

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة  
كلية العلوم الاجتماعية والانسانية  
قسم: علم النفس وعلوم التربية .



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي  
ميدان: علوم اجتماعية  
الشعبة: علم النفس  
تخصص: علم النفس العيادي  
من اعداد الطالب : بن طبال بوبكر  
بعنوان:

**فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف اعراض  
الوسواس القهري - دراسة عيادية لأربع حالات بديوان مؤسسات الشباب بورقلة -**

نوقشت واجيزت بتاريخ: 23 جوان 2019

اعضاء لجنة المناقشة

أ. د. محمد سليم خميس	جامعة قاصدي مرباح	رئيسا ومناقشا
أ. د: محمد عرفات جراب	جامعة قاصدي مرباح	مشرفا
د. وردة بلحسيني	جامعة قاصدي مرباح	مناقشا

السنة الجامعية: 2018 - 2019 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ وَتَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ ۗ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلٍ

النَّوَارِيزِ ﴿١٦﴾

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ

## كلمة شكر:

الحمد لله والصلاة والسلام على خاتم الانبياء و المرسلين القائل " **من لا يشكر الناس لا يشكر**

**الله** " ، اما بعد :

فإنني أتوجه بالشكر والتقدير والامتنان إلى استاذي الفاضل الأستاذ الدكتور **جذاب محمد عرفات** على تفضله وقبوله الإشراف و المتابعة لهذا العمل وكان نعم المعين بصبره وحلمه وتوجيهه ونصائحه القيمة .

كما أتوجه بالشكر إلى الأساتذة الكرام أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم تقييم هذا العمل رغم ضيق وقتهم وتعدد مسؤولياتهم ، كما اشكر الاساتذة الكرام الذين لم يبلخوا علينا بأي معلومة او جهد او نصيحة طيلة المرحلة الدراسية .

كما لا انسى شكر الزملاء الذين قبلوا تحكيم البرنامج العلاجي رغم انشغالاتهم المتعددة.

الشكر موصول ايضا إلى كافة أفراد العائلة كل باسمه ومقامه، إلى جانب زملائي الطلبة الذين لم يدخروا أي جهد في إمدادي بالمساعدة والاستشارات وتبادل وجهات النظر فلهم مني جزيل الشكر والثناء.

كما أتوجه بالشكر لزملائي في العمل الذين شجعوني على مواصلة الدراسة .

وفي الأخير اشكر كل من كل من مد لي يد العون في انجاز هذا البحث سواء من قريب أو بعيد.

بوبكر

## الملخص بالعربية:

**عنوان الدراسة :** فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى.

هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اعراض اضطراب الوسواس القهري. وقد استخدم في هذا البحث المنهج الشبه تجريبي بالاعتماد على مخطّط المجموعة الواحدة باختبار قبلي وبعدي وذلك كما يأتي: قياس قبلي - معالجة - قياس بعدي ، وتكونت مجموعة الدراسة من اربع 04 حالات تم اختيارهم بالطريقة القصدية اعمارهم بين 25 و 59 سنة، واما فرضية الدراسة فكانت:

**توجد فروق بين درجات أفراد العينة على القياسيين ( القبلي - البعدي ) على مقياس الوسواس القهري لصالح القياس البعدي .**

ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على مقياس يل براون للوسواس القهري في صيغته المصغرة، كما تم بناء برنامج علاجي قائم على العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي ، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود أثر للبرنامج العلاجي في خفض حدة اعراض اضطراب الوسواس القهري عند حالات الدراسة بدرجات متفاوتة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة مقترحات منها: إجراء دراسات مماثلة بمتغيرات أخرى، كعمر المريض عند بدء الأعراض الوسواسية و الحالة الاجتماعية الاقتصادية للمريض، كما أوصت الدراسة بضرورة استخدام تقنيات علاجية اخرى الى جانب الاستفادة من مدارس علاجية اخرى.

**الكلمات المفتاحية:** الوسواس القهري ، برنامج علاجي ،العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي .

**Abstract :**

The study's title: **the effectiveness of a rational, emotive, behavioral therapy program in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder .**

The present study investigate the impact of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder ( OCD).

In this research, we use a semi-empirical approach, based on the one-group scheme, with pre-test and post-test.

The study group consisted of 04 cases selected by the intentional method , their ages between (25-59) years.

The hypothesis of the study was:

There are differences between the scores of the sample on the criteria (tribal - post) on the measure of obsessive-compulsive disorder for the telemetry test to achieve the objectives of the study was based on Yale Brown's scale of obsessive-compulsive disorder.

A therapeutic program based on rational, emotional and behavioral therapy was also developed. The results of the study showed that there was an effect of the therapeutic program in reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder at cases of study .

The study reached a number of proposals, including: conducting similar studies with other variables, Such as the age of the patient at the onset of the symptoms and socioeconomic status of the patient.

The study also recommended the need to use other therapeutic techniques as well as benefit from other psychological schools.

**Key words:** obsessive-compulsive disorder , therapeutic program, Rational-Emotive Behavior therapy,

## فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	كلمة شكر
ب	ملخص الدراسة باللغة العربية
ت	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
ث	قائمة المحتويات
ج	قائمة الجداول
ح	قائمة الاشكال
خ	قائمة الملاحق
1	مقدمة الدراسة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول : خلفية الدراسة</b>	
6	1- مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
8	2- فروض الدراسة
9	3- اهداف الدراسة
9	4- أهمية الدراسة
10	5- تحديد مصطلحات الدراسة
11	6- الدراسات السابقة
<b>الفصل الثاني : الوسواس القهري</b>	
17	تمهيد
17	1- تعريف الوسواس القهري
20	2- علاقة الافعال القهرية بالأفكار الوسواسية
20	3- دورة الوسواس القهري
21	4- اسباب الوسواس القهري
25	5- اعراض الوسواس القهري
26	6- معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري
28	7- ادوات تشخيص الوسواس القهري

29	8- الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري
29	9- علاقة اضطراب الشخصية الوسواسية بالوسواس القهري
31	10- علاج الوسواس القهري
35	خلاصة
<b>الفصل الثالث : العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي</b>	
37	تمهيد
38	1- من هو البرت أليس
39	2- تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
40	3- الجذور التاريخية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
41	4- المبدأ الاساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
42	5- نماذج لأفكار غير عقلانية وغير منطقية
44	6- نظرية ABC والعلاج العقلاني - الانفعالي
46	7- التقنيات الرئيسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
47	8- نقد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
49	9- تطبيق نظرية "إليس" على اضطراب الوسواس القهري
51	خلاصة
<b>الجانب التطبيقي</b>	
<b>الفصل الرابع : إجراءات الدراسة</b>	
54	تمهيد
54	1- منهج الدراسة
55	2- متغيرات الدراسة
55	3- حالات الدراسة
56	4- حدود الدراسة
56	5- أدوات الدراسة
60	6- البرنامج العلاجي
<b>الفصل الخامس : عرض حالات الدراسة</b>	
68	1- تقديم الحالة الاولى

69	2- تقديم الحالة الثانية
71	3- تقديم الحالة الثالثة
73	4- تقديم الحالة الرابعة
	<b>الفصل السادس : عرض ومناقشة النتائج</b>
76	1- عرض النتائج
76	2- مناقشة وتفسير النتائج
81	3- الخلاصة
82	4- المقترحات
84	المراجع
89	الملاحق

### فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الجدول رقم (01) يوضح تصميم الدراسة الميدانية	54
2	جدول رقم (02) يبين معلومات عن حالات الدراسة	55
3	جدول رقم (03) يوضح طريقة تصحيح مقياس بييل - براون للوسواس القهري	59
4	جدول رقم (04) يوضح نتائج القياسين القبلي والبعدي	76

### فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الشكل رقم (01) يمثل دورة الوسواس القهري	20
2	شكل رقم (02) يمثل تصور معرفي لاضطراب الوسواس القهري	24
3	شكل رقم (03) يوضح عناصر الوسواس القهري	35
4	شكل رقم (04) يمثل نموذج نظرية اليس	45
5	شكل رقم (05) يبين استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري	51

## فهرس الملاحق

الصفحة	العنوان	رقم
90	ملحق يوضح البرنامج العلاجي في صورته الاولية	01
91	ملحق يوضح البرنامج العلاجي في صورته النهائية	02
93	ملحق يوضح مقياس بيل براون للوسواس القهري	03
95	ملحق دليل اسئلة المقابلة	04
96	ملحق يوضح قائمة الاخصائيين المحكمين	05
96	ملحق جداول لتسجيل الاعراض الوسواسية والافعال القهرية	06

# مقدمة الدراسة

## مقدمة :

تنتشر بين الناس العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة ذات الأعراض المختلفة بسبب تسارع وتيرة الحياة وكثرة الضغوط وقلة المساندة الاجتماعية، وتتسم هذه الاضطرابات عموماً بوجود مزيج من الأفكار والتصورات والعواطف والسلوكيات الشاذة والعلاقات غير الطبيعية مع الآخرين.

وحيانا تلج فكر الانسان العادي افكارا غريبة كالرغبة في فعل شيء ما غير مقبول اجتماعيا او دينيا كذبح الابن او اغتصاب الابنة او القفز من الطابق الخامس وغيرها ،لكن سرعان ما يدرك انها مجرد افكار وسرعان ما تختفي لوحدها ، اما عند بعض الناس فإن هذه الافكار لا تختفي بهذه السهولة بل تبقى تلح في عقل صاحبها وتسبب له الكثير من الالم و المعاناة وهي اعراض من اضطراب الوسواس القهري .

ويعتبر الوسواس القهري من اخطر انواع الاعصبة وذلك لما يسببه من عجز للمصاب وتعطيل لحياة المريض ،حتى ان هناك من يضعه في مرتبة بينية بين الاضطرابات العصابية و الامراض الذهانية وهو يُصيب الكثيرين على مختلف مواقعهم الدينيّة والثقافيّة والاجتماعيّة، وقد سجل التاريخ البشري منذ القدم وجود حالات مرضية واضحة، حيث وصف جالينوس الطبيب الروماني الوسواس عام 130 قبل الميلاد وقدم العلماء المسلمين مثل ابو زيد البقي و ابن سينا علاجا نفسيا لهذا الاضطراب .

و تزخر المكتبة العربية بعدة بمؤلفات حول الاضطراب منها: كتاب التبصرة في الوسوسة للإمام الجويني، وكتاب تلبيس ابليس للمام ابن الجوزي ، وكتاب اغائة اللهفان من مصائد الشيطان للإمام ابن القيم، حيث ترجح آراء العلماء حول الاضطراب الى الوسواس الشيطانية او الى الجنون او الى جهل بالمسائل الشرعية .

كما تؤكد الدراسات انه ينتشر في المجتمع بنسبة 2.5 %،ويقع في المرتبة الرابعة من حيث انتشار الاضطرابات النفسية بعد الرهابات، و الاكتئاب، و الادمانات، كما يمثل 04% من مجموع الاضطرابات العصابية ، وعادة ما يبدأ الاضطراب القهري في وقت مبكر جداً فحوالي خمس المرضى كان قد أصيب في الطفولة، ولدى الغالبية يظهر الاضطراب في المراهقة أو في سن الرشد ،وهو من الأمراض ذات التاريخ الطويل لأن المصاب به غالبا ما يكتم معاناته لسنوات ويبقى يعاني لوحده في صمت دون ان يشعر به احد .

ولعل النظرية السلوكية المعرفية في فهم اضطراب الوسواس القهري وتفسيره وعلاجه هي الأكثر دراسة وصلاحية وتطبيقاً ،مقارنة بكل ما عداها من نظريات وأساليب علاج.

هذا وتعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي احد المكونات الرئيسية الثلاثة للاتجاه السلوكي المعرفي وهما اتجاهي بيك وميكمبوم ، و تعتبر من النظريات العلاجية الاكثر رواجاً ، وهي نظرية تقوم على افتراض ان اسباب اضطراب و تعاسة الانسان تكون نتيجة التفكير غير المنطقي، حيث يقوم المعالج بتشجيع العميل ليتفحص أفكاره اللاعقلانية من جميع نواحيها وأن يقارنها مع بدائلها من الأفكار المنطقية الممكنة، وتتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر اليس في خفض حدة الاضطرابات الى أقل حد ممكن.

وفي دراسة هذا الموضوع اعتمدنا على الخطة التالية، والتي شملت على جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي مرتبين على النحو التالي:

بالنسبة للجانب النظري فقد جاء **الفصل الأول** كمدخل للدراسة بادئاً بالمشكلة ثم تساؤلات الدراسة إلى إبراز أهداف الدراسة وكذا أهميتها ثم تطرقنا لعرض فرضيات الدراسة ثم مصطلحات الدراسة وتعريفها إجرائياً وفي الاخير تناولنا الدراسات السابقة التي تناولت نفس موضوع دراستنا.

أما **الفصل الثاني** فكان حول اضطراب الوسواس القهري حيث تناول الباحث تعريفه واعراضه ومعايير تشخيصه ومآله وطرق علاجه مع التطرق لأهم النظريات المفسرة له.

اما بالنسبة **للفصل الثالث** فكان حول العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي حيث تطرقنا فيه لصاحب النظرية وتعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي و مسلماته وجذوره الفلسفية و التاريخية و تقنياته وإيجابياته وسلبياته.

أما **الفصل الرابع** فكان بداية **الجانب التطبيقي** حيث تناولنا منهج الدراسة ، مشيرين الى طريقة اختيار حالات الدراسة ثم تطرقنا لذكر الحدود المكانية والزمانية وأدوات الدراسة .

أما **الفصل الخامس** فخصص لعرض حالات الدراسة الاربعة بشيء من التفصيل .

و **الفصل السادس** فقد تطرقنا فيه لعرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج، ثم تم عرض خلاصة الدراسة و التوصيات.

# الجانب النظري

## المدخل إلى الدراسة

1. مشكلة الدراسة وتساؤلاتها
2. فروض الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة.
5. تحديد مصطلحات الدراسة.
6. الدراسات السابقة.

## 1 . مُشكَلَةُ الدَّرَاسَةِ:

يشهد العالم اليوم رغم التقدم العلمي و التكنولوجيا الهائل ارتفاعا في انتشار الاضطرابات النفسية في كل انحاء العالم وإن كان بنسب متفاوتة، حيث يرى «مارتن سليجمان» **Martin Seligman** العالم السيكولوجي بجامعة بنسلفانيا «: إن الفردية قد تصاعدت في الثلاث أو الأربع سنوات الماضية ، وقل الاهتمام بالعقائد الدينية ، وبتضامن المجتمع، والأسر الكبيرة، ومعنى ذلك كله فقدان مصادر الوقاية من النكسات والفشل . ( جولمان ،2005،ص 331 )

هذا و يعتبر اضطراب الوسواس القهري من اكثر واشد الاضطرابات النفسية الما وحِدَّة سواء على المريض او على المعالج على حد سواء ، وذلك لما يسببه من معاناة للفرد الذي يعاني منه فيحدث له قلق كبير مع ضياع للوقت و الجهد و اختلال في أنشطة الحياة اليومية العادية وحتى البسيطة منها، الامر الذي يؤثر على الحياة الاسرية الاجتماعية والمهنية للفرد ،مما يؤدي به الى العزلة وعدم الرغبة في العمل وصعوبة ممارسة الشعائر الدينية كالوضوء و، الغسل، و الصلاة وغيرها مقارنة بغيره، وهكذا تتدهور علاقته بالآخرين خاصة في ظل ارتباط هذا الاضطراب باضطرابات اخرى كالقلق، و الاكتئاب، و المخاوف، و الإدمان على المخدرات و الكحول و الافراط في الاكل و القمار مما يسبب معاناة اضافية للمريض .(Ellis,1994,p122)

وهكذا يصبح المريض تائها بين الاطباء و الرقاة و المشعوذين لعدة سنوات دون فائدة .

هذا ويهدف العلاج المعرفي الى تعديل البنية المعرفية وتعديل افكار المريض ومساعدته على الادراك الصحيح للواقع دون تحريف و التعامل مع مشكلاته واكسابه القدرة على و المعرفة على حلها باستخدام عدة فنيات مثل النمذجة و التحكم الذاتي و اعادة البناء المعرفي .

كما تعد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي و المشار اليها اختصارا (**REBT**) احدى النظريات الثلاث المكونة للاتجاه المعرفي السلوكي ، وهي من النظريات العلاجية الاكثر انتشارا في الوقت الحالي و التي تنسب الى العالم الامريكي البرت اليس **Albert Ellis** ، حيث نظريته اعتبرت اكبر محاولة لإدخال العقل و المنطق في عملية الارشاد و العلاج النفسي، حيث يصف اليس الاهداف الاساسية لهذا العلاج بأنها تخفيض لمشاعر القلق و العداة تجاه الذات او الآخرين ، وتزويد الفرد بوسيلة لملاحظة و تقييم الذات . (منتصر ،2012،ص19) .

فالإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي اذن هو أسلوب جديد من أساليب الإرشاد و العلاج النفسي وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وما يصاحبها من خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي . ( سرى ، 2000ص 171).

ولقد أثبتت عديد الدراسات فاعلية هذا النوع العلاجي في شفاء العديد من الاضطرابات النفسية كالقلق، و الاكتئاب، و المخاوف، و عدة اضطرابات سلوكية منها دراسة **عبد الفتاح محمد (2017)** حول فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى إيمان الانترنت، ودراسة **Kanagaraj Mangayarkarasi (2017)** لاستكشاف فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في إدارة الاكتئاب بين النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية ، فقد كانت نتائج هذه الدراسات مشجعة بحيث اثبتت كلها فاعلية هذا النوع من العلاج في خفض حدة تلك الاضطرابات .

اما بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري فقد توصلت عدة دراسات الى اثر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة هذا الاضطراب منها دراسة **Mehrangiz SHoakazemi (2014)** التي كان الهدف منها هو تحديد تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) على التقليل من أعراض الوسواس القهري لدى الطالبات، الى جانب دراسة **Mahadeo Jogdand (2017)** التي كانت حول تأثير REBT على اضطراب الوسواس القهري عند الشباب المدمنين. ( العزامي ، 2018، ص4 )

كما اشار البرت اليس نفسه في مقال نشره سنة 1994 في مجلة Human Sciences Press الى اهمية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في مساعدة المرضى الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري حيث اعتبر ان مشكلتهم تكمن الى جانب الاسباب البيولوجية في انهم ينشدون الكمال المطلق في كل شئ تقريبا كالمبالغة في النظافة واخذ الاحتياطات والتدابير بهدف المحافظة على حب الناس لهم بحيث لاحظ اليس من خلال اشرافه على علاج عشرات الحالات ان مرضى الوسواس القهري يكون لديهم تشوه وعجز معرفي، انفعالي، سلوكي، وهو أو ما وصفه بالمعتقدات غير المنطقية (iB's). ( Ellis,1994,p121 )

وقد بدأ إحساسنا بمشكلة الدراسة الحالية من خلال عملنا في خلية صحة الشاب بديوان مؤسسات الشباب حيث لاحظنا في الآونة الاخيرة ازدياد في عدد حالات الوسواس القهري ولاحظنا الامهم ومعاناتهم الشديدة مع هذا الاضطراب ،لذلك دعت الحاجة إلى ضرورة تصميم برنامج علاجي يستند على نظرية العلاج العقلاني

الانفعالي السلوكي لألبرت اليس وهي نظرية اثبتت فعاليتها في علاج عدة اضطرابات ، حيث نسعى الى مساعدة الافراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري .

لذلك تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة على التساؤل التالي :

- ما مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري ؟

تساؤلات الدراسة الفرعية:

س 1: هل هناك فروق في فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري تعود الى المستوى التعليمي للمرضى؟.

س 2 : هل هناك فروق في فاعلية العلاج الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري تعود الى مدة الاصابة بالاضطراب؟.

**2. فروض الدراسة :**

1. توجد فروق بين درجات أفراد العينة على القياسيين ( القبلي - البعدي ) على مقياس الوسواس القهري

لصالح القياس البعدي .

2. توجد فروق في فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري تعود

الى المستوى التعليمي للمرضى لصالح الافراد ذوي المستوى التعليمي المرتفع.

3. توجد فروق في فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس

القهري تعود الى مدة الاصابة بالاضطراب لصالح الافراد الاقل مدة .

### 3 . اهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى اختبار فعالية برنامج علاجي قائم على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة الوسواس القهري لدى عينة من المرضى.

فالهدف الأساسي للدراسة الحالية هو أنها تبين فاعلية البرنامج العلاجي المقترح من نظرية البيرت اليس في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى.

كما تهدف ايضا الى معرفة اثر بعض العوامل كالمستوى التعليمي ومدة الاصابة بالوسواس القهري في فاعلية البرنامج العلاجي .

### 4.اهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة الحالية فيما يلي :

1. مساعدة الافراد المصابين باضطراب الوسواس القهري الذي يعتبر اشد الما على الفرد واكثر تحديا للمعالجين النفسانيين و ذلك من خلال تصميم برنامج علاجي يستند على الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي .
2. ندرة الدراسات العربية على حد علمنا التي تناولت علاج اضطراب الوسواس القهري و على الأخص بالاعتماد على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.
3. تخفيف المعاناة من اضطراب الوسواس القهري و المساهمة في تحسين اسلوب حياة الفرد و مساعدته على التخلص من الاضطرابات المصاحبة للاضطراب .
4. تزويد المعالجين والاختصاصيين النفسانيين الناشطين على المستوى المحلي الذين يتعاملون مع شريحة مرضى اضطراب الوسواس القهري ببرنامج علاجي مقترح من نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .

## 5 . تحديد مصطلحات الدراسة:

### 1- الوسواس القهري : compulsive obsessional disorders :

يقصد بالوسواس الأفكار والمشاعر التي تتكرر وتدفع إلى القسر Compulsion لأفعال أو أفكار متكررة، ورغم شعور الشخص بأنها لا جدوى منها ومقاومتها لها لكنه يجدها الوسيلة الوحيدة لتخفيف القلق، ويصيب اضطراب الوسواس القهري OCD حوالي 3% من الناس، ويحدث في صورة أعمال وسواسية مثل النظافة والاعتسال والعدّ وغير ذلك من الطقوس (Rituals) وأفكار وسواسية (Ruminations) في قضايا وأمور لا قيمة لها. (الشرييني، 2001، ص 250)

اما فيما يتعلق بالتعريف الإجرائي فالوسواس القهري يتحدد من خلال مجموع الدرجات التي يتحصل عليها العميل على مقياس بييل براون للوسواس القهري المستخدم في الدراسة الحالية.

### 2- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

المعروف أيضا باسم REBT ، هو نوع من العلاج المعرفي السلوكي الذي طوره العالم النفسي ألبرت إليس في الخمسينيات ، حيث يركز هذا النوع من العلاج على مساعدة العملاء على تغيير المعتقدات غير العقلانية واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية .

فهدف العلاج هو التخلص من الآراء والتصرفات الغير معقولة لدى المريض بانتقادها و الهجوم عليها عن طريق دحضها وتفنيدها و الشك في مصداقيتها . ( الدباغ ، 1980 ، ص 44 )

### 3- البرنامج العلاجي :

هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة ، التي تسير وفق تسلسل منطقي ، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض . وتتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج .

وتتحدد أهمية تصميم البرنامج العلاجي في مجموعة من النقاط الأساسية هي :

1. إعطاء صورة شاملة للمعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل مع الحالة.
2. ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من مراحل

تطور الحالة.

3. تحديد المهام المطلوب القيام بها من طرف المعالج في كل جلسة, وتوضيح آليات تنفيذها.

4. مساعدة المريض على الاقتناع بأهمية الجلسات التي تقدم له نظرا لارتباطها فيما بينها.

(حمدي، 2013 ص13)

## 7 . الدراسات السابقة:

اجريت العديد من الدراسات التي تناولت موضوع الدراسة وقد حاولنا عرض احدث واهم الدراسات والتي سوف نعرضها حسب التسلسل التالي:

مخطط عرض الدراسات السابقة :

- رقم الدراسة ،اسم الباحث، السنة
- الهدف من الدراسة .
- عينة الدراسة.
- منهج الدراسة.
- أدوات الدراسة .
- أهم النتائج.

