

الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية* السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات

د/ نجلاء عبد الحميد اليوسف

اختصاصي نفسي اكلينيكي - دولة الكويت

ملخص

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن الفروق بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار وحل المشكلات. وقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من مجموعتين، تكونت المجموعة الأولى من ٦٠ مريضاً باضطراب الوسواس القهري، من الذكور، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.١٦ + ٦.٢٨ سنة)، وتكونت المجموعة الثانية من ٦٠ فرداً من غير المرضى، من الذكور، بمتوسط عمري مقداره (٣٢.٣ + ٧.٤٢)، وقد طبق على المبحوثين عدة اختبارات هي: قائمة مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، واختبار صنع القرار لفلنדרز، وقائمة حل المشكلات، ومقياس عدم تحمل الكرب، واختبار السيطرة على الأفكار، ومقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل، ومقياس عدم تحمل الغموض، وقائمة الكمالية متعددة الأبعاد، ومقياس الاتجاهات نحو تحمل المسؤولية، واختبار المعتقدات الوسواسية-٤٤. وكشفت نتائج الدراسة الراهنة عن وجود فروق جوهرية بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية، في اتجاه مرضى الوسواس القهري، في حين جاءت الفروق جوهرية في القدرة على صنع القرار وحل المشكلات، في اتجاه الأسوياء.

كلمات مفتاحية: مخططات معرفية سلبية - صنع القرار - حل المشكلات - الوسواس القهري - الأسوياء.

مقدمة

يمر كل شخص منا تقريباً بأفكار اقتحامية غير مرغوب فيها، تجعله ينهمك في سلوك طقوسي معين. لكننا نجد أن بعض الأشخاص تتكرر لديهم الأفكار الوسواسية الاقتحامية، كالخوف من التلوث أو إيذاء الآخرين أو أفعال جنسية غير وارد التفكير فيها الأمر الذي يؤدي إلى صدور سلوكيات طقوسية متكررة ذات طبيعة قهرية، والتي بدورها تحدث بشكل يعادل محتوى الأفكار الاقتحامية الوسواسية، فهؤلاء الأشخاص يكونون مشغولين بأفكار خطيرة ودوافع ومخاوف، كما يكون لديهم إفراط رهيب في تقدير العواقب الوخيمة أو غير السارة، كما أنهم يعانون من الكرب والكمالية بالإضافة إلى الشك واحتياج جامح للسيطرة. ويفسر لجوءهم للأفعال القهرية أو الأداء القهري قدر حاجتهم لخفض

-
- بحث مستل من رسالة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي تحت إشراف الأستاذ الدكتور/ محمد أحمد نجيب الصبوة، أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة.

الكرب الناجم عن أفكارهم الوسواسية، كما يوفر لهم الأمان الذي يعيد إليهم بعض الوعي بالسيطرة (Steven&Robert ,1992,725).

ويقترض سالكوفيسكس Salkovskis أن أصل التفكير الوسواسي يكمن في الأفكار المفتوحة غير المرغوبة وغير المقبولة، والصور، والاندفاعات، التي يخبرها معظم الأفراد، وهذه الأفكار المفتوحة وغير المرغوبة تشبه بالشكل والمضمون الوسواس المرضية. لكن في الوسواس المرضية فإن تلك الأفكار تعكس مخاوف الأفراد الحالية واهتماماتهم، كما أنها تمثل أحد جوانب حل المشكلات التي يواجهونها من تلك الأفكار المفتوحة غير المرغوبة، فافتحام الأفكار ينظر إليه على أنه مولد للأفكار الوسواسية لتكون مفيدة في حل المشكلات، وتلك الأفكار المفتوحة لا بد أن تتعرض لمزيد من التقييم والتحليل، فإذا كان التقييم يقترح بعض الأنشطة، فإن الأولوية تكون معالجة تلك الأفكار. والأفكار هنا تكون مقنعة تماماً خاصة لأنها مرتبطة بمخاوف الفرد الحالية، أما إذا كانت تلك الأفكار والصور والاندفاعات التي يخبرها الفرد ويراه بأنها غير مفيدة أو يقيّمها على أنها لا صلة لها بمخاوفه الحالية، فإنه سوف يتجاهلها. ويضيف سالكوفيسكس بأن الفرق بين الاقتحام الطبيعي للأفكار والاقتحام الوسواسي ليس في الحدث نفسه أو في المحتوى أو في العجز عن التحكم بها، إنما في أسلوب تقييم تلك الأفكار المفتوحة أو في تفسيرها، هذا هو الذي يحدد مدلول مرض الوسواس القهري. كما يوضح بأن الاقتحامات المعرفية للأفكار الوسواسية تحدث في بادئ الأمر بشكل محايد بينما تؤخذ بشكل إيجابي أو سلبي أو ذات مدلول محايد عاطفياً، يعتمد ذلك على خبرات الفرد السابقة وعلى سياق التفكير لديه، كما أن أي تفكير يوجد لديه احتمالية ليصبح تفكيراً وسواسياً لو تم تفسير الأفكار المفتوحة على أنها تنطوي على مسئولية شخصية مبالغاً فيها وذات أهمية كبيرة (Clark, 2004, 91; Abramowitz,Nelson,Rygwall &Khandker, 2007).

وقد توصل الباحثون إلى عدد كبير من المعتقدات الخاطئة أو المخططات المعرفية السلبية الناجمة من التقييم السلبي للأفكار المفتوحة، والتي تسهم في نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، وهي : تضخيم التهديد الناجم عن فكرة وسواسية، والمبالغة بأهمية الفكرة، ودمج الأفكار بالأفعال، وتضخيم تحمل المسئولية، والسيطرة على الأفكار الوسواسية، وعدم تحمل الغموض، والكمالية، وعدم تحمل الكرب (Wroe& Salkovskis,2000) وتلك المخططات المعرفية السلبية لدى مرضى الوسواس القهري تجعلهم يقومون بأفعال وطقوس قهرية عقلية وسلوكية حتى يمنعوا الكوارث الناجمة عنها، وهذا ما دعه عدد من الدراسات (Grisham& Williams,2009;Najmi&Wegner,2009; Taylor&Clare, 2009).

مدخل إلى مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

يرى بيك (١٩٧٠) أن الأفكار تنجم عن تنشيط المخططات المعرفية الوظيفية واستثارة المخططات المعرفية ذات الخلفية المزاجية المضطربة، والتي حددها بأنها أبنية معرفية هدفها الفرز والتصنيف، والترميز، وتعميم المنبهات التي تصطدم بالإنسان وتستنيره. والمخططات المعرفية الوظيفية تسمح للشخص العادي أن يواجه ذاته في الزمان والمكان، وتقييم خبراته وإدراكه لها، واتخاذ موقف منها، وأن

كثيراً من هذه المخططات قد يتم تطويرها بحيث تصبح لا توافقية أو لا تكيفية، وأهم ما تتسم به هذه المخططات اللاتوافقية بأن مضمونها يمثل تعميمات واسعة المدى، وسلبية حول الذات. والمخططات اللاتوافقية شأنها في ذلك شأن المخططات التوافقية، تقوم باختيار وتنقية المعلومات الواردة من البيئة، وتنظيم الطريقة التي يفسر بها الفرد خبراته، ومن ثم فإن المخططات اللاتوافقية تعد مخططات متصلبة إلى حد كبير، ولا تتقبل أية معلومات جديدة، ولا تنظمها، ولا تتأملها أو تعيد النظر فيها، مما يجعل أسلوب التفكير لا يلائم الواقع ولا مقتضيات حل المشكلات (روث جرينبرج، ٢٠٠٦، ١٢٨-١٢٩: مترجم).

إن المخططات المعرفية اللاتوافقية أو السلبية تؤثر في سلوك الفرد وشعوره، وهي التي تؤدي إلى ظهور أعراض وسواسية قهرية، وهذا ما أشارت إليه مجموعة من الدراسات (Matthew, Stephen, 2007; Alan & Tony, 2004; Kitis, Akdede, Berna, Alptekin, Akvadar, et al., 2007) حيث تفترض النظريات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري أن المخططات المعرفية المختلة تؤثر على تقييم الفرد لأفكاره المقتحمة، وعادة ما يكون التقييم سلبياً لهذه الأفكار، وينشأ هذا التقييم السلبى نتيجة لتنشيط المخططات المختلة التي تعلمها الفرد وكونها عبر مراحل حياته (Moulding, Kyrios & Doron, 2007; O'Connor, 2007).

وقد فسر الباحثون تلك المخططات المعرفية السلبية لدى مرضى الوسواس القهري على إنها اقتحامات تشكل خطراً على حياتهم وعلى من حولهم، أو ربما يكونون مسئولون عن حدوث أذى لأنفسهم أو لغيرهم (Salkovskis, 1999).

وهناك من يرى أن الصعوبات في عملية صنع القرار وحل المشكلات تكون ناجمة عن الخلل الوظيفي في الفص الأمامي للقشرة الدماغية، حيث وجد أن تلك المنطقة مرتبطة بالاختيارات وتحديد الأهداف، والتي تؤدي إلى الوصول إلى القرار وأساس عملية تنفيذ هذا القرار، كما أنها المسؤولة عن تنظيم الأفعال المركبة وتتابعها، بالإضافة إلى الوظائف التنفيذية والخطط المنطقية في مهام حل المشكلات، وأن الخلل في تلك المنطقة يسبب فشلاً في الاستجابات الوظيفية، مما يؤدي إلى العجز عن اختيار المعلومة المطلوبة وانتقائها من البيئة المحيطة، وذلك يؤدي بالتبعية إلى أن تكون استجابة الشخص غير مناسبة مع المثير الأساسي وغير مرتبطة به (Duran, Garcell, Zamorano, & Mendoza, 2007).

وقد لوحظ تسبب اضطراب الوسواس القهري لكثير من المشكلات الاجتماعية والأسرية والمهنية، حيث وجد أن مريض الوسواس القهري غالباً ما يعاني من فشل في العلاقات الاجتماعية وذلك لكثرة انشغاله بالأفكار أو الأفعال الوسواسية، كما وجد أن لديه إعاقة في الوظائف الأسرية والمهنية، مما يترتب عليه كثير من المشكلات كالطلاق أو فقدان الوظيفة (أحمد عبد الخالق، ١٦٥، ٢٠٠٢-١٩٨; Salkovskis & Kirk, 1997).

يتضح مما سبق أن الإصابة باضطراب الوسواس القهري قد يصاحبه خلل في المخططات المعرفية، بالإضافة إلى ما قد يصاحبه من خلل أو عجز في القدرة على صنع القرار وحل المشكلات. ويمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في محاولة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١- هل متوسطات مرضى الوسواس القهري في المخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، أعلى جوهرياً من مثيلاتها لدى الأسوياء؟

٢- وهل توجد فروق بين الأسوياء ومرضى الوسواس القهري في القدرة على صنع القرار؟

٣- وهل توجد فروق بين الأسوياء ومرضى الوسواس القهري في القدرة على حل المشكلات؟

مفاهيم الدراسة

(١) مفهوم الوسواس القهري:

يعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (APA-5,2013,235) الوسواس، بأنها أفكار مقاومة أو معتقدات أو دفعات قهرية يخبرها الشخص على أنها مقتحمة وغير ملائمة، وتسبب قلقاً ملحوظاً وشعوراً بالكرب. وللتمييز بين الوسواس والقلق، يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أن الوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية، إنما محاولة الشخص في أن يقمع أو يتجاهل الوسواس أو يحايدها بأفكار أو تصرفات وأفعال أخرى.

أما الباحثة فتعرف الوسواس القهري بأنه عبارة عن وسواس وأفعال قهرية، والوسواس ما هي إلا أفكار مقتحمة ومستمرة و صامدة أو صور ذهنية مقتحمة وغير مرغوب فيها، تستحوذ على الشخص لدرجة أنه لا يمكنه التخلص منها، وتحدث له بشكل قسري وبمعزل عن إرادته، على الرغم من أنه على يقين بأنها من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج. أما الأفعال القهرية ما هي إلا سلوكيات متكررة تحدث بسبب اعتقاد المريض أنها ستمنع أو تقلل الشعور بالضيق والكدر الناجم من الأفكار الوسواسية، كما أنها تتصف بعدم معقوليتها أو المبالغة فيها.

(٢) مفهوم المخططات المعرفية:

المخطط عبارة عن بنية معرفية لفحص وترميز وتقييم المعلومات، التي يصطدم بها الكائن الحي، وعلى أساس هذه المصفوفة من المخططات، يكون الفرد قادراً على توجيه نفسه بالنسبة إلى الزمان، وعلى تصنيف وتفسير الخبرات بطريقة ذات معنى. ويذكر بيك وزملاؤه (١٩٩٠) بأن تعبير مخطط يطبق في مجال علم الأمراض النفسية على أنه أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية، ينشط خلال اضطرابات مثل الاكتئاب، ونوبات الهلع، والوسواس ويصبح مهيناً. (جيفري يونج، وآرون بيك، وآرثر واينبرجر، ٢٠٠٢، ٥٨٢-٥٨٣: مترجم). والمخططات المعرفية المرضية أكثر شيوعاً لدى مرضى

الوسواس القهري هي كالتالي:

١- تضخيم التهديد: أي التضخيم والمبالغة في تقييم حدة العواقب الوخيمة الناتجة عن الفكرة الوسواسية وأنها ستحدث بالضرورة، وأن الفكرة الوسواسية تمثل تهديداً واقعياً خطيراً لحياة المريض الشخصية.

٢- المبالغة في أهمية الفكرة: وتعني أن الإلحاح الشديد للفكرة الوسواسية، يعني أن لها أهمية قصوى، وذات دلالة بالنسبة للمريض، لأنها تحدث بشكل متكرر ومستمر رغماً عنه، ولأنها سبب كل ما يقوم به من أفعال وطقوس قهرية عقلية وسلوكية، حتى يمنع الكوارث التي ستترتب عليها.

