IUGJEPS
Vol 25, No 2, 2017, pp 167 -185 ISSN 2410-3152

تاريخ الإرسال (2016-09-05)، تاريخ قبول النشر (2016-10-29)

# إعداد مقياس للوسواس القهري على البيئة الأردنية

د. نائل محمد عبد الرحمن أخرس [1]،*

أستاذ مشارك، قسم التربية الخاصة، كلية التربية، جامعة الجوف، السعودية

* البريد الالكتروني للباحث المرسل:
E-mail address naelakhras@yahoo.com

**الملخص:**

هدفت الدراسة الحالية إلى إعداد مقياس للوسواس القهري على البيئة الأردنية، ولتحقيق ذلك، تم اختيار عينتين، سوية من (200) فرد، نصفهم من الإناث، بمتوسط عمري (37.6) وانحراف معياري (6.4) سنة، وإكلينيكية من (200) فرد، من المراجعين للمركز الوطني للصحة النفسية في الأردن، والمشخصين بالوسواس القهري من غير المقيمين بالمستشفى، نصفهم من الإناث، بمتوسط عمري (35.9) وانحراف معياري (7.1) سنة، وبينت النتائج وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات كل من المجموعة السوية والمجموعة الإكلينيكية في مقياس الوسواس القهري، لصالح العينة الإكلينيكية، ووجود فرق دال إحصائياً بين متوسطي درجات كل من ذكور وإناث المجموعة الإكلينيكية لصالح الذكور، ولم تكن هناك فروق دالة بين متوسطي درجات كل من ذكور وإناث المجموعة السوية، وقد تم الوصول لدرجات تائية لمقياس الوسواس القهري.

أنظار المسؤولين والمعلمين إلى ضرورة تضمين نظريات واستراتيجيات التعلم المستند إلى الدماغ في المناهج الدراسية لجميع الطلبة، وبالأخص ذوو الاحتياجات الخاصة.

**كلمات مفتاحية:** الوسواس القهري، المجموعة السوية، المجموعة الإكلينيكية، إعداد، مقياس.

## *Preparation obsessive-compulsive disorder measure on the Jordan Environment*

**Abstract**

The study aimed at preparation obsessive-compulsive measure on the Jordanian environment. To achieve this, two samples were selected, normal group, consisted of (200) individuals, half of whom were female, with an average age (37.6) and standard deviation (6.4) years, and clinical group, consisted of (200) patients from the National Center for mental Health in Jordan, diagnosed with obsessive-compulsive disorder from non-residents at the hospital, half of them female, with an average age (35.9) and standard deviation (7.1) years. the results showed that the presence of a statistically significant difference between the mean scores of each of the normal group and the clinical group in obsessive-compulsive measure, for the benefit of the clinical sample, and the presence of a statistically significant difference between the mean scores of both male and female clinical group in favor of males, and there were no significant differences between the mean scores of both male and female normal group, and it has been accessible to T score for obsessive-compulsive measure.

**Keywords : obsessive-compulsive, normal group, clinical group, Preparation, measure.**

**تقديم:**

يعتبر انتشار الوسواس القهري مصدرًا للجدل والخلاف في الأدبيات ذات الصلة، فحتى الثمانينات كان يعتقد بأنه اضطراب نادر الحدوث بدرجة كبيرة (1 كل 2000) فرد؛ غير أن الأمر لم يعد كذلك؛ فبينما كانت النسبة في مصر عام 1968 تقدر 2.6)٪(، فقد تجاوزت النسبة 3)٪( ما بين عامي (1993–1996)، وكانت الأعراض أكثر انتشارًا بين الأصغر سنًا وبين الإناث (Okasha et al., 2001:8)، كما بلغت نسبة الانتشار بإيران عام (2004) (1.8٪) معظمهم يتواجد في تاريخهم الأسري إصابات باضطراب الوسواس القهري (Mohammadi et al., 2004)، ووصلت النسبة في استراليا إلى (6٪) (Crino, Slade, & Andrews, 2005 )، وقدرت نسبة انتشاره في الولايات المتحدة (2.5٪) (Hyman & Pedrick, 2005) وأصبح يحتل منذ العقد الماضي المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بين الاضطرابات النفسية (هولاند، 2005م)، ومما يزيد من خطورة هذا الاضطراب أنه عادة ما يبدأ ظهوره في سن المراهقة، وقد تظهر أعراضه مبكرة لدى الذكور عنه لدى الإناث؛ حيث لوحظ أن نسبة (50٪) من المرضى بدأت الأعراض لديهم قبل سن الرابعة والعشرين، وأن (80٪) منهم ظهر لديهم قبل سن الخامسة والثلاثين، وأن (50– 70٪) منهم تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب أو شدة (توفيق، 2000م)، بينما يرى قولي (2006م) أن أعراض الوسواس تظهر قبل سن الخامسة والعشرين، ويصيب الرجال والنساء بالتساوي، ومع احتلال هذا الاضطراب المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بين الاضطرابات النفسية، يظهر لنا أهمية قياسه وتقديره، ونظرًا لقلة المقاييس العربية عامة والأردنية خاصة في هذا المجال، فقد جاءت الدراسة الحالية بهدف إعداد مقياس للوسواس القهري مناسب للبيئة الأردنية، وصولًا لمعايير محددة، وثبات وصدق مقبولين.

**مشكلة الدراسة:**

يعتبر قياس وتشخيص الوسواس القهري أمرًا مهمًا للممارسات العيادية والعلاجية في ضوء زيادة معدلات انتشاره؛ حيث أشار الشربيني ( 2011م) أن نسبة انتشاره تقدر ما بين (1٪) إلى (4٪)، يعاني (80٪) منهم من الوسواس والقهر معًا، و يعاني (20٪) منهم من الوسواس أو القهر على حدة، وحيث أن مقاييس الوسواس القهري عربيًا قليلة مقارنة بمقاييس الشخصية، والقلق والاكتئاب (مؤمن، وأبو هندي، 2006م)، برزت مشكلة الدراسة الحالية في إعداد مقياس للوسواس القهري مناسبًا للبيئة الأردنية.

**أهمية الدراسة :**

تبرز أهمية الدراسة الحالية من الجانب النظري بتوفيرها مراجعات حديثة للمفهوم، والتيسير على الباحثين للقيام بدراسات حول هذا الاضطراب، وكذلك بأصالتها بقلة عدد الدراسات العربية التي تبحث في إعداد مقياس للوسواس القهري باستخدام عينات إكلينيكية، فكثير من المقاييس المتوفرة غير مناسبة، فالمقاييس الغربية الكثير منها صدقه غير مناسب كبطارية الوسواس القهري، وبعضها لا يميز بين السمات الوسواسية والأعراض الوسواسية، مع تركيزها على السمات أكثر من الأعراض، كقائمة لايتون، والتي لا يمكن تطبيقها جماعيًا، كما أنها مشبعة بالثقافة الغربية إلى حد كبير، وبعضها الأخر لا بد أن يقوم بتطبيقه إكلينيكي متخصص كمقياس يل – براون، أما المقياس العربي للوسواس القهري فقد صمم من خلال التحليل العاملي لبعض قوائم الوسواس القهري الأجنبية، كما أن فقراته تجمع بين السمات الوسواسية والأعراض الوسواسية، كما لم تتضمن عينات التقنيين مرضى الوسواس القهري، أضف إلى إن جميع تلك المقاييس تعتمد على الدرجات الخام وليست على الدرجات التائية، ومن ثم يتضح لنا أن هناك حاجة ماسة لإعداد مقياس يتميز بصدق وثبات مقبولين، مع تضمين عينات التقنين مرضى الوسواس القهري، وهذا ما تسعى الدراسة الحالية لتحقيقه.

كما تبرز أهميتها من الجانب العملي والتطبيقي بما توفره نتائج الدراسة من فهم أوسع للوسواس القهري، حيث انه مفهوم له ارتباط قوي بمخرجات الصحة النفسية، وكذلك تزويد العاملين بالمجال بمقياس حديث للوسواس القهري، وتبرز تلك الأهمية بشكل واضح في الاعتماد في إعداد هذا المقياس على التفريق بين عينات مرضية وعينات سوية، مما يساهم في تشخيص أدق لهذا الاضطراب.

**الإطار النظري:**

سوف يتناول الباحث في الإطار النظري ما يلي:

**الوسواس القهري:**

يرجع البعض الوسواس القهري إلى القدماء المصريين؛ حينما تم وصفه لدى الفراعنة في أوراق البردي، حيث كان الكاهن المصري القديم "نخت" يكتب رسائل إلى ابنه يَعُدُّ ويحصر فيها كل شيء حتى حبات القمح والشعير التي تنتجها حقوله، كما نجد ذكره في الأدب الإنجليزي حيث كانت السيدة "ماكبث" بطلة مسرحية شكسبير في القرن السابع عشر تعاني من بعض الأفعال القهرية كغسيل اليدين باستمرار لشعورها بالذنب بعدما قتلت الملك "دنكان" ( عبد الخالق، 2002م، أ)، غير أن أول من وصفه وصفًا دقيقًا إسكيرول Esqiurol عام 1838، ثم استخدم الطبيب الفرنسي موريل Morel مصطلح الاستحواذ Obsession، وأشار الطبيب الألماني كريبلين إليه باللغة الألمانية بمصطلح عصاب القسر Zwansneurose، ثم تُرجم المصطلح للإنجليزية ليعني الوسواس Obsession في الترجمات البريطانية، والقسر أو القهر Compulsion في الترجمات الأمريكية، ثم أصبح يعرف باضطراب الوسواس القهري Obsessive- Compulsive Disorder، وأُعتبر في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول للاضطرابات النفسية ضمن اضطرابات العصاب النفسي، وبقي الأمر كذلك في الدليل الثاني، أما في الدليل الثالث فقد أصبح الوسواس القهري أحد التصنيفات الفرعية المندرجة تحت فئة اضطرابات القلق، واستمر الأمر ذاته في الدليلين الرابع والخامس (أخرس، 2014م).

يعرف الوسواس Obsession لغة: بأنه حديث النفس، فيقال وسوست إليه نفسه ووسوسة ووِسواسًا (بكسر الواو)، أما الوَسواس (بفتح الواو) فهو الاسم من (وس) أو وسوس، وفي القاموس المحيط فإن وسواس تقال لصوت الحُلى، وهي أيضًا اسم الشيطان الرجيم، والوسوسة هي حديث النفس والشيطان بما لا نفع فيه ولا خير (الفيروز آبادي، 2008م). ووصف كرايبلين Kraeplin الوسواس القهري تحت لفظ ( Zwange) وأشار أنه يعني باللغة الألمانية القهر والإلزام والجبر (Compulsion Constaitforce) وهي ترجع للأصل اللاتيني (Complellere) وتعني الحصر (Obsession) وتشير إلى وجود أفكار لدى المريض تلزمه على التفكير بها.

استطاع فرويد فيما بين عامي (1894-1895) أن يعزل تصنيفًا عصابيًا بجانب الهستيريا، هو الوسواس القهري Obsessive Compulsive، وفي الوقت الذي كان يدرج ضمن أعراض الانحلال العقلي، أصبح يندرج ضمن التصنيفات الفرعية لاضطرابات القلق، ويشمل ظهور أفكار أو صور أو دوافع في ذهن الفرد بشكل متكرر رغمًا عن إرادته فيحاول إبعادها، مما يؤدي إلى تكرار أعمال معينة بصورة قهرية (Nasayuki, Masahio, & Yashio, 2003)، واعتبرته منظمة الصحة العالمية (NIH, 2003) معاناة من تواتر أفكار غير مرغوب فيها، (الوسواس)، أو طقوس (القهر)، مع الشعور بعدم القدرة على التحكم فيها، فيؤديها الفرد على أمل منع الأفكار الوسواسية، أو دفعها بعيدًا عنه، وتخفيف القلق، غير أن تلك الطقوس لا تدفع الوسواس، وقد تستولي عليه طيلة حياته، ويرتد الاضطراب ليصبح مزمنًا.

