

جامعة البحرين

قسم علم النفس



كلية الآداب

وسواس تجميع الأشياء القديمة (التجميع القهري) لدى  
عينة من المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر:  
الاسباب والتشخيص والتنبؤات

رسالة مقدمة كجزء من متطلبات الحصول على درجة الماجستير في  
علم النفس الإرشادي

إعداد

ناصر مصيبيح العصيمي

٢٠١٠٤٤٩٥

إشراف

د. محمد حسن المطوع

أستاذ علم النفس المشارك

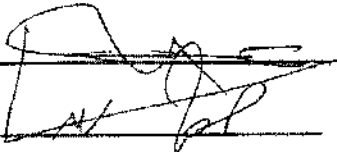
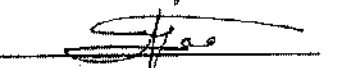
جامعة البحرين

مملكة البحرين

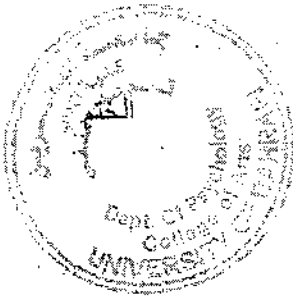
أبريل/ ٢٠١٤م



لجنة مناقشة الطالب / ناصر مصيبيح العصيمي الرقم الجامعي 20104495 ، والمنعقدة يوم  
الثلاثاء 24 يونيه 2014 الموافق 26 شعبان 1435


د. محمد حسن المطوع مشرفا  
أ.د جيهان العمران ممتحنا داخليا  
د. مريم البوفلاسه ممتحنا خارجيا



## الإهداء

إلى كل من له فضل عليّ بعد الله في إنجاز هذه الدراسة وأخص والديّ الكريمين اللذين لم يبخلا عليّ بالدعاء الذي أنار لي ظلمات دربي، وكذلك زوجتي وإخوتي و أخواني، الذين صبروا على انشغالي عنهم طيلة مدة البحث، والذين ضحوا بالكثير وبذلوا الغالي والنفيس في سبيل إنجاز هذه الدراسة.

## شكر وتقدير

بعد شكر الله وحمده أتقدم بجزيل الشكر وفائق التقدير والاحترام إلى كل من أسهم معي في إخراج هذه الرسالة وأخص بالشكر المشرف على هذه الرسالة الدكتور محمد المطوع، أطال الله بعمره على وقفته معي وتوجيهي وبذل الجهد والوقت لمساندتي وإرشادي وأشكره على توجيهاته وملحوظاته القيمة التي أسهمت في إنجاز هذه الدراسة.

كما ويسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير لأعضاء هيئة التدريس في قسم علم النفس الإرشادي لحرصهم على إفادة كل من طموحه الترقى في العلم وعلى ما أبدوه من آراء واقتراحات أسهمت في تحقيق أهداف هذه الدراسة.

## ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على نسبة انتشار وسواس التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة، والتوصل إلى أسباب انتشار وسواس التجميع القهري، وكذلك التعرف على الفروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات: الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي، والحالة الاجتماعية. استخدمت الدراسة المنهج الوصفي (المسحي والمقارن والتنبؤي) وتكونت عينة الدراسة من (٨٢٨) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر بواقع (٥٠٣) ذكور و(٣٢٥) إناث. واستخدمت الدراسة الحالية أداة مسحية من إعداد الباحث ومقياس التجميع القهري المعدل (SI-R) Saving Inventory-Revised إعداد فروست وآخرون Frost et al (٢٠٠٤). ويعد استخدام الأساليب الإحصائية (المتوسطات والانحرافات المعيارية والنسب المئوية، واختبار T test، واختبار تحليل التباين الأحادي والثلاثي (One and Three Way ANOVA)، اختبار شيفيه Scheffe للمقارنات بين المتوسطات، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

ينتشر اضطراب التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة بنسبة (٤٦%)، كما ينتشر بعد صعوبة التخلص من الأغراض بنسبة (٤٨%)، وبعد التجميع بنسبة (٤٧%)، كما تنتشر الفوضى بنسبة أقل من بقية الأبعاد بلغت (٤٢%). أما بالنسبة للفروق وفقاً للمتغيرات الديموغرافية فقد جاءت على النحو التالي: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في صعوبة التخلص من الأغراض بين الذكور والإناث لصالح الذكور. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين أفراد العينة المتزوجين وغير المتزوجين حول بعد الفوضى والتجميع القهري بصورة عامة لصالح أفراد الدراسة غير المتزوجين. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض ( دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال) وأفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي (٨٠٠٠-١٢٠٠٠ ريال) حول (الفوضى المفرطة) لصالح أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض ( دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال). وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠٥) بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم ٤١ - ٤٥ سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم (٤٦ - ٥٠ سنة ، ٧٠ سنة فأكثر ) حول (التجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٤٦ - ٥٠ سنة ، ٧٠ سنة فأكثر. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في بعد الفوضى، والتجميع، والتجميع القهري بصورة عامة بين الذكور والإناث. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) بين أفراد العينة المتزوجين وغير المتزوجين حول بعد صعوبة التخلص من الأغراض، وبعد التجميع. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) في اتجاهات أفراد الدراسة حول بعد صعوبة التخلص من الأغراض، وبعد التجميع، والدرجة الكلية باختلاف متغير الدخل الشهري. كما أظهرت النتائج وجود أثر دال لمتغير الفئة العمرية على كلاً من الدرجة الكلية لمقياس التجميع القهري عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، وبعد صعوبة التخلص من الأغراض عن مستوى دلالة (٠.٠٥)، وبعد التجميع عند مستوى دلالة (٠.٠١). كما أظهرت النتائج وجود أثر دال للنوع على كلاً من الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (٠.٠٥) وبعد صعوبة التخلص من الأغراض عند مستوى دلالة (٠.٠١). وجود أثر دال لمتغير الحالة الاجتماعية على سلوك الفوضى عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

وتوصي الدراسة الحالية بتعريف المجتمع باضطراب التجميع القهري عبر وسائل الإعلام، بالإضافة إلى التأكيد على أهمية الكشف عنه مبكراً وعند مرضى الاضطرابات النفسية، كما توصي الدراسة القائمين على القياس النفسي بإعداد مقاييس محلية.

## فهرس المحتويات

| رقم الصفحة | الموضوع                                       |
|------------|-----------------------------------------------|
| أ          | الإهداء                                       |
| ب          | شكر وتقدير                                    |
| ج          | ملخص الدراسة                                  |
| د          | فهرس المحتويات                                |
| و          | فهرس الجداول                                  |
| ح          | فهرس الاشكال                                  |
| ط          | فهرس الملاحق                                  |
| ١          | الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها           |
| ٢          | مقدمة                                         |
| ٤          | مشكلة الدراسة                                 |
| ٥          | أسئلة الدراسة                                 |
| ٥          | أهداف الدراسة                                 |
| ٦          | أهمية الدراسة                                 |
| ٦          | مصطلحات الدراسة                               |
| ٧          | حدود الدراسة                                  |
| ٨          | الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة |
| ٩          | أولاً: الوسواس القهري                         |
| ١٠         | تعريف الوسواس القهري                          |
| ١٢         | بداية الوسواس القهري                          |
| ١٢         | مسار ومآل الوسواس القهري                      |
| ١٤         | أعراض الوسواس القهري                          |
| ١٦         | أسباب الوسواس القهري                          |
| ١٨         | النظريات المفسرة للوسواس القهري               |
| ٢٦         | ثانياً: وسواس التجميع القهري                  |
| ٢٧         | بداية ومسار التجميع القهري                    |

|     |                                                 |
|-----|-------------------------------------------------|
| ٢٧  | التجميع القهري وأعراضه                          |
| ٢٩  | أنواع التجميع القهري                            |
| ٣٠  | أسباب التجميع القهري                            |
| ٣٢  | الآثار المترتبة لسلوك التجميع القهري            |
| ٣٣  | التصنيف المرضي للتجميع القهري: وجهات النظر      |
| ٣٦  | النظريات المفسرة للتجميع القهري                 |
| ٤٤  | ثالثاً: الدراسات السابقة                        |
| ٥٥  | التعليق على الدراسات السابقة                    |
| ٥٩  | الفصل الثالث: المنهج والإجراءات                 |
| ٦٠  | منهج الدراسة                                    |
| ٦٠  | مجتمع الدراسة                                   |
| ٦٠  | عينة الدراسة                                    |
| ٦٣  | أدوات الدراسة                                   |
| ٧٠  | الأساليب الإحصائية المستخدمة                    |
| ٧١  | الفصل الرابع: نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات |
| ٧٢  | عرض نتيجة السؤال الأول                          |
| ٨١  | عرض نتيجة السؤال الثاني                         |
| ٨٢  | عرض نتيجة السؤال الثالث                         |
| ٨٥  | عرض نتيجة السؤال الرابع                         |
| ٨٦  | عرض نتيجة السؤال الخامس                         |
| ٨٨  | عرض نتيجة السؤال السادس                         |
| ٩٣  | مناقشة النتائج                                  |
| ١٠١ | توصيات الدراسة                                  |
| ١٠١ | الدراسات المستقبلية                             |
| ١٠٣ | قائمة المراجع                                   |
| ١٠٤ | المراجع العربية                                 |
| ١٠٥ | المراجع الأجنبية                                |

## فهرس الجداول

| رقم<br>الصفحة | عنوان الجدول                                                                                                                                | رقم<br>الجدول |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| ٦١            | وصف لمتغيرات الدراسة الاستطلاعية بحسب التكرارات والنسبة المئوية                                                                             | ١             |
| ٦٢            | وصف لمتغيرات الدراسة الأساسية بحسب التكرارات والنسبة المئوية                                                                                | ٢             |
| ٦٤            | الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لبنود الأداة المسحية                                                                                          | ٣             |
| ٦٥            | توزيع البنود بحسب الأبعاد الأساسية لمقياس التجميع القهري                                                                                    | ٤             |
| ٦٦            | الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لأبعاد المقياس                                                                                                | ٥             |
| ٦٦            | معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعد صعوبة التخلص من الأغراض                                                                           | ٦             |
| ٦٧            | معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعد الفوضى المفرطة                                                                                    | ٧             |
| ٦٧            | معاملات ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعد التجميع                                                                                           | ٨             |
| ٦٨            | معاملات ثبات مقياس التجميع القهري                                                                                                           | ٩             |
| ٦٩            | المحك التشخيصي للوسواس التجميع القهري                                                                                                       | ١٠            |
| ٧٢            | المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على<br>أبعاد المقياس                                                        | ١١            |
| ٧٣            | استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات مقياس التجميع القهري                                                                                 | ١٢            |
| ٧٥            | استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملامح انتشار صعوبة<br>التخلص من الأغراض لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات<br>الموافقة | ١٣            |
| ٧٧            | استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملامح انتشار الفوضى<br>المفرطة لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة             | ١٤            |
| ٧٩            | استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملامح انتشار مشكلة<br>التجميع لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة              | ١٥            |
| ٨١            | نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test " للفروق في<br>متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس                       | ١٦            |

|    |                                                                                                                                |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ١٧ | نتائج " تحليل التباين الأحادي " ( One Way ANOVA ) للفروق في إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف العمر                        | ٨٢ |
| ١٨ | نتائج اختبار lsd للتحقق من الفروق بين كل عمر على حدة                                                                           | ٨٣ |
| ١٩ | نتائج اختبار " ت : Independent Sample T-test " للفروق في متوسطات إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الحالة الاجتماعية | ٨٦ |
| ٢٠ | نتائج " تحليل التباين الأحادي " ( One Way ANOVA ) للفروق في إجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف الدخل الشهري                 | ٨٧ |
| ٢١ | نتائج اختبار شيفيه للتحقق من الفروق بين كل الدخل الشهري على حدة                                                                | ٨٨ |
| ٢٢ | تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والعمر وتفاعلها على الدرجة الكلية لمقياس التجميع                   | ٨٩ |
| ٢٣ | تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والعمر وتفاعلها على بعد صعوبة التخلص                               | ٩٠ |
| ٢٤ | تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والعمر وتفاعلها على بعد الفوضى المفرطة                             | ٩١ |
| ٢٥ | تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والعمر وتفاعلها على بعد التجميع                                    | ٩٢ |

## فهرس الملاحق

| الرقم | الملحق                                              |
|-------|-----------------------------------------------------|
| ١     | الأداة المسحية من أعداد الباحث                      |
| ٢     | مقياس التجميع القهري للدراسة الاستطلاعية والأساسية  |
| ٣     | نماذج من المقياس الرقمي للدراسة الأساسية            |
| ٤     | صور من الأغراض التي يتم تجميعها من قبل أفراد العينة |
| ٥     | مراسلات                                             |
| ٦     | تقرير المراجعة والتدقيق اللغوي                      |

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهميته

مقدمة

مشكلة الدراسة

أسئلة الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

## الفصل الأول

### مقدمة:

يُعد الوسواس القهري اضطراباً نفسياً يتصف بوجود أفكار متكررة لا يرغبها الشخص، وتأتي رغماً عنه حتى بعد محاولته إبعادها والتخلص منها. ويقوم الشخص المصاب بهذا الاضطراب بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها؛ لأن هذه الأفعال تخفف من قلقه الذي يخف لفترة محدودة، ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي الوسواس القهري المريض إلى تكرار أفعاله القهرية بصورة مبالغ فيها، وقد تؤدي إلى إضاعة وقته، وخسارته المعنوية والمادية، إضافة إلى أن بعض الأعمال القهرية تؤدي إلى الضرر البدني بالشخص، فقد تؤثر الوسواس القهرية على مجمل حياة الفرد وتوافقه النفسي والاجتماعي، ومن أمثلة هذه الوسواس وسواس التكديس أو الاستحواذ القهري Compulsive Hoarding.

فقد وهب الله سبحانه وتعالى بني البشر مجموعة من الغرائز الفطرية، منها غريزة حب التملك، ويعبر عن الميل تجاه تملك الأشخاص أو الأشياء، وهذا الميل يكون مرتبطاً برغبة الاقتراب منه، وأحياناً محاولة تملكه والاستحواذ عليه. فلكل منا أحلامه في امتلاك كل شيء جميل من بيت وأثاث وسيارة وغيرها من الأشياء التي تدفعنا للعمل في سبل تحقيقها. بمعنى أن غريزة حب التملك لها جانب إيجابي في كونها تسعى لتدفعنا قُدماً نحو هدف معين نشد من ورائه شيئاً بالطرق المشروعة. وكذلك لغريزة حب التملك جانب سلبي يطغى على الإنسان، وهو ما يسمى بوسواس التجميع القهري Compulsive Hoarding، حيث يُعرفه كل من فروست وقروس (1993) Frost and Gross بأنه "الاقتناء المبالغ فيه للأغراض وتخزينها وعدم القدرة أو الفشل في التخلص منها على الرغم من كونها ذات قيمة محدودة أو عديمة الفائدة، مما يحد من الاستخدام المناسب للمساحات المخصصة للاستخدام الطبيعي؛ مما يؤدي إلى الشعور بالضيق والانزعاج من قبل الأسرة والفرد نفسه" (ص ٣٦٧). وهناك الكثير الذين لديهم عادة الاحتفاظ بالأشياء القديمة، ولكن المريض المصاب بوسواس التجميع القهري والاحتفاظ بالخرقة وغيرها يتميز عن الآخرين بالكميات الضخمة التي يقوم بتخزينها والاحتفاظ بها، وكذلك الارتباط العاطفي الشديد بأشياء قد تكون عادة عديمة الفائدة.

وأول ما لفت الانتباه للتجميع القهري عام ١٩٤٧ عندما تم العثور على جثة أخوين في شقتهم بمدينة نيويورك، حيث كان المنزل مكتظاً بما يقدر بمائة وعشرين طناً من الأغراض المختلفة والمتناثرة في جميع أنحاء المنزل، وقد ذكر تقرير الشرطة أن أحد الأخوين توفي نتيجة لسقوط الأغراض عليه بينما كان يحضر الطعام لأخيه المشلول، والذي توفي نتيجة احتجازه

بالمنزل وعجزه عن طلب المساعدة (Grisham & Barlow, 2005). وقد بدأ الاهتمام الملحوظ بدراسة الاضطراب خلال فترة التسعينيات، وقد لاحظ الباحث من خلال الاطلاع على الدراسات - التي أتت له - تعددها وتناولها للموضوع من جوانب متعددة، فعلى الرغم من اعتبار العديد من الدراسات له باعتبارها عرضاً من أعراض الوسواس القهري إلا أنه لا يوجد اتفاق بين الدراسات على هذه النتيجة، حيث تمت دراسته في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا والبرازيل وكوستاريكا وفرنسا وألمانيا وبولندا وإيطاليا وتركيا واليابان وسنغافورا ومصر وجنوب إفريقيا، مما يشير إلى أن الاضطراب لا يرتبط بثقافة معينة (Saxena, 2008).

وقد يسبب الاضطراب مشكلات صحية ناتجة عن قلة النظافة؛ حيث إن تجميع الطعام والنفايات والحيوانات قد يؤدي إلى انتشار الأمراض، وقد أفادت الدراسات التي أجريت على كبار السن من مرضى التجميع القهري بأن هذا السلوك يمثل تهديداً لسلامتهم، حيث إنه قد يسبب أخطاراً صحية أو أخطاء ناتجة عن السقوط (Saxena & Maidment, 2004). وغالباً ما تبدأ أعراض اضطراب التجميع القهري والتي تتمثل في التجميع Acquisition، وصعوبة التخلص من الأغراض Difficulty discarding، والفوضى Clutter في سن الثانية عشرة أو الثالثة عشرة، وتتطور مراحل الاضطراب مع تقدم العمر، وعلى كافة المستويات الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو التعليمية، وتظهر أكثر حدة عند كبار السن خاصة (Grisham & Barlow, 2005).

ويعتبر تشخيص اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري من القضايا التي سُلِّط عليها الضوء بصورة كبيرة من قبل الباحثين، حيث أجريت العديد من الدراسات التي تعارض تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) (١٩٩٤) له، حيث ذكر ضمن المعايير التشخيصية الثمانية للاضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، وترى ضرورة إيجاد تصنيف جديد له يهدف من خلال الوصول للتشخيص الصحيح وفهم الاضطراب بصورة واضحة.

وعلى حد علم الباحث بعد الاطلاع على الدراسات على الصعيد العربي لم يجد إلا دراستين، واحدة قام بها عكاشة (٢٠٠١) في مصر على مجموعة من مرضى الوسواس القهري (في أبو هندي، ٢٠٠٣)، ودراسة حديثة قامت بها البناني (٢٠١٠) في السعودية؛ مما ترتب على ذلك عدم المعرفة الكافية بهذا الاضطراب، سواء في العيادات النفسية أو بين أفراد المجتمع بالرغم من وجوده؛ وعدم القيام بهذه الدراسة يؤدي إلى استمرار عدم الإلمام الكافي بهذا الاضطراب، وعدم القدرة على تشخيصه حتى في حالاته المتقدمة؛ وبالتالي عدم تقديم المساعدة اللازمة للمرضى في المجتمع السعودي. ويسعى الباحث من خلال الدراسة الحالية إلى دراسة

الاضطراب على عينة من المجتمع السعودي؛ للتعرف على نسبة انتشار وسواس التجميع القهري، وعلاقته بالوسواس القهري، وأسباب انتشاره.

### مشكلة الدراسة:

يظهر اضطراب التجميع القهري بصورة متزايدة ردة فعل ناتجة عن الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول أهمية وقيمة الأغراض؛ مما ينتج عن ذلك الارتباط العاطفي الشديد بها (Grisham, Frost, Steketee, Kim & Hood, 2006). ويظهر اضطراب التجميع القهري في العديد من الاضطرابات النفسية، حيث يظهر لدى (٢٠%-٣٠%) من مرضى اضطراب الوسواس القهري، كما لوحظ حدوثه في العديد من الاضطرابات الأخرى كالفصام، وفقدان الشهية، والاضطرابات العقلية، والاكتئاب (Frost, Steketee & Grisham, 2004). وتؤكد الدراسات على الرغم من محدوديتها وجود اضطراب التجميع القهري في (٣-٦) ملايين شخص أمريكي. بينما يصيب الاضطراب ما بين (٤-٩) ملايين شخص في أوروبا، (٦٤-١٢٩) مليون شخص في جميع أنحاء العالم، قليل منهم يتلقى العلاج المناسب (Tolin, Frost & Steketee, 2007).

حيث قد يُرمى الأشخاص الذين يظهر لديهم الاضطراب بقلة الوعي أو بأوصاف أخرى، كالفضولين أو البخلاء، أو يُعزى إلى الحرص على عدم التبذير، أو عادة لدى كبار السن؛ مما يؤدي إلى عدم الوصول إلى التشخيص المناسب لحالتهم من خلال التعرف على الأسباب الكامنة وراء الاضطراب. ومن الأمثلة التي توضح مشكلة الدراسة في المجتمع السعودي عندما يقرر الأشخاص الاحتفاظ بمجموعة من الإيصالات البنكية في محافظهم؛ مما يؤدي إلى تكديس الأوراق، ويبررون ذلك بأنها ذات أهمية رغم انتهاء أهميتها الفعلية التي تستدعي الاحتفاظ بها، حيث إن الأشخاص الذين يظهر لديهم اضطراب وسواس التجميع القهري يكون لديهم القدرة على تضخيم أهمية الأشياء المخزونة؛ وبالتالي الارتباط الشديد بها، والذي يجعلهم غير قادرين على التخلص من هذه الأشياء. ويبررون لأنفسهم بعبارة: ماذا لو احتجت لأي من هذه الأشياء مستقبلاً؟ فمن الأفضل ألا أرميها أو أتخلص منها. تبرز مشكلة الدراسة في قلة الدراسات على الصعيد العربي التي تطرقت لوسواس التكديس أو الاستحواذ القهري من جوانب متعددة باعتبارها ظاهرة نفسية، خاصة في المجتمع السعودي الذي تظهر فيه العديد من الاضطرابات النفسية. وبعكس المكانة التي يحتلها اضطراب وسواس التجميع القهري في الدراسات ووسائل الإعلام الأجنبية المرئية أو المقروءة. ومن الدراسات على الصعيد العالمي التي تطرقت لاضطراب

وسواس التجميع القهري دراسة قام بها فونيل، وميندلويز، وسواريز، وفيرتشيني Fontenelle, Mendlowicz, Soares, and Versiani (2004) لمعرفة الفروق بين مرضى الوسواس القهري، والمصابين وغير المصابين بالتجميع القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية. وقد أجريت الدراسة بالبرازيل على عينة تكونت من (٩٧) مريضاً بالوسواس القهري. ووجدت الدراسة أن المصابين بالتجميع والتخزين القهري يتميزون بأحد المميزات التالية، ذوو مستويات تعليمية أعلى، وبداية أبكر مع المرض، ويحصلون على درجات أعلى في الوسواس المتعلقة بالتماثل والترتيب والعدد، وأيضاً يحصلون على درجات أعلى في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب واضطراب الأكل. كما وجدت الدراسة أن لمرضى التجميع القهري خصائص ديموغرافية وإكلينيكية مميزة لهم.

### أسئلة الدراسة:

وتناولت الدراسة الحالية الإجابة على الاسئلة التالية:

- ١- ما نسبة انتشار وسواس التجميع القهري بين افراد عينة الدراسة؟
- ٢- ما هي اسباب انتشار وسواس التجميع القهري؟
- ٣- هل توجد فروق دالة احصائياً في التجميع القهري بين افراد عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات (الجنس-العمر-المستوى الاقتصادي- الحالة الاجتماعية) على مقياس التجميع القهري.
- ٤- هل هناك أثر دال لك من متغير النوع والفئة العمرية والحالة الاجتماعية والتفاعل بينهما على متغير صعوبة التخلص والفوضى والتجميع؟

### أهداف الدراسة:

تضمنت اهداف الدراسة النقاط التالية:

- ١- التعرف على نسب انتشار وسواس التجميع القهري بين افراد العينة.
- ٢- التوصل إلى اسباب انتشار وسواس التجميع القهري.
- ٣- التعرف على الفروق في التجميع القهري بين افراد العينة تبعاً لمتغيرات الجنس والعمر والمستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية.

٤- الكشف عن وجود أثر دال لك من متغير النوع والفئة العمرية والحالة الاجتماعية

والنفاعل بينهما على متغير صعوبة التخلص والفوضى والتجميع.

### أهمية الدراسة:

ستتضمن الدراسة الحالية الأهمية من جانبين، هما:

الجانب النظري: تثبئ أهمية الدراسة الحالية من كونها إحدى الدراسات القلائل التي تم فيها تناول اضطراب التجميع القهري في وطننا العربي، حيث توصل الباحث إلى دراستين تناولت الموضوع - على حد علم الباحث - وتعتبر الدراسة التي سيقوم بها الباحث الثالثة التي تناول الموضوع ذاته. وتستمد هذه الدراسة أهميتها من خطورة التجميع القهري باعتباره اضطراباً يؤثر على حياة الفرد وعلى علاقته بالآخرين؛ مما يؤدي إلى أضرار مادية وصحية، حيث تقدم الدراسة المعلومات اللازمة لذوي الاختصاص والباحثين لفهم الاضطراب وتقديم المساعدة في التشخيص. الجانب التطبيقي: تتضح أهمية الدراسة في ما تطلعنا عليه من نتائج يمكن من خلالها نشر التوعية بهذا الاضطراب، ويمكن أن تسهم نتائج الدراسة في التعرف على نسب انتشار الاضطراب داخل المجتمع السعودي في محاولة من المختصين للمبادرة في وضع التشخيص.

### مصطلحات الدراسة:

ورد في هذه الدراسة عدد من المصطلحات، وفيما يلي تعريفاتها:  
الوسواس القهري (Obsessive Compulsive Disorder OCD): "هو مرض عصابي يتميز بوجود وساوس في هيئة أفكار، اندفاعات، مخاوف أو أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية. وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة. ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الوسواس والأفكار مع يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس ولا معقوليتها" (عكاشة، ٢٠٠٩، ص ١٦٥).

وسواس التجميع القهري (Compulsive Hoarding Disorder CHD): ويعرفه كل من فروست وقروس Frost and Gross (1993) "بأنه الاقتناء المبالغ فيه للأغراض وتخزينها وعدم القدرة أو الفشل في التخلص منها على الرغم من كونها ذات قيمة محدودة أو عديمة الفائدة، مما يحد دون الاستخدام المناسب للمساحات المخصصة للاستخدام الطبيعي؛ مما يؤدي إلى الشعور بالضيق والانزعاج من قبل الأسرة والفرد نفسه" (ص 367).

ويعترفه الباحث إجرائياً على أنه الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص بعد الإجابة عن فقرات مقياس وسواس التخزين القهري المعدل (Saving Inventory- Revised).

### **حدود الدراسة**

الحدود الجغرافية: طبقت الدراسة على المجتمع العربي السعودي بمدينة الدمام والخبر بالمنطقة الشرقية.

الحدود البشرية: طبقت الدراسة على المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر بالمنطقة الشرقية.

الحدود الزمانية: طبقت هذه الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العام (٢٠١٣ - ٢٠١٤).

## الفصل الثاني

### الإطار النظري والدراسات السابقة

الإطار النظري

الوسواس القهري

التجميع القهري

الدراسات السابقة

عرض الدراسات السابقة

التعليق على الدراسات السابقة

## الفصل الثاني

سيتم من خلال هذا الفصل عرض ما يرتبط بمتغير الوسواس القهري من مفاهيم ومكونات وأعراض ولمحة تاريخية لاضطراب الوسواس القهري، بالإضافة إلى عرض ما يرتبط بمتغير التجميع القهري من أنواع وأعراض. كما يتضمن هذا الفصل الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة.

### الإطار النظري

يتناول هذا القسم الإطار النظري لكل من الوسواس القهري والتجميع القهري من عدة محاور، هي: التعريف، والبدائية، والأعراض، والأسباب، والنظريات المفسرة، وذلك على النحو التالي:

مع تسارع دفة الحياة المعاصرة وازدياد مناشطها يتولد لدى الفرد ضغوط حياتية، والتي بدورها تؤدي إلى ضغوط نفسية، قد تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية، ومن هذه الاضطرابات اضطراب الوسواس القهري، والذي بدوره قد يسبب ألماً ومعاناة للفرد. ويعتبر اضطراب الوسواس القهري واحداً من الاضطرابات الشائعة في جميع المجتمعات، ويؤدي هذا الاضطراب إلى إعاقة الإنسان، وزيادة المخاطر حول مواجهته للحياة المستقبلية؛ مما يؤثر على حياة الفرد العملية، والإنتاجية وصعوبة التكيف الاجتماعي. ويذكر عكاشة (2009) في أحد أبحاثه: أن نسبة الوسواس القهري لدى الأفراد الذين يترددون على عيادة الطب النفسي بمستشفى عين شمس حوالي (٢,٦%)، وهو يمثل حوالي (٤%) من مجموع الاضطرابات العصبية، وتدل الأبحاث الحديثة على أن شيوعه بين مجموع الشعب المصري يتجاوز حوالي (٢,٥%) (ص. ١٦٥). فالوسواس أحد الأمراض العصبية التي يعلم فيها المريض بعدم صحة أفكاره، ويأتي المرض عادة في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف، وقد تكون في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية مع يقين المريض بتفاهة هذه الوسواس وعدم معقوليتها، وعلمه أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام، ومحاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها، لكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة مقاومته (رشدي، ٢٠١٠، ص ٥).

فتاريخ اضطراب الوسواس القهري قديم، فإذا رجعنا بالتاريخ بعيداً فسنجد أن الكاهن المصري في زمن الفراعنة "تخت" الذي كان يكتب رسائل لابنه يعدّ ويحصر فيها كل شيء حتى

حبابت القمح والشعير التي تنتجها حقولُه (أبو هندي، ٢٠٠٤، ص ٤٣). وقد ورد ذكر الوسواس القهري في القرآن الكريم في مواضع عدة، حيث قال الله تعالى في سورة الناس: " من شرِّ الوسواسِ الخناسِ ﴿٤﴾ الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ ﴿٥﴾ "، وقال الله تعالى في سورة الأعراف: " فَوَسْوَسَ لَهُمَا الشَّيْطَانُ لِيُبْدِيَ لَهُمَا مَا وُورِيَ عَنْهُمَا مِنْ سَوَاتِينِهِمَا وَقَالَ مَا نَهَاكُمَا رَبُّكُمَا عَنْ هَذِهِ الشَّجَرَةِ إِلَّا أَنْ تَكُونَا مَلَكَيْنِ أَوْ تَكُونَا مِنَ الْخَالِدِينَ ﴿٢٠﴾ "، وقال الله تعالى في سورة طه: " فَوَسْوَسَ إِلَيْهِ الشَّيْطَانُ قَالَ يَا آدَمُ هَلْ أَدُلُّكَ عَلَى شَجَرَةِ الْخُلْدِ وَمُلْكٍ لَّا يَبُلَى ﴿١٢٠﴾ "، وقال الله تعالى في سورة ق: " وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَنَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ ۚ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيدِ ﴿١٦﴾ ".

كما ورد الوسواس في جملة من الأحاديث النبوية، كذلك الأحاديث التي تنتهي بنسبة الوسواس إلى الشيطان، ومنها: عن ابن العباس - رضي الله عنهما - أنه قال: جاء رجل إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: يا رسول الله، إني لأحدث نفسي بالشيء، لأن آخر من السماء أحب إلي من أن أتكلم به، قال: فقال النبي صلى الله عليه وسلم: " الله أكبر الله أكبر الله أكبر، الحمد لله الذي رد كبده إلى الوسوسة " (الحبيب، ٢٠١٢، ص ٥١)..

وتطرق أيضاً العلماء المسلمون الأوائل للوسواس القهري، مثل الإمام الجويني (١٠٢٨-١٠٨٥) في كتابه (التبصرة في الوسوسة)، والإمام النووي (١٢٣٣-١٢٧٧) في كتابه (المجموع شرح المذهب)، وأبو حامد الغزالي (١٠٥٨-١١١١) في كتابه (تبليس إبليس)، وكذلك الإمام ابن القيم (١٢٩٢-١٣٤٩) في كتابه (إغاثة اللهفان من مصاد الشيطان). كما يحكى عن السيدة "ماكبت" Macbeth بطلة مسرحية شكسبير من القرن السابع عشر، حيث كانت تعاني من بعض الأفعال القهرية (أبو هندي، ٢٠٠٤، ص ٤٣). وقد أطلق كرايبلين Kraepelin (١٨٩٠-١٨٩٠) لفظ Zwangsneurose على مرض الوسواس القهري، وأشار إلى أن هذا المصطلح قد أظهر سمتين، هما: التدفق المبالغ فيه، والاهتمام بالأمر التافهة. وقد استخدم فرويد Freud أيضاً هذا المصطلح فيما بعد للدلالة على وجود قوة داخلية. كما نسب إلى فيستفال Westphal (١٩٧٨ م) أنه أول من صاغ تعبيراً عن الأفكار التي تأتي إلى شعور الفرد رغماً عنه وتكون ضد إرادته (سعفان، ٢٠٠٣، ص ١٩).

## تعريف الوسواس القهري

يتسم اضطراب الوسواس القهري على المستوى العيادي (الإكلينيكي) بجانبين أساسيين هما: الوسواس والقهر، فلا بد أن نفرق بين الوسواس والقهر، ومن الخطأ استخدام المصطلحين بالتبادل؛ لأن لكل منهما استخدام خاص به (غانم، ٢٠٠٦، ص ٧٦). حيث وردت كلمة

الوسواس في بعض الآيات القرآنية بمعنى الأفكار العيشية والمضرة التي تراود ذهن، وتدرك حال تحققها في الواقع الخارجي بأنها كانت أمراً باطلاً وعبثياً، كما وردت أيضاً بمعنى حديث النفس والكلام الصادر من الباطن، سواء أكان من قبل الشيطان أو من ذات الإنسان (القاسمي، ١٩٩٦، ص ٨). ويقال في المعاجم اللغوية العربية، وَسَّوَسْتُ إِلَيْهِ نَفْسَهُ وَسَّوَسَةً وَوَسَّوَساً (بكسر الواو)، والوسواس (بالكسر) المصدّر، والوسواس (بالفتح) هو الشيطان وكل ما حدثك، ووسوس إليك، فهو اسمٌ، والوسوسة هي الكلام الخفي في اختلاط (لسان العرب، ١٩٨٥، ص ٤٨٣). قَهْرُهُ يَقْهَرُهُ قَهْرًا: أي غلبه: ونقول أخذتهم قهراً، أي من غير رضاهم (لسان العرب، ١٩٨٥، ص ٣٧٦٤).

ويتطرق الباحث إلى تعريفات الوسواس القهري من جانبين أساسيين، هما: الوسواس والقهر، حيث تُعرّف المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض International ICD-10 Classification of Disorder (1999) بأنه: "أفكار أو أفعال قهرية متكررة". والأفكار الوسواسية هي: "أفكار أو صور أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص مرة تلو الأخرى بشكل متكرر ونمطي. وهي تقريباً دائماً مثيرة للإزعاج، ويحاول المريض عادة أن يقاومها ولكن دون نجاح. ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة. أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي: "سلوكيات نمطية تتكرر مرة تلو الأخرى، ولا تحمل في ذاتها متعة، ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها". أما المريض فيرى فيها غالباً وقاية من حدث ما لا يحتمل وقوعه، وغالباً ما يتضمن أذى موجهاً من الشخص أو إليه. وغالباً ما يدرك المريض بأنه لا معنى ولا تفسير لسلوكه، ويقوم ببذل محاولات كثيرة لمقاومته " (ص ١٥٢).

ويعرف عكاشة (٢٠٠٩) الوسواس القهري بأنه: "مرض عصابي يتميز بوجود وسواس في هيئة أفكار، اندفاعات، مخاوف أو أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية. وعادة ما تسبب الأفكار القهرية قلقاً ومعاناة شديدة؛ ويقوم المريض بالأفعال القهرية للتخفيف من آلام الأفكار. مع يقين المريض بنفاذه هذه الوسواس ولا معقوليتها" (ص ١٦٥). ويُعرّف القاسمي (١٩٩٦) الوسواس القهري بأنه: " عبارة عن هواجس نفسية تأتي على شكل أفكار، وأوهام، وميول ورغبات، أو اندفاع مصحوب بمشاعر إكراه داخلي جارف، وأساس ذلك هيجان داخلي حاد، يتجسد على هيئة سلوك غير متزن لدى الإنسان " (ص ٩).

ويُعرّف زهران (٢٠٠٥) الوسواس القهري بأنه: " فكر متسلط، والقهر سلوك جبري، يظهر بتكرار وبقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولايستطيع مقاومته، على الرغم من وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونة، وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بالحاج داخلي للقيام به " (ص ٥٠٩).

ويعرّف الخالدي والعلمي (٢٠٠٩) الوسواس القهري بأنه عبارة عن: " أفكار أو اندفاعات قهرية تقتحم المجال الشعوري للفرد وتكون غير مرغوب فيها من قبله، فتعكر مزاجه، وتثير فيه القلق، وتسمى بالأفعال القهرية أي الناتجة من وجود الوسواس، وعندما تشتد وتأخذ صفتها الدورية ويصاحبها أفعال قهرية فإنها تعتبر إنهاكاً للطاقة النفسية للفرد؛ مما يؤدي به إلى الشعور بالوهن والعجز. ويُعرّفان القهر بأنه: " حالة مرضية تتسم بالقلق الشديد، والصراعات النفسية، خاصة عندما يتبين المريض ما هو فيه ويحاول الإفلاج عنه أو يحاول بينه وبين إتيان هذه الأفعال. فالقهر هو فعل يدفعه دافع لا يقاوم، وهو فعل مرضي يأتيه الفرد ضد إرادته وخارج وعيه " (ص ٢٨٩-٢٩٠).

ويرى الباحث من خلال التعريفات السابقة للوسواس القهري بأن الوسواس: فكرة أو أفكار تسلطية تملك الفرد وتجعل سلوكه محكوماً بترجمة الأفكار إلى أفعال قهرية مع اقتناع الفرد الذي يمارس مثل هذه الأفعال القهرية بعدم منطقية هذه الأفعال واتساقها مع معايير المجتمع، وعدم قدرته على التحرر منها.

### بداية الوسواس القهري

عصاب الوسواس القهري من أقل الأمراض النفسية شيوعاً، ونسبة المرضى به حوالي (٥%) من مجموع مرضى العصاب. والذكور أكثر إصابة بهذا المرض من الإناث. وقد يبدأ المرض في أوائل العشرينيات من حياة الفرد (زهران، ٢٠٠٥، ص ٥٠٩). وأكدت الدراسات التي تطرقت لاضطراب الوسواس القهري أن بداية الاضطراب لدى البالغين عادةً يبدأ في سن مبكرة من العشرينيات (Paul & Munford, 2004, 13). وأكدت دراسة قامت بها هانا Hanna (١٩٩٥)، حيث أجريت على عينة حجمها (٣١) من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وأظهرت النتائج أن (٢٩%) نشأت وتطورت أعراض المرض لديهم عند سن السابعة أو أقل، و(٥٢%) عند سن الثامنة إلى الثانية عشرة، و(١٩%) عند سن الثالثة عشرة فما فوق.

