



**فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف أعراض  
الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة  
الليبية الدولية للعلوم الطبية**

قدمت من قبل:

فاطمة يوسف صالح الوحيشى

تحت إشراف:

د. عبد الله امحمد عريف

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير

في علم النفس

جامعة بنغازي

كلية الآداب

يوليو 2019

Copyright © 2019.All rights reserved, no part of this thesis may be reproduced in any form, electronic or mechanical, including photocopy , recording scanning , or any information , without the permission in writhing from the author or the Directorate of Graduate Studies and Training university of Benghazi .

حقوق الطبع 2019 محفوظة . لا يسمح اخذ اى معلومة من اى جزء من هذه الرسالة على هيئة نسخة الكترونية او ميكانيكية بطريقة التصوير او التسجيل او المسح من دون الحصول على إذن كتابي من المؤلف أو إدارة الدراسات العليا والتدريب جامعة بنغازي



قسم علم النفس

فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس  
القهري لدى عينة من طالبات الجامعة

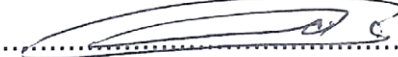
اعداد

فاطمة يوسف صالح الوحيشي

نوقشت هذه الرسالة واجيزت بتاريخ: 2019.7.28 م


تحت اشراف

د. عبدالله امحمد عريف

التوقيع: 

(ممتحنا داخليا)

الدكتور: عبدالكريم سليمان بوسلوم

التوقيع: 

(ممتحنا خارجيا)

الدكتور: أبوبكر مفتاح المنصوري

التوقيع: 

مدير ادارة الدراسات العليا والتدريب بالجامعة

عميد الكلية

أ. د. محمد صالح بوعمود

أ. د. عبدالكريم اجويلى عبدالعالي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ (1) مَلِكِ النَّاسِ (2) إِلَهِ النَّاسِ (3) مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ (4) الَّذِي يُوَسْوِسُ

فِي صُدُورِ النَّاسِ (5) مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ (6)﴾

سورة الناس الآيات (1-6)

## الإهداء

إلى روح من رباني وعلمي وتعلمت منه الصبر  
والعطاء وفارق الحياة الدنيا وصعدت روحه  
الطاهرة إلى السماء . اللهم اجعل مثواه الجنة  
وبرفقة الصديقين والأنبياء .

## والدي

إلى من تحمّلت معي التعب والعناء وأعطتني دون انتظار الثناء . اللهم أطل  
عمرها  
واكسها ثوب الصحة والعافية.

## والدتي

إلى من عرفت معهم الأمل، وكانوا خير أمل لي في حياتي . اللهم سدّد خطاهم.  
أخوتي وأخواتي  
إلى من يساندني ويؤازرني ويشد على يدي.

## زوجي

إلى من أدعو لهم بالتوفيق والعمر المديد وعين الله التي لا تنام ترعاهم.

## أبنائي

إليهم جميعا أهدي هذا الجهد المتواضع

الباحثة

## شكر وتقدير

أبدأ شكري خالصاً لله عز وجل على نعمه وعظيم فضله وعلى هدايته وتوفيقه ومساعدته لي في إنجاز هذه الدراسة المتواضعة، وأرجو من الله (سبحانه وتعالى) أن يجعلها عملاً صالحاً وعلماً نافعاً، وأصلي وأسلم على الحبيب المصطفى (صلى الله عليه وسلم) رحمة للعالمين.

وعملاً بقول النبي صلى الله عليه وسلم: " لا يشكر الله، من لا يشكر الناس"

رواه أبو داود

فإنه من دواعي سروري وعرفاني بالجميل أن أتقدم بخالص شكري وتقديري واحترامي للدكتور الفاضل/ عبدالله امحمد عريف على تكمّره وتفضله بالإشراف على رسالتي المتواضعة هذه وإتاحة الفرصة لي لكي استفيد من خبراته الواسعة، وقد كان لتوجيهاته الأثر الكبير في تطوير مهاراتي البحثية، فهو لم يبخل عليّ طوال فترة الإعداد لهذه الدراسة بوقته وعلمه، فله مني عظيم الشكر والامتنان والاحترام والتقدير. وجزاه الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى الأستاذ الدكتور /علي الرويعي، وإلى الأستاذ الدكتور/ عبد الرحيم البديري الذين تتلمذت على أيديهم ، وإلى رئيس قسم علم النفس بكلية الآداب الدكتور/ مريم البرغثي، وإلى الدكتورة/ عائشة امتوبل، و إلى الدكتورة/ نؤارة العرفي بكلية التربية، وإلى الأستاذ الفاضل / جلال بودبوس أشكرهم جميعاً على تقديم يد العون والمساعدة وجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى عميد الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية الدكتور / محمد سعد الطويل، وإلى الأستاذ/أسامة القربي، وإلى مسجل عام الجامعة الأستاذ/ إبراهيم المغربي على الموافقة على إتمام الدراسة الميدانية بالجامعة، كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى رئيس المكتبة بالجامعة الأستاذة/ حمالة الجربي، لما قدموه من خدمات نذلت الكثير من الصعوبات التي واجهت إنجاز الدراسة. كما لا يفوتني أن أتوجه بالشكر الجزيل للطالبات أفراد عينة الدراسة،

اللواتي كان لتعاونهن الفضل في تحقيق أهداف الدراسة، أشكرهم جميعاً وجزاهم الله عني خير الجزاء.

كما أتقدم بخالص شكري وتقديري إلى صديقتي بقسم علم النفس بمستشفى الأمراض النفسية الهواري وإلى الدكتورة/ حميدة العريبي، وإلى الدكتور/ منصور فرج الحوتى على تزويده لي ببعض المراجع الأجنبية، والأستاذة/ نعيمة الشكري، والأستاذة/ نجلاء الصغير.

وأخيراً أتوجه بخالص شكري وامتناني لكل من ساعدني وشجعني وشاركني من قريب أو من بعيد ولو بالدعاء في أثناء فترة إعدادي للدراسة وجزاهم الله عني خير الجزاء.

**الباحثة**

## قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع	م
ب	صفحة حقوق الطبع .....	-
ج	صفحة التوقيعات.....	-
د	الآية القرآنية.....	-
هـ	الإهداء.....	-
و	شكر وتقدير .....	-
ح	قائمة المحتويات .....	-
ل	قائمة الجداول.....	-
م	قائمة الصور .....	-
ن	قائمة الملاحق .....	-
ع	مستخلص الدراسة.....	-
<b>الفصل الأول: مقدمة الدراسة</b>		
2	مشكلة الدراسة .....	1.1
13	أهمية الدراسة .....	2.1
15	أهداف الدراسة.....	3.1
15	الفروض.....	4.1
15	تحديد مصطلحات الدراسة إجرائياً.....	5.1



17	.....حدود الدراسة.....	6.1
	<b>الفصل الثاني: الخلفية النظرية</b>	
19	.....المبحث الأول: اضطراب الوسواس القهري.....	-
20	.....تمهيد.....	1.1.2
20	.....نبذة تاريخية.....	2.1.2
23	.....ماهية اضطراب الوسواس القهري.....	3.1.2
30	.....العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية.....	4.1.2
35	.....النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري.....	5.1.2
47	.....أسباب اضطراب الوسواس القهري.....	6.1.2
59	.....أعراض اضطراب الوسواس القهري.....	7.1.2
68	.....الفروق في الوسواس بين الأسوياء والمرضى.....	8.1.2
71	.....سمات الشخصية الو سواسية.....	9.1.2
74	.....محكّات معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري.....	10.1.2
79	.....مآل الاضطراب.....	11.1.2
82	.....المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي.....	-
83	.....تمهيد.....	1.2.2
83	.....نبذة تاريخية.....	2.2.2
85	.....ماهية العلاج المعرفي السلوكي.....	3.2.2

90	أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي .....	4.2.2
91	أساليب العلاج المعرفي السلوكي .....	5.2.2
91	دور العلاج المعرفي السلوكي في تفسير الوسواس القهري .....	6.2.2
97	تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي .....	7.2.2
<b>الفصل الثالث: الدراسات السابقة</b>		
129	تمهيد .....	1.3
129	الدراسات العربية .....	2.3
132	الدراسات الأجنبية .....	3.3
134	نقاش الدراسات السابقة .....	4.3
<b>الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية</b>		
138	تمهيد .....	1.4
138	منهج الدراسة .....	2.4
139	مجتمع الدراسة .....	3.4
140	عينة الدراسة .....	4.4
143	وصف أدوات الدراسة واستطلاعها .....	5.4
158	الأساليب الإحصائية المستخدمة بالدراسة .....	6.4
<b>الفصل الخامس : نتائج الدراسة وتفسيرها</b>		
160	تمهيد .....	1.5

160	..... عرض النتائج وتحليلها	2.5
164	..... نقاش النتائج وتفسيرها	3.5
172	..... توصيات الدراسة	4.5
173	..... مقترحات الدراسة	5.5
175	..... المراجع	-
199	..... الملاحق	-
	المخلص باللغة الانجليزية	-

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجداول	الصفحة
(1)	التصميم التجريبي .....	139
(2)	توزيع الطالبات حسب التخصصات الطبية والسنوات الدراسية.....	140
(3)	توزيع المجموعتين التجريبية والضابطة حسب التخصصات الطبية.....	141
(4)	الختبار التائي للفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب متغير العمر والذكاء والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي .....	142
(5)	الاختبار التائي للفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي للمقياس الوسواس القهري.....	142
(6)	الصدق التلازمي للمقياس الوسواس القهري .....	148
(7)	معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للمقياس الوسواس القهري قبل وبعد الحذف .....	149
(8)	معامل ثبات التجزئة النصفية .....	150
(9)	دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري (ن=30) .....	161
(10)	دلالة الفروق بين متوسطي درجات الوسواس القهري لأفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي(ن=15) .....	162
(11)	دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية للقياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوسواس القهري(ن=15) .....	163

## قائمة الصور

الصفحة	اسم الصورة	رقم الصورة
34	.....العلاقة بين الوسوس والأفعال القهرية.....	(1)
61	.....طقوس التأكد والفحص.....	(2)
62	.....طقوس النظافة.....	(3)
66	.....قضم الأظافر.....	(4)
67	.....نتف الشعر.....	(5)
68	.....السحج العصبى أو كشط الجلد.....	(6)

## قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
200	..... خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية	(1)
201	..... خصائص العينة الاستطلاعية للمقياس الوسواس القهري	(2)
203	..... مقياس الوسواس القهري في صورته الأولية	(3)
207	..... مقياس الوسواس القهري في صورته النهائية	(4)
210	..... مفتاح التصحيح لمقياس الوسواس القهري	(5)
211	..... معامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية قبل و بعد الحذف...	(6)
212	..... استمارة جمع بيانات عامة عن الطالبة	(7)
210	..... مقياس المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي	(8)
221	..... برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض الوسواس القهري.....	(9)
254	..... لجنة التحكم للبرنامج السلوكي	(10)
255	..... قواعد الجلسة العلاجية	(11)
256	..... استمارة التقييم الخاصة بالباحثة لكل جلسة	(12)
257	..... الواجب المنزلي للجلسة الثانية (الوسواس القهري ومسبباته )	(13)
259	..... الواجب المنزلي للجلسة الثالثة (حل المشكلات)	(14)
261	..... ميزان التقدير الذاتي الشخصي لأفراد المجموعة التجريبية.....	(15)
262	..... الواجب المنزلي وفق الافكار (الجلسة الرابعة)	(16)
264	..... ورقة سجل الافكار من إعداد الباحثة.....	(17)
265	..... تحدي الافكار التسلطية ( الجلسة الخامسة )	(18)

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
266	..... الواجب المنزلي (المراقبة الذاتية ) الجلسة السادسة	(19)
267	..... نموذج المراقبة الذاتية من إعداد الباحثة	(20)
268	..... نموذج معرفة الذات	(21)
269	..... إعادة البناء المعرفي (الجلسة السابعة) الواجب المنزلي	(22)
271	..... الجلسة الثامنة (التعليمات الذاتية) الواجب المنزلي	(23)
273	..... الجلسة التاسعة (التطمين التدريجي) الواجب المنزلي	(24)
274	..... الواجب المنزلي للجلسة العاشرة (التعرض ومنع الاستجابة)	(25)
	الواجب المنزلي (حل المشكلات وفق الافكار وتحدي الافكار) الجلسة	(26)
275	..... الحادية عشر	
	الواجب المنزلي (حل المشكلات وإعادة البناء المعرفي والتعليمات الذاتية)	(27)
277	..... الجلسة الثانية عشر	

فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف أعراض الوسواس القهري لدى

عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية

قدمت من قبل:

فاطمة يوسف صالح الوحيشى

تحت إشراف:

د. عبد الله امحمد عريف

مستخلص الدراسة

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي؛ لخفض

أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في

مدينة بنغازي للعام الدراسي (2017 - 2018).

تكون مجتمع الدراسة من ( 518 ) طالبة وتراوح أعمارهن بين ( 19 - 26 ) سنة،

وتم اختيار عينة الدراسة الأساسية ( ن = 30 ) من الطالبات اللواتي تحصلن على درجات

أعلى من المتوسط ( 79.33 ) بانحراف معياري واحد ( 14.75 ) ، بعد ترتيب عينة الدراسة

الاستطلاعية (ن= 160 ) تنازلياً على مقياس الوسواس القهري ، وبعد الحصول على موافقة

عينة الدراسة الأساسية للمشاركة في الدراسة التجريبية ، استخدمت المزاوجة العشوائية لتوزيع

عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعة تجريبية ( ن = 15 ) ومجموعة ضابطة ( ن = 15)، تم



التحقق من تكافؤ المجموعة التجريبية والضابطة في متغير العمر والذكاء والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي والقياس القبلي.

واستخدم في الدراسة برنامج إرشادي معرفي سلوكي جماعي من إعداد ( الباحثة ) كمتغير مستقل، ومقياس الوسواس القهري من إعداد كل من د. عبدالله عريف، وفاطمة الوحيشي كمتغير تابع.

وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس المتمثلة في الصدق والثبات تم إجراء بعض الدراسات استطلاعية على عدد من العينات تم اختيارهن من الكليات الطبية جامعة بنغازي ، والجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية ، وتم حساب صدق الفقرات والصدق التلازمي بين مقياس الوسواس القهري والمقياس العربي للوسواس القهري إعداد أحمد عبد الخالق(1992 ) وثبات ألفا كرونباخ ، وثبات التجزئة النصفية ، وكانت معاملات الصدق والثبات مناسبة لأهداف الدراسة .

وللتحقق من صلاحية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي وملاءمته لأهداف الدراسة ، تم عرضه على ( 5 ) من الأساتذة المحكمين ، وإجراء دراسة استطلاعية ( ن = 7 ) غير العينة الأساسية ، وتم إجراء التعديلات على البرنامج الإرشادي وإعداده في صورته النهائية. اعتمد البرنامج الإرشادي على التقنيات التالية : المحاضرة والمناقشة ، وقف الأفكار، وتحدي الأفكار، حل المشكلات، المراقبة الذاتية، والتطمين التدريجي، إعادة البناء المعرفي، التعليمات الذاتية، الاسترخاء، والتعرض، ومنع الاستجابة، الواجبات المنزلية خلال "15" جلسة تراوح زمن كل منها بين 90 - 120 دقيقة ، وفق أهداف كل جلسة . واستغرق تطبيق البرنامج الإرشادي خمسة أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً .

ومن اختبار نتائج فروض الدراسة اتضح أنه .:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري عند دلالة إحصائية 0.01 ، لصالح المجموعة التجريبية .

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري عند دلالة إحصائية 0.01 ، لصالح القياس البعدي .

3- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي بعد مرور شهر من نهاية الدراسة الأساسية.

وقد تم تفسير نتائج الدراسة في ضوء الخليفة النظرية والدراسات السابقة واستنتاجات الباحثة، واتضحت فعالية برنامج الإرشاد الجماعي المعرفي السلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري لدى طالبات الجامعة، وبناء على ما توصلت إليه الدراسة تم تقديم التوصيات والدراسات المقترحة.

## الفصل الأول

### مشكلة الدراسة وأهميتها

1.1 - مشكلة الدراسة.

2.1 - أهمية الدراسة.

3.1 - أهداف الدراسة.

4.1 - الفروض.

5.1 - تحديد مصطلحات الدراسة.

6.1 - حدود الدراسة.

## 1.1 - مشكلة الدراسة:

إن الإنسان في سبيل تكيفه مع البيئة بظروفها المتغيرة يعايش أنواعاً مختلفة من الصراع النفسي حتى ينتهي به المطاف إلى إخضاع البيئة له أو الخضوع لها، وهذا الأمر يظهر بأسط مظاهره في الحياة اليومية، إلا إذا استفحل الأمر نتيجة تعرض الفرد لضغوطات متتالية ومستمرة يمكن أن تتحول إلى أنواع من الانحرافات والاضطرابات النفسية (العباس، 2016).

وتعدّ الصحة النفسية والعقلية كالصحة الجسدية عرضة للتوعك والمرض، فكثير من الناس عندما تزداد شدة قلقهم إلى حد ما أو مخاوفهم كالخوف من الموت أو المرض تنتابهم هواجس النظافة أو ممارسة طقوس قهرية متكررة، فإنهم يقعون فريسة المرض خاصة عندما تؤثر هذه الأفكار والسلوكيات في ميادين مختلفة من حياة الشخص، كالعمل والدراسة الأكاديمية والعلاقات العائلية والاجتماعية (السقا، 2014).

ولقد شهدت العقود الأخيرة تزايداً ملحوظاً في نسب انتشار العديد من الاضطرابات النفسية والتي تؤثر بالسلب على حياة الشخص بالإضافة إلى أسرته، ومن هذه الاضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق، الرهاب، (الفوبيا)، والوسواس القهري (عبدالهادي، 2012).

ويعتبر اضطراب الوسواس القهري أحد أشكال اضطرابات القلق والتي يشترك معها في الأعراض، فدرجة قليلة من القلق تعمل على زيادة اليقظة والانتباه والتحسين في أداء الفرد، ولكن إذا تجاوز القلق حداً معيناً فإن أداء الفرد سوف ينخفض، وبالتالي يعوق إنجازته، ويصبح اهتمامه فقط في الأفكار الوسواسية وممارسة الطقوس. وتشير نتائج الدراسة التي أجراها Foa and kozak إلى أن الغالبية العظمى من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية تصل إلى أكثر من 90 % وأن 10 % فقط تظهر لديهم وساوس دون وجود أفعال قهرية (David, 2004).

ويعدّ اضطراب الوسواس القهري من الاضطرابات المزعجة والمعطلة للإنسان في علاقته مع الآخرين، وتؤثر على الإنتاج في الحياة العملية للفرد بالإضافة إلى التأثيرات النفسية العديدة (أبوهندى، 2003). ويحتل الوسواس القهري المرتبة الرابعة بين أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً تحت المصطلح التقليدي (عصاب الوسواس القهري)، وهو أحد اضطرابات القلق المتعددة وتبين الدراسات الحديثة أن هذا الاضطراب شائع على نطاق واسع أكثر نسبياً، مما كان يعتقد. وهناك تقارير تشير إلى أن انتشاره على امتداد العمر يصل إلى 3% لدى مجموع السكان (دى سيلفا، 2000).

التقارير الواردة في وزارة الصحة البريطانية (2007) تؤكد أن اضطراب الوسواس القهري، ينتشر بمعدل 2% من إجمالي السكان، وتظهر أعراضه مبكرة، وغالبا ما تكون في نهاية الطفولة المتأخرة أو بداية المراهقة. كما تشير تقارير دليل مركز التعاون الدولي للصحة النفسية (2006) إلى أن هذا الاضطراب لا يعرف حدوداً عرقية أو اقتصادية أو جغرافية. وقد يرجع ظهوره بنسب متساوية في جميع الأعمار إلى أن معظم الراشدين الذين يعانون هذا الاضطراب تبدأ معاناتهم منذ مرحلة الطفولة، وأيضاً تتشابه الأعراض المرضية لدى الأطفال والمراهقين والراشدين (عبد الهادي، 2012).

وفي الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي توصلت دراسة عكاشة وآخرين إلى توضيح النسب المئوية للفئات المرضية في عينتين خضعتا للدراسة أحدهما مصرية والأخرى ليبية، حيث بلغت العينة المصرية ألف مريض، وبلغت العينة الليبية 4572 مريضاً. أشارت النتائج إلى أن النسبة المئوية للوسواس القهري للعينة المصرية 2.60% والعينة الليبية 1.20% (طه، 2010: 475). وتشير بعض الأبحاث والدراسات إلى وجود تسعة ملايين عربي على الأقل يعانون اضطراب الوسواس القهري (أبوهندى، 2003).

تشير بعض الدراسات أن معدل انتشار أعراض اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعات والمدارس الثانوية 3.75% بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائية في اتجاه شيوع الاضطراب لدى طلبة وطالبات المرحلة الثانوية (محمد، 2006). وفي دراسة للجاف عام 2010 (وفي عبدالعزيز، 2015) علي عينة من طلبة الجامعات تبين أن انتشار الشخصية الوسواسية القهرية تصل إلي 8% بين طلاب الجامعة. وأن نسبة 50% من المرضى بدأت أعراضهم قبل الرابعة والعشرين من العمر (توفيق ، 2000). وقد يكون انتشاره أكثر في بعض المجتمعات مقارنة بمجتمعات أخرى، حيث تؤدي العوامل الثقافية والتربوية واختلافها بين المجتمعات دورها في تفسير الاختلاف (عبد الهادي، 2012).

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية في مارس 2013 م على عينة من طلبة جامعة بنغازي، وذلك بتطبيق مقياس اضطراب الوسواس القهري (من إعداد آمال باظة) على 50 طالباً وطالبة من كلية القانون، و 50 طالباً وطالبة من كلية الآداب بقسمي التاريخ والجغرافيا وقد لاحظت الباحثة ارتفاعاً في درجة المقياس لدى بعض أفراد العينة.

وقد لوحظ تسبب هذا الاضطراب في كثير من المشكلات الاجتماعية والمهنية، إذ يؤدي اضطراب الوسواس القهري إلى مزيد من تدهور العلاقات التفاعلية وإعاقة وظائف الفرد الاجتماعية والأسرية، مما قد يترتب عليه مشكلات اجتماعية كالطلاق، يضاف إلى المشكلات الأسرية التي يثيرها هذا الاضطراب (عبدالخالق، 2002). وقد صنفت منظمة الصحة العالمية الوسواس القهري من أعلى 20% من الاضطرابات النفسية المسببة للإعاقات المرضية عالمياً، للأفراد ما بين سن 15، 44 عاماً (محسن، 2016).

ولا يقتصر تأثير الاضطراب على أبناء المرضى فقط بل يمتد إلى الأسرة بأكملها والمحيطين بالمريض، ويدعم ذلك ما توصلت إليه بعض الدراسات من انخفاض جودة الحياة لدى أسر مرضى الوسواس القهري (يحيى،2012).

كما يحدث اضطراب الوسواس القهري التوتر والاكتئاب، ويؤثر في حياة الفرد الاجتماعية وعلاقاته مع الآخرين، وفي أغلب الحالات يدرك الأفراد أن وساوسهم هي وليدة أفكارهم، وأن الأعمال القهرية التي يقومون بها هي أعمال مبالغ فيها وزائدة وغير منطقية، ولكن في حالات قليلة لا يدرك الفرد ذو اضطراب الوسواس القهري أن أفكاره وأعماله غير عقلانية. وعندئذ يسمى هذا المرض بالوسواس القهري المصحوب بضعف البصيرة (David,2004)

وتتجلى أهمية دراسة اضطراب الوسواس القهري أيضا تبين من ارتباطه ببعض مظاهر سوء التوافق كاضطراب مفهوم الذات، ونقص جودة الحياة، وتوصلت بعض الدراسات إلى معاناة 50% من مرضى الوسواس القهري من الكرب الزوجي (نجز،فوا، 2002). وغالبا ما يُعدّ الوسواس القهري حالة مزمنة، وأنه يعوق بشكل كبير مختلف مجالات حياة الفرد بما في ذلك الحياة الاجتماعية والعاطفية والجسدية (Sharbati and Gupta,2014).

تؤكد بعض الأدبيات على تباين مستويات الوسواس القهري، وبذلك يعدّ الوسواس القهري مصدراً أساسياً لكل من المخاوف والاكتئاب، وقد يؤدي في الحالات الشديدة إلى شلل بشكل تام، ومن الممكن أن يعوق توافق الفرد مع من حوله، ويجعله لا يعيش حياته بشكل طبيعي ويقيد في مجاله الحيوي، ويحصره في نطاق ضيق (الحجار،1998). وهذا ما استنتجته الباحثة من خلال الاطلاع على الكتب والدراسات ذات العلاقة بالوسواس القهري يصاحبه العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية، كدراسة (عبدالخالق،والنيال1990)ومن أمثلة ذلك وجود ارتباط دال بين الوسواس القهري والمخاوف والاكتئاب.

أما دراسة ميلر 2006 ودراسة نوتون ودافين Norton & Daffin,2005 (في عبد العزيز،2015) تؤكد على وجود ارتباط دال بين الوسواس القهري والاكتئاب النفسي، وتبين أن المصابين بالوسواس القهري يعانون من نقص المتعة، وسوء توافق نفسي، ومشكلات عائلية، ومشكلات في الحفاظ على العلاقات العاطفية للفرد في التعبير عن مشاعره. والحالات الشديدة من الوسواس والكآبة قد تقود إلى أفكار ومحاولات انتحارية ( مصطفى،1994).

ويعدّ وجود الوسواس القهري دليلاً على وجود صراع نفسي داخلي لدى العصابي قد اعتبره البعض من أمثال بيرجان من الذهان العصبي، وذهب البعض الآخر بأنه يعاني من حالة انفصام حاد في داخله، فيسعى إلى إزالة مظاهر الصراع النفسي وتهدئة نفسه والسيطرة عليها (القائمي،1996).

وهناك من يدرج هذا الاضطراب تحت مظلة اضطرابات الإجهاد انطلاقاً من أن الوسواس القهري ينتج كاستجابة فطرية عن الإجهاد في سبيل جهود الفرد للسيطرة على بيئته التي لا يمكن التنبؤ بها. (العباس،2016). كما توجد عدة تصنيفات لاضطرابات الوسواس القهري، وتختلف كثير من الآراء حول طبيعة المرض، حيث يرى بعض من العلماء أنه مرحلة وسطى بين العصاب والذهان، وآخرون يصفونه بأنه سرطان العصاب ، بينما يرى آخرون أنه يندرج مع الذهان نظراً لأن بعض حالات الوسواس القهري تتحول أحياناً إلى أمراض ذهانية، بل ويذهب بعض ثالث بآرائه ليقول إنه عملية دفاعية ضد الذهان (عكاشة،طارق،2010؛ الروبيعي،2010). ولذلك اعتبر اضطراب الوسواس القهري لعدة عقود اضطراباً مزمنًا وعنيديًا ومقاوماً للعلاج، بل وعدّ من أعقد الاضطرابات النفسية (رجز ،فوا ،2002).

ويرى مصطفى(1994) اضطراب الوسواس القهري شكلاً من أشكال الذهان، وهو عبارة عن أفكار مسيطرة ذات طبيعة ملحة ومتكررة، تصاحب غالباً حالات من الضعف والإجبار،



وهذا يعني رغبة جامحة لدى الفرد، ولا يمكن السيطرة عليها، وتقوده للقيام ببعض الأعمال الطقوسية.

والأشخاص الذين يعانون هذا الاضطراب الوسواسي يحاولون غالباً تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار والسلوكيات المتسلطة من خلال تكرار السلوك مثل غسل اليدين والترتيب والنظام، ويظهر الوسواس عادة في الشخصية الوسواسية التي تتميز بالصلابة، وعدم المرونة، والتردد، وصعوبة التوافق، وضبط المواعيد، والاهتمام بالتفاصيل، وأحياناً البطء الشديد. ويجب الأخذ في الاعتبار أن الراشدين يدركون أن وساوسهم واندفاعاتهم مفرطة ومبالغ فيها وغير عقلانية، بينما تختلف في الأطفال الذين تعوزهم القدرة المعرفية للحكم على معقولية هذه الأفكار (إبراهيم، عسكر 2012؛ موسى، الدسوقي. 2013).

بالرغم من تحديد الملامح المميزة للوسواس والأفعال القهرية واعتبارهما عرضين مرضيين أساسيين في تشخيص اضطراب الوسواس القهري، فقد لاحظ الباحثون وجود أفكار شبيهة بالوسواس لدى غير المضطرب، وكذلك وجود ما أسموه بالطقوس المعتادة لدى غير المرضى. وقد أجريت سلسلة من الدراسات قام بها فريق من الباحثين للتحقق من تلك الملاحظات. وأوضحت نتائج هذه الدراسات أن معظم الأسوياء يخبرون أفكاراً مقتحمة غير مناسبة لا تختلف عن وساوس المرضى في شكلها ومحتواها. قد أيد هذه النتيجة عدد من الدراسات التي توصلت إلى وجود ما بين 80%، 99% من الأسوياء مروا بخبرة الأفكار والدفعات المقتحمة غير المرغوبة. وفيصل اعتبار الفكر وسواسياً والسلوك قهرياً هو تكرار وقوعه وظهور القلق والتوتر عند مقاومته (عبد الخالق، 2002؛ زهران، 1997).

أما مؤشرات نتائج دراسة عكاشة 1994 في فحص طبيعة وشدة أعراض اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية على عينة غير مريضة، فقد أشارت النتائج المسحية إلى أن

14% من أفراد العينة لديهم اضطراب وسواسي قهري طبقاً لنتائج مقياس بيل براون لهذا الاضطراب، الأمر الذي يعطي مؤشراً مرتفعاً لشيوع الوسواس والأفعال القهرية لدى الأسوياء، ويتناقض مع ما هو معروف من كون اضطراب الوسواس القهري من أقل الاضطرابات العصابية شيوعاً بين الناس (أحمد، 2012).

وعلى الرغم من وضوح أعراض اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) فإن الإصابة بالوسواس القهري تأتي بعد مضي فترة طويلة من بدء ظهور أعراضه حتى تتال منه هذه الأعراض، ويبدأ في المعاناة الشديدة، لذلك فهو اضطراب مزمن، وعادة يُسبب كرباً شديداً ، ويتصف بوجود الشكوك المفرطة وأنماط الممارسات القهرية (عكاشة، 1992).

ومن هذه الأعراض اختلال الآنية واختلال العالم الخارجي، حيث يشعر الفرد بأن مشاعره الخاصة أو خبراته معزولة، وبعيدة وليست خاصة به ومفقودة، كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت ، وفي اختلال العالم الخارجي يشعر الفرد بأن الأشياء من حوله تتغير ويشعر بأن الأشياء تكبر وتصغر عن حجمها العادي (عكاشة، طارق، 2010). وهذه الوسواس المتكررة تسبب توتراً وضغطاً دائماً للشخص، حيث إنها تستغرق كثيراً من وقته وتتعارض مع الروتين اليومي بشكل كبير، كالعمل، والنشاطات الاجتماعية، والعلاقات الشخصية ( Sadock and Ruiz, 2015 :418).

وفي ظل الحياة المعاصرة والملينة بالمتغيرات والصراعات يواجه الأفراد وبشكل عام ومنهم طلاب الجامعات زيادة وتنوعاً في مصادر الأفكار اللاعقلانية التي تتميز بالتضخيم والتحويل في تفسيرها للحدث إذ أنها تركز على أساس غير منطقي؛ ما يجعلها تؤثر سلباً في حياة الفرد عموماً والطلاب الجامعي بشكل خاص، كما أنها قد تؤدي إلى ظهور العديد من

الاضطرابات النفسية التي منها اضطراب الوسواس القهري الذي غالباً ما يترك آثاراً تتداخل مع معظم الأمور اليومية، فتتعطل مسيرة الطالب الأكاديمية والاجتماعية والمهنية (دليل، 2015). وتمثّل فئة الشباب الشريحة الأوسع في المجتمع، وأكثر الفئات العمرية عطاء وفعالية إذ يقع على عاتقهم بناء المجتمع وتقدمه، وفي حال كانت هذه الفئة تعاني من اضطرابات نفسية وشخصية، سيصاب المجتمع بأكمله بالخلل والاضطراب ولاسيما طلاب الجامعات بشكل عام (عبدالعزیز، 2015).

إنّ مرحلة التعليم الجامعي تشكل بيئة جديدة تتطلب التوافق من أجل تحقيق الذات، وتتميز بوجود العديد من الضغوط التي يتعرض لها أفراد هذه المرحلة، فإننا نلاحظ أن بعض الطلبة يعانون من نقص في المهارات اللازمة لتحقيق الذات، مما يفقدهم توازنهم النفسي، (حسين، الزيات، 1994).

ومع ذلك فإن طلبة الجامعات يعيشون في مناخ نفسي يشوبه التوتر والاضغوطات، وتعد المرحلة الجامعية من أكثر المراحل أهمية في تشكل شخصية الأفراد، حيث تسهم تلك الضغوطات والتوترات في ارتفاع معدلات إصابتهم بالاضطرابات النفسية، التي من أهمها اضطراب الوسواس القهري، والذي يؤثر بصورة مباشرة على حياتهم العامة وحياتهم الجامعية الدراسية، حيث تؤدي في نهاية المطاف إلى الفشل الدراسي (الفزارية، السفاسفة، 2016؛ توفيق، 2000)

إنّ تفحص البرامج التي تقدم للطلبة الجامعيين تشير إلى أن الاهتمام ينصب في هذه البرامج على الجوانب الأكاديمية والحياتية التي تهمهم في المرحلة الحالية دون الاهتمام بالمشكلات والاضطرابات النفسية التي تعوق الطالب وتمنعه من تنمية الذات بالشكل المناسب

(عطار، 2017). مع غياب مؤسف للإخصائى النفسى والإفادة من البرامج الإرشادية والعلاجية المعاصرة.

وقد أصبح العلاج المعرفى السلوكى من أنواع العلاج المعروفة في مجال المشكلات النفسية. وتتطلق أسس وتقنيات هذا العلاج من كون أن الأفكار غير التوافقية هي الجوهر، حيث يفترض أن الأفكار غير التوافقية هي التي تقود الناس إلى سوء إدراك الحالات والاستجابة بطريقة غير فاعلة وغير ملائمة تسهم في استمرار الأعراض بل وتفاقمها (فضل، 2008).

كما أظهر هذا الأسلوب فاعليته في التعامل مع خفض عدة مشكلات كما ورد في بعض الدراسات مثل أبودبوس (في تغيير الاتجاهات السلبية، 2007). الفاخري (في تحسين مفهوم الذات، 2010). زايد (في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية، 2010). السحاتي (في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، 2012). العقوري (في تعديل اللججة، 2012). المسمارى (في تعديل سلوك الأطفال ذوي اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، 2012). المزيني (في اضطراب ما بعد الصدمة، 2015). أبو هيبه (في علاج الاكتئاب، 2016) وغيرهم.

وبعدّ العلاج المعرفى السلوكى طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامه في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، ويهدف إلى إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات (رضوان، 1999).

وفي العلاج المعرفى السلوكى نجد تنوعاً كبيراً في الأساليب المعرفية السلوكية واستخدامات متعددة، فقد اعتمده بيك وزملائه في خفض الاكتئاب، واستخدمه سوني

رينشاردسون في تدريبات القلق، وتناوله أليس وجريجر في إجراءات إعادة البناء المعرفي ووظفه ميكنبوم في التدريب على مهارات التحصين ضد التوتر ( موسى، الدسوقي، 2013 ).

ومن خلال الاطلاع على الأدبيات والدراسات حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري، فإنه يفضل استخدامه مع مرضى الوسواس القهري الذين تسيطر عليهم سلوكيات التجنب، ومع الذين تتراوح أعراضهم من الخفيف إلى المعتدل، ومع المرضى الذين يرفضون العلاج الدوائي أو آثاره الجانبية (عبد الهادي، 2012).

ويعد خفض اضطراب الوسواس القهري بالعلاج المعرفي السلوكي أحد الخيارات المتاحة والناجحة مقارنة مع الطرق الأخرى، حيث يعدّ أفضل أنواع العلاج للوسواس القهري، فهو مختصر وفعال ويهدف إلى مساعدة من يعانون من مشكلة الوسواس القهري، وقد رشحته مؤسسات معروفة عالمياً كالمعهد القومي للصحة العقلية، والمايو كلينيك (mayo clinic)، ومدرسة هارفارد للطب للإرشاد وعلاج هذا الاضطراب. وتشير بعض الدراسات أنّ ما يقدر بـ 85% من الأشخاص الذين ينهون دورة كاملة من العلاج المعرفي السلوكي يظهرون انخفاضاً واضحاً في أعراض الوسواس القهري (محسن، 2016).

يهدف إلى محاولة تعديل الأفكار الخاطئة، وذلك من خلال عملية علاجية تسمى إعادة البناء المعرفي ، يهدف إلى أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتصالاً بالواقع، وبهذا فإن هذا النموذج يتعامل مع السلوك اللاتوافقي ، باعتباره نتاجاً للتفكير غير الوظيفي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (الخطيب، 1994).

وكما لاحظ الباحثون من بحوث العلاجات السابقة من تمحيص لفعاليتها في تعديل الأفكار السلبية وغير العقلانية (الخاصة باضطراب الوسواس القهري) واستمرار فعالية البرنامج المعرفي السلوكي التجريبي (حنور، 2007؛ مقداوى، 2008).

ولا يقتصر دور العلاج المعرفي السلوكي على تحسن أعراض الوسواس القهري بل يمتد إلى حدوث تحسن جوهري في جودة الحياة، وما يشتمل عليه من تحسن في المجالات الأسرية والمهنية والاجتماعية، ولا تقف أهمية العلاج المعرفي السلوكي على تغييرات سلوكية أو تحسن في الأعراض فقط، بل يمتد تأثيره ليحدث تغييرات في الآليات المخية، تلك النتيجة التي توصل إليها الباحثون باستخدام تقنيات (تكنيكات) التصوير الطبقي للمخ بانبعث البوزيترون حيث وجدوا أن الأبنية المخية أظهرت نشاطا شادا لدى مرضى الوسواس القهري الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي أصبحت تعمل بشكل سوي بعد تلقيهم للعلاج المعرفي السلوكي) (لنيهان، 2014؛ يحيى، 2012).

ومن المبررات التي دفعت الباحثة للقيام بهذه الدراسة تعاملها مع الكثير من الحالات التي تعاني من اضطراب الوسواس القهري بمقتضى عملها كإخصائية نفسية بمستشفى النفسية(بنغازي)، وتعرفها على المعاناة النفسية للمريض والالأم الشديدة ،و ما يسبب كدراً ملحوظاً وإحباطاً وتردياً جوهرياً في أنشطته اليومية، وأدائه الوظيفي، وأشطته الاجتماعية، وعلاقاته بالآخرين ، وتستدعي الضرورة تناول هذه الظاهرة قبل تطورها إلى مراحل تصعب السيطرة عليها، ومن هنا تبدو الحاجة الماسة لوجود وتطبيق برامج نفسية علاجية .

ومما لاشك فيه أن عدم المبادرة في تقديم الإرشاد والعلاج والحلول لا يؤدي إلى اتساع دائرة هذا الاضطراب فحسب، بل قد يجر إلى المزيد من الاضطراب النفسي ( إبراهيم، 1983). من هنا جاء اختيار الباحثة لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي يهدف إلى إحداث تغيير إيجابي في مدركات وسلوك الفرد السلبية نحو المواقف والأحداث .

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل التالي :

ما مدى فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جماعي في تخفيف أعراض الوسواس

القهري لدى عينة من طالبات كليات الطب ؟

## 2.1- أهمية الدراسة:

تنبع أهمية الدراسة الحالية من أهمية البرنامج الإرشادي الذي يراد اختبار أثره كمتغير تجريبي (مستقل) وكذلك من حيث الهدف الذي تسعى إلى تحقيقه، وهو خفض أعراض الوسواس القهري، الذي تعاني منه نسبة غير قليلة من الناس، وما لهذا الاضطراب من آثار سلبية على توافق الأفراد وأدائهم. وعلى وجه التحديد تكمن مبررات الدراسة في الأهمية النظرية والأهمية التطبيقية .

أ- الأهمية النظرية:

تتلخص الأهمية النظرية للدراسة في الجوانب التالية :

1- أنها تتناول علاج اضطراب الوسواس القهري الذي هو من أعقد الاضطرابات النفسية. وهذا يشكل تحدياً علمياً قوياً، ودراسته دراسة علمية من منظور معرفي وسلوكي، لعله يضيف إلى ما سبق من أدبيات، وخصوصاً في مجتمعنا الليبي، لاسيما وأن الدمج بين العلاج المعرفي السلوكي أصبح ضرورياً وبعده واحداً من الخيارات الناجحة في علاج اضطراب الوسواس القهري مقارنة بالطرق العلاجية الأخرى. حيث يقلل من تسرب المرضى من الجلسات العلاجية، ويمنع الانتكاس، ويرفع نسب التحسن.

2- كما تنبثق أهمية هذه الدراسة من ندرة البحوث والدراسات الميدانية التي تناولت مفاهيم

وموضوع الدراسة في البيئة اليبية، والعلاقة بين متغيراتها.

3- لعل الكشف عن فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة أعراض الوسواس القهري

يساعد العاملين في مجال الطب النفسي (السيكاتري) والعاملين في مجال تقديم الخدمة

الإرشادية والعلاجية النفسية في مستشفياتنا إلى تنسيق جهودهم والقناعة بأهمية

توظيف العلاج النفسي إلى جانب العلاج الدوائي أو بشكل مستقل .

#### ب- الأهمية التطبيقية :

تتلخص الأهمية التطبيقية للدراسة في الجوانب التالية :

1- يمكن أن تسهم نتائج الدراسة الحالية في مساعدة الاختصاصيين النفسيين ومراكز

التوجيه والإرشاد في تطوير البرامج الإرشادية والعلاجية وبرامج التوعية لهذه الفئة

التي قد تحتاج للعلاج قبل فوات الأوان. ويمكن الاستفادة منها في البيئة المحلية من

قبل التربويين والمرشدين النفسيين لمساعدة الطالبات في مواجهة الوسواس القهري

والحد منه، وتحقيق مستوى أفضل من التوافق والصحة النفسية.

2- تزداد أهمية الدراسة الحالية فيما يمكن أن تسفر عنه من نتائج وتوصيات قد تسهم

في إيجاد حلول ناجحة لمشكلة محددة.

3- لعل الدراسات الاستطلاعية العديدة لأداة البحث (مقياس الوسواس القهري ) والتحقق

من جودة خصائصها السيكمترية لعلها ستكون من الأدوات التي تسهم مع غيرها،

في الوصول إلى محكات تشخيص دقيقة لأعراض الوسواس القهري .



### 3.1 - أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التحقق من أثر برنامج إرشادي جماعي معرفي سلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الطب بالجامعة الليبية للعلوم الطبية.

### 4.1 - فروض الدراسة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية (التي خضعت للبرنامج الإرشادي) ودرجات المجموعة الضابطة (التي لم تخضع للبرنامج الإرشادي) في القياس البعدي، على مقياس الوسواس القهري.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية (التي خضعت للبرنامج) في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الوسواس القهري.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري.

### 5.1 - تحديد مصطلحات الدراسة:

#### 1- العلاج المعرفي السلوكي نظرياً :

يعرف "بأنه أسلوب من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يقوم على أساس من نظريات التعلم، ويشتمل على مجموعة من تكتيكات التدخل تهدف إلى حدوث تغيير في سلوك الإنسان الظاهر الذي يمكن ملاحظته والاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات " (موسى ، الدسوقي،2013:359).

## 2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي إجرائياً :

هو مجموعة من الجلسات الإرشادية وفق برنامج مخطط يشمل مجموعة من الأهداف والأنشطة والخبرات والإجراءات والتقنيات المنظمة التي تهدف إلى تخفيف أعراض وحدة الوسواس القهري. التي سيرد ذكرها لاحقاً.

## 1- الوسواس القهري نظرياً:

تعرف الوسواس "بأنها أفكار أو دوافع وشكوك ملحة ومكررة، لا يمكن التحكم فيها، خصوصاً لاتصافها بأنها اقتحامية. وهي غير مرغوبة ومقلقة، وبالرغم من أن معظم المصابين بالوسواس القهري يدركون أن وسواسهم غير منطقية ومقلقة ، إلا أنهم يعتقدون أن الطريقة الوحيدة للتخلص من هذا القلق وعدم الارتياح هو أداء الأفعال القهرية". أما الأفعال القهرية "فهي تصرفات أو أفعال تكرارية أو طقوس ، تستهدف التخلص من القلق الذي تسببه الوسواس. ومع ذلك فإنَّ أي راحة توفرها الأفعال القهرية هي بصورة مؤقتة، وتنتهي إلى تعزيز هذه الوسواس" (محسن، 2016:9).

## 2- تعريف الوسواس القهري إجرائياً :

هو حاصل جمع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث (الطالبة) من خلال الاستجابات على المفردات التي يحتويها مقياس الوسواس القهري الذي أعده كل من د. عبدالله عريف وفاطمة الوحيشى 2016.

## 6.1 - حدود الدراسة:

تحدد الدراسة الحالية بالبرنامج الإرشادي المعد من قبل الباحثة لخفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لعينة من طالبات الطب بالجامعة ، ووفقاً للأسلوب الجماعي المعرفي السلوكي المستخدم وأساليبه وتقنياته المتبعة بالجلسات الإرشادية للدراسة، والأداة المستخدمة بالدراسة والمتمثلة في مقياس الوسواس القهري المستخدم في الدراسة. وتقتصر هذه الدراسة ونتائجها على عينة الدراسة والمجتمع الذي سحبت منه، يتمثل في طالبات المرحلة الجامعية بالجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية بمدينة بنغازي خلال العام الدراسي 2017 - "2018، اللاتي تتراوح أعمارهن من 19 - 26 سنة، وذوات اضطراب الوسواس القهري المرتفع وفقاً للمقياس المستخدم.

## الفصل الثاني

### الخلفية النظرية

المبحث الأول: اضطراب الوسواس القهري.

المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي.

## المبحث الأول

### اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

1.1.2 - تمهيد.

2.1.2 - نبذة تاريخية.

3.1.2 - ماهية اضطراب الوسواس القهري.

4.1.2 - العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية.

5.1.2 - النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري.

6.1.2 - أسباب اضطراب الوسواس القهري.

7.1.2 - أعراض اضطراب الوسواس القهري.

9.1.2 - الفروق في الوسواس بين الأسوياء والمرضى.

10.1.2 - سمات الشخصية الوسواسية.

11.1.2 - محكات ومعايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري.

12.1.2 - مآل الاضطراب.

## 1.1.2. تمهيد:

يتناول هذا المبحث نبذة عامة عن اضطراب الوسواس القهري ،حيث تعرض فيه نبذة تاريخية عن مراحل الاهتمام به ،وتعرض ماهية اضطراب الوسواس القهري لغويا واصطلاحيا ،والعلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية، إلقاء الضوء على النظريات والنماذج التي حاولت تفسيره ،ومعرفة أسبابه وأعراضه ، ،والفروق بين الأسوياء والمرضى ،والمحكّات التشخيصية لذلك الاضطراب ،وأخيرا مآل الاضطراب.

## 2.1.2 - نبذة تاريخية:

يعد الاهتمام باضطراب الوسواس القهري اهتماما قديما ،وذلك قبل أن تُحدد ملامحه بدقة ويدرج في الإضطرابات النفسية ،وقد تجلّى ذلك الاهتمام من خلال إشارة بعض الكتابات المبكرة إلى أنماط من الأفكار والأفعال التي تعرف اليوم كأعراض مميزة لاضطراب الوسواس القهري ،فقد ذكرت بعض الكتابات الغربية والشرقية، وما يحكى عن الفراعنة من حكاية الكاهن(حقانحت) الذي كان يكتب رسائل لابنه يعد ويحصر فيها كل شيء حتى حبات القمح الحقول والشعير التي كانت تنتجها حقولها (أبو هندي ، 2003).

كما ورد في نص بوذي قديم منذ أكثر من 2500 سنة ،وصف الراهب في عصر بوذا مؤسس الديانة البوذية ،الذى كان يقوم بكنس الدير بشكل متكرر يوميا ،ويستغرق في ذلك العمل معظم وقته (عبد الهادي ،2012). أما اهتمام التراث الإسلامي بمظاهر الوسواس القهري فلا يمكن إغفاله، ووردت كلمة الوسواس في بعض الآيات القرآنية الكريمة منها سورة الناس بمعنى الأفكار العبيثية والمضرة التي تراود الذهن ،وندرك في حال تحققها في الواقع الخارجي ،بأنها كانت أمرا باطلا وعبيثيا، وهو في القرآن بمعنى حديث النفس، والكلام الصادر ضمن

الباطن ،سواء كان من ذات الإنسان ،أو من قبل الشيطان، وقد وردت إشارة في تفسير مجمع البيان إلى أن الوسواس مشتق من الوسوسة أي الدعوة إلى شيء ما بنداء خفي، واعتبره تفسير الميزان بأنه ذلك الشيء الذي يجعل الإنسان يتحدث مع نفسه ( القائمي ،1996:8).

قد ورد في السنة المطهّرة أحاديث عن رسول الله (صلى الله عليه وسلم) حول وصف الشك في الوضوء والطهارة (سالم،2005). ويرجع وصف الأعراض الوسواسية إلي سنة 1476،حيث اعتبر الأشخاص الذين يعانون من أعراض الوسواس القهري بأنهم يمتلكهم الشيطان، وفي سنة 1600م وصنفت الكتب الدينية اضطراب الوسواس والشكوك الدينية الحادة ( عبد الهادي،2012).

وقد وُصفت بعض مظاهر الاضطراب في العصور الوسطي ،حيث أوردت بعض التسجيلات في أوروبا في القرن الخامس عشر حالة رجل صغير السن لم يكن قادرا على منع نفسه من النطق بألفاظ كلما حاول أن يصلي ( عبد الخالق ، 2002).بينما في القرن السابع عشر وصفت الوسواس والأفعال القهرية غالبًا بأنها أعراض للمنخوليا الدينية، والمعاناة التي يشعر بها المريض، وهي مس أو سيطرة قوة خارجية،حيث وصف شكسبير في شخصية السيد ماكبث في القرن السابع عشر الوسواس وطقوس غسل اليدين المستمرة الناتجة عن الذنب بعد قتل الملك "دنكان"وتعد هذه واحدة من أكثر المظاهر شهرة للسلوك الوسواس القهري في الأدب الإنجليزي (عبد الهادي،2012).

وفي القرن الثامن عشر ذكرت الأعراض لخلل في سوائل الجسم والدم والصفراء والسوداء والبلغم، وتعرف أبوقراط على كل المخاوف إذ استمرت لفترة طويلة، و قدم Boswe<sup>11</sup> وصفًا تفصيليًا للأفعال القهرية ،التي اعتاد أن يقوم بها الأديب والكاتب والناقد الإنجليزي

الدكتور جونسون، والتي تلخصت في اتباع طقوس خاصة في كثير من مناشط حياته. (Sharbati and Gupta, 2014).

وفي القرن التاسع عشر تم الانتقال من التفسيرات الدينية للاضطراب إلى الحقل العلمي، وبدأ في أوروبا ظهور مفاهيم جديدة للوسواس القهري، ولذلك بدأ الطب النفسي يتأثر بالاتجاهات العقلانية التي شملت، والفسيولوجي الكيمياء والعلوم البيولوجية الأخرى، وظهرت أول حالة وسواس قهري نالت شهره عالمية للطفل بيير جانيت Bierrjanet وكان يبلغ من العمر خمس سنوات، حيث كان يكرر بعض الكلمات والألفاظ، ويعدّ ذلك أول وصف للوسواس القهري في الطفولة (هولاند، 2005).

أما البداية الحقيقية للاهتمام باضطراب الوسواس القهري بوصفه اضطراباً نفسياً فترجع إلى سكيروول Esurirol 1838 الذي قام لأول مرة بشرح زملة أعراض للوسواس القهري، والذي عدّ لأعوام عديدة أحد أعقد الأمراض النفسية (زجر، فوا، 2002).

ثم جاء إسهام موريل moorel 1861 الذي كان أول من أسمى المرض في الغرب باسمه الحالي الوسواس Obsession ومن بعده فالري 1866 الذي يرجع له المعجم الموسوعي في علم النفس والفضل في إدخال مصطلح الوسواس للطب النفسي لأول مرة في التاريخ دراسته وسَمَّاهُ الهذيان المزمّن المنتظم ذو الآلية التفسيرية، ثم إسهامات إيبينج 1867 وجريستجر 1870 وأخيراً كارل فيستفال 1878 الذي استخدم لفظاً ألمانياً يعني الامتثال القاصر، وقدم أول وصف للمرض بدقه على أنه اضطراب في التفكير وليس في المشاعر (أبو هندي، 2003).



## 3.1.2 - ماهية اضطراب الوسواس القهري

أولاً : اضطراب الوسواس القهري لغويا

تجمع معظم التعريفات اللغوية للوسواس على أن الوسوسة"هي تردد الشيء في النفس من غير اطمئنان واستقرار"(العتيق، 1413هـ).

والمُوسوسُ "الَّذِي تَعْتَرِيهِ الوَسَاوِسُ. وَوَسْوَسَ إِذَا تَكَلَّمَ بِكَلَامٍ لَمْ يُبَيِّنْهُ وَوَسْوَسَهُ : كَلَّمَهُ كَلَاماً خَفِيّاً" (التليسي، 2007: 2476).

وفي المعجم الوسيط يضاف معنى آخر للفعل كأن يقال " وَسْوَسَ فلانُ فلاناً كَلَّمَهُ كَلَاماً خَفِيّاً، وسوس الشيطان له و- إليه حدثه بما لا نفع فيه ولا خير، فهو مُوسوسٌ وإذا تكلم بغير نظام واعترتُه الوسواسُ فهو مُوسوسٌ و- الحلي والقصب صوتت الوسوسة والوسواس الصوت الخفي من ريح الوسواس أيضاً مرض يحدث من غلبة السوداء ويختلط معه الذهن، ويقال أيضاً لما يخطر بالقلب من شر ولما لا خير فيه و- اسم من وسوس إليه الشيطان و- الشيطان من صوت الحلي يقال سمعت وسوسة، ج وسواس" (البستاني، 1980: 705).

أما القهر فيعرف في لسان العرب ويُقال :قَهَرَهُ يَقْهَرُهُ قَهْرًا ، أي غلبه ونقول أخذتهم قهراً أي من غير رضاهم (ابن منظور، 1985 : 15).

ثانياً: معنى اضطراب الوسواس القهري اصطلاحياً

كان فيما مضى يطلق على عصاب الوسواس القهري والخوف معا .اسم الوهن النفسي أو الإنهاك النفسي، وما زال البعض يرون أن الوسواس والخوف يرتبطان بعضها ببعض إلى حد كبير، وأن كل الوسواس مخاوف، وأن كل المخاوف وسواسية( زهران، 2005).

ويسمى أيضا زملة أعراض مونك Monk Syndrome كما يرمز له بالحروف الأولى OCD وهو اضطراب القلق مزمن يتميز عادة بالأفكار المتكررة والملحة التي لا يستطيع الفرد التخلص منها، والمصحوبة بالأفعال والطقوس القهرية التي لا يستطيع الفرد، أن يمتنع عن أدائها إلا وانتابه القلق الشديد ( شاهين ،بسيونى،2012:190).

لقد سهل ابتكار هذا المصطلح التعرف إلى جانبين مختلفين لهذا الاضطراب: أولهما الوسواس الذي يشير إلى محتوى التفكير أو مضمونه، وثانيهما القهر أو الإكراه الذي يشير إلى السلوك أو الأفعال ( كولز،1992:239).

وبينما اختلفت ترجمة هذا المصطلح نجده في اللغة اللاتينية لفظ الوسواس Obsession يرجع إلى أصل اللاتيني لفعل Obsider ويعني حرفياً يُحاصر، أما القهر Compulsion فإنه يرجع إلى أصل اللاتيني لفعل Compel يعني يخضع ويجبر، ويعرف الاضطراب باستخدام المصطلحين بأنه "خبرة غير منطقية أو فكرة غير ملائمة تحاصر الفرد وتدفعه إلى القيام بسلوكيات مزججة وغير مبررة"(سعفان،2003:19).

وقدم هاريمان وأيزنك تعريفا للعصاب القهري Compulsion Neurosis على أنه "تبديد للطاقة النفسية في سلوك قهري حصاري وأفعال لا جدوى منها أو أفكار لا معقولة، أو وسواس تجبر الشخص على القيام بطقوس فكرية أو أفعال ظاهرة معينة كغسل اليدين في محاولة لخفض مستوى القلق، الذي ولدته الأفكار الحصارية غير السارة". ويرى وارين العصاب الحصارى Neurosts بأنه عصاب نفسي يتميز بأفكار حوازية وشكوك وطقوس قهرية من طبيعة معقدة، أو بحسب التحليل النفسي تنتج الأعراض وسمات الشخصية من نكوص لا شعورى إلى التنظيم الباكر الاستنى السادى". (الطيب،1991: 26)

ومن منظور يونس والعيسوي فإنّ الوسواس هي دفاعية في طبيعتها ، ويقصد بها تسلط فكرة أو عدد من الأفكار لاشعورية على ذهن المريض واستمرار تردها عليه ، وعجزه عن إبعادها أو التخلص منها رغم علمه أنها سخيفة وغير مقبولة، ولا تتفق مع أخلاقها ومشاعره، وتظل تزعجه وتقلق مضجعه وخاصة كلما حاول إبعادها عن ذهنه، ولكن كلما كان المجهود للتخلص منها كبيرا زاد تكرارها. أما الأفعال القهرية فهي تكرار عمل ما دون معنى لإشباع دافع لاشعوري، وبما أنّ العمل عادة لا يشبع الدافع الحقيقي، فالفرد يكرره بطريقه نمطية، والفرد عادة يقاوم هذه الأفعال، مما يزيد من توتره وقلقه. (العيسوي، 1995؛ يونس، 1993)

كما حدد يجونجسما وبيترسون (1997:112) تعريفاً للوسواس بأنها "أفكار أو نزعات متكررة بصورة مستمرة يشعر صاحبها بأنها دخيلة عليه ولا معنى لها ومضیعة للوقت، أو التي تعوق نظامه اليومي أو علاقته الاجتماعية، وفشل محاولات تجاهلها أو السيطرة عليها أو تحييدها باستخدام أفكار أو أفعال أخرى والاعتراف بأن الأفكار الوسواسية صادرة منه".