اولا : الدراسات العربية:

### 1- دراسة سمير عوض غبريال إيريني ( 2001 ):

هدفت الدراسة إلى استكشاف فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى الوسواس القهرية لدى عينة من طلاب الجامعة، والكشف عن الأفكار اللاعقلانية المسببة للوسواس القهرية لدى عينة الدراسة. وتكونت عينة الدراسة من " 20 " طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، أظهرت الدراسة فاعلية برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهم. (السقا، 2014، ص 371)

**2- دراسة رانيا الصاوي ( 2013 ):**

هدفت الدراسة لبناء برنامج إرشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى

الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك استنادا على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، واستخدمت الدراسة المنهج التجريبي على عينة بلغت ( 30 ) طالبة من جامعة تبوك قسمت إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) تراوحت أعمارهن بين (18-21 ) سنة ،طبق عليهن مقياس مواقف الحياة الضاغطة ، مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس تحسين مستوى الرضا عن الحياة، البرنامج الإرشادي من إعداد/الباحثة، وخلصت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي الذي اعتمد على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك. ( الصاوي، 2013 ،ص 34 ).

**3.دراسة وائل ابوهندي ( 2001):**

ذكر الدكتور وائل ابوهندي عدة دراسات اجنبية و عربية تتعلق بمآل الوسواس القهري من حيث الفترة العمرية التي ظهر فيها الاضطراب لأول مرة وبين تاريخ ظهور الاضطراب والاستجابة للعلاج حيث تصلحت الابحاث للنتائج التالية :

- كلما طالت مدة الاضطراب بدون تدخل علاجي كانت الاستجابة للعلاج فيما بعد اقل والعكس.
- في الحالات التي تبدأ فيها الاعراض قبل او في سن العاشرة غالبا ما يكون مآلها اسوأ مقارنة بالمرضى الذين تظهر عندهم الاعراض بعد سن السابعة عشر وانه كلما طالت مدة معاناة المريض كانت الصورة اقل اشراقا .

(ابوهندي، 2003، ص198)

**ثانيا :الدراسات الاجنبية:****1 . دراسة اميل كامب وآخرين(1991) Emmel kamp et all. :**

قاموا بدراستين حول علاج الوسواس القهري قارنوا فيهما العلاج الاستعرافي بطريقة إليس (ABC) ، مقابل التعرض ذاتي التوجيه ومنع الاستجابة، وكان العلاج يتكون من ستّ جلسات، على مدى أربعة أسابيع، ولم تظهر أية فروق بين نوعي العلاج بعد تطبيق المعالجة ، وقد وجد Emmel في الدراسة السابقة أن التعرض ومنع الاستجابة له فاعلية اكبر . (السقا ، 2014 ،ص 374 )

## 2. دراسة ( Mahadeo Jogdand ) ( 2017 ) :

كانت الدراسة حول تأثير REBT على اضطراب الوسواس القهري عند الشباب المدمنين في مومباي بالهند وكانت عينة الدراسة تتكون من 30 فردا من الشباب مدمني النيكوتين منذ عامين على الأقل قبل تطبيق اختبار **Fagerstrom** براون للوسواس القهري و بعد تشخيص الاعتماد على النيكوتين بواسطة اختبار **Fagerstrom** لقياس اعتماد النيكوتين حيث اعتمد الباحث على المنهج الشبه التجريبي حيث طبق اختبار الوسواس القهري قبل تطبيق البرنامج العلاجي ثم بعد تطبيق البرنامج وجدت الدراسة أن الشباب المدمن لديهم اعراض الوسواس القهري وان العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للوسواس القهري ساهم في انخفاض معدل انتشار التدخين عند عينة الدراسة. ( Mahadeo 2018 p 90-94 )

## 3. دراسة ( Mehrangiz SHoaakazemi ) ( 2014 ) :

كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) على الحد من أعراض الوسواس القهري لدى الطالبات، وكانت العينة تتكون من 7 طالبات مصابات بالوسواس القهري إجراءات كان منهج البحث شبه تجريبي (اختبار قبلي وبعدي) مع مجموعة واحدة و كانت أداة القياس **بير براون الوسواس القهري**. أظهرت النتائج أن جلسات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فعالة في الحد من أعراض الوسواس القهري لدى الطالبات، ومع النظر في نتائج البحوث المختلفة يظهر العلاج النفسي و الدوائي (pharmacho- psychotherapy) هو أفضل علاج.

( SHoaakazemi,2014 ,p 738 – 742 )

## 4. دراسة ( Farokh Lotfi Kashani و Haj Mohammad Hoseini ) ( 2013 ) :

تهدف هذه الدراسة إلى دراسة "تأثير REBT على خفض اعراض اضطراب الوسواس القهري ، والحساسية الشخصية بين النساء اللواتي يعشن في قم"، تتكون عينة الدراسة من ثلاثين شخصا بشكل عشوائي في هذا التدخل، و المنهج المعتمد كان المنهج التجريبي ، حيث تم تقسيم المجموعة عشوائياً إلى مجموعتين مجموعة تجريبية واخرى ضابطة (كل 15 شخص في مجموعة). تم إعطاء العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (REBT) مرتين في الأسبوع لمجموعة اختبار في ثماني جلسات تدريبية لمدة ساعتين. لقياس المتغيرات التابعة للدراسة ، تم إجراء تحليل البيانات باستخدام تحليل التباين المشترك، وقد أشارت النتائج إلى وجود فرق

معنوي بين المجموعة التجريبية والمجموعات الضابطة. استنادًا إلى النتائج ، قام REBT بتخفيض اعراض اضطراب الوسواس القهري بشكل كبير. ( Hoseini, 2013, p428-431 )

### 5. دراسة Masood Maqbool (2017):

الهدف من الدراسة هو تجربة العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي على السيدة S. مع تاريخ من الوسواس القهري لمدة 15 عامًا وقد لوحظ التحسن على مقياس ييل براون للوسواس القهري ، ومقياس هاملتون للقلق ، ومقياس هاملتون لتقييم الاكتئاب بعد 15 جلسة من الدراسة على الرغم من عدم اختفاء كل الأعراض وهكذا ، تم تقليل أعراض الوسواس القهري وتحسين استبصارها بالمرض.

( Maqbool , 2017 ,p 523-526)

هذا وتشير عديد الدراسات الى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف عدة اضطرابات نفسية اخرى والتي من بينها الدراسات التالية :

### 1- دراسة عبد الفتاح محمد (2017):

هدفت هذه الدراسة إلى تطوير برنامج إرشاد جمعي يستند إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، واستقصاء مدى فاعليته في خفض مستوى إدمان الانترنت، وتحسين الكفاءة الذاتية العامة لدى عينة من الطلاب الذكور مدمني الانترنت بجامعة السلطان قابوس، تألفت عينة الدراسة من (24) طالبا، قسمت عشوائيا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) تكون كل منها من (12) طالبا، حيث خضعت المجموعة التجريبية لبرنامج الإرشاد الجمعي الذي يستند إلى الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) ، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أي تدريب. أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) ، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة على الاختبار البعدي، واختبار المتابعة لمقياس إدمان الانترنت، ومقياس الكفاءة الذاتية العامة، ووجد أن قيم (ف) دالة إحصائيا عند مستوى ( $\alpha = 0.05$ ) .

(عبد الفتاح، 2017، ص 56)

## 2- دراسة Kanagaraj Mangayarkarasi (2017)

تم تصميم هذه الدراسة لاستكشاف فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في إدارة الاكتئاب بين النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية. كان اختيار العينة عشوائياً من 50 المصابة بفيروس نقص المناعة البشرية لهذه الدراسة، تم إعطاء مقياس هاملتون للاكتئاب لتقييم الاكتئاب قبل وبعد التدخل، تم استخدام (REBT) كتدخل للمجموعة التجريبية. تم استخدام الأدوات الإحصائية المناسبة لاختبار الفرضيات. وكشفت النتيجة أن هناك انخفاض كبير في مستوى الاكتئاب بين النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية بعد تطبيق البرنامج العلاجي . ( Mangayarkarasi , 2017, p 41-64 )

## 3- دراسة G. Venkatesh Kumar (2009)

هدف الدراسة الحالية هو دراسة تأثير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على المراهقين الذين يعانون من اضطراب السلوك. وقد شملت العينة 200 طالب (100 فتاة و 100 فتى) ، والتي تم أخذ 100 منها كمجموعة ضابطة (50 فتاة و 50 فتى) ، و تم أخذ 100 آخرين كمجموعة تجريبية (50 فتاة و 50 فتى) المدارس والكليات ، و تم اخضاع المجموعة التجريبية للبرنامج العلاجي لمدة 7 جلسات، موزعة على سبعة أسابيع، وبعد شهر تم اعادة تطبيق الاختبار، لتقييم أثر REBT ، تم تحليل البيانات باستعمال ANOVA ، وأظهرت النتائج أن REBT له تأثير إيجابي على اضطراب السلوك وغيرها من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية عند المراهقين الذين يعانون من اضطراب السلوك. ( Kumar , 2009, p 103-111 )

## 8 . التعقيب على الدراسات السابقة:

أشارت اغلب الدراسات والبحوث السابقة رغم الاختلاف في اماكن و اوقات اجرائها إلى أهمية وفاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت اليس ، في خفض حدة اعراض اضطراب الوسواس القهري، الى جانب عدة اضطرابات نفسية اخرى وقد استفاد الباحث كذلك في تحديد منهج الدراسة الاكثر استخداماً لهذا النوع من الدراسة وهو المنهج الشبه التجريبي وكذا أدوات الدراسة الأكثر استخداماً وهي : مقياس بيل - براون للوسواس القهري لفائدته في قياس درجة وشدة الاضطراب، بالإضافة إلى تحديد عدد الجلسات ومدتها ، والتي تراوحت ما بين اربعة جلسات و اثنين عشرين جلسة، وكذلك استفدنا منها في تحديد اهم التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي ، ومدى اهمية دمج العلاجين الدوائي والنفسي في فاعلية وتقليل مدة العلاج .

## الفصل الثاني

### الوسواس القهري

. تمهيد

- 1 . تعريف الوسواس القهري
- 2 . علاقة الافعال القهرية بالأفكار الوسواسية
- 3 . دورة الوسواس القهري
- 4 . اسباب الوسواس القهري .
- 5 . اعراض الوسواس القهري .
- 6 . معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري .
- 7 . ادوات تشخيص الوسواس القهري .
- 8 . بعض الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري .
- 9 . علاقة اضطراب الشخصية الوسواسية بالوسواس القهري .
- 10 . علاج الوسواس القهري .

. خلاصة

## تمهيد:

يعتبر الوسواس القهري من اخطر انواع الاعصبة وذلك لما يسببه من عجز للمصاب وتعطيل لحياة المريض ،حتى ان هناك من يضعه في مركز وسط بين الاضطرابات العصابية و الامراض الذهانية وهو يُصيب الكثيرين على مختلف مواقعهم الدينية والثقافية والاجتماعية... ،ولا تخفى خطورة الوسواس الذي يعاني منه الكثير، ويُعتبر مشكلة رئيسة في حياة بعض الناس، وهو من الأمراض ذات التاريخ الطويل لأن المصاب به غالبا ما يكتم معاناته لسنوات ويبقى يعاني لوحده في صمت دون ان يشعر به احد .

ويتصف هذا الاضطراب بوجود أفكار متكررة لا يرغب فيها المريض، وتأتي رغماً عنه، حتى بعد محاولة إبعادها والتخلص منها، الى جانب القيام بأفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها ،مما تؤدي بالفرد إلى إضاعة الوقت، والاحساس بالضياع ، وتعطل أداءه الوظيفي وأنشطته، وعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين.

ونظراً لأهمية وخطورة هذا المرض وتواجد هذه الحالات بكثرة في عصرنا الحاضر، ولأهمية المعرفة السليمة في كيفية التعاطي مع مريض الوسواس القهري، لذلك سنحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على ماهية هذا المرض وصوره وأقسامه، وكيفية تفهمه، والتعرف على سبل العلاج للتخلص منه.

## 1. تعريف الوسواس القهري:

## اولا:التعريف اللغوي الوسواس القهري:

الْوَسْوَسَةُ لغة: حديث النفس، يقال: وَسَّوَسَتْ إِلَيْهِ نَفْسَهُ وَسْوَسَتْهُ وَسْوَسَتْهُ بِكسر الواو ، اما الوسواس بفتح الواو فهو الاسم من الأصل وَسَّ أو وسوس وهي تعني الكلام الخفي .

تكاد تتفق كلمات اللغويين بأنّ الوسواس في الأصل اللُّغوي هو الصوت الخفي، كصوت الريح، لهذا يرمز لحديث النفس، أي في قرارة نفس الإنسان ب (الوسواس).

اما الراغب الأصفهاني فقال : الوسوسة أصلها من الوسواس وهو الهمس الخفي قال تعالى : ﴿ فَوَسْوَسَ إِلَيْهِ الشَّيْطَانُ ﴾ طه: 120 ، وقال تعالى : ﴿ مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَاسِ ﴾ الناس: 4 ، وقال تعالى : ﴿ وَنَعَلَّمَ مَا تُوسْوِسُ بِهِ نَفْسُهُ ﴾ ق 16 ، وقال صاحب مجمع البحرين: الوسواس بفتح الواو الشيطان، وهو الخناس لأنه يوسوس في صدور الناس ويخنس. والوسوسة تعني حديث النفس.

( الخاقاني ، 2016، ص9 )

**ثانيا :التعريف الاصطلاحي للوسواس القهري :**

تعددت آراء علماء النفس حول تعريف الوسواس القهري ، يمكن أن نأخذ ببعض هذه التعريفات ومنها:

- 1- يعرفه علي القائمي في كتابه الوسواس و الهواجس النفسية بأنه :جملة من الاختلالات العصبية الشديدة و الحادة ، التي تسلب المصاب توازنه النفسي و السلوكي ، وتعرضه الى مشاكل جمّة تحول دون انسجامه مع محيطه . ( القائمي، 1996، ص 8)
- 2- وعرف زهران الوسواس بأنه فكر متسلط ، والقهر سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلزمه ويستحوذ عليه ويفرض نفسه ولا يستطيع مقاومته ، رغم وعي المريض وتبصره بغرابته وسخفه وعدم فائدته، ويشعر بالحاح داخلي للقيام به . ( زهران، 2004، ص 506)
- 3- وقد عرف أحمد عكاشة الوسواس القهري بأنه اضطراب يتميز بوجود وساوس تكون على هيئة افكار او اندفاعات وخاوف او بوجود اعراض قهرية على هيئة طقوس مستمرة أو دورية او بوجودهما معا أي الوسواس والافعال القهرية. (عكاشة، 2010 ، ص 169)
- 4- ويرى وائل أبو هندي انه في الطب النفسي توصف فكرة ما بأنها وسواسية اذا تحققت فيها الشروط التالية :

- ان يشعر المريض بأن الفكرة تحشر نفسها في وعيه وتقرض نفسها على تفكيره رغما عنه لكنها تنشأ من رأسه هو وليست بفعل مؤشر خارجي .
- ان يوقن المريض تفاهة ولا معقولية الفكرة وعدم صحتها وعدم جدارتها بالاهتمام .
- محاولة المريض المستمرة لمقاومة الفكرة وعدم الاستسلام لها .
- احساس المريض بسيطرة هذه الفكرة وقوتها القهرية عليه : فكلما قاومها زادت الحاحا عليه، فيقع في دوامة من التكرار الذي لا ينتهي . ( أبو هندي وائل 2003 ص19).

5- **تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس ( DSM-5,2013 )** يعرف الدليل الوسواس بأنها أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات، يخبرها الشخص على الأقل على أنها غير مرغوبة وليس لها معنى ويحاول الشخص أن يتجاهل أو يكبح هذه الأفكار أو النزعات أو يحاول استبدالها بأفعال وأفكار أخرى، بحيث يعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية هي نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج. (نوير البلوي، 2018، ص473)

و أصل هذه التسمية مستمداً من القرآن الكريم، كما جاء في سورة الناس، قال الله تعالى: ﴿ قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ \* مَلِكِ النَّاسِ \* إِلَهِ النَّاسِ \* مِنْ شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ \* الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ \* مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ ﴾ الناس: 1-6 .

وإن كانت هذه التسمية موجودة عند غير الإسلاميين إلا أنّ التسمية الإسلامية أسبق من غيرها كما يبدو، وهذا واضح إذا ما طالعنا تاريخ الاضطراب والوسواس القهري عند الباحثين الغرب حيث يؤكد الدكتور وائل أبو هندي، أنّ أول استعمال لهذا المصطلح من طرف الألماني كارل فيستال سنة 1878 م في منظومة علم الطب النفسي، ويؤكد الباحث نفسه أنّ المسلمين هم الأسبق في التسمية . ( الخاقاني، 2016 م ، ص11)

وهناك من الباحثين من يرجع الفضل في استعمال مصطلح الوسواس الى الفرنسي ج.فالره سنة 1866 في دراسته الهذيان المزمن المنظم . ( وائل ابو هندي ، 2007 ، ص43 ) .

و اضطراب الوسواس القهري هو نتاج الأفكار التسلطية والأفعال القهرية والتفاعل بينها، وتوضيح ذلك:

**الأفكار الوسواسية :** هي مجموعة من الأفكار أو الصور المتواصلة والمتسلطة والمستمرة، التي تقتحم عقل المريض وتراوده وتلازمه، مع عجزه عن دفعها أو طردها أو التخلص منها، ويعاني المريض كثيراً منها لغرابتها وعدم فائدتها، وتسببها بكثير من القلق والإزعاج، وتلجّ على خاطره عبارات معينة أو اسم معين يتكرر باستمرار .

**الأفعال القهرية:** هي أعمال وسلوكيات متكررة جبرية، استجابة لأفكار وسواسية، لتخفيف أو منع القلق والإزعاج الناتج عن تلك الأفكار، ولا يستطيع المريض مقاومتها، وهي تستحوذ عليه لفترة طويلة، وهو غير راضٍ عنها ولا يحبها، خاصة وهو لا يشعر بثمرة من وراء تكرارها، لكنه مقهور على استمرار عملها والقيام بها .

( القائمى، 1996، ص9 )

## 2. علاقة الافعال القهرية بالأفكار الوسواسية :

تشير الدراسات الى ان اكثر من 90 بالمائة من حالات الافعال القهرية تكون مصحوبة بأفكار تسلطية ففعل غسل الايدي يكون مصاحبا لأفكار تسلطية متعلقة بالنظافة و التلوث .

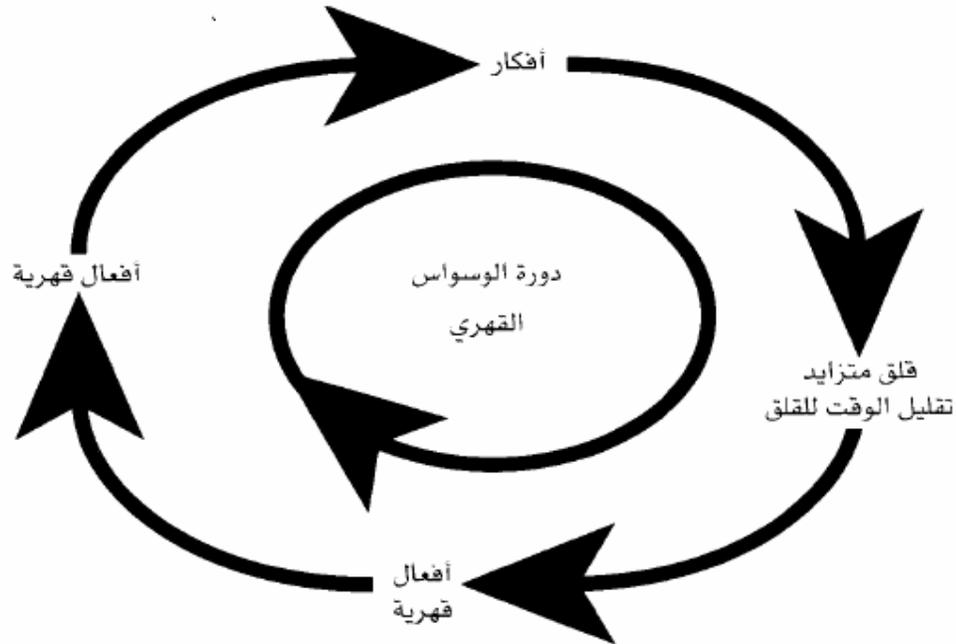
ويمكن تقسيم المرضى على اساس نوعية الأعراض من ناحية كونها افكار تسلطية فقط أو افعال قهرية فقط او الاثنين معا الى :

- مرضى يعانون من افكار تسلطية فقط وتبلغ نسبتهم 9 % .
- مرضى يعانون من افعال قهرية فقط وتبلغ نسبتهم 1 % .
- مرضى يعانون من افكار تسلطية و افعال قهرية وتبلغ نسبتهم 90 %

( وائل ابو هندي، 2007، ص43 ص92 )

## 3.دورة الوسواس القهري :

يمكن تمثيل العلاقة بين الافكار الوسواسية و الافعال القهرية و ما يشعر به المريض من انفعالات في المخطط التالي :



الشكل رقم ( 01 ) يمثل دورة الوسواس القهري

( أبو هندي وائل، 2003، ص 78 )

#### 4. اسباب الوسواس القهري :

هناك عدة عوامل تتسبب في ظهور اضطراب الوسواس القهري وهي تختلف من فرد لآخر والتي من بينها مايلي :

##### اولا : التفسير البيولوجي

##### 1. التغييرات التي تحدث في كيمياء الدماغ:

الناقلات العصبية الكيميائية، توصل بين الخلايا العصبية في الدماغ ، هذه الإشارات البيولوجية الأساس لمعظم انفعالاتنا ونشاطاتنا ، مثل المزاج والنوم والذاكرة والتعلم، ويعتقد أن بعض هذه الناقلات العصبية تلعب دور كبير في ظهور الوسواس القهري.

السيروتونين هو الناقل العصبي المهم في تنظيم المزاج والتحكم في الاندفاع ، كما يؤثر على الذاكرة وعمليات التعلم، ويبدو أن هناك صلة بين انخفاض مستويات السيروتونين في بعض مناطق الدماغ واضطراب الوسواس القهري، فضلا عن غيرها من الاضطرابات مثل الاكتئاب و القلق، الأدوية المضادة للاكتئاب تستخدم لعلاج اضطراب الوسواس القهري عن طريق رفع مستوى هذا الناقل في الدماغ.

الدوبامين هو ناقل عصبي مهم لأنظمة المكافأة في الدماغ ، وقد تم أيضا ربطه بالوسواس القهري ، وبالمثل الأدوية المضادة للذهان التي تؤثر على الدوبامين يمكن أن تكون في بعض الأحيان مفيدة للوسواس القهري.

ناقل عصبي آخر، الجلوتامات **glutamate**، ويجري الآن البحث في دوره في ظهور الوسواس القهري.

كما اصبح يستطيع الباحثون والأطباء الان دراسة المستويات من نشاط الدماغ ، أو التمثيل الغذائي ، بواسطة تقنيات التصوير المتقدمة مثل التصوير المقطعي (SPECT) والوظيفي و التصوير بالرنين المغناطيسي (fMRI)، وهذه الدراسات أظهرت باستمرار أن الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري لديهم مستويات متزايدة من النشاط في ثلاثة مناطق من الدماغ: العقد القاعدية basal ganglia، قشرة الفص الجبهي prefrontal cortex ، و التلفيف الحزامي cingulate gyrus.

النواة المدنبية **caudate nucleus** هي بنية دماغية عميقة تقع في العقد القاعدية، يعتقد أنها تعمل كمرشح، تقوم بفحص الرسائل التي يتلقاها من المناطق الأخرى من الدماغ، كما ينظم السلوكيات المعتادة والمتكررة، مثل تلك التي لوحظت في الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.

( Drummond ,2018 ,pp. 143-148 )

### 1- العوامل الوراثية :

من المتفق عليه الان على نطاق واسع أن الوسواس القهري وما يتصل به الاضطرابات يمكن أن يظهر بين افراد بعض العائلات، حيث يلاحظ الخبراء أن اضطرابات الوسواس القهري تنتقل عبر العائلات بشكل واضح، فقد تبين أن نسبة كبيرة من المصابين لديهم أفراد في عائلتهم يعانون من نفس المرض لذا، يعتقد الأطباء أن هذا الخلل قد يكون محمولاً على جينات الشخص المصاب، ويمكن أن يورثه إلى أحد أفراد عائلته ما يزيد من احتمالية الإصابة بالمرض.

وأثبتت الدراسات أن حوالي 40% من المصابين بالوسواس قد ورثوه عن ذويهم، إضافة الى أن أعراض الوسواس القهري يمكن "تعلمها" من أفراد الأسرة والأقارب، فهو منتشر أكثر عند التوائم المتماثلة حتى ولو تربوا في بيئات مختلفة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة.

وعلى العموم يعزى حوالي 45-65% من حالات الإصابة بالاضطراب الوسواسي القهري عند الأطفال إلى عوامل وراثية جينية.

هناك أيضا من يعتقد بوجود علاقة بين الوسواس القهري و متلازمة توريت (TS) .

