

فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في  
المملكة العربية السعودية

د. نوير بنت سليمان بن مبارك البلوي

جامعة الحدود الشمالية/ المملكة العربية السعودية

**THE EFFECTIVENESS OF DANGER IDEATION REDUCTION THERAPY  
PROGRAM IN REDUCING OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER  
RELATED TO HYGIENE AMONG WOMEN IN SAUDI ARABIA**

**Dr. Nuwair Suliman Mubarak Albalawy**  
**Northern Border University / Saudi Arabia**  
[zyn-423@hotmail.com](mailto:zyn-423@hotmail.com)

**Abstract**

The current study aimed to identify the effectiveness of Danger Ideation Reduction Therapy program (DIRT) which based on cognitive behavioral therapy in reducing the obsessive – compulsive disorder (OCD) in cleanliness among women in Saudi Arabia .

The study's sample consisted of 15 women were chosen randomly . those women are attending the mental health hospital in the city of Tabuk, and suffering from obsessive – compulsive disorder in cleaning and washing. The ages ranged between (25-45) years, and they all have agreed to participate in the treatment program.

The researcher applied Yale Brown Scale (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) In order to measure the obsessive-compulsive disorder in a the study's sample by using post and pretests and by following.

To achieve the objectives of the study , the DRIT program were used in order to reduce obsessive-compulsive disorder on cleanliness with the experimental sample.

The study's results showed that there are a statistically significant differences in obsessive thoughts among women between the pre-test and post-test, for the benefit of tribal measurement, where the training program showed an impact by 74.7% in reducing obsessive ideas of cleanliness in women.

The results also showed that there are a statistically significant differences in the compulsion of women between the pre-test and post-test, for the benefit of pre - measurement, where the training program showed an impact by 74.9% in reducing the compulsion of cleanliness in women

Regarding to follow-up, the results indicated that there is no statistically significant differences in obsessive thoughts among women between the post-test and Follow-up test. As well as the lack of statistically significant differences in compulsions among women differences between the post-test and Follow- up test, which shows the continued effectiveness of the training program in the follow-up phase.

In view of the results, the study recommended to conduct other studies on the effectiveness of the cognitive behavioral programs in the treatment of obsessive-compulsive disorder. And conduct a scientific studies to compare between the effect of program , cognitive behavioral programs, and the treatment programs.

**Keywords:** Reduction, perception of danger, reduction, disorder, obsessive-compulsive disorder, hygiene, women, Saudi Arabia

**المخلص**

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية. تكونت عينة الدراسة من (15) امرأة تم اختيارهن بالطريقة المتيسرة، ممن يراجعن مستشفى الصحة النفسية في مدينة تبوك، ويعانين من اضطراب الوسواس

القهري المتعلق بالنظافة والاعتسال، تراوحت أعمارهن بين (25-45) سنة، ووافقن على المشاركة في البرنامج الإرشادي. ومن أجل قياس اضطراب الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تم تطبيق مقياس بيل براون ( Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) للوسواس القهري، بعد أن تم تعريبه وتطبيقه على عينة الدراسة تطبيقاً قليلاً وبعدياً ومتابعة. ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق برنامج التقليل من تصور الخطر على العينة التجريبية. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثراً بنسبة 74.7% في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. كما وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، حيث أظهر البرنامج التدريبي أثراً بنسبة 74.9% في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. وفيما يتعلق بالمتابعة فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة. وكذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة، مما يدل على استمرار فاعلية البرنامج التدريبي في مرحلة المتابعة. وفي ضوء النتائج أوصت الدراسة بإجراء دراسات أخرى حول فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر مع عينات أخرى من الذكور أو من فئات عمرية وأفعال قهرية أخرى.

**الكلمات المفتاحية:** التقليل، تصور الخطر، خفض، اضطراب، الوسواس القهري، النظافة، النساء، المملكة العربية السعودية  
**المقدمة:**

شهد ميدان علم النفس تطوراً ملحوظاً في العقود الماضية على المستويين العالمي والعربي، وذلك من خلال الوقوف على حاجات الأفراد وتحديد مشكلاتهم ومحاولة معالجتها، لذا بدأ الاهتمام بالكشف عن الاضطرابات النفسية ودراسة الأسباب والبحث في خصائص كل اضطراب ووضع البرامج العلاجية الخاصة به.

ولعل الحاجة لاستراتيجيات علم النفس والاستراتيجيات العلاجية الإرشادية تزداد يوماً بعد يوم مع تسارع الحياة المعاصرة وزيادة تعقيداتها وظهور الضغوط الحياتية اليومية التي تنقل كاهل الإنسان المعاصر، وتؤدي بدورها إلى الضغوط النفسية، وظهور أعراضها. ويأتي اضطراب الوسواس القهري (Obsessive-Compulsive) ضمن تلك الاضطرابات التي تحتاج لتدخل علاجي فاعل، كونه اضطراب يؤدي إلى انغلاق الإنسان على نفسه، وزيادة في حجم معاناته من خلال الزيادة المضطربة في التوتر والقلق بتكرار أفعال - يدركها في كثير من الأحيان - كمحاولة للتخفيف من ذلك التوتر الذي يستحوذ على تفكيره ويؤثر على مظاهر حياته الانفعالية والاجتماعية (Takafumi, et al., 2005). وقد حظي اضطراب الوسواس القهري باهتمام كبير في ميدان علم النفس، فالمتتبع لحركة البحث العلمي في هذا المجال يلحظ اهتماماً لافتاً للانتباه من قبل الباحثين العرب والأجانب بدراسة هذا الاضطراب لدى الراشدين والبالغين وحتى الأطفال في بعض الأحيان (Tolin, et.al, 2002).

والوسواس القهري هو تكرار الأفكار التي تدخل على السلوك السوي فتعطله وتسيء إلى صاحبه وتؤذيه، ومثال ذلك أن يعتقد الإنسان بأنه سيرتكب جريمة ما، أما مفهوم القهر فهو يشير إلى الأفعال الطقوسية التي يقوم بها الإنسان بدرجة مرتفعة من الدقة والكمال، بهدف إزالة التوتر، ومثال ذلك تكرار غسل اليدين خوفاً من الجراثيم والأمراض (إبراهيم، 2004).

والوسواس القهري يؤثر بشكل كبير في علاقات الإنسان مع الآخرين المحيطين به ويفرض على حياته الاجتماعية دوراً سلبياً في أغلب الأحيان (Greisberg, 2005). وهو سبب رئيس للتوتر والقلق والاكتئاب، كما ويعمل على تعطيل حياة المصاب به، لانهماكته في تكرار الأفعال القهرية أو التفكير الوسواسي، تاركاً متطلبات الحياة التي يجب عليه القيام بها ليخفف من أعراض القلق الذي يسيطر عليه بشكل مستمر (Takafumi, et al., 2005). ويؤدي الوسواس القهري إلى شعور بالضيق الشديد والاستغراق في الأفكار الوسواسية وبالتالي ضياع الوقت، كما يؤثر على الروتين اليومي للفرد، وتظهر نتائجه السلبية على الوظيفة المهنية، وعلى النشاطات الاجتماعية العامة (Al- Sabaie, et al., 1992).

أما حول نسبة انتشار الوسواس القهري فهو من الاضطرابات واسعة الانتشار بين أفراد المجتمع العصابي، إلا أنه لا توجد إحصاءات دقيقة حول معدل انتشاره، وبحسب الدراسات ذات العلاقة بالموضوع تتراوح نسبة انتشاره في المجتمع العصابي ما بين (3-4%) وما نسبته حوالي (0.05%) من أفراد المجتمع بشكل عام (Rasmussen & Esen, 1998). وإن أكثر مظاهر الوسواس القهري انتشاراً بين المصابين هي الهواجس المتعلقة بالتلوث، مما يدفعهم إلى تكرار عملية التنظيف مراتٍ عديدة. ونتيجةً لتنوع الأمراض والاضطرابات النفسية تنوّعت أساليب وطرق العلاج، وأصبح الأمر يتطلب من المعالج النفسي أن يعتمد على المنهجية العلمية، والمعرفة الموثوقة من أجل بناء وتطوير أي برنامج علاجي يتصدى من خلاله لأي حالة مرضية (Calley, 2009).

