

علاقة التعقل بكل من تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري والطبيين

إعداد

أ.د. / محمد نجيب أحمد الصبوة
قسم علم النفس - جامعة القاهرة

أ. / مروة محمد عبدالستار
ماجستير علم النفس - قسم علم النفس - جامعة الفيوم

مُلخَص :

أجريت الدراسة الراهنة بهدف الكشف عن علاقة التعقل بكل من تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، كما هدفت إلى استكشاف حجم العلاقات الارتباطية بين متغيرات الدراسة وبين بعضها بعضاً لدى مجموعتي الدراسة كل منها على حدة، بالإضافة إلى الوقوف على الفروق بين مرضى الوسواس القهري والطبيين من الذكور في متغيرات الدراسة، واتبعت الدراسة المنهج غير التجريبي (الوصفي الارتباطي المقارن). وتكونت عينة الدراسة من ١٢٠ مشاركاً، تراوح المدى العمري لهم بين (١٩-٤٣) سنة، وانقسمت العينة إلى ٦٠ مشاركاً من مرضى الوسواس القهري الذكور، و٦٠ مشاركاً من الطبيعيين الذكور. وتكونت أدوات الدراسة من قائمة مهارات التعقل لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة عدم تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري، وقائمة التنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين كل من تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي، والتعقل وتنظيم الانفعالات، والتعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيين من الذكور. وتبين من النتائج أن متوسطات الذكور الطبيعيين أعلى جوهرياً من متوسطات مرضى الوسواس القهري في كل من مهارات التعقل، وتحمل الكرب النفسي، وتنظيم الانفعالات.

الكلمات المفتاحية : التعقل، تحمل الكرب النفسي، تنظيم الانفعالات، اضطراب الوسواس القهري.

مقدمة

هدفت الدراسة الراهنة للكشف عن علاقة التعقل بكل من تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، كما هدفت إلى الوقوف على الفروق بين مرضى الوسواس القهري والطبيين من الذكور في متغيرات الدراسة. وحظيت دراسة مفاهيم التعقل وتحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري باهتمام باعتبارها من المصادر النفسية الواقية التي تجعل الفرد أكثر فعالية، وفي إطار الكشف عن الأسباب الكامنة وراء اضطراب الوسواس القهري. وفي حين أن هناك بعض الأساس المنطقي النظري لطبيعة العلاقات بين هذه المتغيرات في اضطراب الوسواس القهري، إلا أنه لا يوجد حتى الآن سوى قليل من الأدلة البحثية لدعم هذا الأساس (Lau & Yu, 2009).

ويسبب اضطراب الوسواس القهري تدهوراً واسع النطاق على المستوى الفردي والمجتمعي، ومسار الوسواس القهري عادة مزمن ومن غير المرجح أن يتحسن دون علاج. ويصيب اضطراب الوسواس القهري الشباب، ومن بين المصابين صنف ٥٠.٦٪ من الحالات على أنها حادة. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية عام ٢٠١٧ فإن ٢.٣٪ من سكان العالم يعانون من اضطراب الوسواس القهري (Karayagiz, 2020).

ونظراً لدور كل من التعقل وتحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات المؤثر في اضطراب الوسواس القهري، جاءت محاولات متعددة للباحثين لفهم هذه المتغيرات، وتفسير طبيعة العلاقات بينها. ونعرض في البداية العلاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات، والتي أوضحتها جيفريز وآخرون (٢٠١٥) ولكنها أشارت إلى أنه على الرغم من وجود علاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات، فإن التغطية المحدودة لمهارات التنظيم الانفعالي وتحمل الكرب النفسي في هذه الدراسات تترك أسئلة حول كيفية الارتباط بينها وبين بعضها بعضاً (Van Eck, 2017)، وتتوافق هذه النتائج مع ما توصل إليه كل من (Zvolensky et al., 2011 Van Eck, 2017)؛ حيث أشارا إلى وجود علاقة بين تحمل الكرب وتنظيم الانفعالات، لكنها بحاجة إلى فهم أوضح؛ لأنه لم يتضح بعد كيفية الارتباط بينهما. وهو ما يمثل دافعاً لفحص هذه العلاقة.

ويُقترح أن تحمل الكرب المنخفض يزيد الانفعالات غير السارة الناجمة عن الاحتمات غير المرغوب فيها، ويساهم في الانخراط في السلوكيات غير التكيفية، على وجه التحديد القهر، والتجنب، والقمع. وتشير الأدلة البحثية حتى الآن إلى أن التحمل المنخفض للكرب يرتبط بانخفاض تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، والطبيين، ومع ذلك، يتم خلط الأدلة حول ما إذا كان تحمل الكرب النفسي مؤشراً فريداً على أعراض الوسواس القهري (Leeuwerik, 2020).

ويؤدي تحمل الكرب النفسي المنخفض إلى استخدام خطط سلبية لتنظيم الانفعالات، مثل التجنب، والاجترار، وقمع الأفكار المقتحمة. في المقابل، من المفترض أن يؤدي تحمل الكرب

النفسي المرتفع إلى استخدام خطط فعالة لتنظيم الانفعالات، بما في ذلك إعادة التقييم (على سبيل المثال، النظر في وجهات نظر بديلة)، وتسمية الانفعال (على سبيل المثال، صياغة المشاعر في كلمات)، وحل المشكلات (على سبيل المثال، صياغة طرق عملية لتقليل نقاط الضعف الانفعالية) (Larrazabal, 2019, 2).

وعلى الجانب الآخر، اهتمت الدراسات بفحص العلاقة بين التعقل وتنظيم الانفعالات، وأشارت لاني وآخرون (Iani et al. 2019) إلى ضرورة فحص هذه العلاقة؛ لأنه على الرغم من وجود علاقة بين تنظيم الانفعالات والتعقل، فلا تزال طبيعة العلاقة غير مفهومة، ويوجد بعض التساؤلات حول درجة إسهام مهارات التعقل في تنظيم الانفعالات، والروابط بين الاثنين، لأن نتائج البحوث في هذه القضايا متباينة، وبحاجة لمزيد من البحث لتقديم إجابات واضحة. وينمي التعقل تنظيم الانفعالات التكيفي من خلال مساعدة الفرد على الانتباه عن قصد لجميع انفعالاته، وتقييمها والاستجابة لها بالقبول، ويبدو أن الاستجابة بالقبول والانفتاح تجاه جميع الانفعالات يسمح للفرد بمعالجة الانفعالات بطريقة صحيحة دون تجنبها أو اجترارها.

ويشجع التعقل الاستجابات الانفعالية الصحية، مثل إدراك الانفعالات والقدرة على تنظيمها، وتؤثر مهارات التعقل على تنظيم الانفعالات من خلال؛ رصد انفعالات الفرد ووصف خبراته الداخلية بالكلمات، وتطوير القدرة على فهم الانفعالات، وقبولها. ودعمت هذه العلاقة دراسة فوكس وآخرين التي فحصت ارتباط التعقل بتغيير بنية الدماغ، وحجم هذه الاختلافات، ووجدت الدراسة ثمان مناطق في الدماغ تتغير باستمرار لدى ذوي التعقل المرتفع، ومن ضمنها، المناطق المسؤولة عن تنظيم الانفعالات، وهي: القشرة الحزامية الأمامية والوسطى؛ والقشرة الجبهية (Fox et al. 2014).

وفيما يخص علاقة تحمل الكرب النفسي بالتعقل، فقد أظهرت دراسة فيريرا وآخرون (2020) Ferreira et al. أن الأفراد الذين يتمتعون بقدرة مرتفعة على تحمل الكرب النفسي يتمتعون بمهارات قبول وتعقل أقوى، وبالتالي، قد تكون الخطط القائمة على القبول فعالة في استهداف الكرب التي تثيره الوسواس. ويعزز التعقل قبول ما يحدث في اللحظة الراهنة دون محاولة تغيير الخبرة المباشرة، والذي يؤدي إلى تحسين القدرة على تحمل مدى واسع من الخبرات الانفعالية والمعرفية والجسمية دون محاولة قمع الخبرات غير السارة، ويُعتقد أن التعقل يزيد من استعداد الفرد لتحمل هذه الخبرات غير السارة أو غير المريحة وتحملها دون محاولة تغييرها (Bliesner, 2010, 29).

وعلى الرغم من أن كل التأكيدات المتعلقة بطبيعة العلاقة بين كل من التعقل وتحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، منطقية، لا يوجد حتى الآن أي دراسة عربية تختبر هذه الادعاءات تجريبياً. وبالتالي، هناك حاجة إلى لقاء نظرة فاحصة على العلاقة بين هذه المتغيرات لدى مرضى الوسواس القهري. ويمكن تحديد مبررات إجراء الدراسة وأهميتها فيما يلي:

- ١ - مع إشارة عديد من الدراسات الحديثة إلى عدم فعالية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده للقضاء على الوسواس القهري ومنع الانتكاسات، أصبح فهم وإيضاح مهارات التعقل وتحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات (والتي تُعد جزءًا من العلاج الجدلي السلوكي) ضروريًا لإحداث زيادة في فعالية العلاج النفسي لاضطراب الوسواس ومنع الانتكاسة.
- ٢ - لا توجد دراسة عربية واحدة - في حدود علم الباحثة - اهتمت بدراسة العلاقات بين مهارات التعقل، وتحمل الكرب النفسي، والتنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري، على الرغم من أهمية هذه المتغيرات، وبالتالي ستضيف الدراسة معلومات علمية حول أداء مرضى الوسواس القهري والطبيين المصريين على هذه المتغيرات
- ٣ - استكشاف حجم العلاقات الارتباطية وشدتها بين التعقل وكل من تحمل الكرب وتنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين، والوقوف على الفروق بينهما في هذه المتغيرات.

مشكلة الدراسة :

ومن خلال الطرح السابق يمكن صياغة مشكلة الدراسة الراهنة في الأسئلة الآتية:

- ١ - هل توجد علاقة ارتباطية بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين؟
- ٢ - هل توجد علاقة ارتباطية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين؟
- ٣ - هل توجد علاقة ارتباطية بين التعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين؟
- ٤ - هل توجد فروق جوهرية بين مرضى الوسواس القهري والطبيين في متغيرات الدراسة؟

مفاهيم الدراسة :

أولاً : التعقل :

مهارات التعقل ما هي إلا ترجمات لممارسة التفكير العميق والتأمل الشديد للتقاليد الروحية^١ الشرقية والغربية في شكل أنماط من السلوك يمكننا ممارستها (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٢٠، ٥٥). وقد تطور التعقل من البوذية وفلسفة زن والتي يرجع تاريخها الى ٢٥٠٠ سنة سابقة، وبدأ كتابات زين تطبيق ودراسة هذا الأسلوب في الثمانينات وطور دراسته إلى برنامج موحد يعرف باسم الحد من الضغط النفسي القائم على التعقل،^٢ الذي يسعى إلى علاج المرضى الذين يعانون من أمراض

(1) Spiritual traditions.

(2) Mindfulness-based stress reduction program.

مزمنا والذين لم يستجيبوا للعلاجات التقليدية. وبدءًا من التسعينيات بدأ كابات زين دراسة التعقل ليشمل مختلف الفئات المرضية بما في ذلك اضطراب القلق، وبعد نتائجه الواعدة في دراساته بدأت دراسة التعقل على نطاق أوسع (Rudoy, 2014, 10). وترجع أصول التعقل أيضاً للصوفية فنجد المفاهيم الأساسية في تعاليم الصوفية هي القبول والاعتراف بكل من الخبرات الإيجابية والسلبية، والتخلص من العادات القديمة، والنظر إلى العالم بعيون جديدة، وتغيير تركيز الفرد من الذات إلى الآخر، وتناغم الجسم والعقل من خلال التأمل والموسيقى والذكر الصوفي (Mirdal, 2012)، ومن أكثر الطرق الصوفية شيوعاً في ممارسة التعقل هي الطريقة المولوية^٣ التي تمارس تأمل الحركة من خلال ذكر الدراويش^٤ والذي يمارسونه ساعات وربما أيام (Knight, 2010, 6).

ووصف براون ورايان التعقل بأنه سمة وقدرة إنسانية جوهرية يكون الفرد قادراً عليها بشكل طبيعي، وكسمة استعدادية تختلف باختلاف الأفراد (Crowe, 2014, 3). وهو القدرة على أن يكون الفرد مدرّكاً أفكاره وانفعالاته ومشاعره الجسمية في اللحظة الراهنة دون الحكم على نفسه أو خبرته. وأن يكون الفرد حاضرًا أو يكون هنا الآن، هاتان طريقتان مختلفتان لقول: "كن متعقلاً لما يحدث لك" (McKay et al. 2010, 63). ويركز مفهوم التعقل على تنظيم الانتباه وكذلك القبول والانفتاح على الخبرات. وعندما ينخرط المرضى في ممارسة التعقل، يتعلمون المشاركة الكاملة في خبراتهم الانفعالية، بدلاً من الانخراط في سلوكيات التجنب أو الهروب، ويقبلون أن خبراتهم ليست جيدة أو سيئة، ولكن يمكن قبولها أو تحملها تمامًا كما هي. وأنه يمكن مواجهة الانفعالات والاندفاعات دون فقد التحكم، كما يساعدهم على تحسين تنظيم الانفعالات، والتحكم في السلوك (Pou, 2019, 32).

ومفهوم التعقل كما عرفه ريتشي وبرينت هو أساس مفهوم تقدير النعم، وهي عملية ينظم الأفراد من خلالها الخبرات الإيجابية في حياتهم ويقيمونها ويعززونها، لذلك تقدير النعم يتضمن تعقل الأفكار والمشاعر الإيجابية فيما يتعلق بالماضي (الذكريات) والحاضر (تقدير اللحظة الراهنة) أو المستقبل (التوقع). وإذا لم يدرك الفرد الخبرات الإيجابية الراهنة بتعقل، فإنه لا يستطيع الإقرار بها، ومن ثم يمكننا أن نتنبأ بأن مواقف التعقل سوف ترتبط إيجاباً بالقدرة على التقدير الذاتي للنعم (Ritchie & Bryant, 2012, 153).

وصنف ألبرت وهولشجر (Hülshager, and Alberts (2020) مهارات التعقل إلى (١) الوصف، وهو القدرة على وصف الظواهر المشاهدة وتسميتها من خلال الكلمات و(٢) العمل مع الوعي، وهو الانتباه والمشاركة الكاملة في النشاط الحالي بدلاً من القيام بأشياء متعددة في الوقت نفسه، وفقد التركيز باستمرار. والقدرة على إعادة توجيه الانتباه عند التشتيت، و(٣) عدم إصدار الأحكام، ويعني اختبار الأفكار والمشاعر دون الحكم عليها أو انتقاد الذات لامتلأها، والانتباه

(3) Mevlevi Order.

(4) Whirling dervishes.

الكامل للأحداث والأفكار والمشاعر بدون أحكام مع القبول، و(٤) عدم التفاعل وهو يعتمد على مبدأ أن الخبرات البغيضة ليست هي بحد ذاتها التي تمثل مشكلة، بل الطريقة التي نتعامل بها معها، ومن خلاله يمكن تنمية علاقة أكثر مرونة مع الخبرات الصعبة.

وتتضح أهمية مهارات التعقل في الآتي: (١) تساعد مهارات التعقل على التركيز على شيء واحد في وقت واحد في اللحظة الراهنة، وبذلك يمكن للفرد التحكم بشكل أفضل وتهدئة انفعالاته الغامرة، (٢) يساعد التعقل في عدم إصدار الأحكام، لأن إصدار الأحكام غالباً ما يغذي الانفعالات الغامرة، و(٣) يساعد التعقل على تطوير مهارة مهمة وهي مهارة العقل الحكيم والتي تعني القدرة على اتخاذ قرارات صحية بشأن حياتك بناء على كل من أفكارك العقلانية وانفعالاتك، أي اتخاذ القرار بطريقة توازن بين تفكيرك واحتياجات انفعالاتك (McKay et al., 2010, 66).

ويساعد التعقل مرضى الوسواس القهري على تغيير الطريقة التي يرتبطون بها بخبراتهم الخاصة. وأشار سالكوفسكيس (١٩٩٦) إلى أن سبب معاناة مرضى الوسواس القهري ليس تفسيرهم المواقف بطريقة خاطئة؛ ولكن تجنبهم المستمر، وعدم السماح لأنفسهم بتحديد المشكلة في طريقة تفكيرهم، أو لاكتشاف طرق بديلة للنظر في وضعهم. فلو تمكن المريض من مراقبة أفكاره الوسواسية، سيتمكن من مشاهدتها دون الاستجابة لها بطقوس علنية أو خفية، واعتبارها مجرد أفكار، والامتناع عن التقييم. ويعبر هذا التصور عن فقد المريض أحد مهارات التعقل وهي إدراك الأفكار على أنها مجرد أفكار (Didonna, 2009, 191). ويفتقد مريض الوسواس لمهارة القبول، فهو يريد التخلص من أفكاره، لكنه لا يدرك أنه من خلال قبول أفكاره وانفعالاته، فهو يسمح لها بالمرور والانتهاج بدلاً من أن تعلق بداخله. وبدلاً من ذلك يستخدم المريض القهر لمقاومة أفكاره، وانفعالاته، فهو ببساطة يتجنبها أو يدفعها جانبا. وفي كل مرة يشعر بعدم الراحة يدفع خبرته جانبا، وبالتالي في كل مرة يشعر بانفعال سلبي فهو لا يتعامل فقط مع ما يمر به، ولكنه يواجه الألم والانفعالات السلبية المتراكمة التي لم يتعامل معها (Hershfield & Corboy, 2020, 88).

النماذج والنظريات المفسرة للتعقل :

• نموذج كوفي وهارتمان.

تم تطوير هذا النموذج (٢٠٠٨) من قبل كوفي وهارتمان، ويرى أن هناك ثلاث طرق يؤدي التعقل دوره من خلالها وهي: العلاقة بين التعقل، وتنظيم الانفعالات، وخفض الاجترار، وعدم التعلق (Yue, 2020, 6). ورأى المؤلفان أن هناك ارتباطاً سالباً بين التعقل وانخفاض الكرب النفسي، من خلال العلاقة بين التعقل وزيادة تنظيم الانفعالات، والقدرة على التصدي لسبب الكرب

(5) Coffey and Hartman's model.