### مسار ومآل الوسواس القهري

يبدأ الاضطراب عادةً في سن المراهقة أو بداية الرشد وقد يبدأ في الطفولة، فقد لوحظ أن (٥٠%) من المرضى قد بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر، وأن (٨٠%) قبل سن الخامسة والثلاثين، وأن (٥٠%) إلى (٧٠%) تبدأ الأعراض لديهم بعد كرب أو شدة. والبدائية تكون حادة في نصف الحالات، وعادة ما ينكتم المريض عن أعراضه ولا يمثل للعلاج إلا بعد سنوات. ومسار الاضطراب مزمن يتميز بفترات متناوبة من الهوادة والشدة، ولوحظ أن

حوالي (٢٠%) إلى (٣٠%) من المرضى يتحسنون بدرجة متوسطة، بينما (٢٠%) إلى (٤٠%) من المرضى تظل حالاتهم كما هي أو تتفاقم. وأن ثلث المرضى يصابون بالاكتئاب الذي يكون من بين مضاعفاته الانتحار أو الإدمان، وهناك خطر ضئيل من تحول الوسواس إلى فصام (حمودة، ٢٠٠٧، ص ٤٣٢-٤٣٣).

وفي دراسة تتبعية لمرضى الوسواس القهري لمدة خمس سنوات قام بها ستكيتي، وإيسين، ودايك، ووارشو، ورازموشن Steketee, Eisen, Dyck, Warshow and Rasmussen (١٩٩٩) كانت نتائجها حدوث توابك بين الوسواس القهري واضطرابات قلق أخرى في (٧٦%)، وبين الاكتئاب الجسيم والوسواس القهري بنسبة (٣٣%)، وتوجد سمات شخصية مضطربة إلى الحد الذي يسمح بتشخيص اضطراب واحد على الأقل، وغالباً من المجموعة القلقة بنسبة (٣٣%)، ونسبة الشفاء مع الاستمرار في العلاج (٢٠%)، بينما تحسنت أعراض الوسواس القهري بنسبة (٥٠%) تحسناً كبيراً. ولقد لاحظ عكاشة (٢٠٠٩ م) أن مرضاه إذا عولجوا من الوسواس القهري وشفوا تماماً، يبدأ لديهم معاناة من أعراض ذهانية شبيهة فصامية، وتتأرجح شكاوى المريض بين الاضطرابين (ص ١٦٥).

ويرى أبو هندي (٢٠٠٣) أنه توجد بعض العلامات التي تشير إلى مآل الوسواس القهري الأسوأ: وهي الاستسلام للأفعال القهرية بدلاً من مقاومتها، ووجود بعض الاقتناع أو الاقتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلاً من رفضها، وأن تكون الأفعال القهرية غريبة أو شاذة، وأن يكون بداية الاضطراب في سن الطفولة، وأن يكون تأثير الأعراض في حياة المريض وأداؤه الوظيفي كبيراً إلى الحد الذي يستدعي دخول المستشفى (ص ١٩٣).

ويرى عبد الخالق (٢٠٠٢) أن العلامات التي تشير إلى مآل أفضل هي: أن تكون الأعراض الوسواسية خفيفة وغير نمطية، والدوام القصير للأعراض قبل العلاج، والتطور الصحي قبل المرض، ويتضح مما سبق أن المسار والمآل المرضي لاضطراب الوسواس القهري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكتشاف، فكلما كان الاكتشاف مبكراً وفي سن الطفولة كانت فرصة التحسن والشفاء كبيرة، فالأعراض ما زالت في بدايتها ولم تتفاقم، وعلى العكس تماماً فإن تأخر اكتشاف الاضطراب أو إذا طالت مدة معاناة المريض به وتأخر في عرض نفسه على الطبيب، فإن ذلك يؤثر سلباً على مسار ومآل الاضطراب (ص ١٥١).

وعلى العموم فإن مآل عصاب الوسواس القهري يكون أفضل كلما كان ظهور المرض حديثاً، وكلما كانت هناك أسباب بيئية واضحة ترتبط بظهور المرض، وكلما كانت البيئة التي سيعود إليها المريض بعد العلاج أفضل، وكلما كان توافقه العام والاجتماعي والشخصي أفضل (زهران، ٢٠٠٥، ٥١٣).

### أعراض الوسواس القهري

لا بد أن يكون لكل مريض مجموعة أو زملة من الأعراض، بحيث إذا توافرت ولو على الحد الأدنى يُعد ذلك مؤشراً جيداً إلى إصابة الشخص بهذا المرض، والغريب أن هذا المرض أعراضه وعلاقاته واضحة. إذ يرى فرويد (Freud 1913) أن أعراض الوسواس القهري تنقسم إلى مجموعتين متناقضتين، وهما: مجموعة من التحريمات والاحتياطات والتكفيرات والمحاذير التي يتخذها الشخص، وهذه الصورة السلبية للأعراض. والثانية، إشباع بديل يظهر تحت ستار رمزي، وهذه هي الصورة الإيجابية للأعراض، وتبدأ الأعراض بالصورة السلبية، ولكن إذا تمكنت من الشخص فإن الصورة الإيجابية هي التي تتغلب. ومن الواضح أن الصورة السلبية هي الوسواس، والصورة الإيجابية هي القهر والصورة المتغلبة والسائدة فعلاً هي صورة القهر الإيجابية؛ لأن المريض دائماً ما يقاوم الصورة السلبية، وهي الوسواس، ولكن ضعف أو تذبذب هذه المقاومة يعطي فرصة لظهور القهر.

وقد أوردت المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10 (١٩٩٩) تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية مجموعة من الدلائل التشخيصية من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد، حيث يجب أن تتوفر أعراض وسواسية أو أفعال قهرية أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل، وأن تكون مصدراً للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة. وتتميز الأعراض الوسواسية بالميزات التالية:

- (أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة.
  - (ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واجد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.
  - (ج) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة ( لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعه بهذا المعنى ).
  - (د) يجب أن تكون الأفكار، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج (ص. ١٥٣).
- وقد أورد الخالدي (٢٠٠٩، ٢٩٣-٢٩٤) قائمة من الأعراض العامة للاضطراب الوسواس القهري وفق الصورة التالية:

١- الوسواس الفكرية المسيطرة على شعور المريض، والصور الوسواسية الملحة لأحداث سابقة، والمخاوف المرضية (كالخوف من التلوث)، والعدو القهري، والتنظيف القهري، أو المبالغة في النظافة، والمرجعة المنكررة.

٢- الإلتباع الدقيق للقواعد والتنظيمات والتقاليد الإجتماعية البسيطة، وإعطاء أهمية بالغة للدقائق والصغائر والنقصيلات، والبطء في السلوك ورد الفعل، والخوف من التغيير وتجنب مواجهة المواقف الجديدة غير المألوفة (العناد وكره الغموض)، وعدم القدرة على إتخاذ القرار، إنعدام القدرة على الحسم، والتردد، والشك.

٣- الطقوس القهرية والتشاؤم، والحساسية الزائدة، والخجل الزائد، وشدة الإرتباك والحيرة البالغة، وشدة التزمت، والمبالغة في الإتجاهات الاخلاقية، والإنضباط الشديد والتصلب وعدم المرونة، واجترار الأفكار، وهواية التجميع والإدخار مع الشعور بعدم الكفاية.

٤- الكف الانفعالي من حيث الإدراك والاستجابة، والاندفاعات للقيام بأعمال مرفوضة اجتماعياً وأخلاقياً، والتسويق والمماثلة والتأجيل، والاعتماد الانفعالي الخفي والقوى على الغير، والتناقض الوجداني، والتصنع والتقمص.

٥- أعراض فسيولوجية منها: انعدام الشهية، وضعف البدن ونحوه، وتهميد النبتن للإصابة ببعض الأمراض كآلم العظام الذي يحصل نتيجة الغسيل المتكرر، والأرق الناجم عن شدة الاضطراب فكثيراً ما ينهمك المصاب في هواجس عميقة بخصوص اعماله وهل كانت صحيحة أم لا؟

ويلاحظ من تلك القائمة كثرة الأعراض. ويرى المختصون أن تعدد السمات ضروري إلى حد ما، فيؤكد كل من لاقن Laughlin (١٩٥٦) وهانا Hanna (١٩٩٥) وبلوك، ويزينبرجر، وروسيريرو، وبيتنجر، ولاكمان Bloch, Weisenberger, Rosario, Pittenger & Leckman (٢٠٠٨) بأن الحدود ليست واضحة تماماً بين السواء واللاسواء، وأن وصف الأعراض بأنها مرضية ترجع إلى الثقافات البيئية. كما تتميز شخصية الوسواسي بسمات أخرى، أهمها العناد، والتردد، والتشكك المفرط، والهدوء الظاهري رغم النزعة العدوانية الداخلية، والرغبة في الاعتماد على الآخرين، والحذر والتوجس الشديد، والصرامة والتزمت المسرف في كل أفعاله، والميل لحرمان النفس من مباحج الحياة دون مبرر، والإسراف في إقامة شعائر الدين، وإجهاد النفس في العمل دون جزاء، ويغلب على سلوكه النظام الدقيق، ويلقي عنثاً كبيراً من محاسبة الضمير ويقتضه البالغة.

## أسباب الوسواس القهري

تتباين وجهات النظر بشأن أسباب الوسواس القهري، فيذهب فريق من علماء النفس إلى أن الوسواس القهري يرجع إلى أسباب وراثية، وهي التي تمثل الاستعداد للمرض، ويذهب فريق آخر إلى أنه يرجع إلى أسباب بيئية تعمل على تعلم الفرد لهذه المسالك القهرية، والتي تسبب تقجر الأعراض، وينتمي إلى هذا الفريق كل من السلوكيين التقليديين والسلوكيين الجدد، ويذهب فريق ثالث إلى أن أسباب الوسواس القهري ترجع إلى أسباب وراثية من ناحية، ومن ناحية أخرى إلى أسباب بيئية واجتماعية ( الضغوط الحياتية )، وينتمي إلى هذا الفريق أصحاب نظرية التحليل النفسي (الطبيب، ١٩٧٧، ص ٥٢).

### أولاً: الأسباب الوراثية

يلعب العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة هذا المرض؛ فقد وجد أن أولاد المرضى المصابون بالوسواس يعانون من المرض نفسه، وكذلك الأخوة والأخوات، ولقد أثبتت الدراسات أن التاريخ العائلي لهذا المرض ينتقل وراثياً بنسبة (٣٠%) تقريباً (الحاج، ١٩٨٧ م، ص ٦٠). وفي دراسة حديثة في المجتمع المصري قام بها عكاشة (٢٠٠٩ م) تفيد بأن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري يظهر في (١٦) مرضاً من (٨٤) حالة، أي بنسبة (٣٠%)، وهي نسبة مقارنة للنسب العالمية في البلدان الأخرى (ص ١٦٦).

### ثانياً: الأسباب البيئية

كما أن المريض يرث كثيراً من الصفات بيولوجياً؛ فهناك الإرث الاجتماعي، حيث إن الإنسان ابن الوسط والبيئة التي ينشأ فيها، فالدعم الأسري الخاطئ والتربية المتعسفة أو المتسلطة وتأثير الوالدين كل ذلك سينعكس على شخصية الأبناء؛ فتقليد سلوك الكبار والأبوين بشكل خاص كاف لنقل هذا الاضطراب بالتعلم، فالآباء الذين لديهم سمات الوسواس القهري يميلون إلى تشجيع أطفالهم على اكتساب هذه السمات (الحاج، ١٩٨٧، ص ٦٠). ويرى "لافلين" Laughlin (١٩٥٦) أن المجتمع مسؤول عن ذلك إلى حد ما، حيث إنه يفضل وجود بعض السمات القهرية، مثل التنظيم والنظافة والدقة والتدقيق والهندام، وهذه كلها أمور غير مرغوب فيها، حيث تتحول هذه السمات إلى اضطراب عندما يبالغ الشخص في سمة أو أكثر بصورة تنقلب فيها السمة وتصبح مضیعة للوقت والجهد.

### ثالثاً: الأسباب الوراثية والبيئية

أحد الجذور التي يمكن الإشارة إليها فيما يتعلق بأسباب الوسواس القهري، هي الوراثة والبيئة وما لهما من دور مؤثر في هذا المجال؛ أي أن الشخص يكتسب بعض الصفات الوراثية، ومنها الوسواس القهري عن طريق الأبوين والأجداد (القاسمي، ١٩٩٦، ص ٨١)، وهنا

لا نعني بالوراثة انتقال الفعل بالجينات، وإنما من خلال وجود الأبناء مع الآباء فإنهم يكتسبون منهم المرض أو طريقة نشأته، فإذا كانت الأسرة مصابة بالوسواس القهري؛ فإن الطباع والأعراض القهرية المصاحبة للمرض تنتقل لأفراد الأسرة، حيث يجمع الباحثون بين الاتجاهين الوراثي والبيئي في تكوين العصاب القهري، فيرجع أن العامل الأساسي المسبب للوسواس القهري، هو تكوين الفرد وطبيعته، حيث يصعب فصل ما هو وراثي عما هو بيئي منذ البداية (الطيب، ١٩٧٧، ص ٥٧). فحوالي (٣٠%) من أقارب المريض يكون لديهم الاضطراب نفسه، كما أن ظهور الاضطراب في التوائم وحيدة البويضة أعلى من ثنائية البويضة، فيلاحظ تداخل العامل الوراثي مع العامل البيئي، فتأثير الوالدة مثلاً، المصابة بالوسواس القهري في تصرفاتها، سينعكس على شخصية أطفالها، سواء وراثياً أو بيئياً (رشدي، ٢٠١٠، ص ٦).

#### رابعاً: أسباب أخرى

تطرقنا لأسباب الوسواس القهري، وهي الأسباب الوراثية والبيئية، إلا أن الكلمة النهائية لم تُقَلْ بعد، وعلى الرغم من النشاط البحثي الكبير في هذا المجال. إلا أننا أمام نوع مركب من أنواع الاضطرابات النفسية. فقد أورد زهران (٢٠٠٥، ص ٥١٠) مجموعة من أهم أسباب الوسواس القهري، وهي على الصورة التالية:

١- الأمراض المعدية والخطيرة أو المزمنة، والحوادث والخبرات الصادمة، والصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد، والصراع بين إرضاء الدوافع الجنسية والعدوانية وبين الخوف من العقاب وتأنيب الضمير، ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري، وكذلك الصراع بين التمرّد على مطالب الكبار وتقبلها.

٢- الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن؛ ولذا يبدو المريض كأنه يتلمس الأمن، ويتجنب الخطر في النظام والتدقيق والنظافة، وغير ذلك من أعراض الوسواس القهري، والخوف وعدم الثقة بالنفس والكبت.

٣- الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير، وسعي المريض لا شعورياً إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي وإراحة للضمير (فمثلاً يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزاً لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئته أو بخبرة مكبوتة).

٤- كما أرجع بعض العلماء أسباب هذا الاضطراب إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى الفكرة نفسها أو السلوك نفسه تماماً، وهذه البؤرة على اتصال دائم بالدوائر الكهربائية الأخرى في لحاء الدماغ تقاوم هذه البؤرة وتكف من نشاطها.

٥- من حيل الدفاع النفسي الرئيسة في الوسواس القهري حيلة التكوين العكسي Reaction Formation حيث يهتم الفرد بشكل وسواسي بموضوع يهمله لا شعورياً، ويعبر عن

الدوافع المستهجنة سلوكياً في شكل معاكس، ولتوضيح ذلك نجد مثلاً الأم التي تحاول التخلص من جنينها الذي حملت به رغم إرادتها، ثم تمت أن يموت عند ولادته، ولكنه بعد أن وُلد أصبحت تغسل يديها مراراً قبل لمسها وتغلي ملابسه وأدوات رضاعته باستمرار، ولا تسمح لأحد أن يلمسه خشية تعرضه للعدوى والمرض والموت.

وتلعب حيلة الإلغاء أو الإبطال دوراً مهماً، حيث يقوم الفرد بسلوك قهري يلغي أو يبطل ما قام به فعلاً وكان غير مقبول شخصياً أو اجتماعياً (ومثال ذلك إلغاء الأم عقابها لطفلها بإغراقه بالحب). تحاول حيلة العزل تطويق ومحاصرة الانفعالات والاندفاعات التي تسعى للحصول على الاعتراف الشعوري، وعلى التنفيس المثير للقلق، وتسعى لعزلها وتحاول كبتها وحفظ الفرد من هذا القلق. إذا نجحت هذه الحيلة جزئياً فقط وكان العزل غير كامل، فإن بواقى هذه الانفعالات وفلول تلك الاندفاعات تتسلل مسببة الوسواس القهري.

### النظريات المفسرة للوسواس القهري

سعت النظريات النفسية إلى تفسير الاضطرابات والأمراض النفسية، ومن هذه الاضطرابات الوسواس القهري، ويكون التفسير وفق أفكار ومنطقات برؤية معينة لكل نظرية في نشأة الاضطراب وتطوره، لذلك سوف يتعرض الباحث إلى النظريات التالية بناء على ما أوردته الدراسات والبحوث.

#### منظور المدرسة التحليلية

يرجع أصحاب نظرية التحليل النفسي Freud (١٩١٣) الوسواس القهري إلى المرحلة الشرجية من مراحل تطور النمو. ففي هذه المرحلة يقوم الوالدان بتدريب الطفل على التخلص من الفضلات وعلى النظافة، لكن الطفل يستمتع بأن يخرج على قواعد النظافة في هذه المرحلة، وكما أنه يكون عندئذ كثير الميل إلى التحدي والتمرد، ولذلك تراه يقاوم متطلبات الأبوين. والوالدان يعتمدان على العقاب والإثم في تنفيذ رغباتهما، ويضطران الطفل إلى إنكار سلوكه المتوجه نحو تحصيل اللذة؛ عندئذ ينشأ التكوين العكسي ويتحول الطفل إلى الإفراط في النظام والنظافة واقتضاء الكمال. حتى إذا بلغ مرحلة الرشد تراه قد يستعيد أحكام والديه ويظل يتهم نفسه بأنه لم يسلوك السلوك المناسب، وهكذا قد يصبح كثير التشكك وغير واثق من أنه قد أطفأ الأضواء أو يتجنب لمس أشياء معينة وكأنه يتجنب بصورة رمزية أن يصيبه التلوث (سوين، ١٩٩٤، ص ٣٩٣). كما يرى أصحاب التحليل النفسي أن الوسواس القهري يمثل حرياً بين (الهو) Id و(الأنا) Ego، وهذا الاضطراب مثله في ذلك مثل اضطرابات القلق الأخرى ينطور عندما يبدأ الأطفال في الخوف من دفعاتهم الغريزية (الهو)، ويستخدمون حيل (الأنا) الدفاعية لتخفيض القلق الناتج، ويفترض أن التفاعل بين دفعات (الهو) والحيل الدفاعية (للأنا) يحدث

على مستوى لا شعوري، ولكن (الأنا) يكون واعياً لدفعات (الهو)، ويعرف أن هذه الدفعات يجب ألا تُسمح لها بالتعبير الحر، ولكن جهود (الأنا) للدفاع ضد التعبير عن هذه الدفعات أو ضد القلق الناتج عن هذه الدفاعات جهود مستترة ومختفية عادة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص: ٢٧٤).

وتقوم عدد من الحيل الدفاعية Defense Mechanisms تبعاً لوجهة نظر التحليل النفسي بدور في اضطراب الوسواس القهري كما أوردها كل من عبد الخالق (٢٠٠٢)، وسعفان (٢٠٠٣)، والخالدي (٢٠٠٩) كالتالي:

١- باستخدام حيلة الإزاحة Displacement يستطيع مريض الوسواس القهري أن يفصل الشحنات الانفعالية عن موضوعاتها (الأفكار الوسواسية)، ثم يستحضرها إلى شعوره ويتحدث عنها ببرود، مثل المراهق الذي يكرر أفعال غير مقبولة في مناسبات معينة دون أن يشعر بالذنب، رغم ما نلاحظه على المراهق نفسه من شعوره بالذنب نتيجة تكراره الأفعال نفسها في مواقف أخرى. وهذا ما يفسر من وجهة نظر أخرى (لماذا يفكر الوسواسي في أفكار عنيفة) مثل: القتل والانتحار ويتحدث عنها ببرود.

٢- ويستطيع مريض الوسواس القهري باستخدام حيلة الاستبدال Substitution نقل الأهداف غير المقبولة وإحلال أهداف أخرى مقبولة. وأحياناً يستطيع مريض الوسواس القهري عزل الأفكار بعضها عن بعض باستخدام حيلة العزل Isolation سواء عن طريق إيجاد فاصل زمني بين المواقف والقهر الذي يولد منه، أو باستخدام التعميم لإبعاد القهر عن مضمونه الخاص، وهذا ما يجعل علاج مريض الوسواس القهري عن طريق التحليل النفسي أمراً صعباً.

٣- وتؤدي حيلة المحو Undoing دوراً وظيفياً رئيسياً في تشخيص الوسواس القهري، فالوسواسي يأتي بفعل مضاد للفعل، سواء كان في الحقيقة أو في الخيال، فهو يمحو فكرة بفكرة أخرى أو بتكرار الفكرة نفسها ولكن بهدف مغاير، وتفسر حيلة المحو أعراض أفكار وسواسية وأفعال قهرية، مثل طقوس اللمس، مثال الرجل الذي لمس الكتاب من جهة تحتم عليه لمسه من الجهة الأخرى.

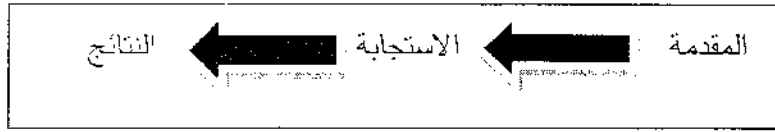
٤- وقد يستخدم مريض الوسواس القهري حيلة التكوين العكسي Reaction Formation حيث تلجأ الأنا لا شعورياً إلى تبني سلوك أو صفة هي النقيض مما يحدث لو أن المحتويات أو الحفزات اللاشعورية ظهرت إلى الشعور، وهذه الحيلة هي بمثابة عملية دفاع ضد هذه الحفزات اللاشعورية؛ لأن في خروجها سيحدث للفرد ما لا يرغب في حدوثه، حيث تظهر عليه مشاعر القلق، والتوتر، وعدم الاتزان، فالفرد في الحالة الأولى يشعر بالأمان لأن سلوكه لا يدل على وجود هذه الحفزات غير المرغوب فيها بل على النقيض منها فهو في حالة خداع. وبصفة عامة فإن عملية التكوين العكسي تأخذ صورة أخفاء الفرد للمشاعر السلبية.

كالغيرة، والحسد، والكراهية، ويضع غلافاً عليها يتسم بالمشاعر الإيجابية، كالحب، والحرص، والدفع العاطفي.

### منظور المدرسة السلوكية

ترى النظرية السلوكية أن اضطراب الوسواس القهري سلوكاً متعلماً تم تقويته وتعزيزه عن طريق النتائج التي يؤدي إليها، وإحدى هذه النتائج هو خفض القلق أو الخوف، فغسل اليدين بصورة قهرية ينظر إليه على سبيل المثال على أنه استجابة هرب إجرائية تخفض من الانشغال الوسواسي بالتلوث بالقذارة أو المكروبات، وبالطريقة ذاتها فإن المراجعة القهرية يمكن أن تخفض القلق من كارثة ما، يُتوقع حدوثها إذا لم يَقم بطقوس المراجعة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٢٨١).

وتسلم النظرية في بدايتها (الإشراط التقليدي) بصفاتها نظرية في التعلم أو طريقة في العلاج ترجع جذوره الأولى إلى كل من بافلوف Pavlov (١٨٤٩-١٩٣٦) في روسيا، وواطسون Watson (١٨٧٨-١٩٥٨) في أمريكا، والذي يميز هذا النوع هو تركيزه على العلاقة بين المثير (م) والاستجابة (س)، وعلى ذلك فسلوك الفرد هو عبارة عن روابط بين (م) و(س) (سعفان، ٢٠٠٣، ص ٤١). والمثال على ذلك أن حادثاً محايداً يصبح مرتبطاً بالخوف، وذلك بأن يقترن بمثير يعد بطبيعته مثيراً للضيق أو القلق. وعن طريق عملية ارتباطية (إشراط تقليدي) تكتسب الموضوعات الحسية بالإضافة إلى الأفكار والصور المتخيلة القدرة على إحداث الضيق (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٢٧٩). فقد تنحصر مشكلة الفرد في الخوف من انتقال العدوى، فيسيطر عليه أفكار وسواسية متعلقة بالعدوى والتلوث والمرض، حيث يفسر نموذج الإشراط التقليدي حدوث الوسواس القهري على صعيد الوسواس دون الفعل القهري؛ وهذا أكسب النموذج الضعف في تفسيره للوسواس القهري، فقد تتطور المشكلة ويزداد الاضطراب، فتتحول الفكرة إلى فعل قهري، يتمثل في طقوس الهروب أو النظافة. معنى ذلك أن الأفكار الوسواسية تحولت إلى استجابات إجرائية أخرى، وهذا ما تفسره نظرية الإشراط الإجرائي بصفاتها نظرية في التعلم أو طريقة في العلاج ترجع جذوره إلى عالم النفس سكنر Skinner (١٩٠٤-١٩٩٠)، والذي يميز هذا النوع أي الإشراط الإجرائي هو تركيزه على ما يحدث بعد السلوك، فالإشراط يتم بين الاستجابة والنتائج المترتبة عليها. ومعنى الإجراء: "أن السلوك سلسلة أو حلقات من الاستجابات، كل استجابة تعتبر مثيراً للاستجابة التالية لها، وكل استجابة متأثرة بنتائجها النهائية، مع ملاحظة أن التأثيرات الاجتماعية للاستجابات تختلف من بيئة إلى أخرى، وعلى ذلك فسلوك الفرد في الإشراط الإجرائي يمر بهذه السلسلة":



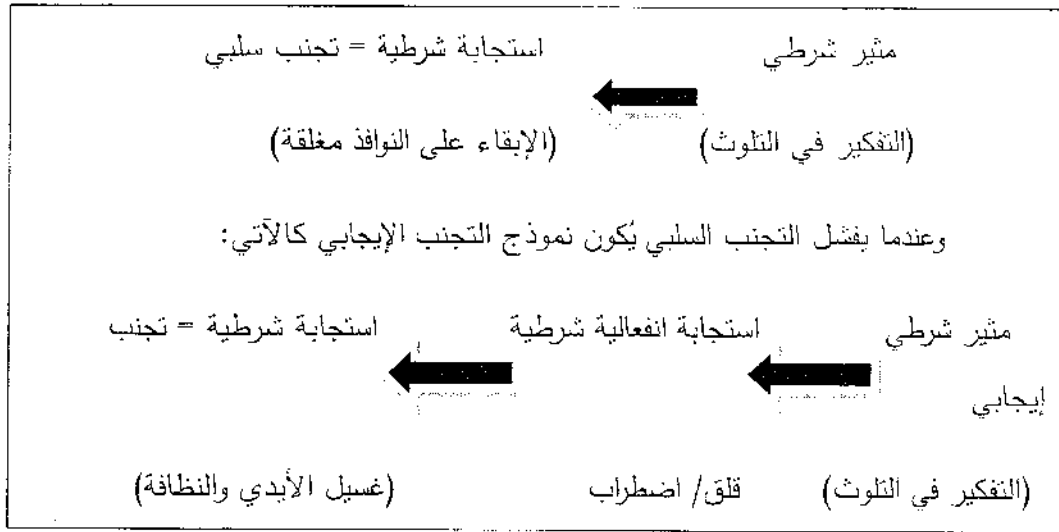
### شكل (١)

#### سلسلة الإشراف الإجرائي لتفسير السلوك

في ضوء الإشراف الإجرائي إذا نجح أي فعل قهري في خفض الخوف أو القلق فإنه يُعزّز، أي أن السلوك الذي ينجح في خفض الخوف أو القلق سوف يتم تثبيته وتكراره (سعفان، ٢٠٠٣).

ويركز السلوكيون الجدد كأمثال تولمان Tolman (١٨٨٦-١٩٥٩ م) وهال Hull (١٨٨٤-١٩٥٢) وسكنر Skinner (١٩٠٤-١٩٩٠) على القهر أكثر من الوسائس، فافترضوا أن هذا السلوك المتكرر يتطور من خلال عملية إشراف إجرائي، وتبعاً لهذه النظرية فإن الناس يعثرون في البداية على الأفعال القهرية بالمصادفة وبشكل عشوائي تماماً، ففي الموقف المثير للقلق يحدث أو يصادف أنهم يغسلون أيديهم، أو يلبسون بطريقاً معينة، أو يقومون بأفعال محددة بترتيب خاص، وعندما يزداد الخطر أو التهديد فإنهم يربطون تحسن الموقف بمثل هذه النشاطات التي تصادف حدوثها في الوقت نفسه، وقد يعتقدون أن أفعالهم تلك تجلب لهم الحظ السعيد، ثم يقومون بالأفعال ذاتها مرة ثانية في المرة التالية عندما يجدون أنفسهم في عسر أو شدة (عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ٢٨٤).

ويمكن تقديم نموذج تعلم لسلوك الوسائس والأفعال القهرية وفقاً لنظرية الإشراف الإجرائي كما أورده سعفان (٢٠٠٣ م، ص ٤٥) على النحو التالي:



شكل (٢)

نموذج تعلم لسلوك الوسواس والأفعال القهرية وفقاً لنظرية الإشرط الإجرائي كما أورده سegan (٢٠٠٣، ٤٥)

### منظور المدرسة المعرفية

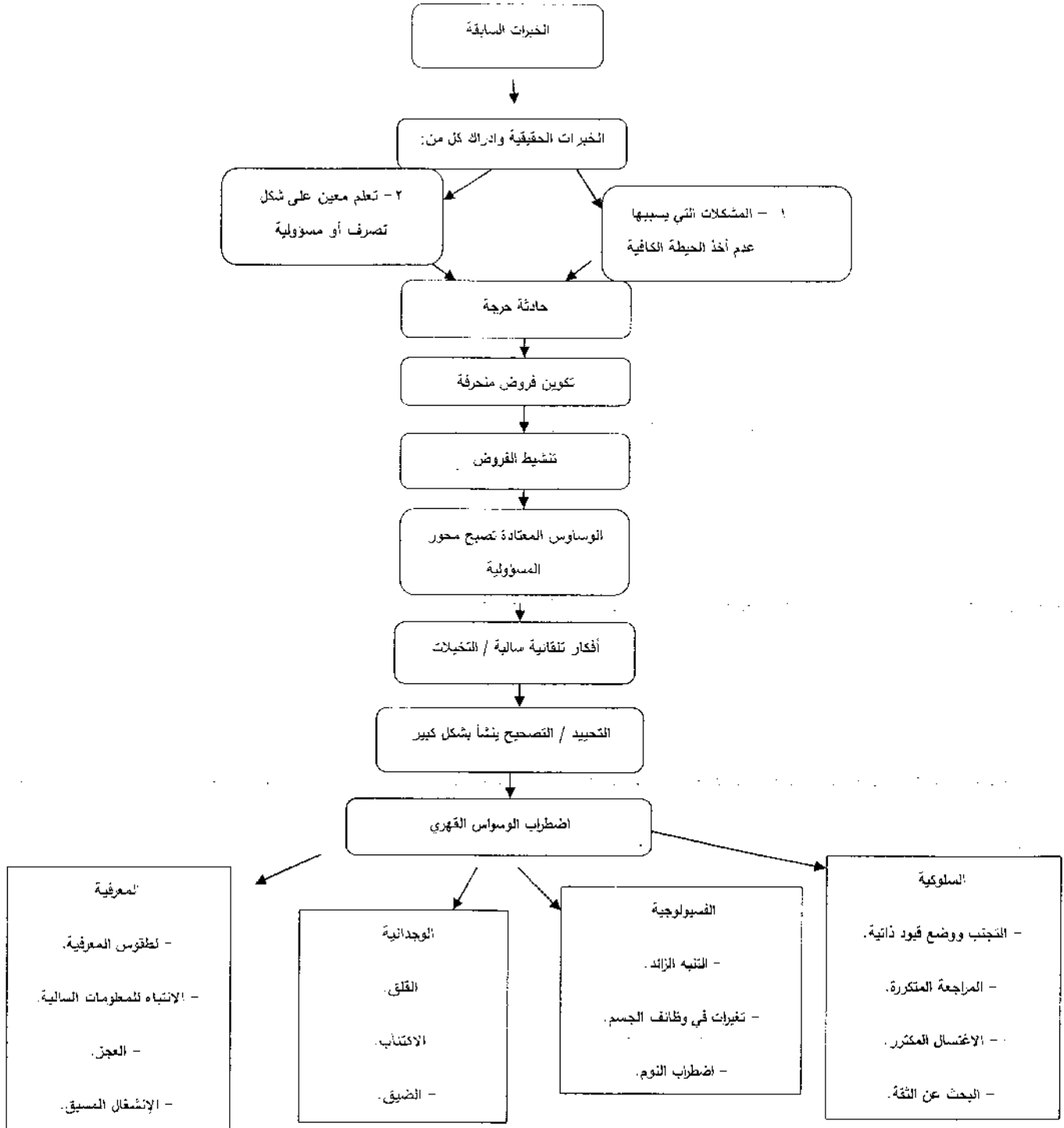
تقوم النظرية المعرفية لدى ممثلها بيك وBeck and Ellis (١٩٦٣ - ١٩٦٤) على مجموعة افتراضات تتركز حول الإمكانات التي يولد بها الفرد والتي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً، فنجد لديه الميل إلى تحقيق الذات والاهتمام بالآخرين، أو يصبح من ناحية أخرى مدمراً لذاته، ويتهرب من المسؤولية ويكره الآخرين، وهذا يتوقف على الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفسه وفي العالم الخارجي، ويذهب بيك Beck إلى أن العصابي بشكل عام يتميز بتقيد الانتباه، وتقليص الوعي والتجريد الانتقائي، والتشويه والتحريف (Segan, ٢٠٠٣، ص ٥٣). ويشير بيك Beck (١٩٦٧) إلى محتوى الفكر في اضطراب الوسواس والأفعال القهرية، وذلك يحوي أفكاراً جهرية بصورة خطيرة في هيئة شك أو حيلة، فمريض الوسواس قد يبقى في شك مما إذا قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته أم لم يؤده (أطفاً الغاز مثلاً)، أو أنه سيتمكن من أداء عمل ما كما ينبغي. أما الطقوس القهرية (الأفعال القهرية) فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوسواس عن طريق الفعل ويرى "بيك" أن هناك ثالثاً متزامناً لمرضى الوسواس القهري وهو الرهاب (الخوف المرضي) Phobia والوسواس Obsessives والأفعال القهرية Compulsive (بيك، ٢٠٠٠، ص ٧٥).

ولقد اقترح سالكوفسكس Salkovskis (١٩٨٩) وفان أوبن وآرنتر Van Oppen and Arntz (١٩٩٤) نماذج معرفية لتفسير منشأ اضطراب الوسواس القهري. إن كلا النوعين من النماذج السلوكية والمعرفية ينظران إلى الوسواس والأفكار المفتحة على أنها أفكار طبيعية،

ولكن الذي يجعل هذه الأفكار تكتسب الصبغة المرضية واستمرار الرابطة بين الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هو اعتقادات المرضى حول أفكارهم المقتحمة، ولأنهم بسبب هذه الاعتقادات الخاطئة يميلون إلى المبالغة في تقدير احتمالات حدوث وتكرار الأحداث السلبية تلقائياً، وما ينجم عن هذا الحدوث المتكرر من خسائر، ودرجة المسؤولية التي يجب عليهم تحملها، والعواقب التي ستترتب على تحملهم لهذه المسؤولية. حيث إن مرضى الوسواس القهري ينشط لديهم مخططات معرفية ذات طبيعة مهددة وخطيرة، ومخططات معرفية تحملهم مسؤولية جسيمة.

وقدم ريكمان Rachman (١٩٩٧) حديثاً نظرية معرفية للوسواس، وافترض أن الوسواس يسببها سوء تفسير كارثي لمداول الأفكار أو الصور العقلية أو الدفقات التي تقتحم عقل المريض، وأن الوسواس تدوم ما دامت هذه التفسيرات المخطئة مستمرة، كما أن الوسواس تتناقض عندما تضعف هذه التفسيرات المخطئة. وأكد جوايدانو وليوتي Liotti and Guidano (١٩٨٣ م) قدر حاجة مرضى اضطراب الوسواس القهري للتفكير الكمال Perfectionistic Thinking والكمالية Perfectionism في كل شيء يفكرون فيه أو يقومون بفعله، لتقليل معاناتهم من الكرب النفسي والشعور بالأمن النفسي.

ويشخص اضطراب الوسواس في ضوء النظرية المعرفية على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومضخمة وتحدث مصادفة، وتكون محرضة Urge لتصبح طبيعية. أما الفعل القهري فهو سلوك علني، مثل تكرار الاغتسال أو إعادة الفحص. أما الفروض المعرفية في تفسير اضطراب الوسواس والأفعال القهرية فتهم بجانبين، الجانب الأول: أن الوسواس والأفعال القهرية تعمل على خفض القلق، والجانب الثاني: يظهر عندما يكشف المريض أن معارفه هذه لها قيمة بالفعل (سيفان، ٢٠٠٣، ص ٥٥).



شكل (٣)

النموذج السلوكي المعرفي لتطور اضطراب الوسواس القهري عن (Salkovskin, 1989)

يبين الشكل (٣) نموذجاً لكيفية حدوث اضطراب الوسواس القهري وتطوره وفقاً للنظرية السلوكية المعرفية، والذي يتكون من المنظومة التالية: الخبرات السابقة لدى الفرد في مقابل

الخبرات الحقيقية وإدراك كل من: المشكلات التي يسببها عدم أخذ الحيطة الكافية فيما يفعله الفرد وتعلم معين على شكل تصرف أو مسؤولية، حيث يتكون لدى الفرد مجموعة من الفروض المنحرفة عند حدوث حادثة حرجة كنسيان مفتاح المكتب، والتي بدورها تؤدي إلى تنشيط تلك الفروض على شكل أفكار ووساوس يصبح الفرد مقيداً ومحكوماً بها في المرات القادمة.

وقد أشار إميلكامب Emmelkamp (١٩٨٢) إلى أنه قد وجدت فروق بين مرضى الوسواس القهري وبين العاديين في التعبير عن مواقفهم من العقاب الذي يتعرضون له، سواء في المنزل أو المدرسة أو من الزملاء، وقد أشارت نتائج الدراسات في هذا الجانب إلى أن المرضى الوسواسيين لديهم شعور من أن يتعرضون للعقاب على الأعمال غير الملائمة وكذلك الأحداث المؤذية، كما أن الوسواسيين يفكرون كثيراً في الأحداث التي تقع في حياتهم، خاصة تلك الأحداث التي تنذرهم بأن هناك أضراراً سوف تقع من خلال تفاعلهم مع البيئة، كما أنهم يظهرون حساسية زائدة للملابسات غير المرغوبة، وأنهم أكثر سلبية ولديهم شعور بالوحدة النفسية، ولديهم قصور في رؤيتهم لذواتهم.