( Burroughs and all , 2015, page 14)

**ثانيا :التفسير النفسي :** قدم علماء النفس عددا من النظريات لتفسير الوسواس القهري نذكر منها :

#### 1. نظرية التحليل النفسي :

يرى فرويد ان الوسواسيين قد حدث لهم تثبيت fixation في المرحلة الشرجية من التطور النفسي الجنسي نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام بين رغبة الطفل في التخلص

من فضلاته تبعاً لإرادته ولطلب الوالدين للوصول إلى أعلى مستوى من النظافة، وعندما يكون التدريب مبكراً أو متأخراً جداً، عندها يدرك الطفل هذا التدريب على أنه محبط جداً فإن هذا الصراع "ينجم عنه تثبيت شرطي، وهكذا ينتج الوسواس القهري، عندما يكبر الطفل يستعمل عدد من الحيل الدفاعية أهمها: الأبطال والعزل الانفعالي والتكوين العكسي، كما ركز فرويد على الطبيعة المتصلبة لأننا الأعلى في هذا الاضطراب وعلى اثر التثبيت في المرحلة الشرجية إضافة إلى التناقض الوجداني لدى المرضى. (عبد الخالق، 2009، ص116)

## 2. النظرية السلوكية:

ينظر اصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على انه سلوكاً متعلماً تم دعمه عن طريق المخرجات او النتائج التي يؤدي اليها احدي هذه النتائج و هو خفض القاق و الخوف ،مما يؤدي الى تكرار نفس السلوك . (غانم، 2006 ،ص82)

## 3. النظرية المعرفية:

من المعروف أن الوسواس ما هي إلا أفكار مقحمة ، وأن هذه الأفكار غالباً ما تكون خاطئة ، لكن نتيجة هذه الوسواس يجد المرء نفسه مدفوعاً لاجترارها ، ويحاول جاهداً درء خطرها ، إما بالتأكيد المتكرر ، أو بفعل ما يعفيه من الشعور بالذنب ، وقد استقر رأي الاختصاصيين المعرفيين على ستة مخططات (غير وظيفية) تحكم تفكير الوسواسي هي:

1- تضخيم المسؤولية عن الأذى.

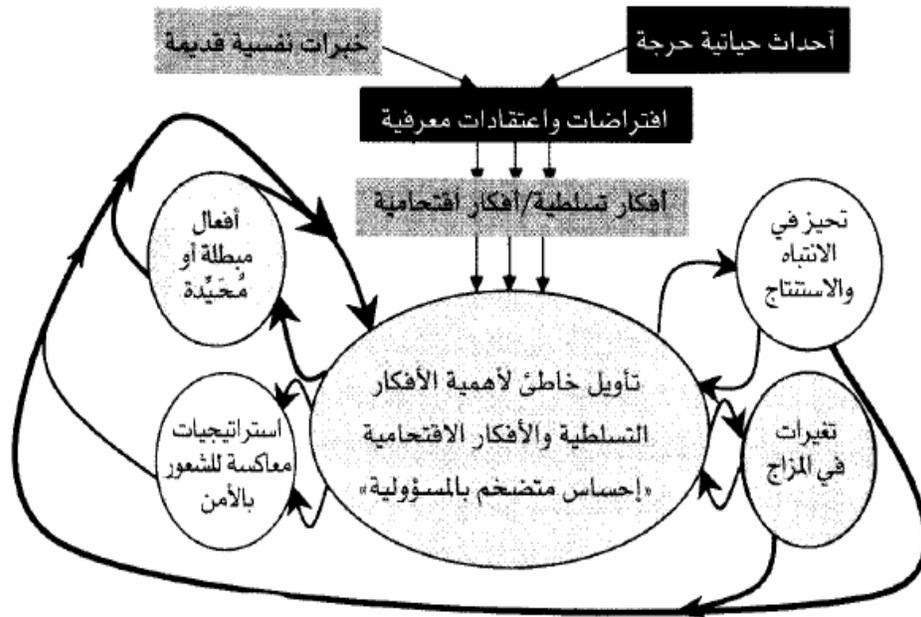
2- المبالغة في أهمية الإقحامات.

3- المبالغة في ضرورة التحكم في الإقحامات.

4- المبالغة في تقدير التهديد.

5- عدم تحمل الأمور غير المؤكدة.

6- النزعة إلى الكمال



شكل رقم (02) تصور معرفي لاضطراب الوسواس القهري

( ابوهندي ، 2003 ، ص 158 )

#### 4. عامل التربية:

أي الخلفية التربوية للمرضى، حيث يلعب أسلوب الوالدين دوراً مهماً في تربية الأطفال، حسب رأي كانر (Kanner) ومن الأمور الجديرة بالذكر في هذا المجال ما يلي:

أ- **مرحلة الطفولة:** تدل تواريخ حياة المصابين بهذا المرض في مرحلة الطفولة على حجم العناء والألم النفسي الذي عانوه جراء إخفاقهم في إثبات ذاتهم أمام إرادة الكبار، وتشير الدراسات إلى أن خمسين بالمائة (50%) من الحالات تعود حالتهم لسني الشباب بالدرجة الأولى، ثم إلى مرحلة الطفولة.

ب- **أسلوب التربية:** تشير نتائج الدراسات إلى أن لأسلوب الأبوين في تربية الأبناء دوراً مؤثراً في هذا المجال، وخاصة الوالدين اللذين يحرصان على أن يكون سلوك الطفل مطابقاً لسلوكهما، وقد أثبتت الدراسات أن الأم التي توصف بشدة الحساسية تهيئ بسلوكها الأرضية لإصابة الأبناء بداء الوسواس.

وفي دراسة عربية (مي الرخاوي: 1992) خلصت الباحثة إلى أن الضغوط العائلية من أهم الأسباب المرسبة لاضطراب الوسواس القهري عند الأطفال المصابين به.

إضافة لعوامل أخرى كالأسلوب الجاف في تربية الأبناء، تحقير الطفل، عدم شعور الطفل بالأمن

و فصل الطفل عن الرضاعة بشكل فجائي، والتشدد معه في أصول النظافة له أثره في هذا المجال. وتشير نتائج الدراسات العلمية العديدة حول الأشخاص المصابين بالوسواس إلى مسألة مهمة وخطيرة وهي: إن أغلب المصابين بالوسواس كان لهم آباء يتصفون بـ:

**أولاً:** العناد وعدم التسامح، والتعنت في الطلبات والأوامر التي توجه للأبناء.

**ثانياً:** يتقصون عيوب الأبناء، ويكاشفونهم بها في مواقف مخجلة.

**ثالثاً:** يتسمون بالبخل إلى درجة تجعل الطفل يتبع أسلوب العناد والإصرار لتحقيق مراده.

وهذه الشروط لا تعني عند وجودها ضرورة الإصابة بالوسواس فهي ليست كافية، بل هناك عوامل أخرى تؤدي للإصابة بالوسواس. (ابوهندي ، 2003، ص251 )

## 5. اعراض الوسواس القهري:

يتصف مريض الوسواس القهري بجملة من الاعراض و التي من اهمها ما يلي

- الخوف الزائد من القذارة والتلوث ، مما يؤدي الى كثرة غسيل اليد و الاستحمام المتكرر و عدم لمس الاشياء .
- الاهتمام الزائد بالترتيب و الدقة .
- وساوس التخزين والاحتفاظ بالخرقة .
- افكار جنسية غير مرغوبة و الخوف من الاعتداء الجنسي .
- وساوس تكرار الاعمال الروتينية وتكرار الاسئلة و العد .
- الوسواس الدينية على شكل افكار مزعجة تتعلق بانتهاك الحرمات والكفر ، وتصور اشياء رهيبة عن الذات الالهية ، والشك في النجاسة وعند النية في الوضوء و الصلاة و الغسل .
- وساوس عدوانية و الخوف من القتل و اشعال النيران .
- وساوس متعلقة بالفحص و المراجعة و التدقيق القهري للأبواب و النوافذ والأنوار .

( شريف سالم ، 2005، ص12 )

## 6. معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري :

اولا :الوسواس القهري حسب DSM5:

## 1- اضطراب الوسواس القهري (F42) Obsessive-Compulsive Disorder

A وجود إما وسواس أو أفعال قهرية أو كلاهما- :

1 ( أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تُختبر في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها مقترحة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد قلقاً أو إحباطاً ملحوظاً.

2 ( يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تحييدها بأفكار أو أفعال أخرى (أي بأداء فعل قهري).

تُعرّف الأفعال القهرية ب (1) و (2) :

1 ( سلوكيات متكررة ( مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقُّق) أو أفعال عقلية (مثل، الصلاة، العد،

تكرار الكلمات بصمت) والتي يشعر المريض أنه مُساقَ لأدائها استجابةً لوسواس، أو وفقاً لقواعد

ينبغي تطبيقها بصرامة.

2) تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الإحباط أو القلق، أو منع حادث أو موقف

فظيح، بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مُصمَّمة

لتحبيده أو منعه أو أنها مُفرطة.

ملاحظة: الأطفال الصغار قد لا يكونون قادرين على التعبير عن أهداف هذه السلوكيات أو الأفعال.

B) تكون الوسواس والأفعال القهرية مستهلكة للوقت ( تستغرق أكثر من ساعة يومياً مثلاً ) ، أو تسبب إحباطاً \_ سريرياً هاماً أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

C) أعراض الوسواس القهري لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة ( مثلاً إساءة استخدام عقار/دواء) أو لحالة طبية أخرى.

(D) لا يُفسر الاضطراب بشكلٍ أفضل بأعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، المخاوف المفرطة، - كما في اضطراب القلق المعمم، الانشغال بالمظهر، كما في اضطراب تشوه شكل الجسم، وصعوبة التخلص أو فراق المقتنيات، كما هو الحال في اضطراب الاكتناز، نتف الشعر، كما في هوس نتف الأشعار] اضطراب نتف الشعر [، نزع الجلد، كما هو الحال في [ اضطراب نزع الجلد]، النمطية، كما هو الحال في اضطراب الحركة النمطية، طقوس سلوك الأكل، كما هو الحال في اضطرابات الأكل، الانشغال بالمواد أو بالمقامرة، كما هو الحال في الاضطرابات الإدمانية وذات الصلة بالمواد، الانشغال بوجود المرض، كما هو الحال في اضطراب قلق المرض، الاندفاعات أو التخيلات الجنسية، كما هو الحال في اضطرابات الولوج الجنسي، الاندفاعات، كما هو الحال في اضطراب السلوك والسيطرة على الانفعالات، واجترار الذنب، كما هو الحال في الاضطراب الاكتئابي الجسيم، زرع الأفكار أو الانشغالات التوهمية، كما في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، أو الأنماط متكررة من السلوك، كما في اضطراب طيف التوحد).

ينبغي تحديد ما إذا كان:

مع بصيرة جيدة أو مناسبة: يدرك الفرد بشكلٍ مؤكد أو بشكلٍ محتمل أن معتقدات الوسواس القهري ليست صحيحة أو أنها قد تكون أو لا تكون صحيحة.

مع فقر البصيرة : يظن الفرد أن معتقدات الوسواس القهري صحيحة على الأرجح.

مع غياب البصيرة / معتقدات توهمية : يكون الفرد مقتنعاً تماماً بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة.

حدد ما إذا كان:

متعلقة بالعرات :لدى الفرد تاريخ حالي أو سابق لاضطراب العرة. ( APA ، 2015 ، ص102 )

**ثانياً: حسب ICD 10 :** حسب التحديث الاخير الصادر في 1 أكتوبر 2018.

الاضطراب الوسواسي القهري F42 Obsessive-compulsive disorder:

يندرج الاضطراب في فئة الاضطرابات العصائبية تحت رقم 42 ، و من اجل الوصول الى تشخيص محدد يجب ان تتوفر اعراض وسواسية او افعال قهرية او كلاهما معا في اغلب الايام لمدة اسبوعين مستمرين على الأقل، وان تكون مصدرا للإزعاج او للتشويش على الانشطة المعتادة .

وتتميز الاعراض الوسواسية بالأعراض التالية :

- أ ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة .
- ب ) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها.
- ج ) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة .
- د ) يجب أن تكون الأفكار أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج .
- ويقسم اضطراب الوسواس القهري إلى عدة أنواع حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية ICD/IO كما يلي :

( F42.0 ) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية.

( F42.1 ) اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية ( طقوس وسواسية ) .

( F42.1 ) أفكار وافعال وسواسية مختلطة .

( F42.8 ) اضطرابات وسواسية - قهرية اخرى .

( F42.9 ) اضطرابات وسواسية - قهرية غير محددة . ( ICD10 ، 2018 ، ص 152 )

## 7. ادوات تشخيص الوسواس القهري:

يساعد تقييم وقياس الأخصائي النفسي في معرفة الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مريض الوسواس القهري ، ومن بين المقاييس المستعملة في التشخيص ما يلي :

- مقياس يل براون للوسواس القهري ( وهو المعتمد في الدراسة الحالية).
- بطارية لايتون للوسواس القهري.
- المقياس العربي للوسواس القهري احمد عبد الخالق.
- قائمة المودسلي للوسواس القهري وهو الذي ترجمه للعربية الدكتور احمد عبد الخالق .

( ابوهندي ، 2003 ، ص 201 )

## 8. بعض الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري :

طبقا لعدة دراسات فإن 90 % من البالغين الذين اقرؤا بإصابتهم بالوسواس القهري في فترة ما من حياتهم اقرؤوا ايضا بأنهم عانوا من اضطراب اخر مشترك (Comorbid Diseases) على الاقل مثل القلق و الاكتئاب و المخاوف بمختلف انواعها ومتلازمة توريتي واضطرابات الاكل . ( محسن،2016،ص15 )

ويوضح الدليل التشخيص الخامس ان هناك اضطرابات لها علاقة بالوسواس القهري منها اضطراب تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder و اضطراب الاكتناز Hoarding Disorder

و الاكتناز لم يعترف به كتشخيص حتى ظهور الدليل الخامس DSM-5 وفي DSM-IV-TR وصف الاكتناز كعرض يمكن أن يصاحب اضطراب الوسواس القهري، وأن الاكتئاب واضطراب القلق والهلع الاجتماعي يشيع فيما بين الذين شخص لديهم الاكتناز . (جونسون ،2017، ص406 )

## 9 . علاقة اضطراب الشخصية الوسواسية بالوسواس القهري :

اضطراب الشخصية الوسواسية (Obsessive-compulsive personality disorder) أو اختصارا :

**(OCPD)** هو اضطراب شخصية يتميز بنمط عام من القلق حول الانتظام، الكمالية، والاهتمام المفرط بالتفاصيل، التحكم العقلي والشخصي، وحاجة الشخص إلى السيطرة على بيئته، على حساب المرونة والانفتاح على التجارب والخبرة والكفاءة، قد يجد الشخص المصاب بهذا الاضطراب صعوبة في الاسترخاء، وأن هناك حاجة إلى المزيد من الجهد لتحقيق أهدافه، ويمكن أن يخطط أنشطته تخطيطا وقتيا دقيقا.

[https://ar.wikipedia.org/wiki/وسواسي\\_قهري\\_اضطراب](https://ar.wikipedia.org/wiki/وسواسي_قهري_اضطراب) 10 يناير 2018

و على الرغم من تشابه الأسماء بينه و بين اضطراب الوسواس القهري (OCD) ، إلا أنهما اضطرابين متميزان عن بعضهما، حيث أن اضطراب الوسواس القهري هو اضطراب قلق واضطراب الشخصية الوسواسية هو اضطراب في الشخصية والعلاقة بين الاضطرابين مثيرة للجدل، حيث أنه وجد في بعض (وليس كل) الدراسات ان كلا الاضطرابين يشارك أوجه تشابه خارجية مع الآخر، كالسلوكيات الجامدة التي تشبه الطقوس، على سبيل المثال، الترتيب والحاجة إلى التناسق والتنظيم، يمكن أن تتواجد في أي من الاضطرابين ،لأن الكثير من صفات الشخصية الوسواسية تشكل عرضا من اعراض الوسواس القهري، لكن يسهل على المختص التفريق

بين الأعراض الدائمة في الشخصية الوسواسية و الاعراض المرضية عند مرضى الوسواس القهري الا في حالات ان يصاب صاحب الشخصية الوسواسية نفسه باضطراب الوسواس القهري .

( أبو هندي وائل، 2003، ص170)

كما انه هناك عدّة فروق بين وساوس الشيطان والوساوس القهرية ينبغي إيضاحها:

أ - وساوس الشيطان دائماً تدعو إلى ما تشتهيهِ الأنفُس وتتلذذ به، كالنظر المحرّم، والسرقة، والظلم، والاستماع المحرّم كاستماع الغيبة والنميمة، والاستمتاع بحقوق الآخرين. فإما أن يرضخ لأهوائه متجاوزاً حدود الله، فهو معرّض لسخطه وعقابه، وإما أن يدعها ويمتنع عنها، وهو قادر على ذلك.

ب- أما الوسواس القهرية فهي اضطراب مرضي مثل كل الأمراض، له أسبابه المهيبة وهي:

- إما أفكار وخواطر وسواسية تسلطية لا يرضى عنها المصاب ولا يستطيع التخلص منها.

- وإما أفعال قهرية واندفاعات في أحوال الدين والدنيا، كتكرار الصلاة وتكرار غسل الأيدي.

لذا ولوجود هذا الفارق بين هذين النوعين من الوسواس - أي الشيطانية وغيرها - اعترض بعضهم على تسمية

الوسواس القهري بهذا الاسم، مفضلاً إطلاق لفظ (الوسوسة) على خصوص الوسواس الشيطانية، واستبدال

مصطلح (الوسواس القهرية) بـ (الهواجس القهرية). (شريف سالم، 2008، ص23)

## مآل المرض :

ان مسار المرض يعتمد بدرجة كبيرة على كشف المريض لسره للشخص المناسب وهذا ما يأخذ وقتاً طويلاً قد يدوم لسنوات حيث دلت دراسة لأحمد عكاشة ان 7% فقط من المرضى يصلون للطبيب النفسي خلال العام الاول من ظهور اعراض المرض ، و 10 % يصلوم للطبيب النفسي بعد عشرة اعوام او اكثر من ظهور اعراض المرض .

وتشير العديد من الدراسات التتبعية الى ان من 20 الى 30 % من المرضى تقريبا تتحسن اعراضهم تحسناً واضحاً ، وان من 40 الى 50 % يكون لديهم تحسن متوسط ، وأن من 20 الى 40 % يظلون مرضى او تسوء حالتهم ، بل قد يتحول ثلثهم الى مرض آخر كالفصام مثلاً ، في حين توصل احمد عكاشة في دراسة تتبعية الى ان ثلثي مرضى الوسواس القهري تتحسن حالتهم في غضون خمس سنوات بغض النظر

على الطريقة العلاجية ، بينما 8 % من الحالات تحولت من الوسواس القهري الى اعراض ذهان الفصام وذلك يعود لعدة اسباب كعدم مقدرة المريض على تحمل الاعراض الجانبية للعقار او عدم احترامه لجرعات الدواء او عدم قدرته على الالتزام بالعلاج النفسي او اضطراب العلاقة بينه وبين المعالج النفسي اوسبب طول مدة العلاج تأخر ظهور النتائج المطمئنة.

كما اثبتت عدة دراسات تتبعية ان المريض بعد اتمام العلاج المعرفي السلوكي بالاستعانة بالعقاقير يمكن ان يعيش بصفة طبيعية بدون استعمال العقاقير ، اما ما يحدث من تحسن باستعمال الدواء لوحده فإنه غالبا ما ينتكس المريض بعد التوقف عن تناول العقار . وبالتالي فالملاحظ ان الجمع بين العلاج النفسي و الدوائي يعطي نتائج افضل . (ابوهندي 2003 ص180 )

## 10. علاج الوسواس القهري:

يتنوع العلاج لحالات اضطراب الوسواس القهري، فمنه العلاج السلوكي، ومنه العلاج المعرفي ، ومنه ما يتم بواسطة العقاقير أو الجراحة، أو حتى العلاج بالكهرباء .

وتفيد الدراسات ان حوالي 70 الى 80 % يتمثلون للشفاء بعد استعمال العقاقير الى جانب العلاج السلوكي ، لكن امكانية الانتكاسة واردة بعد التوقف عن العلاج.

اولا :العلاج الطبي للوسواس القهري :

### 1.العلاج الدوائي:

أثبتت بما لا يدع مجالا للشك فاعليتها في علاج الوسواس القهري ويجب على المريض الصبر والتعاون مع الطبيب في ذلك إذ أن فترة العلاج قد تستمر لمدة 12 إلى 18 شهرا ولكن هذا لا يعني أن المريض يظل يعاني كل هذه الفترة ،بل تبدأ فاعلية الدواء في الأسبوعين الأولين قد تساعد بعض الأدوية النفسية في السيطرة على هواجس اضطراب الوسواس القهري وأفعاله القهرية.

وتتضمن مضادات الاكتئاب التي وافقت عليها إدارة الغذاء والدواء (Administration Food and Drug) لعلاج اضطراب الوسواس القهري ما يلي:

- كلوميبرامين (Chlomipramine) (انافرانيل) للبالغين ولالأطفال من عمر 10 أعوام أو أكثر

- فلوكسيتين (Flouxetine) (بروزاك) للبالغين وللأطفال البالغين من العمر 7 أعوام أو أكثر
  - فلوفوكسامين للبالغين وللأطفال البالغين من العمر 8 أعوام أو أكثر
  - باروكسيتين (باكسيل، بيكسيفا) للبالغين فقط.
  - سيرترالين (زولوفت) للبالغين وللأطفال البالغين من العمر 6 أعوام أو أكثر.
- ومع ذلك، قد يصف الطبيب أدوية نفسية ومضادات اكتئاب أخرى.

وقد يحتاج مرضى الوسواس القهري الذين يعانون من اكتئاب ثانوي إلى جرعة أعلى من دواء مضاد للاكتئاب SSRI لعلاج كلا الاضطرابين في وقت واحد .

<https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/obsessive-compulsive-disorder/diagnosis-treatment/drc-20354438> 16/03/2018

- وعموماً يلجأ المرضى لاستعمال الادوية عندما يفشل العلاج النفسي في السيطرة على افكارهم .
- ورغم محاسن استعمال الادوية الا انها لا تخلو من بعض المساوئ منها :
- الاعراض الجانبية لأغلب العقارات التي قد لا يحتملها المرضى .
  - انتكاسة العديد من المرضى وعودة الاعراض بعد التوقف عن تناول الدواء .
- ( لي باير ، 2010 ، ص262).

## 2.العلاج الكهربائي :

لا تفيد الجلسات الكهربائية في العلاج ولكنها تحسن في الاعراض الاكتئابية التي تصاحب المرض ولا يلجأ الى هذا الاسلوب العلاجي الا في حالات محددة.

## 3. العلاج الجراحي :

والهدف منها جعل المريض غير مكترث لأعراض الوسواس القهري و يصبح بإمكانه مواصلة حياته ونشاطه الاجتماعي المعتاد ويلجأ اليها غالباً بهد فقل الطرق العلاجية الأخرى حيث يقوم الجراح بإحداث ثقب في الجمجمة وكي التفيف الحزامي في الفص الجبهي بالليزر، إلا أن النتائج التي تحصل بعد الجراحة غير مشجعة.

**ثانيا :العلاج النفسي****1.العلاج البيئي و الاجتماعي :**

يحتاج المريض احيانا الى تغيير مكان العمل او السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس ،خاصة اذا كانت له علاقة بالخوف من الامراض او الميكروبات ،وهو علاج وقتي ومساعد فقط .