ومن بين هذه الطرق والأساليب العلاجية أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي. وهو أسلوب يقوم على العمل ضمن مستويين الأول: ينصب على الأفكار الوسواسية التي تسيطر على تفكير المصاب، والثاني: يركّز على تعديل السلوكيات اللاثباتية المرتبطة بالأفكار الوسواسية. وعليه فإن هذا الأسلوب الإرشادي، يهدف إلى تنظيم البنية المعرفية الإدراكية لدى المصاب، وإعادة تكوين الروابط بين المؤثرات والأفعال المرتبطة بها (الخطيب، 1994). ولعل بعض ما يميّز برامج الإرشاد المعرفي السلوكي كونها تتضمن العديد من النشاطات المعرفية المتنوّعة، ومدى واسعاً من الممارسات السلوكية التي يمكن الاستعانة بها في مواجهة الحالات المصابة باضطراب الوسواس القهري، وهو ما يساعد المعالج على الأخذ منها بما يتناسب مع حالة المصاب وظروفه وإمكاناته (Keller, 2000).

وفي منتصف التسعينات طوّر جونز ميروان ومنزيس (Jones & Menzies, 1997) برنامج (Danger Ideation Reduction Therapy) والذي يهدف إلى التقليل من تصوّر الخطر للذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري وهواجس التلوّث والتنظيف القهري، ويستند على نظرية العلاج المعرفي السلوكي. وقد أكد العديد من النماذج النظرية المهتمة باضطراب الوسواس القهري على أهمية الأساسيات المعرفية. حيث أن الخطر الجسمي أو معتقدات التهديد هي من المتغيّرات المعرفية التي تؤثر في اضطراب الوسواس القهري، والمعالجات المعرفية السلوكية صُمّمت بشكلٍ خاص لاستهداف وتقليل الخطر ذي العلاقة بالإدراكات، لكي تصبح عملية الإدراك منطقية وفعّالة قدر الإمكان. ويمتاز علاج التقليل من تصوّر الخطر عن العلاجات السلوكية والعلاج بالأدوية، بأنه لا يتطلب مواجهة الفلق الذي يُثير المحفّزات. كما أنه لا يؤدي إلى أي آثار جانبية. وهو علاج منظّم بطريقة عالية ويضم تكنيكات متنوعة وغير مكلفة. كما أنه علاج مختصر يتطلب جلسات قليلة نسبياً فهو مفيد للمرضى الذين لم يتحسنوا من معالجات الوسواس القهري الأخرى والذين يفتقرون للاستبصار (Herson, Sledge, 2002).

أخيراً إن العلاج الناجح للأفراد المرضى بالوسواس القهري بشكل عام لا يسير عشوائياً بدون تخطيط ومتابعة، فالهدف المباشر وراء عملية العلاج هو ضمان نجاح هذه البرامج العلاجية في البيئة الطبيعية، مع تحقيق النتيجة النهائية أو البعيدة من التخلص من هذا الاضطراب وعدم انتكاس المريض مرة أخرى. مع التأكيد على أن العلاج الناجح للمريض يتأثر بمستويات الالتزام والقناعة بجدوى العلاج من قبل المريض، ومستويات التفاعل والمشاركة مع هذه البرامج.

#### مشكلة الدراسة وأهميتها:

يشكل الوسواس القهري بوجه عام مصدراً رئيساً لكل من القلق والاكتئاب والخوف، ويؤثر في حسن توافق الإنسان، كما ويقيد المجال الحيوي للفرد ويحصره في نطاق ضيق، وقد يؤدي في بعض الحالات الشديدة إلى شلل تام في الإرادة، فلا يستطيع المصاب به أن يعيش حياته بشكل طبيعي، وبالتالي فالوسواس القهري اضطراب معوق يتطلب تدخلاً علاجياً للحد منه ومن أخطاره على المستوى الفردي وعلى المستوى المجتمعي. وتظهر المشكلة لتصبح أكثر خطورة عندما نتحدث عن عينة النساء المصابات بهذا الاضطراب، حيث تشير الدراسات أن معدّل العنوسة مرتفع لدى المريضات بهذا الاضطراب، بالإضافة إلى الزواج في سن متأخرة، ومعدّل منخفض من الخصوبة. وتُعد معدلات الطلاق والخلل الزوجي الوظيفي شائعة وعامة في اضطراب الوسواس القهري (بشري وعبد الظاهر، 2009).

ويجد المتمعن في واقع الخدمات النفسية والإرشادية المقدمة للمرضى بالوسواس القهري في المملكة العربية السعودية بشكل خاص أنها تركز على العلاج بالعقاقير (مثبطات امتصاص السيروتونين) ولا تستخدم - في كثير من الأحيان - طرق العلاج الأخرى، كالطريقة المعرفية السلوكية التي تنتهجها هذه الدراسة، كما وتفتقر عملية العلاج تلك للخدمات الإرشادية باستراتيجياتها المتنوعة. وتبرز مشكلة الدراسة الحالية من خلال ندرة الدراسات التي اهتمت باضطراب الوسواس القهري على مستوى المجتمع السعودي بوجه عام، وخاصة في مجال استخدام العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء.

وبناءً على ما سبق جاءت هذه الدراسة لتهدف إلى تقصي فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية سواءً أكان ذلك في الأفكار الوسواسية أم في الأفعال القهرية، وبشكل أكثر تحديداً تسعى الدراسة الحالية إلى الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

- ما مدى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في علاج الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء المصابات باضطراب الوسواس القهري في المملكة العربية السعودية؟  
وينبثق عن سؤال الدراسة الرئيس الأسئلة الفرعية التالية :

- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) لبرنامج التقليل من تصور الخطر في خفض الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء؟

- هل يوجد أثر ذو دلالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.05$ ) لبرنامج التقليل من تصور الخطر خفض الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية البعدي والأداء في مرحلة المتابعة على مقياس الأفكار الوسواسية؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية البعدي والأداء في مرحلة المتابعة على مقياس الأفعال القهرية؟

#### أهداف الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر (Danger Ideation Reduction) القائم على أساس نظرية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في المملكة العربية السعودية سواءً أكان ذلك في الأفكار الوسواسية أم في الأفعال القهرية. وبشكل أكثر دقة تتمثل أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- توفير برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض الوسواس القهري المتعلق بالنظافة.

- تقييم فاعلية البرنامج العلاجي المقترح، في علاج الوسواس القهري لدى عينة الدراسة.

#### أهمية الدراسة:

- كونها من أوائل الأبحاث العربية التي تتناول تطبيق برنامج التقليل من تصور الخطر في خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة لدى النساء في الوطن العربي.

- تزويد المكتبة العربية ببرنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري، وذلك من خلال تعريب وتطوير برنامج ديرت في خفض اضطراب الوسواس القهري والتحقق من فعاليته على البيئة العربية.

- تقدم للأخصائيين والمرشدين التربويين دليلاً عملياً لعلاج اضطراب الوسواس القهري وما يواجه المصابون به كظهور حالات القلق والاكتئاب والتوتر وغيرها.

- توفر إطاراً نظرياً في الاستراتيجيات المناسبة للتعامل مع حالات اضطراب الوسواس القهري، ومن الممكن أن تثري نتائجها الأدب النظري المتعلق بالموضوع خاصة فيما يتعلق بالبيئة العربية.