عرف غانم (2004م) الوسواس القهري بأنه عبارة عن فكرة تراود الشخص وتعاوده وتلازمه دون أن يستطيع طردها أو التخلص منها بالرغم من شعوره بغرابتها وعدم واقعيتها، ويبذل كل جهده لطردها ولكنه لا يستطيع، ويرى أن الفعل القهري هو قيام المريض بأفعال حركية روتينية ليس لها أي فائدة أو معنى منطقي، كما عرفه ليندزاي وبول (Lindasy & Powell, 2004) بأنه فكرة أو عاطفة مقتحمة أو صور ذهنية واندفاعات أو مزيج منها غير مرغوب فيها داخلية المنشأ تفرض نفسها تلقائيًا على الشعور وتتسم بالتكرار، لا يفلح المرء في التخلص منها، وعرفه مبيض (2006م) بأنه أفكار وخواطر تتكرر على ذهن الفرد رغمًا عنه مع علمه بأنها أفكار سخيفة لا منطقية تستمر في غزو ذهنه مما يسبب له الإزعاج الشديد، وعرفه الخالدي (2009م) بأنه أفكار أو اندفاعات قهرية تقتحم المجال الشعوري للفرد وتكون غير مرغوب فيها من قبله، فتعكر مزاجه، وتثير فيه القلق، وتعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه عبارة عن أفكار، ودوافع، أو صور مستمرة يتم معايشتها على أنها اقتحامية غير مناسبة تسبب قلقًا أو توترًا ملحوظًا، ومتناقضة مع الأنا بحيث يشعر الفرد بأن محتوى الوساوس غريبًا وليس من الأفكار التي يتوقع أن تكون لديه، مع معرفته أنه نتيجة العمليات العقلية لديه، ولم يأتي من الخارج (بشري، وعبد الظاهر، 2009م).

ويمكن ملاحظة أن تعريفات اضطراب الوسواس القهري تشترك في عدة نقاط منها: إن اضطراب الوسواس القهري عبارة عن أفكار أو

أفعال ملحة، يشعر المريض فيها أن الفكرة تفرض نفسها عليه، وتنشأ من رأسه وليست من الخارج، مع يقينه بتفاهة الفكرة الملحة وعدم صحتها، ومقاومته لها بشكل مستمر وفشله في ذلك، كما تستغرق الفكرة وقتًا طويلًا وتعيق الأداء اليومي للفرد.

يعاني المصاب باضطراب الوسواس القهري من أفكار تسلطية وأفعال قهرية يعي بأنها غير صحيحة لا يستطيع منع نفسه لا من التفكير فيها ولا من القيام بها، غير أنه لا ينفصل عن الواقع الذي يعيش فيه، ولا يعتنق أفكارًا منافية للحقيقة، ولذلك كان يصنف ضمن الاضطرابات العصابية، غير أن بعض المرضى يظهر نوعًا من القناعة بصحة أفكاره، وبالتالي يقترب من اضطراب الذهان، إضافة إلى أن بعض حالات الوسواس القهري تتحول إلى أمراض ذهانية، وبعضها يكون عملية دفاعية ضد الذهان؛ فإذا عولج الوسواس القهري وشفي تمامًا يبدأ المريض في المعاناة من أعراض ذهانية شبه فصامية، وإذا عولج من الذهان يعود يشكو من الوسواس القهري، ولذلك نجد أن كل من البرت فورجيوني Albarit Foorjweni وريتشارد سيرويت Rittsharid Sierweet ودانيال بيج Danewaal Bieg أشاروا بأن نظرية التحليل النفسي تعتبر الأفراد ذوي الوسواس القهري على شفا الذهان ( ألبرت، فورجيوني، ريتشارد، ودانيال، 2005م)، وللخروج من تلك الازدواجية أصبح يصنف اضطراب الوسواس القهري ضمن اضطرابات القلق؛ إذ إن القلق موجود بشكل دائم وجوهري فيه، يحدث بسبب الفكرة التسلطية وتتزايد حدته مع زيادة إلحاح الفكرة، كما يسبق القلق الرغبة في أداء العمل القهري وتخف حدته بأداء الفعل، ومن ثم يعود من جديد ( أبو هندي، 2007م)، وهذا ما أعتمد في الدليل الإحصائي للتشخيص الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (سيد، والمغيربي، 2005م).

تتضمن أعراض الوسواس القهري قسمين، أولها: الوساوس الفكرية: وهي أفكار ونزعات تتطفل على العقل وتتكرر ويشعر المريض بأنها خارجة عن سيطرته، وبأنها خرافات أو تفاهات، ويتمنى مغادرتها، ويرافق ذلك قلق وعدم ارتياح (عبد الحميد، 2007م)، ومن أمثلتها: الاجترار الوسواسي، وهو التفكير بمجموعة من الأفكار المتعلقة بموضوع معين لا يستطيع المريض التوقف عنه، واستحواذ فكرة الوسخ والتنجيس، كالخوف المبالغ فيه من الجراثيم وكراهية الاخراجات الشخصية، أو الاهتمام الزائد بالطهارة، والأفكار الدينية المستحوذة، كالخوف الزائد من ارتكاب الذنوب، والأفكار التطايرية، كالاعتقاد بأن بعض الألوان أو الأرقام محظوظ، والأفكار المتسلطة، كالرغبة العدوانية في إيذاء الآخرين (الخالدي، 2009م)، وثانيها: الأفعال القهرية أو الوساوس المتعلقة بعادات الفرد وسلوكاته، ومنها: التكرار القسري، كالتأكد مرارًا من إغلاق الأبواب، والنظام القسري، كترتيب الأشياء بشكل معين والقلق عند تغيره، والأفعال القسرية المناهضة للمجتمع، كالسرقة القسرية ( الكحمي، حمام، ومصطفى، 2003م). بينما يرى أبو هندي (2007م) أن الوساوس القهرية تشمل كل من: الأفكار Ideas، وهي أفكار سخيفة يصفها المريض وكأنها قوى معاكسة داخلية تزعجه، وتتعلق بالدين أو الجنس، واجترار الأفكار (Rumination) وهي فكرة مسيطرة تجر وراءها مجموعات من الأفكار في شكل أسئلة لا نهاية لها، والصور (Image)، وهي صورة متخيلة مستمرة ومداومة لبعض الأحداث التي مرت بالفرد أو تخيلها مؤخرًا، فتسيطر الصورة بدلًا عن الفكرة، كصورة مريضة ترى رضيعها ينجرف مع ماء السيفون كلما دخلت الحمام، والاندفاعات (Impulses)، كتفكير فرد بالاعتداء جنسيًا على ابنته، على الرغم من أنه قد لا ينفذ ذلك، والمخاوف (Phobias)، وهي مخاوف قهرية، لا يستطيع الفرد مقاومتها، ترتبط بالاندفاعات وخشية المريض أن ينفذها، والأفعال القهرية (Compulsive Act) وهي الأكثر شيوعًا، كالرغبة القهرية بغسل الأيدي، والتأكد من غلق الأبواب.

ويرى أبو هندي (2003م) أنه عند تشخيص الوسواس القهري يجب توافر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدرًا للإزعاج، وأن يدرك المريض أنها أفكاره، وأن تكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، ويجب ألا يكون تنفيذ الفعل أو الفكرة مصدرًا للمتعة بحد ذاته، وأن تكون الأفكار أو الصور أو الدوافع متكررة بشكل مزعج ، وتتلخص المحكات التشخيصية لاضطراب الوساوس القهري في أربع محكات، هي: أفكار أو صور متخيلة تسبب القلق والضيق الملحوظ، ولا تعد انزعاجا من مشكلات واقعية في الحياة، ويحاول الفرد تجاهلها أو قمعها، ويدرك الفرد أنها ناتجة عن عقله الشخصي، وليست مفروضة عليه من الخارج، أما

الأفعال القهرية فلها جانبان: السلوك المتكرر، الذي يشعر الفرد فيه بأنه مجبر على القيام به، كغسل اليدين، والسلوكات، أو الأفعال العقلية التي تهدف إلى التقليل من حالة الكرب، أو الضيق والتي لا ترتبط بأسباب واقعية. ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية أن الطقوس القهرية تظهر إذا تسببت في ضيق وكرب واضحين، واستغراقها أكثر من ساعة واحدة يوميًا، وتأثيرها في حسن قيام الفرد بوظائفه المهنية والاجتماعية السوية وتؤثر فيها (أخرس، 2014م).

ومن المفيد التفريق بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية، إذ يعد اضطراب الشخصية الوسواسية نوعا من أنواع اضطرابات الشخصية ويشير المصطلح إلى نمط عام من الشخصية، ينشغل الشخص فيها بالترتيب والإتقان والسيطرة في العلاقات الشخصية، وينظر صاحبها إلى ما يقوم به من تدقيق وحب للتفاصيل بالفخر وبتوقير الذات وتقديرها، بينما ينظر الأشخاص المصابون باضطراب الوسواس القهري لذلك ببغيضة واشمئزاز، وغير مرغوبية (عبد الخالق، 2002م، أ). كما يمكن التفريق بين الضلالات والوساوس، في أن مرضى الوسواس يشعرون بالثنائية الوجدانية نحو أفكارهم، فعلى الرغم من إدراكهم لمدى سفاهة أفكارهم، إلا أنهم في نفس الوقت ينشغلون بها، كما أنهم يحاولون مقاومة أفكارهم الوسواسوية باستماتة، في حين لا يفعل ذلك المرضى الهذائيون (Sanders, Whitty, Murray, & Devitt,2006)، كما أن مرضى الوسواس لا يفقدون علاقتهم بالواقع ولا تتبلد مشاعره، كما يفعل المرضى الهذائيون (أبو هندي ، 2003م).

لقد ظهرت محاولات عديدة لقياس الوسواس القهري، ومنها: قائمة لايتون الوسواسية Leyton Obsessional Inventory LOI ، التي وضعها كوبر (Cooper,1970)، وتعد أول قائمة شاملة، تقيس اضطراب لوسواس القهري، وتشمل (69) فقرة، صممت لفحص ربات البيوت الراغبات في تحقيق الكمال، وتشخيص الأعراض الوسواسية، والسمات الشخصية الوسواسية، وكذلك قائمة مودسلي للوسواس القهري Maudsly Obsessive Compulsive Inventory MOCI والتي صممها هودجسون، وريكمان ( Hodgson & Rachman, 1977)، وتشمل (30) فقرة يجاب عنها بصيغة "صواب – خطأ"، وترتبط بنود هذه القائمة بنوعين من الشكاوى: البطء Slowness، والشك Doubting، وتقيس هذه القائمة وجود مختلف الشكاوى الوسواسية القهرية ومداها، وتستخدم هذه القائمة غالبا في دراسات العلاج السلوكي، وفي الدراسات عن الشكاوى الوسواسية في العينات غير الإكلينيكية، وهناك مقياس "ييل ـ براون" للوسواس القهري Yale Brown Obsession Compulsive Scale YBOCS الذي وضعه جودمان ورفاقه (Goodman, et al., 1989) وصمم المقياس بوصفه أداة يقوم بتقديرها الملاحظ ، أي الإكلينيكي المتخصص، وهناك المقياس العربي للوسواس القهري الذي قام بإعداده عبد الخالق (1992) على عينة قوامها ( 1550) من الاسوياء، غير أن الكثير من هذه المقاييس صدقها غير مناسب، وبعضها لا يميز بين السمات الوسواسية والأعراض الوسواسية، مع تركيزها على السمات أكثر من الأعراض، وتعذر تطبيقها جماعيًا، كما أن بعض المقاييس العربية قد صممت من خلال التحليل العاملي لبعض قوائم الوسواس القهري الأجنبية، ولم تتضمن عينات التقنيين مرضى الوسواس القهري، أضف إلى إن جميع تلك المقاييس تعتمد على الدرجات الخام وليست على الدرجات التائية (مؤمن، وأبو هندي، 2006م)، مما حفز الباحث للقيام بهذه الدراسة.