ويعرف عمارة وعبدالله الوسواس على أنها تتميز بوجود وسيطرة أفكار أو أفعال أو حركات خاطئة متكررة أو تخيلات مستمرة، بحيث تظهر بشكل نمطي متكرر وغير إرادية، ويجب أن نذكر أن الفرد يعلم جيداً بعدم منطقية وجدوى هذه الأفكار أو الأفعال، ولكنه لا يملك القدرة على المقاومة، وإذا حاول ذلك فتسبب له آلاماً نفسية قاسية فيعود إلى ممارستها، ويدور في حلقة مفرغة رغم وعيه بطبيعة الوزام الحسية والحركية، وذلك بسبب حالة من القلق والتوتر لدى الفرد. (عمارة، 1998؛ عبدالله، 1999).

ويبين أرون بيك وتوفيق الوسواس القهري على أنه عبارة عن أفكار تطفلية ومقتحمة Intrusive غير مرغوبة في صورة اندفاعات، Impulses تفرض ذاتها بشكل مستمر على المريض الذي لا يستطيع إيقافها، وأن محتوى الوسواس يتعلق بصفة عامة بخطر ما بعيد،

يظهر في هيئة شك أو حيطة، فمريض الوسواس قد يبقى في شك مما إذا كان قد أدى عملاً ما كما ينبغي . أما الأفعال القهرية Compulsive Acts فتعرف بأنها سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض، ويلزمه ويستحوذ عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعي المريض بسخفه وعدم فائدته ، والأفعال القسرية، ذات طابع طقوسي Ritual في التنفيذ أو نمطية الطابع Stereo typed، ومثل ذلك غسل اليد القهري فهو قائم علي اعتقاد المريض أنه لم يزل كل الأوساخ من جسمه، وهو ما يعرضه لخطر المرض الجسدي (بيك،2000؛ توفيق، 2000).

ويضيف باظه وإبراهيم بقولهما الوسواس القهرية هي سيطرة فكرة خاصة على الفرد أو صورة ذهنية لمنظر محدد تتكرر باستمرار، ولايستطيع مقاومتها أو التخلص منها رغم وعيه بسخافة الفكرة المَحَلَّة أو الصورة المتكررة، ويحاول جاهدا التخلص من الفكرة أو الصورة ولكن دون جدوى، لدرجة قد تعوق الفرد عن ممارسته المعتادة. أما الأفعال القهرية (القهار)"فهي أفعال أو طقوس تمتلك الشخص بحيث يجد نفسه مرغما على فعلها مرات ومرات دون أن تكون لديه القدرة على التوقف عنها، ولايستطيع مقاومة الأفعال، ولايرضى عنها، بالرغم من أنه يرغب أشد الرغبة ، ومعظمها أفعال لايرضاها الدين ولا الخلق والقيم وتكون هذه الأفعال في صورة عدوانية أو انتحارية، وتسبب الكدر والضيق للفرد الذي تصيبه من جراء الانغماس (باظه،2002؛ إبراهيم،إبراهيم، 2003).

ويتفق الزراد وعيد والشورجي على أن الوسواس عبارة عن تسلط أفكار أو تصورات على ذهن المريض والتي يصعب عليه التخلص منها، أو اندفاعات سلوكية جبرية غير مرغوبة، وهي تتردد بشكل مُلح ومتكرّر، أو بشكل متسلط علي المريض ، ويصحبها خوف وتوتر وقلق واضطراب في الوظائف الحيوية والحياتية، والفرد يدرك سخافتها عن عقلانيتها،

وأن لا مبرر لها ومع ذلك لا يستطيع مقاومتها أو السيطرة عليها، وقد يتسلط على ذهن الزوجة خاطر يتعلق بالحق الأذى بزوجها أو بأطفالها وبالرغم من أنه يستكرها إلا أنه مع ذلك لا يستطيع التخلص منها (الزرد، 2005؛ عيد، 2006؛ الشوريجي، 2009).

كما يُعرف باير (2010:25) في مصطلح الطب النفسي الوسواس على أنها "أفكار أو دوافع أو صور ملحة ومتكررة دورياً يعاني منها الإنسان في وقت من الأوقات خلال الانزعاج أو لاضطراب بطريقة تطفلية وغير مناسبة وينتج عنها ضيق ملحوظ. وتعرف السلوكيات القهرية "بأنها تصرفات تكرارية مثل غسيل اليدين، الترتيب، التدقيق أو تصرفات ذهنية مثل: الصلاة أو الدعاء، العد، تكرار كلمات بين المصاب ونفسه والتي يشعر المرء بأنه مدفوع للقيام بها تجاوباً مع فكرة وسواسية، أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بصرامة، وترمي السلوكيات أو التصرفات الذهنية إلى تجنب الآلام والضيق أو التقليل منه أو إلى تلافي حدث أو موقف مرعب، ولكن هذه السلوكيات أو التصرفات الذهنية. إما أن تكون مربوطة ليست واقعية بما قصد تحييده أو منعه بها أو أنها مفرطة بشكل واضح".

أما التعريف الدقيق الذي جاء في التصنيف الدولي العاشر للأمراض النفسية (10). (ICD) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية، فينص على أن الوسواس والأفعال القهرية تقع في فئة الاضطرابات العصابية والتي يظهر فيها دور العوامل النفسية، وتعرفها كمايلي "الأفكار الوسواسية المتسلطة هي أفكار وصور مؤلمة أو اندفاعات تدخل عقل الفرد مراراً وتكراراً تكون عنيفةً أو فاحشة أو لأمعنى لها، ويجد الفرد صعوبة في مقاومة هذه الأفكار والأفعال القهرية، وهي تكرر دون تغيير لسلوكيات غير ممتعة وإعادتها، ويعتقد الفرد أنها تمنع أحداثاً غير مرغوبة، التي في الواقع غير قابلة للحدوث، والشخص في الغالب يدرك أن هذه السلوكيات غير فعّالة، ويقوم بمحاولات لمقاومتها ولكن لا يستطيع وتستهلك الأفكار الوسواسية وقت

الشخص ، وهذه الوسواس ليست مجرد قلق مفرط حول مشكلات الحياة اليومية، ويحاول الشخص أن يكبح ويتجاهل هذه الوسواس أو يحيدها أو يبطلها بأفكار أو تصرفات وأفعال أخرى. أما الأفعال القهرية فهي تتعارض مع الروتين اليومي للشخص، مما يجعله غير قادر على أن يقوم بعمله وأن يقيم علاقات اجتماعية طبيعية" (البناني، 2011: 34).

وأعطت رابطة الإحصائيين النفسيين الأمريكية 2000 تحديداً لمفهوم الوسواس في الدليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية "بأنها أفكار متكررة ومستمرة أو اندفاعات أو صور (تخيلات) اقتحامية وغير ملائمة، وهي تسبب مشاعر مؤلمة مثل القلق والكرب، ويدرك مرضى الوسواس القهري أن هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مفرطة وغير معقولة، وهي نتاج عقولهم وليست مفروضة عليهم، وغالبية المرضى تتجاهل الأفكار الوسواسية أو تكتمها أو تحييدها بفكرة أو حدث آخر ، وتنصب معظم الوسواس على التلوث، الشك، والحاجة إلى الدقة والتناسق ، واندفاعات عدوانية أو مروعة، وتخيلات جنسية محرمة.

أما الأفعال القهرية "فهي سلوكيات متكررة الغسيل والتنظيف و التأكد أو التحقق، طلب الطمأنينة بالحاح ، النظام والترتيب (وأفعال قهرية ) العد ، إعادة الكلمات ويشعر الفرد بأنه مجبر على أدائها كاستجابة للوسواس طبقاً لقواعد متصلبة ، وتهدف إلى منع أو تقليل القلق و الشعور بالكرب أو منع بعض الأحداث أو الظروف الرهيبة ، وقد تستهلك هذه الطقوس اليوم بالكامل ، ما يجعل استحالة إتمام النظام اليومي" (عبد الهادي، 2012: 28).

فقد قدم إبراهيم، وعسكر، ودليل تعريفاً للوسواس بأنه ظاهرة وجود خبرات نفسية غريبة في الشعور كأفكار أو أفعال أو مخاوف أو اندفاعات ثابتة ومتكررة، تميل إلى تكرار حدوثها بشكل إجباري أو قهري، وتتميز هذه الخبرات النفسية الغريبة بأنها إجبارية وقهرية وجود إحساس لدى المصاب بسيطرة الوسواس وقوتها القهرية، مثل فكرة القذارة و الدفاع عنها بقهر

الاجتسال المتكرر، أو فكرة أن الباب ليس مغلقاً على الرغم من إغلاقه وتكرار إغلاق الباب ، أو الانزعاج المتكرر حول صعوبات الحياة مثل الدخل المادي، والعمل، ومشكلات المدرسة (إبراهيم،عسكر،2012 ؛ دليل،2015 ).

ويمكننا أن نلاحظ من خلال التعاريف التي تقدمت أنها تتفق فيما بينها على عدد من

الأبعاد الأساسية يمكن تلخيص أهمها في التالي :

**أولاً :** وجود وساوس في شكل أفكار أو صور أو تخيلات أو اندفاعات قهرية استحواذية في

هيئة أفعال حركية جامدة ومستمرة وتستغرق الكثير من الوقت والجهد وتسبب المزيد من الألم.

**ثانياً :** معرفة المصاب بالوسواس بعدم منطقية هذه الأفكار وبأنه لاجدوى منها.

**ثالثاً :** يحاول المصاب جاهداً التخفيف من حدة القلق والتوتر عن طريق القيام بالأفعال القهرية،

ومن تم يدور في دائرة مفرغة من القلق والتوتر ولايستطع التخلص أو الفكك منها.

**رابعاً :** تتعارض الوسواس مع الروتين اليومي للشخص، ما يجعله غير قادر على أن يقوم بعمله

وأن يقيم علاقات اجتماعية مع الآخرين فتعزله عن المجتمع وتحصره في نطاق ضيق.

وتخلص الباحثة في ضوء ماسبق إلى تعريف لهذا الاضطراب؛ إذ ترى أن الوسواس

هي أفكارمسيطرة على ذهن الفرد تراوده وتلازمه دون أن يستطع طردها أو التخلص منها

بالرغم من شعوره وإدراكه لغرابتها وعدم واقعيتها، تسبب الكثير من التوتروالاكتئاب ،وتشمل

الوسواس القهرية الخوف الشديد من المرض والشكوك المتكررة، وأفكاراً عن العنف أو إيذاء

الآخرين، والحاجة لأن تكون الأشياء موضوعة في نظام معين تظل تلاحقه وتقطع عليه تفكيره

، أما الطقوس القهرية فهي فعل عضلي أو حركي، وهي رغبة مسيطرة على الفرد للقيام بأفعال

من شأنها التخلص من الفكرة الوسواسية،وتتم كاستجابة وطبقا لقوانين معينة بشكل نمطي، مثل

غسيل اليد مراراً وتكراراً أو الوضوء مرات عديدة، أو مراجعة طقوس الطهارة والنجاسة في بعض الحالات التي تمكث في الحمام بالساعات، أو الذهاب المُنَحَّ والمتكرر للأطباء لطلب الطمأنينة.

#### 4.1.2 - العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية:

يفترض أن كل فعل قهري مسبوق بوسواس واضح ومميز ، وأن كل وسواس يؤدي إلى فعل قهري ، ولكي نقوم بفحص علاقة هاتين المجموعتين من الظواهر، سيكون من الجيد أن نضع في اعتبارنا الحقائق التي تحدث في سياق خبرة وسواسية قهرية والعلاقة بينهما . وعلى هذا فإن وسواساً يمكن أن يظهر مع منبه أو دونه، و يمكن أن يكون خارجياً، مثال ذلك (رؤية سكين بعدها تأتي الوسواس على هيئة شك وتردد هل قتلت أحداً أو حالة رجل يتصادف أن تلمس يده جدار دورة مياه عامة بعدها تأتي الوسواس على هيئة طقوس حركية فكرة أن يديه قذرة، فيندفع على الفور في طقوس اغتسال، وهي غسل اليدين) أو داخلياً، مثال ذلك (تذكر لقاء بشخص ما وبعدها تأتي الوسواس على شكل فكرة أو صورة ذهنية أو اندفاع قهري مُلِحَّ أو مزيج منهما )، ويؤدي الوسواس عادة إلى عدم الشعور بالراحة والقلق والقنوط، وقد يكون هذا السلوك إما مكتشفاً مثل الاغتسال أو الفحص والتأكد أو التخزين أو مضمراً مثل القيام بعملية عد عكسية أو معادلة حسابية أو نغمة موسيقية في صمت، وقد يظهر السلوك القهري أحياناً دون أن يكون مسبوقاً بوسوسة (دي سيلفا، 2000: 165).

ويرجع ذلك إلى ما يعرف بالنموذج الوظيفي للأفكار الوسواسية والدفعات القهرية. ويشير هذا النموذج إلى أن الأفعال والدفعات القهرية ترتبط ارتباطاً وظيفياً بالوسواس ، حيث يقوم الفرد بالفعل القهري كوظيفة، ويشعر الفرد أنه مدفوع لأدائها استجابة للأفكار الوسواسية طبقاً لقواعد معينة يجب اتباعها، وذلك لتقليل شعوره بالضيق والانزعاج الناتج عن الوسواس،



أو لكي يمنع كارثة يتوقع حدوثها، مثال ذلك (قد تأتي الفكرة على هيئة أفكار وسواسية بأن منزله سوف يحترق، فينغمس في طقوس الفحص والتأكد) ويكون الهدف من هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية هو منع حدوث القلق أو خفضه أو خفض الكرب، وليس مصدراً للسعادة أو المتعة. وبالرغم من أن الغالبية العظمى من الأفعال القهرية تكون مصحوبة بالأفكار التسلطية والعكس صحيح، فإن نسبة ضئيلة من المصابين بالوسواس القهري (تصل إلى 2% فقط) تعاني وساوس خالصة بدون أفعال قهرية (عبد الخالق، 2002 : 473؛ رجز، فوا، 2002).

وقد رجّحت فوا و تلمان Foa and Tillmann 1980 ( في بارلو، 2002) نظرية ارتباط الوسواس والأفعال وظيفيا، وقد اقترحا ارتباط الأفكار الوسواسية والدفعات القهرية على أساس علاقتهما الوظيفية بالقلق أو الضيق، وليس على أساس الشكل الذي يعبر عنهما عقلياً أو سلوكياً، وطبقا لهذا فتعتبر الوسواس بأنها أفكار أو تخيلات أو نزعات ، تولد القلق أو الكرب. بينما الدفعات القهرية هي أفعال ظاهرة سلوكية وليست ظاهرة عقلية يتم كمحاولة للتخلص من الشعور بالكرب أو خفض القلق ، الذي تسببه الأفكار الوسواسية. وتتساوى الدفعات القهرية السلوكية من ناحية علاقتها الوظيفية بالوسواس وبالأفعال العقلية. وذلك من خلال القيام بأفعال قهرية من مهام موجهة نحو خفض القلق والكرب، مثل تكرار غسل اليدين، والتأكد من إطفاء الموقد مثل تكرار عبارات أو أرقام ذهنية في صمت والمراجعة الليلية لكل ما يصدر عنها وحولها من أنشطة، ويمكن القيام بالدفعات القهرية لمنع الضرر أو استعادة الطمأنينة أو تقليل الشعور بالكرب، ويتضمن النموذج الوظيفي لاضطراب الوسواس القهري أن الدفعات القهرية لا يمكن أن توجد دون أفكار وسواسية، ولكن الوسواس توجد دون دفعات قهرية (وسواس خالصة). أما مايرجروتس Mayer Cross 1982 (في الطيب، 1991) فقد أوضح أن أعراض الحصار (القلق) والقهر تشكل معا حلقة مفرغة أو دائرة مغلقة يدور فيها المصاب، فمثلا

تتكون لديه فكرة حصارية بعد أن يلمس شيئاً بكلتا يديه، فيظن أن يديه أصبحتا قذرتين، فيبدأ في غسل يديه، ولكن بعد غسل يديه مرة واحدة تلح عليه الفكرة مرة أخرى وعليه أن يغسلهما بعدئذ مرات متكررة عديدة ، وإلا فإنه يشعر بالقلق وشعور عام بعدم الارتياح الذي يرتبط بالفكرة الحصارية، وبذلك يدخل المصاب في سلسلة من السلوك اللامعقول وغير المنتهي.. كما يرى Sadock1998 (في أبوهندي، 2003) بأن المسار النفسى للفكرة التسلطية يحدث على مستوى الشعور، وهذه تنتج على مستوى المشاعر إحساسا بالقلق المتزايد الناتج عن الفكرة القهرية، ثم يولد هذا القلق المتزايد رغبة ملحة وشديدة تدفع الفرد نحو مسار فعل شئى لتقليل إحساسه بالقلق المؤلم فيكون هذا الفعل هو الفعل القهري، الذى يعطى إحساسا مؤقتا وزائفاً بالراحة والخلص من القلق، ولكن هذا الإحساس مؤقت لايدوم لفترة طويلة لأنه لايزيل الفكرة التسلطية ، كما أنه يولد لدى الفرد إحساسا بعدم كفاية الفعل القهري نفسه، مما ينتج عنه تولد وتعاضم جديد للقلق.

تشير نتائج ميدانية في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيص والإحصائى Dsm IV إلى أن أكثر من 90% من المصابين تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية (بارلو، 2002). وفى دراسة لولنر وآخرين Wilne 1976 وجدوا أن من النادر أن نجد الطقوس القهرية دون أن يصاحبها أفكار وسواسية، والوساوس تسبق الطقوس عادة، ولكن أحيانا تلي الأفكار الوسواسية القيام بالطقوس وبخاصة مع الشك الوسواسي، ومع ذلك فمن الممكن أن نجد الوساوس وحدها، وكذلك القهر بمفرده، وجد أن قرابة 69% من الحالات تكون مختلطة بين الوساوس والقهر، و25% من الحالات تكون عبارة عن وساوس وفى 6% من الحالات تكون طقوسا قهرية، (David ,2004)

وتشير دراسات أخرى إلى أن هذه النسبة تصل إلى حوالي 9% من المصابين بالوسواس القهري ، والذين يعانون أفعالاً قهرية خالصة بدون أفكار وسواسية تبلغ نسبتهم 1% من المصابين بالوسواس القهري، والرابطة بين الفعل القهري والأفكار التسلطية تكون دائماً مستمدة بشيء من المنطق بينهما، مثل طقوس الغسل والاستحمام تسبقها أفكار عن التلوث، أو طقوس الفحص والتأكد تسبقه أفكاراً عن الشك والحذر، بل يحدث الفعل القهري والأفكار التسلطية أحياناً ولا يكون هناك أي نوع من الربط المنطقي بينها، كأن يجد الفرد نفسه مجبراً على البقاء واقفاً على أصابع قدميه طوال الليل لكي لا تغرق السفينة التي يسافر فيها أولاده (أبو هندي، 2003: 70).

ويتشابه الحواز (الحواذ) في أصله وطابعه مع الوسواس، وكثيراً ما يظهران سوياً في المصاب الواحد، ولا يكاد يختلف الحواز عن الوسواس القهري إلا في أن الوسواس يتميز أكثر بأنه فكري (مثل العدد في صمت والمراجعة) بينما الحواز يتميز أكثر بأنه طقوسي حركي (مثل طقوس الغسل، والتأكد والفحص، والتخزين وتكرار الوضوء والصلاة)، ، فالحوازي يقوم بأفعال حركية متكررة، المؤسوسُ تراوده وتلازمه أفكار غريبة، والمصاب في الحالتين يعتمد إما أن يتأبر في أن يوقف الأفكار الوسواسية لإدراكه لعدم منطقيتها وزيفها أو الأفعال الحركية الحوازية لإدراكه لسخافتها، وفي وأن كان يفشل في الحالتين، لأن الدوافع إليهما دوافع لاشعورية لا يدركها فلا يملك القدرة على السيطرة عليه، ولا يستطيع مواجهتها ومحاربتها بشكل فعال، إلا أن إدراك حقيقتها وأهدافها (طه، 2010: 390). كما هو مبين في الصورة (1)



الصورة (1)

العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية

## 5.1.2 - النظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري:

وأهم النظريات التي اهتمت بتفسير اضطراب الوسواس القهري هي :

### 1- نظرية التحليل النفسي:

تُعدّ المدرسة التحليلية هي المدرسة التي أعطت التفسيرات النفسية للأمراض النفسية والعقلية. وقد كان سيجموند فرويد هو من فصل الوسواس القهري وجعله مرضًا نفسيًا قائمًا بذاته عام 1896م، فقد كان قبل ذلك يعدّه عرضًا من الأعراض لحالة نفسية تسمى "الوهن النفسي وحتى نهاية الستينيات كانت نظرية فرويد تُعدّ أعراض الوسواس القهري نتيجة لصراعات داخلية ما حدثت في المرحلة الشرجية والمرحلة السادية، نتيجة لهذا تقبله مشاعر الجنس والعدوان، ولهذا فإن أعراض الوسواس الطقوسية تستخدم كوسيلة لخفض القلق وضبطه بهدف منع الاندفاعات المختزنة في اللاشعور من الظهور إلى الشعور، أي أنه تفسير اضطراب الوسواس القهري باعتباره ناتجًا عن الرغبات المكبوتة والخبرات الجنسية المختزنة في اللاشعور، على أنه رموز لا شعورية متصارعة بين الفرد والمجتمع، كان العلاج المقترح هو التحليل النفسي الذي يتعامل مع اضطراب الوسواس القهري ، ولهذا يبدأ العلاج من خلال وصول اضطراب الوسواس القهري إلى هذه المناطق اللاشعورية عن طريق تشجيع الفرد على الحديث حول مشكلاته خلال الجلسات العلاجية، ويساعده المعالج في التعرف على العوامل الخفية في المشكلة وفهم أسبابها وأخراجه من حيز اللاشعور إلى حيز الشعور (مصطفى، 2004).

وتطورت وجهة نظر أصحاب التحليل النفسي في تفسير اضطراب الوسواس القهري خلال الخمسينيات وأوائل الستينيات من القرن العشرين ، حيث افترضوا أن مرضى الوسواس القهري يتسمون بضعف في حدود الأنا، وترى نظرية التحليل النفسي أن الأنا في الوسواس القهري تلجأ إلى بعض الوسائل الدفاعية لحماية نفسها من القلق، منها العزل لفصل القلق من

النزعات والأفكار القهرية ،ومحو الفعل لتخفيف القلق الناشئ عن الأفعال القهرية، ويؤدي هذا إلى اندفاع الاقتحامات المتكررة من الهو إلى مجرى الوعي، كما يفترضون أن الطقوس القهرية لها دور مهم في تقوية حدود الأنا ، ولا يجب اعتراض أو منع تلك الطقوس، حتى لا تنهار حدود الأنا ويقع الفرد في شرك الإصابة بالوسواس، وردود الفعل التي تشكل الصفات الظاهرة للشخصية الوسواسية وأعراض اضطراب الوسواس القهري ،كالنظافة والغسيل ومن ثم ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة للأنا الأعلى في اضطراب الوسواس القهري وأثر تثبيته على المرحلة الشرجية في نشأته ، وأشار فرويد كذلك إلى التناقض (التضاد) الوجداني لدى المرضى، والحاجة إلى الضبط والتحكم والصراع ضة ما يراه الفرد رغبات ممنوعة أو محرمة (فرويد، 1982 ؛يوسف،2001).

فمؤسس مدرسة التحليل النفسي "فرويد" يرى أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاثة مكونات "الهو" و "الأنا" و "والأنا الأعلى"، ويرجع الصراع النفسي إلى اختلاف أهداف وغايات هذه المكونات الثلاثة، ويعتبر الصراع اللاشعوري بين هذه المكونات أشد وأخطر الأنواع الصراع، وقد وصل فرويد من خلال دراسته حالات إكلينيكية إلى أن أشكال الصراع التي تحولت إلى المستوى اللاشعور قاسم مشترك أعظم في كل حالات اختلال السلوك، لذا فإن الخاصية المشتركة في جميع الظواهر العصابية هي قصور الضبط لجهاز العادي. وبالتالي فإن قصور جهاز الضبط هو الأساس وراء الأعراض المرضية، كما أن عدم القدرة على حل الصراع اللاشعوري يبذل الطاقة النفسية للفرد، ويجعله يفشل في مقاومة الصراعات اللاحقة . ومن هنا تحاول الأنا جاهدةً التوفيق بين مطالب الهو والأنا الأعلى، بحيث تحدث مواءمة بين رغبات الفرد واحتياجاته ومطالب المجتمع الذي هو عضو فيه ، وعندما يجد الفرد نفسه غير قادر على مواجهة مطالب الحياة المحيطة به، ومطالبته هو شخصياً

بالأساليب العادية والمعقولة ، يجد نفسه يستبدل بها أساليب لا معقولة ولا مقبولة ويصعب التحكم فيها ، ويشعر المصاب بالمرض النفسي بأشياء غريبة تحدث له قد تكون اندفاعات وأفكاراً غريبة كما في القهر والوسواس، (فرويد ، 1987 ؛ العارف،2014)

ويرى فرويد في كتاباته الأخيرة 1913 أن الدافع المكبوت في العصاب القهري هو الدافع الجنسي، ويشير إلى الدور الذي تؤديه الخبرات الجنسية المبكرة في نشأة العصاب القهري، حيث ذكر أنها تنشأ نتيجة تعرض الشخص لخبرة جنسية مؤلمة فيها عدوان أو تحرش جنسي على المريض في طفولته المبكرة، وتقوم الأنا لحماية نفسها من هذه الفكرة المكبوتة بأنواع من الأفكار أو الأفعال القهرية أو المخاوف مثل الخوف من النجاسة والخوف من الناس، كما يرى أن السلوك القسري ينشأ عن التدريب الذي قوامه الإصرار الزائد والمفرط على أمور النظافة في الطفولة المبكرة، ولذلك أسموها بالشخصية الفمية استناداً إلى اسم المرحلة التي تتكون خلالها، ويرى فرويد أن المصابين بالعصاب القهري، إذا مُنِعُوا من القيام بأعمالهم وحركاتهم القهرية مثل غسل اليدين، وكثرة الاستحمام، وتكرار الوضوء فإنهم يشعرون بقلق شديد، وهم لا يستطيعون تجنب هذا القلق إلا باستئناف القيام بهذه الحركات أو الأفعال القهرية، وقد لاحظ فرويد من ذلك أن هذه الحركات القهرية تقوم بإخفاء القلق، فالمرضى يقومون بهذه الحركات لكي يتجنبوا الشعور بقلق، فالأعراض في العصاب القهري قد حلت محل القلق (يحيى،2000؛ يوسف،2001؛فرويد،1985).

ونستخلص مما سبق أن نظرية فرويد لمرض اضطراب الوسواس القهري لا تنفصل عن المبادئ الأساسية للتحليل النفسي، فتركيز "فرويد" على أن الوسواس هو نتيجة خلل في مرحلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وهي المرحلة الشرجية وأثر الخبرات الجنسية التي قام بها المريض بالوسواس القهري بدور سلبي ، وقد يرجع إلى أحكام الوالدين والتشدد في هذه

المرحلة ،أو المرحلة السادية (العدوانية) حيث تظهر فيه النزعة العدوانية في السنوات الأولى تجاه الاب،أو الأم . ومن هذا المنطلق ارتكاز "فرويد "على ثلاثة محاور رئيسية هي دور الأنا كجهاز ضبط وتحكم دورها في التوفيق والضبط بين كل من الهو و الأنا الأعلى ، بين غرائز الهو وأوامر الأنا الأعلى المتمتة الصارمة بفضل التنشئة الاجتماعية الصارمة، وقيود المجتمع. ولكن في حالات العصاب القهري تكون القوى الوظيفية شحذت بطريقة فجأة، وعلى هذا الأساس شرح "فرويد " الاتجاه العام لنشأة هذا المرض ، ويتلخص في الإشباع البديل في مقابل التخلص من الإحباط، فالأعراض التي كانت تدل من قبل على بعض القيود المفروضة على الأنا أخذت تدل فيما بعد على الإشباع ( أحمد، 2012).

## 2- النظرية السلوكية

وهي من أشهر المدارس الأمريكية قاطبة ، ومؤسسها الأول هو واطسون ومع اختلاف اتجاهات باحثي المدرسة السلوكية إلا أنهم يتفقون على أن العصاب سلوك متعلم، أي مكتسب بالفطرة من البيئة، فالمدرسة السلوكية تصف السلوك وتفسيره في تبادل السلوك الذي يمكن إخضاعه للملاحظة .وبالتالي فهم أكثر من غيرهم إيماناً بدور التنشئة الوالدية والمجتمع في اكتساب ذلك السلوك، وصياغة الشخصية كما يتفق سكنر SICNER ودولارد ميللر Dolard Miller بأن الإنسان يتصرف من خلال قوانين واستجابة للقوى الخارجية أو استعدادات وهي تمثل المادة الخام للشخصية وتشكل حسب المثيرات التي يتعرض لها الفرد في البيئة ، فجميع أنواع السلوك مكتسبة حسب قواعد التعلم (كفاي، 1989).

يعتمد التفسير السلوكي لاضطراب الوسواس القهري على مبادئ وقوانين ونظريات التعلم وبخاصة التعلم الشرطي، حيث ينظر مؤيدوه إلى الوسواس على أنها تمثل منبهاً شرطيًا،



فإذا ارتبط الفكر الوسواسي بالمشير غير الشرطي للقلق فإنه يصبح أيضاً مثيراً للقلق ، ومن ثم تصبح الموضوعات والأفكار التي كانت محايدة منبهات شرطية قادرة على إثارة القلق والضيق، أما القهر سيكون بطريقة مختلفة إذ يكتشف الفرد أن فعلاً معيناً يقلل من الاضطراب المرتبط بالأفكار الوسواسية، ولذا تتطور خطط التجنب الفعالة في شكل فعل قهري كالطقوس للسيطرة على القلق وبشكل تدريجي، وتفترض النظرية السلوكية أن مرضى اضطراب الوسواس القهري يوجد لديهم ارتباط بين الأشياء أو الظروف والخوف، ويتعلمون تجنب الأشياء التي يخافون منها وأداء طقوس تساعدهم على خفض التوتر و الخوف، وهذا الخوف وسلوك التجنب أو الطقوس قد يبدأ عندما يقع الفرد في مواقف ضغط عاطفي، مثل بداية وظيفة جديدة، أو نهاية علاقة ما (أحمد ،2012؛يوسف،2001).

ويركز السلوكيون على السلوك القهري أكثر من الوسواس في تفسيرهم وعلاجهم لهذا الاضطراب، فرغم تلقي التفسير السلوكي تدعياً وتأييداً محدوداً، فإن العلاج السلوكي للأفعال القهرية. قد نجح نجاحاً كبيراً، وساعد في تغيير الصورة العلاجية المتشائمة لاضطراب الوسواس القهري ، وتستخدم نموذج العاملين (مورر) وتفترض النظرية أن مثيرات القلق غير الشرطي تصبح مقترنة أو مرتبطة خلال عملية التشريط التقليدي ، ببعض الكلمات أو الأفكار والتصورات التي تكتسب فيما بعد خصائص تلك المثيرات ،وعندما ترتبط تلك التصورات والأفكار التي هي مثيرات شرطية مع أفكار أخرى ،يعمم تأثير التشريط، وتصبح هذه أيضاً مثيرات للقلق. وأي سلوك تجنبي يؤدي إلى تخفيف هذا القلق، وسوف يتم تدعيمه إيجابياً خلال عملية الإشرط الإجرائي .والتدعيم التالي سوف يقوي ويشكل السلوك الذي يصبح عادة قهرياً. وهذه السلوكيات التجنبية القهرية قد تكون ذات طبيعة معرفية أو جسمية (David,2004).

وتبنى مورر Mower 1939 (في بارلو، 2002) النظرية ذات المرحلتين، المرحلة اول: اكتساب واستمرار تدعيم الخوف، والمرحلة الثانية: السلوك التجنبي لتفسير المخاوف المرضية (الرهاب) واضطراب الوسواس القهري، وقد أدخل عليها تعديلات في سنة 1960 وتفترض المرحلة الأولى للنظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالمخاوف، نتيجة لاقترانه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق. ومن خلال العمليات الشرطية تكتسب الأشياء والأفكار وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة. وفي المرحلة الثانية من هذه النظرية تتطور استجابات الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بالقلق أو عدم الراحة، الذي تثيره مثيرات شرطية متعددة ويدعمها نجاحها في ذلك. وقد تبنى دولارد وميلر نظرية مورر في تفسير الوسواس القهري، فإنه نتيجة للطبيعة المفتحة للوسواس لا يمكن تجنب عديد من المواقف التي تثير الوسواس فعلا. ولا تتجح سلوكيات التجنب السلبي (مثل تلك التي يستخدمها مرضى المخاوف) في تخفيف الشعور بالكرب والوسواس. وتتطور أنماط التجنب الإيجابي في شكل سلوك طقسي وتثبت، وتستمر نتيجة لنجاحها في تخفيف الشعور بالكرب. (للاستزادة حول آثار الخوف والتجنب السلوكي راجع: Sharbati and Gupta, 2014).

وهكذا طبقا للسلوكيين فإن الأفراد يعانون من الاضطراب في النهاية. ففي المواقف المثيرة للقلق قد يقعون في عادة غسيل اليد، ويعتقدون أن تصرفاتهم وأفعالهم تجلب لهم الحظ الجيد، وقد يكررون هذه الأفعال مرات ومرات. وعندما يجدون أنفسهم في هذه المواقف الضاغطة والعسيرة (والارتباطات المتكررة من نفس النوع) كموقف ضاغط، وغسيل يد متكرر، وحظ جيد. كل هذا يزيد من احتمال أن هؤلاء الأفراد يربطون أفعالا محددة بتخفيف القلق، ومن

ثم تصبح هذه الأفعال هي الطريقة الأساسية لديهم لتجنب أو تخفيف القلق (إسماعيل، 2004).

### 3 - النظرية المعرفية Cognitive theory

في السنوات الحديثة وضع المعرفيون تفسيرات وعلاجات عديدة لاضطراب الوسواس القهري، وقد بدأت التفسيرات المعرفية لاضطراب الوسواس القهري بافتراض مقدمة منطقية، بأن كل فرد لديه أفكار لامنتطقية غير مرغوبة وغير مقبولة واقتحامية ومتكرر، مثل أفكار بأذى نفسه أو الآخرين، أو الانغماس في الأفعال الجنسية غير المقبولة أو التلوث بالميكروبات والجراثيم، فبينما يرى معظم الأفراد أن هذه الأفكار غير طبيعية أو أفكاراً ليس لها معنى، فيكتمونها أو يتجاهلونها بسهولة، نجد الأفراد الذين يظهرون اضطراب الوسواس القهري، يعتقدون أنهم هم المسؤولون عن مثل هذه الأفكار المرعبة والسيئة ويستحقون اللوم والتوبيخ. بالتالي يزداد لديهم القلق في أن تؤدي مثل هذه الأفكار إلى أفعال أو نتائج ضارة وسيئة، ويرون هذه الأفكار اقتحامية بغیضة ومثيرة للاشمئزاز وضاغطة بشدة ومن ثم يحاولون التخلص منها دون جدوى، أو تجنبها بالتسوية أو التحييد للتفكير أو التصرف بطرق تؤدي إلى تبرير الأفكار غير المقبولة، ويجعلها تتال الرضا من الفرد فهم قد يستخدمون هذه التقنية لينالوا الطمأنينة والتأكيد من الآخرين. فقد يفكرون بتوجس، ويفحصون مصدر الخطر المتوقع، وينظفون أيديهم مراراً وبمبالغة لينالوا رضا الآخرين، فضلاً عن الشعور بالارتياح المؤقت. وعندما تنجح هذه التقنية في تخفيف القلق والتوتر تصبح سلوكاً مدعماً، ولذلك فمن المحتمل استخدامها مراراً، وهكذا يصبح فكر سلوك التسوية وسواساً أو قهراً (Sadock and Ruiz, 2015).

ويستند النموذج المعرفي في تفسير اضطراب الوسواس القهري إلى بعض الفرضيات منها الفرضية الأولى يواجه أفراد غير سريريين (غير المرضى) أفكاراً وسواسية متشابهة في

المضمون والشكل للوساوس والأفعال القهرية التي يعاني منها مرضى الوسواس القهري، وترى بأن التفسير الخاطئ والسلبى للأفكار يكون السبب في زيادة الأفكار وكثافتها وتحويلها إلى أفكار وسواسية، وأيضاً وجود معتقدات لا عقلانية لدى المرضى مثل مسؤولية الفرد عن منع الأذى المستقبلي عن نفسه وعن الآخرين، وزيادة مشاعر الذنب لديه (رجز، فو، 2002). والفرضية الثانية ترى أن مرضى الوسواس القهري يعانون من تشوه معرفي والذي يظهر ضمن حلقة مفرغة وبطيئة. والذي ينشط هذه الحلقة هو التحفيز المفرط غير الطبيعي، الذي يجعل المريض في حالة تأهب دائم، مما يدفع إلى القيام بطقوس معينة بشكل قهري. وكسر هذه الحلقة المفرغة يتم عن طريق التعامل مع معتقدات المريض. كما تفترض النظرية المعرفية أن مرضى الوسواس القهري حينما يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤدية تظهر لديهم أفكار لا عقلانية ترتبط بمشكلات محددة هي المصدر الأساسي للقلق، وتتضمن هذه الأفكار التقدير غير الواقعي للمواقف والمبالغة المستمرة في الجوانب الخطرة له، ومن هذه الاعتقادات أو الأفكار أن عدم منع الكارثة يسيء بقدر التسبب في وقوعها، وهو ما يضخم الشعور بالمسؤولية، وهذه الأفكار وغيرها تمهد لاجتناب الفعل من أجل اجتناب الخطر، وتُعدّ هذه الأفكار وكذلك الاستعداد النفسي للفرد عوامل مهينة تتفاعل مع خصائص الموقف، ومن هنا فإن المواقف تثير أو تضخم الخوف لدى الشخص، وتؤدي إلى زيادة تيقظه، وكلما قوي هذا الاتجاه يصبح من السهل تنشيط الأفكار المتصلة بالخطر وإثارته عن طريق مواقف يصعب تجنبها. كما تشير النظرية المعرفية إلى أن المصابين باضطراب الوسواس القهري يسيئون تفسير أفكارهم حيث يفسر الفرد وساوسه على أنها فاجعة ، وتحمل خطراً مبالغاً فيه ، وذلك يرجع إلى المعتقدات الخاطئة التي تعلموها مبكراً وفي وقت

سابق من الحياة، ومثل هذا التفكير يجعلهم مكتئبين ويزاولون سلوك التجنب أو ممارسة الطقوس القهرية ( أبو هندي، 2003؛ الخرافي، 1985؛ دليل، 2015).

وقد أيدت البحوث الكثير من جوانب النظرية المعرفية في تفسيرها اضطراب الوسواس القهري، فقد وجد كلارك Clark 1992 ، فريستون Freeston 1992 ، روبير وآخرون Roperapl 1993 (في بارلو، 2002) أن ذوي هذا الاضطراب لديهم أفكار اندفاعية واقتحامية أكثر من غيرهم . ويظهر هذا الاضطراب بشكل متكرر على الأقل عدة مرات ، يستخدمون أسلوب التسوية بشكل واسع وكبير أكثر من غيرهم الذين يحاولون كبت وتوقف الأفكار غير المقبولة ، كما تقنيات التسوية تقلل بشكل كبير الضيق وعدم الراحة الذي يشعر به ذوو اضطراب الوسواس القهري ويظهر العجز في شكل التفكير في تنظيم وتكامل الخبرات، ، وليس في محتواه ، وفقا لذلك فإن الشخص الوسواسي يحاول تعويض هذا العجز من خلال الإسراف في تنظيم حياته مسقطا لمحددات أو حدود فئوية وعلاقات زمنية، ويرى أن هذا النمط يستخدم بصورة متسقة الوسواس القهري ويؤثر في كل جوانب حياته، إلا أنه يترك الباب مفتوحا أمام احتمال أن تتفاقم الصعوبات عندما تتضمن المهام محتوى مهددا.

وينفق فوا و كوزاك Foa and Kozak 1985 (في كومب وآخرين، 2011) على أنه يمكن تمييز اضطراب الوسواس القهري عن بقية الاضطرابات الأخرى بالخصائص المرضية في عجزهم في قواعد تفسير الاستدلالات المتعلقة بالأذى .فأصحاب الوسواس القهرية دائما ما يستخلصون أن موقفا ما خطرا اعتمادا على غيبة دلائل الأمان، ودائما ما يفشلون في القيام بخطوات استقرائية من المعلومات المتعلقة بغيبة الخطر .وبالتالي فإن الطقوس التي يقومون بها لخفض احتمالات الخطر لا يمكنها على الإطلاق توفير الأمان ويتعين بالتالي تكرارها، وبالإضافة إلى الآليات الخاصة بمعالجة المعلومات، وإلى محتوى الأفكار .

ويرى جايدانولويوتى 1983 Cuidanodliotti (في بارلو، 2002) أن هناك بنية معرفية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى المصاب بالوسواس القهري تتألف من مجموعة من الاعتقادات حول الكمال والحاجة إلى الدقة والحرص، والمراجعة، وجود حل صحيح بشكل مطلق، وتكون هذه النسبة ثابتة نسبياً، وتعد هي المسؤولة عن مدى كبير من الأعراض الوسواسية، واعتمد هذه الفكرة وارين 1991 (في كومب وآخرين، 2011). حيث قام بتطوير نموذج معرفي للعلاج للوسواس، يستند هذا النموذج بالتعرف على تلك الاعتقادات وتصحيحها، حيث يعمل المصاب على تحديد تلك الأفكار بدقة ثم يتم تناولها الواحدة بعد الأخرى. وتتفق الباحثة مع النموذج المعرفي لوارين، من حيث التعرف على الاعتقادات الخاطئة وتعديلها وتصحيحها، ومن خلال تحديد الأفكار بدقة وتناولها الواحدة تلو الأخرى، وهذا ما اعتمدت عليه الباحثة ضمن برنامج الدراسة الحالية.

ويذكر كورديولي 2008 Cordioli (في عبدالهادي، 2012) أن النظرية المعرفية قدمت عدة تفسيرات لأعراض اضطراب الوسواس القهري، منها أن مرضى الوسواس القهري لديهم توقعات عالية وغير عادية للأحداث، وبالتالي تكون النتائج السلبية، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية للعديد من الأفكار والأفعال والتصرفات. كما أن المرضى لديهم أفكار مشوهة ومعتقدات مضطربة، مثل التقدير المبالغ فيه للخطر، والشعور المتضخم بالمسؤولية، الحاجة إلى السيطرة، والحاجة إلى اليقين والكمالية. ويتفق هذا التفسير مع الذي قدمه بيك 1976 Beck (في بارلو، 2002) الذي يرى أن محتوى الوسواس ترتبط بالخطر في شكل شك أو تحذير، ولا يفرق كلا التفسيرين، بين الوسواس المرتبطة بالتهديد والأفكار المرتبطة لدى مرضى المخاوف. قد توصل تحليل إحصائي أجري سنة 2013 إلى أن الأشخاص المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري لديهم عجز معرفي متوسط إلى واسع المدى، وخاصة فيما يتعلق

بالذاكرة المكانية (الذاكرة المتعلقة بالبيئة المحيطة والاتجاهات)، وإلى حدٍّ أقلّ بالذاكرة اللغوية من حيث اختيار الكلمات والألفاظ، وبالأداء التنفيذي وسرعة المعالجة، في حين أنّ الانتباه السماعي لم يتأثر بشكل كبير كما بيّنت دراسة أخرى أنّ المصابين باضطراب الوسواس القهري يبدون عجزاً في صياغة استراتيجيات تنظيمية لعددٍ من المهام الذهنية (حجاجة، 2015).

يشارك سالكوفيسكس Salkovskis1985 ( في عبدالله، 2000) مع آخرين مثل بارلو (2002) في التحليل الأكثر شمولاً لاضطراب الوسواس القهري. ونقطة الانطلاق في هذا التحليل هي أن الأفكار الوسواسية المقترحة تعمل كمنبهات قد تثير أنماطاً معينة من الأفكار التلقائية السلبية. وبالتالي فإن فكرة مقترحة قد تؤدي إلى اضطراب مزاجي إذا تمت استثارة هذه الأفكار التلقائية السلبية فقط من خلال التفاعل بين الأفكار الاقتحامية غير المقبولة ونسق معتقدات الفرد. مثال ذلك السيئون هم من لديهم أفكار جنسية، وبعد كل من الشعور بالمسؤولية ولوم الذات بمثابة السياقات المركزية في نسق معتقدات مريض الوسواس القهري.

#### 4- نظرية التعلم الاجتماعي: Social Learning

اتجاه التعلم الاجتماعي باندورا، نشأ (وبجهود جوليان روتر) من نظرية التعلم ونظرية الشخصية، حيث نجد الاهتمام عند تفسير السلوك بالدافعية والمعرفة والتعزيز والموقف النفسي الذي تحدث فيه هذه المتغيرات. وبالتالي يؤكد الاتجاه على أهمية التفاعل الاجتماعي خلال الموقف، لأن السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ونماذج للتقليد، ويكتسب الفرد مغزى لهذه البيئة من خلال كل الخبرات السابقة والتي يؤثر بعضها في بعض، ومن خلال الحاجات التي يسعى الفرد إلى إشباعها، كما أن السلوك يحدث في زمان ومكان معينين (سعفان، 2003).

ويعتقد المتحمسون لنظرية التعلم الاجتماعي أن الابن إذا رأى أباه أو أمه يقومان مراراً ببعض الأفعال القهرية، (كالطقوس الحركية، والفحص والتأكد، والتخزين، وغيرها)، فإنه يختزن الخبرة في ذهنه، فإنه يسرع بالقيام بتقليد الأب أو الأم كوسيلة للتعامل مع هذه الضغوط النفسية، إذا وقع تحت تأثير ضغط نفسي أو اجتماعي، والاضطرابات ليست بالضرورة نتاج قوى خفية سرية مستعلقة، فقد تنتج عن عمليات عادية من قبيل التعلم الخاطئ من المحيطين المؤثرين وعدم التمييز بين الخيال والواقع. كما أن محتوى ومخرجات التفكير تمثل وهماً مستمداً من مقدمات خاطئة. والسلوك قد يكون انهزامياً لأنه مبني على اتجاهات ومعتقدات غير عقلانية، قد تنتج عن الاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو غير صحيحة، ( بيك، 2000؛ عبد الهادي، 2012).

ترى الباحثة من العرض السابق للنظريات المفسرة لاضطراب الوسواس القهري أنها تباينت في الكشف عن الأسباب المؤدية إلى هذا الاضطراب، تبعاً للنظرة السائدة في كل نظرية، فاتجهت نظرية التحليل النفسي نحو التطور في المرحلة الشرجية، والصراعات بين القوى النفسية الثلاث، وآليات الدفاع النفسي. بينما اتجهت السلوكية نحو المثيرات الشرطية على أنها مسبب للوسواس القهري، أما أصحاب النظرية المعرفية فربطوا بين الشخصية الوسواسية ومحتوى الأفكار أو طريقة معالجة المعلومات. أما أصحاب النظرية الاجتماعية فيرى أن الوسواس القهري يحدث من قبيل التعلم الخاطئ من المحيطين، والنماذج التقليدي، ولا يمكن القول بأن نظرية واحدة بعينها هي الكافية في تفسيرها لاضطراب الوسواس القهري بل إن التكامل بين أكثر من توجه قد يضيف فهماً أفضل وأعمق، وبالتالي تقديم إرشاد وعلاج أنجح لمرضى اضطراب الوسواس القهري، والوصول إلى نتائج فعالة؛ فيجب الأخذ في الاعتبار كل هذه التفسيرات بعين الاعتبار.



## 6.1.2 - أسباب اضطراب الوسواس القهري:

### 1- الأسباب الفسيولوجية

الأسباب الفسيولوجية خاصة بالجهاز العصبي وكهربائية نشاط المخ، كما أشارت الأبحاث إلى أن أسباب اضطراب الوسواس القهري هي مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ المسؤول عن الإحساس بالخوف والخطر والتركيبات الأكثر عمقا للدماغ في العقدة العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار. وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي (سيروتونين) ويعتقد أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى السيروتونين (Marisol,2006).

وتذكر كل من ليزلي بيچ 2007 Paige ونتائج دراسة فيليب زيزكو وآخرين Szeszko 2005 et al، وماريزول بيريز 2004 Perez (في عبد الهادي، 2012) أن أسباب الوسواس القهري غير معروفة، ولكن الأبحاث تفترض أنه يرجع إلى الاختلال الكيميائي الحيوي الذي يحدث في المخ، والذي ينتج من الزيادة في معدل نشاط فصوص المخ الأمامية، ومعدل نشاط النواة القاعدية خاصة النواة المذنبة Caudate nucleus وكذلك منطقة الحزام، وهو بدوره يتسبب في إرسال رسائل كاذبة، وقد يرجع إلى الطريقة التي تعلمها الفرد في خفض الشعور بالقلق أو نتيجة التعرض للأحداث الضاغطة. وأن الأسباب البيولوجية من أهم أسباب إصابة الفرد بالوسواس القهري، حيث وجد أن المورث الناقل للسيروتونين هو المسؤول عن إصابة الفرد بالوسواس القهري، حيث يوجد ارتباط بين نقص السيروتونين والوسواس القهري و حدوث تغير في نشاط المخ، وقد يرجع هذا التغير إلى:

أ- النواة المذنبة Caudate nucleus الموجود في منطقة عميقة بمنتصف المخ، وهي

تعمل كمرشح للأفكار والتحكم في السلوكيات المعتادة والمتكررة.

ب- يعتقد أن نشاط بعض أجزاء قشرة الفص الأمامي للمخ يجعل الفرد قلقاً على الجوانب الاجتماعية، ويصبح الفرد مرتباً وموسوساً ومشغول البال ، ولديه خوف مبالغ فيه أن يظهر على نحو غير ملائم .

ج- النواة القاعدية The cingulated هي التي تحفز المريض لأداء الأفعال القهرية، وذلك من أجل خفض القلق.

وقد ذهب البعض في تفسير مرض الوسواس القهري إلى أن سببه وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء المخ، وتشمل المناطق المعروفة بالقشرة الأمامية المدارية (Orbito Frontal Cortex)، والجسم المخطط (Striatum)، والمهاد (Thalamus) كما أن البداية المفاجئة لمرض الوسواس القهري قد يكون سببها استئثار بكتيريا لاستربت (Strept)، وتسبب هذه المناطق حسب مكانها في اللحاء فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه البؤرة الكهربائية في نشاطها رغم محاولة مقاومتها، تماماً كما تتعطل الأسطوانة وتكرر نفس النغمة وتستمر إن 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 كافة، ولذا يتبين للمريض عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مركز الفكرة تقاوم هذه البؤرة، ويختلف ذلك عن هذات العظمة أو الاضطهاد، والذي يسببه بؤرة كهربائية في اللحاء، ولكنها عزلت نفسها عن باقي لحاء المخ بعملية انفصال عن باقي الدوائر الكهربائية، ولذا فمريض الوسواس القهري يؤمن بعدم صحتها نظراً لعدم وجود نشاط لحائي على اتصال بهذه البؤرة لمقاومتها أو الكف من نشاطها، وقد زاد الاهتمام بالوسواس القهري بعد اكتشاف عدة مصاحبات فسيولوجية وتشريحية بأجهزة تصوير المخ الحديثة، قد وجد بعض التغيرات في العقد القاعدية، وخاصة في النواة المذنبة وصغر

حجمها، وكذلك المعدل المرتفع في تمثيل الجلوكوز في الفص الجبهي في المخ  
(عكاشة، 1992؛ محسن، 2016).

أظهر التصوير العصبي الوظيفي لدماع المصابين بالاضطراب الوسواسي القهري أثناء  
ظهور الأعراض عليهم وجود نشاط غير طبيعي في منطقة القشرة الجبهية الحجاجية ، وفي  
الجانب الأيسر الظهراني الجانبي للقشرة أمام الجبهية، وفي الجانب الأيمن من القشرة أمام  
الحركية، وفي الجانب الأيسر من تلافيف الفص الصدغي العلوي، وفي الكرة الشاحبة  
الخارجية، وفي منطقة الحصين والجانب الأيمن من المعقف، كما لوحظ وجود فرط في النشاط  
في الجانب الأيسر من النواة، وفي التلافيف الحزامي الخلفي، إلا أن تحليلًا إحصائيًا يعود إلى  
سنة 2004 بين أن المناطق التي يحدث فيها تكرار لفرط النشاط بشكل ثابت لدى المصابين  
بالاضطراب الوسواسي القهري في الدماغ هي الفصوص المدارية ورأس النواة الذنبية؛ أما باقي  
المناطق فكانت البيانات فيها متفاوتة ومتباينة، بالإضافة إلى ذلك لوحظ وجود تشابه وترابط في  
آليات نظام المسار العصبي بين الاضطراب الوسواسي القهري واضطراب نقص الانتباه مع  
فرط النشاط ، حيث يكمن التشابه في الاختلال الوظيفي في منطقة القشرة الخزامية الأمامية  
والقشرة أمام الجبهية ،بالإضافة إلى نواقص مشتركة في الوظائف التنفيذية، كما لوحظ وجود  
صغر في حجم الجانب الظهراني الجانبي للقشرة ( أبو هندي، د،ت)

كما يتأكد وجود أساس تشريحي لاضطراب الوسواس القهري من خلال ظهور بعض  
الأعراض الوسواسية القهرية لدى مرضى التهاب الدماغ ، وكذلك بعد الإصابة بالصدمات  
الدماغية ، وأيضًا عقب إجراء بعض الجراحات العصبية ،وتدل الكثير من الملاحظات العلمية  
التي توصلت إلى وجود أساس عصبي تشريحي لاضطراب الوسواس القهري ، وتتجلى تلك  
الملاحظات في ظهور وساوس وأفعال قهرية لدى مرضى بعض الاضطرابات العصبية مثل

مرض باركنسون (\*)، داء هنتنغتون (\*\*)، رقاص سيدنهام (\*\*\*) متلازمة توريت (\*\*\*\*)، وغيرها من الاضطرابات التي تشترك جميعاً في حدوث تغيرات مرضية في العقد القاعدية أو اللحاء الأسفل قبل الجبهي (عكاشة ، 1997).

أما الدراسات التي اعتمدت على رسم المخ الكهربائي لمرضى الوسواس القهري فقد توصلت إلى وجود اختلاف نيورفسولوجي لدى مرضى الوسواس القهري مقارنة بالأسوياء، وكان من أكثر الاختلافات العصبية وضوحاً زيادة نشاط الأجزاء الجبهية لدى مرضى الوسواس القهري ، وظهر لدى مرضى الوسواس القهري الذين يعانون مستويات مرتفعة من الوسواس نشاط كهربي مرتفع خاصة في معدل تكرار موجات ألفا وبيتا (عكاشة، طارق ، 2010). وتؤكد دراسة بروتمان وجنيك (في الحجار، 1992) عن وجود موجات كهربائية دماغية غير سوية عند أربعة مرضى من أصل 14 مريضاً بالوسواس، وشذوذ في الموجات الكهربائية، وهو من مصدر الفص الصدغي، وتبين من خلال الدراسة أن هناك علاقة بين الوسواس القهري والشذوذ في تخطيط الدماغ عند هؤلاء.

يرى بعض الباحثين أنه عند إجراء تخطيط الدماغ لدى مرضى الوسواس القهري، يظهر نمط من النشاط مختلف عما يظهر عند الأسوياء، حيث إن النشاط أقل في منطقة من الجهاز الجوفي limbicsystem وتسمى التلفيف الحزامي Cigulate gyrus والمسؤولة عن تشكيل الانفعالات Emotion Formation والتعلم والذاكرة، مما يسبب خللاً في التحكم

---

(\*) ما يُعرف باسم الشلل الارتعاشي هو اضطراب تنكسي في الجهاز العصبي المركزي الذي يؤثر بشكل رئيسي على الجهاز الحركي تبدأ الأعراض ببطء في بداية المرض، أكثر الأعراض وضوحاً هي الرعاش، التقبض، نقص الحراك وتشوه المشية قد تحدث مشاكل التفكير والسلوك)

(\*\*) هو مرض عقلي وراثي يشابه تدهور مرحلي للحالة العقلية، بسبب موت خلايا في المخ. هو مرض تنكسي مترق يُسبب تلف خلايا عصبية معينة في الدماغ، ونتيجة لذلك تظهر حركات لا إرادية واضطرابات عاطفية و تدهور في الحالة العقلية.

(\*\*\*) هو مرض يتميز بحركات سريعة غير متناسقة فجائية تؤثر على الوجه والقدمين واليدين بشكل أساسي. ينتج رقاص سيدنهام من عدوى بالبكتريا الكروية السبحية.

(\*\*\*\*) هي عبارة عن خلل عصبي وراثي يظهر منذ الطفولة المبكرة تظهر أعراضه على شكل حركات عصبية لا إرادية متلازمة يصحبها متلازمات صوتية متكررة.

بالانفعالات، وهذه النتائج قد تساعد في تفسير المشكلات المتعلقة باتخاذ القرارات والانتباه والمشكلات المعرفية الأخرى لدى مرضى الوسواس القهري ( Marisol,2006).

كما قام أحمد عكاشة ومنى رأفت (1994) بدراسة اضطراب الوسواس القهري دليل من تخطيط الدماغ الكهربائي إلى الأسباب البيولوجية لاضطراب الوسواس القهري دليل من تخطيط الدماغ ، وصل الباحثان إلى افتراض أن هذا الاضطراب نتج عن خلل مخزون في العقدة القاعدية ، وبطريقة ما نثار من قبل الفص الجبهي الأسفل المضطرب في وظيفته. وفي ذات السياق أشارت بعض الدراسات إلى معاناة بعض مرضى الصرع الذين عولجوا بجراحات استئصال في اللحاء المطوق الأمامي من أعراض وسواسية قهرية بعد إجراء الجراحة لهم . كما أن بعض مرضى صرع الفص الصدغي الأوسط الذين اتسموا ببعض السمات الوسواسية قبل إجراء الجراحات العصبية لهم قد استوفوا جميع المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري(Marisol,2006).

وبصفة عامة يوجد إجماع لدى الباحثين حول وجود شذوذ واضطراب مخي لدى مرضى الوسواس القهري، وحديثاً توصلت بعض الدراسات إلى اضطلاع المناعة العصبية بدور في الإصابة باضطراب الوسواس القهري، واستدل الباحثون على ذلك من ظهور بعض الأعراض الوسواسية بعد الإصابة بالعدوى العقدية الكروية، وفي الوقت الذي تراكمت فيه الأدلة على وجود خلل تشريحي لدى مرضى الوسواس القهري، تعددت الأدلة على وجود خلل وظيفي في المخ لدى هؤلاء المرضى، أو بعد إجراء عملية جراحية كاستئصال ورم، واعتمد عدد من هذه الأدلة على التصوير الطبقي للمخ بقذف البوزيترون، وباستخدام النظائر المشعة، وكذلك باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي، وتبين من خلال تلك الوسائل زيادة معدل تدفق الدم

وزيادة معدل نشاط التمثيل الغذائي في مناطق مختلفة من المخ مثل الفصوص المخية الأمامية، والعقد القاعدية، واللحاء المطوق الأمامي والجبهى الحجابي الأيمن (عبد الرحمن، 2000).

