المعرفي السلوكي يطرح الباحث

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

أسئلة مثل "أين دليلك على أن المخزن يحتوي على سم الفئران؟ وما دليلك على أنك سوف تسمم الناس؟ بينما في العلاج الميتماعرفي قد يسأل الباحث: هل المشكلة أن المخزن يحتوي على سم الفئران أم أن المشكلة هي أفكارك بأنه يحتوي على السم؟ يتبع هذا السؤال أسئلة أخرى تتحدى أهمية الفكرة مثل: إذا كنت تعتقد أنه ملوث، فهل هذا يعني أنه ملوث بالفعل؟ أو أنك سوف تتلوث؟ يركز العلاج الميتماعرفي على كيفية ارتباط المريض بهذه الأفكار، وكيف يستجيب لها، فبالنظر للمثال السابق نجد أن المريض لديه معتقدات ميتماعرفية ضمنية بأن أفكاره حقائق؛ لذلك إذا كان يعتقد بأن شيئاً ما ملوث، فهو ملوث بالفعل؛ لذا كان من الأفضل له أن يقلق من سم الفئران بدلاً من المخاطرة، هنا يركز العلاج الميتماعرفي على أهمية هذه الأفكار.

ينخرط مرضى الوسواس القهري في القلق والاجترار والطقوس الخفية كوسيلة لتجنب التهديد أو الخطر. هذه العمليات هي المكونات المفاهيمية لـمتلازمة الانتباه المعرفي، ومنشأها هو المعتقدات أو القواعد الميتماعرفية المرتبطة بالتفكير وبعض الانفعالات، ويُعد التوتر والاجترار والطقوس الخفية بمثابة نماذج لأساليب المواجهة التي يقوم بها الشخص؛ لذا يشعر مرضى الوسواس القهري بالمعاناة لأنهم معرضون بصفة دائمة لخطر الخبرات الوسواسية المؤلمة بسبب أهمية أفكارهم وسيطرتها عليهم؛ لذا يتطلب العلاج إزالة الأفكار المزعجة، وتغيير المعتقدات، والمسؤولية المتضخمة، والسلوكيات المتعلقة بالحفاظ على هذه المعتقدات. لذلك تم اختيار بعض الفنيات التي يتضمنها البرنامج العلاجي الميتماعرفي، وذلك استناداً للنظريات والدراسات السابقة في هذا المجال، ومن تلك الفنيات ما يلي:

تدريبات الانتباه (ATT): Attention Training Techniques (ATT): تهدف الفنية إلى تعديل طرق ضبط الانتباه من خلال فك الارتباط مع الاهتمام غير الصحي بالذات، وتتطلب تدريب المهام السمعية؛ حيث يطلب من المريض تحويل انتباهه إلى أصوات مختلفة بغرض تعزيز ما وراء المعرفة للسيطرة على الاجترار، وتعزيز المرونة العقلية للتعامل بإيجابية مع الأفكار السلبية بدلاً من مقاومتها؛ حيث يتم التعامل معها على أنها ضوضاء إضافية في العقل، ولا تعتبر من فنيات الإلهاء؛ حيث إنه لا يطلب من المريض صرف انتباهه لمثير آخر للسيطرة على تجاربه الخاصة أو لتجنبها، ولكن يتم نقل الانتباه بطريقة منظمة مما يزيد من قدرة الشخص على ملاحظة كيف يستخدم انتباهه، ويعطيه حريه الاختبار بين بدائل

مثل: أين يركز، وكيف يضيق أو يوسع مجال انتباهه. وتتكون فنية تدريب الانتباه من ثلاث مكونات هي:

- **الانتباه الانتقائي:** يهدف إلى توجيه المريض انتباهه نحو أصوات محددة ضمن سلسلة متباعدة من الأصوات في البيئة المحيطة، ويعطي تلك الأصوات المحددة انتباهًا مكثفًا، ومقاومة المشتتات التي تحدث بسبب الأصوات الأخرى.
- **التحول الانتباهي السريع:** يهدف إلى تدريب الشخص على الانتقال بانتباهه من صوت لآخر بين الأصوات الموجودة في البيئة المحيطة، وتزيد سرعة الانتقال مع التقدم في المرحلة.

- **الانتباه الموزع:** يهدف إلى توسيع انتباه الشخص لكي يستطيع التعامل مع أصوات متعددة في أماكن مختلفة في أن واحد (عبد الرحمن، ٢٠١٤).

فنية التنبيه المنفصل (DM) Detached Mindfulness: تهدف الفنية إلى تنمية حالة من الوعي بالأحداث الداخلية مصحوبة بالتقييم المستمر ومحاولات للسيطرة عليها أو قمعها دون الاستجابة لها، ويتمثل ذلك في استراتيجيات معينة مثل اتخاذ الشخص قرار بعدم القلق كاستجابة معتادة للأفكار الاحتمالية، وبدلاً من ذلك يتم السماح لمثل هذه الأفكار أن تتواجد في العقل دون اتخاذ مزيد من الإجراءات أو تقديم أي تفسيرات، وتظل تلك الأفكار وما شابهها مجرد أحداث موجودة في العقل، يتم ملاحظتها والسماح لهم بالمرور بشكل طبيعي دون الانخراط معهم (Wells, 2011). ويستخدم الباحث فنية التنبيه المنفصل لمساعدة الشخص على تحديد هذا الفكر أو الباعث للوساوس. ويُطلب منه أن يكون على وعي بهذا الباعث في المستقبل، وتُعد هذه الفنية مهمة جدًا حيث إنها الخطوة الأولى في التعديل الميتامعرفي للوسواس القهري، والتي تساعد في بناء مهارات المريض في التعامل مع الأفكار الاحتمالية بطرق بديلة وأكثر تكيفًا، ويقوي بها نمط المعالجة الميتامعرفية. **وهناك بعض الفنيات المساعدة التي تسهل فنية التنبيه المنفصل منها:**

- **التوجيه الميتامعرفي Metacognitive Guidance:** يقوم على استخدام الاستفسار المنظم لتعزيز التأمل الذاتي الميتامعرفي لدى المريض خلال مناقشة المواقف أو المثيرات الصعبة التي تعرض لها، حيث يتم توجيه بعض الأسئلة للمريض من قبيل: هل يمكن أن ترى أفكارك وما يحدث حولك معًا في نفس الوقت؟

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

- **مهمة التداعي الحر Free Association Task:** يطلب فيها الباحث من المريض الجلوس بهدوء ومراقبة تدفق وانحسار الأفكار والذكريات التي تنشطها مثيرات شفوية بشكل عفوي، وذلك بهدف تدريب المريض على عدم التفكير في هذه الأفكار أو الذكريات، وأن يكتفي بمراقبة الأحداث التلقائية في مستوى الوعي.
- **مطلب النمر Tiger Task:** يطلب من المرضى في هذه المهمة ملاحظة الجوانب اللاإرادية من المجاز أو التشبيه بصورة سلبية كوسيلة لاختبار فنية التنبيه المنفصل، وهي من الفنيات الممتعة للمرضى.
- **تجربة الكبت - الكبت المضاد Suppression- Counter Suppression:** يتم استخدام هذه الفنية لتوضيح الفرق بين التنبيه المنفصل وقمع الأفكار أو "العقل الفارغ"؛ وذلك حينما يكون المرضى محاصرين بسيطرة أو كبت أفكار معينة، أو يكون لديهم إساءة فهم للتنبيه المنفصل، يتم تدريب المرضى لفترة قصيرة على كبت فكرة معينة يعقبها فترة لاحقة للوعي بهذه الفكرة.
- **استعارة السحب Clouds Metaphor:** يطلب فيها الباحث من المرضى تخيل أفكارهم كما لو كانت مكتوبة على السحب التي تمر سريعاً في السماء، وذلك لبيان أن الأفكار المزعجة تأخذ وقتها وتمر أو تنتهي، ويتعلم المريض أن مروره بالخبرات الصعبة سوف يمر كالسحاب.
- **استعارة الطفل المتمرد Recalcitrant Child Metaphor:** تساعد هذه الاستعارة في فهم التأثيرات المختلفة للاندماج مع الأفكار والمشاعر، وتوضح أهمية الانفصال أو التنبيه المنفصل، ومضمون هذه الاستعارة هو "تخيل أنك موجود في متجر بصحبة طفلك المزعج وسيئ التصرف، يمكنك أن تعطيه كل اهتمامك لتعدل سلوكه؛ وهذا ما يريده الطفل لكنك لم تهتم بما تريده أنت، وفي المقابل يمكنك تجاهل تصرفات الطفل المزعج وتكتفي بمراقبته، هذا الطفل أشبه بمعتقداتك السلبية؛ إذ يجب أن تكون على وعي بها وتلاحظها ولا تعطيهما كل اهتمامك، بل تنفصل عنها".
- **استعارة القطار المسافر Passenger Train Metaphor:** تشبه هذه الاستعارة استعارة السحب؛ يُطلب فيها من المريض تصور أفكاره كالقطار وعقله يُشبه المحطة المزدحمة بالقطارات، وأن أفكاره سوف تمر بالمحطة فقط، وحنماً سيغادرها.

- **العقدة اللفظية Verbal Loop:** الفكرة الأساسية لهذه الفنية أن المحتوى اللفظي للأفكار يولد نفس تأثير الموقف أو المثير الحقيقي وتكرار ظهور هذا المحتوى في صورة كلمات أو ألفاظ في المستقبل يولد نفس التأثير؛ لذا فإن التكرار المكثف لهذا المحتوى بصوت مرتفع سوف يضعف هذا التأثير؛ لأنه يتم اختبارها كأصوات أكثر من كونها موصلاً داخلياً للمعلومات.
- **الانفصال: الذات الملاحظة Detachment: The Observing Self:** تعني عدم توحيد الشخص مع أفكاره، والانفصال عنها، وملاحظتها، ويحدث ذلك بتوجيه بعض الأسئلة بطريقة خاصة تساعدهم على توجيه انتباههم لأفكارهم.
- **فنية أحلام اليقظة Daydreaming Technique:** تقوم هذه الفنية على تدريب المشاركين على التحول والانتقال من فترات الوعي بالواقع والانفصال عن الأفكار إلى فترات انغماس في أحلام اليقظة وتخيل أنفسهم يمارسون أنشطة مختلفة ثم العودة إلى الوعي باللحظة الحاضرة، ويجب أن يكون المشاركون واعين بذاتهم في الوقت الحاضر كمشاهدين لهذا الحلم كأنه يعرض أمامهم.
- **فنية الحوار السقراطي:** هي عبارة عن حوار يتم بين الباحث والمريض حيث يوجه الباحث بعض الأسئلة للتشكيك في صحة الأفكار السلبية وغير المنطقية للمريض بهدف تعديل هذه الأفكار وجعل المريض يفكر بطريقة أكثر منطقية وعقلانية.
- **إعادة البناء الميتامعرفي Metacognitive reconstruction:** تركز هذه الفنية على العمليات المعرفية لا على محتوى المعتقدات والأفكار اللاعقلانية أو السلبية، انطلاقاً من مبدأ أن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة طرق وأساليب معالجة المعتقدات والأفكار، ويرمز لهذا النموذج بـ (A-M-C) على غرار نموذج إليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ حيث تشير (A) إلى التنشيط الداخلي للخبرات والأفكار والمعتقدات السلبية، ويشير (M) إلى المعتقدات الميتامعرفية، ويشير (C) إلى النتائج أو العواقب إلى النتائج الانفعالية أو السلوكية.

مهام التعرض والاستجابة (ERC) Exposure and Response Commission: وفيها يتم تشجيع المرضى على أداء طقوسهم بطريقة تساعدهم على تغيير طبيعة علاقتهم بأفكارهم ومعتقداتهم المتضخمة. وبشكل أكثر تحديداً يُسمح للمريض أن يقوم بالطقوس،

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

ولكن يُطلب منه الانتباه لأفكاره الوسواسية أثناء القيام بهذه الطقوس، يعتبر هذا النشاط وسيلة لتعزيز التنبيه المنفصل، والتحول إلى نموذج ما وراء المعرفة أثناء المرور بالتجارب المختلفة، ويحدث بالتوازي مع ذلك إضعاف لمعتقدات المريض حول الحاجة إلى أداء تلك الطقوس، ويمكن استخدام طقوس الفحص لإقناع المريض أن الأفكار غير مهمة.