- ٣- دمج الأفكار بالأفعال القهرية: وهو معنى افتراضي بأن التفكير في الحدث السلبي يزيد من احتمال وقوعه، فالمريض هنا يساوي الأفكار بالأفعال الواقعية الحقيقية.
- ٤- تضخيم تحمل المسؤولية: أي أن المريض مسئول عن نفسه، أو عن أي شخص آخر، وعن منع حدوث أي عواقب أو كوارث وخيمة متخيلة قد تحدث له أو لغيره، وأن هذه الكوارث لو حدثت ستكون من مسؤوليته، وأن له تأثيراً خارقاً لمنع حدوثها.
- ٥- السيطرة على الأفكار الوسواسية: أي يعتقد المريض أنه من المهم والمرغوب فيه تماماً أن يسيطر المريض بشكل كامل على أفكاره الوسواسية لكي يتجنب حدوث العواقب الوخيمة، فالعجز عن السيطرة عليها بالضرورة سيؤدي إلى حدوث كوارث وعواقب وخيمة له وللآخرين.
- ٦- عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد: أي إنه من الضروري جداً أن يكون المريض متأكداً من أن كل إنجازاته صحيحة تماماً وخالية من الخطأ، وأن أفكاره وتصرفاته ينبغي أن تضمن له السيطرة والقدرة على التنبؤ الدقيق، فالمريض يكافح ليصل إلى التأكد والوضوح التام في أفكاره أو في أفعاله، أو في كليهما، بهدف تخفيض الشك أو الغموض، والا سترتب على غموضها المعاناة من الكرب الشديد أو القلق.
- ٧- الكمالية: أي الافتراض بأنه من المرغوب فيه بشدة أن يكافح المريض من أجل إيجاد استجابة واحدة هي الصحيحة لحل أي مشكلة تواجهه، كما يجب تجنب كل الأخطاء النافهة لأنها قد تؤدي لعواقب كارثية، فلا بد أن يحقق المريض استجابة كاملة وشاملة لكل موقف يواجهه لكي يتجنب وقوع الكوارث الخطيرة، التي تحدث بسبب عدم الدقة بالعمل.
- ٨- عدم تحمل الكرب النفسي: أنه من المفترض دائماً أن القلق أو الكرب النفسي أمر مرفوض تماماً، لأنه دائماً ينتج عنه عواقب مؤذية وسيئة، لذلك يلزم المريض نفسه بأنه لا بد أن يبذل قصارى جهده لتجنب الشعور بالقلق أو لتقليله كلما حدث، وإذا لم يقل الكرب والقلق أو ينتهي من حياته نهائياً، سيؤدي ذلك به إلى حدوث عواقب كارثية ومؤذية له وللآخرين (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٠، ٩٨-١٠٢; David, Helen & Joan, 2008, 199).

(٣) مفهوم صنع القرار:

تعرف الباحثة القدرة على صنع القرار بأنها عملية عقلية معرفية تتطلب التفكير والتمحيص بموضوع القرار ويكل ما يرتبط به من مختلف العوامل البيئية، كما تشمل فهم الموضوع من خلال الإحاطة بمختلف مكوناته وربطه بالخبرات السابقة وبالإطار المعرفي والخبرات الحالية للفرد صانع القرار، مما يسهل من عملية تقييم النتائج المترتبة على صنعه، الأمر الذي يجعل الفرد قادراً على صنع القرار وفق معطيات بيئية ومعرفية متعلقة بالموضوع وبالفرد نفسه.

(٤) مفهوم القدرة على حل المشكلات:

يرى سولسو أن القدرة على حل المشكلة هو التفكير الموجه نحو حل بعينه، مع القيام بنوعين من النشاط العقلي هما: التوصل إلى استجابات محددة وصياغتها ثم اختيار الاستجابات الملائمة من بينها

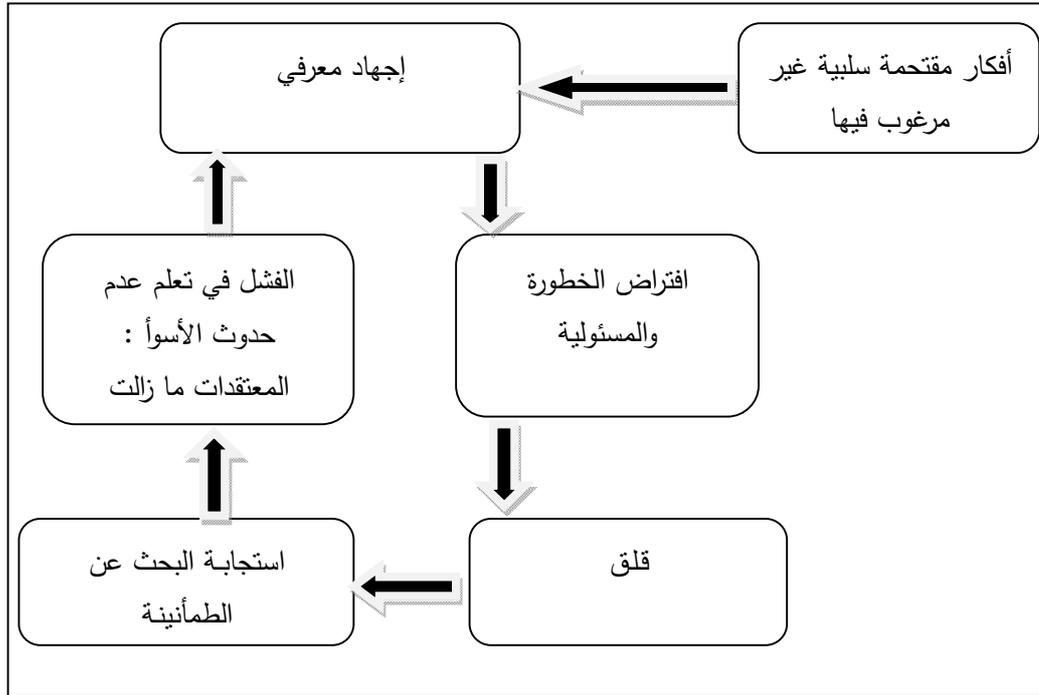
لحل هذه المشكلة، وإن الفرد يواجه أعداداً لا حصر لها من المشكلات مما يتحتم عليه تكوين خطط محددة لاستجاباته واختيار الاستجابات الملائمة، مع فحص الاستجابات الضرورية لحل هذه المشكلات (روبرت سولسو، ٢٠٠٠، ٧١٢ : مترجم).

وترى الباحثة أن القدرة على حل المشكلات ما هو إلا التفكير الموجه نحو حل بعينه، مع القيام بنوعين من النشاط العقلي هما: التوصل إلى استجابات محددة وصياغتها ثم اختيار الاستجابات الملائمة من بينها لحل هذه المشكلة، وإن الفرد يواجه أعداداً لا حصر لها من المشكلات مما يتحتم عليه تكوين خطط محددة لاستجاباته واختيار الاستجابات الملائمة، مع فحص الاستجابات الضرورية لحل هذه المشكلات.

النماذج والنظريات المفسرة لمفاهيم الدراسة

(١) النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري:

يرى النموذج المعرفي أن انشغال الفرد بالأفكار السلبية هو غالباً ما يكون حول وقوع أحداث خطيرة ناتجة عن وجود مثل هذه الأفكار لديه، الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع القلق لديه. ويفترض التفكير الانفعالي أن هذه المشاعر حقيقية المصدر ناشئة من المعلومات حول الموقف، أي أن الفرد يشعر بالقلق إذن فإن الأمر خطير. وهذا بالضبط ما يعانيه المصابون باضطراب الوسواس القهري. والشكل التالي يوضح النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري:



شكل (١) النموذج المعرفي لاضطراب الوسواس القهري

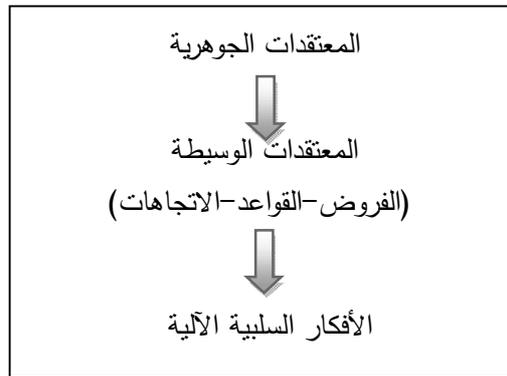
(David, Helen, & Joan, 2008, 199-200)

إن المخططات المعرفية السلبية لدى مرضى الوسواس القهري، تنشأ من اعتقاد الفرد حول الأفكار الآلية المقتحمة وكيفية إدراكه وتفسيره لها، والتي غالباً ما تكون تفسيرات سلبية، تقتض الخطورة والمسئولية والأهمية القصوى لها، وكيفية السيطرة عليها، والبحث المستمر والسعي وراء الطمأنينة من

خلال القيام بسلوكيات طقوسية قهرية لتجنب الكوارث الوخيمة. وتلك الأعراض التي يعاني منها مرضى الوسواس القهري بالضرورة ستؤثر على قدراتهم في صنع القرار وحل المشكلات، فالفرد الذي يعاني من أفكار آلية سلبية تجعله دائم الانشغال بها وبكيفية تجنب مترتباتها الوخيمة، وكيفية السيطرة عليها، وشعوره الدائم بالمسئولية حيالها، كلها أمور تعيق قدرات الفرد وتؤثر على مستوى أدائه، ذلك لأن تفكيره وأداءه موجهان ومسخران لتلك الأفكار الآلية السلبية ومنحصرة بها، فيضيق مجال التفكير في الأمور الأخرى المرتبطة بمختلف مجالات حياته، وما إذا كانت تتطلب صنع قرارات معينة أو حل مشكلات يومية.

(٢) النموذج المعرفي للمخططات المعرفية السلبية:

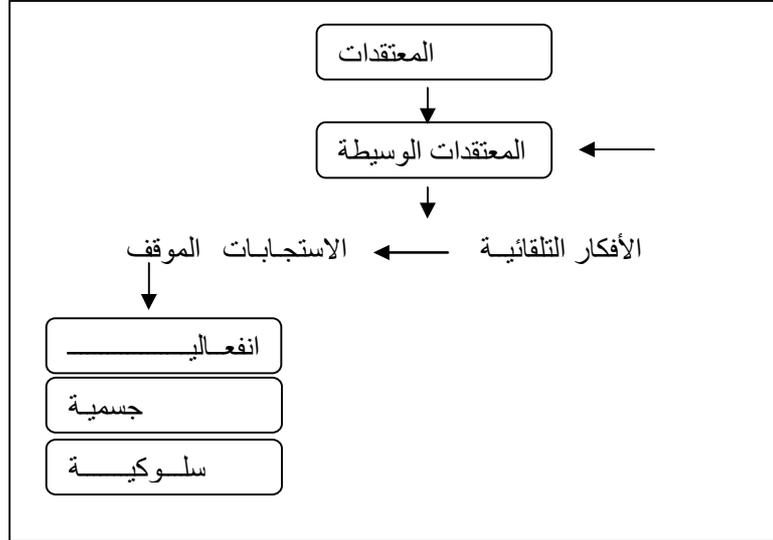
طبقاً لهذا النموذج، فإن الناس تتكون معتقداتهم عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم منذ الطفولة، وأن أكثر المعتقدات عمقاً هي مفاهيم أساسية ورسخة وعميقة بحيث أنهم غالباً لا يعبرون عنها في كلمات حتى لأنفسهم، وأن هذه الأفكار ينظر إليها الشخص كحقيقة مطلقة، لذا فهي تعرف بالمعتقدات الجوهرية، وهي تمثل المستوى الأساسي من المعتقدات، كما أنها كلية وجامدة ومعممة بطريقة شديدة. وهناك الأفكار السلبية الآلية، وهي الكلمات الواقعية أو الأخيلة التي تدور في عقل الشخص ودائماً تكون متعلقة بالمواقف، ويمكن اعتبارها أكثر المستويات المعرفية سطحية. كما أن هناك مجموعة من المعتقدات الوسيطة التي تقع بين الاثنين، وهي تمثل الفروض والقواعد والاتجاهات. والمعتقدات الجوهرية تؤثر في الطبقة الوسطى من المعتقدات التي تتكون من فروض أو اتجاهات أو قواعد والتي غالباً ما تكون لفظية، ون هذه المعتقدات تؤثر في رؤية الفرد للمواقف والتي هي تؤثر بدورها في كيفية تفكيره وشعوره وتصرفاته. أما العلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسيطة والأفكار الآلية فهي موضحة بالشكل التالي:



شكل (٢) العلاقة بين المعتقدات الجوهرية والمعتقدات الوسيطة والأفكار السلبية الآلية

أما عن كيفية نشأة المعتقدات الجوهرية والوسيطة، فيرى روزين (١٩٨٨) Rosen أن الناس يحاولون أن يفهموا ما يدور في البيئة المحيطة بهم منذ مراحل نموهم المبكرة، وأنهم بحاجة إلى تنظيم تجاربهم بطريقة متماسكة حتى يستطيعوا التكيف معها، فتفاعلهم مع العالم والناس يؤدي إلى نوع معين من الفهم والتعلم لمعتقداتهم التي يمكن أن تختلف في دقتها وفعاليتها. أما عن العلاقة بين السلوك

والأفكار التلقائية توضح جوديث بيك أن المعتقدات التحتية لشخص ما تؤثر في مواقف معينة على إدراكه، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص، كما أن الأفكار التلقائية تؤثر أيضاً على سلوكه، وغالباً ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية كما هو مبين في الشكل التالي:



(٣) نظرية القرار التقليدية والنظرية السلوكية:

ينظر أصحاب هذه النظرية إلى صنع القرار بوصفه عملية عقلية يقوم بها الفرد، وتتم عبر عدة خطوات متتابعة تتمثل في إدراك الموقف، وفهمه، ووضع الأهداف، والبحث عن البدائل، وجمع المعلومات اللازمة. ثم تأتي عملية اتخاذ القرار، التي تتمثل في تقييم البدائل التي تم وضعها، ثم اختيار أفضل البدائل ليمثل القرار المتخذ، وتأتي بعد ذلك خطوة تنفيذ القرار، وتقييم مدى فعاليته بناءً على ما ترتب عليه من نتائج، فهذه النظرية تقدم وصفاً لخطوات عملية صنع القرار، كما أنها تتناول عمليات القرار الأخرى المتمثلة في اتخاذ القرار، وتنفيذه وتقييمه. بينما لم توضح دور العوامل الشخصية والمعرفية للفرد في أدائه لمختلف عمليات القرار (محمد محمود نجيب، ٢٠٠٢).