#### مصطلحات الدراسة وتعريفاتها الإجرائية:

- برنامج التقليل من تصور الخطر:

يُعرف جونز ميروان ومنزيس (Jones & Menzies, 1997) برنامج التقليل من تصور الخطر بأنه برنامج علاجي يستند إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي ويستهدف التقليل من تصور الخطر، وهو بمثابة حزمة علاجية تم تطويرها في منتصف التسعينات لمعالجة من يعانون من وسواس النظافة القهري.

وإجرائياً هو برنامج إرشادي مستمد من برنامج ديرت (DIRT) المستند إلى نظرية العلاج المعرفي السلوكي، ويشتمل على مجموعة منتظمة من الأنشطة والتدريبات التي تنفذ في (14) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، وتستغرق شهرين ومدة كل جلسة ساعة ونصف، وتهدف إلى خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة.

- اضطراب الوسواس القهري:

هو فكرة متسلطة وسلوك إجباري، يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه، ويفرض نفسه عليه، ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض لغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به (الأغا، 2009). ويتكون الوسواس القهري من شقين:

- الأفكار الوسواسية: هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها. (أبو هندي، 2003) وتعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على بعد الأفكار الوسواسية من مقياس الوسواس القهري المتعلق بالنظافة المستخدم في هذه الدراسة.

- الأفعال القهرية: هي أعمال وسلوكيات متكررة جبرية استجابة لأفكار وسواسية يقوم بها الفرد لتخفف أو تمنع القلق والإزعاج الناتج عن ذلك، ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة، وهو غير راضٍ عنها ولا يحبها خاصة وهو لا يشعر بفائدة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها. (سالم، 2008). وتعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على بعد الأفعال القهرية من مقياس الوسواس القهري المتعلق بالنظافة المستخدم بهذه الدراسة.

#### حدود الدراسة ومحدداتها:

- الحدود الجغرافية: مستشفى الصحة النفسية في منطقة تبوك في المملكة العربية السعودية.
- الحدود البشرية: النساء المراجعات لمستشفى الصحة النفسية واللواتي تم تشخيصهن بإصابتهن باضطراب الوسواس القهري.
- الحدود الزمانية: تم تطبيق هذه الدراسة في منتصف العام 2015 (1436هـ).
- المحددات الإجرائية: تحددت الدراسة بالمنهج التجريبي والأدوات والمعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة، وكذلك بالخصائص السيكومترية التي توفرت لأداة الدراسة وللبرنامج العلاجي المقدم للنساء المراجعات لمستشفى الصحة النفسية.

#### الاطار النظري

يشهد الواقع المعاصر تغيرات متسارعة ومتشعبة، طالت جميع مناحي الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والأسرية، وأصبحت بذلك مشاكل الحياة العصرية وسرعة وتيرة الحياة والصخب والتوتر سبباً للإصابة بأمراض جسدية واضطرابات نفسية انعكست على الحياة اليومية للأفراد. وقد برز من بين هذه الاضطرابات النفسية اضطراب الوسواس القهري الذي بات محوراً للعديد من الدراسات والأبحاث (مقداوي، 2008).

**تعريف الوسواس القهري:**

عرف الوسواس القهري كاضطراب منذ وجد الإنسان على وجه البسيطة، إلا أن وصفه بشكل دقيق لم يتم إلا على يد الطبيب الألماني "إميل كريبلين" (1856\_1926) الذي عبر عن هذا الاضطراب بمصطلح (Zwangsneurose) باللغة الألمانية. ولدى ترجمة المصطلح من اللغة الألمانية للغة الإنجليزية أصبح مصطلح (Zwang) مرادفاً لمصطلح الوسواس (Obsession) الذي يعني القهر أو القسر (Compulsion) في الترجمات الأمريكية. أما الباحثون العرب الذين اعتمدوا على الترجمة الإنجليزية بدون الرجوع إلى الألمانية فقد حاولوا الأخذ بالشمولية، فاستخدموا مصطلح الوسواس القهري ليشير إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب: أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير ومضمونه، وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال الظاهرة. ويلاحظ أن الترجمات للمصطلح تعددت لدى الباحثين العرب فنجد مرادفات كثيرة مثل: اضطراب الوسواس القهري، والعصاب الوسواسي، والعصاب القهري، والعصاب الهجاسي، والحواز، والحصار، والاختراق، إلا أن مصطلح الوسواس القهري يبقى هو المصطلح الأكثر تداولاً في ميدان علم النفس (أبو هندي، 2003). يُعرّف علماء النفس الوسواس القهري بأنه "جملة الاختلالات العصبية الشديدة والحادة، التي تسلب الإنسان توازنه النفسي والسلوكي، وتعرضه إلى مشاكل جمة تحول دون انسجامه مع محيطه، وهذا الاختلال وفقدان التوازن له طبيعة علنية واضحة" (القائمي، 1996: 27). ويعرف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5, 2013) الوسواس بأنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى. ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى. ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج.

**نشأة الوسواس القهري:**

تباينت وجهات النظر بشأن نشأة الوسواس القهري وتكوينه، حيث يذهب فريق من علماء النفس إلى أن الوسواس القهري راجع لأسباب وراثية تتمثل بالاستعداد للمرض، ويذهب فريق آخر إلى أن العوامل البيئية تعمل على تعلم الفرد للوسواس القهري، وتتنمي السلوكية إلى هذا الفريق، وفريق ثالث يرى أن الوسواس القهري يرجع بأسبابه إلى العوامل الوراثية وإلى العوامل البيئية الاجتماعية من ناحية ثانية، وينتمي إلى هذا الفريق رواد نظرية التحليل النفسي (محمد، 2004).

ويتفق العلماء عموماً على أن مجموعة العوامل الوراثية والبيولوجية تؤدي دوراً رئيساً في ظهور اضطراب الوسواس القهري (Abramowitz, et al., 2009) ويمكن تقسيم أسباب الوسواس القهري إلى مجموعة من الأسباب، يمكن تلخيصها على النحو التالي:

**أولاً: العوامل الوراثية:**

يرى أصحاب هذا النموذج وجود تأثير واضح للوراثة في ظهور الوسواس القهري، فقد أظهرت الدراسات أن اضطراب الوسواس القهري يتكرر ضمن الأسرة الواحدة وبالتالي يمكن اعتباره اضطراباً عائلياً (A familial disorder) وقد يمتد مع الأجيال وقد يظهر مع أقارب الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري بشكل ملحوظ (Nestadt, et al., 2000).

ونقلاً عن جبل (2002) فإن دراسة أجريت على الأفراد المصابين بالوسواس القهري وجدت أن ثلث آباء، وخمس أخوة المرضى الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم نفس الأعراض، لكن ذلك ليس بدليل قاطع على أن الأعراض القهرية يتم توارثها، فقد يرجع الأمر إلى تعليم الأبناء من آبائهم هذه المسالك خلال الطفولة المبكرة، ناتج عن تواجد الأبناء مع الآباء.