حاولت العديد من النظريات تفسير كيفية حدوث اضطراب الوسواس القهري، وأولى تلك النظريات نظرية التحليل النفسي التي أرجعت أسباب الإصابة باضطراب الوسواس القهري إلى قوة رقابة الأنا الأعلى على سلوكات الفرد بشكل مبالغ فيه، نتيجة للتربية الخاطئة القائمة على لوم الطفل وتأنيبه وإشعاره بالذنب، وتهويل الأخطاء وتهوين الحسنات؛ مما يقود لضمير صارم، فيقوم لا شعوريًا بتوقيع العقوبة على نفسه على صورة أفكار متسلطة، وبحسب تلك النظرية يمثل اضطراب الوسواس حربًا بين "الهو" و " الأنا الأعلى" كما هو الحال في اضطرابات القلق الأخرى، غير أن اضطراب الوسواس يختلف في أن المعركة المثيرة للقلق والحيل الدفاعية المخففة للقلق تتم بطريقة صريحة جدًا، لتتخذ دفاعات "الهو" شكل الأعراض الوسواسية، وتظهر دفاعات الأنا على شكل أفعال قهرية مضادة؛ فالتفكير الوسواسي دفاع ضد فكرة لا شعورية غير مرحب بها، تتضمن الاستبدال بفكرة أقل تهديدًا، ويشير فرويد أن انتظام الدوافع الغريزية لدى الوسواسيين

القهريين مماثل لانتظامها لدى طفل في المرحلة الشرجية Anal (Stage) من النمو، والتي تشكل حجر زاوية نكوصهم، فالنظافة الزائدة لديهم إنما هي رد فعل لقذارة المرحلة التي نكصوا إليها، فالنكوص (Regression) هو الميكانزم الأساسي في الوسواس القهري، يؤَّمِن للمريض الدفاع عن الأنا ضد الأفكار غير المقبولة والمكبوتة كبتًا غير ناضج (إمام، والرمادي، 2001م).

وترى النظرية المعرفية أن المصابين بالوسواس يفسرون الإشارات البيئية بطريقة تديم سلوكهم القهري (سعفان، 2003م)، ويبدأ الوسواس القهري بحسب تلك النظرية بتكون الفكرة التسلطية على المستوى المعرفي، ويرافق ذلك الشعور بالقلق المتزايد نتيجة لسخافة وغرابة الفكرة، ويولد هذا القلق رغبة ملحة تدفع الفرد لتقليل هذا القلق فيكون الفعل القهري الذي يعطي إحساسًا مؤقتًا بالراحة والتخلص من القلق، غير أن هذا الإحساس لا يدوم، لأن الفعل لا يُزيل الفكرة المتسلطة، بل يولد إحساسًا بعدم كفاية الفعل القهري، وينتج منه تعاظم جديد للقلق والتوتر، وهكذا تُعاد الدورة النفسية بين الفكرة التسلطية والفعل القهري (بشري، وعبد الظاهر، 2009م)، ويمكن تصور حدوث اضطراب الوسواس القهري بتصور أن الأفكار ترد إلى الذهن دون اختيار منا، وخلال ورود تلك الأفكار ترد بعض الأفكار غير المرغوبة، وتمر سريعًا إذا لم يلتفت الفرد لها، أما إذا انتبه لها وأضفى عليها معاني قلقة، وفسرها تفسيرًا سلبيًا، تحولت هذه الأفكار العابرة إلى أفكار مقلقة لتبدأ المعاناة من اضطراب الوسواس القهري (Abramowitz, Nelson, , Rygwall, & Khandker, 2007)، ومن النماذج المعرفية المفسرة لاضطراب الوسواس القهري، نموذج كار Carr 1974 الذي افترض أن مرضى الوسواس القهري يتسمون بتقدير ذاتي مبالغ فيه لاحتمالات حدوث أحداث مؤذية، وبالتالي فإنهم يخبرون مستويات عالية من التهديد في كل المواقف التي يحتمل حدوث مترتبات سلبية فيها، لينشأ بذلك السلوك القهري بوصفه نشاطًا يقلل الشعور بالتهديد ( رجز، وفوا، 2002م)، وقدم سالكوفيسكس Salkovskis 1985 نظرية رائدة في تفسير اضطراب الوسواس القهري؛ حيث أفترض أن الأفكار المقتحمة غير السارة هي جزء من الخبرة السوية التي يتعرض لها الأفراد جميعًا، وأن التقييم السلبي لها هو الذي يحولها من أفكار عابرة إلى أفكار وسواسية (Salkovskis et al., 2000)، وأشار رتشمان Rachman 1998 إلى أن الأفراد المهيئين للإصابة بالوسواس القهري يتميزون بتحيز معرفي يجعلهم يفسرون أفكارهم العابرة تفسيرًا كارثيًا، ويرافق ذلك إضفاء المعاني السلبية على الفرد، فيحاول إيقاف تلك الأفكار وكبحها مما ينتج عنه نتائج عكسية، وتؤكد نظرية رتشمان أن الأفراد الذين يتحملون مسؤولية كبيرة يشعرون بعدم الثقة بأن التهديد المدرك تم استبعاده أو خفضه، وفي محاولتهم للتأكد من ذلك يلجئون إلى تكرار السلوكات القهرية، التي يجاهدون فيها لخفض حدة القلق والتوتر بالقيام بسلوك معين، ويعزز خفض حدة القلق السلوك القهري (Rachman, 2002)، ويرى دورون وكيريوس ومولدينك Kyrios, & Moulding, 2007) (Doron, أن مرضى الوسواس القهري يفسرون الأفكار غير المرغوبة المقتحمة لأذهانهم باعتبارها مهددة لقيمهم، وتسبب في نبذ الآخرين لهم، مما يهدد قبولهم الاجتماعي.

كما أرجعت النظرية السلوكية اضطراب الوسواس القهري إلى الاشتراط بين الوسواس والقلق، وما بين الأفعال القهرية والشعور بالراحة المؤقتة؛ حيث تمثل الوساوس منبهًا شرطيًا للقلق، وتصبح الموضوعات والأفكار المحايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق، ثم يكتشف الفرد أن فعلًا معينًا يقلل القلق المرتبط بالأفكار الوسواسية، لتتطور خطط التجنب الفعالة على شكل أفعال قهرية للسيطرة على القلق، وتصبح خطط التجنب ثابتة بوصفها أنماطًا متعلمة للسلوك القهري (رضوان، 2002م)، ويرى أتباع المدرسة السلوكية أن الفرد عندما يكتشف قدرة فعل معين على تقليل القلق والتوتر المرتبطين بفكرة تسلطية ما، يجد نفسه يكرر ذلك الفعل إلى أن يصبح فعلًا قهريًا بالتدريج ( أبو هندي، 2003م).

وبينت التفسيرات العصبية والتشريحية دور نشاط المخ في إحداث الوسواس القهري؛ وتبين إصابة الأفراد الذين لم يكتمل نضج جهازهم العصبي، أو الذين لديهم إصابات فيه بالوسواس القهري (الكحمي، حمام، ومصطفى، 2003م)، كما تشير الأبحاث النفسية العصبية إلى إن هذا الاضطراب يتضمن خللًا في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر، والعقد العصبية القاعدية المسؤولة عن قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار ، كما يرتبط بنقص السيروتونين ( بطرس، 2008م)، وبمعدل مرتفع

للتمثيل الغذائي للجلوكوز في الفص الأمامي للمخ والممر الحزامي الذي يربط الفص الأمامي بالأنوية القاعدية (السيد، 2007م)، ويشير سويدو (Swedo, 2002 ) إلى أن بعض حالات الوساوس القهرية تنشأ من وجود عدوى سبحية طفليه تدمر النوى القاعدية Basal Ganglia والبناءات المرتبطة بها، التي تستقبل الإسقاطات القادمة من معظم المناطق في اللحاء، وترسلها بالتالي إلى اللحاء الأمامي، كما تنتج الوساوس القهرية كما أشار أبو هندي (2003م) من احتمال وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، تسبب حسب مكانها فكرة أو حركة أو اندفاعا وتبقى مستمرة رغم مقاومتها، كما يحدث عندما تتكرر النغمة نفسا على الأسطوانة المعطوبة. وتلعب العوامل الوراثية دورًا هامًا في نشأة الوسواس القهري؛ فقد وجد أن حولي (20٪) من أقارب المرضى لديهم الاضطراب نفسه، كما أن ظهور المرض أعلى لدى التوائم المتطابقة عنه لدى التوائم الأخوية (Nadia et al., 2005)، وهذا وقد تمت الاستفادة من تلك النظريات في إعداد مقياس الدراسة الحالية.

يشتمل التراث النفسي عدة دراسات تشير للوسواس القهري، منها دراسة توفيق (2000م) على عينة بحرينية والتي توصل فيها إلى وجود سبعة عوامل للمقياس العربي للوسواس القهري، تمثلت بالوسواس القهري، والمراجعة والتدقيق، وعدم النظام، والحسم– وعدم الدقة، والأفكار الملحة، والاضطراب – التحرر من الوسوسة، والسرعة– التردد، كما هدفت دراسة سيموندس وزملائه (Simonds, Thrope, & Elliiott, 2000) إلى فحص الخصائص السيكومترية لبطارية الوسواس القهري على عينة غير إكلينيكية ، وبينت النتائج وجود ثبات إعادة مناسب، واتساق داخلي عال، وصدق تقاربي مناسب مع مقياس مودزلي للوساوس القهرية Moundsely Obsessive compulsive Inventory (MOCI) للدرجة الكلية وللمقاييس الفرعية الخاصة بالغسل والتأكد، وضعيفًا لباقي المقاييس الفرعية، ووجد سالكوفيسكس وزملاؤه (Salkovskis et al., 2000) ارتباطًا موجبًا دالًا بين مقياس اتجاهات المسؤولية ( Responsibility Attitude Scale RAS) ومقياس مودزلي للوساوس القهرية (MOCI) ، وقائمة الأعراض الوسواسية القهرية Obsessive Compulsive Inventory (OCI).

وهدفت دراسة عبد الخالق (2002م، ب) إلى تجربة المقياس العربي للوسواس القهري على عينات من طلاب الجامعة السوريين، وبينت النتائج وجود معاملات ثبات وصدق مقبولة للمقياس، وحصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور، وهدفت دراسة فينشتين وزملائه (Feinstein, Fallon, Apetkova & Liebowitz, 2003) على (160) مريضًا بالوسواس إلى إجراء تحليل عاملي لفقرات مقياس يل–براون للوسواس القهري Yale–Broun obsessive compulsive Scale (Y–BOCS)، لتحديد ما إذا كانت العوامل المستخرجة تماثل العوامل المعروفة إكلينيكيًا، وأظهر التحليل وجود مجموعتين منفصلتين من العوامل ترتبط إحداهما بعدم الراحة، وترتبط الأخرى بالخوف من الإيذاء، وخلص الباحثون إلى أهمية إعادة تطبيق المقياس على مدى واسع، وأظهرت نتائج دراسة مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG, 2003) ارتباط جميع المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات الوسواسية Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) ارتباطًا موجبًا دالًا بالدرجة الكلية لقائمة بادو المعدلة للوسواس القهرية ( Padua Inventory–Revised PIR)، ومقياس يل – بروان للوساوس القهرية ، كما بينت دراسة ماتيكس– كولس وزملائه (Mataix–Cols et al., 2004) على عينة تكونت من (56) مريضًا باضطراب الوسواس القهري أن معاملات الارتباط بين مقياس يل–براون للوسواس القهري، وغيره من المقاييس تراوحت بين ضعيف ومتوسط، مع صدق تقاربي مناسب لبعاد الغسل وضعيفًا لباقي الأبعاد، بينما كان الصدق التباعدي جيدًا، وتخلص الدراسة إلى أن الصدق التقاربي للمقياس ضعيف بشكل عام، وما تزال هناك حاجة لمزيد من الدراسات على هذا المقياس.