## 2- الأسباب الوراثية

يرث الفرد الاستعداد للإصابة بالاضطراب ولا يرث المرض، لأن العامل الوراثي واحد من بين عوامل متعددة ومتشابهة (موسى، الدسوقي، 2013). ويؤدي العامل الوراثي دوراً مهماً في نشأة الوسواس القهري، فقد وُجد أن بعض أبناء المصابين بالوسواس يعانون من الاضطراب نفسه، كذلك الإخوة والأخوات. هذا غير بقية أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية. فقد أوضحت بعض الدراسات الأسرية أن حوالي 6% من آباء المصابين بالوسواس القهري يعانون من نفس الحالة. كما أوضحت دراسات التوائم أيضاً وجود معدلات اتفاق مرتفعة بين التوائم المتطابقة عنها لدى التوائم غير المتطابقة في اضطراب الوسواس القهري (Crinor and Huntc and Pagea, 2010).

كما تؤكد العديد من الأبحاث إلى وجود نسبة انتشار مرتفعة لمختلف أنواع الاضطراب النفسي لدى أقارب المرضى الوسواسيين القهريين، وتتاح معلومات قليلة عن الخصال الوالدية للوسواسيين القهريين، فأظهرت العديد من الدراسات الاسترجاعية أن المرضى الذين تزداد لديهم أعراض الاغتسال يدركون أمهاتهم على أنهم كن أكثر تدقيقاً ووسوسة وتطلبات، وذلك بالمقارنة إلى المرضى الذين تزداد لديهم أعراض المراجعة (عبد الخالق، 2002).

كما يرى سادلر Sadler 1984 (في البناني، 2011) أن العامل الوراثي يؤدي دوراً أساسياً للإصابة بالوسواس القهري، حيث إن الوراثة تظهر كسبب رئيسي في 90% من الحالات المصابة بالوسواس القهري، كما تشير بعض الدراسات إلى أن نسبة الإصابة

بالوسواس القهري بين أفراد العائلة أعلى منها بين أفراد المجتمع العادي، حيث تصل نسبة الاضطراب إلى 35% مقارنة بنسبة 1% إلى 3% بين أفراد المجتمع.

كما تؤكد دراسة أخرى أن نسبة 35% من أقارب الدرجة الأولى لمرضى الوسواس القهري مصابون بالاضطراب نفسه مقارنة بنسبة 1% إلى 3% بين أفراد المجتمع العاديين، وأن ثلث الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب الوسواس القهري يعانون آباؤهم من الاضطراب ذاته (يوسف، 2001؛ سالم ، 2004).

وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرضى الوسواس القهري في مصر يظهر في 16 مريضاً من 84 حالة ، أي حوالي 30% هذه النسبة قريبة الشائعة في الكثير من البلدان (عكاشة، طارق ، 2010). وفي خطوة أكثر تقدماً سعياً للانتقال من مرحلة التأكيد على أهمية العامل الوراثي إلى مرحلة البحث عن الآلية التي يمارس بها العامل الوراثي دوره؛ ذهب بعض الباحثين إلى اكتشاف عوامل وراثية تحمل دلائل الاتهام في الإصابة باضطراب الوسواس القهري ، وفي ذلك الإطار توصل الباحثون إلى حدوث تغير وراثي يؤدي إلى تقليل إنتاج إنزيم يعرف بإنزيم Comt ، ذلك الإنزيم الذي يساعد على إنهاء عمل الموصلين العصبيين الدوبامين والنورابينفرين اللذين تشير الدراسات إلى تسببهما في الإصابة باضطراب الوسواس القهري، غير أن الدراسات أوضحت أن لهذا الجين القدرة على التنبؤ بالإصابة باضطراب الوسواس القهري لدى الذكور فقط ( عرفة ، 2007).

كما نلاحظ أن هناك اتفاقاً في العديد من الدراسات والأبحاث التي هدفت إلى التحقق من دور الوراثة في إصابة الفرد باضطراب الوسواس القهري. كما أشار ( أبوحطب، 2000) إلى وجود علاقة وطيدة بين مرض الأب أو آلام بالوسواس القهري وبين ظهوره لدى الأبناء ، وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال بين مرض الأب أو الأم بالوسواس القهري وبين ظهور العديد

من أعراض الوسواس والأفعال القهرية بين هؤلاء المرضى من الأبناء مقارنة بالآباء والأبناء الأسوياء. أما مؤشرات نتائج دراسة جريجوري وآخرين . Greory et al2005 (في عبد الهادي،2012) بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة المرضية والمجموعة السوية لصالح المجموعة المرضية ،حيث كانت مرتفعة لدى الأفراد الذين لديهم أقارب من الدرجة الأولى مرضى بالوسواس القهري.

### 3- أسباب مرتبطة بالبيئة الاجتماعية والثقافية:

يرى سوليفان أن العوامل الاجتماعية والثقافية تؤدي دوراً في ظهور وتنمية الأعراض القهرية ، ويؤكد أن انشغال الفكر وتحمل المسؤوليات في فترة الطفولة يجعل الفرد عرضة للوسواس القهري ( العنزي،2007).

كما أورد دليل مركز التعاون الدولي للصحة النفسية National Collaborating

(2006) مجموعة من العوامل التي قد تتسبب في الإصابة باضطراب الوسواس القهري وهي:

1. التمزق والتوتر العائلي قد يكون مصدرًا من مصادر الضغوط المسببة للوسواس القهري.

2. أحداث الحياة الصعبة والمعاكسة Adverse life event and difficulties تزيد من

أعراض المرض، وقد تتمثل أحداث الحياة في بداية دخول مدرسة أو جامعة جديدة أو الانتقال

من منزل لآخر، أو الفشل في الزواج والمشكلات الصحية (عبد الهادي، 2012).

كما يرى كارل هورنى أن الوسواس القهري ينشأ لدى الفرد بسبب الظروف الاجتماعية

والثقافية، وعلى وجه الخصوص تلك العوامل البيئية التي تعوق النمو السليم للطفل

(الخالدي، 2006).



ويضيف Rachman 1976 (في العنزي، 2007) أن الأحداث البيئية تسهم في تطوير الوسواس القهري، وملاحظة ظهور الأفعال القهرية في الأسر التي يكون فيها الوالدان ذوي نزعة الامتلاك بمعايير مرتفعة، والوالدان اللذان لديهما أفعال قهرية مرتبطة بالنظافة هما أكثر قابلية لأن يكون لديهما أبناء مصابون بوسواس الأفعال القهرية .

يتفق وايت white (في البناني، 2011) وكانر kanner (في القائي، 1996)

وتؤكد بعض الدراسات أن الأشخاص ذوي الشخصيات الوسواسية القهرية لديهم رتبة مولد الطفل الوحيد أو الأول، وتوقع الإنجاز المرتفع من الطفل الأول، وذلك نتيجة التعرض المكثف لتأثير الراشدين، وعدم الخبرة النسبية للوالدين عند تعاملها مع الطفل الأول (عبد الخالق، 2002). ويشاركه في الرأي أدلر فقد أشار أن شخصية الطفل تتشكل إلى حد كبير من مقامه الزمني في الأسرة لأن الآباء يميلون إلى معاملة الأطفال بطريقة مختلفة وفقاً لترتيبهم الولادي، إى أن موقع الطفل وترتيبه في الأسرة يترك طابعاً لا يمحي على أسلوب الحياة، ويضيف وخاصة فيما يتعلق منها التنافس بين الأخوة وتحويل الحب، وتديل الأبطال أو نبذهم، والفشل في تعلم التعاون، والفشل في تعلم الطفل الاستقلال، والثقة بالنفس، والاتجاهات نحو الدور الاجتماعي للجنسين، وأسلوب الحياة الخاطيء، وتعتبر المرض النفسي نتيجة لهذه الخبرات الطفولية المبكرة للفرد. تشير الدراسات إلى أن 50% من الحالات تعود حالتهم إلى مرحلة الطفولية، وإن تواريخ حياة المصابين بهذا المرض في مرحلة الطفولة دلت على حجم العناء والألم النفسي الذي عانوه جراء إخفاقهم في إثبات ذاتهم أمام إرادة الكبار، وخاصة الوالدان اللذان يحرصان على أن يكون سلوك الطفل مطابقاً لسلوكهما، وإلى دور الأم التي توصف بشدة الحساسية هي صور مبالغ فيها للضبط والنقد الذاتي، تهيب بسلوكها أرضية إصابة الأبناء بداء الوسواس، وبهذا يعتبر أسلوب الأبوين في تربية الأبناء دور مؤثر في هذا

المجال،، وتنشأ بسبب الاتجاهات الوالدية غير السوية التي تميل إلى تحميل الطفل المسؤوليات والقرارات منذ الطفولة المبكرة، مما يعمل على شعوره بالذنب، ومن ثم حاجته إلى التفكير فتتطور ميوله العصائية، ( روتر، 1984؛ عبد العزيز، 2015) .

هذا بينما يحدد زهران (2005) عدداً من العوامل المسببة للوسواس القهري، تتمثل فيما

يلي:

**أولاً:** التنشئة الاجتماعية الخاطئة، والتربية المتمتزة الصارمة المتسلطة، الأمرة الناهية القامعة، والقسوة والعقاب، والتدريب الخاطئ المتشدد المتعسف على النظافة والإخراج في الطفولة.

**ثانياً:** الإحباط المستمر في المجتمع، والتهديد المتواصل بالحرمان، وفقدان الشعور بالأمن.

**ثالثاً:** الشعور بالإثم، وعقدة الذنب، وتأنيب الضمير، وسعي المريض لاشعورياً إلى عقاب ذاته، ويكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة للضمير، فمثلا يمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزا لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو بخبرة مكبوتة .

**رابعاً:** الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت والصراع بين عناصر الخير والشر ، 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 التمرد على مطالب الكبار وتقبلها .

وقدم سعفان (2003) مجموعة من المتغيرات التي تؤثر في الوسواس والأفعال

القهرية على النحو التالي:

أولاً: الطبقة الاجتماعية: هناك أفكار حول أن حالات الوسواس و الأفعال القهرية،

تظهر بدرجة عالية بين الطبقات الاجتماعية المرتفعة والمتوسطة.

ثانياً: الدين داخل المجتمع الواحد والثقافة السائدة .

ويُرجع العيسوي (1992) اضطراب الوسواس القهري إلى التربية القاسية التي قوامها

الصرامة والتزمت والتشدد.

أما ديبرامبير 2006 فيرى أن العقاب البدني والتحرش الجنسي اللذين يتعرض لهما

الطفل أثناء الطفولة من الأسباب الرئيسية لإصابته بالوسواس القهري في المراحل العمرية

التالية. كما يبرهن هازليت ستيف 2003 على أن البيئة المنزلية المحيطة بالفرد تؤدي دورا

رئيسياً في تفجير الأفكار لديه، بالإضافة إلى أن تأثير الوالدين أكثر من تأثير المدرسة على

إصابة الفرد بالوسواس القهري (Sadock and Ruiz, 2015).

وتوصلت دراسة مشعل (د، ت) إلى معرفة دور الوسواس القهري في السلوك

الاجتماعي في البيئة الليبية، و تدل مؤشرات نتائج الدراسة على أن التربية الصارمة تؤدي إلى

الخوف من الوقوع في المحرمات، مما جعلهم يحرسون في معاملاتهم وتعاملهم مع الآخرين،

إلى أن أدى إلى تكرار بعض حركاتهم حتى أصبحت فيما بعد تشكل حالة مرضية، وأشارت

النتائج أيضاً أن المصابين بالوسواس القهري يعانون من سوء العلاقات الزوجية، وهذا يتفق مع

أن هناك ارتباطاً بين اضطراب الوسواس القهري وسوء العلاقات الأسرية، واتضح من نتائج

الدراسة أن المصابين بالوسواس القهري يعانون من تسلط أفكار غريبة وعدم قدرتهم على

التخلص منه، مثل وجود قوة تدفعهم إلى تكرار حركاتهم أو إعادة حديثهم بشكل ممل مما ترك آثاراً سلبية في علاقاتهم مع الآخرين (لاغا، 2009).

وقد أجمع المحللون النفسيون على أن أسلوب التربية الصارمة والملتزمة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة، والاستقامة والنظافة والنظام، والسلوك الناهي عن الانحراف، كل هذه العوامل تؤدي إلى حدوث حالات الوسواس القهري؛ فضلا عن هذا فإن حالات الصراع النفسي التي تكون نتيجة رغبة الفرد في إرضاء دوافعه وغرائزه ثم خوفه من عقاب الوالدين أو المجتمع أو الضمير، وبسبب هذا الصراع، مما يجعله عاجزا عن تحدي الحياة وصعوباتها، ذلك أن كبت الدوافع والرغبات المحظورة كبتاً عنيفاً نتيجة تلك الأساليب القاسية في التربية تولد في النفس عقدة الذنب، فإذا الفرد يشعر بالذنب دون أن يدري لماذا يشعر به، أو ما الذنوب التي اقترفها، وهنا يمكن اللجوء إلى المرض وسيلة للتخفيف من وخز الضمير، ( عبد الله 2000).

ويتأثر الوسواس القهري أيضاً بالعامل الثقافي، ولذا يعد العامل الثقافي معياراً رئيساً للحكم على درجة سوء سلوك الفرد، وما يتضمنه من مستوى تعليمي، وسياق اجتماعي، وأصول عرقية، ومعتقدات وممارسات دينية، وأفكار خرافية سائدة لها دور مؤثر في الاضطراب النفسي. (رجز، فوا، 2003). وفي دراسة الشلاش 2013 (في عبدالعزيز، 2015) معرفة العوامل الثقافية المحددة للشخصية الوسواسية القهرية في المجتمع السعودي، ومدى علاقة كل من هذه العوامل بتحديد الشخصية الوسواسية، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية، والعوامل الثقافية، والتنشئة الأسرية التسلطية، والبيئة المدرسية المتشددة، والمواد الإعلامية، والجمود الفكري.

وكذلك كثير من العادات والتقاليد يؤدي فيها العامل القهري دوراً مهماً، فيوم الجمعة ظهراً ساعة نحس فحدوه الحصان على المنزل تمنع الحسد، ، ونفخ الزهر قبل لعب الطاولة وسكب الملح على المائدة يبعث الشؤم، والطقوس التي يقوم بها الفرد قبل خروجه من المنزل من شرب الشاي، قراءة الجرائد، وحلق الذقن، والاستحمام، والإفطار بطريقة منتظمة، إذا اختلفت عنها شعر بعدم الراحة والقلق رغم معرفته أن تغيير هذا الروتين لن يضر إطلاقاً، والطالب الذي يستمر طول الامتحان مرتدياً الزي نفسه الذي امتحن به اليوم الأول وأجاد أثناءه الامتحان، وأصبح يتشائم من تغيير رداءه (الرويعي، 2010).

## 7.1.2 - أعراض اضطراب الوسواس القهري:

تنوعت أعراض اضطراب الوسواس القهري وفقاً مايلي:

### 1 - الاندفاعات: Impulses

ويشعر المريض بالإحاح المسيطر، أو رغبة جامحة، أو باندفاع ليقوم بأعمال لا يرضى بها ويحاول مقاومتها، ولكن دون جدوى، وبالتالي تسيطر عليه هذه الرغبة الملحة بقوة، وقد تكون في شكل عدوانية أو انتحارية مثل إيذاء المارة في الشارع، أو إلقاء نفسه من الأدوار العالية، وأحياناً اندفاعات مضحكة كالغناء في الأماكن المقدسة أو في الأماكن العامة. (موسى، الدسوقي، 2013).

## 2- اجترار الأفكار: Ruminations

تنتاب المريض أفكار وأسئلة ليس لها إجابة ، ولكن لا يستطيع التخلص منها رغم اقتناعه بعدم صحتها، وتتعلق الأسئلة كثيراً بالنواحي الدينية أو مصاعب الحياة اليومية ،وأحيانا تأخذ هذه الأفكار والصور أسئلة لانتهائية وغير ممكن الإجابة عنها (عكاشة، طارق، 2010).

### 3. الأفكار والصورة الوسواسية:

وهي سيطرة فكرة خاصة أو صورة لمنظر محدد، ويكون معظمها تشككيا أو فلسفيا أو اتهامياً أو عدوانيا أو جنسياً، يتسلط ويحرض المريض على القيام بسلوك قهري، وإثبات صورة معينة لمنظر حميد أو كرهه يشغل الفرد ويقلقه، أو نغمة موسيقية أو عمليات حسابية (زهران، 2005).

### 4- الطقوس الحركية: Rituals

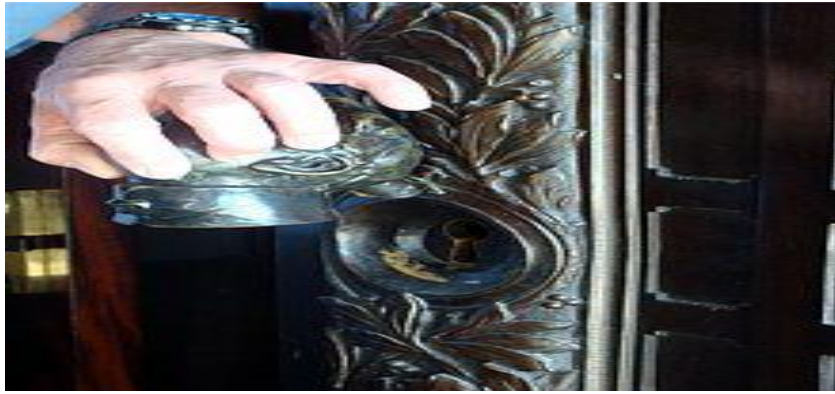
تعدّ الطقوس الحركية من أكثر الأعراض القهرية شيوعاً، وتظهر على هيئة النزعة الجامحة المسيطرة للقيام بحركات معقدة ومعينة للتخلص من إلحاح الفكرة الخاصة بذلك، كتكرار الوضوء أو الصلاة، أو غسل اليدين، أو الاستحمام (عكاشة، 2003).

#### أ- طقوس التأكد أو الفحص:

قد ترجع بداية طقوس المراجعة بشكل تدريجي إلى التنشئة الاجتماعية، حيث تؤدي دوراً بارزاً في تطور هذا الاضطراب على عكس الأفراد الذين لديهم طقوس النظافة التي قد تبدأ أعراضها فجأة (البشر، 2007).

عادة ما تكون لدى الأفراد الذين يقومون بطقوس المراجعة مشاعر مضطربة حول عدم إتمامهم للعمل على أكمل وجه، حيث يقومون بمراجعة الأعمال التي أدوها، ويصابون بالقلق والحيرة إذا لم يفعلوا ذلك، فهم يقومون عدة مرات بالمراجعة وغلق الأبواب أو النوافذ أو الأجهزة الكهربائية، أو قد يكررون التأكد من وضع الأشياء في أماكنها، أو قد يفتحون الرسائل عدة مرات للتأكد من أنهم قد وضعوها في الظرف، وعادة ما يقومون بهذه الطقوس لمنع حدوث أي نكبات أو أذى قد يلحق بهم أو الآخرين (دليل، 2015).

ومن آليات هذه الطقوس جبر الأفراد على قطع أنشطتهم وأعمالهم مرة تلو الأخرى، للتأكد من أنهم قد فعلوا شيئاً ما، من المفترض أنهم قاموا به، كالتأكد من قفل الأبواب أو النوافذ، أو فحص الغاز أكثر من مرة. (انظر صورة 2:49)



الصورة (2) طقوس التأكد أو الفحص

## ب - طقوس النظافة:

وهي أكثر أنواع الأفعال القهرية انتشاراً، حيث يوسوس الفرد حول أمور تتعلق بالتلوث من الميكروبات، والجراثيم أو النفايات، أو القذارة أو البول أو الدم أو جميعها وغيرها، مما يؤدي إلى قيامه بطقوس النظافة والاعتسال بشكل متكرر ومعادٍ، كغسل اليد بشكل مفرط قد يصل إلى 50 مرة يومياً، أو الاستحمام 4 مرات يومياً أو أكثر (دليل، 2015).

وتعدّ الأفعال المتكررة تسلطية، حيث تسبقها أفكارٌ وسواسية بأنهم ملوثون، حيث تصبح هذه الأفعال القهرية مصدر قلق بالغاً إذا توقفوا عن ذلك، أو حاولوا منع أنفسهم من الاستمرار فيها. فهم يدركون أن قهورهم مبالغ فيها، وغير معقولة منها غسل اليدين، والتكرار في الاستحمام (إسماعيل ، 2004). (انظر صورة3:49)



الصورة(3) طقوس النظافة

## 5- المخاوف القهرية: Phobias

المخاوف ترتبط دائماً بالأفكار أو الصور أو الاندفاعات أو الطقوس الحركية الملحة، فتكون المخاوف وسيلة للهروب من الموقف القهري الذي تسببه الأعراض، وهناك ارتباط بين



الرهاب - المخاوف اللامعقولة (الفوبيا) مثل الخوف الشديد من المرض أو التلوث، أو ركوب السيارة، أو الأماكن الضيقة، أو ركوب الطائرة، أو الخروج من المنزل (عبد الهادي، 2012).

#### 6- هوس السرقة: Kleptomania

يرتكب السرقة الشخص الذي يشعر دائماً بالخطر والحيرة و الاضطراب الحاد، وأنه تحت تأثير هذه المشاعر يميل إلى إيقاع الأذى بالآخرين، فيقع المصاب به فريسة لفكرة ملازمة وخاصة تسيطر عليه، وتجعله يقدم على القيام بالسرقة كلما أتاحت له الفرصة من غير أن يدري سبباً لذلك، وحقيقة الواقع الذي يدفعه إلى ارتكابه، ومن غير أن يكون في حاجة لما يسرقه. وفي كثير من الأحيان يكون المصابون بهذا الاضطراب من الأغنياء الذين تتوافر لديهم الإمكانيات المادية، ولا يتصور المحطون بهم قيام هذه الفئة من المرضى بممارسة السرقة. ( لاغا، 2009).

#### 7. إشعال الحرائق: pyromania

ويطلق على هذا المرض اصطلاح بيرومانيا، ويذهب بعض العلماء إلى تفسير هذا السلوك الشاذ بإرجاعه إلى حالة من الشذوذ الجنسي، حيث يشعر المريض بالإثارة عندما يشعل النار، وهي تلك الرغبة الملحة التي توجد عند بعض الناس لإضرار النار، والمريض من هذا النوع يجد نفسه مدفوعاً بصورة قهرية لإشعال النيران وافتعال الحرائق، أو يجد نفسه مدفوعاً برغبة إلى مشاهدة الأشياء المشتعلة والمحترقة، وخاصة في مرحلة المراهقة (العيسوي، 1992).

#### 8. هوس الشراب: Dipsomania

وهو الانغماس في شرب الخمر بطريقة قهرية بعكس الإدمان، ويتجه العلاج هنا إلى الاندفاعات القهرية وليس الإدمان إذ هنا يحاول المريض مقاومة هذا الاندفاع القهري، ولكن

عندما يبدأ في الشراب لا يستطيع التوقف، ويأتي جنون الشراب في نوبات يشفى المريض منها تماماً (عكاشة، طارق، 2010).

#### 9- التجميع والتخزين القهري:

ويعرف باسم متلازمة ديوجينيس Diogenes Syndrom ، ويقصد بذلك الإسراف في تجميع الأشياء وتخزينها، ويؤدي هذا السلوك إلى تكديس مساحات كبيرة في المنزل بالأغراض، وقد تسبب الضيق للأشخاص أنفسهم وأفراد الأسرة، وغالبا ما تتضمن هذه الأغراض المكسدة الرسائل، والصناديق، والمجلات، والجرائد، والأكياس والملابس القديمة، ومن الممكن أيضا قيام المرضى لتجميع أعداد كبيرة من الحيوانات ، وفي الحالات المتطرفة من الاضطراب تمتد الفوضى إلى خارج منزل المريض، وقد تتراكم في فناءه أو سيارته أو مكتبه، وقد تصبح أماكن المنزل مزدحمة بالأغراض، بحيث تصبح الأنشطة العادية كالنوم في السرير مثلا، أو الجلوس على المقاعد، أو استخدام أدراج المطبخ أمراً صعباً أو مستحيلاً على الرغم من معرفته كونها عديمة أو قليلة الفائدة، فلا يملك القدرة على التخلص منها (البناني، 2011).

#### 10- العادات القاهرة:

يقوم بعض المصابين باضطراب الوسواس القهري بممارسة عادات وطقوس القاهرة؛ لأنهم يشعرون وبشكل غير قابل للتوضيح أن عليهم القيام بذلك، في حين أن البعض الآخر يقومون بتلك العادات القاهرة لأن ذلك يخفف من حدة القلق المصاحب لأفكار معينة متداخلة على الذهن، يمكن للمصاب أن يشعر أن هذه التصرفات ستقوم بشكل ما بمنع حدث مخيف من الوقوع، أو أنها ستدفعهم للتفكير بأمر آخر غير ذلك الحدث. على أي حال، فإن التعليل الذي يقدمه المصاب حول الدوافع غالباً ما تكون له خصوصية ذاتية بشكل كبير. أو أن تكون غير واضحة المعالم، مما يؤدي إلى بؤس وانزعاج واضح للمصاب وللمحيطين به. يعتمد

الناس على العادات القاهرة من أجل الهروب من الأفكار الوسواسية رغم أنَّهم يدركون أن الراحة الناجمة من هذه الممارسات ما هي إلا حالة مؤقتة.

#### أ- قضم الأظافر:

اعتبر قضم الأظافر بالأسنان أحد العادات العصبية Nervous habits لفترة طويلة مثله مثل مص الأصابع Thumb Sucking وغيرها من منظومة السلوكيات التكرارية التي اتسعت بالتدرج لتضم مجموعة من السلوكيات التكرارية الموجهة تجاه الجسد، والتي يقترح البعض تسميتها باضطرابات السلوكيات التكرارية محدثة الأذى الجسدي ، وفي بعض الأحيان يكون قضم الأظافر بالأسنان اندفاعاً Impulsive أو أحد علامات السمات الاندفاعية في الشخصية، وفي بعض الأحيان يكون قهرياً أو وسواسياً Compulsive أو مواكباً لاضطراب الوسواس القهري ، أو السمات القسرية في الشخصية، ونستطيع أن نعتبر معظم الحالات التي تظهر في الأطفال منتمية إلى مجموعة العادات والسلوكيات التكرارية المألوفة. ويمكننا تخيلها على متصل سلوكي يبدأ مما قد تكون مقبولاً اجتماعياً كسلوكيات تهيئة الجسد وملحقاته المتعلقة بالمظهر حتى تصل في أقصى طرف المتصل إلى الأشكال المسرفة في إحداث الأذى الجسدي، وتشير الدراسات الغربية إلى معدلات انتشار تبلغ ذروتها في فترة المراهقة. ففي الأطفال بين السنة السابعة والعاشره تتراوح المعدلات بين 28% و 33%، وتصل في المراهقة إلى 44% حيث تكون أعلى معدلات قضم الأظافر بين العاشرة والثامنة عشرة. وتتناقص المعدلات كلما تقدم العمر بعد ذلك، فتكون في مرحلة الرشد المبكر بين 19% و 29%، ولا تزيد في الراشدين الأكبر عن 5%. كما تظهر الدراسات أن اضطراب قضم الأظافر أكثر انتشاراً في الذكور منه في الإناث خاصة بعد العاشرة من العمر. (أبوهندي، د، ت). (انظر

صورة4: 52)



الصورة (4) قضم الأظافر

#### ب- نتف الشعر:

وفي البداية كان المنظور لهذا المرض على أنه عادة سيئة. وفي نهاية القرن العشرين ترسخ الفهم بأن هذه العادة هي صورة مرضية تحمل جوانب نفسية، ظهر هذا المصطلح في عام 1887م عن طريق طبيب الجلدية الفرنسي هنري هالوب. وتعددت أشكال نتف الشعر، ومنه النتف الاندفاعي Impulsive، والنتف القهري Compulsive والنتف التلقائي Automatic ويظهر النتف القهري، عندما يضطر المريض لفعل النتف استجابة لشعور متعاضم بالضيق والقلق، يتخلص منه المريض بالنتف، أي أن النتف هنا يماثل الفعل القهري في اضطراب الوسواس القهري، فلا يكون مصحوباً بلذة معينة، وبل فقط بالتخلص من الضيق، فمثلاً تستشعر المريضة التي تكون كثيرة العبث بشعرها أن شعرة أو أكثر غير مستقيمة أو مستفزة بشكل أو بآخر، فلا تستطيع التخلص من إلحاح الرغبة في نزعها إلا بأن

تفعل، علماً بأن طريقة النزع تكون عن طريق قطع الشعر من جذوره (نوفل، 2017).

(انظر صورة 5:5)



#### صورة (5) نتف الشعر

#### ج - السحج العصبى أو كشط الجلد:

حيث يقوم المصاب بكشط جلده بطريقة لإرادية، أو يأكلون جلود جسمهم على الرغم من عدم الحاجة إلى الإتيان بممارسات قاهرة علانية، إلا أنّ الأشخاص المصابين بهذا النوع من الوسوس قد يمارسون طقوساً معينة خفاءً، أو قد يشعرون بضرورة تجنبهم للمواقف التي قد تسمح للأفكار المتدخلة أن تبرز. كنتيجة لهذا التجنّب قد يكابد هؤلاء الأشخاص العناء بشكل كبير بسبب تكرار الحك المؤذي، ومن أجل محاولة ملء أدوارهم الاجتماعية على الصعيد العام والخاص، حتى وإن كانت هذه الأدوار ليست ذات أهمية كبيرة لهم في الماضي (حجاجة، 2015) (انظر صورة 6: 54)



الصورة (6) السحج العصبى أو كشط الجلد

### 8.1.2- الفروق في الوسواس بين الأسوياء والمرضى:

يرى عديد الباحثين أن الفروق بين الأسوياء والمرضى في الوسواس القهري فروق كمية وليست كيفية ، كما لا توجد فروق بين الأسوياء والمرضى في شكل أو مضمون ومحتوى الوسواس، فالبعض يمارس الأدنى منها، والبعض يمارسها بإفراط. وتحدث وسواس الأسوياء بدرجة أقل ولكن سرعان ما تتلاشى دون أن يؤثر على حياتهم أو تستغرق وقت أطول. إما وسواس المرضى فتحدث بتكرار أكبر وبكثافة أشد، وتستمر لمدة طويلة، وترتبط حياتهم بشدة، وتثير لديهم قدرًا كبيرًا من الكدر وعدم الراحة والمقاومة والرغبة في التخلص منها، في الوقت الذي يصعب فيه تحقيق ذلك، وينطبق الأمر نفسه على السلوك القهري ( فرج،2000).

وماسبق يتضمنه شرطين مهمّان للتفريق بين الحالة السوية والاضطراب هما التكرار Frequency والشدة Intensity أما بالنسبة للشرط الأول فيجوز أن يصاحبها عرض واحد أو عدد قليل من الأعراض التي يمكن أن تعد صفات مرغوبة أو خصلاً حميدة، أو خصائص يوصف بها بعض البشر، ولكن بدرجة متطرفة كالنظافة، والدقة، والنظام، وبقطة الضمير

والوفاء بالعهد. أما عن شرط الحدة، فإنه إذا زادت حدة الأعراض وارتفع عددها فإنها تصل غالباً إلى اضطراب الوسواس القهري، وتعود توافق الشخص ، وتؤثر سلباً في حسن أدائه لأدواره ( كاظم،سعيد،2009).

وكما توصلت دراسة الطيب1980 باستخدام اختباراستخدام تفهم الموضوع TAT في تحليل قصص المفحوصين من العصائيين القهريين والأسوياء أشارت إلى تميز قصص العصائيين القهريين بالتجنب الذي يتخذ تشكيلة من التباينات ، كما تبرز عدوانية العصاب القهري المتجهة نحو الأم أو الأب أو الزوج أو الزوجة أو نحو الذات ، وقد تتخفى بفعل آليات الدفاع النفسي وخاصة التكوينات المضادة أو (العكسية ) .أما عن قصص الأسوياء فقد جاءت خالية من التجنب، والنزعات السادية، إلا أن العدوانية اتضحت في هذه القصص، وهذا طبيعي للحياة ما لم يرتبط لديهم بالنزعة الاستية(التثبيت على المرحلة الشرجية من النمو) كما هو الحال في قصص العصائيين القهريين (خضر،2000).

كما أكدت هذه الدراسة على النتائج السابقة التي قام بها ريخمان و دي سيلفيا، التي قاما فيها بتطبيق كل من وساوس الأسوياء ووساوس الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري على بطاقات رورشاخ ، ثم أعطيت بعد خلطها لستة محكمين خبراء لإعادة تصنيفها إلى أفكار وسواسية أو مرضية، ولم يتمكن المحكمون من التعرف على الوسواس المرضية، ولكنهم كانوا أكثر نجاحاً من التعرف إلى الوسواس السوية أو الاندفاعات السوية، وبرغم التداخل الشديد بين وساوس المرضى والأسوياء فإن الباحثين وجدوا فروقاً بينهما، حيث إن المرضى وساوسهم تستمر مدى أطول، وبدرجة أكثر شدة، وينجم مزيد من الضيق وعدم الارتياح وصعوبة في التخلص منها ، بالإضافة إلى تدخلها في الأنشطة الاجتماعية والمهنية ( دي سيلفا 2000).

والخلاصة فإن معظم الباحثين الذين اهتموا بالكشف عن أوجه التشابه والاختلاف بين وساوس الأسوياء والمصابين ، لاحظوا تشابه وساوس الأسوياء والمصابين في الشكل والمحتوى، وارتباطها بالحالة المزاجية السلبية وتقييمهم لها باعتبارها عديمة المعنى وغير خاضعة لتحكم الفرد ، في حين ظهرت أوجه الاختلاف بين وساوس الأسوياء والمصابين في أن وساوس الأسوياء لا يمكن معرفة بدايتها، وتحدث فجأة دون سابق إنذار ونتيجة تعرض للموقف عابراً مما نثير لديه إحساساً بالوسواس، كما أنها أقل حدة وتكراراً، ويملك القدرة على تحييدها أو تجنبها، أما وساوس المرضى فيمكن معرفة بدايته وأنها أكثر شدة وأعلى تكراراً، وأكثر ميلاً لأن تقاوم، وأكثر إثارة للسلوك التحييدي، وتتسبب في درجات أعلى من الضيق وأكثر دفعا للمريض لكبحها ومقاومته دون جدوى (عرفة ، 2007).

ووفقاً لما تؤيده نتائج بعض البحوث والدراسات فإن فروق النوع وعلاقتها بالوسواس القهري، تظهر في الاستجابة للأفكار المقتحمة، حيث كانت الإناث أكثر سعياً للتحكم في أفكارهن وكبحها، وكذلك لوحظت الفروق بين الجنسين في بعض العوامل المساهمة في الإصابة باضطراب الوسواس القهري، حيث شكلت التغيرات الهرمونية التي تتعرض لها الإناث دون الذكور عبر مراحل حياتهن عاملاً من عوامل استثارة الإصابة بالاضطراب، كما أنها تؤثر تأثيراً واضحاً على تغير أعراضهن، كما ظهرت الفروق بين الجنسين في الأحداث الحياتية الشاقة التي تؤدي دوراً في الإصابة بالاضطراب حيث أقرت مريضات الوسواس القهري بتعرضهن لدرجة أكبر من الإساءة الجنسية خلال مرحلة طفولتهن (عرفة، 2007). وفي نفس السياق تشير نتائج دراسة توفيق (2000) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.001 بين الجنسين في اضطراب الوسواس القهري لدى العينة الجامعية لصالح الإناث.



أما مؤشرات نتائج دراسة جودة (2004) قد أسفرت النتائج على أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للوسواس والأفعال القهرية. كما أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائية عند مستوى " 0.001 لمتغير التخصص والفروق التي كانت لصالح القسم العلمي . كما تتفق مع دراسة (الفزارية، السفاسفة، 2016) دلت نتائج الدراسة على أن الإناث أكثر من الذكور للإصابة بالوسواس القهري. كما أوضحت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى " 0.001 لمتغير التخصص، والفروق كانت لصالح القسم العلمي. وبينت دراسة مصطفى (2004) فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الجنسين في طقوس التنظيف والغسيل والوسواس الدينية لصالح الإناث. كما أظهرت نتائج دراسة (العباس، 2016) وجود فروق بين الجنسين في مركز الضبط الخارجى والوسواس القهري كانت لصالح الإناث. بل وتبين هذا من دراسات أخرى مثل دراسة حافظ (1991) عن وجود فروق جوهرية إحصائية بين الجنسين وذلك لصالح الإناث، وكذلك أكثر المجموعات خوفا هم طلاب المرحلة الثانوية .

### 9.1.2. سمات الشخصية الوسواسية:

يظهر على الشخص المصاب بعصاب الوسواس المتسلطة أو الأفعال القهرية مظاهر بارزة في بعض سمات الشخصية، نجدها يغلب عليها الشك والحذر والتوجس وضعف القدرة في اتخاذ القرارات والتأرجح والتردد، وفي الغالب يكون الوسواسي كثير العناية بالتفصيلات، ولا يقبل بسهولة الانحراف عن مخطط معروف أو مقبول، لصلته ذلك لشعوره بعدم الطمأنينة. كما يشعر بعدم الكفاءة في علاقاته مع الآخرين، ويسعى وراء صداقات الآخرين، ولكنه كثيراً ما يزعمهم بعناده وبقواعده الكثيرة الصارمة، وقد نرى الانحراف فيه أحياناً على شكل مثالية عالية ، تبدو واضحة في كثرة ملاحظاته وانتقاداته المتطرفة على الآخرين، ولكنه مقصر في بعض

واجباته تجاه أهله وأولاده، وقد يجهد نفسه في العمل دون جزاء ، ويميل للحرمان النفسي من مباح الحياة دون مبرر، وفي هذا الصدد يقول أوبلى "إن الوسواسيين قوم فضلاء ولكنهم غير سعداء "وهذا يوضح أن الخلق الرفيع ليس دائماً دليلاً على صحة الفرد النفسية (لاغا،2009).

ويظهر اضطراب الوسواس القهري عادةً في الشخصية الوسواسية التي تتميز بالجمود والتطرف، والكمالية، وحب الذات، فهؤلاء يطرحون مطالب عالية فيما يتعلق بإنجازهم الذاتي، والدقيقة والحرص والتأكد المبالغ بها، وعدم القدرة على تكليف الآخرين بالمهام أو واجبات، خوفاً من ضعف مقدرتهم أو عجزهم وعدم معرفتهم على أكملها على وجه، وغالباً ما ينشغلون بوضع قوائم دقيقة ويضعون التفاصيل، بحيث أنهم لا يستطيعون في النهاية إنهاء واجباتهم، ومنتشغل بالتفاصيل والقوانين واللوائح والترتيب والنظافة والنظام ودقة المواعيد، التدقيق في كل شيء وفي كل عمل تقوم به، والصلابة وعدم المرونة، وتتمثل في صعوبة التكيف والتأقلم مع الظروف المختلفة، والروتين، والاهتمام بالتفاصيل والحساسية الخلقية المرهفة، والشكوى من بعض الاضطرابات مثل القلق النفسي(الحصر) ، تقاوم العلل البدنية ، والأفكار و الأفعال والمخاوف(الرهاب) والاندفاعات الوسواسية القهرية، واكتئاب سن اليأس، اختلال الأنا والشعور بالتغير في النفس ، وأحياناً الإحساس بأن العالم قد تغير، والشكوى من الأمراض السيكوسوماتية (فرج،2000؛مشاعل،2015).

تلك السمات يقدرها المجتمع بصورة إيجابية إذا اتسمت بعدم التطرف، إذ أن الإنسان الناجح يحتاج لبعض سمات الشخصية الوسواسية حتى يستطيع تنظيم ذاته وعمله، وخاصة في الأعمال التي تتطلب مجهوداً ذهنياً، كالطبيب، والطيار، والمحاسب، والتي تتطلب أعمالهم الدقة والتنظيم والتركييز والفحص والتأكد. ولكن إذا زادت هذه السمات عن الحدود الطبيعية فإنها

تصبح معوقة للفرد تؤثر سلباً في حسن أدائه لدوره في الحياة، وفي هذه الحالة تصبح السمات علامة دالة على وجود أعراض الوسواس القهري، حيث نجدها تتحكم تماماً في الوظائف الشعورية. ويُلاح الوسواس القهري على الفرد بصورة مستمرة مجبراً إياه على التفكير والاعتقاد والفعل بطريقة معينة قد تستحوذ على الفرد دون أن يستطيع مقاومتها ، وفي هذا يتضح أن الأسوياء قد يعانون من السمات الوسواسية، ولكن الفرق بين الأسوياء والمرضى هو فرق في كم هذه الوسواس إلى الدرجة التي تصبح معها معوقة للفرد (أبو هندي، 2003؛ عكاشة، طارق، 2010).

وأظهرت الأدبيات حول الأشخاص المصابين بالوسواس القهري أنهم يبذلون اهتماماً مفرطاً بأجسامهم ، وخاصة عند النساء والمتعلقة باضطرابات الأكل وفقدان الشهية العصبية. ونجدها تنظر في المرأة بكثرة وباستمرار لترى البثور الموجود في وجهها، ويخشى أن تتحول إلى عدد كبير تشوه وجهه، كما نجدهم يهتمون كثيراً بترتيب أنفسهم وهندامهم فترى أحدهم يتأمل أزرار ثيابه وحذاءه بمزيد من الاهتمام، ليرى ما إذا كانت مرتبة، وينظر إلى سترته وقبعته خشية سقوط ذرة تراب عليهما، ويمشطون شعر رؤوسهم بكثرة كأن تجد أحدهم يمشط شعره بنحو معين، ، ويهتم كثيراً بأي جرح يصيب جسمه، ويفكر فيه دائماً (القائمي، 1996). ومن نتائج دراسة عطار (2017) تبين وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين سمة الاتزان الانفعالي، وسمة السيطرة، وسمة المسؤولية، وسمة الاجتماعية والوسواس القهري.

ورد في مسح مبكر أجراه تمبلر أن هناك دليلاً قوياً على أن الموسوسين القهريين لهم عادة ذكاء فوق المتوسط ، وأن لهم مواهب استثنائية في كثير من الحالات ، فقد وجد إنجرام أن درجاتهم أعلى من الهستيرييين والقلقين في كل من المصفوفات المتدرجة واختبار رايفين للمفردات، وتراوحت نسبة ذكائهم بين 118، 134 ويورد جريناكر أنه من النادر جداً

أن يوجد نقص عقلي لدى حالات الوسواس القهري، كما يعتقد كثير من الإكلينيكيين أن اضطراب الوسواس القهري أكثر شيوعاً بين الطبقات الاجتماعية الأعلى ومن تلقوا تعليماً أرقى. وذلك بناء على ملاحظات إكلينيكية سريرية (عبد الخالق، 2002؛ عكاشة، طارق، 2010).

## 10.1.2- محكات ومعايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري:

يصعب التشخيص أحياناً عندما تبدأ الأعراض في شخصية انطوائية وخاصة في حالة مرض الاكتئاب مع اضطراب السلوك، وغموض الأفكار القهرية، خاصة إذا صاحبته أعراض ذات الشدة الضلالية (ويتصف اضطراب الوسواس الضلالي بوجود ضلالات ملحة ومفرطة الغرابة)، وخاصة وساوس الشك والاتهام. ومنها يتجه التشخيص نحو ذهان الفصام، ويجب تقرير ذلك في بدء الأمر، حتى لا تتدهور شخصية المريض، حيث إن علاج ذهان الفصام يختلف عن الوسواس القهري، وهذه ما يحدث مع الاضطراب الفصامي الطابع، بحيث إذا تم علاج أعراض الوسواس القهري فتبدأ أعراض الذهان الشبيه بالفصام في الظهور، وقد يكون أحد معادلات الابتهاج الاكتئابي خاصة النوع الدوري من الوسواس القهري (الروبيعي، 2010؛ عكاشة، 1992)

فقد يبدأ ذهان الفصام أحياناً، بأعراض حصر قهري، ولكنه لا يلبث أن يتخذ صورته الواضحة بعدئذ، كما أن الشخصية المضطربة الحساسة ذات الأفكار الغامضة وغير المنطقية ومحتواها شك واتهام تبدو كأنها مصابة بالفصام أو البارانويا بينما هي شخصية حصرية في الحقيقة (الدباغ، 1983). ويرى بعض النفسيين أن الوسواس من الممكن أن يكون بداية لذهان الفصام أو حماية المريض من متاهات الفصام، أو تأخر إصابة الشخص بالفصام (الطيب، 1991).

قد تجد عند مرضى اضطراب الوسواس القهري وساوس ذات شدة ضلالية أو محتوى مفرط الغرابة، إلا أنهم لا يظهرون أعراض الفصام الأخرى، لا يوجد تدهور في شخصية المريض، كالفقد الملحوظ في روابط التفكير أو تطاير الأفكار والهلاوس، أو هذات وتبدل الوجدان وعدم تناسبه الواضح، وإدخال الأفكار أو الإسقاط، وبصفة عامة شخصية المريض متماسكة (رجز، فوا، 2002). كما أن حالات الفصام المصحوبة بأعراض وسواسية تتدهور بعد الجراحة النفسية، لأن الأعراض الوسواسية تعطل التدهور الذي يسببه الفصام، لذلك إذا كان المعالج يشك في أعراض الوسواس القهري فعليه معالجة الذهان أولاً (الخرافي، 1985). ويختلف العلماء في تفسير مدى هذا التحول، وتتراوح النسبة ما بين 1 إلى 12% أما في مصر فقد وجدت أن 8% من الحالات قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهانية شبيهة بالفصام (عكاشة، 2003).

وفي تشخيص أعراض اضطراب الوسواس القهري يجب أولاً أن نفرق بين الأعراض الوسواسية القهرية الأولية، وبين الأعراض الثانوية التي تصاحبها الأعراض الوسواسية، وخاصة في حالة الذهان الدوري وذهان هوس الاكتئاب، واكتئاب سن اليأس، وأيضاً تظهر بكثرة مع الأعراض العضوية للحمى المخية، وإصابة الفص الصدغي في المخ، أو استئصال ورم بالمخ، وأحياناً يبدأ الفصام بأعراض قهرية (عبد الله، 2000). يمكن أن يشتمل الاكتئاب الذهاني على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض الاكتئاب نفسه، فقد ورد في بعض الأدبيات أن هناك علاقة وثيقة بين الأعراض الوسواسية خاصة الأفكار الوسواسية والاكتئاب، فكثيراً ما يعاني مريض اضطراب الوسواس القهري أعراضاً اكتئابية، كما أن المرضى الذين يعانون اضطراباً اكتئابياً عادة ما تصاحبها أفكار وسواسية أثناء نوبة الاكتئاب، ومحتواها أفكار تشاؤمية (السوداوي) عن الحياة والموت، كأفكار تنتاب المريض بأنه لا يستحق الحياة،

ولوم الذات، وتأنيب الضمير عن أشياء تافهة قد فعلها سابقاً، وأن التشخيص التفريقي بين نوعي الاضطراب صعب، لأنهما كثيراً ما يجتمعان معا في نوبة حادة وتعطى الأولوية للاضطراب الذي ظهر أولاً (أبو هندي، 2003).

يُعدّ مرضى اضطراب الوسواس القهري أقل ميلاً للاستجابة ومقاومة للعلاج عندما يكونون مكتئبين بقدر جوهري، وفي ضوء هذه العلاقة بين اضطراب الوسواس القهري والاكتئاب، فإن الفحص الدقيق للحالة المزاجية يعد جانباً جوهرياً في فحص المرضى المشخصين بأعراض وسواسية قهرية، نجد مريض الاكتئاب يغلب على مزاجه الانقباض والحزن، بينما مريض الوسواس القهري يميل مزاجه إلى الاعتدال نسبياً ومع شعور عام بعدم الارتياح والانزعاج المصاحب للأفكار الوسواسية (دي سيلفا، 2000). كما يشترك مريض القلق مع مريض الوسواس القهري والأفعال القهرية في أن الاثنين لديهما قلق على الحالة الجسمية ومخاوف مشتركة، ومع ذلك إذا تبين أن أعراض الوسواس هي أكثر ظهوراً من أعراض القلق، تشخص الحالة بأنها وسواس قهري وخاصة في الحالات التي بعد إجراء الفحوصات والتحليل، مازال لديه أفكار بأنه مصابٌ بالسرطان مثلاً (سعفان، 2003). كما أنّ الموضوع الذي يتعلق به الخوف الرهابي في مرض الرهاب (Phobia) يكون في كثير من الأحيان مشابهاً لموضوع المخاوف الوسواسية في مرض الوسواس القهري، فمثلاً الخوف من الإصابة بالعدوى وخاصة الأمراض المعدية والخطيرة أو من التلوث يمكن أن يكون موضوعاً لكلا الاضطرابين، وكل ذلك يجعل التشخيص صعباً في كثير من الأحيان (أبو هندي، 2003).

كما يرتبط اضطراب الوسواس القهري باضطرابات التشوهات الجسدية (BDD) وهي تتميز بسيطرة صورة ذهنية وهمية أو مبالغ فيها في ذهن المرء عن عيب ما في هيئته، ويعاني

المصابون بهذه الاضطرابات من وساوس تصور لهم أن لديهم ما ينظر إليه كعيب في الهيئة، كما تسيطر عليهم أفكار سلبية حول الطريقة التي يبدو عليها، حتى وإن رأى الآخرون أنهم يبدوون بخير (محسن، 2016). كما تشير نتائج الدراسات إلى وجود ارتباط بين اضطراب الوسواس القهري واضطرابات الأكل. وقد وجد أن حوالي 10% من مرضى الوسواس القهري لديهم تاريخ مرضي لفقدان الشهية العصبي. وأكثر من 33% من مرضى الشره العصبي لديهم تاريخ مرضي للوسواس القهري، وأن 40% من مرضى الوسواس القهري يعانون من اضطرابات النوم (بارلو، 2002). ويذكر الحجاوي (2004) أن أهم ما يميز اضطراب الوسواس القهري تكرار الوسواس أو الأفكار المزعجة المتسلطة على ذهن المريض، وتكون شديدة لدرجة تسبب له الإزعاج والقلق، إما باستهلاك الوقت أو تتداخل مع نشاط الشخص المعتاد، أو أدائه لوظيفته المهنية، أو أنشطته الاجتماعية المعتادة أو علاقاته مع الآخرين، ومن المهم أن نتذكر أن اضطراب الوسواس القهري يشخص على أساس الصورة السريرية المطروحة، لذا يجب ألا يفاجأ المرء بوجود أعراض لاضطرابات قلق أخرى مختلفة في مثل هذا الحالات (الحجار، 1992)

ويرى عكاشة وطارق (2010:169) أن أهم محكات تشخيص هذا الاضطراب ما يلي:

(1) أ - وجود وساوس في هيئة أفكار أو اندفاعات أو مخاوف.

ب أفعال قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، وعادة ما تسبب الأفكار

القهرية قلقاً ومعاناة شديدة، ويقوم الشخص بالأفعال القهرية للتخفيف من هذه الأفكار

المزعجة دون جدوى.

(2) - اعتراف الشخص بتفاهة هذه الوسواس ،ولا معقوليتها ، ومعرفته الأكيدة أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام، وهنا تظهر أهمية تفرقتها من الهذاء أو الاعتقاد الخاطئ أو الضلالات، حيث يؤمن المريض بصحتها.

(3) - محاولة الشخص المستمرة لمقاومة هذه الوسواس وعدم الاستسلام لها، ولكن مع طول المدة قد تضعف درجة المقاومة.

(4) - إحساس الشخص بسيطرة هذه الوسواس ، وقوتها القهرية عليه ، مما ينتج عنه شلله الاجتماعي وإحباط وقلق ووهن نفسي وفكري شديد.

ويرد في دليل مركز التعاون الدولي للصحة النفسية (2006) أن مريض اضطراب الوسواس القهري يحتاج إلى أن يكون التشخيص وتمييز الأعراض مبكراً حتى يكون العلاج مؤثراً أفعالاً، وخصوصاً في المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق المصاحبة أو الاكتئاب أو الشكاوى الجسمية (عبدالهادي، 2012) .

صَنف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (2000) American Psychiatric Association الوسواس القهري في المحور الأول في الدليل ، وحدد محكات تشخيصه كما يلي :

1- معاودة واستمرارية الأفكار التسلطية أو الاندفاعات أو التخيلات التي كان قد مر بها الفرد في خبراته أثناء أي اضطراب سابق بصورة غير ملائمة ، بحيث تزعج المريض وتفتح عقله، وتسبب له القلق والإزعاج والقلق. والتشوش الذي يعاني منه الفرد لا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية في جوهرها (أدوية، إدمان الكحوليات أو المخدرات) أو أي ظروف طبية أخرى.



2- أما الأفعال القهرية فهي سلوكيات أو أفعال متكررة يشعر الفرد أنه مدفوع لأدائها استجابة للأفكار الوسواسية طبقاً لقواعد معينة يجب اتباعها (غسيل اليدين المتكرر، تكرار تنظيم وترتيب الأشياء ، المراجعة المفرطة، أو أفعال عقلية مثل الصلاة والعد القهري ، وتكرار الكلمات سراً بصورة قهرية أو طبقاً لقواعد صارمة)، ويكون الهدف من هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية هو منع حدوث القلق أو خفضه أو خفض الكرب ، وليس مصدرًا للسعادة أو المتعة .

3- يدرك الفرد أن هذه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية مفرطة وغير عقلانية.

4- يحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبت هذه الأفكار الاقتحامية أو الاندفاعات أو التخيلات ، أو محاولة تحييدها وإبطالها بأفكار أو أفعال أخرى.

5- يعترف الفرد أن هذه الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من نتاج عقله هو، وليست مفروضة عليه من الخارج ، وإنما هي أفكار داخلية ملحة.

6- لا تكون هذه الأفكار أو الأفعال القهرية أو التصورات بمثابة انشغال على مشكلات الحياة اليومية الحقيقية من مشكلات اقتصادية أو مشكلات العمل أو المدرسة.

## 11.1.2- مآل الاضطراب:

يميل بعض المصابين باضطراب الوسواس القهري إلى الشفاء التلقائي نسبياً بعد بضع سنين تتراوح بين 3، 5سنوات من بداية المرض، ولكن هذا الاضطراب - كما ورد سابقاً - يُعدّ أكثر الأعصاب النفسية بطئاً أو ميلاً للشفاء التلقائي. ويتم الشفاء التلقائي في حوالي 30، 40% من الحالات سواء عولجت أم لم تعالج، أما البقية فتشير إلى التدهور والأزمات، وينتحر حوالي 1% من جراء اليأس والألم الناتج عن الاكتئاب المصاحب (الدباغ، 1983).

وتشير الأبحاث إلى أن ثلث مرضى اضطراب الوسواس القهري يصابون بالاكتئاب الذي يكون من مضاعفاته الانتحار أو الإدمان، وهناك خطر بأن يتحول لما ينتهي إليه هذا النوع من الوسواس القهري إلى الفصام (البناني، 2011). أما الدراسات الطولية (المتتبعية) لما ينتهي إليه هذا النوع من الاضطراب، فقد أظهرت تبايناً في النتائج تختلف حسب شدة المرض ومدة المتابعة (الخرافي، 1985).

يذكر عكاشة وطارق (2010) أنه قبل خمس وعشرون عاماً كان حوالي من نصف إلى ثلث الحالات تتحسن في غضون الخمس سنوات على الرغم من أنواع العلاج كافة، ويبدو أن هذا التحسن يحدث بغض النظر عن الطرق المتبعة في العلاج، والتي يعتقد أن تأثيرها يركز على تقليل التوتر والقلق والاكتئاب المصاحب للوسواس، مع ترك الوسواس ليشفى تلقائياً، وتفيد الأبحاث الحديثة وعلاج المتابعة أن حوالي 70-80% من مرضى الوسواس القهري يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير المثبطة مع العلاج السلوكي، ولكن للأسف تزيد نكسة المريض بعد التوقف عن العلاج العقاقير أو السلوكي، ويجب أن يستمر العلاج لمدة لا تقل عن 6 شهور، وقد تستمر إلى عدة سنوات.

ويحدد أبو هندي (193:2003) مجموعة من العلامات التي تشير إلى مآل أسوأ في

بعض الحالات مثل:

- 1- أن تكون بداية الأعراض في سن الطفولة.
- 2- وجود تاريخ للوسواس في عائلة المريض.
- 3- الاستسلام للأفعال القهرية بدلاً من مقاومتها.
- 4- أن تكون الأفعال القهرية غريبة وشاذة.
- 5- وجود بعض الافتناع أو الافتناع التام بالأفكار الوسواسية بدلاً من رفضها.

6- وجود أي اضطراب آخر في شخصية الشخص قبل المرض.

7- أن يتأخر المصاب بالاضطراب في اللجوء إلى الطبيب أو المعالج النفسي.

ويشير زهران (2005) إلى أن مآل اضطراب الوسواس القهري يكون أفضل كلما كان ظهور المرض وأعراضه حديثاً كما سبق ، 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. كما يرتبط المآل الحسن للمريض بحسن التوافق الاجتماعي والوظيفي، وغياب الأفعال والوساوس القهرية إذا تم العلاج فور ظهور الأعراض ( الحجار، 1998).

## المبحث الثاني

### العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

- 1.2.2 - تمهيد.
- 2.2.2 - نبذة تاريخية.
- 3.2.2 - ماهية العلاج المعرفي السلوكي.
- 4.2.2 - أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- 5.2.2 - أساليب العلاج المعرفي السلوكي.
- 6.2.2 - دور العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الوسواس القهري.
- 7.2.2 - تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي.

## 1.2.2- تمهيد:

يعتمد الإرشاد المعرفي السلوكي على الدمج بين الاتجاه المعرفي بتقنياته المتعددة والاتجاه السلوكي بما يضمنه من تقنيات كثيرة ، ويعتمد هذا النوع من الإرشاد والعلاج النفسي إلى التعامل مع الاضطرابات النفسية المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، أي يتعامل معها معرفيًا وانفعاليًا وسلوكيًا (محمد، 2000).

وفي هذا المبحث (من الفصل الثاني) أمهد بتقديم نبذة تاريخية، ومن ثم عرض ماهية العلاج المعرفي السلوكي، ثم أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي، وأساليب العلاج المعرفي السلوكي، ودوره في تفسير الوسواس القهري، مع التعريف بالتقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في الدراسة.