**2.العلاج التحليلي :**

يحتاج المريض الوسواس القهري للعلاج النفسي ،لتفسير طبيعة الأعراض وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون ،والتقليل من خوفه على قدراته العقلية ،مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي ادت الى هذه الاعراض و المعنى الرمزي لأعراضه ,

و الحق ان ادعاءات رواد التحليل النفسي متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض، نظرا لما يواجهه المحلل من صعوبات مع هؤلاء المرضى كصعوبة عملية الطرح والتغير المستمر في اعراض المريض وعدم قدرة المريض على الاسترخاء التام لعملية التداعي الحر. ( عكاشة ، 2010 ص284 )

**3.العلاج السلوكي:**

في العلاج السلوكي يقوم المعالج بأداء السلوك الذي يتجنبه المريض ويخاف منه، كنوعٍ من إعطاء نموذج للمريض، ومن الممكن أن يعرض المريض للمثيرات التي تستدعي منه القيام بطوقسه القهريّة، ثم يمنع المريض عن ممارسة تلك الطقوس، حيث يعلم المرضى كيف يمكنهم تصحيح مشاكلهم بشكل مباشر؛ أي بدون البحث في المشاكل السابقة والعقد الدفينة، عن طريق تعلم الاسترخاء أولاً، والتحكم في الأفكار غير المقبولة، ثم يمكنك استخدام بعض الطرق للتحكم في قلقك أثناء القيام بهدف سهل، وبعد تحقيق نجاحات متعددة يمكنك أن تضع نفسك بشكل تدريجي في مواقف أكثر صعوبة. ( لي باير،2010،ص62 )

**4.العلاج المعرفي:**

بدأ حديثاً يحقق النجاح في علاج الوسواس القهري، وقد أثبتت الدراسات الحديثة فاعليته في علاج هذا المرض، حيث استخلص الباحثون بعض طرق التفكير عند المرضى، فهناك من رأى أن الأفكار

الاقترامية (Intrusive Thoughts) من الممكن أن تمر مرور الكرام كما يحدث مع معظم البشر، إلا أن مريض اضطراب الوسواس القهري يحس بفداحة هذا الاقتحام، ويعطيه وزناً نفسياً وفكرياً كبيراً، كما يحسّ بأنه قد تسبب بضرر ضخم، وأنه مسؤول عن ذلك، وهذا الإدراك غير العابر لفكرة كان من الممكن أن تكون عابرة، هو ما يتسبب في تثبيتها، وهو ما يعطيها القوة على البقاء، فينتج عن هذه الأفكار التلقائية السلبية التي يعتبر حدوثها - عقب اقتحام الفكرة التسلطية لوعي المريض - سبباً في تسلط الفكرة عليه . ( ابوهندي، 2003 ،ص176) .

### مساهمة الاسرة في العلاج :

اول ما ينبغي على اهل مريض الوسواس القهري سواء كان ابن ام اب ام زوج هو تفهم حالته ومساندته و الوقوف بجانبه،وان ما يقوم به ليس مشاكسة وعناد بل افعال قهرية لا يستطيع مقاومتها . كما يجب على الأهل عدم مساعدة المريض في اداء طقوسه وتشجيه بلطف على عدم فعلها او تأجيلها قدر الامكان ،فالحزم و اللين مطلوبان كلاهما . وايضا ينبغي للاهل مساندة المريض في حالة الانتكاسات او في حالة عدم الرغبة في مواصلة تناول الدواء و الالتزام بالبرنامج العلاجي لأي سبب كان . ( لي باير ، 2010 ،ص299 )

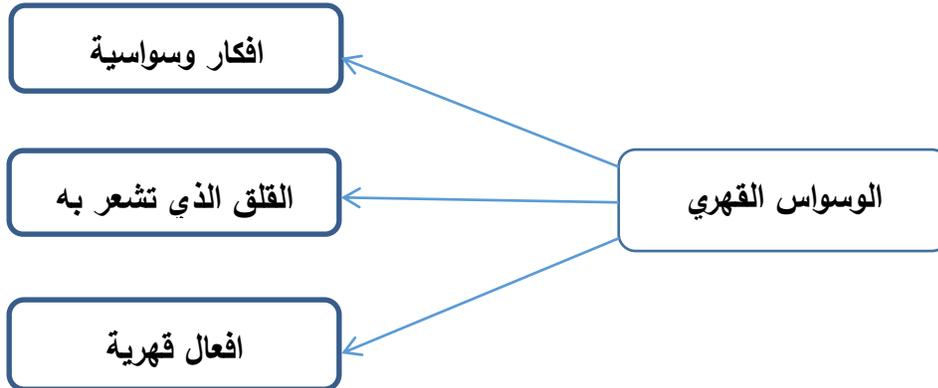
## خلاصة :

الوسواس القهري ان هو اضطراب يبدأ ظهوره في سن المراهقة أو بداية البلوغ، وأحياناً يظهر عند الأطفال ويكون على شكل افكار اقتحامية غير مرغوبة رغم الى جانب افعال قهرية ، و حوالي 1 من كل 50 من الناس يعانون في مرحلة ما من حياتهم من الوسواس القهري ، رجالا ونساء على حد سواء. أما عن انتشار هذا الاضطراب فإنه من المقدر في أمريكا أن فرداً بين كل أربعين فرداً يعاني منه و حوالي 1 مليون شخص في المملكة المتحدة، وحوالي 6 مليون عربي يعانون منه وقد كان قديماً يعد من الاضطرابات النادرة غير القابلة للعلاج. أما الآن فإنه يعتبر رابع أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً.

والوسواس القهري يتكون من ثلاثة اجزاء رئيسية هي :

1. الافكار التي تجعلك قلق (الوسواس)
2. القلق الذي تشعر به.
3. الاشياء التي تقوم بها من اجل خفض القلق (الافعال القهرية).

يمكن تمثيلها في المخطط التالي :



شكل رقم ( 03 ) يمثل عناصر الوسواس القهري

كما تعددت اسباب وكذا انواع العلاجات لاضطراب الوسواس القهري بتعدد النظريات المفسرة له

## الفصل الثالث

# العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تمهيد

1. من هو البرت أليس
2. تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
3. الجذور التاريخية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
4. المبدأ الاساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
5. نماذج لأفكار غير عقلانية وغير منطقية
6. نظرية ABC والعلاج العقلاني - الانفعالي
7. التقنيات الرئيسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
8. نقد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
9. تطبيق نظرية "إليس" على اضطراب الوسواس القهري

خلاصة

**تمهيد:**

يعد العلاج المعرفي السلوكي احد اساليب العلاج النفسي الحديثة نسبيًا نتج عن ادخال العمليات المعرفية الى حيز واساليب العلاج السلوكي حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير و الانفعال و السلوك اذ ان الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك ايضا وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك في ذات الوقت ، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل ايضا.

وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجي ظهور ثلاثة نماذج علاجية ،حيث نجد آرون بيك Beck ،والبرت اليس Ellis و دونالد ميتشنيوم meichenbaum ،الا ان هذا النموذج الاخير لم يرقى الى مستوى النظرية بل اعطى تفسيرات للتغيرات المعرفية التي تحدث من جراء العلاج فقط فهي محاولات لم تكتمل على المستوى التنظيري و التطبيقي ،وبالتالي فالعلاج المعرفي السلوكي مكون من اتجاهين هما الاتجاه البنائي الذي يمثله آرون بيك حيث يركز على الافكار التلقائية او الاوتوماتيكية و الاتجاه العقلاني الذي يمثله البرت اليس الذي يركز على الافكار اللاعقلانية.

وسنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على العلاج العقلاني الانفعالي لالبرت اليس

( عادل ، 2000،ص 3 )

**1. من هو ألبرت أليس ALBERT ELLIS****Albert Ellis (1913-2007)**

- Born in Pittsburgh, PA
- Hospitalized eight times between the ages of 5 and 7
- Parents offered little emotion support
- Extreme fear of public speaking and speaking to women during his adolescence

ألبرت إليس (ولد في 27 من سبتمبر 1913م - وتوفي في 24 من جويلية 2007م) ، وكان الأكبر في ثلاثة اخوة اخ واخت وكان والد إليس رجل أعمال متوسط ؛ لم يظهر سوى عدد قليل من المودة لأطفاله وكان في كثير من الأحيان بعيدا عن المنزل في رحلات عمل.

وصف إليس أمه بأنها امرأة كانت تعاني من اضطراب ثنائي القطبية وانها كانت 'ثرثارة'، وقال إنها تستعرض آراءها

القوية بشأن معظم المواضيع ولكنها نادرا ما تستند على وقائع علمية لهذه الآراء

سرد إليس أنها عادة ما تكون نائمة عندما يغادر إلى المدرسة لا تكون في المنزل عندما يعود ، تولى بنفسه مسؤولية رعاية أشقائه.

وكان ألبرت شابا ضعيفا وعانى من مشاكل صحية عديدة من خلال شبابه، ففي الخامسة من العمر تم نقله إلى المستشفى بسبب مرض الكلى وأفاد بأن لديه ثمانية حالات دخول في المستشفيات بين الخامسة والسابعة ، واحدة من هذه استمرت ما يقرب من عام. وقد قدم والداه القليل أو عدم وجود دعم عاطفي له خلال هذه السنوات.

وهو (عالم نفس) أمريكي طوّر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT). فقد حصل على درجة البكالوريوس في إدارة الأعمال من جامعة المدينة في نيويورك، ثم حصل على درجتي الماجستير سنة 1943 ثم الدكتوراة في علم النفس السريري من جامعة كولومبيا عام 1947.

بعد الدكتوراه، سعى إليس الى تدريب الإضافي في التحليل النفسي اين احتك بعلماء نفسانيين كبار امثال رينشارد هولبيك (الذي كان تلميذ هيرمان رورشاخ) وقد عمل في التحليل النفسي كأخصائي اكلينيكي في عيادة الصحة العقلية الملحقة بمستشفى مدينة نيويورك، الى جانب التدريب في معهد كارين هورني.

لكن سرعان ما بدأ ينتقد التيار التحليلي واصفا إياه بأنه يفتقر للمنهج العلمي الى جانب اعتباره أن الخبرات المبكرة في رأيه أنها ليست الوحيدة التي تسبب الاضطراب وإنما هي اتجاهات وأفكار الفرد حول هذه الخبرات. أسس معهد ألبرت الذي يوجد مقره في مدينة نيويورك وترأسه لعقود، واعتُبر ثاني أكثر طبيب نفسي تأثيراً في التاريخ بناءً على دراسة قام بها علماء النفس امريكيون و كنديون في عام 1985م، (حيث صنّف كارل روجرز في المركز الأول؛ وسيقمون فرويد في المركز الثالث وفقاً للدراسة.

خلال حياته تزوج إيس عدة مرات ،وكانت له مغامرات عاطفية فاشلة وقصيرة غي اغلبها وكانت كانت اطولها مع جانيت وولف وكانت آخر زوجاته **ديبي جوفي** عالمة النفس الاسترالية التي تعرف عليه عام 2000 وتزوجا في 2004 وتوفي في 24 جويلية 2007 ولم يكن له اولاد .

كما اشتهر بكتابه الجنسية "المثيرة للجدل" و اعتبر أول عالم نفسي بارز اشتهر بالدفاع عن حرية المثليين .  
(Abrams ,2012) (<http://www.rebt.ws/albertellisbiography.html>)

وقد احتل إيس مرتبة مرموقة بين علماء النفس المعاصرين باعتباره الاكثر تأثيرا حيث وصفته مجلة سايكولوجي توداي (Psychology Today) "بأنه اعظم عالم نفس على قيد الحياة" ، كما عمل محررا ومشاركا في العديد من المجلات العلمية حيث نشر اكثر من 800 ورقة علمية واكثر من 200 كاسيت وفيديو ، وقد رشحته الرابطة الامريكية للدراسات الانسانية ليكون رجل الانسانية لتلك السنة ،الى جانب انه قام بتأليف وتحرير اكثر من 75 كتابا ودراسة .  
(العاسمي، 2015، ص33)

## 2.تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعتبر العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني (REBT) انه نوع من العلاج قدمه ألبرت إيس في الخمسينات، إنه نهج يساعدك على تحديد المعتقدات غير العقلانية وأنماط التفكير السلبية التي قد تؤدي إلى مشكلات عاطفية أو سلوكية.  
(Froggatt , 2005, p12 )

وهو اسلوب جديد من اساليب العلاج النفسي ،وهو علاج مباشر يستخدم فنيات تتمثل في مساعدة المريض على تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي .  
(سري ، 2000، ص171)

كما يعرف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بأنه أحد الأساليب التي قدمها ألبرت أليس عام 1955 والذي يهدف إلى تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية و اللامنطقية وأثرها في سلوك العميل وتعديلها إلى أفكار ومعتقدات عقلانية منطقية سليمة وتبني العميل فلسفه جديدة في الحياة ،حيث ويعتبر احد أساليب تعديل السلوك المعرفي الذي يهدف إلى مساعدة العميل في التعرف على أفكاره غير العقلانية والتي تسبب رد فعل غير مناسب لديه نحو العالم المحيط به وان يتفهم الفلسفة العقلانية للحياة وتشجيعه على تعديل أفكاره اللاعقلانية وكيف يمكن استبدالها بأفكار أكثر عقلانية . ( عمر، 2008 ص 105 )

### 3. الجذور التاريخية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

تعود الاصول الفلسفية الى الفلسفة الرواقية التي أسسها زينون عام 3000 ق.م ،حيث يرى أصحاب هذه المدرسة أن فكرة الانسان عن الاحداث هي المسئولة عن اعتلال مزاجه ، وهذا ما يعبر عنه "ابكتيتوس" بقوله : (إن الناس يضطربون ليس بسبب الأشياء ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يكونونها عن هذه الأشياء. كما تأثر اليس أيضاً بإسهامات العديد من علماء النفس والمعالجين النفسيين ولا سيما التحليليين امثال فرويد ،الكسندر فرنش ، كيلى ، كارين هورني.

اما ادلر الذي يعتبره "إليس" المروج الرئيسي للعلاج العقلاني حيث تمثل افكاره الدعائم الاساسية للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فهو الذى يقول : أن سلوك الشخص ينبع من أفكار تحدد اتجاهه نحو الحياة وعلاقته بالعالم الخارجي) ،ويقول ايضا ان انفعالات الفرد لا تتحدد بالمواقف ولكن بالمعاني التي يكونها عن تلك المواقف، وهو بذلك يؤمن بأن الانفعالات العاطفية للفرد مرتبطة بأفكاره ومعتقداته. وهذا وكانت البداية الحقيقية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي كطريقة علاجية منفردة على يد العالم الامريكي " اليس". في عام 1954م حيث بدأ "إليس" التحول من التحليل النفسي كطريقة علاجية .

وفي عام 1959م أسس "إليس" معهد الحياة العقلانية { Instute of Rational living } وهو مؤسسة علمية تربوية تهدف لتعليم أسس الحياة العقلانية ،وفى عام 1968م أسس "إليس" معهد الدراسات العلمية في العلاج النفسي العقلاني.

وبدأ " أليس " الكتابة عن هذا الأسلوب في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام 1962م ، وعندما نشر كتابه " السبب والانفعال في العلاج النفسي " طرح فيه أهم الأسس والتصورات والافتراضات والتي يمكن من خلالها فهم نظريته العلاجية ، والتي ركزت على العلاقة بين الانفعالات والتفكير .

وفي عام 1968 أسس معهد الدراسات العليا في العلاج النفسي العقلاني ويقوم هذان المعهدان بأنشطة لنشر المنهج العقلاني الانفعالي وتشمل: مناهج لتعليم الراشدين أسس الحياة العقلانية، وبرامج للدراسات العليا بعد الدكتوراه لمدة عام أو عامين.

وفي صيف عام 1993م أعلن "إليس" عن تغيير مسمى هذا الاتجاه من العلاج العقلاني المعرفي الى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك لتأكيد التبادل بين الجوانب " المعرفية، والوجدانية ، والسلوكية " .

( هشام ابراهيم ، 2008، ص19 )

#### 4.المبدأ الاساسي لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

المبدأ الاساسي للنظرية هو ان المعرفة اهم العوامل المحددة للانفعال الانساني ، وهذا المفهوم يتضمن الطريقة التي يفكر بها الافراد ويفسرون بها الاحداث التي تؤثر على استجاباتهم الانفعالية ، كما ان الاحداث الخارجية في الماضي و الحاضر تسهم في احداث انفعالات الافراد ولكن بصورة غير مباشرة في حين ان المفاهيم والتقييمات الذاتية واطاء التفكير و المعتقدات الغير عقلانية هي العوامل الاساسية للتوترات الانفعالية.

وحسب نظرية اليس فان الناس يشعرون بالسعادة عندما يحققون اهدافا عامة في حياتهم ويكافحون في تحقيقها ، كما اكدت على النظرة التفاعلية للعمليات النفسية كالإدراك و العاطفة و السلوك ودور هذا التفاعل في حدوث الاضطراب او في التخلص منه.

كما تؤكد النظرية ايضا على ان البشر لديهم استعدادا بيولوجيا قويا للتفكير بشكل غير عقلاني ولكن

باستطاعتهم تجاوز آثاره . ( العاسمي، 2015، ص23 )

وبشير اليس الى ان جوهر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يتلخص في ان الاشخاص يميلون الى ان يكونوا مضطربين عصابيا عندما يصرون على التمسك بالمعتقدات اللاعقلانية ، وان الاشخاص يعرضون انفسهم لاضطراب العصابي ليس بسبب عدم تقبل الآخرين لهم ولكن لاعتقادهم بأن عدم تقبل الآخرين لهم

شيء فضيع ، وان المعالج النفسي يلجأ الى تشجيع مرضاه واقناعهم بتحدي المعتقدات اللاعقلانية وبيحث ايضا عن الفلسفات الخاصة بهذه المعتقدات او التي تكمن وراءها . ( العامري ، 2000 ، ص11 )

### 5. نماذج لأفكار غير عقلانية وغير منطقية:

أورد إليس إحدى عشر فكرة غير عقلانية أو غير منطقية تكمن وراء السلوك المضطرب والعصابي وهي:

1- **الفكرة غير العقلانية :** من الضروري أن ينال الفرد الحب والرضا والتأييد من كل فرد في المجتمع

وهذا بالطبع غير معقول ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** احترام الذات والسلوك السوي الذي يقدره الآخرون وتقديم الحب للآخرين لبيادله الآخرون نفس الحب .

2- **الفكرة غير العقلانية :** يجب أن يكون للإنسان كفتاً تماماً ومنجزاً تماماً حتى تتحقق قيمته .

وهذا غير صحيح ، لأن الكمال لله وحده ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي :** أن الإنسان العقلاني هو الذي يعرف أن عليه أن يحاول بذل أقصى جهده لتحقيق أهدافه دون تسابق مرهق مع الآخرين .

3- **الفكرة غير العقلانية :** بعض الناس شريرون ومجرمون ويجب معاقبتهم .

لا يوجد معيار مطلق للصواب والخطأ ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أن كل بن آدم خطأ ، وأن عقاب الناس لا يؤدي إلى تحسين السلوك وإنما ينتج عنه مزيداً من الاضطراب تصرفات بعض الناس خاطئة وغير مناسبة وهي غالباً ما تكون ناتجة عن جهل أو غباء اضطراب انفعالي .

4- **الفكرة غير العقلانية:** إذا سارت الأمور على غير مراد الفرد فإن هذه كارثة مدمرة .

**والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أن على الإنسان أن يكون واقعياً في تحقيق ما يريد ، ويحاول تغيير الظروف ، وإذا لم يتمكن عليه تقبل الواقع .

5- **الفكرة غير العقلانية:** الاضطرابات والمشكلات تسببها عوامل وظروف خارجية لا يتحكم فيها الفرد .

و هذا غير معقول لأن الفرد يدخل مع العوامل والظروف الخارجية بتفكيره وردود فعله ، وهو الذي يضخم أثر العوامل الخارجية ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي** : أن العوامل الداخلية للفرد ذات تأثير فعال ، وعليه أن يتحكم بها قبل أن يلقي اللوم على العوامل الخارجية .

**6- الفكرة غير العقلانية:** هناك أمور خطيرة تبعث الخوف والانزعاج ويجب أن نتوقع احتمال حدوثها في الحسبان ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أننا لا ننكر احتمال حدوث الخطر ولكن لا نعتبره كارثة ويجب علينا مواجهته ، كما أن القلق والتوتر لا يحلان المشكلة بل يعيقان العقل من التفكير السليم .

**7- الفكرة غير العقلانية:** نحاشي بعض المشكلات أسهل من مواجهتها، **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أن علينا مواجهة المشكلات التي تواجهنا لأن الهروب له آثار مستقبلية كبيرة ، والإنسان العقلاني يعمل دون شكوى ما يجب عمله مستمداً للذة من التحدي وحل المشكلات .

**8- الفكرة غير العقلانية:** يجب أن يعتمد الشخص على آخرين ، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه ، لكن المبالغة في الاعتمادية على الآخرين تؤدي إلى فقدان الحرية وتحقيق الذات وتؤدي إلى مزيد من الاعتمادية وإلى الفشل في التعلم ، **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أن يكافح الإنسان من أجل تحقيق الذات واستقلالها ، ولكن لا يرفض المساعدة بل يبحث عنها إذا أحتاج إليها .

**9- الفكرة غير العقلانية:** الخبرات والأحداث والماضية هي المحددات الأساسية للسلوك الحاضر .

وهذا غير معقول فالسلوك الذي كان ضرورياً في الماضي ليس من المحتم أن يكون ضرورياً في الوقت الحاضر ، كما أن الحلول الماضية للمشكلات قد لا تكون ملائمة للمشكلات الحالية **والفكرة العقلانية المقابلة هي:** أن الماضي مهم ولكن الحاضر يمكن تغييره عن طريق تحليل المؤثرات الماضية .

**10- الفكرة غير العقلانية:** أن الشخص يجب أن يبتلع لمشكلات الآخرين .

**والفكرة العقلانية المقابلة هي** : أن الفرد يحاول أن يساعد الآخرين في حل مشكلاتهم ، وإذا لم يجد ذلك معهم ، فمن الأفضل تركهم وشأنهم إذ أنه لا يجوز أن بلوم الإنسان نفسه على أفعال غيره .

**11- الفكرة غير العقلانية:** هناك حلاً مثالياً وكاملاً لكل مشكلة .

وهذا غير معقول ، لأنه لا يوجد حلاً كاملاً لكل مشكلة ، وأن الشخص العقلاني يحاول أن يجد حلولاً عديدة بحيث يصل إلى أفضل حل ممكن منها . ( زهران،1997،ص367 )

وقد اضاف الدكتور عبد الستار ابراهيم في كتابه العلاج النفسي الحديث فكرتين اخرتين وهما :

**12- الفكرة غير العقلانية** على الانسان ان يضع متطلبات صارمة على عمله او ادائه او تصرفاته وانه من الفضيع ان يجيد عن هذه المتطلبات **والفكرة العقلانية المقابلة** انه يجب ان نعمل لأننا نحب ما نعمله ومن الاحسن ان يكون ما نعمله مضبوطا ودقيقا ولكن في حدود امكانياتنا.

**13- الفكرة غير العقلانية** هناك مصدرا واحدا للسعادة وانها لكارثة إذا أغلق هذا المصدر أو فقد ،**والفكرة العقلانية المقابلة** هي ان الانسان يستطيع ان يحقق سعادته من مصادر مختلفة او يبذل اهدافه بأهداف اخرى اذا ما تطلب الأمر ذلك . ( هشام ابراهيم، 2008، ص39 )

## 6. مفهوم نظرية ABC والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

قدم اليبس (1977) ما أسماه نظرية ABC في السلوك والشخصية وهي :

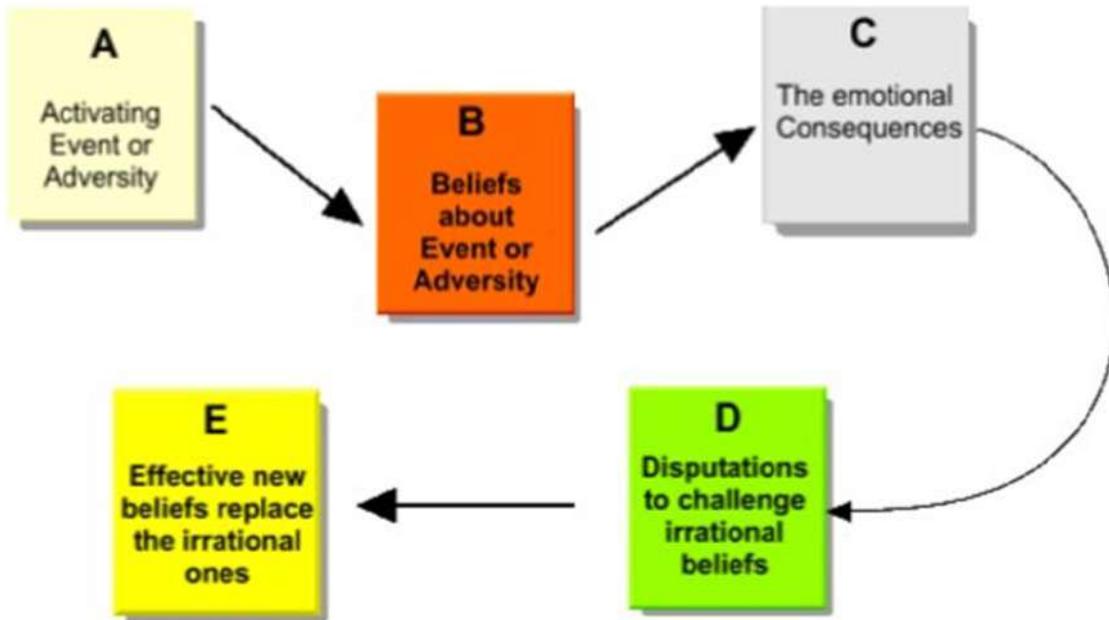
- ( A ) تعني Activating Experience "خبرة منشطة" ( هنا والآن ) مثل وفاة - طلاق - رسوب ، والخبرة المنشطة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب .
- (B) تعني Believe System " نظام المعتقدات" ، ويتم إدراك الخبرة المنشطة وفقاً لنظام المعتقدات لدى الفرد ، والذي إما أن يكون عقلانياً أو غير عقلاني.
- (C) تعني Consequence " نتيجة" أو استجابة انفعالية ، وقد تكون النتيجة عقلانية ( ارتياح - رضا ) أو قد تكون غير عقلانية ( حزن - توتر - قلق )، والمثال التالي يوضح ذلك

أختان تنامان في غرفة واحدة، وعند النوم تطفئ الأم النور وتغلق الباب ، الخبرة (A) الظلام واحد بالنسبة للأختين ، الأخت الأولى ليس لديها معتقدات (B) وأفكار غير عقلانية عن الظلام ، والأخت الأخرى لديها معتقدات وأفكار غير عقلانية عن الظلام ، حيث تنتظر أن يدخل عفریت من الشباك أو أنه موجود تحت

السرير فينتظر حتى ينطفئ النور لينقض عليها ، والنتيجة (C) أن الأخت الأولى تشعر بالسعادة لذهابها للنوم وتستغرق في النوم ، والأخت الثانية تشعر بالخوف الشديد . ( زهران ، 1997 ، ص 369 )

ثم طور اليس نظرية ABC حيث اضاف ثلاث مراحل اخرى D,E,F ليصبح الاسلوب العلاجي على النحو التالي:ABCDEF:والذي يعني أن الأحداث النشطة (A) المؤسفة التي تؤثر بمعتقدات وأفكار (B) التي تسبب الاضطراب إلى الانفعال والانزعاج (C) ، ويجب تعلم مناقشتها ودحضها (D) " Dispute " حتى يتم الوصول إلى سلوكيات ومعتقدات جديدة وفعالة (E) " Effect " اما F فتعني new feeling اي المشاعر الجديدة . (علام ، 2012 ، ص48).