ممارسة التعرض ومنع الاستجابة وفق العلاج الميتامعرفي Metacognitively Delivered Exposure and Ritual Prevention: يُعد التعرض ومنع الاستجابة فنية علاجية تتبع العلاج المعرفي السلوكي التقليدي، وتستخدم مع اضطراب الوسواس القهري، وهي تنطوي على تعريض مكثف للمثيرات والأفكار المخيفة مع منع أي طقوس كوسيلة لتعزيز التعود عليها، ومع ذلك فإن فنية التعرض ومنع الاستجابة تستخدم في العلاج الميتامعرفي كوسيلة لتقليل متلازمة الانتباه المعرفي التي تجعل المريض يبالغ في تقدير التهديدات، وتستخدم كتجربة سلوكية لتحدي المعتقدات الميتامعرفية (دمج الفكر بالحدث، والفعل والموضوع)، وتحدي معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ ومن ثم لا يحتاج المريض إلى التعرض لمدة طويلة أو التعرض المكثف كما يحدث في العلاج المعرفي السلوكي، وتنطلق من مبدأ أن محاولات تغيير الشعور بالتهديد أو رفض الأفكار باستجابات محايدة هو جزء من متلازمة الانتباه المعرفي، ويمنع المريض من تحدي معتقداته حول دلالة وأهمية أفكاره؛ لذلك يجب التحكم في هذه الاستجابات عن طريق تأجيل أو منع التحييد والمعالجات المدركة (القلق / الاجترار) في سياق تجربة سلوكية.

التجارب السلوكية behavioral experiments: تعتبر الاستراتيجيات التجريبية وسيلة لتعديل المعتقدات الراسخة المرتبطة بالحاجة إلى أداء الطقوس، كما أنها تعزز الاستراتيجيات البديلة المتعلقة بالاقتحامات. تم تصميم هذه التجارب بشكل خاص لاختبار وتقنين تنبؤات وتوقعات الأعضاء المتعلقة بعواقب عدم أداء الطقوس.

التغذية الراجعة Feedback: تتضمن هذه الفنية إمداد أعضاء المجموعة التجريبية بمعلومات حول مستوى تقدمهم وإنجازهم، ومساعدتهم على تعديل أخطائهم وتحسين سلوكياتهم.

الاسترخاء Relaxation: تساعد تمارين الاسترخاء (العضلي والتنفس والتأمل العقلي) على زيادة الوعي باللحظة الحالية، وتقليل الضغط على الأوعية الدموية والاحتفاظ بالطاقة

وتقليل الشعور بالإجهاد، وتكوين صورة إيجابية تتناسب مع حالة الراحة التي يشعر بها الشخص.

الواجب المنزلي Homework: يتم تكليف المسترشدين بأداء تدريبات الانتباه والأنشطة والفنيات في المنزل لتوظيف ما تم التدريب عليه خلال الحياة اليومية، بالإضافة إلى رصد وتدوين الملاحظات على الأفكار الاقتحامية ومُشعلات الوسواس والأفعال القهرية، والمشاركة في اقتراح أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية.

مصادر البرنامج: استفاد الباحث خلال تحديد محتوى البرنامج العلاجي من أساليب وفنيات العلاج الميتماعرفي لـ "ويلز وماثيوس"، بالإضافة لمحتوى البرامج المتضمنة في الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال العلاج الميتماعرفي لاضطراب الوسواس القهري بما تشمله من استراتيجيات وفنيات وإجراءات مختلفة تم الاستفادة منها بما يتلاءم مع عينة البحث وأهداف البرنامج مثل دراسة: (حنوره، ٢٠١٦؛ الخولي، ٢٠٠٨؛ Ladouceur et al., 1996; Fisher, 2003; Dimaggio et al., 2011; Niemeyer et al., 2013; Khodabakhsh et al., 2013; Pichakolaei et al., 2014; Azizi et al., 2019; Nayeabaghayee et al., 2019).

جلسات البرنامج العلاجي: تم تطبيق جلسات البرنامج بمكتب الباحث وقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي ٢٠٢١/٢٠٢٢، واشتمل البرنامج على (٢١) جلسة بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا، وتراوح زمن الجلسة (٩٠ - ١٢٠) دقيقة، وذلك حسب موضوع الجلسة وظروف العينة، وتم تنفيذ جلسات لبرنامج بصورة جماعية على أربع مراحل وهي:

▪ **المرحلة التمهيديّة:** تكونت من (٥) جلسات، تم فيها تحقيق الألفة والتعارف بين الباحث وأعضاء المجموعة التجريبية وأدوارهم والمتوقع منهم، وتعريفهم بالبرنامج وتهيئتهم لجلساته، ورفع الروح المعنوية بين الأعضاء، وتعريفهم بمعتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري وزيادة وعيهم بأعراضهما وأسبابهما ومخاطرهما وكيفية التخلص منهما، وتعريفهم بالعلاج الميتماعرفي وأهدافه وفنياته.

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

- **المرحلة العلاجية:** تكونت من (١٢) جلسة، تم خلالها تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على بعض فنيات العلاج الميتماعرفي للتخلص من معتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري.
- **المرحلة الختامية:** تكونت من (٣) جلسات، تم فيها تقييم مستوى التحسن في التحكم في الأفكار والمثيرات وعمليات معالجتهم المسببة لتضخم معتقدات المسؤولية واضطراب الوسواس القهري.
- **مرحلة المتابعة:** تكونت من جلسة واحدة، تم خلالها التأكد من مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي؛ وذلك من خلال تطبيق المقاييس تطبيقًا تتبعيًا، ومقارنته بالتطبيق البعدي، بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول (١١)

ملخص جلسات البرنامج:

م	اسم المرحلة	الجلسة عنوان	أهداف الجلسة	الفنيات وأنشطة اليقظة العقلية المستخدمة	زمن الجلسة
١	المرحلة التمهيدية	التعارف والتعاون وتوضيح الحقوق والواجبات وإرساء بروتوكول	- التعارف بين أعضاء المجموعة والباحث. - الاتفاق على بروتوكول البرنامج ووضع إطار للعلاقات في المجموعة. - تعريف أعضاء المجموعة مزايا البرنامج المستخدم. - التعرف على توقعات أعضاء المجموعة عن البرنامج.	- المناقشة والحوار، الأسئلة المفتوحة، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
٢		تنقيف اضطراب الوسواس القهري ومعتقدات المسؤولية المتضخمة	- التعرف على طبيعة اضطراب الوسواس القهري، وأنواعه، وأسبابه، وأعراضه. - التعرف على معتقدات المسؤولية المتضخمة وأسبابها ودورها في حدوث اضطراب الوسواس القهري.	- المناقشة والحوار، النمذجة، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
٣		تنقيف العلاج الميتماعرفي عن	- مساعدة أعضاء المجموعة على فهم أسلوب العلاج الميتماعرفي وفنياته. - التعرف على مبادئ العلاج الميتماعرفي وأسسها وخطواته.	- المناقشة والحوار، المحاضرة القصيرة، الحوار السقراطي، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة

م	اسم المرحلة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات وأنشطة اليقظة العقلية المستخدمة	زمن الجلسة
٤		النموذج الميتامعرفي للوسواس القهري	- مساعدة الأعضاء على الاستبصار بالعوامل والمعتقدات الميتامعرفية المسببة لاضطراب الوسواس القهري. - التدريب على إعادة تقييم الاقتحامات وتحديد الخل الناتج عن تلك الاقتحامات والمعتقدات. - تعليم الأعضاء ملاحظة مشاعرهم وسلوكياتهم وربطها بمسبباتها.	- المناقشة والحوار، المحاضرة القصيرة، الحوار السقراطي، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
٥		مناقشة النموذج الميتامعرفي للوسواس القهري على حالة	- استبصار الأعضاء بالعلاقة بين معتقدات المسئولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري. - تهيئة وتحفيز الأعضاء للعلاج وتنفيذ الفنيات العلاجية.	- المناقشة والحوار، التنبيه المنفصل، المحاضرة القصيرة، الحوار السقراطي، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
٦	المرحلة العلاجية	صياغة الحالة	- صياغة حالة الأعضاء كل على حدة. - زيادة وعي الأعضاء بالعوامل التي تحافظ على اضطرابهم. - تنفيذ الاستراتيجيات الأولى للعلاج الميتامعرفي وهي فنية التنبيه المنفصل كطريقة جديدة للربط بين الأفكار الوسواسية والاقتحامات.	- المناقشة، الحوار السقراطي، التنبيه المنفصل (التوجيه الميتامعرفي)، التغذية الراجعة.	١٢٠ دقيقة
٧		إعادة البناء الميتامعرفي	- تدريب الأعضاء على ملاحظة ورصد المعاني والاستجابات التي تترتب على معتقداتهم. - تهيئة الأعضاء لتقبل فكرة أن المشكلة الأساسية ليست في حدوث الأفكار/ الشكوك/ المشاعر الوسواسية، ولكن المشكلة في المعاني والاستجابات التي تترتب عليهم. - تدريب الأعضاء على تقليل خبرات قمع ومراقبة الأفكار الوسواسية.	- الانتباه الانتقائي، إعادة البناء الميتامعرفي، الحوار السقراطي، التنبيه المنفصل (الكبت- الكبت المضاد، الذات الملاحظة)، التوجيه الميتامعرفي.	١٢٠ دقيقة

**فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

م	اسم المرحلة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات وأنشطة اليقظة العقلية المستخدمة	زمن الجلسة
٨		التعامل مع المعتقدات المتضخمة والأفكار الوسواسية بطريقة جديدة	- الربط بين صياغة الحالة وتعلم كيفية التعامل مع معتقدات المسؤولية المتضخمة والأفكار الوسواسية بطريقة جديدة. - تدريب الأعضاء على الفصل بين الشعور الذاتي والفكر الاقتحامي.	- التنبيه المنفصل، مهمة النمر، إعادة البناء الميتماعرفي.	٩٠ دقيقة
٩		التعرض والاستجابة	- مساعدة الأعضاء على تقليل الشعور بالخطر والتهديد من معتقدات المسؤولية المتضخمة المرتبطة بالأفكار والأفعال الوسواسية. - زيادة استبصار الأعضاء بعدم أهمية أفكارهم ومعتقداتهم الباعثة للأفكار والأفعال القهرية.	- التنبيه المنفصل، إعادة البناء الميتماعرفي، فنية أحلام اليقظة، استعارة الطفل المتمرد.	١٢٠ دقيقة
١٠		التعرض ومنع الاستجابة	- تعريض الأعضاء المكثف للمثيرات والأفكار الباعثة للوسواس والأفعال القهرية مع منع أي طقوس كوسيلة لتعزيز التعود عليها. - تحدي المعتقدات الميتماعرفية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة.	- التعرض ومنع الاستجابة وفق النموذج الميتماعرفي، التنبيه المنفصل، التوجيه الميتماعرفي.	١٢٠ دقيقة
١١		تحدي وتنفيذ معتقدات لدمج الأفكار بالأحداث	- تدريب الأعضاء على صياغة المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بأهمية الأفكار في شكل لفظي. - تعديل التقييمات الميتماعرفية للأفكار. - ممارسة بعض التجارب السلوكية لتقليل وتنفيذ أهمية وقوة المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بالأفكار الوسواسية.	- التنبيه المنفصل (استعارة السحب، واستعارة القطار المسافر)، الحوار السقراطي، إعادة البناء الميتماعرفي "الضحد والتفنيذ"، ممارسة بعض التجارب السلوكية.	١٢٠ دقيقة