وأوضحت نتائج دراسة مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG, 2005) وجود ارتباطات موجبة دالة بين الأداء على المقاييس الفرعية لاستخبار المعتقدات الوسواسية وجميع الأعراض الوسواسية القهرية، وهدفت دراسة مؤمن وأبو هندي (2006م) إلى تصميم استبيان عربي للوسواس القهري يتلاءم مع المجتمع المصري، وتم إعداد معايير للمقياس واستخراج معاملات ثبات وصدق مقبولين، وأجرى الحميري (2006م) دراسة بهدف الكشف عن شيوع الوساوس القهرية في مرحلة المراهقة في اليمن، وبينت النتائج أن (3٪) من

إجمال العينة لديهم وسواس قهري، وهدفت دراسة كولين وزملائه (Cullen, et al., 2007) إلى تحديد إذا ما كانت أعراض اضطراب الوسواس القهري تتجمع في مجموعات، من شأنها أن تسهم في إجراء تصنيف فرعي لاضطرابات الوسواس القهري، وتم استخلاص أربعة نماذج، في مقياس يل – بروان للوسواس القهري، تمثلت بالوسواس الخالصة، والتلوث، والتنسيق/ التنظيم، والتخزين، وبينت دراسة كاظم وآل سعيد (2008م) وجود ثلاثة عوامل للمقياس العربي للوسواس القهري، تمثلت بعامل عام للوسواس القهري، والشك والتكرار، والتردد وعدم الاكتراث، ووجود عاملين لاستبانة تقدير الوالدين تمثلت بالانتظام والدقة، والتكرار والشك، وبينت دراسة محمد (2009م) أن الوسواس القهري منخفض لدى الطلاب الجامعيين، وأن بُعد اجترار الأفكار لدى الطلاب أكثر منه لدى الطالبات، ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين الوسواس القهري والثقة بالنفس، وبينت دراسة كيم وكانج وكيم (Kim, Kang, & Kim, 2009) أن لدى المصابين بالوسواس القهري سلوكًا تجنبيًا للأخطار، كما أظهروا قيمة منخفضة للتعاون والمشاركة، ونسبة اكتئاب عالية.

كما هدفت دراسة عيد ونيال، وعبد الخالق ( 2009م) إلى التحقق من صدق وثبات مقياس الوسواس القهري الذي أعده كل من مؤمن، وأبو هندي (2006م)، على طلاب جامعة الكويت، وبينت نتائج الدراسة وجود عامل عام واحد تشبعت فيه أغلب بنود مقياس الوسواس القهري، ولم تقدم النتائج تقديرات مقبولة لصدق بناء المقاييس الفرعية، وخلصت الدراسة إلى أن هذا المقياس ينظر إليه بوصفه أحادي العامل، وبينت دراسة حميد ( 2012م) أن مستوى الوسواس القهري لدى عينة البحث كان متوسطًا، وعدم وجود فروق دالة تعزى لمتغيرات النوع والعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي، وتوصلت دراسة ملحم (2012م) إلى أن متغيري القلق الاجتماعي والوسواس القهري هما المتغيران اللذان فسرا التباين في مستوى الرضا عن صورة الجسم، وأشار روز وزملائه (Ros et al., 2012) إلى ارتباط اضطراب الوسواس القهري باضطراب الوظيفة الاجتماعية وخاصة بُعد العلاقات الشخصية، وسوء الأداء المهني وتصدع الأسرة، وبينت دراسة فقرا (2013م) أن مستوى الوسواس ومستوى العنف الأسري كان منخفضًا لدى عينة الدراسة، ووجدت فروقًا في مستوى الوسواس القهري ومستوى العنف الأسري تعزى لمتغير الجنس ولصالح الذكور، وعلاقة إيجابية بين الوسواس القهري والعنف الأسري.

وهدفت دراسة عرفة، ويوسف ( 2014م) إلى اختبار القدرة التنبؤية للمخططات المختلة على التنبؤ بالأعراض الوسواسية القهرية لدى عينة من مرضى الوسواس القهري، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط موجب دال بين الأداء على كل من استخبار الأعراض الوسواسية القهرية واستخبار المخططات المختلة لدى مرضى الوسواس القهري، وتبين قدرة مخطط المبالغة في تقدير التهديد في التنبؤ بالوساوس والأفعال القهرية، وأظهرت نتائج دراسة الكبير ودرويش (2014م) وجود فروق دالة في الوسواس القهري بين الأزواج والزوجات لصالح الزوجات، كما وجدت علاقة سلبية دالة بين التوافق الزواجي والوسواس القهري، كما أظهرت نتائج دراسة الزبون (2015م) على عينة من طلبة الجامعات الأردنية أن الدرجة الكلية لمستوى العنف الأسري ومستوى الوسواس القهري كان بدرجة متوسطة لدى عينة الدراسة، كما وجدت علاقة إيجابية دالة بين العنف الأسري والوسواس القهري.

بالاطلاع على الدراسات سابقة الذكر يتضح أن صدق بعض المقاييس غير مناسب، كما أنها أجريت على عينات غير إكلينيكية، كما هو في دراسة سيموندس وزملائه ( Simonds, Thrope, & Elliiott, 2000) حيث كان الصدق التقاربي ضعيفًا للمقاييس الفرعية، ودراسة ماتيكس – كولس وزملائه (Mataix-Cols et al., 2004 ) التي بينت أن معاملات الارتباط بين مقياس يل-براون وغيره من المقاييس قد تراوحت بين ضعيف ومتوسط، وكان صدقه التقاربي ضعيفًا لأبعاد المقياس عدا بُعد الغسل، ودراسة عيد ونيال، وعبد الخالق ( 2009م) التي لم تقدم تقديرات مقبولة لصدق بناء المقاييس الفرعية، كما أنها أجريت على عينات غير إكلينيكية، ودراسة عبد الخالق (2002م، ب) حيث كانت العينات غير إكلينيكية، ومن ثم يتضح لنا أن هناك حاجة لإعداد مقياس للوسواس القهري بالاعتماد على عينات إكلينيكة، وهذا ما تسعى الدراسة الحالية لتحقيقه.

**فروض الدراسة :**

1. هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطي الدرجات الخام لكل من المجموعة السوية والمجموعة الإكلينيكية في مقياس الوسواس القهري .

2. ليس هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطي الدرجات الخام لكل من ذكور وإناث المجموعة السوية في مقياس الوسواس القهري.

3. ليس هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطي الدرجات الخام لكل من ذكور وإناث المجموعة الإكلينيكية في مقياس الوسواس القهري.

**منهج الدراسة وإجراءاتها :**

**منهج الدراسة :**

تتضمن منهجية البحث لهذه الدراسة الخطوات التالية :

أولاً) الاطلاع على عدد من مقاييس الوسواس القهري ، وإعداد مقياس يناسب العينة المختارة.

ثانياً) تطبيق المقياس على عينة إكلينيكية من المرضى المشخصين بالوسواس القهري، وتطبيقه – أيضاً – على مجموعة من الأفراد ممن يفترض فيهم السواء ليمثلوا العينة السوية.

ثالثاً) إجراء المقارنات لتبيان طبيعة الفروق في نتائج المقاييس المطبقة بين المجموعتين السوية وغير السوية، وبين إناث وذكور كل مجموعة على حدة حسب فرضيات البحث .

رابعاً) تحليل فقرات المقياس المطبق واستخراج درجة تمييز كل فقرة، ومن ثم إعداد المقياس الجديد المتكون من العبارات المميزة، وإعداد جداول للمعايير التائية للمقياس.

**عينة الدراسة :**

شملت عينة الدراسة على عينتين، الأولى سوية تكونت من (200) فرد تم اختيارهم عشوائيًا ممن يعملون في الجامعة الأردنية في العاصمة عمان، نصفهم من الإناث، اشترط فيمن تم اختياره ألاّ يكون قد راجع أية عيادة نفسية أو مستشفى للأمراض النفسية، ولا يشكون من أمراض مزمنة، وقد تراوح أعمار أفراد هذه العينة ما بين (25 – 50) سنة، (للذكور(50–28 ) وللإناث (45–25 ) ) بمتوسط عمري قدره ( 37.6) (للذكور (39.7) وللإناث (35.6)) وبانحراف معياري قدره (6.4) سنة (للذكور (6.7 ) وللإناث (6.1)) . والثانية إكلينيكية تكونت من (200) فردًا، من المراجعين للمركز الوطني للصحة النفسية في الأردن، والمشخصين بالوسواس القهري من غير المقيمين بالمستشفى، نصفهم من الإناث، وقد تراوح أعمار أفراد هذه العينة ما بين (23 – 48) سنة (للذكور (48 – 26) وللإناث (46 – 23))، بمتوسط عمري قدره (35.9) (للذكور (36.5) وللإناث (35.3) )، وانحراف معياري قدره (7.1) سنة ( للذكور (7.3 ) وللإناث (6.9)).

**إجراءات الدراسة :**

قام الباحث بإعداد مقياس للوسواس القهري بعد الاطلاع على عدد من المقاييس في هذا المجال، ثم تم تطبيقه على العينتين السوية والإكلينيكية حيث كان يوزع عليهم المقياس وتقرأ عليهم التعليمات التالية: يتكون هذا الاختبار من عدة عبارات، اقرأ كل عبارة، وقدر إذا كانت تنطبق عليك أم لا؟ فإذا كانت العبارة تنطبق عليك ولو على وجه التقريب فضع علامة (x ) تحت رقم السؤال وأمام كلمة (نعم)، أما إذا لم تنطبق فضع علامة (x) تحت رقم السؤال وأمام كلمة (لا)، وتذكر أن المطلوب أن تعبر عن فكرتك أنت عن نفسك.

**نتائج الدراسة :**

قام الباحث بتصميم مقياس الوسواس القهري بعد أن اطلع على عدد من المقاييس والدراسات ذات الصلة من مثل: المقياس العربي للوسواس القهري إعداد عبد الخالق (1999م)، ومقياس الوسواس القهري إعداد مليكة وهنا وإسماعيل (2000م) المقتبس عن مقياس الوهن النفسي في اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI، واختبار اضطراب الوسواس القهري إعداد باظة ( 2005م)، ومقياس الوسواس القهري إعداد مؤمن وأبو هندي (2006م)، ومقياس اضطراب الوسواس القهري إعداد بشري، وعبد الظاهر (2009م)، ومقياس الوسواس القهري من إعداد محمد ( 2009م)، ومقياس الوسواس القهري إعداد حميد (2012م)، ومقياس الوسواس القهري إعداد الزبون وعباس (2013م)، ودراسة كل ( Simonds, Thrope, & Elliiott, 2000)، ودراسة (Salkovskis et al., 2000) ودراسة (Feinstein, Fallon, Apetkova & Liebowitz, 2003)، ودراسة (Mataix-Cols et al., 2004) ، ودراسة ( Cullen, et al., 2007).

**تحليل فقرات مقياس الوسواس القهري:**

قام الباحث بإجراء تحليل لفقرات المقياس للتعرف على دلالة كل فقرة بين إجابات العينتين السوية والإكلينيكية، ويبين الجدولين (1) و(2) تلك النتائج.