أو التعامل معه عن طريق تعديل الأفكار أو السلوكيات، والطريقة الثانية التي يُحسن التعقل من خلالها الصحة النفسية ويساعد على تحمل الكرب النفسي هي خفض الاجترار، والطريقة الثالثة التي تفسر العلاقة بين التعقل والكرب النفسي هي عدم التعلق؛ والذي يعرف بأنه القدرة على السماح للخبرات (أي الأفكار، والانفعالات) أن تمر في الوعي، بدلا من إعطاء أهمية شخصية لها (Coffey & Hartman, 2008).

ويشير هذا النموذج إلى أن زيادة التعقل ترتبط بزيادة القدرة على إدارة المشاعر السلبية، وأحد التفسيرات للعلاقة بين التعقل وتنظيم الانفعالات هو أن زيادة الانتباه لخبرة الفرد تزود الشخص بمعلومات إضافية عن الحياة الانفعالية، مثل زيادة الوعي بالأفكار والمشاعر، والتي يمكن أن تنبه الفرد إلى أن خطط التنظيم الانفعالي ضرورية، والاحتمال الثاني هو أن الانتباه إلى الانفعالات السلبية يؤدي إلى التعرض لها وإزالتها، مما قد يقلل من حدتها (Coffey et al., 2010).

• نموذج براون وراين وكرسول^٦.

تطور هذا النموذج عام ٢٠٠٧، ووفقاً له يتحدد التعقل بالخصائص الآتية: وضوح الدراية^٧، والدراية غير التمييزية وغير المفاهيمية، ومرونة الدراية والانتباه، وموقف واقعي نحو الواقع، والوعي الموجه نحو الحاضر^٨، واستمرار الإدراك والانتباه. ويصف النموذج خمس فوائد للتعقل هي: (١) الاستبصار ويشمل الدراية بأداء الوظائف المعرفية^٩، وهي المحور الرئيسي للعلاجات النفسية القائمة على التعقل، وينتج عنه تثبيط أنماط التفكير مثل الاجترار والوساوس، وتشجيع الفرد على التحرك نحو الأفكار المهددة والانفعالات من خلال توفير سياق آمن لاختبار الواقع، و(٢) التعرض، ويؤدي إلى الاسترخاء وانخفاض التفاعل الانفعالي، وتحمل أكبر للمواقف والخبرات غير المرغوبة، وخفض الكرب وجعل السلوك أكثر توافقاً، و(٣) عدم التعلق: وهو يسهل التوازن والراحة، والسعادة غير المشروطة التي لا تتوقف على الظروف، و(٤) تنظيم أداء العقل والجسم^{١٠}: لأن ممارس التعقل يخبر كريباً أقل ونشاطاً ذاتياً أكبر، و(٥) الأداء الوظيفي المتكامل^{١١}: وهو حلقة وصل بين التعقل والعافية النفسية في هذا النموذج (Brown et al., 2007).

ووفقاً لهذا النموذج فإن التعرض أحد المكونات الأساسية للتعقل، يرتبط بسلوك الهروب، والتجنب لدى مرضى الوسواس القهري. ويرتبط بصعوبات التنظيم الانفعالي، وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري؛ حيث تكون الانفعالات السلبية أقل إثارة عند التعرض لها؛ لأن

(6) Brown, Ryan and Creswell's model.

(7) Clarity of awareness.

(8) Present-oriented consciousness.

(9) Metacognitive awareness.

(10) Enhanced mind-body functioning.

(11) Integrated functioning.

المريض يتعلم أن يتجه نحوها بدلاً من الابتعاد عنها، مما يؤدي إلى التعود على شدة الخبرة الانفعالية الذاتية، والذي يؤدي بدوره إلى زيادة تحمل الكرب النفسي (Treanor, 2011).

ثانياً : تحمل الكرب النفسي :

بدأ التساؤل حول العلاقة بين الوسواس القهري وتحمل الكرب النفسي من خلال تقارير مجموعة العمل للوسواس القهري^{١٢} (١٩٩٧) التي وجدت أن السبب الرئيس لأعراض القلق في اضطراب الوسواس القهري، هو الاتجاه إلى إدراك قدر عالٍ نسبياً من عدم تحمل الغموض حول القدرة على التوافق مع التغيير غير المتوقع والأداء المناسب في المواقف الغامضة بطبيعتها، وبالتالي فإنها تعيق الطريق لتحقيق تحمل الكرب (Choudhary, 2013, 31).

والقدرة على تحمل الكرب النفسي وقبوله هو هدف أساسي للصحة النفسية لسببين أساسيين: أولاً، الألم والكرب جزء من الحياة؛ فلا يمكن تجنبه تماماً أو إزالته، وعدم القدرة على قبول هذه الحقيقة الثابتة أمر يؤدي إلى زيادة الألم والمعاناة. وثانياً، تحمل الكرب، على الأقل على المدى القصير، هو جزء لا يتجزأ من أي محاولة لتغيير الشخص لنفسه وإلا فإن الجهود الرامية إلى الهرب من الألم والكرب (مثلاً عن طريق الأفعال الاندفاعية) سوف تتعارض مع الجهود لإحداث التغييرات المنشودة (Linehan, 2015, 99).

وينطوي تحمل الكرب النفسي على كل من التوقع، واختبار الانفعالات السلبية ويتضمن: (أ) القدرة على التحمل، (ب) تقييم الموقف الانفعالي كمقبول، (ج) وكيف ينظم الفرد الانفعال، (د) ومقدار الانتباه الذي استغرقه الانفعال، ومدى تدخله في الأداء (Shiple, 2014, 13). ويصف الأفراد ذوو تحمل الكرب المنخفض غالباً محتهم بأنها لا تطاق، ويقرون صعوبة تقبل كربهم، ويعتبرون أنفسهم أقل قدرة على التكيف مقارنة بالآخرين (Jablonka, 2017, 4).

وأبرزت النماذج المعرفية دور تحمل الكرب النفسي في اضطراب الوسواس القهري؛ فاقترحت أن القهر ينبع من عدم الثقة في القدرة على تحمل الشك والقلق المرتبطين بالأفكار الوسواسية. وأن الأفراد المصابين بالوسواس القهري لديهم معتقدات مختلفة حول عدم القدرة على تحمل القلق أو الخبرات الانفعالية القوية المرتبطة بالأفكار المقتحمة. نتيجة لذلك، يحاولون خفض القلق عن طريق أداء القهر، ويزيد القهر مقدار الانتباه للأفكار المقتحمة والانفعالات المرتبطة بها، ويمنع المريض من مواجهة الانفعالات المؤلمة، ومن الوصول إلى المعلومات التي تدحض معتقداته حول عدم القدرة على تحمل القلق (Napolitano, 2017).

ومن مهارات تحمل الكرب النفسي :

١ - الإلهاء^{١٣}، والذي يساعد الفرد على التوقف مؤقتاً عن التفكير في المعاناة، ويمنحه الوقت للعثور على استجابة مناسبة للتكيف. ويجب التمييز بين الإلهاء والتجنب، فعندما تتجنب موقفاً مؤلماً، فإنك تختار عدم التعامل معه. لكن عندما تصرف انتباهك عن موقف مؤلم، فإنك لا تزال تعترزم التعامل معه في المستقبل عندما تهدأ انفعالاتك إلى مستوى مقبول (McKay et al., 2010, 10). ومن الاستخدامات الفعالة للإلهاء (أ) عندما يهدد الألم الانفعالي بأن يصبح ساحقاً لدرجة أنك تتعرض لخطر التعطيل في العمل، أو في الحياة الاجتماعية، فيكون من الأكثر فاعلية صرف الانتباه عن الانفعالات اللحظية، و(ب) عندما لا يمكن حل المشكلات على الفور (Linehan, 2014, 440).

٢ - مهارات تهدئة الذات^{١٤}، فمن الضروري أن تهدئ نفسك قبل أن تواجه سبب الكرب، لأن مشاعرك قد تكون قوية؛ فكثير من الناس الذين يعانون من انفعالات قوية يشعرون بالهلع عند مواجهتها (McKay et al., 2010, 10).

٣ - التعايش مع الأزمات، وقبول الواقع. وهو الطريق إلى تحويل المعاناة التي لا يمكن تحملها إلى ألم يمكن تحمله، ويمكن التفكير في الأمر كالاتي: ألم + عدم قبول = معاناة ووقوع في مأزق، بينما ألم + قبول = ألم عادي (شديد في بعض الأحيان) مع إمكانية المضي قدماً. ويشير التعايش مع الأزمات إلى أن عيش الحياة كما لو كانت دائماً أزمة يطيل الأزمات، لأنها تتداخل مع حل المشكلات على المدى الطويل، ويخلق المزيد من الأزمات. لذلك، يتعين علينا جميعاً تجربة وقبول الحياة وهذه هي الطريقة الوحيدة في النهاية لبناء حياة تستحق أن تعاش (Linehan, 2014, 420).

النماذج المفسرة لتحمل الكرب النفسي :

• نموذج لينهان لمهارات تحمل الكرب النفسي^{١٥}.

طورت لينهان (٢٠١٥) Linehan مدخلاً علاجياً جديلاً، يتضمن أربع فئات من التدريب على المهارات. وأحد الجدليات المتضمنة في نموذجها أنه يجب على المرضى أن يوازنوا بين قبول أنفسهم وبين حاجتهم في الوقت الحالي لإجراء تغييرات شخصية، وعبرت عن هذا التوازن بأنها شملت فئتين لزيادة مهارات القبول (مهارات التعقل ومهارات تحمل الكرب) وفئتين لزيادة مهارات التغيير (مهارات التأثير بين الشخصي ومهارات تنظيم الانفعالات). وأشارت إلى تحمل الكرب النفسي بأنه القدرة على إدراك بيئة الفرد دون شروط بأن تكون مختلفة؛ لاختبار الحالة الانفعالية

(13) Distraction.

(14) Self-soothing skills.

(15) Linehan's Model of Distress Tolerance Skills.

الحالية دون محاولة تغييرها؛ ومراقبة أفكار الفرد وأفعاله من دون محاولة إيقافها أو التحكم فيها، وترى أن لمهارات تحمل الكرب النفسي دور في معالجة السلوكيات غير المنتظمة التي غالباً ما تكون موجودة في الأفراد الذين يعانون من خلل التنظيم الانفعالي (Sommers, 2017, 33).

وتفترض لينهان أن تحمل الكرب ينتج عن تفاعل البيئة الاجتماعية مع الاستعدادات الحيوية الأساسية، وأن العجز عن قبول الكرب كعنصر من عناصر الحياة يفاقم المعاناة. وبالتالي، يؤدي تحمل الكرب النفسي إلى اختلافات فردية في تقييم الكرب، فقد يؤدي إلى زيادة حدة الانفعالات السلبية والنفور منها، أو عدم تجنب الانفعالات الصعبة واختبارها والذي يؤدي لتنظيم الانفعالات التكيفي (Simons & Gaher, 2005).

• نموذج سيمونز وجاهر (Simons and Gaher (2005) متعدد الأوجه لتحمل الكرب النفسي :

وتضمن هذا النموذج العوامل الأربعة التالية: (١) التحمل، ويرتبط بتوقعات الفرد بشأن الحالة المنفرة والقدرة المتصورة على اختبار الكرب دون أذى أو تدهور في الأداء، و(٢) التقييم، ويشمل تقييم الكرب على أنه أمر غير مقبول، والحكم على استجابة الفرد للكرب على أنه أمر مخز، أو يرى أنه أدنى من الآخرين. و(٣) التنظيم، ويتعلق بقدرة الفرد على اختبار حالة نفسية منفرة دون الانخراط في سلوكيات التجنب بهدف تخفيف الكرب. و(٤) الاستغراق^٦، ويشير إلى القدرة على تحويل تركيز الانتباه من الموقف المكرب واستئناف الأداء المعتاد للفرد (Villatte, 2013, 4). ووفقاً لهذا النموذج فإن تحمل الكرب النفسي المرتفع يجعل مريض الوسواس يبدأ في قبول المخاوف المتوقعة التي يُنظر إليها على أنها صعبة أو مستحيلة التغيير، ويحاول باستمرار السيطرة عليها أو الهروب منها أو تجنبها (Laposa et al., 2015).

ثالثاً : تنظيم الانفعالات :

عرف جروس وآخرون (٢٠٠٦) تنظيم الانفعالات بأنه قدرة الأفراد على تقرير أي انفعال لديهم في هذه اللحظة هو الذي يجب تنظيمه، وكيف يختبرون هذه الانفعالات ويعبرون عنها (Carly et al., 2014, 51). وصنفت لينهان مهارات تنظيم الانفعالات إلى: (١) فهم الانفعال وتسميته، ويشمل تعلم كيفية تحديد الانفعالات في الحياة اليومية وتسميتها، وفهم وظائف الانفعالات، و(٢) تغيير الانفعالات غير المرغوب بها، ويشمل القدرة على تغيير الاستجابات الانفعالية، والانخراط في حل المشكلات، و(٣) إدارة الانفعالات الشديدة: ويشمل قبول الانفعالات الحالية، وخوض الانفعالات دون الحكم عليها أو محاولة تثبيطها أو منعها أو التمسك بها. وتتطلب مهارة القبول الانفعالي استخدام التعقل والاعتراف بأن الانفعالات تحدث، وعدم الشعور بالتهديد من الانفعالات (Linehan, 2014, 129).

ويجب علينا معرفة الرؤى الصحية للانفعالات على هذا النحو: (١) أنها لا جيدة ولا سيئة، ولا صواب ولا خطأ، لأن المشاعر هي التي تجعلك إنساناً وليس جماداً، و(٢) أن هناك فرقاً بين أن يكون لديك مشاعر، وأن تفعل شيئاً ما يؤثر عليها فتخرج عن مسارها، وتتحول إلى انفعالات ضارة، و(٣) انفعالاتك ليست نهاية الكون لأنه من السهل التحكم فيها، ويتوقف الأمر على معالجتك لها، و(٤) عندما تنثور الانفعالات بشدة، ستعجز عن السيطرة عليها. كل ما تحتاج إليه أن تتعلم كيف تنظمها، وتدركها بشكل واقعي، و(٥) المشاعر والانفعالات ليست حقائق راسخة لا تقبل التغيير، بل هي أشد مكونات النفس البشرية قابلية للتنظيم والتغيير، و(٦) لن تستطيع التخلص من انفعالاتك أبداً، لأنها تقوم بوظائف بقائية شديدة الأهمية، فكن مستعداً دائماً لقبورها، وتعلم كيف تتحكم فيها وتوجهها (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٢٠، ١٣٧).

ومن الخطط المستخدمة لتنظيم الانفعالات، (إعادة التقييم، وحل المشكلات، والقبول)، ويتضمن إعادة التقييم: إيجاد منظور إيجابي يتم التدريب عليه كجزء من علاج الوسواس القهري، في حين يتضمن حل المشكلات: محاولات لتغيير الموقف الذي يسبب الضغوط. أما القبول، يعني قبول الانفعالات بدون إصدار أحكام، ومواجهة الانفعالات لتحقيق الصحة النفسية، أما الأفراد الذين يعانون من صعوبة في تنظيم الانفعالات فيستخدمون خطأً غير تكيفية للتعامل مع الانفعالات من مثل؛ (القمع، والتجنب). والقمع الانفعالي، يشير إلى المنع المدرك للانفعالات، أما التجنب: فيشير إلى تجنب الانفعالات، والمشاعر، والمثيرات، ويؤدي إلى حالة مزاجية مضطربة وزيادة الأفكار السلبية (Moore, 2013, 21).

وارتبطت أعراض الوسواس القهري بالفهم الضعيف للانفعالات الذي يؤدي إلى تفاقم الكرب الانفعالي؛ حيث يتم البحث عن الراحة الفورية من خلال سلوكيات التجنب غير التكيفية (على سبيل المثال، استخدام التحييد)، وافترض ستيرن وآخرون أن تجنب الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري قد يكون سبباً في زيادة الأعراض، حيث يستخدم المريض القهر لخفض الكرب الانفعالي الناتج عن الأفكار المقتحمة التي يُنظر إليها على أنها لا يمكن السيطرة عليها (Fergus, 2014) & Bardeen, وأوضح كالكينز وآخرون (Calkins et al. (2013) أن الجهود التي يبذلها المريض لقمع الانفعالات السلبية، تزيد من مقدار الانتباه الذي يُعطى للأفكار والانفعالات المؤلمة، وبالتالي تولد حلقة من الأعراض المتفاقمة. وفي الوسواس القهري، يتسبب استخدام القهر في منع المواجهة مع المثيرات المخيفة، وتعزيز الاعتقاد بأن الفرد غير قادر على التعامل مع هذه الانفعالات، مما يزيد من احتمالية الانخراط في القهر في المستقبل.

النماذج المفسرة لمهارات تنظيم الانفعالات :

اقترح جورست (Jurist (2017) منظوراً جديداً لتنظيم الانفعال يُدعى نظرية التأثيرات العقلية^{١٧}.

(17) The theory of mentalized affectivity (MA).

تقول النظرية أن التنظيم ذو التأثير على إدارة الانفعالات أو تغييرها يعتمد على القدرة على التفكير العقلي^{١٨}، ويرى أن الانفعالات لا تعدل فقط في عملية تنظيمية، ولكن يتم إعادة تقييمها أيضاً في المعنى، وهذا الجانب من تنظيم الانفعالات يتطلب القدرة على تعقل الفرد لأفكاره ومشاعره، ومراقبة العوامل التي قد تؤثر على الانفعال، مثل الموقف الحالي أو السياق الذي يوجد فيه الفرد، مما يساعد الفرد على مراقبة انفعالاته، وتوقع المواقف المستقبلية. واقترح جورست ثلاثة جوانب لعملية تنظيم الانفعالات، هي: (١) تحديد الانفعالات والذي يتضمن: وصف الانفعالات، واستكشاف معنى الانفعال، ومعرفة لماذا تشعر بهذه الطريقة، (٢) معالجة الانفعالات؛ والتي تتضمن تعديل الانفعالات، وتغيير شدة الانفعالات واستمراريتها، و(٣) التعبير عن الانفعالات، عن طريق التواصل بين أفكار الفرد وانفعالاته داخلياً وظاهرياً (Greenberg et al., 2017). ووفقاً لهذا النموذج فإن القمع التعبيري، وهو خطة غير تكيفية لتنظيم الانفعالات، يبدو واضحاً لدى مرضى الوسواس القهري؛ حيث أن الاستخدام المزمّن وغير المرن للقمع يمنع المرضى من معرفة أن المثيرات المخيفة ليست مصدر تهديد، ويؤدي إلى انشغال أكبر بالأفكار المقترحة المخيفة، ويقاوم الكرب المرتبط بمثل هذه الفكرة بل ويزيد من تكرارها (Fergus & Bardeen, 2014).