### المنظور الفسيولوجي

تفسر الوسواس والأفعال القهرية في ضوء النظرية الفسيولوجية كما أوردها كل من أبو هندي (٢٠٠٤) وعكاشة (٢٠٠٩) على أساس وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة - حسب مكانها في اللحاء - فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه الدائرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها، تماماً كما تتعطل الأسطوانة وتتكرر النغمة نفسها، وتستمر إذا لم يحركها الفرد إلى نغمة أخرى. وهذه البؤرة وإن كانت في حالة نشاط مستمر، إلا أنها على اتصال دائم بكافة الدوائر الكهربائية في لحاء المخ؛ ولذا يتبين للمريض عدم صحة الفكرة - لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكرة تقاوم هذه البؤرة - ويختلف ذلك عن هذات العظمة أو الاضطهاد، والذي تسببه بؤرة كهربائية؛ ولذا فالمريض يؤمن بصحتها نظراً لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف عن نشاطها، وهذه على العكس لدى مرضى الوسواس القهري. ومن المعروف بالطبع للأطباء النفسيين اليوم أن القشرة الجبهية الحجاجية هي من المناطق التي للتغيرات المتمثلة في زيادة النشاط فيها دور كبير في اضطراب الوسواس القهري، فمن المفترض أن زيادة النشاط في هذه المنطقة تؤدي بمرور الوقت إلى ما يشبه تحميلها بشحنة زائدة تؤدي إلى وسوسة المريض باحتمال وجود خطأ ما في الأفكار، وهو ما قد تكون له علاقة بنوعية الأفكار التسلطية والتي يحدث فيها اجترار لأفكار تشكيكية ربما يستسلم لها بعض مرضى الوسواس القهري.

## وساوس التجميع القهري

على الرغم من أن الأشخاص يجدون المتعة في التجميع والاستحواذ على الأشياء التي يسعون للحصول عليها، وتقريباً جميعنا نحتفظ ببعض الأشياء التي قد لا نحتاجها أو نستخدمها، إلا أن الأشخاص المصابين بالتجميع القهري يقومون بالمبالغة بالاحتفاظ بممتلكاتهم، ويجدون صعوبة في مقاومة التخلص العاطفي منها، وتنظيم أغراضهم ومقاومة دافع الحصول على أشياء جديدة ضمن ممتلكاتهم. ومن الأمثلة الواضحة في سلوكيات المصابين بالتجميع القهري تجميع الأشياء المجانية، والسعي خلف الأغراض الأخرى بطرق شتى للحصول عليها، والقيام بالشراء القهري للأغراض Compulsive Buying مما يؤدي لاحقاً إلى الفشل في التخلص من الأغراض التي لا يحتاجون إليها مثل الملابس، والجرائد والرسائل القديمة.. إلخ، والتي قد تسبب لهم القوضى العارمة في منازلهم؛ وهذه السلوكيات قد تؤدي بمصابي التجميع القهري إلى التدهور على الصعيد الاجتماعي والاقتصادي، وتسبب لهم ضغوطاً عاطفية كثيرة (Steketee & Frost, 2007, p. 1).

هل نحن أشخاص مصابون بالتجميع القهري؟ من الطبيعي وجود الرغبة بالتجميع عند معظم الأشخاص، بل ومواجهتهم لبعض الصعوبات عند التخلص من الأغراض حتى ولو كانت تافهة، ولكن ما يميز الاضطراب هو حدته وخروجه عن السيطرة واللاعقلانية في الأفكار، ولا بد من التفريق بين التجميع السوي والمرضي، ففي التجميع السوي يقوم الأشخاص بتجميع الأغراض بصفتها هواية، مثل تجميع التذكرات الرياضية والطوابع والعملات والصور، وتكون لمعظم هذه الأغراض قيمة فعلية، ويتفق معظم الأشخاص بأن لهذه الأغراض قيمة معينة، كما أن هذه الأغراض تشعر الأشخاص بالرضا عند النظر إليها أو استعمالها، بينما نجد أن معظم الأغراض في التجميع القهري تكون تافهة وغير ذات قيمة بالنسبة للآخرين (Tolin, Frost & Steketee, 2007, p.12)، حيث تشعرهم بعدم الارتياح عند نظر الآخرين لممتلكاتهم أو التصريح المباشر برفضهم القيام بذلك، بينما الأشخاص العاديون يشعرون بالفخر عندما ينظر الآخرون لممتلكاتهم ويقومون على ترتيبها وصيانتها ويجدون المتعة في الحديث للآخرين عنها (Fugen, Jerome, Jose & Yaryura, 2004, p.11-12).

وتعد السلوكيات المدفوعة بالمخاوف المرضية هي السلوكيات الأكثر شيوعاً لدى مرضى التجميع القهري حول فقدان الأشياء المهمة بالنسبة لهم، والاعتقاد بأنه سيكون هناك حاجة لها مستقبلاً، والاعتقادات الخاطئة والتعلق العاطفي الشديد لما يمتلكون من أشياء (Frost & Hartl, 1996)، فعادةً الأشخاص المصابون بالتجميع القهري يتكون لديهم الخوف من اتخاذ القرارات الخاطئة حول التخلص أو الاحتفاظ بما لديهم من ممتلكات؛ لذا فإنهم يقومون بعملية التجميع

والاحتفاظ ليكونوا على استعداد لأي طارئ يمكن تخيله (Frost & Gross, 1993)؛ وبالتالي تعم الفوضى مساحات كبيرة من أماكن معيشة الأفراد؛ مما يسبب الضيق لأفراد الأسرة أو الأصدقاء فيبدون استياءهم ومعارضتهم له، حتى لو أظهر مرضى التجميع القهري الرغبة في التغير، فإنهم يجدون الصعوبة في معرفة (من أين يبدأون؟) (Tolin et al, 2007, p.11).

### بداية ومسار التجميع القهري

إن بداية اضطراب التجميع القهري عندما تم التعرف على الاضطراب على مدى الخمسة عشر سنة الماضية، حيث يعتبر اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري لدى كبار السن أكثر شيوعاً من صغار السن، ويُعتقد أن البداية الأولية للأعراض اضطراب التجميع القهري تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة مصحوبةً بمسار مزمن ومتفاقم مستمر طوال العمر بمتوسط عمري بين (١٢) و (١٣) سنة، وقد أثبتت الدراسات التي أجريت على (٥١) فرداً تطورت لدى (٦٠%) منهم أعراض الاضطراب عند سن الثانية عشر و (٨٠%) عند سن الثامنة عشر (Grisham, Frost, Steketee, Kim & Hood, 2006).

ويبدو أن اضطراب التجميع القهري يظهر بصورة أقل حدة لدى الأطفال نسبة للبالغين، ويعود ذلك إلى الجهود التنظيمية في التحكم بعملية التجميع من قبل الوالدين على سلوك الأطفال (Pilmpton, Forst, Abbey & Dorer, 2009). وقد لاحظت بعض الدراسات الحديثة أن بداية الاضطراب تكون متأخرة لدى الأشخاص الذين مروا بتجارب قاسية، بينما تكون بدايته أبكر لدى الأشخاص الذين لم يمروا بمثل هذه الظروف. وقد يدل ذلك على أن السلوك قد يظهر زدة فعل للضغط أو الخسارة، أو قد يكون سلوكاً له منشأ وراثي (Grisham & Barlow, 2005, p. 46).

### التجميع القهري وأعراضه

يُعرف كل من فروست وقروس (Frost and Gross 1993) التجميع القهري بأنه: "الاقتناء المبالغ فيه للأغراض وتخزينها وعدم القدرة أو الفشل في التخلص منها، على الرغم من كونها ذات قيمة محدودة أو عديمة الفائدة؛ مما يحد دون الاستخدام المناسب للمساحات المخصصة للاستخدام الطبيعي؛ مما يؤدي إلى الشعور بالضيق والانزعاج من قبل الأسرة والفرد نفسه" ص ٣٦٧.

وفي ضوء الدراسات وأدبيات علم النفس الحديثة صاغ كل من فروست وهارتل Frost and Hartle (١٩٩٦) ثلاث خصائص رئيسية يتسم بها سلوك مرضى التجميع القهري عن غيرهم كما يلي:

١- تجميع واقتناء عدد كبير من الأغراض ذات القيمة المحدودة أو عديمة الفائدة والفشل في التخلص منها.

٢- تكديس مساحات كبيرة داخل المنزل بالأغراض بطريقة تحول دون الاستخدام الأمثل لهذه المساحات للأغراض التي خصصت لها.

٣- الشعور بالضيق أو اختلال الوظائف بسبب التجميع القهري.

ويمكن التصور الخاطئ والشائع حول فهمنا لسلوك مرضى التجميع القهري في اعتقاد بعضنا أنهم يميلون إلى تجميع واقتناء الأغراض الفريدة من نوعها والغريبة، وعلى العكس تماماً فهم يميلون إلى تجميع واقتناء تلك الأغراض التي يسعى الأسوياء إلى تجميعها واقتناها ولكن بصورة أكبر (Frost & Gross, 1993)، ويلجأ العديد من مرضى التجميع القهري إلى طرق عدة تساعدهم على الحصول على الأغراض، منها على سبيل المثال الشراء القهري والحصول على الأشياء مجاناً، وذلك يتضمن البحث المتواصل عن الأغراض في النفايات، والشارع أو عن طريق السرقة. ومن الأغراض الأكثر شيوعاً - على سبيل المثال لا الحصر - التي يفتتنها مرضى التجميع القهري، الجرائد والمجلات، والأوراق أو الأكياس البلاستيكية، والصور الفوتوغرافية، والأدوات المنزلية، والبطاريات، والملابس والأحذية، والكتب، والرسائل، والفواتير، وأدوات التجميل، والأطعمة والمشروبات، والخردة.

### أعراض التجميع القهري

يذكر فوجن وآخرون (Fugen et al, 2004, p. 2-3) مجموعة من الأعراض العامة دون استخدام أداة تشخيصية يعتقد أنها تلاحظ على سلوك مرضى التكديس أو الاستحواذ القهري وهي:

١- تجنب رمي ما يملكون من أغراض، الشعور بقلق حاد حيال المحاولة في التخلص من الأغراض، يظهر لديهم العديد من المشاكل في اتخاذ القرارات وعدم التأكد من قدرتهم على الاحتفاظ بالأغراض، وإيجاد أماكن لتخزينها ومدة بقاها.

٢- الشعور بالآلم النفسي على الصعيد الشخصي ويتضمن ذلك: الشعور بالإرهاق والخلج حيال ما يملكون من أغراض، والشعور بالقلق حيال ملامسة الآخرين لأغراضهم، والحزن والقلق.

٣- يظهر لديهم أفكار تسلطية حيال ما يملكون من أغراض ويتضمن ذلك: الخوف من فقدان شيء من أغراضهم، والخوف من الاحتياج للأغراض مستقبلاً في أي حال من الأحوال، وأفكار التحقق من القمامة لتأكد من عدم رمي شيء ما بالصدفة.

٤- قد يعانون من اضطرابات وظيفية على سبيل المثال: العزلة الاجتماعية، ومشاكل اسرية أو خلافات زوجية، وصعوبات مالية، ومخاطر صحية، وصعوبات جمة في تنظيم وتصنيف أغراضهم.

## أنواع التجميع القهري

يعد اضطراب التجميع القهري من الاضطرابات حديثة الطرح وفي طور الاستكشاف من قبل الباحثين في هذا الجانب، ويورد الباحث أربعة أنواع، وهي كالتالي:

### ١- التجميع الاعتيادي للأغراض Commom Hoarding

في هذا النوع من الاضطراب لا تختلف طبيعة الأغراض التي يتم تجميعها عن الأغراض التي يقوم بجمعها الأسوياء، وعادة ما يرتبط بالأنواع الأخرى للوسواس القهري، ويكون استبصار الأفراد بمشاكلهم متذبذباً مع الوقت والموقف (Frost, 2004).

### ٢- متلازمة ديوجينيس Diogenes Syndrome

وهو نوع آخر من أنواع التجميع القهري المرتبط بإهمال النفس Self-neglect، حيث أطلق هذا المصطلح قديماً على كبار السن الذين يتميزون بالعنادة والشك وتقلب المزاج والعيش في القذارة وتجميع النفايات. وهنا يظهر الاختلاف عن الأسوياء في نوع وطبيعة الأشياء التي يتم تجميعها، ومعظمها تبدو عديمة الفائدة. ويعد كلارك، ومانكيكر وفري (Clark, Mankikar & Gray 1975) أول من أطلقوا مصطلح متلازمة ديوجينيس Diogenes Syndrome للأشخاص كبار السن الذين يعيشون في أماكن تتصف بالقذار مع استمرارية العيش في المكان نفسه لسنوات طويلة.

### ٣- تجميع الحيوانات Animal Hoarding

ويقصد به تجميع عدد كبير من الحيوانات بالرغم من عدم القدرة على تأمين الغذاء أو تقديم أي رعاية صحية لها، بالإضافة إلى عدم ملاحظة الأفراد مدى قذارة البيئة التي يعيشون فيها، وعدم التنبه إلى الأخطار التي قد تصيبهم. ويتمثل هذا التجميع عند الأفراد الذين يتناولون بيع وشراء الحيوانات، والذي يترتب عليه أخطار قد تصيب صحتهم العامة وصحة أفراد عائلاتهم، مثل أنفلونزا الطيور، وحمى الوادي المتصدع المنتشر في المملكة العربية السعودية، إضافة إلى غاز الأمونيا الناتج من روث الحيوانات، والذي يحمل تركيزات عالية تسبب في تهيج العين واضطرابات الجهاز التنفسي. ووفق نتائج الإحصائيات التي أجريت في كل من أمريكا وكندا التي شارك فيه (٨٣%) من النساء (٧١%) من الأراذل، والمطلقات أو غير المتزوجات، بالإضافة إلى (٥%) من الأطفال ممن يقومون بتربية الحيوانات ظهرت لديهم العديد من

المشاكل المتعلقة بالمرافق الأساسية والأجهزة الرئيسية في المنزل، مثل سخانات المياه والمواقف والمراحيض التي لا تعمل (Frost, Patronek & Rosenfield, 2011).

#### ٤ - تجميع الكتب Book Hoarding

ويسمى أيضاً Bibliomania، ويقصد به شدة الولع باقتناء عدد كبير من الكتب من قبل مرضى التجميع القهري بالرغم من عدم استخدامهم للكتب أو وجود قيمة فعلية لها، والقيام بشراء العديد من النسخ للكتاب الواحد والإسراف في تجميع الكتب إلى الحد الذي يستحيل معه استخدام الكتب والاستمتاع بها. وهناك اختلاف ما بين مصطلحي Bibliomania و Bibliophilia الذي يقصد به الشخص المحب لمحتوى الكتاب أو بطريقة أخرى المحب للقراءة (McHale, 2011, p.139).

#### أسباب التجميع القهري

تشير الدراسات أن مرضى التجميع القهري لديهم الأسباب نفسها التي تدفع الأسوياء للتجميع، ولكنهم يختلفون عنهم في تفسيرهم للأسباب، حيث يعممون هذه الأسباب على نطاق أوسع من القيمة الفعلية للأغراض أكثر من غيرهم، كما بينها كل من فروست (2004)، وتولين وزملاؤه (2007) Tolin, et al، ووارن وأوستروم (1988) Warner and Ostrom. وفيما يلي بعض من هذه الأسباب.

#### ١ - التجميع بسبب التعلق العاطفي Sentimental Saving

ويشير إلى قيمة التعلق العاطفي بالأشياء المادية أي الأغراض، وهنا يشعر مرضى التجميع القهري بأن هويتهم متعلقة بهذه الأغراض، ويرون أنها جزء من شخصيتهم بتعبيرهم "هذا الغرض جزء مني".

#### ٢ - التجميع بهدف الاحتياج لها في المستقبل Instrumental Saving

ويشير إلى تجميع الأغراض بسبب الحاجة إليها في تصور مرضى التجميع القهري، حتى وإن لم يكن هناك حاجة إليها في الوقت الحاضر، حيث يشعرون بأنهم سوف يلجؤون لاستخدامها مستقبلاً.

#### ٣ - التجميع بسبب القيمة الفعلية للأغراض Intrinsic Saving

ويشير إلى تجميع الأغراض بسبب قيمتها الجوهرية في نظر مرضى التجميع القهري، حيث إنهم يعتقدون أن لكل غرض ميزة تميزه عن باقي الأغراض حتى تتعدد الأغراض؛ لذا فهم يقومون بالتجميع حتى تتطور مراحل الفوضى في المنزل.

#### ٤- مشاكل تتعلق باتخاذ القرارات Problems With Decision Making

##### Making

وتشير إلى أن مرضى التجميع القهري يواجهون صعوبات في اتخاذ القرارات الصحيحة في محاولتهم التخلص من الأغراض التي تم تجميعها أو الاحتفاظ بها، فهم لا يستطيعون التأكد من قراراتهم حيال اللبس أو الأكل أو إلى أين يذهبون؟.. إلخ، حتى في قراراتهم اليومية يشعرون في اتخاذها أنهم أمام اختبار عصيب؛ فنجدهم كثيري التردد حيال قراراتهم.

#### ٥- مشاكل تتعلق بتذكر الأشياء Problems With Memory

وتشير إلى أن مرضى التجميع القهري لديهم مشاكل كثيرة حيال تذكر الأغراض، خاصة لدى كبار السن، فليس لديهم القدرة على تذكر الأعمال التي يجب أن يقوموا بها، لذا فإنهم يلجؤون إلى وسيلة تساعدهم على تذكر الأغراض من خلال التذكر المرئي Visual Reminder، ومثال ذلك الأشخاص المصابون وغير المصابين باضطراب التجميع القهري الذين يقومون بترك الفواتير التي يجب دفعها في أماكن واضحة لمجال رؤيتهم؛ كي تساعدهم على التذكر، ولكن يختلف مرضى التجميع القهري في كثرة الأغراض الموجودة في مجال رؤيتهم حتى تعم الفوضى أرجاء المنزل.

#### ٦- الخوف من ارتكاب الأخطاء Fear Of Making A Mistake

ويشير إلى أن مرضى التجميع القهري يميلون للخوف من ارتكاب الأخطاء حيال الأعمال التي يقومون بها، ومن الأسباب التي تقودهم للخوف من ارتكاب الأخطاء هي كالتالي:  
أ- ليسوا لديهم استعداد للمستقبل لذا يقومون بشراء العديد من الأشياء المتشابهة لخوفهم الشديد من فقدان الأغراض في المستقبل.

ب- وضع الأغراض في غير موضعها. حيث يلجأ مرضى التجميع القهري لوضع الأغراض على مرأى من الجميع خوفاً من عدم إيجادها لاحقاً أو فقدانها.

ج- رمي غرض ما بالصدفة بدون فحصه جيداً قد يشعر مرضى التجميع القهري بالندم لاحقاً.

#### ٧- عدم القدرة على تحديد الأولويات Inability To Prioritize

ويشير إلى أن كثرة التردد والخوف من ارتكاب الأخطاء والأغراض الكثيرة التي يمتلكها مرضى التجميع القهري تقودهم إلى عدم القدرة على تحديد الأولويات، فهم ليسوا قادرين على تحديد ما يجب عمله بسبب التردد والخوف من ارتكاب الأخطاء؛ لذا فهم يشعرون بالضيق وعدم الارتياح في حال اتخاذ القرار حول المهمة التي يجب البدء بها. ويقودهم عدم قدرتهم على تحديد الأولويات إلى المماطلة في اتخاذ القرار حيال تنظيف المنزل؛ مما يؤدي إلى تأجيل الأعمال

لوقت آخر حتى يصعب عليهم مهمة تنظيف المنزل؛ لذا ينتابهم الشعور بالخجل والحزن حيال الفوضى التي تعم منازلهم؛ مما يضطرهم للبقاء فيها في معزل عن الآخرين.

وأما بالنسبة للأسباب الوراثية فتشير الدراسات أن الوراثة تلعب دوراً كبيراً في ظهور اضطراب التجميع القهري، فقد وجدت الدراسات أن الاضطراب يظهر بين أفراد العائلة، حيث إن (٨٤%) من المرضى بلغوا عن وجود حالات مماثلة لدى الأقارب من الدرجة الأولى، ولكن (٣٧%) فقط بلغوا عن وجود تاريخ عائلي مع اضطراب الوسواس القهري (Winsberg, 1999). وترى الدراسات أن سبب ظهوره قد يرجع إلى سلسلة من المورثات الجينية التي تظهر في الكروموسوم الرابع والخامس والسابع عشر (Zhang, Leckman, Pauls, Tsai, Kidd & Rosario, 2002, p. 901).

### الآثار المترتبة لسلوك التجميع القهري

يختلف مرضى التجميع القهري عن الأشخاص الذين يعتمدون جمع الأشياء ويقومون على عمل تنظيم وصيانة خاصة بها، وتعتبر لدى الآخرين ذات أهمية وقيمة فعلية (Danet & Katriel, 1989, p. 223)، بينما يقوم مرضى التجميع القهري بجمع الكثير من الأغراض بشكل عشوائي مع عدم مراعاة لتوفر المساحات الكافية للأغراض في منازلهم؛ مما ينتج عن ذلك عدم القدرة لتنظيمها ثم حدوث الفوضى (Bratiotis, Schmalisch and Steketee, 2011, p.4). وفيما يلي عرض للآثار المترتبة على سلوك التجميع القهري.

#### ١- حياة الفرد

تسبب الفوضى في حدوث مشاكل ذات خطورة متزايدة تهدد حياة مرضى التجميع القهري في منازلهم، منها على سبيل المثال حرائق المنازل، وسقوط الأغراض، والتضرر الجسدي من انهيار الرفوف أو الطوابق، ومشاكل صحية، مثل أمراض القلب والاختناق بسبب سقوط كومة من الأغراض (Bratiotis et al, 2011, p. 4).

#### ٢- أفراد العائلة

يصعب أحياناً على مرضى التجميع القهري تفهم أسباب عدم تعاون أفراد العائلة معهم، حيث يظهر لديهم اعتقادات قوية في أذهانهم ومبررات يفسرون بها طريقة احتياجهم للأغراض التي يمتلكونها وتقبل العيش في وسط الفوضى التي يحدثونها. فهم غير قادرين - أي مرضى التجميع القهري - على فهم اختلاف الآخرين عنهم في الشعور والتفكير؛ فينتج عن ذلك الصراعات الحادة بين أفراد العائلة في طريقة توظيف المساحات الفارغة في المنزل، أو تقبلهم العيش في وسط الفوضى، والخوض في جدال مع مرضى التجميع القهري دون الوصول إلى حلول قد يسبب في حدوث انفصال داخل العائلة ينتج عنه ميل مرضى التجميع القهري إلى

العيش منفردين عن الآخرين في سبيل ممارسة طقوس تجميع الأغراض ( Fugen et al., 2004, p. 50-52).

### ٣- الآثار المالية

يلجأ مرضى التجميع القهري إلى استعارة المال أو الخوض في جدال مع أفراد العائلة في سبيل الحصول عليه، سواء للاحتياج الشخصي أو الرغبة في زيادة الحصول على أغراض جديدة، حيث يلجأ مرضى التجميع إلى شراء الأغراض دون التفكير في التكلفة المادية لها. فالشراء المفرط المستمر للأغراض أو السعي في الحصول على مساحات إضافية لتخزين الأغراض، مثل استئجار أماكن إضافية؛ قد ينتج عنها نفاذ الذخيرة المالية لمرضى التجميع القهري (Fugen et al., 2004, p. 50-52).

### التصنيف المرضي للتجميع القهري: وجهات النظر

لمدة طويلة يعتبر اضطراب التجميع القهري أحد أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى معظم الأطباء النفسيين ومقاييس التصنيف الذاتية، حيث أشارت الدراسات التي أجريت على عينة من مرضى الوسواس القهري في مراكز العيادات النفسية أن (٢٨% - ٤٠%) من البالغين والمراهقين تظهر لديهم أعراض التجميع القهري، حيث يظهر عرضاً أولاً أو رئيساً في (٥%) من الحالات (Samuels et al., 2002). وفي دراسات حديثة باستخدام التحليل العاملي والتجمعي Factor and Cluster analytical تم تصنيف اضطراب التجميع القهري باعتباره عرضاً مستقلاً في عينة كبيرة من مرضى اضطراب الوسواس القهري، حيث تم بحث وتحليل ما وراء النتائج الظاهرية لـ (٢١) دراسة سابقة شارك فيها أكثر من (٥٠٠٠) مصاب بالوسواس القهري، وأظهرت النتائج أن اضطراب التجميع القهري يظهر عاملاً مستقلاً في كل من البالغين والأطفال (Bloch, Weisenberger, Rosario, Pittenger & Leckman, 2008).

ويبقى تصنيف اضطراب التجميع القهري مثيراً لل تساؤلات، ففي حين أن بعض الدراسات قامت بتصنيفه عرضاً من أعراض الوسواس القهري، إلا أن هناك العديد من الدراسات الأخرى عارضت تصنيف التجميع القهري عرضاً لاضطراب الوسواس القهري، وترى أنه اضطراب مستقل له سلوك وأنماط مميزة له. وفي ما يلي عرض لوجهات النظر التي تعتبر اضطراب التجميع القهري عرضاً من أعراض اضطراب الوسواس القهري، أو التي ترفض ذلك.

**اضطراب التجميع القهري عرض من أعراض اضطراب الوسواس القهري:**

#### وجهة نظر (١)

ظاهرياً يعتبر اضطراب التجميع القهري مشابهاً لاضطراب الوسواس القهري في سلوك التجنب والصعوبة في التخلص من الأغراض بدافع الخوف من فقد الأغراض المهمة التي يشعر

مرضى التجميع القهري بالحاجة لها مستقبلاً، أو بتعلقهم العاطفي بالأغراض أو الخوف من ارتكاب الأخطاء حيال رمي أو الاحتفاظ بالأغراض. وهذه المخاوف يمكن اعتبارها وظيفياً مماثلة للوسواس Obsessions، وسلوك الاجتناب أو سلوك الاحتفاظ بالأغراض مماثلاً بفعل للقهر Compulsions (Pertusa, Frost, Fullana, Samuels, Steketee, Tolin, Saxena,) (Leckman & Mataix-cols, 2010, p. 3).

وفي دراسات عدة أجريت على عينات غير إكلينيكية لوحظ ارتباط واضح يتراوح من (٠,٤-٠,٥) بين مقاييس اضطراب التجميع القهري ومقاييس أعراض الوسواس القهري (بال - براون) Yale-Brown (Y-BOCS)، وعينات من المجتمع مصابين باضطراب التجميع القهري ظهر لديهم أكثر من عرض من أعراض اضطراب الوسواس القهري مقارنةً بعينات ضابطة غير مصابة بالتجميع القهري؛ مما يؤكد على وجود ارتباط ما بين أعراض اضطراب الوسواس القهري والأشخاص المصابين باضطراب التجميع القهري (Coles, Frost, Heimberg & Steketee, 2003). وتشير الدراسات الأخرى أن اضطراب الوسواس القهري تظهر أعراضه لدى ١ من ٣ أشخاص مصابين بالتجميع القهري (Pertusa, Fullana, Singh, Alonso, Menchon & Mataix-cols, 2008).

ويرى ستكني وفروست Steketee and Frost (٢٠٠٣ م) أن الباحثين القدماء بعد فرويد، يعتبرون أن سلوك التجميع يمثل أهمية لفهم الشخصية المنحرفة، ويعتبر سلوك التجميع إلى عهد قريب من المعايير التشخيصية للشخصية الوسواسية، لذلك من الغريب أن نعتبر سلوك التجميع عرضاً من أعراض الوسواس القهري، بالرغم من أنه ليس معياراً مدرجاً للوسواس القهري في الـ DSM-IV، لذلك يمكن أن تكون النتائج قد تضخمت بصورة غير صحيحة بسبب معايير يطغى بعضها على الآخر وتتشابه، مثل الوسواس القهري، والشخصية الوسواسية، وسواس التجميع القهري.

ويُصنف اضطراب التجميع القهري لمدة طويلة في عيادات التحليل النفسي أحد سمات الشخصية الشرجية Anal Character، حتى صُنف بصورة رسمية من قبل الرابطة الأمريكية للطب النفسي، حيث ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية ضمن المعايير التشخيصية الثمانية لاضطراب الشخصية الوسواسية بالصيغة التالية: عدم القدرة على التخلص من الأغراض البالية أو التافهة حتى ولو خلت من أي قيمة عاطفية (Kevin and Watson, 2005). إلا أن الدراسات الحديثة تعارض هذا التصنيف وترى ضرورة إيجاد تصنيف جديد له، حيث إن اضطراب التجميع القهري لا يُظهر ارتباطاً مع المعايير التشخيصية الأخرى لاضطراب الشخصية الوسواسية، وعلى سبيل المثال، فقد أجريت دراسة على عينة تكونت من

(٢٢٣٧) مريض في إحدى المستشفيات النفسية المختصة بعلاج اضطرابات الشخصية الوسواسية بالنرويج، حيث أظهرت النتائج ارتباطاً ضعيفاً بين اضطراب التجميع القهري والمعايير التشخيصية الأخرى لاضطراب الشخصية الوسواسية يتراوح ما بين (٠,٦-٠,١٤)، كما بلغ معامل ألفا (٠,٥٧) (Hummelen, Wilberg, Pedersen & Karterud, 2008).

### اضطراب التجميع القهري عرض مستقل: وجهة نظر (٢)

على الرغم من أن اضطراب التجميع القهري يبدو ظاهرياً مشابهاً من ناحية المخاوف من فقد الأغراض بالوساوس، وسلوك الاجتتاب والإلحاح في الاحتفاظ بالأغراض مشابهاً بفعل القهر. إلا أن هناك اختلافاً ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري، حيث إن الأفراد المصابين باضطراب التجميع القهري ليس لديهم أفكار أو صور تقتحم الأنا حول تملك الأشياء وتجبرهم على القيام بطقوس التجميع Ego-Alien، والتي تشير إلى الأفكار والسلوكيات التي تتعارض وتتنافر مع احتياجات وأهداف الأنا (Pertusa et al., 2008)، فاضطراب التجميع القهري بالأحرى ظاهرة تجميع للأشياء التي تؤدي إلى ضغوط شديدة، تظهر آثارها عندما يقوم مرضى التجميع القهري بمواجهة إمكانية التخلص من الأغراض. وتفيد التجارب الإكلينيكية إلى:

أولاً: أنه عندما يواجه مرضى التجميع القهري القيام بالتخلص من غرض من أغراضهم يشعرون بالحزن والغضب أحياناً أكثر من شعورهم بالقلق، حيث بالمقابل نجد أن مرضى اضطراب الوسواس القهري غالباً ما يظهر لديهم قلق شديد عندما يكونون في مواجهة المواقف التي يفضلون بالأحرى تجنبها، مثل الأوساخ والجراثيم.

ثانياً: أن أعراض التجميع القهري تتناغم غالباً مع طبيعة الأنا Ego-Syntonic لدى مرضى التجميع القهري؛ وذلك يعود لعدم استبصارهم بمشاكلهم التي تتناقض قياساً بأعراض الوسواس القهري، وفي الواقع تشير الدراسات الحديثة التي تطرقت لاضطراب التجميع القهري إلى أن عملية التجميع غالباً ما تكون لدى مرضى التجميع القهري حتى لو كانت سارة متوافقة مع الأنا أكثر من أن تكون ردة فعل لقلق حاد (Steketee & Frost, 2003). كما تشير دراسات أخرى ناقضت اعتبار اضطراب التجميع القهري عرضاً من أعراض اضطراب الوسواس القهري أجريت على (٧٠) مريضاً باضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري، حيث إن (٣٣%) منهم لم تظهر لديهم أعراض اضطراب الوسواس القهري (Frost, Steketee & Williams, 2000). كما أجريت دراسة أخرى على (١٠٤) مرضى باضطراب التجميع القهري، (١٧%) منهم مصابون بأعراض اضطراب الوسواس القهري، و(٥٧%) منهم مصابون بالاجتتاب، و(٢٩%) منهم مصابون بالخوف الاجتماعي، و(٢٨%) منهم مصابون باضطرابات القلق المعم

Generalized Anxiety Disorder (GAD)؛ مما يدل على أن اضطراب التجميع القهري يشترك في الأعراض مع مجموعة من الاضطرابات النفسية الأخرى (Pertusa et al., 2010). ولفهم وتشخيص التجميع القهري بشكل أفضل يرى أبرامويتز، وويتون وستوريتش، Abramowitz, Wheaton and Storch (2008) " ضرورة النظر للمتغيرات المعرفية والسلوكية وراءه، حيث إن هذه المتغيرات تختلف من شخص إلى آخر، فقد يكون الدافع وراء التجميع الخوف من النتائج الكارثية والخوف المرضي من فقدان الأغراض المهمة بالخطأ، وقد يكون المحرك له طقوس المراجعة القهرية، ويفسر السلوك في هذه الحالة على أنه سلوك تجنبى يسمح للمريض بالتخفيف أو التخلص من القلق الذي يصاحب الخوف من فقدان الأغراض المهمة، وبذلك يتشابه في مكوناته مع الوسواس القهري ويمكن اعتباره عرضاً من أعراضه. ومن جهة أخرى قد يكون الدافع وراء النظرة المشوهة عن الأغراض التي تؤدي إلى إحساس مبالغ بأهميتها وبقيمتها العاطفية؛ وبالتالي التعلق الشديد بها، وفي هذه الحالة لا يظهر هذا السلوك على أنه محاولة لخفض الشعور بالقلق أو الخوف الذي غالباً ما يظهر لدى مرضى الوسواس القهري، وبالتالي يمكن اعتبار هذا السلوك اضطراباً مستقلاً " (1032).

وبعد الجدل الكبير الذي حدث بين الباحثين حول تصنيف اضطراب التجميع القهري اضطراباً مستقلاً أو عرضاً لاضطرابات أخرى، وبناءً على ما أوردت البحوث، تم إدراج اضطراب التجميع القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية والصادر في مايو ٢٠١٣ على أنه اضطراب مستقل، له تشخيصه وعلاجه المستقلان عن باقي الاضطرابات النفسية.

## النظريات المفسرة للتجميع القهري

### نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد Freud ١٩١٣ أن التجميع القهري هو إحدى سمات الشخصية الشرجية Anal Phase التي تتسم بالمحافظة على النظام Orderliness، والبخل الشديد Parsimony، والعناد Obstinacy، وهذه الصفات تظهر كنتيجة للفشل في تطور مراحل النمو النفس جنسي. ويرى فروم Fromm ١٩٤٣ أن الأفراد يسعون إلى تملك الأغراض كطريقة للاتصال بالعالم من حولهم، ويرى أن الميل للتجميع هو أحد سمات الشخصية غير المنتجة Nonproductive Character والتي تتسم بالانسحاب والانطواء والشك والمبالغة في النظام والاهتمام المفرط في النظافة ودقة المواعيد، ويرى أيضاً أن الأشخاص بسبب اعتقادهم يستمدون الشعور بالأمان عن طريق تجميع الأغراض، كما أنهم يكونون ارتباطاً بما أكثر من غيرهم (Grisham & Barlow, 2005, p. 46). كما اتفق مع آراء فرويد وفروم Freud and

Fromm عدد من المفكرين حيث يرى سلزمان Salzman ١٩٧٣ أن التجميع ينشأ نتيجة لكفاح الشخص من أجل السيطرة على البيئة من حوله. وللوصول إلى أقصى درجات السيطرة، فإنه يجب على الشخص ألا يتخلص من أي غرض قد يحتاج إليه مستقبلاً. ولأن الشخص لا يستطيع أن يتنبأ بما قد يحتاج إليه في المستقبل، فإن أمن طريقة هي تجميع الأغراض ثم تخزينها.

ومن النظريات التي تناولت التجميع القهري ما بين الفترة (١٩٤٠-١٩٧٣) آدمز Adams والذي يرى أن سلوك التجميع هو الخلفية التي يتطور منها الوسواس القهري وبخاصة عند الأطفال. كما يرى كل من بندر وسكيلدر Bender & Schelder ١٩٤٠ أن التجميع عند الأطفال ينشأ بظهور الوسواس القهري لاحقاً. وبالرغم من ظهور هذه النظريات منذ وقت طويل، إلا أنها لم تجري أبحاثاً تؤكد صحتها أو تدحضها. كم أنها فشلت في وضع برنامج علاجي موجه بصورة مباشرة لعلاج التجميع القهري (Frost & Steketee, 1998).

### النظرية السلوكية المعرفية

يرى أصحاب النظرية السلوكية المعرفية أن سلوك التجميع القهري يظهر نتيجة لوجود خلل أو قصور Deficit في أربع مجالات هي: معالجة المعلومات Information processing، والارتباط الوجداني الشديد Exaggerated emotional attachment، والاعتقادات الخاطئة حول الأغراض Erroneous beliefs about possession، وسلوك التجنب Behavioral avoidance (Frost & Hartl, 1996). وفيما يلي عرض لتلك المجالات:

#### ١- القصور في معالجة المعلومات

يشمل القصور أو الخلل في معالجة المعلومات على ثلاث وظائف معرفية عامة ومتداخلة هي: اتخاذ القرارات، والتصنيف والتنظيم، والتذكر، والانتباه. وتتداخل هذه الوظائف مع بعضها بعضاً، ويصعب التفريق بينها (Frost & Steketee, 1998). حيث يظهر لدى المرضى ارتباك وسوء تفسير للقيمة الفعلية للأغراض. وترى الدراسات التي أجريت على الأشخاص الذين بدؤوا بتجميع أغراض عديمة الفائدة بعد تعرضهم لإصابات في الدماغ أن القصور قد يرتبط بخلل في الفص الأمامي للدماغ (Frontal lobe, Grisham & Barlow, 2005, p.47).

## أ - اتخاذ القرارات Decision Making

يعد التردد Indecisiveness وعدم القدرة على اتخاذ القرارات حيال الاحتفاظ أو التخلص من الأغراض سمة أساسية في نشوء الفوضى وسلوك التجميع لدى مرضى التجميع القهري، حيث يؤدي عدم القدرة على اتخاذ القرارات إلى تجنب التخلص من الأغراض أو الاحتفاظ بها بسبب الخوف من الوقوع في الأخطاء (Frost & Hartl, 1996). فيجد المرضى صعوبة في اتخاذ القرارات، سواء المهمة منها (مثل تغيير الوظيفة)، أو القرارات الأقل أهمية (مثل اختيار صنف من قائمة الطعام) (Stekette & Frost, 2007 p. 2).

ويرى كل من فروست وقروس Frost & Gross (1993) أن الاضطراب يرتبط بالقلق المفرط من الوقوع في الأخطاء، كما أنه يظهر نتيجة للصعوبات التي يواجهها المرضى في اتخاذ القرار بشأن الأغراض، وما إذا توجب عليهم التخلص منها أو الاحتفاظ بها.

## ب - التصنيف والتنظيم Categorization/Organization

يظهر لدى مرضى التجميع القهري العديد من المشاكل في طريقة تصنيفهم للأغراض التي تم تجميعها، حيث يصعب عليهم إدراج الأغراض ضمن تصنيفات حسب النوع أو الأهمية؛ مما يسهم ذلك في ظهور الفوضى التي تعد الخاصية البارزة في اضطراب التجميع القهري (Frost & Hartl, 1996). ويرجع السبب في ذلك أن مرضى التكديس أو الاستحواذ القهري يتعاملون مع كل غرض باعتباره فريداً من نوعه؛ مما يؤدي إلى الشعور بالولع الشديد تجاه الأغراض، وينتج عن ذلك ظهور أغراض قليلة يمكن تصنيفها مع بعضها بعضاً، وبالتالي تظهر الكثير من التصنيفات للأغراض (Wincze, Stekette & Frost, 2007). ويترتب على ذلك ظهور العديد من النتائج: أولها النظر إلى كل غرض على أنه قائم بذاته وأن له تصنيفه الخاص به، وهذه النظرة للأغراض تجعل التخلص من أي غرض صعب ومحير. وثانيها: بسبب كون الأغراض نادرة فإنه من الصعب النظر إلى أي غرض أنه تافه أو عديم الفائدة؛ وبالتالي عدم التخلص من أي غرض. وثالثها: بسبب الاعتقاد بأن كل غرض نادر ومهم، فلا يمكن تصنيفه مع أغراض أخرى مشابهة له؛ وبالتالي يجد مرضى التجميع القهري صعوبة في الوصول إلى طريقة لترتيب الأغراض (Reed, 1985).