والمخطط التالي يوضح مراحل نظرية اليس:



شكل رقم (04) يمثل نموذج نظرية اليس

[http://drsecureweb.blogspot.com:rebt-abc-model\\_15.html](http://drsecureweb.blogspot.com:rebt-abc-model_15.html) : 11/15/2015

## 7. التقنيات الرئيسية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يوظف المعالجون عدد كبير من التقنيات المعرفية و السلوكية و الانفعالية حسب طبيعة وحالة كل متعالج وظروف العلاج وذلك بهدف تشجيع العملاء على الانجاز وحثهم على التغيير ومواصلة الجلسات العلاجية والتقنيات الاساسية هي:

### 1 - التقنيات المعرفية : cognitive techniques

وتتم عن دحض الافكار الغير عقلانية من خلال :

- الاكتشاف detecting من خلال البحث و الاستقصاء عن الافكار و المعتقدات غير العقلانية وخاصة الحتميات ( يجب ،ينبغي ..) التي تؤدي لهدم الذات .
- المناقشة او التفكير debating :وهي اسئلة يوجهها المعالج للعميل ليساعده في التخلص من افكاره الغير عقلانية .
- التمييز discriminating : وهي تعني مساعدة العميل ليكون قادرا على التمييز بوضوح بين الرغبات و التفضيلات و الاماني من جهة وبين الحاجات و المطالب و الاوامر من جهة اخرى.

### 2- التقنيات الانفعالية: emotives techniques :

حيث يعمل المعالجون على قبول مرضاهم بدون شروط بغض النظر عن سلوكهم السلبي وعلى انهم بشر غير معصومين عن الخطأ ومن هذه التقنيات :

- الطرق الفكاهية : humourous methodes .
- الكشف عن الذات حيث يصرح المعالجون انهم هم ايضا بشر يصيبون و يخطئون ولكنهم يصححون اخطائهم ويستفيدون منها .
- استخدام القصص و الأمثال و النكت و الحكم المشهورة كوسائل مساعدة للإقناع و التخفيف عن العملاء.
- استخدام الاغاني الفكاهية والهادفة في نفس الوقت.

### 3- التقنيات السلوكية : Behavioral techniques :

من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية تجعلهم في موقف مبارزة او تحدي ومن بينها :

- نشاطات التحمل و البقاء والصبر .
- تمارين عدم التأجيل وهي تمارين تستخدم لدفع العملاء لعدم تأجيل المهام الموكلة اليهم وبدئها في وقتها المحدد.
- المكافآت و العقوبات بهدف تشجيع العملاء على القيام بالواجبات الصعبة.
- تقنية لعب الدور العقلاني :اي مساعدة العملاء على التصرف كما لو انهم طبيعيين لمدة من الوقت . ( العاسمي ،2015،ص110 )

على الرغم من أن التقنيات المستخدمة من قبل هؤلاء المعالجين تنقسم إلى ثلاث فئات ، فمن الضروري ملاحظة أن المعالج يستخدمها بالتبادل ويتقاطع من الانفعالي إلى السلوكي والمعرفي دون مراعاة أي ترتيب منهجي على الإطلاق لأن التقنية المستخدمة تعتمد في الغالب على الجلسة والعمل وما يجري مناقشته في الوقت الحالي ، بمعنى آخر لا توجد صيغة خاصة حول كيفية استخدام التقنيات.

وتجدر الإشارة أيضا إلى أن التقنيات لا يتم تطبيقها بطريقة جامدة، فالمعالج يحتاج فقط إلى أن يكون منتبها جدا ويعرف متى تستخدم أي تقنية من هذه التقنيات. ( Mukangi, 2010 ,P 60 )

### 8.نقد النظرية :

مزايا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

يمكن تلخيص مزايا العلاج العقلاني الانفعالي بالتالي:-

1) تصل نسبة التحسن باستخدامه الى حوالي 90% من الحالات ويؤتي العلاج ثماره عندما يستخدمه المعالج الكفاء مع المنتفع الذكي.

2 ) يناسب مجتمعا حيث المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخرافية كثيرة.

3 ) يعتبر أسلوبا مثاليا لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.

4 ) يحصن المنتفع ضد الأفكار غير العقلانية التي قد يتعرض لها مستقبلا.

عيوب العلاج العقلاني الانفعالي:- تتلخص عيوب العلاج العقلاني الانفعالي بالتالي:-

- 1) لا يروق لبعض المنتفعين هجوم المعالج على أفكارهم.
- 2) قد يؤدي الهجوم المباشر على معتقداتهم وأفكارهم إلى المقاومة.
- 3) قد يؤدي إلى اعتماد العميل على المعالج لأن المعالج لا يشجع الاستقلالية في العميل.
- 4) قد يتطرف بعض المعالجين ويبالغون فيصبح عملهم أشبه بعملية غسل المخ بالنسبة للمنتفع.
- 5) يعتبره البعض علاجاً تسلطياً أكثر منه سلطوياً لأن المعالج يأخذ الدور المهيمن في الجلسة العلاجية.

عند فحص REBT ، من المناسب استنتاج أن هذه النظرية تتجاهل العوامل المساهمة الأخرى مثل الدور الذي تلعبه الشروط الطبية العامة والعوامل الجينية والبيئية بدلاً من ذلك ، اختارت النظرية التأكيد على الدور الذي تلعبه الأفكار اللاعقلانية التي تتجاهل الفروق الفردية .

كما ان اسلوب المواجهة خلال الجلسات العلاجية الاولى يمكن ان يؤدي الى عوائق وحوازر بين العميل و المعالج تعيقه عن بناء علاقة قوية وبالتالي يجب تجنب المواجهة تمامًا في الجلسة الأولى.

هناك عجز آخر لهذه النظرية هو أن المعالج لا يحاول استكشاف خلفية القضايا التي يقدمها عملائه مع الأخذ في الاعتبار أنه يمكن أن تكون من العوامل المسببة للوضع الحالي عن طريق منع العميل من التنفيس عن عواطفه ، فكل ما يفعلونه هو تعليم العملاء كيفية التفكير بعقلانية بغض النظر عن العوامل السببية التي تقف وراء الاضطراب.

كما يمكن ملاحظة أن REBT لديه أيضاً نقاط قوة مختلفة مثل استخدامه على نطاق واسع من طرف المعالجين نظراً لمستويات فعاليته العالية وخصوصاً عندما يتعلق الأمر بعلاج الاكتئاب.

وهناك نقطة قوية أخرى وهي أنها توضح كيف يفكر الناس ويتصرفون بشكل أساسي عندما يتعلق الأمر باستنباط برنامج علاجي لكل فرد. ( Mukangi, 2010 ,P 62 )

## 9. تطبيق نظرية "إليس" على اضطراب الوسواس القهري :

وإذا أردنا تطبيق هذه النظرية على موضوع الوسواس القهري نجد أن:

**A - Activating Event - الحدث:** تأنيب الطفل بشكل مستمر على عدم النظافة مثلاً (التبول في ثيابه)، وكما ذكرنا فإن الأحداث في الطفولة تنمو وتؤثر في الكبر بحسب شدتها وتأثيرها ووقعها على نفس الطفل.

**B - Believes - الأفكار أو الاعتقادات:** إعتقادات الفرد غير العقلانية، حيث يردد لنفسه بشكل دائم: (أنا إنسان غير نظيف، وغير قادر على المحافظة على نظافة نفسي والأمور المتعلقة بي)، وبالتالي فإنه يلزم حتى يكون نظيفاً أن يتكلم على الآخرين في إنجاز أموره، وبالتالي يكون مصدر إزعاج، وربما عبئاً لمن حوله، ويتمنى أحياناً لو أنه يموت ويرتاح ويريح الآخرين منه.

**C - Emotional Consequences - النتائج الانفعالية:** إحساس المريض بالقلق والتوتر والشعور بالذنب لأنه مصدر إرباك وإزعاج لمن حوله ولأسرته خصوصاً. فتسبب تلك الانفعالات اضطراباً له، فيعمد إلى أمور النظافة بشكل مبالغ فيه، حيث يغسل يديه مراراً وتكراراً، أو يغسل ثيابه مثلاً بالمنظفات والمعقمات بكميات كبيرة، ما يؤدي أحياناً إلى تلفها أو إلحاق الضرر بجسمه، أو مثلاً يؤدي الشعور بالذنب إلى البطء والوسواس، أو يحصل لديه الخوف من القاذورات بشكل يزيد عن الحد، فيعتقد أنه بإعطائه نفسه وقتاً أكثر للنظافة سينجز الأمور كما يجب، ولا يتسبب بأي إزعاج للآخرين.

فيلجأ المعالج هنا إلى طرق تغيير التفكير اللاعقلاني إلى تفكير عقلائي، وهذه الطرق تتمثل في:

**D - (Disputation) - التفنيد:** أي دحض الأفكار اللاعقلانية من جهة المعالج للمريض، وذلك بزرع أفكار عقلانية مكانها، وإقناع المريض بها، فتحتفي الأفكار اللاعقلانية عند المريض بشكل تلقائي، ففي مثالنا: الأفكار العقلانية (طبعاً بعد معرفة الحدث والسبب في نشوء الأفكار اللاعقلانية).

و الإنسان اجتماعي بطبعه، ولا يستطيع الاستغناء عن خدمات الآخرين، كما أن الآخرين بدورهم محتاجون له، وهذا التعاون والتبادل في الخدمات يفترض وجوده (محاولة إزالة الشعور بالذنب وبأنه مصدر إزعاج)، وأنّ التعاون في موضوع النظافة أمر جيد.

وهناك طرق أخرى تساعد على دحض تلك الأفكار، كالكفّ عن كلمات كالتعظيم والتعميم، وتغيير الألفاظ، من قبيل: (يجب أن أكون نظيفاً دائماً) إلى: الأفضل أن أكون كذا.

**E - Effect** نتيجة لهذه الأفكار العقلانيّة التي تحدّثنا عنها يأتي التأثير الجديد في سلوك المريض، أي أن التطوير والتحسين في هذه النظرية ارتكز على أمرين:

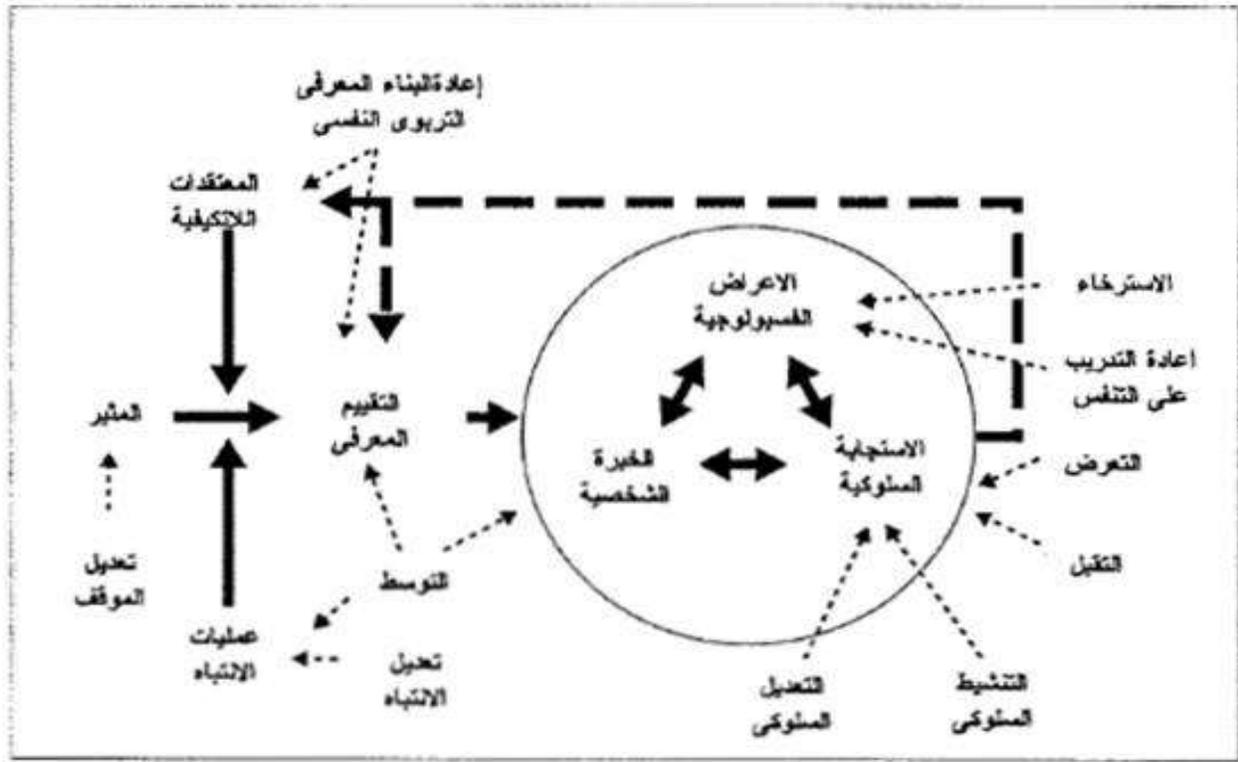
أولاً: التخلّي عن الأفكار اللاعقلانيّة، وتبني أفكارٍ عقلانيّة تحل محلها بشكل تلقائي.

**F - Feelings المشاعر** : ثم تتولّد لديه مشاعر جديدة تفاعليّة، وتستعمل في هذه المرحلة التغذية الراجعة للمريض، وحتى يحصل الاطمئنان: من الجيد عندئذ متابعة هذه الحالة وهذا التحسن، وهذا بالتالي يؤدي إلى تدعيم الثقة بين المريض والمرشد النفسي، وفي هذه الحالة فإنّ بعض المقفلات عند المريض النفسي تصبح مفتوحة، ليفصح عن مكونات نفسه، فيسهل التعامل معه في سبيل نجاح العلاج.

**G - Goals الأهداف** : توصيل حالة المريض إلى وضع أهداف جديدة تفاعليّة ناتجة عن أفكار عقلانيّة، ومن المهم إشراك الأسرة في العملية العلاجيّة، سواء بالحرص على مداومة تناول الأدوية اللازمة، أو في مراحل العلاج السلوكي أو المعرفي، بحيث يكونون بمثابة معالجين مساعدين للطبيب، وأن يتفهّموا طبيعة الاضطراب وطبيعة أعراضه، وأن يتعلموا كيفية التعامل معها.

(مجلة جامعة النجف، 2013) [http://www.al-najaf.org/resalah/23/23\\_06.html#\\_ftn22](http://www.al-najaf.org/resalah/23/23_06.html#_ftn22)

كما ان هناك استراتيجيات اخرى اعتمدت في علاج اضطراب الوسواس القهري و المخطط التالي يوضح استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي :



شكل رقم ( 05 ) يبين استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي للوسواس القهري

( هوفمان ، 2012 ، ص 133 )

### خلاصة :

يرى اليس مؤسس مدرسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن فكرة الانسان عن الاحداث هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه ، أي أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراسات خاطئة ، وهذا ما عبر عنه الفيلسوف اليوناني "ابكتيتوس" abucus بقوله : ( إن الناس لا يضطربون بسبب الأشياء، ولكن يضطربون بسبب وجهات نظرهم التي يكونونها حول تلك الأشياء). كما أن البوذيين القدماء كانوا يقولون أن انفعالات الانسان تنشأ من طريقة تفكيره ولكي يغير الفرد من انفعالاته يجب أن يغير من طريقة تفكيره أولاً ، وتتمثل الأسس النفسية للشخصية عند "اليس" في نموذج أسماه (ABC) والذي يعتبر الجانب الرئيسي في العلاج العقلاني من الناحية النظرية والتطبيقية . حيث ترمز (A) إلى المثير والمسبب للانفعال ، و(B) تشير إلى فكرة الإنسان أو اعتقاده (Belive) بالنسبة للحدث المثير ، بينما وبشير (C) إلى النتائج الانفعالية (Consequences) والسلوكية لأفكار الشخص .

# الجانب الميداني

## الفصل الرابع

### الإجراءات المنهجية للجانب الميداني

1. تمهيد

2. منهج الدراسة

3. متغيرات الدراسة

4. مجتمع الدراسة

5. حالات الدراسة

6. حدود الدراسة

7. أدوات الدراسة

8. البرنامج العلاجي

**تمهيد:**

يتناول هذا الفصل منهج الدراسة الذي استخدمه الباحث ، وتحديد العينة مبينا خصائصها وشروط اختيارها ، كما يتناول ايضا الأدوات المستخدمة في الدراسة الى جانب إجراءات الدراسة.

**اولا :منهج الدراسة:**

المقصود بمنهج البحث العلمي تلك المجموعة من القواعد و الانظمة التي يتم وضعها من اجل الوصول الى حقائق مقبولة حول الظواهر موضوع الاهتمام من قبل الباحثين في مختلف مجالات المعرفة الانسانية .  
( عبيدات واخرون ، 1999 ص 35 )

وقد استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الشبه تجريبي ،وهو ما يطلق عليه **تصميم المجموعة الواحدة** بقياس قبلي وقياس بعدي على نفس المجموعة ، حيث يوجد هناك مواقف من غير الممكن فيها أن نستخدم المنهج التجريبي لاعتبارات مختلفة.

ففي هذا التصميم شبه التجريبي يقوم الباحث اولاً بالقياس القبلي، ثم يقوم بتطبيق البرنامج العلاجي وبعدها يقوم بتطبيق القياس البعدي للوقوف على اثر البرنامج العلاجي بملاحظة الفرق في الاداء بين القياسين القبلي و البعدي عند كل حالة.

**الجدول رقم ( 01 ) يوضح تصميم الدراسة الميدانية**

ملاحظة الفرق بين القياسين	الاختبار البعدي	المعالجة التجريبية ( المتغير المستقل )	الاختبار قبلي	مجموعة واحدة
---------------------------	-----------------	--	---------------	--------------

ويعتبر هذا التصميم ملائماً عندما يكون هدف الباحث العمل على احداث تغيير في نمط السلوك او في بعض العمليات العقلية .  
( عباس وآخرون ، 2007 ص190 )

كما استعان الباحث ايضا بتقنية دراسة الحالة بهدف جمع وتحليل وتفسير المعلومات عن الحالات موضوع الدراسة .

### ثانيا: متغيرات الدراسة:

\***المتغير المستقل:** هو البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي.

\***المتغير التابع:** هو اعراض الوسواس القهري.

### ثالثا : مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من مرضى اضطراب الوسواس القهري الذين ترددوا على خلية الاصغاء و المرافقة بديوان مؤسسات الشباب بورقلة.

### رابعا : حالات الدراسة :

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية حيث تكونت من اربع حالات ذكور سنها بين 25 و58 سنة تعاني من الوسواس القهري بدرجة متوسطة بين ( 16 و 23 ) او ملحوظة بين ( 24 و 31 ) درجة حسب مقياس بيل براون للوسواس القهري بصيغته المختصرة حيث تم استبعاد الحالات التي تحصلت على درجات منخفضة لأنها حالات لا تصلح للدراسة لأن الدرجة لا تعيق العمل من ممارسة نشاطه اليومي بشكل ملحوظ وتم استبعاد الحالات الاخرى التي تحصلت على درجات مرتفعة لأنها تحتاج لتكفل علاجية اطول حسب دراسات قام بها الدكتور احمد عكاشة والدكتور وائل ابو هندي قد تمتد لأكثر من عشرين جلسة ووقت الدراسة لا يسمح بذلك .

والجدول التالي يبين معلومات عن حالات الدراسة :

جدول رقم ( 02 ) يبين معلومات عن حالات الدراسة

الرقم	الحالة	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	مدة المعاناة من الاضطراب
01	الحالة الاولى	25	جامعي	اعزب	04 سنوات
02	الحالة الثانية	31	ثانوي	اعزب	03 سنوات
03	الحالة الثالثة	32	متوسط	اعزب	15 سنة
04	الحالة الرابعة	59	بدون مستوى	متزوج	10 سنوات

**خامسا: حدود الدراسة :**

- **الحدود الزمانية للدراسة:** اجريت الدراسة اثناء السنة الجامعية 2018/2019، بينما تم تطبيق البرنامج العلاجي في مدة قدرها شهرين ونصف ابتداء من تاريخ 20 جانفي 2019 موزعة على اثنتي عشر جلسة بواقع جلسة او جلستين اسبوعيا حسب استعداد كل حالة .
- **الحدود المكانية :** تم تطبيق البرنامج العلاجي بمكتب خلية الاصغاء و المرافقة الكائن بدوان مؤسسات الشباب بورقلة ODEJ.

**سادسا: أدوات الدراسة :**

- 1- المقابلة العيادية .
  - 2- مقياس بيل براون للوسواس القهري.
  - 3- البرنامج العلاجي للوسواس القهري من تصميم الباحث.
- لعل اول ما يجب ان يقوم به المعالج اي قبل الدخول في عملية العلاج ان يتعرف اولا على طبيعة الاضطراب و مدى خطورته وماذا كانت هناك اضطرابات اخرى كوجود افكار انتحارية او القلق او الاكتئاب وهي علاجات تتطلب علاجا منفصلا .
- وعادة ما تعتمد هذه المرحلة استخدام اداتين او اسلوبين من اساليب التشخيص هما :
- **المقابلة الاكلينيكية التشخيصية :** بما تقدمه من فهم لطبيعة المعاناة من سلوك التدمير الذاتي والكشف عن مصادر القوة والضعف في الشخصية .
  - **القياس النفسي :** بما يقدمه من ادوات موضوعية للتعرف على الجوانب السلوكية و المعرفية التي ستخضع للعلاج .

**1- المقابلة الاكلينيكية التشخيصية :**

هي اداة هامة للحصول على المعلومات من مصادرها تشير في ابسط معانيها الى تبادل علائقي لفظي وغير لفظي بين شخصين او اكثر في اطار محدد بغرض تحقيق هدف سبق تحديده ، فضلا على

الحصول على معلومات وافية ومباشرة عن الحالة، وعن المشكلة التي دفعت العميل لطلب العلاج مما يمكن المعالج من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية . ( عنو ، 2017، ص18 )

ويقصد بالمقابلة تفاعل مخطط بين شخصين على الأقل بهدف الحصول على معلومات حول موضوع محدد، وقد حظيت أدوات المقابلة في هذه الأثناء بأهمية عالية في التشخيص النفسي الإكلينيكي، لأنه يمكن من خلالها الوصول في الغالب إلى درجة عالية من الموثوقية في قياس الظاهرة موضوع الاهتمام، حيث يحاول المعالج معرفة مشكلات المريض من خلال الحديث توضح الأسئلة التي سيتم طرحها بالتفصيل في كتيب .تستخدم في الأغلب الأعم للحصول على المعلومات اللازمة للوصول إلى تشخيص.