• نموذج لينهان الحيوي الاجتماعي لعدم تنظيم الانفعال^{١٩}.

وضعت لينهان (٢٠١٥) النموذج الحيوي الاجتماعي لخلل تنظيم الانفعالات من منظور الموجة الثالثة للعلاج النفسي. وعرفت لينهان تنظيم الانفعالات بأنه قدرة الفرد على تعديل الخبرات والاستجابات الانفعالية، وهو يمكن أن يكون آلياً ومسيطرًا عليه بوعي. وتقتصر أن سوء تنظيم الانفعالات ينتج من نقاط الضعف الحيوية للانفعالية السلبية^{٢٠}، والحساسية العالية للإشارات الانفعالية، والاندفاعية. ويتم تعريف الاستعداد للانفعال^{٢١} بأنه (١) استثارة انفعالية سلبية شديدة كخط أساس، و(٢) حساسية للمنبهات الانفعالية، و(٣) استجابة شديدة للمنبهات الانفعالية، و(٤) عودة بطيئة إلى خط الأساس الانفعالي. لذلك، فإن الأفراد ذوي الضعف الانفعالي الشديد يختبرون الانفعالات بشكل متكرر وحاد أكثر، ولفترات زمنية أطول من الآخرين. ويواجه الأفراد ذوو الاندفاعية العالية صعوبة أكبر في تنظيم الانفعالات (Sommers, 2017, 31).

رابعاً : اضطراب الوسواس القهري :

يعرف الوسواس القهري وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية^{٢٢} بالمحكّات التشخيصية الآتية :

(18) Mentalization.

(19) Linehan's BioSocial Theory of Emotion Dysregulation.

(20) Negative affectivity

(21) Emotional vulnerability

(22) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).

أ (وجود إما وساوس أو أفعال قهرية :

وتعرف الوسواس ب (١) و(٢) :

١ - أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة مستديمة مفتحة ملحة غير مرغوبة، تسبب قلقاً وضائقة واضحين.

٢ - يحاول المريض تجاهل أو قمع هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تعطيلها بأفكار أو أفعال أخرى.

وتعرف الصور القهرية ب (١) و(٢) :

١ - سلوكيات متكررة (غسل اليدين، أو الترتيب، أو التحقق) أو أفعال عقلية (الدعاء، أو العد، أو تكرار الكلمات بصمت) والذي يشعر الفرد بأنه مُكره على أدائها طبقاً لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

٢ - السلوكيات أو الأفعال العقلية وتهدف هذه السلوكيات والأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الكرب المصاحب للوسواس أو منع بعض الأحداث المفزعة، ولا تحقق هذه الأفعال القهرية متعة أو إشباعاً في حد ذاتها، كما أنها لا ترتبط واقعياً بما جاءت لتحبيده أو منعه، أو تكون مفرطة بشكل واضح.

ب) الوسواس أو الأفعال العقلية تستهلك وقتاً (أكثر من ساعة خلال اليوم) أو تسبب كرباً حاداً أو تدهوراً في الأداء الاجتماعي، أو الوظيفي أو الأنشطة.

ج) لا تُعزى أسباب الوسواس القهري لأسباب فسيولوجية أو للتعاطي (مثل تعاطي المواد النفسية، أو الأدوية) أو حالة طبية أخرى.

د) أعراض الوسواس القهري لا يمكن تفسيرها بأي اضطراب نفسي آخر (American Psychiatric Association, 2013).

ويظهر اضطراب الوسواس القهري في دليل التشخيص الخامس في فئة تشخيصية منفصلة تسمى "الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة". مع اضطراب تشوه الجسم^{٢٣}، والاكتئاب^{٢٤}، وهوس نتف الشعر^{٢٥}. في حين أنه في دليل التشخيص الرابع كان يُعتبر من اضطرابات القلق. وأيضاً استبعد معيار الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع الذي يقضي بوجود الاعتراف بالوسواس والقهر في مرحلة ما على أنها مفرطة ولا معنى له (Clark, 2020, 6).

وتصنف الوسواس إلى: (١) أفكار متكررة، و(٢) أفكار متكررة حول التلوث، و(٣) الشكوك المتكررة، و(٤) الصور التخيلية، و(٥) الاندفاعات، و(٦) الدفعات العدوانية المرعبة، و(٧)

(23) Body dysmorphic disorder.

(24) Hoarding disorder.

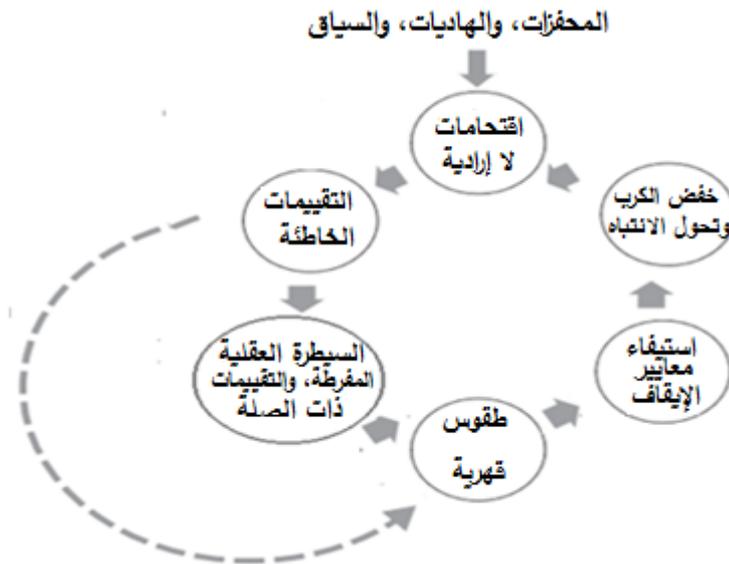
(25) Trichotillomania.

التخيلات الجنسية، و(٨) التخيلات الوسواسية، و(٩) الوسواس الدينية، و(١٠) الانشغالات الجسمية (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٩، ٤). وفيما يلي بعض السلوكيات القهرية المتعلقة بالوسواس: (١) تجنب الأشخاص أو الأماكن التي تثير أفكار الأذى غير المرغوب فيها، و(٢) الالتصاق بقواعد معينة، وتجنب التصرف العفوي حتى لا يقع ضرر محتمل، و(٣) طلب المريض الدائم للطمأنة إلى أنه لم ولن يفعل شيئاً فظيماً، و(٤) المراجعة العقلية للأفكار والأحداث بغرض التأكد من أنه لم ولن يؤذ أحد، و(٥) تحييد الأفكار، حيث يجبر نفسه عمداً على التفكير في فكرة محددة رداً على فكرة مؤذية، و(٦) الاغتسال والنظافة، مثل غسل اليدين القهري، و(٧) الخزن والتخزين: ويعني أنك تحتفظ أو تأخذ أكثر بكثير مما تزيله من حياتك، و(٨) العد: لمنع حدوث شيء سيء، أو للإلهاء عن الأفكار غير المرغوب بها (Hershfield & Corboy, 2013, 119).

النماذج والنظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري :

• النموذج المعرفي السلوكي العام للوسواس والأفعال القهرية :

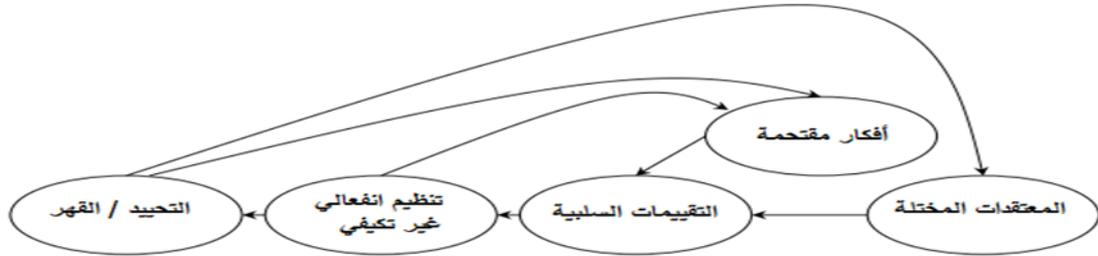
يرى النموذج العام مسارين محتملين في تطور الوسواس، في المرحلة المبكرة من الاضطراب، يحاول المريض السيطرة على الاقتحامات عبر خطط التحكم الشائعة، ويرى فشل هذه الجهود على أنه نتيجة خطيرة وتمثل تهديداً، فيذهب الفرد إلى أشكال أكثر تطرفاً من التحييد. وفي حالة الوسواس القهري المزمن، من المرجح أن يتخطى الأفراد السيطرة العقلية وينتقلوا مباشرة إلى الطقوس القهرية. وأحياناً يكون إنتاج القهر ألياً لدرجة أن الفرد يواجه صعوبة في تحديد الوسواس. ويستمر القهر حتى يستوفي معايير الانتهاء من القهر، ويحتاج الشخص الضعيف إلى معيار أعلى لتقرير متى يوقف قهره. والحالة النهائية للمريض هي انخفاض كبير في المشاعر السلبية وتحول الانتباه بعيداً عن الوسواس مؤقتاً (Clark, 2020, 119).



شكل (١) النموذج المعرفي السلوكي العام للوسواس والأفعال القهرية (Clark, 2020, 118).

وأشارت النماذج السلوكية والمعرفية للوسواس القهري إلى أن مهارات التعقل قد تغير المعتقدات حول الأفكار المقتحمة؛ حيث يشجع الأفراد على السماح لأفكارهم بالمرور دون حكم عليها، ودون الانغماس في محتواها. ويُعلم التعقل أن الأفكار هي مجرد أحداث عقلية ليس لها معنى متأصل، ويُعلم إعادة الانتباه إلى اللحظة الحالية عندما يشاهد المريض أنه يستغرق في محتوى أفكاره الوسواسية. وهذه الفكرة مهمة بشكل خاص لمرضى الوسواس القهري نظرًا لأنهم يعانون من التقييمات التي تعطي الأفكار المقتحمة معنى شخصيًا ومهمًا يزيد تكرار وشدة هذه الأفكار (Fairfax, 2008). ويُعلم التعقل المرضى قبول الأشياء كما هي ومراقبة الخبرات دون التفاعل معها، ويؤكد على الطبيعة العابرة لها، ويساعدهم على قبول عدم الكمال، والشك كجزء طبيعي من الحياة، ويعزز الوعي بالإلحاحات، ويساعد المرضى على مراقبة الاندفاعات للانخراط في سلوكيات قهرية وبالتالي اتخاذ خيارات سلوكية بديلة أكثر فائدة (Mangal, 2013, 155).

وتفترض أن المعتقدات المختلفة، والحالات المزاجية تؤثر على أعراض الوسواس القهري الرئيسية، وتؤدي إلى تقييمات سلبية للأفكار وللانفعالات؛ مما يجعل تجاهلها أكثر صعوبة، وعادة ما يترتب على ذلك صعوبات في تنظيم الانفعالات، وتؤكد أهمية قبول الخبرة الانفعالية لدى المرضى، لزيادة القدرة على تنظيم الانفعالات، بدلًا من قمعها. حيث أن قمع التعبير الانفعالي يؤدي إلى زيادة احتمالية عدم تنظيم الانفعالات نظرًا لأن المستويات الأعلى من الإثارة يصعب تنظيمها بشكل عام (Nicholls, 2016, 71).



شكل (٢) التصور المعرفي السلوكي لدور تنظيم الانفعالات في اضطراب الوسواس القهري

(Nicholls, 2016, 16)

الدراسات السابقة :

بناءً على ما تم الاطلاع عليه من بحوث ودراسات سابقة ذات صلة بمتغيرات الدراسة صنفنا الدراسات إلى ثلاث فئات، هي:

أولاً : دراسات فحصت التعقل وعلاقته بتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري :

فحصت بيكس (Bakes 2015) العلاقة بين التعقل وتحمل الكرب النفسي وأعراض الوسواس القهري في عينة مجتمعية (ن=١٦٤) باستخدام مسح استقصائي على شبكة المعلومات، وتوصلت

الدراسة إلى وجود علاقة سلبية دالة بين التعقل وأعراض الوسواس القهري، وأضافت أن زيادة الاستعداد لتحمل الكرب النفسي والأفكار غير السارة، وكون الفرد أكثر هدوءًا ارتبط سلبًا باضطراب الوسواس القهري، وارتبط إيجابيًا مع التعقل، وأثبت اتجاه عدم الحكم على الخبرات الداخلية^{٢٦} أكبر ارتباط سلبًا مع أعراض الوسواس القهري مقارنة مع غيره من جوانب التعقل، يليه التصرف بوعي، ثم الوصف.

وفي دراسة أجراها لوريك وآخرين (Leeuwerik et al. (2020) لفحص علاقة التعقل والرحمة بالذات^{٢٧} بأعراض اضطراب الوسواس القهري وانخفاض تحمل الكرب النفسي، أكملت عينات من الراشدين الباحثين عن العلاج عددها (١٨٧١) وعينة من الطبيعيين عددها (٥٤٠) الإجابة عن بنود مقاييس لكل من التعقل، والرحمة بالذات، واضطراب الوسواس القهري، وتحمل الكرب النفسي. وأشارت النتائج إلى ارتباط التعقل والرحمة بالذات ارتباطاً موجباً دالاً مع تحمل الكرب النفسي. وأن التعقل يساهم بشكل مستقل في التنبؤ بأعراض الوسواس القهري، ومن المثير للاهتمام أن تحمل الكرب النفسي لم يكن مؤشراً مستقلاً للتنبؤ بأعراض الوسواس القهري. وأضافت نتائج الدراسة أن تحمل الكرب النفسي المنخفض يفاقم المشاعر غير السارة التي تثيرها الاقتحامات غير المرغوب فيها والمساهمة في الإلحاحات للانخراط في السلوكيات غير التكيفية، والتجنب، وقمع الفكر والسعي إلى الطمأنينة، للقضاء على الكرب.

ثانياً: دراسات فحصت تحمل الكرب النفسي وعلاقته بتنظيم الانفعالات الوسواس القهري :

سعت دراسة أوربن (Orbon (2016) لمعرفة إذا كان انخفاض تحمل الكرب النفسي عاملاً مهماً يساهم في انخفاض تنظيم الانفعالات، وزيادة أعراض الوسواس القهري، وتم تعيين عينة الدراسة (ن = ٣٣٦) من خلال Amazon Mechanical Turk وهو موقع خاص بتزويد المستخدمين بأشخاص للقيام بمهام منفصلة حسب الطلب. وأشارت النتائج إلى أن قدرة الفرد على تحمل الكرب يرتبط ارتباطاً دالاً بانخفاض أعراض الوسواس القهري، وارتبط عدم تحمل القلق، والاكنتاب بمستويات أعلى من أعراض الوسواس القهري المتعلقة بالأفكار غير المقبولة (على سبيل المثال، الأفكار غير السارة حول الجنس)، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضي ذوي تحمل الكرب النفسي المنخفض أقل تحملاً لمشاعر القلق والاكنتاب، وأكثر عرضة للانخراط في محاولات تنظيم الانفعالات غير التكيفي لخفض أو القضاء على هذه المشاعر.

وفحصت دراسة بينكيوتي وآخرين (Pinciotti et al. (2021) ارتباط عدم تحمل الشك بأعراض الوسواس القهري، وصعوبات تنظيم الانفعالات، وتكونت عينة الدراسة من ٩٧٤ مريضاً مشخصاً

(26) Non-judging approach to inner experiences.

(27) Self-compassion.

باضطراب الوسواس القهري. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين عدم تحمل الشك وجميع أعراض الوسواس القهري، وكانت العلاقة الأكبر بين تحمل الشك ووساوس التلوث، وأعراض الأفكار غير المقبولة، وأشارت الدراسة إلى أن المصابين بالتلوث وأعراض الأفكار غير المقبولة أكثر عرضة للشعور بالعجز بسبب عدم تحمل الشك؛ الذي يرتبط بالاعتماد المفرط على الطقوس المباشرة الصريحة، والتجنب، والاجترار، وصعوبات تنظيم الانفعالات.

ثالثاً : دراسات فحصت التعقل وعلاقته بتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري :

أشارت دراسة خسرواني وآخرين (Khosravani et al. (2018 إلى العلاقة بين صعوبات تنظيم الانفعالات والتعقل وأعراض الوسواس القهري، وتكونت عينة الدراسة من ثمانين مريضاً يعانون من اضطراب الوسواس القهري و٨٠ من الطبيعيين، وأظهرت النتائج أن عدم قبول الاستجابات الانفعالية، ومحدودية الوصول إلى خطط تنظيم الانفعال، وصعوبات التحكم في الاندفاع، كانت مرتبطة ارتباطاً موجباً بجميع أبعاد أعراض الوسواس القهري. ووجدت علاقة سالبة دالة بين الوعي الانفعالي والفحص، والشك. وارتبط الافتقار إلى الوضوح الانفعالي ارتباطاً موجباً مع جميع أعراض الوسواس القهري، باستثناء الترتيب، وأشارت الدراسة إلى ارتباط التعقل بخفض صعوبات التنظيم الانفعالي، وأضافت الحاجة الملحة إلى خفض الانفعالات السلبية وما يصاحبها من تقييمات سلبية يكون نتيجة لرغبة قوية في عدم تحمل الكرب النفسي.

وبحثت دراسة ايشهولز وآخرين (Eichholz et al. (2020 العلاقة بين صعوبات التنظيم الانفعالي، ومهارات التعقل، والمعتقدات الوسواسية، وشدة أعراض الوسواس القهري، وتكونت العينة من ٩٠ مريضاً بالغاً من عيادة متخصصة لعلاج الوسواس القهري بمتوسط عمر ٣٣,٩٣ عاماً، وتراوح أعمارهم من (١٨-٦٨) عاماً، وأظهرت النتائج أن شدة الأعراض والمعتقدات الوسواسية ارتبطت ارتباطاً موجباً بصعوبات التنظيم الانفعالي. بالإضافة إلى ذلك، أشارت نتائج الدراسة إلى أن التعقل قد يكون مصدراً فعالاً للتعامل مع الحالات الانفعالية المؤلمة باستخدام القبول، مما يمكن المرضى من تنظيم انفعالاتهم.

تعليق عام على الدراسات السابقة :

- لم تجد الباحثة أي دراسة عربية (في حدود علمها) فحصت العلاقات بين التعقل وتحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري. بالرغم من الاهتمام المتزايد بدراسة هذه المتغيرات وتطبيقاتها حديثاً وعلاقتها باضطراب الوسواس القهري (في الدراسات الغربية).
- أجمعت معظم نتائج الدراسات السابقة على وجود علاقة بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات، وبين التعقل وتحمل الكرب النفسي، وبين التعقل وتنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري.