**ثانياً: العوامل الجينية:**

هنالك أدلة على أن اضطراب الوسواس القهري قد يرتبط بعوامل جينية معينة، فقد أشارت نتائج إحدى الدراسات التي مولتها المعاهد الوطنية للصحة في أمريكا، إلى أن الوسواس القهري وبعض الاضطرابات النفسية ذات الصلة قد تترافق مع طفرة مزدوجة شائعة في الجين (hSERT.17) وقد اكتشف الباحثون الطفرة الأولى ضمن سلسلة جينات (hSERT)، التي وصفت بالتحور رقم

(I425V) ووجد الباحثون أن التحور (I425V) في جينات (hSERT) يعمل على زيادة نشاط الناقلات العصبية، وتستولي على المزيد من السيروتونين وعلى الأرجح فإنها تحد من الآثار على مستقبلات الخلايا العصبية المتلقية. أما الطفرة الثانية فقد تم تحديدها بالآليات الطويلة متعددة الأشكال في جين (HTTLPR-5). وهذا يرتبط بزيادة النشاط في وظيفة نقل السيروتونين، وزيادة في البروتينات التي تؤدي إلى نقل أقل من السيروتونين للاتصال بالخلايا العصبية. علماً بأن كلا الطفرتين إذا وجدتا معاً فهما تؤديان إلى انخفاض كبير في السيروتونين ضمن التشابكات العصبية مقابل ظهور واحدة من الطفرات لوحدها، الأمر الذي يؤدي إلى مزيد من الآثار الكيميائية الحيوية وأعراض أكثر شدة (National Institute of Mental Health, 2003).

#### ثالثاً: العوامل العصبية:

يرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً عصبياً للوسواس القهري، حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من الدماغ وهو الجزء المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر، ومشكلات في العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار الوسواسية. وكذلك تشير بعض الدراسات إلى أن مرضى الوسواس القهري لديهم علامات دماغية ناعمة بما يزيد عن أربعة أضعاف عن الأفراد العاديين. ويؤكد أصحاب هذا التيار بأن عدد العلامات الناعمة عند المرضى يرتبط بشدة الوسواس القهري، ورغم عدم قطعيتها النتائج إلا أنها تشير إلى أسباب الإصابة الدماغية في الوسواس القهري (يوسف، 2001).

كما وأظهرت دراسات أخرى أجريت من خلالها مقارنات بين صور طبقية لأدمغة أفراد مصابين باضطراب الوسواس القهري وبين أدمغة لأفراد عاديين فرقاً في نمط عمل الدماغ في كلا الحالتين (Greisberg, 2005).

#### رابعاً: العوامل الأسرية:

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بالظروف الأسرية من مثل الحرمان من الحب والدفء العاطفي ومشاعر الحماية والتقبل بالأخص في مراحل الطفولة المبكرة، فالاتجاهات الوالدية في تنشئة الأولاد تؤدي دوراً محورياً في تكوين الأعراض القهرية لديهم. إذ غالباً ما يشجع الآباء أبناءهم على اكتساب صفاتهم الخاصة، ومن المحتمل أن يشجع الآباء الذين يظهرون سمات قهرية أبناءهم على تعلم هذه الخصائص وتنميتها لديهم، وقد يقومون بذلك بطريقة غير مقصودة حين يشعرون بالارتياح عند ظهور السمات الخاصة بهم في شخصية أبنائهم (البناني، 2010).

#### خامساً: العوامل البيولوجية - الفسيولوجية:

حيث تشير بعض الدراسات إلى أن اضطراب الوسواس القهري هو نتيجة لتغير كيميائي في جسم الفرد المصاب، أو في أداء دماغه. وتشير بعض الدراسات إلى عوامل ترتبط بوجود درجة غير كافية وأقل من اللازم من السيروتونين (Serotonin) في الدماغ، مما يسهم في نشوء اضطراب الوسواس القهري. وقد أوضحت الدراسات أن أعراض الوسواس القهري تتقلص وتخف حدتها لدى الأشخاص الذين يتعاطون عقاقير تزيد من فاعلية السيروتونين (BBC Science and Nature, 2002).

#### سادساً: العوامل الاجتماعية:

يرى أصحاب هذا النموذج أن هناك أساساً اجتماعياً وثقافياً وراء الإصابة بالوسواس القهري، حيث يعتبر المجتمع مسؤولاً عن ظهور الوسواس القهري حين يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل النظافة والتنظيم والدقة والترتيب في الهدام واللباس، وهي سمات مرغوبة، ولكنها تتحول إلى اضطراب عند المبالغة في سمة أو أكثر منها (البناني، 2010).

#### تشخيص الوسواس القهري:

يساعد تقييم وقياس الأخصائي النفسي في معرفة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المراجع للعيادة النفسية، ويمكن تطبيق التشخيص الرسمي من قبل الطبيب النفسي، أو الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي، أو غيرهم من المرخص لهم في مهنة الصحة النفسية.

ويكون تشخيص الوسواس القهري، من خلال تحديد الهواجس القهرية، أو الدوافع القهرية، أو كليهما، ووفقاً للدلائل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM -5, 2013) فإن العديد من الخصائص تميز الهواجس والدوافع المهمة سريرياً. مثل الأفكار المتكررة والمستمرة، أو الصور التي تسبب القلق أو الضيق. وهذه الأفكار والدوافع، أو الصور من حيث درجتها أو نوعها تقع خارج النطاق الطبيعي للمخاوف المتعلقة بالمشاكل التقليدية. وعلاوة على ذلك، يجب على الهواجس أو الدوافع أن تستغرق وقتاً طويلاً تظهر لأكثر من ساعة واحدة يومياً، أو تسبب ضعفاً في الأداء الاجتماعي، أو المهني، أو الدراسي. ومن المفيد إجراء قياس لشدة الأعراض قبل وأثناء علاج الوسواس القهري، بالإضافة إلى تقدير المريض للوقت الذي يستغرقه كل يوم في ممارسة أفكار أو سلوكيات الوسواس القهري (Fenske, Schwenk, 2009).

#### - مقياس بيل براون للوسواس القهري:

وهو المقياس المستخدم في هذه الدراسة، وهو مقياس لتقديرات الملاحظة يحتوي على عشر فقرات يقيم كل منها على سلم تقييم يتراوح من (0 إلى 5)، حيث تتناول الفقرات الخمس الأولى الأفكار الوسواسية، أما الفقرات الخمس الأخرى فتتناول الأفعال القهرية، والدرجة الكلية القصوى على المقياس هي (50)، وقد حظيت هذه الأداة بشعبية كبيرة بين الأخصائيين في أمريكا (ليندزاي، 2000). ويستخدم مقياس بيل براون كأداة ملاحظة بشكل كبير في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري، فهو يساعد كثيراً في استخراج ما لم يحدده المريض وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بحياته، ومع ذلك فهو لا يعتبر أداة تشخيصية، وإنما يهدف تطبيقه إلى تحديد شدة الاضطراب كمياً، وكذلك تقييم الاستجابة لطرق العلاج (أبو هندي، 2003).

#### - بطارية لايتون للوسواس القهري:

تعد بطارية لايتون للوسواس القهري من أشهر الأدوات وأقدمها، وقد تم تقنينها على أسوياء ومصابين بالوسواس القهري، وتشير الدراسات بأنها تميز بشكل جيد بين المجموعتين، وهي تتكون من (99) فقرة، يتعلق (40) فقرة منها بأعراض الوسواس القهري، أما بقية الفقرات فتتعلق بخصائص الشخصية الوسواسية، وجميع الفقرات مطبوعة على بطاقات منفصلة، وعلى المفحوص أن يضع كل بطاقة في أحد صندوقين: أحدهما للإجابة (بنعم) والآخر (بلا)، ومن عيوب بطارية لايتون أنها تستغرق وقتاً طويلاً في تطبيقها، (ليندزاي، 2000) وتأتي الأربعون فقرة المتعلقة بأعراض الوسواس القهري تحت العناوين التالية: الأفكار الطارئة، القدرة والتلوث، والتحقق، والأشياء الخطرة، والنظام، والنظافة، ونظافة وترتيب المنزل، والتكرار، والنظام والروتين، والتردد، ويقظة الضمير المفرطة وعدم الرضا. أما الفقرات الأخرى التي تتعلق بخصائص الشخصية الوسواسية، فقد جاءت تحت عناوين: الإثارة، والبخل، وانحراف المزاج، والصحة، والجمود، والنظام، والدقة في المواعيد (أبو هندي، 2003).