## 2.2.2 - نبذة تاريخية:

نشأت جميع نظريات العلاج النفسي المعاصرة ، بما فيها العلاج السلوكي المعرفي في أحضان الثقافة الأوروبية الغربية ، حيث تمتد جذورها إلى أعماق التراث المسيحي والموروث الثقافي لهذه الحضارة ، ويمكن تتبع الجذور الأولى لهذا الاتجاه في الأفكار الفلسفية للفلاسفة الإغريق والرومان، ولعل أكثر الآراء القديمة انسجامًا مع الاتجاه المعرفي والتي غالبًا ما يشار إليها باستمرار هي آراء الفيلسوف الروماني ابكتينس أحد أعلام الفلسفة الرواقية في روما (المنصوري، 2006).

الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي لم يكن وليد الصدفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار، بل أن الفكرة الأساسية التي ينادي بها العلاج المعرفي السلوكي اليوم

ظهرت قبل مئات السنين من ظهور العلاج النفسي ، فقد لاحظ الفلاسفة اليونانيون أن الإدراك يؤدي دورًا هامًا في تحديد نوع استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها خلال حياته ، وفي هذا الخصوص يشير " أبيقور " إلى كون الناس لا تضطرب من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها، ومن الممكن العثور على الجذور الأولى للعلاج المعرفي السلوكي في الفلسفات الكلاسيكية القديمة، فقد مارس الفيثاغوريون تمارين عقلية لضبط النفس، وتعلم الرواقيون التحكم في انفعالاتهم، ومارسوا تمارين مكتوبة، وخلال النصف الأخير من القرن العشرين أدى التطور في مجالات علمية عديدة إلى تطوير ذلك التخصص في علم النفس الذي أطلقت عليه اسم الاتجاه المعرفي السلوكي لدراسة الشخصية الإنسانية، وهو في حقيقة الأمر نتاج للتفاعل بين عدة نظريات أخرى . إلا أن الميلاد الحقيقي للمدرسة السلوكية المعرفية ما كان ليتحقق إلا على تلك الأسس التي تناظر المدرسة السلوكية التقليدية ( شاهين ، بسيوني ، 2012 ).

فقد شهدت فترة الثمانينات تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الاتجاه على عدد كبير من الاضطرابات، بدءا من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال، وهو ما لم يكن موجودا من قبل، واتسع المجال ليشمل التعامل مع العزلة الاجتماعية والانحرافات الجنسية، إذ وجدت مرونة كبيرة في استعمال تقنيات العلاج السلوكي المعرفي، وفي عام 1989 بدأ الاهتمام يتزايد، واتخذ العلاج منحى آخر، وبدأت التطبيقات الإمبيريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل، وفي الوقت نفسه اتسع مجال استعمال العلاج المعرفي السلوكي ليشمل كثيراً من الاضطرابات، فتناول اضطرابات الطعام، إدمان الهيروين والكحوليات والهلع والاكنتاب الحاد والإعاقات الذهنية (شامخ،2012).

ومن ثم يعد الإرشاد المعرفي السلوكي اتجاهاً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين الإرشاد المعرفي بتقنياته المتعددة ، والإرشاد السلوكي بما يتضمنه من تقنيات، ويعتمد إلى

التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، كما وضح سابقا ، وهو يعتمد على إقامة علاقة إرشادية تعاونية بين المرشد والمسترشد تتحد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمسترشد عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لا عقلانية مختلفة وظيفياً، التي تعد المسئولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المسترشد وما يترتب عليها من ضيق وكرب ( موسى ،الدسوقي ،2013 ).

مما سبق يمكن القول إن الاتجاه المعرفي السلوكي ظهر نتيجة لعدة عوامل يمكن توضيحها على النحو التالي :

1- ظهر كرد فعل على الانتقادات الموجهة للمدرسة السلوكية، لأنها ركزت على تغيير السلوك فقط وأهملت النواحي المعرفية.

2- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية، أي أن تطور علم النفس المعرفي من أهم عوامل ظهور هذا الاتجاه الإرشادي والعلاجي.

3- جهود بعض العلماء والمفكرين مثل جان بياجيه الذي ربط بين النمو العقلي والنمو الخلقى، و أوضح العلماء ذلك من خلال عرضه لمفهومي الامتصاص والمواءمة و الثورة العلمية الحديثة والتكنولوجية (الشناوي،عبدالرحمن،2010).

### 3.2.2 - ماهية العلاج المعرفي السلوكي:

الافتراض الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن المعارف تؤثر على العواطف للأحداث نفسها. وبالتدريج تتطور لدى المسترشد القدرة على التخلص من سوء التوافق المعرفي والسلوكي. فمن خلال التقنيات الإرشادية المختلفة يمكن اكتساب المسترشد سلوكيات ومهارات تعديل السلوك وتوليد الأفكار الإيجابية لديه، وبناء الثقة بالكفاءة الذاتية، والتخلص من

الأفكار اللاعقلانية والاتجاهات السلبية الانهزامية، وبالتالي يشعر بالتوافق النفسي (إبراهيم، 1994).

### ومن تعريفات الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي ما يلي:-

يحدده إبراهيم (1993:342) بأنه أسلوب علاجي يحاول تعديل الاضطرابات النفسية من خلال تعديل المريض إدراكاته لنفسه وبيئته.

ويعرفه مليكة (1994:174) بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل. وأساليبه عديدة مثل التدريب على مهارات المواجهة، والتحكم في القلق، التحسين ضد الضغوط، أسلوب صورة الذات المثالية، التدريب على حل المشكلة، التعليم الذاتي، ووقف الأفكار.

أما النمر (1995:249) فيرى أن العلاج المعرفي السلوكي "هو تعديل أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين واستبدالها بأخرى صحيحة أو إيجابية".

ويرى جلاس وشيا، 1986 class & shea أن الإرشاد المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية والسلوكية، ويهدف هذا الأسلوب إلى إقناع الفرد أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية، هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التوافق، وذلك بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة؛ ويعمل على أن تحل محلها طرق أكثر ملاءمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى الفرد (الكفوري، 2000:188).



ويحدده الخطيب(2001:249)" على أنه عملية تعلم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة."

ويرى كل من بيك Beck وأليس Ellis "أن العلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى العميل من خلال التأثير في عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تعديل في السلوك، وفي الوقت ذاته ينتج عن تعديل السلوك تعديل في المعارف"(السيلان،2004:12).

ويصفه عمار(2006:13)"بأنه يجمع كل الطرق والاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تعمل على مساعدة الأفراد بنجاح في التغلب على مشكلة انفعالية معينة، ويشير الجزء المعرفي من هذا العلاج إلى التفكير، أما الجزء السلوكي فيشير إلى المشاركة في أنشطة عملية (تجارب سلوكية)تتضمن تعريض الأفراد للمواقف المسببة للقلق على نحو يجعلها تمثل خبرة تصحيحية لأفكارهم السلبية غير التوافقية."وهذا يتفق مع منظور محمود(2007:87)" بأنه يمثل حلا نموذجيا للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، ويحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على العقلانية في التفكير، وإدارة، وتنظيم الذات، وأخذ مفاهيم الاحتمالات في الحسبان، كما أنه تطبيق عملي لمجموعة كبيرة من العلاجات النفسية الأخرى."

ويعرفه السيد (2008:93) على أنه "أحد التدخلات العلاجية الحديثة الذي يهدف إلى علاج كثير من الاضطرابات والمشكلات النفسية التي تواجه الفرد من خلال تعديل البناء المعرفي للفرد، وذلك من خلال مزج بعض الفنيات المعرفية السلوكية."

ويصف التقرير الصادر عن وزارة الصحة البريطانية (2007) العلاج المعرفي السلوكي " بأنه عملية تدريب أو تعزيز للسلوكيات الإيجابية ، وهو يساعد الأشخاص في تحديد

الأنماط (النماذج) المعرفية أو الأفكار والمشاعر التي ترتبط بالسلوكيات ، وفي تعلم سلوكيات وطرق جديدة للتعامل مع الأحداث، ويذكر دليل مركز التعاون الدولي للصحة النفسية (2006) أن الهدف الرئيسي لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي كمعالجة نفسية لدى المصابين باضطراب الوسواس القهري هو تقليل الأعراض المرضية والكره والتشويش الحادث في الوظائف اليومية ، وإحداث تقدم اجتماعي وأكاديمي وعائلي،بالإضافة إلى تحسين مهاراته وتعليمه فنيات لمنع الانتكاسة في المستقبل " (عبد الهادي،2012:136).

مما سبق يتضح أن أنصار العلاج المعرفي السلوكي مهما تباينت المفاهيم، واختلفت وجهات نظرهم وأطرهم المرجعية يؤكدون على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر بها الأفراد عن أنفسهم وأعمالهم، واتجاهاتهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين، وأن العلاج النفسي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية الفرد، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج (إبراهيم،1983).

واعتقد أن هناك اتفاقا بين معظم الآراء السابقة في أهمية المعرفة،والبناء المعرفي للفرد في التأثير على كل من انفعالاته وسلوكياته، ولما كانت السلوكيات المختلة وظيفيا والتعميم والتشويه المعرفي تؤدي إلى سوء التوافق؛ فان العلاج المعرفي السلوكي يمثل حلا نموذجيا للتعامل مع هذه الأساليب الفكرية الخاطئة، ويحاول إمداد الفرد بأساليب جديدة تعتمد على العقلانية في التفكير، وإدارة وتنظيم الذات، وتوافق الشخص مع ذاته ومحيطه.

يؤكد العلاج المعرفي السلوكي مبدئيا على الحاضر والمشكلات الراهنة، ويتميز بأنه لا يحتاج لفترات طويلة، ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن، وقد تصل إلى جلسة واحدة فقط، ويهدف في مساعدة الفرد في التغلب على اضطراباته المعرفية والانفعالية والسلوكية

بإعادة البناء المعرفي للفرد، وذلك من خلال تصحيح وتغيير الأفكار والاتجاهات والمعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الفرد نحو نفسه ونحو الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها، وأيضاً أساليب تفكيره الخاطئة، وذلك بتغييرها واستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تسهم في خفض حدة الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد .

ويهدف إلى التخفيف من حدة أعراض الوسواس والأفعال القهرية بمكوناتها المعرفية والسلوكية إلى أقصى حد ممكن من خلال التدريب على مهارات التحكم في الأعراض، واستخدام إستراتيجيات وتقنيات فعالة.

كما يرى باترسون أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التقليل من لوم الذات ولوم الآخرين والظروف، وذلك من خلال التحليل المنطقي لمشكلاته، وينطوي الهدف ضمناً على الاهتمام بالذات والاعتراف بحقوق الآخرين، والاستقلالية والمسؤولية والتسامح مع أخطاء الغير، والمرونة، وقبول التغيير، ويهدف إلى إيجاد الوسائل التي تساعد المسترشدين في التغلب بنجاح على ما يواجههم من مشكلات، والتغلب نحو الأفضل وتحقيق السلام مع الذات ومع الآخرين، وتحقيق الحياة التي يرغبونها، ويهدف إلى نمو وتطوير مهارات التحكم الذاتي.

ويهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى تغيير التصورات الخاطئة لدى المريض وتصحيحها أو تعديلها أو تغييرها، مما قد يؤدي إلى زوال جوانب سوء التوافق لديه، تتمثل القيمة الحقيقية للعلاج المعرفي السلوكي في أنه يوفر للمريض استبصاراً جيداً بطبيعة الاضطراب وأعراضه وأسبابه ، وأساليب علاجه . كما يزوده بآليات ومهارات يتعامل بها مستقبلاً مع احتمالات الانتكاسة ، ويشعره بالإيجابية والمشاركة الإرادية الواعية في الخطة العلاجية، وتؤكد الأبحاث الحديثة على استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج العديد من الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين ومنها القلق المعمم ، الاكتئاب ، الوسواس القهري، اضطراب

ما بعد الصدمة ، بالإضافة إلى وجود اقتراحات تدعم فكرة أن اضطراب ضعف الانتباه، وفرط الحركة، والمشكلات السلوكية كثيرا ما تستجيب للعلاج المعرفي السلوكي (محمد، 2000؛ ملحم، 2001؛ باترسون، 1989؛ لينهان، 2014).

#### 4.2.2 - أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

ويشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال التقنيات المعرفية والسلوكية وتتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- 1- العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- 2- المعرفة والوجدان والسلوك تربطها علاقة متبادلة على نحو سببي.
- 3- الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج.
- 4- العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية (محمد، 2000).

أما بريسلي فيشير إلى أن المبادئ الثابتة للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في أربعة أسس :

- 1- التركيز على التغيير المعرفي الذي يجعل الفرد نشطا مما يؤدي إلى نجاح العلاج.
- 2- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- 3- التأكيد على العلاج الذاتي الذي يعتمد على قدرة الفرد على رؤية وتنظيم وتقرير السلوك المكتسب.

4- التركيز على التفاعل مع البيئة (السطحية، 1997).

## 5.2.2 - أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

يحدد مليكة (1994) بعض الأساليب المعرفية التي يعتمد عليها العلاج المعرفي

السلوكي وهي :

- 1- التعرف على الأفكار التي تسبق المشاعر غير السارة .
  - 2- التعرف على الأخطاء المعرفية والاستنتاج التعسفي ، والتعميم المتزايد والتضخيم .
  - 3- اختبار الواقع .
  - 4- الإزاحة من الوسط ، حيث يشعر معظم القلقين والمكتئبين بأنهم محط انتباه الآخرين الذين يلاحظون سلوكهم ويحكمون عليهم .
  - 5- التحكم في مستوى القلق والمعاناة .
- ويشير أرون بيك (2000) إلى أن هناك وسائل عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم كشف المفاهيم الخاطئة، واختبار صحتها، والاستعاضة عنها بمفاهيم أكثر مواءمة كما يوجد المدخل الخبري Experiential الذي يعمد إلى تعريض المريض لخبرات هي من الشدة بحيث تحمله على تغيير مفاهيمه . وهناك المدخل السلوكي Behavioral الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك من شأنها أن تغير في عموم نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي .

## 6.2.2 - دور العلاج المعرفي السلوكي في تفسير الوسواس القهري:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على افتراض أن السلوك غيرالتوافقي يمكن تغييره، وأن

هناك تفاعلا بين أفكار الفرد من جهة، ومشاعره وسلوكه من جهة أخرى، فالتوجه الأساسي في

هذا الإرشاد يتجه نحو فهم طبيعة ونمو الأنماط السلوكية للفرد والنواحي المعرفية المصاحبة لها، وهي مجموعة من المعارف والمعتقدات والاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة توافقية (إبراهيم، 1994).

ويركز العلاج المعرفي السلوكي على دور الأفكار والمعتقدات والمعلومات والتصورات والإدراكات والتفسيرات في الانفعالات والسلوكيات، فالمعارف والأفكار المتعلقة بالذات والآخرين توجه الانفعالات والسلوك، وبالتالي فإن الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات القلق والوسواس القهري تعزى في جوهرها إلى أفكار غير سوية، أو معارف مشوهة، أو إدراكات محرفة، أو غير صحيحة عن الذات والآخرين والعالم والمستقبل (عيد، 2006).

كما يتضمن دور العلاج المعرفي السلوكي تعديل وتغيير الجوانب العقلية المعرفية التي تتركز حول الخبرات الصادمة، وذلك بالنظر إليها من زاوية مختلفة مثلًا كخبرة ماضية يمكن أن يتعرض لها أي فرد، ويمكن أن يتغلب عليها، والنظر إلى الخبرات المؤلمة كخبرات مكتسبة، والتركيز على المفاهيم غير الدقيقة التي اكتسبها الفرد عن نفسه وعن العالم الذي يعيش فيه، والتخفيف من الشحنات القوية المرتبطة بها، وتعديل مفهوم الذات السالب على المستوى العقلي المعرفي (الداهري، 2005).

ويرى يوسف (2001) أن الاضطرابات التي تصيب الأفراد لا نستطيع أن نعزلها عن الطريقة التي يفكرون بها، وما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها، فالاضطرابات النفسية على وجه العموم تعدّ من وجهة نظر المعالج المعرفي السلوكي نتيجة مباشرة للطريقة التي يرى بها الشخص نفسه ويدرك بها العالم. كما يشير الظاهر (2004) إلى أن كثيراً من الاضطرابات السلوكية هي نتيجة للإدراك الخاطئ، إذ يقوم المدخل المعرفي بتعديل وإطفاء المشكلات من خلال تصحيح الإدراك

للمثيرات البيئية، وأنه عملية تعلم ذاتية موجهة تعتمد على إعادة التنظيم للمجال الإدراكي أو عملية تغيير الأفكار الخاطئة وغير العقلانية لتخفيف وإطفاء السلوكيات الشائعة.

وفقا لنظرية بيك فإن أسباب الاضطراب النفسي ترجع في الأساس إلى التشويهاات المعرفية، ومن ذلك نظرة المسترشد السلبية إلى نفسه، وإلى قدراته وشعوره القوي بالنقص وسوء تفسير تصرفات الآخرين. ونظرته التشاؤمية إلى المستقبل(العزة، عبد الهادي، 2013).

ومن منظور بيك يرى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث في إحدى مراحل نموه المعرفي، ومن المفاهيم العلاجية الأخرى التي ركز عليها بيك في منهجه العلاجي للأحداث المعرفية أي الأفكار التلقائية التي يقصد بها سلسلة من الأفكار والخيالات التي نملكها، أي أننا قد نصدق أفكارنا حتى ولو كانت غير منطقية، فهي التي تغير انفعالاتنا، وتؤثر على سلوكنا، كما ركز بيك على أسلوب تعديل البناء المعرفي الذي يراه بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن، ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية (المنصوري، 2006؛ الشناوي، عبدالرحمن، 2010).

ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلة التمثل الشخصي أن تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمسترشد والتفكير المستقطب أي التمرکز عند أحد الطرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، أو الاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي والمبالغة في التعميم، أي تعميم نتيجة معينة على المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والمبالغة، والعجز المعرفي، وجدوى الإرشاد العلاج وقفا لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ، والتشويهاات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة، والسعي إلى تخفيضها. وهو يعتمد على أسس أو مبادئ،

وهي المشاركة بإيجابية، وتوطيد المصادقية مع المسترشد، و اختزال المشكلة؛ أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها (محمد، 2000).

بينما يرى ألبرت إليس صاحب نظرية الدفع المتعلل أن الاستجابات الانفعالية التي تحدث خلال التفاعل بالمواقف المختلفة، لا تحدث بسبب هذه المواقف ولكن نتيجة لإدراكنا وتفكيرنا في هذه المواقف، وبناءً عليه يرى إليس أن استجاباتنا الانفعالية قد تكون معقولة أو لامعقولة بحسب اتجاه التفكير، فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون معقولاً وسويًا، ويكون انفعالنا بالأشياء إيجابياً ودافعاً لمزيد من النشاط البناء، وإذا كانت طريقة التفكير لا معقولة وغير منطقية كما في الوسواس القهري، فإن انفعالاتنا ستكون على درجة مرتفعة من الاضطراب (إبراهيم، عسكر، 2008).

تعتمد طريقة أليس على اقتناع الشخص المضطرب كالشخص الوسواسي بمنطق العلاج، والتعرف على الأفكار غير العقلانية من خلال مراقبته لذاته، ومن ثم مواجهة الأفكار اللاعقلانية، مثل الأفكار الملحة والمسيطرّة التي تدفع الوسواسي إلى تكرار لمس أعمدة الكهرباء في الشارع، أو معاودة التأكد من قفل الأبواب مراراً وتكراراً، وحسب منهجه العلاجي تتم بالتدرج استعادة التفسير العقلاني للأحداث والمعتقدات، وبعدها تتكرر المقولات الذاتية العقلانية لتحل محل التفسيرات غير العقلانية (الطيب، 1989).

كما يوضح أليس أن السلوك والانفعالات الإنسانية يتأثران بشكل كبير بإدراك الفرد ومكوناته المعرفية، ولهذا فإن فهم السلوك يتطلب معرفة كيف يفهم ويدرك الفرد، وذلك أنّ الفرد عندما يواجه بأي موقف فإنه ينظر إلى هذا الموقف ويتعامل معه وفق فلسفته العامة فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، أو الحب أو الكراهية، أو بالقلق، أو بالهدوء، أو بالإقبال أو بالاجحام،



حسب ما تملبه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة ، وعماً يمكن صدوره من الآخرين (إبراهيم،1994).

ويتفق بك وأليس على أن الوسواس القهري يرجع إلى الإمكانيات التي يولد بها الفرد، والتي من خلالها يصبح منطقياً أو لا منطقياً. واضطراب الوسواس يشخص على أنه أفكار مشوشة ومزعجة تحدث مصادفة وتكون محرزة لتصبح ملموسة وحقيقية (كاظم،سعيد،2009).

بينما يرى ميكنبوم أن التغيير في الأبنية المعرفية والتأثير فيها يعتمد على الحديث الداخلي للفرد، لأن البنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم والتصورات الذهنية التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، وهي التي تحدد طبيعة تغيير الحديث الداخلي، أي تغيير الحوار الذاتي الذي يؤدي إلى تغييرات في الأبنية المعرفية، ولذا فهي عملية دائرية كما يراها ميكنبوم، فالبنية المعرفية التي يقصدها هي الجانب التنظيمي من التفكير الذي يراقب وبوجه طريقة اختيار الأفكار. ويتطلب تعلم مهارة جديدة تغيير في هذه البنية، وتحدث التغييرات البنائية عن طرق التمثل والتكامل باندماج الأبنية الجديدة مع القديمة والإحلال أو الإزاحة. و قد تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنية جديدة أكثر شمولاً (الشناوي، 1996).

يرى ميكنبوم أن تعديل السلوك معرفياً ينتج عن تقديم التعليمات الذاتية ، والتركيز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة وتعليم ضرورة التوقف ، والنظر ، والاستماع جيداً قبل صدور أي استجابة، والتدريب على الحوار الداخلي ، وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور. وكذلك تحاشي التحدث للذات بطريقة انهزامية وسلبية

، واستبداله بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر إيجابية، ولقد استطاع ميكنيوم من خلال منهجه تعديل التغييرات الذاتية لترسيخ التغييرات المطلوبة (الداهري، 2005؛ مليكه، 1994).

ولكن لكي يحدث هذا التغيير وفقاً لهذه الاتجاه لا بد أن يحدث على ثلاث مراحل ، وهي الملاحظة الذاتية ، وتوليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير (عبد الله ، 2000 : 76).

واهتم ميكنيوم بما يقوله الناس لأنفسهم، ودور ذلك في تحديد السلوك ، وتستند فكرة التدريب على الأحاديث الذاتية إلى فرض مؤداه أن ما يقوله الناس لأنفسهم (أي حواراتهم الداخلية) يحدد ما يفعلونه (أي سلوكهم ومشاعرهم) ورغم أن ميكنيوم لم يقلل من أهمية الأحداث البيئية ، إلا أنه لا يعتبرها بأهمية العامل المعرفي ، وهو يرى أن الأساليب السلوكية لتعديل السلوك تصبح أكثر فاعلية إذا ما أضيفت إليها الأساليب المعرفية (عبد العزيز، 2001).

بيتفق أليس وميكنيوم والجشطات على طريقة العلاج بالاستبصار، أي تبصير الفرد بالدور الذي يلعبه حديثه الداخلي في استمرار تعاسته واضطرابه، عن طريق إعادة تنظيم الإدراك والتفكير بشكل يصبح معه الفرد منطقياً وعقلانياً، إلا أن ميكنيوم وضع طريقة العلاج في ثلاث مراحل أولها: الاستبصار، وثانيها اكتساب وتعلم مهارات جديدة، وثالثها استخدام هذه المهارات والاستراتيجيات الجديدة في المواقف العملية، مما يؤدي إلى إعادة تنظيم البنية المعرفية من خلال إعادة تنظيم الإدراك والتفكير (المنصوري، 2006).

كما يُقرّر كل من أليس وميكنيوم أن الاضطراب النفسي يحدث ويستمر نتيجة حديث الذات الداخلي السلبي، والتفكير اللاعقلاني للفرد، وأن استمرار حالة الاضطراب النفسي لا

يتغير بفعل الظروف الخارجية فقط، بل يتحدد أيضا من خلال إدراك الفرد لهذه الأحداث واتجاهه نحوها (عبد العزيز، 2001).

وهذا ما تجسد في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية، وذلك من خلال استبصار الطالبات بسلوكهن المضطرب وتدريبهن على مهارات جديدة. وهذا ما يتم من خلال المناقشة والحوار لمعرفة أفكارهن السلبية وإبدالها بأفكار إيجابية. كما يرى باترسون أن طرق الجدل وأساليب المواجهة التي لا تصدر عن المضطرب نفسه ليست طرقا فعالة في تغيير الاتجاهات والأفكار؛ لأنها تلقى مقاومة من جانب الشخص المضطرب، وتمثل تهديدا له، ومن شأنها أن تزيد من مقاومته ضد التغيير، وتجعل التغيير صعبا إن لم يكن مستحيلا (حسين، 2004).

## 7.2.2- تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي:

يجمع العلاج المعرفي السلوكي طرقًا معرفية وسلوكية في حزمة علاجية واحدة تهدف إلى مساعدة المسترشدين والمرضى في فحص وفهم محتوى تفكيرهم ، ثم بعد ذلك يتم تشجيعهم على إبعاد أنفسهم عن الفكرة عن طريق رؤيتها كفرض يمكن اختبار صحته، ليس على أنها حقيقة يجب أن نقبلها، وتصحيح الأفكار الأوتوماتيكية وإعادة البناء المعرفي الذي يؤدي إلى إعادة تقييم افتراضاتهم عن مخاوفهم ،و التدريب على إجراءات علاجية أخرى (فضل، 2008).

يحتوي العلاج المعرفي السلوكي على العديد من التقنيات المعرفية والسلوكية. وفي هذا القسم يتم التعرف بالتقنيات التي استخدمت في الدراسة الحالية وهي: المحاضرة والمناقشة، حل المشكلات، وقف الأفكار، وتحدي الأفكار التسلطية، والمراقبة الذاتية، وإعادة البناء المعرفي والتعليمات الذاتية، والتطمين التدريجي، والتعرض، ومنع الاستجابة (ERP) والاسترخاء والواجبات المنزلية .

## 1- أسلوب المحاضرة والمناقشة:

يعتمد أسلوب المحاضرة على المنهج المعرفي، وهو يقوم على تقديم معلومات نفسية منظمة تعين الفرد على الاستبصار باضطرابه بطريقة موضوعية، ما ينمي لديه اهتمامات بمدى حاجاته ورغبته في تلقي المعلومات المتضمنة، وتؤدي المحاضرات والنقاش إلى نتائج هامة في التعلم، وإعادة التعلم وتغيير اتجاهات الأفراد نحو أنفسهم ونحو الآخرين ونحو مشكلاتهم (سري، 2000؛ عبد الهادي، 2012).

وتقدم المرشدة بالمحاضرة أفكاراً ومعلومات يتم إعدادها وتنظيمها مسبقاً حول موضوع يتصل بالمشكلة التي يتناولها البرنامج الإرشادي، بأن يهيئ موقفاً تعليمياً يبدأ من شعور الطالب بأن مشكلاتهن هي نقص معلومات عن أنفسهن، فيدفعهن ذلك إلى متابعة المحاضرات واستثارة نشاطهن العقلي، ومما يساعد في خلق أهداف جديدة تتمثل في التجاوب والرغبة بحل المشكلات التي يعانين منها.

وقد راعت الباحثة عدة اعتبارات عند استخدامها لهذه التقنية في البرنامج الحالي، ومن

ذلك:

1 . تقديم معلومات سيكولوجية بطريقة مبسطة ومنظمة، وبصورة يسهل فهمها واستيعابها، لزيادة استبصارهن بأنفسهن وبمشكلاتهن بطريقة موضوعية، مما ينمي لديهن اهتمامات بمدى حاجتهن ورغبتهن في تلقي المعلومات المتضمنة في المحاضرات، والتي يراعى فيها الصلة الوثيقة بمشكلاتهن الخاصة.

2- استخدام بعض الأمثلة المتعلقة بأعراض بعض الحالات، لمساعدة الطالبات على التركيز والاستفادة من المعلومات.

وأهم الموضوعات التي تناولتها محاضرات برنامج الدراسة الحالية هي: توضيح ماهية اضطراب الوسواس القهري وأسبابه وأعراضه وكيفية مواجهته، تعريف الطالبات بطبيعة الأفكار الوسواسية والدفعات القهرية التي قد تجعلهن مستهدفات لاضطراب الوسواس القهري، توضيح مفهوم التفكير اللامنطقي وغير عقلاني وأهميته وجدواه في نشوء اضطراب الوسواس القهري وكيفية وقفه واستبدالها بأفكار منطقية والتصدي له.

وتساعد تقنية المحاضرة على استبصار كل طالبة بطبيعة أعراضها وتقويمها وتحقيق التحسن؛ مما يؤدي إلى التقدم في جوانب معرفية كالتركيز والانتباه والابتعاد عن التشتت في التفكير والسرحان، أو التقدم في جوانب انفعالية كأن انخفاض القلق والتوتر والشعور الداخلي بالخوف وتؤكد العديد من الدراسات (مثل دراسة سمير، 2001) على أهمية تقنية المحاضرة والمناقشة والحوار في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري لإيضاحها الرؤية والاستبصار بالعديد من الأمور والمفاهيم والمدرجات لأفراد المجموعة الإرشادية.

أما أسلوب المناقشة فيعتمد على المنهج الدينامي، ويقوم على التفاعل الذي تثيره المادة العلمية المقدمة في المحاضرة مع تفكير الفرد الداخلي الخاص به بما في ذلك أفكاره واتجاهاته ومشكلاته، والتي ينتج من خلالها تصور ومفهوم جديد لدى الفرد، يدخل من خلاله في المناقشة الجماعية، بمعنى أن المادة العلمية هي الدافع والمثير لموضوعات المناقشة، وهي تقنية أساسية في العمل مع الجماعة لأنها أساس الاتصال والتفاعل بين أعضاء الجماعة، ومن خلالها يتم تبادل الآراء واتخاذ القرارات وتقييم نتائجها، ومن مزاياها توصيل المعلومات من المرشد النفسي إلي المسترشدين وفي وقت قصير وتكلفة منخفضة (عبد الهادي، 2012؛ سعفان، 2006).

أكد العديد من الباحثين على فعالية المناقشة في الموقف التعليمي، ومالها من آثار إيجابية تتمثل في إثارة الاهتمام نحو المتحدث، وتركيز الانتباه وعدم تشتتته، وتنظيم المعلومات، واكتساب العديد من المهارات والمفاهيم، وتنمية مهارات التفكير والابتكار، وتثبيت المعلومات كسر حدة الملل، وشرود الذهن، والتوجيه الصحيح للقيام بنشاط معين، والتنفيس الانفعالي والشعور بالتقدير والاحترام المتبادل (شقير، 2002).

كما تمتاز المناقشة الجماعية بإتاحة الفرصة لأفراد المجموعة الإرشادية للتفاعل معاً، وليعرفوا المزيد عن أنفسهم وشخصياتهم، فعندما يقوم الأفراد بالتعرض لمشكلاتهم والتعبير عن القلق لديهم فإنهم يعطون للآخرين صورة للمقارنة بالنسبة لما يحسه أولئك الآخرون نحو مخاوفهم وكيفية مواجهتهم لهذه المخاوف. إن استماعنا للآخرين يساعدنا على فهم أنفسنا دون شك، ويقلل من مشاعر التوتر والتهديد، إدركنا لدوافعنا وغايات سلوكنا (زايد، 2010). وتهدف تقنية المناقشة الجماعية إلى فهم أفكار المجموعة الإرشادية وإيضاح كيفية التعامل معها بطريقة إيجابية وتصحيحها واستبدالها. وتتم المناقشة عن طريق إثارة أسئلة متعلقة بالمشكلة الخاصة بالطالبات ثم تبدأ الطالبات في الإجابة على الأسئلة وتكون المرشدة محوراً محركاً لهذه المناقشات، حيث أنها التي تثير الأسئلة وتوزعها، وتستمع لأسئلة الطالبات وتتعاون على الإجابات السليمة التي تتبع من تفكير إيجابي.

والمناقشة الجماعية في البرنامج الحالي تتخلل المحاضرة وتليها وهي تقنية مكملة لتقنية المحاضرة؛ وهي تناسب مشكلة اضطراب الوسواس القهري إذ تعمل على تقوية روابط الألفة بين المرشدة وأعضاء المجموعة الإرشادية من جهة وبين أعضاء المجموعة الإرشادية من جهة، كما أن الفرد في الموقف الإرشادي الجماعي وأثناء المناقشة ينشط معرفياً وذهنياً وانفعالياً، ومن أهم ما يسعى إليه من ممارسة هذه التقنية الوصول إلى اقتناع أفراد المجموعة

الإرشادية عن طريق الحوار المفيد والاستماع للرأي الآخر، مما يُمكن المسترشدات من مساعدة أنفسهن في حل مشكلاتهن.

## 2- التدريب على أسلوب حل المشكلات: **problem Solving Training**

يقصد بحل المشكلات عملية معرفية تتيح تنوعاً من بدائل الاستجابة للتغلب على مشكلة

موقفية، تؤدي لزيادة احتمال أكثر الاستجابات المتاحة وفعالية، ويتضمن التدريب على حل المشكلات تعليم المسترشد هذه المهارات الأساسية وتوجيه تطبيقاته لها في المواقف الواقعية، ومن الواضح أن هذه الأساليب تأخذ شكل التفكير الإبداعي الذي يعتمد على التدريب وعلى المرونة، وتنمية القدرة على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة للموقف الواحد. (موسى، الدسوقي، 2013)

ويعرف بأنه إجراء إكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزريلا وكولد 1971 ويتكون من عدة خطوات، وهي تعريف المشكلة، ثم تحديد الاحتياجات لحلها، فتولد البدائل التي يمكن أن تستخدم، وتقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها، وأخيراً التحقق من النتائج (العطية، 2011).

لقد برز الاهتمام بموضوع حل المشكلات في بدايات القرن العشرين من خلال أعمال العديد من علماء النفس أمثال ثورندايك وكوهلر، ثم تواصل الاهتمام بهذا الموضوع لأنه يشكل جانباً رئيساً خصوصاً في من المهمات المدرسية التي يتعرض لها الطلبة (الزغول، 2003). وتهدف هذه التقنية إلى تنمية مهارات حل المشكلة لدى الأفراد حتى يمكنهم التعامل مع المشكلات التي تعترض حياتهم و إيجاد الحلول المناسبة لها (حسين، 2008).

وفي رأى أوزبيك 1977 أن حل المشكلات في الإرشاد والعلاج النفسي يعد نوعا من تحليل النظم system analysis ، وفي تصوره أن عملية حل المشكلة ينبغي أن تأخذ في اعتبارها نظام التفاعل الاجتماعي للمسترشد، بما في ذلك الأشخاص الآخرين المشتركين في هذا النظام مع المسترشد (مثل الإخوة، والآباء والزملاء والمرشد نفسه) وبالتالي التركيز بشكل أكبر على المواقف التي تحدث فيها المشكلة. أما جاني 1997 فيرى أن حل المشكلات هو نوع من السلوك المحكوم بقواعد، وهو عملية يستحضر فيها الأشخاص مفاهيم وقواعد من معرفتهم وخبراتهم السابقة، ويستخرجون منها قواعد من مستوى أعلى تساعدهم على حل المشكلات، وهي أعلى صور التعلم وقمته (الشناوي، عبدالرحمن، 2010).

ويرى أصحاب النظرية السلوكية أن تعلم التفكير وحل المشكلات ليس إلا امتدادا لتعلم الارتباطات بين المثير والاستجابة، فعندما يواجه المتعلم مشكلة ما، يحاول حلها بالاستجابات أو العادات المتوفرة لديه من التي تعلمها سابقا والتي ترتبط بأوضاع تعليمية معينة، وهذا التفسير لحل المشكلة لا يختلف عن عملية المحاولة والخطأ التي تتم على الحيوانات التجارب عند المدرسة السلوكية (سعادة، 2008).

بينما يرى علماء النفس الجشتالت أن التفكير حل المشكلات عمليات معرفية داخلية، ونوع من التنظيم الإدراكي للعالم المحيط بالفرد ويمكن فهمه من خلال معرفة الأسلوب الذي يتبعه المتعلم في إدراك المثيرات التي يتضمنها مجاله الإدراكي، والنجاح في الوصول إلى الحلول المناسبة، وهذا ناجم عن قدرة هؤلاء على إدراك المظاهر الرئيسية التي تتطلب نوعا من الحل الاستبصاري (نشواتي، 1985).

ويتضمن أسلوب حل المشكلة تحديد الاستجابة الصحيحة في موقف جديد، حيث إن التوصل إلى الاستجابة أو الحل الصحيح هو الذي يميز عمليات حل المشكلة عن العمليات



الأخرى، مثل التفكير الابتكاري أو التداعي الحر أو استعادة الذكريات. ولذلك يجب تشجيع المسترشد على تحديد المشكلات التي تواجهه وتجزئتها إلى خطوات يمكن فهمها والتغلب عليها بسهولة، وأن يبتكر حلولاً متعددة لهذه المشكلات نظراً لوجود عقبات وصعوبات يمكن مواجهتها عند البحث عن الحلول الملائمة، فإنه يجب مناقشة الحلول المعرفية والحلول العملية أيضاً (الدسوقي، 2006).

وتبين الأبحاث والدراسات أن هنالك علاقة ملحوظة بين الذكاء وقدرة الشخص على حل المشكلات، حيث توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الذكاء والقدرات العقلية في نمط وفاعلية الاستراتيجيات المستخدمة لحل المشكلات لصالح ذوي الذكاء والقدرات العقلية الأعلى، ويبدو هذا من خلال سرعة الترميز والتجهيز والمعالجة ونوع المعلومات المسترجعة بالتحليل والتركيب وصياغة الفروض واختبارها وإعادة الترتيب وإعادة التأليف والترجمة والتكامل، ومدى ارتباطها بالموقف المشكل. كما تشير الدراسات بأن الأفراد الذين يمتلكون معرفة نظرية أو خلقية معرفية جيدة من المعلومات النظرية أقدر على اشتقاق العديد من الاستراتيجيات الفعالة والملائمة للموقف المشكل، ومن ثم يصلون إلى حلول تقاربية أو تباعدية لها من خلال ما يتيح لهم بناؤهم المعرفي وتوظيف محتواه في إنتاج الحل (محمد، عيسى، 2001؛ الزيات، 2001).

ويحدد ديزوريا وجولد فرايد 1971 سبعة مراحل متداخلة في حل المشكلات تتلخص

في التالي :-

أولاً / تحديد المشكلة أو توليدها وفهم معناها.

ثانياً / إعادة صياغة المشكلة في صيغة تسمح بالبحث فيها.

ثالثاً / التخطيط المفصل للعمل على حل المشكلة ( كتحديد الاحتماليات التي يجب الانتباه لها حول المشكلة، ومصادر جمع البيانات.

رابعاً / تنفيذ الخطة المرسومة لحل المشكلة.

خامساً / استخلاص البيانات وعرضها على شكل تقرير لاختيار الحل المناسب بين عدة حلول.

سادساً / تفسير البيانات واستخلاص النتائج من أجل التوصل إلى أسباب اختيارنا لهذا الحل.

سابعاً / تقييم الخطوات المتبعة في حل المشكلة وتقييم النتيجة النهائية. ( شامخ 2012:12)

ويرى دي زويلا وجولد فرايد أن هذه المراحل ليست جامدة، بل يمكن الفرد أن ينتقل بينها فقد يكون الفرد في المرحلة رقم أربعة وهي تنفيذ الخطة لحل المشكلة، فمن الممكن الرجوع إلى المرحلة الرقم اثنين إعادة صياغة المشكلة في صيغة تسمح بالبحث فيها (الشناوي، عبدالرحمن، 2010).

وبناءً على ما سبق، فقد استخدمت الباحثة أسلوب حل المشكلات ضمن أساليب

البرنامج

المعرفي السلوكي المستخدم لتخفيف أعراض الوسواس القهري، وتشمل الأسس النظرية

والتطبيقية للتعليمات الخاصة باستخدام هذه التقنية في البرنامج الإرشادي للدراسة الحالية ما يلي:

أ- تحديد وإدراك المشكلة وإعادة صياغتها وتمحيصها وتحليلها إلى عناصر محددة يؤدي إلى

اختيار المعلومات بطريقة ملائمة لفصل المعلومات المناسبة وغير مناسبة.

ب - التفكير الجيد مع وضع احتمالات ، والابتعاد عن التضخيم والمبالغة والتعميم والقفز إلى

الاستنتاجات السلبية والتأويل الشخصي للأمور والتفسير السلبي لما هو ايجابي وقراءة المستقبل

سلبيا بصورة حتمية ، والتردد أو تأجيل اتخاذ القرار .

ج - التشجيع على التركيز وتوليد البدائل الممكنة والمتنوعة وبعدها تقييم البدائل والنتائج وأخيرا

التحقق من النتائج.

### 3- وقف الفكرة: Thought stopping

ويعدّ وقف الأفكار من أهم المتغيرات المعرفية المستهدفة في العلاج المعرفي، وتعرف الأفكار " بأنها عبارة عن تلك التخيلات أو العبارات أو الأفكار التي تظهر على سطح الشعور مباشرة بعد التعرض لموقف ما .وغالبا ما تكون هذه الأفكار مشوهة بشكل كبير، الأمر الذي يؤثر على الحالة الانفعالية للأفراد" (البناني،2011:33). وهي إحدى التقنيات والتي تعتمد على الاقتران بين المثير الفكرة الوسواسية " والاستجابية ( إيقاف الفكرة ) ،من خلالها يتدرب الفرد على وضع نهاية للأفكار غير المرغوب فيها وطردها واستبدالها بأخرى، وقد استخدم هذا الأسلوب لعلاج الأفكار الوسواسية (كفافي، 1989).

وهي تقنية قديمة طورها جوزيف ولبي وسواه من المعالجين السلوكيين لعلاج الأفكار الوسواسية والرهابية، ولقد تأكدت فاعليتها في طائفة عريضة من الأفكار الوسواسية والرهابية من مثل الانشغالات حول الصحة أو الأفكار المزعجة والمواقف المؤلمة أو المخاوف (الخوف من الأفاعي، الظلام، المصاعد....الخ) وهي تساعد في إيقاف هذه الأفكار غير السارة أو المؤلمة التي تستحوذ على ذهن الشخص رغما عنه، ثم إيقافها فجأة وإفراغ الذهن منها،ويستخدم لذلك إطلاق أمر حازم (قف أو توقف) قد يطلقها المرشد المعالج بصوت مرتفع أو يقولها المسترشد لنفسه، بصوت مسموع مع تكرار هذه العملية حتى يتم التحكم فيها وتبدأ بأن يطلب المرشد من المسترشد أن يبدأ في التفكير في المثيرات المخيفة، ثم يطلب منه أن يقطع أو يوقف هذه الأفكار، وذلك بعد أن يصيح المعالج بصوت مرتفع(قف) ويصفق بيديه بصوت مرتفع، ثم يطلب منه في المرة القادمة أن يستخدم قف بصوت منخفض،وبعدها يستخدم التفكير الخفي الخاص بها، أو يتخيل ذلك، ومن هنا سيتعلم استخدام إيقاف التفكير سرا أو خفية.( بارلو، 2002؛عبدالهادي،2012)

ويمكن أن يمر المسترشدون في مرحلة بداية العلاج بصعوبة في إيقاف الأفكار أو الصور والتخيلات أو التحكم بها، مما يقللهم بشدة، ويطلب من المسترشد خلال الجلسة أن يستحضر الأفكار والصورة القهرية، ويفترض أن يساعد هذا الأسلوب في إيقاف الفكرة غير المرغوبة ويتم تكرار التدريب بصوت منخفض تدريجيا حتى يستطيع المسترشد إيقاف الفكرة دون الحاجة لعمل أي ضجة خارجية، ويمارس هذا الإجراء خلال الجلسات العلاجية عددا من المرات قبل أن يشرع المسترشد في أدائه كمهام بين الجلسات، ويتضمن أحد أساليب أن يضع المسترشد طوقا مرنا حول معصمه ويقاوم بشدة عند ظهور الفكرة، ويشنت للألم الناتج عن مسارات أفكاره السلبية أو يشنت الصورة التي تسبب اضطرابا، وتوجد طرائق أخرى لأسلوب إيقاف الأفكار تتضمن أن يتخيل نفسه أنه توقف وسط الطريق وإشارة الضوء حمراء أو يتخيل منظرا يشعر أثناءه بالاسترخاء (كوروين، وآخرون، 2008).

وبناءً على ماسبق، فقد اتبعت الباحثة خطوات وقف الأفكار في البرنامج الإرشادي

للدراسة الحالية :

أ - الخطوة الأولى: تطلق عليها الباحثة (خطوة الاستحضار الذهني) ، وفيها تطلب الباحثة من أفراد المجموعة الإرشادية أن يقوموا بقل أعينهم وأن يبدأوا بعملية الاستحضار الذهني (الاسترسال للأفكار الوسواسية غير المرغوبة)، وتستغرق هذه الخطوة 15 دقيقة، وبعدها تطلب منهم الباحثة التوقف عن التفكير بصوت عال، وبعدها يتم إعادة الخطوة من جديد، ولكن تستغرق 10 دقائق، وبعدها تطلب منهم الباحثة التوقف عن التفكير وبسرعة عن المرة السابقة، ويمكن إعادة هذه الخطوة أكثر من مرة ومع مراعاة أعراض فسيولوجية قد تحدث أثناء

الاستحضار الذهني كاحمرار الوجه، وخفقان القلب والشعور بالخوف، وهذا ما لاحظته الباحثة عند استخدام التقنية.

ب - الخطوة الثانية: تطلب الباحثة من أفراد المجموعة الإرشادية أن يقوموا بإجراء الخطوات السابقة بأنفسهم، على أن تكون عملية إنهاء التوقف بالتدريج، في البداية بصوت عال، وبعدها بصوت خفي أو سراً.

#### 4- تحدي الأفكار التسلطية: **challenging obsessive thoughts**

ويقصد بالأفكار التسلطية " تلك الأفكار التي تسبق أي انفعالات غير سارة، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائماً ماتكون ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية" (الجلبي، اليحي، 1996:27).

ويسمى تحدي الأفكار التسلطية بصرف التفكير أو التدوين اليومي للأفكار المعطلة ، حيث يتم تعليم وتدريب المسترشد على كيفية صرف تفكيره عن الانغماس في أعراض المرض إلى التفكير في أشياء أخرى، وأن فحص الأفكار التسلطية وتحديها يكون باستخدام العديد من الأساليب التي تتضمن: الحوار السقراطي مثل ،تحديد الأفكار التسلطية الخاطئة، وتوليد أفكار بديلة ، واختبار الأفكار من خلال تجارب سلوكية. وهذه الأساليب تساعد على الاستجابة للأفكار التلقائية بطريقة إيجابية، وبالتالي تخفف من الشعور بالحزن (سعفان، 2003؛ بيك، 2007).

وتتضمن تحدي الأفكار التسلطية، تمكين المسترشد من اختبار أفكاره، وبحث احتمالات صحتها أو احتمالات حدوث الأفكار الكارثية التي تقود تفكيره التشاؤمي أو الكارثي، واستخدام شواهد إيجابية من حياته الشخصية وإلى محاولة التعرف على تلك الأفكار، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية، ويطلب من المسترشد أن يسجل الواجبات المنزلية على ورقة ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه كل يوم يمر به، وتعد هذه الواجبات اليومية جزءاً من العلاج، ويتعين أن يتميز المعالج المعرفي السلوكي بالقدرة على إدارة الحوار بالأسلوب السقراطي الذي يتجه نحو توليد أفكار جديدة لدى المسترشد ومساعدته على القيام بالاستنباطات العقلانية. كما يجب أن تكون خبرته كافية وقدرته على ابتكار مهام وواجبات سلوكية تساعد في تطور تحسن المسترشد (إبراهيم، 2006؛ فرج، البشر، 2002). فأحياناً يركز الفرد على الأحداث البسيطة، وبعد ذلك تقفز الوسواس للإمام نحو أسوأ السيناريوهات، وبالتالي تكون الأفكار الوسواسية نتيجة محتملة لذلك (عبدالهادي، 2012).

وقد استطاعت نظرية الدفع المتعقل أن تبتكر كثيراً من الخطوات العلاجية لمساعدة الأشخاص على التخلص من هذه الأفكار اللاعقلانية منها:

**1 - التوجيه المباشر:** فنحن قد نفكر بطريقة انهزامية تدعو لليأس أو الإحباط، لأننا لانعرف البدائل الجانب الخاطئ من معتقداته.

**2- الرفض المستمر** للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف جوانب الخطأ في الأفكار السابقة.

**3- تعلم طرق جديدة** لحل المشكلات العاطفية والسلوكية تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات، واكتشاف أن هناك طرقاً بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية.

4. تغيير الأهداف نفسها يساعد الشخص على التعديل من سلوكه الاجتماعي والنفسي خاصة إن كانت الأهداف أو التوقعات غير معقولة.

5- تكليف الشخص بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة الأفكار المنطقية التي اكتسبها عمدا وفي مواقف حية (إبراهيم، وعسكر، 2008: 301).

ويستخدم أسلوب تحدي الأفكار التسلطية بالبرنامج الحالي من خلال إيضاح مفهومه للطالبات والتعريف بأهميته، وتوجيه الطالبات إلى كيفية استخدام هذه التقنية بالتدريب المبسط على ممارستها ، وذلك من خلال قيام الباحثة بأسلوب توليد البدائل، وتبدأ الباحثة بالحوار والمناقشة مع أفراد المجموعة الإرشادية حول محتوى الأفكار والقيام بالاستنتاجات العقلانية الأفكار الوسواسية هل هي أفكار منطقية أو هل تستطيعين مقاومتها . وبعدها يتم التدريب على كيفية تحدي هذه الأفكار الوسواسية باستبدالها بأفكار منطقية واقعية، كما قامت الباحثة بإعداد ورقة سجل الأفكار تدون فيها كل طالبة الأفكار التلقائية الوسواسية التي تمر بذهنها، وبذلك فإن تحدي الأفكار التسلطية يمثل عنصراً أساسياً في كل جلسات البرنامج الإرشادي للدراسة الحالية.

#### 5- المراقبة الذاتية: Self – monitor

هي من التقنيات الأساسية والضرورية التي تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي. وفيها يقدم الفرد صورة دقيقة لمدى انغماسه في التفكير الوسواسي والطقس القهري، ويطلب منه عند بداية العلاج المعرفي السلوكي أن يقوم بتسجيل أنشطته ساعة بساعة لمدة أسبوع على الأقل ، وكذلك تسجيل الأحوال المزاجية المرتبطة بكل نشاط قام به الفرد، ويقدر الفرد الانفعال المصاحب للنشاط على مقياس رتبي يمتد ما بين صفر إلى 100 وأيضاً توفر صورة واضحة

عن مقدار الوقت الذي تستهلكه المشكلة، وتساعد كلا من المعالج المرشد والمسترشد على متابعة التقدم وتعديل برنامج العلاج تبعاً لذلك ( إبراهيم ، 2006 ).

يرى إيفرسون Everson 1996 (في الظاهر، 2004) أن المراقبة الذاتية هي أساس عمليات التنظيم والتوجيه المعرفي، وقد أكدت دراسات ميكنيوم على أن المراقبة الذاتية هي المحدد الأساسي لنجاح المهارات الأخرى، لأنها تشير إلى قدرة الفرد على ملاحظة مستوى تقدمه في ضوء الأهداف المحددة لعمل ما، وتتضمن المراقبة الذاتية، الاحتفاظ بالهدف ومعرفة ما تم إنجازه والإجراءات اللاحقة، واتخاذ القرار والاستمرار في التقدم نحو الهدف. وذلك عن طريق تشجيع المسترشد على تدوين مذكرات يومية وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من قبل المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المسترشد ويحرص المرشد على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن من خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المسترشد بشكل يسمح له بإعداد ضياغة المشكلة المسترشد والاستمرار في المتابعة العملية العلاجية، وبإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار للأفكار والاعتقادات اللاعقلانية، وتعكس خصوصية النمط المعرفي المميز له عن الآخرين ، هذا إلى جانب التدريبات اليومية على مراقبة الذات، والتي يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار المشوهة أو المختلفة وظيفياً (محمد ، 2000؛ المحارب، 2000).

اتبعت الباحثة أسلوب المراقبة الذاتية في البرنامج الدراسة الحالية ، حيث قامت بإعداد

نموذج المراقبة الذاتية ، وتم توزيعه أثناء الجلسة وطلبت الباحثة من أفراد المجموعة

الإرشادية بتسجيل عدد مرات تكرار الأفكار الوسواسية وعدد مرات إلحاح الأفعال القهرية،

وتحديد الفترة الزمنية التي استغرق فيها استمر الوسواس وصف الحالة المزاجية المصاحبة له.



## 7. إعادة البناء المعرفي:

"يقصد بالبنية المعرفية محتوى الخبرات المعرفية للفرد، وكيفية تنظيمها كما وكيفا، وأسلوب استخدامها في مختلف المواقف، ويشير المحتوى المعرفي إلى تفاعل الخبرات السابقة مع المعلومات والخبرات الجديدة؛ ليشكلا معا البنية المعرفية الحالية للفرد، كما يشير أسلوب الاستخدام إلى أسلوب توظيف هذا المحتوى معرفيا في علاقته بالمعلومات الجديدة" (الزيات، 2001:290). وقد اقترح الزيات أربعة أبعاد أساسية للبنية المعرفية وهي: الترابط، التنظيم، التمايز، والثبات النسبي (الزيات، 1995).

ويعرف كفاي (1989: 72) أسلوب تعديل البناء المعرفي على أنه "أحد الأساليب العلاجية التي تهدف لتعديل السلوك المعرفي".

ويهدف البناء المعرفي إلى التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الإيجابي وإضافة إلى تطوير وتدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثابتة للحياة، وذلك كمثيرات لكل من الخبرات الإيجابية والسلبية (الظاهر، 2004).

ويتم توظيف هذه التقنية في إعادة تنظيم البنية المعرفية، وهو تصحيح أخطاء المفاهيم والتعرف على ميكانيزمات عمل المخططات غير التوافقية، وممارسة تدريبات سلوكية، وتهدف إلى تحديها ومواجهته، وتعلم مهارات جديدة لحل المشكلات المختلفة، وتدبر الأزمات المختلفة، وزيادة القدرة على التعامل معها. كما تعتبر المحتوى الشامل للمعرفة البنائية للفرد وخواصه التنظيمية المتميزة التي تميز المجال المعرفي للفرد. (بارلو، 2002؛ الزيات، 2001).

ويقوم أسلوب إعادة تشكيل البنية المعرفية للفرد على مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على أساس أن العمليات المعرفية تؤثر على السلوك، ومن ثم فإن تغييرها سيترتب

عليه تغيير في سلوك الفرد، ويعرف ما يكينبوم البنية المعرفية بأنها الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو كأنه يراقب ويوجه إستراتيجية اختيار الأفكار (الشناوي، 1996).

وتتغير البيئة المعرفية بتغيير الأفكار، ومن خلال التدريب والممارسة وتعلم مهارات جديدة تؤدي إلى تغيير في البنية المعرفية، وهناك عدد من التقنيات والإستراتيجيات تستخدم لتغيير البنية المعرفية، منها التعليمات الذاتية والتدريب عليها من خلال عدد من المواقف والنشاطات التي قد تؤدي إلى تعديل السلوك. كما أن التدريب على حل المشكلات لأجل تنمية التفكير لدى الفرد، وذلك باختيار الاستجابات الصحيحة من بين البدائل والمواجهة وخاصة عند استخدام تقنية التعليمات الذاتية في حل المشكلة والدمج بينهما فإن هذا بدوره يساعد على إعادة وتنظيم البنية المعرفية وتغييرها، وبالتالي تغيير السلوك. وكذلك فإن تقنية تغيير الأفكار السلبية ذات أهمية في استبصار المسترشد بسلوكه المنحرف الناتج عن تفكيره الخاطيء، لأنه عند قيامه بدور معين سيطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها فيما بعد، وتتغير اتجاهاته ومعتقداته وأفكاره التي تؤدي بدورها إلى تغيير في البنية المعرفية، وبالتالي يتغير السلوك نحو السواء (مجريه، 2000). وتشير الأبنية المعرفية إلى كيفية إدراك الأفراد لعالمهم الخاص وافترضااتهم الأساسية حول البيئة المحيطة بما تحتويه من حقائق وأفراد ومعارف، وتعتبر الأبنية المعرفية مكوناً معرفياً أكثر عمقا وتأثيرا من الأفكار الآلية، وقد تكون (إما النجاح أو الفشل) (الكل أو لا شيء) (لا يمكن مواجهة الحياة) (الهروب أفضل من المواجهة) وغيرها أمثلة على بعض الأبنية المعرفية.

وهناك عدد من الميزات التي تتميز فيها الأبنية المعرفية:

1- أنها مكون معرفي ثابت ومستقر.

2- أنها مكون سلوكي مكتسب من خلال الخبرات الحياتية وأنماط التربية.

3- تضم الأبنية المعرفية جميع العمليات المعرفية الأخرى مثل الأفكار الآلية والتخيلات وعمليات الإدراك.

4- تحتوى الأبنية المعرفية على مكون سلوكي من خلال تحديد طرق التصرف في المواقف المختلفة بما يتناسب مع نظام المعتقدات (ضمرة وآخرون، 2007).

ويشار أحيانا إلى إعادة التشكيل المعرفي بإعادة التشكيل العقلاني النظامي، ويعود هذا المصطلح إلى جولد فرايد وزملائه الذي استعاره من أعمال دولارد وميلر Dollard and Miller في الخمسينيات من القرن الماضي، ويفترض جولد فرايد أن الفرد يمكن أن يكتسب مهارات من خلال تعلم كيفية تعديل النظم المعرفية غير التوافقية التي ترتبط أليا باستجاباته عندما يواجه مواقف تثير لديه القلق. وبالتالي فإن الهدف من إعادة التشكيل العقلاني هو تدريب الفرد على إدراك المؤثرات الموقفية بطريقة أكثر صحة، ومن ثم يمكن تقسيم خطوات تطبيق إعادة التشكيل المعرفي إلى أربع مراحل:

- 1- التعرض للمواقف المثيرة للقلق باستخدام تعرض تخيلي أو من خلال لعب الأدوار.
- 2- القيام بتقييم أدائي لمستوى القلق.
- 3- تقييم عقلائي لهذه الأفكار غير التوافقية.
- 4- ملاحظة الشخص لمستوى قلقه الذاتي التالي لإعادة التقييم العقلائي، وبعد أحد الأساليب المستخدمة في مواقف الإرشاد والعلاج (فرج، البشر، 2002).

وبعد منهج جولد فرايد هو التكامل بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في إعادة البناء المعرفي، ويهدف إلى مساعدة المسترشد على تعديل حديثه الداخلي أي ما يقوله لنفسه إذ يتعلم أولا كيف تسبب الأحاديث الداخلية المشكلات الانفعالية، والتغيرات الذاتية غير المرغوبة

التي تصدر عنه في هذه المواقف مع التدريب على التغيرات الذاتية المرغوبة بدلا منها (مليكة،1990).