ويمكن إيضاح ذلك في كيفية ترتيب الكتب، كأن يقوم أحد المرضى بقراءة أحد الكتب الموجودة على الرف ولا يكمل قراءته لانشغاله بأمر آخر، ولا يعيد الكتاب على الرف مرة أخرى؛ لأنه أصبح يصنفه بتصنيف آخر وهو الكتب التي لم يكمل قراءتها. ومن ثم يقوم باستخدام كتاب للطبخ لأخذ وصفة منه ولا يضعه في الرف مرة أخرى بسبب استخدامه المتكرر له فيضعه على الكنب، وكذلك لا يستطيع رد القاموس الذي استخدمه أيضاً، وتكرر هذه العملية حتى تنتشر

الكتب في كل مكان، ولا يستطيع رد أي منها، حيث يصبح لكل كتاب تصنيفه الخاص ومكانه الجديد. ونتيجة للطريقة الفوضوية للتصنيف والتنظيم تنتج فوضى كبيرة في المنزل أو مكان العمل.

ومشكلة أخرى من مشاكل التنظيم هي عدم التفريق بين الأغراض المهمة وغير المهمة، حيث تتكون الكومة الواحدة من جميع الأغراض ( من الفواتير إلى العلقة ). ويجد المرضى صعوبة في تحديد الأغراض المهمة، فعندما يفحصون الأغراض التي يريدون التخلص منها تزداد قيمتها وأهميتها؛ وبالتالي يصعب اتخاذ قرار بشأنها (Frost & Steketee, 1998).

#### ج- الذاكرة Memory

تدعم الأبحاث فرضية وجود خلل في الذاكرة لدى مرضى التجميع القهري ينتج عنه ظهور الفوضى وسلوك التجميع (Frost & Hartl, 1996). وقد أثبتت الدراسات التي أجريت على مرضى التجميع القهري أن الخلل يرجع إلى انخفاض ثقة المرضى بذاكرتهم، وهي أحد المعوقات التي تواجههم في سبيل التخلص من الأغراض؛ مما ينتج عنه احتياج مرضى التجميع القهري إلى الاستعانة بالذاكرة البصرية (Visual Memory (V.M)، إضافة إلى ذلك فإن مرضى التجميع القهري يبالغون في تقدير أهمية المعلومات، وينزعجون حيال عدم القدرة على استعادة المعلومات إذا لم يتمكنوا من الرجوع إلى أحد الأغراض التي تم التخلص منها، حيث وجدت الدراسات أيضاً أن مرضى التجميع القهري أقل قدرة على استعادة المعلومات الحرفية كالجرائد والمجلات، أو التي تشغل حيزاً مكانياً أكثر من غيرهم. ويرجع السبب في ذلك إلى التفكير الكارثي Catastrophe في تقديرهم نتيجة نسيان المكان الذي وضعوا أغراضهم به (Hartl, Frost, Allen, Deckerbach, steketee, Duffany & Savage, 2004).

#### د- الانتباه Attention

يواجه مرضى التجميع القهري مشاكل تتعلق بتشتت الانتباه ينتج عنه التردد بشأن التخلص من الأغراض أو صعوبات متتابة في تنظيم الأغراض ( Grisham & Barlow, 2005, p.48). وقد وجدت الدراسات التي أجريت على مرضى التجميع القهري ظهور أعراض اضطراب نقص الانتباه/ وفرط الحركة Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)، وصعوبات تتعلق بالقدرة على مواصلة الانتباه في اختبارات الأداء المتواصل Continuous Performance Test (CPT). ووجدت الدراسات أيضاً أن مرضى التجميع القهري يظهر لديهم صعوبات تتعلق باتخاذ المبادرة كالبطء أو ردة فعل مختلفة بشكل متكرر (Fitch, 2011).

## ٢ - الارتباط الوجداني الشديد

يندفع سلوك مرضى التجميع القهري بصورة مبالغ فيها بمجموعة من الانفعالات الإيجابية كالفرح، والأمن، والاطمئنان، وكذلك بمجموعة من الانفعالات السلبية كالحزن، والغضب، والشعور بالذنب، ويحدث ذلك عندما تتعرض الأغراض للفقْدان؛ مما ينتج عنه تجميع للأغراض بصورة حادة (Frost & Hartl, 1996). بينما الحصول على أغراض جديدة يشعرهم بالأمن والاطمئنان؛ ويرجع السبب إلى الارتباط الوجداني الشديد والاعتقادات الخاطئة حول قيمة وأهمية الأغراض (Steketee, Frost & Kyrios, 2003).

## ٣ - المعتقدات الخاطئة حول الأغراض

تظهر العديد من المعتقدات الأكثر شيوعاً لدى مرضى التجميع القهري حول معنى وأهمية الأغراض، حيث تلعب هذه المعتقدات دوراً كبيراً في تطور الاضطراب، وغالباً ما تنشأ المعتقدات غير الواقعية بسبب الخوف من الضياع المحتمل للأغراض والمعلومات (Steketee & Frost, 2007, p.4). وتكمن معظم هذه الاعتقادات في معتقدات حول أهمية الكمال والقلق المستمر من ارتكاب الأخطاء، والشعور بالمسؤولية، والتحكم بالأغراض، والاطمئنان العاطفي للأغراض. وكل واحد من هذه المعتقدات يرتبط بالتفكير الكارثي أو الخسارة، وربما تكون حلقة الوصول بين هذه المعتقدات، هي التفكير المشوه بفداحة النتائج المترتبة على رمي الأغراض أو وضعها في مكان لا يمكن رؤيته (Frost & Steketee, 1998).

## ١ - الكمالية Perfectionism

يجد معظم الأشخاص صعوبة في فهم كيفية أن صفة الكمال وسلوك التجميع القهري يرتبطان معاً، حيث يهتم معظم الأشخاص بالكمال، ويعتقدون أن امتلاك منزل نظيف ووضع كل غرض في مكانه الصحيح أحد معايير الوصول للكمال. بينما النقيض من ذلك عند مرضى التجميع القهري، فهم يختلفون في معتقداتهم حول الكمال، حيث يضعون معايير عالية لأنفسهم، ويعتبرون الوصول إلى الكمال ممكناً بل ومطلباً. ويرجع السبب إلى الخوف من اتخاذ قرار خاطئ حيال التخلص من غرض ما بالصدفة؛ مما يتسبب لهم بالضيق والانزعاج. فرغبتهم في الاحتفاظ بالأغراض، وتذكر جميع الفرص المتاحة، وتذكر جميع المعلومات؛ يقودهم إلى تجنب اتخاذ قرار ما مطلقاً حيال التخلص من الأغراض (Tolin et al., 2007, p. 36).

## ب - التحكم بالأغراض Control of possessions

يعتقد المرضى أن الإمساك بزمَام الأمور ضروري فيما يتعلق بأغراضهم؛ ونتيجة لذلك قد يشعرون بالضيق أو الغضب إذا قام أحدهم باستخدام أغراضهم أو لمسها أو تحريكها؛ لأنهم

في الغالب يشعرون بأن هذه الأعراض هي امتداد لاستقلاليتهم بذواتهم عن الآخرين (Steketee, Frost, 2007, p.4-5).

### ج- الشعور بالمسؤولية Responsibility

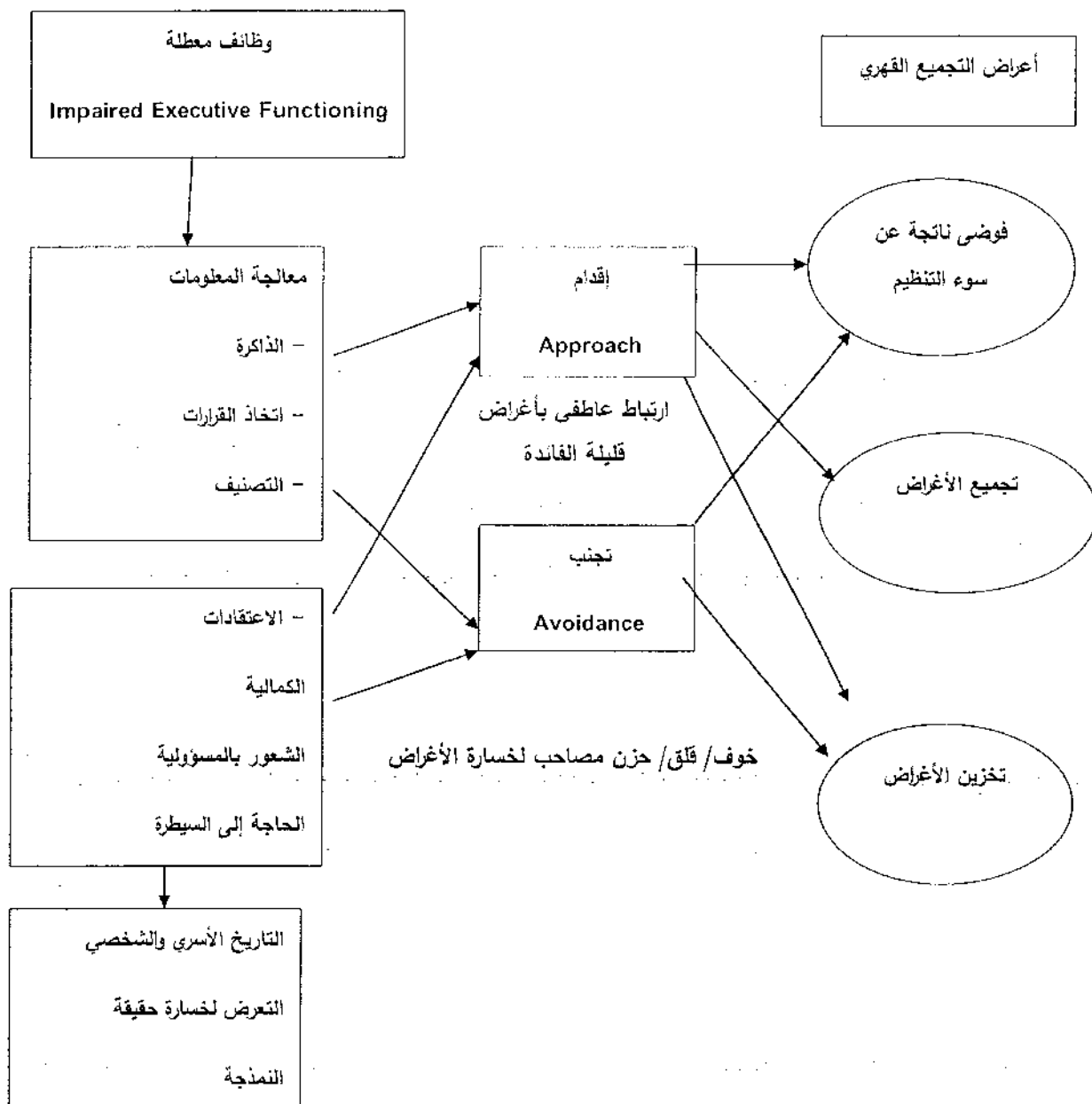
يلعب شعور المرضى بالمسؤولية تجاه الأعراض دوراً مهماً في ظهور وتفاقم الاضطراب. ويعد الشعور بالمسؤولية تجاه الاستخدام المناسب للأعراض شعوراً مشتركاً بين المرضى، حيث يشعرون بضرورة عدم هدر الأعراض إذا وجدوا أنها قد تصلح لأي استخدام مهما يكن. ومن هذا المنطلق فإن لكل عرض فائدة. وحتى لو علموا بأنهم لن يستخدموه في المستقبل فإنهم يرون أن بإمكان شخص آخر الاستفادة منه، ويشعرون بأن مسؤوليتهم الاحتفاظ بالغرض للأشخاص الآخرين، حتى لو لم تكن في نيتهم فعلاً إعطائه إياهم. واعتقاد المريض بأنه قد يستخدم الأعراض في موقف معين يدفعه إلى الشعور بوجوب الاحتفاظ بها لوقت الحاجة. ويرتبط بالشعور بالمسؤولية أيضاً فكرة عدم الإسراف، وضرورة الاستعداد لأي طارئ يمكن حدوثه (Steketee, Frost, 2007, p.4-5).

### د- الاطمئنان العاطفي Emotional comfort

بالإضافة إلى المعتقدات السابقة، هناك نوع رابع يتعلق بالشعور بالاطمئنان الوجداني بوجود الأعراض، فالمعتقدات مثل: "أشعر بأني ضعيف بدون أغراضي" و "رمي الأعراض يشعرني بأني فقدت جزءاً من هويتي" و "تشعربي الأعراض بالاطمئنان"، تميز مرضى التجميع القهري عن غيرهم وتُصعب مهمة رمي الأعراض والتخلص منها (Frost & Steketee, 1998).

### ٤- سلوك التجنب Behavioral Avoidance

نتيجة للمشاكل المعرفية السابقة يظهر سلوك التجنب. وهناك العديد من المواقف التي يساعد سلوك التجميع القهري على تجنب اتخاذ القرار. فتخزين الأعراض في أكوام يسمح للمريض بتجنب اتخاذ قرار بشأن الاحتفاظ بها أو ترتيبها أو رميها. كما أن الاحتفاظ بالأعراض يتيح للمريض تجنب الشعور بالضيق وعدم الراحة عند التخلص من أعراض قد يستفيد منها يوماً ما أو يستفيد منها الآخرون. كما أن تجميع وشراء الأعراض غير الضرورية حتى وإن عجز عن تدبير قيمتها يسمح للمريض بتجنب التعامل مع المشاعر غير السارة أو قد يمنعه من الشعور بأنه قد فوت عليه صفقة جيدة (Steketee & Frost, 2007, p.5).



شكل (٤)

رسم توضيحي للنظرية السلوكية المعرفية المفسرة لاضطراب التجميع القهري

استناداً على آراء كل من فروست وستيكني عام ١٩٩٨م (Grisham & Barlow, 2005, 47).

يبين الشكل (٤) بناءً على آراء كل من فروست وستكيتي Frost and Steketee (١٩٩٨) نموذجاً يفسر فيه كيفية حدوث الاضطراب ثم تطوره، حيث نجد في الشكل السابق أن أي خلل يحدث في وظائف الفرد في جانب كل من معالجة المعلومات وتشمل على الذاكرة، واتخاذ القرار، والتصنيف، والانتباه. وأما الجانب الآخر فإن أي اعتقادات خاطئة تتكون وتتطور لدى الفرد حيال أهمية الأغراض وقيمتها مرتبطة بالتاريخ الأسري والشخصي ومدى تعرض الفرد لحدث سابق كخسارة غرض ما؛ ينتج عن ذلك إقدام مصحوب بارتباط وجداني عاطفي بالأغراض أو تجنب مصحوب بخوف أو قلق أو حزن لخسارة الأغراض؛ مما يؤدي لظهور أعراض اضطراب التجميع القهري بالصور التالية: أولاً: قيام الفرد بسلوك تجميع الأغراض (الإقدام)، ثم القيام بعملية التخزين التي ينتج عنها صعوبة في التخلص من الأغراض؛ تؤدي بعد ذلك إلى الفوضى. ثانياً: التجنب والهرب من القيام بالتخلص من الأغراض؛ مما يحدث فوضى ناتجة عن سوء التنظيم.

### التعليق على الإطار النظري

يرى الباحث أنه من خلال عرضه في الإطار النظري والذي يبين أهمية وأعراض وأسباب وأثار كل من الوسواس القهري ووسواس التجميع القهري على الفرد وعائلته والمجتمع، أن هذين المفهومين مرتبطان من ناحية المخاوف من فقد الأغراض وارتكاب الأخطاء حيال التخلص أو الاحتفاظ بالأغراض، والتي يمكن اعتبارها وظيفياً مماثلة للوسواس والأفكار التي تهاجم مرضى الوسواس القهري. وسلوك الاجتناب أو سلوك تجميع الأغراض مماثلاً لفعل القهر، وهذا المفهوم ذهب إليه الكثير من العلماء باعتبار اضطراب التجميع القهري عرضاً من أعراض اضطراب الوسواس القهري.

بينما يرفض بعض الباحثين هذا المفهوم، ويرون أن هناك اختلافاً أظهرته العديد من التجارب الإكلينيكية ما بين اضطراب التجميع القهري واضطراب الوسواس القهري، حيث إن الأفراد المصابين بالتجميع القهري لا تظهر لديهم الأفكار أو الصور التي تقتحم الأنا حول تملك الأشياء وتجبرهم على القيام بطقوس التجميع، إنما تظهر أعراض اضطراب التجميع القهري عندما يقوم المرضى بمواجهة فكرة التخلص من الأغراض، والتي يشعرون حيالها بالحزن والغضب أكثر من شعورهم بالقلق الذي يعد السمة البارزة لمرضى اضطراب الوسواس القهري، هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى، أن أعراض اضطراب التجميع القهري غالباً ما تتناغم مع طبيعة الأنا لدى المرضى المصابين باضطراب التجميع القهري؛ ويعود السبب في ذلك لعدم

استبصار المرضى بمشاكلهم التي تتناقض قياساً بأعراض اضطراب الوسواس القهري. ويرى الباحث أن السبب وراء ظهور هذا الاختلاف عدم وجود تشخيص دقيق لاضطراب التجميع القهري من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية.

### ثانياً: الدراسات السابقة

يعد اضطراب التجميع القهري من الاضطرابات النفسية حديثة الطرح، حيث لفت انتباه علماء النفس والباحثين في الخمسين سنة الماضية. وفي وطننا العربي لم يسلم الضوء على موضوع التجميع القهري إلا في دراستين على حد علم الباحث، بينما يزخر الموروث الأجنبي بالعديد من الدراسات التي تناولت اضطراب التجميع القهري وعلاقته بالاضطرابات النفسية الأخرى، وعقد المقارنات، والمشكلات الناتجة عن اضطراب التجميع القهري. وفي ما يلي عرض لمجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب التجميع القهري.

حيث قامت ستيتكي، فروست وكيم (Steketee, Frost and Kim) (2001) بدراسة هدفت للتعرف على التجميع القهري لدى كبار السن ومدى تأثيره على الوظائف اليومية باستخدام المنهج الوصفي. وقد طبقت على عينة من كبار السن مكونة من (٦٢) مريضاً بالوسواس القهري، معظمهم من الإناث غير المتزوجات اللاتي يعشن بمعزل عن الآخرين، وتم جمع البيانات عنهم عن طريق (٣٦) مسؤولاً في دور المسنين، و(٨) مسؤولين في منظمة الصحة العالمية عبر الهاتف، وقد وجدت الدراسة أن قرابة ثلثي العينة لا يستطيعون رعاية أنفسهم. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أظهرت النتائج أن الاضطراب يشكل تهديداً لصحة (٨٠%) منهم.

واقترح عكاشة (٢٠٠١) بدراسة انتشار التجميع القهري لدى مجموعة من مرضى الوسواس القهري بمصر، وقد أوضحت النتائج أن الاضطراب يظهر بين المرضى بنسبة (٤٥%) (في: أبو هندي، ٢٠٠٣).

وقام سامويلز، وبينفينو، ورايدل، وكولين، وجيودوس وولينغ (Samuels, Bienvenu, Riddle, cullen, Geados and Liang) (2002) بدراسة التجميع القهري لدى عينة مكونة من (١٢٦) مريضاً بالوسواس القهري باستخدام المنهج الوصفي. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أشارت النتائج أن الاضطراب ينتشر بنسبة (٣٠%)، وأنه يظهر عند الرجال أكثر من النساء بضعفين، كما أظهرت أن (٣٩%) فقط من أفراد العينة سبق لهم الزواج بالمقارنة مع بقية أفراد العينة. وبالمقارنة بين مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع القهري، وجدت أيضاً أن الوسواس القهري يظهر في سن أبكر لدى المجموعة المصابة بالتجميع القهري، وأن أعراضه (الفوضى، والتجميع، وصعوبة

التخلص من الأغراض) تكون أشد من المجموعة الأخرى، وأنه غالباً ما يرتبط بالأفعال القهرية التي تدور حول وساوس التماثل والعد والترتيب، كما تنتشر بين هذه المجموعة المخاوف الاجتماعية واضطرابات الشخصية وبعض العادات المرضية كتنف الجلد Skin picking وقضم الأظافر. وترى أيضاً أنه قد يصعب علاج التجميع القهري في حال ظهوره مع اضطرابات نفسية أخرى. وترى أيضاً أنه يظهر عند الأقارب من الدرجة الأولى، وأنه ينتقل بين الأسر المصابة بالوسواس القهري. واقترحت تصنيفه ضمن الوسواس القهري على أنه اضطراب له خصائصه الإكلينيكية المميزة له.

وقام كول، وفروست، وهيمبيرغ وستيكتي Coles, Frost, Heimberg and Steketec (2003) بدراسة التجميع لدى عينة غير إكلينيكية تكونت من (٥٦٣) ما بين طالب وطالبة بإحدى الجامعات الأمريكية باستخدام مقياس التجميع القهري المعدل Saving Inventory Revised (SI-R)، وقد هدفت إلى معرفة العلاقة بين التكديس أو الاستحواذ القهري والوسواس القهري وبعض الاضطرابات الأخرى باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية قوية بين التجميع القهري وبين الوسواس القهري وأعراضه المختلفة، ووجود علاقة إيجابية متوسطة بين الاضطراب وكل من الاكتئاب والقلق والمخاوف الاجتماعية.

بينما قام مانسفيلد وماركس Mansfield and Marx (2003) بدراسة لمعرفة انتشار سلوك التجميع وإخفاء الأغراض باستخدام المنهج الوصفي على عينة من كبار السن تكونت من (٤٠٨) مقيمين بدار رعاية المسنين، تراوحت أعمارهم ما بين (٧٧) و(٩٧) عاماً، بالإضافة إلى (١٧٧) شخصاً من المقيمين بمنزلهم تراوحت أعمارهم ما بين (٦١) و(٩٧). وتم جمع البيانات من خلال المقابلات، وقد عرفت سلوك التجميع بأنه: "جمع أعداد كبيرة وغير متجانسة من الأغراض في الحفائب والجيوب والأدراج"، كما عرفت أيضاً سلوك إخفاء الأغراض بأنه: "وضع الأغراض تحت أو خلف الأشياء". وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أشارت النتائج أن (١٥%) من المجموعة الأولى و(٢٥%) من المجموعة الثانية قد أظهروا سلوك التجميع وإخفاء الأغراض. وقد وجدت الدراسة أن الاضطراب ينتشر أكثر بين النساء، كما أنه ينتشر لدى الأشخاص الذين يعانون من الخرف والهوسة والضلالات.

وقام فونتيل، وميندلويز، وسواريز، وفيرتينيني Fontenelle, Mendlowicz, Soares, and Versiani (2004) بدراسة لمعرفة الفروق بين مرضى الوسواس القهري والمصابين وغير المصابين بالتجميع القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والإكلينيكية باستخدام المنهج المقارن الوصفي، كما استخدمت كل من مقياس يال براون Yale brown

the Beck depression scale ومقياس بيك للاكتئاب obsessive scale (Y-BOCS) ومقياس هاملتون للاكتئاب (BDI) the Hamilton rating scale for depression (HRS). وقد أجريت الدراسة بالبرازيل على عينة تكونت من (٩٧) مريضاً بالوسواس القهري. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام اختبار T-Test وجدت أن المصابين بالتجميع القهري يتميزون بأحد المميزات التالية، فهم ذوو مستويات تعليمية أعلى وبداية أبكر مع المرض، ويحصلون على درجات أعلى في الوسواس المتعلقة بالتمائل والترتيب والعدد، وأيضاً يحصلون على درجات أعلى في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب واضطراب الأكل. كما وجدت الدراسة أن لمرضى التجميع القهري خصائص ديموغرافية وإكلينيكية مميزة لهم.

وقام هارتل، وسافاج، وفروست، وألين، وديكرزباخ وستيكتي Hartle, Savage, Frost, Allen, Deckersbach and Steketee (2004) بدراسة القصور المعرفي لدى مرضى التجميع القهري باستخدام المنهج التجريبي. كما استخدمت كل من اختبار ري أوستريث the Rey Osterrieth Figure test (RCFT) واختبار كاليفورنيا للتعليم اللفظي California Verbal Learning test (CVLT). وتكونت العينة من (٢٢) مصاباً بالتجميع القهري، و(٢٤) مريضاً غير مصاب به باعتبارها عينة ضابطة. وقد قامت بقياس الذاكرة ومدى الاعتماد عليها والمعتقدات المتعلقة حولها. وقد واجه المصابون بالتجميع القهري صعوبات في القدرة على التذكر، وأظهروا عدم ثقة بالذاكرة، كما أظهروا أفكاراً مبالغاً فيها ومساوية في تقديرهم للنتائج التي تترتب على نسيان أماكن الأغراض.

وأفاد هارتل، وديوفاني، وألين، وستيكتي وفروست Hartl, Duffany, Allen, Steketee and Frost (2005) الذين قاموا بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين التجميع القهري واضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه Attention deficit hyperactivity disorder باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي والتجريبي. وقد أجريت على عينة تكونت من (٢٦) شخصاً من المصابين بالتجميع القهري، وعينة ضابطة مكونة من (٣٦) شخصاً. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين التجميع القهري وهذه الاضطرابات، حيث أظهر المرضى أعراضاً متنوعة من اضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه، وتوصي بضرورة إجراء اختبار للمريض يكشف عن هذه الاضطرابات قبل البدء في معالجة اضطراب التجميع القهري، بالإضافة إلى الأخذ بالاعتبار معالجته بالعقاقير الخاصة بهذه الاضطرابات عند فشل العلاج الأصلي.

وكانت دراسة براون، وقرشام، وبراون، وليفيرانت وكامبل Brown, Grisham, Liverant and Campbell (2005) التي أجريت لمعرفة علاقة التجميع القهري

بأعراض الوسواس القهري باستخدام المنهج شبه التجريبي. وقد أجريت على عينة تألفت من (١٦٢) مريضاً بالوسواس القهري. وأجريت أيضاً تحليلاً عاملياً لأنواع الوسواس القهري الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهرت النتائج أن التجميع القهري لم يظهر تشعباً جوهرياً بأي عامل من العوامل المستخلصة، وقد تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات: مرضى التجميع القهري، ومرضى الوسواس القهري، ومجموعة من المصابين بكلا الاضطرابين. وقد أظهرت النتائج أن المجموعة الأولى أظهرت قلقاً وشعوراً بالنقص أقل من المجموعتين الأخرى. وترى الدراسة أن اضطراب التجميع القهري قد يظهر باعتباره نوعاً من أنواع الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري، إلا أنه عند ظهوره بدون أعراض وسواسية أخرى فإنه قد يصنف اضطراباً إكلينيكياً مستقلاً.

وقام أرنكوف، وريتشي، وفلاس، وكراولي، ورونكوبلو وماروفي Arnkoff, Ricci, Glass, Crawley, Ronquillo and Murphy (2006) بدراسة الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتجميع القهري باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي. وقد أجريت على عينة مكونة من (٢٠٤) أشخاص من مرضى الوسواس القهري المصابين بالتجميع القهري. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أوضحت النتائج ارتباط الاضطراب بتاريخ طويل من الاكتئاب والقلق ونوبات الهلع والاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar affective disorder واضطراب تشوه الجسد Body dysmorphic disorder، وترى أن الاضطراب الوجداني الثنائي القطب واضطراب تشوه الجسد يلعبان دوراً كبيراً في التنبؤ بحدة الاضطراب، وتوصي الدراسة بعمل إجراء دراسات أكثر في المستقبل.

وقامت ستيكيتي، ووينز وفروست Steketee, Wincze and Frost (2007) بدراسة عملية التصنيف لدى مرضى التجميع القهري باستخدام المنهج التجريبي. وتكونت العينة من (٢١) مريضاً بالتجميع القهري، و (٢١) مريضاً بالوسواس القهري دون أعراض التجميع القهري، و (٢١) شخصاً سليماً على أنهم عينة ضابطة. وقد كلفوا بأداء ثلاث مهمات تتعلق بالتصنيف. وقد أظهر مرضى التكديس أو الاستحواذ القهري ضعفاً واضحاً قبل الخضوع لأية مهمة. وعند تكليف المجموعات بمهمة تصنيف مجموعة من الأغراض المنزلية العادية لم تكن هناك فروق بينهم في الأداء أو في الوقت المستغرق في الترتيب. أما عند تكليفهم بمهمة تصنيف مجموعة من الأغراض الشخصية، فقد استغرق مرضى التجميع القهري وقتاً أطول في تصنيف الأغراض وترتيبها، وقاموا بعمل أكوام من الأغراض أكثر من غيرهم. وقد ارتبطت حدة الاضطراب بعدد الأكوام التي قاموا بإيجادها. وقد أكدت على وجود اختلال في عملية التصنيف لدى مرضى التجميع القهري.

وأجرى سامويلز، وبينفينو، وبيتو، وفابر، وماك كراكين، وروتش، ومورفي، وقرادوس وقرينبيرغ Samuels, Bienvenu, Pinto, Fyer, McCracken, Rauch, Murphy. Grados and Greenberg (2007) دراسة لمعرفة الفروق بين مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع القهري باستخدام المنهج المقارن الوصفي. وقد أجريت على عينة من مرضى الوسواس القهري تم توزيعهم كالتالي: (٢٣٥) مصاباً بالتجميع القهري، و(٣٨٩) شخصاً ليسوا مصابين به. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام اختبار T-Test أشارت النتائج أن التجميع القهري يرتبط غالباً بأفعال قهرية تتعلق بوساوس التماثل والتكرار والعد والترتيب. وترى الدراسة أنه لا يوجد لدى المرضى المصابين بالتجميع القهري استبصار بمشكلاتهم، وأن لديهم صعوبات في بدء وإكمال المهمات. كما تنتشر بينهم المخاوف الاجتماعية والقلق العام واضطرابات الشخصية، خاصة الشخصية الانكسالية والوسواسية. كما وجدت أن هناك خمس صفات تميز شخصيتهم، وهي البخل والانشغال بالتفاصيل وصعوبة اتخاذ القرارات وغرابة التصرفات والمظهر والتفكير المتعلق بالسكر Magical thinking. وترى أيضاً أن اضطراب التجميع القهري يندرج تحت تصنيف الوسواس القهري، وأنه يظهر في الأسر المصابة بالوسواس القهري.

وقام كورمر، وشيمت، ومارفي Corner, schmidt and Murphy (2007) بدراسة العلاقة بين الصدمات النفسية التي تعرض لها الأفراد وظهور التجميع القهري باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي. وقد أجريت الدراسة على عينة تكونت من (١٨٠) مريضاً بالوسواس القهري، (٢٤%) منهم مصاب بالتجميع القهري. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهرت النتائج أن غالبية المرضى المصابين بالتجميع القهري قد تعرضوا لصدمات نفسية أكثر من غيرهم من مرضى الوسواس القهري. كما وجدت أن الوسواس القهري ظهر أشد عند مرضى التجميع القهري الذين تعرضوا لصدمات نفسية أكثر من غيرهم من المجموعة نفسها، ووجدت أيضاً أن هناك علاقة إيجابية قوية بين التعرض للصدمات النفسية وبين ظهور الاضطراب، وهذه العلاقة لا تتأثر بالعمر أو بظهور الاكتئاب أو القلق. ووجدت أن الفوضى Clutter هي أكثر أعراض الاضطراب ظهوراً عند التعرض للصدمات النفسية، حيث تظهر أكثر من الأعراض الأخرى.

وقامت نوحيان، وماك نالي، وهولي Luchian, McNally and Hooley (2007) بدراسة المتغيرات المعرفية التي قد تسهم في ظهور التجميع القهري باستخدام المنهج التجريبي. وقد أجريت على مجموعة مكونة من (٢١) طالباً جامعياً مصاباً بالتجميع القهري، ومجموعة أخرى مكونة من (٢٠) طالباً ليسوا مصابين به على أنهم عينة ضابطة. وقد قامت كل من المجموعتين بالإجابة عن أسئلة تتعلق بالتجميع القهري، بالإضافة إلى القيام بمهام تتطلب

تصنيف أعراض مختلفة. وقد أوضحت النتائج أن المجموعة الأولى وجدت صعوبة وفوضى عند تصنيف الأعراض بخلاف المجموعة الضابطة، كما أن المجموعة الأولى استغرقت وقتاً أطول لإتمام المهمة. وتشير النتائج إلى أن مرضى التجميع القهري ينظرون إلى الأعراض نظرة شمولية، ويظهرون تردداً وعدم حسم عند التعامل معها.

وهدف دراسة لاك، وستورنش، وجيفكين، وجاكوب، ومورفي، وقودمان Lack, Storch,

Merlo, Geffken, Jacob, Murphy and Goodman (2007) إلى معرفة الفروق بين

مرضى الوسواس القهري المصابين وغير المصابين بالتجميع القهري في التشخيص الإكلينيكي باستخدام المنهج المقارن الوصفي. وقد طبقت الدراسة على مجموعة من الأطفال والمراهقين بلغ عددهم (٨٠) شخصاً، تراوحت أعمارهم ما بين (٧) أعوام و(١٧) عاماً. وقد أكملوا هم وأباؤهم مجموعة من مقاييس الوسواس القهري. وبالمقارنة مع غير المصابين بالتجميع القهري، وجد الباحثون أن المصابين به كانوا أقل استبصاراً بمشكلاتهم، وقد أظهروا وسواس متعلقة بأفكار سحرية وأفعال قهرية تدور حول الترتيب، كما أظهروا درجات أعلى في القلق والعدوان ونوبات الهلع والاضطرابات الجسدية. وقد توافقت النتائج مع نتائج الدراسات التي أجريت على البالغين. وتشير النتائج أن هؤلاء المرضى يظهرون أعراضاً إكلينيكية خاصة بهم تميزهم عن مرضى الوسواس القهري، وتقرّر الدراسة تصنيف الاضطراب اضطراباً مستقلاً عن الوسواس القهري.

وأجرى مولر، ومولر، وألبيرت، وميرتينز، وسيلبيرمان، وميتشيل، وزوان Muller,

Muller, Albert, Mertens, Silbermann, Mitchell and Zwaan (2007) دراسة

لمعرفة الارتباط بين التجميع القهري والشراء القهري باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي على عينة من مرضى الشراء القهري بألمانيا، كما استخدمت الدراسة كل من مقياس التجميع القهري المعدل Saving Inventory Scale (SI-R) ومقياس يال- براون Yale Brown Compulsive obsessive compulsive scale (Y-BOCS) ومقياس الشراء القهري Buying (CBS). وتكونت العينة من (٦٦) شخصاً منضمّاً إلى برنامج علاج جماعي للتخلص من عادات الشراء القهري. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهرت النتائج أن الغالبية العظمى من أفراد العينة مصاب بالتجميع القهري، وأن الأفراد المصابين بالتجميع القهري يظهرون درجات أعلى في الشراء القهري والوسواس القهري والاضطرابات النفسية، خاصة الاضطرابات الوجدانية والقلق والاكتئاب واضطرابات الأكل.

وهدف دراسة تولن، وفروست، وستكيتي، وفيتش Tollin, Frost, Steketee and

Fitch (2008) إلى معرفة تأثير التجميع القهري على أفراد أسرة المريض باستخدام المنهج

الوصفي. وتكونت العينة من (٦٦٥) أسرة، أحد أفرادها مصاب بالاضطراب، وقد أكملوا استبياناً قاموا بالإجابة عنه عبر الإنترنت. وقد أشارت النتائج إلى التأثير الواضح للاضطراب على أفراد

الأسرة. وتظهر المشاكل في الأسرة منذ طفولة المريض، حيث يشتكي الأهل من اتجاه الرفض rejection attitude عند الطفل بسبب عدم استيعابه بمشكلته، وتسببه في فوضى تسبب للأهل الضيق والإجهاد.

وهدف دراسة تولن، وفروست، وستيكتي، وقراري وفيتش Tollin, Frost, Steketee, Gray and Fitch (2008) إلى معرفة المشاكل الاقتصادية والاجتماعية التي يسببها التجميع القهري باستخدام المنهج الوصفي. وقد اشتملت العينة على (٨٦٤) مريضاً بالتجميع القهري، و(٦٥٥) أسرة، يعاني أحد أفرادها من الاضطراب. وقد أكملوا جميعهم استبياناً أرسل إليهم عبر الإنترنت. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية وجد الباحثون أن غالبية المرضى يعانون من مشكلات في العمل مساوية للمشكلات التي يعاني منها مرضى الذهان، ومشكلات أكثر من الذين يعانون من القلق واضطرابات المزاج والاضطرابات الناتجة عن اضطراب تعاطي المواد Substance use disorder. وترى الدراسة أنية حدة المرض ينشأ بمدى المشكلات في العمل. كما وجدت الدراسة أن (١٢%) منهم قد تعرضوا للطرد أو هددوا بالطرد من منازلهم بسبب سلوك التجميع، وأنه قد تم تدخل أطراف خارجية، سواء المؤسسات الاجتماعية أو أفراد العائلة لإخراج طفل أو كبير في السن من المنزل لدى (١%) إلى (٣%) من الحالات. وتؤكد الدراسة على المشكلات المهنية والمادية والصحية التي يسببها التجميع القهري.

وقام أبرامويتز، ويتون، وستورث Abramowitz, Wheaton and Storch (2008) بدراسة العلاقة بين التكديس أو الاستحواذ القهري والوسواس القهري باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي. وقد أجريت الدراسة على عينة إكلينيكية من مرضى الوسواس القهري ومرضى القلق وعينة غير إكلينيكية. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أشارت النتائج إلى حصول مرضى الوسواس القهري على درجات مرتفعة في جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري وعدم حصولهم على درجات مرتفعة في مقياس التجميع القهري. بالإضافة إلى وجود ارتباط موجب قوي بين التجميع القهري والمجموع الكلي لمقياس الوسواس القهري، إلا أن الارتباط بين التجميع القهري وأعراض الوسواس القهري المختلفة كان أضعف من ارتباط هذه الأعراض بعضها بعضاً. ويرى الباحثون أن النتائج لا تدعم العلاقة بين التجميع القهري والوسواس القهري، كما أنها لا تدعم تصنيف التجميع القهري باعتباره عرضاً للوسواس القهري.

وهدف دراسة بنفينو، وسامويلز، وبينتو، ومارفي، وبشتيني، وروث، وفاير Bienvenu, Samuels, Pinto, Murphy, Piacentini, Rouch and Fyer (2008) إلى معرفة الفروق بين الذكور والإناث في التجميع القهري باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي.

وقد أجريت الدراسة على مجموعة من مرضى التجميع القهري تكونت من (١٥١) ذكراً و(٣٥٨) أنثى. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط ظهرت النتائج أن التجميع القهري يرتبط لدى الذكور بالأفكار الوسواسية المتعلقة بالجنس والدين والعنوان والأفعال القهرية المتعلقة بالمراجعة، كما يرتبط بالقلق العام، بينما يرتبط لدى الإناث بالمخاوف الاجتماعية واضطراب الضغوط التالية للصدمة واضطراب واضطرابات الشخصية وتشوه الجسد وقضم الأظافر ونف الجلد والفصامية والانتكالية.