**الجدول (1) إجابات العينة السوية على مقياس الوسواس القهري حسب كل عبارة**

| عبارات المقياس | النسبة المئوية للعينة التي أجابت (بنعم) | النسبة المئوية للعينة التي أجابت (بلا) | عبارات المقياس | النسبة المئوية للعينة التي أجابت (بنعم) | النسبة المئوية للعينة التي أجابت (بلا) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ٪43.1 | ٪56.9 | 34 | ٪31.1 | ٪68.9 |
| 2 | ٪44.4 | ٪55.6 | 35 | ٪68.8 | ٪31.2 |
| 3 | ٪41.9 | ٪58.1 | 36 | ٪51.7 | ٪48.3 |
| 4 | ٪23.5 | ٪76.5 | 37 | ٪39.3 | ٪60.7 |
| 5 | ٪53.8 | ٪46.2 | 38 | ٪51.8 | ٪48.2 |
| 6 | ٪19.6 | ٪80.4 | 39 | ٪35.0 | ٪65.0 |
| 7 | ٪13.3 | ٪86.7 | 40 | ٪51.1 | ٪48.9 |
| 8 | ٪70.6 | ٪29.4 | 41 | ٪54.5 | ٪45.5 |
| 9 | ٪38.4 | ٪61.6 | 42 | ٪42.0 | ٪58.0 |
| 10 | ٪34.1 | ٪65.9 | 43 | ٪57.5 | ٪42.5 |
| 11 | ٪53.8 | ٪46.2 | 44 | ٪47.1 | ٪52.9 |
| 12 | ٪55.2 | ٪44.8 | 45 | ٪73.8 | ٪26.2 |
| 13 | ٪44.8 | ٪55.2 | 46 | ٪17.7 | ٪82.3 |
| 14 | ٪59.5 | ٪40.5 | 47 | ٪40.6 | ٪59.4 |
| 15 | ٪78.3 | ٪21.7 | 48 | ٪46.0 | ٪54.0 |
| 16 | ٪70.4 | ٪29.6 | 49 | ٪57.5 | ٪42.5 |
| 17 | ٪29.4 | ٪70.6 | 50 | ٪23.5 | ٪76.5 |
| 18 | ٪66.7 | ٪33.3 | 51 | ٪19.6 | ٪80.4 |
| 19 | ٪79.3 | ٪20.7 | 52 | ٪70.6 | ٪29.4 |
| 20 | ٪72.9 | ٪27.1 | 53 | ٪46.0 | ٪54.0 |
| 21 | ٪38.7 | ٪61.3 | 54 | ٪78.3 | ٪21.7 |
| 22 | ٪40.0 | ٪60.0 | 55 | ٪72.9 | ٪27.1 |
| 23 | ٪59.4 | ٪40.6 | 56 | ٪34.1 | ٪65.9 |
| 24 | ٪48.1 | ٪51.9 | 57 | ٪40.0 | ٪60.0 |
| 25 | ٪87.6 | ٪12.4 | 58 | ٪48.1 | ٪51.9 |
| 26 | ٪72.8 | ٪27.2 | 59 | ٪57.9 | ٪42.1 |
| 27 | ٪57.9 | ٪42.1 | 60 | ٪38.7 | ٪61.3 |
| 28 | ٪71.6 | ٪28.4 | 61 | ٪57.5 | ٪42.5 |
| 29 | ٪45.4 | ٪54.6 | 62 | ٪59.3 | ٪40.7 |
| 30 | ٪50.5 | ٪49.5 | 63 | ٪31.1 | ٪68.9 |
| 31 | ٪57.5 | ٪42.5 | 64 | ٪73.8 | ٪26.2 |
| 32 | ٪87.8 | ٪12.2 | 65 | ٪38.7 | ٪61.3 |
| 33 | ٪59.3 | ٪40.7 | 66 | ٪87.8 | ٪12.2 |

**الجدول (2) إجابات العينة غير السوية على مقياس الوهن النفسي حسب كل عبارة**

| عبارات المقياس | النسبة المئوية للعينة التي أجابت بنعم | النسبة المئوية للعينة التي أجابت بلا | عبارات المقياس | النسبة المئوية للعينة التي أجابت بنعم | النسبة المئوية للعينة التي أجابت بلا |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ٪47 | ٪53 | 34 | ٪59 | ٪41 |
| 2 | ٪55 | ٪45 | 35 | ٪65 | ٪35 |
| 3 | ٪40 | ٪60 | 36 | ٪64 | ٪36 |
| 4 | ٪36 | ٪64 | 37 | ٪50 | ٪50 |
| 5 | ٪43 | ٪57 | 38 | ٪52 | ٪48 |
| 6 | ٪32 | ٪68 | 39 | ٪45 | ٪55 |
| 7 | ٪24 | ٪76 | 40 | ٪37 | ٪63 |
| 8 | ٪47 | ٪53 | 41 | ٪35 | ٪65 |
| 9 | ٪38 | ٪62 | 42 | ٪44 | ٪56 |
| 10 | ٪59 | ٪41 | 43 | ٪46 | ٪54 |
| 11 | ٪57 | ٪43 | 44 | ٪45 | ٪55 |
| 12 | ٪56 | ٪44 | 45 | ٪49 | ٪51 |
| 13 | ٪64 | ٪36 | 46 | ٪20 | ٪80 |
| 14 | ٪58 | ٪42 | 47 | ٪38 | ٪62 |
| 15 | ٪89 | ٪11 | 48 | ٪35 | ٪65 |
| 16 | ٪81 | ٪19 | 49 | ٪46 | ٪54 |
| 17 | ٪46 | ٪54 | 50 | ٪36 | ٪64 |
| 18 | ٪66 | ٪34 | 51 | ٪32 | ٪68 |
| 19 | ٪76 | ٪24 | 52 | ٪47 | ٪53 |


IUG Journal of Educational and Psychology Sciences (Islamic University of Gaza) / CC BY 4.0

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20 | ٪58 | ٪42 | 53 | ٪35 | ٪65 |
| 21 | ٪64 | ٪36 | 54 | ٪89 | ٪11 |
| 22 | ٪51 | ٪49 | 55 | ٪58 | ٪42 |
| 23 | ٪55 | ٪45 | 56 | ٪59 | ٪41 |
| 24 | ٪64 | ٪36 | 57 | ٪51 | ٪49 |
| 25 | ٪61 | ٪39 | 58 | ٪64 | ٪36 |
| 26 | ٪69 | ٪31 | 59 | ٪41 | ٪59 |
| 27 | ٪41 | ٪59 | 60 | ٪64 | ٪36 |
| 28 | ٪82 | ٪18 | 61 | ٪69 | ٪31 |
| 29 | ٪49 | ٪51 | 62 | ٪49 | ٪51 |
| 30 | ٪46 | ٪54 | 63 | ٪49 | ٪51 |
| 31 | ٪69 | ٪31 | 64 | ٪49 | ٪51 |
| 32 | ٪76 | ٪24 | 65 | ٪64 | ٪36 |
| 33 | ٪49 | ٪51 | 66 | ٪76 | ٪24 |

**نتائج تحليل فقرات مقياس الوسواس القهري ودلالاتها :**

من أجل التعرف على الصدق التمييزي لفقرات هذا المقياس تم استخدام الإحصائي (z) للنسب، وهو أحد الإحصائيات المناسبة لذلك، وقد أسفرت عملية تحليل فقرات هذا المقياس عن وجود (19) فقرة مميزة تمييزاً دالاً عند مستوى (0.05)، و( 14) فقرة مميزة تمييزاً دالاً عند مستوى (0.01) ، (15) فقرة مميزة تمييزاً دالاً عند مستوى (0.001)، و(18) فقرة غير مميزة، ويبين الجدول رقم (3) نتائج تحليل فقرات مقياس الوسواس القهري ودلالات كل فقرة من فقراته، وبناءً على هذه النتائج أُعد المقياس الجديد للوسواس القهري وتم فيه الإبقاء على العبارات المميزة عند مستوى (0.05) أو أكثر، لتكون عدد عبارات المقياس (48) فقرة، ويبين الجدول رقم (4) فقرات المقياس الجديد للوسواس القهري.

**الجدول (3) مستوى دلالة الفروق بين إجابات المجموعة السوية والمجموعة غير السوية على كل عبارة من عبارات مقياس الوسواس القهري**

| رقم العبارة | تصحيح الإجابة | الدلالة الإحصائية | العبـــارة | محتوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|
| 1 | نعم | 0.750 | أتوقع أن تحدث مصائب نتيجة لأخطاء بسيطة صدرت عني. | غير دالة |
| 2 | نعم | 2.03 | أعود للمنزل مرارًا للتأكد من غلق الأنوار. | 0.05 |
| 3 | نعم | 0.367 | أتجنب استخدام مرافق الصحة العامة لخشية المرض والتلوث. | غير دالة |
| 4 | نعم | 2.765 | أتذكر تفاصيل مملة جدًا مما يرهقني. | 0.01 |
| 5 | نعم | 2.04 | أشعر قبل أن أذهب للنوم بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد. | 0.05 |
| 6 | نعم | 2.916 | تلح علي أفكار لا استطيع الهرب منها مع معرفتي أنها تافهة. | 0.01 |
| 7 | نعم | 2.91 | تسيطر علي فكرة الفعل الجنسي مع المحارم. | 0.01 |
| 8 | نعم | 4.842 | أعود للمنزل بعد خروجي منه، لأتأكد من غلق الأبواب. | 0.001 |
| 9 | نعم | 0.078 | أغسل الصابون عدة مرات قبل استخدامه. | غير دالة |
| 10 | نعم | 4.935 | أتفل كثيرًا حتى لا أبتلع ريقي الملوث بالغبار والملوثات. | 0.001 |
| 11 | نعم | 0.612 | أشك في أشياء كثيرة. | غير دالة |
| 12 | نعم | 0.153 | أفكر في سب أشخاص لهم وضعهم. | غير دالة |
| 13 | نعم | 3.670 | تراودني بعض الأفكار غير الأخلاقية. | 0.001 |
| 14 | نعم | 0.291 | يزعجني أن أشياء كثيرة تتسبب في نجاستي وتلوثي. | غير دالة |
| 15 | نعم | 2.50 | أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ. | 0.05 |
| 16 | نعم | 2.22 | غالباً ما أجد نفسي قلقاً على أمر من الأمور. | 0.05 |
| 17 | نعم | 3.424 | أشك في عدد الركعات التي أؤديها في الصلاة وإن كانت صحيحة. | 0.001 |
| 18 | نعم | 0.141 | أتردد قبل أن أقوم بأي عمل. | غير دالة |
| 19 | نعم | 0.772 | أنا شخص مدقق ودقيق جدًا. | غير دالة |
| 20 | نعم | 3.148 | عندما أرى سيارة قادمة أفكر في أني يمكن أن ألقي بنفسي تحتها. | 0.01 |
| 21 | لا | 4.904 | أنا لست شخص موسوس. | 0.001 |
| 22 | نعم | 2.13 | لا بد أن استحم بعد قضاء الحاجة كل مرة. | 0.05 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23 | نعم | 0.852 | تشغلني أشياء تافهة. | غير دالة |
| 24 | نعم | 3.032 | عندما أقرأ يعتريني شعور بأني تجاوزت شيئًا مهمًا ويجب العودة لإعادة قراءة القطعة ثلاث مرات على الأقل. | 0.01 |
| 25 | نعم | 7.138 | أشعر بالقرف المفرط من الإفرازات الخارجة عن الجسم (كالعرق ) | 0.001 |
| 26 | نعم | 0.811 | غالبا ما أتوقف وأفكر قبل أن أعمل حتى في الأمور التافهة . | غير دالة |
| 27 | نعم | 3.249 | أشعر أنني مجبر على عد أشياء معينة مثل أعمدة الكهرباء في الشارع، أو درجات السلم. | 0.01 |
| 28 | نعم | 2.16 | لدي عادة عد الأشياء غير الهامة كمصابيح الكهرباء أو ما شابه ذلك. | 0.05 |
| 29 | نعم | 0.689 | أحذر من أن يلمسني أحد في الشارع. | غير دالة |
| 30 | نعم | 0.858 | أحس أن أشياء تافهة أو غير مهمة كثيرة تشغلني. | غير دالة |
| 31 | نعم | 2.225 | أخشى أن أكون قد وقعت في الشرك أو الكفر. | 0.05 |
| 32 | لا | 3.316 | لا أصلي بالملابس التي دخلت بها دورة المياه. | 0.001 |
| 33 | نعم | 1.992 | تنتابني أفكار متسلطة تتعلق بالعادة السرية أو بغشاء البكارة. | 0.05 |
| 34 | نعم | 5.630 | تطرأ على فكري أحياناً كلمات بذيئة أو مخجلة لا أستطيع التخلص منها | 0.001 |
| 35 | نعم | 0.779 | يصفني الآخرون بالنظامي، والاهتمام بأدق التفاصيل. | غير دالة |
| 36 | نعم | 2.349 | كلما تذكرت الذات الإلهية اختلطت في ذهني بكلمات قبيحة. | 0.05 |
| 37 | نعم | 2.030 | أشك في انتقاض الطهارة بخروج ريح أو نقطة بول أو مذي. | 0.05 |
| 38 | نعم | 0.038 | بعد انتهائي من عمل معين أشعر أن علي معاودة التأكد من إتمامي له. | غير دالة |
| 39 | نعم | 1.973 | أخشى أن أكون قد وضعت سمًا في الطعام بدلًا من الملح. | 0.05 |
| 40 | لا | 2.688 | لا أكرر أشياء معينة. | 0.01 |
| 41 | لا | 3.724 | لا اهتم بالتفاصيل الدقيقة. | 0.001 |
| 42 | لا | 0.386 | لا أحب النظام الصارم. | غير دالة |
| 43 | لا | 2.211 | أنام معظم الليل دون أن تضايقني الأفكار . | 0.05 |
| 44 | لا | 0.401 | لا أتجنب استخدام الهواتف العمومية خشية العدوى والأمراض. | غير دالة |
| 45 | نعم | 3.158 | أشعر وأنا أقود سيارتي بخوف شديد من أن أكون قد صدمت أحدًا. | 0.01 |
| 46 | نعم | 0.571 | تسيطر علي فكرة ارتكاب جريمة. | غير دالة |
| 47 | لا | 0.505 | لا أستطيع التخلص من أشيائي القديمة رغم بساطتها، فقد أحتاجها يومًا. | غير دالة |
| 48 | لا | 2.10 | لا أشعر بخوف من الدخول بمفردي في حجرة بها أناس يتحدثون | 0.05 |
| 49 | لا | 2.211 | لا أغسل يدي مرات كثيرة. | 0.05 |
| 50 | نعم | 2.765 | يزعجني أن أشياء كثيرة تتسبب في نجاستي وتلوثي. | 0.01 |
| 51 | نعم | 2.916 | أتخيل مشاهد غير أخلاقية تضايقني أثناء الصلاة. | 0.01 |
| 52 | نعم | 4.842 | تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها. | 0.001 |
| 53 | لا | 2.10 | لا أغسل يداي عددًا كبيرًا من المرات. | 0.05 |
| 54 | نعم | 2.50 | أجد من الصعوبة أن ألمس شيئًا قد لمسه غيري. | 0.05 |
| 55 | نعم | 3.148 | اشعر بوجوب إتباع تسلسل في ارتداء الملابس وخلعها والاغتسال. | 0.01 |
| 56 | نعم | 5.630 | أتفقد أبواب المنزل والنوافذ أو المصابيح أو صمامات الغاز أكثر من مرة بعد قيامي بإغلاقها. | 0.001 |
| 57 | نعم | 2.13 | تراودني كلمات فاحشة وقذرة لا أستطيع التخلص منها. | 0.05 |
| 58 | نعم | 3.032 | تستولي عليّ أحياناً فكرة تافهة وتظل تضايقني أيام عديدة. | 0.01 |
| 59 | نعم | 3.249 | أخلق لنفسي قلق غير مجدي بالتفكير حول الجراثيم والأمراض. | 0.01 |