#### - المقياس العربي للوسواس القهري (عبد الخالق، 1992):

استمدت فقرات هذا المقياس من مصدرين رئيسيين هما: المراجع المتخصصة (في علم النفس المرضي والطب النفسي) والتحليلات العملية للمقاييس المعروفة للوسواس القهري، وتم بناء المقياس أصلاً ليناسب البيئات العربية، وقد خضعت جميع فقراته للتحليلات العملية، كما أنه اتسم بمعايير ثبات وصدق تلازمي مرتفعين، وقد صيغت فقرات المقياس وعددها (32) فقرة بلغة عربية فصيحة، وتم تقسيمها إلى تسعة عوامل وهي بالترتيب: عامل عام للوسواس القهري، عامل المراجعة، عامل التدقيق والحسم، عامل التكرار والعد، عامل لوم الذات، والشك، والتردد، عامل السواء مقابل الوسواس، عامل البطء مقابل التحرر من الوسوسة، عامل الخواطر الملحة، عامل الاهتمام بالتفاصيل.

#### الدراسات السابقة:

أجرى بينيت وزملاؤه (Bennett, et al. (2015) دراسة حول نتائج العلاج السلوكي المعرفي للأطفال الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة إلى اضطراب التشنج مقارنة مع الأطفال المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط في المملكة المتحدة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تضم الأولى (29) طفلاً ومراهقاً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري واضطراب



التشنج، وتضم المجموعة الثانية (29) آخرين مطابقين بالجنس والعمر ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري فقط، واستمرت المتابعة فترة (3\_6) أشهر، حيث تلقى المشاركين برنامجاً في العلاج السلوكي المعرفي وتم تقييم النتائج باستخدام مقياس بييل براون للوسواس القهري.

وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاستجابة للعلاج، حيث ظهر انخفاض في أعراض الوسواس القهري لدى أفراد المجموعة الثانية من المصابين باضطراب الوسواس القهري فقط، وكانت معدلات الاستجابة مرتفعة بالمقارنة مع المجموعة الأولى ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري بالإضافة لاضطرابات التشنج، حيث كانت معدلات الاستجابة لديهم ضعيفة جداً وكانت استجاباتهم أقل بكثير من أفراد المجموعة الثانية.

أما الدراسة التي قام بها إيفارسون وزملاؤه (Ivarsson, et al. (2015) فقد هدفت إلى تحديد فاعلية العلاج باستخدام العقاقير مقابل العلاج المعرفي السلوكي في علاج الوسواس القهري، واستخدم الباحثون آلية تحليل المحتوى لـ (14) دراسة علمية تم اختيارها بطريقة عشوائية، واستخدم الباحثون طريقة كوكرين لإجراء المقارنات بين العلاج بالعقاقير الوهمية مقابل العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين من جهة والعلاج السلوكي المعرفي من جهة ثالثة، وتحديد حجم الأثر لكل طريقة.

وأشارت النتائج إلى أن العلاج باستخدام العقاقير المثبطة لامتصاص السيروتونين أكثر فاعلية من العلاج باستخدام العقاقير الوهمية، ولكن حجم الأثر كان قليلاً، كما أشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يتمتع بكفاءة عالية مقابل العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين. كما وأشارت النتائج أيضاً إلى أن استخدام العقاقير مع العلاج السلوكي المعرفي أكثر فاعلية من استخدام كل علاج بشكل منفرد، وأظهرت النتائج أخيراً أن الأفراد الذين فشل معهم العلاج بمثبطات امتصاص السيروتونين أظهروا تحسناً ملحوظاً بإضافة العلاج المعرفي السلوكي إلى علاجهم.

وجاءت الدراسة التجريبية التي قام بها ويلسون وزملاؤه (Wilson, et al. (2014) لتهدف إلى تحديد فاعلية نموذج التقليل من تصور الخطر لعلاج اضطراب الوسواس القهري، حيث تم تطبيق برنامج تقليل الخطر بصورة مكثفة على عينة مكونة من (33) فرداً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري في شمال كارولينا، وتم تقييم الحالات باستخدام عدة مقاييس للوسواس القهري وللقلق وللاكتئاب في ثلاث مراحل، الأولى قبل العلاج والثانية بعد العلاج أما التقييم في المرحلة الثالثة فقد تم تطبيقه بعد شهر واحد بهدف متابعة الحالات.

وقد أشارت النتائج إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر في خلال الانخفاض الكبير في تسعة مجالات من أصل عشرة تضمنها البرنامج، كما أشارت إلى استمرار أثر البرنامج في مرحلة المتابعة.

### منهجية الدراسة الطريقة والإجراءات

**منهج الدراسة:** اعتمدت الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي، وذلك بدراسة فاعلية برنامج ارشادي معرفي يسمى ببرنامج التقليل من تصور الخطر للحد من الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة القهرية، وإجراء قياسين قبلي وبعدي باستخدام مقياس بييل براون للوسواس القهري للتأكد من فاعلية البرنامج وآثاره العلاجية لاضطراب الوسواس القهري.

**أفراد الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (15) امرأة ممن يراجعن مستشفى الصحة النفسية في مدينة تبوك، ويعانين من اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة والاعتسال، تراوحت أعمارهن بين (25-45) سنة، ثلاثة منهن يعملن في الميدان التعليمي في حين أن (13) منهن غير عاملات، وبلغ عدد المتزوجات (7) نساء تراوحت أعداد ابناهن (2-4) أبناء، في حين كانت (8) منهن غير متزوجات، أما بالنسبة للحالة الاقتصادية فجميعهن ينتمين للطبقة ذات الدخل المتوسط. وقد تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة المتيسرة.

## أدوات الدراسة:

## أولاً: مقياس بيل براون للوسواس القهري:

من أجل قياس الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، تم استخدام مقياس بيل براون (Goodman, et al., 1989) للوسواس القهري، تكون المقياس بصورته الأولية من (10) فقرات بواقع بعدين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وخمسة مجالات لكل بعد وخمسة فقرات لكل مجال.

**صدق المقياس:** وللتحقق من صدق المقياس تم عرضه على (11) من المحكمين في تخصصات الإرشاد النفسي والقياس النفسي وعلم النفس في الجامعات الأردنية والجامعات السعودية للتأكد من صلاحية الفقرات ومناسبتها، وقد اتفق على فقرات المقياس 9 من المحكمين من حيث مدى ملاءمة الفقرات وارتباطها بالمجالات التي تنتمي إليها، وأوصى بعض المحكمين بإجراء بعض التعديلات تتعلق بإعادة صياغة ثلاث فقرات حتى يتضح المعنى المراد منها، وتوضيح أربع فقرات أشار المحكمون إلى أنها تحتاج إلى توضيح. وقد تكون المقياس بصورته النهائية من بعدين رئيسيين هما الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بواقع خمسة مجالات لكل بعد وخمسة فقرات لكل مجال بمجموع إجمالي (50) فقرة مناسبة لتقييم اضطراب الوسواس القهري والجدول (1) يوضح مجالات المقياس وأبعاده وعدد فقراته.