وطرح سامويلز، وبينفينو، وقرادوس، وكولين، ورايدل، ولينق ، وإيتون، ونيتادس Samuels, Bienvenu, Grados, Cullen, Riddle, Liang, Eaton and Nestadt (2008) دراسة حول انتشار التجميع القهري في المجتمع وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي. وقد تكونت العينة من (٧٤٢) شخصاً. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط وحساب المتوسطات والنسب المئوية وجدت الدراسة أن الاضطراب ينتشر بنسبة (٥,٣%) في مجتمع الدراسة، وأنه ينتشر بشكل أكبر بين فئة (٤٥) عاماً فما فوق، كما أنه ينتشر بين الرجال أكثر من النساء، كما وجدت علاقة عكسية بين الاضطراب والمستوى الاقتصادي، ووجدت أيضاً وجود ارتباط بين التجميع القهري ومجموعة من المتغيرات، هي: اضطراب الشخصية (البارانويدية، والفصامية، والمتجنبة، والوسواسية القهرية)، والأساليب الوالدية الخاطئة في مرحلة الطفولة والمراهقة، والإدمان على الكحول.

وقامت جريشام، وفروست، وستيكتي، وكيم، وتاركوف، وهود Grisham, Frost, Steketee, Kim, Tarkoff and Hood (2009) بدراسة نشوء الارتباط الوجداني بالأغراض عند مرضى التجميع القهري باستخدام المنهج الوصفي. وقد تم تطبيق الدراسة على فترات مختلفة على (٦٢) مريضاً بالتجميع القهري، تم إعطاء كل منهم سلسلة مفاتيح، وطلب منهم تقييم مدى تعلقهم بها فور حصولهم عليها، وكذلك تقييم تعلقهم بها بعد مرور أسبوع. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهرت النتائج أن مرضى التجميع القهري يُكوّنون ارتباطاً وجدانياً بالأغراض فور حصولهم عليها أكثر من غيرهم، ويتعلقون بالأغراض بدرجة كبيرة مع مرور الزمن. وتوضح الدراسة أنه على الرغم من أن الارتباط الوجداني بالأغراض يزداد بمرور الزمن لدى الأسوياء والمرضى، إلا أن ما يميز المرضى هو أفكارهم ومعتقداتهم وسلوكهم تجاه الأغراض.

وقام فروست، وتولين، وستيكتي، وفيتش، وبرونز Frost, Tolin, Steketee, Fitch and Bruns (2009) بدراسة عرض من أعراض التجميع القهري، وهو التجميع المفرط للأغراض باستخدام المنهج الوصفي. وتكونت العينة من (٨٧٨) مريضاً بالتجميع القهري، و(٦٦٥) أسرة، أحد أفرادها مصاب به. وقد أكملوا استبياناً أرسل لهم عن طريق الإنترنت. وبعد

الاستبيان اتضح أن (٦١%) منهم مصاب بالشراء القهري، واشتكى أكثر من (٩٥%) منهم من التجميع المفرط للأغراض. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية وجدت الدراسة أن المرضى الذين يشكون من التجميع المفرط للأغراض يسجلون علامات أعلى في الاضطراب، كما أن بداية الاضطراب تظهر لديهم أبكر من الآخرين، كما أنهم يسجلون درجات أعلى في القلق والاكتئاب والوسواس القهري، بالإضافة إلى تعطل الكثير من الوظائف لديهم، ويرى الباحثون أن التجميع المفرط للأغراض بنوعيه (الشراء، وتجميع الأشياء المجانية) يلعب دوراً مهماً في التنبؤ بحدة الاضطراب.

وهدف دراسة تيمبانو، ويونكر، وريتشي، ومورفي، ونورمان، وشميت Timpano, Bunker, Richey, Murphy, Norman and Schmidt (2009) باستخدام المنهج الارتباطي الوصفي إلى معرفة العلاقة بين التجميع القهري وفرط القلق Anxiety sensitivity وتحمل الضيق Distress tolerance، وقد طبقت على عينة غير إكلينيكية مكونة من (٧٤٥) شخصاً. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط وجدت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين الاضطراب وفرط القلق، وعلاقة عكسية بين الاضطراب وتحمل الضيق.

وجاءت دراسة مولر، وميتشيل، وكروسبي، وفلازمر، ودي زوان Muller, Mitchell, Crosby, Glaesmer and De zwaan (2009) التي هدفت إلى معرفة انتشار التجميع القهري وعلاقته بالشراء القهري Compulsive Buying لدى عينة ممثلة للمجتمع الألماني مؤلفة من (٢٣٠٧) أشخاص، حيث استخدم الباحثون المنهج الوصفي، كما استخدموا مقياس التجميع القهري المعدل Saving Inventory-Revised (SI-R). وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أظهرت النتائج أن الاضطراب ينتشر في المجتمع، حيث تبلغ نسبة المصابين به (٤,٦%). ولم تجد الدراسة اختلافاً بين المرضى فيما يتعلق بالعمر أو الجنس أو المتغيرات الديموغرافية. وقد وجدت أن هناك علاقة إيجابية قوية بين التجميع القهري والشراء القهري، حيث ظهر أن ثلثي المصابين بالتجميع القهري يعانون من الشراء القهري Compulsory Shopping.

وقام تولين، وفروست، وستيكتي Tolin, Frost and Steketee (2010) بدراسة هدفت إلى التطوير والتحقق من صحة مقياس التجميع القهري في صورة المقابلة Hoarding Rating Scale-Interview (HRS-I). واستخدم الباحثون المنهج الارتباطي الوصفي، حيث تم تحديد وقت مقتضب يتراوح ما بين (٥-١٠) دقائق. وقد ارتكزت المقابلة على (٥) محاور رئيسة، تناولت تقييم خصائص التجميع القهري التالية (الفوضى، وصعوبة التخلص، والتجميع، والضغط، وجوانب ضعف أخرى). وقد قام القائمون على المقابلة بتطبيق مقياس التجميع القهري في صورة المقابلة جنباً إلى جنب مع بطارية المقاييس الذاتية على عينة تكونت من (٧٣)

مريضاً بالتجميع القهري، (١٩) مريضاً باضطراب الوسواس القهري، و(٤٤) شخصاً سليماً باعتبارهم عينة ضابطة، حيث أُجري التقييم الأول في العيادة، بينما أُجري التقييم الثاني من قبل المشاركين في منازلهم. وبعد التحليل الإحصائي لما توصل إليه الباحثون من بيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهر مقياس التجميع القهري في صورة المقابلة اتساقاً داخلياً عالياً، ودرجة ثبات عالية، حيث تميز بالوضوح لدى المشاركين المصابين وغير المصابين بالتجميع القهري. وكان مرتبطاً ارتباطاً قوياً مع المقاييس الأخرى للتجميع القهري.

وأشارت البناني (٢٠١٠) إلى معرفة نسبة انتشار التجميع القهري والكشف عن العلاقة بينه وبين الوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية باستخدام المنهج المقارن الوصفي على عينة مكونة من (٤١) مريضة بالوسواس القهري (العينة الإكلينيكية) و(233) طالبة من جامعة أم القرى (العينة غير الإكلينيكية). واستخدمت الدراسة مقياس التجميع المعدل من إعداد (فروست وآخرون، ٢٠٠٤)، والمقياس العربي للوسواس القهري من إعداد (عبد الخالق، ١٩٩٢ م). وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط وحساب النسب المئوية أشارت الدراسة إلى انتشار التجميع القهري بين أفراد العينة الإكلينيكية بنسبة (٤١,٥%)، وبين أفراد العينة غير الإكلينيكية بنسبة (١٥,٥%)، ووجود علاقة ارتباطية دالة عند مستوى (٠,٠١) بين التجميع القهري والوسواس القهري لدى أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية). ووجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية) المصابين وغير المصابين بالتجميع القهري على مقياس الوسواس القهري لصالح الأفراد المصابين به، حيث أظهرت النتائج أن الفروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠١)، وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية) على مقياس التخزين المعدل تبعاً لمتغير العمر. وأيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية) على مقياس التخزين المعدل تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي. وأخيراً عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة (الإكلينيكية، وغير الإكلينيكية) على مقياس التخزين المعدل تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

وقامت ستيكيتي، وسورينتينو، ودايريجر، ودينوبل، وفروست، Steketee, Sorrentino, Dierberger, Denobel and Frost (2012) بدراسة هدفت إلى التعرف على الأعراض وتاريخ مرض التجميع القهري لدى كبار السن، حيث استخدم الباحثون المنهج الوصفي. وتكونت عينة الدراسة من (٢٥) مريضاً باضطراب التجميع القهري باعتبارهم عينة إكلينيكية، و(٢٨) شخصاً سليماً أكمل جميعهم الإجابة عن مجموعة من الاختبارات والمقابلات الإكلينيكية في منازلهم حول النقاط التالية: سلوك التجميع، والاعتقادات، والأنشطة اليومية. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أظهرت النتائج أن بداية المرض

والأعراض الثانوية لدى عينة مرضى التجميع القهري تظهر بصورة أكبر من عينة الأشخاص غير المصابين بالمرض، الذين أكملوا الإجابة عن مقاييس الفوضى، وصعوبة التخلص، والتجميع، والاعتقادات حيال المسؤولية والتعلق العاطفي بالملكات. كما أنهم لم يسجلوا علامات بارزة في الاكتئاب أو قلق الذاكرة، ولكن وجدت لديهم مشاكل طفيفة حيال النظافة الشخصية، حيث ترجع الأسباب إلى التصورات الخاطئة لدى عائلات كبار السن والأصدقاء حيال اضطراب التجميع القهري.

وهدف دراسة تيمبانو، ورأسوشين، وإكسنيير، ورايف، وشميت Timpano, Rasmussen, Exner, Rief and Schmidt (2012) إلى معرفة العلاقة بين التجميع القهري والسلوك الاندفاعي على عيّنتين مستقلتين من المجتمع الأمريكي والألماني، بالإضافة إلى التعرف على مدى فهم العينتين لسلوكهم الاندفاعي. وقد استخدمت كل من مقياس بارات للسلوك الاندفاعي Barratt Impulsivity Scale ومقياس يو بي بي أس للسلوك الاندفاعي UPPS Impulsivity scale. واستخدم الباحثون المنهج الارتباطي الوصفي، وقد تكونت العينة من مجموعتين، حيث أجريت الدراسة في المجموعة الأولى على عينة مؤلفة من (٣٧٢) شاباً من الولايات المتحدة الأمريكية، و(١٦٠) شاباً من ألمانيا في المجموعة الثانية. وبعد التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام معاملات الارتباط أظهرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية مرتفعة ما بين التجميع القهري والسلوك الاندفاعي، بالرغم من ضبط المتغيرات المستقلة ذات الصلة. كما أظهرت النتائج عن وجود علاقة تفاضلية بين الخلايا المحببة في الدم لدى الأشخاص وما يتعلق بمختلف جوانب السلوك الاندفاعي، وعلى سبيل المثال، فمعظم سلوك مرضى التجميع القهري يرتبط ارتباطاً قوياً بسلوك الإلحاح Urgency وهو الدافع نحو تجميع الأشياء.

قام فروست، وروزنفيلد، وستيكتي، وتولين Frost, Rosenfield, Steketee and Tolin (2013) بدراسة هدفت إلى التحقق من عرض التجميع المفرط excessive acquisition وتجربة التخلص من الأعراض acquisition avoidance باعتبار ذلك أحد أعراض التجميع القهري باستخدام المنهج المسحي الوصفي. وقد أجريت على عينة تكونت من (٨٥٢) مصاباً باضطراب التجميع القهري، ومجموعة من المتطوعين عبر شبكة الإنترنت. حيث أكمل (٥٢٦) شخصاً الإجابة عن أدوات الدراسة، بينما خضع (٣٦٩) شخصاً للفحوصات الإكلينيكية وفق معايير التجميع القهري، كما تم جمع بيانات من (٤٦٩) من العائلات والأصدقاء حيال الأشياء المحببة لهم ويقومون بتجميعها. وبعد التحليل الإحصائي لما توصل إليه الباحثون من بيانات بحساب المتوسطات والنسب المئوية أشارت النتائج إلى أن (٦٠%) من الأشخاص الذين خضعوا للفحوصات الإكلينيكية وفق معايير التجميع القهري تطابقت لديهم النتائج حيال

خضوعهم أيضاً إلى الفحوصات الإكلينيكية وفق معايير عرض التجميع المفرط. كما أن (٧٠%) من الأشخاص المتبقين قد ظهرت لديهم مشاكل التجميع المفرط للأعراض في الماضي، كم أشارت النتائج في المجمل إلى أن (٨٨%) من مرضى التجميع القهري الذين شاركوا في الإجابة عن المقاييس قد ظهرت لديهم مشاكل التجميع المفرط للأعراض في الحاضر أو الماضي. كما أشارت النتائج إلى أن (٩٢%) من البيانات التي تم جمعها من العائلات والأصدقاء أظهرت لديهم عملية التجميع على مستويات معتدلة ومرتفعة على صعيد أفراد العائلة والأصدقاء. بالإضافة إلى أن عملية التجميع تختلف ما بين الأشخاص أنفسهم؛ ويعود ذلك إلى مدى استبصار المرضى بمشكلاتهم وإلى مجموعة من الخصائص المرتبطة باضطراب التجميع القهري، مثل (الخلل في العملية المعرفية - والتحكم بالنفس - والكمالية). كما أشارت أيضاً إلى مجموعة من الأسباب الجوهرية التي تعيق عملية التخلص من الأعراض لدى المجموعات الثلاث، وهي: مرضى التجميع القهري، والمتطوعون، والعائلات، والأسباب هي: سلوك السرقة stealing behavior، والتنظيم السيئ للأعراض Inhibited self-control والذي ظهر علامة بارزة تعيق عملية التفكير في التخلص من الأعراض، وسلوك الشراء المفرط Excessive Buying.

### التعليق على الدراسات السابقة

من خلال عرضنا للمجموعة من الدراسات السابقة التي تناولت اضطراب وساوس التجميع القهري، نجد أن هناك قلة في الدراسات العربية التي تناولت الاضطراب؛ بالتالي تأتي هذه الدراسة حتى تسد جزءاً من الثغرة الموجودة في قلة الدراسات العربية، بينما يلاحظ من العرض السابق تعدد الدراسات الأجنبية. وقد طبقت جميع هذه الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية، ما عدا دراسة مولر وآخرين Muller et al (٢٠٠٧-٢٠٠٩)، حيث طبقت في ألمانيا، بينما طبقت دراسة تيمبانو وآخرين Timpano et al (٢٠١٢) على المجتمع الألماني والأمريكي معاً، كما طبقت دراسة فونتينيل وآخرين Fontenelle et al (٢٠٠٤) في البرازيل، كما طبقت دراسة عكاشة (٢٠٠١) في مصر، بينما طبقت دراسة البناني (٢٠١٠) في السعودية.

ويلاحظ من العرض السابق للدراسات أن هناك تشابهاً نوعاً ما في المتغيرات، والأهداف، والعينة؛ وربما يرجع السبب في ذلك إلى كون اضطراب وساوس التجميع القهري حديث الطرح نسبياً، حيث لفت انتباه الباحثين في الخمسين سنة الماضية؛ وكونه أيضاً لم يصنف بعد بصورة رسمية في المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأعراض ICD-10 أو الدليل

التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM IV. وسناقش الباحث الدراسات السابقة من حيث: الهدف، والعينة، والأدوات المستخدمة، والنتائج، وذلك كما يلي:

١- من حيث الهدف: تنوعت الأهداف التي تناولتها الدراسات السابقة لاضطراب التجميع القهري، حيث هدفت بعض الدراسات إلى التعرف على العلاقة أو الفروق بين اضطراب التجميع القهري واضطراب الوسواس القهري، وذلك في كل من دراسة البناني (٢٠١٠)، وأبراموويتز وآخرين Abramowitz et al (٢٠٠٨). بينما تناولت دراسة فروست وآخرين Frost et al (٢٠٠٩-٢٠١٣)، وستيكيتي وآخرين Steketec et al (٢٠١٢) أعراض اضطراب التجميع القهري، كما تطرقت بعض الدراسات إلى العلاقة أو الفروق بين اضطراب التجميع القهري وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى، وذلك في دراسة تيمبانو وآخرين Timpano et al (٢٠٠٩-٢٠١٢)، وارنكوف وآخرين Arnkoff et al (٢٠٠٦). بينما تناولت دراسة ستيكيتي وآخرين Steketec et al (٢٠٠١-٢٠١٢)، ومانسفيلد وآخرين Mansfield et al (٢٠٠٣) اضطراب التجميع القهري لدى كبار السن.

٢- من حيث العينة: تنوعت العينات التي استخدمتها كل دراسة من حيث العدد والنوع والعمر وطبيعة العينة. فمن حيث العدد: امتد حجم العينة من (٤١) كما في دراسة لوسيان وآخرين Luchian et al (٢٠٠٧) إلى (٢٣٠٧) كما في دراسة مولر وآخرين Muller et al (٢٠٠٩). ومن حيث النوع: نجد بعض الدراسات تناولت عينة من الذكور والإناث كما في دراسة مانسفيلد وآخرين Mansfield et al (٢٠٠٣)، وبنفينو وآخرين Bienvenu et al (٢٠٠٨)، وسامويلز وآخرين Samuels et al (٢٠٠٢-٢٠٠٨)، وبعض الدراسات تناولت الذكور فقط كما في دراسة تيمبانو وآخرين Timpano et al (٢٠١٢)، ولوسيان وآخرين Luchian et al (٢٠٠٧)، بينما تناولت دراسة (البناني، ٢٠١٠) عينة من الإناث فقط، كما أن هناك بعض الدراسات التي لم تحدد نوع العينة كما في جريشام وآخرين Grisham et al (٢٠٠٨). ومن حيث العمر: تنوعت الأعمار التي أجريت عليها الدراسات المختلفة، حيث طبقت على جميع المراحل العمرية من مرحلة الطفولة والمراهقة كدراسة لاك وآخرين Lack et al (٢٠٠٧) إلى مرحلة كبار السن كدراسة مانسفيلد وآخرين Mansfield et al (٢٠٠٣). ومن حيث طبيعة العينة: اختلفت طبيعة العينات التي طبقت عليها الدراسات المختلفة، حيث طبقت بعض الدراسات على عينة من المجتمع ممن لم يتم تشخيصهم في العيادات النفسية كدراسة تيمبانو وآخرين Timpano et al (٢٠١٣)، ودراسة البناني (٢٠١٠)، ومانسفيلد وماركس Mansfield and marx (٢٠٠٣). بينما تعددت الدراسات التي طبقت على عينات إكلينيكية تم تشخيص اضطراباتهم في العيادات النفسية، حيث اشملت على مرضى التجميع القهري كدراسة فروست وآخرين Frost et al (٢٠١٣)، وبنفينو وآخرين Bienvenu et al (٢٠٠٩)،

وفروست وآخرين (Frost et al ٢٠٠٩)، وجريشام وآخرين (Grisham et al ٢٠٠٩). كما اشملت أيضاً على مرضى الوسواس القهري كدراسة لاك وآخرين (Lack et al ٢٠٠٧)، وفونتينيل وآخرين (Fontennille et al ٢٠٠٤)، وأرنكوف وآخرين (Arnkoff et al ٢٠٠٦). وطُبقت دراسة مولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٧) على عينة مصابة باضطراب الشراء القهري.

٣- من حيث الأدوات: لاحظ الباحث أن جميع الدراسات السابقة لم تذكر الأدوات المستخدمة، ما عدا دراسة تيمبانو وآخرين (Timpano et al ٢٠١٢). حيث استخدمت مقياس بارات ويو بي أس للسلوك الاندفاعي. واستخدم مقياس التجميع القهري المعدل الذي تستخدمه الدراسة الحالية والمقياس العربي للسلوك القهري في دراسة البناني (٢٠١٠). كما استخدم مقياس التجميع القهري في صورة المقابلة في دراسة تولين وآخرين (Tolin et al ٢٠١١). واستخدم مقياس التجميع القهري المعدل في كل من دراسة كول وآخرين (Coles et al ٢٠٠٣) ومولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٧-٢٠٠٩). كما استخدم كل من مقياس يال - بروان ومقياس الشراء القهري. واستخدم فونتينيل وآخرين (Fontenelle et al ٢٠٠٤) مقياس بيك وهاملتون للاكتئاب ومقياس يال - بروان. واستخدم هارثل وآخرين (Hartl et al ٢٠٠٤) كل من اختبار ري أوستريث واختبار كاليفورنيا للتعليم اللفظي.

٤- من حيث النتائج: نجد أن هناك تشابهاً في بعض الدراسات واختلافاً في بعضها الآخر، حيث قامت بعض الدراسات بتصنيف اضطراب التجميع القهري باعتباره عرضاً من أعراض الوسواس القهري كدراسة بروان (Brown et al ٢٠٠٥)، وسامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٢-٢٠٠٧). بينما عارضت بعض الدراسات الأخرى هذا التصنيف، وترى أن اضطراب التجميع القهري هو اضطراب مستقل له خصائصه الإكلينيكية المميزة له كدراسة لاك وآخرين (Lack et al ٢٠٠٧)، ودراسة أبراموويتز وآخرين (Abramowitz et al ٢٠٠٨). كما وجدت بعض الدراسات أن للمتغيرات الديموغرافية علاقة بالتجميع القهري، حيث يرتبط بانخفاض المستوى الاقتصادي كما في دراسة سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٨). ويرتبط بارتفاع المستوى التعليمي كما في دراسة فونتينيل وآخرين (Fontenelle et al ٢٠٠٤). ومن جانب آخر نجد أن بعض الدراسات أكدت على عدم وجود علاقة بين الاضطراب والمتغيرات الديموغرافية كدراسة مولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٩). كما اظهرت نتائج بعض الدراسات أن اضطراب التجميع القهري ينتشر بين الرجال أكثر من النساء كدراسة سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٢-٢٠٠٨)، بينما ترفض دراسة مانسفيلد وآخرين (Mansfiel et al ٢٠٠٣) تلك النتيجة، وترى أنه ينتشر بين النساء أكثر من الرجال، بينما ترى دراسة مولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٩) بأنه لا يوجد فروق بين الجنسين في انتشار الاضطراب. بينما وجدت دراسة

كولز وآخرين Coles et al (٢٠٠١) ارتباطاً بين اضطراب التجميع القهري والمخاوف الاجتماعية والوسواسية. كما وجدت دراسة مولر وآخرين Muller et al (٢٠٠٩) بأن اضطراب التجميع القهري يرتبط باضطراب الشراء القهري. كما أشارت الدراسات أن مرضى وسواس التجميع القهري يظهر لديهم بعض الخلل في ما يتعلق بالجوانب المعرفية، تتمثل في قصور الذاكرة كدراسة هارتل وآخرين Hartl et al (٢٠٠٤)، وصعوبات في العمليات المتعلقة بالتصنيف والتنظيم كدراسة ستيكي وآخريين Steketee et al (٢٠٠٧)، وصعوبات في اتخاذ القرارات كدراسة لوسيان وآخرين Luchian et al (٢٠٠٧).

## الفصل الثالث

### المنهج والإجراءات

المنهج المستخدم

مجتمع الدراسة والعينة

أدوات الدراسة

الاساليب الإحصائية المستخدمة

## الفصل الثالث

يتناول هذا الفصل وصفاً لعينة الدراسة ومواصفاتها والأداة المطبقة على أفراد العينة وإجراءات التطبيق، بالإضافة إلى المعالجة الإحصائية المستخدمة في تفسير البيانات التي تم الحصول عليها، وذلك كما يلي:

### منهج الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي المسحي المقارن والتنبؤي لملائمته لنوع الدراسة.

### مجتمع الدراسة

المجتمع السعودي بمدينتي الدمام والخبر، والبالغ عددهم حسب آخر إحصائية لمصلحة الإحصاءات العامة والمعلومات (٨٨٢,١٧٩)، بواقع (٥٥٦,٤٨٢) ساكناً بمدينة الدمام، و(٣٢٥,٦٩٧) ساكناً بمدينة الخبر.

### عينة الدراسة

#### - الدراسة الاستطلاعية الأولى

هدفت الدراسة الاستطلاعية الأولى في بناء أداة مسحية للوقوف على الظاهرة والتعرف عليها عن قرب، ومن ثم الوصول إلى الأداة الرئيسة المناسبة للدراسة. وتكونت العينة الاستطلاعية الأولى من (٧٥) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينتي الدمام والخبر، جميعهم من الذكور.

#### - الدراسة الاستطلاعية الثانية

كما هدفت الدراسة الاستطلاعية الثانية إلى معرفة نسب انتشار وسواس التجميع القهري لدى عينة من أفراد المجتمع السعودي. وللتعرف على مدى صلاحية عبارات المقياس ووضوحها والقدرة على فهمها لدى أفراد العينة، وتحديد أهم المحاور الأساسية؛ حتى يتسنى للباحث القيام بالدراسة الأساسية من خلال أداة يتوافر فيها القدر المطلوب من الصدق والثبات (الشروط السيكمترية). تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٦٨) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينتي الدمام والخبر، وتم اختيارهم عشوائياً خلال الفصل الثاني من العام الدراسي ١٤٣٣ - ١٤٣٤ هـ، بواقع (٤١) ذكراً و(٢٧) أنثى، بمتوسط (١,٣٩٧١)، وانحراف معياري (٠,٤٩٢٩٣). حيث قام الباحث بتوزيع المقياس على أفراد العينة في مدينة الدمام. والجدول

التالي رقم (١) يوضح توزيع العينة الاستطلاعية طبقاً لمتغيرات الدراسة (الجنس، والعمر، والدخل، والحالة الاجتماعية):

جدول (١)

يوضح وصفاً لمتغيرات عينة الدراسة الاستطلاعية بحسب التكرارات والنسبة المئوية.

| المتغيرات         |             | الذكور     | الإناث     | المجموع    |
|-------------------|-------------|------------|------------|------------|
| الفئة العمرية     | ٢٥-٢٠       | ٣ (٧,٣%)   | ٣ (١١,١%)  | ٦ (٨,٨%)   |
|                   | ٣٠-٢٦       | ٥ (١٢,٢%)  | ١ (٣,٧%)   | ٦ (٨,٨%)   |
|                   | ٤٠-٣١       | ١٤ (٣٤,١%) | ١١ (٤٠,٧%) | ٢٥ (٣٦,٨%) |
|                   | ٤٥-٤١       | ٤ (٩,٨%)   | ٤ (١٤,٨%)  | ٨ (١١,٨%)  |
|                   | ٥٠-٤٦       | ٨ (١٩,٥%)  | ٨ (٢٩,٦%)  | ١٦ (٢٣,٥%) |
|                   | ٥٠ فأكثر    | ٧ (١٧,٧%)  | -          | ٧ (١٠,٣%)  |
|                   | المجموع     | ٤١ (١٠٠%)  | ٢٧ (١٠٠%)  | ٦٨ (١٠٠%)  |
| المؤهل التعليمي   | الابتدائية  | -          | ٣ (١١,١%)  | ٣ (٤,٤%)   |
|                   | المتوسطة    | ١ (٢,٤%)   | ٢ (٧,٤%)   | ٣ (٤,٤%)   |
|                   | الثانوية    | ١٥ (٣٦,٦%) | ٨ (٢٩,٦%)  | ٢٣ (٣٣,٨%) |
|                   | البكالوريوس | ٢٤ (٥٨,٥%) | ١٤ (٥١,٩%) | ٣٨ (٥٥,٩%) |
|                   | الماجستير   | ١ (٢,٤%)   | -          | ١ (١,٥%)   |
|                   | المجموع     | ٤١ (١٠٠%)  | ٢٧ (١٠٠%)  | ٦٨ (١٠٠%)  |
| الحالة الاجتماعية | متزوج/ة     | ٣٩ (٩٥,١%) | ٢٣ (٨٥,٢%) | ٦٢ (٩١,٢%) |
|                   | أعزب        | ٢ (٤,٩%)   | ٤ (١٤,٨%)  | ٦ (٨,٨%)   |
|                   | المجموع     | ٤١ (١٠٠%)  | ٢٧ (١٠٠%)  | ٦٨ (١٠٠%)  |
| الدخل الشهري      | أقل من ٤٠٠٠ | -          | ٤ (١٤,٨%)  | ٤ (٥,٩%)   |
|                   | ٨٠٠٠-٤٠٠٠   | ١٦ (٣٩%)   | ٨ (٢٩,٦%)  | ٢٤ (٣٥,٣%) |
|                   | ٨٠٠٠-١٢٠٠٠  | ٦ (١٤,٦%)  | ٦ (٢٢,٢%)  | ١٢ (١٧,٦%) |
|                   | ١٢٠٠٠ فأكثر | ١٩ (٤٦,٣%) | ٩ (٣٣,٣%)  | ٢٨ (٤١,٢%) |

|         |           |           |           |
|---------|-----------|-----------|-----------|
| المجموع | ٤١ (١٠٠٪) | ٢٧ (١٠٠٪) | ٦٨ (١٠٠٪) |
|---------|-----------|-----------|-----------|

### العينة الأساسية

تكونت العينة الأساسية من (٨٢٨) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر، وتم اختيارهم عشوائياً للإجابة عن المقياس باستخدام شبكة الإنترنت لمدة شهرين، بواقع (٥٠٣) ذكور و(٣٢٥) أنثى. والجدول التالي رقم (٢) يوضح توزيع العينة الأساسية طبقاً لمتغيرات الدراسة (المدينة، والجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والدخل):

### جدول (٢)

يوضح وصفاً لمتغيرات عينة الدراسة الأساسية بحسب التكرارات والنسبة المئوية.

| المتغيرات       | الذكور      | الإناث      | المجموع     |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| المدينة         | ٢٩٢ (٥٨,١٪) | ١٩٥ (٦٠٪)   | ٤٨٧ (٥٨,٨٪) |
|                 | ٢١١ (٤١,٩٪) | ١٣٠ (٤٠٪)   | ٣٤١ (٤١,٢٪) |
|                 | ٥٠٣ (١٠٠٪)  | ٣٢٥ (١٠٠٪)  | ٨٢٨ (١٠٠٪)  |
| الفئة العمرية   | ٦٨ (١٣,٥٪)  | ١١٣ (٣٤,٨٪) | ١٨١ (٢١,٩٪) |
|                 | ١٢٩ (٢٥,٦٪) | ٧٠ (٢١,٥٪)  | ١٩٩ (٢٤٪)   |
|                 | ١٨٨ (٣٧,٤٪) | ٧٩ (٢٤,٣٪)  | ٢٦٧ (٣٢,٢٪) |
|                 | ٦٣ (١٢,٥٪)  | ١٧ (٥,٢٪)   | ٨٠ (٩,٧٪)   |
|                 | ٢٥ (٥٪)     | ٢٢ (٦,٨٪)   | ٤٧ (٥,٧٪)   |
|                 | ١٩ (٣,٨٪)   | ١٥ (٤,٦٪)   | ٣٤ (٤,١٪)   |
|                 | ١١ (٢,٢٪)   | ٩ (٢,٨٪)    | ٢٠ (٢,٤٪)   |
|                 | ٥٠٣ (١٠٠٪)  | ٣٢٥ (١٠٠٪)  | ٨٢٨ (١٠٠٪)  |
|                 | ١٠ (٢,٠٪)   | ٧ (٢,٢٪)    | ١٧ (٢,١٪)   |
|                 | ١٤ (٢,٨٪)   | ٧ (٢,٢٪)    | ٢١ (٢,٥٪)   |
| المؤهل التعليمي | ١٧٣ (٣٤,٤٪) | ٦٦ (٢٠,٣٪)  | ٢٣٩ (٢٨,٩٪) |
|                 | ٢٧٥ (٥٤,٧٪) | ٢٣٧ (٧٢,٩٪) | ٥١٢ (٦١,٨٪) |
|                 | ٢٦ (٥,٢٪)   | ٧ (٢,٢٪)    | ٣٣ (٤٪)     |
|                 | ٥ (١٪)      | ١ (٠,٣٪)    | ٦ (٠,٧٪)    |
|                 | ١٠ (٢,٠٪)   | ٧ (٢,٢٪)    | ١٧ (٢,١٪)   |
|                 | ١٤ (٢,٨٪)   | ٧ (٢,٢٪)    | ٢١ (٢,٥٪)   |

|                   |             |              |              |              |
|-------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
|                   | المجموع     | ٥٠.٣ (%١٠٠)  | ٣٢.٥ (%١٠٠)  | ٨٢.٨ (%١٠٠)  |
| الحالة الاجتماعية | متزوج/ة     | ٣٤.٤ (%٦٨,٤) | ١٤.٩ (%٤٥,٨) | ٤٩.٣ (%٥٩,٥) |
|                   | أعزب        | ١٥.٩ (%٣١,٦) | ١٧.٦ (%٥٤,٢) | ٣٣.٥ (%٤٠,٥) |
|                   | المجموع     | ٥٠.٣ (%١٠٠)  | ٣٢.٥ (%١٠٠)  | ٨٢.٨ (%١٠٠)  |
| الدخل الشهري      | أقل من ٤٠٠٠ | ٨.٩ (%١٧,٧)  | ١٩.٤ (%٥٩,٧) | ٢٨.٣ (%٣٤,٢) |
|                   | ٤٠٠٠-٨٠٠٠   | ١٣.٥ (%٢٦,٨) | ٦.٤ (%١٩,٧)  | ١٩.٩ (%٢٤)   |
|                   | ٨٠٠٠-١٢٠٠٠  | ١٥.٢ (%٣٠,٢) | ٣.٩ (%١٢)    | ١٩.١ (%٢٣,١) |
|                   | ١٢٠٠٠ فأكثر | ١٢.٧ (%٢٥,٢) | ٢.٨ (%٨,٦)   | ١٥.٥ (%١٨,٧) |
|                   | المجموع     | ٥٠.٣ (%١٠٠)  | ٣٢.٥ (%١٠٠)  | ٨٢.٨ (%١٠٠)  |

## أدوات الدراسة

تضمنت الدراسة الحالية الأداة المسحية، ومقياس التجميع القهري المعدل

Saving Inventory-Revised (SI-R)

## الأداة المسحية

تكونت الأداة المسحية من (إعداد الباحث) على ستة بنود، إجاباتها بـ (نعم) أو (لا)، وتضمنت الاداة أيضاً متغير العمر ومجموعة من الخيارات تمثل الأشياء التي يتم تجميعها. وتهدف الأداة إلى الوقوف على الظاهرة والتعرف عليها عن قرب، ومن ثم الوصول إلى الأداة الرئيسية المناسبة للدراسة. وتكونت العينة الاستطلاعية الأولية على (٧٥) فرداً من أفراد المجتمع السعودية بمدينة الدمام جميعهم من الذكور. وقام الباحث بحساب صدق وثبات الأداة، على النحو التالي:

## صدق الأداة المسحية

قام الباحث بحساب صدق الأداة عن طريق استخدام صدق الاتساق الداخلي لبنود الأداة المسحية الستة، والذي يعد شكلاً متقدماً من أشكال الصدق. حيث طبقت الأداة على عينة استطلاعية أولى لحساب الاتساق الداخلي للبنود حسب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للأداة المسحية واستخراج مستويات الدلالة الإحصائية. كما هو موضح في الجدول التالي رقم (٣):

### جدول (٣)

#### الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لبنود الأداة المسحية

| رقم البند | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|----------------|---------------|
| ١         | ٠,٦٣           | ٠,٠١          |
| ٢         | ٠,٤٣           | ٠,٠١          |
| ٣         | ٠,٢٣           | ٠,٠٥          |
| ٤         | ٠,٥٩           | ٠,٠١          |
| ٥         | ٠,٦٠           | ٠,٠١          |
| ٦         | ٠,٦٣           | ٠,٠١          |

يتضح من الجدول رقم (٣) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع الدرجة الكلية للمقياس موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل أو (٠,٠٥) فأقل؛ مما يدل على صدق اتساقها مع المقياس.

#### ثبات الأداة المسحية

قام الباحث بتطبيق الأداة على العينة الاستطلاعية الأولى لحساب الثبات، ولقد حُسب ثبات الأداة عن طريق معامل ارتباط ألفا كرونباخ، والذي بلغ (٠,٧٠). كما بلغت باستخدام طريقة التجزئة النصفية (٠,٨٣). وهذا يشير إلى تمتع الأداة بثبات مقبول.

#### مقياس التخزين المعدل (SI-R) Saving Inventory-Revised

أعد المقياس فروست، وستيكتي وفريشام Frost, Steketee and Grisham (2004)، ويهدف في استخدامه إلى تشخيص التجميع القهري والاستفادة منه في البحوث الطبية والنفسية، وقد تم استخدام الأداة عن طريق التحليل العاملي للأعراض العامة للتجميع القهري على عينة تتكون من (١٣٩) مريضاً بالتجميع القهري (Compulsive Hoarding (CH) شاركوا في الإجابة عن بنود المقياس وعينات مصابة بالوسواس القهري وعينات أخرى ضابطة من المجتمع. وقد حصل المقياس على درجة عالية من الثبات، حيث بلغ في البيئة الأصلية للمقياس (٠,٩٤) على معامل ثبات ألفا، كما أظهر ثباتاً عالياً في معامل الاستقرار. ويوضح الجدول التالي رقم (٤) أبعاد المقياس الثلاثة والبنود المرتبطة به.

#### جدول (٤)

توزيع البنود بحسب الأبعاد الأساسية لمقياس التجميع القهري

| م | الأبعاد                                          | البنود                         | عدد البنود |
|---|--------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| ١ | صعوبة التخلص من الأغراض<br>Difficulty discarding | ٤، ٦، ٧، ١٣، ١٧، ١٩، ٢٣        | ٧          |
| ٢ | الفوضى المفرطة<br>excessive clutter              | ١، ٣، ٥، ٨، ١٠، ١٢، ١٥، ٢٠، ٢٢ | ٩          |
| ٣ | التجميع Acquisitions                             | ٢، ٩، ١١، ١٤، ١٦، ١٨، ٢١       | ٧          |

#### صدق وثبات المقياس في البيئة السعودية

قد تم ترجمة المقياس للعربية وتقنيته على البيئة السعودية في دراسة للبناني (٢٠١٠) في مدينة مكة المكرمة. ويتكون المقياس من (٢٣) بنداً يتم تقديرها وفق مقياس متدرج يمثل خمسة مستويات من نوع ليكرت Likert قيمتها على النحو التالي. أبدأ = صفر، قليل = ١، متوسط = ٢، كثير = ٣، إلى أقصى حد = ٤، باستثناء البندين ٤ و ٢١ فإن الدرجات تكون معكوسة على النحو التالي أبدأ = ٤، قليل = ٣، متوسط = ٢، كثير = ١، إلى أقصى حد = صفر. والدرجة الكلية للمقياس هي حاصل جميع المقاييس الفرعية. ويكون الفرد مريضاً بالتجميع القهري إذا حصل على ٤٠ درجة فأكثر. أما إذا حصل على درجات أقل فإنه يكون في حدود السواء. وقد تم تطبيق المقياس على البيئة السعودية في مدينة مكة المكرمة على عينة بلغ حجمها (٢٣٣) فرداً من أفراد المجتمع السعودي، و (٤١) من مرتادي عيادات الصحة النفسية في دراسة للبناني (٢٠١٠ م)، حيث قامت بترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، وقد تم حساب صدق الاختبار على ثلاثة طرق، هي: الصدق الظاهري، والاتساق الداخلي، وصدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية. حيث أشارت النتائج إلى تمتع المقياس بصدق ظاهري مناسب، واتساق داخلي ما بين أبعاد المقياس الثلاث والدرجة الكلية للمقياس، وأيضاً ما بين كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الخاص بها والدرجة الكلية للمقياس. أما على صعيد الثبات فقد تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات حيث بلغ (٠,٩٢) على معامل ثبات ألفا و (٠,٨٨) بطريقة التجزئة النصفية (البناني، ٢٠١٠).