أما أصحاب النظرية السلوكية فتوصلوا إلى أن غالبية القرارات تصنع في ظل ظروف عدم اليقين والغموض والمجازفة، ووفقاً لذلك اهتموا بدراسة العوامل الخاصة بصانع القرار، ومدى تأثير هذه العوامل في عملية صنع القرار، وفي كفاءة البدائل الناتجة عنها، وذلك لاكتشاف أوجه الضعف في الطريقة التي يصنع بها الأفراد قراراتهم. ومن المتغيرات التي لها دور في صنع القرار، الميل إلى المخاطرة المحسوبة، والتحيز في التفكير، والحصول على المعلومات من مصادر مفضلة لدى الفرد بغض النظر عن مدى صحة هذه المعلومات، بالإضافة إلى القدرة المحدودة للفرد على معالجة كل المعلومات المتوفرة لديه (Beach, 1997, 79, Browne, 1993, 9).

وترى الباحثة أن نظرية القرار التقليدية والنظرية السلوكية أقرب في تفسيرها لعملية صنع القرار، وتتناسب مع البحث الحالي، حيث تركز الباحثة على قدرة مرضى الوسواس القهري على فهم الموقف

ولدراكمه، ووضع الأهداف، وقدرتهم على استنباط بدائل مناسبة في ظل المعلومات المتاحة وقدرتهم على معالجة تلك المعلومات، كل ذلك في ضوء العوامل المؤثرة على عملية صنع القرار والمتمثلة بالمخططات المعرفية السلبية التي يتبناها مرضى الوسواس القهري. ووفقاً لما أشارت إليه الدراسات السابقة إلى اتسام مرضى الوسواس القهري بالتفكير ذي الاستيعاب الضيق، وعدم قدرتهم على الحسم والضعف في اتخاذ القرار، وكم المعلومات المطلوبة قبل اتخاذ القرار، بالإضافة إلى جوانب الضعف المعرفي لديهم وضعف البصيرة (أمانة عرفة، ٢٠٠٧، ٩٥، Onen, Karakas & Caykoylu, 2013, 541-548; Da Rocha, Alvarenga, Malloy-Diniz & Correa, 2011, 282-298; Maner, Richey, Cromer, Mallott, Lejuez, Joiner, et al., 2007, 665-675)، فإن هذا يدعم افتراض الدراسة الراهنة بوجود علاقة عكسية بين المخططات المعرفية السلبية والقدرة على صنع القرار.

(٤) نموذج التمثيل الداخلي للقدرة على حل المشكلات:

يبدو أن علماء علم النفس المعرفي قد ركزوا على تحديد العمليات المعرفية المتضمنة في التمثيل الداخلي، وقليل منهم أجروا بعض الدراسات الحديثة المنظمة بهدف الكشف عن الأبنية المعرفية التي تنشأ أثناء حل المشكلة. وتعتمد النماذج النظرية على المعلومات المتوفرة في بنية الذاكرة وفي الشبكات الدلالية، ذلك لأن حل المشكلات يتصل تماماً بعوامل التذكر والنسيان كما يتصل بالشبكات الدلالية، وقد وضع كل من أسنستات وكاريف (١٩٧٥) Eisenstadt & Kareev نموذج الشبكة العاملة، نتيجة لاكتشافها بعض جوانب سلوك الإنسان عند حله للمشكلات، وقد ركزا جهودهما على اكتشاف نوع التمثيلات العقلية المتصلة بحل المشكلات، وتوصلا إلى أن التمثيلات الداخلية لمهام حل المشكلات تتكون عن طريق بحث نشط، وتسمى هذه العملية بالتحليل من الكل إلى الجزء أو المعالجة الهابطة للمعلومات، ويعني أن التحليل يبدأ بفرض ما، ثم محاولة التحقق من صحته عن طريق ما لدينا من معلومات، كما يمكننا استخدام إجراءات التحليل من الجزء إلى الكل أو المعالجة الصاعدة للمعلومات، التي وفقاً لها نجرب منبهات بعينها، ونحاول مضاهاتها بالمكونات البنائية التي شكلها العقل، ويضيف كل من أسنستات وكاريف بأن الصور العقلية إذا تكونت داخل الذاكرة قصيرة المدى يصعب محوها وأنها تمدنا بالحلول المتاحة، وإذا زادت المعلومات عن حدود الذاكرة قصيرة المدى ستضطرب عمليات التخطيط والتصور، ومن ثم سيضطرب الشخص للسرعة في الأداء وسيندر مراجعته للفروض والمراحل السابقة مما يوقعه في مزيد من الأخطاء (روبرت سولسو ، ٢٠٠٠ ، ٧٢٧-٧٣٣: مترجم; Eysenk & Keane, 2007, 448-449).

إذن وفقاً لنموذج التمثيل الداخلي فإن التمثيلات العقلية الداخلية تقوم بتحليل المشكلة من الكل إلى الجزء، أي يبدأ التحليل بفرض ما، ثم محاولة التحقق من صحته عن طريق المعلومات الموجودة في المخططات المعرفية. كما يفترض أن التمثيلات الداخلية تقوم بتحليل المشكلة من الجزء إلى الكل، والتي وفقاً لها يتم التحقق من معلومات بعينها ومضاهاتها بالمكونات البنائية التي شكلها العقل. وهذا ما تتفق معه الباحثة، نظراً لما تركز عليه الدراسة الراهنة من افتراض وجود علاقة بين المخططات المعرفية والقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري. ولأن بعض الدراسات تفترض وجود

ضعف لدى مرضى الوسواس القهري في وظائفهم المعرفية، وأخرى تقترض أنهم يعانون ضعفاً في ثقتهم في قدراتهم، وأنهم يسيئون تقييم وظائفهم العقلية، ويعتقدون أنهم يملكون مستوى منخفضاً من الكفاءة العقلية (Schmidtke, Schorb, Winkelmann & Hohagen, 1998; Clayton,) (Edwards & Richards, 1999) هذا بالإضافة إلى وجود بعض الدلائل التي تشير إلى وجود عجز معرفي لدى مرضى الوسواس القهري في التفكير والسلوك، ووجود مشاكل تنظيمية لديهم وافتقارهم إلى المرونة الإدراكية في حل المشكلات (Dettore & Connor, 2013, 109-121). ووفقاً لذلك تقترض الدراسة الراهنة وجود علاقة ارتباط عكسية بين المخططات المعرفية السلبية والقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري.

الدراسات السابقة

دراسة مورينتز Moritz وستيفين Steffen وبول Pohl وروديجر Rudiger التي شملت العينة (٤٦) مشاركاً من مرضى الوسواس القهري و (٥١) فرداً كمجموعة ضابطة، وهدفت التعرف على درجة تضخيم التهديد بعد تعرض المشاركين لمجموعة من الأحداث السلبية والإيجابية، قد أسفرت النتائج عن حصول مرضى الوسواس القهري على درجات أعلى في تضخيمهم للتهديد بعد تعرضهم للأحداث السلبية مقارنة بالمجموعة الضابطة (Moritz, Steffen, Pohl & Rudiger, 2009).

أما دراسة ليبي libby ورينولدز Reynolds وديريسلي Derisley وكلارك Clark والتي تم من خلالها تحديد عدد من المخططات المعرفية الهامة والظاهرة لدى مجموعة من الراشدين المصابين باضطراب الوسواس القهري، وقد تكونت العينة من (٢٨) مريضاً باضطراب الوسواس القهري، و (٢٨) مصاباً باضطرابات القلق الأخرى، و (٦٢) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد انتهت النتائج إلى حصول عينة المرضى بالوسواس القهري على درجات أعلى بكثير في تضخيم تحمل المسؤولية والكمالية ودمج الأفكار بالأفعال عن باقي مجموعات الدراسة، كما أسفرت النتائج أيضاً إمكانية التنبؤ بأعراض اضطراب الوسواس القهري من خلال تضخيم تحمل المسؤولية (Libby, Reynolds, Derisley & Clark, 2004).

كما أن دراسة تولين Tolin وورهنسكي Worhunsky وبرادي Brady ومالتبي Maltby التي هدفت التعرف على العلاقة بين المعتقدات الوسواسية واستخدام خطط السيطرة على الأفكار على عينة بلغت (٧٧) مريضاً بالوسواس القهري، و (٣٥) فرداً كعينة ضابطة، وقد طبق عليهم اختبار المعتقدات الوسواسية-٤٤، واختبار السيطرة على الأفكار، وقد أشارت النتائج إلى أن المعتقدات حول أهمية الفكرة والسيطرة على الأفكار عبرت عن العلاقة بين مرض الوسواس القهري واستخدام العقاب كخطة للسيطرة على الأفكار، بالإضافة إلى توفير الاعتقاد بأفكارهم المقترحة بأن لها أهمية خاصة والشعور بالحاجة إلى السيطرة عليها، والإفراط في استخدام السيطرة على الأفكار (Tolin, Worhunsky, Brady & Maltby, 2007).

بينما أجرى كل من أوفرتون Overton و مينزيس Menzies ، دراسة فحصت المعتقدات الفردية لدى مرضى الوسواس القهري، كما تم فحص الشعور باحتمال وقوع الخطر، والسيطرة على الأفكار،

وتحمل المسؤولية، ودمج الأفكار بالأفعال، والثقة في الذاكرة، وعدم تحمل الغموض، لدى مرضى المراجعة القهرية، وذلك على عينة بلغت (٢١) مصاباً بالمراجعة القهرية، و(٢١) من الأصحاء كمجموعة ضابطة، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك اختلافاً بين المجموعتين على تقييمات المعتقدات، وأن المجموعة المرضية حصلت على درجات أعلى في شدة احتمال وقوع الضرر، والحاجة للسيطرة على الأفكار، وعدم تحمل الغموض، بينما لم تثبت الدراسة بأن هناك فروقاً بين المجموعتين في تقييمات المعتقدات المتعلقة بالمسؤولية، ودمج الأفكار بالأفعال، والثقة في الذاكرة (Overton & Menzies, 2002).

كما تبين من نتائج دراسة بيسجين Pisgin وأوزين Ozen التي اهتمت بفحص الاختلافات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري وما إذا كانت تختلف باختلاف الفئات العمرية، وقد أسفرت النتائج عن وجود ستة اختلافات معرفية وهي: تضخيم التهديد والمبالغة بأهمية الفكرة والمبالغة بأهمية السيطرة على الأفكار، والمبالغة في تحمل المسؤولية، وعدم تحمل الغموض، والكمالية، كما توصلت إلى أن هناك فرقاً في المخططات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري يختلف باختلاف الفئات العمرية، حيث دلت الدراسة على أن المبالغة في أهمية الفكرة وعدم تحمل الغموض والكمالية لا تقتصر على البالغين فقط، حيث أمكن ملاحظتها لدى مرضى الوسواس القهري الأطفال والمراهقين، بينما اقتصر تضخيم التهديد والسيطرة على الأفكار وتضخيم المسؤولية على البالغين فقط من مرضى الوسواس القهري (Pisgin & Ozen, 2010).

ودراسة كافيديني Cavedini وزملائه، التي اهتمت بدراسة عملية صنع القرار، تفترض وجود خلل وظيفي في البطانة الداخلية لقرشرة الفص الجبهي لدى مرضى الوسواس القهري يؤثر على عملية صنع القرار، وقد أجريت الدراسة على عينة بلغت (٣٤) مريضاً بالوسواس القهري، و(١٦) مريضاً باضطراب الهلع، و(٣٤) من الأصحاء، بهدف تقييم أداء المجموعات على المهام العصبية التي تتأثر بالخلل الوظيفي للفص الجبهي والتي تحاكي عملية صنع القرار بالحياة الحقيقية، وقد تم العثور على اختلافات كبيرة في الملامح العصبية بين مرضى الوسواس القهري وبين مرضى الهلع ومجموعة الأصحاء، حيث لوحظ أن هناك عجزاً في القدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري (Cavedini, Riboldi, D'Annuncci, Belotti, Cisima & Bellodi, 2002).

بينما توصلت دراسة ديتريش Dittrich وجونزن Johansen ولاندرو Landro وفينبيرج Fineberg والتي هدفت التحقق من قدرة مرضى الوسواس القهري من صنع قرار محفوف بالمخاطر، أو صنع قرار مبهم أو غامض، فيرى الباحثون أن الصعوبات التي يواجهها مرضى الوسواس القهري في الحياة الواقعية في كثير من الأحيان تبدو مرتبطة بمجالات عملية صنع القرار، على سبيل المثال: التحقق من الباب أو تنظيف المنزل. وقد تم تطبيق اختبار لقياس عملية صنع القرار المحفوف بالمخاطر على عينة بلغت (٧٢) مريضاً بالوسواس القهري، طبق عليهم مقياس

ييل - براون للوسواس القهري ، ومقارنتها بمجموعة ضابطة شملت (٦٦) فرداً . وقد أسفرت النتائج عن ضعف في قدرة مرضى الوسواس القهري على صنع القرار المحفوف بالمخاطر مقارنة بالمجموعة الضابطة، كما أظهروا بطئاً شديداً في الوقت المستغرق لعمليات صنع القرار (Dittrich, Johansen, Landro & Fineberg, 2011).

ودراسة فوا Foa وآخرين، التي هدفت فحص ثلاثة جوانب متعلقة بصنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، وتلك النواحي تتمثل: بكم المعلومات المطلوب قبل صنع القرار، والوقت المطلوب قبل صنع القرار، ومستوى تحمل المسؤولية أو المخاطرة التي يحتويها ذلك القرار، وذلك لدى عينة تكونت من (١٨) مريضاً بالوسواس القهري و(١٨) فرداً كمجموعة ضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨ - ٦٠)، وتم تقديم اثني عشر حواراً تضمن ماذا سيختارون في حال وجود خيارين أو بديلين، وكانت الحوارات تتنوع في مستوى الخطورة والمسؤولية، وقامت كلتا المجموعتين بالتمييز بين مستويات المسؤولية، ومع ذلك ومقارنةً بالمجموعة الضابطة فقد أسفرت النتائج عن أن مرضى الوسواس القهري احتاجوا إلى معلومات أكثر ووقت أطول للتوصل إلى أقل قدر من الخطورة في صنع القرار، ولم يلاحظ أي اختلافات بين المجموعتين أثناء التعامل مع القرارات ذات المسؤولية العالية (Foa, Mathew, Abramowitz, Amir, Przeworski, Riggs, Filip, et al., 2003).

أما دراسة ساكديف Sachdev ومالهي Malhi التي ترى أن الوسواسيين عادة ما يكونون مترددين، وأن التردد قد يصل إلى ذروته، وهذا قد يؤثر في قدرتهم على صنع القرار، وقد اهتمت الدراسة بعلاقة التشريح الوظيفي للأعصاب بعملية صنع القرار وذلك على عينة بلغت (٢٤) مريضاً بالوسواس القهري، و(١٨) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك خلافاً وظيفياً في القشرة الداخلية للفص الجبهي الأمامي الذي يؤثر على عملية الاحتفاظ بالمعلومات والتعامل مع البدائل أو الخيارات وعلى عملية صنع القرار والحفاظ على الأهداف (Sachdev & Malhi, 2005).