## جدول 1. الأبعاد والمجالات الرئيسية لمقياس بيل براون للوسواس القهري وعدد الفقرات

العدد الفقرات	الأفكار الوسواسية	البعد الأول
5	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	2
5	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية ( بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).	4
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية.	5
	<b>الأفعال القهرية</b>	<b>البعد الثاني</b>
5	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	1
5	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	2
5	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	3
5	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية ( بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	4
5	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.	5
50	المجموع	

1- تم التحقق من ثبات مقياس بيل براون للوسواس القهري في الدراسة الحالية باستخدام طريقة الاختبار وإعادة الاختبار ( Test-Retest ) بفواصل زمني قدره أسبوعان، حيث تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (15) فرداً ممن يعانون من الوسواس القهري من خارج عينة الدراسة الحالية، وبعد حساب معامل الارتباط بين التطبيقين بلغ معامل ثبات الدرجة الكلية (0.89)، مما يدعم إمكانية استخدامه في الدراسة الحالية. والجدول رقم (2) يوضح معاملات الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس:

## جدول 2. معاملات الثبات لمجالات مقياس بيل براون

الرقم	المجال	الثبات
1	مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية	0.92
2	مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	0.79
3	مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.	0.88
4	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية ( بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).	0.82
5	مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية.	0.83

0.75	مقدار الوقت الذي تمضيه في القيام بالأفعال القهرية.	6
0.83	مقدار التعارض الذي تحدته الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية.	7
0.85	مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية.	8
0.91	مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية ( بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)	9
0.78	مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية.	10
0.89	المقياس ككل	

### برنامج التقليل من تصور الخطر

أ: التعريف بالبرنامج: يعرف علاج خفض تفكير المريض بالتعرض للخطر (DIRT) (Danger Ideation Reduction Therapy) بأنه برنامج لعلاج اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة (كتكرار غسل الأيدي) وذلك من خلال خفض تفكير المريض بالمخاطر المتوقعة إذا امتنع عن ممارسة السلوك القهري الذي يعاني منه.

### ب: أهداف البرنامج:

يهدف برنامج التقليل من تصور الخطر بشكل عام إلى خفض اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة من خلال خفض عدد الأفكار الإيجابية، وتزويد المشاركات بمعلومات تصحيحية من خلال إعادة البناء المعرفي. وينبثق من هذا الهدف الأهداف الفرعية الآتية:

يتوقع بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تحقيق الأهداف الآتية:

- زيادة وعي المشاركات في البرنامج بالأفكار الإيجابية التي تسيطر على تفكيرهن.
- زيادة دافعية المشاركات في البرنامج نحو التخلص من المخاوف والتقليل من التوتر المصاحب لهذه الأفكار.
- زيادة قدرة المشاركات في البرنامج على التركيز من خلال تزويدهن بالإجراءات والإرشادات التي تساعدهن على تحويل انتباههن وبالتالي التقليل من عدد الأفكار الإيجابية.
- زيادة قدرة المشاركات في البرنامج على تحديد الأفكار غير العقلانية لديهن المتعلقة بالنظافة المبالغ فيها في أمور الحياة اليومية .

### ج: مكونات البرنامج:

يتكون البرنامج من ستة مقومات علاجية منفصلة ولكنها متكاملة تهدف إلى خفض عدد الأفكار القهرية لنتيح للمريض التغيير الناجح لأفكاره ومعتقداته المتعلقة بالمرض والتلوث. وهذه المقومات هي تركيز الانتباه، وإعادة البناء المعرفي، وتصحيح المعلومات، والتجارب الفحص المزدوجة، والمقابلات المصورة، واحتمالية حدوث كارثة.

### د: إجراءات تطبيق البرنامج:

تم استخدام برنامج التقليل من تصور الخطر في الدراسة الحالية وقد تكون البرنامج العلاجي بصورته النهائية من (14) جلسة تدريبية مدة كل جلسة ساعة ونصف والجدول رقم (3) يوضح مكونات الجلسات.

## جدول 3. مكونات برنامج التقليل من تصور الخطر

الجلسة	موضوع الجلسة	عدد اللقاءات
الأولى	تمهيد وتعارف	لقاء واحد
الثانية	التأمل في أعراض الوسواس القهري	لقاء واحد
الثالثة	تركيز الانتباه	لقاء واحد
الرابعة والخامسة	إعادة البناء المعرفي	لقاءين
السادسة والسابعة	تجارب الفحص المزدوجة	لقاءين
الثامنة والتاسعة	المعلومات التصحيحية	لقاءين
العاشر	المقابلات	لقاء واحد
الحادية عشرة والثانية عشرة	مقارنة احتمالية الكوارث	لقاءين
الثالثة عشرة والرابعة عشرة	الانتكاس في الوسواس القهري	لقاءين
المجموع		14 لقاء

وقد استمر تطبيق البرنامج بواقع جلستين في الأسبوع خلال شهرين، اعتباراً من يوم الأحد الموافق 1436/5/10 هـ وحتى يوم الخميس الموافق 1436/7/11 هـ في مستشفى الصحة النفسية في منطقة تيوك في المملكة العربية السعودية.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج الفرضية الأولى: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء تعزى إلى برنامج التقليل من تصور الخطر.

ولفحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفكار الوسواسية والجدول (4) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية

جدول 4. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الأفكار الوسواسية

## المتعلقة بالنظافة لدى أفراد العينة التجريبية

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأفكار الوسواسية القبلي	15	18.60	2.16
الأفكار الوسواسية البعدي	15	12.60	1.72

يبين الجدول (4) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي للأفكار الوسواسية ولمعرفة دلالة هذه الفروق تم إجراء الاختبار اللامعلمي ولكيكون للعينات المترابطة (Wilcoxon Ranks Test) والجدول رقم (5) يبين هذه النتائج:

## الجدول 5. نتائج اختبار ولكيكون Wilcoxon للعينات المترابطة بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الأفكار الوسواسية

العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة "ز"	مستوى الدلالة
Mean Rank	Sum of Ranks	Z	sig	
15	8.00	120.00	-3.438	.001
0	.00	.00		
0				
15				

يلاحظ من الجدول (5) أن متوسط الرتب الإيجابية بلغ (8) وهذا المتوسط ذو دلالة إحصائية، حيث بلغت قيمة (Z) - (3.438) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.01$ ) أي أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء

بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، ويبين الجدول أن الفروق كانت بدرجة أكبر للقياس القبلي وهذا يدل على أن البرنامج ساهم في انخفاض الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء، ولمعرفة حجم الأثر تم تطبيق المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{Z^2}{Z^2 + 4} \quad \text{مربع إيتا}$$

والجدول (6) يبين حجم أثر البرنامج التدريبي في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء.

**جدول 6. حجم التأثير للبرنامج الإرشادي في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء**

المقياس	قيمة Z	قيمة $Z^2$	$Z^2 + 4$	قيمة $\eta^2$
مقياس الأفكار الوسواسية	-3.438	11.82	15.82	0.747

يبين الجدول (6) أن قيمة مربع إيتا بلغت (0.747)، وهي قيمة تشير إلى حجم تأثير البرنامج الإرشادي، وتعني أن البرنامج كان له أثر بنسبة 74.7% في تقليل الأفكار الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى النساء.

**ثانياً: نتائج الفرضية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء تعزى إلى برنامج التقليل من تصور الخطر. ولفحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الأفعال القهرية والجدول (7) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية.