## صدق المقياس وثبات المقياس في الدراسة الحالية

### صدق المقياس

قام الباحث بحساب صدق الاختبار عن طريق استخدام صدق الاتساق الداخلي لبنود المقياس، والذي يعد شكلاً متقدماً من أشكال الصدق.

#### ارتباط البنود بالأبعاد (الاتساق الداخلي)

طبق مقياس التجميع القهري والمشتعل على (٢٣) بنوداً و(٣) أبعاد على عينة استطلاعية لحساب الاتساق الداخلي للبنود حسب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، واستخراج مستويات الدلالة الإحصائية المقابلة لدرجات الحرية. وذلك كما توضح الجداول التي أرقامها من (٥) إلى (٨)

#### جدول (٥)

الاتساق الداخلي للدرجة الكلية لأبعاد المقياس

| الأبعاد                                       | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------------------------------------------|----------------|---------------|
| صعوبة التخلص من الأغراض Difficulty discarding | ٠,٨٦           | ٠,٠١          |
| الفوضى المفرطة excessive clutter              | ٠,٨٨           | ٠,٠١          |
| التجميع Acquisitions                          | ٠,٧٨           | ٠,٠١          |

يتضح من الجدول رقم (٥) أن قيم معامل ارتباط كل بعد من الأبعاد مع الدرجة الكلية للمقياس موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل؛ مما يدل على صدق اتساقها مع المقياس.

#### جدول (٦)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعد صعوبة التخلص من الأغراض باعتباره أحد أبعاد مقياس التجميع القهري.

| رقم البند | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|----------------|---------------|
| ٤         | ٠,٣٥           | ٠,٠١          |
| ٦         | ٠,٧٥           | ٠,٠١          |
| ٧         | ٠,٦٨           | ٠,٠١          |
| ١٣        | ٠,٧١           | ٠,٠١          |
| ١٧        | ٠,٥٠           | ٠,٠١          |
| ١٩        | ٠,٧٦           | ٠,٠١          |

|    |      |      |
|----|------|------|
| ٢٣ | ٠,٧٠ | ٠,٠١ |
|----|------|------|

يتضح من الجدول السابق رقم (٦) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من عبارات بعد صعوبة التخلص من الأعراض مع الدرجة الكلية للبعد موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل؛ مما يدل على صدق اتساقها مع بعدها.

#### جدول (٧)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعـد الفوضى المفرطة باعتباره أحد أبعاد مقياس التجميع القهري.

| رقم البند | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|----------------|---------------|
| ١         | ٠,٧٠           | ٠,٠١          |
| ٣         | ٠,٧٤           | ٠,٠١          |
| ٥         | ٠,٧٣           | ٠,٠١          |
| ٨         | ٠,٧١           | ٠,٠١          |
| ١٠        | ٠,٦٩           | ٠,٠١          |
| ١٢        | ٠,٤٧           | ٠,٠١          |
| ١٥        | ٠,٦٠           | ٠,٠١          |
| ٢٠        | ٠,٥٨           | ٠,٠١          |
| ٢٢        | ٠,٥٧           | ٠,٠١          |

يتضح من الجدول السابق رقم (٧) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من عبارات بعد الفوضى المفرطة مع الدرجة الكلية للبعد موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل؛ مما يدل على صدق اتساقها مع بعدها.

#### جدول (٨)

ارتباط البنود بالدرجة الكلية لبعـد التجميع باعتباره أحد أبعاد مقياس التجميع القهري.

| رقم البند | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|-----------|----------------|---------------|
| ٢         | ٠,٦٨           | ٠,٠١          |
| ٩         | ٠,٤٧           | ٠,٠١          |
| ١١        | ٠,٦٢           | ٠,٠١          |
| ١٤        | ٠,٤١           | ٠,٠١          |
| ١٦        | ٠,٥٣           | ٠,٠١          |
| ١٨        | ٠,٥٩           | ٠,٠١          |

|    |      |      |
|----|------|------|
| ٢١ | ٠,٣١ | ٠,٠١ |
|----|------|------|

ينضح من الجدول السابق رقم (٨) أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من عبارات بعد التجميع مع الدرجة الكلية للبعد موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١) فأقل؛ مما يدل على صدق اتساقها مع بعدها.

#### ثبات المقياس

قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية لحساب ثبات المقياس، قوامها (٦٨) فرداً من أفراد المجتمع السعودي، (٤١) ذكراً و (٢٧) أنثى، ولقد حسب ثبات المقياس عن طريق معاملات ارتباط ألفا كرونباخ، والتجزئة النصفية، وتشير النتائج الموضحة بالجدول رقم (٩) إلى أن معاملات الثبات مرتفعة؛ مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

#### جدول (٩)

معاملات ثبات مقياس التجميع الفهري.

| م | أبعاد المقياس                                    | عدد<br>البنود | معامل ألفا كرونباخ<br>ن=٦٨ | التجزئة النصفية ن=٦٨ |       |
|---|--------------------------------------------------|---------------|----------------------------|----------------------|-------|
|   |                                                  |               |                            | سبيرمان              | جتمان |
| ١ | صعوبة التخلص من الأغراض<br>Difficulty discarding | ٧             | ٠,٧٥                       | ٠,٩٢                 | ٠,٧٩  |
| ٢ | الفوضى المفرطة<br>excessive clutter              | ٩             | ٠,٧٥                       | ٠,٩٠                 | ٠,٧١  |
| ٣ | التجميع Acquisitions                             | ٧             | ٠,٦٩                       | ٠,٨٠                 | ٠,٦٥  |
| ٤ | الدرجة الكلية للمقياس                            | ٢٣            | ٠,٨٧                       | ٠,٨٦                 | ٠,٨٥  |

#### تصحيح المقياس

اعتمدت طريقة التصحيح على وضع درجة لكل استجابة، فكانت على النحو التالي: أبدأ=١ ، قليل=٢، متوسط=٣، كثير=٤، إلى أقصى حد=٥. ما عدا العبارتين ٤ و ٢١ فكانتا على النحو التالي: إلى أقصى حد=١، كثير=٢، متوسط=٣، قليل=٤، أبدأ=٥. وبحساب المتوسط الحسابي لكل عبارة، والمتوسط الحسابي العام لكل بعد، والمتوسط الحسابي العام للدرجة الكلية؛ قام الباحث بوضع محك لتشخيص درجة حدة الاضطراب على النحو التالي: متدنية، متوسطة، مرتفعة، وبوضوح الجدول التالي رقم (١٠):

## جدول (١٠)

المحك التشخيصي لوسواس التجميع القهري.

| مدى المتوسط الحسابي | درجة حدة الاضطراب                |
|---------------------|----------------------------------|
| ٢,١٠-١              | يظهر الاضطراب بصورة متدنية       |
| ٣,٨٠-٢,١١           | يظهر الاضطراب بصورة متوسطة       |
| ٥-٣,٨١              | يظهر الاضطراب بصورة مرتفعة وحادة |

### إجراءات الدراسة:

تم إجراء الدراسة على ثلاث مراحل، وهم:

#### الدراسة الاستطلاعية الأولى (المسحية)

قام الباحث بتطبيق أداة مسحية للتأكد من وجود الظاهرة على عينة قوامها (٧٥) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر، جميعهم من الذكور، حيث تم على ضوءها اختيار المقياس المناسب للظاهرة، وقام الباحث بتوزيع أوراق الأداة المسحية على أفراد المجتمع السعودي بمقر أعمالهم وبعض الجيران وبعض رواد المحلات الترفيهية بنفسه.

#### الدراسة الاستطلاعية الثانية

قام الباحث بتطبيق المقياس المختار للدراسة على عينة قوامها (٦٨) فرداً من أفراد المجتمع السعودي بمدينة الدمام، بواقع (٤١) ذكراً و(٢٧) أنثى بالآلية نفسها التي تم استخدامها في الدراسة الاستطلاعية الأولى.

#### الدراسة الأساسية

قام الباحث بتطبيق المقياس في صورته النهائية على أفراد المجتمع السعودي بمدينة الدمام والخبر للإجابة عن أسئلة الدراسة، وذلك من كالتالي:

١- قام الباحث بتصميم المقياس الإلكتروني باستخدام خدمات الموقع الشهير قوقل Google.

٢- عمل الباحث على نشر المقياس الإلكتروني خلال مدة ثلاثة أشهر من خلال مواقع التواصل الاجتماعي.

٣- عمل الباحث على الوصول لعينة كبار السن بالطريقة اليدوية لصعوبة الوصول إليهم بالمسح الإلكتروني.

٤- الحصول على ورقة تسهيل مهام الباحث.

- ٥ +الاستعانة بأنمة المساجد للحصول على عينة فئة كبار السن من فئة (٧٠) عاماً فأكثر، واستخدم الطريقة اليدوية معهم.
- ٦ -وضع المقياس على شبكة الإنترنت لما تقتضيه الدراسة، حيث يصعب على الباحث الحصول على العينة بالطريقة اليدوية لباقي الفئات العمرية.
- ٧ -تم استبعاد بعض الاستجابات التي يبدو عليها أنها تسير على وتيرة واحدة، فضلاً عن الاستجابات التي كانت خارج حدود الدراسة.

### الأساليب الإحصائية المستخدمة

في ضوء أهداف وأسئلة الدراسة استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة البيانات، والتي تمثلت في الآتي:

- ١ -المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والنسبة المئوية.
- ٢ -معاملات الارتباط.
- ٣ -اختبار t-test.
- ٤ -اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA).
- ٥ -اختبار شيفيه Scheffe للمقارنات بين المتوسطات.
- ٦ -اختبار تحليل التباين الثلاثي (Three-Way Analysis of Variance).
- ٧ -اختبار (Least Significant Difference) للمقارنات المتعددة بين المتوسطات.

## الفصل الرابع

نتائج الدراسة ومناقشتها والتوصيات

نتائج الدراسة

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

توصيات الدراسة

## الفصل الرابع

### تحليل نتائج الدراسة وتفسيرها

سنعرض ونناقش في هذا الفصل نتائج الدراسة المتعلقة بالإجابة عن كل سؤال من أسئلة

الدراسة

أولاً: النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة:

السؤال الأول: ما نسبة انتشار وسواس التجميع بين أفراد عينة الدراسة؟

للتعرف على نسبة انتشار وسواس التجميع بين أفراد عينة الدراسة تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على أبعاد المقياس، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١١):

#### جدول (١١)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات عينة الدراسة على أبعاد المقياس.

| الترتيب | درجات الانتشار | نسبة الانتشار | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | البعد                     |
|---------|----------------|---------------|-------------------|-----------------|---------------------------|
| ١       | ١٣             | 0.48          | ٠,٧٣٧١            | ٢,٤١٨٤          | صعوبة التخلص من الأغراض   |
| ٣       | ١٥             | 0.42          | ٠,٧٤              | ٢,١٠            | الفوضى المفرطة            |
| ٢       | ١٣             | 0.47          | ٠,٦٩              | ٢,٣٥            | التجميع                   |
| -       | ٤٢             | 0.46          | ٠,٦٠٦٤            | ٢,٢٨٩٠          | نسبة انتشار وسواس التجميع |

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن نسبة انتشار وسواس التجميع بين أفراد

عينة الدراسة بلغ (٤٦%)، وهي نسبة تبين معاناة العينة من وسواس التجميع، وهي نسبة بارزة؛ مما يبين معاناة عينة الدراسة من وسواس التجميع، كما تبين من النتائج أن أبرز ملامح انتشار وسواس التجميع بين عينة الدراسة تمثلت في انتشار ملامح صعوبة التخلص من الأغراض لديهم بنسبة (٤٨%)، تليها معاناتهم من ملامح ظاهرة التجميع بنسبة (٤٧%)، وأخيراً تأتي معاناتهم من الفوضى المفرطة بنسبة (٤٢%)، وجميعها تعتبر نسب انتشار بارزة.

وفيما يلي النتائج التفصيلية لملامح انتشار اضطراب التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة، وللتعرف على ملامح انتشار اضطراب التجميع القهري بين أفراد العينة قام الباحث بحساب النسب المئوية لاستجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات المقياس، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٢):

جدول (١٢)

استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات مقياس التجميع القهري.

| رقم العبارة | العبارة                                                                                                                                                             | النسبة المئوية لدرجة الموافقة |      |       |      |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|-------|------|
|             |                                                                                                                                                                     | أبدأ                          | قليل | متوسط | كثير |
| ١           | تمثل أماكن المعيشة في المنزل بالفوضى والأغراض (الكراكيب)؟ (خذ بعين الاعتبار مقدار الفوضى في المطبخ، غرفة المعيشة، غرفة الطعام، المداخل، غرف النوم، أو أي غرفة أخرى) | ١١,١                          | ٤٣,٦ | ٣٣,٨  | ٨,٧  |
| ٢           | أقوم مراراً بشراء أغراض (أو أخذها مجاناً) حتى وإن لم أكن بحاجة إليها                                                                                                | ٢١,٤                          | ٤٥,٠ | ٢١,٧  | ١٠,٥ |
| ٣           | توجد مساحات بالمنزل تمنعني الفوضى من استخدامها                                                                                                                      | ٤٢,٠                          | ٣٣,٢ | ١٣,٢  | ٩,٤  |
| ٤           | أستطيع السيطرة على رغبتني في الاحتفاظ بممتلكاتي غير الضرورية أو القديمة                                                                                             | ٨,٧                           | ٢٦,٠ | ٣٠,٩  | ٣٤,٤ |
| ٥           | توجد مساحات بالمنزل يصعب علي المرور فيها بسهولة بسبب الفوضى (الكراكيب)                                                                                              | ٥٥,٧                          | ٢٨,٧ | ٩,٧   | ٤,٦  |
| ٦           | أجد صعوبة في التخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها                                                                                                       | ٢٥,٥                          | ٢٩,٣ | ٢٢,١  | ١٧,٦ |
| ٧           | أشعر بالانزعاج عندما أخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها                                                                                                 | ٤١,٥                          | ٢٦,٢ | ١٣,٩  | ١٤,٥ |
| ٨           | توجد لدي أغراض كثيرة بحيث تسبب الفوضى في غرفتي (أو غرف المنزل)                                                                                                      | ٢٦,٠                          | ٣٦,٤ | ٢١,٥  | ١٣,٢ |
| ٩           | أشعر بالضيق أو الانزعاج عندما لا                                                                                                                                    | ٨,٧                           | ٢٤,٤ | ٢٦,٠  | ٤٠,٩ |

|    |      |      |      |      | أستطيع الحصول على غرض أريده |                                                                                                                                |
|----|------|------|------|------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ١٠ | ٤١,٧ | ٢٩,٢ | ١٧,١ | ٨,٢  | ٣,٧                         | يؤثر ازدياد منزلي وما به من فوضى على حياتي الاجتماعية أو المهنية أو اليومية (فكر بأشياء لا تقوم بها بسبب وجود فوضى)            |
| ١١ | ٣٧,١ | ٣٥,٦ | ١٥,٨ | ٨,٩  | ٢,٥                         | أشعر برغبة قوية تدفعني إلى شراء الأغراض أو الحصول عليها مجاناً بالرغم من عدم وجود استخدام فوري أو ضروري لها                    |
| ١٢ | ٢٠,٩ | ٣٠,٣ | ١٩,٢ | ٢١,٩ | ٧,٧                         | تسبب لي الفوضى في المنزل الناتجة عن التجميع الضيق والازدحام                                                                    |
| ١٣ | ١٥,٠ | ٣٠,٧ | ٢٢,٩ | ٢٣,٧ | ٧,٧                         | أرغب بالاحتفاظ بممتلكاتي على الرغم من أنني قد لا أستخدمها أداً                                                                 |
| ١٤ | ٣٠,٧ | ٣٤,٩ | ١٩,٤ | ١٠,٣ | ٤,٧                         | أشعر بالضيق والازدحام من عاداتي بالافتاء والتجميع                                                                              |
| ١٥ | ٣٩,٧ | ٣٤,١ | ١٦,٣ | ٧,٩  | ٢,١                         | يصعب علي السيطرة على الفوضى بالمنزل                                                                                            |
| ١٦ | ٤٦,٧ | ٢٨,٠ | ١٣,٩ | ٧,٩  | ٣,٥                         | سببت لي عاداتي بتخزين الأغراض أو هوس الشراء صعوبات مادية                                                                       |
| ١٧ | ٣٦,٧ | ٣٤,٢ | ١٣,٣ | ١٣,٣ | ٢,٥                         | حاولت مراراً تجنب التخلص من الأغراض بسبب شعوري بأن في ذلك إجهاداً أو مضيقاً للوقت                                              |
| ١٨ | ٣٦,٦ | ٣٤,٨ | ١٧,٩ | ٨,٩  | ١,٨                         | شعرت مراراً وكأنني مجبر على الحصول على ما أراه من أغراض (عند التسوق أو رؤية غرض مجاني مثلاً)                                   |
| ١٩ | ٣١,٦ | ٣٦,٤ | ١٨,١ | ١١,١ | ٢,٨                         | حاولت مراراً الاحتفاظ بأشياء لا أحتاج إليها ولا أملك المساحة الكافية لها                                                       |
| ٢٠ | ٥٨,١ | ١٩,٧ | ١٠,٣ | ٨,١  | ٣,٩                         | يصعب علي دعوة أحد لزيارتي بالمنزل بسبب وجود الفوضى                                                                             |
| ٢١ | ٨,١  | ٢٤,٣ | ٢٤,٤ | ٢٢,٤ | ١٠,٩                        | أستطيع السيطرة على رغبتني بالحصول على الأغراض                                                                                  |
| ٢٢ | ٤٢,٦ | ٣١,٦ | ١٥,٣ | ٨,١  | ٢,٣                         | تعيق الفوضى استخدام أجزاء من المنزل للأغراض المخصصة لها، مثل (استخدام الأثاث أو الدواليب، غسيل الأطباق، الطبخ، التنظيف... إلخ) |
| ٢٣ | ٣٣,٣ | ٢٨,٥ | ٢٠,٩ | ١٣,٣ | ٤,٠                         | رغمي ما لا أرغب فيه من الأغراض                                                                                                 |

|  |  |  |  |         |
|--|--|--|--|---------|
|  |  |  |  | أمر صعب |
|--|--|--|--|---------|

ملامح انتشار بُعد صعوبة التخلص من الأغراض لدى عينة الدراسة:

للتعرف على ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض لدى عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور مدى صعوبة التخلص من الأغراض، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٣):

جدول (١٣)

استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة.

| الترتبة | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | العبرة                                                                            | رقم العبرة |
|---------|-------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ١       | ١,٠٩              | ٢,٩٩            | استطيع السيطرة على رغبتني في الاحتفاظ بملكياتي غير الضرورية أو القديمة            | ٤          |
| ٢       | ١,١٨              | ٢,٧٩            | أرغب في الاحتفاظ بملكياتي على الرغم من أنني قد لا أستخدمها أبداً                  | ١٣         |
| ٣       | ١,٢٠              | ٢,٤٨            | أحد صعوبة في التخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها                     | ٦          |
| ٤       | ١,١٦              | ٢,٢٦            | رمي ما لا أرغب فيه من الأغراض أمر صعب                                             | ٢٣         |
| ٥       | ١,٠٧              | ٢,١٧            | حاولت مراراً الاحتفاظ بشيء لا أحتاج إليها ولا أملك المساحة الكافية لها            | ١٩         |
| ٦       | ١,٢١              | ٢,١٣            | أشعر بالانزعاج عندما أتخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها              | ٧          |
| ٧       | ١,١١              | ٢,١١            | حاولت مراراً تجنب التخلص من الأغراض بسبب شعوري بأن في ذلك إجهاداً أو مضيقاً للوقت | ١٧         |
| -       | ٠,٧٣              | ٢,٤١            | المتوسط العام                                                                     |            |

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض لديهم بمتوسط (٢,٤١ من ٥)، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الخماسي (من ١,٨١ إلى ٢,٦٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار "قليل" على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض ما بين (٢,١١ إلى ٢,٩٩)، وهي متوسطات تقع في الفئتين الثانية والثالثة من فئات المقياس الخماسي، واللذان تشيران إلى (قليل/ متوسط) على أداة الدراسة، مما

يوضح التفاوت في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض، حيث يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة متوسطة على اثنين من مدى ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض لديهم يتمثلان في العبارتين رقمي (٤) ، (١٣)، واللذان تم ترتيبهما تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بدرجة متوسطة كالتالي:

(١) جاءت العبارة رقم (٤)، وهي " أستطيع السيطرة على رغبتني في الاحتفاظ بممتلكاتي غير الضرورية أو القديمة " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٩٩ من ٥).

(٢) جاءت العبارة رقم (١٣)، وهي " أرغب بالاحتفاظ بممتلكاتي على الرغم من أنني قد لا أستخدمها أبداً " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٧٩ من ٥).

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على خمسة من ملامح انتشار صعوبة التخلص من الأغراض لديهم، تتمثل في العبارات أرقام (٦، ٢٣، ١٩، ٧، ١٧)، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة كالتالي:

(١) جاءت العبارة رقم (٦)، وهي " أجد صعوبة في التخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٤٨ من ٥).

(٢) جاءت العبارة رقم (٢٣)، وهي " رمي ما لا أرغب فيه من الأغراض أمر صعب " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٢٦ من ٥).

(٣) جاءت العبارة رقم (١٩)، وهي " حاولت مراراً الاحتفاظ بأشياء لا أحتاج إليها ولا أملك المساحة الكافية لها " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,١٧ من ٥).

(٤) جاءت العبارة رقم (٧)، وهي " أشعر بالانزعاج عندما أتخلص من الأغراض القديمة أو التي لا أحتاج إليها " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,١٣ من ٥).

(٥) جاءت العبارة رقم (١٧)، وهي " حاولت مراراً تجنب التخلص من الأغراض بسبب شعوري بأن في ذلك إجهاداً أو مضيقاً للوقت " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,١١ من ٥).

ملاح انتشار بعد الفوضى المفردة لدى عينة الدراسة:

للتعرف على ملاح انتشار الفوضى المفردة لدى عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور مدى الفوضى المفردة، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٤):

جدول (١٤)

استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملاح انتشار الفوضى المفردة لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة

| رقم العبارة | العبارة                                                                                                                                                             | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|--------|
| ١٢          | تسبب لي الفوضى في المنزل الناتجة عن التجميع الضيق والانزعاج                                                                                                         | ٢,٦٥            | ١,٢٤              | ١      |
| ٨           | توجد لدي أغراض كثيرة بحيث تسبب الفوضى في غرفتي (أو غرف المنزل)                                                                                                      | ٢,٣١            | ١,٠٨              | ٣      |
| ١٠          | يؤثر ازدحام منزلي وما به من فوضى على حياتي الاجتماعية أو المهنية أو اليومية (فكر بأشياء لا تقوم بها بسبب وجود فوضى)                                                 | ٢,٠٣            | ١,١٢              | ٤      |
| ١           | تمتلي أماكن المعيشة في المنزل بالفوضى والأغراض (الكراكيب) (خذ بعين الاعتبار مقدار الفوضى في المطبخ، غرفة المعيشة، غرفة الطعام، المداخل، غرف النوم، أو أي غرفة أخرى) | ٢,٤٨            | ٠,٩٠              | ٢      |
| ١٥          | يصعب علي السيطرة على الفوضى بالمنزل                                                                                                                                 | ١,٩٨            | ١,٠٣              | ٥      |
| ٣           | توجد مساحات بالمنزل تمنعني الفوضى من استخدامها                                                                                                                      | ١,٩٦            | ١,٠٦              | ٦      |
| ٢٢          | تعبق الفوضى استخدام أجزاء من المنزل للأغراض المخصصة لها، مثل (استخدام الأثاث أو الدواليب، غسيل الأطباق، الطبخ، التنظيف... الخ)                                      | ١,٩٦            | ١,٠٥              | ٧      |
| ٢٠          | يصعب علي دعوة أحد لزيارتي بالمنزل بسبب وجود الفوضى                                                                                                                  | ١,٨٠            | ١,١٤              | ٨      |
| ٥           | توجد مساحات بالمنزل يصعب علي المرور فيها بسهولة بسبب الفوضى (الكراكيب)                                                                                              | ١,٦٧            | ٠,٩٢              | ٩      |
| -           | المتوسط العام                                                                                                                                                       | ٢,١٠            | ٠,٧٤              | -      |

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على ملاح انتشار الفوضى المفردة لديهم بمتوسط (٢,١٠ من ٥)، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الخماسي (من ١,٨١ إلى ٢,٦٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار "قليل" على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار الفوضى المفرطة، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على ملامح انتشار الفوضى المفرطة ما بين (١,٦٧ إلى ٢,٦٥)، وهي متوسطات تقع في الفئتين الأولى والثالثة من فئات المقياس الخماسي، واللذان تشيران إلى (أبداً/ متوسط) على أداة الدراسة، مما يوضح التفاوت في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار الفوضى المفرطة، حيث يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة متوسطة على واحدة من ملامح مدى الفوضى المفرطة لديهم، تتمثل في العبارة رقم (١٢)، وهي "أرغب بالاحتفاظ بممتلكاتي على الرغم من أنني قد لا أستخدمها أبداً" بمتوسط (٢,٦٥ من ٥).

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على ستة من ملامح انتشار الفوضى المفرطة لديهم، أبرزها تتمثل في العبارات أرقام (١، ٨، ١٠، ١٥، ٣)، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب حيادية أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة كالتالي:

(١) جاءت العبارة رقم (١)، وهي "تتمثل أماكن المعيشة في المنزل بالفوضى والأغراض (الكراسي)، (خذ بعين الاعتبار مقدار الفوضى في المطبخ، وغرفة المعيشة، وغرفة الطعام، والمداخل، وغرف النوم، أو أي غرفة أخرى) " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٢,٤٨ من ٥).

(٢) جاءت العبارة رقم (٨)، وهي "توجد لدي أغراض كثيرة بحيث تسبب الفوضى في غرفتي (أو غرف المنزل) " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٣١ من ٥).

(٣) جاءت العبارة رقم (١٠)، وهي "يؤثر ازدحام منزلي وما به من فوضى على حياتي الاجتماعية أو المهنية أو اليومية (فكر بأشياء لا تقوم بها بسبب وجود فوضى) " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٠٣ من ٥).

(٤) جاءت العبارة رقم (١٥)، وهي "يصعب علي السيطرة على الفوضى بالمنزل " بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٩٨ من ٥).

(٥) جاءت العبارة رقم (٣)، وهي "توجد مساحات بالمنزل تمنعني الفوضى من استخدامها " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٩٦ من ٥).

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة غير موافقين أبداً على اثنين من ملامح انتشار الفوضى المفرطة لديهم، يتمثلان في العبارتين رقمي (٢٠، ٥)، واللذان تم ترتيبهما تنازلياً حسب عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها أبداً كالتالي:

١) جاءت العبارة رقم (٢٠)، وهي " يصعب علي دعوة أحد لزيارتي بالمنزل بسبب وجود الفوضى " بالمرتبة الأولى من حيث عدم موافقة أفراد عينة الدراسة عليها أبدأ بمتوسط (١,٨٠ من ٥).

٢) جاءت العبارة رقم (٥)، وهي " توجد مساحات بالمنزل يصعب علي المرور فيها بسهولة بسبب الفوضى (الكراكيب) " بالمرتبة الثاني من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها أبدأ بمتوسط (١,٦٧ من ٥).

ملاح انتشار بُعد التجميع لدى عينة الدراسة:

للتعرف على ملاح انتشار مشكلة التجميع لدى عينة الدراسة تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والرتب لاستجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور مدى التجميع، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٥):

جدول (١٥)

استجابات أفراد عينة الدراسة على عبارات محور ملاح انتشار مشكلة التجميع لدى عينة الدراسة مرتبة تنازلياً حسب متوسطات الموافقة.

| رقم العبارة | العبارة                                                                                                     | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | الرتبة |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|--------|
| ٩           | اشعر بالضيق أو الانزعاج عندما لا أستطيع الحصول على غرض أريده                                                | ٣,١٠            | ١,١٥              | ٢      |
| ٢١          | استطيع السيطرة على رغيتي بالحصول على الأغراض                                                                | ٣,١٤            | ١,١٤              | ١      |
| ١٤          | اشعر بالضيق والانزعاج من عاداتي بالافتناء والتجميع                                                          | ٢,٢٣            | ١,١٣              | ٤      |
| ٢           | أقوم مراراً بشراء أغراض (أو أخذها مجاناً) حتى وإن لم أكن بحاجة إليها                                        | ٢,٢٥            | ٠,٩٥              | ٣      |
| ١٨          | شعرت مراراً وكأنني مجبر على الحصول على ما أراه من أغراض (عند التسوق أو رؤية غرض مجاني)                      | ٢,٠٥            | ١,٠٣              | ٥      |
| ١١          | اشعر برغبة قوية تدفعني إلى شراء الأغراض أو الحصول عليها مجاناً بالرغم من عدم وجود استخدام فوري أو ضروري لها | ٢,٠٤            | ١,٠٥              | ٦      |
| ١٦          | سببت لي عاداتي بتخزين الأغراض أو هوس الشراء صعوبات مالية                                                    | ١,٩٣            | ١,١١              | ٧      |
|             | المتوسط العام                                                                                               | ٢,٣٥            | ٠,٦٩              | —      |

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يتضح أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على ملاح انتشار مشكلة التجميع لديهم بمتوسط (٢,٣٥ من ٥)، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الخماسي (من ١,٨١ إلى ٢,٦٠)، وهي الفئة التي تشير إلى خيار "قليل" على أداة الدراسة.

ويتضح من النتائج أن هناك تفاوتاً في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار مشكلة التجميع لديهم، حيث تراوحت متوسطات موافقتهم على ملامح انتشار مشكلة التجميع لديهم ما بين (١,٩٣ إلى ٣,١٤)، وهي متوسطات تقع في الفئتين الثانية والثالثة من فئات المقياس الخماسي، واللذان تشيران إلى ( قليل/ متوسط) على أداة الدراسة، مما يوضح التفاوت في موافقة أفراد عينة الدراسة على ملامح انتشار مشكلة التجميع لديهم، حيث يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة متوسطة على اثنين من ملامح ملامح انتشار مشكلة التجميع لديهم، يتمثلان في العبارتين رقمي (٩، ٢١)، واللذان تم ترتيبهما تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليهما بدرجة متوسطة كالتالي:

(١) جاءت العبارة رقم (٢١)، وهي " أستطيع السيطرة على رغبتني بالحصول على الأغراض بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٣,١٤ من ٥).

(٢) جاءت العبارة رقم (٩)، وهي " أشعر بالضيق أو الانزعاج عندما لا أستطيع الحصول على غرض أريده " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة متوسطة بمتوسط (٣,١٠ من ٥).

كما يتضح من النتائج أن أفراد عينة الدراسة موافقون بدرجة قليلة على خمسة من ملامح انتشار مشكلة التجميع لديهم، تتمثل في العبارات أرقام (٢، ١٤، ١٨، ١١، ١٦)، والتي تم ترتيبها تنازلياً حسب موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة كالتالي:

(١) جاءت العبارة رقم (٢)، وهي " أقوم مراراً بشراء أغراض (أو أخذها مجاناً) حتى وإن لم أكن بحاجة إليها " بالمرتبة الأولى من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٢٥ من ٥).

(٢) جاءت العبارة رقم (١٤)، وهي " أشعر بالضيق والانزعاج من عاداتي بالافتتاء والتجميع " بالمرتبة الثانية من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٢٣ من ٥).

(٣) جاءت العبارة رقم (١٨)، وهي " شعرت مراراً وكأنني مجبر على الحصول على ما أراه من أغراض " بالمرتبة الثالثة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٠٥ من ٥).

(٤) جاءت العبارة رقم (١١)، وهي "أشعر برغبة قوية تدفعني إلى شراء الأغراض أو الحصول عليها مجاناً بالرغم من عدم وجود استخدام فوري أو ضروري لها" بالمرتبة الرابعة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (٢,٠٤ من ٥).

٥) جاءت العبارة رقم (١٦)، وهي " سببت لي عادتي بتخزين الأغراض أو هوس الشراء صعوبات مادية " بالمرتبة الخامسة من حيث موافقة أفراد عينة الدراسة عليها بدرجة قليلة بمتوسط (١,٩٣ من ٥).

السؤال الثاني: هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس على مقياس التجميع القهري؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس استخدم الباحث اختبار "ت": Independent Sample T-Test ، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٦):

جدول (١٦)

نتائج اختبار "ت": " للفروق في متوسطات استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الجنس.

| المحاور                 | الجنس | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة ت | الدلالة |
|-------------------------|-------|-------|---------|-------------------|--------|---------|
| صعوبة التخلص من الأغراض | ذكر   | ٥٠٣   | ٢,٤٦٢٧  | ٠,٧٣٤٥            | ٢,١٥٤  | *٠,٠٣٢  |
|                         | أنثى  | ٣٢٥   | ٢,٣٤٩٩  | ٠,٧٣٧٠            |        |         |
| الفوضى المفرطة          | ذكر   | ٥٠٣   | ٢,٠٠٩   | ٠,٧٥              | ٠,٠٩٧  | ٠,٩٢٣   |
|                         | أنثى  | ٣٢٥   | ٢,١٠    | ٠,٧٣              |        |         |
| التجميع                 | ذكر   | ٥٠٣   | ٢,٣٨    | ٠,٦٨              | ١,٣٢٣  | ٠,١٨٦   |
|                         | أنثى  | ٣٢٥   | ٢,٣١    | ٠,٦٩              |        |         |
| الكلية                  | ذكر   | ٥٠٣   | ٢,٣١١٥  | ٠,٦١١٢            | ١,٣٣١  | ٠,١٨٤   |
|                         | أنثى  | ٣٢٥   | ٢,٢٥٤١  | ٠,٥٩٨٢            |        |         |

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في (الفوضى المفرطة، والتجميع ، والتجميع القهري بصورة عامة) بين الذكور والإناث.

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في (صعوبة التخلص من الأغراض) بين الذكور والإناث لصالح الذكور.

السؤال الثالث: هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير

الفئة العمرية على مقياس التجميع القهري؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر استخدم الباحث "تحليل التباين الأحادي" (One Way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير العمر، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٧):

جدول (١٧)

نتائج " تحليل التباين الأحادي " ( One Way ANOVA ) للفروق في

استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف الفئة العمرية.

| المحاور                 | مصدر التباين   | مجموع مربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | الدلالة الإحصائية |
|-------------------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------|-------------------|
| صعوبة التخلص من الأغراض | بين المجموعات  | ٨,٠٩٦        | ٦            | ١,٣٤٩          | ٢,٥١١  | *٠,٠٢١            |
|                         | داخل المجموعات | ٤٤١,٢٢٦      | ٨٢١          | ٠,٥٣٧          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٤٤٩,٣٢٢      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| الفوضى المفرطة          | بين المجموعات  | ٥,٣٣٨        | ٦            | ٠,٨٩٠          | ١,٦٣١  | ٠,١٣٦             |
|                         | داخل المجموعات | ٤٤٧,٩٥٣      | ٨٢١          | ٠,٥٤٦          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٤٥٣,٢٩١      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| التجميع                 | بين المجموعات  | ٦,٣٣٣        | ٦            | ١,٠٥٥          | ٢,٢٦١  | *٠,٠٣٦            |
|                         | داخل المجموعات | ٣٨٣,٢٢٨      | ٨٢١          | ٠,٤٦٧          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٣٨٩,٥٦١      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| الكلبي                  | بين المجموعات  | ٥,٦٣٠        | ٦            | ٠,٩٣٨          | ٢,٥٨١  | *٠,٠١٧            |
|                         | داخل المجموعات | ٢٩٨,٤٦٩      | ٨٢١          | ٠,٣٦٤          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٣٠٤,٠٩٩      | ٨٢٧          |                |        |                   |

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (الفوضى المفرطة) باختلاف متغير العمر.

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع، والتجميع القهري بصورة عامة) باختلاف متغير العمر، ولتحديد صالح الفروق بين كل عمر على حدة تم استخدام اختبار LSD ، والذي جاءت نتائجه كالتالي كما في الجدول رقم (١٨):

جدول (١٨)

يوضح نتائج اختبار LSD للتحقق من الفروق بين كل فئة على حدة.

| المحور                  | العمر        | العدد | المتوسط الحسابي | ٢٠ - ٢٥ سنة | ٢٦ - ٣٠ سنة | ٣١ - ٤٠ سنة | ٤١ - ٤٥ سنة | ٤٦ - ٥٠ سنة | ٥١ - ٦٩ سنة | ٧٠ سنة فأكثر |
|-------------------------|--------------|-------|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| صعوبة التخلص من الأغراض | ٢٠ - ٢٥ سنة  | ١٨١   | ٢,٥٢٨٨          | -           | *           | *           | **          |             |             |              |
|                         | ٢٦ - ٣٠ سنة  | ١٩٩   | ٢,٤٣١٢          |             | -           |             | *           |             |             |              |
|                         | ٣١ - ٤٠ سنة  | ٢٦٧   | ٢,٣٥٢١          |             |             | -           |             |             | *           |              |
|                         | ٤١ - ٤٥ سنة  | ٨٠    | ٢,٢٢٥٠          |             |             |             | -           |             | **          |              |
|                         | ٤٦ - ٥٠ سنة  | ٤٧    | ٢,٤٦٥٠          |             |             |             |             | -           |             |              |
|                         | ٥١ - ٦٩ سنة  | ٣٤    | ٢,٦٣٠٣          |             |             |             |             |             | -           |              |
|                         | ٧٠ سنة فأكثر | ٢٠    | ٢,٤٧١٤          |             |             |             |             |             |             | -            |
| التجميع                 | ٢٠ - ٢٥ سنة  | ١٨١   | ٢,٤٢٦٢          | -           |             |             | *           |             |             |              |
|                         | ٢٦ - ٣٠ سنة  | ١٩٩   | ٢,٣٥٩٧          |             | -           |             |             |             | *           |              |
|                         | ٣١ - ٤٠ سنة  | ٢٦٧   | ٢,٢٩٨٦          |             |             | -           |             |             | *           |              |
|                         | ٤١ - ٤٥ سنة  | ٨٠    | ٢,٢٠١٨          |             |             |             | -           |             | **          |              |
|                         | ٤٦ - ٥٠ سنة  | ٤٧    | ٢,٤٣٧٧          |             |             |             |             | -           |             |              |
|                         | ٥١ - ٦٩ سنة  | ٣٤    | ٢,٤٠٣٤          |             |             |             |             |             | -           |              |

|   |   |   |    |   |   |        |              |                              |
|---|---|---|----|---|---|--------|--------------|------------------------------|
| - |   |   |    |   |   | ٢,٦٩٢٩ | ٢٠ سنة فأكثر |                              |
|   |   |   | ** | * | - | ٢,٣٨١٦ | ٢٥ - ٢٠ سنة  | التجميع القهري<br>بصورة عامة |
|   |   |   |    |   | - | ٢,٢٨٤٨ | ٣٠ - ٢٦ سنة  |                              |
|   |   |   |    | - |   | ٢,٢٣٣٧ | ٤٠ - ٣١ سنة  |                              |
| * |   | * |    |   |   | ٢,١٣٧٢ | ٤٥ - ٤١ سنة  |                              |
|   |   | - |    |   |   | ٢,٣٨٢٩ | ٥٠ - ٤٦ سنة  |                              |
|   | - |   |    |   |   | ٢,٣٦٤١ | ٥١ - ٦٩ سنة  |                              |
| - |   |   |    |   |   | ٢,٤٨٩٩ | ٧٠ سنة فأكثر |                              |

\* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل

\*\* دالة عند مستوى ٠,٠١ فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٣١ - ٤٠) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة.