قامت الباحثة باستخدام منهج جولد فريد في برنامج الدراسة الحالية، وقامت بدمج تقنية حل المشكلات مع تقنية إعادة البناء المعرفي، وذلك لأجل تنمية التفكير الجيد لدى أفراد المجموعة الإرشادية، ومما يساعدهن على الاختيار الصحيح من بين عدة بدائل ، بحيث تقوم أفراد المجموعة الإرشادية باستخدام التعرض التخيلي للمواقف المثيرة للقلق وبعدها القيام بتقييم أدائي لمستوى القلق لديه، وبعدها تقوم الباحثة بتقييم عقلائي للأفكار غير التوافقية مع ملاحظة مستوى قلقه لديه أثناء إعادة تقييم الأفكار غير العقلانية.

#### 8- التعليمات الذاتية:

ويعد دونالد ميكنبوم Donald meicenbaum أول من طور أساليب التعليمات الذاتية (الضبط الذاتي، كما يسميها بعض الباحثين) حيث تبين له أن التخلص من المشكلات تعنى التخلص من التحدث إلي الذات بطريقة انهزامية وسلبية واستبداله بالتحدث إلي الذات بطريقة إيجابية (الشناوي،1996؛ عبد الفتاح،2004).

التعليمات الذاتية أو الضبط الذاتي (التحكم الذاتي) هو أحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي الذي يهدف إلى تعديل أنماط التحدث للذات من خلال التدريب على التحدث إلي الذات باعتبارها العنصر الأساسي في توجيه السلوك وضبط الذات، وهذا ما يؤدي إلى تعديل السلوك (النجار،2005).

قدم ماكينبوم تقنية التعليمات الذاتية حينما كان يعالج مرض الفصام لأجل تعديل السلوك من خلال التدريب على مخاطبة الذات بطريقة تؤدي إلى تغيرات في الأفكار

والانفعالات تُمَّ السلوكيات. من خلال التدريب على التعليمات الذاتية يتعلم الفرد كيف يذكر نفسه ما السلوك الصحيح والمرغوب فيه وبهذا يمد نفسه بتغذية راجعة عن سلوكه (محمود، 1997؛ الظاهر، 2004). بل إن تقنية التعليمات الذاتية تعني التدريب على الحديث مع الذات قبل إصدار الاستجابة لأي موقف أو مشكلة، لكي يحدث تغيير في السلوك الاندفاعي أو التلقائي غير المتوافق. كما يرى عكاشة (1997).

وتدل الأبحاث على أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يساعد بشكل كبير على تعديل مجموعة من السلوكيات عند الأطفال والكبار على السواء، وقد أمكن استخدام هذا الأسلوب بنجاح كبير في تخفيض المشكلات المرتبطة بالقلق مثل قلق الاختبارات، والقلق الاجتماعي، وقلق مواجهة الآخرين، والوسواس القهري في تعديل الأداء العقلي لحالات الفصام (عبدالرحمن، الشناوي، 2010).

كما يقدم وركمان 1982 شرحاً للمراحل أو خطوات التدريب على التعليمات الذاتية كما يلي:

**الأولى : النمذجة المعرفية:** فيها يقوم المرشد أمام المسترشدين بأداء المهام المطلوبة، وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مرتفع في البداية، ثم بصوت خافت، وأخيراً بشكل خفي (ذاتي) مستخدماً عبارات لفظية موجّهة كمتطلبات أداء المهام، مثل: (ماذا يجب عليّ أن أفعل و هل الخطة التي وضعتها مناسبة لتحقيق الهدف؟).

**الثانية: التوجيه الخارجي:** يتضمن تدريب المسترشدين على أداء المهام، ويقوم المرشد بتشجيعهم لأداء نفس المهام.

**الثالثة: التوجيه الذاتي الظاهر:** يقوم المرشد بأداء المهام مع تقديم تعليمات إلى الذات بصوت مرتفع.

الرابعة: التوجيه الذاتي الخافت: يتضمن أداء كل فرد للمهام، وهو يهمس بالتعليمات

الذاتية.

الخامسة: التوجيه الذاتي غير المعلن: وهنا يقوم الفرد بأداء المهام بتوجيه ذاته بطريقة

غير لفظية وهو صامت تماماً (عبد الفتاح، 2004:235).

ويشمل التدريب على التعليمات الذاتية في برنامج الدراسة الحالية على الخطوات

التالية :

1- تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على التعرف والوعي بالأفكار غير التوافقية.

2- وتقوم الباحثة بنمذجة السلوك المناسب، بينما تشرح بالكلام الطرق الفعالة، وبعدها تدرّيبهن

على أداء المهام، وتقوم أفراد المجموعة الإرشادية بسؤال أنفسهن (هل الأفكار الوسواسية

المسيطرة أستطيع التخلص منه، وما الخطوات المناسبة للتحقيق الأهداف ؟) عن طريق

الحوار الداخلي أو الذاتي (أي التحدث مع النفس) بداية بصوت عالٍ وبعدها خافت، وبعدها

غير معلن، وتقوم الباحثة على التدعيم الذاتي الضمني للأداء الناجح، وتؤكد كفاءتهن وتضاد

الانشغال بالفشل . وتساعد توجيهات الباحثة في هذه المرحلة على تأكيد أن ما تقوله الطالبات

لأنفسهن في سبيل حل المشكلة قد حل محل الأفكار.

## 9. التطمين التدريجي المنظم

وتسمى هذه التقنية أيضا: إضعاف الحساسية المنتظم Systematic desensitization

استخدام جوزيف ولبى 1958 wolpe هذه التقنية لعلاج حالات القلق، وقد أطلق على هذا

الأسلوب من العلاج مصطلح "الكف المتبادل" وهو موضوع كتابه الشهير. والهدف الرئيسي

من ذلك تحييد مشاعر الفرد العصابية ومخاوفه من خلال التعرض التدريجي للموقف أو

المواقف المثيرة للقلق، مع إحداث استجابات معارضة لهذه كالاسترخاء والتشجيع في كل مرة يتعرض فيها الشخص لهذه المواقف حتى يفقد الموقف خصائصه المهددة ويتحول إلى موقف محايد، إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة العصبية (مثل الخوف و القلق) (إبراهيم، 2003).

ويعد التطمين التدريجي أسلوباً رئيسياً من أساليب العلاج السلوكي الرئيسي ويتم استخدامه في الحالات التي يكون فيها سلوك الخوف قد اكتسب مرتبطاً بشيء معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعويد التدريجي المنظم، ويتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة، ثم تعرض على المريض بالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف في ظروف متدرجة يشعر فيها بأقل درجة من الخوف، وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابات الشاذة، ويستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة (سرى، 2000).

ويستخدم أسلوب التطمين المتدرج بنجاح في علاج المخاوف المرضية على شرط أن تكون هذه المخاوف مرتبطة بالمواقف التي تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى، فمن العبث علاج من يعاني من رهاب الامتحانات بوضع تدريج لقلق الامتحانات، وبالرغم من أن مخاوفه ناتجة أساساً من رهاب الأماكن الضيقة، ويشترط أيضاً لنجاح هذا الأسلوب في علاج المخاوف المرضية، أن يكون الشخص يتناقص قلقه أثناء مخاوفه بأي مكاسب ثانوية كالعطف الشديد من الأهل، أو الحصول على اهتمامهم، وتلبية رغباته في التخلي عن بعض المسؤوليات والإحباط (إبراهيم، 2012). وتقوم هذه الطريقة على تشجيع الفرد على مواجهة القلق تدريجياً، ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في تحديد مشاعر العصبية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، مع

إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما  
خاصية المهددة. (فضل، 2008).

ويتم تنفيذ هذه التقنية العلاجية على أربع مراحل :

1- تدريب الشخص على الاسترخاء العضلي والنفسي مسبقا.

2- تحديد المواقف المثيرة للقلق من خلال الأسئلة التي تجري خلال المقابلات التمهيدية أو  
من خلال استخدام بعض المقاييس السلوكية.

3- ويتم التدريج في عرض المنبهات المثيرة للقلق.

4- التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق وبحسب شدتها، ويتم التعرض للمنبهات الأقل من  
حيث الشدة إلى أن يصل إلى المثيرات الأكثر شدة حتى نهاية القائمة (إبراهيم، 1994).

استخدمت الباحثة أسلوب التطمين التدريجي في برنامج الدراسة الحالية، وبعد أن  
أمكن تدريج الموقف أو المواقف المثيرة للقلق، تكون أفراد المجموعة الإرشادية قد تدرّج  
على الاسترخاء، ويصبح الطريق ممهدا للدخول في إجراءات العلاج، وتتنحصر إجراءات  
هذه المرحلة في أن تطلب من أفراد المجموعة الإرشادية وهن في حالة من الاسترخاء  
العميق والهدوء، أن يتصورن أنفسهن مستخدمات قدرتهن على التخيل إلى أقصى حد، وهن  
في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية، وبعدها تطلب الباحثة منهن أن يقمن  
بتخيل بعض المواقف والصور، ويحاولن أن يجعلن خيالاتهن حية كأنها حقيقة، يحاولن  
تركيز ذهنهن فيها، هن في حالة من الاسترخاء، بعدها يتوقفن عن التخيل ويعودن من جديد  
لحالة من الاسترخاء بدرجة أعمق، وبعدها يستمر في عملية التخيل في المواقف التي تثير  
أكثر درجة من الشدة، وهكذا تستمر الخطوات ما بين عرض المثيرات المحدثة للقلق والقدرة



على التخيل والاسترخاء حتى يشعر بعدها بمنتهى الراحة والهدوء (للاستزادة راجع إبراهيم، 1980).

## 9- التعرض ومنع الاستجابة: ( ERP ) Exposure and Response Prevention

تعرف التقارير الصادرة عن وزارة الصحة البريطانية British columbic ministry (2007) of Health التعرض ومنع الاستجابة "بأنها أحد استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، وهي مكون رئيسي من العلاج للمشكلات الوسواسية، وذلك بتعريض المريض للحالة أو الموضوعات أو الأماكن التي تتسبب في الوسواس، ويشجع المريض على التعامل بهذه الأشياء ( لمسها وإمسакها والاحتفاظ بها بين يديه ) ، مع لمس وجهه أو ملابسه ودعك يديه معاً ، مع منعه في الوقت نفسه من الاستجابة بغسل يديه أو الاستحمام لمدة تتراوح بين ساعتين إلى ثلاث ساعات بعد انتهاء فترة التعرض ، وقد يكون التعرض حقيقياً ( حياً ) أو متخيلاً، وسوف يشعر المريض بالخوف أو يقوم بسلوك التجنب ، ثم منعه من أداء الطقوس القهرية " (عبد الهادي ، 2012 : 163).

يعد التعرض من أكثر التقنيات السلوكية استخداماً في علاج الوسواس والأفعال القهرية ويختلف التعرض باختلاف مكان المواجهة، وأسلوب المواجهة، والهدف من استخدام تقنية التعرض هو التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى .

أما تقنية منع الاستجابة فهي تقوم على أساس منع المسترشد من القيام بطقوسه أو تشتيت الانتباه في حالة الأفكار الوسواسية، وفي بعض الأحيان يتم استخدام تقنية التعرض مع

تقنية منع الاستجابة في الوقت نفسه، ولكن يفضل استخدام منع الاستجابة بعد الانتهاء من تنفيذ تقنية التعرض (سعفان، 2003).

كما أن التعرض ومنع الاستجابة مخصص لكسر نوعين من الارتباط، الأول هو الارتباط بين مشاعر القلق والأشياء والمواقف أو الأفكار التي تسبب هذا الكرب. الارتباط الثاني الذي نريد أن نكسره هو الارتباط بين ممارسة السلوك الطقسي والشعور بالكرب. ويتضمن التعرض مواجهتك بمواقف وأفكار لأنها تولد القلق، وتدفعك إلى ممارسة السلوك الطقوسي، ونجد كثيراً من مرضى الوسواس، تحدث الوسواس في مخيلتهم ونادراً ما تحدث في الواقع، وهذا يجعل من المستحيل ممارسة التعرض، وإذا كان التعرض للموقف المخيف ضروريا لتقليل الوسواس، فتواجه هذه المواقف عن طريق التخيل (رجز، فوا، 2002)،

قارنت فوا وستيكتي وتيرنر 1980 Foa stekette turner (في بارلو، 2002) تأثير الجمع بين التعرض الحي والتعرض التخيلي مقابل التعرض الحي فقط، وشمل كل من الأسلوبين (التعرض الحي والتعرض التخيلي) ومنع الاستجابة، وعلى الرغم من عدم ظهور فروق بين العلاجين، فقد ظهر أن العلاج الذي يجمع بين التعرض الحي والتخيلي كان متفوقاً في الحفاظ على المكاسب، إلا أن فحص نتائج علاج المرضى دلّ على أن بعض المرضى الذين عالجوا بالتعرض الحي انتكسوا دون الآخرين. ومن المحتمل أن المرضى الذين لديهم القدرة على الوصول على جميع عناصر شبكة الخوف، بما في ذلك النتائج المخيفة أثناء التعرض الحي، لا يحتاجون إلى إضافة تعرض تخيلي، ولكن الأفراد الذين يميلون أن يتجنبوا معرفياً مواجهة الكوارث المثيرة لمخاوفهم، يحتاجون إلى تعرض تخيلي بالإضافة إلى التعرض الواقعي في معظم الحالات، لا يختلف الأمر شيئاً بين تقديم الموضوع المثير للقلق تدريجياً بأن نبدأ بأقل المنبهات إثارة للكدر في المواقف، مع التقدم إلى أشدها إثارة للكدر أو تقديم الموضوع

المثير للكدر، في أعلى درجاته منذ بداية العلاج، وعلى الرغم من ذلك توصى الملاحظات الإكلينيكية بأن المرضى يكونون أكثر تقبلاً للبرنامج العلاجي الذي يواجهون فيه المواقف المخيفة بالتدرج. أما مؤشرات دراسة فوا (Foa, et al ., 1985، في يحيى، 2012) فحص الفروق بين كفاءة العلاج السلوكي بالتعرض الواقعي وكفاءة العلاج السلوكي بالتعرض التخيلي في خفض أعراض الوسواس القهري، أظهرت النتائج انخفاض أعراض المرضى في كلا المجموعتين بدرجة متوسطة بعد انتهاء العلاج.

خطوات المواجهة ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري:

1- واجه الأشياء التي تخشاها مرارا وتكرارا

2- إذا شعرت أن عليك تجنب شيء ما، فلا تستجب لهذا الشعور.

3- إذا شعرت أن عليك أداء أحد الطقوس لتشعر بالراحة فلا تفعله.

4- استمر بالخطوات الأولى، والثانية والثالثة، أطول فترة ممكنة. تصف الخطوة الأولى والثانية

(المواجهة) مواجهة الموقف (وتصف الخطوة الثالثة منع الاستجابة) عدم الاستجابة للدافع

القهري في أثناء المواجهة أو بعدها (باير، 2010).

ترجع أهمية التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوسواس القهري إلى أن الإجراءات

تعاد عدة مرات أثناء الجلسات العلاجية أو في الواجبات المنزلية، وبالتالي يحدث إعادة تنظيم

وبناء للذاكرة التي تساعد المسترشد في التعرف على المخاوف ومصادر التهديد (الشديدة

والمنخفضة)، كما تساعده على التقييم السليم للتهديد الناتج عن عدم القيام بهذه الأفعال

القهرية. بل تساعد المصاب بالوسواس على خفض القلق الذي يعاني منه دون أن يقوم بفعل

السلوكيات القهرية. ويجب على المرشد أثناء الجلسات أن ينبه المسترشد بطريق غير مباشر لاستجابة الخوف، مع المحافظة على استمرارية توضيح أن التوقعات المفجعة المصاحبة للوساوس فشلت في أن تحدث (فرج،البشر،2002).

استخدمت الباحثة أسلوب التعرض التخيلي في برنامج الدراسة الحالية،تقوم الباحثة بإجراء عملية الاسترخاء أولاً قبل عملية التعرض التخيل وذلك للتخفيف من حدة القلق، تبدأ وخطوات التعرض التخيلي(مواجهة الأفكار الوسواسية) تتم بطريقة تدريجية تبدأ من المواقف التي تثير لديه الخوف والقلق من وساوس بسيطة إلى المواقف التي تثير أقصى حد من الوسواس على أن تكون شبيهة للموقف في الواقع ، على أن يقوم بعرض كل فكرة ومواجهتها في نفس الوقت، كما تقوم الباحثة بشرح تفصيل كل خطوة والتشجيع على مواجهة الوسواس مراراً وتكراراً، ويلبها خطوة منع الاستجابة، تعتمد بشكل رئيسي على تعريض أفراد المجموعة الإرشادية للأفكار الوسواسية وفي نفس الوقت منعهم من الاستجابة لها عن طريق الحث والابتعاد عن التفكير فيه.

#### 10- الاسترخاء: Relaxation

ويعرف بدران (2010:134) الاسترخاء "بأنه تدريبات للجسم والعقل في مرحلة الوعي يستطيعان من خلالها تنشيط عمليات الشفاء الذاتي للجسم ، وهو يساعد على خفض نسبة التوتر وحدته ؛ لأن انقباض وانبساط كل عضلة من عضلات الجسم تنتج عنه شحنات كهربائية تنتقل إلى الهيبيوثالاموس في المخ، فيصبح في حالة توتر شديد ؛ لأنه المسؤول عن تقديم الاستجابات المناسبة للضغوط سواء كانت هذه الاستجابات نفسية أو حركية ". لقد أصبح

الاسترخاء مطلباً لا غنى عنه في عصرنا هذا بما فيه من ضغوط . وهو انسجام وتفاهم بين الجسم والعقل والنفس لمحاولة استراحة العقل من عناء التفكير المتواصل واسترخاء الجسم وعضلاته من التوتر والإجهاد وبالتالي تأتي الراحة النفسية (عبد الهادي،2012).

في سنة 1929 أبدى طبيب نفسي اسمه جاكبسون Gacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة، ويجمع علماء النفس السلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيف القلق ودعم الصحة النفسية، إذ بينت بحوث علم النفس الفيسيولوجي منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريباً يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية، وتتركز بعض هذه التغيرات في الجبهة والرقبة، ومفاصل الذراعين والركبتين والعضلات الباسطة، كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة والقفص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات الإرادية في اليدين والرجلين (إبراهيم،1980).

**توجد ثلاث طرق للاسترخاء هي:**

**1- الاسترخاء من خلال المخيلة:** وخلالها يتم توظيف قدرات الفرد على التخيل لإجراء

الاسترخاء من خلال تخيل مواقف حياتية تقود إلى الاسترخاء.

**2- الاسترخاء من خلال التنفس:** ويتم تدريب الفرد على التنفس من خلال عملية الشهيق

والزفير بشكل بطيء وعميق الأمر الذي سيقود إلى حالة من الاسترخاء.

**3- الاسترخاء العضلي:** يتم خلاله إحداث انقباضات وتوتر في مجموعات عضلية جسدية

وإرخاء هذه الانقباضات، ليلحظ الفرد الفرق ما بين توتر العضلات وارتخائها، ويبدأ الاسترخاء

العضلي بالطلب من المسترشد إغلاق عينيه واتخاذ الوضع المريح له على كرسي الاسترخاء

المجهز لهذه الغاية العلاجية، ومن ثم الطلب منه التنفس بعمق وإحداث شد في مجموعات عضلية، تبدأ باليدين، ثم الساعدين، فالكفتين ثم عضلات الوجه والبطن والقدمين، ويراعى المعالج إعطاء التعليمات الواضحة للمسترشد باستمرار وتعزيزه على الأداء الناجح أو المتعاون (ضمرة وآخرون، 2007)

ويشير آرثر فريمان 2004 Freeman ( في عبدالهادي، 2012) إلى أن تمارينات التنفس والاسترخاء تساعد المسترشدين ومرضى اضطرابات القلق المختلفة وخصوصاً المصابين بالوسواس القهري، في خفض مستوى القلق لديهم، ولذا يجب على المرشد مراقبة التدريبات التي يمارسها المسترشد حتى لا يقوم بممارسة تدريبات قد تكون لها آثار ضارة على صحته . كما يجب على المرشد متابعة نتائج التمارين أو التبصر بالمكاسب التي حصل عليها في الواجبات المنزلية، ويستخدم الاسترخاء العضلي كأسلوب قائم بذاته لخفض التوتر والتخلص من حالة الأرق والقلق الشديد وعند تنفيذ هذه التقنية يطلب من المريض إرخاء عضلات جسمه ، أثناء تركيز انتباهه على أفكار معينة أو مشاعر معينة والاسترخاء من أهم التقنيات في مجال الإرشاد والعلاج وخصوصاً لعلاج اضطراب الوسواس القهري.

وبناء على ما سبق استخدمت الباحثة أسلوب الاسترخاء العضلي في البرنامج الإرشادية للدراسة الحالية، تبين الباحثة المجموعة الإرشادية بأنهم مقبلون على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة أخرى، وتبدأ الخطوات من شد وإغلاق تبدأ من راحة اليد اليسرى وبعدها راحة اليد اليمنى، وبعدها الاتجاه راحة إلى اليدين وبعدها الكفين والكتفين والوجه والرقبة، وبعدها الظهر، وبعدها عملية الشهيق والزفير، وبعدها قبض عضلات البطن، (ولإيضاح راجع إبراهيم، 1980 : 116-120؛ إبراهيم، عسكر، 2008 : 287).

## 11- الواجبات المنزلية: Homework Assignments

الواجبات المنزلية من التقنيات التي تقوم على العلاج المعرفي السلوكي وتعرف "بأنها مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية في صورة تعيينات يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء أهداف الجلسة وقدرات المتعالج ، ويكلف المسترشد بتنفيذها في المنزل أو في العمل بعد التدريب عليها في الجلسة العلاجية، وتصمم هذه الواجبات في شكل متتابع بحيث يتم تنفيذها على مراحل، وهي تبدأ من البسيط إلى المعقد ومن المعارف إلى الأفعال" (سعفان، 2003).

تعد من التقنيات التي تقوم على العلاج الجشطالتي الذي ظهر لدى بيرلز perls من سنة 1970-1973 وهي وسيلة مساعدة للعلاج، يتم من خلالها تعليم الشخص بعض المهارات والأساليب الجديدة لمواجهة المواقف، ويجب أن يتم تطبيق هذه المهارات خارج الجلسات العلاجية حتى يتم التحقق من مدى فعالية هذه التقنية، وتحدد الواجبات المنزلية عقب كل جلسة لمعرفة مدى الاستفادة. من الضروري عند تحديد مهام الواجب المنزلي أن نختار المهام التي يثق المرشد أن المسترشد يستطيع القيام بها ؛ لأن الفشل في هذه المهام يؤثر في دافعية المسترشد وفقدانه للأمل، ويكون من المهم استباق الصعوبات المتوقعة عند تنفيذها، ويتم مناقشتها مع المسترشد مع اقتراح طرق للتغلب عليها ، وفي حالة عودة المسترشد للجلسة التالية بدون عمل مهام الواجب المنزلي، فإنه يجب على المرشد مناقشة ذلك للتعرف على الأسباب التي قد تتضمن أفكاراً ذاتية حول المهمة أو جدواها وفي هذه الحالة يتم مناقشة تلك الأفكار مع المريض أثناء الجلسة (إبراهيم، 2006: 109).

الواجبات المنزلية هي التقنية الوحيدة التي يبدأ بها المرشد الجلسة الإرشادية ثم يختم بها، حيث تسهم في تحديد درجة الألفة والتعاون بين المرشد والمسترشد بعمل واجبات منزلية، ويعد كل واجب منزلي على أنه تجريبه مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة

بالمشكلة التي يواجهها حديثاً، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الآلية وتأثير (الأوتوماتيكية) وعلاقتها بردود الأفعال الانفعالية، كما أنها تساعد على التقدم السريع للإرشاد المعرفي السلوكي. (الطيب، 1989: 106؛ حسين، 2004: 88).

وتقوم الواجبات المنزلية على فكرة تكليف المسترشد ببعض الواجبات المنزلية عقب كل جلسة، فالمهارات التي تعلمها داخل الجلسة لا بد لها من التدريب عليها في مواقف الحياة الواقعية ، ويتم ذلك في نهاية كل جلسة حيث يعطى واجبا منزليا محددًا يقوم فيه بممارسة المهارات التي تعلمها، وتكون بداية الواجبات من الجلسة الثانية غالباً، وعلى المريض أن يقدم تقريراً خلال الجلسة اللاحقة. يجب أن تكون الجلسات مرتبطة تطبيقية عملية متمثلة في الواجبات التي يجب ألا تكون صعبة أو سهلة، بل تكون ملائمة لأهداف وشكل وطبيعة الجلسات الإرشادية وبمناقشة هذه الواجبات لما تسهم به في أنماط سلوكية جديدة، وتكشف عن مواقف جديدة قد يخشاها المريض (حسين، 2004: 88؛ النجار، 2005).

ويؤكد أن نجاح مهام الواجبات المنزلية يعتمد على محاولات المسترشدين والمرضى إكمالها، ويرتبط بنجاح العلاج ارتباطاً موجباً ودالاً بأداء الواجبات المنزلية، وأصبحت الواجبات المنزلية تستخدم كأسلوب ضروري وفعال لانتقال أثر التعلم، فلكي يتمكن المريض من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها، وتساعده على نقلها إلى مواقف حية يتم توجيهه لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال مروره بعدة مواقف سلوكية ويقوم بأدائها كالتدريب على ممارسة الأساليب العلاجية المختلفة في خبرات حية وفعالية ترتبط بالبناء المعرفي الجديد الذي يشتمل على أفكار ومعتقدات سلوكية جديد (إبراهيم، 1993: 185).

ويرى كولوين 2002 kuehlwein ، وكازانزس 2000 kazantzis (في

عبدالهادي، 2012) أن العديد من المسترشدين والمرضى يفكرون ويتصرفون خارج الجلسات



العلاجية بناء على الأفكار التي ناقشوها في الجلسات، مما يزيد سرعة تقدم العلاج، كما وجدت العديد من الدراسات أن الالتزامات التي تؤدي بين جلسات الواجبات المنزلية مفيدة وضرورية في نجاح العلاج، كما تساعد المعالجين على مساعدة مرضاهم في التفكير بشأن القضايا التي ناقشوها في الجلسة وإثارة أفكار جديدة، كما أن نجاح مهام الواجبات المنزلية يعتمد على محاولات المريض إكمالها، كما يرتبط نجاح العلاج ارتباطاً موجباً ودالاً بأداء الواجبات المنزلية، وأصبحت الواجبات المنزلية تدمج على نطاق واسع ضمن المعالجات النفسية التي تستخدم مع العديد من المشكلات النفسية، مثل إدمان الكحول والمخدرات، اضطرابات الشخصية، ومشكلات الطفولة، الهلوس والأوهام، اضطراب الواسوس القهري، اضطراب القلق العام، الرهاب، اضطراب ما بعد الصدمة، الخوف الاجتماعي. ومن هنا اتفق علم النفس المعرفي على أهمية الدور الإيجابي في اختيار الأنشطة المناسبة للقيام بها كواجب منزلي يقبل عليه المسترشد بحب وحماس، ودافع إيجابي (مليكة، 1990 : 114).

واتبعت الباحثة أسلوب الواجبات المنزلية ابتداءً من الجلسة الثانية، وعلى الطالبة أن تقدم تقريراً عن الواجبات خلال الجلسة القادمة تدون به ملاحظاتها أثناء أدائها والصعوبات التي واجهتها في أثناء الأداء، ومدى إتقانها لتتابع خطوات المهارة، كما تبدي رأيها في جدوى هذه المهارة بعد اختبارها في الحياة الواقعية. وعلى المرشدة أن تقوم في بداية الجلسة الإرشادية بمناقشة هذه الواجبات لما تسهم في تعلم أنماط سلوكية جديدة وتكشف عن مواقف جديدة تخشاها الطالبة.

## الفصل الثالث

### الدراسات السابقة

1.3 - تمهيد.

2.3 - الدراسات العربية.

3.3 - الدراسات الأجنبية.

4.3 - نقاش الدراسات السابقة.

### 1.3 - تمهيد:

يتناول هذا الفصل الدراسات السابقة التي اهتمت بالتدخل العلاجي لتخفيف أعراض السلوكيات المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، واعتمدت على الاتجاه المعرفي السلوكي وتقنياته في تخفيف حدة أعراض اضطراب الوسواس القهري. ويتم عرض ومناقشة الدراسات السابقة التي تحصلت عليها الباحثة في حدود اطلاعها على تلك الدراسات المتصلة بموضوع الدراسة الحالية وأهدافها، معتمدة على ما يهم منها في سياق الدراسة الحالية، وذلك بعد تصنيفها إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية، كما روعي التسلسل الزمني من الأقدام إلى الأحدث ما أمكن ذلك.

### 2.3 - الدراسات العربية:

ومن هذه الدراسات دراسة سمير (2001) فقد اعتمدت أسلوباً خاصاً لخفض حدة اضطراب الوسواس القهري، وهو العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لدى عينه من طلاب الجامعة. وتكونت عينة الدراسة من (20) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين ومتجانستين: تجريبية والأخرى ضابطة. وتكونت كل منهما من 10 أفراد، 4 ذكور و6 إناث، واستخدمت أدوات الدراسة قائمة بادوا للوسواس القهري، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وبرنامج إرشاد عقلائي انفعالي سلوكي، وتشمل A.B.C.D) التي تمثل العلاقة بين الحدث والتفكير والنتيجة)، الحوار والمناقشة، والأسئلة والاستبصار، والمراقبة الذاتية. وتقنيات سلوكية: الواجب المنزلي، الاسترخاء، والتدريب على بعض المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات. أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي

لصالح البعدي، مما يشير إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض أعراض الوسواس القهري و الأفكار اللاعقلانية لديهم.

**دراسة سعفان (2002)** فهدفت إلى معرفة فعالية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب. تكونت العينة الدراسة من (164) مبحوثاً عينة عشوائية من طلاب الدبلوم المهني من الجنسين، منهم 72 ذكراً و 92 أنثى، وكان متوسط العمر الزمني لها 22,5 عاماً واستخدم الباحث قائمة بادوا للوسواس و الأفعال القهرية، ومقياس الشعور بالذنب من إعداد الباحث، وتقنية إعادة الفهم، ووقف الأفكار، والتعرض ومنع الاستجابة، والواجبات المنزلية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه البعدي، كما ثبت فعالية البرنامج الإرشادي القائم على إعادة ووقف الأفكار والتعرض ومنع الاستجابة في خفض الوسواس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب.

**دراسة حنور (2007)** بدراسة استهدفت اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، وتألفت العينة من (10) طالباً وطالبة بكلية التربية، بمدى عمري من (18-22) عاماً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وعددها (2) ذكور و(3) إناث، ومجموعة ضابطة وعددها (2) ذكور و(3) إناث، واستخدم الباحث برنامجاً قائماً على تقنيات البرنامج المعرفي السلوكي أهمها التعرض ومنع الاستجابة ووقف الأفكار، وتعديل البنية المعرفية، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى طلاب وطالبات الجامعة، وكذلك إلى استمرار فعالية البرنامج لدى المجموعة التجريبية خلال فترة المتابعة التي وصلت إلى ثلاثة أشهر.

دراسة مقداي (2008) إلى الكشف عن فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة، وتألقت العينة من (20) طالبا وطالبة من طلبة البكالوريوس في كلية العلوم، وتم اختيار أفراد العينة من الطلبة الذين تحصلوا على أعلى درجات في مقياس الوسواس القهري، وتم توزيع الأفراد عشوائيا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية، وعددها (10) منهم (4) ذكور و (6) إناث، ومجموعة ضابطة عددها (10) منهم (4) ذكور و (6) إناث، وتلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجا إرشاديا معرفيا سلوكيا، في حين لم يحدد للمجموعة الضابطة أي برنامج، واستخدم الباحث برنامجاً للإرشاد المعرفي السلوكي يتكون من اثنتي عشرة جلسة ومدة كل جلسة ساعة واحدة، لمدة "6" أسابيع، بواقع جلستين في الأسبوع، واستخدم تقنيات وقف الأفكار، الاسترخاء العضلي، والتحصين ضد التوتر، أسلوب الضبط الذاتي، أسلوب حل المشكلات، والواجبات المنزلية، حيث يتم تعرض الطلبة (أعضاء المجموعة التجريبية) خلال البرنامج الإرشادي لتدريبات هدفت إلى تطوير مهارتهم على استخدام الإجراءات المعرفية السلوكية في التعامل مع الوسواس القهري، ثم طبق مقياس الوسواس القهري بعد مرور "7" أسابيع على القياس القبلي وبداية الجلسات. وقد تم حساب المتوسطات الحسابية المعدلة، وانحرافات المعيارية المعدلة لدرجات الطلبة على المقياس، واستخدام تحليل التباين لمعرفة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات القبليّة والبعدية، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية على جميع أبعاد مقياس الوسواس القهري بين المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية، وخلصت الدراسة إلى أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي كان فعالا في خفض أعراض الوسواس القهري لمدة وصلت إلى شهرين.

### 3.3 - الدراسات الأجنبية:

دراسة جوناثان ابرامفتز وآخرون **Abramowitz, et al., 2002** بدراسة هدفت إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج الوسواس القهري. تكونت عينة الدراسة من (24) طالبا وطالبة، تراوحت أعمارهم بين (20-23) واستخدم الباحث أدوات الدراسة- مقياس يل بروان - بيك للاكتئاب وبرنامج معرفي سلوكي يعتمد على تقنية التعرض ومنع الاستجابة، ووقف الأفكار و أسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.001 بين القياس القبلي والبعدي على مقياس يل بروان لصالح البعدي، ما يشير إلى وجود تحسن لدى الطلبة بعد العلاج، كما أظهرت النتائج عدم وجود ارتباط دال إحصائياً بين شدة الأعراض الوسواسية والإعراض الاكتئابية (السقا، 2014).

دراسة تولن وآخرون **Tollin , et al., 2003** دراسة هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي جماعي في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الوسواس القهري لدى عينة تراوحت أعمار المبحوثين فيها بين (18- 22) وتكونت عينة الدراسة من (14) طالباً وطالبة واشتمل البرنامج على (26) جلسة إرشادية معرفية سلوكية، واستخدام الباحث تقنيات وقف الأفكار ومنع الاستجابة والتعرض، والحوار، وإعادة البناء المعرفي، أما مؤشرات النتائج فقد أظهرت انخفاضاً ملحوظاً في اضطراب الوسواس القهري (مقدادي، 2008).

دراسة ستيوارت وزملاؤه **Stewart, et al, 2004** إلى الكشف عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة مكونة من (28) طالباً وطالبة ممن تتراوح أعمارهن الزمنية " 18- 22 عاماً، تم توزيعها بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. باستخدام مقياس بيل بروان، وتراوحت المدة الزمنية للجلسات (60) دقيقة، وتقنيات

الاسترخاء، والحوار وقف الأفكار ، ومنع الاستجابة والتعرض. وأوضحت النتائج أن الأفراد الذين تلقوا علاجاً معرفياً قد انخفضت أعراض الوسواس القهري لديهم خلال فترة المتابعة التي وصلت إلى ثلاثة شهور (مقدادي،2008).

**دراسة فالديوهوغ وزملاؤه 2007 Valderhaug, et al, .** دراسة هدفت إلى خفض اضطراب الوسواس القهري، لدى عينة مكونة من (28) طالبا وطالبة، تتراوح أعمارهم بين (19. 23) شخصوا بمقياس براون لقياس اضطراب الوسواس القهري، واشتملت جلسات البرنامج الإرشادي المعرفى السلوكي على (12) جلسة إرشادية، وتناولت تقنيات العلاج المعرفي السلوكي على شكل تدريبات عملية، وبعد ستة شهور من انتهاء البرنامج الإرشادي تمت متابعة أفراد عينة الدراسة، وأظهرت النتائج انخفاضاً ملحوظاً في اضطراب الوسواس القهري.(السقا،2014).

### 4.3 - نقاش الدراسات السابقة:

في إطار عرض الدراسات السابقة يتبين التنوع في الأساليب الإرشادية والتقنيات المستخدمة في برامج الإرشاد لخفض اضطراب الوسواس القهري؛ إلا أن هناك اتفاقاً على بعض التقنيات لأهمية دورها في خفض هذا الاضطراب كتدريب الأفراد ذوي الاضطراب المرتفع بالوسواس القهري على تقنيات وقف الأفكار والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية. وكما يتضح من أدبيات الإرشاد والعلاج النفسى ،فأن هذه التقنيات ذات تأثير إيجابي فعال في البرامج التطبيقية لخفض اضطراب الوسواس القهري لدى الأفراد (كما اتضح في الفصل الثاني). وتم استخدام التدريب على تقنيات وقف الأفكار، والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية، لبعض الدراسات مثل دراسة سفعان(2002)، ودراسة حنور(2007)، في حين

ركزت برامج دراسة مقداي (2008) على توظيف تقنيات التحصين ضد التوتر، وأسلوب الضبط الذاتي، وأسلوب حل المشكلات، والاسترخاء ومع وقف الأفكار، والتعرض ومنع الاستجابة، وتعديل البنية المعرفية.

اتبعت الدراسات السابقة في مجموعها طريقة الإرشاد الجماعي في الجلسات الإرشادية، أما طريقة الإرشاد الفردي فيتم اتباعها مع مشكلة اضطراب الوسواس القهري وفقاً لظروف العينة اهتمت بعض الدراسات السابقة بالمرحلة الجامعية (ذكور وإناث) مثل دراسة سمير (2001) ودراسة سعفان (2002) ودراسة حنور (2007) ودراسة مقداي (2008). في حين قلت الدراسات التي اهتمت بالإناث، وهي تمثل ندرة بالدراسات وتحديداً العربية برغم ما يمثله الموضوع من أهمية.

وفي محاولة لمعرفة الأساليب في تخفيف اضطراب الوسواس القهري، نجد هناك اتفاقاً في الدراسات الأجنبية على استخدام تقنيات الحوار، وقف الأفكار، وإعادة البناء المعرفي والتعرض ومنع الاستجابة، كدراسة أماجونان ابرامفتر وآخرين (2002)، ودراسة تولين (2002)، ودراسة ستيورات وزملائه (2004).

كما أولت معظم الدراسات السابقة أهمية كبيرة لقياس متابعة أثر البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية، مثل دراسة حنور (2007)، ودراسة مقداي (2008)، ودراسة ستيورات وزملائه (2004)، وتراوح المدى الزمني بين انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي والقياس التتبعي من شهرين إلى ثلاثة أشهر، وكان قياساً تتبعياً واحداً.

تفاوتت الدراسات السابقة من حيث حجم العينة، فقد تراوحت أعداد المبحوثين من 10. وفي دراسة حنور (2007) - كحد أدنى، إلى 164 فرداً - في دراسة سعفان (2002) كحد أعلى،. كما تفاوتت الدراسات السابقة من حيث عدد الجلسات المخصصة لكل جلسة، حيث



تراوحت من 12 جلسة - في دراسة مقدادي (2008)، ودراسة فالديوهوغ وزملائه (2007) - كحد أدنى، إلى 26 جلسة. في دراسة تولين وآخرين (2007) كحد أعلى أما المدة الزمنية المخصصة لكل جلسة، فقد تراوحت من (60) دقيقة. في دراسة ستيورات وزملائه (2004) - كحد أدنى، في دراسة مقدادي (2008) ، كحد أعلى.

وقد استفادت الباحثة من عديد الخطط البحثية في هذه الدراسات وإحكام برنامج الإرشاد والعلاج الذي تم تصميمه للدراسة الحالية، إلى جانب اختيار التقنيات الفعالة في مجال الإرشاد والعلاج لاضطراب الوسواس القهري.

ويمكن توضيح أهم جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة في الآتي:

1- إدراك الأهمية الواضحة والمعنى العميق لمفهوم اضطراب الوسواس القهري، والندرة الواضحة في تناوله بحثياً بالدراسات وخاصة في البيئة المحلية، حيث لم يلقَ الاهتمام الكافي بالتعريف به وبمسبباته أو محاولة علاجه.

2. ضرورة التركيز على الإناث والذكور في المرحلة الجامعية، وذلك لحاجتهم الماسة لمثل هذه البرامج الإرشادية.

3. ضرورة إعداد برنامج إرشاد جماعي لتخفيف معاناة اضطراب الوسواس القهري، يضم التقنيات والأساليب الإرشادية المناسبة والمرحلة الجامعية المستهدفة بالدراسة.

4. استخدام أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي وتضمينه بالتدريب على المحاضرة والمناقشة وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية، وتعديل البنية المعرفية، والتطمين التدريجي، التعرض ومنع الاستجابة، والاسترخاء؛ للإحاطة بمشكلة اضطراب الوسواس القهري من معظم جوانبها.

5- اختيار التصميم التجريبي القبلي البعدي ذي المجموعتين التجريبية والضابطة لإجراء الدراسة.

- 6 . الانتباه إلى أهمية إجراء اختبار تتبعي للتحقق من أثر البرنامج الإرشادي واختبار مدى استمرارية المردود الإيجابي للجلسات الإرشادية، والتأكد بأنه ليس أثراً مؤقتاً لإجراء الدراسة.
7. ضبط التوقيت الزمني لجلسات الدراسة بما يتناسب مع أهداف كل جلسة، فكان المدى الزمني للجلسات ببرنامج الدراسة الحالية يتراوح ما بين 90 - 120 دقيقة بما في ذلك فترات للراحة.
8. تحديد وصياغة بعض القواعد الأساسية والتعليمات الإرشادية الواجب على أفراد المجموعة التجريبية اتباعها خلال الجلسات الإرشادية؛ لتحقيق الفائدة من البرنامج الإرشادي.
9. أهمية إجراء دراسة استطلاعية لسد الثغرات التي قد تظهر، وذلك لتفاديها عند تطبيق الدراسة الفعلية. ولقد تحقق هذا في الدراسة الحالية بصورة جيدة، حيث أجريت عديد الدراسات الاستطلاعية لأداة الدراسة (مقياس الوسواس القهري) والبرنامج الإرشادي. وقد أجريت هذه الدراسات الاستطلاعية في محيط جامعتين بكليات الطب.

## الفصل الرابع

### الإجراءات المنهجية

1.4 - تمهيد.

2.4 - منهج الدراسة.

3.4 - مجتمع الدراسة.

4.4 - عينة الدراسة.

5.4 - وصف أدوات الدراسة واستطلاعها.

6.4 - الأساليب الإحصائية المستخدمة بالدراسة.

#### 1.4- تمهيد:

يتضمن هذا الفصل وصفاً للمنهج التجريبي والتصميم التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة، كما يتضمن وصفاً لمجتمع الدراسة والخصائص ذات العلاقة بالدراسة الحالية، ووصفاً لخصائص العينة وطريقة اختيارها. كما يشتمل الفصل على وصف للدراسة الاستطلاعية لأدوات الدراسة المستخدمة والخصائص السيكومترية المتمثلة في الصدق والثبات، والبرنامج الإرشادي لخفض أعراض الوسواس القهري، والخطوات الإجرائية لتنفيذ الدراسة الأساسية، والأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة بيانات الدراسة.

#### 2.4- منهج الدراسة:

تمثل الهدف الرئيسي للدراسة الحالية في الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي علاجي معرفي سلوكي لخفض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من طالبات الجامعة باستخدام المنهج التجريبي. ويعد المنهج التجريبي من الطرق التي تعتمد على الكشف عن العلاقات السببية بين الظواهر، لأنه لا يقتصر على مجرد الوصف وإجراء الاختبارات لتحديد علاقات الظاهرة، بل يتعدى ذلك إلى التدخل والضبط المحكم والمعالجة ومراعاة تنفيذ إجراءات عديدة بدقة وبعناية تامة. وتعتبر عملية الاختبار التجريبي دون هذه الإجراءات عملاً لا قيمة له. فالتجريب " يقصد به التدخل المقصود من جانب الباحث في أحداث المشكلة موضوع الدراسة " (غانم، 2004 : 129) .

واعتمدت الدراسة الحالية على تصميم المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والقياس القبلي والبعدي، بالإضافة إلى قياس تنبعي بعد مرور شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج. والتصميم يعد من أهم التصاميم التجريبية الحقيقية التي تمتاز بالاعتماد على التوزيع

العشوائي في تكوين مجموعتين متكافئتين ومتساويتين في العدد والخصائص، واستخدام القياس القبلي وجود المجموعة الضابطة بالإضافة إلى التوزيع العشوائي ويؤدي كل ذلك تقريبا إلى ضبط جميع العوامل الدخيلة المؤثرة على درجة الصدق الداخلي، مما يوفر درجة عالية من الدقة في التنبؤ بآثار المعالجة؛ أي المتغير المستقل (التجريبي). آثاره على المتغير التابع. والجدول (1) يوضح التصميم التجريبي المستخدم بالدراسة، ويمثل البرنامج الإرشادي (المتغير المستقل) المستخدم بالدراسة، أما (المتغير التابع) فيتمثل في مستوى الوسواس القهري لدى الطالبات: كما هو موضح في الجدول التالي :

المجموعة	القياس القبلي	المعالجة	القياس البعدي	القياس التتبعي
التجريبية	مقياس الوسواس القهري	البرنامج الإرشادي	مقياس الوسواس القهري	مقياس الوسواس القهري
	مقياس الوسواس القهري		مقياس الوسواس القهري	لا يوجد قياس
الضابطة	مقياس الوسواس القهري	لا توجد معالجة	مقياس الوسواس القهري	لا يوجد قياس
	مقياس الوسواس القهري		مقياس الوسواس القهري	لا يوجد قياس

### الجدول (1)

#### التصميم التجريبي

#### 3.4 - مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة الحالية من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي للعام الدراسي (2017 - 2018)، وقد بلغ عدد الطالبات (518) طالبة، وتراوحت أعمارهن بين (19 - 26) سنة. والجدول التالي يتضمن إحصائية مسجل رسمية من مكتب مسجل عام بالجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية لتوزيع الطالبات على الكليات

التخصصية والسنوات الدراسية للعام الدراسي ( 2017 - 2018 )، والجدول (2) يوضح توزيع المجتمع.

## الجدول (2)

توزيع طالبات مجتمع الدراسة حسب التخصص والسنوات الدراسية

السنة الدراسية الكلية	الأولى	الثانية	الثالثة	الرابعة	الخامسة	الامتياز	المجموع
الطب البشري	77	44	69	16	35	31	272
الاسنان	66	42	21	11	22	19	181
الصيدلية	24	9	0	0	0	0	33
العلوم الطبية الأساسية	25	3	1	3	0	0	32
المجموع	192	98	91	30	57	50	518

### 4.4 - عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (30) طالبة، وتم اختيار عينة الدراسة من الطالبات اللواتي تحصلن على درجات أعلى من المتوسط ( 79.33 ) بانحراف معياري واحد (14.75). فبعد ترتيب درجات عينة الدراسة الاستطلاعية (160) تنازلياً من أعلى درجة إلى أقل درجة على مقياس الوسواس القهري، تم الحصول على أعلى 30 درجة - بعد الدرجة 94؛ حسب المعيار السابق، ( انظر الملحق (1) للمزيد من التفاصيل حول مجتمع عينة الدراسة الأساسية)، وتم الحصول على موافقة عينة الدراسة الأساسية للمشاركة في الدراسة التجريبية، واستخدمت المزوجة العشوائية لتوزيع عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعة تجريبية ( ن = 15 ) ومجموعة ضابطة ( ن = 15 ) والجدول التالي (3) يوضح توزيع عينة الدراسة (المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ) حسب التخصصات الطبية.

### جدول (3)

#### توزيع المجموعتين التجريبية والضابطة

#### حسب التخصصات الطبية

المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	التخصص
5	5	الطب البشري
5	4	الاسنان
3	3	الصيدلة
2	3	العلوم الطبية الأساسية
15	15	المجموع

وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة بين "19-26" سنة وبلغ متوسط أعمار أفراد العينة "20.53" بانحراف معياري قدره "1.72" وتراوحت درجات متوسط السنوات الدراسية لأفراد العينة "2.67" بانحراف معياري "1.69". وتم التحقق من تكافؤ المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في متغير العمر والذكاء باستخدام اختبار الذكاء رافن والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي باستخدام المقياس المستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي إعداد الهورانة(2000)، والمقياس القبلي للمقياس الوسواس القهري، وفيما يلي عرض لنتائج اختبار التكافؤ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. كما هو مبين في الجدول (4) و(5)

#### جدول (4)

الاختبار التائي للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة

حسب متغيرات العمر والذكاء والمستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي

P-Value	t	درجات الحرية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		المتغيرات
			الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
.823	.226	28	1.68	20.6	1.55	20.46	العمر
1	0	28	2.07	91	2.07	91	الذكاء
.948	065.	28	5.77	167.1	5.41	167.2	المستوى الاقتصادي والثقافي والاجتماعي

ويلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي المجموعة

التجريبية والمجموعة الضابطة في أي من المتغيرات: العمر ، الذكاء ، والمستوى الاقتصادي

والثقافي والاجتماعي ، مما يشير إلى تكافؤ المجموعتين في المتغيرات السابقة.

#### جدول (5)

الاختبار التائي للفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي

للمقياس الوسواس القهري

P-Value	t	درجات الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المجموعة
.780	.282	28	4.47	102.40	15	التجريبية
			5.12	100.20	15	الضابطة



ويلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس القبلي على مقياس الوسواس القهري. وهو يشير إلى تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي .

#### 5.4 - وصف الأدوات المستخدمة في الدراسة :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأدوات الآتية :

1- مقياس الوسواس القهري إعداد كل من د. عبد الله عريف؛ فاطمة الوحيشى 2016.

ملحق (4)

2. استمارة لجمع البيانات الأولية عن الطالبة إعداد الباحثة ملحق (5)

3. اختبار المصفوفات المتدرجة العادي لرافن (1958) الذي قننه للبيئة الليبية الطشاني وآخرين (2005).

4. مقياس المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي للأسرة إعداد الهوارنة (2000) ملحق

(6)

5. برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض الوسواس القهري ، إعداد الباحثة،

ملحق (7)

1- مقياس الوسواس القهري - من إعداد د. عبد الله عريف و فاطمة الوحيشى 2016

قدم المقياس بعنوان مقياس السلوك الطلابي للحد من توجس (مخاوف) المبحوثين،

والقوالب النمطية السلبية المؤثرة سلباً في الاستجابة وتشويهها. كما اشتقت مفردات هذا المقياس

إكلينيكي حيث قامت الباحثة بملاحظات منظمة للأعراض البارزة للمرضى ثم اختيار من ضمن

هذه الأعراض التي تبين أنها واضحة لدى المصابين بالوسواس القهري. ومن خلال معايير ومحكات التشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات DSM IV الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية ، ثم اختيار من ضمن هذه الأعراض التي تبين أنها واضحة لدى مرضى الوسواس القهري، وتم الاستفادة من البحوث والأطر النظرية التي حاولت تفسير الاضطراب الوسواس القهري في صياغة مفردات المقياس.

- 1- تحديد هدف المقياس وهو التحقق من أعراض اضطراب الوسواس القهري.
- 2- مكونات وبنود المقياس تتناسب مع أهداف البرنامج إرشادي المستخدم بالدراسة الحالية
- 3- تبين من خلال الدراسة الاستطلاعية للمقياس تميزه لخصائص سيكومترية جيدة. الأمر الذي جعل الأستاذ المشرف والباحثة مطمئن لاستخدامه في البيئة المحلية، ولم توجد موانع لاستخدامه في الدراسة الحالية.
- 4- بعد الاطلاع على بعض المقاييس التي استخدمت في البحوث والدراسات السابقة تم الاستعانة بهذه المقاييس ومن ضمنها
- 5- مقياس الوسواس القهري إعداد جير الد لجب وآخريين ( Gibb, et al., 1983 )، ترجمة د. عريف (2000).

- 6- مقياس العربي للوسواس القهري إعداد أحمد عبد الخالق ، (1992).
- 7- تم إعداد الصورة الأولية للمقياس وروعي في صياغة المفردات ما يلي:  
السهولة والوضوح وبساطة اللفظ والمعنى، واحتواء المفردة على فكرة واحدة فقط، وتجنب استخدام الكلمات التي تحمل أكثر من معنى، وإعطاء بديل لإعطاء فرصة لتقريب الاستجابة، وقد بلغ عدد مفردات المقياس الصورة الأولية للمقياس (43) مفردة، كما هو مبين

في الملحق (3)

## وصف المقياس:

يتكون مقياس الوسواس القهري في صورته النهائية من (35) مفردة بعد حذف ثماني

مفردات التي ليس لها ارتباط بالدرجة الكلية وهي كما هو مبين في الملحق (4)

## طريقة التطبيق:

حيث يجيب المفحوص على كل مفردة بوحدة من أربعة بدائل متدرجة والتي يتم

تصحيحها على النحو التالي:

1- تنطبق دائما وتأخذ 4 درجات في التصحيح.

2- تنطبق كثيرا وتأخذ 3 درجات في التصحيح.

3- تنطبق قليلا وتأخذ درجتين في التصحيح.

4- لا تنطبق مطلقا وتأخذ درجة واحدة في التصحيح. ماعدا مفردة (7- 18- 30) يتم

تصحيحها عكسيا على النحو التالي:

1. تنطبق دائما وتأخذ درجة واحدة في التصحيح.

2. تنطبق كثيرا وتأخذ درجتين في التصحيح.

3. تنطبق قليلا وتأخذ 3 درجات في التصحيح.

5- لا تنطبق مطلقا وتأخذ 4 درجات في التصحيح.

## الدراسة الاستطلاعية للخصائص السيكومترية للمقياس الوسواس القهري :

للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس الوسواس القهري المتمثلة في الصدق

والثبات ، بالإضافة إلى مدى تقبل وتجاوب المفحوصين للمقياس ، وباقي الأدوات المستخدمة

في جمع بيانات الدراسة ، والتأكد من ملائمة المفردات وضوح التعليمات ، والتدريب والألفة ،

كذلك على الحصول على دلالات عن صدق وثبات المقياس ، ومدى ملائمتها لأهداف الدراسة

الحالية . وكذلك اختيار عينة الدراسة الأساسية ( المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ) .  
تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عدة عينات من الطالبات ( كما سيأتي لاحقاً عند عرض  
الصدق والثبات ) تم اختيارها عشوائياً من الكليات الطبية جامعة بنغازي ، والجامعة الليبية  
الدولية للعلوم الطبية في مدينة بنغازي. فيما يلي عرض لنتائج الدراسة الاستطلاعية :

#### الخصائص السيكومترية للمقياس:

##### أولاً : صدق مقياس (الوسواس القهري) :

يعتبر الصدق خاصية من خصائص القياس الجيد، ويقصد بمفهوم الصدق أن  
الاختبار يقيس ما أعد لقياسه، ويعرفه كرونباخ " Cronbach يقدر اكتمال درجة الاختبار  
للسمة المعينة والثقة من هذا التفسير بقدر صدق الاختبار ، " إما جيولكسون Glisson يعرفه  
الصدق على أنه " ارتباط الاختبار ببعض المحكات محددًا بذلك أن الارتباط بمحك خارجي في  
شكل معامل هو مؤشر الصدق (مجيد، 2007:86؛ عريف 2010).

##### أ- صدق الاتساق الداخلي ( صدق المفردات) :

تعتمد طريقة صدق الفقرات على حساب معاملات الارتباط بين درجات الفقرات  
والدرجة الكلية للمقياس، مما يكشف عن مدى اتساق وتجانس محتوى المقياس ، وتوفر  
المقاييس المتجانسة أدلة ذات علاقة بصدق التكوين الفرضي ( صدق المفهوم )، الذي تقيسه  
(أبو علام، 2000).

وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية للمقياس الوسواس القهري من ( 150 ) طالبة ، تم  
اختيارهن عشوائياً من الكليات الطبية جامعة بنغازي ( أنظر الملحق (2) لمزيد من التفاصيل

حول مجتمع عينة الدراسة الاستطلاعية)، واستخدم لحساب معامل ارتباط " بيرسون " لحساب معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية لمقياس الوسواس القهري

لحساب معاملات الارتباط بين المفردات والدرجة الكلية للمقياس الوسواس القهري كانت ذات دلالة إحصائية 0.01 ، 0.05 ، فيما عدا ثماني مفردات رقم ( 4 ، 11 ، 14 ، 29 ، 30 ، 31 ، 32 ، 40 ) ، والتي تم حذفها نظراً لارتباطها السلبي ، أو لضعف ارتباطها بالدرجة الكلية ، وبالتالي تكون المقياس في صورته النهائية من 35 مفردة، مما يدعم اتساقه الداخلي وصلاحيته لأهداف الدراسة الحالية(6).

#### ب - الصدق التلازمي لمقياس الوسواس القهري:

ويطلق أحيانا عليه صدق الواقعي أو العملي " ويقصد به مجموعة من الإجراءات التي يمكن من خلالها حساب الارتباط بين درجات الاختبار وبين محك خارجي مستقل, وهو السلوك نفسه أو النشاط الذي يتناوله الاختبار بالمقياس " (فرج،2012:286) .

واستخدم لتقدير الصدق التلازمي لمقياس الوسواس القهري ومقياس العربي للوسواس القهري من إعداد أحمد عبد الخالق ( 1992 )، ويتكون مقياس العربي للوسواس القهري من "32" مفردة تقيس الوسواس القهري، والذي استخدم كمحك خارجي لمقياس الوسواس القهري، وتم إجراء دراسة الاستطلاعية الأولى بتاريخ 3 / 2 / 2017 على عينة ( ن = 80 ) طالبة ، تم اختيارهن بطريقة عشوائية من طالبات الكليات الطبية جامعة بنغازي، ثم تم إجراء الدراسة الاستطلاعية الثانية بتاريخ 2017/11/19 على عينة عشوائية ( ن = 60 ) من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية. واستخدم لتقدير الصدق التلازمي (المحكي) معامل ارتباط بيرسون، وفيما يلي عرض لنتائج الدراساتين :

## جدول (6)

### الصدق التلازمي للمقياس الوسواس القهري

مقياس الوسواس القهري	المقياس العربي للوسواس القهري
.88**	الكلبات الطبية/جامعة بنغازي
.814**	الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية

ويلاحظ من الجدول أن معاملات الارتباط كانت إيجابية ومرتفعة وذات دلالة إحصائية عند دلالة إحصائية ( 0.01 ) في الدراسة الاستطلاعية الأولى والثانية ، مما يشير إلى وجود صدق تلازمي بين مقياس الوسواس القهري ومقياس العربي للوسواس القهري مناسباً لأهداف الدراسة الحالية .