م	اسم المرحلة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات وأنشطة اليقظة العقلية المستخدمة	زمن الجلسة
١٢		تحدي معتقدات دمج الفكر بالأفعال	- تعديل وتحدي معتقدات دمج الفكر بالأفعال. - ممارسة بعض التجارب السلوكية لتقليل وتفنيد أهمية وقوة المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بدمج الأفكار الوسواسية بالأفعال.	- التجارب السلوكية "الفكر والقلم"، إعادة البناء الميتماعرفي، التشكيك في الأدلة، وإثارة التنافر، التنبيه المنفصل (العقدة اللفظية).	٩٠ دقيقة
١٣		تفنيد معتقدات دمج الفكر بالأشياء/ الموضوعات	- تعديل وتحدي معتقدات دمج الفكر بالموضوعات. - ممارسة بعض التجارب السلوكية لتقليل وتفنيد أهمية وقوة المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بدمج الأفكار الوسواسية بالموضوعات.	- التجارب السلوكية، التعريض ومنع الاستجابة، إعادة البناء الميتماعرفي.	٩٠ دقيقة
١٤		تفنيد معتقدات المسؤولية المرتبطة بوسائل التلوث	- مساعدة الأعضاء على التعامل بوعي مع المعتقدات الميتماعرفية ومعتقدات المسؤولية المرتبطة بالتلوث. - ضحد معتقدات الأعضاء الخاصة بحاجتهم للقلق وتفنيد دلالتها.	- الحوار السقراطي، المناقشة والحوار، تجارب الرذاذ السحري، التعريض ومنع الاستجابة.	١٢٠ دقيقة
١٥		تعديل معتقدات المسؤولية المرتبطة بالطقوس	- تفنيد وتعديل معتقدات المسؤولية المرتبطة بضرورة أداء الطقوس. - تفنيد وتعديل معتقدات المسؤولية المرتبطة بالاقتحامات. - تحليل وتفنيد مزايا وعيوب أداء الطقوس لتحفيز التغيير.	- الحوار السقراطي، إعادة البناء الميتماعرفي، التعريض ومنع الاستجابة.	٩٠ دقيقة
١٦		ممارسة التجارب السلوكية لتحدي معتقدات المسؤولية المرتبطة بالطقوس	- تفنيد وتعديل معتقدات المسؤولية المرتبطة بضرورة أداء الطقوس. - تفنيد وتعديل معتقدات المسؤولية المرتبطة بالاقتحامات. - تحليل وتفنيد مزايا وعيوب أداء الطقوس لتحفيز التغيير.	- المناقشة والحوار، التعرض ومنع الاستجابة الحوار السقراطي، إعادة البناء الميتماعرفي، التنبيه المنفصل (فنية مهمة التداعي الحر، فنية أحلام اليقظة)، الانتباه الانتقائي.	٩٠ دقيقة
١٧		وضع خطط جديدة لمعالجة الأفكار	- تغيير معايير وإشارات التوقف باستراتيجيات جديدة للتعامل مع الأفكار والاقتحامات. - وضع خطط جديدة للتعامل مع الوسواس.	- المناقشة والحوار، التعرض ومنع الاستجابة الحوار السقراطي، إعادة البناء الميتماعرفي.	٩٠ دقيقة

**فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

م	اسم المرحلة	الجلسة عنوان	أهداف الجلسة	الفنيات وأنشطة اليقظة العقلية المستخدمة	زمن الجلسة
١٨	المرحلة الختامية	ملغ الانتكاسة	- تعزيز وتقوية الخطط الجديدة لمنع حدوث الانتكاسة. - تقليل تنشيط الاندماج مع الأفكار.	- المناقشة والحوار، التدريب على الانتباه، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
١٩		الوقاية من الانتكاسة	- زيادة وعي الأعضاء بأسباب ومبررات الانتكاسة المحتملة. - التعرف على المواقف التي قد تؤدي إلى الانتكاسة. - تجنب الاستسلام والانجراف نحو الانتكاسة.	- المناقشة والحوار، التدريب على الانتباه، التغذية الراجعة، الواجب المنزلي.	٩٠ دقيقة
٢٠		إنهاء البرنامج	- تقييم فعالية البرنامج من خلال استطلاع رأي الأعضاء حول مدى استفادتهم من البرنامج. - تقييم فعالية البرنامج من خلال التطبيق البعدي لأدوات البحث. - إنهاء جلسات البرنامج بطريقة إيجابية.	- المناقشة والحوار، التدريب على الانتباه، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة
٢١	مرحلة المتابعة	المتابعة	- تطبيق أدوات البحث مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة ومقياس الأعراض الوسواسية على الأعضاء (التطبيق التتبعي بعد مرور شهرين من الانتهاء من البرنامج).	- المناقشة والحوار، التغذية الراجعة.	٩٠ دقيقة

تقويم البرنامج: تم عرض البرنامج على مجموعة من الأستاذة المختصين في الصحة النفسية وعلم النفس، وتم تعديل ما تم اقتراحه. كما تم تقويم الجلسات عقب انتهائها من خلال استمارة التقويم الخاصة بالجلسات؛ للتعرف على مدى استفادة الأعضاء من الجلسة وتقديم التغذية الراجعة، أيضًا تم تطبيق استمارة تقويم البرنامج النهائي لاستطلاع رأي الأعضاء حول مدى استفادتهم من جلسات البرنامج. كما تم إجراء مقارنة نتائج التطبيق القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، ومقارنة نتائج التطبيق البعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج؛ وذلك للتحقق من فعالية البرنامج، كما تم التحقق من فعالية البرنامج بعد مرور شهرين من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

نتائج البحث ومناقشتها:

١ - نتائج الفرض الأول ومناقشته:

ينص الفرض الأول على أنه: "توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين معتقدات المسؤولية المتضخمة واضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات العليا". وللتحقق من صحة هذا الفرض، تم حساب معامل ارتباط بيرسون لفحص اتجاه العلاقة، وتتلخص النتائج في جدول (١٢):

جدول (١٢)

دلالة معاملات الارتباط بين درجات طلاب الدراسات العليا على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة ومقياس الأعراض الوسواسية (ن = ٤٤١)

مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة	أبعاد مقياس الأعراض الوسواسية	مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة	أبعاد مقياس الأعراض الوسواسية
معامل الارتباط		معامل الارتباط	
**٠,٥٤٦	النظافة الطهارة القهرية	**٠,٦٧٨	اجترار الأفكار
**٠,٣٨٢	البطء	**٠,٢٢٩	الوساوس الجنسية
**٠,٥٦٢	المراجعة	**٠,٤٨١	الوساوس العدوانية
**٠,٤٨٥	طقوس اللمس	**٠,٥٧٥	وساوس النظافة والخوف من المرض
**٠,٥٧٤	تأثير الوسواس على الأنشطة اليومية	**٠,٤٢٤	الاندفاعات الوسواسية
**٠,٤٦٢	الوساوس الدينية	**٠,٣٣٥	صور وسواسية
**٠,٤٣٦	أفعال قهرية دينية	**٠,٥٥٣	أفعال قهرية عامة
**٠,٦٨٥	الدرجة الكلية		

** دالة عند (٠,٠١)

يتضح من جدول (١٢) وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الدرجة الكلية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة والدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده الفرعية.

مناقشة نتائج الفرض الأول:

يتضح مما سبق تحقق صحة الفرض الأول؛ فقد ارتبطت الدرجة الكلية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بالدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده الفرعية ارتباطاً إيجابياً ذا دلالة إحصائية.

فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

وتتفق تلك النتيجة مع ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة منها: دراسة (Mantz & Abbott, 2017B) التي أوضحت ارتباط معتقدات المسؤولية المتضخمة باضطراب الوسواس القهري وأن هذه المعتقدات تنبئ بأعراض الوسواس القهري، ودراسة (Coles et al., 2014) التي أشارت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين معتقدات المسؤولية المتضخمة وأعراض الوسواس القهري، ودراسة (Niemeyer et al., 2013) التي أوضحت تنبؤ التشاؤم غير الواقعي (كالمبالغة في تقدير التهديدات "الاحتمالات الشخصية"، والمبالغة في تقدير المخاطر العامة للأحداث السلبية) بأعراض الوسواس القهري.

كما تتفق تلك النتيجة أيضًا مع نتائج دراسات (Taylor et al., 2010; Cisler et al., 2010) والتي أوضحت أن معتقدات المسؤولية المتضخمة لها طبيعة خاصة أكثر ارتباطًا بالوسواس القهري مقارنة بالاضطرابات الأخرى، ونتائج دراسات (Arntz et al., 2007; Pozza & Dèttore, 2014; Grøtte et al., 2015; Luppino et al., 2018; Pugh et al., 2018) التي أشارت إلى أن الشعور المتضخم بالمسؤولية هو ما يسبب اضطراب الوسواس القهري.

كما تتفق نتائج هذا البحث جزئيًا مع نتائج دراسة (Myers & Wells, 2005) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين معتقدات المسؤولية والمعتقدات الميتمعرفية مع أعراض الوسواس القهري، بينما لم توجد علاقة ارتباطية بين معتقدات المسؤولية وأعراض الوسواس القهري عند عزل أثر المعتقدات الميتمعرفية.

وتتماشى تلك النتيجة مع ما أكدته النظريات المعرفية؛ أن معتقدات المسؤولية المتضخمة أحد أسباب ظهور أعراض الوسواس القهري وبقائها (Mantz, & Abbott, 2017A; Rahimi & Haghghi, 2015)؛ حيث يتسم الأشخاص الذين يشعرون بتضخم المسؤولية بالتفكير الكارثي (أي توقع الكوارث والمصائب من فعل/ عدم فعل، أو إهمال بسيط حقيقي، أو مُتخيل) والإحساس الزائد بالمسؤولية، مثل: الأم التي تظن أن مجرد قياس الحرارة عدة مرات يوميًا لأطفالها من الممكن أن يمنع حدوث المرض أو الموت.

بينما تختلف نتيجة البحث الحالي مع دراسة (Gwilliam et al., 2004) التي أوضحت وجود ارتباط إيجابي دال بين كل من إدراك المسؤولية والمعتقدات المرتبطة بالاندماج مع

أعراض الوسواس القهري. إلا أن النتائج التي أظهرت أن المعتقدات الميثامعرفية تنبؤ بأعراض الوسواس القهري، بينما معتقدات المسؤولية المتضخمة لم تنبأ بتلك الأعراض. ويفسر الباحث تلك النتيجة بأن الشخص الذي يعاني من تضخم معتقدات المسؤولية يعتقد ويؤمن بأن الأحداث الكارثية التي قد يتعرض لها أو يتعرض لها غيره تكون إما بسبب إهماله وتقصيره في فعل شيء يتوجب عليه القيام به لكي يمنع وقوع تلك الأحداث، أو أن تلك الأحداث السلبية حدثت بسبب ما قام بفعله، ويكون لديه إفراط رهيب في تقدير العواقب الوخيمة وغير السارة؛ لذا يدخل ذلك الشخص في حلقة مفرغة من الشك، والحذر، والاجترار، والوسواس، والقيام بالطقوس والمراجعة إلى أن يصاب باضطراب الوسواس القهري. ولقد أكد (Salkovskis et al. 1995) في نموذج البنائي أن معتقدات المسؤولية المتضخمة أحد المكونات المعرفية المركزية للمشكلات الوسواسية، وقد عرف تلك المعتقدات بأنها اعتقاد لدى الشخص بأن لديه قوة جوهرية لتحقيق أو منع النتائج السلبية المصيرية، فالأشخاص المصابون بالوسواس القهري يعتبرون وجود أفكار تطفلية لديهم دليلاً على مسئوليتهم عن الأضرار التي سوف تقع ما لم يتخذوا أي إجراء لمنعها، ومن ثم ينتج عن تقييمهم لتلك المسؤولية محاولات لتجنب الاقتحامات والشكوك، والمشاعر غير المريحة. وتُشير نتائج الدراسات السابقة إلى أن الأشخاص الوسواسيين الذين يعانون من تضخم معتقدات المسؤولية يتمسكون باعتقاد سحري مفاده أن سلوكهم القهري سيمنع حدوث الأشياء الخطيرة؛ فالشخص الذي يشعر بتضخم المسؤولية يقوم بالفحص والمراجعة والتدقيق القهري بشكل متكرر؛ لأنه يشعر بمسؤولية زائدة وغير منطقية عن الأخطار التي قد تصيبه أو تصيب المقربين منه كالأولاد بسبب ما يقوم به من أعمال غير دقيقة وإهمال متصور؛ لذا فهم مجبرون على المراجعة والتدقيق المتكرر للأبواب والنوافذ والأقفال والأنوار والحنفيات ومفاتيح الأجهزة المنزلية والكهربائية لمنع حدوث أي كوارث أو مصائب محتملة بسببهم، ويترتب على هذه الأفكار الوسواسية أفعال قهرية مثل تكرار العودة للمنزل بعد الخروج، وتكرار القيام عدة مرات ليلاً للتأكد من الأشياء السابقة، والتأكد المتكرر من عدم التسبب بأضرار للآخرين، مثل: العودة في نفس الطريق أثناء قيادة السيارة مرات متكررة للتأكد من عدم دهس إنسان بريء أو حيوان أليف، والتأكد مرات عديدة من عدم وجود أخطاء في شيء