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة.

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة

الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٣٠) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٣٠) سنة.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٣١ - ٤٠) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٤٠) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر.

ويتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤٦ - ٥٠) سنة ، ٧٠ سنة فأكثر) حول (التجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤٦ - ٥٠) سنة ، ٧٠ سنة فأكثر).

السؤال الرابع: هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير

الحالة الاجتماعية على مقياس التجميع القهري؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الحالة الاجتماعية استخدم الباحث اختبار "Independent Sample T-Test"، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (١٩):

## جدول (١٩)

نتائج اختبار ت\* للفروق في متوسطات استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الحالة الاجتماعية.

| المحاور                 | الحالة الاجتماعية | العدد | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة ت | الدلالة |
|-------------------------|-------------------|-------|---------|-------------------|--------|---------|
| صعوبة التخلص من الأعراض | متزوج             | ٤٩٣   | ٢,٣٦٦٣  | ٠,٧٣٧٠            | ٢,٤٧٦- | *,٠٠١٣  |
|                         | غير متزوج         | ٣٣٥   | ٢,٤٩٥١  | ٠,٧٣١٧            |        |         |
| الفوضى المفرطة          | متزوج             | ٤٩٣   | ٢,٠٠١٦  | ٠,٧٣٢٩            | ٤,٤٥٥- | **,٠٠٠٠ |
|                         | غير متزوج         | ٣٣٥   | ٢,٢٣٢٥  | ٠,٧٣٠٧            |        |         |
| التجميع                 | متزوج             | ٤٩٣   | ٢,٣٢٥٧  | ٠,٦٨٢٨            | ١,٤١٦- | ٠,١٥٧   |
|                         | غير متزوج         | ٣٣٥   | ٢,٣٩٤٥  | ٠,٦٨٩١            |        |         |
| الكلية                  | متزوج             | ٤٩٣   | ٢,٢٣١٢  | ٠,٦١٨١            | ٣,٣٤٧- | **,٠٠٠١ |
|                         | غير متزوج         | ٣٣٥   | ٢,٣٧٤٠  | ٠,٥٧٩٢            |        |         |

\* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل

\*\* دالة عند مستوى ٠,٠١ فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة المتزوجين وأفراد الدراسة غير المتزوجين حول (صعوبة التخلص من الأعراض، والتجميع).

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة المتزوجين وأفراد الدراسة غير المتزوجين حول (الفوضى المفرطة، والتجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة غير المتزوجين.

السؤال الخامس: هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً

لمتغير المستوى الاقتصادي على مقياس التجميع القهري؟

للتعرف على ما إذا كانت هنالك فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الدخل الشهري استخدم الباحث "تحليل التباين الأحادي" (One Way ANOVA) لتوضيح دلالة الفروق في استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف متغير الدخل الشهري، وجاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي رقم (٢٠):

## الجدول (٢٠)

نتائج " تحليل التباين الأحادي " ( One Way ANOVA ) للفروق في

استجابات أفراد الدراسة طبقاً إلى اختلاف الدخل الشهري.

| المحاور                 | مصدر التباين   | مجموع مربعات | درجات الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | الدلالة الإحصائية |
|-------------------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------|-------------------|
| صعوبة التخلص من الأغراض | بين المجموعات  | ١,٧١٧        | ٣            | ٠,٥٧٢          | ١,٠٥٤  | ٠,٣٦٨             |
|                         | داخل المجموعات | ٤٤٧,٦٠٥      | ٨٢٤          | ٠,٥٤٣          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٤٤٩,٣٢٢      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| الفوضى المفردة          | بين المجموعات  | ٤,٨٢٣        | ٣            | ١,٦٠٨          | ٢,٩٥٤  | ٠,٠٣٢             |
|                         | داخل المجموعات | ٤٤٨,٤٦٩      | ٨٢٤          | ٠,٥٤٤          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٤٥٣,٢٩١      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| التجميع                 | بين المجموعات  | ٠.260        | 3            | ٠,٠٨٧          | ٠,١٨٣  | ٠,٩٠٨             |
|                         | داخل المجموعات | ٣٨٩,٣٠١      | ٨٢٤          | ٠,٤٧٢          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٣٨٩,٥٦١      | ٨٢٧          |                |        |                   |
| الكل                    | بين المجموعات  | ٧٣٥          | ٣            | ٠,٢٤٥          | ٠,٦٦٦  | ٠,٥٧٣             |
|                         | داخل المجموعات | ٣٠٣,٣٦٤      | ٨٢٤          | ٠,٣٦٨          |        |                   |
|                         | المجموع        | ٣٠٤,٠٩٩      | ٨٢٧          |                |        |                   |

\* دالة عند مستوى ٠,٠٥ فأقل

\*\* دالة عند مستوى ٠,٠١ فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع ، والكل) باختلاف متغير الدخل الشهري.

بينما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (الفوضى المفردة) باختلاف متغير الدخل الشهري، ولتحديد صالح الفروق بين كل فئة دخل شهري على حدة تم استخدام اختبار شيفيه، والذي جاءت نتائجه كالتالي كما في الجدول رقم (٢١):

## جدول (٢١)

يوضح نتائج اختبار شيفيه للتحقق من الفروق بين كل فئة دخل شهري على حدة.

| المحور         | الدخل الشهري     | العدد | المتوسط الحسابي | أقل من ٤٠٠٠ ريال | ٤٠٠٠-٨٠٠٠ ريال | ٨٠٠٠-١٢٠٠٠ ريال | ١٢٠٠٠ ريال فأكثر |
|----------------|------------------|-------|-----------------|------------------|----------------|-----------------|------------------|
| الفوضى المفرطة | أقل من ٤٠٠٠ ريال | ٢٨٣   | ٢,١٩٢.٠         | -                |                | «»              | *                |
|                | ٤٠٠٠-٨٠٠٠ ريال   | ١٩٩   | ٢,٠٨٨.٢         |                  | -              |                 |                  |
|                | ٨٠٠٠-١٢٠٠٠ ريال  | ١٩١   | ١,٩٩٨.٨         |                  |                | -               |                  |
|                | ١٢٠٠٠ ريال فأكثر | ١٥٥   | ٢,٠٤٥.٢         |                  |                |                 | -                |

\* دالة عند مستوى ٠.٠٥ فأقل

\*\* دالة عند مستوى ٠.٠١ فأقل

يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال) وأفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي ما بين (٨٠٠٠-١٢٠٠٠ ريال) حول (الفوضى المفرطة) لصالح أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال).

كما يتضح من خلال النتائج الموضحة أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠.٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال) وأفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي ما بين (١٢٠٠٠ ريال فأكثر) حول (الفوضى المفرطة) لصالح أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال).

السؤال السادس: هل هناك أثر دال لك من متغير النوع والفئة العمرية والحالة الاجتماعية والتفاعل بينهما على متغير صعوبة التخلص والفوضى والتجميع؟

وللتحقق من هذا الفرض قام الباحث بتحليل التباين الثلاثي (Three-way Analysis of Variance) لمعرفة دلالة أثر كل من متغير النوع، والفئة العمرية، والحالة الاجتماعية، والتفاعل بين هذه المتغيرات في تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة على الدرجة

الكلية للمقياس ومكوناته الفرعية (صعوبة التلخيص، والفوضى، والتجميع)، وفيما يلي عرض للنتائج، كما هو موضح في الجدول رقم (٢٢):

جدول (٢٢)

يوضح تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والفئة العمرية وتفاعلها على الدرجة الكلية لمقياس التجميع.

| مصدر التباين                      | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة |
|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| العمر                             | ١١٥١,٧٨٥       | ٥           | ٢٣٠,٣٥٧        | ٢,١٥٠  | ٠,٠٤٨         |
| الحالة الاجتماعية                 | ٣٩٨,٢٢٨        | ١           | ٣٩٨,٢٢٨        | ١,٩٨٩  | ٠,١٥٩         |
| النوع                             | ١٢٠٦,٦٢٣       | ١           | ١٢٠٦,٦٢٣       | ٦,٠٢٧  | ٠,٠١٤         |
| العمر * الحالة الاجتماعية         | ١٧٥٢,٥٨٠       | ٥           | ٣٥٠,٥١٦        | ١,٧٥١  | ٠,١٢١         |
| العمر * النوع                     | ١١٨٢,٤٨٧       | ٥           | ٢٣٦,٢٩٧        | ١,١٨١  | ٠,٣١٦         |
| الحالة الاجتماعية * النوع         | ١٠٤٠,٩٦        | ١           | ١٠٤٠,٩٦        | ٠,٥٢٠  | ٠,٤٧١         |
| الحالة الاجتماعية * النوع * العمر | ١٥٤٦,٩٢٧       | ٥           | ٣٠٩,٣٨٥        | ١,٥٤٥  | ٠,١٧٣         |
| المجموع                           | ٢٤٣١١٣٢,٠٠٠    | ٨٢٨         |                |        |               |

\* دالة عند مستوى (٠,٠٥).

يوضح الجدول السابق وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الفئة العمرية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٣,١٥٠)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).

كما يتضح وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (النوع) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٦,٠٢٧)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).

بينما لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات (الحالة الاجتماعية)، والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في المجموع

الكلّي لمقياس التخزين، حيث كانت قيم النسبة الفئوية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

وتعني هذه النتيجة أن النوع والفئة العمرية فقط هما المؤثران فقط في تباين درجات المقياس الكلّي الذي يتضمن، بينما لا يوجد تأثير لدى عينة الدراسة باختلاف متغير: الحالة الاجتماعية، كما لا يوجد تأثير دال للتفاعل المشترك بين هذه المتغيرات، في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في مقياس التجميع القهري.

ولمعرفة دلالة أثر كل من متغير النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، والتفاعل بين هذه المتغيرات في تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة على بُعد صعوبة التخلّص، قام الباحث بتحليل التباين الثلاثي (Three Way Analysis of Variance)، كما هو موضح في الجدول رقم (٢٣):

جدول (٢٣)

يوضح تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والفئة العمرية وتفاعلها على بُعد صعوبة التخلّص.

| مصدر التباين                      | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة |
|-----------------------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| العمر                             | ٢٢٢,٧٣٦        | ٥           | ٦٤,٥٤٧         | ٢,٢٧٩  | ٠,٠٤٥         |
| الحالة الاجتماعية                 | ١٣,٧٨٥         | ١           | ١٣,٧٨٥         | ٠,٤٨٧  | ٠,٤٨٦         |
| النوع                             | ٣٠١,٦٨٣        | ١           | ٣٠١,٦٨٣        | ١٠,٦٥٤ | ٠,٠٠١         |
| العمر * الحالة الاجتماعية         | ٤٥١,٣٧٠        | ٥           | ٩٠,٢٧٦         | ٣,١٨٨  | ٠,٠٠٧         |
| العمر * النوع                     | ٥٦,٥٠٢         | ٥           | ١١,٣٠٠         | ٠,٣٩٩  | ٠,٨٥٠         |
| الحالة الاجتماعية * النوع         | ٧٦,٦١٨         | ١           | ٧٦,٦١٨         | ٢,٧٠٦  | ٠,١٠٠         |
| الحالة * النوع * العمر الاجتماعية | ١٧٤,٦٣١        | ٥           | ٣٤,٩٢٦         | ١,٢٣٣  | ٠,٢٩١         |
| المجموع                           | ٢٦١٦١٥,٠٠٠     | ٨٢٨         |                |        |               |

\* دالة عند مستوى (٠,٠٥).

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١).

يوضح الجدول السابق وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الفئة العمرية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلّص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٢,٢٧٩)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).

كما يتضح وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (النوع) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلّص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (١٠,٦٥٤)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١).

كما يتضح وجود أثر دال إحصائياً للتفاعل المشترك لمتغيري (النوع والحالة الاجتماعية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلّص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٣,١٨٨)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١).

بينما لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغير (الحالة الاجتماعية) والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلّص، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

ولمعرفة دلالة أثر كل من متغير النوع، والعمر، والحالة الاجتماعية، والتفاعل بين هذه المتغيرات في تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة على بُعد الفوضى المفرطة، قام الباحث بتحليل التباين الثلاثي (Three Way Analysis of Variance)، كما هو موضح في الجدول رقم (٢٤):

جدول (٢٤)

يوضح تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والفئة العمرية وتفاعلها على بُعد الفوضى المفرطة.

| مصدر التباين              | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة |
|---------------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| العمر                     | ١٧٢,٤٥٤        | ٥           | ٣٤,٤٩١         | ٠,٧٩٥  | ٠,٥٥٣         |
| الحالة الاجتماعية         | ١٨٨,١٣٦        | ١           | ١٨٨,١٣٦        | ٤,٣٣٨  | ٠,٠٣٨         |
| النوع                     | ٨٤,٩٨٥         | ١           | ٨٤,٩٨٥         | ١,٩٦٠  | ٠,١٦٣         |
| العمر * الحالة الاجتماعية | ٣٠٧,٢٨٧        | ٥           | ٦١,٤٥٧         | ١,٤١٨  | ٠,٢١٥         |
| العمر * النوع             | ٣٠٥,٢٣٧        | ٥           | ٦١,٠٤٧         | ١,٤٠٨  | ٠,٢١٩         |
| الحالة الاجتماعية * النوع | ١٠,٥٥٨         | ١           | ١٠,٥٥٨         | ٠,٢٤٣  | ٠,٦٢٢         |

|       |       |        |     |            |                                      |
|-------|-------|--------|-----|------------|--------------------------------------|
| ٠,٢٦١ | ١,٣٠١ | ٥٦,٤٣٩ | ٥   | ٢٨٢,١٩٧    | الحالة * النوع * العمر<br>الاجتماعية |
|       |       |        | ٨٢٨ | ٣٣١,٨٢,... | المجموع                              |

" دالة عند مستوى (٠,٠٥).

يوضح الجدول السابق وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الحالة الاجتماعية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد الفوضى المفرطة، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٤,٣٣٨)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).

بينما لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات (النوع والفئة العمرية)، والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد الفوضى المفرطة، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

ولمعرفة دلالة أثر كل من متغير النوع، والفئة العمرية، والحالة الاجتماعية، والتفاعل بين هذه المتغيرات في تباين الدرجات التي حصل عليها أفراد عينة الدراسة على بُعد التجميع، قام الباحث بتحليل التباين المتعدد (Three Way Analysis of Variance)، كما هو موضح في الجدول رقم (٢٥):

جدول (٢٥)

يوضح تحليل التباين الثلاثي لتأثير كل من النوع والحالة الاجتماعية والعمر وتفاعلها على بُعد التجميع.

| مصدر التباين              | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | قيمة ف | مستوى الدلالة |
|---------------------------|----------------|-------------|----------------|--------|---------------|
| العمر                     | ٣٨١,٤٦٩        | ٥           | ٧٦,٢٩٤         | ٣,٣٥٥  | ٠,٠٠٥         |
| الحالة الاجتماعية         | ٦,٣٨٤          | ١           | ٦,٣٨٤          | ٠,٢٨١  | ٠,٥٩٦         |
| النوع                     | ٦٦,٤٠١         | ١           | ٦٦,٤٠١         | ٢,٩٢٠  | ٠,٠٨٨         |
| العمر * الحالة الاجتماعية | ١٧٢,٨١٢        | ٥           | ٣٤,٥٦٢         | ١,٥٢٠  | ٠,١٨١         |
| العمر * النوع             | ٢٢٤,٦٣٩        | ٥           | ٤٤,٩٢٨         | ١,٩٧٦  | ٠,٠٨٠         |
| الحالة الاجتماعية * النوع | ٣,٣٢٩          | ١           | ٣,٣٢٩          | ٠,١٤٢  | ٠,٧٠٦         |

|                                      |            |     |        |       |       |
|--------------------------------------|------------|-----|--------|-------|-------|
| الحالة * النوع * العمر<br>الاجتماعية | ١٨٤,١١٢    | ٥   | ٢٦,٨٢٣ | ١,٦١٩ | ٠,١٥٢ |
| المجموع                              | ٢٤٣٨١٩,٠٠٠ | ٨٢٨ |        |       |       |

\*\* دالة عند مستوى (٠,٠١).

يوضح الجدول السابق وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (العمر) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد التجميع، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٣,٣٥٥)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١).

بينما لا يوجد أثر دال إحصائياً لمتغيرات (الحالة الاجتماعية والنوع)، والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد التجميع، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

### مناقشة النتائج

ينص السؤال الأول على "ما نسبة انتشار وسواس التجميع بين أفراد عينة الدراسة؟" ينتشر وسواس التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة بنسبة بلغت (٤٦ %)، وهي نسبة تبين معاناة العينة من وسواس التجميع، وهي نسبة بارزة ومتوسطة وفقاً للمحك التشخيصي بمتوسط حسابي بلغ (٢,٢٨٩٠)، مما يبين معاناة عينة الدراسة من وسواس التجميع القهري، وتبين من النتائج أن أبرز ملامح انتشار وسواس التجميع بين عينة الدراسة تمثلت في انتشار ملامح صعوبة التخلص من الأغراض لديهم بنسبة (٤٨%)، وهي نسبة بارزة ومتوسطة وفقاً للمحك التشخيصي بمتوسط حسابي بلغ (٢,٤١٨٤)، ثم تليها معاناتهم من ملامح ظاهرة التجميع بنسبة (٤٧%)، وهي نسبة بارزة ومتوسطة وفقاً للمحك التشخيصي بمتوسط حسابي بلغ (٢,٣٥)، وأخيراً تأتي معاناتهم من الفوضى المفرطة بنسبة (٤٢%)، وهي نسبة متدنية وفقاً للمحك التشخيصي بمتوسط بلغ (٢,١٠).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة فروست وآخرين Frost et al (٢٠١٣) في جانب انتشار الاضطراب ووجوده في المجتمعات باختلاف الثقافات والمتغيرات المعرفية لكل مجتمع، حيث ترى انتشار الاضطراب بنسبة (٦٠%). وتؤكد دراسة تولين وآخرين Tollin et al (٢٠١٢) بأن السلوك الاندفاعي لدى أفراد العينة ناتج من البعد الأول والثاني، وهما: صعوبة التخلص من الأغراض والتجميع. ويرى الباحث بأن عدم استبصار الأشخاص بمشاكلهم والنظر للأمر بمبالغة عالية من الأهمية، وقلة معرفة الكثيرين حتى المرضى أنفسهم بأعراض اضطراب التجميع القهري، ولو ظهرت واضحة السبب وراء عدم الوصول إلى التشخيص الصحيح.

وتتضح معاناة أفراد عينة الدراسة من صعوبة التخلص من الأغراض باعتبارها عرضاً من أعراض اضطراب التجميع القهري في ما يلي: "يرغبون بالاحتفاظ بممتلكاتهم على الرغم من أنهم قد لا يستخدمونها أبداً"، "يجدون صعوبة في التخلص من الأغراض القديمة أو التي لا يحتاجون لها"، "ورمي ما لا يرغبون فيه من الأغراض يعد في نظرهم أمراً صعباً"، "ويحاولون مراراً الاحتفاظ بأشياء لا يحتاجون إليها رغم عدم امتلاكهم للمساحات الكافية". كما تتضح معاناة أفراد عينة الدراسة من الفوضى المفرطة باعتبارها أحد أعراض التجميع القهري في ما يلي: "يشعرون بالضيق والانزعاج من الفوضى في المنزل الناتجة عن التجميع"، "ويمتلكون العديد من الأغراض التي تسبب لهم الفوضى في المنزل"، "وتؤثر الفوضى على حياتهم الاجتماعية أو المهنية أو اليومية"، "يفصحون عن وجود مساحات بالمنزل تمنعهم الفوضى من استخدامها". كما تتضح معاناة أفراد عينة الدراسة من سلوك التجميع باعتباره أحد أعراض التجميع القهري في ما يلي: "يشعرون بالضيق أو الانزعاج عندما لا يستطيعون الحصول على ما يريدون من أغراض"، "يشعرون بالضيق والانزعاج من عاداتهم في تجميع الأشياء"، "يقومون مراراً بشراء الأغراض أو أخذها مجاناً حتى وإن لم يكونوا في حاجة لها"، "يشعرون وكأنهم مجبرون على الحصول على ما يرونه من أغراض".

وبالنظر إلى الشكل رقم (٤) الذي يعد نموذجاً يُفسر اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري وفقاً للنظرية السلوكية المعرفية استناداً على آراء كل من فروست وستيكيتي Frost and Steketee يفسر الباحث نتيجته، حيث يظهر اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري بصورة متوسطة، وتظهر أعراضه صعوبة التخلص من الأغراض والتجميع، والتي تبرز عند وجود صعوبة في اتخاذ القرار أكثر من عرض الفوضى، والتي تبرز من خلال وجود ضعف في تصنيف وتنظيم الأغراض. وتعد الفوضى الخاصة البارزة في اضطراب التجميع القهري (Frost & Hartl, 1996) والمؤشر في معرفة حدة الاضطراب من عدمه. وتظهر أعراض التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة بصورة متوسطة؛ وذلك يعود إلى قدرة أفراد العينة على تنظيم وتصنيف أغراضهم بصورة جيدة تحد من ظهور الفوضى.

ينص السؤال الثاني على "هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الجنس على مقياس التجميع القهري؟

ومما توصلت إليه دراسة الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في (الفوضى المفرطة، والتجميع، والتجميع القهري بصورة عامة) بين الذكور والإناث. بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في (صعوبة التخلص من الأغراض) بين الذكور والإناث لصالح الذكور.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت له دراسة سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٨)، حيث أشارت إلى أن اضطراب التجميع القهري ينتشر بين الرجال أكثر من النساء، وتؤكد دراسة سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٢) أن الاضطراب ينتشر عند الرجال أكثر من النساء بضعفين. بينما خالفت دراسة مانسفيلد وماركس (Mansfield and Marx ٢٠٠٣) هذا الرأي، حيث ترى أنه ينتشر بين النساء أكثر من الرجال. كما تتفق دراسة الباحث بعدم وجود فروق بين الرجال والنساء في التجميع القهري بصورة عامة، وعرضين آخرين، هما الفوضى المفرطة والتجميع مع دراسة مولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٩) ودراسة فونتيل وآخرين (Fontenelle et al ٢٠٠٤)، حيث أشارت إلى عدم وجود فروق بين الرجال والنساء في انتشار اضطراب التجميع القهري.

ويرى الباحث بأن اختلاف المجتمعات التي أجريت عليها الدراسات والمتغيرات المعرفية لكل مجتمع تلعب دوراً في تبيان النتائج، حيث أجريت دراسة سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٢-٢٠٠٨) ودراسة مانسفيلد وماركس (Mansfield and Marx ٢٠٠٣) على المجتمع الأمريكي، بينما أجريت دراسة مولر وآخرين (Muller et al ٢٠٠٩) على المجتمع الألماني، كما أجريت دراسة فونتيل وآخرين (Fontenelle et al ٢٠٠٤) على المجتمع البرازيلي. كما طبقت دراسة الباحث على المجتمع السعودي.

وبالنظر إلى الشكل رقم (٤) الذي يعد نموذجاً يفسر اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري وفقاً للنظرية السلوكية المعرفية استناداً على آراء كل من فروست وستيكتي (Frost and Steketee) يفسر الباحث ذلك الاختلاف في طبيعة اضطراب التجميع القهري بين الرجال والنساء في صعوبة التخلص من الأغراض إلى مدى درجة الارتباط الوجداني الشديد، والاعتقادات الخاطئة حول قيمة وأهمية الأغراض، والخوف من المستقبل. حيث أوضحت دراسة بنفينو وآخرين (Bienvenu ٢٠٠٨) أن اضطراب التجميع القهري يرتبط عند الذكور بالجنس والدين والعدوان والأفعال المتعلقة بالمراجعة والقلق المعمم، كما يرتبط لدى الإناث بالمخاوف الاجتماعية واضطرابات الشخصية وتشوه الجسد وقضم الأظافر وندف الجلد واضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ينص السؤال الثالث على " هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير العمر على مقياس التجميع القهري؟

مما توصلت إليه دراسة الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (الفوضى المفرطة) باختلاف متغير العمر. بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٣١ - ٤٠) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة

حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٠ - ٢٥) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٣٠) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٣٠) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٣١ - ٤٠) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة حول (صعوبة التخلص من الأغراض) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٥١ - ٦٩) سنة. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٢٦ - ٤٠) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة حول (التجميع) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم (٧٠) سنة فأكثر. وفروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤١ - ٤٥) سنة وأفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤٦ - ٥٠) سنة ، ٧٠ سنة فأكثر) حول (التجميع القهري بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة الذين أعمارهم تتراوح ما بين (٤٦ - ٥٠) سنة ، ٧٠ سنة فأكثر).

وعند العودة لدراسة كل من سامويلز وآخرين (Samuels et al ٢٠٠٢) وفونتيل وآخرين (Fontenelle et al ٢٠٠٤) وفروست وآخرين (Frost et al ٢٠٠٨)؛ نجد أن المرضى الذين يشتكون من التجميع المفرط للأغراض باعتباره أحد أعراض التجميع القهري يسجلون علامات أعلى في الاضطراب، كما أن بداية اضطراب التجميع القهري تظهر لديهم

أبكر من الآخرين، وترى أيضاً أن التجميع المفرط للأعراض يلعب دوراً مهماً في التنبؤ بحدة الاضطراب مستقبلاً.

وغالباً ما يظهر اضطراب التجميع القهري في مرحلة الطفولة والمراهقة، ويستمر مع المريض طوال حياته ما لم يتلقى العلاج المناسب، ولكنه غالباً لا يلاحظ إلا بعد ظهور الأعراض لفترة زمنية طويلة وفي مراحل متقدمة من العمر عندما ما تصبح المشكلة مستفحلة وخارجة عن السيطرة، ويرى الباحث بأن قلة معرفة الكثيرين بأعراض الاضطراب حتى المرضى أنفسهم السبب وراء ذلك. وبحسب نتيجة الباحث فإن اضطراب التجميع القهري تظهر أعراضه في مرحل مبكرة وتنخفض مع مرور الوقت بسبب عوامل قد تكون الأسرة منها أو انشغال الأفراد بأحداث حياتهم بأشياء أخرى، ثم تعاود الظهور بشدة في مراحل العمر المتأخرة. وبالنظر إلى الشكل رقم (٤) الذي يعد نموذجاً يفسر اضطراب التكديس أو الاستحواذ القهري وفقاً للنظرية السلوكية المعرفية استناداً على آراء كل من فروست وستيكتي Frost and Steketee يلاحظ أن وجود خلل في معالجة المعلومات ناتج عن قصور في الذاكرة، والتي قد تتأثر مع تقدم العمر؛ وهذا سبب وراء ظهور أعراض التكديس أو الاستحواذ القهري في جانبين، هما: إقدام مصحوب بارتباط عاطفي بالأعراض، أو تجنب مصحوب بخوف وقلق وحزن ناتج عن خسارة الأعراض أو نسيانها.

ولهذا السبب غالباً ما يلاحظ عند كبار السن بصورة أوضح أكثر من صغار السن، حتى الدراسات قد أثبتت أنه عند سؤال مرضى التجميع القهري الكبار في السن عن وقت ظهوره فإنهم غالباً ما يذكرون بأنهم يقومون بهذه السلوك طوال حياتهم (Frost, 2004). وكما رجحت دراسة مانسفيلد وماركس Mansfield and Marx (٢٠٠٣) ظهور اضطراب التجميع القهري بشكل أوضح لدى كبار السن الذين يعانون من الخرف والهلوسة والضلالات.

ينص السؤال الرابع على "هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية على مقياس التجميع القهري؟

مما توصلت إليه دراسة الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة المتزوجين وأفراد الدراسة غير المتزوجين حول (صعوبة التخلص من الأعراض، والتجميع). بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) فأقل بين أفراد الدراسة المتزوجين وغير المتزوجين حول (القوضى المفرطة، والتجميع بصورة عامة) لصالح أفراد الدراسة غير المتزوجين.

وتتفق دراسة الباحث مع ما جاء في الأدبيات التي أشارت إلى أن مرضى التجميع القهري يميلون إلى البقاء منعزلين عن الآخرين، وغالباً ما يكونون غير متزوجين، كدراسة ستيكتي وآخرين Steketee et al (٢٠٠١)، كما تتفق مع دراسة سامويلز وآخرين Samuels

et al (٢٠٠٢)، والتي أظهرت أن (٣٩%) فقط من أفراد العينة سبق لهم الزواج مقارنة مع بقية أفراد العينة. كما تتعارض نتيجة الدراسة الحالية مع البناني (٢٠١٠)، والتي ترى عدم وجود فروق بين أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

ويفسر الباحث نتيجته بأن الأشخاص غير المتزوجين يميلون للبقاء في معزل عن الآخرين في سبيل البعد عن الضغوط التي تمارس عليهم من أفراد العائلة للحد من سلوك التجميع لديهم، وقد يلجؤون إلى تجميع الأغراض في أماكن خارج المنزل كصندوق السيارة. كما أنهم يشعرون بالخجل من أنفسهم؛ مما يدفعهم إلى الانعزال عن الآخرين؛ وبالتالي تقل فرص الزواج لديهم. ويتمتع الأفراد غير المتزوجين بقدر أكبر من الحرية مقارنة بالمتزوجين؛ مما يفسح المجال لهم في ممارسة طقوسهم دون وجود قيود تمارس عليهم. وبالنظر إلى الشكل رقم (٤) الذي يعد نموذجاً يفسر اضطراب التكديس أو الاستحواد القهري وفقاً للنظرية السلوكية المعرفية استناداً على آراء كل من فروست وستيكتي Frost & Steketee يرى الباحث أن المعتقدات الخاطئة لدى مرضى التكديس أو الاستحواد القهري حول أهمية الكمال، والقلق المستمر من ارتكاب الأخطاء، والشعور بالمسؤولية والتحكم بالأغراض، حيث يعتقد المرضى أن الإمساك بزمام الأمور ضروري فيما يتعلق بأغراضهم. ونتيجة لذلك قد يشعرون بالضيق أو الغضب إذا قام أحدهم باستخدام أغراضهم أو لمسها أو تحريكها؛ لأنهم في الغالب يشعرون بأن هذه الأغراض هي امتداد لاستقلاليتهم بذواتهم عن الآخرين. ويرى الباحث أيضاً أن الدراسات في هذا الجانب قليلة، ويقترح عمل دراسات تتناول الفروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في اضطراب التجميع القهري.

ينص السؤال الخامس على " هل توجد فروق في التجميع القهري بين أفراد عينة

الدراسة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي على مقياس التجميع القهري؟

مما توصلت إليه دراسة الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل في اتجاهات أفراد الدراسة حول (صعوبة التخلص من الأغراض، والتجميع، والتجميع بصورة عامة) باختلاف متغير الدخل الشهري. بينما هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠٥) فأقل بين أفراد الدراسة الذي مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال) وأفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي مرتفع (دخل شهري من ٨٠٠٠ فأكثر) حول (الفوضى المفرطة) لصالح أفراد الدراسة الذين مستواهم الاقتصادي منخفض (دخل شهري أقل من ٤٠٠٠ ريال).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة البناني (٢٠١٠)، والتي أوضحت بأن المستوى الاقتصادي لا يلعب دوراً في ظهور الاضطراب، حيث استنتجت بأن المصابين باضطراب التجميع القهري يقومون بتجميع الأغراض لأسباب تتخطى الأمور المادية. فالمصابون بالتجميع القهري يقومون

بتجميع الأغراض بطرق مختلفة لا ترتبط بالضرورة بتوفر المادة، كتجميع الأغراض المجانية أو التي قام الآخرون برميها، حيث يشعرون بحاجة ملحة للحصول على الغرض حتى وإن لم تكن هناك حاجة إليه. كما أنهم يقومون بتخزين الأغراض لأسباب لا تتعلق بالحفاظ على الموارد أو الشعور بالتهديد الاقتصادي أو الخوف من المستقبل، بل إن سلوكهم هذا قد يسبب الكثير من المتاعب المادية بسبب تكديس الأغراض بطرق يصعب الوصول إليها. ويرى الباحث بأن المعتقدات الخاطئة والمضخمة حول منعي وأهمية الأغراض تولد الاستعداد لدى المصابين بالتجميع القهري على تخطي جميع الصعوبات التي تقف عائقاً دون ممارسة سلوك التجميع القهري.

ينص السؤال السادس على " هل هناك أثر دال لك من متغير النوع والفئة العمرية والحالة الاجتماعية والتفاعل بينهما على متغير صعوبة التخلص والفوضى والتجميع؟

مما توصلت إليه دراسة الباحث وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الفئة العمرية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (3,150)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,05). كما يتضح وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير (النوع) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في الدرجة الكلية، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (6,027)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,05). بينما لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغيرات (الحالة الاجتماعية) والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في المجموع الكلي لمقياس التخزين، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

ولمتغير صعوبة التخلص من الأغراض أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الفئة العمرية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (2,279)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,05). كما يتضح وجود تأثير دال إحصائياً لمتغير (النوع) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (10,654)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01). كما يتضح وجود تأثير دال إحصائياً للتفاعل المشترك لمتغيري (النوع والحالة الاجتماعية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلص، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (3,188)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0,01). بينما لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغير (الحالة الاجتماعية) والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد صعوبة التخلص، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

**ولمتغير الفوضى** أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الحالة الاجتماعية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد الفوضى المفرطة، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٤,٣٣٨)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠٥). بينما لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغيرات (النوع والفئة العمرية) والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد الفوضى المفرطة، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

**ولمتغير التجميع** أظهرت النتائج وجود أثر دال إحصائياً لمتغير (الفئة العمرية) في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد التجميع، حيث كانت قيمة النسبة الفائية (٣,٣٥٥)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (٠,٠١). بينما لا يوجد تأثير دال إحصائياً لمتغيرات (الحالة الاجتماعية والنوع) والتفاعل بين هذه المتغيرات الثلاثة مع بعضها في تباين الدرجات التي حصلت عليها عينة الدراسة في بُعد التجميع، حيث كانت قيم النسبة الفائية الخاصة بكل من هذه التأثيرات غير دالة إحصائياً.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن العمر يؤثر في كل من الدرجة الكلية لمقياس التجميع القهري وإبعاده صعوبة التخلص من الأغراض والتجميع ما عدا بُعد الفوضى، وتتفق النتيجة السابقة مع دراسة مانسفيلد وماركس Mansfield and Marx (٢٠٠٣)، والتي أجريت على عينة من كبار السن ظهرت نتائجها بتأثير العمر في سلوك التجميع وإخفاء الأغراض. كما تتفق مع سامويلز وآخرين Samules et al (٢٠٠٨)، والتي ترى بانتشار الاضطراب بشكل أكبر بين الفئة العمرية (٤٥) فما فوق. ويرى الباحث عند العودة إلى الفروق تبعاً لمتغير العمر، والتي أظهرتها دراسة الباحث أن اضطراب التجميع القهري يظهر لدى عينة الدراسة في مراحل مبكرة بصورة أقل حدة، وتخفض أعراضه مع مرور الوقت؛ بسبب الجهود التنظيمية في التحكم في عملية التجميع من قبل الأسرة أو انشغال الأفراد بأحداث حياتهم بأشياء أخرى. ثم تعود أعراض اضطراب التجميع القهري بالظهور في مراحل العمر المتأخرة؛ وقد يكون مرتبطاً باضطرابات أخرى كالهوس والخرف والضغط النفسية للصدمة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن النوع يؤثر في كل من الدرجة الكلية لمقياس التجميع القهري وبُعد صعوبة التخلص من الأغراض، كما يؤثر التفاعل المشترك بين النوع والحالة الاجتماعية في بُعد صعوبة التخلص من الأغراض، وتتفق النتيجة السابقة مع دراسة سامويلز وآخرين Samules et al (٢٠٠٨)، والتي ترى بأن الاضطراب ينتشر بين الرجال أكثر من النساء، كما تتفق مع دراسة سيكيتي وآخرين Steketee et al (٢٠٠١) مع التفاعل المشترك بين النوع والحالة الاجتماعية، حيث ترى الدراسة ظهور الاضطراب بين الإناث غير المتزوجات. ويرى الباحث بأن الدراسات في هذا الجانب قليلة، حيث أشارت بعض الدراسات بأن الاضطراب

ينتشر لدى الرجال أكثر من النساء، كما وجدت دراسات أخرى ظهور الاضطراب لدى النساء أكثر من الرجال. ويرى الباحث بأن السبب غير واضح في تأثير النوع على اضطراب التجميع القهري.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن الحالة الاجتماعية تؤثر على بعد الفوضى، فعند العودة للفروق تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية نجد أن الفروق لصالح غير المتزوجين على بُعد الفوضى؛ مما يبين لنا أن الفوضى تظهر في حياة غير المتزوجين جراء سلوك التجميع بسبب ما يتمتعون به من حرية في ممارسة سلوكياتهم دون تدخل من قبل الآخرين. ويرى الباحث بأن عدم وجود ضغوطات تمارس للحد من سلوك التجميع لدى الأفراد يساعد على ظهور الفوضى وتفاقم الاضطراب؛ مما يؤثر لاحقاً على أسلوب حياتهم الفوضوي على علاقتهم بالآخرين، بل وقد ينفرد الآخرون من الارتباط بهم، ففي حياة الأفراد غير المتزوجين قد يُفسح المجال لبلوغ الاضطراب حد التطرف الذي يصعب معه العيش.

## توصيات الدراسة

من خلال نتائج الدراسة الحالية، وضع الباحث عدداً من التوصيات التي يمكن إيضاحها في ما يلي:

- ١- تعريف المجتمع السعودي باضطراب التجميع القهري، وذلك من خلال طرح الموضوعات والنقاشات عن طريق وسائل الإعلام المسموعة، والمقروءة، والمرئية، والندوات والمحاضرات العلمية.
- ٢- كما يوصي الباحث القائمين على القياس بإعداد مقاييس محلية للتجميع القهري وترجمة المقاييس الأجنبية.
- ٣- توعية المرضى بأهمية العلاج النفسي، وعدم اللجوء إلى العلاج الدوائي فقط.
- ٤- التأكيد على ضرورة الكشف عنه عند مرضى الاضطرابات النفسية والعقلية كالوسواس القهري والفصام.
- ٥- تصميم أداة تشخيصية لتشخيص اضطراب التجميع القهري في العيادات النفسية.

## دراسات مستقبلية

- ١- إجراء الدراسات للتعرف على العلاقة بين وسواس التجميع القهري والاضطرابات النفسية الأخرى.
- ٢- دراسة المشكلات الأسرية والاقتصادية التي يسببها اضطراب التجميع القهري.

- ٣- العمل على ترجمة وتقنين العديد من مقاييس التجميع القهري على البيئة العربية والسعودية كمقياس تقدير الفوضى بالصور Clutter Image Rating (CI-R) ومقياس الأفكار المتعلقة بالتجميع The Saving Cognition Inventory.
- ٤- دراسة اضطراب التجميع القهري ومعدل انتشاره في المجتمعات العربية.

## قائمة المراجع

قائمة المراجع العربية.

قائمة المراجع الأجنبية

## المراجع العربية

القرآن الكريم.

ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكرم. (١٩٨٥). لسان العرب. القاهرة: دار المعارف.  
أبو علام، رجاء محمود. (٢٠٠٩). مناهج البحث في العلوم النفسية والتربية. القاهرة: دار النشر للجامعات.