IUG Journal of Educational and Psychology Sciences (Islamic University of Gaza) / CC BY 4.0

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 60 | لا | 4.904 | لا اشعر بوجوب تكرار أرقام محددة بدون سبب. | 0.001 |
| 61 | نعم | 2.225 | استغرق وقتًا طويلًا في الوضوء برغم تنبيهات الآخرين. | 0.05 |
| 62 | نعم | 1.992 | تطاردني الأفكار المزعجة والسيخفة. | 0.05 |
| 63 | نعم | 5.630 | عندي أفكار غريبة غير عادية . | 0.001 |
| 64 | نعم | 3.158 | حدث أن خفت من أشخاص كنت أعلم أنهم لا يستطيعون أن يضروني. | 0.01 |
| 65 | نعم | 4.904 | طقوسي اليومية تضايق أسرتي. | 0.001 |
| 66 | لا | 3.316 | لا أعيد قراءة الفاتحة في الصلاة أكثر من مرة. | 0.001 |

**الجدول (4) المقياس الجديد للوسواس القهري**

| رقم العبارة | تصحيح الإجابة | العبـــارة |
|---|---|---|
| 1 | نعم | أعود للمنزل مرارًا للتأكد من غلق الأنوار. |
| 2 | نعم | أتذكر تفاصيل مملة جدًا مما يرهقني. |
| 3 | نعم | أشعر قبل أن أذهب للنوم بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد. |
| 4 | نعم | تلح علي أفكار لا استطيع الهرب منها مع معرفتي أنها غير حقيقية أو تافهة. |
| 5 | نعم | تسيطر علي فكرة الفعل الجنسي مع المحارم. |
| 6 | نعم | أعود للمنزل بعد خروجي منه، لأتأكد من غلق الأبواب. |
| 7 | نعم | أنفل كثيرًا حتى لا أبتلع ريقي الملوث بالغبار والملوثات. |
| 8 | نعم | تراودني بعض الأفكار غير الأخلاقية. |
| 9 | نعم | أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ. |
| 10 | نعم | غالباً ما أجد نفسي قلقاً على أمر من الأمور. |
| 11 | نعم | أشك في عدد الركعات التي أؤديها في الصلاة وإن كانت صحيحة. |
| 12 | نعم | عندما أرى سيارة قادمة أفكر في أني يمكن أن ألقي بنفسي تحتها. |
| 13 | لا | أنا لست شخص موسوس. |
| 14 | نعم | لا بد أن استحم بعد قضاء الحاجة كل مرة. |
| 15 | نعم | عندما أقرأ يعتريني شعور بأني تجاوزت شيئًا مهمًا ويجب العودة لإعادة قراءة القطعة ثلاث مرات على الأقل. |
| 16 | نعم | أشعر بالقرف المفرط من الإفرازات الخارجة عن الجسم (كالعرق ، أو البول. ) |
| 17 | نعم | أشعر أنني مجبر على عد أشياء معينة مثل أعمدة كهرباء الشارع، أو درجات السلم. |
| 18 | نعم | لدي عادة عد الأشياء غير الهامة كمصابيح الكهرباء أو ما شابه ذلك . |
| 19 | نعم | أخشى أن أكون قد وقعت في الشرك أو الكفر. |
| 20 | لا | لا أصلي بالملابس التي دخلت بها دورة المياه. |
| 21 | نعم | تنتابني أفكار متسلطة تتعلق بالعادة السرية أو بغشاء البكارة. |
| 22 | نعم | تطرأ على فكري أحياناً كلمات بذيئة أو مخجلة لا أستطيع التخلص منها . |
| 23 | نعم | كلما تذكرت الذات الإلهية اختلطت في ذهني بكلمات قبيحة. |
| 24 | نعم | أشك في انتقاض الطهارة بخروج ريح أو نقطة بول أو مذي. |
| 25 | نعم | أخشى أن أكون قد وضعت سمًا في الطعام بدلًا من الملح. |
| 26 | لا | لا أكرر أشياء معينة. |
| 27 | لا | لا اهتم بالتفاصيل الدقيقة. |
| 28 | لا | أنام معظم الليل دون أن تضايقني الأفكار . |
| 29 | نعم | أشعر وأنا أقود سيارتي بخوف شديد من أن أكون قد صدمت أو دهست أحدًا. |
| 30 | لا | لا أشعر بخوف من الدخول بمفردي في حجرة بها أناس يتحدثون |
| 31 | لا | لا أغسل يدي مرات كثيرة. |
| 32 | نعم | يزعجني أن أشياء كثيرة تتسبب في نجاستي وتلوثي. |
| 33 | نعم | أتخيل مشاهد غير أخلاقية تضايقني أثناء الصلاة. |


IUG Journal of Educational and Psychology Sciences (Islamic University of Gaza) / CC BY 4.0

| | | |
|---|---|---|
| 34 | نعم | تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها. |
| 35 | لا | لا أغسل يداي عددًا كبيرًا من المرات. |
| 36 | نعم | أجد من الصعوبة أن ألمس شيئًا قد لمسه غيري. |
| 37 | نعم | اشعر بوجوب إتباع تسلسل في ارتداء الملابس وخلعها والاغتسال. |
| 38 | نعم | أتفقد أبواب المنزل والنوافذ أو المصابيح أو صمامات الغاز أكثر من مرة بعد إغلاقها. |
| 39 | نعم | تراودني كلمات فاحشة وقذرة لا أستطيع التخلص منها. |
| 40 | نعم | تستولي عليّ أحياناً فكرة تافهة وتظل تضايقني أيام عديدة. |
| 41 | نعم | أخلق لنفسي قلق غير مجدي بالتفكير حول الجراثيم والأمراض. |
| 42 | لا | لا اشعر بوجوب تكرار أرقام محددة بدون سبب. |
| 43 | نعم | استغرق وقتًا طويلًا في الوضوء برغم تنبيهات الآخرين. |
| 44 | نعم | تطاردني الأفكار المزعجة والسيخفة. |
| 45 | نعم | عندي أفكار غريبة غير عادية . |
| 46 | نعم | حدث أن خفت من أشخاص كنت أعلم أنهم لا يستطيعون أن يضروني . |
| 47 | نعم | طقوسي اليومية تضايق أسرتي. |
| 48 | لا | لا أعيد قراءة الفاتحة في الصلاة أكثر من مرة. |

تشير الفقرات
(1،3،6،7،9،14،15،18،20،26،27،28،31،35،36،37،38،42،43،48)
للأفعال القهرية، وتشير باقي الفقرات للوسواس القهري.

كما تم حساب الصدق التلازمي للمقياس للمجموعة الإكلينيكية مع مقياس يل – براون ووصل معامل الارتباط بين القائمتين (0.69) ، مما يشير لتمتع المقياس بقدرة تشخيصية عالية.

**ثبات مقياس الوسواس القهري:**

تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة كودر رتشاردسون : وكان معامل الثبات للمجموعة السوية (0.895) وللمجموعة الإكلينيكية (0.888)، وهي معاملات ثبات عالية وجيدة، كما تم حساب الثبات بالطريقة النصفية وكان معامل الثبات للمجموعة السوية (0.83) وللمجموعة الإكلينيكية (0.88) وهي أيضاً معاملات ثبات عالية وجيدة انظر الجدول رقم (5).