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

ما قام به، والتأكد عدة مرات من غلق أبواب السيارة ورفع الزجاج خوفاً من السرقة، والتأكد من رفع فرامل اليد خشية تحرك السيارة والتسبب في كوارث. ويرى الباحث أن الشخص الذي لديه معتقدات مسئولية متضخمة يكون لديه اعتقاد بأن الأحداث المؤذية للذات قد تحدث كنتيجة مباشرة (أو غير مباشرة) لما يقوم بفعله أو لم يقوم بفعله، ويعتقد أنه ينبغي عليه منع هذه العواقب بأي ثمن، ومن ثم تسبب هذه المعتقدات الشعور بالانزعاج والقلق والتجنب، وتؤدي إلى ظهور الأفكار الوسواسية، وتتسبب في الشعور بالضيق الشديد، وزيادة الشك، والقلق من ارتكاب أخطاء، ومن ثم القيام بسلوكيات المراجعة؛ وهي اعتقاد لدى الشخص بأن لديه تأثير قوي في منع حدوث أي عواقب أو كوارث حقيقية أو متخيلة قد تحدث له أو لغيره، وإذا حدث شيء مكروه سيكون نتيجة لنقصيره، فيحمل نفسه المسؤولية، وبهذا يكون لديه رغبة قهرية لجعل كل شيء صحيح تماماً كالأهتمام الشديد بفعل كل شيء بطريقة مثالية؛ مثل: ترتيب الأشياء في المطبخ وفق نسق معين لا تغيير فيه، وترتيب الملابس في الدولاب واللوحات والمقاعد وغيرها بشكل معين غير مسموح للآخرين تغييره، ومواصلة التنظيف أو أعمال أخرى مهما كلف من جهد أو وقت ليكون منضبطاً تماماً، وإذا تم تغيير هذا النظام شعر الشخص بالمسؤولية والتقصير وتأنيب الضمير وغير ذلك.

٢ - نتائج الفرض الثاني:

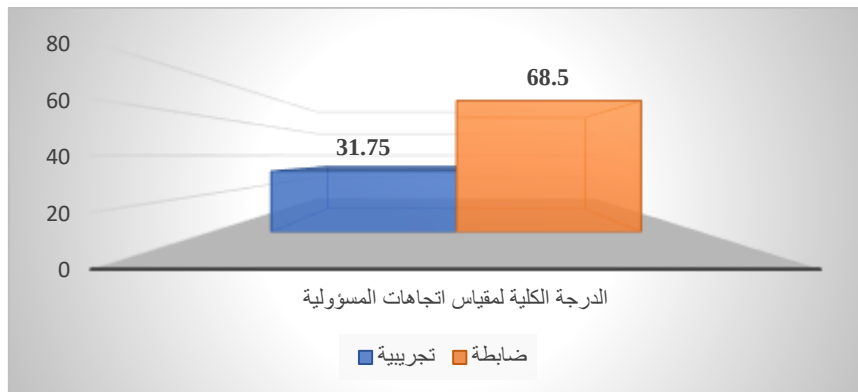
ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان - ويتني Mann-Whitney Test لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي لأعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة:

جدول (١٣)

نتائج اختبار مان - ويتني لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.

المقياس	المجموعة	ن	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة	تجريبية	٨	٣١,٧٥	٤,٥٠	٣٦,٠٠	١٠٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٧	٠,٠١
	ضابطة	٨	٦٨,٥٠	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				

يتضح من جدول (١٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة لصالح المجموعة التجريبية، في الاتجاه الأفضل؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.



شكل (١)

الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.

٣ - نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

(W) لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة:

جدول (١٤)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.

المقياس	نوع القياس	المتوسط	اتجاه الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة	قبلي	٦٤,٠٠	رتب سالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	-٢,٥٢*	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	بعدى	٣١,٧٥	محايد	٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
			المجموع	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠		

$1,96 \leq Z \leq 2,58$ دالة عند (٠,٠٥)

$Z > 1,96$ غير دالة

$3,28 \leq Z$ دالة عند (٠,٠٠١)

$3,27 \leq Z \leq 3,28$ دالة عند (٠,٠١)

يتضح من جدول (١٤) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدى لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة لصالح التطبيق البعدى في الاتجاه الأفضل؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.

٤ - نتائج الفرض الرابع:

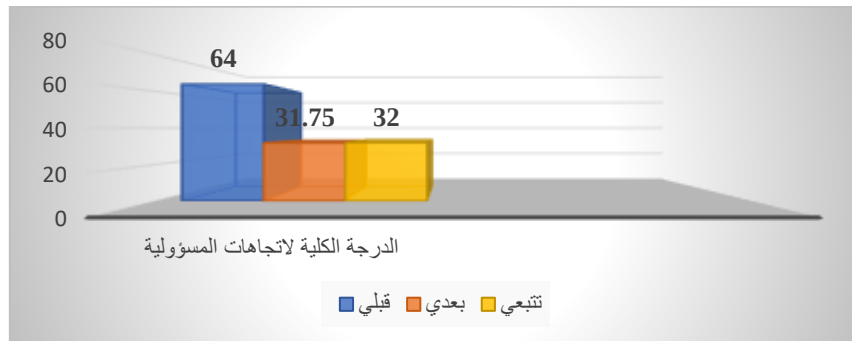
ينص الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدى والتتبعية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدى والتتبعية لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة:

جدول (١٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة.

المقياس	نوع القياس	المتوسط	اتجاه الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية لمقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة	بعدي	٣١,٧٥	رتب سالبة	٣	٣,١٧	٩,٥٠	-٠,٢١٣*	غير دالة
			رتب موجبة	٣	٣,٨٣	١١,٥٠		
	تتبعي	٣٢,٠٠	محاييد	٢				
			المجموع	٨				

يتضح من جدول (١٥) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.



شكل (٢)

الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة

مناقشة نتائج الفروض الثاني والثالث والرابع:

بالنظر إلى نتائج الفروض الثلاثة: الثاني والثالث والرابع؛ يتضح أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة لصالح أعضاء المجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي (الاتجاه الأفضل)، وهذا يعني أن أولئك الأعضاء انخفضت معتقدات المسؤولية المتضخمة لديهم بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى هذه المعتقدات لديهم قبل تطبيق البرنامج، مما يؤكد فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

وخفض معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى طلاب الدراسات العليا، وبهذه النتيجة يتم قبول الفروض: الثاني والثالث والرابع.

تتفق نتيجة هذا البحث مع نتائج الدراسات السابقة منها: دراسة Nayeabghayee et al. (2019) التي دعمت نتائجها تأثير العلاج الميتماعرفي في تعديل المعتقدات المختلفة، والشعور المتضخم بالمسؤولية وعدم تحمل الشك لدى مرضى الوسواس القهري، ودراسة Kakra & Mohan (2017) التي توصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي له فعالية في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة وخفض أعراض الوسواس القهري، ودراسة Sassaroli et al. (2015) التي توصلت إلى أن المعتقدات الميتماعرفية (السيطرة على القلق، والحاجة إلى السيطرة على الأفكار) تتوسط العلاقة بين معتقدات المسؤولية المتضخمة وأعراض الوسواس القهري، ودراسة Grøtte et al. (2015) التي أثبتت نتائجها فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض أعراض الوسواس القهري ومعتقدات دمج الفكر ومستوى الكمالية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة بعد الانتهاء من البرنامج، ودراسة Haraguchi et al. (2011) التي أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض أعراض الوسواس القهري ومعتقدات المسؤولية المتضخمة، ودراسة Solem et al. (2009) التي أوصت بأهمية تعديل المعتقدات الميتماعرفية لخفض مشاعر المسؤولية المتضخمة، ودراسة Ladouceur et al. (1996) التي استهدفت تصحيح تضخم معتقدات المسؤولية، وكشفت نتائجها عن فعالية العلاج المعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة، وخفض اضطراب الوسواس القهري.

بينما تختلف نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة Olatunji et al. (2013) والتي أشارت إلى أن إعادة الهيكلة المعرفية وحدها ليست بنفس فعالية العلاج بالتعرض مع منع الاستجابة.

ويُرجع الباحث وجود فروق بين أعضاء المجموعة التجريبية وأعضاء المجموعة الضابطة في القياس البعدي، ووجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس معتقدات المسؤولية المتضخمة لصالح أعضاء المجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي (الاتجاه الأفضل) إلى فعالية البرنامج العلاجي في تعديل المعتقدات الميتماعرفية المرتبطة بمعتقدات المسؤولية المتضخمة، وهو ما يدل على الأثر الإيجابي للبرنامج؛ وهذا يرجع إلى تدريب

الأعضاء على التعامل مع المعتقدات الميتامعرفية، وتقديم الأمثلة عليها، وتوضيح كيفية تأثيرها على معتقدات المسؤولية، وممارسة مجموعة من التجارب السلوكية التي فندت تلك المعتقدات؛ فقد تعلم أعضاء المجموعة التجريبية عدم التعامل مع أفكارهم على أنها حقائق يجب تصديقها؛ فالأفكار في حد ذاتها ليست المسبب الرئيسي للمعاناة، بل التعامل مع هذه الأفكار وتضخيمها وأساليب معالجتها هي المسبب للمعاناة؛ لذا فإن تعديل هذه المعتقدات الميتامعرفية من خلال التدريب على الفنيات الميتامعرفية، وممارستها بجدية أسهم في خفض تلك المعتقدات المتضخمة لدى طلاب الدراسات العليا.

كما يُرجع الباحث انخفاض مستوى معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى أعضاء المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج إلى انضباطهم في جلسات البرنامج العلاجي وحرصهم على المشاركة بفعالية فيه؛ فقد ساعد ذلك في بث روح المثابرة والمبادرة الإيجابية، والابتعاد عن السلبية والخمول، فقد وجد الباحث أثناء جلسات العلاجي أن أعضاء المجموعة التجريبية لديهم اهتمام وتركيز في تنفيذ الأنشطة والفنيات والمشاركة فيها، كما أسهمت العلاقة الطيبة بين الباحث والأعضاء التي اتسمت بالود والقبول والاحترام والتعاون في نجاح البرنامج.

لقد ساعد العلاج الميتامعرفي أعضاء المجموعة التجريبية على تطوير طرق بديلة لتجربة الأفكار، وأسهم بشكل واضح في تعديل المعتقدات المرتبطة بمعنى وأهمية الأفكار والمشاعر، وتعديل المعتقدات المرتبطة بالطوقس، والمعايير والاستراتيجيات الداخلية غير الملائمة التي يستخدمها الشخص المصاب بالوسواس القهري لتحديد مستوى تهديد المواقف التي يتعرض لها؛ مما أسهم في خفض معتقدات المسؤولية المتضخمة.