( شلوتكه ، 2016 ص516 )

والمزيد حول اجراءات و اسئلة المقابلة مذكورة في الملحق رقم 03

2- مقياس ييل براون للوسواس القهري (Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale-Y-BOCS):

صمم عالم النفس الأمريكي واين غودمان Wayne Goodman وزملاؤه هذا المقياس عام 1989، والذي يستخدم بشكل واسع في مجال الأبحاث والاختبارات التجريبية لمراقبة تطورات الحالة أثناء العلاج، فهي تساعد كثيرا في استخراج مالم يذكره المريض، ومالم يعتقد أنه ذو علاقة بالأمر في حياته؛ ويهدف تطبيقه على المريض بالوسواس القهرية إلى التحديد الكمي لشدة الأعراض وكذلك لتقييم الاستجابة لطرق العلاج المختلفة.

وبالنسبة للخصائص السيكومترية للمقياس، فقد أجرى كل من كيم، وديسكن، وكسكويسكي، وهوفر، وكاسلين، عام 1993 دراسة بهدف التحقق من الثبات والصدق لهذا المقياس من خلال تطبيقه على عينة مكونة من 102 يعانون من الوسواس القهرية، وأظهرت النتائج انه يتمتع بدرجة مرتفعة من الثبات والصدق في تقييم أعراض الوسواس القهري. <https://acofps.com/vb/44383.html> ,2011

وحسب دراسة قامت بها الدكتورة صباح السقا فقد بلغ الصدق الذاتي للمقياس 0,92 وهو دال إحصائياً وبمعامل ثبات (إعادة التطبيق) 0,90 وهو بذلك يتمتع بقدر من الثبات يوثق فيه.

كما قام الباحث خميس رمضان العزامي في دراسته بالتحقق من صدق وثبات المقياس عن طريق صدق المحتوى و الاتساق الداخلي حيث قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من ( 11 ) منتفع، وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس ووجد ان معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد الوسواس و الدرجة الكلية لفقراته دالة عند مستوى دلالة ( 0.01 ) وتراوحت معاملات الارتباط بين ( 0.719 و 0.944 ) وبذلك تعتبر فقرات المقياس صادقة لما وضعت لقياسه. وهذا يؤكد ان المقياس يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي .

وللتأكد من ثبات المقياس اجرى هذا الباحث عدة خطوات كطريقة التجزئة النصفية، وطريقة الفا كرومباخ وتبين للباحث ان المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات. ( العزامي، 2018، ص111 )  
 ويتميز هذا المقياس من غيره من مقاييس الوسواس في أنه يستخدم كأداة ملاحظة بشكل متكرر في الدراسات العلاجية لاضطراب الوسواس القهري، وهو يساعد كثيراً في اكتشاف ما لم يذكره وما لم يعتقد أنه ذو علاقة بأمر في حياته، وبذلك نستطيع تحديد شدة الاضطراب، وبالتالي تقييم الاستجابة لطريقة العلاج المستخدم . ( السقا ، 2014 ص 65 )

وهو ملائم بشكل خاص لتحديد الظواهر القهرية وشدة الأفكار والتصرفات القهرية ، كما يتم استخدامه في الدراسات الصيدلانية والعلاجية والنفسية لتحديد شدة الاضطراب القهري ، كما تستخدم القائمة لقياس التعديل بالنسبة لمجرى العلاج أيضاً، والقائمة مصممة بطريقة متمركزة حول الظاهرة وتستقصي ظهور الأفكار والتصرفات القهرية الراهنة والماضية. ( شلوتكه، 2016 ص 293 )

وقد ترجم هذا المقياس بمركز الطب النفسي بجامعة عين شمس في القاهرة، كما استخدم في دراسة قام بها باحثون من قسم الطب النفسي بالجامعة نفسها عام 1994 م لدراسة أعراض الوسواس القهرية على عينه من المصريين، ومقارنتها بنتائج مماثلة في أنحاء شتى من العالم. ( أبو هندي، 2003، ص206).

ويتألف هذا المقياس من عشرة أبعاد لاضطراب الوسواس القهري (خمسة منها تقيس الوسواس وخمسة أخرى تقيس الأفعال القهرية)، وكلّ منها مقسم إلى خمس درجات تبدأ من الصفر (لا يوجد أعراض) إلى أربعة (أعراض شديدة) فتكون الحالة المفترضة علامتها كاملة من 40، وهي تمثل أشدّ حالات الوسواس القهري.

### طريقة التصحيح:

جدول رقم ( 03 ) يوضح طريقة تصحيح مقياس بييل - براون للوسواس القهري

المعدل في مقياس بييل - براون للوسواس القهري	شدة اضطراب الوسواس القهري
صفر - 7	أعراض وسواس قهري خفيفة جدا
8-15	أعراض خفيفة
16 - 23	أعراض متوسطة
24 - 31	أعراض ملحوظة
32 - 40	أعراض شديدة

**صفر- 7 :** أعراض وسواس قهري خفيفة جدا .في الغالب لا تحتاج إلى العلاج، إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب مواقف مثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.

**8 -15:** أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة، إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة .

**16 -23 :** أعراض متوسطة ، إحرارز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

**24 -31 :** أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة عابرة .

**32 - 40 :** أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزا بالغا .قد تحتاج إلى علاج يقوم به

( سرحان ، 2008 ، ص69 )

اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

## 3- البرنامج العلاجي :

البرنامج العلاجي هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة ، التي تسير وفق تسلسل منطقي ، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض .

ولقد عرفه بيك بأنه برنامج مخطط و منظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية .  
وتتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج .  
وتتحدد أهمية تصميم البرنامج العلاجي في مجموعة من النقاط الأساسية هي:

1. إعطاء صورة شاملة للمعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل مع الحالة.  
2. ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من مراحل البرنامج العلاجي.

3. تحديد المهام المطلوبة من المعالج في كل جلسة ، وآليات تنفيذها.

4. مساعدة المريض على الاقتناع بأهمية الجلسات التي تقدم له .

(حمدي، 2013، ص14 )

## 1.3 مصادر اعداد البرنامج العلاجي المستند على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

قام الباحث بإعداد هذا البرنامج بهدف خفض حدة اعراض اضطراب الوسواس القهري انطلاقا من الإطار النظري الخاص بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الذم سبق تقديمه الى جانب الاطلاع على عدة كتب حول الوسواس القهري وعلاجه وكتب اخرى حول العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي اضافة الى مذكرات دكتورا و ماجيستير قام اصحابها بتصميم برامج علاجية لعلاج الوسواس القهري مثل :

- عادل عبد الله محمد :العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات.
- محمد صافي الخاقاني :الوسواس مشكلة وعلاج.
- محمد شريف سالم :الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء.
- رياض نايل العاسمي :العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة.

الى جانب بعض الدراسات والمذكرات الجامعية:

- خميس رمضان العزامي: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف حدة أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى ( مذكرة ماجستير 2018 ) .
- عبد الفتاح الخواجة :فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى إدمان الانترنت، وتحسين الكفاءة العامة لدى الطلبة بجامعة السلطان قابوس .

### 2.3 أهداف البرنامج العلاجي :

يهدف البرنامج العلاجي عموماً الى مساعدة مرضى الوسواس القهري على استعادة توازنهم النفسي من خلال خفض حدة الوسواس القهري لديهم وجعلهم اكثر تقبلاً لذواتهم واكثر تألماً مع بيئتهم ويمكن حصر اهم الاهداف في النقاط التالية :

- تخفيف أعراض الوسواس القهري ومستويات القلق المصاحبة لها.
- تعديل اعتقادات المريض تجاه الأفكار الوسواسية.
- تعليم العميل الصلة بين معتقداته اللاعقلانية ( الخاطئة) وبين سلوكياته السلبية.
- التمييز بين المعتقدات اللاعقلانية ( الخاطئة ) وبين المعتقدات المنطقية .
- زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته وتشجيعه على للتفكير العقلاني المنطقي.
- مساعدة المريض على العودة تدريجياً لحياته الطبيعية قبل الاضطراب واستعادة علاقاته مع افراد أسرته و اصحابه وبقية افراد المجتمع .

### 3.3 تحكيم البرنامج العلاجي:

للتأكد من مدى ملاءمة هذا البرنامج في خفض حدة اعراض الوسواس القهري تم عرضه في صورته الاولى على خمسة (05) من الاخصائيين النفسانيين الممارسين في الميدان الواردة اسماؤهم في الملحق رقم (06) و الذين تفوق خبرتهم الخمس سنوات موزعين على قطاعي الصحة و الشباب و الرياضة الذين سبق

لهم وان تعاملوا مع حالات الوسواس القهري وهذا ليحكموا على مدى ملاءمته، وبناءا على مقترحاتهم تم ادخال تعديلات على البرنامج العلاجي حول النقاط التالية :

- زيادة عدد الجلسات العلاجية .
- زيادة مدة الجلسات العلاجية.
- تقديم جلسة التدريب على الاسترخاء للجلسات الاولى للاستفادة منها اكثر .
- استخدام فنيات علاجية اخرى.

### 4.3 محتوى البرنامج العلاجي:

هذا يعرض ديدان و يانكورا الخطوات التي يتضمنها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والتي تهدف الى مساعدة العميل كي يتغلب على مشكلته الانفعالية وذلك من خلال استخدام نموذج ABC كأداة رئيسية لمساعدة المعالج والعميل على فهم طبيعة المشكلات التي يعاني منها العميل وان يقوموا بتقييمها وذلك قبل ان تبدأ عملية التدخل العلاجي والتي تتمثل في دحض الأفكار اللاعقلانية.

وتتضمن العملية العلاجية ثلاثة عشر خطوة تمثل جوهر الواجبات المنزلية HOMEWORK للاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي وهي كما يلي:

- 1- التعرف على المشكلة وتحديدها.
- 2- الاتفاق على الاهداف وتحديدها بما يتلاءم مع المشكلة .
- 3- تقييم النتائج المترتبة على المشكلة.
- 4- تقييم الاحداث المنشطة او المسببة للمشكلة .
- 5- تحديد وتقييم اي مشكلات ثانوية.
- 6- تعليم العميل ادراك العلاقة بين الاعتقادات و النتائج.
- 7- تقييم الافكار و المعتقدات اللاعقلانية.
- 8- ربط الافكار و المعتقدات اللاعقلانية بالنتائج.

- 9- دحض الافكار و المعتقدات اللاعقلانية.
- 10- تهيئة العميل كي يغير اعتقاداته اللاعقلانية.
- 11- الواجبات المنزلية.
- 12- مراجعة الواجبات المنزلية.
- 13- تسهيل القيام بالعملية المستهدفة . ( عادل ، 2000 ص126 )

### 5.3 أنشطة وجلسات البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري :

- الجلسة الأولى:** جلسة تمهيدية تعريفية وتطمينية بهدف كسب ثقة العميل وتحفيزه.
- الجلسة الثانية:** شرح اضطراب الوسواس القهري تحديد الأهداف العلاجية المراد الوصول إليها مع المريض
- الجلسة الثالثة:** التعرف على المعتقدات اللاعقلانية والافكار الوسواسية والاندفاعات وتوضيح للعميل طرق التعامل معها، وشرح نموذج ABC للعميل.
- الجلسة الرابعة:** التدريب على فنية الاسترخاء العضلي ، مناقشة كيفية اشراك الاهل في العملية العلاجية.
- الجلسة الخامسة:** مناقشة وتفنيد والافكار الوسواسية عن طريق تقنية تشتيت الانتباه
- الجلسة السادسة:** شرح تقنية إعادة البناء المعرفي و كيفية الاستفادة منها.
- الجلسة السابعة:** وصف الافعال القهرية وترتيبها حسب الشدة و التواتر خلال الاسبوع بالرجوع الى فقرات المقياس واستنتاج منها اهم الافعال القهرية التي يعاني منها العميل.
- الجلسة الثامنة:** تقنية النمذجة : تدريب العميل على اختيار نماذج السلوك الايجابية وتقليدها .
- الجلسة التاسعة:** شرح تقنية الالهاء قصد تأخير الافعال القهرية اطول مدة ممكنة ( قاعدة 15 د).
- الجلسة العاشرة :** التدريب على المهارات الاجتماعية وعلى اسلوب حل المشكلات
- الجلسة الحادية عشر:** التحقق من تطبيق المعتقدات العقلانية في الواقع ومناقشة كيفية التعامل مع الانتكاسات .

الجلسة الثانية عشر: جلسة ختامية وتتضمن :

تقييم السلوك الجديد والتأكد من الاستمرار في التدريبات

تحديد المشاكل المتوقعة بعد ذلك ومناقشة كيفية مواجهتها

تأكيد مداومة استخدام السلوك الجديد في المواقف الجديدة المقبلة

تطبيق اختبار بييل براون للوسواس القهري على عينة الدراسة ( قياس بعدى) .

والبرنامج العلاجي في صورته النهائية مدرج في قائمة الملاحق . ( للمزيد انظر الملحق رقم 02 )

### 6.3 خطوات إجراء الدراسة:

قام الباحث بإعداد هذه الدراسة وفقا للخطوات التالية:

- 1- قام الباحث بإعداد الإطار النظري للدراسة وتحديد متغيرات الدراسة ، وهي الوسواس القهري العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.
- 2- قام الباحث بإجراء مسح للدراسات السابقة التي تناولت موضوع الدراسة في بيئات عربية وأجنبية.
- 3- قام الباحث بتجهيز أدوات الدراسة.
- 4- قام الباحث بإعداد برنامج علاجي يستند على نظرية البرت اليس في علاج اضطراب الوسواس القهري بعد عرضه على المحكمين و الموافقة عليه بعد التعديل.
- 5- قام الباحث بتحديد عينة الدراسة وتطبيق الاختبار عليها (القياس القبلي).
- 6- قام الباحث بتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي على عينة الدراسة .
- 7- قام الباحث بتطبيق الاختبار عليها (القياس البعدي).
- 8- خرج الباحث بمجموعة نتائج قام بتفسيرها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.
- 9- بناء على تلك النتائج وتفسيرها قدم الباحث عدة توصيات .

### 7.3 مراحل تطبيق البرنامج العلاجي:

تم تصميم البرنامج العلاجي وفق بأربع مراحل كانت على أساس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

**المرحلة الأولى:** مرحلة البدء (مرحلة التحضير): وهي مرحلة تمهيدية وتشمل الجلستين الأولى و الثانية

وهي التي يتم من خلالها التعارف، والتمهيد، وتبادل المعلومات الشخصية بين الباحث والمريض، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهدافه، الى جانب القيام بالقياس القبلي.

#### المرحلة الثانية:

وتشمل الجلسات من الثالثة حتى السادسة وهي المرحلة التي تم فيها تحديد الافكار الوسواسية وترتيبها حسب الشدة وحسب التواتر الى جانب التعرف على الاثر الانفعالي والسلوكي الذي خلفته تلك الافكار مع شرح نموذج ABC للنظرية ثم تعليم العميل تقنيات التعامل معها وفق النظرية .

#### المرحلة الثالثة:

وتشمل الجلسات من السابعة حتى العاشرة وهي المرحلة التي يتم فيها معالجة الأفعال القهرية، وتعليم العميل كيفية مقاومتها و التقليل منها من خلال التدريب على عدة فنيات .

#### المرحلة الرابعة:

وهي المرحلة النهائية وتكون خلال الجلستين الاخيرتين وهدفها تدريب العميل على الاستعداد للانتكاسات وكيفية التعامل معها الى جانب تهيئته لإنهاء البرنامج العلاجي مع تدعيم السلوكيات الايجابية المكتسبة ثم يقوم المعالج بتطبيق الاختبار ( القياس البعدي) .

( انظر المرفق رقم 02 )

### 8.3 الفنيات و الاساليب المستخدمة في البرنامج:

1. فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها: وهي تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار ، وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة
2. فنية المراقبة الذاتية : ويقصد بها قيام المريض بملاحظة وتسجيل افكاره وانفعالاته في نماذج معدة مسبقاً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى .
3. فنية إعادة البناء المعرفي: نموذج يتمثل في التعرف على الأفكار الوسواسية والتفكير بطريقة تمكن من تحدي الأفكار والمعتقدات الخاطئة .
4. فنية الواجبات المنزلية.
5. فنية التدريب على الاسترخاء.
6. فنية النمذجة : وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والافتداء بها.
7. فنية صرف الانتباه وهي من خلال القيام بأنشطة مختلفة حسب حالة كل عميل كالعِد و التسييح
8. فنية التقبل غير المشروط : وهي تعني مساعدة العميل على ان يتوقف عن معاقبة وايداء نفسه عن خطأ بسيط يقوم به وانه انسان غير معصوم من الخطأ. ( اليس ، 2004، ص34، 53 )

### 9.3 صعوبات تطبيق البرنامج: من أهم الصعوبات التي واجهت الباحث هي ما يلي :

- صعوبة تطبيق بعض التقنيات نظرا لتدني المستوى التعليمي لإحدى الحالات.
- مشقة تنفيذ البرنامج العلاجي على حالات انفرادية مما يرهق الباحث من حيث الوقت و الجهد رغم فاعليته ومردوديته العالية مقارنة بالعلاج الجماعي .
- مقاطعة بعض الحالات للبرنامج العلاجي، مما اجبر الباحث احيانا الى اكمال بعض الجلسات في منزل الحالة حتى في ايام العطل.
- نقص التدريب الاكاديمي في تصميم البرامج العلاجية وفي تنفيذها .
- قصر مدة الدراسة مما ادى الى تقليل عدد الجلسات العلاجية .

## الفصل الخامس

### عرض حالات الدراسة

1. تقديم الحالة الاولى

2. تقديم الحالة الثانية

3. تقديم الحالة الثالثة

4. تقديم الحالة الرابعة

5. ملخص لعرض الحالات

**1. تقديم الحالة الاولى:****1. 1 . البيانات الاولى :**

رمز الحالة (س.ع) ، السن (25) سنة.

الوضع الاقتصادي (جيد ) هو موظف بمؤسسة وطنية.

المستوى التعليمي : جامعي.

الحالة العائلية : أعزب وهو الاكبر من بين ثلاثة اخوة و أخت.

الاب : سنه 65 وهو متقاعد ويتمتع بصحة جيدة.

الام : 53 سنة تتمتع بصحة جيدة وهي موظفة .

**1 . 2 . الشكوى :**

يعاني العميل من وساوس تتعلق بالطهارة حيث يغتسل لأكثر من ساعتين يوميا ويمكث في الوضوء ساعة تقريبا ، كما انه اشار الى انه يقوم بتبديل الثوب الذي دخل به الى المراض كل مرة لأنه يصبح نجس وغير صالح للصلاة به، الى جانب افكار وتخيلات في الصلاة حيث يعيد الصلاة كثيرا لاعتقاده انه لم يقم بفرض من فروض الصلاة كما انه صار يقرأ التشهد بصوت مسموع حتي يتأكد من انه قرأه مما سبب له احراج في الصلاة السرية خاصة في المسجد والعمل حيث كان يقرأ الفاتحة و التشهد بصوت مسموع حتى يتأكد من أنه قرأهما و يعيدهما مما جعله ينقطع عن اداء الصلاة في المسجد .

**1 . 3 . مصادر المعلومات :**

جاء للمكتب رفقة والده الذي بادر في الكلام وشرح معاناة ابنه مع الاضطراب وانه قد وجه الى هنا من طرف راقى اخبره ان الامر ليس له علاقة بالجن وهو امر نفسي .

اما في باقي الجلسات فقد كان العميل يأتي بمفرده وبحماس وجدية وبرغبة كبيرة في التخلص من الاضطراب الذي سبب له الاحراج امام عائلته ورفقائه في العمل و الدراسة وإن كان بأقل حدة.

1- العميل نفسه .

2- الوالد في بعض الجلسات.

#### 1. 4 . الملاحظة الاكلينيكية:

من خلال الحديث الاولي مع العميل كان صوته خافتا ومختصرا وكان ابوه هو من يبادر في الحديث ويجيب على الاسئلة بدل الابن ، لكن بعد خروج الوالد اصبح العميل اكثر تفاعلا وايجابية وقد بدا عليه التعب و الاستسلام ولوم الذات الى جانب النظرة التشاؤمية للمستقبل حيث كان كثير الشرود و السكوت والخروج احيانا من المكتب.

#### 1. 5 . التشخيص:

بعد الاستماع لشكوى العميل في الجلسة الاولي تم تقديم تلميحات وخصوصا وانه زار العديد من الرقاة وحتى المشعوذين حتى انه اصبح يعتقد انه مصابا بنوع من الجنون ،حيث قام الباحث بشرح معنى الاضطراب وانه يمكن الشفاء منه وانه ليس وحده من يعاني منه وتم الاتفاق على اجراء جلسات علاجية تبدأ بجلستين اسبوعيا لمدة شهر ثم جلسة واحدة اسبوعيا لمدة شهر اثنى عشر جلسة علاجية .

#### 1. 6 . الدرجة المتحصل عليها

عند تطبيق الاختبار القبلي للوسواس القهري تحصلت الحالة على 23 درجة ( متوسط ) حيث يغلب على الاستجابات الافكار الوسواسية المتعلقة بالشك الى جانب افعال قهرية المتعلقة بالطهارة وطول مدة الغسل.

#### 2.تقديم الحالة الثانية:

#### 2. 1 . البيانات الاولية :

رمز الحالة (ع.ب) ، السن (34) سنة

الوضع الاقتصادي (جيد) هو كان عامل بشركة بترولية.

المستوى التعليمي : ثانوي

الحالة العائلية: أعزب وهو الثاني من بين اربعة اخوة و أختين.

الاب : متوفي .

الام : 62 سنة حالتها الصحية جيدة وامية .

## 2.2 . الشكوى :

يعاني العميل من وساوس تتعلق بالطهارة حيث يغتسل لأكثر من ساعتين يوميا ويمكنه في الموضوع ساعة تقريبا الى جانب افكار وتخيلات جنسية خصوصا مع افراد العائلة الام و الأخوات وحتى بنات الاخ والاخت رغم صغر سنهن حيث يلاحظ عليه الخجل عند الحديث عن التخيلات و الافكار الجنسية حيث كان يردد عبارات مثل (على بالك ) و (راك فاهم) ( مش عارف كيفاه نحكي لك) و( حالتي صعبية ياسر ) و ( مش عارف من اين راهي تجيني هذا لحوايج).

## 2.3 . مصادر المعلومات : جاء للمكتب رفقة اخته لكنه دخل بمفرده .

1 - العميل نفسه .

## 2.4 . الملاحظة الاكلينيكية:

من خلال المقابلة الاولى مع العميل كان يبدو عليه الخجل في الحديث خصوصا عن الافكار الجنسية التي يراها غريبة جدا خصوصا مع اقرب الناس اليه كأمه واخته مثلا لكن يبدو ان الاضطراب لم يؤثر كثيرا على حياته لأنه كان يخفي تصرفاته غير الطبيعية عن الجميع وكان متبسما اغلب الاوقات وكأنه غير متأثر بالأعراض وكان عدد الكلمات طبيعيا تقريبا يجيب بقدر السؤال .

## 2.5 . التشخيص:

في المقابلة الاولى و الثانية قام المعالج بتطمين المريض وشرح طبيعة الاضطراب من خلال اطلاعه على معلومات حول الاضطراب تتعلق بالتعريف و الاعراض و نسبة الانتشار الى جانب عرض حالات مشابهة في بعض الكتب، وتم الاتفاق على تطبيق برنامج علاجي يبدأ بجلستين اسبوعيا لمدة شهر ثم جلسة واحدة اسبوعيا لبقية المدة بمجموع اثنتي عشر جلسة علاجية .

**2. 6 . الدرجة المتحصل عليها :**

عند تطبيق اختبار بيل براون للوسواس القهري تحصل العميل على 27 درجة ( متوسط ) حيث لاحظنا من خلال استجابات العميل على الاختبار وجود افكار وسواسية تمثلت في تخيلات جنسية مع افعال قهرية حول الطهارة و الوضوء .

**3.تقديم الحالة الثالثة:****3 . 1 . البيانات الاولية :**

رمز الحالة (ب.س)، السن (32) سنة

الوضع الاقتصادي : (متوسط) وهو بطل حاليا.