بينما دراسة أجراها كافيديني Cavedini وآخرون، تفترض بأن مرضى الوسواس القهري لديهم ضعف في صنع القرار، وأن المعرفة والعاطفة لهما دور كبير بذلك، وقد أجريت الدراسة على عينة بلغت (٢٠) مصاباً باضطراب الوسواس القهري و(١٨) فرداً سويماً كمجموعة ضابطة، وقد أشارت النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري يعانون من ضعف القدرة على صنع القرار، كما أشارت الدراسة إلى وجود دلائل حيوية مختلفة لدى مرضى الوسواس القهري تؤثر على عملية صنع القرار، كما أشارت إلى أن مرضى الوسواس القهري لا يمكنهم التمييز بين السلوك المفيد وغير المفيد (Cavedini, Zorzi, Baraldi, Patrini, Salomoni, Bellodi & et al. 2012).

ودراسة أبو القاسمي Abolghasemi وناريماناني Narimani التي اهتمت بفحص العلاقة بين القدرة على حل المشكلات واضطرابات القلق، وقد تكونت العينة من (٤٣) مصاباً باضطراب الوسواس القهري، و(٤١) مصاباً باضطراب الضغوط التالية للصدمة، و(٣٩) مصاباً باضطراب الهلع، و(٧٩) فرداً من

الأصحاء كمجموعة ضابطة، وطبق عليهم مجموعة من المقاييس وهي: مقياس التوجه السلبي نحو حل المشكلة، ونمط الاندفاع مقابل اللامبالاة، ونمط التجنب، ومقاييس: نموذج التوجه الإيجابي نحو حل المشكلة، ونموذج الحل العقلاني للمشكلة. وقد أسفرت النتائج عن حصول المجموعات المرضية على درجات أعلى من المجموعة الضابطة على مقاييس التوجه السلبي نحو حل المشكلة، والاندفاع والتجنب، في مقابل حصولهم على درجات أقل من المجموعة الضابطة على مقاييس الحل العقلاني للمشكلة، ونموذج التوجه الإيجابي نحو حل المشكلة، وهذه النتائج تشير إلى أن ضعف القدرة على حل المشكلات سمة أساسية لدى مرضى اضطرابات القلق (Abolghasemi&Narimani,2008).

أما دراسة فيل Veal وسهاكين Sahakian وأوين Owen وماركس Marks التي هدفت التحقق من العجز المعرفي على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري، فقد أجريت على عينة بلغت (٤٠) مريضاً بالوسواس القهري، و(٤١) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد أسفرت النتائج عن عدم وجود أية فروق بين مرضى الوسواس القهري والمجموعة الضابطة في إيجاد حلول للمشكلات التي يواجهونها، لكن مرضى الوسواس القهري أخذوا وقتاً أطول عندما ارتكبوا خطأً في الوصول لحلول بديلة أو أثناء التحقق من أن الخطوة التالية ستكون صحيحة، وتشير النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم عجز انتقائي في إنتاج حلول أو طرق بديلة عندما يرتكبون الخطأ، كما تشير النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري يظهرون عجزاً في كل من الاكتساب والحفاظ على المعلومات المعرفية، وتلخص الدراسة العجز المعرفي لدى مرضى الوسواس القهري بالنقاط التالية: (١) الرصد والتحقق المفرط كاستجابة لضمان عدم حدوث الخطأ، (٢) وعندما يقع الخطأ يصبحون أكثر جموداً في تجنب الهدف الرئيسي أو التخطيط للأهداف الفرعية، (٣) والانصراف وتجنب المواجهة (Veal,Sahakian, Owen&Marks, 1996).

بينما دراسة ماتيكس كولس Matix-Cols التي أجريت بهدف فحص التعلم الإجرائي لدى مرضى الوسواس القهري، وقد تكونت العينة من (٢٥) مريضاً بالوسواس القهري و (٢٨) فرداً من غير المصابين كمجموعة ضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين (١٨-٦٥) سنة. وقد تم قياس مستويات التعلم الإجرائي، ومدى القدرة على حل المشكلات، ومستوى التعلم المعرفي، ولم تظهر النتائج أية اختلافات بين المجموعتين في مستوى التعلم الإجرائي، بينما أظهرت قدرة أقل على حل المشكلات وعلى اكتساب المهارات المعرفية لدى مرضى الوسواس القهري، وبذلك تبين أن هناك رابطاً قوياً بين عملية اكتساب المهارات المعرفية وبين خطط حل المشكلات (Mataix-Cols,2003).

فروض الدراسة

- ١- متوسطات مرضى الوسواس القهري في المخططات المعرفية السلبية، كل منها على حدة، أعلى جوهرياً من مثيلاتها لدى الأسوياء.
- ٢- متوسط الأسوياء في القدرة على صنع القرار أعلى جوهرياً من متوسط مرضى الوسواس القهري.

٣- متوسط الأسوياء في القدرة على حل المشكلات أعلى جوهرياً من متوسط مرضى الوسواس القهري.

منهج الدراسة وإجراءاتها

منهج الدراسة:

المنهج المتبع في الدراسة الراهنة هو المنهج الوصفي المقارن، فسوف تتناول الباحثة علاقة المخططات المعرفية والقدرة على صنع القرار والقدرة على حل المشكلات لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء . وقد اختير هذا المنهج نظراً لكون متغيرات الدراسة ذات طبيعة نفسية لا يمكن التحكم فيها ولكن يمكن ضبطها بالاختبارات النفسية، وكذلك لا يمكن التدخل العمدي في المتغيرات المستقلة، ولا يمكن ضبط كل المتغيرات الدخيلة. كما أن عينة الدراسة الحالية هي عينة مستهدفة لن يتم اختيارها من مجتمع مرضى الوسواس القهري والأسوياء اختياراً عشوائياً، ولكن سيتم اختيارها وفقاً لمجموعة من المحكات التشخيصية المحددة سلفاً .

تصميم الدراسة:

هو تصميم غير تجريبي، ويتمثل في التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة. وسوف يتم اختيار مجموعة من مرضى الوسواس القهري التي ستعتبر مجموعة الحالة، ومجموعة أخرى من الأسوياء مناظرة لها وهي مجموعة المقارنة، ثم نقارن بينهما في الأداء على كل من مقاييس المخططات المعرفية ومقاييس صنع القرار وحل المشكلات. وسوف تقوم الباحثة بإحداث التكافؤ بين كل من مرضى الوسواس القهري والأسوياء من خلال تثبيت بعض المتغيرات التي قد تتدخل في أدائهم على مقاييس الدراسة مثل: المستوى التعليمي، والعمر، ونسبة الذكاء، وما دامت هذه القياسات سوف تتم في آن واحد، فإن نتائجها سيتم تفسيرها على أساس ارتباطي(عبد الفتاح القرشي، ٢٥٦، ٢٠٠١).

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية من (٦٠) مريضاً من مرضى الوسواس القهري من الذكور، ممن سبق تشخيصهم من قبل أطباء نفسيين، متضمناً الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، وجميعهم من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي أو العيادات الخاصة بدولة الكويت، كما تم اختيار العينة المتاحة من الأسوياء وقوامها (٦٠) فرداً كمجموعة ضابطة مكافئة لمجموعة مرضى الوسواس القهري من حيث: العمر، والمستوى التعليمي، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

جدول (١) المضاهاة بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في بعض المتغيرات السكانية

ن=٦٠

مستوى الدلالة	قيم (ت)	الأسوياء		مرضى الوسواس القهري		العينات المتغيرات	م
		ع	م	ع	م		
غير دال	٠,١٠٢	٧,٤٢	٣٢,٣	٦,٢٨	٣٢,١٦	العمر	١
غير دال	١,٧٩	٢,٣	٩,٣	١,٤١	٨,١	مستوى الذكاء	٢
غير دال	٠,١٤	٣,٥٦	١٢,٤٥	٣,٤٧	١٢,٣	المستوى التعليمي	٣
غير دال	١,٦٤	٠,٥١	٢,٥٥	٠,٦٣	٢,٢٥	المستوى الاجتماعي الاقتصادي	٤

يتضح من الجدول السابق مستوى التكافؤ لمتوسط العمر، ومستوى الذكاء، والمستوى التعليمي، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي، لكل من عينة مرضى الوسواس القهري والأسوياء، حيث تبين أن قيمة (ت) غير دالة مما يعني عدم وجود فروق بين أفراد العينة في بعض المتغيرات الدخيلة.

أدوات الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على عدد من الأدوات جميعها من إعداد الباحثة عدا اختبار الوسواس

القهري فهو من إعداد مؤلف آخر، وهي كالآتي:

أولاً - اختبار الوسواس القهري.

تم اختيار بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري من تأليف راكمان وهودجسون

Rachman&Hodgson ، وترجمة محمد نجيب الصبوة ، وهي عبارة عن بطارية تحتوي على (٣٠)

بنداً تقيس الدرجة الكلية للوسواس القهري.

ثانياً - اختبار صنع القرار.

تم إعداد اختبار صنع القرار وفقاً للإجراءات التالية:

١- تم اختيار اختبار صنع القرار لفلندرز ، من تأليف كل من ل.مان و ب.بورنيت وم.

رادفورد وس. فورد L.Maan,P.Burentt,M.Radford&S.Ford ، عام ١٩٩٧.

٢- تم ترجمة بنود الاختبار والذي يحتوي على (٣١) بنداً، من اللغة الإنجليزية إلى اللغة

العربية.

٣- تم عرض البنود على محكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم صنع القرار،

وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

ثالثاً - اختبار حل المشكلات.

تم إعداد اختبار حل المشكلات وفقاً للإجراءات التالية:

١- تم اختيار قائمة حل المشكلات (ق ح م)، من تأليف ب.بول هينر P.Paul Heppner ،

والذي يحتوي على (٣٥) بنداً .

- ٢- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ٣- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم حل المشكلات، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

رابعاً- استخبارات المخططات المعرفية.

- ١- استخبار تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة.
- تم إعداد اختبار تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- تم اختيار اختبار المعتقدات الوسواسية-٤٤، من تأليف وودز وتولين وأبراموويتز Woods, Tolin & Abramowitz عام ٢٠٠٨، وهو اختبار يحتوي على (٤٤) بنداً، وقد تم اختيار البنود التي تقيس كلاً من تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، فيصبح إجمالي عدد البنود (١٦) بنداً فقط.
- ب- تم ترجمة البنود من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم تضخيم التهديد والمبالغة في أهمية الفكرة، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٢- استخبار دمج الأفكار بالأفعال القهرية.
- تم إعداد اختبار دمج الأفكار بالأفعال القهرية وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- تم اختيار اختبار دمج الأفكار بالأفعال- المعدل، من تأليف تريزا لين كاربر Teresa Lynn Carper عام ٢٠٠٩، ويحتوي الاختبار على (١٩) بنداً.
- ب- تم ترجمة بنود المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم دمج الأفكار بالأفعال القهرية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٣- استخبار تضخيم تحمل المسؤولية.
- تم إعداد اختبار تضخيم تحمل المسؤولية وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- تم اختيار اختبار معتقدات أو اتجاهات تحمل المسؤولية، من تأليف سالكوفسكس وروي وجليدهيل، مورشون، فورستر وآخرون Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester & et al. ، عام ٢٠٠٠، ويحتوي الاختبار على (٢٦) بنداً.
- ب- تم ترجمة بنود الاختبار من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم تضخيم تحمل المسؤولية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٤- استخبار السيطرة على الأفكار الوسواسية.
- تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:

- أ- تم اختيار اختبار السيطرة على الأفكار (س س ف)، من تأليف واليس وديفيز Wells & Davies، عام ٢٠٠٩، ويحتوي الاختبار على (٣٠) بنداً .
- ب- تم ترجمة بنود المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم السيطرة على الأفكار الوسواسية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٥- قائمة عدم تحمل الغموض.
- تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- تم اختيار قائمة عدم تحمل الغموض، من تأليف س.و.ج. لمبارتس S.W.J. Lambarts، عام ٢٠٠٦، وتحتوي القائمة على (٢٧) بنداً .
- ب- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٦- قائمة الكمالية.
- تم إعداد اختبار السيطرة على الأفكار الوسواسية وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- تم اختيار قائمة الكمالية متعددة الأبعاد لقياس متغير الكمالية، والقائمة من تأليف راندي فروست Randy Frost، عام ١٩٩١، وتحتوي القائمة على (٣٥) بنداً .
- ب- تم ترجمة بنود القائمة من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.
- ج- تم عرض البنود على عدد من مالحمين، وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم الكمالية، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.
- ٧- اختبار عدم تحمل الكرب.
- تم إعداد اختبار عدم تحمل الكرب وفقاً للإجراءات التالية:
- أ- الاطلاع على عدة قوائم واختبارات سابقة تقيس كلاً من الاكتئاب والقلق والوسواس لبناء مقياس يقيس الكرب .
- ب- تم اقتباس ثمانية بنود من مقياس بيك للاكتئاب بحيث تشتمل على الجانب الانفعالي والاجتماعي والمعرفي والجسمي.
- ج- تم اقتباس ثمانية بنود من بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري بحيث تشتمل على المراجعة، والبطء والتكرار، والتنظيف، والشك والحاح الضمير .
- د- تم اقتباس ثمانية بنود من مقياس تيلور للقلق تشتمل على أعراض الجهاز العصبي المستقبلي، والتوتر، والذاكرة، ومشاعر جسدية حسية.
- هـ - تم دمج جميع البنود ، وأصبح عدد بنود المقياس (٢٤) بنداً ، لقياس متغير عدم تحمل الكرب.

و- تم عرض البنود على عدد من المحكمين وذلك للتحقق من مدى تمثيل البنود لمفهوم الكرب، وللتأكد من سلامة الأسلوب والصياغة.

الدراسة الاستطلاعية

طبقت قوائم الدراسة واختباراتها على عينة استطلاعية مكونة من (٢٠) فرداً مصاباً بالوسواس القهري، و(٢٠) فرداً من الأسوياء، وكانت كلتا المجموعتين من الذكور، متوسط أعمارهم (٣٦) عاماً وانحراف معياري (٩). وكان الهدف من التطبيق على هذه العينة هو فحص الكفاءة القياسية لهذه القوائم والاستخبارات. وفيما يلي سنعرض إجراءات حساب الصدق والثبات لاختبارات الدراسة.