أبو هندي، وائل. (٢٠٠٣). الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. (سلسلة عالم المعرفة، العدد ٢٩٣).  
أبو هندي، وائل. (٢٠٠٤). الوسواس القهري بين الدين والطب. القاهرة: النهضة للطباعة والنشر.

البناني، أروى فيصل. (٢٠١٠). التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة إكلينيكية وغير إكلينيكية. (رسالة ماجستير) كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.  
بيك، أرون. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة: عادل مصطفى). القاهرة: الآفاق العربية.

الحاج، فايز محمد علي. (١٩٨٧). الأمراض النفسية. دمشق: المكتب الإسلامي.  
الحبيب، طارق علي. (٢٠١٢). الوسواس القهري مرض نفسي أم أحاديث شيطانية؟ الرياض: دار الحضارة للنشر والتوزيع.

حمودة، محمد عبد الرحمن. (٢٠٠٧). أمراض النفس. القاهرة: حقوق الطبع محفوظة للمؤلف.  
الخالدي، عطا الله فؤاد والعلمي، دلال سعد الدين. (٢٠٠٩). الصحة النفسية وعلاقتها بالتنكيف والتوافق. عمان: دار صفاء.

رشدي، هند. (٢٠١٠). علاج الوسواس القهري بالبرمجة اللغوية العصبية. الجزيرة: العالمية للكتب والنشر.

ريتشارد م، سوين. (١٩٩٤). علم الأمراض النفسية والعقلية. (ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة). الكويت: مكتبة الفلاح.

زهران، حامد عبد السلام. (٢٠٠٥). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: عالم الكتب.  
سعفان، محمد أحمد. (٢٠٠٣). اضطراب الوسواس والأفعال القهرية: الخلفية النظرية والتشخيص والعلاج. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

الطيب، محمد عبد الظاهر. (١٩٧٧). العصاب القهري. طنطا: مكتبة السماح.  
العاسمي، رياض نايل. (٢٠٠٨). برامج الإرشاد النفسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.

عبد الخالق، أحمد محمد. (٢٠٠٢). الوسواس القهري التشخيص والعلاج. جامعة الكويت:  
مجلس النشر العالمي.

عكاشة، أحمد. (٢٠٠٩). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.  
غانم، محمد حسن. (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. القاهرة: مكتبة الأنجلو  
المصرية.

القاسمي، علي. (١٩٩٦). الوسواس والهواجس النفسية. بيروت: دار النبلاء.  
المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD-10. (١٩٩٩). (ترجمة وحدة الطب  
النفسية بكلية الطب النفسي). القاهرة: جامعة القاهرة.

### المراجع الأجنبية

Abramowitz, J. S., Wheaton, M. G., & Storch, E. A. (2008). The status  
of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder.  
*Behaviour Research and Therapy*, 46, 1026-1033.

Arnkoff, D.B., Ricci, H., Glass, C., Crawley, S., Ronquillo, J. &  
Murphy, D. (2006). The Hoarding dimension of OCD:  
Psychological comorbidity and five factor personality model.  
*Behaviour Research and Therapy*, 44, 1503-1512 .

Bienvenu, J., Samuels, J., Pinto, A., Murphy, L., Piacentini, J., Rauch,  
S., & Fyer, R. (2008). Sex specific and correlates of hoarding in  
obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*.  
46, 1040-1046.

Bloch, M. H., Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., &  
Leckman, J.F. (2008). Meta- analysis of the symptom structure of  
obsessive compulsive disorder. *American Journal of  
Psychiatry*. 165, 1532-1542.

Bratnott, C., Schmalisch, C.S., & Steketee, G. (2011). *The hoarding  
handbook*. N.Y.: Oxford University Press.

Brown, A.T., Grisham, J., Brown, T., Liverant, J., & Campbell-sills, L.  
(2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive  
compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 767-779.

Clark, A.N., Mankiker, G.D., & Gray, L. (1975). Diogenes Syndrome: A  
clinical study of gross neglect in old age. *Lancet*, 1, 366-368.

- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 179-194.
- Cormier, K. R., Schmidt, B., & Murphy, D. (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour Research Therapy*, 45, 2581-2592.
- Danet, B., & Katriel, T. (1989). No two alike: play and aesthetics in collecting. *Play and Culture*, 2, 253-277.
- Emmelkamp, P. M. (1982). Phobic and Obsessive-compulsive Disorder. N.Y: Plenum Press.
- Fitch, K. E. (2011). Information Processing Deficits in Nonclinical Compulsive hoarding. *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*, 4448.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.V., Soares, I.D., & Versiani, M. (2004). Patients with obsessive compulsive disorder and hoarding symptoms: A distinctive clinical symptom? *Comprehensive Psychiatry*, 45, 375 –383.
- Freud, S. (1913). *Obsessions and phobias: Their psychical mechanism and their aetiology. in collected paper*, (1948). London: Hogarth
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1998). *Hoarding: clinical aspects and treatment strategies: Practical management*. Mosby Yearbook Medical.
- Frost, R. O., Rosenfield, E., Steketee, G., & Tolin, D. (2013). An examination of excessive acquisition in hoarding disorder. *Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorder*, 2, 338-345.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: A community health problem. *Health and Social Care in the Community*, 8, 229-234.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., Steketee, G., Fitch, K., & Bruns, A. (2009). Excessive acquisition in hoarding. *Journal of Anxiety Disorder*, 23, 632-639.
- Frost, R.O. & Gross, P. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-381.

- Frost, R.O. (2004). *When hoarding causes suffering, working together to address a multifaceted problem*. New York.: Word Service.
- Frost, R.O. & Hartl, T. L. (1996). A cognitive behavioral model of compulsive hoarding. *Behavior Research and Therapy*, 34, 341-350.
- Frost, R.O., Steketee, G. & Grisham, J. (2004) Measurement of compulsive hoarding: Saving Inventory-Revised. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- Frost, R. O., patronek, G., & Rosenfiled, E. (2011). comparison of object and animal hoarding. *Journal of Depression and Anxiety*, 28(10), 885-891.
- Fugen, N., Jerome, B., Jose, A., & Yaryura, T. (2004). *Overcoming compulsive hoarding: Why you save and how you can stop?* Oakland, New Harbinger Publications.
- Grisham, J., & Barlow, D. (2005). Compulsive hoarding: Current research and Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 45-52.
- Grisham, J. R., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H., Tarkoff, A., & Hood, S. (2009). Formation of attachment to possessions in compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorder*, 23, 357-361.
- Grisham, J.R., Frost, R.O., Steketee, G., Kim, H., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 675-686.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and emotional disorder*. N.Y: Guilford press.
- Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Hartl, T. L., Frost, R. O., Allen, G. J., Deckersbach, T., Steketee, G., Duffany, S. R., & Savage, C. R. (2004). Actual and perceived memory deficits in individual with compulsive hoarding. *Depression and Anxiety*, 20, 59-69.

- Hartle, I., Duffany, S.R., Allen, G.J., Steketee, G., Frost, R.O. (2005). Relationships among compulsive hoarding, trauma and attention deficit- hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 269-276.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2008). The quality of the DSM-IV Obsessive-compulsive personality disorder construct as a prototype category. *Journal of Nervous Mental Disease*, 196, 446-455.
- Kevin, W., & Watson, D. (2005). Hoarding and its relation to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 897-921.
- Lack, C. W., Storch, E., Merlo, L., Geffken, G., Jacob, M., Murphy, T., Goodman, W. (2007). Clinical features of children and adolescents with obsessive compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 313-318.
- Laughlin, H. P. (1956). *The neuroses in clinical practice*. London: W.B. Saunders, 394-406.
- Luchian, S. A., McNally, R., & Hooley, J. (2007). Cognitive aspects of non clinical obsessive compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1657-1662.
- Mansfield, J. & Marx, M. (2003). Hoarding behavior in elderly: A comparison between community dwelling Persons and nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 15, 289-309.
- Matix-cols, D., Pretusa, A., & Snowden, J. (2011). Neuropsychological and neural correlates of hoarding: A practice-friendly review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 467-476.
- McHale, K. (2011). *Compulsive hoarding Vs healthy collecting habits*. Webster's Digital Services.
- Muller, A., Muller, U., Albert, P., Mertens, C., Silnermann, A., Mitchell, J., & Zween, M. (2007). Hoarding in compulsive buying sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2754-2763.
- Muller, A., Mitchell, J., Crosby, R., Glaesmer, H., & De zwaan, M. (2009). The prevalence of compulsive hoarding and its

- association with compulsive buying in German population – based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 705 - 709.
- Paul, R., & Munford, Ph.D (2004). *Overcoming compulsive checking*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., Saxena, S., Leckman, J., & Mataix-cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 371-386.
- Pertusa, A., Fullan, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom distinct clinical syndrome or both. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1289-1298.
- Plimpton, E.H., Frost, R.O., Abbey, B.C., & Dorer, W. (2009). Compulsive hoarding in children: Six case studies. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 88-104.
- Reed, G. F, (1985). *Obsessive experience and compulsive behavior: A cognitive-structural approach*. New York: Academic Press.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research Therapy*, 35(9), 793-802.
- Samuels, J., Bienvenu, J., Grados, M., Cullen, B., Riddle, M., Liang, K., Eaton, W., & Nestadt, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding in community based sample. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 836-844.
- Samules, J., Bienvenu, O., Pinto, A., Fyer, A., McCracker, J., Rauch, S., Murphy, D., Grados, M., Grennberg, B., et al. (2007). Hoarding in obsessive-compulsive disorder: Result from the OCD collaborative genetic study. *Behaviour Research Therapy*, 45, 673-686.
- Samules, J., Bienvenu, O., Riddle, M. A., Cullen, B. A., Grados, M.A., & Liang, K.Y. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: Results from a case -control study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 517-528.
- Saxena, S. (2008). Resent Advances in Compulsive hoarding. *Current psychiatry Report*, 10, 297-303.

- Saxena, S., & Maidment, M. (2004). Treatment of compulsive hoarding. *Clinical Psychology, 60*, 1143-1145.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional- compulsive problem: A cognitive behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy, 23*(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Obsessions and Compulsions. In Scott, J., Williams, J. M., Beck, A. T. (Eds). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. N.Y: Routledge.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshow, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research, 89*(3), 229-280
- Steketee, G., & Frost, R. O. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review, 23*, 905-927.
- Steketee, G., & Frost, R.O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 463-479.
- Steketee, G., Frost, R.O., & Kim, M. (2001). Hoarding by elderly people. *Health and Social Work, 26*, 176-184.
- Steketee, G., Sorrentino, C. S., Dierberger, A., DeNobel, D., & Frost, R. O. (2012). Symptoms and history of hoarding in older adults. *Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorder, 1*, 1-7.
- Steketee, G., Wincze, J., & Frost, R. O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research Therapy, 45*, 63-72.
- Timpano, K. R., Rasmussen, J., Exner, C., Rief, W., Norman, B., & Schmidt, N. (2012). Hoarding and multi-faceted construct of impulsivity: A cross-culture investigation. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 363-370
- Timpano, K., Bunkner, J., Richey, A., Murphy, D., Norman, B., & Schmidt, N. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress

- tolerance vulnerability factors for hoarding behavior. *Depression and Anxiety*, 26, 343-353.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale-Interview. *Psychiatry Research*, 178, 147-152.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee., & Fitch, K. (2008). Family burden of compulsive hoarding: results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334-344.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160, 200-211.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). *Buried in treasures: Help for compulsive acquiring, saving and hoarding*. New York: Oxford University Press.
- Van Oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive - compulsive disorder. *Behavior Research Therapy*, 32(1), 79-87.
- Warner, L., & Ostrom, J. (1988). Pack rats. *Psychology today*, 27, 58- 62.
- Wincze, J. P., Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*. 45, 63- 72.
- Winsberg, M. E., Cassic, K. S., & Koran, L. M. (1999). Hoarding in obsessive compulsive disorder: A report of 20 cases. *Journal of clinical psychiatry*, 60, 591-597.
- Zhang, H., Leckman, J. F., Pauls, D. L., Tsai, C.P., Kidd, K.K., Rosario campos, M., and The Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. (2002). Genomewide scan of hoarding in sib pairs in which both sib have Gilles de la tourette syndrome . *American Journal of Human Genetics*, 70, 896- 904.

## الملاحق

ملحق (١): الأداة المسحية من أعداد الباحث.

ملحق (٢): مقياس التجميع القهري للدراسة الاستطلاعية والأساسية.

ملحق (٣): نماذج من المقياس الرقمي للدراسة الأساسية.

ملحق (٤): صور من الأغراض التي يتم تجميعها من قبل أفراد العينة.

ملحق (٥): مراسلات.

ملحق (٦): تقرير المراجعة والتدقيق اللغوي.

## ملحق (١)

أخي الفاضل:

حفظه الله

أما بعد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يهدف الباحث لتحقيق أهداف البحث العلمي حيث يضع بين أيديكم مقياس مسحي للكشف عن مدى انتشار ظاهرة تجميع الأشياء القديمة (التجميع القهري) من إعداد الباحث. و يأمل من سعادتكم التكرم بالإجابة عن جميع فقرات المقياس. علماً بأن جميع إجاباتكم ستحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لإغراض البحث العلمي. شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم و تقديري الكبير لوقتكم الثمين حفظكم الله ورعاكم.

فضلاً حدد فئتك العمرية من الفئات التالية.

٣٠-٢٦ ☐

٢٥-٢٠ ☐

٤٥-٤١ ☐

٤٠-٣١ ☐

٥٠ فأكثر ☐

٥٠-٤٦ ☐

فضلاً حدد الأشياء التي تم تجميعها:

الكتب او الاقلام. ☐

المجلات او الجرائد. ☐

البطاريات و الادوات. ☐

اللوازم المنزلية. ☐

الملابس و الاحذية. ☐

الاوراق او الاكياس البلاستيكية. ☐

اشياء أخرى فضلاً اذكرها. ☐

الطوابع او الصور. ☐

.....

فضلاً حدد إجابتك فيما يلي بوضع علامة ( √ ) في الحقل المناسب لك.

| السؤال                                                            | نعم | لا |
|-------------------------------------------------------------------|-----|----|
| هل تجد نفسك تقتني أشياء معينة يراها الآخرون بأنها بدون قيمة؟      |     |    |
| هل تجد صعوبة أو مهمة مستحيلة للتخلص من الأشياء التي جمعتها؟       |     |    |
| هل هناك مكان خاص داخل أو خارج بيتك للأشياء التي جمعتها؟           |     |    |
| هل تحتاج لإعطاء أوامر خاصة (زوجتك) للتخلص من الأشياء التي جمعتها؟ |     |    |
| هل تجد صعوبة في تنظيم الأشياء التي جمعتها؟                        |     |    |
| هل تكره الآخرين الذي يعثون بأشياءك التي جمعتها؟                   |     |    |

انتهت الأسئلة، نشكر لكم حسن تفهمكم وإجاباتكم بكل رحابة صدر مع تمنياتي لكم بالتوفيق والنجاح في حياتكم العلمية والعملية.

## ملحق (٢)

حفظه الله

أخي/تي الفاضل/ة:

أما بعد

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

يهدف الباحث لتحقيق أهداف البحث العلمي حيث يضع بين أيديكم مقياس مسحي للكشف عن مدى انتشار ظاهرة تجميع الأشياء (التجميع القهري). ويأمل من ساعاتكم التكرم بالإجابة عن جميع فقرات المقياس. علماً بأن جميع إجاباتكم ستحاط بالسرية التامة ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي. شاكرين ومقدرين لكم حسن تعاونكم و تقديرى الكبير لوقتكم الثمين

### استمارة البيانات الأولية

فضلاً حدد الجنس: ☐ ذكر ☐ انثى

فضلاً حدد فئتك العمرية من الفئات التالية:

☐ ٢٥-٢٠ ☐ ٣٠-٢٦ ☐ ٤٠-٣١

☐ ٤٥-٤١ ☐ ٥٠-٤٦ ☐ ٥١-٦٩ ☐ ٧٠ فأكثر

فضلاً حدد المرحلة التعليمية:

☐ الابتدائية ☐ المتوسطة ☐ الثانوية

☐ البكالوريوس ☐ الماجستير ☐ الدكتوراه

فضلاً حدد الحالة الاجتماعية:

☐ متزوج/ة ☐ أعزب

فضلاً حدد الدخل الشهري:

☐ أقل من ٤٠٠٠ ☐ ٤٠٠٠-٨٠٠٠

☐ ٨٠٠٠-١٢٠٠٠ ☐ ١٢٠٠٠ فأكثر

فيما يلي بعض العبارات، والمرجو منك الإجابة عليها كما هو موضح، ليس هناك خطأ أو صواب في الإجابات، ولكن المهم هو أن تعبر عما يصف سلوكك وشعورك بدقة، فضلاً حدد إجابتك فيما يلي بوضع علامة (✓) في الحقل المناسب لك.

| العبارة                                                                                                                                                                    | أبداً | قليل | متوسط | كثير | إلى أقصى حد |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|-------------|
| ١- تمتلئ أماكن المعيشة في المنزل بالفوضى والأغراض (الكراكيب)؟<br>(خذ بعين الاعتبار مقدار الفوضى في المطبخ، غرفة المعيشة، غرفة الطعام، المداخل، غرف النوم، أو أي غرفة أخرى) |       |      |       |      |             |
| ٢- أقوم مراراً بشراء أغراض (أو أخذها مجاناً) حتى وإن لم أكن بحاجة إليها                                                                                                    |       |      |       |      |             |
| ٣- توجد مساحات بالمنزل تمنعني الفوضى من استخدامها                                                                                                                          |       |      |       |      |             |
| ٤- أستطيع السيطرة على رغبتني في الاحتفاظ بممتلكاتي الغير ضرورية أو القديمة                                                                                                 |       |      |       |      |             |
| ٥- توجد مساحات بالمنزل يصعب علي المرور فيها بسهولة بسبب الفوضى (الكراكيب)                                                                                                  |       |      |       |      |             |
| ٦- أجد صعوبة في التخلص من الأغراض القديمة أو التي لا احتاج إليها                                                                                                           |       |      |       |      |             |
| ٧- أشعر بالانزعاج عندما اتخلص من الأغراض القديمة أو التي لا احتاج إليها                                                                                                    |       |      |       |      |             |
| ٨- توجد لدي أغراض كثيرة بحيث تسبب الفوضى في غرفتي (أو غرف المنزل)                                                                                                          |       |      |       |      |             |
| ٩- أشعر بالضيق أو الانزعاج عندما لا أستطيع الحصول على غرض أريده                                                                                                            |       |      |       |      |             |
| ١٠- يؤثر ازدحام منزلي وما به من فوضى على حياتي الاجتماعية أو المهنية أو اليومية (فكر بأشياء لا تقوم بها بسبب وجود فوضى)                                                    |       |      |       |      |             |

|     |                                                                                                                                    |  |  |  |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| ١١- | أشعر برغبة قوية تدفعني إلى شراء الأغراض أو الحصول عليها مجاناً بالرغم من عدم وجود استخدام فوري أو ضروري لها                        |  |  |  |  |
| ١٢- | تسبب لي الفوضى في المنزل الناتجة عن التجميع الضيق والانزعاج                                                                        |  |  |  |  |
| ١٣- | أرغب بالاحتفاظ بممتلكاتي على الرغم من أنني قد لا استخدمها أبداً                                                                    |  |  |  |  |
| ١٤- | أشعر بالضيق و الانزعاج من عاداتي بالاحتفاظ والتجميع                                                                                |  |  |  |  |
| ١٥- | يصعب علي السيطرة على الفوضى بالمنزل                                                                                                |  |  |  |  |
| ١٦- | سببت لي عاداتي بتخزين الأغراض أو هوس الشراء صعوبات مادية                                                                           |  |  |  |  |
| ١٧- | حاولت مرارا تجنب التخلص من الأغراض بسبب شعوري بأن في ذلك إجهاد أو مضیعة للوقت                                                      |  |  |  |  |
| ١٨- | شعرت مرارا وكأنني مجبر على الحصول على ما أراه من أغراض (مثال: عند التسوق أو رؤية عرض مجاني)                                        |  |  |  |  |
| ١٩- | حاولت مرارا الاحتفاظ بأشياء لا أحتاج إليها ولا أملك المساحة الكافية لها                                                            |  |  |  |  |
| ٢٠- | يصعب علي دعوة أحد لزيارتي بالمنزل بسبب وجود الفوضى                                                                                 |  |  |  |  |
| ٢١- | أستطيع السيطرة على رغبتني بالحصول على الأغراض                                                                                      |  |  |  |  |
| ٢٢- | تعيق الفوضى استخدام أجزاء من المنزل للأغراض المخصصة لها (مثال: استخدام الأثاث أو الدواليب، غسيل الأطباق، الطبخ، التنظيف، الخ.....) |  |  |  |  |
| ٢٣- | رمي ما لا أرغب فيه من الأغراض أمر صعب                                                                                              |  |  |  |  |

انتهت الأسئلة، نشكر لكم حسن تفهمكم وإجاباتكم بكل رحابة صدر مع تمنياتي لكم بالتوفيق والنجاح في حياتكم العلمية والعملية.

ملحق (۳)

[illegible]

## البيانات العامة

نموذج (۱)

**جدول حدود سرعة من المقادير التالية :**

|          |     |
|----------|-----|
| 20-25    | ٥٠  |
| 26-30    | ٦٠  |
| 31-40    | ٧٠  |
| 41-45    | ٨٠  |
| 46-50    | ٩٠  |
| 51-60    | ١٠٠ |
| 70 فأكثر | ١٢٠ |

**جدول حدود المرحلة التعليمية :**

|                   |         |
|-------------------|---------|
| الابتدائية        | ٤ سنوات |
| المتوسطة          | ٥ سنوات |
| الثانوية          | ٣ سنوات |
| المهنية أو الفنية | ٣ سنوات |
| التعليم العالي    | ٤ سنوات |

نمودج (۲)

٥:١٤ ٦٠٥٥

فضلا حدد الحالة الاجتماعية:

☐ متزوج/ة

☐ أعزب

فضلا حدد الدخل الشهري:

☐ أقل من 4000

☐ 4000-8000

☐ 8000-12000

☐ 12000 فأكثر

متابعة

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_

المنطقة: \_\_\_\_\_

البلد: \_\_\_\_\_

نموذج (٣)

فيما يلي بعض العبارات، والمرجو منك الإجابة عليها كما هو موضح، ليس هناك خطأ أو صواب في الإجابات، ولكن المهم هو أن تعبر عما يصف سلوكك وشعورك بدقة، وشكرا جزيلًا لتعاونك.

تفضل أماكن المسببة في المترو بالفوضى

والأغراض (الكراكيب) ؟ \*

(قد يسمي الأغراض صندوق أو الصندوق الذي المتواجد في مكان المسبب، قد يسمي الصندوق صندوق أو صندوق المتواجد في مكان المترو أو في غرفة انتظار المترو)

☐ أبداً

☐ قليل

☐ متوسط

☐ كثير

☐ إلى أقصى حد

أقوم مراراً بفناء أغراض (أو أخذها مجاناً) حتى وإن لم أكن بحاجة إليها \*

نموذج (٤)

أشعر بالضيق أو الانزعاج عندما لا أستطيع الحصول على عرض أريفي \*

☐ أبداً

☐ قليل

☐ متوسط

☐ كثير

☐ إلى أقصى حد

يؤثر ارتحام متروكي وما به من فوضى على حياتي الاجتماعية أو المهنية أو اليومية \*

(هذا السؤال لا يقصد به تقييم مدى نظافة المترو)

☐ أبداً

☐ قليل

☐ متوسط

☐ كثير

☐ إلى أقصى حد

نموذج (٥)

٥:١٥ م ٥٩٩٥

ذلك إجهاد أو مضيقته للوقت \*

☐ أبدا  
☐ قليل  
☐ متوسط  
☐ كثير  
☐ إلى أقصى حد

تصفيرت مرارا وكثرتي صحتي على المصروف على ما أراه من  
 الإجهاد \*

(مقابل استخدام الآلات أو السؤالين عيشي الأطباق الطبخ، ...)

☐ أبدا  
☐ قليل  
☐ متوسط  
☐ كثير  
☐ إلى أقصى حد

حاولت مرارا الاحتفاظ بأشياء لا أحتاج إليها ولا أملك المساحة

نموذج (٦)

٥:١٥ م ٥٩٩٥

تصفيرت الفوضى استخدام أجزاء من المترو للأغراض المخصصة لها \*

(مقابل استخدام الآلات أو السؤالين عيشي الأطباق الطبخ، ...)

☐ أبدا  
☐ قليل  
☐ متوسط  
☐ كثير  
☐ إلى أقصى حد

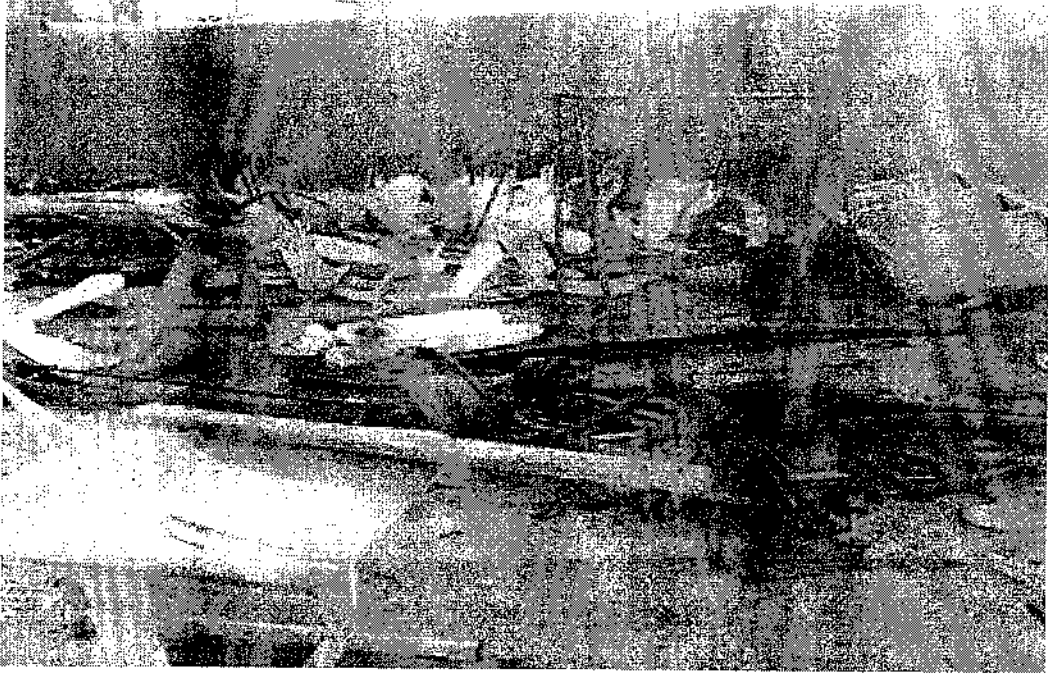
رغم ما لا أرغب فيه من الإجهاد أمر صعب \*

☐ أبدا  
☐ قليل  
☐ متوسط  
☐ كثير  
☐ إلى أقصى حد

نموذج (٧)

#### ملحق (٤)

تم التقاط الصور من قبل الباحث لدى زيارته لمجموعة من أفراد العينة أو عن طريق التواصل بالبريد الإلكتروني.



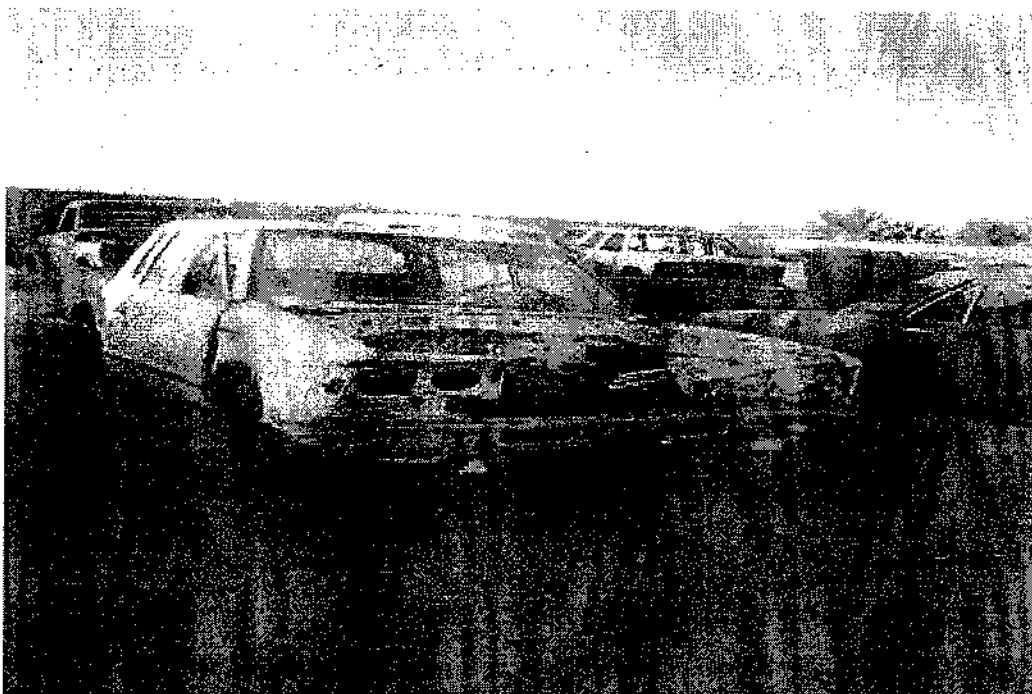
صورة (١)



صورة (٢)



صورة (٣)



صورة (٤)

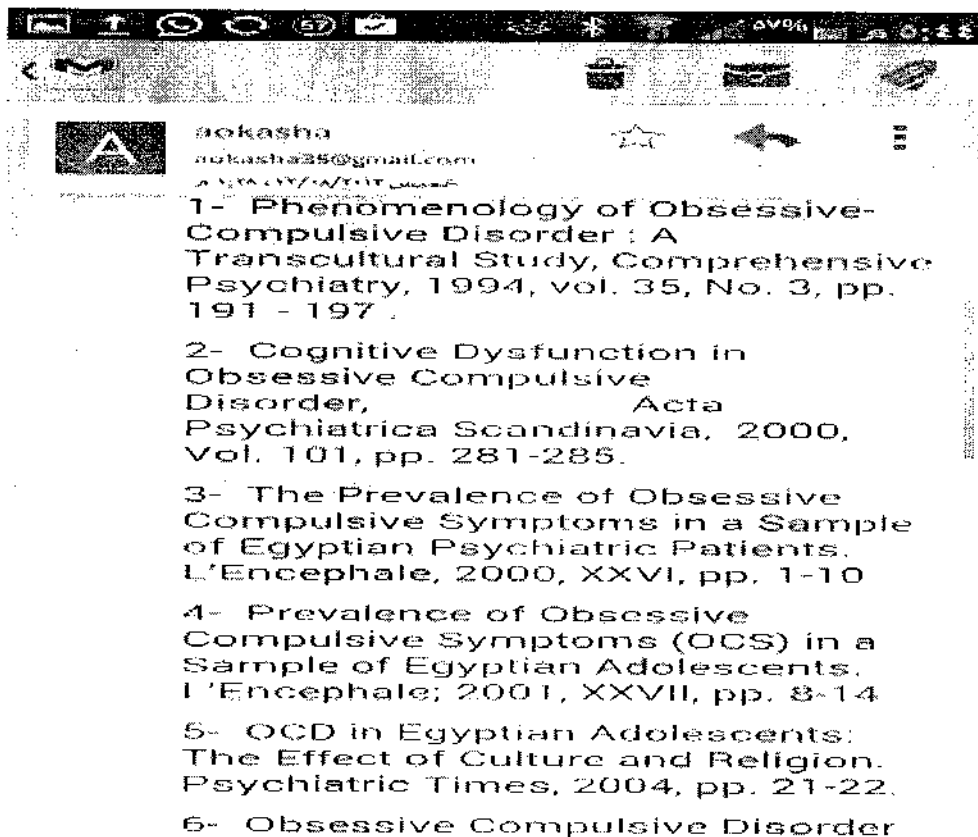
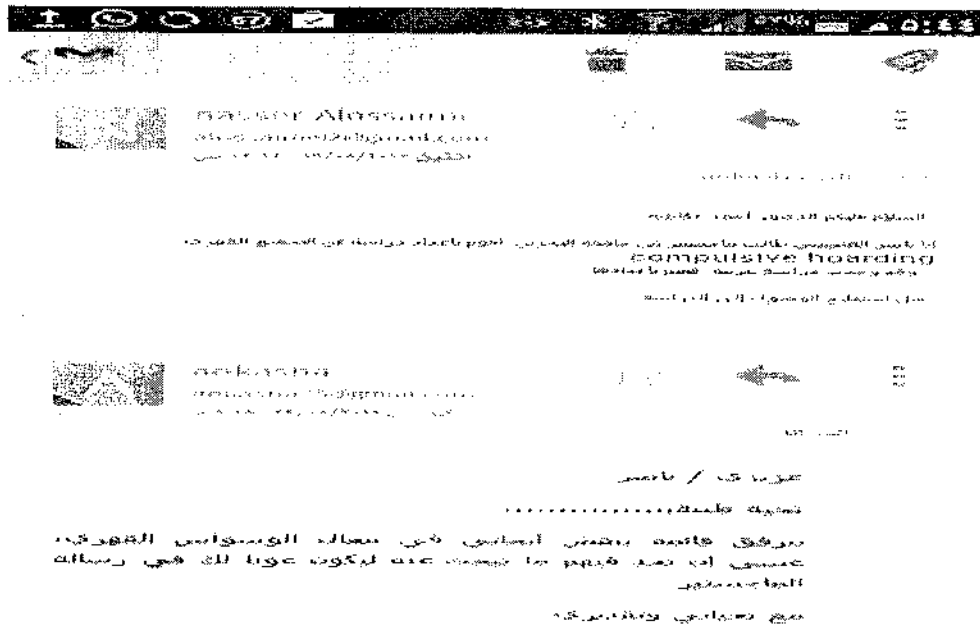


صورة (٥)



صورة (٦)

## ملحق (٥)





ajphapha

ajphapha@ajphapha.com

Psychiatric Times, 2004, pp. 21-22.

6. Obsessive Compulsive Disorder in Different Cultures "An Egyptian Perspective". The Egyptian Journal of Psychiatry, 1991, Vol. 14, No. 1 & 2.

Prof. Ahmed Okasha,  
M.D., Ph.D., F.R.C.P., F.R.C.Psych., F.A.C.P. (Hon.)  
Director of WHO Collaborating Center  
For Research and Training in Mental Health  
Okasha Institute of Psychiatry, Ain Shams University  
President of Egyptian Psychiatric Association  
President of WPA (2002-2005)  
Chairman of WPA Ethics Review Committee  
1, Elhawary Street, Kasr El Nil  
Cairo - Egypt  
Tel: +966 2 2660000, 1, 2, 3, 4, 5, 6  
Fax: +966 2 2660007-2660008  
E-mail: aokasha@ajphapha.com

ajphapha@ajphapha.com

ajphapha@ajphapha.com

## ملحق (٦)

### تقرير المراجعة والتدقيق اللغوي

السيد الفاضل الدكتور المشرف، حضرات السادة الأساتذة المحكمين  
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

قد قمت بمراجعة الرسالة وتدقيقها من الناحية اللغوية والكتابية، وكان ملخص ملاحظاتي كالتالي:

- الخلط بين همزات الوصل والقطع، وتم تصويبها وفق قواعد اللغة العربية، ووفق آخر ما نص عليه مجمع اللغة العربية بالقاهرة.
- بعض الأخطاء المرتبطة بالصياغة، ومناسبة توظيف حروف الجر والظروف.
- بعض الأخطاء الطفيفة في إضافة (أل) التعريف لكلمتي غير وبعض.
- بعض الأخطاء الإعرابية في رفع المنصوب ونصب المرفوع، خاصة مع المثني وجمع المذكر السالم.

وأخيراً أتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من ساهم في إنجاز هذا العمل الرائع الذي تحتاجه الأمة الإسلامية، والمجتمع السعودي خاصة. سائلاً المولى - عز وجل - أن يزيدكم من علمه وفضله وينفع بكم. وأعترف أن ما كان من توفيق فمن الله، وما كان من نقص أو خلل فنمي ومن الشيطان، وأسأل الله الغفور أن يغفر لي؛ فهو ولي ذلك والقادر عليه.

وصلى الله على نبينا محمد

قام بالمراجعة اللغوية الأستاذ عبد العزيز الدوسري، بكالوريوس في اللغة العربية.

ج: ٠٥٤٢٥٣٠١٣٧

almoda8e8@hotmail.com

## Abstract

The current study aimed to identify the prevalence rates of Obsessive Compulsive Hoarding among the sample of study. It is also aimed to find the reasons for the proliferation of obsessive compulsive Hoarding, and to identify the differences in obsessive compulsive Hoarding of the study sample depending on the following variables: Sex, age and socio-economic status. The study applied the descriptive survey, comparative, and predictive design. The sample of the study consisted of (828) members of the Saudi society in Dammam and Al-Khobar (503) males and (325) females. The current study used a survey tool prepared by the researcher and the Saving Inventory-Revised (SI-R) prepared by Frost et al (2004). The statistical methods of means, standard deviations, percentages, T-test, one and three-ways ANOVA and Scheffe test were administered.

The study revealed the following results: obsessive Compulsive Hoarding distributed of (46%) among the study's sample in general. Also the distribution ratio of difficulty, acquisitions and clutter (48%), (47%), and (42%) alternatively. The results showed the following significant differences at the level (0.05) in the difficulty of discarding domain between males and females accounted for males. Moreover, there were statistically significant differences at the level (0.01) between married and unmarried on Obsessive Compulsive Hoarding overall, and the clutter domain accounted for unmarried. In addition, There were statistically significant differences at the level of (0.05) accounted for age 46-50 years and over 70 years in overall and acquisitions domain. However, There were no statistically significant differences at the level (0.05) on difficulty domain between married and unmarried at the Concept discarding of purposes, and Concept acquisitions. While, there were significant differences at the level (0.01) between members of the study who have a low economic level (a monthly income of less than 4,000 SR) and members of the study who their economic standing (8000-12000 SR) on the (excessive clutter) for the members of the study who have a low economic level (a monthly income of less than 4,000 SR). also, The age has effect on both the total score of the scale at the level of significance (0.05), Concept the difficulty of discarding of the purposes domain at the level of significance (0.05), Concept the acquisitions domain at the level of significance (0.01). The results also showed The existence of the effect of the sex on both of the total score of the scale at the level of significance (0.05) Concept the difficulty of discarding of purposes at the level of significance (0.01), And the existence of the effect of marital status on the behavior of the clutter at the level of significance (0.05).

The study recommended the definition of community about compulsive Hoarding disorder through the media , In addition to emphasize the importance early detection and in patients with mental disorders, the study also recommended that organizers The measurement of psychological preparation local standards.

UNIVERSITY OF BAHRAIN

College of Arts



Department of Psychology

# **Compulsive Hoarding Disorder Among a Sample of Saudi Society at Dammam and Al-Khobar Cities: Causes, Diagnosis and Predictions**

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Master's  
Degree in Psychology of Counseling

**Submitted by**  
**Nasser Mossaibeh Alossaimi**

**20104495**

**Supervised by**  
**Dr. Mohamed Hasan Al-Mutawa**  
Associate Professor of Psychology  
University of Bahrain

KINGDOM OF BAHRAIN

April/2014