المستوى التعليمي : متوسط

الحالة العائلية : أعزب وهو الثالث من بين ثلاث اخوة و أختين،

الاب : 68 سنة متقاعد ويتمتع بصحة جيدة

الام : 61 سنة مأكثة بالبيت وصحتها حسنة (تعاني من ارتفاع الضغط الدموي المزمن)

**3 . 2 . الشكوى :**

يعاني العميل من وساوس تتعلق بالطهارة حيث يغتسل لأكثر من ثلاث ساعات يوميا ويمكنه في الوضوء ساعة تقريبا الى جانب افكار تتعلق بالفذارة ويجد صعوبة في الاكل خارج البيت و في الولايم خاصة والتجمعات العمالية ،مما جعله يعزف عن العمل خارج الولاية ،كما توقف عن الجلوس في المقاهي ويقول انه كان يعمل في شركة بحاسي مسعود لكن الطقوس الوسواسية المتمثلة في اعراض البطئ الوسواسي ( هو عرض من اعراض الوسواس القهري يتمثل في القيان ببعض الانشطة كالغسل و الوضوء في مدة زمنية طويلة مقارنة بالأفراد العاديين ) جعلت العمال يشكون منه وينعتونه "بالموسوس " كما يقول وقد لاحظنا آثار كثرة الغسيل بادية على يديه واضافه

ويقول: ( لقد كره مني الرقاة و المشعوذين حتى قال لي احدهم بصريح العبارة : ( ماتزيدش تجيني مايبك والو، انت راك موسوس برك )، اني اعاني من هاته الحالة لأكثر من عشر سنين لم اعد استطيع التحمل اكثر وانا بطل ولا يمكنني العمل وانا على هاته الحالة حتى افراد عائلتي تعبوا من تصرفاتي ،تصور لمدة عشر سنين وانا هكذا ) .

**3 . 3 . مصادر المعلومات :** جاء للمكتب بتوجيه من زميل له لكن بعد ذلك اصبح مداوم على الحضور خاصة في الفترات المسائية .

- 1 العميل نفسه .

### 3 . 4 . الملاحظة الاكلينيكية:

كان يبدو على العميل كثرة الكلام والثرثرة وتكرار الحديث عن الاعراض في اكثر من مرة في نفس الحصة احيانا وقد كانت اعراض النظافة واضحة عليه حتى في اضافره ويديه التي يبدو عليها اثر الغسيل المتكرر حيث لاحظنا حديثه عن نفسه بطلاقة وبشكل عادي وبتلقائية دون أي تحفضات او تفكير مسبق فيما سيقوله

### 3 . 5 . التشخيص:

بعد اللقاء الاول مع العميل قام المعالج بتهدئة العميل مع تقديم تطمينات عن الاضطراب وانه يختلف كلياً عن الجنون ،حيث قام المعالج بشرح معنى الاضطراب وانه ليس قدراً محتوماً وهناك حالات بالملايين في العالم يتم شفاؤها سنويا . وقد تم الاتفاق على اجراء جلسات علاجية بمعدل جلسة او جلستين اسبوعياً بمجموع اثنتي عشر جلسة علاجية .

### 3 . 6 . الدرجة المتحصل عليها :

عند تطبيق اختبار بيل براون للوسواس القهري تحصل العميل على 30 درجة ( ملحوظ) حيث يظهر من خلال بنود الاختبار ارتفاع في البنود المتعلقة بالجهد المبذول في مقاومة الافكار الوسواسية والبند الخامس المتعلق بالسيطرة على الافكار الوسواسية الى جانب ارتفاع في درجات البنود المتعلقة بالأفعال القهرية خاصة البند السادس و العاشر .

**4. تقديم الحالة الرابعة:****4 . 1 . البيانات الاولية :**

رمز الحالة (ب.م)، السن (59) سنة

الوضع الاقتصادي (جيد) متقاعد من شركة بترولية.

المستوى التعليمي : بدون مستوى

الحالة العائلية :متزوج واب لذكورين احدهما متزوج ومقيم في نفس الشقة وثلاث بنات احدهما متزوجة .

**4 . 2 . الشكوى :**

قال العميل ان لديه مشاكل تتعلق بالطهارة حيث يغتسل لأكثر من ساعة في غسل الجنابة ويمكن في الموضوع ساعة تقريبا حتى تقوته صلاة الجماعة رغم قرب البيت من المسجد وهو يعاني من هذه السلوكيات من مدة طويلة حتى قبل التقاعد بحيث كان يحاول جاهدا اخفاءها عن الكل ولكن عندما سافر رفقة ابنه الى البقاع المقدسة حيث كانا معا تقريبا كل الوقت لاحظ الابن تصرفات ابيه غير الطبيعية فقد كان يتأخر كثيرا في الخروج من الحمام سواء للغسل او حتى للموضوع الى الجانب المراجعة المستمرة والمتكررة للوثائق والابواب و الانارة مما سبب اجهاد حتى للأبناء الذين لم يعودوا يتحملوا تصرفات ابيهم التي اصبحت اكثر من السابق حيث تبين من خلال الحديث مع العميل ومن خلال الحديث مع الابناء انه ذو شخصية وسواسية قبل الاصابة بالاضطراب .

**4 . 3 . مصادر المعلومات :**

جاء للمكتب رفقة ابنه الاكبر وكان مقرب منه جدا ويعي حالته جيدا واحيانا يأتي رفقة ابنه الثاني الذي كان يبقى خارجا .

1- العميل نفسه .

2- الابن الاكبر .

**4.4 . الملاحظة الاكلينيكية:**

كان العميل غير متجاوب قليل الكلام خصوصا بوجود ابنه غير متقبل للمرض يبدو عليه الاكتئاب من خلال فقدان الامل و الحزن وانه يرى ان الحياة مملة و اصبحت لا تطاق .

**4.5 . التشخيص:**

بعد اللقاء الاول مع العميل الذي كان يبدو عليه التعب وقلة النوم وعدم الراحة حيث كان كثير الحركة سواء في المكتب او حتى في البيت ، فقد قمنا في الجلسة الاولى التمهيديّة بتهدئته ومساندته عن طريق تقنية التقبل الغير مشروط وتم الحديث معه حول الاعراض الوسواسية وتاريخ ظهورها وقد تم برمجة جلسة واحدة اسبوعيا بمجموع اثنتي عشر جلسة علاجية .

**4.6 . الدرجة المتحصل عليها**

عند تطبيق اختبار ييل براون للوسواس القهري بلغت درجة العميل 29 أي بملاحظة ( ملحوظ) حيث كانت الاجابة في البند السادس حول مقدار الوقت التي يمضيه في القيام بالأفعال القهرية و الثامن حول مقدار التوتر و القلق الناتج عن الامتناع والعاشر المتعلق بمقدار السيطرة على الافعال القهرية كانت مرتفعة جدا .

**5. ملخص لعرض الحالات:** من خلال عرض الحالات نلاحظ انهم يعانون تقريبا من نفس الاعراض

الدالة على اضطراب الوسواس القهري مع اختلافات بسيطة بين الحالات حسب نوعية وشدة الاعراض حيث كانت مجمل الاعراض تتمثل في :

1. افكار وسواسية تتعلق بالنجاسة عند كل الحالات .
2. افكار وسواسية تتعلق بتخيلات جنسية عند الحالة الثانية.
3. افكار وسواسية تتعلق بالقذارة والخوف من الميكروبات و المرض عند الحالة الثالثة .
4. افعال قهرية تتعلق بالمراقبة و المراجعة المتكررة عند الحالة الرابعة .
5. افعال قهرية تتعلق بالوضوء و الغسل عند كل الحالات .

## الفصل السادس

### عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها

1. عرض النتائج

2. مناقشة وتفسير النتائج

3. الخلاصة

4. المقترحات

5. المراجع

6. الملاحق

**اولا : عرض النتائج :**

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي سلوكي في تخفيف حدة اعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى حيث سنعرض في هذا البحث النتائج التي تم التوصل اليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي على حالات الدراسة المتمثلة في اربعة حالات حيث سنقوم بمقارنة القياسات القبلية و البعدية وملاحظة الفارق بينها عند كل حالة من الحالات و الجدول التالي يوضح النتائج المتوصل اليها :

جدول رقم ( 04 ) يوضح نتائج القياسين القبلي والبعدى:

الحالات	درجة الاختبار القبلي	درجة الاختبار البعدى	الفارق	مدة الاصابة بالمرض
الحالة رقم 01	23 ( متوسط الشدة) 14 الافكار/09 الافعال	08 ( خفيف) 03 الافكار / 05 الافعال	15 نقطة	04 سنوات
الحالة رقم 02	27 ( ملحوظ الشدة) 15 الافكار/12 الافعال	09 ( خفيف) 04 الافكار/05 الافعال	18 نقطة	03 سنوات
الحالة رقم 03	30 ( ملحوظ الشدة) 17 الافكار/13 الافعال	18 ( متوسط) 09 الافكار/11 الافعال	12 نقطة	15 سنة
الحالة رقم 04	29 ( ملحوظ الشدة) 16 الافكار /13 الافعال	17 ( متوسط) 10 الافكار/13 الافعال	12 نقطة	10 سنوات

**ثانيا :مناقشة وتفسير النتائج :**

1. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى: توجد فروق في علاج الوسواس القهري (قبل تطبيق البرنامج وبعده) :

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه البرنامج العلاجي العقلائي الانفعالي فعال في خفض حدة اعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة عند اغلب الحالات وبدرجات متفاوتة حيث تراوح الفارق بين القياسين القبلي و البعدى بين 12 و 18 نقطة حسب الجدول اعلاه ،كما كان العلاج في خفض حدة الافكار الوسواسية اكثر من الافعال القهرية ، وقد اتفقت هذه النتيجة التي توصلت إليها الدراسة الحالية مع نتائج عدة دراسات تم عرضها سابقا مثل (سمير، 2001 )، (الصاوي 2013)، (ابوهندي 2001)، ( حسني 2013) ،

( مقبول 2017 ) وهي دراسات سبق ذكرها اثبتت جميعها فعالية البرامج العلاجية التي استندت في تصميمها على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض شدة اعراض الوسواس القهري .

فبالنسبة للحالة الاولى نلاحظ انها تحصلت في القياس القبلي على 23 أي بدرجة متوسط وبعد الخضوع للبرنامج العلاجي ثم تطبيق القياس البعدي تحصل العميل في اختبار بييل براون للوسواس القهري على 08 أي بملاحظة خفيف أي انه توجد فروق بين القياسين القبلي و البعدي بمقدار 15 نقطة و هو تحسن واضح خاصة فيما يخص الافكار الوسواسية بينما بقيت بعض الدرجات مرتفعة من حيث الافعال القهرية في البند التاسع المتعلق بالجهد المبذول في مقاومة الافكار الوسواسية الذي لا يزال يحتاج لعمل اكثر لأن الأفعال القهرية بمرور الوقت تصبح عادة يصعب تغييرها في وقت قصير كما ان دعم الاسرة كان ايجابيا حيث طلب كم الوالد عدم الاستجابة كليا لرغبات الطفل التي تمثلت في بناء مرحاض خاص وهذا خطأ رغم اعتقادهم بانهم يساعدون طفلهم لكن ينبغي من الاهل عدم التساهل كلياً مع عادات المريض الوسواسية فالدعم لا يعني تقبل كل شيء يصدر من المريض .

اما بالنسبة للحالة الثانية فقد تحصلت على 27 أي بدرجة متوسط وبعد تطبيق البرنامج العلاجي ثم تطبيق القياس البعدي تحصل العميل في اختبار بييل براون للوسواس القهري على 09 أي بملاحظة خفيف أي انه كان الفرق بين القياسين القبلي و البعدي 18 نقطة و هو دليل على التحسن الذي ظهر على العميل حيث انعكس على حياته من خلال العودة للعمل والخروج من المنزل والجلوس في المقهى و السفر مع الاصحاب وهو امر لم يكن ممكنا قبل الخضوع للعلاج حيث صرح بأنه اصبح افضل بكثير من السابق فيما يخص مدة الغسل و الوضوء حيث تمكن من تقليل المدة الى اكثر من النصف في الشهر الاول ، لكن ورغم التحسن بقي يعاني من بعض الافكار ذات الطبيعة الجنسية رغم قلة تواترها وضعفها من حيث الشدة و التكرار واصبح يتعامل معها بإيجابية باستعمال التقنيات التي تعلمها في البرنامج العلاجي خاصة تقنيتي تثبت الانتباه واعادة البناء المعرفي .

اما فيما يخص الحالة الثالثة فقد تحصلت على 30 أي بدرجة متوسط وبعد تطبيق البرنامج العلاجي و تطبيق القياس البعدي تحصل العميل في اختبار بييل براون للوسواس القهري على 18 أي بملاحظة خفيف أي انه كان الفرق بين القياسين القبلي و البعدي 12 نقطة وهذا مؤشر على التحسن البسيط عند العميل من

خلال بض التغيرات في مظاهر حياة العميل حيث اصبح اقل مكتوثا في الحمام كما قلت درجة خوفه من القذارة واصبح يسلم على الغرباء ويذهب لبعض الولايم كما انه اصبح لا يغسل اواني الطعام قبل الاكل كالملاعق وغيرها ، لكن تجدر الاشارة الى ان هذا التحسن لم يكن كافيا مما جعل المعالج يقترح على العميل زيادة في عدد الجلسات العلاجية الى جانب الاستعانة بالعلاج الدوائي وهو الامر الذي قوبل بمقاومة شديدة من طرف العميل كون ان الادوية النفسية تعطي اثار سلبية مدمرة على حياة الشخص الذي يتعاطاها وهذا حسب رأيه .

لكن وبعد اخذ ورد اقتنع العميل بفكرة زيارة طبيب عقلي لوصف الادوية المساعدة وكما هو معروف ان تلك الادوية لا تعطي نتائج سريعة بل تحتاج لصبر ووقت .

وفيما يتعلق بالحالة الرابعة فقد تحصلت في القياس القبلي على 29 بدرجة ملحوظ بينما تحصلت في القياس ابعدى على 17 بدرجة متوسط اي بفارق 12 نقطة وهو تحسن بسيط ايضا وذلك لأن العميل كان قد توقف عن البرنامج العلاجي في الجلسات الاربع الاخيرة مما جعل المعالج يكمل الجلسات في بيت العميل، حيث يلاحظ على العميل انه يعاني زيادة عن اضطراب الوسواس القهري اضطراب آخر هو الاكتئاب النفسي من خلال نطقه وتكراره لعبارات تشاؤمية مثل ( هذا الحياة ما بقا فيها والو ،كل شئ فيها سباط) الى جانب عدم قيامه بالأنشطة المعتادة سابقا كالفلاحة و التسوق واكتفى فقط ببعض الصلوات في المسجد الى جانب اهماله لنفسه و لهندامه.

هذا و تشير العديد من الدراسات الى ان الاكتئاب يعيق الشفاء من الوسواس القهري بسبب عدم بذل اي جهد للتخلص من الافعال و الافكار القهرية وعدم القيام بالواجبات المنزلية في البيت والانقطاع عن الجلسات العلاجية ، كما قام المعالج باقتراح العلاج الدوائي كمساعد ولم يعترض كثيرا وقد تم تحديد موعد مع الطبيب العقلي لوصف ادوية مضادات الوسواس القهري وقد قام المعالج بمرافقة العميل الى الطبيب بناء على رغبة العميل .

وعلى العموم نلاحظ ان البرنامج حقق هدفه في التقليل من شدة اعراض الوسواس القهري وهذا لأن نظرية اليس Ellis ( لما تضمنته من فنيات واستراتيجيات كثيرة ومتنوعة فبرغم بساطتها وسهولة تطبيقها) قد ساهمت في تحسين الحالات بشكل ملحوظ من خلال الفارق في الدرجات بين القياسين القبلي و البعدى والنتائج المتحصل عليها جاءت مؤكدة لنتائج الدراسات السابقة ، فالهدف الأساسي ليس التخلص من الوسواس كليا

بل إكساب المريض مهارات التعامل مع الوسواس القهري، أي المساعدة في تعلم بعض مهارات التأقلم مع الأفكار الوسواسية.

## 2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :

تنص الفرضية على انه هناك فروق في فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري تعود الى المستوى التعليمي للمرضى.

فمن خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان التحسن كان واضح في الحالات التي لها مستوى تعليمي جيد أي انه هناك علاقة طردية بين المستوى التعليمي و فاعلية البرنامج العلاجي، أي انه بالنسبة للحالتين الاولى و الثانية اين كان المستوى التعليمي مرتفع ( جامعي و ثانوي) كانت فاعلية البرنامج العلاجي واضحة وكانت الاستجابة ظاهرة ، بينما لاحظنا العكس فيما يتعلق بالحالتين الثالثة و الرابعة فقد كان التحسن بسيط وذلك يعود حسب رأينا الى ان التقنيات العلاجية المستخدمة تحتاج لفهما وتطبيقها بفعالية الى مستوى تعليمي متوسط على الاقل لكي يتمكن العميل من فهم الواجبات المنزلية ثم القيام بها وتقييمها و الاستفادة منها بعد ذلك، حيث ان الحالات ذوي المستوى المتدني تحتاج الى جهد كبير من طرف المعالج لشرح التقنيات العلاجية المستخدمة خاصة تقنيات اعادة البناء المعرفي و التنفيذ وتسجيل الافكار , إلى جانب اقتناعه ببعض الاعتقادات الشعبية حول الاضطراب وتعلقه بالمس و الجنون وهي اعتقادات لا تزال راسخة في افكار الاميين وذوي المستوى التعليمي المتدني على عكس اصحاب المستوى التعليمي المرتفع فهم يبحثون عن المعلومات من مصادر موثوقة كالكتب المتخصصة و المشايخ و الانترنت مما يجعلهم يكونون فكرة صحيحة عن طبيعة الاضطراب وفهمه وبالتالي يمكن استفادتهم من التقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي .

هذا وتشير العديد من الدراسات الى ان اسلوب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لا يصلح مع الحالات القاصرة من الذكاء و مع حالات الاضطراب الشديد و مع الاطفال الصغار و المسنين وشديدي التأثر وذوي الحساسية الشديدة.

( العاسمي ،2015،ص16)

### 3 . مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على انه هناك فروق في فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تخفيف اضطراب الوسواس القهري تعود الى مدة الاصابة بالمرض.

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان الحالات التي كانت مدة اصابتها بالاضطراب اقل من خمس سنوات كان اكثر استفادة من البرنامج العلاجي بينما الحاليتين الثالثة و الرابعة التي كانت مدة الاصابة تفوق العشر سنوات كانت الاستجابة للبرنامج العلاجي محدودة أي نلاحظ ان هناك علاقة عكسية بين مدة الاصابة و فاعلية البرنامج العلاجي أي انه كلما زادت مدة الاصابة كلما قلت فاعلية البرنامج العلاجي ، حيث يتضح مما سبق أن المسار والمآل المرضي لاضطراب الوسواس القهري يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالاكشاف و المبادرة للعلاج عند المختصين ، فكلما كان الاكشاف مبكراً كلما كانت فرصة التحسن والشفاء كبيرة، فالأعراض مازالت في بدايتها ولم تتفاقم، وعلى العكس تماماً فإن تأخر اكتشاف الاضطراب أو إذا طالت مدة معاناة المريض به وتأخر في عرض نفسه على المختص، فإن ذلك يؤثر سلبياً على مسار ومآل الاضطراب الى جانب تردد العميل على غير ذوي الاختصاص من اطباء و اخصائيين نفسيين من شأنه ان يعقد المشكلة اكثر حيث يكون التشخيص خاطئ او العلاج غير فعال او كلاهما معا ،حيث لاحظنا في الحالة الثالثة ان مدة الاصابة بالمرض قبل طلب العلاج كانت 15 سنة والحالة الرابعة كانت 10 سنوات وهي مدة طويلة تجعل الاعراض الوسواسية اشبه بالعادات اليومية التي يصعب تغييرها لأن العميل قد تعود على فعلها بمرور الوقت واصبحت جزءا من برنامجه اليومي مما يؤدي الى صعوبة العلاج وعدم قدرة العميل على مقاومة تلك الافكار الوسواسية و الافعال القهرية .

## الخلاصة :

في هذه الدراسة اشارت النتائج الى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض حدة اعراض اضطراب الوسواس القهري بشكل ملحوظ مع اختلاف بسيط بين الحالات حسب خصائص وظروف كل حالة ،إلا انه وبالرغم من اثبات البرنامج العلاجي فاعليته بصورة عامه في الدراسة الحالية ،الا ان صغر حجم العينة قيد الدراسة وصغر مدة الدراسة يحول دون تعميم النتائج المتحصل عليها ولذلك نوصي بالقيام بعدة دراسات مكتملة للدراسة الحالية تتضمن ادراج حالات اخرى مع متغيرات اخرى كالجنس والمستوى الاقتصادي الى جانب اختبار فنيات علاجية اخرى سواء من ذات المدرسة او حتى من مدارس علاجية اخرى ، وحتى البرت ليس مبتكر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يعترف بالقصور الموجود في نظريته و بالفوائد الموجودة في الاتجاهات الاخرى ودعا الى ضرورة الاستفادة منها، وقد صدر حديثا كتابين للدكتور وائل ابو هندي الاول بعنوان نحو فهم متكامل للوسواس القهري والثاني بعنوان نحو علاج تكاملي للوسواس القهري صادران عن ادارة الثقافة الإسلامية لدولة الكويت (سلسلة روافد 138) يبين فيهما الكاتب ان مرضى الوسواس القهري في مجتمعاتنا تحتاج إلى أفكار وبرامج علاجية جديدة تراعي خصوصيات المريض العربي من النواحي المعرفية السلوكية و الدينية، كما صدر كتاب للدكتور عبدالله عبد الظاهر الخولي بعنوان العلاج ما وراء المعرفي للوسواس القهري الذي بين فيه الكاتب تقنيات علاجية حديثة للوسواس القهري.

وفي الاخير ارجو أن تكون دراستنا قد قدمت ولو اضافة بسيطة في المجال العلمي.

### المقترحات و التوصيات :

- ✓ أهمية تبني الاخصائي النفسي الاتجاه التكاملي للتكفل الامثل بمرضى الوسواس القهري من خلال الاستفادة من كل المدارس و النظريات و التقنيات التي تتبناها كل مدرسة،
- ✓ ضرورة ادراج مقياس تصميم البرامج العلاجية والارشادية في الدراسة الجامعية طور الماستر كما هو معمول به في بعض الجامعات او على الاقل ادراجه كدرس ضمن مقياس العلاجات النفسية نظرا لأهميته في الجانب الميداني .
- ✓ يوصى إليس Ellis بأن يدمج الإرشاد العقلاني في المقررات الدراسية التي تدرس للطلبة بالمرحلة الجامعية حتى يكونوا على دراية بهذه الأفكار اللاعقلانية، وغير المنطقية التي تؤدي بهم إلى الاضطراب النفسي.
- ✓ انشاء مركز خاص تابع لوزارة الصحة خاص بعلاج مرضى الوسواس القهري يطره فريق طبي متكون من اطباء عقليون و اطباء عامون واخصائيون نفسانيون الى جانب الممرضين ورجال الدين.
- ✓ اجراء المزيد من الدراسات حول فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من خلال تطبيق تقنيات اخرى لم تستعمل في هذا البحث.
- ✓ إجراء بحوث متابعة العلاج لمدة ثلاثة أشهر، أو ستة أشهر، أو 12 شهراً بعد انتهاء الجلسات العلاجية لمراقبة التحسن و معالجة الانتكاسات ان وجدت.

## قائمة المراجع

### اولا :المراجع باللغة العربية

1. القرآن الكريم.
2. اجلال محمد سري (2000):علم النفس العلاجي، ط2،القااهرة ، عالم الكتب.
3. أحمد زكي بدوي (1982): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية ، مكتبة لبنان .
4. احمد عكاشة (2010 ):الطب النفسي المعاصر، ط 15 ،القااهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
5. البيرت اليس (2004): شعور افضل نفسية افضل حياة افضل ، ط1، بيروت، الدار العربية للعلوم .
6. بيرتر شلوتكه، ( 2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي، ترجمة: سامر جميل رضوان ج2، الجمهورية اللبنانية: دار الكتاب الجامعي .
7. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) (2015):الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM 5 ،ترجمة:أنور الحمادي ، بيروت: الدار العربية للعلوم .
8. حمدي عبد الله عبد العظيم (2013) : برامج تعديل السلوك، ط1،الجيزة، مكتبة اولاد الشيخ للتراث .
9. خميس رمضان العزامي (2018) فاعلية برنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيض أعراض الوسواس القهري لدى عينة من المرضى، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية بغزة، فلسطين .
10. دانيال جولمان الذكاء العاطفي ترجمة:ليلي الجبالي ،سلسلة عالم العرفة ، الكويت ، العدد 262 ، اكتوبر 2000 .
11. رياض نايل العاسمي(2015):العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية والممارسة، ط1،عمان، دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع .
12. سرحان وليد يوسف (2008): الوسواس القهري، ط1،عمان: دار مجدلاوي للنشر و التوزيع.
13. صباح السقا (2014) :فاعلية العلاج الاستعرافي السلوكي للوسواس القهري، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 30،العدد1.
14. عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات، ط 1، القااهرة: دار الرشاد .
15. عبد الخالق احمد (2009): الخصائص السيكومترية و التحليل العملي التوكيدي لمقياس اعراض الوسواس القهري لدى عينة من طلاب الكويت ، مجلة العلوم التربوية و النفسية ،المجلد 10 العدد 3، ديسمبر 2009.
16. عبد الرحمن محسن (2016): تحرر من الوسواس القهري، ط1، المبادرة العربية للمعرفة ونهضة المجتمع.