أولاً: معاملات الصدق.

تشير معاملات الصدق إلى ما إذا كان المقياس يقيس ما ويعد أن يقيسه، ويفترض الثبات شرطاً ضرورياً للصدق، لكنه ليس كافياً في ذاته(كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، (١١٦).

وتم حساب صدق اختبارات الدراسة على العينة الاستطلاعية بطريقتين هما:

١- صدق المحكمين.

قامت الباحثة بعرض اختبارات الدراسة على ثلاثة من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس بجامعة الكويت، وعضو هيئة تدريس آخر من قسم علم النفس بجامعة القاهرة^١، وقد أشاروا إلى كفاءة الاختبارات، ووجود اتساق بين مضمون بنودها والوظائف أو المفاهيم التي صممت لقياسها، فيما عدا بعض التعديلات اليسيرة التي أدخلت على صياغة بعض البنود، سواء باستبدال بعض الكلمات أم بإضافة كلمات أخرى، دون تغيير في معنى البند.

٢- صدق الارتباط بالمحك.

تم حساب صدق الارتباط بمحك خارجي لاختبارات الدراسة من خلال قياس معاملات الارتباط بينها وبين اختبارات أخرى، تم تطبيقها على العينة الاستطلاعية بالإضافة إلى اختبارات الدراسة، فقد تم اختيار المقياس العربي للوسواس القهري من إعداد وتأليف أحمد عبد الخالق، كمحك خارجي لبطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري، وتم اختيار مقياس الفهم من اختبار وكسلر بلفيو، كمحك خارجي لاختباري صنع القرار وحل المشكلات، كما تم اختيار قائمة الأفكار السلبية من إعداد محمد نجيب الصبوة(٢٠٠٤)، كمحك خارجي لاختبارات المخططات المعرفية .

وفيما يلي نعرض جدول(٢) لحساب صدق الارتباط بمحك خارجي لاختبارات الدراسة لدى

مجموعتي الدراسة.

• كل الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين قاموا بتحكيم بطارية البحث: أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة، و أ.د. عويد المشعان، و أ.د. بدر الأنصاري، و أ.د. عثمان خضر.

جدول (٢)

معاملات صدق التعلق بمحك خارجي لدى مجموعتي الدراسة، مرضى الوسواس القهري والأسوياء

م	العينات المحكات ومتغيرات الدراسة	مرضى الوسواس القهري ن=٢٠	الأسوياء ن=٢٠
١	المحك: المقياس العربي للوسواس القهري بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري	٠,٨١	٠,٨٦
٢	المحك: مقياس الفهم استخبار صنع القرار لفلنדרز	٠,٧٤	٠,٧١
٣	قائمة حل المشكلات	موافقة رفض ٠,٧٤ ٠,٨١	موافقة رفض ٠,٨١ ٠,٨٢
٥	المحك: قائمة الأفكار السلبية اختبار عدم تحمل الكرب	٠,٧١	٠,٨٦
٦	اختبار السيطرة على الأفكار	٠,٩١	٠,٩٥
٧	مقياس عدم تحمل الغموض	٠,٨٤	٠,٩٢
٨	اختبار المعتقدات الوسواسية - ٤٤	موافقة رفض ٠,٨٥ ٠,٧٦	موافقة رفض ٠,٩٦ ٠,٩١
٩	مقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل	٠,٧٧	٠,٨٦
١٠	استخبار الاتجاهات نحو المسؤولية	٠,٧١	٠,٧٦
١١	قائمة الكمالية متعددة الأبعاد	٠,٨٩	٠,٩١

يتضح من الجدول السابق بأن معاملات صدق ارتباط بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري بالمقياس العربي للوسواس القهري، مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً لدى مجموعتي الدراسة المرضية والسوية، كما تبين أيضاً أن معاملات صدق ارتباط استخبار صنع القرار لفلنדרز وقائمة حل المشكلات بمقياس الفهم، مرتبطة ارتباطاً مرتفعاً لدى كل من مجموعة مرضى الوسواس القهري ومجموعة الأسوياء، بالإضافة إلى أن معاملات صدق ارتباط اختبارات المخططات المعرفية بقائمة الأفكار السلبية، كانت مرتفعة جميعها لدى كلتا مجموعتي الدراسة الحالية المرضية والسوية.

ثانياً: الثبات.

يشير الثبات إلى الدرجة الحقيقية التي تعبر عن أداء الفرد على اختبار ما، حيث تكون متسقة ومستقرة عبر الزمن، وبالتالي يدل الثبات على نسبة التباين الحقيقي في الدرجة المستخلصة من اختبار ما إلى التباين الكلي للدرجة على الاختبار (صفوت فرج، ٢٠٠٧، ٢٩٥-٢٩٦).

تقدير ثبات اختبارات الدراسة بالطرق التالية:

١- ثبات إعادة الاختبار.

يتيح هذا الأسلوب فرصة الكشف عن استقرار الأداء عبر الزمن، حيث يتم فيه تطبيق الاختبار في مرتين منفصلتين، ويقدر ثبات الاختبار من خلال معامل الارتباط بين الدرجتين اللتين تم الحصول عليهما في المرتين (كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ١١٠). وقد تراوح الفاصل الزمني بين تطبيق الاختبارات وإعادة تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية بين اسبوع إلى عشرة أيام.

٢- ثبات القسمة النصفية.

يتألف كثير من المقاييس من عدد من البنود المتكافئة أو المتطابقة، حيث أنها تهدف جميعاً إلى قياس المفهوم نفسه، ويتم تقدير ثبات القسمة النصفية من خلال حساب الارتباط بين نصفي الاختبار الذي يعطى في مرة واحدة (كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت إليوت، ١٩٩٩، ١١١).

٣- ثبات ألفا كرونباخ.

يعد معامل الثبات ألفا أسلوباً لاكتشاف أخطاء العينة والقياس، ويتم من خلاله تقدير اتساق المقياس وتجانسه، حيث يشير ارتفاع معامل ألفا إلى أن بنود المقياس تعبر عن مضمون واحد.

وفيما يلي نعرض جدول (٣) لحساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار، والتجزئة النصفية، وألفا كرونباخ للاختبارات لدى مجموعات الدراسة.

جدول (٣) معاملات الثبات للاختبارات الدراسة لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء

م	المجموعات الاختبارات	مرضى الوسواس القهري ن=٢٠			الأسوياء ن=٢٠		
		إعادة التطبيق	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ	إعادة التطبيق	التجزئة النصفية	ألفا كرونباخ
١	بطارية مودزلي لاضطراب الوسواس القهري	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٦٢	٠,٧٣	٠,٦٣
٢	اختبار عدم تحمل الكرب	٠,٧٣	٠,٦٢	٠,٦٣	٠,٨١	٠,٦١	٠,٧٢
٣	اختبار السيطرة على الأفكار	٠,٨٣	٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٦٤	٠,٦٤	٠,٥٨
٤	مقياس عدم تحمل الغموض	٠,٨٢	٠,٧١	٠,٦١	٠,٨	٠,٧٢	٠,٦٤

تابع جدول (٣)

٥	استخبار صنع القرار لفنلندرز		٠,٦١		٠,٦٤		٠,٦٢	
٦	قائمة حل المشكلات		موافقة	٠,٦٣	رفض	٠,٦٤	٠,٦٢	٠,٦١
٧	اختبار المعتقدات القهرية - ٤٤		٠,٩٣	٠,٨٤	٠,٧٣	٠,٦٢	٠,٨٢	٠,٧٣
٨	مقياس دمج الأفكار بالأفعال - المعدل		٠,٩٣	٠,٧٣	٠,٧٢	٠,٧١	٠,٨٣	٠,٦٢
٩	استخبار الاتجاهات نحو تحمل المسئولية		٠,٩٦	٠,٨٤	٠,٨١	٠,٦٣	٠,٩١	٠,٧٣
١٠	قائمة الكمالية متعددة الأبعاد		٠,٩٧	٠,٧٣	٠,٧١	٠,٦١	٠,٩٣	٠,٨٣

يتضح من الجدول السابق أن معظم معاملات الثبات للاختبارات الدراسة كانت مرتفعة، وذلك لدى مرضى الوسواس القهري والأسوياء، مما يدل على اتساق وتجانس جميع الاختبارات، واستقرار الأداء عليها عبر الزمن، وبذلك نطمئن إلى استخدامها في إطار الدراسة الراهنة، فبالنسبة لأسلوب إعادة تطبيق الاختبارات تراوحت معاملات الثبات لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦٤-٠.٩٧)، ولدى الأسوياء (٠.٦٢-٠.٩٣)، وفي أسلوب التجزئة النصفية للاختبارات تراوحت معاملات الثبات لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦١-٠.٨١)، ولدى الأسوياء (٠.٦١-٠.٨٢)، وفي معامل ألفا تراوحت معاملات الثبات المقبولة والمرتفعة لدى مرضى الوسواس القهري بين (٠.٦١-٠.٧١)، ولدى الأسوياء (٠.٥٨-٠.٨١).

إجراءات التطبيق

تم انتقاء العينة المرضية؛ وهم مرضى الوسواس القهري، من مستشفى الطب النفسي بالكويت، ومن المراكز التي تقدم خدمات نفسية في دولة الكويت، والمشخصين باضطراب الوسواس القهري، وتم تطبيق أدوات الدراسة تطبيقاً فردياً، من خلال تحديد موعد مسبق مع المشارك، وقد راعت الباحثة تهيئة موقف التطبيق وتنظيمه بحيث يتم توفير مقدار كبير من الهدوء وذلك للتخلص من أية مشتتات يمكن أن تؤثر في أداء المشارك، ويساعد على طرح أية تساؤلات أو تعليقات يمكن للباحثة الإجابة عنها. وقد تم التأكد من رغبة المشاركين بالتطبيق بحرية دون أي إجبار.

عرض نتائج الدراسة

نتائج الفرض الأول:

وينص على أن متوسطات مرضى الوسواس القهري في المخططات المعرفية السلبية، كل مخطط منها على حدة، أعلى جوهرياً من مثيلاتها لدى الأسوياء. وقد قامت الباحثة بالتحقق من هذا الفرض باستخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات اختبارات المخططات المعرفية السلبية لدى مجموعتي الدراسة، ويعرض الجدول (٤) لهذه النتائج.

جدول (٤) قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية

مستوى الدلالة	قيم (ت)	الأسوياء ن=٦٠		مرضى الوسواس القهري ن=٦٠		المجموعات اختبارات المخططات المعرفية السلبية
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	٢٠,٧٤	٢,٢٩	٣٠,٤	٢٠,٥	٣٨,٦٥	عدم تحمل الكرب النفسي
٠,٠٠١	١٧,٣٣	٦,٥٩	٥٧,٧	٥,٧٧	٨٨,٦٦	السيطرة على الأفكار الوسواسية
٠,٠٠١	٢٤,٦١	٧,٥٨	٦٦,٠٣	٧,٧٢	١٠٠,٠٣	عدم تحمل الغموض أو عدم التأكد
٠,٠٠١	٢٦,٩٦	٤,٤٣	١٦,٤٦	٧,١٣	٤٥,٧	تضخيم التهديد-المبالغة في أهمية الفكرة
٠,٠٠١	٢١,١٤	٧,٧١	٢١,٢١	٨,٥٥	٥٢,٦٨	دمج الأفكار بالأفعال القهرية
٠,٠٠١	١٥,٩٦	١٣,٨٨	٤٧,٠٦	١٩,٧١	٩٦,٧٦	تضخيم تحمل المسؤولية
٠,٠٠١	١٧,٢٣	١٠,٤١	٤٥,١٨	١٧,٤٥	٩٠,٤	النزعة إلى الكمالية

عرض الجدول السابق لنتائج قيم (ت) الخاصة بالفرض الأول، للكشف عن دلالة الفروق بين مجموعتي الدراسة في المخططات المعرفية السلبية، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين متوسطات مرضى الوسواس القهري والأسوياء، وكانت هذه الفروق باتجاه عينة المرضى، وهذا يعني أن المخططات المعرفية السلبية التي يتبناها مرضى الوسواس القهري بدرجة أكبر من الأسوياء، مما يشير إلى تحقق الفرض الرابع.

إن مرضى الوسواس القهري يتبنون مجموعة من المخططات المعرفية السلبية، والتي تتمثل في عدم تحمل الكرب النفسي، والسيطرة على الأفكار الوسواسية، وعدم تحمل الغموض أو عدم التأكد، وتضخيم التهديد، والمبالغة في أهمية الفكرة الوسواسية، ودمج الأفكار بالأفعال القهرية، وتضخيم تحمل المسؤولية، والنزعة إلى الكمالية (Salkovskis, 1989; Taylor, Abramowitz, McKay, Calamri, 2006; Sookman, Kyrios, et al, 2006)، وتلك المخططات قد تؤثر بشكل سلبي على أدوارهم ووظائفهم في الحياة، حيث تؤثر في علاقاتهم الاجتماعية مع الآخرين، سواء مع أفراد أسرهم أو أصدقائهم أو زملائهم في العمل، حيث انشغالهم الدائم بالأفكار الوسواسية والطقوس القهرية، تجعلهم أكثر انطواءً وعزلةً وعدائيةً، وتجذبهم للاحتماء بالآخرين خوفاً من

النقد) Renshaw,Steketee&Chambless,2005; Storch,Ledley,Lewin, Murphy, (Johns, Goodman,et al.,2006; Noppen&Steketee,2009) وكما يؤثر وجود تلك المخططات لدى مرضى الوسواس القهري على تحصيلهم الدراسي، فقد يحصلون على مستويات متدنية في التحصيل العلمي، بسبب انشغالهم الدائم في محاولة قمع الأفكار الوسواسية المقتحمة والمتكررة في أذهانهم، مما يقلل من قدرتهم على التركيز والانتباه(Toro,Cervera, Osejo&Salamero,1992)، كما تؤثر هذه المخططات على أدائهم لمهنتهم، فهم يتصفون بعدم المثابرة، وعدم القدرة على التخطيط(Li&Chen,2007)، بالإضافة إلى تدني صحتهم النفسية والجسدية واضطراب الحالة المزاجية والشخصية لديهم مقارنة بالأسوياء (Koran, Thienemann& Davenport, 1996; Frost, Steketee, Williams& Warren,2000).