- وقعت بعض الدراسات السابقة في بعض الأخطاء المنهجية التي تجعل نتائجها غير حاسمة، وينظر إليها بنوع من الحذر والتحوط بشدة، كما غفّالها (عدد العينة). وفي ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، يمكن صياغة فروض الدراسة الراهنة على النحو التالي :
- ١ - توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل عينة طبيعيين.
- ٢ - توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل وتنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل عينة طبيعيين.
- ٣ - توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل عينة طبيعيين.
- ٤ - متوسطات الطبيعيين أعلى جوهرياً من متوسطات مرضى الوسواس القهري في كل متغيرات الدراسة.

منهج الدراسة وإجراءاتها :

منهج الدراسة : استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، لأن فحص المتغيرات في الدراسة الراهنة يعتمد على التصنيف والوصف، كما تم تفسير العلاقات الارتباطية بين مهارات التعقل، وتحمل الكرب النفسي، والتنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري والطبيين. وهو فارق، حيث يقوم برصد الفروق بين مجموعة مرضى الوسواس القهري والطبيين. وفيما يلي عرض لفقرات هذا المنهج.

التصميم البحثي : اتبعت الدراسة الراهنة التصميم المستعرض لمجموعة الحالة في مقابل مجموعة المقارنة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من مجموعة الحالة (مرضى الوسواس القهري) في مقابل مجموعة المقارنة (الطبيين) على عينة قوامها مائة وعشرين راشداً. حيث تكونت عينة الحالة من ٦٠ راشداً، متوسط أعمارهم ٢٤.٧٨ سنة، وبانحراف معياري ٥.٤٢ سنة. وعينة المقارنة بلغت ٦٠ راشداً، متوسط أعمارهم ٢٤.٨٧ سنة، وبانحراف معياري ٥.٣١ سنة. وتم إحداث التكافؤ بينهم في متغير العمر، والمستوى التعليمي.

جدول (١) التكافؤ بين عينات الدراسة (ن = ١٢٠)

المجموعات		ذكور مرضى وسواس قهري (ن=٦٠)		ذكور طبيعيين (ن=٦٠)	
المتغيرات		المتوسطات	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الانحرافات المعيارية
العمر		٢٤,٧٨	٥,٤٢٢	٢٤,٨٧	٥,٣١٩
عدد سنوات التعليم		١٤,٢٠	٢,٢٤٦	١٤,٤٣	٢,٢٦٥

أدوات الدراسة :

تكونت أدوات الدراسة من ٣ اختبارات بالإضافة إلى المقابلة المبدئية، وهي :

- ١ - **المقابلة المبدئية** (إعداد مروة محمد عبد الستار). وهدفت إلى جمع البيانات الأولية الخاصة بالمشاركين، ولمزيد من الفحص والتقييم، ومعرفة تاريخ الحالة، والكشف عن وجود وساوس أو أفعال قهرية أو كليهما، ومحتواها وشدتها واستمراريتها، ومعرفة تأثير الوسواس المعطل، ومعرفة نوع العلاج الذي يتلقاه المريض الدوائي والنفسي، واستبعاد التشخيصات الفارقة، واستبعاد غير المناسبين من عينة الطبيعيين.
- ٢ - **قائمة مهارات التعقل في مرضى الوسواس القهري** (إعداد مروة محمد عبد الستار). تكونت القائمة من ٥٨ بنداً، وتنقسم البنود فيما بينها إلى خمسة مقاييس فرعية، وهي: المراقبة والرصد الذاتي، والوصف، والعمل بوعي، والقبول بدون إصدار أحكام، وعدم التفاعل مع الخبرات الداخلية. وتتطلب الإجابة عن كل بند في قائمة مهارات التعقل أن يحدد المشارك درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (١) مطلقاً إلى (٥) دائماً. وتصحح البنود في اتجاه مقياس الشدة (مطلقاً=١، ونادراً=٢، وأحياناً=٣، وغالباً=٤، ودائماً=٥). وتحسب درجة المشاركين على كل مقياس من المقاييس الخمسة بجمع الدرجات على بنود كل مقياس على حدة.
- ٣ - **قائمة تحمل الكرب النفسي في مرضى الوسواس القهري** (إعداد مروة محمد عبد الستار). تتكون من ٥٢ بنداً، وتقيس القدرة المتصورة أو الفعلية على تحمل واختبار الحالات النفسية السلبية ومقاومتها. وتتطلب الإجابة عن كل بند في قائمة تحمل الكرب النفسي أن يحدد المشارك درجة انطباق كل بند عليه باستخدام مقياس شدة يتراوح بين (١) مطلقاً إلى (٥) دائماً. وتحسب الدرجة الكلية بجمع درجات المشارك بواقع أدنى درجة (١×٥٢) = ٥٢ درجة، وأقصى درجة (٥×٥٢) = ٢٦٠ درجة.
- ٤ - **قائمة مهارات التنظيم الانفعالي في مرضى الوسواس القهري** (إعداد مروة محمد عبد الستار). وتتكون من ٧٥ بنداً، وتنقسم البنود فيما بينها إلى ستة مقاييس فرعية، وهي: السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعالات، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعال، والتعبير عن الانفعالات. وتصحح بنود القائمة في اتجاه مقياس الشدة (مطلقاً=١، ونادراً=٢، وأحياناً=٣، وغالباً=٤، ودائماً=٥). وتحسب درجة المشاركين على كل مقياس من المقاييس الستة بجمع الدرجات على بنود كل مقياس على حدة.

نتائج الدراسة :

[١] **الفرض الأول:** والذي ينص على ما يلي؛ توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل

الطبيين من الذكور. وللتحقق من هذا قمنا بحساب معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون والذي يستخدم في حالة المتغيرات الكمية، ويوضح جدول (٢)، و(٣) النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (٢) مصفوفة العلاقات الارتباطية بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري ن=٦٠

الدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات	التعبير عن الانفعالات	فهم الانفعالات	الوعي بالانفعالات	قبول الانفعال	تحمل الانفعال	السيطرة على الانفعالات	تحمل الكرب النفسي	المتغيرات
**٠,٣٢٣	١,٣٤	*٠,٢٧٥	٠,٠٤٦	**٠,٣٩٩	١,٢٨	**٠,٣٤٩	١	تحمل الكرب النفسي
**٠,٦٣٤	٠,٢٢٩	*٠,٢٨٦	٠,١٢٣	**٠,٤٣٦	**٠,٤٦٤	١	---	مقياس السيطرة على الانفعالات
**٠,٦٩٩	**٠,٤٨٨	**٠,٣٦٩	٢,١٠	**٠,٤٢٣	١	---	---	مقياس تحمل الانفعال
**٠,٨١٥	**٠,٥٤٤	**٠,٦٤٢	**٠,٤٧١	١	---	---	---	مقياس قبول الانفعال
**٠,٦٤٧	**٠,٣٩٥	**٠,٧٣٢	١	---	---	---	---	مقياس الوعي بالانفعالات
**٠,٧٨٩	**٠,٤٤٠	١	---	---	---	---	---	مقياس فهم الانفعالات
**٠,٧٠٨	١	---	---	---	---	---	---	مقياس التعبير عن الانفعالات
١	---	---	---	---	---	---	---	الدرجة الكلية لقائمة التنظيم الانفعالي

** دالة عند ٠,٠١

* دالة عند ٠,٠٥

تبين من الجدول السابق (٢) تحقق نتائج الفرض الأول؛ فتبين وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري، وكانت النتائج دالة عند (٠,٠٠١). وفيما يتعلق بالعلاقة بين تحمل الكرب النفسي والمكونات الفرعية للتنظيم الانفعالي فأسفرت نتائج المصفوفة الارتباطية عن وجود علاقات ارتباطية موجبة بين كل من تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري وكل من (السيطرة على الانفعالات، وقبول الانفعال) وكانت النتائج دالة عند (٠,٠٠١) بينما كانت العلاقة بين تحمل الكرب النفسي، وفهم الانفعالات دالة عند (٠,٠٥). وفيما يتعلق بالعلاقة بين تحمل الكرب النفسي وكل من (تحمل الانفعال، والوعي بالانفعالات، والتعبير عن الانفعالات) كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ولكنها كانت غير دالة. كما كشفت نتائج تحليلات معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون عن وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين معظم مكونات التنظيم الانفعالي وبين بعضها بعضا وكانت معاملات الارتباط دالة عند (٠,٠٠١).

وتعكس هذه النتائج قوة العلاقات الارتباطية لكل من تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي ومقاييسه الفرعية، مما يعنى وجود علاقة ارتباطية طردية بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية، أيضاً تشير النتائج إلى وجود شبكة من العلاقات الارتباطية الطردية بين المقاييس الفرعية لقائمة مهارات التنظيم الانفعالي؛ وذلك يعنى أن أي زيادة أو نقصان في أي مقياس من المقاييس الفرعية للتنظيم الانفعالي يلزمه زيادة أو نقصان في باقي المقاييس الأخرى بشكل دال، كما يمكننا التنبؤ من أي مقياس فرعى بباقي المقاييس لدى مرضى الوسواس القهري.

جدول (٣) مصفوفة العلاقات الارتباطية بين تحمل الكرب النفسي وتنظيم الانفعالات لدى عينة الذكور الطبيعيين (ن = ٦٠)

المتغيرات	تحمل الكرب النفسي	السيطرة على الانفعالات	تحمل الانفعال	قبول الانفعال	الوعي بالانفعالات	فهم الانفعالات	التعبير عن الانفعالات	الدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات
قائمة تحمل الكرب النفسي	١	**٠,٦٠٧	**٠,٤١٨	**٠,٦٣٦	**٠,٥٢٨	**٠,٣٩٢	**٠,٤٨٣	**٠,٦٢٣
مقياس السيطرة على الانفعالات	---	١	**٠,٤٤٣	**٠,٤٧٤	**٠,٦٢٣	**٠,٥١٤	**٠,٣٧٤	**٠,٦٩٦
مقياس تحمل الانفعال	---	---	١	**٠,٧٤٨	**٠,٧٠٠	**٠,٦٣٩	**٠,٨٤٢	**٠,٨٧٦
مقياس قبول الانفعال	---	---	---	١	**٠,٧٥١	**٠,٧٠٠	**٠,٧٠١	**٠,٨٧٢
مقياس الوعي بالانفعالات	---	---	---	---	١	**٠,٨٦٦	**٠,٦٢٥	**٠,٨٩٨
مقياس فهم الانفعالات	---	---	---	---	---	١	**٠,٥٢٥	**٠,٨٢٩
مقياس التعبير عن الانفعالات	---	---	---	---	---	---	١	**٠,٨٢٩
الدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات	---	---	---	---	---	---	---	١

** دالة عند ٠,٠١

* دالة عند ٠,٠٥

تبين من الجدول السابق (٣) تحقق نتائج الفرض الأول كلياً لدى عينة الذكور الطبيعيين؛ فتبين وجود علاقات ارتباطية متبادلة موجبة ودالة احصائياً عند (٠,٠٠١) بين كل من تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي ومكوناته الفرعية.

ونستخلص مما سبق وجود بعض الدلالات والمعاني النفسية كما يلي: مريض الوسواس الذي يعاني من تنظيم انفعالات منخفض كما أسفرت نتائج جدول (٢)، يعاني من ضعف

السيطرة على الانفعالات؛ وبالتالي يشعر بالانفعالات ولكن لا يكون قادرًا على تعديل الخبرة الانفعالية بشكل مناسب للشعور بالتحسن أو التخلص من الشعور بالسوء، ويصاحب ذلك تحملاً منخفضاً للانفعالات فيشعر الفرد بعجزه عن تحمل انفعالاته السلبية، وأنه بحاجة للتخلص منها مهما كلف الأمر، بالإضافة إلى صعوبة قبول المشاعر السلبية وظهور المشاعر السلبية الثانوية نتيجة لذلك، فمثلاً يشعر الفرد بالذنب أو الخجل نتيجة لشعوره بالسوء، ويستغرق المريض وقتاً لاكتشاف ما يشعر به، فينعكس ذلك في وجود صعوبات في فهم الانفعالات الذاتية، وفهم استجاباته الانفعالية، ولا يستطيع تحديد انفعالاته وتسميتها؛ مما يفقده التواصل الفعال، وبالتالي يقوم بقمع التعبير عن انفعالاته، كما يظهر خلل واضطراب في التنظيم الانفعالي نتيجة صعوبة وصف، وتحديد المشاعر الذاتية، وفهم مشاعره. ويتسم الفرد بالقلق، والضيق، والشعور بالذنب والإحراج، والخجل، وضعف السيطرة والتحكم في انفعالاته اليومية، ويتسم بالاندفاعية. وقدرته المنخفضة على تحمل الكرب النفسي، وتقييمه للكرب دائماً على أنه لا يحتمل، ولا يطاق، وليس مقبولاً منه الشعور بالكرب، بالإضافة للاستجابات المتجنبة للكرب، والرغبة في فعل أي شيء لتجنب الكرب الناتج عن الوسواس.

والأفراد المرتفعون في تنظيم الانفعالات ويتمثلون في نتائج عينة الطبيعيين من الذكور، وفقاً لجدول (٣)، كانت جميع العلاقات الارتباطية أعلى بالمقارنة بعينة مرضى الوسواس القهري : وبالتالي فإن الطبيعيين يتصفون بأنهم أكثر وعياً وإدراكاً لمشاعرهم، ويعبرون عن مشاعرهم بسهولة، ولديهم القدرة على فهم المشاعر التي يمرون بها وتسميتها، ووصف السياق التي حدثت فيه، ويملكون خطأً إيجابية لتغيير المشاعر السلبية، وطرقاً إيجابية وواعية بكيفية التعامل مع الانفعالات، ولديهم توافقاً مع مشاعرهم السلبية، وقدرة على اتخاذ القرارات، كما يتسمون بأن لديهم قدرة على تحمل واختبار الحالات النفسية السلبية، أو المنفرة، أو غير المريحة، ومقاومتها بالمقارنة بعينة مرضى الوسواس القهري.

[٢] الفرض الثاني : والذي ينص على ما يلي؛ توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيين من الذكور. وللتحقق من هذا الفرض قمنا بحساب معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون، ويوضح جدول (٤)، و(٥) النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول رقم (٤)

تبين من جدول (٤) وجود علاقات ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري وكانت معاملات الارتباط دالة عند (٠,٠٠١) للدرجة الكلية لقائمة التعقل لدى مرضى الوسواس القهري وكل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات).

أما عن المقاييس الفرعية للتعقل في علاقتها بالتنظيم الانفعالي فقد تبين وجود بعض العلاقات الارتباطية الدالة بين بعضها بعضا فنذكر الآتي: تبين وجود علاقات ارتباطية دالة وموجبة بين مقياس المراقبة والرصد الذاتي وكل من (السيطرة على الانفعالات وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). كما تبين وجود علاقات ارتباطية بين مقياس الوصف وكل من (قبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). وبين كل من مقياس العمل بوعي وكل من (السيطرة على الانفعالات وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). أما عن مقياس القبول دون إصدار أحكام فتبين وجود علاقات ارتباطية بينه وبين كل من (التعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات فقط). ووجدت علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية وكل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة التنظيم الانفعالي).

جدول رقم (٥)

تبين من جدول (٥) وجود علاقات ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى عينة الطبيعيين من الذكور، وكانت معاملات الارتباط دالة عند (٠,٠٠١) للدرجة الكلية لقائمة التعقل، وكل من مقياسه الفرعية؛ المراقبة والرصد الذاتي، ومقياس الوصف، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية بكل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). أما مقياس العمل بوعي فارتبط ببعض مقاييس تنظيم الانفعال كما يلي (السيطرة على الانفعالات، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات).

ويمكن إلقاء الضوء على بعض الدلالات والمعاني النفسية للعلاقة بين التعقل وتنظيم الانفعالات؛ يركز مفهوم التعقل على تنظيم الانتباه وكذلك القبول والانفتاح على الخبرات، وعندما ينخرط الأفراد في ممارسة التعقل، يتعلمون تنظيم انفعالاتهم، بدلاً من الانخراط في سلوكيات التجنب أو الهروب، ويتضمن مكون القبول في التعقل قراراً واعياً بالتخلي عن الجهود المبذولة لتغيير الخبرة عقلياً والسماح بدلاً من ذلك بقبول المشاعر والانفعالات الحالية وتحملها، ويساعد على زيادة الوعي بالمشاعر والانفعالات والأحداث التي يمر بها الفرد، وتساعد مهارات التعقل على التركيز على شيء واحد في وقت واحد في اللحظة الراهنة، وبذلك يمكن للفرد التحكم بشكل أفضل وتهئية انفعالاته الغامرة، وتساعد الأفراد على مواجهة انفعالاتهم دون فقد التحكم، كما يساعدهم على تحسين تنظيم الانفعال.

ونستخلص من النتائج أن مريض الوسواس الذي يجد صعوبة على التركيز على ما يحدث في اللحظة الراهنة بسبب الوسواس، ولا يستطيع مراقبة انفعالاته والاستجابات السلوكية الأخرى لعدم سيطرته على الوسواس القهري، ويصبح عاجزاً عن تغيير مشاعره أو السيطرة عليها، ولا ينتبه لمشاعره أو يختبرها بوعي، ولا يفهم لماذا شعر بالانفعالات التي شعر بها، ويقوم بقمع التعبير عن انفعالاته، والذي يمنع الفرد من إدراك أن هذه المشاعر ليست مصدر تهديد.

وتنعكس القدرة المنخفضة على الوصف لدى مريض الوسواس في صعوبة وصف المريض لانفعالاته واستجاباته السلوكية بشكل واقعي وعجزه عن التعبير عن الضيق الذي يسببه الوسواس، وعدم قبول الخبرة الانفعالية، وصعوبة قبول انفعالاته وفهمها وتسميتها، أو تحديد المشاعر التي يمر بها، ويقمع التعبير عن انفعالاته والذي يؤدي إلى انشغال أكبر بالأفكار المقترحة.