17. عبد الفتاح الخواجة : فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض مستوى إدمان الانترنت، وتحسين الكفاءة العامة لدى الطلبة بجامعة السلطان قابوس ، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية - المجلد الخامس - ع ، 17 افريل 2017 .
18. علي القائي (1996): الوسواس والهواجس النفسية، ط1، بيروت، دار النبلاء.
19. عمر هارون الخليفة(2008): فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لتحمل الضغوط لدى مرضى الاكتئاب مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 20، خريف 2008 .
20. عزيزة عنو (2017): محاضرات في الفحص النفسي العيادي، ط1، الجزائر: دار الخلدونية.
21. فخري الدباغ (1980): العلاج النفسي اساليبه وانواعه ومدارسه، بغداد: دار الحرية للطباعة.
22. لطفي الشربيني (2001): موسوعة شرح المصطلحات النفسية، ط 1، بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر .
23. لي باير ( 2010 ) : الوسواس القهري وعلاجه السلوكي و الدوائي، ترجمة: محمد عيد خلودي ، دمشق ، منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب.
24. محمد خليل عباس - محمد بكر نوفل وآخرون (2007) : مدخل الى مناهج البحث في التربية و علم النفس، ط1، عمان: دار المسيرة للطباعة والنشر .
25. محمد شريف سالم ( 2008 ) : الوسواس القهري دليل عملي للمريض والأسرة والأصدقاء، ط5، القاهرة: مكتبة دار العقيدة.
26. محمد شريف سالم(2005) : وسواس الطهارة والصلاة، ط1، القاهرة: دار العقيدة.
27. محمد صافي الخاقاني (2016) : الوسواس مشكلة وعلاج، ط1، بغداد: المركز الاسلامي الثقافي.
28. محمد عبيدات واخرون (1999) : منهجية البحث العلمي ، ط2، عمان: دار وائل للطباعة و النشر .
29. محمد غانم (2006): الاضطرابات النفسية و العقلية السلوكية ، ط1، القاهرة :مكتبة الانجلو المصرية.
30. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية (-ICD10) ، منظمة الصحة العالمية ، 1999 .
31. منتصر علام (2012) : الارشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي النظرية والتطبيق، ط1، الاسكندرية : المكتب الجامعي الحديث.
32. منى محمد صالح العامري دراسة فعالية الارشاد النفسي العقلاني و العلاج المركز حول العميل في علاج بعض حالات الادمان على المخدرات في دولة الامارات العربية المتحدة ، جامعة القاهرة، 2000 ( مذكرة دكتورا منشورة) .

33. هشام ابراهيم عبد الله (2008): العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي اسس وتطبيقات، ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
34. شيري جونسون و آخرون (2017)، علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس ترجمة: هناء شويخ وآخرون ، ط1، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
35. هوفمان اس جى ( 2012 ). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر "الحلول النفسية لمشاكل الصحة العقلية ترجمة: مراد علي عيسى ط1، القاهرة: دار الفجر للنشر و التوزيع.
36. وائل أبو هندي (2003): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، ط1، الكويت، عالم المعرفة ، العدد 293.
37. وائل ابو هندي (2007). الوسواس القهري بين الدين و الطب النفسي، ط3، القاهرة، مصر للطباعة و النشر .

### ثانيا: المراجع و المجلات الاجنبية :

1. Albert Ellis ( 2004 ) : **rational emotive behavior therapy approaches to obsessive-compulsive disorder (OCD)**, Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy , Human Sciences Press, Inc Volume 12, Number 2, Summer 1994 .
2. Assumptor Mukangi (2010 ) : Rational Emotive Behavioural Therapy (REBT): A critical review .The Journal of Language, Technology & Entrepreneurship in Africa, Vol. 2. No.1. 2010, ISSN 1998-1279.
3. Drummond, L., & Edwards, L. (2018) : Obsessive Compulsive Disorder: Cambridge University Press. Cambridge .
4. Eliza Burroughs and all :OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDERS A Handbook for Patients and Families , sunnybrook.ca, Toronto Canada March 2015 page 14.
5. Haj Mohammad Hoseini,( 2013 ) : **The Effect of REBT on Reducing Somatization Syndrome, Obsessive-Compulsive Disorder** Journal of Life Science and Biomedicine3(6):428-431-2013 <http://jlsb.science-line.com/>.

6. Kanagaraj Mangayarkarasi ( 2017 ) : **efficacy of REBT in the management of depression in HIV infected wemen**, International Journal of Education and Psychology in the Community IJEPC 2017, 7 (1 & 2), July, p 41-64 .
7. Mahadeo Jogdand (2018 ) : **the effect of REBT on OCD among nicotine addict youth**, Journal of Indian Psychology Volume 06, Issue 1, January-March, 2018
8. Masood Maqbool( 2017 ) : **Efficacy of Danger Ideation Reduction Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder**,[Indian J Psychol Med](#). Jul-Aug; 39(4).
9. Mehrangiz SHoaakazemi (2014): the effect of CBT on reduction of OCD in girl student, Procedia - Social and Behavioral Sciences 159.
10. Venkatesh Kumar ( 2009 ) : **Impact of Rational-Emotive Behaviour Therapy (REBT) on Adolescents with Conduct Disorder (CD)**,Journal of the Indian Academy of Applied Psychology , Vol. 35, Mysore University
11. Wayne Froggatt (2005) : **A Brief Introduction To Rational Emotive Behaviour Therapy** Third Ed

### ثالثا :مواقع الانترنت:

1. <https://acofps.com/vb/44383.htm> 2011 الدكتور عبده فرحان الحميري مقياس يل براون للوساوس القهرية،
2. <https://ar.wikipedia.org/wiki/> 10 جانفي 2018 اضطراب وسواسي قهري
3. <https://cbtarabia.com/> 2013-05-18-18-53-08
4. [http://drsecureweb.blogspot.com/2015/11/rebt-abc-model\\_15.html](http://drsecureweb.blogspot.com/2015/11/rebt-abc-model_15.html)
5. <http://www.alnafsy.com/articles/9/> 2015 . التفسير المعرفي للوسواس القهري صلاح الدين السريسي
6. [http://www.al-najaf.org/resalah/23/23\\_06.html#\\_ftn22](http://www.al-najaf.org/resalah/23/23_06.html#_ftn22) 2013 ، العدد 23 ، لبنان ، مجلة جامعة النجف،
7. <http://www.rebt.ws/albertellisbiography.html> , (Abrams, 2002 ) 06/ 05 / 2018
8. <https://www.mayoclinic.org/ar/o-c-d/diagnosis-treatment> 16/05/2018

## الملاحق

ملحق رقم ( 01 )

البرنامج العلاجي في صورته الاولى

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم: علم النفس وعلوم التربية.

ميدان: العلوم الاجتماعية و الإنسانية

التخصص: سنة ثانية ماستر علم النفس العيادي



تحكيم برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري

تحية طيبة و بعد:

يقوم الباحث بدراسة لنيل درجة الماستر بجامعة كلية بعنوان ( فاعلية برنامج علاجي عقلائي انفعالي لخفض حدة الوسواس القهري لدى عينة من المرضى )

ولإعداد الدراسة قام الباحث بتصميم برنامج علاجي يستند على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لصاحبها البرت اليس يهدف الى خفض حدة الوسواس القهري .

لذا فإنه من دواعي سروري ان اضع بين ايديكم هذا البرنامج العلاجي وارجو من سيادتكم الاطلاع عليه ثم ابداء رأيكم فيه واكتشاف جوانب النقص فيه ، ثم اقتراح التعديلات التي ترونها مهمة لجعل البرنامج العلاجي مفيد وبناء .

وفي الاخير تقبلوا تحياتي الخالصة

الباحث

بن طبال بوبكر

مشرف رسالة الماستر

الاستاذ الدكتور جخراب محمد عرفات

## جلسات البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري قبل التعديل :

الرقم	الجلسة	محتوى الجلسة	المدة
01	الاولى	جلسة تمهيدية تعريفية وتطمينية	45 د
02	الثانية	شرح اضطراب الوسواس القهري وتطبيق اختبار بييل براون للوسواس القهري الواجب المنزلي :	50 د
03	الثالثة	التعرف على المعتقدات اللاعقلانية والافكار الوسواسية وتوضيح للعميل طرق التعامل معها، مع تطبيق اختبار بيك للاكتئاب . مناقشة الواجب المنزلي السابق.	50 د
04	الرابعة	مناقشة وتنفيذ والافكار الوسواسية عن طريق تقنية تشتيت الانتباه الواجب المنزلي :البحث عن رأي الشرع في مسائل متعلقة بالطقوس الوسواسية الوضوء ، الطهارة ، الشك .. الخ	50 د
05	الخامسة	مناقشة الواجب المنزلي السابق. شرح تقنية إعادة البناء المعرفي وصف الافعال القهرية وترتيبها حسب الشدة و التواتر خلال الاسبوع	60 د
06	السادسة	شرح تقنية الالهاء بقصد تأخير الافعال القهرية الى اطول مدة ممكنة . <b>النمذجة</b> : تدريب العميل على اختيار نماذج السلوك الايجابية وتقليدها ووقف تقليد النماذج السلبية. الواجب المنزلي :تطبيق تقنية الالهاء في البيت	50 د
07	السابعة	التدريب على الاسترخاء والتنفس .	60 د
08	الثامنة	مناقشة كيفية اشراك الاهل في العملية العلاجية	45 د
09	التاسعة	التحقق من تطبيق المعتقدات العقلانية في الواقع ومناقشة كيفية التعامل مع الانتكاسات إن وجدت	50 د
10	العاشرة	جلسة ختامية وتتضمن : - تدعيم السلوكيات الايجابية المكتسبة - تطبيق اختبار بييل براون للوسواس القهري على عينة الدراسة ( قياس بعدي) .	50 د

## ملحق رقم ( 02 )

## البرنامج العلاجي في صورته النهائية

جلسات البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي لاضطراب الوسواس القهري بعد التعديل :

الرقم	الجلسة	محتوى الجلسة	المدة
01	الاولى	جلسة خلال تمهيدية تعريفية و تطمينية بهدف كسب ثقة وراحة العميل وبناء الالفة وإشعاره بوجود من يفهمه ويحترم مشاعره مع محاولة الوصول الى تشخيص سريع من تحليل الشكوى الاولى للعميل	60 د
02	الثانية	شرح اضطراب الوسواس القهري ببساطة من خلال مطويات او اشرطة وثائقية وحث المريض على العلاج وترغيبه فيه بشدة. تحديد الأهداف العلاجية المراد الوصول إليها مع المريض . الواجب المنزلي : اوصف اثر الاضطراب على حياة العميل.	60 د
03	الثالثة	- التعرف على المعتقدات اللاعقلانية والافكار الوسواسية و الاندفاعات وترتيبها حسب الشدة والتواتر مع ذكر المشاعر المرتبطة بها من قلق وتوتر . - شرح نموذج ABC للعميل - مناقشة الواجب المنزلي السابق و تكليف العميل القيام بواجب بمراقبة الذات عن طريق جدول مراقبة الافكار الوسواسية خلال الاسبوع .	60 د
04	الرابعة	التدريب على فنية الاسترخاء العضلي والتدريب على التنفس كتقنية للتعامل مع الافكار الوسواسية. مناقشة كيفية اشراك الاهل في العملية العلاجية من خلال ابراز دور الاهل المهم في سير عملية العلاج عن طريق التقبل وعدم المساندة الدائمة لتصرفات العميل	60 د
05	الخامسة	مناقشة وتفنيد والافكار الوسواسية عن طريق تقنية تشتيت الانتباه وتحويل الاهتمام الى مجالات اخرى كالرياضة و الفن و الموسيقى . الواجب المنزلي : البحث عن رأي الشرع في مسائل متعلقة بالطقوس الوسواسية الوضوء ، الطهارة ، الشك .. الخ	60 د
06	السادسة	مناقشة الواجب المنزلي السابق . شرح تقنية إعادة البناء المعرفي و كيفية الاستفادة منها من خلال مهاجمة	60 د

	و تنفيذ تلك الافكار الغير عقلانية .		
60 د	وصف الافعال القهرية وترتيبها حسب الشدة و التواتر خلال الاسبوع بالرجوع الى فقرات المقياس واستنتاج منها اهم الافعال القهرية التي يعاني منها العميل ومعالجتها حسب الاهمية	السابعة	07
60 د	النمذجة (تقليد السلوك): تدريب العميل على اختيار نماذج السلوك الايجابية وتقليدها ووقف تقليد النماذج السلبية. الواجب المنزلي: البحث عن حالات مشابهة تم شفاؤها.	الثامنة	08
60 د	شرح تقنية الالهاء قصد تأخير الافعال القهرية اطول مدة ممكنة ( قاعدة 15 د). عن طريق املأ وقت الفراغ بأنشطة متنوعة الواجب المنزلي: تطبيق تقنية الالهاء في البيت	التاسعة	09
60 د	التدريب على المهارات الاجتماعية وعلى اسلوب حل المشكلات	العاشرة	10
60 د	التحقق من تطبيق المعتقدات العقلانية في الواقع ومناقشة كيفية التعامل مع الانتكاسات إن وجدت بغية إعطاء المريض مزيداً من الثقة ، تدريبه كيفية اجتياز المشكلات المتوقعة .	الحادية عشر	11
60 د	جلسة ختامية وتتضمن : تدعيم السلوكيات الايجابية المكتسبة تطبيق اختبار بييل براون للوسواس القهري على عينة الدراسة ( قياس بعدي) .	الثانية عشر	12

## الملحق رقم (03)

مقياس ييل براون للوسواس القهري **Yale-Brown**

**Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)**

مقياس ييل براون للوسواس القهري (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

اسم المريض ..... رقم الملف ..... التاريخ..... :

✓ رجاءً .. ضع علامة ( × ) على يمين الجملة التي توضح معدل حدوث آل بند خلال السبعة أيام الماضية بما فيها وقت هذه الجلسة:

1- مقدار الوقت الذي تستغرقه الأفكار الوسواسية

0	لا شيء
1	أقل من ساعة في اليوم ، أو تتكرر أحيانا (بمعدل 8 مرات فأقل يوميا )
2	من ساعة إلى 3 ساعات في اليوم، أو تتكرر كثيرا (أكثر من 8 مرات في اليوم لكن معظم ساعات اليوم خالية من الأفكار الوسواسية )
3	من 3 إلى 8 ساعات في اليوم ، أو تحدث كثيرا جدا (تحدث أكثر من 8 مرات في اليوم وفي معظم ساعات اليوم)
4	أكثر من 8 ساعات في اليوم ، أو تحدث بشكل دائم (أكثر من تحملها ونادرا ما ماتمر ساعة بدون وسواس كثيرة)

2- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفكار الوسواسية مع نشاطاتك الاجتماعية والعملية.

0	لا يوجد
1	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن النشاط العام لا يتأثر .
2	تعارض واضح في النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه.
3	تسبب خلا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية.
4	تسبب خلا بليغا.

3- مقدار التوتر والقلق المصاحب للأفكار الوسواسية.

0	لا يوجد	<input type="checkbox"/>
1	خفيف (أحيانا) ، ليس مزعجا.	<input type="checkbox"/>
2	متوسط (غالبا) ومزعجا ولكن يمكن السيطرة عليه.	<input type="checkbox"/>
3	شديد (أغلب الوقت) ومزعج جدا .	<input type="checkbox"/>
4	توتر بليغ (دائم) لحد الإعاقة تقريبا .	<input type="checkbox"/>

4- مقدار الجهد الذي المبذول في مقاومة الأفكار الوسواسية (بغض النظر عن نجاحك في المقاومة).

0	لا أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفكار قليلة جدا بحيث لا حاجة للمقاومة).	<input type="checkbox"/>
1	أحاول أن أقاوم معظم الوقت.	<input type="checkbox"/>
2	أبذل بعض الجهد حتى أقاوم.	<input type="checkbox"/>
3	أستسلم لكل الأفكار الوسواسية بدون محاولة للسيطرة عليها، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.	<input type="checkbox"/>
4	أستسلم كلية وبارادتي للأفكار الوسواسية كلها.	<input type="checkbox"/>

## 5- مقدار سيطرتك على الأفكار الوسواسية

0	□	سيطرة تامة.
1	□	سيطرة كبيرة، عادة يمكنني أن أوقف أو أصرف انتباهي عن الوسواس عند بذل بعض الجهد والتركيز.
2	□	سيطرة متوسطة، بعض الأحيان أستطيع إيقاف أو صرف انتباهي عن الوسواس.
3	□	سيطرة قليلة، نادرا ما أنجح في إيقاف الوسواس، أستطيع فقط صرف الانتباه وبصعوبة.
4	□	لا سيطرة ، نادرا ما أستطيع صرف الانتباه عن الوسواس ولو للحظات قليلة.

مجموع الدرجات = ( )

## 6- مقدار الوقت الذي تمضيته في القيام بالأفعال القهرية

0	□	لا شيء
1	□	أقل من ساعة في اليوم ، أو تقوم بالأفعال أحيانا ( لا تزيد عن 8 مرات في اليوم)
2	□	من ساعة إلى ثلاث ساعات في اليوم، أو تقوم بالأفعال كثيرا ( أكثر من 8 مرات في اليوم ولكن معظم الساعات تخلو من الأفعال القهرية)
3	□	أكثر من ثلاث ساعات في اليوم ، أو تقوم بالأفعال كثيرا جدا ( أكثر من 8 مرات في اليوم وخلال معظم ساعات اليوم).
4	□	أكثر من 8 ساعات في اليوم أو تقوم بالأفعال بشكل دائم (أكثر من أن تحصيها ونادرا ماتمر ساعة لا تقوم فيها بالأفعال)

## 7- مقدار التعارض الذي تحدثه الأفعال القهرية في نشاطاتك الاجتماعية والعملية

0	□	لا يوجد
1	□	تعارض خفيف مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ، ولكن النشاط العام لا يتأثر
2	□	تعارض واضح مع النشاطات الاجتماعية أو العملية ولكن يمكن السيطرة عليه
3	□	تسبب خلا كبيرا في أداء النشاطات الاجتماعية أو العملية
4	□	تسبب عجزا كبيرا

## 8- مقدار التوتر والقلق الناتج في حال الامتناع عن القيام بالأفعال القهرية

0	□	لا يوجد
1	□	قلق بسيط عند الامتناع عن القيام بالأفعال .
2	□	يظهر القلق لكن يمكن تحمله.
3	□	قلق واضح ومزعج للغاية.
4	□	قلق شديد يسبب عجزا بليغا.

## 9- مقدار الجهد المبذول في مقاومة الأفعال القهرية (بغض النظر عن مدى نجاحك في المقاومة)

0	□	أبذل جهدا حتى أقاوم دائما (أو أن الأفعال القهرية قليلة بحيث لا حاجة للمقاومة)
1	□	أحاول أن أقاوم معظم الوقت
2	□	أعمل بعض المحاولات للمقاومة.
3	□	استسلم لكل الأفعال القهرية بدون محاولة للسيطرة عليها ، وإن حاولت السيطرة فيكون بعد تردد.
4	□	أستسلم كلية وبارادتي لكل الأفعال القهرية.

## 10- مقدار سيطرتك على الأفعال القهرية

0	□	سيطرة تامة.
1	□	عادة ما أوقف الأفعال القهرية بصعوبة
2	□	أحيانا أستطيع إيقاف الأفعال القهرية بصعوبة.
3	□	أستطيع بصعوبة أن أؤخر - فقط - الأفعال القهرية لكن يجب على القيام بها حتى النهاية.
4	□	نادرا ما أستطيع أن أؤخر القيام بالأفعال القهرية ولو للحظات.

مجموع الدرجات = ( )

مجموع الدرجات الكلي = ( )

طريقة التصحيح:

شدة اضطراب الوسواس القهري	المعدل في مقياس ييل - براون للوسواس القهري
أعراض وسواس قهري خفيفة جدا	7 - صفر
أعراض خفيفة	8-15
أعراض متوسطة	16 - 23
أعراض ملحوظة	24 - 31
أعراض شديدة	32 - 40

**صفر - 7 :** أعراض وسواس قهري خفيفة جدا. في الغالب لا تحتاج إلى العلاج إلا إذا كان معدلا قليلا لأنك تتجنب مواقف مثيرة أو لديك أفعال قهرية فقط أو وسواس فقط.

**8-15:** أعراض خفيفة والتي من المحتمل أن تتعارض في حياتك بطرق ملحوظة. إذا كان لديك وسواس أو أفكار فهذا يعني شدة متوسطة .

**16- 23 :** أعراض متوسطة ، إحراز 16 نقطة هو الحد الأدنى المطلوب لدخول دراسات علاج اضطراب الوسواس القهري.

**24- 31 :** أعراض ملحوظة والتي من المحتمل أن تفسد نوعية حياتك بصورة عابرة .

**32 - 40 :** أعراض شديدة والتي من المحتمل أن تسبب عجزا بالغا. قد تحتاج إلى علاج يقوم به اختصاصي في اضطراب الوسواس القهري.

## ملحق رقم ( 04 )

## نماذج من اسئلة المقابلة التي تطرح على العميل (نموذج اديب الخالدي ):

1- اسئلة عامة : وهي اسئلة تتضمن معلومات شخصية عن الحالة مثل ما هو مبيّن في الجدول :

1- البيانات الاولية : كالاسم و السن و الحالة الاجتماعية	2- التاريخ التعليمي
3- التاريخ المهني	4- التاريخ الاسري: الوالدين، الاخوة
5- التاريخ الشخصي	6-الصفحة النفسية : النوم، الاكل...

( عنو ، 2016، ص116)

ثم ينطرق المعالج الى طرح الاسئلة المفتاحية التي تكون بسيطة في بدايتها حيث يقوم من خلالها المعالج بكسب ود العميل وكسر الحواجز التي بينهما وبناء الالفة وجعله يتحدث عن مشكلته بحرية دون تحفظ مثل

الاسئلة التالية

- مرحبا ،كيف حالك؟ كيف هو الجو اليوم ؟
- كيف استطيع مساعدتك ؟
- صف لي بالتحديد ماهي المشكلة التي تعنتي منها؟
- متى ظهرت هذه المشكلة بالضبط ؟
- هل اثر المرض على علاقاتك مع الآخرين، وعلى مهنتك ؟، صف لي كيف ؟
- كيف كان رد فعل افراد عائلتك ؟

## 2.اسئلة تتعلق بالأفكار الوسواسية :مثل :

- اود ان اسألك هل كان لديك من قبل افكار غير منطقية تضايقك وتستمر في الظهور حتى وان حاولت منع نفسك من التفكير ؟
- إذا لم يفهم السؤال تقول له : افكار مثل ايذاء الذات او الآخرين رغم عدم رغبتك في ذلك ، او انك ملوث بالجراثيم ؟
- في رأيك ،ما مصدر تلك الافكار ، متى تظهر ؟كم مرة تتكرر؟.
- عندما تراودك هذه الافكار ما لذي حاولت فعله ؟

## 3- اسئلة تتعلق بالأفعال القهرية :والتي من بينها :

- هل حدث لك من قبل ان قمت بتكرار عمل ما اكثر من مرة ولم تستطع منع نفسك من عمله مثل غسيل اليدين عدة مرات، او العد حتى رقم معين .
- ماذا كان سيحدث اذا لم تفعل ذلك ؟
- ما مقدار الوقت الذي كنت تستغرقه يوميا للقيام بتلك الافعال. ( جونسون ، 2016 ، ص161)

## الملحق رقم ( 05 )

## قائمة المحكمين للبرنامج العلاجي

الرقم	اسم المحكم	الدرجة العلمية	جهة العمل
01	حمو علي خديجة	دكتورا علم النفس العيادي	مديرية الصحة
02	جلاب محمد	ماستر علم النفس العيادي	مديرية الشباب و الرياضة
03	بوكري سارة	ماستر علم النفس العيادي	مديرية الشباب و الرياضة
04	بقاري هاجر	ماستر علم النفس العيادي	مديرية الشباب و الرياضة
05	بويلال سميرة	ليسانس علم النفس العيادي	مديرية الشباب و الرياضة

## ملحق رقم ( 06 )

## أسلوب مراقبة الذات

الدرجة	شدة المعاناة	العرض	مسلسل
			1
			2

المجموع	مرات حدوثها	الفكرة الوسواسية	مسلسل
			1
			2