#### ثانياً - الثبات:

ويعنى الاتساق أو الدقة في المقياس أي مدى خلو درجات الاختبارات من الأخطاء العشوائية التي تشوب القياس، بمعنى مدى قياس الأداء للسمّة التي تهدف لقياسها باتساق في ظروف متباينة قد تؤدي إلى أخطاء القياس (علام،2006)، وللتحقق من ثبات مقياس الوسواس القهري في هذه الدراسة الحالية تم استخدام الطرق التالية :

#### معادلة ألفا كرونباخ:

تعد معادلة ألفا كرونباخ من أنسب الطرق التي تستخدم لحساب ثبات الأوزان المستخدمة في البحوث المسحية والاستبيانات أو مقاييس الاتجاه والسمات النفسية حيث يوجد مدى من الدرجات المحتملة لكل مفردة، وهي تقوم على افتراض تساوي المفردات في المقياس مع بعضها البعض وتستخدم عندما يكون تقديم مستوى الاستجابة متدرجاً ( أي عند تعدد البدائل التي تخصص لكل منها قيمة ما، وتعطى لنا ما يناظر متوسط كل قيم التجزئة النصفية

الممكنة ، كما تمثل الحد الأدنى لمعامل الثبات الذي لا يقل الثبات عنه فيما لو حسب بالطرق الأخر إلى جانب قياسها الاتساق الداخلي والتكافؤ (عريف،2010).

واستخدم لاستخراج معامل ثبات ألفا كرونباخ وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية للمقياس الوسواس القهري (ن =150 ) من طالبات الكليات الطبية جامعة بنغازي، قبل وبعد حذف مفردات مقياس الوسواس القهري ، كما هو موضح في الجدول التالي :

### الجدول(7)

معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ لمقياس الوسواس القهري

قبل وبعد الحذف

معامل الثبات	عدد المفردات
0.782	قبل الحذف 43
0.841	بعد الحذف 35

ويلاحظ من الجدول السابق ارتفاع اتساق وتكافؤ مفردات المقياس بعد حذف المفردات السالبة والضعيفة ، مما يشير إلى ارتفاع معامل ثبات المقياس ملائمة لأهداف الدراسة الحالية.

### طريقة التجزئة النصفية:

وفي هذه الطريقة يطبق الاختبار مرة واحدة فقط تم تقسم درجات الاختبار إلي نصفين متكافئين تماما من حيث العدد ومستوي السهولة والصعوبة (ويشير جلكسن) بأنه يستخدم في المقاييس والاختبارات التي تكون فيها الفقرات متجانسة أي أنها تقيس خاصية أو سمة واحدة (منسي، 1994؛ مجيد2007).

ولتحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية ، تم تطبيق مقياس الوسواس القهري على عينة الدراسة الاستطلاعية بتاريخ 16 / 7 / 2016 ، ( ن = 150 ) من طالبات الكليات الطبية جامعة بنغازي . كما تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية ( ن = 160 ) من طالبات الجامعة الليبية الدولية للعلوم الطبية تم اختيارهن بطريقة عشوائية بتاريخ 2017/11/19 ، بالإضافة لاستخراج عينة الدراسة الأساسية ( المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ) .

ولحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية استخدمت معادلة سبيرمان براون للتجزئة النصفية ، وفيما يلي عرض لنتائج الدراستين الاستطلاعتين :

### جدول (8)

#### معامل ثبات التجزئة النصفية

معامل الثبات بعد التصحيح	معامل الثبات قبل التصحيح	عدد المفردات	الجامعة
0.825	0.701	34	الكليات الطبية جامعة بنغازي
0.819	0.693	34	الليبية الدولية للعلوم الطبية

ويلاحظ من الجدول السابق أن معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية في الدراستين الاستطلاعتين مناسب لأهداف الدراسة الحالية .

#### 2- استمارة جمع بيانات الأولية عن الطالبة

قامت الباحثة بإعداد استمارة لجمع بيانات الأولية عن الطالبة بهدف الحصول على الصفات التي ينبغي أن تتوفر في العينة.



وقد أعدت هذه الاستمارة فى ضوء الاطلاع على أدوات مماثلة جرى استخدامها، كدراسة زايد (2010)تحتوى استمارة البيانات الأولية للطالبة على ( الاسم/ العمر/الحالة الاجتماعية/ الترتيب الأسرى /الفصل الدراسي /سنوات الإعادة /الكلية أو القسم).كما هو مبين فى ملحق (5)

### 3- اختبار المصفوفات المتدرجة (SPM) Standard progressive matrices :

يعد هذا الاختبار واحدا من أشهر اختبارات الذكاء المتحرر من التأثيرات الثقافية وضعه رافن سنة 1938 فى بريطانيا وتبذل الجهود لتقنيه فى مختلف بلاد العالم. ويتألف الاختبار من خمس مجموعات كل مجموعة تتكون من 12 فقرة :رسم أو تصميم هندسي حذف منه جزء، وعلى المفحوص أن يختار الجزء الناقص من بين ستة أو ثمانية بدائل معطاة .وتعتبر الدرجة الكلية على الاختبار مؤشرا على الذكاء أو القدرة العقلية العامة للفرد .ويتكون اختبار المصفوفات المتتابعة من ثلاثة أشكال الشكل العادي وهو يصلح لكل الأعمار، والملون وتصلح للأطفال من سن 5سنوات، وضعاف العقول، والمتقدم ويستخدم مع الأفراد الذين يتجاوز عمرهم 11سنة من ذوى العقليات العادية والممتازة (إبراهيم، وعسكر، 2012).

ويصحح الاختبار بواسطة مفتاح خاص للتصحيح، حيث يعطى درجة واحدة لكل إجابة صحيحة، ويعد مجموع الدرجات الكلى مؤشر للذكاء العام للفرد ابو حطب،.(1997)

**الخصائص السيكومترية للاختبار :**

قد ميز الاختبار تميزا جيدا بين المستويات الدراسية المختلفة، فضلا عن أنه ارتبط بعدد آخر من مقاييس الذكاء، وبالتحصيل الدراسي كلها مؤشرات تدل على الصدق والثبات الاختبار فى البيئة العربية ( إبراهيم، وعسكر، 2012).

## 1- الصدق والثبات الاختبار في البيئة العربية:

قد قامت محاولات متعددة لتقنين هذا الاختبار في المجتمعات العربية من أهمها على الإطلاق التقنين الذي تم تحت إشراف مركز البحوث التربوية بجامعة أم القرى بالمملكة العربية السعودية حيث قام فريق بحث أبوحطب وآخرون (1997) بتقنين اختبار رآفن للمصفوفات المتتابعة على البيئة السعودية ، وتم استخراج صدق الاختبار فأعتمد في إيجاده على صدق المرتبط بالمحاكاة استخدام أكثر من محك منها اختبار رسم الرجل لجودانف للأعمار (9-18) سنة وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.6-0.56) وجميعها دالة عند مستوى (0.05) أو مستوى (0.01) ومع اختبار ذكاء الشباب اللفظي والمصور لحامد زهران بلغت معاملات الارتباط (0.73،0.78) وجميعها دالة عند (0.01)، وجميع المعاملات والاستنتاجات السابق كانت مؤشرا على صدق الاختبار، أما الثبات وتم استخراجه عن طريقة الإعادة الاختبار وتراوح ما بين (0.46-0.85) وبتطبيق معادلة كودر وريتشاردسون تراوحت معاملات الثبات ما بين (0.87-0.96).

وفي الأردن فقد قام عليان (1989) باستخراج الخصائص السيكومترية وفاعلية فقرات الاختبار، حيث وجد في صدق البناء للمقياس باستخدام التحليل العاملي ظهور عامل واحد يفسر ما يقارب 74,1% من تباين الأداء على المقياس حيث اعتبره عاملاً عاماً وهذا دليل على صدق بناء المقياس، أما الثبات فقام باستخراجه عن طريق الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كودر وريتشاردسون (20) حيث بلغ (0.89)، وقام أيضا بحساب صعوبة الفقرات لكل أفراد العينة ودلت النتائج على أن فقرات المقياس تميل إلى الصعوبة (زمزمي، 1419هـ: 24-25).

## 2- الصدق والثبات الاختبار في البيئة المحلية:

أما في البيئة الليبية قام الطشاني وآخرون (2005) باستخراج معامل الصدق المحكي تراوح بين (0.18 - 0.58)، وتم استخراج الثبات بطريقة التجزئة النصفية تراوح معامل الثبات بين (0.66 - 0.88) (المزيني، 2015).

## 4: مقياس المستوى الثقافي -الاقتصادي والاجتماعي للأسرة - الهوارنة 2000

يتكون المقياس من 55 عبارة 26 منها لقياس المستوى الثقافي و 29 عبارة لقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي و المستوى الثقافي. وقد اجري تعديل على المستوى الاقتصادي بالتحديد متوسط دخل الأسرة من قبل الأستاذ المشرف، وقد أخذته الباحثة بعين الاعتبار، كما هو مبين ف المعلق (6)

ويتم تصحيح المقياس كالتالي:

أ- **المستوى الثقافي** : تعطى البدائل دائما- 3 درجات /أحيانا- درجتين/نادرا- درجة، عدا الأسئلة 13-16-18-19 يتم تصحيحها بصورة عكسية، اما السؤال الأول والخاص بالمستوى التعليمي للوالدين فيعطى لكل منها درجة تتراوح بين 2-20 درجة.

ب- **المستوى الاقتصادي والاجتماعي**: بالنسبة للسؤال الأول والثاني يتم من خلالهما تحديد متوسط دخل الفرد في الأسرة، فيعطى درجات من صفر إلى 25 درجة، اما لأسئلة من 3- 28 فتتم الإجابة عليها بطريقة اختيار من المتعدد، بحيث يعطى الاختيار الأول (3)درجات والاختيار الثاني (2)والثالث (1)أما السؤال الأخير الخاص بمهنة كل من الأب والأم فيعطى لكل منهما درجة تتراوح بين (1-6) درجات، والدرجة الكلية

للمقياس هي مجموع درجات المستوى الثقافي ال (115) والمستوى الاقتصادي الاجتماعي ال ( 115) والدرجة الكلية للمقياس (230) درجة.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس الاقتصادي الاجتماعي والثقافي :

1- الصدق: استخرج الهوارنة (2000) معامل الصدق بطريقة الاتساق الداخلي، ووصل معامل الصدق إلى (0.92) وفي البيئة اللببية قام الفاخري ( 2010) حسب الصدق الاتساق الداخلي للمقياس على عينة مكونة من (60) طالبا بالمرحلة الإعدادية، بحيث كانت معاملات الارتباط للمستوى الثقافي (0.93) و (0.89) للمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

2- الثبات: استخرج الهوارنة (2000) معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار واستخدام معامل ارتباط بيرسون، ووصل إلى (0.95) وفي البيئة اللببية قام الفاخري (2010) حسب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعان بين التطبيق الأول والثاني، ووصل معامل الثبات إلى (0.96).

#### 5- البرنامج المعرفي السلوكي :

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية برنامجا معرفيا سلوكيا من إعدادها، وقد تم تناول أسسه النظرية في (الفصل الثاني) ويمثل البرنامج المستخدم الجانب الإجرائي لتحقيق الهدف من الدراسة، وذلك من خلال اعتماده على بعض تقنيات الإرشاد المعرفي السلوكي التي دعمت نتائج الدراسات السابقة فاعليتها (انظر الفصل الثالث)، وذلك لتعديل الأفكار والأفعال والاندفاعات القهرية المصاحبة لاضطراب الوسواس القهري لخفض من حدة أعراضه، لتحقيق

التوافق والتوازن النفسي لدى المشاركات بالبرنامج الإرشادي، ويهتم البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم بالعمل مع الطالبات من منظور ثلاثي الأبعاد الأفكار والأفعال والسلوك.

فقد اعتمدت الباحثة على العلاج الجماعي مع الطالبات المشتركات في البرنامج من خلال إلقاء المحاضرات والمناقشات عن كيفية التعامل مع الاضطراب ومشكلاتهن المصاحبة ومساعدتهن على علاجها والتخفيف من حدتها.

أما المصادر التي اعتمدت عليها الباحثة في إعدادها للبرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية فهي عديدة منها:

أدبيات الموضوع والاستفادة منها في إعداد وبناء البرنامج، وذلك بالاعتماد على الأسس النظرية التي اشتمل عليها الإطار النظري فيما يتعلق بتعريفات باضطراب الوسواس القهري وأسبابه وأعراضه والنظريات التي قامت بتفسير الوسواس القهري، ومحاكاة التشخيص، وكذلك فيما يتعلق بالتقنيات والأساليب المعرفية والسلوكية وكيفية استخدامها وتطبيقها، والاطلاع على الدراسات والبحوث السابقة التي تتناول برامج علاجية لخفض الاضطراب الوسواس القهري لدى الطلبة حنور (2007) مقداي ((2008) يحي (2012) .

مع الاطلاع على بعض البرامج تعديل السلوك والبرامج الإرشادية (عبد العظيم،

2012)، والجلسات العلاجية للوسواس القهري العلاج المعرفي السلوكي. [www.cbtarabia.com](http://www.cbtarabia.com).

### الدراسة الاستطلاعية للبرنامج:

بعد الانتهاء من إعداد البرنامج قامت الباحثة بعرضه على عدد "5" محكمين من

أعضاء هيئة التدريس بجامعة بنغازي وكلية التربية من المتخصصين في مجال السيكا تري

الطب النفسي، والإرشاد النفسي والعلاج النفسي، وعلم النفس المعرفي الملحق (8) وذلك بتاريخ

8. 3. 2017 للتأكد من الصدق الظاهري للبرنامج المعرفي السلوكي حيث حددت الباحثة

أهمية وأهداف البرنامج والتخطيط العام والأسس التي يقوم عليها البرنامج والتقنيات التي استخدمت داخل البرنامج، محتوى الجلسات وأهدافها وتقنياتها ومدتها، ومدى ملائمة التقنيات الإرشادية مع طبيعة الاضطراب الوسواس القهري، وقد وردت بعض الملاحظات والتعديلات من بعض الأساتذة تم أخذها بعين الاعتبار، وتم التعديل وفقا للملاحظات التي أوردها الأساتذة مع الأستاذ المشرف .

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج بتاريخ 9 - 12 - 2017 على عينة مكونة من (7) طالبات تم اختيارهن من الجامعة الليبية الدولية بنغازي مجتمع الدراسة ، وهذه العينة من ضمن العينة الاستطلاعية ، والتي لم تدخل في العينة الأساسية للدراسة، وطبقت الباحثة مقياس السلوك الطلابي على عينة الدراسة الاستطلاعية كقياس قبلي، تم تلا ذلك تقديم البرنامج الإرشادي بجلساته، وتطبيق المقياس مرة أخرى كقياس بعدي .

وكانت أهداف الباحثة من إجراء الدراسة الاستطلاعية هي لتحقيق هدفين أساسيين:

**أولهما:** التأكد من مدى فعالية البرنامج لتطبيق الأثر الذي حققه البرنامج من تقدم مع الأخذ بعين الاعتبار ملاحظات والتعديلات التي طرأت على البرنامج من قبل لجنة التحكيم، من حيث المفاهيم - المصطلحات . التقنيات المستخدمة

**وثانيهما :** اكتساب الباحثة ( خبرة قبلية ) لمهارات الأداء وتطبيق البرنامج، ومعرفة ثغرات والمعوقات التي تظهر أثناء الممارسة الميدانية، بحيث يتسنى للباحثة تفاديها أثناء الممارسة البرنامج على عينة الدراسة الأساسية، والتعرف على المكان المناسب لتطبيق البرنامج وتحديد الزمن المناسب للسير الجلسة.

توصلت الباحثة من خلال استطلاع المحكمين والدراسة الاستطلاعية إلى بعض النتائج التي تم الأخذ بها كتعديلات للبرنامج الإرشادي منها : حددت الباحثة زمن الجلسات

الإرشادية والذي تراوح بين 90-120 دقيقة وفقا لأهداف كل جلسة، كما صممت الباحثة الواجبات المنزلية بدقة أكثر وفقا لأهداف ومتطلبات الجلسة واستنباطا من واجبات الطالبات بالدراسة الاستطلاعية، وانتبهت إلى إجراء بعض التعديلات في كيفية تعاملها مع الطالبات، وكيفية استخدام التقنيات بمهارة أكثر لتحقيق الأهداف المرجوة:

### الدراسة الأساسية:

وفقا لتلك التعديلات احتوى البرنامج الإرشادي في صورته النهائية على "15" جلسة موزعة كالتالي :

1- الجلسة الأولى تمهيدية: للتعرف بين الباحثة والطالبات والتعريف بالبرنامج وقواعد الالتزام والمشاركة.

2- ثلاث عشرة جلسة خاصة بتطبيق التقنيات الإرشادية لتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي.

3- الجلسة الأخيرة وهي جلسة ختامية طبق خلالها القياس البعدي، وأقيم حفل بسيط ووزعت الهدايا البسيطة على كل المشاركات بالبرنامج الإرشادي.

وبذلك فقد كانت الجلسات الإرشادية بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا أيام السبت والاثنين والأربعاء ولمدة خمسة أسابيع، وذلك من تاريخ 25 /12/ 2017 إلى 31 / 1 / 2018 في القاعات الدراسية بالكلية ، وقد حرصت الباحثة على تطبيق البرنامج الإرشادي على طالبات أفراد المجموعة التجريبية في الأوقات غير المخصص للمحاضرات ، وذلك من خلال الاتفاق المبدئي مع الطالبات، وذلك لعدم عرقلة سير العملية التعليمية.

#### 6.4 الأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة:

نظرا لاعتدالية التوزيع ومناسبته لاستخدام الأساليب البارامترية، فقد تم استعمال اختبار

test لعينتين مترابطتين لاختبار فروض الدراسة.



## الفصل الخامس

### نتائج الدراسة وتفسيرها

1.5 - تمهيد.

2.5 - عرض النتائج وتحليلها.

3.5 - نقاش النتائج وتفسيرها.

4.5 - توصيات الدراسة.

5.5 - مقترحات الدراسة.

## 1.5 - تمهيد:

فى الفصل الحالى تعرض الباحثة النتائج التى توصلت إليها الدراسة بما يشمل التحقق من الفروض ومناقشتها،استنادا إلى الخلفية النظرية والدراسات السابقة وملاحظات الباحثة واستنتاجها عند تطبيق البرنامج ،كما يشمل توصيات الدراسة ومقترحاتها.

## 2.5 - عرض النتائج وتحليلها:

### أولا/ نتائج الفرض الأول :

ينص الفرض الأول للدراسة على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة طبقا للقياس البعدي"

ولاختبار هذا الفرض البحثي قامت الباحثة بصياغة الفرض الصفري الذي ينص على التالي: "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري لكل من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة طبقا للقياس البعدي".

ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي البارامتري"ت لعينتين غير مستقلتين" للتعرف على دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي. ويوضح الجدول(10) النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

## جدول (9)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعتين التجريبية

والضابطة في القياس البعدي على مقياس الوسواس القهري (ن=30).

القياس البعدي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	t	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
المجموعة التجريبية	84.53	3.20	26.956	14	.000
المجموعة الضابطة	100.07	4.53			

ويتضح من الجدول أعلاه أن هناك فرقا كبيرا ودالا إحصائياً بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لمقياس الوسواس القهري لصالح المجموعة التجريبية ت= وهي دالة إحصائياً عند مستوى (0.001) بالتالي فإن الفرض الصفري لم يدعم، وبناء على هذه النتيجة فإن القرار يتمثل في رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل الذي يوضح وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

### ثانيا/ نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني للدراسة على أن " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية" ولاختبار الفرض البحثي قامت الباحثة بصياغته كفرض صفري ينص على التالي: " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الوسواس القهري في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية".

ولاختبار هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي البارامتري "ت لعينتين غير مستقلتين" للتعرف على دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي. ويوضح الجدول (11) النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

### جدول (10)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات الوسواس القهري لأفراد المجموعة التجريبية

قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي (ن=15)

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
القياس القبلي	102.40	4.47	49.165	14	.000
القياس البعدي	84.53	3.20			

ويتضح من الجدول أعلاه أن هناك فرقا دالا إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الوسواس القهري عند مستوى الدلالة (0.001) وبالتالي فإن الفرض الصفري لم يدعم، وبناء على ذلك فإن القرار يتمثل في رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق بين القياسين. وبالرجوع إلى متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية يتضح أن هذه الفروق لصالح القياس البعدي، حيث كان المتوسط الحسابي للقياس البعدي (84.53) أقل من نظيره في القياس القبلي (102.40).

### ثالثا/ نتائج الفرض الثالث:

ينص فرض الدراسة الثالث على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات مقياس الوسواس القهري للمجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي". ولاختبار هذا الفرض البحثي قامت الباحثة باختبار الفرض الإحصائي الصفري. وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باستخدام الأسلوب الإحصائي البارامتري "ت لعينتين غير مستقلتين" للتعرف على دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي. ويوضح الجدول (12) النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

### جدول (11)

دلالة الفروق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية للقياسين البعدي والتتبعي على مقياس الوسواس القهري (ن=15)

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
القياس البعدي	84.53	3.20	1.948	14	.072
القياس التتبعي	84.00	3.18			

ويتضح من النتائج المستخلصة من الجدول أعلاه تحقق الفرض البحثي، حيث إن الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية غير دالة إحصائية. وبالتالي فإن الفرض الصفري لم يدعم، وبناء على ذلك فإن القرار يتمثل في رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل. وذلك يوضح استمرارية الأثر التجريبي على عينة الدراسة.

### 3.5- نقاش النتائج وتفسيرها:

سيتم مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء الخلفية النظرية والدراسات السابقة، واستناد على ملاحظات الباحثة واستنتاجاتها عند تفاعلها مع الطالبات أثناء تطبيق البرنامج، إذ استمر هذا التفاعل مدة شهر ونصف، وذلك وفقا لظروف الدراسة التي أعطت الفرصة للباحثة لتسجيل ملاحظاتها واستنتاجاتها التي لا يجب تجاهلها، ويلزم ذكرها وتوثيقها باعتبارها جزءا مكملا بالدراسة الحالية يجب الاستفادة منه في تفسير النتائج.

وفي ضوء ما انتهت إليه الدراسة الحالية من نتائج فإن البرنامج المعرفي السلوكي أدى إلى انخفاض درجة الوسواس القهري لدى طالبات المجموعة التجريبية اللواتي لديهن أعراض مرتفعة بالوسواس القهري، وذلك قياسا بمجموعة المحك في الدراسة "المجموعة الضابطة" التي لم تخضع لأي إجراء تجريبي، وذلك وفقا للقياس البعدي، وأيضا بمقارنة قياس درجات المقياس الوسواس القهري للطالبات قبل وبعد التعرض لأثر البرنامج الذي يبين مستوى التطور الإيجابي واضح لأفراد المجموعة التجريبية. كما تشير النتائج إلى استمرار أثر البرنامج الإرشادي التتبعي بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي، وتفسر التقنيات المتعلمة بالبرنامج الإرشادي وإدماجها ضمن سلوكياتها.

وبمقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج الدراسات السابقة نجدها تتفق مع دراسة حنور (2007) الذي استخدم تقنيات وقف الأفكار، وتعديل البنية المعرفية، والتعرض ومنع الاستجابة، كما نجدها تتفق أيضا مع دراسة مقدادي (2008) والذي استخدم تقنيات وقف الأفكار، والاسترخاء العضلي، وأسلوب حل المشكلات، والواجبات المنزلية. كما نجد نتائج

الدراسة الحالية مشابهة لنتائج ودراسة سعفان(2002) تعديل البنية المعرفية، والواجبات المنزلية وصرف الأفكار، ووقف الأفكار، والتعرض.

كما يُلاحظ مشابهة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة التي استهدفت خفض الوسواس القهري باستخدام برامج إرشادية مشابهة في هدفها مختلفة في مضمونها، مثل دراسة سمير(2001) التي استخدم نموذج (A.B.C.D) والتي تمثل العلاقة بين الحدث والتفكير والنتيجة، وتقنية الاستبصار، والترتيب على المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات.

وتدعم نتائج الدراسة الحالية نتائج الدراسات السابقة التي تؤيد قدرة الفرد ذوي اضطراب الوسواس القهري على الاستفادة من البرامج المعرفية السلوكية في تعديل السلوكيات الخاطئة المتصلة بالاضطراب. كما تؤيد ما تشير إليه هذه الدراسات من أن الإرشاد المعرفي السلوكي يُعد من أكثر المصادر التي تركز عليه برامج تعديل السلوك، وتؤهله للاستخدام وتجعله صالحاً للتطبيق الإجمالي، وتساعد على النجاح في تحقيق الأهداف المرجوة منه، حيث إن الأساليب المعرفية والسلوكية تشمل أدوات فعالة بدرجة كبيرة لتعديل سلوك ذوي اضطراب الوسواس القهري عندما يتم استخدامها بطريقة مخطط لها.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما تشير إليه أهداف ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه مؤقت قصير المدى، ولا يحتاج لفترات طويلة، ويمكن استخدامه لمدة قصيرة من الزمن يتم فيها تدريب الفرد المضطرب على مواجهة أي عقبات أو مشكلات أو أزمات باستخدام تقنيات معرفية سلوكية للمواجهة من خلال جلسات البرنامج الإرشادي الذي يركز على الأنشطة والواجبات المنزلية التي يمكن الفرد المضطرب ذي اضطراب الوسواس القهري أن يؤديها خارج نطاق جلسات البرنامج ويمارس خلالها ما تم تدريبه عليه خلال جلسات البرنامج، حيث تعمل الواجبات المنزلية على إتقان الفرد المضطرب لتلك التقنيات الأمر الذي

يساعده على منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء جلسات البرنامج (عبد الله، 2000؛ الدسوقي 2006).

وكذلك من الإيجابيات التي لاحظتها الباحثة أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي والتي تؤكد جدوى الدمج بين الجانب المعرفي والجانب السلوكي في تحقيق أهداف البرنامج الحالي، أن تعديل السلوك واكتساب تقنيات جديدة قد تم أثناء الجلسات الإرشادية، وحققت الواجبات المنزلية نقل ذلك إلى خارج الجلسات. إلا أن ممارستها ضمن سلوكيات الطالبات وبصورة مستمرة وتحقيق المرود المرغوب لم يتم إلا من خلال إدراك الطالبات لأهمية حل المشكلات والتعليمات الذاتية، وجدواها في تفاعلها مع من حولها، وتحفيز الرغبة الحقيقية لديهن في اكتسابهن ودمجها ضمن سلوكياتهن، وبالانتباه إلى أساليب تفكيرهن وتنشيط تفكيرهن بتحليل الناقد وإيقاف الأفكار الوسواسية غير المنطقية وتحدي الأفكار السلبية وإبدالها بأفكار إيجابية ولعل اهتمام الدراسة الحالية بالجانب المعرفي، فقد أيدت البحوث الكثير من الجوانب النظرية المعرفية في تفسيرها للوسواس القهري. فقد وجد كلارك 1992 Clark (في بارلو، 2002) أن ذوي هذا الاضطراب لديهم أفكار اقتحامية أكثر من غيرهم وجد فريستون بأنهم يستخدمون أسلوب التسوية بشكل واسع كبير أكثر من غيرهم، وتركز النظرية المعرفية على أن مرض الوسواس القهري يسيئون تفسير أفكارهم حيث يفسر الفرد وساوسه على أنه فاجعة، وتحمل خطراً مبالغاً فيه. وذلك يرجع إلى المعتقدات الخاطئة التي تعلمها مبكراً وفي وقت سابق من الحياة، كما أن لديهم توقعات عالية غير عادية للنتائج السلبية، وأنهم يبالغون في تقدير النتائج السلبية للعديد من الأفعال والتصرفات، كما أن لديهم أفكاراً مشوهة ومعتقدات مضطربة مثل التقدير المبالغ فيه للخطر، والشعور المتضخم بالمسؤولية، والحاجة إلى السيطرة، والحاجة إلى



اليقين. هذا ما اعتمد عليه البرنامج في هذه الدراسة الحالية لوقف الأفكار والمعتقدات الخاطئة والتوقعات السلبية لديهن وإبدالها بأفكار إيجابية.

كما أعتمد البرنامج على ما يؤيده بعض النظريات السلوكية في تفسير اضطراب الوسواس القهري، حيث تبني مورر (1996) (بارلو، 2002) النظرية ذات المرحلتين اكتساب واستمرار وتدعيم الخوف والسلوك التجنبي لتفسير اضطراب الوسواس القهري، وتفترض هذه النظرية أن الحدث المحايد يرتبط أولاً بالمخاوف نتيجة لاقتترانه بمثير يثير بطبيعته الشعور بعدم الارتياح أو القلق، ومن خلال العمليات الشرطية، وتكتسب الأشياء والأفكار، وكذلك الصور القدرة على إثارة الشعور بعدم الراحة، وبعدها تتطور الهروب أو التجنب لتقليل الشعور بقلق أو عدم الراحة، وهذا ما استندت إليه الدراسة الحالية من خلال عرض تقنية التعرض ومنع الاستجابة وتقنية التطمين التدريجي.

كما تدعم آراء أليس ومكينوم والجشطالت على طريقة الإرشاد التي تكمن في إعادة تنظيم الإدراك والتفكير بشكل يصبح معه الفرد منطقياً وعقلانياً، عن طريق الاستبصار أي تبصيره بحقيقة الدور الذي يؤديه حديثه الداخلي في استمرار تعاسته واضطرابه، وذلك من خلال اتباع مراحل مكينوم الثلاث التي وضعها كطريقة للإرشاد، وهي الاستبصار، واكتساب وتعلم مهارات جديدة، واستخدام هذه المهارات والاستراتيجيات الجديدة في المواقف العملية، مما يؤدي إلى إعادة تنظيم البنية المعرفية من خلال إعادة تنظيم الإدراك والتفكير، وتجسد ذلك في البرنامج الإرشادي للدراسة الحالية من خلال وقف الأفكار الوسواسية، وكيفية تحدي الأفكار، وحل المشكلات، والمراقبة الذاتية، وإعادة البنية المعرفية، حيث ساعد ذلك على استبصارهم بسلوكهم المضطرب وتدريبهم على مهارات جديدة تم استخدامها في مواقف الحياة اليومية.

كما أن نتائج الدراسة الحالية نجدها تتفق مع ما يهدف إليه الإرشاد المعرفي السلوكي من تصحيح للتصورات الخاطئة لدى الشخص المضطرب وتعديلها بما يؤدي إلى زوال سوء التوافق، وذلك عن طريق تسميع الشخص المضطرب للحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية وتفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها وتشجيعه على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته إزاء تصوراته ومفاهيمه الخاطئة. وهذا ما تم تطبيقه في الدراسة الحالية من خلال البرنامج الإرشادي عن طريق المراقبة الذاتية وحل المشكلات ووقف الأفكار، وتحدي الأفكار الذي كان له أثر إيجابي في إحداث تغيير مفاهيمه الخاطئة حول نفسه.

وتؤكد الدراسة الحالية هذه النتيجة أهمية تعديل البنية المعرفية ووقف الأفكار والتعرض والواجبات المنزلية. كما لاحظت الباحثة قصورا واضحا لدى الطالبات في ممارسة حل المشكلات والتعليمات الذاتية، وعدم مقدرتهن على حل المشكلات نتيجة لتفسيراتهن الخاطئة وغير المنطقية لتصرفات الأفراد والأحداث من حولهن وإلقاء اللوم على الآخرين. ومن هنا تظهر أهمية تدعيم التدريب على حل المشكلات والتعليمات الذاتية بالتعريف بأهميتها وتوجيه انتباه الطالبات للأسلوب غير المنطقي في تفسير الأمور، وإكسابهن أسلوبا أكثر جدوى ومنطقية، وتسلط الضوء على أهم المشكلات والمواضيع التي تتضح حاجتهن المعرفية إليها، وتحفيزهن لاكتساب المعلومة وتنشيط التفكير وممارسة المهارات (كما روعي في برنامج الدراسة الحالية) مما ينتج عنه معالجة الخلل في حل المشكلات.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية حول الدور الإيجابي لتعديل البنية المعرفية في خفض مستوى الوسواس القهري لدى الطالبات مع نتائج دراسة سعفان (2002) ودراسة حنور (2007)، وقد ساعد أيضا استخدام تقنية التعليمات الذاتية في حل المشكلة والدمج بينها على إعادة

وتنظيم البنية المعرفية وتغييرها وبالتالي تغيير السلوك، وكان له أهمية في استبصار طالبات البرنامج بالأفكار الوسواسية الناتجة عن تفكيرهن الخاطيء، وأدت إلى تغيير في اتجاهاتهن وأفكارهن التي أدت بدورها إلى تغيير في البنية المعرفية وبالتالي تغيير السلوك.

وقد لاحظت الباحثة إيجابية دمج تقنية التظمن التدريجي وتقنية التعرض ومنع الاستجابة . وذلك من خلال عرض التدريجي للمثيرات المثيرة للقلق، وذلك من خلال السلم التدريجي من أقل حدة إلى أكثر حدة، قبل البدء في عملية التعرض للمثيرات المحدثة للوسواس وبعدها عملية منع الاستجابة سواء عن طريق التفكير في محتوى الوسواس أو أداء الطقوس.

وقد لاحظت الباحثة أيضا إيجابية دمج تقنية المراقبة الذاتية في البرنامج المعرفي السلوكي لخفض الوسواس القهري من خلال الانعكاسات في سلوك الطالبات بكيفية التفاعل مع الأفكار والوسواس عن طريق التسجيل اليومي . وذلك من خلال تعريفهن بأساسيات المراقبة الذاتية وجدواها في حياتهن، وتدريبهن على خطوات اكتسابه. كما انعكس هذا السلوك في أدائهن للواجبات المنزلية في هذه الدراسة.

ولاحظت الباحثة تجاوبا عاليا من الطالبات في اكتساب مهارة تقنية المراقبة الذاتية، وذلك في الإصرار الواضح لممارسة هذا السلوك في كل الجلسات، والشعور بإيجابيتهن في التفاعل نتيجة تأكيدهن لذاتهن.

ويحتمل تفسير نتائج الدراسة الحالية في ضوء ما أشارت إليه نتائج دراسة سعفان(2002) ودراسة حنور(2007) ودراسة مقدادي(2008) إضافة إلى ما تطرقت إليه الباحثة في الخلفية النظرية من تأكيد على أهمية دور المحاضرة والمناقشة الجماعية وجدواها في التأثير على مدركات الطالبات للأحداث، والانتباه إلى التفسيرات غير المنطقية والمفاهيم الخاطئة التي تنسب إليها الطالبات أسباب مشكلتها، بالإضافة إلى تبادل الحوار والآراء بين

أعضاء المجموعة الإرشادية وتحقيق التفاعل الإيجابي المرغوب. إذ ترى الباحثة أن اشتراك الطالبات في الحوار والمناقشة الجماعية يؤدي بهنّ إلى تغيير رأيهن وسلوكهن بما يجدن أمامهن من آراء واختيارات ووجهات نظر متنوعة، وبما تحقّقه المناقشة من شعور بالمشاركة والتآزر مع الجماعة، وذلك أن المناقشة تجعل الفرد يشعر بأنه ليس الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة، كما تساعد المادة العملية أو المعلومات المقدمة بالمحاضرة والمناقشة الجماعية على فهم نفسه لأنها تساعد على إعادة تقييمه لذاته، وفهم قدراته، وإمكانيات التطور والنمو لديه. إذ كانت كل طالبة بالمجموعة الإرشادية تقارن نفسها بالأخريات من حيث تصورهن للأمور، ورأيهن فيها وإمكانياتهن لمواجهتها، وتطور أفكارهن وسلوكياتهن نحو الأفضل، وذلك من خلال ملاحظات الباحثة أثناء الجلسات وما أقرت به بعض الطالبات، وهذا جعلها تدرك نقاط القوة فتزيد منها، ونقاط ضعفها فتعمل على إصلاحها وتقويتها. وهذا أيضا يعد من إيجابيات استخدام طريقة الإرشاد الجماعي في تخفيف أعراض الوسواس القهري.

وتضيف الدراسة الحالية دعماً جديداً في التأكيد على فعالية تطبيق الإرشاد الجماعي ببرنامج لخفض أعراض الوسواس القهري، وتتفق في ذلك مع معظم الدراسات السابقة التي لها نفس الهدف، مثل دراسة أماجوناثان ابرامفتر وآخرين (2002)، ودراسة تولين وآخرين (2002)، وذلك لمناسبة خصائص هذه الطريقة الإرشادية مع متطلبات مواجهة أعراض الوسواس القهري كما سبق ذكره بالخلفية النظرية إذ تتيح حدوث تغييرات معرفية وسلوكية في الجماعة نتيجة للخبرة الجماعية، ويظهر الأفراد قدراً كبيراً من الاحترام المتبادل والاتجاه الإيجابي بعضهن نحو بعض ويصبحون أكثر انفتاحية وتلقائية ومودة يعبرون عن أنفسهم بحرية وطلاقة، ويصبحون أكثر تعاطفاً وتسامحاً وثقة.

وقد حرصت الباحثة أثناء جلسات البرنامج الإرشادي على تطبيق شروط العلاقة الإرشادية وهي أن تكون علاقة الاحترام المتبادل والسرية التامة والثقة المتبادلة و دفاء وأمن بين الباحثة والطالبات، وهو شعور تحتاجه كل طالبة لدعم ثقتها بذاتها، والتحدث بحرية، كما يساعد على إحداث التغيير المطلوب. وقد لاحظت الباحثة أثناء تطبيق البرنامج الصراحة والوضوح من الطالبات ، والحرص على تجنب أي سلوك يتضمن ظاهرا أو باطنا إصدار أي أحكام تقويمية، والثقة في تفهم الباحثة لما يرغب في التعبير عنه، وكل ذلك يُعد من العوامل المساعدة على تحقيق هدف البرنامج الإرشادي.

كما تتفق الدراسة الحالية في فعالية استخدام تقنية تعديل البنية المعرفية والواجبات المنزلية وصرف التفكير ووقف الأفكار ببرنامج إرشادي لخفض أعراض الوسواس القهري مع دراسات كل من سعفان (2002)، ودراسة حنور (2007)، ودراسة مقدادي (2008)، إذ مثلت هذه التقنيات في تلك الدراسات وفي الدراسة الحالية مهام التقنية المساعدة لتحقيق أهداف أخرى، ويقع عائق ممارستها على الباحثة وعلى الطالبات.

وقد لاحظت الباحثة تحسن مستوى الطالبات في التجاوب مع استخدام هذه التقنيات مع التقدم بخطوات البرنامج الإرشادي بما يحقق الأهداف المرجوة.

كما أسهمت الواجبات المنزلية التي تم تكليف الطالبات بأدائها خارج الجلسات الإرشادية في نقل أثر التدريب والتعلم من البيئة الإرشادية إلى البيئة المنزلية للطالبات، ومنحت كل طالبة فرصة لأداء المهارة المتعلمة في المواقف حيث توجد المشكلات، وأيضا التعرف على الأفكار غير المنطقية بعد تدوينها بالواجب المنزلي، ومناقشتها مع الباحثة والمجموعة الإرشادية، وقد أيدت العديد من الدراسات السابقة تضمين تقنية الواجبات المنزلية في برنامج يواجه أعراض الوسواس القهري مثل دراسة سعفان (2002)، ودراسة مقدادي (2008)، وذلك

لأهميتها القصوى وأثرها الفعال في تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي خارج نطاق الجلسات الإرشادية.

ويمكن تفسير النتائج الإيجابية للبرنامج الإرشادي بالدراسة الحالية نتيجة لتوجهات البرنامج لمواجهة بعض تفسيرات برنامج الوسواس القهري، والتي تمثلت في استخدام الأفكار غير المنطقية في تفسير الأحداث، كما سبق ذكرها بالخليفة النظرية، مما أدى إلى انخفاض أعراض الوسواس القهري وتلاشي أعراض هذا الشعور مع مرور الوقت، نتيجة لاكتساب كل طالبة القدرة على وقف الأفكار وتحدي الأفكار والمراقبة الذاتية، وحل المشكلات، ولما وفره الإرشاد الجماعي من ظروف ملائمة للتفاعل الاجتماعي وخلق لروح الجماعة، ولما اكتسبته كل طالبة بالبرنامج الإرشادي من مهارات سلوكية ومدركات معرفية تتطور وتتبلور وتتأقلم في شخصية الطالبة وما يصدر عنها من أفعال وسلوكيات عند تعاملها مع الوسواس مع مرور الوقت. وبذلك يضيف نجاح البرنامج الإرشادي الجماعي المعرفي السلوكي في تحقيق أهداف الدعم لفعالية هذا النوع من الإرشاد في التصدي لخفض أعراض الوسواس القهري.

#### 4.5. التوصيات:

بناء على ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، وبالإسناد إلى استنتاجات الباحثة من تطبيق الدراسة تم اقتراح التوصيات التالية.

- 1- توصي الباحثة باستخدام البرنامج الإرشادي العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة الحالية، كأداة يمكن بواسطتها خفض أعراض الوسواس القهري التي يعاني منها بعض الطلبة الجامعية، ومن خلال إقامة المراكز الإرشادية في الجامعة، وبإشراف متدربين متخصصين في الإرشاد والعلاج النفسي.

- 2- استخدام مقياس الوسواس القهري المستخدم في هذه الدراسة كأداة موضوعية تشخيصية، وذلك لاحتوائه على أعراض الوسواس القهري (الأفكار - الاندفاعات) مع خضوعه لمزيد من التطوير، ومع مراحل عمرية متنوعة.
- 3- ضرورة استخدام وظيفة الإرشاد النفسي داخل المؤسسات التعليمية في جميع المراحل الدراسية والعمل على توفير وإعداد برامج إرشادية نفسية داخل الجامعات، تساعدهم على الاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية والسلوكية وعلاجها، وتقديم البرنامج العلاجي المناسب للوصول بهم إلى التوافق النفسي والاجتماعي.
- 4- الاهتمام بإجراء التطوير المهني، وكذلك المؤتمرات والندوات والورش، ودورات التدريب للأخصائيين النفسيين، بهدف التعرف على الأسباب والأعراض والآثار الناجمة عن للاضطرابات النفسية، ومن بينها بالطبع اضطراب الوسواس القهري.
- 5- الحرص على عقد دورات تدريبية إرشادية وعلاجية في العلاج المعرفي السلوكي وبرامجه وتقنياته.

## 5.5- مقترحات الدراسة:

- 1- إجراء دراسات مسحية شاملة لمراحل عمرية مختلفة لمعرفة مدى انتشار الوسواس القهري خاصة في البيئة الليبية.
- 2- إجراء دراسات أخرى لخفض أعراض الوسواس القهري باستخدام برنامج إرشادي آخر، مثل استخدام العلاج العقلاني الانفعالي - العلاج السلوكي على حدة لاختبارها في محيطنا الثقافي.

3- إجراء المزيد من الدراسات من أجل تقييم فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي مماثلة

لعينة الدراسة الحالية، أو عينات أخرى مثل الإدمان، الاضطرابات

4. إعداد برنامج إرشادي لاستكشاف فعالية العلاج المعرفي السلوكي، لخفض أعراض

الوسواس القهري لدى عينة من طلبة الجامعة الذكور، أو إجراء دراسة مقارنة بين الذكور

والإناث حول مدى خفض البرنامج الإرشادي لأعراض الوسواس القهري.

5. إخضاع مقياس الوسواس القهري لمزيد من الدراسات مع عينات من غير طالبات

الكلية الطبية، مع مراجعة واختبار بعض المفردات السالبة التي استبعدت بعد استطلاع

المقياس، وإجراء تحليل لمفرداته، في الدراسة الحالية.



## المراجع

## قائمة المراجع

### المراجع العربية

#### - القرآن الكريم

1. أباطة،آمال عبد السميع(2002) ز الصحة النفسية والعلاج النفسي.ط2، دار النشر والتوزيع، مكتبة الانجلو المصرية.
2. إبراهيم، عبد الستار ،عسكر،عبدالله(2008) . علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسى ، مكتبة الانجلو المصرية.
3. إبراهيم، عبد الستار .(1980)العلاج النفسي الحديث، قوة الانسان، عالم المعرفة.
4. إبراهيم، عبد الستار .(1994)العلاج النفسى السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، الدار العربية للنشر والتوزيع.
5. إبراهيم،زيزى السيد .(2006)العلاج المعرفى للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية.القاهرة : دار غريب.
6. إبراهيم،عبد الستار ، إبراهيم،رضوي .(2003) علم النفس أساسه ومعالم دراساته.ط3، مكتبة الانجلو المصرية.
7. إبراهيم،عبد الستار .(1983)العلاج السلوكي المعرفي الحديث قوة الانسان، مكتبة مدبولى، القاهرة .
8. إبراهيم،عبد الستار .(1994)العلاج النفسى السلوكي المعرفي الحديث، دار الفجر للنشر، القاهرة.

9. ابن منظور، جمال الدين محمد بن مكارم (1985). لسان العرب، الجزء الخامس، دار الفكر، بيروت.
10. أبو العزائم، جمال ماضي: (1994) القرآن والصحة النفسية، دار العالمية للصحة النفسية الإسلامية.
11. ابو النجا، صلاح الدين (2010). محاضرات في منهج البحث، غير منشورة، جامعة بنغازى.
12. أبو حطب، فؤاد وآخرون (1997). تقنين اختبار رافن للمصفوفات المتتابة، السعودية.
13. أبو عميرة، عريب على، ضميره، جلال كايد، عشاء، انتصر خليل. (2008) تعديل السلوك، دار صفا للنشر والتوزيع، عمان.
14. أبو حطب، مها فؤاد: (2000) التقييم النفسى لأطفال مرض اضطراب الوسواس القهرى، رسالة دكتوراه. معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس
15. أبوهندى، وائل. (2003) الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي. مكتبة عالم المعرفة، القاهرة.
16. أحمد عكاشة: (1992) الطب النفسى المعاصر، دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.
17. أحمد، هبة السيد. (2012) الخصائص النفسية والاجتماعية الفارقة بين التلاميذ المصابين بالوسواس القهرية والعاديين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة.
18. أرثرى جونجا، مارك بيترسون (1997)، خطة العلاج النفسى، ترجمة عادل دمرdash، مراجعة لطفي فطيم، دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.
19. إسماعيل، بشري. (2004) ضغوط الحياة والاضطرابات. دار النشر النفسية، مكتبة الانجلو المصرية.

20. بارلو، ديفيد. ه . (2002) مرجع إكينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، الترجمة ، صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية .
21. باير، لي.(2010) الوسواس القهري علاجه السلوكي والدوائي، ترجمة محمد عيد خلودي، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب .وزارة الثقافة دمشق.
22. بدران، عمر حسن(2010) تخلص من الضغوط النفسية بالاسترخاء، مكتبة جزيرة الورد القاهرة.
23. البستاني، عبدالله .(1980) معجم وسيط اللغة العربية، مكتبة لبنان، بيروت
24. البشر ، سعاد .(2007) كيف تتخلص من الوسواس القهري :غراس للنشر والتوزيع ، الكويت .
25. البلالي، عبد الحميد .(1980)البيان فى مداخل الشيطان .مؤسسة الرسالة، بيروت
26. البنانى، آروى بنت فيصل حسن.(2011)التجميع والتخزين القهري وعلاقته بالوسواس القهري فى ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية لدى عينة اكينيكية وغير اكينيكية ،جامعة أم القرى ،المملكة العربية السعودية.
27. بيك، آرون ، ترجمة مصطفى عادل.(2000)العلاج المعرفى والاضطرابات الانفعالية. دار الافاق، القاهرة.
28. بيك، جوديت .(2007)العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ترجمة، طلعت مطر ومراجعة، إيهاب الخراط.
29. التليسي، خليفة محمد .(2007)النفيس من كنوز القواميس صفوة المتن اللغوى من تاج العروس الكبرى .طرابلس، ليبيا

30. توفيق، توفيق عبدالمنعم .(2000) الوسواس القهري، دراسة على عينات بحرينية،  
مجلة علم النفس م2، ع3، ص 60-65
31. الجبلي، قتيبة، اليحيا، فهد (1996) العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي،  
الشركة الإعلامية للطباعة والنشر .
32. الجحاوي، عبدالكريم.(2004) موسوعة الطب النفسي. دار أسامة للنشر والتوزيع، القاهرة.
33. الجدعاني، حامد بن مدة(1421هـ):(الوسوسة وأحكامها في الفقه الإسلامي، دار  
الاندلس الخضراء، جدة.
34. جلال، سعد(1970) : في الصحة العقلية الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات  
الساوكية، دار المعارف بمصر
35. جمال، الخطيب.(2001) تعديل السلوك الإنساني، ط4، مكتبة الفلاح، الكويت .
36. جودة، عبدالقادر .(2004) الوسواس القهري على عينات فلسطينية، مجلة كلية التربية،  
العدد(29)، الجزء الاول، جامعة عين شمس .
37. الحاج، هانى.(2008) تفسير الجلالين بهامش المصحف الشريف بالرسم العثماني.  
المكتبة التوفيقية .
38. حافظ، أحمد خيرى : (1991). المخاوف الشائعة لدى الطلاب اليمنين، القاهرة فى  
مجلة الثقافة النفسية ،المجلد السادس، العدد الحادى والعشرون، ، ص 415- 437
39. حامد، حلمي أحمد.(1991) مبادئ الطب النفسي. دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية،  
القاهرة.
40. الحبيب، طارق.(2003) الوسواس القهري مرض نفسى أم أحاديث شيطانية، مكتبة  
الملك فهد الوطنية.

41. الحجار، محمد حمدي(1990). العلاج النفسي الذاتي بقوة التخيل، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
42. الحجار، محمد حمدي(1992). العلاج النفسي الحديث للاضطراب الوسواس القهري، دار طلاس للدراسات والتوجيه والنشر.
43. الحجار، محمد حمدي(1998). المدخل إلى علم النفس المرضي، الناشر دار النهضة العربية.
44. الحجازي، السيد مهدي .(1988)الوسواس وعلاجه، الدار الإسلامية، مكتبة جرير
45. حسون، تيسير(2004) - مرجع سريع إلى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل لأمراض العقلية - جمعية الطب النفسي الأمريكية
46. حسين، عبد العظيم(2007). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية.
47. حسين، محمد، الزياتي ، منى .(1994) الشعور بالوحدة لدى الشباب في مرحلة التعليم الجامعي، دراسة تحليلية في ضوء الجنس والجنسية ونوع الدراسة ، مجلة علم النفس ، م2 ، ع - 3ص105 ، القاهرة
48. حسين، طه عبد العظيم .(2004) الإرشاد النفسي .النظرية والتطبيق التكنولوجيا ،دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
49. حسين، طه عبد العظيم.(2008)استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوى الاحتياجات الخاصة، الإسكندرية، دار الجامعة للنشر والتوزيع.

50. حنور، قطب عبده خليل (2007). فعالية برنامج معرفي سلوكي لتخفيف حدة

اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه كلية التربية،

قسم الصحة النفسية، جامعة كفر الشيخ.

51. حنورة، عبدالحميد. (1998) الشخصية والصحة النفسية. مكتبة الانجلو المصرية،

52. الخالدي، أديب محمد. (2006) مرجع في علم النفس الاكلينيكي للفحص والعلاج -

الأردن - دار وائل للنشر

53. الخرافي، نجمة يوسف (1985). دراسة في سيكولوجية عصاب الوسواس القهري،

رسالة دكتوراه، غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس.

54. خضر، عادل كمال (2000) الدلالات الإكلينيكية المميزة لاستجابات مرضى عصاب

الوسواس القهري لاختبار تفهم الموضوع. مجلة علم النفس، عدد 55.

55. الخطيب، جمال. (1994) تعديل السلوك الإنساني، ط : 7 مكتبة الفلاح، الكويت.

56. الخواجة، عبدالفتاح محمد (2010). علم النفس العلاجي، دار البداية للنشر والتوزيع.

57. الداھري، صالح حسن . (2005) علم النفس الإرشاد ونظرياته وأساليبه الحديثة، دار

وائل، الأردن.

58. الدباغ، فخرى. (1983) اصول الطب النفسى، ط3، للنشر والتوزيع دار الطليعة، بيروت

59. دليل، إيمان (2015). لأفكار للأعقلانية وعلاقتها بأعراض الوسواس القهري لدى عينة

من طلبة الجامعة دراسة ميدانية، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الانسانية ، بجامعة

قاصدي مرباح ورقلة

60. دى سيلفا(2000).علاج الوسواس والسلوك القهري.في : س.ل. ليندزى،ج.ى بول (محررين) مرجع في علم النفس الإكلينيى للراشدين، ص81- 80. ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.
61. رجز، ديفيد.س،فوا إدياب .(2002)مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية دليل علاجى تفصيلى. ترجمة هبة إبراهيم، صفوت فرج،ومحمد نجيب، وحصة عبد الرحمن، وهدى حسن ، مكتبة الانجلو المصرية.
62. رضوان، سامر .(1999) مستقبل العلاج النفسي ، منشورات وزارة الثقافة .دمشق .
63. روتر، جوليان .(1984)علم النفس الاكلينيى، ترجمة عطية محمود هنا ،مراجعة محمد عثمان نجاتي ،دار الشروق ط2
64. الرويعي،علي محمد(2010)الأضطرابات النفسية، محاضرات غير منشورة جامعة بنغازي.
65. الزاوي، الطاهر أحمد .(1981)مختار القاموس مرتب على طريقة مختار الصّاح والمصباح المنير، الجزء الأول، الدار العربية للكتاب، ليبيا.
66. زايدن، وجدي عبد اللطيف محمد .(2009)الأفكار الوسواسية وعلاقتها بالاضطرابات النفسية وانحرافات الشخصية ، بحث مرجعى، بقسم الصحة النفسية بكلية التربية،بنها
67. الزراد، فيصل محمد .(2005) العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالتنقيض، دار العلم للملايين.
68. زريق،معروف.(1989)علم النفس الإسلامى، دار المعرفة للنشر والتوزيع.
69. الزغول،رافع نصير ،الزغول،عماد عبدالرحيم .(2003)علم النفس المعرفي ،عمان، الأردن،دار الشروق



70. زمزمي، عبدالرحمن معتوق عبد الرحمن (1419هـ). تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة لجون رآفن علي الطلاب الصم في معاهد الأمل للمرحلة الابتدائية بالمملكة العالبيية السعودية، رسالة ماجستير فى عام النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى.
71. زهران ،حامد عبدالسلام .(1997) الصحة النفسية والعلاج النفسي ،الطبعة الثالثة ،عالم الكتب ، القاهرة.
72. زهران،حامد عبد السلام. (2005) الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط 4 ، عالم الكتب ، القاهرة .
73. الزهرانى، بالخير محمد : (2012) فاعلية برنامج إرشادى معرفى سلوكى فى تخفيض درجة الوحدة النفسية وزيادة درجة الأمن النفسى لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة جدة، رسالة ماجستير غير مندشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية
74. الزيأت، فتحى مصطفى(1995). الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات. المنصورة : دار البقاء للطباعة والنشر والتوزيع.
75. الزيأت، فتحى مصطفى .(2001)علم النفس المعرفى ، دراسات وبحوث، دار النشر للجمعات، منتدى سور الازيكية
76. س.هـ. باترسون .(1990)نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ترجمة حامد عبد العزيز الفقى، الجزء الثانى، دار القلم الكويت.
77. س. هولاند (2005). اضطراب الوسواس القهري، دليل علمي تفصيلي العلاج المعرفي فى الاضطرابات النفسية، ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب الصبوة، ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

78. سالكوفيسكس، ب. (2002). (محررين): جان سكوت، مارك وليامز، آرون بيك (محررين)، العلاج المعرفى والممارسة الإكلينيكية، (ص 95-133) (ترجمة: حسن مصطفى عبد المعطى). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
79. سالم ، الشريف محمد .(2006) الوسواس القهري دليل عملي للمريض والاسرة والأصدقاء. فلوكانو للطباعة، الإسكندرية.
80. سالم، شريف محمد.(2005) وسواس الطهارة والصلاة مدخل إلى علاج الوسواس القهري الدينى. للناشر دار العقيدة.
81. السطحية، ابتسام حامد .(1997) استخدام كل من العلاج السلوكي المعرف d والتعلم بالملاحظة النمذجة فى تعديل السلوك بعض خصائص الاطفال المضطربى الانتباه، رسالة دكتوراه غير منشورة، مصر :جامعة طنطا.
82. سعادة، جودت أحمد (2008) تدريس مهارات التفكير، الأردن ، دار الشرق
83. سغان ،محمد أحمد ابراهيم : (2003) اضطراب الوسواس والافعال القهري الخليفة النظرية، التشخيص العلاج، مكتبة زهراء الشرق.
84. سغان، محمد أحمد إبراهيم. (2003) اضطراب الوسواس القهري والأفعال القهرية. الخلفية النظرية التشخيص. العلاج، دار النشر، مكتبة زهراء الشرق.
85. سغان، محمد أحمد .(1996) فاعلية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوسواس والأفعال القهرية ،مجلة التربية ،جامعة القاهرة، عدد 2 ،جرء 1

86. سغفان، محمد أحمد. (2002)فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوسواس والأفكار القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب .مجلة كلية التربية،جامعة عين شمس، العدد27، الجزء الرابع،
87. سغفان، محمد أحمد .(2006)الارشاد النفسي الجماعي، القاهرة دار الكتاب الحديث
88. السقا، صباح .(2014)فاعلية العلاج الاستعرافي السلوكي للوسواس القهري مجلة جامعة دمشق، المجلد30، العدد الأول.
89. سليمان، نهى طه(2011) فعالية العلاج المعرفي السلوكي فى تخفيف حدة اضطراب الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الجامعة،رسالة ماجستير،كلية الخدمة الاجتماعية،جامعة حلوان،القاهرة.
90. السيلان، هدى صالح(2004). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض السلوك العدوانى لدى عينة من المراهقات بالرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
91. شاهين، إيمان فوزى سعيد، بسيوني، سوزان صدقة(2012). إتجاهات معاصرة في الصحة النفسية،دار النشر زهراء الشرق.
92. الشرقاوى،مصطفى خليل:(1983)علم الصحة النفسية،دار النهضة العربية، بيروت
93. الشرقاوي، مصطفى خليل .(2000)مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، ط3، دار النهضة العربية، القاهرة.
94. شفير، روى.(2012)الدراسة التحليلية النفسية لمحتوى الروشاخ ،ترجمة وتقديم محمد أحمد محمود الخطاب ،مكتبة الانجلو المصرية.