**جدول 7. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على الاختبار القبلي والبعدي على مقياس الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى أفراد العينة التجريبية**

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأفعال الوسواسية القبلي	15	18.80	2.145
الأفعال الوسواسية البعدي	15	12.40	2.063

يبين الجدول (7) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية بين القياس القبلي والقياس البعدي للأفعال القهرية ولمعرفة دلالة هذه الفروق تم إجراء الاختبار اللامعلمي ولكيكون للعينات المترابطة (Wilcoxon Ranks Test) والجدول رقم (8) يبين هذه النتائج:

**الجدول 8. نتائج اختبار ولكيكون Wilcoxon للعينات المترابطة بين القياسين القبلي والبعدي لمقياس الأفعال القهرية**

مستوى الدلالة sig	قيمة "ز" Z	مجموع الرتب Sum of Ranks	متوسط الرتب Mean Rank	العدد		
.001	-3.462	120.00	8.00	15	الرتب الإيجابية	الأفعال القهرية القبلي- البعدي
		.00	.00	0	الرتب السلبية	
				0	الارتباطات	
				15	الكلية	

يلاحظ من الجدول (8) أن متوسط الرتب الإيجابية بلغ (8) وهذا المتوسط ذو دلالة إحصائية، ويبين أن قيمة (Z) بلغت (-3.462) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha=0.01$ ) أي أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، يبين الجدول أن الفروق كانت بدرجة أكبر للقياس القبلي وهذا يدل على أن البرنامج ساهم في انخفاض الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء، ولمعرفة حجم الأثر تم تطبيق المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{Z^2}{Z^2 + 4} \quad \text{مربع إيتا}$$

والجدول (9) يبين حجم أثر البرنامج التدريبي في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء.

جدول 9. حجم التأثير للبرنامج التدريبي في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء

المقياس	قيمة Z	قيمة $Z^2$	$Z^2 + 4$	قيمة $\eta^2$
مقياس الأفعال القهرية	-3.462	11.985	15.985	0.749

يبين الجدول (9) أن قيمة مربع إيتا بلغت (0.749)، وهي قيمة تشير إلى حجم تأثير البرنامج الإرشادي، وتعني أن البرنامج كان له أثر بنسبة 74.9% في تقليل الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء.

ثالثاً: نتائج الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس الأفكار الوسواسية.

ولفحص الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي

وقياس المتابعة على مقياس الأفكار الوسواسية والجدول (10) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية.

جدول 10. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على الاختبار البعدي واختبار المتابعة على مقياس الأفكار

الوسواسية المتعلقة بالنظافة لدى أفراد العينة التجريبية

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأفكار الوسواسية البعدي	15	12.6	1.724
الأفكار الوسواسية المتابعة	15	12.4	1.549

يبين الجدول (10) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية بين القياس البعدي وقياس المتابعة للأفكار الوسواسية ولمعرفة

دلالة هذه الفروق تم إجراء الاختبار اللامعلمي ولكيكون للعينات المترابطة (Wilcoxon Ranks Test) والجدول رقم (11) يبين هذه النتائج:

الجدول 11. نتائج اختبار ولكيكون Wilcoxon للعينات المترابطة بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة لمقياس الأفكار

الوسواسية

مستوى الدلالة sig	قيمة "ز" Z	مجموع الرتب Sum of Ranks	متوسط الرتب Mean Rank	العدد	
.180	-1.342	3.00	1.50	2	الرتب الايجابية
		.00	.00	0	الرتب السلبية
				13	الارتباطات
				15	الكلية
					الأفكار الوسواسية بعدي - متابعة

يلاحظ من الجدول (11) أن متوسط الرتب الإيجابية للأفكار الوسواسية بلغ (1.5) وقيمة (Z) بلغت (-1.342) وهي قيمة

غير دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha = 0.05$ ) أي أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة.

رابعاً: نتائج الفرضية الرابعة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ) بين متوسطات أداء أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمتابعة على مقياس الأفعال القهرية.

ولفحص الفرضية الرابعة تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس

البعدي وقياس المتابعة على مقياس الأفعال القهرية والجدول (12) يبين هذه المتوسطات والانحرافات المعيارية.

## جدول 12. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات على الاختبار البعدي واختبار المتابعة على مقياس الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى أفراد العينة التجريبية

الاختبار	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأفعال القهرية - البعدي	15	12.4	2.063
الأفعال القهرية - المتابعة	15	12.2	2.007

يبين الجدول (12) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية بين القياس البعدي وقياس المتابعة للأفعال القهرية ولمعرفة دلالة هذه الفروق تم إجراء الاختبار اللامعلمي وليكسون للعينات المترابطة (Wilcoxon Ranks Test) والجدول رقم (13) يبين هذه النتائج:

## الجدول 13. نتائج اختبار وليكسون Wilcoxon للعينات المترابطة بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة لمقياس الأفعال القهرية

مستوى الدلالة sig	قيمة "ز" Z	مجموع الرتب Sum of Ranks	متوسط الرتب Mean Rank	العدد		
.083	-1.732	6.00	2.00	3	الرتب الإيجابية	الأفعال القهرية بعدي-متابعة
		.00	.00	0	الرتب السلبية	
				12	الارتباطات	
				15	الكلية	

يلاحظ من الجدول (13) أن متوسط الرتب الإيجابية للأفعال القهرية بلغ (3) وقيمة (Z) بلغت (-1.732) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى  $(\alpha = 0.05)$  أي أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفعال القهرية لدى العينة التجريبية بين الاختبار البعدي واختبار المتابعة.

## مناقشة النتائج والتوصيات

**مناقشة فرضيتي الدراسة الأولى والثانية:** أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى والفرضية الثانية إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار الوسواسية لدى النساء بين الاختبار القبلي والاختبار البعدي، وأن الفروق كانت بدرجة أكبر للقياس القبلي وهذا يدل على أن البرنامج الإرشادي ساهم في خفض الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى النساء. ويمكن عزو هذه النتيجة إلى ملاءمة برنامج التقليل من تصور الخطر ومناسبة إجراءاته، وطبيعة استراتيجياته وملاءمة أنشطته التي هدفت في الأصل إلى التقليل من أعراض الوسواس القهري بناء على معطيات واستراتيجيات المدرسة المعرفية السلوكية، من هنا فقد ساعدت الأنشطة الإرشادية العينة التجريبية من النساء المشاركات في البرنامج الإرشادي على التعامل مع المواقف الحياتية بصورة طبيعية، وزادت من إدراكهن للتغيرات التي طرأت على تفكيرهن وسلوكياتهن، وكيفية انعكاس ذلك إيجابياً على مفهوم الذات لديهن وتقديرهن لذواتهن، مما ساهم بشكل مباشر في تحقيق الهدف العلاجي للدراسة. وقد لاحظت الباحثة أن النساء المشاركات في البرنامج الإرشادي قمن بتطبيق بعض الأنشطة التي تم التدريب عليها أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي إلى المواقف الحياتية الطبيعية في المنزل، وقد عبرن بشكل صريح عن استفادتهن من هذه الأنشطة خارج الجلسات مثل استخدام استراتيجية الاسترخاء عند الشعور بالقلق واستيعابهن للأفكار الدخيلة وتحديدها ومن ثم محاولة التخلص منها بطرق عدة، وإشغال أوقات الفراغ لديهن بأعمال مفيدة، وقد أصبحن أكثر تفاعلاً داخل الجلسات الإرشادية بعد ثلاثة أسابيع من بدء البرنامج، مما يشير إلى أنهن بدأت يشعرن بفائدة البرنامج وأثره الإيجابي في التقليل من أعراض الوسواس القهري الذي لازم بعضهن لسنوات عدة، الأمر الذي سهل من مهمة الباحثة في تطبيق البرنامج في الأسابيع الأخيرة. تتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من ويلسون وزملائه (Wilson, et al. (2014 التي أشارت نتائجها إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر من خلال الانخفاض الكبير في تسعة مجالات من أصل عشرة تضمنها البرنامج، كما وافقت مع نتائج دراسة

دروموند وكولب (2008) Drummond and Kolb، التي أشارت إلى فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر، وأظهرت نتائجها تحسناً ملحوظاً في أعراض اضطراب الوسواس القهري.