ويصاحب مهارة العمل بوعي المنخفضة، والتي تعني التصرف بطريقة آلية، وفعل الأشياء بدون تركيز والانشغال بالوسواس عند العمل على شيء، ألا يكون المريض قادراً على تعديل الخبرة الانفعالية بشكل مناسب للشعور بالتحسن، ويصبح عاجزاً عن تغيير مشاعره، ويكون على استعداد لفعل أي شيء لتجنب وإيقاف الانفعالات السلبية، ويستغرق وقتاً لفهم انفعالاته.

ويصاحب القدرة المنخفضة على القبول دون إصدار أحكام، واتخاذ موقف تقييمي تجاه الخبرات الخاصة، ومحاولة الفرد لتجنبها أو الهروب منها، وانتقاده لذاته ولومها على الأفكار الوسواسية، انخفاضاً في مهارات التنظيم الانفعالي، وقيام الفرد بمحاولة التحكم في انفعالاته التي يراها غير منطقية من خلال قمع التعبير عنها، والاحتفاظ بمشاعره غير الطبيعية لنفسه وعدم التعبير عنها.

وعند تفاعل الفرد مع الخبرات الداخلية، يغمس في مشاعره، ويجد صعوبة في العودة للتركيز والانتباه عند التشتيت بسبب الوسواس، وتصبح مشاعره السلبية معطلة وتمنعه من إنجاز عمله، وينعكس ذلك في صعوبة رصد الطريقة التي يشعر بها، دون جعل مشاعره تتأجج وتصبح أشد قوة أو أكثر ضعفاً، أو أن يفعل ما ينوي القيام به على الرغم من مشاعره السلبية، ويجد صعوبة في قبول مشاعره السلبية، وفهم انفعالاته وتسميتها، وإدراك الروابط بين مشاعره وأدائه، وفهم لماذا شعر بالانفعالات التي شعر به.

[٣] الفرض الثالث: والذي ينص على ما يلي: توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهريّة بين التعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري والطبيعيين من الذكور. وللتحقق من هذا الفرض قمنا بحساب معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون، ويوضح جدول (٦)، و(٧) النتائج التي تم التوصل إليها.

جدول (٦) العلاقات الارتباطية بين التعقل وتحمل الكرب لدى مرضى الوسواس القهري (ن = ٦٠)

المتغيرات	المراقبة والرصد الذاتي	الوصف	العمل بوعي	القبول دون إصدار أحكام	عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية	الدرجة الكلية لقائمة التعقل	تحمل الكرب النفسي
مقياس المراقبة والرصد الذاتي	١	*٠,٣٢٣	٠,٠٩٣	٠,١٤١	**٠,٤٧٩	**٠,٦١٦	٠,٠٧٢
مقياس الوصف	---	١	**٠,٤١٨	*٠,٣١٧	**٠,٣٦٤	**٠,٧٤١	*٠,٢٥٩
مقياس العمل بوعي	---	---	١	**٠,٤٧١	**٠,٣٥٤	**٠,٦٧٣	**٠,٣٧٣
مقياس القبول دون إصدار أحكام	---	---	---	١	*٠,٢٩٣	**٠,٦٣٤	**٠,٣٨٣
عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية	---	---	---	---	١	**٠,٧٢٤	**٠,٤٧٨
الدرجة الكلية لقائمة التعقل	---	---	---	---	---	١	**٠,٤٤٩
تحمل الكرب	---	---	---	---	---	---	١

** دالة عند ٠,٠١

* دالة عند ٠,٠٥

كشفت نتائج جدول (٦) عن وجود علاقات ارتباطية بين التعقل وكل من مقاييسه الفرعية (مقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، الدرجة الكلية لقائمة التعقل) بتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس

القهري. وكانت نتائج العلاقات الارتباطية غير دالة إحصائياً فقط بين مقياس المراقبة والرصد الذاتي، وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري من الذكور.

جدول (٧) مصفوفة العلاقات الارتباطية بين التعقل وتحمل الكرب لدى الذكور الطبيعيين (ن = ٦٠)

المتغيرات	المراقبة والرصد الذاتي	الوصف	العمل بوعي	القبول دون إصدار أحكام	عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية	الدرجة الكلية لقائمة التعقل	تحمل الكرب النفسي
مقياس المراقبة والرصد الذاتي	١	**٠,٦٥٥	٠,٢٢١	**٠,٤٧٩	**٠,٨٣٧	**٠,٨٥٢	**٠,٤٥٩
مقياس الوصف	---	١	**٠,٥٠٢	**٠,٥٩٠	**٠,٦٨٨	**٠,٨٧٧	**٠,٧٠٨
مقياس العمل بوعي	---	---	١	**٠,٣٤٦	٠,٢٤٢	**٠,٥٥٣	**٠,٥٣١
مقياس القبول دون إصدار أحكام	---	---	---	١	**٠,٤٣٩	**٠,٧٥٠	**٠,٥٩٨
عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية	---	---	---	---	١	**٠,٨٣١	**٠,٤٢٢
الدرجة الكلية لقائمة التعقل	---	---	---	---	---	١	**٠,٦٩٣
تحمل الكرب النفسي	---	---	---	---	---	---	١

** دالة عند ٠,٠١

* دالة عند ٠,٠٥

كشفت نتائج جدول (٧) عن وجود علاقات ارتباطية موجبة وجوهية بين التعقل وكل من مقياسه الفرعية (مقياس المراقبة والرصد الذاتي، ومقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، الدرجة الكلية لقائمة التعقل) بتحمل الكرب النفسي لدى عينة الطبيعيين من الذكور.

ويشير ذلك إلى بعض الدلالات النفسية منها؛ أنه كلما ارتفعت قدرة الفرد على التفكير غير المتحيز، ومراقبة الأفكار دون إصدار استجابة، وعدم التفاعل مع المواقف التي تثير الكرب النفسي، والقدرة على مراقبة مجموعة واسعة من الخبرات الداخلية والخارجية، والقدرة على العثور على كلمات تصف المشاعر والمعتقدات والخبرات، والمشاركة الكاملة في النشاط الحالي للفرد بدلاً من القيام بأشياء متعددة في الوقت نفسه وفقد التركيز باستمرار وعدم التشتيت، وتجنب النقد الذاتي فيما يتعلق بالاستجابات الانفعالية والمشاعر والأفكار؛ كلما كانت قدرة الفرد على تحمل الحالات النفسية السلبية أو غير المريحة أعلى، مقارنة بمن يمتلكون قدرات منخفضة، حيث يمثل الكرب محنة كبرى لهم، وعندما يشعرون بالضيق أو الانزعاج، كل ما يمكنهم التفكير فيه هو مدى شعورهم بالسوء، وتقييم الكرب على أنه غير محتمل ومهدد.

[٤] **الفرض الرابع:** والذي ينص على ما يلي؛ **متوسطات الطبيعيين أعلى جوهرياً من متوسطات مرضى الوسواس القهري في كل متغيرات الدراسة.**

ولاختبار صحة هذا الفرض، استخدمنا اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعات المستقلة في متغيرات الدراسة، وجدول (٨) يوضح نتائج اختبار "ت".

جدول (٨) نتائج اختبارات لدلالة الفروق بين العينات المستقلة في متغيرات الدراسة (ن=١٢٠)

نتائج اختبارات		الطبيعيين ن = ٦٠		مرضى الوسواس القهري ن = ٦٠		العينات
دالتها	درجة اختبار "ت"	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الانحرافات المعيارية	المتوسطات	الاختبارات
١ - قائمة التعقل لدى مرضى الوسواس القهري						
٠,٠٠٠	١٤,٧٢	٧,٧٨	٤٨,٠٢	٦,١٥	٢٩,١٥	مقياس المراقبة والرصد الذاتي
٠,٠٠٠	١٨,٢٨	٥,٤٤	٤٦,٧٣	٦,٦٨٠	٢٦,٤٠	مقياس الوصف
٠,٠٠٠	٢٦,٩٣	٤,٧٩	٥٠,٤٥	٥,٤٥	٢٥,١٨	مقياس العمل بوعي
٠,٠٠٠	٢٢,٥٨	٦,٤٢	٤٩,٨٣	٥,٣٧	٢٥,٤٠	مقياس القبول دون إصدار أحكام
٠,٠٠٠	١٥,٦١	٤,٦٩	٣٣,٣٥	٥,٣٧	١٨,٩٧	عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية
٠,٠٠٠	٢٦,٥٥	٢٢,٧٧	٢٢٨,٣٨	١٩,٧١	١٢٥,١٠	الدرجة الكلية لقائمة التعقل لدى مرضى الوسواس القهري
٢ - قائمة تحمل الكرب النفسي						
٠,٠٠٠	٢٧,٨٠	٢٣,٣٨	٢٢٣,٩٠	٢١,٠٥	١١٠,٩٨	قائمة تحمل الكرب النفسي
٣ - قائمة تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري						
٠,٠٠٠	٢٣,١٣	٧,٢٤٨	٦٣,٢٥	٦,٠٦٩	٣٥,٠٢	مقياس السيطرة على الانفعالات
٠,٠٠٠	١٩,١٩	٥,٦٦	٤٩,٧٣	٤,٩٧	٣١,٠٥	مقياس تحمل الانفعال
٠,٠٠٠	١٧,٨٩	٦,٢٧	٤٥,٩٢	٤,٨٥	٢٧,٦٠	مقياس قبول الانفعالات
٠,٠٠٠	١٤,٣٧	٤,٩١	٣٦,١٠	٤,٢٢	٢٤,٧٠	مقياس الوعي بالانفعالات
٠,٠٠٠	١٥,٠١	٥,٦٥	٤٠,٣٨	٤,٩٧	٢٥,٧٨	مقياس فهم الانفعالات
٠,٠٠٠	١٦,٣٩	٧,٨٤	٥٩,٣٨	٤,٨٠	٣٩,٩٢	مقياس التعبير عن الانفعالات
٠,٠٠٠	٢٢,٨٧	٣١,٠٧	٢٩٤,٧٦	٢١,٣٤	١٨٣,٤٣	الدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري

ومن نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين العينات المستقلة؛ اعتمدنا على نتائج اختبار ليفين، وقيمة ف ومستوى دلالتها، ويشير ذلك إلى أن تباين العينتين غير متساو، ولحساب قيمة "ت" ومستوى دلالتها اعتمدنا على قيم اختبار ت لقيم التباين لاختبار ف لعدم تساوى التباين أو التجانس.

وقد تبين من الجدول السابق (٨) وجود فروق دالة إحصائية بين كل من عينة مرضى الوسواس القهري، والطبيين على قائمة التعقل، وكل من مقاييسها الفرعية (مقياس المراقبة والرصد الذاتي، ومقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، الدرجة الكلية لقائمة التعقل) في اتجاه عينة الطبيعيين من الذكور بالمقارنة بعينة المرضى.

كما تبين وجود فروق دالة إحصائية على قائمة تحمل الكرب النفسي في اتجاه عينة الطبيعيين فكانت الأعلى في تحمل الكرب النفسي بالمقارنة بعينة المرضى، وكانت قيم اختبار "ت" دالة إحصائياً. وفيما يتعلق بقائمة تنظيم الانفعالات فتبين وجود فروق دالة إحصائية في كل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات) في اتجاه عينة الطبيعيين من الذكور بالمقارنة بعينة المرضى.

ونستخلص مما سبق وجود بعض الدلالات والمعاني النفسية كما يلي: أن مرضى الوسواس القهري، الطبيعيين بينهم فروق واضحة في مهارات التعقل، وتحمل الكرب النفسي، ومهارات تنظيم الانفعالات، تتضح كما يلي: يعي الشخص العادي ويركز بوعي وإدراك حقيقي، فيما يحدث حوله ويصفه وصفاً دقيقاً، دون تقييم، ويملك مهارات تعقل وتحمل الكرب النفسي؛ تورثه تحمل التنغيص، وتحمل المعاناة، فيتحمل ما يمر به وينتهي الأمر، ولا يركز على الماضي أو المستقبل، ولكن يركز على اللحظة الحالية ويشعر بما فيها من نعم، ويتقبل الخبرات الداخلية الكارثية المؤلمة كما هي عليه، لا كما يجب أن تكون. لكن مريض الوسواس لا ينتبه لما يحدث في اللحظة الحالية، ويفتقد القدرة على التحكم في انتباهه، ويعجز عن وصف خبراته الوسواسية دون الحكم عليها بأنها ضارة، وغير طبيعية، وتؤدي إلى عواقب وخيمة، ولا يستطيع أن يراقب انفعالاته واستجاباته السلوكية، لعدم سيطرته على وساوسه، ويجد صعوبة في التركيز على ما يحدث في اللحظة الحالية، أو الانخراط في النشاط الذي يقوم به، وبدلاً من ذلك يركز على الوسواس.

ويستطيع الشخص الطبيعي تحمل الكرب النفسي، فهو يدرك أنه من الطبيعي أن يشعر بالقلق، أو اليأس، أو الغضب، ويواجه هذه الانفعالات، ويدرك أن أي كرب مهما كان حجمه يمر وينتهي، بينما يلجأ مريض الوسواس للتحديد لتهدئة حدة الكرب الناتج عن الوسواس، حيث تتكون لديه رابطة بين تخفيف الكرب والقيام بالقهر، ويستطيع بالفعل تهدئة الكرب بشكل مؤقت ولكنه يعود بعدها بشراسة. وبينما يستطيع الطبيعوني توقع الأمور التي تسبب التنغيص، ويتعاملون معها بطريقة إيجابية وبناءة، يستجيب مرضى الوسواس بطريقة انفعالية، مما ينتج عنه شعورهم بالندم، والذنب، ولوم الذات؛ فيتجنبون التعرض للمواقف المؤلمة أو المثيرة للقلق بطرق غير تكيفية.

وبينما لا يتمكن مريض الوسواس القهري تعديل خبرته الانفعالية بطريقة تجعله يشعر بالتحسن، أو يتخلص من الشعور بالسوء، وتكون هذه المشاعر معطلة، مما ينتج عنه عزله عن تحمل الانفعالات السلبية وقبولها. ويرى أنه يتوجب عليه أن يفعل أي شيء لتجنب هذه الانفعالات ويتخلص منها. ولا يفهم ما يشعر به في هذه اللحظة، ويعجز عن وصفه، ويحاول قمع مشاعره، مما يمنعه من إدراك أن هذه المشاعر ليست مصدر تهديد. يستطيع الشخص العادي إدارة انفعالاته، ويستطيع تسمية انفعالاته وفهمها، ويدركها بشكل واقعي، ويستطيع خفض شدة انفعالاته

المؤلمة بشكل فعال، ويدرك أن المشاعر هي ما تجعله إنساناً؛ فيقبل مشاعره، ولا يحكم عليها أنها جيدة أو سيئة، ويدرك أن مشاعره ليست نهاية الكون؛ لأنه من السهل السيطرة عليها، ولأنها ستنتهي ويحل محلها مشاعر وانفعالات أخرى.

كما يراقب الشخص العادي المعتقدات وأنماط التفكير والسلوكيات السلبية عند ظهورها في اللحظة نفسها، وهذا يمكنه من رؤية كيف تخلق هذه المواقف متاعب وألم غير ضروريين، ويدرك ويقبل انفعالاته وأفكاره؛ ويساعده هذا على عدم انتقاد نفسه والامتناع عن الحكم على ذاته. ويرى أفكاره ومشاعره على أنها أحداث منفصلة وقصيرة العمر، مثل موجات البحر، ترتفع هذه الموجات في محيط وعيه للحظة ثم تتراجع.

مناقشة النتائج وتفسيرها :

[١] الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين من الذكور.

كشفت نتائج الفرض الأول باستخدام معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون، عدة نتائج سأفسرها على النحو الآتي :

- تفسير العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لتحمل الكرب النفسي والدرجة الكلية لتنظيم الانفعالات، والعلاقة الارتباطية بين تحمل الكرب النفسي والمقاييس الفرعية لتنظيم الانفعالات.
- تفسير العلاقات الارتباطية داخل التنظيم الانفعالي، بين مقاييسه الفرعية وبعضها بعضاً.

أولاً : توصلت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين تحمل الكرب النفسي والتنظيم الانفعالي لدى كل من مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيعيين. وتوصلت النتائج إلى أنه يوجد علاقة ارتباطية دالة بين تحمل الكرب النفسي والسيطرة على الانفعالات، وقبول الانفعال، وفهم الانفعالات، ووجدت علاقة ارتباطية ولكنها غير دالة بين تحمل الكرب النفسي والوعي بالانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، وتحمل الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري. كما وجدت علاقات دالة بين تحمل الكرب النفسي وكل المقاييس الفرعية لتنظيم الانفعالات لدى عينة الطبيعيين.

واتفقت هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها كل من: دراسة كوجل وآخريين **Cougle et al. (2013)** والتي أظهرت وجود ارتباطات دالة موجبة بين تحمل الكرب النفسي المنخفض وانخفاض التنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس القهري، ودراسة لوريك وآخريين **Leeuwerik et al. (2020)** التي أشارت إلى أن تحمل الكرب النفسي المنخفض يفاقم المشاعر غير السارة التي تثيرها الاقتحامات، ويساهم في سلوكيات تنظيم الانفعالات غير التكيفية مثل التجنب، والقمع، وأن الذين لا يملكون إمكانية الوصول إلى أساليب فعالة لتهدئة الانفعالات السلبية، يكونون أقل استعداداً

لتحمل هذه الانفعالات، وأن الصعوبات في تنظيم الانفعالات مرتبطة بانخفاض تحمل الكرب النفسي المتصور، ودراسة بشارت وآخرين (Besharat et al., 2019)، ودراسة أوربن Orbon (2016) التي توصلت إلى أن مرضى الوسواس القهري ذوي تحمل الكرب النفسي المنخفض أقل تحملاً لمشاعر القلق والاكتئاب، وأكثر عرضة للانخراط في جهود غير تكيفية لخفض هذه المشاعر السلبية أو القضاء عليها، ودراسة خسرواني وآخرين (Khosravani et al., 2018) التي أشارت إلى أن الحاجة الملحة إلى خفض الانفعالات السلبية وعدم قبولها لدى مرضى الوسواس القهري، ينتج بسبب عدم تحمل الكرب. ودراسة جيفرز وآخرين (Jeffries et al., 2016) على عينة من الطبيعيين التي توصلت إلى أن الأفراد الذين لا يستطيعون تحمل الكرب النفسي هم أكثر عرضة لاستخدام مهارات التنظيم الانفعالي غير التكيفية.