95. شقير، زينب محمود : (2002) علم النفس العيادي) الإكلينيكي (، ط2، القاهرة :مكتبة النهضة المصري.
96. الشناوى ، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد .(1998)العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
97. الشناوي،محمد محروس .(2006)نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار غريب، القاهرة.
98. الشورجى،نبيلة عباس.(2009) علم النفس العام.ط3، دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.
99. الصبوة، محمد نجيب .(2011) علم النفس الاكلينيكي المعاصر أساليب التشخيص والتنبؤ. دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.
100. الصفار، حسن : (2003)كيف نقهر الخوف، دار المحجة البيضاء، بيروت
101. الصنيع، صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف .(2000)التدين والصحة النفسية . جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية، الإدارة العامة للثقافة والنشر بالجامعة.
102. طه، فرج عبد القادر.(1987) المجلد في علم النفس والشخصية والامراض النفسية.الدار الفنية للنشر والتوزيع.
103. طه، فرج عبد القادر.(2010) أصول الحديث علم النفس.دار النشر، مكتبة الانجلو المصري.
104. الطيب، محمد عبد الظاهر(1989) تيارات جديدة في العلاج النفسي ، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

105. الطيب، محمد عبد الظاهر. (1991) الوسواس القهري تشخيصه وعلاجه. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
106. الظاهر، قحطان أحمد (2004). تعديل السلوك، دار وائل للنشر والتوزيع، القاهرة.
107. العارف، إيلي محمد. (2014) الاضطرابات السيكوسوماتية وآليات الدفاع النفسى والعصابية وعلاقتها بالصراع النفسى :دراسة إمبريقية على بعض المرض المترددين على المستشفيات والمصحات والمختبرات الطبية فى مدينتى الخمس وزلتين. جامعة المراقب، ليبيا
108. عبد الحميد، مدحت (1989) . فحص نمط الشخصية القهرية لدى عينة من الطلاب وكذلك دراسة الفروق بين الجنسين. مجلة الثقافة النفسية، المجلد السادس، العدد الحادى والعشرون ص 102
109. عبد الخالق، أحمد، لنيال مايسه (1990). الوسواس القهرية وعلاقتها بكل من القلق والمخاوف والاكتئاب ،مجلة كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، مجلد 73، ص 545- 575
110. عبد الرحمن، محمد السيد: (2000) موسوعة الصحة النفسية، علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج(، الكتاب الأول، الجزء الثانى، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
111. عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر. (2012) علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسى. دار النشر مكتبة الانجلو المصرية.

112. عبد العزيز، مفتاح محمد.(2001)علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة .  
القاهرة :دار قباء
113. عبد العزيز،حسان محمد .(2015)اضطراب الشخصية الوسواسية وعلاقتها  
ببعض المتغيرات دراسة ميدانية على عينة من طلبة كلية التربية لجامعة البعث .رسالة  
ماجستير، مجلة جامعة البعث، المجلد37 ، العدد8 ،
114. عبد العظيم،حمدي عبدالله.(2012)برامج تعديل السلوك مجموعة برامج عملية  
ونماذج تطبيقية، سلسلة تنمية مهارات الأخصائي النفسي، العدد5 ،مكتبة أولاد الشيخ
115. عبد الله ،مجدي أحمد. (2000) علم النفس لمرض دراسة في الشخصية بين  
السواء والإضراب. دار المعرفة الجامعية .
116. عبد الله، عادل . (2000)العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات .دار  
الرشاد، القاهرة
117. عبد الله، محمد قاسم. (1999) الاضطرابات النفسية والعقلية. الناشر ، مكتبة  
الانجلو المصرية .
118. عبدالخالق، أحمد محمد . (2002) الوسواس القهري التشخيص والعلاج. دار  
النشر، مكتبة الانجلو المصرية.
119. عبدالخالق، أحمد محمد ،عبدالدماطى وعبد القادر .(1995) الوسواس القهري  
دراسة علي عينات سعودية. مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين  
المصرية ، مجلد 5 ، العدد 1 ، القاهرة .
120. عبدالعظيم ، حمدي عبد الله .(2013)برامج الإرشادية للأخصائيين النفسيين  
وطرق تصميمها مجموعة برامج عملية ونماذج تطبيقية، مكتبة أولاد الشيخ للتراث.

121. عبدالفتاح، فوقية(2004). فاعلية برنامج مقترح لتحسين الوعي بنسق الذاكرة لدى عينة من طلبة الجامعة، القاهرة.
122. عبدالمنعم، أحمد محمد.(2007) أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء وعلاقتها باضطراب الوسواس القهري لدى المراهقين.دراسة سيكومترية اكلينية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، القاهرة.
123. عبدالهادي، تهاني.(2012) اضطراب الوسواس القهري وعلاجه المعرفي السلوكي.مكتبة الانجلو المصرية.
124. العتيق، عبدالله بن سليمان(1418هـ): (الوسوسة الداء والدواء، دار ابن خزيمة للنشر والتوزيع.
125. العثمان، عبد الكريم .(1981)الدراسات النفسية عند المسلمين والغزالي بوجه خاص، الطبعة الثانية، الناشر مكتبة وهبه عابدين
126. عرفة، أمارة يحي.(2007) بعض المكونات المعرفية غير التوافقية لدي مرضي الوسواس القهري،رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة القاهرة.
127. عريف، عبدالله امحمد(2010).محاضرات في القياس النفسى، غير منشورة، جامعة بنغازى.
128. العزة، سعيد حسنى ،عبد الهادي،جودت .(1999)نظريات الأرشاد والعلاج النفسى، مكتبة دار الثقافة،عمان، الأردن.
129. عكاشة، أحمد .(1997) الطب النفسي المعاصر.دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.

130. عكاشة، أحمد: (2010) الطب النفسي المعاصر، ط15، دار النشر، مكتبة الانجلو المصرية.

131. عكاشة، أحمد ، رأفت، منى.(1992). "بيولوجية اضطراب الوسواس القهري دليل من تخطيط الدماغ الكهربائي"، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد الثاني، العدد الأول

132. عكاشة، أحمد.(1997) الطب النفسي المعاصر . الانجلو المصرية ، القاهرة.

133. عكاشة، أحمد.(2003) الطب النفس المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية.

134. علام، صلاح الدين .(2006)القياس والتقويم التربوي والنفسي، أساسياته وتطبيقاته وتوجيهاته المعاصرة."القاهرة: دار الفكرة العربي.

135. عمارة، الزين عباس : (1998) مدخل إلي الطب النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع.

136. العنزى، فهد بن سعيد .(2007)الوسواس القهري وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية دراسة وصفية ارتباطية فى العلوم الاجتماعية.رسالة ماجستير كلية الدراسات العليا قسم العلوم الاجتماعية والصحة النفسية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

137. عيد، محمد إبراهيم.(2006) مقدمة في الإرشاد النفسي . دار النشر والتوزيع، مكتبة الانجلو المصرية.

138. العيسوى عبد الرحمن محمد،:(1992)علم النفس الإكلينيكي، الدار الجامعية

139. العيسوي، عبد الرحمن محمد.(1995) مشكلات الشباب العربي المعاصر . الدار الجامعية.



140. غانم، محمد حسن .(2004)مناهج البحث في علم النفس .الاسكندرية :المكتبة المصرية.
141. غانم، محمد حسن(2007). مقدمة في علم النفس الإكلينيكي - التقييم - التشخيص - العلاج - المكتبة المصرية.
142. غريب، عبد الفتاح غريب(1999) . علم الصحة النفسية. الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
143. الفاخري، محمد إبراهيم(2010).أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين مفهوم الذات لدى المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، بنغازى: الأكاديمية الليبية للدراسات العليا.
144. فرج، صفوت.(2000) العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري . دراسات نفسية، مجلد9، عدد2، ص.19-22
145. فرج، صفوت، البشر، سعاد(2002). المقارنة بين كل من العلاج السلوكي بأسلوب التعرض ومنع الاستجابة وبين العلاج الدوائي لمرضى الوسواس القهري،مجلة دراسات نفسية مجلد(12)، ع(2) ص 207- 227
146. فرويد، سيجموند.(1987)التحليل النفسي للعصاب الوسواس القهري .ترجمة جورج طرابيشي، دار الطليعة، بيروت.
147. فرويد، سيجموند.(1982)الأنا والهو.ترجمة محمد عثمان نجاتي، الناشر، دار الشروق
148. فرويد، سيجموند.(1985)الكف والعرض والقلق .ترجمة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق ، القاهرة.

149. فرويد، سيحmond ، ترجمة صلاح مخيمر وعبدہ ميخائيل رزق. (2007) خمس حالات من التحليل النفسي. دار النشر ، مكتبة الانجلو المصرية.
150. فضل، شعبان امحمد .(2008)العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات، الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة، غريان ليبيا، مجلة جبل العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلة علمية تصدر دورياً عن مركز جيل البحث العلمي، العدد (31).
151. القائمی، علي.(1996) الوسواس والهواجس النفسية، دار النشر، البيان للترجمة.
152. كاظم، علي مهدي، سعيد، تغريد بنت تركي آل.(2009)الوسواس القهري لدي الأطفال والمراهقين العمانيين، مجلة الطفولة العربية، العدد السادس والثلاثون.
153. كامل، عبدالوهاب محمد. (1999) التعلم العلاجي بين النظرية والتطبيق، الأسس العلمية لبرامج تعديل السلوك، القاهرة .مكتبة النهضة العربية.
154. كفاي، علاء الدين.(1989) التنشئة الوالدية والأمراض النفسية.دراسة اجريقية إكلينيكية، هجر للطباعة والنشر، القاهرة.
155. الكفوري، صبحي عبد الفتاح(2000). فاعلية برنامج سلوكي معرفي في إدارة الضغوط النفسية لدى طلاب كليات التربية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، جامعة المنوفية.
156. الكليني، محمد بن يعقوب1405هـ .(الاصول من الكافي، الجزء الثالث ، دار الأضواء بيروت

157. كوروين، بيرنى، رودل، بيتر. (2008) العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة محمود مصطفى، مراجعة محمد نجيب أحمد الصبوة، دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
158. كولز، إم. (1992) المدخل إلى علم النفس المرض الاكلينيكي: ترجمة عبد الغفار الدماطى وماجدة حامد، حسن على حسن، مراجعة أحمد عبد الخالق، الإسكندرية إدارة المعرفة الجامعية.
159. كومب ، فيونا تشالا، أولدفيلد، فكتوريا بريم ، سالكونسكي، بول (2011) تحرر من الوسواس القهري ، ترجمة آمال الأثات ومايا كوراني :شركة دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت ، لبنان .
160. لابن القيم، الجوزية. (2003) الروح .حققه وخُرج أحاديثه محمد تامر، دار التقوى، القاهرة .
161. لأغا، بشار جبارة . (2009) دراسة سمات شخصية مرضي الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي.رسالة ما جستير، كلية الآداب، جامعة غزة.
162. مارث. إم لنيهان (2014). العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات الشخصية، ترجمة ألفت حسين كحلة : مكتبة الانجلو المصرية.
163. مجيد، سوسن شاكر . (2007) أسس بناء الاختبارات والمقاييس النفسية والتربوية، ديونو للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
164. المحارب، ناصر . (2000) العلاج الاستعرافى السلوكي، الرياض ، السعودية ،  
داء الزهراء

165. محسن، عبدالرحمن .(2016)تحرر من الوسواس القهري دليل إرشادي للمصابين باضطراب الوسواس القهري .المبادرة العربية للمعرفة والنهضة.
166. محمد ، أسامة يوسف .(2006) دراسة معدلات انتشار الوسواس القهري لدى عينة من طلبة المدارس الثانوية والجامعية ، بمحافظة الشرقية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، القاهرة.
167. محمد عثمان نجاني ، عبد الكريم محمود السيد : (1996) علم النفس في التراث الإسلامي ، دار النشر المعهد العالي الفكر الإسلامي ، القاهرة.
168. محمد، شذى عبد الباقي، عيسى، مصطفى محمد .(2011)إتجاهات حديثة في علم النفس المعرفي، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
169. محمود، مروة كمال أحمد.(2007)فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الانتباه لدى عينة من الأطفال ذوى الإعاقة العقلية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الصحة النفسية،كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
170. مخيمر، صلاح ، رزق،عبد مبخائيل .(2006) نظرية التحليل النفسي في العصاب .الجزئي الثاني، مكتبة الانجلو المصرية.
171. المزيني، انتصار رجب أبريك(2015). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الأعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأسرى المحررين بمدينة بنغازى، رسالة ماجستير غير منشورة، بنغازى: الأكاديمية الليبية للدراسات العليا.
172. مشاعل، فانتن ثابت(2015). أثر اضطرابات الشخصية المصاحبة لبعض الاضطرابات النفسية - الاختلاطية على الاستجابة العلاجية لمرض نفسيين بعد

- العلاج الطبى النفسى، رسالة دكتوراه فى الإرشاد النفسى، كلية التربية قسم الإرشاد النفسى، جامعة دمشق.
173. مصطفى، عبدالمنعم.(1994)الامراض العصبية والنفسية والاسرف بالادوية والمخدرات .دار الفارس للنشر والتوزيع
174. مصطفى ،أحمد عبد الكريم (2004) الخواص الإكلينيكية والبيئية لمرض الوسواس القهري ، رسالة دكتوراه ، جامعة عين شمس.
175. مقداى .(2008)فاعلية برنامج إرشاد معرفى سلوكى فى خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت، جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد العشرون، العدد الثانى،
176. ملحم،سامى محمد.(2001)الإرشاد والعلاج النفسى، الأسس النظرية والتطبيقية.دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة ،عمان، الأردن.
177. مليكه، لويس كامل (1994)العلاج السلوكى وتعديل السلوك، مكتبة النهضة العربية، القاهرة .
178. مليكه،لويس كامل.(1990)العلاج السلوكى وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت.
179. منصور،عبدالمجيد سيد أحمد.(2002)السلوك الانسانى بين التفسيرالاسلامى أسس علم النفس المعاصر .مكتبو الانجلو المصرية ، القاهرة.
180. المنصوري، أبوبكر مفتاح . (2006)العلاج السلوكى المعرفى للذهان أفاق جديدة فى العلاج للاضطرابات العقلية، مراجعة .مفتاح محمد عبد العزيز وعبد الله امحمد عريف، منشورات جامعة عمر المختار، البيضاء.

181. موسى، رشاد علي عبدالعزيز، الدسوقي، مديحة منصور سليم (2013). علم

النفس العلاجي، دار النشر عالم الكتب، القاهرة.

182. ناصيف، غزوان (2012). الصحة النفسية والعلاج النفسي، دار الكتاب العربي

183. نجاتي، محمد عثمان. (1992) الدراسات النفسية عند علماء المسلمين، القاهرة،

دار الشروق

184. نجاتي، محمد عثمان. (1980) القرآن وعلم النفس. دار الشروق، القاهرة 67.

185. النجار، طارق محمد السيد (2005). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل

سلوكيات اضطراب نقص الإنتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم رسالة

دكتوراه غير منشورة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، معهد الدراسات العليا

للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.

186. نشواتي، عبد الحميد. (1985) علم النفس التربوي، ط2، أريد، الأردن، مؤسسة

الرسالة، دار الفرقان.

187. النمر، أسعد (1995). في سيكولوجية العدوان، الدار الجديدة للطبع والنشر،

السعودية.

188. الهندي، علي المتقي (1405هـ). كنز العمال، الجزء الاول، الطبعة

الخامسة، دار مؤسسة الرسالة

189. الهوارنة، معمر نواف (2000). مقياس المستوى الثقافي والاقتصادي

والاجتماعي للأسرة، القاهرة.

190. وعود، أسماء(2014)الاضطرابات النفسية بين السيكلوجيا الحديثة والمنظور

الإسلامي قراءات في التراث النفسي العرب إسلامي، إصدارات مؤسسة العلوم النفسية

العربية، العدد19

191. يحي، خولة أحمد(2000)الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر

للطباعة والنشر والتوزيع.

192. يحيي، أمارة يحيي يونس (2012)فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيض

مظاهر اضطراب الوسواس القهري، رسالة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، كلية الآداب،

جامعة القاهرة.

193. اليزدي، السيد محمد كاظم(1410هـ): (العروة الوثقى، فصل في الشك، مسألة

8، الجزء 2، مؤسسة الأعلى للمطبوعات بيروت

194. يوسف، جمعة سيد .(2001) النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية،

دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

195. يونس، أنتصار.(1993)السلوك الانساني .دار المعارف.

### المراجع الأجنبية:

- Andrews G, Crinor , Huntc , Lampel L page A. (2010). The treatment of Anxiety disorder. Clinical Research unit for Anxiety disorder St. Vincent Hospital Sydney [www.crufad.com](http://www.crufad.com)
- Benjamin James Sadock m.b Virginia Alcott Sadock m.b Pedro Ruiz m.b(2015) Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences /Clinical Psychiatry

- Clark David. A (2004) obsessive compulsive disordered . A Diagnostic Enigma New York Guilford Publications.
- Cognitive Behavioral therapy for obsessive compulsive Zane A (2014) Sharti , Marwan- Al sharbati and Ishita Gupta [http://dx,doi.org/10.5772/57332](http://dx.doi.org/10.5772/57332)
- Perez Marisol (2006) differentiation of obsessive – compulsive Anxiety disordered and non disordered Individuals by variation in the promoter Region of the sciences University of Florida state.



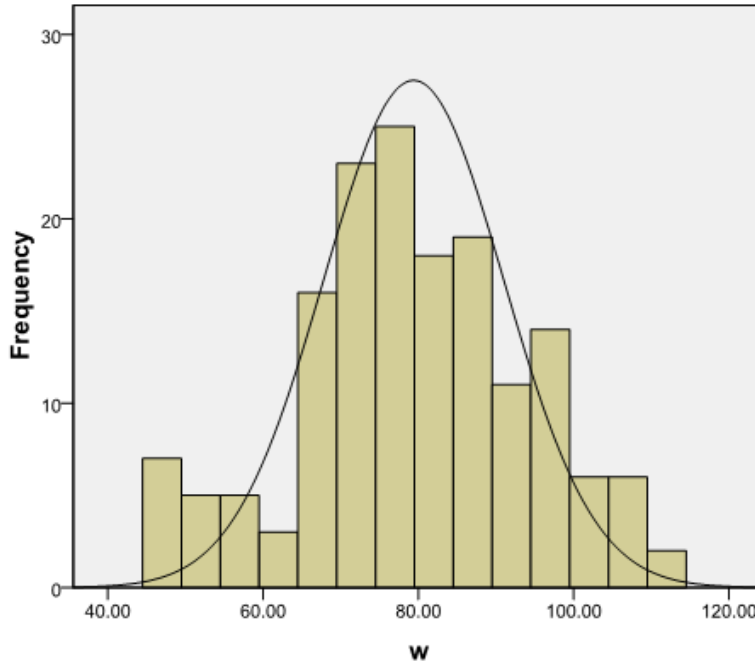
الملاحق

## الملحق (1)

### خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

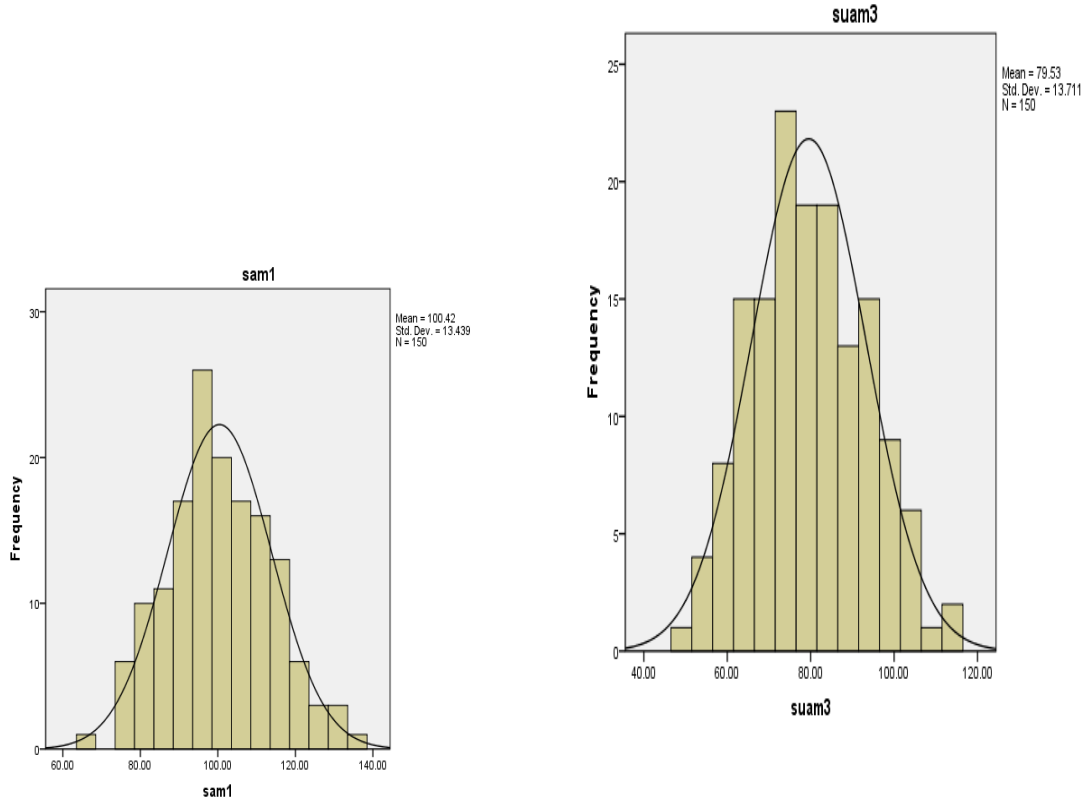
Statistics		
العينة الأساسية		
N	Valid	160
	Missing	0
	Mean	79.3313
	Median	79.0000
	Std. Deviation	14.74510
	Variance	217.418
	Skewness	-.151
	Std. Error of Skewness	.192
	Kurtosis	-.253
	Std. Error of Kurtosis	.381
	Minimum	47.00
	Maximum	111.00

### Histogram



## المحلق (2)

### خصائص العينة الاستطلاعية للمقياس الوسواس القهري



#### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sam1	.056	150	.200 <sup>*</sup>	.992	150	.617
suam3	.062	150	.200 <sup>*</sup>	.989	150	.319

**Tests of Normality**

	Kolmogorov–Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro–Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sam1	.056	150	.200 <sup>*</sup>	.992	150	.617
suam3	.062	150	.200 <sup>*</sup>	.989	150	.319

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Statistics**

		sam1	suam3
N	Valid	150	150
	Missing	0	0
Mean		100.4200	79.5333
Median		99.0000	79.0000
Mode		91.00	79.00
Std. Deviation		13.43903	13.71066
Minimum		66.00	49.00
Maximum		136.00	115.00

### الملحق (3)

#### مقياس الوسواس القهري في صورته الأولى

الاسم أو الرمز للاسم:..... العمر:.....

الكلية:..... القسم:..... السنة أو الفصل الدراسي:.....

الحالة الاجتماعية:.....

#### التعليمات:

يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات التي تصف العديد من تصرفاتنا خلال الحياة اليومية. اقرأها جيداً، ثم ضع علامة (✓) امام العبارة التي تنطبق عليك إما دائماً، أو تنطبق عليك كثيراً، أو تنطبق عليك قليلاً أو لا تنطبق مطلقاً.

1. لا تضع إلا علامة واحدة (✓) فقط امام كل عبارة
2. يرجى تحري الدقة والأمانة في الإجابة، وتذكري أنه لا توجد إجابة صحيحة أو أخرى خاطئة، ولا تفكري كثيراً في الإجابة، ولا تتركي أي سؤال دون إجابة.
3. إن جميع البيانات والإجابات سرية، ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي، ولا توجد ضرورة لذكر الاسم، كما سبق.

وشكراً على تعاونكم

ت	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق قليلاً	لا تنطبق مطلقاً
1	أنجز الأعمال ببطء للتأكد من كوني قد قمت بها بطريقة سليمة				
2	لا أستطيع مقاومة رغبتني في إعادة ترتيب الأشياء				
3	قبل ذهابي للنوم أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد				
4	لا يتحكم في تفكيري أو تصرفاتي نظام روتيني شديد الصرامة				
5	أشك في أشياء كثيرة في هذا العالم				
6	أعاني من هوس العناية بالنظافة المفرطة				
7	أميل لتكرار الأشياء أو العبارات نفسها مرات عديدة				
8	تسيطر على حياتي عادات خاصة ونظم معينة				
9	أنا شخص متردد في كثير من الأمور				
10	أتوقع عادة حدوث أمور كارثية				
11	إذا قمت بأي مهمة فأني لا أمارس التطرف في العناية بالتفاصيل والدقة أو الكمال				
12	أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ				
13	تراودني وساوس وهواجس مزعجة في حياتي اليومية				
14	أأخذ القرارات بسرعة				
15	أنا شخص مدقق ودقيق جداً				
16	توجد لدي رغبة ملحة في القيام بأشياء غير مقبولة اجتماعياً				
17	أهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو عمل				

لا تنطبق مطلقاً	تنطبق قليلاً	تنطبق كثيراً	تنطبق دائماً		
				18	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر علي تفكيري
				19	أحب النظام الصارم والدقة الشديدة
				20	اشعر انني مجبر على فعل أشياء معينة دون سبب معقول
				21	كثيراً ما أشعر بأني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الاعمال بطريقة معينة
				22	تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة
				23	أخاف من رؤية الاشياء الحادة كالكسكين
				24	يتكرر تجنبي للأشياء والأماكن التي تثير شكوكي ومخاوفي
				25	أميل الى إعادة الأحاديث والمواقف التي تحدث لي مع الاخرين
				26	أميل للبطء والتأخر في أداء عملي والانتهاه منه في الوقت المناسب
				27	أرى انني من الاشخاص المتفائلين
				28	توجد لدي رغبة ملحة لسرقة أشياء تافهة من الاخرين
				29	لست ممن يلتزمون بنظام روتيني شديد الصرامة
				30	يشعر كثيرون من حولي بالخوف والقلق من أشياء لا تخيفني أو تقلقني
				31	استهلك كمية متوسطة من الصابون أو مواد التطهير
				32	لا اشك فيما أقوم به فلا احتاج إلى المراجعة والاعادة

ت	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق قليلاً	لا تنطبق مطلقاً
33	إذا راودتني أفكار وسواسية أستطيع مقاومتها والتخلص منها				
34	أجد نفسي مضطراً للقيام بأشياء لا قيمة لها				
35	قلقي المفرط من الجراثيم والتلوث والعدوى والأمراض				
36	أعاني من الشعور بالذنب حتى لو كان الخطأ الذي ارتكبته بسيطاً				
37	استمتع بحياتي كبقية الناس				
38	مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة مثلاً كلما أغلقت مفاتيح الكهرباء أو الغاز أقوم بمراجعتها مراراً وتكراراً				
39	تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها				
40	لا أميل إلى تكرار في الموضوع أو إعادة الصلاة أكثر من مرة				
41	تراودني مراراً صور ذهنية بغيضة				
42	أشعر بالإنهاك وضعف الإنجاز بسبب الشكوك أو الأفكار السلبية المسيطرة علي				
43	لا أقدر على منع نفسي من لمس أشياء معينة مثل أعمدة النور في الشارع ومقابض الأبواب أو غيرها				



## الملحق (4)

### مقياس الوسواس القهري في صورته النهائية

الاسم أو الرمز للاسم:..... العمر:.....

الكلية:..... القسم:..... السنة أو الفصل الدراسي:.....

الحالة الاجتماعية:.....

#### التعليمات:

يحتوي هذا المقياس على مجموعة من العبارات التي تصف العديد من تصرفاتنا خلال الحياة اليومية. اقرأها جيداً، ثم ضع علامة (✓) امام العبارة التي تنطبق عليك إما دائماً، أو تنطبق عليك كثيراً، أو تنطبق عليك قليلاً أو لا تنطبق مطلقاً.

1. لا تضع إلا علامة واحدة (✓) فقط امام كل عبارة

2. يرجى تحري الدقة والأمانة في الإجابة، وتذكري أنه لا توجد إجابة صحيحة أو أخرى

خاطئة، ولا تفكري كثيراً في الإجابة، ولا تتركي أي سؤال دون إجابة.

3. إن جميع البيانات والإجابات سرية، ولا تستخدم إلا في أعراض البحث العلمي، ولا

توجد ضرورة لذكر الاسم، كما سبق.

وشكراً على تعاونكم

ت	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق كثيراً	تنطبق قليلاً	لا تنطبق مطلقاً
1	أنجز الأعمال ببطء للتأكد من كوني قد قمت بها بطريقة سليمة				
2	لا أستطيع مقاومة رغبتني في إعادة ترتيب الأشياء				
3	قبل ذهابي للنوم أشعر بضرورة عمل أشياء معينة بنظام محدد				
4	أشك في أشياء كثيرة في هذا العالم				
5	أعاني من هوس العناية بالنظافة المفرطة				
6	أميل لتكرار الأشياء أو العبارات نفسها مرات عديدة				
7	أرى إنني من الأشخاص المتفائلين				
8	تسيطر على حياتني عادات خاصة ونظم معينة				
9	أنا شخص متردد في كثير من الأمور				
10	أتوقع عادة حدوث أمور كارثية				
11	أتأكد قبل النوم ولعدة مرات أنني قد أغلقت الأبواب والنوافذ				
12	تراودني وساوس وهواجس مزعجة في حياتني اليومية				
13	أنا شخص مدقق ودقيق جداً				
14	توجد لدي رغبة ملحة في القيام بأشياء غير مقبولة اجتماعياً				
15	اهتم بالتفاصيل الدقيقة لأي موضوع أو عمل				
16	تشغلني أشياء تافهة وتسيطر علي تفكيري				
17	أحب النظام الصارم والدقة الشديدة				
18	إذا راودتني أفكار وسواسية أستطيع مقاومتها والتخلص منها				
19	أشعر إنني مجبر على فعل أشياء معينة دون سبب معقول				
20	كثيراً ما أشعر بأنني مضطر إلى ترتيب الأشياء أو أداء الأعمال بطريقة معينة				

				تطاردني الأفكار المزعجة والسخيفة	21
				أخاف من رؤية الأشياء الحادة كالسكين	22
				يتكرر تجنبني للأشياء والأماكن التي تثير شكوكي ومخاوفي	23
				أميل إلى إعادة الأحاديث والمواقف التي تحدث لي مع الآخرين	24
				أميل للبطء والتأخر في أداء عملي والانتهاه منه في الوقت المناسب	25
				توجد لدي رغبة ملحة لسرقة أشياء تافهة من الآخرين	26
				أجد نفسي مضطراً للقيام بأشياء لا قيمة لها	27
				قلقي المفرط من الجرائم والتلوث والعدوى والإمراض	28
				أعاني من الشعور بالذنب حتى لو كان الخطأ الذي ارتكبته بسيطاً	29
				استمتع بحياتي كبقية الناس	30
				مشكلتي الأساسية هي مراجعة الأشياء بصورة متكررة مثلاً كلما أغلقت مفاتيح الكهرباء أو الغاز أقوم بمراجعتها مراراً وتكراراً	31
				تسيطر علي أفكار سيئة وأجد صعوبة في التخلص منها	32
				تراودني مراراً صور ذهنية بغيضة	33
				اشعر بالإرهاك وضعف الإنجاز بسبب الشكوك أو الأفكار السلبية المسيطرة علي	34
				لا أقدر على منع نفسي من لمس أشياء معينة مثل أعمدة النور في الشارع ومقابض الأبواب أو غيرها	35

## الملحق (5)

### مفتاح التصحيح مقياس الوسواس القهري

المفردات السالبة		الدرجة	البدائل
الدرجة	البدائل		
1	تنطبق دائماً	4	تنطبق دائماً
2	تنطبق كثيراً	3	تنطبق كثيراً
3	تنطبق قليلاً	2	تنطبق قليلاً
4	لا تنطبق مطلقاً	1	لا تنطبق مطلقاً

## الملحق (6)

معامل الارتباط بين مفردات المقياس والدرجة الكلية قبل و بعد الحذف

معامل الارتباط بعد الحذف	معامل الارتباط قبل الحذف	فقرة	معامل الارتباط بعد الحذف	معامل الارتباط قبل الحذف	فقرة
.281**	.252**	23	.150	.160*	1
.414**	.407**	24	.231**	.231**	2
.320**	.314**	25	.358**	.385**	3
.241**	.231**	26	حذفت	-0.018	4
.193*	.156*	27	.430**	.381**	5
.180*	.154*	28	.595**	.571**	6
حذفت	.155	29	.491**	.470**	7
حذفت	-0.89	30	.336**	.311**	8
حذفت	-0.02	31	-.381**	.394**	9
حذفت	.119	32	.446**	.409**	10
.255**	.266**	33	حذفت	0.04	11
.522**	.488**	34	.479**	.475**	12
.441**	.432**	35	.664**	.638**	13
.266**	.274**	36	حذفت	-0.133	14
.253**	.289**	37	.399**	.387**	15
.495**	.515**	38	.430**	.407**	16
.609**	.601**	39	.399**	.398**	17
حذفت	.122	40	.496**	.470**	18
.431**	.390**	41	.443**	.434**	19
.453**	.413**	42	.534**	.515**	20
.263**	.227**	43	.433**	.420**	21
			.580**	.555**	22

## الملحق رقم (7)

### استمارة جمع بيانات عامة عن الطالبة

ملحوظة / جميع بيانات هذه الاستمارة سرية للغاية.

الاسم / ..... تاريخ الميلاد/ .....

الترتيب الاسري/.....

الحالة الاجتماعية/.....

الفصل أو السنة الدراسية/ .....

سنوات الإعادة / .....

الكلية أو القسم / .....

هل يوجد لديك أمراض عضوية (لا) أو (نعم) إذا كانت نعم أرجو ذكره .....

.....

هل سبق لك العلاج او التردد على عيادات او مراكز نفسية لتلقي العلاج (لا) أو (نعم)

إذا كانت الاجابة نعم أرجو ذكره .....

## الملحق (8)

مقياس المستوى الثقافي والاقتصادي والاجتماعي

إعداد / معمر نواف الهوارنه (2000)

الأسم ..... العمر بالسنوات .....

الكلية ..... السنة أو الفصل الدراسي .....

### تعليمات

أرجو التكرم بالإجابة عما يلي مع التأكد من سرية هذه المعلومات ، و المعلومات التي تكتب في هذه الأستمارة سوف تستخدم لهدف البحث العلمى فقط لذا يرجى كتابة البيانات الصحيحة بكل صدف و أمانة حتى تساعد على إتمام الدراسة بالصورة الملائمة .

أولاً : المستوى الثقافي للأسرة : " Cultural Level "

1 - ضع علامة ( √ ) أمام المستوى التعليمي الذي بلغه كل من الأب و الأم في المكان المناسب .

- | مستوى تعليم                                  | (الأب)   | ( الأم ) |
|--|----------|----------|
| - لا يقرأ و لا يكتب                          | .....( ) | .....( ) |
| - يقرأ و يكتب                                | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على الشهادة الابتدائية                | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على الشهادة الاعدادية                 | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على الشهادة الثانوية                  | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على دبلوم متوسط                       | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على مؤهل جامعي                        | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على شهادة دبلوم الدراسات العليا ..( ) | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على شهادة الماجستير                   | .....( ) | .....( ) |
| - حاصل على شهادة الدكتوراه                   | .....( ) | .....( ) |

2 - ضع علامة ( √ ) أمام الإجابة التي تناسب حالتك :



نادراً	أحياناً	دائماً	العبارة
			تقوم الأسرة بشراء كتب علمية أو أدبية أو ثقافية
			تقوم الأسرة بشراء الصحف اليومية
			تقوم الأسرة بشراء مجلات ترفيهية و فنية
			تقوم الأسرة بشراء مجلات علمية أو أدبية أو ثقافية
			توفر الأسرة مكتب للكتب و الشرائط السمعية و المرئية
			لدى الأسرة اشتراك في جمعية أسرية
			تهتم الأسرة بإحدى الهوايات ( مسرح / موسيقى / رسم / رياضة )
			تشجع الأسرة هواية جمع الطوابع و التعارف و المراسلات
			تقوم الأسرة برحلات ثقافية ترفيهية
			تحرص الأسرة على متابعة الاكتشافات والاختراعات العلمية الحديثة
			أحاديث الأسرة ذات طابع علمي ثقافي
			تقدر الأسرة دور العلم و العلماء و تحترمهم من خلال ذكر سيرهم
			تتمسك الأسرة بأفكار و تقاليد الآباء و الأجداد
			تتابع الأسرة البرامج الثقافية المختلفة التي تبثها الإذاعة الموسوعة و المرئية
			تهتم الأسرة بالذهاب إلى دور السينما أو المسرح
			تعترض الأسرة على متابعة البرامج الرياضية باعتبارها مضيعة للوقت
			تهتم الأسرة بالقضايا السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية المحلية والعالمية
			تفسر الأسرة المشكلات التي تحدث بمنطق غيبي ، و تجيب على تساؤلات الأبناء بشكل غير علمي
			تحتفظ الأسرة في حوزتها بالتمائم لجلب الحظ الحسن لهم ، و لحمايتهم من الأخطار
			يحرص بعض أفراد الأسرة على مشاهدة الندوات و المحاضرات الدينية و الثقافية و العلمية
			يذهب بعض أفراد الأسرة إلى مكتبة خارج المنزل
			يذهب بعض أفراد الأسرة إلى معرض الكتاب أو المعارض الفنية
			تتابع الأسرة نشرة الأخبار
			تحكي الأسرة لأبنائها القصص التاريخية أو الدينية
			توفر الأسرة لأبنائها بعض الأدوات و الآلات الفنية

ثانياً : المستوى الاقتصادي الاجتماعي : " Social and Economic "

1. إجمالي ما تنفقه الأسرة شهرياً يتراوح بين :

250 – أقل من 500

500 – أقل من 700

700 – أقل من 1000

1000 – أو أكثر

2. عدد أفراد الأسرة ( الوالدان + الأبناء ) .

- ضع علامة (  $\sqrt{\quad}$  ) أمام المستوى الذي يناسب حالتك :

3- تعيش الأسرة في مسكن ملك

- تعيش الأسرة في مسكن إيجار

- تعيش الأسرة في مسكن مع الأقارب

4- يعيش في الغرفة شخص واحد .

- يعيش في الغرفة شخصان .

- يعيش في الغرفة ثلاث أشخاص أو أكثر

5- مستوى سكن الأسرة سكن فاخر

- مستوى سكن الأسرة سكن متوسط

- مستوى سكن الأسرة سكن بسيط

6- تمتلك الأسرة أكثر من سيارة

- تمتلك الأسرة سيارة واحدة

- لا تمتلك الأسرة سيارة

7- تمتلك الأسرة أراضي و مصانع

- تمتلك الأسرة واحداً منها

- لا تمتلك الأسرة أي واحد منها
- 8- تمتلك الأسرة أكثر من جهاز تكيف
  - تمتلك الأسرة جهاز تكيف واحداً
  - لا تمتلك الأسرة جهاز تكيف
- 9- تمتلك الأسرة جهاز فيديو و كاميرا للفيديو
  - تمتلك الأسرة واحداً منها
  - لا تمتلك الأسرة أي واحد منها
- 10- تمتلك الأسرة أكثر من تليفزيون ملون
  - تمتلك الأسرة تليفزيوناً ملوناً
  - لا تمتلك الأسرة تليفزيوناً
- 11- تمتلك الأسرة غسالة ملابس أوتوماتيكية
  - تمتلك الأسرة غسالة ملابس عادية
  - لا تمتلك الأسرة غسالة ملابس
- 12- تمتلك الأسرة أكثر من ثلاجة
  - تمتلك الأسرة ثلاجة واحدة
  - لا تمتلك الأسرة ثلاجة
- 13- تمتلك الأسرة غازاً حديثاً
  - تمتلك الأسرة غازاً عادياً
  - لا تمتلك الأسرة غازاً
- 14- تمتلك الأسرة تليفون و موبايل
  - تمتلك الأسرة واحداً منهما
  - لا تمتلك الأسرة أي واحد منهما

15 -تمتلك الأسرة غسالة أطباق و مكنسة كهربائية

- تمتلك الاسرة واحد منهما

- لا تمتلك الأسرة أي واحد منهما

16 -تمتلك الأسرة جهاز رسيڤير " دش " و جهاز الأقراص الليزرية DVD

- تمتلك الأسرة واحداً منهما

- لا تمتلك الاسرة أي واحد منهما

17 -تمتلك الأسرة خلاطاً كهربائياً وسخان ماء

- تمتلك الأسرة واحداً منهما

- لا تمتلك الاسرة أي واحد منهما

18 -تمتلك الأسرة أكثر من جهاز كمبيوتر

- تمتلك الأسرة جهاز كمبيوتر واحداً

- لا تمتلك الأسرة كمبيوتر واحداً

19 -تذهب الأسرة للعلاج الطبي إلى مستشفى خاص

- تذهب الأسرة للعلاج الطبي إلى عيادة طبية

- تذهب الأسرة للعلاج الطبي إلي مستشفى حكومي

20 -تمتلك الاسرة مكاناً للتصيف

- تستأجر الأسرة مكاناً للتصيف

- لا تقوم الاسرة بالتصيف

21 -تمتلك الأسرة أكثر من فرد للخدمة

- تمتلك الأسرة فرداً واحداً للخدمة

- لا تمتلك الأسرة أي فرد للخدمة

22 -تستعمل الأسرة في الشرب المياه المعدنية الصحية

- تستعمل الأسرة في الشرب المياه المفلترة

- تستعمل الاسرة في الشرب المياه العادية

23 -معدل استهلاك الأسرة من الكهرباء مرتفع

- معدل استهلاك الأسرة من الكهرباء متوسط

- معدل استهلاك الأسرة من الكهرباء منخفض

24 -تقوم الأسرة بالتنزه و السياحة في الدول الأوروبية و الأمريكية

- تقوم الأسرة بالتنزه و السياحة في الدول العربية و الإسلامية

- تقوم الأسرة بالتنزه و السياحة في المنتزهات العامة داخل البلد

25 -علاقة الوالدين أحدهما بالآخر طيبة جداً

- علاقة الوالدين أحدهما بالآخر مقبولة

- علاقة الوالدين أحدهما بالآخر غير مقبولة

26 -علاقة الوالدين بالأبناء طيبة جداً

- علاقة الوالدين بالأبناء مقبولة

- علاقة الوالدين غير مقبولة

27 -يعيش الأبناء مع الوالدين

- يعيش الأبناء مع أحدهما

- لا يعيش معهم أحد

28 -علاقة الأسرة مع الجيران طيبة جداً

- علاقة الاسرة مع الجيران مقبولة

- علاقة الأسرة مع الجيران غير مقبولة

29 - مهنة كل من الأب و الأم بالتفصيل :

مهنة الأب :

مهنة الأم :

## الملحق (9)

### برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي لخفض أعراض الوسواس القهري

أهمية البرنامج:-

تكمن أهمية برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي المقترح في كونه يعالج مشكلة في غاية الأهمية تتمثل في اضطراب الوسواس القهري لدى طلبة الجامعة، الذي يعدّ من أحد الأسباب التي تؤدي إلى العديد من الاضطرابات النفسية كقلق والاكتئاب والفصام والاضطرابات الانفعالية، وسرعة الإثارة، واضطراب في المزاج ، والشعور بالخجل وبطء في الأداء والاضطرابات السلوكية وضعف التحصيل الأكاديمي ، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية واضطراب في الشخصية ( أبوهندي، 2003).

يعد اضطراب الوسواس القهري من أكثر الاضطرابات النفسية جذبا لاهتمام الباحثين في مجال علم النفس الإكلينيكي خلال الآونة الأخيرة، وقد شهد علاج الوسواس القهري اهتماما بالغا من الباحثين والاختصاصيين الإكلينكيين في هذا المجال خلال العقدين الماضيين، مما فتح الطريق إلى توجه متفائل بشأن تحسن الأعراض المرضية، حيث طور علماء النفس أساليب سلوكية معرفية للتدخل في هذا الاضطراب اتسمت بالفعالية المتزايدة في مساعدة المرضى على التغلب على صعوباتهم، ومن أكثر الأساليب استخداما في هذا المجال أسلوب العلاج المعرفي السلوكي ،وقد أشارت معظم الدراسات إلى فعالية في خفض أعراض الوسواس القهري(عبدالهادي،2012).

ويعد البرنامج الحالي نموذجا عمليا يمكن عن طريقه تغيير التصورات الخاطئة لدى الفرد وتصحيحها أو تعديلها، أو تغييرها، مما قد يؤدي إلى زوال جوانب سوء التوافق لديه، ويهدف إلى إيجاد الوسائل التي تساعد المسترشدين في التغلب بنجاح على ما يواجههم من مشكلات والتغيير نحو الأفضل، وتحقيق السلام مع الذات ومع الآخرين ، وتحقيق الحياة التي يرغبونها(موسى، الدسوقي، 2013).

وترتكز أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي على دور الأفكار والمعتقدات والمعلومات والتصورات والإدراكات والتفسيرات في انفعالاتنا وسلوكنا، فالمعارف والأفكار المتعلقة بالذات والآخرين والعالم توجه الانفعالات والسلوك، وبالتالي فإن الاضطرابات النفسية مثل الوسواس القهري، تعزى في جوهرها إلى أفكار خاطئة أو مغلقة أو مشوهة، أو إدراكات محرفة أو غير صحيحة عن الذات والآخرين والعالم والمستقبل. (عيد، 2006)

وتكمن أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي في إعطاء المسترشد بديلاً فيما يتعلق بكيفية تفسير وتقدير أفكارهم الاقترامية، وإلى تغيير نماذج الصور الذهنية والمعتقدات وأساليب التفكير، بحيث يساعد المريض في التغلب على المشكلات الانفعالية والسلوكية. (الشرقاوي، 2000)

بهذا فإن هذا النموذج يتعامل مع العمليات التكيفي، باعتباره نتاجاً للتفكير غير الوظيفي، ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (الخطيب، 1994)

يعد العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات النفسية المفضلة في علاج الوسواس القهري؛ لأنه يعمل على خفض الأعراض إلى مستويات مماثلة لتأثير استخدام العقاقير، ومع ذلك لا يفضل استخدامه إلا في المراحل المبكرة لبداية الأعراض (توفيق، 2000).

كما تكمن أهمية البرنامج في كونه يمكن أن يعد نموذجاً يمكن الاستفادة منه في المستشفيات والمراكز المتخصصة بالطب النفسي (السيكاتري) والمهتم بالصحة والرعاية النفسية والمركز التربوية كالمدارس والجامعات من قبل المتخصصين في مجال تقديم الخدمة الإرشادية والعلاجية. وتوضح أهميته من التقنيات والأساليب التي يقوم عليها، وذلك باعتبارها فعالة.



## التخطيط العام للبرنامج:

تمثل عملية التخطيط العام للبرنامج المعرفي السلوكي الخطوات التالية:

### أولاً: الهدف البرنامج الإرشادي:-

ويهدف البرنامج الإرشادي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف وهي:

#### 1- الهدف العام:

تخفيف الأفكار والوساوس والاندفاعات القهرية لدى عينة الدراسة

#### 2- الأهداف الخاصة للبرنامج:

##### أولاً: أهداف تتعلق بتخفيف الأفكار القهرية:

1- فهم واستيعاب أفراد المجموعة الإرشادية بأن هذه الأفكار متسلطة ومتطفل وعنيد، قد

تكون ذات طابع فلسفي أو تشككي أو عاطفي أو أخلاقي أو جسمي، تتعلق بالفرد أو

بالآخرين، بالماضي أو الحاضر أو المستقبل .

2- إدراك ومعرفة أفراد المجموعة الإرشادية كيفية وقف الأفكار وتحدي الأفكار السلبية

وتعليمه كيفية تغير الأفكار الخاطئة الوسواسية بأفكار منطقية وتعليمه كيفية إعطاء

بديل أثناء اقتحام الفكرة ذهنه بأن يقوم بتغير الأفكار ويعطى له معاني إيجابية.

3- إدراك وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية التعاطي مع الأفكار على أنها أفكار فحسب

بدلاً من اعتبارها مؤشرات خطر، أو تحذيرات مسبقة، أو أشارت على أنك شخص

سيئ.

##### ثانياً: أهداف تتعلق بتخفيف الوسواس القهرية.

1- تمكن أفراد المجموعة الإرشادية من مقاومة الرغبة الملحة للممارسة السلوك القهري

الذي يخفض من قلقه ويمنحه قدراً من الراحة.

2- إتقان أفراد المجموعة الإرشادية على خفض القلق الذي يعاني منه دون أن يقوم بفعل السلوكيات القهرية.

3- فهم واستيعاب أفراد المجموعة الإرشادية في التقييم السليم للتهديد الناتج عن عدم قيامه بهذه الأفعال والسلوكيات القهرية.

### ثالثاً: أهداف تتعلق بتخفيف الاندفاعات القهرية

1- إتقان والتمكن أفراد المجموعة الإرشادية في التحكم في انفعالاته عند المواقف الانفعالية المحبطة، أن يفكر ويتروى قبل إصدار الاستجابة.

2- تدريب وإعادة التمكن وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية كيفية مقاومة الرغبة أو الاندفاع الجامحة لقيامه بفعل وسواسي.

### ثانياً:- الفئة التي وضع من أجلها البرنامج:

تم تصميم البرنامج الإرشادي المستخدم بالدراسة الحالية ليناسب الإناث بالمرحلة الجامعية ، ممن لديهن معاناة من اضطراب الوسواس القهري.

### ثالثاً: جوانب البرنامج

يهتم هذا البرنامج المعرفي السلوكي مع المسترشد من منظور ثلاثي الأبعاد (معرفي سلوكي - انفعالي ) يهتم بالجوانب المعرفية ،كالأفكار، والإدراك، والتركيز، والانتباه، والجوانب السلوكية، كالسلوك والانفعالية كالمزاج والتوتر والقلق العام.

### رابعاً: الأسس التي يقوم عليها البرنامج

ويقوم البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي للدراسة الحالية على مجموعة من الأسس وهي:

1- الأسس العامة :وتشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق المستفيد في التقبل دون قيد أو شرط، كذلك حقه في العلاج النفسي وقابلية السلوك للتعديل والتغيير والتدريب، وضرورة الاستمرار في جلسات العلاج النفسي.

2- **الأسس العلمية:** استمد هذا البرنامج أصوله الفلسفية من النظرية المعرفية السلوكية ، وكذلك مراعاة طبيعة الإنسان وأخلاقيات العلاج النفسي وسرية المعلومات.

3- **الأسس الاجتماعية:** الاهتمام بالفرد ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، والمواقف المثيرة للقلق تؤثر على شخصية الفرد.

4- **الأسس الفسيولوجية والعصبية:** وهذا يوضح العلاقة المتبادلة بين الحالة النفسية والتوتر الجسدي، وأن التدريب على الاسترخاء يقلل من التوتر والاستثارة العصبية.

### **خامساً: المكونات الأساسية للبرنامج:**

تتكون كل جلسة علاجية من ثلاثة مكونات أساسية وهي:

1- تقديم معلومات حول فهم وإدراك طبيعة الوسواس القهري وأعراضه، مما يساعد المستفيدين من البرنامج على التعرف على طبيعة الوسواس وما يحدث لهم من الشعور بقلق وإحساسهم بالتوتر، فغالبا لا يدرك المستفيدون من البرنامج أن لهم دوراً في تعقيد مشكلاتهم، وبمجرد إدراك هذا الدور يبدأون في التغيير نحو الإيجابية.

2- إتقان وتمكن المستفيدين من البرنامج مهارات معرفية وسلوكية في كل جلسة مهارة، وذلك لوقف إبدال الأفكار المتسلطة والصور والاندفاعات القهرية بأخرى إيجابية، وخفض القلق والتوتر.

3- تكليف المستفيدين من البرنامج ببعض المهام والواجبات المنزلية ، وهي أن الباحثة ستقوم بتقديم التدريب والتوجيه، وإن المستفيد هو المسؤول عن تطبيق تلك المهام.

### **سادساً: المستفيدون من البرنامج:**

أعدت الباحثة البرنامج للذين يعانون من أعراض الوسواس القهري وفق المقياس المعتمد في الدراسة.

### **سابعاً: الخدمات التي يقدمها البرنامج:**

سيقدم هذا البرنامج عند تطبيقه وبعده، خدمات علاجية ووقائية.

1- **الخدمات العلاجية:** تتمثل في مساعدة أفراد عينة الدراسة على خفض أعراض الوسواس لديهم، وذلك من خلال تعديل الأفكار الوسواسية والصور والاندفاعات القهرية، وإبدالها بأخرى صحيحة وإيجابية ، والتحكم في الصور الاندفاعات القهرية.

**2-الخدمات الوقائية:** وهو العمل على أن يكتسب أفراد عينة الدراسة بعض الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تمكنهم من مواجهة الأفكار المتسلطة والصور والاندفاعات القهرية في المستقبل وكيفية التحكم بها ومقاومتها، مثل وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية الوسواسية، والغمر ومنع الاستجابة والواجبات المنزلية، وغيرها من التقنيات الأخرى .

**3- الخدمات المتابعة:** ستقوم الباحثة عند الانتهاء من البرنامج العلاجي بدراسة تتبعيه لأفراد عينة الدراسة، حتى يمكن التعرف على مدى الاستفادة من البرنامج وعدم حدوث انتكاسة.

### **ثامناً: مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:**

يمر البرنامج بأربع مراحل وهي:

**المرحلة الأولى:** وهي مرحلة تمهيدية بين الباحثة وأفراد عينة الدراسة، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، والغرض من انضمامهم، وذلك في الجلسة الأولى، إما في الجلسة الثانية فتقوم الباحثة بتقديم معلومات حول طبيعة الوسواس القهري ، وتعريفه، وتسجيل الأعراض، والتعرف على الأسباب والآثار المترتبة عليه.

**المرحلة الثانية:** وهي مرحلة معرفية، وتهدف إلى تقديم خطة التغلب على أعراض الوسواس القهري ، من خلال تقديم تقنيات معرفية منها المحاضرة والمناقشة، و حل المشكلات ووقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية، وإعادة البناء المعرفي لتخفيف أعراض الوسواس القهري من الجلسة الثانية إلى الجلسة الثامنة.

**المرحلة الثالثة:** وهي مرحلة سلوكية ، وتهدف إلى تقديم خطة التغلب على أعراض الوسواس القهري ، من خلال تقديم تقنيات سلوكية منها التعرض ومنع الاستجابة، والتطمين التدريجي، والواجبات المنزلية، وذلك من الجلسة التاسعة إلى الجلسة العاشرة.

**المرحلة الرابعة:** وهدفها تلخيص أهداف البرنامج وتهيئة أفراد الدراسة لإنهاء الجلسات العلاجية.والجدول (13) يبين هيكل الجلسات الأساسية لعينة الدراسة.