نتائج الفرض الثاني والثالث:

ينص الفرض الثاني والثالث على أن متوسط الأسوياء في القدرة على صنع القرار وحل المشكلات أعلى جوهرياً من متوسط مرضى الوسواس القهري. وقد تم استخدام اختبار(ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات للتحقق من صحة الفروض، وذلك كما هو موضح في جدول (٥) التالي:

جدول(٥) قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مرضى الوسواس القهري والأسوياء في الأداء على اختبائي صنع القرار وحل المشكلات

مستوى الدلالة	قيم (ت)	الأسوياء ن=٦٠		مرضى الوسواس القهري ن=٦٠		المجموعات الاختبار
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	٢٩,٩٧	٢,١	٣٨,٧١	٢,٨	٥٢,٣	استخبار صنع القرار لفلندر
٠,٠٠١	٤٠,٩٤	١٢,٦١	١٢١,٠١	٨,٨٨	٣٩,٤٣	قائمة حل المشكلات

يتضح من الجدول السابق، حصول مرضى الوسواس القهري على درجات أعلى جوهرياً من الأسوياء في أدائها على اختبار صنع القرار لفلندر، علماً بأن الدرجة العالية على أداء الاستخبار تشير إلى مستوى أقل في القدرة على صنع القرار، وهذا يعني أن مرضى الوسواس القهري أقل قدرة من الأسوياء على صنع القرار وبذلك نجد أن الفرض الثاني قد تحقق. كما يوضح أيضاً، وجود فروق دالة بين متوسطي مرضى الوسواس القهري والأسوياء في القدرة على حل المشكلات، وكانت الفروق دالة في اتجاه الأسوياء، وهذا يعني أن الأسوياء أكثر قدرة من مرضى الوسواس القهري في حل المشكلات. مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني. ونستدل من ذلك أن مرضى الوسواس القهري يواجهون صعوبات بالغة في القدرة على صنع القرار وحل المشكلات، سواء في حياتهم الاجتماعية أو الأسرية أو المهنية، حيث لا يمكنهم التوصل إلى حلول للمشاكل التي يقعون بها أو الآخرين، كما يشعرون بالعجز والفشل وعدم الثقة بالنفس حيال صنع القرار بالشكل المطلوب (Saint-Cyr, Taylor& Nicholson,1995; Schmidtke,Schorb,Winkelmann& Hohagen,1998; Cavedini, Bassi, Ubbiali,Casolari,Giordani,Zorzi,et al.,2004).

مناقشة نتائج الدراسة

تشير نتائج اختبار(ت) التي أجريت لاختبار صحة الفروض الأول، والثاني، والثالث، إلى الآتي:

١- وجود فروق دالة بين متوسطات مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية

السلبية، وكانت الفروق دالة في اتجاه المرضى، مما يشير إلى تحقق الفرض الأول.

ويمكن مناقشة هذه النتيجة في ضوء الأطر النظرية، ونتائج الدراسات السابقة، فتشير النماذج المعرفية إلى أن نشأة واستمرار اضطراب الوسواس القهري، تعود إلى الأفكار التي ترد إلى أذهاننا على نحو متصل، وبشكل مقتحم دون اختيار أو توجيه منا، وتتسم بأنها أفكار غير مرغوبة تمر سريعاً إذا لم يلتفت إليها الفرد لكنه إذا أضفى عليها معاني مقلقة، وفسرها تفسيراً سلبياً، تحولت من مجرد أفكار عابرة إلى أفكار سلبية مقلقة ومقتحمة ومتكررة ومسببة للكرب والضيق، لتنشئ اضطراب الوسواس القهري (Salkovskis, 1989; O'Connor,2002).

وقد افترضت النظريات المعرفية الطريقة التي يعطي من خلالها الفرد المعاني والدلالات والتقييمات السلبية لأفكاره المقتحمة، والذي بدوره يؤدي إلى تصعيد تكرارها وشدها، هو وجود خلل في بعض مخططاته المعرفية، وأن السبب في تفاقم هذه الأفكار وتصعيد شدتها هو آلية كبحها، وما يترتب على هذه الآلية من نتائج معاكسة لما تهدف إليه، فبدلاً من العمل على تخفيض شدتها وتكرارها، فإنها تعمل على زيادة تكرارها ورفع معدلات الضيق والقلق (Salkovskis, 1998, 35-37; Purdon & Clark, 2001; Turner, 2006)، وأن اعتقاد الفرد السلبى حول أفكاره المقتحمة ومدى أهميتها، ومحاولة السيطرة عليها، والمبالغة في تقدير احتمالات حدوث عواقب وخيمة عنها، ودرجة المسؤولية التي يجب تحملها لتجنب حدوث تلك العواقب له ولآخرين، وعدم تحمل الكرب النفسي الناجم عنها، كلها مخططات يتبناها مرضى الوسواس القهري (Cogle, Lee & Salkovskis, 2007, 153-159; Rector, Cassin, Richter & Burroughs, 2009, 145-149; Salkovskis, 1998, 35-37).

كما توصل أصحاب النظرية المعرفية إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم معتقدات أو مخططات خاطئة حول شكل ومعاني الأفكار والصور الذهنية التي تشغل مجرى الوعي، وتدور هذه المعتقدات حول اعتقادهم في أن التفكير في فعل شيء ما يعني أنه من المحتمل أن يفعلونه في الواقع، وأن الأفكار المقتحمة السيئة تنذر بحدوث كوارث، وأنهم مسئولون عن أي أذى يحدث بسبب أفكارهم (Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004)، كما أن لديهم اعتقادات حول ضرورة التحكم الكامل في أفكارهم، وضرورة مراقبتهم لكل ما يدور في أذهانهم، ليتجنبوا حدوث الأذى لهم أو للآخرين نتيجة لأفكارهم، كما يتوقعون حدوث نتائج سلبية إذا فشلوا في التحكم بها، ويترتب على تبنيهم لهذه المعتقدات أو المخططات تقييمهم السلبى لأفكارهم المقتحمة باعتبارها أفكاراً مهددة وخطيرة (Clark, Purdon & Wang, 2003).

ويفترض جوايدانو Guidano وليوتي Liotti أن حاجة مرضى الوسواس القهري للتفكير الكمالى والكمالية في كل شيء يفكرون فيه أو يقومون بفعله، الهدف منه تقليل معاناتهم من الكرب النفسي

والشعور بالأمن (Moretz&McKay,2009,640-644; Rheume, Freeston, Ladouceur,)
(Bouchard, Gallant, Talbotmet al.,2000,119-128).

بينما افترض راكمان أن الأفراد المهيبين للإصابة باضطراب الوسواس القهري يتسمون بالتحيز المعرفي الذي يجعلهم يفسرون أفكارهم العابرة تفسيراً كارثياً، ويضفون عليها معانٍ سلبية، كما يحولون عدداً من التنبيهات المحايدة المرتبطة بالأفكار إلى منبهات مهددة، ويقترح أيضاً أن سوء التفسير الكارثي يجعلهم غير قادرين على إهمال أفكار لها دلالات ومعانٍ خاصة ومهمة، وأن شعورهم بالقلق يعني أن هناك خطراً وشيكاً سوف يحدث (Rachman, 2002).

أما من وجهة نظر علم النفس المرضي، حيث يرى كل من ماك فول McFall وويلرشاين Wallershein أن مرضى الوسواس القهري يتمسكون بأفكار خاطئة، مثل اعتقادهم أن الشخص يجب أن يملك الكفاءة التامة في جميع المجالات، وأن الكوارث يمكن منعها بقيامهم بهذه الطقوس، وهذه المعتقدات الخاطئة تؤدي إلى شعورهم بالتهديد بشكل مستمر (ديفيد ريجز، وادنا فوا، ٢٠٠٢، ٤٨٢ - ٤٨٣ Myers, Fisher& Wells, 2008, 475-484; Nicholson, Dempsey& ٤٨٣
(Holmes,2013; Yorulmaz, Karanci& Kilic, 2006,640-644;)

كذلك يبدو أن نتيجة الفرض الأول متسقة ومدعمة مع نتائج عديد من الدراسات السابقة، التي تشير إلى وجود فروق دالة بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء في المخططات المعرفية السلبية المتمثلة في تضخيم التهديد، والمبالغة في أهمية الفكرة، ودمج الأفكار بالأفعال، وتضخيم تحمل المسؤولية، والسيطرة على الأفكار الوسواسية، وعدم تحمل الغموض، والنزعة إلى الكمالية، وعدم تحمل الكرب النفسي (Baptista, Magna, McKay& Del-Porto,2011; Solem,Myers,Fisher,Vogel& Williams& Haslam, 2010; Wells, 2010;)
(Kyrio,2005;Sica,Coradeschi,Sanavio,Dorz,manchisi& Novara, 2004)

ويتضح لنا مما سبق، أن الأطر النظرية والدراسات السابقة، تؤكد أن اضطراب الوسواس القهري ينشأ من التفسير السلبي للأفكار المقترحة لدى هؤلاء المرضى الذين يصابون بالوسواس القهري، ومحاولتهم المستمرة في كبحها، وما يترتب على ذلك من نتائج معاكسة، فبدلاً من العمل على تخفيض شدتها وتكرارها، فإنها تعمل على زيادة تكرارها، بالإضافة إلى إضفاء التفسير الكارثي لها مما يزيد من معدل القلق والضيق والشعور بالتهديد، الأمر الذي يجعلهم غير قادرين على إهمال أفكار لها دلالات ومعانٍ خاصة ومهمة، وهذا قد يدعم صحة نتيجة الفرض الأول للدراسة الراهنة.

٢- وجود فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الوسواس القهري في القدرة على صنع القرار، وقد

كانت الفروق في اتجاه الأسوياء، وهذا يعني حصول الأسوياء على درجات أعلى جوهرياً في

القدرة على صنع القرار من المرضى، مما يشير إلى تحقق الفرض الثاني.

ويمكن تفسير هذه النتيجة عبر فروض قدمتها عدة نظريات مختلفة، فنظرية العجز المكتسب أو المتعلم، تفترض أن لدى مرضى الوسواس القهري أفكاراً مقترحة، يصعب التحكم بها أو السيطرة عليها، والفشل في كبتها أو قمعها، وتتصف هذه الأفكار بأنها تحدث بشكل متكرر ونمطي، بالتالي تؤدي إلى ظهور سلوك أو تفكير غير سوي يتمثل بسلوك طقسي أو أفكار قهرية، وهذا بدوره يؤدي إلى ظهور

صعوبات في الإدراك واضطراب في الذاكرة، وصعوبات أيضاً في تقدير المواقف التي تتطلب صنع القرار (Salkovskis, 1998,39; Blom, Samuels, Grados, Chen, Bienvenu, Riddle, et al.,2011, 1139-1144; Moreinzamir, Pappmeyer, Pertusa, Chamberlain, Fineberg,sahakian,et al.,2013).

وأيد بعض الدراسات السابقة هذا الرأي، حيث توصلت إلى أن مرضى الوسواس القهري، لديهم عجز أو ضعف في القدرة على صنع القرار مقارنة بالأسوياء، وأن هذا العجز أو الضعف يعود إلى وجود اضطراب في وظائفهم المعرفية، وخلل في الإدراك وضعف في الذاكرة. بالإضافة أيضاً إلى انشغالهم الدائم بالأفكار المقتحمة، والتهديد المصاحب لها، والخوف من العواقب الناجمة عنها، الأمر الذي ينجم عنه تعطيل عمليات التفكير، وحدث خلل في إدراك المواقف التي تتطلب صنع القرار (Lerebours, Haynes, Diaye& Mallet,2013; Gillan, Morein-Zamir, Kaser, Fineberg, Sule,Sahakian,et al., 2013; Viswanath, Reddy,Kumar,Kandavel &Chandrashekar,2009).

أما في ضوء ما توصلت إليه النظريات الوصفية في تفسيرها لعملية صنع القرار، فتفترض أن القرارات تصنع في ظل توافر معلومات غير كاملة حول الموقف وعناصره، مما يؤدي إلى وجود مقدار من المخاطرة، كما تفترض أن عملية صنع القرار تتأثر بعوامل الموقف نفسه، أو بعوامل شخصية تتعلق بصانع القرار (Fischhoff,2008). وتوصل بعض الباحثين إلى اتسام مرضى الوسواس القهري بالتفكير ذي الاستيعاب الضيق، وعدم قدرتهم على الحسم، ويتضح هذا في الوقت المستغرق في صنع القرار، وكم المعلومات المطلوبة قبل صنع القرار (Rassin&Murise,2005; Nielen, Veltman,Jon, Mulder& Boer,2002; Tallis, 1995).

وقد دعمت الدراسات السابقة صحة الآراء النظرية السابق عرضها، من مثل نتائج الدراسة التي أجراها ديتريش Dittrich وزملائه، بهدف التحقق من قدرة مرضى الوسواس القهري من صنع قرار محفوف بالمخاطر، حيث أجريت على عينة بلغت (٧٢) مريضاً بالوسواس القهري، و مقارنتها بمجموعة ضابطة بلغت (٦٦) فرداً من الأسوياء، وقد أسفرت النتائج عن ضعف قدرة مرضى الوسواس القهري على صنع القرار المحفوف بالمخاطر مقارنة بالأسوياء، كما أظهروا بطناً شديداً في الوقت المستغرق لعملية صنع القرار (Dittrich, Johansen,Landro&Fineberg,2011).

كذلك دراسة ليندا فوا Foa وزملائها، التي أجريت بهدف فحص ثلاثة جوانب متعلقة بصنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري، وتلك النواحي تتمثل بكم المعلومات المطلوب قبل صنع القرار، والوقت المطلوب قبل صنع القرار، ومستوى المخاطرة التي يحتويها ذلك القرار، على عينة بلغت (١٨) مريضاً بالوسواس القهري، و (١٨) فرداً من الأصحاء.وقد أسفرت النتائج عن أن مرضى الوسواس القهري احتاجوا إلى معلومات أكثر ووقت اطول للتوصل إلى أقل قدر من الخطورة أثناء صنع القرار (Foa,Mathew, Abramowitz, Amir, Przeworski&Filip,2003).

ووفقاً للنظرية الوصفية فإن موقف صنع القرار يتطلب قدراً من المخاطرة في ظل ظروف غير مكتملة المعلومات، والدراسات السابقة أثبتت عدم قدرة مرضى الوسواس القهري على صنع القرار في

المواقف المحفوفة بالمخاطر نتيجة لنقص المعلومات المطلوبة، ولعل هذا يفسر سبب حصول المرضى في الدراسة الراهنة، على درجات أقل في القدرة على صنع القرار مقارنة بالأسوياء.