ودعم أيضاً نتيجة الفرض الأول، نموذج لينهان لمهارات تحمل الكرب النفسي، حيث أكدت أن لمهارات تحمل الكرب النفسي دوراً في معالجة السلوكيات غير المنتظمة التي غالباً ما تكون موجودة في الأفراد الذين يعانون من خلل التنظيم الانفعالي، وأن تحمل الكرب النفسي يؤدي إلى فروق فردية في تقييم الكرب، مما يؤدي بدوره إلى زيادة حدة الانفعالات السلبية والنفور منها (Sommers, 2017, 33).

وفيما يتعلق بالعلاقة بين تحمل الكرب النفسي والمكونات الفرعية للتنظيم الانفعالي، أشار فريسكو (Fresco, 2011) إلى أن الأفراد الذين يعانون من تحمل كرب منخفض لا يستطيعون قبول الانفعالات السلبية، وينظرون إلى الانفعالات السلبية دائماً على أنها ضارة، ومن المستحيل تحملها أو التعامل معها، مما يؤدي لصعوبات في تنظيم الانفعالات. واتفقت نتائج دراسة فريسكو (Fresco, 2011) التي أشارت إلى أن تحمل الكرب النفسي المنخفض ارتبط بكل من قبول الانفعالات، وتحمل الانفعالات، مع نتائج عينة مرضى الوسواس القهري والطبيين. وفي الاتجاه نفسه توصل جيفريز وزملائه (Jefferies and colleagues, 2016) إلى أن الأفراد ذوي التحمل المنخفض يرون أن الانفعالات السلبية منفرة ولا يمكن تحملها، والتي بدورها قد تحفز استخدام خطط تنظيمية، مثل التجنب أو القمع، والتي تقلل أو تخفض على الفور الكرب ولكن قد يكون لها عواقب سلبية محتملة طويلة المدى.

وتتوافق نتائج الدراسة، وهي وجود علاقات ارتباطية موجبة بين كل من تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري وكل من (السيطرة على الانفعالات، وقبول الانفعال)، مع ما توصل إليه لبوسا وآخرون، والذي أشار إلى أن تحمل الكرب النفسي يؤدي إلى زيادة الجهد نحو مراقبة الانفعالات السلبية والسيطرة عليها (Laposa, et al., 2015). ودعم هذه النتيجة أيضاً شيبلي (Shipley, 2014, 13) والذي أظهر أن تحمل الكرب النفسي يساعد على اختبار الانفعالات السلبية، والقدرة على التحمل، وتقييم الموقف الانفعالي كمقبول. كما يؤدي تحمل الكرب النفسي المرتفع إلى استخدام خطط فعالة لتنظيم الانفعال، بما في ذلك إعادة التقييم، على سبيل المثال،

النظر في وجهات نظر بديلة، وفهم وتسمية الانفعالات، وصياغة الانفعالات في كلمات (Larrazabal, 2019, 2)، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة.

ثانياً : كشفت نتائج تحليلات معاملات الارتباط الخطى البسيط لبيرسون عن وجود علاقات ارتباطية متبادلة موجبة ودالة بين معظم مكونات تنظيم الانفعال وبين بعضها بعضاً.

واتفقت هذه النتائج مع الدراسات السابقة، والإطار النظري المفسر لتنظيم الانفعالات، فأشارت دراسة جليبرت إلى أن تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس يتوافق مع القدرة على السيطرة على الانفعالات القوية من خلال خطط تنظيم مرنة لتعديل الخبرات الانفعالية، وحدد أن خطط التنظيم الانفعالي التكيفي تشمل؛ مراقبة الانفعالات وتقييمها على أنها مقبولة، والوعي بالانفعالات وفهمها. وأضاف أن قبول الانفعالات والتصرف وفقاً للأهداف المرغوبة والمتطلبات الظرفية ارتبط أيضاً بالتنظيم الفعال للانفعال. وأشار إلى أن الخلل في خطط التنظيم الانفعالي، يعتبر نقطة ضعف في مختلف الاضطرابات النفسية والسلوكيات غير التكيفية، وعلى وجه الخصوص اضطراب الوسواس القهري (Gilbert, 2019, 19).

وتوصلت دراسة ألين وبارلو (Allen and Barlow (2009) إلى أن جوانب تنظيم الانفعالات المرتبطة بشكل دال بأعراض الوسواس القهري، تشمل قمع التعبير عن الانفعالات، والصعوبات في السيطرة على الانفعالات، وأشارا إلى أن التحسن في هذه الجوانب من التنظيم الانفعالي كان مرتبطاً بانخفاض شدة أعراض الوسواس القهري. وقيمت دراسة ستيرن وآخرين (Stern et al. (2014 جوانب التنظيم الانفعالي وعلاقتها بأعراض الوسواس القهري. وأشارت النتائج إلى أن أعراض الوسواس القهري ارتبطت ارتباطاً دالاً بفهم منخفض للانفعالات، والسيطرة على الانفعالات، وعدم الخوف من المشاعر السلبية (مثل القلق والغضب والمزاج الاكتئابي). وأضافت أن سوء فهم الانفعالات والاستجابات السلبية للانفعالات مساهم مهم في أعراض الوسواس القهري (Gilbert, 2019, 20). وأظهر ريبنسون وفريستون (Robinson and Freeston (2014 أن تحسن تحمل الانفعالات يساعد على تحسن أعراض الوسواس القهري.

ويعزز نتائج الفرض ما توصل إليه جرتز ورومر (Gratz and Roemer (2004 حيث أشارا إلى أن انخفاض الوعي الانفعالي، وعدم قبول الاستجابات الانفعالية، وعدم القدرة على التحكم في السلوك عند المرور بموقف مشحون انفعالياً، وعدم القدرة على التعرف على الانفعالات، ومواجهة صعوبة في تحمل الانفعالات، وعدم إدراك المشاعر السلبية، تمثل صعوبات التنظيم الانفعالي، وأضافا أن تنظيم الانفعالات هو قدرة الأفراد على تقرير أي انفعال لديهم في هذه اللحظة، وكيف يختبرون الانفعالات ويعبرون عنها.

واتفق نموذج جورست (Jurist (2017 نظرية التأثيرات العقلية، مع نتيجة الفرض؛ حيث أشار إلى أن مكونات تنظيم الانفعالات هي : (١) تحديد الانفعالات التي يشعر بها الفرد والوعي بها،

والذي يتضمن في أبسط أشكاله وصف الانفعال، واستكشاف معنى الانفعال ومعرفة لماذا تشعر بهذه الطريقة (الوعي بالانفعالات)، و(٢) الجانب الذي يتبع تحديد الانفعالات هو معالجتها، والتي تتضمن تعديل وتنظيم الانفعال، وهذا يشمل تغيير الانفعالات بطريقة ما مثل الشدة أو الاستمرارية (السيطرة على الانفعالات)، و(٣) التعبير عن الانفعالات والذي ينطوي على التواصل بين أفكار الفرد وانفعالاته داخليا وظاهريا، والتاريخ السابق للفرد يؤثر على كل جانب من جوانب الخبرة الانفعالية الثلاثة (التعبير عن الانفعالات).

[٢] الفرض الثاني: توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين من الذكور.

كشفت نتائج الفرض الثاني باستخدام معاملات الارتباط الخطي البسيط لبيرسون، عدة نتائج سأفسرها على النحو الآتي :

- تفسير العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للتعقل والدرجة الكلية للتنظيم الانفعالي، والعلاقة الارتباطية بين المقاييس الفرعية للتعقل والمقاييس الفرعية للتنظيم الانفعالي.
- تفسير العلاقات الارتباطية داخل التعقل، بين مقاييسه الفرعية وبين بعضها بعضا.

أولاً : توصلت نتائج الفرض الثاني إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل والتنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيين؛ بين الدرجة الكلية لقائمة التعقل لدى مرضى الوسواس القهري والدرجة الكلية لقائمة التنظيم الانفعالي. وبين الدرجة الكلية للتعقل وكل من: السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، التعبير عن الانفعالات، لدى مرضى الوسواس والطبيين.

وتوصلت النتائج إلى وجود علاقات ارتباطية لدى مرضى الوسواس القهري بين مقياس الوصف وكل من (قبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). وبين مقياس العمل بوعي وكل من (السيطرة على الانفعالات وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). أما عن مقياس القبول دون إصدار أحكام فتبين وجود علاقات ارتباطية بينه وبين كل من (والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات فقط). وعن مقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية كانت هناك علاقات ارتباطية موجبة ودالة بكل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات).

وتوصلت النتائج إلى وجود علاقات ارتباطية لدى عينة الطبيعيين بين مقياس المراقبة والرصد الذاتي، والوصف، والقبول دون إصدار أحكام، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية بكل من (السيطرة

على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات). أما مقياس العمل بوعي فارتبط ببعض مقاييس تنظيم الانفعالات كما يلي (السيطرة على الانفعالات، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات).

وانتفتت نتائج الفرض الثاني مع نموذج كوفي وهارتمان (Coffey and Hartman 2006) للتعقل، والذي أشار إلى أن زيادة التعقل يرتبط بزيادة القدرة على إدارة المشاعر السلبية، وخطط التنظيم الانفعالي التكيفية؛ حيث أن زيادة الانتباه لخبرة الفرد تزود الشخص بمعلومات إضافية عن الحياة الانفعالية، مثل زيادة الوعي بالأفكار والمشاعر، والتي يمكن أن تنبه الفرد إلى أن خطط التنظيم الانفعالي ضرورية، لأن الانتباه إلى الانفعالات السلبية يؤدي إلى التعرض لها وإزالتها، مما قد يقلل من حدتها. ونموذج شابيرو وآخرين (Shapiro et al. 2006) والذي أكد أن التعقل يعد وسيلة أساسية لتنظيم الانفعالات حيث يساعد في إعادة إدراك وتقييم علاقة الفرد بخبرته الانفعالية أو استجاباته المعتادة وشعوره بالذات بحيث يتوقف الفرد عن الاندماج مع انفعاله. ونموذج رودوي (Rudoy 2014) المتعدد للتعقل، الذي أشار إلى أن التعقل يزيد قدرة الفرد على تنظيم انفعالاته. ونموذج العملية للتنظيم الانفعالي، والذي افترض أن التعقل قد يؤثر على عملية تنظيم الانفعالات من خلال مساعدة الفرد على تنظيم انتباهه في موقف معين، مما يؤثر بشكل أكبر على المراحل اللاحقة من التقييم والاستجابة لموقف ما.

كما دعمت نتائج الفرض الثاني دراسة خسرواني وآخرين (Khosravani et al. 2018) التي أشارت إلى دور التعقل والقبول في خفض صعوبات تنظيم الانفعالات لدى مرضى الوسواس القهري، ودراسة ايشهولز وآخرين (Eichholz et al. 2020) والتي أشارت إلى أن التعقل مصدر فعال للتعامل مع الحالات الانفعالية المؤلمة والأفكار والمعتقدات المزعجة باستخدام القبول، مما يمكن مرضى الوسواس القهري من التصرف وفقاً للأهداف المرجوة.

وفسر جروس (Gross 2014) ارتباط التعقل بتنظيم الانفعالات بأنه مع مستوى عالٍ من التعقل، تُعزز عمليات إعادة التقييم المعرفي، ويسهل على الأفراد التوقف قبل أن يتفاعلوا بشكل مباشر مع المشاعر السلبية. ويؤدي المستوى العالي من التعقل إلى تسهيل تنظيم الانفعالات، وخفض التفاعل مع الانفعالات السلبية، وتمكين الاستجابات النفسية الفعالة والتكيفية، والتي بدورها تقلل من نتائج الكرب، ومع انخفاض مستوى التعقل، يفترق الأفراد إلى الوضوح الانفعالي والتحكم في النفس والقبول، وهو ما قد يؤدي بدوره إلى إدراكهم المنخفض للانفعالات والانغماس بسهولة في الاستجابات الانفعالية المختلفة (Ma & Fang, 2019). ويمكن تفسير نتائج الفرض الأول أيضاً على النحو الآتي؛ أن التعقل يرتبط بوعي منفتح ومرن للانفعالات، دون الاجترار أو محاولة تجنب الخبرات الانفعالية، مما يجعل الأفراد الذين لديهم مستويات أقل من التعقل، أكثر عرضة لمشكلات

التنظيم الانفعالي، وأن التعقل يشجع الاستجابات الانفعالية الصحية، مثل إدراك انفعالات الفرد والقدرة على تنظيم الانفعالات، كما هي الحال، في السماح للناس بأن يصبحوا واعين بخبراتهم الانفعالية دون إصدار حكم (Leza, 2019, 25).

وبخصوص العلاقات بين المقاييس الفرعية، فسر الإطار النظري العلاقة بين المراقبة والرصد الذاتي وبين المكونات الفرعية لتنظيم الانفعالات؛ فاقترح نموذج العملية لتنظيم الانفعالات أن مهارة المراقبة في التعقل تعزز التوجه نحو المحفزات الانفعالية في وقت مبكر من عملية توزيع الانتباه، وبالتالي يؤثر على أسلوب مواجهة الموقف الانفعالي، مما يساعد على رؤية الحالات الصعبة على أنها أقل تهديداً، ويسهل التعامل معها بشكل تكيفي (Slutsky et al., 2017). ودعم هذه النتيجة أيضاً دراسة كروو ومكاي (Crowe and McKay (2016) التي أشارت إلى أن المراقبة تساهم في تحسين تنظيم الانفعالات، حيث تعزز فهم أفضل للمشاعر الإيجابية والسلبية. وجرانتر، وتال (2010) حيث أشارا إلى أن مهارة مراقبة الانفعالات تسهل الوعي بالانفعالات، وتساعد الفرد على فصل الانفعالات عن السلوكيات التي تصاحبها غالباً، مما يسهل القدرة على السيطرة على الانفعالات عند الشعور بالكرب (Gratz & Tull, 2010).

أما عن الوصف وعلاقته بتنظيم الانفعالات، ففسر جرتز وتول (Gratz and Tull (2010) هذه العلاقة بأن القدرة على وصف الخبرات الداخلية والانفعالات بالكلمات، يساعد في تحديد الحالات الانفعالية وتسميتها وتمييزها، مما يساهم في زيادة التنظيم الانفعالي، وأشار إلى أن الوصف والقبول يعززان الوعي بالانفعال، حيث يساعدان الأفراد على مراقبة انفعالاتهم على أنها تحدث في الوقت الحالي وتحديدها بموضوعية، ويساعدان الأفراد على تركيز الانتباه على مختلف المكونات لاستجاباتهم الانفعالية. مثل الشعور بالذنب، أو لوم الذات لدى مرضى الوسواس القهري. ويعزز التعقل خطط التغيير المعرفي، بما في ذلك التأثير على وصف الانفعالات وإعادة التقييم المعرفي، حيث أن التعقل يساعد على التوجه نحو الاعتراف بالمشاعر الأولية مثل الإحراج والخوف ثم قبول هذه المشاعر، مما يترك مجالاً للاستجابة بطرق متنوعة من التكيف مثل إعادة التقييم الإيجابي، أو عملية إعادة تشكيل الأحداث الضاغطة باعتبارها حميدة ومفيدة وذات معنى (Slutsky et al., 2017).

ويمكن أن تفسر دراسة بيكس (Bakes (2015) علاقة القبول دون إصدار أحكام بمهارات التنظيم الانفعالي الفعالة لدى مرضى الوسواس القهري، حيث أشارت إلى أن عدم الحكم على الخبرات إلى يمر بها مريض الوسواس، والذي يتضمن عدم انتقاد المريض لنفسه بسبب انفعالاته غير المفيدة أو غير المناسبة، وعدم السعي لتحديد ما إذا كانت الأفكار أو الصور الذهنية أو الانفعالات سيئة أو غير طبيعية أو جيدة، وعدم نقد الفرد لنفسه بناءً على قراره بأن انفعالاته غير منطقية أو غير مناسبة، يزيد من التنظيم الانفعالي وقبول الانفعالات. كذلك فإن القبول والانفتاح

على الخبرات، يساعد المرضى على زيادة قبول خبراتهم الانفعالية، بدلاً من الانخراط في سلوكيات التجنب أو الهروب، ويقبلون أن خبراتهم ليست جيدة أو سيئة، ولكن يمكن قبولها أو تحملها تمامًا كما هي. وأنه يمكن مواجهة الانفعالات والاندفاعات دون فقد التحكم، مما يساعدهم على تحسين تنظيم الانفعالات، والتحكم في سلوكياتهم (Pou, 2019, 32). ونجد أنه في الخبرات الوسواسية التي تولد الانفعال، يتدخل التعقل أولاً أثناء مرحلة توزيع الانتباه، ويجعل المريض يتوجه نحو المثيرات بعدم القبول، مما يؤدي به لاستخدام خطط غير تكيفية لتنظيم الانفعالات، بينما إذا توجه نحو المثيرات بالقبول بدون إصدار أحكام، يؤدي ذلك إلى زيادة توافر خطط التغيير المعرفي التكيفية، وتعديل استجابة أكثر فعالية وجميعها تؤثر على اختيار الموقف في المستقبل وتعديله.

أضف إلى ذلك، فإن التركيز على التحلي عن التقييمات مثل "جيد" أو "سيئ"، واتخاذ موقف غير تقييمي تجاه الانفعالات من المتوقع أن يسهل قبول الانفعالات، نظرًا لأن تقييم الانفعالات على أنها سيئة أو خاطئة يحفز محاولات تجنب الانفعالات ويؤدي إلى تطوير استجابات انفعالية ثانوية (Gratz, and Tull, 2010). وفسر سلتسكي تأثير القبول دون إصدار أحكام، مشيرًا إلى أن التعقل يرتبط بالتنظيم الانفعالي، من خلال السماح للانفعال بالوجود، والتحقق من نتائجه دون إصدار حكم، ومن خلال عيش الخبرة الانفعالية مع القبول، وأن يكون الفرد قادرًا على البقاء على اتصال بمشاعر الإحراج وحالات الجسم المرتبطة بها، وربما يلاحظ تضائلها إلى مستويات خط الأساس. وبذلك قد يؤدي التعقل إلى زيادة الانتباه والقبول تجاه خبرة الفرد الانفعالية، وبالتالي تغيير استجابات الفرد الانفعالية (Slutsky et al., 2017).

ودعم نموذج شابيرو وآخرين (Shapiro et al. (2006) للتعقل، علاقة العمل بوعي بالتنظيم الانفعالي، فأشار إلى أن وعي الفرد وانتباهه لانفعالاته، يسهل القدرة على الوقوف والاختيار من بين خطط التنظيم الانفعالي الفعالة، بدلاً من التصرف تصرفاً آلياً. ويشير مينين وفريسكو (Mennin and Fresco (2013) إلى أنه من خلال تعزيز الانتباه والوعي في اللحظة الحالية، يحسن التعقل من قدرة الأفراد على التوسع خارج التركيز الضيق على التهديد في أي موقف، مما يعزز قبول الانفعالات، وتحسين القدرة على إدارة التأثير السلبي من خلال خفض الاجترار والتفاعل مع العالم الداخلي للفرد.