**الجدول (5) معامل الثبات للعينتين السوية (N : 200) والإكلينيكية (N :200) بطريقتي كودر رتشاردسون والنصفية لمقياس الوسواس القهري**

| العينة السوية | | العينة الإكلينيكية | |
|---|---|---|---|
| طريقة النصفية | طريقة كودر | طريقة النصفية | طريقة كودر |
| 0.83 | 0.895 | 0.88 | 0.888 |

**الدرجات التائية:** جمعت الدرجات الخام عن هذا المقياس للعينة السوية ثم حولت إلى درجات تائية بمتوسط (50) وانحراف معياري (10)، وتوضح الجداول (6، 7، 8) تلك الدرجات، وبالنظر إلى هذا الجداول يتبين أن الدرجات التائية للذكور كانت أعلى منها لدى الإناث

**الجدول (6) الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام للعينة السوية الأردنية لمقياس الوسواس القهري (الدرجة الكلية)**

| | الدرجات التائية | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث |
| 1 | 23 | 23 | 23 | 17 | 44 | 43 | 43 | 33 | 65 | 63 | 64 |
| 2 | 24 | 25 | 24 | 18 | 45 | 44 | 45 | 34 | 66 | 64 | 65 |
| 3 | 25 | 26 | 26 | 19 | 46 | 46 | 46 | 35 | 67 | 65 | 66 |
| 4 | 27 | 27 | 27 | 20 | 48 | 47 | 47 | 36 | 69 | 67 | 68 |
| 5 | 28 | 28 | 28 | 21 | 49 | 48 | 49 | 37 | 70 | 68 | 69 |
| 6 | 29 | 29 | 29 | 22 | 50 | 49 | 50 | 38 | 71 | 69 | 70 |
| 7 | 31 | 31 | 31 | 23 | 52 | 51 | 51 | 39 | 73 | 70 | 71 |
| 8 | 32 | 32 | 32 | 24 | 53 | 52 | 52 | 40 | 74 | 72 | 73 |
| 9 | 33 | 33 | 33 | 25 | 54 | 53 | 54 | 41 | 75 | 73 | 74 |
| 10 | 35 | 34 | 35 | 26 | 56 | 54 | 55 | 42 | 77 | 74 | 75 |
| 11 | 36 | 36 | 36 | 27 | 57 | 56 | 56 | 43 | 78 | 75 | 77 |
| 12 | 37 | 37 | 37 | 28 | 58 | 57 | 57 | 44 | 79 | 77 | 78 |
| 13 | 39 | 38 | 38 | 29 | 59 | 58 | 59 | 45 | 80 | 78 | 79 |
| 14 | 40 | 39 | 39 | 30 | 61 | 59 | 60 | 46 | 82 | 79 | 80 |
| 15 | 41 | 41 | 41 | 31 | 62 | 60 | 61 | 47 | 83 | 80 | 82 |
| 16 | 42 | 42 | 42 | 32 | 63 | 62 | 63 | 48 | 84 | 82 | 83 |

ذكور إناث ذكور + إناث


IUG Journal of Educational and Psychology Sciences (Islamic University of Gaza) / CC BY 4.0

| | | | |
|---|---|---|---|
| الوسط الحسابي | 21.74 | 22.55 | 22.14 |
| الانحراف المعياري | 7.64 | 8.06 | 7.86 |

**الجدول (7) الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام للعينة السوية الأردنية لمقياس الوسواس القهري (درجة الأفعال القهرية)**

| الدرجات الخام | الدرجات التائية | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث |
| 1 | 29 | 30 | 31 | 8 | 50 | 49 | 49 | 15 | 71 | 68 | 68 |
| 2 | 32 | 33 | 33 | 9 | 53 | 52 | 52 | 16 | 74 | 70 | 71 |
| 3 | 35 | 36 | 36 | 10 | 56 | 54 | 55 | 17 | 77 | 73 | 73 |
| 4 | 38 | 38 | 39 | 11 | 59 | 57 | 57 | 18 | 80 | 76 | 76 |
| 5 | 41 | 41 | 41 | 12 | 62 | 60 | 60 | 19 | 83 | 78 | 79 |
| 6 | 44 | 44 | 44 | 13 | 65 | 62 | 63 | 20 | 86 | 81 | 81 |
| 7 | 47 | 46 | 47 | 14 | 68 | 65 | 65 | | | | |

| | ذكور | إناث | ذكور + إناث |
|---|---|---|---|
| الوسط الحسابي | 8.06 | 8.39 | 8.23 |
| الانحراف المعياري | 3.32 | 3.76 | 3.77 |

**الجدول (8) الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام للعينة السوية الأردنية لمقياس الوسواس القهري (درجة الوسواس القهري)**

| الدرجات الخام | الدرجات التائية | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث | الدرجات الخام | ذكور | إناث | ذكور + إناث |
| 1 | 25 | 24 | 25 | 11 | 47 | 46 | 46 | 21 | 70 | 67 | 67 |
| 2 | 27 | 26 | 28 | 12 | 50 | 48 | 48 | 22 | 72 | 70 | 69 |
| 3 | 29 | 28 | 30 | 13 | 52 | 50 | 50 | 23 | 74 | 72 | 71 |
| 4 | 32 | 30 | 32 | 14 | 54 | 52 | 53 | 24 | 77 | 74 | 73 |
| 5 | 34 | 33 | 34 | 15 | 56 | 54 | 55 | 25 | 79 | 76 | 75 |
| 6 | 36 | 35 | 36 | 16 | 59 | 57 | 57 | 26 | 81 | 78 | 78 |
| 7 | 38 | 37 | 38 | 17 | 61 | 59 | 59 | 27 | 83 | 80 | 80 |
| 8 | 41 | 39 | 40 | 18 | 63 | 61 | 61 | 28 | 86 | 83 | 82 |
| 9 | 43 | 41 | 42 | 19 | 65 | 63 | 63 | | | | |
| 10 | 45 | 43 | 44 | 20 | 68 | 65 | 65 | | | | |

| | ذكور | إناث | ذكور + إناث |
|---|---|---|---|
| الوسط الحسابي | 12.18 | 13.00 | 12.80 |
| الانحراف المعياري | 4.44 | 4.60 | 4.80 |

يوصف الأفراد الحاصلون على درجات عالية على مقياس الوسواس القهري بالقلق والتوتر والعصبية، والشعور بالنقص وحب الكمال والاكتئاب والبلادة والرسمية والتصلب والشكوك الذاتية، ووجود الوساوس بكثرة، وكثرة التأمل الباطني، ويعاني هؤلاء الأفراد من صعوبات في التفكير، ويكونون مترددين غير حاسمين، خجولين، عاطفيين، مسالمين، موثوق بهم، لديهم شكاوى جسدية، اعتماديين، لطيفين، فرديين، لديهم قلق هوسي، متوترين، ينقصهم التركيز، أما الأفراد الحاصلون على درجات منخفضة على هذا المقياس فقد وصفوا بأنهم واثقون من أنفسهم، متّزنون، يتصفون بالاعتدال والاسترخاء، وتحمل المسؤولية، والواقعية، والقدرة على التكيف، إنهم يقّدرون النجاح ويمتازون بمدى واسع من الاهتمامات، ويمكن تلخيص ذلك في الجدول رقم (9).

**الجدول (9) تفسير مستويات ارتفاع الدرجات على مقياس الوسواس القهري**

| الدرجة الخام | | الدرجة التائية | التفسير |
|---|---|---|---|
| الذكور | الإناث | | |
| 20 فأقل | 21 فأقل | 48 فأقل | منخفض: العميل مستقر انفعاليًا، متحرر من القلق يشعر بالأمن، متوجه نحو النجاح ومثابر ومقتدر ويتسم باتجاه تحمل المسؤولية. |
| 21 –29 | 22– 30 | 49 –59 | عادي: يمكن للعميل القيام بالعمل وتحمل المسؤوليات الشخصية دون قلق لا مسوغ له. |
| 30– 36 | 31 – 38 | 60 – 69 | معتدل: العميل دقيق بعامة في الوفاء بالتزاماته في مواعيدها. وقد يقلق إذا عجز عن ذلك. لا يرى نفسه قلقاً، ولا يراه الآخرون قلقاً. |
| 37 فما فوق | 39 فما فوق | 70 فما فوق | ملحوظ: العميل قلق ومتردد، قد يضطرب ويكون قلقه ملحوظاً منه ومن الآخرين. تكون لدى أصحاب الدرجات المتطرفة (تائية أكثر من 85) عادة تأملات وأفكار هائجة ووساوس تعجز عن ضبط القلق، وقد توجد مشاعر بالذنب تصيب العميل بالعجز، وقد يكون العلاج بالعقاقير ضرورياً قبل إمكانية النظر في الاستعانة في الصور الأخرى من التدخلات العلاجية. |

**المتوسطات والانحرافات المعيارية والدلالة الإحصائية لمقياس الوسواس القهري :**

إن نتائج التحليل الذي أُجري على بيانات هذا المقياس تدعم الفرضية الأولى القائلة: "هناك فرق دال إحصائيًا بين متوسطي الدرجات الخام لكل من المجموعة السوية والمجموعة الإكلينيكية في مقياس الوسواس القهري"، لصالح العينة الإكلينيكية، حيث كان المتوسط الحسابي للدرجات الخام للعينة السوية على هذا المقياس (م= 22.144)، بينما كان متوسط إجابات المجموعة الإكلينيكية (م = 26.18) ، وقد بين اختبار (ز) للدلالة الإحصائية أن هذا الفرق يتمتع بدلالة إحصائية عالية (ز = 3.5258 $\alpha$ > 0.01 ) ، كما يوضح ذلك الجدول رقم (10).

**الجدول (10) المتوسطان والانحرافان المعياريان واختبار (ز) للدلالة الإحصائية للدرجات الخام لكل من المجموعة السوية (N : 200) والمجموعة الإكلينيكية (N : 200) في مقياس الوسواس القهري**

| المجموعة السوية | | المجموعة الإكلينيكية | | قيمة (ز) | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| 22.144 | 7.857 | 26.18 | 9.533 | 3.5258 | P < 0.001 |

وتؤكد هذه النتيجة أن الوسواس القهري لدى المجموعة الإكلينيكية أعلى منه لدى المجموعة السوية، مما يؤكد قدرة المقياس على التمييز بين العينتين، كما اتضح ذلك أيضًا في الجدول رقم (3) حيث كانت (48) فقرة مميزة بين العينتين عند مستوى (0.05) أو أكثر. ويؤكد ذلك نتائج دراسة مجموعة العمل المهتمة بالمعارف الوسواسية القهرية (OCCWG, 2005) التي أشارت إلى وجود ارتباطات موجبة دالة بين مقياس الوسواس القهري وجميع الأعراض الوسواسية القهرية لدى العينة الإكلينيكية، و دراسة فينشتين وزملائه ( Feinstein, Fallon, Apetkova & Liebowitz, 2003) التي أشارت إلى إن العوامل المستخرجة تماثل العوامل المعروفة إكلينيكيًا.

كما جاءت النتائج مؤيدة للفرضية الثانية القائلة: "ليس هناك فرق دال إحصائيا بين متوسطي الدرجات الخام لكل من ذكور وإناث المجموعة السوية في مقياس الوسواس القهري"، حيث تبين أن متوسط إجابات ذكور المجموعة السوية على مقياس الوسواس القهري ( م = 21.736) ، في حين أن المتوسط المناظر للإناث (م = 22.552) ، ولا يتمتع الفارق بين المتوسطين بدلالة إحصائية مقبولة (ز = 0.7647 $\alpha$ > 0.05)، كما يوضح ذلك الجدول رقم (11).

**الجدول (11) المتوسطان والانحرافان المعياريان واختبار (ز) للدلالة الإحصائية للدرجات الخام لكل من ذكور المجموعة السوية (N: 100) وإناثها (N : 100) في مقياس الوسواس القهري**

| ذكور المجموعة السوية | | إناث المجموعة السوية | | قيمة (ز) | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| 21.736 | 7.637 | 22.552 | 8.062 | 0.7647 | P > 0.05 |

ولا تتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة محمد (2009م) التي أشارت أن الوسواس القهري لدى الذكور أعلى منه لدى الإناث، كما لا تتفق أيضًا مع دراسة كل من عبد الخالق (2002م، ب) التي أشارت إلى حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور، ودراسة الكبير ودرويش (2014م) التي أشارت إلى وجود فروق دالة في الوسواس القهري بين الأزواج والزوجات لصالح الزوجات، وقد يفسر عدم الاتفاق لاختلاف المجتمع بين تلك الدراسات والدراسة الحالية.

غير أن نتائج البحث لم تؤيد الفرضية الثالثة القائلة: "ليس هناك فرق دال إحصائياً بين متوسطي الدرجات الخام لكل من ذكور وإناث المجموعة الإكلينيكية في مقياس الوسواس القهري"، حيث كان متوسط إجابات ذكور المجموعة الإكلينيكية (م = 37.4)، بينما كان متوسط إجابات الإناث لنفس المجموعة ( م = 32.866)، ويبين اختبار (ز) للدلالة الإحصائية أن الفرق بين متوسطي المجموعتين ذو دلالة إحصائية عالية ولصالح الذكور (ز = 4.28 $\alpha$ > 0.001)، كما يوضح ذلك الجدول رقم (12) .