بينما تفترض النماذج الحيوية، وجود عوامل عصبية تشريحية وظيفية ذات طبيعة مرضية في الدماغ يعاني منها مرضى الوسواس القهري، حيث تبين أن لديهم بعض الآفات في الفص الجبهي، كما تفترض وجود عوامل عصبية كيميائية، حيث تبين أن الناقل العصبي السيروتونين يعد العامل الجوهرى في التعبير عن أعراض الوسواس القهري إذا نقص في الدماغ (Brooks&Hohagenm2002)، ويفترض بعض الباحثين وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ، وأن هذه البؤرة على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء الدماغ، لذا تبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن مراكز الفكر تقاوم هذه البؤرة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٩). وقد يفسر وجود مثل هذا الخلل في العوامل العصبية التشريحية والوظيفية في الدماغ، والعوامل العصبية الكيميائية لدى مرضى الوسواس القهري، الصعوبات التي يواجهونها في القدرة على صنع القرار.

ويبدو أن الدراسات السابقة تساند هذا الافتراض، من مثل دراسة كافيديني Cavedini وزملائه، والتي افترضت وجود خلل وظيفي في البطانة الداخلية لقرشرة الفص الجبهي لدى مرضى الوسواس القهري تؤثر على عملية صنع القرار، وقد أجريت هذه الدراسة بهدف تقييم أدائهم على المهام العصبية التي تتأثر بالخلل الوظيفي للفص الجبهي والتي تحاكي عملية صنع القرار بالحياة الحقيقية، وقد تم العثور على اختلافات كبيرة في الملامح العصبية بين مرضى الوسواس القهري والأسوياء، كما كشفت النتائج عن وجود عجز في القدرة على صنع القرار لدى مرضى الوسواس القهري (Cavedini,Riboldi,D'Annucci, Belotti, Cisima& Bellodi, 2002).

وكذلك دراسة تولين Tolin وآخرين، التي افترضت وجود أنماط فريدة من النشاط العصبي المرتبط بمرض الوسواس القهري. وقد بحثت في القدرة على صنع القرارات الفعلية بهدف الحفاظ على الممتلكات أو تجاهلها لدى مرضى التخزين. وقد بلغت العينة (٢٢) مريضاً مشخصين بالتخزين القهري، و(١٢) من الأصحاء، وقد خضعوا للتصوير بالرنين المغناطيسي أثناء صنعهم للقرارات، وقد أشارت النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري أظهروا نشاطاً مفرطاً بالدورة الدموية في قرشرة الفص الجبهي وتلايف الدماغ، عند صنع قرار يدور حول الحفاظ أو تجاهل الممتلكات الشخصية، وقد لوحظ أن قرارات الحفاظ على الممتلكات الشخصية ارتبطت مع زيادة النشاط في تلايف الدماغ أكثر من قرارات التخلص من الممتلكات الشخصية لدى مرضى التخزين (Tolin,Kiehl,Worhunsky,Book&Maltby, 2008).

ودراسة ساكديف Sachdev ومالهي Malhi التي ترى أن مرضى الوسواس القهري عادة ما يكونون مترددين، وأن التردد قد يصل إلى ذروته، وهذا قد يؤثر في قدرتهم على صنع القرار، وقد اهتمت الدراسة بعلاقة التشريح الوظيفي للأعصاب بعملية صنع القرار وذلك على عينة بلغت (٢٤) مريضاً بالوسواس القهري، و(١٨) فرداً كمجموعة ضابطة، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك خللاً وظيفياً في القرشرة الداخلية للفص الجبهي الأمر الذي يؤثر على عملية الاحتفاظ بالمعلومات والتعامل

مع البدائل أو الخيارات وعلى عملية صنع القرار والحفاظ على الأهداف (Sachdev&Malhi,2005).

وكذلك دراسة داروشا Darocha وزملائه، التي ركزت على اضطراب صنع القرار المرتبط بتأخر انتقال مادة السيروتونين لدى مرضى الوسواس القهري، وقد بلغت العينة (٤٩) حالة من مرضى الوسواس القهري، خضع كافة المرضى لاختبار المصفوفات المتدرجة لرافن ومهمة الأداء المستمر واختبار القدرة على التوصيل بين الدوائر، وقد أسفرت النتائج عن أن الخلل الوظيفي الذي ينشأ في الفص الأمامي للدماغ لدى مرضى الوسواس القهري يؤدي إلى خلل في نظام السيروتونين والذي بدوره يؤدي إلى خلل في بعض المهام المعرفية، ومنها تدهور القدرة على صنع القرار (Da Rocha,Mally,Lage,Romano, Demarco& correa, 2008).

مما سبق عرضه يتضح أن النماذج الحيوية والدراسات التي تساندها، تفسر لنا صحة الفرض الثاني للدراسة الراهنة من اتجاه الفروق نحو الأسوياء في القدرة على صنع القرار.

٣- وجود فروق دالة بين الأسوياء ومرضى الوسواس القهري في القدرة على حل المشكلات، وكانت الفروق في اتجاه الأسوياء، وهذا يعني أن قدرة الأسوياء على حل المشكلات أقوى جوهرياً من قدرة المرضى، مما يشير إلى تحقق الفرض الثالث.

وهذه النتيجة يمكن تفسيرها عبر فروض بعض نظريات علم النفس المعرفي التي انتهت أن القدرة على حل المشكلات تعد إحدى العمليات المعرفية الأساسية، بل إنها تعد أعلى المستويات في العمليات المعرفية، حيث تتفاعل مع عمليات أخرى، كالتجريد، والبحث، والتعلم، وصنع القرار، والاستدلال، والتحليل، والتوليف، على أساس تمثيل معرفي داخلي. كما يرون أنها عملية معرفية تبحث عن حل للمشكلة أو إيجاد طريق للوصول إلى أهداف، حيث تبدأ أولاً بالتعرف على موضوع المشكلة، ثم البحث في مساحة الذاكرة لإيجاد العلاقة بين مجموعة من الأهداف ومجموعة من الطرق البديلة، لاختيار أفضلها ومن ثم متابعة النتائج المترتبة على اختيارها (Wang&Chiew,2010,81-92; Dettore&Connor,2013,109-121).

كما تفسر نظرية القدرة، بأن القدرة على حل المشكلات مرتبطة بالقدرات المعرفية، وأنها تتغير كما تتغير جميع القدرات المعرفية الأخرى، وأنها أساساً قدرة معرفية مركبة، تستمد كفاءتها من عدد من القدرات الأولية، لذا فإن أي انخفاض في هذه القدرات سيؤدي بالضرورة إلى تدهور القدرة على حل المشكلات، فإذا انخفضت كفاءة قدرات مثل الانتباه والذاكرة تقل كفاءة القدرة على حل المشكلات (Marsiske&Willis, 1995).

وقد أيد ذلك عديد من الدراسات السابقة، التي توصلت إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم خلل وظيفي معرفي في أساليب التفكير، الأمر الذي يؤدي إلى عجز أو ضعف في القدرة على حل المشكلات، كما توصلت إلى وجود صعوبات في معالجة المعلومات الحسية المتعلقة بموضوع المشكلة، ومن ثم يواجهون صعوبة في ترجمتها إلى سلوك موجه بهدف حلها، ودراسات توصلت إلى ضعف قدرتهم على الانتباه ووضوح في الذاكرة العاملة

Rampacher, Lennertz, Vogeley, Rauschenbach, Kathmann, Falkai, et al., 2010;)
Ornstein, Arnold, Manassis, Mendlowitz & Schachar, 2009; Arocha, Wang &
Patel, 2005; Vanderwee, Ramsey, Jansma, Denys, Van Megen, Westenberg
(. & Kahn, 2003; Clayton, Edwards & Richards, 1999

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٠). **العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري**، القاهرة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- القرشي، عبد الفتاح ابراهيم (٢٠٠١). **تصميم البحوث في العلوم السلوكية**، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- باركر، كريس، ويبسترانج، نانسي، واليوت، روبرت (١٩٩٩). **مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي**، (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، ميرفت أحمد شوقي، عائشة السيد رشدي، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧)، **العلاج المعرفي الأسس والأبعاد**، (ترجمة): طلعت مطر، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- جرينبرج، روث (٢٠٠٦). **الاكتئاب النفسي**. في: روبرت ليهي (محرر). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، (ص ص ١٢٥-١٥٢)، القاهرة: دار إيتراك للنشر والتوزيع.
- ريجز، ديفيد، وفوا، إينا (٢٠٠٢). **الاكتئاب**. في: ديفيد بارلو (محرر). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة): هبة القشيشي، (ص ص ٤٦٩-٥٧٦). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- سولسو، روبرت (٢٠٠٠). **علم النفس المعرفي (ط٢)**، (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، مصطفى محمد كامل، محمد الحسانين الدق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٠٢). **الوسواس القهري التشخيص والعلاج**، الكويت: مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت.
- عرفه، أمارة يحيى يونس (٢٠٠٧). **بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدى مرضى الوسواس القهري**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

- عكاشة، أحمد (١٩٩٨). **الطب النفسي المعاصر** (ط٥)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرج، صفوت (٢٠٠٧). **القياس النفسي**، (ط٥)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- نجيب، محمد محمود (٢٠٠٢). الأنماط المعرفية لدى صانعي القرار الإداري وعلاقتها ببعض خصال الشخصية. **دراسات نفسية**، ١٢ (١)، ٦٣-١١٣.
- يونج، جيفري، ويك، آرون، واينبرجر، آرثر (٢٠٠٢). **اضطراب الوسواس القهري**. في: ديفيد بارلو (محرر). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة): صفوت فرج، (ص ص ٥٧٧-٦٥٨). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

References

ثانيا : مراجع باللغة الإنجليزية

- Abolghasemi,A.&Narimani,M.,(2008).A Comparison of Social Problem in Patients with OCD,PTSD,PD and Non-Patient Controls: To Control of the Intolerance of Uncertainty. **Research Journal of Biological Sciences**.3(7),683-689.
- Abramowitz,J.,Nelson,C.,Rygwall,R.&Khandker,M.,(2007).The Cognitive Mediation of Obsessive Compulsive Symptoms: A Longitudinal Study. **Journal of Anxiety Disorders**.21(1),91-104.
- Arocha,J.,Wang,D.&Patel,V.,(2005). Identifying Reasoning Strategies in Medical Decision Making: A Methodological Guide. **Journal of Biomedical Informatics**.38(2), 154-171.
- Baptista,M.,Magna,L.,McKay,D.& Del-Porto,J.,(2011). Assessment of Obsessive Beliefs: Comparing Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder to A Medical Sample. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**.42(1), 1-5.
- Beach, L.,(1997). **The Psychology of Decision Making: People in Organizations**. London: Foundations for organization Science A sage Publications Series.
- Blom,R.,Samuels,J.,Grados,M.,ChenY.,Bienvenu,O.,Riddle,M.,Liang,K.,Brandt,J.& Nestadt,G.,(2011). Cognitive Functioning in Compulsive Hoarding. **Journal of Anxiety Disorders**. 25(8), 1139-1144.
- Brooks,A.&Hohagen,F.,(2002). Obsessive Compulsive Disorder International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences.
- Browne, M.,(1993).**Organizational Decision Making and Information**. New Jersey: Ablex Publishing Corporation Norwood.
- Cavedini,P.,Zorzi,C.,Baraldi,C.,Patrini,S.,Salomoni,G.,Bellodi,L.,Freire,R C.&Perna,G.,(2012). The Somatic Marker Affecting Decisional Processes in Obsessive-Compulsive Disorder. **Cognitive Neuropsychiatry**, 17(2).177-190.

- Cavedini,P.,Bassi,T.,Ubbiali,A.,Casolari,A.,Giordani,S.,Zorzi,C.& Bellodi,L.,(2004). Neuropsychological Investigation of Decision-making in Anorexia Nervosa. **Psychiatry Research**. 127(3), 259–266.
- Cavedini,P., Riboldi,G., D'Annucci,A., Belotti,P., Cisima,M.&Bellodi,L., (2002). Decision-Making Heterogeneity in Obsessive-Compulsive disorder: Ventromedial Prefrontal Cortex Function Prediction Different Treatment Outcomes. **Neuropsychologia**.40(2). 205-211.
- Clark,David,(2004).**Cognitive-Behavioral Therapy For OCD**. New York:The Guilford press.
- Clark,D.,Purdon,C&Wang,A.,(2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of A Measure of Obsessional Beliefs. **Behaviour Research and Therapy**,41(6),655-669.
- Clayton,L.,Edwards,C.& Richards,J.,(1999). Selective Attention in Obsessive Compulsive Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**. 108(1),171-175.
- Cogle,J.,Lee,H.&Salkovskis,P.,(2007). Are Responsibility Beliefs Inflated in Non-Checking OCD Patients?. **Journal of Anxiety Disorders**.21(1), 153–159.
- Da Rocha,F.,Alvarenga,N.,Malloy-Diniz,L.&Correa,H.,(2011). Decision-Making Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder as Measured by the Iowa Gambling Task. **Arq. Neuro-Psiquiatr**.69(4),282-298.
- DaRocha,F.,Malloy-Diniz,L.,Lage,NV.,Romano-Silva,MA.,de Marco,LA.& Correa, H.,(2008).Decision-Making Impairment is Related to Serotonin Transporter Promoter Polymorphism in A Sample of Patient with Obsessive-Compulsive Disorder. **Behavioural Brain Research**. 195(1),159-163.
- David,W.,Helen,K.&Joan,K.,(2008).**An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy Skills and Applications**. London:SAGE Publications Ltd.
- Dettore,D.&Connor,K.,(2013). OCD and Cognitive Illusions. **Cognitive Therapy and Research**.37(1).109-121.
- Dittrich,W.,Johansen,T.,Landro,N.&Fineberg,N.,(2011).Cognitive Performance and Specific Deficits in OCD Symptom Dimensions: Decision-Making and Impairments in Risky Choices. **German Journal of Psychiatry**.14(1),13-25.
- Duran,E.,Garcell,J,Zamorano,E.&Mendoza,C.,(2007).Neuropsychological Characterization in Clinical Subtypes of an Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) Sample of Patient. **Salud Mental**, 30(1),1-8.
- Eysenck,M.&Keane,M.,(2007).**Cognitive Psychology A Student's Handbook**. Fifth Edition, New York: Psychology Press Taylor& France Group.
- Fischhoff,B.,(2008).Assessing Adolescent Decision-Making Competence. **Developmental Review**,28,12-28.