وتُفسر علاقة عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية مع مكونات التنظيم الانفعالي بأن عدم تفاعل الفرد مع خبراته وحالاته الانفعالية، يجعل الفرد أكثر ميلاً للانتباه إلى جوانب الخبرات الانفعالية، وأكثر ميلاً إلى مشاهدة الخبرات الانفعالية بدلاً من الاستجابة لها فوراً، مما يؤدي إلى زيادة الوعي بالانفعالات، وانخفاض الاستجابات غير التكيفية للتنظيم الانفعالي مثل التجنب. كما يُعلم عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية الأفراد أن الانفعالات يمكن اختبارها وتحملها دون التفاعل معها بالضرورة، مما يسهل القدرة على التحكم في سلوكيات الفرد في سياق الكرب الانفعالي (Hill & Updegraff, 2012, 20). كذلك يؤدي عدم التفاعل إلى تجنب الفرد الاستجابة تلقائياً على المواقف المثيرة للانفعال، مما يساعد على قبول الخبرات غير المريحة (Iani et al., 2019).

ثانياً : كشفت نتائج تحليلات معاملات الارتباط الخطى البسيط لبيرسون عن وجود علاقات ارتباطية موجبة ودالة بين مكونات التعقل وبين بعضها بعضاً. وتطابقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه باير وآخرون (Baer et al. (2008 بأن المهارات الأساسية للتعقل هي: عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، والمراقبة، والعمل مع الوعي، والوصف، وعدم الحكم على الخبرة الداخلية ودعمت هذه النتيجة دراسة بيكس (Bakes (2015 وأثبت أن جوانب التعقل؛ تجاه عدم الحكم على الخبرات الداخلية، والتصرف بوعي، والوصف ارتبطت ارتباطاً سلبياً دالاً مع أعراض الوسواس القهري. ودراسة ليلجا وآخرين (Lilja et al. (2013 أن المراقبة، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، والتصرف بوعي، والوصف، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، ترتبط بالدرجة الكلية للتعقل، وترتبط ببعضها بعضاً ارتباطاً دالاً.

[٣] الفرض الثالث: توجد علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري في مقابل الطبيعيين من الذكور.

كشفت نتائج الفرض الثالث باستخدام معاملات الارتباط الخطى البسيط لبيرسون، عدة نتائج سأفسرها على النحو الآتي:

- تفسير وجود علاقات ارتباطية بين التعقل وكل من مقياسه الفرعية، والدرجة الكلية لقائمة التعقل، بتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري والطبيين.
- تفسير العلاقة بين المراقبة والرصد الذاتي، وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري من الذكور.

أولاً : توصلت نتائج الشق الأول من الفرض الثالث إلى وجود علاقات ارتباطية موجبة جوهرية بين التعقل وكل من مقياسه الفرعية (مقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، والدرجة الكلية لقائمة التعقل) بتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري. ووجود علاقات ارتباطية بين التعقل وكل من مقياسه الفرعية (مقياس المراقبة والرصد الذاتي، ومقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، والدرجة الكلية لقائمة التعقل) بتحمل الكرب النفسي لدى عينة الطبيعيين.

وتطابقت نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة بيكس (Bakes (2015 التي توصلت إلى أن زيادة الاستعداد لتحمل الكرب النفسي، والأفكار غير السارة، وكون الفرد أكثر هدوءاً ارتبط سلبياً باضطراب الوسواس القهري، وارتبط إيجاباً مع التعقل. ودراسة فيريرا وآخرين (Ferreira et al. (2020 التي أشارت إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بقدرة مرتفعة على تحمل الكرب النفسي يتمتعون بمهارات قبول وتعقل أقوى، حيث يساعد القبول على استهداف الكرب التي تثيره الوسواس.

وفسر الإطار النظري هذه العلاقة، حيث ارتبط التعقل وتحمل الكرب النفسي من خلال؛ تعزيز موقف القبول وعدم إصدار أحكام تجاه الخبرات المزعجة، ورؤية الخبرات الانفعالية أو غيرها من الخبرات المزعجة على أنها أقل تهديداً، وإعادة تركيز الانتباه على الموقف الحالي بدلاً من الاستجابات السلبية حول الكرب الحالي، حيث أن الأفراد الذين يعانون من انخفاض تحمل الكرب النفسي، والذين يحاولون التخلص من خبراتهم غير المرغوب فيها مما يؤدي إلى تفاقم كربهم، إذا تمكنوا من تطوير قبول بدون أحكام للخبرات الانفعالية المنفرة أو الصعبة، يزيد تحملهم للكرب (Carpenter et al., 2019). ويعتبر القبول بدون إصدار أحكام للخبرة اللحظية، بمثابة علاج فعال ضد الأشكال الشائعة لعدم تحمل الكرب النفسي (بما في ذلك الاجترار والقلق والخوف) والتي كما هي الحال في الوسواس القهري، تنطوي على ميل غير قادر على التكيف لتجنب أو قمع أو الانخراط في الأفكار والانفعالات المؤلمة (Bond, 2015, 63).

وفسر جوريسياك (٢٠١٦) الارتباط بين تحمل الكرب النفسي والتعقل، كآلي: أن الأفراد الذين يعانون من انخفاض تحمل الكرب النفسي، يرون أن الشعور بالكرب غير مقبول، ويسعون لإيجاد طرق للتخفيف من أي خبرات انفعالية أو نفسية غير مرغوب فيها. ومن المرجح أن يؤدي الأفراد الذين يعانون من انخفاض تحمل الكرب النفسي، والذين يسعون ويفشلون في التخفيف من خبراتهم غير المرغوب فيها إلى زيادة تفاقم محنتهم. لكن الأفراد الذين لديهم تعقل مرتفع، لديهم قبول مرتفع، يساعد في تطوير قبول للخبرات المزعجة مما يساعد على خفض إدراكهم للكرب على أنه تهديد (Gawrysiak et al., 2016).

ويجب الإشارة إلى أن مهارة القدرة على التصرف بوعي غير تفاعلي التي تركز على الحاضر، وقبول الخبرات الداخلية المؤلمة (الأفكار، والصور الذهنية، والمشاعر القوية غير المرغوب فيها)؛ تعزز تحمل الكرب الناتج عن هذه الخبرات). وأن المستويات المرتفعة من الانتباه والوعي تساعد على الحد من السعي للسيطرة على مشاعر الكرب، وتساعد في تغيير ميل الفرد لتجنب التلقائي إلى الإدراك الواعي لتهديد الخبرات الانفعالية المزعجة، وبالتالي القدرة المتصورة للفرد على تحمل الكرب (Lotan et al. 2013).

ويوجد عديد من الطرق المحتملة التي يرتبط بها التعقل بتحمل الفرد للكرب النفسي؛ منها مراقبة جميع الأفكار والانفعالات وملاحظتها وتقبلها بدون أحكام، بما في ذلك تلك التي يُنظر إليها على أنها سلبية، حيث تساعد الذين يعانون من تحمل الكرب المنخفض، وقيّمون مشاعرهم على أنها مزعجة، ويشعرون أنهم بحاجة للهروب منها وتجنبها، في تعلم عدم الاستجابة للخبرات الداخلية المؤلمة وعدم الانخراط في السلوكيات لتغيير أو تجنب خبراتهم، ووصف كابات-زين (١٩٩٠) Kabat-Zinn كيف تساعد مهارة الوعي بالانفعالات المرتبطة بالألم والقلق في فهم أن الكرب مجرد "أفكار" و"مشاعر" يسهل تحملها. وأشارت لينهان (١٩٩٣) إلى أن نشر الوعي بالأفكار والمشاعر،

والقدرة على وصفها، يؤدي إلى تعزيز فهم أنها ليست دائماً انعكاسات دقيقة عن الواقع، والذي يساعد على تحمل الكرب بدل من محاولة الهروب منه (Lassman, 2016, 34, 36).

ثانياً : كشفت النتائج عن وجود علاقة غير دالة إحصائياً بين المراقبة والرصد الذاتي، وتحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري من الذكور.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بعدة احتمالات؛ فقد تؤدي المراقبة إذا صاحبها انتباه مفرط للكرب الذي يصاحب الوسواس وتحليله إلى انخفاض القدرة على تحمله، وربما تؤدي إلى زيادة الاجترار. كما قد تكون الأعراض الفسيولوجية غامرة لدرجة أن تركيز الانتباه المتزايد على هذه الأعراض يؤدي على الأرجح إلى زيادة المعاناة من الكرب النفسي. وهنا يجدر الإشارة إلى أن المراقبة بمفردها يحتمل أن تكون غير كافية، ولكن دور المراقبة في خفض الأعراض يعتمد على القدرة على المراقبة بشكل غير تفاعلي (Didonna et al., 2019).

وأشارت دراسة إيمرسون وآخرين (Emerson et al. (2018 إلى أن مهارة المراقبة ارتبطت بزيادة تكرار الأفكار الوسواسية المقترحة وزيادة الوعي بحدوثها والذي يحتمل أن يقلل من تحمل الكرب، حيث أفاد مرضى الوسواس الذين يميلون إلى مراقبة خبراتهم الداخلية بتكرار أكبر للأفكار الوسواسية المقترحة، وفسر إيمرسون وزملائه هذه النتيجة بأن زيادة قدرة الفرد على مراقبة ورصد أفكاره ومشاعره المؤلمة يمكن اعتباره غير مناسب، إذا لم يصاحب ممارسته الجوانب الأخرى من التعقل (مثل عدم إصدار الأحكام).

[٤] الفرض الرابع : متوسطات الطبيعيين أعلى جوهرياً من متوسطات مرضى الوسواس القهري في كل متغيرات الدراسة.

أشارت النتائج إلى تحقق هذا الفرض، حيث :

١ - وجد فروق دالة بين متوسطات المجموعتين على قائمة التعقل وكل من مقاييسه الفرعية (مقياس المراقبة والرصد الذاتي، ومقياس الوصف، ومقياس العمل بوعي، ومقياس القبول دون إصدار أحكام، ومقياس عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، الدرجة الكلية لقائمة التعقل) في اتجاه عينة الطبيعيين من الذكور بالمقارنة بعينة مرضى الوسواس القهري.

واتفقت هذه النتيجة مع النتائج التي توصل إليها كل من؛ دراسة اسفاند زاد وآخرين (Esfand Zad et al. (2017 التي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الوسواس مع الدرجة الكلية للتعقل، ودراسة ديدونا وبوسيو (Didonna and Bosio (2009 التي توصلت إلى أن مرضى الوسواس القهري سجلوا درجات أقل بشكل دال من المجموعة الضابطة (مجموعة الطبيعيين) في ثلاثة من العوامل الخمسة بالإضافة إلى الدرجة الكلية على اختبار العوامل الخمسة للتعقل، وهذه العوامل هي العمل بوعي، وعدم التفاعل مع الخبرة الداخلية،

وعدم الحكم على الخبرة الداخلية، ودراسة بيكس (2015) Bakes التي أظهرت وجود علاقة سلبية دالة بين التعقل وأعراض الوسواس القهري، وكان لقبول دون إصدار أحكام أكبر ارتباط سلبى دال مع أعراض الوسواس القهري مقارنة مع غيره من جوانب التعقل، يليه التصرف بوعي، ثم الوصف.

وأيضاً أظهرت دراسة ديدونا وآخرين (2019) Didonna et al. وجود انخفاض في جميع جوانب التعقل باستثناء المراقبة مقارنةً بمجموعة الطبيعيين، ودراسة كروو ومكاي (2016) Crowe and McKay التي أشارت أن مرضى اضطراب الوسواس القهري أظهروا انخفاضاً دالاً في مستوى التعقل عن المشاركين في مجموعات القلق ومجموعة الطبيعيين.

وفسر ديدونا (٢٠٠٩) أن الوسواس القهري ارتبط سلباً مع التعقل للأسباب الآتية :

- علاقة الاجترار باضطراب الوسواس القهري، حيث يخطر مريض الوسواس في الاجترار، وهو نشاط قهري يتم تنفيذه استجابة للأفكار الوسواسية. ويحدد محتوى الأفكار الدخيلة السؤال أو الموضوع الذي سيتطرق إليه الشخص، وبعض الأمثلة على الاجترار هي "هل أنا مثلي؟"، "هل سأذهب إلى الجحيم؟"، و"هل أنا مجنون؟"، فيؤدي الاجترار إلى تقاوم ضيقه وقلقه ومعاناته، لكن التعقل يعني عدم التفاعل مع الخبرة الداخلية، واختبار الحالات الداخلية من خلال العيش في اللحظة الحالية، بدلاً من سماح الفرد لنفسه باجترار الأفكار.
- الجانب المحوري في التعقل هو القبول، وهو يشمل عدم الحكم وعدم التفاعل، ويحافظ الفرد ذو التعقل على توجه معين للخبرة يتميز بالانفتاح، والفضول، وقبول خبراته بدلاً من محاولة تغييرها بطريقة ما، في المقابل فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري غالباً ما يشعرون بالذنب، والكرب، والحرص من أفكارهم المقتحمة، ويستجيبون لها بناء على تأويلهم للفكرة (Didonna, 2009).
- مرضى الوسواس يعانون من تحيز انتباههم للمعلومات التي تتعلق بالتهديد في اضطراب الوسواس القهري، حيث يتجه انتباههم بشكل انتقائي إلى المثيرات التي تحتوي على تهديد في بيئتهم، وبالتالي يخطرهم في معالجة المعلومات حول وساوسهم بطريقة مفرطة، فينتهي بهم المطاف الي عدم الانتباه إلى الإشارات أو المعلومات التي من شأنها أن تثبط وتهدئ مخاوفهم. ويمثل تحيز الانتباه فقد للتعقل في الطريقة التي يتم بها توزيع الانتباه، حيث يتميز التعقل بالانفتاح على جميع الخبرات الداخلية والخارجية دون حكم.
- مخطط دمج الأفكار بالأفعال لدى مرضى الوسواس القهري، حيث يعتقد الفرد أنه بامتلاك فكرة، تصبح الفكرة أكثر عرضة للحدوث أو حدوث الفكرة يوحي بشيء عن الفرد، وهكذا يميل هؤلاء المرضى إلى رؤية أفكارهم على أن لها أهمية مبالغ فيها، في

المقابل يتميز التعقل بوضع مسافة بين الحدث العقلي والفرد، بهذه الطريقة الأفكار تصبح مجرد أفكار، ولا تأخذ أهمية كبيرة كالتى تكون في اضطراب الوسواس القهري حيث تنعكس الأفكار على تقديرهم وتعريفهم لذاتهم، أو تصبح ضرورة للأفعال (Shapiro et al., 2006).

٢ - وجود فروق دالة بين متوسطات المجموعتين على قائمة تحمل الكرب النفسي في اتجاه عينة الطبيعيين مقارنة بعينة مرضى الوسواس القهري.

واتفقت هذه النتيجة مع ما توصل إليه: دراسة اسفاند زاد وآخرون (Esfand Zad et al., 2017) التي أظهرت ارتباط اضطراب الوسواس القهري سلبي مع تحمل الكرب النفسي، وأيضاً بعض نتائج الدراسات التي اتفقت على أن تحمل الكرب النفسي المنخفض كان منبئاً دالاً بأعراض الوسواس القهري مثل: (Cogle et al., 2011; Cogle et al., 2012;) (Robinson & Freeston, 2014; Pinciotti et al., 2021). ونموذج معتقدات الوعي بالمعرفة للوسواس القهري الذي أشار إلى أن من أهم الأفكار المتورطة في الوسواس القهري الاعتقاد بأن الكرب لا يمكن تحمله.

ويمكن تفسير انخفاض تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري مقارنة بالطبيعيين على النحو الآتي: أن مريض الوسواس يرى دائماً أن الكرب النفسي أمر مرفوض تماماً، ومهدد، ولا يمكن تحمله، لذلك يرى أنه لا بد أن يبذل جهده لتجنب الشعور بالكرب النفسي أو لخفضه كلما حدث، ويرى أنه إذا لم يقل الكرب أو ينتهي من حياته نهائياً، سيؤدي ذلك إلى حدوث عواقب كارثية ومؤذية له وللآخرين. وهنا يشعر المريض بأن عليه القيام بأي شيء مهما كان لتخفيف الكرب النفسي الناجم من الأفكار الوسواسية المقتحمة أو المرفوضة. وقد يكون سبب انخفاض تحمل الكرب النفسي لدى مرضى الوسواس القهري، أن الأفكار الوسواسية ترتبط بالانفعالات القوية مثل العدوان والغضب والشهوة والاشمئزاز. ونظراً لأن المرضى يبذلون قصارى جهدهم لمنع هذه الأفكار، فقد يعكس ذلك عدم تحمل هذه الانفعالات بشكل أساسي. بالإضافة إلى ذلك، فإن الحاجة الملحة لتحديد أو مواجهة التهديد، يسهم في الحاجة الملحة لتجنب المشاعر والأفكار الوسواسية (Robinson & Freeston, 2014).

كما ارتبط تحمل الكرب المنخفض بالوسواس لأنه يؤدي إلى استجابات مزعجة للأفكار المقتحمة، ويساعد في استخدام خطط التحكم في الأفكار غير التكيفية، بما في ذلك القمع والتحديد، مما قد يزيد من مدة وتكرار الفكرة. ويعكس انخفاض تحمل الكرب المشكلات الكامنة في التحكم المعرفي الذي يثبط طرد الأفكار السلبية (بما في ذلك الوسواس) والانفعالات (Cogle et al., 2013).

٣ - وجود فروق دالة بين متوسطات المجموعتين في كل من (السيطرة على الانفعالات، وتحمل الانفعال، وقبول الانفعال، والوعي بالانفعالات، وفهم الانفعالات، والتعبير عن الانفعالات، والدرجة الكلية لقائمة تنظيم الانفعالات) في اتجاه عينة الطبيعيين من الذكور بالمقارنة بعينة مرضى الوسواس القهري.