**مناقشة نتائج فرضيتي الدراسة الثالثة والرابعة:** أشارت النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والفرضية الرابعة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أداء المجموعة التجريبية البعدي والأداء في مرحلة المتابعة (بعد شهر) على مقياس الأفكار الوسواسية ومقياس الأفعال القهرية المتعلقة بالنظافة لدى أفراد العينة التجريبية. وهذه النتائج تعني أن فعالية البرنامج الإرشادي امتدت إلى ما بعد مرحلة التطبيق، فالمكاسب التي تم تحقيقها من برنامج التقليل من تصور الخطر استمرت إلى مرحلة المتابعة بعد مرحلة العلاج، كما ويمكن عزو هذه النتيجة إلى الشغف الذي سيطر على المشاركات في محاولتهن للتخلص من المرض وأعراضه، فقد عملن جاهدات على عدم الرجوع أو الاستسلام مرة أخرى للحالة المرضية التي سيطرت على بعضهن لسنوات عدة. عموماً فإن تقييم مرحلة المتابعة أكد على فاعلية برنامج التقليل من تصور الخطر الذي تم تطبيقه، وأكد على استمرارية الآثار العلاجية لهذا البرنامج وهذه النتيجة تتفق مع النتيجة التي توصلت إليها الدراسة التجريبية التي قام بها ويلسون وزملاؤه (2014) Wilson, et al. والتي أشارت نتائجها إلى استمرار أثر برنامج التقليل من تصور الخطر (DIRT) في مرحلة المتابعة.

#### الاقتراحات والتوصيات:

أولاً: ضرورة العمل على توعية معلمي ومعلمات التعليم العام في المدارس من خلال دورات قصيرة ونشرات خاصة حول الوسواس القهري وطرق اكتشافه وآثاره السلبية على العلاقات الاجتماعية بين الطلبة.

ثانياً: تطبيق برامج التقليل من تصور الخطر على الأشكال الأخرى من الوسواس القهري مثل الوسواس القهري المتعلق بالحرص، بالشك....

ثالثاً: تطبيق برامج التقليل من تصور الخطر في مستشفى الصحة النفسية على عينة من الذكور.

#### المراجع

##### أولاً: المراجع العربية

- إبراهيم، محمد عبد الله (2004). إعداد صيغة موضوعية للإجابة عن اختبار تفهم الموضوع الإسقاطي، أطروحة دكتوراه غير منشورة. جامعة بغداد، بغداد.
- أبو هندي، وائل (2003) الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، الطبعة الأولى، المجلس الوطني للثقافة والفنون الآداب، عالم المعرفة، العدد (293)، الكويت.
- الأغا، بشار (2009) دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- بشرى، صمويل، وعبد الظاهر، عبد الله محمد (2009) اضطراب الوسواس القهري - دراسة حالة، مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، مجلد (19) العدد (3) ص.ص 275-318.
- البناني، أروى فيصل (2010) التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- جبل، فوزي محمد (2002) محاضرات في الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مصر: المكتبة الجامعية.
- الخطيب، جمال (1994) تعديل السلوك الانساني : دليل العاملين في المجالات التربوية والنفسية، الطبعة الثالثة، الكويت: مكتبة الفلاح.
- سالم، محمد شريف (2008) الوسواس القهري، دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، الخامسة، القاهرة، دار العقيدة.



- عبد الخالق، أحمد محمد (1992) **المقياس العربي للوسواس القهري**، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- القائمي، علي (1996) **الوسواس والهواجس النفسية**، بيروت، دار النبلاء.
- ليندزاي، بول (2000) **مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين**، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
- محمد، محمد جاسم (2004) **مشكلات الصحة النفسية**، الطبعة الأولى، عمان، دار الثقافة.
- مقادي، يوسف (2008) **فاعلية برنامج ارشادي جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت**، مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثاني.
- يوسف، جمعة سيد (2001) **النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية**، القاهرة، دار غريب.
- ثانياً: المراجع الاجنبية:

- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D (2009). Obsessive-compulsive disorder. **The Lancet**, Volume 374, Issue 9688, 8–14, p.p 491–499.
- AL- Sabaie, Abdullah, Abdu Rahim, Fathelaleem, AL-Hamad, Abdul-Razzak (1992) Obsessive Compulsive Disorder: Annals of . **Saudi Medicine**, Volume 12., Number 6.pp 558-561.
- American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- BBC Science and Nature (2002) **Human Body and Mind. Causes of OCD**. Bbc.co.uk. 2002-10-01. Retrieved 2013-11-29.
- Bennett, Sophie; Stark, Daniel; Shafran, Roz; Heyman, Isobel; Krebs, Georgina (2015) Evaluation of cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder in the context of tic disorders, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, Available online 14 March 2015, In Press.
- Calley, G. (2009). Comprehensive program development in mental health counseling: Design, implementation, and evaluation. **Journal of Mental Health Counseling**. 31(1).
- Drummond, L., & Kolb, P. (2008), obsessive-compulsive contamination fears and anorexia nervosa: The application of the new psycho- educational treatment of danger ideation reduction Therapy (DIRT). **Behaviour Change**, 25 , (1) , 44–50
- Fenske, JN, Schwenk, TL (2009). "Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management". **Am Fam Physician** 80 (3): 239–45.
- Goodman W.K, Price L.H, Rasmussen S.A, et al.(1989) The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. **Arch Gen Psychiatry**;46:1006–1011.
- Greisberg, S. (2005) **Neuropsychological Functioning of Children with Obsessive-Compulsive Disorder**. DAI-B 66/03, p.1719, Sep.
- Herson, M., & Sledge, W. (2002). **Encyclopedia of Psychotherapy**. Elsevier Science.
- Ivarsson, Tord; Skarphedinsson, Gudmundur; Kornor, Hege; Axelsdottir, Brynhildur; Biedilae, Solvi; Heyman, Isobel; Asbahr, Fernando; Thomsen, Per Hove; Fineberg, Naomi; March, John (2015) The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis, **Psychiatry Research**, Volume 227, Issue 1, pp 93–103.
- Jones, Mairwen K. & Menzies, Ross G. (1997a). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. **Behaviour Research and Therapy**, 35, 843–850
- Jones, Mairwen K. & Menzies, Ross G. (1997b). Danger Ideation Reduction Therapy (DIRT): preliminary findings with three obsessive-compulsive washers. **Behaviour Research and Therapy**, 35, 955-960
- Keller, M. (2000). A Comparison of Nefazodone, the Psychotherapy, and Their Combination for the Treatment of Chronic Depression. **New England Journal of Medicine**, 342, 1422-1470.

- Nestadt G, Samuels J, Riddle M, Bienvenu OJ 3rd, Liang KY, LaBuda M, Walkup J, Grados M, Hoehn-Saric R, (2000) family study of obsessive-compulsive disorder, **Archive of General Psychiatry**, 57(4):358-63, April 2000.
- National Institute of Mental Health, (2003) News release, Mutant gene linked to obsessive compulsive disorder, National Institute of Mental Health (NIMH), 23 October 2003. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2003/mutant-gene-linked-to-obsessive-compulsive-disorder.shtml>
- Rasmussen SA, Eisen JL.(1998) **Epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder**. 3rd ed. Mosby; Boston.
- Takafumi, Y., Chiakitaga, Y., Matsumoto, K. (2005). **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 59(5), 533
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Hamlin, C., Foa, E. B., & Synodi, D. S. (2002). Attributions for thought suppression failure in obsessive-compulsive disorder, **Cognitive Therapy Research**, 26 (4), 505-517
- Wilson, Reid; Neziroglu, Fugen; Feinstein, Brian A.; Ginsberg, Rachel (2014) A new model for the initiation of treatment for obsessive-compulsive disorder: An exploratory study, **Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders**, Volume 3, Issue 4, Pages 332–337.