كما أسهم إعادة البناء الميتامعرفي وإعادة هيكلة معنى الحدث المجهد على تقليل تأثير الشعور بالضغط المسبب للمشكلة، والوعي بالتجربة؛ مما ساعد الأعضاء على الانفصال والتخلي عن التقديرات الأولية السلبية، وجعلهم يمارسون الوعي الميتامعرفي، وفيه تم تقبل المعارف والعواطف، واتسع مدى الانتباه ليشمل مجموعة كبيرة من المعلومات المهمة في السابق، وتولد عنه عمليات تقدير جديدة للموقف، ومن ثم تم تعزيز العواطف والمشاعر الإيجابية الجديدة، وتم تنشيطها سلوكيًا، ومن ثم أدرك الأعضاء ضرورة التخلي عن معتقدات المسؤولية المتضخمة، وأن التغيير الإيجابي يمكن تحقيقه، وأن جميع البشر قد يقومون ببعض الأخطاء دون حدوث كوارث.

فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

كما ساهم العلاج الميتامعرفي في زيادة فهم الأعضاء لمعتقداتهم المرتبطة بمعنى ودلالة الأفكار الاقتحامية التي تقتحم أذهانهم وأفكارهم؛ وركز الباحث لتحقيق ذلك على تعديل الأنواع الثلاثة للمعتقدات الميتامعرفية المرتبطة بالوسواس القهري وهي: معتقدات الدمج بين الفكر والفعل (حيث أصبح الأعضاء لا يعتقدون أن وجود أفكار سيئة لديهم يعني أنهم سوف يقومون بفعل سيئ)، ومعتقدات الدمج بين الفكر والحدث (حيث أصبح الأعضاء لا يعتقدون أن التفكير في أمر سلبي يمكن أن يسبب حدوث سلوك ما أو يكون في حد ذاته دليلاً على حدوثه)، وأخيراً معتقدات الدمج بين الفكر والموضوع (حيث أصبح الأعضاء لا يعتقدون أن الأفكار أو المشاعر أو الذكريات يمكن أن تُنقل إلى أناس آخرين أو إلى الموضوعات والأشياء التي يحتكون بها). ومن الممارسات التي ساعدت في تحقيق ذلك: ممارسة بعض الاستراتيجيات السلوكية لتنفيذ معتقد دمج الفكر بالحدث؛ فقد طلب الباحث من أحد الأعضاء التفكير في احتمالية حدوث أشياء إيجابية للباحث أو لنفسه، كونه يعتقد أن لأفكاره قوة، حيث طلب منه أن يفكر أنه سيربح مليون جنيه خلال أسبوع، أو التفكير في أن السيارة التي سوف تؤذي أطفاله سوف تتعطل، ومن ثم لن يصيبهم مكروه، مما نتج عنه تنفيذ معتقداته.

عمل الباحث على زيادة استبصار الأعضاء بالمعتقدات الميتامعرفية الضمنية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة التي يحتفظون بها والمرتبطة بدلالة أفكارهم خاصة فيما يخص التلوث العرض الأكثر وجوداً لدى الأعضاء، بيّن الباحث لهم أن مرضى الوسواس عادةً ما يؤمنون بأهمية وقوة أفكارهم بطريقتين: "أنهم عندما يفكرون في أن الأشياء ملوثة، فيؤمنون بأنها ملوثة لأنهم فكروا في ذلك" وهذا دمج للفكر بالحدث، أو "أنهم يحتاجون إلى الاعتقاد بأن الأشياء ملوثة لكي يظلوا حذرين وآمنين" (وهذا تضخيم للمسؤولية؛ أي أن مصدر القلق هنا عمليات المعالجة التي يقومون بها).

كما أسهم قيام الباحث بتدريب الأعضاء على ملاحظة المثير المولد لأفكاره الوسواسية والمعتقد الميتامعرفي المرتبط بهذا المثير، وملاحظة معتقد المسؤولية المتضخم وأسلوب المواجهة المقترن به، والقاعدة الوسواسية التي يتبناها، والمشاعر، والسلوكيات المرتبطة بوجود هذه المعتقدات في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة؛ وذلك من خلال المناقشة والحوار السقراطي، حيث وضح الباحث للأعضاء كيف أن الأفكار الوسواسية ظاهرة طبيعية وأن الكثير من الناس يعانون منها، وأكد على فكرة أن إيمان الشخص بهذه الأحداث،

وطريقته في التعامل معها هو الذي يسبب مشكلة الوسواس القهري. كما شرح كيف أن تغيير المعتقدات المرتبطة بالأفكار والمشاعر، وتغيير طريقة التعامل مع هذه الأفكار والمشاعر والأحداث الداخلية يترتب عليها حل المشكلة.

ومن أفضل الأسئلة التي استخدمها الباحث لتوضيح الطبيعة غير المفيدة للطقوس والطبيعة الخاطئة لمعتقدات المسؤولية المتضخمة المتعلقة بالطقوس ما يلي: إذا كانت طقوسك/ سلوكياتك مفيدة، فلماذا تستمر مشكلة الوسواس القهري لديك؟ ومن الأسئلة القيمة ذات الصلة أيضاً: كم مرة قمت بالتحقق منذ أن واجهت هذه المشكلة؟ كم مرة كشف تحققك عن صحة أفكارك/ شكوكك؟ ولماذا لم تتعلم حتى الآن أنه يمكنك بكل بساطة تجاهل أفكارك/ شكوكك الوسواسية؟

ومن الاستراتيجيات التي ساهمت بشكل فعال في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى أعضاء المجموعة التجريبية، استراتيجية تحليل المزايا والعيوب؛ حيث تناقش الباحث وتجادل مع الأعضاء في مميزات تلك المعتقدات والطقوس، ثم شكك الباحث في أدلتهم على أهمية تلك المعتقدات ومميزاتها، ووجههم لطرق وفنيات بديلة، كما جادلهم الباحث في العيوب والمشكلات المترتبة على عدم قيامهم وممارستهم للطقوس المعتادة، ودربهم على ملاحظة ما قد يترتب على عدم القيام بتلك الطقوس من تحسن، وأسهم كل ذلك بشكل فعال في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى الأعضاء.

ولقد ساعدت فنية التدريب على الانتباه في تحقيق ذلك التحسن، حيث أصبح بإمكان أعضاء المجموعة التجريبية اختيار تركيز انتباههم على فكرة دون غيرها، أو توزيع انتباههم أو تحويله من الأفكار الوسواسية إلى مثير آخر أو نشاط آخر؛ مما يؤكد قدرتهم على التحكم في أفكارهم ومعتقداتهم المتضخمة.

ويتماشى ذلك مع ما أيده (2013) Hamaguchi من أن العلاج الميتماعرفي يتطلب وعياً عميقاً من الفرد بعملية تفكيره، ويزيد من قدرته على تنظيمها كاستجابة للمتطلبات المعرفية لكل موقف.

٥ - نتائج الفرض الخامس:

ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية"،

**فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

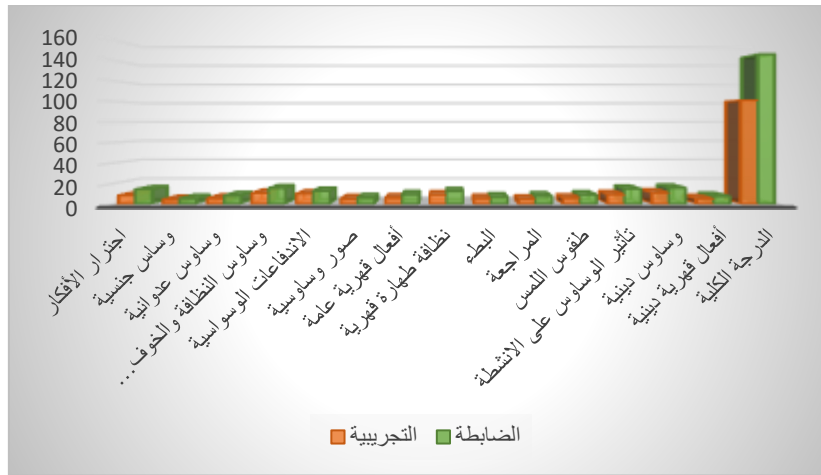
وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار مان - ويتني لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس البعدي لأعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأعراض الوسواسية:

جدول (١٦)

نتائج اختبار مان- ويتني لحساب الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية:

مقياس الأعراض الوسواسية	المجموعة	العدد	المتوسط	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (W)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
اجترار الأفكار	تجريبية	٨	٨,٥٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٨-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٤,٣١	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
وساس جنسية	تجريبية	٨	٤,٣٨	٤,٦٩	٣٧,٥٠	١,٥٠	٣٧,٥٠	٣,٣٣-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٥,٤٤	١٢,٣١	٩٨,٥٠				
وساوس عدوانية	تجريبية	٨	٥,٦٢	٤,٥٦	٣٦,٥٠	٠,٥٠	٣٦,٥٠	٣,٣٦-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٨,١٩	١٢,٤٤	٩٩,٥٠				
وساوس النظافة والخوف من المرض	تجريبية	٨	١٠,٧٥	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٩-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٥,٥٠	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
الاندفاعات الوسواسية	تجريبية	٨	١٠,٠٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٩-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٢,٧٥	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
صور وسواسية	تجريبية	٨	٥,١٣	٥,٤٤	٤٣,٥٠	٧,٥٠	٤٣,٥٠	٢,٦٣-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٦,١٩	١١,٥٦	٩٢,٥٠				
أفعال قهرية عامة	تجريبية	٨	٦,٠٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠١	٣٦,٠٠	٣,٤٠-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٩,٣٨	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
نظافة طهارة قهرية	تجريبية	٨	٩,٠٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٤٠-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٢,٥٠	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
البطء	تجريبية	٨	٥,٥٠	٥,٠٠	٤٠,٠٠	٤,٠٠	٤٠,٠٠	٢,٩٨-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٧,١٣	١٢,٠٠	٩٦,٠٠				
المراجعة	تجريبية	٨	٤,٧٥	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٤٥-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٧,٩٤	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
طقوس اللمس	تجريبية	٨	٥,٧٥	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٤١-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٩,٠٦	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
تأثير الوسواس على الأنشطة	تجريبية	٨	٩,٣٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٩-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٤,٨٨	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
وساوس دينية	تجريبية	٨	١١,٠٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٨-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٥,٨٨	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				
أفعال قهرية دينية	تجريبية	٨	٥,٢٥	٥,٠٦	٤٠,٥٠	٤,٥٠	٤٠,٥٠	٢,٩٥-	٠,٠١
	ضابطة	٨	٧,٥٦	١١,٩٤	٩٥,٥٠				
الدرجة الكلية	تجريبية	٨	١٠,١٠٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٠,٠٠	٣٦,٠٠	٣,٣٧-	٠,٠١
	ضابطة	٨	١٤,٥,٨٨	١٢,٥٠	١٠٠,٠٠				

يتضح من جدول (١٦) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية لصالح المجموعة التجريبية في الاتجاه الأفضل؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.



شكل (٣)

الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده

٦ - نتائج الفرض السادس:

ينص الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الوسواسية"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدي لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس الأعراض الوسواسية:

**فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

جدول (١٧)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية
في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الوسواسية.