وتطابقت نتيجة الفرض مع دراسة نرمانى وآخرين (Narimani et al. 2015) التي توصلت إلى وجود فروق دالة بين التنظيم الانفعالي لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري والطبيعيين، ودراسة سترن وآخرين (Stern et al. 2014) التي أشارت إلى أن أعراض الوسواس القهري مرتبطة بشكل دال بفهم منخفض للانفعالات، والخوف من الانفعالات بما في ذلك الانفعالات السلبية (القلق والغضب والمزاج الاكتئابي) وعدم تحملها. ودراسة خسرواني وآخرين (Khosravani et al. 2018) التي كشفت عن وجود انخفاض في التنظيم الانفعالي بين المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالطبيعيين، ووجود علاقة بين عدم قبول الانفعال وبين أبعاد الوسواس القهري مثل الفحص، والوسواس، والتحييد العقلي، والترتيب، وبين انخفاض الوعي الانفعالي والتحقق. وفسرت انخفاض التنظيم الانفعالي لدى مرضى الوسواس بالحاجة الملحة إلى خفض المشاعر السلبية وما يصاحبها من تقييمات سلبية نتيجة لرغبة قوية في التحكم وعدم تحمل الشك في الوسواس القهري.

ومن المحتمل أن تؤثر المعتقدات الوسواسية، من مثل: (١) معتقد أهمية الحاجة إلى التحكم في الأفكار، و(٢) الكمال وعدم تحمل الشك، و(٣) المسؤولية المبالغ فيها في تقدير التهديد، على قدرة المرضى على الانخراط في تنظيم انفعالي فعال. ووفقاً لذلك، يشير نموذج التنظيم الانفعالي التكاملي إلى أنه من أجل معالجة الاستجابات الانفعالية وإدارتها بشكل فعال، يجب على المريض (أ) امتلاك كل من الوعي بالانفعالات، و(ب) فهم الانفعال، و(ج) قبول الانفعالات دون إصدار حكم، و(د) السيطرة على الانفعالات (Eichholz et al, 2020). ويرى راكمان أن الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري يواجهون صعوبة في تنظيم الانفعالات التكيفي، ويفسر ذلك بأن مرضى الوسواس القهري أكثر عرضة لمحاولة التحكم في استجاباتهم الانفعالية عن طريق عدم التعبير عنها (على سبيل المثال قمع مشاعر الخوف بالضحك) (Nicholls, 2016, 68).

وافترض ايشهولز (٢٠٢٠) أن مرضى الوسواس القهري يواجهون مشاكل في التأثير على انفعالاتهم المؤلمة بطريقة بناءة، فيقومون بالسلوكيات غير التكيفية لخفض انفعالاتهم المؤلمة، ويؤدي هذا إلى خفض الانفعالات السلبية على المدى القصير ولكنه يزيد من شدة أعراض الوسواس والانفعالات المزعجة على المدى الطويل. وكذلك أشار نموذج راكمان (١٩٩٧) إلى أن مريض الوسواس القهري عندما يملك فكرة مقتحمة بغیضة، فإنه يعطي أهمية قصوى للفكرة (على سبيل المثال، "الأشخاص غير المحترمين فقط لديهم مثل أفكارى المثيرة للاشمئزاز"). تزيد هذه

التفسيرات غير التكيفية من شعور المريض بمشاعر مثل: القلق والعار. ولتخفيف أو تجنب الانفعالات غير المريحة، ينخرط المرضى في القهر الذي يوفر راحة قصيرة المدى. ومع ذلك، والاعتماد على الطقوس كخطة تنظيمية يؤدي في النهاية إلى تقادم استمرارية الوسواس وشدتها، مما يؤدي إلى ظهور أعراض اكتئاب أكبر بمرور الوقت، وفقاً لذلك، فإن مريض الوسواس يعاني من صعوبات واسعة في تنظيم الانفعال لاعتماده على القهر في تخفيف الكرب الذي يعاني منه (Eichholz et al, 2020).

قائمة المراجع

أولاً : المراجع العربية :

ستيفن هولاند (٢٠٠٦). اضطراب الوسواس القهري. في: روبرت ليهي (محرر). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية (٢١١-٢٣٧)، (ترجمة) جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة. القاهرة: دار ايتراك للطباعة والنشر.

محمد نجيب الصبوة (٢٠١٩). العلاج المعرفي والسلوكي للوسواس القهري. الجيزة: مكتبة الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).

محمد نجيب الصبوة (٢٠٢٠). دليل برنامج الدورة التأسيسية للعلاج الجدلي-السلوكي المعياري، مع إشارة خاصة لاضطرابات الشخصية والإدمان. الجيزة: مكتبة الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Allen, L.B. & Barlow, D.H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. **Behavior Modification**, 33(6), 743-762.

American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)** Washington. DC: APA.

Baer, R.A.; Smith, G.T. & Allen, K.B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. **Assessment**, 11(3), 191-206.

Bakes, E. (2015). **The Relationship between Mindfulness and Obsessive Compulsive Symptoms in a Community Sample (Doctoral Dissertation, University of Essex).**

Besharat, M.A.; Atari, M. & Mirjalili, R.S. (2019). Transdiagnostic Processes in Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder: Worry, Cognitive Avoidance, Intolerance of Uncertainty, and Metacognitive Beliefs. **Practice in Clinical Psychology**, 7(4), 281-290.

Bliesner, A.E. (2010). **Mindfulness and distress tolerance: A review of the literature (Doctoral dissertation, Pacific University).**

Bond, M. (2015). **Experiences of mindfulness for clients with OCD: An IPA study (Doctoral dissertation, University of the West of England).**

- Brown, K.W.; Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for Its Salutary Effects. **Psychological inquiry**, **18**(4), 211-237.
- Carpenter, J.K.; Sanford, J. & Hofmann, S.G. (2019). The Effect of a Brief Mindfulness Training on Distress Tolerance and Stress Reactivity. **Behavior therapy**, **50**(3), 630-645.
- Choudhary, V. (2013). **Effectiveness of Distress Tolerance Techniques of Dialectical Behavior Therapy in Patients Diagnosed with Obsessive Compulsive disorder**. Ranchi University (INDIA).
- Clark, D.A. (2020). **Cognitive-behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes. Second edition**. New York: The Guilford Press.
- Coffey, K.A. & Hartman, M. (2008). Mechanisms of Action in the Inverse Relationship between Mindfulness and Psychological Distress. **Complementary Health Practice Review**, **13**(2), 79-91.
- Coffey, K.A.; Hartman, M. & Fredrickson, B.L. (2010). Deconstructing mindfulness and constructing mental health: Understanding mindfulness and its mechanisms of action. **Mindfulness**, **1**(4), 235-253.
- Cogle, J.R.; Timpano, K.R. & Goetz, A.R. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. **Personality and Individual Differences**, **52**(4), 515-520.
- Calkins, A.W.; Berman, N.C. & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. **Current Psychiatry Reports**, **5**(15), 1-7.
- Cogle, J.R.; Timpano, K.R.; Sarawgi, S.; Smith, C.M. & Fitch, K.E. (2013). A multi-modal Investigation of the Roles of Distress Tolerance and Emotional Reactivity in Obsessive-Compulsive Symptoms. **Anxiety, Stress & Coping**, **26**(5), 478-492.
- Crowe, K.B. (2014). **Mindfulness, obsessive-compulsive symptoms, and executive dysfunction: An exploratory study (Doctoral dissertation**, Fordham University).
- Crowe, K. & McKay, D. (2016). Mindfulness, Obsessive–Compulsive Symptoms, and Executive Dysfunction. **Cognitive Therapy and Research**, **40**(5), 627-644.
- Didonna, F. (2009). **Clinical handbook of mindfulness** (pp. 447-462). New York, NY: Springer.
- Jablonka, O. (2017). **Emotions and discipline behavior: The mediating role of distress tolerance**. New York: St, John's University.

- Didonna, F. (2009). Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In **Clinical handbook of mindfulness** (pp. 189-219). Springer, New York, NY.
- Didonna, F.; Rossi, R.; Ferrari, C.; Iani, L.; Pedrini, L.; Rossi, N. & Lanfredi, M. (2019). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, **92**(1), 112-130.
- Eichholz, A.; Schwartz, C.; Meule, A.; Heese, J.; Neumüller, J. & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. **Clinical psychology & psychotherapy**, **27**(5), 630-639.
- Emerson, L.M.; Heapy, C. & Garcia-Soriano, G. (2018). Which facets of mindfulness protect individuals from the negative experiences of obsessive intrusive thoughts?. **Mindfulness**, **9**(4), 1170-1180.
- Esfand Zad, A.H.; Shams, G.; Meysami, A.P. & Erfan, A. (2017). The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. **Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology**, **22**(4), 270-283.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive-compulsive disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. **Clinical Psychology, Psychotherapy**, **15**, 53-59.
- Fergus, T.A. & Bardeen, J.R. (2014). Emotion Regulation and Obsessive-Compulsive Symptoms: A further Examination of Associations. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, **3**(3), 243-248.
- Ferreira, S.; Pêgo, J.M. & Morgado, P. (2020). A Systematic Review of Behavioral, Physiological, and Neurobiological Cognitive Regulation Alterations in Obsessive-Compulsive Disorder. **Brain sciences**, **10**(11), 797.
- Fox, K.C.; Nijeboer, S.; Dixon, M.L.; Floman, J.L.; Ellamil, M.; Rumak, S.P. & Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. **Neuroscience & Bio behavioral Reviews**, **43**, 48-73.
- Gawrysiak, M.J.; Leong, S.H.; Grassetti, S.N.; Wai, M.; Shorey, R.C. & Baime, M.J. (2016). Dimensions of distress tolerance and moderating effects on mindfulness-based stress reduction. **Anxiety, Stress, & Coping**, **29**(5), 552-560.
- Gilbert, A. (2019). **Factors Related To Obsessive-Compulsive Symptoms: Understanding The Contribution Of Disgust, Contamination Fear And Emotion Regulation** (Master dissertation, University of Mississippi).

- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, **26**, 41-54.
- Gratz, K.L. & Tull, M.T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: **Illuminating the theory and practice of change**, **2**, 107-133.
- Greenberg, D.M., Kolasi, J., Hegsted, C.P., Berkowitz, Y. & Jurist, E.L. (2017). Mentalized affectivity: A new model and assessment of emotion regulation. **PLoS ONE**, **12**(10),1-27.
- Hershfield, J. & Corboy, T. (2013). **The mindfulness workbook for OCD: A guide to overcoming obsessions and compulsions using mindfulness and cognitive behavioral therapy**. New Harbinger Publications.
- Hill, C.L. & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. **Emotion**, **12**(1), 81.
- Hülshager, U.R. & Alberts, H.J. (2020). Assessing Facets of Mindfulness in the Context of Work: The Mindfulness@ Work Scale as a Work-specific, Multidimensional Measure of Mindfulness. **Applied Psychology** (1–56).
- Iani, L.; Lauriola, M.; Chiesa, A. & Cafaro, V. (2019). Associations between mindfulness and emotion regulation: The key role of describing and nonreactivity. **Mindfulness**, **10**(2), 366-375.
- Jeffries, E.R., McLeish, A.C.; Kraemer, K.M.; Avallone, K.M. & Fleming, J. B. (2016). The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. **Behavior Modification**, **40**(3), 439-451.
- Karayagiz, Ş. (2020). Investigation of Sociodemographic Factors of the Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. **European Journal of Science and Technology Special Issue**, 505-511.
- Khosravani, V.; Ardestani, S.M.S.; Bastan, F.S. & Malayeri, S. (2018). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. **Current psychology**, 1-11.
- Knight, L.F.M. (2010). **Mindfulness: History, technologies, research, applications**. Pepperdine University. Retrieved from; <https://allansousa.files.wordpress.com/2009/11/mindfulnessarticleluis.pdf> .
- Laposa, J.M.; Collimore, K.C., Hawley, L.L. & Rector, N. A. (2015). Distress tolerance in OCD and anxiety disorders, and its relationship with anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty. **Journal of anxiety disorders**, **33**, 8-14.

- Lassman, F.M. (2016). **The Protective Effects of Mindfulness in Helping a Student Sample Tolerate Distress (Doctoral dissertation, Royal Holloway, University of London).**
- Lau, M.A. & Yu, A.R. (2009). New developments in research on mindfulness-based treatments: Introduction to the special issue. **Journal of Cognitive Psychotherapy, 23**(3), 179.
- Leeuwerik, T.; Cavanagh, K. & Strauss, C. (2020). The Association of Trait Mindfulness and Self-compassion with Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms: Results from a Large Survey with Treatment-Seeking Adults. **Cognitive Therapy and Research, 44**(1), 120-135.
- Leza, A. (2019). **Relationships among attachment, dispositional mindfulness, acculturation, and emotion regulation in adult mexican-americans (Doctoral dissertation, Alliant International University).**
- Lilja, J.L.; Lundh, L.G.; Josefsson, T. & Falkenström, F. (2013). Observing as an essential facet of mindfulness: a comparison of FFMQ patterns in meditating and non-meditating individuals. **Mindfulness, 4**(3), 203-212.
- Linehan, M. (2014). **DBT® skills training manual.** (2nd ed), New York: Guilford Publications.
- Linehan, M.M. (2015). **DBT® skills training handouts and worksheets** (2nd ed.). New York: Guilford Publications.
- Lotan, G.; Tanay, G. & Bernstein, A. (2013). Mindfulness and distress tolerance: relations in a mindfulness preventive intervention. **International Journal of Cognitive Therapy, 6**(4), 371-385.
- Ma, Y. & Fang, S. (2019). Adolescents' mindfulness and psychological distress: The mediating role of emotion regulation. **Frontiers in psychology, 10**, 1358.
- Mangal, A. (2013). **The Relationship between Mindfulness and Obsessive Compulsive Characteristics in a Non-Clinical Population (Doctoral dissertation, University of Surrey).**
- McKay, M.; Wood, J.C. & Brantley, J. (2010). **The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance.** California: New Harbinger Publications.
- Mennin, D.S. & Fresco, D. M. (2013) Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), **Handbook of emotion regulation** (469-490). New York: Guilford
- Mirdal, G.M. (2012). Mevlana Jalāl-ad-Dīn Rumi and mindfulness. **Journal of Religion and Health, 51**(4), 1202-1215.

- Narimani, M.; Alwardani-Some'eh, S.; Mikaeeli, N. & Basharpour, S. (2015). The comparison of intolerance of uncertainty, emotion regulation and marital satisfaction in OCD-patients and normal individuals. **Journal of Clinical Psychology**, 6(4), 21-32.
- Nicholls, A.J. (2016). **The Impact of Mood-State and Emotion Regulation on Negative Appraisal and Neutralising Motivations in Obsessive-Compulsive Disorder (Doctoral dissertation, The Australian National University (Australia))**.
- Orbon, S.R. (2016). **Emotion intolerance and obsessive-compulsive symptoms (Doctoral dissertation, Northern Illinois University)**.
- Pinciotti, C. M.; Riemann, B.C. & Abramowitz, J. S. (2021). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. **Psychology**, 69(6), 630-645.
- Pou, J.S. (2019). **Dialectical Behavior Therapy and Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: Similarities, Differences, and Clinical Implications (Doctoral dissertation, Biola University)**.
- Ritchie, T.D. & Bryant, F.B. (2012). Positive state mindfulness: A multidimensional model of mindfulness in relation to positive experience. **International Journal of Wellbeing**, 2(3), 150-181.
- Robinson, L.J. & Freeston, M.H. (2014). Emotion and internal experience in obsessive-compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. **Clinical Psychology Review**, 34(3), 256-271.
- Rudoy, S.I. (2014). **Developing a model for understanding mindfulness as a potential intervention for obsessive-compulsive disorder. (Doctoral dissertation, Pepperdine University)**.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. **Journal of clinical psychology**, 62(3), 373-386.
- Shipley, L.J. (2014). **Examining Negative Urgency in Predicting Problematic Alcohol Use: The Indirect Effects of Drinking Motives and Distress Tolerance (Doctoral dissertation, Seattle Pacific University)**.
- Simons, J.S. & Gaher, R.M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. **Motivation and Emotion**, 29(2), 83-102.
- Slutsky, J.; Rahl, H.; Lindsay, E.K. & Creswell, J. D. (2017). Mindfulness, emotion regulation, and social threat. **In Mindfulness in social psychology** (pp. 79-93). London: Routledge.
- Sommers, B.K. (2017). **A Model of Distress Tolerance in Self-Damaging Behaviors: Examining the Role of Emotional Reactivity and Learned Helplessness (Doctoral dissertation, Andrews University)**.

- Stern, M.R.; Nota, J.A.; Heimberg, R.G.; Holaway, R.M. & Coles, M.E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms. **Journal of obsessive-compulsive and related disorders**, 3(2), 109-114.
- Stevens, K.T. (2018). **Distress Intolerance and Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Outcome**. Southern Illinois University at Carbondale.
- Treanor, M. (2011). The potential impact of mindfulness on exposure and extinction learning in anxiety disorders. **Clinical psychology review**, 31(4), 617-625
- Van Eck, K.; Warren, P. & Flory, K. (2017). A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. **Journal of youth and adolescence**, 46(1), 136-150.
- Villatte, J.L. (2013). **Examining the utility of functional process models of distress tolerance in predicting psychopathology (Doctoral dissertation, University of Nevada, Reno)**.
- Yue, K.L. (2020). **Examining the Relationships among Mindfulness, Disability, Social Support, and Stress in Emerging Adults (Doctoral dissertation, Bryant University)**.

Mindfulness as Mediating Process between Distress Tolerance and Emotional Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

By

Mohammed N. Al-Sabwa

**Department of Psychology
Cairo University**

Marwa Mohammed Abdel Sattar

**Master Degree in Psychology
Psychology Department - Fayoum University**

Abstract:

The current study aimed to explore the relationship of mindfulness with distress tolerance and emotional regulation in obsessive-compulsive patients. It also aimed to explore the size of the interrelationships between the study variables and between each other in the two study groups separately. As well as identifying the differences between OCD Patients and normal in mindfulness, distress tolerance, and emotional regulation. The study sample consisted of 120 participants, their age ranged between (19-43) years, and the sample consisted of 60 OCD Patients, and 60 normal males. The tools of study were mindfulness skills inventory in OCD Patients, distress tolerance inventory in OCD Patients, and emotional regulation skills inventory in OCD Patients. The results showed that there is a significant positive correlation between each of; distress tolerance and emotional regulation, mindfulness and emotional regulation, mindfulness and distress tolerance in obsessive-compulsive patients and normal males. Moreover, the results showed that the averages of normal males are significantly higher than the averages of OCD patients in mindfulness, distress tolerance, and emotional regulation.

Key Words: Mindfulness, Distress Tolerance, Emotional Regulation, Obsessive-Compulsive Disorder.