**الجدول (12) المتوسطان والانحرافان المعياريان واختبار (ز) للدلالة الإحصائية للدرجات الخام لكل من إناث المجموعة الإكلينيكية (N : 100) وذكورها (N : 100) في مقياس الوسواس القهري**

| ذكور المجموعة الإكلينيكية | | إناث المجموعة الإكلينيكية | | قيمة (ز) | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|
| المتوسط | الانحراف المعياري | المتوسط | الانحراف المعياري | | |
| 37.4 | 8.430 | 32.866 | 5.218 | 4.28 | P < 0.001 |

تؤكد هذه النتيجة أن الوسواس القهري لدى ذكور هذه المجموعة أكثر من إناثها مما يدل على وجود قلق عام لدى الذكور قد يكون ناتجاً عن صراع حول الدور الذي يلعبونه في المواقف الحياتية والصعوبات التي يواجهونها من جراء ضغط البيئة.


IUG Journal of Educational and Psychology Sciences (Islamic University of Gaza) / CC BY 4.0

**التوصيات:**

لقد حققت الدراسة أهدافها بإعداد مقياس للوسواس القهري على البيئة الأردنية، باستخدام عينة إكلينيكية، له ثبات وصدق مقبولين، وتوصي الدراسة بإجراء دراسات باستخدام عينات أكبر وتشمل كافة التراب الأردني، وإجراء دراسات تهدف إلى إعداد صورة مختصرة للمقياس.

**المراجع:**

أبو هندي، وائل محمد. (2003م). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الكويت: عالم المعرفة، العدد 293.

أبو هندي، وائل محمد. (2007م). الوسواس القهري بين الدين والطب النفسي. القاهرة: نهضة مصر للطباعة والنشر.

أخرس، نائل محمد. ( 2014م). الاضطرابات السلوكية والانفعالية للعاديين وغير العاديين. الرياض: مكتبة الرشد.

البرت. ج. فورجيوني؛ و ريتشارد سيرويت؛ ودانيال بيج. (2005م). سيكولوجية المخاوف. (ترجمة الكندي، أحمد محمد مبارك). الكويت: الفلاح للنشر والتوزيع.

إمام، حنفي محمود؛ والرمادي، نور أحمد. ( 2001م). علم نفس الشواذ. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

بشري، صمويل تامر؛ وعبد الظاهر، عبد الله محمد. ( 2009م). اضطراب الوسواس القهري– دراسة حالة. مجلة كلية التربية، جامعة الإسكندرية، 19 (3 ب) .

بطرس، حافظ بطرس. ( 2008م). التكيف والصحة النفسية للطفل. عمان: دار المسيرة.

توفيق، توفيق عبد المنعم. (2000م). الوسواس القهري: دراسة على عينات بحرينية. مجلة علم النفس، 55، 46–77.

حميد، نفيسة التهامي. ( 2012م). الوسواس القهري وعلاقته بالثقة بالنفس وبعض المتغيرات الديمغرافية: دراسة وصفية على المؤسسات العلاجية بدولة الإمارات العربية المتحدة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم درامان الإسلامية: السودان.

الحميري، عبده فرحان. ( 2006م). الوساوس القهرية في مرحلة المراهقة بمدينة ذمار. مجلة جامعة ذمار للدراسات والبحوث، 5(1)، 3–20.

الخالدي، أديب محمد. (2009م). المرجع في الصحة النفسية. عمان: دار وائل.

رجز، د. ؛ وفوا، إ. (2002م). اضطراب الوسواس القهري، مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي، (ترجمة إبراهيم، هبه). مراجعة: صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.

رضوان، سامر جميل. (2002م). الصحة النفسية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الزبون، سليم عوده. (2015م). العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدى طلبة الجامعات الأردنية. مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، جامعة الزرقاء الخاصة، 15(2) 156–166.

سعفان، محمد أحمد. (2003م). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية. القاهرة: زهراء الشرق للنشر.

سيد، محمد عبد العظيم؛ المغيربي، فدوى بشير. (2005م). علم النفس المرضي. القاهرة: الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

السيد، محمود علي. ( 2007م). علاقة الوساوس القهرية ببعض مكونات الذاكرة العاملة (اللوحة البصرية المكانية، الضبط التنفيذي المركزي). دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 1(4)، 179–220.

الشربيني، منصور السيد. (2011م). الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

عبد الحميد، أشرف محمد (2007م). الصحة النفسية للعاديين وذوي الحاجات الخاصة. الرياض: دار الزهراء للطباعة والنشر.

عبد الخالق، أحمد محمد ( 2002م، أ). الوسواس القهري ( التشخيص والعلاج). الكويت، الشويخ لجنة التأليف والتعريب والنشر.

عبد الخالق، أحمد محمد. (2002م، ب). مدى صلاحية المقياس العربي للوسواس القهري على عينات سورية. دراسات نفسية، 12(1) 43–61.

عرفة، أمارة يحيى؛ ويوسف، جمعة سيد. (2014م). المخططات المعرفية المختلة المنبئة بالوسواس القهري. مجلة دراسات عربية في علم النفس، 13(4)، 635–699.

عيد، غادة أحمد؛ ونيال، ميسه أحمد؛ وعبد الخالق، أحمد محمد. ( 2009م). الخصائص السيكوماتية والتحليل العاملي التوكيدي لمقياس أعراض اضطراب الوسواس القهري لعينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 10( 3) ، 111–140.

غانم، محمد حسن. (2004م). الوسواس القهري. الإسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة.

فقرا، ربى نعمان. ( 2013م). العنف الأسري وعلاقته بالوسواس القهري لدى المراهقين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية: الأردن.

الفيروز آبادي ، مجد الدين محمد بن يعقوب (2008م). القاموس المحيط. القاهرة: دار الحديث للطباعة والنشر والتوزيع.

قولي، أسامة إسماعيل. (2006م). العلاج النفسي بين الطب والإيمان. بيروت: دار الكتب العلمية.

الكبير، أحمد علي؛ ودرويش، رمضان محمود. (2014م). التوافق الزواجي وعلاقته بالوسواس القهري لدى عينة من الأزواج والزوجات. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 55 ، 321-368.

كاظم، علي مهدي؛ وآل سعيد، تغريد بنت تركي. ( 2008م). الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين العُمانيين. مجلة الطفولة العربية، 36، 8-31.

الكحمي، وجدان عبد العزيز ؛ وحمام، فاديه كامل؛ ومصطفى، علي أحمد سيد. (2003م). الصحة النفسية للطفل والمراهق. الرياض: مكتبة الرشد.

مبيض، مأمون توفيق. (2006م). الأمراض النفسية واضطرابات السلوك. الطبعة الثانية، دمشق: المكتب الإسلامي للنشر.

محمد، حسن بدري. (2009م). الوسواس القهري وعلاقته بأساليب التفكير وبعض سمات الشخصية، دراسة ميدانية على طلاب جامعة البحر الأحمر بمدينة بورتسودان. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة البحر الأحمر، السودان.

ملحم، سامي محمد. (2012م). أثر اضطرابات الأكل والقلق الاجتماعي والوسواس القهري وتقدير الذات في الرضا عن صورة الجسم لدى عينة من المراهقين في الأردن. مجلة كلية التربية، جامعة بنها، 23(90) ، 1-32.

مؤمن، داليا محمد ؛ وأبو هندي، وائل محمد. (2006م). إعداد مقياس لأعراض اضطراب الوسواس القهري. دراسات نفسية، 16(3) 475-524.

هولاند، س. (2005م). اضطراب الوسواس القهري، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة يوسف، جمعة سيد، الصبوة، محمد نجيب). الاسكندرية: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

Abramowitz, J., Nelson, C., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive compulsive symptoms: A Longitudinal study. Journal of Anxiety Disorders, 21, 91-104.

Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The Changing prevalence and severity of obsessive compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. Am. Journal of Psychiatry, 162, 876-882.

Cullen, B., Clayton, B., Riddle, M., Grados, M., Bienvenu, M., Hoehn-Saric, Shugart, M., Kung-Yee, L., Samuels, J., & Nestadt, M. (2007). Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale in a Family study of Obsessive Compulsive Disorder. Depression and Anxiety, 24, 130-138.

Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R., (2007). Sensitive domains of self-concept on obsessive compulsive disorder: Further evidence for a multidimensional of on obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorder, 21(3), 433-444.

Feinstein, S., Fallon, B., Apetkova, E., & Liebowitz, R. (2003). Item by Item Factor analysis of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale symptom check list. Journal of Neuropsychiatry an Clinical Neuroscience, 15, 187-193.

Hyman, B., & Pedrick, C. (2005). The OCD workbook, Oakland, CA: New Harbinger, Publication.

Kim, S., Kang, J., and Kim, C. (2009). Temperament and character in subjects With obsessive-compulsive. Psychiatry, 50, 6,567-572.

Lindasy, S., & powell, G. (2004). A Handbook of Clinical Adult Psychology. Cambridge,Mass: Cambridge University Press.

Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M., Speekens, A., & Phillips, M. (2004). Distinct neural correlates of washing, cheeking, and hoarding symptom dimensions in obsessive compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry, 61(6), 564-576.

Mohammadi, M., Ghanizadeh, A., Rahgozar, M., Noorbala, A., Davidian, H., Afzali, H., Naghavi, H., Yazdi, S., Saberi, S., Mesgarpour. B., Akhondzadeh, S., Alaghebandrad, J., & Tehranidoost, M. (2004). Prevalence of obsessive compulsive disorder in Iran. BMC psychiatry, 4, 2, PreMedline Identifier: 15018627.

Nadia, C., Richard, D., Bruno, M., Marie, C., Mourn, L., & David, P. (2005). Early-Onset obsessive- compulsive disorder: a Subgroup with a Specific Clinical and

Familial Pattern? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46(8), 881-887.

Nasayuki, O., Masahio, K., & Yashio, M. (2003). Features of obsessive- compulsive disorder in Patient Primarily Diagnosed with Schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 21, 89-98.

National Institutes of Health. (2003). Facts about Obsessive Compulsive Disorder. Net Ask Erik Org.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2003). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 1. Behavior Research and Therapy, 41, 863-878.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 2. Factor analyses and testing of a Brief Version, Behavior Research and Therapy, 43(11), 1527-1542.

Okasha, A., Ragheb, K., Attia, A., Seif elDawla, A., Okasha, T., & Ismail, R. (2001). Prevalence of obsessive compulsive symptoms (OCS) in a sample of Egyptian adolescents. Encephale, 27, 8-14 PMID: 11294042 {PubMed- indexed for MEDLINE}.

Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. Behavior Research and Therapy, 37, 605-618.

Ros, A., Diniz, J., Victor, F., Torres, A., Franklin, F., Semoes, D., Maria, D., Miguel, E., & Shavitt, R. (2012). Clinical Correlates of social adjustment in patients with obsessive- compulsive disorder. Journal of psychiatric of research, 46(10). 1286-1292.

Salkovskis, P., Wroe, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorp, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations of obsessive compulsive disorder. Behavior and Therapy, 38, 347-372.

Sanders, J., Whitty, P., Murray, D., Devitt, P. (2006): Delusions or obsessions: the same only different? A cass report. Psychopathology, 39, 45-58.

Simonds, L., Thrope, S., & Elliiott, S. (2000). The obsessive compulsive inventory: psychometric properties in nonclinical students sample. Behavioral and Cognitive psychotherapy, 28K 153-159.

Swedo, S. (2002). Pediatric autoimmune neuropsychiatry disorders associated with streptococcal infection. Molecular psychiatry, 7, 24-25.