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	عدد الرتب	اتجاه الرتب	المتوسط	نوع القياس	مقياس الأعراض الوسواسية
٠,٠٥	٢,٥٥-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٨,٨٧	قبلي	اجترار الأفكار
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٨,٥٠	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٦-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	٧,١٣	قبلي	وساس جنسية
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٤,٣٨	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٢-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٠,٧٥	قبلي	وساوس عدوانية
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٥,٦٢	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٦-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٩,٧٥	قبلي	وساوس النظافة والخوف من المرض
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	١٠,٧٥	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٦-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٤,٢٥	قبلي	الاندفاعات الوسواسية
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	١٠,٠٠	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٥-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	٧,٧٥	قبلي	صور وسواسية
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٥,١٣	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٤-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٢,٢٥	قبلي	أفعال قهرية عامة
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٦,٠٠	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٥-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٥,٥٠	قبلي	نظافة طهارة قهرية
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٩,٠٠	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠٥	٢,٥٦-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	٨,٨٨	قبلي	البطء
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			
				٠	محاييد	٥,٥٠	بعدي	
				٨	المجموع			
٠,٠١	٢,٥٩-	٣٦,٠٠	٤,٥٠	٨	رتب سالبة	١٠,١٣	قبلي	المراجعة
		٠,٠	٠,٠	٠	رتب موجبة			

د. عبده على عبده سليمان

مقياس الأعراض الوسواسية	نوع القياس	المتوسط	اتجاه الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	بعدي	٤,٧٥	محايد	٠				
			المجموع	٨				
طقوس اللمس	قبلي	١٠,٨٨	رتب سالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٤-	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠	٠,٠		
	بعدي	٥,٧٥	محايد					
			المجموع	٨				
تأثير الوسواس على الأنشطة	قبلي	١٧,٧٥	رتب سالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٢-	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠	٠,٠		
	بعدي	٩,٣٨	محايد					
			المجموع	٨				
وساوس دينية	قبلي	١٦,٦٣	رتب سالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٢-	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠	٠,٠		
	بعدي	١١,٠٠	محايد					
			المجموع	٨				
أفعال قهرية دينية	قبلي	٧,٣٧	رتب سالبة	٦	٣,٥٠	٢١,٠٠	٢,٢٣-	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠	٠,٠		
	بعدي	٥,٢٥	محايد	٢				
			المجموع	٨				
الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية	قبلي	١٧٧,٨٨	رتب سالبة	٨	٤,٥٠	٣٦,٠٠	٢,٥٢-	٠,٠٥
			رتب موجبة	٠	٠,٠	٠,٠		
	بعدي	١٠١,٠٠	محايد					
			المجموع	٨				

يتضح من جدول (١٧) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لأعضاء المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده الفرعية، عدا بُعد المراجعة كانت الفروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لصالح التطبيق البعدي في الاتجاه الأفضل؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.

٧ - نتائج الفرض السابع:

ينص الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أعضاء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الوسواسية بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي"، وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار ويلكوكسون لتوضيح الفروق بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لأعضاء المجموعة التجريبية على مقياس الأعراض الوسواسية:

**فعالية العلاج الميتامعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

جدول (١٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدراسة الفروق بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية
في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الوسواسية.

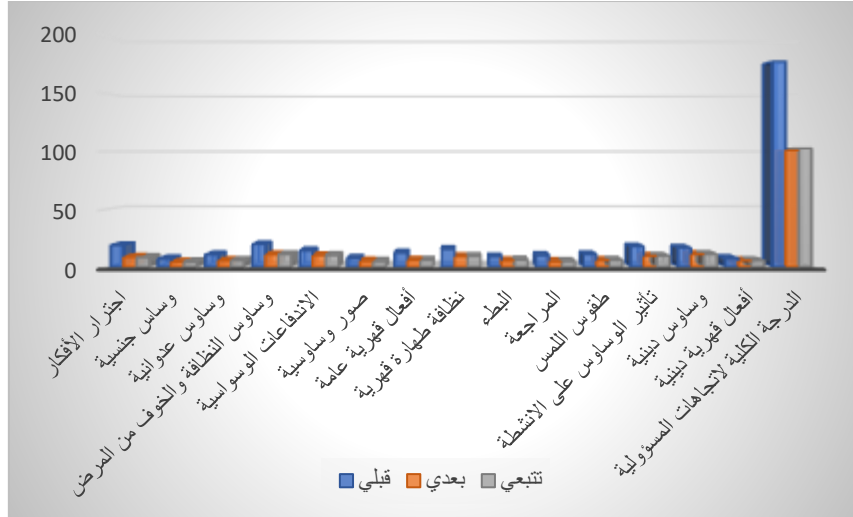
مقياس الأعراض الوسواسية	نوع القياس	المتوسط	اتجاه الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيّة (Z)	مستوى الدالة
اجترار الأفكار	بعدي	٨,٥٠	رتب سالبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠	٠,٥٨-	غير دالة
	تتبعي	٨,٣٨	رتب موجبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
وساس جنسية	بعدي	٤,٣٨	رتب سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨-	غير دالة
	تتبعي	٤,٥٠	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
وساوس عدوانية	بعدي	٥,٦٢	رتب سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨-	غير دالة
	تتبعي	٥,٧٥	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
وساوس النظافة والخوف من المرض	بعدي	١٠,٧٥	رتب سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨-	غير دالة
	تتبعي	١٠,٨٨	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
الاندفاعات الوسواسية	بعدي	١٠,٠٠	رتب سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٠,٥٨-	غير دالة
	تتبعي	١٠,١٣	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
صور وسواسية	بعدي	٥,١٣	رتب سالبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠	٠,٣٨-	غير دالة
	تتبعي	٥,٠٠	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
أفعال قهرية عامة	بعدي	٦,٠٠	رتب سالبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠	٠,٣٨-	غير دالة
	تتبعي	٥,٨٨	رتب موجبة	٢	٢,٠٠	٤,٠٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
نظافة طهارة قهرية	بعدي	٩,٠٠	رتب سالبة	٢	١,٥٠	٣,٠٠	٠,٧٤-	غير دالة
	تتبعي	٩,٢٥	رتب موجبة	٢	٣,٥٠	٧,٠٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
البطء	بعدي	٥,٥٠	رتب سالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	١,٥٢-	غير دالة
	تتبعي	٦,١٣	رتب موجبة	٤	٣,٢٥	١٣,٠٠		
			محايد	٣				
			المجموع	٨				
المراجعة	بعدي	٤,٧٥	رتب سالبة	٢	٣,٠٠	٦,٠٠	٠,٤٥-	غير دالة

د. عبده على عبده سليمان

مقياس الأعراض الوسواسية	نوع القياس	المتوسط	اتجاه الرتب	عدد الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
	تتبعي	٤,٨٨	رتب موجبة	٣	٣,٠٠	٩,٠٠		
			محايد	٣				
			المجموع	٨				
طقوس اللمس	بعدي	٥,٧٥	رتب سالبة	١	١,٥٠	١,٥٠	٠,٨٢-	غير دالة
	تتبعي	٦,٠٠	رتب موجبة	٢	٢,٢٥	٤,٥٠		
			محايد	٥				
			المجموع	٨				
تأثير الوساوس على الأنشطة	بعدي	٩,٣٨	رتب سالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	تتبعي	٩,٣٨	رتب موجبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
وساوس دينية	بعدي	١١,٠٠	رتب سالبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	تتبعي	١١,٠٠	رتب موجبة	٢	٢,٥٠	٥,٠٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
أفعال قهرية دينية	بعدي	٥,٢٥	رتب سالبة	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠-	غير دالة
	تتبعي	٥,٥٠	رتب موجبة	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
			محايد	٤				
			المجموع	٨				
الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية	بعدي	١٠١,٠٠	رتب سالبة	٢	٢,٧٥	٥,٥٠	١,٤٥-	غير دالة
	تتبعي	١٠٢,٦٣	رتب موجبة	٥	٤,٥٠	٢٢,٥٠		
			محايد	١				
			المجموع	٨				

يتضح من جدول (١٨) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لأعضاء المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده الفرعية؛ مما يدل على تحقق صحة هذا الفرض.

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات



شكل (٤)

الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسات القبلي والبعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الوسواسية وأبعاده

مناقشة نتائج الفروض الخامس والسادس والسابع

بالنظر إلى نتائج الفروض الثلاثة: الخامس والسادس والسابع؛ يتضح أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الوسواسية لصالح أعضاء المجموعة التجريبية في اتجاه القياس البعدي (الاتجاه الأفضل)، وهذا يعني أن أولئك الأعضاء انخفضت الأعراض الوسواسية بعد تطبيق البرنامج مقارنة بمستوى هذه الأعراض لديهم قبل تطبيق البرنامج، مما يؤكد فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل وخفض معتقدات المسؤولية المتضخمة والأعراض الوسواسية لدى طلاب الدراسات العليا، وبهذه النتيجة يتم قبول الفروض: الخامس والسادس والسابع.

تتفق نتيجة البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة منها: دراسة Nayeabghayee et al. (2019) التي أشارت إلى فعالية العلاج الميتماعرفي في علاج اضطراب الوسواس القهري. ودراسة Azizi et al. (2019) التي أوضحت نتائجها فعالية العلاج الميتماعرفي وفق نهجي "Moritz" "Wells" في تحسين المرونة المعرفية وخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، ودراسة Mantz & Abbott (2017A) والتي توصلت إلى أن عمليات

تقييم المسؤولية والتهديدات تؤثر بشكل دال على اضطراب الوسواس القهري، وأن تعديل هذه التقييمات يمكن أن يكون مفيداً في تقليل أعراض الوسواس القهري، ودراسة "حنوره" (٢٠١٦) التي توصلت نتائجها إلى فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري، واستمرار فعاليتها بعد فترة المتابعة، ودراسة Khodabakhsh et al. (2013) التي أكدت على فعالية العلاج الميتمعرفي في خفض المعتقدات الميتمعرفية الإيجابية المرتبطة بالوسواس وأعراض الوسواس القهري، كما ساهم العلاج في زيادة التوافق وخاصة التوافق الأسري والعاطفي، ودراسة Coradeschi et al. (2012) التي أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين التغييرات في مجال المسؤولية والاستجابة للعلاج، ودراسة Dimaggio et al. (2011) التي أوضحت أن التركيز العلاجي على الاختلالات الميتمعرفية وتنظيم العلاقة العلاجية يؤدي إلى خفض الأعراض الوسواسية وتحسن الأداء بين الأشخاص، ودراسة Solem et al. (2009) التي أوصت بأهمية تعديل المعتقدات الميتمعرفية لعلاج اضطراب الوسواس القهري، ودراسة "الخولي" (٢٠٠٨) التي أشارت إلى تحسن الطلاب وانخفاض أعراض اضطراب الوسواس القهري، واستمرار هذا التحسن خلال فترة المتابعة، ودراسة Fisher (2003) التي أوضحت أن الانخفاض في المعتقدات الميتمعرفية (مثل معتقدات اندماج الفكر) يؤدي إلى انخفاض القلق والدوافع القهرية، ودراسة Salkovskis et al. (1995) والتي أكدت على أن العلاجات التي تنصب على المعتقدات والعوامل المسببة للوسواس القهري والتي تُسهم في بقائه تسهم بشكل دال في علاج الاضطراب نفسه.

ويعزو الباحث تلك النتيجة إلى تدريب أعضاء المجموعة التجريبية على تعديل طريقة تفكيرهم؛ من التفكير في أنهم مسئولين عن كل شيء سيئ حدث في الماضي أو يحدث في الحاضر أو قد يحدث في المستقبل إلى الاعتقاد بأنهم ليس مسئولين عن أي إجراء تكون سيطرتهم محدودة عليه أو لا يتحكمون فيه، وأن الإنسان له قدرات وحدود لا يستطيع أن يتخطاها، وأنه لا يستطيع التحكم في كل الأمور، ولقد ساهمت التدخلات القائمة على العلاج الميتمعرفي في تحقيق هذا التحول، حيث ساهمت تلك التدخلات في زيادة مستوى التحكم المرن في الانتباه، ووقف متلازمة الانتباه المعرفي (الاجترار والقلق) المتعلقة بالوسواس،

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

وأصبح لدى الأعضاء قدرة على التشكيك في المعتقدات المتعلقة بالحاجة إلى التحكم في الأفكار والاقتحامات؛ مما ساهم في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري. ساعد العلاج الميتماعرفي وفتياته الأعضاء على التعامل مع أفكارهم الاقتحامية بشكل طبيعي وعدم إعطائها تلك الأهمية التي كانوا يعطونها من قبل؛ مما حررهم من ممارسة سلوكيات مزعجة دون جدوى، وتوقف الأعضاء عن رصد ومراقبة التهديدات كالأفكار والمشاعر غير المرغوبة، وكان ذلك نتيجة انخفاض مكونات متلازمة الانتباه المعرفي الخاصة باضطراب الوسواس القهري (كالتوتر، والاجترار، والتفكير التحليلي). ولقد اعتمد الباحث في إعادة البناء الميتماعرفي للأعضاء على بعض التجارب السلوكية لتوضيح الآثار غير المفيدة لسلوكيات العضو في مواجهة وساوسه. ومن أهم التجارب التي اعتمد عليها الباحث تجربة كبت الفكر وتجربة مراقبة الفكر.