الجدول(13)

هيكل الجلسات الأساسية لعينة الدراسة

الأساليب العلاجية	محتواها	أهدافها	الجلسة
1. المحاضرة والمناقشة والحوار. 2-الواجب المنزلي.	1- التعارف بين الباحثة و أفراد المجموعة التجريبية. 2- التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية 3- أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على الهدف من البرنامج الإرشادي. 4- أن يتعرف أفراد المجموعة التجريبية على طبيعة اضطراب الوسواس القهري. 5-الاتفاق على مواعيد جلسات البرنامج والالتزام بذلك من خلال المواظبة على الحضور في الموعد و المكان المحدد وتقوم الباحثة بسرد قواعد الجلسة الإرشادية.	تعارف و تمهيد	الأولى
1المحاضرة والمناقشة. 2-التدريب على الاسترخاء. 3-الواجب المنزلي.	1-تعرف الطالبات على طبيعة اضطراب الوسواس القهري - مفهومه -أسبابه - أعراضه -النظريات التي قامت بتفسيره الآثار	1- تهدف المحاضرة إلى فهم واستيعاب بطبيعة اضطراب الوسواس القهري و أسبابه و أعراضه. 2. تهدف المحاضرة على	الثانية

	<p>المرتبة عليه.</p> <p>2- يتم تدريبهن على تقنية الاسترخاء و ذلك لمساعدتهن على التغلب على الأعراض المصاحبة و التعامل بطريقة صحيحة.</p> <p>3- في نهاية الجلسة يلخص ما دار فيها يتم تكليفهن بواجبات منزلية.</p>	<p>التأكد من الاستيعاب، وتحليل وتفسير الأمور، والتركيز والانتباه.</p> <p>3- كما تهدف المناقشة إلى اكتساب مهارة التفاعل مع المحاضرة والتعرف على طبيعة الأفكار الوسواسية و السلوكيات القهرية والفروق بينها وتهدف إلى زيادة الاستبصار بأنفسهم ومشكلاتهم بطرق موضوعية.</p> <p>4- التعرف على الآثار السلبية وفهم تأثيرها على الجوانب المختلفة من حياة الطالب</p>	
<p>1- حل المشكلات</p> <p>2- الاسترخاء.</p> <p>3- الواجب المنزلي.</p>	<p>1- المناقشة حول ردود أفعالهن اتجاه الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>2- تقوم الباحثة بشرح تقنية حل المشكلات وبعدها يتم تطبيق تقنية الاسترخاء.</p> <p>3- نهاية الجلسة يتم تلخيص ما دار فيها ثم تكليف أفراد المجموعة بواجبات منزلية تشمل التدريب على كيفية حل المشكلات.</p>	<p>1- مراجعة الواجب المنزلي.</p> <p>2- تهدف إلى المعرفة والأدراك أفراد المجموعة الإرشادية على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة للموقف الواحد.</p>	<p>الثالثة</p>

<p>1-وقف الأفكار .</p> <p>2-الاسترخاء.</p> <p>3-الواجب المنزلي.</p>	<p>1-مناقشة الواجب المنزلي ، و معرفة مدى الاستفادة من تقنية حل المشكلات و ماهي الصعوبات التي تواجههن عند تطبيقها.</p> <p>2- تقوم الباحثة بعرض تقنية وقف الأفكار التسلطية وتدريبهن على كيفية وقف و صرف الأفكار التسلطية وإبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية بعدها يتم تدريبهن على الاسترخاء.</p> <p>3-في النهاية يتم تلخيص ما دار في الجلسة و فيها يتم تكليفهن بواجبات منزلية تشمل وقف الأفكار التسلطية ونموذجاً متخصصاً لتسجيل ومتابعة الأفكار ..</p>	<p>1-مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>2. تهدف إلى فهم وإدراك أفراد المجموعة الإرشادية على طبيعة الأفكار والمشاعر السلبية التي تصاحب الأفكار والأفعال والاندفاعات القهرية</p> <p>3- تهدف إلى وقف الأفكار الوسواسية وطردها واستبدالها بأفكار إيجابية واستبعاد كل فكرة غير مجدية .</p>	<p>الرابعة</p>
<p>1- تحدي الأفكار التسلطية.</p> <p>2-تمرين الاسترخاء</p> <p>3-الواجب المنزلي.</p>	<p>1-تبدأ الباحثة في مناقشة أفراد المجموعة حول سير الجلسات السابقة و السماح لآرائهن عن تلك الجلسات و بعدها يتم مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>2-تقوم الباحثة بتقديم</p>	<p>1-مراجعة الواجب المنزلي</p> <p>2. تهدف إلى تمكن أفراد المجموعة الإرشادية على كيفية تحدي و صرف أفكارهن من التفكير في أفكار و أفعال وسواسية قهرية إلى التفكير في</p>	<p>الخامسة</p>

	<p>عرض تقنية تحدي الأفكار التسلطية و تعريف أفراد المجموعة بالأفكار السلبية و ثم تبديلها بأفكار إيجابية .</p> <p>3- في نهاية الجلسة يلخص ما ورد فيها و تعطى المجال للمجموعة للاستفسار عن تقنية تحدي الأفكار و بعدها التمرين الاسترخاء و تختتم بالواجب المنزلي .</p>	<p>أفكار و أشياء أخرى .</p>	
<p>1-المراقبة الذاتية 2- الاسترخاء 3- الواجب المنزلي</p>	<p>1-السؤال حول الجلسات السابقة و كيفية الاستفادة منها و بعدها مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>2-تقدم عرض تقنية المراقبة الذاتية وبعدها التدريب على الاسترخاء</p> <p>3- في نهاية الجلسة يلخص ما ورد فيها و تعطى المجال للمجموعة للاستفسار عن تقنية المراقبة الذاتية والاسترخاء و تختتم بالواجب المنزلي.</p> <p>4- في نهاية الجلسة يتم إعطاؤهن ورقة الميزان للتقييم الذاتي.</p>	<p>1-مراجعة الواجبات المنزلية</p> <p>2. تهدف إلي إتقان أفراد المجموعة التجريبية لتقنية مراقبة الذات وذلك عن طريق تسجيل وتدوين الأفكار والأفعال القهرية يوميا والتي يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار المشوهة أو المختلفة وظيفيا والاعتقادات اللاعقلانية.</p>	<p>السادسة</p>



<p>1-إعادة البناء 1إعادة البناء المعرفي. 2-الاسترخاء. 3-الواجب المنزلي.</p>	<p>1. مناقشة أفراد المجموعة حول الجلسات السابقة، مراجعة الواجب المنزلي. 2- تقوم الباحثة بتقديم عرض تقنية إعادة البناء المعرفي وكيفية استبدال السلبي منه إلى إيجابي 3- تطلب الباحثة أن يعرف أفراد المجموعة الاندفاعات الطقوسية أو الأفعال القهرية وكيفية مقاومة إلحاح الرغبة في القيام بالاندفاعات والأفكار والأفعال القهرية. 4- تقوم الباحثة بتقديم نموذج معرفة الذات وبعدها تمرين الاسترخاء .</p>	<p>1-مراجعة الواجب المنزلي. 2- تهدف إلى التمكين وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية على إعادة التنظيم والبناء المعرفي وكيفية التعامل مع التشويشات المعرفية.</p>	<p>السابعة</p>
<p>1- التعليمات الذاتية. 2-الاسترخاء. 3-الواجب المنزلي.</p>	<p>1-يتم مراجعة ما دار بالجلسة السابقة ويتم مناقشة أي ملاحظات، ويلي ذلك مناقشة الواجبات المنزلية. 2-تقدم عرض التعليمات الذاتية ثم تطبيق تمارين الاسترخاء. 3-في نهاية الجلسة تلخص الباحثة الجلسة</p>	<p>1-مراجعة الواجب المنزلي. 2- تهدف إلى ادراك وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنية التعليمات الذاتية و كيفية التوقف عن التعبيرات الذاتية السلبية التي يتحدث بها الفرد ذاته ويستبدالها بتعبيرات إيجابية. 3- تهدف إلى فهم</p>	<p>الثامنة</p>

	وتختتم الجلسة بالواجب المنزلي.	واستيعاب أفراد المجموعة على كيفية الحوار مع الذات قبل إصدار الاستجابة واستبدال التعيينات السلبية بتعبيرات إيجابية .	
1-التطمين التدريجي. 2-الاسترخاء. 3-الواجب المنزلي.	1- تبدأ الباحثة مراجعة الواجب المنزلي .إذا كانت ليس لهم أي أسئلة أو ملاحظات. 2- تقدم عرض تقنية التطمين التدريجي وكيفية التعرض للمثيرات من الأقل شدة إلى أكثر شدة. 3- في نهاية الجلسة يتم تلخيص وممارسة تمرين الاسترخاء وتختتم بالواجب المنزلي	1مراجعة الواجب المنزلي. 2-تهدف إلى تمكين وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية على كيفية التعرض للمثيرات تدريجياً.	التاسعة
1- التعرض ومنع الاستجابة. 2- تمرين الاسترخاء 3- الواجبات المنزلية	1- مناقشة أفراد المجموعة حول الجلسات السابقة ومراجعة الواجب المنزلي 2- تقدم عرض تقنية التعرض ومنع الاستجابة. 3- في نهاية الجلسة تلخص الباحثة الجلسة وتختتم بالواجب المنزلي.	1- مراجعة الواجب المنزلي. 2- فهم وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنيات التعرض التخيلي وكيفية منع الأفكار والأفعال القهرية.	الجلسة العاشرة.
1. حل المشكلات. 2. وقف الأفكار. 3. تحدي الأفكار.	1. يتم مراجعة ما دار في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.	1- تهدف إلى إعادة التمكين من خلال تدريب أفراد المجموعة	الجلسة الحادية عشرة

<p>4. تمرين الاسترخاء. 5. الواجبات المنزلية.</p>	<p>2- تقوم الباحثة بتقديم عرض موجز عن حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية ويعدها يتم تدريبيهن على حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية. 3- في الختام الجلسة تلخص ما ورد فيها ويتم تكليفهن بواجبات منزلية.</p>	<p>الإرشادية على حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية. 2. تمرين الاسترخاء.</p>	
<p>1. حل المشكلات. 2. وقف الأفكار. 3 تحدي الأفكار التسلطية.</p>	<p>1- يتم مراجعة ما دار في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي. 2- تقوم الباحثة بإعادة التدريب أفراد المجموعة التجريبية على حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية. 3- وفي الختام تلخص الباحثة ما ورد فيها ويتم تكليفهن بواجبات منزلية.</p>	<p>1- تهدف إلى استيعاب العميق للمهارات عن طريق إعاد تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية. 2. تمرين الاسترخاء.</p>	<p>الجلسة الثانية عشرة</p>
<p>1- التعرض ومنع الاستجابة. 2. تمرين الاسترخاء. 3. الواجبات المنزلية.</p>	<p>1- يتم مراجعة ما ورد في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي. 2- تقوم الباحثة بتقديم عرض موجز عن التعرض وكيفية منع الاستجابة ويعدها يتم تدريبيهن على كيفية التعرض للأفكار</p>	<p>1. تهدف إلى التمكن من مراجعة وإعادة التدريب أفراد المجموعة الإرشادية علي كيفية التعرض للأفكار والاندفاعات الو سواسية ومنع الاستجابة(مقاومة) 2 - تمرين الاسترخاء.</p>	<p>الجلسة الثالثة عشرة</p>

	<p>الوسواسية ومنع الاستجابة.</p> <p>3- وفي الختام تلخص الباحثة ما ورد فيها ويتم تكليفهن بواجبات منزلية.</p>		
<p>1- إتيان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنيات التعرض للأفكار والاندفاعات الوسواسية ومنع الاستجابة.</p> <p>2- تمرين الاسترخاء.</p>	<p>1- يتم مراجعة ما ورد في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>2- تقوم الباحثة بتقديم عرض موجز عن التعرض وكيفية منع الاستجابة وبعدها يتم تدريبهن علي كيفية التعرض للأفكار الوسواسية ومنع الاستجابة.</p> <p>3- وفي الختام تلخص ما ورد فيها ويتم تكليفهن بواجبات منزلية.</p>	<p>1- إتيان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنيات التعرض للأفكار والاندفاعات الوسواسية ومنع الاستجابة.</p> <p>2- تمرين الاسترخاء.</p>	الجلسة الرابعة عشرة
<p>1- التعرف على رأى المجموعة الإرشادية ومدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي.</p> <p>2- تطبيق مقياس الوسواس القهري.</p>	<p>1- وهي الختامية حيث تقوم الباحثة بتقديم ملخص عام عن الجلسات وعن التقنيات المستخدمة وكيفية الاستفادة منه.</p> <p>2- ويتم تطبيق مقياس الوسواس القهري (القياس البعدي)</p>	<p>1- مقياس الوسواس القهري (القياس البعدي)</p>	الجلسة الخامسة عشرة

## المحتوى التفصيلي لجلسات البرنامج الإرشادي:

### الجلسة الأولى:(التمهيدية):

#### أهداف الجلسة.:

1- إتاحة الفرصة للتعرف، وتحقيق نوع من الألفة بين أعضاء المجموعة الإرشادية ( ممن يعانون

أعراض الوسواس القهري وفقا للقياس القبلي)

2. التعريف بالبرنامج والغرض من الجلسات الإرشادية ومراحلها وعددها ومواعيدها والتقنيات الإرشادية المستخدمة فيها.

3. توضيح القواعد الأساسية للجلسات الجماعية والالتزامات داخل المجموعة الإرشادية.

مكان الجلسة:قاعة محاضرات في الجامعة.

زمن الجلسة المقترح : (90دقيقة)

التقنيات المستخدمة:المحاضرة والمناقشة والحوار .

#### إجراءات الجلسة:

. تقدم الباحثة نفسها، وطبيعة عملها وتفسح المجال لكل فرد من أفراد المجموعة لتقديم نفسه.

- توضح الباحثة الغرض من البرنامج ومن الجلسات العلاجية ومراحلها، وعدد جلساته الأسبوعية

ومواعيدها، وطريقة عقدها موضحة مكانها وزمانها مع التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد وفائدة

المواظبة على حضور الجلسات وضرورة ما يتم الاتفاق عليه أثناء الجلسات خصوصاً قواعد الجلسة

الإرشادية، والشروط الواجبة على العضوات التقيد بها: تقوم الباحثة بقراءة التعليمات الإرشادية المدونة

في الأوراق لدى الطالبات، كما هو مبين في الملحق (9)، مع توضيحها،كما تقوم الباحثة بإعداد

استمارة للتقييم عن كل جلسة إرشادية كما هو مبين في الملحق (10) وإتاحة المجال للطالبات للاستفسار والاستماع لآرائهن، والتأكد من استيعاب القواعد والتعهد بالالتزام بها. و تقوم الباحثة بإنهاء الجلسة: تشكر الباحثة الطالبات على حضورهن وتفاعلهن الإيجابي في الجلسة، وتعلمهن بموعد ومكان الجلسة القادمة، التي تدور حول مفهوم اضطراب الوسواس القهري وأسبابه وأضراره وكيفية التخفيف من حدة الأعراض، مع التركيز على أهمية مراعاة السرية، واحترام خصوصية ما يدور في الجلسات، وضرورة الالتزام بها.

### الجلسة الثانية: الوسواس القهري

#### أهداف الجلسة :

1- فهم واستيعاب أفراد المجموعة التجريبية بطبيعة اضطراب الوسواس القهري، والاستبصار بأسبابه وأعراضه الشائعة.

2- التأكد من استيعاب الطالبات للمحاضرة وتوجيه انتباههن لبعض الأفكار والاعتقادات الخاطئة لديهن، والتي تظهر بالمناقشة مع المرشدة أثناء المحاضرة وبعدها، ومناقشة السبل المتبعة من قبل الطالبات لمواجهة اضطراب الوسواس القهري.

3- تكليف كل طالبة بواجب منزلي عن المواقف التي تشعر فيها بالوسواس القهري.

#### الهدف من المحاضرة:

1- توجيه الطالبات للتركيز والانتباه وتحليل وتفسير الأمور في فهم الأحداث والمسببات.

2- إمداد الطالبات ببعض المعلومات التي تساعد على التعرف على طبيعة الاضطراب.

3 - حفز الطالبات على ملاحظة أساليب تفكيرهن من خلال المناقشة التي تتخلل المحاضرة، ومراجعة أفكارهن من خلال التفكير بالتقنيات التمهيديّة التي تمثل نوعاً من الإرشاد الذاتي والتي تعطي الطالبات خطوة في الطريق نحو العلاج.

مكان الجلسة: قاعة محاضرات في الجامعة.

زمن الجلسة المقترح: (90 دقيقة)

التقنيات المستخدمة: المحاضرة والمناقشة الجماعية، والتدريب على الاسترخاء ، والواجبات المنزلية.

الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

بداية الجلسة تتحقق الباحثة من ردود أفراد المجموعة الإرشادية تجاه الجلسة السابقة، وإذا كان هناك تساؤلات أو قضايا يرغبون بمناقشتها، بعدها يتم التعريف باضطراب الوسواس القهري من حيث طبيعته الإكلينيكية، وأسبابه وأعراضه، وماهية العلاقة بين الكآبة ومرض الوسواس القهري، ومناقشة الأعراض الفسيولوجية المصاحبة للوسواس، كاضطرابات الذاكرة، كالنسيان، والتشتت في الانتباه وضعف التركيز، والسرхан، والشعور بالخوف والتوتر أثناء حدوث وسواس قهري، بعدها تشرك الباحثة أفراد المجموعة بالحوار والمناقشة ثم يأتي قبل إقبال الجلسة شرح تقنية الاسترخاء بطريقة مبسطة، وتوضح فيها بأنه أثناء حدوث أفكار أو أفعال أو اندفاعات قهرية يشعر الشخص بدرجة مرتفعة من الشعور بالخوف والتوتر والقلق، ويشعر بأن عضلات جسمه متوترة ومشدودة، وأن هذا التوتر يضعف من قدرتك على التركيز والانتباه ، وتقلل من النشاط وعدم التوافق، ويشعر بحدة في المزاج والعصبية وزيادة في توتر العضلات، فالتدريب على الاسترخاء يعد من الخطوات الهامة في التغلب على الأعراض المصاحبة للوسواس القهري، ويجعل الفرد يتعامل معه بطريقة صحيحة، ثم تبين الباحثة

لأفراد المجموعة الإرشادية أنهم مقبلون على تعلم خبرة جديدة أو مهارة جديدة، كما تطلب منهم تركيز أفكارهم في هذه اللحظة على الاسترخاء، مع التأكيد على ارتخاء العضلات مع إغماض العينين لمنع التشنج البصري، بعدها تبدأ ممارسة الاسترخاء، بداية التدريب يجلس أفراد المجموعة التجريبية على كرسي لبضع دقائق حتى يشعروا بالراحة والهدوء، وبعدها تعطي الباحثة تعليمات التمرين تدريجياً وبعدها، وفي نهاية الجلسة تختتم بتلخيص ما دار فيها حتى تساعدن على استيعاب مشكلتهن، ويتم تكليفهن بواجب منزلي كما هو مبين في الملحق (11).

### الجلسة الثالثة: حل المشكلات

#### أهداف الجلسة:

- 1- تحديد المشكلة بدقة.
  - 2- معرفة وادراك أفراد المجموعة الإرشادية على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة للموقف الواحد.
- مكان الجلسة: قاعة المحاضرات في الجامعة.

#### زمن الجلسة 90:دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

حل المشكلات

تمرين الاسترخاء

الواجبات المنزلية

#### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

تبدأ الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلف بها كل فرد من أفراد المجموعة الإرشادية ، والتأكد من مدى الاستفادة من ممارسة الاسترخاء،بعدها تقوم الباحثة بتقديم عرض تقنية حل المشكلات.

وتطلب الباحثة من أفراد المجموعة الإرشادية تحديد المشكلة وهي الخطوة الأولى في عملية الإرشاد، وتشمل هذه الخطوة تحديد كل جوانب المواقف في صورة إجرائية ، وصياغة وتصنيف عناصر



الموقف بطريقة ملائمة لفصل المعلومات المناسبة عن ذلك وغير المناسبة، وتحديد الأهداف الأساسية وتحديد المشكلات العليا والقضايا والصراعات، وبذلك فإن تحديد المشكلة وصياغتها وتمحيصها وتحليلها إلى عناصر محدودة يؤدي إلى اختيار الأهداف لحل موقف المشكلة، بعدها مرحلة توليد البدائل فتشير إلى مهمة إعداد قائمة بالحلول الممكنة المناسبة للمواقف الخاصة بالمشكلة، وبعدها مرحلة اتخاذ القرار إلى مرحلة يتم فيها اختيار تصرف من بين عدة بدائل للتصرفات، ويتم ذلك من خلال النظر إلى النتائج القريبة والبعيدة المدى، والأخذ في الاعتبار النتائج الشخصية والاجتماعية، تقدير التوقع الشخصي لنجاح أحد هذه البدائل، أما المرحلة الأخيرة وهي مرحلة التحقق من الحل فتحدث بعد تطبيق أسلوب الحل وتقارن النتائج الحقيقية بالنتيجة المتوقعة، وهذا يحدد الدرجة التي أمكن بها حل المشكلة بفاعلية بواسطة البديل الذي تم اختياره، ثم إيجاد الحل المناسبة، ثم مراقبة الحل ، بعد ذلك يتم التدريب على الاسترخاء، وبعدها إعطاؤهن ميزان التقدير الذاتي لمعرفة مستوى التحسن، ونهاية الجلسة يتم تلخيص ما ورد فيها ثم تكليفن بواجبات منزلية تشمل التدريب على تقنية حل المشكلات كما هو مبين في ملحق (12).

#### الجلسة الرابعة: وقف الأفكار

##### أهداف الجلسة:

1. تحديد المشكلة بدقة.
- 2- فهم وادراك أفراد المجموعة الإرشادية للأفكار والمشاعر السلبية التي تصاحب الأفكار والأفعال والاندفاعات الوسواسية القهرية.
3. مراجعة الواجب المنزلي.

زمن الجلسة 90 دقيقة

التقنيات المستخدمة:

. المحاضرة والمناقشة.

. وقف الأفكار.

. الاسترخاء.

الواجب المنزلي.

الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

بداية الجلسة تبدأ الباحثة مناقشة أفراد المجموعة الإرشادية حول ردود أفعالهم تجاه الجلسة السابقة، وإن كان لديهم أي ملاحظات أو استفسارات، وبعدها يتم مناقشة الواجب المنزلي، الذي اتفق عليه مسبقاً، حيث سيدور النقاش حول الجدول المخصص لتسجيل ومتابعة الأفكار السلبية التي تعترض تفكيرهم، وهنا تترك الباحثة المجال لأفراد المجموعة للتحدث عن مشاعرهم وأفكارهم السلبية، ومن خلال ذلك تمارس الباحثة تقنية وقف الأفكار، وتطلب الباحثة من أفراد المجموعة الإرشادية أن يقوموا بسرد الأفكار القهرية في ذهنهم، ثم تطلب التوقف عن سرد الأفكار، ويكون بصوت عالٍ، ثم تطلب منهم تكرار الخطوة بنفس الطريقة ولكن بصوت منخفض، ، بعد ذلك يتم التدريب على الاسترخاء، ونهاية الجلسة يتم تلخيص ما دار فيها ثم، تكليفهم بواجبات منزلية تشمل التدريب على كيفية وقف الأفكار، ثم تعطى الباحثة لكل فرد في المجموعة الإرشادية ورقة عليها ميزان التقييم التقدير الذاتي لمعرفة مستوى التحسن، كما هو مبين في الملحق (13) ورقة سجل الأفكار ،كما هو مبين في ملحق (15) في نهاية الجلسة يلخص ماورد فيها ويتم تكليفهم بواجبات منزلية كما هو مبين في الملحق(14).

## الجلسة الخامسة: تحدي الأفكار التسلطية

### أهداف الجلسة:

1. مراجعة الواجب المنزلي.
2. التمكّن أفراد المجموعة الإرشادية من كيفية تحدي وصرف أفكارهم من التفكير في أفكار وأفعال وسواسية قهرية إلى التفكير في أفكار وأشياء أخرى.

### زمن الجلسة 90:دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

. تحدي الأفكار التسلطية.

. الاسترخاء.

. الواجبات المنزلية.

#### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

تبدأ الباحثة بمناقشة الواجب المنزلي التي كلف بها كل فرد من المجموعة التجريبية في الجلسة السابقة، وسماع تعليقاتهم ومدى الاستفادة من وقف الأفكار، وما الصعوبات التي تواجههم عند تطبيقها، ثم تقوم الباحثة بشرح تقنية تحدي الأفكار التسلطية، وتدريب المسترشدين على كيفية تحدي وصرف الأفكار والأفعال الوسواسية إلى التفكير في أفكار وأفعال إيجابية، وذلك من خلال أن تقوم أفراد المجموعة التجريبية بتسجيل أو تدوين الأفكار الخاطئة يومياً، وبعدها تقوم بفحص الأفكار، وذلك لمعرفة ما إذا كانت هذا الأفكار منطقية أو أفكاراً خاطئة، وبعدها تحاول أن تقوم بعملية توليد بدائل للأفكار بمعنى استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية، وبعدها يتم التدريب على

الاسترخاء، إعطاؤهن نموذج سجل الأفكار كما هو مبين في الملحق (15)، ونهاية الجلسة يتم تلخيص ما دار فيها تم تكليف بواجبات منزلية تشمل تقنية تحدي الأفكار التسلطية كما هو مبين في الملحق (16).

### الجلسة السادسة: المراقبة الذاتية

#### أهداف الجلسة:

1- إتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنية مراقبة الذات، وذلك عن طريق تسجيل وتدوين الأفكار والأفعال القهرية التي يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار التسلطية أو المختلفة وظيها والاعتقادات اللاعقلانية.

#### زمن الجلسة 120 دقيقة

#### التقنيات المستخدمة :

. المراقبة الذاتية.

. تمرين الاسترخاء.

. الواجبات المنزلية.

#### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

تبدأ الباحثة السؤال حول الجلسة السابقة وكيفية الاستفادة منها وبعدها مناقشة الواجب المنزلي، ويتم تقديم عرض تقنية المراقبة الذاتية، وذلك من خلال استخدام سجل مراقبة الذات والخاص بتسجيل الأفكار التلقائية السالبة، وتمكن هذه التقنية من تفهم عملية عزو الأسباب أي تتعلم أفراد العينة كيفية عزو أسباب الأفكار والوساوس القهرية إلى عوامل داخلية قابلة للتحكم الذاتي والمتمثلة في الأفكار

التلقائية الخاطئة، وليس عزوها إلى أسباب خارجية غير قابلة للتحكم تتمثل في أناس آخرين، كما قامت الباحثة بإعطائهن نموذج المراقبة الذاتية، حيث طلبت من أفراد المجموعة الإرشادية بتسجيل عدد مرات تكرار الأفكار الوسواسية وعدد مرات تكرار الأفعال القهرية ، وتحديد الفترة الزمنية التي استغرق فيها استمرار الوسواس والحالة المزاجية المصاحبة له، تمرين الاسترخاء وفي نهاية الجلسة يلخص ما ورد فيها وتعطي المجال للمجموعة الإرشادية للاستفسار عن تقنية المراقبة الذاتية ،وتختتم بالوجب المنزلي كما هو مبين في الملحق(17).

### الجلسة السابعة: إعادة البناء المعرفي

#### أهداف الجلسة:

1- التمكن وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية على إعادة التنظيم والبناء المعرفي، وكيفية التعامل مع التشوهات المعرفية التي تميز الاضطراب وتتبع الأفكار اللاعقلانية وغير التوافقية.

. زمن الجلسة :120 دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

. إعادة البناء المعرفي.

. تمرين الاسترخاء.

. الواجبات المنزلية.

## الإجراءات العلاجية(المحتوى الجلسة).

كبداية كل جلسة علاجية تبدأ الباحثة فى مناقشة أفراد المجموعة الإرشادية حول سير الجلسات السابقة والسماع إلى آرائهم عن تلك الجلسات، وإن كان لديهم أي استفسارات أو أسئلة عن تلك الجلسات، وثم مناقشة الواجب المنزلي، والتأكد من مدى الاستفادة من تقنية وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية، وهل توجد أي صعوبات عند ممارسة الاسترخاء، تلي ذلك مناقشة تقنية إعادة البناء المعرفي، تبدأ أولاً بالتعرض للمواقف المثيرة للقلق باستخدام التعرض التخيلي ، وذلك من خلال التعرض للمثيرات الأقل شدة إلى المثيرات الأكثر شدة، وبعدها القيام بتقييم أدائي لمستوى القلق، وبعدها تقييم عقلائي لهذه الأفكار غير التوافقية وملاحظة الشخص لمستوى قلقه الذاتى لإعادة التقييم العقلائي، وبعدها تحديد الجمل الداخلية أي ما يقوله لنفسه، ويتعلم كيف تسبب الجمل الداخلية المشكلات الانفعالية التغيرات الذاتية غير المرغوبة التي تصدر عنه، في هذه المواقف ويُدرَّب على التغيرات الذاتية المرغوبة بدلا منها، ذلك بتعرف أفراد المجموعة بأحاديث الذات السلبية وإعادة تنظيم محتوى البناء المعرفي، ومساعدتهم في التعامل مع الأفكار المثيرة للانفعال والتشويبات المعرفية التي تؤدي إلى حدوث المشكلات، ومحاولة التعرف الدقيق على هذه الأفكار وتطويرها بحيث تكون قوة للتفكير الإيجابي وإضافة إلى تطوير وتدريب الصوت الداخلي بما يؤثر على الرؤية الثابتة للحياة ، وبعدها يتم إعطاؤهن نموذج المراقبة الذاتية كما هو مبين في الملحق (18) ونموذج معرفة الذات كما هو مبين في الملحق (19)

وفى نهاية الجلسة يلخص ما ورد فيها، ويعطى المجال للمجموعة الإرشادية للاستفسار عن تقنية إعادة البناء المعرفي، والاسترخاء، وتختتم بالواجب المنزلي كما هو مبين في الملحق رقم(20).

## والجلسة الثامنة: التعليمات الذاتية

### أهداف الجلسة:

1. ادراك واثقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنية التعليمات الذاتية وكيفية التفكير السليم قبل إصدار الاستجابة، وكيفية التفكير باستبدال التعليمات السلبية بتعليمات إيجابية.

### التقنيات المستخدمة:

. تقنية التعليمات الذاتية.

. الاسترخاء

. الواجبات المنزلية

زمن الجلسة 120 دقيقة

### الإجراءات العلاجية:

تبدأ الباحثة في أسئلة أفراد المجموعة الإرشادية حول الجلسات السابقة وسماع أي استفسارات أو أسئلة عن تلك الجلسات، ثم مناقشة الواجب المنزلي، والتأكد من مدى الاستفادة من ممارسة الاسترخاء؟ وهل هناك صعوبات في أداء تمرين الاسترخاء؟ وهل ساعد الاسترخاء على الشعور بتحسن في تخفيف التوتر والقلق؟ وما الأفكار أو الصور أو الاندفاعات القهرية الملحة في تكرارها؟ وما هي الإجراءات التي اتخذوها في وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية؟ بعدها تقوم الباحثة بتدريب أفراد المجموعة الإرشادية على التعرف والوعي بالأفكار غير التوافقية المقولات الذاتية، وتقوم الباحثة بتدريبهن على التخلص من الحديث بطريقة سلبية وانهزامية، واستبدالها بطريقة إيجابية، وتدريبهن على كيفية تعلم التحدث إلى الذات قبل إصدار الاستجابة، باعتبارها العنصر الأساسي في توجيه السلوك وضبط الذات، وبعدها تقوم الباحثة بعملية النمذجة المعرفية بعدها تقوم الباحثة .

بمذجة السلوك المناسب بينما تشرح بالكلام الطرق الفعالة، وتشمل هذه الأقوال شرح متطلبات الواجب، والتعليمات الذاتية التي تقود الأداء المتدرج، والأقوال الذاتية التي تؤكد كفاءة الشخص وتضاد الانشغال بالفشل، والتدعيم الذاتي الضمني للأداء الناجح ، ويقوم أفراد المجموعة التجريبية بعد ذلك بأداء السلوك المستهدف، في البداية يتم ذلك حينما يعطون لأنفسهم التعليمات المناسبة بصوت عالٍ، ثم بعد ذلك بترديدها سراً بينه وبين نفسه، وتساعد توجيهات الباحثة في هذه المرحلة على تأكيد أن ما يقولونه لأنفسهم في سبيل حل المشكلة قد حل محل الأفكار التي كانت تسبب القلق فيما مضى .

أم أنه يتم التسليم لتلك الأفكار الوسواسية تصبح في قلق توتر والشعور عام بالاكئاب، وشرح لهم كيفية التحكم بها من خلال هذه التقنية، والتأكيد على أهمية الحديث الذاتي الداخلي الذي نقوله لأنفسنا عند سيطرة الأفكار والاندفاعات القهرية، الأمر الذي ينتج عنه سلوك وانفعالات غير توافقية، وبالتالي لا بد أن يتعلم الفرد أن يتوقف عن التعبيرات الذاتية السلبية التي يحدث به نفسه ، ويستبدلها بتعبيرات إيجابية. وتعليم أفراد المجموعة الإرشادية من خلال التدريب على الحديث مع الذات قبل إصدار الاستجابة، وذلك بهدف توجيه السلوك، وضبط الذات، وتعديل السلوك.

ويتم هنا التأكيد على دور الحديث الداخلي الحوار الذاتي، ونوع هذا الحديث، وكيفية تغيير السلبي منه إلى إيجابي ودور كل منها في سير العلاج، ثم التدريب على الاسترخاء. وإعطاءهن نموذج التقدير الذاتي لمعرفة مستوى التحسن، وفي نهاية الجلسة يلخص ما ورد فيها، ويعطى المجال للمجموعة للاستفسار عن تقنية التعليمات الذاتية والاسترخاء، وتختتم بالواجب المنزلي، كما هو مبين في الملحق رقم (21).



## الجلسة التاسعة:التطمين التدريجي.

### أهداف الجلسة:

- تمكن وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنية التعرض للمثيرات السلبية بالتدريج.

### زمن الجلسة 120دقيقة

### التقنيات المستخدمة:

. التطمين التدريجي

. تمرين الاسترخاء

. الواجبات المنزلية

### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

تبدأ الباحثة مناقشة الواجب المنزلي، إذا كانت لديهن أي أسئلة أو ملاحظات، وبعدها تقوم الباحثة بتطبيق تقنية الاسترخاء أولاً ثم تقوم بعرض تقنية التطمين التدريجي، وإعداد مدرج القلق وكيفية التعرض للمثيرات من الأقل شدة إلى الأكثر شدة، و تبدأ عملية التخلص التدريجي تطلب الباحثة من الطالبات (أفرادالمجموعة الإرشادية ) وهن في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء، وذلك عن طريق التخيل إلى أقصى حد، (يقمن بتخيل المواقف الأفكار الوسواسية والاندفاعات القهرية ) والتي تشير لديهن درجة أقل من القلق ، ويجعلن خيالاتهن حية وكأنها حقيقة، ويحاولن التركيز الذهني عليه، وهن في حالة من الاسترخاء وتحاول الباحثة التشجيع على ذلك وفي حالة شعرت بأي حالة من التوتر فعليهن الإشارة بيدهن اليسري ، تستغرق عملية التخيل (15ثانية ) وبعده تتوقف عن التخيل وتعود من جديد لحالة الاسترخاء بدرجة أعمق تستغرق(10ثوان) وبعدها تبدأ من جديد عملية التخيل تستغرق (5 ثوان)،وبعدها تتوقف عملية التخيل، وتبدأ عملية الاسترخاء تستغرق (15 ثانية) بعدها تطلب الباحثة

منهن أن يقمن بتخيل الأفكار الوسواسية والاندفاعات التي تثير لديهن أكثر درجة من القلق تستغرق (5 ثوان) بعدها تتوقف عن التخيل وتعود إلى عملية الاسترخاء، وإذا كُنَّ يشعرن من حالة من القلق والتوتر فليهن الإشارة بيدهن اليسرى، وبعده تعود إلى عملية التخيل من جديد تستغرق (15 ثانية) وبعدها تتوقف عن التخيل وتعود للاسترخاء ويحاولن ارتخاء عضلاتهن جميعها (تستغرق 15 ثانية) بعده تطلب الباحثة أن يقمن بتخيل وهن في الموقف لأكثر درجة من القلق (تستغرق 15 ثانية) وهن في حالة إغماض العينين، وتقوم الباحثة بالعدّ من الواحد إلى الخمسة، وبعده يقمن بفتح العينين وهن في حالة من الاسترخاء تقوم الباحثة بتلخيص الجلسة، وبعدها إنموذج التقدير الذاتي لمعرفة التحسن، وبعدها يتم تكليفهن بواجبات منزلية كما هو مبين في الملحق رقم (22).

#### الجلسة العاشرة: التعرض ومنع الاستجابة

##### أهداف الجلسة:

1- تهدف إلى فهم وإتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنيات التعرض التخيلي وكيفية منع الأفكار والأفعال القهرية.

زمن الجلسة 120 دقيقة.

##### التقنيات المستخدمة:

. التعريض ومع الاستجابة.

. الاسترخاء.

. الواجبات المنزلية.

#### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

تبدأ الباحثة بمناقشة أفراد المجموعة حول الجلسات السابقة، أن كان لديهم أي أسئلة أو استفسارات عن تطبيق التقنيات ومدى الاستفادة منها، وتتأكد من الواجبات المنزلية، وبعدها تقوم الباحثة، بإجراء الاسترخاء أولاً قبل عملية التعرض، وذلك لتخفيف من حدة القلق، وبعدها تقوم باختبار التعرض للمواقف المثيرة للقلق لدى

العينة التجريبية، والسماح لأفراد العينة بالتعامل مع مشكلاتهم الشخصية ضمن خطوات معيارية مضبوطة ، وقبل المرور بمكونات عملية التعرض التخيلي تطلب الباحثة من أفراد العينة تحضير واجبات منزلية في موضوعات محددة، كما يتم التركيز على أن موضوعات التعرض شبيهة بالواقع إلى حد كبير وخطوات التعرض تم بناؤها بطريقة تدريجية تبدأ من المواقف التي تثير الوسواس البسطية إلى المواقف التي تثير الوسواس المتوسطة إلى المواقف التي أقصى مستوي من الوسواس، وقبل كل موقف من مواقف التعرض يتم شرح الموقف تفصيليا وتم تحديد الهدف من تلك العملية مع إقناعهم بفاعلية تلك المواقف لتخفيف حدة الوسواس لديه، ومن ناحية أخرى تم تعزيز انطبعا إيجابيا عن مساهمة المشارك في كل جلسة تعرض، وبعدها طلب منهم إتمام الواجبات المنزلية المطلوبة منهم التدريب على تقنية التعرض ومنع الاستجابة كما هو مبين في الملحق رقم (23).

#### الجلسة الحادية عشرة :

##### أهداف الجلسات:

- تهدف إلى إعادة التمكين من خلال تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على حل المشكلات ، ووقف الأفكار، وتحدي الأفكار التسلطية.
- إتقان أفراد المجموعة الإرشادية على وقف الأفكار، وتحدي الأفكار التسلطية أثناء اقتحام الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والاندفاعات.
- ممارسة الاسترخاء.

#### زمن الجلسة 120: دقيقة

##### التقنيات المستخدمة في الجلسات:

. حل المشكلات

. وقف الأفكار .

. تحدي الأفكار التسلطية .

. تمرين الاسترخاء .

. الواجبات المنزلية .

### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

بداية يتم مراجعة ما دار بالجلسة السابقة، وإذا كان هناك أي ملاحظات سيتم مناقشتها، يلي ذلك مناقشة الواجبات المنزلية، وتقوم الباحثة بتقديم عرض موجز بسيط عن تقنية حل المشكلات، ووقف الأفكار، وتحدي الأفكار التسلطية، وبعدها تطبيق وقف وتحدي الأفكار التسلطية القهرية ، كيفية منع الاستجابة أثناء التعرض للمثيرات وأفعال واندفاعات قهرية، وكيفية المقاومة وإحاح الرغبة القهرية، ومنع الاستجابة، ثم ممارسة تمارين الاسترخاء، وفي نهاية الجلسات يتم تلخيص ما جاء في كل جلسة على أن يتم إشراك أفراد المجموعة في العملية العلاجية، وتختتم الجلسة بالواجب المنزلي حل المشكلات ووقف الأفكار وتحدي الأفكار كما هو مبين في الملحق رقم (24).

### الجلسة الثانية عشرة :

#### أهداف الجلسة:

. تهدف إلى الاستيعاب العميق للمهارات عن طريق إعادة تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على حل المشكلات ووقف الأفكار وتحدي الأفكار التسلطية.

#### زمن الجلسة 120:دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

. حل المشكلات

. وقف الأفكار

- وتحدي الأفكار التسلطية

. تمارين الاسترخاء.

. الواجبات المنزلية.

### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

مع بداية كل جلسة تبدأ الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي، وإن كان لديهم أي أسئلة أو ملاحظات أو استفسار حول الجلسات السابقة، تطلب منهم تلخيص ما حدث في الجلسة السابقة، تقوم الباحثة بإعادة التدريب أفراد المجموعة الإرشادية على حل المشكلات وقف الأفكار وتحدي الأفكار التسليطة، كما تطلب الباحثة من المجموعة عند حدوث أفكار وأفعال واندفاعات قهرية يجب أن يجري حواراً مع نفسه حول هذه الأفكار والأفعال القهرية التي تراوده، هل هي خاطئة وغير منطقية، أم صحيحة وهي التي تتحكم في الانفعالات والسلوك، وفي نهاية الجلسات يلخص مآدار في كل جلسة ويفتح المجال للحوار والمناقشة ثم التكليف بالواجب المنزلي، وممارسة تمارين الاسترخاء كما هو في الملحق (25).

### الجلسة الثالثة عشرة:

#### أهداف الجلسة:

تهدف إلى التمكين من مراجعة وإعادة تدريب أفراد المجموعة الإرشادية على كيفية التعرض للأفكار والاندفاعات الوسواسية ومنع الاستجابة.

### زمن الجلسة 120: دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

. التعرض ومنع الاستجابة

- تمرين الاسترخاء

- الواجبات المنزلية

### الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة)

يتم مراجعة ما ورد في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي وتقوم الباحثة بتقديم عرض موجز عن التعرض وكيفية منع الاستجابة وبعدها يتم تدريبهن على كيفية التعرض أو المواجهة للأفكار أو الاندفاعات الوسواسية ذلك من خلال إعادة تدريبهن على مواجهة الأشياء التي يخشينهن مرارا وتكرارا ، فإذا شعرت أن عليك تجنب شئ ما فلا تستجب لهذا الشعور، وإذا شعرت أن عليك أداء أحد الطقوس لتشعر بالراحة لاتفعله وامتنع عن الاستجابة، وفي ختام الجلسة تلخيص ما ورد فيها ويتم تكليفهن بواجبات منزلية كما هو مبين في الملحق رقم (26).

### الجلسة الرابعة عشرة

#### أهداف الجلسة

- إتقان أفراد المجموعة الإرشادية لتقنيات التعرض الأفكار والاندفاعات الوسواسية ومنع الاستجابة.

#### زمن الجلسة 120 دقيقة

#### التقنيات المستخدمة:

التعرض ومنع الاستجابة

تمرين الاسترخاء

الواجبات المنزلية

## الإجراءات العلاجية (محتوى الجلسة )

يتم مراجعة ما ورد في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي، وتقوم الباحثة بتقديم عرض موجز عن التعرض، وكيفية منع الاستجابة، وبعدها يتم إعادة تدريبهن على كيفية منع الاستجابة، وفي ختام الجلسة تلخيص ما ورد فيها، ويتم تكليفهن بواجبات منزلية كما هو مبين في الملحق (27).

## الجلسة الخامسة عشرة (الختامية)

### أهداف الجلسة

- التعرف على رأى المجموعة الإرشادية في الجلسات، ومدى استفادتهن من البرنامج الإرشادي.
- تطبيق مقياس الوسواس القهري.

### زمن الجلسة 120:دقيقة

### إجراءات الجلسة (محتوى الجلسة)

وهي الختامية، حيث تقوم الباحثة بتقديم ملخص عام عن الجلسات السابقة، والتقنيات المستخدمة وكيفية الاستفادة منها مستقبلاً، والاستفسار إذا ما كان هناك أي أسئلة أو ملاحظات، وفي حالة حدوث أو الشعور بمشكلة عليه مراجعة الباحثة. كما توصي بممارسة الاسترخاء والتقنيات العلاجية الأخرى لتخفيف أعراض الوسواس القهري، بعده يتم تطبيق مقياس الوسواس القهري ، ثم تطلب الباحثة من المجموعة التواصل معها بعد شهر من آخر جلسة علاجية، من أجل المتابعة وتطبيق أخير لمقياس الوسواس القهري.

## الملحق رقم (10)

### لجنة التحكم للبرنامج المعرفي السلوكي

التخصص العلمي	الاسم	
علم النفس المعرفي	د. عبد الله امحمد عريف	1
طبيب نفسي	أ.د. علي الرويعي	2
علم النفس المرضي	أ.عائشة امتويل	3
العلاج والإرشاد النفسي	د.نوار العرفي	4
العلاج والإرشاد النفسي	أ.جلال أبودبوس	5



## الملحق رقم (11)

### قواعد الجلسة العلاجية

- 1- الالتزام بالمحافظة على المواعيد، وحضور جميع الجلسات، وعدم الغياب إلا بعد أخذ إذن بذلك.
- 2- المحافظة على سرية المعلومات الشخصية، وعدم الحديث نهائيا خارج الجلسة حول ما يدور فيها من أمور شخصية خاصة.
- 3- الاحترام المتبادل بين الجميع، وعدم المقاطعة أثناء الكلام، وحسن الإصغاء.
- 4- إعطاء معلومات كافية عن الأعراض للوصول إلى التشخيص الدقيق.
- 5- الالتزام بالحوار والمناقشة والمشاركة في جميع الأنشطة والتمارين والتعاون مع الباحثة.
- 6- الالتزام بأداء الواجبات المنزلية وتنفيذها ومناقشتها في أثناء الجلسات.

## الملحق رقم(12)

### استمارة التقييم الخاصة بالباحثة لكل جلسة

استمارة خاصة بتقييم الباحثة لكل جلسة إرشادية من البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي

1	رقم الجلسة وتاريخها	
2	نوع التقنية المستخدم	
3	أنواع الواجبات المنزلية	
4	ما الخطوات	
5	ما الصعوبات التي واجهتهن عند تنفيذ الواجبات المنزلية.	
6	الأهداف المحققة	
7	نسبة النجاح	

ملاحظات أخرى

.....

.....

.....

## الملحق (13)

### الواجب المنزلي للجلسة الثانية (الوسواس القهري ومسبباته)

هل تشعرين بأعراض الوسواس القهري اليوم

( ) نعم ( ) لا

ما الأعراض التي تعاني منها بالتحديد.....

.....  
.....

هل قمت بمحاولة التخلص من الوسواس لوحدك

( ) نعم ( ) لا

اشـرحـي كيف تم

ذلك:.....

.....  
.....

حاولي ممارسة بعض الأنشطة.

أنشطة سلوكية.

أحسست بالوسواس وخاصة وسواس الأفكار والاندفاعات عليك بـ

1- قراءة رواية أو كتب مفيدة.

2- إجراء مكالمة مع صديقك .

3- التفرغ لمشاهدة التلفاز.

4. القيام بأعمال داخل المنزل (كمثال على ذلك قومي بترتيب حجرتك وأغراضك، أو تنظيف محاضرتك ، قومي بمساعدة والديك في تجهيز أشياء في المنزل.

أنشطة معرفية.

1- خاطبي نفسك بأن هذه الوسواس قهرية يُمكنني أو أستطيع التخلص منها.

2- تذكري بأن كثيرا من الناس يشعرون بالوسواس في وقت من الأوقات.

ضعي إشارة على النشاط الذي مارسته، ثم سجلي ما شعرت به بعد ممارسة النشاط...

.....

## الملحق (14)

### الواجب المنزلي للجلسة الثالثة (حل المشكلات)

اذكري خطواتك عند تعرضك لمشكلة ما

هل تقومين .

1- عندما تواجهني مشكلة أفعل المطلوب عشوائيا، دون التفكير في تأثيره على المشكلة.

2- أضع بدائل متعددة للوصول إلى حل المشكلة.

3- أفكر في وسائل ابتكارية وفعالة لحل المشكلة التي تواجهني .

4- عدم التفكير في المشكلة وتأجيل اتخاذ القرار حتى تزول المشكلة تلقائيا.

نعم أو لا اشرحي ذلك.....

.....

ما أهم الصعوبات التي تواجهك عند حل المشكلات؟

.....

.....

.....

اذكري سبل مواجهتك لهذه المشكلات.

.....  
.....  
.....

اشرحي كيف تقومين بترتيب الخطوات عند تعرضك لمشكلة ما.

- .....-1
- .....-2
- .....-3
- .....-4

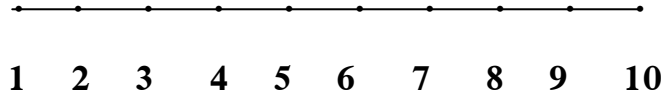
## الملحق (15)

ميزان التقدير الذاتي الشخصي لأفراد المجموعة التجريبية

الاسم.....:

الجلسة ( )

أرجو منك أن تضعي دائرة حول الرقم الذي يشير إلى مدى تحسنك



## الملحق (16)

### الواجب المنزلي وقف الأفكار (الجلسة الرابعة )

اذكري خطوات التفكير لديك.

- 1- هل تستند طريقة تفكيرك إلى أسلوب الكل أو لا شيء؟
- 2- هل تستخدمين كلمات أو جُملاً تمثل معتقدا متطرفا كأن يكون الشيء أو لا شيء ، أبيض أو أسود...؟
- 3- هل تستخدمين حيل الدفاع المعرفية؟
- 4- هل تقومين بانتقاء المواقف بعيدا عن بيئتها؟
- 5- هل أحكامك تعتمد على الانفعالات عوضا عن الحقائق؟
- 6- هل تفكرين بطريقة توكيدية عوضا عن ترك فرصة للاحتتمالات؟
- 7- هل تقومين بتأويل الأفكار بعيدا عن الواقع؟
- 8- ما الدليل على صحة أو بطلان الفكرة؟

اشرحي ذلك.....

.....

.....

- 9- اشرحي كيف تقومين بتحديد الحالة أو المواقف التي تمرين بها عند حدوث وساوس الأفكار أو الاندفاعات لديك، ماهى العواطف أو الأحاسيس التي تشعرين بها ما الأفكار المصاحبة لهذه المواقف والاحاسيس؟



.....

.....

.....

.....

10- اشرح كيف تقومين بوقف أفكارك عند تعرضك للوساوس.

.....

.....

.....

.....

## ملحق رقم (17)

### ورقة سجل الأفكار من إعداد الباحثة

الاسم /

الأفكار التسلطية مع ذكر المدة الزمنية	الشعور المصاحب للأفكار	الحالة /الموقف عند تعرضك للمواقف أو للمثيرات سببت في حدوث وساوس
--	---------------------------	--

## الملحق (18)

### تحدي الأفكار التسلطية (الجلسة الخامسة)

كيف تقومين بتسجيل أفكارك الخاطئة أو غير العقلانية؟

.....

.....

ما خطوتك في تحديد أفكارك؟

.....

.....

كيف تقومين بفحص أفكارك الخاطئة؟

.....

.....

عند مواجهتك الأفكار الخاطئة كيف تقومين بعملية توليد أفكار بديلة؟

.....

.....

اشرحي كيف تقومين بتحدي الأفكار عند مواجهتك للوساوس.

.....1

.....2

.....3

.....4

## الملحق (19)

### الواجب المنزلى (المراقبة الذاتية)الجلسة السادسة

أولا عليك اتباع الخطوات التالية:

- 1- قومي بتدوين أفكارك أو الاندفاعات القهرية ساعة بساعة يوميا ، مع تحديد الشعور العام لديك، وذلك من خلال النموذج الموجود لذلك.
- 2- بعدها قومي بتحديد الوضع الحالي لمزاجك( المقصود به الشعور بالانقباض عدم الارتياح النفسي) وذلك من خلال المقياس المتدرج ابتداء من 0 إلى 100،
- 3- وضحى كيف تقومين بالمراقبة الذاتية عند مواجهتك للوساوس؟

.....  
.....

## ملحق (20)

### نموذج المراقبة الذاتية

#### من إعداد الباحثة

الشعور	الشعور	فترة الصباح من الساعة 11 إلى 1 أو قد تمتد إلى أكثر	فترة الصباح من الساعة 10 إلى 11	فترة الصباح من الساعة 8 إلى 10	
الشعور العام بعدم الارتياح النفسي نعم أو لا	بالانقباض (الكآبة) نعم أو لا	بقلق نعم أو لا			عدد مرات تكرار الأفكار الوسواسية
					عدد مرات إحاح الأفعال القهرية

## ملحق (21)

### نموذج معرفة الذات

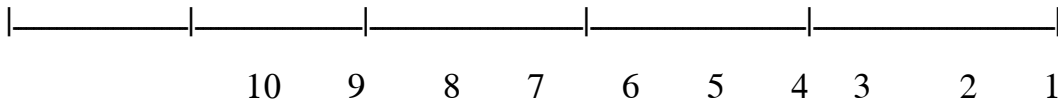
أنا اسمي ..... التاريخ / /

<p>وسلبياتي هي في شخصيتي - طبعي - أفكاري - مشاعري</p>	<p>إيجابياتي هي في شخصيتي - طبعي - أفكاري - مشاعري</p>
---	--

## الملحق (22)

### إعادة البناء المعرفي (الجلسة السابعة) الواجب المنزلي

1 من خلال المقياس المتدرج المبين لديك قومي بتقييم لمستوى القلق لديك عند تعرضك للأفكار أو الاندفاعات الوسواسية.



2- عند تحديد مستوى القلق لديك قومي بتقييم لهذه الأفكار والاندفاعات الوسواسية غير التوافقية هل ترين بأنها تناسب مستوى قلقك

.....  
.....  
.....

3- هل ما يدور بينك وبين نفسك (الحديث الداخلي) إيجابي أو سلبي وهل ترين بأنه هو السبب في هذه الأفكار والاندفاعات الوسواسية؟

.....  
.....  
.....

4- من خلال جدول معرفة الذات الموجود لديك قومي بتحديد شخصيك من خلال تحديد إيجابياتك وسلبياتك كما هو مبين في ملحق ()

5- لمعرفة نفسك وطريقة تفكيرك في المستقبل، والأشياء التي تشعرك بالسعادة، والأشياء التي تستفزك، والأشياء التي تعنيك والشعور بالخوف والألم والغيرة، قومي بتحديد ذلك من خلال اختبار من أنا لمعرفة الذات، كما هو مبين في الملحق ()

6- اشرح كيف تقومين بترتيب تفكيرك (إعادة البناء المعرفي) عند تعرضك للوساوس؟

.....1

.....2

.....3



## لمحلق (23)

### الجلسة الثامنة (التعليمات الذاتية) الواجب المنزلي

1- عند مواجهتك للوساوس تتحدث لنفسك (الحوار الداخلي أو الذاتي)

أ- تميل إلى الحديث بصوت مسموع.

ب- تميل إلى الحديث بصوت خافت.

ج- تميل إلى الحديث بصوت مهموس.

اشرح ذلك

.....

.....

.....

2- معظم الحوار الداخلي مع نفسك.

أ- سلبي.

ب إيجابي.

وضح ذلك

.....

.....

3- هل تستطيعين استبدال الحديث السلبي إلى إيجابي؟ (نعم) (لا)

.....

.....

.....

4. وضح كيف تقومين بإصدار التعليمات الذاتية عند مواجهتك للوساوس؟

.....

.....

## الملحق (24)

### الجلسة التاسعة (التطمين التدريجي) الواجب المنزلي

عندما تمر الوسوس بذهنك فهل تثير لديك أعراضاً من القلق بدرجة.

1- منخفضة.

2- متوسطة.

3- مرتفعة.

2- عند شعورك بقلق أو الشعور بالخوف ما الأعراض المصاحبة لذلك؟

.....  
.....

3- حاولي بنفسك وأنت في حالة من الاسترخاء وضع قائمة متدرجة من المثيرات المحدثة لوساوسك على أن تكون البداية من الأقل إثارة إلى الأكثر إثارة مما يساعدك على الاطمئنان تدريجياً.

.....  
.....  
.....

4- كيف تقومين بالتطمين التدريجي عند تعرضك للوساوس؟

.....  
.....

## المحلق رقم(25)

### الواجب المنزلي للجلسة العاشرة

#### ( التعرض ومنع الاستجابة).

- 1- قومي وأنت في حالة من الاسترخاء للعملية التعرض (الذهنى أو الخيلى) غير الواقعى ، حاولي بأن تقومي بتخيل الأفكار الوسواسية والاندفاعات القهرية( وكان تشاهدين ذلك حقيقي)
- 2- بعد عملية التخيل قومي بملاحظة شعورك، وبعدها قومي بمنع حدوث الاستجابة لذلك .
- 3- حاولي تكرار ذلك أكثر من مرة، وذلك لحدوث أمرين بأن يخفف من الشعور بالقلق لديك وآخر تتمكنين من السيطرة أي منع الاستجابة.

حددي الخطوات عند تعرضك لوساوس الأفكار والاندفاعات وكيفية منع الاستجابة.

- 1- .....
- 2- .....
- 3- .....

## المحلّق (26)

الواجب المنزلي ( حل المشكلات ووقف الأفكار وتحدي الأفكار) الجلسة الحادية

عشرة.

حل المشكلات

1- الخطوات التي قامت باتباعها في استخدام هذه التقنية

.....

.....

.....

.....

وشعرت ب.....

.....

الصعوبات التي واجهتني عند ممارسة هذه التقنية

.....

.....

وقف الأفكار

1- الخطوات التي قامت باتباعها في استخدام هذه التقنية

.....

.....

.....

..... وشعرت بـ.....

.....

الصعوبات التي واجهتني عند ممارسة هذه التقنية

.....

.....

تحدي الأفكار

1- الخطوات التي قامت باتباع عند ممارسة هذه التقنية

.....

.....

.....

..... وشعرت بـ.....

.....

الصعوبات التي واجهتني عند ممارسة هذه التقنية

.....

.....

## المحلق (27)

الواجب المنزلي ( حل المشكلات وإعادة البناء المعرفي و التعليمات الذاتية )

### الجلسة الثانية عشر

حل المشكلات

1- لكي تجادى استخدام هذه المهارة قومي بإعادة التدريب على هذه التقنية مع ذكر الخطوات.

.....

.....

.....

.....

وشعرت ب.....

.....

وإيجابياته.....

.....

.....

وقف الأفكار.

1- حاولي بنفسك إعادة التدريب على هذه التقنية مع ذكر الخطوات.

.....

.....

.....  
..... وشعرت ب.....  
.....  
..... ايجابياته.....  
.....

### تحدي الأفكار.

1- قومي بنفسك بإعادة التدريب على هذه التقنية مع ذكر الخطوات.

- 1- .....
- 2- .....
- 3- .....

..... وشعرت ب.....  
.....  
..... ايجابياته.....  
.....



## الملحق (28)

الواجب المنزلي ( إعادة التدريب على تقنية التعرض ومنع الاستجابة) الجلسة

الثالثة عشر.

1- حاولي بنفسك عن طريقة التخيل وانت في حالة من الاسترخاء كيفية المواجهة ومنع الاستجابة مع ذكر الخطوات.

1- .....

2- .....

3- .....

وشعرت ب.....

.....

إيجابياته.....

.....

## الملحق (29)

الواجب المنزلي ( اتقان التدريب على التعرض ومنع الاستجابة) الجلسة الرابعة

عشر

1- لكي تجيدي اتقان هذه التقنية قومي بإعادة التدريب على المواجهة وكيفية منع الاستجابة

وشعرت بـ .....

.....

**The effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program  
to alleviate the symptoms of obsessive-compulsive disorder  
among a sample of students of the Libyan International  
University of Medical Sciences**

**By**

**Fatima Yousif Saleh Alwahishi**

**Supervisor**

**Dr Abdullah Amhamed Arif**

**Abstract**

This study aimed to uncover the effectiveness of group behavioral cognitive counseling program in reducing the symptoms of obsessive compulsive among a sample of students from the Libyan international university for medical sciences in city of Benghazi ,Libya , during study year of (2017 -2018 ) .

The population of study consisted from (518) students . their ages ranged from (19 – 26 ) years. The sample of study (n=30 ) was chosen from those who received above or greater score than average (79.33 ) and standard deviation ( S D ) of ( 14.75 )

Right after arranging the study sample ( 160 ) on obsessive compulsive scale ,and with granted acceptance from members of primary sample of study to participating in the experimented study , the researcher , utilized random pairing procedure to distribute the primary study sample in to random groups experimental group( n=15 ) and control group ( n=15 ) .Both experimental and control group were examined in their equivalence in variables of age intelligence ,level of social cultural economic , and post test . Researches prepared and used group behavioral cognitive program as (dependent variable ) ,and obsessive compulsive symptom scale as ( dependent variable ) , and obsessive compulsive symptoms scale as student behavior ) which was prepared via ( Dr. Abedalla A . Arif and the researcher ) as ( independent variable )

To examine the psychometric characteristics of the scale which are presented in validity and reliability , pilot study was conducted on sample of which was chosen randomly from medical Arab university and Libya international university calculation of item validity as well as concurrent validity between scale of obsessives compulsive symptoms and Arabic scale for obsessive compulsive , prepared via Ahmed Abed Alkaleg ( 1992 ) Also Alph Cronbach coefficient value was calculated and split half method . As a result , all tool , were appropriate for the aims of the study .To examine the appropriateness of group behavioral cognitive counseling program to suit the goals of teaching staff members , and spoilt study was conducted ( n=7 ) Not from the prim sample According to pilot study result modification were made and a final form was prepared

To apply the concealing\_program\_, the researcher needed (15 )session which ranged in time from (90 –120) minutes ,using the following techniques ..Lecture and discussion thought –stop ,self –monitoring homework ,self-instructing ,relaxation ,response ,stop .

The results of the study hypothesis indicated:

1-These were statistically significant cant differences between pre-test and post-test of the experimental group of the scale of obsessive compulsive favouring the post-test at (0 . 01) .

2 – there were statistically significant difference between the experimental group and the control group in post-test on the obsessive compulsive scale favouring the experimental group at (0 .01) .

3 – there were no significant statistical differences between the score average of the experimental group in both the post- test and the following up – test after one month of application .

In the light of the result and interposition of the study ,the effectiveness of the group behavioural cognitive coinciding program in the reduction of obsessive compulsive symptom among the university students .

According to the study results ,several practically recommendation and suggestion for future research



**The effectiveness of a cognitive-  
behavioral counseling program to  
alleviate the symptoms of obsessive-  
compulsive disorder among a sample  
of students of the Libyan  
International University of Medical  
Sciences**

**By**

**Fatima Yousif Saleh Alwahishi**

**Supervisor**

**Dr Abdullah Amhamed Arif**

**This Thesis was submitted in Partial Fulfillment of the  
Requirements for Master's Degree of Science in  
psychology.**

**University of Benghazi**

**Faculty of Arts**

**July 2019**