- Foa,E.,Mathews,A.,Abramowitz,J.,Amir,N.,Przeworski,A.,Riggs,D.,Filip, J.&Alley,A.,(2003).Do Patients with Obsessive-Compulsive Disorder have Deficits in Decision-Making?.**Cognitive Therapy and Research**.27(4),431-445.
- Frost,R.,Steketee,G.,Williams,L.&Warren,R.,(2000).Mood, Personality Disorder Symptoms and Disability in Obsessive Compulsive Hoarders: A Comparison with Clinical and Nonclinical Controls. **Behaviour Research and Therapy**.38(11). 1071–1081.
- Gillan,C.,Morein-Zamir,S.,Kaser,M.,Fineberg,N.,Sule,A.Sahakian,B.,Cardinal,R.& Robbins,T.,(2013). Counterfactual Processing of Economic Action-Outcome Alternatives in Obsessive-Compulsive Disorder: Further Evidence of Impaired Goal-Directed Behavior. **Biological Psychiatry**. Online, PubMed.gov. 23rd Feb. 2014, 4:30 pm.
- Grisham,J.&Williams,A.,(2009).Cognitive control of Obsessional Thoughts. **Behavioral Research and Therapy**. 47(5),395-402.
- Gwilliam,P.,Wells,A.&Cartwright-Hatton,S.,(2004). Dose Meta-Cognition or Responsibility Predict Obsessive Compulsive Symptoms: A Test of Meta-Cognitive Model. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. 11,137-144.
- Haslam,N.,Williams,B.&Kyriou,M.,(2005).Subtyping Obsessive Compulsive Disorder: A Taximetrics Analysis. **Behavior Therapy**.36(4), 381–391.
- Kitis,A., Akdede,B., Berna, Alptekin,K., Akvardar,Y., Arkar,H.& Kaya,N.,(2007). Cognitive Dysfunctions in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder Compared to the Patients with Schizophrenia Patients: Relation to Overvalued Ideas. **Progress in Neuro psychopharmacology& Biological Psychiatry**. 31(1),254-261.
- Koran,M.,Thienemann,L.& Davenport, R.,(1996). Quality of Life for Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. **The American Journal of Psychiatry**. 153(6), 783-788.
- Lerebours,A., Haynes,W., Diaye,K.& Mallet,L.,(2013). Integration of Emotions Towards Decision-Making: Behavioural Performances of OCD Patients and their MEG Correlates Compared to Healthy Controls. **European Psychiatry**. 28,1.
- Li,C.&Chen,S.,(2007). Obsessive–Compulsiveness and Impulsivity in a Non-Clinical Population of Adolescent Males and Females. **Psychiatry Research**. 149(1-3), 129–138.
- 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.
- Maner,J., Richey,A.,Cromer,K.,Mallott,M.,Lejuez,C.,Joiner,T.&Schmidt,N.,(2007).

- Dispositional Anxiety and Risk-Avoidant Decision-Making. **Personality and Individual Differences**.42(4).665-675.
- Marsiske,M.& Willis,S.,(1995). Dimensionality of Every Day Problem Solving in Older Adults. **Psychology and Aging**. 10(2),269-283.
 - Mataix-cols,D.,(2003). Declarative and Procedural Learning in Individuals with Subclinical Obsessive-Compulsive Patient and their Relative. **Journal of Abnormal psychology**. 166(4),754-761.
 - Matthew,S.&Tony,A.,(2000).Obsessive Beliefs and their Relation to Obsessive-Compulsive Symptoms. **Clinical Psychology & Psychotherapy**. 11 (3), 158-167.
 - Moretz,M.&McKay,D.,(2009). The Role of Perfectionism in Obsessive–Compulsive Symptoms: “Not Just Right” Experiences and Checking Compulsions. **Journal of Anxiety Disorders**.23(5), 640–644.
 - Moritz,S.,Steffen,Pohl&Rudiger,P.,(2009).Biased Processing of Threat-Related Information Rather than Knowledge Deficits Contributes to Overestimation of Threat in Obsessive-Compulsive Disorder. **Behavior Modification**.33(6).763-777.
 - Moulding,R.,Kyrios,M.& Doron,G.,(2007). Obsessive Compulsive Behaviours in Specific Situation and Threat. **Behaviour Research and Therapy**. 45(7), 1693-1702.
 - Myers,S.,Fisher,P.& Wells,A.,(2008). Belief Domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their Specific Relationship with Obsessive–Compulsive Symptoms. **Journal of Anxiety Disorders**.22(3), 475–484.
 - Najme,S.&Wegner,DM.,(2009). Hidden Complications of Thought Stimulation. **International Journal of Cognitive Therapy**,2(3),201-223.
 - Nielen,M., Veltman,D., de Jong,R., Mulder,G. &den Boer,J., (2002). Decision Making Performance in Obsessive Compulsive Disorder. **Journal of Affective Disorders**.69(1-3),257-260.
 - Nicholson,E.,Dempsey,K.& Holmes,D.(2013). The role of Responsibility and Threat Appraisals in Contamination Fear and Obsessive-Compulsive Tendencies at the Implicit Level. **Journal of Contextual Behavioral Science**. Online, Scencedirect.com, 23rd Feb.2014,3:30 pm.
 - Noppen,B.& Steketee,G.,(2009). Testing A Conceptual Model of Patient and Family Predictors of Obsessive Compulsive Disorder (OCD) Symptoms. **Behaviour Research and Therapy**.47(1), 18–25
 - O’Connor,K.,(2002).Intrusions and Inferences in Obsessive Compulsive Disorder. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. 9,38-46.
 - O’Connor,K.,(2007). The Dynamics of Protection and Exposure in the Development of Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychoanalytic Psychology**.24(3),464-474.

- Onen,S.,Karakas,G.,&Caykoynu,A.,(2013) The Relationship between Metacogn- itions and Insight in Obsessive–Compulsive Disorder. **Comprehensive Psychiatry**.54 (5),541-548.
- Ornstein,T.,Arnold,P.,Manassis,K.,Mendlowitz,S.&Schachar,R.,(2009). Neuropsychological Performance in Childhood OCD: A Preliminary Study. **Depression and Anxiety**.27(4), 372–380.
- Overton,S.,Menzies,R.,(2002).A Comparison of Checking-Related Beliefs in Individ- iduals with Obsessive Compulsive Disorder and Normal Controls. **Behaviour Change**, 19(2). 67-74.
- Pisgin,I.&Ozen,D.,(2010).Faulty Appraisals Belief Domains in Obsessive-Comp- ulsive Disorder from childhood to Adulthood. **International Journal of Cognitive Therapy**.2(1),117-131.
- Purdon,C.,&Clark,D.,(2001). Suppression Like Thoughts in Nonclinical Individuals: Impact on Thought Frequency, Appraisal and Mood State. **Behaviour Research and therapy**. 39,1163-1181.
- Rachman,S.(2002).A Cognitive Theory of Compulsive Checking. **Behaviour Research and therapy**. 40,625-639.
- Rampacher,F.,Lennertz,L.,Vogele,A.,Rauschenbach,S.,Kathmann,N.,Fal kai,P.& Wagner,M.,(2010). Evidence for Specific Cognitive Deficits in Visual Information Processing in Patients with OCD Compared to Patients with un Bipolar Depression. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**.34(6), 984–991.
- Rassin,E.&Muris,P.,(2005). To Be or Not to Be. Indecisive: Gender Differences, Correlations with Obsessive Compulsive Complaints, and Behavioural Manifestation. **Personality and Individual Differences**. 38(5),1175-1181.
- Rector,N.,Cassin,S.,Richter,M.&Burroughs,E.,(2009). Obsessive Beliefs in First-Degree Relatives of Patients with OCD: A Test of the Cognitive Vulnerability Model. **Journal of Anxiety Disorders**.23(1), 145–149.
- Renshaw,K.,Steketee,G.&Chambless,D.,(2005).Involving Family Members in the Treatment of OCD. **Cognitive Behaviour Therapy**. 34(3), 164-175.
- Rheume,J.Freeston,M.,Ladouceur,R.,Bouchard,C.,Gallant,L.,Talbot,F.& Vallieres, A.,(2000). Functional and Dysfunctional Perfectionists: Are they Different on Compulsive-Like Behaviors?. **Behaviour Research and Therapy**.38(2), 119–128.
- Sachdev,P.&Malhi,G.,(2005).Obsessive-Compulsive Behavior: A Disorder of Decision- Making. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 39(9), 757-763.
- Saint-Cyr,J.,Taylor,A.&Nicholson,K.,(1995).Behavior and the Basal Ganglia. **Journal of Neurology, Neurosurgery& Psychiatry** .65, 1-28.

- Salkovskis,P.,(1989).Cognitive Behavioural Factors and the Persistence of Intrusive Thought in Obsessional Problems. **Behaviour Research and Therapy**. 27(6), 677-682.
- Salkovskis,P.,(1998).**ObsessiveCompulsiveDisorderTheory,Research,a nd Treat- ment**. Ed:Swinson,R.,Antony,M.,Rachman,S.&Richter,M., New York: A Division of Guilford Press.
- Salkovskis,P.,(1999). Understanding and Treating Obsessive Compulsive Disorder. **Behaviour Research and Therapy**. 37,S29-S52.
- Salkovskis,P.&Kirk,J.,(1997).Obsessive Compulsive Disorder. In: Clark&Fairburn, (Eds.), **Science and practice of cognitive behavioral therapy**. (PP. 179-208). Oxford: Oxford University Press.
- Schmidtke,K.,Schorb,A.,Winkelmann,G.&Hohagen,F.,(1998).Cognitive Frontal Lobe Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. **Biological Psychiatry**. 43(9), 666–673.
- Sica,C.,Coradeschi,D.,Sanavio,E.,Dorz,S.,Manchisi,D.&Novara,C.,(2004) A Study of the Psychometric Properties of the Obsessive Beliefs Inventory and Interpretations of Intrusions Inventory on Clinical Italian Individuals. **Journal of Anxiety Disorders**.18(3), 291–307.
- Solem,S.,Myers,S.,Fisher,p.,Vogel,P.& Wells,A.,(2010). An Empirical Test of the Metacognitive Model of Obsessive-Compulsive Symptoms: Replication and Extension. **Journal of Anxiety Disorders**.24(1),79-86.
- Steven,D.,&Robert,W.,(1992).**Handbook of Counseling Psychology**, New York : John Wiley& Sons.
- Storch,E., Ledley,D., Lewin,A., Murphy,T., Johns,N., Goodman,W.& Geffken,G., (2006). Peer Victimization in Children With Obsessive–Compulsive Disorder: Relations With Symptoms of Psychopathology. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**.35(3),446-455.
- Tallis,F.,(1995). The Characteristics of Obsessional Thinking: Difficulty Demonstrating the Obvious?. **Clinical Psychology and Psychotherapy**. 2(1), 24-39.
- Taylor,S., Abramowitz,J.,Mckay,D.,Calamri,J.,Sookman,D.,Kyrios,M.,Wilhelm,S.& Carmin,C.,(2006). Do Dysfunction Beliefs Play A Role in all Types of Obsessive Compulsive Disorder?.**Journal of Anxiety Disorders**. 20(1).85-97.
- Taylor,S.&Clare,S.,(2009). Obsessive-Compulsive Disorder. **Oxford Journal**, 2(6), 358-363.
- Tolin,DF.,Kiehl,KA.,Worhunsky,P.Book,GA.,&Maltby,N.,(2008). An Exploratory Study of the Neural Mechanisms of Decision Making in Compulsive Hoarding. **Psychological Medicine**. 39(2), 325-336.
- Tolin,D.,Worhunsky,P.,Brady,R.&Maltby,N.,(2007). The Relationship between Obsessive Beliefs and Thought-Control Strategies in a Clinical Sample. **Cognitive Therapy and Research**. 31(3),307-318.

- Toro, J., Cervera, M., Osejo, E. & Salamero, M., (1992). Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood and Adolescence: a Clinical Study. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** .33(6), 1025–1037.
- Tuner, C., (2006). Cognitive Behavior Theory and Therapy for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Current Status and Future Directions. **Clinical Psychology Review**. 26(7), 912-938.
- Veal, D., Sahakian, B., Owen, A. & Marks, I., (1996). Specific Cognitive deficits in Tests Sensitive to Frontal Lobe Dysfunction in Obsessive-Compulsive Disorder. **Psychological Medicine**. 26(6), 126-129.
- Viswanath, B., Reddy, Y., Kumar, K., Kandavel, T. & Chandrashekar, C., (2009) . Cognitive End Phenotypes in OCD: A Study of Unaffected Siblings of Proband with familial OCD. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**. 33(4), 610–615.
- Wang, Y. & Chiew, V., (2010). On the Cognitive Process of Human Problem Solving. **Cognitive Systems Research**. 11(1), 81–92.
- Wroe, A. & Salkovskis, P., (2000). Causing Harm and Allowing Harm: A Study of Beliefs in Obsessional Problems. **Behaviour Research and Therapy**. 38(2), 1141-1162.
- Yorulmaz, O., Karanci, A. & Kılıç, A., (2006). What Are the Roles of Perfectionism and Responsibility in Checking and Cleaning Compulsions?. **Journal of Anxiety Disorders**. 20(3), 312–327.

Differences among Obsessive-Compulsive Patients and Normal in Negative Cognitive Schema, Decision Making and Problem Solving Abilities

Najla'a A. Al-Yousef
Clinical Psychologist-Kuwait

Abstract

This study aimed to explore the differences between obsessive compulsive patients and normals in negative cognitive schema, decision making, and problem solving abilities. The sample was divided into two groups; the first group consisted of 60 obsessive compulsive male patients (32.16 ± 6.28 Years), the second group consisted of 60 normal males (32.3 ± 7.42). A number of scales were used which included; Mouldsley Obsessional-Compulsive Inventory, Flinders Decision Making Questionnaire, The Problem Solving Inventory, Intolerance of Distress scale, Thought Control Questionnaire, Thought Action Fusion scale-Revised, Intolerance of Uncertainty scale, Multidimensional Perfectionism Scale, The Responsibility Attitudes Scale, and Obsessive Beliefs Questionnaire-44. The results showed

that there were significant differences between obsessive compulsive patients and normal in negative cognitive schema in favor of patients, the study also showed significant differences between the two groups in decision making and problem solving abilities in favor of the normal.

Keywords: Negative Cognitive Schema- Decision Making- Problem Solving- Obsessive Compulsive Disorder- Normals.