لقد اشتمل البرنامج العلاجي على مجموعة من الأنشطة والتدريبات وفتيات العلاج الميتماعرفي المختلفة، وذلك لتحقيق أهداف البحث الحالي وهي خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى أعضاء المجموعة التجريبية، حيث ساعدت فنية الضد وتقني المعتقدات في إعادة البناء الميتماعرفي للأعضاء وإحداث تنافر أو تعارض في أنظمة معتقداتهم، وتم ذلك من خلال البحث عن إيجاد معتقدات تتعارض مع المعتقدات المرتبطة بقوة ومعنى الأفكار الاقتحامية ومعتقدات المسؤولية المتضخمة التي يؤمن بها الأعضاء.

كما وظف الباحث استعارة الطفل المتمرد، في تعديل معتقدات الأعضاء؛ حيث وضح لهم أن هذه الاستعارة تساعد في فهم التأثيرات المختلفة للاندماج مع الأفكار والمشاعر، وسوف تساعدهم في الانفصال عن هذه الأفكار؛ ومضمون هذه الاستعارة هو "أن يتخيل العضو أنه موجود في متجر بصحبة طفله سيئ التصرف والمزعج، وضح الباحث أنه يمكنك إعطاؤه كل اهتمامك لتعدل سلوكه وهذا ما يريده الطفل، لكنك لن تهتم بما تريده أنت، وفي المقابل يمكنك تجاهل تصرفات الطفل المزعج وتكتفي بمراقبته، ثم وضح لهم الباحث أن هذا الطفل أشبه بمعتقداتك السلبية؛ إذ يجب أن تكون على وعي بها وتلاحظها ولا تعطيها كل اهتمامك، بل تتفصل عنها".

كما ساهمت فنية الانتباه الانتقائي التي تدرب الأعضاء عليها في تحقيق التحسن الملحوظ في الأعراض الوسواسية؛ حيث أصبح الأعضاء أكثر وعيًا ومرونة وسيطرة على

تفكيرهم؛ فعندما تنتشط الأفكار الوسواسية تحدث تغييرات في نمط التفكير، ويكون التركيز ضعيفاً، وبسبب الاجترار يفقد العضو وعيه، ويصبح غير قادر على السيطرة على الوعي والأفكار، وأهم خطوة للخروج من هذه المشكلة هو استعادة الوعي والمرونة والسيطرة على التفكير.

ولقد ساعدت فنيات التعرض ومنع الاستجابة التي تم استخدامها في البرنامج الميتماعرفي بشكل فعال في خفض أعراض الوسواس القهري؛ فقد طُلب من الأعضاء تعريض أنفسهم لمواقف تُثير لديهم فعلاً قهرياً ثم يمتنعون عن أداء الطقس القهري: كلمس طبق متسخ ثم الامتناع عن غسيل اليد، واكتشف الأعضاء أن عدم أداء الطقوس جعلهم يتعرضون لاستثارة القلق التي تخلقها المثيرات المختلفة بشكل كامل دون تحييدها، ونتج عن ذلك اندثار الاستجابة المهيئة للقلق، حيث ساعد التعرض ومنع الاستجابة في فك الارتباط بين المثيرات والأفكار الوسواسية، ومن ثم انخفض القلق رغم استمرار التعرض لمصدره.

كما يعزو الباحث تلك النتائج إلى اهتمام العلاج الميتماعرفي بتغيير الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى في توجيه سلوكهم ومعالجة أفكارهم؛ وذلك بإعادة كتابة خططهم الذاتية للقيام بالأعمال وإدراكها، من أجل تنفيذ وتحدي معتقدات المرضى الميتماعرفية المرتبطة بالأفكار الوسواسية، وكذلك تحدي وتنفيذ طريقة تعامل المرضى مع أفكارهم الاقتحامية، ولتحقيق هذا نفذ الباحث مع الأعضاء مهام التعرض والاستجابة، وفيها تم تشجيع الأعضاء على أداء طقوسهم، ولكن بطريقة تساعدهم على تغيير طبيعة علاقتهم بأفكارهم. وبشكل أكثر تحديداً سُمح للأعضاء القيام بالطقوس، ولكن بعد أن طُلب منهم الانتباه لأفكارهم الوسواسية أثناء القيام بهذه الطقوس، وكان هذا النشاط بمثابة وسيلة لتعزيز التنبيه المنفصل والتحول إلى نموذج ما وراء المعرفة أثناء المرور بالتجارب المختلفة، وتم التدريب على هذه الفنية في الجلسات بالتوازي مع أنشطة إضعاف وتنفيذ معتقدات الأعضاء المرتبطة بحاجتهم إلى أداء تلك الطقوس، وتم استخدام طقوس الفحص لإقناع المريض أن الأفكار غير مهمة. ولقد ساهم العلاج الجماعي الذي تم استخدامه في برنامج العلاج الميتماعرفي في تحقيق هذا التحسن بصورة أفضل وأسرع من العلاج الفردي؛ حيث ساعد في إزالة الإحساس بالتفرد في المشكلة، وأتاح تقاسم المشكلة والتفاعل بين الأعضاء وتبادل الخبرات فيما بينهم، فالجماعة تمنح الشعور بالأمن والانتماء، وتعطي معنى وقيمة لكل عضو فيها، وتساعد على

فعالية العلاج الميتماعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات

نمو وتطور شخصية الفرد، وتتيح التفاعل بين الأعضاء؛ مما يساهم في حدوث التعليم والتغيير نتيجة التدعيم والتعزيز من قبل الجماعة، ولقد مارس الأعضاء سلوكياتهم الجديدة والبديلة بشكل آمن في الجماعة؛ مما ساعدهم على التعامل مع مشاكلهم بنجاح. ولقد ساعدت الواجبات المنزلية أعضاء المجموعة التجريبية في نقل وتعميم هذه التغيرات إلى المواقف الحياتية المختلفة؛ فقد كانت مراجعة ومناقشة تلك الواجبات والصعوبات التي واجهتهم فيها تتم في بداية كل جلسة، ويقدم الباحث والأعضاء لبعضهم التغذية المرتدة الإيجابية، وانصبت معظم الواجبات المنزلية على تعليمهم سلوكيات وطرق جديدة للتعامل مع الوسواس القهري.

كما يرجع الباحث التحسن والاستقرار النسبي لنتائج الأعضاء في التطبيق التتابعي إلى التزام الأعضاء بتنفيذ الخطة الجديدة للتعامل مع الوسواس والطقوس؛ فقد عمل الباحث على تطوير خطة بديلة للانتباه والسلوك ومعالجة الاقتحامات/ الشكوك، التي يجب على الأعضاء ممارستها بدلاً من الخطة الأصلية التي ينفذها الأعضاء بالفعل، وتتلخص الخطة الجديدة في تعليم الأعضاء النظر إلى الفكرة بدلاً من التأكد منها أو التحقق منها بالطقوس؛ فمثلاً في حالة طقوس المراجعة بدلاً من التحقق من أن الأبواب والنوافذ قد أغلقت، يتم التوقف عن التحقق، وتطبيق التنبيه المنفصل على أي شكوك لاحقة.

التوصيات:

- ❖ في ضوء إجراءات البحث وما توصل إليه من نتائج، وما قدمه الباحث من تفسيرات، واستناداً للوضع القائم في المؤسسات التعليمية تجاه الطلاب بصفة عامة، وطلاب الدراسات العليا بصفة خاصة، أمكن استخلاص بعض التوصيات التربوية منها:
- ❖ ضرورة عقد ندوات توعية للطلاب وأسرهم لتوعيتهم بمخاطر السلوكيات السلبية التي يمارسونها مع أبنائهم، والتي قد تؤدي إلى تضخم معتقدات المسؤولية لدى أبنائهم؛ مما يتسبب في إصابتهم بالعديد من الاضطرابات النفسية.
- ❖ عقد دورات تختص بتعليم مفاهيم وفنيات العلاج الميتماعرفي لطلاب الجامعة وطلاب الدراسات العليا، وتدريبهم عليها؛ لما لها من أثر بالغ في الوعي بالذات وتجنب الإصابة بالاضطرابات النفسية.

- ❖ عقد محاضرات وندوات من خلال المتخصصين في مجال الصحة النفسية وعلم النفس للطلبة الجامعيين وطلبة الدراسات العليا تتناول اضطراب الوسواس القهري، وآثاره السلبية على الفرد والأسرة والمجتمع، وكيفية خفض هذا الاضطراب.
- ❖ إجراء المزيد من الأبحاث لمعرفة فعالية استخدام العلاج الميتماعرفي في خفض وتعديل مسببات الاضطرابات المختلفة وتأثير ذلك على خفض أعراض تلك الاضطرابات.
- ❖ تبني مراكز ووحدات الإرشاد النفسي بالجامعات العلاج الميتماعرفي في التعامل مع مشكلات الطلاب، وتدريب الإخصائيين النفسيين على فنياته.

بحوث مقترحة:

- ❖ دراسة معتقدات المسؤولية المتضخمة كمتغير وسيط بين أساليب التنشئة واضطراب الوسواس القهري.
- ❖ دراسة فعالية العلاج الميتماعرفي في خفض اندماج الفكر لدى مرضى الوسواس القهري.
- ❖ دراسة معتقدات المسؤولية المتضخمة وعلاقتها باضطرابات ومشكلات نفسية أخرى كالقلق والاكتئاب والشعور بالذنب.
- ❖ دراسة فعالية العلاج الميتماعرفي في تعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة لدى مرضى الوسواس القهري "دراسة حالة".
- ❖ إجراء دراسة إكلينيكية لفهم ديناميات الشخصية لمن يعاني من تضخم معتقدات المسؤولية.
- ❖ إجراء المزيد من البحوث حول فعالية العلاج الميتماعرفي مع الاضطرابات النفسية الأخرى ومع أعمار مختلفة.

المراجع

- عبد الفهيم، أحمد مجاور. (٢٠١٦). المحكات التشخيصية: الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية. الرياض: دار الزهراء.
- الخولي، عبد الله محمد. (٢٠٠٨). فاعلية برنامج مبني على استراتيجيات ما وراء المعرفة في خفض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب كلية التربية بأسبوط في ضوء نموذج ويلز وماتثيوس (رسالة دكتوراة غير منشورة). كلية التربية، جامعة أسبوط.
- عيد، غادة خالد، والنيال، مایسة أحمد، وعبد الخالق، أحمد محمد. (٢٠٠٩). الخصائص السيكمترية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٠ (٣)، ١١١ - ١٤٠.
- حنوره، قطب عبده. (٢٠١٦). فعالية العلاج السلوكي وعلاج ما وراء المعرفي في تخفيف حده اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة. المجلة التربوية، جامعة سوهاج، (٤٦)، ٢١٩ - ٢٩٩.
- حنوره، قطب عبده، والطار، محمود مغازي. (٢٠١٩). فعالية برنامج معرفي سلوكي وبرنامج ما وراء المعرفة لتخفيف اضطراب فقدان الشهية العصبي لدى المراهقات. مجلة كلية التربية، جامعة كفر الشيخ، ١٩ (٢)، ٤٦٩ - ٥٥٠.
- سعفان، محمد أحمد. (٢٠١٤). الوسواس والأفعال القهرية، التفسير - التشخيص - العلاج. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (٢٠١٤). العلاج المعرفي والميتماعرفي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق للتوزيع والنشر.
- عبد الحميد، هبة جابر. (٢٠١٨). فاعلية العلاج الميتماعرفي في خفض توهم المرض "قلق الصحة" لدى طلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، (٥٤)، ٢٨٩ - ٣٤٧.
- أبو هندي، وائل محمد، ومؤمن، داليا محمد، و عبد الله، أحمد محمد. (٢٠١٩). إعادة تقنين مقياس أعراض الوسواس القهري. المجلة العربية للطب النفسي، ٣٠ (١)، ٧٧ - ٨٩.

- American Psychiatric Association, APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5 (R)) American Psychiatric Association Publishing. Washington, DC, USA.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 425-435.
- Asaszadeh, I. & Mahmoudalilou, M. (2018). The Study of the effectiveness of metacognitive therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer. *Clinical Psychology Studies*, 8(29), 69-95.
- Azizi, R., Bahrami, F., Goodarzy, K. & Sadeghi, M. (2019). Comparison of the effectiveness of treatment based on Moritz metacognitive approach and Wells metacognition approach on obsessive-compulsive symptoms and cognitive flexibility of obsessive-compulsive homeowners. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 23(6), 637-646.
- Barrett, P. & Healy-Farrell, L. (2003). Perceived responsibility in juvenile obsessive-compulsive disorder: An experimental manipulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 430-441.
- Careau, Y., O'Connor, K., Turgeon, L. & Freeston, M. (2012). Childhood experiences and adult beliefs in obsessive-compulsive disorder: evaluating a specific etiological model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 236-256.
- Cisler, J., Brady, R., Olatunji, B. & Lohr, J. (2010). Disgust and obsessive beliefs in contamination-related OCD. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 439-448.
- Clark, D. & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*, 28(3), 161-167.
- Coles, M. & Schofield, C. (2008). Assessing the development of inflated responsibility beliefs: the Pathways to Inflated Responsibility Beliefs Scale. *Behavior Therapy*, 39(4), 322-335.
- Coles, M. & Schofield, C. (2008). Assessing the development of inflated responsibility beliefs: the Pathways to Inflated Responsibility Beliefs Scale. *Behavior Therapy*, 39(4), 322-335.

- Coles, M., Ravid, A., Franklin, M., Storch, E., & Khanna, M. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and beliefs in adolescents: A cross-sectional examination of cognitive models. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(4), 251-263.
- Coles, M., Schofield, C. & Nota, J. (2015). Initial data on recollections of pathways to inflated responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(4), 385-395.
- Collins, L & Coles, M. (2018). A preliminary investigation of pathways to inflated responsibility beliefs in children with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 46(3), 374-379.
- Conley, S. & Wu, K. (2018). Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 59, 56-64.
- Coradeschi, D., Pozza, A., Mannelli, E., Mengoli, G., Rotundo, L., Neri, T. & Dèttore, D. (2012). Obsessive belief changes in patients with resistant OCD treated daily with prolonged exposure and response prevention. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 18, 23-37.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A. & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 70-83.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*. Routledge.
- Emmelkamp, P. & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 6(2), 139-145.
- Fisher, P. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 117-132.

- Fisher, P. (2003). *Theoretical basis and effectiveness of metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder*. The University of Manchester (United Kingdom).
- Foa, E., Amir, N., Bogert, K., Molnar, C. & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 259-275.
- Frost, R. & Steketee, G. (Eds.). (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Elsevier.
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P., Güzey, I., Hansen, B. & Myers, S. (2015). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 41-50.
- Gwilliam, P., Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(2), 137-144.
- Haciomeroglu, B. & Karanci, A. (2014). Perceived parental rearing behaviours, responsibility attitudes and life events as predictors of obsessive-compulsive symptomatology: Test of a cognitive model. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(6), 641-652.
- Halvaiepour, Z., & Nosratabadi, M. (2016). External criticism by parents and obsessive beliefs in adolescents: mediating role of beliefs associated with inflated responsibility. *Global journal of health science*, 8(5), 125.
- Hamaguchi, P. (2013). Metacognitive therapy approaches. *Auditory processing disorders: Assessment, management, and treatment*, 431-446.
- Hansmeier, J., Exner, C., Rief, W., & Glombiewski, J. (2016). A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 42-48.
- Haraguchi, T., Shimizu, E., Ogura, H., Fukami, G., Fujisaki, M. & Iyo, M. (2011). Alterations of responsibility beliefs through cognitive-behavioural group therapy for obsessive-

- compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 481-486.
- Hutton, P., Morrison, A., Wardle, M. & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 166-185.
- Irak, M. & Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety disorders*, 22(8), 1316-1325.
- Kabirnezhad, S., Mahmoud, A., & Sharifi, M. (2010). Validity and Reliability of the Responsibility Attitude Scale (RAS).
- Kakra, M. & Mohan, M. (2017). Role of Cognitive-Behaviour Therapy in Inflated Responsibility in Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Psychological Science*, 8(2), 66-71.
- Kaur, H. & Mahajan, A. (2022). Metacognition and its Dimensions in Obsessive-Compulsive Disorder. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 13(2).
- Keyes, C., Nolte, L., & Williams, T. (2018). The battle of living with obsessive-compulsive disorder: a qualitative study of young people's experiences. *Child and adolescent mental health*, 23(3), 177-184.
- Khodabakhsh, R., Abbasi, L. & Shahangian, S. (2013). Effectiveness of Metacognition Therapy on Controlling of Obsessive Thoughts and Increasing of Adjustment in Case of Obsessive-Compulsive Disorder.
- Kim, S., McKay, D., Taylor, S., Tolin, D., Olatunji, B., Timpano, K. & Abramowitz, J. (2016). The structure of obsessive-compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. *Journal of anxiety disorders*, 38, 79-87.
- Kohlenberg, R. & Vandenbergh, L. (2007). Treatment-resistant OCD, inflated responsibility, and the therapeutic relationship: Two case examples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(3), 455-465.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J. & Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34(10), 767-774.

- Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J. & Clark, S. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1076-1084.
- Luppino, O., Tenore, K., Mancini, F. & Basile, B. (2018). A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I). *Psychology*, 9(09), 2261.
- Mantz, S. & Abbott, M. (2017A). The relationship between responsibility beliefs and symptoms and processes in obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 14, 13-26.
- Mantz, S., & Abbott, M. (2017B). Obsessive-compulsive disorder in paediatric and adult samples: nature, treatment and cognitive processes. A review of the theoretical and empirical literature. *Behaviour Change*, 34(1), 1-34.
- Mathieu, S., Conlon, E., Waters, A., McKenzie, M. & Farrell, L. (2020). Inflated responsibility beliefs in paediatric OCD: exploring the role of parental rearing and child age. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(4), 552-562.
- McGuire, J., Piacentini, J., Lewin, A., Brennan, E., Murphy, T. & Storch, E. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and anxiety*, 32(8), 580-593.
- Myers, S., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
- Myers, S., Grøtte, T., Haseth, S., Guzey, I., Hansen, B., Vogel, P. & 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.
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S., Heidari, H., & Davodi, H. (2019). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Dysfunctional Beliefs, Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty in Patients with Obsessive-Compulsive

- Disorder. *Quarterly of Clinical Psychology Studies*, 9(33), 1-24.
- Niemeyer, H., Moritz, S. & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 119-129.
- Olatunji, B., Davis, M., Powers, M. & Smits, J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 33-41.
- Pichakolaei, A., Fahimi, S., Roudsari, A., Fakhari, A., Akbari, E. & Rahimkhanli, M. (2014). A comparative study of thought fusion beliefs and thought control strategies in patient with obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal people. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 8(3), 33.
- Pozza, A. & Dèttore, D. (2014). The specificity of inflated responsibility beliefs to OCD: A systematic review and meta-analysis of published cross-sectional case-control studies. *Research in Psychology and Behavioral Sciences*, 2, 75-85.
- Pozza, A., Coradeschi, D. & Dèttore, D. (2013). Do dysfunctional beliefs moderate the negative influence of comorbid severe depression on outcome of residential treatment for refractory OCD? A pilot study. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3).
- Pugh, K., Luzon, O. & Ellett, L. (2018). Responsibility beliefs and persecutory delusions. *Psychiatry research*, 259, 340-344.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625-639.
- Rahimi, C. & Haghighi, M. (2010). Responsibility attitudes in obsessive-compulsive patients: the contributions of meta-cognitive beliefs and worry. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 35(3), 195-200.
- Raines, A., Carroll, M., Mathes, B., Franklin, C., Allan, N. & Constans, J. (2019). Examining the relationships between perfectionism and obsessive-compulsive symptom dimensions among rural veterans. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 58-70.

- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583.
- Salkovskis, P. (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233.
- Salkovskis, P., & Freeston, M. (2001). Obsessions, compulsions, motivation, and responsibility for harm. *Australian Journal of Psychology*, 53(1), 1-6.
- Salkovskis, P., Richards, H. & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 281-299.
- Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S. & Freeston, M. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*, 37(11), 1055-1072.
- Salkovskis, P., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., ... & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372.
- Sassaroli, S., Centorame, F., Caselli, G., Favaretto, E., Fiore, F., Gallucci, M., ... & Rapee, R. (2015). Anxiety control and metacognitive beliefs mediate the relationship between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Research*, 228(3), 560-564.
- Seleem, M. & Saada, S. (2015). Metacognitive Functions in a Sample of Egyptian Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Walid Sarhan Elie Karam-Lebanon The Honorary editors Ahmad Okasha-Egypt Adnan Takriti-Jordan The Associate Editors John Fayyad-Lebanon*, 26(2), 172-183.
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M., Ghanizadeh, A. & Taghavi, S. (2008). Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(1), 46-55.
- Solem, S., Håland, Å., Vogel, P., Hansen, B. & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-

**فعالية العلاج الميتمعرفي لتعديل معتقدات المسؤولية المتضخمة
في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب الدراسات**

- compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour research and therapy*, 47(4), 301-307.
- Taylor, S., Coles, M., Abramowitz, J., Wu, K., Olatunji, B., Timpano, K., ... & Tolin, D. (2010). How are dysfunctional beliefs related to obsessive-compulsive symptoms?. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 165-176.
- Timpano, K., Keough, M., Mahaffey, B., Schmidt, N. & Abramowitz, J. (2010). Parenting and obsessive-compulsive symptoms: Implications of authoritarian parenting. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 151-164.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford press.
- Wells, A., & Leahy, R. (1998). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognition & Emotion*, 8(3), 279-295.

The effectiveness of metacognitive therapy in modifying inflated responsibility beliefs to reduce symptoms of obsessive-compulsive disorder among postgraduate students.

Dr. Abdou Ali Abdou Soliman

**Lecturer of Mental Health
Faculty Of Education
Zagazig University**

Abstract:

This research aimed to recognize the effectiveness of metacognitive therapy in modifying inflated responsibility beliefs to reduce the symptoms of obsessive-compulsive disorder among postgraduate students. The sample consisted of (16) postgraduate students at the Faculty of Education, Zagazig University, divided into two groups, each group consisted of (8) students (7 females, 1 male) aged ranged (21: 38) years ($M=24.46$, $SD=2.97$). They completed the obsessive symptoms scale and the inflated responsibility beliefs scale, the results showed that there were statistically significant differences at the level of (0.05) between the mean of ranks of the experimental and the control groups in the post-test on the inflated responsibility beliefs scale and the obsessive symptoms scale in favor of the post-test of the experimental group, and there were statistically significant differences at the level of (0.05) between the mean of ranks of the experimental group members in the pre and post-test on the inflated responsibility beliefs scale and the obsessive symptoms scale in favor of the post-test in the best direction, While there were no statistically significant differences between the mean of ranks of the experimental group members in the post- and follow-up test on the two scales. Conclusion: Metacognitive therapy is effective in modifying inflated responsibility beliefs and reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder. The results were discussed, and some recommendations were presented in the light of them.

Keywords: Metacognitive Therapy, Obsessive-compulsive disorder, Inflated responsibility beliefs, Postgraduate students.